TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANE PERSONELİNİN COVİD-19 PANDEMİSİNDE DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ

Dr. Ayşen BAKIRCI

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi A. Gülsen CEYHUN PEKER

ANKARA
2023

TÜRKİYE CUMHURİYETİ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANE PERSONELİNİN COVİD-19 PANDEMİSİNDE DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ

Dr. Ayşen BAKIRCI

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi A. Gülsen CEYHUN PEKER

ANKARA

2023

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastane Personelinin Covid-19 Pandemisinde Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri " başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Ankara Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından 08.03.2021 tarihinde, İ2-180-21 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Ayşen BAKIRCI
Tarih:
İmza:

ÖZGÜNLÜK RAPORU



KABUL ONAY SAYFASI

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN		
Adı, Soyadı	**:** Ayşen BAKIRCI	**Sınav tarihi:** 14/06/2023
Anabilim/Bilim Dalı	**:** Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı	
Tez Danışmanı	**:** Dr. Öğr. Üyesi A. Gülsen CEYHUN PEKER	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER			
Tezin Başlığı: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastane Personelinin Covid-19 Pandemisinde Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri			
Tezin Niteliği:	☒ Ana Dal Uzmanlık Tezi	☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi	
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	☒ 1	☐ 2	☐ 3

III. KARAR
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak ☒ Kabulüne ☐ Reddine ☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine ☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız

Jüri Başkanı
Doç. Dr. A. Selda TEKİNER
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Jüri Üyesi
Doç. Dr. Duygu AYHAN BAŞER
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Jüri Üyesi
Dr. Öğr. Üyesi A. Gülsen CEYHUN PEKER
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tez hazırlık sürecinde başından sonuna kadar bana rehberlik eden, kıymetli fikir ve önerileri ile ışık tutan, tez danışmanım ve değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi A. Gülsen CEYHUN PEKER'e,

Hekimlik adına her zaman bize örnek olan ve her konuda tecrübe ve bilgilerini bizlerle paylaşan değerli hocalarımız, Prof. Dr. Mehmet UNGAN'a ve bölüm başkanımız Doç. Dr. A. Selda TEKİNER'e,

İhtiyaç duyduğum her konuda yardım ve desteklerini sunan ve her zaman yanımda olan Uzm. Dr. Filiz AK'a ve Uzm. Dr. Zehra DAĞLI'ya,

Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Özveriyle çalışan bölümümüz personel ve hemşirelerimize,

Bu günlere gelmemde büyük emekleri olan, koşulsuz sevgi, destek ve güvenleriyle her zaman yanımda olan, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim canım annem, babam ve kardeşime,

Her zaman yanımda olan, desteğini esirgemeyen, sevgisiyle bana güç veren sevgili eşime

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ayşen BAKIRCI

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN ii
ÖZGÜNLÜK RAPORU iii
KABUL ONAY SAYFASI iv
ÖNSÖZ v
İÇİNDEKİLER vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ viii
ŞEKİLLER DİZİNİ x
TABLOLAR DİZİNİ xii
1. TÜRKÇE ÖZET 1
2. ABSTRACT 3
3. GİRİŞ ve AMAÇ 5
3.1.Giriş 5
3.2.Amaç 6
4. GENEL BİLGİLER 7
4.1. Pandeminin Tanımı ve Tarihçesi 7
4.2. Koronavirüsler 7
4.2.1. SARS-CoV 8
4.2.2. MERS-CoV 8
4.2.3. SARS-CoV-2 8
4.3. COVİD-19 Epidemiyoloji 9
4.4. COVİD-19 Klinik Özellikler 9
4.5. COVİD-19 Kaynak ve Bulaş 8
4.6. Tanı 11
4.7. Tedavi 12

4.8 Önleme ve Korunma 12
4.9. Sağlık Çalışanları ve Covid-19 13
4.10. Depresyon ve Anksiyete 15
4.11. Pandemi ve Ruh Sağlığı 17
5. GEREÇ ve YÖNTEM 19
5.1. Etik Kurul Onayı 19
5.2. Amaç 19
5.3. Araştırmanın Yeri 19
5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 19
5.5. Çalışmanın dahil edilme kriterleri 19
5.6. Çalışmanın dışlama kriterleri 20
5.7. Çalışma protokolü 20
5.8. Çalışmada kullanılan ölçekler 20
5.8.1. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği 20
5.9. İstatistiksel Analiz 21
6. BULGULAR 22
6.1. Demografik Bulgular 22
6.2 Covid-19 ile ilgili veriler 25
7. TARTIŞMA 41
8. SONUÇ VE ÖNERİLER 49
9. KAYNAKLAR 50
10. EKLER 57

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
Sars-Cov-2	: Şiddetli akut respiratuvar sendrom Coronavirüs-2
COVID-19	: Coronavirüs hastalığı-19
T.C	: Türkiye Cumhuriyeti
H1N1	: İnfluenza
SARS	: Şiddetli akut solunum sendromu
MERS-CoV	: Orta Doğu Solunum Sendromu koronavirüsü
HCoV-OC43	: Human coronavirus OC43
HCoV-HKU1	: Human coronavirus HKU1
HCoV-229E	: Human coronavirus 229E
SARS-CoV	: Şiddetli akut respiratuvar sendrom Coronavirüs
RNA	: Ribonükleik asit
RdRp	: RNA'ya bağımlı RNA polimeraz
N	: Nükleoprotein
E	: Zarf proteini
M	: Matris proteini
S	: Başak proteini
ACE-2	: Anjiyotensin dönüştürücü enzim 2
RBB	: Reseptör Bağlama Bölgesi
ICTV	: Uluslararası Virüs Taksonomisi Komitesi
MIS-C	: Çoklu sistem enflamatuar sendromu
qRT-PCR	: Kantitatif real time polimeraz zincir reaksiyonu

BT	: Bilgisayarlı tomografi
Lg	: Immunoglobulin
CRP	: C reaktif protein
ESH	: Eritrosit sedimentasyon hızı
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BNT162b2	: Pfizer/BioNTech
mRNA 1273	: Moderna Aşısı
AZD1222	: Oxford/Astra Zeneca Aşısı
ChAdOx1	: Rekombinan adenovirüs vektörü
Gam-COVID-Vac	: Sputnik V aşısı
rAd26-S	: Rekombinant adenovirüs tip 26 vektörü
rAd5-S	: Rekombinant Adenovirüs tip 5 vektörü
Ad26.COV2.S	: Johnson&Johnson aşısı
NVX-CoV2373	: Novavax aşısı
KKE	: Kişisel Koruyucu Ekipman
HAD	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
DAAS-21	: Depresyon Anksiyete Stress Ölçeği
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Katılımcıların yaş dağılımı 22
Şekil 2. Pandemi çalışma alanları 26
Şekil 3. Katılımcıların sosyal medya kullanım süresi 28
Şekil 4. Katılımcıların Covid-19 pandemisinde duygu-durumları 28

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik verileri 23
Tablo 2. Katılımcıların kronik hastalık dağılımı 25
Tablo 3. Covid-19 ile ilgili sorular 26
Tablo 4. Katılımcıların anksiyete risk grubunda olma durumu 29
Tablo 5. Katılımcıların depresyon risk grubunda olma durumu 29
Tablo 6. Katılımcıların Covid-19 hastalarına hizmet veren bölümde çalışma durumu 29
Tablo 7. Katılımcıların ölçek puan ortalaması 30
Tablo 8. Katılımcıların depresyon açısından HAD ölçek sonuçları 31
Tablo 9. Katılımcıların duygu-durumlarının depresyon açısından değerlendirilmesi 35
Tablo 10 Katılımcıların anksiyete açısından HAD ölçek sonuçları 36
Tablo 11. Katılımcıların duygu-durumlarının anksiyete açısından değerlendirilmesi 40

1. TÜRKÇE ÖZET

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANE PERSONELİNİN COVİD-19 PANDEMİSİNDE DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ

Giriş

Hastalığın tanı ve tedavi süreçleri üstlenen sağlık çalışanlarının pandemi döneminde önemli görev ve sorumlulukları vardır ve sağlık çalışanlarının ruh sağlıklarının korunması sağlık sisteminin işleyişi açısından önem arz eder. Bu çalışmanın amacı da hastane çalışanlarının Covid-19 pandemisinde anksiyete ve depresyon risk düzeylerinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve yöntem

Bu çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi personeli olan, 18-67 yaş aralığındaki ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 258 kişi ile 1 Nisan 2021-1 Haziran 2021 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Anketin oluşturulmasında literatürden sağlanan veriler kullanıldı. Anketin içerisinde sosyodemografik özelllikler ve Covid-19 ile ilgili sorular yer almaktadır. Katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeyi 14 soruluk Hastane Anksiyete Depresyon ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 258 personelin yaş ortalaması 36,7'dir, %69,4'ü kadındır. Çoğu katılımcı lise ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Katılımcıların %29,82'i ise yeterli kişisel koruyucu ekipmana sahip olmadığını, %35,7'si Covid-19 enfeksiyonu ile ilgili eğitim almadığını belirtmiştir. Çalışmamızda katılımcıların %42,2'si HAD ölçeği sonuçlarına göre 10 puan ve üzeri alarak anksiyete için, %58,1'i de 7 puan ve üzeri alarak depresyon için risk grubuna girmiştir. Anksiyete risk grubunda olanların %81,7'si kadındı ve anlamlı farklılık bulunmuştur. Pandemi sürecinde sosyal medya kullanım sıklığında artış saptananlar kullanım sıklığı değişmeyen ve azalanlara göre, yeterli kişisel koruyucu ekipmana sahip olmayanlar olanlara göre ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyanlar duymayanlara göre depresyon ve anksiyete için risk grubunda bulunmaktadır, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Katılımcıların duygu-durumları sorgulandığında %77,5'i başkalarına Covid-19 bulaştırma

korkusu hissettiğini, %72.5'i aile büyüklerinden uzak kaldığını, %65.9'u yakınlarını kaybetme korkusu yaşadığını, %63,3'ü sosyal hayattan soyutlandığını belirtmiştir.

Sonuç

Sağlık çalışanları Covid-19 pandemisinden psikolojik olarak topluma göre çok daha fazla etkilenmiştir, ruh sağlığını korumak için erken müdahale, uygun çalışma ortamı ve yeterli KKE'nın sağlanması önemlidir. Yüksek risk grubunda olan sağlık çalışanlarının depresyon ve anksiyete düzeylerini azaltacak adımlar atılması gereklidir.

Anahtar kelimeler: Covid-19 pandemisi, Sağlık çalışanları, Depresyon, Anksiyete

2. ABSTRACT

DEPRESSION AND ANXIETY LEVELS OF ANKARA UNIVERSITY MEDICAL FACULTY HOSPITAL STAFF IN THE COVID-19 PANDEMIC

Introduction

Healthcare professionals who undertake the diagnosis and treatment processes of the disease have important duties and responsibilities during the pandemic period, and the protection of the mental health of healthcare professionals is important for the functioning of the healthcare system. The purpose of this study is to evaluate the anxiety and depression risk levels of hospital staff in the Covid-19 pandemic.

Material and methods

This study was completed between April 1 2021 and June 1 2021, with 258 people, aged between 18-67, who are staff of Ankara University school of Medicine Hospitals and who agreed to participate voluntarily in the study. Data from the literature were used in the creation of the survey. The survey includes sociodemographic characteristics and questions about Covid-19. Depression and anxiety levels of the participants were evaluated using the 14 questions Hospital Anxiety-Depression Scale.

Results

The average age of 258 personnel included in the study is 36.7 years, 69.4% of them are women. Most participants have a high school education level or higher. 29.82% of the participants stated that they did not have sufficient personal protective equipment and 35.7% did not receive training on Covid-19 infection. According to the HAD scale results, 42.2% of the participants in our study were in the risk group for anxiety with a score of 10 and above, and 58.1% were in the risk group for depression with a score of 7 and above. 81.7% of those in the anxiety risk group were women and a significant difference was found. Those who had an increase in social media use, did not receive adequate PPE and needed psychological support during the pandemic were in the risk group for depression and anxiety than other groups. When the emotional states of the participants were questioned, 77.5% stated that they

felt afraid of infecting others with Covid-19, 72.5% stated that they were away from family elders, 65.9% feared losing their relatives, and 63.3% were isolated from social life.

Conclusion

Healthcare workers have been psychologically affected by the Covid-19 pandemic much more than the community, and early intervention, appropriate working environment and adequate of personal protective equipment are important to protect mental health.It is necessary to take steps to reduce the depression and anxiety levels of healthcare workers in the high-risk group.

Keywords: Covid-19 pandemic, Healthcare workers, Depression, Anxiety

3. GİRİŞ ve AMAÇ

3.1. Giriş

31 Aralık 2019'da Dünya Sağlık Örgütü, Çin'in Hubei eyaleti Wuhan'da etiyolojisi bilinmeyen pnömoni vakalarını bildirmiştir. Etken 7 Ocak 2020'de yeni bir koronavirüs (2019-nCoV) olarak tanımlanmıştır ve 2019-nCoV hastalığının adı Covid-19 olarak kabul edilmiştir, virüs SARS CoV'e yakın benzerliğinden dolayı SARS-CoV-2 olarak isimlendirilmiştir (1).

Ülkemizde Covid-19 ile ilgili çalışmalar 10 Ocak'ta başlamış ve 22 Ocak'ta T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu ilk toplantısı gerçekleştirilmiş, alınan önlemler ile ilk Covid-19 vakası Avrupa ve İran gibi komşu olduğumuz ülkelerden sonra 11 Mart'ta görülmüştür (1).

Covid-19 tanılı kişilerle ön saflarda çalışan sağlık çalışanları yakın temastadır ve yüksek düzeyde bulaş riski vardır (2). Sağlık çalışanları ailelerine bulaşma korkusu, kendilerinin ve sevdiklerinin sağlığı ile ilgili endişe duyması nedeniyle daha fazla strese maruz kalmaktadır. Vaka sayılarının yükselmesi, ölümler, artan iş yükü ve kişisel koruyucu ekipmanın yetersiz olması tükenmişliğe sebep olmaktadır (3). Sağlık çalışanları için diğer bir stres sebebi de Covid-19'un ölüm oranının farkında olmalarıdır (4). Sağlık çalışanları görevlerini yaparlarken kendilerine, hizmet verdikleri hastalara ve de aile bireylerine bulaşma riskini de kontrol altında tutmak zorunda kalmışlardır (5).

Araştırmalar göstermektedir ki, hastalara hizmet veren altı sağlık çalışanından biri salgın döneminde ya da sonrasında ciddi stres belirtileri göstermektedir. Bu oldukça yüksek bir orandır ve salgın süresince verilen sağlık hizmetlerini de olumsuz etkileyeceği açıktır (6). Hunan'da yapılan bir araştırmada sağlık personelinin birincil endişesi ailerine Covid-19 bulaştırma ihtimali olarak bulunmuştur. Bu konuda en büyük endişeyi 31-40 yaş arasında ki sağlık çalışanları oluşturuyordu. Çünkü çoğu personel küçük çocukları ve anne babasıyla yaşıyordu (4). Sağlık çalışanlarının bulaştan korunması aynı zamanda temas ettikleri sağlık çalışanlarının, kurum yöneticilerinin, kendi aile üyelerinin ve muayene ettikleri hastaların da bulaştan korunması anlamına geldiğinden birincil önemdedir (6). Çin'de yapılan bir çalışmada da sağlık çalışanlarının kaygı seviyesin Covid-19 salgını sırasında önemli ölçüde arttığı tespit edilmiştir (7). Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada salgının erken döneminde sağlık çalışanlarının psikolojik iyilik hali ile ilgili endişelerini doğrulamakta ve Türkiye'de salgının

erken döneminde hekimlerin %64,7'sinde depresif semptomlar, %51,6'sında anksiyete ve %41,2'sinde strese bağlı semptomlar olduğunu göstermektedir (3).

Bu nedenle Covid-19 salgınında kriz yönetimi toplum sağlığını koruma ve hasta tedavisi temel amaç kalmak üzere, virüsle karşılaşma riski en yüksek olan sağlık çalışanlarının beden ve ruh sağlığını da korumaya yönelik olmalıdır (6). Bu nedenle hastane yöneticileri ve hükümetler salgının yayılması konusunda yöntemler geliştirmelidirler ve sağlık çalışanları için psikolojik destek sunmalıdırlar (4).

Salgınla mücadelede en önde rol alan sağlık çalışanlarımız en yüksek risk grubu içerisindedir ve salgınla mücadele şüphesiz ki sağlık çalışanlarının ruh halini etkilemektedir.

3.2. Amaç

Çalışmamızda hastane çalışanlarında Covid-19 pandemisinde anksiyete ve depresyon risk düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın sonuçları doğrultusunda hastane çalışanlarının ruh sağlığını etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve ruh sağlığını korumak için nasıl önlemlerin alınması gerektiğini tartışmayı düşünüyoruz.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Pandeminin Tanımı ve Tarihçesi

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, hastalığın pandemi olarak ilan edilebilmesi için bazı kriterler vardır. Bunlar, yeni bir virüs veya mutasyona uğramış bir etken olması, insanlara kolayca geçebilmesi, insandan insana kolay ve sürekli bir şekilde bulaşması olarak belirlenmiştir (8).

İnsanlık tarihi boyunca salgın hastalıklar büyük olaylara sebep olmuştur. Bugüne kadar görülen salgın hastalıklardan insanlık tarihine en çok etki edenler veba, kolera, tifüs, çiçek, ebola ve grip olduğu bilinmektedir (8). Geçen yüzyılda (1918-1920) görülen İspanyol Gribi yaklaşık yarım milyar insanı enfekte etmiş ve 17-50 milyon insan bu salgın sebebiyle hayatını kaybetmiştir. Covid-19, İspanyol Gribi sonrası dünyanın yüzleştiği bu kapsam ve büyüklükteki ilk bulaşıcı hastalık salgınıdır (8).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre viral hastalıklar ortaya çıkmaya devam ediyor ve halk sağlığı için ciddi bir sorun teşkil ediyor. Son yirmi yılda, Şiddetli Akut Solunum Sendromu koronavirüsü (SARS-CoV) ve influenza (H1N1) gibi birçok viral salgın kaydedildi. Yakın zamanda, Orta Doğu Solunum Sendromu koronavirüsü (MERS-CoV) ilk olarak 2012'de Suudi Arabistan'da tespit edildi (9).

4.2. Koronavirüsler

Koronavirüsler, tek zincirli, zarflı RNA virüsleridir. Pozitif polariteli oldukları için RNA'ya bağımlı RNA polimeraz enzimi içermezler, ancak genomlarında bu enzimi kodlarlar. Yüzeylerinde çubuksu uzantıları vardır. Bu çıkıntıların Latince'deki "corona", yani "taç" anlamından yola çıkılarak bu virüslere Coronavirus (taçlı virüs) ismi verilmiştir (1).

Coronaviridae Nidovirales takımına ait en büyük virüs grubudur (10). Koronavirüsler de Coronaviridae ailesine aittir ve çok küçük boyuttadır (65-125 nm çapında), 26 ile 32 kb arasında değişen uzunlukta tek sarmallı bir RNA içerir (11).

Alfa ve beta koronavirüsler memelilerden, özellikle yarasalardan kaynaklanırken, gama ve delta virüsleri domuzlardan ve kuşlardan kaynaklanmaktadır (12).

İnsanları enfekte edebilen yedi koronavirüs alt tipi arasında, beta-koronavirüsler ciddi hastalıklara ve ölümlere neden olabilirken, alfa-koronavirüsler asemptomatik veya hafif enfeksiyonlara neden olabilir (12).

Yaygın insan CoV'larından 3 tanesi HCoV-OC43, HCoV-HKU1, HCoV-229E'dir. Bağışıklık sistemi yeterli olmayan kişilerde hafif şiddetli enfeksiyonlara neden olabilirler. İmmunsüpresif kişilerde, alt solunum yolu enfeksiyonları meydana gelebilir. Diğer Cov'lar ise SARS-CoV, SARS-CoV-2 ve MERS-CoV dur ve değişken klinik şiddette salgınlara neden olur (9). Virüsün insanlarda ortaya çıkmasını kolaylaştıran ara konakçı olarak, SARS-CoV'ler için misk kedileri ve MERS-CoV için tek hörgüçlü develer gösterilmiştir (13).

4.2.1. SARS-CoV

SARS-CoV virüsü ilk kez 2003 yılında görülen ve solunum yetmezliğine neden olan bir coronavirüs olarak kayıt altına alınmıştır. Çin'de başlayarak 37 ülkeye dağılan SARS salgını dünyada 8422 vaka ve 916 ölüme neden olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü 2002-2003 tarihleri arasında 9 aylık bir sürede SARS'dan ölüm oranını %10,9 olarak açıklamıştır (8).

4.2.2. MERS-CoV

Bir coronavirüs olan Mers virüsü 2012 yılında Ürdün'de ortaya çıkmış, insanları, yarasaları ve develeri enfekte eden zarflı bir RNA virüsüdür. Deveden insana bulaştığı ve Haziran 2018'e kadar devam eden bu farklı MERS-CoV salgını da 5 kıtada ve 27 farklı ülkede 2229 olguda saptanmıştır. Olgulardan 791'i kaybedilmiştir. SARS-CoV'da mortalite oranı %10,9 iken MERS-CoV'da oran %35'e ulaşmıştır (8).

4.2.3. SARS-CoV-2

MERS-CoV ve SARS-CoV'dan farklı olarak 2019-nCoV, insanları enfekte eden koronavirüslerin diğer üyesidir (14).

SARS-CoV-2, koronavirüslerin beta cinsine aittir. Zarflı viral partikül, 60-140 nm çapında, yuvarlak veya ovaldir ve sırasıyla RNA'ya bağımlı RNA polimeraz (RdRp), nükleoprotein (N), zarf proteini (E), matris proteini (M) ve başak protein (S) 'nin 4 yapısal

proteinini kodlayan 5 temel gene sahiptir. Nükleoprotein, gömülü M ve S proteinleri ile E proteini ile çevrili bir nükleokapsid oluşturmak için RNA genomunu sarar. S proteini, anjiyotensin dönüştürücü enzim 2'ye (ACE-2) bağlanarak hücreye girer. İn vitro olarak izole edildiğinde ve kültürlendiğinde, SARS-CoV-2, insan solunum yolunun epitel hücrelerinde 96 saat içinde bulunabilirken, Vero E6 ve Huh-7 hücre hatlarında izole edilmesi ve kültürlenmesi yaklaşık 4-6 gün sürer. SARS-CoV-2, ultraviyole ışınlarına ve ısıya duyarlıdır. 56 °C'de 30 dakika veya eter, %75 etanol, klor içeren dezenfektan, perasetik asit, kloroform ve diğer lipit çözücülerle inaktive edilebilir ancak klorheksidin ile etkisiz hale getirilemez (15).

Başlangıçta, yeni virüse 2019-nCoV adı verildi. Daha sonra, Uluslararası Virüs Taksonomisi Komitesi (ICTV) uzmanları, SARS salgınına neden olan SARS-CoV'a çok benzediği için SARS-CoV-2 virüsü olarak adlandırdı (9).

4.3. COVİD-19 Epidemiyoloji

Çin'in Hubei Eyaleti, Wuhan şehrinde, 31 Aralık 2019'da etiyolojisi bilinmeyen pnömoni vakaları bildirilmiştir. Wuhan'ın güneyindeki Wuhan Güney Çin Deniz Ürünleri Şehir Pazarı çalışanlarında kümelenme olduğu belirtilmiştir (1).

İlk vaka 13 Ocak 2020'de Tayland'dan bildirilen, 61 yaşındaki Çinli bir kadındır, 7 Ocak 2020'de daha önce insanlarda tespit edilmemiş yeni bir koronavirüs olarak tanımlanmıştır. Ülkemizde ilk Covid-19 vakası 11 Mart 2020'de saptanmıştır (1).

4.4. COVİD-19 Klinik Özellikler

Kuluçka süresi ortalama 3 ila 7 gündür. Ana belirtiler ateş, kuru öksürük ve halsizliktir. Bazı hastalarda anosmi ve / veya tat kaybı görülebilir. Hastalarda burun tıkanıklığı, burun akıntısı, boğaz ağrısı, konjunktivit, miyalji ve ishal gibi semptomlar olabilir. Kliniği ağır hastalarda genellikle hastalığın başlangıcından bir hafta sonra solunum sıkıntısı gelişir.

Hastalarda ayrıca merkezi sinir sistemi tutulumu ve periferik iskemik nekroz olabilir. Hastalığın seyri sırasında orta ila düşük dereceli ateş olabilir veya hiç ateş olmayabilir (15).

Çoğu hastanın klinik seyri iyidir; yaşlı hastalarda, kronik hastalıkları olanlarda, gebeliğin sonlarında veya perinatal dönemde olan kadınlar ve obez hastalarda semptomlar ağırlaşabilir (15). Çocuklarda semptomlar nispeten hafiftir. Bazı çocuklar ve yeni doğanların kusma, ishal ve diğer gastrointestinal semptomlar gibi atipik semptomları vardır. Bazı çocuklarda, kawasaki hastalığına veya atipik kawasaki hastalığına, toksik şok sendromuna veya makrofaj aktivasyon sendromuna benzer semptomlarla sıklıkla iyileşme aşamasında ortaya çıkan çoklu sistem enflamatuar sendromu (MIS-C) geliştirebilir. Klinik belirtiler arasında ateş, pürülan olmayan konjunktivit, mukozal inflamasyon, hipotansiyon veya şok, koagülopati ve akut gastrointestinal semptomlar yer alabilir. MIS-C ortaya çıktığında, durum hızla kötüleşebilir (15).

Yapılan bir meta analize göre de Covid-19'un ortalama 5,6 günlük bir inkübasyon süresine sahip olduğunu ve Covid-19 semptomlarının başlangıcından ilk sağlık kuruluşuna başvuruya kadar geçen süre ortalama 4,9 gün, Covid-19 semptomlarının başlangıcından yoğun bakım ünitesine yatışına kadar geçen süre ortalama 9.8 gün, iyileşmeye kadar geçen süre ortalama 18.5 gün, ölümle sonuçlanma süresi 15,9 gün olarak saptanmıştır (16).

4.5. COVİD-19 Kaynak ve Bulaş

SARS- CoV- 2 Çin'in Wuhan kentindeki Hunan deniz ürünleri pazarında hayvanlardan insanlara geçiş yaptığı düşünülüyor (12). Enfeksiyon kaynağı esas olarak SARS-CoV-2 pozitif olan kişilerdir. Hastalar kuluçka döneminde ve hastalığın başlangıcından sonraki 5 gün oldukça bulaştırıcıdır (15).

Damlacıklar, aerodinamik çapta 100 μm'den büyük, solunum yolundan çıkan ve tipik olarak saniyeler içinde ve kaynağın 6 fit (2 metre) yakınında yere düşen partiküllerdir (17). Aerosoller ise 100 μm'den küçüktür ve saniyelerden saatlere kadar havada asılı kalabilir (17).

SARS-CoV-2 damlacık ve yakın temas ile yayılır. Virüs bulaşmış yüzeylere temas da enfeksiyona neden olabilir. Kapalı bir ortamda yüksek yoğunluklu aerosollere uzun süre maruz kalmak da virüsü yayabilir (15). Hastaların dışkısında da virüs partikülü bulunduğundan fekal-oral yolla da bulaş söz konusu olabilir (8).

SARS-CoV-2 enfeksiyonu olan bir kişiden bulaş riski, maruz kalma türüne ve süresine, önleyici tedbirlerin kullanımına ve olası bireysel faktörlere (örneğin solunum yollarındaki virüs miktarı) göre değişiklik gösterir. İkincil enfeksiyonlar ise en çok hane halkı temasları ve sağlık çalışanları arasında kişisel koruyucu ekipman kullanılmadığında görülmektedir. Bunun yanı sıra kişisel koruyucu önlemlerin alınmadığı yaşlı bakımevleri, ibadet amacıyla toplanılan yerler ve toplu yaşanılan kapalı ortamlarda (cezaevi, askeri birlikler, yurtlar vb.) da ikincil enfeksiyon riski artmaktadır. Ayrıca iş, spor veya sosyal amaçlı toplanmalar sonrasında rastlanan vaka kümeleri nedeniyle de bulaş riski artmıştır (18).

4.6. Tanı

Üst ve alt solunum yollarından alınan örneklerin viral tespiti, tanıyı koymanın ana yolu olarak savunulmuştur (19). Covid-19'un tanı yöntemi kantitatif real time polimeraz zincir reaksiyonudur (8).

Nükleik asit testlerinin doğruluğu, hastalığın seyri, örnekleme, test ve test kitleri gibi birçok faktörden etkilenebilir. Hassasiyeti artırmak için, numune alma prosedürü standartlaştırılmalı ve numuneler, alındıktan sonra mümkün olan en kısa sürede test için gönderilmelidir (15).

Hastalığın başlamasından sonraki 1 hafta içinde serokonversiyon oranı çok düşük kalır (15). Bu nedenle serolojik testler hastalığın başladığı dönemde tanı amacıyla kullanılamaz. Çoğu hastada antikor pozitifliği belirtilerin başlangıcından 10 gün kadar sonra gelişmektedir (1).

Tanı için istenen laboratuvar testleri, tam kan sayımı, idrar tahlili, CRP, biyokimya, koagülasyon testi, arteriyel kan gazı ve akciğer görüntülemesini içerir (15). Covid-19'un erken evresinde, lenfosit sayısı azalırken, lökosit sayısı genellikle normaldir veya azalır. Bazı hastalarda karaciğer enzimleri, laktat dehidrojenaz, kas enzimleri, miyoglobin, troponin ve ferritin düzeyleri artmış olabilir. C-reaktif protein (CRP) ve eritrosit sedimantasyon hızı (ESR) çoğu hastada yükselirken, prokalsitonin normaldir. Artan D-dimer seviyesi, ağır ve kritik hastalarda lenfosit sayısında progresif azalma ve artmış inflamatuar sitokinlerle birlikte görülebilir (15).

Bu viral hastalığın kendisini genellikle pnömoni olarak gösterdiği düşünüldüğünde, radyolojik görüntülemenin tanı sürecinde, yönetiminde ve takipte temel bir rolü vardır. Covid-19'daki en yaygın BT bulguları, başta periferik / subplevral olmak üzere yamalı dağılıma sahip konsolidasyon alanlarıyla ilişkili multifokal bilateral buzlu cam alanları ve arka bölgelerin alt loblarının daha fazla tutulumudur (9).

4.7. Tedavi

Şu anda, randomize kontrollü çalışmalarda kanıtlanmış etkinliği olan SARS-CoV-2 enfeksiyonuna özgü bir tedavi yoktur. Üst solunum yolu enfeksiyonu bulguları ile başvuran hastaların hastanede yatırılarak takibi gerekmez ve hastalar evde izlem önerilerine göre takip edilebilir (20). Covid-19 olgularında sadece influenza tanısının doğrulanması halinde tedaviye oseltamivir eklenmelidir. Oseltamivirin Covid-19 tedavisinde yeri yoktur (20).

Covid-19'da bakteriyel ko-enfeksiyon sıklığı oldukça düşük olup yapılmış çalışmalarda olguların sadece %3.5 kadarında ko-enfeksiyon olduğu ve Covid-19 hastalarında ampirik antibiyotik eklenmesinin klinik sonuçlara olumlu etkisinin olmadığı gösterilmiştir. Bu nedenle hastalarda ampirik antibiyotik kullanımı önerilmez (20).

Salgının ilk başlarında hastalığa karsı başka hastalıkların tedavisinde kullanılan antiviraller kullanılmış ve güvenli olduğu gösterilmiştir. Halen pek çok ülkede de bu antivirallerin farklı kombinasyonlarıyla kullanımları devam etmektedir (20).

4.8. Önleme ve Korunma

Covid-19 damlacık yolu ile bulaştığı için, Covid-19 şüpheli her vakada standart damlacık ve temas izolasyonu önlemleri alınmalıdır (21). Tüm Covid-19 şüpheli hastaların ve o kişiler ile temas eden kişilerin sağlık kurumlarında takibi mümkün olmadığı için evde de korunma önlemleri uygulaması gerektiği hastalara ve ailesine mutlaka anlatılmalıdır (21). İnsanlar, iyi kişisel ve çevresel hijyeni sürdürmeye teşvik edilmelidir. Yeterli ve dengeli beslenmeli ve egzersiz önerilmelidir. Sosyal mesafenin, el hijyeninin ve maske takmanın önemi

vurgulanmalıdır. Yüksek riskli bölgelere yakın zamanda seyahat öyküsü olanlar, doğrulanmış veya şüpheli vakalara maruz kalma öyküsü olanlar, SARS-CoV için test edilmelidir (15).

Covid-19'a yönelik bağışıklık gelişmesi, pandemi kontrolü için ana faktördür. Bunun için de toplumun belirli bir oranının hastalığa karşı bağışıklık kazanması gerekmektedir. Böylece, toplumun o hastalığa karşı korunmasından söz edilebilir. Toplum bağışıklığının gelişmesi için tahminen toplumun %70'inin bağışıklık kazanması gerekmektedir(18). Pandemiyi kontrol altına almanın en önemli yolu da aşılamadır (9).

4.9. Sağlık Çalışanları ve Covid-19

Tüm dünyayı etkileyen bu enfeksiyonun çok sayıda ölüme neden olmasının yanı sıra ekonomik, sosyal ve psikolojik birçok etkisi olmaktadır (22). Bu süreçte tedavi süreçlerini yöneten sağlık çalışanlarının önemli bir yeri vardır (23). Sağlık çalışanları, enfekte kişilere yakın çalışmalarından ötürü, diğer kişilerden daha fazla stres ve bulaş riski ile karşılaşmaktadır. Günlük yapılan testlerdeki vaka sayılarının ve ölüm oranlarının artması, aktif ve yoğun çalışma temposu, stres gibi faktörler sağlık çalışanlarında tükenmişliğe neden olabilmektedir (23).

Dünyanın yeni karşılaştığı enfeksiyon hastalıklarından olan Covid-19 pandemisinin ilk dönemlerinde Dünya Sağlık Örgütü'ne 52 ülkeden 22.073 sağlık çalışanın hastalığa yakalandığı bildirilmiştir. Covid-19 ile ilgili ilk çalışma sonuçları, hastaların %10 hatta %20'sinin sağlık çalışanlarından oluştuğunu göstermektedir (24). Çok sayıda enfekte hastayla uzun süre ilgilenmek, iş yoğunluğu ve dinlenememe, sağlık çalışanlarının enfeksiyon kapma olasılığını artırmıştır (25).

Sistematik literatür veri tabanı araştırmasına göre, 13 kesitsel çalışmanın ve toplam 33.062 katılımcının hızlı sistematik incelemesi ve meta-analizleri sonucu sağlık çalışanlarının büyük bir bölümünün Covid-19 salgını sırasında önemli düzeyde kaygı, depresyon ve uykusuzluk yaşadığına dair kanıtlar sunulmuştur (26). Norveç Halk Sağlığı Enstitüsü'nün Covid-19 haritasını kullanılarak 11 Mayıs'da yapılan ve 59 çalışmanın dahil edildiği araştırmada da sağlık çalışanları Covid-19 salgını sırasında kaygı, depresyon ve uyku sorunları olduğunu bildirmiştir. Sağlık çalışanları psikologla vakit geçirmek yerine KKE'na ve dinlemeye ihtiyaç duymuştur. Artan iş yükü, KKE ve eğitim eksikliği Covid-19 pandemisinin ruh sağlığı üzerindeki etkilerini şiddetlendirebilir ve bu yüzden salgın gibi uzun süreli felaketler

karşısında yeterli dinlenmeyi sağlamak için KKE'ların ve iş rotasyonu programlarının sağlanması çok önemlidir (27).

İngiltere ve ABD de yapılan bir çalışmada ön saflarda yer alan sağlık çalışanları arasında, KKE'nın yeniden kullanımı veya yetersiz olması, artan Covid-19 riskiyle ilişkiliydi. Yetersiz KKE bildiren ve Covid-19 hastalarına bakım veren sağlık çalışanları en fazla enfeksiyon riskine sahip olsa da, yeterli KKE bildirenler arasında bile enfeksiyona karşı artan duyarlılık vardı. Genel toplum için risk karşılaştırıldığında, tüm sağlık hizmeti ortamlarında ön saflarda yer alan sağlık çalışanları için risk artmıştır, ancak en yüksek oranda artış yatan hastalara hizmet veren ve huzurevlerinde çalışanlar için olmuştur (28).

SARS-CoV-2 damlacık ve temas yoluyla yayılır, havadan bulaşan bir virüs değildir. Bu nedenle, rutin damlacık ile bulaş önlemlerinin sağlanması, çevresel hijyen ve enfeksiyon önleme uygulaması gerekmektedir. CDC, Covid-19 hastalarını tedavi ederken minimum enfeksiyon riskini sağlamak için önlük, eldiven ve N95 solunum maskesi ile yüz siperi / gözlük önermektedir (29).

Sağlık çalışanları, özellikle yaşlı, immünsupresif veya kronik hastalıkları olan aile üyelerine bulaş konusunda endişe duyuyorlardı (29). Virüse maruz kalma aynı zamanda fiziksel ve psikolojik tükenmeye de yol açıyordu ve çoğu sağlık çalışanı ailelerinden soyutlanarak duygusal ve fiziksel olarak etkileniyordu. Bu nedenlerle anksiyete, depresyon artan morbidite ve hastalıklara ek olarak sağlık hizmetini de olumsuz etkileyebilir (30). Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının ruh sağlığının korunması önemlidir. Bu sayede ruhsal bozukluklar oluşmadan önlenebilir. Sağlık çalışanları arasında risk gruplarının önceden bilinmesi psikososyal destek mekanizmalarının geliştirilmesi, halk sağlığının korunması için gereklidir (31).

Salgın hastalıklarla ilk olarak, hekimler, özellikle aile hekimleri ve acil servis hekimleri karşılaşır. Salgın sırasında hekimler, büyük bir hasta kitlesi ve aşılama uygulamalarıyla karşı karşıya kalıyorlardı. Bu sırada hem halkı bilgilendirecek hem de salgını kontrol etmek için hastane ve toplum çalışmaları içinde olacaklardır. Bu nedenle hekimler, yerel ve ulusal yetkililerle birlikte tıbbi hazırlık ve yanıt planlarının hazırlanması ve geliştirilmesi çalışmalarında yer almalıdır (8).

Yapılan bir çalışmada potansiyel Covid-19 hastaları ile birinci ve ikinci karşılaşmalar açısından bakıldığında, potansiyel Covid-19 vakaları ile ilk karşılaşan grupta hem anksiyete hem de depresyon alt ölçek puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu,

birinci gruptaki personelin, yani bu hastaların ilk başvurdukları yer olan acil serviste görevli personelin daha yüksek anksiyete ve depresyon riski altında olduğunu göstermektedir (31).

Covid-19 salgısı sırasında Belçika yapılan araştırmaya göre sağlık çalışanlarında korku, yorgunluk, uykusuzluk, mutsuzluk gibi negatif kişisel semptomlar ve bilgi ve becerilerinden şüphe duyma gibi negatif mesleki semptomlar saptanmıştır. Hastane yöneticileri destek mekanizmalarının erişimini kolaylaştırmalıdır (32).

Meksikalı 5.938 sağlık çalışanından oluşan çalışmada, ön saflarda çalışan sağlık çalışanlarında ve kadınlarda uykusuzluk, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu daha yaygındı. En çok ihtiyaç duyulan şey ise Covid-19 hastalarını tedavi eden sağlık çalışanlarına Covid-19 bulaşmasını azaltmak için her türlü koruyucu önlemi sağlamaktır. Covid-19 nedeniyle arkadaşların veya sevdiklerini kaybetmek depresyon için ana risk faktörüydü olarak saptanmıştır ve Covid-19 ile enfekte olmak TSSB için ana risk faktörüydü olarak saptanmıştır (33).

Çukurova Tıp Dergisi'nde yayınlanan bir çalışmada da korku, kaygı ve depresyon puanlarının kadın sağlık çalışanlarında erkeklere göre anlamlı yüksek olduğu görülmüştür. Covid-19 hastaları ile doğrudan çalışanlarda tükenmişlik daha yüksek iken iş doyumu daha düşüktür. Hemşire ve diğer sağlık personeli doktorlara göre daha çok koronavirüs korkusu yaşamaktadır ve iş doyumları da daha düşük olarak bulunmuştur (23).
Pandemi sırasında sağlık çalışanları arasında bu yüksek stres seviyeleri ve uyku kalitesinin bozulması vurgulanmalıdır. Bu zamanlarda bağışıklık sistemleri çok düşüktür, bu da bu kişilerin hızla enfekte olabileceği anlamına gelir. Bu olursa, sağlık sistemi işlevsellik kaybına uğrayacaktır (31).

4.10. Depresyon ve Anksiyete

Depresyon bir duygu durum bozukluğudur. Duygu durum içsel olarak yaşanılan, bireyin davranışlarını değiştiren hakim ve devamlı duygu tonudur. Depresyonda duygu durumunun çökkün hali görülür. Anksiyete ise yaygın, hoş olmayan ve belirsiz bir olumsuzluk önsezisidir. Otonom belirtiler eşlik eder. (34).

Çökkün duygulanım, enerji azlığı ve alınan zevkin azalması esas özelliklerdir. Odaklanma azlığı, özgüven azalması, suçluluk duyguları, karamsarlık, kendine zarar verme ya

da intihar düşünceleri, uyku düzeninde bozulma, iştah azalması ve libido azalması sık görülen belirtilerdir. Tanı koyulması için tablo en az iki hafta sürmelidir (34), yaşamın bir parçası olan normal duygu durum değişikliklerinden şiddeti, semptomları ve bozukluğun süresiyle ayrılır. İntihar, depresyonun yaygın ve genellikle önlenebilir sonuçlarından biri olmaya devam etmektedir. Depresif dönemler, abartılı sevinç veya sinirlilikle değişiyorsa, bunlar bipolar bozukluk olarak bilinir. Depresif bozukluklar ve şizofreni, tüm intiharların %60'ından sorumludur. Depresyonun nedenleri değişiklik gösterir. Olumsuz yaşam koşulları gibi psikososyal faktörler, depresif dönemlerin başlangıcını ve kalıcılığını etkileyebilir. Genetik ve biyolojik faktörler de rol oynar (35).

Herhangi bir yılda erkeklerin %5,8'inin ve kadınların %9,5'inin depresif bir dönem geçireceği tahmin edilmektedir. Ancak bu yaygınlık rakamları farklı popülasyonlar arasında değişebilir. Şu anda 121 milyon insanın depresyondan muzdarip olduğu tahmin edilmektedir (35).

Cambridge Üniversitesi tarafından yayınlanan bir çalışmada depresif bozuklukların, az sayıda ölüme neden olmalarına rağmen, maluliyete göre ayarlanmış yaşam yılı kaynağı olarak dördüncü sırada yer alması, hem ölümcül hem de ölümcül olmayan sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinin hastalık yükü sıralamasını nasıl etkilediğinin altını çizmektedir. Tek başına ölüm göstergeleri kullanıldığında ruhsal bozukluklar hiçbir zaman halk sağlığı açısından önem taşıyan ilk 10 öncelik listesinde sıralanmamıştır (36).

Depresyonu olan çoğu insan için birinci basamak tedavi antidepresan ilaç, psikoterapi veya her ikisinin bir kombinasyonundan oluşur. Antidepresanlar, majör depresif atakların tüm şiddeti boyunca etkilidir (35).

Anksiyete korku ve endişe duygusudur ve bu duruma bir takım tepkiler eşlik edebilir. Göğüste sıkışma hissi, terleme, kalp çarpıntısı, baş ağrısı, ve acil tuvalete gitme ihtiyacının doğması gibi durumlar örnek olarak verilebilir. Huzursuzluk, dolanıp durma isteği de anksiyetenin sık görülen göstergelerindendir. Anksiyetenin ortada somut bir tehlike olmaksızın yaşanması, sık ve şiddetli bir biçimde ortaya çıkması ve kişinin olağan yaşamını etkilemeye başlaması bireyde bir anksiyete bozukluğu olduğunu düşündürür. Ayırıcı tanı açısından özellikle panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu önem taşır (37).

Bir küme olarak depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarında görülen belirtileri incelediğimizde 3 gruba ayırabiliriz:

1) Sadece depresif bozuklukta görülen belirtiler (depresif duygu durum, zevk alamama gibi)

2) Sadece anksiyete bozukluklarında görülen belirtiler (aşırı tedirginlik hali gibi)

3) Her iki bozuklukta da görülen belirtiler (uyku iştah bozukluğu gibi)

Tanı olarak birbirinden ayrı iki tanı olmakla birlikte birbirine benzer belirtiler gösterebilen iki hastalıktır (37).

4.11. Pandemi ve Ruh Sağlığı

Salgınlar veya doğal afetler durumlarında birçok psikiyatrik bozukluk ortaya çıkabilir. Bu bozukluklar arasında anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu en yaygın olanlarıdır (31). Sağlık çalışanları, Covid-19 salgını sırasında olumsuz ruh sağlığı sonuçları açısından risk altındadır. Özellikle ağır iş yükü ve enfeksiyon riskiyle karşı karşıya kalan ön saf sağlık çalışanları etkilenmektedir, Covid-19 nedeniyle yaşanan salgın davranışlarımızı, algılarımızı ve çevreyi değiştirmiştir (38).

Pandemi nedeniyle yapılan karantina sırasında sık görülen ruhsal yakınmalar; kafa karışıklığı, korku, öfke, suçluluk hissi, matem hisleri, tükenmiş hissetme, kaygıya bağlı uykusuzluktur. Sık görülen ruhsal bozukluklar ise akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, majör depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, uyum bozukluğudur. Ruhsal hastalıklar bakımından riskli gruplar ise halen veya geçmişte ruhsal hastalığı bulunanlar, sağlık çalışanları, alkol ve madde bağımlılığı olan kişiler, gebeler, postpartum dönemdeki kadınlar, bilişsel bozukluğu olanlar ve yaşlılardır (39).

Mevcut literatürden yapılan çalışmalar, Covid-19 pandemisi ile beraber anksiyete tanı oranının da arttığını göstermiştir. Anksiyete tanısı sıklıkla depresyonla ve uyku problemleri ile beraber ortaya çıkar. Öte yandan, altta yatan psikiyatrik hastalığa bağlı olarak, birçok hasta izolasyonda kalmıştır ve yalnızlık yaşamıştır, bu da tedavi alanlarına erişimin kısıtlanmasıyla birlikte var olan patolojilerde daha büyük bir soruna neden olabilir. Aile içi şiddetin artması da bu pandemide büyük bir sorundur. Pandemiye ikincil olarak ekonomi üzerindeki küresel

etkileri de vardır. İstihdamdaki istikrarsızlık, ailelerde gelirin azalması ve borçların artması, nüfusun ruh sağlığını etkileyen sorunlardır (38).

Bir meta-analiz de Covid-19 salgını sırasında genel popülasyonda stres ve kaygı prevalansı değerlendirilmiş ve Covid-19 pandemisini takiben genel popülasyonda stres, anksiyete ve depresyon prevalansı sırasıyla %29.6, %31.9 ve %33.7 olarak hesaplanmıştır (40).

Yapılan bir çalışmada da Covid-19 salgını sırasında Türk toplumundaki depresyon, anksiyete düzeylerini araştırmış ve %23.6'sında depresyon ve %45.1'inde anksiyete bulunmuştur. Bu çalışmada kadınlar, kentsel alanda yaşayanlar, arkadaşları veya akrabaları arasında Covid pozitif olan kişiler, şu an veya daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü olan kişiler ve kronik hastalığı olan kişiler arasında depresyon puanları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Anksiyete puanları, kadınlar arasında, Covid pozitif hastası olan ve psikiyatrik hastalığı olan kişiler arasında anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (41). Çin'de yapılan bir çalışma da ankete katılanların yaklaşık %35'inin pandemi nedeniyle psikolojik olarak etkilendiği bildirilmiştir (42).

Bireyler, pandemiler sırasında değişen düzeylerde psikolojik sıkıntı yaşarlar. Pandemiler sağlık kaygısı, koruyucu önlemlere uyulmaması nedeniyle insanların hayatlarını birçok açıdan olumsuz etkileyen durumlara neden olabilir. Bu nedenle, pandemi gibi kolektif farkındalığın yüksek olması gereken zamanlarda herkesin aynı bilinci ve sorumluluğu sergilemesi önemlidir (41).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Etik Kurul Onayı

Bu araştırma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 08.03.2021 tarihinde İ2-180-21 karar no ile onaylandı. Çalışmamız için 12.02.2021 tarihinde T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden izin alındı. Çalışma Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirisi ve İyi Klinik Uygulamalarına uyumlu şekilde gerçekleştirildi.

5.2. Amaç

Bu çalışmada Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Personelinde Covid-19 pandemisinin depresyon ve anksiyete düzeylerinin üzerindeki etkisini araştırmayı amaçlıyoruz.

5.3. Araştırmanın Yeri

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Cebeci ve İbni-Sina kampüslerinde yapılmıştır.

5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma 1 Nisan 2021-1 Haziran 2021 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerle gerçekleşmiştir.

Çalışma için gerekli örneklem büyüklüğü Covid-19 pandemisinde ön planda çalışan ve çalışmayan sağlık personelinin depresyon ve anksiyete düzeyi farkı temel alınarak yapılmıştır. Buna göre, orta büyüklükte etkiyi gösteren d=0,5 etki büyüklüğü değeri için %80 güç ve 0,05 anlamlılık düzeyinde bağımsız gruplarda t testi ile örneklem hesabı yapıldığında bu çalışma için gerekli örneklem büyüklüğü her bir grupta 64, toplamda ise 128 olarak hesaplanmıştır. Örneklem hesabı için GPOWER 3.1 kullanılmıştır. Çalışmamız 258 kişi ile tamamlanmıştır.

5.5. Çalışmanın dahil edilme kriterleri

- Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastane personeli olması
- 18 – 67 yaş aralığı
- Çalışmaya katılımı gönüllü olarak kabul etmek

5.6. Çalışmanın dışlama kriterleri

- Anket formunun eksik doldurulması
- Gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu psikiyatrik hastalık varlığı
- Çalışmaya katılıma gönüllü olmamak

5.7. Çalışma protokolü

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi hastane personeline anket onam formu ve anket formu uygulanmıştır.

Anketimiz sosyodemografik özellikler, ek hastalıklar, Covid-19 pandemisi sürecinde hastane personelinin karşılaşmış olabilecekleri durumların değerlendirmesi, geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmış 14 soruluk hastane anksiyete ve depresyon ölçeği olmak üzere toplam 45 sorudan oluşmaktadır. Ankete katılım gönüllülük esasına dayanır. Hesaplanan örneklem sayısına ulaşıncaya kadar çalışmayı sürdürmeyi hedeflemekle birlikte 3 ay içinde başvuran dahil etme kriterlerimize uyan tüm kişilere çalışmamıza dahil ettik.

5.8. Çalışmada kullanılan ölçekler

5.8.1. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

Zigmond ve Snaith tarafından hastada anksiyete ve depresyon riskini belirlemek, düzeyini ölçmek için geliştirilmiştir (43). Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu taramak üzere hazırlanmıştır. Geçerlilik güvenilirlik çalışması Aydemir et al. tarafından yapılmıştır. Ölçeğin amacı tanı değil, anksiyete ve depresyonu tarayarak riskli grubu belirlemektedir. Küçükelçi yaptığı çalışmada Hastane

Anksiyete ve Depresyon Ölçeğini, bedensel rahatsızlığı olmayan bir örnekleme uygulayarak sonuçlarını değerlendirmiştir ve bu çalışmada Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin sağlıklı kişilere uygulanabileceği sonucu elde edilmiştir(44).

14 madde HAD'ı oluşmaktadır. Tek sayılı maddeler anksiyeteyi ve çift sayılı maddeler depresyonu değerlendirmektedir ve maddelerinin puanları 0-3 arasındadır. Fakat her maddenin puanlaması değişik biçimdedir; 1-13 arası tek maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3'den 0'a doğrudur. Öte yandan, 2.-14 arası çift maddeler ise 0'dan 3'e doğrudur. Alt ölçeklerin toplam puanları bu madde puanlarının toplanması ile bulunur. Anksiyete alt ölçeği için 1-13 arası tek maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2-14 arası çift maddelerin puanları toplanır. HAD Türkçe formunun anksiyete alt ölçeğinin kesme noktası 10, depresyon alt ölçeğinin kesme noktası ise 7 olarak çıkmıştır. Bu puanlara göre sonuç elde edilen hastalar risk grubunda kabul edilebilir (45).

5.9. İstatistiksel Analiz

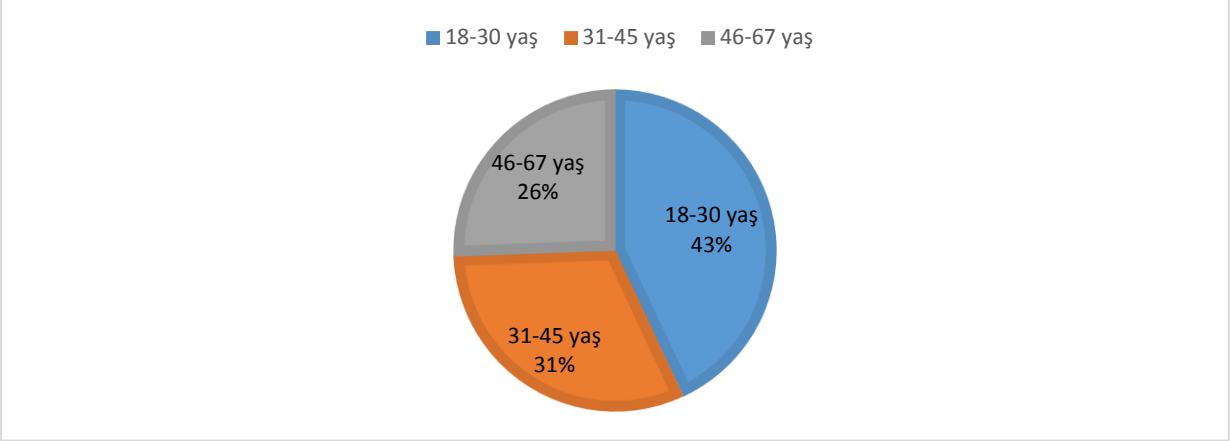
Tanımlayıcı istatistikler; kategorik değişkenler için frekans (%), sürekli değişkenler için ortalama ± standart sapma ve ortanca (minimum-maksimum) olarak verilecektir. Sayısal bir değişken ile grup değişkeninin kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığının analizinde normal dağılım varsayımı sağlandığı durumda Student's t Testi, normal dağılım varsayımı sağlanmadığı durumda ise Mann Whitney U Testi kullanılacaktır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare Testi veya Fisher's Exact Test kullanılacaktır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilecektir. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 11.5 for Windows programında yapılacaktır.

6. BULGULAR

6.1. Demografik Bulgular

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesinde çalışan personeller ile yapılan çalışmada toplamda 258 kişi anketi doldurarak çalışmaya katıldı. Bunların 179 tanesi kadındır (%69,4). Çalışmamızdaki kişilerin yaş ortalaması 36,7'dir.

Yaş olarak gruplandırdığımızda 18-30 yaş arası 111 kişi (%43), 31-45 yaş arası 81 kişi (%31.4), 46-67 yaş 66 kişi (%25,6) bulunmaktadır. Şekil 1'de yaş dağılımı gösterilmiştir.



Şekil 1. Yaş Dağılımı

Katılımcıların %53,9'u evli, %45'inin çocuğu vardı.

Eğitim durumları incelendiğinde %1,9'u ilkokul mezunu, %3,9'u ortaokul mezunu, %13,2'si lise, %56,4'ü üniversite mezunu ve % 24,5'i yüksek lisans yapmıştır.

Mesleklere göre incelendiğinde %36.4'ü doktor, %13.2'si hemşire, %3.9'u tıbbi sekreter, %3.9'u güvenlik görevlisi, %5'i temizlik personeli, %21.3'ü idari personel olarak çalışmaktadır. Doktorların %71.6'sı dahili bilimlerde %22.1'i cerrahi bilimlerde çalışmaktadır. Hemşirelerin %38.2'si servis de %52.9'u poliklinikde çalışmaktadır. Meslekleri gruplandırdığımızda %36,4'ü doktor, %13,2'si hemşire, %21,3'ü idari personel, %11,2' si diğer sağlık personelleri ve %17,8'de sağlık çalışanı dışındaki hastane personeli olarak gruplandırılmıştır.

Aylık gelir durumlarına göre incelendiğinde %9,7'si 3000 tl altında geliri olduğunu, %42,6'sı 3000-6000 tl arasında olduğunu ve geriye kalan %48,1'i 6000 tl ve üzeri geliri olduğunu belirtmiştir.

Meslekte geçirilen süre %10,9'u bir yıldan az, %31,8'i bir-beş yıl arası, %12'si 6-10 yıl arası, %45,3'ü 10 yıldan daha fazla süredir çalıştığını belirtmiştir.

Çalışmaya katılanların sigara –alkol kullanım durumları sorgulandığında %32,9'u sigara kullandığını ve bunların %20,4'ü pandemi sürecinde kullanma sıklığının artığını %7,5'i ise azalttığını, %23'ü alkol kullandığını ve bunların %17,6'sı pandemi döneminde kullanım sıklığının arttığını, %20,6'sı ise azalttığını belirtmiştir.

Katılımcıların hane halkı sayısı sorgulandığında %15,5'i yalnız yaşadığını, %38,8'i ise evde 4 kişi ve üzerinde birey sayısı olduğunu ve %15,5'i de evde beraber yaşadığı 65 yaş ve üzeri birey olduğunu belirtmiştir.

Kronik hastalıkları sorgulandığında, %25.6'sının en az bir kronik hastalığı vardır. Sınıflandırıldığında 15 kişinin (%5,8) diyabet, 23 kişinin (%8,9) hipertansiyon, 9 kişinin (%3,5) kardiovasküler hastalık, 9 kişinin (%3,5) kronik akciğer hastalığı, 11 kişinin (%4,3) tiroid hastalığı, 4 kişinin (%1,6) psikiyatrik hastalık tanısı vardır. Tablo 1'de çalışma grubunun sosyodemografik verileri sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik verileri

DEĞİŞKENLER	**n (%)**
Cinsiyet	
Kadın	179 (%69,4)
Erkek	79 (%30,6)
Yaş	36,7
Medeni durum	
Evli	139 (%53,9)
Bekar	119 (%46,1)
Çocuk	

Var	115 (%45)
Yok	141 (%55)
Eğitim durumu	
İlkokul mezunu	5 (%1,9)
Ortaokul mezunu	10 (%3,9)
Lise mezunu	34 (%13,2)
Üniversite mezunu	145 (%56,4)
Yüksek lisans	63 (%24,5)
Meslekler	
Doktor	94 (%36,4)
Hemşire	34 (%13,2)
İdari personel	54 (%20,9)
Diğer sağlık çalışanları	29 (%11,2)
Sağlık çalışanı dışındaki hastane personeli	47 (%18,2)
Aylık gelir durumu	
0-2999 tl	25 (%9,7)
3000-5999tl	110 (%42,6)
6000 tl ve üzeri	123 (%48,1)
Meslekte geçirilen süre	
1 yıldan az	28 (%10,9)
1-5 yıl	82 (%31,8)
6-10 yıl	31 (%12)
10 yıl ve üzeri	117 (%45,3)
Sigara kullanımı	
Evet	85 (%32,9)
Hayır	173 (%67,1)
Alkol kullanımı	
Evet	59 (%23)
Hayır	198 (77,0)
Hane halkı sayısı	
1	40 (%15,5)
2	56 (%21,7)
3	62 (%24)

4 ve daha fazla	100 (%38,8)
Evde 65 yaş ve üzeri birey varlığı	
Evet	40 (%15,5)
Hayır	218 (%84,5)
Kronik hastalık varlığı	
Evet	66 (%25,6)
Hayır	192 (%74,4)

Tablo 2.'de katılımcıların kronik hastalıkları verilmiştir.

Tablo 2. Kronik hastalık dağılımı

Ek Hastalıklar	**n (%)**
Diyabet	15 (%5,8)
Hipertansiyon	23 (%8,9)
Kardiovasküler hastalık	9 (%3,5)
Akciğer hastalığı	9 (%3,5)
Psikiyatrik hastalık	4 (%1,6)
Tiroid hastalığı	11 (%4,3)
Romatolojik hastalık	10 (%3,9)
Epilepsi	4 (%1,6)
Diğer	3 (%1,2)

6.2 Covid-19 ile ilgili veriler

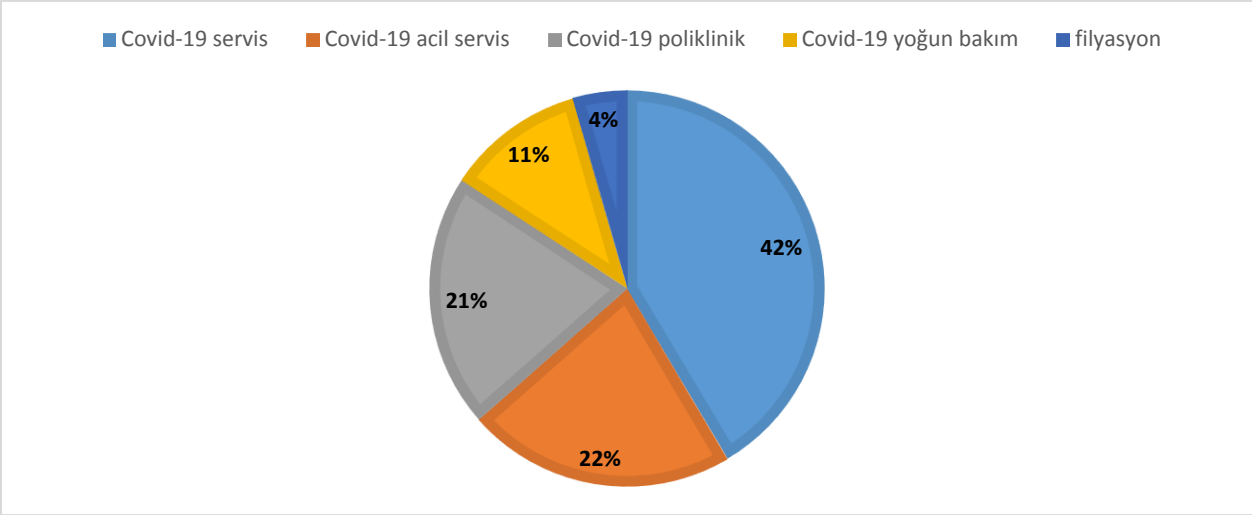
Katılımcıların %64,3'ü Covid-19 enfeksiyonu ile ilgili eğitim aldığını belirtmiştir ve %62'si Covid-19 enfeksiyonu ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunu düşünmektedir.

Katılımcıların %70,2'si pandemi sürecinde yeterli kişisel koruyucu ekipmana sahiptir.

Çalışmamıza katılanların %43.4'ü Covid-19 hastalarına hizmet veren bölümde çalışmıştır. Gruplandırıldığında %25.6'sı servis, %13.6'sı acil servis , %12.8'i poliklinik,

%7'si yoğun bakım ve %2.7'si de filyasyonda görev almıştır. Şekil 2'de pandemi çalışma alanları gösterilmiştir.

Şekil 2. Pandemi çalışma alanları



Katılımcıların %26,7'si Covid -19 tanısı almış ve %3,9'unun hastaneye yatışı olmuştur. %83,7'si yakın çevresindeki kişilerin Covid-19 tanısı aldığını ve bunların %46,1'i aile bireyinin, %42,2'si arkadaşının, %42,2'si de meslektaşının olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların %23,3'ü yakın çevresinde Covid-19 nedeniyle vefat olduğunu, %11,2'si aile bireyinin, %10,9'u arkadaşının, %1,9'u da meslektaşının vefat ettiğini belirtmiştir.

Pandemi döneminde psikolojik desteğe ihtiyaç duyup duymadıkları sorgulandığında %29,5'i evet diye cevap vermiştir, %3,9'u da bu dönemde psikolojik destek almıştır. Tablo 3'de katılımcılara sorulan Covid-19 pandemisi ile ilgili soruların verileri sunulmuştur.

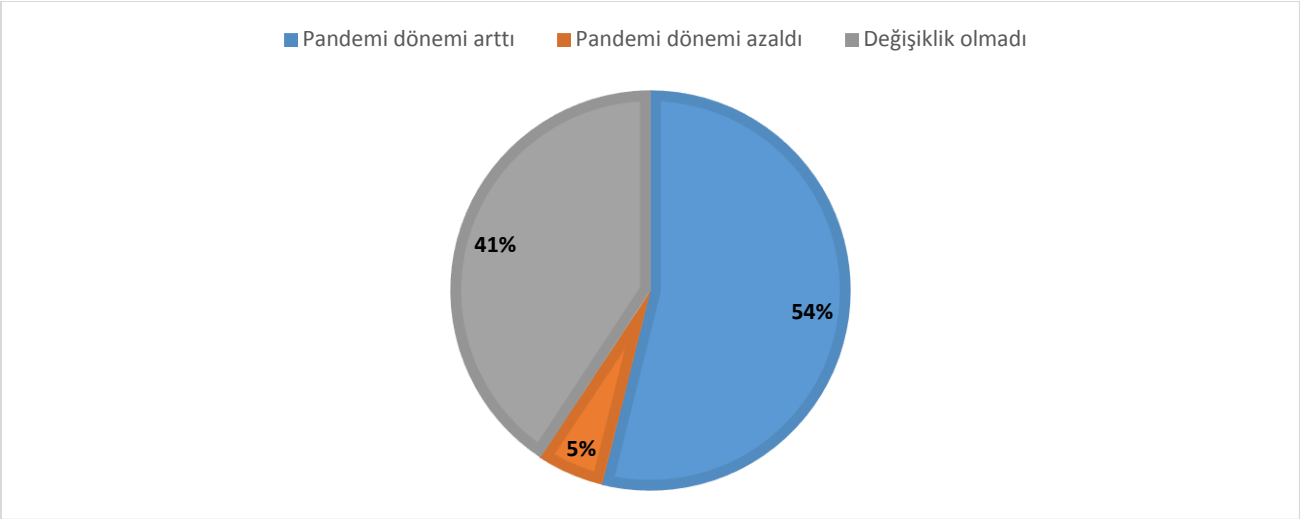
Tablo 3. Covid-19 ile ilgili sorular

DEĞİŞKENLER	**n (%)**
Covid-19 enfeksiyonu ile ilgili eğitim aldınız mı?	
Evet	166 (%64,3)
Hayır	92 (%35,7)
Covid-19 enfeksiyonu ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunuzu düşünüyo musunuz?	

Evet	160 (%62)
Hayır	98 (%38)
Yeterli kişisel koruyucu ekipmana sahip miydiniz?	
Evet	181 (%70,2)
Hayır	77 (%29,8)
Covid-19 hastalarına hizmet veren bölümlerde çalıştınız mı?	
Evet	112 (%43,4)
Hayır	146 (%56,6)
Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?	
Evet	69 (%26,7)
Hayır	189 (%73,3)
Covid-19 nedeniyle hastanede yatışınız oldu mu?	
Evet	10 (%3,9)
Hayır	248 (%96,1)
Yakın çevrenizde Covid-19 tanısı alan oldu mu?	
Evet	216 (83,7)
Hayır	42 (16,3)
Yakın çevrenizde Covid-19 nedeniyle vefat eden oldu mu?	
Evet	60 (%23,3)
Hayır	198 (%76,7)
Psikolojik desteğe ihtiyaç duydunuz mu?	
Evet	76 (%29,5)
Hayır	182 (%70,5)
Psikolojik destek aldınız mı?	
Evet	10 (%3,9)
Hayır	248 (%96,1)

Çalışmamıza katılanların %53,9'u pandemi döneminde sosyal medyada geçirdiği sürenin arttığını %5,4'i bu sürenin azaldığını diğerleri ise herhangi değişiklik olmadığını belirtmiştir. Sosyal medya kullanım süresi şekil 3'de gösterilmiştir.

Şekil 3. Sosyal medya kullanım süresi



Kişilerin duygu durumları sorgulandığında %77,5'i başkalarına Covid-19 bulaştırma korkusu hissettiğini, %72,5'i aile büyüklerinden uzak kaldığını, %65,9'u yakınlarını kaybetme korkusu yaşadığını, %63,3'ü sosyal hayattan soyutlandığını, %27,1'i çocuklarına yaklaşamadığını onlarla yakın temas kuramadığını, %48,8'i umutsuzluk hissettiğini, %46,1'i artan iş gücü nedeniyle duygusal çöküntü yaşadığını, %39,9'u yalnızlık hissettiğini, %60,9'u hastalığa yakalanma korkusu hissettiğini, %29,1'i ölüm korkusu yaşadığını belirtmiştir. Katılımcıların Covid-19 pandemisinde duygu-durumları şekil 4'de gösterilmiştir.

Şekil 4. Covid-19 pandemisinde duygu-durumları



Anketimizde HAD ölçeğine göre anksiyete için risk grubu 10 puan ve üzeri olarak kabul edilmiş olup, depresyon için 7 puan ve üzeridir. 109 katılımcı (%42,2) 10 puan ve üzeri alarak anksiyete için risk grubunda, 149 katılımcı ise (%57,8) risk grubunda değildir. Anksiyete risk grubunda olma durumu HAD ölçeğine göre tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 4. Anksiyete risk grubu

Anksiyete risk grubu	**n(%)**	**Yaş ortalaması**
Evet	109 (%42.2)	36,8± 9,58
Hayır	149 (%57.8)	36,6±10,53

150 katılımcı (%58,1) 7 puan ve üzeri alarak depresyon için risk grubunda, 108 katılımcı ise(%41,9) risk grubunda değildir. Depresyon risk grubunda olma durumu HAD ölçeğine göre tablo 5'de verilmiştir.

Tablo 5. Depresyon risk grubu

Depresyon risk grubu	**n(%)**	**Yaş ortalaması**
Evet	150 (%58,1)	37,08±10,11
Hayır	108 (%41,9)	36,13±10.15

Çalışmamızda ana hipotezimiz Covid-19 hastalarına hizmet veren bölümlerde çalışanlarda depresyon-anksiyete riski daha yüksektir şeklindeydi.

112 kişi Covid-19 hastalarına hizmet veren bölümlerde çalışmış yaş ortalaması 31.1'dir, 146 kişi de o bölümlerde çalışmamış ve yaş ortalaması 40.9'dur. Katılımcıların Covid-19 hastalarına hizmet veren bölümde çalışma durumu tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Covid-19 hastalarına hizmet veren bölümde çalışma durumu

Covid-19 hastalarına hizmet veren bölümde çalışma durumu	
Evet	**n= 112**
Yaş ortalaması	31,1 (min 20 max 65)
Anksiyete ölçek puan ortalaması	8,79±4,32 (median:9)

Depresyon ölçek puan ortalaması	7,42±4,38 (median:7)
Hayır	**n=146**
Yaş ortalaması	40,9 (min:18 max:60)
Anksiyete ölçek puan ortalaması	8,79±4,28 (median:8)
Depresyon ölçek puan ortalaması	8,01±4,19 (median:8)

Çalışmamıza katılan 258 kişinin yaş ortalaması: 36.7 (median 34.5, min:18 max:65). Katılımcıların HAD ölçek puan ortalaması tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların ölçek puan ortalaması

Katılımcılar n=258	**Ölçek puan ortalaması**
Anksiyete	8,78±4,28 (median:8 min:0 max:21)
Depresyon	7,75±4,27 (median:8 min:0 max:19)

Anketin ilk bölümü olan demografik verileri içeren sorular depresyonu olan ve olmayan gruplar arasında karşılaştırıldı.

Pandemi sürecince yeterli kişisel koruyucu ekipmana sahip olmayanlarda olanlara göre depresyon riski yüksek saptanmıştır, anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,046). Yeterli KKE sahip olmayan kişilerin, %67,5'i depresyon risk grubundadır. Hipertansiyon tanısı olanların olmayanlara göre depresyon risk düzeyleri anlamlı derecede yüksekti (p=0,013). Hipertansiyon tanılı hastaların %82,6'sı risk grubundadır. Pandemi sürecinde sosyal medya kullanım sıklığında artış olanların %64,7'si depresyon risk grubunda bulunmaktadır ve kullanım sıklığında artış olmayanlara göre anlamlı farklılık göstermiştir (p=0.036). Pandemi döneminde psikolojik desteğe ihtiyaç duyanların %81,6'sı depresyon risk grubundadır ve desteğe ihtiyaç duymayanlara göre anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,001). Pandemi döneminde psikolojik destek alanların %100'ü depresyon risk grubundadır ve destek almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0,006).

Bu araştırmaya göre depresyon risk grubunda olanların %71,3'ü kadındır, %57,3'ü evlidir, %36,8'inin çocuğu yoktur, %49,3'ü 10 yıl ve üzeri çalışma hayatına sahiptir ve %62,5'inin evde beraber yaşadığı 65 yaş üzeri birey vardır. Cinsiyet, medeni durum, çocuk,

meslekte geçirilen süre, sigara-alkol kullanımı ve birlikte yaşanılan kişilere göre anlamlı farklılık göstermemektedir.

Mesleklere gruplarına göre HAD skorları analiz edildiğinde doktorların %58,5'si, hemşirelerin %58,8'i, idari personelin %53,7'si, diğer sağlık çalışanlarının %69'u ve sağlık çalışanı dışındaki hastane personelinin %55,3'ü depresyon risk grubundadır. Meslek grupları ile depresyon riski arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. (p=0,736) Doktor ve hemşireleri karşılaştırdığımız zaman da iki grup arasında da anlamlı fark saptanmamıştır. (p=0,975)

En az bir kronik hastalığı olanların %62,1'i depresyon risk grubundadır kronik hastalığı olmayanlara karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,447). Diyabet, kalp hastalığı, kronik akciğer hastalığı, psikiyatrik hastalık ve diğer hastalıklar olanlarla olmayanlara göre karşılaştırıldığında depresyon risk grubu arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Covid-19 enfeksiyonu ile ilgili eğitim alanların %56'sı depresyon risk grubundadır. Eğitim almayanlarla karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,355).

Covid-19 ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunu düşünmeyenlerin %64,3'ü depresyon risk grubundadır, yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunu düşünenlere göre anlamlı farklılık yoktur (p=0,117).

Covid-19 hastalarına hizmet veren bölümde çalışanların %55,4'ü depresyon risk grubundadır ve diğer bölümlerde çalışanlara göre anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,428).

Covid-19 enfeksiyonu geçirenlerin geçirmeyenlere göre, Covid-19 nedeniyle hastaneye yatışı olanların olmayanlara göre, yakın çevrenizde Covid-19 tanısı alanların almayanlara göre depresyon risk grubunda olma durumunda anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,886). Katılımcıların depresyon açısından HAD ölçek sonuçları tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların depresyon açısından HAD ölçek sonuçları

		Depresyon var	**Depresyon yok**	**p**
		n (%)	**n (%)**	
Cinsiyet				
	Kadın	107(%59,8)	72(%40,2)	0,422
	Erkek	43(%54,4)	36(%45,6)	

Medeni durum			
Evli	86(%61,9)	53(%38,1)	0,189
Bekar	64(%53,8)	55(%46,2)	
Çocuk			
Var	74(%63,2)	43(%36,8)	
Yok	77(%54,2)	65(%45,8)	0,143
Meslekler			
Doktor	55(%58,5)	39(%41,5)	
Hemşire	20(%58,8)	14(%41,2)	0,736
İdari personel	29(%53,7)	25(%46,3)	
Diğer sağlık çalışanları	20(%69)	9(%31)	
Sağlık çalışanı dışındaki hastane personeli	26(%55,3)	21(%44,7)	
Meslekte geçirilen süre			
1 yıldan az	11(%39,3)	17(%60,7)	
1-5 yıl	50(%61)	32(%39)	0,078
6-10 yıl	15(%48,4)	16(%51,6)	
10 yıl ve üzeri	74(63,2)	43(%36,8)	
Sigara kullanımı			
Evet	52(%61,2)	33(%38,8)	0,488
Hayır	98(%56,6)	75(%43,4)	
Alkol kullanımı			
Evet	33(%55,9)	26(%44,1)	0,717
Hayır	116(%58,6)	82(%41,4)	
Evde 65 yaş ve üzeri birey varlığı			
Evet	25(%62,5)	15(%37,5)	0,543
Hayır	125(%57,3)	93(%42,7)	
Hane halkı sayısı			
1	22(%55)	18(%45)	
2	34(%60,7)	22(%39,3)	0,937
3	35(%56,5)	27(%43,5)	
4 ve daha fazla	59(%59)	41(%41)	
Kronik hastalık varlığı			0,447
Evet	41(%62,1)	25(%37,9)	

Hayır	109(%56,8)	83(%43,2)	
Kronik hastalıklar			
Diyabet	10(%66,7)	5(%33,3)	0,490
Hipertansiyon	19(%82,6)	4(%17,4)	**0,013**
Kardiovasküler hastalık	4(%44,4)	5(%55,6)	0,498
Kronik akciğer hastalığı	8(%88,9)	1(%11,1)	0,84
Psikiyatrik hastalık	3(%75)	1(%25)	0,642
Tiroid hastalığı	6(%54,5)	5(%45,5)	1,000
Romotolojik hastalık	4(%40)	6(%60)	0,329
Epilepsi	2(%50)	2(%50)	1,000
Sosyal medya kullanım sıklığı			
Arttı	90(%64,7)	49(%35,3)	**0,036**
Azaldı	9(%64,3)	5(%35,7)	
Değişmedi	51(%48,6)	54(%51,4)	
Covid-19 ile ilgili eğitim aldınız mı?			
Evet	93(%56)	73(%44)	0,355
Hayır	57(%62)	35(%38)	
Covid-19 ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip misiniz?			0,117
Evet	87(%54,4)	73(%45,6)	
Hayır	63(%64,3)	35(%35,7)	
Yeterli kişisel koruyucu ekipmana sahip misiniz?			
Evet	98(%54,1)	83(%45,9)	**0,046**
Hayır	52(%67,5)	25(%32,5)	
Covid-19 a hizmet veren bölümlerde çalıştınız mı?			0,428
Evet	62(%55,4)	50(%44,6)	
Hayır	88(%60,3)	58(%39,7)	
Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?			
Evet	43(%62,3)	26(%37,7)	0,411
Hayır	107(%56,6)	82(%43,4)	
Covid-19 nedeniyle hastaneye yatışınız oldu mu ?			0,329
Evet	4(%40)	6(%60)	

Hayır	146(%58,9)	102(%41,1)	
Yakın çevrede tanı alan oldu mu?			
Evet	126(%58,3)	90(%41,7)	0,886
Hayır	24(%57,1)	18(%42,9)	
Yakın çevrede vefat eden oldu mu?			
Evet	35(%58,3)	25(%41,7)	0.972
Hayır	115(%58,1)	83(%41,9)	
Psikolojik desteğe ihtiyaç duydunuz mu?			
Evet	62(%81,6)	14(%18,4)	**<0,001**
Hayır	88(%48,4)	94(%51,6)	
Psikolojik destek aldınız mı?			
Evet	10(%100)	0(%0)	**0.006**
Hayır	140(%56,5)	108(%43,5)	

Pandemi döneminde katılımcıların duygu-durumları sorgulanmıştır, her katılımcı birden fazla seçenek işaretleyebiliyordu.

Sosyal hayattan soyutlandım diye belirtenlerin %67,5'i (p<0,001), çocuklarıma yaklaşamadım diyenlerin %77'si (p<0,001), umutsuzluk hissettim diye belirtenlerin %73,8'i (p<0,001), artan iş gücü nedeniyle duygusal çöküntü yaşayanların %68,1'i (p=0,003), yalnızlık hissedenlerin %73,8'i (p<0,001), ölüm korkusu yaşayanların %80'i (p<0,001) depresyon risk grubundadır ve bu şekilde belirtmeyenlerle tek tek karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

Katılımcılardan başkalarına Covid-19 bulaştırma korkusu hissettiğini belirtenlerin %58'i (p=0,933), aile büyüklerinden uzak kaldığını belirtenlerin %57,8'i (p=0,839), yakınlarımı kaybetme korkusu yaşadım diyenlerin %60,6'sı (p=0,268), hastalığa yakalanma korkusu hissedenlerin %62,4'ü depresyon risk grubunda saptanmıştır (p=0,082). Her sorunun kendi içerisinde belirtmeyenlere göre karşılaştırmasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Katılımcıların duygu-durumlarının depresyon açısından değerlendirilmesi tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. Katılımcıların duygu-durumlarının depresyon açısından değerlendirilmesi

Sorular	Depresyon var	Depresyon yok	P

	n (%)	**n (%)**	
Başkalarına covid-19 bulaştırma korkusu hissettim	116 (%58)	84 (%42)	0,933
Aile büyüklerinden uzak kaldım	108 (%57,8)	79 (%42,2)	0,839
Yakınlarımı kaybetme korkusu yaşadım	103 (%60,6)	67 (%39,4)	0,268
Sosyal hayattan soyutlandım	112 (%67,5)	54 (%32,5)	**<0,001**
Çocuklarıma yaklaşamadım	54 (%77,1)	16 (%22,9)	**<0,001**
Umutsuzluk hissettim	93 (%73,8)	33 (%26,2)	**<0,001**
Artan iş gücü nedeniyle duygusal çöküntü yaşadım	81(%68,1)	38 (%31,9)	**0,003**
Yalnızlık hissettim	76 (%73,8)	27 (%26,2)	**<0,001**
Hastalığa yakalanma korkusu hissettim	98 (%62,4)	59 8%37,6)	0,082
Ölüm korkusu yaşadım	60 (%80)	15 (%20)	**<0,001**

Anksiyete risk grubunla olan grupla olmayan grup karşılaştırıldığında,

Cinsiyete göre karşılaştırdığımızda anksiyete risk grubunda olanların %81,7'si kadındı ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p< 0,001). Kardiovasküler hastalığı olanlar ile olmayanlar karşılaştırıldığında anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (p=0,011). Pandemi sürecince yeterli kişisel koruyucu ekipmana sahip olanların %62,4'ü anksiyete risk grubunda değildir ve yeterli KKE'na sahip olmayanlarla karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0.020). Tüm katılımcılar içinde anksiyete risk grubunda olup pandemi sürecinde sosyal medya kullanım sıklığında artış olanlar %63,3 ünü oluşturmaktadır, sosyal medya kullanım sıklığı azalanlar ve değişmeyenlerle göre anlamlı farklılık vardır (p=0.006). Pandemi döneminde psikolojik desteğe ihtiyaç duyanların %75'i anksiyete risk grubundadır ve psikolojik desteğe ihtiyaç duymayanlara göre istatistiksel olarak anlamlıdır (p=<0,001).

Medeni durum, çocuk, meslekte geçirilen süre, sigara-alkol kullanımı ve birlikte yaşanılan kişilere ve hane halkı sayısına göre anksiyete risk grubunda olma durumu anlamlı farklılık göstermemektedir.

Mesleklere göre bakıldığında doktorların %44,7'si, hemşirelerin %55,9'u,idari personelin %37'si, diğer sağlık çalışanlarının %44,8'i ve sağlık çalışanı dışındaki hastane personelinin %31,9'u anksiyete risk grubundadır. Meslek grupları ile anksiyete arasındaki

ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,235). Doktor ve hemşireleri karşılaştırdığımız zaman da iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. (p=0,262)

En az bir kronik hastalığı olanların %47'si anksiyete risk grubundadır, kronik hastalığı olmayanlara karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,389). Diyabet, hipertansiyon, kronik akciğer hastalığı, psikiyatrik hastalık ve diğer hastalıklar olanlarla olmayanlara göre karşılaştırıldığında anksiyete risk grubu arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Covid-19 enfeksiyonu ile ilgili eğitim alanların %43,4'ü anksiyete risk grubundadır. Eğitim almayanlarla karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,623).

Covid-19 ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunu düşünmeyenlerin %49'u anksiyete risk grubundadır, yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunu düşünenlere göre anlamlı farklılık yoktur (p=0,087).

Covid-19 hastalarına hizmet veren bölümde çalışanların %47,3'ü depresyon risk grubundadır ve diğer bölümlerde çalışanlara göre anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0,148).

Covid-19 enfeksiyonu geçirenlerin geçirmeyenlere göre, Covid-19 nedeniyle hastaneye yatışı olanların olmayanlara göre, yakın çevrenizde Covid-19 tanısı alanların almayanlara göre depresyon risk grubunda olma durumunda anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,886).

Pandemi döneminde psikolojik destek alanların %60'ı anksiyete risk grubundadır psikolojik destek almayanlarla karşılaştırıldığında anlamlı farklılık saptanmamıştır (p=0,331).

Katılımcıların anksiyete açısından HAD ölçek sonuçları tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların anksiyete açısından HAD ölçek sonuçları

	Anksiyete var	**Anksiyete yok**	**p**
	n (%)	**n (%)**	
Cinsiyet			**<0,001**

Kadın	89(%49,7)	90(%50,3)	
Erkek	20(%25,3)	59(%74,7)	
Medeni durum			
Evli	57(%41)	82(%59)	0,663
Bekar	52(%43,7)	67(%56,3)	
Çocuk			
Var	50(%42,7)	67(%57,3)	
Yok	60(%42,3)	82(%57,7)	0,938
Meslekler			
Doktor	42(%44,7)	52(%55,3)	
Hemşire	19(%55,9)	15(%44,1)	0,235
İdari personel	20(%37)	34(%63)	
Diğer sağlık çalışanları	13(%44,8)	16(%55,2)	
Sağlık çalışanı dışındaki hastane personeli	15(%31,9)	32(%68,1)	
Meslekte geçirilen süre			
1 yıldan az	7(%25)	21(%75)	
1-5 yıl	36(%43,9)	46(%56,1)	0,098
6-10 yıl	10(%32,3)	21(%67,7)	
10 yıl ve üzeri	56(%47,9)	61(%52,1)	
Sigara kullanımı			
Evet	33(%38,8)	52(%61,2)	0,435
Hayır	76(%43,9)	97(%56,1)	
Alkol kullanımı			
Evet	23(%39)	36(%61)	0,544
Hayır	86(%43,4)	112(%56,6)	
Evde 65 yaş ve üzeri birey varlığı			
Evet	19(%47,5)	21(%52,5)	0,464
Hayır	90(%41,3)	128(%58,7)	
Hane halkı sayısı			
1	17(%42,5)	23(%57,5)	
2	22(%39,3)	34(%60,7)	0,954
3	26(%41,9)	36(%58,1)	
4 ve daha fazla	44(%44)	56(%56)	

Kronik hastalık varlığı			
Evet	31(%47)	35(%53)	0,368
Hayır	78(%40,6)	114(%59,4)	
Kronik hastalıklar			
Diyabet	6(%40)	9(%60)	0,856
Hipertansiyon	13(%56,5)	10(%43,5)	0,146
Kardiovasküler hastalık	0(%0)	9(%100)	0,11
Kronik akciğer hastalığı	5(%55,6)	4(%44,4)	0,500
Psikiyatrik hastalık	2(%50)	2(%50)	1,000
Tiroid hastalığı	4(%36,4)	7(%63,6)	0,764
Romotolojik hastalık	6(%60)	4(%40)	0,331
Epilepsi	1(%25)	3(%75)	0,640
Sosyal medya kullanım sıklığı			
Arttı	69(%49,6)	70(%50,4)	**0,006**
Azaldı	8(%57,1)	6(%42,9)	
Değişmedi	32(%30,5)	73(%69,5)	
Covid-19 ile ilgili eğitim aldınız mı?			
Evet	72(%43,4)	94(%56,6)	0,625
Hayır	37(%40,2)	55(%59,8)	
Covid-19 ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip misiniz?			0,087
Evet	61(%38,1)	99(%61,9)	
Hayır	48(%49,0)	50(%51,0)	
Yeterli kişisel koruyucu ekipmana sahip misiniz?			**0,020**
Evet	68(%37,6)	113(%62,4)	
Hayır	41(%53,2)	36(%46,8)	
Covid-19 a hizmet veren bölümlerde çalıştınız mı?			0,148
Evet	53(%47,3)	59(%52,7)	
Hayır	56(%38,4)	90(%61,6)	
Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi?			0,743
Evet	28(%40,6)	41(%59,4)	

Hayır	81(%42,9)	108(%57,1)	
Covid-19 nedeniyle hastaneye yatışınız oldu mu?			0,198
Evet	2(%20)	8(%80)	
Hayır	107(%43,1)	141(%56,9)	
Yakın çevrede tanı alan oldu mu?			
Evet	89(%41,2)	127(%58,8)	0,441
Hayır	20(%47,9)	22(%52,4)	
Yakın çevrede vefat eden oldu mu?			
Evet	25(%41,7)	35(%58,3)	0,917
Hayır	84(%42,2)	114(%57,6)	
Psikolojik desteğe ihtiyaç duydunuz mu?			
Evet	57(%75)	19(%25)	**<0,001**
Hayır	52(28,6)	130(%71,4)	
Psikolojik destek aldınız mı?			
Evet	6(%60)	4(%40)	0,331
Hayır	103(%41,5)	145(%58,5)	

Yakınlarımı kaybetme korkusu yaşadım diyenlerin %47,1'i (p=0,030), sosyal hayattan soyutlandım diye belirtenlerin %50'si (p<0,001), çocuklarıma yaklaşamadım diyenlerin %54,3'ü (p=0,017), umutsuzluk hissettim diye belirtenlerin %59,5'i (p<0,001), artan iş gücü nedeniyle duygusal çöküntü yaşayanların %58,8'i (p<0,001), yalnızlık hissedenlerin %59,2'si (p<0,001), hastalığa yakalanma korkusu hissedenlerin %50,3'ü (p<0,001), ölüm korkusu yaşayanların %64'ü (p<0,001) anksiyete risk grubundadır ve bu şekilde belirtmeyenlerle tek tek karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

Katılımcılardan başkalarına Covid-19 bulaştırma korkusu hissettiğini belirtenlerin %45'si (p=0,097), aile büyüklerinden uzak kaldığını belirtenlerin %41,7'si (p=0,777) anksiyete risk grubundadır. Her sorunun kendi içerisinde belirtmeyenlere göre karşılaştırmasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Katılımcıların duygu-durumlarının anksiyete açısından değerlendirilmesi tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11. Katılımcıların duygu-durumlarının anksiyete açısından değerlendirilmesi

Sorular	Anksiyete var	Anksiyete yok	P
	n (%)	n (%)	
Başkalarına Covid-19 bulaştırma korkusu hissettim	90 (%45)	110 (%55)	0,097
Aile büyüklerinden uzak kaldım	78 (%41,7)	109 (%58,3)	0,777
Yakınlarımı kaybetme korkusu yaşadım	80 (%47,1)	90 (%52,9)	**0,030**
Sosyal hayattan soyutlandım	83 (%50)	83 (%50)	**0,001**
Çocuklarıma yaklaşamadım	38 (%54,3)	32 (%45,7)	**0,017**
Umutsuzluk hissettim	75 (%59,5)	51 (%40,5)	**<0,001**
Artan iş gücü nedeniyle duygusal çöküntü yaşadım	70 (%58,8)	49 (%41,2)	**<0,001**
Yalnızlık hissettim	61(%59,2)	42 (%40,8)	**<0,001**
Hastalığa yakalanma korkusu hissettim	79 (%50,3)	78 (%49,7)	**<0,001**
Ölüm korkusu yaşadım	48 (%64)	27 (%36)	**<0,001**

7. TARTIŞMA

Covid-19'a karşı mücadelede sağlık çalışanları büyük bir baskıyla karşı karşıya kalmıştır. Enfekte olma riski, uzun çalışma süreleri, toplumdan izole olma, aileleriyle iletişim eksikliği ve tükenmişlik gibi nedenler, depresif semptomlar ve mental sağlık problemlerine yol açabilmektedir. Bu ruh sağlığı sorunları yalnızca sağlık çalışanlarının dikkatlerini, karar verme yeteneklerini etkilemekle kalmaz ve kalıcı psikolojik problemlere neden olabilir. Sağlık çalışanlarına psikolojik destek sağlamak, bu nedenle salgının kontrolü ve çalışanların uzun dönem sağlıkları için önem arz eder (46).

Hoşgör ve ark. yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının Covid-19 ile enfekte olma endişesi sağlık çalışanları olmayanlara göre daha yüksek çıkmıştır ve sağlık çalışanları riskleri daha iyi bildikleri için endişe oranları artmıştır (47). Hacımusalar ve ark. Türkiye'de yaptığı çalışmada da sağlık çalışanlarının umutsuzluk ve anksiyete düzeyleri sağlık çalışanı olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Artan çalışma saatleri anksiyeteyi etkileyen önemli faktörlerden biridir (48). Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS) salgını sırasında da hastaların psikolojik durumu incelenmiş, katılımcıların %10'u anksiyete ve %18'i depresyon ile ilgili semptomlar bildirmiştir (49).

Çin'de 2020 yılında Lai ve ark. tarafından yapılan araştırmada sağlık çalışanların depresyon, anksiyete ve stres semptomları sorgulanmış ve %50.4'ünde depresyon, %44.6'sında anksiyete ve %71.5'inde stres saptanmıştır. Bu ankete, 1257 kişi katılmış ve sağlık çalışanları arasında ciddi bir ruh sağlığı sorunları olduğunu ortaya koymuştur (50). Covid-19'un ilk olarak Wuhan'da ortaya çıkması pandeminin erken dönemlerinde yapılan bu çalışmada yüksek oranlar saptanmasına neden olmuş olabilir.

Bu araştırmada da Covid-19 pandemisi döneminde hastane çalışanlarının anksiyete ve depresyon düzeyleri incelenmiştir. Lai ve ark. çalışmasına benzer olarak hastane personelimizin %42,2'si anksiyete için, %58,1'i ise depresyon için risk grubunda saptanmıştır. Türkiye de hekimler üzerine yapılan bir çalışmada da katılımcılarda %64,7 depresyon, %51,6 anksiyete ve %41,2 stres saptanmıştır (3). Hastanemizin pandemi hastanesi olması ve salgının üzerinden 1 yıl geçtikten sonra Türkiye'deki vaka sayılarının yüksek olduğu dönemde çalışmamızın yapılması yüksek oranlar saptamamıza neden olmuş olabilir.

Singapur ve Hindistan'daki Covid-19 hastaları ile ilgilenen hastanelerde yapılan çalışmaya hastane personeli dahil edilmiş ve bu çalışmada personelin %15,7'sinde anksiyete,

%10,6'sında depresyon ve %5,2'sinde stres saptanmıştır (51). Bu çalışmaların yapıldığı sırada o bölgelerde vaka sayıları çok fazla değildi. Türkiye de üniversite hastanesinde yapılan başka bir çalışmada da katılımcıların %13.7'sinde depresyon, %26.7'sinde yaygın anksiyete belirtileri, %26.4'ünde şiddetli TSSB belirtileri görülmüştür (52).

Çin'de 31 Ocak - 2 Şubat 2020 tarihleri arasında, DSÖ'nün halk sağlığı acil durumu ilan etmesinden hemen sonra yapılan çalışmada katılımcıların %53,8'i salgının psikolojik etkisini orta ve şiddetli olarak değerlendirmiştir. Ankete katılanların %16.5'i orta ile şiddetli depresif belirtiler, %28,8'i orta ile şiddetli anksiyete belirtileri bildirmiştir. Covid-19 salgın etkisinin kadın cinsiyet, öğrenci olmak, spesifik fiziksel semptomların olması salgının daha büyük psikolojik etkisi ve daha yüksek anksiyete ve depresyon seviyeleri ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur (53).

Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada toplumun depresyon, anksiyete ve sağlık kaygısı değerlendirilmiş ve popülasyonun %23,6'sı depresyon risk grubunda, %45,1'i ise anksiyete risk grubundadır. Kadınlarda, kentsel alanda yaşayanlarda, arkadaş veya akrabalarında Covid tanısı olanlarda, psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda ve kronik hastalığı olanlarda depresyon puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Anksiyete puanları kadınlar arasında, arkadaşları ve akrabaları arasında Covid pozitif olan bireylerde ve mevcut bir psikiyatrik hastalığı olanlarda anlamlı olarak daha yüksektir. Kadınlarda depresyon, anksiyete ve sağlık kaygısı düzeylerinin daha yüksek olması, Covid-19 pandemisi sırasındaki psikiyatrik etkinin kadınlar üzerinde daha fazla olabileceğini göstermektedir (41).

Lai ve ark. yaptığı çalışmada kadın olmanın ciddi depresyon ve anksiyete semptomlarıyla ilişkili olduğunu gösterdi (54). Çalışmamızda litaratürü destekler şekilde kadınların depresyon risk grubunda olma oranı daha yüksekti ama istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Murat ve ark. sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada da cinsiyet ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (55). Suudi Arabistan'da yapılan başka bir çalışmada da benzer şekilde cinsiyetler arasına bir fark yoktu (56). Cai ve ark. yaptığı çalışmada da aynı sonuçlar saptanmıştır (4).

Anksiyete açısından bakıldığında kadınlarda Covid-19 pandemisinde anksiyete oranları erkeklere göre daha yüksek saptanmıştır ve istatistiksel olarak da anlamlıdır. Polat ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada anksiyete ve stres puanları karşılaştırıldığında da kadın sağlık çalışanlarının puanları erkeklere göre yüksek saptanmıştır (5). Çin'de Lai ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada da kadın cinsiyetin daha şiddetli anksiyete ve stres ile ilişkisi

gösterirmiştir (50). Başka bir çalışmada da benzer şekilde kadın sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyi anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (57).

Katılımcıların %61,9'u evliydi. Medeni durum ile depresyon ve anksiyete arasında bir ilişki saptanmamıştır. Taşdelen ve ark yaptığı çalışmada da bizim sonuçlarımıza benzer şekilde çıkmıştır (58). Polat ve ark. yaptığı çalışmada ise bekar hastane çalışanları evli olanlarla karşılaştırıldığı zaman bekarların anksiyete puanı yüksek saptanmıştır (5). Sars salgınının hastane çalışanları üzerindeki psikolojik etkilerini inceleyen araştırmada, 3 yıl sonra da sağlık çalışanlarının yüksek düzeyde depresif belirtilere sahip olduğu gösterdi ve bu çalışmaya göre de bekarların, evlilere göre daha fazla depresif semptomlara sahip olma olasılığı vardı (59).

Meslek grupları ile depresyon ve anksiyete riski arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Doktor ve hemşireleri ikili karşılaştırdığımız zaman da anlamlı fark bulunmamıştır. Türkiye'de sağlık çalışanlarında yapılan başka bir çalışma da bizim çalışmamızı destekler nitelikte olup, meslek grupları arasında bir fark saptanmamıştır (58). Mayıs 2020'de yapılan Polat ve ark çalışmasında da meslek grupları ile depresyon- anksiyete arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (5).

Birçok çalışmada da psikolojik semptomların meslek grupları arasında farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. Hacımusalar ve ark. çalışmasında hemşirelerin anksiyete düzeyleri hem doktorlara hem de diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek saptanmıştır (48). Awano ve ark. yaptığı çalışmada da hemşire olmak depresyon için risk faktörüdür (60). Lai ve ark çalışmasında da özellikle hemşirelerin psikolojik sıkıntı yaşadığı bildirirmiştir (50). Sertöz ve ark. yaptığı çalışmada aynı sonuçlar çıkmıştır ve bu sonucu hemşirelerin hastalarla daha yakın temasta bulunması ve daha uzun süre vakit geçirmesiyle açıklamışlardır (61). Sars'ın hastane personeli üzerinde ki psikososyal etkilerini araştıran çalışmada en fazla etkilenen meslek grubunun hemşireler ve en az etkilenen meslek grubu doktorlar olduğu görülmüştür (62). Akova ve ark. Türkiye'de pandemi döneminde sağlık çalışanları ile yaptığı depresyon ve anksiyete düzeylerinin araştırıldığı çalışmada hemşirelerde anksiyete yaygınlığının hekimlere göre, depresyon yaygınlığının hekimlerde hemşirelere göre daha yüksek saptanmıştır (63).

Çalışmaya katılanların sigara kullanım durumları sorgulandığında %32,9'u sigara kullandığını ve bunlarında %20,4'ü pandemi sürecinde kullanma sıklığının artığını belirtmiştir. Eylül 2020 yılında ABD'de yapılan bir çalışmada da sigara kullananların %30' unun kullanımlarını artırdığı saptanmıştır (64). Sigara kullanımını arttıran bireylerin

depresyon, anksiyete ve stres puanları daha fazladır (58). Sigara kullanımının Covid-19 hastalığında risk artışına ve kötü prognazına neden olduğu bilinmesine rağmen sigara kullanımında artış olmuştur (65). Stres altında çalıştıkları için sağlık çalışanları mortalite ve morbidite riskinin arttığını bilmesine rağmen sigara kullanımını arttırmıştır.

Alkol kullananların %17,6'sı pandemi döneminde alkol kullanım sıklığının arttığını, %20,6'sı ise azalttığını belirtmiştir. İstatiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Türkiye'de sağlık çalışanları üzerinde yapılan başka bir çalışmada da alkol kullanım değişikleri ile depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (58).

Kronik hastalık öyküsü olanların depresyon- anksiyete puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Buna neden olarak da mart ayında kronik hastalığı olanların idari izne ayrılması olabilir. Çalışmamız Nisan 2021 de başlamıştır.

Çalışanlarımızın %35,7'si Covid-19 ile ilgili eğitim almamıştır, eğitim alan ve almayanların depresyon-anksiyete puanları ile anlamlı bir ilişki yoktur. Taşdelen ve ark yaptığı çalışmada da katılımcıların %34'ü eğitim almamıştır. Bizim çalışmamıza benzer şekilde anlamlı bulunmamıştır (58).

Katılımcıların %62'si Covid-19 enfeksiyonu ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunu %38'i ise yeterli olmadığını düşünmektedir. Covid-19 ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunu düşünmeyenlerin ise %64,3'ü depresyon risk grubundadır. Enfeksiyondan korunma yöntemleri ile ilgili yeterli bilgi sahibi olmak ruh sağlığı sorunlarını azaltmaktadır (52), bu çalışma bizim sonuçlarımızı desteklemektedir. Covid-19 pandemisinde tükenmişliği araştıran bir çalışmada da Covid-19 hakkında bilgi eksikliği, kke eksikliği anlamlı düzeyde anksiyete ve depresyon düzeylerinin artmasına neden olmuştur (61). Enfeksiyonların bulaş riski hakkında bilgi düzeylerinin yetersiz olması depresyon ve anksiyete için risk oluşturmaktadır (52).

Sağlık çalışanları ile yapılan araştırmada KKE'nın, çalışanlarının üzerinde psikolojik etkileri olduğu saptanmıştır. KKE'ı ihtiyaç durumlarda kullandığını belirten çalışanlarının depresyon puanı, devamlı kullananlara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (5). Cai ve arkadaşlarının salgının psikolojik etkisi üzerine yaptığı araştırmaya göre de etkin kişisel koruyucu ekipmana ulaşabilmek sağlık çalışanlarının yaşadığı stresi azaltmakta, ayrıca motivasyonlarını arttırmaktadır. Hastaneler tarafından sağlanan yeterli koruyucu ekipman, gelecekteki salgınlarda da çalışmanın devamını teşvik etmek için en önemli motivasyon faktörü olarak kabul edilmiştir (4). MERS-CoV salgınında Suudi Arabistan'ın Cidde kentinde

yapılan çalışmada yeterli kişisel koruyucu ekipmanın sağlanması sağlık çalışanlarının anksiyetesini azaltmıştır (66). Çalışmamızda katılımcıların %29,8'i KKE'nın yetersiz olduğunu düşünmektedir. Hoşgör ve ark. İstanbul'da sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmada da katılımcıların %20'si yetersiz KKE' na sahip olduğunu düşünmektedir (47).Taşdelen ve ark yaptığı çalışmada da yetersiz KKE'na sahip olma oranı %28'di ve bu kişilerin depresyon ve anksiyete puanları anlamlı derecede yüksektir (58).

Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda pandemi sürecince yeterli kişisel koruyucu ekipmana sahip olmama ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Yeterli KKE'na sahip olmayan kişilerin %67,5'inde depresyon ve %53,2'sinde anksiyete puanları yüksek saptanmıştır.

Türkiye de hekimler üzerine Depresyon Anksiyete Stres ölçeği kullanılarak yapılan araştırmada kadın, genç ve bekar olmak, ön saflarda çalışmak daha yüksek puanlar ile ilişkilendirilirken, çocuk sahibi olmak düşük puanlar ile ilişkilendirilmiştir. Yalnız yaşayanların puanları eşi ve çocukları ile yaşayanlara göre daha yüksek saptanmıştır. Bu çalışmada ek hastalık bulunması ve Covid-19 tanısı konmuş olması psikiyatrik belirtilerle ilişkili bulunmadı. Ayrıca, bakılan toplam Covid-19 hastası sayısının yüksek olması, bağımsız olarak daha yüksek DASS puanları ile ilişkiliydi (3). Ön cephede doğrudan Covid-19 hastalarına hizmet vermek, tüm psikiyatrik semptomlar için bağımsız bir risk faktörü gibi görünüyordu (54). Yapılan çalışmalarda ön saflarda çalışan personelin önemli bir oranı anksiyete, depresyon ve uykusuzluk semptomları bildirdi ve %70'ten fazlası psikolojik sıkıntı yaşamıştır (54). Karaman ve ark. çalışmasında da aynı sonuçlar elde edilmiştir (52).

Liang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Covid-19 hastalarına hizmet verilen birimlerde çalışan kişilerle diğer birimlerde çalışan kişiler arasında psikiyatrik semptomlar açısından bir fark yoktu. Fakat bu çalışmanın örneklem sayısı çok az olduğu için bu sonuca ulaşılmış olabileceği düşünülmüştür (67). Çalışmamızda da Covid hastalarına hizmet veren bölümlerde çalışanların anksiyete ölçek puanı ortalaması o bölümlerde çalışmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır ama istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bizim çalışmamızda da örneklem büyüklüğünün çok fazla olmaması bu sonuca neden olmuş olabilir. Sertöz ve ark yaptığı çalışmada da ön saflarda çalışanlarla normal çalışma yerlerinde devam edenler arasında anksiyete – depresyon düzeyleri karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır (61).

Pandemi döneminde psikolojik desteğe ihtiyaç duyup duymadıkları sorgulandığında

katılımcıların %29,5'i ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir ve %3,9'u da bu dönemde psikolojik destek aldığını belirtmiştir. Pandemi döneminde psikolojik desteğe ihtiyaç duyanlar ve psikolojik destek alanlar depresyon ve anksiyete risk grubundadır, psikolojik desteğe ihtiyaç duymayanlar ve psikolojik destek almayanlarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çin'de salgın sırasında yapılan çalışmada da ön saftaki sağlık çalışanlarının ruh sağlığı sorunlarının fazla olduğu görüldü ancak psikolojik destek alma veya destek isteme oranları beklentinin altındaydı (68).

Salgın sırasında Çin'de genel popülasyona yapılan çalışmada ruh sağlığı sorunları ve sosyal medyaya maruziyet ilişkisi araştırılmış ve katılımcıların %80'den fazlası sıklıkla sosyal medyaya maruz kaldığını bildirmiştir, sosyal medya maruziyeti ile ruh sağlığı sorunlarının artış gösterdiği saptanmıştır (69). Başka bir çalışmada da sosyal medyayı kullanmak depresyon, kaygı ve stres gibi psikolojik sorunlarla ilişkilendirilmiştir (70). Taşdelen ve ark. yaptığı çalışmada da eskiye göre sosyal medyayı çok daha fazla kullananların DASS-21 puanları anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (58). Sosyal medya da doğru ve yanlış ayrımı yapılmadan bütün bilgiler çok hızlı bir şekilde yayıldığı için sosyal medyanın doğru kullanımı ruh sağlığı sorunları için önemlidir. Çalışmamıza katılanların %53,9'u pandemi döneminde sosyal medyada geçirdiği sürenin arttığını belirtmiştir ve bunların %64,7'si depresyon risk grubunda bulunmaktadır, istatistiksel olarak anlamlıdır. Sosyal medya da doğru ve yanlış ayrımı yapılmadan bütün bilgiler çok hızlı bir şekilde yayıldığı için sosyal medyanın doğru kullanımı ruh sağlığı sorunları için önemlidir.

Çalışmamızda pandeminin psikolojik etkilerini belirlemek için 10 soru oluşturuldu. Katılımcıların %77,5'i başkalarına Covid-19 bulaştırma korkusu hissettiğini, %72,5'i aile büyüklerinden uzak kaldığını, %65,9'u yakınlarını kaybetme korkusu yaşadığını, %63,3'ü sosyal hayattan soyutlandığını, %27,1'i çocuklarına yaklaşamadığını onlarla yakın temas kuramadığını, %48,8'i umutsuzluk hissettiğini, %46,1'i artan iş gücü nedeniyle duygusal çöküntü yaşadığını, %39,9'u yalnızlık hissettiğini, %60,9'u hastalığa yakalanma korkusu hissettiğini, %29,1'i ölüm korkusu yaşadığını belirtmiştir.

Çalışmamızda litaratürle uyumlu olarak "Sosyal hayattan soyutlandım", "Artan iş gücü nedeniyle duygusal çöküntü yaşadım", "Yalnızlık hissettim", Ölüm korkusu yaşadım", "çocuklarına yaklaşamadığını onlarla yakın temas kuramadım", "umutsuzluk hissettim" diye belirtenlerde depresyon ve anksiyete oranları istatistiksel olarak anlamlı gelmiştir. Hacımusalar ve ark. yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının umutsuzluk ve anksiyete düzeyleri sağlık çalışanı olmayanlara göre daha yüksektir (48). "Yakınlarımı kaybetme korkusu

yaşadım", "Hastalığa yakalanma korkusu hissettim" diye belirtenlerde anksiyete risk grubundadır ve anlamlıdır. Katılımcıların duygu-durumlarının sorguladığımız bölümde "Başkalarına Covid-19 bulaştırma korkusu hissettim", "Aile büyüklerinden uzak kaldım", "Yakınlarımı kaybetme korkusu yaşadım" diye belirtenlerin sırayla %58'i, %57,8'i, %60,6'sı depresyon risk grubundadır.

Çin'in Wuhan kentinde yapılan sağlık çalışanlarının da katıldığı, Covid-19 ile enfekte hastalarda ruh sağlığı ile ilişkili risk faktörlerinin araştırıldığı çalışmada çocuklarıyla birlikte yaşayan insanların ciddi psikolojik sorunlara sahip olma olasılığı daha yüksek saptanmıştır (71), çalışmamızda da katılımcıların "çocuklarıma yaklaşamadım, onlarla yakın temasta bulunamadım" diye belirtenlerin %77,1'i depresyon ve anksiyete risk grubundadır, sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır ve bir aile üyesinin kaybını yaşayanlar, kaygı ve TSSB semptomları için daha büyük risk altındır (71).

Ön saflardaki sağlık çalışanlarımız virüse maruz kalma riskinin artması nedeniyle Covid-19'un kendilerine bulaşabileceğinden korkuyor, virüsü sevdiklerine, aile üyelerine, yaşlı ebeveynlerine, bağışıklığı baskılanmış kişilere bulaştırma konusunda endişeleniyorlardı (72). Kişinin bir yakınının veya meslektaşının Covid-19 geçirmesi TSSB, depresyon ve anksiyete ile ilişkili bulunmuştur (52). Bununla birlikte, hastalık bulaşmasını önlemeye yönelik doğru yönlendirme ve etkili önlemler gibi faktörler, özellikle kadın çalışanların kaygısını daha fazla azaltmıştır (66).

Kurt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da sağlık çalışanlarının yalnız hissetmeleri, çocuklarıyla zaman geçirememeleri, yakınlarına virüs taşıma kaygıları, sosyal hayatı sürdürememesi, fiziksel yorgunluk, yeterli koruyucu ekipman temin edememesi, virüs bulaştırma endişesi anksiyete düzeylerini arttırdığını göstermiştir (57). Murat ve ark 2021 Nisan ayında hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada katılımcıların %16.7'sinin en çok endişelendiği konunun kendisinin enfekte olması ve ailesine bulaştırmasıydı, %13.2'si artan iş gücü olduğunu, %14,8'i Covid-19 hakkında belirsizlik ve bilgi eksikliği olduğunu,%13.2'si KKE ile ilgili sorunlar olduğunu belirtti (55).

Evde Covid-19 için yüksek riskli bir bireyle yaşayanların umutsuzluk ve anksiyete düzeyleri, yaşamayanlara göre de anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (48). Arpacıoğlu'nun çalışmasında da Covid korkusu, ebeveynlerinle ya da eşi ve çocuklarıyla aynı evde yaşayanlarda anlamlı derece de yüksek çıkmıştır ve %63.7'si ailesine virüs bulaştırma korkusundan dolayı çok kaygılıydı (23). Benzer şekilde başka çalışmada da katılımcıların

%86,9’u kaygının en önemli nedeninin Covid-19 virüsünü ailelerine bulaştırmak olduğunu belirtmiş ve %54,7’si enfekte olmaktan, %54,6’sı ise aileden birini kaybetmekten korkmaktadır (73). Aile hekimlerinde yapılan çalışmada da %10,5’en çok kaygılandığı konunun Covid ile enfekte olmak olduğunu, %58,3 ise aileye enfeksiyon taşımak olduğunu belirtmiştir (74). İtalya’daki çalışmada da %82,8'i enfekte olmaktan korktuğunu %64,9'u ailelerini enfekte etmekten korktuğunu belirtmiştir (75). İspanya’da yapılan çalışmada da %60'ının hastanede enfeksiyon kapmaktan, %83'ünün ailesine bulaştırmaktan, %89'u salgının çok uzun sürmesinden korkmaktadır(76). Covid-19 tanısı alan sağlık çalışanlarında yapılan çalışmada da %80.6’sı aileleri için endişelendiği, %53,9’u ölüm korkusu yaşadığını belirtmiştir (77). Sağlık çalışanlarının en sık bildirdiği korku ailesine ve çevresindeki kişilere hastalığı bulaştırmaktır (58). Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının sağlığını korumak kadar ailelerine bulaşma riskini engellemek de önlem alınması geren bir konudur (73).

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları vardı. Örneklem büyüklüğüne göre katılımcı sayısı fazla olsa da tüm personelimize ulaşamadık. Katılımcılarımızın psikiyatrik hastalıklarını sorguladık ama pandemi öncesindeki psikiyatrik semptomları olup olmadığını bilmiyorduk. Çalışmamız tek bir kurumdaki hastane personeline yapılmıştır ve tüm kurumları temsil etmeyebilir.

Çalışmamızın güçlü yönleri ise Covid-19 hastalarına bakımveren sağlık personelinin yakından izlenmesinin ve gerekli psikolojik destek sağlanmasının önemli olduğunu yeniden vurguladık ve çalışanların pandemi döneminde yaşadığı sıkıntıları çözüm odaklı olarak araştırdık ve bu dönemdeki ihtiyaçlarını saptadık. Araştırma yaptığımız kurumdaki pandemi döneminde oluşan eksiklikleri ele aldık ve alınması gereken önlemleri sunduk.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi'sinde çalışmakta olan 258 personel değerlendirildi. Çalışmamızda personelin %58.1'i depresyon, %42,2'si ise anksiyete risk grubunda saptanmıştır. Kadın olmak, KKE eksikliği, sosyal medya kullanım sıklığının artması, psikolojik desteğe ihtiyaç duymak ya da destek almak, sosyal hayattan uzaklaşmak, çocuklarına ve aile üyelerine yaklaşamamak ve onları kaybetme korkusu yaşamak, yalnızlık hissetmek, artan iş gücü, hastalığa yakalanma ve ölüm korkusu personelimizin psikolojik sorunlar yaşamasına neden olmuştur.

Sağlık çalışanları Covid-19 pandemisinden psikolojik olarak topluma göre çok daha fazla etkilenmiştir. Sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli sürdürülebilmesi için sağlık çalışanlarının iş yükünün arttığı salgın dönemlerinde sadece fiziki değil ruhsal sağlığın da korunması önem arz eder. Yüksek risk grubunda olan sağlık çalışanlarının depresyon ve anksiyete düzeylerini azaltacak adımlar atılması gereklidir.

Pandemi süresince sağlık çalışanlarının ruhsal sağlığının korunması için, düzenli psikososyal destek verilmeli, uygun çalışma ortamı sağlanmalıdır. Covid-19 damlacık yoluyla yayılan bir bulaşıcı hastalık olması nedeniyle
kişisel koruyucu ekipmanlar hayati önem taşımaktadır, çalıştıkları kurum tarafından eksiksiz ve ücretsiz olarak sağlanmalıdır.

Sağlık çalışanlarını bu süreçte en çok etkileyen durumlardan biri de uzun süren çalışma saatleridir. Hem viral yüke uzun süre maruz kalmamak açısından, hem de sağlık çalışanlarının fiziksel ve psikolojik yıpranmışlığı azaltmak açısından çalışma saatleri ve nöbet sayılarının düzenlenmesi önemlidir. Sağlık çalışanlarının kendilerine ve ailelerine daha çok vakit ayırmaları motivasyonu yükselten olumlu bir etken olabilir.

Çalışmamızın hastane personelinin pandemi döneminde olumsuz etkilenen ruh sağlığının, iyileştirirmesine yönelik psikolojik müdahalelerin erken dönemde olmasına, önlemlerin alınmasına ve çalışanların desteklenmesine katkı sağlamasını umuyoruz.

9. KAYNAKLAR

1. Bilimsel Danışma Kurulu. Covid-19 Genel bilgiler, epidemiyoloji ve tanı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2020;19(COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU)):1–32. Erişim Tarihi: 30.01.2021

2. Aşkın R, Bozkurt Y, Zeybek Z. Covid - 19 Pandemisi: Psikolojik Terapötik Müdahaleler. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sos Bilim Derg. 2020;19(37):304–18.

3. Elbay RY, Kurtulmuş A, Arpacıoğlu S, Karadere E. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. Psychiatry Res . 2020 Aug;290(January):113-130.

4. Cai H, Tu B, Ma J, Chen L, Fu L, Jiang Y, et al. Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID) in Hubei, China. Med Sci Monit. 2020 Apr 15-26.

5. Polat Ö, Coşkun F. COVID-19 Salgınında Sağlık Çalışanlarının Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımları ile Depresyon, Anksiyete, Stres Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Med J West Black Sea. 2020 Aug 31;4(2):51–58.

6. Türkiye Psikiyatri Derneği. Sağlık çalışanlarının ruh sağlığının korunması için sağlık kurumu yöneticilerine öneriler. 2020; Available from: https://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/3032020115022-SaglikKurumlariCOVID.pdf Erişim tarihi: 05.02.2021

7. Pan R, Zhang L, Pan J. The Anxiety Status of Chinese Medical Workers During the Epidemic of COVID-19: A Meta-Analysis. Psychiatry Investig. 2020 May 15;17(5):475–480.

8. Devica S. COVID-19 Pandemi Değerlendirme Raporu. Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, TÜBA Raporları No: 34 ISBN: 978-605-2249-43-7 (Vol. 7, pp. 22–24). 17 Nisan 2020, Ankara

9. Cascella M, Rajnik M, Aleem A, Dulebohn SC, Di Napoli R. (2020). Features, Evaluation and Treatment Coronavirus (COVID-19). StatPearls. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23770275 Erişim Tarihi: 01.05.2021

10. Fehr AR, Perlman S. Coronaviruses: An Overview of Their Replication and Pathogenesis. In: Coronaviruses: Methods and Protocols. Vol.1282 p. 1–23. ISBN: 9781493924387 Springer Science+Business Media New York 2015

11. Shereen MA, Khan S, Kazmi A, Bashir N, Siddique R. COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. Vol. 24, Journal of Advanced Research. Elsevier B.V.; 2020. p. 91–98.

12. Velavan TP, Meyer CG. The COVID-19 epidemic. Trop Med Int Heal. 2020;25(3):278–280.

13. Malik YA. Properties of coronavirus and SARS-CoV-2. Vol. 42, Malaysian Journal of Pathology. 2020. p. 3–11.

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 Feb 20;382(8):727–33.

15. Diagnosis and Treatment Protocol for Novel Coronavirus Pneumonia (Trial Version 7). Chin Med J (Engl). 2020 May 5;133(9):1087-1095.

16. Khalili M, Karamouzian M, Nasiri N, Javadi S, Mirzazadeh A, Sharifi H. Epidemiological characteristics of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. Epidemiol Infect 2020 Jun 29;148:e130.

17. Samet JM, Prather K, Benjamin G, Lakdawala S, Lowe J-M, Reingold A, et al. Airborne Transmission of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2): What We Know. Clin Infect Dis. 2021;2:5–7.

18. Şirin H, Özkan S. COVID-19 Epidemiology: In the World and Turkey. Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Derg. 2020;28(2):6–13.

19. Lai CKC, Lam W. Laboratory testing for the diagnosis of COVID-19 Christopher. Biochem Biophys Res Commun. 2020;538(January):226–230.

20. T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu. Erişkİn Hasta Tedavİsİ. Vol. 19 :13–17. https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66926/eriskin-hasta-tedavisi.html Erişim Tarihi :12.07.2021

21. Uğraş Dikmen A., Kına H.M., Özkan S., İlhan M.N., COVID-19 Epidemiyolojisi: Pandemiden Ne Öğrendik, J Biotechnol and Strategic Health Res. 2020;1(Özel Sayı):29-36

22. Sümer Ş, Ural O, Aktuğ-Demir N, Çifci Ş, Türkseven B, Kılınçer A, et al. Clinical and laboratory characteristics of COVID-19 cases followed in Selçuk Üniversity Faculty of Medicine. Klimik Derg. 2020;33(2):122–127.

23. Ünübol B, Selim Arpacıoğlu M, Baltacı Z et al. COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarında tükenmişlik, Covid korkusu, depresyon, mesleki doyum düzeyleri ve ilişkili faktörler. Cukurova Med J Cukurova Med J. 2021;46(1):88–100.

24. Pala SÇ, Metintaş S. Covid-19 pandemisİnde sağlık çalışanları. Estud Halk Sağlığı Derg. 2020;5:156–168.

25. Wang J, Zhou M, Liu F. Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. J Hosp Infect. 2020;105(1):100–101.

26. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsi E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain Behav Immun. 2020;88(January):901–907.

27. Muller AE, Hafstad EV, Himmels JPW, Smedslund G, Flottorp S, Stensland SØ, et al. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. Psychiatry Res. 2020 Nov;293(January):113441.

28. Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, Joshi AD, Guo CG, Ma W, et al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. Lancet Public Heal. 2020 Sep 1 ;5(9):e475–83.

29. Adams JG, Walls RM. Supporting the Health Care Workforce during the COVID-19 Global Epidemic. JAMA - J Am Med Assoc. 2020;323(15):1439–1440.

30. Nagesh S, Chakraborty S. Saving the frontline health workforce amidst the COVID-19 crisis: Challenges and recommendations. J Glob Health. 2020;10(1):1–4.

31. Araç S, Dönmezdil S. Investigation of mental health among hospital workers in the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. Sao Paulo Med J. 2020 Oct;138(5):433–40.

32. Vanhaecht K, Seys D, Bruyneel L, Cox B, Kaesemans G, Cloet M, et al. COVID-19 is having a destructive impact on health-care workers' mental well-being. Int J Qual Heal Care. 2021;33(1):1–6.

33. Robles R, Rodríguez E, Vega-Ramírez H, Álvarez-Icaza D, Madrigal E, Durand S, et al. Mental health problems among healthcare workers involved with the COVID-19 outbreak. Brazilian J Psychiatry. 2021;43(5):494–503.

34. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Etfal Hastan Tıp Bülteni. 2011;45(2):65–74.

35. Mental and neurological disorders. World Health Organization fact sheet no. 265 December 2001. Indian J Med Sci. 2002 Jan;56(1):25-9. PMID: 12508629.

36. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJL. Global burden of depressive

disorders in the year 2000. Br J Psychiatry. 2004;184(MAY):386–392.

37. Türkçapar H. Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal ilişkileri. Klin Psikiyatr. 2004;12–16.

38. Nicolini H. Depression and anxiety during COVID-19 pandemic. Cirugia y Cirujanos (English Ed. 2020;88(5):542–7.

39. Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma ve Afet Çalışma Birimi. Karantinanın ruhsal etkileri ve koruyucu önlemler. Available from: https://psikiyatri.org.tr/TPDData/Uploads/files/KarantinaCOVID.pdf Erişim Tarihi: 02.01.2022

40. Salari N, Hosseinian-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. Global Health. 2020;16(1):1–11.

41. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. Int J Soc Psychiatry. 2020;66(5):504–511.

42. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. Gen Psychiatry. 2020;33:100-213.

43. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1983 Jun;67(6):361–70.

44. Tetik Küçükelçi D. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS) Üzerine Bir Çalışma. Yaşam Becerileri Psikol Derg. 2019 Jun 30;3(5):85–91.

45. Aydemir Ö. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Reliability and Validity of the Turkish version of Hospital Anxiety and Depression Scale. Türk Psikiyatr Derg. 1997;8(4):280–287.

46. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. The Lancet Psychiatry. 2020;7(3):e14.

47. Hoşgör Gündüz D, Tanyel Çatak T, Cin S, Bozkurt S. Covid-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik: İstanbul İli Örneği. Avrasya Sos ve Ekon Araştırmaları Derg. 2021;8(2):372–386.

48. Hacimusalar Y, Kahve AC, Yasar AB, Aydin MS. Anxiety and hopelessness levels in COVID-19 pandemic: A comparative study of healthcare professionals and other community sample in

Turkey. J Psychiatr Res. 2020;129(May):181–188.

49. Wu KK, Chan SK, Ma TM. Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). J Trauma Stress. 2005;18(1):39–42.

50. 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 Network Open. 2020 Mar 4;3(3). e203976

51. Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, Jing M, Goh Y, Ngiam NJH, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID- 19 outbreak. Brain Behav Immun.2020 Aug;88:559-565.

52. Yılmaz Karaman İG, Yastıbaş C. The Relationship Of Depression, Anxiety and Post-Traumatic Stress Symptoms with Sociodemographic and Vocational Variables in Healthcare Professionals Who Work in COVID-19 Pandemia. Van Med J. 2021;28(2):249–257.

53. 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 Mar 6;17(5):17-29.

54. 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 Network Open. 2020 Mar 23;3(3):e203976.

55. Murat M, Köse S, Savaşer S. Determination of stress, depression and burnout levels of front-line nurses during the COVID-19 pandemic. Int J Ment Health Nurs. 2021;30(2):533–543.

56. Al Ammari M, Sultana K, Thomas A, Al Swaidan L, Al Harthi N. Mental Health Outcomes Amongst Health Care Workers During COVID 19 Pandemic in Saudi Arabia. Front Psychiatry. 2021 Jan 14;11(January):559-565

57. Kurt O, Oguzoncul AF. Levels of anxiety and depression related to COVID-19 among physicians: An online cross-sectional study from Turkey. Ann Clin Anal Med . 2020;11(Suppl_3).

58. Taşdelen R, Ayik B, Kaya H, Ercis M, Ertekin E. Psychological Reactions of Turkish Healthcare Workers During Covid-19 Outbreak: The Impact of Stigmatization. Noropsikiyatri Ars. 2022;59(2):133–8.

59. Liu X, Kakade M, Fuller CJ, Fan B, Fang Y, Kong J, et al. Depression after exposure to stressful events: Lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. Compr Psychiatry. 2012;53(1):15–23.

60. Awano N, Oyama N, Akiyama K, Inomata M, Kuse N, Tone M, et al. Anxiety, depression, and resilience of healthcare workers in Japan during the coronavirus disease 2019 outbreak. Intern Med. 2020;59(21):2693–9.

61. Sertöz ÖÖ, Tunçel ÖK, Sertöz N, Hepdurgun C, Haznedaroğlu Dİ, Bor C. Üçüncü Basamak Bir Üniversite Hastanesinde Covid-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik: Psikolojik Destek İhtiyacının Değerlendirilmesi. Turk Psikiyatr Derg. 2021;32(2):75–86.

62. Nickell LA, Crighton EJ, Tracy CS, Al-Enazy H, Bolaji Y, Hanjrah S, et al. Psychosocial effects of SARS on hospital staff: Survey of a large tertiary care institution. Canadian Medical Association Journal. 2004;170(5):793–798.

63. Akova İ, Kiliç E, Özdemir ME. Prevalence of Burnout, Depression, Anxiety, Stress, and Hopelessness Among Healthcare Workers in COVID-19 Pandemic in Turkey. INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing. 2022;59:1–11.

64. Klemperer EM, West JC, Peasley-Miklus C, Villanti AC. Change in tobacco and electronic cigarette use and motivation to quit in response to COVID-19. Nicotine Tob Res. 2020;22(9):1662–1663.

65. Vardavas CI, Nikitara K. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. Tob Induc Dis. 2020;18(March):1–4.

66. Khalid I, Khalid TJ, Qabajah MR, Barnard AG, Qushmaq IA. Healthcare workers emotions, perceived stressors and coping strategies during a MERS-CoV outbreak. Clin Med Res. 2016;14(1):7–14.

67. Liang Y, Chen M, Zheng X, Liu J. Screening for Chinese medical staff mental health by SDS and SAS during the outbreak of COVID-19. J Psychosom Res. 2020 Jun;133 :102-110.

68. Cai Q, Feng H, Huang J, Wang M, Wang Q, Lu X, et al. The mental health of frontline and non-frontline medical workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: A case-control study. J Affect Disord. 2020 Oct;275(January):210–215.

69. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. PLoS One. 2020;15(4):1–10.

70. Chao M, Xue D, Liu T, Yang H, Hall BJ. Media use and acute psychological outcomes during COVID-19 outbreak in China. J Anxiety Disord. 2020 Aug 1 ;74:102-248.

71. Liu D, Baumeister RF, Veilleux JC, Chen C, Liu W, Yue Y, et al. Risk factors associated with mental illness in hospital discharged patients infected with COVID-19 in Wuhan, China. Psychiatry Res. 2020 Oct;292(January):113297.

72. Tsamakis K, Rizos E, Manolis A, et al. COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. Exp Ther Med. 2020;3451–3.

73. Tengilimoğlu D, Zekioğlu A, Tosun N, Işık O, Tengilimoğlu O. Impacts of COVID-19 pandemic period on depression, anxiety and stress levels of the healthcare employees in Turkey. Leg Med . 2021 Feb;48(January):101811.

74. Çevik H, Ungan M. The impacts of the COVID-19 pandemic on the mental health and residency training of family medicine residents: findings from a nationwide cross-sectional survey in Turkey. BMC Fam Pract . 2021;22(1):1–13.

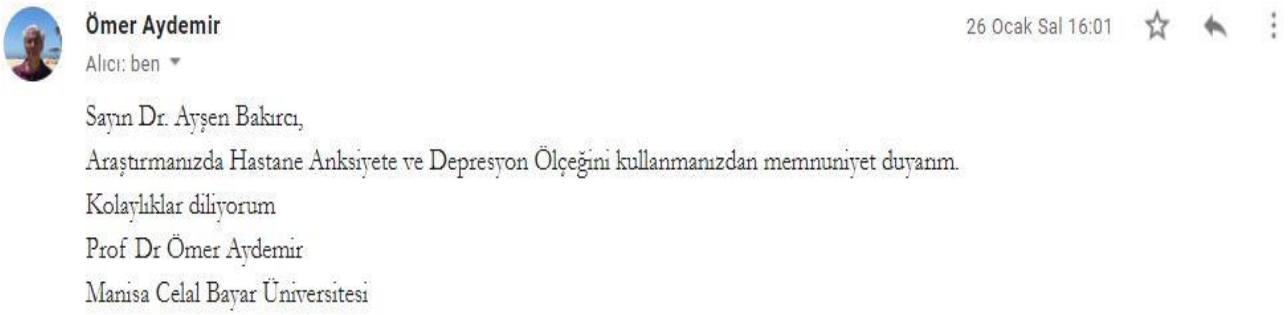
75. Lasalvia A, Amaddeo F, Porru S, Carta A, Tardivo S, Bovo C, et al. Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: A cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. BMJ Open. 2021;11(1):1–12.

76. Torrente M, Sousa PAC, Sánchez-Ramos A, Pimentao J, Royuela A, Franco F, et al. To burn-out or not to burn-out: A cross-sectional study in healthcare professionals in Spain during COVID-19 pandemic. BMJ Open. 2021;11(2):1–12.

77. Yapıcı G, Altınören Evgin İ, Ertong Attar G, Kurt AÖ. Bir üniversite hastanesinde COVID-19 tanısı alan sağlık çalışanlarının sosyal ilişkilerindeki dönüşümlerin değerlendirilmesi. IBAD Sos Bilim Derg . 2022 May 6;(13):30–50.

10. EKLER

Ek 1. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Kullanım İzni



Ömer Aydemir 26 Ocak Sal 16:01

Alıcı: ben

Sayın Dr. Ayşen Bakırcı,

Araştırmanızda Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğini kullanmanızdan memnuniyet duyarım.

Kolaylıklar diliyorum

Prof Dr Ömer Aydemir

Manisa Celal Bayar Üniversitesi

Ek 2. Çalışma anketi

1- Yaş ……

2- Cinsiyet ( ) Kadın ( ) Erkek

3- Medeni Durum ( ) Bekar ( ) Evli ( ) Diğer
…… (Belirtiniz)

4- Çocuğunuz var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

5- Eğitim Durumu ( ) İlkokul mezunu ( ) Ortaokul mezunu ( ) Lise mezunu
( ) Üniversite mezunu ( ) Yüksek lisans

6- Mesleğiniz Doktor ( )
1- Araştırma görevlisi ( ) Dr.Öğretim görevlisi ( ) Dr.Öğretim üyesi ( )
2- Dahili bilimler ( ) Cerrahi bilimler ( ) Temel bilimler ( )

Hemşire ( ) Çalıştığınız Bölüm,
Servis ( ) Poliklinik ( ) Acil ( ) Yoğun bakım ( ) Diğer:……..

Tıbbi sekreter ( )

Görüntüleme teknikeri ( )

Sağlık memuru ( )

Hasta bakıcı ( )

Güvenlik görevlisi ( )

Temizlik görevlisi ( )

İdari personel ( )

Diğer: ……..

7- Aylık gelir durumunuz nedir? ( ) 0-2999 TL ( ) 3000-5999 TL ( ) 6000 TL ve üzeri

8- Meslekte geçirdiğiniz süre? ( ) 1 yıldan az ( ) 1-5 yıl ( ) 6-10 yıl ( ) 10 yıl üzeri

9- Sigara kullanıyor musunuz? (Yanıtınız hayır ise 11 e geçiniz) ( ) Hayır ( ) Evet

10- Sigara paket/gün sayısında değişiklik oldu mu?

( ) Covid-19 pandemisinden sonra kullandığım paket / gün arttı.

( ) Covid-19 pandemisinden sonra azalttım.

( ) Hayır değişiklik olmadı.

11- Alkol kullanıyor musunuz? (Yanıtınız hayır ise 13 e geçiniz) ( ) Evet ( ) Hayır

12 -Alkol kullanma sıklığında değişiklik oldu mu?

( ) Covid-19 pandemisinden sonra arttı.

( ) Covid-19 pandemisinden sonra azaldı.

( ) Hayır değişiklik olmadı.

13- Hane halka sayısı? ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ve daha fazla

14- Evde beraber yaşadığınız 65 yaş ve üzeri birey var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

15- Kronik hastalık öykünüz var mı? ( ) Evet ( ) Hayır

16- Hastalığınız (15. Soruya yanıtınız hayır ise geçiniz.)

( ) Diyabet

( ) Hipertansiyon

( ) Kalp hastalığı

( ) Koah / Astım

( ) Psikiyatrik hastalık ( ) Diğer: …… (Lütfen belirtiniz)

17- Covid-19 enfeksiyonu ile ilgili eğitim aldınız mı? ( ) Evet ( ) Hayır

18- Covid-19 enfeksiyonu ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

( ) Evet ( ) Hayır

19- Pandemi sürecinde yeterli kişisel koruyucu ekipmana sahip miydiniz? ( ) Evet ( ) Hayır

20- Covid-19 hastalarına hizmet veren bölümde çalıştınız mı? (Yanıtınız hayır ise 22. soruya geçiniz.) ( ) Evet ( ) Hayır

21- Hangi bölüm yada bölümlerde çalıştınız?

( ) Covid-19 servis

( ) Covid-19 acil servis

( ) Covid-19 poliklinik

( ) Covid-19 yoğun bakım

( ) Filyasyon

22- Covid-19 enfeksiyonu geçirdiniz mi? ( ) Evet ( ) Hayır

23- Covid-19 şüphesi veya tanısı ile hastanede yatışınız oldu mu? ( ) Evet ( ) Hayır

24- Yakın çevrenizden covid-19 enfeksiyonu tanısı alan oldu mu? (Yanıtınız hayır ise 25 e geçiniz)

( ) Evet ( ) Hayır

25- Tanı alan var ise kimdi? ( ) Aile bireyi ( ) Arkadaşım ( ) Meslektaşım Diğer:……

26- Covid-19 nedeniyle yakın çevrenizde vefat eden oldu mu? ( ) Evet ( ) Hayır

27- 26 numaralı soruya yanıtınız evet ise yakınlık derecesini belirtiniz.

( ) Aile bireyi ( ) Arkadaşım ( ) Meslektaşım Diğer :……

28- Pandemi döneminde psikolojik desteğe ihtiyaç duydunuz mu? ( ) Evet ( ) Hayır

29- Pandemi döneminde psikolojik destek aldınız mı? ( ) Evet ( ) Hayır

30- Pandemi döneminde sosyal medya kullanım süreniz değişti mi?

( ) Daha az kullanıyorum. ( ) Hayır değişiklik olmadı. ( ) Daha fazla kullanıyorum.

31- Covid-19 pandemisi hayatınızı duygusal açıdan nasıl etkiledi? (Birden fazla seçenek işaretleye bilirsiniz)

( ) Başkalarına covid-19 bulaştırma korkusu hissettim.

( ) Aile büyüklerinden uzak kaldım.

( ) Yakınlarımı kaybetme korkusu yaşadım.

( ) Sosyal hayattan soyutlandım.

( ) Çocuklarıma yaklaşamadım, onlarla yakın temasda bulunamadım.

( ) Umutsuzluk hissettim.

( ) Artan iş gücü nedeniyle duygusal çöküntü yaşadım.

( ) Yalnızlık hisettim.

( ) Hastalığa yakalanma korkusu hissettim.

( ) Ölüm korkusu yaşadım.

Diğer:……

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği(HAD)

Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) **Kendimi gergin "patlayacak gibi" hissediyorum.**

( ) Çoğu zaman
( ) Birçok zaman
( ) Zaman zaman, bazen
( ) Hiçbir zaman

2) **Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.**

( ) Aynı eskisi kadar
( ) Pek eskisi kadar değil
( ) Yalnızca biraz eskisi kadar
( ) Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) **Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.**

( ) Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
( ) Evet, ama çok da şiddetli değil
( ) Biraz, ama beni endişelendiriyor
( ) Hayır, hiç de öyle değil

4) **Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.**

( ) Her zaman olduğu kadar
( ) Şimdi pek o kadar değil
( ) Şimdi kesinlikle o kadar değil
( ) Artık hiç değil

5) **Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.**

( ) Çoğu zaman
( ) Birçok zaman
( ) Zaman zaman, ama çok sık değil

( ) Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

( ) Hiçbir zaman

( ) Sık değil

( ) Bazen

( ) Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

( ) Kesinlikle

( ) Genellikle

( ) Sık değil

( ) Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

( ) Hemen hemen her zaman

( ) Çok sık

( ) Bazen

( ) Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

( ) Hiçbir zaman

( ) Bazen

( ) Oldukça sık

( ) Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

( ) Kesinlikle

( ) Gerektiği kadar özen göstermiyorum

( ) Pek o kadar özen göstermeyebilirim

( ) Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

( ) Gerçekten de çok fazla

( ) Oldukça fazla

( ) Çok fazla değil ( ) Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

( ) Her zaman olduğu kadar

( ) Her zamankinden biraz daha az

( ) Her zamankinden kesinlikle daha az

( ) Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

( ) Gerçekten de çok sık

( ) Oldukça sık

( ) Çok sık değil

( ) Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

( ) Sıklıkla

( ) Bazen

( ) Pek sık değil

( ) Çok seyrek