



T.C.

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PANDEMİ VE PANDEMİ DIŞI BİRİMLERDEKİ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA COVID-
19'UN PSİKOLOJİK ETKİLERİ

(PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF COVID-19 ON HEALTHCARE WORKERS IN PANDEMIC
AND NON-PANDEMIC UNITS)

Hazırlayan

Muhammed Fatih ŞİMŞEK

Acil Tıp Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet ESEN

TOKAT – 2022

PANDEMİ VE PANDEMİ DIŞI BİRİMLERDEKİ SAĞLIKÇALIŞANLARINDA

COVID-19’UN PSİKOLOJİK ETKİLERİ

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)

İmzası

Başkan : Doç. Dr. Nurşah BAŞOL

.....

Üye : Doç. Dr. Serhat KARAMAN

.....

Üye : Doç. Dr. Mehmet ESEN

.....

Üye :Prof.Dr. İlhan KORKMAZ

.....

Üye :Dr. Öğr. Üyesi Osman DEMİR

.....

Muhammed Fatih ŞİMŞEK tarafından hazırlanan bu tez, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulunun belirlediği jüri tarafından kabul edilmiştir.

ONAY

...../...../.....

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

T.C.

GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu tezin yazılmasında kullanılan bütün bilgilerin akademik kurallara ve bilimsel ahlak kurallarına uygun şekilde toplanıp sunulduğunu, bu kural doğrultusunda, çalışmada bana ait olmayan eserlerden yararlanırken, düşünce ve sonuçlara atıfta bulunduğumu ve kaynağını gösterdiğimi beyan ederim.

(31/05/2022)

Muhammed Fatih ŞİMŞEK

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin boyunca engin bilgilerinden defalarca faydalandığım, tezimin planlanma ve yürütülmesinde büyük emeği olan, beni sabır ve anlayışla karşılayıp her zaman yanımda olduğunu hissettiren, kendisini tanımasaydım çok şeyin eksik kalacağı, kıymetli eğitim sorumlumuz ve tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Mehmet ESEN'e,

Tezim için yaptığı istatistik analizleri ile büyük katkılar sağlayan, emeğini ve ilgisini hiçbir zaman esirgemeyen değerli Dr. Öğr. Üyesi Osman DEMİR'e,

Eğitimime katkısı olan saygı değer hocam Doç.Dr. Nurşah BAŞOL,

Bu süreçte bana desteğini eksik etmeyen biricik ANNEM Fatma ŞİMŞEK'e, babam Recep ŞİMŞEK'e, kardeşlerim Zehra ile Serap'a ,

Tez yazım aşamamda bana her anlamda destek olan eniştem Arş. Gör. Hakan Mazlum'a

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

ÖZET

Giriş ve Amaç: Aralık 2019’da Çin’in Wuhan kentinde ortaya çıkan Covid-19, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 11 Mart 2020’ de küresel pandemi ilan edilmiştir. Pandemi servislerinde uzun nöbetler, artan temas riski, yakınlarına bulaştırma korkusu ve salgının mortalitesinin yüksek olması, sağlık çalışanlarında stresi artırmış, fiziksel ve psikolojik sorunların oluşmasına neden olmuştur. Bu çalışmada, sağlık çalışanlarında Covid-19’un psikolojik etkilerini değerlendirmek amaçlandı.

Materyal ve Metod: Çalışmanın evren ve örneklemini Sivas Numune Hastanesi’nde 55 pandemi dışı ve 55 pandemi servisinde çalışan gönüllü katılımcılar oluşturmuştur. Gönüllülere Koronavirüs Anksiyete Testi (CAS), Uykusuzluk Şiddet İndeksi ve Hasta Sağlığı Anketi-9 (PHQ-9) uygulanmıştır. Veriler SPSS-22 programı kullanılarak kaydedilmiştir. İstatistiksel yöntem olarak İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik testi ya da Tek Yönlü Varyans Analizinden ve Pearsonki-kare testlerinden faydalanıldı.

Bulgular: Katılımcıların %49,1’i evli, %50,9’u bekar. %40 katılımcı çocuk sahibi iken %60 katılımcı değildi. Katılımcıların %6,4’ü lise, %67,3 üniversite, %11,8 yüksek lisans mezunuydu. Çalışma süresi; 0-4 yıl %48,2, 5-9 yıl %21,8, 10 yıl ve üzerinde %30’dur. CAS ölçeğinden 0-8 puan %93,6 ve 9 ve üzeri %6,4’tü. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi değerlendirildiğinde 0-7 puan %52,7, 8-14 puan %32,7, 15-21 puan %9,1, 22-28 puan %5,5’ti. Sağlık Anketinde; 0-4 puan %30,9, 5-9 puan %31,8, 10-14 puan %18,2, 15-19 puan %7,3, 20-27 puan ise %11,8’di

Sonuçlar: Pandemi servisinlerinde çalışanların %85,7’sinde, pandemi dışı servislerde %14,3’ünde şiddetli depresyon saptandı. CAS ölçeği yüksek olanların uyku problemleri fazlaydı. Uykusuzluk Şiddet İndeksi yüksek olanların hepsi pandemi servisi çalışanlarıydı. PHQ-9’da orta derece ve şiddetli depresyona sahip olanların çoğunluğunun pandemi servisinde çalıştığı saptandı. Pandemiye sağlık çalışanları psikolojik olarak desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Pandemi, Sağlık Çalışanları, Covid-19, Depresyon, Uykusuzluk, Anksiyete

ABSTRACT

Introduction and Aim: Covid-19, which emerged in Wuhan, China in December 2019, was declared a global pandemic by the World Health Organization on March 11, 2020. Long shifts in pandemic services, increased risk of contact, fear of infecting relatives, and high mortality of the epidemic have increased stress in healthcare workers and caused physical and psychological problems. In this study, it was aimed to evaluate the psychological effects of Covid-19 in healthcare workers.

Material and Method: The universe and sample of the study consisted of volunteer participants working in 55 non-pandemic and 55 pandemic services in Sivas Numune Hospital. The Coronavirus Anxiety Test (CAS), Insomnia Severity Index and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) were administered to the volunteers. Data were recorded using the SPSS-22 program. Significance test of difference between two means or One-Way Analysis of Variance and Pearsonchi-square tests were used as statistical methods.

Results: 49.1% of the participants were married and 50.9% were single. While 40% of the participants had children, 60% were not. 6.4% of the participants were high school graduates, 67.3% university graduates, 11.8% postgraduate degrees. Working time in the profession; 0-4 years 48.2%, 5-9 years 21.8%, 10 years and above 30%. 0-8 points on the CAS scale were 93.6% and 9 and above were 6.4%. When the sleep scale was evaluated, it was 52.7% for 0-7 points, 32.7% for 8-14 points, 9.1% for 15-21 points, and 5.5% for 22-28 points. In the Health Survey; 0-4 points 30.9%, 5-9 points 31.8%, 10-14 points 18.2%, 15-19 points 7.3%, 20-27 points 11.8%

Results: Severe depression was detected in 85.7% of the employees in the pandemic wards and 14.3% in the non-pandemic wards. Those with a high CAS scale had more sleep problems. Those with a high Insomnia Severity Index were all pandemic service workers. It was determined that the majority of those with moderate to severe depression in the PHQ-9 worked in the pandemic ward. Health workers in the pandemic should be supported psychologically.

Keywords: Pandemic, Healthcare Professionals, Covid-19, Depression, Insomnia, Anxiety

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET	ii
İÇİNDEKİLER	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Önemi.....	4
1.2. Araştırmanın Hipotezi	5
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE.....	6
2.1. PANDEMİ HAKKINDA GENEL BİLGİLER.....	6
2.1.1. <i>Pandemi Nedir?</i>	6
2.1.2. <i>Pandeminin Tarihçesi</i>	6
2.1.3. <i>Pandeminin Etkileri</i>	8
2.2. Covid-19.....	11
2.2.1. <i>Tarihçe</i>	11
2.2.2. <i>Epidemiyoloji</i>	12
2.2.3. <i>Bulaşma Yolları</i>	13
2.2.4. <i>Klinik Bulgular</i>	14
2.2.5. <i>Tanı ve Tedavi</i>	15
2.2.6. <i>Korunma Yolları</i>	19
2.2.7. <i>Risk Grupları</i>	21
2.2.8. <i>Covid-19 süreci ve Dünya’da Alınan Önlemler</i>	22

2.2.9. Covid-19 Süreci ve Ülkemizde Alınan Önlemler.....	26
2.3. Covid-19 Psikolojik Etkileri	28
2.3.1. Covid-19 Korkusu.....	28
2.3.2. Covid-19 Kaygısı.....	30
2.3.3. Covid-19 ve Takıntı	31
2.3.4 Uyku ve Covid-19	32
2.4. Sağlık Çalışanları ve Covid-19	35
2.4.1 Sağlık Çalışanlarında Covid-19 Prevalansı	35
2.4.2. Yönetim Hizmetleri ve COVID-19 Etkileri.....	36
2.4.3. Sağlık Çalışanları ve Pandemi Sürecindeki Sorunları	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	47
3.1. Araştırmanın Şekli	47
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	47
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	47
3.4. Araştırmaya Katılma Kriterleri	48
3.5. Verilerin Toplanması	48
3.5.1. Veri Toplama Formları.....	48
3.5.2. Veri Toplama Yöntemi	50
3.5.3. Verilerin Değerlendirilmesi	50
3.5.4. Araştırmanın Etik Yönü.....	51
4. BULGULAR.....	52
5. TARTIŞMA.....	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	82
KAYNAKÇA.....	86
EKLER.....	110
EK-1: ETİK KURUL ONAYI.....	110

EK-2: Kurum Onayı.....	110
EK-3: Kullanılan Anketler.....	110
Ek-3.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	110
Ek-3.2. Koronavirüs Anksiyete Testi (CAS).....	111
Ek-3.3. Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9).....	112
Ek-3.4. Uykusuzluk Şiddet İndeksi.....	114
ÖZGEÇMİŞ	115



ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1.** TC. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü COVID-19 rehberi olası vaka algoritması (Sağlık Bakanlığı, 2020) 16
- Şekil 2.** COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre dağılımı (Sağlık Bakanlığı, 2020)..... 39
- Şekil 3.** COVID-19 sonucunda hayatını kaybeden sağlık çalışanlarının mesleki dağılımları (Sağlık Bakanlığı, 2020) 40

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.1. Demografik Verilerin ve Ölçeklerin Frekans Dağılımı.....	53
Tablo 4.2. Nitel Değişkenlerin Covid-19 Gruplarına Göre Dağılımı.....	54
Tablo 4.3. Yaşın Nitel Değişkenlere Göre Dağılımı	57
Tablo 4.4. CAS'ın Nitel Değişkenlere Göre Dağılımı	61
Tablo 4.5. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi'nin Nitel Değişkenlere Göre Dağılımı.....	63
Tablo 4.6. Hasta Sağlık Anketi'nin Nitel Değişkenlere Göre Dağılımı	68
Tablo 4.7. Ölçek Puanları ile Koronavirüs Geçirilmesi Arasındaki İlişki.....	71

KISALTMALAR LİSTESİ

Covid-19: Koronavirüs

MERS-CoV: Koronavirüs

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

CDC: Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezleri

TDK: Türk Dil Kurumu

CRP: C-Reaktif Protein

PCR: Polimeraz Zincir Reaksiyonu Testi

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BT: Bilgisayarlı Tomografi

RNA: Ribo Nükleik Asit

SARS: Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu

MERS: Orta Doğu Solunum Yetmezliği

CAS: Koronavirüs Anksiyete Testi

PHQ-9: Hasta Sağlık Anketi

b1.GİRİŞ

İnsanoğlu tarihi boyunca birçok salgın hastalıkla karşılaşmıştır. Gerçekleşen bu salgınlar sonucunda milyonlarca insan hayatını kaybetmiştir (Hays, 2005). İnsanlığın mücadele etmek zorunda kaldığı son salgın ise etkisini hala devam ettiren Covid-19 (Coronavirus Disease-2019) olmuştur. 2019'un son çeyreğinde, Çin'in Wuhan şehrinde nedeni belirlenemeyen solunum yolu enfeksiyonu vakaları bildirilmiş ve etyolojik ajan belirlenememesi sebebiyle ilk vakalar için "sebebi bilinmeyen pnömoni" denilmiştir. Yapılan çalışmalar sonucunda hastalığa neden olan etkenin koronavirüs grubuna ait yeni bir virüs olduğu tespit edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) virüsün hızla yayıldığını ve tüm dünyayı etkisi altına aldığını belirterek 11 Mart 2020'de küresel pandemi ilan etmiştir. 2020 Yılı'nın Mart ayında yayılmaya başlayan salgın tüm dünyaya yayılmaya başlamış ve bugün 118 milyon kişi virüs ile enfekte olurken, 2,62 milyon kişi ise Covid-19 sebebi ile ölmüştür (WHO, 2020).

Pandeminin ilan edilmesi ve alınan önlemler kapsamında rutin hayat akışının bozulması, belirsizlik hissi, hastalığa yakalanma korkusu, güvensiz bir ortamda bulunduğu inanma gibi düşünceler pandeminin fizyolojik sonuçları olduğu kadar psikolojik sonuçları olduğu da gösterilmiştir (Kaya, 2020). Çin'de Covid-19 pandemisinin psikolojik etkilerini araştıran bir çalışmada (Huang ve Zhao, 2020), katılımcıların %35,1'inde anksiyete, %20,1'inde depresyon ve %18,2'sinde uyku bozukluğu tespit edilmiştir. Çok hızlı yayılma özelliğine sahip ve mortalite oranları yüksek olan Covid-19 ile mücadelede, bireylere, topluma ve yönetim kademelerine büyük sorumluluklar düşmektedir. Pandeminin başladığı günden bu yana görev ve

sorumluluk taşıyanlar arasında Covid-19'un tanı ve tedavi süreçlerini göğüslenen sağlık çalışanları da oldukça mühim bir yer almaktadır.

Sağlık çalışanları, virüs ile enfekte ya da taşıyıcı olma olasılığı yüksek kişiler ile aynı ortamda bulunduklarından ötürü, toplumun diğer kesimiyle karşılaştırıldığında daha fazla stres ve salgın bulaş riski ile karşı karşıya kalmaktadır. Salgının merkezi Çin'de, Covid-19 pandemisinin tepe noktasına ulaştığı dönemde toplam 1716 sağlık çalışanı virüse yakalanmıştır (Buckley, Wee & Qin, 2020). Salgının başladığı yer olan Wuhan'daki bir hastanede tedavi gören 138 pozitif vakanın 40'ının sağlık çalışanı olduğu bildirilmiştir (Wu & McGoogan, 2020). Günlük yapılan testlerdeki hasta sayılarının ve ölüm oranlarının yükselmesi, tıbbi malzeme, ekipman ve cihazlarda yetersizlik, 7 gün 24 saat sonu gelmeyen pandemi nöbetleri, birlikte yaşadığı aile bireylerine hastalığı taşıma korkusu ve stres gibi Covid-19 kaynaklı faktörler sağlıkçılarda tükenmişlik duygusuna sebep olabilmektedir. Bireyin iş hayatından doyum alamaması, meleğine odaklanamada zorluk çekmesini esas alan tükenmişlik, mesleki zorunlulukların aksatılması, iş motivasyonunun kaybolması, stres gibi nedenlerle birlikte meslekten psikolojik boyutta uzaklaşmak anlamına gelmektedir (Kaçmaz, 2005).

Yapılan meslek gereği insanla iletişim halinde olan meslek gruplarının tükenmişlik ile daha fazla yüz yüze geldiği bilinmektedir. Bu durumda kişisel iletişimin verilen hizmette belirleyici olmasından, sağlık çalışanları bu grupların en başında gelmektedir (Günüşen, & Üstün, 2010).

Covid-19'un yıkıcı etkilerinin arasında bireylerde oluşturduğu depresyon ve depresif ruh halide vardır. Pandemi çalışanlarının, pandemi dışında görev yapan sağlık çalışanlarına kıyasla depresyona daha açık halde olmaları mesleki doyumsuzluğun

yaşanmasına sebep olurken çalışan ve aileleride bu durumdan olumsuz etkilemektedir. Çin ve Wuhan şehrinde 34 hastanede 1200'den fazla sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada hekimlerin yaklaşık %14'ünde hafif ve orta düzeyde depresif semptomlar saptanırken, hemşirelerin ise %16'lık bir kısmının hafif ve orta düzeyde depresif semptomlar verdiği tespit edilmiştir (Perlis,2020). Mak ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada salgınları aktif görev yaparak atlatan sağlık çalışanlarının en az %10'unun salgın sırasında ya da salgının ardından depresyon, anksiyete ve somatizasyon belirtileri verdikleri ortaya konmuştur. Covid-19 salgını sonrası yapılan, koronavirüs hastası bireylerle doğrudan temas halinde olan sağlık çalışanları, koronavirüs hastası olmayan bireylerle doğrudan temas halinde olan sağlık çalışanları ve sağlık sektöründe çalışmayan kişilerden oluşan bir araştırmada, çalışanların sekonder travmatizasyonu, anksiyete ve depresyon puanları karşılaştırıldığında ölçeklerden en yüksek skoru Covid-19 ile doğrudan temas halinde olan sağlık çalışanları alırken, en düşük skoru sağlık çalışanı olmayan grup almıştır (Arpacıoğlu, Gürler,& Çakiroğlu, 2021).

İnsanların işlerinde en üst seviyede verimlilikte çalışabilmeleri için bireylerin hem ruhsal hem de fizyolojik olarak iyi hissetmeleri gerekmektedir. Dünyada yaklaşık 60 milyon sağlık çalışanı bulunmaktadır (WHO, 2006). Bu sayının günümüzde daha da arttığını ve tüm insanlığın mevcut sağlık çalışanlarına ihtiyaç duyduğunu söyleyebiliriz. Bu nedenle bu alanda yapılan çalışmalar sağlık çalışanlarının ruhsal sağlığını korumak, mesleki doyumu arttırmak ve salgın hastalıklar ile mücadelede daha etkin psikolojik destek sunabilmek için yol gösterici olacaktır.

Tüm dünyayı etkisi altına alan bu salgın, dünyanın sağlık çalışanlarına ve onların huzurlu ve sağlıklı şekilde çalışabilmesine olan gereksimlerini tekrar ortaya koymuş ve pandemi sürecinde psikolojilerinin çevresel faktörlerin etkisiyle daha fazla

yıprandığına dair çalışmalar literatürde tespit edilmiştir. Bu nedenle çalışmamızda Covid-19 pandemi sürecinde aktif görev alan sağlık çalışanları ile Covid-19 pandemisinde aktif görev almayan sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete, Covid-19 kaynaklı uykusuzluk düzeyleri ve bunlarla ilişkili faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

1.1. Araştırmanın Önemi

Bu çalışma, Covid-19 sürecinde; pandemi servisi ve pandemi dışı servislerde görev alan sağlık çalışanları arasında ruhsal sorunlarını belirlemek amacı ile Hasta Sağlığı Anketi-9, ortaya çıkardığı anksiyete semptomlarını tespit etmek amacı ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeği(CAS) ve uykusuzluğu belirlemek maksadı ile Uykusuzluk şiddet İndeksi kullanılmış, elde edilen veriler ortak bir bağlamda toplayarak ve aralarındaki ilişkiyi sosyodemografik özellikleri göz önüne alıp inceleyerek literatüre katkı yapacağı düşünülmektedir. Yapılan literatür taramasında Covid-19 ile ilgili birçok çalışma yapılmasına rağmen Covid-19'un pandemide görev alan ve pandemi dışında görev alan sağlık çalışanları arasındaki psikolojik farklılıkları araştıran bir çalışma bulunamamıştır. Çalışmada Covid-19 pandemi sürecinde salgınla mücadelede aktif yeralan ve pandemi dışı birimlerde görev yapan sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri tespit edildi. Bu veriler ışığında çalışmada pandemi içi ve pandemi dışı çalışanların özellikleri ile salgının bireylerde bıraktığı psikolojik etkileri arasındaki ilişki incelenmektedir. Çalışma sonucunda ileride pandemilerde görev alan sağlık çalışanlarının kaygı ve anksiyete düzeylerinin araştırılması bağlamında yapılacak çalışmalara kaynak olması hedeflenmektedir.

1.2.Araştırmanın Hipotezi

Çalışmanın amacı doğrultusunda aşağıdaki problemlerin yanıtı aranacaktır:

- Pandemi servislerindeki sağlık çalışanlarının uyku düzeni, diğer birimlerdeki sağlık çalışanlarına nazaran daha fazla olumsuz etkilenebilir.
- Pandemi servislerindeki sağlık çalışanlarında depresyon gelişme olasılığı, diğer birimlerdeki sağlık çalışanlarına nazaran daha fazla olabilir.
- Pandemi servislerindeki sağlık çalışanlarında anksiyete düzeyi, diğer birimlerdeki sağlık çalışanlarına nazaran daha fazla olabilir.
- Covid-19 pandemisi, tüm sağlık çalışanların psikolojik durumlarını olumsuz etkileyebilir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. PANDEMİ HAKKINDA GENEL BİLGİLER

2.1.1. *Pandemi Nedir?*

Tüm anlamına gelmekte olan “*pan*” ve halk ankamına gelen “*demos*” kelimelerinin birleşmesiyle meydana gelen pandemi kelimesi Antik Yunanca olup birçok ülke ve kıta ile başlayıp çok geniş alanlarda etkisini gösteren salgın hastalıklara verilen genel isimdir. (Aysan, et al.,2020).

Tüm toplumu etkileyen hastalık olarak bilinmektedir. Günümüzde oldukça fazla konuşulan bu salgın toplumları etkisi altına almış ve geçmişten günümüze birçok insanın ölmesine sebep olmuştur (BC Medical Journal,2020).

Bir salgının pandemi olabilmesi için çeşitli şartlar vardır.Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bir salgının pandemi olabimesi için; topluma daha önce nüfus etmememiş bir hastalık olması,hastalığın kolay bulaşabilmesi, hastalığın insanlar arasında kolay ve sürekli yayılım göstermesi gerekliliğini bildirmiştir (Aysan, at al., 2020).

2.1.2. *Pandeminin Tarihçesi*

İnsanlık tarihine bakıldığında gerçekleşen büyük tarım devrimi ile evcilleşen hayvanlar ile yerleşik hayata geçen insanların teması ile mikroorganizmaların insanlığa olan etkileri artmaya başlamıştır (Bell.J, 2019).

Hayvanlardan insanlara bulaşan bu mikroorganizmalar yerleşik hayata geçen insan topluluklarının aralarında salgınlara sebep olmuştur. İnsanlar arasında yayılan ve

belirli aralıklarla ortaya çıkan bu salgınlar ise dünya yüzeyinde yaşayan insanlık medeniyetine yön vermiştir (Tapısız ve Altınbaş, 2020).

Bugüne dek insanlık tarihinde birçok pandemi ilan edilmiştir. Başta çiçek hastalığı olmak üzere AIDS, kolera, çiçek hastalığı, kolera, tifüs, tüberküloz, ebola, SARS, MERS ve Kara Ölüm bilinen veba salgını bu pandemilere örnektir.

14. yüzyılda Rusyada görülen ve deniz ticareti ile Fransa, İstanbul, İtalya'yı etkisi altına alan veba salgını 1353 yılında tüm Avrupa, Kuzey Afrika ve Asya'nın bir bölümünü etkisi altına almıştır. Etkilediği bölgelerdeki halk nüfusunun %30 ile %40'ının ölümünden tek başına sorumlu olan veba salgını Avrupa'daki sosyal, ekonomik ve teknolojik gelişmelerde yön vermiştir (Hays, 2005).

İspanyol gribi olarak bilinen, 1918 pandemisi ile dünya genelinde 50.000.000 insan ölmüştür (Taubenberger & Morens, 2006). Daha çok genç nüfus üzerinde etkili olan İspanyon gribinin seyri soğuk algınlığına benzemektedir. Salgınlar ve pandemiler gençmiştten günümüze insan sağlığını tehdit etmiş ve birçok insanın hayatını kaybetmesine sebep olmuştur. 70'li yıllarda ortaya çıkmasına rağmen 2013 yılında Batı Afrikada yayılım gösteren Ebola virüsü 11.000'den fazla insanın ölmesi ile sonuçlanmıştır. Dünya Bankası'nın hesaplarına göre Ebola virüsü'nün geride bıraktığı maddi hasar 2 milyar doları geçmiştir (Maurice, 2016). İnfluenza pandemisi ise 2009 yılında Meksika'da ortaya çıkmış ve tüm dünyaya yayılım göstermiştir. DSÖ tarafından Haziran 2009'da Faz 6 pandemi (maksimum tehdit oluşturan) olarak ilan edilmiştir (Al-Muharrmi, 2010). SARS virüsü 2002 yılında Çin'de ortaya çıkmış, 37 ülkeye yayılarak 8000 kişiyi enfekte etmiştir. Yine bir koronavirüs türü olan MERS virüsü ise SARS virüsünün tespit edilmesinden 10 yıl sonra ortaya çıkmıştır. H1N1 2009 (A/2009/H1N1)

virüsü 21.yüzyılın ilk pandemisi olmakla beraber tüm dünyayı etkileyerek 18.000'den fazla insanın ölümüne sebep olmuştur (Rewar, Suresh, Mirdha, ve Rewar, 2016).

2.1.3. Pandeminin Etkileri

Pandemiler kolayca sınırlarını aşarak dünyayı etkisi altına almış ve bunun sonucunda toplumları belirli alanlarda etkilemişlerdir. Pandemiler etkilediği toplumlar üzerinde zayıflatıcı ve ölümcül sonuçlar doğurabildikleri gibi sosyal, ekonomik ve politik alanlarda bu süreçten etkilenmektedir (Davies, 2020). Ülke ve küresel anlamda pandemiyle mücadele edilirken insanlığın ortak hareket etmesi oldukça önemlidir. Pandemilerin toplumlar üzerinde bıraktığı yıkıcı etkilerden ders çıkartılarak, tarihi ve bilimsel verilerin ışığında ilerlemek pandeminin toplumsal hasarını en aza indirecektir (WHO, 2009). Aynı zamanda pandemi süreçleri bilimsel çalışmaların hızlanmasını sağlamış ekonomik ve politik sistemlerde ilerlemenin önü açılmıştır. Pandemiler tıp tarihinde sıkça araştırılmasına rağmen, pandemilerin modern çağda etkilediği toplumlarının bireysel ve grup psikolojilerine etkisine çok az değinilmiştir (Huremović, 2009).

2.1.3.1. Sağlık Etkileri

Bulaşıcı hastalıklar dünyada'ki ölümlerin 3/4' ünden sorumlu olmakla beraber, küresel anlamda ölüm sebeplerinin başında yer almaktadır. Gelişmiş ülkelerin çoğunda kanser ve kalp hastalıklarından sonra en fazla ölüme sebep olan salgınlar(Verikios, Sullivan, Stojanovski, Giesecke, & Woo, 2016), tıbbın gelişmesine rağmen insan hayatını tehdit etmeye devam ediyor (Dobson & Carper, 1996). Salgın hastalıklar denilince akla ilk gelen influenzadır. Grip salgınları 2009-2010 yılları arasında 8870

ile 18300 arasında insanın ölmesine sebep olarak, dünyayı derinden etkilemiştir (Prager, Wei, & Rose, 2017).

2.1.3.2. Ekonomik Etkileri

Dünya sağlığını derinden etkileyen pandemiler, dünya ekonomisi ve bunu oluşturan ülke ekonomilerini’de olumsuz etkilemektedir. Örneğin, Batı Afrika ekonomisini olumsuz etkileyen Ebola salgınının doğurduğu maliyet, Dünya Sağlık Örgütü’nün 3 yıllık bütçesine denk gelmekte ve bu maliyet DSÖ’nün 2015 yılı acil müdahale kesintisinin 20 katına denk gelmektedir (Gostin & Friedman, 2015). Global Health Risk Framework komisyonu’nun, dünyaya her yıl yaklaşık 60 milyar dolar maliyeti olduğunu tahmin ettiği bulaşıcı hastalıkların bu maliyetlerinin, nüfus artışı ve ticaretle birlikte artacağı tahmin ediliyor (Maurice, 2016).

2.1.3.3. Sosyal Etkileri

Pandemiler etkiledikleri toplumların sosyal hayatlarını etkilemede güçlü bir etkiye sahiptirler. Genellikle pandemilerde karşılaşılan, seyahat yasağı, okul ve iş yerlerinin kapatılması gibi durumlar insanların sosyal hayatı’nın olumsuz etkilenmesine neden olmuştur. Buna rağmen salgın hastalıkların çok geniş alanlara, hızlı bir şekilde yayılmasının temel nedeni ise sosyal yaşantının hızlı bir şekilde devam etmesidir. Çin’de ortaya çıkan SARS virüsü günümüz hava taşımacılığı ile 30’dan fazla ülkeye yayılması hava taşımacılığının pandemilerde’ ki önemini gözler önüne sermektedir (Wong & Leung, 2007). Havaalanları ve ülke sınırlarının kapatılması salgın faaliyetlerini azaltmakla birlikte sosyal açıdan insanlara zarar vermektedir. Okullar sahip oldukları sirkülasyondan dolayı salgınlarda önemli rol oynamaktadır. Ancak

salgının önlenmesi amacıyla kapatılan okullar pandemi sürecine katkı sağlarken, çocukların değişen sosyal hayatı dolaylı bir biçimde diğer aile bireylerinin de etkilemiştir.

2.1.3.4. Psikolojik Etkileri

Salgın hastalıklar toplumlarda fiziksel sağlıklarını tehdit ederken bireylerin psikolojik sağlıkları bu süreçten etkilemektedir. Pandemi süreçlerinde bireyler duygusal problemler yaşabilir ve bu değişiklik davranışlarına'da yansıyabilir. Salgın hastalıklar bireylerde psikolojik hastalıklara neden olabilir. Bu hastalıklar örnek olarak; depresyon, anksiyete, davranış bozuklukları, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) gösterilebilir. Pandemi sürecinde karşılaşılan virüs kaynaklı ölüm ve vakalar kişide güvensizlik hissi yaratmakta ve sürekli risk altında olduğunu düşündürmektedir. Pandemi sürecinde uygulanan karantina kişilerin fiziksel sağlığını korurken, bireylerde stres, anksiyete ve öfkeye sebep olamakta böylelikle psikolojik sağlığına zarar vermektedir. Psikolojik belirtilerin artması, karantina süresinin uzamasıyla ilişkilendirilmiştir. Karantina'da kalma süresi uzayan bireylerde, Travma Sonrası Stres Bozukluğu bulgularının arttığı gözlemlenmiştir (Hawryluck, et al., 2004).

Pandemi süreci bireylerde korku, belirsizlik, kaygı ve panik oluşturmaktadır. Bu faktörler bireyde psikolojik rahatsızlıkları tetiklerken, var olan psikolojik rahatsızlıklarında ilerlemesine sebep olmaktadır. Salgın süreci' nin belirsizliğiyle oluşan panik halini, sosyal medya ve medya organları artırmaktadır. Medya'da aslı olmayan haberler ve pandemi sürecinin yanlış servis edilmesi toplumda'ki panik durumu'nun artmasına neden olmaktadır. Covid-19 pandemisi ortaya çıktığında, salgının evrensel olduğu ve tüm insanların bundan etkilenebileceği belirtilmiştir. Virüsten korunmanın yolları ise beslenme, karantina uygulaması, immün sistemi güçlendirmek gibi bir takım

önlemden geçmekte ancak bu önlemleri her kesimden insanın yerine getirememesi ile bazı gruplar risk altına girmişlerdir. Çocuklar, yaşlılar ve toplu ortamlarda çalışma zorunluluğu olan bireylerin oluşturduğu bu grup, salgın süreci sona erdiğinde pandeminin psikolojik etkilerini uzun bir süre göstereceklerdir (Birinci & Bulut, 2020).

2.2. Covid-19

Zarflı virüsleri içeren Coronaviridae ailesi tek zincirli RNA genomuna sahiptir. Yüzeylerinde sahip oldukları çubuklu yapıdan yola çıkılarak latinceye Coronavirus(taçlı virüs) ismi konulmuştur. Koronavirüsler antijenik ve genetik özelliklerine göre dört gruba ayrılırlar. Bunlar; alfakoronavirüsler, içerisinde SARS-CoV ve MERS-CoV'da bulunan betakoronavirüsler, gamakoronavirüsler ve deltakoronavirüslerdir(V'kovski , Kratzel A, Steiner , Stalder , & Thiel , 2020).Koronavirüsler en büyük genoma sahip RNA virüsleri olmakla beraber solunum yolu hastalıklarına sebep olmaktadır. Hayvanlarda görülmeye başlayan koronavirüs zamanla hayvanlardan insanlara geçerek zoonotik hastalıklarına neden olmuştur. 2003 yılındaki SARS virüsü ve yakın zamandaki MERS salgınları koronavirüslerin ölümcül etkilerini kanıtlamaktadır (Schoeman & Fielding, 2019).

2.2.1. Tarihçe

SARS-CoV, 2002 yılında yeni bir etyolojik ajan olarak tanımlanmış ve Ciddi Akut Solunum Yolu Sendromu (SARS) salgınının etkeni olarak belirtilmiştir. Salgın 5 kıta ve 29 ülkeye yayılmıştır. Alınan ciddi önlemlere rağmen Ağustos 2003'de, 8096 vaka ve 774 ölüm gerçekleşmiştir. Kasım 2002'de meydana gelen ilk SARS vakası Atipik pnömoni olarak düşünülmüş ve kesin tanısı birkaç ay sonra konulabilmektedir.

SARS'a sebep olan yeni bir koronavirüsün varlığı ise Nisan 2003'te DSÖ tarafından açıklanmıştır. Daha sonra bu virüsün kesin konakçısının hangi hayvan olduğu araştırılmış ve yapılan çalışmalar yarasaların birçok koronavirüs için konak olabileceğini göstermiştir.

Kasım 2012'de Suudi Arabistan'da görülen ve yetkililer tarafından yeni bir Betakoronavirüs olduğu belirtilen MERS-CoV, Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS) etkenidir, Nisan 2012'den Ocak 2020'ye kadar 2519 MERS-CoV vakası bildirmiştir. 866 kişinin ölümüne sebep olan salgının mortalite oranı %34,3 olarak tespit edilmiştir (Liu, et al., 2020).

SARS-CoV ve MERS-CoV'da kapsayan Betacoronavirus içindeki Sarbecovirus alt cinsi altında bulunmaktadır. Böylece virüs SARS-CoV-2 olarak isimlendirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Covid-19 pandemisi, Aralık 2019' da Çin'in Hubei Eyaletinebağlı Wuhan şehrinde ortaya çıkmış ve Mart ayı tüm dünyaya yayılmıştır. İlk Covid-19 vakaları Güney Vuhan' da bulunan ve balık ticareti yapılan Huanan deniz ürünleri pazarı çalışanlarında tespit edilmiştir. 11 Mart 2020'de salgın tüm dünyada etkisini göstermeye başlayınca DSÖ tarafından küresel pandemi ilan edilmiştir (Ak, 2020).

2.2.2. Epidemiyoloji

Çin Halk Cumhuriyetine ait raporların ileri yaş ya da eşlik eden kronik bir hastalığın (HT, DM, KVH, CA, KAH başta olmak üzere immünsüpresif durumlar) ölüm vakalarının büyük bir çoğunu oluşturduğu DSÖ tarafından ortaya konulmuştur. İlk importe vaka 13 Ocak 2020'de bildirilen 61 yaşında Çinli bir kadındır. İlerleyen günlerde virüsün yayılma hızı artmış ve importe vaka bildiren ülkelerin sayısı artmıştır.

Mart 2020'ye gelindiğinde salgının başladığı Çin'de bildirilen vaka sayısı azalırken, İran, Güney Kore ve İtalya'da vaka sayıları ve buna bağlı ölümler hızlı bir şekilde artmaya başlamıştır. Covid-19 Mart ayı sonunda 100'ün üzerinde ülkede görülmüştür. Artan vaka sayılarının bir sonucu olarak sağlık çalışanlarında da vakalar görülmüştür. İnsandan insana hızlı bulaşması nedeniyle tüm dünyayı etkilemiş, 11 Mart 2020'de ise ülkemizde ilk Covid-19 vaka bildirimi yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

DSÖ verilerine göre; Kasım 2021 itibariyle, 259.502.031 kişiyi enfekte eden Covid-19, 5.183.003 kişinin'de ölümüne neden olmuştur. Vaka ve ölüm sayısının en fazla öldü ülkeler ise sırasıyla; Amerika Birleşik Devletleri, Hindistan ve Brezilyadır. Ülkemize gelindiğinde; Kasım 2021 itibariyle 8.676.639 vaka ve 75.840 ölüm kayıtlara geçmiştir (WHO,2020).

2.2.3. Bulaşma Yolları

Covid-19 virüsünün bulaşında en önemli yolun kişiler arası temas ve damlacık yoluyla olduğu belirlenmiştir (Lu, et al., 2020; Cascella, Rajnik, Aleem, Dulebohn, & Di Napoli, 2021). Virüs enfekte kişinin solunum salgılarının konuşma, öksürme ve hapşırık yoluyla mukoza dokusuna teması ile gerçekleşir. Ağız, burun ve gözlerde'de mukoz tabaka bulunmakta ve kişinin enfekte yüzeylere daha sonra bu mukoza dokulara temasıyla'da virüs'ün bulaştığı tespit edilmiştir. Covid-19 virüsü gaita, kan, idrar ve semende'de varlığı kanıtlanmış ancak bunların bulaşmadaki rolü hakkında bir sonuç elde edilememiştir (Wang, et al., 2020).

Covid-19 vakalarının epidemiyolojik özellikleri incelendiğinde ortalama kuluçka süresinin 3-7 gün olduğu bazı olgularda bu sürenin 15 güne kadar uzayabileceği gözlemlenmiştir (Zhou, et al., 2020). Yapılan bir çalışmada ise virüse ait semptomların temastan 12,5 gün sonra ortaya çıktığını ileri sürmüştür (Lauer, et al., 2020). Salgının

merkezi olan Çin Halk Cumhuriyetinde yapılan bir çalışmaya göre hastalığın bulaş özelliğinin 10. günden sonra en aza indiğini, en yüksek oranlarda bulaşma ise semptomsuz geçen son iki gün ve semptom sonrası takip eden yedi gün olduğu ifade edilmiştir (To, et al., 2020). Zhou ve arkadaşlarının(2020) yaptığı çalışmada ise enfekte olan kişilerde virüsün yayılma süresi 20 günü bulurken, iyileşen kişilerde ise virüs yayılım süresinin 37 güne ulaşabileceği belirtilmiştir (Zhou, et al., 2020).

Covid-19'un dış ortamlarda ne kadar süre bulunduğu net değildir. Yapılan çalışmalar diğer koronavirüslerin cansız ortamlarda altı ile dokuz gün arasında canlı kalabildiklerini ortaya koymuştur (Kampf, Todt, Pfaender, & Steinmann, 2020). Cansız ortamlardaki aktivite süreleri yorumlanırken, sadece bulaş sırasında virüsün aktivitesinin devam etmesi değil, yüzeye temas süresinde önemli olduğu bilinmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

2.2.4. Klinik Bulgular

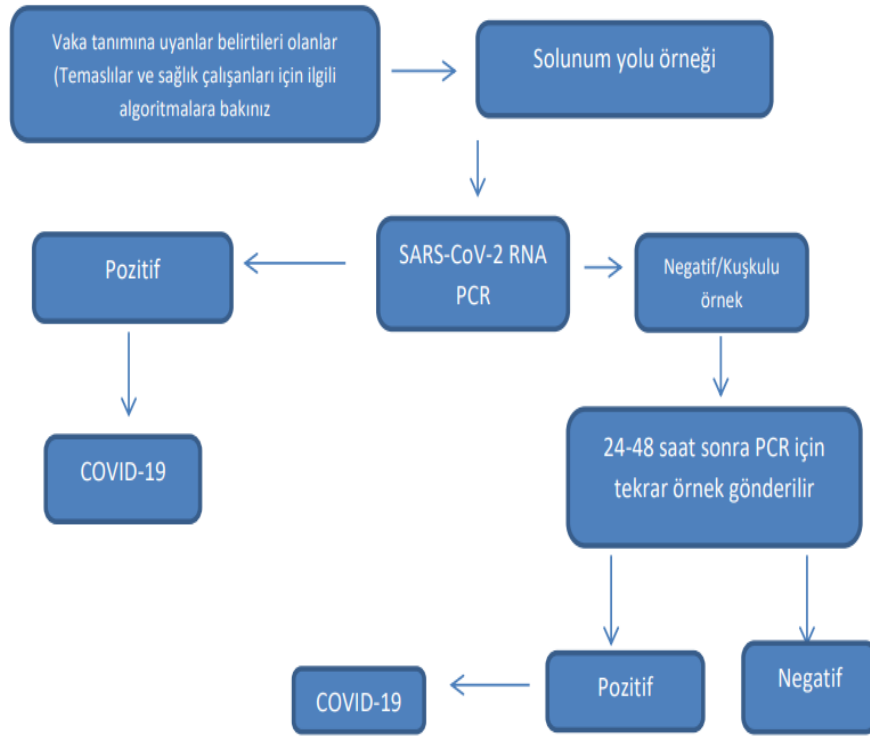
Koronavirüs asemptomatik geçirilebilirken, solunum desteği gerkesinimi ortaya çıkana kadar ilerleyebilmektedir. Hastalığın seyri, yaş, cinsiyet, kronik rahatsızlıkların varlığına göre değişiklik göstermektedir. Kuluçka süresinden sonra ortaya çıkan Covid-19' da genel olarak yorgunluk, yaygın eklem ağrısı, ateş, boğaz ağrısı, öksürük, diyare, bulantı, kusma ve baş ağrısı gibi semptomlar görülmektedir (Chen, et al., 2020; Guan, et al., 2020). Tat ve koku kaybı ile bitlikte iştahsızlık vakaların büyük bir kısmında gözlemlenmiştir (Gandhi , Lynch , & Del Rio , 2020).

Çin'de yapılan bir çalışmaya göre; hastalarda büyük kısmında ateş (%99), yorgunluk (%70), öksürük (%59) görülmekte ve iştahsızlık (%40), eklem ağrısı (%35), dispne (%31), balgam (%27) ise hastaların yarısından az bir kısmında görülmüştür

(Wang, et al., 2020). Amerikada bir sağlık merkezlerine başvuran hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada ise; hastalar'da öksürük (%50), ateş (%43), kas ağrısı (%36), baş ağrısı (%34), nefes darlığı (%29), boğaz kuruluğu (%20), ishal (%19), bulantı-kusma (%12), tat ve koku kaybı (%10) semptomları gözlemlenmiştir (Stokes, et al.,2020). Carfi ve arkadaşları ise çalışmalarındaki vakaların; %53.1'inde ateş ve yorgunluk, %43.4'ünde dispne, %43.4'ünde göğüs ağrısı gözlemlenmişlerdir (Carfi, Bernabei, & Landi, 2020). Hastalık, eşlik eden bir kronik hastalığın varlığında ve yüksek yaşla birlikte daha kötü seyretmektedir. Hastalığın ilerleyen evrelerinde kuagülasyon bozuklukları, böbrek ve karaciğerde sistemik bozukluklar bunun sonucunda çoklu organ yetmezlikleri görülebilir (Yang, et al., 2020). Vakaların bilgisayarlı tomografi sonuçlarına göre, akciğerlerinin karşılıklı iki lobunun tutulduğu ve ortaya buzlu cam görüntüsünün çıktığı gözlemlenmiştir (Shi, et al., 2020). Hastalardan alınan kan sonuçlarına göre, trombositopeni, lenfopeni, lokositoz, lökopeni görülmekle beraber alanin aminotransferaz, aspartat aminotransferaz ve CRP düzeylerinde artış gözlemlenmiştir (Huang, et al., 2020; Zheng, et al., 2020).

2.2.5. Tanı ve Tedavi

Günümüzde koronavirüs' ün RNA yapıstani kriterilerinden biri olan, real-time revers-transkriptaz (rRT)- PCR yöntemi ile ortaya konulmaktadır. Bu tanı yöntemiyle uygulanan testlerin güvenilirliği %50 ile %60 aralığındadır. PCR testi için gerekli olan sürüntü örneği, nazofarengeal, orofarengeal ve mukus salgısı içeren solunum yollarından elde edilmektedir (He, et al., 2020). Sağlık Bakanlığı Covid-19 şüphesi olan hastaların üst solunum yollarından alınan PCR testlerinin negatif olduğu durumda, alt solunum yolundan örnek alınmasını önermiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020).



Şekil 1. TC. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü COVID-19 rehberi olası vaka algoritması (Sağlık Bakanlığı, 2020)

Sağlık Bakanlığı vaka algoritması incelendiğinde PCR testi negatif olmasına rağmen belirtileri devam eden hastaların 24-48 saat sonra tekrar testi yapılması gerekmektedir. Belirtileri devam eden hastadan alınan ikinci testinde negatif çıkması durumunda hasta negatif kabul edilir. Hastadan alınan ilk PCR'ın pozitif çıkması durumunda ise hasta pozitif olarak değerlendirilir ve ikinci teste gerek duyulmaz.

PCR testi yalnız başına anlam ifade etmeye bilir. Örneğin; Çin' de 1014 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada PCR test sonucu negatif olan hastaların %60'ının BT sonuçlarının hastalıkla uyumlu olduğu bildirilmiştir. Böylece tek başına yapılan PCR testinin anlamlı olmayacağı bildirilmiştir (Ai, et al., 2020).

Radyolojik görüntülemeler Covid-19' un tanılanmasında kullanılan yaygın tanı koyma yöntemlerindendir. Yapılan incelemeler sonucunda, direkt grafi yöntemi ile

Covid-19'un tanılama oranı %30 ile %60 arasında bulunmuştur. BT (Bilgisayarlı Tomografi) ise kesin tanı yöntemi olarak kabul edilmektedir (Kanne, Little, Chung, Elicker, & Ketai Ye; Zhang, Wang, Huang, & Song, 2020). İngiliz Toraks Görüntüleme Derneği (BSTI), Toraks BT' de karşılaşılabilecek olası Covid-19 bulgularını "Tipik", "Olası", "Şüpheli", ve "Dışlanmış" Covid-19 olarak sınıflandırmış ve kesin tanının bu belirtilen parametreler ışığında konulabileceğini bildirmiştir (BSTI, 2020). Bir başka tanılama yöntemi ise virüse karşı oluşturulmuş vücutta bulunan antikor düzeyinin hesaplandığı "enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA)" testidir. Ancak Covid-19 antikorlarının vücutta ne kadar süre aktif kaldıklarını gösteren geçerli bir veri elde edilemediğinden aktif olarak kullanılan bir yöntem değildir (Zoralioğlu, 2020).

Bir başka tanı yöntemi ise Covid-19 virüsüne karşı edinilmiş antikor düzeyini saptayan "enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA)" testidir. Halen, Covid-19 antikorların vücutta ne kadar süre pozitif kaldığını gösteren geçerli veri elde edilememiştir. Bu nedenle aktif kullanılan bir yöntem değildir. Covid-19 kan testleri ve gaitada'da bulunabilmektedir. Hastalardan alınan kanlarda koagülasyon değerlerinde bozulma, karaciğer enzim değerlerinde artma ve böbrek fonksiyonlarında sapmalar görülmektedir. Kan değerlerindeki bu anormallikler vakayı kesin tanı yapmaz ancak kötü prognozun habercisi olduğunu düşündürmektedir (Shi, et al., 2020). ABD Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezine göre virüsün tanılanması amacıyla yapılacak testlerin öncelikli kişilere yapılması gerekmektedir (CDC, 2020a).

Bunlar;

- Pozitif hasta sekresyonlarıyla doğrudan temas eden kişiler
- Hastaneye yatış yapan hastalar

- Covid-19 belirtisi gösteren sağlık alışanları
- Bakım evi hastaları
- 65 yaş ve üzeri olup hastalık belirtisi olanlar
- Var olan bir kronik rahatsızlıkla beraber hastalık belirtisi gösterenler
- Bulaşın fazla olduğu pandemik bölgelerdeki hafif belirtiye sahip kişiler
- Nedeni bilinmeyen yüksek ateş
- Covid-19 şüphelisi olan hasta ile temas eden sağlık alışanı
- Uzun süre pozitif vakaya temas eden kişilerdir.

Günümüzde henüz koronavirüs için güvenilirliği ve etkinliği kanıtlanmış spesifik bir tedavi yöntemi bulunamamıştır. Tüm dünyada ve lkemizde corona virüse karşı yapılan tedavilerde amaç hastalığı ortadan kaldırmak değil, hastalıkla birlikte ortaya çıkan belirtileri azaltmak ve ortadan kaldırmaktır. Uygulanan bu tedavilerin 4 amacı vardır;

1. Virüsün hücre iini enfekte etmesini engellemek (Klorokin ve Hidroksiklorokin, Oseltamivir)
2. Virüsün oğalma hızını azaltmak (Favipiravir, Remdesivir, Lopinavir/ritonavir)
3. Kontrol dışına çıkan inflamatuvar yanıtı baskılamak (Tocilizumab)
4. Hastalığı geçiren kişilerden alınanan edinilmiş antikör içeren plazma tedavisi ile virüsü saf dışı bırakmak amaçlanmaktadır (Song, et al., 2019).

Koronavirüs, hastalarda ilk olarak solunum yetmezliğine sebep olmaktadır. İlk olarak oksijenizasyonun sağlanması gerekmektedir. Oksijen tedavisiyle hedeflenen

oksijenlenme sağlanamadığı durumlarda ise non-invaziv ve invaziv mekanik ventilasyon gerekmektedir. Daha ciddi durumlar ise yoğun bakım endikasyonu ile sonuçlanabilmektedir (Cascella, Rajnik, Aleem, Dulebohn, & Di Napoli, 2021). Klorokin ve hidroksiklorokin türevi ilaçların koronavirüs üzerinde yavaşlatıcı bir etki gösterdiği görülmüştür (Yao, et al., 2020). Ancak hastalara hastalığın başlangıcından itibaren yaygın bir şekilde kullanılan bu ilaçların, koronavirüs kaynaklı ölüm oranlarını, hastanede yatış süresini ve virüs yükünü azalttığına dair anlamlı bir sonuç elde edilememesi daha sonra yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur (Tang, et al., 2020). Yapılan çalışmalarda oseltamivirin tedavisinin koronavirüs tedavisinde etkili olduğu gösteren bir çalışma yoktur (Shiraki & Daikoku, 2020). Koronavirüs tedavisinde kullanılan antiviral ilaçlardan remdesivir ve favipravir'in ise ölüm oranını ve virüs etkinliğini azalttığı çalışmalarla ortaya konulmuştur (Cai, et al., 2020). Lopinavir/ritonavir tedavisinin hastalığın seyrine olumlu anlamda etki ettiğine dair yeterli çalışma bulunmamaktadır (Chen, Xiong, Bao, & Shi, 2020). Koronavirüs enfeksiyonu kaynaklı gelişen sitokin fırtınası tedavisinde tocilizumab tedavisinin etkili olduğu görülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2020). Hastalığın seyrine göre immün plazma uygulaması, steroid tedavisi, vitaminler, antikoagülan tedavisi, interleokin inhibitörleri, gibi yöntemler'de uygulanmaktadır (Grant, et al., 2020).

2.2.6. Korunma Yolları

Sağlık Bakanlığı tarafından koronavirüsüne yakalanma riskinden korunmak amacıyla bir takım kurallar yayınlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2021). Bu kurallar;

- 1.Eller en az 20 saniye su ve sabun yardımıyla ovalayarak yıkanmalıdır
- 2.Soğuk algınlığı belirtileri olan kişilerle sosyal mesafe korunmalıdır.

- 3.Öksürme, hapşırma gibi durumlarda tek kullanımlık mendil ya da dirsek iç kısmı aracılığı ile ağız ve burunu kapatılmalıdır.
- 4.Gerekli olmadığı sürece ağız, burun ve gözlere temas edilmemelidir.
- 5.Yurt dışına olan seyahatler ertelenmeli ya da iptal edilmelidir.
- 6.Yurtdışından gelen kişiler 2 hafta evde izole olmalıdırlar.
- 7.Sarılma ve tokalaşma gibi yakın temas gereken eylemlerden kaçınılmalıdır.
8. Kıyafetler 60-90 C’de yıkanmalıdır.
- 9.Kullanımı fazla olan yüzeyler düzenli olarak deterjanla temizlenmelidir.
- 10.Soğuk algınlığı belirtileri olan kişiler kronik rahatsızlığı olanalar ve yaşlılarla temasta bulunmamalı ve maskesiz dışarıya çıkmamalıdır.
- 11.Kişisel eşyalar ortak olarak kullanılmamalıdır.
- 12.Uyku ve beslenme düzenine dikkat edilmelidir.
13. Koronavirüs belirtileri olan kişiler maskeli şekilde en yakın sağlık kuruluşuna başvurmalıdır.
- 14.Sık kullanılan alanlar havalandırılmalıdır.

Vücut direncini yükseltmek için dengeli beslenilmeli, düzenli olarak spor yapılmalı, ağız sağlığına dikkat edilmeli ve aşırı yorgunluktan kaçınılmalıdır. Enfeksiyonun engellenmesi, duygusal ve zihinsel anlamda sağlıklı kalmanın en etkili yolu bağışıklığı güçlendirmektir. Günümüzde aşı, viral enfeksiyonlara karşı en etkili savunma yöntemidir. Çin’de ve bazı gelişmiş ölkelerde aşı çalışmaları halen devam etmektedir. Ölkemizde ve diğer ölkelerde hastalık geçirenlerden elde edilen antikorlarla pasif immünizasyon tedavisi yapılmaya çalışılmaktadır (Özdemir & Pala, 2020).

2.2.7. Risk Grupları

Bugüne kadar yapılan çalışmalar sonucunda koronavirüse ait risk grupları oluşturulmuştur (CDC, 2020b). Bunlar;

1. 65 yaş ve üzeri yaşlılar
2. Huzurevinde yaşayanlar
3. Astım ve akciğer hastalığı
4. Kalp ve damar hastalığı olanlar
5. Vücut direncini baskılayan ilaçların kullanımı ya da immün sistem bozukluğu olan kişiler
6. Beden kitle indeksi 40 ve üzeri aşırı obez kişiler
7. Diyabet, renal yetmezlik, karaciğer hastalığı gibi kronik hastalığı olanlar
8. Gebeler izlenmeli ancak bir sorun gözlemlenmemiştir.

Amerikada yapılan bir çalışmada, vakaların yaş ortalamasının 83 olduğu ve bunların %94 'ünün kronik rahatsızlığı olduğu tespit edilmiştir. Bu hastaların 1/3'lük bir kısmı ölmüştür (McMichael, et al., 2020).

CDC verilerine göre; kanser. Kronik renal hastalığı, KOAH, SOT (Solid Organ Nakli), obezite, KAH (Koroner Arter Hastalığı) veya kardiyomyopati gibi kalp hastalığı, OHA(Orak Hücreli Anemi) ve TİP 2 Diabet Mellitus olan hastalar Koronavirüsü ağır geçirme açısından yüksek riske sahiptirler.

Covid-19 hakkında kısıtlı bilgilere sahip olduğundan, bazı hastalık gruplarının, kişilerde hastalığın ağır geçirilmesine sebep olması açısından yüksek riske sahip olduğu düşünülmektedir. CDC bu hastalıkları belirtmiştir. Bunlar;

1. Orta ve ağır şiddetli astım
2. Serebrovasküler hastalık(SVO)

3. Kistik fibrozis
4. Hypertansiyon
5. Kemik iliği nakli
6. İmmün sistem hastalıkları ve İmmün sistemi baskılayıcı ilaç kullanımı
7. Nörolojik bozukluklar
8. Karaciğer hastalıkları
9. Diabet Mellitus
10. Pulmoner fibrozis
11. Talasemi ve gebeliktir.

Bu hastalıklara sahip kişilerin izolasyonlara önem vermesi sağlık sisteminin sorunsuz çalışmasını sağlarken, risk grubundaki hastalarında koronavirüsün yıkıcı etkilerinden korunmasını sağlar. Hastalığın ağır geçirilmesinin yaş faktörü ile doğrudan ilişkisi vardır. Öyle ki 85 yaş ve üzeri hastalarda mortalite riski artmaktadır. Bu yaş grubunda eşlik eden bir hastalıkla risk daha da artmaktadır. Kapalı alanların risk teşkil etmesi ve içerisinde bulundurduğu kişilerin yaş ortalamasında gözetilecek olursa huzurevleri önemli risk grubudur. Huzurevi sakinlerinin acil durumlarda hastaneye ulaşımını sağlanmalıdır. Diğer durumlarda hekimiyle telefonla veya sanal ortamda danışması sağlanmalıdır (CDC, 2020c).

2.2.8. Covid-19 süreci ve Dünya’da Alınan Önlemler

Virüs Çin dışında ilk defa, Wuhan şehrinden Tayland’a giden bir tûristte tespit edilmiştir. Daha sonra asya ülkelerinden Japonya ve Güney Kore’de vakalar ortaya çıkmıştır. Devam eden süreçte Almanya, ABD, Birleşik Arap Emirlikleri ve Hindistan

gibi çeşitli kıtalarda bulunanan ülkelerde vaka bildirimleri yapılmıştır. Çin’de başlayan salgından en fazla etkilenen ülkelere biri olan Tayvan diğer ülkelere örnek teşkil eden kararlar almış ve bunları uygulamıştır. Daha sonraki süreçte diğer ülkelere örnek olan bu kararlar ile Asya ülkelerine seyahat yasaklanmış, el dezenfektanı ve maske dağıtımı kontrol altına alınmış, koruyucu ekipman üretimine hız kazandırılmış, sağlık çalışanlarının korona virüs taramalarına önem verilmiş ve bu tüm alınan önlemler kamuoyunun bilgilendirilme süreciyle tamamlanmıştır. Tayvan’ ın alınan önlemler konusundaki başarısı, 2003 yılında meydana gelen SARS salgınında elde edinilen tecrübeye bağlı olduğu düşünülmektedir. Virüsün hızlı bir yayılım gösterdiği Asya ülkelerinden olan Güney Kore’de, kapsamlı sosyal izolasyon önlemleri alınmış ve mobil uygulamalar ile pozitif vakalar tespit edilip paylaşılmıştır. Asemptomatik bireylerde taramış ve tarama sonucu pozitif olanlar izole edilmiştir. Japonya’da ilk korona virüs vakası 16 Ocak 2020’de ortaya çıkmıştır. Diamond Princess isimli bir yolcu gemisinin taraması ile 700 enfekte kişi tespit edilmiştir ve gemi limanda Japon yetkililer tarafından karantinaya alınmıştır. Salgının Avrupa kıtasına sıçramasıyla birlikte İtalya’da 21 Şubat 2020’de pozitif vaka bildirimi yapılmıştır. İspanya’da ilk koronavirüs vakası 31 Ocak 2020’de bildirilmiştir. 14 Mart 2020’de ülke genelinde sokağa çıkma yasağı, şehirlerarası yolcuların kısıtlanması ve eğitime ara verilmesi gibi önlemler alınmıştır. Fransa ise 17 Mart 2020’den itibaren 2 haftalık bir sosyal izolasyonu hayata geçirmiştir. Salgın sürecindeki politikalarını Robert Konh Enstitüsü’nün görüşlerine göre belirleyen ve düşük mortalite oranı ile dikkat çeken Almanya, toplu taşıma araçlarında ve alışverişlerde maske kullanımı üzerinde durmuştur. Kuzey Avrupa ülkelerinin salgınla mücadelesi farklılık göstermektedir. İsveç’te salgının başından itibaren sıkı önlemler alınmamış olup, okullar ve restoranlar kapatılmamıştır. Diğer Kuzey Avrupa

lkelerinden olan Norveç, Danimarka ve Finlandiya’da İsveç’e kıyasla daha ciddi tedbirler alınmıştır. ABD’de ilk doğrulanmış vaka 31 Ocak 2020’de bildirilmiştir. Amerikan hükümeti vaka bildiriminden 11 gün sonra, 31 Ocak 2020’de Çin’den gelen havayolu seyahatlerini durdurduğunu açıklamıştır. 13 Mart 2020’de Amerikan hükümeti ulusal acil durum ilanı yaparak ülke genelini kapsayacak bir izolasyon kararı almıştır. Salgın Latin Amerikaya geç ulaşmış olup Brezilya’da ilk pozitif vaka 25 Şubat 2020’de görülmüştür. Yeterli izolasyon önleminin alınmamasıyla salgın bu kıtada hızla yayılmıştır (İşlek, et al., 2020).

Covid-19 pandemisinde yapılan test sayısı, demografik özellikler ve sağlık sistemlerinin düzey farklılıkları ülkelerdeki vaka ve ölüm sayılarını etkilemektedir.

CDC, koronavirüs için küresel hedeflerini, bireyler arası bulaşı sınırlandırmak, hazırlık kapasitesi kısıtlı lkelerde korona virüs etkilerini azaltmak ve ABD için oluşabilecek riskleri en aza indirmek olarak belirlemiştir. Bu hedefler doğrultusunda yapılması gerekenler sınıflandırılmıştır (CDC, 2020c). Bunlar;

1. Yerel korona virüs vakalarını önleme
2. Tanılama ve tedavi süreçlerinin iyileştirilmesi
3. Yerel halk içerisinde, sağlık kurumlarında, ve uluslararası seyahatlerle virüsün yayılımını engellemek
4. Temel sağlık hizmetlerinde aksaklıkların giderilerek en aza indirilmesi
5. Hasta bireylerin bakımı için hızlı ve doğru triyajın sağlanması
6. lkeler arası iş birliği yapılarak ortak bilimsel çalışmalar ortaya koymak, olarak bildirilmiştir.

DSÖ, ölüm oranını düşürmek, bulaşı azaltmak ve salgını kontrol altına alabilmek için evrensel olarak belirli stratejiler oluşturmuşlardır. El hijyeni, solunum önlemleri, sosyal (fiziksel) mesafe kuaralları'nın önemi toplumdaki tüm sektörlerle hükümet aracılığı ile anlatılmalıdır. Sporadik vakaları kontrol altına almak, belirli bir alanda kümelenmesini engellemek, hızlı bir şekilde karantina işlemlerini uygulayarak toplumda'ki bulaşı önlemek ana strateji olmalıdır. Zorunlu haller dışındaki yurtiçi ve yurtdışı seyahatlerinin kısıtlanması korona virüsün toplumsal yayılımını azaltacaktır. Virüsten etkilenen kişilere uygun sağlık hizmetinin ulaştırılması, temel sağlık hizmetlerinin sürekli olması ve bunun sürekli olması, sağlık çalışanlarının ve hastalığa yakalanma riski yüksek grupların korunması salgındaki bir diğer önemli stratejidir. Geniş bir kullanım alanı olan etkili ve güvenli bir aşının veya ilacın üretimi için akademik çalışmaların yapılması'da bu süreçte önemlidir. Pandeminin etkisi altındaki her ülke kendi kapasitesine göre etkili önlemler almalı böylece virüs yayılımını en alt seviyede tutmaya çalışmalıdır. Salgın yayıldıkça toplumun üzerindeki halk sağlığı ve sosyoekonomik etkileri artarken, riskli gruplar bu süreçten orantısız bir şekilde etkilenmektedir. İçerisinde göçmenler, mülteciler bulunduran gruplar sağlık ve sosyal hizmetlere erişimi kesintili olmasıyla risk altına girerler. Eğitime verilen ara ile birlikte bazı öğrencilere olan istismar riski artmaktadır. Dolayısıyla pandemi sürecinde alınacak önlemler titizlikle planlanmalıdır. Sonuç olarak virüse karşı etkili ve güvenli savunma geliştirilene kadar salgının yayılımını mümkün oldukça en alt seviyede tutmak temel strateji olmalıdır (WHO, 2020). DSÖ tavsiyelerine göre hükümetler eğitim, iletişim gibi hususları koordine etmeli, bireylerin tedavisini ve izolasyonunu sağlamalı, toplum için temel sağlık hizmetlerine devam etmelidir. Özel şirketler kamu hizmetleri, gıda sektörü ve tıbbi malzeme üretiminin sürekliliği sağlamalıdır. Salgının yayılımını engellemek

için toplum içinde koronavirüs şüphesi taşıyan tüm vakalar taranmalı, hasta kişiler toplumdan izole edilmeli, bunlarla yakın temasta bulunanlar karantina altında olmalıdır.

2.2.9. Covid-19 Süreci ve Ülkemizde Alınan Önlemler

Dünya genelinde hızla korona virüs vakalarının artması ile birlikte 10 Ocak 2020’de Sağlık Bakanlığı tarafından enfeksiyon, mikrobiyoloji, göğüs hastalıkları, acil tıp, yoğun bakım, halk sağlığı uzmanı hekimlerden oluşan koronavirüs bilimsel danışma kurulu oluşturulmasına karar verildi. Ülkemiz’de ilk vaka 11 Mart 2020’de bildirilmiştir. Ülkemizde koronavirüs kaynaklı ölen ilk kişi ise 17 Mart 2020’de 89 yaşında bir erkek hastadır. Bu süreçte viral yayılımın azalması amacıyla çeşitli önlemler alınmıştır. Zorunlu olmayan yurtdışı uçuşlarının durdurulması, yüzyüze eğitime ara verilip uzaktan eğitime geçilmesi, sinema, konser mekezleri, kafe, restoran gibi işletmelerin hizmete ara vermesi ve hafta sonu karantina uygulaması gibi önlemler örnek olarak verilebilir. Ülkemiz’de 2020’nin mart, nisan, mayıs ve aralık aylarında bazı haftalar sokağa çıkma yasağı ilan edilmiştir.

Pandemi sürecinde yapılan uygulamalar incelendiğinde; ilk olarak 6 Ocak 2020’de Sağlık Bakanlığı tarafından, korona virüsle ilgili dünyadaki gelişmelerin anlık olarak takip edilebileceği 15 kişiden oluşan bir operasyon merkezi kurulmuştur. 10 Ocak 2020’de Covid-19 Bilimsel Danışma Kurulu kurulmuştur. 14 Ocak 2020’de bilim kurulu üyeleri Covid-19 vaka tanınması, enfeksiyon kontrolü ve karantina yönetimi ve hasta tedavisine dair bilgilerin bulunduğu Covid-19 rehberinin ilk versiyonu paylaşılmıştır. 24 Ocak 2020’de havaalanlarına kurulan termal kameralar aracılığı ile Çin’den gelen yolcular taranmış ve semptom gösterenlere karantina uygulanmıştır. 1 Şubat 2020’de Çin’den Türkiye’ye getirilen vatandaşlarımız, uçakta bulunan sağlık

personeli ve uçak çalışanlarından oluşan 61 kişi karantinaya alınmıştır. 2 Şubat 2020’de Covid-19 rehberi yayınlanmıştır. 7 Şubat 2020’de virüsün kaynağı olan Çin’den konak sayılabilecek her türlü hayvan ithalatı geçici olarak durdurulmuştur. Daha sonra iki bilim kurulu üyesi gelişmeleri daha yakından takip edebilmek için DSÖ genel merkezine gözlemci gönderilmiş ve yerli tanılama kiti uygulanmaya başlanmıştır. 21 Şubat 2020’de sınır kapılarına termal ısı kameraları yerleştirilmiştir. 6 gün sonra kişisel koruyucu ekipmanların vakalarda doğru kullanım rehberi yayınlanmıştır. Covid-19 bilgilendirme broşürleri oluşturulup tüm illere dağıtılmış, Umre’den dönen vatandaşların sağlık kontrollerinden geçirileceği bildirilmiştir. 9 Mart 2020’de yurtdışından gelen yolcular için 14 gün izolasyon uygulaması başlatılmıştır. İlk koronavirüs vakası bildirimi ile Ankara’nın ardından İstanbul ve Erzurum’a koronavirüs testlerinin çalışılabileceği laboratuvarlar oluşturulmuştur. 12 Mart 2020’de devlet görevlileri’nin yurtdışına çıkışları geçici olarak durdurulmuştur. 16 Mart 2020’de acil müdahale gerektirmeyen ameliyatların ve diş hekimliği uygulamalarının geçici süreliğine durdurulması kararı alınmıştır. 19 Mart 2020’de koronavirüsü çalışılan laboratuvar sayısı 18’e yükseltilmiştir. 22 Mart 2020’de risk grubunda olan 65 yaş üzeri bireyler ve kronik hastalığı bulunanlara sokağa çıkma kısıtlaması getirilmiş ve kamuda esnek mesai uygulamasına geçilmiştir. 26 Mart 2020’de hastanelerde merkezi hastane randevu sistemi(mhrs) ile müracaat eden hastalara bakılmasına, randevusuz gelen hastalara triyaj yapılarak, acil müdahale gerektirmeyen hastaların randevu almaya yönlendirilmesi kararlaştırılmıştır. 28 Mart 2020 her il’de il pandemi kurulu kurulmuştur. 2 Nisan 2020’de koronavirüsü çalışılan laboratuvar sayısı 71’e yükseltilmiştir. 22 Nisan 2020’de korona virüs bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar listesine eklenmiştir (İşlek, et al., 2020).

Sağlık Bakanlığı günlük ve haftalık koronavirüs durum raporu yayınlayarak bu süreçte uygulanan test sayısını, laboratuvar onaylı vaka sayısını, ölüm sayısını, hastaneye yapılan yeni yatış sayısını, entübe olan yeni hasta sayısını, hastaneden taburcu olan yeni hasta sayısını bildirmektedir. Bu süreçte epidemiyolojik olarak bölgelere göre coğrafi dağılım yaparak vaka sayısı, insidansı ve demografik dağılımını belirtmiştir. Ayrıca halkın bilinçlenmesi ve farkındalığın kazandırılması amacıyla afişler, broşürler, videolar hazırlanmıştır. Bakanlık tarafından sağlık çalışanlarına yol göstermesi amacıyla belirli aralıklarla güncellenen Covid-19 salgın yönetimi ve çalışma rehberi hazırlanmıştır.

2.3. Covid-19 Psikolojik Etkileri

2.3.1. Covid-19 Korkusu

Korku her bireyin yaşadığı olağan bir duygudur. Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından gerçek veya gerçekleşmesi beklenen bir tehlike ile etkili bir acı karşısında uyanan ve heyecan, beniz sararması, ağız kuruluğu, solunum ve kalp taşikardi gibi belirtileri olan veya daha farklı fizyolojik değişmelerle kendini ifade eden duygu olarak tanımlanmaktadır (T.D.K, 2021). Tehdide karşı en uygun cevap olan korku, tehlike anında vücutta kaç ya da savaş mekanizmasını meydana getirir. Korku, hayatta kalmak için kullanılan önemli bir savunma mekanizmasıdır ve potansiyel risk unsurlarına yanıt verebilmek için elzem olan biyolojik hazırlık süreçlerini içerir (Ornell, Schuch, Sordi, & Kessler, 2020). Ancak korku, kronik veya orantısız hale geldiğinde zararlı bir durum oluşturur ve çeşitli psikiyatrik bozuklukların gelişmesine sebep olur (Garcia, 2017).

Hayatın normal seyri içinde gerçekleşen olaylara ve görülmemiş durumlara karşı korku oluşabilir. Pandemi halindeyken korku, sağlıklı insanlarda kaygı ve stres düzeylerini yükseltir ve daha önceden psikiyatrik bir rahatsızlığa sahip kişilerin semptomlarını yoğunlaştırır (Ornell, Schuch, Sordi, & Kessler, 2020).

Koronavirüse yakalanma korkusu virüsün kendisinden daha hızlı yayılmaktadır. Bireyler hasta olmaktan ve ölmekten, yakınlarını ve beraber yaşadıkları kişileri kaybetmekten, toplum tarafından dışlanmaktan ve ailelerinden ayrı olmaktan korkuyorlar (Ghebreyesus, 2020). ABD’de yapılan bir çalışma Covid-19 korkusunun depresyon ve anksiyete semptomları ile bağlantılı olduğunu, yüksek düzeyde Covid-19 korkusu bildiren kişilerin ruh sağlığı ile ilgili daha fazla belirti verdiğini göstermektedir (Fitzpatrick, Harris, & Drawve, 2020).

Covid-19 pandemisi’nin korku ve kaygıyı artırdığı belirtilirken, korkunun, bireylerin yakınlarının risk altında olması ve sağlık kaygısı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Mertens, Gerritsen, Duijndam, Saleminck, & Engelhard, 2020).

İran’da metakognitif inançların görevlerini araştıran bir çalışmada metakognitif inançların koronavirüs korkusu üzerinde direk artırıcı ya da azaltıcı bir etkiye sahip olmadığı bildirilmiştir (Hashemi, et al., 2020).

Şimşir ve arkadaşlarının (2021) çalışmasına göre, Covid-19 korkusunun, genel toplumdaki, akıl sağlığı ile ilgili sorunlarla ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu araştırmaya göre Covid-19’dan kaynaklanan korkunun anksiyete ile güçlü bir ilişkisi olduğu bulunmuş ve Covid-19 korkusunun insomnia ile olan ilişkisi orta düzeyde tespit edilmiştir.

2.3.2. Covid-19 Kaygısı

Bireyin içerden veya dışarıdan bir uyarana cevap olarak verdiği bedensel, duygusal ve zihinsel yanıtlar kaygı olarak adlandırılmaktadır. Aslan (2020) anksiyeteyi, bir tehlike durumuna ait bilimsel veya vehmedilen korkunun sonucu olarak ortaya çıkan tedirginlik hali olarak ifade etmiştir. Her insanda normal seviyede bir kaygı bulunmalıdır. Çünkü kaygı, istek duyma, motivasyon sağlanması, karar alma ve uygulama gibi durumların gerçekleşmesini sağlar. Kaygının ileri derecede olması ya da hiç olmaması olumsuz bir durumdur.

Bulaşıcı hastalıkların kendisinin ve tedavisinin ortaya çıkardığı psikolojik etkilerinin önemli bir kısmını kaygı, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve sağlık ile ilgili kaygılar oluşturmaktadır. İş kaybı, sosyal izolasyon, yasaklar, günlük yaşam rutinlerini gerçekleştirememek, iş yerlerinin kapatılması ve eğitim kurumlarında uzaktan eğitime geçilmesi, aile üyelerinden ve sosyal çevreden ayrı kalma gibi etkenler de pandeminin oluşturduğu kaygıyı artırıcı etkenlerdir.

Toplumların fiziksel durumunu tehdit eden Covid-19 pandemisi, toplumun ruh sağlığını da tehdit etmektedir. Covid-19 testi pozitif çıkan bireyler kendi durumları, fiziksel rahatsızlıkları, yakınlarından ayrı kalma, izolasyon ve olası stigmatizasyon gibi durumlarla alakalı oluşan kaygıyla başa çıkmaya çalışmaktadır (Ghebreyesus, 2020).

Bireyler, sevdiklerinden ya da aile bireylerinden biri koronavirüse yakalandığı zaman ayrılık ve kaygı durumu ile karşılaşır. Üstelik yakınlardan birinin vefat haberi ile birlikte, son zamanlarında yanında olamamak, kendi dini inanışına ve kültürel geleneklerine göre bir cenaze töreni düzenleyememek kişilerin duydukları kaygının daha derinden yaşamasına neden olmaktadır.

Covid-19 geçirerek hastanede tedavi sonrasında 30 gün süre ile takip edilen bireylerle yapılan bir çalışmada kişilerin %28'inde TSSB, %31'inde depresyon, %42'sinde kaygı ve %40'ında insomnia görülmüştür. Ayrıca çalışmada kadınların daha yüksek oranlarda anksiyete ve depresyon yaşadığı tespit edilmiştir (Mazza, et al., 2020).

Maaravi ve Heller'in yaptığı çalışmada Covid-19 sürecinde kadınların erkeklere göre daha fazla kaygı yaşadığı görülmüştür. Yine aynı çalışmada bireylerin kendilerinden daha çok sevdikleri için kaygılandığını ve sağlık kaygısının maddi kaygılardan daha yüksek olduğunu bildirilmiştir (Maaravi & Heller, 2020).

İrlanda'da yapılan bir araştırma, Covid-19 salgınının başında insanların genelinde yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ile depresyonun sık gözlemlendiğini göstermiştir (Hyland, et al., 2020).

Türkiye'de yapılan bir çalışmada bireylerin anlık kaygı puanı sürekli kaygı puanına göre daha yüksek bulunmuş ve sebebinin Covid-19 pandemisi olduğu açıklanmıştır. Aynı çalışmada literatüdeki bilgilerle uyumlu olarak kadınların sürekli kaygı durumunun daha fazla iken bekarlığın anlık ve sürekli kaygı açısından risk oluşturduğunu bildirmişlerdir (Çölgeçen, 2020).

2.3.3. Covid-19 ve Takıntı

Covid-19 ile ilgili düşünmenin takıntı haline gelmesi durumunu araştıran bir çalışma, psikometrik olarak Covid-19 Takıntı Ölçeği (OCS) puanlamasından 7 ve üzeri alan kişilerin Covid-19 hakkında düşüncelerinin fazla ve problem oluşturduğunu belirtmiştir. Aynı çalışmada en az 3 ile 7 gün arasında koronavirüs ile ilgili düşüncelere sahip olan kişilerin, koronavirüs ile ilgili rüyalar görenlerin, sürekli bir şekilde koronavirüsü düşünenlerin, Covid-19'a yakalandığına dair endişe verici düşüncelere

sahip olanların ve Covid-19'a yakalanmış olabilecek kişileri gördüğüne dair rahatsız edici fikirlere sahip olanların koronavirüs ile ilgili düşüncelerinin fazla olduğu belirtilmiştir (Lee, 2020a).

Covid-19 pandemisinin Hint toplumu üzerindeki psikolojik sonuçlarını anksiyete, takıntı ve korku düzeyleri için geçerli ölçekler kullanılarak değerlendiren bir çalışmada, kadınların erkeklere kıyasla takıntı skorları daha yüksek düzeyde bulunmuş, evli bireylerin bekarlara göre koronavirüs ile ilgili daha takıntı düzeyinin yüksek olduğu, Hipertansiyon, Diyabet Mellitus gibi kronik hastalığı olan kişilerin daha yüksek takıntı skoruna sahip olduğu, şehirlerde yaşayanların koronavirüs ile ilgili daha takıntılı olduğu, ayrıca Covid-19 korkusu ile Covid-19 takıntısı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ifade tespit edilmiştir (Srivastava, et al., 2020).

2.3.4 Uyku ve Covid-19

Uyku, organizmanın çevreyle iletişiminin (farklı şiddette ve farklı uyarılarla geri döndürülebilir şekilde) geçici, kısmi ve aralıklı olarak kesilmesi durumudur (Karakaş, Gönültaş, & Okanlı, 2017). Canlılar için biyolojik bir gereklilik olan uykuyu, Carlson (2013) bir davranış olduğunu ifade etmiştir. Uyku, sağlık ve iyilik durumu için gerekli bir eylemdir (Tsai, 2010). Uyku süresi bireyin yaşına ve ihtiyacına göre farklılık gösterse'de yapılan bir çalışma yaşlı bireylerin 7-8, orta yaşlı bireylerin 7-9, adolesanların 8-10, büyük çocukların (6-13 yaş aralığı) 9-11, küçük çocukların (3-5 yaş aralığı) 10-13, 1-2 yaş arası çocukların 11-14, 4-11 süt çocuklarının 12-15, yeni doğan bebeklerin ise 14-17 saat arası uykuya gereksinimi olduğunu göstermiştir (Hirshkowitz, et al., 2015).

Uyku, beynin farklı bölgelerinin aktif bulunduğu çok boyutlu bir işlemdir. İnsan hayatının yaklaşık üçte birini oluşturan uyku, hızlı göz hareketlerinin bulunduğu (REM) ve hızlı göz hareketlerinin bulunmadığı (NREM) uyku olmak üzere iki özgün evreden oluşur. NREM evresi ise 4 aşamadan meydana gelir. 1. aşama, uyanıklıktan uykuya geçilen bir evredir. Bu evrede vücut ısısı azalır, nabız ve solunum yavaşlar, gözlerde azalan hızda dönme hareketleri görülür. Bu evre ortalama 7 dakika sürer. 2. aşama ise hafif uyku evresi olarak bilinir. Bu aşamada kas tonusu azalır, vücut fonksiyonu çok azdır ve göz hareketleri bulunmaz. Genel olarak uykunun %40-50'si bu aşamada geçirilir. 3. ve 4. aşamalar ise delta, yavaş dalga veya derin uyku olarak da bilinmektedir. Hızlı göz hareketlerinin bulunduğu REM uykusu, uykunun dörtte birine denk gelmektedir. REM uykusu 5-30 dakika aralığında sürer ve ortalama her 90 dakikada bir tekrar oluşur. Uykunun REM evresinde devam eden kas hareketleri vardır ve kalp ritim hızı ile solunum hızı düzensizdir. Bu aşama rüyaların görüldüğü evredir.

Uyku kalitesi, bireyin uyandığı zaman ne kadar zinde hissettiği ve uykusundan aldığı memnuniyet gibi subjektif belirtilerden oluşan bir durumdur (Pilcher, Ginter, & Sadowsky, 1997). Karakaş ve arkadaşları (2017) ise uyku kalitesini insanın uyandıktan sonra kendisini dinç, formda ve sonraki güne hazır hissetmesi olarak tanımlamıştır. Hayat tarzı, çevresel olaylar, maddi durum, fiziksel ve psikolojik sağlık hali, stres, sosyal hayat gibi etmenler uyku kalitesi üzerinde doğrudan rol oynamaktadır.

Koronavirüs hastalarının tamamı yüksek bulaş riskinden kaynaklı izole edilerek tedavi edilmektedir. İzole hasta tedavisi sonrasında çoğu bireyde kaygı ve uyku bozuklukları gözle görülür bir şekilde artmıştır (Liu, et al., 2020).

Salgının etkilediği ülkelerden biri olan İtalya'da 2291 bireyin katılımıyla yapılan bir çalışmada, koronavirüs'e bağlı olarak, kişilerin %57.1'i kötü uyku kalitesine

sahipken, %32.1'i yüksek kaygı puanına, %41.8'i yüksek stres puanına sahip olduğunu ve %7.6'sı travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) belirtileri verdiği tespit edilmiştir (Casagrande, Favieri, Tambelli, & Forte, 2020).

Cellini ve arkadaşlarının (2020) 1310 kişinin katılımıyla yaptığı çalışma karantina döneminde bireylerin daha geç yatıp aynı şekilde geç uyandıklarını ancak yatakta fazla süre geçirmelerine kıyasla daha düşük uyku kalitesi elde edildiğini göstermiştir. Aynı zamanda araştırmada daha yüksek düzeylerde depresyon, anksiyete ve stres yaşayan bireylerin daha fazla uyku problemi olduğu görüldü.

Li ve arkadaşlarının (2020) salgının başladığı Çin'de yaptıkları çalışma, koronavirüs salgınında uykusuzluğun arttığını (bazı hastalarda yeni insomnia başlangıçları), yatış ve toplam uyku zamanı'nın uzadığını ancak uyku kalitesinin büyük ölçüde azaldığını ortaya koymaktadır.

Marelli ve arkadaşlarının (2021) yaptığı bir başka çalışmada da aynı şekilde literatüre uyumlu olarak, çalışmaya katılan bireylerde düşük uyku kalitesi ve azalmış uyku hijyeni gözlemlendi.

Yunanistan halkında Covid-19 salgını süresince görülen insomnia prevalansının yaklaşık olarak %37,6 olduğu düşünülmektedir (Voitsidis, et al., 2020).

Jahrami ve arkadaşlarının (2021) yürüttüğü meta-analiz çalışmasında koronavirüs pandemisinde uyku problemleri görülebilirliğinin yüksek olduğu ve genel nüfus ile sağlık çalışanlarının yaklaşık %40'ının bu durumdan etkilendiği bildirilmiştir.

2.4. Sağlık Çalışanları ve Covid-19

2.4.1 Sağlık Çalışanlarında Covid-19 Prevalansı

Hemşireler, içerisinde bulunduğumuz pandemi sürecinde, sağlık hizmeti verilirken en ön saflarda görev alan sağlık profesyonelleridir (Pala & Metintaş, 2020). Pandemi şartları, hemşireler için birçok zorluğu da yanında getirmiştir. Bir yandan koronavirüs ile enfekte olmuş hastaların ağır sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılamak için haftanın her günü 24 saat yatak başı bakım veren hemşireler, diğer taraftan da Covid-19 bulaşı riskine karşı mücadele vermektedir (Huang, Lin, Tang, Yu, & Zhou, 2020; Maben & Bridges, 2020).

Mesleki Güvenlik ve Sağlık Yönetimi (OSHA), entübasyon, öksürük, solunum egzersizleri, postural drenaj, trakeal aspirasyon, santral katater açılması, nebulizatör kullanımı, kardiyopulmoner resüstasyon ve oksijen tedavisi gibi damlacık yolu ile bulaşa sebep olabilen işlemleri uygulayan hekim, hemşire ve yardımcı elemanların riskli personel olarak sınıflandırmaktadır (Occupational Safety and Health Administration [OSHA], 2020).

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN), verilerine göre dünya da 90 binin üzerinde sağlık çalışanında koronavirüs bulaşı gözlemlenmiştir (Pala & Metintaş, 2020). Covid-19 ile enfekte olmuş 119.219 bireyin incelendiği bir meta-analiz çalışmasında; kişilerin %10'unun sağlık çalışanı olduğu belirlenmiştir (Sahu, et al., 2020). COVID-19 hastarındaki sağlık çalışanı oranlarının; İngiltere'de %14,5, Amerika'da %12,9, İtalya'da %10,6- 20 arasında olduğu tespit edilmiştir (Hunter, et al., 2020; A. Remuzzi & R. Remuzzi, 2020). Türkiye'de ise salgının başlamasından 14 Şubat 2021 tarihine kadar pozitif hastaların %10,9'unun sağlık personeli olduğu; bunlardan 216 kişinin

koronavirüs nedeniyle vefat ettiği bildirilmiştir (British Broadcasting Corporation [BBC], 2020a).

Çin Halk Cumhuriyetinde pandemi sırasında görev alan 2431 sağlık personeli ile yapılan araştırmada (2020); personelin %60'ının hemşire, %30'unun ise hekim olduğu açıklanmıştır (Wang, Zhou, & Liu, 2020).

2.4.2. Yönetim Hizmetleri ve COVID-19 Etkileri

Bulaşıcılığı çok yüksek olan koronavirüs, toplumsal olarak yüksek oranda morbidite ve mortaliteye sebep olmaktadır. Hem hastanelerde hem de sahada koronavirüs vakalarına, başka bir deyişle yüksek riskli pozitif bireylere bakım verme oranının sürekli kitlesel olarak yükselmesi, hasta ve çalışan sağlığı için uygulama ve yönetsel anlamda, çeşitli düzenlemeleri zorunlu kılmıştır. Salgın sürecinde klinik bakımın sürdürülebilir olabilmesi için yönetsel sürecin belirtilen başlıklar çerçevesinde planlanması önerilmektedir (Ateş & Okur, 2020; Wu & McGoogan, 2020; Liu, et al., 2020).

Yöneticiler;

- Kriz Yönetim Ekibi kurulmalı ve Pandemi Eylem Planı yapılmalıdır. Yönetimde bulunan bireylerin görev ve sorumluluklarını tanımlamalıdır. Koronavirüs bulaşına yönelik yedek üyeler oluşturulmalıdır.
- Kriz yönetim ekibi çalışanların koronavirüs ile ilgili eğitim aşamalarını planlamalı, gerekli denetim mekanizması oluşturularak eğitimin uygulamaya yansımaları sağlanmalıdır.

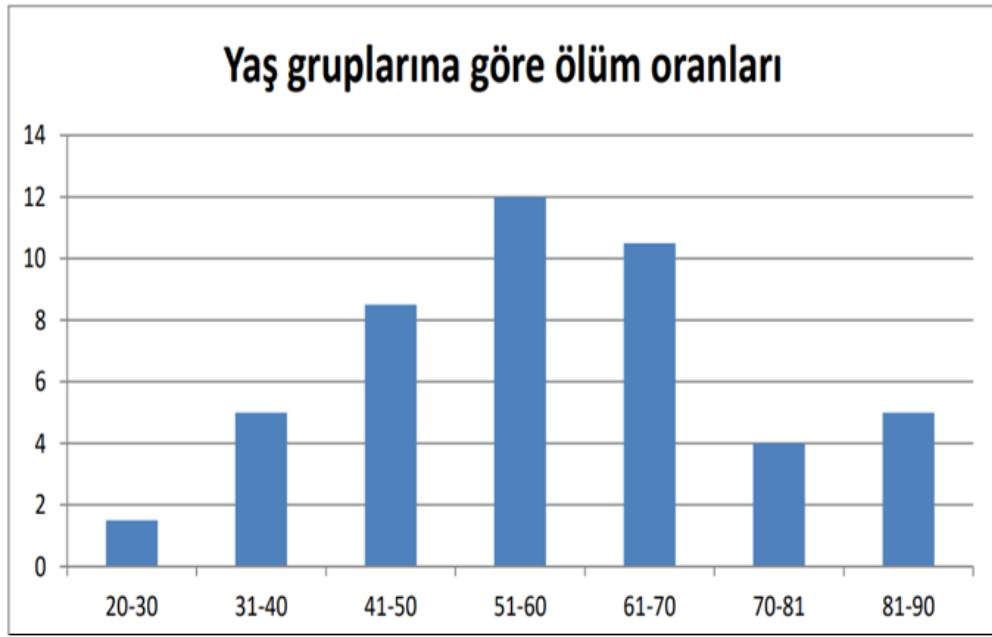
- Kriz yönetim ekibi, ilgili kurumlarca duyurulan Covid-19 ile ilgili güncel literatürleri takip etmeli, meydana gelen değişiklikleri özenli bir şekilde uygulamaya geçirilmesi sağlanmalıdır.
- Pozitif tanılanan hastaların hastaneye yatışından, taburculuğu gerçekleşene kadar geçen sürede hastanın gereksinimlerine uygun koşulları sağlamalı, hasta merkezli yaklaşım sergilemelidir.
- Hastane ortamına uygun bakım ve izlem belgeleri (gözlem belgesi, yatış prosedürü, izolasyon takip çizelgesi vb.) hazırlamalı, gerçekleştirilen tüm işlemlerin kayıt edilmesi sağlamalıdır.
- İlgili kurum ve bireylerce belirlenmiş pandemi servis ve yoğun bakım ünitelerini tespit etmeli, bu servislerin ilgili kişilerce denetlenmesini sağlamalıdır.
- Birimlerde oluşabilecek olası bulaş durumlarında mevcut personel ile uygun çalışma prosedürünü oluşturmaktadır.
- Bakım hizmetlerinin sürdürülebilir olabilmesi için gerekli ve yeterli kişisel koruyucu ekipman sağlamalıdır.
- Hemşireler için güvenli, temiz ortamlar oluşturulmalıdır.

Bulaş olasılığına yönelik evine gitmeyen/gidemeyen hemşireleri tespit edip, kurumun bir barınma alanı sunmasını sağlamalıdır (Ateş & Okur, 2020; Liu, et al. 2020; Wu & McGoogan, 2020).

2.4.3. Sağlık Çalışanları ve Pandemi Sürecindeki Sorunları

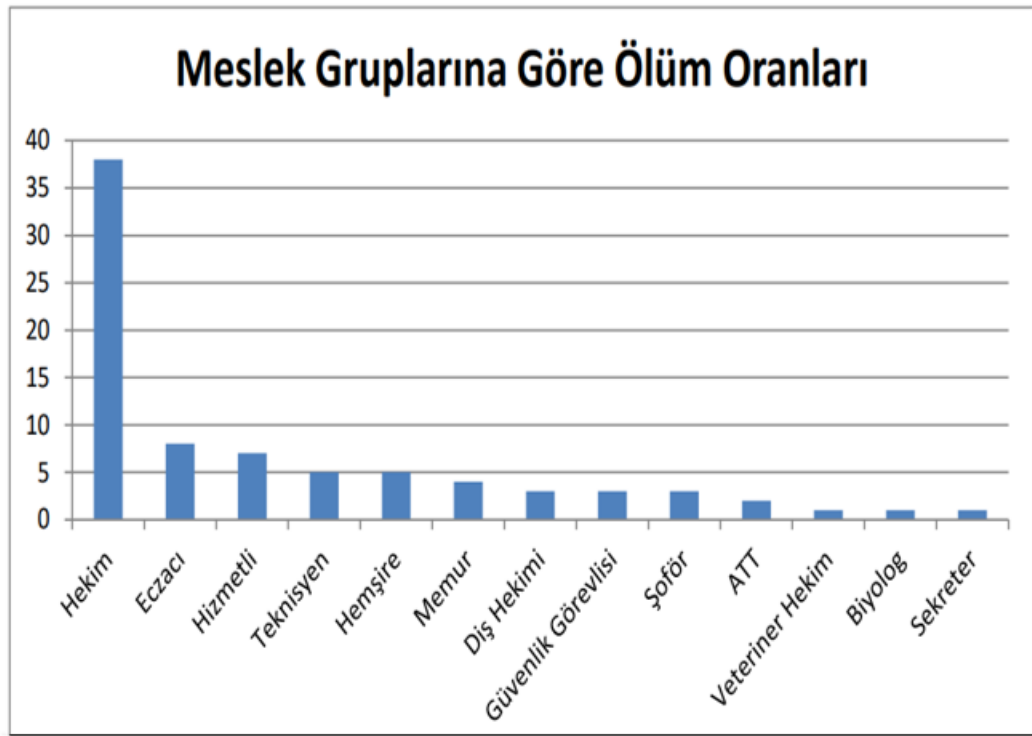
Koronavirüs pandemisi sürecinde başta hemşireler ve diğer sağlık personeli büyük sorunlarla karşı karşıya gelmiştir. Hemşireler ailelerini hatta kendi yaşamını göze alarak büyük bir onurla koronavirüse karşı mücadele vermişlerdir. 1 Temmuz 2020' de

açıklanan verilere göre; 64 ülkeden 1800 sağlık çalışanı vefat etmiş olup bu kişilerin yaşları 20 ile 99 arasında olduğu tespit edilmiştir (Medscape, 2020). ABD’de elde edilen bulgulara göre 1000’den fazla sağlık personeli (260’dan fazla hemşire) Covid-19 nedeniyle hayatını kaybetmiş ve 90.000 sağlık çalışanın da koronavirüs tespit edilmiştir (Anadolu Ajansı, 2020b). Asya-Pasifik bölgesinde 171 sağlık çalışanı hayatını kaybederken, İngiltere ve Galler’de en az 540, Rusya’da 545 sağlık çalışanı koronavirüs nedeniyle hayata gözlerini yumdu (Anadolu Ajansı, 2020;Daily Mail, 2020a). Sağlık Bakanı Fahrettin Koca tarafından 2020 Nisan ayında yapılan bir açıklamada, 7 bin 428 sağlık çalışanının virüs ile enfekte olduğunu ve bu sayının genel koronavirüs Tablo sunun yaklaşık %6.5’ini oluşturduğunu açıklamış ve enfekte olan sağlık personeli sayısı Eylül 2020’de 29.865 olarak ifade edilmiştir. Türkiye’de 12 Eylül 2020 verilere göre koronavirüs nedeniyle yaşamını yitiren sağlık personeli sayısı 85’e ulaşmıştır. Ülkemizde Covid-19 nedeniyle vefat eden ilk sağlık çalışanı 24 Mart 2020’de hayata gözlerini yuman 33 yaşındaki Dilek Tahtalı’dır (BBC, 2020b). Ülkemizde koronavirüs kaynaklı hayatını kaybeden sağlık çalışanlarının yaş dağılımını gösteren grafik Şekil 2’de ve bu grafikte belirtilen sağlık çalışanlarının meslek grupları ise Şekil 3’ te gösterilmiştir (Saatçı, 2020).



Şekil 2. COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre dağılımı (Sağlık Bakanlığı, 2020)

Şekil 2 incelendiğinde sağlık çalışanlarında ölüm oranının en yüksek olduğu yaş aralığı 51-60 olduğu görülmüştür. Koronavirüs kaynaklı ölüm oranı 20-30 yaş arasında en az düzeydedir. 20 ve 60 yaş aralığında ise yaş ile ölüm oranı arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.



Şekil 3. COVID-19 sonucunda hayatını kaybeden sağlık çalışanlarının mesleki dağılımları (Sağlık Bakanlığı, 2020)

Şekil 3'e bakıldığında sağlık çalışanlarında en yüksek ölüm oranı hekimlere aittir. Hekimlerin Covid-19 kaynaklı ölüm oranı Hemşirelere göre yaklaşık sekiz kat daha fazla olduğu görülmektedir. Hemşireler bu meslek grupları içinde beşinci sırada bulunmaktadır. Pandemi süreci içerisinde aktif bulunan sağlık çalışanlarını kapsayan bir çalışmaya göre kişilerin yaşadığı sorunlar aşağıda sıralanmıştır (Kavas & Develi, 2020).

- Hemşirelerin kullandıkları siperlik, gözlük, maske gibi kişisel koruyucu ekipmanların vücutta yol açacağı yaralar
- Hasta kişilerden alınan virüsle kendilerinin enfekte olması ve bu virüsü taşıma yoluyla diğer aile bireylerine bulaştırma endişesi
- Hasta ve yakınları tarafından şiddete uğrama

- Koronavirüs nedeniyle çocuklarından uzak durmak hatta ev ortamında bile maske kullanmak
- Yine virüs bulaştırma endişesi ile desteğe ihtiyaç duyan ebeveyn ya da diğer aile bireyleriyle ilgilenmemek
- Kazanılan maddi gelirin, maruz kalınan riskin karşılığı olmadığı şeklinde belirtilmiştir.

Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarında ağır iş yükü ile birlikte iş stresinin getirdiği bazı problemler vardır. Dünya Sağlık Örgütü, Covid-19 ile mücadelede yer alan sağlık personelinin virüs ile maruziyeti, psikolojik problemler, uzun çalışma saatleri, mesleki tükenmişlik, halsizlik, fiziksel ve psikolojik şiddet benzeri birçok problem ile karşı karşıya kaldığına belirtilmektedir (WHO,2021). Koronavirüs hastalarına bakım veren hemşirelerin katılımı ile yapılan çalışmaya göre fazla iş yükü ve kişisel koruyucu ekipman giyme zorunluluğu sebebiyle tükenmişlik ve bitkinlik, virüs ile enfekte olup ailesine getirme korkusu, kişisel koruyucu ekipman eksikliği ve bakıma ihtiyacı olan aile üyelerinin bakım ihtiyaçlarının karşılayamayacağı nedeniyle kaygı duyma, hastalara fayda sağlama konusunda kendini yetersiz hissetme gibi duyguları olduğunu ifade etmişlerdir (Fernandez, et al., 2020; Liu, et al., 2020; Sun, et al., 2020).

Yoğun bakımda görev yapan hemşireler üzerine yapılan bir çalışmaya göre kişisel koruyucu ekipman içerisinde bireysel fizyolojik gereksinimlerini karşılamanın güçlüğü, patojenle maruziyet, ölüm ve ailesine virüs bulaştırma endişesi, savunmasızlık hissi yaşadıkları belirtilmiştir (Karasu, 2020).

İtalya'da salgının başlangıcında sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmaya göre sağlık personelinin %50'sinde travma sonrası stres

bozukluğu bulguları, %25'inde depresyon bulguları ve %20'sinde anksiyete bulguları görüldüğü bildirilmiştir (Rossi, et al., 2020).

Japonya'da pandemi hastanesinde gerçekleştirilen bir çalışmaya göre hemşirelerin en az %40'ının, tükenmişlik belirtilerini gösterdiği tespit edilmiştir (Matsuo, et al., 2020). Sağlık çalışanlarında yineleyen stresli olayların bireylerde, koroner hastalıklar, migren, kaslarda rahatsızlık, uyku problemleri, bitkinlik gibi fiziksel sağlık sorunlarına; anksiyete, depresyon, madde tüketimi gibi ruhsal sorunlara; iş doyumsuzluğu, işle ilgili kendinde güven eksikliği, iş veriminde azalma, eksik çalışma, tükenmişlik, işi bırakma, aile problemleri, iletişim sorunları gibi mesleki ve kişisel problemlere sebep olduğu belirtilmiştir (Görgülü, 1990).

Hekim ve hemşireler üzerinde yapılan mesleki memnuniyet çalışmasında iş stresinin yükselmesi; iş memnuniyetinin, verimliliğin ve kuruma olan bağlılığın azalmasına sebep olduğu bildirilmiştir. Ayrıca iş stresinin artmasıyla birlikte hemşirelerde hastalık ve işe devamsızlığın artması önemli bir etken olduğu bildirilmiştir (Seago & Faucett, 1997). Hemşirelerin içerisinde bulunduğu bu olumsuz durumları indirmek için herhangi bir destekleyici faktör bulunmazsa, hemşireler önemli boyutta stres, kaygı ve fiziksel zarargörmelerinin muhtemel olduğu, bunların da tükenmişliğe ayrıca işgücü kaybına neden olacağı unutulmamalıdır (Fernandez, et al., 2020). Koronavirüsün hemşireler üzerinde bazı ruhsal, fiziksel, sosyal ve ruhsal etkileri görülmektedir.

2.4.3.1 Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarında görülen psikolojik etkiler

Pandemi sürecinde artan iş gücü gereksinimiyle birlikte sağlık çalışanlarında; beslenme düzeninin değişmesi, hastalık hakkındaki bilgi eksiklikleri, sosyal izolasyon

ve enfekte olma ihtimali, özellikle iş stresinin yükselmesi ile aileden ve arkadaşlardan uzak durma, sağlık çalışanları üzerinde olumsuz etki yapmakta ve psikolojik toleransı azaltmaktadır (Yıldırım & Çetin, 2020). Strese bağlı şekilde sağlık çalışanlarında gerginlik, umutsuzluk, huzursuzluk, uyku bozuklukları, depresif rahatsızlıklar ve davranışsal bozukluklar görülebilmektedir. Böyle durumlar sağlık çalışanlarında geriye dönülmez psikolojik sorunlara sebep olabilir. Sağlık çalışanlarında meydana gelebilecek diğer önemli bir problem tükenmişliktir. Sağlık çalışanlarında duygusal kaynaklar bittikçe, psikolojik düzeyde artık görevlerini yerine getirme konusunda motive olamazlar. Literatür çalışmalarına göre tükenmişlik cinsiyet, yaş, mesleki şartlar, deneyim ve ebeveyn olma gibi faktörlere göre değişebilir (Tosun, 2020).

Çin'in 31 şehrinde 348 sağlık merkezinden toplam 4679 doktor ve hemşire katılım ile yapılan çalışmaya göre hemşire olan, yüksek riskli birimlerde çalışan, koronavirüs veya diğer bulaşıcı rahatsızlıklara yönelik tedavi deneyimleri olan kişilerin akıl sağlığı problemlerinden en az birine sahip olma ihtimalinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Liu, et al., 2020). Ayrıca koronavirüs salgını sürecinde çalışan hemşireleri içeren bir çalışmada Psikolojik Belirti Tarama Testi (SCL-90-R) skorlamasına göre, bireylerin obsesif- kompulsif belirtiler yönünden sorun yaşadığı tespit edilmiştir (Uzun, Tekin, Sertel, & Tuncar, 2020). Obsesif kompulsif bozukluklar hemşirelerin çabuk ve doğru karar verme sürecinde sorun yaşamalarına sebep olup çalıştığı birimlerde birçok hayati sorunla karşılaşabileceği unutulmamalıdır. Sağlık çalışanları Covid-19'dan birebir en çok etkilenen meslek gurubudur. Koronavirüs bulaşma korkusu da sağlık çalışanlarının ruh sağlığını etkileyen faktörlerdendir. Karantina uygulaması yapılan sağlık çalışanları diğer bireylere göre daha yüksek oranda travma sonrası stres bozukluğu belirtileri saptanmıştır (Reynolds,et al.,2008). Karantina uygulanan sağlık

alışanlarının, birimlerinde kalan diğerk iş arkadaşlarına artan iş yükünden kendilerini suçlu görmeleri düşünesiyle endişe düzeylerinde yükselme olabileceği tespit edilmiştir (Brooks, et al., 2020). Yüksek riskli grupta bulunan hemşirelerin intihar etme oranı ulusal ortalamadan %23 daha yüksektir (Windsor-Shellard & Gunnell, 2019). Bu oran koronavirüs'ün hemşireler üzerinde bıraktığı olumsuz psikolojik sonuçlardan dolayı daha fazla artacaktır. Bu sebeplerden dolayı sağlık çalışanlarının psikolojik sağlığı desteklenmelidir.

2.4.3.2. Pandemi Sürecinin Sağlık alışanları Üzerindeki Fiziksel Etkileri

Pandemi sürecinde hemşirelerin aralıksız saatler süresince yoğun bakımda kişisel koruyucu ekipman içerisinde bakım vermesi, 24 saat tutulan uzun nöbetler, sağlık çalışanlarının immün dirençlerinin azalmasına sebep olmuştur. Saatlerce kişisel koruyucu ekipman içerisinde bulunulması, maske, gözlük, bone gibi malzemelerin kullanımı da sağlık alışanlarında cilt rahatsızlıkları oluşmasına neden olmaktadır (Tosun, 2020). Ayrıca hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan fiziksel ve psikolojik şiddet bireylerin hayatını olumsuz yönde etkilemektedir.

2.4.3.3. Pandemi Sürecinde Sağlık alışanlarının Ruh Sağlığının Korunması

Pandemi sürecinde sağlık personelinin yaşadığı psikolojik ve ruhsal sorunlar hemen belirlenmeli ve ruh sağlığını koruyucu önlemlerin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır (Santarone, McKenney, & Elkbuli, 2020). Sağlık alışanlarının psikolojik olarak kendilerini iyi hissetmesi görevlerini daha iyi bir şekilde yapmalarına fırsat sağlayacaktır.

Hemşirelerin ruh sağlığının devamlılığı için iki önemli yol üzerinde durulabilir. İlk olarak sağlık çalışanlarına yeterli sayıda kişisel koruyucu ekipman ve temel ihtiyaçların (besin, su, dinlenme vb.) sağlanmasıdır (Books , Coody, Kauffman, & Abraham, 2017). Diğeri ise yeterli sayıda hemşirenin katılımı ile az sayıdaki hemşire üzerinde bulunan iş yükünün hafifletilmesidir (Melnyk, et al., 2018). Bu iki yöntem yardımı ile hemşirelerin fiziksel direnci artırılarak, aynı zamanda kendilerini güvende olduklarını ve psikolojik olarak iyi hissetmeleri sağlanır. Ayrıca, stres engelleyici yaklaşımların uygulanması, rahatlama tekniklerinin öğretilmesi, davranış değişikliği eğitimlerinin gerçekleştirilmesi ve güçlü yanlarına vurgu yaparak ruhsal açıdan dayanıklılığın artmasına yardımcı olabilecek psikolojik destek programlarının sunulması tavsiye edilmektedir (Mukhtar , 2020). Hemşirelerin ruh sağlığını koruyucu bu yöntemler kısa sürede faaliyete konulup uzun vadede oluşabilecek ruhsal sorunlar önlenip, hemşirelerin daha özverili bir şekilde çalışması sağlanmalıdır.

Hemşireler meydana gelebilecek ruhsal travmaları önlemek için kişisel ve mesleki öz-bakım becerileri oluşturularak baş etme kapasitelerini artırmalı böylece kendilerini ruhsal travmadan korumalıdır (Figley, 2002). Kişisel öz bakım; yeterli uyku, dengeli beslenme, egzersiz ve hijyen faktörlerini barındırır. Mesleki öz bakım ise kişinin iş yaşamında dengeyi koruma, sağlıklı ilişkiler kurma ve bunun devamlı olması konusunda çaba sarf etmesidir. Bireysel faktörlerle birlikte ekip olarakta psikolojik destek sağlaması sağlık çalışanlarının psikolojik sağlığının sürdürülebilir olması için önemli bir faktördür. Bunun yanında yönetici sağlık çalışanları pandemi ile mücadele eden personele yönelik olarak psikolojik sağlığı koruyucu yöntemler geliştirmelidir. CDC'nin ise iş stresini ve psikolojik problemleri önleme konusundaki tavsiyeleri sıralanmıştır (CDC; 2021).

- Düzenli beslenme ve yeterli uyku
- Gün içerisinde yaşam aktivitelerine ve hobilere yeterli vaktin ayrılması
- İş arkadaşlarıyla yeterli iletişim sağlamak
- Haberleri izlemeye, dinlemeye, okumaya ara verilmesi
- Meditasyon ve rahatlama yöntemlerinin uygulanması
- Gerekli durumlarda psikolojik destek alınması

Sağlık çalışanlarında ruh sağlığını korumayı hedefleyen destek programlarının oluşturulması ve hayata geçirilmesi, riskli bireylerin belirlenip ruh sağlığı profesyonelleri tarafından yardım sağlanması, belirli aralıklarla sosyal aktivitelere katılımın sağlanması, sağlık çalışanlarının çalışma saatlerinin ve çalışma ortamının düzenlenmesi, bireyler arası iletişimi arttırmayı hedefleyen çalışmalarla ruh sağlığının korunması sağlanır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Covid-19 pandemi sürecinin hastanelerde görev yapan sağlık çalışanlarındaki bıraktıkları psikolojik etkiyi araştırmak amacıyla bu çalışma dizayn edilmiştir. Aktif pandemi kliniklerinde çalışanlar ile pandemi dışı birimlerde çalışan sağlık personellerinin endişe düzeyleri ve psikolojik etkilenmeleri karşılaştırılmak istenmiştir. Araştırma prospektif anket çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Sivas Numune Hastanesi'nde Covid-19 pandemisinde servis, yoğun bakım ve klinik çalışanları ile pandemi dışı servis, yoğun bakım ve kliniklerde çalışan gönüllüler arasında yapılmıştır. Ocak 2021 de başlayıp 4 ay süreyle gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sivas Numune Hastanesi pandemi ve pandemi dışı servis, yoğun bakım ve kliniklerde görev yapan hekim, hemşire, psikolog, yardımcı sağlık personeli ve temizlik personeli oluşturmaktadır. Örneklemi ise 55 kişi pandemi çalışanı ve diğer 55 kişi pandemi dışı birimlerden olmak üzere 110 sağlık çalışanı oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmaya Katılma Kriterleri

Araştırmada gönüllük esas alınmıştır. Araştırmada pandemi çalışanlarının en az 6 ay pandemide görev almış olanları, pandemi dışı çalışan personelin ise pandemide hiç görev almamış olanları tercih edilmiştir. Gönüllü olan tüm sağlık çalışanları dahil edilerek, gönüllü olmayanlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Formları

3.5.1.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Sosyodemografik veri formu, demografik özellikleri belirlemeye yönelik 13 sorudan oluşan bir anket formudur. Anketi oluşturan bu sorular sırası ile çalışanların; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, aile tipi, en son bitirdiği okul, meslekte görev süresi, en uzun görev yaptığı birim, şuan çalıştığı birim, şuan çalıştığı birimdeki görevi, kronik rahatsızlığı, Covid-19 teması ve hastalığı geçirme durumu, Covid-19 geçirdiyse tedavinin nasıl gerçekleştiği ifadelerinden oluşmuştur.

3.5.1.2. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği (CAS)

Ölçek, pandemi sürecinde, Covid-19'un bireylerde ortaya çıkardığı anksiyete semptomlarını tespit etmek amacı ile Lee (2020b) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek içerisinde beşli Likert tipinde 5 soru mevcuttur. Sorular son iki haftalık süreç göz önünde bulundurarak 0 (hiç değil) ile 4 (neredeyse her gün) arasında değerlendirilmektedir. Ölçekten gelen toplam skorun 9'a eşit ya da 9'dan fazla olması Covid-19 hakkında işlevsiz kaygıyı işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve

güvenirlilik çalışması Evren ve arkadaşları (2020) tarafından yapılmıştır. Türkçe uyarlama çalışmasında iç tutarlılık kat sayısı 0,80 olarak tespit edilmiştir.

3.5.1.3. Hasta Sağlığı Anketi-9

Hasta Sağlık Anketi, birinci basamak mekezlere başvuran hastaların ruhsal sorunlarını belirlemek amacı ile geliştirilmiş bireyin kendisine tanı koyabildiği ilk ölçek olup, Spitzer ve arkadaşları (1999) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe uyarlaması ve geçerlilik çalışması Çorapçıoğlu ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır. Hasta Sağlık Anketi-9 ise; bu anketin depresyon taraması için geliştirilen alt ölçeğidir. Bu ölçek depresyon taraması amacı dışında, depresyonun şiddetini ve süreç içinde gerçekleştirilen tedaviye alınan klinik cevabı takip etmek amacı için de kullanılabilir. Yapılan çalışmalarda Hasta Sağlık Anketi-9'un hassasiyeti %71,4, özgüllüğü %91,9, pozitif prediktif değeri %55,2 ve negatif prediktif değeri %93,7 olarak tespit edilmiştir. Hasta Sağlık Anketi-9 depresif bozukluk tanısı ile ilgili toplam dokuz sorudan oluşmaktadır. Yanıtlar “Hiç”, “Bir kaç gün”, “Bir haftadan daha fazla” ve “Hemen hemen her gün” olmak üzere 4 düzeyli ordinal ölçekte sıralanmıştır. İlk iki sorudan en az birinin ve tüm sorulardan en az 5'inin yanıtının “Pozitif” olması (yanıtın “Pozitif” olması “Bir haftadan daha fazla” ya da “Hemen hemen her gün” seçeneğinin işaretlenmesi olarak kabul edilmiştir) durumunda majör depresif bozukluk tanısı kabul edilir. İlk iki sorudan en az birinin ve tüm sorulardan 2-4'ünün yanıtının “Pozitif” olması durumunda minör depresif bozukluk tanısı kabul edilir (Corapcioglu & Ozer, 2004).

3.5.1.4. Uykusuzluk Şiddet İndeksi

Uykusuzluk belirtilerinin derecesini belirleyebilmek amacıyla geliştirilen bu indeks normal genel halk taramalarında ve uykusuzluğun klinik değerlendirilmesinde uygulanabilmektedir. Ölçek içerisinde beşli Likert tipinde 7 soru mevcuttur. Her madde 0 ve 4 puan arasında skorlanmakta ve toplam puan 0-28 puan arasında değişmektedir. İndeksin 0-7 arası puanı klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk, 8-14 uykusuzluk alt eşikini, 15-21 klinik uykusuzluk (orta şiddette), 22-28 klinik uykusuzluk (şiddetli) göstermektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Boysan ve arkadaşları tarafından 2010'da yapılmıştır. Ölçek hem öz bildirim aracıdır hem de bakım veren (eş/ebeveyn) veya klinisyen tarafından değerlendirmede kullanabilecek bir araçtır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,79 olarak bulunmuştur.

3.5.2. Veri Toplama Yöntemi

Veriler, pandemi yoğun bakım ve pandemi klinik servislerinde görevli sağlık çalışanları ile pandemi dışı kliniklerde görevli sağlık çalışanlarına araştırma ile ilgili bilgilendirme yapıldıktan sonra araştırmacılar tarafından toplanmaya başlamıştır. Araştırmaya katılma ölçütlerine uyan sağlık çalışanları, “Sosyodemografik Veri Formu”, “Koronavirüs Anksiyete Ölçeği”, “Uykusuzluk Şiddeti İndeksi” ve “Hasta Sağlık Anketi-9” anketlerini bizzat kendileri doldurmuşlardır. Sağlık çalışanlarının formları doldurma süreleri, 30 dakika olarak belirlenmiştir.

3.5.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma gruplarının genel özellikleri üzerine bilgi vermek amacı taşıyan tanımlayıcı analizler uygulanmıştır. Sürekli değişkenlere ilişkin veriler

ortalama±standart sapma biçiminde; kategorik değişkenlere ait veriler ise n (%) şeklinde gösterilmektedir. Nicel değişkenlerin gruplar arasındaki ortalamalarını mukayese edilirken İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik testi ya da Tek Yönlü Varyans Analizinden yararlanılmaktadır. Nitel değişkenler arasındaki ilişkinin varlığını değerlendirmek amacıyla çapraz Tablo lardan ve Pearson ki-kare testlerinden faydalanılmaktadır. Nicel değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Pearson korelasyon katsayısı uygulandı. $P < 0.05$ 'den küçük olduğunda istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde hazır yazılım kullanılmıştır. (IBM SPSS Statistics 22, SPSS inc., an IBM Co., Somers, NY)

3.5.4. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik olarak uygunluğunun değerlendirilmesi için Gaziosmanpaşa Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulup, 18.03.2021 tarihli 21-KAEK-085 kayıt numaralı etik komisyon onayı alınmıştır. Araştırmanın uygulanacağı Sivas Numune Hastanesi'nden uygulama izinleri alınmıştır. Örneklemeye dahil olan bireylere çalışmanın amacı ve araştırma sürecine ilişkin bilgi verilip bireyler araştırmaya katılmayı onayladıktan sonra "Aydınlatılmış Onam" ilkesine uyularak, sözlü onam alınmış ve veriler toplanmaya başlanmıştır.

4. BULGULAR

Covid-19 pandemi dönemi sürecinde 110 gönüllü katılımcı ile prospektif anket çalışması gerçekleştirildi. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği, Hasta Sağlık Anketi ve Uykusuzluk Şiddet Ölçeği kullanıldı. Pandemi içi servislerde 55 ve pandemi dışı servislerde 55 sağlık çalışanı üzerinde yapılan bu çalışmada 93 kadın ve 17 erkek yer aldı. Katılımcıların %49,1'i evli, %50,9'u bekardı. %40 katılımcı çocuk sahibi iken %60 katılımcı çocuk sahibi değildi. Katılımcıların %6,4'ü lise, %67,3 üniversite, %11,8 yüksek lisans ve %14,5'i diğer okullardan mezundu. Meslek deneyimine bakıldığında 0-4 yıl arasında çalışma süresi olanlar %48,2, 5-9 yıl arasında çalışma süresi olanlar %21,8, 10 yıl ve üzerinde çalışma süresi olanlar %30'du. Şuan çalıştıkları birimlere bakıldığında; acil %1,8, yoğun bakım %10,9, servis %38,2, pandemi servisi %49,1'di. CAS ölçeğine bakıldığında 0-8 arası puan alanlar %93,6 ve 9 ve üzeri olanlar %6,4'tü. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi değerlendirildiğinde 0-7 puan arası alanların oranı %52,7, 8-14 puan arası alanların oranı %32,7, 15-21 puan arası alanların oranı %9,1, 22-28 puan arası alanların oranı %5,5'ti. Hasta Sağlık Anketi sonuçlarına bakıldığında ise; 0-4 puan arası alanların oranı %30,9, 5-9puan arası alanların oranı %31,8, 10-14 puan arası alanların oranı %18,2, 15-19 puan arası alanların oranı %7,3, 20-27 puan arası alanların oranı %11,8'di (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Demografik Verilerin ve Ölçeklerin Frekans Dağılımı

Değişkenler		n	%
Grup	Covid 19(-)	55	50,0
	Covid 19(+)	55	50,0
Cinsiyet	Kadın	93	84,5
	Erkek	17	15,5
Medeni durum	Evli	54	49,1
	Bekar	56	50,9
Çocuk sayısı	Yok	66	60,0
	Var	44	40,0
Aile tipi	Çekirdek	108	98,2
	Geniş	2	1,8
Mezuniyet	Lise	7	6,4
	Üniversite	74	67,3
	Yüksek lisans	13	11,8
	Diğer	16	14,5
Meslek deneyimi (yıl)	0-4 yıl	53	48,2
	5-9 yıl	24	21,8
	10 yıl ve üzeri	33	30,0
En uzun çalıştığı birim	Acil	18	16,4
	Yoğun bakım	34	30,9
	Servis	58	52,7
Şu anki birim	Acil	2	1,8
	Yoğun bakım	12	10,9
	Servis	42	38,2
	Pandemi servisi	54	49,1
Görev	Servis Hemşiresi	87	79,1
	Bölüm sorumlusu	7	6,4
	Süpervizör	2	1,8
	Diğer	14	12,7
Temas	Var	53	48,2
	Yok	57	51,8
Tedavi	Ayaktan	41	89,1
	Serviste yatarak	5	10,9
	Yoğun bakımda	0	0
CAS ölçek	0-8	103	93,6
	9 ve üzeri	7	6,4
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi	0-7	58	52,7
	8-14	36	32,7
	15-21	10	9,1
	22-28	6	5,5
Hasta Sağlık Anketi	0-4	34	30,9
	5-9	35	31,8
	10-14	20	18,2
	15-19	8	7,3
	20-27	13	11,8

Tablo 4.2. Nitel Değişkenlerin Covid-19 Gruplarına Göre Dağılımı

Değişkenler		Total	Grup		χ^2	p
			Covid 19(-)	Covid 19(+)		
		n(%)	n(%)	n(%)		
Cinsiyet	Kadın	93(84,5)	51(92,7)	42(76,4)	5,636	0,018
	Erkek	17(15,5)	4(7,3)	13(23,6)		
Medeni durum	Evli	54(49,1)	35(63,6)	19(34,5)	9,312	0,002
	Bekar	56(50,9)	20(36,4)	36(65,5)		
Çocuk sayısı	Yok	66(60)	24(43,6)	42(76,4)	12,273	<0,001
	Var	44(40)	31(56,4)	13(23,6)		
Aile tipi	Çekirdek	108(98,2)	53(96,4)	55(100)	2,037	0,154
	Geniş	2(1,8)	2(3,6)	0(0)		
Mezuniyet	Lise	7(6,4)	3(5,5)	4(7,3)	19,679	<0,001
	Üniversite	74(67,3)	29(52,7)	45(81,8)		
	Yüksek lisans	13(11,8)	7(12,7)	6(10,9)		
	Diğer	16(14,5)	16(29,1)	0(0)		
Meslek deneyimi (yıl)	0-4 yıl	53(48,2)	18(32,7)	35(63,6)	14,210	0,001
	5-9 yıl	24(21,8)	12(21,8)	12(21,8)		
	10 yıl ve üzeri	33(30)	25(45,5)	8(14,5)		
En uzun çalıştığı birim	Acil	18(16,4)	3(5,5)	15(27,3)	9,842	0,007
	Yoğun bakım	34(30,9)	18(32,7)	16(29,1)		
	Servis	58(52,7)	34(61,8)	24(43,6)		
Şu anki birim	Acil	2(1,8)	2(3,6)	0(0)	106,095	<0,001
	Yoğun bakım	12(10,9)	12(21,8)	0(0)		
	Servis	42(38,2)	41(74,5)	1(1,8)		
	Pandemi servisi	54(49,1)	0(0)	54(98,2)		
Görev	Servis Hemşiresi	87(79,1)	35(63,6)	52(94,5)	19,465	<0,001
	Bölüm sorumlusu	7(6,4)	4(7,3)	3(5,5)		
	Süpervizör	2(1,8)	2(3,6)	0(0)		
	Diğer	14(12,7)	14(25,5)	0(0)		
Temas	Var	53(48,2)	30(54,5)	23(41,8)	1,784	0,182
	Yok	57(51,8)	25(45,5)	32(58,2)		
Tedavi	Ayaktan	41(89,1)	22(88)	19(90,5)	0,072	0,788
	Serviste yatarak	5(10,9)	3(12)	2(9,5)		
CAS ölçeği	0-8	103(93,6)	53(96,4)	50(90,9)	1,373	0,241
	9 ve üzeri	7(6,4)	2(3,6)	5(9,1)		
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi	0-7	58(52,7)	40(72,7)	18(32,7)	22,523	<0,001
	8-14	36(32,7)	14(25,5)	22(40)		
	15-21	10(9,1)	1(1,8)	9(16,4)		
	22-28	6(5,5)	0(0)	6(10,9)		
Hasta Sağlık Anketi	0-4	34(30,9)	22(40)	12(21,8)	15,849	0,003
	5-9	35(31,8)	21(38,2)	14(25,5)		
	10-14	20(18,2)	9(16,4)	11(20)		
	15-19	8(7,3)	2(3,6)	6(10,9)		
	20-27	13(11,8)	1(1,8)	12(21,8)		

Pearson Ki-Kare Testi kullanıldı.

Tablo 4.2’de nitel değişkenlerin gruplara göre dağılımları incelendiğinde, hem Covid-19 (+) hem de Covid-19 (-) birimlerde çalışanların çoğunun kadın olduğu belirlendi($p<0.05$). Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında, evli olanların çoğunlukla pandemi dışı servislerde çalıştığı, bekar olanların ise sıklıkla pandemi servisinde çalıştığı belirlendi ($p<0.05$).

Katılımcılardan, çocuk sahibi olanların daha çok pandemi dışı birimlerde çalıştığı tespit edildi ($p<0.05$).

Eğitim durumlarına bakıldığında; hem katılımcıların çoğunluğu, hem de pandemi polikliniğinde çalışanların çoğunluğu üniversite mezunuydu ($p<0.05$).

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının mesleki deneyimi ile pandemi birimlerinde çalışmaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edildi. Mesleki deneyimi 5 yıl ve üzerinde olanların %64,9’u, meslek deneyimi 10 yıl ve üzerinde olanların %75,8’inin pandemi dışı birimlerde çalıştığı gözlemlendi. Mesleki deneyim yılı 4 yıl ve altında olanların %66’sının pandemi birimlerde çalıştığı gözlemlendi ($p<0.05$). Katılımcılardan meslek deneyimi fazla olanların pandemi dışı birimlerde çalıştığı gözlemlendi ($p<0.05$).

Katılımcıların çalıştıkları birimlerdeki görevlerine bakıldığında; pandemi servislerinde ağırlıklı olarak hemşirelerin çalıştığı gözlemlendi ($p<0.05$).

Katılımcıların çalıştıkları birimlere göre koronavirüs ile temas etmeleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilemedi ($p=0,182$).

Katılımcıların CAS (Koronavirüs Anksiyete Ölçeği) cevapları incelendiğinde pandemi birimlerinde çalışanların % 90,9’u 0-8 puan alırken, %9,1 ‘i 9 ve üzeri puan almıştır. Pandemi dışı birimlerde çalışanların %96,4 oranı 0-8 puan alırken, %3,6’sı 9

ve üzeri puan almıştır. Katılımcıların çalıştıkları birim ile koronavirüs anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilemedi ($p=0,241$).

Katılımcıların Uykusuzluk Şiddeti İndeksi cevaplarına bakıldığında, pandemi birimlerinde çalışanların % 32,7'si 0-7 puan, %40'ı 8-14 puan, %16,4'ü 15-21 puan, %10,9'u ise 22-28 puan aldı. Pandemi dışı birimlerde çalışanların %72,7'si 0-7 puan, %25,5'i 8-14 puan, %1,8'i 15-21 puan alırken, pandemi dışı birimlerde çalışanlarda 22-28 aralığında puan alan katılımcı olmamıştır. Klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk (0-7 puan) daha çok pandemi dışı servislerde saptanırken, klinik olarak anlamlı insomnia (eşik, orta ve şiddetli) görülme oranı pandemi polikliniğinde çalışanlarda önemli derecede fazla olarak saptandı ($p<0.05$).

Katılımcıların Hasta Sağlık Anketi cevaplarına bakıldığında, pandemi birimlerinde çalışanların % 21,8'i 0-4 puan, %25,5'i 5-9 puan, %20'si 10-14 puan, %10,9'u 15-19 puan, %21,8 'i ise 20-27 puan aldı. Pandemi dışı birimlerde çalışanların %40'ı 0-4 puan, %38,2'si 5-9 puan, %16,4'ü 10-14 puan, %3,6'sı 15-19 puan, %1,8'i 20-27 puan aldı. Pandemi servisinde çalışanların %85,7'sinde şiddetli depresyon (Hasta Sağlık Anketi skoru 15 ve üzerinde olan) saptanırken, pandemi dışı servislerde çalışanların %14,3'ünde şiddetli depresyon saptandı. Klinik anlamlı depresyon pandemi servisinde çalışanlarda anlamlı düzeyde yüksek bulundu ($p<0.05$).

Tablo 4.3. Yaşın Nitel Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler		Yaş Ort±SS	t,F	p
Grup	Covid 19(-)	31,60±7,45	4,341	0,001
	Covid 19(+)	26,80±3,44		
Cinsiyet	Kadın	29,75±6,61	2,205	0,030
	Erkek	26,18±2,04		
Medeni durum	Evli	32,61±5,80	6,631	<0,001
	Bekar	25,91±4,76		
Çocuk sayısı	Yok	26,29±4,62	7,261	<0,001
	Var	33,57±5,86		
Aile tipi	Çekirdek	29,22±6,30	0,272	0,786
	Geniş	28,00±4,24		
Mezuniyet	Lise	24,14±3,63	1,530	0,077
	Üniversite	29,07±6,39		
	Yüksek lisans	31,54±5,52		
	Diğer	30,13±6,22		
Meslek deneyimi (yıl)	0-4 yıl	25,43±3,89 (a)	69,913	0,001
	5-9 yıl	27,87±2,47 (b)		
	10 yıl ve üzeri	36,21±5,37 (c)		
En uzun çalıştığı birim	Acil	27,67±4,49	0,883	0,417
	Yoğun bakım	30,09±5,56		
	Servis	29,16±7,05		
Şu anki birim	Acil	29,50±4,95	7,156	<0,001
	Yoğun bakım	29,92±7,69		
	Servis	32,19±7,43		
	Pandemi servisi	26,70±3,40		
Görev	Servis	28,29±5,80 (a)	6,300	0,001
	Bölüm sorumlusu	34,14±5,93 (b)		
	Süpervizör	43,00±1,41 (c)		
	Diğer	30,43±6,31 (a)		
Temas	Var	29,53±6,12	0,529	0,598
	Yok	28,89±6,42		
Tedavi	Ayaktan	29,05±5,53	3,651	0,049
	Serviste yatarak	34,40±9,48		
CAS ölçeği	0-8	29,31±6,43	0,710	0,479
	9 ve üzeri	27,57±2,37		
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi	0-7	30,17±6,57	1,935	0,128
	8-14	28,78±6,53		
	15-21	25,20±2,15		
	22-28	29,00±3,16		
Hasta Sağlık Anketi	0-4	30,35±6,34	0,927	0,451
	5-9	29,31±7,49		
	10-14	29,30±6,02		
	15-19	26,63±3,11		
	20-27	27,31±3,30		

(abc):Kolon olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Değişkenler arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını değerlendirmek için İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ya da Tek Yönlü Varyans Analizi uygulanmıştır. Tablo 4.3'ten hareketle pandemi birimlerinde çalışan bireylerin yaş ortalamaları 26,80 iken pandemi dışı birimlerde çalışan bireylerin yaş ortalaması 31,60 olup, yaş ile pandemi birimlerinde çalışma arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

Değişkenler arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını değerlendirmek için İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ya da Tek Yönlü Varyans Analizi uygulanmıştır. Tablo 4.3'ten hareketle mesleki deneyimi 0-4 yıl olanların yaş ortalamaları 25,43, mesleki deneyimi 5-9 yıl olanların yaş ortalamaları 27,87, mesleki deneyimi 10 yıl ve üzeri olanların yaş ortalamaları 36,21 olarak bulundu ve yaş ile mesleki deneyim (yıl) arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda tüm mesleki deneyim (yıl) yaş ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

Değişkenler arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını değerlendirmek için İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ya da Tek Yönlü Varyans Analizi uygulanmıştır. Tablo 4.3'ten hareketle acil servis çalışanlarının yaş ortalamaları 29,50, yoğun bakım çalışanları yaş ortalamaları 29,92, servis çalışanları yaş ortalamaları 32,19 iken pandemi servisi çalışanlarının yaş ortalamaları 26,70 olarak bulundu ve yaş ile çalışılan birim arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

Değişkenler arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını değerlendirmek için İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ya da Tek Yönlü Varyans Analizi uygulanmıştır. Tablo 4.3'ten hareketle servis çalışanlarının yaş ortalamaları 28,29,

bölüm sorumlusu olanların yaş ortalamaları 34,14, süpervisör olarak çalışanları yaş ortalamaları 43,00 iken diğer meslek grubu çalışanlarının yaş ortalamaları 30,43 olarak bulundu ve yaş ile verilen görev arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda servis çalışanları ile bölüm sorumlusu; servis çalışanları ile süpervizör; bölüm sorumlusu ile süpervizör yaş ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

Değişkenler arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını değerlendirmek için İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ya da Tek Yönlü Varyans Analizi uygulanmıştır. Tablo 4.3'ten hareketle servis çalışanlarının yaş ortalamaları 28,29, bölüm sorumlusu olanların yaş ortalamaları 34,14, Süpervizör çalışanların yaş ortalamaları 43,00 iken diğer meslek gruplarının yaş ortalamaları 30,43 olarak bulundu ve yaş ile verilen görev arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

Değişkenler arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını değerlendirmek için İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ya da Tek Yönlü Varyans Analizi uygulanmıştır. Tablo 4.3 incelendiğinde; katılımcıların CAS ölçeği, Uykusuzluk Şiddeti İndeksi ve Hasta Sağlık anketlerine verdiği cevaplar ile katılımcıların yaşları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilemedi ($p>0,05$).

Değişkenler arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını değerlendirmek için İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ya da Tek Yönlü Varyans Analizi uygulanmıştır. Tablo 4.3'ten hareketle hastalığı geçiren sağlık çalışanlarının yaşları ile serviste yatarak veya ayaktan tedavi alarak hastalığı geçirme durumları incelendiğinde; hastalığı ayaktan tedavi alarak geçirenlerin yaş ortalamaları 29,05 olurken, hastalığı serviste yatarak geçirenlerin yaş ortalamaları 34,40 olarak bulundu ve yaş ile hastalığı

geçiren çalışanların tedavi olma şekilleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0.05$).



Tablo 4.4. CAS'ın Nitel Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler		CAS ölçek		χ^2	p
		0-8	9 ve üzeri		
		n(%)	n(%)		
Grup	Total	103(100)	7(100)	1,373	0,241
	Covid 19(-)	53(51,5)	2(28,6)		
	Covid 19(+)	50(48,5)	5(71,4)		
Cinsiyet	Kadın	86(83,5)	7(100)	1,367	0,242
	Erkek	17(16,5)	0(0)		
Medeni durum	Evli	51(49,5)	3(42,9)	0,116	0,733
	Bekar	52(50,5)	4(57,1)		
Çocuk sayısı	Yok	61(59,2)	5(71,4)	0,407	0,524
	Var	42(40,8)	2(28,6)		
Aile tipi	Çekirdek	101(98,1)	7(100)	0,138	0,710
	Geniş	2(1,9)	0(0)		
Mezuniyet	Lise	6(5,8)	1(14,3)	1,882	0,597
	Üniversite	69(67)	5(71,4)		
	Yüksek lisans	12(11,7)	1(14,3)		
	Diğer	16(15,5)	0(0)		
Meslek deneyimi (yıl)	0-4 yıl	51(49,5)	2(28,6)	2,118	0,347
	5-9 yıl	21(20,4)	3(42,9)		
	10 yıl ve üzeri	31(30,1)	2(28,6)		
En uzun çalıştığı birim	Acil	16(15,5)	2(28,6)	1,853	0,396
	Yoğun bakım	31(30,1)	3(42,9)		
	Servis	56(54,4)	2(28,6)		
Şu anki birim	Acil	2(1,9)	0(0)	2,092	0,554
	Yoğun bakım	11(10,7)	1(14,3)		
	Servis	41(39,8)	1(14,3)		
	Pandemi servisi	49(47,6)	5(71,4)		
Görev	Servis	81(78,6)	6(85,7)	1,866	0,601
	Bölüm sorumlusu	6(5,8)	1(14,3)		
	Süpervizör	2(1,9)	0(0)		
	Diğer	14(13,6)	0(0)		
Temas	Var	49(47,6)	4(57,1)	0,240	0,624
	Yok	54(52,4)	3(42,9)		
Tedavi	Ayaktan	38(88,4)	3(100)	0,391	0,532
	Serviste yatarak	5(11,6)	0(0)		
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi	0-7	56(54,4) (a)	2(28,6) (a)	19,974	<0,001
	8-14	36(35) (a)	0(0) (a)		
	15-21	7(6,8) (a)	3(42,9) (b)		
	22-28	4(3,9) (a)	2(28,6) (b)		
Hasta Sağlık Anketi	0-4	33(32)	1(14,3)	8,053	0,090
	5-9	34(33)	1(14,3)		
	10-14	19(18,4)	1(14,3)		
	15-19	7(6,8)	1(14,3)		
	20-27	10(9,7)	3(42,9)		

Pearson ki-kare testi kullanıldı

(ab):Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Değişkenler arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını değerlendirmek için Pearson ki-kare testi kullanıldı. Tablo 4.4 incelendiğinde; katılımcıların verdiği CAS (Koronavirüs Anksiyete Testi) cevapları ile grup, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, aile tipi, mezuniyet, meslek deneyimi, en uzun çalıştığı birim, şu anki birim, görev, temas, tedavi ve Hasta Sağlık Anketi arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p>0,05$).

Değişkenler arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını değerlendirmek için Pearson ki-kare testi kullanıldı. Tablo 4.4 incelendiğinde; Uykusuzluk Şiddeti İndeksin'den sırası ile 0-7 puan alan 56 kişi, 8-14 puan alan 36 kişi, 15-21 puan alan 7 kişi ve 22-28 puan alan 4 kişi Koronavirüs Anksiyete Testin'den 0-8 puan aldılar. Yine Uykusuzluk Şiddeti İndeksin'den sırası ile 0-7 puan alan 2 kişi, 15-21 puan alan 3 kişi ve 22-28 puan alan 2 kişi Koronavirüs Anksiyete Testin'den 9 ve üzeri puan alırken 8-14 puan alan katılımcı olmadı. Buna göre CAS (Koronavirüs Anksiyete Testi) cevapları ile Uykusuzluk Şiddeti İndeksi arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda uykusuzluk şiddeti indeksi 15-21 ile 22-28 grupları için Cas Ölçek düzeyi bakımından anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.5. *Uykusuzluk Şiddeti İndeksi'nin Nitel Değişkenlere Göre Dağılımı*

Değişkenler		Uykusuzluk Şiddeti İndeksi				χ^2	p
		0-7	8-14	15-21	22-28		
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Grup	Total	58(100)	36(100)	10(100)	6(100)	22,523	<0,001
	Covid 19(-)	40(69)	14(38,9)	1(10)	0(0)		
	Covid 19(+)	18(31)	22(61,1)	9(90)	6(100)		
Cinsiyet	Kadın	49(84,5)	31(86,1)	8(80)	5(83,3)	0,233	0,972
	Erkek	9(15,5)	5(13,9)	2(20)	1(16,7)		
Medeni durum	Evli	34(58,6)	17(47,2)	0(0)	3(50)	11,803	0,008
	Bekar	24(41,4)	19(52,8)	10(100)	3(50)		
Çocuk sayısı	Yok	30(51,7)	24(66,7)	9(90)	3(50)	6,322	0,097
	Var	28(48,3)	12(33,3)	1(10)	3(50)		
Aile tipi	Çekirdek	56(96,6)	36(100)	10(100)	6(100)	1,826	0,609
	Geniş	2(3,4)	0(0)	0(0)	0(0)		
Mezuniyet	Lise	4(6,9)	2(5,6)	0(0)	1(16,7)	16,630	0,050
	Üniversite	31(53,4)	30(83,3)	9(90)	4(66,7)		
	Yüksek lisans	11(19)	0(0)	1(10)	1(16,7)		
	Diğer	12(20,7)	4(11,1)	0(0)	0(0)		
Meslek deneyimi (yıl)	0-4 yıl	21(36,2)	21(58,3)	9(90)	2(33,3)	14,198	0,027
	5-9 yıl	14(24,1)	8(22,2)	1(10)	1(16,7)		
	10 yıl ve üzeri	23(39,7)	7(19,4)	0(0)	3(50)		
En uzun çalıştığı birim	Acil	7(12,1)	6(16,7)	3(30)	2(33,3)	5,777	0,449
	Yoğun bakım	17(29,3)	11(30,6)	3(30)	3(50)		
	Servis	34(58,6)	19(52,8)	4(40)	1(16,7)		
Şu anki birim	Acil	1(1,7)	1(2,8)	0(0)	0(0)	24,036	0,004
	Yoğun bakım	7(12,1)	5(13,9)	0(0)	0(0)		
	Servis	32(55,2)	9(25)	1(10)	0(0)		
	Pandemi servisi	18(31)	21(58,3)	9(90)	6(100)		
Görev	Servis	39(67,2)	33(91,7)	10(100)	5(83,3)	14,733	0,099
	Bölüm sorumlusu	5(8,6)	1(2,8)	0(0)	1(16,7)		
	Süpervizör	1(1,7)	1(2,8)	0(0)	0(0)		
	Diğer	13(22,4)	1(2,8)	0(0)	0(0)		
Temas	Var	29(50)	17(47,2)	6(60)	1(16,7)	3,036	0,386
	Yok	29(50)	19(52,8)	4(40)	5(83,3)		
Tedavi	Ayaktan	19(86,4)	15(88,2)	6(100)	1(100)	1,042	0,791
	Serviste yatarak	3(13,6)	2(11,8)	0(0)	0(0)		
Sağlık anketi	0-4	30(51,7)	4(11,1)	0(0)	0(0)	100,584	<0,001
	5-9	24(41,4)	10(27,8)	1(10)	0(0)		
	10-14	2(3,4)	15(41,7)	3(30)	0(0)		
	15-19	2(3,4)	4(11,1)	2(20)	0(0)		
	20-27	0(0)	3(8,3)	4(40)	6(100)		

Pearson ki-kare testi kullanıldı

Değişkenler arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını değerlendirmek için Pearson ki-kare testi kullanıldı. Tablo 4.5'ten hareketle katılımcıların Uykusuzluk Şiddeti İndeksine verdiği cevaplar incelendi. 0-7 puan alıp klinik olarak önemsiz uykusuzluk yaşayan 58 kişinin, %69'u pandemi dışı birimlerde çalışırken, %31'i pandemi kliniklerinde görev yapmakta idi. 8-14 puan alıp klinik olarak uykusuzluk alt eşiğinde bulunan 36 kişinin, %38,9'u pandemi dışı birimlerde çalışırken, %61,1 pandemi kliniklerinde görev yapmaktaydı. 15-21 puan alıp klinik olarak önemli uykusuzluk sorunu yaşayan 10 kişinin %10'u pandemi dışı birimlerde çalışırken, %90'ı pandemi kliniklerinde görev yapmaktaydı. 22-28 puan alan ve klinik olarak ciddi uykusuzluk sorunu yaşayan kişilerin hepsi pandemi servislerinde çalışmaktaydı. Katılımcıların Uykusuzluk Şiddeti İndeksine verdiği cevaplar ile pandemi servisi ve pandemi dışı serviste çalışma arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

Değişkenler arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını değerlendirmek için Pearson ki-kare testi kullanıldı. Tablo 4.5'ten hareketle katılımcıların Uykusuzluk Şiddeti İndeksine verdiği cevaplar medeni durumlarına bakılarak incelendi. Buna göre; 0-7 puan alıp klinik olarak önemsiz uykusuzluk yaşayan 58 kişinin, %58,6'sı evli, %41,4'ü bekarıdır. 8-14 puan alıp klinik olarak uykusuzluk alt eşiğinde bulunan 36 kişinin, %47,2'si evli, %52,8'i bekarıdır. 15-21 puan alıp klinik olarak önemli uykusuzluk sorunu yaşayan 10 kişinin içerisinde evli bulunmayıp hepsi bekarlardan oluşmuştur. 22-28 puan alan ve klinik olarak ciddi uykusuzluk sorunu yaşayan kişilerin %50'si evli iken diğer %50'si bekar olarak tespit edildi. Katılımcıların Uykusuzluk Şiddeti İndeksine verdiği cevaplar ile medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

Değişkenler arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını değerlendirmek için Pearson ki-kare testi kullanıldı. Tablo 4.5'ten hareketle katılımcıların Uykusuzluk Şiddeti İndeksine verdiği cevaplar mezuniyet durumlarına bakılarak incelendi. Buna göre; 0-7 puan alıp klinik olarak önemsiz uykusuzluk sorunu yaşayan 58 kişinin, %6,9'u lise,%53,4'ü üniversite,%19'i yüksek lisans ve %20,7'si ise diğer okullardan mezun olmuşlardır. 8-14 puan alıp klinik olarak uykusuzluk alt eşiğinde bulunan 36 kişinin, %5,6'sı lise,%83,3'ü üniversite, %20,7'si ise diğer okullardan mezun olurken yüksek lisans mezunu uykusuzluk alt eşiğinde bulunan sağlık çalışanı bulunamadı.15-21 puan alıp klinik olarak önemli uykusuzluk sorunu yaşayan 10 kişinin %90'ı üniversite ve %10'u yüksek lisans mezunuydu. 22-28 puan alan ve klinik olarak ciddi uykusuzluk sorunu yaşayan kişilerin %16,7'si lise,%66,7'si üniversite ve %16,7'si ise yüksek lisans mezunu olduğu tespit edildi. Katılımcıların Uykusuzluk Şiddeti İndeksine verdiği cevaplar ile mezun oldukları okullar arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p=0.05$).

Değişkenler arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını değerlendirmek için Pearson ki-kare testi kullanıldı. Tablo 4.5'ten hareketle katılımcıların Uykusuzluk Şiddeti İndeksine verdiği cevaplar meslekteki deneyim yıllarına bakılarak incelendi. Buna göre;0-7 puan alıp klinik olarak önemsiz uykusuzluk sorunu yaşayan 58 kişinin, %36,2'si 0-4 yıl, %24,1'i 5-9 yıl ve %39,7'si 10 yıl ve üzeri deneyime sahiptir. 8-14 puan alıp klinik olarak uykusuzluk alt eşiğinde bulunan 36 kişinin, %58,3'ü 0-4 yıl, %22,2'si 5-9 yıl ve %19,4'ü 10 yıl ve üzeri deneyime sahiptir. 15-21 puan alıp klinik olarak önemli uykusuzluk sorunu yaşayan 10 kişinin %90'ı 0-4 yıl ve %10'u 5-9 yıl deneyim sahiptir. 22-28 puan alan ve klinik olarak ciddi uykusuzluk sorunu yaşayan kişilerin %33,3'ü 0-4 yıl, %16,7'si 5-9 yıl ve %50'si 10 yıl ve üzeri deneyime sahiptir.

Katılımcıların Uykusuzluk Şiddeti İndeksine verdiği cevaplar ile mesleki deneyim yılı arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0.05$ anlamlılık düzeyinde).

Değişkenler arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını değerlendirmek için Pearson ki-kare testi kullanıldı. Tablo 4.5'ten hareketle katılımcıların Uykusuzluk Şiddeti İndeksine verdiği cevaplar şuanki çalıştıkları birimlere bakılarak incelendi. Buna göre; 0-7 puan alıp klinik olarak önemsiz uykusuzluk sorunu yaşayan 58 kişinin, %1,7'si acilde, %12,1'i yoğun bakımda, %55,2'si serviste, %31'i pandemi servisinde çalışmaktadır. 8-14 puan alıp klinik olarak uykusuzluk alt eşiğinde bulunan 36 kişinin, %2,8'i acil, %13,9'u yoğun bakım, %25'i servis, %58,3'i pandemi servisinde çalışmaktadır. 15-21 puan alıp klinik olarak önemli uykusuzluk sorunu yaşayan 10 kişinin %10'u serviste çalışırken, %90'ı pandemi servisinde görev yapmaktadır. 22-28 puan alan ve klinik olarak ciddi uykusuzluk sorunu yaşayan kişilerin ise tamamı pandemi servislerinde görev yapmaktadır. Katılımcıların Uykusuzluk Şiddeti İndeksine verdiği cevaplar ile şu anki çalıştığı birim arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi($p<0.05$ anlamlılık düzeyinde).

Değişkenler arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını değerlendirmek için Pearson ki-kare testi kullanıldı. Tablo 4.5'ten hareketle katılımcıların Uykusuzluk Şiddeti İndeksine verdiği cevaplar Hasta Sağlık Anketine bakılarak incelendi. Uykusuzluk Şiddet İndeksinden 0-7 puan alıp klinik olarak önemsiz uykusuzluk yaşayan 58 kişinin, %51,7'si Hasta Sağlık Anketinden 0-4 puan, %41,4'ü 5-9 puan, %3,4'ü 10-14 puan, %3,4'ü 15-19 puan aldı. Uykusuzluk Şiddet İndeksinden 8-14 puan alıp klinik olarak uykusuzluk alt eşiğinde bulunan 36 kişinin, %11,1'i Hasta Sağlık Anketinden 0-4 puan, %27,8'i 5-9 puan, %41,7'si 10-14 puan, %11,1'i 15-19 puan, %8,3'i ise 20-27 puan aldı. Uykusuzluk Şiddet İndeksinden 15-21 puan alıp klinik

olarak önemli uykusuzluk sorunu yaşayan 10 kişinin %10'u Hasta Sağlık Anketinden 5-9 puan, %30'u 10-14 puan,%20'si 15-19 puan,%40'ı 20-27 puan aldı. Uykusuzluk Şiddet İndeksinden 22-28 puan alan ve klinik olarak ciddi uykusuzluk sorunu yaşayan kişilerin ise tamamı Hasta Sağlık Anketinden 20-27 puan aldı. Katılımcıların Uykusuzluk Şiddeti İndeksine verdiği cevaplar ile Hasta Sağlık Anketi arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0.05$ anlamlılık düzeyinde).

Değişkenler arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını değerlendirmek için Pearson ki-kare testi kullanıldı. Tablo 4.5 incelendiğinde; katılımcıların verdiği Uykusuzluk Şiddeti İndeksi cevapları ile cinsiyet, çocuk sayısı, aile tipi, en uzun çalıştığı birim, görev, temas ve tedavi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$).

Tablo 4.6. Hasta Sağlık Anketi'nin Nitel Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler		Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9)					χ^2	p
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-27		
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Grup	Total	34(100)	35(100)	20(100)	8(100)	13(100)	15,849	0,003
	Covid 19(-)	22(64,7) (a)	21(60) (a)	9(45) (ab)	2(25) (ab)	1(7,7) (b)		
	Covid 19(+)	12(35,3) (a)	14(40) (a)	11(55) (ab)	6(75) (ab)	12(92,3) (b)		
Cinsiyet	Kadın	29(85,3)	31(88,6)	17(85)	7(87,5)	9(69,2)	2,839	0,585
	Erkek	5(14,7)	4(11,4)	3(15)	1(12,5)	4(30,8)		
Medeni durum	Evli	20(58,8)	18(51,4)	10(50)	2(25)	4(30,8)	4,976	0,290
	Bekar	14(41,2)	17(48,6)	10(50)	6(75)	9(69,2)		
Çocuk sayısı	Yok	17(50)	21(60)	14(70)	6(75)	8(61,5)	3,013	0,556
	Var	17(50)	14(40)	6(30)	2(25)	5(38,5)		
Aile tipi	Çekirdek	34(100)	34(97,1)	20(100)	7(87,5)	13(100)	6,566	0,161
	Geniş	0(0)	1(2,9)	0(0)	1(12,5)	0(0)		
Mezuniyet	Lise	2(5,9)	3(8,6)	1(5)	0(0)	1(7,7)	10,076	0,609
	Üniversite	20(58,8)	22(62,9)	16(80)	6(75)	10(76,9)		
	Yüksek lisans	5(14,7)	4(11,4)	0(0)	2(25)	2(15,4)		
	Diğer	7(20,6)	6(17,1)	3(15)	0(0)	0(0)		
Meslek deneyimi (yıl)	0-4 yıl	11(32,4)	17(48,6)	13(65)	5(62,5)	7(53,8)	7,128	0,523
	5-9 yıl	10(29,4)	8(22,9)	2(10)	1(12,5)	3(23,1)		
	10 yıl ve üzeri	13(38,2)	10(28,6)	5(25)	2(25)	3(23,1)		
En uzun çalıştığı birim	Acil	7(20,6)	2(5,7)	4(20)	2(25)	3(23,1)	10,344	0,242
	Yoğun bakım	12(35,3)	7(20)	7(35)	3(37,5)	5(38,5)		
	Servis	15(44,1)	26(74,3)	9(45)	3(37,5)	5(38,5)		
Şu anki birim	Acil	2(5,9) (a)	0(0) (a)	0(0) (a)	0(0) (a)	0(0) (a)	27,937	0,006
	Yoğun bakım	7(20,6) (a)	1(2,9) (b)	4(20) (a)	0(0) (ab)	0(0) (ab)		
	Servis	13(38,2) (a)	20(57,1) (b)	5(25) (ac)	3(37,5) (abc)	1(7,7) (c)		
	Pandemi servisi	12(35,3) (a)	14(40) (a)	11(55) (a)	5(62,5) (ab)	12(92,3) (b)		
Görev	Servis	27(79,4)	25(71,4)	16(80)	7(87,5)	12(92,3)	11,300	0,503
	Bölüm sorumlusu	0(0)	4(11,4)	2(10)	0(0)	1(7,7)		
	Süpervizör	1(2,9)	0(0)	1(5)	0(0)	0(0)		
	Diğer	6(17,6)	6(17,1)	1(5)	1(12,5)	0(0)		
Temas	Var	15(44,1)	19(54,3)	8(40)	5(62,5)	6(46,2)	1,962	0,743
	Yok	19(55,9)	16(45,7)	12(60)	3(37,5)	7(53,8)		
Tedavi	Ayaktan	14(100)	9(69,2)	8(100)	5(100)	5(83,3)	8,985	0,049
	Serviste yatarak	0(0)	4(30,8)	0(0)	0(0)	1(16,7)		

Pearson ki-kare testi kullanıldı

(abc):Satur olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Değişkenler arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını değerlendirmek için Pearson ki-kare testi kullanıldı. Tablo 4.6'dan hareketle katılımcıların Hasta Sağlık Anketine verdiği cevaplar, pandemi içi ya da pandemi dışı birimlerde çalışıyor olmaya bakılarak incelendi. Buna göre; 0-4 puan alıp klinik olarak depresyon belirtisi olmayan 34 kişinin %64,7'si pandemi dışı birimlerde çalışırken, %35,3'ü pandemi kliniklerinde görev yapmaktadır. 5-9 puan alıp klinik olarak hafif depresyon belirtileri bulunan 35 kişinin, %60'ı pandemi dışı birimlerde çalışırken, %40'ı pandemi kliniklerinde görev yapmaktadır. 10-14 puan alıp klinik olarak orta düzeyde depresyon belirtisi olan 20 kişinin %45'i pandemi dışı birimlerde çalışırken, %55'i pandemi kliniklerinde görev yapmaktadır. 15-19 puan alan ve klinik olarak orta derece şiddetli depresyon sorunu yaşayan kişilerin %25'i pandemi dışı birimlerde çalışırken, %75'i pandemi servislerinde çalışmaktadır. 20-27 puan alıp klinik olarak şiddetli düzeyde depresyon belirtisi olan 13 kişinin %7,7'si pandemi dışı birimlerde çalışırken, %92,3'ü pandemi kliniklerinde görev yapmaktadır. Katılımcıların Hasta Sağlık Anketine verdiği cevaplar ile pandemi içi klinik ve pandemi dışı klinikte çalışma arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda pandemi ve pandemi dışı birimler için Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9) 20-27 grubu ile 0-4 ve 5-9 grubu arasında anlamlı bir ilişki olduğu tesbit edildi ($p<0.05$).

Değişkenler arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını değerlendirmek için Pearson ki-kare testi kullanıldı. Tablo 4.6'dan hareketle katılımcıların Hasta Sağlık Anketine verdiği cevaplar şuanki çalıştıkları birimlere bakılarak incelendi. Buna göre; 0-4 puan alıp klinik olarak depresyon belirtisi olmayan 34 kişinin, %5,9'u acil'de,

%20,6'sı yoğun bakımda, %38,2'si serviste, %35,3'ü pandemi servisinde görev yapmaktadır. 5-9 puan alıp klinik olarak hafif depresyon belirtileri bulunan 35 kişinin, %2,9'u acil, %57,1'i servis, %40'ı pandemi servisinde görev yapmaktadır. 10-14 puan alıp klinik olarak orta düzeyde depresyon belirtisi olan 20 kişinin %20'si yoğun bakımda, %25'i serviste, %55'i pandemi servisinde görev yapmaktadır. 15-19 puan alan ve klinik olarak orta derece şiddetli depresyon sorunu yaşayan kişilerin %37,5'si serviste çalışırken, %62,5'i pandemi servislerinde görev yapmaktadır. 20-27 puan alıp klinik olarak şiddetli düzeyde depresyon belirtisi olan 13 kişinin %7,7'si serviste çalışırken geriye kalan %92,3'ü pandemi servislerinde görev yapmaktadır. Katılımcıların Hasta Sağlık Anketine verdiği cevaplar ile şu anki çalıştığı birim arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda birimi yoğun bakım için Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9) 5-9 grubu ile 0-4 ve 10-14 grubu arasında; servis için 20-27 ile 0-4 ve 5-9 arasında ayrıca pandemi servisi için 20-27 ile 0-4, 5-9 ve 10-14 arasında anlamlı bir ilişki olduğu tesbit edildi ($p<0.05$).

Değişkenler arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını değerlendirmek için Pearson ki-kare testi kullanıldı. Tablo 4.6 incelendiğinde; katılımcıların verdiği Hasta Sağlık Anketine cevapları ile cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, aile tipi, mezuniyet, mesleki deneyim yılı, en uzun çalıştığı birim, görev, temas ve tedavi arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($p>0,05$).

Tablo 4.7. Ölçek Puanları ile Koronavirüs Geçirilmesi Arasındaki İlişki

Değişkenler		Toplam	Grup		χ^2	p
			Covid (-)	Covid (+)		
		n(%)	n(%)	n(%)		
CAS	0-8	103(93,6)	60(93,8)	43(93,5)	0,003	0,954
	9 ve üzeri	7(6,4)	4(6,3)	3(6,5)		
Uykusuzluk Şiddeti İndeksi	Önemsiz	58(52,7)	36(56,3)	22(47,8)	3,711	0,294
	Uykusuzluk	36(32,7)	19(29,7)	17(37)		
	Orta	10(9,1)	4(6,3)	6(13)		
	Şiddetli	6(5,5)	5(7,8)	1(2,2)		
Hasta Sağlık Anketi	Yok	34(30,9)	20(31,3)	14(30,4)	1,854	0,763
	Hafif	35(31,8)	22(34,4)	13(28,3)		
	Orta	20(18,2)	12(18,8)	8(17,4)		
	Orta Şiddetli	8(7,3)	3(4,7)	5(10,9)		
	Şiddetli	13(11,8)	7(10,9)	6(13)		

Pearson ki-kare testi kullanıldı

Çalışmaya katılan personelden kendisi Covid-19 olan ve olmayanlar arasında CAS, Uyku Şiddet İndeksi ve Hasta Sağlık Anketi (PHQ9) kıyaslandığında anlamlı sonuç elde edilmedi.

5. TARTIŞMA

Aralık 2019 da Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkan Covid-19, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 11 Mart 2020' de küresel pandemi ilan edilmiştir. Pandemi en ön safta sağlık çalışanları yer almıştır. Enfekte hastaların kliniklerde takibi, uzun süren nöbetler, takip ve tedavilerde virüs ile temasın artması, olası bir bulaş durumunda virüsü ailesi ve yakınlarına bulaştırma korkusu ve salgının mortalite oranının yüksek olması pandemi kliniklerinde görev yapan sağlık çalışanlarının iş stresini artırmıştır, fiziksel ve psikolojik sorunların oluşmasına neden olmuştur. Bu çalışma, pandemi içi ve pandemi dışı görev yapan sağlık çalışanlarının psikolojik farklılıklarının değerlendirilmesi amacıyla tasarlandı.

Oruç ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada, sağlık çalışanlarında anksiyete düzeyinin Covid-19 hastalığının çocuklarına ve evde birlikte yaşadığı bireylere bulaştırma korkusu ile arttığı ifade edilmiştir. Çalışmada Covid-19 anksiyetesi ile birlikte yaşanan bireyler arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Araştırmada, nitel değişkenlerin gruplara göre dağılımları incelendi. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında, evli olanların çoğunlukla pandemi dışı servislerde çalıştığı, pandemi servislerinde çalışanların ise bekar ve yalnız yaşadığı istatistiksel olarak anlamlı tespit edildi. Muhtemelen bu nedenlerden dolayı pandemi servislerinde daha çok bekar personel çalışmıştır.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının mesleki deneyimleri ile pandemi birimlerinde çalışmaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edildi. Mesleki deneyimi 5 yıl ve üzerinde olanların %64,9'unun, meslek deneyimi 10 yıl ve üzerinde olanların %75,8'inin pandemi dışı birimlerde çalıştığı gözlemlendi. Mesleki deneyim yılı 4 yıl ve altında olanların %66'sının ise pandemi birimlerinde çalıştığı tespit edildi.

Katılımcılardan meslek deneyimi fazla olanların pandemi dışı birimlerde çalıştığı gözlemlendi. Literatür incelendiğinde pandemide görev yapan sağlık çalışanlarının mesleki deneyim yılını inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu durumun gerekçesi olarak; gençlerin çevresel etmenlerden daha az etkilenmeleri, oryantasyon ve kavrama becerilerinin daha yüksek olmaları, bağışıklık sistemlerinin daha güçlü olması, çoğunun bekar olması veya çocuk sahibi olmaması, bir anda pik yapan Covid-19 salgınından doğan aşırı eleman ihtiyacı, özellikle bölümlerdeki deneyimli elemanların yerlerinde sabit tutulma amacı gibi çeşitli nedenler öne sürülebilir.

Wang ve arkadaşlarının (2020) pandeminin başladığı yer olan Çin’de yaptıkları araştırmaya göre, pandemi sırasında görev alan 2431 sağlık personelinin %60’ının hemşire, %30’unun ise hekim olduğu bildirilmiştir. Pandemi çalışanlarının büyük kısmının hekim ve hemşirelerden oluştuğu (%83,7) bizim çalışmamızda da saptandı.

Literatürde anksiyete ve uykusuzluğun birbiriyle aynı yönde bir ilişkiye sahip olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Ataç ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında’da pandemi sürecinde görev alan sağlık çalışanlarında Covid-19 ile uykusuzluk ve anksiyete arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda ise Covid-19 kaynaklı uykusuzluk yaşama durumları incelendiğinde pandemi içi birimlerde görev yapan sağlık çalışanları ile pandemi dışı birimlerde görev yapan sağlık çalışanlar arasında anlamlı bir farklılık tespit edildi. Pandemi birimi çalışanlarının Uykusuzluk Anketi’nden aldığı puanlara bakıldığında; % 32,7’si 0-7 puan, %40’ı 8-14 puan, %16,4’ü 15-21 puan, %10,9’u ise 22-28 puan aldı. Pandemi dışı birimlerde çalışanların ise %72,7’si 0-7 puan, %25,5’i 8-14 puan, %1,8’i 15-21 puan alırken, pandemi dışı birimlerde çalışanlarda 22-28 aralığında puan alan katılımcı olmadı. Klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk (0-7 puan) daha çok pandemi dışı

servislerde saptanırken, klinik olarak anlamlı insomnia(eşik, orta ve şiddetli) görülme oranı pandemi kliniğinde çalışanlarda istatistiksel olarak anlamlı saptandı. Covid-19 ile sahada birebir mücadele içerisinde olan sağlık çalışanları için Covid-19'un yarattığı kaygı durumu'nun uykularına olumsuz bir şekilde yansıdığını söyleyebiliriz.

Covid-19 sürecinin bireylerde anksiyeteyi artırdığı ve psikolojilerinde bu süreçten etkilendiği bilinmektedir. Böyle bir durumda 24 saat nöbet tutarak Covid-19 ile büyük bir fedakarlık göstererek mücadele eden sağlık çalışanlarının mental sağlığının normal kabul edilmesi zor olacaktır. Literatüre bakıldığında salgın sürecinde aktif yer alan sağlık çalışanları ile geri planda görev yapan sağlık çalışanları arasında psikolojik farklılıklar bulunmaktadır. Cai ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2021) Covid-19 salgınında aktif olarak görev yapan sağlık çalışanlarında, Covid-19 salgınında aktif olarak görev yapmayan sağlık çalışanlarına göre bu belirtilere daha sık rastlandığı bildirilmiştir (sırasıyla anksiyete %15,7 ile %7,4; depresyon %14,3 ile %10,1; uykusuzluk %47,8 ile %29,1). İtalya'da Simione (2021) tarafından yapılan bir başka çalışmada da Covid-19 pandemisinde sağlık çalışanlarının risk algısı ve anksiyete düzeylerinin topluma göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda sağlık çalışanları'nın Hasta Sağlık Anketine verdiği cevaplar, pandemi içi ve pandemi dışı birimlerde çalışıyor olmalarına bakılarak incelendi. Katılımcıların Hasta Sağlık Anketi cevaplarına bakıldığında, pandemi birimlerinde çalışanların % 21,8'i 0-4 puan, %25,5'i 5-9 puan, %20'si 10-14 puan, %10,9'u 15-19 puan,%21,8'i ise 20-27 puan aldı. Pandemi dışı birimlerde çalışanların %40'ı 0-4 puan, %38,2'si 5-9 puan, %16,4'ü 10-14 puan, %3,6'sı 15-19 puan, %1,8'i 20-27 puan aldı. Pandemi servisinde çalışanların %85,7'sinde şiddetli depresyon (Hasta Sağlık Anketi skoru 15 ve üzerinde olan) saptanırken, pandemi dışı servislerde çalışanların %14,3'ünde şiddetli depresyon

saptandı. Klinik anlamlı derecede depresyon pandemi servisinde çalışanlarda yüksek bulundu. Ulaştığımız bu veriyi farklı bir yolla ifade etmek istersek; 0-4 puan alıp klinik olarak depresyon belirtisi olmayan 34 kişinin %64,7'si pandemi dışı birimlerde çalışırken , %35,3'ü pandemi kliniklerinde görev yapmaktadır. 5-9 puan alıp klinik olarak hafif depresyon belirtileri bulunan 35 kişinin, %60'ı pandemi dışı birimlerde çalışırken,%40'ı pandemi kliniklerinde görev yapmaktaydı. 10-14 puan alıp klinik olarak orta düzeyde depresyon belirtisi olan 20 kişinin %45'i pandemi dışı birimlerde çalışırken, %55'i pandemi kliniklerinde görev yapmaktaydı. 15-19 puan alan ve klinik olarak orta derece şiddetli depresyon sorunu yaşayan kişilerin %25'i pandemi dışı birimlerde çalışırken, %75'i pandemi servislerinde çalışmaktadır. 20-27 puan alıp klinik olarak şiddetli düzeyde depresyon belirtisi olan 13 kişinin %7,7'si pandemi dışı birimlerde çalışırken, %92,3'ü pandemi kliniklerinde görev yapmaktaydı. Bu durumu; zor, sonu bilinmeyen, korku, kaygı ortamı ve salgın hastalık tehdidi altında, türlü kısıtlamalarla yaşamak zorunda kalan pandemi çalışanlarında depresyon oluşturması ile açıklayabiliriz.

Çalışmamıza dahil olanların yaş ortalamalarına bakıldığında; pandemi birimlerinde çalışan bireylerin yaş ortalaması 26,80 iken pandemi dışı birimlerde çalışan bireylerin yaş ortalaması 31,60, acil servis çalışanlarının yaş ortalamaları 29,50, yoğun bakım çalışanları yaş ortalamaları 29,92, servis çalışanları yaş ortalamaları 32,19 iken pandemi servisi çalışanlarının yaş ortalamaları 26,70 olarak bulundu ayrıca servis çalışanlarının yaş ortalamaları 28,29, bölüm sorumlusu olanların yaş ortalamaları 34,14, Süpervizör çalışanların yaş ortalamaları 43,00 iken diğer meslek gruplarının yaş ortalamaları 30,43 olarak bulundu. Buradan hareketle, pandemi servisi çalışanlarını genç personelin oluşturduğu ve yönetim kadrolarının ise ileri yaşlardaki personelin

üstlendiği tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında pandemi çalışma yaşı ve sağlık sistemindeki yönetici yaşlarını araştıran ilgili bir çalışmaya ulaşılamadı.

Literatüre bakıldığında yaştan ilerledikçe vücudun hastalık kapma oranının arttığı, yine çalışmalarla ilerleyen yaşla birlikte Covid-19 nedeni hastane yatış oranlarının artış gösterdiği ortaya konulmuştur. Çin’de Wu tarafından hazırlanan, Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi’nin vakaların şiddetinin kaydedildiği yaklaşık 44.500 pozitif(+) vakanın verilerinin bulunduğu rapora göre; bireylerin %87’si 30 ile 79 yaş aralığındadır. Benzer şekilde Verity ve arkadaşları tarafından (2021) yapılan başka bir çalışmada, 20-29 yaş aralığında %1, 50-59 yaş aralığında %4, 80 yaş üstü %18 oranında vaka raporlanmıştır ve yaş arttıkça Covid-19 nedeni ile hastaneye yatış oranlarının arttığı gözlenmiştir. Çalışmamızda Covid-19 geçiren sağlık personelinin tedavi şekli (ayaktan-yatarak) ile yaş arasında bir ilişki olup olmadığı araştırıldı. Covid-19 hastalığını ayaktan tedaviyle geçirenlerin yaş ortalamaları 29,05 olurken, serviste yatarak tedavi olanların yaş ortalamaları 34,40 olarak bulundu. Yaş ile hastalığı geçiren çalışanların tedavi olma şekilleri (ayaktan-yatarak) arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi. Genç yaştaki bireylerin hastaneye yatışa gerek kalmadan hastalığı rahat bir şekilde atlattığı, ileri yaştaki sağlık çalışanlarının ise sağlık kuruluşlarında yatarak ve tıbbi destek alarak hastalığı atlattığı tespit edildi.

Horesh (2020)’ e göre; bireyin sahip olduğu anksiyete düzeyi uyku kalitesi ve uykuya dalma aşamasında belirleyici olmuştur. Katılımcıların verdiği CAS(Koronavirüs Anksiyete Testi) cevapları ile Uykusuzluk Şiddeti İndeks cevapları arasında istatistiksel anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu tespit edildi. Uykusuzluk Şiddeti İndeksin’den sırası ile 0-7 puan alan 56 kişi, 8-14 puan alan 36 kişi, 15-21 puan alan 7 kişi ve 22-28 puan alan 4 kişi Koronavirüs Anksiyete Testin’den 0-8 puan aldılar. Yine

Uykusuzluk Şiddeti İndeksin'den sırası ile 0-7 puan alan 2 kişi, 15-21 puan alan 3 kişi ve 22-28 puan alan 2 kişi Koronavirüs Anksiyete Testin'den 9 ve üzeri puan aldı. Buna göre CAS Ölçeğinden düşük puan alarak düşük anksiyete düzeyinde bulunan çalışanların uyku'ya dalmada ve düzenli uyumada daha az sıkıntı yaşadıkları, anksiyetesi yüksek olanların ise uyku problemleriyle daha fazla karşılaştıkları tespit edildi.

Literatüre baktığımızda; Oruç ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada, sağlık çalışanlarında anksiyete düzeyinin Covid-19 hastalığının çocuklarına ve evde birlikte yaşadığı bireylere bulaştırma korkusu ile arttığı ifade edilmiştir. Araştırmamızda Uykusuzluk Şiddeti İndeksine verilen cevaplar ile bireylerin medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi. Buna göre; 0-7 puan alıp klinik olarak önemsiz uykusuzluk yaşayan 58 kişinin, %58,6'sı evli, %41,4'ü bekardı. 8-14 puan alıp klinik olarak uykusuzluk alt eşiğinde bulunan 36 kişinin, %47,2'si evli,%52,8'i bekardı. 15-21 puan alıp klinik olarak önemli uykusuzluk sorunu yaşayan 10 kişinin içerisinde evli bulunmayıp hepsi bekarlardan oluşmuştu. 22-28 puan alan ve klinik olarak ciddi uykusuzluk sorunu yaşayan kişilerin %50'si evli iken diğer %50'si bekar olarak tespit edildi. Buradan hareketle bekar bireylerin çalıştıkları iş ortamının uykusuzluğa sebep olmadığı ancak evli bireylerde ise tam tersi bir durum, iş hayatının klinik anlamda uykusuzluğa sebep olduğu görülmektedir. Bu durumu ise birlikte yaşadığı bireylere hastalık bulaştırma endişesi ile açıklayabiliriz. Çalışmamızda'da Covid-19 anksiyetesi ile birlikte yaşanan bireyler arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Çalışmamızda Uykusuzluk Şiddeti İndeksine verilen cevaplar mezuniyet durumlarına bakılarak incelendi. Buna göre; 0-7 puan alıp klinik olarak önemsiz uykusuzluk sorunu yaşayan 58 kişinin, %6,9'u lise, %53,4'ü üniversite,%19'u yüksek

lisans ve %20,7'si ise diğer okullardan mezun olduğu tespit edildi. 8-14 puan alıp klinik olarak uykusuzluk alt eşiğinde bulunan 36 kişinin, %5,6'sı lise, %83,3'ü üniversite, %20,7'si ise diğer okullardan mezun olurken, yüksek lisans mezunu uykusuzluk alt eşiğinde bulunan sağlık çalışanı bulunamadı. 15-21 puan alıp klinik olarak önemli uykusuzluk sorunu yaşayan 10 kişinin %90'ı üniversite ve %10'u yüksek lisans mezunuydu. 22-28 puan alan ve klinik olarak ciddi uykusuzluk sorunu yaşayan kişilerin %16,7'si lise, %66,7'si üniversite ve %16,7'si ise yüksek lisans mezunu olduğu tespit edildi. Üniversite mezunu olanlarla diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edildi ($p<0,05$).

Çalışmamızda Uykusuzluk Şiddeti İndeksine verilen cevaplar meslekteki deneyim yıllarına bakılarak incelendi. Buna göre; 0-7 puan alıp klinik olarak önemsiz uykusuzluk sorunu yaşayan 58 kişinin, %36,2'si 0-4 yıl, %24,1'i 5-9 yıl ve %39,7'si 10 yıl ve üzeri deneyime sahipti. 8-14 puan alıp klinik olarak uykusuzluk alt eşiğinde bulunan 36 kişinin, %58,3'ü 0-4 yıl, %22,2'si 5-9 yıl ve %19,4'ü 10 yıl ve üzeri deneyime sahiptir. 15-21 puan alıp klinik olarak önemli uykusuzluk sorunu yaşayan 10 kişinin %90'ı 0-4 yıl ve %10'u 5-9 yıl deneyim sahiptir. 22-28 puan alan ve klinik olarak ciddi uykusuzluk sorunu yaşayan kişilerin %33,3'ü 0-4 yıl, %16,7'si 5-9 yıl ve %50'si 10 yıl ve üzeri deneyime sahipti. Bu verilere göre deneyim yılı arttıkça Covid-19 ve hastane kaygılarının bireyin daha az etkilendiği, mesleki deneyimi az olanların ise Covid-19 kaynaklı uykusuzluk çektiği saptandı. Ortaya çıkan bu durumu; meslekte geçirilen yılların çalışanlar üzerindeki stres ve endişeyi azalttığı, kazanılan bilgi ve deneyimden güç alarak karşılaşılan zorlukların üstesinden geldikleriyle açıklamak mümkün olabilir. Literatür incelendiğinde sağlık çalışanlarında mesleki deneyim yılının Covid-19 kaynaklı uykusuzluk üzerinde etkisini gösteren bir çalışmaya rastlanılmadı.

Liu ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışmada, Çin’de Covid-19 pandemisi sırasında 1563 sağlık çalışanı’nın katıldığı bir çalışmada, depresyon %50,7, anksiyete %44,7, uykusuzluk %36,1 ve stresle ilişkili semptomlar %73,4 oranında bulunmuştur. Çalışmamızda Uykusuzluk Şiddeti İndeksine verilen cevaplar şuanki çalıştıkları birimlere bakılarak incelendi. Buna göre; 0-7 puan alıp klinik olarak önemsiz uykusuzluk sorunu yaşayan 58 kişinin, %1,7’si acilde, %12,1’i yoğun bakımda, %55,2’si serviste, %31’i pandemi servisinde çalışmaktaydı. 8-14 puan alıp klinik olarak uykusuzluk alt eşiğinde bulunan 36 kişinin, %2,8’i acil, %13,9’u yoğun bakım, %25’i servis, %58,3’i pandemi servisinde çalışmaktaydı. 15-21 puan alıp klinik olarak önemli uykusuzluk sorunu yaşayan 10 kişinin %10’u serviste çalışırken, %90’ı pandemi servisinde görev yapmaktaydı. 22-28 puan alan ve klinik olarak ciddi uykusuzluk sorunu yaşayan kişilerin ise tamamı pandemi servislerinde görev yapmaktaydı. Pandemi servislerinde çalışan bireylerde uykusuzluğun, pandemi dışı birimlerde çalışanlara göre daha fazla olduğu çalışmamızda saptandı. Ancak bu veriyi daha derine inerek çalışılan birim olarak incelendiğimizde ise acil servis ve yoğun bakım gibi iş stresi, yoğunluğu ve yoruculuğu’nun üst düzeyde bulunduğu birimlerde çalışanlara göre pandemi servislerinde çalışan bireylerin Covid-19 kaynaklı klinik olarak önemli ve klinik olarak ciddi uykusuzluk sorunu yaşadığı tespit edildi ve istatistiksel olarak anlamlılık saptandı. Elde edilen bulgular pandemi çalışanlarının diğer birim çalışanlarına kıyasla Covid-19’dan psikolojileri’nin daha fazla etkilendiğini işaret etmekteydi. Çalışmamızda’ki veriler, literatür verileri ile uyumlu olarak saptandı.

Literatüre bakıldığında sahip olunan yüksek anksiyete düzeyinin uykusuzluğa sebep olduğu tespit edilmiştir. Deng ve arkadaşlarının (2021) yaptığı meta-analiz çalışmasına göre Covid-19 hastalarının %34’ünde uyku bozukluğu olduğu tespit

edilmiştir. Çalışmamızda Uykusuzluk Şiddeti İndeksine verilen cevaplar Hasta Sağlık Anketin puanlarına bakılarak karşılaştırıldı. Uykusuzluk Şiddet İndeksinden 0-7 puan alıp klinik olarak önemsiz uykusuzluk yaşayan 58 kişinin, %51,7'si Hasta Sağlık Anketinden 0-4 puan, %41,4'ü 5-9 puan, %3,4'ü 10-14 puan, %3,4'ü 15-19 puan aldı. Uykusuzluk Şiddet İndeksinden 8-14 puan alıp klinik olarak uykusuzluk alt eşiğinde bulunan 36 kişinin, %11,1'i Hasta Sağlık Anketinden 0-4 puan, %27,8'i 5-9 puan, %41,7'si 10-14 puan, %11,1'i 15-19 puan, %8,3'i ise 20-27 puan aldı. Uykusuzluk Şiddet İndeksinden 15-21 puan alıp klinik olarak önemli uykusuzluk sorunu yaşayan 10 kişinin %10'u Hasta Sağlık Anketinden 5-9 puan, %30'u 10-14 puan, %20'si 15-19 puan, %40'ı 20-27 puan aldı. Uykusuzluk Şiddet İndeksinden 22-28 puan alan ve klinik olarak ciddi uykusuzluk sorunu yaşayan kişilerin ise tamamı Hasta Sağlık Anketinden 20-27 puan aldı. Pandemi sürecinde yoğun bir çalışma temposu içerisinde bulunan sağlık çalışanlarının uyku problemleri yaşadığı bilinmektedir. Covid-19 sürecinin sağlık çalışanlarında oluşturduğu kaygı ve depresyonun uykuyu ve uyku kalitesini olumsuz etkilediği çalışmamızda saptandı.

Çin'de Lv ve arkadaşları (2020) tarafından, Covid-19 pandemisinde sekiz eyalette Covid-19' da aktif olarak çalışan toplam 8.028 hekim ve hemşirenin dahil edilerek yapılan bir başka çalışmada, Covid-19 pandemisi öncesi sağlık çalışanlarının genel anksiyete sıklığı %34,7 ve düşük anksiyete görülme sıklığı %24,8 olduğu, salgın sırasında ise başta Wuhan ve Hubei şehirlerinde'ki çalışanlar olmak üzere bu oranların giderek arttığı bildirilmiştir. Araştırmacılar katılımcıların anksiyete, depresyon seviyeleri ile uyku bozukluğuna ait problemlerin salgın esnasında salgın öncesi döneme kıyasla daha fazla arttığını belirtmişlerdir. Çalışmamızda Hasta Sağlık Anketine verilen cevaplar şuan ki çalıştıkları birimlere bakılarak incelendi. Buna göre; 0-4 puan alıp

klinik olarak depresyon belirtisi olmayan 34 kişinin, %5,9'u acil'de, %20,6'sı yoğun bakımda, %38,2'si serviste, %35,3'ü pandemi servisinde görev yapmaktadır. 5-9 puan alıp klinik olarak hafif depresyon belirtileri bulunan 35 kişinin, %2,9'u acil, %57,1'i servis, %40'ı pandemi servisinde görev yapmaktadır. 10-14 puan alıp klinik olarak orta düzeyde depresyon belirtisi olan 20 kişinin %20'si yoğun bakımda, %25'i serviste, %55'i pandemi servisinde görev yapmaktadır. 15-19 puan alan ve klinik olarak orta derece şiddetli depresyon sorunu yaşayan kişilerin %37,5'si serviste çalışırken, %62,5'i pandemi servislerinde görev yapmaktadır. 20-27 puan alıp klinik olarak şiddetli düzeyde depresyon belirtisi olan 13 kişinin %7,7'si serviste çalışırken geriye kalan %92,3'ü pandemi servislerinde görev yapmaktaydı. Pandemi görev yapan sağlık çalışanlarında, zorluk ve stres düzeyi yüksek olan acil servis ve yoğun bakım çalışanlarına göre orta, yüksek ve şiddetli depresyon düzeyleri yüksek saptandı. Çalışmamızdaki sonuçlara göre pandemi çalışanlarının diğer birim çalışanlarına göre daha fazla uyku problemi yaşadığı ve depresyonla karşı karşıya geldiği saptandı.

Bu çalışma ile günümüzde ve gelecekte oluşabilecek pandemilerde görev alan sağlık çalışanlarındaki uykusuzluk, anksiyete ve depresyon sorunları ortaya konmaya çalışıldı. Covid -19 pandemi servisindeki sağlık çalışanlarının anksiyete, depresyon ve uykusuzluk problemlerinin fazla olduğu açıkça saptandı. Bu nedenle bu servislerdeki sağlık çalışanlarının moral-motivasyon, psikolojik destek ve sosyal destek almaları gerektiği kanaatindeyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Covid-19 pandemi dönemi sürecinde pandemi içi servislerde 55 ve pandemi dışı servislerde 55 sağlık çalışanı olmak üzere 110 gönüllü katılımcı ile prospektif anket çalışması gerçekleştirildi. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği, Hasta Sağlık Anketi ve Uykusuzluk Şiddet Ölçeği kullanıldı.
2. Katılımcıların %49,1'i evli ve %50,9'u bekarı. %40 katılımcı çocuk sahibi iken %60 katılımcı çocuk sahibi değildi. Katılımcıların %6,4'ü lise, %67,3 üniversite, %11,8 yüksek lisans ve %14,5'i diğer okullardan mezundu. Meslek deneyimine bakıldığında 0-4 yıl arasında çalışma süresi olanlar %48,2, 5-9 yıl arasında çalışma süresi olanlar %21,8, 10 yıl ve üzerinde çalışma süresi olanlar %30'du.
3. CAS ölçeğine bakıldığında 0-8 arası puan alanlar %93,6 ve 9 ve üzeri olanlar %6,4'tü.
4. Uykusuzluk Şiddeti İndeksi değerlendirildiğinde 0-7 puan arası alanların oranı %52,7, 8-14 puan arası alanların oranı %32,7, 15-21 puan arası alanların oranı %9,1, 22-28 puan arası alanların oranı %5,5'ti.
5. Hasta Sağlık anketi sonuçlarına bakıldığında ise; 0-4 puan arası alanların oranı %30,9, 5-9 puan arası alanların oranı %31,8, 10-14 puan arası alanların oranı %18,2, 15-19 puan arası alanların oranı %7,3, 20-27 puan arası alanların oranı %11,8'di
6. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında, evli olanların çoğunlukla pandemi dışı servislerde çalıştığı, pandemi servislerinde çalışanların ise bekar ve yalnız yaşadığı istatistiksel olarak anlamlı tespit edildi.

7. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının mesleki deneyimleri ile pandemi birimlerinde çalışmaları arasında anlamlı bir farklılık tespit edildi. Mesleki deneyim yılı 4 yıl ve altında olanların %66'sının pandemi birimlerde çalıştığı saptandı.
8. Klinik olarak önemsiz düzeyde uykusuzluk (0-7 puan) daha çok pandemi dışı servislerde saptanırken, klinik olarak anlamlı insomnia(eşik, orta ve şiddetli) görülme oranı pandemi kliniğinde çalışanlarda istatistiksel olarak anlamlı saptandı.
9. Pandemi servisinde çalışanların %85,7'sinde şiddetli depresyon (Hasta Sağlık Anketi skoru 15 ve üzerinde olan) saptanırken, pandemi dışı servislerde çalışanların %14,3'ünde şiddetli depresyon saptandı.
10. Covid-19 hastalığını ayaktan tedaviyle geçirenlerin yaş ortalamaları 29,05 olurken, serviste yatarak tedavi olanların yaş ortalamaları 34,40 olarak bulundu. Yaş ile hastalığı geçiren çalışanların tedavi olma şekilleri (ayaktan-yatarak) arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi.
11. CAS (Koronavirüs Anksiyete Testi) Ölçeğinden düşük puan alarak düşük anksiyete düzeyinde bulunan çalışanların uyku'ya dalmada ve düzenli uyumada daha az sıkıntı yaşadıkları, anksiyetesi yüksek olanların ise uyku problemleriyle daha fazla karşılaştıkları tespit edildi.
12. Evli bireylerde bekarların aksine, iş hayatının klinik anlamda uykusuzluğa sebep olduğu görülmektedir.
13. 15-21 puan alıp klinik olarak önemli uykusuzluk sorunu yaşayan 10 kişinin %90'ı üniversite ve %10'u yüksek lisans mezunuydu. 22-28 puan alan ve klinik olarak ciddi uykusuzluk sorunu yaşayan kişilerin %16,7'si lise, %66,7'si üniversite ve %16,7'si ise yüksek lisans mezunu olduğu tespit edildi. Üniversite mezunu olanlarla diğer gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlılık tespit edildi.

14. 15-21 puan alıp klinik olarak önemli uykusuzluk sorunu yaşayan 10 kişinin %90'ı 0-4 yıl ve %10'u 5-9 yıl deneyim sahiptir. 22-28 puan alan ve klinik olarak ciddi uykusuzluk sorunu yaşayan kişilerin %33,3'ü 0-4 yıl, %16,7'si 5-9 yıl ve %50'si 10 yıl ve üzeri deneyime sahipti. Bu verilere göre deneyim yılı arttıkça Covid-19 ve hastane kaygılarının'dan bireyin daha az etkilendiği, mesleki deneyimi az olanların ise Covid-19 kaynaklı uykusuzluk çektiği saptandı.

15. 15-21 puan alıp klinik olarak önemli uykusuzluk sorunu yaşayan 10 kişinin %10'u serviste çalışırken, %90'ı pandemi servisinde görev yapmaktaydı. 22-28 puan alan ve klinik olarak ciddi uykusuzluk sorunu yaşayan kişilerin ise tamamı pandemi servislerinde görev yapmaktaydı.

16. Uykusuzluk Şiddet İndeksinden 15-21 puan alıp klinik olarak önemli uykusuzluk sorunu yaşayan 10 kişinin %10'u Hasta Sağlık Anketinden 5-9 puan, %30'u 10-14 puan, %20'si 15-19 puan, %40'ı 20-27 puan aldı. Uykusuzluk Şiddet İndeksinden 22-28 puan alan ve klinik olarak ciddi uykusuzluk sorunu yaşayan kişilerin ise tamamı Hasta Sağlık Anketinden 20-27 puan aldı. Covid-19 sürecinin sağlık çalışanlarında oluşturduğu kaygı ve depresyonun uykuyu ve uyku kalitesini olumsuz etkilediği çalışmamızda saptandı.

17. Hasta Sağlık Anketi'nden 10-14 puan alıp klinik olarak orta düzeyde depresyon belirtisi olanların %20'si yoğun bakımda, %25'i serviste, %55'i pandemi servisinde görev yapmaktadır. 15-19 puan alan ve klinik olarak orta derece şiddetli depresyon sorunu yaşayan kişilerin %37,5'si serviste çalışırken, %62,5'i pandemi servislerinde görev yapmaktadır. 20-27 puan alıp klinik olarak şiddetli düzeyde depresyon belirtisi olan 13 kişinin %7,7'si serviste çalışırken geriye kalan %92,3'ü pandemi servislerinde görev yapmaktaydı.

18. Pandemi servisinde çalışan sağlıkçılar moral-motivasyon, psikolojik ve sosyal açıdan desteklenmelidir.



KAYNAKÇA

- Ai, T., Yang, Z., Hou, H., Zhan, C., Chen, C., Lv, W., ... & Xia, L. (2020). Correlation of chest CT and RT-PCR testing for coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: a report of 1014 cases. *Radiology*, 296(2), 32-40.
- Ak, Özlem. (2020). “Soğuk Algınlığından Küresel Salgına. Küresel Kabus.” . *Bilim ve Teknik*, 12-27.
- Al-Muharrmi, Z. (2010). Understanding the influenza A H1N1 2009 pandemic. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 10(2), 187-195.
- Anadolu Ajansı.(2020a). 90,000 healthcare workers infected with COVID-19:ICN <https://www.aa.com.tr/en/europe/90-000-healthcare-workers-infected-with-Covid-19-icn/1831765> adresinden alınmıştır.
- Anadolu Ajansı.(2020b).Asya-Pasifik sağlık çalışanları COVID-19’dan ağır darbe aldı. <https://www.aa.com.tr/en/asia-pacific/asia-pacific-health-workers-hit-hard-by-Covid-19/1873247> adresinden alınmıştır.
- Arpacioglu, S., Gurler, M., & Cakiroglu, S. (2021). Secondary traumatization outcomes and associated factors among the health care workers exposed to the COVID-19. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(1), 84-89.

Aslan, R. (2020). Covid-19 Fizyoloji Ve Psikolojiyi Nasıl Etkiliyor?. *Ayrıntı Dergisi*, 8(88).

Ateş, A. Y., & Okur, F. (2020). COVID-19 Pandemisinde gizli kahramanlar: Hemşire liderler. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(3), 625-638.

Aysan, Ahmet Faruk, Elçin Balcı, Erdal Tanas Karagöl, Ertuğrul Kılıç, Fatih Gültekin, Fikretin Şahin, Hakan Parlakpınar, Mehmet Bulut, Muazzez Garipağaoğlu, Mustafa Solak, Nuray Erin, Tayfun Özçelik, Fatih Kara, Halit Çınarka, Mert Gür, Burak Mete, Mestan Emek, Merih Şimşek, and Kadri Gündüz. 2020. Covid-19 Pandemi Değerlendirme Raporu. *Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi*.

BBC News (2020a). Koronavirüs salgınında İstanbul'da son durum ne? <https://www.bbc.com/turkce/haberler-turkiye-52072642> adresinden alınmıştır.

BBC News (2020b). Sağlık Bakanı Koca: Salgının başından bu yana 216 sağlık çalışanımız hayatını kaybetti. <https://www.bbc.com/turkce/live/haberler-turkiye-55240692> adresinden alınmıştır.

Bell J. The Earth Book. From the beginning to the end of our planet 250 milestones in the history of earth sciences. c. 30,000 BCE, Domestication of animals, Sterling New York, 2019, ISBN: 978-1-4549-3555-1, pp. 73-75.

Birinci, M., & Bulut, T. (2020). Covid-19'un Sosyo-Ekonomik Yönden Dezavantajlı Gruplar Üzerindeki Etkileri: Sosyal Hizmet Bakış Açısından Bir Değerlendirme. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 4(1), 62-68.

Books, C., Coody, L. C., Kauffman, R., & Abraham, S. (2017). Night shift work and its health effects on nurses. *The health care manager*, 39(3), 122-127.

British Society of Thoracic Imaging. Thoracic Imaging in COVID-19 Infection 2020
https://www.bsti.org.uk/media/resources/files/BSTI_COVID19_Radiology_Guidance_version_2_16.03.20.pdf adresinden alınmıştır.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920.

Buckley, C., Wee, S. L., & Qin, A. (2020). China's doctors, fighting the coronavirus, beg for masks. *The New York Times*.

Cai, Q., Feng, H., Huang, J., Wang, M., Wang, Q., Lu, X., ... & Liu, Y. (2020). The mental health of frontline and non-frontline medical workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: A case-control study. *Journal of affective disorders*, 275, 210-215.

Cai, Q., Yang, M., Liu, D., Chen, J., Shu, D., Xia, J., ... & Liu, L. (2020). Experimental treatment with favipiravir for COVID-19: an open-label control study. *Engineering*, 6(10), 1192-1198.

Carfi, A., Bernabei, R., & Landi, F. (2020). Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *Jama*, 324(6), 603-605.

Carlson, N. R. (2013). *Foundations of behavioral neuroscience*. Pearson Education.

Casagrande, M., Favieri, F., Tambelli, R., & Forte, G. (2020). The enemy who sealed the world: effects quarantine due to the COVID-19 on sleep quality, anxiety, and psychological distress in the Italian population. *Sleep medicine*, 75, 12-20.

Casella, M., Rajnik, M., Aleem, A., Dulebohn, S., & Di Napoli, R. (2021). Features, evaluation, and treatment of coronavirus (COVID-19). StatPearls Publishing.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. (2020a). Doğrulanmış Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) Olan Hastaların Yönetimi için Geçici Klinik Rehberlik. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/index.html> adresinden alınmıştır.

CDC. (2020b). Certain Medical Conditions and Risk for Severe COVID-19 Illness. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html> adresinden alınmıştır.

CDC. (2020c). COVID-19 Global Response. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19/global-response.html> adresinden alınmıştır.

CDC. (2021). Healthcare personnel and first responders: How to cope with stress and build resilience during the COVID-19 pandemic. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/mental-health-healthcare.html> adresinden alınmıştır.

Cellini, N., Canale, N., Mioni, G., & Costa, S. (2020). Changes in sleep pattern, sense of time and digital media use during COVID-19 lockdown in Italy. *Journal of sleep research*, 29(4), e13074.

Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., ... & Zhang, L. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The lancet*, 395(10223), 507-513.

Corapcioglu, A., & Ozer, G. U. (2004). Adaptation of revised Brief PHQ (Brief-PHQ-r) for diagnosis of depression, panic disorder and somatoform disorder in primary healthcare settings. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 8(1), 11-18.

Çölgeçen, Y., & Çölgeçen, H. (2020). Covid-19 Pandemisine Bağlı Yaşanan Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Türkiye Örneği. *Electronic Turkish Studies*, 15(4).

Daily Mail. (2020). UK has recorded more Covid-19 deaths among healthcare workers than any country in the world except Russia, report reveal. <https://www.dailymail.co.uk/news/article-8515905/UK-Covid-19-healthcare-worker-deaths-highest-Amnesty-International.html> adresinden alınmıştır.

Deng, J., Zhou, F., Hou, W., Silver, Z., Wong, C. Y., Chang, O., ... & Zuo, Q. K. (2021). The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1486(1), 90-111.

Dobson, A. P., & Carper, E. R. (1996). Infectious diseases and human population history. *Bioscience*, 46(2), 115-126.

Evren, C., Evren, B., Dalbudak, E., Topcu, M., & Kutlu, N. (2020). Measuring anxiety related to COVID-19: A Turkish validation study of the Coronavirus Anxiety Scale. *Death Studies*, 1-7.

Fernandez, R., Lord, H., Halcomb, E., Moxham, L., Middleton, R., Alanzeh, I., & Ellwood, L. (2020). Implications for COVID-19: A systematic review of nurse

experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. *International journal of nursing studies*, 111, 103637.

Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433-1441.

Fitzpatrick, K. M., Harris, C., & Drawve, G. (2020). Fear of COVID-19 and the mental health consequences in America. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 12(S1), S17.

Gandhi, R. T., Lynch, J. B., & Del Rio, C. (2020). Mild or moderate Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 383(18), 1757-1766.

Garcia, R. (2017). Neurobiology of fear and specific phobias. *Learning & Memory*, 24(9), 462-471.

Ghebreyesus, T. A. (2020). Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. *World Psychiatry*, 19(2), 129.

Ghebreyesus, T. A. (2020). Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. *World Psychiatry*, 19(2), 129.

Gostin, L. O., & Friedman, E. A. (2015). A retrospective and prospective analysis of the west African Ebola virus disease epidemic: robust national health systems at

the foundation and an empowered WHO at the apex. *The Lancet*, 385(9980), 1902-1909.

Görgülü, S. (1990). Hemşirelik ve iş ortamı stresörleri. *Türk Hemşireler Dergisi*, 39(1), 23-27.

Grant, W. B., Lahore, H., McDonnell, S. L., Baggerly, C. A., French, C. B., Aliano, J. L., & Bhattoa, H. P. (2020). Evidence that vitamin D supplementation could reduce risk of influenza and COVID-19 infections and deaths. *Nutrients*, 12(4), 988.

Guan, W. J., Ni, Z. Y., Hu, Y., Liang, W. H., Ou, C. Q., He, J. X., ... & Zhong, N. S. (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *New England journal of medicine*, 382(18), 1708-1720.

Günüşen, N., & Üstün, B. (2010). Türkiye'de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: Literatür incelemesi

Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging infectious diseases*, 10(7), 1206.

Hays, J. N. (2005). *Epidemics and pandemics: their impacts on human history*. Abc-clio.

- He, J. L., Luo, L., Luo, Z. D., Lyu, J. X., Ng, M. Y., Shen, X. P., & Wen, Z. (2020). Diagnostic performance between CT and initial real-time RT-PCR for clinically suspected 2019 coronavirus disease (COVID-19) patients outside Wuhan, China. *Respiratory medicine*, 168, 105980.
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., ... & Hillard, P. J. A. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep health*, 1(1), 40-43
- Horesh, D., & Brown, A. D. (2020). Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(4), 331.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., ... & Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The lancet*, 395(10223), 497-506.
- Huang, L., Lin, G., Tang, L., Yu, L., & Zhou, Z. (2020). Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. *Critical care*, 24(1), 1-3.
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*, 288, 112954.

Hunter, E., Price, D. A., Murphy, E., van der Loeff, I. S., Baker, K. F., Lendrem, D., ... & Duncan, C. J. (2020). First experience of COVID-19 screening of health-care workers in England. *The Lancet*, 395(10234), 77-78.

Huremović, D. (2019). Brief history of pandemics (pandemics throughout history). In *Psychiatry of pandemics* (pp. 7-35). Springer, Cham.

İşlek, E., Özatkan, Y., Bilir, M. K., Arı, H. O., Çelik, H., & Yıldırım, H. H. (2020). COVID-19 pandemi yönetiminde Türkiye örneği: Sağlık politikası uygulamaları ve stratejileri. *TÜSPE Yayınları. TÜSPE Rapor*, 2.

Jahrami, H., BaHammam, A. S., Bragazzi, N. L., Saif, Z., Faris, M., & Vitiello, M. V. (2021). Sleep problems during the COVID-19 pandemic by population: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 17(2), 299-313.

Kaçmaz, N. (2005). Tükenmişlik (burnout) sendromu. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 68(1), 29-32.

Kampf, G., Todt, D., Pfaender, S., & Steinmann, E. (2020). Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *Journal of hospital infection*, 104(3), 246-251.

Kanne, J. P., Little, B. P., Chung, J. H., Elicker, B. M., & Ketai, L. H. (2020). Essentials for radiologists on COVID-19: an update—radiology scientific expert panel.

Karakaş, S. A., Gönültaş, N., & Okanlı, A. (2017). Vardiyalı çalışan hemşirelerde uyku kalitesi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 17-26.

Karasu, F. (2020). Koronavirus (COVID-19) Vakaları artarken salgının ön safındaki bir yoğun bakım hemşiresi:“Cephede Duran Kahramanlar”. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(1), 11-14.

Kavas, B. N., & Develi, A. (2020). Çalışma yaşamındaki sorunlar bağlamında COVID-19 pandemisinin kadın sağlık çalışanları üzerindeki etkisi. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2), 84-112.

Kaya, B. (2020). Pandeminin ruh sağlığına etkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(2), 123-124.

Lee, S. A. (2020a). How much “Thinking” about COVID-19 is clinically dysfunctional?. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 97.

Lee, S. A. (2020b). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death studies*, 44(7), 393-401.

- Li, Y., Qin, Q., Sun, Q., Sanford, L. D., Vgontzas, A. N., & Tang, X. (2020). Insomnia and psychological reactions during the COVID-19 outbreak in China. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 16(8), 1417-1418.
- Liu J, Xie W, Wang Y, Xiong Y, Chen S, Han J, et al. A comparative overview of COVID-19, MERS and SARS: Review article. Vol. 81, International Journal of Surgery. Elsevier Ltd; 2020. p. 1–8.
- Liu, K., Chen, Y., Wu, D., Lin, R., Wang, Z., & Pan, L. (2020). Effects of progressive muscle relaxation on anxiety and sleep quality in patients with COVID-19. *Complementary therapies in clinical practice*, 39, 101132.
- Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., ... & Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry research*, 287, 112921.
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y. T., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e17-e18.
- Liu, Z., Han, B., Jiang, R., Huang, Y., Ma, C., Wen, J., ... & Ma, Y. (2020). Mental health status of doctors and nurses during COVID-19 epidemic in China. *Available at SSRN 3551329*.

- Lu R., Zhao X., Li J., Niu P., Yang B., Wu H., et al. Genomic Characterisation And Epidemiology of 2019 Novel Coronavirus: Implications For Virus Origins and Receptor Binding. *The Lancet*. 2020;395(10224):565-574.
- Lv, Y., Zhang, Z., Zeng, W., Li, J., Wang, X., & Luo, G. Q. (2020). Anxiety and depression survey of Chinese medical staff before and during COVID-19 defense. *Available at SSRN 3551350*
- Maben, J., & Bridges, J. (2020). Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *Journal of clinical nursing*, Accepted-Article.
- Mak, I. W. C., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G. C., & Chan, V. L. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General hospital psychiatry*, 31(4), 318-326.
- Marelli, S., Castelnovo, A., Somma, A., Castronovo, V., Mombelli, S., Bottoni, D., ... & Ferini-Strambi, L. (2021). Impact of COVID-19 lockdown on sleep quality in university students and administration staff. *Journal of Neurology*, 268(1), 8-15.
- Matsuo, T., Kobayashi, D., Taki, F., Sakamoto, F., Uehara, Y., Mori, N., & Fukui, T. (2020). Prevalence of health care worker burnout during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Japan. *JAMA network open*, 3(8), 2017271-2017271.

Maurice, J. (2016). Cost of protection against pandemics is small. *The Lancet*, 387(10016), e12.

Maurice, John. (2016). "Cost of Protection against Pandemics Is Small." *The Lancet* 387(10016):e12. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00156-2.

Mazza, M. G., De Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B., Bollettini, I., ... & COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study group. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 594-600.

McMichael, T. M., Currie, D. W., Clark, S., Pogosjans, S., Kay, M., Schwartz, N. G., ... & Duchin, J. S. (2020). Epidemiology of Covid-19 in a long-term care facility in King County, Washington. *New England Journal of Medicine*, 382(21), 2005-2011.

Medscape. (2020). In memoriam: Healthcare workers who have died of COVID-19. <https://www.medscape.com/viewarticle/927976> adresinden alınmıştır.

Melnyk, B. M., Orsolini, L., Tan, A., Arslanian-Engoren, C., Melkus, G. D. E., Dunbar-Jacob, J., ... & Lewis, L. M. (2018). A national study links nurses' physical and mental health to medical errors and perceived worksite wellness. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(2), 126-131.

Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E., & Engelhard, I. M. (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of anxiety disorders*, 74, 102258.

Mukhtar P.S, (2020). Mental wellbeing of nursing staff during the COVID-19 outbreak: A cultural perspective. *Journal of Emergency Nursing*, 46(4): 426–427.

Occupational Safety and Health Administration. Worker exposure risk to COVID-19 2020 <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3993.pdf> adresinden alınmıştır.

Ornell, F., Schuch, J. B., Sordi, A. O., & Kessler, F. H. P. (2020). “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(3), 232-235.

Oruç, M. A., Ayar, N., Yılmaz, M., & Yavuz, E. (2021). COVID-19 Pandemisi Nedeniyle Misafirhane ve Otellerde Konaklamayı Tercih Eden Sağlık Çalışanlarının Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15(4), 769-775.

Ömer, A. T. A. Ç., SEZEROL, M. A., TAŞÇI, Y., & HAYRAN, O. (2020). COVID-19 pandemisinde görev yapan sağlık çalışanlarında anksiyete belirtileri ve uykusuzluk. *Turkish Journal of Public Health*, 18(COVID-19 Special), 47-57.

- Özdemir, Ö., & Ayşegül, P. A. L. A. (2020). Çocuklarda Covid-19 enfeksiyonunun tanısı, tedavisi ve korunma yolları. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 4, 14-21.
- Pala, S. Ç., & Metintaş, S. (2020). COVID-19 Pandemisinde sağlık çalışanları.. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5, 156-168.
- Perlis, R. H. (2020). Exercising heart and head in managing coronavirus disease 2019 in Wuhan. *JAMA network open*, 3(3), e204006-e204006.
- Pilcher, J. J., Ginter, D. R., & Sadowsky, B. (1997). Sleep quality versus sleep quantity: relationships between sleep and measures of health, well-being and sleepiness in college students. *Journal of psychosomatic research*, 42(6), 583-596.
- Prager, F., Wei, D., & Rose, A. (2017). Total economic consequences of an influenza outbreak in the United States. *Risk Analysis*, 37(1), 4-19.
- Remuzzi, A., & Remuzzi, G. (2020). COVID-19 and Italy: what next?. *The lancet*, 395(10231), 1225-1228.
- Rewar, S., Mirdha, D., & Rewar, P. (2015). Treatment and prevention of pandemic H1N1 influenza. *Annals of global health*, 81(5), 645-653.

Reynolds, D. L., Garay, J. R., Deamond, S. L., Moran, M. K., Gold, W., & Styra, R. (2008). Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiology & Infection*, 136(7), 997-1007.

Rossi, R., Socci, V., Pacitti, F., Di Lorenzo, G., Di Marco, A., Siracusano, A., & Rossi, A. (2020). Mental health outcomes among frontline and second-line health care workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Italy. *JAMA network open*, 3(5), 2010185-2010185.

Saatçı, E. (2020). COVID-19 Pandemisi ve sağlık çalışanları: Yaşatmak mı yaşamak mı?. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 24(3), 153-166.

Sağlık Bakanlığı(2021). Covid-19 bilgilendirme platformu. <https://Covid19.saglik.gov.tr/TR-66259/halka-yonelik.html> adresinden alınmıştır.

Sahu, A. K., Amrithanand, V. T., Mathew, R., Aggarwal, P., Nayer, J., & Bhoi, S. (2020). COVID-19 in health care workers—A systematic review and meta-analysis. *The American journal of emergency medicine*, 38(9), 1727-1731.

Santarone, K., McKenney, M., & Elkbulli, A. (2020). Preserving mental health and resilience in frontline healthcare workers during COVID-19. *The American journal of emergency medicine*, 38(7), 1530-1531.

- Schoeman, D., & Fielding, B. C. (2019). Coronavirus envelope protein: current knowledge. *Virology journal*, 16(1), 1-22.
- Seago, J. A., & Faucett, J. (1997). Job strain among registered nurses and other hospital workers. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 27(5), 19-25.
- Shi, H., Han, X., Jiang, N., Cao, Y., Alwalid, O., Gu, J., ... & Zheng, C. (2020). Radiological findings from 81 patients with COVID-19 pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet infectious diseases*, 20(4), 425-434.
- Shiraki, K., & Daikoku, T. (2020). Favipiravir, an anti-influenza drug against life-threatening RNA virus infections. *Pharmacology & therapeutics*, 209, 107512.
- Simione, L., & Gnagnarella, C. (2020). Differences between health workers and general population in risk perception, behaviors, and psychological distress related to COVID-19 spread in Italy. *Frontiers in psychology*, 2166.
- Song, Z., Xu, Y., Bao, L., Zhang, L., Yu, P., Qu, Y., ... & Qin, C. (2019). From SARS to MERS, thrusting coronaviruses into the spotlight. *viruses*, 11(1), 59.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., Patient health questionnaire primary care study group, & Patient health questionnaire primary care study group. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Jama*, 282(18), 1737-1744.

Srivastava, A., Bala, R., Srivastava, A. K., Mishra, A., Shamim, R., & Sinha, P. (2020).

Anxiety, obsession and fear from coronavirus in Indian population: a web-based study using COVID-19 specific scales. *Int J Community Med Public Health*, 7(11), 4570-7.

Stokes, E. K., Zambrano, L. D., Anderson, K. N., Marder, E. P., Raz, K. M., Felix, S. E. B., ... & Fullerton, K. E. (2020). Coronavirus disease 2019 case surveillance—United States, January 22–may 30, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(24), 759.

Sun, N., Wei, L., Shi, S., Jiao, D., Song, R., Ma, L., ... & Wang, H. (2020). A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients. *American journal of infection control*, 48(6), 592-598.

Tang, W., Cao, Z., Han, M., Wang, Z., Chen, J., Sun, W., ... & Xie, Q. (2020). Hydroxychloroquine in patients with mainly mild to moderate coronavirus disease 2019: open label, randomised controlled trial. *The BMJ*, 369.

Tapırsız, Ö. L., & Altınbaş, S. K. (2020). Mikroorganizmalar mavi gezegende bizden çok önce vardı: pandemiler tarihi. *Türk Kadın Sağlığı ve Neonatoloji Dergisi*, 2(2), 53-69.

Taubenberger, J. K., & Morens, D. M. (2006). 1918 Influenza: the mother of all pandemics. *Revista Biomedica*, 17(1), 69-79.

TC Sağlık Bakanlığı, and Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.(2020). "COVİD-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu). Genel bilgiler, epidemioloji ve tanı." *Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması. Serolojik testler* : 14-15.

The origin of pandemic-related words | British Columbia Medical Journal [Internet]. [cited 2021 Nov 25]. <https://bcmj.org/blog/origin-pandemic-relatedword> adresinden alındı.

To, KK. W., Tsang, OT. Y., Leung, W. S., Tam, A. R., Wu, T. C., Lung, D. C., ... & Yuen, K. Y. (2020). Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2: an observational cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(5), 565-574.

Tosun E, 2020. Sosyolojide Araştırma ve Uygulamalar. Covid-19 salgınının sağlık çalışanları üzerindeki etkileri. Aralık 2020, Manisa, 17-20.

Tsai, S. C. (2010). Excessive sleepiness. *Clinics in chest medicine*, 31(2), 341-351.

Türk Dil Kurumu. Türk Dil Kurumu Sözlükleri 2021. <https://sozluk.gov.tr>. Adresinden alınmıştır.

- Uzun, N.D., Tekin, M., Sertel, E., & Tuncar, A. (2020). Psychological and social effects of COVID-19 pandemic on obstetrics and gynecology employees. *J Surg Med*, 4(5), 355-358.
- V'kovski, P., Kratzel, A., Steiner, S., Stalder, H., & Thiel, V. (2020). Coronavirus biology and replication: implications for SARS-CoV-2. *Nature Reviews Microbiology*, 19(3), 155-170. DOI: 10.1038/s41579-020-00468-6.
- Verikios, G., Sullivan, M., Stojanovski, P., Giesecke, J., & Woo, G. (2016). Assessing regional risks from pandemic: a scenario influenza analysis. *The World Economy*, 39(8), 1225-1255.
- Verity, R., Okell, L. C., Dorigatti, I., Winskill, P., Whittaker, C., Imai, N., ... & Ferguson, N. M. (2020). Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *The Lancet infectious diseases*, 20(6), 669-677.
- Voitsidis, P., Gliatas, I., Bairachtari, V., Papadopoulou, K., Papageorgiou, G., Parlapani, E., ... & Diakogiannis, I. (2020). Insomnia during the COVID-19 pandemic in a Greek population. *Psychiatry research*, 289, 113076.
- Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J., ... & Peng, Z. (2020). Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus–infected pneumonia in Wuhan, China. *Jama*, 323(11), 1061-1069.

Wang, J., Zhou, M., & Liu, F. (2020). Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *J Hosp infect*, 105(1).

Wang, W., Xu, Y., Gao, R., Lu, R., Han, K., Wu, G., & Tan, W. (2020). Detection of SARS-CoV-2 in different types of clinical specimens. *Jama- Journal of the American Medical Association*, 323(18), 1843-1844.

WHO (2020).COVID-19 Strategy Update. [Covid-strategy-update-14april2020.pdf](#) ([who.int](#)) adresinden alınmıştır.

WHO (2009). Current WHO phase of pandemic alert for Pandemic (H1N1) 2009. WHO <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/phase/en/> adresinden alınmıştır.

WHO (2006). *Working together for health: the World health report 2006: policy briefs*. World Health Organization.

WHO.(2021).COVID-19: Sağlık çalışanları için iş sağlığı ve güvenliği rehberi. [https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-\(Covid-19\)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health](https://www.who.int/publications-detail/coronavirus-disease-(Covid-19)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health) adresinden alınmıştır.

Windsor-Shellard, B., & Gunnell, D. (2019). Occupation-specific suicide risk in England: 2011–2015. *The British Journal of Psychiatry*, 215(4), 594-599.

Wong, G. W., & Leung, T. F. (2007). Bird flu: lessons from SARS. *Paediatric respiratory reviews*, 8(2), 171-176.

WHO (2020). Coronavirus Disease(Covid-19) Dashboard 2020.

<https://Covid19.who.int/> adresinden alınmıştır.

Wu, Z., & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Jama*, 323(13), 1239-1242.

Yang, J., Zheng, Y., Gou, X., Pu, K., Chen, Z., Guo, Q., ... & Zhou, Y. (2020). Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases*, 94, 91-95.

Yao, X., Ye, F., Zhang, M., Cui, C., Huang, B., Niu, P., ... & Liu, D. (2020). In vitro antiviral activity and projection of optimized dosing design of hydroxychloroquine for the treatment of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). *Clinical infectious diseases*, 71(15), 732-739.

Ye, Z., Zhang, Y., Wang, Y., Huang, Z., & Song, B. (2020). Chest CT manifestations of new coronavirus disease 2019 (COVID-19): a pictorial review. *European radiology*, 30(8), 4381-4389.

Yıldırım, M., & Çetin, M. (2020). Bir salgın örneği olarak Covid-19 salgını ve bunun riskli popülasyonda yer alan sağlık çalışanları üzerine etkileri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 121-126.

Zheng, Z., Peng, F., Xu, B., Zhao, J., Liu, H., Peng, J., ... & Tang, W. (2020). Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. *Journal of infection*, 81(2), 16-25.

Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., ... & Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *The lancet*, 395(10229), 1054-1062.

Zhou, P., Yang, X. L., Wang, X. G., Hu, B., Zhang, L., Zhang, W., ... & Shi, Z. L. (2020). A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*, 579(7798), 270-273.

Zoralioğlu M.(2020). COVID-19 Tanısı ile İnterne Edilen 30-50 yaş Arası Hastalarda Cinsiyetin Prognoz Üzerine Etkisi ve Bunu Etkileyen Diğer Faktörler [Uzmanlık Tezi]. Yüksek Öğretim Kurumu Tez Sistemi: T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi.

EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAYI

EK-2: Kurum Onayı

EK-3: Kullanılan Anketler

Ek-3.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Yaş:

2. Cinsiyet:

1. Kadın

2. Erkek

3. Medeni durum:

1. Evli

2. Bekar

3. Dul/Boşanmış

4. Diğer (Lütfen Belirtiniz)

4. Çocuk sayınız:

1. Yok

2. Var(Sayıyı lütfen Belirtiniz)

5. Aile tipi:

1. Çekirdek aile

2. Geniş aile

6. En son bitirdiğiniz okulu işaretleyiniz.

1. Sağlık Meslek Lisesi

2. Sağlık Yüksekokulu Lisans

3. Yüksek lisans - Hemşirelik 4. Diğer (Belirtiniz)

7. Meslekte çalışma sürenizi yazınız.(kaç ay/yıl)

8. En uzun süre çalıştığınız birim:

1. Acil

2. Yoğun Bakım Ünitesi

3. Servis(Lütfen belirtiniz)

9. Şu an çalıştığınız birim:

10. Halen çalışmakta olduğunuz birimdeki göreviniz: 1. Servis hemşiresi

2. Bölüm sorumlu hemşiresi 3. Süpervizör hemşire

4. Diğer(Lütfen belirtiniz)

11. Kronik bir hastalığınız var mı? Varsa Nedir?

12. Siz veya 1. derece temasta olduğunuz yakınınız Covid-19 hastalığı geçirdiniz

mi? 1. Evet

2. Hayır

13. Covid-19 hastalığı geçirdiyseniz tedaviniz nasıl gerçekleşti?

1. Ayaktan
bakımda

2. Serviste yatarak

3. Yoğun

Ek-3.2. Koronavirüs Anksiyete Testi (CAS)

Son iki hafta içerisinde	Yok	Nadir veya 1-2 günden az	Birkaç gün	7 günden daha fazla	Neredeyse her gün
1. Koronavirüs ile ilgili haberleri okuduğum veya dinlediğim zaman başımın döndüğünü ve sersemleştığimi hissettim veya bayılacakmış gibi oldum	0	1	2	3	4
2. Koronavirüsü düşündüğüm zaman uykuya dalmada ya da uyumada sorun yaşadım	0	1	2	3	4
3. Koronavirüs ile ilgili konuları düşündüğümde ya da bu konulara maruz kaldığımda inme inmiş gibi hissettim veya donup kaldım	0	1	2	3	4
4. Koronavirüs ile ilgili konuları düşündüğümde ya da bu konulara maruz kaldığımda iştahım kaçtı	0	1	2	3	4
5. Koronavirüs ile ilgili konuları düşündüğümde ya da bu konulara maruz kaldığımda mide bulantısı ya da mide problemleri yaşadım	0	1	2	3	4

Ek-3.3. Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9)

HASTA SAĞLIK ANKETİ-9

Son 2 hafta içerisinde, aşağıdaki sorunlardan herhangi biri sizi ne sıklıkla rahatsız etti? (Cevabınızı Yuvarlak İçine Alınız)	Hiçbir zaman	Bazı günler	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen her gün
1. Bir şeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duymak	0	1	2	3
2. Uzgün, depresif veya umutsuz hissetmek	0	1	2	3
3. Uykuya dalmada veya uyumaya devam etmekte zorluk, veya çok fazla uyumak	0	1	2	3
4. Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması	0	1	2	3
5. İştahsızlık veya çok fazla yemek	0	1	2	3
6. Kendinizi kötü hissetmeniz— veya kendinizi başarısız ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmeniz	0	1	2	3
7. Gazete okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmeniz	0	1	2	3
8. Başkalarının fark edebileceği kadar yavaş hareket etmeniz veya konuşmanız? Veya tam aksine— normalden çok daha fazla hareket edecek kadar kıpır kıpır veya huzursuz olmanız	0	1	2	3
9. Olmuş olsanız ve ya bir şekilde kendinize zarar verseniz daha iyi olacağınız düşünceleri	0	1	2	3
	0 + _____ + _____ + _____ =Toplam Skor: _____			
Bu sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmanızda, evinizle ilgili işleri halletmenizde veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizde ne kadar zorluk yarattı?				
Hiç zorluk yaratmadı Oldukça zorluk yarattı Çok zorluk yarattı Aşırı derecede zorluk yarattı				

Ek-3.4. Uykusuzluk Şiddet İndeksi

UYKUSUZLUK ŞİDDETİ İNDEKSİ					
1-Lütfen su andaki (örn., son 2 hafta içinde) uykusuzluk probleminizin / problemlerinizin ŞİDDETİNİ değerlendiriniz.					
1a-Uykuya dalmakta güçlük:	☐ Hiç	☐ Hafif	☐ Orta	☐ Şiddetli	☐ Çok şiddetli
1b-Uykuyu sürdürmekte güçlük:	☐ Hiç	☐ Hafif	☐ Orta	☐ Şiddetli	☐ Çok şiddetli
1c-Çok erken uyanma problemi:	☐ Hiç	☐ Hafif	☐ Orta	☐ Şiddetli	☐ Çok şiddetli
2-Son zamanlardaki uyku düzeninizden ne kadar memnunsunuz/ memnuniyetsizsiniz?	☐ Çok memnun	☐ Memnun	☐ Nötr	☐ Memnun değil	☐ Hiç memnun değil
3-Uyku probleminizin gün içindeki işlevselliğinizi (örn., gün içinde tükenmişlik, işte/günlük uğraşlarda çalışma potansiyeli, konsantrasyon, hafıza, duygu durum, vb.) ne ölçüde engellediğini düşünüyorsunuz?	☐ Kesinlikle engelleyici değil	☐ Biraz engelleyici	☐ Oldukça engelleyici	☐ Çok engelleyici	☐ Çok fazla engelleyici
4-Yaşam kalitenizin bozulması anlamında uyku probleminizin başkaları tarafından ne kadar fark edilebildiğini düşünüyorsunuz?	☐ Kesinlikle fark edilemez	☐ Biraz fark edilebilir	☐ Oldukça fark edilebilir	☐ Çok fark edilebilir	☐ Çok fazla fark edilebilir
5-Son zamanlardaki uyku probleminiz sizi ne kadar endişelendiriyor/strese sokuyor?	☐ Kesinlikle endişelendirmiyor	☐ Biraz endişelendiriyor	☐ Oldukça endişelendiriyor	☐ Çok endişelendiriyor	☐ Çok fazla endişelendiriyor

ÖZGEÇMİŞ

