



T. C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE COVID-19 TEŞHİSİ ALAN VE
ALMAYAN SAĞLIK PERSONELLERİNDE RUHSAL DAYANIKLILIK VE
ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE ÇOCUKLARINDAKİ PSİKİYATRİK
SEMPATOMLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLIK TEZİ

DR. FEYZA ADIYAMAN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. MESUT YAVUZ

İSTANBUL – 2022

T. C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE COVID-19 TEŞHİSİ ALAN VE
ALMAYAN SAĞLIK PERSONELLERİNDE RUHSAL DAYANIKLILIK VE
ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE ÇOCUKLARINDAKİ PSİKİYATRİK
SEMPTOMLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ**

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANLIK TEZİ
DR. FEYZA ADIYAMAN

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi MESUT YAVUZ

İSTANBUL – 2022

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimi sürecimin sonlarına doğru dahil olduğum, uzmanlık eğitimimin en öğretici ve en keyif aldığım bölümünü yaşadığım Cerrahpaşa Çocuk Psikiyatrisi Kliniği'nde, beni geldiğim ilk günden itibaren baştan beri oradaymışım gibi hissettiren, hekimlik sanatının yanında çocuğu anlamak ve onunla iletişim kurmak konusunda ufkumu açan, yapacaklarım konusunda beni hep ceasaretlendiren anabilim dalı başkanımız, saygıdeğer hocam Prof. Dr. Burak Doğanğün'e,

Tez danışman hocam Doç. Dr. Mesut Yavuz'a,

Alışıl gelmişin biraz dışında seyreden asistanlık sürecim boyunca desteğini ve anlayışını hep hissettiğim Doç. Dr. Muhammed Tayyib Kadak'a,

Gerek klinik, gerek akademik alanda mesleğimle ilgili zorlandığım her konuda yardıma hazır olan, mütevaziliği, özverili çalışması ve öğretme hevesi ile bana örnek olan Doç. Dr. Mahmut Cem Tarakçioğlu'na,

Bilgi, yorum ve tecrübelerini dinlemekten çok keyif aldığım, hem hayata hem de insan ruhuna dair fikirleri ile ufkumu açan, öğretme ve öğrenme hevesi hiç bitmeyen, gençlerin fikirlerine çok kıymet veren çok değerli Prof. Dr. Levent Kayaalp'e,

Kliniğimizin keyifli ve huzurlu bir çalışma ortamı olmasındaki katkısı yadsınamayacak olan; çalışkanlığı, yardımseverliği ve azmi ile bize örnek olan Uzm. Dr. Zehra Koyuncu'ya ve klinik tecrübelerinden faydalandığım Uzm. Dr. Rahime Hülya Bingöl Çağlayan'a ve Uzm. Dr. Gizem Durcan'a,

Psikiyatri rotasyonum sırasında beni kendi asistanlarından ayırmadan benimseyip rahat ettiren ve erişkin hastalarla çalışma konusunda bilgi birikimi ve tecrübelerinden faydalandığım Doç. Dr. Ömer Faruk Demirel, Doç. Dr. Cana Aksoy Poyraz, Doç. Dr. Şenol Turan'a ve diğer tüm hocalarıma,

Psikiyatri kliniğinde bulunduğum süre zarfında birlikte keyifle çalıştığım, dostluk ve yardımlarını her zaman hissettiğim tüm hekim arkadaşlarım ve Psikiyatri Anabilim Dalı çalışanlarına,

Çocuk Nöroloji rotasyonum sırasında, gösterdikleri yakınlık ve bana kattıkları bilgiler için hocalarım Prof. Dr. Sema Saltık ve Doç. Dr. Serhat Güler'e,

Kliniğimizin sorunsuz işleyişinde emekleri büyük olan, neşeli ve huzurlu çalışma ortamımıza katkıları göz ardı edilemeyecek olan hemşirelerimiz, kürsü sekreter ve personellerimize,

Hastalarımızı bizler kadar önemseyen, onların bilmediğimiz yönlerine ışık tutan, çok değerli fikirleri ile hastalarımıza farklı bir açıdan bakmamızı sağlayan klinik psikologlarımız Psik. Elif Dayıoğlu'na ve Psik. Elvan Bozkurt'a,

Cerrahpaşa'daki asistanlık hayatımın en başından itibaren oradaymışım gibi bana yakınlık gösteren, birlikte çalışmaktan ve kendilerini tanımış olmaktan çok keyif aldığım hekim arkadaşlarım, Uzm. Dr. Hazal Akman, Dr. Tuncay Sandıkçı, Dr. Nihal Serdengeçti, Dr. Meryem Seçen, Dr. Hilal Kavak, Dr. Beste Doğar, Dr. Elif Hacivelioglu, Dr. Aslı Begüm Can Aydın, Dr. Barika Mercan, Dr. Büşra Arslan, Dr. Elif Anaç, Dr. Tuba Akar Erkmen, Dr. Beyza Nur Sandıkçı, Dr. Betül Kırlangıç, Dr. Büşra Zengin, Dr. Ceren Tosun, , Dr. Sena İncetahtacı, Dr. Elif Söylemezoğlu ve Dr.Yasemin Merve Ayrancı'ya,

Uzmanlık sürecime başladığım ve bu mesleğin temellerini ilk öğrendiğim yer olan Pamukkale Üniversitesi'ndeki değerli hocalarım Prof. Dr. Burcu Çakaloz, Doç. Dr. Gülşen Ünlü, Doç. Dr. Ömer Başay ve Doç. Dr. Bürge Başay'a ve dinlemekten çok keyif aldığım, ufkumu açan, bana psikiyatriyi sevdiren Prof. Dr. Nalan Oğuzhanoglu'na, Prof.Dr.Osman Özdel'e,

Tez çalışmama gönüllü katılmayı kabul ederek, bana kıymetli vaktini ayıran tüm ebeveyn ve çocuklara,

Bu zorlu süreçte bana teknik destek ve moral veren Dr. Ersel Bulu'ya, kendi işini bir yana bırakıp bana yardımcı olan çok sevdiğim arkadaşım Mustafa Bahçevanoğlu'na, anlayışlı ve yardımsever kardeşim Mustafa Emre Okyaz'a, çocuklarımla kendi çocuğu gibi ilgilenen manevi ablam ve evdeki arkadaşım Azime Akkaya'ya, bana inanan, cesaret veren ve destek olan tüm arkadaşlarıma;

Olumlu ve olumsuz her katkısı için Süleyman Adıyaman'a,

Kendilerinden her gün yeni birşeyler öğrendiğim, hayatımın anlamını artıran, neşe kaynaklarım canım çocuklarım Mehmet ve Bilge Adıyaman'a,

Ve son olarak; uyandığım her günde onlarla biriktirdiğim anılara, bana sağladıkları imkanlara ve bu mesleğe sahip olduğum için kendilerine minnettar olduğum, ben kendime inanmadığım zamanda bile bana inancını hiç yitirmeyen, haklarını asla ödeyemeyeceğim canım annem ve babama sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Feyza Adıyaman

İstanbul,2022

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ.....	ii
ETİK KURUL KARARI	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. SARS COV 2 Virüsü.....	5
2.2. Salgınların Tarihçesi	6
2.3. Toplumsal Travmaların Etkileri	7
2.4. Salgın Dönemlerinin Ruhsal Sonuçları	8
2.5. Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık İlişkisi	9
2.6. Karantinanın ve İzolasyonun Ruhsal Etkileri.....	10
2.7. Pandemi Döneminde Sağlık Çalışanları.....	12
2.8. COVID-19 Pandemisinin Sağlık Çalışanı Ebeveynlere Etkileri.....	14
3. YÖNTEM.....	16
3.1. Örneklem	16
3.2. Veri Toplama Araçları	17
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	17
3.2.2. 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) (CBCL/6-18)	17
3.2.3. 11-18 Yaş Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeği (YSR/11-18)	18
3.2.4. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	18
3.2.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)	19
3.3. Çalışmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler.....	19

4. BULGULAR.....	21
4.1. Yaş ve Cinsiyet.....	21
4.2. Aile Bilgileri.....	22
4.3. COVID Teması, Görevlendirme ve COVID Nedeniyle Hastaneye Yatış	23
4.4. Tıbbi Hastalık, Psikiyatrik Başvuru ve İlaç Kullanımı	24
4.5. Ebeveynlerin Psikolojik Dayanıklılığı	25
4.6. Ebeveynler Tarafından Algılanan Sosyal Destek.....	26
4.7. Ebeveynlerin Doldurduğu 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeğine Göre Çocukların Psikiyatrik Belirtileri.....	26
4.8. 11-18 Yaş Ergenlerin Doldurduğu 11-18 Yaş Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeğine Göre Ergenlerin Psikiyatrik Belirtileri.....	27
4.9. COVID Pozitif Ebeveynlerin Çocuklarının Okul Etkinliği ile Çocuklarının Psikiyatrik Semptomlarının ve Ebeveynin Algılanan Sosyal Desteğinin Korelasyonu.....	28
4.10. COVID Negatif Ebeveynlerin Çocuklarının Okul, Spor Ve Spor Dışı Etkinliği İle Çocuklarının Psikiyatrik Semptomlarının Ve Ebeveynin Psikolojik Dayanıklılığının Korelasyonu	29
4.11. Ebeveynlerde Algılanan Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Çocukların Davranış Sorunları ile İlişkisi	30
4.12. Çocukların Davranış Sorunları İçin Oluşturulan Lojistik Regresyon Modelleri	31
5. TARTIŞMA	33
5.1. Sosyodemografik Veriler	33
5.2. COVID İlişkili Veriler	34
5.3. Eşlik Eden Tıbbi veya Psikiyatrik Durumlar	34
5.4. Hipotezlere İlişkin Verilerin İncelenmesi	35
6. SONUÇ	43
7. KAYNAKÇA.....	46

8. EKLER.....	63
9. ÖZGEÇMİŞ	70
10. İNTİHAL TARAMA RAPORU	72



KISALTMALAR

DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
SARS	: Severe Acute Respiratory Syndrome
MERS	: Middle East Respiratory Syndrome
COVID-19	: Coronavirus Disease 2019
Ort	: Ortalama
S. s.	: Standart Sapma
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
MÖ	: Milattan önce
MS	: Milattan sonra
TSSB	: Travma sonrası stres bozukluğu
HPA	: Hipotalamus-hipofiz-adrenakortikal
H1N1	: Domuz gribi
ARDS	: Acute respiratory distress syndrome
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
EVH	: Ebola virüs hastalığı
ACE	: Anjiotensin dönüştürücü enzim
CBCL	: Child Behaviour Checklist (CBCL/6-18)
ÇDDÖ	: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği
ASEBA	: Achenbach System of Empirically Based Assessment
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
YSR/11-18	: The Youth Self-Report /11-18
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
MPSS	: Multidimensional Scale of Perceived Social Support

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.....	21
Tablo 2.....	22
Tablo 3.....	23
Tablo 4.....	23
Tablo 5.....	24
Tablo 6.....	26
Tablo 7.....	26
Tablo 8.....	27
Tablo 9.....	28
Tablo 10.....	29
Tablo 11.....	30
Tablo 12.....	31
Tablo 13.....	32

ETİK KURUL KARARI

İÜC Tarih ve Sayı: 05.02.2021-23869



T.C.
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı :E-83045809-604.01.02-23869
Konu :Uzm.Öğr.Dr.Feyza Adıyaman'ın etik
kurul kararı A-50

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 01.2021 tarih, E-16804004-604.01.02-150389 sayılı yazı

Anabilim Dalı'nız **Dr.Öğretim Üyesi Mesut YAVUZ'un** danışmanlığında **Uzm.Öğr.Dr.Feyza ADIYAMAN'ın** yürütücülüğünde "Covid -19 Pandemi Döneminde Covid-19 Teşhisi Alan ve Almayan Sağlık Personellerinde Ruhsal Dayanıklık ve Algılanan Sosyal Destek ile Çocuklarındaki Psikiyatrik Semptomlar Arasındaki İlişki" başlıklı Uzmanlık Tezi hakkında ilgi yazınız ve ekleri 02 Şubat 2021 tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup;etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Başkan

Prof. Dr. Ömer Fehmi TABAK
Bölüm Başkanı

Ek:

- 1- 1 dosya elden teslim edilecektir.
- 2- NOT: Yönetmelik gereği Sonuç Raporunun Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna iletilmesi gerekmektedir.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BEZLH53K8 Pin Kodu :73491

<http://dogrulama.istanbul.edu.tr/enVision/sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEZLH53K8>

Adres:İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL
Telefon:0 (212) 414 30 00 Faks:(212) 632 00 25
e-Posta:ctfpersonel@istanbul.edu.tr Web:www.istanbul.edu.tr
Kep Adresi:istanbulc@hs01.kep.tr

Bilgi için: Güler SOYDANER
Unvanı: Memur
Tel No: 60130



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kullanılarak, COVID-19 enfeksiyonunu geçirmiş olmanın sağlık çalışanı ebeveynlerin sosyal destek algısı ve psikolojik dayanıklılıkları ile ilişkisi ve bunun çocuklarının ruh sağlığına direkt ya da dolaylı etkilerinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Bu kesitsel araştırma Mayıs-ekim 2021 tarihleri arasında çevrimiçi anket çalışması olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya ebeveynlerinden en az birisi sağlık çalışanı olan toplam 99 tane çocuk dahil edilmiştir. Ebeveynlerin doldurduğu çevrimiçi anket formu Sosyodemografik Veri Formu, 6-18 Yaş Çocuk Ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nden oluşmuştur. 11-18 yaş arasındaki ergenlerin doldurduğu çevrimiçi anket formu 11-18 Yaş Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeği'nden oluşmuştur.

Bulgular: COVID geçirmiş ebeveynlerin çocukları vaka grubu, COVID geçirmemiş ebeveynlerin çocukları kontrol grubu olarak gruplandırılmıştır. Vaka ve kontrol grubunda ebeveynlerin psikolojik dayanıklılık ölçeği, algılanan sosyal destek ölçek skorları anlamlı farklılık göstermemiştir. Vaka ve kontrol grubu, ebeveynlerin kendileri tarafından doldurulan 6-18 yaş çocuk ve gençler için davranış değerlendirme ölçeği ve 11-18 yaş gençlerin kendileri tarafından doldurulan 11-18 yaş gençler için davranış değerlendirme ölçeğinin tüm alt testlerinde anlamlı farklılık göstermemiştir.

Sonuç: COVID-19 tanısı almış sağlık personeli ile COVID tanısı almamış sağlık personelinin algılanan sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Salgın döneminde sağlık çalışanlarının yaşadığı olumsuzlukları onlarla birlikte deneyimleyen çocuklarının ruh sağlıklarının incelenmesi, gelecekte bu kişileri bekleyen risklere hazırlıklı olmamızı sağlayacaktır.

Anahtar Sözcükler: COVID-19, sağlık çalışanlarının çocukları, algılanan sosyal destek, psikolojik dayanıklılık

ABSTRACT

Objective: In this study, we wanted to investigate the relationship between having a COVID-19 infection, the perception of social support and resilience of healthcare worker parents; and direct or indirect effects of them to their children's mental health by using Child Behaviour Checklist (CBCL) (6-18), Multidimensional Scale of Perceived Social Support, and Psychological Resilience Scale for Adults.

Method: This cross-sectional study was conducted between May and October 2021 as an online survey study. A total of 99 children, at least one of whose parents were healthcare workers, were included in the study. The online questionnaire completed by the parents consisted of the Sociodemographic Data Form, Child Behaviour Checklist (6-18), Resilience Scale for Adults, and Multidimensional Scale of Perceived Social Support. The online questionnaire, filled by adolescents aged 11-18, consisted only of Youth Self Report (11-18).

Results: The resilience scale and perceived social support scale scores completed by the parents themselves in the case and control groups did not differ significantly. The case and control groups did not show significant differences in all subtests of the Child Behaviour Checklist (6-18), filled by the parents themselves, and Youth Self Report (11-18) for the adolescents filled by themselves.

Conclusion: Examining the mental health of healthcare professionals' children who experienced the negativities with their parents during the pandemic period will enable us to be prepared for the risks that await these people in the future.

Keywords: COVID-19, children of healthcare workers, perceived social support, resilience

1. GİRİŞ

Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde bir grup hastada tanıdık olmayan bir pnömoni tespit edilmesi nedeniyle yeni bir koronavirüs keşfedilmiştir. Araştırmacılar yeni virüsü incelemiş ve genomun% 86.9'unun SARS-CoV genomu ile aynı olduğunu bulmuşlardır. Daha sonra adı Şiddetli Akut Solunum Sendromu Corona Virus-2 (SARS-CoV-2) olarak değiştirilmiştir[1].

COVID-19'un varlığı, asemptomatik / hafif semptomlardan şiddetli hastalık ve ölüme kadar çeşitli semptomlarla kendini göstermektedir[2]. Viral enfeksiyon

Ocak 2020'nin sonlarına doğru uluslararası olarak genişlemiş ve Dünya Sağlık Örgütü 11 Mart 2020'de koronavirüs salgınına bir pandemi ilan etmiştir. SARS-CoV2 virüsünün neden olduğu enfeksiyon, özellikle tıbbi komorbiditeleri olan yaşlı hastalarda ölümcül olabilen COVID-19 hastalığına yol açmaktadır[3].

COVID-19, yalnızca hızlı yayılması ve önemli ölüm oranları nedeniyle değil, aynı zamanda ekonominin, sosyal yapıların ve sağlık sistemlerinin birçok yönden yeniden formüle edilmesi üzerine insanların günlük yaşamlarındaki değişiklikler ve yıkıcı sonuçları olması nedeniyle dünya çapında milyonlarca insanın hayatında büyük bir etkiye neden olmuştur[4].

Geçmişte yaşanmış influenza pandemileri ve SARS salgınlarında akut solunum semptomlarını takip eden haftalar sonra nöromüsküler ve demiyelinizan komplikasyonlar görülebilirken, viral enfeksiyona in-utero maruziyetten dekadlar sonra şizofreni gelişimine kadar oldukça değişken bir süre boyunca komplikasyonlar tanımlanmıştır[5].

Salgın döneminde biyolojik riskler olduğu kadar sosyal stres etkenleri de ortaya çıkmaktadır. Hastalanma korkusu, ölüm korkusu, geleceğin belirsizleşmesi, iş ve eğitim hayatının kesintiye uğraması ile sonuçlanan zorunlu sosyal izolasyon toplum ruh sağlığını daha da kötüleştirmektedir[6].

Araştırmalar,2003'teki SARS erken evresinde depresyon, anksiyete, panik semptomları, psikomotor ajitasyon, psikotik semptomlar, deliryum ve intihar dahil olmak üzere çeşitli psikiyatrik morbiditelerin rapor edildiğini göstermektedir[5].

Araştırmalar, hastaların ve sağlık personelinin duygusal ve davranışsal tepkilerinin, zorlayıcı bir olayın neden olduğu strese karşı normal ve uyum sağlama nedenli bir tepki olarak anlaşıldığı sonucuna varmıştır[6].

2003 te yaşanan SARS salgını dünyada farklı toplumlarda süreçte ve sonrasında ruh sağlığına etki eden yönlerinin de incelendiği ilk akut salgın olma özelliğini taşımaktadır[7].

SARS salgınının acil serviste çalışan sağlık personeli üzerindeki psikolojik etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada acil servis ekibi ile psikiyatri servis ekibi karşılaştırılmıştır. Sağlık  alışanlarının %93.5'i bu süreci “travmatik bir deneyim” olarak tariflerken, hastaların ilk başvurduğu birim olan acil servis ekibinin TSSB belirti skorları psikiyatri ekibinin skorlarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur[8].

COVID-19 pandemisinin ruh sağlığına etkilerinin beyin biyotipleri ve insan bağlantısının interaktif rolü ile ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada COVID-19 pandemisi “İnsanlığa ciddi bir tehdit” olarak tanımlanmıştır. İnsan ilişkisine yönelik tehdit neredeyse evrensel olmakla birlikte, COVID-19'un zihinsel sağlığımıza etkileri bireyler arasında değişiklik gösterdiği sonucuna varılmıştır. COVID-19 krizi, insan ilişkisine yönelik temel insani ihtiya ı önemli ölçüde tehdit etmektedir. Bu da zihinsel sağlığımızın bozulmasının altında yatan önemli bir çevresel faktör olabilir[9].

Salgın hastalık dönemlerinde uygulanan karantina ve izolasyonun ruhsal etkilerini anlamak amacı ile MERS salgınında izole edilmiş ya da karantinaya alınmış hastalarla ilgili yapılmış bir çalışmada; izole edilip sonrasında hastalananların %40'ından fazlasının psikiyatrik müdahaleye gereksinim duyduğu, hastalığa yakalanmayan ve izole de edilmemiş olanların herhangi bir psikiyatrik müdahaleye ihtiyaç duymadığı sonuçları elde edilmiştir. Küçük bir grupla yapılmış da olsa, bu çalışma gösteriyor ki izolasyon/karantinada bulunan kişilerin ruhsal iyilik hali ve ruhsal ihtiyaçları izole edilmemiş kişilerinkinden farklıdır[10].

Karantina ve izolasyon döneminde çocukların ruhsallığının incelendiği bir çalışmada elde edilen sonuçlar göstermiştir ki; küçük çocuklar izolasyon/karantina boyunca bakımverenlerinden uzun süre ayrı kalmamalıdır[11].

Salgın durumlarında sağlık çalışanları olaya müdahil oldukları için daha yoğun stresle karşılaşmaktadırlar. Kendi sağlıkları kadar aile fertlerinin sağlığını da gözetmek durumundadırlar. Bulaş korkusu, diğer iş arkadaşlarının güvenliği ile ilgili kaygılar, yalnızlıkla yüzleşme, olayın belirsizliği ile ilişkili öfke, anksiyete ve stresle sonuçlanan beklentileri tecrübe ettikleri bildirilmiştir[12].

COVID-19 pandemisinde sağlık çalışanlarının stres deneyiminin araştırıldığı bir çalışmaya farklı bölümlerden hemşire ve doktorlar çalışmaya katılmış, katılımcılardan şiddetli semptomu olanlarda en yaygın tanı depresyon ve anksiyete bozukluğu olarak bulunmuştur. Zihinsel semptomların şiddeti yaş, cinsiyet, meslek, uzmanlık, gerçekleştirilen aktivite türü ve COVID-19 hastalarına yakınlıktan etkilenmiştir. Aracı değişken olarak personel seçimi, önleyici müdahaleler, dayanıklılık ve sosyal destek rapor edilmiştir[13].

Bu çalışmada Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kullanılarak, COVID-19 enfeksiyonunu geçirmiş olmanın sağlık çalışanı ebeveynlerin sosyal destek algısı ve psikolojik dayanıklılıkları ile ilişkisi ve bunun çocuklarının ruh sağlığına direkt ya da dolaylı etkilerinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Hipotezlerimiz;

1. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında anksiyete semptomlarının düzeyleri, COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı olarak yüksektir.
2. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında depresif semptom düzeyleri , COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı olarak yüksektir.
3. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında somatik yakınma düzeyleri , COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı olarak yüksektir.
4. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında sosyal sorun düzeyleri , COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı olarak yüksektir.

5. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında düşünce sorunu düzeyleri , COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı olarak yüksektir.
6. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında dikkat sorunu düzeyleri , COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı olarak yüksektir .
7. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında kurallara karşı gelme davranışı düzeyleri , COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı olarak yüksektir .
8. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında saldırgan davranış düzeyleri , COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı olarak yüksektir .
9. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında obsesif kompulsif belirtilerin düzeyi, COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı olarak yüksektir .
10. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında travma sonrası stres belirtilerinin düzeyleri , COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı olarak yüksektir .
11. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında ağır bilişsel tempo belirtilerinin düzeyleri , COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı olarak yüksektir .
12. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında okul/akademik sorunlarının düzeyleri , COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı olarak yüksektir .
13. Ebeveynlerde algılanan sosyal destek düzeylerinin yüksek olması, çocuklarda davranış sorun düzeylerini negatif yönde etkilemektedir.
14. Ebeveynlerde psikolojik dayanıklılık düzeyinin yüksek olması, çocuklarda davranış sorun düzeyini negatif yönde etkilemektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. SARS COV 2 Virüsü

Dünyadaki ilk SARS-CoV-2 vakası Wuhan Jinyintan Hospital'da 24 Ocak 2020 tarihinde ortaya çıktığı bildirilmiştir. İleri araştırma sonrasında bu virüsün filogenetik olarak beta-coronavirus 2b soyuna ait olduğu, daha önce insanda/hayvanda tespit edilmediği ve SARS-CoV ile 87.99 % benzerlik gösterdiği öğrenilmiştir[14].

SARS-CoV-2'nin fonksiyonel reseptörü olan anjiyotensin dönüştürücü enzim 2 (ACE2), insan hücrelerine virüsün girişini sağladığı için COVID-19 patogenezinde çok önemli bir rol oynamaktadır[15].

SARS-CoV-2'nin viral spike (S) proteini, SARS-CoV-1'e benzer şekilde hücrel reseptör olarak ACE2'ye bağlanır. SARS-CoV-2, SARS-CoV-1'e kıyasla en az 10 ila 20 kat artan ACE2'ye bağlanma afinitesi nedeniyle daha patojenik olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur[16].

Şu ana dek yapılan araştırmalar, çoğu insanda kuluçka döneminin 1 ila 14 gün arasında değiştiğini, medyan sürenin 5-6 gün olduğunu, ancak inkübasyon süresinin 24 güne kadar uzayabildiğini göstermektedir[17].

Virüsün esas olarak solunum yolundaki damlacıklar ve yakın temas ile bulaştığı düşünülmektedir. Ancak, asemptomatik bir taşıyıcıdan bulaşma mümkün olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur[18].

SARS-CoV-2 için üreme sayısı (R_0), salgının ilk aylarında, 2 ile 3 arasında tahmin edilmektedir ve bu, SARS'tan daha yüksek bir pandemik potansiyele işaret etmektedir[19]. COVID-19 gibi bulaşıcı bir hastalık için R_0 değeri, yalnızca hastalığın biyolojik özelliklerine değil, aynı zamanda nüfusun sosyal alışkanlıklarına da bağlıdır ve bu nedenle ülkeden ülkeye farklılık gösterebileceği bildirilmiştir[20].

İnflamasyonun giderek artması, beklenmedik hiperkoagülasyon eğilimi, lenfosit sayısında azalma ve nötrofillerin önemli ölçüde yükselmesi gibi patofizyolojik süreçlere bağlı olarak hastalık oldukça ağır seyredebilir[21].

SARS-CoV-2'nin nöroinvazif olabileceğine ve nöropsikiyatrik komplikasyonlara neden olabileceğine dair artan kanıtlar vardır[22].

Santral sinir sisteminde SARS-COV2 virüsü iki şekilde yayılır. Bunlardan ilki direkt yol olan; hematojen yayılım ve nöronal transport(olfaktör ağ, respiratuar ağ, bağırsak-beyin hattı) yoludur. İkincisi olan indirekt yayılım yolu ise; sitokin disregülasyonuna bağlı olarak gelişen periferel immün hücre göçü ve sonrasında bunları takip eden nöroinflamasyon, post-enfeksiyöz otoimmünite ve hipoksik hasardır[22].

COVID-19, bugüne kadarki üçüncü yüksek derecede patojenik insan koronavirüs hastalığıdır. SARS ve MERS'ten daha az ölümcül olmasına rağmen, bu oldukça bulaşıcı hastalığın hızla yayılması, bu yüzyılda küresel sağlık için en ciddi tehdidi oluşturmuştur. SARS-CoV-2 salgını 1.5 yıldan uzun bir süredir devam etmektedir ve ortaya çıkan bu virüsün insanlarda bir niş oluşturması ve uzun süre var olması muhtemel görünmektedir[23].

2.2. Salgınların Tarihçesi

Aralıklı bulaşıcı hastalık salgınları, tarih boyunca toplumlar üzerinde derin ve kalıcı etkiler yaratmıştır. Bu olaylar insan uygarlığının ekonomik, politik ve sosyal yönlerini güçlü bir şekilde şekillendirmiş ve etkileri genellikle yüzyıllarca sürmüştür. Epidemik salgınlar, modern tıbbın bazı temel ilkelerine dayanarak bilim camiasını epidemiyoloji, hastalığın yayılımını önleme, bağışıklama ve antimikrobiyal tedavi ilkeleri geliştirmeye zorlamıştır. Ondördüncü yüzyılda yaşanmış olan veba salgını “Kara Ölüm” tanımı ile akıllarda yer etmiştir ve hatta dini metinlerde de konu edinilmiştir.1918 İspanyol Gribi ve 21. yüzyıldaki SARS, Ebola ve Zika dahil daha yeni salgınlar da dahil olmak üzere bazı pandemilerin uygarlık üzerinde etkilediği alanları; sosyal, tıbbi ve psikolojik etkileri anlamak, sonrasında insanlığı bekleyen, etkenleri henüz tanımlanmamış salgınlara hazırlıklı olmamızı sağlayacağı bildirilmiştir[7].

1918-1919 influenza pandemisi, dünyanın influenza hakkındaki düşüncesini önemli ölçüde değiştirmiştir. Önceki büyük pandemi 1889-1890'da meydana gelmiştir ve ilk önemli epidemiyolojik çalışmalar Otto Leichtenstern'in (1905) çalışmasıyla başlamıştır. O dönemde virüsler hakkında bilinenler kısıtlıdır. Virolojinin başlangıcı 1890'larda tütün mozaik virüsünün araştırılmasıyla başlamıştır[24].

Daha ağırlıklı olarak Batı tarihinden edinilen bilgilere göre, modern tıbbın en temel ilkelerini şekillendirme de dahil olmak üzere, her biri tarihimizi ve toplumumuzu şekillendiren salgın dönemleri olmuştur. Tarih boyunca yirmi birinci yüzyıla kadar uzanan büyük pandemik salgınlar şöyledir: MÖ 430 Atina Vebası, Antoninler Vebası (Marcus Aurelius'un saltanatı sırasında, MS 161-180), Justinian Vebası, Kara Ölüm(Veba-1334), İspanyol Gribi(1918-1920), Rubella Salgını(1962), Çiçek(smallpox) Salgını(1972 ‘de Eski Yugoslavya’da), HIV Pandemisi(1980 lerin başlarında ABD ‘de başlamıştır ve günümüzde etkileri sürmektedir.), SARS-COV-1 Epidemisi(2003), İnfluenza(H1N1) Pandemisi(2009), MERS-CoV Epidemisi(2012), Ebola (2014-2016), ZIKA (2015-2016), Disease X (X Hastalığı, henüz bilinen bir etkenin neden olduğu gerçek bir hastalık değil, insanlık üzerinde yıkıcı etkileri olabilecek bir sonraki pandeminin tahmin edilen bir kaynağıdır)[7] .

Ebola salgınının ardından bir pandemi salgınının insanlık üzerindeki zararlı etkilerinin kapsamını bilen Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), gelecekteki olası salgınları belirlemek, incelemek ve bunlarla mücadele etmek için oldukça geniş kaynak ayırmaya karar vermiştir. DSÖ, Ar-Ge Planı aracını, plana düzenli olarak katkıda bulunan ve çeşitli tıbbi, bilimsel ve düzenleyici geçmişlerden gelen geniş bir küresel uzmanlar koalisyonunu bir araya getirmek ve görevlendirmek için kullanmaktadır. Oluşturulan danışma grubunda, o sırada ruh sağlığı uzmanı yer almamaktadır(Ekim 2018) [7].

2.3. Toplumsal Travmaların Etkileri

Dünya giderek artan sayıda doğal (depremler, tsunamiler ve sel) ve insan kaynaklı afetler (savaşlar, terör ve endüstriyel krizler) ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu tür afetler, toplum düzeyinde travmatik tepkilere neden olur ve doğrudan sosyal ve ekonomik maliyetler oluşturur[25].

Toplum travmasının ruh sağlığına etkileri, afet tehdidi ile çeşitli popülasyonlarda meydana gelen bir dizi duygusal, davranışsal ve bilişsel tepkileri kapsar. Mevcut genel görüş, akut travmatik stresin, güvenlik koşulları oluşturulduğunda azalma eğiliminde olan yaşam tehdidinde karşı normatif bir yanıt olabileceğini düşündürmektedir[26].

ABD’de yaşayan ve psikolojik desteğe başvurmuş mülteci çocuklarla yapılan bir çalışmada, bu çocuklarda klinik olarak travma sonrası stres bozukluğu (%30.4),

yaygın anksiyete (%26.8), somatizasyon (%26.8), travmatik keder(hüzün?)(%21.4) ve genel davranış sorunları (%21.4) saptanmıştır. Bu çocuklarda akademik sorunlar ve davranış sorunları da yaygın olarak gözlenmiştir(sırasıyla %53,6 ve %44,6) [27].

Toplumca deneyimlenen travmaların sonuçlarına ilişkin fikir verebilecek bir çalışma 1999'da Çin'de yapılmıştır. Bu çalışmada Çin'in Tangshan kentinde doğum öncesi şiddetli bir depreme (Richter ölçeğinde 7.8) maruz kalan çocuklar arasında unipolar depresyonun arttığı gösterilmiştir. Depreme maruz kalan erkekler arasında (kadınlarda değil), gebeliğin 2. trimesterinde maruz kalan bireylerde önemli ölçüde daha fazla depresyon saptanmıştır[28].

2.4. Salgın Dönemlerinin Ruhsal Sonuçları

Bulaşıcı hastalık salgınlarına yönelik psikososyal tepkiler değişkendir. Bunlara kaygı, utanç duygusu, bireyin ve toplumun başarısızlığı veya zayıflığı ve hayatta kalma olasılığının küçümsenmesi, enfeksiyon olasılığının olduğundan fazla tahmin edilmesi ya da salgının birden son bulacağı beklentisi, ihtiyati tedbirlerin aşırı ve uygunsuz bir şekilde benimsenmesi ve ayrıca kısa bir süre zarfında sağlık hizmetlerine olan aşırı talep artışı sayılabilir[29].

Salgının kaynağı ile enfekte olmamış topluluk içinde bulaşıcı hastalık salgınlarına karşı psikolojik tepkilerin daha iyi anlaşılması, birkaç nedenden dolayı önemlidir. İlk olarak, yaşamı tehdit eden durumlara doğrudan veya dolaylı olarak maruz kalan bireylerde psikolojik morbiditelerin yüksek prevalansı bir çok çalışmada gösterilmiştir. İkincisi, toplumun önemli bir bölümünde meydana gelen bu tür psikolojik rahatsızlıklar, bu durumdan etkilenen bireylerin günlük işlevselliğini, iş üretkenliği kaybını ve maddi sıkıntı gibi acil sosyal ve ekonomik sonuçlarla etkileyebilir. Diğer bir neden ise; duruma özgü başa çıkma stratejileri, bu psikososyal tepkilerin doğasını ve etkisini azaltabilir ve hafifletebilir, fakat bunu gerçekleştirebilmek için de, pratik ruh sağlığı programlarıyla toplumun psikolojik sağlığının daha iyi korunması gerekmektedir. Böylece, salgınlar esnasında mümkün olduğunca çabuk bir şekilde devreye sokulacak olan pratik ruh sağlığı uygulamaları, bu tür salgınlar sırasında toplumda sağlık hizmeti sunumunun herhangi bir şekilde kesintiye uğramasını önlemeye veya iyileştirmeye yardımcı olacağından çok önemlidir[29].

2020 yılında yayınlanan bir çalışmada, salgın dönemlerindeki en önemli psikolojik stres faktörleri hastalanma korkusu, ölüm korkusu, geleceğin belirsizleşmesi, iş ve eğitim hayatının kesintiye uğraması ile sonuçlanan zorunlu sosyal izolasyon olarak açıklanmıştır. Bu stres faktörlerinin salgın gibi tüm toplumu etkileyen durumlarda, toplum ruh sağlığını daha da kötüleştirdiği bilinmektedir[6].

2.5. Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık İlişkisi

Sosyal destek, “bir bireyin diğer bireylere, gruplara ve daha geniş topluluğa sosyal bağlar yoluyla erişebildiği destek” olarak tanımlanmıştır[30]. Ulusal Kanser Enstitüsü'nün Kanser Terimleri Sözlüğü'nde, sosyal destek “psikolojik, fiziksel, finansal yardımda bulunmak için ihtiyaç duyulan zamanlarda mevcut olan aile, arkadaşlar, komşular gibi topluluk üyeleri” olarak açıklanmıştır [31].

Sosyal desteğin teorik modelleri iki önemli boyutu belirtir: Birincisi ağ boyutunu ve sosyal etkileşimlerin sıklığını içeren yapısal bir boyuttur. İkincisi; duygusal (sevgi ve empati gibi) ve araçsal (maddi destek veya çocuk bakımı için yardım gibi yardımlar) bileşenleri olan işlevsel bir boyuttur[32]. Çoğu araştırma, ilişkilerin kalitesinin (işlevsel boyut), her ikisi de önemli olmasına rağmen, ilişkilerin niceliğinden (yapısal boyut) daha iyi bir sağlık göstergesi olduğunu bulmuştur [33].

Sosyal desteğin en uygun kaynağı, desteği alan kişinin gelişim aşamasına göre farklılık göstermektedir. Örneğin, ebeveyn desteğinin erken ergenlik döneminde geç ergenliğe göre daha değerli olduğu gösterilmiştir[34]. Sosyal destek algısının yaşlılarda sosyal etkileşimin düzeyiyle, genç erişkinlerde ise araçsal destek ile ilişkili olduğu gösterilmiştir[35].

Sosyal destek, fiziksel ve zihinsel sağlığı korumak için son derece önemlidir. Kaliteli pozitif sosyal desteğin strese karşı dayanıklılığı artırabileceği, travmaya bağlı psikopatolojinin gelişmesine karşı korunmaya yardımcı olabileceği, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi travmanın neden olduğu bozuklukların fonksiyonel sonuçlarını ve tıbbi morbidite ve mortaliteyi azaltabileceği gösterilmiştir[33].

Psikolojik dayanıklılık, olumsuz deneyimlerin üstesinden gelme ve bunlara uyum sağlama fikrini içine alan bir kavramdır[36]. Literatür sempatik sinir sistemi ve hipotalamik-hipofiz-adrenokortikal (HPA) sisteminin, stres tepkisi ve strese dayanıklılıkta geniş ölçüde rol oynadığını öne sürmektedir [32]. Strese dayanıklılık, strese maruz kalma sırasında HPA eksenini ve noradrenerjik aktiviteyi optimal bir

aralıkta tutma ve stres etkeni ortadan kalktığında stres tepkisini sona erdirme yeteneği ile ilişkili görünmektedir.

2.6. Karantinanın ve İzolasyonun Ruhsal Etkileri

DSÖ'nün COVID-19 pandemisi ile ilgili açıklamasının hemen ardından, birçok ülke, COVID-19 insidansındaki artışı önleme amacıyla sosyal mesafe ve sosyal izolasyon gibi bir dizi önlemleri uygulamaya koymuştur[37].

İzole edilen hastaların izolasyonu, hastalığın kendisi ve enfeksiyondan kaynaklanan komplikasyonlar nedeniyle derinleşir. Bu komplikasyonlar deliryum, anksiyete, depresyon, umutsuzluk, psikolojik travma (akut stres bozukluğu veya travma sonrası stres bozukluğu [PTSD]) ve bilişsel bozukluğu içerebilir [38]. Şimdiye dek yapılmış birçok çalışmada gösterilmiştir ki, pandemi süresince hastalığı kontrol altına almak için uygulanan fiziksel mesafe politikaları nedeniyle kişilerde anksiyete artmakta ve kişiler sosyal olarak daha izole hale gelmektedir. Buna bağlı olarak da pandemi kişilerin ruh sağlığında dramatik etkilere neden olmaktadır [39]. Karantinaya alınan kişilerin, sağlık durumları ne olursa olsun, artan korku ve risk algıları nedeniyle ruhsal sorun yaşama olasılıklarının artacağı bildirilmiştir. Bununla beraber, salgın hastalıkların ortaya çıktığı ilk dönemlerde yaygın olan belirsiz bilgi ve iletişim karşısında bu kişilerin sorunlarının şiddetleneceği öngörülmüştür [40].

MERS (Orta Doğu Solunum Sendromu) için izole edilen veya karantinaya alınan hastalar üzerinde yapılan bir araştırma, izole edilen ve ardından MERS geliştirenlerin yüzde 40'ından fazlasının psikiyatrik müdahale gerektirdiğini, hastalığa yakalanmayan ve izole edilmeyenlerin ise hiçbir müdahale gerektirmediğini bildirmiştir[41]. 40 kişi ile yapılmış olan bu çalışma boyut olarak küçük olmasına rağmen, tecrit ve karantinaya alınanların psikolojik iyi oluş ve psikolojik ihtiyaçlarının tecritte olmayanların psikolojik ihtiyaçlarından nasıl farklı olabileceğini anlamak açısından önemlidir.

Sosyal izolasyon, kronik yalnızlığa ve can sıkıntısına yol açar ve süre uzadıkça da fiziksel ve zihinsel sağlık üzerinde olumsuz etkileri olabilir. Büyüyen pandeminin zaman parametreleri belirsiz olduğundan, izolasyon kitlesel panik ve anksiyete ile birleşmektedir. Kriz dönemlerinde insan zihni tehdit algısını artırır ve kaygıyı çığ gibi büyütür[42].

Ani bir izolasyon ve karantina kararı ile karşı karşıya kalan bireyler ve küçük topluluklar, daha sonra yerini depresyona ve umutsuzluğa, ya da öfkeye ve eyleme bırakacak korku anksiyetesi ile tepki verebilir. Koşullara bağlı olarak, tecrit veya karantina konusu, ilgili bireyler için hızlandırıcı travmatik bir olayı temsil edebilir. Depresyon ve anksiyete belirtileri, stres yaratan bir duruma verilen normal bir tepkidir. Bu gibi durumlarda kontrol kaybı, gerçeğin bir yansımasıdır ve buna çaresizlik duygusu eşlik eder[43].

Kaygı, karantina ve izolasyon bağlamında meydana gelen bir dizi sürece uygun bir belirtidir. Karantina ya da izolasyondaki kişiler, yakın geleceği için planlarının aniden ve dramatik bir şekilde değiştiğinin ani bir farkındalığı ile karşı karşıya kalır. Tanıdık olmayan bir ortama götürülme ihtimali ve sosyal bağlarından ayrılma olasılığı belirginleşir. Kaygıları, işlerini yürütememe veya bakmakla yükümlü oldukları kişilere bakamama nedeniyle tedricen artacaktır[38].

2003'teki SARS salgını sırasında Kanada'da SARS karantinası yaklaşık 15.000 kişiyi kapsamıştır. Ortalama 10 gün karantinaya alınan temsili bir örneklem üzerinde yapılan bir çalışmada, örneklemün yüzde 29'unun TSSB semptomlarına ve yüzde 31'inin depresyon semptomlarına sahip olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada, daha uzun karantina süresi, TSSB semptomlarının prevalansının artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Bunlara ek olarak, SARS teşhisi konan biriyle tanışma veya bu kişilere doğrudan maruz kalma da, TSSB ve depresif semptomlarla ilişkilendirilmiştir [44].

Hastanede yatış ve izolasyon sırasında solunum sıkıntısı yaşanmasının, travma sonrası stres bozukluğu semptomlarında önemli derecede artış sağladığını gösteren çalışmalar mevcuttur[45]. 2009 yılında yoğun bakım ünitesinde bakım gerektiren H1N1 ile ilişkili ARDS'den sağ kurtulanlarla yapılmış bir çalışmada, bu kişilerin 1 yıl sonra psikolojik iyi hal açısından değerlendirilmesi sonucunda, bunların yarısından fazlasında anksiyete belirtileri, dörtte birinden fazlasında depresyon belirtileri olduğu ve yüzde 40'ından fazlasının ise travma sonrası stres bozukluğu riski taşıdığı bildirilmiştir[46].

Buna karşılık, 2020 yılında Almanya'da yapılan bir çalışmada, karantina önlemleri kapsamında uygulanan daha ciddi düzeyde kısıtlamaların daha fazla

yalnızlık hissi, psikososyal sorun ve daha düşük yaşam doyumu ile ilişkili olduğunu, fakat anksiyete ve depresif semptomlar ile ilişkili olmadığı bulunmuştur[47].

Karantina ve izolasyonun ruhsal etkileri doğrudan olduğu kadar, dolaylı yollarla da olmaktadır. 2020 yılında ABD’de yapılan bir çalışmada evde kalma emri altında olmak; daha fazla sağlık anksiyetesi, finansal kaygı ve yalnızlık ile ilişkilendirilmiştir[48].

COVID-19 ile ilgili halk sağlığı kısıtlamalarını takiben fiziksel aktivitenin azaldığı bilinmektedir. Dünya’nın birçok ülkesinde 22 Mart 2020 haftası boyunca alınan katı önlemler ABD genelinde günlük adım sayısında ortalama %12’lik düşüş, ise dünya genelinde daha büyük düşüşler göstermiştir[49][50]. Düzenli fiziksel aktivitenin ruh sağlığı için faydaları bilinmektedir[51]. 2020 yılında ABD’de yapılan bir çalışmada; fiziksel aktivitedeki azalmaların pandeminin olumsuz psikolojik etkilerini kuvvetlendirdiği ve düzenli fiziksel aktivitenin pandeminin ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkisini sınırlayabileceği öne sürülmüştür[52].

2020 yılında Kanada’da yapılan bir araştırma, katılanların çoğunluğunun COVID-19 pandemisine bağlı alınan önlemler sonrasında TV başında geçirilen zamanı (erkeklerin %60’ı ve kadınların %66’sı) ve internet kullanımını (erkeklerin %63’ü ve kadınların %69’u) artırdıklarını bildirmiştir. Aynı çalışmada, kadın katılımcıların erkeklere kıyasla pandemi öncesi döneme göre TV ve internet kullanımını artırdığı, erkeklerin ise video oyunu kullanımının kadınlara göre arttığını bildirilmiştir. Ekran alışkanlıklarındaki artış ise, katılımcıların yaşları ile negatif korelasyon göstermiştir[53].

2.7. Pandemi Döneminde Sağlık Çalışanları

COVID-19 pandemisinde, ön saflardaki sağlık çalışanları özellikle yoğun stres altında çalışmak zorunda kalmaktadır. Bu stresin kaynakları optimal koruyucu ekipmana yetersiz erişim, yoğun bakım ünitelerine bir anda çok sayıda hasta gelmesi ve kapasitenin yetersiz kalması, sadece salgın nedeniyle aceleyle inşa edilmiş ve standardın çok dışındaki klinik ortamlarda çalışmak durumunda kalmak bu stressin kaynaklarına örnek verilebilir. Bunlara ek olarak, hastalanan veya karantinaya alınan meslektaşlarının yokluğunu telafi etmek için genellikle ek vardiyaları karşılamaları gerekmektedir. Kendi tıbbi uzmanlık alanlarının dışında müdahale etmeleri istendiği için, COVID-19 ile ilgili tıbbi müdahalelere hızla uyum sağlamaları ve yeni tanıştıkları

bu hasta grubunun ölüm oranını benzeri görülmemiş oranlarda etkileyen karmaşık klinik ve etik kararlar vermelidirler[54].

Mart 2020 de yayınlanan bir makalede, COVID-19 salgınının tüm dünyadaki sağlık çalışanlarını güç duruma sokacağı; eşit derecede muhtaç hastalara kısıtlı kaynakların nasıl dağıtılacağı, kendi fiziksel ve zihinsel sağlık ihtiyaçlarının hastalarinkiyle nasıl dengeleneceği, hastalara yönelik istek ve görevlerinin aile ve arkadaşlarla nasıl uyumlu hale getirileceğini ve bakımın nasıl sağlanacağı gibi zor kararlar vermek ve aşırı baskılar altında çalışmak zorunda kalacakları öngörülmüştür. Tüm bunların sonucunda ise, bazı sağlık çalışanlarının ahlaki yaralanma veya zihinsel sağlık sorunları yaşayabilecekleri öngörülmüştür[55].

Ahlaki ya da travmatik ciddi zorluklarla mücadele etmek zorunda kalan kişilerin bir seviyeye kadar travma sonrası büyüme yaşadıkları gösterilmiştir[56]. Buradaki “büyüme” zorlu durumlara maruz kaldıktan sonra psikolojik dayanıklılık, saygınlık, bakış açısı ve değerlerin desteklenmesini tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Bir kişinin psikolojik bir yaralanma geliştirip geliştirmediği veya psikolojik bir gelişim yaşayıp yaşamadığı zorlu bir olaydan önce, sırasında ve sonrasındaki desteklenme biçiminden etkilenir.

2003'te ortaya çıkan SARS salgını, salgın döneminde ve kısa bir süre sonrasında sağlık çalışanlarının %18 ila %57'sinde önemli ruhsal sorunlar ile ilişkilendirilmiştir. Salgından bir ila iki yıl sonra, profesyonel tükenmişlik ve travmatik stres, anksiyete ve depresyon semptomlarının, SARS hastalarını tedavi etmeyen ortamlardaki meslektaşlarına kıyasla, bu hastalarla birebir ilgilenen Toronto hastane çalışanları arasında bir miktar yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulguyla ilgili kilit soru, bazı sağlık çalışanları arasında SARS sonrası kalıcı ruhsal problem artışının sosyal ve mesleki işlevlerine müdahale edip etmediği ve kişinin semptomlarının bir psikiyatrik bozukluk tanısı alacak düzeye erişip erişmediğidir[57].

Pandemi süresince mücadele eden sağlık çalışanlarının desteklenmesi önemli olacaktır.2014-15 yıllarında Batı Afrika'da Ebola virüsü hastalığı (EVH) salgını ile ilgili deneyimler, sağlık çalışanlarının son derece yüksek stres yaşadığını göstermektedir. Bu tür salgınlar tipik olarak yaygın korku ve paniğe ve hastalığı, hayatta kalanları ve ilişkileri olan hastaların damgalanmasına ve sosyal dışlanmasına yol açmaktadır[58]. Psikososyal etkiler uyum bozuklukları, anksiyete belirtileri ve

depresyonu içermektedir[59]. Batı Afrika salgınında sağlık çalışanları, kendi kaygı ve bulaşma korkularına ek olarak meslektaşlarının ölümleri, yaşamlarının tehdit edilmesi ve aşırı çalışma saatleri ile de baş etmek zorunda kalmışlardır [60].

COVID hastalarına bakım veren sağlık çalışanlarında stres anksiyete ve depresyon düzeylerini inceleyen bir meta analiz çalışmasında depresyon prevalansının %24,3, anksiyete prevalansı %25,8 ve stres prevalansının %45 olduğunu gösterilmiştir[61]. %52 sini sağlık çalışanlarının oluşturduğu 2156 kişiyle yapılmış Türkiye’den bir çalışmada, sağlık çalışanlarında sürekli kaygı düzeyleri toplumun diğer bireylerine göre anlamlı düzeyde düşük olmasına rağmen, durumluk kaygı düzeylerinin yüksek olması onların pandemi döneminde üstlendikleri aktif rolle ilişkili olabileceği belirtilmiştir[62].

COVID-19 ile ilgili stres durumunda, COVID-19 riskleri ile meşgul olma, COVID-19 ile ilgili haberlere kompulsif dikkat, uykusuzluk, verilen sağlık hizmeti ile ilgili kaygı, virüsü sevdiklerine bulaştırma korkusu, suçluluk, virüsün bilinmeyen yönlerinin stresi, kaçınma, sinirlilik, araya giren düşünceler, kabuslar, yas ve depresyon beklenmektedir[63]. Çoğu insan için bu semptomların müdahale gerektirmeden çözülebileceği, ancak, kısa sürede ele alınmazsa, pandemi döneminde en ön saflarda çalışan sağlık çalışanları arasında tükenmişliğe ve işlevsellikte bozulmaya neden olacağı öngörülmüştür[54]. Hasta yükü artmaya devam ettikçe ve iş arkadaşlarına COVID-19 bulaştıkça, bu tükenmişliğe önemli ölçüde katkıda bulunacağı ve sağlık çalışanlarının fiziksel ve ruhsal sağlığının devamını sağlamanın güçleşeceği bildirilmiştir. Stresin uzun vadede travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete ve depresyona neden olabileceği bildirilmiştir [64].

2.8. COVID-19 Pandemisinin Sağlık Çalışanı Ebeveynlere Etkileri

COVID-19’un ön saflardaki sağlık çalışanları üzerindeki etkisi, hem sağlık çalışanı, hem de ebeveyn olan kişilerde çok daha çeşitlidir. Dünya genelinde evde kalma emirleri yürürlüğe girdikten sonra, 18 yaşına kadar olan çocukların ebeveynleri, standart okul saatlerinde olduğu gibi çocuk bakımı veya gözetimi olmadan, çalışma saatleri içinde evde çocuklara bakma mecburiyetinin benzersiz zorluğuyla karşı karşıya kalmışlardır[65]. Ayrıca pandeminin ön saflarında hizmet etmek zorunda kalırken kendilerini ve ailelerini virüse maruz bırakmanın günlük korkularını da yaşamaktadırlar[66]. Pandemi yoğunlaştıkça, son zamanlardaki sınırlı kanıtlar, dünya

apında hem ebeveynlerin hem de ocukların COVID-19 nedeniyle ebeveynlik stresi, bozulan iş dengesi ve genel aile refahına meydan okuma gibi istisnai durumlarla karşı karşıya olduğunu göstermektedir. Uygulanan sosyal mesafe kuralları nedeniyle aile yaşamının kesintiye uğraması, ebeveynler ve çocuklar üzerinde uzun vadeli sonuçlar doğurabilecektir.

ABD’de tamamı hemşire ebeveynlerden oluşan bir grupla 2020’de yapılmış bir çalışmada sağlık çalışanı ebeveynlerin pandemi sürecinde baş etmek zorunda kaldıkları zorluklar şöyle gruplandırılmıştır: 1) Sorumluluklar: Ebeveyn olarak, sağlık çalışanı olarak ve bir aile yesi olarak. 2) Uyum sağlama: İş hayatını yönlendirme, aile hayatını yönlendirme, çocuğun eğitimini yönlendirme. 3) COVID-19 riski: Aile üyelerini riske atma, kendisini riske atma, toplumu riske atma. 4) COVID-19’un psikolojik etkileri: COVID-19’a karşı olumsuz hisler, COVID-19’a rağmen olumlu hisler. 5) Destekler: Evdeki destek, iş hayatındaki destek, evde desteğin olmaması, iş hayatında desteğin olmaması. 6) Stresörler: İşle ilgili stres, evle ilgili stres, mevcut sağlık durumu ile ilgili stres[67] .

3. YÖNTEM

Bu kesitsel araştırma mayıs-ekim 2021 tarihleri arasında çevrimiçi anket çalışması olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın yapılması için Cerrahpaşa tıp fakültesi etik kurul komisyonu tarafından onay alınmıştır. Çalışmaya vaka grubu olarak 36 tane ebeveyni COVID-19 tanısı almış, kontrol grubu olarak da 63 tane ebeveyni COVID-19 tanısı almamış ebeveynlerinden en az birisi sağlık çalışanı olan toplam 99 tane çocuk dahil edilmiştir. Ebeveyn ve ergene araştırmanın amacı ve uygulanacak ölçekler açıklanmış ve bu açıklamayı okuduktan sonra çalışmaya katılmayı kabul etmeleri halinde araştırmaya dahil edilmişlerdir. Araştırmamıza katılan sağlık çalışanı ebeveynlerden yaklaşık 40 dakika süren çevrimiçi anket formunu, 11-18 yaş arasındaki ergenlerden de yaklaşık 25 dakika süren çevrimiçi anket formunu doldurmaları istenmiştir. Ebeveynlerin doldurduğu çevrimiçi anket formu Sosyodemografik Veri Formu, 6-18 Yaş Çocuk Ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ), Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)’nden oluşmuştur. 11-18 yaş arasındaki ergenlerin doldurduğu çevrimiçi anket formu ise sadece 11-18 Yaş Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeği (YSR/11-18)’nden oluşmuştur. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerini elde etmek için araştırmacılar tarafından oluşturulmuş veri formu kullanılmıştır.

3.1. Örneklem

Çalışmamız 6-18 yaş arasında çocuğu olan sağlık çalışanı ebeveynler ile onların 6-18 yaş aralığındaki çocukları ile yapılmıştır. 6-10 yaşlarındaki çocuklar için ebeveynleri CBCL formu doldurmuştur. 11-18 yaşlarındaki çocukların kendileri tarafından da YSR formu doldurmaları istenmiştir. Çocuğun yaşının 6-18 yıl olması, ebeveyni ve kendisinin çalışmaya katılmaya gönüllü olması, ebeveynlerinden en az birisinin sağlık çalışanı olması (doktor, hemşire, eczacı, diş hekimi, yardımcı sağlık personeli, klinik ortamda çalışan tıbbi sekreter, hastanede yemek dağıtım görevlisi) çalışmamıza alınma ölçütleri olarak kullanılmıştır. Geçmişte ve güncel durumda klinik olarak tanı almış yaygın gelişimsel bozukluk, psikotik bozukluk, mental

retardasyon, özgül öğrenme güçlüğü olan hastalar, tıbbi öyküde epilepsi, başka nörolojik hastalık, genetik hastalık veya travmatik beyin hasarı hikayesi ve kronik tıbbi hastalığı olan hastalar çalışmanın dışında bırakılmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmada sosyodemografik veri formu, Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/6-18), 11-18 Yaş Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kullanılmıştır. Bunların birer örneği metnin sonundaki ekler bölümünde bulunabilir.

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan Sosyodemografik Veri Formu'nda çocuğun yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, tıbbi bir hastalığı olup olmadığı, tıbbi bir hastalığı varsa ilaç kullanıp kullanmadığı, diğer aile üyelerinde fiziksel ya da psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmadığı, çocukta psikiyatrik bozukluk öyküsü olup olmadığı, mevcut durumda psikiyatrik tedavi alıp almadığı; ebeveynlerin yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumları, meslekleri, medeni durumları, gelir düzeyleri, tıbbi bir hastalıkları olup olmadığı, mevcut haliyle psikiyatrik tanı ve tedavi öyküleri olup olmadığı, aralarında akrabalık olup olmadığı, evde ebeveynler ve çocuklar dışında yaşayan kişilerin olup olmadığı, varsa bu kişilerin çocuğa yakınlık derecesi, anne-baba dışında düzenli olarak çocuğun bakımını üstlenen kişilerin olup olmadığı, varsa bu kişilerin çocuğa yakınlık derecesi; anne ve babanın doğumdaki yaşı, anne ve/veya babanın COVID-19 tanısı alıp almadığı, yakınlarından ya da tanıdıklarından herhangi birinin COVID-19 tanısı alıp almadığı sorulmuştur. Bu soruları ebeveynin cevaplaması istenmiştir.

3.2.2. 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) (CBCL/6-18)

Bu ölçek, 6-18 yaş grubu çocuk ve gençlerin problemleri davranışlarını ebeveynlerinden ya da onlara bakım verenlerden elde edilen bilgiler aracılığıyla değerlendirmektedir[68]. Tanı koydurucu bir özelliğe sahip değildir. Davranışların standart biçimde tanımlanmasını sağlamaktadır.

Ölçekte 113 problem maddesi mevcuttur. Ayrıca sosyal yeterlilikle ilgili 20 madde vardır. Son 6 ayda görülen problemli davranışlar görülme sıklık derecesine göre 0,1 ve 2 olarak derecelendirilir ve maddeler çeşitli alt ölçekler içinde gruplandırılır. Ölçekten “içe yönelim” ve “dışa yönelim” olarak iki farklı davranış belirti puanı elde edilmektedir. İçe yönelim “anksiyete/depresyon, sosyal içe dönüklük/depresyon ve somatik yakınmalar”, dışa yönelim “kurallara karşı gelme ve saldırgan davranışlar” alt testlerinden oluşmaktadır. Ayrıca, bunların dışında “sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunları” alt testleri vardır. Ölçeğin tümünden “toplam problem” puanı elde edilmektedir. Ölçeğin ayrıca çocuğun aktivite, sosyallik, okul durumunu değerlendiren yeterlik bölümü bulunmaktadır. Doğrulamalı faktör analizi kullanılarak yapılan geçerlik değerlendirmesinde, maddelerin %99’unun ölçülmesi amaçlanan belirtileri anlamlı ($p<.01$), pozitif ve tatmin edici düzeyde ölçtüğünü göstermiştir[69].

Doldurulmuş olan ÇDDÖ formlarının değerlendirilmesinde kullanılan ASEBA [Achenbach System of Empirically Based Assessment (Achenbach Ampirik Temelli Değerlendirme Sistemi)] çocukların yeterlik alanları, davranışsal özellikler, DSM (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanıları açısından değerlendirilmesini sağlamaktadır. DSM yönelimli alt testler farklı kültürde uzmanlar tarafından DSM kategorileri ile oldukça tutarlı olarak belirlenen şu maddeleri kapsamaktadır: Depresif Sorunlar, Anksiyete Sorunları, Somatik Sorunlar, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sorunları, Karşıt olma Karşı Gelme Sorunları, Davranış Sorunları, Yavaş Bilişsel Tempo, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Stres Bozuklukları[70].

3.2.3. 11-18 Yaş Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeği (YSR/11-18)

11-18 Yaş Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeği, 11-18 yaşlar arasındaki gençleri kendi verdikleri bilgiler doğrultusunda değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte 112 problem maddesi mevcuttur. Ayrıca sosyal yeterlilikle ilgili 18 madde vardır. Ölçeğin değerlendirilmesi ÇDDÖ 6-18 ‘de olduğu gibi ASEBA sistemi ile değerlendirilmektedir [70].

3.2.4. Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Friborg ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkçe ‘ye uyarlaması ise Basım ve Çetin tarafından yapılmıştır[71]. Beşli Likert tipi yanıtlanan 33 maddeden oluşan ölçeğin kendilik algısı (6 madde), gelecek algısı (4 madde), yapısal tarz (4 madde),

sosyal yeterlilik (6 madde), aile uyumu (6 madde), sosyal kaynaklar (7 madde) alt boyutları vardır. Alt boyutların içeriği şöyledir: Yapısal stil, rutinlere sahip olma ve takip etme, organize olma ve faaliyetlere başlamadan önce net amaç ve planların tercihini ölçer. Gelecek algısı, önceden planlama, olumlu bir bakış açısı ve hedefe yönelik olma yeteneğini ölçer. Aile uyumu, değerlerin aile içinde paylaşılıp paylaşılmadığını ve aile üyelerinin birbirleriyle zaman geçirip eğlenmediklerini, geleceğe yönelik iyimser bir görüş sahibi olmalarını, birbirlerine karşı sadakat göstermelerini ve karşılıklı takdir ve destek hissi duymalarını ölçer. Kendilik algısı, kendi yetenek ve yargılarına duyulan güveni, öz yeterliği ve gerçekçi beklentileri ölçen maddeleri içerir. Sosyal yeterlilik, sosyal sıcaklık ve esneklik düzeylerini, arkadaşlık kurabilme yeteneğini ve mizahın olumlu kullanımını ölçen öğeleri içerir. Sosyal kaynaklar, sosyal desteğin kullanılabilirliğini, ailenin dışında bir sırdaşı olup olmadıklarını (örneğin onları takdir eden ve teşvik eden diğer aile üyeleri gibi) ve gerektiğinde yardım için ailenin dışından birine başvurabileceklerini ölçer. Ölçeğin sağ ve sol tarafında olumlu ve olumsuz özellikler rastgele dönüşüm gösterecek şekilde sıralanmış, yani soruların bir kısmı ters kodlanmıştır. Toplam puanın artması psikolojik dayanıklılığın arttığını gösterir.

3.2.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) 1988’de Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendirmektedir[72]. MSPSS Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirmesi Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında yapılmıştır[73]. ÇBASDÖ toplam 12 maddelik, “kesinlikle hayır” ile “kesinlikle evet” arasında değişen 7 dereceli (1-7 puan), likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin aile, arkadaş, özel kişi desteğini belirlemek üzere dört maddeden oluşan üç alt ölçeği vardır. Alt ölçek puanlarının toplanmasıyla ölçeğin toplam puanı elde edilir. Puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir. Ölçekten toplam puan olarak en düşük 12, en yüksek 84 puan alınır.

3.3. Çalışmada Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocukları ile, COVID-19 tanısı almamış sağlık personelinin çocukları arasındaki CBCL davranış sorun ölçek ve alt

ölçek puanları bağımsız örneklem T testi ile analiz edilmiştir. Ölçekler arasındaki korelasyon analizleri Pearson momentler çarpımı korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Çocukların davranış sorun puanları üzerine, ebeveynlerin algılanan sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin etkisi çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Normalite testi olarak Kolmogorov-Smirnov kullanılmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Yaş ve Cinsiyet

Çalışmamıza 6-18 yaş aralığında çocuğu olan sağlık çalışanı ebeveynler ile onların bu yaş aralığındaki çocukları dahil edilmiştir. Vaka grubunun anne yaşı ortalaması $38,67 \pm 4,32$ ve baba yaşı ortalaması $40,19 \pm 8,7$ olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun anne yaşı ortalaması $40,21 \pm 5,44$, baba yaşı ortalaması $43,25 \pm 7,46$ olarak bulunmuştur. Vaka ve kontrol grubunda ebeveynlerin yaşları anlamlı ($p > 0,05$) farklılık göstermemiştir. Vaka grubunda çocukların yaş dağılımına bakıldığında, %55,6'sı ($n=20$) 6-10 yaş arasında, %44,4'ü ($n=16$) 11-18 yaş arasındadır. Kontrol grubunda çocukların yaş dağılımına bakıldığında, %55,6'sı ($n=35$) 6-10 yaş arasında, %44,4'ü ($n=28$) 11-18 yaş arasındadır. Gruplar arasında çocukların yaşlarının dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Vaka grubunda yer alan çocukların %47,2'si ($n=17$) kız, %52,8'i ($n=19$) erkek; kontrol grubunun %49,2'si ($n=31$) kız, %50,8'i ($n=32$) erkektir. Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Ayrıntıları Tablo 1 de gösterilmiştir.

Tablo 1

		VAKA GRUBU		KONTROL GRUBU		P
		COVID +		COVID -		
		Ort. $\pm$ s. / n	%	Ort. $\pm$ s. / n	%	
COVID Geçirme Durumu	Evet	30	83,3	0		
	Hayır	6	16,70	63	100	
Eşin COVID Geçirme Durumu	Evet	19	52,8	0		
	Hayır	17	47,20	63	100	
Anne Yaşı		38,67 $\pm$ 4.32		40,21 $\pm$ 5.4		0,079 ^t
Baba Yaşı		40,19 $\pm$ 8.7		43,25 $\pm$ 7.46		0,576 ^t
Çocuk Cinsiyet	Erkek	19	52,8	31	49,2	0,732 ^{X²}
	Kız	17	47,2	32	50,8	
Çocuk Yaşı	6-10 yaş	20	55,6	35	55,6	0,87 ^{X²}
	11-18 yaş	16	44,4	28	44,4	

X² Ki-kare test/ t Student t testi

4.2. Aile Bilgileri

Vaka ve kontrol grubunda babanın mesleği ve eğitim durumu, anne eğitim durumu, ailenin ekonomik gelir düzeyi anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Vaka grubunda annelerin sağlık çalışanı olması karşılaştırma grubundan anlamlı ($p < 0.05$) farklılık göstermiştir. Ayrıntıları Tablo 2 de gösterilmiştir.

Tablo 2

		VAKA GRUBU		KONTROL GRUBU		P
		COVID +		COVID -		
		n	%	n	%	
Anne Mesleği	Doktor	16	44,4	25	39,7	0,04 ^{X²}
	Hemşire	13	36,1	15	23,8	
	Eczacı			11	17,5	
	Diğer Sağlık Çalışanı	6	16,7	6	9,5	
	Sağlık Dışı Çalışan			5	7,9	
	Çalışmıyor	1	2,8	1	1,6	
Anne Eğitim Seviyesi	Y, Lisans Ve Üstü	8	22,2	21	33,3	0,05 ^{X²}
	Ünivesite	22	61,1	40	63,5	
	Ortaokul-Lise	6	16,7	2	3,2	
Babanın Mesleği	Doktor	9	25	20	31,7	0,06 ^{X²}
	Hemşire	2	5,6	3	4,8	
	Diğer Sağlık Çalışanı	1	2,8	3	4,8	
	Sağlık Dışı Çalışan	21	58,3	8	12,7	
	Çalışmıyor	3	8,3	29	46	
Baba Eğitim Seviyesi	Y, Lisans Ve Üstü	11	30,6	21	33,3	0,73 ^{X²}
	Üniversite	19	52,8	35	55,6	
	Ortaokul-Lise	6	16,7	7	11,1	
Ekonomik Gelir	10 Bin Üzeri	21	58,3	44	69,8	0,214 ^{X²}
	7-10 Bin	4	11,1	10	15,9	
	4-7 Bin	9	25	6	9,5	
	2-4 Bin	2	5,6	3	4,8	

X² Ki-kare test

Vaka ve kontrol grubunda aile bütünlüğü, hanedeki kişi sayısı, ailenin sahip olduğu çocuk sayısı, hanede yaşayan kişi sayısı ve COVID açısından riskli birey [ileri yaş (≥ 65 yaş), erkek cinsiyet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, KOAH ve maligniteler[74)] olup olmaması açısından anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Ayrıntıları Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3

		VAKA GRUBU		KONTROL GRUBU		P
		COVID +		COVID -		
		n	%	n	%	
Aile Bütünlüğü	Birlikte	32	88,9	57	90,5	0,41 ^{X²}
	Boşanmış	4	11,1	4	6,3	
	Ayrı			2	3,2	
Hanedeki Kişi	3 Ve Üzeri	36	100	62	98,4	0,45 ^{X²}
	2			1	1,6	
Çocuk Sayısı	3 Ve Üzeri	13	36,1	19	30,2	0,83 ^{X²}
	2	18	50	35	55,6	
	1	5	13,9	9	14,3	
Aile Dışından Birey	Var	7	19,4	10	15,9	0,65 ^{X²}
	Yok	29	80,6	53	84,1	
Aile Dışı Bireyin Yakınlığı	Dede/Nine	6	16,7	3	4,8	0,08 ^{X²}
	Bakıcı	1	2,8	6	9,5	
	Yok	29	80,6	54	85,7	
COVID Riski Taşıyan Birey	Var	6	16,7	9	14,3	0,75 ^{X²}
	Yok	30	83,3	54	85,7	

X² Ki-kare test**4.3. COVID Teması, Görevlendirme ve COVID Nedeniyle Hastaneye Yatış**

Vaka ve kontrol grubunda COVID(+) kişilerle temas etme (COVID tanısı almış hastalara tedavi verme, muayene etme, kaydını yapma, transport etme, yemek dağıtma gibi görevler neticesinde), COVID nedeni ile hastaneye yatma, COVID nedeni ile eşin hastaneye yatışı açısından anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Bu durum, vaka ve kontrol gruplarının her ikisinin de sağlık çalışanları olması ve tedaviye erken ulaşma imkanlarının olması, yaş ortalamalarının orta yaş olması, komorbiditelerinin düşük olması ile ilişkili olabilir. Vaka grubunda sağlık çalışanı ebeveynlerin COVID salgını nedeni ile çalıştıkları bölümün dışında görevlendirilmesi karşılaştırma grubundan anlamlı ($p < 0.05$) farklılık göstermiştir. Ayrıntıları Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4

		VAKA GRUBU		KONTROL GRUBU		P
		COVID +		COVID -		
		n	%	n	%	
COVID Teması	Var	15	41,7	29	46	0,67 ^{X²}
	Yok	21	58,3	34	54	
Salgında Görevlendirme	Var	24	66,7	28	44,4	0,03 ^{X²}
	Yok	12	33,3	35	55,6	
Hastaneye Yatış	Var	4	11,1	63	100	0,27 ^{X²}
	Yok	32	88,9			
Eşin Hastaneye Yatışı	Var	2	5,6	63	100	0,36 ^{X²}
	Yok	34	94,4			
X² Ki-kare test						

4.4. Tıbbi Hastalık, Psikiyatrik Başvuru ve İlaç Kullanımı

Vaka ve kontrol grubunda ebeveynlerin tıbbi hastalık, psikiyatrik hastalık, psikiyatrik ilaç kullanım oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Aynı şekilde vaka ve kontrol grubunda çocukların psikiyatrik başvuru, tanı ve ilaç kullanım oranı anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. (Tablo 5).

Tablo 5

		VAKA GRUBU		KONTROL GRUBU		P
		COVID +		COVID -		
		n	%	n	%	
Komorbid Hastalık	Var	9	25	21	33,3	0,39 ^{X²}
	Yok	27	75	42	66,7	
Eşin Komorbid Hastalığı	Var	7	19,4	22	34,9	0,10 ^{X²}
	Yok	29	80,6	41	65,1	
Psikiyatrik Tanı	Var	13	36,1	16	25,4	0,26 ^{X²}
	Yok	23	63,9	47	74,6	
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Var	8	22,2	6	9,5	0,08 ^{X²}
	Yok	28	77,8	57	90,5	
Eşin Psikiyatrik Tanısı	Var	5	13,9	6	9,5	0,64 ^{X²}
	Yok	31	86,1	57	90,5	
Eşin Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Var	3	8,3	11	17,5	0,84 ^{X²}
	Yok	33	91,7	52	82,5	
Çocuk Psikiyatri Başvurusu	Var	19	52,8	26	41,3	0,27 ^{X²}
	Yok	17	47,2	37	58,7	
Çocuğun Psikiyatrik Tanısı	DEHB	4	11,1	5	7,9	0,17 ^{X²}
	Depresyon /Anksiyete	4	11,1	1	1,6	
	Diğer	2	5,6	6	9,5	
	Tanı Yok	26	72,2	51	81	
Çocuğun Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Var	32	88,9	61	96,8	0,11 ^{X²}
	Yok	4	11,1	2	3,2	

X² Ki-kare test

4.5. Ebeveynlerin Psikolojik Dayanıklılığı

Vaka ve kontrol grubunda ebeveynlerin kendileri tarafından doldurulan psikolojik dayanıklılık ölçeği skorları kendilik algısı, gelecek algısı, yapısal stil, sosyal yeterlilik, aile uyumu ve sosyal kaynaklar alttestlerinde anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Ayrıntıları Tablo 6'dadır.

Tablo 6

	VAKA GRUBU		KONTROL GRUBU		CI		P
	COVID +		COVID -		Alt	Üst	
	Ortalama	s. s.	Ortalama	s. s.			
Kendilik Algısı	22,28	3,98	23,35	4,72	-2,92	0,78	0,25 ^t
Gelecek Algısı	15,39	3,77	15,24	3,66	-1,38	1,69	0,85 ^t
Yapısal Stil	14,03	3,45	14,84	2,87	-2,1	0,47	0,21 ^t
Sosyal Yeterlilik	22,28	4,77	22,41	4,55	-2,05	1,78	0,89 ^t
Aile Uyum	21,61	5,97	22,17	5,11	-2,82	1,69	0,62 ^t
Sosyal Kaynaklar	28,53	5,89	28,7	4,60	-2,29	1,95	0,87 ^t
Psikolojik Dayanıklılık Toplam	124,11	22,42	126,71	18,83	-10,98	5,77	0,54 ^t

t Student t testi /CI confidence interval

4.6. Ebeveynler Tarafından Algılanan Sosyal Destek

Vaka ve kontrol grubunda ebeveynlerin kendileri tarafından doldurulan algılanan sosyal destek skorları aile desteği, arkadaş desteği, özel kişi desteği alttestlerinde anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Ayrıntıları Tablo 7'dedir.

Tablo 7

	VAKA GRUBU		KONTROL GRUBU		CI		P
	COVID +		COVID -		Alt	Üst	
	Ortalama	s. s.	Ortalama	s. s.			
Aile Desteği	22,03	6,37	23,81	6,00	-4,32	0,76	0,17 _t
Arkadaş Desteği	22,44	6,1	22,73	6,74	-2,99	2,42	0,83 _t
Özel Kişi Desteği	17,47	8,83	18	8,59	-4,13	3,07	0,77 _t
Algılanan Sosyal Destek Toplam	61,94	18,01	64,54	18,07	-10,08	4,89	0,49 _t

t Student t testi / CI confidence interval

4.7. Ebeveynlerin Doldurduğu 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeğine Göre Çocukların Psikiyatrik Belirtileri

Vaka ve kontrol grubunda ebeveynlerin kendileri tarafından doldurulan 6-18 yaş çocuk ve gençler için davranış değerlendirme ölçeğinin spor dışı etkinlik, spor, okul, toplam yeterlilik, anksiyete/depresyon, sosyal içe dönüklük/depresyon, somatik yakınmalar, kurallara karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres

bozukluğu, ağır bilişsel tempo alttestlerinde anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Ayrıntıları Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 8

	VAKA GRUBU		KONTROL GRUBU		CI		P
	COVID +		COVID -		Alt	Üst	
	Ortalama	s. s.	Ortalama	s. s.			
Etkinlik	8,36	2,13	8,03	2,32	-0,61	1,26	0,49 ^t
Sosyallik	5,92	2,6	5,51	1,95	-0,51	1,32	0,38 ^t
Okul	4,69	0,9	4,85	0,90	-0,53	0,22	0,41 ^t
Toplam Yeterlik	18,97	3,51	18,39	3,62	-0,9	2,07	0,44 ^t
Anksiyete/Depresyon	5,22	4,62	4,05	3,11	-0,37	2,72	0,14 ^t
Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon	2,97	3,25	2,65	3,06	-0,98	1,62	0,62 ^t
Somatik Yakınmalar	2,58	2,94	1,71	2,17	-0,16	1,90	0,1 ^t
Kurallara Karşı Gelme	1,78	2,71	1,13	1,25	-0,14	1,44	0,11 ^t
Saldırgan Davranışlar	5,86	7,86	4,13	3,89	-0,61	4,08	0,15 ^t
Sosyal Sorunlar	3,86	3,74	3,22	2,27	-0,56	1,84	0,29 ^t
Düşünce Sorunları	1,94	2,66	1,48	2,03	-0,48	1,41	0,33 ^t
Dikkat Sorunları	4,94	4,25	4,54	3,31	-1,12	1,93	0,6 ^t
Obsesif Kompulsif Bozukluk	2,03	2,24	1,75	1,67	-0,5	1,07	0,48 ^t
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	5,53	5,32	4,51	3,35	-0,71	2,75	0,25 ^t
Ağır Bilişsel Tempo	1,83	1,73	1,29	1,26	-0,05	1,15	0,07 ^t

t Student t testi

4.8. 11-18 Yaş Ergenlerin Doldurduğu 11-18 Yaş Gençler İçin Kendini Değerlendirme Ölçeğine Göre Ergenlerin Psikiyatrik Belirtileri

Vaka ve kontrol grubunda 11-18 yaş ergenlerin kendileri tarafından doldurulan 11-18 yaş gençler için davranış değerlendirme anksiyete/depresyon, sosyal içe dönüklük/depresyon, somatik yakınmalar, kurallara karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, ağır bilişsel tempo alttestlerinde anlamlı ($p > 0.05$) farklılık göstermemiştir. Ayrıntıları Tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9

	VAKA GRUBU		KONTROL GRUBU		CI		P
	COVID +		COVID -		Lower	Upper	
	Mean	SD	Mean	SD			
Anksiyete/Depresyon	1,83	4,14	1,62	3,53	-1,35	1,77	0,79 ^t
Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon	1,17	2,65	1,35	3,04	-1,39	1,02	0,76 ^t
Somatik Yakınmalar	1,19	2,78	1,13	2,56	-1,03	1,16	0,9 ^t
Kurallara Karşı Gelme Davranışı	1,47	3,11	1,03	2,11	-0,6	1,48	0,4 ^t
Saldırgan Davranışlar	2,06	4,52	2,03	4,53	-1,85	1,90	0,98 ^t
Sosyal Sorunlar	1,03	2,29	1,08	2,46	-1,05	0,94	0,92 ^t
Düşünce Sorunları	1,31	2,96	0,94	2,39	-0,71	1,45	0,5 ^t
Dikkat Sorunları	1,89	3,64	1,98	4,20	-1,76	1,57	0,91 ^t
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1,11	2,41	0,81	1,98	-0,59	1,19	0,5 ^t
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	2,08	4,58	1,89	4,31	-1,63	2,02	0,83 ^t
Ağır Bilişsel Tempo	1,47	2,63	1,29	2,47	-0,86	1,23	0,73 ^t

t Student t testi

4.9. COVID Pozitif Ebeveynlerin Çocuklarının Okul Etkinliği ile Çocuklarının Psikiyatrik Semptomlarının ve Ebeveynin Algılanan Sosyal Desteğinin Korelasyonu

Vaka grubunda çocukların okul başarısını gösteren okul etkinlik puanı, ebeveynlerin gözünden çocuklarındaki anksiyete/depresyon, sosyal içe dönüklük/depresyon, saldırgan davranışlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, travma sonrası stres bozukluğu semptomları, ağır bilişsel tempo semptomlarının puanları arasında anlamlı ($p < 0.05$) negatif korelasyon gözlenmiştir. Çocuklarının okul etkinlik puanı ile ebeveynlerin kendilerinin algıladığı arkadaş desteği ve algılanan sosyal destek toplam puanı arasında anlamlı ($p < 0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir. Ayrıntıları Tablo 10'da görülebilir.

Tablo 10

	COVID+ EBEVEYNLER	
	CBCL OKUL ETKİNLİK PUANI	
	CC	P
Anksiyete/Depresyon	-,424	0,01
Sosyal İçer Dönüklük/Depresyon	-,435	0,01
Saldırgan Davranışlar	-,336	0,05
Düşünce Sorunları	-,408	0,01
Dikkat Sorunları	-,455	0,01
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	-,432	0,01
Ağıır Bilişsel Tempo	-,402	0,02
Arkadaş Desteğı	,331	0,05
Algılanan Sosyal Destek Toplam	,378	0,02

Pearson momentler çarpımı korelasyon testi

4.10. COVID Negatif Ebeveynlerin Çocuklarının Okul, Spor Ve Spor Dışı Etkinliğı İle Çocuklarının Psikiyatrik Semptomlarının Ve Ebeveynin Psikolojik Dayanıklılığının Korelasyonu

Kontrol grubunda çocukların etkinlik puanı ile sosyal içe dönüklük/depresyon ve ağır bilişsel tempo semptomlarının puanları arasında anlamlı ($p < 0.05$) negatif korelasyon gözlenmiştir. Çocuklarının etkinlik puanı ile ebeveynlerin sosyal yeterlilik puanı arasında anlamlı ($p < 0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir.

Kontrol grubunda çocukların sosyallik puanları ile sosyal içe dönüklük/depresyon, somatik yakınmalar, saldırgan davranışlar, travma sonrası stres bozukluğu ve ergenlerin dikkat sorunları skorları arasında anlamlı ($p < 0.05$) negatif korelasyon gözlenmiştir. Bu grupta çocukların sosyallik puanları ile ebeveynin gelecek algısı ve sosyal yeterlilik puanı arasında ise anlamlı ($p < 0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir.

Kontrol grubunda çocukların okul etkinliğı puanları ile sosyal içe dönüklük/depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu semptom skorları arasında anlamlı ($p < 0.05$) negatif korelasyon gözlenmiştir. Aynı grupta çocukların okul etkinliğı puanları ile ebeveynin psikolojik dayanıklılık toplam puanı arasında anlamlı ($p < 0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir.

Kontrol grubunda çocukların toplam yeterlik puanları ile sosyal içe dönüklük/depresyon, travma sonrası stres bozukluğu semptom skorları arasında anlamlı ($p < 0.05$) negatif korelasyon gözlenmiştir. Kontrol grubunda çocukların toplam yeterlik puanları ile ebeveynin psikolojik dayanıklılık toplam puanı arasında anlamlı ($p < 0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir. Ayrıntıları Tablo 11’de görülebilir.

Tablo 11

	COVID- EBEVEYNLER							
	CBCL Etkinlik		CBCL Sosyallik		CBCL Okul		CBCL Toplam Yeterlik	
	CC	P	CC	P	CC	P	CC	P
Sosyal İçe Dönüklük/Depresyon	-,294	0,019	-,266	0,035	-,301	0,016	-,407	0,001
Somatik Yakınmalar			-,286	0,023				
Saldırgan Davranışlar			-,249	0,049				
Travma Sonrası Stres Bozukluğu			-,283	0,025	-,272	0,031	-,305	0,015
Ağır Bilişsel Tempo	-,333	0,008						
Gelecek Algısı			,272	0,031	,279	0,027	,323	0,01
Yapısal Stil					,282	0,025	,265	0,036
Sosyal Yeterlilik	,334	0,007	,270	0,032			,395	0,001
Psikolojik Dayanıklılık Toplam					,265	0,035	,289	0,021
Ergenlerin Dikkat Sorunları			-,264	0,037				

Pearson momentler çarpımı korelasyon testi

4.11. Ebeveynlerde Algılanan Sosyal Destek ve Psikolojik Dayanıklılık

Düzeylerinin Çocukların Davranış Sorunları ile İlişkisi

Çalışmamızda ebeveynlerin COVID teşhisi almasından bağımsız olarak, ebeveynin psikolojik dayanıklılığı ile çocuklarındaki saldırgan davranışlar arasında anlamlı ($p < 0.05$) negatif korelasyon gözlenmiştir. Ebeveynlerin doldurduğu psikolojik dayanıklılık ölçeğinin aile uyumu alt testi hem kurallara karşı gelme davranışı, hem de saldırgan davranış puanları ile anlamlı ($p < 0.05$) negatif korelasyon göstermiştir. Ebeveyn tarafından algılanan sosyal destek, çocuklardaki kurallara karşı gelme davranışı ile ilişkili bulunmamıştır. Algılanan sosyal destek toplam puanı ile çocuklardaki saldırgan davranışlar puanı arasında anlamlı ($p < 0.05$) negatif korelasyon gözlenmiştir. Detayları Tablo 12’de incelenebilir.

Tablo 12

	KURALLARA KARŞI GELME		SALDIRGAN DAVRANIŞLAR	
	N=99		N=99	
	Korelasyon Katsayısı	P	Korelasyon Katsayısı	P
Aile Desteği	-0.16	0,11	-0.25	0,01
Arkadaş Desteği	-0.15	0.14	-0.23	0,02
Özel Kişi Desteği	-0.16	0.12	-0.21	0.04
Algılanan Sosyal Destek Toplam	-0.18	0.07	-0.27	0,007
Kendilik Algısı	-0.09	0,38	-0.18	0.07
Gelecek Algısı	-0.05	0.62	-0.2	0,049
Yapısal Stil	-0.15	0.15	-0.16	0.12
Sosyal Yeterlilik	-0.11	0,28	-0.26	0,01
Aile Uyumu	-0.22	0.03	-0.32	0.001
Sosyal Kaynaklar	-0.16	0.11	-0.25	0,01
Psikolojik Dayanıklılık Toplam	-0.18	0.08	-0.31	0.002

Pearson momentler çarpımı korelasyon testi

4.12. Çocukların Davranış Sorunları İçin Oluşturulan Lojistik Regresyon Modelleri

Çocukların kurallara karşı gelme davranışı ve saldırgan davranış puanlarının üzerine, ebeveynlerin algılanan sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin etkisi çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Çalışmamızda çocuklarda saldırganlık davranışı ve kurallara karşı gelme ölçek puanları bağımlı değişkenleri için 2 farklı lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Oluşturulan modellere bağımsız değişkenler olarak ebeveynin psikolojik dayanıklılığı toplam puanı, ebeveynin algılanan sosyal destek toplam puanı, anne yaşı, baba yaşı, çocuk yaşı, COVID geçirmiş olma parametreleri eklenmiştir. Her 2 modelde de yalnızca çocuk yaşının ölçek puanlarını istatistiki olarak anlamlı etkisinin bulunduğu saptanmıştır. Ayrıntıları Tablo 13’de inceleyebilir.

Tablo 13

	SALDIRGANLIK DAVRANIŞI			KURALLARA KARŞI GELME		
	Beta	CI	P	Beta	CI	P
Ebeveynin Psikolojik Dayanıklılığı Toplam Skoru	0.001	-0.05;0.06	0.96	-0.04	-0.03;0.02	0.757
Ebeveynin Algılanan Sosyal Destek Toplam Puanı	-0.02	-0.08;0.03	0.46	-0.01	-0.04;0.02	0.41
Anne Yaşı	0.11	-0.06;0.3	0.19	0.048	-0.05;0.14	0.31
Baba Yaşı	0.011	-0.09;0.1	0.83	0.001	-0.05;0.06	0.1
Çocuk Yaşı	4.1	2.37;5.85	<0.001	2.5	1.55;3.4	<0.001
COVID Geçirmiş Olmak	0.19	-1.8;1.5	0.83	0.47	-1.4;0.45	0.31

Çok değişkenli lojistik regresyon analizi/ CI:confidence interval

5. TARTIŞMA

Çalışmamıza COVID geçirmiş ve geçirmemiş sağlık çalışanı ebeveynler ile onların 6-18 yaş arasındaki çocukları dahil edilmiştir. 6-10 yaşlarındaki çocuklar için sadece ebeveynlerinin görüşü alınmış, 11-18 yaşlarındaki çocukların hem kendilerinin hem de ebeveynlerinin form doldurmaları istenmiştir. Vaka grubu COVID+ ebeveynler ve onların çocuklarından, kontrol grubu da COVID – ebeveynler ve onların çocuklarından oluşmuş, bu iki grup ebeveynlerin psikolojik dayanıklılığı, ebeveynin algıladığı sosyal destek ve çocuklarındaki psikiyatrik parametreler yönünden birbirleriyle kıyaslanmıştır.

5.1. Sosyodemografik Veriler

Vaka grubu ve kontrol grubu arasında yaş, çocukların cinsiyet dağılımı, anne yaşı, baba yaşı, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu, babanın mesleği, aile gelir durumu, aile bütünlüğü açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamıza katılan ailelerin büyük çoğunluğu çekirdek aile (anne, baba, çocuklar) yapısındadır.

Vaka ve kontrol grubundaki ebeveynlerin çoğunluğu doktor ve hemşirelerden oluşmuştur.

Vaka grubundaki annelerin 1'i "herhangi bir işte çalışmıyor" olarak belirtilmiş ve geri kalanların hepsinin sağlık çalışanı olması kontrol grubuna göre anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Bu çalışmamıza katılan ebeveynlerin çoğunluğunun annelerden oluşması ile ilgili olabilir.

2020'de ABD'de yapılan ve COVID-19 ilişkili vakalar ve ölümleri inceleyen bir çalışmada daha düşük eğitim seviyelerinin hem COVID-19 vakalarının hem de buna bağlı ölümlerin daha yüksek oranları ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu belirtilmiştir[75]. Bizim çalışmamızda vaka ve kontrol gruplarında anne eğitim seviyesi, baba eğitim seviyesi ve ailenin ekonomik gelir düzeyi arasında farklılık olmaması klinik ortamda çalışan sağlık çalışanları gibi özel seçilmiş bir grupla yapılmasından, tek merkezli bir çalışma olup toplumun kısıtlı bir kesimine ait verileri

yansıtmasından kaynaklanıyor olabilir. Denek sayısındaki farklılıklar da literatürdeki çalışmalar ile olan farkı açıklayabilir.

5.2. COVID İlişkili Veriler

Çalışmamızda vaka grubu ve kontrol grubu arasında evde COVID açısından yüksek riskli birey yaşayıp yaşamadığı, COVID teşhisi almış hastalarla yüz yüze gelme şeklinde temas edip etmedikleri, kendilerinin ya da eşlerinin COVID nedeni hastaneye yatışlarının olup olmaması açısından fark saptanmamıştır.

2020’de ABD’de 72909 kişi ile yapılmış büyük çaplı bir çalışmada, sağlık çalışanlarının COVID pozitif olma olasılığı sağlık çalışanı olmayanlarla benzer, ancak sağlık çalışanı olmayanlara kıyasla hastaneye yatma olasılığı daha düşük çıkmıştır. Aynı çalışmada COVID teşhisi alan sağlık çalışanları arasında teşhise bağlı hastaneye yatış oranı %7.4 bulunmuştur[76]. Bizim çalışmamızda ise, COVID teşhisine bağlı hastaneye yatış oranı %11.1 dir. Bu sonuç katılımcı sayısındaki farklılığa bağlı olabilir.

Fakat çalışmamızda vaka grubunda salgında normalde çalıştıkları birimin dışında görevlendirme kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, COVID süreci boyunca artan iş yükünün paylaştırılması amacıyla sağlık çalışanlarının normalde çalıştıkları birimlerden farklı olarak COVID servislerine yönlendirilmesi ve bu servislerde görevlendirilen kişilerin COVID teşhisi almış hastalarla kaçınılmaz olarak daha sık temas etmeleri sonucu COVID bulaşma ihtimalinin artması şeklinde yorumlanabilir.

5.3. Eşlik Eden Tıbbi veya Psikiyatrik Durumlar

Çalışmamızda vaka grubu ve kontrol grubu arasında hem ebeveynlerin hem de çocuklarının psikiyatrik başvurusu, tanısı ve ilaç kullanımı yönünden anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde ise çok yaygın bir şekilde COVID’in psikolojik etkileri tartışılmaktadır.2020 Nisan’da yayınlanan bir gözden geçirme yazısında, COVID-19 salgınının neden olduğu can kaybının bir savaş ile kıyaslanabilecek boyutta büyük olduğu ve salgın boyunca sağlık çalışanlarının hem fiziksel hem de psikolojik baskı altında oldukları bildirilmiştir. Birçok ülke için bu durumun sağlık sektöründeki kişiler için ruhsal patolojisi olanların ve moralsizliğin artmasına katkıda bulunacağı öne sürülmüştür[77].

Diğer yandan, Norveç'te yapılan ve 59 çalışmanın incelendiği bir gözden geçirme çalışmasında sağlık çalışanlarının psikiyatrik alanda profesyonel yardıma daha az ilgi duydukları ve sosyal desteğe ve iletişime daha fazla güvendikleri bildirilmiştir[78].

Eylül 2020'de ülkemizden yayınlanan sağlık çalışanlarının COVID sürecinde ruhsal etkilenmesini araştıran bir çalışmada, sağlık çalışanlarının yüksek düzeyde depresyon, anksiyete, uykusuzluk ve huzursuzluk belirtilerine sahip olmalarına rağmen, on sağlık çalışanının yalnızca birinin herhangi bir psikiyatrik destek aldığı bildirilmiştir[79].

COVID-19 hastalarının bakımını üstlenen 10 hemşire ile detaylı görüşmelerin yapıldığı bir çalışmada ise, hemşirelerin sağ kalma ihtiyaçlarının çalışmanın yapıldığı zamanda hemşirelerde birincil ihtiyaç olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada fiziksel sağlığın, salgının üstesinden gelmek için gerekli olan temel bir gereklilik olduğu ve tüm katılımcıların, kendi sağlıklarını korumak için güçlü bir ihtiyaç sergiledikleri bulunmuştur. Sağ kalma ihtiyaçları esas olarak sağlık ve güvenlik ihtiyaçlarına yansırken, ilişki içinde olma ihtiyaçlarının temel olarak kişilerarası ihtiyaçlar, insani ilgi ihtiyaçları ve aile ihtiyaçlarından oluştuğu bildirilmiştir. Ayrıca salgın sırasındaki en temel ihtiyaçlarının sağ kalma ihtiyacı olduğu, sağlık ve güvenlik ihtiyaçlarının birbirini etkilediği de belirtilmiştir[80].

Çalışmamızda vaka grubu ve kontrol gruplarında hem ebeveynlerin hem de çocuklarının psikiyatrik başvurusu, tanısı ve ilaç kullanımı yönünden anlamlı fark bulunmaması, yukarıda belirtildiği gibi salgınla ön safta mücadele eden sağlık çalışanlarının esas olarak sağ kalma ihtiyacı, sağlık ve güvenlik ihtiyacı hissetmesi ve psikiyatrik alanda profesyonel yardıma daha az ilgi duymaları ile ilgili olabilir. Başka bir açıdan da, ruhsal sorunların etkilerini daha uzun sürede göstereceği, bu nedenle iki grup arasında henüz anlamlı fark çıkmadığı düşünülebilir.

5.4. Hipotezlere İlişkin Verilerin İncelenmesi

COVID-19'un birden ortaya çıkışının, özellikle hastalarla doğrudan temas halinde olan hastane personeli başta olmak üzere farklı topluluklar üzerinde çok fazla psikolojik baskı oluşturduğu bildirilmiştir[81]. SARS ve Ebola salgınlarıyla ilgili önceki çalışmalara göre, beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan ve yaşamı tehdit eden ciddi bir hastalığın başlamasının, artan iş yükü, fiziksel yorgunluk, yetersiz kişisel

ekipman, hastane kaynaklı bulaşma ve hastalara verilen hizmetin eşitsiz paylaşılması konusunda etik açıdan zor kararlar alma mecburiyetinin, sağlık çalışanlarının fiziksel ve zihinsel sağlıkları üzerinde baskıya yol açabileceği belirtilmiştir[82].

2020 Mart'ta Çin'den yayınlanan bir çalışmada sağlık çalışanlarının başlıca endişeleri: çalışma arkadaşlarının enfeksiyonu (%72.5), aile üyelerinin enfeksiyonu (%63.9), koruyucu önlemlerin eksikliği (%52.3) ve görev esnasında şiddete uğrama (%48.5) olarak bildirilmiştir. Aynı çalışmada sağlık çalışanlarının %34.7'si kendisinin enfekte olma riski konusunda çok endişeli olduğunu ifade etmiştir[83]. Bu çalışmadan anlaşılabileceği üzere, sağlık çalışanlarının en önde gelen endişe kaynağı çalışma arkadaşlarının enfekte olması iken, en geri planda kalan endişe kaynağı ise kendilerinin enfekte olmasıdır.

Salgın yayıldıkça dünyanın farklı yerlerinde yapılan çalışmalarla COVID-19'un yüksek bulaşma oranları, uzun kuluçka süreleri ve çok sayıda asemptomatik virüs taşıyıcısının olabileceği bilgileri klinisyenler arasında yayılmaya başlamıştır[84][17]. Yapılan klinik çalışmalarda bu asemptomatik taşıyıcıları ayırt edecek belirteç henüz bulunmadığından, klinik ortamda çalışmanın sadece kendisi bile sağlık çalışanlarının aile üyeleriyle ilgili endişelerine temel olarak katkıda bulunabilir. Bazı topluluklar, potansiyel enfeksiyon kaynağı olabileceklerine inanarak sağlık çalışanlarının salgındaki vardiyalarından sonra topluluğa girmesini yasaklamıştır[83]. Bu durumun sağlık çalışanlarının diğer kişilere hastalığı bulaştırma ihtimaline dair suçluluklarını ve aileleri için endişelerini daha da artıracakı belirtilmiştir. Sonuç olarak, çoğu sağlık çalışanının ailelerinden ayrılmak zorunda kalacağı ve bunun da ailelerinden gelen desteği daha da zayıflatacağı öngörülmüştür[83].

Çalışmamızda COVID-19 tanısı almış sağlık personeli ile COVID tanısı almamış sağlık personelinin algılanan sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Bu durum, yukarıda bahsedildiği gibi, sağlık çalışanı olan kişileri kendilerinin COVID geçirmesinden çok daha önemli oranda kaygılandıran çalışma arkadaşlarının enfekte olma ihtimali, aile üyelerinin enfekte olma ihtimali olması olabilir. Başka bir açıdan da, pandemi gibi bir felakette sağlık çalışanı olarak ön saflarda çalışmanın, ağır iş yükünün, uzun çalışma saatlerinin, güçlükle verilen kararların yarattığı stresin COVID geçirmenin yarattığı

stresten daha fazla olması ve bu iki grubun arasındaki psikolojik dayanıklılık ile algılanan sosyal destek farklılığını ortadan kaldırması olabilir.

Çalışmamızda COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında sosyal içe dönüklük, anksiyete semptomlarının, depresif semptomların düzeyleri arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Vaka grubunda somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, kurallara karşı gelme davranışları, saldırgan davranışlar, obsesif kompulsif belirtiler, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, okul sorunlarının düzeylerinde de anlamlı farklılık bulunamamıştır. Bunun nedeni, COVID enfeksiyonu geçiren ve geçirmeyen tüm sağlık çalışanlarının salgın boyunca benzer kaygıları yaşamaları ve çocukları ile iletişimlerini ve temaslarını onları koruma niyetiyle kısıtlamaları ile açıklanabilir. Hatta COVID ile enfekte olmuş ebeveynler COVID'e karşı bağışıklık kazandıkları düşüncesiyle çocuklarıyla daha rahat iletişime yönelmiş olabilirler. Ancak virüsün yeni olması, kalıcı bağışıklığın ve tekrar enfeksiyon durumunun başlardaki belirsizliği nedeniyle koruyucu ve temkinli tavrın devam ettiği de düşünülebilir. Anketimizde enfeksiyon geçiren ebeveynlerin enfeksiyon öncesi ve sonrası ilişkilerine yönelik sorgulama yapılmadığı için bu konuda yeterli yorum yapılamamaktadır.

Çalışmamızın vaka ve kontrol grubunun çocuklarındaki anksiyete ve depresif belirtilerin düzeyinde anlamlı fark çıkmamasına şu açıdan da bakılabilir: COVID döneminde sağlık çalışanlarında toplumun diğer kesimlerine oranla anksiyete semptomlarının daha yaygın olduğu bildirilmiştir. Aile araştırmalarında da; anneler ve çocuklarında kaygı arasındaki etkileşimden incelendiğinde, çocukların gözlemsel öğrenme ve modelleme yoluyla erken yaşta korku ve kaçınma davranışları kazanabildiklerini gösterilmiştir[85]. Ailenin gözlemlediği ve çocuğun bildirdiği kaygı düzeyleri arasında farklılık olabileceği ve bu durumun kaygı hakkında farklı ve değerli bilgiler sağladığı bildirilmiştir[86]. Epidemiyolojik araştırmalar ve aile çalışmalarından elde edilen sonuçlar, kaygı bozukluklarının ailesel olduğunu ve yetiştirmenin etkileri değerlendirildiğinde anne kaygısının çocuk kaygısını yordadığını bildirmiştir[87][88]. Çocukluk çağı kaygı bozuklukları, ebeveyn kaygısı ve davranış yönetimi güçlükleri ile ilişkili görünmektedir. 2015 yılında ülkemizden yayınlanan şiddetli ve stresli koşullar altında çalışan sağlık çalışanı ebeveynlerin çocuklarında görülen depresif semptomları inceleyen bir çalışmada, kadın sağlık çalışanlarının

neredeyse tüm çocuklarında yüksek puanlar bulunmuştur[89]. Yine ülkemizden 2020 yılında yayınlanan ve COVID pandemisi döneminde sağlık çalışanlarında ve çocuklarındaki anksiyete semptomlarının incelendiği bir çalışmada, sağlık çalışanları ve çocuklarının COVID-19 pandemisinde yüksek düzeyde kaygı yaşadıklarını bildirmiştir. Aynı çalışmada, sağlık çalışanı çocuklarının ağırlıklı olarak ayrılık kaygısı belirtilerine sahip oldukları ve ebeveynin kaygı düzeyi ile çocuğun kaygı düzeyinin pozitif korelasyon gösterdiği belirtilmiştir[90]. Yapılan araştırmalarda çıkan sonuçlardan hareketle, bizim çalışmamızdaki çocukların da anksiyete ve depresif semptomlarının toplumun diğer kesimlerine kıyasla daha yüksek olduğu düşünülebilir. Fakat bizim çalışmamız, hem vaka hem de kontrol grubunu sağlık çalışanlarının çocuklarının oluşturduğu ve ebeveynin COVID geçirmesinin çocuk üzerindeki ruhsal etkisini araştırdığı için anlamlı fark çıkmamış olabilir.

2021’de yayınlanan ve katılımcıların çocuklarının yaklaşık dörtte üçü ilkokul yaşında veya daha küçük olan sağlık çalışanı ebeveynler ile COVID-19 pandemisi sürecinde yapılmış bir çalışmada, mevcut çocuk bakımı seçenekleri ile katılımcılar arasında tercih edilen seçenekler arasında önemli farklılıklar olduğu belirtilmiştir[91]. Okulların kapanması, çocuk bakımı ihtiyacı ilkokul dönemi ve daha erken yaşlarda en yüksek düzeyde olduğu için önemlidir. COVID-19 karantinası sırasında çok az kreş açık kalmıştır, ilkokulların çoğu da kapanmıştır. Yine aynı çalışmada katılımcıların evden çalışma talepleri, çocuk bakımı için ücretli veya ücretsiz izinler için esnek saatler, ücretli izinlerin cezasız kullanılması ve çalışma saatlerinin azaltılması gibi taleplerinin olduğunu belirtilmiştir[91]. Fakat salgında iş yükü artan sağlık çalışanlarının bu taleplerinin ne kadarının karşılanabildiği ve uygulanabilirliği konusu tartışmalıdır. Buradan hareketle salgında sağlık çalışanı olarak görev yapmanın kendisi başlı başına bir stres etkeniyken, salgın süresince hem sağlık çalışanı hem de ebeveyn olmanın kişinin üzerindeki baskıyı çok artırması beklenebilir. Bu durumda da, ebeveynin COVID geçirip geçirmemesinin önemi diğer stres faktörlerine kıyasla geri planda kalıyor ve çocukların davranış ve ruhsal sorunlarında fark yaratmıyor olabilir.

COVID pandemisi yeni bir durum olduğu için, pandemi döneminde sağlık çalışanları ve çocuklarının ruhsal durumuna yönelik dünyada yapılmış kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır .Yaptığımız literatür taraması sonucunda, COVID geçiren ve geçirmeyen sağlık çalışanı ebeveynlerin çocuklarının ruhsal etkilenmelerini kıyaslayan bir çalışmaya rastlayamadık. Ancak sağlık çalışanı olsun ya da olmasın ebeveyn–çocuk ilişkisini sekteye uğratabilecek ve araya bariyerler koyabilecek salgın benzeri enfeksiyonlarda (HBV, HCV, HIV) ya da immünsüpresyon gibi durumlarda yapılan çalışmalarda çocuklarda davranışsal ve ruhsal değişikliklerin ortaya çıktığına dair sonuçlar bulunmuştur. 2006 yılında annesi HIV + olan çocukların ruh sağlığını inceleyen bir çalışmada, annelerinde fiziksel işlevsellik veya sağlıkla ilgili semptomlarda daha fazla sorun varsa, çocukların kendi bildirdikleri depresyon ve kaygı düzeylerinin de daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada daha ciddi düzeyde fiziksel sağlık durumu ilgili semptomları olan annelerin çocukları için, anneler Çocuk Davranışı Kontrol Listesi (CBCL) saldırganlık alt ölçeğinde çocuklarının daha yüksek düzeyde saldırgan davranışlar gösterdiğini bildirmişlerdir[92]. Bu bulgu çalışmamız ile uyumlu değildir. Bunun nedeni COVID-19'un şimdiye dek bilindiği kadarıyla HIV gibi kronik ve uzun süreli bir enfeksiyon olmaması, hastalığın en azından bilinen aktif enfeksiyon ve bulaştırıcılık döneminin ve yarattığı işlevsellik kaybının kısa sürmesi; bunlara bağlı olarak da çocuklarda davranış sorunlarına ve ruhsal semptomlara neden olacak kadar sürenin geçmemesi olabilir.

SARS döneminde sağlık çalışanı olan ebeveynlerle yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanı olan ebeveynler, salgında yüksek bulaş tehlikesinin olduğu ortamda çalışmaları nedeniyle çocukların doğum günü partileri ve aile toplantıları gibi sosyal etkinliklerde istenmeme, kaçınma ve davetin geri çekilmesi gibi durumlar yaşadıklarını bildirmişlerdir. Çocukları bazı kreşlerde hoş karşılanmazken, karantinaya alınan sağlık çalışanlarının eşleri işten eve gönderilmiştir. Bu yaklaşımlar nedeniyle, katılımcılar karantinada olduklarını başkalarına söylemekte isteksiz olduklarını söylemişlerdir[11]. Buradan hareketle, ebeveynleri sağlık çalışanı olan çocukların, ebeveynin enfekte olma durumundan bağımsız olarak potansiyel asemptomatik taşıyıcı muamelesi gördüğü ve bu nedenle ebeveynin COVID geçirip geçirmemesinin önem arz etmediği düşünülebilir.

COVID pandemisi döneminde uygulanan sosyal mesafe stratejileri, çocukların ihtiyaç duyduğu sağlıklı rutinleri ve sosyal ilişkileri bozmaktadır. Bu durumun, çocuklukta artan travmaya maruziyeti ve sonrasındaki dönemlerde de anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), yıkıcı davranış bozukluğu ve madde kötüye kullanımı dahil olmak üzere birçok psikopatoloji biçiminin gelişmesi için risk oluşturduğunu bildiren çalışmalar vardır[93]. 2020’de Norveç ve ABD’den yazarların yayınladığı bir editör mektubunda; çocukları için olumsuz sonuçlar olduğunda, ebeveynleri üzerinde kaçınılmaz olarak olumsuz etkilerin olacağı belirtilmiştir. Bu ebeveynler sağlık çalışanı iseler, COVID-19 salgınına benzer şekilde bir kriz sırasında çalışma yeteneklerinin ve isteklerinin kaçınılmaz bir şekilde bozulacağı öngörülmüştür[94]. Aynı yazıda; sağlık çalışanlarının çocuklarının anne babalarının işte karşı karşıya olduğu riskler konusunda tam olmasa da en azından bir miktar farkındalığa sahip oldukları ve bu nedenle stres tepkisi açısından daha büyük risk altında oldukları belirtilmiştir. Sonuç olarak, bu çocukların, ebeveynlerinin COVID-19 ile enfekte olabileceği, hatta ölebileceği endişesi nedeniyle stres ve travmaya karşı daha savunmasız oldukları düşünülmüştür[94]. Bizim çalışmamızda katılımcıların tümü sağlık çalışanı çocukları olduğu için vaka ve kontrol grupları arasında çocukların ruhsal semptomları arasında anlamlı fark çıkmamış olabilir. Üçüncü bir grup olarak, ebeveyni sağlık çalışanı olmayan çocuklar çalışmamıza dahil edilseydi anlamlı fark çıkabileceği olasıdır.

Vaka grubundaki çocukların okul etkinlik puanı ile ebeveynlerin kendilerinin algıladığı arkadaş desteği ve algılanan sosyal destek toplam puanı arasında anlamlı pozitif korelasyon gözlenmiştir. Kontrol grubunda ise, çocukların okul etkinliği puanları ile ebeveynin psikolojik dayanıklılık toplam puanı arasında anlamlı ($p < 0.05$) pozitif korelasyon gözlenmiştir. Buradan hareketle; COVID geçiren ebeveynlerin sosyal destek algısı çocuklarının okul etkinliği ile ilişkiliyken, COVID geçirmeyen ebeveynlerin psikolojik dayanıklılığı çocuklarının okul etkinliği ile ilişkili bulunmuştur.

Çalışma hipotezlerimizden biri de; ebeveynlerde algılanan sosyal destek düzeylerinin yüksek olmasının, çocuklarda davranış sorun düzeylerini negatif yönde etkileyecek olmasıydı. Bu hipotezi test ettiğimizde, araştırma sonuçlarımızın hipotezimizin bir kısmı ile uyumlu olduğunu gördük. Ebeveyn tarafından algılanan sosyal destek, çocuklardaki kurallara karşı gelme davranışı ile ilişkili bulunmamıştır.

Fakat algılanan sosyal destek toplam puanı ile çocuklardaki saldırgan davranışlar puanı arasında anlamlı negatif korelasyon gözlenmiştir.

Diğer bir hipotezimiz de ebeveynlerde psikolojik dayanıklılık düzeyinin yüksek olmasının, çocuklarda davranış sorun düzeyini negatif yönde etkileyecek olmasıydı. Çalışmamızda ebeveynlerin COVID teşhisi almasından bağımsız olarak, ebeveynin psikolojik dayanıklılığı ile çocuklarındaki saldırgan davranışlar arasında anlamlı negatif korelasyon gözlenmiştir. Ebeveynlerin doldurduğu psikolojik dayanıklılık ölçeğinin aile uyumu alt testi hem kurallara karşı gelme davranışı, hem de saldırgan davranış puanları ile anlamlı negatif korelasyon göstermiştir. Aile uyumu alt testinin değerlerin aile içinde paylaşılmasını ve aile üyelerinin birbirleriyle zaman geçirip eğlenmelerini, geleceğe yönelik iyimser bir görüş sahibi olmalarını, birbirlerine karşı sadakat göstermelerini, karşılıklı takdir ve destek hissi duymalarını ölçtüğü göz önüne alındığı zaman bu sonucun anlamı daha iyi anlaşılacaktır.

Aile uyumu ile ilgili literatürü incelediğimizde, daha iyi aile uyumunun, aile içinde daha fazla içtenlik ve ebeveynlerin daha az kontrolü ile ilişkili olduğu ve hem erkek hem de kız çocukları için algılanan aile uyumunun, büyük ölçüde babalarından çok annelerinin onlara nasıl davrandığına ilişkin algılarından etkilendiği bildirilmiştir[95]. Bizim çalışmamızda da aile uyumu alt testinde gördüğümüz bu güçlü korelasyon, çalışmamıza katılan ebeveynlerin çoğunluğunu (%88.7) annelerin oluşturması ile ilgili olabilir.

Aile uyumunun bireyin ruh sağlığı ve mutlu yaşamı üzerinde çok önemli bir etkisi olduğunu bildiren araştırmalar mevcuttur[96]. Güçlü aile uyumu ve daha az aile çatışması olan üniversite öğrencileri, üniversite eğitimleri sırasında daha iyi akademik, sosyal ve duygusal uyum göstermişlerdir. Daha fazla aile çatışması yaşayan üniversite öğrencileri ise daha fazla psikolojik ve duygusal sıkıntı, daha fazla depresif belirtiler ve daha zayıf sosyal uyum bildirmişlerdir[97]. 2012’de Çin’den yayınlanan bir çalışmada ise katılımcıların çoğu, aile uyumunu aile mutluluğunun ön koşulu veya eş anlamlısı olarak görmüş ve ailenin mutluluğu, aile uyumunun sonradan ortaya çıkan bir özelliği olarak algılanmıştır[98]. Buradan hareketle, bizim çalışmamızda da geleceğe yönelik ümitvar olan, bireylerin birbirini takdir edip, dinleyip, desteklediği ailelerde yetişen çocuklarda davranış sorunlarının daha az beklenmesini öngörebiliriz.

Çalışmamızda çocukların kurallara karşı gelme davranışı ve saldırgan davranış puanlarının üzerine, ebeveynlerin algılanan sosyal destek ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin etkisi çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Oluşturulan modellere bağımsız değişkenler olarak ebeveynin psikolojik dayanıklılığı toplam puanı, ebeveynin algılanan sosyal destek toplam puanı, anne yaşı, baba yaşı, çocuk yaşı, COVID geçirmiş olma parametreleri eklenmiştir. Her 2 modelde de yalnızca çocuk yaşının ölçek puanlarına istatistiki olarak anlamlı etkisinin bulunduğu saptanmıştır. Yani ebeveynin sosyal destek algısı ve psikolojik dayanıklılığı ile çocukların davranış sorunları ilişkisinde en anlamlı parametre çocuğun yaşıdır.

Literatüre baktığımızda sağlık çalışanı ebeveynlerin çocuklarındaki COVID + liği ile ilgili çalışma yapılmış[99], fakat onların ruhsal sorunları ile ilgilenen salgın döneminde yapılmış sınırlı sayıda çalışmaya çalışmaya rastlanmıştır[90][94].

6. SONUÇ

Çalışmamızın güçlü yanları; alanında yapılmış sınırlı sayıda çalışma olması, vaka ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikler açısından benzer olmalarıdır. Elde edilen verilerin güvenilirliği açısından geçmişte ve güncel durumda klinik olarak tanı almış yaygın gelişimsel bozukluk, psikotik bozukluk, mental retardasyon, özgül öğrenme güçlüğü olan hastalar, tıbbi öyküde epilepsi, başka nörolojik hastalık, genetik hastalık veya travmatik beyin hasarı hikayesi ve kronik tıbbi hastalığı olan hastaların çalışmaya alınmamasıdır. Hem çocuk ve hem de ebeveynlerden olmak üzere çoklu kaynaktan bilgi alınması çalışmamızın güvenilirliğini arttırmaktadır. Şimdiye dek COVID-19 salgınının ve diğer salgınlara ön safta görev yapan sağlık çalışanlarına zihinsel ve ruhsal etkisinin incelendiği bir çok çalışma yapılmıştır. Fakat çalışmamızda vaka ve kontrol gruplarında ebeveynin algıladığı sosyal destek, psikolojik dayanıklılık ve çocuklarındaki psikiyatrik belirtiler arasında anlamlı fark çıkmaması, salgının enfekte olan ve olmayan bireylerin ruhsal durumu üzerine benzer etkileri olduğu şeklinde yorumlanabilir. Salgın sadece COVID ile enfekte olan kişileri değil, enfekte olmayanları da etkilemektedir. Başka bir açıdan bakacak olursak da, salgının sağlık çalışanlarının çocuklarında ortaya çıkardığı psikiyatrik belirtiler için henüz erkendir. Ayrıca çalışmamızda aile uyumunun çocuklardaki davranış sorunları ile ilişkisi güçlü bir şekilde vurgulanmıştır. Bizim çalışmamızın, COVID-19'un sağlık çalışanlarına etkisinin yanında çocuklarına etkisinin anlaşılması için günümüze kadar yapılan çalışmalara göre farklılık arz ettiği ve literatüre bu anlamda katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmamızda hipotezlerimizi doğrular şekilde:

1. Ebeveynlerde algılanan sosyal destek düzeylerinin yüksek olması, çocuklarda davranış sorun düzeylerini negatif yönde etkilemektedir.
2. Ebeveynlerde psikolojik dayanıklılık düzeyinin yüksek olması, çocuklarda davranış sorun düzeyini negatif yönde etkilemektedir.

Araştırmamızda hipotezlerimizle uyum sağlamayan şekilde:

1. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında anksiyete semptomlarının düzeylerinde, COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı fark bulunamamıştır.
2. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında depresif semptom düzeylerinde, COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı fark bulunamamıştır.
3. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında somatik yakınma düzeylerinde, COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı fark bulunamamıştır.
4. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında sosyal sorun düzeylerinde, COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı fark bulunamamıştır.
5. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında düşünce sorunu düzeylerinde, COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı fark bulunamamıştır.
6. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında dikkat sorunu düzeylerinde, COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı fark bulunamamıştır.
7. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında kurallara karşı gelme davranışı düzeylerinde, COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı fark bulunamamıştır.
8. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında saldırgan davranış düzeylerinde, COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı fark bulunamamıştır.
9. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında obsesif kompulsif belirtilerin düzeyinde, COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı fark bulunamamıştır.
10. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında travma sonrası stres belirtilerinin düzeylerinde, COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı fark bulunamamıştır.

11. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında ağır bilişsel tempo belirtilerinin düzeylerinde, COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı fark bulunamamıştır.
12. COVID-19 tanısı almış sağlık personelinin çocuklarında okul/akademik sorunlarının düzeylerinde, COVID-19 tanısı almamış personele göre anlamlı fark bulunamamıştır.

Çalışmamızın kısıtlılıkları; değişkenler arasındaki neden-sonuç ilişkilerinin daha iyi ortaya çıkarılabilmesi için prospektif bir çalışma olmasındansa, kesitsel bir çalışma olmasıdır. Diğer bir kısıtlılık da, pandemi koşulları nedeni ile çevrimiçi anket çalışması şeklinde yapılmış olmasıdır. Anketleri cevaplamanın yaklaşık 40 dakika gibi uzun bir süre alması, internet ve sosyal medya ortamında çok sayıda çevrimiçi anket çalışmasının yayınlanması nedeniyle katılımcı sayısı beklentimizin altında kalmış olabilir. Çalışmamıza katılan ebeveynlerin COVID geçirme zamanlarındaki farklılıkların incelenmemiş olması ve çocukların COVID geçirip geçirmediğinin sorulmamış olması da diğer bir kısıtlılıktır. Ebeveynin hastalığı geçirdiği dönemin üzerinden geçen sürenin çocuklarda farklı sonuçlara yol açması olasıdır. Çalışmamızın başka bir kısıtlılığı ise, ebeveyni sağlık çalışanı olmayan çocukların üçüncü bir grup olarak çalışmaya dahil edilmemesidir. Eğer bu üçüncü grup dahil edilseydi, sağlık çalışanı ebeveyne sahip olmanın çocuklar üzerinde yarattığı etki daha net anlaşılabilir. İleri araştırmalarda COVID geçirmiş ebeveyn sayısının daha fazla olduğu, daha büyük örneklemlili çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Sonuç olarak, salgın döneminde sağlık çalışanlarının yaşadığı hastalanma korkusu, bulaştırma korkusu, damgalanma, sevdiklerinden ayrı kalma gibi olumsuzlukları onlarla birlikte deneyimleyen çocuklarının ruh sağlıklarının incelenmesi, gelecekte bu kişileri bekleyen risklere hazırlıklı olmamızı sağlayacaktır.

7. KAYNAKÇA

- [1] A. Naserghandi, S. F. Allameh, and R. Saffarpour, “All about COVID-19 in brief,” *New microbes new Infect.*, vol. 35, 2020.
- [2] H. Esakandari, M. Nabi-Afjadi, J. Fakkari-Afjadi, N. Farahmandian, S.-M. Miresmaeili, and E. Bahreini, “A comprehensive review of COVID-19 characteristics,” *Biol. Proced. Online*, vol. 22, pp. 1–10, 2020.
- [3] E. Bojdani *et al.*, “COVID-19 pandemic: impact on psychiatric care in the United States,” *Psychiatry Res.*, vol. 289, p. 113069, 2020.
- [4] E. Callaway, D. Cyranoski, S. Mallapaty, E. Stoye, and J. Tollefson, “The coronavirus pandemic in five powerful charts.” Nature Publishing Group, 2020.
- [5] A. P. Kępińska, C. O. Iyegbe, A. C. Vernon, R. Yolken, R. M. Murray, and T. A. Pollak, “Schizophrenia and influenza at the centenary of the 1918-1919 Spanish influenza pandemic: mechanisms of psychosis risk,” *Front. Psychiatry*, vol. 11, p. 72, 2020.
- [6] P. M. Carvalho, “de M., Moreira MM, de Oliveira MNA, Landim JMM, Neto MLR The psychiatric impact of the novel coronavirus outbreak,” *Psychiatry Res*, vol. 286, p. 112902, 2020.

- [7] D. Huremović, “Brief History of Pandemics (Pandemics Throughout History),” *Psychiatry of Pandemics*, p. 7, 2019, doi: 10.1007/978-3-030-15346-5_2.
- [8] C. Y. Lin, Y. C. Peng, Y. H. Wu, J. Chang, C. H. Chan, and D. Y. Yang, “The psychological effect of severe acute respiratory syndrome on emergency department staff,” *Emerg. Med. J.*, vol. 24, no. 1, pp. 12–17, Jan. 2007, doi: 10.1136/EMJ.2006.035089.
- [9] S. L. Hagerty and L. M. Williams, “The impact of COVID-19 on mental health: The interactive roles of brain biotypes and human connection,” *Brain, Behav. Immunity-Health*, vol. 5, p. 100078, 2020.
- [10] H. C. Kim, S. Y. Yoo, B. H. Lee, S. H. Lee, and H. S. Shin, “Psychiatric Findings in Suspected and Confirmed Middle East Respiratory Syndrome Patients Quarantined in Hospital: A Retrospective Chart Analysis,” *Psychiatry Investig.*, vol. 15, no. 4, pp. 355–360, Apr. 2018, doi: 10.30773/PI.2017.10.25.1.
- [11] C. DiGiovanni, J. Conley, D. Chiu, and J. Zaborski, “Factors Influencing Compliance with Quarantine in Toronto During the 2003 SARS Outbreak,” <https://home.liebertpub.com/bsp>, vol. 2, no. 4, pp. 265–272, Jan. 2005, doi: 10.1089/BSP.2004.2.265.
- [12] D. Huremović, “Quarantine and isolation: effects on healthcare workers,” in *Psychiatry of Pandemics*, Springer, 2019, pp. 119–125.
- [13] J. Bohlken, F. Schömig, M. R. Lemke, M. Pumberger, and S. G. Riedel-Heller,

“COVID-19 pandemic: stress experience of healthcare workers-a short current review,” *Psychiatr. Prax.*, vol. 47, no. 4, pp. 190–197, 2020.

- [14] Y. Hu *et al.*, “Prevalence and severity of corona virus disease 2019 (COVID-19): A systematic review and meta-analysis,” *J. Clin. Virol.*, vol. 127, p. 104371, Jun. 2020, doi: 10.1016/J.JCV.2020.104371.
- [15] I. Hamming, W. Timens, M. Bulthuis, A. Lely, G. Navis, and H. van Goor, “Tissue distribution of ACE2 protein, the functional receptor for SARS coronavirus. A first step in understanding SARS pathogenesis,” *J. Pathol.*, vol. 203, no. 2, pp. 631–637, Jun. 2004, doi: 10.1002/PATH.1570.
- [16] M. Hoffmann *et al.*, “SARS-CoV-2 Cell Entry Depends on ACE2 and TMPRSS2 and Is Blocked by a Clinically Proven Protease Inhibitor,” *Cell*, vol. 181, no. 2, pp. 271–280.e8, Apr. 2020, doi: 10.1016/J.CELL.2020.02.052.
- [17] W. Guan *et al.*, “Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China,” *N. Engl. J. Med.*, vol. 382, no. 18, pp. 1708–1720, Apr. 2020, doi: 10.1056/NEJMOA2002032.
- [18] Y. Pan, D. Zhang, P. Yang, L. L. M. Poon, and Q. Wang, “Viral load of SARS-CoV-2 in clinical samples,” *Lancet Infect. Dis.*, vol. 20, no. 4, pp. 411–412, Apr. 2020, doi: 10.1016/S1473-3099(20)30113-4.
- [19] M. Ceccarelli, M. Berretta, E. V. Rullo, G. Nunnari, and B. Cacopardo, “Editorial–Differences and similarities between Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)-CoronaVirus (CoV) and SARS-CoV-2. Would a rose by

another name smell as sweet,” *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, vol. 24, no. 5, pp. 2781–2783, 2020.

- [20] I. Locatelli, B. Trächsel, and V. Rousson, “Estimating the basic reproduction number for COVID-19 in Western Europe,” *PLoS One*, vol. 16, no. 3, p. e0248731, Mar. 2021, doi: 10.1371/JOURNAL.PONE.0248731.
- [21] M. Y. Abou-Ismaïl, A. Diamond, S. Kapoor, Y. Arafah, and L. Nayak, “The hypercoagulable state in COVID-19: Incidence, pathophysiology, and management,” *Thromb. Res.*, vol. 194, pp. 101–115, 2020.
- [22] E. A. Troyer, J. N. Kohn, and S. Hong, “Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms,” *Brain. Behav. Immun.*, vol. 87, pp. 34–39, 2020.
- [23] W. Guan *et al.*, “Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China,” <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>, vol. 382, no. 18, pp. 1708–1720, Feb. 2020, doi: 10.1056/NEJMOA2002032.
- [24] L. E. Davis, F. Koster, and A. Cawthon, “Neurologic aspects of influenza viruses,” *Handb. Clin. Neurol.*, vol. 123, p. 619, 2014, doi: 10.1016/B978-0-444-53488-0.00030-4.
- [25] J.-Y. Lee, S.-W. Kim, and J.-M. Kim, “The Impact of Community Disaster Trauma: A Focus on Emerging Research of PTSD and Other Mental Health Outcomes,” *Chonnam Med. J.*, vol. 56, no. 2, p. 99, 2020, doi:

- [26] D. Silove, Z. Steel, and M. Psychol, "Understanding community psychosocial needs after disasters: implications for mental health services," *J. Postgrad. Med.*, vol. 52, no. 2, pp. 121–125, Apr. 2006, Accessed: Dec. 12, 2021. [Online]. Available: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16679676/>.
- [27] T. S. Betancourt *et al.*, "Trauma history and psychopathology in war-affected refugee children referred for trauma-related mental health services in the United States," *J. Trauma. Stress*, vol. 25, no. 6, pp. 682–690, Dec. 2012, doi: 10.1002/JTS.21749.
- [28] J. B. WATSON, S. A. MEDNICK, M. HUTTUNEN, and X. WANG, "Prenatal teratogens and the development of adult mental illness," *Dev. Psychopathol.*, vol. 11, no. 3, pp. 457–466, Sep. 1999, doi: 10.1017/S0954579499002151.
- [29] K. Sim, Y. Huak Chan, P. N. Chong, H. C. Chua, and S. Wen Soon, "Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease," *J. Psychosom. Res.*, vol. 68, no. 2, p. 195, Feb. 2010, doi: 10.1016/J.JPSYCHORES.2009.04.004.
- [30] N. Lin, R. S. Simeone, W. M. Ensel, and W. Kuo, "Social support, stressful life events, and illness: a model and an empirical test.," *J. Health Soc. Behav.*, vol. 20, no. 2, pp. 108–119, Jun. 1979.
- [31] "Comprehensive Cancer Information - National Cancer Institute." <https://www.cancer.gov/> (accessed Dec. 16, 2021).

- [32] D. S. Charney, "Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress," *Am. J. Psychiatry*, vol. 161, no. 2, pp. 195–216, Feb. 2004, doi: 10.1176/APPI.AJP.161.2.195.
- [33] S. Southwick, ... M. V.-A. R. C., and undefined 2005, "The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment," *annualreviews.org*, vol. 1, pp. 255–91, 2005, doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143948.
- [34] E. Stice, J. Ragan, and P. Randall, "Prospective Relations between Social Support and Depression: Differential Direction of Effects for Parent and Peer Support?," *J. Abnorm. Psychol.*, vol. 113, no. 1, pp. 155–159, 2004, doi: 10.1037/0021-843X.113.1.155.
- [35] T. R. Lynch *et al.*, "Perceived social support among depressed elderly, middle-aged, and young-adult samples: cross-sectional and longitudinal analyses," *J. Affect. Disord.*, vol. 55, no. 2–3, pp. 159–170, Oct. 1999, doi: 10.1016/S0165-0327(99)00017-8.
- [36] S. M. Southwick, G. A. Bonanno, A. S. Masten, C. Panter-Brick, and R. Yehuda, "Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives," *Taylor Fr.*, vol. 5, no. 1, Oct. 2014, doi: 10.3402/ejpt.v5.25338.
- [37] B. Nussbaumer-Streit *et al.*, "Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review," *Cochrane database Syst. Rev.*, vol. 4, no. 4, May 2020, doi: 10.1002/14651858.CD013574.

- [38] D. Huremović, “Mental Health of Quarantine and Isolation,” *Psychiatry of Pandemics*, pp. 95–118, 2019, doi: 10.1007/978-3-030-15346-5_9.
- [39] B. J. Smith and M. H. Lim, “How the COVID-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation,” *Public Heal. Res. Pract.*, vol. 30, no. 2, Jun. 2020, doi: 10.17061/PHRP3022008.
- [40] S. S. Johal, “Psychosocial impacts of quarantine during disease outbreaks and interventions that may help to relieve strain,” *J. New Zeal. Med. Assoc. NZMJ*, vol. 5, p. 8716, Jun. 2009, Accessed: Dec. 21, 2021. [Online]. Available: <https://mro.massey.ac.nz/handle/10179/9559>.
- [41] H. C. Kim, S. Y. Yoo, B. H. Lee, S. H. Lee, and H. S. Shin, “Psychiatric Findings in Suspected and Confirmed Middle East Respiratory Syndrome Patients Quarantined in Hospital: A Retrospective Chart Analysis,” *Psychiatry Investig.*, vol. 15, no. 4, pp. 355–360, Apr. 2018, doi: 10.30773/PI.2017.10.25.1.
- [42] D. Banerjee and M. Rai, “Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness,” *Int. J. Soc. Psychiatry*, vol. 66, no. 6, p. 525, Sep. 2020, doi: 10.1177/0020764020922269.
- [43] C. Abad, A. Fearday, and N. Safdar, “Adverse effects of isolation in hospitalised patients: a systematic review,” *J. Hosp. Infect.*, vol. 76, no. 2, pp. 97–102, Oct. 2010, doi: 10.1016/J.JHIN.2010.04.027.
- [44] L. Hawryluck, W. L. Gold, S. Robinson, S. Pogorski, S. Galea, and R. Styra,

- “SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada,” *Emerg. Infect. Dis.*, vol. 10, no. 7, pp. 1206–1212, 2004, doi: 10.3201/EID1007.030703.
- [45] “[Post-traumatic stress disorder in convalescent patients of severe acute respiratory syndrome: (1)H-MRS study] - PubMed.” <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23660210/> (accessed Dec. 21, 2021).
- [46] C. E. Luyt *et al.*, “Long-term Outcomes of Pandemic 2009 Influenza A(H1N1)-Associated Severe ARDS,” *Chest*, vol. 142, no. 3, pp. 583–592, Sep. 2012, doi: 10.1378/CHEST.11-2196.
- [47] C. Benke, L. K. Autenrieth, E. Asselmann, and C. A. Pané-Farré, “Lockdown, quarantine measures, and social distancing: Associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany,” *Psychiatry Res.*, vol. 293, p. 113462, Nov. 2020, doi: 10.1016/J.PSYCHRES.2020.113462.
- [48] M. T. Tull, K. A. Edmonds, K. M. Scamaldo, J. R. Richmond, J. P. Rose, and K. L. Gratz, “Psychological Outcomes Associated with Stay-at-Home Orders and the Perceived Impact of COVID-19 on Daily Life,” *Psychiatry Res.*, vol. 289, Jul. 2020, doi: 10.1016/J.PSYCHRES.2020.113098.
- [49] “The Impact Of Coronavirus On Global Activity - Fitbit Blog.” <https://blog.fitbit.com/covid-19-global-activity/> (accessed Dec. 21, 2021).
- [50] G. H. Tison *et al.*, “Worldwide Effect of COVID-19 on Physical Activity: A

Descriptive Study,” <https://doi.org/10.7326/M20-2665>, vol. 173, no. 9, pp. 767–770, Jun. 2020, doi: 10.7326/M20-2665.

- [51] G. Ashdown-Franks *et al.*, “Exercise as Medicine for Mental and Substance Use Disorders: A Meta-review of the Benefits for Neuropsychiatric and Cognitive Outcomes,” *Sports Med.*, vol. 50, no. 1, pp. 151–170, Jan. 2020, doi: 10.1007/S40279-019-01187-6.
- [52] J. Meyer *et al.*, “Changes in Physical Activity and Sedentary Behavior in Response to COVID-19 and Their Associations with Mental Health in 3052 US Adults,” *Int. J. Environ. Res. Public Heal.* 2020, Vol. 17, Page 6469, vol. 17, no. 18, p. 6469, Sep. 2020, doi: 10.3390/IJERPH17186469.
- [53] R. C. Colley, T. Bushnik, and K. Langlois, “Exercise and screen time during the COVID-19 pandemic,” *Heal. Reports*, vol. 31, no. 6, pp. 1–11, 2020, doi: 10.25318/82-003-X202000600001-ENG.
- [54] J. H. Krystal and R. L. McNeil, “Responding to the hidden pandemic for healthcare workers: stress,” *Nat. Med.* 2020 265, vol. 26, no. 5, pp. 639–639, Apr. 2020, doi: 10.1038/s41591-020-0878-4.
- [55] N. Greenberg, M. Docherty, S. Gnanapragasam, and S. Wessely, “Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic,” doi: 10.1136/bmj.m1211.
- [56] S. Brooks, R. Amlot, G. Rubin, N. G.-B. M. Health, and undefined 2020, “Psychological resilience and post-traumatic growth in disaster-exposed

organisations: overview of the literature,” *militaryhealth.bmj.com*, Accessed: Dec. 17, 2021. [Online]. Available: <https://militaryhealth.bmj.com/content/166/1/52.abstract>.

- [57] W. J. Lancee, R. G. Maunder, and D. S. Goldbloom, “Prevalence of psychiatric disorders among Toronto hospital workers one to two years after the SARS outbreak,” *Psychiatr. Serv.*, vol. 59, no. 1, pp. 91–95, 2008, doi: 10.1176/PS.2008.59.1.91/ASSET/IMAGES/LARGE/JD18T2.JPEG.
- [58] J. Kinsman, “‘A time of fear’ : local, national, and international responses to a large Ebola outbreak in Uganda,” *Global. Health*, vol. 8, no. 1, pp. 1–12, Jun. 2012, doi: 10.1186/1744-8603-8-15/FIGURES/2.
- [59] A. Mohammed *et al.*, “An evaluation of psychological distress and social support of survivors and contacts of Ebola virus disease infection and their relatives in Lagos, Nigeria: A cross sectional study - 2014,” *BMC Public Health*, vol. 15, no. 1, pp. 1–8, Aug. 2015, doi: 10.1186/S12889-015-2167-6/TABLES/4.
- [60] A. Mohammed *et al.*, “Mental health in emergency response: lessons from Ebola,” *The Lancet Psychiatry*, vol. 2, no. 11, pp. 955–957, Nov. 2015, doi: 10.1016/S2215-0366(15)00451-4.
- [61] N. Salari *et al.*, “The prevalence of stress, anxiety and depression within front-line healthcare workers caring for COVID-19 patients: a systematic review and meta-regression,” *Hum. Resour. Health*, vol. 18, no. 1, pp. 1–14, Dec. 2020, doi: 10.1186/S12960-020-00544-1/TABLES/2.

- [62] Y. Hacimusalar, A. C. Kahve, A. B. Yasar, and M. S. Aydin, "Anxiety and hopelessness levels in COVID-19 pandemic: A comparative study of healthcare professionals and other community sample in Turkey," *J. Psychiatr. Res.*, vol. 129, pp. 181–188, Oct. 2020, doi: 10.1016/J.JPSYCHIRES.2020.07.024.
- [63] J. Z. Ayanian, "Mental Health Needs of Health Care Workers Providing Frontline COVID-19 Care," *JAMA Heal. Forum*, vol. 1, no. 4, pp. e200397–e200397, Apr. 2020, doi: 10.1001/JAMAHEALTHFORUM.2020.0397.
- [64] "Managing Healthcare Workers' Stress Associated with the COVID-19 Virus Outbreak - PTSD: National Center for PTSD." https://www.ptsd.va.gov/covid/COVID_healthcare_workers.asp (accessed Dec. 27, 2021).
- [65] H. Prime, M. Wade, and D. T. Browne, "Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic.," *Am. Psychol.*, vol. 75, no. 5, p. 631, Jul. 2020, doi: 10.1037/AMP0000660.
- [66] C. Varner, "Parents on the front lines of COVID-19 face tough choices," *CMAJ*, vol. 192, no. 17, pp. E467–E468, Apr. 2020, doi: 10.1503/CMAJ.1095864.
- [67] M. Clausen, A. Velasquez, M. Jeong Jeon, and S. Flynt Wallington, "Insights from Healthcare Worker Parents on Parenting Stress during the Covid 19 Pandemic: A Qualitative Perspective," doi: 10.31219/osf.io/vnf4j.
- [68] L. Dumenci, N. Erol, T. M. Achenbach, and Z. Simsek, "Measurement structure of the Turkish translation of the Child Behavior Checklist using confirmatory

- factor analytic approaches to validation of syndromal constructs,” *J. Abnorm. Child Psychol.*, vol. 32, no. 3, pp. 335–340, Jun. 2004, doi: 10.1023/B:JACP.0000026146.67290.07.
- [69] M. Y. Ivanova *et al.*, “Testing the 8-syndrome structure of the child behavior checklist in 30 societies,” *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.*, vol. 36, no. 3, pp. 405–417, 2007, doi: 10.1080/15374410701444363.
- [70] N. Erol, Z. Simsek, and K. Münir, “Mental health of adolescents reared in institutional care in Turkey: challenges and hope in the twenty-first century,” *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, vol. 19, no. 2, pp. 113–124, Feb. 2010, doi: 10.1007/S00787-009-0047-2.
- [71] H. N. Basim and F. Cetin, “The reliability and validity of the Resilience Scale for Adults-Turkish Version,” *Turk Psikiyatr. Derg*, vol. 22, no. 2, p. 104, 2011.
- [72] G. D. Zimet, S. S. Powell, G. K. Farley, S. Werkman, and K. A. Berkoff, “Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support,” *J. Pers. Assess.*, vol. 55, no. 3–4, pp. 610–617, 1990, doi: 10.1080/00223891.1990.9674095.
- [73] D. Eker and H. Arkar, “Perceived social support: psychometric properties of the MSPSS in normal and pathological groups in a developing country,” *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 30, no. 3, pp. 121–126, May 1995, doi: 10.1007/BF00802040.
- [74] M. Parohan, S. Yaghoubi, A. Seraji, M. H. Javanbakht, P. Sarraf, and M. Djalali,

“Risk factors for mortality in patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection: a systematic review and meta-analysis of observational studies,” *Aging Male*, vol. 23, no. 5, pp. 1416–1424, 2021, doi: 10.1080/13685538.2020.1774748/SUPPL_FILE/ITAM_A_1774748_SM9826.DOCX.

[75] R. B. Hawkins, E. J. Charles, and J. H. Mehaffey, “Socio-economic status and COVID-19-related cases and fatalities,” *Public Health*, vol. 189, pp. 129–134, Dec. 2020, doi: 10.1016/J.PUHE.2020.09.016.

[76] A. D. Misra-Hebert *et al.*, “Impact of the COVID-19 Pandemic on Healthcare Workers’ Risk of Infection and Outcomes in a Large, Integrated Health System,” *J. Gen. Intern. Med.*, vol. 35, no. 11, p. 3293, Nov. 2020, doi: 10.1007/S11606-020-06171-9.

[77] M. Walton, E. Murray, and M. D. Christian, “Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic,” *Eur. Hear. Journal. Acute Cardiovasc. Care*, vol. 9, no. 3, pp. 241–247, Apr. 2020, doi: 10.1177/2048872620922795.

[78] A. E. Muller *et al.*, “The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review,” *Psychiatry Res.*, vol. 293, p. 113441, Nov. 2020, doi: 10.1016/J.PSYCHRES.2020.113441.

[79] M. K. Şahin, S. Aker, G. Şahin, and A. Karabekiroğlu, “Prevalence of Depression, Anxiety, Distress and Insomnia and Related Factors in Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic in Turkey,” *J. Community Health*, vol. 45, no. 6, pp. 1168–1177, Dec. 2020, doi: 10.1007/S10900-020-00921-

- [80] X. Yin and L. Zeng, “A study on the psychological needs of nurses caring for patients with coronavirus disease 2019 from the perspective of the existence, relatedness, and growth theory,” *Int. J. Nurs. Sci.*, vol. 7, no. 2, pp. 157–160, Apr. 2020, doi: 10.1016/J.IJNSS.2020.04.002.
- [81] “World Health Organization: Laboratory testing of... - Google Akademik.” [https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Laboratory testing of human suspected cases of novel coronavirus %28nCoV%29 infection%3A interim guidance&publication_year=2020](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Laboratory+testing+of+human+suspected+cases+of+novel+coronavirus+%28nCoV%29+infection%3A+interim+guidance&publication_year=2020) (accessed Dec. 29, 2021).
- [82] X. Liu, M. Kakade, C. Fuller, B. Fan, ... Y. F.-C., and undefined 2012, “Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic,” *Elsevier*, Accessed: Dec. 30, 2021. [Online]. Available: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X11000216?casa_token=cF8eFqKZfRMAAAAAA:E6wYLlc195p7H9Vmwq2tj97pIppDONnIa9ih6wm8XBnDwwFZ3j4zxZVtxVXJKdlSmnltGbJCVDs.
- [83] Y. Dai, G. Hu, H. Xiong, H. Qiu, and X. Yuan, “Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China,” *medRxiv*, p. 2020.03.03.20030874, Mar. 2020, doi: 10.1101/2020.03.03.20030874.
- [84] C. Rothe *et al.*, “Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany,” *N. Engl. J. Med.*, vol. 382, no. 10, pp. 970–971, Mar. 2020, doi: 10.1056/NEJMC2001468/SUPPL_FILE/NEJMC2001468_DISCLOSURES.P

DF.

- [85] P. Moore, S. Whaley, M. S.-J. of abnormal psychology, and undefined 2004, “Interactions between mothers and children: impacts of maternal and child anxiety.,” *psycnet.apa.org*, Accessed: Dec. 31, 2021. [Online]. Available: <https://psycnet.apa.org/record/2004-17366-011>.
- [86] M. E. Bowers *et al.*, “Differences in Parent and Child Report on the Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED): Implications for Investigations of Social Anxiety in Adolescents,” *J. Abnorm. Child Psychol.*, vol. 48, no. 4, p. 561, Apr. 2020, doi: 10.1007/S10802-019-00609-3.
- [87] M. M. Weissman, “The epidemiology of anxiety disorders: rates, risks and familial patterns,” *J. Psychiatr. Res.*, vol. 22 Suppl 1, no. SUPPL. 1, pp. 99–114, 1988, doi: 10.1016/0022-3956(88)90071-4.
- [88] S. M. Bögels, A. Van Oosten, P. Muris, and D. Smulders, “Familial correlates of social anxiety in children and adolescents,” *Behav. Res. Ther.*, vol. 39, no. 3, pp. 273–287, Mar. 2001, doi: 10.1016/S0005-7967(00)00005-X.
- [89] P. Gamze *et al.*, “Sağlık çalışanlarının çocuklarında depresif belirti sıklığı,” *Dicle Tıp Derg.*, vol. 42, no. 2, pp. 214–221, Jul. 2015, doi: 10.5798/DICLEMEDJ.0921.2015.02.0560.
- [90] B. Şahin, E. Hoşoğlu, and B. Sultan ÖNAL, “ANXIETY SYMPTOMS IN HEALTHCARE WORKERS AND THEIR CHILDREN DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN TURKEY Türkiye’de COVID-19 Pandemisi

Sırasında Sağlık Çalışanlarında ve Çocuklarında Anksiyete Belirtileri,” *Namık Kemal Tıp Derg.*, vol. 8, no. 3, pp. 321–330, 2020, doi: 10.37696/nkmj.781331.

- [91] S. Cho, M. Murphy, and R. Plant, “Parenting Support for Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic: An Institutional Survey and Resources,” *Consultant*, 2021, doi: 10.25270/CON.2021.10.00006.
- [92] D. Murphy, L. Greenwell, ... M. M.-... of developmental and, and undefined 2006, “Physical health of mothers with HIV/AIDS and the mental health of their children,” *ncbi.nlm.nih.gov*, Accessed: Dec. 30, 2021. [Online]. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2276144/>.
- [93] K. A. McLaughlin, J. G. Green, M. J. Gruber, N. A. Sampson, A. M. Zaslavsky, and R. C. Kessler, “Childhood adversities and first onset of psychiatric disorders in a national sample of US adolescents,” *Arch Gen Psychiatry*, vol. 69, no. 11, pp. 1151–1160, Nov. 2012, doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2277.
- [94] N. Skokauskas, B. Leventhal, E. L. Cardeli, M. Belfer, J. Kaasbøll, and J. Cohen, “Supporting children of healthcare workers during the COVID-19 pandemic,” *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2020, vol. 1, pp. 1–2, Jul. 2020, doi: 10.1007/S00787-020-01604-6.
- [95] S. Lau, W. Lew, K. Hau, ... P. C.-D., and undefined 1990, “Relations among perceived parental control, warmth, indulgence, and family harmony of Chinese in mainland China,” *psycnet.apa.org*, Accessed: Dec. 30, 2021. [Online]. Available: <https://psycnet.apa.org/record/1990-28107-001>.

- [96] Q. Zhan and Q. Wang, "The Development of the College Students' Experience of Family Harmony Questionnaire (CSEFHQ)," *Front. Psychol.*, vol. 12, p. 990, Apr. 2021, doi: 10.3389/FPSYG.2021.658430/BIBTEX.
- [97] V. K. Johnson, S. E. Gans, S. Kerr, and W. LaValle, "Managing the Transition to College: Family Functioning, Emotion Coping, and Adjustment in Emerging Adulthood," *J. Coll. Stud. Dev.*, vol. 51, no. 6, pp. 607–621, 2010, doi: 10.1353/CSD.2010.0022.
- [98] W. W. T. Lam *et al.*, "Perspectives on family health, happiness and harmony (3H) among Hong Kong Chinese people: a qualitative study," *Health Educ. Res.*, vol. 27, no. 5, pp. 767–779, Oct. 2012, doi: 10.1093/HER/CYS087.
- [99] S. N. Ladhani *et al.*, "Secondary attack rate and family clustering of SARS-CoV-2 infection in children of healthcare workers with confirmed COVID-19," *academic.oup.com*, doi: 10.1093/cid/ciaa1737.

8. EKLER

Araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan Sosyodemografik Veri Formunda çocuğun yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, tıbbi bir hastalığı olup olmadığı, tıbbi bir hastalığı varsa ilaç kullanıp kullanmadığı, salgın öncesi dönemde çocukta psikiyatrik bozukluk öyküsü olup olmadığı, mevcut durumda psikiyatrik tedavi alıp almadığı; ebeveynlerin yaşı, cinsiyeti,sağ olup olmadıkları, öğrenim durumları, meslekleri, medeni durumları, gelir düzeyleri, tıbbi bir hastalıkları olup olmadığı, salgın öncesi dönemde ve mevcut haliyle psikiyatrik tanı ve tedavi öyküleri olup olmadığı, evde ebeveynler ve çocuklar dışında yaşayan kişilerin olup olmadığı, varsa bu kişilerin çocuğa yakınlık derecesi, anne-baba dışında düzenli olarak çocuğun bakımını üstlenen kişilerin olup olmadığı, varsa bu kişilerin çocuğa yakınlık derecesi, evde başka sağlık çalışanı kişinin olup olmadığı,ebeveynlerin COVID servisinde hizmet verme durumu,COVID+ hastalara ne yakınlıkta çalıştıkları,anne ve/veya babanın COVID-19 tanısı alıp almadığı, yakınlarından ya da tanıdıklarından herhangi birinin COVID-19 tanısı alıp almadığı sorulmakta ve bu soruları ebeveynin cevaplamaı istenmektedir.

COVID-19 Salgının Ebeveynler ve Çocuklarının Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri Sosyodemografik Veri Formu:

1-Çocuğunuzun cinsiyeti

- ☐ Kız
- ☐ Erkek

2-Çocuğunuzun yaşı_____ (lütfen yazınız)

3-çalıştığınız ilin plaka kodu?

_____ (lütfen yazınız)

4-formu kim doldurdu?

- ☐ Anne
- ☐ Baba

5-anne yaşı

6-baba yaşı

7-Annenin mesleği

- ☐ Doktor
- ☐ Eczacı
- ☐ Hemşire
- ☐ Diğer(temizlik personeli,sekreter,güvenlik,vb)
- ☐ Çalışıyor,Sağlık çalışanı değil
- ☐ çalışmıyor

8-Annenin eğitim durumu

- ☐ Yok
- ☐ İlkokul mezunu
- ☐ XXXXXXXX
- ☐ Lise mezunu
- ☐ Üniversite mezunu
- ☐ XXXX

9-Babanın mesleği

- ☐ Doktor
- ☐ XXXXX
- ☐ Hemşire
- ☐ XXXXXXXX
- ☐ XXXXXXXXXXXXXXXX
- ☐ çalışmıyor

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvенеbilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği

1. Beklenmedik bir olay olduğunda...	Her zaman bir çözüm bulurum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...	Başarılması zordur	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...	Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum	Diğer kişilerle birlikte	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...	Benimkinden farklıdır	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...	Hiç kimseyle tartışmam	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...	Çözemem	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...	Nasıl başaracağımı bilirim	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir iş/projeye başladığımda ...	İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak	Önemli değildir	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissedirim	Çok mutlu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Çok mutsuz
12. Beni ...	Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...	Olduğuna çok inanırım	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum	Ümit verici	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...	Zamanımı planlama	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir	Kolayca yapabildiğim	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Yapmakta zorlandığım

17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...				
Birbirinden bağımsız				Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler ...				
Zayıftır				Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...				
Çok fazla güvenmem				Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...				
Belirsizdir				İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...				
Günlük yaşamımda yoktur				Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...				
Benim için zordur				Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...				
Geleceğe pozitif bakar				Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...				
Bana hemen haber verilir				Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken				
Kolayca gülerim				Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:				
Birbirlerini desteklemez biçimde				Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım				
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden				Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır				
Her şeyi umutsuzca gören bir				Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...				
Zordur				Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...				
Bana yardım edebilecek kimse yoktur				Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...				
Başa çıkmaya çalışırım				Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...				
İşleri bağımsız olarak yapmayı				İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ...				
Yeteneklerimi beğenirler				Yeteneklerimi beğenmezler