



T. C.

**HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE HATAY İLİ
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KAYGI DÜZEYİ VE
YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Ümmühan YILMAZ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Erhan YENGİL**

HATAY-2021

T. C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE HATAY İLİ SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ KAYGI DÜZEYİ VE YAŞAM TARZI
DEĞİŞİKLİKLERİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ümmühan YILMAZ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Erhan YENGİL

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE HATAY İLİ SAĞLIK
ÇALIŞANLARININ KAYGI DÜZEYİ VE YAŞAM TARZI
DEĞİŞİKLİKLERİ**

Dr. Ümmühan YILMAZ

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....

Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza).....

Prof. Dr. Cahit ÖZER
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza).....

Doç. Dr. Erhan YENGİL
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

- | | |
|----------------------------------|-------------|
| 1.Prof. Dr. Cahit ÖZER | (İmza)..... |
| 2. Doç. Dr. Erhan YENGİL | (İmza)..... |
| 3. Dr. Öğr. Üyesi Dursun ÇADIRCI | (İmza)..... |

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER	iii
IV. TABLOLAR LİSTESİ	V
V. ŞEKİLLER LİSTESİ	VI
VI. KISALTMALAR LİSTESİ	VII
VII. TEŞEKKÜR	VIII
VIII. ÖZET	IX
IX. ABSTRACT	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	1
2.1 Pandemi	1
2.2 Covid-19 Tarihçesi	1
2.3 Viroloji	2
2.4 Epidemiyoloji	5
2.4.1 Bulaşma	5
2.5 Klinik Bulgular	8
2.6 Koronavirüsün Dünyadaki Etkileri	9
2.7 Koronavirüsün Türkiye’deki Etkileri	11
2.8 Salgının Ruh Sağlığına Etkisi	13
2.9 Koronavirüs Salgınında Sağlık Çalışanları	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3.1 Araştırma İzni ve Tipi	17
3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü	17
3.3 Verilerin Toplanması	17
3.4 Anket ve Ölçekler	18
3.4.1 Sosyodermografik ve Tanımlayıcı Veri Formu	18
3.4.2 Spielberg Sürekli ve Durumluk Kaygı Ölçeği	19
3.4.3 Uykusuzluk Şiddet İndeksi	19
3.5 Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz	20
4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA	37

6.	SONUÇ ve ÖNERİLER.....	48
7.	KAYNAKLAR	49
8.	EKLER.....	59
9.	ÖZGEÇMİŞ	68



IV. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri	23
Tablo 2. Sosyodemografik özelliklerinin sürekli ve durumluk kaygı puanı ve uykusuzluk şiddet indeksi puanları ile ilişkisi	28
Tablo 3. Yaşam tarzı değişikliklerinin sürekli ve durumluk kaygı puanı ve uykusuzluk şiddet indeksi puanları ile ilişkisi	32
Tablo 4. Risk faktörlerinin sürekli ve durumluk kaygı puanı ve uykusuzluk şiddet indeksi puanları ile ilişkisi	36

V. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Coronavirüsün elektron mikroskopbuki görünümü (3)	3
Şekil 2. Coronavirüsün kesitsel modeli (3).....	3
Şekil 3. Koronavirüsün konak hücreye bağlanması (19)	4
Şekil 4. Covid-19 hastalık belirtileri.....	8
Şekil 5. Sağlık çalışanlarındaki stres ve kaygı kaynakları.....	15
Şekil 6. Yaş Gruplarına Göre Dağılım.....	21
Şekil 7. Cinsiyete Göre Dağılım	22
Şekil 8. Medeni Duruma Göre Dağılım.....	22
Şekil 9. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının Spielberg sürekli ve durumluk kaygı ölçeklerine göre tespit edilen anksiyete düzeyleri	24
Şekil 10. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının uykusuzluk şiddet indeksine göre uyku bozuklukları.....	25

VI. KISALTMALARLISTESİ

ACE2	: Anjiotensin Dönüştürücü Enzim-2
AIDS	: Akut İmmün Yetmezlik Sendromu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HIV	: İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü
MERS	: Ortadoğu Solunum Sendromu
nCOVID-19	: Yeni Nesil Koronavirüs İlişkili Hastalık-19
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
RT-PCR	: Gerçek Zamanlı Polimeraz Zincir Reaksiyonu
SARS	: Şiddetli Akut Solunum Sendromu
SARS-Cov-2	: Şiddetli Akut Solunum Sendromuna Yol Açan Koronavirüs-2
TMPRS2	: Transmembranöz Serin Proteaz Tip-2
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

VII. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince ve tez çalışmasının her aşamasında engin bilgilerini benimle paylaşan, gösterdiği ilgi ve desteğinden ötürü değerli hocam ve danışmanım Sayın Doç. Dr. Erhan YENGİL'e,

Bilgi ve tecrübeleriyle eğitimime katkıda bulunan ve daima yol gösterici olan anabilim dalı başkanımız değerli hocam Sayın Prof. Dr. Cahit ÖZER'e,

Eğitimime katkı sağlayan, gülümseyen yüzü ile bize bilimi sevdiren değerli hocam Sayın Dr. Öğretim Üyesi Pınar DÖNER GÜNER'e,

Rotasyon yaptığım bölümlerde bilgi ve becerilerini bizden esirgemeyen, bize her türlü kolaylığı sağlayan birbirinden değerli hocalarımıza,

Birlikte çalışmaktan mutlu olduğum değerli asistan arkadaşlarıma,

Hayatımın her anında yanımda olan çok sevgili anne ve babama;

Hayatıma anlam katan her zaman destekleyici ve güvenli bir sığınak olan can eşime,

Hayat yolculuğunda en büyük rehber ve geliştirici olan canım çocuklarıma,

Sonsuz teşekkür ederim...

Dr. Ümmühan YILMAZ

VIII. ÖZET

COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE HATAY İLİ SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KAYGI DÜZEYİ VE YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİ

Amaç: Bu çalışmada Hatay ili sağlık çalışanlarının koronavirüs salgınındaki kaygı düzeyi ve yaşam tarzı değişikliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 25 şubat 2021 - 25 mart 2021 tarihleri arasında Hatay ili birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık çalışanlarının katılımı ile online anket yoluyla WhatsApp ve Facebook üzerinden yapılmıştır. Katılımcılara tarafımızdan oluşturulan 25 soruluk bir anket, Spielberg sürekli ve durumluk kaygı ölçeği ve Uyku bozukluklarının düzeyini saptamak amacı ile Uykusuzluk şiddet indeks ölçeği uygulandı. Elde edilen cevaplar spss istatistik programı ile analiz edilip değerlendirildi.

Bulgular: 201 doktor, 137 hemşire/ebe ve 64 diğer sağlık çalışanlarının katıldığı bu çalışmada, durumluk kaygı ölçeğine göre %60,2'sinin (n=242), sürekli kaygı ölçeğine göre %72,9'unun (n=293) orta düzeyde anksiyete yaşadıkları, %62.5'inin (251) uyku bozukluğu yaşadığı tespit edildi. İleri yaş grubunda olmak (p=0.018), hekim olmak (p=0.005), enfekte hastalar ile daha çok temas halinde olan birim ve branşlarda çalışıyor olmak (p=0.001), kronik hastalık varlığı (p=0.004), beslenme şeklinde değişiklik (p=0.001), sigara alışkanlıkları (p=0.011), destek başvurusunda bulunma (p=0.001) ve enfekte bir hasta ile riskli temas (p=0.001) araştırmada kaygı düzeyini etkileyen değişkenlerdi. Yine enfekte hastalar ile daha çok temas halinde olan birim ve branşlarda çalışıyor olmak (p=0.001), bayan olmak (p=0.033), doktor veya hemşire olmak (0.013), sigara alışkanlıkları (p=0.005), beslenme alışkanlıkları (p=0.001), fiziksel egzersiz (p=0.001), destek tedavi başvurusu (p=0.001) ve enfekte hasta ile riskli temas (p=0.001), uyku bozukluklarını etkileyen değişkenler olarak tespit edildi.

Sonuç: Pandemi döneminin olumsuz psikolojik etkileri sağlık çalışanlarında kaygı düzeyi artışı ve uyku bozukluğu olarak kendini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, pandemi, sağlık çalışanları, kaygı düzeyi

IX. ABSTRACT

THE ANXIETY LEVEL AND LIFE STYLE CHANGES OF HEALTHCARE WORKERS IN HATAY DURING COVID-19 PANDEMIA PROCESS

Objective:In this study, it was aimed to determine and evaluate the anxiety level and lifestyle changes of healthcare workers in the coronavirus outbreak in Hatay.

Method:It was conducted via WatsApp and Facebook, with the participation of primary, secondary and tertiary healthcare professionals in Hatay province, between February 25, 2021 - March 25, 2021. A questionnaire of 25 questions created by us, Spielberg trait and state anxiety scale, and Insomnia severity index scale to determine the level of sleep disorders were applied to the participants. The answers obtained were analyzed and evaluated with spss statistical program.

Results:In this study, in which 201 doctors, 137 nurses/midwives and 64 other health professionals participated, 60,2% (n=242) of the state anxiety scale and 72.9% (n=293) of the trait anxiety scale had moderate anxiety. It was determined that 62.5% (251) of them had sleep disorders. Being in the advanced age group ($p=0.018$), being a physician ($p=0.005$), working in units and branches that are more in contact with infected patients ($p=0.001$), presence of chronic diseases ($p=0.004$), changes in nutrition ($p=0.004$). $P=0.001$), smoking habits ($p=0.011$), applying for support ($p=0.001$) and risky contact with an infected patient ($p=0.001$) were the variables affecting the anxiety level in the study. Working in units and branches that are more in contact with infected patients ($p=0.001$), being female ($p=0.033$), being a doctor or nurse (0.013), smoking habits ($p=0.005$), eating habits ($p=0.001$)) physical exercise ($p=0.001$), referral for supportive treatment ($p=0.001$) and risky contact with an infected patient ($p=0.001$) were determined as variables affecting sleep disorders.

Conclusion:The negative psychological effects of the pandemic period are manifested as increased anxiety levels and sleep disorders in healthcare workers.

Keywords: Covid-19, pandemia, healthcare workers, the level of anxiety

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İlk olarak 2019 yılı Aralık ayında, Çin'in Wuhan eyaletinde bir balık pazarı ile temaslı kişiler arasında alt solunum yolu enfeksiyonu belirtileri ile başlayıp Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu oluşturan yeni tip bir koronavirüs (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2; SARS-CoV-2) saptanmıştır. Ortaya çıkan hastalık tablosu ise 13 Ocak 2020 tarihinde yeni tip koronavirüs hastalığı (nCOVID-19) olarak isimlendirilmiştir. Yayılma hızı ve bulaştırıcılığının yüksek olması, insan sağlığı üzerindeki ciddi etkileri ve Çin dışında başka ülkelerde de hastalığın ortaya çıkması ile küresel çapta koruyucu önlemlerin arttırılması için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 11 Mart 2020'de bu salgını pandemi olarak ilan etmiştir. Mayıs 2021 itibari ile tüm dünyayı sarsan COVID-19, 150 milyondan fazla hasta ve 3 milyondan fazla ölüme neden olmuştur, Kullanılan farklı tedavi stratejileri, koruyucu önlemler ve aşılama programlarına rağmen hasta ve ölüm sayıları hala artış göstermektedir (1).

Türkiye'de ilk vaka 11.03.2020 tarihinde, virüsün neden olduğu ülkemizdeki ilk ölüm ise 15 Mart 2020'de bildirilmiştir. 1 Nisan 2020'de ise sağlık bakanlığı koronavirüs enfeksiyonunun Türkiye'deki tüm illerde tespit edildiğini duyurdu. Mart 2021 itibari ile 5 milyonun üzerinde vaka sayısı ve 40 binden fazla vefat sayısı bildirilmiştir. Öncelik sağlık çalışanları, yaşlı ve kronik hastalıkları olan bireylerden başlamak üzere aşılama programına devam edilmesine rağmen hasta ve ölü sayısı halen artmaktadır (2).

Toplum sağlığını küresel boyutta etkileyen salgınlar, kişilerin fiziksel sağlığı kadar ruhsal sağlığının da etkilendiği süreçler olmuştur (3). Bireyin varlığını etkileyen tehlikelere yönelik sıklıkla çevresel uyarı ve durumlara karşı bir tepki olarak ortaya çıkan anksiyete çok farklı yönlerden ele alınabilecek bir reaksiyondur. Anksiyetenin psikolojik boyutu, endişe ve huzursuzluğun öznel bir boyutudur (4).

Tehlike altında olduğunu düşünen birey günlük olaylarda bile en kötü senaryoyu düşünür, bu da kişinin kaygı düzeyinde artışa neden olur (5).

Yayılım, hastalık ve tedavi mekanizmaları hala tam olarak aydınlatılamamış, ne kadar süreceği belli olmayan ve kişileri daha izole bir hayat tarzına geçmek zorunda bırakan bu salgının kaygı düzeyini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Covid-19 ile toplu mücadelede en önde yer alan sağlık çalışanları kendileri için olduğu kadar meslektaşları, arkadaşları ve yakınları için de endişe duymaktadır (6). Yapılan çalışmalar göstermiştir ki pandeminin doğurduğu problemler sadece kaygı bozukluğu ile kalmamakta yüksek oranda uyku bozukluklarına ve yaşam tarzı değişikliklerine de neden olmaktadır (7). Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı yoğun çalışma temposu, ciddi psikolojik yük, artan kaygı düzeyi ve uyku bozuklukları; onları, kendilerini hastalıktan korumaya, vücut direncini arttırmaya yönelik yaşam tarzı değişikliklerine, sözlü ve hatta farmakolojik destek tedavilerine yönlendirmiştir.

Bu çalışmada, tüm bu konular göz önünde bulundurularak, Hatay ili sağlık çalışanlarında covid pandemi dönemindeki yaşam tarzı değişiklikleri, kaygı düzeyleri ve bunların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Pandemi

Pandemi; (Yunancada, tüm ve insanlar anlamına gelen ‘pan’ ve ‘demos’ kelimelerinin birleşiminden türemiştir.) Küresel anlamda çok geniş yayılım gösteren veya tüm dünyada etkili, ciddi sayıda insanın maruz kaldığı bulaşıcı hastalık olarak tanımlanır. Hastalığın belirli bir bölgede birçok kişide görülmesine ‘endemi’ , farklı bölgelerde ve topluluklarda geniş yayılımına ‘epidemi’, salgının farklı ülke ve kıtalarda yaygınlaşıp daha çok sayıda insanı etkilediği duruma ise ‘pandemi’ denmektedir(8). İnsanlık tarihi boyunca birçok pandemi vakası olmuştur. Bilinen en ölümcül pandemi ise 14. Yüzyılda yaklaşık 200 milyon insanın hayatını kaybetmesine neden olan veba hastalığıdır. Günümüzde ise HIV-AIDS ve COVID-19 halen etkili olan pandemiler olarak kabul edilmektedirler (1).

2.2 Covid-19 Tarihçesi

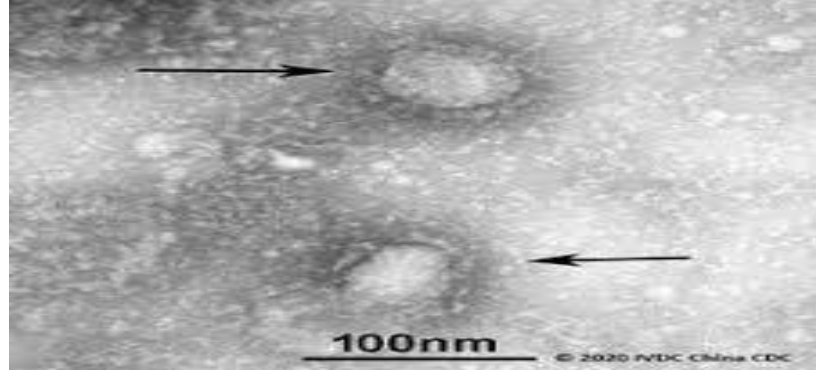
İlk vakanın hangi ülkeden ve ne zaman çıktığı konusu biraz tartışmalı olup, pandeminin çıkış noktası Çin’in Wuhan kenti olarak kabul edilse de Şubat 2021’de Wuhan’da inceleme yapan DSÖ görevlileri pandeminin buradan çıktığına dair somut veriye ulaşamadıklarını bildirmişlerdir. Çin hükümetinin resmi verilerine bakılırsa ilk vaka 17 Kasım 2019’da Hubei eyaletinden bildirilmiştir (9). Salgının ilk aşamalarında, vaka sayısının ikiye katlanma süresi 7-8 gün olarak belirlenmiştir (10). 31 Ocak 2020’de İtalya’da Çin’den gelen semptomatik iki turistte hastalığın pozitif olduğu bildirildi. 13 Mart 2020 itibariyle, DSÖ pandeminin aktif merkezini Avrupa olarak ilan etti. 19 Mart 2020’de İtalya, raporlanan ölüm sayısı bakımından Çin’i geçmiştir. 26 Mart’ta ise, ABD; Çin ve İtalya’yı geride bırakarak dünyada en çok

doğrulanmış vaka sıralamasında zirveye geçmiştir (1). Sonrasında 2019-nCoV hastalığına COVID-19 adı verilmiş, virüs SARS-CoV'e olan morfolojik benzerliğinden ötürü SARS-CoV-2 olarak adlandırılmıştır. DSÖ, COVID-19 salgınını 30 Ocak'ta "uluslararası boyutta halk sağlığı acil durumu" kategorisine almış, ilk vakaların ortaya çıktığı Çin'e, 113 ülke daha eklenince virüsün yayılımı ve şiddeti nedeniyle 11 Mart'ta hastalık küresel salgın (pandemi) olarak tanımlamıştır(1). O günden bu yana yayılmaya devam etmiş ve hala devam eden bir pandemiye neden olmuştur. Dünya çapında ölüm oranı Mayıs 2021 itibari ile %2 olup, Dünya çapında 153.594.320 onaylanmış vaka ve 3.214.790 hasta ölümü tespit edilmiştir (11).

Ülkemizde COVID-19 ile ilgili çalışmalar 10 Ocak'ta başlamış ve pandemiye yönelik korunma, tedavi ve yayılımın önlenmesi konusunda stratejilerin geliştirilmesi amaçlı T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu oluşturulmuş. Bu kurul ilk toplantısını 22 Ocak'ta gerçekleştirmiştir. Bilim kurulunun önerileri ve alınan tedbirler sayesinde İran ve Avrupa'daki komşu ülkelerde vakalar erken dönemde yükselirken, Türkiye'de ilk COVID-19 vakası 11 Mart'ta görülmüştür. Mart 2021 itibariyle ülkemizde toplam 5.000.000'dan fazla hasta, 40.000'den fazla ölüm raporlanmıştır. Ülkemizde, ilk vakanın tespit edilmesinden bu yana geçen süreçte salgın ile ilgili temel strateji, halk sağlığı önlemleri ile vaka görülme hızının düşürülmesi ve salgın eğrisindeki yükselişin yavaşlatılması ile sağlık hizmetine olabilecek yoğun talebin önüne geçilmesi olmuştur (2).

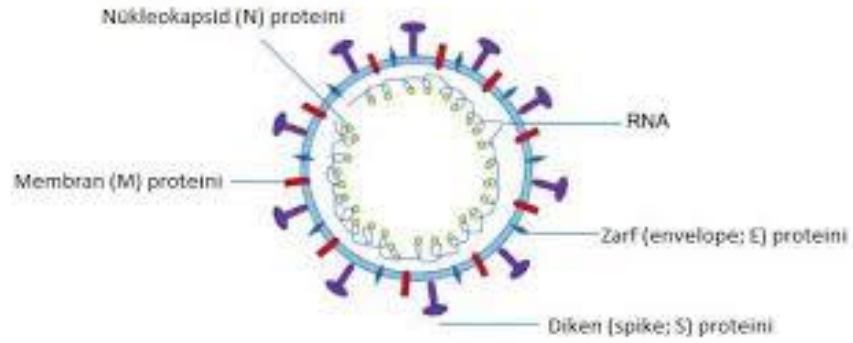
2.3 Viroloji

Koronavirüsler, zarflı pozitif sarmallı orthomyxovirüsler ailesine mensup RNA virüsleridir. Bilinen en büyük RNA genomuna sahip virüslerdir, genetik materyali 30 kilobazdan daha uzundur. Koronavirüsün morfolojik olarak en belirgin özelliği etrafındaki çıkıntılardır(spike). Mikroskop altında elde edilen görüntüsü güneşin taç küresine (Latince: *corona*) benzediği için koronavirüs adını almıştır.



Şekil 1.Coronavirüsün elektron mikroskobuki görünümü (3)

Koronavirüsler, yapısında farklı protein molekülleri barındıran bir zarf içinde bulunurlar. Lipid çift tabakalı zarf, zar proteinleri ve nükleokapsid, inaktif yaşam döngüsünde virüsü korur. Viral zarf, içinde membran(M), zarf(envelope; E) ve çıkıntı(spike; S) gibi yapısal proteinlerin bağlandığı çift katmanlı lipid yapısından oluşur. E ve M proteini, çift lipid tabakası ile birlikte viral zarfı şekillendirir ve yapısal şeklinin korunmasını sağlar. S proteinleri ise konakçı hücreler ile etkileşimi sağlar. Ancak insan koronavirüsü NL63, S proteinin değil, M proteininin konakçı hücre için bağlanma bölgesine sahip olması ile diğerlerinden farklılık gösterir (12-13).

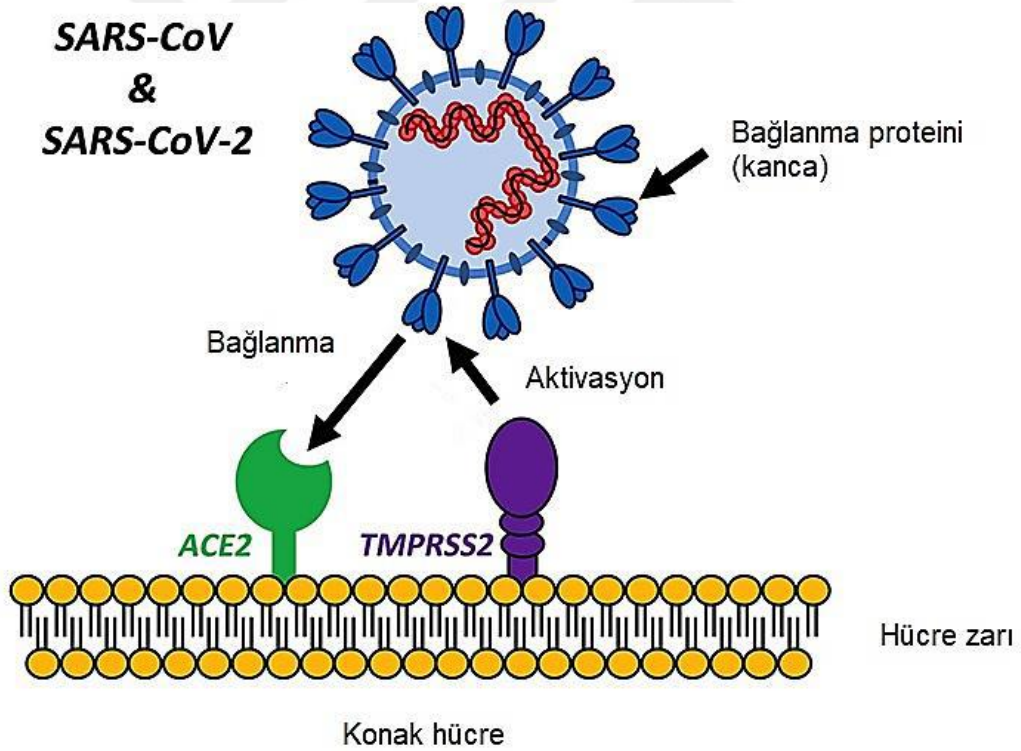


Şekil 2.Coronavirüsün kesitsel modeli (3)

Tam genom dizileme ve filogenik analiz, COVID-19'a neden olan koronavirüsün, şiddetli akut solunum sendromu(SARS) virüsü (ve birkaç yarasa koronavirüsü) ile aynı alt cins içinde, ancak farklı bir sınıfta bir beta koronavirüs olduğunu gösterdi. Uluslararası Virüs Taksonomisi Komitesi'nin Koronavirüs

Çalışma Grubu, bu virüsün şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs 2 (SARS-CoV-2) olarak adlandırılmasını önermiştir. Başka bir betakoronavirüs olan Orta Doğu solunum sendromu (MERS) virüsü daha uzaktan ilişkili görünmektedir(14-15). En yakın RNA dizisi benzerliği, iki yarası koronavirüsüne ilişkindir ve muhtemelen yarasaların birincil kaynak olduğu görülmektedir; COVID 19 virüsünün doğrudan yarasalardan mı yoksa başka bir mekanizma yoluyla mı (örneğin, bir ara konakçı aracılığıyla) bulaştığı henüz bilinmemektedir (16).

Enfeksiyonun erken dönemlerinde SARS-CoV-2, viral yapısal S proteinini ile anjiyotensin dönüştürücü enzim 2 (ACE2) reseptörüne bağlanarak nazal ve bronşiyal epitel hücreleri ve pnömositler gibi hücreleri hedef alır. Konakçı hücrede bulunan tip 2 transmembran serin proteaz (TMPRSS2), ACE2'yi bölerek ve koronavirüsün konakçı hücrelere girişine aracılık eden SARS-CoV-2 S proteinini aktive ederek virüsün hücre içine alımını destekler (17).



Şekil 3. Koronavirüsün konak hücreye bağlanması (19)

İnfluenza gibi diğer solunum yolu viral hastalıklarında olduğu gibi, SARS-CoV-2 T lenfosit hücrelerini enfekte edip öldürdüğünde COVID-19'lu kişilerde derin lenfopeni oluşur. Ek olarak, hem humoral hem de hücreli bağışıklık yanıtından

oluşan viral enflamatuvar süreç, lenfopoez sürecini bozar ve lenfosit apoptozunu tetikler(18). Enfeksiyonun ileri aşamalarında, viral replikasyon artışı ile epitelyal-endotel bariyer bütünlüğü tehlikeye girer. Hiyalen membran oluşumunun aleveolar bronşiollerde meydana getirdiği pulmoner ödem, erken faz akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS) ile uyumludur. Bradikinin artışının neden olduğu akciğer anjiyoödem, fizyopatolojinin ilerlemesine katkıda bulunabilir. Özetle, endotel hasarı, epitelyal bariyerin bozulması, disfonksiyonel alveolar-kapiller oksijen iletimi ve oksijen difüzyon kapasitesinin bozulması COVID-19'un karakteristik özellikleridir (19). Ağır COVID-19 kliniğinde koagülasyonun ileri düzeyde aktivasyonu ve pıhtılaşma faktörlerinin tüketimi ile sonuçlanır. Enflamasyon sürecindeki akciğer dokuları ve pulmoner endotel hücreleri, mikro-trombüs oluşumuna neden olabilir ve genel durumu kötü olan kritik hastalarda, yaşamı tehdit eden trombo-embolik komplikasyonların yüksek oranlarda görülmesine neden olabilir (20).

2.4 Epidemiyoloji

Bildirilen vaka sayıları, COVID-19'un toplam yükünün çok az bir kısmını göstermektedir, çünkü akut enfeksiyonların sadece semptomatik ve testler ile doğrulanmış kısmı rapor edilmiştir. Yapılan seroprevalans araştırmaları göstermiştir ki, potansiyel yanlış pozitif veya negatifleri hesaba kattıktan sonra, seropozitiflik durumuna dayanarak belirlenen maruz kalma oranı, bugün bildirilen vakaların insidansının yaklaşık 10 kat veya daha da üzerindedir (21-22).

2.4.1 Bulaşma

Temas yolu ile kişiden kişiye bulaşma, SARS-CoV-2'nin birincil bulaş yoludur. Yakın mesafeden hasta kişilerin solunum yollarından saçılan damlacıklara temas ile meydana geldiği düşünülmektedir. Enfeksiyonu olan bir kişi öksürdüğünde, hapşırdığında veya konuştuğunda salınan virüs, özellikle solunum mukozası zarlarına

doğrudan temas ederse başka bir kişiye bulaşabilir. Bir kişinin elleri hastalardan salınan damlacıklara veya kontamine yüzeylere direk temas edip, ardından ağız ve yüz bölgesine dokundurulursa enfeksiyon meydana gelebilir. Damlacıkların teorik olarak altı fitten (yaklaşık iki metre) daha fazla mesafeye ulaşmadığı kabul edilir (23). SARS-CoV-2'nin bir diğer bulaş yolu da solunum yolu ile (havada asılı kaldığı kabul edilen küçük parçacıkların belirli zaman ve mesafe içinde solunması yoluyla), ancak bu bulaşma şeklinin pandeminin seyrine ne ölçüde katkı sağladığı tartışmalıdır (24-25). SARS-CoV-2 salgınlarına dair hazırlanan raporlarda; kapalı ve havalandırma sistemi olmayan restoran ve otobüs gibi alanlarda havadan bulaşma potansiyelinin yüksek olduğunu vurgulamıştır (26-27). Çalışmalarda, hasta kişilerin öksürme, hapşırma ve konuşması ile solunum yollarından yayılan aerosollerin yatay eksende altı fit (iki metre) yayılım gösterebileceği belirtilmiştir (28). SARS-CoV-2 solunum yolu ile oluşan damlacıkların haricinde dışkı, kan, oküler sekresyonlar ve semen gibi birçok örnekte de tespit edilmiş ancak bu bölgelerin bulaşmadaki rolü belirsizdir (29). DSÖ-Çin ortak raporuna göre, fekal-oral yolla bulaşın enfeksiyonun yayılmasında etkili olmadığı ifade edilmiştir. Tranfüzyon veya iğne batması gibi kan yolu ile bulaşın da düşük etkili olduğu görülmektedir. Solunum yolu virüsleri genellikle kan yoluyla bulaşmaz ve SARS-CoV-2, MERS-CoV veya SARS-CoV için transfüzyonla bulaşan enfeksiyon bildirilmemiştir (23). SARS-CoV-2 enfeksiyonu olan bir bireyin hangi dönemde bulaştırıcılığının yüksek olduğu belirsizdir. SARS-CoV-2'yi bulaştırma potansiyeli semptomların ortaya çıkışından önce başlar ve hastalığın erken dönemlerinde en yüksektir; bu dönemden sonra bulaşma riski azalır. 7-10 günün sonunda, özellikle immün sistemi aktif ve kritik durumda olmayan hastaların bulaştırıcılık riski düşüktür (23). Enfekte bireylerde üst solunum yolunda viral RNA yükü tespiti yapılan çalışmada en yüksek seviyenin hastalığın erken dönemi olduğu tespit edilmiş, bulaştırıcılığın da en yüksek bu dönemde olabileceği kabul edilmiştir (30). Virüs, presemptomatik ve asemptomatik hastalarda, semptomların başlangıcından altı gün önce, real-time polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) testi pozitif üst solunum yolu örneklerinden elde edilebilmiştir(31). Asemptomatik hastaların üst solunum yollarındaki viral RNA düzeyleri ve bulaştırıcılık süresi de semptomatik hastalarinki ile aynıdır (32). SARS-CoV-2 enfeksiyonunun bulaşma riski, temasın türü ve süresine, kişisel koruyucu

ekipmanların kullanımı ve olası bireysel faktörlere göre değişmektedir (23). Enfekte bir bireyle temastan sonra bulaşma riski, mesafe ve maruziyet süresi ile artar ve kapalı ortamlarda uzun süreli temasla en yüksek seviyede görülür. Bu nedenle, bulaş enfeksiyonlarının çoğu şu şekilde tanımlanmıştır: ev içi temas halinde olanlar arasında, kişisel koruyucu ekipmanın kullanılmadığı sağlık kuruluşlarında, bireylerin çok yakın ortamlarda yaşadıkları veya çalıştıkları diğer toplu ortamlarda (örneğin yolcu gemileri, evsiz barınakları, gözaltı tesisleri ve gıda işleme tesisleri gibi) (23). Restoranlar ve kafeler, maske ve mesafenin daha esnek olduğu bir ortam olduğundan daha yüksek bir enfeksiyon olasılığı ile ilişkilendirilmiştir (33). Açık havada muhtemel bulaşın, kapalı ortamlara göre daha düşük olduğu kabul edilse de; açık ortamlarda da yakın temas ile bulaş olabileceği düşünülmektedir (23).

Kontamine yüzeylerde bulunan virüs, temas yolu ile ağız, gözler veya burundaki mukoza zarlarına aktarılacak başka bir enfeksiyon kaynağı oluşturabilmektedir. Ağır viral kontaminasyonlu, enfekte hastanın olduğu kapalı ortamların potansiyel bir enfeksiyon kaynağı barındırma olasılığı daha yüksektir (23-24). SARS-CoV-2'nin hücre dışında canlılığını ne kadar süre koruduğu bilinmemektedir ancak diğer koronavirüsler hakkında daha önce yapılan çalışmalarda dezenfektan olmadan 6-9 gün canlılığını koruyabildiği bulunmuştur (23,34). Benzer çalışmalarda, çeşitli dezenfektanların bir dakika içinde SARS-CoV-2 ile ilişkili bir dizi koronavirüsü inaktive ettiği saptanmıştır (35). Deneysel koşullarda oluşturulan simüle güneş ışıklarının virüsü 15-20 dk içinde inaktive ettiği belirtilmiştir(36). Bu veriler, sağlık kuruluşlarında ve kapalı ortamlarda çevresel dezenfeksiyonun önemini vurgulamaktadır. SARS-CoV-2 enfeksiyonunun ilk olarak bir hayvan konakçıdan insanlara bulaştığı düşünülmekte, ancak enfekte hayvan temasının bulaşma konusundaki etkisi belirsizdir. Hayvanların pandemi sürecinde etkili bir enfeksiyon kaynağı olduğuna dair hiçbir kanıt bulunmamaktadır (23).

COVID-19'da toplumun tümü bu enfeksiyona duyarlıdır. Sağlık çalışanları etkenle karşılaşma ve bulaş yönünden en riskli meslek grubudur. Erkekler, 65 yaşın üstünde olan kişiler, kronik hastalık öyküsü olanlar (Hipertansiyon, Kalp Hastalığı, Diyabet, Malignite, KOAH, Böbrek Hastalığı vb.) , mevsimlik tarım işçileri ile bakım ve rehabilitasyon merkezleri, okullar, kışlalar, ceza ve tevkif evleri ve göçmen kamplarında yaşayanlar COVID-19 açısından hassas gruplardır (2).

2.5 Klinik Bulgular

COVID-19 için ortalama inkübasyon süresi (maruziyetten semptom başlangıcına kadar geçen süre) 2-14 gün arası değişmekle birlikte yaklaşık olarak 5 gündür. Enfekte kişilerin yaklaşık %97,5'i ilk maruziyetin ardından 11,5 gün içinde semptom göstermiştir (37). Semptom başlangıcı ile hastaneye yatışı arasında geçen süre ise 7 (3-9) gündür (38). Hastanede yatan hastaların yaş ortalamaları 47 ile 73 arasında değişmektedir ve çoğu (kohort çalışmada) yaklaşık %60'lık bir baskınlıkla erkek cinsiyettedir. COVID-19 ile hastaneye yatırılan hastaların %74 ila %86'sı en az 50 yaşındadır (39). COVID-19'u olan hastalar semptomatik açıdan sınıflandırıldığında %81'inde hafif belirtiler, %14'ünde şiddetli belirtiler ve %5'inde kritik belirtiler (solunum yetmezliği, septik şok ve/veya çoklu organ işlev bozukluğu) saptanmıştır (40). Hastaların yoğun bakım ünitelerine yatış oranı %17,1 olarak bildirilmiştir (39).



Şekil 4. Covid-19 hastalık belirtileri (2)

Komorbiditenin enfeksiyon üzerine etkisi sorgulandığında; enfekte hastaların yaklaşık %25'inde komorbidite olmasına rağmen, hastane yatış endikasyonu alan hastaların %60-%90'ında komorbidite vardır. Görülme sıklığına göre komorbiditeler; hipertansiyon (%48-57), diyabet (%17-34), kalp-damar hastalığı (%21-28), kronik

akciğer hastalığı (% 4-10), kronik böbrek hastalığı (%3-13), malignite (%6-8) ve kronik karaciğer hastalığıdır (<%5) (41).

COVID-19 komplikasyonları arasında kalp, beyin, akciğer, karaciğer, böbrek gibi organlara yönelik sistemik bozukluklar ve pıhtılaşma sistemlerinin işlev bozuklukları yer almaktadır. Kardiyolojik komplikasyonlar arasında miyokardit, kardiyomiyopati, ventriküler aritmiler ve hemodinamik dengesizlik yer alır (42). Akut serebrovasküler hastalık ve ensefalit şiddetli hastalık (hastaların %8'ine kadar) seyrine eşlik edebilen nörolojik komplikasyonlardır (43). Trombo-embolik hadiseler ise; pandemi servislerinde yatan hastalarda %10-%25 ve yoğun bakım ünitesindekilerde %31-%59 oranında görülmektedir (44). COVID-19 nedeni ile pandemi servislerine yatırılan hastaların yaklaşık %17-%35'i yoğun bakım ünitesi takibine ihtiyaç duymakta, gereksinimin en sık nedeni de hipoksemik solunum yetmezliği olarak belirlenmiştir. Farklı çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre yoğun bakım yatışı sürecindeki hastaların %27-%91'i invaziv mekanik ventilasyon tedavisine alınmıştır (39-41).

COVID-19 nedenli hastane geneli hasta mortalitesi yaklaşık %15-%20'dir, ancak yoğun bakım ünitesi takibindeki hastalarda bu oran %40'a kadar ulaşmaktadır. Mortalite, 40 yaşın altındaki hastalarda %5'ten az, 70-79 yaş arası hastalar için %35 ve 80-89 yaş arası hastalar için %60'ın üzerindedir (45). Pandemi sürecinde, asemptomatik ve henüz tanı alamamış hasta ölümleri de dahil edildiğinde, COVID-19 kaynaklı gerçek ölüm sayıları bildirilen sayılardan daha yüksektir (19).

2.6 Koronavirüsün Dünyadaki Etkileri

Günümüze kadar insan sağlığını etkileyen kolera, veba, çiçek ve İspanyol gribi gibi birçok salgın görülmüştür. Ancak günümüzde ortaya çıkan salgınlar teknolojinin gelişmesi ve ulaşımın kolaylaşması ile çok daha hızlı yayılmakta ve daha fazla insan hayatını tehdit etmektedir. Nitekim yeni tip koronavirüs vakaları ilk olarak Çin'de ortaya çıktıktan kısa bir süre sonra Asya, Avrupa, Amerika ve Afrika ülkelerine de sıçramış ve hızlı bir yayılım göstermiştir (46). Kişilerin salgından ne düzeyde etkilendikleri sosyoekonomik düzey, yaşama ve çalışma alanlarındaki risk

faktörlerinin varlığı, kronik hastalık durumu, yaşadıkları ülkenin sağlık hizmetleri kalitesi, bölgede etkin olan virüs suşunun etki gücü gibi birçok değişkene bağlı olarak farklılık göstermektedir (47). Tüm dünyayı tehdit eden salgın bireylerin yaşam koşullarını değiştirdiği gibi ülkelerin de tutum ve siyasetleri üzerinde etkili olmuştur. Uluslararası Para Fonu (IMF) tarafından küresel düzeyde ‘Tecrit Tedbirleri’ yayınlanmış ve bu doğrultuda ülkeler gümrük kapıların kapatılması, uluslararası hava ve karayolunun kapatılması, ticari ilişkilerin kısıtlanması gibi önlemler alarak salgını kontrol altına almaya çalışmışlardır (48). Kısa bir zaman diliminde tüm dünyayı etkisi ve tehdidi altına alan salgın ilk olarak ülkelerin ve bireylerin ekonomik ve sağlık durumlarını kötü etkilemiş, izolasyon ve mesafe tedbiri sürelerinin uzaması ile psiko-sosyal yönden de etkiler ortaya çıkarmıştır.

Salgın ilk görüldüğü ülke olan Çin’de ekonomik ve sosyal hayatı olumsuz etkilemiş, vaka ve ölüm sayılarının hızlı artışı ile koruyucu ekipman, maske, eldiven, fiziksel mesafe gibi bireysel tedbir kavramları uygulamaya konulmuş, 15 Ocak 2020 tarihinde salgının ortaya çıktığı Wuhan bölgesi karantinaya alınıp giriş-çıkışlar kapatılmıştır. Bu önlemlerin yanı sıra yaklaşık iki hafta gibi kısa bir sürede büyük bir pandemi hastanesi inşa edilmiş ve filyasyon hem ekiple hem de teknolojinin yardımı ile uygulanmaya çalışılmıştır. Alınan sıkı tedbirler ile Çin hükümeti kısa bir sürede hastalığı kontrol altına aldığını açıklamış; Nisan 2020’de son koronavirüs hastasının da hastaneden taburcu edildiğini açıklamıştır (49).

Çin’den sonra hastalık ilk olarak İtalya’da görülmüştür. Virüsün ülkeye girişinin, salgının hızlı yayıldığı sanayi bölgesi olan Lombardia’da yaşayan Çinli işçilerin yarıyıl tatilinden dönüşüne bağlı olduğu düşünülmekte ve Çin ile ticari ilişkileri bulunan İtalyan işadamlarının da bu süreçte katkısı olduğu sanılmaktadır (49).

İlk vakaların bildirimi ile beraber önce Lombardia daha sonra tüm ülkede sokağa çıkma yasağı başlatılmıştır. Hükümet salgını kontrol altına alabilmek için 15 mart’a kadar eğitimi askıya aldığını ve 3 Nisan’a kadar spor müsabakalarının kaldırıldığını açıklamıştır (50). İtalya’da çok hızlı bir şekilde artan hasta sayılarına karşı hasta yatak sayıları, tıbbi malzeme eksikliği ve sağlık profesyoneli sayısı yetersiz kalmıştır. Her ülkede olduğu gibi koruyucu ekipman ve sağlık

hizmetlerindeki aksaklıklar İtalya’da da salgının hızının artmasına neden olmuş, artan salgın hızı da sağlık hizmetleri ve koruyucu ekipmanların tüketimini arttırmıştır. Ortaya çıkan bu kısır döngü belli bir eşikten sonra sağlık sisteminin çöküşüne neden olmuştur (51). Birçok ülke benzer senaryolarla karşı karşıya kalmıştır.

Bu süreçte ülkeler kendi sağlık politikalarının devamı açısından tıbbi malzeme ihracatını yasaklamış, özel sektör sağlık kuruluşlarının gerektiğinde kamulaştırılması kararlaştırılmıştır.

Karantina sürecinde ekonomik olarak kötü etkilenen halka ve işletmelere teşvik ve destek paketleri açılmıştır (52).

Tüm bu sağlık politikalarının ve koruyucu tedbirlerin yanında aşı çalışmaları salgının başlangıcından itibaren devam etmektedir. 2020'nin sonunda, dünyanın farklı yerlerinde birkaç aşı kullanıma hazır hale geldi, 40'tan fazla aday aşı insan denemelerinde ve 150'den fazlası pre-klinik denemelerde çalışılıyordu (53). Ülkeler 2020'nin sonundan itibaren kendi aşı politikalarını geliştirmiş ve aşılama programlarına başlamıştır. Tüm önlemler, koruyucu ekipmanlar ve aşılama programlarına rağmen hasta ve ölüm sayıları artmaya devam etmektedir.

2.7 Koronavirüsün Türkiye’deki Etkileri

Türkiye salgın konusunda en erken önlem alan ülkeler arasında gelmektedir. Türkiye DSÖ’nün bu salgını pandemi olarak ilanından sonra 10 Ocak 2020’de Bilim Kurulu’nu kurmuştur. Vakaların görüldüğü ve hızlı artış gösteren İran ile kara sınırı kapatılmış; İtalya ve Güney Kore’ye havayolu ulaşımı durdurulmuştur. 11 Mart 2020’de ilk vaka bildirimi ile beraber hastalığın yayılımını engellemek amacı ile okullar tatil edilmiş, toplu etkinliklere kısıtlama getirilmiş (camide cemaatle namaz, konser, toplantı, spor müsabakaları...), ve hastanelerde elektif operasyonlar ertelenmiştir.

Vaka sayılarının ülke genelinde artışı ile 4 Nisan 2020’de 20 yaş altı bireyler için sokağa çıkma yasağı başlatılmış, 30 Büyükşehir ve Zonguldak için giriş-çıkış yasağı getirilmiştir. Dış mekanlarda maske takılması zorunlu hale getirilmiştir(2).

9 Nisan 2020’den itibaren sağlık çalışanları ve güvenlik mensupları hariç hafta sonu sokağa çıkma yasağı ilan edilmiştir. 14 Nisan 2020; Türk Hava Yolları(THY), tüm dış hat uçuşlarının durdurulduğunu açıkladı. 15 Nisan 2020; cezaevlerindeki doluluğu azaltmak amacıyla, yaklaşık 90 bin hükümlü ve tutuklunun tahliyesine karar verildi. 19 Nisan 2020; Türkiye 86 bin 306 toplam hasta sayısı ile salgının çıkış merkezi olan Çin’i geride bıraktı. 23 Nisan 2020; Türkiye’deki çocuklar, Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramını, evlerinin balkonunda istiklal marşı okuyarak kutladı. 28 Nisan 2020; Türkiye tarafından ABD’ye, salgınla mücadelede kullanılmak üzere, tıbbi malzeme yardımı yapıldı. 04 Mayıs 2020; Cumhurbaşkanlığı tarafından, normalleşme takvimi açıklandı. 08 Mayıs 2020; Covid-19 kaynaklı ölüm sayısı, ilk kez 50’nin altına düştü. Dünya Sağlık Örgütü’nün Avrupa bölge temsilcisi, Türkiye’nin sağlamış olduğu küresel işbirliğinden dolayı yetkili makamlara teşekkür etti.

26 Ağustos 2020 Cumhurbaşkanlığı tarafından yayınlanan genelge ile ikinci kez esnek mesai başlatıldı. 30 Eylül 2020; sağlık bakanı Dr. Fahreddin KOCA ‘Her vaka, hasta değildir. Çünkü testi pozitif çıktığı halde hiçbir semptom göstermeyenler var ve büyük çoğunluğu bunlar oluşturuyor.’ açıklamasında bulundu. 25 Kasım 2020; Sağlık bakanı artık hasta olmayan (asemptomatik, hafif klinik) vakaların da günlük sayılara dahil edileceğini açıkladı ve 25 Kasım için yeni pozitif vaka sayısı 28.351, yeni hasta sayısı 6.814 olarak açıklandı. 30 Aralık 2020’de sinovac aşılarının ilk partisi Türkiye’ye geldi. 13 Ocak 2021; Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihazlar Kurumu sinovac aşısı için ‘‘acil kullanım onayı’(AKO) kararı aldı. Bu tarihten itibaren öncelik sağlık çalışanları ve yaşlılar olmak üzere aşılama programı başlatıldı. Şubat 2021; Güney Afrika ve Brezilya varyant virüs vakalarının ülkemizde görüldüğü bildirildi. Tüm önlemler ve aşılama programlarına rağmen vaka sayıları artmaya devam etmekte Mayıs 2021 itibari ile toplam vaka sayısı 150 milyondan fazla ve toplam ölüm sayısı ise 3 milyonu aşındır.

2.8 Salgının Ruh Sağlığına Etkisi

Tarih boyunca etkili olan virüsler bireylerin fiziki sağlığı kadar psiko-sosyal sağlık durumunu da etkilemektedir. Bu etki ekonomik, toplumsal, ahlaki ve sağlık gibi geniş perspektiften ele alınması gerekir. Çünkü salgınla birlikte insanlarda hastalığa yakalanma korkusu, yakınlarını kaybetme korkusu, hastalık sebebi ile toplum tarafından dışlanma korkusu, işten çıkarılma veya ekonomik sorunlar korkusu gelişmekte, izolasyon kaynaklı yalnızlık, çaresizlik, depresyon ortaya çıkabilmektedir (3).

Bu olası psikolojik tepkiler ele alındığında covid pandemi sürecinde bireylerin hem kendi hem de yakınlarının sağlık durumları hakkında endişe ve korku düzeylerinde, uyku ve beslenme düzenlerinde, kronik hastalıklarının seyrinde ve sigara, alkol gibi alışkanlıklarında değişiklikler öngörülmektedir (54).

Kesin korunmanın sağlanamadığı ve halen kesin etkili tedavisinin bulunamamasının bireylerde kaygı bozukluğu ve depresif belirtiler ortaya çıkaracağı öngörülmektedir (55).

Ne zaman biteceği belli olmayan bu pandemi sürecinde kişiler önceki yaşam koşullarına göre daha izole yaşamakta, bu belirsizlik kişilerin kaygı düzeyini arttırmakta, karantina önlemleri kişilerde hayal kırıklığı, geleceğe karşı umutsuzluk ve anksiyete bozukluklarına neden olmaktadır (56,57,58). Pandemi süreci kişilerin sağlıkları, yakınları, ekonomik güçleri, umutları ve inançlarını kaybetmelerine neden olabilmekte, bu geri dönüşü olmayan kayıplar ruhsal bozukluğa yol açabilmekte özellikle depresyon sıklığının artacağı belirtilmektedir (55).

Wang ve ark. yaptıkları çalışmaya katılanların yarısı orta veya şiddetli, üçte biri ise şiddetli anksiyete belirtileri bildirmişlerdir. Risk faktörleri olarak kadın cinsiyet, hastalığa yakalandığını düşündüren belirtilere sahip olmak ve algılanan sağlık durumu kaydedilmiştir. Hastalık konusunda doğru ve net bilgilere sahip

olmanın ve koruyucu tedbirlere uymanın daha düşük stres ve kaygı düzeyi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (59).

Cao ve ark. Çin'deki bir tıp fakültesinin öğrencilerinin katılımıyla yaptıkları çalışmada, katılımcıların %0,9'unun ciddi anksiyete, %2,7'sinin orta derecede anksiyete ve %21,3'ünün hafif anksiyete yaşadıklarını göstermiştir. Çalışma sonucunda; öğrencilerin salgının günlük yaşam üzerindeki etkilerinin yanı sıra akademik faaliyetlerindeki etkilerin, öğrencilerin anksiyete belirtileri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (60).

İtalya'da karantina önlemlerine maruz kalmış bireylerin ruh sağlığının değerlendirildiği web tabanlı anket çalışmasında; katılımcıların %37'sinde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), %20.8'inde kaygı belirtileri, %17.3'ünde depresyon belirtileri, %7.3'ünde uyku sorunları, %21.8'inde yüksek algılanan stres düzeyi ve %22.9'unda uyum bozukluğu semptomları (ADS) görülmüştür. Ayrıca TSSB, depresyon, anksiyete, uykusuzluk, algılanan yüksek stres ve ADS'nin kadın cinsiyet ve genç yaş ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur (61).

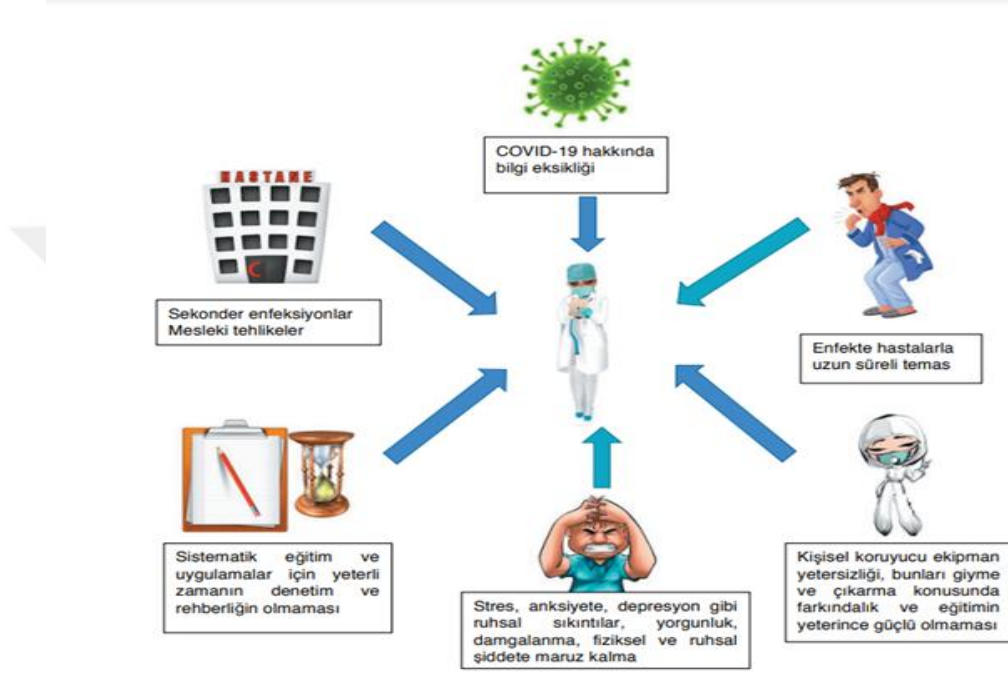
Brooks ve ark. karantinanın ruh sağlığı üzerine etkilerine dair yaptıkları çalışmada travma sonrası stres bozukluğu ve öfke bozukluğunun artmış olduğunu göstermişlerdir. Stres kaynağı olarak ise uzun karantina süresi, enfeksiyon korkusu, hayal kırıklığı, can sıkıntısı, yetersiz malzeme, yetersiz bilgi, finansal kayıp ve dışlanma korkusuna yer verilmiştir (62).

Ülkemizde telefon temelli yapılan bir anket çalışmasında, cinsiyet ve mevcut çalışma durumundan bağımsız olarak uyku bozukluğu, kaygı insidansının yüksek olduğu ve yaşam tarzı değişikliğinde artış olduğu bildirilmiştir (7).

2.9 Koronavirüs Salgınında Sağlık Çalışanları

Küresel salgınlarda, virüs ile en çok temas halinde olan ve hastalığa karşı mücadelede en ön safta yer alan sağlık çalışanlarıdır. Bu süreçte ciddi bir fedakarlık gösteren sağlık çalışanlarını daha sonraki yaşam süreçlerinde ruh sağlığı problemleri yaşama riski beklemektedir (55). Aralık 2020 itibari ile koronavirüs enfeksiyonuna

yakalanan sağlık çalışanı sayısının 120 binin üzerinde olduğu ve 216 sağlık çalışanının bu nedenle yaşamını yitirdiği açıklanmıştır. Pandemi sürecinde aktif çalışan sağlık çalışanlarının yaşam biçimlerinin ve toplumsal ilişkilerinin fazlaca etkileneceği öngörülmektedir. Günlük çalışma koşullarında hastalıkla yakın temas içerisinde olan ve enfekte olma riski yüksek olan sağlık çalışanlarında anksiyete ve obsesyon gibi psikolojik bozukluklar kendini göstermektedir (63).



Şekil 5. Sağlık çalışanlarındaki stres ve kaygı kaynakları (2)

Hemşireler üzerinde yapılan bir araştırmada; görev türü, çalışma saatleri, sağlık algısı, medeni durum ve çocuk sahibi olma gibi değişkenler ile birlikte, anksiyete puanlarının yüksek olduğu görülmüştür (64).

SARS salgını sonrasında sağlık çalışanları ile sağlık dışı çalışan kişilerin stres düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada sağlık çalışanlarının stres düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (65). Yine SARS salgını sırasında pandemi hastaları ile ilgilenen sağlık çalışanları ile pandemi dışı hastalar ile ilgilenen sağlık çalışanlarının pandemi süreci sonrasında ruhsal bozukluklarının karşılaştırıldığı bir çalışmada; pandemi kliniklerinde aktif görev yapan sağlık çalışanlarında psikolojik sıkıntılar, tükenmişlik ve travma sonrası stres bozukluğu anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (66).

Yapılan çalışmalara bakıldığında sağlık çalışanları üzerinde diğer tüm pandemi süreçlerinde olduğu gibi covid 19 pandemisinde de uzun vadede olumsuz etkilerin ortaya çıkacağı öngörülmektedir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırma İzni ve Tipi

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (14.01.2021-Karar no:7) izin alınmıştır. Kesitsel tipte bir anket çalışmasıdır.

3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü

Çalışma Hatay merkez ilçelerinde (Antakya - Defne) 1. ve 2. ve 3. basamaktaki sağlık çalışanlarına uygulanması planlandı. Evrenimizi oluşturan merkezlerde görev yapan sağlık çalışanı sayısı 5000 idi. Örneklem büyüklüğü Epi Info programı kullanılarak hesaplandığında % 95 güven aralığında temsil sağlayan örneklem büyüklüğü en az 357 olarak bulunmuştur. Toplamda %10 hata payı göz önünde bulundurulduğunda 393 kişiye ulaşılması planlandı.

3.3 Verilerin Toplanması

Bu tez çalışması 25 Şubat 2021- 25 Mart 2021 tarihleri arasında Hatay merkez ilçelerinde 1. 2. ve 3. Basamakta çalışan sağlık çalışanlarına çevrimiçi anket yoluyla yapılmıştır. WhatsApp ve Facebook üzerinden anketler ulaştırılmıştır. Ankete katılmayı kabul eden ve anketi dolduran 420 kişiye ulaşınca sonlandırılmıştır.

Çalışmaya dâhil edilme kriterleri;

Aktif olarak çalışan sağlık çalışanları

Çalışmadan hariç tutulma kriterleri;

a. Ücretsiz izinde olanlar

b. Gebe olanlar

c. Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığı olan veya psikiyatrik ilaç kullananlar

c. Onam vermeyenler

3.4 Anket ve Ölçekler

Anket formu; ilk bölümde sosyo-dermografik ve tanımlayıcı veri formu, ikinci bölümde Spielberg durumluk ve sürekli kaygı ölçeği, üçüncü bölümde ise uykusuzluk şiddet indeksi sorularını içeren üç bölümden oluşmaktadır.

3.4.1 Sosyodermografik ve Tanımlayıcı Veri Formu

Mevcut literatür taranarak tarafımızdan oluşturulan 3 bölüm ve toplam 25 soruluk bir ankettir.

Araştırmanın uygulanacağı katılımcıların

- i. Yaş, cinsiyet, medeni durum gibi sosyodermografik özellikleri
- ii. Beslenme, fiziksel egzersiz ve sigara alışkanlıklarındaki değişimleri içeren yaşam tarzı değişikliklerini
- iii. Koronavirüs enfeksiyonuna yakalanma risklerinin sorgulandığı risk faktörleri bölümlerinden oluşmaktadır.

3.4.2 Spielberg Sürekli ve Durumluk Kaygı Ölçeği

Bu ölçek Spielberger, Gorsuch ve Lushene tarafından her biri 20 sorudan oluşan iki alt grup ölçekten oluşacak şekilde geliştirilmiştir (67). Öner ve Le Compte tarafından Türk toplumuna uyarlaması yapılmıştır. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir araçtır. Envanterin ikinci bölümünde yer alan yine 20 sorudan oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) ise kişinin genelde yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır (68). Test içerisinde “Hiç” ile “Tamamıyla” arasında değişen dört seçenekli sorular yer almaktadır. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterlerinde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler ise 21,26,27,30,33,36 ve 39 uncu maddeleri oluşturur. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya, önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Envanteri için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Envanteri için 35’dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Toplam skor 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasındadır. 20-39 puan hafif anksiyete düzeyini, 40-59 puan orta anksiyete düzeyini, 60-79 puan ağır anksiyete düzeyini göstermektedir.

3.4.3 Uykusuzluk Şiddet İndeksi

Uyku bozukluklarının düzeyini saptamak amacı ile kullanılan bu ölçek, toplumda uykusuzluk taramalarında ve uykusuzluğun klinik değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır (69). Yedi sorudan oluşan 5 seçenekli bir ölçektir. Her soru 0-4 arası puanlanıp toplam puan 0-28 arasındadır. Uykuya geçmekte zorluk, uykuyu sürdürme güçlükleri, uyku paterninden alınan doyum, günlük işlevsellikte ortaya

ıkan bozulmalar, uyku bozukluğunun kişi tarafından fark edilebilirliği ve uyku bozukluğunun neden olduğu stres düzeyi bu ölçek ile lleilmektedir (70).

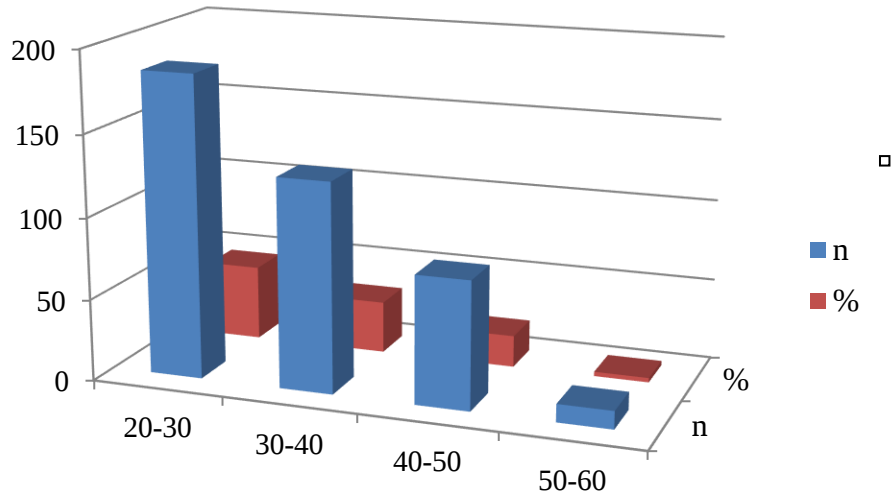
nemsiz düzeyde uykusuzluğu 0-7 puan aralığı gösterirken, 8-14 puan alt eşihte olan uykusuzluğu, 15-21 puan orta şiddette uykusuzluğu, 22-28 puan ise şiddetli düzeyde uykusuzluğu göstermektedir. Türkçe geçerlik güvenirliği 2010 yılında Boysan ve ark tarafından yapılmıştır. Ölçek zbildirim aracı olmakla birlikte, hasta yakını ve klinisyenler tarafından da kullanılabilecek bir araçtır.

3.5 Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Simironov testi ile değerlendirildi. Normal dağılım göstermeyen 2 bağımsız grup karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmış, sayısal verilerin 2 den fazla bağımsız grupta karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal değişkenler için ortanca, en az ve en çok değerler kullanılmış; kategorik değişkenler için ise sayı % değerleri verilmiştir. İstatistiksel analizler için SPSS Windows versiyon 24.0 paket programı kullanılmış ve $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

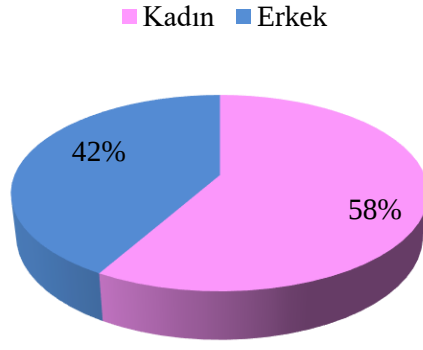
4. BULGULAR

Araştırma kapsamında 420 kişiye ulaşıldı, anketi eksik dolduranlar çıkarıldığında toplam 402 kişi değerlendirildi. Sağlık çalışanlarının % 46'sı 20-30, %31.8'i 30-40, % 19.4ü 40-50 ve % 11' i 50-60 yaş aralığında idi (Şekil 6).



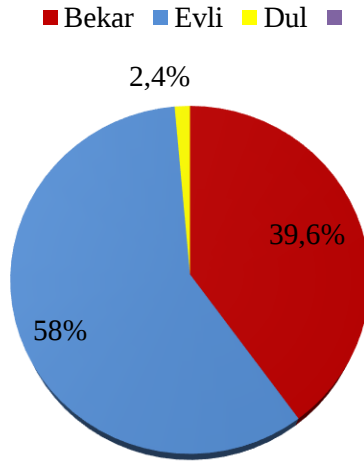
Şekil 6. Yaş Gruplarına Göre Dağılım

Cinsiyet açısından dağılım incelendiğinde katılımcıların %58.2'sinin (n=234) kadın ve %41.8'inin (n=168) erkek olduğu tespit edildi (Şekil 7).



Şekil 7.Cinsiyete Göre Dağılım

Medeni duruma göre dağılım incelendiğinde katılımcıların %39.6'sının bekâr %58'inin evli olduğu tespit edildi (Şekil 8).



Şekil 8.Medeni Duruma Göre Dağılım

Katılımcıların meslek ve çalışma alanları incelendiğinde; 201'i (%50) doktor, 136'sı (%33.9) hemşire - ebe ve 65'i (%16) diğer sağlık çalışanıydı. Katılımcıların %35.3'ü dahili bilimlerde, %23.6'sı cerrahi bilimlerde, %4.7'si temel bilimlerde ve %36.3'ü diğer birimlerde çalışmaktaydı. Bu veriler sağlık çalışanlarının diğer tanımlayıcı özellikleri ile beraber tablo 1.'de gösterilmiştir.

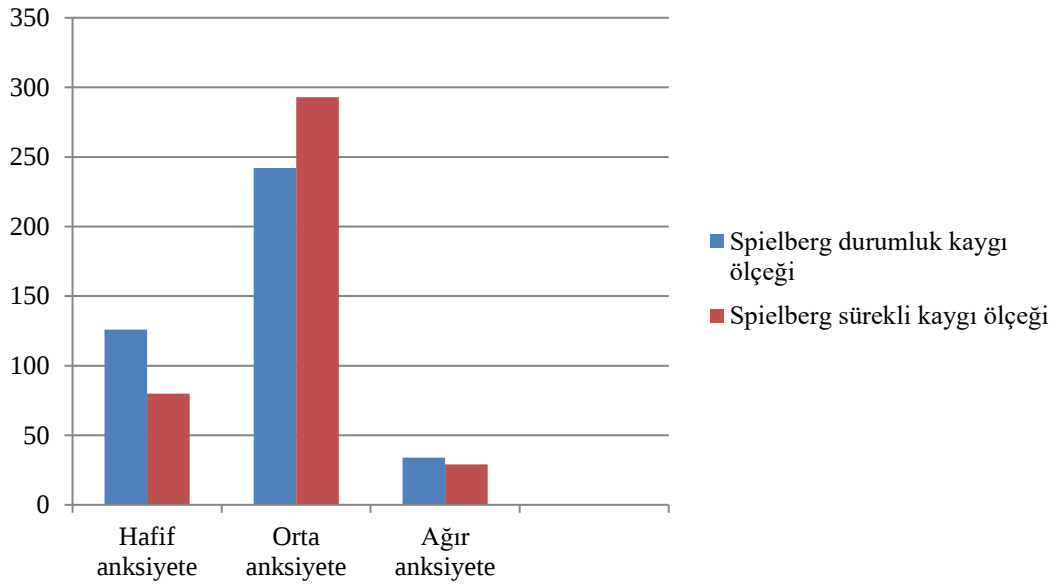
Tablo 1.Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Meslek	Doktor Hemşire,Ebe Diğer	201 136 64	50 33.9 16
Hangi branşta çalışmaktasınız	Temel bilimler Dahili bilimler Cerrahi bilimler Diğer	19 142 95 146	4.7 35.3 23.6 36.3
Sigara alışkanlığı	Kullanmıyorum Kullanıyordum pandemi öncesi bıraktım Kullanıyordum pandemi sürecinde bıraktım Kullanıyorum	250 32 5 115	62.1 7.9 1.2 28.6
Pandemi sürecinde beslenme şekliniz	Daha sağlıklı besleniyorum Beslenme düzenim bozuldu Değişmedi	94 150 158	23.4 37.3 39.3
Yaşadığınız evde 65 yaş üstü birey var mı?	Evet Hayır	39 363	9.7 90.3
Yaşadığınız evde 18 yaş altı birey var mı?	Evet Hayır	203 199	50.5 49.5
Mevcut çalışma durumunuz	Hasta görmeyen branş Pandemi poliklinik/servis Branş poliklinik/servis Aile sağlığı merkezi Acil servis Filyasyon ekibi Yoğun bakım	22 79 115 58 37 18 73	5.5 19.7 28.6 14.4 9.2 4.5 18.2
Kronik hastalığınız var mı?	Evet Hayır	78 324	19.4 80.6
Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?	Evet Hayır	110 292	27.4 72.6
Covid-19 enfeksiyonlu biri ile riskli temasınız oldu mu ?	Evet Hayır	249 152	62.1 37.8
Karantinede kaldınız mı ?	Evet Hayır	153 249	38.1 61.9
Vitamin/ilaç desteği aldınız mı?	Evet Hayır	148 254	36.8 63.2
Pandemi sürecinde kaygı düzeyiniz arttı mı?	Evet Hayır Kısmen	227 60 115	56.5 14.9 28.6
Herhangi bir desteğe başvurdunuz mu?	İlaç tedavisi Sözlü telkin Hayır	36 49 265	9.0 12.2 65.9

Spielberg sürekli ve durumluk kaygı ölçeği puanları;

Katılımcıların durumluk kaygı ölçeğine göre %31,3'ünün (n=126) hafif anksiyetesi, %60,2'sinin (n=242) orta anksiyetesi ve %8,5'ünün (n=34) ise ağır anksiyetesi mevcut idi.

Katılımcıların sürekli kaygı ölçeğine göre, %19,9'unun (n=80) hafif anksiyete, %72,9'unun (n=293) orta anksiyete ve %7,2'sinin (n=29) ise ağır anksiyete düzeylerine sahip olduğu saptandı (Şekil 9).

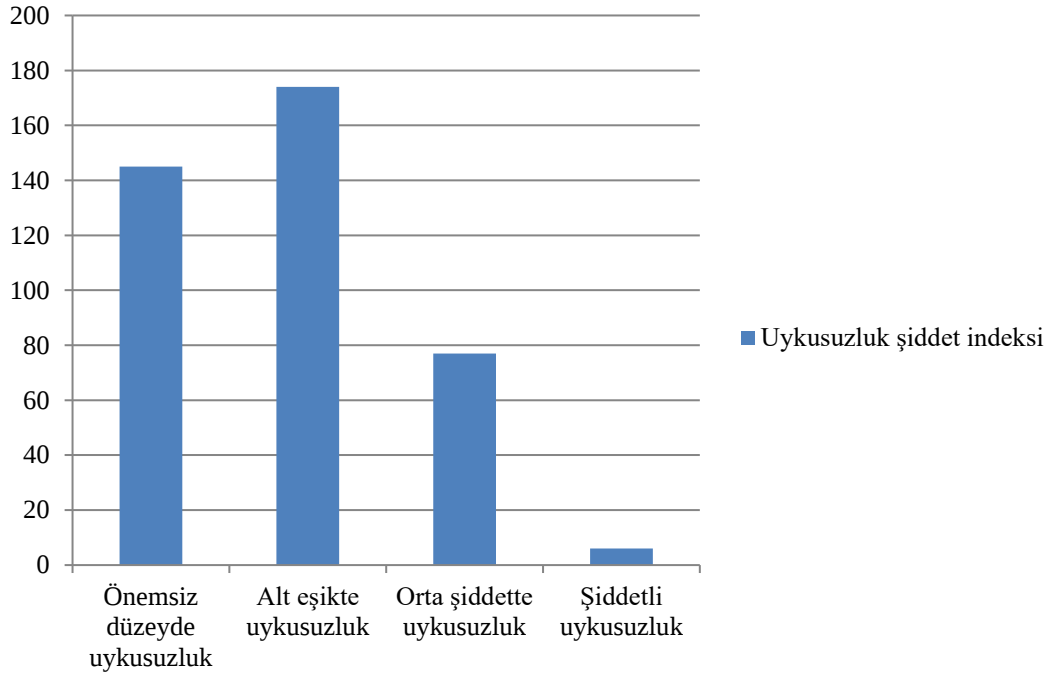


Şekil 9.Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının Spielberg sürekli ve durumluk kaygı ölçeklerine göre tespit edilen anksiyete düzeyleri

Uykusuzluk şiddet indeksi puanlarına göre;

Katılımcıların %36.1'inin (n=145) önemsiz düzeyde uykusuzluk, %43.3'ünün (n=174) alt eşikte uykusuzluk, %19.2 'sinin (n=77) orta şiddette uykusuzluk, %1.5'inin (n=6) ise şiddetli düzeyde uykusuzluk belirtileri ifade ettiği saptandı (Şekil 10).

Uykusuzluk Şiddet İndeksi



Şekil 10. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının uykusuzluk şiddet indeksine göre uyku bozuklukları

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile sürekli ve durumluk kaygı puanı ve uykusuzluk şiddet indeksi puanları arasındaki ilişki Tablo 2 de verilmiştir. (Tablo 2)

Cinsiyet göre kadın ve erkeklerin sürekli kaygı puanları ($p=0.100$) ve durumluk kaygı puanları ($p=0.062$) arasındaki ilişki benzer bulundu. Uyku şiddet indeksi puanlarına göre kadınların 10(0-23), erkeklere 9(0-28) göre anlamlı yüksek uyku bozukluğu yaşadığı bulundu ($p=0.033$).

Yaş grupları ile katılımcıların durumluk kaygı puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak farklı bulundu ($p=0.018$). 50-60 yaş aralığında olan katılımcıların durumluk kaygı puanları 50(38-72); hem 20-30 yaş grubunun durumluk kaygı puanlarına 46(21-78), hem 30-40 yaş grubunun durumluk kaygı puanlarına 43(20-70) hem de 40-50 yaş grubunun durumluk kaygı puanlarına 44.5(20-70) göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p=0.046$, $p=0.006$, $p=0.011$).

Yaş gruplarına göre; katılımcıların sürekli kaygı puanları benzer bulundu ($p=0.153$).

Yaş gruplarına göre; katılımcıların uykusuzluk şiddet indeks puanları benzer bulundu ($p=0.693$).

Medeni duruma göre; katılımcıların sürekli kaygı puanları istatistiksel olarak farklı bulundu (**$p=0.018$**). Bekâr olanların sürekli kaygı puanları 47(29-70), evli olanların sürekli kaygı puanlarına 45(29-75) göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (**$p=0.004$**). Medeni duruma göre; katılımcıların durumluk kaygı puanları ve uykusuzluk şiddet indeks puanları benzer bulundu ($p=0.563$, $p=0.579$).

Mesleğe göre; katılımcıların sürekli kaygı puanları istatistiksel olarak farklı bulundu (**$p=0.015$**). Doktorların sürekli kaygı puanları 47(29-75) olup, hem hemşire ve ebelerin sürekli kaygı puanlarına 45(24-63) hem de diğer sağlık çalışanlarının sürekli kaygı puanlarına 46(30-59) göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (**$p=0.002$, $p=0.048$**).

Mesleğe göre katılımcıların uykusuzluk şiddet indeksi puanı istatistiksel olarak farklı bulundu(**$p=0.01$**). Hemşirelerin uykusuzluk şiddeti indeks puanları 10(1-28) hem doktorların uykusuzluk şiddeti indeks puanlarına 9(0-23), hem de diğer sağlık çalışanların uykusuzluk şiddeti indeks puanlarına 7.5(0-28) göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (**$p=0.023$, $p=0.009$**).

Mesleğe göre sağlık çalışanlarının durumluk kaygı puanları benzer bulundu ($p=0.175$).

Katılımcıların görev yaptığı birime göre; durumluk kaygı puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak farklı bulundu (**$p=0.001$**). Dahili branş çalışanlarının durumluk kaygı puanları 50(26-72), hem cerrahi branş çalışanlarının durumluk kaygı puanlarına 44(20-71) hem de diğer birimlerde çalışanların durumluk kaygı puanlarına 40(20-70) göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (**$p=0.001$, $p=0.001$**). Cerrahi branş çalışanlarının durumluk kaygı puanları 44(20-71), diğer birimlerde çalışanların durumluk kaygı puanlarına 40(20-70) göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (**$p=0.027$**).

Katılımcıların görev yaptığı birime göre; sürekli kaygı puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak farklı bulundu (**p=0.001**). Dahili branş çalışanlarının sürekli kaygı puanları 49(29-68); hem cerrahi branş çalışanlarının sürekli kaygı puanlarına 44(30-75) hem de diğer birimlerde çalışanların sürekli kaygı puanlarına 44(24-74) göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (**p=0.001, p=0.001**). Temel bilimlerde çalışanların sürekli kaygı puanları 47(30-70), diğer birimlerde çalışanların sürekli kaygı puanlarına 44(24-74) göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı (**p=0.021**).

Katılımcıların görev yaptığı birime göre; uykusuzluk şiddet indeksi puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak farklı bulundu (**p=0.001**). Dahili branş çalışanlarının uykusuzluk şiddet indeksi puanları 12(0-27); temel bilimlerde çalışanların uykusuzluk şiddet indeksi puanlarına 7(1-20), cerrahi branş çalışanlarının uykusuzluk şiddet indeksi puanlarına 10(1-28) ve diğer birimlerde çalışanların uykusuzluk şiddet indeksi puanlarına 7(0-22) göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (**p=0.029, p=0.01, p=0.001**) Cerrahi branş çalışanlarının uykusuzluk şiddet indeksi puanları 10(1-28), diğer birimlerde çalışanların uykusuzluk şiddet indeksi puanlarına 7(0-22) göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (**p=0.001**).

Tablo 2.Sosyodemografik özelliklerinin sürekli ve durumluk kaygı puanı ve uykusuzluk şiddet indeksi puanları ile ilişkisi

Sosyodemografik özellikler		Spielberg durumluk		Spielberg sürekli		Uykusuzluk şiddet indeksi	
	n (%)	Median(min-maks)	p	Median(min-maks)	p	Median(min-maks)	p
Cinsiyet							
Erkek	234 (%41.8)	44 (21-78)	p=0.062	45.5 (24-74)	p=0.100	9 (0-28)	<u>p=0.033</u>
Kadın	168 (%58.2)	46 (20-70)		47 (29-75)		10 (0-23)	
Yaş							
¹ 20-30	185 (%46)	46 (21-78)	<u>p=0.018</u> 1 ve 4 2 ve 4 3 ve 4	47 (29-70)	p=0.153	10 (0-28)	p=0.693
² 30-40	128 (%31.8)	43 (20-70)		46 (29-75)		9 (0-23)	
³ 40-50	78 (%19.4)	44.5 (20-70)		45 (24-71)		10.5 (0-21)	
⁴ 50-60	11 (%2.7)	50 (39-72)		48 (37-59)		12 (2-18)	
Medeni durum							
¹ Evli	233 (%58)	45 (20-72)	p=0.563	45 (29-75)	<u>p=0.015</u> 1 ve 2	10 (0-28)	p=0.579
² Bekar	159 (%39.6)	45 (25-78)		47 (29-70)		10 (1-27)	
³ Dul	10 (%2.5)	44.5 (25-61)		47.5 (35-54)		11.5 (0-20)	
Meslek							
¹ Doktor	201 (%50)	46 (20-78)	p=0.175	47 (29-75)	<u>p=0.005</u> 1 ve 2 1 ve 3	9 (0-23)	<u>p=0.013</u> 1 ve 2 2 ve 3
² Hemşire, ebe	136 (%33.9)	45 (21-72)		45 (24-63)		10 (1-28)	
³ Diğer	64 (%16)	43 (25-63)		46 (30-59)		7.5 (0-28)	
Branş							
¹ Temel bilimler	19 (%4.7)	46 (25-78)	<u>p=0.001</u> 2 ve 3 2 ve 4 3 ve 4	47 (39-70)	<u>p=0.001</u> 1 ve 2 1 ve 3 2 ve 3 2 ve 4	7 (1-20)	<u>p=0.001</u> 1 ve 2 2 ve 3 2 ve 4 3 ve 4
² Dahili bilimler	142 (%35.3)	50 (26-72)		49 (29-68)		12 (0-27)	
³ Cerrahi bilimler	95 (%23.6)	44 (20-71)		44 (30-75)		10 (1-28)	
⁴ Diğer	146 (%36.3)	40 (20-70)		44 (24-74)		7 (0-22)	

Katılımcıların yaşam tarzı değişikliklerinin sürekli ve durumluk kaygı puanı ve uykusuzluk şiddet indeksi puanları ile ilişkisine bakıldı. (Tablo 3)

Pandemi sürecinde sigara alışkanlıklarındaki değişimlerin sürekli, durumluk kaygı düzeyi ve uykusuzluk şiddet indeksi puanları ile ilişkisine bakıldığında; Pandemi sürecinde sigara alışkanlıklarındaki değişimler ile durumluk kaygı puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak farklı bulundu (**p=0.011**). Hiç sigara kullanmayanların durumluk kaygı puanları 44(20-78), pandemi öncesi sigara bırakanların durumluk kaygı puanlarına 36(32-62) göre anlamlı yüksek saptandı (**p=0.038**). Halen sigara kullananların durumluk kaygı puanları 46(20-72) hiç sigara kullanmayanların durumluk kaygı puanlarına 44(20-78) göre anlamlı yüksek idi (**p=0.004**).

Pandemi sürecinde sigara alışkanlıklarındaki değişimler ile uykusuzluk şiddet indeksi puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak farklı bulundu (**p=0.005**). Halen kullananların uykusuzluk şiddet indeksi puanları 11(1-28), hem pandemi öncesinde sigara bırakanların uykusuzluk şiddet indeksi puanlarına 9(0-20) hem de kullanmayanların uykusuzluk şiddet indeksi puanlarına 9(0-22) göre anlamlı yüksek bulundu (**p=0.001,p=0.044**).

Pandemi sürecinde beslenme alışkanlıklarındaki değişimler ile sürekli, durumluk kaygı düzey puanları ve uykusuzluk şiddet indeksi puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; Pandemi sürecinde beslenme alışkanlıklarındaki değişimler ile durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (**p=0.001**). Katılımcılardan beslenme düzeninin bozulduğunu ifade edenlerin durumluk kaygı puanları 48(22-78), hem daha sağlıklı beslendiğini ifade edenlerin durumluk kaygı puanlarına 44(20-67) hem de beslenme düzenini değişmediğini ifade edenlerin durumluk kaygı puanlarına 42(20-72) göre anlamlı yüksek idi (**p=0.004, p=0.001**).

Pandemi sürecinde beslenme alışkanlıklarındaki değişimler ile sürekli kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (**p=0.001**). Katılımcılardan beslenme düzeninin bozulduğunu ifade edenlerin sürekli kaygı puanları 48(29-75), hem daha sağlıklı beslendiğini ifade edenlerin sürekli kaygı puanlarına 45.5(30-64)

hem de beslenme düzenini değişmediğini ifade edenlerin sürekli kaygı puanlarına 45(24-74) göre anlamlı yüksek idi ($p=0.009$, $p=0.001$).

Pandemi sürecinde beslenme alışkanlıklarındaki değişimler ile uykusuzluk şiddet indeksi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.001$). Katılımcılardan beslenme düzeninin bozulduğunu ifade edenlerin uykusuzluk şiddet indeksi puanları 11(3-28), hem daha sağlıklı beslendiğini ifade edenlerin uykusuzluk şiddet indeksi puanlarına 8(0-20) hem de beslenme düzeninin değişmediğini ifade edenlerin uykusuzluk şiddet indeksi puanlarına 8(0-22) göre anlamlı yüksek idi ($p=0.001$, $p=0.001$).

Pandemi sürecinde fiziksel egzersiz alışkanlıklarındaki değişimlerin sürekli kaygı düzeyi, durumluk kaygı düzeyi puanları ve uykusuzluk şiddet indeksi puanları ile ilişkisine bakıldığında; Pandemi sürecinde fiziksel egzersiz alışkanlıklarındaki değişimler ile durumluk kaygı puanları arasında anlamlı fark bulundu ($p=0.045$). Katılımcılardan fiziksel egzersiz alışkanlıklarının azaldığını ifade edenlerin durumluk kaygı puanları 46(23-78); fiziksel egzersiz alışkanlıklarının değişmediğini ifade edenlerin durumluk kaygı puanlarına 42(20-63) göre anlamlı yüksek bulundu ($p=0.013$).

Katılımcıların fiziksel egzersiz alışkanlıkları ile sürekli kaygı puanları arasındaki ilişki benzerdi ($p=0.120$).

Pandemi sürecinde fiziksel egzersiz alışkanlıklarındaki değişimler ile uykusuzluk şiddet indeksi puanları arasında anlamlı fark bulundu ($p=0.001$). Katılımcılardan fiziksel egzersiz alışkanlıklarının azaldığını ifade edenlerin uykusuzluk şiddet indeksi puanları 11(0-27), fiziksel egzersiz alışkanlıklarının değişmediğini ifade edenlerin uykusuzluk şiddet indeksi puanların 8(1-22) göre anlamlı yüksek idi ($p=0.001$).

Pandemi sürecinde profilaktik vitamin ve ilaç desteği alımı ile sürekli kaygı düzeyi puanları ($p=0.863$) ve durumluk kaygı düzeyi ($p=0.131$) puanları arasındaki ilişki benzerdi.

Katılımcıların profilaktik vitamin ve ilaç desteği alımı ile uykusuzluk şiddet indeksi puanları arasında anlamlı fark saptandı. Katılımcıların profilaktik vitamin ve ilaç desteği alanların uykusuzluk şiddet indeksi puanları 11(1-28), profilaktik vitamin

ve ilaç desteği almayanların uykusuzluk şiddet indeksi puanlarına 9(0-23) göre anlamlı yüksek idi (**p=0.002**).

Pandemi sürecinde sosyal mesafe kurallarına uyma durumları ile sürekli kaygı düzeyi ($p=0.755$), durumluk kaygı düzeyi ($p=0.308$) ve uykusuzluk şiddet indeksi ($p=0.349$) puanları benzer idi.

Pandemi sürecinde maske kullanım kurallarına uymanın sürekli kaygı düzeyi ($p=0.155$) durumluk kaygı düzeyi ($p=0.363$) ve uykusuzluk şiddet indeksi ($p=0.430$) puanları arasındaki ilişki benzer idi.

Pandemi sürecinde sözel veya farmakolojik destek almanın sürekli, durumluk kaygı düzeyi ve uykusuzluk şiddet indeksi puanları ile ilişkisine bakıldığında; Pandemi sürecinde sözel veya farmakolojik destek alımı ile durumluk kaygı puanları arasında anlamlı fark bulundu (**p=0.001**) Katılımcılardan farmakolojik destek alanların durumluk kaygı puanları 50(27-71); herhangi bir destek almayanların durumluk kaygı puanlarına 44(20-72) göre anlamlı yüksek idi (**p=0.001**).

Pandemi sürecinde sözel veya farmakolojik destek alımı ile sürekli kaygı puanları arasında anlamlı fark saptandı (**p=0.028**). Katılımcılardan farmakolojik destek alanların sürekli kaygı puanları 48(30-64), herhangi bir destek almayanların sürekli kaygı puanlarına 46(24-75) göre anlamlı yüksek bulundu (**p=0.019**).

Pandemi sürecinde sözel veya farmakolojik destek alımı ile uykusuzluk şiddet indeksi puanları arasında anlamlı fark saptandı(**p=0.001**). Katılımcılardan sözel destek alanların uykusuzluk şiddet indeksi puanları 11(0-27) ile farmakolojik destek alanların uykusuzluk şiddet indeksi puanları 13(1-28) benzer olup ($p=0.123$) herhangi bir destek almayanların uykusuzluk şiddet indeksi puanların 9(0-23)göre anlamlı yüksek bulundu (**p=0.036, p=0.001**).

Tablo 3.Yaşam tarzı değişikliklerinin sürekli ve durumluk kaygı puanı ve uykusuzluk şiddet indeksi puanları ile ilişkisi

Yaşam tarzı değişiklikleri		Spielberg durumluk		Spielberg sürekli		Uykusuzluk şiddet indeksi	
	n (%)	Median(min-maks)	p	Median(min-maks)	p	Median(min-maks)	p
Sigara							
¹ Kullanmıyorum	250(%62.1)	44 (20-78)	<u>p=0.011</u>	46 (24-75)	p=0.927	9 (0-22)	<u>p=0.005</u>
² Pandemi öncesi bıraktım	32 (%7.9)	36 (32-62)	1 ve 2	47 (36-64)		9 (0-20)	1 ve 4
³ Pandemi sürecinde bıraktım	5 (%1.2)	49 (33-52)	1 ve 4	47 (34-64)		12 (6-20)	2 ve 4
⁴ Kullanıyorum	115(%28.6)	46 (20-72)		46 (29-71)		11 (1-28)	
Beslenme							
¹ Daha sağlıklı besleniyorum	94 (%23.4)	44 (20-67)	<u>p=0.001</u>	45.5 (30-64)	<u>p=0.001</u>	8 (0-20)	<u>p=0.001</u>
² Beslenme düzenim bozuldu	150(%37.3)	48 (22-78)	1 ve 2	48 (29-75)	1 ve 2	11 (3-28)	1 ve 2
³ Değişmedi	158(%39.3)	42 (20-72)	2 ve 3	45 (24-74)	2 ve 3	8 (0-22)	2 ve 3
Fiziksel egzersiz							
¹ Arttı	67 (%16.6)	44 (21-72)	<u>p=0.045</u>	45 (30-68)	p=0.120	10 (0-28)	<u>p=0.001</u>
² Azaldı	211(%52.4)	46 (23-78)		47 (29-75)		11 (0-27)	
³ Değişmedi	124(%30.8)	42 (20-63)	2 ve 3	46 (24-74)		8 (1-22)	2 ve 3
Vitamin/ilaç desteği alımı							
Evet	148(%36.8)	46 (20-72)	p=0.131	46 (24-64)	p=0.863	11 (1-28)	<u>p=0.002</u>
Hayır	254(%63.2)	44 (20-78)		46 (29-65)		9 (0-23)	
Sosyal mesafe uyumu							
Evet	251(%62.4)	45 (20-78)	p=0.755	46 (24-74)	p=0.308	10 (0-28)	p=0.349
Hayır	39 (%9.7)	43 (21-72)		47 (35-62)		8 (0-20)	
Kısmen	112(%27.8)	46 (22-72)		47 (24-75)		10 (1-22)	
Maske kullanımı uyumu							
Evet	329(%81.8)	45 (20-78)	p=0.363	46 (29-74)	p=0.155	10 (0-28)	p=0.430
Hayır	17 (%4.2)	41 (24-72)		45 (35-62)		8 (0-20)	
Kısmen	56 (%13.9)	47 (21-71)		47 (24-75)		9.5 (2-22)	
Destek başvurusu							
¹ Sözlü telkin	36 (%9)	49 (26-72)	<u>p=0.001</u>	47 (32-65)	<u>p=0.028</u>	11 (1-27)	<u>p=0.001</u>
² İlaç tedavisi	49 (%12.2)	50 (27-71)	1 ve 3	48 (30-64)	2 ve 3	13 (1-28)	1 ve 3
³ Hayır	265(%65.9)	44 (20-72)	2 ve 3	46 (24-75)		9 (0-23)	2 ve 3

Katılımcıların koronavirüs enfeksiyonuna yakalanma ile ilgili risk faktörlerinin sürekli ve durumluk kaygı puanı ve uykusuzluk şiddet indeksi puanları ile ilişkisine bakıldı. (Tablo 4)

Pandemi sürecinde katılımcıların evlerinde 18 yaş altı birey varlığı ile sürekli, durumluk kaygı düzeyi ve uykusuzluk şiddet indeksi puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; Katılımcılardan evinde 18 yaş altı bir birey olmayanların sürekli kaygı puanları 47(29-71), evinde 18 yaş altı bir birey olanların sürekli kaygı puanlarına 45(24-75) göre anlamlı yüksek idi (**p=0.027**).

Katılımcılardan evinde 18 yaş altı bir birey varlığı ile durumluk kaygı düzeyi ($p=0.162$) ve uykusuzluk şiddet indeksi ($p=0.145$) puanları arasındaki ilişki benzer bulundu.

Pandemi sürecinde evinde 65 yaş üstü bir birey varlığı ile sürekli kaygı düzeyi ($p=0.892$), durumluk kaygı düzeyi ($p=0.432$) ve uykusuzluk şiddet indeksi ($p=0.734$) puanları arasındaki ilişki benzer bulundu.

Pandemi sürecinde katılımcıların mevcut çalışma birimine göre sürekli, durumluk kaygı düzeyi ve uykusuzluk şiddet indeksi puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; mevcut çalışma birimine göre durumluk kaygı puanlarında anlamlı fark bulundu (**p=0.001**).

Pandemi poliklinik veya servislerinde çalışanların durumluk kaygı puanları 48(25-78), hem hasta göremeyen birimlerde çalışanların durumluk kaygı puanlarından 43,5(21-62) hem de branş poliklinik veya servis çalışanlarının durumluk kaygı puanlarından 40(20-71) anlamlı yüksek idi (**p=0,033, p=0,001**). Branş poliklinik veya servis çalışanlarının durumluk kaygı puanları 40(20-71), hem aile sağlığı merkezlerinde çalışanlarının durumluk kaygı puanlarından 46(22-70) hem de yoğun bakım ünitelerinde çalışanların durumluk kaygı puanlarından 47(23-71) anlamlı daha düşük bulundu (**p=0,0001, p=0,009**).

Mevcut çalışma birimine göre sürekli kaygı puanlarında anlamlı fark bulundu (**p=0.001**). Pandemi poliklinik veya servislerinde çalışanların sürekli kaygı puanları 51(41-74); hasta göremeyen birimlerde çalışanların sürekli kaygı puanlarından 46(32-58), branş poliklinik veya servis çalışanlarının sürekli kaygı puanlarından 41(29-60), aile sağlığı merkezi çalışanlarının sürekli puanlarından 47(33-64), acil

servislerde çalışanların sürekli puanlarından 47(24-65) ve yoğun bakım ünitelerinde çalışanların sürekli puanlarından 46(29-75) anlamlı yüksek bulundu (**p=0.0001, p=0.0001, p=0.0028, p=0.002, p=0.0001**). Branş poliklinik veya servis çalışanların sürekli kaygı puanları 41(29-60); aile sağlığı merkezi çalışanlarının sürekli puanlarından 47(33-64), acil servislerde çalışanların sürekli puanlarından 47(24-65), filyasyon birimlerinde çalışanların sürekli puanlarından 46(22-58) veyoğun bakım ünitelerinde çalışanların sürekli puanlarından 46(29-75) anlamlı daha düşük bulundu (**p=0.001, p=0.001, p=0.006, p=0.001**).

Mevcut çalışma birimine göre uykusuzluk şiddet indeksi puanlarında anlamlı fark bulundu (**p=0.001**). Pandemi poliklinik veya servislerinde çalışanların uykusuzluk şiddet indeksi puanları 11(0-22) hem branş poliklinik veya servis çalışanlarının uykusuzluk şiddet indeksi puanlarından 7(0-27) hem de filyasyon birimlerinde çalışanların uykusuzluk şiddet indeksi puanlarından 8(1-13) anlamlı yüksek idi (**p=0.001, p=0.008**). Branş poliklinik veya servis çalışanlarının uykusuzluk şiddet indeksi puanları 7(0-27); aile sağlığı merkezi çalışanlarının uykusuzluk şiddet indeksi puanlarından 11,5(1-23), acil servis çalışanlarının uykusuzluk şiddet indeksi puanlarından 12(3-20) ve yoğun bakım çalışanlarının uykusuzluk şiddet indeksi puanlarından 10(3-28) anlamlı daha düşük bulundu (**p=0.001, p=0.001, p=0.001**). Filyasyon birimlerinde çalışanların uykusuzluk şiddet indeksi puanları 8(1-13); aile sağlığı merkezi çalışanlarının uykusuzluk şiddet indeksi puanlarından 11.5(1-23), acil servis çalışanlarının uykusuzluk şiddet indeksi puanlarından 12(3-20) ve yoğun bakım çalışanlarının uykusuzluk şiddet indeksi puanlarından 10(3-28) anlamlı daha düşük bulundu (**p=0.031, p=0.005, p=0.03**).

Pandemi sürecinde kronik hastalık varlığının sürekli, durumluk kaygı düzeyi ve uykusuzluk şiddet indeksi puanları ile ilişkisine bakıldığında; Katılımcılardan kronik hastalığı olanların durumluk kaygı puanları 49(21-71) kronik hastalığı olmayanların durumluk kaygı puanlarına 44(20-78) göre anlamlı yüksek idi (**p=0.004**).

Katılımcılardan kronik hastalığı olanların sürekli kaygı puanları 47(30-63), kronik hastalığı olmayanların durumluk kaygı puanlarına 46(24-75) göre anlamlı yüksek bulundu (**p=0.007**).

Kronik hastalık varlığı ile uykusuzluk şiddet indeksi puanları arasında ilişki bulunmadı ($p=0.196$).

Pandemi sürecinde covid-19 enfeksiyonu geçirme ile sürekli kaygı düzeyi ($p=0.738$), durumluk kaygı düzeyi ($p=0.782$) ve uykusuzluk şiddet indeksi ($p=0.677$) puanları arasındaki ilişki benzer idi.

Covid 19 enfeksiyonu geçiren bir yakını olanların sürekli kaygı puanı 45(20-72) ile olmayanların sürekli kaygı puanları 43(21-73) benzerdi ($p=0.719$).Covid 19 enfeksiyonu geçiren bir yakını olanların durumluk kaygı puanı 46(24-75) ile olmayanların durumluk kaygı puanları 46.5(29-74) benzerdi ($p=0.358$).Covid 19 enfeksiyonu geçiren bir yakını olanların uykusuzluk şiddet indeksi puanları 10(0-28) ile olmayanların uykusuzluk şiddet indeksi puanları 9(0-20) benzerdi ($p=0.005$).

Riskli temas öyküsü ile durumluk kaygı düzeyi, sürekli kaygı düzeyi ve uykusuzluk şiddet indeksi puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında; Aktif covid-19 hastası olduğu doğrulanmış biri ile temas edenlerin durumluk kaygı puanları 47(21-78),aktif covid-19 hastası olduğu doğrulanmış biri ile temas etmeyenlerin durumluk kaygı puanlarına 40(20-67) göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek idi (**$p=0.001$**).

Aktif covid-19 hastası olduğu doğrulanmış biri ile temas edenlerin uykusuzluk şiddet indeks puanları 11(0-28), aktif covid-19 hastası olduğu doğrulanmış biri ile temas etmeyenlerin uykusuzluk şiddet indeks puanlarına 7(0-27) göre anlamlı yüksek idi (**$p=0.001$**).

Aktif covid-19 hastası olduğu doğrulanmış biri ile temas edenlerin sürekli kaygı puanları 48(29-75),aktif covid-19 hastası olduğu doğrulanmış biri ile temas etmeyenlerin sürekli kaygı puanlarına 41(24-58) göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (**$p=0.001$**).

Karantinada kalma öyküsüne göre; karantinada kalanların durumluk kaygı puanları 45(20-72) ile kalmayanların durumluk kaygı puanları 45(20-78) benzerdi ($p=0.965$). Karantinada kalanların sürekli kaygı puanları 46(24-75) ile kalmayanların sürekli kaygı puanları 46(29-74) benzerdi ($p=0.924$). Karantinada kalanların uykusuzluk şiddet indeks puanları 10(0-28) ile kalmayanların uykusuzluk şiddet indeks puanları 10(0-28) benzerdi($p=0.913$).

Tablo 4.Risk faktörlerinin sürekli ve durumluk kaygı puanı ve uykusuzluk şiddet indeksi puanları ile ilişkisi

Risk faktörleri		Spielberg durumluk		Spielberg sürekli		Uykusuzluk şiddet indeksi	
	n (%)	Median(min-maks)	p	Median(min-maks)	p	Median(min-maks)	p
Evde 18 yaş altı birey varlığı							
Evet	203(%50.4)	44 (20-72)	p=0.162	45 (24-75)	p=0.027	10 (0-28)	p=0.145
Hayır	199(%49.5)	46 (20-78)		47 (29-71)		10 (0-28)	
Evde 65 yaş üstü birey varlığı							
Evet	39(%9.7)	47 (25-63)	p=0.432	47 (29-74)	p=0.892	10 (2-20)	p=0.734
Hayır	363(%90.2)	45 (20-78)		46 (24-75)		10 (0-28)	
Mevcut çalışma birimi					p=0.001		p=0.001
¹ Hasta görmeyen birim	22 (%5.5)	43.5 (21-62)	p=0.001	46 (32-58)	1 ve 2	9.5 (3-19)	2 ve 3
² Pandemi plk/servis	79 (%19.7)	48 (25-78)		51 (41-74)	2 ve 7	11 (0-22)	2 ve 6
³ Branş plk/servis	115(%28.6)	40 (20-71)		41 (29-60)	2 ve 5	7 (0-27)	3 ve 4
⁴ Aile sağlığı merkezi	58 (%14.4)	46 (22-70)		47 (33-64)	2 ve 4	11.5 (1-23)	3 ve 5
⁵ Acil servis	37 (%9.2)	45 (21-62)		47 (24-65)	2 ve 3	12 (3-20)	3 ve 7
⁶ Filyasyon ekibi	18 (%4.5)	46 (22-58)		49 (34-63)	3 ve 4	8 (1-13)	4 ve 6
⁷ Yoğunbakım	73 (%18.2)	47 (23-71)		46 (29-75)	3 ve 5	10 (3-28)	5 ve 6
					3 ve 6		6 ve 7
					3 ve 7		
Kronik hastalık varlığı							
Evet	78(%19.4)	49.5 (21-71)	p=0.004	47 (30--63)	p=0.007	12 (0-28)	p=0.196
Hayır	324(%80.5)	44 (20-78)		46 (24-75)		10 (0-27)	
Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?							
Evet	110(%27.3)	45 (20-71)	p=0.782	46 (24-75)	p=0.738	10 (0-28)	p=0.677
Hayır	292(%72.6)	45 (20-78)		47 (29-74)		10 (0-27)	
Covid-19 enfeksiyonu geçiren bir yakınınız var mı?							
Evet	328(%81.5)	45 (20-72)	p=0.358	46 (24-75)	p=0.719	10 (0-28)	p=0.053
Hayır	74 (%18.4)	43 (21-73)		46.5 (29-74)		9 (0-20)	
Aktif covid-19 enfeksiyonlu biri ile riskli temas öyküsü?							
Evet	249(%62)	47 (21-78)	p=0.001	48 (29-75)	p=0.001	11 (0-28)	p=0.001
Hayır	152(%37.9)	40 (20-67)		41 (24-58)		7 (0-27)	
Pandemi sürecinde karantinada kaldınız mı?							
Evet	153(%38)	45 (20-72)	p=0.965	46 (24-75)	p=0.924	10 (0-28)	p=0.913
Hayır	249(%61.9)	45 (20-78)		46 (29-74)		10 (0-28)	

5. TARTIŞMA

Sağlık çalışanları; günlük mesai saatleri dışında ek mesai, nöbet, vardiya sistemi, hafta sonu mesaisi gibi ağır çalışma temposu içinde olan, hayati görev ve sorumluluklar alması beklenen, yoğun stres altında çalışan bir meslek grubudur. Sağlık çalışanları bu riskler ve stresle başa çıkabilmek için farklı savunma mekanizmaları geliştirmişlerdir. Bazen bu mekanizmalar ruh sağlığını bozmakta; anksiyete, depresyon ve tükenmişlik sendromunun gelişmesine neden olabilmektedir (71,72). Pandemi dönemleri düşünüldüğünde artan iş yükü, stres ile paralel olarak ruh sağlığı bozukluklarının da artış göstereceği öngörülmektedir. Bu bağlamda koronavirüs enfeksiyonuna bağlı anksiyete ve akıl sağlığı problemleri açısından kronik hastalık, ileri yaş, immünsupresif ajan kullanımının yanı sıra sağlık çalışanı olmak da bir risk faktörü olarak kabul edilmiştir (73). Bu çalışmamızda Pandemi sürecinde görev yapan sağlık çalışanlarının ruh sağlıklarını ve yaşam kalitelerini inceledik.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının Spielberg durumluk kaygı ölçeğine göre %68,7'sinin, Spielberg sürekli kaygı ölçeğine göre ise %80,1'inin orta ve ağır düzey anksiyete semptomlarına sahip olduğunu tespit ettik. Liu ve ark. yaptığı çalışmada Çin'de covid-19 sürecinde 348 hastanede toplam 4679 doktor ve hemşirenin katılımı ile yapılan çalışmada, yüksek kaygı düzeyi yaşadıkları ve psikolojik destek aldıkları tespit edilmiştir (74). Hindistan'da Covid-19 sürecinde sağlık çalışanlarında anksiyete ve depresyon belirtilerinin prevalansının sorgulandığı çalışmada yaklaşık olarak her 3 sağlık çalışanından birinde anksiyete ve depresyon belirtileri raporlanmış (75). Lai ve ark.'nın Çin'de 34 farklı hastanede 1257 sağlık çalışanı ile yaptıkları çalışmada, katılımcıların %44,6'sı anksiyete semptomları bildirmişlerdir (76). Hall ve ark. nın Japonya da yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %34,7'sinin

anksiyete semptomları taşıdıkları belirtilmiştir (77). Pandeminin psikolojik sonuçlarının ele alındığı 44 çalışmanın dâhil edildiği bir derleme çalışmasında sağlık çalışanlarının %45'inin anksiyete semptomları taşıdıkları bildirilmiştir(78). El-Hage ve ark. 2003'te SARS ve 2009'da H1N1 pandemilerinde yayınlanan literatür bilgilerinin güncel Covid-19 bilgileri ile derlendiği bir çalışmada sağlık çalışanlarında salgına bağlı olarak kaygı düzeylerinin yüksek olduğu ve pandemi sonrasında uzun dönemde psikolojik sorunlara zemin oluşturabileceği bildirilmiştir (79). Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda; çocuk sağlığı ve hastalıkları asistanlarının pandemi dönemindeki ruhsal durumları sorgulanmış katılımcıların %89,1'i Spielberger süreklilik kaygı ölçeğine göre, %65,6'sının klinik olarak anlamlı düzeyde anksiyete belirtileri sergilediği bulunmuştur (80). Ülkemizde pandemi sürecinde ebe ve hemşirelerin katılımı ile süreklilik ve durumluk kaygı ölçeği kullanılarak yapılan diğer bir çalışmada katılımcıların orta düzeyde anksiyete yaşadıkları belirtilmiştir (63). Çalışmadaki sonuçlarımız literatür ile uyumludur.

Yaptığımız çalışmada sağlık çalışanlarının %43,3'ünün alt eşikte uykusuzluk, %19,2'sinin orta şiddette uykusuzluk, %1,5'inin ise şiddetli düzeyde uykusuzluk çektiği tespit edildi. Haung ve ark.'nın yayınladığı bir araştırma sonucuna göre her 4 sağlık çalışanından biri yorucu, uzun ve yoğun çalışma temposu nedeni ile uyku problemi yaşadığını belirtmiş (81). Çin'de koronavirüs pandemisi sırasında Pittsburgh uyku kalite indeksi kullanılarak yapılan bir kesitsel çalışmada özellikle pediatrik sağlık çalışanlarında yüksek düzeyde uyku bozuklukları tespit edilmiştir (82). Yine Çin'de 1563 katılımcı ile koronavirüs salgını döneminde yapılan bir çalışmada her 3 sağlık çalışanından birinde uykusuzluk semptomlarının olduğu bildirilmiştir (83). Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda Ataç ve ark. yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %53,1'inde uyku problemleri yaşandığı bildirilmiştir (84). Ülkemizde yapılan bir diğer çalışmada ise katılımcıların %52,4'ünün uyku problemleri yaşadıkları bildirilmiştir. Yaptığımız çalışmada ise hasta ile yakın temasta olan birimlerde çalışmanın, pandemi sürecindeki yaşam tarzı değişikliğinin, riskli temas öyküsünün ve pandemi sürecinde farmakolojik/sözel destek almanın uyku bozukluğu yaşamada risk faktörü olarak değerlendirilebileceği gösterilmiştir. Çalışmamızın sonuçları literatür ile uyumludur.

Yaptığımız çalışmada cinsiyet ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış ancak kadınlarda erkeklere göre anlamlı yüksek uyku bozukluğu bulunmuştur. Wang ve ark.'nın yaptığı çalışmada kadın cinsiyette stres, depresyon ve anksiyete düzeylerinin erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (59). Ülkemizde yeni tip koronavirüs pandemisi sırasında ameliyathane çalışanlarında anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin araştırıldığı çalışmada, kadın cinsiyette anksiyete ve depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (85). Bandelow ve ark.'nın 21.yüzyıldaki anksiyete bozukluklarını araştırdığı çalışmada kadın cinsiyetteki anksiyete düzeyleri erkek cinsiyete göre yaklaşık 2 kat yüksek olduğu bulunmuş ve bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (86). Ülkemizde domuz gribi salgını döneminde üniversite öğrencisi olan ve öğrenci olmayan iki grubun, salgın ile ilişkili algıları, kaygı düzeyleri ve kaçınma davranışlarının incelendiği çalışmada; sürekli kaygı ölçeği kullanılarak elde edilen kaygı düzeylerinin kadın cinsiyette istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunduğu tespit edilmiştir (87). Grupta ve ark.'nın Hindistan'daki sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada kadınların anksiyete düzeyi erkeklere göre anlamlı yüksek bulunmuştur (75). Leung ve ark.'nın 'iki şehrin hikayesi'ne atıf yaptığı, Hong-kong ve Singapur'da yapılan SARS epidemisi sırasında psikodavranışsal tepkilerin değerlendirildiği iki farklı çalışmayı derledikleri çalışmada kadın cinsiyetin daha yüksek anksiyete düzeylerine sahip olduğu; Singapur merkezli olan çalışmada bunun istatistiksel olarak da anlamlı olduğu gösterilmiştir (88). Yine Leung ve ark.'larının Çin'deki SARS epidemisi sırasında 6 farklı zamanda belirlenen örnekler ile yaptıkları çalışmada kadın cinsiyetin istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek anksiyete düzeylerine sahip oldukları gösterilmiştir. Bu çalışmada elde edilen bir diğer sonuç ise salgının erken dönemlerinde alınan örneklerde kadın cinsiyetin anksiyete düzeyi daha yüksek olsa da geç dönemdeki örneklerde cinsiyet açısından anksiyete düzeyleri arasında farklılık gözlenmemiştir (89). Literatürdeki birçok çalışmada kadınların anksiyete düzeyi anlamlı daha yüksek bulunsun da farklılık gözlenmeyen çalışmalar da vardır. McAlonan ve ark. SARS salgınında, Zhang ve ark. koronavirüs pandemisi sürecinde yaptıkları çalışmalarda anksiyete düzeyleri açısından erkek ve kadınlar

arasında anlamlı bir farklılığa rastlamamışlardır (90,91). Zhang ve ark. bu durumu bulaş riskinin yüksek olduğu sağlık sektöründe özellikle de pandemi birimlerinde çalışmanın cinsiyet açısından farklılığı ortadan kaldırmış olabileceği şeklinde ifade etmişlerdir. Yaptığımız çalışmada hem zaman olarak sürecin üzerinden 1,5 yıl geçmiş olması hem de çalışmaya katılanların çoğunun enfekte hastalar ile yakın temas halinde olan sağlık çalışanları olmasının farklılığı ortadan kaldırdığını düşünmekteyiz.

Cinsiyet ile uyku bozuklukları ilişkisine bakıldığında ise Şahin ve ark.'nın yaptığı çalışmada kadınlarda uyku bozuklukları anlamlı daha yüksek tespit edilmiştir (92). Benzer şekilde Zhang ve ark.'nın yaptığı çalışmada kadınların daha fazla uyku bozuklukları yaşadıkları bildirilmiştir (91).

Yaptığımız çalışmada 50-60 yaş aralığında olan katılımcıların durumluk kaygı puanları diğer yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıktığı görülmüş; ancak hem sürekli kaygı puanları, hem de uyku bozuklukları daha yüksek olsa da istatistiksel olarak anlamlandırılmamıştır. Saygın ve arkadaşlarının radyoloji çalışanlarında depresyon ve anksiyete düzeylerini sorguladığı bir çalışmada yaş ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı korelasyon tespit edilmiştir (93). Ülkemizde yeni tip koronavirüs pandemisi sırasında ameliyathane çalışanlarında anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin araştırıldığı çalışmada, 40 yaş ve üzeri çalışanların anksiyete ve depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (85). Yine ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada ise 18-25 yaş arasında olan sağlık çalışanlarının diğer yaş gruplarına göre daha fazla anksiyeteye sahip oldukları gösterilmiştir (94). Bununla birlikte anlamlı bir ilişki bulunamayan çalışmalar da vardır. Örneğin Wang ve ark. Çin'de koronavirüs epidemisinin (çalışma DSÖ'nün pandemi ilanından önce yapılmış) erken döneminde genel toplumda epidemi nedenli stres, anksiyete ve depresyon sebeplerini araştırdığı çalışmada; yaş ile stres, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (59). Yine Avcı ve ark. acil servis çalışanlarının covid-19 pandemisi dönemindeki psikolojik durumlarını değerlendirmiş, yaşın anlamlı bir farklılık oluşturmadığı görülmüştür (95). Bir diğer çalışmada ise Sakaoglu ve ark. covid-19 salgınında sağlık çalışanlarında anksiyete düzeylerini araştırmış; en üst yaş grubunda olan katılımcıların sürekli ve durumluk kaygı puanları daha yüksek olsa da

istatistiksel fark bulunamamıştır (96). Koronavirüs pandemisi sürecinde yaş ile kaygı düzeyi ilişkisinin sorgulandığı çalışma sayısı kısıtlıdır. Ancak koronavirüs salgını öncesi sağlık çalışanlarında yaş ile kaygı düzeyi arasında anlamlı ilişkinin ortaya koyulamadığı benzer çalışmalar yineliteratürde yerini almaktadır (97,98). Literatürde farklı sonuçlar yer alsa da; hem bizim çalışmamızda hem de yaş ile anksiyete ve uykusuzluk arasında anlamlı ilişkinin bulunduğu diğer çalışmalarda, covid-19 enfeksiyonuna yakalanan ileri yaş hastaların mortalite ve morbiditesinin daha yüksek olmasının etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Yaptığımız çalışmada bekar olanların evli olanlara göre sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu; durumluk kaygı düzeyi ve uykusuzluk şiddet indeksi puanlarında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Konu ile ilgili literatüre bakıldığında, çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Wang ve ark Çin’de toplumda epidemi nedenli stres, anksiyete ve depresyon sebeplerini araştırdığı çalışmada; medeni durumun stres, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile anlamlı bir ilişkisi ortaya koyulamamıştır (59). Çin’de 8817 hastane çalışanı ile çevrimiçi olarak yapılan bir çalışmada bekarların anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (99). Ülkemizde yeni tip koronavirüs pandemisi sırasında ameliyathane çalışanlarında anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin araştırıldığı çalışmada, bekar olanların(dul kalmış ve boşanmış olanlar dahil) anksiyete ve depresyon düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (85). Elbay ve ark.’nın yaptığı çalışmada bekar olmak daha yüksek anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur (100). Sakaoğlu ve ark yaptığı çalışmada ise durumluk kaygı puanlarında evli olanların kaygı düzeyi bekarlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuş. Sürekli kaygı düzeyinde ise bu fark anlamlı olarak bulunamamıştır (96). Farklı sonuçlar elde edilse de bekar olmanın anksiyete ve uykusuzluk ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar ekseriyettir. Bu bağlamda çalışmamızın literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Meslek grupları açısından kaygı düzeyleri kıyaslandığında literatürde farklı sonuçlar karşımıza çıkmaktadır. Çin’de 13.425 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilen çalışmada; hemşirelerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin doktorlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (101). Liu ve ark.’nın yaptığı, Çin’de 31 bölgede 348

hastanede toplam 4679 doktor ve hemşirenin katılımının sağlandığı, Çin’de koronavirüs epidemisi sürecinde doktor ve hemşirelerin akıl sağlığı durumunun incelendiği çalışmada; hemşirelerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin doktorlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (74). Lai ve ark.’nın koronavirüs hastalığına maruz kalan sağlık çalışanlarında akıl sağlığını etkileyen faktörlerini inceledikleri çalışmada Çin’in farklı bölgelerindeki 34 farklı hastanede çalışan 1257 sağlık çalışanı çalışmaya katılmış; hemşirelerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin doktorlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (76). Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda ise Korkmaz ve ark.’nın pandemi servislerinde çalışan sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyi ve uyku kalitesini araştırdıkları çalışmada hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek anksiyete düzeyleri ve uyku bozukluklarına sahip oldukları belirtilmiştir (102). Ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada Şahin ve ark.’nın Türkiye’de koronavirüs pandemisi sürecinde sağlık çalışanlarında depresyon, anksiyete ve uykusuzluk prevalansını ve etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada; hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek anksiyete düzeyleri ve uyku bozukluklarına sahip oldukları bildirilmiştir (92). Bu çalışmaların yanı sıra doktorların anksiyete düzeylerinin daha yüksek bulunduğu çalışmalar da mevcuttur. Chang ve ark. SARS salgınına farklı bölgelerdeki verilen cevapları araştırmış ve bu çalışmada doktorların kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (103). Holmes ve ark.’nın bulaşıcı hastalıklar hakkında iletişim kurmanın önemini ele aldıkları çalışmada doktorların kaygı düzeylerinin diğer sağlık çalışanlarından daha yüksek olduğu belirtilmiştir (104). Ülkemizde Sakaoğlu ve ark.’nın yaptığı çalışmada ise durumluk kaygı puanlarında doktorların kaygı düzeyi hemşirelerden daha yüksek bulunmuş ancak istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterilememiştir (96). Yaptığımız çalışmada ise meslek grupları arasında doktorların diğer sağlık çalışanlarına kıyasla sürekli kaygı puanlarının yüksek olduğu; hemşirelerin uyku bozukluklarının hem doktorlardan hem de diğer sağlık çalışanlarından, daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda doktor sayısının fazla olması ve katılan doktorların daha çok pandemi servisleri, yoğun bakım üniteleri ve aile sağlığı merkezlerinde çalışıyor olmasının doktorların anksiyete

düzeyi uykusuzluk şiddetinin daha yüksek olarak kaydedilmesine neden olduğunu düşünmekteyiz.

Yaptığımız çalışmada dahili bilimlerde çalışan sağlık çalışanlarının sürekli ve durumluk kaygı düzeyleri ile uykusuzluk şiddet indeksi diğer birim çalışanlarından yüksek bulundu. Bu farklılığın enfekte hastalar ile daha çok temas halinde olmaktan kaynaklandığı düşünülmektedir. SARS pandemisi sürecinde bulaş riski yüksek birimlerde çalışanların büyük bir çoğunluğunun (%89) sosyal temastan sakındıkları ve yüksek anksiyete yaşadıkları bulunmuştur (105). Çalışmamızdaki sonuçlar literatür ile uyumludur.

Sigara kullanımı ile anksiyete arasındaki ilişkiye bakıldığında; yaptığımız çalışmada halen sigara kullananların anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Covid-19 verileri ile katılımcıların sigara kullanımının karşılaştırıldığı bir çalışmada halen sigara kullanan ve kullanıp bırakmış olanların, hiç sigara kullanmayanlara göre daha çok hastalığa yakalanma kaygısı taşıdığı gösterilmiş (106). Benzer şekilde bir diğer çalışmada sigara kullanımı yüksek anksiyete, depresyon ve uyku bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir (107). Stanton ve ark. yaptığı çalışmada sigara kullanımı daha yüksek stres, anksiyete ve depresyon semptomları ile ilişkilendirilmiştir (108). Benzer şekilde yine Smith ve ark. yaptığı çalışmada sigara tüketimine devam edenlerin daha yüksek anksiyete düzeylerine sahip oldukları belirtilmiştir (109). Çalışmamızdaki sonuçlar literatür ile uyumludur.

Koronavirüs pandemisi döneminde yaşam tarzı değişiklikleri ve bunun kaygı düzeyi ile ilişkisi incelendiğinde; Fransa'da 37.252 kişide covid-19 pandemisi sürecinde diyet ve fiziksel egzersiz değişikliklerini sorgulayan çalışmada; katılımcıların %53'ü fiziksel aktivitelerinin azaldığını ifade etmiş, hazır yiyecek tüketiminin arttığı ve taze yiyecek (meyve ve balık..vs) tüketiminin azaldığını bildirilmiştir (110). İspanya'da 1155 katılımcı ile yapılan bir diğer çalışmada katılımcıların beslenme alışkanlıklarının bozulduğu ve katılımcıların %23.1 i vitamin ve mineral desteği aldıklarını ifade etmişler. Alınan destek ürünleri arasında en çok D-vitamini (%25.8), sonra C-vitamini (%22.2) daha sonra diğer vitaminler, mineraller ve bitkisel ürünler gelmektedir (111).

California Üniversitesi tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada covid-19 pandemi sürecinde Dünya üzerinde birçok bölgedeki insanların akıllı telefonlarındaki adım sayar uygulamalarının verileri kullanılmış ve tüm Dünya genelinde covid-19 pandemisi döneminde sosyal mesafe ve kısıtlamalar ile birlikte adım sayılarının azaldığı bildirilmiştir (112). Wilke ve ark.'nın 14 farklı ülkede 13503 katılımcı ile yaptıkları, DSÖ önerileri ile hazırlanan fiziksel aktivite rehberleri doğrultusunda hazırlanmış anket çalışmasında Dünya genelinde fiziksel aktivitenin azalmış olduğunu bildirmişlerdir (113). Covid-19 döneminde erişkin ikiz çiftlerde fiziksel aktivite düzeyleri ile akıl sağlığı durumu ilişkisinin değerlendirildiği çalışmada; katılımcıların %42'sinde fiziksel aktivite düzeyi azalmış, %31'inde değişmemiş ve %27'sinde artmış olarak ifade edilmiştir. Fiziksel aktivite düzeyi azalanlarda yüksek stres ve anksiyete düzeyleri tespit edilmiş, fiziksel aktivite düzeyi ile anksiyete-stres düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif bir ilişki olduğu rapor edilmiştir (114). Bir diğer çalışmada yine fiziksel aktivitedeki azalmanın; yüksek stres, anksiyete ve depresyon semptomları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir(108). Yaptığımız çalışmada da katılımcıların %52.4'ü fiziksel aktivitelerinin azaldığını, %30.8'i değişmediğini, %16.6'sı arttığını belirtmişlerdir. Fiziksel aktivite düzeyi ile kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında; fiziksel aktivite düzeyleri azalanların kaygı düzeylerinin yüksek olduğu bulundu. Fiziksel aktivite düzeyi ile uykusuzluk şiddet indeks puanları ilişkisine bakıldığında ise fiziksel aktivite düzeyi artan ve azalanların, değişmeyenlere göre daha yüksekte olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda çalışmamız literatür ile uyumludur.

Pandemi sürecindeki kurallara uyum özelliklerine bakıldığında ülkemizde yapılan bir çalışmada katılımcıların üçte ikisi maske, el hijyeni ve sosyal mesafenin hastalıktan korunmak için yeterli olduğunu düşünmüş; üçte birinde ise kadenci bir anlayışın hakim olduğu ve kurallara uyulmadığı gözlenmiştir (115). Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının maske kullanımına ilişkin bilgi tutum ve uygulamalarının incelendiğinde diğer bir çalışmada yüz maskesi kullanımı konusunda genel olarak olumlu bir tutum olduğu ancak bilgi ve kullanım pratiğinin düşük-orta seviyede kaldığı bildirilmiştir (116). Yaptığımız çalışmada ise katılımcıların %62'sinin sosyal mesafe kurallarına uyum gösterdikleri ve %81.8'inin

maske kullanımına yeterli özen gösterdikleri tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki sonuçlar literatür ile uyumludur.

Maske kullanımı konusunda isteksiz davranma eğiliminin en büyük nedeni ise yan etki söylemleridir. Maske kullanımı pandemi döneminde çok vurgulanmakla birlikte sıkça yan etkilerinden de bahsedilmektedir. Konu ile ilgili literatür tarandığında yapılan bir çalışmada hem FFP2 hem de cerrahi maske kullanan sağlık çalışanları incelenmiş. FFP2 maske kullanmanın başağrısı, dispne ve anksiyete açısından tolere edilmesi daha zor olduğu kaydedilirken her iki maske tipinde de 3 saatin üzerinde kullanımda; bir miktar oksijen saturasyon düzeyinde düşüş ve kalp atım hızında artış tespit edilse de bu değişiklikler fizyolojik sınırlar içerisinde kalmıştır (117). Yapılan bir diğer çalışmada uzun çalışma mesaisi sonrası KKE (kişisel koruyucu ekipman) kullanımı ile birlikte sağlık çalışanlarında %51 terleme %28 başağrısı ve %20 aşırı yorgunluk tespit edilmiştir (118). Bir diğer çalışmada yine sağlık çalışanlarında uzun süreli maske kullanımının yeni tip bir başağrısı kliniği ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (119). Maske kullanımı ile kaygı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Yaptığımız çalışmada 18 yaşından küçük çocuğu olmayanların sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. Durumluk kaygı düzeyi ve uykusuzluk şiddet indeksi açısından fark tespit edilemedi. Tee ve ark.'nın yaptığı çalışmada 16 yaşından küçük çocuğu olan sağlık çalışanlarının, 16 yaşından büyük çocuğu olanlara göre daha yüksek anksiyete düzeylerine sahip olduğu gösterilmiştir (120). Ülkemizde yapılan bir çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak; çocuk sahibi olmanın daha düşük anksiyete düzeyi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (100). Çalışmamızdaki sonuçlar literatür ile kısmen uyumludur.

Yaptığımız çalışmada yaşadığı evde 65 yaş üstü birey varlığının kaygı düzeyi ve uykusuzluk şiddet indeksi ile ilişkisi gösterilememiştir. Literatürde sağlık çalışanlarının yakınlarına hastalığı bulaştırma korkusu ile anksiyete düzeylerinin yükseldiği belirtilmiştir (121); ancak 65 yaş üstü bir birey varlığı ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişkinin irdelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamızda pandemi poliklinik ve servislerinde çalışanların sürekli ve durumluk kaygı düzeyleri diğer birimlerde çalışanlara göre daha yüksek olarak tespit edildi. Lasalvia ve ark.'nın yaptığı çalışmada yoğun bakım ve pandemi servis sağlık çalışanları diğer birimlerde çalışan sağlık çalışanlarına(servisler, laboratuvar hizmetleri,..) göre daha yüksek anksiyete ve depresyon belirtileri gösterdiğini belirtmişlerdir (122). Ma ve ark.'nın yoğun bakım ve göğüs hastalıkları servisi çalışanları ile diğer sağlık çalışanlarının yeni tip koronavirüse bağlı psikolojik stres düzeylerinin kıyasladığı çalışmada; yoğun bakım ve göğüs hastalıkları servisinde çalışmak yüksek anksiyete düzeyi ile ilişkilendirilmiştir (123). Çalışmamızdaki sonuçlar literatür ile uyumludur. Birinci basamakta çalışan sağlık çalışanlarının kaygı puanları hastanede çalışan branş servis ve poliklinik çalışanlarından anlamlı yüksek bulunup yoğunbakım, acil servis gibi riskli bölgelerde çalışanların kaygı düzeyiyle benzer bulunmuştur. Bunun nedeninin pandemi sürecinde birinci basamak sağlık çalışanlarına yüklenen yeni sorumluluklar olduğu düşünülmektedir(filiyasyon istirahat rapor tanzimi kronik hasta takibi gibi).

Kronik hastalık durumu ile anksiyete düzeyi ilişkisi incelendiğinde; Köksal ve ark.'nın ameliyathane çalışanlarında depresyon ve anksiyete düzeylerini sorguladıkları çalışmada kronik hastalığı olan katılımcıların istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek depresyon ve anksiyete düzeylerine sahip oldukları bildirilmiştir (96). Zhang ve ark.'nın Çin'de koronavirüs epidemisi döneminde 2182 sağlık çalışanında akıl sağlığı ve fizyolojik problemlerin sorgulandığı çalışmada kronik hastalığı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek depresyon ve anksiyete düzeyleri tespit edilmiştir (124). Karasu ve ark.'nın Covid-19'un sağlık çalışanlarında anksiyete üzerine etkisinin incelendiği çalışmada, kronik hastalığı olanların istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek anksiyete düzeylerine sahip oldukları görülmüştür (125). Yaptığımız çalışmada da literatür ile korele olarak hem sürekli hem durumluk kaygı düzeyi ölçeğine göre kronik hastalık varlığının daha yüksek anksiyete düzeyi ile ilişkili olduğu görülmüştür. Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar literatür ile uyumludur.

Yaptığımız çalışmada covid-19 enfeksiyonu geçirmenin sürekli ve durumluk anksiyete ile uykusuzluk şiddeti üzerinde anlamlı bir etkisi gösterilemedi. Literatürde ise covid-19 enfeksiyonu semptomları gösterenlerin daha yüksek anksiyete düzeyine

sahip olduğu bildirilmiştir (126). Bir diğer çalışmada ise covid-19 enfeksiyonu geçiren sağlık çalışanlarının %55'inin anksiyete semptomları gösterdiği belirtilmiştir (127). Yaptığımız çalışmanın pandeminin geç döneminde yapılmış olması, sağlık çalışanlarının hastalık ve korunma yolları ile ilgili bilgi ve birikimlerinin artması, aşılama faaliyetlerinin sağlık çalışanları önceliğinde başlaması; sağlık alışanlarında stres ve anksiyete düzeylerinin baskılanmasına neden olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışmamızda bir yakını covid-19 enfeksiyonu geçiren sağlık çalışanları ile diğerlerinin sürekli ve durumluk anksiyete ile uykusuzluk şiddeti arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü. Literatüre bakıldığında covid-19 enfeksiyonmu geçiren bir yakını olmak ile anksiyete ve uykusuzluk arasındaki ilişkiyi irdeleyen bir çalışmaya rastlanmadı.

Yıldırım ve ark. yaptığı çalışmada riskli yakın temasın sağlık alışanlarında kaygı ve depresyon düzeylerini anlamlı olarak arttırdığı bildirilmiştir (128). Diğer bir çalışmada covid-19 hastaları ile yakın ve uzun süreli temas öyküsü olan sağlık çalışanlarının daha yüksek anksiyete ve uykusuzluk semptomları gösterdiği belirtilmiştir (129). Yaptığımız çalışmada literatüre benzer şekilde aktif covid-19 enfeksiyonu geçiren biri ile riskli temas etmenin hem sürekli ve durumluk kaygı düzeyini hem de uykusuzluk şiddetini anlamlı olarak arttırdığı görüldü.

Yaptığımız çalışmada karantinada kalan sağlık çalışanları ile kalmayanların sürekli ve durumluk anksiyete ile uykusuzluk şiddeti arasında anlamlı bir fark olmadığı gösterildi. SARS salgını sonrasında karantinaya alınan sağlık alışanlarında uykusuzluk, tükenmişlik ve motivasyon kaybı gözlendiği bildirilmiştir (62). Özellikle 10 günü açan karantina sürecinin travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (130). Ancak koronavirüs ile ilgili bilgi ve birikimlerin artışı, aşılama faaliyetlerinin devamı; sağlık alışanlarında stres ve anksiyete düzeylerinin baskılanmasına neden olduğunu düşünmekteyiz.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak ileri yaş, sigara kullanımında olumsuz değişiklikler, doktor olmak, dahili birimlerde özellikle yoğun bakım ve pandemi servislerinde çalışmak, pandemi döneminde beslenme düzeninin bozulması, farmakolojik/sözel destek ihtiyacı, kronik bir hastalık varlığı, aktif covid -19 enfeksiyonu geçiren biri ile riskli temas pandemi döneminde artmış anksiyete ve uykusuzluk için risk faktörü olarak bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının yoğun ve stresli iş temposunun, belirsizliklerin ve kısıtlamaların olduğu pandemi dönemlerinde arttığı; bunun da anksiyete, ruh sağlığı bozukluğu, uyku bozukluğu, depresyon ve tükenmişlik ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Sağlık çalışanlarının çalışma saatlerinin düzenlenmesi; hastalıktan korunmak adına gerekli altyapıların oluşturulması; dinlenme, spor gibi sosyal ihtiyaçlarının görülüp, eksikliklerin giderilmeye çalışılması; ortaya çıkan stres, kaygı gibi duygudurum bozukluklarının önlenmesi ve tedavi edilmesine yönelik idari sağlık çalışmalarının planlanması önerilmektedir.

Çalışmamızda pandemi sürecindeki sosyal mesafeye dikkat etme gerekliliği sağlığı koruma ihtiyacı bizi online ankete yönlendirmiştir. Daha çok kişiye ulaşmamıza rağmen anketi sınırlı sayıda sağlık çalışanı doldurdu. Bu da bize kaygı konusunu daha çok kendiyle ilişkilendiren sağlık çalışanları tarafından yanıtladığını düşündürdü. Bunu çalışmamızın bir kısıtlılığı olarak görmekteyiz.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization [cited 2021 Jun 28]; Available from: <https://www.covid19.who.int/>.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilgilendirme Platformu[cited 2021 Jun 28]; Available from: <http://www.covid19.saglik.gov.tr>
3. Psikolojik Etkileri AHYKHPDOY. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Psikiyatri Ana Bilim Dalı. Ankara: Ankara Üniversitesi; 2020.
4. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları-2015. 13. Baskı Ağustos. 2015.
5. Kalyon A, Yazıcı H. Anksiyete Duyarlılığının ve Sosyal Anksiyeteye Eşlik Eden Anksiyete Duyarlılığının Azaltılmasında Bilişsel-Davranışçı Müdahale Programının Etkisi. In Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi; 2018.
6. Jackson D, Bradbury-Jones C, Baptiste D, Gelling L, Morin K, Neville S, et al. Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. J Clin Nurs. 2020;29(13–14):2041–3.
7. Demir ÜF. The effect of COVID-19 pandemic on sleeping status. J Surg Med. 2020;4(5).
8. Göğebakan T. VeriAnaliz | Herkes İçin Veri ve Analiz. [cited 2021 Jun 28]; Available from: <https://www.verianaliz.net/>
9. Ma J. Coronavirus: China's first confirmed Covid-19 case traced back to November 17. South China Morning Post. 2020(13).
10. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel Coronavirus-infected pneumonia. N Engl J Med. 2020;382(13):1199–207.
11. COVID live update: 182,112,074 cases and 3,943,333 deaths from the Coronavirus - worldometer [Internet]. Worldometers.info. [cited 2021 Jun 28]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
12. Berghella V. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): pregnancy issues. Literature review current through: Apr. 2020;
13. Cui J, Li F, Shi Z-L. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. Nat Rev Microbiol. 2019;17(3):181–92.

14. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel Coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382(8):727–33.
15. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. yeni koronavirüsün genomik karakterizasyonu ve epidemiyolojisi: virüs kökenleri ve reseptör bağlanması için çıkarımlar. *Lancet*. 2020;395(10224):565–74.
16. Perlman S. Another decade, another Coronavirus. *N Engl J Med*. 2020;382(8):760–2.
17. Z X, C K, Z J, H P, H J, H Z. Single-cell RNA-seq data analysis on the receptor ACE2 expression reveals the potential risk of different human organs vulnerable to 2019-nCoV infection. *Front Med*. 2020;14(2).
18. El F, Jh B, Q L. Association of angiotensin-converting enzyme inhibitor or angiotensin receptor blocker use with COVID-19 diagnosis and mortality. *JAMA*. 2020;324(2).
19. Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, transmission, diagnosis, and treatment of Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A review: A review. *JAMA*. 2020;324(8):782–93.
20. Klok FA, Kruip MJHA, van der Meer NJM, Arbous MS, Gommers DAMPJ, Kant KM, et al. Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19. *Thromb Res*. 2020;191:145–7.
21. Stringhini S, Wisniak A, Piumatti G, Azman AS, Lauer SA, Baysson H, et al. Seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 IgG antibodies in Geneva, Switzerland (SEROCoV-POP): a population-based study. *Lancet*. 2020;396(10247):313–9.
22. Havers FP, Reed C, Lim T, Montgomery JM, Klena JD, Hall AJ, et al. Seroprevalence of antibodies to SARS-CoV-2 in 10 sites in the United States, March 23–May 12, 2020. *JAMA Intern Med*. 2020;180(12):1576.
23. McIntosh K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, and prevention: UpToDate. 2020.
24. Morawska L, Milton DK. It is time to address airborne transmission of Coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Clin Infect Dis*. 2020;71(9):2311–3.
25. Klompas M, Baker MA, Rhee C. Airborne transmission of SARS-CoV-2: Theoretical considerations and available evidence. *JAMA*. 2020;324(5):441–2.
26. Lu J, Gu J, Li K, Xu C, Su W, Lai Z, et al. COVID-19 outbreak associated with air conditioning in restaurant, Guangzhou, China, 2020. *Emerg Infect Dis*. 2020;26(7):1628–31.
27. Hamner L. High SARS-CoV-2 attack rate following exposure at a choir practice -Skagit County, Washington, March 2020. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69:38.
28. Bourouiba L. Turbulent gas clouds and respiratory pathogen emissions: Potential implications for reducing transmission of COVID-19: Potential implications for reducing transmission of COVID-19. *JAMA*. 2020;323(18):1837–8.

29. Wang W, Xu Y, Gao R, Lu R, Han K, Wu G, et al. Detection of SARS-CoV-2 in different types of clinical specimens. *JAMA*. 2020;323(18):1843–4.
30. Cheng H-Y, Jian S-W, Liu D-P, Ng T-C, Huang W-T, Lin H-H, et al. Contact tracing assessment of COVID-19 transmission dynamics in Taiwan and risk at different exposure periods before and after symptom onset. *JAMA Intern Med*. 2020;180(9):1156–63.
31. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *N Engl J Med*. 2020;382(22):2081–90.
32. Lee S, Kim T, Lee E, Lee C, Kim H, Rhee H, et al. Clinical course and molecular viral shedding among asymptomatic and symptomatic patients with SARS-CoV-2 infection in a community treatment center in the Republic of Korea. *JAMA Intern Med*. 2020;180(11):1447–52.
33. Fisher KA, Tenforde MW, Feldstein LR, Lindsell CJ, Shapiro NI, Files DC. Community and Close Contact Exposures Associated with COVID-19 Among Symptomatic Adults $\geq$ 18 Years in 11 Outpatient Health Care Facilities—United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;2020;69(36):1258..
34. Rabenau HF, Cinatl J, Morgenstern B, Bauer G, Preiser W, Doerr HW. Stability and inactivation of SARS coronavirus. *Med Microbiol Immunol*. 2005;194(1–2):1–6.
35. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *J Hosp Infect*. 2020;104(3):246–51.
36. Ratnesar-Shumate S, Williams G, Green B, Krause M, Holland B, Wood S, et al. Simulated sunlight rapidly inactivates SARS-CoV-2 on surfaces. *J Infect Dis*. 2020;222(2):214–22.
37. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, et al. The incubation period of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: Estimation and application. *Ann Intern Med*. 2020;172(9):577–82.
38. Lk SG, M W, A O 'halloran, C C, R H, M P. Hospitalization rates and characteristics of patients hospitalized with laboratory-confirmed coronavirus disease March 1–30, 2020. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. 2020;69(15).
39. Docherty AB, Harrison EM, Green CA, Hardwick HE, Pius R, Norman L, et al. Features of 20 133 UK patients in hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: prospective observational cohort study. *BMJ*. 2020;369:m1985.
40. Epidemiology Working Group for NCIP Epidemic Response, Chinese Center for Disease Control and Prevention. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2020;41(2):145–51.
41. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, Antonelli M, Cabrini L, Castelli A, et al. Baseline characteristics and Outcomes of 1591 patients infected with SARS-CoV-2 admitted to ICUs of the Lombardy region, Italy. *JAMA*. 2020;323(16):1574–81..

42. Hendren NS, Drazner MH, Bozkurt B, Cooper LT Jr. Description and proposed management of the acute COVID-19 cardiovascular syndrome. *Circulation*. 2020;141(23):1903–14.
43. Helms J, Kremer S, Merdji H, Clere-Jehl R, Schenck M, Kummerlen C, et al. Neurologic features in severe SARS-CoV-2 infection. *N Engl J Med*. 2020;382(23):2268–70.
44. Middeldorp S, Coppens M, van Haaps TF, Foppen M, Vlaar AP, Müller MCA, et al. Incidence of venous thromboembolism in hospitalized patients with COVID-19. *J Thromb Haemost*. 2020;18(8):1995–2002.
45. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, et al. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City area. *JAMA*. 2020;323(20):2052–9.
46. Demir M , Günaydın Y , Demir Ş . Koronavirüs (Covid-19) salgınının Türkiye’de turizm üzerindeki öncülleri, etkileri ve sonuçlarının değerlendirilmesi. *International Journal of Social Sciences and Education Research*. 2020; 6(1): 80-107.
47. Akademisi TB. Türkiye Bilimler Akademisi [Internet]. Gov.tr. [cited 2021 Jun 28]. Available from: <http://www.tuba.gov.tr>
48. International Monetary Fund (IMF). World Economic Outlook: The Great Lockdown, World EconomicOutlook2020Reports. Imf.org. [cited 2021 Jun 28]. Available from: <https://www.imf.org/en/Publications>
49. Altınkaya Z. Koronavirus pandemisinde Avrupa birliği sağlık politikaları ve neoliberalizm: İtalya örneği. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*. 2020;10(20):1–31.
50. The Guardian. Italy orders closure of all schools and universities due to coronavirus. [theguardian.com](https://www.theguardian.com) [cited 2021 Jun 28]. Available from: <https://www.theguardian.com>
51. Khanna RC, Cicinelli MV, Gilbert SS, Honavar SG, Murthy GSV. COVID-19 pandemic: Lessons learned and future directions. *Indian J Ophthalmol*. 2020;68(5):703–10.
52. T.C. Ticaret Bakanlığı [Internet]. Gov.tr. [cited 2021 Jun 28]. Available from: <https://covid19.ticaret.gov.tr/>.
53. World Health Organisation [Internet]. COVID-19 aday aşılmasının taslak görünümü. [cited 2021 Jun 28]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines> Erişim Tarihi:14.03.2021
54. Cdc.gov. [cited 2021 Jun 28]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/managing-stressanxiety.html>
55. Edu.tr. [cited 2021 Jun 28]. Available from: https://corona.hacettepe.edu.tr/wp-content/uploads/2020/06/Covid-19_psikolojik_sonuc_lari_basa_cikma_yontemleri.pdf.
56. Yakiniiskiler.com. [cited 2021 Jun 28]. Available from: <https://yakiniiskiler.com/2020/03/14/koronavirus-bizi-nasil-etkiliyor/>.

57. 2020 Presidential Election [Internet]. Vox.com. [cited 2021 Jun 28]. Available from: <http://www.vox.com/2020>.
58. Li W, Yang Y, Liu Z-H, Zhao Y-J, Zhang Q, Zhang L, et al. Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *Int J Biol Sci*. 2020;16(10):1732–8.
59. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1729.
60. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res*. 2020;287(112934):112934.
61. Rossi R, Socci V, Talevi D, Mensi S, Niolu C, Pacitti F, et al. COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. *Front Psychiatry*. 2020;11:790.
62. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395(10227):912–20.
63. Durmaz YÇ, Kuzu A, Kilig N. Ebe ve hemşirelerde çalışma koşullarının obsesif kompulsif bozukluk ve anksiyete üzerine etkisinin belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2020;10:73–80.
64. Durmuş S, Günay O. Hemşirelerde iş doyumunu ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*. 2007;29:139–146.
65. Lee AM, Wong JGWS, McAlonan GM, Cheung V, Cheung C, Sham PC, et al. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Can J Psychiatry*. 2007;52(4):233–40.
66. Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S, et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. *Emerg Infect Dis*. 2006;12(12):1924–32.
67. Spielberger CD, Gorsuch RC, Lushene RE. *Manual For The State-Trait Anxiety Inventory*. Consultingpsychologists Press,1970;
68. Lecompte A, Öner N. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterinin Türkçe'ye Adaptasyon ve Standardizasyonu ile İlgili Bir Çalışma. In 1975. p. 457–462.
69. Bastien CH, A V, Cm M. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcomemeasure for insomnia research. *Sleep Medicine*. 2001;2(4):297–307.
70. Boysan M, Güleç M, Beşiroğlu L, Kalafat T. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi'nin Türk örneklemindeki psikometrik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010; 11:248-252

71. Muşlu C. Birinci basamak ve hastanede çalışan hemşirelerde anksiyete, depresyon ve hayat kalitesi. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2012;4(1).
72. Van Bavel JJ, Baicker K, Boggio PS, Capraro V, Cichocka A, Cikara M, et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nat Hum Behav*. 2020;4(5):460–71.
73. Cdc.gov. [cited 2021 Jun 28]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-at-higher-risk.htm>
74. Liu Z, Han B, Jiang R, Huang Y, Ma C, Wen J, et al. Mental health status of doctors and nurses during COVID-19 epidemic in China. *SSRN Electron J* [Internet]. 2020; Available from: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3551329>
75. Gupta S, Prasad AS, Dixit PK, Padmakumari P, Gupta S, Abhisheka K. Survey of prevalence of anxiety and depressive symptoms among 1124 healthcare workers during the coronavirus disease 2019 pandemic across India. *Med J Armed Forces India* [Internet]. 2020; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mjafi.2020.07.006>
76. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020;3(3):e203976.
77. Hall H. The effect of the COVID-19 pandemic on healthcare workers' mental health. *JAAPA*. 2020;33(7):45–8.
78. Preti E, Di Mattei V, Perego G, Ferrari F, Mazzetti M, Taranto P, et al. The psychological impact of epidemic and pandemic outbreaks on healthcare workers: Rapid review of the evidence. *Curr Psychiatry Rep*. 2020;22(8):43.
79. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks? *Encephale*, 2020; 46:73-80
80. Özyurt G, Öztürk Y, Kanik A et al. Anxiety Level in Pediatrics Residents in COVID-19 Outbreak Days. *Turk J Child Adolesc Ment Health* 2021;28(1):9-13
81. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res*. 2020;288(112954):112954.
82. Wang S, Xie L, Xu Y, Yu S, Yao B, Xiang D. Sleep disturbances among medical workers during the outbreak of COVID-2019. *Occup Med (Lond)*. 2020;70(5):364–9.
83. Zhang C, Yang L, Liu S, Ma S, Wang Y, Cai Z, et al. Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel Coronavirus disease outbreak. *Front Psychiatry*. 2020;11:306.
84. Ataç Ö, Sezerol MA, Taşcı Y, Hayran O. COVID-19 pandemisinde görev yapan sağlık çalışanlarında anksiyete belirtileri ve uykusuzluk. *Turk J Public Health*. 2020;18:45–47.

85. Koksall E,Dost B,Terzi Ö,Ustun YB,Özdin S,Bilgin S. Evaluation of Depression and Anxiety Levels and Related Factors Among Operating Theater Workers During the Novel Coronavirus(COVID-19) Pandemic, *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 2020;35(5):472-477
86. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(3):327–35.
87. Çırakoğlu OC. Domuz Gribi (H1N1) Salgınıyla İlişkili Algıların, Kaygı ve Kaçınma Düzeyi Değişkenleri Bağlamında İncelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2011;26(67).
88. Leung GM, Quah S, Ho L-M, Ho S-Y, Hedley AJ, Lee H-P, et al. A tale of two cities: community psychobehavioral surveillance and related impact on outbreak control in Hong Kong and Singapore during the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2004;25(12):1033–41.
89. Leung GM, Ho L-M, Chan SKK, Ho S-Y, Bacon-Shone J, Choy RYL, et al. Longitudinal assessment of community psychobehavioral responses during and after the 2003 outbreak of severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *Clin Infect Dis*. 2005;40(12):1713–20.
90. McAlonan GM, Lee AM, Cheung V, Cheung C, Tsang KWT, Sham PC, et al. Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. *Can J Psychiatry*. 2007;52(4):241–7.
91. Zhang W-R, Wang K, Yin L, Zhao W-F, Xue Q, Peng M, et al. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychother Psychosom*. 2020;89(4):242–50.
92. Şahin MK, Aker S, Şahin G, Karabekiroğlu A. Prevalence of Depression, Anxiety, Distress and Insomnia and Related Factors in Healthcare Workers During COVID 19 Pandemic in Turkey. *Journal of Community Health*. 2020;45(6).
93. Saygın M, Yaşar S, Çetinkaya G, Kayan M, Özgüner MF, Korucu CÇ. Radyoloji Çalışanlarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. *SDU Journal of Health Science Institute/SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2012;2(3):139-44
94. Bayülgen M, Bayülgen A,Yeşil FH, Türksever HA. COVID-19 pandemisi sürecinde çalışan hemşirelerin anksiyete ve umutsuzluk düzeylerinin belirlenmesi. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*. 2021;3(1).
95. Zengin L, Gümüş F. Hemşirelerde Anksiyete, Depresif Belirti ve İlişkili Faktörler. *Jaren*. 2019;5:1–7.
96. Sakaoğlu HH, Orbatu D, Emiroglu M, Çakır Ö, Covid-19 Salgını Sırasında Sağlık Çalışanlarında Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyi: Tepecik Hastanesi Örneği; *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi* 2020;30:1-9.
97. Karagozoglu S, Bingöl N. Sleep quality and job satisfaction of Turkish nurses. *Nurs Outlook*. 2008;56(6):298-307.e3.

98. Ertufan H. Hekimlik uygulamalarında ölümle sık karşılaşmanın ölüm kaygısı üzerine etkisi. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul. 2008.
99. Xiaoming X, Ming A, Su H, Wo W, Jianmei C, Qi Z, et al. The psychological status of 8817 hospital workers during COVID-19 Epidemic: A cross-sectional study in Chongqing. *J Affect Disord*. 2020;276:555–61.
100. Elbay R, Kurtulmuş A, Arpacıoğlu S, Karadere E. Covid-19 pandemilerinde hekimlerin depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ile ilişkili faktörler. *Psikiyatrik araştırma dergisi*. 2020;290(113130).
101. Tong Y, Jiang ZQ, Zhang YX, Jia JL, Lu W, Wang J. Analyzing the mental health status and its impact factors among female nurses in China. *Chinese journal of industrial hygiene and occupational diseases*. 2018;36:115–8.
102. Korkmaz S, Kazgan A, Çekiç S, Tartar AS, Balcı HN, Atmaca M. The anxiety levels, quality of sleep and life and problem-solving skills in healthcare workers employed in COVID-19 services. *J Clin Neurosci*. 2020;80:131–6.
103. Cheng C, Tang CS-K. The psychology behind the masks: Psychological responses to the severe acute respiratory syndrome outbreak in different regions: The psychology behind the masks. *Asian J Soc Psychol*. 2004;7(1):3–7.
104. Holmes BJ. Communicating about emerging infectious disease: The importance of research. *Health Risk Soc*. 2008;10(4):349–60.
105. Chua SE, Cheung V, Cheung C, McAlonan GM, Wong JWS, Cheung EPT, et al. Psychological effects of the SARS outbreak in Hong Kong on high-risk health care workers. *Can J Psychiatry*. 2004;49(6):391–3.
106. Jackson SE, Brown J, Shahab L, Steptoe A, Fancourt D. COVID-19, smoking and inequalities: a study of 53 002 adults in the UK. *Tob Control*. 2020;0:1-11
107. Wańkiewicz P, Szylińska A, Rotter I. Assessment of mental health factors among health professionals depending on their contact with COVID-19 patients. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(16):5849.
108. Stanton R, To QG, Khalesi S, Williams SL, Alley SJ, Thwaite TL, et al. Depression, anxiety and stress during COVID-19: Associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in Australian adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):4065.
109. Smith L, Jacob L, Yakkundi A, McDermott D, Armstrong NC, Barnett Y, et al. Correlates of symptoms of anxiety and depression and mental wellbeing associated with COVID-19: a cross-sectional study of UK-based respondents. *Psychiatry Res*. 2020;291(113138):113138.
110. Deschasaux-Tanguy M, Druetne-Pecollo N, Esseddik Y, de Edelenyi FS, Allès B, Andreeva VA, et al. Diet and physical activity during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) lockdown (March-May 2020): results from the French NutriNet-Santé cohort study. *Am J Clin Nutr*. 2021;113(4):924–38.

111. Pérez-Rodrigo C, Gianzo Citores M, Hervás Bárbara G, Ruiz-Litago F, Casis Sáenz L, Arija V, et al. Patterns of change in dietary habits and physical activity during lockdown in Spain due to the COVID-19 pandemic. *Nutrients*. 2021;13(2):300.
112. Tison GH, Avram R, Kuhar P, Abreau S, Marcus GM, Pletcher MJ, et al. Worldwide effect of COVID-19 on physical activity: A descriptive study. *Ann Intern Med*. 2020;173(9):767–70.
113. Wilke J, Mohr L, Tenforde AS, Edouard P, Fossati C, González-Gross M, et al. A pandemic within the pandemic? Physical activity levels substantially decreased in countries affected by COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(5):2235.
114. Duncan GE, Avery AR, Seto E, Tsang S. Perceived change in physical activity levels and mental health during COVID-19: Findings among adult twin pairs. *PLoS One*. 2020;15(8):e0237695.
115. Öncü E, Altunkan H, Vayisoğlu SK, Ayaz M. COVID-19 Pandemi sürecinde kaderciliğin etkisi ve salgın tedbirlerine uyum özellikleri: Vaka-kontrol çalışması. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg* 2021;14(1):113-124
116. Kumar J, Katto MS, Siddiqui AA, Sahito B, Jamil M, Rasheed N, et al. Knowledge, attitude, and practices of healthcare workers regarding the use of face mask to limit the spread of the new Coronavirus disease (COVID-19). *Cureus*. 2020;12(4):e7737.
117. Biçen Ç, Ertürk E. COVID-19 Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarında maske kullanımının etkilerinin değerlendirilmesi. *Turkish Studies*. 2020;15(6).
118. Tabah A, Ramanan M, Laupland KB, Buetti N, Cortegiani A, Mellinghoff J, et al. Personal protective equipment and intensive care unit healthcare worker safety in the COVID-19 era (PPE-SAFE): An international survey. *J Crit Care*. 2020;59:70–5.
119. RamirezMoreno JM, Ceberino D, Gonzalez Plata A. Mask-associated ‘de novo’ headache in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Occup Environ Med*. 2020;0:1–7.
120. Tee ML, Tee CA, Anlacan JP, Aligam KJG, Reyes PWC, Kuruchittham V, et al. Psychological impact of COVID-19 pandemic in the Philippines. *J Affect Disord*. 2020;277:379–91.
121. Tiong WW, Koh GCH. Ethical considerations in the review of Singapore’s H1N1 pandemic response framework in 2009. *Ann Acad Med Singapore*. 2013;42(5):246–50.
122. Lasalvia A, Bonetto C, Porru S, Carta A, Tardivo S, Bovo C, et al. Psychological impact of COVID-19 pandemic on healthcare workers in a highly burdened area of north-east Italy. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;30(e1):e1.
123. Ma Y, Rosenheck R, He H. Psychological stress among health care professionals during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: Cases from online consulting customers. *Intensive Crit Care Nurs*. 2020;61(102905):102905.

124. Zhang W-R, Wang K, Yin L, Zhao W-F, Xue Q, Peng M, et al. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychother Psychosom.* 2020;89(4):242–50.
125. Karasu F., Çopur E., Ayar D. The impact of COVID-19 on healthcare workers' anxiety levels, *J Public Health (Berl.): From Theory to Practice* 2021;1-11
126. Chew NWS, Lee GKH, All TBQ. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity.* 2020;88:559–565.
127. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2020;291(113190):113190.
128. Yildirim TT, Atas O, Asafov A, Yildirim K, Balibey H. Psychological status of healthcare workers during the covid-19 pandemic. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2020;30(6):26–31.
129. Shaukat N, Ali DM, Razzak J. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. *Int J Emerg Med.* 2020;13(1):40.
130. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis.* 2004;10(7):1206–12.

8. EKLER

A- Onam

B- Çalışma Anket soruları

C- Spielberg sürekli ve durumluk kaygı ölçeği

D- Uykusuzluk şiddet indeksi

E- HMKÜ Etik Kurul Onay Belgesi

Ek-A: Onam

Sayın katılımcı;

Bu tez çalışması Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilimdalında Arş. Gör. Dr. Ümmühan YILMAZ tarafından, Doç. Dr. Erhan Yengil danışmanlığında yürütülmektedir. Bu çalışmada Hatay İli Sağlık Çalışanlarındaki pandemi sürecinde ortaya çıkan kaygı düzeyi ve yaşam tarzı değişikliklerinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Bu nedenle size yaşınız, eğitim durumunuz, medeni haliniz , alışkanlıklarınız, covid pandemi sürecindeki mesleki görevleriniz , pandemi sürecinde koruyucu veya destek yaşam tarzı değişiklikleriniz ve pandemi sürecine yaklaşımlarınızı içeren 25 soru, sonrasında uykusuzluk şiddet indeksine ait 7 soru ve son olarak Spielberg durum ve süreklilik kaygı düzeyi ölçeğine ait kısa kısa 40 soru olmak üzere toplam 72 soruluk bir anketi cevaplamanız istenecektir. Soruları cevaplamanız yaklaşık 15 dakikanızı alacaktır.

Sizin kimliğiniz, varsa başka hastalığınız ve alınan diğer konular ile ilgili tüm bilgiler tamamen gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. Katılmadığınız takdirde herhangi bir yaptırım olmayacaktır. Katılmanız bilim için yapılacak olan çalışmalarda yol gösterici olabilecektir.

Teşekkür ederiz....

Ek-B: Anket soruları

1. Yaşınız

- A) 20-30 B) 30-40 C) 40-50 D) 50-60 E) 60 ve üzeri

2.Cinsiyetiniz

- A) Kadın B) Erkek

3.Medeni durumunuz

- A) Evli B)Bekar C) Dul

4. Mesleğiniz

- A) Doktor B) Hemşire, Ebe C) Diğer

5. Hangi branşta çalışmaktasınız?

- A) Temel Bilimler B) Dahili Bilimler C) Cerrahi Bilimler D) Diğer

6. Son 3 ay içerisinde hangi birimlerde görev aldınız? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- A) Servis B) Poliklinik C) ASM
D) Pandemi servisi E) Pandemi Yoğun bakım F) Pandemi poliklinik G)
Acil servis H) Yoğun bakım I) Filyasyon İ) Diğer

7. Sigara kullanım alışkanlığınız hangisi ile uyumludur?

- A) Hiç kullanmadım
B) Kullanıyordum, pandemi sürecinde bıraktım
C) Kullanıyordum, pandemiden sonra bıraktım
D) Kullanıyorum.....paket/gün

8. Vücut kitle indeksiniz nedir?

- A) 25 in altı B) 25-29.9 C) 30-34.9 D)35-39.9 E) 40 ve üzeri

9. Hanenizi paylaştığınız kişi sayısı ?

- A) 1 (yalnız yaşıyorum) B) 2 C) 3 D) 4 E) 5 ve üzeri

10. Aynı evde beraber yaşadığınız 65 yaş üstü kişi/kişiler var mı?

- A) Evet B) Hayır

11. Aynı evde beraber yaşadığınız 18 yaş altı çocuk var mı?

- A) Evet B) Hayır

12. Mevcut çalışma durumunuz aşağıdakilerden hangisi ile uyumludur?

- A) Hasta görmeyen bölümde çalışıyorum
B) Hastanede pandemi poliklinik / servisinde çalışıyorum
C) Kendi branşıma ait poliklinik / serviste çalışıyorum
D) Aile sağlığı Merkezinde çalışıyorum
E) Acil serviste çalışıyorum
F) Filyasyon ekibinde çalışıyorum

13. Kronik bir hastalığınız var mı?

A) Evet B) Hayır

14. Bir önceki soruya verdiğiniz yanıt evet ise belirtiniz

A) HT B)DM C)Hipo/hipertiroidi D) Astım/KOAH
E) Koroner arter hastalığı F) Diğer

15. Son 1 yıl içerisinde influenza aşısı yaptırdınız mı?

A) Evet B) Hayır

16. COVID-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?

A) Evet B) Hayır

17. COVID-19 enfeksiyonu geçiren bir yakınınız var mı? (Aile bireyi veya yakın arkadaş)

A) Evet B) Hayır

18. COVID-19 enfeksiyonu geçiren biri ile riskli temas öykünüz oldu mu?

A) Evet B) Hayır

19. Karantinada kaldınız mı ?

A) Evet B) Hayır

20. COVID-19 döneminde el hijyenine yeterince dikkat ettiğinizi düşünüyor musunuz?

A) Evet B) Hayır C) Kısmen

21. COVID-19 döneminde sosyal mesafe kurallarına yeterince dikkat ettiğinizi düşünüyor musunuz?

A) Evet B) Hayır C) Kısmen

22. COVID-19 döneminde maske kullanımına yeterince dikkat ettiğinizi düşünüyor musunuz ?

A)Evet B) Hayır C) Kısmen

23. COVID-19 döneminde vitamin / ilaç takviyesi kullanıyor musunuz ?

A) Evet B) Hayır

24. COVID-19 pandemi sürecinde kişisel sağlığınız ile alakalı kaygı düzeyinizin arttığını düşünüyor musunuz?

A) Evet B) Hayır C) Kısmen

25. Bir önceki soruya yanıtınız olumlu ise herhangi bir desteğe başvurduğunuz mu?

A) Sözlü telkin B) İlaç tedavisi C) Hayır

Ek-C: Spielberg sürekli ve durumluk kaygı ölçeği

STAI FORM TX – I

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

STAI FORM TX – 2

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırmım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakın, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle muthuyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek-D: Uykuuzluk şiddet indeksi

Lütfen şu andaki (örn., son 2 hafta içinde) uykusuzluk probleminizin / problemlerinizin **ŞİDDETİNİ** değerlendiriniz.

0-7 puan = Klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk

8-14 puan = Uykusuzluk (insomnia) alt eşiği

15-21 puan = Klinik uykusuzluk (insomnia) (Orta düzeyde şiddetli)

22-28 puan = Klinik uykusuzluk (insomnia) (Şiddetli)

1a-Uykuya dalmakta güçlük

- ☐ Hiç
- ☐ Hafif
- ☐ Orta
- ☐ Şiddetli
- ☐ Çok Şiddetli

1b-Uykuyu sürdürmekte güçlük

- ☐ Hiç
- ☐ Hafif
- ☐ Orta
- ☐ Şiddetli
- ☐ Çok Şiddetli

1c-Çok erken uyanma problemi

- ☐ Hiç
- ☐ Hafif
- ☐ Orta
- ☐ Şiddetli
- ☐ Çok Şiddetli

2-Son zamanlardaki uyku düzeninizden ne kadar memnunsunuz/ memnuniyetsizsiniz?

- ☐ Çok memnun
- ☐ Memnun
- ☐ Nötr

- ☐ Memnun değil
- ☐ Hiç memnun değil

3-Uyku probleminizin gün içindeki işlevselliğinizi (örn., gün içinde tükenmişlik, işte/günlük uğraşlarda çalışma potansiyeli, konsantrasyon, hafıza, duygu durum, vb.) ne ölçüde engellediğini düşünüyorsunuz?

- ☐ Kesinlikle engelleyici değil
- ☐ Biraz engelleyici
- ☐ Oldukça engelleyici
- ☐ Çok engelleyici
- ☐ Çok fazla engelleyici

4-Yaşam kalitenizin bozulması anlamında uyku probleminizin başkaları tarafından ne kadar fark edilebildiğini düşünüyorsunuz?

- ☐ Kesinlikle fark edilemez
- ☐ Biraz fark edilebilir
- ☐ Oldukça fark edilebilir
- ☐ Çok fark edilebilir
- ☐ Çok fazla fark edilebilir

5-Son zamanlardaki uyku probleminiz sizi ne kadar endişelendiriyor/strese sokuyor?

- ☐ Kesinlikle endişelendirmiyor
- ☐ Biraz endişelendiriyor
- ☐ Oldukça endişelendiriyor
- ☐ Çok endişelendiriyor
- ☐ Çok fazla endişelendiriyor

EK-D : HMKÜ Etik Kurul Onay Belgesi

HMKÜ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL

KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 07	Tarih: 14/01/2021
	KARAR 07- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr. Erhan YENGİL'in Arş.Gör.Dr.Ümmühan YILMAZ'ın uzmanlık tezi) "Covid pandemi sürecinde Hatay İli sağlık çalışanlarının kaygı düzeyi ve yaşam tarzı değişiklikleri" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL ÜYELERİ		
Çalışma Esası:	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
Etik Kurul Başkanı	Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ	

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Ünvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki	Katılım	İmza
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ Başkan	Veteriner	HMKÜ Veteriner Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☒	
Prof.Dr.Hülya YALÇIN Başkan Yrd.	Nükleer Tıp	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☒	
Prof.Dr. A.Güler OKYAY Başkan Yrd.	Kadın Hast. Ve Doğum	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☒	
Prof.Dr.Alper ASLAN Üye	Beden Eğitimi	HMKÜ BESYO	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☒	
Prof.Dr.Tümay ÖZGÜR Üye	Patoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☒	
Doç.Dr.Cengiz ARLI Üye	Kulak Burun Boğaz	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi Fatma DUMAN Üye	Anatomi	HMKÜ Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☒	
Dr.Öğr.Üyesi F. B. ZORTUK Üye	Diş Hekimi	HMKÜ Diş Hekimliği Fakültesi	K	E ☐ H ☒	E ☒ H ☒	
Doç.Dr. Oğuzhan ÖZCAN Üye	Tıbbi Biyokimya	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☒	
Doç.Dr. Oğuz AKKUŞ Üye	Kardiyoloji	HMKÜ Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☒	E ☒ H ☒	
Doç.Dr.Sibel SEVİNÇ Üye	Hemşirelik	HMKÜ Sağlık Hiz. YO.				

9. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Ümmühan Yılmaz

Doğum Yeri : [REDACTED]

Doğum Tarihi : [REDACTED]

Medeni Hali : Evli

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

Adıyaman Fatih ilkokulu 1997

Adıyaman Anadolu Lisesi, 2004 (Lise)

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 2010(Üniversite)

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, (Uzmanlık)

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Adıyaman Devlet Hastanesi (2010-2013)

Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi(2013-2016)

Bursa İlker Çelik Can Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi(2016-2018)

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2018

E-posta : [REDACTED]