



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**KORONAVİRÜS HASTALARINA BAKIM VEREN
HEMŞİRELERİN KAYGI DÜZEYLERİ VE UYKU KALİTESİ**

Büşra YILDIZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi EZGİ MUTLUAY YAYLA

DÜZCE, 2022

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

29/06/2022

Büşra YILDIZ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince ve tezimin her aşamasında değerli bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen değerli hocam ve danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Ezgi MUTLUAY YAYLA'ya,

Eğitim sürecim boyunca bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan ve desteğini esirgemeyen kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe TÜRTEK KAYMAZ'a ve emeği geçen tüm hocalarıma,

Çalışmanın yürütülmesinde Toyota Acil Yardım Hastanesi, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Düzce Atatürk Devlet Hastanesi'ndeki çalışmama katkı sağlayan, zaman ayıran ve COVID-19 salgını süresince özveriyle çalışan tüm meslektaşlarıma,

Tez sürecimde beni güven ve sabırla destekleyen, her koşulda yanımda olan ve her zaman sevildiğimi hissettiren annem Gönül YILDIZ, babam Abdurrahman YILDIZ ve canım kardeşim Adnan Emre YILDIZ'a,

Bu süreçteki zor anlarımda desteğini esirgemeyen dostlarıma ve tüm arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Büşra YILDIZ

Haziran, 2022

İÇİNDEKİLER

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	v
TABLolar LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
ÖZET	1
1. GİRİŞ.....	3
2.GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. Koronavirüs (COVİD-19) Salgını.....	7
2.1.1. COVİD-19 Virolojisi.....	7
2.1.2. COVİD-19 Epidemiyolojisi.....	8
2.1.3. COVİD-19 Patofizyolojisi ve Bulaş Yolu	9
2.1.4. COVİD-19 Etiyoloji, Klinik Seyri, Belirti Ve Bulguları	11
2.1.5. COVİD-19 Tanı Yöntemleri.....	12
2.1.6. COVİD-19 Tedavi Yöntemleri.....	14
2.1.7. COVİD-19’da Bağışıklama	15
2.1.8. COVİD-19’a Karşı Alınan Standart Önlemler	17
2.1.9. COVİD-19 Salgını ve Hemşirelik.....	18
2.2. Kaygı Tanımı ve Çeşitleri	20
2.2.1. COVİD-19 Salgını ve Kaygı Düzeyi.....	20
2.2.2. COVİD-19 Salgınında Görev Alan Hemşirelerde Kaygı Düzeyi	21
2.3. Uyku Tanımı ve Fizyolojisi	22
2.3.1. Uyku Uyanıklık Döngüsü (Sirkadiyen Ritm).....	23
2.3.2.Uyku Evreleri	24
2.3.3. COVİD-19 Salgını Ve Uyku Kalitesi.....	25
2.3.4. COVİD-19 Salgınında Görev Alan Hemşirelerin Uyku Kalitelerini Etkileyen Faktörler	26
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. Araştırmanın Türü.....	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	28
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	28

3.6. Araştırmanın Hipotezleri.....	29
3.7. Verilerin Toplaması	29
3.8. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulanması	32
3.9. Veri Toplama Formlarının Uygulanması	32
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.11. Araştırmanın Etik Yönü	33
3.12.Araştırmanın Sınırlılıkları	33
4. BULGULAR.....	34
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	35
4.2. Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	37
4.3. Hemşirelerin COVID-19 Süreci Deneyimlerine İlişkin Bulgular.....	39
4.4. Hemşirelerin Kaygı ve Uyku Kalitesine İlişkin Bulgular	40
5. TARTIŞMA.....	59
5.1. Kaygı Düzeyine İlişkin Tartışma	59
5.2. Uyku Kalitesine İlişkin Tartışma	64
5.3. Ölçeklerin Korelasyonuna İlişkin Tartışma	67
6.SONUÇ ve ÖNERİLER	69
7. KAYNAKÇA.....	71
8.EKLER	92
EK-1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	92
EK- 2 Kişisel Bilgi Formu	94
EK-3 Koronavirüs Kaygı Ölçeği.....	97
EK-4 Durumluk Kaygı Ölçeği	98
EK-5 Sürekli Kaygı Ölçeği	99
EK-6 Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi	100
EK-7 Etik Kurul İzni	102
EK-8 Toyotasa Acil Yardım Hastanesi.....	104
EK-9 Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzni	105
EK-10 Düzce İl Sağlık Müdürlüğü İzni	106
EK-11 Ölçek Kullanım İzinleri.....	107
EK-12 Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Araştırma İzni	108
9. ÖZGEÇMİŞ.....	109

KISALTMALAR LİSTESİ

ACE	Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim
ALT	Alanin Aminotransferaz
ARDS	Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu
AST	Aminotransferaz Testi
BSR	Bulbar Senkronize Edici Sistem
BT	Bilgisayarlı Tomografi
CDC	Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri
Cov	Koronavirüs
COVID-19	Koronavirus Hastalığı-2019
CRP	C-Reaktif Protein
DNA	Deoksiribo Nükleik Asit
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DSKÖ	Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği
EEG	Elektroensefalografi
ELISA	Enzime Bağlı İmmünosorbent Testi
EMA	Avrupa İlaç Kurumu
FDA	Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
GABA	Gammaaminobütirik Asit
HES	Hayat Eve Sığar
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü
ICN	Uluslararası Hemşireler Konseyi
KKE	Kişisel Koruyucu Ekipman
KKÖ	Koronavirüs Anksiyete Ölçeği
MERS	Orta Doğu Solunum Sendromu
OSHA	Mesleki Güvenlik ve Sağlık Yönetimi
PUKİ	Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi
RAS	Retiküler Aktive Edici Sistem
RNA	Ribonükleik Asid
RT-PCR	Reverse Transkriptaz Polimeraz Zincir Reaksiyonu
SARS	Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 4.1.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri	35
Tablo 4.2.1. Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı	37
Tablo 4.3.1. Hemşirelerin COVID-19 Süreci Deneyimlerine Göre Dağılımı	39
Tablo 4.4.1 Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	40
Tablo 4.4.2 Hemşirelerin Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Düzeyleri ve Uyku Kalitelerine İlişkin Verilerin Dağılımı	41
Tablo 4.5 Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Toplam Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	42
Tablo 4.6. Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Toplam Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	50
Tablo 4.7. Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Toplam Puan Ortalamalarının Hemşirelerin COVID-19 Süreci Deneyimlerine Göre Karşılaştırılması	53
Tablo 4.8. Hemşirelerin Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ) Toplam Puanı ile Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Toplam Puanları Arasındaki İlişki	56
Tablo 4.9.1. Hemşirelerin Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ) Puanının Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) Yordaması Üzerine Gerçekleştirilen Basit Doğrusal Regresyon Analizi	57
Tablo 4.9.2. Hemşirelerin Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) Puanının Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Yordaması Üzerine Gerçekleştirilen Birleşik Doğrusal Regresyon Analizi	58

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. DSÖ Bölgelerine Göre COVID-19 Vaka Sayısı.....	9
---	---



ÖZET

KORONAVİRÜS HASTALARINA BAKIM VEREN HEMŞİRELERİN KAYGI DÜZEYLERİ VE UYKU KALİTESİ

Büşra YILDIZ

Yüksek Lisans Tezi, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı

Tez Danışmanı: Dr.Öğr. Üyesi Ezgi MUTLUAY YAYLA

Haziran 2022, 109 Sayfa

Araştırma, koronavirüs hastalarına bakım veren hemşirelerin kaygı düzeylerinin ve uyku kalitesinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Şubat 2021- Şubat 2022 tarihleri arasında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Toyota Acil Yardım Hastanesi ve Düzce Atatürk Devlet Hastanesi pandemi servislerinde çalışan 240 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, “Kişisel Bilgi Formu”, “Koronavirüs Kaygı Ölçeği”, “Durumluk- Süreklilik Kaygı Ölçeği” ve “Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi” kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, parametrik karşılaştırma testleri ve korelasyon testleri kullanılmıştır. Hemşirelerin Durumluk Kaygı Ölçeği puanı 47.74 ± 12.27 , Sürekli Kaygı Ölçeği puanı 46.96 ± 9.58 ve Koronavirüs Kaygı Ölçeği ortalama puanları 2.91 ± 3.77 olup, hemşirelerin kaygı düzeyi orta düzeydedir. Hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalamasının 9.72 ± 3.48 olduğu ve uyku kalitelerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin Koronavirüs Kaygı Ölçeği puanları ile, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi toplam puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde ($r=0.345$; $p<0.05$); Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği puanları ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi toplam puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0.495$; $p<0.05$), ($r=0.502$; $p<0.05$). Bu sonuçlar ışığında salgın sürecinde hemşirelerin kaygı düzeyini ve uyku kalitelerini etkileyen risk faktörlerine yönelik tedbirlere ve iyileştirici stratejilerin geliştirilmesine ihtiyaç olduğu ortaya koyulmuştur. Hemşirelerin uyku kalitelerini artırılması ve kaygı düzeylerinin azaltılmasında hemşirelerin çalışma koşullarına yönelik yeni planlamaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Hemşire, kaygı, koronavirüs, salgın, uyku

ABSTRACT

ANXIETY LEVELS AND SLEEP QUALITY OF NURSES THAT PROVIDED CARE FOR CORONAVIRUS PATIENTS

Büşra YILDIZ

Master's Thesis, Internal Medicine Nursing Program

Thesis Advisor: Ezgi MUTLUAY YAYLA M.D, Faculty Member

June 2022, 109 Pages

This was a descriptive study conducted with the aim of identifying the anxiety levels and sleep quality of nurses who provided care for coronavirus patients. The study sample consisted of 240 nurses working in the pandemic services of Sakarya Training and Research Hospital, Toyota Emergency Hospital, and Düzce Atatürk State Hospital between February 2021 and February 2022. Data were collected using the "Personal Data Form", "Coronavirus Anxiety Scale", "State-Trait Anxiety Inventory", and "Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)". Data were analyzed by using descriptive statistical methods, parametric comparison tests, and correlation tests. The nurses' State Anxiety score was 47.74 ± 12.27 , Trait Anxiety score was 46.96 ± 9.58 , and Coronavirus Anxiety Scale score was 2.91 ± 3.77 , and they had a moderate level of anxiety. The study found that the mean PSQI score of the nurses was 9.72 ± 3.48 and that their sleep quality was low. In addition, there was a weak, positive ($r=0.345$; $p<0.05$), and statistically significant linear relationship between the Coronavirus Anxiety Scale scores and the PSQI total scores of nurses, and there was a moderate, positive, and statistically significant linear relationship between the State Anxiety and Trait Anxiety scores and the PSQI total scores ($r=0.495$; $p<0.05$), ($r=0.502$; $p<0.05$). The results of the study suggest that there is a need for measures and remedial strategies for the risk factors affecting the anxiety level and sleep quality of nurses during the pandemic process; and that new plans should be made to improve nurses' working conditions in order to increase their sleep quality and reduce their anxiety levels.

Keywords: Nurse, anxiety, coronavirus, pandemic, sleep

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Bir enfeksiyon etkeninin canlı organizmaya doğrudan veya dolaylı yolla girerek oluşturduğu hastalığın, yayılarak çok sayıda canlıya bulaşmasına salgın hastalık denilmektedir¹. Oluşan bu bulaşıcı hastalık geniş bir coğrafi alanda görülen ve nüfusun son derece yüksek bir oranını etkileyen bir salgın ise epidemi; uluslararası sınırları ve hatta kıtaları aşan, tüm dünya genelinde yayılan ve etkisini gösteren salgın hastalık ise pandemi olarak adlandırılmaktadır^{2,3}.

Geçmişte yaşanan salgınları bilmek, gelecekte meydana gelecek salgınlara daha iyi hazırlanmamızı ve kontrol altına almamızı sağlamaktadır. Dünyada yaşanan salgınlara baktığımızda; verem, kızamık, dizanteri, veba, sıtma, tifo, çiçek, kolera, difteri ve grip gibi salgın hastalıklar toplumu demografik, sosyal ve ekonomik açıdan etkilemiştir⁴.

Günümüzdeki yeni salgın COVID-19, Çin'in Wuhan eyaletinde ortaya çıkan ve tüm dünyaya yayılan ciddi akut solunum yetmezliği ile karakterize SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2)'nin sebep olduğu yeni tip bir koronavirüs hastalığıdır⁵.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 30 Ocak 2020'de COVID-19'u uluslararası düzeyde halk sağlığı acil durumu olarak duyurmuş olup, yayılma hızı ve mortalite hızının fazla olması nedeniyle 11 Mart 2020 tarihinde "pandemi" olarak ilan edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü salgının, 2022 Haziran itibariyle tüm Dünya'da 532 milyondan fazla vaka ve yaklaşık 6,3 milyon ölüme yol açmıştır. Dünyada en çok COVID-19 vakası bildiren ilk 3 ülke sırasıyla 84,8 milyon kişi ile ABD, 43,2 milyon kişi ile Hindistan ve 31,2 milyon kişi ile Brezilya'dır. COVID-19 ülkemizde ilk defa 11 Mart 2020 tarihinde tespit edilmiş olup, o tarihten itibaren tüm dünya ile eşzamanlı olarak ülkemizde de vaka sayıları artış göstermiştir^{6,7}. Türkiye, toplam vaka sıralamasında dünyada 10. sırada bulunmakla birlikte, 2022 Haziran itibariyle 15,1 milyon vaka ve 98,965 ölüm bildirilmiştir. COVID-19 salgını dünyada ve ülkemizde halen etkilerini sürdürmektedir^{8,9}.

COVID-19 enfeksiyonu; asemptomatik seyredebileceği gibi hafif üst solunum yolu enfeksiyonu, solunum yetmezliği, çoklu organ yetmezliği ve tromboembolik komplikasyonlara kadar ilerleyebilen farklı klinik tablolara ve ölümlere yol açabilmektedir^{10,11}. Bu klinik tablolar; semptom görülmeyen hafif seyirli olgular, ateş ve

solunum yolu enfeksiyonu semptomları görülen orta seyirli olgular, öksürük ve nefes darlığı yakınması olan, solunum sayısı 24-30/dk arasında, oda havasında $spO_2 < 94$ ve oksijen desteği gerektiren ağır seyirli olgular ve solunum sayısı $> 30/dk$ oda havasında $spO_2 < 90$ sepsis tablosunda, organ yetmezliği gelişmiş olan hastalar ise kritik seyirli olgular olarak sınıflandırılmaktadır. COVID-19 tanısıyla izlenen hastaların yaklaşık %14'ünün hastalığı "ağır tabloda", %5'inin de "kritik tabloda" geçirdiği bildirilmektedir. Ayrıca hastaların %10 kadarının hastaneye yatışı gerekmekte olup hastaneye yatışların %10'ununda yoğun bakım takibi egerektiği bildirilmiştir¹².

Salgın sürecinde COVID-19'a neden olan virüste çok sayıda mutasyon gelişmiştir. Mutasyon çeşitlerine göre belirti ve bulgular farklılık göstermekte olup COVID-19 hastalarında en sık saptanan klinik bulgular öksürük, ateş, kas ağrısı veya halsizlik iken, daha az görülen semptomlar; diyare, balgam, baş ağrısı, tat ve koku kaybıdır¹³⁻¹⁵. COVID-19 temel olarak damlacık yoluyla bulaşmaktadır. Hasta bireylerin öksürme ve hapsirmeleri ile ortama yayılan damlacıkların direk solunum yoluyla veya otamdaki damlacıklarla diğer kişilerin teması sonrasında, ellerini ağız, burun veya göze dokunması da bulaşa neden olabilmektedir¹⁶.

Hastayla yakın teması olan ve hastaların bakım ve tedavisini gerçekleştiren hemşirelere, COVID-19 bulaş riski yüksektir. Mesleki Güvenlik ve Sağlık Yönetimi (OSHA) damlacık bulaşını artıran işlemlerde (öksürük/nefes egzersizleri, postural drenaj, trakeal aspirasyon, nebulizatör uygulaması, oksijen tedavisi, kardiopulmoner resüstasyon, entübasyon vb.) rol alan hemşirelerin, yüksek riskli personel sınıflandırılmasında yer aldığını belirtmektedir¹⁷. Türk Tabipler Birliği Nisan 2022 tarihli raporunda, ülkemizde COVID-19 salgını nedeni ile yaklaşık 500 sağlık çalışanının öldüğünü bildirmiştir¹⁸. Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) raporuna göre ise dünyada COVID-19 nedeniyle yaklaşık 2.200 hemşire vefat etmiş, 1,6 milyondan fazla hemşire enfekte olmuştur ve bu sayı her geçen gün artmaktadır¹⁹.

Dünya ve ülke genelinde COVID-19 salgınının yayılımını engellemek için zaman zaman pek çok kısıtlama getirilmiş olup koronavirüse karşı kamuda ve sosyal yaşamda birçok yeni önlemler alınmıştır²⁰. Karantinalar ve alınan sıkı tedbirlerin hayata girmesi bireylerin psikolojisini olumsuz etkilemiştir²¹. Salgın sürecinde hemşireler hem birey olarak hem de mesleki görev ve sorumlulukları nedeni ile birçok psikolojik sorunla karşılaşmıştır. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin rol

çatışması, iş yükünün fazlalığı, yönetici ve hastalar ile yaşanan sorunlar, durumu kritik yoğun bakımda bulunan hastalara bakım sağlama ve vardiya sistemi ile çalışma gibi olumsuz faktörlere maruz kaldığını bildirmiş olup salgın sürecinde bu maruziyet daha da artmıştır. Hemşireler salgın sürecinde; artmış iş yükü, normalden daha uzun çalışma saatleri, çalışma ortamlarının değişmesi ve ilave kişisel koruyucu ekipmanlarla çalışma gibi koşullarda görevlerini yerine getirmişlerdir²². Ayrıca enfekte olma ve enfeksiyonu yakınlarına bulaştırma korkusuyla evden ayrılma, aile üyelerinden uzak kalma, misafirhaneler ve otellerde konaklayarak hayat düzenlerini değiştirme durumunda kalmışlardır. Birlikte çalıştıkları ekip arkadaşlarının kaybına da tanık olmakla birlikte hastalarının hızlı kötüleşen klinik tablosuna yönelik yoğun tedavi ve bakım uygulamalarını gerçekleştirmekte olup, sürecin ne zaman sona ereceğinin belirsizliğiyle sağlık hizmeti vermektedirler²³. Tüm bu süreç içinde maruz kalınan stres faktörleri hemşireleri psikososyal ve fizyolojik açıdan olumsuz yönde etkilemekte kaygı ve uyku problemlerine sebep olabilmektedir²⁴.

Kaygı ve uykusuzluğa bağlı olarak; başışıklığın düşmesi, çalışma veriminde azalma, delici-kesici alet yaralanmaları, gereğinden fazla önlem alma eğilimi, ölüm korkusu, sinirlilik hali, yorgunluk, iletişim bozuklukları, sosyal geri çekilme ve aile üyeleriyle çatışmada artış görülebilmektedir. Yapılan çalışmalarda uyku kalitesi ve kaygı bozukluklarının karşılıklı olarak birbirlerini olumsuz etkilediği gösterilmiştir²⁴⁻²⁶. Lai ve arkadaşlarının 1257 sağlık çalışanı ile yaptığı araştırma sonucunda; cinsiyeti kadın olmanın, hemşire olmanın ve COVID-19 hastalarının tedavi ve bakımında ön safhada olmanın daha fazla psikolojik yük getirdiği bulunmuş olup, sağlık çalışanlarının stres (%71,5), depresyon (%50,4), kaygı (%44,6) ve uykusuzluk (%34,0) belirtileri gösterdiği bildirilmiştir¹⁶. Polonya’da yapılan bir çalışmada ise sağlık çalışanlarında %70,7 oranında depresyon, %64,4 oranında kaygı ve %58 oranında uykusuzluk saptanmıştır²⁷. Çin’de 1563 sağlık çalışanı ile yapılan başka bir çalışmada depresyon %50,7, kaygı %44,7 ve uykusuzluk %36,1 oranında tespit edilmiştir²⁸. İstanbul’da gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise sağlık çalışanlarının %52,3’ünde kaygı, %53,1’inde ise uykusuzluk olduğu rapor edilmiştir²⁵.

COVID-19 hastalığının yönetiminde önemli rollere sahip olan hemşirelerin yaşadıkları kaygı ve buna bağlı olarak yaşanan düşük uyku kalitesi ek fiziksel ve psikosoyal sorunlara neden olmakla birlikte hasta bakım kalitesini de olumsuz etkileyebilmektedir^{29,30}. Salgın sürecinde hastalıklarla ilişkili kaygıya neden olan ve uyku kalitesini azaltan durumları

özmenin ve hemşireler için destek sistemlerini arttırmanın tedavi ve bakım kalitesini arttıracağı düşünölmektedir³¹. Hastalara verilen bakımın kalitesini arttırmak için; hemşirelerin uyku kaliteleri, depresyon düzeyleri belirlenmeli; kaygı düzeylerini azaltıcı ve uyku kalitelerini arttırıcı yaklaşımlarda bulunması son derece önemlidir. Pandemi servislerinde çalışan hemşirelere genel hijyen eğitimi, KKE (Kişisel Koruyucu Ekipman) kullanımı ve izolasyon yöntemlerine yönelik eğitimlerin verilmesi, yeterli personel desteği ve esnek çalışma saatlerinin planlanması, hemşirelerin motivasyonlarını yükseltici aktivite programları, online, birebir ya da gruplar halinde seanslar düzenlenerek hemşirelere psikososyal destek programlarının uygulanması gibi yaklaşımlar önerilebilir.

Yapılan literatür taramasında salgın sürecinde sağlık çalışanlarının kaygı ve uyku kalitelerinin belirlendiği çalışmalar bulunmakla birlikte hemşirelerin koronavirüs kaygısı, durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile uyku kalitelerinin eş zamanlı değerlendirildiği çalışmaya rastlanmamıştır^{16, 32-35}. Yaptığımız araştırmayla koronavirüs hastalarına bakım veren hemşirelerin kaygı düzeylerinin belirlenmesi ve uyku kaliteleri ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma sonucuna göre koronavirüs hastalarına bakım veren kaygı düzeyi yüksek olan hemşirelerin uyku kalitelerinin düştüğü belirlenmiştir. Bu alışma sonuçlarının literatüre bilimsel veri olarak katkı sağlaması beklenmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Koronavirüs (COVID-19) Salgını

2.1.1. COVID-19 Virolojisi

Koronavirüsler (CoV), hayvanları ve insanları enfekte edebilen tek zincirli Ribonükleik asit (RNA) virüsleridir. Koronavirüsün hayati döngüsünü S protein, M protein, E protein ve N protein olmak üzere dört farklı yapısal protein sağlamaktadır. Virüsün yüzeyindeki çıkıntılarını oluşturan S protein hedef hücre membranına bağlanmasında, M proteini virüsün şekil almasında, E proteini virüsün toparlanmasında ve salınmasında, N proteini ise olası tehditlere karşı virüs bütünlüğünün sağlanmasında ve virion paketlenmesinde rol oynamaktadır³⁶.

Günümüzde en büyük RNA virüsü olarak bilinen CoV'ler, Coronaviridae ailesi içerisinde yer almakta olup alfa, beta, gama ve delta olmak üzere dört türü bulunmaktadır^{37,38}. Beta türünde yer alan CoV'ler, hafif derecede üst solunum yolu hastalıklarına neden olabildiği gibi ciddi solunum yolu enfeksiyonlarına ve enterik, hepatik, nörolojik hastalıklara yol açabilmektedir^{39, 40}.

Son yirmi yılda dünyada üç büyük CoV salgını yaşanmıştır. İlk salgın 2002-2003 yılları arasında gerçekleşmiş olup SARS-CoV koronavirüsünün neden olduğu Ağır Akut Solunum Sendromudur (Severe Acute Respiratory Syndrome). Bu salgın Güney Çin'de ortaya çıkmış ve 8 aylık süreçte 29 ülkeye yayılarak, 8098 vaka ve 774 ölüme yol açmıştır⁴¹. Salgınlardan ikincisi 2012 yılında meydana gelen MERS-CoV koronavirüsünün neden olduğu Orta Doğu Solunum Sendromudur (Middle East Respiratory Syndrome). Bu salgın, Suudi Arabistan'da ortaya çıkmış ve 27 ülkeye yayılarak, 2578 vaka ve 888 ölüme neden olmuştur⁴².

Son olarak 2019 sonunda başlayıp 2020'de salgın haline gelen COVID-19 yeni bir koronavirüs çeşitidir. Bu virüsün SARS-CoV'a genomik olarak benzediği saptanmasıyla bu hastalığın ilk adı SARS-CoV-2 olarak belirlenmiştir. Ancak daha sonra virüsün mikroskopik yapısının taç şekline benzemesi nedeniyle latince "taç" anlamındaki 'Coronalis' kelimesine dayanarak 'Co' "corona", 'VI' "Virüs", 'D' "Disease (hastalık)" kelimelerinin kısaltması ve hastalığın ortaya çıkış yılı olan 2019 "19" bir araya getirilerek ismi COVID-19 olarak değiştirilmiştir⁴³⁻⁴⁴.

Salgının başlangıcından itibaren COVID-19'a neden olan virüste çok sayıda mutasyon gelişmiştir. Mutasyon; RNA virüslerinin çoğalması ve yayılması sırasında genomlarında

değişiklik görülmesi olarak tanımlanmaktadır. Genom yapısında meydana gelen önemli bir değişim veya birden fazla farklı mutasyonu barındıran yeni virüslere varyant denilmektedir. Salgın seyrinde görülen önemli varyantlar alfa, beta, gama, delta ve omicron olarak adlandırılmıştır⁴⁷.

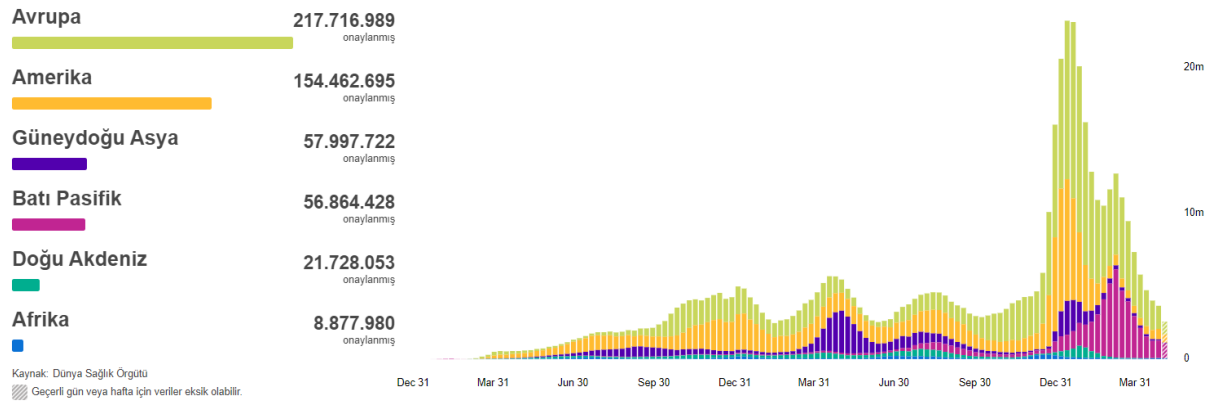
Alfa Varyantı (B.1.1.7); 2020 yılının Eylül ayında İngiltere’de ortaya çıkmıştır. Bu varyantın, diğer varyantlara göre daha kolay ve hızlı yayıldığı ve hastaneye yatış ve ölüm oranlarında artışa sebep olduğu düşünülmektedir⁴⁸. Beta varyantı (B.1.351); 2020 yılının Ekim ayında Güney Afrika’da bildirilmiştir. Bu varyantının ilk ortaya çıkan virüsten %50 daha fazla bulaşıcı olduğu ve daha yüksek viral yüklere neden olduğu saptanmıştır. Ayrıca Beta varyantının aşı etkinliğini azalttığı bildirilmiştir^{49,50}. Gama varyantı (P.1 veya B.1.1.28); 2021 yılının Ocak ayında Brezilya’da görülmüştür. Bu varyantın önemi, %70’lik toplumsal bağışıklığa ulaşılmış olan bölgelerde, tekrar ani vaka artışlarına neden olmasıdır. Bu varyantın hastalığı atlatmış bireylerde tekrar hastalık oluşumuna neden olduğu düşünülmektedir⁴⁸. Delta Varyantı (B.1.617.2); 2021 yılının başlarında Hindistan’da saptanmıştır. Delta varyantının Alfa varyantına göre %60 daha bulaşıcı olduğu bildirilmiştir. Bu varyantta; önceki varyantlarda görülen ateş, halsizlik, yorgunluk, koku ve tat alma kaybı belirtilerin yerine burun akıntısı, baş ve boğaz ağrısı gibi belirtilerin daha baskın görüldüğü belirtilmiştir⁵¹. Omicron Varyantı (B.1.1.529); 2021 yılının Kasım ayında Güney Afrika’da bildirilmiştir. Bu varyantın bulaşıcılığının fazla olduğu ve hızla yayıldığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda enfeksiyonun daha az şiddetli olduğu ancak, bağışıklığa rağmen diğer varyantlara göre daha fazla tekrarlayan enfeksiyona neden olduğu bildirilmiştir⁵².

Oluşan bu mutasyonlar virülansta önemli değişimlere neden olabilmekte ve bu değişimler virüsün bulaştırıcılığı, hastalığın şiddeti, tanı araçlarının etkinliği, tedavide yer alan ilaçlar ve aşılar üzerine farklı etkilere neden olmaktadır⁴⁷.

2.1.2. COVID-19 Epidemiyolojisi

31 Aralık 2019’da Çin’in Hubei eyaletine bağlı Wuhan şehrinde bir deniz ürünleri pazarında, nedeni bilinmeyen pnömoni vakaları tespit edilmiş olup Çin Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi tarafından yeni bir koronavirüs tespit edildiği açıklanmıştır. Bu virüsün de SARS-CoV ve MERS-CoV gibi bir zoonotik enfeksiyon olduğu bildirilmiştir⁵³.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 5 Ocak'ta bu hastalığı salgın olarak kabul etmiş olup, yeni virüs ile ilgili rehber yayınlayarak tüm dünya ülkelerine gerekli önlemleri almaları konusunda uyarıda bulunmuştur. Hastalığa bağlı ilk ölüm 11 Ocak'ta Çin'de bildirilmiştir. Çin dışındaki ilk vaka ise 13 Ocak'ta Tayland'da görülmüş olup, Çin dışındaki ilk ölüm Filipinler'de bildirilmiştir. COVID-19 vakalarının, Ocak 2020 sonlarına doğru Avrupa ve Amerika ülkelerinde de görülmeye başlanması üzerine DSÖ, COVID-19 salgınına 30 Ocak 2020'de "uluslararası boyutta halk sağlığı acil durumu" olarak açıklamıştır. COVID-19, Şubat 2020 itibarıyla İngiltere, Brezilya, İspanya, İtalya, İran gibi ülkelere yayılmıştır^{6,7}. Salgının birçok ülkede görülmesi ve virüsün hızlı yayılımı sebebiyle de 11 Mart'ta pandemi olarak ilan etmiştir. Türkiye'de ise ilk vaka 11 Mart 2020'de açıklanmıştır. O tarihten itibaren tüm dünyada ve ülkemizde vaka sayıları artmaktadır⁷ (Şekil 1.).



Şekil 1. DSÖ bölgelerine göre COVID-19 vaka sayısı⁵⁴.

7 Haziran 2022 tarihi itibarıyla tüm Dünya'da 532 milyon COVID-19 vakası ve 6,3 milyon ölüm bildirilmiştir. En çok COVID-19 vakası bildiren ilk 3 ülke sırasıyla 84,8 milyon kişi ile ABD, 43,2 milyon kişi ile Hindistan ve 31,2 milyon kişi ile Brezilya'dır. Türkiye, toplam vaka sıralamasında dünyada 10. sırada bulunmakla birlikte, 7 Haziran 2022 itibarıyla 15,1 milyon vaka ve 98,965 ölüm bildirilmiştir^{8,9}.

2.1.3. COVID-19 Patofizyolojisi ve Bulaş Yolu

COVID-19 virüsü vücuda ilk olarak nazal kavite ve farenks ile giriş yapmakta ve alt solunum yollarına doğru ilerlemektedir. Virüsün başlıca hedef hücreleri akciğerlerdeki tip II pnömositlerdir. Tip II pnömositler ile aynı bazal membranı paylaşan ve yüksek oranda Anjiyotensin dönüştürücü enzim 2 (ACE-2) eksprese eden kapiller endotel

hücreleri akciğerlerdeki diğer hedef hücrelerdir⁵⁵. COVID-19'da akciğer hasarının oluşmasındaki ilk aşama, virüs genomunun kodladığı S proteinin ACE2'ye bağlanarak hücrelere girmesidir. ACE2 reseptörlerinin tutulumu sonucu doku hasarı tetiklenmekte, alveollerde mukoza harabiyeti ile ödem gelişmekte, damarlarda fibrin kümelerinin oluşması sonucu mikrosirkülasyon ve kanın oksijenlenmesi bozularak hipoksi gelişmektedir. Virüs Tip II pnömositler dışında miyokart, böbrek, mesane ve ileumdaki hücrelerde bulunan ACE2 proteinini de kullanabilmektedir. Bu durum, COVID-19 nedeniyle gelişen çoklu organ yetmezliklerinin altında yatan temel mekanizmayı açıklamaktadır^{56,57}.

Zoonotik kaynaklı COVID-19 virüsünün, insandan insana doğrudan ya da dolaylı olarak bulaş özelliği bulunmaktadır. Doğrudan bulaşma; hasta bireylerin öksürme, hapşıрма ve konuşması sırasında çevreye saçılan damlacıklarının solunum yoluyla alınmasıyla olmaktadır. Enfekte kişilerle maskesiz şekilde yakın mesafede bulunulması doğrudan bulaş yolu açmaktadır^{56,58}. Dolaylı bulaşma ise COVID-19 virüsü içeren sekresyonların bulaştığı obje ve yüzeylerden kontamine olmuş ellerin burun, ağız veya göz mukozasına temasıyla oluşmaktadır. El temasının sık olduğu kapı kolları, lamba düğmeleri, asansör düğmeleri, korkuluklar, halka açık tuvaletlerin muslukları ve hasta odaları dolaylı bulaş açısından riskli alanlardır^{59,60}. Guo ve arkadaşlarının Wuhan'da yaptığı bir çalışmada; hasta odaları ve yoğun bakım ünitelerinde daha fazla virüs kontaminasyonu olduğu ve hastanın 4 metre uzaklığına kadar olan çevrede virüs bulunduğu bildirilmiştir⁶¹. Virüsünün yüzeylerde canlı kalabileceği süre tam olarak bilinmemekle birlikte plastik yüzeylerde dokuz gün, paslanmaz çelik üzerinde iki gün, karton yüzeylerde bir gün, bakır yüzeylerde dört saat, aerosollerde üç saate kadar dayanabildiği bildirilmiştir^{62,63}.

Virüsle bulaş olduktan sonra semptomların ortaya çıkması (inkübasyon süresi) 2 ile 14 gün arasında değişmekte olup, ortalama 5 gün olarak rapor edilmektedir. Ayrıca bulaştırıcılığın semptomlar görülmeden 1-2 gün önce başlayabileceği bildirilmektedir⁶⁴. Yapılan bir çalışmada ortalama inkübasyon süresi 5,2 gün olarak saptanmıştır⁶⁵. Guan ve arkadaşlarının Çin'deki 1099 COVID-19 hastası ile yaptığı çalışmada ise bu süre 4 gün olarak belirtilmiştir¹⁰.

Asemptomatik bireyler COVID-19'un yayılmasına neden olabilmektedir. Zou ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada asemptomatik bireyde saptanan viral yükün,

semptomatik hastalardakine benzer olduğu; bulaşmanın enfeksiyonun erken döneminde ortaya çıkabileceği saptanmıştır⁶⁶.

2.1.4. COVID-19 Etiyoloji, Klinik Seyir, Belirti ve Bulgular

COVID-19, asemptomatik taşıyıcılıktan, solunum yetmezliğine kadar geniş spektrumlu klinik bir tabloya yol açabilmektedir. Bu tablonun çeşitliliğine yaş, cinsiyet, komorbid durumlar (hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, diyabetes mellitus, kronik akciğer hastalığı, kronik böbrek yetmezliği, obezite gibi) neden olmaktadır⁶⁷. Wu ve arkadaşlarının COVID-19 hastaları ile yaptıkları çalışmada yaşın artması ile klinik tablonun ağırlaştığı, 80 yaş ve üzeri olan hastalarda gençlere göre ölüm oranının üç kat daha fazla olduğu bildirilmiştir⁶⁸. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan haftalık durum raporuna göre en düşük ölüm hızı 15-24 yaş grubunda (%0,3) iken, en yüksek ölüm hızı 80 yaş ve üzeri grupta (%29,9) saptanmıştır⁶⁹. Peckham ve arkadaşlarının meta analiz çalışmasında, COVID-19 geçiren erkek hastaların yoğun bakımda kalış süresinin kadınlara oranla 3 kat daha fazla olduğu, Jin ve arkadaşlarının Çin’de yaptığı çalışmada, COVID-19 hastalığını erkeklerin kadınlardan daha ciddi geçirme eğiliminde olduğu, COVID-19’dan ölen erkeklerin sayısının kadınlarınkinden 2,4 kat daha fazla olduğu saptanmıştır^{70,71}. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında hastaların %36,8’inde kronik hastalık varlığı olduğu, en sık karşılaşılan kronik hastalıkların sırasıyla hipertansiyon (%18,6), kardiyovasküler hastalıklar (%14,4) ve diyabet (%11,9) olduğu bildirilmiştir⁷². Ayrıca ACE-2 reseptörünün yağ hücrelerinde yapılması nedeniyle obezitenin dolaylı olarak COVID-19 hastalığına yakalanma riskini arttırdığı düşünülmektedir⁷³.

Hastalığın başlangıç semptomları varyantlara göre değişkenlik göstermekle birlikte en sık saptanan klinik bulgular ateş, öksürük, miyalji veya halsizlik iken, daha az gözlenen semptomlar; balgam, baş ağrısı, diyare, tat ve koku kaybıdır¹³. Amerika Birleşik Devletleri’nde 373.883 hastayla yapılan çalışmada en sık görülen bulgular sırasıyla; öksürük (%50,3), ateş (%43,1), miyalji (%36,1), baş ağrısı (%34,4) ve nefes darlığı (%28,5) olarak bildirilmiştir¹⁴. Delta mutasyonunun neden olduğu klinik bulgular ise farklı seyredebilmekte olup; ateş, halsizlik, koku ve tat alma duyularında kayıp gibi bulgular yerine boğaz ağrısı, baş ağrısı, burun akıntısı gibi bulgular daha yaygın olarak görülmektedir.⁷⁴

Asemptomatik veya hafif semptomları olan hastalar evde takip edilebilirken; ileri yaş, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, kronik böbrek yetmezliği, diabetes mellitus gibi komorbiditelerin varlığında hastane yatışı gerekebilmekte ve Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu (ARDS), venöz ve arteriyel tromboemboli, septik şok ve çoklu organ yetmezliği gelişebilmektedir⁷⁵⁻⁷⁹.

Hastalığın izlediği klinik tablonun ciddiyeti ile ilgili Çin Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi'nin hastalık ciddiyet derecelerini incelediği raporda; 44,672 vakanın %81'inde pnömoni görülmemiş veya hafif pnömoni görülmüş, %14'inde ciddi hastalık (dispne, akciğer tutulumu, solunum sayısı ≥ 30 /dk, oksijen saturasyonu ≤ 93 gibi bulgular), %5'inde ise kritik hastalık (solunum yetmezliği, şok veya multiorgan yetmezliği) bildirilmiştir⁶⁸.

2.1.5. COVID-19 Tanı Yöntemleri

COVID-19 hastalarında gözlenen semptomların spesifik olmaması nedeni ile kesin tanı için birçok tanı yöntemine ihtiyaç duyulmaktadır. COVID-19'un tanısında; klinik belirti ve bulgular, hasta öyküsü, Ters Transkriptaz-Polimeraz Zincir Reaksiyonu (RT-PCR) yöntemi, radyolojik görüntülemeler (Direkt akciğer grafisi, Bilgisayarlı tomografi), biyokimyasal ve serolojik testler gibi yöntemlerden yararlanılmaktadır⁸⁰.

Ateş ve alt solunum yolu enfeksiyonu bulguları olan veya COVID-19 tanısı konulmuş hastalar ile yakın teması bulunan klinik olarak şüpheli bireylerin tanılmasında DSÖ tarafından RT-PCR yönteminin kullanılması önerilmektedir⁸¹. RT-PCR yöntemiyle viral RNA saptanmaktadır. PCR testi alımında üst solunum yolu için; nazofaringeal, orofaringeal sürüntü, nazofaringeal aspirat; alt solunum yolu için balgam, trakeal aspirat, bronkoalveoler lavaj, transbronşiyal akciğer biyopsi örnekleri kullanılabilir⁸². Hastadan orofaringeal ve nazofaringeal sürüntü alımında plastik veya alüminyum şaftlı sentetik uçlu eküvyonlar kullanılmaktadır. Nazofaringeal sürüntü alınırken eküvyon burun boşluğuna yerleştirilerek dairesel hareketler ile burun mukozasından numune alınmaktadır. Orofaringeal sürüntünün doğru sonuç vermesi için ise öğürme refleksi oluşmuş olmalıdır⁸³. Solunum yolu numuneleri alınırken bulaş riski yüksek olduğundan görevli sağlık çalışanının kişisel koruyucu ekipmanının tam olması ve enfeksiyon kontrol önlemleri eğitimini mutlaka almış olması önemlidir. COVID-19 hastalarıyla yapılan bir çalışmada, virüs konsantrasyonunun 5. günden önce pik noktasına ulaştığı ve semptomlarının genellikle 7. günden sonra azaldığı, ancak boğaz sürüntüsü örneklerinde

14. güne kadar virüsün saptandığı gözlenmiştir. Bu yüzden örnek alımı için en doğru zaman semptomların başlamasından sonraki 5-7 gündür⁸⁴. PCR testi duyarlı bir yöntem olmasına rağmen; örneğin uygun alınmaması, enfeksiyonunun erken veya geç döneminde alınması, örneğin taşınması ve saklanması sırasında oluşabilecek sorunlar sebebiyle yanlış test sonucu olasılığı olabilmektedir. Bu sebeple izolasyon ve tedavi kararı verilirken klinik bulgular, radyoloji ve laboratuvar bulguları ile birlikte değerlendirilmelidir^{39,85}.

Bir diğer tanı kriteri olan radyolojik görüntüleme yöntemlerinden direkt akciğer grafisi ve özellikle bilgisayarlı tomografi (BT); PCR testi negatif olan ve tanısı kesinleştirilememiş COVID-19 hastalarında, erken dönemde duyarlı bir tanı yöntemleridir⁸⁶. COVID-19'un en yaygın ayırt edici özelliği, bilateral ve periferik buzlu-cam görünümüdür. Bernheim ve arkadaşlarının 121 hasta üzerinde yaptığı çalışmada hastalığın erken döneminde (0-2 gün) daha sıklıkla normal akciğer tomografi bulguları görülürken, semptomların başlangıcından yaklaşık 10 gün sonra akciğer tutulumu maksimum düzeye ulaşmaktadır⁸⁷.

COVID-19 hastalarında biyokimyasal testler tanı ve tedavi için kritik bir önem taşımaktadır. Hastalarda genellikle CRP, lökosit sayısı, sedimentasyon, ALT, AST, total bilirubin, kreatinin, kreatin kinaz, troponin, ferritin, ve d-dimer değerlerinde yükselme görülmektedir⁸⁸.

Mevcut testlerin yanı sıra bireylerde COVID-19'a karşı gelişen antikor seviyelerinin belirlenmesi için hızlı ve güvenilir serolojik tabanlı testlere ihtiyaç duyulmaktadır. Serolojik testler, klinik ve radyolojik olarak bulgulara sahip olan fakat virüs genomu saptanmayan kişilerin araştırılmasında, immün plazma tedavisi için uygun bağışçıların saptanmasında, sağlık personeli gibi özel risk gruplarında çalışan kişilerin analizinde kullanılabilir³⁹. DSÖ, süreyans ve epidemiyolojik araştırmalara katkıda bulunması amacıyla serolojik testlerin sürdürülmesini önermektedir. COVID-19'a karşı gelişen antikorların varlığının saptanmasında ELISA (Enzime Bağlı İmmünosorbent Testi) gibi yöntemler kullanılabilir. Literatürde; COVID-19 tanısı almış ve olası hasta bireylerde semptomların başlangıcından 3-6 gün sonra hem IgM hem de IgA antikorları artarken IgG antikorları 10-18 gün sonra yükseldiği tespit edilmiştir. Antikor varlığının hastalığın ilerleyen dönemlerinde oluşması nedeniyle COVID-19 vakalarının saptanmasında kullanılmamaktadır^{39,86}.

2.1.6. COVID-19 Tedavi Yöntemleri

Ülkemizde COVID-19 tanısı alan hastaların tedavi planı, Sağlık Bakanlığı COVID-19 Tanı ve Tedavi Rehberi'ne göre yapılmaktadır⁸⁹. COVID-19 tedavisi için farklı antiviral ilaçlar salgın boyunca denenmiştir. COVID-19 tedavisinde kullanılan antiviraller arasında hidroksiklorokin, remdesivir, lopinavir-ritonavir, favipiravir gibi ilaçlar bulunmaktadır⁹⁰. Ayrıca, DSÖ 3 Mart 2022 tarihinde antiviral ilaç olan Molnupiraviri eklemiştir⁹¹.

Hidroksiklorokin, sıtma gibi inflamatuvar hastalıkların tedavisinde uzun süredir kullanılan bir ilaçtır⁹². FDA (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi), 27 Mart 2020'de çıkardığı Acil Kullanım İzni ile COVID-19 hastalarında, kalp ritimlerini izleme koşuluyla kullanılmasına izin vermiştir. Sağlık Bakanlığı'nın 2020 yılındaki COVID-19 Erişkin Hasta Tedavisi Rehberinde Hidroksiklorokin'in 2x200 mg tablet olarak 5 gün verilmesi önerilmiştir⁸⁹. Salgının ilerleyen zamanlarında Hidroksiklorokin COVID-19 tedavisinde etkinliğini değerlendiren iki büyük çalışma neticesinde COVID-19 tedavisinde yeterince etkili olmadıkları bildirilmiştir⁹³. FDA acil kullanım onayını 15 Haziran 2020'de iptal etmiş ve kardiyak yan etkileri nedeniyle kullanılmaması gerektiğini bildirmiştir⁹⁴.

Remdesivir, nükleotid analogu olarak tanımlanmakta olup Ebola virüsü hastalığı ve MERS (Ortadoğu Solunum Sendromu)'e karşı antiviral etki gösterdiği bilinmektedir. Remdesivir, Avrupa İlaç Kurumu tarafından COVID-19 tedavisinde ilk onaylanan ilaç olmuştur. Fakat, DSÖ Solidarity çalışması sonuçlarına göre Remdesivir kullanımının mortalite ve iyileşme süresine etkisinin olmadığı bulunmuş olup kullanımını önermemektedir^{93,95}. Sağlık Bakanlığı'nın 2020 yılındaki COVID-19 Erişkin Hasta Tedavisi Rehberinde yer almamıştır⁸⁹.

Lopinavir/ritonavir, HIV tedavisinde kullanılmakta olup MERS tedavisinde de yer almıştır. Sağlık Bakanlığı'nın 2020 yılındaki COVID-19 Erişkin Hasta Tedavisi Rehberinde Lopinavir 200 mg/ritonavir 50 mg tablet 2x2 şeklinde 10 gün tedavisi önerilmiştir⁸⁹. Ancak, lopinavir-ritonavir'in kombine tedavisinin COVID-19 hastalarında bir yararının olmadığı görülmüştür⁹⁶.

Favipiravir, influenza tedavisinde kullanılan bir antiviral ilaçtır. İlk olarak Wuhan'da kullanılmış olup, Sağlık Bakanlığı COVID-19 Erişkin Hasta Tedavisi Rehberinde ilk gün 2 x 1600 mg yükleme sonrasında 2 x 600 mg idame toplam 5 gün olarak tedavide

önerilmiş ilaçlardandır^{89,97}. Favipiravirin güvenliği hala araştırılmakta olup, hastaları değerlendirilerek hekiminin uygun görmesi halinde kullanılabileceği bildirilmiştir^{89,98}.

COVID-19 hastalarının tedavisinde antiviral ajanların dışında semptomları gidermeye yönelik oksijen tedavisi, sıvı yönetimi, sekonder bakteriyel enfeksiyonların önlenmesinde antibakteriyel kullanımı, tromboemboli gelişen hastalarda, antitrombotikler ve antikoagülanlar, vitamin C ve D gibi destekleyici yaklaşımlar da yer almaktadır. Ayrıca, ARDS nedeniyle oksijen tedavisi desteği ihtiyacı olan hastalarda kortikosteroidler, solunum vazodilatörleri, antibiyotik ve antiviral tedavilerin yanında non-farmakolojik tedavi olarak prone pozisyonu, venturi maskeler, rezervuarlı yüz maskeleri veya yüksek akımlı nazal kanül ile oksijen uygulanması, invaziv ve noninvaziv mekanik ventilasyon tedavisi uygulanmaktadır⁹⁹.

2.1.7. COVID-19 Bağışıklama

COVID-19'un daha fazla yayılmasını önleyecek en önemli faktörler arasında aşılama yer almaktadır. COVID-19'a karşı geliştirilen aşılarda virüsün spike proteinleri kullanılıp buna yönelik antikorların üretilmesi hedeflenmiş olup bu 4 değişik mekanizmaya göre üretilmiştir. Aşılar, nükleik asit temelli (mRNA ve DNA), protein bazlı, viral vektör aracılı ve inaktif aşılar olarak sınıflandırılmıştır¹⁰⁰.

DSÖ'nün Ocak 2022 tarihine kadar bildirdiğine göre, 137 aşı klinik deney aşamasındadır. ABD'de Mart 2021 tarihinden beri uygulanan Pfizer-BioNTech, Moderna, Oxford-AstraZeneca ve Johnson & Johnson aşıları olmak üzere 4 aşı bulunmaktadır. Bu dört aşının etkinlik ve güvenilirliği %70 ile %95 aralığında değişmektedir. Ülkemizde ise, CoronaVac-Sinovac, Pfizer-BioNTech aşıları ve Erciyes üniversitesinin geliştirdiği TURKOVAC aşısı aktif olarak uygulanmaktadır¹⁰¹.

mRNA Aşıları; mRNA molekülleri aracılığı ile hücrelerde virüsün spike protein üretilmesi ve bireyin immün sisteminin bu antijenik proteinlere karşı antikor üretmesiyle bağışıklık kazandırmaktadır. Bu şekilde geliştirilen 11 aşı adayları olup kullanım onayı alan Pfizer-BioNTech ve Moderna aşılarıdır. Pfizer-BioNTech ve Moderna aşılarının etkinliği sırayla %95 ve %94,1 olarak gösterilmiştir^{102,103}.

DNA Aşıları; COVID-19 virüsünün spike proteini kodlayan genlerinin plazmid DNA'sına yerleştirilmesi temeline dayanmaktadır. Bu grupta faz 1 ve 2 çalışmaları hala devam eden 10 aşı adayları bulunmakta olup henüz kullanım onayı olan aşı mevcut değildir¹⁰⁰.

Protein Temelli Aşılar; Virüse ait tüm proteinlerin aşı şeklinde uygulanması esasına dayanır. Genetik materyal içermezler. Bu grupta 27 aşı adayı olmasına rağmen sadece Novavax aşısı faz 3 aşamasında olup henüz kullanım onayı verilmemiştir. Novavax aşısının etkinliği %89.7 olarak bildirilmiştir¹⁰⁴.

Viral Vektör Aşıları; Virüsün spike proteinini kodlayan genlerin başka virüsler aracılığı ile vücuda verilmesi esasına dayanmaktadır. Bu şekilde geliştirilen 16 aşı adayı bulunmakla birlikte üç tanesi kullanım onayı almış olup Oxford-Astra Zeneca, Johnson&Johnson (J&J) ve Sputnik aşıları bu gruba dahil olan aşılardır. Etkinlikleri sırasıyla % 62.1, %85 ve %91.6 olarak gösterilmiştir^{104,105}.

İnaktif Virüs Aşıları; COVID-19 virüslerinin betapropionilakton ile inaktive edilmeleri temeline dayanmaktadır. Bu şekilde geliştirilmekte olan 11 aşı adayı bulunmaktadır. Coronovac-Sinovac ve SinoPharm aşıları kullanım onayı almıştır. Coronovac-Sinovac aşısının etkinliği %83.5 olarak bildirilmiştir¹⁰⁶.

Aşılama çalışmaları sonucunda hem bireysel bağışıklık hem de bireysel aşılama yoluyla toplumsal bağışıklığı kazanılması sağlanmaktadır¹⁰⁷. COVID-19'un kontrolü için gerekli toplum bağışıklığının yaklaşık %60-72 olduğu tahmin edilmektedir^{108,109}. 22 Mayıs tarihiyle tüm dünya nüfusunun %65.7'si en az bir doz COVID-19 aşısı olmuş olup, Dünya çapında 11,76 milyar doz aşı uygulanmıştır¹¹⁰. Türkiye'de ise nüfusun %85.48'i iki doz aşı yaptırmış olup, toplam 147.6 milyon doz COVID-19 aşısı uygulanmıştır¹¹¹.

Tüm aşılama çalışmalarına ve alınan önlemlere rağmen COVID-19 salgını devam etmektedir. Bu durumun sebeplerinden biri de aşı kararsızlığıdır. DSÖ, aşı kararsızlığını "aşı hizmetlerinin varlığına rağmen aşıların kabulünde gecikme veya reddetme" olarak tanımlanmaktadır¹¹². ABD'de yapılan çalışmada, aşı olmak isteyenlerin nüfusa oranı Mayıs'ta %72, Eylül'de %51 ve Kasım'da ise %60 civarında saptanmıştır¹¹³. Yılmaz ve arkadaşlarının Türkiye'de 1293 kişiyle gerçekleştirdiği çalışmada katılımcıların %41.2'si aşıya olumlu yaklaşırken, %37.9'u kararsız olduğunu belirtmiştir. Aşıya karşı kararsızlık veya olumsuz görüşlerin nedeni ise yeni bir aşı olması ve aşının yan etkilerinden korkma olarak belirtmişleridir¹¹⁴. COVID-19 pandemisi ile mücadelede küresel bağışıklığın sağlanması, pandemide yaşadığımız kayıpların daha fazla artmaması için esastır. Bu bağlamda toplumların aşılama konusunda bilgilendirilmeleri büyük önem taşımaktadır.

2.1.8. COVID-19'a Karşı Alınan Standart Önlemler

DSÖ, COVID-19 müdahale stratejisinin genel amacını, tüm ülkelerde virüs yayılımını yavaşlatmak ve COVID-19'un neden olduğu ölümleri azaltarak salgını kontrol altında tutmak olarak açıklamıştır. Bunu sağlamak için gerekli kontrol önlemleri; kişisel koruyucu önlemleri (el hijyeni ve maske kullanımı) ve çevresel önlemleri (sosyal mesafe ve seyahatle ilgili kısıtlamalar) içermektedir. Ayrıca DSÖ, şüpheli vakaların tespit edip izole edilmesini ve tedavisinin yapılmasını, temaslılarının belirlenmesini, izlenmesini ve karantinaya alınmasını önermektedir¹¹⁵.

COVID-19 hastalığının daha fazla toplumda yayılmasının önlenmesi için tüm dünya bir dizi kontrol önlemi uygulamıştır. İlk olarak salgının başladığı Çin'de başlayan önlemler İngiltere, Almanya, ABD, İtalya, Kore gibi ülkelerde de alınmış ve ülkemizde de uygulanmıştır¹¹⁶.

T.C. Sağlık Bakanlığı 38 kişiden üyeden oluşan Koronavirüs Bilimsel Danışma Kurulunu oluşturmuştur. Kurul üyeleri kurulduğu ocak ayından beri her gün Ankara'da Sağlık Bakanlığı binasında 13.30'da toplanmakta, alınan kararlar kamuoyuyla paylaşılmaktadır. Salgını önleme, kontrol stratejilerini şu şekilde açıklanmıştır;

- Yurtdışı ve şehirlerarası seyahat kısıtlaması
- 20 yaş altı ve 65 yaş üstü vatandaşların sokağa çıkma kısıtlaması ve hafta sonu sokağa çıkma kısıtlamaları
- Kafe, restoran ve alışveriş merkezlerinin kapatılması
- Kamuda evden çalışma, esnek çalışma uygulamasına geçilmesi, gebelerin ve kronik hastalığı olanların izinli sayılması
- Yüz yüze eğitime ara verilip online eğitime geçilmesi
- Hastalığın hızlı tanılandırılması için COVID-19 Pandemi Hastaneleri, COVID-19 Klinikleri, COVID-19 Yoğun Bakımları gibi spesifik muayene alanlarının açılması
- HES (Hayat Eve Sığar) uygulaması ve HES Kodu ile pozitif veya temaslıların izolasyonunun takip edilmesi
- Sosyal alanlarda maske kullanımının zorunlu olması vb. önlemler ile kişiler arası bulaşın önüne geçilmesi amaçlanmıştır.

COVID-19 hastalarının tedavi ve bakımı sırasında Sağlık çalışanlarının enfeksiyona maruz kalma riski yüksektir. Sağlık çalışanları arasında çoğunluğu oluşturan ve hasta

bireylerle yakın temas kuran hemşirelerin hem kendilerinin hem de hastalarının güvenliklerini sağlayabilmeleri ve kaliteli hasta bakımı verebilmeleri için gerekli önlemlerin alınması son derece önemlidir^{117,118}. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlık çalışanları için sağlık kurumlarında bulaşmayı kontrol altına almak için enfeksiyon önleme ve kontrol stratejileri rehberinde de triaj, erken tanıma ve kaynak kontrolünün sağlanması, tüm hastalar için standart önlemlerin (el hijyeni, KKE, solunum hijyeni, çevresel temizlik, atıkların uzaklaştırılması, hasta bakım ekipmanlarının dezenfeksiyonu) uygulanması, ampirik ek önlemlerin uygulanması (damlacık, temas ve solunum yolu önlemleri), idari kontrollerin uygulanması ve sağlık çalışanlarının eğitimi konularını ele alınmıştır¹¹⁹. Sağlık hizmetinde KKE kullanımı son derece önemli olup bunlar; tıbbi/cerrahi maske, N95/ FPP2 veya N99/FPP3 maskeler, non-steril eldiven, gözlük, siperlik, bone, ve önlüktür. Sağlık çalışanlarının; KKE'lerini uygun şekilde kullanmaları, standart, temas ve damlacık izolasyonu önlemleri konusunda iyi bir eğitim almaları ve bu önlemleri uygulamaları gerekmektedir^{120,121}.

2.1.9. COVID-19 Salgını ve Hemşirelik

Hemşireler, geçmişteki doğal afetler, savaşlar ve salgınlarda olduğu gibi COVID-19 salgınıyla mücadelede de en ön safhada yer almaktadır. Hastalarla 7/24 yakın temas kuran hemşireler, salgınla mücadelenin sürdürüldüğü, aile sağlığı merkezinden yoğun bakım ünitelerine kadar tüm alanlarda, sağlıklı/hasta tüm bireylere bakım vermektedir. Salgınla mücadelede hemşireler, olası salgınlara yönelik hazırlıklarda bulunma, salgın sırasında uygun müdahale etme, topluma eğitim verme ve doğru sağlık davranışları kazandırma gibi konularda kritik rollere sahiptir¹²².

COVID-19 salgınında hemşireler, tedavi ve bakımını gerçekleştirirken doğrudan risk altındadır. OSHA, (Occupational Safety and Health Administration) damlacık bulaşımı artıran işlemlerde (entübyon, öksürük/nefes egzersizleri, postural drenaj, trakeal aspirasyon, nebulizatör kullanımı, kardiopulmoner resüstasyon, oksijen tedavisi vb.) rol alan hemşirelerin, yüksek riskli personel sınıflandırılmasında yer aldığını belirtmektedir¹⁷. Hemşireler salgın sürecinde artmış iş yükü, normalden daha uzun çalışma saatleri, ilave kişisel koruyucu ekipmanlarla çalışma, rutin hayat düzenlerinin ve çalışma ortamlarının değişmesi, daha sık hasta ve ekip arkadaşlarının kaybına tanık olma gibi koşullarda çalışmaktadır. Ayrıca hemşireler, enfekte olma korkusu, enfeksiyonu yakınlarına bulaştırma korkusuyla aile üyelerinden uzak kalarak bu sürecin ne zaman sona ereceğinin belirsizliğiyle sağlık hizmeti vermektedirler²²⁻²⁴. Bu durum iş verimine

yansıyarak, dikkat ve odaklanma eksikliğine, yapılan uygulamalarda hatalara, insan ilişkilerinde bozulmaya neden olabilmektedir¹²³.

Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) raporunda dünyada COVID-19 nedeniyle yaklaşık 2.200 hemşirenin öldüğünüve 1,6 milyondan fazla hemşirenin enfekte olduğunubildirilmiş olup, bu sayı her geçen gün artmaktadır. Türk Tabipler Birliği Nisan 2022 tarihindeki raporuna göre ülkemizde COVID-19 salgını yaklaşık 500 sağlık çalışanının ölümüne sebep olmuştur. COVID-19 salgınıyla mücadelede ön saflarda yer alan hemşirelerin güvenliği ve sağlığı, hastalara güvenli ve kaliteli hemşirelik bakımı sağlamak için önemli bir unsurdur^{18,19}.

Pandemi sürecinde hemşireler, hem enfekte olma ve enfeksiyonu taşıma riskine maruz kalmakta, hem de daha fazla hasta ölümü gibi travmatik olaylarla sık karşılaşma nedeniyle korku ve kaygıları aertmektedir. Bu nedenlere bağlı olarak hemşirelerde konsantrasyon bozukluğu, tükenmişlik, kaygı ve depresyon görülebilmektedir. Bu olumsuz duygular ise kişilerin uyku kalitesini bozabilmektedir¹²⁴. Lai ve arkadaşlarının Çin’de 1257 sağlık çalışanı ile yaptığı araştırma sonucunda; hemşire olmanın, kadın olmanın ve COVID-19 hastalığının teşhis, tedavi ve bakımında ön safhada olmanın daha fazla psikolojik yük getirdiği bulunmuştur. Yine bu çalışmada katılımcıların önemli bir kısmının stres %71.5, depresyon %50.4, kaygı %44.6 ve uykusuzluk %34.0 belirtileri gösterdiği bildirilmiştir¹⁶. Polonya’da sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada sıklıkla depresyon (%70.7) anksiyete (%64.4) ve uykusuzluk semptomları yaşandığı (%58) saptanmıştır²⁷. Çin’de 1563 sağlık çalışanı ile yapılan başka bir çalışmada depresyon %50.7, kaygı %44.7 ve uykusuzluk %36.1 yaşandığı tespit edilmiştir²⁸. İstanbul’daki gerçekleştirilen bir çalışmada katılımcıların %52.3’ünde kaygı, %53.1’inde ise uykusuzluk olduğu saptanmıştır²⁵.

COVID-19 salgını ile ülkelerin sağlık hizmetleri zorlu şartlarda sürdürülmektedir. Artan sağlık bakım ihtiyaçlarının karşılanması, morbidite ve mortalite riskinin azaltılması için kaliteli tedavi ve bakım sağlanması önemlidir. Hemşireler COVID-19 hastalığının yönetiminde çok önemli rollere sahip olup hemşirelerin maruz kaldığı stres ve kaygı hasta bakım kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir^{29,30}. Literatürde hemşirelerin rutinlerinin değişmesi ve salgın sırasında çalışma koşullarının kötüleşmesi nedeniyle hasta bakım kalitesinin olumsuz etkilendiğini bildirilmiştir¹²⁵. Salgın hastalıklarla ilişkili kaygıya

neden olan durumları çözenin ve hemşireler için destek sistemlerini arttırmanın, tedavi ve bakım kalitesini arttıracağı düşünülmektedir²¹.

2.2. Kaygı Tanımı ve Çeşitleri

Kaygı, yunancada "anxietas" sözcüğünden gelen endişe, korku ve merak gibi anlamlarla ifade edilen, insanlarda tehlike veya heyecan durumunda ortaya çıkan temel bir duygudur. Tıpta kaygı ise “genellikle kötü bir şey olacaktıymış düşüncesiyle ortaya çıkan ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu” olarak açıklanmaktadır^{126,127}.

Kaygı, her insanın hayatının bir evresinde görülebilen, yaşamın sürdürülmesi için gerekli bir duygudur. Ancak, şiddetli ve uzun sürmesi, kişinin gündelik yaşamını olumsuz etkilemekte, algılama yeteneğini bozmakta ve pek çok fizyolojik ve psikolojik hastalıklara neden olabilmektedir¹²⁸. Kaygı kavramı durumluk kaygı ve sürekli kaygı olmak üzere iki şekilde ele alınmıştır¹²⁹.

2.2.1.1 Durumluk Kaygı

Durumluk kaygı, kişinin anlık ve öznel kaygısıdır ve çevresel tehditlere bağlı bir stresten kaynaklanan duygusal tepkidir. Genellikle mantıklı sebeplere bağlıdır ve başkaları tarafından nedeni anlaşılabilir^{129,130}. Durumluk kaygıda bilişsel endişe ve otonom sinir sisteminde uyarılma ile kişide çarpıntı, kızarıklık, terleme gibi bedensel belirtiler ortaya çıkabilir¹³¹. Durumluk kaygı, stresli olan durum ortadan kalkınca azalma gösterir. Durumluk kaygının uzun sürmesi ise, sürekli kaygının yükselmesine neden olabilmektedir.

2.2.2.2 Süreklilik Kaygı

Sürekli kaygı, çevresel bir tehditle doğrudan bağlantılı olmayan, stres yaratan durumun tehdit edici olarak algılanmasıyla ortaya çıkan ve stresin süreklilik kazanması olarak tanımlanmaktadır. Sürekli kaygı bireyin kaygı yaşantısına olan yatkınlığı olarak ifade edilmektedir¹²⁹. Sürekli kaygı düzeyi yüksek olan kişilerin kolaylıkla karamsarlığa düştükleri görünmekte olup, bu bireyler durumluk kaygıyı da diğerlerinden daha yoğun ve sık yaşamaktadır¹³².

2.2.1. COVID-19 Salgını ve Kaygı Düzeyi

Tüm dünyayı etkisi altında bırakan COVID-19 salgını birçok ölüme sebep olmuştur. Dünya genelinde COVID-19'un yayılma hızını azaltmak için maskesiz sokağa çıkmak

yasaklanmış, belirli dönemlerde sokağa çıkma yasağı uygulanmış, evden çalışma uygulamasına geçilmiş ve karantina gibi bazı önlemler alınmıştır¹³³.

Salgınlar, insanlarda bir takım kaygı ve korkuları da beraberinde getirmektedir. COVID-19 salgının sürekli medyada yer alması, vaka sayısındaki hızlı artış, sürecin belirsizliği, henüz etkili bir tedavi bulunamaması, ciddi insan kayıplarına yol açması ve tüm dünyada karantina, sokağa çıkma yasakları gibi ciddi önlemlerin alınması bireylerde kaygıya neden olmaktadır^{134,135}. Çin'de 194 şehirden 1.210 katılımcıyla yapılan çalışmada, katılımcıların %53,8'i salgının psikolojik etkisini orta veya şiddetli olarak değerlendirmiş; %28,8'i orta ve şiddetli anksiyete belirtileri bildirmiştir¹³⁶. İran'da yapılan başka bir çalışmada ise; kadınlarda, COVID-19 ile ilgili haberleri yakından takip eden kişilerde, 21-40 yaş grubundaki bireylerde ve yakınları COVID-19 hastalığına yakalanmış olan kişilerde kaygı düzeyinin daha yüksek olduğunu bulunmuştur¹³⁷. Türkiye'de 75 ilden toplam 1304 katılımcıyla yapılan araştırmada, COVID-19 korkusunun kaygı, stres ve depresyonu, artırdığını, yaşam doyumunu azalttığını saptamıştır¹³⁸.

Bu doğrultuda, COVID-19 ile mücadele bireylerin yalnızca fizyolojik tepkileri ve değişimleri değil de aynı zamanda psikolojik durumları da değerlendirilmelidir.

2.2.2. COVID-19 Salgınında Görev Alan Hemşirelerde Kaygı Düzeyi

Hemşirelik, çalışma koşullarından kaynaklanan birçok faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli ve kaygıya neden olabilen bir meslektir. Hemşirelerin; tedavi sorumluluğu, malpraktis olasılığını düşünme, asepsi kurallarına dikkat etme, hasta sayısının fazlalığı, nöbet usulü çalışma, istemediği bölümde çalışma, diğer sağlık çalışanları ile koordinasyon ve iletişim halinde olma, tedavi ve bakım alanındaki gelişmeleri sürekli takip etme, hasta ve hasta yakınlarıyla olan ilişkiler ve şiddete maruz kalma olasılığı gibi nedenler kaygı düzeylerini yükseltebilmektedir¹³⁹. Kaygı, hemşirelerin çalışma performanslarını düşürmekte olup bu durum hasta bakım ve tedavisini de olumsuz etkilenmektedir^{140,141}.

Sağlık hizmetlerinde önemli rolü olan hemşireler, COVID-19 hastalarının hastaneye yatışından, taburcu olana kadar olan süreçte hastalarla sürekli temas halinde olup, bu süreçte enfeksiyon bulaş riski yüksek olan sağlık çalışanlarının en önemli grubudur¹⁴². Bu süreçte uzun çalışma saatleri ve personel yetersizliği sebebiyle çalışma şartlarının kötüleşmesi, çalışma saatleri boyunca dehidratasyon ve bitkinliğe neden olan koruyucu

ekipman kullanımı ve zaman zaman ekipmanlara ulaşamaması, beslenme ve uyku gibi fizyolojik ihtiyaçların karşılanamaması, çalıştığından farklı bir ortamda COVID-19 hastasına bakım vermek hemşireleri fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan olumsuz etkilemektedir¹⁴³. COVID-19 salgın süreciyle ilgili yapılan çalışmalar özellikle kaygının üzerinde durulması gereken acil bir durum olduğunu belirtmektedir¹⁴⁴. Salgının hızlı bir şekilde ilerlemesi, sürecin belirsizliği, enfeksiyonu bulaştırmamak için kendilerini ailelerinden ve yakınlarından izole ederek destek sistemlerinin de azalması ve alışık oldukları düzenlerinin bozulması hemşirelerin kaygı düzeyini arttırmaktadır. Literatürde COVID-19 salgını sürecinde yapılmış olan çalışmalarda koruyucu ekipmanlara erişim sıkıntısının sağlık çalışanlarında kaygı düzeyini arttırdığı bulunmuştur¹⁴⁵⁻¹⁴⁸. Dai ve arkadaşlarının Çin’de 4357 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada, sağlık çalışanlarının kaygılarının sebebi; ekip arkadaşlarının enfekte olması (%72.5), yakınlarının enfekte olması (%63.9), koruyucu ekipmanların yetersizliği (%52.3) ve sağlıkta şiddetin (%48.5) olarak belirtilmiştir. Sağlık çalışanlarının %39.1’inin stres belirtilerini yaşadığı görülmüştür¹⁴⁹. Ülkemizde 618 sağlık çalışanının katıldığı Türkili ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sağlık çalışanlarının %51.9’unun anksiyete, %54.4’ünün depresyon belirtilerini gösterdiği bulunmuştur¹⁵⁰. Polonya’da sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada ise depresyon (%70.7), anksiyete (%64.4) ve uykusuzluk ise (%58) oranında saptanmıştır²⁷. Wang ve arkadaşlarının çalışmasında uyku bozukluğu yaşayanlarda kaygı ve depresyon riskinin daha fazla olduğu gösterilmiştir¹⁵¹. Aynı zamanda yüksek kaygı düzeyi de uyku kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Pandemi servislerinde çalışan hemşirelerin COVID-19 salgını ile yaşadıkları kaygı ve korku, hemşirelerin mesleki görevleri ile kişisel güvenlikleri arasında çatışmaya neden olabilmekte ve bu durum bakım kalitesini düşürmektedir. Salgın hastalıkların hemşireler üzerindeki risklerinin belirlenmesi ve düzeltilmesi hemşirelerin kaygı düzeyinin azalması ve hastaların tedavi ve bakım kalitesi açısından önemlidir^{26,152}.

2.3. Uyku Tanımı ve Fizyolojisi

Uyku, organizmanın çevreyle etkileşiminin (değişik şiddette uyaranlarla geri döndürülebilir biçimde) geçici, kısmi ve periyodik olarak durması olarak tanımlanmaktadır. Uyku, yaşamımızın ortalama 1/3’ünü oluşturma olup, monoton ve pasif bir süreç değil; düzenli, etkin ve değişken bir süreçtir^{153,154}.

Uykunun araştırılması Berger'in 1929 yılında gerçekleştirdiği elektroensefalografi (EEG) uygulamaları ile başlamıştır. EEG aktivitesi alanında ilk tanımlamalar ise Loomis ve arkadaşları tarafından 1937 yılında yapılmıştır. Uykunun REM dönemi ise Dement ve Kleitman tarafından 1957 yılında tanımlanmış ve uykunun periyodik olarak birbirini izleyen dönemlerden oluştuğunu göstermişlerdir¹⁵⁵.

Doğal uyku döngüsü spinal kord, beyin sapı ve serebral kortekste yer alan Retiküler Aktive Edici Sistem (RAS) ve medulla oblongatada yer alan Bulbar Senkronize Edici Sistem (BSR) tarafından düzenlenmekte olup bu iki merkez dönüşümlü olarak birlikte çalışır. Görme, işitme, dokunma ve ağrı uyarılarının; serebral korteksin üst merkezlerinde aktive olmasıyla RAS uyarılır ve bu durum uyanıklık boyunca devam eder. Uykunun gelmesiyle birlikte BSR aktivitesinde artma olur ve eğer çevresel koşullar da uygunsa uykuya dalma gerçekleşir. RAS'ın tekrar uyarılmasıyla birlikte kişi uyanır¹⁵⁶⁻¹⁵⁸. Uyku siklusunda seratonin, dopamin, norepinefrin, histamin, asetilkolin ve gammaaminobütirik asit (GABA) gibi nörotransmitterler büyük rol oynamaktadır. Nörotransmitterler arasında seratonin uykuyu başlatan en önemli rolü üstlenmektedir. Seratonin seviyesi yeteri kadar yükselince RAS inhibe olur (negatif feedback). Ayrıca karanlık, sessiz bir ortam ve rahat pozisyonda olmak RAS'ın uyarılmasını azaltarak bireyin uykuya dalmasını sağlar¹⁵⁷.

2.3.1. Uyku Uyanıklık Döngüsü (Sirkadiyen Ritm)

Sirkadiyen kelimesi “circa” (yaklaşık) ve “dies” (gün) kelimelerinden oluşmakta ve yaklaşık bir gün anlamı taşımaktadır. Sirkadiyen ritim, organizmanın yaklaşık bir günlük fizyolojik ve biyolojik süreçlerindeki değişimlerini kapsamaktadır. Uyku-uyanıklık döngüsü insanlardaki en önemli sirkadiyen ritimdir^{159,160}. Bu ritmin oluşumunda rol alan en önemli uyarılar güneş ışığı ve melatonin sentezidir. Melatonin karanlıkta en yüksek düzeye ulaşarak uykunun başlatılmasına katkıda bulunmaktadır¹⁵⁵. Sirkadiyen ritim yemek, egzersiz, yatma ve kalkma zamanları gibi etmenler tarafından da düzenlenmektedir¹⁶¹. Sirkadiyen ritimle ilişkili olarak uyku saatleri kişiden kişiye farklılık göstermekle birlikte ortalama 6-10 saat arasında olmalıdır. Gece saat 23-04 arasında melatonin sentezinin en yüksek seviyede olması nedeniyle bu saatler uyku zamanı açısından da önemlidir¹⁶².

Uyku-uyanıklık döngüsünün bozukluğu sonucu gelişen uykusuzluk santral sinir sistemi işlevlerini etkilemektedir. Uzun süreli uykusuzluğun; bağışıklık sistemi, vücut ısısı

kontrolü, beslenme ve metabolizmada düzenleyici diğer sistemlerde bozulmaya yol açtığı bilinmektedir¹⁵⁵. Gece vardiyasında çalışma ve uzun mesai saatleri ve uykusuzluk problemleri sirkadiyen ritimde değişikliğe neden olabilmektedir⁵⁸. Vardiyalı çalışma sirkadiyen ritim bozukluklarının en sık görülen nedenidir. Bunun sonucunda oluşan uyku bozuklukları, kardiyovasküler hastalıklar, gastrointestinal sistem hastalıkları ve depresyona sebep olabilmektedir¹⁵³. Ayrıca COVID-19 pandemisi karantina sürecinde evde kapalı olma durumunun; fiziksel aktivite, yeme alışkanlıkları gibi kişilerin rutinlerin değiştirmesiyle kişinin uyku düzeninin bozulmasında etkili olmuştur¹⁶³.

2.3.2.Uyku Evreleri

Uyku evreleri, elektroensefalografi (EEG) ile beyinden gelen elektrik akımlarını, elektrookülografi (EOG) ile göz hareketlerini ve elektromiyografi (EMG) ile kas tonusunu kaydedilip, değerlendirilerek belirlenmiştir. Uyku; NREM uyku (non-rapid eye movement; hızlı olmayan göz hareketleri) ve REM uykusu (rapid eye movement; hızlı göz hareketleri) olmak üzere iki ana evreden oluşmaktadır. NREM; 4 evreye ayrılmakta ve uykunun başlamasından yaklaşık 90 dakika sonra ilk REM evresi oluşmaktadır. Uykunun başlangıcından ilk REM uykusunun sonuna kadar olan süre bir uyku siklusudur. Bu siklus 90–120 dakika arasında olmak üzere kişiden kişiye değişmekte ve NREM+REM şeklindeki siklus bir gecede 4-6 kez tekrarlanmaktadır^{155,164}.

2.3.2.1. NREM Uyku

NREM uykusu hızlı göz hareketlerinin olmadığı; psikolojik ve fiziksel aktivitenin azaldığı, yavaş dalga uykusu ya da rüyasız uyku olarak adlandırılmaktadır. Uykunun ilk saatlerinde görülmekte olup, derin ve dinlendirici uykunun büyük bölümünü kapsamaktadır¹⁵⁷.

NREM uyku 4 evreye ayrılmaktadır. 1.ve 2. evreleri hafif uyku olarak, 3.ve 4. evreleri ise derin uyku, yavaş dalga uykusu olarak adlandırılmaktadır¹⁶⁵.

Evre-I; uyku ve uyanıklık arasında bir geçiş aşamasıdır. Hafif uyku, uyuklama olarak da adlandırılır ve kişi kolaylıkla uyandırılabilir. Uykunun başında ve gece uykusunun sonunda 10-15 dakika sürmekte ve uykunun yaklaşık %5'lik kısmını kapsamaktadır¹⁶⁴.

Evre-II; bu evrede kişiyi uyandırmak daha da güçleşir ve daha derin bir uykudur. Gözler hareketsizdir, kan basıncı, kalp ve solunum sayısı azalır ve bazal metabolizmada %10-30 azalma gözlenir. Uykunun yaklaşık %45'lik kısmını oluşturmaktadır.

Evre-III: II. evreden daha derindir. Parasempatik sinir sisteminin etkisine bağlı nabız ve solunum düzenli ve oldukça yavaştır. Beyin dalgaları düzensizdir. Bu evre uykunun yaklaşık %10'unu kapsamaktadır¹⁶⁶.

Evre IV: delta uykusu, derin uyku ya da yavaş dalga uykusu olarak bilinen bu evrede büyüme hormonlarının salınımı ve protein sentezi gibi vücudu yenilendiği fiziksel aşamalar gerçekleşir. Uykunun %10'unu oluşturmaktadır^{157,164,166}.

2.3.2.2. REM Uyku

Hızlı göz hareketlerinin olduğu uyku ya da paradoksikal uyku olarak isimlendirilmektedir. REM uykuda hızlı göz hareketleri görülür ve diyafragma gibi önemli bazı iskelet kasları haricinde kas atonisi vardır. REM evresinde kişiyi non-REM uykusuna göre uyandırmak daha zorlaşmıştır. Bu evrede solunum ve kalp hızı düzensizleşir, parlak canlı rüyalar görülebilmektedir. REM uyku dönemleri 5-30 dakika sürer ve REM uyku dönemlerinin arası ise 90-120 dakikadır. REM uykusu gece boyunca 4-6 kez tekrarlanmakta olup, REM evresi gece uykusunun %20-25'ini kapsamaktadır^{152,164,165}.

2.3.3. COVID-19 Salgını ve Uyku Kalitesi

Uyku kalitesi, kişinin uyandıktan sonra kendini yeni bir güne hazır hissedecek şekilde dinlenmiş ve zinde olmasıdır. Uyku kalitesini; uyku latensi, uyku süresi ve gece boyunca uyanma sayısı, öznel yönden ise uykunun derinliği ve dinlendiriciliği oluşturmaktadır^{167,168}. Uyku kalitesi sigara ve alkol kullanımı, öğleden sonra kahve tüketimi, kronik hastalıklar, stres ve kaygı düzeyi gibi etkileyen pek çok faktörden etkilenmektedir¹⁶².

Salgınların prevalansı ve ölüm hızı arttıkça bireylerin stres, depresyon ve kaygı düzeyleri de artmaktadır¹⁶⁹. Stresli durumların içinde olmak uykunun baskılanması, uyanıklığın artması gibi bulgulara neden olarak uyku kalitesini azaltabilmektedir¹⁷⁰. Casagrande ve arkadaşlarının çalışmasında; COVID-19'a bağlı olarak, katılımcıların %57.1'i kötü uyku kalitesine %32.1'i yüksek kaygı düzeyine, %41.8'i yüksek stres düzeyine sahip olduğunu belirtmiştir¹⁷¹. Türkiye'de 451 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada; katılımcıların %48.6'sının pandemi döneminde uyku problemleri yaşadığı belirtilmiştir¹⁷². 13 ülkeden toplam 54231 katılımcıyla yapılan bir meta-analizde; uyku bozukluğu prevalansının toplumda %32.3; sağlık çalışanlarında ise %36; COVID-19 hastalarında %74.8 oranında olduğu tespit edilmiştir¹⁷³.

Literatürde, stresin uyku problemlerini, uyku problemlerinin de stresi tetiklediği görülmektedir^{169,174}. Uyku bozukluğuna sahip kişilerin sağlık problemlerini daha sık ve daha şiddetli yaşadığı bildirilmektedir¹⁷⁵. Uyku kalitesinin düşmesi ise bireylerin vücut direncini düşürecektir. COVID-19 hastalarında düşük uyku kalitesinin mortalite ve morbiditeyi etkilediği düşünülmektedir¹⁷⁶.

2.3.4. COVID-19 Salgınında Görev Alan Hemşirelerin Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Hemşirelerin çalışma sistemi, nöbet ve vardiyalı mesailerden oluşmaktadır. Geceleri de aktif bir şekilde çalışan hemşirelerin; sirkadiyen ritmi bozulmakta ve aynı zamanda alışılmış çalışma ve sosyal düzenin dışına çıkılmasından ötürü toplumsal saat düzeniyle uyumsuzluk yaşamaktadırlar. Sirkadiyen ritmin bozulması hemşirelerin fizyolojik sağlığını etkilerken, toplumsal saat düzeniyle olan çatışmalar psikososyal sorunlara neden olmaktadır^{154,177,178}. Doğan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; hemşirelerin %92.6'sı gece nöbetlerinin günlük yaşamlarını zorlaştırdığını, %87.7'si gece nöbetlerinin sosyal yaşamlarını etkilediğini, %61.7'si ise aile ilişkilerini etkilediğini bildirmiştir¹⁷⁸. Park ve arkadaşlarının hemşireler ile yaptığı çalışmasında ise hemşirelerin %79.8'inin uyku kalitesinin kötü olduğunu tespit edilmiştir¹⁷⁹.

Türk Hemşireler Derneği (THD), hemşirelerin çalışma koşulları ile ilgili raporunda, uzun ve gece-gündüz vardiyası şeklinde çalışmanın hemşirelerin biyolojik ritimlerini, hasta bakımını, güvenliğini, aile ve sosyal yaşantısını etkilediğini bildirmektedir¹⁸⁰. Bu bağlamda hemşirelerin uyku kalitesinin kötü olmasının bireysel ve kurumsal sonuçları olabilmektedir. Başlıca bireysel sonuçları; serebrovasküler/ kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, diyabet, gastrointestinal sistem hastalıkları gibi sağlık problemleri, yorgunluk ve konsantrasyon bozuklukları nedeniyle kesici-delici alet yaralanmalarına maruziyet, sosyal yaşama uyumsuzluk nedeniyle yaşam kalitesinin bozulması, stres ve tükenmişlik olarak sayılabilmektedir. Hemşirelerin kötü uyku kalitesinin kurumsal sonuçları ise; işle ilgili kazaların artması, işe devamsızlıkta artma, iş gücü kayıpları, iş doyumunun ve iş veriminin azalması olarak belirtilmektedir^{123,181,182}.

DSM-5 sınıflamasında vardiya sistemi ile çalışan bireylerin yaşadığı uyku bozuklukları 'Vardiyalı iş türü' başlığı altında; vardiya sistemi ile çalışmaktan dolayı, uyku evresi sırasında uykusuzluk çekme ve/veya uyanıklık gerektiren saatlerde aşırı uykulu olma ya da istemsiz uyuma belirtilerinin ifade edilmesi' şeklinde tanımlanmıştır¹⁷⁸.

Uluslararası Çalışma Örgütü, hemşirelerin çalışma saatinin haftalık 40 saat, günlük 8-12 saat olmasını ve nöbetler arası en az 12 saat kesintisiz dinlenme süresinin olması gerektiğini belirtmiştir. ILO'nun önerdiği tavsiye kararları, 1977 yılında 38 ülkenin imzasıyla “C149 Hemşirelik Personeli Antlaşması” olarak kabul edilmiş olup, Türkiye hala bu ülkeler arasında değildir¹⁸². Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın çıkarmış olduğu yönetmelikte, nöbet sistemi yer almaktadır. Valiliklerce belirlenen 24 ve 16 saat süren nöbet uygulaması bulunmaktadır¹⁸³.

Çalışma koşulları zor ve yorucu olan hemşirelerin COVID-19 salgınının başlamasıyla olağanüstü çalışma şartları bir gereklilik haline gelmiş ve bu süreçte hemşireler hem fiziksel hem de psikolojik olarak ciddi bir baskıya maruz kalmışlardır. Bu nedenle hemşireler korku, kaygı, depresyon ve uykusuzluk gibi sağlık sorunlarıyla karşılaşmıştır. Lv Yan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, sağlık çalışanlarının pandemi öncesi döneme göre depresyon, anksiyete ve uyku bozukluğu görülme oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur¹⁸⁴. Z Çin'de yapılan kesitsel bir çalışmada, pandemi servislerinde çalışan doktor ve hemşirelerin %34'ünde uykusuzluk şikâyetleri tespit edilmiştir¹⁶. İstanbul'da 426 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada anksiyete (%33), gündüz uykululuğu (%33.1), gece uykusuzluğu (%30.5) yaşadıkları bulunmuştur. Çin'de 1563 sağlık çalışanı ile yapılan başka bir çalışmada kaygı (%44.7), depresyon (%50.7) ve uykusuzluk (%36.1) semptomları yaşadıkları tespit edilmiştir²⁸. İstanbul'da gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise sağlık çalışanlarının %52.3'ünde kaygı, %53.1'inde ise uykusuzluk olduğu rapor edilmiştir²⁵.

COVID-19 tanılı bireylerin tedavi ve bakımını sağlayan hemşirelerin uyku kalitesinin iyi olması önemlidir²⁴. Uyku kalitesi kötü olan hemşirelerde; yorgunluk, dikkat dağınıklıkları, düşük vücut direnci, gerginlik, mutsuzluk gibi iş hayatlarını etkileyecek durumlar olabilmekte ve ayrıca uykusuzluğa bağlı olarak; çalışma veriminde azalma, iletişim bozuklukları, delici-kesici alet yaralanması görülebilmektedir³³.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, koronavirüs hastalarına bakım veren hemşirelerin kaygı düzeylerinin ve uyku kalitelerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Toyotasa Acil Yardım Hastanesi ve Düzce Atatürk Devlet Hastanesi'nde yapılmıştır. Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi 10 pandemi servisi, 2 yoğun bakım ünitesi ve 450 hemşire; Toyota Acil Yardım Hastanesi 4 pandemi servisi ve 80 hemşire, Düzce Atatürk Devlet Hastanesi 4 pandemi servisi ve 100 hemşire ile hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Toyotasa Acil Yardım Hastanesi ve Düzce Atatürk Devlet Hastanesi'nde koronavirüs hastasına bakım veren 630 hemşire oluşturmuştur. Evreni belli olan örnekleme yöntemine göre %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile en az 239 hemşireye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma örneklemini Şubat 2021 - Şubat 2022 tarihleri arasında Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Toyota Acil Yardım Hastanesi ve Düzce Atatürk Devlet Hastanesi'nde pandemi servislerinde ve/veya pandemi yoğun bakımlarında çalışmış olan 240 hemşire oluşturmuştur.

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Pandemi servislerinde ve/veya pandemi yoğun bakım ünitelerinde çalışan, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hemşireler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, sigara ve alkol kullanma durumu, kronik hastalık varlığı), çalışma özellikleri, hemşirelerin uyku ve kaygı düzeyini etkileyen etmenlerdir.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; Koronavirüs Kaygı Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanıdır.

3.6. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırmanın hipotezleri;

H0: Koronavirüs hastalarına bakım veren hemşirelerin kaygı düzeyleri ve uyku kaliteleri arasında ilişki yoktur.

H1: Koronavirüs hastalarına bakım veren hemşirelerin kaygı düzeyleri ve uyku kaliteleri arasında ilişki vardır.

H1-1: Koronavirüs hastalarına bakım veren hemşirelerin kaygı düzeyleri arttıkça uyku kaliteleri artar.

H1-2: Koronavirüs hastalarına bakım veren hemşirelerin kaygı düzeyleri arttıkça uyku kaliteleri azalır.

3.7. Verilerin Toplaması

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından literatür taraması sonucu geliştirilmiş olan hemşirelerin sosyo-demografik, iş yaşamı ve çalışma özelliklerini içeren “Kişisel Bilgi Formu”^{32,123,180,182} (Ek-1) “Koronavirüs Kaygı Ölçeği”^{185, 186}, (Ek-2) “Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği”^{129,187} (Ek-3) ve “Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi”^{188, 189} (Ek-4) kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın verileri Google form kullanılarak toplanılmıştır.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu; hemşirelerin tanıtıcı ve çalışma özelliklerine ilişkin 22 soru, COVID-19 pandemi süreci deneyimlerine ilişkin ise 12 soru olmak üzere toplam 34 sorudan oluşmaktadır^{32,123,180,182}.

3.7.2. Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ)

Koronavirüs Kaygı Ölçeği, Lee tarafından 2020 yılında geliştirilmiş olup Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması aynı yıl Akkuzu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. 5’li likert (0=hiçbir zaman, 1=nadir, bir veya iki günden az, 2=birkaç gün, 3=7 günden fazla, 4=son iki haftada neredeyse her gün) tipinde olan ölçek 5 soru ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri 0-4 arasında puanlanmaktadır. Yüksek puan yüksek anksiyeteyi göstermektedir. Ölçeğin Cronbach-Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,81 olup, ölçeğin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu bildirilmiştir^{185,186}. Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,90 olup yüksek derecede güvenilir olduğu görülmüştür.

3.7.3. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ)

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği, Spielberg ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 1974-1977 yılları arasında Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır^{129,187}.

14 yaş ve üzeri bireylere uygulanan ölçeğin 1-20. soruları kişinin durumluk kaygı düzeyini, 21-40. soruları ise sürekli kaygı düzeyini belirlemektedir. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), bireyin belli bir anda ve belli koşullarda; Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) ise, genellikle nasıl hissettiğini değerlendirir. DKÖ maddelerinde ifade edilen duygu ve davranışlar bu tür yaşantıların şiddet derecesine göre 1 “hiç”, 2 “biraz”, 3 “çok” ve 4 “tamamen” gibi şıklardan birinin işaretlenmesi ile SKÖ maddelerinde ise ifade edilen duygu ya da davranışlar sıklık derecesine göre 1 “hemen hiçbir zaman”, 2 “bazen”, 3 “çok zaman” ve 4 “hemen her zaman” şıklarından birinin işaretlenmesi ile yanıtlanır.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği, doğrudan ve tersine çevrilmiş maddelerden oluşmaktadır. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine çevrilmiş ifadeler ise olumlu duyguları belirtir. DKÖ’de 10 (1., 2., 5., 8., 10., 11., 15., 16., 19. ve 20. maddeler) ve SKÖ’de ise 7 (21., 26., 27., 30., 33., 36. ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş madde bulunmaktadır. “Ters” ifadeler puanlanırken 1 değerinde olanlar 4’e, 4 değerinde olanlar ise 1’e dönüştürülerek hesaplanır. Puanlamada doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puan çıkarılır. Elde edilen bu sayıya önceden saptanmış değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Ölçeği için bu değer 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için 35’tir. Ölçeklerden elde edilen 0-19 arası toplam puan kaygı olmadığını, 20-39 arası toplam puan hafif kaygı düzeyini, 40-59 arası toplam puan orta kaygı düzeyini, 60-79 arası toplam puan ise ağır kaygı düzeyini gösterirken, toplam puanı 80 ve üzerinde olması bireyin profesyonel yardıma gereksinimi olduğunu göstermektedir^{129,187}.

Sürekli Kaygı Ölçeği’nin Cronbach-Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,83-0,87, Durumluk Kaygı Ölçeği ise 0,94-0,96 arasındadır. Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı DKÖ için 0,94 ve SKÖ için 0,89 olarak belirlenmiş olup yüksek derecede güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

3.7.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi; bireylerin uyku kalitesinin belirlenebilmesi için Buysse ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini Ağargün ve arkadaşları tarafından 1996 yılında yapmış olup toplam 24 sorudan oluşmaktadır^{188,189}. Soruların 19'u öz bildirim sorusudur. 19. soru puanlamaya dahil edilmemektedir. 5 soru ise bireyin eş veya oda arkadaşı tarafından yanıtlanmakla beraber puanlamanın dışında tutulmaktadır. Puanlamaya katılan 18 soru 7 bileşene ayrılmıştır. Bu bileşenler öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz uyku işlev bozukluğudur^{188,189}.

Öznel Uyku Kalitesi; Bu bileşende, genel anlamda geçen aydaki uyku kalitesi sorgulanmaktadır (soru 6'nın puanlanması ile elde edilir). Uyku Latansı; Bu bileşende, son bir ayda gece uykuya dalma süresi ve 30 dakika içinde uykuya dalamama sorunu ve sıklığı sorgulanmaktadır (soru 2 ve 5a'nın puanlanması ile elde edilir). Uyku Süresi; Bu bileşende, son bir ayda geceleri uyunan uyku saati sorgulanmaktadır (soru 4'ün puanlanması ile elde edilir). Alışılmış Uyku Etkinliği; Bu bileşende, son bir ayda geceleri yatma saati ve sabahları kaçta uyanma saatleri sorgulanmaktadır (soru 1 ve 4 ile hesaplanır). Uyku Bozukluğu; Bu bileşende, gece yarısı ya da sabah erkenden uyanma, banyo yapmak amacı ile uyanmak zorunda kalma, rahat nefes alıp verememe, öksürme veya da gürültülü biçimde horlama, aşırı sıcaklık hissetme, aşırı üşüme, ağrı, kötü rüyalar görme, vb. durumları deneyimleme ve bunların sıklığı sorgulanmaktadır (soru 5b-j ile hesaplanır). Uyku İlacı Kullanımı; Bu bileşende, son bir ay içinde uyumaya yardımcı olmak için ne sıklıkla uyku ilacı kullanıldığı sorulmaktadır (soru 7'nin puanlanması ile elde edilir). Gündüz Uyku İşlev Bozukluğu; Bu bileşende, geçen ay içinde araç kullanırken, yemek veya sosyal aktivite sırasında ne sıklıkta uyanık kalma sorunu yaşadığı ve bu durumun, ne ölçüde kendi işlerini yeterli istekle gerçekleştirmesini engellediği sorgulanmaktadır (soru 8-9'un puanlanması ile hesaplanır)^{188,189}.

Bileşenlerin her biri 0-3 arası bir puan verilerek hesaplamaya katılır. 7 bileşenin puanlarının toplanması ile toplam "PUKİ" toplam puanı elde edilir. Toplam puan 0 ile 21 arasındadır. Toplam "PUKİ" puanı 5'ten büyük ise uyku kalitesi kötü olarak değerlendirilmektedir^{188,189}.

Ölçeğin Cronbach-Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,70 olup ölçeğin geçerli ve güvenilir bir araç olduğu bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,73 olup oldukça güvenilir olduğu belirlenmiştir.

3.8. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulanması

Veri toplama formlarının işlerliğini değerlendirmek amacıyla, ön uygulama Toyota Acil Yardım Hastanesinde görev yapan 15 hemşireye 23 – 30 Ocak 2021 tarihinde yapılmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan formda herhangi bir değişiklik gerçekleştirmediği için ön uygulama yapılan hemşireler araştırma örneklemine dâhil edilmiştir.

3.9. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırmanın uygulamasına etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra başlanmıştır. Veriler, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Toyotasa Acil Yardım Hastanesi ve Düzce Atatürk Devlet Hastanesi'nde, Şubat 2021- Şubat 2022 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler ile online olarak toplanmıştır. COVID-19 pandemisinden kaynaklı olarak veri toplama formu araştırmacı tarafından Google Form'a dönüştürülmüş olup, pandemi servisi ve yoğun bakım üniteleri sorumlu hemşireleri ile ayda bir yüz yüze görüşülerek anket linkinin online haberleşme programına (WhatsApp) gönderilerek servis gruplarında paylaşılması sağlanmış ve dijital ortamda hemşirelere ulaşılmaya çalışılmıştır. Soruların cevaplanma süresi yaklaşık 15-20 dakikadır.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler IBM Statistical Package For Social Sciencess (SPSS) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veri analizinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve ortanca), ölçekler arasındaki ilişki için korelasyon analizi ve bağımlı değişkeni etkileyenleri belirlemek için regresyon analizi yapılmıştır¹⁹⁰. Uygulanacak analizlere karar verebilmek için Kolmogorow Smirnov normallik testi ($n>50$) uygulanmıştır. Normal dağılan veriler için niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak önemliliği bağımsız örneklem t testi ile ikiden fazla grup karşılaştırması F testi ile yapılmıştır. Normal dağılmayan veriler için niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak önemliliği Mann Whitney U testi; ikiden fazla grup karşılaştırması Kruskal Wallis - H testi ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık seviyesi $p<0.05$ olarak belirlenmiştir.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğu için gerekli olan Etik Kurul izni (Tarih: 05.10.2020 2020/214) sayılı karar ile Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu'ndan alınmıştır. (EK-7). Araştırmanın yapılabilmesi için Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü'nden, Toyotasa Acil Yardım Hastanesi'nden (Tarih: 23.12.2020/18343338-434.99-2118) (EK-8), Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden (Tarih: 27.01.2021/1834338-434.99-99-124) (EK-9), Düzce İl Sağlık Müdürlüğü'nden, Düzce Atatürk Devlet Hastanesinden (Tarih:27.10.2020/56837151-17469) (EK-10) resmi izin, ölçek yazarlarından izin (EK-11) ve katılımcılardan onam alınmıştır. Ayrıca çalışmamız Koronavirüs–COVID-19 (SARS-Cov-2) ile ilişkili olması nedeni ile Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (TCSB)'nden araştırmanın izinleri tamamlanmıştır (EK-12).

3.12.Araştırmanın Güçlükleri ve Sınırlılıkları

COVID-19 pandemi sürecinde çok fazla bilimsel çalışma yapılması, pandemi servisleri/yoğun bakım ünitelerinde görev alan hemşirelerin çalışma koşullarının yoğun olması ve hemşirelerin istekli olmaması sebebiyle veri toplama formlarının uygulanmasında güçlükler yaşanmıştır.

Araştırma Düzce ve Sakarya ili Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Toyotasa Acil Yardım Hastanesi ve Düzce Atatürk Devlet Hastanesi'nde koronavirüs hastalarına bakım veren hemşirelerle sınırlıdır. Araştırma sonuçları araştırmanın yapıldığı dönem için geçerlidir, zamanla değişiklik gösterebilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde.

- Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular
- Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulgular
- Hemşirelerin COVID-19 Süreci Deneyimlerine İlişkin Bulgular
- Hemşirelerin Koronavirüs Kaygı (KKÖ) Durumluk, Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Toplam Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular
- Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Hemşirelerin COVID-19 Süreci Deneyimlerine Göre Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması
- Ölçek Puanlarının Birbirleri ile Korelasyonlarına İlişkin Bulgular
- Ölçeklere İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi sonuçlarına yer verilmiştir.

4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

Değişkenler	Kişi sayısı (n: 240)	Yüzde (%)
Çalıştığı Kurum		
Üniversite Hastanesi	112	46.7
Devlet Hastanesi	128	53.3
Yaş*	(Ort±SS → 29.43±7.18)	
18-26 yaş	114	47.4
27-35 yaş	87	36.3
36-44 yaş	24	10.0
45 yaş ve üzeri	15	6.3
Cinsiyet		
Kadın	211	87.9
Erkek	29	12.1
Öğrenim Alanı		
Hemşirelik	211	87.9
Ebelik	13	5.4
Sağlık Memurluğu	16	6.7
Eğitim Düzeyi		
Lise	8	3.3
Ön lisans	13	5.4
Lisans	194	80.9
Lisansüstü	25	10.4
Medeni Durum		
Bekar	127	52.9
Evli	113	47.1
Çocuk Durumu		
Evet	68	28.3
Hayır	172	71.7
Gelir Durumu		
Gelir Gidere Eşit	127	52.9
Gelir Giderden Fazla	64	26.7
Gider Gelirden Fazla	49	20.4
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	64	26.7
Hayır	176	73.3
Alkol kullanma Durumu		
Evet	46	19.2
Hayır	194	80.8
Günlük Çay/kahve Tüketimi		
1-2 bardak	49	20.4
3-4 bardak	120	50.0
5 ve üzeri bardak	71	29.6

* Ort=Ortalama SS=Standart Sapma

Tablo 4.1.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (Devamı)

Değişkenler	Kişi sayısı n: (240)	Yüzde (%)
Kronik Hastalık		
Evet	29	12.1
Hayır	211	87.9
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü		
Evet	21	8.8
Hayır	219	91.2
Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı		
Evet	35	14.6
Hayır	205	85.4
Birlikte Yaşanılan Bireyler		
Yalnız	60	25.0
Aile Bireyleri ile	158	65.8
Diğer *	22	9.2
Birlikte Yaşanılan Aile Bireylerinde Yaşlı Birey Varlığı		
Evet	16	6.7
Hayır	224	93.3
Birlikte Yaşanılan Aile Bireylerinde Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	74	30.8
Hayır	166	69.2

*: Arkadaş, Akraba

Tablo 4.1.1.'de hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %46.7'si Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, %35'i Toyotasa Acil Yardım Hastanesi ve %18.3'ü Düzce Devlet Hastanesi'nde çalışmaktadır. Kurum tipi incelendiğinde ise hemşirelerin %46.7'si üniversite hastanesinde, %53.3'ü devlet hastanesinde görev yapmaktadır. Hemşirelerin %47.4'ü 18-26 yaş yaş aralığında olup yaş ortalamaları 29.43 ± 7.18 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin %87.9'u kadın, %87.9'u hemşirelik öğrenim alanına sahip, %80.9'u lisans mezunudur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %52.9'u bekar, %71.7'sinin çocuğu bulunmamakta olup çocuğu olan hemşirelerin %55.9'unun 2, %27.9'unun 1, %16.2'sinin ise 3 ve üzeri çocuğu vardır. Hemşirelerin %52.9'unun geliri giderine eşittir. Hemşirelerin %73.3'ü sigara, %80.8'i alkol kullanmamakta olup %50'si günlük kahve/çay tüketim miktarını 3-4 bardak olarak ifade etmiştir. Hemşirelerin %12.1'inin kronik hastalığı, %8.8'inin psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmakta olup %14.6'sı sürekli ilaç kullanmaktadır. Ayrıca hemşirelerin %65.8'inin aile bireyleri ile %6.7'sinin ise 65 yaş ve üzeri bireyler ile beraber yaşadığı, hemşirelerin birlikte yaşadığı aile bireylerinin %30.8'inin kronik hastalığının olduğu saptanmıştır.

4.2. Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1. Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Kişi sayısı (n: 240)	Yüzde (%)
Mesleği İsteyerek Seçme		
Evet	160	66.7
Hayır	80	33.3
Meslekte Çalışma Süresi		
1 yıldan az	39	16.3
1-4 yıl	75	31.3
5-9 yıl	59	24.6
10 yıl ve üzeri	67	27.8
Pandemi Öncesi Çalışılan Birim		
Dahiliye Kliniği	35	14.6
Cerrahi Kliniği	33	13.8
Acil Servis	35	14.6
Yoğun Bakım	62	25.7
Ameliyathane	13	5.4
Poliklinik	5	2.1
Diğer*	57	23.8
Pandemi Öncesi Çalışan Birimdeki Çalışma Süresi		
1 yıldan az	63	26.3
1-4 yıl	119	49.6
5-9 yıl	38	15.8
10 yıl ve üzeri	20	8.3
Pandemi Öncesi Çalışılan Birimde Çalışmayı İsteme Durumu		
Evet	175	72.9
Hayır	65	27.1
Pandemi Öncesi Çalışılan Birimdeki Görev		
Klinik Hemşire	212	88.3
Sorumlu Hemşire	17	7.1
Yönetici Hemşire	4	1.7
Eğitim Hemşiresi	7	2.9
Çalışma Sistemi		
Gündüz Şifti	39	16.3
Gece Şifti	7	2.9
Dönüşümlü Vardiya “Gece- Gündüz şifti”	194	80.8
Günlük Çalışma Süresi		
8 Saat	71	29.6
12 saat	10	4.2
16 saat	17	7.1
24 saat	142	59.1
Haftalık Çalışma Süresi		
40 saat	64	26.7
40 saat üzeri	176	73.3

*: Kadın Doğum, Çocuk Servisi ve Özel Dal Hemşireleri

Tablo 4.2.1.'de hemşirelerin çalışma özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %66.7'sinin hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiği, %31.3'ünün çalışma s'uresinin 1-4 yıl olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin %25.7'sinin pandemi öncesi yoğun bakım 'unitesinde çalıştığı, %49.6'sının bu birimdeki çalışma s'uresinin 1-4 yıl olduğu, %72.9'unun bu birimde çalışmak istediği ve %88.3'ünün bu birimde klinik hemşire olarak görev yaptığını gr'ulm'ust'ur. Araştırmaya katılan hemşirelerin %80.8'inin gece g'und'uz şifti şeklinde çalıştığı, %59.1'inin g'unl'uk çalışma s'uresinin 24 saat, %73.3'ünün ise haftalık çalışma s'uresinin 40 saat 'uzeri olduğu saptanmıştır.



4.3. Hemşirelerin COVID-19 Süreci Deneyimlerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.3.1. Hemşirelerin COVID-19 Süreci Deneyimlerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Kişi sayısı (n: 240)	Yüzde (%)
COVID-19 Şüphesi ile Test Yaptırma Durumu		
Evet	186	77.5
Hayır	54	22.5
COVID-19 Tanısı Alma Durumu		
Evet	83	34.6
Hayır	157	65.4
Ailede/Yakınlarında/Arkadaşlarında COVID-19 Tanısı Alma Durumu		
Evet	168	70.0
Hayır	72	30.0
Birlikte Çalışılan Ekip Arkadaşlarında COVID-19 Tanısı Alma Durumu		
Evet	231	96.2
Hayır	9	3.8
Ailede/Yakınlarında/Arkadaşlarında COVID-19 Tanısı ile Yaşamını Kaybetme Durumu		
Evet	102	42.5
Hayır	138	57.5
COVID-19 Hastalarına Bakım Verildiği Sürede Yaşanılan Yer		
Ev	217	90.4
Konaklama İçin Sağlanan Otel/Misafirhane/ Yurt	23	9.6
COVID-19 Salgını Süresince Pandemi Servisinde Çalışılan Süresi		
0-5 ay	150	62.4
6-12 ay	63	26.3
13 ay ve üzeri	27	11.3
COVID-19 Salgını Süresince Koruyucu Ekipmanlara Erişim ve Kullanma Durumu		
Evet	195	81.3
Kısmen	43	17.9
Hayır	2	0.8
COVID-19 Salgını Süresince Psikiyatrik Destek Alma İhtiyacı Durumu		
Evet	87	36.3
Hayır	153	63.7

Tablo 4.3.1. Hemşirelerin COVID-19 özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %77.5'inin COVID-19 şüphesi nedeni ile test yaptırdığı, %34.6'sının ise COVID-19 tanısı aldığı belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin %70'inin ailesinde/yakınlarında/arkadaşlarında COVID-19 tanısı alan birinin var olduğu, %96.2'sinin ise çalıştığı ekip arkadaşlarının COVID-19 tanısı aldığı tespit edilmiştir.

Hemşirelerin %42.5'inin ailesinde/yakınlarında/arkadaşlarında COVID-19 tanısı ile yaşamını kaybeden birinin var olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %90.4'ünün COVID-19 hastalarına bakım verdiği sürede yaşadığı yerin ev olduğu, %62.4'ünün COVID-19 salgını süresince pandemi servisinde çalıştığı sürenin 0-5 ay olduğu belirlenmiş olup, hemşirelerin %81.3'ünün COVID-19 salgını süresince koruyucu ekipmanlara ulaşabildiği, %36.3'nün COVID-19 salgını süresince psikiyatrik destek alma ihtiyacı olduğu saptanmıştır.

4.4. Hemşirelerin Kaygı ve Uyku Kalitesine İlişkin Bulgular

Tablo 4.4.1 Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=240)

	Min*	Maks*	Ort±SS*
KKÖ	0.00	18.00	2.91±3.77
DSKÖ			
DKÖ	20.00	78.00	47.74±12.27
SKÖ	21.00	77.00	46.96±9.58
PUKİ (Toplam Puan)	3	19	9.72±3.48
<u>Alt Boyutlar</u>			
Subjektif Uyku Kalitesi	0.00	3.00	1.49±0.75
Uyku Latansı	0.00	3.00	1.37±0.92
Uyku Süresi	0.00	3.00	1.08±1.14
Alışılmış Uyku Etkinliği	3.00	3.00	3.00±0.00
Uyku Bozukluğu	0.00	3.00	1.33±0.73
Uyku İlacı	0.00	3.00	0.23±0.68
Gündüz İşlev Bozukluğu	0.00	3.00	1.22±0.97

*Min=Minimum Maks=Maksimum Ort=Ortalama SS=Standart Sapma

Tablo 4.4.1’de hemşirelerin KKÖ, DKÖ, SKÖ ve PUKİ toplam ve alt boyut puan ortalamaları yer almaktadır. Hemşirelerin KKÖ puan ortalaması 2.91 ± 3.77 , DKÖ ve SKÖ puan ortalaması sırasıyla 47.74 ± 12.27 , 46.96 ± 9.58 ’dir. Ayrıca hemşirelerin PUKİ puan ortalaması 9.72 ± 3.48 ; subjektif uyku kalitesi alt boyut puanı 1.49 ± 0.75 , uyku latansı alt boyut puanı 1.37 ± 0.92 , uyku süresi alt boyut puanı 1.08 ± 1.14 , alışılmış uyku etkinliği alt boyut puanı 3.00 ± 0.00 , uyku bozukluğu alt boyut puanı 1.33 ± 0.73 , uyku ilacı alt boyut puanı 0.23 ± 0.68 , gündüz işlev bozukluğu alt boyut puanı 1.22 ± 0.97 ’dir.

Tablo 4.4.2 Hemşirelerin Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı Düzeyleri ve Uyku Kalitelerine İlişkin Verilerin Dağılımı (n=240)

Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ)	Kişi sayısı (n: 240)	Yüzde (%)
Hafif Kaygı (20-39)	57	%23.75
Orta Kaygı (40-59)	143	%59.58
Ağır Kaygı (60-79)	40	%16.67
Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ)	Kişi sayısı (n: 240)	Yüzde (%)
Hafif Kaygı (20-39)	52	%21.67
Orta Kaygı (40-59)	161	%67.08
Ağır Kaygı (60-79)	27	%11.25
Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)	Kişi sayısı (n: 240)	Yüzde (%)
İyi Uyku Kalitesi (0-5)	29	12.08
Kötü Uyku Kalitesi (5-21)	211	87.92

Tablo 4.4.2.’de hemşirelerin durumluk kaygı, sürekli kaygı düzeyleri ve uyku kalitelerinin dağılımı yer almaktadır. Buna göre hemşirelerin durumluk kaygı düzeyleri; %59.58 orta, %23.75 hafif ve %16.67 ağır düzeyde olduğu belirlenmiş olup, sürekli kaygıları; %67.08 orta, %21.67 hafif ve %11.25 ağır düzeydedir. Hemşirelerin %12.08’inin uyku kalitesi iyi iken %87.92’sinin uyku kalitesi kötü olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.5 Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Toplam Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Değişkenler (n:240)	n	%	KKÖ	DKÖ	SKÖ	PUKİ Toplam Puan
			Ort±SS / Med	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kurum tipi						
Üniversite Hastanesi	112	46.3	3.30±4.02/2.0	49.91±13.27	48.19±10.19	10.40±3.51
Devlet Hastanesi	128	53.7	2.57±3.52/1.0	45.84±11.01	45.88±8.91	9.16±3.34
Test değeri			-1.506	2.593	1.869	2.880
p(t)			0.133	0.010*	0.063	0.004*
Yaş						
18-26 yaş ¹	114	47.4	3.36±4.33/2.0	47.90±12.42	48.61±9.91	10.17±3.32
27-35 yaş ²	87	36.3	2.61±3.16/1.0	49.89±11.77	46.64±8.40	9.63±3.54
36-44 yaş ³	24	10.0	2.67±3.19/2.0	44.38±11.73	44.92±10.17	8.75±3.39
45 yaş ve üzeri ⁴	15	6.3	1.67±3.09/0.0	39.47±11.14	39.53±9.07	8.40±4.05
Test değeri (F)			0.277	3.909	4.732	2.012
P(f)			0.871	0.009**	0.003**	0.113
Fark				2>4	1.2>4	
Cinsiyet						
Kadın	211	87.9	3.18±3.91/2.0	49.27±11.62	47.84±9.44	9.89±3.51
Erkek	29	12.1	0.97±1.48/0.0	36.59±11.20	40.55±8.20	8.48±3.03
Test değeri (t)			-2.932	5.538	3.956	2.058
p(t)			0.003*	0.000**	0.000**	0.041*
Öğrenim Alanı						
Hemşirelik ¹	211	87.9	2.99±3.73/2.0	47.95±12.16	47.45±9.53	9.74±3.38
Ebelik ²	13	5.4	3.69±5.44/1.0	51.92±11.21	47.77±7.7	12.00±3.65
Sağlık Memurluğu ³	16	6.7	1.25±2.18/0.0	41.56±13.01	39.81±9.2	7.56±3.50
Test değeri			4.457	2.861	4.932	6.126
p(f)			0.108	0.059	0.008**	0.003**
Fark					1.2>3	1.2>3

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, p = Anlamlılık düzeyi, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, Med=Medyan, (F)= Kruskall Wallis H Testi, (t)= Mann Whitney U test istatistiği, Fark=Bonferroni Testi Düzeltmeli Mann Whitney U test

Tablo 4.5. Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Toplam Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Değişkenler (n:240)	n	%	KKÖ	DKÖ	SKÖ	PUKİ Toplam Puan
			Ort±SS / Med	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Eğitim Düzeyi						
Lise +Ön lisans	21	8,8	2,90±3,79/1,0	50,05±15,56	48,05±10,4	10,19±3,61
Lisans	194	80,8	2,79±3,71/1,0	46,93±11,6	46,69±9,35	9,63±3,51
Lisans üstü	25	10,4	3,84±4,22/2,0	52,12±13,57	48,16±10,88	10±3,23
Test değeri			1,219	2,419	0,409	0,330
p(f)			0,544	0,091	0,665	0,719
Medeni Durum						
Bekar	127	52,9	3,45±4,26/2,0	48,8±12,3	48,57±10,16	10,19±3,18
Evli	113	47,1	2,31±3,04/1,0	46,55±12,17	45,14±8,57	9,19±3,73
Test değeri			-1,640	1,424	2,811	2,208
p(t)			0,101	0,156	0,005*	0,027*
Çocuk Durumu						
Evet	68	28,3	2,22±3,18/1,0	44,28±11,99	43,68±8,39	8,84±3,66
Hayır	172	71,7	3,19±3,96/2,0	49,11±12,14	48,26±9,74	10,07±3,35
Test değeri			-1,501	2,788	3,410	2,498
p(t)			0,133	0,006*	0,001**	0,013*

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, p = Anlamlılık düzeyi, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, Med=Medyan, (F)= Kruskall Wallis H Testi, (t)= Mann Whitney U test istatistiği

Tablo 4.5. Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Toplam Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Değişkenler (n:240)	n	%	KKÖ	DKÖ	SKÖ	PUKİ
			Toplam Puan			
			Ort±SS / Med	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Gelir Durumu						
Gelir Gidere Eşit ¹	127	52,9	3,20±4,10/2,0	47,76±13,15	47,11±9,78	10,1±3,59
Gelir Giderden Fazla ²	64	26,7	2,23±3,50/1,0	44,94±10,9	45,69±9,88	8,41±3,15
Gider Gelirden Fazla ³	49	20,4	3,06±3,12/2,0	51,35±10,76	48,22±8,6	10,45±3,18
Test değeri				3,881		6,713
p(f)			3,625	0,022*	1,007	0,001**
Fark			0,163	3>2	0,367	1,3>2
Sigara Kullanma Durumu						
Evet	64	26,7	2,89±3,69/1,0	49,53±12,8	47,14±9,52	10,45±3,92
Hayır	176	73,3	2,92±3,81/2,0	47,09±12,03	46,89±9,63	9,45±3,27
Test değeri			-0,251	-1,366	-0,177	-1,819
p(t)			0,802	0,173	0,859	0,072
Alkol Kullanma Durumu						
Evet	46	19,2	3,57±3,95/2,0	54,74±13,36	49,46±10,82	11,33±3,86
Hayır	194	80,8	2,76±3,72/1,0	46,08±11,41	46,37±9,19	9,34±3,28
Test değeri			-1,272	-4,472	-1,979	-3,565
p(t)			0,203	0,000**	0,049*	0,000**
Günlük Çay/Kahve Tüketimi						
1-2 bardak	49	20,4	2,31±2,99/1,0	45,00±12,7	46,27±9,36	9,22±3,06
3-4 bardak	120	50,0	2,99±3,90/2,0	47,69±12,49	46,28±10,27	9,23±3,24
5 ve üzeri bardak	71	29,6	3,20±4,03/2,0	49,72±11,34	48,59±8,38	10,89±3,89
Test değeri			1,465	2,168	1,471	5,901
p(t)			0,481	0,117	0,232	0,003*
Fark						3>1,2

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, $p =$ Anlamlılık düzeyi, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, Med=Medyan, (F)= Kruskal Wallis H Testi, (t)= Mann Whitney U test istatistiği, Fark=Bonferroni Testi Düzeltmeli Mann Whitney U test

Tablo 4.5. Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Toplam Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Değişkenler (n:240)	n	%	KKÖ	DKÖ	SKÖ	PUKİ
			Ort±SS / Med	Ort±SS	Ort±SS	Toplam Puan Ort±SS
Kronik Hastalık						
Evet	29	12.1	2.66±3.68/1.0	46.95±12.26	46.78±9.8	9.56±3.38
Hayır	211	87.9	4.76±4.01/4.0	53.48±10.89	48.24±7.86	10.86±4.03
Test değeri			-3.259	2.724	0.768	1.894
p(t)			0.001**	0.007*	0.443	0.059
Psikiyatrik Hastalık Öyküsü						
Evet	21	8.8	4.86±3.99/5.0	46.48±11.75	47.43±7.33	10.9±3.88
Hayır	219	91.3	2.73±3.71/1.0	47.86±12.33	46.91±9.78	9.61±3.43
Test değeri			-2.851	-0.494	0.298	1.638
p(t)			0.010*	0.622	0.768	0.103
Sürekli Kullanılan İlaç Varlığı						
Evet	35	14.6	4.46±4.71/3.0	47.14±12.44	46.17±7.02	10.46±3.37
Hayır	205	85.4	2.65±3.54/1.0	47.84±12.26	47.09±9.96	9.6±3.49
Test değeri			-2.518	-0.312	-0.670	1.357
p(t)			0.012*	0.755	0.506	0.176

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, p = Anlamlılık düzeyi, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, Med=Medyan, (F)= Kruskal Wallis H Testi, (t)= Mann Whitney U test istatistiği

Tablo 4.5. Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ). Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Toplam Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Değişkenler (n:240)	n	%	KKÖ	DKÖ	SKÖ	PUKİ
			Toplam Puan			
			Ort±SS / Med	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Birlikte Yaşanılan Bireyler						
Yalnız	60	25,0	3,25±4,52/1,0	48,43±13,2	48,4±10,72	9,95±3,45
Aile Bireyleri ile	158	65,8	2,73±3,34/2,0	47,59±11,39	46,87±8,32	9,6±3,51
Diğer (arkadaş, akraba)	22	9,2	3,32±4,54/1,5	46,91±15,84	43,64±13,65	9,95±3,46
Test değeri			0,006	0,156	2,025	0,272
p(f)			0,997	0,855	0,134	0,762
Birlikte Yaşanılan Aile Bireylerinde 65 Yaş Üzeri Birey Varlığı						
Evet	16	6,7	2,81±3,71/1,5	53,13±10,39	50,31±12,38	9,44±3,74
Hayır	224	93,3	2,92±3,78/1,5	47,36±12,32	46,72±9,34	9,74±3,47
Test değeri			-0,025	1,826	1,453	-0,337
p(t)			0,980	0,069	0,148	0,737
Birlikte Yaşanılan Aile Bireylerinde Kronik Hastalık Varlığı						
Evet	74	30,8	2,73±3,37/1,5	48,22±10,64	47,03±8,54	9,49±3,33
Hayır	166	69,2	2,99±3,95/1,5	47,53±12,95	46,93±10,03	9,83±3,55
Test değeri			-0,182	0,399	0,074	-0,696
p(t)			0,856	0,690	0,941	0,487

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, p = Anlamlılık düzeyi, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, Med=Medyan, (F)= Kruskall Wallis H Testi, (t)= Mann Whitney U test istatistiği

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre KKÖ, DSKÖ, PUKİ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5 'te verilmiştir.

Hemşirelerin çalıştığı kurum tipine göre KKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı ($p>0.05$); DKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamalarına göre anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre; üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin DKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamaları devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0.05$).

Hemşirelerin yaşa göre KKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken; ($p>0.05$) SKÖ ve DKÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$). Buna göre; 27-35 yaş aralığında olan hemşirelerin DKÖ puan ortalamalarının 45 yaş ve üzerindeki hemşirelere göre; 18-26 ve 27-35 yaş aralığında olan hemşirelerin SKÖ puan ortalamalarının 45 yaş ve üzerindeki hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin cinsiyete göre KKÖ, DKÖ, SKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Buna göre; kadınların KKÖ, DKÖ, SKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamalarının erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin öğrenim alanına göre KKÖ ve DKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken ($p>0.05$); SKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre; öğrenim alanı hemşirelik ve ebelik olan hemşirelerin SKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamalarının sağlık memuru olan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin eğitim düzeyine göre KKÖ, DKÖ, SKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. ($p>0.05$).

Hemşirelerin medeni durumuna göre KKÖ ve DKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken ($p>0.05$); SKÖ ve PUKİ puan

ortalamları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Buna göre; bekar olan hemşirelerin SKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamaları evli olanlara göre daha yüksektir.

Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumu göre KKÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken ($p>0.05$); DKÖ, SKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamaları aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Çocuk sahibi olan hemşirelerin DKÖ, SKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamalarının çocuk sahibi olmayanlara göre daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin gelir durumuna göre KKÖ, SKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken ($p>0.05$); DKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre gideri gelirinden fazla olanların hemşirelerin DKÖ toplam puan ortalamaları geliri giderinden fazla olanlara göre daha yüksektir. Ayrıca gideri gelirinden fazla olan ve geliri giderine eşit olan hemşirelerin PUKİ toplam puan ortalamalarının geliri giderinden fazla olanlara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Hemşirelerin alkol kullanma durumu göre KKÖ toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Ancak alkol kullanma durumu göre hemşirelerin DKÖ, SKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür. ($p<0.05$). Buna göre alkol kullanan hemşirelerin DKÖ, SKÖ ve PUKİ toplam puanlarını kullanmayanlara göre daha yüksektir.

Hemşirelerin günlük çay kahve tüketimine göre KKÖ, DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken ($p>0.05$); PUKİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre günlük çay kahve tüketimi 5 bardak ve üzeri olan hemşirelerin PUKİ toplam puan ortalamaları, günlük çay kahve tüketimi 1-2 bardak ve 3-4 bardak olanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin kronik hastalık durumuna göre SKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken; ($p>0.05$) KKÖ ve DKÖ

toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. ($p<0.05$) Buna göre; kronik hastalığı olmayan hemşirelerin KKÖ ve DKÖ toplam puan ortalamaları kronik hastalığı olanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin psikiyatrik hastalık öyküsüne göre DKÖ, SKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Ancak psikiyatrik hastalık öyküsü olan hemşirelerin KKÖ puan ortalamalarının psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Hemşirelerin sürekli kullandığı ilaç varlığına göre DKÖ, SKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$). Ancak; sürekli ilaç kullanan hemşirelerin KKÖ puanlarının ortalamalarının ilaç kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hemşirelerin sigara kullanımı, birlikte yaşanan birey, birlikte yaşanan aile bireylerinde 65 yaş üzeri birey ile birlikte yaşanan aile bireylerinde kronik hastalık varlığı durumuna göre KKÖ, DKÖ, SKÖ ve PUKİ toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir. ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Toplam Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Değişkenler (n:240)	n	%	KKÖ	DKÖ	SKÖ	PUKİ Toplam Puan
			Ort±SS / Med	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Mesleği İsteyerek Seçme						
Evet	160	66.7	3.18±3.91/1.0	49.27±11.62	47.84±9.44	9.89±3.51
Hayır	80	33.3	0.97±1.48/2.0	36.59±11.2	40.55±8.2	8.48±3.03
Test değeri			-0.350	-2.179	-1.872	-0.918
p(t)			0.726	0.030*	0.062	0.359
Meslekte Çalışma Süresi						
1 yıldan az ¹	39	16.3	2.0±3.22/0.0	49.77±13.43	48.13±11.09	9.69±2.92
1-4 yıl ²	75	31.3	3.64±4.55/2.0	46.83±11.48	48.59±9.29	10.19±3.35
5-9 yıl ³	59	24.6	2.98±3.36/2.0	50.69±11.49	47.32±9.06	9.73±3.52
10 yıl ve üzeri ⁴	67	27.9	2.57±3.34/1.0	44.99±12.58	44.13±8.99	9.21±3.86
Test değeri			5.323	2.826	2.955	0.932
p(f)			0.150	0.039*	0.033*	0.426
Fark				3>4	2>4	
Pandemi Öncesi Çalışılan Birim						
Dahiliye Kliniği ¹	35	14.6	4.00±4.29/2.0	54.03±12.72	48.17±10.18	10.2±3.79
Cerrahi Kliniği ²	33	13.8	2.24±3.62/0.0	44.64±10.99	45.52±8.22	8.88±2.76
Acil Klinik ³	35	14.6	2.20±3.01/0.0	45.91±12.65	47.06±9.61	9.77±3.91
Yoğun Bakım ⁴	62	25.8	3.05±3.80/2.0	46.61±11.86	46.26±10.27	9.48±3.17
Ameliyathane ⁵	13	5.4	1.92±2.87/0.0	49.08±15.41	44.38±9.77	9.85±3.69
Diğer*	62	25.9	3.13±4.01/1.5	47.73±11.3	48.23±9.23	10.08±3.67
Test değeri			7.267	2.641	0.729	0.710
p(f)			0.202	0.024*	0.602	0.616
Fark				1>2		

*: Kadın Doğum, Çocuk Servisi ve Özel Dal Hemşireleri

*p < 0.05, **p < 0.01, p = Anlamlılık düzeyi, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, Med=Medyan, (F)= Kruskall Wallis H Testi, (t)= Mann Whitney U test istatistiği, Fark=Bonferroni Testi Düzeltmeli Mann Whitney U test

Tablo 4.6. Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Toplam Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Değişkenler (n:240)	n	%	KKÖ	DKÖ	SKÖ	PUKİ Toplam Puan
			Ort±SS / Med	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Pandemi Öncesi Çalışılan Birimdeki Çalışma Süresi						
1 yıldan az ¹	63	26.3	2.4±3.82/0.0	48.24±12.86	47.37±10.11	9.71±3.18
1-4 yıl ²	119	49.6	3.61±4.02/2.0	47.6±11.56	47.15±9.47	9.81±3.67
5-9 yıl ³	38	15.8	2.00±2.50/1.0	50.03±12.69	47.45±8.01	10±3.37
10 yıl ve üzeri ⁴	20	8.3	2.15±3.6/0.0	42.7±13.07	43.6±11.24	8.7±3.5
Test değeri			11.467	1.618	0.905	0.677
p(f)			0.009*	0.186	0.439	0.567
Fark			2>1			
Pandemi Öncesi Çalışılan Birimde Çalışmayı İsteme Durumu						
Evet	175	72.9	2.73±3.73/1.0	46.21±11.95	45.73±9.07	9.41±3.44
Hayır	65	27.1	3.4±3.88/2.0	51.88±12.22	50.28±10.2	10.55±3.46
Test değeri			-1.491	-3.246	-3.339	-2.281
p(t)			0.136	0.001**	0.001**	0.023*
Günlük Çalışma Süresi						
8 Saat	71	29.6	2.97±4.11/2.0	48.15±13.26	46.23±10.88	9.75±3.83
12 saat	10	4.2	3.4±3.34/3.0	42.5±5.46	45.7±7.15	8.9±3.81
16 saat	17	7.1	3±2.94/2.0	41.41±10.5	46.12±6.86	9.24±2.46
24 saat	142	59.2	2.84±3.75/1.0	48.66±12.06	47.51±9.35	9.82±3.4
Test değeri			1.467	2.455	0.396	0.336
p(f)			0.690	0.064	0.756	0.799
Haftalık Çalışma Süresi						
40 saat	64	26.7	2.69±4.19/0.50	47.36±13.42	47.64±11.28	9.92±3.79
40 saat üstü	176	73.3	2.99±3.62/2.0	47.88±11.86	46.71±8.91	9.65±3.37
Test değeri			-1.372	-0.291	0.664	0.539
p(t)			0.170	0.772	0.507	0.590

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, $p =$ Anlamlılık düzeyi, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, Med=Medyan, (F)= Kruskall Wallis H Testi, (t)= Mann Whitney U test istatistiği, Fark=Bonferroni Testi Düzeltmeli Mann Whitney U test

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin çalışma özelliklerine göre KKÖ, DSKÖ, PUKİ toplam puan ortalamalarının istatistiksel değerlendirmeleri Tablo 4.6 'da verilmiştir.

Hemşirelerin mesleğini isteyerek seçme durumuna göre KKÖ, SKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0.05$). Ancak mesleği isteyerek seçen hemşirelerin DKÖ puan ortalamalarının mesleğini isteyerek seçmeyenlere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Hemşirelerin meslekte çalışma süresine göre KKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken; ($p>0.05$) DKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre; meslekte çalışma süresi 5-9 yıl olan hemşirelerin DKÖ puan ortalamaları, 10 yıl ve üzerinde olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir. Ayrıca meslekte çalışma süresi 1-4 yıl olan hemşirelerin SKÖ puan ortalamalarının 10 yıl ve üzerinde olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin pandemi öncesi çalıştığı birime göre KKÖ, SKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0.05$). Ancak cerrahi birimde çalışan hemşirelerin DKÖ puan ortalamalarının dahiliye birimde çalışanlara göre anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hemşirelerin pandemi öncesi çalıştığı birimde çalışma süresine göre DKÖ, SKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir. ($p>0.05$). Ancak pandemi öncesi çalıştığı birimde 1-4 yıl çalışan hemşirelerin KKÖ puan ortalamalarının 1 yıldan az çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hemşirelerin pandemi öncesi çalıştığı birimde çalışmayı isteme durumuna göre KKÖ puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0.05$). Ancak pandemi öncesi çalıştığı birimde çalışmayı istemeyen hemşirelerin DKÖ, SKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamalarının pandemi öncesi çalıştığı birimde çalışmayı isteyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. ($p<0.05$). Hemşirelerin günlük ve haftalık çalışma süresine göre KKÖ, DKÖ, SKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir. ($p>0.05$)

Tablo 4.7. Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Toplam Puan Ortalamalarının Hemşirelerin COVID-19 Süreci Deneyimlerine Göre Karşılaştırılması

Değişkenler (n:240)	n	%	KKÖ	DKÖ	SKÖ	PUKİ Toplam Puan
			Ort±SS / Med	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
COVID-19 şüphesi nedeni ile test yaptırma durumu						
Evet	186	77.5	3.15±3.56/2.0	48.38±12	47.87±9.47	9.78±3.44
Hayır	54	22.5	2.11±4.38/0.0	45.54±13.03	43.81±9.39	9.5±3.63
Test değeri			-3.682	1.504	2.777	0.529
p(t)			0.000**	0.134	0.006*	0.597
COVID-19 Tanısı Alma Durumu						
Evet	83	34.6	3.06±3.77/1.0	49.96±12.8	49.18±10.03	10.46±3.31
Hayır	157	65.4	2.83±3.79/2.0	46.57±11.84	45.78±9.15	9.33±3.51
Test değeri			-0.352	2.055	2.645	2.410
p(t)			0.725	0.041*	0.009*	0.017*
Ailede /Yakınlarında/Arkadaşlarında COVID-19 Tanısı Alan Kişilerin Varlığı						
Evet	168	70.0	3.23±3.99/2.0	48.54±11.98	47.99±9.96	10.08±3.49
Hayır	72	30.0	2.18±3.12/1.0	45.88±12.8	44.54±8.21	8.88±3.31
Test değeri			-1.784	1.548	2.588	2.493
p(t)			0.074	0.123	0.010*	0.013*
Aile/Yakınlarında/Arkadaşlarında COVID-19 Tanısı ile Yaşamını Kaybetme Durumu						
Evet	102	42.5	3.85±3.99/3.0	48.97±13.31	47.94±9.86	10.38±3.51
Hayır	138	57.5	2.22±3.46/1.0	46.83±11.4	46.23±9.34	9.23±3.39
Test değeri			-3.632	1.337	1.369	2.562
p(t)			0.000**	0.183	0.172	0.011*

*p < 0.05, **p < 0.01, p= Anlamlılık düzeyi, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, Med=Medyan, (F)= Kruskal Wallis H Testi, (t)= Mann Whitney U test istatistiği

Tablo 4.7. Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Toplam Puan Ortalamalarının Hemşirelerin COVID-19 Süreci Deneyimlerine Göre Karşılaştırılması (Devamı)

Değişkenler (n:240)	n	%	KKÖ	DKÖ	SKÖ	PUKİ
			Ort±SS / Med	Ort±SS	Ort±SS	Toplam Puan Ort±SS
COVID-19 Hastalarına Bakım Verildiği Sürede Yaşanılan Yer						
Ev	217	90.4	2.84±3.8/1.0	47.65±12.65	46.8±9.8	9.79±3.54
Konaklama İçin Sağlanan Otel/Misafirhane/Yurt	23	9.6	3.57±3.5/2.0	48.57±7.95	48.43±7.18	9.09±2.81
Test değeri			-1.419	-0.488	-0.777	0.919
p(t)			0.156	0.629	0.438	0.359
COVID-19 Salgını Süresince Pandemi Servisinde Çalışılan Süre						
0-5 ay	150	62.5	2.7±3.91/1.3	47.11±11.72	46.4±9.14	9.63±3.53
6-12 ay	63	26.3	3.49±3.6/3.0	47.57±11.34	47.51±8.93	9.51±2.99
13 ay ve üzeri	27	11.3	2.74±3.38/1.0	51.63±16.44	48.78±13	10.7±4.17
Test değeri			5.516	1.567	0.844	1.246
p(f)			0.063	0.211	0.431	0.290
COVID-19 Salgını Süresince Psikiyatrik Destek Alma İhtiyacı Durumu						
Evet	87	36.3	4.79±4.29/4.0	53.59±11.25	51.39±8.07	11.56±3.15
Hayır	153	63.7	1.84±2.96/0.0	44.42±11.58	44.44±9.48	8.67±3.22
Test değeri			-6.294	5.954	5.756	6.737
p(t)			0.000**	0.000**	0.000**	0.000**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, p = Anlamlılık düzeyi, Ort=Ortalama, SS=Standart Sapma, Med=Medyan, (F)= Kruskall Wallis H Testi, (t)= Mann Whitney U test istatistiği,

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin COVID-19 süreci deneyimlerine göre KKÖ, DSKÖ PUKİ toplam puan ortalamalarının istatistiksel değerlendirmeleri Tablo 4.7 'de verilmiştir.

Hemşirelerin COVID-19 şüphesi nedeni ile test yaptırma durumuna göre DKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken, ($p>0.05$) KKÖ ve SKÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). COVID-19 şüphesi nedeni ile test yaptıran hemşirelerin KKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının test yaptırmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin COVID-19 tanısı alma durumuna göre KKÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken ($p>0.05$), DKÖ, SKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Buna göre; COVID-19 tanısı alan hemşirelerin DKÖ, SKÖ ve PUKİ toplam puanları COVID-19 tanısı almayan hemşirelere göre daha yüksektir.

Hemşirelerin ailesinde/yakınlarında/arkadaşlarında COVID-19 tanısı alma durumuna göre KKÖ ve DKÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken ($p>0.05$), SKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür. ($p<0.05$). Buna göre; ailesinde/yakınlarında/arkadaşlarında COVID-19 tanısı alan hemşirelerin SKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamaları ailesinde/yakınlarında COVID-19 tanısı almayan hemşirelere göre daha yüksektir.

Hemşirelerin ailesinde/yakınlarında/arkadaşlarında COVID-19 nedeni ile yaşamını kaybetme durumuna göre SKÖ ve DKÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken($p>0.05$), KKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. ($p<0.05$). Buna göre; COVID-19 nedeni ile ailesinde/yakınlarında yaşamını kaybeden hemşirelerin KKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamaları kaybetmeyenlere göre yüksektir.

Hemşirelerin COVID-19 hastalarına bakım verdiği sürede yaşadığı yere, COVID-19 salgını süresince pandemi servisinde çalışılan süreye göre KKÖ, DKÖ, SKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin COVID-19 salgını süresinde psikiyatrik destek ihtiyacı alma durumuna göre KKÖ, DKÖ, SKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür. ($p<0.05$). COVID-19 salgını süresinde psikiyatrik destek ihtiyacı olan hemşirelerin KKÖ, DKÖ, SKÖ ve PUKİ toplam puan ortalamaları COVID-19 salgını süresinde psikiyatrik destek ihtiyacı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir.

Tablo 4.8. Hemşirelerin Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ) Toplam Puanı ile Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Toplam Puanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	Test istatistiği	KKÖ	DKÖ	SKÖ
DKÖ	r p	0.361 0.000	-	
SKÖ	r p	0.376 0.000	0.728 0.000	-
PUKİ	r p	0.345 0.000	0.495 0.000	0.502 0.000

* $p<0.001$

r =Pearson Korelasyon Katsayısı p =Anlamlılık Düzeyi

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin KKÖ, DKÖ, SKÖ ve PUKİ Puanlarının birbirleri ile korelasyonu Tablo 4.8’de verilmiştir.

Hemşirelerin KKÖ puanları ile DKÖ puanı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde ($r=0.361$; $p<0.05$), SKÖ puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde ($r=0.376$; $p<0.05$), PUKİ toplam puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. ($r=0.345$; $p<0.05$). Hemşirelerin DKÖ puanları ile SKÖ puanları arasında yüksek düzeyde, pozitif yönde ($r=0.728$; $p<0.05$), PUKİ toplam puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0.495$; $p<0.05$). Hemşirelerin SKÖ puanları ile PUKİ toplam puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.502$; $p<0.05$).

4.9. Ölçeklere İlişkin Basit Doğrusal Regresyon Analizi

Tablo 4.9.1. Hemşirelerin Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ) Puanının Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) Yordaması Üzerine Gerçekleştirilen Basit Doğrusal Regresyon Analizi

Durumluk Kaygı		Beta	S. H.	t	p	F	p	R ²
Model 1	Sabit	2.157	0.005	407.670	0.000	18.272	0.000	0.110
	Koronavirüs Kaygı	0.034	0.008	4.275	0.000			
Sürekli Kaygı		Beta	S. H.	t	p	F	p	R ²
Model 2	Sabit	2.162	0.004	554.378	0.000	12.971	0.000	0.079
	Koronavirüs Kaygı	0.021	0.006	3.602	0.000			

Tablo 4.9.1. Bireylerin Koronavirüs kaygı puanlarının bireyin durumluk ve sürekli kaygı puanlarına etkisi incelenmiştir.

Birinci modelde Koronavirüs kaygı puanlarının durumluk kaygı puanlarına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu ve modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşıldı ($F=18.272$; $p<0.05$). Sonuçlara göre bireyin Koronavirüs kaygı düzeyinde meydana gelen %1’lik artış kişinin durumluk kaygı düzeyinde %0.034 birimlik bir artışa neden olmaktadır (Beta:0.034). Ayrıca durumluk kaygı düzeyinde meydana gelen değişimin %11’i koronavirüs kaygı düzeyi ile açıklanmaktadır.

İkinci modelde Koronavirüs kaygı puanlarının sürekli kaygı puanlarına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu ve modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($F=12.971$; $p<0.05$). Sonuçlara göre bireyin Koronavirüs kaygı düzeyinde meydana gelen %1’lik artış kişinin sürekli kaygı düzeyinde %0.021 birimlik bir artışa neden olmaktadır (Beta:0.021). Ayrıca sürekli kaygı düzeyinde meydana gelen değişimin %7.9 koronavirüs kaygı düzeyi ile açıklanmaktadır.

Tablo 4.9.2. Hemşirelerin Koronavirüs Kaygı Ölçeği (KKÖ), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ) Puanının Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) Yordaması Üzerine Gerçekleştirilen Birleşik Doğrusal Regresyon Analizi

PUKİ	Beta	S. H.	t	p	VIF	F	p	R ²
Sabit	-1.445	0.469	-3.080	0.002		13.674	0.000	0.214
Koronavirüs Kaygı	0.004	0.016	0.223	0.824	1.140			
Durumluk Kaygı	0.386	0.209	1.851	0.066	1.953			
Sürekli Kaygı	0.879	0.283	3.105	0.002	1.887			

Tablo 4.9.2. Hemşirelerin KKÖ, DKÖ ve SKÖ puanlarının PUKİ puanlarına etkisi incelenmiştir. Kurulan modelde çoklu doğrusal bağlantı sorunu olmadığı tespit edilmiştir (VIF<10.0).

KKÖ, DKÖ ve SKÖ puanlarının katılımcıların PUKİ puanlarına istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olup olmadığını belirlemek için yapılan regresyon analizi sonucuna göre kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (F=13.674; p<0.05). Ancak bağımsız değişkenlerin hepsi bir arada değerlendirildiğinde sadece sürekli kaygı durumunun bireyin PUKİ üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir (beta:0.879 p<0.05). Bireyin sürekli kaygı düzeyinde meydana değişim, %21 kötü uyku kalitesi ile açıklanmaktadır.

5. TARTIŞMA

COVID-19 hastalarına bakım veren hemşirelerin koronavirüs kaygı, durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ve uyku kalitelerinin birlikte ilk kez incelendiği bu tanımlayıcı araştırmada; çalışma sonuçları kaygı düzeyine ilişkin bulgular, uyku kalitesine ilişkin bulgular ve bu ölçeklerin toplam puanları arasındaki korelasyon durumuna yönelik bulgular olarak tartışılmıştır.

5.1. Kaygı Düzeyine İlişkin Tartışma

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hemşireler, COVID-19 salgınıyla mücadelede uzun çalışma saatlerinde ve ağır koşullarda çalışmak durumunda kalmaları hemşirelerin kaygı düzeylerinin artmasına neden olmuştur^{136,191}. COVID-19 salgınında sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerinin incelendiği araştırmalarda kaygı oranlarını Lai ve ark. (2020)'ı %44.6'; Xiao ve ark. (2020)'ı %54.2, Türkili ve ark. (2022)'ı %51.9, Moreno ve ark. (2020)'ı %58.6 olarak belirlemiştir^{16,150,192,193}. Bizim çalışmamızda hemşirelerin durumluk kaygı düzeylerinin %59.58, sürekli kaygı düzeylerinin %67.08 olduğu görülmüş olup literatüre göre yüksektir. Çalışma sonucundaki bu farklılığın; Sakarya ve Düzce ilindeki COVID-19 vaka sayılarının yüksek seyretmesi, araştırmaya katılan örneklemin ağırlıklı kadın cinsiyet ve hemşirelik öğrenim alanına sahip olması, aile/yakınlarında/arkadaşlarında COVID-19 tanısı alan ve düşük uyku kalitesine sahip hemşire sayısının fazla olması nedeni ile kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda hemşirelerin DKÖ puanı 47.74 ± 12.27 , SKÖ puanı 46.96 ± 9.58 ve KKÖ puanı 2.91 ± 3.77 bulunmuş olup hemşirelerin kaygılarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.1). Literatüre bakıldığında çalışmamıza benzer olarak Sakaoğlu (2020)'nın 255 sağlık çalışanı ile yaptığı araştırmada DKÖ puan ortalaması 44.17 ± 4.97 , SKÖ puan ortalaması 44.16 ± 5.88 ; Aksoy ve ark. (2020)'un 758 ebe ve hemşire ile yaptığı çalışmada DKÖ puan ortalaması 52.75 ± 9.80 , SKÖ puan ortalaması 44.87 ± 7.92 ; Bal ve ark. (2022)'in 246 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada DKÖ puan ortalaması 47.25 ± 9.64 ; Sarıcam (2022)'in 123 hemşire ile yaptığı çalışmada DKÖ puan ortalaması 57.0 ± 5.64 ; Kaplan ve ark. (2021)'in 310 hemşire ile yaptığı çalışmada COVID-19 Korkusu Ölçeği (KKÖ) toplam puan ortalamasının 19.54 ± 5.17 olarak saptanmıştır^{32,194-197}. Çalışma bulgumuzun literatür ile paralel olduğu görülmüştür.

Literatürde salgın süresince hemşirelerin kaygı düzeyinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, öğrenim

alanı, meslekte çalışma ve haftalık çalışma süresi, evde birlikte yaşanan kişiler, 65 yaş üzeri yakını ile yaşama, COVID-19 aşısı yaptıрма, COVID-19 nedeniyle yakını kaybetme gibi değişkenlerin etkileyebileceği bildirilmektedir^{16,32,150,192,197-199}.

Çalışmamızda koronavirüs hastalarına bakım veren hemşirelerin kaygı düzeylerinin kurum tipi (üniversite/devlet hastanesi), yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk durumu, gelir durumu, alkol kullanma, kronik hastalık varlığı, meslekte çalışılan süre, COVID-19 tanısı şüphesi ile test yaptıрма, ailenin/yakınların/arkadaşların COVID-19 tanısı alma ve ailenin/yakınların/arkadaşların COVID-19 tanısı ile yaşamını kaybetme, psikiyatrik destek alma durumuna göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Çalışmamızda üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin DKÖ puan ortalamalarının, devlet hastanesinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Üniversite hastanesinde prognozu daha ağır hastaların yatırılması ve yatan hasta sayısının fazla olması, burada çalışan hemşirelerin mesai saatlerinin ve nöbet sayılarının daha fazla olması, ayrıca üniversite hastanelerinde hemşirelerin sözleşmeli olarak çalışması nedeniyle işsiz kalma korkusu yaşamalarının üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin kaygı düzeyleri artırmış olabilmektedir.

Hemşirelerin yaşa göre kaygı düzeyleri değerlendirildiğinde yaş arttıkça DKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının azaldığı görülmüştür (Tablo 4.5). Salgın sürecinde görev alan hemşireler ile yapılan çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer olarak genç hemşirelerde kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir^{196,200,201}. Genç hemşirelerin kaygı düzeylerinin yüksek olmasının klinik deneyimlerinin az olması nedeni ile salgın sürecini yönetimine ilişkin yetersiz bilgi, mesleğin ilk yıllarında yoğun kliniklerde çalışılması nedeni ile salgın sürecinde prognozu kötü hastalara bakım verme ve daha çok gece mesailerinde çalışma gibi nedenlere bağlı olduğu düşünülebilmektedir.

Çalışmamızda kadınların KKÖ, DKÖ, SKÖ puan ortalamalarının erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. COVID-19 hastalığını erkeklerin kadınlara göre daha ağır geçirdiği bilinmesine rağmen yapılan çalışmalarda kadın sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerinin bizim çalışmamıza benzer olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir^{26,70,71,202,203}. Bu durum kadınların strese karşı duyarlılıklarının daha fazla olması, ev işleri ve aile sorumluluğunun fazla olması nedeniyle iş yüklerinin artması ile açıklanabilmektedir.

Hemşirelerin öğrenim alanına göre kaygı düzeyleri değerlendirildiğinde, öğrenim alanı hemşirelik ve ebelik olan hemşirelerin SKÖ puan ortalamaları sağlık memuru olan bireylerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. (Tablo 4.5) Öztürk (2021)'ün sağlık çalışanlarıyla yaptığı çalışmada hemşire/sağlık memurlarının kaygı düzeyinin doktorlara göre yüksek olduğu; Lai ve ark. (2020)'nin çalışmasında ise hemşirelerin kaygı düzeyinin doktorlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir^{16,204}. Hemşirelerin sağlık sektöründeki diğer mesleklere göre yoğun bakım ünitelerinde ve kliniklerde COVID-19 hastalarıyla 7/24 yakın temasta oldukları, hastalarla daha uzun vakit geçirmesi nedeni ile en yüksek enfeksiyon riskine maruz kalmaları ve mesleğin çoğunluğunu kadınların oluşturmasından dolayı kaygı düzeyleri yüksek çıkmış olabilir.

Hemşirelerin medeni duruma göre kaygı düzeyleri değerlendirildiğinde, bekar olan hemşirelerin SKÖ puan ortalamalarının evli olanlara göre yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.5). Karaman (2021) ile Köksal ve ark. (2020)'nin yaptıkları çalışmada bizim çalışmamıza benzer olarak bekar hemşirelerin kaygı düzeyinin evli hemşirelere göre yüksek olduğu görüldürken^{205,206}; Sakaoğlu (2020)'nin çalışmasında bizim çalışmamızdan farklı olarak evli sağlık çalışanlarının kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır³². Eş ile yaşamamanın fiziksel ve emosyonel olarak sosyal destek kaynağının kaygıyı azaltmasında olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Hemşirelerin çocuk sahibi olma durumu göre kaygı düzeyleri değerlendirildiğinde çocuk sahibi olmayan hemşirelerin DKÖ ve SKÖ puanlarının çocuk sahibi olanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Sağlık çalışanlarıyla yapılan çalışmalarda bizim çalışmamıza farklı olarak çocuk sahibi olan sağlık çalışanlarının kaygı düzeyinin çocuk sahibi olmayanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir^{32,196,200}. Çocuk sahibi olmayanlara göre çocuk sahibi olan sağlık çalışanlarının aileden algılanan sosyal desteğin yüksek olduğu saptanan çalışmalar bulunmaktadır^{195,207}. Çocuk sahibi olmayanlarda algılanan sosyal desteğin düşük olmasına bağlı yüksek kaygının görüldüğünü düşünmekteyiz.

Çalışmamızda hemşirelerin gelir durumuna göre kaygı düzeyleri incelendiğinde gideri gelirinden fazla olanların hemşirelerin DKÖ puanlarının geliri giderinden fazla olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Gülbetekin (2022)'in, Güven (2021)'in ve Karadem (2021) 'in yaptıkları çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer olarak geliri giderden az ve giderine denk olan hemşirelerin kaygı düzeyinin,

geliri giderinden fazla olanlara göre yüksek olduğu görülmüştür^{199,208,209}. Salgın sürecinde vücut direncinin düşmemesi için dengeli beslenmeye özen gösterilmesi, virüs bulaşından korunmak için toplu taşımanın kullanılmamasıyla ulaşım giderlerinin artması, anaokulları ve kreşlerin kapatılması ile çocuğu olan hemşirelerin ek bakıcı masrafı gibi birçok ekonomik kayıpları olmuştur. Bu bulgu gelir durumunun kaygı düzeyini etkileyen faktörlerden birisi olması ile açıklanabilmektedir.

Çalışmamızda sigara kullanım durumu ve kaygı düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 4.5). Bayülgen (2021) 'in hemşirelerle yaptığı çalışma bizim çalışmamızla benzerdir²¹⁰. Türkili (2022)'nin ve Taşdelen (2022)'nin çalışmalarında ise çalışmamızdan farklı olarak sigara kullanan sağlık çalışanlarında, kullanmayanlara göre kaygı düzeyinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bildirilmiştir^{150,211}.

Çalışmamızda hemşirelerin kronik hastalık durumuna göre kaygı düzeyleri incelendiğinde kronik hastalığı olmayan hemşirelerin KKÖ ve DKÖ puan ortalamalarının kronik hastalığı olanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Köksal (2020)'ın ve Arpacioğlu (2021)'nin yaptıkları çalışmalarda bizim çalışmamızdan farklı olarak en az bir kronik hastalığı olan sağlık çalışanlarının kaygı düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir^{202,206}. Kronik hastalığı olan bireylerin COVID-19'u daha ağır düzeyde geçirdiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir²¹². Çalışmamızdaki bu farklılığın çalışmamıza katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunu genç hemşirelerin oluşturması sebebiyle kronik hastalık varlığının az olması ve ayrıca kronik hastalığı olmayanların hastalıkların yönetimi ve baş edilmesi konusunda zayıf olmaları nedeni ile COVID-19'a yakalanma kaygısını daha yüksek yaşadıkları düşünülmektedir.

Hemşirelerin psikiyatrik hastalık öyküsüne göre kaygı düzeyleri incelendiğinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan hemşirelerin KKÖ puanlarının olmayanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6). Yapılan çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer olarak psikiyatrik ilaç alımı ve psikiyatrik hastalık öyküsü olan sağlık çalışanlarının olmayanlara göre kaygı düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır^{150,205,213,214}. Dönüşümlü vardiyada çalışma hemşirelerin sirkadiyen ritmlerini değiştirmesi nedeni ile psikolojik sorunların görülmesi riskini arttırmaktadır¹⁸¹. Ayrıca psikiyatrik hastalık öyküsü olanların psikolojik dayanıklılığın daha düşük olması nedeni ile bu bulgunun diğer çalışma sonuçları ile uyumlu olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin sürekli kullandığı ilaç varlığına göre kaygı düzeyleri incelendiğinde sürekli ilaç kullanan hemşirelerin KKÖ puanlarının ilaç kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Güven (2021)'in çalışmasında çalışma sonucumuza paralel olarak düzenli ilaç kullanan hemşirelerin koronavirüs kaygı düzeyi daha yüksek bulunmuştur¹⁹⁹. Sürekli ilaç kullanan hemşirelerde kronik hastalık varlığının enfeksiyon gelişme riskini arttırması nedeni ile hemşirelerin COVID-19 tanısı alma ve hastalığı ağır geçirme konusunda kaygı yaşayabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin meslekte çalışma süresine göre kaygı düzeyleri incelendiğinde meslekte çalışma süresi 10 yıl ve üzerindeki hemşirelerin DKÖ ve SKÖ puanlarının meslekte daha az çalışma süresine sahip hemşirelere göre düşük olduğu belirlenmiştir. (Tablo 4.6) Bizim çalışmamızdan farklı olarak Cebeci ve ark. (2021)'nın ve Taşkın (2021)'in çalışmalarında 10 yıl ve üzerinde mesleki deneyimi olan hemşirelerin kaygı düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur^{191,200}. Literatürde farklı sonuçların olması meslekte tecrübeli hemşirelerin salgın sürecinin daha iyi yönetmeleri ancak; COVID-19 hastalığında ileri yaşın risk grubu olması ile açıklanabilmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin COVID-19 şüphesi nedeni ile test yaptırma durumuna göre kaygı düzeyleri incelendiğinde KKÖ ve SKÖ puan ortalamalarının test yaptırmayanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Salgın sürecinde sağlık çalışanlarının sosyal damgalama yaşadığı bilinmektedir²¹⁵. COVID-19 hastaları ile yakın temasta olan hemşirelerin bulaş riski yüksek olduğundan çok sık COVID-19 şüphesi ile test verdikleri bu nedenle damgalama, yalnızlık, sosyal geri çekilme, suçluluk duygusunu yaşadıkları bu faktörlerin kaygı düzeylerin artmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin ailesinde/yakınlarında/arkadaşlarında COVID-19 tanısı alma ve yaşamını kaybetme durumuna göre kaygı düzeyleri incelendiğinde hemşirelerin ailesinde/yakınlarında/arkadaşlarında COVID-19 tanısı alan hemşirelerin SKÖ puanı tanı almayanlara göre; COVID-19 nedeni ile ailesinde/yakınlarında/arkadaşlarında yaşamını kaybeden hemşirelerin KKÖ puanlarının kaybetmeyenlere göre yüksek olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamıza benzer olarak Karaman (2021)'in ve Zhu (2020)'nun sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada bir yakınının veya meslektaşının COVID-19 geçirmesinin kaygı düzeylerini arttırdığı belirlenmiştir^{205,214}. COVID-19'un asemptomatik seyredebileceği gibi çoklu organ yetmezliğine kadar gidebilen farklı klinik tablolara yol açması, oluşan varyantlar ile belirti ve bulguların ağırlaşması ve bu sürecin

tam ortasında olan hemşirelerin yakınlarının COVID-19 tanısı alması ve yaşamını kaybetmesinin hemşirelerin kaygısını daha da arttırdığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin COVID-19 salgını süresinde psikiyatrik destek ihtiyacı alma durumu ve kaygı düzeyi arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür. (Tablo 4.6). COVID-19 salgını süresinde psikiyatrik destek ihtiyacı olan hemşirelerin KKÖ, DKÖ, SKÖ puanlarının psikiyatrik destek ihtiyacı olmayanlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Selvi ve ark. (2010)'nın sağlık çalışanları ile yapmış oldukları çalışmada vardiyalı sistemde çalışan bireylerin daha sık psikiyatrik belirtiler gösterdiği saptanmıştır. Pandemi sürecinde yoğun tempoda çalışma, hemşirelerin kendisinin/ailesinde/yakınlarında/arkadaşlarının COVID-19 tanı alma ve yaşamını kaybetme durumu, COVID-19 hastalarıyla yakın teması yüzünden damgalanma yaşamaları, enfekte etme korkusuyla yakınlarından uzaklaşmak zorunda kalmaları ve hemşirelerin uyku kalitesinin düşük olması ruhsal sağlıkları ve sosyal yaşamları üzerinde olumsuz etkilere yol açması sebebi ile psikiyatrik destek ihtiyacı alma isteğinde artışa yol açmış olabilir.

5.2. Uyku Kalitesine İlişkin Tartışma

COVID-19 salgını ile artış gösteren yoğun çalışma koşulları ve gece nöbetleri hemşirelerin uyku kalitesini etkilemiştir^{216,217}. COVID-19 hastalarının tedavi ve bakımını sağlayan hemşirelerin uyku kalitesinin iyi olması hem kendi sağlıkları hem de hastalara verdikleri bakımın kalitesi açısından oldukça önemlidir^{33,218, 219}.

Pandemi sürecinde Demir (2020)'in 150 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada %46'sının, Lai ve ark. (2020)'ın 1257 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada %34'ünün, Wańkowiec, (2020)'un 441 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada %58'nin, Liu (2020)'nun 1563 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada %36.1'nin, Ataç (2020)'ın ise sağlık çalışanlarının %53.1'nin, Tu ve ark (2020)'nun 100 hemşire ile yaptığı çalışmada %60'ının uyku kalitelerinin düşük olduğu rapor edilmiştir^{16,25,27,28,220,221} Bizim çalışmamızda ise hemşirelerin %87.92'sinin uyku kalitesinin düşük olarak saptanmıştır.

Araştırmamızda hemşirelerin PUKi puan ortalaması 9.72 ± 3.48 bulunmuş olup, uyku kalitelerinin kötü düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.1). Literatüre bakıldığında COVID-19 salgın döneminde sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda uyku kalitelerine ilişkin PUKİ toplam puanlarının sırasıyla Qi ve ark. (2020)'ı 8.6 ± 3.9 , Xiao ve ark. (2020)'ı 8.58 ± 4.56 , Jahrami ve ark., (2021)'i 7.0 ± 3.3 , Kibar ve ark. (2022)'in 7.92 ± 3.60 olarak rapor edilmiştir^{34,35,173,219}. Ayrıca Selçuk (2020)'un yapmış olduğu çalışmada

sağlık çalışanlarının PUKİ toplam puanı 8.84 ± 3.58 , PUKİ alt boyut puan ortalamaları sırasıyla; subjektif uyku kalitesi 1.77 ± 0.74 , uyku latansı 1.82 ± 0.94 , uyku süresi 1.61 ± 1.04 , alışılmış uyku etkinliği 0.51 ± 0.89 , uyku bozukluğu 1.58 ± 0.65 , uyku ilacı kullanımı 0.16 ± 0.53 , gündüz işlev bozukluğu ise 1.37 ± 0.97 olarak belirlenmiştir³³. Çalışma bulgularımızın literatür ile paralel olduğu görülmüştür.

Literatürde salgın süresince hemşirelerin uyku kalitelerinin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, gelir durumu, evde birlikte yaşanan kişiler, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, sigara ve alkol kullanımı, çalışılan birim, meslekte çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, COVID-19 tanısı alma durumu gibi değişkenlerin etkileyebileceği bildirilmektedir^{34,24,156,173, 222}.

Çalışmamızda COVID-19 salgını süresince hemşirelerin uyku kalitelerinin; kurum tipi (üniversite/devlet hastanesi), cinsiyet, öğrenim alanı, medeni durum, çocuk durumu, gelir durumu, alkol alma, COVID-19 şüphesi ile test yaptıрма, yakınların/aile/arkadaşların COVID-19 tanısı alma ve yaşamını kaybetme, psikiyatrik destek alma durumuna göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Çalışmamızda üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin PUKİ puan ortalamalarının, devlet hastanesinde çalışan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Çalışmamızdaki bu bulgunun sebebinin; üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin kaygı düzeyinin yüksek olması, fazla ve prognozu daha ağır hastalara bakım vermeleri sebebiyle iş yüklerinin, mesai saatlerinin ve gece nöbet sayılarının fazla olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda yaş ve uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 4.5). Genç yaştaki hemşirelerin daha yoğun ve sık nöbet tutulan birimlerde çalıştıkları bilinmesine rağmen yapılan çalışmalarda uyku kalitesiyle yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır^{33,156,180,223}.

Çalışmamızda kadın hemşirelerin PUKİ toplam puan ortalamalarının erkeklere göre yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde çalışmamıza paralel olarak kadın sağlık çalışanlarının uyku kalitesinin erkek sağlık çalışanlarından anlamlı olarak düşük olduğu bildirilmektedir^{33,34,224}. Ayrıca yapılan çalışmalarda yüksek kaygı düzeyinin düşük uyku kalitesine yol açtığı bildirilmekte olup, bizim çalışmamızda kadınların kaygı düzeylerinin erkeklerden daha fazla olduğu görülmüştür^{225,226}. Bu durumun kadın cinsiyette uyku kalitesinin düşmesine neden olduğu söylenebilmektedir.

Çalışmamızda öğrenim alanı hemşirelik ve ebelik olan hemşirelerin PUKİ toplam puan ortalamalarının sağlık memuru olan bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Aldemir (2021)'in ATT, sağlık memurları, hemşire ve doktorlar ile gerçekleştirdiği çalışmada en düşük uyku kalitesine hemşirelerin sahip olduğu belirlenmiştir¹⁵⁸. Yıldırım (2020)'in doktor, hemşire, diş hekimi, fizyoterapist, sekreter, teknisyen ve yardımcı personel ile yaptığı bir çalışmada hemşirelerin en düşük uyku kalitesine sahip olan grupta yer aldığı bildirilmiştir¹⁵⁶. Salgın sürecinde hemşirelerin çalışma koşulları düşünüldüğünde yoğun tempoda çalışma, artan gece nöbet sayısı, COVID-19 hastalarıyla sürekli ve yakın temasta çalışma, bu sonuca yol açmış olabilir.

Çalışmamızda bekar olan hemşirelerin PUKİ toplam puan ortalamalarının evli olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Aldemir (2021)'in çalışmasında bizim çalışmamıza benzer olarak evli sağlık çalışanlarının uyku kalitesinin yüksek olduğu görülmüştür¹⁵⁸. Evli hemşirelerde aile yaşantısının sağladığı düzenli yaşamın, uyku kalitesinin yüksek olmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda çocuk sahibi olmayan hemşirelerin PUKİ toplam puan ortalamalarının çocuk sahibi olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Simonetti (2021)'nin ve Yıldırım (2020) 'ın çalışmasında ise bizim çalışmamızdan farklı olarak anlamlılık bulunmamıştır. Çocuk sahibi olmayan hemşirelerin kaygısının yüksek olması uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyerek uyku kalitesini düşürmüş olabilmektedir^{156,227}.

Çalışmamızda gideri gelirinden fazla olan ve geliri giderine eşit olan hemşirelerin PUKİ toplam puan ortalamalarının geliri giderinden fazla olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Kabeloğlu ve ark. (2021)'nin çalışmasında bizim çalışmamıza benzer olarak geliri giderinden fazla olan sağlık çalışanlarının uyku kalitesinin, gideri gelirinden fazla olan sağlık çalışanlarından yüksek olduğu bulunmuştur²²⁴. Yüksek gelir grubunda stres ve kaygının düşük gelir grubuna göre düşük olması hemşirelerin yaşam kalitesinin artmasına, buna bağlı olarak uyku kalitesinin yükselmesini olumlu etkileyebilir²²⁸. Ayrıca gelir düzeyinin düşük olması hemşirelerin fazla mesai yapma ve ev işlerinde destek alamayarak dinlenme saatlerinde ev işleriyle meşgul olma ve dinlenememe gibi nedenlerden dolayı uyku kalitelerinin bozulmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda alkol kullanan hemşirelerin PUKİ toplam puanlarının kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Fabio ve ark. (2019)'nın, 2216 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada yüksek düzeyde duygusal tükenmişlik riskine sahip bireylerin sigara ve alkol kullanım oranlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir²²⁹. Bu bulgu, salgın sürecinin stres, depresyon ve kaygı düzeyini arttırmasıyla, kötü alışkanlıklara eğilimin olabileceği buna bağlı olarak uyku kalitesinin düştüğüne dayandırılmaktadır.

Çalışmamızda hemşirelerin günlük ve haftalık çalışma süresi ile uyku kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 4.6). Bizim çalışmamızdan farklı olarak Abdalla (2021)'nin çalışmasında sağlık çalışanlarının çalışma saatleri arttıkça uyku kalitesinin düştüğü belirtilmiştir²²². Bu bulgu; ülkemizde hemşire sayısının az olmasına bağlı hemşirelerin pandemi öncesinde de çalışma sürelerinin fazla olması salgın sürecinde yaptığımız bu çalışmada anlamlı fark olmamasını açıklayabilmektedir.

Çalışmamızda ailesinde/yakınlarında/arkadaşlarında COVID-19 tanısı alan hemşirelerin PUKİ toplam puan ortalamaları ailesinde/yakınlarında/arkadaşlarında COVID-19 tanısı almayan hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7). Bizim çalışmamıza benzer olarak Robles (2022)'in çalışmasında ailesinde ve arkadaşlarında COVID-19 tanısı alanların uyku kalitesidaha düşük olarak saptanmıştır²³⁰. Hemşirelerin COVID-19 hastalarının kötü prognozlarına şahit olmalarının yakınları için aynı kaygıları yaşamalarına dolayısıyla uyku kalitelerinin düşmesine yol açtığı düşünülmektedir.

5.3. Ölçeklerin Korelasyonuna İlişkin Tartışma

Bireylerin yaşadığı kaygı; uykunun baskılanması, uyanıklığın artması gibi semptomlara neden olarak uyku kalitesini düşürebilmektedir²³¹.

Bu çalışmada; hemşirelerin KKÖ puanları ile PUKİ toplam puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin DKÖ ve SKÖ puanları ile, PUKİ toplam puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu salgın döneminde hemşirelerde görülen kaygı düzeyi ve uyku kalitesi arasında ilişkinin olduğunu göstermektedir.

Literatürde bizim çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmaktadır. Xiao ve ark (2020)'nın 180 sağlık çalışanı ile Çin'de yaptığı kesitsel çalışmada uyku kalitesinin anksiyete ve stres düzeyini anlamlı düzeyde arttırdığı belirlenmiştir³⁵. Kibar ve ark. (2022)'nin filyasyonda görevli 137 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmasında ise yüksek kaygı düzeyi ile kötü uyku kalitesi arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki olduğunu belirlemiştir²¹⁹. Akıncı ve Başar (2021)'ın sağlık çalışanının uyku kalitesini değerlendirdiği çalışmada anksiyete ve depresyon düzeyi yüksek olanların uyku kalitelerinin düşük olduğu görülmüştür²³². Cheng ve ark. (2020)'nin 534 sağlık çalışanının COVID-19 salgınında anksiyete düzeylerini incelediği çalışmada, anksiyete düzeyi ile uyku kalitesi arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğunu bildirmiştir²³³. Simonetti ve Durante ' (2021) 'nin İtalya'de 1005 hemşirenin COVID-19 salgın sürecinde anksiyete, uyku bozuklukları ve öz yeterlilik düzeylerini inceledikleri çalışmada anksiyete ve uyku kalitesi arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir²²⁷. Bilgiç ve ark. (2021)'nin 316 hemşire ile yaptıkları çalışmada uyku kalitelerinin düşük, stres düzeylerinin yüksek olduğu ve aralarında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır²³⁴. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Maqbali ve Khadhuri (2021)'nin 1130 hemşire ile yaptığı COVID-19'un psikolojik etkilerini incelediği çalışmada stres, anksiyete, depresyon ve uyku bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir²³⁵. Jahrami ve ark.(2020)'nin 280 sağlık çalışanının uyku kalitesini incelediği çalışmada uyku kalitesi ile stres düzeyi arasında ilişki olmadığı rapor edilmiştir¹⁷³.

Hemşireler COVID-19 hastalığının yönetiminde önemli rollere sahip olması nedeniyle yaşadıkları kaygı ve buna bağlı olarak yaşanan düşük uyku kalitesi hasta bakım kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir^{29,30}. Hemşirelik bakım kalitesini arttırmak için; hemşirelerin, kaygı düzeylerini azaltıcı ve uyku kalitelerini arttırıcı yaklaşımlarda bulunması son derece önemlidir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Hemşirelerin durumluk kaygı düzeylerinin; %59.58'inin orta, %23.75'inin hafif, %16.67'sinin ağır düzeyde olduğu belirlenmiştir.
- Hemşirelerin sürekli kaygı düzeylerinin ise; %67.08'inin orta, %21.67'sinin hafif, %11.25'inin ağır düzeyde olduğu görülmüştür.
- Çalışmamızda hemşirelerin kaygı düzeyinin; kurum tipi, yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, gelir durumu, alkol kullanımı, kronik hastalık durumu, meslekte çalışma süresi, COVID-19 şüphesi nedeni ile test yaptırma durumu, COVID-19 tanısı alma durumu, ailesinde/yakınlarında/arkadaşlarında COVID-19 tanısı alma durumu, ailesinde/yakınlarında/arkadaşlarında COVID-19 nedeni ile yaşamını kaybetme durumu, COVID-19 salgını süresinde psikiyatrik destek ihtiyacı alma durumu gibi faktörlere göre değişim gösterdiği belirlenmiştir.
- Hemşirelerin %12.08'inin uyku kalitesi iyi iken %87.92'sinin uyku kalitesi kötü olarak belirlenmiştir.
- Hemşirelerin uyku kalitelerinin; kurum tipi, cinsiyet, öğrenim alanı, medeni durum, çocuk sahibi olma, gelir durumu, alkol kullanımı, pandemi öncesi çalıştığı birimde çalışmayı isteme, COVID-19 tanısı alma durumu, ailesinde/yakınlarında/arkadaşlarında COVID-19 tanısı alma, ailesinde/yakınlarında/arkadaşlarında COVID-19 nedeni ile yaşamını kaybetme ve COVID-19 salgını süresinde psikiyatrik destek ihtiyacı alma durumu gibi faktörlere göre değişim gösterdiği saptanmıştır.
- Hemşirelerin KKÖ puanları ile DKÖ puanı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde ($r=0.361$; $p<0.05$), SKÖ puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde ($r=0.376$; $p<0.05$), PUKİ toplam puanları arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. ($r=0.345$; $p<0.05$). Hemşirelerin DKÖ puanları ile SKÖ puanları arasında yüksek düzeyde, pozitif yönde ($r=0.728$; $p<0.05$), PUKİ toplam puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0.495$; $p<0.05$). Hemşirelerin SKÖ puanları ile PUKİ toplam puanları arasında orta düzeyde, pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı doğrusal bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=0.502$; $p<0.05$).

- Çalışmamızda koronavirüs hastalarına bakım veren hemşirelerin kaygı düzeyleri arttıkça uyku kalitelerinin azaldığı belirlenmiş olup H1-2 hipotezi kabul edilmiştir.

6.2. Öneriler

Çalışma sonuçlarımıza göre aşağıda yer alan önerilerde bulunulmuştur.

- COVID-19 servislerinde genel hijyen eğitimi, KKE kullanımı ve izolasyon yöntemlerine yönelik eğitimlerin planlanması,
- Hemşirelerin kaygı düzeylerini ve uyku kalitelerini değerlendirmeye yönelik görüşmelerin düzenli aralıklarla planlanması, kaygı ve uyku problemlerine yönelik online, birebir ya da gruplar halinde seanslar düzenlenerek hemşirelere psikososyal destek programlarının uygulanması,
- COVID-19 tanısı alan hastaya bakım veren hemşirelerin hastalığı bulaştırma korkusu, kaygı, belirsizlik, uyku bozuklukları ile baş etmeye yönelik sağlık politikalarının oluşturulması,
- Hemşirelere belirli aralıklarla psikolojik sağlamlığı arttıran hizmet içi eğitim programları ve etkinlikler planlanması,
- Salgın sürecinde hemşirelerin motivasyonlarını yükseltici aktivite programları düzenlenmesi,
- Araştırma sonuçlarının geçerliliği ve güvenilirliğinin artırılması amacıyla, araştırma kapsamı genişletilerek örneklem sayısının daha büyük gruplarda uygulanması, nitel ve müdahale çalışmalarının yapılması önerilebilmektedir.

7. KAYNAKÇA

1. Parıldar H. Tarihte bulaşıcı hastalık salgınları. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi. 2020; 30:19-26.
2. Özkoçak V., Koç F., Gültekin T. Pandemilere antropolojik bakış: Koronavirüs (Covid-19) örneği. Electronic Turkish Studies. 2020; 15(2).
3. Hekimoğlu C. H. Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyon salgınlarının incelenmesi. Buhasder kongresi. 2019;8.
4. Parıldar H., Dikici M. F. Pandemiler tarihi. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi. 2020;12(1): 1-8.
5. Tepe Ç.Ş., Bora C., Durat G. COVID-19'un maskeli kahramanları: Hemşireler. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2022;32 (1): 28-32
6. Tsang H. F, Chan L.W.C, Cho W.C.S, Yu A.C.S, Yim A.K.Y, Chan A.K.C, Ng L.P.W, Wong Y.K.E, Pei X.M, Li M.J.W, Wong S.C.C. An update on COVID-19 pandemic: the epidemiology, pathogenesis, prevention and treatment strategies. Expert Review of Anti-infective Therapy. 2021;19: 877-888
7. Şirin H., Özkan S. Dünyada ve Türkiye'de COVID-19 epidemiyolojisi. Kulak Burun Boğaz ve Baş Boyun Cerrahisi Dergisi. 2020; 28: 6-13.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilgilendirme Platformu, <https://covid19.saglik.gov.tr/>, Erişim tarihi: 10.06.2022
9. WHO COVID-19 Bilgilendirme Platformu, <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer?zoomToSelection=true&time=2020-03-01..latest&facet=none&pickerSort=asc&pickerMetric=location&Metric=Confirmed+cases&Interval=7-day+rolling+average&Relative+to+Population=true&Color+by+test+positivity=false&country=USA~GBR~CAN~DEU~ITA~IND~TUR>, Erişim tarihi: 10.06.2022
10. Guan W., Ni Z., Hu Yu, Liang W., Ou C., He J., Liu L., Shan H., Lei C., Hui D.S.C., Du B., Li L., Zeng G., Yuen K.Y, Chen R., Tang C., Wang T., Chen P., Xiang J., Li S., Wang Jin-lin, Liang Z., Peng Y., Wei L., Liu Y., Hu Ya-hua, Peng P., Liu Wang Jian-ming, J, Chen Z., Li G., Zheng Z., Qiu S., Luo J., Ye C., Zhu S., Zhong N. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020;382:1708-20.

11. Zhou M, Zhang X, Qu J. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a clinical update. *Front Med.* 2020;14:126-35.
12. Tekin S., Demirtürk N. COVID-19: Hastalığı Artıran Risk Faktörleri ve Skorum. *Klimik Journal/Klimik Dergisi.* 2021;34(3).
13. Çerçi P., Bayav M., Akarsu M., Akgün H., Yurdasiper A., Özdemir K., Bildirici Y. COVID-19 hastalarının klinik ve radyolojik özellikleri: Eskişehir’de tek merkez deneyimi. *Eskişehir Medical Journal.* 2021;2(3):194-205.
14. Stokes EK, Zambrano LD, Anderson KN, Marder EP, Raz KM, El Burai Felix S, Tie Y, Fullerton KE. Coronavirus disease 2019 case surveillance - United States, january 22-May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;19;69(24):759-765.
15. Zhang JJY, Lee KS, Ang LW, Leo YS, Young BE. Risk factors of severe disease and efficacy of treatment in patients infected with COVID-19: A systematic review, meta-analysis and meta-regression analysis. *Clin Infect Dis.* 2020; 2199-2206
16. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z., Hu J., Wei N., Wu J., Du H., Chen T., Li R., Tan H., Kang L., Yao L., Huang M., Wang H., Wang G., Liu Z., Hu S. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open.* 2020;3(3)
17. Mesleki Güvenlik ve Sağlık Yönetimi, <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/OSHA3993.pdf>, Erişim tarihi:28.05.22
18. International Council of Nurses (January 13, 2021), <https://www.icn.ch/news/covid-19-effect-worlds-nurses-facing-mass-trauma-immediate-danger-profession-and-future-our>, Erişim tarihi: 07.04.2022
19. Pandeminin İkinci Yılı Değerlendirme Raporu Nisan 2022, https://www.ttb.org.tr/kutuphane/pandemi_2yil.pdf, Erişim tarihi: 12.06.2022
20. Bilim kurulu tarafından alınan önlemler kapsamında çalışma rehberi, <https://covid19.saglik.gov.tr/eklenti/39265/0/covid19salginyonetimivecalismarehb eripdf.pdf>, Erişim tarihi: 09.12.2021
21. Duan L, ZhuG. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry.* 2020;7(4): 300-302.
22. Gökmen B.D., Sarıboğa Y. Hemşirelerde koronafobi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2021;6(3); 372-381.

23. Baykara Z.G., Eyuboglu G. Covid-19 pandemisinde hemşirelik bakımı. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020; Özel Sayı: 9-17.
24. Ekinci İ., Ekinci, E. Covid-19 Pandemi Döneminde Sağlık Çalışanlarında Anksiyete, Depresyon, Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Uyku Kalitesinin İncelenmesi. İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi (IKSST). 2021; 13(2):61-68.
25. Ataç Ö., Sezerol M.A., Taşçı Y., Hayran O. COVID-19 pandemisinde görev yapan sağlık çalışanlarında anksiyete belirtileri ve uykusuzluk. Turkish Journal of Public Health. 2020;18(COVID-19 Special): 47-57.
26. Kaplan E., Aktaş M.C., Kaya H. COVID-19 pandemi korkusu ile hemşirelerin bakım verici rolüne ilişkin tutumları arasındaki ilişki. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi. 2021;3(3): 135-140.
27. Wańkiewicz P, Szylińska A, Rotter I. Assessment of mental health factors among health professionals depending on their contact with COVID-19 patients. Int J Environ Res Public Health. 2020;17:5849.
28. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, Zhang B. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. Lancet Psychiatry. 2020;7:e17-8.
29. Çevirme A., Kurt A. Covid-19 pandemisi ve hemşirelik mesleğine yansımaları. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi. 2020; 7(5):46-52.
30. Efil S., Enç N. COVID-19'UN solunum sistemi üzerine etkileri ve hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2021; 25(2):79-91.
31. Choi J.S., Kim, J.S. Factors influencing emergency nurses' ethical problems during the outbreak of MERS-CoV. Nursing Ethics. 2018; 25(3):335–345.
32. Sakaoğlu H.H., Orbatu D., Emiroglu M., Çakır, Ö. Covid-19 salgını sırasında sağlık çalışanlarında spielberger durumluk ve sürekli kaygı düzeyi: Tepecik hastanesi örneği. Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi. 2020; 30:1-9.
33. Selçuk E.D., Demirba B.C. COVID-19 Salgınının Sağlık Çalışanlarında İkincil Travmatik Strese ve Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. Türkiye Klinikleri Hemsirelik Bilimleri. 2021;13(3):533-543
34. Qi J, Xu J, Li B, Huang J, Yang Y, Zhang Z, Yao D, Liu Q, Jia M, Gong D, Ni X, Zhang Q, Shang F, Xiong N, Zhu C, Wang T, Zhang X. The evaluation of sleep disturbances for chinese frontline medical workers under the outbreak of COVID-19. Sleep Med Rev 2020;72:1-4.

35. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sci Monit* 2020;26:e923549
36. Sönmezer M.Ç., İnkaya, A.Ç. COVID-19: viroloji, patogenezi, klinik özellikler ve tedavi. *COVID-19 Pandemisi ve Romatolojik Hastalıklar*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. 2020; 1-8.
37. Samancı M. Küresel bir salgın: COVID-19. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020; 5(1):6-11.
38. Er A.G., Ünal S. Dünyada ve Türkiye’de 2019 Koronavirüs Pandemisi. *Flora Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Dergisi*. 2020; 25(1): 1-8.
39. Akdoğan H., Karşıgil T. SARS-CoV-2: Bildiklerimiz, Bilmediklerimiz. *Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi*, 2021; 51(3): 203-213.
40. Sofulu F., Uzan B.Ö., Avdal E.Ü., Tokem Y. COVID-19 salgınında kronik hastalıklarda hemşirelik yönetimi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2020; 5(2):147-151.
41. WHO | Summary of probable SARS cases with onset of illness from 1 November 2002 to 31 July 2003, <https://www.who.int/publications/m/item/summary-of-probable-sars-cases-with-onset-of-illness-from-1-november-2002-to-31-july-2003>, Erişim tarihi:28.01.2022
42. WHO EMRO | MERS situation update, December 2019 | MERS-CoV | Epidemic and pandemic diseases,<https://applications.emro.who.int/docs/WHOEMCSR471E-eng.pdf?ua=1>, Erişim tarihi 28.01.2022
43. Tatar B., Adar P. SARS-CoV-2: Mikrobiyoloji ve epidemiyoloji. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*. 2020; 30: 27-35.
44. Kiyat İ, Karaman S, Ataşen G.İ., Kiyat Z.E. Yeni koronavirüs (Covıd-19) ile mücadelede hemşireler. *Türk Hemşireler Derneği Dergisi*. 2020;1(1): 81–90.
45. Uludağ, Ö. Koronavirüs enfeksiyonları ve yeni düşman: COVID-19. *Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020; 6(1): 118-127.
46. De Wilde AH, Snijder EJ, Kikkert M, Van Hemert MJ. Host factors in coronavirus replication. *Curr Top Microbiol Immunol*. 2018;419:1-42
47. SARS-CoV-2 Varyantları ve Etkileri, https://www.klimud.org/public/uploads/content/files/SARS-CoV-2_Varyantlari_Guncelleme.pdf, Erişim tarihi: 09.01.2022

48. Fırat M., Yücesan B., Özkan Ö. SARS-CoV-2 Variants of Concern Detected In Turkey—Overview of Pandemia In Çankırı. Eurasian Journal of Health Sciences. 2021.
49. Tao K, Tzou PL, Nouhin J, Gupta RK, de Oliveira T, Kosakovsky Pond SL, Fera D, Shafer RW. The biological and clinical significance of emerging SARS-CoV-2 variants. Nat Rev Genet. 2021;22(12):757-773.
50. Salehi-Vaziri M, Fazlalipour M, Seyed Khorrami SM, Azadmanesh K, Pouriayeali MH, Jalali T, Shoja Z, Maleki A. The ins and outs of SARS-CoV-2 variants of concern (VOCs). Arch Virol. 2022; 167(2):327-344
51. Tian D, Sun Y, Zhou J, Ye Q. The global epidemic of SARS-CoV-2 variants and their mutational immune escape. J Med Virol. 2021; 5:10.1002/jmv.27376.
52. Omicron SARS-CoV-2 can infect faster and better than Delta in human bronchus but with less severe infection in lung, <https://www.med.hku.hk/en/news/press/20211215-omicron-sars-cov-2-infection>, Erişim tarihi: 09.01.2022
53. TÜBA Covid-19 küresel salgın değerlendirme raporu 2020, <https://www.tuba.gov.tr/files/images/2020/kovidraporu/T%C3%9CBA%20Covid-19%20Raporu%206.%20G%C3%BCncelleme.pdf>, Erişim tarihi: 15.02.2022
54. DSÖ bölgelerine göre vaka sayısı, <https://covid19.who.int/>, Erişim tarihi: 15 Mayıs 2022
55. Cui J, Li F, Shi Z-L. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. Nat Rev Microbiol. 2019; 17(3):181-192.
56. Metin Z.G. COVID-19 hastalığının fizyopatolojisi ve holistik hemşirelik yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2020; 7(Özel Sayı): 15-24.
57. İnal A.S., Duman Z.G., Kurtaran B. SARS-CoV-2 mikrobiyoloji ve patogenezi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2020; 29(Özel Sayı): 11-23.
58. Yürük Bal, E., Çelik, H. COVID-19 salgını ile mücadelede hemşirenin rolü. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi. 2020; 12(2).
59. Saydam N. COVID-19 enfeksiyonunda epidemiyoloji ve korunma. Yüksek İhtisas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020; 1:1-7.
60. Ong, S.W.X., Tan, Y.K., Chia, P.Y., Lee, T.H., Ng, O.T., Wong, M.S.Y. Marimuthu, K. Air, surface environmental, and personal protective equipment

- contamination by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) from a symptomatic patient. *JAMA*. 2020; 16(323): 1610-1612.
61. Guo, Z.D., Wang, Z.Y., Zhang, S.F., Li, X., Li, L., Li, C. and Zhang, M.Y. Aerosol and surface distribution of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in hospital wards, Wuhan, China, 2020. *Emerg Infect Dis*. 2020; 26(7):1586-1591.
62. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and its inactivation with biocidal agents. *J Hosp Infect*. 2020; 104(3):246-251.
63. Tanriverdi G., Gürsoy M.Y.G., Kaymak, G.Ö. Halk Sağlığı Hemşireliği Yaklaşımıyla COVID-19 Pandemisi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2020; 2(2): 126-142.
64. T.C. Sağlık Bakanlığı, Covid-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Rehberi Bilim Kurulu Çalışması Ankara; 2020 [updated 14 Nisan 2020; cited 2020].
65. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med* 2020; 382: 1199-207
66. Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z. SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients. *N Engl J Med*. 2020; 382(12):1177-1179.
67. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; 395: 1054-62
68. Wu, Z., McGoogan, J.M. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Jama*. 2020; 323(13):1239-1242.
69. T.C Sağlık Bakanlığı COVID-19 Durum Raporu Türkiye, https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/37778/0/covid-19-durum-raporupdf.pdf?_tag1=B647A4A46C8B41228B2C445361452762CAEFD728, Erişim tarihi: 15.01.2022
70. Peckham H., De Gruijter N.M., Raine C., Radziszewska A., Ciurtin C., Wedderburn L.R., Rosser E.C., Webb K., Deakin C.T. Male sex identified by global covid-19 meta-analysis as a risk factor for death and ICU admission. *Nature Communications*. 2020;11(1): 6317.

71. Jin, J.-M., Bai, P., He, W., Wu, F., Liu, X.-F., Han, D.-M., Liu, S., Yang, J.-K. Gender differences in patients with COVID-19: focus on severity and mortality. *Frontiers in Public Health*. 2020; 8 152.
72. Rodriguez-Morales AJ, Cardona-Ospina JA, Gutiérrez-Ocampo E, Villamizar-Peña R, Holguin-Rivera Y, Escalera-Antezana JP. Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Travel Med Infect Dis* 2020; 34:10162
73. Petrakis D, Margin D, Tsarouhas K, Tekos F, Stan M, Nikitovic D. Obesity a risk factor for increased COVID19 prevalence, severity and lethality (Review). *Mol Med Rep* 2020; 22(1): 9-19
74. Türk Toraks Derneği Solunum Sistemi Enfeksiyonları Çalışma Grubu 2021, <https://toraks.org.tr/files/mf/site/1-3d23507c.pdf>, Erişim tarihi 25.05.2022
75. Güntülü A.K. COVID-19'UN klinik, laboratuvar ve radyolojik özellikleri. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2020; 5: 61-69.
76. Çelik D., Köse Ş. Erişkinlerde COVID-19: Klinik Bulgular. *Tepecik Eği. ve Araşt. Hast. Dergisi*. 2020; 30(2):43-48.
77. Ling SF, Broad E, Murphy R, Pappachan JM, Pardesi-Newton S, Kong MF. High-Dose Cholecalciferol Booster Therapy is Associated with a Reduced Risk of Mortality in Patients with COVID-19: A Cross-Sectional Multi-Centre Observational Study. *Nutrients*. 2020;12(12).
78. Zhao B, Ling Y, Li J, Peng Y, Huang J, Wang Y. Beneficial aspects of high dose intravenous vitamin C on patients with COVID-19 pneumonia in severe condition: a retrospective case series study. *Ann Palliat Med*. 2021;10(2):1599-609.
79. Ercan B., Güçlü S., Yürümez Y. Covid-19 güncel tedavi yaklaşımları ve akupunktur. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Anadolu Tıbbı Dergisi*. 2021; 3(3):28-33.
80. Li X, Geng M, Peng Y, Meng L, Lu S. Molecular immune pathogenesis and diagnosis of COVID-19. *J Pharm Anal*. 2020;10(2):102-8.
81. Sharma A, Ahmad Farouk I, Lal S.K COVID-19: A Review on the Novel Coronavirus Disease. *Evolution, Transmission, Detection, Control and Prevention. Viruses*. 2021; 13,202.
82. Bozdayı G., Çağlar K., Fidan, I. COVID-19 Pandemisi: Tıbbi Viroloji Laboratuvarının Rolü. *GMJ*. 2020; 31: 251-254.
83. Dinçer G. Covid-19 Pandemi Sürecinde Hemşirelerin Tükenmişlik Durumları ile İşten Ayrılma Niyetleri Arasındaki İlişki. 2021, Ondokuz Mayıs Üniversitesi. Halk

Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, 53 sayfa, Samsun. (Doç. Dr. Birsen ALTAY)

84. Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Müller MA
Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. 2020.
85. Bozkurt İ., Keleş G.T. COVID-19 hastalığı tanı ve tedavisinde kullanılan laboratuvar testleri. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2021; 8(2): 380-387.
86. Şenyiğit A. COVID-19 Pandemisi. Klinik, Tanı, Tedavi ve Korunma. Dicle Tıp Dergisi. 2021; 48: 176-186.
87. Bernheim A, Mei X, Huang M, Yang Y. Chest CT Findings in Coronavirus Disease-19 (COVID-19): Relationship to Duration of Infection. Radiology 2020; 295:685–691
88. Ciaccio M, Agnello L. Biochemical biomarkers alterations in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Diagnosis (Berl). 2020;7(4):365-72.
89. COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Erişkin Hasta Tedavisi Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı 20 Aralık 2021, Ankara
90. Onwudiwe, O. A., Weli, H., Shaanu, T. A., Akata, N. M., & Ebong, I. L. (2020). Pharmacological treatment of COVID-19: an update. Journal of Global Health Reports. 2020; 4: e2020090.
91. WHO, <https://www.who.int/news/item/03-03-2022-molnupiravir>, Erişim Tarihi: 15.05.2022
92. Borba MGs, Val FF, sampaio Vs, Alexandre MAA, Melo GC, Brito M. Effect of High vs low Doses of Chloroquine Diphosphate as Adjunctive Therapy for Patients Hospitalized With severe Acute Respiratory syndrome Coronavirus 2 (sARs-CoV-2) Infection: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2020;3(4)
93. WHO Solidarity Trial Consortium, Pan H, Peto R, Henao-Restrepo AM, Preziosi MP, Sathiyamoorthy V, Abdool Karim Q, et al. Repurposed Antiviral Drugs for Covid-19 — Interim WHO Solidarity Trial Results N Engl J Med. 2021;384(6):497-511.
94. FDA cautions against use of hydroxychloroquine or chloroquine for COVID-19 outside of the hospital setting or a clinical trial due to risk of heart rhythm problems, <https://www.fda.gov/drugs/fda-drug-safety-podcasts/fda-cautions->

against-use-hydroxychloroquine-or-chloroquine-covid-19-outside-hospital-setting-or, Erişim tarihi: 23.01.2022

95. European Medicines Agency. First COVID-19 treatment recommended for EU authorisation, <https://www.ema.europa.eu/en/news/first-covid-19-treatment-recommended-eu-authorisation#:~:text=Remdesivir%20is%20the%20first%20medicine,data%20as%20they%20become%20available>, Erişim tarihi: 23.01.2022
96. Cao B, Wang Y, Wen D, Liu W, Wang J, Fan G, et al. A Trial of Lopinavir-Ritonavir in Adults Hospitalized with Severe Covid-19. *N Engl J Med*. 2020;382:1787-99.
97. Yılmaz G. COVID-19: Antiviral Tedavi. *SDÜ Tıp Fakóltesi Dergisi*. 2021; (1):79-85.
98. Coşkun N., Ulker O. Covid-19 tedavisinde ilaç-ilaç etkileşimlerinin farmakokinetik açıdan değerlendirilmesi. *Journal of Faculty of Pharmacy of Ankara University*. 2021; 45(2):444-457.
99. Karabacak P., Kırdemir P. Covid-19 Hastalarında Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu Yönetimi. *Medical Journal of Suleyman Demirel University*. 2021;28 (Özel Sayı 1 (COVID-19 Özel Sayısı)):51-56.
100. Kaya O. Covid-19 aşıları. *SDÜ Tıp Fakóltesi Dergisi*. 2021; 28(Özel Sayı 1 (COVID-19 Özel Sayısı)):31-35.
101. Seker E., Ozdemir, O. COVID-19 Aşıları ve Aşırı Duyarlılık Reaksiyonları. *Chronicles of Precision Medical Researchers*, 2022; (3): 32-37.
102. Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N. Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine. *New England Journal of Medicine*. 2020;383(27):2603-15.
103. Moderna COVID-19 Aşısı, <https://eua.modernatx.com/covid19vaccine-eua/>, Erişim Tarihi: 12.03.2022
104. Desdicioglu, R., Avşar, F. B., Yavuz, A.F. COVID-19 Aşıları ve Gebelik Covid-19 Vaccines And Pregnancy. *Ankara Medical Journal*. 2021;21(4): 672-686.
105. Logunov DY, Dolzhikova I V, Zubkova O V, et al. Safety and immunogenicity of an rAd26 and rAd5 vector-based heterologous prime-boost COVID-19 vaccine in two formulations: two open, non-randomised phase 1/2 studies from Russia. *Lancet (London, England)*. 2020;396(10255):887.
106. Zhang Y, Zeng G, Pan H. Safety, tolerability, and immunogenicity of an inactivated SARS-CoV-2 vaccine in healthy adults aged 18–59 years: a

- randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 1/2 clinical trial. The Lancet infectious diseases. 2021;21(2):181-92.
- 107.** Türken M., Köse, Ş. Covid-19 bulaş yolları ve önleme. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi. 2020; 30: 36-42.
- 108.** Anderson RM, Vegvari C, Truscott J, Collyer BS. Challenges in creating herd immunity to SARSCoV-2 infection by mass vaccination. Lancet. 2020;396(10263):1614-1616
- 109.** Yeni Koronavirüs Pandemisi Sürecinde Türkiye'de Covid-19 Aşılması ve Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu, https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/yeni_koronavirus_pandemisi_surecinde_turkiyede_covid19_asilamasi_ve_bagisiklama_hizmetlerinin_durumu.pdf, Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2022
- 110.** Koronavirüs (COVID-19) Aşıları, <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>, Erişim Tarihi: 12.03.2022
- 111.** T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 aşısı bilgilendirme platformu, <https://covid19asi.saglik.gov.tr/>, Erişim tarihi 13.03.2022
- 112.** Yeni Koronavirüs Pandemisi Sürecinde Türkiye’de Covid-19 Aşılması ve Bağışıklama Hizmetlerinin Durumu, https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/yeni_koronavirus_pandemisi_surecinde_turkiyede_covid19_asilamasi_ve_bagisiklama_hizmetlerinin_durumu.pdf, Erişim Tarihi: 12.04.2022
- 113.** Wood S, Schulman K. Beyond Politics — Promoting Covid-19 Vaccination in the United States. Malina D, ed. N Engl J Med. 2021;384(7):e23.
- 114.** Yılmaz H.İ., Turğut B., Çıtlak G., Mert O., Paralı B., Engin M., Alimoğlu, O. Türkiye’de İnsanların COVID-19 Aşısına Bakışı. Dicle Tıp Dergisi. 2021;48(3): 583-594.
- 115.** Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331773/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-2020.1-eng.pdf, Erişim tarihi:22.05.2022
- 116.** Sarıyıldız A.Y., Paşaoğlu M.T., Yılmaz M.E. Türkiye, Çin, ABD, Fransa Sağlık Sistemleri ve COVID-19 Politikaları. GÜSBD 2021; 10(2): 314 – 327
- 117.** Sarmasoğlu Ş., Çelik, G.H.T., Korkma, F. İnceleme: COVID-19 hastalığından korunmaya yönelik kişisel koruyucu ekipman kullanımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2020; 7(Özel Sayı): 47-65

118. Alp Ş., Ünal S. Yeni Koronavirüs (SARS-CoV-2) kaynaklı pandemi: gelişmeler ve güncel durum. Flora Dergisi. 2020; 25.
119. Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331495/WHO-2019-nCoV-IPC-2020.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, Erişim tarihi 10/07/2022.
120. Annak İ.M., Karaveli E.Ö. Hemşirelerin COVID-19 Tanılı Hastaların Bakımında Alması Gereken İzolasyon Önlemleri. YIU Sağlık Bil Derg 2020;1:48–52
121. Gül, H., Gülüm, M., İlter, B., Şimşek, A. Ç., Şirin H., Bulut, Y. E., Güzeldemirci, G. B., Topaç, O. Covid-19 Sürecinde Sağlık Çalışanları İçin Alınan Koruyucu Önlemlerin Etkisi. Ankara Med J, 2020;(4):1000-1015
122. Çelik S.Ş., Özbaş A.A., Bulut H., Karahan A., Koç G., Çelik B., Özleyen Ç.Ö. Türk Hemşireler Derneği: Covid-19 pandemisi ile geçen bir yıl. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD. 2021; 6.
123. Bumin G., Tatlı İ.Y., Cemali M., Kara S., Akyürek G. Vardiyalı ve gündüz çalışan sağlık çalışanlarında uyku kalitesi, reaksiyon zamanı, stres ve iyilik halinin karşılaştırılması. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2019;6(3), 170-176.
124. Labrague, L.J., De los Santos, J.A.A. COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. Journal of Nursing Management. 2020;28: 1653-1661.
125. Kackin, O., Ciydem, E., Aci, O. S., & Kutlu, F.Y. Experiences and psychosocial problems of nurses caring for patients diagnosed with COVID-19 in Turkey: A qualitative study. International Journal of Social Psychiatry. 2020; 67(2):158–167
126. Tezer N. Dağcılık antrenörlerinin kaygı düzeyleri incelemesi. Uluslararası Dağcılık ve Tırmanış Dergisi. 2018;1(1): 1-8.
127. Kaygı Tanımı, <https://sozluk.gov.tr/>, Erişim tarihi: 05.04.2022
128. Göksu Ö., Kumcağız H. Covid-19 Salgınında Bireylerde Algılanan Stres Düzeyi ve Kaygı Düzeyleri. Electronic Turkish Studies. 2020; 15(4).
129. Öner N, Lecomplete A. Durumluluk ve Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 2. Baskı, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları,1985.
130. Selya H. Stres without distress . (ed Barbora Woods) Applyine Psycpologyto sport .Hodder-Stoughton. 1998; 98-109
131. Türkçapar H. Bilişsel terapi: Temel ilkeler ve uygulama. HYB Yayınları. 2012

132. Konter E. Sporda Stres ve Performans. İzmir: Saray Yayınları, 1996: 28-41.
133. Çölgeçen Y., Çölgeçen, H. Covid-19 Pandemisine Bağlı Yaşanan Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Türkiye Örneği. *Electronic Turkish Studies*. 2020;15(4).
134. Kul A., Demir R., Katmer, A.N. Covid-19 Salgını Döneminde Psikolojik Sağlamlığın Yordayıcısı Olarak Yaşam Anlamı ve Kaygı. *Electronic Turkish Studies*. 2020;15(6).
135. Artan T., Atak I., Karaman M., Cebeci F. Koronavirüs (COVID-19) salgınında Sosyodemografik Özellikler, Psikolojik Sağlamlık ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Electronic Turkish Studies*. 2020;15(6).
136. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(5):172
137. Moghanibashi-Mansourieh, A. Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. *Asian journal of psychiatry*. 2020; 102076.
138. Satıcı B., Gocet-Tekin E., Deniz M.E., Satıcı S.A. Adaptation of the Fear of COVID-19 Scale: Its association with psychological distress and life satisfaction in Turkey. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020; 19(6):1980-1988.
139. Tunç T., & Kutanis, R.Ö. Doktor ve Hemşirelerde Kaygı Nedenleri: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*. 2015;6(13): 62-71.
140. Cheung T., Yip, P.S. Depression, Anxiety and Symptoms of Stress Among Hong Kong Nurses: A CrossSectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2015; 12 (9): 11072-11100.
141. Gorgich, E.A.C, Zare, S, Ghoreishinia, G, Barfroshan, S, Arbabisarjou, A. Yoosefian, N. Job Stress and Mental Health Among Nursing Staff of Educational Hospitals in South East Iran. *Thrita*. 2017; 6 (1): 1-6.
142. Eghbali M, Negarandeh R, Froutan R. COVID19 epidemic: Hospital-level response. *Nurs Pract Today*. 2020;7(2):81–3.
143. Bambi, S., Iozzo, P., & Lucchini, A. New issues in nursing management during the COVID-19 pandemic in Italy. *American Journal of Critical Care*. 2020; 29(4): e92-e93.

- 144.** Rohde C, Jefsen OH, Noerremark B, Danielsen AA, Psychiatric Symptoms Related to the COVID-19 Pandemic. Med Rxiv. 2020: 1–3.
- 145.** Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. JAMA 2020;323:2133–4
- 146.** Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. Psychiatry Res 2020;288:112936.
- 147.** Lázaro-Pérez C, Martínez-López JÁ, Gómez-Galán J, López-Meneses E. Anxiety about the risk of death of their patients in health professionals in Spain: analysis at the peak of the COVID-19 pandemic. Int J Environ Res Public Health 2020;17:5938
- 148.** Celik S.S., Ozbas A.A., Celik B., Karahan A., Bulut H., Koc G., Ozleyen C.O. The COVID-19 Pandemic: Turkish Nurses Association/COVID-19 Pandemi Sureci: Turk Hemsireler Dernegi. Journal of Education and Research in Nursing. 2020;17(3):279-284.
- 149.** Dai Y, Hu G, Xiong H, Qiu H, Yuan X. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. MedRxiv. 2020.
- 150.** Türkili S., Aslan E., Şenel, T.O.T. Türkiye'de Sağlık Çalışanları Arasında Koronavirüs Salgını Nedeniyle Yaşanılan Zorluklar, Kaygı, Depresyon ve Tükenmişlik Sendromunun İncelenmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022; 15(1): 74-87.
- 151.** Wang Y, Zhu LY, Ma YF, Bo HX, Deng HB, Cao J, et.al. Association of insomnia disorder with sociodemographic factors and poor mental health in COVID-19 inpatients in China. Sleep Medicine. 2020;75:282-286.
- 152.** Okuyan C.B., Güneş E., Yeşilyurt E. COVID-19 Pozitif Hastaya Hemşirelik Bakımı Veren Bir Hemşirenin Deneyimleri: Olgu Sunumu. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020; 5(4):705-708.
- 153.** Sönmez S., Ursavaş A., Uzaslan E., Ediger D., Karadağ M., Gözü R.O., Ege E. Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde Horlama, Uyku Bozuklukları ve İş Kazaları. Tur Toraks Der. 2010; 11:105-108.
- 154.** Karakaş S.A., Gönültaş N., Okanlı, A. Vardiyalı Çalışan Hemşirelerde Uyku Kalitesi. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2017;4(1):17-26.

155. Şahin L., Aşçıoğlu M. Uyku ve Uykunun Düzenlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;22(1): 93-98.
156. Yıldırım S. Vardiyalı Sağlık Çalışanlarının Uyku Sorunları ile İş Doyumu Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. 2010, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisan Tezi, 92 sayfa, İstanbul, (Yard. Doç. Dr. Ükke KARABACAK).
157. Özdemir C. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde Çalışan Hekim Dışı Sağlık Personelinde Uyku Kalitesi ve İlişkili Faktörler. 2014, Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 72 sayfa, Kayseri, (Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK).
158. Aldemir S. Hemşirelerde Uyku Kalitesi ile Öfke İfade Tarzı Arasındaki İlişki. 2021, Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 88 sayfa, Denizli, (Dr. Öğretim Üyesi Gülay YİĞİTOĞLU).
159. Öney B., Balcı Ç. Sirkadiyen Ritmin Sağlıktaki Rolü. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi. 2021; 4(2): 64-75.
160. Akıncı E., Orhan F.Ö. Sirkadiyen Ritim Uyku Bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2016; 8(2):178-189.
161. Özdemir P.G., Işık M. COVID-19 ve Sirkadiyen Ritim (COVID-19 and circadian rhythm). Anatolian Journal of Psychiatry 2020; 20(3):336
162. İyigün G, Angın E, Kırmızıgül B, Öksüz S, Özdil A, Malkoç M. Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesinin mental sağlık, fiziksel sağlık ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation. 2017;4(3):125-133
163. Gupta R, Pandi-Perumal SR. COVID-Somnia: How the Pandemic Affects Sleep/Wake Regulation and How to Deal with it Sleep Vigil 2020; 4: 51-3.
164. Kurt S., Enç, N. Yoğun bakım hastalarında uyku sorunları ve hemşirelik bakımı. 2013.
165. Bora I.H., Bican A. The physiology of sleep. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci. 2007; 3: 1-6.
166. Yalın H. Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2016; 20(1): 9-15.
167. Şenol V, Soyuer F, AKÇA RP, Argün M. Adolesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. Kocatepe Tıp Dergisi. 2012;13(2):93-104

- 168.** Yoka K., Yoka O., Turan M.B., Atalayın S. Covid-19 Pandemi Sürecinde Sporcuların Koronavirüs Anksiyete Durumu ve Uyku Kalitesinin İncelenmesi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*. 2021;15(3): 454-469.
- 169.** Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res* 2020;112954.
- 170.** Lipert, A., Kozłowski, R., Timler, D., Marczak, M., Musiał, K., Rasmus, P. Physical activity as a predictor of the level of stress and quality of sleep during COVID-19 lockdown. *Int J Environ*. 2021; 18(11): 5811.
- 171.** Casagrande, Maria, Francesca Favieri, Renata Tambelli, and Giuseppe Forte. The Enemy Who Sealed the World: Effects Quarantine Due to the COVID-19 on Sleep Quality, Anxiety, and Psychological Distress in the Italian Population. *Sleep Medicine*. 2020; 75:12–20.
- 172.** Çıtak Ş, Pekdemir Ü. An Analysis on Sleep Habits and Generalized Anxiety Levels of Individuals during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Family Counseling and Education*. 2020;5(1):60-73.
- 173.** Jahrami H, BaHammam AS, Bragazzi NL, Saif Z, Faris MA, Vitiello MV. Sleep problems during the COVID-19 pandemic by population: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Sleep Med* 2021; 17(2): 1-15.
- 174.** Altena E., Baglioni C., Espie C.A., Ellis J., Gavriloff D., Holzinger B., Riemann D. Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: Practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy. *Journal of Sleep Research*. 2020; 29(4): 1–7.
- 175.** Besedovsky L, Lange T, Born J. Sleep and immune function. *Pflugers Arch*. 2012;463(1):121-137.
- 176.** Pelin Z. Uyku ve bağışıklık sistemi. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi*. 2020; 2(1):46-50
- 177.** Çalık K.Y., Aktaş S., Bulut H.K., Anahar, E.Ö. Vardiyalı ve nöbet sistemi şeklindeki çalışma düzeninin hemşireler üzerine etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2015; 2(1):33-45.
- 178.** Doğan S.D., Arslan S., Aydıngülü N., Koparan H., Gülşen M. Vardiya sistemiyle çalışan hemşirelerin uyku kaliteleri. *Cukurova Medical Journal*. 2019; 44(4):1196-1202.

179. Park E, Lee HY, Park CSY. Association between sleep quality and nurse productivity among Korean clinical nurses. *J Nurs Manag.* 2018;1–8.
180. Günaydın, N. Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin uyku kalitesi ve genel ruhsal durumlarına etkisi. *Journal Of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği.* 2014; 5(1).
181. Kaçan C.Y., Örsal Ö., Köşgeroğlu N. Hemşirelerde uyku kalitesinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2016; 19(3).
182. Ozvurmaz S., Öncü A. Z. Vardiyalı ve Nöbet Sistemi Şeklinde Çalışma Düzeninin Hemşireler Üzerine Etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2018; 2(1):39-46.
183. Sağlık Bakanlığı (2010), Sağlık Personeli Çalışma Saatleri Genelgesi, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11025/saglik-personeli-calisma-saatleri-201055.html>, Erişim Tarihi: 14.04.2022
184. Lv Y, Zhang Z, Zeng W, Li J, Wang X & Luo GQ. Anxiety and depression survey of Chinese medical staff before and during COVID-19 defense. 2020; Available at SSRN 3551350
185. Lee, S. A. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies.* 2020;44(7): 393-401.
186. Akkuzu H., Yumuşak F.N., Karaman G., Ladikli N., Türkkkan Z., Bahadır E. Koronavirüs Kaygı Ölçeği'nin Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi.* 2020; 2(2): 63-67.
187. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for State- Trait anxiety inventory. California: Consulting Psychologist Press. 1970
188. Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry research.* 1989; 28(2):193-213.
189. Agargün MY, Kara H, Anlar O. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin geçerliği ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Derg.* 1996; 7: 107-15.
190. Büyüköztürk, Ş. Veri Analizi El Kitabı. Ankara: Pegem Akademi. 2011
191. Cebeci S.P., Kara H. Corona Virüslü hastalara bakım veren hemşirelerde depresyon, anksiyete ve stres düzeyinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2021; 10(1):46-56.

- 192.** Xiao X, Zhu X, Fu S, Hu Y, Li X, Xiao J. Psychological impact of healthcare workers in China during COVID-19 pneumonia epidemic: A multi-center cross-sectional survey investigation. *J Affect Disord.* 2020;274:405–410.
- 193.** Luceño-Moreno L, Talavera-Velasco B, García-Albuerne Y, MartínGarcía J. Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:5514.
- 194.** Aksoy Y.E., Koçak V. Psychological effects of nurses and midwives due to COVID-19 outbreak: The case of Turkey. *Archives of psychiatric nursing*, 2020;34(5): 427-433.
- 195.** Bal B., Ateş H., Öztürk H., Çolak Z. COVID-19 Salgın Döneminde Sağlık Çalışanlarının Algıladıkları Sosyal Destek ile Durumluk Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *GÜSBD* 2022; 11 (1): 34-43
- 196.** Sarıcam M. COVID-19-Related anxiety in nurses working on front lines in Turkey. *Nurs Midwifery Stud* 2020;178-81
- 197.** Önal B., Ateş T., Öztürk H., Çolak, Z. COVID-19 Salgın Döneminde Sağlık Çalışanlarının Algıladıkları Sosyal Destek ile Durumluk Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2022; 11(1): 34-43.
- 198.** Oğuz İ. Pandemi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Covid-19 Korkusu ve Algılanan Covid-19 Riski İle Standart Önlemlere Uyumu Arasındaki İlişki. 2021, Sağlık Bilimleri Üniversitesi. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 75 sayfa, Ankara, (Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÖZDEMİR).
- 199.** Güven S. Covid-19 Pandemi Sürecinde Bir Hastanede Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Anksiyete ve Korku Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Web Tabanlı Kesitsel Bir Çalışma. 2021, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 82 sayfa, Çanakkale, (DR. ÖĞR. ÜYESİ EDA CANGÖL).
- 200.** Taşkın N. Sağlık Çalışanlarının Covid-19 Korku Düzeylerinin Uyku Kalitesi, Yorgunluk Şiddeti ile İlişkinin Değerlendirilmesi. 2021, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 55 sayfa, Konya, (Doç. Dr. Duygu İlke YILDIRIM).

- 201.** Fidan G., Çalışkan D. Covid-19 Salgını Sürecinde Hemşirelerin Algılanan Stres Düzeylerinin Belirlenmesi: Sosyal ağ tabanlı tanımlayıcı bir çalışma. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2022; 38(1): 21-28.
- 202.** Arpacıoğlu S., Baltalı Z., Ünübol B. COVID-19 Pandemisinde Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik, Covid Korkusu, Depresyon, Mesleki Doyum Düzeyleri Ve İlişkili Faktörler. Cukurova Medical Journal. 2021; 46(1), 88-100.
- 203.** Doshi D., Karunakar P., Sukhabogi J.R., Prasanna J. S., Mahajan S.V. Assessing coronavirus fear in Indian population using the fear of COVID-19 scale. International Journal of Mental Health and Addiction. 2020;1-9.
- 204.** Öztürk M., Ertem G.T., Kotanoğlu M.S., Erdinç Ş., Kınıklı S. Covid-19 Pandemisinde Görev Alan Sağlık Çalışanlarının Algıladıkları Sosyal Desteğin Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerine Etkisi. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 2021; 54(1):70-77.
- 205.** Yılmaz Karaman İ.G., Yastıbaş C. COVID-19 Pandemisinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarında Depresyon, Anksiyete Ve Travma Sonrası Stres Belirtilerinin Sosyodemografik ve Mesleki Değişkenler İle İlişkisi Nasıldır?. Van Tıp Derg. 2021;28(2): 249-257
- 206.** Koksall E, Dost B, Terzi Ö, Ustun YB, Özdin S Bilgin S. Evaluation of depression and anxiety levels and related factors among operating theater workers during the novel coronavirus (COVID-19) pandemic. Journal of Perianesthesia Nursing. 2020;35(5):472-477.
- 207.** Karakurt, N. ve Ekinci, M. Hemşirelerin Algıladıkları Sosyal Destek ile Problem Çözme Becerisi Arasındaki İlişki. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;4 (4), 574- 593.
- 208.** Gülbetekin E., Gül F., Tunç Y. Covid-19 Sürecinde Hemşirelerin Sağlık Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi. Black Sea Journal of Health Science. 2022; 9-10.
- 209.** Karadem F. Sağlık Çalışanlarında Covid Korkusunu Belirleyen Psikiyatrik Değişkenlerin İncelenmesi. 2020, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 80 sayfa, Isparta, (Doç. Dr. Arif DEMİRDAŞ).
- 210.** Bayülgen M.Y., Bayülgen A., Yeşil F.H., Türksever, H.A. Covid-19 Pandemisi Sürecinde Çalışan Hemşirelerin Anksiyete ve Umutsuzluk Düzeylerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi. 2021; 3(1):1-6.

- 211.** Taşdelen R., Ayık B., Kaya H., Ercis M., Ertekin, E. Türk Sağlık Çalışanlarının Covid-19 Pandemisine Psikolojik Tepkileri: Damgalanmanın Etkisi. *Neuropsychiatry*. 2022; 59:133-138.
- 212.** Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; 395: 1054-62
- 213.** Shrivastava A, Desousa A. Resilience: A psychobiological construct for psychiatric disorders. *Indian journal of psychiatry* 2016; 58(1): 38.
- 214.** Zhu Z, Xu S, Wang H, Liu Z, Wu J, Li G. COVID-19 in Wuhan: Sociodemographic characteristics and hospital support measures associated with the immediate psychological impact on healthcare workers. *EClinicalMedicine*. 2020;24:100443.
- 215.** Bana P.E. Evaluation of negative situations and social stigma perception experienced by healthcare professionals in the COVID-19 epidemic process. *Research Journal of Business and Management (RJBM)*. 2020; 7(4): 288-298.
- 216.** Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research* 2020; 288: 112954.
- 217.** Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun* 2020; 89: 531-542.
- 218.** Şayık, D., Açıkgöz, A., Mutlu, F. Koronavirüs Pandemisinde Sağlık Personellerinin Uyku Kalitesi: Meta-analiz. *Journal of Turkish Sleep Medicine*. 2021; 1-6.
- 219.** Kibar F.A., Muharremoglu Z.D., Oturak G., Çokluk S.T., Ahmet E., Güven İ. O., Öğütlü A. Evaluation of Anxiety Levels and Sleep Quality of Health Care Workers Working in Filiation During the COVID-19 Pandemic. *TJFMPC*. 2022;16 (1): 66-75.
- 220.** Demir ÜF. Sleep quality & prevalence of restless legs syndrome among healthcare professionals. *Journal of Surgery and Medicine*. 2020;4(2):144-147.
- 221.** Tu, Z. H., He, J. W., Zhou, N. Sleep Quality And Mood Symptoms in Conscripted Frontline Nurse in Wuhan, China During COVID-19 Outbreak: A cross-sectional study. *Medicine*, 2020; 99(26).

222. Abdalla M., Chiuzan C., Shang Y., Ko G., Diaz F., Shaw K., McMurry C.L., Cannone D.E., Sullivan A.M., Lee S.A.J. Factors Associated with Insomnia Symptoms in a Longitudinal Study among New York City Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021;18: 8970
223. Kwobah EK, Mwangi A, Patel K, Mwogi T, Kiptoo R and Atwoli L. Mental Disorders Among Health Care Workers at the Early Phase of COVID-19 Pandemic in Kenya; Findings of an Online Descriptive Survey. *Front. Psychiatry*. 2021; 12:665611
224. Kabeoğlu V., Gül G. Covid-19 Salgını Sırasında Uyku Kalitesi ve İlişkili Sosyal Ve Psikolojik Faktörlerin Araştırılması. *Journal of Turkish Sleep Medicine*. 2021; 2: 97-104.
225. Shen J, Zhang H, Wang Y, Abdulai T, Niu M, Luo Z, Wang Y, Li R, Wang F, Wang C, Mao Z. Dose-response association of sleep quality with anxiety symptoms in Chinese rural population: the Henan rural cohort. *BMC Public Health* 2020;20:1297
226. Sheng X, Liu F, Zhou J, Liao R. Psychological status and sleep quality of nursing interns during the outbreak of COVID-19. *Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao* 2020;40:346-50.
227. Simonetti V, Durante A, Ambrosca R, Arcadi P, Graziano G, Pucciarelli G, Simeone S, Vellone E, Alvaro R, Cicolini G. Anxiety, sleep disorders and self-efficacy among nurses during COVID-19 pandemic: A large cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 2021;30(9-10):1360-1371.
228. Pieh C, Budimir S, Probst T. The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *J Psychosom Res* 2020;139:110278.
229. Fabio, P., Stefania, S., Elisabetta, T., Thi, T., Iolanda, G. Public health and burnout: a survey on lifestyle changes among workers in the healthcare sector. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*. 2019; 90(1): 24.
230. Robles R., Morales-Chainé S., Bosch, A., Astudillo-García, C., Feria M., Infante S., Alcocer-Castillejos N., Ascencio L., Real-Ramírez J., Díaz D. Mental Health Problems among COVID-19 Frontline Healthcare Workers and the Other Country-Level Epidemics: The Case of Mexico. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022; 19:421

- 231.** Lipert A., Kozłowski R., Timler D., Marczak M., Musiał K., Rasmus P. Physical activity as a predictor of the level of stress and quality of sleep during COVID-19 lockdown. *Int J Environ.* 2021; 18(11): 5811.
- 232.** Akıncı T., Başar H.M. Assessment of Sleep Quality in Healthcare Workers as Part of the COVID-19 Outbreak. *Turkish Journal of Neurology/Turk Noroloji Dergisi.* 2021; 27(2).
- 233.** Cheng F.F., Zhan S.H., Xie A.W., Cai S.Z., Hui L., Kong X.X., Yan W.H. Anxiety in Chinese pediatric medical staff during the outbreak of Coronavirus Disease 2019: a cross-sectional study. *Translational pediatrics.* 2020; 9(3): 231.
- 234.** Bilgiç Ş., Çelikkalp Ü., Mısırlı, C. Stress level and sleep quality of nurses during the COVID-19 pandemic. *Work, (Preprint).* 2021;1-9.
- 235.** Al Maqbali, M. and Al Khadhuri, J. 'Psychological impact of the coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic on nurses. *Japan Journal of Nursing Science.* 2021; e12417: 1-10

8.EKLER

EK-1 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın katılımcı

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı ‘Koronavirüs Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Kaygı Düzeylerinin ve Uyku Kalitesinin Belirlenmesi’dir. Bu araştırmanın amacı koronavirüs tanısı alan hastalara bakım veren hemşirelerin kaygı düzeylerinin ve uyku kalitelerinin belirlenmesi’dir. Yüksek kaygı düzeyi ve düşük uyku kalitesi kronik hastalıklara yakalanma, kesici-delici alet yaralanmalarına maruz kalma oranını arttırmakta; iş veriminde azalma ve işle ilgili hatalarda artmaya yol açmaktadır. Bu araştırma ile kaygı durumu ve uyku kalitesinin belirlenmesi ile etkileyen faktörlerin ortadan kaldırılması hasta bakımı ve tedavisinde gelişebilecek hataların azaltılacağı ve hemşirelerin iş veriminin artacağı düşünülmektedir.

Çalışma için sizden, araştırmacı tarafından yüz yüze doldurulacak “Kişisel Bilgi Formu”, “Koronavirüs Kaygı Ölçeği”, “Durumluluk Sürekli Kaygı Ölçeği” ve “Pittsburgh Uyku Kalite Ölçeği” ne eksiksiz cevap vermeniz beklenmektedir. Bu araştırmada öngörülen süre 15-20 dakikadır. Sorulara vereceğiniz yanıtların içtenlikle olması cevapların geçerliliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle yanıtsız soru bırakmamanızı ve gerçeği yansıtan yanıtlar vermenizi rica ederiz. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve rahatsızlık söz konusu değildir.

Bu çalışma tamamen bilimsel amaçlı yapılmıştır. Elde edilen veriler başka hiçbir alanda kullanılmayacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmadan istediğiniz zaman ayrılma hakkınız bulunmaktadır. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma konusuyla sizi ilgilendirebilecek ve sizin araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler/gelişmeler olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, ya da diğer rahatsızlıklarınız için her zaman Hemşire Büşra Yıldız’a başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Ayrıca, bu araştırma kapsamındaki bütün muayene, tetkik, testler ve tıbbi bakım hizmetleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Bu formu okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu imzalayınız. İmzalı bu formun bir kopyası size verilecektir. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce bana verilmesi gereken tüm bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana, aşağıda adı belirtilen araştırmacı hekim tarafından yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu koşullar altında, bana bu araştırma kapsamında yapılacak olan tedavi ve/veya uygulamalar ile şahsıma ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya hiçbir zorlama ve baskı altında olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

(Araştırmanın açık tam adı) araştırması kapsamında alınan biyolojik örneklerimin (kan, idrar vb.);

- ☐ Sadece yukarıda bahsi geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum
- ☐ İleride yapılması planlanan tüm araştırmalarda kullanılmasına izin veriyorum
- ☐ Hiçbir koşulda kullanılmasına izin vermiyorum

Gönüllünün, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Açıklamaları yapan araştırmacının, Adı-Soyadı: Büşra YILDIZ Görevi: Hemşire Adresi: Toyota Acil Yardım Hastanesi Tel.: Tarih ve İmza:
Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin, Adı-Soyadı: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:	Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının, Adı-Soyadı: Görevi: Adresi: Tel.-Faks: Tarih ve İmza:

EK- 2 Kişisel Bilgi Formu

Anket no:

Tarih:.....

Hastane adı:

I. Sosyo-demografik Özellikler:

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz:
a) Kadın b) Erkek
3. Öğrenim alanı:
a) Hemşirelik b) Ebelik c) Sağlık Memurluğu
4. Eğitim düzeyiniz:
a)Sağlık meslek lisesi/koleji b) Ön lisans c) Lisans d)Yüksek lisans e) Doktora
5. Medeni durumunuz:
a) Bekâr b) Evli
6. Çocuk sayısı:
a) Evet (Sayısı.....) b) Hayır
7. Birlikte yaşadığınız bireyler:
a) Yalnız (10. Soruya geçiniz)
b) Aile bireyleri ile
c) Diğer (Açıklayınız.....)
8. Birlikte yaşadığınız aile bireylerinde 65 yaş ve üzeri birey var mı?
a) Evet b) Hayır
9. Birlikte yaşadığınız aile bireylerinde kronik hastalıklı birey var mı ?
a) Evet b) Hayır
10. Gelir durumunuz:
a) Gelir=Gider b) Gelir>Gider c)Gider>Gelir
11. Sigara kullanma durumu:
a) Evet (Miktarını belirtiniz:.....) b) Hayır
12. Alkol kullanma durumu:
a) Evet (Miktarını belirtiniz:.....) b) Hayır
13. Günlük çay / kahve tüketiminizi nasıl değerlendirirsiniz?
(1-2 bardak→ düşük, 3-4 bardak→ orta, 5 ve üzeri bardak→ yüksek olarak değerlendirilecektir.)
a) Düşük b) Orta c)Yüksek
14. Kronik hastalık varlığı:
a) Evet (Açıklayınız.....) b) Hayır

15. Psikiyatrik hastalık öyküsü:
a) Evet (Açıklayınız.....) b) Hayır
16. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?
a) Evet (Açıklayınız.....) b) Hayır
17. Mesleğinizi isteyerek mi seçtiniz?
a) Evet b) Hayır
18. Hemşirelik mesleğinde çalışma süreniz (ay/yıl):.....
19. Covid-19 salgını öncesi çalıştığınız çalıştığınız birim:
a) Dâhiliye Kliniği b) Cerrahi Kliniği c) Acil Klinik d) Yoğun Bakım
e) Ameliyathane f) Poliklinik
h) Diğer (Açıklayınız.....)
20. Bulunduğunuz birimde çalışma süreniz (ay/yıl):.....
21. Çalışmakta olduğunuz birim çalışmayı istediğiniz birim mi?
a) Evet b) Hayır
22. Çalıştığınız birimdeki göreviniz:
a) Klinik Hemşire b) Sorumlu Hemşire c) Yönetici Hemşire
d) Eğitim Hemşiresi e) Diğer (Açıklayınız.....)
23. Çalışma sisteminiz:
a) Gündüz shifti b) Gece shifti d) Vardiya “Gece-gündüz karışık”.
24. Günlük vardiya çalışma süreniz
a) 8 saat b) 12 saat c) 16 saat d) 24 saat
25. Haftalık çalışma süreniz:
a) 40 saat b) 40 saat altı c) 40 saat üstü
26. Koronavirüs (COVID-19) şüphesi nedeni ile test yaptırdınız mı?
a) Evet b) Hayır
27. COVID-19 tanısı aldınız mı?
b) Evet b) Hayır
28. Ailenizde veya yakınlarınızda COVID-19 tanısı alan kişi/kişiler var mı?
a) Evet (Açıklayınız:.....) b) Hayır
29. Birlikte çalıştığınız ekip arkadaşlarınızdan COVID-19 tanısı alan var mı?
a) Evet (Kaç kişi ? Açıklayınız.....) b) Hayır
30. Ailenizde, yakınlarınızda veya arkadaşlarınızda COVID-19 nedeni ile yaşamını kaybeden var mı?
a) Evet (Açıklayınız:.....) b) Hayır

31. COVID-19 hastalarına bakım verdiğiniz süre boyunca nerede yaşadınız?

- a) Ev
- b) Konaklama için sağlanan otel, misafirhane veya KYK Yurdu
- c) Diğer (.....)

32. COVID-19 salgını süresince pandemi servisinde ne kadar gün çalıştınız?.....gün/ay.

33. COVID-19 salgını süresince koruyucu ekipmanlara erişim ve kullanma durumunuz:

- a) Evet
- b) Kısmen
- c) Hayır

34. COVID-19 salgını süresince psikiyatrik destek ihtiyacı duydunuz mu?

- a) Evet
- b) Hayır



EK-3 Koronavirüs Kaygı Ölçeği

<i>Son 2 haftanızı düşünerek aşağıdaki ifadeleri ne sıklıkla yaşadığınızı belirtiniz.</i>	Hiç olmadı	Nadir, bir veya iki günden az	Birkaç gün	7 günden fazla	Son 2 haftada hemen hemen her gün
Koronavirüs hakkında çıkan haberleri okuduğumda veya dinlediğimde baş dönmesi, sersemlik ya da baygınlık hissi yaşadım.					
Koronavirüsü düşündüğüm için uykuya dalmakta veya uykuyusürdürmekte sorun yaşadım.					
Koronavirüsü düşündüğümde veya onunla ilgili bir bilgiye maruz kaldığımda kaskatı kesildim ya da donup kaldım.					
Koronavirüsü düşündüğümde veya onunla ilgili bir bilgiye maruz kaldığımda iştahım kesildi.					
Koronavirüsü düşündüğümde veya onunla ilgili bir bilgiye maruz kaldığımda bulantı hissettim ya da mide problemleri yaşadım.					

EK-4 Durumluk Kaygı Ölçeği

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

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

EK-5 Sürekli Kaygı Ölçeği

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

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
1.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK-6 Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi

Açıklamalar:

Aşağıdaki sorular yalnızca son birkaç aydır yaşadığınız uyku düzeni ve uyku alışkanlıklarınız ile ilgilidir. Cevaplarınız son bir ay içinde gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

Son bir ay içinde;

1. Genellikle saat kaçta yatmaya gidersiniz?.....

2. Geceleri uykuya dalmanız ne kadar sürer (dakika)?.....

3. Sabahları saat kaçta kalkarsınız ?.....

4. Geceleri tam olarak kaç saat uyuyabiliyorsunuz (Yatakta geçirilen toplam süreden farklı olabilir)?.....

5. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?				
	Geçen hafta boyunca hiç —	Haftada 1'den az —	Haftada 1 veya 2kez —	Haftada 3 veya daha ■ çok —
a) 30 dakika içinde uykuya dalamadınız.				
b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandınız.				
c) Banyo yapmak üzere kalkmak zorunda kaldınız.				
d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz.				
e) Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız				
f) Aşırı derecede üşüdünüz				
g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz				

h) Kötü rüyalar gördünüz				
i) Ağrı duyduunuz				

5-j Geçen hafta diğer nedenlerden dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız? Diğer nedenleri lütfen belirtiniz.....

a. a) Geçen hafta boyunca hiç b) Haftada 1'den az

c) Haftada 1 veya 2kez d) Haftada 3 veya daha çok

6. Son bir aydır uyku kalitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Çok iyi
2. İyi
3. Kötü
4. Çok kötü

7. Son 1 aydır ne sıklıkla uyku ilacı almak zorunda kaldınız? (R9eçeteli yada reçetesiz)

hiç () haftada bir ()
haftada bir veya iki () haftada üç veya daha fazla ()

8. Son 1 aydır araba kullanırken, yemek yerken,ya da sosyal aktiviteler sırasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız ?

hiç () haftada bir ()
haftada bir veya iki () haftada üç veya daha fazla ()

9. Bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

1. Hiç problem oluşturmadı
2. Yalnızca çok az bir problem oluşturdu
3. Bir dereceye kadar problem oluşturdu
4. Çok büyük bir problem oluşturdu

EK-7 Etik Kurul İzni

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Koronavirüs Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Kaygı Düzeylerinin ve Uyku Kalitesinin Belirlenmesi
TITLE OF STUDY	Determination of Anxiety Levels and Sleep Quality of Nurses Caring for Coronavirus Patients

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	
	TELEFON	
	FAKS	
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Ezgi MUTLUAY YAYLA		
	YARDIMCI ARAŞTIRMACILAR UNVANI/ADI/SOYADI	Hem.Büşra YILDIZ		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü		
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TUBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TURU	FAZ 1	☐	
		FAZ 2	☐	
		FAZ 3	☐	
		FAZ 4	☐	
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐	
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐	
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐	
		İlaç dışı klinik araştırma	☐	
	Diğer işe belirtiniz ***			
		TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐
				ULUSLARARASI ☐

Etik
Un
İm:

ge GÜLEÇ BALBAY

rul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Koronavirüs Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Kaygı Düzeylerinin ve Uyku Kalitesinin Belirlenmesi					
TITLE OF STUDY	Determination of Anxiety Levels and Sleep Quality of Nurses Caring for Coronavirus Patients					
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama				
	SİGORTA	☐				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐				
	İLAN	☐				
	YILLIK BİLDİRİM	☐				
	SONUÇ RAPORU	☐				
	GUVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2020/214		Tarih: 05.10.2020			
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıda katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.					
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu Prof. Dr. Ege GÜLEÇ BALBAY				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi	Katılım *
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Prof. Dr. Selmin KARADEMİR	Çocuk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Prof. Dr. Yıldız DEĞİRMENCI	Nöroloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Doç. Dr. Birgül ÖNEÇ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Doç. Dr. Mehmet GAMSIZKAN	Patoloji	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Doç. Dr. Mehmet ARICAN	Ortopedi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐
Dr. Öğr. Üyesi Nur Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Dr. Öğr. Üyesi Zerrin GAMSIZKAN	Tıp Eğitimi ve Bilişimi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ali SUNGUR	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Öğr. Gör. Şerife YILMAZ	Hemşirelik	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Metin POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E ☒	K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Mustafa Salih EROL	Biyomedikal Uzmanı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varoller Demir Çelik Ürünleri San. ve Tic. Ltd. Şti	E ☒	K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐

*:Toplantıda Bulunma

E
Ü
İ

nının
dı: Prof. Dr. Ege GÜLEÇ BALBAY

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-8 Toyotasa Acil Yardım Hastanesi



T.C.
SAKARYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 18343338-434.99
Konu : Bilimsel Araştırmalar
(Büşra YILDIZ)

TOYOTASA ACIL YARDIM HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi :23/12/2020 tarihli ve 18343338-434.99-2118 sayılı yazı.

Sakarya Toyotasa Acil Yardım Hastanesi'nde görevli Büşra YILDIZ'ın İlimiz Toyotasa Acil Yardım Hastanesi'nde yürütülmesi planlanan **"Koronavirüs Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Kaygı Düzeylerinin ve Uyku Kalitesinin Belirlenmesi"**konulu çalışmasının hasta mahremiyeti ve bilgi güvenliği konuları dikkate alınarak hastanenizde gerçekleşmesi için alınan olur ilgide gönderilmiş olup yapılacak olan çalışmaya gerekli yardımın sağlanması hususunda;

Gereğini ve bilgilerinize rica ederim.



e-imzalıdır.
Doç. Dr.Aziz ÖĞÜTLÜ
İl Sağlık Müdürü

EK-9 Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzni

	T.C. SAKARYA VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü	SAKARYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SAKARYA SAĞLIK HİZMETLERİ BİRDİGİ 27/01/2021 12:08 E-18343338-434.99-434 00133534391
Sayı : E-18343338-434.99 Konu : Bilimsel Araştırmalar (Büşra YILDIZ)		
MÜDÜRLÜK MAKAMINA		
Sakarya Toyota Acil Yardım Hastanesi'nde görevli Büşra YILDIZ'ın İlimiz Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmesi planlanan "Koronavirüs Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Kaygı Düzeylerinin ve Uyku Kalitesinin Belirlenmesi"Klinik Çalışması için hazırlanmış olan dosya incelenmiş olup,Başkanlığımızca ilgili çalışmanın yapılması uygun görülmüştür.Çalışmanın Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmesi için gerekli iznin verilmesi hususunu;		
Olurlarınıza arz ederim.		
Dr. Mustafa EZEN Sağlık Hizmetleri Başkanı V.		
OLUR .../01/2021		
Doç. Dr.Aziz ÖĞÜTLÜ İl Sağlık Müdürü		

EK-10 Düzce İl Sağlık Müdürlüğü İzni



T.C.
DÜZCE VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

DÜZCE İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - DÜZCE ÖZEL
İZİN BİREKİ
13.11.2020 19:15 E:61518654-619 E:3765
00128865066



Sayı : 61518654-619
Konu : Araştırma İzni

VALİLİK MAKAMINA

İlgi : Düzce Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 27/10/2020 tarihli ve 56837151-17469 sayılı yazısı.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Alanında Yapılacak olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu gereğince; Düzce Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Büşra YILDIZ'ın başvurusunda yapılmak istenen; **"Koronavirüs Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Kaygı Düzeylerinin ve Uyku Kalitesinin Belirlenmesi"** konulu çalışmasına ait belgeler ekte sunulmuştur. Söz konusu çalışmanın Kasım 2020-Kasım 2021 tarihleri arasında Düzce Atatürk Devlet Hastanesi'nde "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin/Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler" doğrultusunda çalışmanın yapılabilmesini olurlarınıza arz ederim.

e-imzalıdır.
Uzm.Dr.Ökkeş KEPEK
İl Sağlık Müdürü V.

OLUR
.../.../2020
e-imzalıdır.
Haluk ÇAKMAK
Vali a.
Vali Yardımcısı V.

EK-11 Ölçek Kullanım İzinleri

Koronavirüs Kaygı Ölçeği İzni



Erdi bahadır

Alıcı: ben ▾

Sayın Hocam;

İlgili ölçek için sorular ve puanlama bilgileri ektedir. Çalışmalarınızın sonuçlarını bizimle paylaşırsanız çok mutlu oluruz.

İyi çalışmalar dilerim

Busra Yıldız

17 Eyl 2020 Per, 12:16 tarihinde şunu yazdı:

Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği İzni

YÖRET Vakfı

Büzce Üniversitesi'nde tez çalışması yapan

Büşra Yıldız'ın, "Koronavirüs Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Kaygı Düzeylerinin ve Uyku Kalitelerinin Belirlenmesi" konulu yüksek lisans tezinde "Sürekli Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri" ni kullanmasına izin veriyorum.

Busra Yıldız

Şub 2021 Cum, 13:30 tarihinde şunu yazdı:

----- Forwarded message -----

Gönderen: YÖRET Vakfı

Date: 2 Oca 2021 Cmt, 18:29

Subject: Re: Durumluk- Süreklilik Kavayı Ölçeği izni hakkında

To: Busra Yıldız

Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi İzni



Mehmet Yücel AĞARGÜN

Alıcı: ben ▾

Merhaba,

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Selamlar

From: Busra Yıldız [mailto:busrayildiz@buzce.edu.tr]

Sent: Sunday, December 27, 2020 11:53 PM

To: Mehmet Yücel AĞARGÜN

Subject: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği hakkında

EK-12 Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Araştırma İzni

----- Forwarded message -----

Gönderen: Bilimsel Araştırma Başvuru

Date: 29 Eylül 2020 Sal. 23:18

Subject: Bilimsel Araştırma Başvurusu

To

Sayın İlgili,

Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz başvuru değerlendirilmiştir.

Değerlendirme Sonucu aşağıdaki gibidir.

Onay Durumu : Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığımızca uygun görülmüştür. Araştırmanızın gerektirdiği diğer tüm süreçleri (etik kurul, faz çalışması ,diğer izinler vb.) tamamlamanız gerekmektedir.

Açıklama :

Form Adı : Büşra Yıldız-2020-09-28T15_50_43

Başvuru Formu için [tıklayınız](#).

Başvuru Formunuzu <https://bilimselaraştırma.saglik.gov.tr/> adresinden görüntüleyebilirsiniz.

İlginiz ve katkılarnızdan dolayı teşekkür ederiz.

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Not: Bu ileti Bilimsel Araştırmanızın Değerlendirilmesinin tamamlanması nedeniyle sistem tarafından otomatik gönderilmiştir. Lütfen bu iletiyi cevaplamayınız.

YASAL UYARI:

Bu e-postanın içerdiği bilgiler (ekleri de dahil olmak üzere) gizlidir. T.C. Sağlık Bakanlığı onayı olmaksızın içeriği kopyalanamaz, üçüncü kişilere açıklanamaz veya iletilmez. Bu mesajın gönderilmek istendiği kişi değiştiyse (ya da bu e-postayı yanlışlıkla aldığınız), lütfen yollayan kişiyi haberdar ediniz ve mesaj sisteminizden derhal siliniz. T.C. Sağlık Bakanlığı bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda bir garanti vermemektedir. Bu nedenle, bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasıyla T.C. Sağlık Bakanlığı sorumlu değildir. Bu mesajın içeriği yazınıza ait olup, T.C. Sağlık Bakanlığı görüşlerini içermeyebilir.

Bu e-posta bize bilinen tüm bilgisayar virüslerine karşı taranmıştır.

9. ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, yılında doğmuştur. İlköğretim ve lise eğitimini Isparta'da tamamlamıştır. 2016 yılında T.C. Ankara Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun olmuştur. 2016-2019 yılları arasında İstanbul Sultan Abdülhamit Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis ve Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesinde görev yapmıştır. 2019-halen, Genel Yoğun Bakım Ünitesinde yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmaktadır. Aynı zamanda, 2019 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda lisansüstü eğitime başlayan araştırmacı, halen yüksek lisans eğitimine devam etmektedir.

