

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN YENİ KORONAVİRÜS HASTALIĞI
(COVID-19) İLE İLGİLİ ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. Merve SAGUŞ

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Fatih ÖZCAN

Manisa, 2022

ÖNSÖZ

Asistanlığım boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaşan saygıdeğer hocam ve tez danışmanım, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Doç. Dr. Fatih ÖZCAN' a;

Tez sürecimde verdiği değerli katkı ve desteklerinden dolayı sevgili hocam Manisa Celal Bayar Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Ömer AYDEMİR'e, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Emine Neşe YENİÇERİ'ye ve Aile Hekimliği Anabilim Dalımızda görevli Doç. Dr. Hüseyin ELBİ' ye;

Rotasyonlarım sırasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan tüm hocalarıma, uzman ve asistan meslektaşlarıma;

Uzmanlık eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Aile Hekimliği Anabilim Dalımızda görevli, uzmanlığını alıp aramızdan ayrılmış ve hala devam eden tüm asistan doktor arkadaşlarıma;

Tüm hayatım boyunca sevgi ve desteklerini daima yanımda hissettiğim, bugünlere gelmemde sonsuz emek, özveri ve fedakarlıkların sahibi canım annem Ülkiye SAGUŞ'a ve babam Alaattin SAGUŞ'a, ablam Uzm. Dr. Mehtap SAGUŞ AYDIN'a;

Tez sürecinde en büyük destekçim canım dostum duygudaşım Uzm. Dr. Damla ERİMHAN ÇEVİK'e;

Tüm içtenliğimle sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Merve SAGUŞ

Manisa, 2022

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	I
İÇİNDEKİLER.....	III
TABLO DİZİNİ VE ŞEKİL DİZİN	V
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. COVID-19 Pandemisi.....	3
2.1.1 Pandemi Tanımı.....	3
2.1.2 COVID-19 Etkeni ve Özellikleri	3
2.1.3 COVID-19 Epidemiyolojisi	4
2.1.4 Bulaşma.....	5
2.1.5 Risk Faktörleri.....	6
2.1.6 Klinik Bulgular	6
2.1.7. Laboratuvar Bulguları	6
2.1.8. Görüntüleme Bulguları	7
2.1.9. Tanı	7
2.1.10. Tedavi.....	8
2.1.11. Komplikasyonlar	8
2.2. Anksiyete	9
2.2.1 Tanım	9
2.2.2. Anksiyete Belirti ve Bulguları :	10
2.2.3. Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması:	10
2.3. COVID-19 ve İlişkili Psikiyatrik Bozukluklar	14
2.4. Koronavirüs Salgınında Sağlık Çalışanları.....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	17

3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü	17
3.2. Verilerin Toplanması	17
3.3. Anket ve Ölçekler.....	17
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz	19
3.5. Araştırma İzni ve Tipi	19
4. BULGULAR	20
4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	20
5. TARTIŞMA	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
7. KAYNAKLAR.....	48

TABLO DİZİNİ VE ŞEKİL DİZİNİ

Tablo 1: Katılımcıların Yaşının Tanımlayıcı İstatistikleri	20
Tablo 2: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	21
Tablo 3: Yaşanılan hanede COVID-19 açısından riskli birey bulunması durumu.....	21
Tablo 4: Cinsiyete Göre Anksiyete Depresyon Puan Ortalamaları	24
Tablo 5: Cinsiyete Göre Anksiyete Grupları	24
Tablo 6: Cinsiyete Göre Depresyon Grupları	25
Tablo 7: Medeni Hale Göre Anksiyete Depresyon Puan Ortalamaları.....	26
Tablo 8: Medeni Hale Göre Anksiyete Depresyon Puan Ortalamaları	26
Tablo 9: Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Anksiyete Depresyon Puan Ortalamaları	27
Tablo 10: Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Anksiyete Depresyon Grupları	27
Tablo 11: Hanede Riskli Birey Bulunması Açısından Anksiyete Depresyon Puanları	28
Tablo 12: Hanede Riskli Birey Bulunması Açısından Anksiyete Grupları	29
Tablo 13: Hanede Riskli Birey Bulunması Açısından Depresyon Grupları	29
Tablo 14: Pandemide Görev Alma Açısından Anksiyete Depresyon Puanları	30
Tablo 15: Pandemide Görev Alma Açısından Anksiyete Grupları	30
Tablo 16: Pandemide Görev Alma Açısından Depresyon Grupları	31
Tablo 17: Görev Yerine Göre Anksiyete Depresyon Puanları	31
Tablo 18: Görev Yerine Göre Anksiyete Depresyon Grupları	32
Tablo 19: İşyerine Ulaşım Açısından Anksiyete Grupları	33
Tablo 20: İşyerine Ulaşım Açısından Depresyon Grupları	33
Tablo 21: İşyerine Ulaşım Açısından Anksiyete Depresyon Puanları.....	33
Tablo 22: Yakın Kaybı Açısından Anksiyete Grupları.....	34
Tablo 23: Yakın Kaybı Açısından Depresyon Grupları	34
Tablo 24: Yakın Kaybı Açısından Anksiyete Depresyon Puanları	35
Tablo 25: Hasta Kaybı Açısından Anksiyete Grupları	35
Tablo 26: Hasta Kaybı Açısından Depresyon Grupları.....	36
Tablo 27: Hasta Kaybı Açısından Anksiyete Depresyon Puanları.....	36
Tablo 28: Cinsiyet, Yaş, Pandemide Görev Alma, Medeni Durum Değişkenlerinin Regresyon Analizi.....	36
Şekil 1: İşyerine Ulaşım Şekillerine Göre Dağılım	22
Şekil 2: Yakın Kaybı Durumuna Göre Dağılım	23
Şekil 3: Hasta Kaybı Durumu	23

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Aralık 2019'da, Çin'in Hubei Eyaleti, Wuhan'da yeni koronavirüs ile enfekte olmuş bireylerde pnömoni diye isimlendirilen bir dizi akut solunum yolu hastalığı meydana geldi. Wuhan'dan diğer bölgelere hızla yayılması sebebiyle, Çin'de 31 Ocak 2020'de toplam 9692 vaka doğrulandı. Vakalar, 24 ülke ve 5 kıtada bildirildi. 3 Ocak 2020'de, Wuhan'daki bir hastadan alınan bronkoalveolar lavaj sıvısı örneklerinde 2019 Yeni Koronavirüs (2019-nCoV) tespit edildi. Bu etkenin söz konusu hastalığın nedeni olduğu doğrulandı (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yayılma hızıyla bulaştırıcılığının yüksek olması, insan sağlığı üzerindeki büyük etkileri ve Çin harici başka ülkelere de hastalığın yayılması ile küresel çapta koruyucu önlemlerin artırılması amacıyla 11 Mart 2020'de bu salgını pandemi olarak ilan etmiştir. Aralık 2021 itibari ile Covid-19, 250 milyondan fazla hasta ve 5 milyondan fazla ölüme neden olmuştur. Koruyucu önlemler ve aşılama programları, farklı tedavi yöntemleri izlenmesine rağmen hasta ve ölüm sayıları hala artış göstermektedir (2).

Türkiye'de ilk vaka 11.03.2020 tarihinde ortaya çıkmıştır. Ülkemizdeki virüs sebebiyle ilk ölüm ise 15 Mart 2020'de bildirilmiştir. Sağlık Bakanlığı 1 Nisan 2020'de Koronavirüs enfeksiyonunun Türkiye'deki tüm illerde tespit edildiğini duyurdu. Aralık 2021 itibari ile 8 milyonun üzerinde vaka sayısı ve 70 binden fazla vefat sayısı bildirilmiştir. Öncelikle sağlık çalışanları, yaşlı ve kronik hastalıkları olan bireylerden başlamak üzere aşılama programına devam edilmesine rağmen hasta ve ölü sayısı halen artmaktadır (3).

“Anksiyete; sinirlilik, huzursuzluk hissi, uyku bozukluğu, kas gerginliği, konsantrasyon güçlüğü veya yorgunluk gibi somatik belirtilerin sıklıkla eşlik ettiği hastaların sıklıkla bunaltı, iç sıkıntısı olarak tariflediği psikolojik bir durumdur”(4) Anksiyete reaksiyonu, kişiyi etkileyen tehlikelere yönelik çevresel uyarı ve durumlara karşı bir tepki olarak ortaya çıkar. Anksiyete, endişe ve huzursuzluğa sebep olarak kişinin öznel dünyasında çeşitli olumsuzluklara yol açar (5).

Salgın döneminde tüm Türkiye’de sağlık çalışanları canla başla mücadele vermektedir. Başta Çin’ de olmak üzere pek çok ülkede sağlık çalışanlarında kaygı üzerine çalışmalar yapılmış olup ülkemizde de farklı kurumlarda çalışmalar yürütülmüştür. Anksiyetenin belli bir düzeyin üzerinde olması, çalışanların hem iş hem de özel hayatlarında verimliliği azaltabilecek sebepler arasında olduğu bilinmektedir.

Aile hekimliğinin; toplum sağlığından sorumlu, toplumu biyopsikososyal olarak değerlendiren bir tıbbi branş olmasından doğan sorumluluk nedeniyle, bu çalışmanın amacı, Covid-19 pandemisinin sağlık çalışanlarındaki anksiyete üzerine etkisini değerlendirmek ve sosyodemografik faktörlerin bunun üzerindeki etkilerini incelemektir. Sağlık çalışanlarında pandemiden kaynaklanan düşünsel ve fiziksel nedenlerden, anksiyetenin artmış olabileceği hipotezi ile bu araştırma planlanmıştır. Anksiyetenin gerekçeleri ve bunları etkileyen sosyal ve kişisel faktörlerle ilgili yeterli bilgiye ve farkındalığa sahip olunması halinde, durum uygun şekilde değerlendirilip, doğru zamanda gerekli müdahaleler yapılarak, sağlık çalışanlarının ruhsal sağlığının korunmasının yanısıra çalışma verimliliğinin arttırılabileceği düşünülmektedir. Tüm bu veriler ve daha önce bildirilen çalışmalar sonucunda, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma görevlilerinde Covid-19 pandemisinin anksiyete seviyesi üzerine etkileri ve bununla ilişkili faktörleri incelemek amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. COVID-19 Pandemisi

2.1.1 Pandemi Tanımı

Pandemi; Eski Yunanca'da tüm anlamına gelen 'pan' ve insanlar anlamına gelen 'demos' kelimelerinden türetilmiştir. Birden fazla ülkede, bir kıta hatta tüm dünya gibi çok geniş bir alanda yayılan ve etkisini gösteren salgın hastalıklara verilen genel addır (6). Tarih boyunca onlarca pandemi yaşanmış, bu pandemilerde milyonlarca insan hayatını kaybetmiş ya da söz konusu hastalığın yaşam boyu süren etkilerinden muzdarip olmuştur.

Bir pandemi DSÖ tanımlamasına göre ancak aşağıdaki 3 kriteri sağladığında başlamış sayılır (6).

- A. Nüfusun daha önce maruz kalmadığı yeni veya mutasyona uğramış bir etken olması
- B. Hastalığa sebep olan bu etkenin insanlara kolayca bulaşabilmesi ve tehlikeli bir hastalığa yol açması
- C. Hastalık etkeninin insanlar arasında kolayca ve devamlı olarak yayılması

Ülkelerin sağlık sistemi kapasiteleri pandemi döneminde mevcut kronik hastalıklar üzerine eklenen salgına bağlı hasta sayısındaki artış nedeniyle olumsuz etkilenir (6). Yeterli sağlık hizmeti alamama riski ile karşı karşıya gelen grup akut sağlık problemi yaşayanlar olduğu kadar kronik hastalığa sahip olup takip gerektiren hasta kitlesini de içermektedir.

2.1.2 COVID-19 Etkeni ve Özellikleri

1960 senesinde ilk defa tanımlanan koronavirüsler en basit şekilde "coronaviridae" virüs familyasında bulunan pleomorfik ve zarflı, tek zincirli, pozitif sarmal RNA genomu bulunan virüslerdir. Develerden yarasalara kadar çok farklı hayvan çeşitlerinde solunum rahatsızlıklarına ve nörolojik rahatsızlıklara sebep olabilmektedirler. 7 farklı koronavirüsün hâlihazırda

insanoğluna bulaştığı tespit edilmiştir (7).

Covid-19 ise, insanoğluna tesir eden, kuvvetli akut solunum yolu sendromu Koronavirüs2 (SARS-CoV-2)'nin sebep olduğu, bulaş özelliği fazla olan bir solunum yolu rahatsızlığıdır (7).

2.1.3 COVID-19 Epidemiyolojisi

Yeni koronavirüs hastalığının Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinin güneyinde bulunan Çin deniz ürünleri toptancı pazarından (farklı hayvan türleri satan toptan balık ve canlı hayvan pazarı) kaynaklandığı düşünölmektedir (8). Salgınin ilk aşamalarında, vaka sayısının ikiye katlanma süresi 7-8 gün olarak belirlenmiştir (9). 31 Ocak 2020'de İtalya'da Çin'den gelen semptomatik iki turistte hastalığın pozitif olduğu bildirildi. 13 Mart 2020 itibariyle, DSÖ pandeminin aktif merkezini Avrupa olarak ilan etti. 19 Mart 2020'de İtalya, raporlanan ölüm sayısı bakımından Çin'i geçmiştir. 26 Mart'ta ise, ABD; Çin ve İtalya'yı geride bırakarak dünyada en çok doğrulanmış vaka sıralamasında zirveye geçmiştir. Sonrasında 2019-nCoV hastalığına Covid-19 adı verilmiş, virüs SARS-CoV'e olan morfolojik benzerliğinden ötürü SARS-CoV-2 olarak adlandırılmıştır. DSÖ, Covid-19 salgınını 30 Ocak'ta "uluslararası boyutta halk sağlığı acil durumu" kategorisine almış, ilk vakaların ortaya çıktığı Çin'e, 113 ölke daha eklenince virüsün yayılımı ve şiddeti nedeniyle 11 Mart'ta hastalık küresel salgın (pandemi) olarak tanımlamıştır (10).

Ölkemizde Covid-19 ile ilgili çalışmalar 10 Ocak'ta başlamış ve pandemiye yönelik korunma, tedavi ve yayılımın önlenmesi konusunda stratejilerin geliştirilmesi amaçlı T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu oluşturulmuş. Bu kurul ilk toplantısını 22 Ocak'ta gerçekteşirmiştir. Bilim kurulunun önerileri ve alınan tedbirler sayesinde İran ve Avrupa'daki komşu ölkelerde vakalar erken dönemde yükselirken, Türkiye'de ilk Covid-19 vakası 11 Mart'ta görölmüştür. Ölkemizde, ilk vakanın tespit edilmesinden bu yana geçen süreçte salgın ile ilgili temel strateji, halk sağlığı önlemleri ile vaka

görülme hızının düşürülmesi ve salgın eğrisindeki yükselişin yavaşlatılması ile sağlık hizmetine olabilecek yoğun talebin önüne geçilmesi olmuştur (3).

2.1.4 Bulaşma

Temas yolu ile kişiden kişiye bulaşma, SARS-CoV-2'nin birincil bulaş yoludur. Yakın mesafeden hasta kişilerin solunum yollarından saçılan damlacıklara temas ile meydana geldiği düşünülmektedir. Enfeksiyonu olan bir kişi öksürdüğünde, hapşırdığında veya konuştuğunda salınan virüs, özellikle solunum mukozası zarlarına doğrudan temas ederse başka bir kişiye bulaşabilir. Bir kişinin elleri hastalardan salınan damlacıklara veya kontamine yüzeylere direkt temas edip, ardından ağız ve yüz bölgesine dokundurulursa enfeksiyon meydana gelebilir. Damlacıkların teorik olarak altı fitten (yaklaşık iki metre) daha fazla mesafeye ulaşmadığı kabul edilir (11).

SARS-CoV-2'nin bir diğer bulaş yolu da solunum yolu ile (havada asılı kaldığı kabul edilen küçük parçacıkların belirli zaman ve mesafe içinde solunması yoluyla), ancak bu bulaşma şeklinin pandeminin seyrine ne ölçüde katkı sağladığı tartışmalıdır (12,13). SARS-CoV-2 salgınlarına dair hazırlanan raporlarda; kapalı ve havalandırma sistemi olmayan restoran ve otobüs gibi alanlarda havadan bulaşma potansiyelinin yüksek olduğunu vurgulanmıştır (14). Çalışmalarda, hasta kişilerin öksürme, hapşıma ve konuşması ile solunum yollarından yayılan aerosollerin yatay ekseninde altı fit (iki metre) yayılım gösterebileceği belirtilmiştir (15). SARS-CoV-2 solunum yolu ile oluşan damlacıkların haricinde dışkı, kan, oküler sekresyonlar ve semen gibi birçok örnekte de tespit edilmiş ancak bu bölgelerin bulaşmadaki rolü belirsizdir (16). DSÖ-Çin ortak raporuna göre, fekal-oral yolla bulaşın enfeksiyonun yayılmasında etkili olmadığı ifade edilmiştir. Transfüzyon veya iğne batması gibi kan yolu ile bulaşın da düşük etkili olduğu görünmektedir. Solunum yolu virüsleri genellikle kan yoluyla bulaşmaz ve SARS-CoV-2, MERS-CoV veya SARS-CoV için transfüzyonla bulaşan enfeksiyon bildirilmemiştir (11). SARS-CoV-2 enfeksiyonu olan bir bireyin hangi dönemde bulaştırıcılığının yüksek olduğu belirsizdir. SARS-CoV-2'yi bulaştırma potansiyeli semptomların ortaya çıkışından önce başlar ve hastalığın erken dönemlerinde en yüksektir; bu

dönemden sonra bulaşma riski azalır. 7-10 günün sonunda, özellikle immün sistemi aktif ve kritik durumda olmayan hastaların bulaştırıcılık riski düşüktür (11). Enfekte bireylerde üst solunum yolunda viral RNA yükü tespiti yapılan çalışmada en yüksek seviyenin hastalığın erken dönemi olduğu tespit edilmiş, bulaştırıcılığın da en yüksek bu dönemde olabileceği kabul edilmiştir (16). Virüs, presemptomatik ve asemptomatik hastalarda semptomların başlangıcından 6 gün önce, real-time polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) testi pozitif üst solunum yolu örneklerinden elde edilebilmiştir (17). Asemptomatik hastaların üst solunum yollarındaki viral RNA düzeyleri ve bulaştırıcılık süresi de semptomatik hastalarinkine benzerdir (18).

2.1.5 Risk Faktörleri

Yaşlılarda ve astım, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik hastalıkları olanlarda hastalığa yatkınlığın daha yüksek olabileceği düşünülmektedir (19). Sigara kullanımının ve obezitenin de risk faktörlerinden olduğu varsayılmaktadır (20).

2.1.6 Klinik Bulgular

Hastalığın inkübasyon süresi 2 ila 14 gün arasında değişmektedir. İnkübasyon süresinin ardından semptomlar başlayıp değişken olmakla birlikte sıklıkla yaklaşık 2 hafta kadar sürmektedir. Covid-19 hastalarında ateş % 83 oranında, öksürük % 82 oranında, nefes darlığı % 31 oranında, miyalji % 11 oranında, baş ağrısı % 8 oranında, boğaz ağrısı % 5 oranında, diyare % 2 oranında, bulantı-kusma %1 oranında, göğüs ağrısı %2 oranında izlenmektedir. Hastalarda bunlara ek olarak tat-koku kaybı, sırt ağrısı, halsizlik gibi semptomlar da izlenebilmektedir (21).

2.1.7. Laboratuvar Bulguları

SARS-CoV-2 enfeksiyonunun, laboratuvar değerlerinde değişikliklere

neden olduğu bilinmektedir. Hastalarda sıklıkla lenfopeni, lökopeni, trombositopeni izlenmektedir. (22). Ek olarak hastalarda D- dimer ve troponin I yüksekliği, akut faz reaktanlarında artış (Ferritin, C- Reaktif Protein) saptanmıştır (22). D-dimer, troponin I, LDH, ferritin, IL-6 düzeyi artışları; parsiyel oksijen basıncında düşme ve lenfopeni kötü prognozla ilişkilendirilmiştir (22–24).

2.1.8. Görüntüleme Bulguları

Enfekte hastalarda esas görüntüleme bulgusu pnömonidir. SARS-CoV-2 nedeniyle oluşan akciğer tutulumu özellikleri aşağıda sıralanmıştır:

- Multilobüler,
- Bilateral,
- Periferik yerleşimli,
- Buzlu cam opasiteleri, konsolide alanlar,
- Kaldırım taşı manzarası,
- Hava bronkogramları
- Hastalarda sıklıkla alt lob tutulumu izlenmiş olup nadiren plevral effüzyon, ters halo bulgusu, perikardiyal effüzyon, pnömotoraks geliştiği bildirilmiştir (25).

2.1.9. Tanı

SARS-CoV-2 tanısı koyarken doğruluk ve güvenilirlik açısından, öncelikle numunenin alınacağı yer dikkatle seçilmelidir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezinin ve DSÖ 'nün kılavuzlarına göre, SARS-CoV-2'nin nükleik asit amplifikasyon testleri için solunum örnekleri şiddetle tavsiye edilmektedir (8,10).

Nazofarengeal swab örnekleri, orofarengeal swab, nazofaringeal yıkama / aspirat gibi üst solunum yolu örnekleri asemptomatik hastaları taramakta kullanılırken; alt solunum yolu hastalığına sahip hastalarda balgam örnekleri kullanılmaktadır. Prodüktif öksürüğü olan semptomatik hastalarda, bronkoalveoler lavaj ve aspirat örnekleri tercih edilmesi gerektiği bilinmektedir

(26).

Tanıda ülkemizde nükleik asit amplifikasyon testleri, sekanslama ve serolojik testlerden yararlanılmaktadır. Reverse transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu (RT PCR) testi patojen genomundaki spesifik RNA dizilerinin tanınması ile tanı koyulmaktadır. Gerektiğinde nükleik asit dizisi analiziyle doğrulanmaktadır. Bu analizin doğruluğunda örneğin uygun zamanda, uygun miktarda alınması ve gerekli koşullar dahilinde taşınması önem taşımaktadır. Enfeksiyonun çok erken veya çok geç dönemlerinde test negatifliği izlenebilmektedir. Bu durumda tekrarlayan örneklerle, gerekliliği halinde serolojik testlerle doğrulaması yapılması gerekmektedir (3).

Serolojik testler antikor yanıtını gösterdiğinden, pozitifleşmesinin ortalama bir hafta sürdüğü bilinmektedir. Bu sebeple hastalığın erken tanısında kullanılamazlar. Saptanan İmmunoglobulin-G antikorların ne kadar süre koruyucu olduğu ise bugün için net olarak belli değildir (3).

2.1.10. Tedavi

Covid-19 hastalığının tedavisinde etkinlik ve güvenilirlik açısından kanıtlanan spesifik bir yöntem henüz mevcut değildir. Ancak bu süreçte daha önce Covid-19 dışında diğer bazı hastalıkların tedavisi için kullanılan, ruhsatlı ve güvenli olduğu gösterilmiş, in vitro olarak da SARS-CoV-2'ye karşı etkili olduğu belirlenen çeşitli birçok ilaç kullanılmıştır (27).

Tedavi daha çok semptomlara yönelik olup solunum sıkıntısında ilk uygulanacak olan oksijen tedavisidir. Oksijen tedavisine yanıt alınamayan dirençli solunum sıkıntısı olan hastalarda noninvaziv veya invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı doğabilir. Komplike Covid-19 vakalarında veya düzeltilemeyen ağır klinik tablolarda hastaların yoğun bakımda takip edilmeleri gerekebilmektedir (28).

2.1.11. Komplikasyonlar

Covid-19'un vücutta birçok sistemi etkileyerek komplikasyonlara neden

olduğu bilinmektedir.

Pulmoner komplikasyonlar: Pnömoni, akut respiratuar distres sendromu, pulmoner emboli, solunum yetmezliği, pulmoner fibrozis, sekonder enfeksiyonlar şeklindedir (29).

Kardiyak komplikasyonlar: Aritmiler, akut kardiyak hasar, kardiyojenik şok, kardiyomiyopati, akut miyokardit olarak sıralanabilir (30).

Nörolojik komplikasyonlar: Hiposmi, hipoguzi, ensefalopati, ensefalit, inme, epileptik nöbetler, Guillain-Barre sendromu diye sınıflandırılabilir (31).

Dermatolojik komplikasyonlar: Makülopapüler, veziküler raş, ürtiker, peteşi, purpura, livedo retikularis, distal iskemi olarak izlenmiştir (32).

Psikiyatrik olarak da anksiyete bozuklukları, depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, uyku bozukluklarına rastlanmıştır (33).

Özellikle çocuk yaşı grubunda, multisistem inflamatuvar sendrom ortaya çıkabileceği öngörülmektedir (34).

2.2. Anksiyete

2.2.1 Tanım

Sinirlilik, huzursuzluk hissi, uyku bozukluğu, kas gerginliği, konsantrasyon güçlüğü veya yorgunluk gibi somatik belirtilerin sıklıkla eşlik ettiği hastaların sıklıkla bunaltı, iç sıkıntısı olarak tariflediği psikolojik bir durumdur. Nedeni bilinmeyen kaygılar, kötü bir şey olacakmış hissi, endişeler oldukça sıktır. Korku, dışsal tehditlere karşı bir yanıtken; anksiyetenin içsel çatışmalar nedeniyle ortaya çıktığı düşünölmektedir (4).

Anksiyeteye sıklıkla somatik belirtilerin eşlik ettiği bilinmektedir. Somatik belirtilerin başlıca sebeplerinden birinin başına bir şey gelecekmiş hissini getirdiği korku olduğu bilinmektedir. Fizyolojik olarak insan korktuğu zaman sempatik sistem aktive olur ve midriyazis, ağız kuruluğu, taşikardi gibi bulgular izlenmektedir. Korkunun ilkel çağlardan bu yana insanın yaşamını borçlu olduğu insanı harekete geçiren tehlikelerden koruyan bir duygu olduğu düşünölmektedir. Anksiyetede ise sıklıkla korkuyu ortaya çıkaran bir sebebin olmadığı ya da korku kaynağı ile verilen tepki orantısız olduğu bilinmektedir.

Anksiyetenin patolojik olup olmadığı hangi seviyede bozukluk denileceği konusunda anlaşmazlıklar mevcuttur. Yaygın kabul gören fikre göre insanlar arası ilişkilerde bozulmaya ya da bireyin faaliyetlerini yürütmesinde güçlüğe sebep olduğunda anksiyetenin patolojik olarak sınıflandırılabilceği konusunda araştırmalar mevcuttur (35).

2.2.2. Anksiyete Belirti ve Bulguları :

- Korku hissi, psikolojik çökkünlük hissi;
- Yerinde duramama, irritabilite,
- Somatik semptomlar: göğüs ağrısı, çarpıntı, nefes alamama, baş dönmesi, kaslarda gerginlik, kolay yorulma, ağızda kuruluk, midriyazis, uyuşmalar, titreme, bulantı, karın ağrısı, diyare,
- Uyku sorunları,
- İşlevsellikte azalma,
- Yeme sorunları,
- Terleme, ciltte kızarıklıklar anksiyetenin belirtileri olarak sıralanabilir (36).

2.2.3. Anksiyete Bozukluklarının Sınıflandırılması:

2013 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından DSM-5 yayınlanmıştır. Daha önce DSM-4 te var olan obsesif kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu bu sınıftan çıkarılmış; daha önce yer almayan ayrılma anksiyetesi bozukluğu ve mutizm bu kategoriye eklenmiştir.

Yaygın anksiyete bozukluğu

Yaygın anksiyete bozukluğu toplumda oldukça sık görülen bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalarda yaşam boyu yaygınlığını yüzde 5,1 ila yüzde 11,9 bulunmuştur (37).

Yaygın anksiyete bozukluğunun etyopatogenezinde biyolojik, nöropsikojenik, gelişimsel, kişisel faktörler söz konusu olduğu bilinmektedir (38). Anksiyetede etkin rol oynayan temel nörotransmitterlerin norepinefrin, 5-

hidroksitriptamin (5-HT, serotonin) ve gama aminobütirik asit olduğu bulunmuştur (39).

Anksiyetenin karakteristik özelliklerinden olan aşırı ve yaygın endişenin düşünsel sebepleri olarak: tehdit durumuna karşı devamlı çevreyi taramak, sorunların çözümü için endişelenme, korku tepkisinden kaçınmak için endişelenmeyi kullanma, endişelenmenin kontrol edilemezliği ve varsayılan tehlikeli sonuçları hakkında endişelenme sayılmaktadır (40,41).

Yaygın anksiyete bozukluğunda risk faktörleri: kadın cinsiyet, yoksulluk, olumsuz yaşam olayları, kronik bedensel veya ruhsal hastalıklar, ebeveyn kaybı, çocukluk döneminde duygusal desteğin yetersiz olması, ailede psikiyatrik hastalık varlığı olarak belirtilmektedir (42).

Hastalarda anksiyeteye ait somatik belirtiler, uyku problemleri, iştah sorunları, işlevsellikte azalma görülebileceği bildirilmiştir (43). Gevşeyememe, korku hissi, irritabilite eşlik edebileceği saptanmıştır. Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı koyabilmek için alan en az 6 ay boyunca haftanın çoğu günü aşırı ve orantısız düzeyde anksiyete, korku veya endişe olması gerekmektedir. Kişinin durumu değerlendirildiğinde endişe beklenenden fazla olmalı ve işleyişte aksamalara neden olması gerektiği raporlanmıştır (43). Kişinin günlük yaşamı ve iş hayatındaki fonksiyonellik kaybının belirgin olduğu bilinmektedir. Bilinen depresyon, posttravmatik stres bozukluğu gibi başka bir duygudurum bozukluğu ya da psikiyatrik hastalık varsa hasta ayırıcı tanılar açısından dikkatle incelenmelidir. Bedensel patolojilerin, ilaç kullanımının ekarte edilmesi gerekmektedir. Benzer semptom yaratabilecek diğer psikiyatrik sorunlar açısından ayırıcı tanı yapılması önerilmektedir.

Panik bozukluk

Panik bozukluğu, akut, yoğun bir anksiyete atağıdır, kötü bir şey olacak duygusu eşlik eder. Anksiyete, 1 gün boyunca birkaç ataktan bir yıl boyunca sadece birkaç атаğa değişebilen sıklıkta yaşanan yoğun korku dönemlerinde ortaya çıkar. Panik bozukluğu olan hastalar, kaçmanın zor olabileceği yerlere ilişkin bir korku veya endişeye işaret eden bir bozukluk olan agorafobi en başta olmak üzere çeşitli komorbid durumlarla sahip olabilirler.

Panik atak, dakikalardan saatlere kadar sürebilen ani bir yoğun korku

veya endişe dönemidir. Bir semptomdur ve panik bozukluk dışında birçok rahatsızlık ve durum panik ataklara neden olabilir (44).

Agorafobi

Agorafobi, kişinin panik atak benzeri semptomlar olduğunda, yardıma ulaşamayacağını veya bulunduğu yerden ayrılmanın zor olabileceğini düşünerek yaşadığı korku veya endişe olarak tanımlanır. Agorafobinin beraberinde kaçınma davranışını getirdiği bilinmektedir. Hastalarda toplu taşımayı kullanmanın, pazar yeri gibi kalabalık ve açık alanlarda olmanın, sinema gibi kapalı yerlerde olmanın, sırada durmanın, evin dışında yalnız olmak gibi durumların anksiyete yarattığı bildirilmiştir (45).

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu

Ayrılma anksiyetesi bozukluğu, bağlanma figürlerinden gerçek veya hayali ayrılığa olması gerekenden fazla bir tepki olmasıyla karakterize edilir. 4 haftadan uzun süren, evden ya da yakınlık kurduğu insandan uzaklaşmaya bağlı, çocuğun yoğun ve tekrarlayıcı anksiyete duyması olarak bilinmektedir. Bu durumun da günlük aktivitelere ve gelişimsel görevlere önemli ölçüde müdahale ettiği bilinmektedir. Farklı epidemiyolojik çalışmalar, çocuklarda ve ergenlerde %4 ila 5'lik bir prevalans olduğunu göstermektedir (46). Diğer anksiyete bozukluklarından farklı olarak, ayrılma anksiyetesi bozukluğuna sahip çocukların % 50 ila 75'i düşük sosyoekonomik statüye sahip hanelerden gelmektedir (46).

Selektif mutizm

Kişinin normal zamanlarda sözlü iletişim kurabilmesine rağmen, konuşma beklentisinin olduğu okul gibi belirli sosyal ortamlarda en az 1 aydır mevcut olan konuşmama halidir. Bu durumun eğitim ya da iş hayatında başarıyı ve sosyal iletişimi engellediği bilinmektedir. Hastalıkta konuşmamanın bilgi eksikliğinden kaynaklı olmadığı belirtilmektedir. Bu durumun herhangi bedensel veya psikolojik rahatsızlığa bağlanamaması durumunda tanı koyulmaktadır. Benzer tablolar otizm spektrum bozukluğu, şizofreni gibi hastalıklarda da olabileceğinden ayırıcı tanısının detaylı yapılması gerektiği bildirilmiştir (47).

Özgül fobi

Fobi terimi, belirli bir nesneye, duruma veya duruma karşı aşırı korku anlamına gelir. Özgül fobi, tehlikeli olarak kabul edilen bir nesne veya duruma karşı yoğun, kalıcı bir korkudur. Korku, gerçek tehditle orantısız olmalıdır. Spesifik fobinin teşhisi için, korkulan nesneye maruz kalındığında panik noktasına kadar yoğun bir kaygı geliştirmesini gerekir (44). Karşılaşılan fobik nesneden veya durumdan her zaman endişe duyulmasının tipik olduğu belirtilmektedir (48). Fobik durumun ya da nesnenin, ya engellenmesi ya da yoğun kaygıyla ona dayanılmaya çalışılması tanı açısından önemsenmektedir. Kişide yarattığı kaygı hissini gerçekte nesneden bağımsız olduğu saptanmıştır. Tanı için korku, kaygı ve kaçınma durumunun 6 ay kadar sürmesi gerektiği bilinmektedir (DSM-5 2013). Bu durumun kişinin işlevselliğini bozarak sosyal ya da mesleki hayatında başarısızlığa neden olabileceği raporlanmıştır. Tanı koymak için diğer psikiyatrik rahatsızlıkların dışlanması gerekmektedir. Tedavisinde duyarsızlaştırma (desensitizasyon), kognitif terapiler, medikal tedaviler kullanılmaktadır (49).

Sosyal fobi

Sosyal anksiyete bozukluğu (sosyal fobi olarak da adlandırılır), yabancılarla temas içeren durumlar dahil olmak üzere sosyal durumlardan korkmayı içerir. Sosyal anksiyete terimi, sosyal anksiyete bozukluğunun, bir nesne veya duruma karşı yoğun ve sürekli korku olan belirli bir fobiden belirgin bir şekilde farklılaşmasını yansıtır. Sosyal anksiyete bozukluğu olan kişiler, sosyal ortamlarda (yani sosyal toplantılar, sözlü sunumlar, yeni insanlarla tanışma) kendilerini utandırmaktan korkarlar. Başkalarının önünde yemek yemek veya konuşmak gibi belirli aktiviteleri gerçekleştirme konusunda belirli korkuları olabilir veya belirsiz, spesifik olmayan bir "kendini utandırma" korkusu yaşayabilirler. Her iki durumda da, sosyal anksiyete bozukluğundaki korku, durumun kendisinden değil, durumda meydana gelebilecek utançtır (44).

Hem erişkin yaşta hem de çocuk yaşta izlenmektedir. Birey sosyal bağlantılardan mümkün olduğunca kaçınmaktadır. Başkalarının önünde konuşma yapmanın, tanımadığı insanlarla etkileşimde bulunmanın bireyde yoğun endişe yarattığı bilinmektedir. Bireyin duyduğu korku ve endişenin,

gerçek durumla uyumsuz olduğu saptanmıştır. Erişkinlerde mesleki işleyişi bozduğu çocuklarda ise okul başarısını düşürdüğü bilinmektedir. Tanı koyabilmek için korku, kaygı durumunun altı ay veya daha uzun sürmesi gerekmektedir (DSM-5 2013). Bedensel ve psikolojik diğer patolojilerle ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

2.3. COVID-19 ve İlişkili Psikiyatrik Bozukluklar

Covid-19 dünya çapında hem yaşam kalitesinin hem de sağlığı etkileyen bir salgın haline gelmiştir. Salgının başlamasıyla beraber hastalığın psikolojik etkileri de en az fiziksel etkileri kadar literatürde yer bulmaktadır. Daha önce izlenen SARS ve MERS salgınlarında, viral enfeksiyonlar ve buna bağlı izolasyon ve karantina önlemleri uyku bozuklukları, anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik problemleri beraberinde getirmiştir (50). Yapılan çalışmalarda Covid-19 geçiren kişilerde karantina ve izolasyon gibi bulaşı önlemeye yönelik tedbirlerin anksiyete bozuklukları, depresyon, stres, panik atak, somatizasyon bozuklukları, uyku bozuklukları, irrasyonel öfke, suisid düşünceleri, posttravmatik stres bozukluğu gibi sağlık sorunlarına neden olduğu raporlanmıştır (51). Bunların yanında hastalarda damgalanma, irrasyonel öfke, dürtüsellik gibi durumlar da izlenebilmektedir (51). Bunlara ek olarak yoğun bakım ünitelerine yatış ve mekanik ventilasyonun hastalarda akut psikiyatrik semptomların gelişimi için risk faktörlerinden olduğu bilinmektedir (52). Covid-19 pandemisi sırasında yapılan çalışmalarda sosyal medya maruziyetinin, ruhsal hastalıkların görülme sıklığı ile pozitif yönde ilişkili olduğu konusunda araştırmalar mevcuttur (53). Covid-19 pandemisi döneminde artan sosyal medya maruziyetinin de psikiyatrik bozuklukların oluşmasına katkı sağladığı düşünülmektedir.

SARS-CoV-2, ACE-2 reseptörlerine bağlanarak hücre içine giriş yapmaktadır. Santral sinir sisteminde oral kavitede bulunan epitelyal hücrelerde ACE-2 eksprese edilmektedir bu durum virüsün beyne olfaktör yolaklardan ulaştığını düşündürmektedir (54). Koronavirüsler, daha önce yapılan çalışmalarda santral sinir sistemi ve serebrospinal sıvıdan alınan

örneklerde gösterilmiştir (55). Genel olarak, Covid-19'un santral sinir sistemi üzerindeki etkisinden sorumlu olabilecek potansiyel mekanizmalar: ensefalite, nöroinflamasyona, periferik organ disfonksiyonuna ve serebrovasküler değişikliklere neden olan beynin doğrudan viral invazyonu olarak sıralanabilir (56). Pandemiden kaynaklanan psikolojik stresin yanında, SARS-COV-2 virüsünün santral sinir sistemini direkt olarak etkileyerek de akut psikiyatrik bozukluklara neden olduğu bilinmektedir. Virüse karşı vücudun oluşturduğu immun yanıtın da psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olduğu bulunmuştur (57).

Geçmişteki pandemiler, ensefalopati, duygudurum değişiklikleri, psikoz, nöromüsküler disfonksiyon veya demiyelinizan süreçler gibi çeşitli nöropsikiyatrik semptomların akut viral enfeksiyona eşlik edebileceğini veya iyileşen hastalarda enfeksiyonu haftalar, aylar veya daha uzun süre takip edebileceğini göstermiştir (58). Koronavirüslerin insanı enfekte eden HCoV-NL63 suşu için seropozitiflik, duygudurum bozukluğu ile ilişkilendirilmiştir(59). Ancak yapılan çalışmalarda SARS-CoV-2 direkt etkisi ile ilgili şu anda yeterli kanıt bulunmamaktadır.

Yapılan bir çalışmada katılanların yarısı orta veya şiddetli, üçte biri ise şiddetli anksiyete belirtileri bildirmişlerdir. Risk faktörleri olarak kadın cinsiyet, hastalığa yakalandığını düşündüren belirtilere sahip olmak ve algılanan sağlık durumu kaydedilmiştir. Hastalık konusunda doğru ve net bilgilere sahip olmanın ve koruyucu tedbirlere uymanın daha düşük stres ve kaygı düzeyi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (60).

Cao ve ark. Çin'deki bir tıp fakültesinin öğrencilerinin katılımıyla yaptıkları çalışmada, katılımcıların %0,9'unun ciddi anksiyete, %2,7'sinin orta derecede anksiyete ve %21,3'ünün hafif anksiyete yaşadıklarını göstermiştir. Çalışma sonucunda; öğrencilerin salgının günlük yaşam üzerindeki etkilerinin yanı sıra akademik faaliyetlerindeki etkilerin, öğrencilerin anksiyete belirtileri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (61).

İtalya'da karantina önlemlerine maruz kalmış bireylerin ruh sağlığının değerlendirildiği web tabanlı anket çalışmasında; katılımcıların %37'sinde travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), %20.8'inde kaygı belirtileri, %17.3'ünde depresyon belirtileri, %7.3'ünde uyku sorunları, %21.8'inde yüksek algılanan stres düzeyi ve %22.9'unda uyum bozukluğu semptomları (ADS) görülmüştür. Ayrıca TSSB, depresyon, anksiyete, uykusuzluk, algılanan yüksek stres ve ADS'nin kadın cinsiyet ve genç yaş ile pozitif ilişkili olduğubulunmuştur (62).

Karantinanın ruh sağlığı üzerine etkilerine dair yapılan bir çalışmada travma sonrası stres bozukluğu ve öfke bozukluğunun artmış olduğunu gösterilmiştir. Stres kaynağı olarak ise uzun karantina süresi, enfeksiyon korkusu, hayal kırıklığı, can sıkıntısı, yetersiz malzeme, yetersiz bilgi, finansal kayıp ve dışlanma korkusuna yer verilmiştir (63).

Ülkemizde telefon temelli yapılan bir anket çalışmasında, cinsiyet ve mevcut çalışma durumundan bağımsız olarak uyku bozukluğu, kaygı insidansının yüksek olduğu ve yaşam tarzı değişikliğinde artış olduğu bildirilmiştir (64).

2.4. Koronavirüs Salgınında Sağlık Çalışanları

Küresel salgınlarda, virüs ile en çok temas halinde olan ve hastalığa karşı mücadelede en ön safta yer alan sağlık çalışanlarıdır. Bu süreçte ciddi bir fedakarlık gösteren sağlık çalışanlarını daha sonraki yaşam süreçlerinde ruh sağlığı problemleri yaşama riski beklemektedir (65).

Pandemi sürecinde aktif çalışan sağlık çalışanlarının yaşam biçimlerinin ve toplumsal ilişkilerinin fazlaca etkileneceği öngörülmektedir. Günlük çalışma koşullarında hastalıkla yakın temas içerisinde olan ve enfekte olma riski yüksek olan sağlık çalışanlarında anksiyete ve obsesyon gibi psikolojik bozukluklar kendini göstermektedir (66).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırma Tipi

Kesitsel tipte bir anket çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Büyüklüğü

Çalışmanın Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma görevlilerinde uygulanması planlandı. Evrenimizi oluşturan merkezlerde görev yapan sağlık çalışanı sayısı yaklaşık 500 idi. Örneklem büyüklüğü Epi İno programı kullanılarak hesaplandığında %95 güven aralığında temsil sağlayan örneklem büyüklüğü en az 200 olarak bulunmuştur.

3.3. Verilerin Toplanması

Bu tez çalışması Şubat 2021-Mayıs 2021 tarihleri arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yüz yüze anket yoluyla yapılmıştır.

Çalışmaya dâhil edilme kriterleri;

a. Aktif olarak çalışan araştırma görevlisi doktorlar

Çalışmadan hariç tutulma kriterleri;

a. Ücretsiz izinde olanlar

b. Gebe olanlar

3.4. Anket ve Ölçekler

Anket formu; ilk bölümde sosyo-demografik veri formu, ikinci bölümde HAD (Hastane Anksiyete Depresyon) ölçeği sorularını içeren iki bölümden oluşmaktadır.

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Mevcut literatür taranarak tarafımızdan oluşturulan toplam 9 soruluk bir ankettir. Araştırmanın uygulanacağı katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum,

çocuk sayısı gibi sosyodemografik özellikleri ve yaşadığı hanede Coronavirüs hastalığı açısından riskli grupta bulunan bireylerin var olup olmadığı, pandemide çalıştığı birim / birimler, işyerine ulaşım şekli, COVID nedeniyle hastasını, yakınına kaybedip kaybetmediği gibi COVID'e yönelik bazı sorulardan oluşmaktadır.

3.4.2. HAD (Hastane Anksiyete Depresyon) Ölçeği

Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği bedensel hastalığı olanlarda anksiyete ve depresyonu taramak üzere hazırlanmıştır. HAD Ölçeği'nde varolan bedensel hastalığın ölçek sonuçlarına etkisinin en aza indirilmesi amaçlanmıştır. Bu nedenle hiçbir bedensel belirti içermemektedir.

Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) Ölçeği Zigmond ve Snaith (1983) tarafından geliştirilip geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Anksiyete ve depresyon alt ölçeklerini içermektedir. Ölçek bir kendini-bildirim ölçeğidir ve 7'si depresyon, 7'si anksiyete belirtilerini araştıran toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Yanıtlar dördümlü Likert biçiminde değerlendirilmektedir ve 0-3 arasında puanlanmaktadır (67).

Başlığındaki hastane sözcüğüne karşın alanda ya da birinci basamakta yapılan araştırmalarda da bu ölçekten yararlanılabilir (67).

Ölçeğin tümüyle orta düzeyde doldurulmaması için ayarlamalar yapılmıştır. Yanıt tekrarlarını önlemek amacı ile bir değişikliğe gidilmiş, bir maddedeki ilk yanıt şiddeti yansıtırken, bir sonraki maddede sonuncu yanıt en yüksek şiddeti yansıtacak şekilde düzenlenmiştir. Puanlamanın hazırlanmasında "0-1 arası" hasta olmayan, "2" sınırdaki hasta, "3-4" belirgin hasta olarak kabul edilmiştir. HAD ölçeğinin kullanışlı bir değerlendirme aracı olduğu ve puan aralıklarını yanlış pozitif ve yanlış negatif sonucu en aza indirecek şekilde verdiği kanıtlanmıştır (68).

Dr. Ömer Aydemir tarafından yapılan HAD ölçeği Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında ROC analizi sonucunda HAD ölçeğinin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10 ve depresyon alt ölçeği için 7 olarak belirlenmiştir (67).

HAD ölçeği Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılırken, birlikte geçerlilik için anksiyete ölçeği olarak Sürekli Kaygı Envanteri (69) ve depresyon ölçeği olarak Beck Depresyon Ölçeği (70) kullanılmıştır. Her ikisi de kendini-bildirim ölçeğidir. HAD ölçeğinin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir biçimde kullanılabileceği saptanmıştır (67).

HAD ölçeği, MCBÜ araştırma görevlilerindeki kaygı ve depresyon düzeyi hakkında bilgi sahibi olmak için güvenilir bir ölçek olduğu için çalışmamızda kullanılmıştır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde ve analizinde IBM SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 21.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler kişilerin dağılımını göstermek amacıyla sayı (n) ve yüzde (%), sayısal veriler ortalama ve standart sapma olarak verildi. Değişkenlerin dağılımlarının normal olup olmadığı Skewness-Kurtosis değerleri ile belirlendi. Normal dağılım gösteren değişkenler Student t testi ve ANOVA, normal dağılım göstermeyen değişkenler ise Mann Whitney-U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılarak karşılaştırıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki kare testi kullanıldı. Cinsiyet, yaş, pandemide görev alma ve medeni durum değişkenleri için lojistik regresyon analizi yapıldı. Elde edilen verileri istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi "p" değeri ile yorumlandı. $P < 0,05$ olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3.6. Araştırma İzni

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan 04 Kasım 2020 tarihinde 20.478.486/589 numaralı izin alınmıştır. Hastane Başhekimliği'nden 25.11.2020 tarihinde 61804347-302.14.06 sayılı araştırma izin onayı alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1 Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

220 araştırma görevlisinden en genci 24, en yaşlısı 46 yaşında olup, yaş ortalaması 28'dir. (Tablo 1)

Tablo 1: Katılımcıların Yaşının Tanımlayıcı İstatistikleri

Katılımcı Sayısı	Yaş Ortalaması	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
220	28,48	3,08	24	46

Katılımcıların 97'si erkek, 123'ü kadındır. %63,6'sı bekar olup, %36,4'ü evlidir. Katılımcıların %91,4'ü çocuk sahibi değildir, %13'ünün 1 çocuğu, %6'sının 2 çocuğu vardır, 2'den fazla çocuğu olan katılımcı bulunmamaktadır. (Tablo 2)

Tablo 2: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	123	55,9
	Erkek	97	44,1
Medeni Durum	Bekar	140	63,6
	Evli	80	36,4
Çocuk sahibi olma durumu	Çocuk sahibi olmayan	201	91,4
	1 çocuk sahibi	13	5,9
	2 çocuk sahibi	6	2,7
	2'den fazla çocuk sahibi	0	0

4.2 Yaşanılan Hanede COVID-19 Açısından Riskli Birey Bulunması Durumuna Göre Dağılım

Çalışmaya katılanların %31,4'ünün yaşadıkları hanede Covid-19 açısından riskli birey bulunmaktadır (Tablo 3).

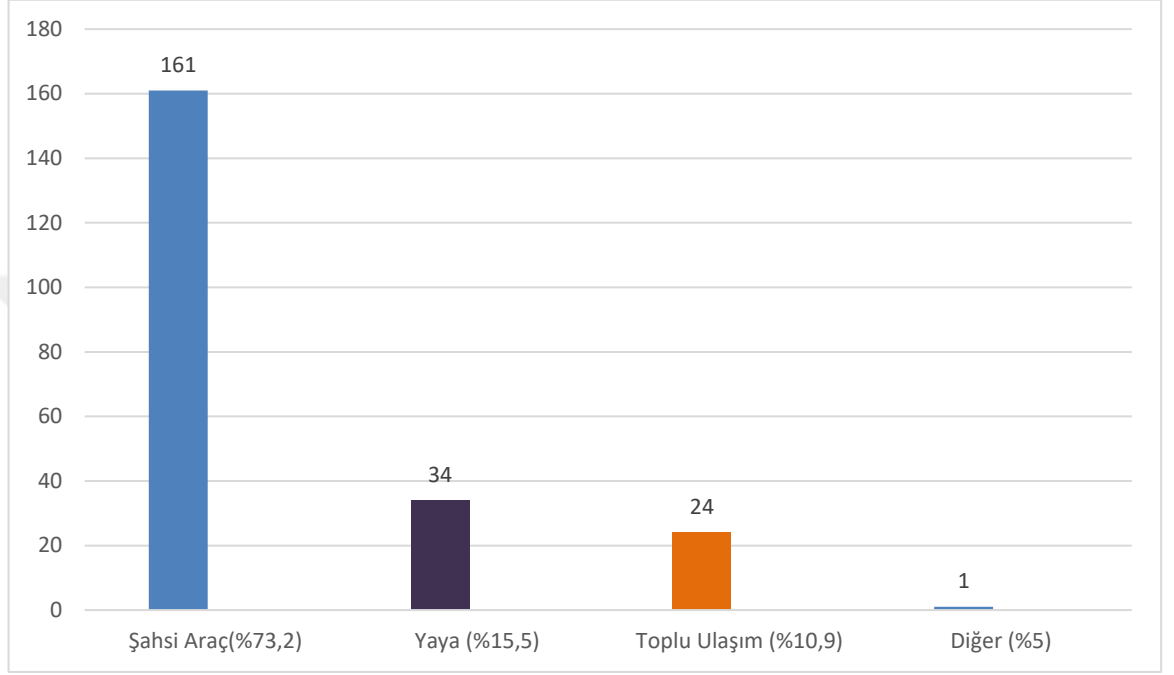
Tablo 3: Yaşanılan hanede Covid-19 açısından riskli birey bulunması durumu

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Riskli birey yok	151	68,6
Riskli birey mevcut	69	31,4
Toplam	220	100

4.3. İşyerine Ulaşım Şekillerine Göre Dağılım

Katılımcıların %73,2'si hastaneye şahsi araçla, %15,5'i yaya olarak, %10,9'u toplu taşımayla, %5'i ise diğer yolla (bisikletle) ulaşmaktadır.

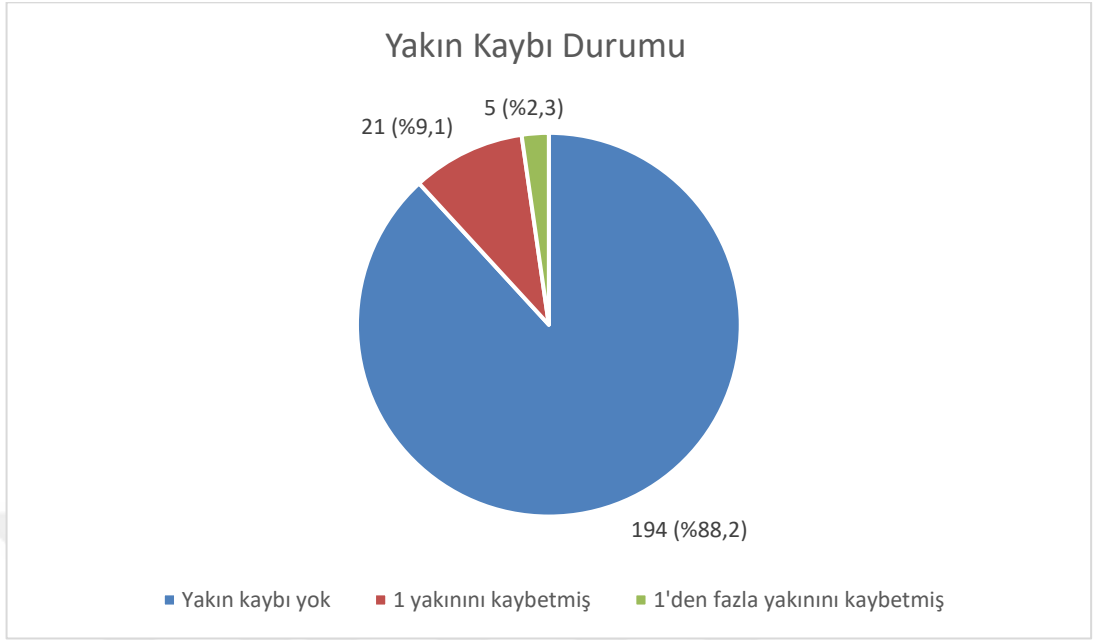
Şekil 1: İşyerine Ulaşım Şekillerine Göre Dağılım



4.4. Yakın Kaybı Durumuna Göre Dağılım

Çalışmaya katılanların %88,2'si COVID-19 sebebiyle yakın kaybı yaşamamış olup, %9,5'i 1 yakınını kaybetmiş, %2,3'ü ise 1'den fazla yakınını kaybetmiştir.

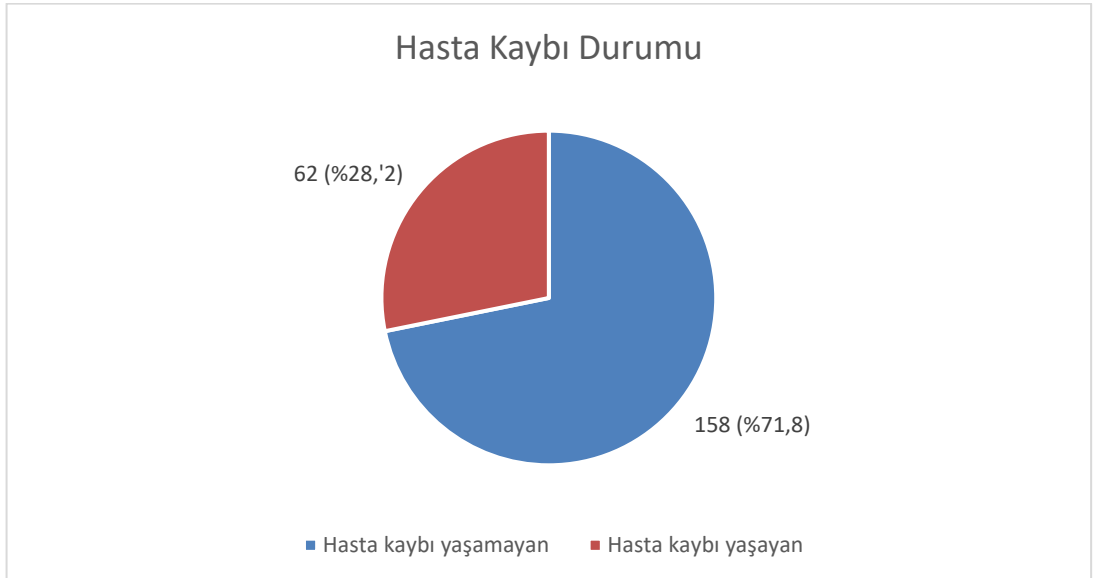
Şekil 2: Yakın Kaybı Durumuna Göre Dağılım



4.5. Hasta Kaybı Durumuna Göre Dağılım

Çalışmaya katılan hekimlerden %71,8'i takibinde kaldığı süre boyunca hastalarından kayıp yaşamamış olup; %28,2'si yaşamıştır

Şekil 3 :Hasta Kaybı Durumu



4.6. Cinsiyete Göre Anksiyete ve Depresyon Verilerinin Dağılımı

Kadın ve erkek arasında ortalama anksiyete ve depresyon puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farka ulaşılamamıştır. ($p=0,20$; $p=0,44$)

Anksiyetede; kadınların %56,9'u, erkeklerin %68'i normal sınıfa; kadınların %43,1'i, erkeklerin %32,0'ı riskli olan gruba girmiştir.

Yapılan istatistiksel analizle, kadınlar ve erkekler arasında anksiyete açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,09$).

Tablo 4: Cinsiyete Göre Anksiyete Depresyon Puan Ortalamaları

	Anksiyete Puanı (ortalama)	Depresyon Puanı (ortalama)
Erkek	8,47	7,29
Kadın	9,19	6,87

Tablo 5: Cinsiyete Göre Anksiyete Grupları

	Normal Anksiyete Puanı		Riskli Anksiyete Puanı	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Erkek	66	%68,0	31	%32,0
Kadın	70	%56,9	53	%43,1
Toplam	136	%61,8	84	%38,2

Depresyonda; kadınların %49,6'sı, erkeklerin %44,3'ü normal gruba; kadınların %50,4'ü, erkeklerinse %55,7'si riskli olan gruba girmiştir.

Kadınlar ve erkekler arasında depresyon açısından istatistiksel bir fark bulunamamıştır. ($p=0,43$)

Tablo 6: Cinsiyete Göre Depresyon Grupları

	Normal Depresyon Puanı		Riskli Depresyon Puanı	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Erkek	43	%44,3	54	%55,7
Kadın	61	%49,6	62	%50,4
Toplam	104	%47,3	116	%52,7

Sayısal değişkenlerde korelasyon analizi kullanılmıştır. Her iki grupta da yaş arttıkça anksiyete puanı artmakla birlikte, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Yaş arttıkça depresyon puanı azalmakla birlikte, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

4.7. Medeni Hale Göre Anksiyete ve Depresyon Verilerinin Dağılımı

Evliler ve bekarlar arasında anksiyete puanı farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,034$). Evliler bekarlardan daha yüksek anksiyete puanına sahiptir.

Anksiyete puanına kesme değerinden itibaren oluşturulan iki farklı grup şeklinde bakıldığında ise, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. ($p=0,31$)

Evli ve bekarlar arasında depresyon puan farkına hem ortalama hem de kesme değeriyle sınıflandırılmış şekillerde bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. (sırasıyla $p=0,53$; $p=0,61$)

Tablo 7: Medeni Hale Göre Anksiyete Depresyon Puan Ortalamaları

	Anksiyete Puanı (ortalama)	Depresyon Puanı (ortalama)
Bekar	8,42	6,64
Evli	9,66	7,80

Tablo 8: Medeni Hale Göre Anksiyete Depresyon Puan Ortalamaları

	Normal Anksiyete Puanı		Riskli Anksiyete Puanı	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bekar	90	%63,4	50	%35,7
Evli	46	%57,5	34	%42,5
Toplam	136	%61,8	84	%38,2
	Normal Depresyon Puanı		Riskli Depresyon Puanı	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bekar	68	%48,6	72	%51,4
Evli	36	%45	44	%55
Toplam	104	%47,3	116	%52,7

4.8. Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Anksiyete ve Depresyon Verilerinin Dağılımı

Anksiyete ve depresyon puanları açısından çocuk sahibi olmayan, 1 çocuk sahibi olan ve 2 çocuk sahibi olan bireyler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. (anksiyete için $p=0,90$; depresyon için $p=0,40$)

Gruplama, kaç çocuk olursa olsun çocuk sahibi olanlar ve hiç çocuk sahibi olmayanlar şeklinde ikili halde yapıldığında da anksiyete ve depresyon puanları arasında istatistiksel fark bulunmamıştır. (ortalama puanda anksiyete için $p=0,71$; depresyon için $p=1,06$; normal/riskli grupta anksiyete için $p=0,90$; depresyon için $p=0,63$)

Tablo 9: Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Anksiyete Depresyon Puan Ortalamaları

	Anksiyete Puanı (ortalama)	Depresyon Puanı (ortalama)
Çocuk sahibi olanlar	9,05	7,78
Çocuk sahibi olmayanlar	8,86	6,99

Tablo 10: Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Anksiyete Depresyon Grupları

	Normal Anksiyete Puanı		Riskli Anksiyete Puanı	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çocuk sahibi olanlar	12	%63,2	7	%36,8
Çocuk sahibi olmayanlar	124	%61,7	77	%38,3
Toplam	136	%61,8	84	%38,2

	Normal Depresyon Puanı		Riskli Depresyon Puanı	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Çocuk sahibi olanlar	8	%42,1	11	%57,9
Çocuk sahibi olmayanlar	96	%47,8	105	%52,2
Toplam	104	%47,3	116	%52,7

4.9. Hanede Riskli Birey Olması Durumuna Göre Anksiyete ve Depresyon Verilerinin Dağılımı

Yaşadıkları hanede riskli birey bulunan 69 katılımcı ile, bulunmayan 151 katılımcı arasında depresyon ve anksiyete puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. (ortalama puanda anksiyete için $p=0,63$; depresyon için $p=0,25$; normal/riskli grupta anksiyete için $p=0,62$; depresyon için $p=0,29$)

Tablo 11: Hanede Riskli Birey Bulunması Açısından Anksiyete Depresyon Puanları

	Anksiyete Puanı (ortalama)	Depresyon Puanı (ortalama)
Hanede riskli birey bulunan	9,07	7,52
Hanede riskli birey bulunmayan	8,78	6,85

Tablo 12: Hanede Riskli Birey Bulunması Açısından Anksiyete Grupları

	Normal Anksiyete Puanı		Riskli Anksiyete Puanı	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hanesinde riskli birey bulunan	41	%59,4	28	%40,6
Hanesinde riskli birey bulunmayan	95	%62,9	56	%37,1
Toplam	136	%61,8	84	%38,2

Tablo 13: Hanede Riskli Birey Bulunması Açısından Depresyon Grupları

	Normal Depresyon Puanı		Riskli Depresyon Puanı	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hanesinde riskli birey bulunan	29	%42	40	%58
Hanesinde riskli birey bulunmayan	75	%49,7	76	%50,3
Toplam	104	%47,3	116	%52,7

4.10. Pandemide Görev Alma Durumuna Göre Anksiyete ve Depresyon Verilerinin Dağılımı

Pandemide görev alanlar ve almayanlar arasında anksiyete ve depresyon ortalama puanları açısından istatistiksel bir fark bulunamamıştır. (ortalama puanda anksiyete için $p=0,52$; depresyon için $p=0,48$; normal/riskli grupta anksiyete için $p=0,53$; depresyon için $p=0,17$)

Görev yerlerine göre triyajda, acil serviste, yataklı serviste, yoğun bakımda, surveyansta görev alanlar ve almayanlar arasında anksiyete ve depresyon ortalama puanları açısından istatistiksel bir fark bulunamamıştır.

Tablo 14: Pandemide Görev Alma Açısından Anksiyete Depresyon Puanları

	Anksiyete Puanı (ortalama)	Depresyon Puanı (ortalama)
Pandemide görev alanlar	8,95	6,90
Pandemide görev almayanlar	8,45	7,50

Tablo 15: Pandemide Görev Alma Açısından Anksiyete Grupları

	Normal Anksiyete Puanı		Riskli Anksiyete Puanı	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Pandemide görev alanlar	114	%61	73	%39
Pandemide görev almayanlar	22	%66,7	11	%33,3
Toplam	136	%61,8	84	%38,2

Tablo 16: Pandemide Görev Alma Açısından Depresyon Grupları

	Normal Depresyon Puanı		Riskli Depresyon Puanı	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Pandemide görev alanlar	92	%49,2	95	%50,8
Pandemide görev almayanlar	12	%36,4	21	%63,6
Toplam	104	%47,3	116	%52,7

Tablo 17: Görev Yerine Göre Anksiyete Depresyon Puanları

		Anksiyete Puanı (ortalama)	Depresyon Puanı (ortalama)
Trijajda Görev	Alanlar	8,39±	6,63
	Almayanlar	9,25	7,39
Acil Serviste Görev	Alanlar	9,33	7,69
	Almayanlar	8,68	6,80
Yataklı Serviste Görev	Alanlar	9,40	7,37
	Almayanlar	8,53	6,85
Yoğun Bakımda Görev	Alanlar	9,05	7,00
	Almayanlar	8,86	7,07
Surveyansta Görev	Alanlar	9,45	6,36
	Almayanlar	8,81	7,14

Tablo 18: Görev Yerine Göre Anksiyete Depresyon Grupları

		Anksiyete		Depresyon	
		Risk yok	Risk var	Risk yok	Risk var
Trijajda Görev	Alanlar	61	35	51	45
	Almayanlar	75	49	53	71
Acil Serviste Görev	Alanlar	39	26	30	35
	Almayanlar	97	58	74	81
Yataklı Serviste Görev	Alanlar	48	39	37	50
	Almayanlar	88	45	67	66
Yoğun Bakımda Görev	Alanlar	13	7	10	10
	Almayanlar	123	77	94	106
Surveyansta Görev	Alanlar	11	11	12	10
	Almayanlar	125	73	92	106

4.11. İşyerine Ulaşım Şekillerine Göre Anksiyete ve Depresyon Verilerinin Dağılımı

İşyerine ulaşım şekilleri açısından depresyon ve anksiyete normal ve riskli grupları arasında istatistiksel bir fark bulunamamıştır. (ortalama puanda anksiyete için $p=0,38$; depresyon için $p=0,87$; normal/riskli grupta anksiyete için $p=0,77$; depresyon için $p=0,58$)

Tablo 19: İşyerine Ulaşım Açısından Anksiyete Grupları

	Normal Anksiyete Puanı		Riskli Anksiyete Puanı	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bireysel ulaşım	123	%62,8	73	%37,2
Toplu ulaşım	13	%54,2	11	%45,8
Toplam	136	%61,8	84	%38,2

Tablo 20: İşyerine Ulaşım Açısından Depresyon Grupları

	Normal Depresyon Puanı		Riskli Depresyon Puanı	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Bireysel ulaşım	92	%46,9	104	%53,1
Toplu ulaşım	12	%50	12	%50
Toplam	104	%47,3	116	%52,7

Tablo 21: İşyerine Ulaşım Açısından Anksiyete Depresyon Puanları

	Anksiyete Puanı (ortalama)	Depresyon Puanı (ortalama)
Bireysel ulaşım	8,85	7,05
Toplu ulaşım	9,04	7,12

4.12. Yakın Kaybı Durumuna Göre Anksiyete ve Depresyon Verilerinin Dağılımı

Yakın kaybı yaşayanlar ve yaşamayanlar arasında anksiyete ve depresyon ortalama puanı ile normal/riskli anksiyete ve depresyon grupları açısından istatistiksel bir fark bulunamamıştır. (ortalama puanda anksiyete için $p=0,86$; depresyon için $p=0,83$; normal/riskli grupta anksiyete için $p=0,18$; depresyon için $p=0,58$)

Tablo 22: Yakın Kaybı Açısından Anksiyete Grupları

	Normal Anksiyete Puanı		Riskli Anksiyete Puanı	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yakın kaybı var	13	%50	13	%50
Yakın kaybı yok	123	%63,4	71	%36,6
Toplam	136	%61,8	84	%38,2

Tablo 23: Yakın Kaybı Açısından Depresyon Grupları

	Normal Depresyon Puanı		Riskli Depresyon Puanı	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Yakın kaybı var	43	%44,3	54	%55,7
Yakın kaybı yok	61	%49,6	62	%50,4
Toplam	104	%47,3	116	%52,7

Tablo 24: Yakın Kaybı Açısından Anksiyete Depresyon Puanları

	Anksiyete Puanı (ortalama)	Depresyon Puanı (ortalama)
Yakın kaybı var	8,95	6,90
Yakın kaybı yok	8,45	7,50

4.13. Hasta Kaybı Durumuna Göre Anksiyete ve Depresyon Verilerinin Dağılımı

Hasta kaybı yaşayanlar ve yaşamayanlar arasında anksiyete ve depresyon ortalama puanı ile normal/riskli anksiyete ve depresyon grupları açısından istatistiksel bir fark bulunamamıştır. (ortalama puanda anksiyete için $p=0,33$; depresyon için $p=0,91$; normal/riskli grupta anksiyete için $p=0,38$; depresyon için $p=0,87$).

Tablo 25: Hasta Kaybı Açısından Anksiyete Grupları

	Normal Anksiyete Puanı		Riskli Anksiyete Puanı	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hasta kaybı var	36	%58,1	26	%41,9
Hasta kaybı yok	100	%63,3	58	%36,7
Toplam	136	%61,8	84	%38,2

Tablo 26: Hasta Kaybı Açısından Depresyon Grupları

	Normal Depresyon Puanı		Riskli Depresyon Puanı	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Hasta kaybı var	29	%46,8	33	%53,2
Hasta kaybı yok	75	%47,5	83	%52,5
Toplam	104	%47,3	116	%52,7

Tablo 27: Hasta Kaybı Açısından Anksiyete Depresyon Puanları

	Anksiyete Puanı (ortalama)	Depresyon Puanı (ortalama)
Hasta kaybı var	9,30	7,01
Hasta kaybı yok	8,70	7,08

Tablo 28: Cinsiyet, Yaş, Pandemide Görev Alma, Medeni Durum Değişkenlerinin Regresyon Analizi

Ölçek puanı	R ²	Standartlaştırılmış β	p
Anksiyete risk	0,037		
Cinsiyet (0=erkek, 1=kadın)		0,558	0,055
Yaş		0,343	0,299
Pandemide görev alma		0,410	0,320
Medeni durum		0,246	0,427

Cinsiyet, yaş, pandemide görev alma ve medeni durum değişkenlerinin toplam HAD puanını ne ölçüde etkilediğini belirlemek için çoklu lojistik regresyon analizi yapıldı. Modelin sonunda, $R^2 = 0,037$ bulundu. Sabit 7,044; $p < 0,001$ 'dir.

Yapılan regresyon analizine göre cinsiyet, yaş, pandemide görev alma ve medeni durum değişkenleri ile anksiyete normal ve riskli grupları arasında bir ilişki bulunamamıştır.

5. TARTIŞMA

2019 sonlarında Hubei eyaleti Wuhan kentinde ortaya çıkan SARS-CoV-2 virüsü sonrasında, 29 Ocak 2020 tarihinde Çin Halk Cumhuriyetinde halk sağlığı açısından acil durum ilan edilmiştir (71). Wuhan kenti karantinaya alınmış; on binlerce kişi nezle benzeri semptomlarla hastanelere başvurmuştur. Araştırma görevlilerinin hem hastanelerde yaşanan yoğunluk, hem de SARS-CoV-2 pozitif hastalar ile riskli temas nedeniyle yoğun bir baskı altında kaldığı bilinmektedir. Covid-19 salgını esnasında dünyada yapılan bir metaanalizde, enfekte hastaların %10'u sağlık çalışanı olup, mortalite oranı % 0,3 olarak bildirilmiştir (72).

Küresel salgınlarda, virüs ile en çok temas halinde olan ve hastalığa karşı mücadelede en ön safta yer alan, toplum adına ciddi bir fedakarlık gösteren araştırma görevlilerini daha sonraki yaşam süreçlerinde ruh sağlığı problemleri yaşama riski beklemektedir (65). Pandemi sürecinde aktif çalışan araştırma görevlilerinin yaşam biçimlerinin ve toplumsal ilişkilerinin fazlaca etkileneceği öngörülmektedir. Günlük çalışma koşullarında hastalıkla yakın temas içerisinde olan ve enfekte olma riski yüksek olan araştırma görevlilerinde anksiyete ve obsesyon gibi psikolojik bozukluklar kendini göstermektedir (66).

Pandemi dönemleri düşünüldüğünde artan iş yükü, stres ile paralel olarak ruh sağlığı bozukluklarının da artış göstereceği öngörülmektedir. Bu bağlamda koronavirüs enfeksiyonuna bağlı anksiyete ve akıl sağlığı problemleri

açısından kronik hastalık, ileri yaş, immünsupresif ajan kullanımının yanı sıra sağlık çalışanı olmak da bir risk faktörü olarak kabul edilmiştir (73)

Bu araştırmada Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma görevlilerine HAD ölçeği formu uygulanarak anksiyete ve depresyon düzeyleri hakkında bilgi sahibi olmak ve riskli puan alan hekimlere dair bir durum tespiti ile bu durumlar adına erken ve yerinde müdahalelerin yapılması amaçlanmıştır. Çalışmamızın, literatürde bu durumun değerlendirildiği kısıtlı sayıdaki araştırmalara eklenerek bilime katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan 220 araştırma görevlisinden en genci 24, en yaşlısı 46 yaşında olup, yaş ortalaması 28'dir. Katılımcıların 97'si erkek (%44,1), 123'ü kadındır (%55,9). %63,6'sı bekar olup, %36,4'ü evlidir. Katılımcıların %91,4'ü çocuk sahibi değildir, %13'ünün 1 çocuğu, %6'sının 2 çocuğu vardır, 2'den fazla çocuğu olan katılımcı bulunmamaktadır. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde uzmanlık eğitimini almakta olan asistan hekimlerde (araştırma görevlilerinde) COVID-19 pandemisi sırasında tükenmişlik düzeylerinin Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile değerlendirildiği başka bir çalışmada, çalışmaya katılan 306 asistan hekimin %53,9'u erkek %46,1'i kadındır. Yaşları 24 ila 42 arasında değişmekte olup ortalaması $28 \pm 3,00$; medeni durumları incelendiğinde ise %28,1'inin evli, %71,9'unun bekar olduğu görülmüştür. Ayrıca %9,5'i çocuk sahibidir.

Çalışmamızda, anksiyetede; kadınların %56,9'u, erkeklerin %68'i normal sınıfa; kadınların %43,1'i, erkeklerin %32,0'ı riskli olan gruba girmiştir. Riskli gruba giren araştırma görevlisi oranı erkekte de kadında da yüksektir.

Liu ve arkadaşlarının yaptığı, Çin'de Covid-19 sürecinde 348 hastanede toplam 4679 doktor ve hemşirenin katılımı ile yapılan çalışmada, yüksek kaygı düzeyi yaşadıkları ve psikolojik destek aldıkları tespit edilmiştir (74). Hindistan'da Covid-19 sürecinde sağlık çalışanlarında anksiyete ve depresyon belirtilerinin prevalansının sorgulandığı çalışmada yaklaşık olarak her 3 sağlık

çalışanından birinde anksiyete ve depresyon belirtileri raporlanmıştır (75). Lai ve ark.'nın Çin'de 34 farklı hastanede 1257 sağlık çalışanı ile yaptıkları çalışmada, katılımcıların %44,6'sı anksiyete semptomları bildirmişlerdir (76). Hall ve ark. nın Japonya da yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının %34.7'sinin anksiyete semptomları taşıdıkları belirtilmiştir (77). Pandeminin psikolojik sonuçlarının ele alındığı 44 çalışmanın dâhil edildiği bir derleme çalışmasında sağlık çalışanlarının %45'inin anksiyete semptomları taşıdıkları bildirilmiştir (78). El-Hage ve ark. 2003'te SARS ve 2009'da H1N1 pandemilerinde yayınlanan literatür bilgilerinin güncel Covid-19 bilgileri ile derlendiği bir çalışmada sağlık çalışanlarında salgına bağlı olarak kaygı düzeylerinin yüksek olduğu ve pandemi sonrasında uzun dönemde psikolojik sorunlara zemin oluşturabileceği bildirilmiştir (79).

Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda; çocuk sağlığı ve hastalıkları asistanlarının pandemi dönemindeki ruhsal durumları sorgulanmış katılımcıların %89,1'i Spielberger süreklilik kaygı ölçeğine göre, %65,6'sının klinik olarak anlamlı düzeyde anksiyete belirtileri sergilediği bulunmuştur (79). Ülkemizde pandemi sürecinde ebe ve hemşirelerin katılımı ile süreklilik ve durumluk kaygı ölçeği kullanılarak yapılan diğer bir çalışmada katılımcıların orta düzeyde anksiyete yaşadıkları belirtilmiştir (66). Çalışmadaki sonuçlarımız literatür ile uyumludur.

Mısır'da yapılan bir çalışmada Beck anksiyete ölçeği kullanılmış ve çalışmaya göre katılımcıların %68'i normal, %9.8'i hafif, %13.1'i orta, %9'u şiddetli anksiyetesi var şeklinde sınıflandırılmıştır (66). Nepal'de yürütülen bir çalışmada da pandemi döneminde sağlık çalışanlarının %31'inde anksiyete belirtileri tespit edilmiştir (80).

Ayrıca Çin'de erken dönemde yürütülen bir çalışmada da sağlık çalışanlarının %44.6'sında anksiyete tespit edilmiştir. Bu çalışmada anksiyetesi olan personelimizin oranı % 48.2, medikal tedaviye ihtiyaç duyabilecek orta ve şiddetli anksiyetesi olan personelin oranı %25.2'dir (81) .

Sağlık personelinin anksiyete düzeyi, salgın sürecinde farklı zamanlarda değişiklikler gösterebilmektedir.

Çalışmamızda kullanılan anket, Türkiye’de ilk vaka görüldükten yaklaşık 10 ay sonra ve hatta aşılama çalışmaları başladıktan sonra uygulanmış olmasına rağmen anksiyete ve depresyonda riskli gruba girenlerin yüzdeleri çok fazladır.

Çalışmamıza göre kadınlar ve erkekler arasında anksiyete ve depresyon açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Öte yandan İran’daki 1038 sağlık personeli arasında Beck Anksiyete Ölçeği uygulanmış ve kadınlarda anksiyete düzeyi anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (82).

İran’da genel halk için ve sağlık çalışanları için demografik sorulardan ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği’nden oluşan bir anket kullanılarak bir kesitsel çalışma yapılmıştır. Ki-kare testi ile tek değişkenli ve çok değişkenli regresyon modelleri uygulandığında 2045 katılımcının 1136’sı (%65,6) orta ve şiddetli anksiyete belirtilerine sahip olarak kabul edilmiş ve 865’i (%42,3) orta ve şiddetli depresyon belirtilerine sahip olarak bulunmuştur. Anksiyete prevalansı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek; kaygı yaygınlığı 30-39 yaşındakilerde diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, diğer mesleklerle karşılaştırıldığında doktorlar ve hemşirelerde anksiyete ve depresyon prevalansı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (83). Bizim çalışmamızda ise yaş arttıkça anksiyete artmakla beraber, ortanca yaşın 28,4 olması sebebiyle 28 ve altı ile 29 ve üstü şeklinde iki yaş grubu çalışıldığında, anksiyete açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

İtalya’da yapılan bir çalışmaya göre, kadın olmak ve evli olmamak sağlık çalışanlarını depresif ruh semptomlar göstermeye daha yatkın hale

getirmektedir (84). Çalışmamıza göre ise cinsiyet ve medeni durumun depresif duygudurumuna etkisi yoktur.

Türkiye’de yapılan bir çalışmaya göre sağlık çalışanlarında Covid-19 ile ilgili ünitelerde çalışmak, evli olmak ve çocuk sahibi olmak anksiyete seviyesini arttırmaktadır (85). Çalışmamıza göre ise evli olmak anksiyeteyi arttırmakta, çocuk sahibi olmak ve pandemide görev almak ise anksiyete düzeyine bir etkide bulunmamaktadır.

Türkiye’de yapılan bir çalışmaya göre sağlık çalışanlarının toplu taşıma kullanması anksiyete seviyesini arttırmaktadır (86). Çalışmamıza göre ise anksiyete düzeyine bir etkide bulunmamaktadır.

Malezya, Kelantan'da Covid-19 ile ilgili vakaları yöneten iki devlet hastanesinde, ön saftaki ve cephe dışı sağlık hizmeti sağlayıcılarının depresif semptom düzeylerini belirlemek ve karşılaştırmak için karşılaştırmalı bir kesitsel çalışma yapılmıştır. Herhangi bir psikiyatrik hastalığı olanlar çalışma dışı bırakılmış olup, depresif belirtilerin düzeyi (HAD puanı>8), ön saflardaki sağlık hizmeti sunucuları için %27,5 ve ön saflardaki olmayan sağlık hizmeti sunucuları için %37,7 bulunmuştur. Cinsiyet, çalışma süresi ve sosyal desteğe göre ayarlandıktan sonra, ön saflarda yer almayan sağlık hizmeti sunucularının ortalama depresif semptom puanı, ön saflardaki sağlık hizmeti sunucularından 0,75 puan daha yüksek bulunmuştur (87).

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle Covid-19 pandemisi dünyada ilk defa görüldüğü için kıyaslanabilecek çalışma sayısı sınırlı kalmıştır. Çalışmanın sadece Manisa Celal Bayar Üniversitesi araştırma görevlilerinde yapılmış olması ve salgının zaman spektrumu içerisinde ortalarına gelebilecek bir dönemde uygulanmış olması bulguların genellenmesini kısıtlayabilir. Bununla birlikte pandemi tedbirlerine uyularak yüz yüze yapılmış ve kısıtlı pandemi koşullarına rağmen uygun bir örneklem

elde edilmiş olması, çalışmayı pandemi döneminde online yapılan birçok çalışmanın önüne geçirmiştir. Ayrıca anksiyete değerlendirme çalışmaları anket temelli olduğu için bu çalışmadaki gibi toplanan veri, kişilerin kendi bildirimleridir ve kısmen kişinin dürüstlüğüne ve hatırlamasına bağlı olduğundan hatırlama biası olabilir. Bir diğer potansiyel kısıtlılık ise çalışmamıza katılan kişilerin bazı faktörlere göre dengeli dağılmamış olmasıydı ancak konuyla ilgili benzer metodoloji ile yürütülen çalışmalarda da benzer durumun olduğu görülmüştür. Çalışmada ayrıca çekince oluşturmamak ve anketin anonimliğini sağlamak için kişisel bilgileri alınmadığından e-posta adreslerine erişim mümkün olmamıştır. Ancak özellikle anksiyete ve depresyon durumları ile ilgili gerekli yardımı almaları hususunda bilgilendirmek için anksiyete düzeyleri hakkında geri bildirim yapılamaması çalışmanın eksikliği olarak görülebilir. Bu kısıtlılıklarına rağmen bu çalışma, pandemi döneminde ön saflarda çalışan bir grup olan araştırma görevlilerinin anksiyete ve depresyon durumunu ortaya koyarak elde ettiği sonuçlarla önemli fayda sağlamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Anket araştırmaları genellikle eksiklikleri tespit ederek gerekli müdahalelere ışık tutmak için yapılır. Anksiyete değerlendirme çalışmaları ise yine durum tespiti yaparak gerekli yardımı planlamaya destek sağlamak amacıyla gerçekleştirilir. Bu çalışmada da bu kapsamda önemli sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmamızda elde edilen sonuçlara göre anksiyetede ve depresyonda riskli gruba giren bireylerin bu durumlarının pandemi süreci uzadıķa daha şiddetliye dönebileceği göz önüne alınarak strese uyuma dayalı psikoterapi teknikleri içeren tedavilerin uygulanması ve geliştirilmesi önerilmektedir.

Çalışanların anksiyete düzeyini daha fazla artırmamak için yöneticiler tarafından çalışma saatlerinin optimal düzeyde tutulabilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılması önemli bir yaklaşım olacaktır.

Salgın bitmeye başladığında sağlık çalışanları psikolojik açıdan aktif olarak izlenmeli, desteklenmeli ve gerekli durumlarda tedavi edilmelidir.

Özellikle ön saflarda çalışan, çalışmaya devam edecek olan personelin ruh sağlığının desteklenmesine yönelik kapsamlı stratejiler oluşturulması, sağlık acillerinin yönetiminde araştırma görevlilerinin ruh sağlığını ve performanslarını sürekli izleyen destek sistemlerinin oluşturulması önerilmektedir.

Evli araştırma görevlilerinin yüksek anksiyete seviyelerinin düşürülmesi için salgınlar ve kriz dönemlerinde psikolojik olarak daha yakın izlenmesi ve sosyal açıdan da desteklenmesi gerekli görülmektedir.

7. ÖZET

AMAÇ: Bu çalışmada, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan araştırma görevlilerinin pandemi dönemindeki anksiyete ve depresyon düzeylerinin uluslararası geçerlilikteki HAD (Hastane Anksiyete Depresyon) ölçeği ile araştırılması, bu durumun sosyodemografik ve diğer çevresel faktörlerle ilişkisinin saptanması amaçlanmıştır. Ayrıca bu konuda farkındalığı arttıracak çalışmalara, hekimlere böyle zor bir dönemde destek olunması ile ilgili düzeltici ve koruyucu önlemlerin alınmasına yönelik kararlara ışık tutması hedeflenmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM: Kesitsel tipteki bu çalışmanın evreni Manisa Celal Bayar Üniversitesi (MCBÜ) Tıp Fakültesi araştırma görevlileridir. Anket formu; ilk bölümde sosyo-demografik veri formu, ikinci bölümde HAD ölçeği sorularını içeren iki bölümden oluşmaktadır. Çalışma Şubat 2021-Mayıs 2021 tarihleri arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yüz yüze anket yoluyla 220 araştırma görevlisine yapılmıştır. HAD ölçeği, MCBÜ araştırma görevlilerindeki kaygı ve depresyon düzeyi hakkında bilgi sahibi olmak için güvenilir bir ölçektir.

BULGULAR: 220 araştırma görevlisi katılmış olup, yaş ortalaması 28; %44,1'i erkek, %55,9'u kadındır. Araştırma görevlilerinden; kadınlar ve erkekler arasında, yaşadıkları hanede COVID-19 açısından riskli birey bulunanlar (%31,4) ile bulunmayanlar arasında, COVID-19 sebebiyle yakınıni kaybeden (%11,8) ve kaybetmeyenler arasında, COVID-19 nedeniyle hastasını kaybeden (%28,2) ve kaybetmeyenler arasında, işyerine şahsi araçla ulaşım sağlayanlar (%73,2) ve sağlamayanlar arasında, çocuk sahibi olanlar (%8,6) ve olmayanlar arasında, pandemide görev alanlar (%85) ve almayanlar arasında ve görev alanlar içinde görev yerlerine göre dağılımlar arasında (triyaj, acil servis, yataklı servis, yoğun bakım, surveyans) depresyon ve anksiyete açısından istatistiksel bir fark bulunmamaktadır. Evliler bekarlardan daha yüksek anksiyete puanına sahiptir, depresyon açısından ise fark yoktur.

SONUÇ: HAD ölçeği puanlarına göre, anksiyetede, kadınların %43,1'i, erkeklerin %32'sinin riskli düzeyde puan sahibi olan gruba girmesi;

depresyonda ise; kadınların %50,4'ü, erkeklerinse %55,7'sinin riskli olan gruba girmesi çok yüksek oranlardır. Pandemi döneminde Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan araştırma görevlileri yüksek bir kaygı yüküne sahiptir. Bu durum; evli grup daha fazla olmak üzere, kaygı kaynaklarının belirlenmesi, kaygı düzeyinin azaltılması ve ek olarak depresif duygudurumunun önlenmesi yönlerinden çoklu desteğe şiddetle ihtiyaç duyulduğuna işaretler.

Anahtar Kelimeler: *COVID-19, araştırma görevlileri, anksiyete, depresyon*



8. ABSTRACT

DETERMINATION OF ANXIETY LEVELS RELATED TO THE NEW CORONAVIRUS DISEASE (COVID-19) OF RESIDENT DOCTORS OF MANISA CELAL BAYAR UNIVERSITY FACULTY OF MEDICINE

OBJECTIVE: In this study, it was aimed to investigate the anxiety and depression levels of the research assistants (resident doctors) working at Manisa Celal Bayar University Hafsa Sultan Hospital during the pandemic period with the internationally valid HAD (Hospital Anxiety Depression) scale and to determine the relationship of this situation with sociodemographic and other environmental factors. In addition, it is aimed to shed light on the studies that will increase awareness on this subject and the decisions to take corrective and protective measures to support physicians in such a difficult time.

MATERIALS-METHODS: The population of this cross-sectional study is Manisa Celal Bayar University (MCBU) Faculty of Medicine research assistants. Survey form; It consists of two parts, the socio-demographic data form in the first part and the HAD scale questions in the second part. The study was conducted on 220 research assistants through face-to-face survey at Manisa Celal Bayar University Medical School between February 2021 and May 2021. The HAD scale is a reliable scale to have information about the level of anxiety and depression in MCBU research assistants.

RESULTS: 220 research assistants participated, mean age was 28; 44.1% are men, 55.9% are women. From research assistants; Among women and men, between those who have a risky person for Covid-19 in their household (31.4%) and those who do not, among those who lost a loved one due to Covid-19 (11.8%) and those who did not, among those who lost a patient due to Covid-19 (28%, 2) and those who do not lose, between those who provide transportation to the workplace (73.2%) and those who do not, between those who have children (8.6%) and those who do not, between those

who took part in the pandemic (85%) and those who did not, and among those who did not. According to the distributions (triage, emergency service, inpatient service, intensive care, surveillance) there is no statistical difference in terms of depression and anxiety. Married people have higher anxiety scores than single people, but there is no difference in terms of depression.

CONCLUSION: According to HAD scale scores, 43.1% of women in anxiety, 32% of men fall into the group with risky scores; in depression; 50.4% of women and 55.7% of men are in the risky group, which is very high. Research assistants working at Manisa Celal Bayar University Hospital during the pandemic have a high burden of anxiety and depression. This situation; This indicates that there is a strong need for multiple support, especially in the married group, in terms of identifying sources of anxiety, reducing the level of anxiety and additionally preventing depressive mood.

Keywords: *Covid-19, researchers, anxiety, depression*

9. KAYNAKLAR

1. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China JAMA | Original Investigation | Caring For the Critically Ill Patient. JAMA [Internet]. 2020;323(11):1061–9. Available from: <https://jamanetwork.com/>
2. World Health Organization [cited 2021 Dec 11]. <https://www.covid19.who.int/>.
3. Covid19 [Internet]. [cited 2021 Dec 11]. Available from: <https://covid19.saglik.gov.tr/>
4. Karamustafaloğlu O. Aile hekimleri için Psikiyatri. 1st ed. İstanbul; 2010. 71–88 p.
5. Orhan Öztürk. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13th ed. Ankara; 2015.
6. Yönetimi PS, Disiplinleri B, Ve E, Teknolojileri B. COVID-19 Küresel Salgın Değerlendirme Raporu Terminoloji, Tanımlar, Tarihçe ve Türkiye’de Mevcut Durum.
7. Jin Y, Yang H, Ji W, Wu W, Chen S, Zhang W, et al. viruses Virology, Epidemiology, Pathogenesis, and Control of COVID-19. [cited 2021 Dec 11]; Available from: www.mdpi.com/journal/viruses
8. Bilimsel Çalışma Kurulu. COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU) Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı. [cited 2021 Dec 11]; Available from: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66337/genel-bilgiler-epidemiyoloji-ve-tani.html>
9. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. The New England Journal of Medicine [Internet]. 2020 Mar 26 [cited 2021 Dec 12];382(13):1199. Available from: [/pmc/articles/PMC7121484/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37301901/)
10. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard | WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data [Internet]. [cited 2021 Dec 11]. Available from: <https://covid19.who.int/>
11. COVID-19: Epidemiology, virology, and prevention - UpToDate [Internet]. [cited 2021 Dec 12]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention>
12. Morawska L, Milton DK. It is Time to Address Airborne Transmission of COVID-19. Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2021 Dec 12];71(9):2311–3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7454469/>
13. Klompas M, Baker MA, Rhee C. Airborne Transmission of SARS-CoV-2: Theoretical Considerations and Available Evidence. JAMA [Internet]. 2020 Aug 4 [cited 2021 Dec 12];324(5):441–2. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768396>
14. Lu J, Gu J, Gu J, Li K, Xu C, Su W, et al. COVID-19 Outbreak Associated with Air Conditioning in Restaurant, Guangzhou, China, 2020. Emerging Infectious Diseases [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2021

- Dec 12];26(7):1628. Available from: /pmc/articles/PMC7323555/
15. Bourouiba L. Turbulent Gas Clouds and Respiratory Pathogen Emissions: Potential Implications for Reducing Transmission of COVID-19. *JAMA* [Internet]. 2020 May 12 [cited 2021 Dec 12];323(18):1837–8. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763852>
 16. Wang W, Xu Y, Gao R, Lu R, Han K, Wu G, et al. Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens. *JAMA* [Internet]. 2020 May 12 [cited 2021 Dec 12];323(18):1843–4. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762997>
 17. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2020 May 28 [cited 2021 Dec 12];382(22):2081–90. Available from: https://www.researchgate.net/publication/340914054_Presymptomatic_SARS-CoV-2_Infections_and_Transmission_in_a_Skilled_Nursing_Facility
 18. Lee S, Kim T, Lee E, Lee C, Kim H, Rhee H, et al. Clinical Course and Molecular Viral Shedding Among Asymptomatic and Symptomatic Patients With SARS-CoV-2 Infection in a Community Treatment Center in the Republic of Korea. *JAMA Internal Medicine* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2021 Dec 12];180(11):1447–52. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2769235>
 19. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. *Lancet Oncol* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2021 Dec 12];21(3):335. Available from: /pmc/articles/PMC7159000/
 20. Zou X, Chen K, Zou J, Han P, Hao J, Han Z. Single-cell RNA-seq data analysis on the receptor ACE2 expression reveals the potential risk of different human organs vulnerable to 2019-nCoV infection. *Frontiers of Medicine* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2021 Dec 12];14(2):1. Available from: /pmc/articles/PMC7088738/
 21. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet* [Internet]. 2020 Feb 15 [cited 2021 Dec 12];395(10223):470. Available from: /pmc/articles/PMC7135038/
 22. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* [Internet]. 2020 Feb 15 [cited 2021 Dec 12];395(10223):497. Available from: /pmc/articles/PMC7159299/
 23. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet* [Internet]. 2020 Feb 15 [cited 2021 Dec 12];395(10223):507. Available from: /pmc/articles/PMC7135076/
 24. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China:

- a retrospective cohort study. *Lancet* [Internet]. 2020 Mar 28 [cited 2021 Dec 12];395(10229):1054. Available from: /pmc/articles/PMC7270627/
25. Zu ZY, di Jiang M, Xu PP, Chen W, Ni QQ, Lu GM, et al. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Perspective from China. *Radiology* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2021 Dec 12];296(2):E15–25. Available from: /pmc/articles/PMC7233368/
 26. Pan Y, Zhang D, Yang P, Poon LLM, Wang Q. Viral load of SARS-CoV-2 in clinical samples. *The Lancet Infectious Diseases* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2021 Dec 12];20(4):411. Available from: /pmc/articles/PMC7128099/
 27. Bilimsel Çalışma Kurulu. ERİŞKİN HASTA TEDAVİSİ. 2021; [cited 2021 Dec 11]; Available from: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66926/eriskin-hasta-tedavisi.html>
 28. Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn SC, di Napoli R. Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19). *StatPearls* [Internet]. 2021 Sep 2 [cited 2021 Dec 13]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>
 29. George PM, Wells AU, Jenkins RG. Pulmonary fibrosis and COVID-19: the potential role for antifibrotic therapy. *The Lancet Respiratory Medicine* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2021 Dec 13];8(8):807. Available from: /pmc/articles/PMC7228727/
 30. Long B, Brady WJ, Koyfman A, Gottlieb M. Cardiovascular complications in COVID-19. *The American Journal of Emergency Medicine* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2021 Dec 13];38(7):1504. Available from: /pmc/articles/PMC7165109/
 31. Carod-Artal FJ. Neurological complications of coronavirus and COVID-19. *Revista de Neurologia*. 2020 May 1;70(9):311–22.
 32. Gottlieb M, Long B. Dermatologic manifestations and complications of COVID-19. *The American Journal of Emergency Medicine* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2021 Dec 13];38(9):1715. Available from: /pmc/articles/PMC7274995/
 33. Öngür D, Perlis R, Goff D. Psychiatry and COVID-19. *JAMA* [Internet]. 2020 Sep 22 [cited 2021 Dec 13];324(12):1149–50. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2770856>
 34. Greene AG, Saleh M, Roseman E, Sinert R. Toxic shock-like syndrome and COVID-19: Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C). *The American Journal of Emergency Medicine* [Internet]. 2020 Nov 1 [cited 2021 Dec 13];38(11):2492.e5. Available from: /pmc/articles/PMC7274960/
 35. Crocq MA. A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience* [Internet]. 2015 [cited 2021 Dec 13];17(3):319. Available from: /pmc/articles/PMC4610616/
 36. Torpy JM, Burke AE, Golub RM. Generalized Anxiety Disorder. *JAMA* [Internet]. 2011 Feb 2 [cited 2021 Dec 13];305(5):522–522. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/645425>
 37. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, Eaton WW. DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* [Internet]. 1994 May 1 [cited 2021 Dec

- 13];51(5):355–64. Available from:
<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/496593>
38. Donner J, Sipilä T, Ripatti S, Kananen L, Chen X, Kendler KS, et al. Support for involvement of glutamate decarboxylase 1 and neuropeptide y in anxiety susceptibility. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics* [Internet]. 2012 Apr 1 [cited 2021 Dec 13];159B(3):316–27. Available from:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ajmg.b.32029>
 39. Garvey MJ, Noyes R, Woodman C, Laukes C. The Association of Urinary 5-Hydroxyindoleacetic Acid and Vanillylmandelic Acid in Patients with Generalized Anxiety. *Neuropsychobiology* [Internet]. 1995 [cited 2021 Dec 13];31(1):6–9. Available from:
<https://www.karger.com/Article/FullText/119165>
 40. Dugas MJ, Marchand A, Ladouceur R. Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorders*. 2005 Jan 1;19(3):329–43.
 41. Beck AEG. *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York; 1985.
 42. Newman MG, Shin KE, Zuellig AR. Developmental Risk Factors in Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder. *J Affect Disord* [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2021 Dec 13];206:94. Available from:
</pmc/articles/PMC5077703/>
 43. Gale CK, Oakley-Browne M. Generalized Anxiety Disorder. *American Family Physician*. 2003 Jan 1;67(1):135.
 44. Kaplan HSB. *Synopsis of Psychiatry*. 12th ed. New York;
 45. Wittchen HU, Gloster AT, Beesdo-Baum K, Fava GA, Craske MG. Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depression and Anxiety* [Internet]. 2010 Feb 1 [cited 2021 Dec 13];27(2):113–33. Available from:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/da.20646>
 46. Masi G, Mucci M, Millepiedi S. Separation Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *CNS Drugs* 2001 15:2 [Internet]. 2012 Aug 29 [cited 2021 Dec 13];15(2):93–104. Available from:
<https://link.springer.com/article/10.2165/00023210-200115020-00002>
 47. Hua A, Major N. Selective mutism. *Current Opinion in Pediatrics* [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2021 Dec 13];28(1):114–20. Available from: https://journals.lww.com/co-pediatrics/Fulltext/2016/02000/Selective_mutism.19.aspx
 48. Isikli S, Baran Z, Aslan S. Developing an auxiliary tool for treatment of specific phobias via virtual reality technology applications: An effectiveness study. *Klinik Psikiyatri Dergisi* [Internet]. 2019 [cited 2021 Dec 13];22(3):316–28. Available from:
https://www.researchgate.net/publication/331980236_Developing_An_Auxiliary_Tool_for_Treatment_of_Specific_Phobias_via_Virtual_Reality_Technology_Applications_An_Effectiveness_Study
 49. Choy Y, Fyer AJ, Lipsitz JD. Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review*. 2007 Apr 1;27(3):266–86.

50. Khan S, Siddique R, Li H, Ali A, Shereen MA, Bashir N, et al. Impact of coronavirus outbreak on psychological health. *Journal of Global Health* [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 13];10(1). Available from: [/pmc/articles/PMC7180007/](#)
51. Hossain MM, Sultana A, Purohit N. Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiology and Health* [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 13];42. Available from: [/pmc/articles/PMC7644933/](#)
52. Sommer IE, Bakker PR. What can psychiatrists learn from SARS and MERS outbreaks *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2021 Dec 13];7(7):565. Available from: [/pmc/articles/PMC7234779/](#)
53. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS ONE* [Internet]. 2020 Apr 1 [cited 2021 Dec 13];15(4). Available from: [/pmc/articles/PMC7162477/](#)
54. Xu H, Zhong L, Deng J, Peng J, Dan H, Zeng X, et al. High expression of ACE2 receptor of 2019-nCoV on the epithelial cells of oral mucosa. *International Journal of Oral Science* 2020 12:1 [Internet]. 2020 Feb 24 [cited 2021 Dec 14];12(1):1–5. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41368-020-0074-x>
55. Desforges M, Favreau DJ, Brison É, Desjardins J, Meessen-Pinard M, Jacomy H, et al. Human Coronaviruses Respiratory Pathogens Revisited as Infectious Neuroinvasive, Neurotropic, and Neurovirulent Agents. *Neuroviral Infections* [Internet]. 2013 Feb 20 [cited 2021 Dec 14];93–121. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.1201/b13908-6/human-coronaviruses-respiratory-pathogens-revisited-infectious-neuroinvasive-neurotropic-neurovirulent-agents-marc-desforges-dominique-favreau-élodie-brison-jessica-desjardins-mathieu-meessen-pinard-hélène-jacomy-pierre-talbot>
56. Szcześniak D, Gładka A, Misiak B, Cyran A, Rymaszewska J. The SARS-CoV-2 and mental health: From biological mechanisms to social consequences. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* [Internet]. 2021 Jan 10 [cited 2021 Dec 14];104:110046. Available from: [/pmc/articles/PMC7384993/](#)
57. Mazza MG, de Lorenzo R, Conte C, Poletti S, Vai B, Bollettini I, et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2021 Dec 14];89:594. Available from: [/pmc/articles/PMC7390748/](#)
58. Troyer EA, Kohn JN, Hong S. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. *Brain, Behavior, and Immunity* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2021 Dec 14];87:34. Available from: [/pmc/articles/PMC7152874/](#)
59. Okusaga O, Yolken RH, Langenberg P, Lapidus M, Arling TA, Dickerson FB, et al. Association of seropositivity for influenza and coronaviruses with history of mood disorders and suicide attempts.

- Journal of Affective Disorders [Internet]. 2011 Apr [cited 2021 Dec 14];130(1):220. Available from: /pmc/articles/PMC3043161/
60. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2021 Dec 14];17(5):1729. Available from: /pmc/articles/PMC7084952/
 61. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, et al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research* [Internet]. 2020 May 1 [cited 2021 Dec 14];287:112934. Available from: /pmc/articles/PMC7102633/
 62. Rossi R, Socci V, Talevi D, Mensi S, Niolu C, Pacitti F, et al. COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2020 Aug 7 [cited 2021 Dec 14];11. Available from: /pmc/articles/PMC7426501/
 63. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet* [Internet]. 2020 Mar 14 [cited 2021 Dec 14];395(10227):912–20. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673620304608/fulltext>
 64. Figen Demir Ü, Makalesi A. The effect of COVID-19 pandemic on sleeping status. *Journal of Surgery and Medicine* [Internet]. 2020 May 1 [cited 2021 Dec 14];4(5):334–9. Available from: <http://jsurgmed.com/tr/pub/josam/737088>
 65. Işıklı S. Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü Covid-19 Salgınlarının Psikolojik Sonuçları ve Etkii Başa Çıkma Yöntemleri. [cited 2021 Dec 14]; Available from: https://corona.hacettepe.edu.tr/wp-content/uploads/2020/06/Covid-19_psikolojik_sonuc_lari_basa_cikma_yontemleri.pdf
 66. Üniversitesi D, Bilimleri S, Dergisi E, Dü /, Bil S, Derg E, et al. Ebe ve Hemşirelerde Çalışma Koşullarının Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Anksiyete Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* [Internet]. 2020 Jan 31 [cited 2021 Dec 14];10(1):73–80. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/duzcesbed/587967>
 67. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1997;8(4):280–7.
 68. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [Internet]. 1983 Jun 1 [cited 2021 Dec 24];67(6):361–70. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
 69. Necla ÖNER. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul; 1983; 5-13.
 70. Nesrin H. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için

- geçerliliği, güvenilirliği. Psikoloji Dergisi. 1989;1–13.
71. Preti E, di Mattei V, Perego G, Ferrari F, Mazzetti M, Taranto P, et al. The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Current Psychiatry Reports* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2022 Apr 12];22(8). Available from: [/pmc/articles/PMC7350408/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32651717/)
 72. Sahu AK, Amrithanand VT, Mathew R, Aggarwal P, Nayer J, Bhoi S. COVID-19 in health care workers – A systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Emergency Medicine* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2022 Apr 12];38(9):1727. Available from: [/pmc/articles/PMC7837172/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32905170/)
 73. COVID-19 Information for Specific Groups of People | CDC [Internet]. [cited 2022 Apr 21]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/index.html>
 74. Song X, Fu W, Liu X, Luo Z, Wang R, Zhou N, et al. Mental health status of medical staff in emergency departments during the Coronavirus disease 2019 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2022 Apr 21];88:60. Available from: [/pmc/articles/PMC7273140/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32590533/)
 75. Gupta S, Prasad AS, Dixit PK, Padmakumari P, Gupta S, Abhisheka K. Survey of prevalence of anxiety and depressive symptoms among 1124 healthcare workers during the coronavirus disease 2019 pandemic across India. *Med J Armed Forces India* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2022 Apr 21];77(Suppl 2):S404–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32905170/>
 76. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open* [Internet]. 2020 Mar 4 [cited 2022 Apr 21];3(3). Available from: [/pmc/articles/PMC7090843/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32590533/)
 77. Hall H. The effect of the COVID-19 pandemic on healthcare workers' mental health. *JAAPA* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2022 Apr 21];33(7):45–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32590533/>
 78. Preti E, di Mattei V, Perego G, Ferrari F, Mazzetti M, Taranto P, et al. The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2022 Apr 21];22(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32651717/>
 79. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yrondi A, Brunault P, Bienvenu T, et al. [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks?]. *L'Encephale* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2022 Apr 21];46(3S):S73–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32370984/>
 80. Khanal P, Devkota N, Dahal M, Paudel K, Joshi D. Mental health impacts among health workers during COVID-19 in a low resource setting: a cross-sectional survey from Nepal. *Globalization and Health*

- [Internet]. 2020 Sep 25 [cited 2022 Apr 20];16(1). Available from: [/pmc/articles/PMC7517059/](#)
81. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open* [Internet]. 2020 Mar 4 [cited 2022 Apr 20];3(3). Available from: [/pmc/articles/PMC7090843/](#)
 82. Rouhbakhsh A, Badrfam R, Nejatiasafa AA, Soori M, Sharafi SE, Etesam F, et al. Health Care Professionals' Perception of Stress During COVID-19 Pandemic in Iran: A Qualitative Study. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2022 Apr 21];12:804637. Available from: [/pmc/articles/PMC8844024/](#)
 83. Hassannia L, Taghizadeh F, Moosazadeh M, Zarghami M, Taghizadeh H, Dooki AF, et al. Anxiety and Depression in Health Workers and General Population During COVID-19 in IRAN: A Cross-Sectional Study. *Neuropsychopharmacology Reports* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2022 Jan 7];41(1):40. Available from: [/pmc/articles/PMC8182959/](#)
 84. di Tella M, Romeo A, Benfante A, Castelli L. Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2022 Apr 27];26(6):1583–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32710481/>
 85. Karasu F, Öztürk Çopur E, Ayar D. The impact of COVID-19 on healthcare workers' anxiety levels. *Zeitschrift Fur Gesundheitswissenschaften* [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 27];1. Available from: [/pmc/articles/PMC7779328/](#)
 86. Çelikkalp Ü, Irmak AY, Ekuklu G. Working conditions and anxiety levels of employees who have to work during the COVID-19 pandemic. *Work*. 2021 Jan 1;70(4):1047–55.
 87. Noor NM, Yusof RC, Yacob MA. Anxiety in Frontline and Non-Frontline Healthcare Providers in Kelantan, Malaysia. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2022 Mar 29];18(3):1–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33498397/>

EK 3: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1.YAŞ:

2.CİNSİYET:

3.MEDENİ HAL:

4.ÇALIŞILAN BÖLÜM:

5.ÇOCUĞUNUZ VAR MI?

- EVET
- HAYIR

6.YAŞADIĞINIZ HANEDE 65 YAŞ ÜZERİ VEYA KRONİK HASTALIKLI VEYA GEBE VEYA İMMÜN YETMEZLİKLİ BİREY VAR MI?

- EVET
- HAYIR

7.PANDEMİ İLE İLGİLİ HERHANGİ BİR BİRİMDE GÖREV ALDINIZ MI? ALDIYSANIZ ÇALIŞTIĞINIZ BİRİM YA DA BİRİMLERİ İŞARETLEYİNİZ. (BİRDEN FAZLA İŞARETLEYEBİLİRSİNİZ.)

- PANDEMİDE GÖREV ALMADIM.
- TRİYAJ POLİKLİNİĞİNDE GÖREV ALDIM.
- ACİL SERVİSTE GÖREV ALDIM.
- COVID-19 YATAKLI SERVİSİNDE GÖREV ALDIM.
- COVID-19 YOĞUN BAKIMDA GÖREV ALDIM.

8.İŞYERİNİZE NASIL ULAŞIM SAĞLIYORSUNUZ?

- YAYA OLARAK
- ŞAHSİ ARAÇLA
- TOPLU TAŞIMAYLA
- DİĞER (LÜTFEN BELİRTİNİZ.....)

9.COVID-19 NEDENİYLE HERHANGİ BİR YAKININIZI KAYBETTİNİZ Mİ?

- EVET
- HAYIR

10.COVID-19 NEDENİYLE TAKİP ETTİĞİNİZ HASTALARDAN HASTANEDE KALDIĞI SÜRE ZARFINDA VEFAT EDEN OLDU MU?

- EVET
- HAYIR

EK 4: HAD ÖLÇEĞİ

Hasta Adı Soyadı Tarih

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

1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

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

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

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

-Çoğu zaman

-Birçok zaman

-Zaman zaman, ama çok sık değil

-Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

-Hiçbir zaman

-Sık değil

-Bazen

-Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

-Kesinlikle

-Genellikle

-Sık değil

-Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

-Hemen hemen her zaman

-Çok sık

-Bazen

-Hiçbir zaman

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

-Hiçbir zaman

-Bazen

-Oldukça sık

-Çok sık

10)Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebilirim
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

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

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12)Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13)Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

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

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek