

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI
VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**



**COVID-19 PANDEMİSİNİN
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇOCUKLARINDAKİ
RUHSAL BELİRTİLER VE UYKU
SORUNLARINA ETKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. HAZAL MUHSİNOĞLU**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. GÜLŞEN ÜNLÜ**

DENİZLİ – 2021

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI
VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**



**COVID-19 PANDEMİSİNİN
SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇOCUKLARINDAKİ
RUHSAL BELİRTİLER VE UYKU
SORUNLARINA ETKİSİ**

**UZMANLIK TEZİ
DR. HAZAL MUHSİNOĞLU**

**TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. GÜLŞEN ÜNLÜ**

DENİZLİ – 2021

TEŞEKKÜR

Asistanlığım süresince desteklerini esirgemeyen, bilgi ve birikimleriyle eğitimime katkı sağlayan, güler yüzlü, sıcak tutumları ve sağladıkları çalışma ortamıyla verimli bir asistanlık geçirmemi sağlayan değerli hocalarım Doç. Dr. Gülşen ÜNLÜ'ye, Doç. Dr. Bürge KABUKÇU BAŞAY'a, Dr. Öğr. Üyesi Ömer BAŞAY'a, Dr. Öğr. Üyesi Ahmet BÜBER'e, Dr. Öğr. Üyesi Merve TERZİOĞLU'na;

Tez sürecindeki ilgisi, desteği, hoşgörüsü, sonsuz sabrı, yardımları ve katkıları nedeniyle tez danışmanım Doç. Dr. Gülşen ÜNLÜ'ye;

Bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım, dinamik psikiyatriyi sevmemde çok büyük katkısı olan psikodrama eğitmenim Psikiyatri Anabilim Dalı'nın değerli hocası Prof. Dr. Osman ÖZDEL'e ve Psikiyatri Anabilim Dalı'nın tüm değerli çalışanlarına;

Emeği, şefkati ve destekleri ile her zaman yanımda olduklarını hissettiğim canım annem Şehriban MUHSİNOĞLU'na ve canım babam İsmet MUHSİNOĞLU'na, en yakın arkadaşım, sırdaşım, biricik kardeşim Şilan MUHSİNOĞLU'na;

Tez sürecinde her aşamada desteğini hissettiğim sevdiceğim Can Bertan TONYA'ya;

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım hem tez sürecinde hem asistanlığımda desteğini daima gördüğüm Dr. Çiğdem TANRIVERDİ'ye, anketi çevrimiçi forma yüklememe yardımcı olan arkadaşım Dr. Funda ÖZTÜRK'e, birlikte çok şey öğrendiğim, güzel bir çalışma ortamı sağlamış olan tüm Çocuk ve Ergen Psikiyatri asistanı arkadaşlarıma ve bölümümüzün tüm değerli çalışanlarına;

Çalışmaya gönüllü olarak katılan tüm değerli sağlık çalışanlarına;

Sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

ONAY SAYFASI.....	III
TEŞEKKÜR.....	IV
KISALTMALAR	IX
TABLolar DİZİNİ	X
ÖZET	XII
SUMMARY.....	XIV
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.COVID-19 PANDEMİSİ	3
2.1.1. Pandemi nedir?.....	3
2.1.2. Tarihteki Salgınlar.....	3
2.1.3. Coronavirus Salgınları	3
2.1.4.COVID-19.....	4
2.1.5.Çocuklarda COVID-19	7
2.1.6. COVID-19 Pandemisi Sürecinde Ülkemizde Alınan Önlemler.....	7
2.1.7. Salgınların Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri.....	9
2.1.8.COVID-19 Pandemisinin Ruh Sağlığına Etkileri	11
2.2.ÇOCUKLARDA UYKU BOZUKLUKLARI	16
2.2.1.Uykunun Tanımı ve Fizyolojisi	16
2.2.2. Çocuk ve Ergenlerde Normal Uyku.....	17
2.2.3. Uyku Bozuklukları Epidemiyoloji	17
2.2.4.Uyku Bozuklukları Sınıflaması.....	18
2.3.SAĞLIK ANKSİYETESİ	19
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ	20

3.2.ARAŞTIRMANIN TARİHİ.....	20
3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	20
3.4.ETİK	20
3.5.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI	20
3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	21
3.5.2. Sağlık Anksiyetesi Envanteri-Kısa Form.....	21
3.5.3.Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA).....	21
3.5.4. Çocuklar için Uyku Bozukluğu Ölçeği (ÇUBÖ)	22
3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	22
4.BULGULAR	24
4.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Veriler. 24	
4.1.1. Sağlık Çalışanı Ebeveynlerin Cinsiyeti.....	24
4.1.2. Sağlık Çalışanı Ebeveynlerin Yaşları.....	24
4.1.3. Sağlık Çalışanı Ebeveynlerin Eğitim Düzeyi.....	24
4.1.4. Yaşam Yeri.....	25
4.1.5. Meslek	25
4.1.6. Diğer Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri	26
4.1.7. Sağlık Çalışanı ve Ailesinde Ruhsal Bozukluk.....	26
4.1.8. Sağlık Çalışanı ve Ailesinde Kronik Hastalık.....	27
4.2. Çocukların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Veriler	27
4.2.1. Cinsiyet	27
4.2.2. Yaş	28
4.2.3. Eğitim.....	28
4.2.4. Çocukta Ruhsal Bozukluk.....	29
4.2.5. Çocukta Kronik Hastalık.....	29
4.3. Katılımcıların Salgın Sürecine İlişkin Verileri	29
4.3.1. Sağlık Çalışanlarının Salgın Sürecindeki Çalışma Koşulları.....	29
4.3.2. Sağlık Çalışanı Katılımcıların COVID-19 Deneyimleri	30
4.4. ÖLÇEKLERDEN ELDE EDİLEN VERİLER.....	32
4.4.1. Sağlık Anksiyetesi Envanteri	32

4.4.2 Sağlık Anksiyetesi Envanteri Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi	32
4.4.3. Sağlık Anksiyetesi Envanteri Puanlarının Katılımcıların Salgın Süreci Deneyimlerine İlişkin Verileriyle İlişkisi.....	34
4.4.4 Güçler ve Güçlükler Anketi	37
4.4.5. Güçler ve Güçlükler Anketi Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi.....	37
4.4.6. Güçler ve Güçlükler Anketi Puanlarının Katılımcıların Salgın Süreci Deneyimlerine İlişkin Verileriyle İlişkisi.....	43
4.4.7. Çocuklar için Uyku Bozukluğu Ölçeği.....	49
4.4.8. Çocuklar için Uyku Bozukluğu Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi	49
4.4.9. Çocuklar için Uyku Bozukluğu Ölçeği Puanlarının Katılımcıların Salgın Süreci Deneyimlerine İlişkin Verileriyle İlişkisi	51
4.5 Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar	53
5.TARTIŞMA.....	54
5.1.Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri:.....	55
5.2.Sağlık Anksiyetesi Envanterinden Elde Edilen Veriler	55
5.2.1. Sağlık Anksiyetesi Envanteri Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerle İlişkinin Değerlendirilmesi	55
5.2.2. Sağlık Anksiyetesi Envanteri Puanlarının Katılımcıların Salgın Süreci Deneyimleriyle İlişkinin Değerlendirilmesi	59
5.3.Güçler ve Güçlükler Anketinden Elde Edilen Veriler	62
5.3.1. Güçler ve Güçlükler Anketi Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerle	63
İlişkinin Değerlendirilmesi	63
5.3.2. Güçler ve Güçlükler Anketi Puanlarının Katılımcıların Salgın Süreci Deneyimleriyle İlişkinin Değerlendirilmesi	68
5.4.Çocuklar İçin Uyku Bozukluğu Ölçeğinden Elde Edilen Veriler.....	73
5.4.1.Çocuklar İçin Uyku Bozukluğu Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik	73

Özelliklerle İlişkisinin Değerlendirilmesi	73
5.4.2. Çocukların İçin Uyku Bozukluğu Ölçeği Puanlarının Katılımcıların Salgın Süreci Deneyimlerine İlişkin Verileriyle İlişkisinin Değerlendirilmesi	76
5.5. Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonların Değerlendirilmesi	80
6. ARAŞTIRMAMIZIN GÜÇLÜ YANLARI VE SINIRLILIKLARI	83
7. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	85
8. KAYNAKLAR	87
9.EKLER.....	116

KISALTMALAR

ARDS	Akut Respiratuar Distres Sendromu
COVID-19	Koronavirus Hastalığı
ÇUBÖ	Çocuklar İçin Uyku Bozukluğu Ölçeği
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 5th ed.
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 4th ed.
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GGA	Güçler Güçlükler Anketi
H1N1	İnfluenza A Virusü
ICTV	Uluslararası Virus Taksonomisi Komitesi
MERS	Ortadoğu Solunum Sedromu
MERS-CoV	Ortadoğu Solunum Sedromu Koronavirüsü
NREM	Nonrapid Eye Movment
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
OSB	Otizm Spektrum Bozukluğu
PIMS	Pediatric İnflamatuar Multisistem Sendromu
REM	Rapid Eye Movment
SARS	Şiddetli Akut Solunum Sedromu

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: DSM-5 Uyku Bozuklukları Sınıflaması	18
Tablo 2: Ebeveyn Yaş Aralığı	24
Tablo 3: Ebeveyn Eğitim Düzeyi	24
Tablo 4: Yaşam Yeri	25
Tablo 5 : Mesleki Dağılım	25
Tablo 6 : Diğer Ebeveyn Yaş Aralığı	26
Tablo 7 : Diğer Ebeveynin Eğitim Düzeyi	26
Tablo 8 : Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanı Ebeveynde Ruhsal Bozukluk	27
Tablo 9 : Çocuğun Cinsiyeti	27
Tablo 10: Çocuk Yaş Dağılımı	28
Tablo 11 : Çocuğun Sınıfı	28
Tablo 12: Sağlık Kuruluşu	29
Tablo 13: Çalışma Alanı	30
Tablo 14: COVID-19 enfeksiyonu geçirdiğini düşünme	31
Tablo 15: Sağlık Çalışanı ve Yakınında COVID-19/olası COVID-19 Tanısı	31
Tablo 16: COVID-19 ya da olası COVID-19 Tanısıyla İzlenen Yakınlar	31
Tablo 17: Sağlık Çalışanının Evden Ayrı Kaldığı Dönemin Varlığı	32
Tablo 18: Çocuğun Evden Ayrı Kaldığı Dönemin Varlığı	32
Tablo 19: Sağlık Çalışanlarının Yaş ve Cinsiyetlerine Göre Sağlık Anksiyetesi Puanları	33
Tablo 20: Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Sağlık Anksiyetesi Puanları ...	33
Tablo 21: Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Bozukluk ve Kronik Hastalık Varlığına Göre Sağlık Anksiyetesi Puanları	34
Tablo 22: Sağlık Çalışanlarının Çocuklarındaki Ruhsal Bozukluk ve Bedensel Hastalık Varlığına Göre Sağlık Anksiyetesi Puanları	34
Tablo 23: Sağlık Çalışanlarının Salgın Sürecinde Çalışma Özelliklerine Göre Sağlık Anksiyetesi Puanları	35
Tablo 24: Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Birimlerinde Çalışmış Olmalarına Göre Sağlık Anksiyetesi Puanları	35
Tablo 25: Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Enfeksiyonu Geçirdiğini Düşünme ve COVID-19 ya da Olası COVID-19 Tanısıyla İzlenmiş Olmalarına Göre Sağlık Anksiyetesi Puanları	36
Tablo 26: Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Tanısı Almış Yakının Varlığına Göre Sağlık Anksiyetesi Puanları	36
Tablo 27: Sağlık Çalışanlarının Evden Ayrılığı ve Çocuğun Evden Ayrılığına Göre Sağlık Anksiyetesi Puanları	37
Tablo 28: Sağlık Çalışanı Ebeveynin Cinsiyeti ve Yaşına Göre Çocukların GGA Puanları	38
Tablo 29: Sağlık Çalışanı Ebeveyninin Mesleğine Göre Çocukların GGA Puanları	39

Tablo 30: Sağlık Çalışanı Ebeveyninde Ruhsal Bozukluk ve Kronik Hastalık Varlığına Göre Çocukların GGA Puanları	40
Tablo 31: Çocuğun Cinsiyetine Göre GGA Puanları	41
Tablo 32: Çocuğun Yaşına Göre GGA Puanları	42
Tablo 33: Çocukta Ruhsal Bozukluk ve Bedensel Hastalık Varlığına Göre GGA Puanları	43
Tablo 34: Sağlık Çalışanlarının Çalışma Özelliklerine Göre Çocukların GGA Puanları	44
Tablo 35: COVID Birimlerinde Çalışmış Olan ve Olmayan Sağlık Çalışanları Çocukların GGA Puanları	45
Tablo 36: Ebeveynin COVID-19 Enfeksiyonu Geçirdiği Düşüncesi ve COVID-19 ya da Olası COVID-19 Tanısı ile İzlenmiş Olmasına Göre Çocukların GGA Puanları	46
Tablo 37: Ebeveynin COVID-19 ya da Olası COVID-19 Tanısıyla İzlenmiş Yakını Olup Olmamasına Göre Çocukların GGA Puanları	47
Tablo 38: Salgın Sürecinde Ebeveynin Evden Ayrılığı ve Çocuğun Evden Ayrılığına Göre GGA Puanları.....	48
Tablo 39: Ebeveyn Cinsiyeti ve Yaşına Göre Tanımlanan Çocukta Uyku Bozukluğu	49
Tablo 40: Sağlık Çalışanı Ebeveynin Mesleğine Göre Çocukta Uyku Bozukluğu...	50
Tablo 41: Çocuğun Cinsiyetine Göre Uyku Bozukluğu	50
Tablo 42: Çocukta Ruhsal Bozukluk ve Bedensel Hastalık Varlığına Göre Uyku Bozukluğu.....	51
Tablo 43: Sağlık Çalışanı Ebeveynin Çalışma Özelliklerine Göre Çocukta Uyku Bozukluğu.....	51
Tablo 44: Sağlık Çalışanı Ebeveynin COVID-19 Birimlerinde Çalışmış Olmasına Göre Çocukta Uyku Bozukluğu.....	52
Tablo 45: Sağlık Çalışanı Ebeveyninde COVID-19 Geçirdiği Düşüncesi ve COVID-19 ya da Olası COVID-19 Tanısı ile İzlenmiş Olmasına Göre Çocukta Uyku Bozukluğu.....	52
Tablo 46: Salgın Sürecinde Ebeveynin Evden Ayrılığı ve Çocuğun Evden Ayrılığına Göre Çocukta Uyku Bozukluğu.....	53
Tablo 47: Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar.....	53

ÖZET

COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanlarının çocuklarındaki ruhsal belirtiler ve uyku sorunlarına etkisi

Dr. Hazal MUHSİNOĞLU

Araştırmalar COVID-19 pandemisinin toplumda, özellikle sağlık çalışanlarında olumsuz ruh sağlığı sonuçlarına yol açtığını göstermektedir. Salgının yetişkinler üzerindeki etkisine ilişkin çok sayıda araştırma mevcut olmakla birlikte, çocuklar özellikle; sağlık sektörü çalışanlarının çocuklarına olan etkileri hakkında çok az şey bilinmektedir. Bu çalışmada salgın COVID-19 pandemisi sürecinde sağlık çalışanlarının çocuklarında salgının ruh sağlığı ve uyku sorunları üzerine etkilerini araştırmak ve ebeveynlerdeki sağlık anksiyetesiyle ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır. Araştırma örneklemi, Türkiye sınırları içinde yaşayan sağlık çalışanları ve onların arasındaki çocuklarından oluşmaktadır. Araştırmaya 8-15 yaş arası çocuğu olan 1043 sağlık çalışanı katılmış, çevrimiçi olarak Sosyodemografik Veri Formu ve Sağlık Anksiyetesi Envanteri, Güçler ve Güçlükler Anketi ile Çocuklar için Uyku Bozuklukları Ölçeğini tamamlamışlardır. Sağlık personelleri arasında kadın cinsiyette, hemşirelerde, ruhsal bozukluğu olanlarda, kendisi veya çocuğunda kronik hastalık bulunanlarda, nöbet/vardiya usulü çalışanlarda ve bir süre evden ayrı kalmış olanlarda sağlık anksiyetesi puanı daha yüksek saptanmıştır. Güçler ve Güçlükler Anketi ile genç ebeveynlerin çocuklarında, hemşire çocuklarında, kendisi veya ebeveyninde ruhsal bozukluk olan çocuklarda ve kronik hastalığı olan çocuklarda diğerlerine göre daha yüksek belirti düzeyi saptanmıştır. Ruhsal bozukluk veya kronik hastalık tanısı olan çocuklarda uyku bozukluklarının daha sık olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanının salgın sürecinde bir süre evden ayrı kalmış olması, COVID-19 tanısıyla izlenmiş veya COVID-19 enfeksiyonu geçirdiğini düşünmüş olması ise hem ebeveyndeki yüksek sağlık anksiyetesi düzeyiyle, hem de çocuktaki yüksek belirti düzeyi ve uyku sorunlarıyla ilişkilidir. Araştırmamız salgın döneminde COVID-19'la ilgili psikolojik ve çevresel stresörlerin sağlık çalışanları ve çocukları üzerindeki olası ruhsal etkilerine işaret etmektedir. Salgın döneminde savunmasız gruplar arasında yer aldıkları düşünülen sağlık çalışanları ve çocuklarının ruh sağlığını korumaya yönelik etkili önlemler alınmalıdır. Salgının kısa ve olası uzun vadeli etkilerini önlemek ve/veya

hafifletmek için özellikle daha yüksek risk altında olduğu saptanan sağlık çalışanlarının ve çocuklarının pandemi dönemlerinde ruhsal açıdan daha etkin şekilde desteklenmesi ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi yararlı olabilir.

Anahtar kelimeler: COVID-19, sağlık alışanı, ocuk, ruhsal belirtiler, uyku sorunları

SUMMARY

The mental health and sleep problem impacts of COVID-19 on healthcare workers' children

Dr. Hazal MUHSİNOĞLU

Studies show that the COVID-19 pandemic causes negative mental health consequences in society, especially in healthcare workers. Although there are many studies on the effect of the pandemic on adults, there is little information regarding its influence on children, especially on healthcare workers' children. In this study, it was aimed to investigate the effects of the pandemic on mental health and sleep problems on children of healthcare workers during the epidemic COVID-19 pandemic and to determine its relationship with health anxiety in parents. The research sample consists of healthcare professionals living within the borders of Turkey and their children. 1043 healthcare workers whose children between aged 8-15 participated in the study, and completed the Sociodemographic Data Form and Health Anxiety Inventory, Strengths and Difficulties Questionnaire, and Sleep Disturbance Scale for Children via online form. Health anxiety scores of healthcare workers were found to be higher in the female gender, nurses, those with mental disorders, those with chronic illnesses in themselves or their children, those who worked shift procedures, and those who were away from home for a while. With the strengths and difficulties questionnaire, higher symptom levels were found in children of young parents, children of nurses, children with mental disorders, and children with chronic diseases. Sleep disorders have been found more commonly in children who have mental disorders or chronic diseases. The fact that the healthcare worker was away from home for a while during the pandemic, was followed up with the diagnosis of COVID-19, or thought that he was infected with COVID-19 is related to both the high level of health anxiety in the parent and the high symptom level and sleep problems in the child. Our research points to the possible psychological effects and environmental stressors related to COVID-19 on healthcare workers and their children during the pandemic period. Effective measures should be taken to protect the mental health of healthcare professionals and their children who are thought to be among the vulnerable groups during the pandemic period. To prevent and/or mitigate the short and possible long-term effects of the pandemic, it may be

beneficial to support mental health of healthcare workers and their children who are found to be at higher risk during pandemic periods and to improve working conditions.

Keywords: COVID-19, healthcare worker, child, mental symptoms, sleep problems

1. GİRİŞ

Aralık 2019'dan beri dünya, küresel olarak hızla yayılan ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından salgın olarak ilan edilen Coronavirus hastalığı (COVID-19) olarak bilinen yeni bir bulaşıcı hastalık salgını ile karşı karşıya kalmıştır (1). COVID-19 dünya çapında sağlık için büyük bir tehdit, küresel ekonomi için ise bir tehlike olarak algılanmaktadır (2). Ülkemizde de vaka sayısı giderek artmış olup T.C Sağlık Bakanlığının verilerine göre 8 Mayıs 2021 tarihi itibarıyla Türkiye'de toplam vaka sayısı 5.016.141'e, toplam ölüm sayısı 42.746'ya ulaşmıştır (3).

2003'teki Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS) ve 2009'daki H1N1 influenza gibi önceki salgınlardan elde edilen veriler, salgınlara toplumda önemli psikolojik etkilere yol açtığını göstermektedir (4,5). COVID-19 pandemi sürecinin de insanlarda depresyon, anksiyete ve panik atak gibi durumlara yol açarak insanların günlük yaşamlarını etkilediği bildirilmektedir (2). Salgınla mücadelede en ön safta görev yapmakta olan, COVID-19'lu hastaların tanı, tedavi ve bakımıyla doğrudan ilgilenen sağlık çalışanları, stres ve diğer ruh sağlığı belirtilerini geliştirme açısından risk altındadır (6). Aileleri için endişelenme, yakınlarına hastalık bulaştırma korkusu, iş stresi, kişilerarası izolasyon, damgalanma ve normal görev yerleri dışındaki alanlarda çalışma gibi etmenler sağlık çalışanlarında emosyonel strese yol açan faktörlere örnek olarak verilebilir (7,8). COVID-19 salgını bağlamında sağlık çalışanları ailelerinin, arkadaşlarının, meslektaşlarının kaybı ve travmatik hasta deneyimleri gibi durumlar da yaşamaktadır. Bu kritik olayların da, sağlık çalışanlarının COVID-19 sağlık krizinde karşılaşacakları psikolojik sıkıntıya payı olması olası görünmektedir (9).

Çocukların travmaya ve olumsuz olaylara verdikleri tepkilere ilişkin bilgi tabanı genişlemesine rağmen, veriler salgın hastalıklar sırasında verdikleri yanıtları açıklamada yetersiz kalmaktadır. Salgın sürecinde çocuklar uzun süre evde kalma, zorunlu izolasyon, okula gidememe, fiziksel aktivitenin azalması gibi olumsuz durumlarla karşı karşıya kalmıştır (2). Çocuk için birincil sosyal çevre ailedir. Kriz durumunda ailenin ne şekilde etkilendiği ve bu durumla nasıl baş ettiği çocuktaki psikolojik sonuçlar açısından oldukça önemlidir (10). Çocuklar yetişkinlerin duygusal durumlarına uyum sağlarlar. Açıklanamayan ve öngörülemeyen durumlara maruz

kalma, çocuklar tarafından bir tehdit olarak algılanır ve endişeye neden olur. İki yaşından küçük çocuklarda bile düzenli bakım veren kişilerin eksikliği onlarda huzursuzluk ve üzüntü yaratır. Diğer yandan çocukların ve ergenlerin kaygısı, daha tipik olarak üzüntü veya endişe şeklinde yanıtlar vermek yerine dışsallaştırıcı davranışlar şeklinde de ortaya çıkabilmektedir (11,12). Pandemi sürecinde Coronavirusla mücadelede ön safta çalışan sağlık çalışanlarının büyükanne, büyükbaba ya da yakın akrabaları tarafından bakılan çocukları ise aşırı endişenin yanı sıra ayrılık kaygısı da yaşamaktadır (13). Çin’de yapılan bir çalışma, dikkatsizlik ve irritabilitenin pandemi döneminde çocuk ve ergenlerde en sık görülen ruhsal sorunlar olduğunu ortaya koymuştur. Uyku bozuklukları ve kabuslar da sık görülen sorunlar arasındadır (2).

Çalışmamızın amacı, COVID-19 pandemisi sırasında sağlık çalışanlarının çocuklarında salgının ruh sağlığı ve uyku sorunları üzerine etkilerini araştırmak ve ebeveynlerdeki sağlık anksiyetesiyle ilişkisini belirlemektir. Bu çalışma gelecekte karşılaşılabileceğimiz olası başka salgınlara da hazırlıklı olmak adına sorunun erken tanınması ve önlenmesi açısından önem taşımaktadır. Bu sayede salgın hastalık döneminde ön safta çalışan, çalışma ve yaşam koşullarında önemli değişiklikler olan sağlık çalışanlarının çocuklarının ruh sağlığının korunabilmesi için erken müdahale yöntemlerinin geliştirilmesi olanaklı olabilecektir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.COVID-19 PANDEMİSİ

2.1.1. Pandemi nedir?

Pandemi Eski Yunanca'da tüm anlamına gelen “pan” ile insanlar anlamına gelen “demos” kelimelerinden türetilmiştir (14). Epidemiyolojide pandemi, geniş bir alanda (birden çok ülkede veya kıtada) meydana gelen ve genellikle nüfusun önemli bir bölümünü etkileyen salgınlara verilen genel bir terim olarak tanımlanmıştır (15).

1600'lerin ortalarında ilk kez geçen pandemi kelimesi başlangıçta çok daha belirsiz, hatta birbiriyle de çelişebilen farklı anlamlarda kullanılmıştır. Pandemi, “bir bölgede, ülkede, kıtada yaygın olarak meydana gelen hastalık” olarak tanımlanmış, bugün kullanıldığı haliyle bu tanımını 1889'da aniden ortaya çıkan küresel grip pandemisi sonrasında kazanmıştır. Pandemik terminolojiyle ilgili belirsizlikler süreçte devam etmekte olup değişmez ortak paydanın “geniş coğrafik yayılım olduğu” belirtilmiştir (16).

2.1.2. Tarihteki Salgınlar

Tarih boyunca çok sayıda insanın ölümüne yol açan bir çok salgın meydana gelmiştir (17). MÖ 430 yılındaki Atina vebasının tarihte bilinen ilk salgın olabileceği düşünülmektedir (17,18). Veba (19), çiçek hastalığı (20), kolera (21) ve İspanyol gribi (22) uzun süren, tekrarlayan ve çok sayıda insanın ölümüne neden olan salgınlar arasındadır.

20.yüzyılda on milyonlarca ölümden sorumlu 1918 İspanyol gribi pandemisinin (23) ardından, 1957 Asya A(H2N2) ve 1968 Hong Kong A(H3N2) pandemileri meydana gelmiştir (24). 2009 yılında ise Meksika'da domuz kökenli İnfluenza A(H1N1) virüsü ortaya çıkmış ve dünya çapında yayılmıştır (25).

2.1.3. Coronavirus Salgınları

COVID-19 salgınından önce 2002-2003 yılları arasında SARS-CoV (Şiddetli Akut Solunum Sendromu Coronavirusu) (26) 2012 yılında ise MERS-CoV (Ortadoğu Solunum Sendromu Coronavirusu) olarak adlandırılan CoV salgınları yaşanmıştır(27).

Bilinen ilk SARS vakası Kasım 2002’de Çin’in Foshan kentinde meydana gelmiştir (28). DSÖ, SARS ile ilgili 2003 yılında dünya genelinde 8096 doğrulanmış vaka, 774 ölüm olduğunu bildirmiştir (29).MERS-CoV ilk olarak Suudi Arabistan’da ortaya çıkmış, DSÖ(Dünya Sağlık Örgütü) tarafından dünya çapında toplam enfekte olan kişi sayısı 2519, hastalık sebebiyle ölen kişi sayısı 866 olarak bildirilmiştir (30).

2.1.4.COVID-19

2.1.4.1. Coronavirüsler

Coronavirüsler, zarflı, pozitif sarmallı ve tek zincirli RNA(Ribonükleik asid) virüsleridir. Bu virüslerin farklı hayvan türlerinde solunum, enterik, hepatik ve nörolojik hastalıklara neden olduğu bildirilmiştir (31).

İnsanlarda hastalıklara neden olan ya da insanları enfekte eden yedi insan CoV’ü (HCoV) saptanmıştır. Bunlardan HCoV-OC43 (Human Coronavirus-OC43), HCoV-HKU1(Human Coronavirus-HKU1), HCoV-229E(Human Coronavirus-229E), HCoV NL63(Human Coronavirus-NL63) insanlarda yaygın görülen Coronavirüslardır. Bu virüslerin insan popülasyonunda endemik olduğu, genellikle kendi kendini sınırlayabilen üst solunum yolu hastalıklarına yol açtığı bildirilmiştir (32).

SARS-CoV, SARS-CoV-2 ve MERS-CoV ise diğer insan Coronavirüsleridir. Bu virüsler, alt solunum yollarını enfekte edebilmekte ve insanda ciddi solunum sendromuna neden olabilmektedirler (33).

2.1.4.2. SARS-CoV-2 Virüsü

2019'un sonunda, Çin'in Hubei Eyaleti, Wuhan'da bir grup hastada nedeni belirlenemeyen pnömoni vakaları ortaya çıkmıştır (34). Sekans analizleri, bu tanımlanamayan pnömoni vakalarına 2019-nCoV adlı yeni bir Coronavirusun neden olduğunu düşündürmüştür (35). 11 Şubat 2020'de DSÖ, 2019-nCoV'un neden olduğu hastalığın Coronavirus hastalığı-2019 (COVID-19) olarak adlandırıldığını duyurmuştur (36). Daha sonra Uluslararası Virus Taksonomisi Komitesi (ICTV) uzmanları SARS salgınına neden olan SARS-CoV’a benzer olduğu için SARS-CoV-2 virüsü olarak adlandırmıştır (37).

SARS-CoV-2; SARS-CoV ve MERS-CoV’un da içinde bulunduğu Betacoronavirus cinsi içinde yer alır. Bu virüsün partikülünün çapı yaklaşık 60-140 nm olup yuvarlak veya oval bir şekle sahiptir. SARS-CoV-2, ultraviyole ile inaktive

edilebilir ve ısıya duyarlıdır. Ayrıca dietil eter, %75 etanol, klor, perasetik asit ve kloroform gibi çoğu dezenfektanla da inaktive edilebilir (37).

Genomik analizler SARS-CoV-2'nin muhtemelen yarasalarda bulunan bir suştan evrimleştiğini bildirmiştir (38).

2.1.4.3.COVID-19 Epidemiyoloji

Aralık 2019'da Çin Wuhan kentinde ortaya çıkan ilk vakaların ardından (34), COVID-19 diğer ülkelere de yayılım göstermiştir. 11 Mart 2020'de DSÖ, COVID-19 salgınının bir pandemi olduğunu duyurmuştur (1). Ülkemizde ilk COVID-19 vakası 11 Mart 2020'de bildirilmiştir (39).

DSÖ'nün 8 Mayıs 2021 tarihli son verilerine göre dünyada 156.496.592 vaka, 3.264.143 ölüm meydana gelmiştir (40). Türkiye'de ise, 8 Mayıs 2021 tarihi itibarıyla toplam vaka sayısı 5.016.141'e toplam ölen hasta sayısı 42.746'ya ulaşmıştır (3).

COVID-19 daha düşük ölüm oranına rağmen, bulaşıcılığının yüksek olması nedeniyle SARS ve MERS'in toplamından çok daha fazla sayıda insanın ölümüne yol açmıştır (41).

2.1.4.4.COVID-19 Bulaşma yolları

İlk COVID-19 vakalarının Çin'in Wuhan kentindeki deniz ürünleri hayvan pazarına maruziyetle ilişkili olduğu saptanmıştır. Bundan yola çıkarak virusun hayvandan insan bulaşma ihtimali üzerinde durulmuştur (38). Ancak daha sonra Wuhan hayvan pazarıyla ilişkisi olmayan kişilerde, sağlık çalışanlarında ve aile üyeleri arasında vakalar görülmüştür (34,42,43). Sonraki vakaların hayvan teması ile ilişkili olmaması nedeniyle virusun insandan insana bulaşabileceği sonucuna varılmıştır (37).

Çalışmalar, hastalığın temel bulaş yolunun insandan insana yakın temas ve damlacık yoluyla olduğunu göstermiştir (44). SARS-CoV-2'nin yayılmasına ilişkin verilerin analizi sonucunda, bireyler arasında yaklaşık 1,8 metre kadar yakın temasın gerekli olduğu saptanmıştır (37). SARS-CoV-2 partiküllerinin 3 saate kadar havada asılı kalabildiği öne sürülmektedir (45). Başka çalışmalar ise enfekte hastaların çevresinden alınan hava örneklerinde virusa rastlamadıklarını bildirmişlerdir (46,47).

Nesneler ve yüzeyler üzerindeki kontaminasyon süresiyle ilgili olarak yapılan bir araştırma, SARS-CoV-2'nin paslanmaz çelik ve plastik üzerinde 2-3 güne kadar bulunabileceğini göstermiştir. Ayrıca yoğun bakım ünitelerinde kontaminasyonun genel servislere göre daha yüksek olduğu ve SARS-Cov-2'nin katlarda, bilgisayar

farelerinde, çöp kutularında ve hasta yatağı korkuluklarında da bulunabileceği bildirilmiştir (48). Yoğun bakım ünitelerinde yapılan bir çalışmada veriler, SARS-CoV-2'nin COVID-19 hastalarından yaklaşık 4 metre mesafede her türlü yüzeyde ve havada tespit edildiğini göstermiştir (49).

2.1.4.5. COVID-19 Kliniği

COVID-19 hastalığının klinik seyri asemptomatik formdan, yoğun bakım desteği gerektiren durumlara kadar gidebilen geniş bir yelpazede yer almaktadır.

Yapılan sistematik bir inceleme, enfeksiyonun yaygın belirtilerinin ateş, öksürük, halsizlik, iştahsızlık olduğunu göstermiştir. Nadiren baş ağrısı, karın ağrısı, hemoptizi, tat ve koku kaybı gibi belirtilerin görülebildiğini bildirmiştir. Daha ciddi vakalarda hastalık, ARDS (Akut Respiratuar Distres Sendromu), sepsis, septik şok, çoklu organ yetmezliği ve ölüme neden olmaktadır (50). Yapılan çalışmalarda özellikle ileri yaşta ve komorbiditesi olan hastalarda hastalığın daha şiddetli seyrettiği saptanmıştır (51).

2.1.4.6. COVID-19 Tedavisi

COVID-19 için önerilen spesifik bir antiviral tedavi yoktur. Aşı çalışmaları devam etmekle birlikte, DSÖ'nün 21 Mayıs 2021 tarihli son güncellenmesinden alınan verilere göre 183 adet aşı çalışmasının klinik öncesi safhada, 101 adet aşı çalışmasının ise klinik denemeler safhasında olduğu görülmüştür. Klinik denemeler safhasında olan aşılarından 5'i faz 4 aşamasında, 18'i faz 3 aşamasındadır (52).

Tedavi daha çok semptom kontrolüne yöneliktir. Oksijen tedavisi solunum yetmezliğinin önlenmede ilk adım olmaktadır. Oksijen tedavisine yanıt vermeyen solunum yetmezliği devam eden hastaların noninvaziv (NIV) ve invaziv mekanik ventilasyon (IMV) ihtiyacı olabilmektedir. Ciddi klinik tablolarında ve komplike vakalarda yoğun bakım gerekmektedir (37).

2.1.4.7. COVID-19 Hastalığını Önleme

Vakaların yayılmasını sınırlamak için mevcut stratejilerden biri önleyici tedbirlerdir. Bunlar; enfekte hastaları belirlemek, hastaların takibini yapmak, izolasyonlarını sağlamak ve böylelikle enfeksiyonun kontrolüne odaklanmaktır.

En önemli koruyucu stratejiler, maske takmak, elleri sık sık yıkamak, taşınabilir el dezenfektanı kullanmak ve kontamine olabileceği düşünülen bir ortamla etkileşime girdikten sonra kişinin kendi ağzı ve yüzüyle temastan kaçınmasıdır.

Enfekte olmuş hastaların saptanması ve klinik bakımlarıyla ilgilenen sağlık çalışanlarının ise, patojenin bulaşmasını önlemek için N95 veya FFP3 maskeleri, göz koruması, önlük, eldiven gibi kişisel koruyucu ekipmanları (KKE) içeren temas ve hava yolu önlemleri almaları gerekmektedir (37).

2.1.5.Çocuklarda COVID-19

Çin'in Shenzen kentinde yaşayan ve ailesi kısa süre önce Wuhan kentini ziyaret etmiş olan 10 yaşında erkek çocuk 20 Ocak 2020 tarihinde literatürdeki ilk pediatrik COVID-19 olgusu olarak bildirilmiştir (42). Çocuklarda COVID-19 genellikle hafif klinik belirtilerle veya asemptomatik seyretmektedir (53,54). Virus ile enfekte çocukların bir kısmı tamamen asemptomatik olabildikleri gibi, semptomu olan çocuklarda ateş ve öksürük başta olmak üzere, halsizlik, karın ağrısı, bulantı, ishal gibi şikayetlerin görüldüğü bildirilmiştir (54,55).

Çin'de yayınlanan ve 2.143 çocuk hastayı içeren geniş çaplı bir çalışmada olguların klinik olarak %4,4 asemptomatik, %50,9 hafif, %38,8 orta, %5,2 ağır, % 0,6 kritik olduğu, ağır ve kritik olguların daha çok 1 yaş altında görüldüğü saptanmıştır (56). Çocuklarda enfeksiyonun yetişkenlere oranla hafif geçirildiği bildirilse de, nadiren de olsa Pediatrik İnflamatuvar Multisistem Sendromu (PIMS) denilen COVID-19 ile ilişkili ağır bir klinik tablo da gelişebilmektedir (57). Aynı zamanda çocukların nazal sekresyonlarında ve dışkı örneklerinde uzun süreli viral atılım olması bulaştırıcılık açısından epidemiyolojik önem arz etmektedir (58,59).

2.1.6. COVID-19 Pandemisi Sürecinde Ülkemizde Alınan Önlemler

Ülkemizde pandemi sürecinde birçok ülkede olduğu gibi koruma ve kontrol önlemleri alınmıştır. Pandemi ile mücadele sürecinde hızlı etkin ve sık güncellenen kararlar alınmıştır. Ocak ayında bu salgınla ilgili bir Bilim Kurulu oluşturulmuş ve COVID Rehberi hazırlanmıştır (60)

18 Mart'ta tüm ülkeye "Evde Kal" çağrısı yapılmıştır.22 Mart'tan itibaren 65 yaş üstü vatandaşlara ve kronik hastalığı olan kişilere, 4 Nisan tarihinden itibaren de 20 yaş altı vatandaşlara sokağa çıkma yasağı getirilmiştir. Belirli tarihlerde hafta sonları tüm vatandaşlara sokağa çıkma yasağı getirilmiştir.

Kamuda vatandaşların topluca bulunacağı ve bulaş riskinin artacağı ortamlara

yönelik olasılıkları da ortadan kaldırııcı tedbirler alınmıştır. Kuaför, market, kafe, restoran gibi toplu bulunulan yerlerde kısıtlamalar getirilmiştir. 3 Nisan itibariyle pazar yeri, market ve toplu olarak çalışılan iş yerlerinde ve insanların toplu şekilde bulunduğu tüm alanlarda, vatandaşların ve çalışanların maske takmaları zorunlu hale getirilmiştir. Tüm kamusal alanlarda sosyal mesafenin gözetilerek hareket edilmesine yönelik tedbirler alınmıştır. Planlanmış sportif faaliyetler, her türlü bilimsel etkinlikler ile sanatsal faaliyetler ertelenmiş veya iptal edilmiştir (60,61).

Eğitimle ilgili düzenlemelere bakıldığında, bu süreçte Türkiye’de ilk aşamada 16 Mart 2020 tarihinden 30 Nisan 2020 tarihine kadar eğitime zorunlu ara verilmiştir. Bu kararı takiben sürecin belirsizliği ve uzaması öngörüsü nedeniyle ilköğretim ve ortaöğretim düzeyinde açık ve uzaktan eğitim uygulamaları kapsamında internet üzerinden eğitimlerin sürdürülmesine karar verilmiştir (62).

Pandeminin etkilerinin devam etmesi nedeniyle, 29 Nisan 2020 tarihinde alınan bir kararla okulların tatil süresi 31 Mayıs 2020 tarihine kadar uzatılarak, eğitimin uzaktan eğitim ile sürdürüleceği, öğrencilerin sınıf geçmeleri ile ilgili olarak birinci dönem notlarının geçerli olacağı ve her koşulda üst sınıfa geçecekleri açıklanmıştır (63).

Kamuda ve özel sektörde esnek mesai, dönüşümlü mesai, evden çalışma alternatif yöntemlerinin mevzuat altyapısı düzenlenmiştir. Hamileler, yasal süt izni kullananlar, engelli çalışanlar, yönetici pozisyonlarındakiler hariç 60 yaş ve üzerinde olanlar, kronik hastalığı olanlar gibi riskli gruplar idari izinli sayılmışlardır.

Tüm illerde vali başkanlığında ‘Pandemi Kurulları’ oluşturulmuştur. Eğer bir şehirde vaka sayısı artarsa o şehre mahsus ilave tedbirlerin alınabilmesi sağlanmıştır.

Mayıs ayının başından itibaren vaka ve ölüm sayılarının azalmaya başlamasıyla tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bazı “Yeni Normal” denilen; mesafeyi koruma, maske kullanımı ve el yıkama gibi temel korunma prensipleriyle birlikte yaşama şeklinde kısıtlamalarda kademeli olarak esnetme kararları alınmıştır.

65 yaş üstü ve 20 yaş altı vatandaşların belli gün ve saatlerde, yürüme mesafesiyle sınırlı olmak, sosyal mesafe kuralına uymak ve maske takmak koşullarıyla dışarı çıkmalarına izin verilmiştir. 9 Haziran 2020’de 18 yaş altı ile ilgili sokağa çıkma kısıtlaması, küçüklerin ebeveynlerinin refakatinde olmaları şartıyla tümüyle kaldırılmıştır. Haziran ayında, özellikle 11 Haziran’dan itibaren mesafe, temizlik ve

maske kuralına uymak koşuluyla birçok önlemede gevşetme olmuştur. Kafelerin, restoranların, turizm yerlerinin, berber, kuaför gibi birçok yerin kurallar çerçevesinde açılmalarına izin verilmiş, buralarda uygulanacak kurallarla ilgili rehberler hazırlanmıştır (60).

2.1.7. Salgınların Sağlık Çalışanlarının Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri

Salgınlar sağlık çalışanlarında olumsuz psikolojik sonuçlara neden olmaktadır (64,65). Salgınlar sırasında sağlık çalışanları ciddi ruhsal sağlık sorunlarına yol açabilecek fiziksel ve psikolojik stres faktörlerine maruz kalmaktadır (65).

Coronavirus salgınlarının sağlık çalışanlarının ruh sağlığına etkilerini inceleyen bir metanaliz çalışmasına dahil edilen çalışmaların sekizinde, sağlık çalışanlarının %35'inin pandemik acil durum sırasında ve sonrasında klinik olarak önemli genel psikiyatrik semptom seviyeleri bildirdiği gösterilmiştir (66). Salgınlar sırasında sağlık çalışanlarında anksiyete, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve uykusuzluk belirtilerinin görüldüğü, işle ilgili yüksek düzeyde stres ve tükenmişlik yaşamakta oldukları bildirilmiştir (67).

Aileleri için endişelenme, yakınlarına hastalık bulaştırma korkusu, iş stresi, kişilerarası izolasyon, damgalanma ve normal görev yerleri dışındaki alanlarda çalışma gibi durumlar sağlık çalışanlarında emosyonel strese yol açan faktörler arasında yer almaktadır (7,8).

Salgınlarla ilgili yapılan kapsamlı bir incelemede hastalık salgınları boyunca, işle ilgili stresörlerin, olumsuz psikolojik sonuçlara doğrudan yol açan faktörler olduğu bildirilmiştir. Aynı araştırma, ruh sağlığı ile ilişkili en yaygın faktörün ise enfeksiyon korkusu ve aile üyelerine bulaştırma korkusu olduğunu göstermiştir. Bu incelemede, sağlık çalışanlarının %75'i enfeksiyonu aileleri dahil başkalarına yaymaktan endişe duyduğunu ve aile üyelerinin sosyal izolasyonundan kendilerinin sorumlu olduğunu düşündüğünü bildirmiştir. Bu korku, birçok sağlık çalışanının vardiyadan sonra kendilerini izole etmelerine neden olmuştur (68). Yapılan bir çalışmada, pandemi sırasında sağlık çalışanları A/H1N1 influenza ile enfekte olmanın sağlıkları üzerinde büyük bir etkisi olacağını düşündüklerini ifade etmişlerdir (5).

SARS salgını sırasında yapılan bir çalışmada, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının üçte ikisinden fazlasında, anksiyete, somatik belirtiler, depresif

semptomlar, aile ilişkilerinde bozulma olduğu, yaklaşık yarısında uyku problemleri görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışmada, SARS hastalarının bakımıyla ilgilenen sağlık çalışanlarında psikiyatrik morbiditenin daha fazla olduğu saptanmıştır (4). Tayvan'da, aynı salgın sırasında, acil servis ve psikiyatri servisindeki personelin çoğunda travma sonrası stres bozukluğu semptomları görülmüştür. Ancak acil servis personelinin, psikiyatri servisindeki personele göre daha şiddetli travma sonrası stres bozukluğu semptomlarına sahip olduğu saptanmıştır (69).

2003 SARS salgınından en çok etkilenen ülkelerden biri olan Çin'de yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının %10'u salgından itibaren psikolojik stres belirtileri yaşadıklarını ifade etmişlerdir (70). Başka bir çalışmada, SARS salgınında enfekte olan sağlık çalışanlarında ve sağlık çalışanı olmayanlarda, kontrol grubuna kıyasla daha yüksek stres seviyeleri saptanmıştır. Ancak sağlık çalışanı olanlarda, sağlık çalışanı olmayanlara göre daha yüksek stres seviyesi olduğu görülmüştür. Aynı kişilerde bir yıl sonra, sadece yüksek stres seviyeleri değil, yüksek depresyon, anksiyete, travma sonrası stres belirtileri olduğu bildirilmiştir (71). Başka çalışmada ise SARS salgını sonrasında sağlık sektörü çalışanları ve kontrol grubu arasında algılanan stres düzeyleri açısından önemli bir fark bulunmamıştır (4).

Yapılan başka bir çalışmada sağlık çalışanı olan grupta sağlık çalışanı olmayan idari personele kıyasla daha fazla uykusuzluk belirtisi görüldüğü bildirilmiştir (72). İki çalışmada, hem SARS hem de MERS (Ortadoğu Solunum Sendromu) salgınlarından sonra, sağlık çalışanlarının salgının sona ermesinden 1 yıl sonrasına kadar uyku ile ilişkili sorunlarının devam ettiğini, hatta arttığını saptanmıştır (73,74)

Karantinaya alınan bireylerle yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarında daha fazla travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin olduğu, karantina sonrasında daha fazla kaçınma davranışı sergiledikleri ve damgalanma korkusu yaşadıkları bildirilmiştir. Aynı zamanda, sağlık çalışanlarının kendilerinde SARS olup başkalarını enfekte edebilecekleri endişesine daha fazla kapıldıkları saptanmıştır (75).

Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının maruz kaldığı psikolojik stresin dikkate alınması ve buna yönelik destek programlarının, hem sağlık çalışanlarının bireysel psikolojik yüklerini azaltma, hem de toplumsal düzeyde sağlık hizmetlerinin kapasitesini güçlendirme açısından gerekli olduğu belirtilmiştir (67,68).

2.1.8.COVID-19 Pandemisinin Ruh Sağlığına Etkileri

2.1.8.1. Sağlık Çalışanlarındaki Etkileri

Dünyada milyonlarca insan COVID-19'un bulaşmasını en aza indirmek için evde kalırken sağlık çalışanları tam tersini yapmakta ve yüksek risk altında çalışmaktadır (76). Çin'de salgının erken döneminde yapılan yayınlarda hastalananların %29'unun sağlık çalışanı olduğu bildirilmiştir (77). ABD ve Birleşik Krallık'ta, yapılan bir çalışmada COVID-19'un sağlık çalışanlarında 12 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (78). Türk Tabipler Birliği'nin 1 Nisan 2021 tarihinde güncellediği bilgilere göre, ülkemizde 140 binin üzerinde sağlık çalışanın COVID-19'a yakalanmış olduğu, 391 sağlık çalışanın COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmiş olduğu görülmektedir (79).

COVID-19'un sağlık çalışanlarında stres için bağımsız bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir (80). Bilinmeyen bu yeni virusla mücadelede sağlık sistemlerinin zora girmesi, kesin tedavi protokollerinin olmaması, yüksek ölüm oranları sağlık çalışanlarını psikolojik açıdan etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (66). Sağlık çalışanları bu süreçte COVID-19'a yakalanma korkusu yaşamalarının yanı sıra, virüsü aile üyelerine bulaştırma konusunda da endişe yaşamaktadır (81).

Yapılan çalışmalar, sağlık çalışanlarının COVID-19 pandemisi nedeniyle önemli ölçüde anksiyete, depresyon ve uykusuzluk yaşadığını göstermektedir (80,82). Çin'de 1257 sağlık çalışanıyla yapılan kesitsel bir çalışmada, katılımcıların %50,4'ü depresyon, %44,6'sı anksiyete, %34'ü uykusuzluk, %71,5'u stres semptomları bildirmişlerdir. Ayrıca bu çalışmada salgında ön safta çalışan sağlık çalışanlarında, hemşirelerde ve kadınlarda semptomların daha şiddetli görüldüğü saptanmıştır (83).

Ön saflarda çalışan sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada, katılımcıların %28,5'inde anksiyete, %56'sında depresyon olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada, daha genç yaşta olmanın, düşük maaş ücretiyle çalışmanın, gece vardiyasının olması ve doğrulanmış COVID-19 vakalarının olduğu servislerde çalışmanın, izolasyon servislerinde yetersiz dezenfeksiyondan endişe duymanın anksiyete için risk faktörü olduğu saptanmıştır. COVID-19'a yakalanma, bilgi eksikliğinden kaynaklanan maruziyet, yetersiz dezenfeksiyon ve koruyucu önlemler konusunda endişeli olmanın depresyon için risk faktörü olduğu saptanmıştır. Hemşirelerde, özellikle genç yaşta olanlarda ve düşük eğitim seviyesine sahip olanlarda depresyonun daha çok olduğu

aynı çalışmada bildirilmiştir (81). Türkiye’de yapılan bir çalışmada pandemi süresince yoğun bakım ünitesinde çalışan sağlık çalışanlarında, özellikle hemşirelerde daha fazla COVID-19 korkusu, anksiyete, depresif belirtiler ve uyku bozukluklarının görüldüğü saptanmıştır (84). Çin’de pandemi sırasında sağlık çalışanlarında yapılan bir araştırma, depresyon ve anksiyetenin sağlık çalışanlarında uykusuzluğun gelişmesiyle ilişkili olduğunu göstermiştir (85).

Pandemi sırasında sağlık çalışanları arasında anksiyetenin yaygınlığını inceleyen bir çalışma, sağlık sektörü çalışanlarının %29,3’ünün hafif, %6,3’ünün orta derecede anksiyete bozukluğundan muzdarip olduğunu ortaya koymuştur. Aynı zamanda, doğrulanmış veya şüphelenilen COVID-19 vakalarıyla temas kuran sağlık çalışanlarının, temas kurmayanlara göre daha yüksek düzeyde anksiyete geliştirme olasılığının iki kat daha fazla olduğunu göstermiştir (86). Öte yandan başka bir çalışmada ise, COVID-19’la ilişkili bölümlerde çalışan sağlık personeli ile diğer personeller arasında anksiyete ve depresyon puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (87).

Çin’de yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarında genel nüfusa göre daha yüksek oranda anksiyete, uykusuzluk, depresyon, somatizasyon ve obsesif kompulsif belirtiler görüldüğü saptanmıştır. Aynı çalışma, sağlık çalışanları arasında eşlik eden organik bir hastalığa sahip olmanın ruh sağlığı sonuçları açısından risk faktörü olduğunu göstermiştir (88).

Diş hekimleri arasında yapılan bir araştırma COVID-19’a yakalanma korkusu fazla olanlarda daha yüksek düzeyde psikiyatrik sıkıntı yaşandığını bildirmiştir (89).

Yapılan bir inceleme, pandeminin akut evresinde SARS salgınıyla kıyaslandığında; COVID-19 pandemisi sırasında daha yüksek oranlarda depresif belirtiler görüldüğünü saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise, SARS ve MERS (Ortadoğu Solunum Sendromu) salgınları sırasında daha yüksek oranlarda depresyon ve anksiyete belirtileri görüldüğü bildirilmiştir. Bu farklılığın, önceki salgınlardaki (SARS ve MERS) etken virusların ölüm oranının COVID-19’a göre daha fazla olması ve bu alanlarda ara dönemde kazanılmış deneyimlerle ilişkili olabileceği belirtilmiştir (82).

COVID-19 salgınından en çok etkilenen ülkelerden biri olan İtalya’da yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının büyük bir kısmında anksiyete, depresif belirtiler,

travma sonrası stres bozukluğu ve somatizasyon belirtileri olduğu saptanmıştır. Çalışmaya dahil olan sağlık çalışanlarının üçte birinden fazlası psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu bildirmiştir (90).

COVID-19 pandemisi sırasında sağlık çalışanlarında ortaya çıkan ruh sağlığı sorunlarının kısa ve uzun vadeli etkileri olabileceği düşünülmektedir (91). Bu nedenle COVID-19 ile savaşılan sağlık çalışanlarının dayanıklılığını ve psikolojik refahını artırmaya yönelik programlar gibi psikolojik hizmetler sağlamak gerekmektedir (92).

2.1.8.2. Çocuklardaki Etkileri

Çocuklar, yetişkinlere kıyasla kendi gelişimsel, sosyal-duygusal, ruhsal ve davranışsal gereksinimlerini bağımsız bir şekilde karşılayabilecekleri kaynaklara erişim konusunda deneyim ve beceri eksiklikleri yaşamaları nedeniyle pandemi ve doğal afet gibi travmatik olaylardan önemli ölçüde etkilenen grupların başında gelmektedir (93). Birleşmiş Milletler tarafından yayınlanan bir rapor, evrensel bir kriz olan COVID-19 pandemisinin çocuklar üzerinde kısa ve uzun vadeli psikososyal etkileri olduğunu bildirmiştir (94).

Önceki salgınlar COVID-19 pandemisi kadar geniş küresel bir etkiye sahip olmadığından, çocukların yaşamında önemli etkileri olan toplumsal değişikliklere neden olmamıştır (95). COVID-19'un hızlı yayılımını önlemek adına çok uzun süre okullar kapatılmış (96) ve sıkı izolasyon önlemleri alınmıştır (97). Bu süreçte çocuklar, enfeksiyon korkusu yaşamalarının yanı sıra izolasyon önlemleri nedeniyle uzun süre evde kalma, okullarının kapatılması, akranlarıyla iletişim eksikliği, ebeveynlerinin stresi gibi olumsuz bir çok durumla karşı karşıya kalmaktadır (95,98,99).

COVID-19 pandemisinin çocuk ve ergen ruh sağlığına etkilerini araştıran bir incelemede, endişe, virusa yakalanma korkusu ve stres gibi COVID-19 ile ilişkili duygusal tepkilerin, gençlerde depresyon, anksiyete, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) semptomları, somatik semptomlar ve davranış sorunları gibi ruh sağlığı sonuçlarını yordadığını göstermiştir (95). Başka bir araştırmada, ilkökul çocuklarının neredeyse % 40'ının COVID-19'un yol açtığı sağlık ve yaşam tehdidinden dolayı endişe duydukları bildirilmiş olup bu endişenin, anksiyete ve somatik semptomlarla ilişkili olduğu saptanmıştır (100). Başka bir çalışmada, Çin'deki ortaokul ve lise öğrencilerinde salgın döneminde depresif semptomlar ve anksiyete semptomlarının yaygınlığının sırasıyla % 43,7 ve % 37,4 olduğu, salgın öncesi dönemdeki çalışmalara

göre bu oranların arttığı bildirilmiştir (101–103). Yine 11-18 yaş aralığındaki 4805 kız ergenle yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %39,5'inin depresyon ölçeğinden yüksek puanlar aldıkları görülmektedir. Aynı zamanda bu çalışmada, uzaktan eğitimin, hastalık ilişkili kaygıların, günlük uyku süresinin 6 saatten az olmasının, günlük fiziksel aktivitenin 30 dakikadan az olmasının ergenlerde depresyon belirtileri ile yakın ilişkili olduğunu saptamıştır (104).

Salgını kontrol altına almak için alınan tedbirlerin gerekli olduğu söylenmekle birlikte, salgın sırasında evde kalmanın ve okula gitmemenin, çocuklarda hem ruhsal hem fiziksel olarak olumsuz etkileri olabileceğinden de endişelenilmektedir (99). Salgın öncesi bir araştırma, çocukların okul dışında oldukları dönemlerde (yaz tatilleri ve hafta sonları) fiziksel olarak daha az aktif olduklarını, ekranda geçirdikleri sürenin arttığını, uyku düzenlerinin bozulduğunu, daha sağlıksız beslendiklerini ve bunun da kilo alımına ve kalp-solunum sağlığında etkilenmeye neden olduğunu göstermiştir (105). İspanya'da yapılan bir çalışmada pandemi sürecinde evde kalan okul çağındaki çocukların uyku sürelerinin, ekran maruziyetlerinin arttığı saptanmıştır (106). Diğer yandan, salgın sürecinde akranlarıyla iletişimleri de azalmış olan çocuk ve ergenler, kendilerini daha yalnız hissetmekte, bu durumun da onların ruh sağlığını olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir (97,99). Çin'de yapılan bir araştırmanın sonuçları da izolasyon önlemleri nedeniyle evde kalmak zorunda olan çocukların %18,9'unun anksiyete belirtileri, %22,6'sının depresif belirtileri olduğunu göstermiştir. Çocukların bu dönemde sosyal etkileşimlerinin azalması ve açık hava etkinliklerinin kısıtlanmasının depresif belirtilerle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Aynı çalışmada, salgının başladığı yer olan Wuhan'da önlemler nedeniyle daha uzun süren evde kalan çocuklarda daha fazla depresif belirtiler görüldüğü saptanmıştır (107). Ergenlerle yapılan bir çalışmada da, salgın sürecinde ebeveynleri isteyken evde yalnız kalanlarda daha fazla endişe ve depresif belirtiler görüldüğü belirtilmiştir (108).

Öte yandan çocukların ve ergenlerin kaygısı, daha tipik olarak üzüntü veya endişe şeklinde yanıtlar vermek yerine dışsallaştırıcı davranışlar şeklinde de ortaya çıkabilmektedir (11). COVID-19 salgınından en çok etkilenen ülkeler arasında olan İtalya ve İspanya'daki çocuk ve ergenler üzerinde salgının duygusal etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, ebeveynlerin çok büyük bir kısmı çocuklarının duygusal durumunda ve davranışlarında değişiklik olduğunu, en çok da konsantrasyon güçlüğü

(%76,6) yaşadıklarını bildirmişlerdir. Bunun dışında, çocuklarında can sıkıntısı (%52), sinirlilik (%39), huzursuzluk (%38,8), yalnızlık hissi (%31,3) ve endişe (%30,1) görülmekte olduğunu belirtmişlerdir (109). Bir araştırmada da, ebeveynler çocuklarında artan iritabilite, kurallara tahammülsüzlük, uykuya dalmakta güçlük ve sık uyanma gibi problemlerinin yaşandığını belirtmişlerdir (110). Öte yandan, başka bir çalışmada ise çoğu ebeveyn, salgın sürecinde çocuklarının davranışlarında önemli bir değişiklik olmadığını belirtmiştir. Bununla birlikte aynı çalışmada çocuklarda olumlu veya olumsuz etkilenmenin ebeveyn etkilenmesiyle yakın ilişkili olduğu saptanmıştır (111).

Yapılan çalışmalarda, en büyük stres ve belirsizlik zamanlarında ebeveynlerin sağlayabileceği güvenli bir aile ortamının çocukların ruh sağlığı üzerinde güçlü bir koruyucu faktör olduğu bildirilmiştir (112). Önceki araştırmaların sonuçları da ebeveynlerin başa çıkma mekanizmaları ve tutumlarının, çocukların ruh sağlığını ve afet sonrası tepkilerini etkilemekte olduğunu göstermiştir (113–116). COVID-19 salgını ve etkilerinin ebeveynler üzerinde de ruhsal etkileri olmaktadır (117–119). Bu durumun da çocukların duygusal ve davranışsal iyilik hali üzerinde olumsuz etkileri olabileceği konusunda endişelenilmektedir (12,117). Yapılan bir çalışmada karantina sırasında çocukların psikolojik semptomlarıyla, ebeveynlerinin COVID-19 algısı ilişkili görünmektedir (109).

Ebeveynleri sağlık çalışanı olan çocukların ise, pandeminin olumsuz ruhsal etkileri açısından daha fazla risk altında olduğu vurgulanmaktadır (120). Sağlık çalışanı çocukları, ebeveynlerinin enfekte olmasından ve onları kaybetmekten korkmakla birlikte ayrılık kaygısı da yaşamaktadır (13,120,121). Türkiye’de sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada, katılımcıların dörtte biri pandemi sürecinde çocukları için ruhsal destek istediklerini bildirmişlerdir. Çocuklarında pandemiyle ilgili kaygı (%15,3), hiperaktivite ve davranış sorunları (%24,4), uyku problemleri (%11,2) görüldüğü saptanmıştır. Aynı çalışmada sağlık çalışanı olan ebeveynlerin en sık yakınmasının ise kontaminasyon korkusu olduğu gösterilmiştir (122). İtalya’da COVID-19 klinik bakımında yer alan sağlık çalışanları ve çocukları ile yapılan bir araştırmanın sonuçları, çocuklardaki stres seviyesinin ebeveynlerindeki yüksek stres seviyeleriyle ilişkili olduğunu bildirmiştir (123). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise sağlık çalışanları çocuklarında anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu görülmüş, sağlık

çalışanlarının kaygısı ile çocuklarının kaygısı arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (121). Bu bağlamda sağlık çalışanı çocuklarının ruh sağlığına özel dikkat gösterilmesi gerektiği belirtilmiştir (121,123).

COVID-19 pandemisi sırasında aile, çocuk ve ergenlere yönelik uluslararası kuruluşlar ruhsal destek rehberleri ve süreci yönetmeye yardımcı kılavuzlar yayınlamışlardır (124–126). Türkiye’de hastalık korkusu ve belirsizlik karşısında yaşanan kaygıları düzenleyebilmek adına verilen önerilerin yanı sıra, çocukların gelişim dönemlerine özgü görülebilecek davranış değişikliklerine yönelik bilgilendirmeyi de içeren “Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği COVID-19 (Korona) Virus Salgını Sırasında Aile, Çocuk ve Ergenlere Yönelik Psikososyal ve Ruhsal Destek Rehberi” hazırlanmıştır (127).

Çocuk ve ergenlerin pandemi döneminde gösterdikleri bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin ele alınması, bu süreçte savunmasız gruplar içinde olduğu düşünülen çocuk ve ergenlerin ruh sağlığını korumak ve güçlendirmek adına önem arz etmektedir (128). Ebeveyn stresi ile çocukların ruh sağlığı arasındaki ilişkiye değinen literatür göz önüne alındığında, sağlık sektörü çalışanlarının çocuklarının psikolojik iyi halinin sağlanması açısından, ebeveynlerinin stresinin de dikkate alınması gerekmektedir (117,123,129).

2.2.ÇOCUKLARDA UYKU BOZUKLUKLARI

2.2.1.Uykunun Tanımı ve Fizyolojisi

Uyku, beynin belirli bölgelerinde fonksiyonel aktivasyonla, beyine gelen uyarıların pasif çekilmesinin birlikte olduğu aktif ve fizyolojik bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu aktif süreç sırasında zihin büyüme, gelişme, öğrenme, dinlenme ve yenilenme ile ilgili önemli görevleri gerçekleştirmektedir (130). Çocuklarda sağlıklı uykunun; gelişimleri, emosyonel durumları, davranışlarının düzenlenmesi ve bilişsel işlevler açısından önemli olduğu görülmektedir (131–133).

Uykunun başlaması, eş zamanlı olarak meydana gelen bir dizi faaliyet sonucu olmaktadır. Retiküler Aktivasyon Sistemi ile çevresel sinir sistemi arasındaki pozitif geribildirim döngüsünün engellenmesi, uykuyu sağlayan nörotransmitterlerin birikmesi, uyku merkezlerinin inhibitör etkileri uyanıklıktan uykuya geçişte rol

oynamaktadır (134). Hipotalamusta ventrolateral preoptik çekirdek, ön hipotalamustan gelen döngüsel girdiler ve endojen kimyasal uyarılar ile gelen homeostatik bilgi sayesinde uykuyu başlatır. Uyanıklığı beyin sapından gelen kolinerjik, noradrenerjik, serotonerjik, posterior hipotalamustan gelen histaminerjik, lateral hipotalamustan gelen oreksinerjik uyarılar sağlar. Bu uyarıların azalması da uykuya yol açar. Beyin sapındaki mezopontin çekirdekler ise uyku sırasındaki REM (Rapid Eye Movement), NREM (Nonrapid Eye Movement) döngüsünü kontrol eder (135). REM sırasında serotonin ve norepinefrin salınması en düşük seviyeye iner ve tek başına asetilkolin salınımı baskın olur. NREM sırasında ise tüm bu nöromodülatörler göreceli olarak daha düşük düzeyde salınmaktadır (136)

2.2.2. Çocuk ve Ergenlerde Normal Uyku

Yeni doğan bir bebek günde yaklaşık 16 saatini uykuda geçirmekte, uykuları çoğunlukla REM dönemiyle başlamaktadır. Ayrıca, toplam uyku süresinin yaklaşık yarısını REM dönemi oluşturmaktadır (130). İlk iki yılda REM uykusu oranı yaklaşık %25'lere düşmekte ve erişkin dönemde de bu şekilde devam etmektedir (137). REM-NREM uyku siklusu süresi küçük çocuklarda 45 dakika iken, 9 yaş civarında 60 dakikaya, 10 yaştan sonra erişkindeki gibi 90-110 dakikalara çıkar. Genel olarak uyku gereksinimleri yeni doğandan itibaren azalır. Yeni doğan için uyku ihtiyacı yaklaşık 16 saat/gün iken, küçük çocuklarda (3-5 yaş) 11 saat/gün, büyük çocuklarda (10-11 yaş) 10 saat/gün, yetişkinliklerde 7,5-8 saat/gün kadardır (130).

2.2.3. Uyku Bozuklukları Epidemiyolojisi

Uyku bozuklukları çocuk ve ergenlerde oldukça yaygın görülmektedir (138). Tüm çocukların yaklaşık %25'inin çocukluk döneminde bir noktada, uykuya dalma ve uykuyu sürdürme gibi sorunlardan obstrüktif uyku apnesi gibi daha belirgin uyku bozukluklarına kadar değişen bir tür uyku problemi yaşamakta olduğu söylenmektedir (138). Ancak bazı çalışmalar, çocuk ve ergenlerde görülen uyku bozukluklarının yeterince teşhis edilemediğini bildirmektedir (139–141). Literatüre bakıldığında, çocuk ve ergenlerde uyku ve uyanıklık modellerini ve uyku süresini sistematik olarak inceleyen büyük ölçekli epidemiyolojik çalışmaların nispeten az sayıda olduğu görülmektedir. Mevcut çalışmaların çoğu, seçilmiş popülasyonlarda öznel, ebeveyn

bildirimine dayalı, geriye dönük veya kesitsel anketler kullanılarak yapılmıştır (138). 4-11 yaş çocuklar arasında yapılan bir çalışmada katılımcıların %37'sinde en az bir uyku alanında problem yaşandığı bildirilmiştir. %15'inde uyuma saatine karşı direnç, %12'sinde parasomnia, %3,7'sinde uykuda solunum bozuklukları görüldüğü bildirilmiştir (142). Başka bir çalışmada ise ebeveyn bildirimlerine göre çocuklarının %4.43'ünün uyku bozukluğundan muzdarip olduğu saptanmıştır (143). Uyku sorunları ve uyku bozukluklarının Türkiye'deki çocuk popülasyonunda da yaygın olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Ağargün ve arkadaşları tarafından 7-11 yaş aralığındaki 971 çocuk üzerinde yapılan bir araştırmada 6 çocuktan birinde en az bir tür parasomni olduğu, en fazla 9-10 yaş grubunda görüldüğü bildirilmiştir (144). Türkiye'de 3485 ergenle yapılan bir çalışmada %54'ünün 6-7 saat uyuduğu, ayrıca insomnianın oranının %12,4-9,7, parasomnilerin oranının %12,8-2,5 arasında değişmekte olduğu gösterilmiştir (145).

2.2.4.Uyku Bozuklukları Sınıflaması

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-5(Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 5th ed.) sınıflamasında uyku uyanıklık bozuklukları hem kategorik hem de boyutsal olarak değerlendirilmiş, tanılamaya ek olarak mevcut bozukluğun şiddetinin de belirlenilmesi istenmiştir (Tablo 1) (146).

Tablo 1: DSM-5 Uyku Bozuklukları Sınıflaması

<p>1.Uykusuzluk bozukluğu</p> <p>2.Aşırı uykululuk bozukluğu</p> <p>3.Narkolepsi</p> <p>4.Solunumla İlişkili Uyku Bozuklukları</p> <p>a. Tıkaçıcı Uyku Apnesi Hipopnesi</p> <p>b. Merkezi Uyku Apnesi</p> <p>c. Uyku ile İlişkili Hipoventilasyon</p> <p>5.Sirkadiyen Düzenle İlgili Uyku Uyanıklık Bozuklukları</p> <p>a. Gecikmeli Uyku Evresi Tipi</p> <p>b. Öne Kaymış Uyku Evresi Tipi</p> <p>c. Düzensiz Uyku Uyanıklık Tipi</p> <p>d. 24 Saatlik Olmayan Uyku Uyanıklık Tipi</p> <p>e. Vardiyalı İş Tipi</p>	<p>6.Parasomniler</p> <p>a. Hızlı Göz Devinimleri Uykusu Dışında Uykudan Uyanma Bozuklukları</p> <p>i. Uyurgezerlik Türü</p> <p>ii. Uykuda Korku Duyma</p> <p>b. Karabasan Bozukluğu</p> <p>c.Hızlı Göz Devinimleri Uykusunda Davranış Bozukluğu</p> <p>7.Huzursuz Bacaklar Sendromu</p> <p>8.Maddenin / ilacın yol açtığı uyku bozukluğu</p> <p>9.Tanımlanmış diğer bir uykusuzluk bozukluğu</p> <p>10.Tanımlanmamış uykusuzluk bozukluğu</p> <p>11.Tanımlanmış diğer bir aşırı uykululuk bozukluğu</p> <p>12.Tanımlanmamış aşırı uykululuk bozukluğu</p> <p>13.Tanımlanmış diğer bir uyanıklık bozukluğu</p> <p>14.Tanımlanmamış uyku uyanıklık bozukluğu</p>
---	---

2.3.SAĞLIK ANKSİYETESİ

Sağlık anksiyetesi kavramına, kişinin şimdiki ve/veya gelecekteki sağlığıyla ilgili aşırı kaygı duyması olarak ilk kez 1986'da Salkovskis ve Warwick tarafından değinilmiştir (147). Kişinin sağlığıyla ilgili anksiyetesinin hafif ve geçici endişelerden şiddetli sağlık anksiyetesine kadar değişebildiği düşünülmektedir (147,148). Abramowitz, fiziksel iyilik halinin hayatta kalabilmemiz için temel şartlardan biri olduğunu, hepimizin zaman zaman sağlıkla ilgili kaygıları olabileceğini belirtmektedir. Abramowitz, sağlık anksiyetesini kişilerin tıbbi bir hastalığı olmadığı halde zararsız bedensel duyularını yanlış yorumlamalarına dayalı olarak ciddi bir hastalığa sahip olduklarını düşünmeleri olarak tanımlamış ve bu kavramı bilişsel-davranışçı modellerle açıklamaya çalışmıştır. Öte yandan, kişide yanlış inançlarla birlikte hastalık korkusunun oluştuğunu ve güvenlik arama davranışlarının ortaya çıktığını söylemiştir. Bu doğrultuda sağlık anksiyetesinden hipokondriyazise giden formülasyonu yapmıştır (149).

Sağlık anksiyetesinin kategorik bir yapıdan ziyade en doğru şekilde boyutsal olarak temsil edildiği belirtilmiştir (148). Sağlık anksiyetesi kavramının DSM gibi tanı ve sınıflandırma klavuzlarına girmediği görülmektedir. Öte yandan sağlıkla patolojik boyutta meşgul olma hali DSM-IV'te(Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders 4th ed.) hipokondriyazis olarak yer almaktadır (150). DSM-5 itibariyle hipokondriyazis rehberden çıkarılarak ve yerine Somatik Belirti Bozukluğu ve Hastalık Kaygısı Bozukluğu tanıları gelmiştir. Sağlık anksiyetesi çeşitli kaynaklarda ve yayınlarda her iki tanının da temel bileşeni olarak değerlendirilmiştir (149,151–153).

Bedensel duyular ve vücut işleyişindeki değişiklikler (enerji kaybı, uykusuzluk, hafıza kaybı, yorgunluk gibi), sağlık riskleri hakkında endişe verici bilgiler, hasta olan kişilere yakınlık, depresyon epizodları, ruhsal bozukluğu olan kişilere yakınlık, akraba veya arkadaşların üzücü hastalık haberleri gibi faktörlerin sağlık anksiyetesini tetikleyebileceği belirtilmiştir (154).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma epidemiyolojik ve analitik bir araştırmadır.

3.2.ARAŞTIRMANIN TARİHİ

Araştırma 05 Ağustos-05 Kasım 2020 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

3.3.ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini, Türkiye sınırları içinde yaşayan sağlık çalışanları ve 8-15 yaş arasındaki çocuklarından oluşmaktadır. Sağlık çalışanlarına çevrim içi anket formu gönderilmiş, gönüllü katılımcılar tarafından eksiksiz şekilde doldurulan anket formları çalışmaya kabul edilmiştir. Çevrim içi anket linki 1938 kişiye ulaşmış olup 1933 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Katılımcılardan 81'i sağlık çalışanı olmadığı için, biri pandemi döneminden önce emekli olduğunu belirttiği için çalışmadan çıkarılmıştır. 8-15 yaş arasında çocuğu olmayan 385 katılımcı çalışmaya dahil edilmemiştir. Anket formunu eksiksiz şekilde dolduran 1043 katılımcıyla çalışma tamamlanmıştır.

3.4.ETİK

Araştırma konusu Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunulmuş, 05.08.2020 tarihli ve 60116787-020/46504 sayılı kararı ile Etik Kurul onayı alınmış, onay alındıktan sonra çalışma yürütülmüştür.

3.5.VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Sağlık çalışanları tarafından Sosyodemografik Veri Formu ve Sağlık Anksiyetesi Envanteri doldurulmuştur. Çocuklardaki ruhsal belirtilerin saptanması amacıyla Güçler ve Güçlükler Anketi ile Çocuklar için Uyku Bozuklukları Ölçeği yine sağlık çalışanı olan ebeveyn tarafından doldurulmuştur.

3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu

Bu formda çocuğun yaşı, cinsiyeti, anne-baba yaşı, eğitim düzeyleri, ruhsal bozukluk ve kronik hastalık varlığı, pandemi döneminde sağlık çalışanı olan ebeveynin çalışma koşulları, COVID-19 deneyimleri ile ilgili sorular yer almaktadır.

3.5.2. Sağlık Anksiyetesi Envanteri-Kısa Form

Salkovskis ve arkadaşları (155) tarafından 2002 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları (156) tarafından 2013 yılında yapılmıştır. Sağlık Anksiyetesi Envanteri 18 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin puanlaması her bir maddede 0-3 arasındadır ve yüksek puan yüksek düzeyde sağlık anksiyetesini göstermektedir.

3.5.3. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)

Çocuk ve gençlerde ruhsal sorunların taranmasında kullanılması için 1997 yılında Robert Goodman tarafından geliştirilmiştir (157). Bu anketin, 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu ergen formu ve bu çalışmada kullanılmış olan 4-16 yaşlar için ebeveyn formu bulunmaktadır. GGA bazıları olumlu bazıları olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan 25 soru içerir. Bu sorular kendi içinde 5 alt başlıkta toplanmıştır. Bu başlıklar davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal sorunlar, akran sorunları ve sosyal davranışlardır. Her başlık kendi içinde değerlendirildiği gibi ilk dört başlığın toplamı, toplam güçlük puanını vermektedir. Sosyal davranıştaki yüksek puanlar bireyin sosyal alandaki güçlü yönlerini yansıtırken; diğer dört alandaki (davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, duygusal sorunlar, akran sorunları) yüksek puanlar sorun alanlarının şiddetli olduğunu yansıtmaktadır. Bunun yanında bireyin ruhsal güçlüklerle ilgili etkilenme düzeyini belirleyen etkilenme puanları da ölçekten hesaplanabilmektedir. Etkilenme puanlarının yüksek olması ruhsal güçlüklerin bireyi daha fazla etkilediğini bildirmektedir. Türkçeye uyarlanan ölçeğin tutarlı ve güvenilir olduğu gözlenmiştir (158).

3.5.4. Çocuklar için Uyku Bozukluğu Ölçeği (ÇUBÖ)

Bruni ve arkadaşları tarafından çocuk uykusu ile ilgili çeşitli davranışsal örüntüleri değerlendirmek amacıyla 1996 yılında geliştirilmiştir (159). Yirmi altı maddeden oluşan ÇUBÖ, çocuklarda özgül uyku bozukluklarını değerlendirmede, klinik tarama ve araştırmalarda kullanımında uygun bir uyku bozukluğu ölçümü sağlamak için tasarlanmıştır. Beşli Likert tipi ölçekte 1 'hiçbir zaman' anlamına gelirken, 5 'her zaman (günlük)' ile eşleşmektedir. Katılımcılar ölçekte ayrıca uyku süresi ve başlangıç zamanı tahminlerini de bildirirler. Ölçek, çocuklar ve ergenler arasında en yaygın görülen, uykuya dalma ve uykuyu sürdürme sorunları, uykuda solunum bozuklukları, uyanma bozuklukları, uyku-uyanma geçiş bozuklukları, uykuda aşırı terleme ve aşırı uyku eğilimi bozuklukları olmak üzere altı uyku bozukluğu grubunu ayırt etme yeteneğine sahiptir. ÇUBÖ, 6-15 yaşları arasındaki genç nüfusta doğrulanmıştır. Türkiye'de Akçay ve arkadaşları tarafından 6-15 yaşları arasındaki çocuklarda klinik olmayan popülasyonda ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır. Akçay ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada faktörlerle ilişkili maddelerden uyanma ve uyku-uyanma geçiş bozuklukları alt boyutlarından birer madde çıkarılmış olup özgün çalışmada uyku-uyanma geçiş bozuklukları faktörüne yüklenen madde 18, bu çalışmada uyanma bozuklukları faktörüne yüklenmiştir. Böylece ölçeğin altı alt boyuttan ve 24 maddeden oluştuğu belirlenmiştir. Alıcı işlem karakteristik eğrilerinden elde edilen kesim noktaları incelendiğinde, ÇUBÖ toplam puanı kesim noktası 34 olarak bulunmuştur (160). Bruni ve arkadaşları 39 puanı bir kesme değeri olarak önermişlerdir (159).

3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizde SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı verilerden kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile sayısal değişkenler, ortalama, standart sapma, median ve interquartile range (IQR) ile sunulmuştur. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi kullanılarak kontrol edilmiştir, veriler normal dağılıma uymadığından gruplar arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney-U testi ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Üçlü karşılaştırmalarda anlamlılık saptandığında farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Mann Whitney U testleri yapılmış,

Bonferonni düzeltmesi uygulanarak anlamlılık düzeyi 0,0167 olarak kabul edilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin birbiriyle ilişkisinin incelenmesinde Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Analizlerde %95 güven aralığında anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

4.1. Sağlık Çalışanlarının Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Veriler

4.1.1. Sağlık Çalışanı Ebeveynlerin Cinsiyeti

Araştırmaya katılan sağlık çalışanı ebeveynlerin %86,1'i (n=898) kadın, %13,9'u (n=145) ise erkektir.

4.1.2. Sağlık Çalışanı Ebeveynlerin Yaşları

Araştırmaya katılan ebeveynlerin büyük kısmının (%65,2, n=680) 40-49 yaş aralığında olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 2: Ebeveyn Yaş Aralığı

Ebeveyn yaş aralığı	n	%
20-29	3	0,3
30-39	297	28,5
40-49	680	65,2
50-59	62	5,9
60 ve üstü	1	0,1
Toplam	1043	100,0

4.1.3. Sağlık Çalışanı Ebeveynlerin Eğitim Düzeyi

Araştırmaya katılan sağlık çalışanı ebeveynlerin %23,7'si (n=247) tıpta uzmanlık/doktora, %17,4'ü (n=181) yüksek lisans, %53,5'i (n=558) lisans, %5,2'si lise (n=54), %0,3'ü (n=3) orta okul mezunudur (Tablo 3).

Tablo 3: Ebeveyn Eğitim Düzeyi

Ebeveyn eğitim düzeyi	n	%
Ortaokul	3	0,3
Lise	54	5,2
Lisans	558	53,5
Yüksek Lisans	181	17,4
Tıpta Uzmanlık/Doktora	247	23,7
Toplam	1043	100,0

4.1.4. Yaşam Yeri

Araştırmaya Türkiye’deki tüm bölgelerden sağlık çalışanları katılmış olup en fazla katılımın %30,6 (n=319) ile Ege Bölgesi’nden, en az katılımın ise %2,3 (n=24) ile Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nden olduğu görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 4: Yaşam Yeri

Bölgeler	n	%
Ege Bölgesi	319	30,6
Marmara	229	22,0
İç Anadolu	194	18,6
Akdeniz	145	13,9
Karadeniz	81	7,8
Doğu Anadolu	41	3,9
Güneydoğu	24	2,3
Yanıt vermeyen	10	1,0
Toplam	1043	100,0

4.1.5. Meslek

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının büyük kısmını hemşireler (n=459, %44) ve doktorlar (n=332, %31,8) oluşturmaktadır (Tablo 5).

Tablo 5 : Mesleki Dağılım

Meslekler	n	%
Hemşire	459	44,0
Doktor	332	31,8
Teknisyen/Laborant	88	8,4
Eczacı	27	2,6
Diş hekimi	24	2,3
Ebe	24	2,3
İlaç mümessili	22	2,1
Tıbbi sekreter	21	2,0
Hasta bakıcı	9	0,9
Psikolog/Sosyal çalışmacı	7	0,7
Temizlik personeli	6	0,6
Diğer	24	2,3
Toplam	1043	100,0

4.1.6. Diğer Ebeveynlerin Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının eşleri/diğer ebeveynlerin büyük kısmı (%62,3, n=650) 40-49 yaş aralığındadır (Tablo 6).

Tablo 6 : Diğer Ebeveyn Yaş Aralığı

Diğer ebeveyn yaş aralığı	n	%
20-29	6	0,6
30-39	208	19,9
40-49	650	62,3
50-59	174	16,7
60 ve üstü	5	0,5
Toplam	1043	100,0

Diğer ebeveynlerin büyük kısmının (%50,6, n=528) lisans mezunu olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Tablo 7 : Diğer Ebeveynin Eğitim Düzeyi

Diğer ebeveynin eğitim düzeyi	n	%
İlkokul	17	1,6
Ortaokul	11	1,1
Lise	165	15,8
Lisans	528	50,6
Yüksek Lisans	156	15
Tıpta Uzmanlık Doktora	166	15,9
Toplam	1043	100,0

Diğer ebeveynlerin %37,8'i (n=394) sağlık çalışanı iken, %62,2'si (n=649) farklı bir işle uğraşmaktadır.

4.1.7. Sağlık Çalışanı ve Ailesinde Ruhsal Bozukluk

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çoğu (n=873, %83,7) şimdi veya geçmişte ruhsal bozukluk tanımlamamıştır. Ebeveynlerin %6,5'i (n=68) daha önce

ruhsal bozukluğu yokken salgın sonrası ruhsal bozukluk yaşamış ve/veya yaşamakta olduğunu belirtmiştir (Tablo 8).

Tablo 8 : Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanı Ebeveynde Ruhsal Bozukluk

Ebeveynde ruhsal bozukluk	n	%
Ruhsal bozukluğu olmayan	873	83,7
Daha önce ruhsal bozukluk geçirmiş, şu anda ruhsal bozukluğu olmayan	54	5,2
Daha önce ruhsal bozukluk tanısı almış ve halen devam etmekte olan	43	4,1
Daha önce ruhsal bozukluğu yokken salgın sonrası ruhsal bozukluk yaşamış veya yaşamakta olan	68	6,5
Yanıt vermeyen	5	0,5
Toplam	1043	100,0

Katılımcıların %11'i (n=115) ailesinde kendileri dışında (eşi veya çocuklarında) ruhsal bozukluk olduğunu belirtmiştir.

4.1.8. Sağlık Çalışanı ve Ailesinde Kronik Hastalık

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %29,3'ü (n=306) kronik bir hastalığının olduğunu, %29,6'sı (n=309) ise ailelerinde (eş veya çocuklar) kronik bir hastalık olduğunu belirtmiştir.

4.2. Çocukların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Veriler

4.2.1. Cinsiyet

Araştırmada yer alan çocuk ve ergenlerden %51,9'unun (n=541) erkek, %48,1'inin (n=502) kız olduğu görülmektedir (Tablo 9).

Tablo 9 : Çocuğun Cinsiyeti

Çocuğun cinsiyeti	n	%
Kız	502	48,1
Erkek	541	51,9
Toplam	1043	100,0

4.2.2. Yaş

Araştırmaya katılan çocuk ve ergenler 8-15 yaş aralığında olup yaş ortalaması 11,4±2,2 yıldır (Tablo 10).

Tablo 10: Çocuk Yaş Dağılımı

Çocuğun yaşı	n	%
8	130	12,5
9	117	11,2
10	148	14,2
11	124	11,9
12	144	13,8
13	137	13,1
14	131	12,6
15	112	10,7
Toplam	1043	100,0

4.2.3. Eğitim

Araştırmaya katılan çocuk ve ergenlerin 2.sınıf ve 11.sınıf aralığında olduğu görülmektedir (Tablo 11).

Tablo 11 : Çocuğun Sınıfı

Çocuğun sınıfı	n	%
2.sınıf	14	1,3
3.sınıf	119	11,4
4.sınıf	104	10,0
5.sınıf	142	13,6
6.sınıf	119	11,4
7.sınıf	123	11,8
8.sınıf	136	13,0
9.sınıf	176	16,9
10.sınıf	93	8,9
11.sınıf	6	0,6
Yanıt vermeyen	11	1,0
Toplam	1043	100,0

4.2.4. Çocukta Ruhsal Bozukluk

Katılımcıların %84,5'i (n=881) araştırmaya katılan çocukları için bugüne dek çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı tarafından konulmuş bir tanı olmadığını, %6,2'si (n=65) tanı konulup ilaçsız tedaviyle izlendiğini, %9'u (n=94) ise tanı konulup ilaç tedavisi başlandığını belirtmiştir.

4.2.5. Çocukta Kronik Hastalık

Katılımcıların %9,5'i (n=99) araştırmaya dahil olan çocuklarında kronik bir hastalığın olduğunu belirtmiştir.

4.3. Katılımcıların Salgın Sürecine İlişkin Verileri

4.3.1. Sağlık Çalışanlarının Salgın Sürecindeki Çalışma Koşulları

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %70,9'u (n=739) Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kuruluşlarında, %18,3'ü (n=191) üniversite hastanelerinde, %10,8'i (n=113) özel sağlık kuruluşunda görev yapmaktadır. Sağlık çalışanlarının çoğunluğunu hastanede (n=686, %65,8), ve ASM/TSM'de (n=187, %17,9) çalışanlar oluşturmaktadır (Tablo 12).

Tablo 12: Sağlık Kuruluşu

Sağlık kuruluşu	n	%
Hastane	686	65,8
Poliklinik	16	1,5
Dal merkezi	17	1,6
ASM/TSM	187	17,9
112	19	1,8
Eczane	24	2,3
Müdürlük	22	2,1
Muayenehane	12	1,2
Diğer	60	5,8
Toplam	1043	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanları pandemi döneminde ayaktan hasta takibinde, yataklı servislerde, yoğun bakım servislerinde, acil servis/112’de, idari hizmetlerde, ameliyathanede, laboratuvarında, filyasyonda, eczanede ve diğer çalışma alanlarında görev yapmaktadır (Tablo 13).

Tablo 13: Çalışma Alanı

Çalışma alanı*	n	%
Ayaktan hasta takibi	464	44,5
Yataklı servis	287	27,5
Acil servis/112	130	12,5
Yoğun bakım	119	11,4
İdari hizmetler	112	10,7
Ameliyathane	63	6,0
Laboratuvar	32	3,1
Filyasyon	21	2,0
Eczane	16	1,5
Diğer	110	10,5
Toplam	1043	100,0

* Birden fazla alanda görev yapan sağlık çalışanları bulunmaktadır.

Sağlık çalışanlarının %30’u (n=313) salgın sürecinde çalışma saatlerinin arttığını, %19,2’si (n=190) azaldığını, %51,8’i (n=540) ise değişmediğini belirtmiştir. Pandemi döneminde sağlık çalışanlarının %55’i (n=574) nöbet/vardiya usulü çalıştığını, %45’i (n=469) ise nöbet tutmadığını ifade etmiştir. Salgın sürecinde COVID-19 hastalarıyla doğrudan temas gerektirecek bir bölümde çalışanlar araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %69,1’ini (n=721) oluşturmaktadır.

4.3.2. Sağlık Çalışanı Katılımcıların COVID-19 Deneyimleri

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %75,2’si (n=784) COVID-19 enfeksiyonu geçirdiğini düşündüğü bir dönem olduğunu belirtmiştir (Tablo 14).

Tablo 14: COVID-19 enfeksiyonu geçirdiğini düşünme

COVID-19 enfeksiyonu geçirdiğini düşünme	n	%
Var	784	75,2
Yok	259	24,8
Toplam	1043	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %21'i (n=219) COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısıyla izlendiğini, %69,8'i (n=728) yakınlarının COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısıyla izlendiğini belirtmiştir (Tablo 15).

Tablo 15: Sağlık Çalışanı ve Yakınında COVID-19/olası COVID-19 Tanısı

Sağlık çalışanında COVID-19/olası COVID-19 tanısı	n	%
Var	219	21
Yok	824	79
Toplam	1043	100,0
Sağlık çalışanınin yakınlarında COVID-19/olası COVID-19 tanısı	n	%
Var	728	69,8
Yok	315	30,2
Toplam	1043	100,0

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %17'si (n=177) COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısı ile izlenen 1. derece yakınları (anne, baba, kardeş, eş ve çocuklar) olduğunu, %43,5'i (n=454) COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısı ile izlenen iş arkadaşları olduğunu belirtmiştir (Tablo 16).

Tablo 16: COVID-19 ya da olası COVID-19 Tanısıyla İzlenen Yakınlar

COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısı ile izlenen yakınlar	n	%
1.derece akraba	177	17
Diğer akraba	255	24,4
Birlikte çalıştığı iş arkadaşları	454	43,5
Diğer tanıdıklar	347	33,3

Sağlık çalışanları arasında salgın sürecinde evlerinin dışında, çocuklarından ayrı kaldıkları bir dönem olduğunu belirtenlerin oranı %21 (n=219) olarak saptanmıştır (Tablo 17). Ev dışında kalan sağlık çalışanlarında bu süre ortalama $26.5 \pm 35,1$ (1-210) gündür.

Tablo 17: Sağlık Çalışanının Evden Ayrı Kaldığı Dönemin Varlığı

Sağlık çalışanın evden ayrı kaldığı dönem	n	%
Var	219	21
Yok	824	79
Toplam	1043	100,0

Sağlık çalışanlarının %26,9'u (n=281), pandemi döneminde çocuklarını kalması için ev dışında bir yere göndermek zorunda kaldığını belirtmiştir. (Tablo 18). Ev dışında kalan çocuklar için bu süre ortalama $40,4 \pm 42,8$ (1-210) gündür.

Tablo 18: Çocuğun Evden Ayrı Kaldığı Dönemin Varlığı

Çocuğun evden ayrı kaldığı dönem	n	%
Var	281	26,9
Yok	762	73,1
Toplam	1043	100,0

4.4. ÖLÇEKLERDEN ELDE EDİLEN VERİLER

4.4.1. Sağlık Anksiyetesi Envanteri

Sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi envanteri ortalama puanı $15,5 \pm 6,8$ (0-49) olarak saptanmıştır.

4.4.2 Sağlık Anksiyetesi Envanteri Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi

Kadın sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi puanları, erkeklerden anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0,001$). 40 yaş altında olan sağlık çalışanlarıyla 40 yaş ve

üstü olan sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19: Sağlık Çalışanlarının Yaş ve Cinsiyetlerine Göre Sağlık Anksiyetesi Puanları

Sağlık ank. puanı	Cinsiyet		Yaş	
	Kadın (n=898)	Erkek (n=145)	40 yaş altı (n=300)	40 yaş ve üstü (n=743)
Ort+ss (min-max)	15,8 ± 6,8 (0-49)	13,6 ± 6,4 (1-38)	15,7 ± 6,6 (4-43)	15 ± 6,9 (0-49)
Med (IQR)	15,0 (9,0)	13,0 (8,0)	15,0 (9,0)	15,0 (8,0)
z	z= -3,694 p* = <0,001		z= -0,743 p* = 0,463	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ anlamlıdır. Sağlık ank: sağlık anksiyetesi, Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

Doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi puanları tabloda gösterilmiştir. Sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi puanları mesleklerine göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p < 0,001$). Farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Mann Whitney U testleri yapılmıştır. Bonferonni düzeltmesi uygulanarak anlamlılık düzeyi 0,0167 olarak kabul edilmiştir. Doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi puanları arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p > 0,0167$). Hemşirelerin sağlık anksiyetesi puanları ise hem doktorlar hem de diğer sağlık çalışanlarının puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir (her ikisi için $p < 0,0167$) (Tablo). Eşi/ diğer ebeveyn de sağlık çalışanı olan katılımcıların sağlık anksiyetesi puanı ($15,7 \pm 6,8$) ile eşi başka bir işle uğraşanların puan ortalamaları ($15,5 \pm 6,9$) arasında farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 20).

Tablo 20: Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Sağlık Anksiyetesi Puanları

Sağlık ank. puanı	Meslek		
	Doktor ^a (n=332)	Hemşire ^b (n=459)	Diğer ^c (n=252)
Ort+ss (min-max)	14,7 ± 6,1 (1-38)	16,6 ± 7,3 (1-49)	14,5 ± 6,6 (0-38)
Med (IQR)	14,0 (7,0)	16,0 (9,0)	38,0 (10,0)
	$X^2 = 18,1$ p* ¹ <0,001		

*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ anlamlıdır. Sağlık ank: sağlık anksiyetesi, Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

1: Sağlık anksiyetesi puanı alt grup analizi p değerleri (p anlamlılık düzeyi=0,0167): a-b<0,001; a-c= 0,655; b-c<0,001.

Geçmişte ve/veya şimdi ruhsal bozukluğu olan sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi puanları, ruhsal bozukluğu olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,001$). Kronik hastalığı olan sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi puanları, olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,001$) (Tablo 21).

Tablo 21: Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Bozukluk ve Kronik Hastalık Varlığına Göre Sağlık Anksiyetesi Puanları

Sağlık ank. puanı	Ruhsal bozukluk		Kronik hastalık	
	Var (n=165)	Yok (n=873)	Var (n=306)	Yok (n=737)
Ort+ss (min-max)	19,6 ± 8,2 (5-49)	14,7 ± 6,2 (0-38)	17,2 ± 7,0 (2-43)	14,8 ± 6,6 (0-49)
Med (IQR)	19,0 (10,0)	14,0 (9,0)	16,5 (9,0)	14,0 (9,0)
	z = -6,985 <0,001		z = -5,071 p* <0,001	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ anlamlıdır. Sağlık ank: sağlık anksiyetesi, Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

Çocuğun yaşı ile ebeveynin sağlık anksiyetesi puanı arasında ilişki saptanmamıştır ($r=-0,022$, $p=0,485$). Çocuğunda ruhsal bozukluk olan ve olmayan ebeveynlerin sağlık anksiyetesi puanları farklılık göstermemiştir ($p>0,005$). Çocuğunda kronik bedensel hastalık olan sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi puanları ise olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,024$) (Tablo 22).

Tablo 22: Sağlık Çalışanlarının Çocuklarındaki Ruhsal Bozukluk ve Bedensel Hastalık Varlığına Göre Sağlık Anksiyetesi Puanları

Sağlık ank. puanı	Çocukta ruhsal bozukluk		Çocukta bedensel hastalık	
	Var (n=159)	Yok (n=881)	Var (n=99)	Yok (n=944)
Ort+ss (min-max)	15,8 ± 7,2 (3-43)	15,5 ± 6,7 (0-49)	16,9 ± 7,6 (1-38)	15,4 ± 6,7 (0-49)
Med (IQR)	15,0 (9,0)	15,0 (8,0)	17,0 (8,0)	15,0 (8,0)
	z = -0,189 p* = 0,850		z = -2,256 p* =0,024	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ anlamlıdır. Sağlık ank: sağlık anksiyetesi, Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

4.4.3. Sağlık Anksiyetesi Envanteri Puanlarının Katılımcıların Salgın Süreci Deneyimlerine İlişkin Verileriyle İlişkisi

Salgın sürecinde çalışma saatleri artan, azalan ve değişmeyen sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi puanları tabloda gösterilmiştir. Bu üç grubun sağlık

anksiyetesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0,001$) (Tablo). Çalışma saatleri azalanlarda sağlık anksiyetesi puanları, çalışma saatleri artan ve değişmeyen diğer iki gruba göre anlamlı derecede düşüktür ($p < 0,0167$) (Tablo23).

Pandemi döneminde nöbet/vardiya usulü çalışan sağlık çalışanlarıyla nöbet tutmayan sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi puanları tabloda gösterilmiştir. Nöbet/vardiya usulü çalışan sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi puanları nöbet tutmayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p = 0,047$) (Tablo 23).

Tablo 23: Sağlık Çalışanlarının Salgın Sürecinde Çalışma Özelliklerine Göre Sağlık Anksiyetesi Puanları

Sağlık ank. puanı	Çalışma saati			Nöbet usulü çalışma	
	Artan ^a (n=313)	Azalan ^b (n=190)	Değişmeyen ^c (n=540)	Var (n=574)	Yok (n=469)
Ort+ss (min-max)	15,9 ± 6,9 (1-49)	14,3 ± 6,9 (2-43)	15,7 ± 6,7 (0-40)	15,9 ± 6,9 (1-49)	15,0 ± 6,7 (0-49)
Med (IQR)	15,0 (9,0)	14,0 (7,0)	15,0 (9,0)	15,0 (9,0)	14,0 (8,5)
	$X^2 = 18,1$ $p^{*,1} < 0,001$			$z = -1,984$ $p^{**} = 0,047$	

*Kruskal Wallis ve **Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ anlamlıdır. Sağlık ank: sağlık anksiyetesi, Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

1: Sağlık anksiyetesi puanı alt grup analizi p değerleri (p anlamlılık düzeyi= 0,0167): a-b<0,001; a-c=0,888; b-c<0,001.

COVID-19 birimlerinde çalışmış olan sağlık çalışanlarıyla çalışmayan sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 24).

Tablo 24: Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Birimlerinde Çalışmış Olmalarına Göre Sağlık Anksiyetesi Puanları

Sağlık ank. puanı	COVID-19 birimlerinde çalışma	
	Var (n=721)	Yok (n=322)
Ort+ss (min-max)	15,8 ± 6,9 (1-49)	15,0 ± 6,7 (0-39)
Med (IQR)	15,0 (9,0)	14,0 (8,0)
	$z = -1,816$ $p^* = 0,069$	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ anlamlıdır. Sağlık ank: sağlık anksiyetesi, Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

COVID-19 enfeksiyonu geçirdiğini düşünmüş olanların sağlık anksiyetesi puanları, olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,001$) (Tablo 25).

Pandemi döneminde COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısıyla izlenmiş olan sağlık çalışanı ebeveynlerin sağlık anksiyetesi puanları, COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısı olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,001$).

Tablo 25: Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Enfeksiyonu Geçirdiğini Düşünme ve COVID-19 ya da Olası COVID-19 Tanısıyla İzlenmiş Olmalarına Göre Sağlık Anksiyetesi Puanları

Sağlık ank. puanı	COVID-19 geçirdiğini düşünme		COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısı	
	Var (n=784)	Yok (n=259)	Var (n=219)	Yok (n=827)
Ort+ss (min-max)	16,1 ± 6,9 (0-49)	13,7 ± 6,3 (1-33)	17,2 ± 8,2 (0-43)	15,1 ± 6,3 (1-49)
Med (IQR)	15,0 (8,0)	13,0 (10,0)	17,0 (11,0)	14,5 (8,0)
	z = -4,617 p<0,001		z = -3,329 p* = 0,001	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ anlamlıdır. Sağlık ank: sağlık anksiyetesi, Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

Pandemi döneminde COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısıyla izlenmiş yakını olan sağlık çalışanı ebeveynlerin sağlık anksiyetesi puanları, olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,005$) (Tablo 26).

Tablo 26: Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Tanısı Almış Yakının Varlığına Göre Sağlık Anksiyetesi Puanları

Sağlık ank.puanı	COVID-19 tanısı almış yakının varlığı	
	Var (n=728)	Yok (n=215)
Ort+ss (min-max)	15,9 ± 6,9 (0-43)	14,6 ± 6,5 (2-49)
Med (IQR)	15,0 (9,0)	14,0 (9,0)
	z = -2,828 p* = 0,005	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır $p < 0.05$ anlamlıdır. Sağlık ank: sağlık anksiyetesi, Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

Pandemi döneminde bir süre ev dışında kalan sağlık çalışanları ile hiç evden ayrılmamış olanların sağlık anksiyetesi puanları tabloda gösterilmiştir. Evinden ayrı kaldıkları bir dönem olan sağlık çalışanı ebeveynlerin sağlık anksiyetesi puanları, evinden hiç ayrı kalmamış olanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,001$) (Tablo 27).

Pandemi döneminde çocukları bir süre ev dışında bir yerde kalmış olan sağlık çalışanları ile çocukları hiç evden ayrılmamış olanların sağlık anksiyetesi puanları tabloda gösterilmiştir. İki grubun sağlık anksiyetesi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 27).

Tablo 27: Sağlık Çalışanlarının Evden Ayrılığı ve Çocuğun Evden Ayrılığına Göre Sağlık Anksiyetesi Puanları

Sağlık ank. puanı	Ebeveynin evden ayrılığı		Çocuğun evden ayrılığı	
	Var (n=216)	Yok (n=827)	Var (n=281)	Yok (n=762)
Ort+ss (min-max)	16,8 ± 7,0 (1-43)	15,2 ± 6,7 (0-49)	16,1 ± 7,5 (2-43)	15,3 ± 6,6 (0-49)
Med (IQR)	16,0 (9,0)	14,0 (8,0)	15,0 (9,0)	15,0 (8,0)
z	z = -3,224 p* = 0,001		z = -1,133 p* = 0,257	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ anlamlıdır. Sağlık ank: sağlık anksiyetesi, Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range.

4.4.4 Güçler ve Güçlükler Anketi

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çocuklarının ortalama duygusal sorunlar alt ölçek puanı $2,9 \pm 2,2$ (0-10), davranış sorunları alt ölçek puanı $1,8 \pm 1,5$ (0-8), dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik alt ölçek puanı $3,7 \pm 2,4$ (0-10), akran sorunları alt ölçek puanı $2,6 \pm 1,8$ (0-10), sosyal davranışlar alt ölçek puanı $7,7 \pm 1,9$ (0-10) ve toplam güçlük puanı $11,1 \pm 5,8$ (0-31) olarak saptanmıştır.

4.4.5. Güçler ve Güçlükler Anketi Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi

Sağlık çalışanı ebeveynin cinsiyeti ve yaşına göre çocukların Güçler ve Güçlükler Anketi alt ölçek puanları (duygusal sorunlar, davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, akran sorunları ve sosyal davranışlar alt ölçekleri) ve toplam güçlük puanları tabloda gösterilmiştir (Tablo 28). Çocukların GGA alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanları sağlık çalışanının cinsiyetine göre istatistiksel

olarak anlamlı fark göstermemiştir ($p>0,05$). Ebeveyni 40 yaş altında olan çocukların dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanları, ebeveyni 40 yaş ve üstünde olan çocuklardan anlamlı olarak daha yüksektir (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,015$) (Tablo 28).

Tablo 28: Sağlık Çalışanı Ebeveynin Cinsiyeti ve Yaşına Göre Çocukların GGA Puanları

GGA puanı	Ebeveyn cinsiyeti		Ebeveyn yaşı	
	Kadın (n=898)	Erkek (n=145)	40 yaş altı (n=300)	40 yaş ve üstü (n=743)
Duygusal sorunlar				
Ort+ss (min-max)	3,0 ± 2,2 (0-10)	2,7 ± 2,1 (0-9)	3,2 ± 2,4 (0-9)	2,9 ± 2,2 (0-10)
Med (IQR)	3,0 (4,0)	3,0 (3,0)	3,0 (4,0)	3,0 (3,0)
	z= -1,266 p*= 0,205		z= -1,546 p*= 0,122	
Davranış sorunları				
Ort+ss (min-max)	1,8 ± 1,5 (0-8)	1,8 ± 1,7 (0-8)	1,7 ± 1,5 (0-8)	1,8 ± 1,5 (0-8)
Med (IQR)	2,0 (2,0)	1,0 (1,0)	1,0 (2,0)	2,0 (2,0)
	z= -0,470 p*= 0,639		z= -0,652 p*= 0,514	
DE/HA				
Ort+ss (min-max)	3,7 ± 2,4 (0-10)	3,6 ± 2,3 (0-10)	4,2 ± 2,4 (0-10)	3,4 ± 2,3 (0-10)
Med (IQR)	4,0 (3,0)	3,0 (3,0)	4,0 (4,25)	3,0 (3,0)
	z= -0,697 p*= 0,486		z= -4,566 p* < 0,001	
Akran sorunları				
Ort+ss (min-max)	2,6 ± 1,8 (0-9)	2,5 ± 2,8 (0-10)	2,6 ± 1,9 (0-9)	2,6 ± 1,8 (0-10)
Med (IQR)	2,0 (3,0)	2,0 (3,0)	2,0 (3,0)	2,0 (3,0)
	z= -0,563 p*= 0,573		z= -0,067 p*= 0,946	
Sosyal davranışlar				
Ort+ss (min-max)	7,8 ± 1,9 (0-10)	7,4 ± 2,1 (1-10)	7,8 ± 1,9 (1-10)	7,7 ± 2,0 (0-10)
Med (IQR)	8,0 (2,0)	8,0 (3,0)	8,0 (2,0)	8,0 (3,0)
	z= -2,057 p* = 0,040		z= -1,175 p* = 0,240	
Toplam güçlük puanı				
Ort+ss (min-max)	11,2 ± 5,7 (0-31)	10,8 ± 6,2 (0-31)	11,9 ± 6,2 (0-30)	10,8 ± 5,6 (0-31)
Med (IQR)	10,0 (8,0)	9,0 (9,0)	11,0 (9,0)	10,0 (7,0)
	z= -1,266 p* = 0,206		z= -2,435 p* = 0,015	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlıdır. Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range. GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi. DE/HA: Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik.

Doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları çocuklarının Güçler ve Güçlükler Anketi duygusal sorunlar ve sosyal davranışlar alt ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,005$). Davranış

sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, akran sorunları alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanları ise gruplar arasında anlamlı olarak farklıdır (sırasıyla p=0,005, p=0,011, p=0,038, p=0,008). Hemşirelerin çocuklarının puanları doktor ve diğer sağlık çalışanlarının çocuklarının puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir (p<0,0167) (Tablo 29). Diğer ebeveyni de sağlık çalışanı olan çocuklar ile, diğer ebeveyni başka bir işle uğraşan çocukların GGA puanları arasında ise anlamlı fark yoktur (her biri için p>0,005).

Tablo 29: Sağlık Çalışanı Ebeveyninin Mesleğine Göre Çocukların GGA Puanları

GGA puanı	Ebeveyn mesleği		
	Doktor ^a (n= 332)	Hemşire ^b (n= 459)	Diğer ^c (n=252)
Duygusal sorunlar			
Ort+ss (min-max)	3,0 ± 2,3 (0-10)	3,1 ± 2,2 (0-10)	2,7 ± 2,2 (0-9)
Med (IQR)	3,0 (3,7)	2,0 (2,0)	2,0 (3,0)
	X ² = 4,646 p* = 0,098		
Davranış sorunları			
Ort+ss (min-max)	1,7 ± 1,5 (0-8)	1,9 ± 1,5 (0-8)	1,5 ± 1,4 (0-7)
Med (IQR)	1,0 (2,0)	2,0 (2,0)	1,0 (2,0)
	X ² = 10,501 p ^{*,1} = 0,005		
DE/HA			
Ort+ss (min-max)	3,4 ± 2,3 (0-10)	3,9 ± 2,4 (0-10)	3,7 ± 2,4 (0-10)
Med (IQR)	3,0 (3,0)	4,0 (3,0)	4,0 (3,0)
	X ² = 9,016 p ^{*,2} = 0,011		
Akran sorunları			
Ort+ss (min-max)	2,4 ± 1,8 (0-10)	2,7 ± 1,7 (0-9)	2,6 ± 1,9 (0-9)
Med (IQR)	2,0 (3,0)	3,0 (2,0)	2,0 (3,0)
	X ² = 6,557 p ^{*,3} = 0,038		
Sosyal davranışlar			
Ort+ss (min-max)	7,6 ± 1,9 (0-10)	7,8 ± 1,9 (1-10)	7,8 ± 2,1 (1-10)
Med (IQR)	8,0 (3,0)	8,0 (3,0)	8,0 (3,0)
	X ² = 4,792 p* = 0,091		
Toplam güçlük puanı			
Ort+ss (min-max)	10,7 ± 5,7 (1-31)	11,7 ± 5,7 (0-31)	10,7 ± 6,0 (0-29)
Med (IQR)	10,0 (7,0)	11,0 (8,0)	10,0 (9,0)
	X ² = 9,681 p ^{*,4} = 0,008		

*Kruskal Wallis testi kullanılmıştır p <0.05 anlamlıdır. Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range. GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi. DE/HA: Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik.

1: Davranış sorunları alt ölçek puanı alt grup analizi p değerleri (p anlamlılık düzeyi= 0,0167): a-b=0,106; a-c=0,093; b-c=**0,001**

2: DE/HA alt ölçek puanı alt grup analizi p değerleri (p anlamlılık düzeyi= 0,0167) a-b=**0,003**; a-c=0,111; b-c=0,309

3: Akran sorunları alt ölçek puanı alt grup analizi p değerleri (p anlamlılık düzeyi= 0,0167) a-b=**0,010**; a-c=0,307; b-c=0,237

4: Toplam güçlük puanı alt grup analizi p değerleri (p anlamlılık düzeyi= 0,0167) a-b=**0,006**; a-c=0,956; b-c=**0,015**

Ebeveyninde geçmişte ve/veya şimdi ruhsal bozukluk olan çocukların akran sorunları alt ölçek puanları, ebeveyninde ruhsal bozukluk öyküsü olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p=0,02$). Diğer alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanları ise gruplar arasında farklılık göstermemiştir ($p>0,05$). Ebeveyninde kronik hastalık olan çocuklar ile ebeveyninde kronik hastalık olmayan çocukların Güçler ve Güçlükler Anketi tüm alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 30).

Tablo 30: Sağlık Çalışanı Ebeveyninde Ruhsal Bozukluk ve Kronik Hastalık Varlığına Göre Çocukların GGA Puanları

GGA puanı	Ebeveynde ruhsal bozukluk		Ebeveynde kronik hastalık	
	Var (n=165)	Yok (n=873)	Var (n=306)	Yok (n=737)
Duygusal sorunlar				
Ort+ss (min-max)	3,3 ± 2,4 (0-10)	2,9 ± 2,2 (0-10)	3,1 ± 2,3 (0-9)	2,9 ± 2,2 (0-10)
Med (IQR)	3,0 (2,0)	3,0 (3,0)	3,0 (4,0)	3,0 (3,0)
	z = -1,684 p* = 0,092		z = -1,006 p* = 0,314	
Davranış sorunları				
Ort+ss (min-max)	1,9 ± 1,6 (0-8)	1,7 ± 1,5 (0-8)	1,9 ± 1,6 (0-9)	1,7 ± 1,5 (0-8)
Med (IQR)	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)
	z = -0,385 p* = 0,700		z = -1,168 p* = 0,243	
DE/HA				
Ort+ss (min-max)	3,8 ± 2,4 (0-10)	3,6 ± 2,4 (0-10)	3,8 ± 2,5 (0-10)	3,6 ± 2,3 (0-10)
Med (IQR)	4,0 (4,0)	3,0 (3,0)	4,0 (4,0)	3,0 (3,0)
	z = -0,907 p* = 0,364		z = -1,342 p* = 0,180	
Akran sorunları				
Ort+ss (min-max)	3,0 ± 1,9 (0-9)	2,5 ± 1,8 (0-10)	2,7 ± 1,8 (0-9)	2,6 ± 1,8 (0-10)
Med (IQR)	3,0 (2,0)	2,0 (3,0)	2,0 (3,0)	2,0 (3,0)
	z = -2,323 p* = 0,020		z = -0,911 p* = 0,362	
Sosyal davranışlar				
Ort+ss (min-max)	7,5 ± 2,0 (1-10)	7,7 ± 1,9 (0-10)	7,7 ± 2,0 (0-10)	7,7 ± 1,9 (0-10)
Med (IQR)	8,0 (3,0)	8,0 (2,5)	8,0 (2,0)	8,0 (3,0)
	z = -1,384 p* = 0,165		z = -0,216 p* = 0,829	
Toplam güçlük puanı				
Ort+ss (min-max)	12,1 ± 6,2 (1-31)	11,0 ± 5,7 (0-31)	11,6 ± 6,0(1-29)	11,0 ± 5,7(0-31)
Med (IQR)	11,0 (8,5)	10,0 (8,0)	11,0 (9,0)	10,0 (8,0)
	z = -1,792 p* = 0,073		z = -1,547 p* = 0,122	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır $p < 0,05$ anlamlıdır. Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range. GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi. DE/HA: Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik.

Çocukların cinsiyetine göre Güçler ve Güçlükler Anketi alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanları tabloda gösterilmiştir (Tablo 31). Erkek çocuklarının dikkat

eksikliği ve aşırı hareketlilik alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanları, kızlardan anlamlı olarak daha yüksektir (sırasıyla $p < 0,001$, $p = 0,007$). Diğer alt ölçek puanlarında ise cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 31: Çocuğun Cinsiyetine Göre GGA Puanları

GGA puanı	Çocuğun cinsiyeti	
	Kız (n=502)	Erkek (n=541)
Duygusal sorunlar		
Ort+ss (min-max)	3,0 ± 2,28 (0-10)	2,9 ± 2,2 (0-10)
Med (IQR)	3,0 (4,0)	3,0 (3,0)
	$z = -1,047$ $p^* = 0,295$	
Davranış sorunları		
Ort+ss (min-max)	1,7 ± 1,4 (0-8)	1,1 ± 1,5 (0-8)
Med (IQR)	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)
	$z = -0,116$ $p^* = 0,908$	
DE/HA		
Ort+ss (min-max)	3,2 ± 2,2 (0-10)	4,1 ± 2,5 (0-10)
Med (IQR)	3,0 (3,0)	4,0 (4,0)
	$z = -5,491$ $p^* = <0,001$	
Akran sorunları		
Ort+ss (min-max)	2,5 ± 1,8 (0-10)	2,74 ± 1,8 (0-9)
Med (IQR)	2,0 (3,0)	3,0 (3,0)
	$z = -1,585$ $p^* = 0,113$	
Sosyal davranışlar		
Ort+ss (min-max)	7,8 ± 1,8 (1-10)	7,6 ± 2,0 (0-10)
Med (IQR)	8,0 (2,0)	8,0 (3,0)
	$z = -1,066$ $p^* = 0,287$	
Toplam güçlük puanı		
Ort+ss (min-max)	10,6 ± 5,7 (0-31)	11,6 ± 5,9 (0-31)
Med (IQR)	10,0 (7,0)	11,0 (8,0)
	$z = -2,685$ $p^* = 0,007$	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır $p < 0,05$ anlamlıdır. Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range. GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi. DE/HA: Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik.

Çocuğun yaşı ile Güçler ve Güçlükler Anketi hiperaktivite alt ölçeği puanı arasında ters yönlü zayıf ilişki ($r=-0,165$, $p<0,001$), çocuğun yaşı ile GGA akran sorunları alt ölçeği puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki vardır ($r=-0,111$, $p<0,001$) (Tablo 32).

Tablo 32: Çocuğun Yaşına Göre GGA Puanları

Yaş		Duygusal sorunlar	Davranış sorunları	DE/HA	Akran sorunları	Sosyal davranışlar	Toplam güçlük puanı
	r		-0,007	0,029	-0,165	0,111	-0,021
p*		0,827	0,342	<0,001	<0,001	0,493	0,391

*Spearman korelasyon testi kullanılmıştır $p < 0.05$ anlamlıdır.

Ruhsal bozukluk tanısı olan çocukların duygusal sorunlar, davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, akran sorunları alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanları; ruhsal bozukluğu olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0,001$). Sosyal davranışlar alt ölçek puanı ise ruhsal bozukluğu olan çocuklarda olmayanlardan anlamlı olarak daha düşüktür ($p=0,006$) (Tablo 33).

Kronik bedensel hastalığı olan çocukların duygusal sorunlar, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik alt ölçek puanları ile toplam güçlük puanları, olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir (sırasıyla $p=0,012$, $p=0,016$, $p=0,004$) Diğer alt ölçek puanları ise iki grup arasında farklı değildir. ($p>0,05$) (Tablo 33).

Tablo 33: Çocukta Ruhsal Bozukluk ve Bedensel Hastalık Varlığına Göre GGA Puanları

GGA puanı	Çocukta ruhsal bozukluk		Çocukta bedensel hastalık	
	Var (n=159)	Yok (n=881)	Var (n=99)	Yok (n=944)
Duygusal sorunlar				
Ort+ss (min-max)	4,2 ± 2,4 (0-10)	2,7 ± 2,1 (0-10)	3,5 ± 2,3 (0-9)	2,9 ± 2,2 (0-10)
Med (IQR)	4,0 (3,0)	2,0 (3,0)	3,0 (3,0)	3,0 (3,0)
	z = -7,370 p* < 0,001		z = -2,509 p* = 0,012	
Davranış sorunları				
Ort+ss (min-max)	2,5 ± 1,8 (0-8)	1,6 ± 1,4 (0-8)	2,0 ± 1,5 (0-6)	1,7 ± 1,5 (0-8)
Med (IQR)	4,0 (3,0)	1,0 (1,0)	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)
	z = -5,841 p* < 0,001		z = -1,707 pp = 0,088	
DE/HA				
Ort+ss (min-max)	5,0 ± 2,5 (0-10)	3,4 ± 2,3 (0-10)	4,2 ± 2,5 (0-10)	3,6 ± 2,3 (0-10)
Med (IQR)	5,0 (4,0)	3,0 (3,0)	4,0 (4,0)	3,0 (3,0)
	z = -7,108 p* < 0,001		z = -2,420 p* = 0,016	
Akran sorunları				
Ort+ss (min-max)	3,5 ± 2,1 (0-9)	2,5 ± 1,7 (0-10)	2,8 ± 1,89 (0-8)	2,6 ± 1,8 (0-10)
Med (IQR)	3,0 (3,0)	2,0 (3,0)	3,0 (2,0)	2,0 (3,0)
	z = -5,433 p* < 0,001		z = -1,501 p* = 0,133	
Sosyal davranışlar				
Ort+ss (min-max)	7,4 ± 1,9 (1-10)	7,8 ± 1,9 (0-10)	7,8 ± 1,7 (1-10)	7,7 ± 2,0 (0-10)
Med (IQR)	8,0 (3,0)	8,0 (2,0)	8,0 (2,0)	8,0 (3,0)
	z = -2,750 p* = 0,006		z = -0,187 p* = 0,851	
Toplam güçlük puanı				
Ort+ss (min-max)	15,3 ± 6,2 (1-30)	10,4 ± 5,4 (0-31)	12,7 ± 6,0 (1-29)	11,3 ± 5,7 (0-31)
Med (IQR)	15,0 (9,0)	10,0 (7,0)	12,0 (9,0)	10,0 (8,0)
	z = -9,074 p* < 0,001		z = -2,904 p* = 0,004	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır p < 0.05 anlamlıdır. Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range. GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi. DE/HA: Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik.

4.4.6. Güçler ve Güçlükler Anketi Puanlarının Katılımcıların Salgın Süreci Deneyimlerine İlişkin Verileriyle İlişkisi

Salgın sürecinde sağlık çalışanlarının çalışma özelliklerine göre çocuklarının Güçler ve Güçlükler Anketi alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanları tabloda gösterilmiştir (Tablo 34). Çalışma saati değişikliğine göre sağlık çalışanlarının çocuklarının sosyal davranışlar alt ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır (p=0,011). Çalışma saatleri artan ebeveynlerin çocuklarının sosyal davranışlar alt ölçek puanı çalışma saatleri azalan ebeveynlerin çocuklarından anlamlı düzeyde yüksektir (p<0,0167). Diğer alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanlarında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 34).

Nöbet/vardiya usulü çalışan ve çalışmayan sağlık çalışanları çocuklarında Güçler ve Güçlükler Anketi tüm alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanları açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 34: Sağlık Çalışanlarının Çalışma Özelliklerine Göre Çocukların GGA Puanları

GGA puanı	Çalışma saati			Nöbet usulü çalışma	
	Artan ^a (n=313)	Azalan ^b (n=190)	Değişmeyen ^c (n=540)	Var (n=574)	Yok (n=469)
Duygusal sorunlar					
Ort+ss (min-max)	3,0 ± 2,3 (0-9)	2,9 ± 2,2 (0-9)	2,9 ± 2,2 (0-10)	3,1 ± 2,3 (0-10)	2,8 ± 2,1 (0-9)
Med (IQR)	3,0 (4,0)	3,0 (3,0)	3,0 (3,0)	3,0 (4,0)	3,0 (3,0)
	X ² = 0,436 p* = 0,804			z =-1,601 p** = 0,109	
Davranış sorunları					
Ort+ss (min-max)	1,7 ± 1,4 (0-8)	1,8 ± 1,6 (0-8)	1,8 ± 1,5 (0-8)	1,9 ± 1,6 (0-8)	1,6 ± 1,4 (0-7)
Med (IQR)	2,0 (2,0)	2,0 (1,0)	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	1,0 (1,0)
	X ² = 0,199 p* = 0,905			z =-1,921 p** = 0,055	
DE/HA					
Ort+ss (min-max)	3,9 ± 2,4 (0-10)	3,5 ± 2,3 (0-10)	3,6 ± 2,4 (0-10)	3,7 ± 2,3 (0-10)	3,6 ± 2,4 (0-10)
Med (IQR)	4,0 (3,0)	3,0 (2,0)	3,0 (3,0)	4,0 (3,0)	3,0 (3,0)
	X ² = 3,786 p* = 0,151			z =-0,823 p** = 0,411	
Akran sorunlar					
Ort+ss (min-max)	2,7 ± 1,8 (0-9)	3,7 ± 1,9 (0-10)	2,6 ± 1,8 (0-9)	2,7 ± 1,8 (0-10)	2,6 ± 1,8 (0-9)
Med (IQR)	3,0 (3,0)	2,0 (3,0)	2,0 (3,0)	2,0 (3,0)	2,0 (3,0)
	X ² = 1,107 p* = 0,575			z =-0,754 p** = 0,451	
Sosyal davranışlar					
Ort+ss (min-max)	8,0 ± 1,8 (2-10)	7,4 ± 2,1 (0-10)	7,7 ± 1,9 (1-10)	7,6 ± 2,0 (0-10)	7,8 ± 1,9 (1-10)
Med (IQR)	8,0 (3,0)	8,0 (3,0)	8,0 (3,0)	8,0 (3,0)	8,0 (3,0)
	X ² = 8,963 p*.1 = 0,011			z =-1,611 p** = 0,107	
Toplam güçlük puanı					
Ort+ss (min-max)	11,5 ± 5,8 (1-29)	11,0 ± 6,2 (1-31)	11,0 ± 5,6 (0-31)	11,5 ± 6,1 (0-31)	10,7 ± 5,3 (0-29)
Med (IQR)	11,0 (8,0)	10,0 (8,0)	10,0 (8,0)	11,0 (9,0)	10,0 (7,0)
	X ² = 1,677 p* = 0,432			z =- 1,633 p** = 0,103	

*Kruskal Wallis ve **Mann Whitney U testi kullanılmıştır $p < 0.05$ anlamlıdır. Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range. GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi. DE/HA: Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik.

1: Sosyal davranışlar alt ölçek puanı alt grup analizi p değerleri (p anlamlılık düzeyi= 0,0167): a-b<0,001; a-c=0,032; b-c=0,032)

COVID birimlerinde çalışmış olan ve olmayan sağlık çalışanları çocuklarının Güçler ve Güçlükler Anketi puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 35).

Tablo 35: COVID Birimlerinde Çalışmış Olan ve Olmayan Sağlık Çalışanları Çocukların GGA Puanları

GGA puanı	Ebeveynin COVID-19 birimlerinde çalışması	
	Var (n=721)	Yok (n=322)
Duygusal sorunlar		
Ort+ss (min-max)	3,0 ± 2,3 (0-10)	2,8 ± 2,1 (0-9)
Med (IQR)	3,0 (4,0)	3,0 (3,0)
	z = -1,163 p* = 0,245	
Davranış sorunları		
Ort+ss (min-max)	1,8 ± 1,5 (0-8)	1,7 ± 1,4 (0-7)
Med (IQR)	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)
	z = -0,447 p* = 0,655	
DE/HA		
Ort+ss (min-max)	3,7 ± 2,4 (0-10)	3,6 ± 2,3 (0-10)
Med (IQR)	4,0 (3,0)	3,0 (3,0)
	z = -1,041 p* = 0,298	
Akran sorunları		
Ort+ss (min-max)	2,6 ± 2,8 (0-10)	2,7 ± 1,8 (0-9)
Med (IQR)	2,0 (3,0)	2,0 (3,0)
	z = -0,773 p* = 0,439	
Sosyal davranışlar		
Ort+ss (min-max)	7,7 ± 1,9 (0-10)	7,8 ± 2,0 (1-10)
Med (IQR)	8,0 (3,0)	8,0 (3,0)
	z = -1,535 p* = 0,125	
Toplam güçlük puanı		
Ort+ss (min-max)	11,3 ± 5,9 (0-31)	10,9 ± 5,6 (0-29)
Med (IQR)	11,0 (8,0)	10,0 (8,0)
	z = -0,820 p* = 0,412	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır p <0.05 anlamlıdır. Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range. GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi. DE/HA: Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik.

Ebeveyni COVID-19 enfeksiyonu geçirdiğini düşünmüş olan çocukların duygusal sorunlar, davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, akran sorunları alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanları; olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,01$, $p=0,033$, $p=0,044$, $p<0,001$), sosyal davranışlar alt ölçek puanları ise daha düşüktür ($p=0,011$) (Tablo 36).

Pandemi döneminde ebeveyni COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısıyla izlenmiş olan çocukların duygusal sorunlar alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanları ebeveyni izlenmiş olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir (sırasıyla $p=0,013$, $p=0,041$). Diğer alt ölçek puanları açısından iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 36).

Tablo 36: Ebeveynin COVID-19 Enfeksiyonu Geçirdiği Düşüncesi ve COVID-19 ya da Olası COVID-19 Tanısı ile İzlenmiş Olmasına Göre Çocukların GGA Puanları

GGA puanı	Ebeveynde COVID-19 geçirdiği düşüncesi		Ebeveynde COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısı	
	Var (n=784)	Yok (n=259)	Var (n=219)	Yok (n=824)
Duygusal sorunlar				
Ort+ss (min-max) Med (IQR)	3,2 ± 2,3 (0-10) 3,0 (4,0)	2,3 ± 2,0 (0-9) 2,0 (3,0)	3,3 ± 2,4 (0-10) 3,0 (4,0)	2,8 ± 2,2 (0-10) 3,0 (3,0)
	z = -5,261 p* < 0,001		z = -2,474 p* = 0,013	
Davranış sorunları				
Ort+ss (min-max) Med (IQR)	1,9 ± 1,5 (0-8) 2,0 (2,0)	1,5 ± 1,3 (0-7) 1,0 (2,0)	1,9 ± 1,7 (0-8) 2,0 (2,0)	1,7 ± 1,4 (0-8) 2,0 (2,0)
	z = -3,303 p* = 0,001		z = -1,275 p* = 0,202	
DE/HA				
Ort+ss (min-max) Med (IQR)	3,8 ± 2,4 (0-10) 4,0 (3,0)	3,4 ± 2,3 (0-10) 3,0 (2,0)	3,9 ± 2,4 (0-8) 2,0 (2,0)	3,6 ± 2,3 (0-10) 3,0 (3,0)
	z = -2,127 p* = 0,033		z = -1,467 p* = 0,142	
Akran sorunları				
Ort+ss (min-max) Med (IQR)	2,7 ± 1,8 (0-10) 3,0 (3,0)	2,4 ± 1,8 (0-9) 2,0 (3,0)	2,8 ± 1,8 (0-9) 3,0 (3,0)	2,6 ± 1,8 (0-10) 2,0 (3,0)
	z = -2,018 p* = 0,044		z = -1,638 p* = 0,101	
Sosyal davranışlar				
Ort+ss (min-max) Med (IQR)	7,7 ± 1,9 (1-10) 8,0 (3,0)	7,9 ± 2,0 (0-10) 8,0 (3,0)	7,7 ± 1,9 (1-10) 8,0 (2,0)	7,7 ± 1,9 (0-10) 8,0 (3,0)
	z = -2,528 p* = 0,011		z = -0,137 p* = 0,891	
Toplam güçlük puanı				
Ort+ss (min-max) Med (IQR)	11,6 ± 5,9 (0-31) 11,0 (9,0)	9,8 ± 5,3 (0-29) 9,0 (7,0)	12,1 ± 6,5 (1-31) 11,0 (9,0)	10,9 ± 5,6 (0-31) 10,0 (8,0)
	z = -4,561 p* < 0,001		z = -2,047 p* = 0,041	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır $p < 0,05$ anlamlıdır. Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range. GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi. DE/HA: Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik.

Pandemi döneminde, ebeveynin COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısıyla izlenmiş yakını olup olmamasına göre çocukların Güçler ve Güçlükler Anketi alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 37).

Tablo 37: Ebeveynin COVID-19 ya da Olası COVID-19 Tanısıyla İzlenmiş Yakını Olup Olmamasına Göre Çocukların GGA Puanları

GGA puanı	Ebeveynin yakınlarında COVID-19 tanısı	
	Var (n=728)	Yok (n=315)
Duygusal sorunlar		
Ort+ss (min-max)	3,0 ± 2,3 (0-10)	2,8 ± 2,1 (0-9)
Med (IQR)	3,0 (4,0)	3,0 (3,0)
	z = -1,618 p* = 0,106	
Davranış sorunları		
Ort+ss (min-max)	1,8 ± 1,5 (0-8)	1,7 ± 1,4 (0-8)
Med (IQR)	2,0 (2,0)	1,0 (2,0)
	z = -0,307 p* = 0,759	
DE/HA		
Ort+ss (min-max)	3,7 ± 2,4 (0-10)	3,6 ± 2,3 (0-10)
Med (IQR)	4,0 (3,0)	3,0 (3,0)
	z = -0,748 p* = 0,455	
Akran sorunları		
Ort+ss (min-max)	2,6 ± 1,8 (0-10)	2,5 ± 1,8 (0-9)
Med (IQR)	2,0 (3,0)	2,0 (3,0)
	z = -1,013 p* = 0,311	
Sosyal davranışlar		
Ort+ss (min-max)	7,8 ± 1,9 (1-10)	7,6 ± 2,1 (0-10)
Med (IQR)	8,0 (2,0)	8,0 (3,0)
	z = -1,087 p* = 0,277	
Toplam güçlük puanı		
Ort+ss (min-max)	11,3 ± 5,8 (0-31)	10,7 ± 5,6 (0-31)
Med (IQR)	10,0 (8,0)	10,0 (7,0)
	z = -1,429 p* = 0,153	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır $p < 0,05$ anlamlıdır. Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range. GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi. DE/HA: Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik.

Pandemi döneminde ebeveyni bir süre ev dışında kalmış olan çocukların dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanları ebeveyni evinden hiç ayrı kalmamış olanlardan anlamlı olarak daha yüksek (sırasıyla $p=0,046$, $p=0,022$), sosyal davranışlar alt ölçek puanı ise daha düşüktür ($p=0,031$). Diğer alt ölçek puanları açısından iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 38).

Pandemi döneminde bir süre evden ayrı bir yerde kalmış olan çocukların Güçler ve Güçlükler Anketi tüm alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanları ile evden hiç ayrılmamış olanların puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 38).

Tablo 38: Salgın Sürecinde Ebeveynin Evden Ayrılığı ve Çocuğun Evden Ayrılığına Göre GGA Puanları

GGA puanı	Ebeveynin evden ayrılığı		Çocuğun evden ayrılığı	
	Var (n=216)	Yok (n=828)	Var (n=281)	Yok (n=762)
Duygusal sorunlar				
Ort+ss (min-max)	3,2 ± 2,4 (0-10)	2,9 ± 2,2 (0-10)	3,1 ± 2,3 (0-10)	2,9 ± 2,2 (0-10)
Med (IQR)	3,0 (4,0)	3,0 (3,0)	3,0 (4,0)	3,0 (3,0)
	z = -1,730 p* = 0,084		z = -1,213 p* = 0,225	
Davranış sorunları				
Ort+ss (min-max)	1,9 ± 1,6 (0-7)	1,7 ± 1,5 (0-8)	1,7 ± 1,6 (0-8)	1,8 ± 1,5 (0-8)
Med (IQR)	2,0 (2,0)	2,0 (2,0)	1,0 (3,0)	2,0 (2,0)
	z = -1,598 p* = 0,110		z = -1,763 p* = 0,078	
DE/HA				
Ort+ss (min-max)	3,9 ± 2,2 (0-10)	3,6 ± 2,4 (0-10)	3,8 ± 2,3 (0-10)	3,6 ± 2,4 (0-10)
Med (IQR)	4,0 (3,0)	3,0 (3,0)	4,0 (3,0)	3,0 (3,0)
	z = -1,994 p* = 0,046		z = -1,641 p* = 0,101	
Akran sorunları				
Ort+ss (min-max)	2,7 ± 1,7 (0-7)	2,6 ± 1,8 (0-10)	2,7 ± 1,8 (0-8)	2,6 ± 1,8 (0-10)
Med (IQR)	3,0 (3,0)	2,0 (3,0)	3,0 (3,0)	2,0 (3,0)
	z = -0,823 p* = 0,410		z = -1,163 p* = 0,245	
Sosyal davranışlar				
Ort+ss (min-max)	7,5 ± 2,0 (0-10)	7,8 ± 1,9 (1-10)	7,8 ± 1,9 (0-10)	7,7 ± 1,9 (1-10)
Med (IQR)	8,0 (3,0)	8,0 (2,0)	8,0 (3,0)	8,0 (3,0)
	z = -2,157 p* = 0,031		z = -1,189 p* = 0,234	
Toplam güçlük puanı				
Ort+ss (min-max)	11,9 ± 5,8 (0-26)	11,0 ± 5,8 (0-31)	11,4 ± 6,0 (0-30)	11,0 ± 5,7 (0-31)
Med (IQR)	11,0 (10,0)	10,0 (8,0)	11,0 (9,0)	10,0 (8,0)
	z = -2,283 p* = 0,022		z = -1,009 p* = 0,313	

*Mann Whitney U testi kullanılmıştır $p < 0,05$ anlamlıdır. Ort: ortalama, ss: standart sapma, min-max: minimum-maksimum, Med: median, IQR: Interquartile Range. GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi. DE/HA: Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik.

4.4.7. Çocuklar için Uyku Bozukluğu Ölçeği

Araştırmamızda yer alan çocukların Çocuklar için Uyku Bozukluğu Ölçeği toplam puanı ortalaması $40,2 \pm 10,1$ (24-90) olarak saptanmıştır. Çocukların %72,7'sinin (n=758) ÇUBÖ toplam puanı, kesme puanı olan 34 veya üzerindedir.

4.4.8. Çocuklar için Uyku Bozukluğu Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi

Sağlık çalışanın annelerin %74,5'i (n=669), babaların %61,4'ü (n=89) çocuğunda uyku bozukluğu tanımlamıştır. Aradaki fark anlamlıdır (p=0,001) (Tablo 39).

40 yaş altı ebeveynlerin %76,3'ü (n=229), 40 yaş ve üstü ebeveynlerin %71,2'si (n=529) çocuklarında uyku bozukluğu tanımlamıştır. Aradaki fark anlamlı değildir (p>0,05) (Tablo 39).

Tablo 39: Ebeveyn Cinsiyeti ve Yaşına Göre Tanımlanan Çocukta Uyku Bozukluğu

Çocukta uyku bozukluğu	Ebeveyn cinsiyeti		Ebeveyn yaşı	
	Kadın n (%)	Erkek n (%)	40 yaş altı n (%)	40 yaş ve üstü n (%)
Var	669 (74,5)	89 (61,4)	229 (76,3)	529 (71,2)
Yok	229 (25,5)	56 (38,6)	71 (23,7)	214 (28,8)
Toplam	898 (100,0)	145 (100,0)	300 (100,0)	743 (100,0)
	$X^2 = 10,821$ p* = 0,001		$X^2 = 2,838$ p* = 0,092	

*X² testi uygulanmıştır. p<0.05 anlamlıdır.

Doktorların %72,6'sı (n=241), hemşirelerin %73,4 (n=337), diğer sağlık çalışanlarının %71,4'ü (n=180) çocuklarında uyku bozukluğu tanımlamıştır. Aradaki fark anlamlı değildir (p>0,05). Diğer ebeveyni de sağlık çalışanı olan çocuklardaki uyku bozukluğu sıklığı (n=267, %72,4) ile farklı mesleği olan çocuklardaki (n=446, %72,4) uyku bozukluğu sıklığı farklı değildir (p>0,05) (Tablo 40).

Tablo 40: Sağlık Çalışanı Ebeveynin Mesleğine Göre Çocukta Uyku Bozukluğu

Çocukta uyku bozukluğu	Ebeveyn mesleği		
	Doktor n (%)	Hemşire n (%)	Diğer n (%)
Var	241(72,6)	337(73,4)	180(71,4)
Yok	91(27,4)	122(26,6)	72(28,6)
Toplam	332(100,0)	459(100,0)	252(100,0)
	$X^2 = 0,327$ $p^* = 0,849$		

*X² testi uygulanmıştır. p<0.05 anlamlıdır.

Kız çocukların %70,5'inde (n=354), erkek çocukların %74,7'sinde (n=404) uyku bozukluğu tanımlanmıştır. Aradaki fark anlamlı değildir (p>0,05). Çocuğun yaşı ile toplam uyku ölçeği puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (r=-0,028, p=0,366) (Tablo 41).

Tablo 41: Çocuğun Cinsiyetine Göre Uyku Bozukluğu

Çocukta uyku bozukluğu	Çocuğun cinsiyeti	
	Kız n (%)	Erkek n (%)
Var	354 (70,5)	404 (74,7)
Yok	148 (29,5)	137 (25,3)
Toplam	502 (100,0)	541 (100,0)
	$X^2 = 2,268$ $p^* = 0,132$	

*X² testi uygulanmıştır. p<0.05 anlamlıdır.

Ruhsal bozukluk tanısı olan çocuklarda (n=130, %81,8), olmayanlara göre (n=627, %71,2) daha fazla uyku bozukluğu tanımlanmıştır (p=0,006). Kronik bedensel hastalık tanısı olan çocuklarda da (n=81, %81,8), olmayanlara göre (n=677, %71,7) daha fazla uyku bozukluğu tanımlanmıştır (p=0,032) (Tablo 42).

Tablo 42: Çocukta Ruhsal Bozukluk ve Bedensel Hastalık Varlığına Göre Uyku Bozukluğu

Çocukta uyku bozukluğu	Çocukta ruhsal bozukluk		Çocukta bedensel hastalık	
	Var n (%)	Yok n (%)	Var n (%)	Yok n (%)
Var	130 (81,8)	627 (71,2)	81 (81,8)	677 (71,7)
Yok	29 (18,2)	254 (28,8)	18 (18,2)	267 (28,3)
Toplam	159 (100,0)	881 (100,0)	99 (100,0)	944 (100,0)
	$X^2 = 7,629$ $p^* = 0,006$		$X^2 = 4,605$ $p^* = 0,032$	

* X^2 testi uygulanmıştır. $p < 0.05$ anlamlıdır.

4.4.9. Çocuklar için Uyku Bozukluğu Ölçeği Puanlarının Katılımcıların Salgın Süreci Deneyimlerine İlişkin Verileriyle İlişkisi

Salgın sürecinde çalışma saatleri artan sağlık çalışanlarının %73,5'i (n=230), çalışma saatleri azalan sağlık çalışanlarının %67,4'ü (n=128), çalışma saatleri değişmeyen sağlık çalışanlarının %74,1'i (n=400) çocuklarında uyku bozukluğu tanımlamıştır. Aradaki fark anlamlı değildir ($p > 0,05$) (Tablo 43).

Salgın sürecinde nöbet/vardiya usulü çalışan sağlık çalışanlarının %75,1'i (n=431), diğer sağlık çalışanlarının %69,7'si (n=327) çocuklarında uyku bozukluğu tanımlamıştır. Aradaki fark anlamlı değildir ($p > 0,05$) (Tablo 43).

Tablo 43: Sağlık Çalışanı Ebeveynin Çalışma Özelliklerine Göre Çocukta Uyku Bozukluğu

Çocukta uyku bozukluğu	Çalışma saati			Nöbet usulü çalışma	
	Artan ^a n (%)	Azalan ^b n (%)	Değişmeyen ^c n (%)	Var n (%)	Yok n (%)
Var	230 (73,5)	128 (67,4)	400 (74,1)	431 (75,1)	327 (69,7)
Yok	83 (26,5)	62 (32,6)	140 (75,9)	143 (24,9)	142 (30,3)
Toplam	313 (100,0)	190 (100,0)	540 (100,0)	574 (100,0)	469 (100,0)
	$X^2 = 3,329$ $p^* = 0,189$			$X^2 = 3,740$ $p^* = 0,059$	

* X^2 testi uygulanmıştır. $p < 0.05$ anlamlıdır.

Salgın sürecinde COVID birimlerinde çalışmış olan sağlık çalışanlarının %74,2'si (n=535), COVID birimlerinde çalışmamış olan sağlık çalışanlarının %69,3'ü (n=223) çocuklarında uyku bozukluğu tanımlamıştır. Aradaki fark anlamlı değildir (p>0,05) (Tablo 44).

Tablo 44: Sağlık Çalışanı Ebeveynin COVID-19 Birimlerinde Çalışmış Olmasına Göre Çocukta Uyku Bozukluğu

Çocukta uyku bozukluğu	COVID birimlerinde çalışma	
	Var n (%)	Yok n (%)
Var	535 (74,2)	223 (69,3)
Yok	186 (25,8)	99 (30,7)
Toplam	721 (100,0)	322 (100,0)
X ²	X ² = 2,744 p* = 0,098	

*X² testi uygulanmıştır. p<0.05 anlamlıdır.

COVID-19 enfeksiyonu geçirdiğini düşünmüş olan sağlık çalışanlarının %76,8'i (n=602), düşünmüş olmayan sağlık çalışanlarının %60,2'si (n=156) çocuklarında uyku bozukluğu tanımlamıştır. Aradaki fark anlamlıdır (p<0,001) (Tablo 45).

COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısıyla izlenmiş olan sağlık çalışanlarının %83,1'i (n=182), COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısıyla izlenmiş olmayan sağlık çalışanlarının %69,9'u (n=576) çocuklarında uyku bozukluğu tanımlamıştır. Aradaki fark anlamlıdır (p<0,001) (Tablo 45).

Tablo 45: Sağlık Çalışanı Ebeveyninde COVID-19 Geçirdiği Düşüncesi ve COVID-19 ya da Olası COVID-19 Tanısı ile İzlenmiş Olmasına Göre Çocukta Uyku Bozukluğu

Çocukta uyku bozukluğu	Ebeveynde COVID-19 geçirdiği düşüncesi		Ebeveynde COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısı	
	Var n (%)	Yok n (%)	Var n (%)	Yok n (%)
Var	602 (76,8)	156 (60,2)	182 (83,1)	576 (69,9)
Yok	182 (23,2)	103 (39,8)	37 (16,9)	248 (30,1)
Toplam	784 (100,0)	259 (100,0)	219 (100,0)	824 (100,0)
X ²	X ² = 26,865 p* <0,001		X ² = 15,171 p* <0,001	

*X² testi uygulanmıştır. p<0.05 anlamlıdır.

Pandemi sürecinde bir süre ev dışında kalan sağlık çalışanlarının %79,6'sı (n=172), evden hiç ayrılmamış olan sağlık çalışanlarının %70,9'u (n=586) çocuklarında uyku bozukluğu tanımlamıştır. Aradaki fark anlamlıdır (p=0,01). (Tablo 46).

Pandemi sürecinde bir süre ev dışında bir yerde kalmış olan çocukların ebeveynlerinin %74,4'ü (n=209), evden hiç ayrılmamış olan çocukların ebeveynlerinin %72'si (n=549) çocuklarında uyku bozukluğu tanımlamıştır. Aradaki fark anlamlı değildir (p>0,05).

Tablo 46: Salgın Sürecinde Ebeveynin Evden Ayrılığı ve Çocuğun Evden Ayrılığına Göre Çocukta Uyku Bozukluğu

Çocukta uyku bozukluğu	Ebeveynin evden ayrılığı		Çocuğun evden ayrılığı	
	Var n (%)	Yok n (%)	Var n (%)	Yok n (%)
Var	172 (79,6)	586 (70,9)	209 (74,4)	549 (72,0)
Yok	44 (20,4)	241 (29,1)	72 (25,6)	213 (28,0)
Toplam	216 (100,0)	827 (100,0)	281 (100,0)	762 (100,0)
X ²	X ² = 6,635 p* = 0,01		X ² = 0,561 p* = 0,454	

*X² testi uygulanmıştır. p<0.05 anlamlıdır.

4.5 Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar

Ebeveyn sağlık anksiyetesi ile çocuğun toplam uyku ölçeği puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki (r=0,258, p<0,001), ebeveyn sağlık anksiyetesi ile çocuğun toplam güçlük puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki saptanmıştır (r=0,206, p<0,001) Çocuğun toplam uyku ölçeği puanı ile toplam güçlük puanı arasında aynı yönde orta derecede ilişki saptanmıştır (r=0,510, p<0,001) (Tablo 47).

Tablo 47: Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonlar

Korelasyonlar*		Ebeveyn sağlık anksiyetesi puanı	Toplam güçlük puanı	Toplam uyku ölçeği puanı
Ebeveyn sağlık anksiyetesi puanı	r	1	0,206	0,258
	p		<0,001	<0,001
Toplam güçlük puanı	r	0,206	1	0,510
	p	<0,001		<0,001
Toplam uyku ölçeği puanı	r	0,258	0,510	1
	p	<0,001	<0,001	

*Spearman korelasyon testi uygulanmıştır. p<0.05 anlamlıdır.

5.TARTIŞMA

Aralık 2019'da Çin'de başlayan ve DSÖ tarafından 11 Mart 2020'de salgın (pandemi) olarak ilan edilen COVID-19 (1), kısa sürede küresel bir sağlık krizine dönüşmüştür. Etkileri halen devam etmekte olan salgın nedeniyle, DSÖ'nün 8 Mayıs 2021 tarihli son verilerine göre dünyada 156.496.592 vaka, 3.264.143 ölüm meydana gelmiştir (40). COVID-19'un bulaşma hızının ve ölüm oranlarının yüksek olmasının, salgının ne zaman sona ereceği ve aşuların etkinliği ile ilgili belirsiz durumların, salgını sınırlandırmak için alınan önlemlerin bireyleri etkilediği görülmektedir (161).

Yapılan çalışmalar COVID-19 pandemisinin toplumda, özellikle sağlık çalışanlarında olumsuz ruh sağlığı sonuçlarına yol açtığını göstermektedir (81,82,92,162–164). Pandemi sürecinde sağlık çalışanları sağlık sistemlerinin zora girmesi, normal görev yerleri dışındaki alanlarda çalışma, zorunlu izolasyon gibi durumlarla karşı karşıya kalmakta, enfekte olma ve ailelerine virüsü bulaştırma konusunda da endişe yaşamaktadırlar (7,8,76,81).

Çocuklar ise, pandemi ve doğal afet gibi travmatik durumlardan önemli ölçüde etkilenen savunmasız gruplar arasındadır (93). Bu süreçte hasta olma korkusu, izolasyon önlemleri ve okullarının kapatılması nedeniyle uzun süre evde kalma, akranlarıyla iletişim eksikliği, ebeveynlerinin stresi gibi durumların çocukların ruh sağlığını etkileyebileceği düşünülmektedir (95,99). Ebeveynleri sağlık çalışanı olan çocukların ise, pandeminin olumsuz ruhsal etkileri açısından daha fazla risk altında olduğu vurgulanmaktadır (120). Türkiye'de yapılan bir çalışmada sağlık çalışanları çocuklarında anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu, sağlık çalışanlarının kaygısı ile çocuklarının kaygısı arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmiştir (121).

Salgının yetişkinler üzerindeki etkisine ilişkin veriler mevcut olmakla birlikte, çocuklar özellikle; sağlık sektörü çalışanlarının çocuklarına olan etkileri hakkında çok az şey bilinmektedir. Mevcut çalışma, sağlık çalışanları ve çocuklarının psikolojik durumuna daha yakından bir bakış sağlamaktadır. Bu bilgiler ışığında çalışmamızın amaçları, COVID-19 pandemisi sırasında;

- 1.Sağlık çalışanlarında sağlık anksiyetesi ve ilişkili faktörleri değerlendirmek
- 2.Sağlık çalışanı çocuklarında salgının ruh sağlığı ve uyku sorunları üzerine etkilerini araştırmak

3.Salgının çocukların ruh sağlığı ve uyku sorunları üzerine olan etkilerinin ebeveynlerindeki sağlık anksiyetesiyle ilişkisini belirlemektir.

5.1.Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri:

Araştırmaya katılan sağlık çalışanı ebeveynlerin %86,1'i (n=898) kadın, %13,9'u (n=145) erkektir. Katılımcıların büyük kısmı (%65,2, n=680) 40-49 yaş aralığındaki ebeveynlerdir. Katılımcıların %94,6'sının eğitim düzeyi lisans ve üstüdür. Araştırmaya Türkiye'deki tüm bölgelerden sağlık çalışanları katılmış olup, en fazla katılımın olduğu bölge %30,6 (n=319) ile Ege bölgesidir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının büyük kısmını hemşireler (n=459, %44) ve doktorlar (n=332, %31,8) oluşturmaktadır.

5.2.Sağlık Anksiyetesi Envanterinden Elde Edilen Veriler

Sağlık anksiyetesi, kişinin fiziksel sağlığına yönelik algılanan bir tehditten kaynaklanan endişe deneyimiyle karakterizedir (150,153). Bilişsel-davranışsal modele göre sağlık anksiyetesi, bedensel hislerin ve/veya bu hislerdeki değişikliklerin hastalık, enfeksiyon veya başka bir tehdit belirtisi olarak yorumlanmasından kaynaklanmaktadır (150). Viral bir salgın söz konusu olduğunda, sağlık anksiyetesi yüksek olan kişilerin, zararsız bedensel hisleri ve değişiklikleri enfekte olduklarının kanıtı olarak yanlış yorumlamaya eğilimli olabilecekleri düşünülmektedir. Bu bağlamda, sağlık anksiyetesinin COVID-19 pandemisine tepki verme şeklini etkileyecek psikolojik faktörlerden biri olduğu belirtilmiştir (165).

Araştırmamızda sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi envanteri ortalama puanı $15,5 \pm 6,8$ (0-49) olarak saptanmıştır. Ölçeğin ülkemizde yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında sağlıklı kontrol grubunu oluşturan bireylerde ortalama puan $16,6 \pm 6,7$ olarak saptanmış olup, bizim ortalamamıza benzerdir (156).

5.2.1. Sağlık Anksiyetesi Envanteri Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda kadın sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi puanları, erkeklerden anlamlı olarak daha yüksektir. Literatürde kadınlarda sağlık anksiyetesinin erkeklerden daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar olduğu

görülmektedir (166–168). Sağlık çalışanlarının salgın sürecinde ruh sağlığı ile ilgili yapılan kapsamlı bir incelemede de, kadınlarda anksiyete belirtilerinin erkeklerden daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır (82). Kadınlarda güvenlik sağlayıcı davranışların ve endişenin erkeklerden daha fazla olduğunu bildiren araştırmaların da bulgumuzu desteklediği düşünülebilir (169,170). Cinsiyetler arasındaki bu fark, nörobiyolojik faktörlerle ilişkili olabilir (171). Öte yandan, pandemiyle birlikte kadınların sosyal yaşamda ve aile içinde yüklerinin arttığı, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin belirginleştiği düşünülmektedir (172,173). Bu bağlamda kadınların hayatta annelik rolleri ve bakım sorumluluklarının daha fazla olması, stres düzeylerinin artmasına yol açmış olabilir. Bir DSÖ raporu, sağlık çalışanlarının %70'inin hem kadın hem de ebeveyn olduğunu ortaya koymuştur (174). Ön saflarda görev yapmaları nedeniyle enfeksiyona karşı fiziksel olarak daha savunmasız olmaları, yüksek stres seviyeleri ve bunun tüm ailenin refahı üzerindeki etkisi nedeniyle kadın sağlık çalışanlarının ruh sağlığına önem verilmesi gerektiği vurgulanmıştır (175).

Araştırmamızda, 40 yaş altında olan sağlık çalışanlarıyla 40 yaş ve üstü olan sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde, sağlık anksiyetesi ile yaş arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar olduğu görülmektedir (166,168). Salgın sırasında ülkemizde yapılan bir çalışmada bulgumuza paralel olarak annelerdeki sağlık anksiyetesinin yaşla ilişkisi olmadığı saptanmıştır (176). Landi ve arkadaşları ise araştırmalarında genç yaşta olmanın daha yüksek sağlık anksiyetesi sonuçlarıyla anlamlı ancak zayıf bir ilişkisi olduğunu bildirmişlerdir (177). Yıldırım ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarıyla yaptıkları bir çalışmada, genç yaşta olanlarda sağlık anksiyetesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonucu, çalışmanın salgının başladığı ilk aylarda yapılmasından dolayı genç yaşta olanların bilgi ve deneyim eksikliğinin sağlık anksiyetelerini olumsuz etkilemiş olabileceği şeklinde yorumlamışlardır (167). Çin'de yapılan bir çalışmada, bilgi eksikliğinden kaynaklanan mesleki maruziyetle ilgili endişelerin 30 yaş altındaki sağlık çalışanlarında daha fazla olduğu görülmektedir (81). Araştırmamızın 8-15 yaş arası çocuğu olan sağlık çalışanlarında yürütülmüş olması nedeniyle katılımcıların büyük çoğunluğu (n=977, %93,7) 30-49 yaş aralığındaki ebeveynlerdir. Mesleki deneyimi az olan genç ebeveynler ile COVID-19'a daha duyarlı olduğu bilinen daha ileri yaştaki ebeveynlerin sayısının azlığı uygun

karşılaştırma yapmayı engellemiştir.

Literatürde salgınlarla ilgili yapılan çalışmalar, hemşirelerin olumsuz ruh sağlığı sonuçları açısından diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazla risk altında olduğunu bildirmiştir (82,83,212–217). Hemşirelerde anksiyete belirtilerinin doktorlara ve diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (82,83,182,184). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde hemşirelerin sağlık anksiyetesi puanları hem doktorlar hem de diğer sağlık çalışanlarının puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir. Hemşirelerin çalışma koşullarının daha ağır olması, hastaların tedavisinde aktif rol almaları nedeniyle enfekte olma risklerinin fazla olduğu (185) düşünüldüğünde sağlık anksiyetelerinin daha fazla olması beklediğimiz bir bulgudur.

Önceden ruhsal bozukluğu olan sağlık çalışanlarının salgın sürecinde olumsuz ruh sağlığı sonuçları açısından risk altında olduğu belirtilmektedir (185,186). Geçmişte veya halen ruhsal bozukluğu olanlarda sağlık anksiyetesinin daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (168,187). Sağlıkla ilgili kaygıların panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve özgül fobi gibi ruhsal bozuklukların bir parçası olarak görülebileceği de bilinmektedir (188). Çalışmamızda da geçmişte ve/veya şimdi ruhsal bozukluğu olan sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi puanları, ruhsal bozukluğu olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir. Araştırmamızda sağlık çalışanlarında hangi ruhsal bozukluk tanılarının olduğu sorgulanmamış olsa da, özellikle bedensel belirtilere duyarlılığın arttığı anksiyete bozuklukları gibi tanıların bu sonuca yol açmış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda kronik hastalığı olan sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi puanları, olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir. Bu bulgu, literatürde; kronik hastalığı olan bireylerde sağlık anksiyetesi (167,168,189) ve olumsuz ruh sağlığı sonuçlarının daha fazla olduğunu (185) bildiren diğer çalışmalarla uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Ayrıca kronik hastalığı olan kişilerde COVID-19'un daha ciddi seyrettiği ve ölüm oranının daha fazla olduğu belirtilmektedir (51). Bu nedenle kronik hastalığı olan sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetelerinin kronik hastalığı olmayanlardan daha yüksek olarak bulunmuş olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda çocuğun yaşı ile ebeveynin sağlık anksiyetesi puanı arasında ilişki saptanmamıştır ($r=-0,022$, $p=0,485$). Salgın döneminde 6-18 yaş aralığında

çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada çocuğu daha küçük yaşta olan ebeveynlerde, içselleştirme sorunlarının daha yüksek seviyelerde olduğu belirtilmiştir (190). H1N1 pandemisi sırasında yapılan bir çalışmada, virusla enfekte olma ve başkalarına bulaştırma konusunda en çok endişeli olan kişilerin küçük çocuklu olanlar olduğu saptanmıştır (191). Araştırmamızdaki çocukların 8-15 yaş aralığında olması ve okul öncesi çocuk yaş grubunun dahil edilmemesi nedeniyle anlamlı ilişki saptanmamış olabilir.

Çalışmamızda, çocukta ruhsal bozukluk varlığı açısından değerlendirildiğinde ebeveynlerin sağlık anksiyetesi puanları farklılık göstermemiştir. Salgın sürecinde yapılan bir çalışmada, zihinsel yetersizliği olan çocukların ebeveynlerinin stres seviyelerinin, ruhsal bozukluğu olmayan çocukların ebeveynlerinden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (192). Ersoy ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, çocuğunda otizm spektrum bozukluğu olan annelerin sağlık anksiyetesi, çocuğunda ruhsal bozukluk olmayan annelerden daha yüksek olarak saptanmıştır (176). Bu durum, zihinsel yetersizliği veya otizm spektrum bozukluğu gibi özel gereksinimleri olan çocukların ailelerine olan bağımlılıklarının daha fazla olmasıyla açıklanabilir (193–195). Araştırmamızda, çocuklardaki ruhsal bozukluklar sınıflandırılarak değerlendirilmediği için anlamlı farklılık bulunamamış olabilir.

Çalışmamızda çocuğunda kronik bedensel hastalık olan sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi puanları olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Salgın sürecinde yapılan bir çalışmada, çocuğunda kronik hastalık bulunan annelerin anksiyete düzeylerinin sağlıklı çocuğu olan annelere göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (196). Çalışmamızla uyumlu olarak, yapılan çalışmalarda kronik hastalığı veya özel gereksinimi olan çocukların ebeveynlerinin pandemi sürecinde olumsuz ruh sağlığı sonuçları açısından daha fazla risk altında olduğu belirtilmektedir (192,197). Kronik hastalığı olan çocukların bakım sorumlulukları olan ebeveynlerine sağlıklı çocuklardan daha fazla ihtiyacı olduğu düşünüldüğünde, özellikle viral bir salgın söz konusuysen ebeveynlerinin kendi sağlıklarıyla ilgili endişeleri artmış olabilir.

5.2.2. Sağlık Anksiyetesi Envanteri Puanlarının Katılımcıların Salgın Süreci Deneyimleriyle İlişkinin Değerlendirilmesi

Araştırmamızda sağlık çalışanlarının çalışma koşullarıyla sağlık anksiyetesi puanları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Çalışmamızda salgın sürecinde çalışma saatleri azalan sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi puanları, çalışma saatleri artan ve değişmeyen iki gruba göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Chen ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, haftalık çalışma saatlerinin anksiyete ve depresyon insidansını etkilemediğini; ancak artan subjektif iş yükünün anksiyete ve depresif belirtilere yol açabileceğini belirtmişlerdir (198). Ebay ve ark. araştırmalarında, salgında ön safta çalışan sağlık çalışanlarında çalışma saatlerinin anksiyete ilişkili olduğunu saptamışlardır (199). Hacimusalar ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada, çalışma saatleri artan sağlık çalışanlarında kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (184). Bizim araştırmamızda da, çalışma saatleri azalan sağlık çalışanlarının mesleki maruziyetlerinin ve enfekte olma risklerinin azalmış olması, fiziksel sağlıklarını tehdit eden işle ilgili stresörlerden daha uzak kalmış olmaları nedeniyle sağlık anksiyeteleri daha düşük bulunmuş olabilir.

Çalışmamızda nöbet/vardiya usulü çalışan sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi puanları, nöbet tutmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Xing ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, gece vardiyası şeklinde çalışmanın sağlık çalışanlarında anksiyete için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (81). Moreno ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde, sağlık çalışanlarında nöbet usulü şeklinde çalışmanın anksiyete ve depresif belirtilerle ilişkili olduğu saptanmıştır (200). Bulgumuzun literatürdeki çalışmalarla uyumlu olduğu görülmektedir. Nöbet tutan hekimler nöbet ertesinde normal mesaiye devam etmekte, vardiya usulü çalışan hemşire ve diğer sağlık personeli ise genellikle 12 veya 24 saatlik uzun sürelerle çalışmaktadırlar. Bu durumun hem fiziksel ve ruhsal yorgunluğa yol açması hem de temas ve bulaş riskini arttırması nedeniyle sağlık anksiyetesinde artışa yol açabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, COVID-19 birimlerinde çalışmış olan sağlık çalışanlarıyla çalışmayan sağlık çalışanlarının sağlık anksiyetesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Enfekte hastalarla temasın ruh sağlığı sonuçlarıyla ilişkili olmadığını söyleyen çalışmalar olduğu gibi (69,87,90,201), enfeksiyon riski yüksek

birimlerde çalışmanın sağlık çalışanlarında ruhsal bozuklukla ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (67,183,185,202). Bu farklılık, araştırmaların zamanlamasıyla da açıklanabilir. Önceki salgınlarla ilgili bir çalışma, anksiyete gibi psikolojik belirtilerin salgının evresine de bağlı olduğunu belirtmiştir (203). Sağlık çalışanlarının SARS hakkında kademeli olarak daha fazla şey öğrendikten ve enfekte hastaların tedavisi ve bakımında klinik deneyim elde ettikten sonraki süreçte psikolojik olarak uyum sağlamış oldukları düşünülmüştür (204). COVID-19 birimlerinde çalışan sağlık çalışanlarında enfekte hastalarla ilk kez karşılaşma, hastalığın tedavisine yönelik protokollerdeki belirsizlikler, ağır koruyucu ekipman giyerek çalışma gibi faktörlerin salgının ilk zamanlarında anksiyete belirtilerini daha fazla tetikleyeceği düşünülebilir. Araştırmamız salgının ileri aşamasında, Ağustos 2020-Ekim 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Sağlık çalışanlarının bu süreç içerisinde COVID-19 temas riski ile ilgili durumlar konusunda deneyim kazanmış olmaları, koruyucu ekipmanlara daha kolay ulaşabilmeleri, tedavi protokollerinin belirsizliğinin azalmış olmasıyla birlikte, zamana bağlı olarak sürece psikolojik uyum sağlamış olmaları söz konusu olabilir. Örneğimizde ülkemiz sınırları içerisindeki farklı illerde ve kurumlarda çalışan sağlık çalışanlarından oluşması da göz önünde bulundurulmalıdır. Pandeminin yoğunluğu, COVID-19 birimlerindeki çalışma şartları gibi faktörlerin illere ve çalışılan kuruma bağlı değişkenlik gösterebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Öte yandan COVID-19 birimlerinde çalışılan süre de araştırmamızda değerlendirilmemiştir. Bu nedenlerle bu bulgu yorumlanırken dikkatli olunmalıdır. COVID-19 birimlerinde çalışmanın sağlık çalışanlarında sağlık anksiyetesiyle olan ilişkisini anlamak için homojen örneklerde, iş yoğunluğunun da detaylı değerlendirildiği araştırmalar daha net sonuçlar sağlayabilir.

Araştırmamızda, COVID-19 enfeksiyonu geçirdiğini düşünmüş olan ebeveynlerin sağlık anksiyetesi puanları, diğerlerinden anlamlı olarak daha yüksektir. Sağlık anksiyetesi yüksek bireylerin bedensel hisleri ve duyguları yanlış yorumlamalarında viral bir salgın döneminde artış olabileceği düşünülebilir (165). Benzer şekilde Gallagher ve ark. çalışmalarında, COVID-19 enfeksiyonu geçirdiğini düşünmüş olmanın anksiyete düzeyleri ile anlamlı ilişkisini göstermişlerdir (205). Başka bir çalışmada da COVID-19'la enfekte olma ihtimalinin daha düşük olduğuna

inanarak sağlık alışanlarında anksiyete belirtilerinin çok daha az olduğu saptanmıştır (200). Bulgumuzun literatürle uyumlu olduğu dűřünölmektedir.

Yapılan bir alışma, COVID-19 tanısı almış olmanın anksiyete ve depresif belirtilerle ilişkili olduğunu; COVID-19 ile ilişkili algılanan stresin sağlık anksiyetesini önemli ölçüde yordadığını göstermiştir (205). Benzer şekilde alışmamızda, COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısıyla izlenmiş olan sağlık çalışanı ebeveynlerin sağlık anksiyetesini puanları, bu durumla karşılaşmayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir. Ölümcül sonuçları olabilen bir virüsle enfekte olmanın yanı sıra viral enfeksiyon sırasında gelişen biyolojik değişikliklerin de anksiyeteyle ilişkili olması olasıdır. SARS-CoV-2 ile enfekte kişilerde IL-6 (İnterlökin-6), TNF- α (Tümör Nekrozis Faktör- α), CRP (C-Reaktif Protein) gibi proinflatuar sitokinlerin artabildiği hatta sitokin fırtınası ortaya çıkabileceği bilinmektedir (206). Salgın etkeninin inflamatuvar mekanizmalarla psikiyatrik tabloları tetiklemesi viral pandemilerin yol açtığı ruhsal bozuklukların etiyolojisinde araştırılan bir konudur (207,208). COVID-19 tanısıyla sağlık anksiyetesini arasındaki ilişkiyi açıklayabilecek bir diğer olasılık da bedensel belirtilere daha duyarlı olan sağlık anksiyetesini yüksek katılımcıların daha sık test yaptırılmaları olabilir. Böylelikle, asemptomatik veya nonspesifik belirtileri olan bu sağlık alışanlarında tesadüfen COVID-19 pozitifliği saptanmış olabilir. Ancak araştırmamızda katılımcıların sık test yaptırıp yaptırmadıkları ya da o dönemdeki enfeksiyon bulguları sorgulanmamıştır.

Sağlık çalışanlarıyla yapılan alışmalar, COVID-19 tanısı almış yakını olan kişilerin olumsuz psikolojik sonuçlar açısından risk altında olduğunu belirtmiştir (183,185). Araştırmamızda COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısı ile izlenmiş yakını olan sağlık çalışanı ebeveynlerin sağlık anksiyetesini puanları, olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir. Özdin ve arkadaşlarının genel nüfusta yaptıkları bir çalışmada, COVID-19 tanısı almış yakını olanlar ve olmayanlar arasında sağlık anksiyetesini açısından anlamlı fark bulunmamışken; anksiyete ve depresyon puanları açısından anlamlı bir ilişki saptanmıştır (168). Genel nüfusta yapılan başka bir çalışmada da, COVID-19 tanısı almış yakını olanların sağlık anksiyetesini ile COVID-19 tanısı alan yakını olmayanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (187). Gallagher ve arkadaşlarının çalışmasında ise, COVID-19 tanısı almış birini tanımanın anksiyete ve depresif belirtilerle önemli ölçüde ilişkili olmasının yanı sıra, COVID-19 ile ilişkili

algılanan stresin sağlık anksiyetesinin güçlü bir öngörücüsü olduğu bildirilmiştir (205). Sağlık çalışanlarının çevrelerinde COVID-19 tanısı almış kişi sayısı (örneğin; iş arkadaşları) genel nüfusa göre daha fazla sayıda olabilir. Mesleki maruziyetleri gereği yakın çevrelerinden çok sayıda kişinin enfekte olması onların sağlık anksiyetelerini arttırmış olabilir. Çalışmalardaki bulguların farklı olması, örneklemelerin genel nüfustan ya da sağlık çalışanlarından oluşmasıyla ilgili olabileceğini düşündürse de bu konuyla ilgili karşılaştırmalı çalışmalar daha aydınlatıcı olabilir.

Araştırmamızda pandemi döneminde, evinden ayrı kaldıkları bir dönem olan sağlık çalışanı ebeveynlerin sağlık anksiyetesi puanları, evinden hiç ayrı kalmamış olanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde salgın sürecinde sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada, evinden ayrı kalmış olmanın olumsuz psikolojik sonuçlarla ilişkili olduğu bildirilmiştir (209). Sağlık çalışanı ebeveynlerin evlerinden ayrı kalma nedenleri çalışmamızda değerlendirilmemiştir. Bir kısmı enfekte biriyle yakın temaslarının olması ya da COVID-19 tanısı almış olmaları nedeniyle karantina amaçlı evden ayrılmış olabilir. Bunun dışında özellikle COVID-19 servislerinde aktif olarak çalışan sağlık çalışanları da ev halkını enfeksiyondan korumak için evden ayrılmış olabilir. Özellikle sağlık anksiyetesi yüksek katılımcıların kendilerini daha yüksek risk altında hissetmesi nedeniyle daha sıklıkla evden ayrıldıkları düşünülebilir.

Çalışmamızda, pandemi döneminde çocukları bir süre ev dışında bir yerde kalmış olan sağlık çalışanları ile çocukları hiç evden ayrılmamış olanların sağlık anksiyetesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde bu konuyu değerlendiren bir çalışmaya ulaşılammıştır. Ancak, salgın başından itibaren okullarda yüz yüze eğitime büyük oranda ara verildiği göz önüne alındığında, ebeveynleri çalışan bu çocukların bir kısmının bu dönemi ev dışında -örn. büyük ebeveynlerin yanında- geçirmiş olması olasıdır. Bu durumun doğrudan salgınla ilişkili olmaması nedeniyle anlamlı farklılık saptanmamış olabilir.

5.3.Güçler ve Güçlükler Anketinden Elde Edilen Veriler

Güçler ve Güçlükler Anketi, çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların taranmasında kullanılan bir ölçektir. Araştırmamızda GGA'nın yalnızca ebeveyn formu kullanılmış ve sağlık çalışanı ebeveyn tarafından doldurulmuştur. Çalışmamızda çocukların

ortalama duygusal sorunlar alt ölçek puanı $2,9 \pm 2,2$ (0-10), davranış sorunları alt ölçek puanı $1,8 \pm 1,5$ (0-8), dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik alt ölçek puanı $3,7 \pm 2,4$ (0-10), akran sorunları alt ölçek puanı $2,6 \pm 1,8$ (0-10), sosyal davranışlar alt ölçek puanı $7,7 \pm 1,9$ (0-10) ve toplam günlük puanı $11,1 \pm 5,8$ (0-31) olarak saptanmıştır. Bu bulguların, COVID-19 pandemisi sırasında evde karantinada olan (210) ve koruma altındaki çocuklarla yapılan (211) çalışmaların sonuçlarıyla benzer olduğu görülmektedir.

5.3.1. Güçler ve Güçlükler Anketi Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda çocukların Güçler ve Güçlükler Anketi alt ölçek puanları ve toplam günlük puanları yanıtlayan sağlık çalışanının cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemiştir. Bununla birlikte, ebeveyni 40 yaş altında olan çocukların dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik alt ölçek puanları ve toplam günlük puanları, ebeveyni 40 yaş ve üstünde olan çocuklardan anlamlı olarak daha yüksektir. Duygusal sorunlar, davranış sorunları, akran sorunları ve sosyal davranışlar alt ölçek puanları açısından ise 40 yaş altı ebeveyni olan çocuklar ile 40 yaş üstü ebeveyni olanlar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Literatürde ebeveyn yaşının çocuğun ruh sağlığına etkileri ile ilgili farklı sonuçlar olduğu görülmektedir (192,212,213). Salgın sırasında yapılan bir çalışmada, ebeveyn yaşı ile çocukların duygusal ve davranışsal sorunları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (192). Yapılan bazı çalışmalar, salgınla birlikte ebeveynlerin tükenmişlik yaşadığını (118), ebeveyn stresinin arttığını, bu durumun da çocukların ruh sağlığına olumsuz etkileri olabileceğini bildirmişlerdir (111,175). Pandemi öncesinde yapılan bir çalışma, genç ebeveynlerin daha fazla duygusal tükenmişlik yaşadığını ortaya koymuştur (214). Pandemi döneminde Singapur'da yapılan bir araştırmada, ebeveyn stresinin genç yaşta anne-babalarda daha fazla olduğu, ebeveyn stresinin yüksek olmasının da ebeveyn-çocuk ilişkisini olumsuz etkilediği ve sert ebeveynlikle ilişkili olduğu saptanmıştır (215). Çalışmamızda da genç yaşta ebeveynlerin salgın sürecinin aile içi uyuma ve çocuklara olan etkilerini yönetmek konusunda daha çok zorluk yaşamış oldukları düşünülebilir. Bu durum da çocukların ruh sağlığını olumsuz etkilemiş olabilir. Bulgumuzu açıklayabilecek bir diğer etmen de genç ebeveynlerin çocuklarının da

muhtemelen daha küçük yaşta olmasıdır. Küçük yaştaki çocuklarda DEHB (Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu) belirtilerinin daha fazla olduğu bilinmektedir (216).

Doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık çalışanı çocuklarının Güçler ve Güçlükler Anketi duygusal sorunlar ve sosyal davranışlar alt ölçek puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. Davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, akran sorunları alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanları ise gruplar arasında anlamlı olarak farklıdır. Hemşirelerin çocuklarının puanları hem doktorlar hem de diğer sağlık çalışanlarının çocuklarının puanlarından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ülkemizde Şahin ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada hekimlerin çocuklarının yaygın anksiyete puanları, diğer sağlık çalışanlarının çocuklarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (121). Bu çalışmada hemşireler sayıca az olmaları nedeniyle diğer sağlık çalışanları grubuna dahil edilmiştir. Literatürde sağlık çalışanı ebeveynin meslekleriyle çocukların duygusal ve davranışsal sorunları arasındaki ilişkiyi değerlendiren başka bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Salgından önce 4-5 yaşlarındaki çocuklarla yapılan bir çalışmada, ebeveynlerin iş kalitelerinin çocuklarındaki duygusal ve davranışsal güçlüklerle anlamlı ilişkisi bildirilmiştir (217). Ebeveynlerin mesleklerinin çocukların ruh sağlığıyla olan ilişkisinde iş kalitesiyle birlikte, ailenin gelir düzeyi, işle ilgili stresörlerin ebeveyn stresine olan etkisi gibi bir dizi faktör çok yönlü rol oynayabilir (218–221). Sağlık personelleri içinde hastalarla en fazla iletişime giren ve onlarla zaman geçiren profesyoneller hemşirelerdir (222). Türk Hemşireler Derneği'nin yayınladığı COVID- 19 mevcut durum analizi raporuna göre, hasta yoğunluğu nedeniyle farklı kliniklerde çalışan hemşirelerin pandemi kliniklerinde görevlendirilmelerine rağmen oryantasyonlarının sağlanmaması, kişisel koruyucu ekipman yetersizliği, mesai saatlerinin 12 ya da 24 saat kesintisiz çalışacak şekilde planlanması, dinlenme molalarının yetersizliği ya da yokluğu, çocuklarının bakımı için izin almada yaşadıkları sorunlar hemşirelerin sıklıkla yaşadıkları güçlüklerdir (223). Hemşire çocuklarında saptadığımız ruhsal sorunlar, bu olumsuz koşullarda çalışan ebeveynlerin güçlüklerine paralel olarak gelişmiş olabilir.

Çocukların ruh sağlığına etkileri olan faktörlerden birinin ebeveyninin ruh sağlığı olduğu bilinmektedir (224). Çalışmamızda ebeveyninde geçmişte ve/veya

şimdi ruhsal bozukluk olan çocukların akran sorunları alt ölçek puanları, ebeveyninde ruhsal bozukluk öyküsü olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Diğer alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanları ise gruplar arasında farklılık göstermemiştir. Tso ve arkadaşlarının salgın sürecinde yaptıkları bir çalışmada, ebeveyninde ruhsal bozukluk tanısı bulunan çocukların duygusal ve davranış sorunlarının ebeveyninde ruhsal bozukluk olmayan çocuklardan daha fazla olduğunu saptamışlardır (192). Yapılan çalışmalar, ebeveynin ruh sağlığı semptomlarının çocuklar üzerindeki etkisinin çok yönlü olduğunu (225), pozitif ebeveyn-çocuk ilişkilerinin koruyucu faktör olduğunu vurgulamıştır (226). COVID-19 salgınıyla birlikte ebeveynlerin stresinin, bakım yüklerinin artabileceği ve bunun da çocuklardaki duygusal sorunlara ve davranış sorunlarına yol açabileceği söylenmektedir (12). Salgın sürecinde bu konuda daha kapsamlı araştırmaların ebeveynlerin duruma ilişkin bireysel algıları, baş etme mekanizmaları, ebeveynlik uygulamalarının çocukların ruh sağlığına olan etkilerine odaklandığı görülmektedir (111,117,119). Çalışmamızda bu faktörler, salgın sürecindeki ebeveyn stresi ve çocukların ruh sağlığı üzerinde etkili olabilecek ebeveynin ruhsal bozukluğun niteliği ve şiddeti gibi ölçütler değerlendirilmemiştir. Gelecekte bu ölçütleri de değerlendiren daha fazla sayıda kapsamlı çalışmalar yapılabilir.

Yapılan bazı çalışmalar, ebeveyninde kronik hastalık varlığının çocukların ruh sağlığına etkileri olabileceğini göstermiştir (227,228). Çalışmamızda ise, ebeveyninde kronik hastalık olan çocuklar ile ebeveyninde kronik hastalık olmayan çocukların Güçler ve Güçlükler Anketi puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. Tso ve ark. salgın sürecinde yaptıkları bir araştırmada, ebeveyninde kronik hastalığı olan çocukların duygusal ve davranışsal sorun skorlarının, sağlıklı ebeveyni olan çocuklardan anlamlı olarak daha yüksek olduğunu saptamışlardır (192). Ebeveynlerin fiziksel hastalığının çocuğun ruh sağlığına olan etkisinde; ebeveynlik becerileri, aile uyumu, aile içi ilişkilerin çok daha belirleyici olduğu söylenmektedir (229). Bu bağlamda, fiziksel hastalığı olan ebeveynin, bu hastalıkla ilgili algısı, nasıl başa çıktığı, çocuklarının gelişimsel ihtiyaçlarını karşılamaya devam edip etmediği gibi faktörler de çocukların ruh sağlığı üzerinde önemli rol oynayabilir. Ayrıca, çalışmamızın örneklemini sağlık çalışanı ebeveynlerin oluşturduğu düşünüldüğünde, fiziksel hastalıklarıyla başa çıkma konusunda ve hastalığın aile uyumuna olan etkisini

yönetmek konusunda genel nüfusa göre daha iyi oldukları düşünülebilir. Buna ek olarak, ebeveynin kronik hastalığının çocuklardaki etkisi değerlendirilirken bilgi kaynağının önemli olduğu belirtilmektedir. Buna göre, kronik hastalığı olan ebeveynlerin çocukları kendilerinde daha fazla semptom bildirirken, ebeveynler tarafından çocuklarda daha az sorun tanımlanmaktadır (229). Bu nedenle, sonuçlarımız yorumlanırken çalışmamızda sadece ebeveynlerden alınan bilgilerin değerlendirildiği göz önünde bulundurulmalıdır.

Literatürde salgın öncesinde yapılan çalışmalar, çocuk ve ergenlerde dışsallaştırıcı sorunların erkeklerde kızlardan daha fazla (230–233) olduğunu bildirmiştir. Duygusal zorluklar gibi içselleştirici sorunların ise kızlarda erkeklerden daha fazla (233) veya her iki cinsiyette benzer (230,231) oranlarda görüldüğü saptanmıştır. Araştırmamızda erkek çocuklarının dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanları, kızlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Diğer alt ölçek puanlarında ise cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmamıştır. DEHB'nin (Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu) erkek çocuklarda kız çocuklarına göre daha yüksek oranda görüldüğünü bildiren kapsamlı incelemeler (216,234,235) bulgumuzla uyumlu olup, saptanan bu farklılık pandemi etkisinden bağımsız şekilde beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda çocuğun yaşı ile Güçler ve Güçlükler Anketi dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik alt ölçeği puanı arasında ters yönlü zayıf ilişki ($r=-0,165$, $p<0,001$) saptanmıştır. Çocuklarda, gelişimleri boyunca DEHB semptomlarının profilinde karakteristik değişiklikler meydana geldiği ve DEHB prevalansının yaşla birlikte azaldığı bilinmektedir. Çok küçük çocukların hiperaktivite ve dürtüsel davranışlar gibi dışsallaştırıcı belirtiler gösterme olasılığı daha yüksekken, orta çocukluk döneminde dikkat eksikliği belirtilerinin daha belirgin hale geldiği ve bunun geç ergenlikte devam etme eğiliminde olduğu bildirilmiştir (216). Çalışmamızda saptadığımız artan yaşla dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt ölçeği puanındaki azalmanın, salgın etkisinden bağımsız şekilde DEHB'nin klinik görünümüyle uyumlu olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda çocuğun yaşı ile Güçler ve Güçlükler Anketi akran sorunları alt ölçeği puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki saptanmıştır ($r=-0,111$, $p<0,001$). Liu ve ark. tarafından salgın döneminde yapılan bir çalışmada, akran sorunları 10-12 yaşları arasındaki çocuklarda 7-9 yaş arasında olanlara göre daha fazla; olumlu sosyal

davranışlar ise daha az olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada, toplam güçlük puanları ve diğer alt ölçek puanları açısından yaş grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (210). Salgın döneminde 7-17 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlerle yapılan bir çalışmada akran sorunlarının yaşla birlikte arttığı, duygusal ve davranışsal sorunlar ve toplam güçlük puanlarının ise artan yaşla birlikte azalma eğiliminde olduğu bildirilmiştir (236). Salgın döneminde 5-17 yaş aralığındaki çocuklarla yapılan bir çalışmada, katılımcıların duygusal ve davranışsal sorunlarına yaş faktörünün çok az etkisi olduğu bildirilmiştir (237). Salgın döneminde yapılan başka bir çalışmada 8-18 yaş aralığında çocukların Güçler ve Güçlükler Anketi alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanlarında yaş açısından anlamlı fark saptanmamıştır (211). Çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarının yaşlarıyla olan ilişkisinde farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Salgın bağlamında çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarının yaşla olan ilişkisini değerlendiren büyük ölçekli ve kapsamlı daha fazla sayıda araştırmanın gerekli olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda, ruhsal bozukluk tanısı olan çocukların duygusal sorunlar, davranış sorunları, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, akran sorunları alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanları; ruhsal bozukluğu olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir. Sosyal davranışlar alt ölçek puanı ise, ruhsal bozukluğu olan çocuklarda olmayanlardan anlamlı olarak daha düşüktü. Benzer şekilde, Bentenuto ve ark. çalışmalarında nörogelişimsel bozukluğu olan çocukların hem salgın öncesinde hem salgın sırasında dışsallaştırıcı davranışlarının ruhsal bozukluğu olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğunu saptamışlardır (238). Ayrıca salgın sürecinde, önceden ruhsal bozukluğu olan çocukların diğer çocuklara göre olumsuz psikolojik sonuçlar açısından da daha fazla risk altında olduğu vurgulanmaktadır (98,128,239–241). Önceden duygusal ve davranışsal soruları olan çocukların ebeveynleri, özellikle günlük kişisel ve mesleki sorumluluklarını yerine getirmeye çalışırken, salgın süresi boyunca çocuklarını evde yönetmekte zorlandıklarını bildirmişlerdir (242). Nonweiler ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada ise DEHB, otizm gibi nörogelişimsel bozuklukları olan çocukların pandemiden daha fazla etkilendiği; duygusal, davranışsal sorunlarının arttığı, olumlu sosyal davranışların azaldığı bildirilmiştir (243). Araştırmamızda da benzer şekilde, ruhsal bozukluğu olan çocukların duygusal ve davranışsal sorunları diğer çocuklardan anlamlı olarak daha yüksektir. GGA'nın çocuk ve ergenlerde ruhsal

belirtilerin taranması amacıyla geliştirilmiş bir ölçek olması nedeniyle, ruhsal bozukluğu olan çocukların puanlarının diğerlerinden farklı olması beklenen bir sonuçtur.

Literatürde, çocuklarda kronik fiziksel hastalığa sahip olmanın, duygusal ve davranışsal sorunlar açısından risk faktörlerinden biri olduğunu bildiren çalışmaların yanı sıra, (244,245) kronik hastalığın ruhsal belirtilere etkisinin az olduğunu belirten araştırmalar da olduğu görülmektedir (245,246). Salgın öncesi yapılan epidemiyolojik bir çalışmada, kronik hastalığı olan çocuklarda duygusal sorunlar, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik, akran sorunlarının sağlıklı çocuklardan daha fazla olduğu, davranış sorunları açısından iki grup arasında anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır (244). Salgın sürecinde Tso ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise, kronik fiziksel hastalığı olan çocukların duygusal sorunlar ve akran sorunları alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanlarının, sağlıklı çocuklardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (192). Benzer şekilde bizim çalışmamızda, kronik bedensel hastalığı olan çocukların duygusal sorunlar, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik alt ölçek puanları ile toplam güçlük puanları, olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksektir. Diğer alt ölçek puanları ise iki grup arasında farklı değildi. Salgın sürecinde, kronik hastalıkları olan çocuklarda COVID-19 enfeksiyonun daha ciddi seyredebileceği belirtilmektedir (247). Fiziksel hastalığı olan çocukların salgınla değişen yaşam koşullarına uyum sağlamakta daha fazla zorlandıkları, daha fazla kısıtlamaya maruz kaldıkları, hastalıkları nedeniyle sağlıklı çocuklara göre duygusal anlamda daha fazla güçlük yaşadıkları düşünülebilir. Çalışmamızda çocukların duygusal ve davranışsal sorunları etkileyebilecek aile işlevleri, kronik hastalıklarının niteliği, şiddeti, işlevselliklerine etkisi ve süresi değerlendirilmemiştir. Bu bağlamda hastalıkla ilişkili sıkıntıların etkilerine aracılık eden faktörlerin de değerlendirildiği daha kapsamlı araştırmalar yararlı olabilir.

5.3.2. Güçler ve Güçlükler Anketi Puanlarının Katılımcıların Salgın Süreci Deneyimleriyle İlişkisinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, salgın sürecinde çalışma saati değişikliğine göre sağlık çalışanlarının çocuklarının sosyal davranışlar alt ölçek puanları anlamlı farklılık göstermiştir. Çalışma saatleri artan ebeveynlerin çocuklarının sosyal davranışlar alt

ölçek puanı çalışma saatleri azalan ebeveynlerin çocuklarından anlamlı düzeyde yüksek olarak bulunmuştur. Diğer alt ölçek puanları ve toplam günlük puanlarında gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. Salgın öncesinde yapılan bir çalışmada annenin iş yoğunluğu ve çalışma saatlerinin okul çağındaki çocukların davranışsal sorunları üzerinde etkisinin çok az olduğu saptanmıştır (248). Başka bir çalışmada da annelerin çalışma saatlerinden ziyade, iş kalitelerinin çocukların ruh sağlığıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (217). Yapılan bir çalışmada, İspanya'daki kapanma sürecinde çocukların sosyal davranışlar davranışlarında artış olduğu gözlenmiş, olumsuz koşullar olduğunda bile pozitif bir uyum içerisinde olabilecekleri bildirilmiştir (111). Öte yandan başka bir araştırmada, salgın döneminde kaygı düzeyi ve sorumluluk hissi daha yüksek olan ergenlerin sosyal davranışlarının arttığı, bunu da en çok arkadaş, akraba ve komşulara destek olmak ve karantinadaki yakınlarla hediye vermek şeklinde gerçekleştirdikleri belirlenmiştir. Bu tür yardımlaşma davranışlarının altında yatan motivasyonun kriz dönemlerinde kişinin kendi sıkıntısını azaltma, başkalarına yardım ederken kendi stresli durumundan uzaklaşma, kontrol duygusunu yeniden kazanma olabileceği öne sürülmüştür (249). Bu bilgiler göz önüne alındığında, salgın döneminde her zamankinden fazla süreyle ve risk altında çalışan sağlıkçıların çocuklarında daha yüksek düzeyde saptadığımız sosyal davranışlar, empati ve başkalarına yardım etme eğilimi bir tür travma sonrası büyüme görüngüsü olarak değerlendirilebilir.

Nöbet/vardiya usulü çalışan ve çalışmayan sağlık çalışanları çocuklarının Güçler ve Güçlükler Anketi puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Salgın öncesinde yapılan kapsamlı bir inceleme, ebeveynlerin düzensiz çalışma saatlerinin genel olarak çocukların ruhsal durumuna önemli ölçüde etkisinin olmadığını, ancak okul öncesi çocukların duygusal ve davranışsal iyilik hali üzerine daha büyük etkisi olduğunu bildirmiştir (250). Salgın sürecinde 3-6 yaş arası çocukların daha büyük yaştaki çocuklara göre ailelerinden ayrılmaktan daha çok korktukları bildirilmiştir (2). Çalışmamızın örnekleme 8-15 yaş arasındaki çocuklardan oluşmaktadır; ebeveynlerinin nöbet usulü çalışmalarından okul çağındaki çocukların ruhsal anlamda etkilenmemiş oldukları düşünülebilir. Öte yandan, salgın öncesi çalışma koşullarına dair bir veri toplanmamış olsa da, araştırma grubumuzu oluşturan sağlık çalışanı ebeveynlerin salgın öncesinde de benzer şekilde çalıştıkları düşünülmektedir. Bu

nedenle salgın sürecinde ebeveynlerin nöbet tutuyor olması, çocuklarda çok büyük bir yaşam değişikliğine yol açmamış olabilir.

Çalışmamızda, COVID-19 birimlerinde çalışmış olan ve olmayan sağlık çalışanlarının çocuklarının Güçler ve Güçlükler Anketi puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. İtalya’da yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanı ebeveynlerden COVID-19 birimlerinde çalışanların çocukları ile çalışmayanların çocukları arasında posttravmatik stres tepki düzeyi açısından anlamlı bir ilişki bulunamadığı bildirilmiştir (123). Doğrulanmış COVID-19 vakalarıyla doğrudan teması olan insanlarla yaşamının çocuğun duygusal ve davranışsal sorunlarına etkisi olmadığını gösteren çalışmanın (192) da bulgumuzu desteklediği düşünülebilir. Ayrıca örneklemimiz ülkemiz sınırları içerisindeki farklı illerde çalışan sağlık çalışanlarından oluşmaktadır. Pandeminin yoğunluğu, COVID-19 birimlerindeki hasta sayısı, ebeveynin COVID-19 birimindeki çalışma süresi (sürekli/geçici görevlendirme ile), çalışma şartları gibi faktörlerin illere ve çalışılan kuruma bağlı değişkenlik gösterebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Araştırmamızda ebeveyni COVID-19 enfeksiyonu geçirdiğini düşünmüş olan çocukların duygusal sorunlar, davranış sorunları, dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik, akran sorunları alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanları; olmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek, sosyal davranışlar alt ölçek puanları ise daha düşüktü. Salgın sürecinde yapılan bir çalışmada karantina sırasında çocukların psikolojik semptomlarının, ebeveynlerinin COVID-19 algısıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir. Kendilerini daha stresli hisseden ebeveynler karantina sırasında çocuklarının daha endişeli, daha huzursuz, daha sinirli olduğunu ve çocuklarında davranış sorunları ve konsantrasyon güçlüklerinin daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (109). Ebeveynlerin yaşanan travma sırasında kendi duygu ve davranışlarını yönetebilmesinin çocuklarının travmaya verdikleri yanıtı belirleme açısından çok önemli olduğu söylenmektedir (111,113–116,251). Çocuklar, yetişkinlerin duygusal durumlarına uyum sağlarlar. Yetişkinlerin COVID-19’un etkileri ile meşgul olmaları, çocukların ipuçlarını veya sıkıntılarını hassas bir şekilde tanıma ve bunlara yanıt verme becerilerini tehlikeye atabilir. Açıklanamayan ve öngörülemeyen davranışlara maruz kalma, çocuklar tarafından bir tehdit olarak algılanıp kaygılarının artmasına neden olabileceği gibi, çocuk ve ergenlerin kaygısı dışsallaştırıcı davranışlar şeklinde de

ortaya çıkabilmektedir (12). Bu bağlamda, COVID-19 enfeksiyonu geçirdiğini düşünmüş olan sağlık çalışanı ebeveynlerin daha stresli olduğu, bu stresin de çocukların duygusal ve davranışsal iyilik hali üzerinde olumsuz etki yaratmış olabileceği düşünülebilir.

COVID-19 salgınıyla ilgili yapılan bir inceleme endişe, virusa yakalanma korkusu ve stres gibi COVID-19 ile ilişkili duygusal tepkilerin; gençlerde depresyon, anksiyete, OKB semptomları, somatik semptomlar ve davranış sorunları gibi ruh sağlığı sonuçlarını yordadığını göstermiştir (95). Afetin ruh sağlığına etkileriyle ilgili yapılan bir çalışma, ebeveynlerinin ölümünden korkmanın çocuklarda içselleştirici sorunlara yol açtığını bildirmiştir (252). Salgın döneminde yapılan bir çalışma, ebeveynleri için endişeli olan çocukların daha fazla duygusal sorunları olduğunu saptamıştır (210). Türkiye’de yapılan bir çalışmada sağlık çalışanları çocuklarında anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu görülmüş, sağlık çalışanlarının kaygısı ile çocuklarının kaygısı arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada sağlık çalışanı çocuklarının büyük bir çoğunluğunda ayrılık anksiyetesi belirtileri olduğu bildirilmiştir (121). Çalışmamızda COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısıyla izlenmiş ebeveyni olan çocukların duygusal sorunlar ve toplam güçlük puanları daha yüksekti. Bu sonuç, COVID-19 veya olası COVID-19 tanısıyla izlenen sağlık çalışanı çocuklarının, ebeveynlerinin hastalanmalarından ya da ölmelerinden korkmaları nedeniyle olabilir. Buna ek olarak temas riski göz önüne alındığında kendilerinin de virüsle enfekte olma konusunda korku ve kaygı yaşamış olmaları duygusal güçlüklerini arttırmış olabilir (253). Salgın döneminde ergenlerle yapılan bir çalışmada, virüsle ilgili bulaşma korkusunun duygusal zorluklarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (254). Öte yandan ebeveynin COVID-19 tanısıyla izlenmesi, ailenin de izolasyonunu gerektirmektedir. İzolasyon ve yalnızlığın da çocukların duygusal ve davranışsal iyilik halini etkilemiş olabileceği düşünülebilir (97,255).

Çalışmamızda ebeveynin COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısıyla izlenmiş yakını olup olmamasının çocukların Güçler ve Güçlükler Anketi puanlarında farka yol açmadığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, virüsün etkileriyle daha yakın temas halinde olmak gibi faktörlerin ebeveynlerin ve çocukların refahını anlamlı şekilde etkilemediği saptanmıştır (117). Benzer şekilde başka bir araştırma, yakın çevrelerinde COVID-19 tanısı almış birinin bulunmasının çocukların ruh sağlığını etkilemediğini

bildirmiştir (256). Öte yandan Duan ve ark. çalışmalarında, Coronavirus ile enfekte bir aile üyesi ve/veya arkadaşına sahip olmanın çocuk ve ergenlerin kaygı seviyeleriyle ilişkili olduğunu saptamıştır (253). Bu konuda yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar olduğu görülmekle birlikte, çalışmamızda sadece ebeveyninin COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısı almış yakını olup olmadığı değerlendirildiği için de anlamlı fark bulunamamış olabilir. Ebeveynin COVID-19 tanılı yakınının çocukla ilişkisi olup olmadığı, çocuğun bu tanıdan haberdar olup olmadığı değerlendirilmemiştir.

Salgın sürecinde çocuk ve ergenlerin ruh sağlığını değerlendiren bir araştırmada, tüm yaş gruplarında ebeveynlere yapılaşma, dikkatsizlik ve irritabilite en yaygın görülen ruhsal sorunlar olarak belirtilmiştir (2). Sağlık çalışanı olan ebeveynlerin bir kısmı, salgın sürecinde temas riski nedeniyle izole olmak amaçlı evlerinden ayrı kalmak zorunda kalmışlardır. Çalışmamızda, pandemi döneminde ebeveyni bir süre ev dışında kalmış olan çocukların dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik alt ölçek puanları ve toplam güçlük puanları ebeveyni evinden hiç ayrı kalmamış olanlardan anlamlı olarak daha yüksek, sosyal davranışlar alt ölçek puanları ise daha düşüktür. Ebeveynlerinin bu dönemde evden ayrılmış olmaları, aile içi rollerde karmaşaya, ebeveyn denetiminin azalmasına, uzaktan eğitim sürecinde aksaklıklara ve azalan sosyal ilişkilere yol açarak bu sonucu doğurmuş olabilir.

Ayrıca salgın sürecinde bazı ebeveynler çocuklarını kalmaları için akrabalarının ya da tanıdıklarının yanına göndermişlerdir. Çalışmamızda pandemi döneminde bir süre evden ayrı bir yerde kalmış olan çocukların Güçler ve Güçlükler Anketi puanları ile evden hiç ayrılmamış olanların puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır. Bu farklılık, çocuğun ebeveynin gitmesinden daha çok etkilenmiş olduğunu düşündürse de bu bulgu yorumlanırken çalışmanın ebeveyn raporlarına dayalı olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Ebeveynlerin, tanıdıklarında ya da akrabalarında kalan çocukları hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıkları düşünülebilir. Bununla birlikte çalışmamız pandemiden dolayı okulların büyük oranda kapalı olduğu dönemde yapılmıştır. Çocuklar salgın öncesi dönemlerde de yaz aylarında veya okul tatillerinde evden ayrılarak akrabalarında ya da tanıdıklarında kalıyor olabilirler. Bu nedenle bu ayrılığı eski rutinlerinin devamı gibi algılamış oldukları ve belirgin ruhsal etkilenme yaşamadıkları düşünülebilir.

5.4.Çocuklar İçin Uyku Bozukluğu Ölçeğinden Elde Edilen Veriler

Çocuklar için uyku bozukluğu ölçeği (ÇUBÖ), çocuklarda özgül uyku bozukluklarını değerlendirmede, klinik tarama ve araştırmalarda kullanılan bir uyku bozukluğu ölçeğidir. Akçay ve arkadaşları tarafından yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ÇUBÖ toplam puanı kesim noktası 34 olarak bulunmuştur (160). Araştırmamızda yer alan çocukların Çocuklar için Uyku Bozukluğu Ölçeği toplam puanı ortalaması $40,2 \pm 10,1$ (24-90) olarak saptanmıştır. Çocukların %72,7'sinin (n=758) ÇUBÖ toplam puanı, kesme puanı olan 34 veya üzerindedir.

5.4.1.Çocuklar İçin Uyku Bozukluğu Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda sağlık çalışanı anneler tarafından tanımlanmış çocuklardaki uyku bozukluğu (%74,5, n=669), sağlık çalışanı babalar tarafından tanımlanmış olanlara (%61,4, n=89) göre anlamlı olarak daha fazlaydı. Uyku problemlerini değerlendiren çalışmalar, ebeveyn raporları ile çocuk raporları arasında dahi tutarsızlık olabileceğini bildirmiştir (138,257). Çalışmamızda annelerin çocuklarında daha fazla uyku bozukluğu tanımlanmış olarak saptanması, annelerin babalara göre çocuklarını daha iyi gözlemlemiş olmalarıyla açıklanabilir. Çocuğun uykusuna ilişkin algı açısından anne baba arasında fark olabileceği bildiren çalışmanın da bulgumuzu desteklediği düşünülebilir (258).

Çalışmamızda, ebeveynleri tarafından tanımlanan uyku bozukluğu açısından 40 yaş altı ebeveyni olanlar (%76,3, n=229) ile 40 yaş ve üstü ebeveyni olanlar (%71,2, n=529) arasında anlamlı fark yoktu. Ebeveynin yaşının okul çağı çocuklarındaki uyku bozukluğu sıklığı açısından etkili bir faktör olması beklenen bir durum değildir. Ayrıca araştırmamızda ebeveyn yaşının aralık olarak sorgulanmış olması da göz önünde bulundurulmalıdır.

Doktorların %72,6'sı (n=241), hemşirelerin %73,4'ü (n=337), diğer sağlık çalışanlarının %71,4'ü (n=180) çocuklarında uyku bozukluğu tanımlamıştı. Aradaki fark anlamlı değildi. Literatürde sağlık çalışanı ebeveynin meslekleriyle çocukların uyku sorunları arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmaya ulaşılammıştır. Sağlık çalışanı ebeveynin mesleğinin çocukların uyku sorunlarına olan etkisinde iş kalitesi,

ailenin gelir düzeyi, iş stresi gibi faktörlerin rol oynayabileceği söylenmektedir (219,220). Bu ölçütleri içeren araştırmalar daha aydınlatıcı olabilir.

Çalışmamızda, kız çocukların %70,5'inde (n=354), erkek çocukların %74,7'sinde (=404) uyku bozukluğu tanımlanmıştır. Ardaki fark anlamlı değildir. Literatürdeki çalışmalarda, uyku sorunlarının tanımlarındaki geniş varyasyonla birlikte, demografik özelliklere göre dağılımın da farklı sonuçları olduğu görülmektedir. Bazı çalışmalar, özellikle ergenlik döneminde kızlarda uyku sorunlarının erkeklere göre daha yaygın olduğunu bildirirken (259,260), bazılarında cinsiyet açısından fark saptanmamıştır (261,262). Yapılan kapsamlı bir incelemede, çocuklardaki uyku sorunlarının cinsiyetle olası ilişkisinin belirsizliğini koruduğu söylenmektedir (263).

Çalışmamızda çocuğun yaşı ile toplam uyku ölçeği puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($r=-0,028$, $p=0,366$). Salgın öncesinde yapılan kapsamlı bir incelemede çocuklardaki uyku sorunlarının yaş ile olası ilişkinin belirsizliğini koruduğu söylenmektedir (263). Bazı çalışmalar yaşla birlikte uyku sorunlarında artış bildirirken (261,264), diğerleri hiçbir ilişki bulamamıştır (265–267). Salgın sürecinde 6-10 yaş arasındaki çocuklarla yapılan bir çalışmada, daha büyük yaştaki çocukların yatma zamanlarının daha geç olduğu; çocukların yaşlarıyla uyku kalitesi arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (268). Salgın sürecinde çocukların uyku sorunlarını inceleyen literatüre bakıldığında, yapılan çalışmaların dar yaş aralığındaki okul öncesi çocuklara odaklandığı, okul çağındaki çocukların uyku sorunlarını değerlendiren sınırlı sayıda araştırma olduğu görülmektedir (268–270). Salgın nedeniyle eve kapanma döneminde 1-18 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlerin uyku sorunlarını değerlendiren bir çalışma, tüm yaş gruplarında uyku/uyanma programında büyük bir gecikme olduğunu, ergenler hariç tüm gruplarda uyku bozukluklarında artış saptandığını bildirmiştir (271). Bizim çalışmamızda salgın öncesi ve sonrasında çocukların uyuma ve uyanma saatleri sorgulanmadığından, böyle bir değerlendirme yapabilmek mümkün olmamıştır.

Literatürde ruhsal bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin klinik olarak önemli uyku problemleri de olabileceği bildirilmiştir (272). DEHB, anksiyete bozuklukları, OSB(Otizm Spektrum Bozukluğu), duygudurum bozuklukları gibi ruhsal bozuklukları olan çocukların, eşlik eden uyku sorunları da olduğu gösterilmiştir (272,273).

Araştırmamızda da ruhsal bozukluk tanısı olan çocuklarda (n=130, %81,8), olmayanlara göre (n=627, %71,2) daha fazla uyku bozukluğu tanımlanmıştır. Salgın sürecinde DEHB'li çocuklarla yapılan bir çalışmada, çocukların pandemi sürecine ilişkin travmatik algılarıyla uyku problemlerinin varlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (274). Başka bir çalışma OSB tanılı çocukların pandemiyle birlikte uyku sorunlarının arttığını ortaya koymuştur (275). Önceden ruhsal bozukluğu olan (DEHB, Anksiyete Bozukluğu, Depresif Bozukluk, OSB) çocuk ve ergenlerin, COVID-19 salgını sırasında ortaya çıkan ve devam eden uyku bozukluklarına daha duyarlı olabilecekleri belirtilmektedir. OSB ve DEHB gibi nörogelişimsel bozuklukları olan çocukların salgınla birlikte olası değişen sirkadiyen ritm, ilaç kullanımında ve tedaviye ulaşmada güçlükler ve ortaya çıkan diğer ruhsal belirtiler nedeniyle değişken uyku-uyanma paternleri yaşama olasılığının daha yüksek olduğu düşünülmüştür. Anksiyete veya depresyonu olan gençlerin ise özellikle uyku başlangıcı ve kalitesini olumsuz etkileyen COVID ile ilgili endişelere ve ruminasyona yatkın olabilecekleri bildirilmektedir (276). Bu bağlamda, ruhsal bozukluk öyküsü olan çocukları salgın sürecinde ve sonrasında uyku sorunlarının varlığı açısından da değerlendirmenin önemli olduğu düşünülmektedir.

Kronik hastalığı olan çocukların uyku problemleri geliştirmeye daha yatkın oldukları belirtilmektedir (138). Araştırmamızda, kronik bedensel hastalık tanısı olan çocuklarda (n=81, %81,8), olmayanlara göre (n=677, %71,7) daha fazla uyku bozukluğu tanımlanmıştır. Bulgumuza paralel olarak, yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olan çocuklarda, kronik hastalığı olmayanlardan daha yüksek oranda uykuyu başlatma ve sürdürme güçlükleri olduğu saptanmıştır (277). Çocuklarda kronik hastalıkların çeşitli yollardan uykuyu etkileyebileceği bildirilmiştir. Örneğin astım, epilepsi, migren, diyabet gibi bazı hastalıkların semptomları geceleri kötüleşebilir ve bu durum çocukların uykularını olumsuz yönde etkileyebilir (278–281). Nörolojik bozukluğu olan çocuklar, merkezi sinir sistemi ile uyku fizyolojisi arasındaki etkileşim nedeniyle uyku sorunlarına daha duyarlı olabilir (282). Öte yandan, yetersiz ve kalitesiz uykunun bağışıklık, fizyolojik işlevler, ağrı algısı ve tedaviye uyum gibi faktörleri olumsuz etkileyebileceği söylenmektedir (138). Bu bağlamda, kronik hastalığı olan çocukların uyku problemlerine ilişkin artan farkındalıkla birlikte etkili

müdahalelerin hem beden hem ruh sağlıkları üzerine olumlu etkileri olacağı düşünülebilir.

5.4.2. Çocukların İçin Uyku Bozukluğu Ölçeği Puanlarının Katılımcıların Salgın Süreci Deneyimlerine İlişkin Verileriyle İlişkinin Değerlendirilmesi

Araştırmamızda, salgın sürecinde çalışma saatleri artan sağlık çalışanlarının %73,5'i (n=230), çalışma saatleri azalan sağlık çalışanlarının %67,4'ü (n=128), çalışma saatleri değişmeyen sağlık çalışanlarının %74,1'i (n=400) çocuklarında uyku bozukluğu tanımlamıştır. Aradaki fark anlamlı değildir. Salgın sürecinde ebeveynlerin çalışma koşullarının çocuklara olan etkisiyle ilgili araştırmaların, pandemiyle birlikte iş hayatları tamamen duran, evden çalışan veya dışarıda çalışmaya devam eden ebeveynleri değerlendirdiği görülmektedir (268,269). Salgın öncesinde Magee ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, ebeveyn çalışma saatleri ile çocuğun uyku süresi arasında bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Bu çalışma, annenin uzun çalışma saatlerinin çocuğun daha geç yatma saatiyle, babanın uzun çalışma saatlerinin ise çocuğun daha erken yatma saatiyle ilişkisini saptamıştır. Ebeveynin çalışma saatleri ve çalışma koşulları ile çocukların hafta sonu uykuları arasında ise bir ilişki saptanmamıştır (283). Başka bir çalışmada da annenin çalışma saatlerinin çocuğun uykusuyla ilişkili olmadığı bildirilmiştir (284). Ebeveynin çalışma saatlerinin çocuklara olan etkisinde, araştırmamızda değerlendirilmemiş olan iş stresi, ebeveynin çocuklarına ayırdıkları zaman, diğer ebeveynin çalışma koşulları gibi faktörler rol oynayabilir. Bu ölçütleri de değerlendiren daha ayrıntılı çalışmalar yapılabilir.

Çalışmamızda, salgın sürecinde nöbet/vardiya usulü çalışan sağlık çalışanlarının %75,1'i (n=431) nöbet usulü çalışmayan sağlık çalışanlarının %69,7'si (n=327) çocuklarında uyku bozukluğu tanımlamış olup aradaki fark anlamlı değildir. Vardiyalı çalışmanın çalışanların uykusu üzerindeki etkisi kapsamlı bir şekilde incelenmiştir (285,286). Ancak vardiyalı çalışmanın, aile düzeyinde uyku ve sirkadiyen ritmleri nasıl etkilediğine dair verilerin sınırlı olduğu görülmektedir. Salgın sırasında yapılan bir çalışmada vardiyalı çalışan sağlık çalışanlarının daha fazla uyku sorunu olduğu bildirilmekle birlikte, çocuklarıyla ilgili verilerin değerlendirilmediği görülmektedir (287). Salgın öncesinde yapılan bir çalışmada ise, vardiyalı çalışmanın hemşirelerin uykularını olumsuz etkilediği, çocukların uykusuyla ilgili çoğu parametrenin bu

durumdan etkilenmediği saptanmıştır (288). Başka bir çalışma 11-14 yaş arasındaki çocukların uykularının ebeveynlerinin vardiyalı çalışmasından etkilenmiyor gibi görüldüğünü, ebeveynlerinden biri veya her ikisi standart olmayan saatlerde çalışan 15 yaş üstü ergenlerin ise uyku sürelerinin daha kısa olduğunu saptamıştır (289). Magee ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise, babaların standart olmayan çalışma saatlerinin çocuklarda geç uyanma saatleriyle; annelerin standart dışı çalışma saatlerinin çocuklarda daha uzun uyku süreleriyle ilişkili olduğu saptanmıştır (283). Ebeveynlerin çalışma koşullarının çocukların ruh sağlığına olan etkisinde farklı sonuçlar olduğu görülmekte, bu durum bu ilişkiyi açıklayacak başka mekanizmaların da önemli etkileri olabileceğini düşündürmektedir. Önceki çalışmalar çocukların uykusunun olumsuz aile ortamı, ebeveyn stresi, ebeveynin uyku alışkanlıkları, olumsuz ebeveynlik davranışları gibi bir dizi çevresel faktörden etkilendiğini bildirmiştir (290–294). Ebeveynin nöbet usulü şeklinde çalışmasının çocukların uykusuna olan etkisinde günlük rutinlerin uygulanmasında aksaklık, ebeveynin bozulan uyku düzeni, ebeveynin vardiyalı çalışmaya uyumu, ebeveyn stresi, ailenin gelir düzeyi, olumsuz aile ortamı, diğer ebeveynin çalışma koşulları gibi birçok faktörün rol oynayabileceği düşünülebilir. Öte yandan standart olmayan çalışma programlarının aile ortamı, çocukların refahı ve uykuları üzerindeki etkisinin özellikle düşük gelirli ailelerde daha fazla olabileceği söylenmektedir (219,284,295). Çalışmadaki bulgularımız, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi nispeten yüksek sağlık çalışanı ebeveynlerle sınırlıdır. Ebeveyn stresi, uyku alışkanlıkları, diğer ebeveynin çalışma düzeni gibi faktörler değerlendirilmemiştir. Bir ebeveyn nöbetteyken diğer ebeveynin çocukların bakımı ve ihtiyaçları konusunda yaşanabilecek zorlukları dengelemiş olduğu düşünülebilir. Buna ek olarak, büyük olasılıkla salgın öncesi dönemde de sağlık çalışanı ebeveynin nöbet usulü çalıştığı düşünülürse, çocuğun günlük rutinlerinde bir değişikliğin oluşmadığı varsayılabilir.

Çalışmamızda salgın sürecinde COVID-19 birimlerinde çalışmış olan sağlık çalışanlarının %74,2'si (n=535), COVID-19 birimlerinde çalışmamış olan sağlık çalışanlarının %69,3'ü (n=223) çocuklarında uyku bozukluğu tanımlamıştır. Aradaki fark anlamlı değildir. Salgın sürecinde COVID-19 hastalarıyla doğrudan ilgilenen ön saflarda çalışan sağlık çalışanlarında uyku bozukluğu belirtilerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (287). Ancak ebeveynin COVID-19 birimlerinde çalışmasının çocukların

uykusu üzerindeki etkisinin değerlendirildiği bir çalışmaya ulaşılammıştır. Ayrıca araştırmamızda ebeveynlerin COVID-19 birimlerindeki çalışma süresi ve yoğunluğuna dair veri toplanmadığı da göz önünde bulundurulmalıdır. Ebeveynin COVID-19 birimlerinde çalışmasının çocukların uyku sorunları üzerindeki etkisini inceleyecek gelecekteki çalışmaların homojen örneklemelerden oluşması ve çalışma koşullarının daha detaylı değerlendirilmesi bu konuyla ilgili daha net sonuçlar sağlayabilir.

Yetişkinlerin COVID-19'un etkileri ile meşgul olmaları, çocukların ipuçlarını veya sıkıntılarını hassas bir şekilde tanıma ve bunlara yanıt verme becerilerini olumsuz etkileyebilir. Bu durum da çocukları olumsuz ruh sağlığı sonuçları açısından daha savunmasız bir hale getirebilir (12). Araştırmamızda, ebeveyni COVID-19 enfeksiyonu geçirdiğini düşünmüş olan sağlık çalışanı tarafından tanımlanmış çocuklardaki uyku bozukluğu (%76,8, n=602), düşünmüş olmayanlar tarafından tanımlanmış olanlara göre (%60,2, n=156) anlamlı olarak daha fazlaydı. Liu ve arkadaşlarının çalışmalarında, annelerin COVID-19 korkusunun çocukların uyku düzenlerine önemli bir etkisinin olmadığı; ancak annelerin duygusal güçlükleriyle çocukların uyku kaliteleri arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (296). Orgiles ve ark. çalışmalarında, çocukların psikolojik semptomlarıyla ebeveynlerinin COVID-19 algısının ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (109). Bununla birlikte, ebeveyni sağlık çalışanı olan çocukların ise ebeveynlerinin karşı karşıya kaldıkları stres açısından farkındalığa sahip oldukları düşünülmektedir (120). Sağlık çalışanlarının çocukları bu dönemde ebeveynlerinin enfekte olmasından korkmakta ve ayrılık kaygısı yaşamaktadırlar (121,122). Ebeveynleri virusla enfekte olduğunu düşünen çocukların, artması muhtemel kaygı ve korkuları uykularını etkilemiş olabilir. Bilişsel ve duygusal olarak daha fazla uyarılmanın çocuklarda uyku sorunlarına neden olabileceğini bildiren çalışmanın bulgumuzu desteklediği düşünülebilir (293,294).

Çalışmamızda, ebeveyn tarafından tanımlanan uyku bozukluğu, COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısıyla izlenmiş ebeveyni olan çocuklarda (%83,1, n=182), olmayanlara göre (%69,9, n=576) anlamlı olarak daha fazlaydı. Salgın öncesi dönemde yapılan bir çalışmada aile içinde hastalık, hastaneye yatma ve genel duygusal kargaşa gibi aile stresörlerinin çocukların uykusunu olumsuz etkileyebileceği gösterilmiştir (297). Aile yaşamındaki olumsuz bir olayın ortak zihinsel uyarılmayı

arttırabileceği ve uyku bozukluğuna yol açabileceği düşünülmektedir (294). Literatürde ebeveyni ve/veya yakını COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısıyla izlenmiş olan çocuklarda uyku sorunlarının değerlendirildiği bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Öte yandan Lu ve ark. tarafından yapılan çalışmada, ergenlerde COVID-19 ile ilgili korkunun uykusuzluk ve anksiyete semptomları ile önemli ölçüde ilişkili olduğu gösterilmiştir (298). Bu bağlamda ebeveyni COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısıyla izlenmiş olan çocuk ve ergenlerin virüsle enfekte olma korkularının ve ebeveynleriyle ilgili endişelerinin uyku sorunlarına yol açmış olabileceği düşünülebilir. Ayrıca ebeveynin COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısıyla izlenmiş olması, ailenin izolasyonunu gerektirmektedir. Salgınlarla ilgili yapılan kapsamlı bir inceleme, çocuklarda sosyal izolasyon ve yalnızlığın olumsuz ruh sağlığı sonuçlarıyla ilişkisi olduğunu bildirmiştir (97). Bu açıdan, ebeveynin hastalığı döneminde evde izole olmanın hem günlük rutinleri bozmak, hem de fiziksel aktiviteyi azaltmak yoluyla uyku sorunlarına yol açmış olabileceği düşünülebilir.

Araştırmamızda ebeveyn tarafından tanımlanan uyku bozukluğu, pandemi sürecinde ebeveyni bir süre ev dışında kalmış olan çocuklarda (%79,6, n=172), ebeveyni bu dönemde evden hiç ayrılmamış olanlara göre (%70,9, n=586) anlamlı olarak daha fazlaydı. Ebeveynleri bu dönemde evden ayrılmış olan çocukların uykularının bu durumdan olumsuz etkilendiği görülmektedir. Sağlık çalışanı olan ebeveynlerin bir kısmı, salgın sürecinde temas riski nedeniyle izole olmak amaçlı evlerinden ayrı kalmak zorunda kalmış olabilir. Türkiye’de sağlık çalışanı çocuklarıyla ilgili yapılan bir çalışma, salgın döneminde çocukların anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu, en çok da ayrılık anksiyetesi yaşadıklarını göstermiştir (121). Ebeveyni evden ayrılmış olan çocukların ebeveynleriyle ilgili endişelerinin ve bu dönemde aile işlevlerinde ve rutinlerinde meydana gelen değişikliklerin uyku sorunlarına yol açmış olabileceği düşünülebilir.

Salgın sürecinde bazı ebeveynler çocuklarını kalmaları için büyükannelerinin, akrabalarının ya da tanıdıklarının yanına göndermişlerdir. Çalışmamızda ebeveyn tarafından tanımlanan uyku bozukluğu açısından, pandemi sürecinde bir süre ev dışında bir yerde kalmış olan çocuklar (%74,4, n=209) ile evden ayrılmamış olan çocuklar (%72, n=549) arasında anlamlı bir fark yoktu. Bu, çalışmanın zamanlamasıyla açıklanabilir. Salgın öncesi dönemlerde de yaz aylarında çocukların

yakın akrabalarına kalmak için gitmiş olabilecekleri düşünüldüğünde, bu durum onlara eski rutinlerinden farklı gelmemiş olabilir. Bu nedenle etkilenmemiş oldukları düşünülebilir.

5.5. Ölçek Puanları Arasındaki Korelasyonların Değerlendirilmesi

Araştırmamızda, ebeveynin sağlık anksiyetesi ile çocuğun toplam güçlük puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki saptanmıştır ($r=0,206$, $p<0,001$). Salgın döneminde 6-10 yaş arasındaki çocuklarla yapılan bir çalışma, annelerin duygusal semptomları ve duygu düzenleme güçlüklerinin, çocuklarının salgın sonrası duygusal semptomlarındaki ve toplam güçlük puanlarındaki değişimi yordadığını göstermiştir. Bununla birlikte, annelerin COVID-19 korkularının çocukların toplam güçlük puanlarındaki değişimle ilişkisi olmadığı bildirilmiştir (268). Salgın öncesi dönemde yapılan bir çalışmada, ebeveyninde sağlık anksiyetesi olan ve olmayan çocukların öznel raporlarında anksiyete belirtileri ve psikolojik iyilik hali açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Öte yandan sağlık anksiyetesi olan annelerin, çocuklarında daha fazla duygusal semptom tanımladığı bulunmuştur (299). Salgın döneminde yapılan bir çalışmada ebeveynlerin anksiyete belirtileri ile çocukların artan duygusal sorunları arasında bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada ebeveyn stresiyle küçük yaştaki çocukların artan hiperaktivite belirtilerinin ilişkili olduğu, büyük çocuklarda bu ilişkinin olmadığı gösterilmiştir (237). Mazza ve arkadaşlarının çalışmasında ise, ebeveyn stresi ile çocukların duygusal sorunlar ve hiperaktivite sorunları arasında bir ilişki saptanmıştır (300). Bilindiği kadarıyla, salgın döneminde ebeveynlerin sağlık anksiyetesi ile çocukların duygusal ve davranışsal sorunları arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışma henüz bulunmamaktadır. Bununla birlikte çalışmamızın salgının daha ileri aşamasında; normalleşme sürecine geçildiği dönemde yapılmış olması olası ruhsal etkileri azaltmış olabilir. Trougakos ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada COVID-19'un bireylerin sağlık anksiyetesine olan etkisinin salgının ilk dönemleri belirgin olduğu, salgının normalleşmeye geçilen ileri aşamasında bu etkinin azaldığı saptanmıştır (301). Salgın sırasında ebeveynin sağlık anksiyetesinin çocukların ruh sağlığına olan etkisini değerlendiren büyük ölçekli izlem çalışmalarının bu anlamda daha net sonuçlar sağlayabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda, ebeveyn sağlık anksiyetesi ile çocuğun toplam uyku ölçeği

puanı arasında aynı yönde zayıf ilişki ($r=0,258$, $p<0,001$) saptanmıştır. Cellini ve arkadaşlarının çalışmasında, salgın döneminde çocukların uyku kalitesindeki küçük değişikliğin annelerinin duygu düzenleme güçlükleriyle ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu bulgu, annelerde depresif belirtiler ve stres gibi duygusal güçlüklerin olabileceği, bunun da çocuklarda uyku güçlüklerine yol açabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Ancak bu çalışmada, duygusal regülasyonu zayıf olan annelerin çocuklarını daha problemlili ve semptomatik olarak tanımlama eğiliminde olmalarının da mümkün olabileceği belirtilmiştir(268). Tso ve ark. çalışmalarında, okul öncesi ve okul çağındaki çocukların geciken yatma zamanları ebeveyn stresi ile ilişkilendirilmiştir. Okul öncesi dönemdeki çocukların yetersiz uykuları ve ebeveyn stresi arasındaki ilişkinin ise okul çağı çocuklarında olmadığı saptanmıştır (192). Zreik ve ark. tarafından 6-72 aylık çocuklarla yapılan bir çalışmada, annelerin yaklaşık %80'inde hafif-yüksek seviyelerde COVID-19 anksiyetesi saptanmış olup, annenin mevcut COVID-19 anksiyetesinin çocukların uyku parametrelerinden yalnızca uyku süresi ve gece uyanma sayısı ile olan ilişkisi gösterilmiştir. Ayrıca, pandemiyle birlikte çocuklarının uyku kalitelerinde değişim olduğunu bildiren annelerdeki sürekli anksiyete seviyelerinin, çocuklarının uyku kalitelerinde değişim olmadığını bildiren annelerden daha yüksek olduğu; mevcut COVID-19 anksiyete seviyeleri açısından ise iki grup arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (270). Ebeveyn anksiyetesi ve/veya ebeveyn stresi ile çocukların uyku sorunları arasındaki ilişkinin ve bu ilişkinin yönünün belirsiz olduğu görülmektedir. Öte yandan, pandemi döneminde çocukların uykularını değerlendiren mevcut literatür, ebeveynin psikolojik zorluklarının daha çok küçük yaştaki çocuklarında uyku sorunlarıyla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızı oluşturan çocukların 8-15 yaş aralığında olması nedeniyle de ebeveynlerinin sağlıkla ilgili endişeleri çocukların uykularını fazla etkilememiş olabilir.

Çalışmamızda çocuğun toplam uyku ölçeği puanı ile toplam güçlük puanı arasında aynı yönde orta derecede ilişki saptanmıştır ($r=0,510$, $p<0,001$). Cellini ve ark.nın çalışmasında pandemi döneminde çocuklarda duygusal ve davranışsal sorunların, hiperaktivite belirtilerinin arttığı, bulgumuza benzer şekilde; bu değişkenlerin toplamından oluşan psikolojik zorlukların da çocukların uyku kalitesindeki değişimlerle ilişkisi olduğu bildirilmiştir. Çocukların psikolojik

zorlukları ve uyku zamanlamaları arasında ise bir ilişki olmadığı saptanmıştır (268). Tso ve arkadaşlarının çalışmasında ise, çocukların toplam günlük puanlarının geciken yatma zamanlarıyla anlamlı ilişkisi bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışmada pandemi döneminde uyku düzenindeki değişikliklerin okul çağındaki çocuklarda psikolojik zorlukları etkileyebileceği belirtilmiştir (192).

Salgın öncesi yapılan bir çalışmada da bulgumuza paralel olarak çocuklardaki uyku bozukluklarının toplam günlük puanlarıyla anlamlı ilişkisi bildirilmiştir (302). Uyku bozukluklarının, çocuklarda ve ergenlerde bir dizi duygusal ve davranışsal güçlükle bağlantılı olduğu, bu ilişkilerin ise muhtemelen çift yönlü ve karmaşık olduğu bildirilmektedir. Uyku sorunları veya yetersiz uyku çocuklarda duygusal ve davranışsal sorunları arttırabileceği gibi; psikolojik zorluklar, kaygı ve stres de uyku sorunlarına yol açabilmektedir (303). Gerek sonuçlarımıza gerekse konuyla ilgili literatüre dayanarak, uyku sorunları olan çocukları duygusal ve davranışsal problemler açısından da değerlendirmenin önemli olduğu görülmektedir. Bunun tersine, duygusal ve davranışsal sorunları olan çocuklarda da uyku sorunlarının varlığı incelenmelidir. Pandemi bağlamında ortaya çıkan uyku sorunlarını mümkün olan en iyi şekilde yönetmek muhtemelen olabilecek duygusal ve davranışsal sorunları da önleyebilir (304). Çocuk ve ergenlerde uyku ve ilişkili zorluklar arasındaki bağlantıların altında yatan mekanizmaları anlamaya odaklanan daha fazla sayıda çalışma yapılmasının önemli olduğu görülmektedir.

6. ARAŞTIRMAMIZIN GÜÇLÜ YANLARI VE SINIRLILIKLARI

Bilindiği kadarıyla araştırmamız, salgın sürecinde sağlık çalışanlarının sağlık anksiyeteleri ile çocuklarındaki duygusal-davranışsal sorunlar ve uyku problemleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren ilk çalışmadır. Hem COVID-19 pandemisi, hem de daha önceki pandemi dönemlerinde sağlık çalışanlarında ruhsal sorunları değerlendiren birçok araştırma yapılmış olmakla birlikte, sağlık çalışanlarının çocuklarını değerlendiren bir çalışmaya ulaşamamıştır.

Bulgularımız bazı sınırlamalar doğrultusunda yorumlanmalıdır. Araştırmamızın en önemli kısıtlılığı sağlık çalışanları ve çocukları dışında, genel toplumu temsil eden bir kontrol grubunun olmamasıdır. Mevcut çalışmanın kesitsel tasarımda olması nedensellik ilişkisinin belirlenmesine izin vermemektedir. Buna ek olarak, çalışmamızda pandemi koşullarında sağlık açısından daha güvenli bir yöntem olduğu düşünülen yüz yüze görüşme yerine çevrim içi anket yöntemi kullanılmıştır. Çalışma verilerinin çevrim içi olarak toplanması çok sayıda sağlık çalışanına kısa zamanda ulaşmaya izin verse de bu yöntem verilerin güvenilirliği açısından sorun teşkil etmiş olabilir. Çevrimiçi anket yoluyla örneklem rastgele oluşturulamadığı için, bu durum kendisi ya da çocuğunun sıkıntı yaşadığını düşünen sağlık çalışanlarını araştırmaya daha fazla katılım sağlanmasıyla sonuçlanmış olabilir.

Çalışmamızın örneklemini ağırlıklı olarak Ege (%30,6) ve Marmara bölgesinde (%22) yaşayan sağlık çalışanı ve onların çocukları oluşturmuştur. Bu durum, sonuçların tüm ülkeye genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Mevcut araştırmamızda örneklemin çoğunluğu eğitim düzeyi yüksek sağlık çalışanı ebeveynler ve onların çocuklarından oluşmaktadır. Salgının olumsuz ruhsal etkileri açısından dezavantajlı oldukları düşünülen gelir düzeyi düşük sağlık çalışanlarına yeterince ulaşamamış olması bir başka kısıtlılık olarak belirtilebilir.

Çalışmamızda sağlık çalışanı ebeveynler ve çocuklarındaki ruhsal sorunların varlığı, klinik tanılara tamamen eş değer olmayan standardize ölçekler kullanılarak değerlendirilmiştir. Ayrıca araştırmamızda GGA anketinin yalnızca ebeveyn formu kullanılmış olup ergen formu kullanılmamıştır. GGA etkilenme skorunun dahil edilmemiş olması da diğer bir kısıtlılık olarak belirtilebilir. Buna ek olarak, araştırmamızın kesitsel tasarımı nedeniyle sağlık çalışanı ebeveynler ve çocuklarında

değerlendirdiğimiz ruhsal belirtilerin, salgından önceki dönemde mevcut olup olmadığına yönelik veriler toplanmamıştır. Sadece daha öncesinde tanı konulmuş ruhsal bozuklukları olup olmadığı öğrenilmiş, olan ruhsal bozukluklar sınıflandırılarak değerlendirilmemiştir.

Ayrıca bu çalışma ebeveyn raporlarına dayanan veriler kullanılarak yapılmıştır. Bu açıdan hem ebeveynlerin hem çocukların değişkenlerinin aynı kişi tarafından rapor edildiği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle gelecekteki araştırmalarda daha fazla bilgi kaynağına ulaşılması verilerin güvenilirliğini arttırabilir. Çocukların öz bildirime dayalı ölçeklerle değerlendirileceği, uyku sorunlarının tespiti için aktigrafi ve polisomnografi gibi objektif yöntemlerin kullanılacağı gelecekteki araştırmalar mevcut sonuçlara güvenilir katkılar sağlayabilir.

Öte yandan, COVID-19 pandemisinin dinamik bir süreç olması nedeniyle, salgının ruh sağlığına olan etkilerinin de dinamik olabileceği düşünülmelidir. Bu açıdan olası ruhsal belirtilerin zamana, pandeminin yoğunluğuna ve alınan önlemler gibi diğer birçok faktöre bağlı değişkenlik gösterebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmamız ülkemizde salgın için alınan önlemlerin azaltıldığı, normalleşme sürecine geçildiği dönem içerisinde Ağustos 2020-Ekim 2020 aralığında yapılmıştır. Bulgular yorumlanırken araştırmanın zamanlamasının da dikkate alınmasının önemli olduğu görülmektedir.

Salgın döneminin ruh sağlığına olan etkisinde biyo-psikososyal stresörlerin heterojenliği ve çokluğu, COVID-19 salgını için çok yönlü bir yaklaşımın önemli olduğunu düşündürmektedir. Öte yandan özellikle sağlık çalışanları ve çocukları açısından COVID-19'la ilgili değişkenlerin fazlalığı sonuçları yorumlamayı ve doğrudan karşılaştırmalar yapmayı zorlaştırmaktadır. Ayrıca çalışmamızda COVID-19'la ilgili bu faktörlerin sağlık çalışanı ebeveynler ve çocuklarının ruh sağlığı ile ilişkisi tek tek değerlendirilmiş olup bu faktörlerin kümülatif etkisi incelenmemiştir.

7. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Bu çalışmada salgın COVID-19 pandemisi sürecinde sağlık çalışanlarının çocuklarında salgının ruh sağlığı ve uyku sorunları üzerine etkilerini araştırmak ve ebeveynlerdeki sağlık anksiyetesiyle ilişkisini belirlemek amaçlanmıştır. Bu amaçla sağlık çalışanlarına çevrim içi anket formu gönderilmiş, anket formunu eksiksiz şekilde dolduran 1043 katılımcıyla çalışma tamamlanmıştır. Çocukların ruhsal belirtileri Güçler ve Güçlükler Anketi ile, uyku sorunları Çocuklar için Uyku Bozukluğu Ölçeği ile değerlendirilmiş, sağlık çalışanı ebeveynlerin sağlık anksiyetelerini belirlemek için Sağlık Anksiyetesi Envanteri kullanılmıştır. Ayrıca çeşitli sosyodemografik değişkenler ve pandemi dönemi deneyimleri ile ölçek puanlarının ilişkisi incelenmiş, elde ettiğimiz bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Sağlık personelleri arasında kadın cinsiyette, hemşirelerde, şimdi veya geçmişte ruhsal bozukluğu olanlarda, kendisi veya çocuğunda kronik hastalık bulunan ve bir süre evden ayrı kalmış olanlarda sağlık anksiyetesi puanı daha yüksek saptanmıştır. COVID-19 birimlerinde çalışmış olmak anlamlı bir etkiye sahip değilken nöbet/vardiya usulü çalışıyor olmanın daha yüksek sağlık anksiyetesiyle ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Salgın döneminde COVID-19 enfeksiyonu geçirdiğini düşünmüş olmak ve kendisi veya bir yakını COVID-19 tanısıyla izlenmiş olmak sağlık personelleri arasında daha yüksek sağlık anksiyetesi düzeyiyle ilişkilidir.

Güçler ve Güçlükler Anketi ile genç ebeveynlerin çocuklarında, hemşire çocuklarında, kendisi veya ebeveyninde ruhsal bozukluk olan çocuklarda ve kronik hastalığı olan çocuklarda diğerlerine göre daha yüksek belirti düzeyi saptanmıştır. Çalışma saatleri artan ebeveynlerin çocukları ise çalışma saatleri azalan ebeveynlerin çocuklarına göre sosyal davranışlar alt ölçeğinden daha yüksek puan elde etmişlerdir. Ebeveynin salgın sürecinde bir süre evden ayrı kalmış olması, COVID-19 tanısıyla izlenmiş veya COVID-19 enfeksiyonu geçirdiğini düşünmüş olması çocuklardaki daha yüksek belirti düzeyiyle ilişkilidir.

Ruhsal bozukluk veya kronik hastalık tanısı olan çocuklarda uyku bozuklukları daha siktir. Ebeveynin bir süre evden ayrı kalmış olması, COVID-19 tanısıyla izlenmiş veya COVID-19 enfeksiyonu geçirdiğini düşünmüş olması da çocuklarda daha sık

uyku bozukluğuyla ilişkilidir.

Çocuklardaki toplam uyku ölçęęi puanı ile Güçler ve Güçlükler Anketi toplam güçlük puanı arasında aynı yönde orta derecede ilişki saptanmıştır. Ebeveynin sağlık anksiyetesi puanı ise hem çocuğun toplam uyku ölçęęi puanı hem de toplam güçlük puanı ile zayıf düzeyde ilişkilidir.

Sağlık çalışanı ebeveynlerin ruhsal belirtilerinin ebeveynlik davranışlarına olan etkisi, ebeveyn-çocuk ilişkileri, ebeveynlerin baş etme mekanizmaları gibi ölçütlerin de değerlendirildiği daha fazla sayıda araştırma çocukların ruhsal sağlığıyla ilişkili risk faktörleri ve koruyucu faktörleri belirlemek açısından daha net sonuçlar sağlayabilir. Ebeveynlerin sağlık anksiyetesi ile çocukların ruhsal belirtileri arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak için daha kapsamlı boylamsal çalışma tasarımlarına ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak, mevcut araştırma salgın döneminde COVID-19'la ilgili psikolojik ve çevresel stresörlerin sağlık çalışanı ve çocuklar üzerindeki olası ruhsal etkileri göstermesi açısından önemlidir. Salgın döneminde savunmasız gruplar arasında yer aldıkları düşünölen sağlık çalışanı ve çocuklarının ruh sağlığını korumaya yönelik etkili önlemler alınmalıdır. Salgının kısa ve olası uzun vadeli etkilerini önlemek ve/veya hafifletmek için özellikle daha yüksek risk altında olduğu saptanan sağlık çalışanlarının ve çocuklarının pandemi dönemlerinde ruhsal açıdan daha etkin şekilde desteklenmesi ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi yararlı olabilir.

8. KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO) <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic> Erişim Tarihi: 27 Haziran 2020
2. Jiao WY, Wang LN, Liu J, Fang SF, Jiao FY, Pettoello-Mantovani M, et al. Behavioral and Emotional Disorders in Children during the COVID-19 Epidemic. Vol. 221, Journal of Pediatrics. 2020. p. 264-266.e1.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilgilendirme Platformu <https://covid19.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 9 Mayıs 2021
4. Chong MY, Wang WC, Hsieh WC, Lee CY, Chiu NM, Yeh WC, et al. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. Br J Psychiatry. 2004;185:123–33.
5. Goulia P, Mantas C, Dimitroula D, Mantis D, Hyphantis T. General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. BMC Infect Dis. 2010;10.
6. Tsamakidis K, Rizos E, Manolis A, Chaidou S, Kypouropoulos S, Spartalis E, et al. COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. Exp Ther Med. 2020;19(6):3451.
7. Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S, et al. Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak. Emerg Infect Dis. 2006;12(12):1924–32.
8. Maunder RG, Leszcz M, Savage D, Adam MA, Peladeau N, Romano D, et al. Applying the lessons of SARS to Pandemic influenza: An evidence-based approach to mitigating the stress experienced by healthcare workers. Can J Public Heal. 2008;99(6):486–8.
9. Heath C, Sommerfield A, von Ungern-Sternberg BS. Resilience strategies to manage psychological distress amongst healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a narrative review. Anaesthesia. 2020;anae.15180.
10. Hoffman MA, Kruczek T. A Bioecological Model of Mass Trauma: Individual, Community, and Societal Effects. Couns Psychol XX(X). 2011;1–41.
11. Danese A, Smith P, Chitsabesan P, Dubicka B. Child and Adolescent Mental Health Amidst Emergencies and Disasters. Br J Psychiatry. 2020;216(3):159–

62.

12. Dalton L, Rapa E, Stein A. Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19. Vol. 4, *The Lancet Child and Adolescent Health*. 2020. p. 346–7.
13. Mahajan C, Kapoor I, Prabhakar H. Psychological effects of Corona Virus Disease (COVID 19) on children of Health Care Workers. *Anesth Analg*. 2020; Publish Ah.
14. Wikipedia <https://tr.wikipedia.org/wiki/Pandemi> Erişim Tarihi: 3 Ekim 2020
15. Dicker R.C. *Principles of Epidemiology: Home|Self-Study Course SS1978|CDC*. Atlanta; 2012. 30 p.
16. Morens DM, Folkers GK, Fauci AS. What Is a Pandemic? *J Infect Dis*. 2009;200(7):1018–21.
17. J.N. H. *Epidemics and Pandemics: Their Impacts on Human History*. California; 2005.
18. Littman RJ. The plague of Athens: Epidemiology and paleopathology. Vol. 76, *Mount Sinai Journal of Medicine*. 2009. p. 456–67.
19. Cohn SK. Epidemiology of the black death and successive waves of plague. *Medical History*. 2008. p. 74–100.
20. Thèves C, Crubézy E, Biagini P. History of Smallpox and Its Spread in Human Populations. In: *Paleomicrobiology of Humans*. 2016. p. 161–72.
21. Lippi D, Gotuzzo E, Caini S. Cholera: A history of pandemics. In: *Microbiology spectrum*. 2016. p. 173.
22. Potter CW. A history of influenza. *J Appl Microbiol*. 2001;91(4):572–9.
23. Taubenberger JK, Morens DM. 1918 Influenza: The mother of all pandemics [Internet]. Vol. 12, *Emerging Infectious Diseases*. Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2006 [cited 2020 Oct 4]. p. 15–22. Available from: [/pmc/articles/PMC3291398/?report=abstract](https://pmc/articles/PMC3291398/?report=abstract)
24. Kilbourne ED. Influenza pandemics of the 20th century. Vol. 12, *Emerging Infectious Diseases*. 2006. p. 9–14.
25. World Health Organizaton (WHO) https://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/clinical_management/en/ Erişim Tarihi: 12 Ekim 2020

26. World Health Organization (WHO) https://www.who.int/csr/sars/country/2003_08_15/en/ Erişim Tarihi:12 Ekim 2020
27. World Health Organization (WHO) <https://www.who.int/csr/don/07-november-2014-mers/en/> Erişim Tarihi: 12 Ekim 2020
28. Zhong NS, Zheng BJ, Li YM, Poon LLM, Xie ZH, Chan KH, et al. Epidemiology and cause of severe acute respiratory syndrome (SARS) in Guangdong, People's Republic of China, in February, 2003. *Lancet*. 2003;362(9393):1353–8.
29. World Health Organization (WHO). <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: 12 Ekim 2020
30. World Health Organization (WHO) <http://www.emro.who.int/pandemic-epidemic-diseases/mers-cov/mers-situation-update-january-2020.html> Erişim Tarihi: 12 Ekim 2020
31. Shuo S., Wong G, Shi W., Liu J., Lai A.C.K., jiyong Z. E a. Epidemiology, Genetic Recombination, and Pathogenesis of Coronaviruses. *Trends Microbiol*. 2016;24(6):490–502.
32. Fehr AR, Perlman S. Coronaviruses: An overview of their replication and pathogenesis. *Coronaviruses Methods Protoc*. 2015;1282:1–23.
33. Hu T, Liu Y, Zhao M, Zhuang Q, Xu L, He Q. A comparison of COVID-19, SARS and MERS. *PeerJ*. 2020;8.
34. Li Q GX, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L TY et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. Vol. 382, *New England Journal of Medicine*. 2020. p. 1199–207.
35. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382(8):727–33.
36. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> Erişim Tarihi: 14 Ekim 2020

37. Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, Evaluation and Treatment Coronavirus (COVID-19). StatPearls. 2020.
38. Lu R, Xiang Z, Li J, Niu P, Yang B WH et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet*. 2020;395(10224):565–74.
39. Euronews <https://tr.euronews.com/2020/03/10/sagl-k-bakan-koca-koronavirus-covid-19-salg-n-ile-ilgili-ac-klama-yap-yor> erişim Tarihi: 14 Ekim 2020
40. World Health Organization (WHO) <https://covid19.who.int/> Erişim Tarihi: 9 Mayıs 2021
41. Mahase E. Coronavirus covid-19 has killed more people than SARS and MERS combined, despite lower case fatality rate. *BMJ*. 2020;368:m641.
42. Chan JFW, Yuan S, Kok KH, Wang KK CH et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet*. 2020;395(10223):514–23.
43. Li Q. An Outbreak of NCIP (2019-nCoV) Infection in China — Wuhan, Hubei Province, 2019–2020. *China CDC Wkly*. 2020;2(5):79–80.
44. World Health Organization (WHO) <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations> Erişim Tarihi: 17 Ekim 2020
45. Van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A WB et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. Vol. 382, *New England Journal of Medicine*. 2020. p. 1564–7.
46. Ong SWX, Tan YK, Chia PY, Lee TH NO et al. Air, Surface Environmental, and Personal Protective Equipment Contamination by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) from a Symptomatic Patient. Vol. 323, *JAMA - Journal of the American Medical Association*. 2020. p. 1610–2.
47. Faridi S, Niazi S, Sadeghi K, Naddafi K, Yavarian J SM et al. A field indoor air measurement of SARS-CoV-2 in the patient rooms of the largest hospital in Iran. *Sci Total Environ*. 2020;725(138401).
48. Guo Z-D, Wang Z-Y, Zhang S-F, Li X, Li L LC et al. Aerosol and Surface Distribution of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 in Hospital

- Wards, Wuhan, China, 2020. *Emerg Infect Dis.* 2020;26(7):1583–91.
49. Hirota K. Air contamination with SARS-CoV-2 in the operating room. *J Anesth.* 2020;1:1.
 50. Bennett S, Tafuro J, Mayer J, Darlington D, Wai Wong C ME-A et al. Clinical features and outcomes of adults with COVID-19: A systematic review and pooled analysis of the literature. *Int J Clin Pract.* 2020;(e13725).
 51. Kumar A, Arora A, Sharma P, Anikhindi SA, Bansal N, Single V. et al. Clinical Features of COVID-19 and Factors Associated with Severe Clinical Course: A Systematic Review and Meta-Analysis. *SSRN Electron J.* 2020;
 52. World Health Organization (WHO) <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines> Erişim Tarihi: 21 Mayıs 2021
 53. Zimmermann P, Curtis N. COVID-19 in Children, Pregnancy and Neonates: A Review of Epidemiologic and Clinical Features. *Pediatr Infect Dis J.* 2020;39(6):469–77.
 54. de Souza TH, Nadal JA, Nogueira RJN, Pereira RM, Brandão MB. Clinical manifestations of children with COVID-19: A systematic review. Vol. 55, *Pediatric Pulmonology.* John Wiley and Sons Inc.; 2020. p. 1892–9.
 55. Cao Q, Chen YC, Chen CL, Chiu CH. SARS-CoV-2 infection in children: Transmission dynamics and clinical characteristics. Vol. 119, *Journal of the Formosan Medical Association.* 2020. p. 670–3.
 56. Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, Jiang F JZ et al. Epidemiology of COVID-19 among children in China. Vol. 145, *Pediatrics.* American Academy of Pediatrics; 2020. p. 20200702.
 57. Lawrensia S, Henrina J, Wijaya E, Suciadi LP, Saboe A, Cool CJ. Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome Temporally Associated with SARS-CoV-2: a New Challenge amid the Pandemic. *SN Compr Clin Med.* 2020;
 58. Xu Y, Li X, Zhu B, Liang H, Fang C GY et al. Characteristics of pediatric SARS-CoV-2 infection and potential evidence for persistent fecal viral shedding. *Nat Med.* 2020;26(4):502–5.
 59. Jiehao C, Jin X, Daojong L, Zhi Y, Lei X ZQ et al. A Case Series of Children With 2019 Novel Coronavirus Infection: Clinical and Epidemiological

- Features. *Clin Infect Dis.* 2020;71(6):1547–51.
60. İşlek E, Özatkan Y, Bilir MK, Arı HO, Çelik H YH. COVID-19 Pandemi Yönetiminde Türkiye Örneği: Sağlık Politikası Uygulamaları ve Stratejileri. Ankara; 2020.
 61. Aysan AF, Balcı E, Karagöl ET, Kılıç E, Gültekin F ŞF et al. Covid-19 Pandemi Değerlendirme Raporu. Ankara; 2020.
 62. T.C.Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) <https://www.meb.gov.tr/bakan-selcuk-koronaviruse-karsi-egitim-alaninda-alinan-tedbirleri-acikladi/haber/20497/tr.web> Erişim Tarihi: 15 Ekim 2020
 63. Anadolu Ajansı (AA) <https://www.aa.com.tr/tr/egitim/milli-egitim-bakani-selcuk-uzaktan-egitime-31-mayisa-kadar-devam-edilecek/1822357> Erişim Tarihi: 15 Ekim 2020
 64. Pablo GS, Vaquerizo-Serrano J, Catalan A, Arango C, Moreno C C, Al. FF et. Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis. Vol. 275, *Journal of Affective Disorders.* 2020. p. 48–57.
 65. S, Stuijzand, Deforges C, Sandoz V, Sajin CT, Jaques Cİ EJ et al. Psychological impact of an epidemic/pandemic on the mental health of healthcare professionals: a rapid review. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1230.
 66. Galli F., Pozzi G., Ruggiero F., Mameli F., Cavicchioli M. BS et al. A Systematic Review and Provisional Metanalysis on Psychopathologic Burden on Health Care Workers of Coronavirus Outbreaks. *Front Psychiatry.* 2020;11(568664).
 67. Preti E., Mattai V.D., Perego G., Ferrari F., Mazzetti M. TP et al. The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. Vol. 22, *Current Psychiatry Reports.* 2020.
 68. Magill E, Siegel Z, Pike KM. The Mental Health of Frontline Health Care Providers During Pandemics: A Rapid Review of the Literature. *Psychiatr Serv.* 2020;71(12):appi.ps.2020002.
 69. Lin CY, Peng YC, Wu YH, Chang J, Chan CH, Yang DY. The psychological effect of severe acute respiratory syndrome on emergency department staff.

- Emerg Med J. 2007;24(1):12–7.
70. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J YZ et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: Exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry*. 2009;54(5):302–11.
 71. Lee AM, Wong JG, McAlonan GM, Cheung V, Cheung C SP et al. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Can J psychiatry*. 2007;52(4):233–40.
 72. Bai YM, Lin CC, Lin CY, Chen JY, Chue CM, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv*. 2004;55(9):1055–7.
 73. Lee SM, Kang WS, Cho AR, Kim T, Park JK. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry*. 2018;87:123–7.
 74. McAlonan GM., Lee AM, Cheung V., Cheung C., Tsang KWT. SP et al. Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. *Can J Psychiatry*. 2007;52(4):241–7.
 75. Reynolds DL, Garay JR, Deamond SL, Moran MK, Gold W SR. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect*. 2008;136(7):997–1007.
 76. The Lancet. COVID-19: protecting health-care workers. Vol. 395, The Lancet. 2020. p. 922.
 77. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2020;323(11):1061–9.
 78. Nguyen LH, Drew DA, Graham MS, Joshi AD, Guo CG, Ma W, et al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Public Heal*. 2020;5(9):e475–83.
 79. Türk Tabipleri Birliği (TTB)
https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/haber_goster.php?Guid=97bfa578-92f1-11eb-9b30-af7a56403e78 Erişim Tarihi: 9 Mayıs 2021
 80. Spoorthy M.S., Pratapa S.K. MS. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. Vol. 51, *Asian Journal of*

- Psychiatry. 2020. p. 102119.
81. Xing L., Xu M., Sun J., Wang Q., Ge D. JM et al. Anxiety and depression in frontline health care workers during the outbreak of Covid-19. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;002076402096811.
 82. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsi E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Vol. 88, Brain, Behavior, and Immunity*. ; 2020. p. 901–7.
 83. Lai J., Ma S., Wang Y., Cai Z., Hu J. WN et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw open*. 2020;3(3):e203976.
 84. Saracoglu KT, Simsek T, Kahraman S, Bombaci E, Sezen Ö, Saracoglu A, et al. The Psychological Impact of COVID-19 Disease is more Severe on Intensive Care Unit Healthcare Providers: A Cross-sectional Study. *Clin Psychopharmacol Neurosci*. 2020;18(4):607–15.
 85. Li X, Yu H, Bian G, Hu Z, Liu X, Zhou Q, et al. Prevalence, risk factors, and clinical correlates of insomnia in volunteer and at home medical staff during the COVID-19. *Vol. 87, Brain, Behavior, and Immunity*. 2020. p. 140–1.
 86. Teshome A., Glagn M., Shegaze M., Tekabe B., Getie A. AA et al. Generalized anxiety disorder and its associated factors among health care workers fighting COVID-19 in southern Ethiopia. *Psychol Res Behav Manag*. 2020;13:907–17.
 87. Liang Y, Chen M, Zheng X, Liu J. Screening for Chinese medical staff mental health by SDS and SAS during the outbreak of COVID-19. *Vol. 133, Journal of Psychosomatic Research*. 2020. p. 110102.
 88. Zhang WR., Wang K., Yin L., Zhao WF., Xue Q. PM et al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychother Psychosom*. 2020;89(4):242–50.
 89. Shacham M, Hamama-Raz Y, Kolerman R, Mijiritsky O, Ben-Ezra M, Mijiritsky E. COVID-19 factors and psychological factors associated with elevated psychological distress among dentists and dental hygienists in Israel. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(8).
 90. Conti C, Fontanesi L, Lanzara R, Rosa I, Porcelli P. Fragile heroes. The

- psychological impact of the COVID-19 pandemic on health-care workers in Italy. *PLoS One*. 2020;15(11):e0242538.
91. Cabarkapa S, Nadjidai SE, Murgier J, Ng CH. The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. *Brain, Behav Immun - Heal*. 2020;8:100144.
 92. Liang Y, Wu K, Zhou Y, Huang X, Zhou Y, Liu Z. Mental health in frontline medical workers during the 2019 novel coronavirus disease epidemic in China: A comparison with the general population. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):1–12.
 93. Schonfeld DJ, Demaria T. Providing psychosocial support to children and families in the aftermath of disasters and crises. *Pediatrics*. 2015 Oct;136(4):e1120–30.
 94. United Nations International Children’s Emergency Fund (UNICEF) <https://www.unicef.org/turkey/en/documents/impact-covid-19-children> Erişim Tarihi: 12 Aralık 2020
 95. Nearchou F, Hennessy E, Flinn C, Niland R, Subramaniam SS. Exploring the impact of covid-19 on mental health outcomes in children and adolescents: A systematic review. Vol. 17, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020. p. 1–19.
 96. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO) <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse> Erişim Tarihi: 13 Aralık 2020
 97. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. Vol. 59, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2020. p. 1218-1239.e3.
 98. Imran N, Zeshan M, Pervaiz Z. Mental health considerations for children & adolescents in covid-19 pandemic. Vol. 36, *Pakistan Journal of Medical Sciences*. 2020. p. S67–72.
 99. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. Vol. 395, *The Lancet*.

2020. p. 945–7.
100. Liu S, Liu Y, Liu Y. Somatic symptoms and concern regarding COVID-19 among Chinese college and primary school students: A cross-sectional survey. *Psychiatry Res.* 2020;289:113070.
 101. Zhou SJ, Zhang LG, Wang LL, Guo ZC, Wang JQ, Chen JC, et al. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2020;29(6):749–58.
 102. Rao WW, Xu DD, Cao XL, Wen SY, Che WI, Ng CH, et al. Prevalence of depressive symptoms in children and adolescents in China: A meta-analysis of observational studies. *Psychiatry Res.* 2019;272:790–6.
 103. Yang X, Jiang C, Pan W, Xu W, Liang F, Li N, et al. Prevalence of psychiatric disorders among children and adolescents in Northeast China. *PLoS One.* 2014;9(10).
 104. Zhou J, Yuan X, Qi H, Liu R, Li Y, Huang H, et al. Prevalence of depression and its correlative factors among female adolescents in China during the coronavirus disease 2019 outbreak. *Global Health.* 2020;16(1):69.
 105. Brazendale K, Beets MW, Weaver RG, Pate RR, Turner-McGrievy GM, Kaczynski AT, et al. Understanding differences between summer vs. school obesogenic behaviors of children: The structured days hypothesis. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2017;14(1).
 106. López-Bueno R, López-Sánchez GF, Casajús JA, Calatayud J, Gil-Salmerón A, Grabovac I, et al. Health-Related Behaviors Among School-Aged Children and Adolescents During the Spanish Covid-19 Confinement. *Front Pediatr.* 2020;8:573.
 107. Xie X, Xue Q, Zhou Y, Zhu K, Liu Q, Zhang J, et al. Mental health status among children in home confinement during the coronavirus disease 2019 outbreak in Hubei Province, China. Vol. 174, *JAMA Pediatrics.* 2020. p. 898–900.
 108. Chen F, Zheng D, Liu J, Gong Y, Guan Z, Lou D. Depression and anxiety among adolescents during COVID-19: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun.* 2020;88:36.
 109. Orgilés M, Morales A, Delvecchio E, Mazzeschi C, Espada JP. Immediate

psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain.

110. Pisano L, Galimi D, Cerniglia L. A qualitative report on exploratory data on the possible emotional/behavioral correlates of Covid-19 lockdown in 4-10 years children in Italy. 2020;
111. Romero E, López-Romero L, Domínguez-álvarez B, Villar P, Gómez-Fraguela JA. Testing the effects of covid-19 confinement in spanish children: The role of parents' distress, emotional problems and specific parenting. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(19):1–23.
112. Schofield G, Beek M, Ward E, Biggart L. Professional foster carer and committed parent: role conflict and role enrichment at the interface between work and family in long-term foster care. *Child Fam Soc Work*. 2013;18(1):46–56.
113. Cobham VE, McDermott B, Haslam D, Sanders MR. The Role of Parents, Parenting and the Family Environment in Children's Post-Disaster Mental Health. Vol. 18, *Current Psychiatry Reports*. 2016.
114. McFarlane AC. Family functioning and overprotection following a natural disaster: The longitudinal effects of post-traumatic morbidity. *Aust N Z J Psychiatry*. 1987;21(2):210–8.
115. Kelley M Lou, Self-Brown S, Le B, Bosson JV, Hernandez BC, Gordon AT. Predicting posttraumatic stress symptoms in children following Hurricane Katrina: A prospective analysis of the effect of parental distress and parenting practices. *J Trauma Stress*. 2010;23(5):582–90.
116. Dyb G, Jensen TK, Nygaard E. Children's and parents' posttraumatic stress reactions after the 2004 tsunami. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2011;16(4):621–34.
117. Spinelli M, Lionetti F, Pastore M, Fasolo M. Parents' Stress and Children's Psychological Problems in Families Facing the COVID-19 Outbreak in Italy. *Front Psychol*. 2020;11.
118. Marchetti D, Fontanesi L, Mazza C, Di Giandomenico S, Roma P, Verrocchio MC. Parenting-Related Exhaustion During the Italian COVID-19 Lockdown. *J Pediatr Psychol*. 2020;45(10):1114–23.

119. Russell BS, Hutchison M, Tambling R, Tomkunas AJ, Horton AL. Initial Challenges of Caregiving During COVID-19: Caregiver Burden, Mental Health, and the Parent–Child Relationship. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2020;51(5):671–82.
120. Skokauskas N, Leventhal B, Cardeli EL, Belfer M, Kaasbøll J, Cohen J. Supporting children of healthcare workers during the COVID-19 pandemic. Vol. 1, *European Child and Adolescent Psychiatry.* 2020. p. 3.
121. Şahin B, Hoşoğlu E, Önal B. Anxiety symptoms in healthcare workers and their children during the COVID-19 pandemic in Turkey. *Namık Kemal Tıp Derg.* 2020;8(3):321–30.
122. Dursun OB, Turan B, Pakyürek M, Tekin A. Integrating Telepsychiatric Services into the Conventional Systems for Psychiatric Support to Health Care Workers and Their Children During COVID-19 Pandemics: Results from A National Experience. *Telemed e-Health.* 2020;
123. Davico C, Ghiggia A, Marcotulli D, Ricci F, Amianto F, Vitiello B. Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Adults and Their Children in Italy. *SSRN Electron J.* 2020;
124. World Health Organization (WHO) https://www.who.int/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---healthy-parenting?gclid=Cj0KCQiAifz-BRDjARIsAEElyGIR6-z2cmtXLA9Grr5RC1b2Nh2P5MEksh5zaWJdb9_Q9SwQMB9EGjgaAlmCEALw_wcB Erişim Tarihi: 20 Aralık 2020
125. United Nations International Children’s Emergency Fund (UNICEF) <https://www.unicef.org/coronavirus/how-talk-your-child-about-coronavirus-covid-19> Erişim Tarihi: 20 Aralık 2020
126. American Academy Child And Adolescent Psychiatry (AACAP) https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Resource_Libraries/covid-19/resources_helping_kids_parents_cope.aspx Erişim Tarihi: 20 Aralık 2020
127. Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği (COGEPDER TR) <http://www.cogepder.org.tr/images/covid-19-rehber.pdf> Erişim Tarihi: 20 Aralık 2020

128. Marques de Miranda D, da Silva Athanasio B, Sena Oliveira AC, Simoes-e-Silva AC. How is COVID-19 pandemic impacting mental health of children and adolescents? Vol. 51, International Journal of Disaster Risk Reduction. 2020. p. 101845.
129. Gourley L, Wind C, Henninger EM, Chinitz S. Sensory Processing Difficulties, Behavioral Problems, and Parental Stress in a Clinical Population of Young Children. *J Child Fam Stud*. 2013;22(7):912–21.
130. Cortese S, Ivanenko A, Ramtekkar U AM. Sleep disorders in children and adolescents: a practical guide IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. In: Rey JM. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*; 2014. 321–323 p.
131. McDowall PS, Elder DE, Campbell AJ. Relationship between parent knowledge of child sleep, and child sleep practices and problems: A pilot study in a children's hospital cohort. *J Paediatr Child Health*. 2017;53(8):788–93.
132. Beebe DW. Cognitive, Behavioral, and Functional Consequences of Inadequate Sleep in Children and Adolescents. Vol. 58, *Pediatric Clinics of North America*. 2011. p. 649–65.
133. Owens JA. Neurocognitive and behavioral impact of sleep disordered breathing in children. Vol. 44, *Pediatric Pulmonology*. 2009. p. 417–22.
134. Siegel JM. Mechanisms of sleep control. *J Clin Neurophysiol*. 1990;7(1):49–66.
135. Pace-Schott EF, Hobson JA. The neurobiology of sleep: Genetics, cellular physiology and subcortical networks. Vol. 3, *Nature Reviews Neuroscience*. 2002. p. 591–605.
136. McCormick DA. Neurotransmitter actions in the thalamus and cerebral cortex and their role in neuromodulation of thalamocortical activity. Vol. 39, *Progress in Neurobiology*. 1992. p. 337–88.
137. Carskadon MA, Dement WC. Chapter 2-Normal Human Sleep : An Overview. In: MH Kryger, T Roth, & WC Dement (Eds), *Principles and practice of sleep medicine*, 5th edition. St. Louis: Elsevier Saunders.; 2011. p. 16–26.
138. Owens J. Classification and Epidemiology of Childhood Sleep Disorders. Vol.

- 35, Primary Care - Clinics in Office Practice. 2008. p. 533–46.
139. Blunden S, Lushington K, Lorenzen B, Ooi T, Fung F, Kennedy D. Are sleep problems under-recognised in general practice? *Arch Dis Child*. 2004;89(8):708–12.
140. Smedje H, Broman JE, Hetta J. Parents' reports of disturbed sleep in 5-7-year-old Swedish children. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 1999;88(8):858–65.
141. Stein MA, Mendelsohn J, Obermeyer WH, Amromin J, Benca R. Sleep and behavior problems in school-aged children. *Pediatrics*. 2001;107(4).
142. Owens JA, Spirito A, McGuinn M, Nobile C. Sleep habits and sleep disturbance in elementary school-aged children. *J Dev Behav Pediatr*. 2000;21(1):27–36.
143. Huang MM, Qian Z, Wang J, Vaughn MG, Lee YL, Dong GH. Validation of the Sleep Disturbance Scale for Children and prevalence of parent-reported sleep disorder symptoms in Chinese children. *Sleep Med*. 2014;15(8):923–8.
144. Agargun MY, Cilli AS, Sener S, Bilici M, Ozer OA, Selvi Y, et al. The prevalence of parasomnias in preadolescent school-aged children: A Turkish sample. *Sleep*. 2004;27(4):701–5.
145. Kilincaslan A, Yilmaz K, Oflaz SB, Aydin N. Epidemiological study of self-reported sleep problems in Turkish high school adolescents. *Pediatr Int*. 2014;56(4):594–600.
146. American Psychiatric Association 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition DSM-5. 5th ed.)*. APA, Washington DC. 2013.
147. Salkovskis PM, Warwick HMC. Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behav Res Ther*. 1986;24(5):597–602.
148. Ferguson E. A taxometric analysis of health anxiety. *Psychol Med*. 2009;39(2):277–85.
149. Abramowitz JS, Deacon BJ, Valentiner DP. The short health anxiety inventory: Psychometric properties and construct validity in a non-clinical sample. *Cognit Ther Res*. 2007;31(6):871–83.
150. Asmundson GJG, Abramowitz JS, Richter AA, Whedon M. Health anxiety: Current perspectives and future directions. Vol. 12, *Current Psychiatry Reports*. 2010. p. 306–12.

151. Bailer J, Kerstner T, Witthöft M, Diener C, Mier D, Rist F. Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress Coping*. 2016;29(2):219–39.
152. Hart J, Björgvinsson T. Health anxiety and hypochondriasis: Description and treatment issues highlighted through a case illustration. Vol. 74, *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2010. p. 122–40.
153. Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ. Health Anxiety, Hypochondriasis, and the Anxiety Disorders. *Behav Ther*. 2007;38(1):86–94.
154. Rachman S. Health anxiety disorders: A cognitive construal. *Behav Res Ther*. 2012;50(7–8):502–12.
155. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HMC, Clark DM. The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med*. 2002;32(5):843–53.
156. Aydemir Ö, Kirpınar I, Sati T, Uykur B, Cengiz C. Reliability and Validity of the Turkish Version of the Health Anxiety Inventory. *Noropsikiyatri Ars*. 2013;50(4):325–31.
157. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The strengths and difficulties questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 1998;7(3):125–30.
158. Güvenir T, Özbek A, Baykara B, Arkar H, Şentürk B İS. Psychometric properties of the Turkish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Turkish J Child Adolesc Ment Heal*. 2008;15(2):65–74.
159. Bruni O, Ottaviano S, Guidetti V, Romoli M, Innocenzi M, Cortesi F, et al. The Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC) construction and validation of an instrument to evaluate sleep disturbances in childhood and adolescence. *J Sleep Res*. 1996;5(4):251–61.
160. Akçay D, Akçay BD HBÖ. Reliability and validity of Turkish Sleep Disturbance Scale for Children. *Anatol J Psychiatry*. 2020;21(Suppl.1):70–7.
161. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev*. 2020;14(5):779–88.
162. Santabárbara J, Bueno-Notivol J, Lipnicki DM, Olaya B, Pérez-Moreno M,

- Gracia-García P, et al. Prevalence of anxiety in health care professionals during the COVID-19 pandemic: A rapid systematic review (on published articles in Medline) with meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2021;110244.
163. Muller AE, Hafstad EV, Himmels JPW, Smedslund G, Flottorp S, Stensland SØ, et al. The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review. Vol. 293, *Psychiatry Research*. 2020.
 164. da Silva FCT, Neto MLR. Psychiatric symptomatology associated with depression, anxiety, distress, and insomnia in health professionals working in patients affected by COVID-19: A systematic review with meta-analysis. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry*. 2021;104.
 165. Asmundson GJG, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. Vol. 71, *Journal of Anxiety Disorders*. 2020. p. 102211.
 166. Alan S, Gokyildiz Surucu S, Avcibay Vurgec B, Cevik A. An investigation of individuals' health anxiety during the COVID-19 pandemic within the framework of the functional health patterns. *Perspect Psychiatr Care*. 2020;
 167. Yildirim TT, Atas O, Asafov A, Yildirim K, Balibey H. Psychological status of healthcare workers during the Covid-19 pandemic. *J Coll Physicians Surg Pakistan*. 2020;30(1):S26–31.
 168. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66(5):504–11.
 169. MacSwain KLH, Sherry SB, Stewart SH, Watt MC, Hadjistavropoulos HD, Graham AR. Gender differences in health anxiety: An investigation of the interpersonal model of health anxiety. *Pers Individ Dif*. 2009;47(8):938–43.
 170. Lee SA, Crunk EA. Fear and Psychopathology During the COVID-19 Crisis: Neuroticism, Hypochondriasis, Reassurance-Seeking, and Coronaphobia as Fear Factors. *Omega (United States)*. 2020;
 171. Maeng LY, Milad MR. Sex differences in anxiety disorders: Interactions

- between fear, stress, and gonadal hormones. *Horm Behav.* 2015;76:106–17.
172. McLaren HJ, Wong KR, Nguyen KN, Mahamadachchi KND. Covid-19 and women's triple burden: Vignettes from Sri Lanka, Malaysia, Vietnam and Australia. *Soc Sci.* 2020;9(5):87.
173. Croda E, Grossbard S. Women pay the price of COVID-19 more than men. *Rev Econ Househ.* 2021;19(1):1–9.
174. Boniol M, Mcisaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, Campbell J. Gender equity in the health workforce: Analysis of 104 countries. World Health Organization (WHO). 2019.
175. C Fong V, Iarocci G. Child and Family Outcomes Following Pandemics: A Systematic Review and Recommendations on COVID-19 Policies. *J Pediatr Psychol.* 2020;45(10):1124–43.
176. Ersoy K., Altın B., Bayram Sarıkaya B. Güngörmüş Özkardaş O. The Comparison of Impact of Health Anxiety on Dispositional Hope and Psychological Well-Being of Mothers Who Have Children Diagnosed with Autism and Mothers Who Have Normal Children, in Covid-19 Pandemic. *Sos Bilim Araştırma Derg.* 2020;9(2):117–26.
177. Landi G, Pakenham KI, Boccolini G, Grandi S, Tossani E. Health Anxiety and Mental Health Outcome During COVID-19 Lockdown in Italy: The Mediating and Moderating Roles of Psychological Flexibility. *Front Psychol.* 2020;11.
178. Wong TW, Yau JKY, Chan CLW, Kwong RSY, Ho SMY, Lau CC, et al. The psychological impact of severe acute respiratory syndrome outbreak on healthcare workers in emergency departments and how they cope. *Eur J Emerg Med.* 2005;12(1):13–8.
179. Gorini A, Fiabane E, Sommaruga M, Barbieri S, Sottotetti F, La Rovere MT, et al. Mental health and risk perception among Italian healthcare workers during the second month of the Covid-19 pandemic. *Arch Psychiatr Nurs.* 2020;34(6):537–44.
180. Nickell LA, Crighton EJ, Tracy CS, Al-Enazy H, Bolaji Y, Hanjrah S, et al. Psychosocial effects of SARS on hospital staff: Survey of a large tertiary care institution. *CMAJ.* 2004;170(5):793–8.
181. Matsuishi K, Kawazoe A, Imai H, Ito A, Mouri K, Kitamura N, et al.

- Psychological impact of the pandemic (H1N1) 2009 on general hospital workers in Kobe. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2012;66(4):353–60.
182. Vizheh M, Qorbani M, Arzaghi SM, Muhidin S, Javanmard Z, Esmaeili M. The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*. 2020.
 183. Shaukat N, Ali DM, Razzak J. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. Vol. 13, *International Journal of Emergency Medicine*. 2020.
 184. Hacimusalar Y, Kahve AC, Yasar AB, Aydin MS. Anxiety and hopelessness levels in COVID-19 pandemic: A comparative study of healthcare professionals and other community sample in Turkey. *J Psychiatr Res*. 2020;129:181–8.
 185. Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;369:m1642.
 186. Alonso J, Vilagut G, Mortier P, Ferrer M, Alayo I, Aragón-Peña A, et al. Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2021;
 187. Benke C, Autenrieth LK, Asselmann E, Pané-Farré CA. Lockdown, quarantine measures, and social distancing: Associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. *Psychiatry Res*. 2020;293:113462.
 188. Noyes R. The relationship of hypochondriasis to anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 1999;21(1):8–17.
 189. Sauer KS, Jungmann SM, Witthöft M. Emotional and behavioral consequences of the COVID-19 pandemic: The role of health anxiety, intolerance of uncertainty, and distress (in)tolerance. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(19):1–18.
 190. Crescentini C, Feruglio S, Matiz A, Paschetto A, Vidal E, Cogo P, et al. Stuck Outside and Inside: An Exploratory Study on the Effects of the COVID-19 Outbreak on Italian Parents and Children’s Internalizing Symptoms. *Front Psychol*. 2020;11.

191. Braunack-Mayer A, Tooher R, Collins JE, Street JM, Marshall H. Understanding the school community's response to school closures during the H1N1 2009 influenza pandemic. Vol. 13, BMC Public Health. 2013. p. 344.
192. Tso WWY, Wong RS, Tung KTS, Rao N, Fu KW, Yam JCS, et al. Vulnerability and resilience in children during the COVID-19 pandemic. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;
193. Mutluer T, Doenyas C, Aslan Genc H. Behavioral Implications of the Covid-19 Process for Autism Spectrum Disorder, and Individuals' Comprehension of and Reactions to the Pandemic Conditions. *Front Psychiatry*. 2020;11:561882.
194. Asbury K, Fox L, Deniz E, Code A, Toseeb U. How is COVID-19 Affecting the Mental Health of Children with Special Educational Needs and Disabilities and Their Families? *J Autism Dev Disord*. 2020;1.
195. Eshraghi AA, Li C, Alessandri M, Messinger DS, Eshraghi RS, Mittal R, et al. COVID-19: overcoming the challenges faced by individuals with autism and their families. Vol. 7, *The Lancet Psychiatry*. 2020. p. 481–3.
196. Pınar Senkalfa B, Sismanlar Eyuboglu T, Aslan AT, Ramaslı Gursoy T, Soysal AS, Yapar D, et al. Effect of the COVID-19 pandemic on anxiety among children with cystic fibrosis and their mothers. *Pediatr Pulmonol*. 2020;55(8):2128–34.
197. Hamilton JL. Returning to school in the midst of the COVID-19 pandemic for children with chronic disease and special needs. *Journal of Pediatric Nursing*. 2020.
198. Chen J, Liu X, Wang D, Jin Y, He M, Ma Y, et al. Risk factors for depression and anxiety in healthcare workers deployed during the COVID-19 outbreak in China. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020;1–9.
199. Elbay RY, Kurtulmuş A, Arpacıoğlu S, Karadere E. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry Res*. 2020 Aug 1;290:113130.
200. Luceño-Moreno L, Talavera-Velasco B, García-Albuérne Y, Martín-García 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(15):1–29.

201. Mattila E, Peltokoski J, Neva MH, Kaunonen M, Helminen M, Parkkila A-K. COVID-19: anxiety among hospital staff and associated factors. *Ann Med.* 2021;53(1):237–46.
202. Xing LQ, Xu ML, Sun J, Wang QX, Ge DD, Jiang MM, et al. Anxiety and depression in frontline health care workers during the outbreak of Covid-19. *Int J Soc Psychiatry.* 2020;
203. Leung GM, Ho LM, Chan SKK, Ho SY, Bacon-Shone J, Choy RYL, et al. Longitudinal assessment of community psychobehavioral responses during and after the 2003 outbreak of severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. Vol. 40, *Clinical Infectious Diseases.* 2005. p. 1713–20.
204. Liu CY, Yang YZ, Zhang XM, Xu X, Dou QL, Zhang WW, et al. The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: A cross-sectional survey. Vol. 148, *Epidemiology and Infection.* 2020.
205. Gallagher MW, Zvolensky MJ, Long LJ, Rogers AH, Garey L. The Impact of Covid-19 Experiences and Associated Stress on Anxiety, Depression, and Functional Impairment in American Adults. *Cognit Ther Res.* 2020;44(6):1043–51.
206. Ragab D, Salah Eldin H, Taeimah M, Khattab R, Salem R. The COVID-19 Cytokine Storm; What We Know So Far. Vol. 11, *Frontiers in Immunology.* 2020.
207. Mazza MG, De Lorenzo R, Conte C, Poletti S, Vai B, Bollettini I, et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun.* 2020;89:594–600.
208. Kempuraj D, Selvakumar GP, Ahmed ME, Raikwar SP, Thangavel R, Khan A, et al. COVID-19, Mast Cells, Cytokine Storm, Psychological Stress, and Neuroinflammation. *Neuroscientist.* 2020;26(5–6):402–14.
209. Naldi A, Vallelonga F, Di Liberto A, Cavallo R, Agnesone M, Gonella M, et al. COVID-19 pandemic-related anxiety, distress and burnout: prevalence and associated factors in healthcare workers of North-West Italy. *BJPsych Open.* 2021;7(1).
210. Liu Q, Zhou Y, Xie X, Xue Q, Zhu K, Wan Z, et al. The prevalence of

- behavioral problems among school-aged children in home quarantine during the COVID-19 pandemic in china. *J Affect Disord.* 2021;279:412.
211. Vallejo-Slocker L., Fresnada J. VMA. Psychological Wellbeing of Vulnerable Children During the COVID-19 Pandemic. *Psicothema.* 2020;32(4):501,507.
 212. Ha JH, Hong J, Seltzer MM, Greenberg JS. Age and gender differences in the well-being of midlife and aging parents with children with mental health or developmental problems: report of a national study. *J Health Soc Behav.* 2008;49(3):301–16.
 213. Pereira AI, Barros L, Mendonça D, Muris P. The Relationships Among Parental Anxiety, Parenting, and Children’s Anxiety: The Mediating Effects of Children’s Cognitive Vulnerabilities. *J Child Fam Stud.* 2014;23(2):399–409.
 214. Le Vigouroux S, Scola C. Differences in parental burnout: Influence of demographic factors and personality of parents and children. *Front Psychol.* 2018;9(JUL).
 215. Chung G, Lanier P, Wong PYJ. Mediating Effects of Parental Stress on Harsh Parenting and Parent-Child Relationship during Coronavirus (COVID-19) Pandemic in Singapore. *J Fam Violence.* 2020;1–12.
 216. Willcutt EG. The Prevalence of DSM-IV Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. Vol. 9, *Neurotherapeutics.* 2012. p. 490–9.
 217. Strazdins L, Shipley M, Clements M, O'Brien L V., Broom DH. Job quality and inequality: Parents’ jobs and children’s emotional and behavioural difficulties. *Soc Sci Med.* 2010;70(12):2052–60.
 218. Yeasmin S, Banik R, Hossain S, Hossain MN, Mahumud R, Salma N, et al. Impact of COVID-19 pandemic on the mental health of children in Bangladesh: A cross-sectional study. *Child Youth Serv Rev.* 2020;117:105277.
 219. Strazdins L, Clements MS, Korda RJ, Broom DH, D’Souza RM. Unsociable Work? Nonstandard Work Schedules, Family Relationships, and Children’s Well-Being. *J Marriage Fam.* 2006;68(2):394–410.
 220. Prime H, Wade M, Browne DT. Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *Am Psychol.* 2020;75(5):631–43.
 221. Vaziri H, Casper WJ, Wayne JH, Matthews RA. Changes to the work-family interface during the COVID-19 pandemic: Examining predictors and

- implications using latent transition analysis. *J Appl Psychol.* 2020;105(10):1073–87.
222. Karasu F, Öztürk Çopur E. COVID-19 Vakaları Artarken Salgının Ön Safındaki Bir Yoğun Bakım Hemşiresi: “CEPHEDE DURAN KAHRAMANLAR.” *Yoğun Bakım Hemşireliği Derg.* 2020;24(1):11–4.
223. Türk Hemşireler Derneği.COVID- 19 Mevcut Durum Analizi Raporu-5. 2020.
224. Siegenthaler E, Munder T, Egger M. Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: Systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;51(1):8-17.e8.
225. Lambert JE, Holzer J, Hasbun A. Association Between Parents’ PTSD Severity and Children’s Psychological Distress: A Meta-Analysis. *J Trauma Stress.* 2014;27(1):9–17.
226. Morris AS, Silk JS, Steinberg L, Myers SS, Robinson LR. The role of the family context in the development of emotion regulation. *Soc Dev.* 2007 May;16(2):361–88.
227. Barkmann C, Romer G, Watson M, Schulte-Markwort M. Parental physical illness as a risk for psychosocial maladjustment in children and adolescents: Epidemiological findings from a national survey in Germany. *Psychosomatics.* 2007;48(6):476–81.
228. Sieh DS, Meijer AM, Oort FJ, Visser-Meily JM V der LD. Problem Behavior in Children of Chronically Ill Parents: A Meta-Analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2010;13(4):384–97.
229. Korneluk YG. Children’s adjustment to parental physical illness. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 1998;1(3):179–93.
230. Kristoffersen JHG, Obel C, Smith N. Gender differences in behavioral problems and school outcomes. *J Econ Behav Organ.* 2015;115:75–93.
231. Yang Y, Li H, Zhang Y, Tein JY, Liu X. Age and gender differences in behavioral problems in Chinese children: Parent and teacher reports. *Asian J Psychiatr.* 2008;1(2):42–6.
232. Ortuño-Sierra J, Aritio-Solana R, Fonseca-Pedrero E. Mental health difficulties in children and adolescents: The study of the SDQ in the Spanish National Health Survey 2011–2012. *Psychiatry Res.* 2018;259:236–42.

233. Maurice-Stam H, Haverman L, Splinter A, van Oers HA, Schepers SA, Grootenhuis MA. Dutch norms for the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) - parent form for children aged 2-18years. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1).
234. Wang T, Liu K, Li Z, Xu Y, Liu Y, Shi W, et al. Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among children and adolescents in China: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1).
235. Cuffe SP, Moore CG, McKeown RE. Prevalence and correlates of ADHD symptoms in the National Health Interview Survey. *J Atten Disord*. 2005;9(2):392–401.
236. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M, Devine J, Schlack R, Otto C. Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;1:1.
237. Whittle S., Bray K., Lin S., Schwartz O. Parenting and child and adolescent mental health during the COVID-19 pandemic. 2020;
238. Bentenuto A, Mazzoni N, Giannotti M, Venuti P, de Falco S. Psychological impact of Covid-19 pandemic in Italian families of children with neurodevelopmental disorders. *Res Dev Disabil*. 2021;109:103840.
239. Cui Y, Li Y, Zheng Y. Mental health services for children in China during the COVID-19 pandemic: results of an expert-based national survey among child and adolescent psychiatric hospitals. Vol. 29, *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2020. p. 743–8.
240. Chatterjee SS, Barikar C M, Mukherjee A. Impact of COVID-19 pandemic on pre-existing mental health problems. Vol. 51, *Asian Journal of Psychiatry*. 2020. p. 102071.
241. Lee J. Mental health effects of school closures during COVID-19. *Lancet Child Adolesc Heal*. 2020;4(6):421.
242. De Girolamo G, Cerveri G, Clerici M, Monzani E, Spinogatti F, Starace F, et al. Mental health in the coronavirus disease 2019 emergency - The Italian response. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(9):974–6.
243. Nonweiler J, Rattray F, Baulcomb J, Happé F, Absoud M. Prevalence and Associated Factors of Emotional and Behavioural Difficulties during COVID-

- 19 Pandemic in Children with Neurodevelopmental Disorders. *Children*. 2020;7(9):128.
244. Hysing M, Elgen I, Gillberg C, Lie SA, Lundervold AJ. Chronic physical illness and mental health in children. Results from a large-scale population study. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2007;48(8):785–92.
245. Barlow JH, Ellard DR. The psychosocial well-being of children with chronic disease, their parents and siblings: An overview of the research evidence base. Vol. 32, *Child: Care, Health and Development*. 2006. p. 19–31.
246. Rietveld S, Van Beest I, Prins PJM. The relationship between specific anxiety syndromes and somatic symptoms in adolescents with asthma and other chronic diseases. *J Asthma*. 2005;42(9):725–30.
247. Evliyaoğlu O. Children with chronic disease and COVID-19. Vol. 55, *Türk Pediatri Arsivi*. 2020. p. 93–4.
248. Kalil A., Dunifon R.E. DSK. Does maternal employment mandated by welfare reform affect children’s behavior? In: *For Better and For Worse*. 2001. p. 154–78.
249. Alvis L, Douglas R, Shook N, Oosterhoff B. Associations between Adolescents’ Prosocial Experiences and Mental Health During the COVID-19 Pandemic. 2020;
250. Li J, Johnson SE, Han WJ, Andrews S, Kendall G, Strazdins L, et al. Parents’ nonstandard work schedules and child well-being: A critical review of the literature. Vol. 35, *Journal of Primary Prevention*. 2014. p. 53–73.
251. Scaramella L V., Sohr-Preston SL, Callahan KL, Mirabile SP. A test of the family stress model on toddler-aged children’s adjustment among Hurricane Katrina impacted and nonimpacted low-income families. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008;37(3):530–41.
252. Lochman JE, Vernberg E, Powell NP, Boxmeyer CL, Jarrett M, McDonald K, et al. Pre–Post Tornado Effects on Aggressive Children’s Psychological and Behavioral Adjustment Through One-Year Postdisaster. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2017 Jan;46(1):136–49.
253. Duan L, Shao X, Wang Y, Huang Y, Miao J, Yang X, et al. An investigation of mental health status of children and adolescents in china during the outbreak of

- COVID-19. *J Affect Disord.* 2020;275:112–8.
254. Ezpeleta L, Navarro JB, de la Osa N, Trepato E, Penelo E. Life conditions during COVID-19 lockdown and mental health in Spanish adolescents. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(19):1–13.
255. Shorer M, Leibovich L. Young children's emotional stress reactions during the COVID-19 outbreak and their associations with parental emotion regulation and parental playfulness. *Early Child Dev Care.* 2020;1–11.
256. Saurabh K., Ranjan S. Compliance and Psychological Impact of Quarantine in Children and Adolescents due to Covid-19 Pandemic. *Indian J Pediatr.* 2020;87:532–6.
257. Paavonen EJ, Almqvist F, Tamminen T, Moilanen I, Piha J, Räsänen E, et al. Poor sleep and psychiatric symptoms at school: An epidemiological study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2002;11(1):10–7.
258. Boergers J., Hart C., Owens JA, Streisand R., Sprito A. Child Sleep Disorders: Associations With Parental Sleep Duration and Daytime Sleepiness. *J Fam Psychol.* 2007;21(1):88–94.
259. Johnson EO, Roth T, Schultz L, Breslau N. Epidemiology of DSM-IV insomnia in adolescence: Lifetime prevalence, chronicity, and an emergent gender difference. *Pediatrics.* 2006;117(2).
260. Knutson KL. The association between pubertal status and sleep duration and quality among a nationally representative sample of U. S. adolescents. *Am J Hum Biol.* 2005;17(4):418–24.
261. Liu X, Zhou H. Sleep duration, insomnia and behavioral problems among Chinese adolescents. *Psychiatry Res.* 2002;111(1):75–85.
262. Morrison DN, McGee R, Stanton WR. Sleep Problems in Adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1992;31(1):94–9.
263. Dewald JF, Meijer AM, Oort FJ, Kerkhof GA, Bögels SM. The influence of sleep quality, sleep duration and sleepiness on school performance in children and adolescents: A meta-analytic review. Vol. 14, *Sleep Medicine Reviews.* 2010. p. 179–89.
264. Ohayon MM, Roberts RE, Zully J, Smirne S, Priest RG. Prevalence and patterns of problematic sleep among older adolescents. *J Am Acad Child*

- Adolesc Psychiatry. 2000;39(12):1549–56.
265. Patten CA, Choi WS, Gillin JC, Pierce JP. Depressive symptoms and cigarette smoking predict development and persistence of sleep problems in US adolescents. *Pediatrics*. 2000;106(2).
 266. Johnson EO, Breslau N. Sleep problems and substance use in adolescence. *Drug Alcohol Depend*. 2001;64(1):1–7.
 267. Price VA, Coates TJ, Thoresen CE, Grinstead OA. Prevalence and Correlates of Poor Sleep Among Adolescents. *Am J Dis Child*. 1978;132(6):583–6.
 268. Cellini N, Di Giorgio E, Mioni G, Di Riso D. Sleep and Psychological Difficulties in Italian School-Age Children During COVID-19 Lockdown. *J Pediatr Psychol*. 2021;1–17.
 269. Di Giorgio E, Di Riso D, Mioni G, Cellini N. The interplay between mothers' and children behavioral and psychological factors during COVID-19: an Italian study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;1(8):1–12.
 270. Zreik G, Asraf K, Haimov I, Tikotzky L. Maternal perceptions of sleep problems among children and mothers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Israel. *J Sleep Res*. 2021;30(1).
 271. Oliviero B, Emanuela M, Mattia D, Elena F, Karen S, Grazia MM, et al. Changes In Sleep Patterns And Disturbances In Children And Adolescents In Italy During The Covid-19 Outbreak. *Sleep Med*. 2021.
 272. Ivanenko A, Johnson K. Sleep Disturbances in Children With Psychiatric Disorders. *Semin Pediatr Neurol*. 2008;15(2):70–8.
 273. Becker SP, Sidel CA, Van Dyk TR, Epstein JN, Beebe DW. Intraindividual variability of sleep/wake patterns in relation to child and adolescent functioning: A systematic review. Vol. 34, *Sleep Medicine Reviews*. 2017. p. 94–121.
 274. Çetin FH, Uçar HN, Türkoğlu S, Kahraman EM, Kuz M, Güleç A. Chronotypes and trauma reactions in children with ADHD in home confinement of COVID-19: full mediation effect of sleep problems. *Chronobiol Int*. 2020;37(8):1214–22.
 275. Türkoğlu S, Uçar HN, Çetin FH, Güler HA, Tezcan ME. The relationship between chronotype, sleep, and autism symptom severity in children with ASD

- in COVID-19 home confinement period. *Chronobiol Int.* 2020;37(8):1207–13.
276. Becker SP, Gregory AM. Editorial Perspective: Perils and promise for child and adolescent sleep and associated psychopathology during the COVID-19 pandemic. Vol. 61, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines.* 2020. p. 757–9.
277. Hysing M, Sivertsen B, Stormark KM, Elgen I, Lundervold AJ. Sleep in children with chronic illness, and the relation to emotional and behavioral problems--a population-based study. *J Pediatr Psychol.* 2009;34(6):665–70.
278. Meltzer LJ, Pugliese CE. Sleep in young children with asthma and their parents. *J Child Heal Care.* 2017;21(3):301–11.
279. Becker DA, Fennell EB, Carney PR. Sleep disturbance in children with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2003;4(6):651–8.
280. Heng K, Wirrell E. Sleep disturbance in children with migraine. *J Child Neurol.* 2006;21(9):761–6.
281. Pillar G, Schusheim G, Weiss R, Malhotra A, McCowen KC, Shlitner A, et al. Interactions between hypoglycemia and sleep architecture in children with type 1 diabetes mellitus. *J Pediatr.* 2003;142(2):163–8.
282. Dorris L, Scott N, Zuberi S, Gibson N, Espie C. Sleep problems in children with neurological disorders. Vol. 11, *Developmental Neurorehabilitation.* 2008. p. 95–114.
283. Magee CA, Caputi P, Iverson DC. Are parents' working patterns associated with their child's sleep? An analysis of dual-parent families in Australia. *Sleep Biol Rhythms.* 2012;10(2):100–8.
284. Kalil A, Dunifon R, Crosby D, Houston Su J. Work hours, schedules, and insufficient sleep among mothers and their young children. *J Marriage Fam.* 2014;76(5):891–904.
285. Ruggiero JS, Redeker NS. Effects of Napping on Sleepiness and Sleep-Related Performance Deficits in Night-Shift Workers: A Systematic Review. *Biol Res Nurs.* 2014;16(2):134–42.
286. Shriane AE, Ferguson SA, Jay SM, Vincent GE. Sleep hygiene in shift workers: A systematic literature review. Vol. 53, *Sleep Medicine Reviews.* 2020. p. 101336.

287. Herrero San Martin A, Parra Serrano J, Diaz Cambriles T, Arias Arias EM, Muñoz Méndez J, del Yerro Álvarez MJ, et al. Sleep characteristics in health workers exposed to the COVID-19 pandemic. *Sleep Med.* 2020;75:388–94.
288. Lowson E, Middleton B, Arber S, Skene DJ. Effects of night work on sleep, cortisol and mood of female nurses, their husbands and children. *Sleep Biol Rhythms.* 2013;11(1):7–13.
289. Radošević-Vidacek B, Košec A. Shiftworking families: Parents' working schedule and sleep patterns of adolescents attending school in two shifts. *Rev Saude Publica.* 2004;38(SUPPL.):38–46.
290. Kalak N, Gerber M, Kirov R, Mikoteit T, Pühse U, Holsboer-Trachsler E, et al. The relation of objective sleep patterns, depressive symptoms, and sleep disturbances in adolescent children and their parents: A sleep-EEG study with 47 families. *J Psychiatr Res.* 2012;46(10):1374–82.
291. Gunn HE, Eberhardt KR. Family Dynamics in Sleep Health and Hypertension. Vol. 21, *Current Hypertension Reports.* 2019.
292. Tsai KM, Dahl RE, Irwin MR, Bower JE, McCreath H, Seeman TE, et al. The Roles of Parental Support and Family Stress in Adolescent Sleep. *Child Dev.* 2018;89(5):1577–88.
293. Bartel KA, Gradisar M, Williamson P. Protective and risk factors for adolescent sleep: A meta-analytic review. Vol. 21, *Sleep Medicine Reviews.* 2015. p. 72–85.
294. Brand S, Hatzinger M, Beck J, Holsboer-Trachsler E. Perceived parenting styles, personality traits and sleep patterns in adolescents. *J Adolesc.* 2009;32(5):1189–207.
295. Dunifon R, Kalil A, Crosby DA, Su JH. Mothers' night work and children's behavior problems. *Dev Psychol.* 2013;49(10):1874–85.
296. Liu Z, Tang H, Jin Q, Wang G, Yang Z, Chen H, et al. Sleep of preschoolers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak. *J Sleep Res.* 2021;30(1).
297. Sadeh A, Raviv A, Gruber R. Sleep patterns and sleep disruptions in school-age children. *Dev Psychol.* 2000;36(3):291–301.
298. Lu C., Chi X., Liang K., Chen ST., Huang L. GT. Moving More and Sitting

- Less as Healthy Lifestyle Behaviors are Protective Factors for Insomnia, Depression, and Anxiety Among Adolescents During the COVID-19 Pandemic. *Psychol Res Behav Manag.* 2020;13:1223–1233.
299. Thorgaard MV, Frostholt L, Walker LS, Stengaard-Pedersen K, Karlsson MM, Jensen JS, et al. Effects of maternal health anxiety on children's health complaints, emotional symptoms, and quality of life. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017;26(5):591–601.
300. Mazza C, Ricci E, Marchetti D, Fontanesi L, Giandomenico S Di, Verrocchio MC, et al. How personality relates to distress in parents during the COVID-19 lockdown: The mediating role of child's emotional and behavioral difficulties and the moderating effect of living with other people. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(17):1–13.
301. Trougakos JP, Chawla N, McCarthy JM. Working in a Pandemic: Exploring the Impact of COVID-19 Health Anxiety on Work, Family, and Health Outcomes. *J Appl Psychol.* 2020;105(11).
302. Smedje H, Broman JE, Hetta J. Associations between disturbed sleep and behavioural difficulties in 635 children aged six to eight years: A study based on parents' perceptions. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2001;10(1):1–9.
303. Gregory AM, Sadeh A. Sleep, emotional and behavioral difficulties in children and adolescents. Vol. 16, *Sleep Medicine Reviews.* 2012. p. 129–36.
304. Altena E, Baglioni C, Espie CA, Ellis J, Gavriloff D, Holzinger B, et al. 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. Vol. 29, *Journal of Sleep Research.* 2020.

9.EKLER

EK-1

Sosyodemografik Veri Formu

1. Sağlık sektöründe çalışıyor musunuz?

Evet Hayır

2. 8-15 yaş arasında kaç çocuğunuz var?

3. Cinsiyetiniz nedir?

Kadın Erkek

4. Şu anda kaç yaşındasınız?

20-29 30-39 40-49 50-59 60 ve üstü

5. Eğitim düzeyiniz nedir?

İlkokul Ortaokul Lise Lisans Yüksek Lisans Tıpta uzmanlık/Doktora

6. Mesleğiniz nedir?

Doktor Diş hekimi Hemşire Eczacı Teknisyen/Laborant
Psikolog/Sosyal Çalışmacı Tıbbi sekreter Hasta bakıcı Temizlik Personeli
İlaç Mümessili Diğer

7. Eşiniz/diğer ebeveyn kaç yaşında?

20-29 30-39 40-49 50-59 60 ve üstü

8. Diğer ebeveynin eğitim düzeyi nedir?

İlkokul Ortaokul Lise Lisans Yüksek Lisans Tıpta uzmanlık/Doktora

9. Ailenizin aylık geliri ne kadardır?

2500 TL veya altı 2500-7500 TL 7500-15.000 TL 15.000 TL ve üzeri

10. Aile yapınız nasıldır?

Çekirdek aile Geniş aile Anne baba boşanmış veya birisi vefat etmiş

11. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?

2 3 4 5 6 7 ve üzeri

12. Herhangi bir ruhsal hastalığınız var mı?

Ruhsal hastalığım yok

Daha önce ruhsal hastalık geçirdim, şu anda ruhsal yönden hastalığım yok

Daha önce ruhsal hastalık geçirdim, halen hastalığım devam ediyor

Daha önce ruhsal hastalığım yokken salgın sonrası ruhsal hastalık yaşıyorum/yaşadım

13. Sizin dışınızda ailede ruhsal hastalığı olan var mı?

Evet Hayır

14. Sürekli/Kronik bir hastalığınız var mı?

Evet Hayır

15. Ailenizde (eşiniz veya çocuklarınızda) herhangi bir sürekli/kronik hastalık var mı?

Evet Hayır

16. Çocuğunuzun cinsiyeti nedir?

Kız Erkek

17. Çocuğunuzun doğum tarihini gün/ay/yıl olarak yazınız.

18. Çocuğunuz kaçınıcı sınıfa devam ediyor/edecek?

19. Çocuğunuza bugüne dek çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından konulmuş bir tanı var mı?

Tanı konulmadı.

Tanı konuldu ilaçsız tedavi ile izlendi.

Tanı konuldu, ilaç tedavisi başladı.

Bilmiyorum

20. Çocuğunuzun herhangi bir kronik hastalığı var mı?

Evet Hayır

21. Hangi sağlık kuruluşunda çalışıyorsunuz?

Hastane Poliklinik Dal merkezi ASM/TSM 112 Eczane Müdürlük
Muayenehane Diğer

22. Sağlık kuruluşunda hangi alanda çalışıyorsunuz? Birden fazla işaretlenebilir

Ayaktan hasta takibi Yataklı servis Yoğun bakım Acil servis/112
İdari hizmetler Ameliyathane Laboratuvar Filyasyon Eczane Diğer

23 Salgın sürecinde nöbet usulü çalıştınız mı?

Evet Hayır

24 Salgın sürecinde çalışma saatlerinizde eskiye göre değişiklik oldu mu?

Arttı Azaldı Değişmedi

25 Salgın sürecinde COVID-19 hastalarıyla doğrudan temas gerektirecek bir bölümde çalıştınız mı?

Evet Hayır

26 COVID-19'a yakalandığınızı düşündüğünüz oldu mu?

Evet Hayır

27 COVID-19 ya da olası COVID-19 tanısı ile izlendiniz mi?

Evet Hayır

28 COVID -19 ya da olası COVID -19 tanısı ile izlenen yakınınız oldu mu?

Olmadı

1.derece yakınlarımdan oldu

Birlikte çalıştığım iş arkadaşlarımdan oldu

Diğer tanıdıklarımdan oldu

29 Pandemi sürecinde eviniz dışında, çocuklarınızdan ayrı kaldığımız bir dönem oldu mu?

Evet Hayır

30 Çocuklarınızı kalması için eviniz dışında bir yere (örn: Büyükanenin evine) göndermeniz gerekti mi?

Evet Hayır

EK-2

SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON)

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a) yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

1. (a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.
(b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.
(c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.
(d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.
2. (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissedirim
(b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissedirim
(c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissedirim
(d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissedirim.
3. (a) Genellikle vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında değilimdir.
(b) Bazen vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında olurum.
(c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
(d) Sürekli vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
4. (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır.
(b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
(c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
(d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.
5. (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
(d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
6. (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
(b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
(d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
- 7.(a) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
(b) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
(c) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
(d) Hiçbir şey zihnimden sağlığım ile ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.
8. (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese tamamen rahatlarım.
(b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
(c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
(d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.

9. (a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.
(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.
(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.
(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.
10. (a) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.
(b) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.
(c) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.
(d) Vücudumda bir algı yada değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.
11. (a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.
(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.
(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.
12. (a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem
(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.
13. (a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.
(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.
(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte çoğunlukla zorlanırım.
(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte her zaman zorlanırım.
14. (a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.
(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.
(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.
(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

15. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.
16. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.
17. (a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.
(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı.
(c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.
(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.
18. (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.
(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.
(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.
(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

EK-3

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son 6 ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
1. Diğer insanların duygularını önemser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Huzursuz, aşın hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyecek, oyuncak, kalem v.s.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sıkça öfke nöbetleri olur ya da aşın sinirlidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. En az bir yakın arkadaşı vardır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sıkça diğer çocuklarla kavga eder ya da onlarla alay eder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sıkça mutsuz, kederli ya da ağlamalıdır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dikkati kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çeker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Yeni ortamlarda gergin ya da huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Kendinden küçüklere iyi davranır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sıkça yalan söyler ya da hile yapar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Diğer çocuklar ona takarlar ya da onunla alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ev, okul ya da başka yerlerden çalar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK-4

ÇOCUKLAR İÇİN UYKU BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ

Bu anket çocuğunuz ile ilgili uyku uyanıklık ritmini ve uyku davranışındaki problemleri daha iyi anlamamızı sağlayacaktır. Lütfen her soruyu cevaplandırınız; cevaplarken, her bir soruyu çocuğunuzun **SON 6 AYINI düşünerek cevaplandırınız. Lütfen soruları 1'den 5'e kadar daire içine alarak veya o rakamı işaretleyerek yanıtlayınız.**

1. Çocuğunuz çoğunlukla geceleyin kaç saat uyur?	1	2	3	4	5
	9-11 saat	8-9 saat	7-8 saat	5-7 saat	5 saatten az
2. Çocuğunuz genellikle yattıktan ne kadar süre sonra uykuya dalar?	1	2	3	4	5
	15 dk'dan az	15-30 dk	30-45 dk	45-60 dk	60 dk'dan fazla

***1: Hiçbir Zaman

2: Ara Sıra (ayda bir veya iki kez veya daha az)

3: Bazen (haftada bir veya iki kez)

4: Sık Sık (haftada 3 veya 5 kez)

5: Her Zaman (her gün)

3. Çocuğum yatağa isteksizce gider. 1 2 3 4 5
4. Çocuğum uykuya dalmakta zorlanır. 1 2 3 4 5
5. Çocuğum uykuya dalarken kendisini endişeli veya korkmuş hisseder. 1 2 3 4 5
6. Çocuğum uykuya dalarken vücudunun bazı bölümleri seğirir veya irkilir. 1 2 3 4 5
7. Çocuğum uykuya dalarken sallanma veya başını sallama gibi tekrar eden hareketlerde bulunur. 1 2 3 4 5
8. Çocuğum uykuya dalarken rüyaya benzer sahneler yaşar. 1 2 3 4 5
9. Çocuğum uykuya dalarken aşırı terler. 1 2 3 4 5
10. Çocuğum gecede iki defadan fazla uyanır. 1 2 3 4 5
11. Çocuğum, gece uandıktan sonra tekrar uykuya dalmakta zorluk çeker. 1 2 3 4 5
12. Çocuğumun uyurken sık sık bacakları seğirir veya titrer veya sürekli pozisyon değiştirir veya örtüsünü üzerinden atar. 1 2 3 4 5
13. Çocuğum gece boyunca nefes almakta zorlanır. 1 2 3 4 5

14. Çocuğumun uyku süresince nefesi kesilir veya nefes alamaz. 1 2 3 4 5
15. Çocuğum uykusunda horlar. 1 2 3 4 5
16. Çocuğum gece boyunca aşırı terler. 1 2 3 4 5
17. Çocuğumu uykusunda konuşurken gözlemledim. 1 2 3 4 5
18. Çocuğum, kendisi ile iletişim kurulamayacak şekilde, çığlık atarak ya da kafası karışık durumda uykusundan uyanır ve ertesi gün bu olayları hatırlamaz. 1 2 3 4 5
19. Çocuğum ertesi gün hatırlayamadığı kabuslar görür. 1 2 3 4 5
20. Çocuğum sabahları uyanmakta zorlanır. 1 2 3 4 5
21. Çocuğum sabahları yorgun uyanır. 1 2 3 4 5
22. Çocuğum sabah uyandığında hareket edemiyor gibi hisseder. 1 2 3 4 5
23. Çocuğum gündüzleri uykuya meyillidir. 1 2 3 4 5
24. Çocuğum uygunsuz durumlarda aniden uyuyakalır. 1 2 3 4 5