

T.C
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

**DENİZLİ İLİ 112 PERSONELİNDE COVID-19'UN SOSYAL
DESTEK ALGISINA ve STRESE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ
DR. MEDİNE ÜNAL

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. ATAKAN YILMAZ

DENİZLİ 2021

T.C
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI

DENİZLİ İLİ 112 PERSONELİNDE COVID-19'UN SOSYAL
DESTEK ALGISINA ve STRESE ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ
DR. MEDİNE ÜNAL

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. ATAKAN YILMAZ

DENİZLİ 2021

TEŞEKKÜR

Bu tezin hazırlanmasında ve uzmanlık eğitimim süresince desteğini esirgemeyen tez hocam Doç. Dr. Atakan YILMAZ'a, Acil Tıp ihtisasım boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaşan hocalarım Prof. Dr. İbrahim TÜRKCÜER'e, Prof. Dr. Bülent ERDUR'a, Doç. Dr. Murat SEYİT'e, Doç. Dr. Mert ÖZEN'e, Dr. Öğr. Üyesi Alten OSKAY'a teşekkür ederim. Çalışmamızın istatistiksel dökümantasyonunda her türlü desteğini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Hande ŐENOL'a ve bu çalışmaya verdikleri katkılarından dolayı Uzm. Dr. Aykut KEMANCI'ya ve Dr. Mehmet ULUTÜRK'e teşekkür ederim. Maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen sevgili eşime, çocuklarıma, ABRAK ve ÜNAL ailelerine teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Medine ÜNAL

Denizli, 2021

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ONAY SAYFASI	III
TEŞEKKÜR.....	IV
İÇİNDEKİLER	V
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	VI
TABLolar DİZİNİ	VII
ÖZET.....	IX
SUMMARY	XI
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. COVID-19 ile İLGİLİ GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.1 COVID-19'un Etyolojisi.....	3
2.1.2 COVID-19'un Epidemiyolojisi.....	3
2.1.3. COVID-19'un Bulaşma Yolları	4
2.1.4. COVID-19'un Klinik Semptomları.....	5
2.1.5. COVID-19'un Tanı Yöntemleri.....	6
2.1.6. COVID-19 Tedavisi.....	7
2.1.7. COVID-19'dan Korunma ve Alınabilecek Önlemler	8
2.2. 112 ACİL SİSTEMİ ile İLGİLİ GENEL BİLGİLER.....	11
2.2.1. Acil Tıp	11
2.2.2. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri.....	12
2.2.3. 112 ASH Komuta Kontrol Merkezi	13
2.3. SOSYAL DESTEK ALGISI ile İLGİLİ GENEL BİLGİLER.....	17
2.3.1. Sosyal Destek.....	17
2.4. AKUT STRES BOZUKLUĞU ile İLGİLİ GENEL BİLGİLER.....	19
2.4.1. Stres.....	19
2.4.2. Akut Stres Bozukluğu (ASB).....	22
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	25
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	25
3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE SÜRESİ	25
3.3. ETİK KURUL ONAYI.....	25
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI.....	25
3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	25
3.4.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	25
3.4.3. Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği (ASBŞÖ).....	26
3.5. HARİÇ TUTULMA KRİTERLERİ	26
3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA	45
6. SONUÇ	53
KAYNAKLAR	54
EKLER	
EK 1- Tanıtıcı Bilgi Formu	
EK 2- Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği	
EK 3- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	

SİMGELER VE KISALTMALAR

AABT	: Ambulans ve acil bakım teknikeri
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
ARDS	: Akut solunum sıkıntısı sendromu
ASB	: Akut stres bozukluğu
ASBŞÖ	: Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği
ASH	: Acil sağlık hizmetleri
ATT	: Acil tıp teknisyeni
BT	: Bilgisayarlı tomografi
CoV	: Koronavirüs
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DEÜ	: Dokuz Eylül Üniversitesi
DSM	: Ruhsal bozuklukların tanıs ve istatistiksel el kitabı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ELISA	: Enzim bağı immünosorbent assay
Ig	: İmmüoglobulin
IO	: İntraosseöz
IV	: İntravenöz
KKE	: Kişisel koruyucu ekipman
KKM	: Komuta kontrol merkezi
NE	: Noradrenalin
RT-PCR	: Gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu
SBT	: Sağlık bakım teknisyeni
SC	: Subkutan
SSS	: Sempatik sinir sistemi
TSSB	: Travma sonrası stres bozukluğu

TABLOLAR DİZİNİ

	Sayfa No
Tablo 1. Çalışmaya katılanların yaş dağılımı	28
Tablo 2. Çalışmaya katılanların cinsiyet dağılımı	28
Tablo 3. Çalışmaya katılanların medeni hal ve çocuk sayısı dağılımı	28
Tablo 4. Çalışmaya katılanların meslek dağılımı	28
Tablo 5. Çalışmaya katılanların eğitim dağılımı	29
Tablo 6. Çalışmaya katılanların meslekte çalışma süreleri dağılımı	29
Tablo 7. Çalışmaya katılanların şu anki yerde çalışma süreleri dağılımı.....	29
Tablo 8. Çalışmaya katılanların COVID-19 hastası ile karşılaşma, bakım verme, test yaptırma ve sonucunun dağılımı	30
Tablo 9. Çalışmaya katılanların sağlık problemi açısından dağılımı	30
Tablo 10. Çalışmaya katılanların ruhsal sorun yaşama ve destek alma açısından dağılımı	30
Tablo 11. Çalışmaya katılanların işyerinden memnuniyet dağılımı.....	31
Tablo 12. Çalışmaya katılanların COVID-19 sürecinden olumlu etkilendiği durumların dağılımı.....	31
Tablo 13. Çalışmaya katılanların COVID-19 sürecinden olumsuz etkilendiği durumların dağılımı.....	32
Tablo 14. Çalışmaya katılanların sosyodemografik çeşitli özelliklerine göre ÇBASDÖ alt ölçek ve toplam puanlarının dağılımı.....	33
Tablo 15. Çalışmaya katılanların meslek ve eğitim durumuna göre ÇBASDÖ alt ölçek ve toplam puanlarının karşılaştırılması	34
Tablo 16. Çalışmaya katılanların COVID-19 hastası ile karşılaşma, muayene etme veya bakım verme, test yaptırma ve testinin sonucu durumuna göre ÇBASDÖ alt ölçek ve toplam puanlarının karşılaştırılması	35
Tablo 17. Çalışmaya katılanların meslekte ve şu anki yerdeki çalışma süreleri durumuna göre ÇBASDÖ alt ölçek ve toplam puanlarının karşılaştırılması.....	36
Tablo 18. Çalışmaya katılanların sağlık durumlarına göre ÇBASDÖ alt ölçek ve toplam puanlarının karşılaştırılması	36
Tablo 19. Çalışmaya katılanların ruhsal sorun yaşama ve tedavi alma durumlarına göre ÇBASDÖ alt ölçek ve toplam puanlarının karşılaştırılması	37
Tablo 20. Çalışmaya katılanların işyeri memnuniyeti durumuna göre ÇBASDÖ alt ölçek ve toplam puanlarının karşılaştırılması	38
Tablo 21. Çalışmaya katılanların sosyodemografik çeşitli özelliklerine göre ASBŞÖ toplam puanlarının karşılaştırılması.....	39
Tablo 22. Çalışmaya katılanların meslek ve eğitim durumuna göre ASBŞÖ toplam puanlarının karşılaştırılması	39
Tablo 23. Çalışmaya katılanların COVID-19 hastası ile karşılaşma, bakım verme, test ve sonucunun durumuna göre ASBŞÖ toplam puanlarının karşılaştırılması.....	40
Tablo 24. Çalışmaya katılanların meslekte ve şu anki yerdeki çalışma sürelerine durumuna göre ASBŞÖ toplam puanlarının karşılaştırılması.....	41
Tablo 25. Çalışmaya katılanların sağlık durumlarına göre ASBŞÖ toplam puanlarının karşılaştırılması	41

Tablo 26. Çalışmaya katılanların ruhsal sorun yaşama ve tedavi alma durumlarına göre ASBŞÖ toplam puanlarının karşılaştırılması	42
Tablo 27. Çalışmaya katılanların işyeri memnuniyeti durumuna göre ASBŞÖ toplam puanlarının karşılaştırılması	42
Tablo 28. Çalışmaya katılanların ÇBASDÖ alt ölçek ve toplam puanları ile ASBŞÖ toplam puanları arasındaki korelasyonu	43
Tablo 29. Çalışmaya katılanların ÇBASDÖ toplam puanları, alt ölçek puanları ve ASBŞÖ toplam puanları ile yaş, çocuk, çalışma süreleri ve işyeri memnuniyetleri parametreleri arasındaki korelasyonu	44

ÖZET

Denizli ili 112 personelinde COVID-19'un sosyal destek algısına ve strese etkisi

Dr. Medine Ünal

COVID-19 pandemisinde sağlık bakım ihtiyacı halindeki bireylere zamanında etkili bakım ve destek sağlanabilmesi için ön saflarda hizmet veren 112 sağlık personelinin fiziki, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının belirlenmesi ve desteklenmesi gerekmektedir. Bu çalışmamızdaki amacımız Denizli ili 112 personelinde COVID-19'un sosyal destek algısına ve akut stres bozukluğuna etkisini araştırmak ve sorunların çözümüne yönelik katkı sağlayacak veriler elde etmektir.

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır. Araştırma 25 Aralık 2020-25 Ocak 2021 tarihleri arasında, dahil edilme kriterlerini karşılayan, Denizli ili 112 ASH'de görevli 287 sağlık personelinin verileri analiz edilerek yapılmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında online anket formu şeklinde düzenlenen, tanıtıcı bilgi formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği (ASBŞÖ) kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanılmıştır.

Çalışmaya 13 hekim, 89 paramedik, 134 ATT ve 112 ASH'da görevli diğer meslek gruplarından 51 personel olmak üzere toplam 287 kişi katılmıştır. ASBŞÖ ortalama puanı $1.53 \pm 0,79$ olarak bulunmuştur. Sağlık problemi olan ($1,85 \pm 0,69$), ruhsal sorun yaşayıp ilaç tedavisi alan ve psikoterapi gören ($2,57 \pm 0,57$), COVID-19 hastası ile karşılaşan ($1,58 \pm 0,8$), COVID-19 hastasına bakım veren ($1,59 \pm 0,79$), test yaptıran ($1,68 \pm 0,78$) 112 sağlık personelinin akut stres belirti düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur (p değerleri sırasıyla <0.001 , <0.001 , 0.003 , 0.006 , 0.001). ÇBASDÖ toplam puanı $66.28 \pm 17,22$ olarak elde edilmiştir.

COVID-19 pandemisi döneminde 112 sağlık personelinin çok boyutlu sosyal destek algılarının yüksek olduğu, akut stres belirti düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur. Ruhsal belirtileri olan, COVID-19 hastası ile karşılaşan veya test yaptıran personelin psikolojik destek alabileceği birimler oluşturulabilir. Sosyal olarak destek alabilecekleri aktivitelerin ve kaynakların artırılması önemli olabilir. Kronik hastalıkları olan personeller bulaş riskinden dolayı daha arka cephelerde istihdam edilebilir.

Anahtar Kelimeler: acil tıp teknisyeni, akut stres, COVID-19, paramedik, sosyal destek, 112 sağlık personeli.

SUMMARY

The impact of COVID-19 on social support perception and stress of the ambulatory care staff in the province of Denizli

The physical, psychological, and social needs of frontline ambulatory care staff should be identified in order to provide timely and effective medical care and support to individuals in need of healthcare during the COVID-19 pandemic. This study seeks to explore the impact of COVID-19 outbreak on the social support perception and acute stress disorder of ambulatory care staff in the province of Denizli as well as obtaining data that will counter the potential risks and problems.

This descriptive and cross-sectional study was conducted between December 25, 2020 and January 25, 2021 and based on the data from 287 healthcare staff working at emergency health services in the province of Denizli, who met the inclusion criteria. The data collection tools employed in the study include an introductory information form, Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS), and Acute Stress Symptom Severity Scale (ASSSS), which was organized as an online questionnaire. The obtained data was analysed on SPSS v.22 statistical package program.

The study population consisted of 287 people, including 13 physicians, 89 paramedics, 134 emergency medical technicians, and 51 individuals from other occupational groups based at emergency health services. The mean score of the ASSSS was calculated as 1.53 ± 0.79 . The ambulatory care staff who experienced health problems (1.85 ± 0.69), suffered from mental problems and received psychotherapy and medication (2.57 ± 0.57), encountered COVID-19 patients (1.58 ± 0.8), provided care for COVID-19 patients (1.59 ± 0.79), and took PCR tests (1.68 ± 0.78) (p values <0.001 , <0.001 , 0.003 , 0.006 , 0.001 , respectively) had higher acute stress symptom levels. The total mean score of MSPSS was calculated as 66.28 ± 17.22 .

The findings are suggestive of high perceptions of multidimensional social support and low acute stress symptom levels of the ambulatory care staff during the COVID-19 pandemic period. Decision-makers could establish some units in which the staff manifesting psychological symptoms, encountering COVID-19 patients, or taking a PCR test can receive psychological support. It may be important to enrich the activities and

resources for which they receive social support. The staff with chronic diseases might be based at background services, rather than at the frontline, due to the risk of contamination.

Keywords: emergency medical technicians, acute stress, COVID-19, paramedic, social support, ambulatory care staff.

1. GİRİŞ

31 Aralık 2019’da Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Çin’in Wuhan şehrinde etyolojisi henüz bilinmeyen ve sayıları hızla artan pnömoni vakaları olduğunu duyurmuştur (1). 7 Ocak 2020’de hastalığa sebep olan etkenin yeni bir koronavirüs (CoV) olduğu açıklanmıştır. Hastalık önce 2019-nCoV, sonrasında ise COVID-19 olarak adlandırılmıştır (2). DSÖ, birçok kıtada vaka sayılarının hızla artması üzerine COVID-19 hastalığını 11 Mart 2020’de pandemi olarak ilan etmiştir. Türkiye’deki ilk COVID-19 vakası 11 Mart 2020’de Sağlık Bakanlığı tarafından duyurulmuştur. Test sonucu pozitif çıkan kişinin virüsü Avrupa teması üzerinden aldığı açıklanmıştır (3). Pandeminin ilanından 8 Ekim 2021’e kadar tüm dünyadan DSÖ’ye 4.831.486 ölüm de dahil olmak üzere toplam 236.599.025 kanıtlanmış COVID-19 vakası bildirilmiştir. Türkiye’den de 3 Ocak 2020’den 8 Ekim 2021’e kadar 65.590 ölüm de dahil 7.357.336 kanıtlanmış COVID-19 vakalarının bildirimi yapılmıştır (4).

Afet ve acil durumlara etkin müdahalede hizmet gruplarına (kamu, özel ve sivil toplum örgütleri) ihtiyaç artmaktadır. Özellikle salgın ve pandemi gibi tıbbi afetlerde sağlık personeline olan ihtiyaç diğer hizmet personeline göre daha ön plana çıkmaktadır. Geçmiş yıllarda yaşanan SARS, MERS, İnfluenza gibi salgınlarda olduğu gibi halen günümüzde devam eden COVID-19 pandemisinde de hastalıkla mücadelede ön saflarda sağlık personeli yer almaktadır. Ülkemizde de pandemi ile mücadelede ilk sırada sağlık sisteminin temel öğelerinden olan 112 ASH personeli bulunmaktadır. ASH personeli, hasta veya şüpheli kişilerle ilk teması sağlar, gerekirse olay yerinde tedavi uygular ve bu bireylerin sağlık kuruluşuna naklini sağlar. Yapılan çalışmalar ile toplumun diğer bireyleri gibi sağlık personelinin de salgın ve pandemi gibi süreçlerden fiziksel, sosyal ve psikolojik olarak etkilendiği tespit edilmiştir. Bu belirtilerin ortaya çıkmasındaki en önemli etkenler: hastalığa yakalanma korkusu, hastalığı sevdiklerine ve ailesine bulaştırma endişesi, karantina uygulanması, hastalıkla ilgili yeterli düzeyde bilgiye ve deneyime sahip olunmaması, kişisel koruyucu ekipman (KKE) eksikliği, toplum tarafından özellikle salgın hastalıklar sırasında sağlık personelinin taşıyıcı olarak görülmesi, çalışma saatlerinin artması, bakılan hasta sayılarının artması, meslektaş ve idarecilerden düşük destek almak olarak sıralanmaktadır (5-7). Pandemi sürecinde

sağlık bakım ihtiyacı halindeki bireylere zamanında etkili bakım ve destek sağlanabilmesi için sağlık personelinin fiziki, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının belirlenmesi ve desteklenmesi gerekmektedir.

Bu çalışmamızdaki amacımız Denizli ili 112 personeline COVID-19'un sosyal destek algısına ve akut stres bozukluğuna etkisini araştırmak ve sorunların çözümine yönelik katkı sağlayacak veriler elde etmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. COVID-19 ile İLGİLİ GENEL BİLGİLER

2.1.1 COVID-19'un Etyolojisi

COVID-19 hastalığı etkeni olarak gündeme gelen koronavirüsler doğada bulunan "*Orthocoronavirinae*" ailesindedir. Mikroskop ile incelendiğinde virüsün yüzeyindeki çubuksu çıkıntılar taca benzetilmektedir. Latince'de taç kelimesinin karşılığı "*corona*" olup, bu virüs ailesi "*Coronaviridae*" olarak adlandırılmıştır (8). Orthocoronavirinaea ailesinin dört alt cins grubu vardır. Bunlar: Alfacoronavirüs, Betacoronavirüs, Gamacoronavirüs ve Deltacoronavirüs'tür. Bu dört alt cins grubun altında da çok sayıda alt cinsler bulunmaktadır (9). Gen analizleri sonucu oluşturulmuş sınıflandırmaya göre Betacoronavirüs'ün alt soyu olan A soyunda insanlarda bulunan HCoV-OC43 ve HCoV-HKU1 suşları; B soyunda SARS-CoV, SARS-CoV-2 ve Bat SLCoV-WIV1 suşları; C soyunda MERS-CoV yer alır (10).

Koronavirüslerin ortalama boyutları 60-120 nanometredir. RNA'sı tek zincirli, pozitif polariteli ve 26-32 kilobayt büyüklüğündedir (8). Koronavirüsler 56 derecede 30 dakika ısıtılmaya, ultraviyole ışımına ve birçok dezenfektanlara (diethyl eter, etanol, klor ve kloroform gibi) karşı duyarlıdırlar (11). Koronavirüslerin genomlarında spike, membran, zarf glikoproteinleri, hemagglutinin esteraz ve nükleokapsid olmak üzere beş çeşit yapısal protein kodlanmaktadır (12). Bunlardan özellikle spike proteini önemlidir. COVID-19 etkeni SARS-CoV-2, SARS-CoV gibi hücresel liganda bu protein ile bağlanır. Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim 2 yardımı ile hücreye girer. Hücre içinde RNA genomu kopyalanır ve translasyon gerçekleşir (13).

2.1.2 COVID-19'un Epidemiyolojisi

2019 Aralık ayında, Çin'in Hubei eyaletinin başkenti Wuhan'dan kaynağı henüz bilinmeyen pnömoni vakaları bildirilmiştir. Kısa sürede vaka sayıları hızla artmıştır. Hastalar en sık ateş ve öksürük şikayetleri ile başvurmuştur. Radyolojik incelemelerde hastaların akciğerlerinde iki taraflı buzlu cam görünümleri olduğu tespit edilmiştir. Kliniği ölümle sonlanan kişilerin genellikle ileri yaşta olduğu ve kronik hastalığa (hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı, kanser gibi) sahip olduğu belirtilmiştir (1). Yapılan bir çalışmada, vakaların yaklaşık yarısının Wuhan'da yaşayanlar olduğu bildirilmiştir. Wuhan dışından bildirilen vakaların ise büyük çoğunluğunun Wuhan'da ikamet

edenler ile temas ettikleri veya şehri ziyaret ettikleri tespit edilmiştir (14). Hasta kişilerden elde edilen virüsün genom analizi kısa bir sürede Çinli bilim insanları tarafından yapılmıştır. Bu yeni virüsün MERS hastalığı etkeni MERS-CoV ve SARS hastalığı etkeni SARS-CoV gibi Betacoronavirüs cinsinden olduğu belirlenmiştir. SARS-CoV ile %80 genom benzerliğinden dolayı yeni tespit edilen virüse SARS-CoV-2, hastalığa da COVID-19 ismi verilmiştir (9).

DSÖ, 30 Ocak 2020’de COVID-19 hastalığını salgın olarak duyurmuştur (15). 11 Ocak 2020 tarihinde Çin’den COVID-19’dan ilk ölüm bildirimini yapmıştır. Çin Halk Cumhuriyeti dışında farklı ülkelere ilk vaka bildirimleri 13 Ocak 2020’de Tayland Halk Sağlığı Bakanlığı, 15 Ocak 2020’de Japonya Sağlık, Çalışma ve Refah Bakanlığı, 21 Ocak 2020’de Amerika Birleşik Devletleri (ABD), 24 Ocak 2020’de Fransa, 29 Ocak 2020’de Birleşik Arap Emirlikleri, 25 Şubat 2020’de Cezayir ve 11 Mart 2020’de Türkiye tarafından yapılmıştır. 11 Mart 2020’de DSÖ genel direktörü COVID-19 ile ilgili medya brifinginde, COVID-19 vaka sayılarının Çin’in dışında 13 kat arttığını, 114 ülkede 118.000’den fazla vaka bildirimini yapıldığını, 4.291 kişinin hayatını kaybettiğini ve COVID-19 salgınının artık tüm dünyayı etkileyen pandemi olarak kabul edildiğini duyurmuştur (16-18).

Koronavirüsler, COVID-19 pandemisinden önce de insanlarda yaptığı iki büyük salgın ile gündeme gelmişlerdir. İlk salgın Kasım 2002’de Güney Çin’de SARS hastalığı olarak ortaya çıkmış, 2003 Haziran’a kadar devam etmiştir. İnsana bulaş COVID-19 enfeksiyonunun başlangıcındaki gibi canlı hayvan pazarında satılan yarasalardan olduğu tespit edilmiştir (19). İkinci salgın ise 2012’den 2016’ya kadar devam eden, ilk defa Suudi Arabistan’da tek hörgüçlü deveden insana bulaş ile ortaya çıkan MERS hastalığıdır (20).

2.1.3. COVID-19’un Bulaşma Yolları

Yapılan çalışmalar ile SARS-CoV-2’in zoonotik bir virüs olduğu belirlenmiştir. Virüs kaynağı ilk olarak Wuhan’da bulunan canlı hayvan pazarında satılan vahşi hayvanlar olarak tespit edilmiştir. Ancak virüs zamanla insandan insana bulaşıcılık özelliği kazanmış ve COVID-19 pozitif kişilerin de kaynak olduğu belirtilmiştir (1). Yapılan çalışmalarda bulaşıcılığın semptomlar gelişmeden 1-2 gün önce başladığı, semptomatik dönemde de devam ettiği bildirilmiştir (21). İnsandan insana SARS-CoV-

2'nin bulaşma yolu enfekte kişilerden etrafa saçılan solunum yolu damlacıkları ile olduğu düşünülmektedir (22). Çin'in Wuhan kentinde hastane odalarında virüsün dağılımını araştıran bir çalışmada, virüsün yaygın olarak zeminlerde, bilgisayar farelerinde, çöp kutularında, hasta yatağı korkuluklarında ve hastalardan 4 metre uzaklıktaki havada tespit edildiği bildirilmiştir (23). 6 Temmuz 2020'de, 239 bilim insanı SARS-CoV-2'nin damlacık yolu dışında havayolu ile de bulaştığının kabul edilmesi için bir bildiri mektubu yayımlamıştır. DSÖ 30 Nisan 2021'de, ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri ise 7 Mayıs 2021'de virüsün havayolu ile de bulaştığını kabul etmiştir (24). Yapılan bir çalışmada, COVID-19 tanısı alan 6 gebeden alınan amniyotik sıvıda, kordon kanında, yenidoğandan alınan boğaz sürüntüsünde ve anne sütünde virüs tespit edilememiş, anneden fetusa transplasental geçişe rastlanılmadığı bildirilmiştir (25). Pekin'de hastaneye yatırılan iki hasta üzerinde yapılan bir çalışmada da boğaz sürüntüleri, balgam, idrar ve dışkılarından alınan seri örnekler her gün toplanmış, boğaz sürüntü ve balgamlarında yüksek viral yük tespit edilmiş ancak alınan idrar veya dışkı örneklerinde viral RNA saptanmadığı bildirilmiştir (21). Bazı çalışmalar canlı virüsün dışkıdan da kültürlendiğini göstermiştir (26). Ancak DSÖ-Çin ortak raporunda, oral-fekal bulaş yolu klinik olarak tanımlanamadığından dolayı enfeksiyon yayılması için de önemli bir risk olarak görülmemiştir (27). New York'ta bir hayvanat bahçesinde yaşayan kaplarda solunum yolu enfeksiyonu saptanmış, etkenin SARS-CoV-2 virüsü olduğu tespit edilmiştir. Virüsün COVID-19 testi pozitif olan hayvanat bahçesi görevlisinden bulaştığı öngörülmüştür. Başka bir çalışmada da pozitif bireylerle temas sonrası solunum yolu enfeksiyonu olan kedi ve köpeklerde SARS-CoV-2'nin tespit edildiği raporlanmıştır (28, 29). Ancak evcil hayvanlardan insanlara SARS-CoV-2'in bulaştığına dair şimdiye kadar bir rapor bildirilmemiştir (30).

2.1.4. COVID-19'un Klinik Semptomları

COVID-19 enfeksiyonunun sık görülen belirtileri: ateş, öksürük ve nefes darlığıdır. Ayrıca baş ağrısı, boğaz ağrısı, burun akıntısı, kas ve eklem ağrıları, aşırı halsizlik, yeni ortaya çıkan koku ve tat alma duyu kaybı, ishal gibi belirtiler de olabilmektedir. COVID-19 hastalarının klinikleri farklı tablolarda (pnömoni, Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu (ARDS), sepsis, septik şok, miyokardit, aritmi, kardiyojenik şok, çoklu organ yetmezliği ve ölüm) seyredilmektedir (31). Wuhan'da hastaneye yatırı-

lan 138 hasta ile yapılan bir çalışmada, yaygın semptomlar arasında ateş (%98,6), yorgunluk (%69,6) ve kuru öksürük (%59,4) olduğu bildirilmiştir (32). Yapılan başka bir çalışmada da kronik hastalık öyküsü olan erkeklerin kadınlara göre virüsle enfekte olma riskinin daha yüksek ve klinik sonuçlarının ise daha kötü olduğu tespit edilmiştir (33).

2.1.5. COVID-19'un Tanı Yöntemleri

2.1.5.1. Moleküler Yöntemler

Gerçek Zamanlı Polimeraz Zincir Reaksiyonu (RT-PCR)

Kişilerin solunum yolu sekresyonlarından alınan örnekteki viral RNA yoğunluğu RT-PCR ve in vitro transkripsiyonlu RNA ile belirlenmektedir (34). Enfeksiyonun erken döneminde teşhis için oldukça hassasiyeti olan RT-PCR ile ilgili en önemli sorun yanlış pozitif ve negatiflik riskidir. Bu yüzden tanı ve tedavi için tek kriter olmamalıdır (35). Yanlış negatiflik sebepleri özellikle hastadan yetersiz numune alınması veya uygun şartlarda laboratuvara gönderilmemesi, hastalığın başlangıcının çok erken döneminde ya da daha geç döneminde numune alınması ve virüsün mutasyonudur. Numunelerin alınması ve taşınması sırasında enfeksiyon kontrol şartları sağlanmalıdır. Alınan numunelerin taşınma ve saklanması soğuk zincir (2-8 derece) uygulanmalıdır (36).

Serolojik Testler

COVID-19 hastalığı spesifik antikorların pozitifliği ile de belirlenebilmektedir. Serum örneklerindeki virüsün nükleokapsid ve spike proteinlerine spesifik immüoglobulin (Ig) antikorları enzim bağlı immünosorbent assay (ELISA) ve kemilüminesans yöntemi ile tespit edilir. Avantajı RT-PCR yönteminde ortaya çıkabilen yanlış negatif olasılığı yoktur (37). IgM ve IgG antikorlarının özgüllüğü yüksektir. IgM antikorları IgG'den daha erken üretilir (38).

2.1.5.2. Laboratuvar Bulguları

COVID-19 hastalarının çoğunda tam kan parametrelerinde lökosit ve nötrofil sayıları anlamlı olarak yüksek, lenfosit ve trombosit sayıları ise düşük seviyelerde bulunmuştur (39). Biyokimyasal parametrelerinde genel olarak düşük albümin ve artmış LDH düzeyi tespit edilmiştir. Ölen hastaların sonuçlarında, yaşayan hastalara göre anlamlı olarak artmış AST, ALT, LDH, serum kreatinin, D-dimer ve troponin düzeyi

bulunmuştur. CRP düzeyinin de hastalığın şiddeti ile korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir (40, 41).

2.1.5.3. Radyolojik Bulgular

Görüntülemelerde ilk tercih akciğer grafisidir. Ancak akciğer grafisinde şüpheli pnömoni bulguları (tek veya çift taraflı multifokal yamasal buzlu cam opasiteler ve eşlik eden konsolidasyonlar) ve ağır hastalık kriterleri (solunum sıkıntısı, SpO₂ < %93, solunum sayısının dakikada 24 ve üzerinde olması) varsa toraks bilgisayarlı tomografisi (BT) çekilmesine karar verilmelidir. 20 yaş altı kişilerde BT çekilmesinden kaçınılmalı, 50 yaşından genç hastalarda BT çekimi olabildiğince düşük radyasyon dozu ile yapılmalıdır. Gebelerde kesin bir BT kontrendikasyonu olmamakla birlikte çekilmesi zorunlu olduğu durumlarda aydınlatılmış onam formu ile en düşük radyasyon dozu kullanılarak ve fetüs koruma yöntemleri ile çekilmelidir. İntravenöz (IV) kontrast madde kullanımı COVID-19 pnömonisi çekiminde gerekli değildir. Ancak pulmoner emboli şüphesi varsa ve hastanın kontrendikasyonu (allerji, böbrek yetmezliği gibi) yoksa kullanılmalıdır (36). BT görüntülemelerinde çift taraflı, yuvarlak morfolojide, periferik dağılımlı buzlu cam opasiteleri izlenmektedir. Ancak pozitifliği kanıtlanmış olan hastaların bir kısmında normal BT görüntüleri mevcut olduğundan radyolojik tanı duyarlılığı sınırlıdır. Klinik semptomları olan kişilerin tanısını RNA tespit yöntemleri ile doğrulamak gerekmektedir (42, 43).

2.1.6. COVID-19 Tedavisi

2.1.6.1. COVID-19'da Kullanılan İlaçlar

Antiviral İlaçlar

COVID-19 hastalığı için güvenilir ve etkinliği kanıtlanmış özel bir tedavi halen bulunmamaktadır. SARS ve İnfluenza gibi viral enfeksiyonların tedavisinde olduğu gibi COVID-19'da da antiviral ilaçların (favipiravir, lopinavir-ritonavir) erken başlaması önerilmiştir. Gebe hastalarda da etkinliği kanıtlanmış bir tedavi seçeneği henüz olmamakla birlikte lopinavir-ritonavirin kullanımı güvenli bulunmuştur (44).

Glukokortikoid İlaçlar

Solunum desteği ihtiyacı olan hastalarda sağ kalımı arttırmak ve hastanede yatış süresini kısaltmak için 10 güne kadar deksametazonun (6 mg/gün) veya eşdeğer kabul edilen glukokortikoidlerin (40 mg/gün prednizolon veya 32 mg/gün metilprednizolon)

kullanılması, bu tedaviye rağmen yanıt yetersiz ise 3 güne kadar daha yüksek doz glukokortikoidin (≥ 250 mg/gün metilprednizolon) kullanılması önerilmektedir (44).

Antisitokin İlaçlar

COVID-19 hastalarında glukokortikoid tedavisine yeterli yanıt alınmazsa endikasyon dışı olarak tosilizumab veya anakinranın kullanılması önerilmektedir. Tosilizumab romatoloji tarafından bazı artritlerin tedavisinde, onkoloji tarafından ise immünoterapi sonrası gelişen sitokin fırtınasında kullanılmaktadır. Tosilizumab, IL-6 reseptörüne özgül olarak bağlanmakta ve IL-6'nın neden olacağı sinyal iletimini durdurmaktadır (45). COVID-19 salgınında tosilizumabı ilk defa Xu ve arkadaşları 21 hastada kullanmışlardır (46). Anakinra rekombinant IL-1 reseptör antagonistidir (47). Yapılan bir çalışmada, COVID-19 hastalığının erken döneminde tosilizumab ve anakinra tedavilerinin etkinliği kıyaslanmış, PaO₂/FiO₂ oranındaki değişimin iki grupta da benzer olduğu ancak anakinra kullanılan grupta ölüm oranının daha az olduğu rapor edilmiştir (48).

Antikoagülan İlaçlar

COVID-19 hastalarında venöz ve arteriyel tromboembolik olay gelişme riski artmıştır (49). Yapılan tetkiklerde trombosit sayısı <100.000 /mikrolitre, PT değeri >3 saniye, aPTT değeri >5 saniye, fibrinojen değeri <200 mg/desilitre, D-dimer değeri 2-3 kat yüksek saptanan hastalar koagülopati açısından değerlendirilmelidir. Bu değerleri olan hastalar hastaneye yatırılıp tedavi edilmelidir (44). Ülkemizde 120 COVID-19 hastası ile yapılan retrospektif bir çalışmada da tromboembolik olay gelişme riski ile ilişkili olan D-dimer seviyesinin COVID-19 pnömoni şiddeti ile yakından ilişkili olduğu belirtilmiştir (50). COVID-19 hastalarında tedavi dozunda antikoagülasyon görüntüleme ile saptanan tromboembolik bir durumda, görüntüleme yapılamadığı ancak çok yüksek olasılıkla tromboembolik komplikasyon durumunda ve standart antikoagülasyona rağmen tekrarlayan tromboz durumunda önerilmektedir (44).

2.1.7. COVID-19'dan Korunma ve Alınabilecek Önlemler

RNA virüsleri çok fazla ve kolay mutasyon geçirebilirler. Araştırmalar yeni enfeksiyon etkeni olabilecek RNA virüslerinin insanlarda veya hayvanlarda uzun süreli izlenmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır (10). Toplum bağışıklığı açısından özellikle hastalığı geçirmiş kişilerin yeniden enfeksiyon geçirme risklerinin belirlenmesi

önemlidir. Bunu ortaya koymak için serolojik testler ile tarama yapılmalıdır. Yapılan araştırmalar koruyuculuğu kesin olmamakla birlikte COVID-19 hastalığı geçiren kişi-lerin antikor geliştirdiğini ortaya koymaktadır. Ancak oluşan antikorların bağışıklık yanıtı ve koruyucu etkin süresi henüz net değildir (51). Geçirilen COVID-19 enfeksiyonunu izleyen 2-3 hafta içinde antikorlar oluşmaktadır. Aylar içinde antikor düzeyleri azalmaktadır. Asemptomatik veya hafif enfeksiyon geçirmiş bireylerde yapılan bir gözlemsel çalışmada, bireylerin büyük çoğunluğunda antikor düzeylerinin pozitif bulunmalarını izleyen 2 ay içinde azaldığı ve yaklaşık dörtte birinde ise negatifleştiği gözlenmiştir (52).

Pandemilerde halk sağlığı uzmanlarının sorumluluğunda şüpheli ve kesin vakaların tespit edilerek hastalığın yükünü azaltma, gidişatını izleme, alınacak tedbirler ve öncelikler açısından yapılacak planlamalar için sörveyans ve filyasyon yapılmaktadır. SARS-CoV-2'nin havayolu ve yakın temas ile bulaşması COVID-19 pandemisinde de sörveyans ve filyasyonu önemli kılmaktadır (53, 54).

Bağışıklık kazanılması pandemilerde hastalığın kontrolü için en önemli etkidir. Bağışıklığın kazanılması iki şekilde gerçekleşir. Bunlar: hastalığı geçirerek kazanılan doğal bağışıklık ve aşılanmadır. Toplum bağışıklığı için tüm bireylerin %70'inin bağışıklık geliştirmiş olması gerekmektedir. COVID-19 pandemisinin de kontrolü için bireylerin büyük çoğunluğunun bağışıklık kazanması önemlidir. Doğal bağışıklık kazanılması için bazı ölkelerde uygulandığı gibi koruyucu önlemler alınmadan sürü bağışıklığı elde edilmeye çalışılmıştır. Ölkemizde alınan bazı tedbirler ve kısıtlamalar ise özellikle vaka yoğun ölkeler ile ulaşım kısıtlaması, vaka sayılarının arttığı dönemlerde şehirlerarası seyahat kısıtlamaları, 65 yaş üstü, 20 yaş altı ve kronik hastalığı olanlara izolasyon, toplu alışveriş merkezlerinde süre ve kişi sayısı kısıtlaması, toplu ibadetlere ara verme, yüz yüze olan eğitim ve öğretime uzaktan devam etme ve ceza evlerine getirilen ek önlemler olmuştur. Salgınla mücadelede aşamalı uygulanan bu tedbirlerin yanında tüm dünyada olduğu gibi ölkemizde de sosyal mesafe, maske ve temizlik halen en önemli tedbirler olarak görölmektedir (55).

Farklı teknolojilerin kullanıldığı COVID-19 aşısı ile ilgili çalışmalar günümüzde halen devam etmektedir (15). Dünyada ilk kez İngiltere tarafından yaygın kullanımına onay verilen COVID-19 aşısı (Amerikan ilaç şirketi Pfizer ile Türk bilim insanı Prof.

Dr. Uğur Şahin'in kurucu ortağı olduğu Alman biyoteknoloji firması BioNTech'in geliştirdiği Pfizer-BioNTech) 08 Aralık 2020'de İngiltere'nin Coventry kentindeki bir üniversite hastanesinde 90 yaşındaki bir kadına yapılmıştır (56). Türkiye'de ise ilk koronavirüs aşısı (Çinli Sinovac şirketi tarafından geliştirilen CoronaVac) 13 Ocak 2021 tarihinde Ankara Şehir Hastanesi'nde Sağlık Bakanı Dr. Fahrettin Koca'ya yapılmıştır (57). DSÖ verilerine göre tüm dünyada 7 Kasım 2021'e kadar 7.084.922.999, ülkemizde ise 26 Ekim 2021 tarihine kadar 115.255.712 doz aşı uygulanmıştır (4).

Hasta veya şüpheli olan kişilerin düzenli ve uygun maske takması ortamdaki virüs yükünü önemli ölçüde azaltmaktadır. İlk 24 saat ortamın havalandırılması ve bu ortamda bulunacak kişilerin KKE kullanması bulaş riskini azaltmaktadır. KKE eldiven, steril olmayan önlük, cerrahi maske, yüz koruyucu gözlük ve gerekli hallerde kullanılan tulum, bone ve ayak koruyucularından oluşmaktadır. Kesin veya olası COVID-19 vakası ile bir metreden yakın temas edecek sağlık çalışanının KKE'yi kullanması önerilmektedir. KKE'nin giyilme ve çıkarılma işlemi sırayla ve kurallara uygun olmalıdır. KKE giyme sırası önlük, maske, gözlük, yüz koruyucu ve eldivendir. KKE çıkarma sırası ise eldiven, gözlük, yüz koruyucu, önlük ve maskedir. Özellikle aerosolizasyona neden olabilecek işlemler sırasında sağlık personeli N95/FFP2 maske kullanmalıdır. Aerosol oluşturan işlemler aspirasyon, bronkoskopi ve bronkoskopik işlemler, entubasyon, endoskopi, solunum yolu numunesi alınmasıdır. Bu gibi durumlarda tulum, bone ve ayak koruyucu gibi ekipmanların kullanımını da önerilmektedir. Ülkemizde Koronavirüs Bilim Kurulu tarafından alınan kararlara göre; 112 komuta kontrol merkezi (KKM) çalışanı tarafından çağrıda bulunan kişide öksürük, nefes darlığı, ateş veya ateş öyküsü, son 14 günde yakın temas ettikleri kişilerde solunum yolu hastalığı nedeni ile hastaneye yatışın varlığı ve/veya COVID-19 hastalık tanısı alan olup olmadığı sorulmaktadır. Kişinin bu sorulara en az iki cevabı evet ise olası COVID-19 vakası olarak kabul edilmektedir. Hastanın ambulans ile nakli sırasında kullanılmak üzere KKE hazır olmalıdır. Hasta sağlık kurumuna teslim edilip, ambulans temizlenene kadar sağlık ekibi KKE kullanmalıdır. Genel durumu iyi hastaların nakli sırasında hastaya tıbbi maske verilmelidir. Ancak hastanın kontrolsüz öksürüğü veya aspirasyon ihtiyacı mevcutsa en az N95/FFP2 maske, tulum veya önlük, gözlük veya yüz koruyucu kullanılması önerilmektedir. Olası veya kesin COVID-19 vakasına ambu ile müdahale edilmesi gerekirse maske ile balon arasına bakteri/virüs filtresi takılmalıdır.

Ventilatör kullanılacaksa ekshalasyon devresine ya da en azından endotrakeal tüp ile devre arasına bakteri/virüs filtresi takılmalıdır. Ambulans ile olası veya kesin COVID-19 hastası nakledildikten sonra başka bir vakaya çıkmadan önce ambulansın bulunduğu yerde KKE giyilerek, temizlik ve dezenfeksiyonu yapılmalıdır. COVID-19'un temas ile bulaşma riski enfekte olmuş yüzeylerin sabun-deterjan ile yapılan temizliği veya önerilen bir ürün ile yapılan dezenfeksiyon işlemi sonrası önemli oranda düşmektedir. Hastane, ambulans ve ev ortamında solunum yolu sekresyonları ile kontamine olabilecek veya olmuş yüzeylerin uygun temizleyicilerle düzenli olarak temizlenmesi önerilmektedir. Temizlik ürünlerindeki maddeler SARS-CoV-2'nin zarflı virüs zarını bozarak etki etmektedir. Yer ve yüzey dezenfeksiyonu yapılırken etil alkol %70, 1/100 oranında sulandırılmış çamaşır suyu, hidrojen peroksit (%0,5), hastanın sekresyonu ve atıkları ile kirlenmiş alanlarda 1/10 oranında sulandırılmış çamaşır suyu; zemin ve duvar temizliğinde ise kuaterner amonyum bileşikleri ve hidrojen peroksit (%0,5) kullanılması önerilmektedir (55).

2.2. 112 ACİL SİSTEMİ ile İLGİLİ GENEL BİLGİLER

2.2.1. Acil Tıp

DSÖ tarafından sağlık fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak tam bir iyilik hali olarak tanımlanmıştır. Her insan ulaşılabilir en yüksek sağlık standartlarından ırk, din, politik inanç, ekonomik veya sosyal durum ayrımı gözetilmeksizin faydalanabilmelidir. İnsan sağlığını bozabilecek ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri durumlara acil tıbbi durum denilmektedir. Acil tıp, acil tıbbi durumların normale dönmesi adına yapılan tüm uygulamaları kapsayan acil sağlık hizmetidir. Acil tıp hizmeti hastanelerin acil servisleri ve mobil ekipler ile hastane dışında verilir (58, 59).

1. ve 2. Dünya Savaşları sırasında yaralılara savaş meydanlarında uygulanan veya güvenli bölgeye sevki sırasında yapılan erken müdahalenin sağ kalımı artırdığı izlenmiştir. Savaş meydanında uygulanan acil tıp hizmeti sivil hayatta da uygulanmaya başlanmıştır. 1960'lı yıllarda gelişmiş birçok ülkede bir doktor ya da bir hemşirenin bulunduğu tek odadan ibaret acil servis bulunmaktaydı. Acil tıp ile ilgili ilk yasa 1965 yılında ABD'de hastane öncesi ve hastane acil servis hizmetlerinin iyileştirilmesi için çıkarılmıştır. Acil sağlık hizmetleri, branş doktorlarının acil servislerde artan hasta sayısına bakarken kendi alanlarına yetişemedikleri gözlenmesi ile ayrı bir uzmanlık dalı

olarak kabul edilmiştir. İlk Acil Tıp Ana Bilim Dalı Cincinnati Üniversitesi'nde 1970'de kurulmuştur. İlk acil tıp uzmanları ABD'de yetiştirilmiştir (58-60).

Türkiye'de 1990 yılında İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi'nin (DEÜ) daveti ile Türkiye'ye gelen Amerikalı Acil Tıp Uzmanı Dr. John Fowler'in etkin çabaları sonucu Bakanlar Kurulu'nun 12 Nisan 1993 tarihli kararı ile DEÜ'de İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı kurulmuştur. Aynı yıl DEÜ dışında Fırat Üniversitesi'nde de İlk ve Acil Yardım Anabilim Dalı kurulmuştur. 1994 yılında DEÜ'de 2, Fırat Üniversitesi'nde 1 asistan eğitime başlamışlardır. Başlangıçta 3 yıllık olan eğitim programı, Yükseköğretim Kurumu kararı ile 1995'te 4 yıla çıkartılmıştır. Türkiye'de ilk "İlk ve Acil Yardım" uzmanı 1998 yılında mezun olmuştur. 19 Haziran 2002'de yayınlanan Tıpta Uzmanlık Tüzüğü'nde bölümün adı "Acil Tıp" olarak değiştirilmiş ve uzmanlık eğitiminin süresi 5 yıla çıkartılmıştır. 26 Nisan 2011 tarihli kanun ile Acil Tıp uzmanlık eğitimi tekrar 4 yıla indirilmiştir. Tıp fakülteleri dışında eğitim ve araştırma hastaneleri de 4 yıllık acil tıp uzmanlığı programı dahilinde eğitim vermektedir (61-63). Acil servis sayısı ve çalışan nitelikli uzman kadrosunun artması hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin gelişmesine ve ambulanslarda yetişmiş sağlık personeli görev almaya başlamasına sebep olmuştur (58).

2.2.2. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

2.2.2.1. Dünyada Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

İnsanlık tarihinde bilinen ilk ambulans benzeri araç atlı arabadır. 1487 yılında Malaga kuşatması sırasında İspanyol ordusu tarafından kullanılmıştır. Prusya seferi sırasında ilk kez askeri tıbbi birlik Napolyon'un baş cerrahı tarafından kurulmuştur. Atlı arabalarla ve uçan ambulans denilen araçlarla hasta ve yaralılar taşınmaya başlanmıştır. İlk sivil ambulans organizasyonu 1878 yılında Londra'da kurulmuştur. 24 saat kesintisiz ambulans servisi 1897 yılında Londra'da hizmet vermeye başlamıştır. 1. ve 2. Dünya Savaşları sırasında hasta ve yaralıları taşımak için kara ambulansları yanında trenler, gemiler, uçak ve helikopterler de kullanılmıştır. 1966 yılında ABD'de Ulusal Karayolu Güvenliği yasası ile ambulans sistemi kurulmuştur (64, 65).

Acil sağlık hizmetlerinin sunumunda ülkelerin benimsediği ve kendi yönetim yapılarına uygun şekilde uyguladığı modeller arasında özellikle öne çıkanlar; Anglo Amerikan Modeli ve Franko German Modeli'dir. Hastaların olay yerlerinden hastaneye taşınarak, hastane şartlarında tedavi edilmesini sağlayan tedavi modeli Anglo

Amerikan Modeli'dir. Bu model birçok ülkede (ABD, İngiltere, İrlanda, Hollanda, Avustralya, Kanada gibi) uygulandığı gibi ülkemizde de kabul edilmiş ve uygulanmaktadır. Franko German Modeli ise hastayı hastaneye ulaştırmak yerine hastaneyi hastaya götürmek şeklindedir. Avusturya, Fransa, Almanya, Norveç, Rusya, İsviçre ve Finlandiya gibi ülkeler bu modeli uygulamaktadır (65).

2.2.2.2. Türkiye'de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından 1985 yılında bazı ana bölgeler ve turistik bölgelerde özellikle trafik kazaları için araç telefonu ile ulaşılabilen, gezici ambulans ekipleri oluşturulmuştur (65, 66). '077 Hızır Acil' olarak başlayan hastane öncesi sağlık hizmetlerinin ismi 1994'te '112 Acil Yardım ve Kurtarma' olarak değiştirilmiştir. 1994-1995 yılları arasından İstanbul, Ankara ve İzmir'de 112 ambulans ekipleri kurulmuştur. Ambulans ekiplerinde sağlık memurları, ebe ve hemşireler, bazılarında doktorlar yer almıştır. 2000 yılında ASH'lerin bütün yurttan eşit, ulaşılabilir, kaliteli ve verimli olarak yürütülmesi için acil sağlık hizmetlerinin sevk ve idaresine dair usul ve esasları belirleyen "Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği" çıkarılmıştır. ASH, Sağlık Bakanlığı'na bağlı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yönetilmektedir. 2004 yılında 112 acil yardım ve kurtarma istasyonlarına ve hastane acil servislerine ambulans ve acil bakım teknikeri (AABT/paramedik) ve acil tıp teknisyenleri (ATT) atanmıştır. 2007 yılında, daha önce çıkarılan Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'nde değişiklik yapılmış, 28. maddesine paramedik ve ATT'lerin görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir. Günümüzde 81 ilde faaliyet sürdüren 112 ASH idaresi, İl Sağlık Müdürlüğü emrinde görev yapan İl Ambulans Servisi Başhekimliği tarafından yürütülmektedir. Başhekimliğe bağlı komuta kontrol merkezi ve ASH istasyonları bulunmaktadır (64, 67).

2.2.3. 112 ASH Komuta Kontrol Merkezi

KKM, 112 acil ambulans sisteminin ve ambulans operasyonlarının yönetildiği birimdir. KKM, bölgedeki tüm ambulansları yönetebilmeli, hastane acil servisleri ve yoğun bakımları ile iletişimde olmalıdır. Merkez binasının her türlü afete dayanıklı ve hizmete uygun teknolojik bir alt yapıya sahip olması gerekmektedir. Aynı bölgede hizmet veren diğer merkezler ile teknik donanım ve iletişim alt yapısı sağlanmalıdır.

Böylece iller arası hasta sevkleri, olağanüstü haller ve afet durumlarında bölgesel koordinasyon ve yönetim sağlanabilir. Tüm görüşmeler elektronik ortamda kayıt altına alınmaktadır. Olağanüstü hallerde kullanılmak üzere aynı donanımları taşıyan mobil bir aracı veya merkezin bir yedeği olmalıdır. KKM’de çalışan personel; nöbetçi sorumlu hekim, danışman hekim, çağrı karşılama personeli (ATT, paramedik, hemşire), veri derleme ve değerlendirme memuru, teknik destek elemanı, tıbbi sekreter, şoför ve hizmetlidir. KKM personeli 24 saat kesintisiz hizmet sürdürülmesi için nöbet sistemi ile çalışmaktadır (68, 69).

112 ASH istasyonları bulunduğu ilin nüfus dağılımı, vaka sıklığı ve bölgenin risk analizine göre planlanmakta ve hizmet vermektedir. İstasyonlarda acil sağlık hizmetleri konusunda eğitim almış sağlık personeli ile tıbbi donanımlı ambulanslar yer alır. Uluslararası standartlara uygun bir ambulans ekibi kentsel alanlarda en geç 10 dakikada, kırsal alanda ise en geç 20 dakikada olay yerine ulaşmalıdır. Hastane acil servisleri ile entegre olarak çoğunlukla kara ambulansı ile, ancak gerekli hallerde hava ve deniz ambulansı ile da hasta nakil ve sevk sağlanmaktadır. Aktif çalışan personelin toplum içinde daha fark edilir olması için giyeceği kıyafetleri genelge ile belirlenmiştir. Sunulan hizmete göre 3 tip istasyon mevcuttur. A tipi istasyon 24 saat aralıksız sadece ambulans hizmeti verir, ihtiyaca göre birden fazla ekip ve ambulans bulundurulur. A1 tipte hekim bulunur, A2 tipinde hekim bulunmaz. B tipi istasyon 1., 2. ve 3. basamak resmi sağlık kurum ve kuruluşları ile entegre olarak çalışan, aralıksız ambulans ve acil servis hizmeti veren, ekip içerisinde hekim bulunan istasyonlardır. B1 tipi hastane acil servisi ile entegre, B2 tipi 1. basamak sağlık kuruluşları ile entegredir. C tipi istasyon ise ihtiyaca göre belirlenen saatlerde sadece ambulans hizmeti verir. Acil yardım istasyonlarında çalışan personel; istasyon sorumlu hekimi, istasyon sorumlu sağlık personeli (paramedik, ATT), istasyon sorumlu ambulans sürücüsü, nöbetçi hekim, nöbetçi sağlık personeli ve nöbetçi ambulans sürücüsüdür. 112 ASH istasyon personeli de nöbet sistemi ile çalışmaktadır (66, 68).

Hekim

Acil hekimliği sertifika programlarını ve Sağlık Bakanlığı’nın onaylamış olduğu Temel Eğitim Modülü, Erişkin İleri Yaşam Desteği Kursu, Çocuk İleri Yaşam Desteği

Kursu ve Travma İleri Yaşam Desteği Kursu'nu başarıyla tamamlayan pratisyen hekimler görev almaktadır (70). Hekimler 112 KKM ve istasyonlarında sorumlu, danışman veya nöbetçi hekim olarak görevlendirilmektedir (58, 69).

Paramedik

Paramedik mesleğinin ilk adımları 1.ve 2. Dünya Savaşları sırasında atılmıştır. Paramedik eğitimleri ilk defa ABD'de 1973 yılında Acil Sağlık Hizmetleri Sistemi Yasası ile standardize edilmiştir. İlk paramedik kursu 1977'de ABD'de gerçekleştirilmiştir. Paramedik eğitimleri ATT eğitimlerinin ardından en az 1100 saat süren programlar halinde devam ettirilmektedir. 2-3 yılda bir verilen hizmet içi eğitim ve yapılan sınav sonucunda başarılı olanlara sertifika verilmektedir. 1990 yılında Türkiye'de paramedik okulunun kurulabilmesi için DEÜ ile Kanada Cambrian Koleji arasında bir proje başlatılmıştır. Paramedik programı kurucularından olan Öğr. Gör. Semra Çelikli 1992 yılında proje kapsamında eğitim için Kanada'ya gönderilmiştir. Eğitimini başarı ile tamamlamış ve Türkiye'nin ilk paramedik unvanını almıştır. 1993 yılında paramedik yetiştirmek için hazırlanan program 15 öğrenci kabul edilerek başlatılmıştır. Paramedikler acil yardım ve hasta nakil ambulansları ile hastane acil servislerinde sağlık personeli olarak çalışmaktadırlar. Ayrıca ASH'de çağrı karşılama personeli ve gerektiğinde ambulans aracının sürücüsü olarak da görev yapmaktadırlar (64, 71).

Sağlık Bakanlığı'nın 2007 yılında çıkardığı "Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik" ile paramediklerin ambulans ve acil sağlık hizmetleri istasyonlarındaki yetki ve sorumlulukları belirlenmiştir. 22 Mayıs 2014 yılında güncellenen yönetmeliğe göre paramediklerin sorumlulukları:

- IV ve intraosseöz (IO) girişim yapmak, hastaneye ulaşıncaya kadar Bakanlıkça belirlenen acil ilaçları ve sıvıları kullanmak (adrenalin, atropin, etil klorid sprey, %0,9 NaCl çözeltisi, asetil salisilik asit, isordil 5 mg dil altı, ringerli laktad, parasetamol tablet, %5-10-20 dekstroz),

- Temel ve ileri hava yolu uygulamaları, oksijen uygulamaları yapmak,

- Travma stabilizasyonu, kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyon, yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak,

- Hastanın uygun taşıma teknikleri ile naklini sağlamak,

- EKG çekmek, ritim değerlendirmesi yapmak, elektriksel tedavileri (defibrilasyon, kardiyoversiyon, eksternal pacemaker) uygulamak,
- Acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olmak,
- Haberleşme ağını doğru ve hızlı bir biçimde kullanmak,
- Ambulansı teknik, tıbbi araç-gereç ve malzeme yönünden kullanıma hazır halde bulundurmak, zorunlu hallerde ambulansı kullanmaktır (64, 71, 72).

Acil Tıp Teknisyeni

Türkiye’de 1996 yılında Sağlık Bakanlığı’nın teklifi ile sağlık meslek lisesi bünyesinde “İlk yardım ve Acil Bakım Teknisyenliği” bölümü açılmıştır. Daha sonra bölümün adı “Acil Tıp Teknisyenliği” olarak değiştirilmiştir. İlk ATT’ler, devlet veya özel sağlık meslek liselerinde 4 yıllık eğitimin son 2 yılını sahada eğitim ve uygulama şeklinde tamamlayarak 2000 yılında mezun olmuşlardır. ATT’ler 2004 yılından itibaren 112 ASH bünyesinde görev almaya başlamışlardır. Ayrıca acil serviste, özel hastane ve polikliniklerde, devlet ve üniversite hastanelerinde, özel ambulans servisleri ve özel tıp merkezlerinin acil servis ve yoğun bakımlarında da istihdam edilmektedirler. 2017 yılında sağlık meslek ve diğer meslek liseleri “Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi” olarak birleştirilmiştir. Sağlık meslek liselerinde bulunan ATT bölümü kapatılmıştır. 2017 yılından itibaren Sağlık Bakım Teknisyeni (SBT) olarak mezun vermektedir (58, 73, 74).

Sağlık Bakanlığı’nın 22 Mayıs 2014 yılında güncellediği “Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik”e göre ATT’lerin ambulans ve ASH istasyonlarındaki yetki ve sorumlulukları:

- IV ve IO girişim yapmak,
- Temel hava yolu uygulamaları, endotrakeal entübasyon ve oksijen uygulaması yapmak,
- Temel yaşam desteği protokollerini uygulamak, bu uygulama sırasında yarı otomatik ve tam otomatik eksternal defibrilatörleri kullanmak,
- Travma stabilizasyonu ile kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak ve uygun taşıma tekniklerini uygulamak,
- Hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak,
- Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak,

- Acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olmak,
- Monitörizasyon ve defibrilasyona yardımcı olmak,
- Haberleşme ağını doğru ve hızlı bir biçimde kullanmak,
- Ambulansı teknik, tıbbi araç-gereç ve malzeme yönünden kullanıma hazır halde bulundurmak, gerektiğinde ambulans sürücüsü olmaktır. ATT'ler birlikte çalıştığı hekim veya paramediklerden aldığı talimat ve onay ile uygulamaları yapmakla sorumludurlar (64, 72).

Ambulans Sürücüsü

2000'li yıllardan itibaren sürücü kadrosu ile istihdam edilen ve sadece araç sürüşü görevi verilen personele güvenli sürüş teknikleri eğitimi yanında ilk yardım ve ambulans malzemelerini kullanma eğitimleri de verilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılında güncellediği "Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik" ile ATT ve paramedikler de sağlık bakımı görevlerinin dışında ambulans sürüşü görevini yapabilmektedirler (58, 72).

2.3. SOSYAL DESTEK ALGISI ile İLGİLİ GENEL BİLGİLER

2.3.1. Sosyal Destek

Sosyal ağ, bireyin aile fertleri, akrabaları, arkadaşları, öğretmenleri, meslektaşları, komşuları, ideolojik olarak dinsel ve etnik grupları ile olan bağı ve ilişkisidir. Sosyal ağ içindeki duygusal yardım alma veya verme isteğine sosyal destek denilmektedir (75, 76). Sosyal destek için farklı tanımlamalar yapılmıştır. Nakigudde ve arkadaşları tarafından sosyal destek duygusal, sanatsal ve bilgiye yönelik destek sağlama, sosyal iletişimi geliştirme, kişinin davranış, düşünce veya hisleri ile eğlenme ve dinlenmeye yönelik pozitif sosyal etkileşimi hakkında geribildirim sağlama olarak tanımlanmıştır (77). Sosyal desteğin gereksinim duyan bireye yardım edebilecek veya bireye son zamanlarda yardım eden kişilerin sayısı olarak da ele alındığı tanımlamalar olmuştur (78). Başka bir tanımlama ile de sosyal destek, kişinin ilişkilerinin niceliği ya da niteliğinden çok, ihtiyaç duyduğunda yardım alabileceği kişinin var olduğu algısı ve stres altındaki ya da zor durumdaki kişiye çevresindeki insanlar tarafından sağlanan yardımdır (79, 80). Her ne kadar sosyal destek için farklı teoriler ve tanımlamalar olsa da hepsinde beş ortak içerik mevcuttur. Bunlar; duygusal destek, işe uyum sağlamada

yardım, geri bildirim ve değerlendirme, sosyal bağlılık ve yeni bilgilerin sağlanmasıdır (81). Bireyin çevresindeki diğer bireyler ile iletişimi, sağlıklı yaşam tarzının önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir. Sosyal destek, bireyin sağlığını fiziki ve psikolojik olarak olumlu yönde etkilemektedir (82). Yapılan çalışmalarda, yüksek düzeyde sosyal destek yalnızlık hissini, depresyonu ve fiziksel sağlık sorunlarını azaltarak bireyin sağlık ve iyilik durumunu arttırdığı gösterilmiştir. Buna rağmen sosyal desteğin karmaşık bir süreç olarak her zaman yararlı olmadığı, güçlü bir sosyal ağın bazen ters etki oluşturarak diğer destekleri engelleyebileceği belirtilmektedir. Bu nedenle kişinin hissettiği ve algıladığı desteğin içinde bulunduğu sosyal ağdan daha çok kişiye fayda sağlayıcı bir durum olduğu belirtilmektedir (82, 83). Kişinin kendine biçtiği genel değere algılanan sosyal destek denilmektedir. Algılanan sosyal destek, kişilik özellikleri, tutum ve karakter gibi özelliklerden etkilenmektedir. Eğer kişi başkaları tarafından sevildiğini, sayıldığını, gerektiği zaman yardım bulacağını, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünüyorsa kişinin algıladığı destek te o kadar fazladır (75).

2.3.1.1. Sosyal Destek Çeşitleri

Kişinin doğumundan ölümüne kadar sağlığını korumaya yönelik yardım sağlayan tüm kişilerle olan ilişkilerine sosyal destek sistemleri denir. Sosyal destek sistemleri; duygusal, bilişsel ve maddi desteklerdir (84). Duygusal destek, kişinin sevgi, şefkat, güven, ilgi, empati ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılamaktadır. Sosyal ağı içinde kabul edilip, değer verildiğini göstermektedir. Özellikle sırdaş ilişkisine özel bir önem verilmektedir. Brown, çeşitli yaşam olayları ve sorumlulukların ortaya çıkardığı stresle başa çıkmada sırdaş ilişkisinin önemini araştırmış, sırdaş olmayan insanların benlik değerlerinin daha düşük, yaşam stresinden daha fazla rahatsız olduklarını ve psikolojik belirtilerinin daha çok olduğunu tespit etmiştir (78, 79). Bilişsel destek, kişinin kendisini tanımasına yol açan ve benlik değerini ortaya çıkartan, geri bildirimler ve sorunlarını çözmesine yardım edecek bilgidir (78, 80). Maddi destek, kişinin günlük yaşamını sağlayabilmesi için veya ihtiyaç anında başkaları tarafından sağlanan ekonomik yardımdır (81, 85). Kişiler duygusal, bilişsel veya maddi sosyal desteği kişiliklerine göre farklı şekillerde kullanabilir. Ancak sosyal desteği ne olursa olsun, hangi şartta ve nereden gelirse gelsin kişi açısından faydalıdır. Sahip olduğu destek ağı, negatif yaşam olaylarının veya stres faktörlerinin etkisini azalmakta ya da tampon işlevi görmektedir (86). Yapılan çalışmalarda sosyal destek

konusunda iki önemli yaklaşım üzerinde durulmaktadır. Bunlar; sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki bulunduğunu savunan “*Main or Direct Effect Modeli*” ve sosyal desteğin en önemli işlevinin, stres verici yaşam olaylarının yarattığı zararları azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını korumak olduğunu savunan “*Buffering Effect Modeli*”dir. Bu modeller sosyal desteğin, sağlığı etkilediği farklı süreçleri temsil etmektedir. Cohen ve Wills, sosyal desteğin stres üzerindeki etkilerini, sosyal desteğin sağlığı doğrudan mı yoksa bireyi stres verici olayların olumsuz etkilerinden koruyarak mı etkilediğini araştırmışlardır. Çalışmanın sonucunda hem doğrudan etki hem de tampon etki modellerinin geçerli olduğu bulunmuştur (87).

Bireyin geniş bir sosyal ağ içinde eş, evlat, arkadaş ya da komşu gibi birbirinden farklı rolleri vardır. Bu farklı roller içinde sevilmesi, değerli bulunması, ihtiyaç halinde yardım görmesi, bireyin kendini mutlu ve güvende hissetmesini sağlar. Stres ile sosyal destek arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Stres verici durum ile karşılaşan bu bireyler profesyonel kuruluşlardan önce eş, arkadaş ya da akrabalarına, yani doğal sosyal kaynaklarına başvurumaktadırlar. Yüksek oranda sosyal desteğe sahip olan bireylerin, sosyal desteğe sahip olmayanlardan daha az stres yaşadıkları ve stresin olumsuz etkilerine direnç göstermede bu bireylerin güvende hissetmelerinden dolayı daha başarılı oldukları ve güç şartlar altında bile sağlıklı kalabildikleri görülmektedir (88). Yapılan çalışmalar, stresin neden olduğu olumsuzlukların sosyal destek ile azaltıldığını göstermektedir (76). Tam tersine bireyin sosyal ilişkileri yetersiz ya da bozuka anksiyete ve değersizlik duyguları daha sık yaşanır. Bu belirtiler de bazı ruhsal hastalıklara zemin hazırlayabilmektedir (88). Sosyal desteğin yeterliliği, müdahale gerektirip gerektirmemesine göre belirlenmektedir. Sosyal destek ihtiyaç olduğunda sosyal ağdan temin edilebiliyorsa yeterlidir, ama temin etmek için müdahale gerekiyorsa yetersiz olarak değerlendirilmektedir (89).

2.4. AKUT STRES BOZUKLUĞU ile İLGİLİ GENEL BİLGİLER

2.4.1. Stres

Stres bireyin dışarıdan gelen uyarıcılara ve koşullara uyum tepkisine denir. Bireyde fiziki, psikolojik, davranışsal değişimlere neden olmaktadır. Uygun yoğunlukta

stres kişiyi geliştirirken, nedeni tam olarak anlaşılmayan nedenlerle bireye zarar verecek gerilime de sebep olabilmektedir. Bireyin kişilik yapısı, yaşı, cinsiyeti, stres kaynağı, stresi algılamasındaki farklılığına göre stresin belirtileri değişebilmektedir (90).

Stres, lokus seruleus, hipotalamus, hipokampus ve amigdala noradrenalin (NE) artışına sebep olmaktadır. Artmış NE uyarılmışlık, taşikardi, takipne, kan basıncında artma, terleme, kaslarda gerginlik, titreme ve anksiyeteye sebep olmaktadır. Stresin duygusal ve davranışsal yanıtlardan hipokampus ve amigdala sorumludur. Aynı zamanda strese yanıt olarak medial prefrontal korteksteki dopaminerjik aktivitede de artış bulunmaktadır. Stres altında bu bölgedeki aktivasyon ve metabolizma, diğer dopaminerjik alanlardaki değişimlere göre de daha fazla olmaktadır. Stres dışında kokain, amfetamin gibi maddeler de dopamin artışına neden olmaktadır. Sonuçta aşırı uyarılmışlık belirtileri ve paranoid içerikli düşünceler ortaya çıkmaktadır (91).

2.4.1.1. Stres Kaynakları

Stres, bireyin kişilik özelliklerinden (kişilik, yaş, aile yapısı, cinsiyet, ekonomik şartlar), yaşadığı çevreden (genel ekonomik sorunlar, kentsel yaşam sorunları, sosyal, kültürel ve teknolojik değişimler), iş hayatından (işin monoton olması, aşırı veya yetersiz iş yükü, çalışma düzeni ile ilgili sorunlar, fiziksel koşullar, tehlikeli iş ortamı, rol belirsizliği, rol çatışması, örgütsel iletişim, mobbing, sosyal kültür, yönetim şekli, kariyer, terfi, performans değerlendirmesi) kaynaklanabilmektedir. Sağlık çalışanlarında ayrıca psikolojik ve fiziksel şiddete maruz kalmak, enfeksiyon bulaşma riski, radyasyona maruziyet, nöbet ve vardiya usulü çalışmak gibi faktörler de strese sebep olmaktadır (92).

2.4.1.2. Stresin Aşamaları

Birey strese karşı savunma geliştirirken bazı psikolojik, fiziksel, davranışsal ve sosyal belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler bireye özgü olarak gelişebilmekte, aynı strese farklı bireyler farklı tepkiler verebilmektedir (86). Bireyin strese karşı farklı aşamalarda verdiği bedensel tepkiler Selye tarafından “Genel Uyum Sendromu” olarak geliştirilen teori ile açıklanabilmektedir. Genel uyum sendromu teorisinde strese karşı verilen tepkiler; alarm reaksiyonu, karşı koyma aşaması, tükenme aşaması olarak tanımlanmıştır. Alarm reaksiyonu, bireyin stres faktörünü fark edip, stres olarak algılamaya başladığı durumdur. Bireyin sempatik sinir sistemi (SSS) aktif hale gelir, “savaş

ya da kaç” tepkisi verir. SSS’nin aktif hale gelmesi bazı fiziksel ve kimyasal değişikliklere sebep olur ve sonuçta birey stres ile yüzleşme veya kaçmaya hazırlanır. Bireyin stres eğrisi, eğer stres kaynakları ve yoğunluğu artarsa bireyin normal direnç seviyesinin üzerine çıkar. Bu aşamada normalden sapmanın ilk belirtileri ortaya çıkmaya başlar. Bu aşama başarılı bir şekilde yönetilirse ya da stres faktörü sonlanırsa bireyin bedeninin verdiği tepkiler normale döner. Eğer stres durumu devam ederse karşı koyma aşamasına geçilir. Karşı koyma aşaması, alarm aşamasından sonra gelir ve bedensel olarak verilen tepkilerin en yüksek seviyesini oluşturur. Beden, fizyolojik bütünlüğünün korunması için dengeleyici kaynaklarını kullanır, strese karşı direnmeye çalışır. Eğer beden strese karşı uyum sağlarsa, eski normaline dönmeye ve enerjisini yeniden kazanmaya başlar. Stres faktörlerinin ve etkisinin devam etmesi ile bireyin bedeninde tükenme aşaması gelişir. Tükenme aşaması, bedenin karşı koyma kapasitesinin aşılıp, hastalık belirtilerinin başladığı durumdur. Stres hormonları olan adrenalin ve kortizol salgılanır. Bu hormonların etkileri ile kalp atımı hızlanır, göz bebekleri büyür, damarlar kasılır, soğuk terleme olur, kan şekerinde yükselme izlenir ve mide asit salgısı artar. Bedensel olarak verilen bu tepkiler devam ederken eğer stres faktörleri ve yoğunluğu azalmaz ise adaptasyon kapasitesi aşılr, psikolojik ve davranışsal tepkiler ortaya çıkar. Devam eden stres hastalıklara ve ölüme sebep olabilmektedir (93).

2.4.1.3. Stresin Sonuçları

Stresin olumsuz etkileri fizyolojik, ruhsal ve davranışsal olabilir. Birey bu sonuçların bazıları veya hepsi ile karşılaşabilir. Strese karşı tahammül her bireyde farklı olabilir. Bu farklılık bireyin strese karşı dayanıklılığı, beslenme alışkanlığı, sosyal destek algısı, stresle baş etme yeteneği, stres kaynağı ile ilgili deneyiminden kaynaklanmaktadır. Bu etkenler stresin her bireyde farklı sonuçlarla ortaya çıkmasına neden olmaktadır (94). Strese karşı ortaya çıkan bireysel sonuçlar; fizyolojik ve psikolojik olarak değerlendirilir. Fizyolojik sonuçlar, stresin psikosomatik hastalıkları tetikleme, hastalıklara karşı direncini azaltması, bağışıklık sistemini bozması ile meydana gelir. Fizyolojik sonuçları: kalp-damar hastalıkları (çarpıntı, ritim düzensizlikleri, göğüs ağrısı, kalp krizi, hipertansiyon), solunum sistemi hastalıkları (takipne, astım), sindirim sistemi hastalıkları (iştahta azalma, aşırı yeme, hazımsızlık, gastrit, ülser), üreme sistemi hastalıkları (cinsel iktidarsızlık), endokrin sistem hastalıkları (hipertiroidi, diyabet), cilt hastalıkları (ürtiker, egzama, sedef hastalığı, saç ve kıl dökülmesi), kas-

iskelet sistemi hastalıkları (kas gerilmesi, kireçlenme), sinir sistemi hastalıkları (migren, kronik baş ağrıları) olarak gelişebilir (95). Fizyolojik sonuçlar gibi strese karşı olumsuz psikolojik sonuçlar da meydana gelmektedir. Birey stresle baş etmek için fizyolojik etkilere karşı birtakım duygusal tepkiler verir. Bireyin duyguları, eğer stres faktörü yaşam alanına müdahale olarak algılanırsa kızgınlık ve öfke, kayıp gibi algılanırsa karamsarlık ya da depresyon olacaktır. Bireyde ortaya çıkan kızgınlık, öfke, karamsarlık ve depresyon duyguları psikolojik dengenin bozulmasına sebep olduklarından ayrıca stres kaynakları olarak da kabul edilmektedirler (86). Stresin davranışsal sonuçları; saldırganlık, düzensiz beslenme, sigara, alkol, uyuşturucu madde kullanımı gibi zararlı alışkanlıklardır. Kimyasal ve psikolojik etkileri nedeni ile bu maddeler en başta kaygı ve gerilimden kurtulmak için, zamanla bağımlılık yaptığı için kullanılmaktadırlar (96). Yapılan araştırmalar sonucunda, stresin sosyal ve bulunduğu iş hayatı açısından sonuçları arasında, verimlilik ve performansta azalma, işe devamsızlık, işgücü devri, iş kazalarında artmalar vardır (97).

2.4.1.4. Stres Yönetimi

Stresten kurtulmak veya etkilerini azaltmak için insanlar farklı yöntemler denemişlerdir. Örneğin; Güney Afrika yerlileri Coca bitkisinin (kokain kaynağı) yapraklarını çiğnemiş, Çinliler esrar içmiş, Araplar nargile kullanmış, Sibiryalı köylüler ise kutsal olduğuna inandıkları mantarları çiğnemişlerdir. Ortak amaç sorunlardan uzaklaşmak ve mutluluğa ulaşmaktır (98). İçinde bulunduğumuz dönemde ise insanlar sigara, içki, uyuşturucu, sakinleştirici ilaçlar kullanarak stresten kurtulmaya çalışmaktadırlar. Stres yönetiminde gevşeme teknikleri, zaman yönetimi, sosyal destek, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, stres yönetimi eğitimi yer almaktadır. Artan sosyal desteğin, stres zamanlarında daha sağlıklı psikolojik davranışlara sebep olduğu belirtilmektedir (99).

2.4.2. Akut Stres Bozukluğu (ASB)

Genelde ölümcül ya da ağır yaralanmaya yol açan bir travmanın gerçekleşmesi veya olaya tanıklık edilmesi sonrası 1 ay içinde gelişen, en az 3 gün süren geçici anksiyete bozukluğuna akut stres bozukluğu denilmektedir (100). Bu durum 30 günden daha fazla sürerse travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olarak tanımlanmaktadır. Travmatik olaylara sevilen bir yakınının ölümü, motorlu taşıt kazaları, cinsel saldırı

ve tecavüz, aile içi istismar, doğal afetler örnek verilebilir. Toplumdaki bireylerin hemen hepsinde daha önceden tahmin edilmeyen, kontrolü mümkün olmayan afetlerden sonra ve travmatik durumun hatırlanması ile tedirginlik, huzursuzluk, uyku bozukluğu şeklinde belirtiler izlenebilmektedir. Özellikle ASB açısından daha riskli bireyler, daha öncesinde travmatik bir olay yaşamış, tanık olmuş veya karşı karşıya kalmış, ASB veya TSSB öyküsü, zihinsel problemleri, travmatik olaylar sırasında dissosiyatif semptomları olanlardır (101). ASB tanısı konulurken madde bağımlılığı, ilaçların yan etkileri, diğer psikiyatrik veya organik sorunlar ekarte edilmelidir. ASB tanısı almış bazı bireylerde ileriki zamanlarda TSSB izlenmektedir (100). Travmanın farklı bireylerde farklı etkilerinin ortaya çıkması travmanın şiddeti, kişilik yapısı ve daha önce yaşadığı stres deneyimleri gibi etmenlere bağlıdır (102). Lindeman akut yas ile ilgili makalesinde ise akut stres bozukluğunu dissosiyatif bulgular, duygusal tepkisizlik, yeniden yaşantılama ve aşırı uyarılmışlık belirtileri olarak tanımlamıştır (103).

2.4.2.1. Akut Stres Bozukluğu Tanısı

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) ruhsal bozuklukların tanısını, semptomlarını ve ölçütlerini içerir. Tanıda kullanılan bu ölçütler ile amaç klinik uzmanları arasında ruhsal bozukluğu olan hastaların tedavisinde ortak bir dil oluşturmaktır (104, 105). Daha önce DSM-4'te belirlenmiş olan ASB kriterleri, 2013 yılında güncellenen DSM-5 ile yeniden tanımlanmıştır. Buna göre;

-A ölçütü kriterleri, DSM-4'ten farklı olarak bireyin ailesinden birinin veya bir arkadaşının başına gelen ölüm veya ölüm olasılığı, kaba güçle veya kaza sonucu olmuş travmatik olayı öğrenmesi, olayın hoş olmayan ayrıntılarıyla yineleyici biçimde veya aşırı boyutta yüzleşmesidir. Ancak bu durum elektronik medya, televizyon, film yolu ile olanları kapsamamaktadır. Değişikliklerdeki amaç travmatik olaya dolaylı yoldan maruz kalmanın önemini belirtmek ve tanı güvenilirliği artırmaktır.

-B ölçütü kriterleri, travmatik olayı yeniden yaşantılama (flashback, anılar, rüyalar ile travmatik olayı tekrar yaşama ve bunu durduramaması), olumsuz duygudurum (üzüntülü, olumsuz düşünceler ve ruh hali olması), çözülme (dissosiyatif) belirtileri (bireyde gerçeklik algısının azalması, çevresi ile olan iletişimde azalma ve yaşadığı travmatik olayın bazı bölümlerini hatırlayamaması), kaçınma belirtileri (travmatik

olayla ilgili olan düşünce, duygu, insan ve yerlerden bilinçli olarak kaçınma) ve uyarlama belirtileridir (uykusuzluk, konsantrasyon güçlüğü, sinirlilik/ saldırganlık hali, gergin ve savunmacı oluşu). B ölçütünde kendiliğinden veya uyaranlar ile tetiklenen istemsiz, sıkıntı verici anılar depresif yinelemelerden ayırt edilmeye ve yeniden yaşantılamının dissosiyatif karakterde olduğu vurgulanmaya çalışılmıştır.

-C ölçütünde, B ölçütündeki belirtilerin süresi, travma ile karşılaşma sonrası 3 gün ile 1 ay arası olarak değiştirilmiştir (104).

2.4.2.2. Akut Stres Bozukluğu Tedavisi

ASB tanısı konulan bireye ilk önce ihtiyacı varsa barınak, yiyecek, giyecek yardımı yapılmalıdır. İntihar düşüncesi veya başkalarına zarar verme riski varsa hastaneye yatırılmalıdır. ASB semptomlarını hafifletmek için uzmanlar tarafından medikal tedavi başlanılmaktadır. Bu ilaçlar: anksiyolitikler (barbitüratlar, benzodiazepinler, antihistaminikler, beta blokörler, buspiron ve sınıflandırılmayanlar) ve antidepresanlardır. Ayrıca ASB'nin TSSB'ye dönüşmesini engelleyebilecek ve iyileşme hızını arttıracak terapiler de uygulanmaktadır. Bu terapiler: bilişsel davranışçı terapi, hipnoterapi, meditasyon, yoga ve nefes egzersizleridir (104).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE SÜRESİ

Araştırma evrenini Denizli ili 112 ASH’de çalışan 510 sağlık personeli oluşturmuştur. Örneklem yapılmamıştır. Araştırma, etik kurul izninden sonra 1 aylık sürede (25 Aralık 2020-25 Ocak 2021 tarihleri arasında) yapılmıştır.

3.3. ETİK KURUL ONAYI

Bu araştırmanın etik açıdan uygunluğu, Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nun 08.12.2020 tarih ve 23 sayılı toplantısında görüşülüp 11.12.2020 tarih ve 192.168.89.237-35219 sayılı etik kurul onay yazısı ile bildirilmiştir.

3.4. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma verilerinin toplanmasında, araştırmacılar tarafından oluşturulan tanıtıcı bilgi formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği (ASBŞÖ) kullanılmıştır. Form ve ölçekler online anket formu şeklinde düzenlenmiştir. Anket formu çalışmaya katılanlara mesaj yolu ile iletilmiş ve katılımcıların verileri online olarak elde edilmiştir.

3.4.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan tanıtıcı bilgi formunda, sağlık personelinin yaşını, cinsiyetini, medeni durumunu, çocuk sahibi olma durumunu, mesleğini, eğitim durumunu, meslekte çalışma süresini, bulunduğu yerde çalışma süresini, sağlık durumu, COVID-19 hastası ile karşılaşma, muayene etme, bakım verme durumunu, COVID-19 testi yaptırmasını, testinin sonucunu, işyeri memnuniyetini içeren sorular yer almaktadır.

3.4.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Zimet ve ark. tarafından geliştirilmiştir (106). Türkiye’de ÇBASDÖ geçerlik ve güvenilirlik analizi Eker ve Arkar tara-

findan 2001 yılında yapılmıştır. ÇBASDÖ alt ölçek puanlarının iç tutarlılığı kabul edilebilir düzeyde (cronbach alfa katsayıları=0.80-0.95) bulunmuştur (107, 108). Bu çalışmada cronbach alfa katsayısı 0.951 olarak hesaplanmıştır. ÇBASDÖ, üç farklı kaynaktan (aile, arkadaşlar, özel bir insan) alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendirmekte ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Bu 3 farklı kaynağa ait dörder soru bulunmaktadır. Aile (3., 4., 8., 11. maddeler), arkadaşlar (6., 7., 9., 12. maddeler) ve özel bir insandır (1., 2., 5., 10. maddeler). Ölçek, 7'li likert tipinde olup, 'tamamen katılıyorum=7 puan', 'çoğunlukla katılıyorum=6 puan', 'katılıyorum=5 puan', 'kararsızım=4 puan', 'katılmıyorum=3 puan', 'çoğunlukla katılmıyorum=2 puan' ve 'hiç katılmıyorum=1 puan' seçeneklerinden oluşmaktadır. Her bir alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanları, bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan 28, ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 84'tür. Sonuçta elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu göstermektedir (107).

3.4.3. Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği (ASBŞÖ)

APA, akut stres belirti şiddetini değerlendirmek için DSM-5 Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği'ni yayınlamıştır. ASBŞÖ, 18 yaş ve üstü bireylerdeki aşırı stresli olay ya da deneyimin ardından akut stres belirti şiddetini değerlendiren ve yedi maddeden oluşan bir ölçektir. DSM-5 Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği Türkçe Formu'nun geçerliği ve güvenilirliği Aşçıbaşı ve ark. tarafından yapılan çalışma ile gerçekleştirilmiş, cronbach alfa katsayısı 0,95 olarak hesaplanmıştır (109). Bizim çalışmamızın cronbach alfa katsayısı 0,846'dır. Her bir madde, kişiden son 7 gün boyunca devam eden akut stres belirti şiddetini değerlendirmesini ister. Ölçekteki her madde 5 puanlık bir derecelendirme (hiç= 0, biraz= 1, orta= 2, oldukça çok= 3 ve aşırı= 4) ile değerlendirilir. Toplam puan, en az 0, en çok 28 puandır. Daha yüksek puan, daha şiddetli akut stres belirtilerini göstermektedir. Toplam ham puanın ölçekteki madde sayısına bölünmesi ile ortalama toplam puan hesaplanmaktadır (104).

3.5. HARIÇ TUTULMA KRİTERLERİ

Çalışmaya alınan bireylerin hariç tutulma kriterleri: çalışmaya katılmayı istememek, anket sorularını tam olarak cevaplamamak, çalışmanın yapıldığı dönemde izinli

veya raporlu olmak olarak tanımlanmıştır. Çalışmanın evreni 510 kişi, çalışmaya katılan 358 kişi, çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılamayan 71 kişi, çalışmaya dahil edilen 287 kişidir.

3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin analizinde SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanıldı. Verilerin tanımlayıcı özelliklerinin analizinde sayı (n) ve yüzdeler (%), kategorik verilerin sayısal değişkenleri için ortalama (X) ve standart sapma (SS) kullanıldı. İki bağımsız gruba sahip belirli bir nicel değişkenin ortalamalarını karşılaştırmak amacı ile normal dağılım gösteren gruplarda Bağımsız Örneklem T-testi, normal dağılım göstermeyenlerde Mann-Whitney U testi (Z) kullanıldı. Non-parametrik verileri olan üçten fazla bağımsız grupların ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis Varyans analizi (KW), parametrik verileri olan üçten fazla bağımsız grupların ortalamalarının karşılaştırılmasında One-Way Anova testi kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin yönünü ve derecesini tanımlamak için Spearman Korelasyon analizi kullanıldı. Analizlerde istatistiksel anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak alındı.

4. BULGULAR

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $32,5 \pm 7,4$ olarak bulunmuştur. Katılanların 48'i (%16,7) 18-25 yaş, 148'i (%51,6) 26-35 yaş, 72'si (%25,1) 36-45 yaş, 19'u (%6,6) 46 ve üzeri yaş grubunda tespit edilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Çalışmaya katılanların yaş dağılımı

Yaş	n	%
18-25	48	16,7
26-35	148	51,6
36-45	72	25,1
46 ve üzeri	19	6,6

Çalışmaya katılanların 123'ünü (%42,9) erkekler, 164'ünü (%57,1) kadınlar oluşturmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Çalışmaya katılanların cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	n	%
Erkek	123	42,9
Kadın	164	57,1

Çalışmaya katılanların 85'ini (%29,6) bekarlar, 202'sini (%70,4) evliler oluşturmuştur. 106'sının (%40,4) çocuğu yok, 73'ününün (%25,5) 1 çocuğu, 79'unun (%27,5) 2 çocuğu, 19'unun (%6,6) 3 ve üzerinde çocuğu olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Çalışmaya katılanların medeni hal ve çocuk sayısı dağılımı

Medeni hal	n	%
Bekar	85	29,6
Evli	202	70,4
Çocuk sayısı		
Yok	116	40,4
1	73	25,5
2	79	27,5
3 ve üzeri	19	6,6

Katılanların 13'ününün (%4,5) hekim, 89'unun (%31) paramedik, 134'ününün (%46,7) ATT, 51'inin (%17,8) diğer meslekten olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Çalışmaya katılanların meslek dağılımı

Meslek	n	%
Hekim	13	4,5
Paramedik	89	31
ATT	134	46,7
Diğer	51	17,8

Çalışmaya katılanların 7'sinin (%2,5) ilkokul ve ortaokul, 46'sının (%16) lise, 234'ünün (%81,5) üniversite ve yüksek lisans mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Çalışmaya katılanların eğitim dağılımı

Eğitim durumu	n	%
İlkokul ve ortaokul	7	2,5
Lise	46	16
Üniversite ve yüksek Lisans	234	81,5

Katılanların 66'sının (%23) 1-5 yıl, 118'inin (%41,1) 6-11 yıl, 67'sinin (%23,4) 12-17 yıl, 36'sının (%12,5) 18 ve üzeri yıl meslekte çalışma süresi olduğu bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 6. Çalışmaya katılanların meslekte çalışma süreleri dağılımı

Meslekte çalışma süresi	n	%
1-5 yıl	66	23
6-11 yıl	118	41,1
12-17 yıl	67	23,4
18 ve üzeri yıl	36	12,5

Çalışmaya katılanların 170'inin (%59,2) 1-5 yıl, 83'ünün (%28,9) 6-11 yıl, 28'inin (%9,8) 12-17 yıl, 6'sının (%2,1) 18 ve üzeri yıl şu anki yerde çalışma süresi olduğu bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7. Çalışmaya katılanların şu anki yerde çalışma süreleri dağılımı

Şu anki yerde çalışma süresi	n	%
1-5 yıl	170	59,2
6-11 yıl	83	28,9
12-17 yıl	28	9,8
18 ve üzeri yıl	6	2,1

Çalışmaya katılanların 254'ü (%88,5) COVID-19 hastası ile karşılaşmış, 33'ü (%11,5) karşılaşmamıştır. 231'i (%80,5) COVID-19 hastasını muayene etmiş veya bakım vermiş, 56'sı (%19,5) herhangi bir müdahalede bulunmamıştır. 184'ü (%64,1) COVID-19 testi yaptırmış, 57'sinin (%31) test sonucunun pozitif çıktığı bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo 8. Çalışmaya katılanların COVID-19 hastası ile karşılaşma, bakım verme, test yaptırma ve sonucunun dağılımı

		n	%
COVID-19 hastasıyla karşılaşmış mı?	Evet	254	88,5
	Hayır	33	11,5
COVID-19 hastasını muayene ettiniz ya da bakım verdiniz mi?	Evet	231	80,5
	Hayır	56	19,5
COVID-19 testi yaptırdınız mı?	Evet	184	64,1
	Hayır	103	35,9
Test sonucunuz ne çıktı?	Pozitif	57	31
	Negatif	127	69

Katılanların 216'sının (%75,3) sağlık probleminin olmadığı, 8'inin (%2,8)'inin diyabeti, 7'sinin (%2,4) hipertansiyonu, 2'sinin (%0,7) koroner arter hastalığı, 11'inin (%3,8) astımı ve 43'ünün (%15) başka hastalıkları olduğu tespit edilmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Çalışmaya katılanların sağlık problemi açısından dağılımı

Sağlık Problemi	n	%
Yok	216	75,3
Diyabet	8	2,8
Hipertansiyon	7	2,4
Koroner Arter Hastalığı	2	0,7
Astım	11	3,8
Diğer	43	15

Çalışmaya katılanların 210'nun (%73,2) ruhsal sorun yaşamadığı, 49'unun (%17,1) sorun yaşadığı ancak destek almadığı, 20'sinin (%7) ilaç tedavisi aldığı, 8'inin (%2,7) ilaç tedavisinin yanında psikoterapi de gördüğü bulunmuştur (Tablo 10).

Tablo 10. Çalışmaya katılanların ruhsal sorun yaşama, ilaç tedavisi ve destek alma açısından dağılımı

	n	%
Ruhsal sorun yaşamadım	210	73,2
Ruhsal sorun yaşadım, destek almadım	49	17,1
İlaç tedavisi aldım	20	7
İlaç tedavisi aldım ve psikoterapi gördüm	8	2,7

Çalışmaya katılanların 130'unun (%45,3) işyerinden memnun, 136'sının (%47,4) kısmen memnun, 21'inin (%7,3) memnun olmadığı bulunmuştur (Tablo 11).

Tablo 11. Çalışmaya katılanların işyerinden memnuniyet dağılımı

İşyeri memnuniyeti	n	%
Memnunum	130	45,3
Kısmen memnunum	136	47,4
Memnun değilim	21	7,3

Çalışmaya katılanların 130'unda (%45,3) COVID-19 sürecinde olumlu etkileyen durumlar olmadığı, 60'ında (%20,9) aile ilişkileri, kişilerarası ilişkiler ve kendini tanıma konularında olumlu yönde etkilenme olduğu, 124'ünde (%43,2) temizlik, hijyen ve sağlığın öneminin arttığı, 42'sinde (%14,6) yeni ilgi alanlarının arttığı, 60'ında (%20,9) manevi değerlerin önem kazandığı, 28'inde (%9,8) pandemi dönemindeki olumlu haberlerden doğan olumlu duyguların geliştiği, 12'sinde (%4,2) çalışma koşullarının iyileşmesi gibi olumlu durumlar olduğu bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 12. Çalışmaya katılanların COVID-19 sürecinden olumlu etkilendiği durumların dağılımı

Olumlu etkileyen durumlar	n	%
Yok	130	45,3
Aile ilişkileri, kişilerarası ilişkiler ve kendini tanıma konularında olumlu yönde etkileme	60	20,9
Temizlik, hijyen ve sağlığın öneminin artması	124	43,2
Yeni ilgi alanları	42	14,6
Manevi değerlerin önem kazanması	60	20,9
Pandemi dönemindeki olumlu haberlerden doğan olumlu duygular	28	9,8
Çalışma koşullarının iyileşmesi	12	4,2

Katılanların 42'sinde (%14,6) COVID-19 sürecinin olumsuz etkilediği durumlar olmadığı, 104'ünde (%36,2) depresif yakınmalar, 87'sinde (%30,3) sosyal destek eksikliği, 187'sinde (%65,2) bulaş riski korkusu, 85'inde (%29,6) temizlik konusunda obsesyonel düşünceler ve kompulsif davranışlar, 46'sında (%16) KKE eksikliği, 109'unda (%38) çalışma koşullarının kötüleşmesi gibi olumsuz durumlar tespit edilmiştir (Tablo 13).

Tablo 13. Çalışmaya katılanların COVID-19 sürecinden olumsuz etkilendiği durumların dağılımı

Olumsuz etkileyen durumlar	n	%
Yok	42	14,6
Depresif yakınmalar	104	36,2
Sosyal destek eksikliği	87	30,3
Bulaş riski korkusu	187	65,2
Temizlik konusunda obsesyonel düşünceler ve kompulsif davranışlar	85	29,6
KKE eksikliği	46	16
Çalışma koşullarının kötüleşmesi	109	38

Çalışmaya katılanların ÇBASDÖ puanları toplamda 66.28 ± 17.22 , aile alt ölçeğinde $23,24 \pm 5,9$, arkadaş alt ölçeğinde $20,8 \pm 6,56$, özel bir insan alt ölçeğinde $22,24 \pm 72,23$ olarak bulunmuştur.

Tablo 14’te katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni hal ve çocuk sahibi olma durumlarına göre ÇBASDÖ alt ölçek ve toplam puanları incelenmiştir. Yaşa göre aile alt ölçek puanları: 18-25 yaş grubunda (1) $20,9 \pm 7,34$; 26-35 yaş grubunda (2) $23,51 \pm 5,4$; 36-45 yaş grubunda (3) $23,38 \pm 5,96$; 46 yaş ve üzeri grubunda (4) $26,53 \pm 2,76$ olarak bulunmuştur. 1-4 numaralı gruplarda istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p=0,004$). Yaşa göre arkadaş ve özel bir insan alt ölçek puanlarında, gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,179$, $p=0,17$). Yaşa göre ÇBASDÖ toplam puanları: 18-25 yaş grubunda (1) $60,5 \pm 21,02$; 26-35 yaş grubunda (2) $66,76 \pm 16,36$; 26-35 yaş grubunda (3) $66,86 \pm 16,59$; 46 ve üzeri yaş grubunda (4) $75 \pm 10,73$ olarak bulunmuştur. 1-4 numaralı gruplarda istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p=0,038$). Cinsiyete göre ÇBASDÖ alt ölçekler ve toplam puanlarında, gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,292$, $p=0,633$, $p=0,898$, $p=0,886$). Medeni hal durumuna göre aile alt ölçek puanları: bekar olan grupta $21,35 \pm 6,66$, evli olan grupta $24,03 \pm 5,37$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p<0,001$). Medeni hal durumuna göre arkadaş alt ölçek puanlarında, gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,61$). Medeni hal durumuna göre özel bir insan alt ölçek puanları: bekar olan grupta $18,78 \pm 8,47$, evli olan grupta $23,69 \pm 6$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p<0,001$). Medeni hal durumuna göre ÇBASDÖ toplam puanları: bekar olan grupta $60,62 \pm 18,81$; evli olan grupta $68,66 \pm 15,97$ ve gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bu-

lunmuştur ($p < 0,001$). Çocuk sahibi olma durumuna göre aile alt ölçek puanları: çocuğu olmayan grupta (1) $22,47 \pm 6,28$; 1 çocuğu olan grupta (2) $22,34 \pm 6,71$; 2 çocuğu olan grupta (3) $24,84 \pm 3,89$; 3 ve üzeri sayıda çocuğu olan grupta (4) $24,79 \pm 5,88$ olarak bulunmuştur. 1-3 ve 1-4 numaralı gruplarda istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p = 0,039$). Çocuk sahibi olma durumuna göre ÇBASDÖ alt ölçekler ve toplam puanlarında, gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($p = 0,136$, $p = 0,143$, $p = 0,115$).

Tablo 14. Çalışmaya katılanların sosyodemografik çeşitli özelliklerine göre ÇBASDÖ alt ölçek ve toplam puanlarının karşılaştırılması

		Aile	Arkadaş	Özel bir insan	ÇBASDÖ toplam
Yaş	n	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS
18-25 (1)	48	20,9 ± 7,34	19,27 ± 7,86	20,33 ± 8,1	60,5 ± 21,02
26-35 (2)	148	23,51 ± 5,4	21,11 ± 6,14	22,13 ± 7,62	66,76 ± 16,36
36-45 (3)	72	23,38 ± 5,96	20,44 ± 6,7	23,04 ± 5,98	66,86 ± 16,59
46 ve üzeri (4)	19	26,53 ± 2,76	23,63 ± 4,54	24,84 ± 5,04	75 ± 10,73
	p^*	0.004 (1-4)	0.179	0.17	0.038 (1-4)
Cinsiyet					
Erkek	123	22,84 ± 6,04	20,93 ± 6,69	22,17 ± 7,24	65,94 ± 17,46
Kadın	164	23,54 ± 5,79	20,71 ± 6,47	22,29 ± 7,24	66,54 ± 17,09
	p^{**}	0.292	0.633	0.898	0.886
Medeni hal					
Bekar	85	21,35 ± 6,66	20,49 ± 6,69	18,78 ± 8,47	60,62 ± 18,81
Evli	202	24,03 ± 5,37	20,94 ± 6,51	23,69 ± 6,1	68,66 ± 15,97
	p^{**}	<0.001	0.61	<0.001	<0.001
Çocuk sayısı					
Yok (1)	116	22,47 ± 6,28	21,1 ± 6,6	21,09 ± 8	64,66 ± 17,87
1 (2)	73	22,34 ± 6,71	19,1 ± 7,2	21,68 ± 7,6	63,12 ± 19,59
2 (3)	79	24,84 ± 3,89	21,82 ± 5,74	24,22 ± 5,11	70,87 ± 12,55
3 ve üzeri (4)	19	24,79 ± 5,88	21,32 ± 6,16	23,16 ± 7,08	69,26 ± 17,22
	p^*	0.039 (1-3), (1-4)	0.136	0.143	0.115

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, n: sayı, X: ortalama, SS: standart sapma

* p değerleri Kruskal-Wallis varyans analizinden elde edilmiştir.

** p değerleri Mann-Whitney U testinden elde edilmiştir.

Tablo 15’te çalışmaya katılanların meslek durumuna göre ÇBASDÖ alt ölçekler ve toplam puanları incelenmiş, gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($p = 0,604$, $p = 0,394$, $p = 0,718$, $p = 0,49$). Katılımcıların eğitim durumuna göre de ÇBASDÖ alt ölçekler ve toplam puanlarında, gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($p = 0,232$, $p = 0,454$, $p = 0,607$, $p = 0,327$).

Tablo 15. Çalışmaya katılanların meslek ve eğitim durumuna göre ÇBASDÖ alt ölçek ve toplam puanlarının karşılaştırılması

		Aile	Arkadaş	Özel bir insan	ÇBASDÖ toplam
Meslek	n	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS
Hekim	13	22,46 ± 6,33	19,69 ± 8,78	21,08 ± 8,22	63,23 ± 22,57
Paramedik	89	22,7 ± 6,23	20,57 ± 7,21	21,28 ± 7,85	64,55 ± 18,74
Att	134	23,26 ± 5,89	20,46 ± 6,29	22,53 ± 7,08	66,25 ± 16,46
Diğer	51	24,33 ± 5,19	22,41 ± 5,21	23,43 ± 6,11	70,18 ± 14,58
	<i>p*</i>	0.604	0.394	0.718	0.49
Eğitim					
İlköğretim	7	26,57 ± 2,51	23,57 ± 5,22	24,29 ± 5,96	74,43 ± 12,27
Lise	46	22,91 ± 6,32	20,65 ± 5,97	21,83 ± 7,38	65,39 ± 16,31
Üniversite ve yüksek lisans	234	23,21 ± 5,87	20,75 ± 6,7	22,26 ± 7,25	66,21 ± 17,51
	<i>p*</i>	0.232	0.454	0.607	0.327

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, n: sayı, X: ortalama, SS: standart sapma

**p* değerleri Kruskal-Wallis varyans analizinden elde edilmiştir.

COVID-19 hastası ile karşılaşan grupta aile alt ölçek puanı $22,86 \pm 6,1$, karşılaşmayan grupta $26,18 \pm 2,63$ ve gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p=0,003$). COVID-19 hastası ile karşılaşma durumlarına göre arkadaş alt ölçek puanlarında, gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,171$). Özel bir insan alt ölçek puanı COVID-19 hastası ile karşılaşan grupta $21,78 \pm 7,37$, karşılaşmayan grupta $25,73 \pm 4,86$ ve gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p=0,002$). ÇBASDÖ toplam puanı COVID-19 hastası ile karşılaşan grupta $65,27 \pm 17,68$, karşılaşmayan grupta $74,09 \pm 10,42$ ve gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p=0,014$). COVID-19 hastasını muayene eden veya bakım veren grupta aile alt ölçek puanı $22,82 \pm 6,07$, etmeyen grupta $24,98 \pm 4,78$ ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,008$). COVID-19 hastasını muayene etme veya bakım verme durumlarına göre ÇBASDÖ alt ölçekler ve toplam puanlarında, gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,804$, $p=0,403$, $p=0,408$). COVID-19 testi yaptıran grupta aile alt ölçek puanı $22,73 \pm 6,08$, test yaptırmayan grupta $24,14 \pm 5,47$ ve gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p=0,047$). Arkadaş alt ölçek puanı COVID-19 testi yaptıran grupta $20,01 \pm 6,73$, test yaptırmayan grupta $22,21 \pm 6$ ve gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p=0,006$). COVID-19 testi yaptırma durumuna göre özel bir insan alt ölçek puanlarında, gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,153$). ÇBASDÖ

toplam puanı COVID-19 testi yaptıran grupta $64,44 \pm 17,61$, yaptırmayan grupta $69,57 \pm 16,06$ ve gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p=0,012$). COVID-19 testi yaptıranların test sonucuna göre ÇBASDÖ alt ölçekler ve toplam puanlarında, gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,69$, $p=0,7$, $p=0,48$, $p=0,75$) (Tablo 16).

Tablo 16. Çalışmaya katılanların COVID-19 hastası ile karşılaşma, muayene etme veya bakım verme, test yaptıрма ve testinin sonucu durumuna göre ÇBASDÖ alt ölçek ve toplam puanlarının karşılaştırılması

		Aile	Arkadaş	Özel bir insan	ÇBASDÖ toplam
COVID-19 hastası ile karşılaşma	n	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS
Evet	254	22,86 ± 6,1	20,63 ± 6,58	21,78 ± 7,37	65,27 ± 17,68
Hayır	33	26,18 ± 2,63	22,18 ± 6,33	25,73 ± 4,86	74,09 ± 10,42
	p^*	0.003	0.171	0.002	0.014
COVID-19 hastasını muayene etme, bakım verme					
Evet	231	22,82 ± 6,07	20,86 ± 6,51	22,08 ± 7,23	65,76 ± 17,53
Hayır	56	24,98 ± 4,78	20,57 ± 6,79	22,88 ± 7,25	68,43 ± 15,86
	p^*	0.008	0.804	0.403	0.408
COVID-19 testi yaptıрма					
Evet	184	22,73 ± 6,08	20,01 ± 6,73	21,69 ± 7,50	64,44 ± 17,61
Hayır	103	24,14 ± 5,47	22,21 ± 6	23,21 ± 6,63	69,57 ± 16,06
	p^*	0,047	0,006	0,153	0,012
Test sonucu					
Pozitif	57	23,42 ± 5,17	19,84 ± 6,40	22,7 ± 6,78	65,96 ± 15,12
Negatif	127	22,42 ± 6,44	20,09 ± 6,9	21,23 ± 7,79	63,75 ± 18,64
	p^*	0,69	0,7	0,48	0,75

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, n: sayı, X: ortalama, SS: standart sapma

* p değerleri Mann-Whitney U testinden elde edilmiştir.

Tablo 17’de katılımcıların meslekte çalışma sürelerine göre ÇBASDÖ alt ölçekler ve toplam puanlarında, gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,074$, $p=0,193$, $p=0,672$, $p=0,144$). Şu anki yerde çalışma sürelerine göre arkadaş alt ölçek puanları: 1-5 yıl grubunda (1) $22,59 \pm 6,22$; 6-11 yıl grubunda (2) $23,76 \pm 5,37$; 12-17 yıl grubunda (3) $24,64 \pm 5,31$; 18 ve üzeri yıl grubunda (4) 28 ± 0 bulunmuştur. 1-4 numaralı gruplarda istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p=0,013$). Şu anki

yerde çalışma sürelerine göre ÇBASDÖ alt ölçekler ve toplam puanlarında, gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,526$, $p=0,13$, $p=0,14$).

Tablo 17. Çalışmaya katılanların meslekte ve şu anki yerdeki çalışma süreleri durumuna göre ÇBASDÖ alt ölçek ve toplam puanlarının karşılaştırılması

		Aile	Arkadaş	Özel bir insan	ÇBASDÖ toplam
	n	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS
Meslekte çalışma süresi					
1-5 yıl	66	22,12 ± 6,87	20,58 ± 7,59	22,11 ± 7,4	64,8 ± 19,72
6-11 yıl	118	23,14 ± 5,65	20,6 ± 6,1	22,03 ± 7,37	65,76 ± 16,13
12-17 yıl	67	23,25 ± 6,05	20,21 ± 6,81	21,67 ± 7,73	65,13 ± 18,35
18 ve üzeri yıl	36	25,61 ± 3,58	23 ± 5,19	24,22 ± 5,14	72,83 ± 12,04
	p^*	0.074	0.193	0.672	0.144
Şu anki yerde çalışma süresi					
1-5 yıl (1)	170	22,59 ± 6,22	20,37 ± 6,84	21,56 ± 7,88	64,52 ± 18,55
6-11 yıl (2)	83	23,76 ± 5,37	21,19 ± 6,04	23,02 ± 6,41	67,98 ± 15,05
12-17 yıl (3)	28	24,64 ± 5,31	21,71 ± 6,58	22,86 ± 5,36	69,21 ± 14,88
18 ve üstü yıl (4)	6	28 ± 0	23,5 ± 5,05	27,67 ± 0,82	79,17 ± 5,38
	p^*	0.013 (1-4)	0.526	0.13	0.14

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, n: sayı, X: ortalama, SS: standart sapma
* p değerleri Kruskal-Wallis varyans analizinden elde edilmiştir.

Tablo 18’de katılımcıların sağlık problemi durumuna göre ÇBASDÖ alt ölçekler ve toplam puanlarında, gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,368$, $p=0,053$, $p=0,378$, $p=0,154$).

Tablo 18. Çalışmaya katılanların sağlık durumlarına göre ÇBASDÖ alt ölçek ve toplam puanlarının karşılaştırılması

		Aile	Arkadaş	Özel bir insan	ÇBASDÖ toplam
	n	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS
Sağlık problemi					
Yok	216	23,33 ± 6,06	21,16 ± 6,6	22,18 ± 7,39	66,67 ± 17,69
Var	71	22,97 ± 5,39	19,72 ± 6,35	22,41 ± 6,78	65,1 ± 15,77
	p^*	0.368	0.053	0.378	0.154

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, n: sayı, X: ortalama, SS: standart sapma * p değerleri Mann-Whitney U testinden elde edilmiştir.

Tablo 19’da katılımcıların ruhsal sorun yaşama, tedavi alma durumlarına göre aile alt ölçek puanları: ruhsal sorun yaşamayan grupta (1) 23,96±5,62; ruhsal sorun yaşayıp destek almayan grupta (2) 21,14±5,84; ilaç tedavisi alan grupta (3) 21,15±6,87; ilaç tedavisi alan ve psikoterapi gören grupta (4) 22,5±7,6 olarak bulunmuştur. 1-2 numaralı gruplarda istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p=0,003$). Arkadaş alt ölçek puanları: ruhsal sorun yaşamayan grupta (1) 21,8±6,22; ruhsal sorun yaşayıp destek almayan grupta (2) 17,86±7,09; ilaç tedavisi alan grupta (3) 19,35±6,62; ilaç tedavisi alan ve psikoterapi gören grupta (4) 16,38±4,34 olarak bulunmuştur. 1-2 numaralı gruplarda istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p<0,001$). Özel bir insan alt ölçek puan ortalamaları: ruhsal sorun yaşamayan grupta (1) 23,05±6,78; ruhsal sorun yaşayıp destek almayan grupta (2) 19,55±7,9; ilaç tedavisi alan grupta (3) 21,65±7,79; ilaç tedavisi alan ve psikoterapi gören grupta (4) 18,88±9,43 olarak bulunmuştur. 1-2 numaralı gruplarda istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p=0,002$). ÇBASDÖ toplam puanları: ruhsal sorun yaşamayan grupta (1) 68,8±16,34; ruhsal sorun yaşayıp destek almayan grupta (2) 58,55±17,63; ilaç tedavisi alan grupta (3) 62,15±18,72; ilaç tedavisi alan ve psikoterapi gören grupta (4) 57,75±17,97 olarak bulunmuştur. 1-2 numaralı gruplarda istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 19. Çalışmaya katılanların ruhsal sorun yaşama ve tedavi alma durumlarına göre ÇBASDÖ alt ölçek ve toplam puanlarının karşılaştırılması

		Aile	Arkadaş	Özel bir insan	ÇBASDÖ toplam
	n	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS
Ruhsal sorun yaşamadım (1)	210	23,96 ± 5,62	21,8 ± 6,22	23,05 ± 6,78	68,8 ± 16,34
Ruhsal sorun yaşadım, destek almadım (2)	49	21,14 ± 5,84	17,86 ± 7,09	19,55 ± 7,9	58,55 ± 17,63
İlaç tedavisi aldım (3)	20	21,15 ± 6,87	19,35 ± 6,62	21,65 ± 7,79	62,15 ± 18,72
İlaç tedavisi aldım ve psikoterapi gördüm (4)	8	22,5 ± 7,6	16,38 ± 4,34	18,88 ± 9,43	57,75 ± 17,97
	p^*	0.003 (1-2)	<0.001 (1-2)	0.002 (1-2)	<0.001 (1-2)

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, n: sayı, X: ortalama, SS: standart sapma
* p değerleri Kruskal-Wallis varyans analizinden elde edilmiştir.

Tablo 20’de katılımcıların işyeri memnuniyeti durumuna göre aile alt ölçek puanları: işyerinden memnun olan grupta (1) $25,22 \pm 4,61$; kısmen memnun olan grupta (2) $22,15 \pm 5,99$; memnun olmayan grupta (3) $18,1 \pm 7,55$ olarak bulunmuştur. 1-2 ve 1-3 numaralı gruplarda istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p < 0,001$). Arkadaş alt ölçek puanları: işyerinden memnun olan grupta (1) $22,99 \pm 5,63$; kısmen memnun olan grupta (2) $19,54 \pm 6,39$; memnun olmayan grupta (3) $15,48 \pm 7$ olarak bulunmuştur. 1-2 ve 1-3 numaralı gruplarda istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p < 0,001$). Özel bir insan alt ölçek puanları: işyerinden memnun olan grupta (1) $23,88 \pm 6,47$; kısmen memnun olan grupta (2) $21,17 \pm 7,32$; memnun olmayan grupta (3) $18,95 \pm 8,91$ olarak bulunmuştur. 1-2 ve 1-3 numaralı gruplarda istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p < 0,001$). ÇBASDÖ toplam puan ortalamaları: işyerinden memnun olan grupta (1) $72,09 \pm 14,71$; kısmen memnun olan grupta (2) $62,85 \pm 17,06$; memnun olmayan grupta (3) $52,52 \pm 19,61$ olarak bulunmuştur. 1-2 ve 1-3 numaralı gruplarda istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p < 0,001$).

Tablo 20. Çalışmaya katılanların işyeri memnuniyeti durumuna göre ÇBASDÖ alt ölçek ve toplam puanlarının karşılaştırılması

		Aile	Arkadaş	Özel bir insan	ÇBASDÖ toplam
	n	X ± SS	X ± SS	X ± SS	X ± SS
Memnunun (1)	130	$25,22 \pm 4,61$	$22,99 \pm 5,63$	$23,88 \pm 6,47$	$72,09 \pm 14,71$
Kısmen memnunun (2)	136	$22,15 \pm 5,99$	$19,54 \pm 6,39$	$21,17 \pm 7,32$	$62,85 \pm 17,06$
Memnun değilim (3)	21	$18,1 \pm 7,55$	$15,48 \pm 7,93$	$18,95 \pm 8,91$	$52,52 \pm 19,61$
	<i>p*</i>	<0.001 (1-2), (1-3)	<0.001 (1-2), (1-3)	<0.001 (1-2), (1-3)	<0.001 (1-2), (1-3)

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, n: sayı, X: ortalama, SS: standart sapma

**p* değerleri Kruskal-Wallis varyans analizinden elde edilmiştir.

Çalışmaya katılanların ASBŞÖ puan ortalaması $1,53 \pm 0,79$ olarak bulunmuştur.

Tablo 21’de katılımcıların sosyodemografik çeşitli özelliklerine göre ASBŞÖ puanları incelenmiştir. Yaşa göre, 18-25 yaş grubunda (1) $1,67 \pm 0,89$, 26-35 yaş grubunda (2) $1,6 \pm 0,75$, 36-45 yaş grubunda (3) $1,37 \pm 0,78$, 46 ve üzeri yaş grubunda (4) $1,14 \pm 0,75$ olarak bulunmuştur. 1-4 ve 2-4 numaralı gruplarda istatistiksel anlam-

lılık bulunmuştur ($p=0,026$). Cinsiyete göre, erkek grubunda $1,38 \pm 0,8$, kadın grubunda $1,63 \pm 0,77$ ve gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p=0,006$). Medeni hal durumuna göre, gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,33$). Çocuğu olmayan grupta (1) $1,48 \pm 0,79$, 1 çocuğu olan grupta (2) $1,81 \pm 0,8$, 2 çocuğu olan grupta (3) $1,39 \pm 0,71$, 3 ve üzeri olan grupta (4) $1,29 \pm 0,86$ olarak bulunmuştur. 1-2, 2-3 ve 2-4 numaralı gruplarda istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p=0,003$).

Tablo 21. Çalışmaya katılanların sosyodemografik çeşitli özelliklerine göre ASBŞÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

Yaş	n	ASBŞÖ	
		X ± SS	
18-25 (1)	48	1,67 ± 0,89	p^*
26-35 (2)	148	1,6 ± 0,75	0.026
36-45 (3)	72	1,37 ± 0,78	(1-4), (2-4)
46 ve üzeri (4)	19	1,14 ± 0,75	
Cinsiyet			
Erkek	123	1,38 ± 0,8	p^{**}
Kadın	164	1,63 ± 0,77	0.006
Medeni hal			
Bekar	85	1,46 ± 0,77	p^{***}
Evli	202	1,56 ± 0,8	0.33
Çocuk			
Yok (1)	116	1,48 ± 0,79	p^*
1 (2)	73	1,81 ± 0,8	0.003
2 (3)	79	1,39 ± 0,71	(1-2), (2-3), (2-4)
3 ve üzeri (4)	19	1,29 ± 0,86	

ASBŞÖ: Akut Stres Bozukluğu Şiddeti Ölçeği, n: sayı, X: ortalama, SS: standart sapma

* p değerleri One-Way Anova testinden elde edilmiştir.

** p değerleri Mann-Whitney U testinden elde edilmiştir.

*** p değerleri T-testinden elde edilmiştir.

Tablo 22’de katılımcıların mesleklerine göre ASBŞÖ puanları: hekimlerde (1) $1,37 \pm 0,71$; paramediklerde (2) $1,72 \pm 0,83$; ATT’lerde (3) $1,57 \pm 0,73$; diğer meslek grubunda (4) $1,1 \pm 0,74$ olarak bulunmuştur. 2-4 ve 3-4 numaralı gruplarda istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p<0,001$). Eğitim durumlarına göre ASBŞÖ puanlarında, gruplar arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,127$).

Tablo 22. Çalışmaya katılanların meslek ve eğitim durumuna göre ASBŞÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

Meslek	n	ASBŞÖ	
		X ± SS	
Hekim (1)	13	1,37 ± 0,71	<i>p</i> *
Paramedik (2)	89	1,72 ± 0,83	<0.001
ATT (3)	134	1,57 ± 0,73	(2-4), (3-4)
Diğer (4)	51	1,1 ± 0,74	
Eğitim			
İlköğretim	7	1,49 ± 0,51	<i>p</i> *
Lise	46	1,31 ± 0,7	0.127
Üniversite ve yüksek lisans	234	1,57 ± 0,81	

ASBŞÖ: Akut Stres Bozukluğu Şiddeti Ölçeği, n: sayı, X: ortalama, SS: standart sapma

**p* değerleri One-Way Anova testinden elde edilmiştir.

ASBŞÖ puanları COVID-19 hastası ile karşılaşanlarda $1,58 \pm 0,8$, karşılaşmayanlarda $1,14 \pm 0,63$ olarak bulunmuştur. Gruplarda istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p=0,003$). COVID-19 hastasını muayene eden veya bakım verenlerde $1,59 \pm 0,79$, etmeyenlerde $1,27 \pm 0,74$ ve bu iki grupta istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p=0,006$). COVID-19 testi yaptıranlarda $1,68 \pm 0,78$, yaptırmayanlarda $1,23 \pm 0,71$ ve bu iki grupta istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p=0,001$). COVID-19 test sonucuna göre istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,62$) (Tablo 23).

Tablo 23. Çalışmaya katılanların COVID-19 hastası ile karşılaşma, bakım verme, test ve sonucunun durumuna göre ASBŞÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

COVID-19 hastası ile karşılaşma	n	ASBŞÖ	
		X ± SS	
Evet	254	1,58 ± 0,8	<i>p</i> *
Hayır	33	1,14 ± 0,63	0.003
COVID-19 hastasını muayene etme, bakım verme			
Evet	231	1,59 ± 0,79	<i>p</i> *
Hayır	56	1,27 ± 0,74	0.006
COVID-19 testi yaptırma			
Evet	184	1,68 ± 0,78	<i>p</i> *
Hayır	103	1,23 ± 0,71	0.001
COVID-19 test sonucu			
Pozitif	57	1,64 ± 0,67	<i>p</i> *
Negatif	127	1,7 ± 0,83	0,62

ASBŞÖ: Akut Stres Bozukluğu Şiddeti Ölçeği, n: sayı, X: ortalama, SS: standart sapma

**p* değerleri T-testinden elde edilmiştir.

Tablo 24’te katılımcıların çalışma sürelerine göre ASBŞÖ puanları: 1-5 yıl olan grupta (1) $1,59 \pm 0,83$; 6-11 yıl olan grupta (2) $1,63 \pm 0,78$; 12-17 yıl olan grupta (3) $1,49 \pm 0,74$; 18 ve üzeri yıl olan grupta (4) $1,13 \pm 0,75$ olarak bulunmuştur. 1-4 ve 2-4 numaralı gruplarda istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p=0,01$). Şu anki yerde çalışma sürelerine göre gruplarda istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,515$).

Tablo 24. Çalışmaya katılanların meslekte ve şu anki yerdeki çalışma sürelerine durumuna göre ASBŞÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

Meslekte çalışma süresi	n	ASBŞÖ	
		X ± SS	
1-5 yıl (1)	66	$1,59 \pm 0,83$	p^*
6-11 yıl (2)	118	$1,63 \pm 0,78$	0.01
12-17 yıl (3)	67	$1,49 \pm 0,74$	(1-4), (2-4)
18 ve üzeri yıl (4)	36	$1,13 \pm 0,75$	
Şu anki yerde çalışma süresi			
1-5 yıl	170	$1,58 \pm 0,82$	p^*
6-11 yıl	83	$1,46 \pm 0,75$	0.515
12-17 yıl	28	$1,45 \pm 0,76$	
18 ve üzeri yıl	6	$1,24 \pm 0,73$	

ASBŞÖ: Akut Stres Bozukluğu Şiddeti Ölçeği, n: sayı, X: ortalama, SS: standart sapma

* p değerleri One-Way Anova testinden elde edilmiştir.

Tablo 25’te katılımcıların sağlık durumlarına göre ASBŞÖ puanları: sağlık problemi olmayan grupta $1,42 \pm 0,79$; sağlık problemi olan grupta $1,85 \pm 0,69$ olarak bulunmuştur. Gruplarda istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 25. Çalışmaya katılanların sağlık durumlarına göre ASBŞÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

Sağlık problemi	n	ASBŞÖ	
		X ± SS	
Yok	216	$1,42 \pm 0,79$	p^*
Var	71	$1,85 \pm 0,69$	<0.001

ASBŞÖ: Akut Stres Bozukluğu Şiddeti Ölçeği, n: sayı, X: ortalama, SS: standart sapma

* p değerleri T-testinden elde edilmiştir.

Tablo 26’da katılımcıların ruhsal sorun yaşama, tedavi alma durumlarına göre ASBŞÖ puanları: ruhsal sorun yaşamayanlarda (1) $1,35 \pm 0,76$; ruhsal sorun yaşayıp destek almayanlarda (2) $1,94 \pm 0,66$; ilaç tedavisi alanlarda (3) $1,95 \pm 0,63$; ilaç tedavisi ile birlikte psikoterapi görenlerde (4) $2,57 \pm 0,57$ olarak bulunmuştur. 1-2, 1-3 ve 1-4 numaralı gruplarda istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p<0,001$).

Tablo 26. Çalışmaya katılanların ruhsal sorun yaşama ve tedavi alma durumlarına göre ASBŞÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

	n	ASBŞÖ	
		X ± SS	p*
Ruhsal sorun yaşamadım (1)	210	1,35 ± 0,76	p*
Ruhsal sorun yaşadım, destek almadım (2)	49	1,94 ± 0,66	<0.001
İlaç tedavisi aldım (3)	20	1,95 ± 0,63	(1-2), (1-3), (1-4)
İlaç tedavisi aldım ve psikoterapi gördüm (4)	8	2,57 ± 0,57	

ASBŞÖ: Akut Stres Bozukluğu Şiddeti Ölçeği, n: sayı, X: ortalama, SS: standart sapma

*p değerleri One-Way Anova testinden elde edilmiştir.

Tablo 27’de katılımcıların işyeri memnuniyeti durumuna göre ASBŞÖ puanları: işyerinden memnun olanlarda (1) $1,22 \pm 0,7$; kısmen memnun olanlarda (2) $1,68 \pm 0,71$; memnun olmayanlarda (3) $2,4 \pm 0,9$ olarak bulunmuştur. 1-2, 1-3 ve 2-3 numaralı gruplarında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($p < 0,001$).

Tablo 27. Çalışmaya katılanların işyeri memnuniyeti durumuna göre ASBŞÖ toplam puanlarının karşılaştırılması

İşyeri memnuniyeti	n	ASBŞÖ	
		X ± SS	p*
Memnunum (1)	130	1,22 ± 0,7	<0.001
Kısmen memnunum (2)	136	1,68 ± 0,71	(1-2), (1-3), (2-3)
Memnun değilim (3)	21	2,4 ± 0,9	

ASBŞÖ: Akut Stres Bozukluğu Şiddeti Ölçeği, n: sayı, X: ortalama, SS: standart sapma

*p değeri Kruskal Wallis Varyans Analizi’nden elde edilmiştir.

Tablo 28’de ÇBASDÖ alt ölçek ve toplam puanları ile ASBŞÖ puanları arasındaki korelasyon incelenmiştir. Aile ile arkadaş ve özel bir insan alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde pozitif korelasyon; ÇBASDÖ toplam puanı arasında çok yüksek düzeyde pozitif korelasyon; ASBŞÖ puanı ile zayıf düzeyde negatif korelasyon bulunmuştur ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$). Arkadaş alt ölçek puanı ile özel bir insan alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde pozitif korelasyon; ÇBASDÖ toplam puanı arasında çok yüksek düzeyde pozitif korelasyon; ASBŞÖ puanı ile orta şiddette negatif korelasyon bulunmuştur ($p < 0,001$, $p < 0,001$, $p < 0,001$). Özel bir insan alt ölçek puanı ile ÇBASDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak çok yüksek düzeyde pozitif korelasyon; ASBŞÖ puanı ile de zayıf düzeyde negatif korelasyon bulunmuştur ($p < 0,001$, $p < 0,001$). ÇBASDÖ toplam puanı ile ASBŞÖ puanı arasında istatistiksel olarak zayıf düzeyde negatif korelasyon bulunmuştur ($p < 0,001$).

Tablo 28. Çalışmaya katılanların ÇBASDÖ alt ölçek ve toplam puanları ile ASBŞÖ toplam puanları arasındaki korelasyonu

		Arkadaş	Özel bir insan	ÇBASDÖ toplam	ASBŞÖ
Aile	<i>r</i>	0,629	0,769	0,856	-0,331
	<i>p</i> *	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Arkadaş	<i>r</i>		0,617	0,877	-0,401
	<i>p</i> *		<0,001	<0,001	<0,001
Özel bir insan	<i>r</i>			0,875	-0,272
	<i>p</i> *			<0,001	<0,001
ÇBASDÖ toplam	<i>r</i>				-0,366
	<i>p</i> *				<0,001

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, ASBŞÖ: Akut Stres Bozukluğu Şiddeti Ölçeği

**p* değerleri Spearman Korelasyon analizinden elde edilmiştir.

Tablo 29’da katılımcıların yaş ile aile alt ölçek puanı ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak çok zayıf düzeyde pozitif korelasyon, ASBŞÖ puanı arasında çok zayıf düzeyde negatif korelasyon bulunmuştur ($p=0,004$, $p=0,027$, $p=0,005$). Çocuk sahibi olma durumu ile aile alt ölçek puanı ve özel bir insan alt ölçek puanı arasında çok zayıf düzeyde pozitif korelasyon olduğu bulunmuştur ($p=0,008$, $p=0,032$). Meslekte çalışma süresi ile aile alt ölçek puanı arasında çok zayıf düzeyde pozitif korelasyon, ASBŞÖ puanı arasında çok zayıf düzeyde negatif korelasyon bulunmuştur ($p=0,021$, $p=0,015$). Şu anki yerde çalışma süresi ile aile alt ölçek puanı arasında çok zayıf düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur ($p=0,011$). İşyeri memnuniyeti durumu ile aile, arkadaş alt ölçek puanları ve ÇBASDÖ toplam puanı arasında zayıf düzeyde negatif korelasyon, özel bir insan alt ölçek puanı arasında çok yüksek düzeyde negatif korelasyon, ASBŞÖ puanı arasında zayıf düzeyde pozitif korelasyon bulunmuştur ($p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$).

Tablo 29. Çalışmaya katılanların ÇBASDÖ toplam puanları, alt ölçek puanları ve ASBŞÖ toplam puanları ile yaş, çocuk, çalışma süreleri ve işyeri memnuniyetleri parametreleri arasındaki korelasyonu

		Aile	Arkadaş	Özel bir insan	ÇBASDÖ toplam	ASBŞÖ
Yaş	<i>r</i>	0,171	0,073	0,110	0,130	-0,164
	<i>p</i> *	0,004	0,219	0,064	0,027	0,005
Çocuk	<i>r</i>	0,156	0,015	0,126	0,114	-0,042
	<i>p</i> *	0,008	0,806	0,032	0,053	0,477
Meslekte çalışma Süresi	<i>r</i>	0,136	0,038	0,029	0,069	-0,143
	<i>p</i> *	0,021	0,518	0,627	0,246	0,015
Şu anki yerde çalışma süresi	<i>r</i>	0,149	0,075	0,066	0,097	-0,071
	<i>p</i> *	0,011	0,202	0,263	0,102	0,228
İşyeri Memnuniyeti	<i>r</i>	-0,330	0,332	-1,242	-0,346	0,399
	<i>p</i> *	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

**p* değerleri Spearman Korelasyon analizinden elde edilmiştir.

5. TARTIŞMA

COVID-19 pandemisinin birinci yılında yapılan bu çalışma ile Denizli ili 112 personeline COVID-19'un sosyal destek algısına ve strese etkisi araştırılmıştır. Çalışmamızda 112 personelinin akut stres belirtisinin hafif düzeyde, algılanan çok boyutlu sosyal desteğin ise hem toplam hem de alt ölçeklerde yüksek olduğu bulunmuştur.

Stresin kendisi fizyolojik bir süreçtir. Stresin uzun süreli devam etmesi halinde zihinsel, duygusal ve fizyolojik olarak olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Bireyin strese verdiği tepkiler, stresin kaynağı ve yoğunluğuna göre bir süre sonra kronik hastalıkların gelişmesine zemin hazırlamaktadır. Stres nedenleri; bireyin kişilik özellikleri, yetenek düzeyinin azlığı, hastalık, eş kaybı, boşanma, taşınma, maddi durum değişikliği gibi yaşamsal olaylar, ev ve aile yaşamı, eğitim yaşamı, iş ve örgütsel yaşamı ve çevre sayılabilir (110). Stres günlük yaşamda tamamen ortadan kaldırılamaz. Birey, stresin olumsuz etkilerinden korunmak için maruz kalınan stresi yönetebilmeli ve stres ile başa çıkabilmeyi öğrenmelidir. Stres yönetimi, strese karşı uyum ve stresle başa çıkabilme becerisinin geliştirilmesi ile sağlanmaktadır (111). COVID-19 pandemisinde alınan önlemler ve kısıtlamalar (ekonomik faaliyetlerin askıya alınması, işyerlerinin kapatılması, eğitim, kültür, spor ve sanat etkinliklerinin iptal edilmesi, sokağa çıkma yasakları uygulanması vs.) çok sayıda bireyin sosyal ve ekonomik güçlükler yaşamasına neden olmuştur (112). Sağlık personelinin normal çalışma dönemlerinde yarıya yakınında tükenmişlik, duygusal yorgunluk ya da işle ilişkili stres bildirilmiştir. Pandemi döneminde artan çalışma temposu ve iş yükü, sağlık personelinin fiziksel ve psikolojik olarak yormakta ve daha yüksek düzeyde strese sebep olmaktadır (113). Yapılan çalışmalarda sağlık personelinin daha büyük bir kesiminde depresyon, anksiyete, uykusuzluk, stres ve tükenmişlik ortaya çıktığı belirlenmiştir (114). Çin'de yapılan bir çalışma ile toplumun genelinin, ön ve arka cephelerde çalışan sağlık personelinin COVID-19 pandemisinde sosyopsikolojik etkilenme seviyeleri araştırılmıştır. Ön cephede (COVID-19 servislerinde) görev yapan sağlık personelinin, arka cephelerde çalışanlardan ve toplumun genelinden daha düşük seviyede stres belirtileri gösterdiği bildirilmiştir. Arka cephelerde çalışan sağlık personelinin ve toplumun genelinin ise psikolojik destek gereksiniminin daha yüksek olduğu bulunmuştur (115). Çin'de 190 sağlık personeli ile yapılan başka bir çalışmada, ön cephede çalışan sağlık

personelinin %13'ünde stres belirtileri görüldüğü tespit edilmişken, COVID-19 dışı servislerde çalışanlarında bu oran %39 olarak bulunmuştur (116). Pandemi döneminde yapılan diğer çalışmalarda da sağlık personelinde psikososyal etkilenmenin çok daha düşük oranlarda olduğu tespit edilmiştir (117-119). Buna karşılık, Çin'de 2042 sağlık personeli ve 257 yönetici personeli ile yapılan bir çalışmada, sağlık personelinin yönetici personelden daha yüksek stres düzeylerine sahip olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmadaki stres etkenleri; izolasyon koşusunda çalışıyor olmak, enfekte olma kaygısı, KKE eksikliği, sevdiklerinden izole olmaktan kaynaklanan yalnızlık hissi, hastaların tıbbi seyrindeki olumsuzluklardan etkilenmek ve salgının asla kontrol altına alınamayacağı endişesi olarak belirtilmiştir (120). Pandeminin İspanya'da pik yaptığı dönemde sağlık personelleri ile toplumun stres düzeyleri araştırılmış, sağlık personelinde daha yüksek bulunmuştur. Risk etkenleri olarak COVID-19 tanısı almak, hastalık ile yeterli bilgi sahibi olmamak ve KKE eksikliği olarak belirtilmiştir (121). Wuhan'da 332 sağlık personeli ile yapılan bir araştırmada %38,3 oranında akut stres belirtileri ortaya çıktığı belirtilmiştir (122). Brezilya'da COVID-19 hastalığı olan bireylere bakım sağlayan 916 sağlık personeli ile yapılan bir çalışmada, %36'sından fazlasında önemli ruh sağlığı sorunlarının ortaya çıktığı bildirilmiştir (123). Salgının erken döneminde ülkemizde yapılan bir çalışmada da sağlık çalışanlarında %64,7 oranında depresyon, %51,6 oranında anksiyete ve %41,2 oranında stres ortaya çıktığı tespit edilmiştir (5). Bu çalışmamızda ön cephede görev alan 112 sağlık personelinin akut stres belirti düzeyleri hafif olarak bulunmuştur. Ancak COVID-19 hastası ile karşılaşan, muayene veya tedavi eden gruptaki stres düzeyi, karşılaşmayan gruba göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan birçok araştırmada, stresin ortaya çıkardığı olumsuzlukların sosyal destek ile azaltıldığı belirtilmiştir. Sosyal destek, bireyin başka bireylerle olan iletişimi, ihtiyaç duyduğu duygusal yardımı alma ve verme isteğini taşıyan ilişkiler bütünü olarak tanımlanmaktadır (76). Sosyal destek, stres oluşumunu önlemektedir. Stres meydana gelmişse, strese verilen anlamı değiştirmekte, bireyin zorlandığı durumlarda yardım sağlamak ve stresi kontrol etme biçimini etkilemektedir. Bireyin fiziksel ve ruh sağlığı üzerinde, aile üyeleri, akrabaları ve diğer toplumsal ilişkilerinden sağladığı sosyal desteğin önemli olumlu etkileri olmaktadır (124). Çin'de COVID-19 hastaları ile ilgilenen 180 sağlık çalışanının katıldığı

gözlemsel bir çalışmada, sosyal destek, uyku, korku ve stresli yaşam değişkenleri incelenmiştir. Algılanan sosyal destek ve öz-yeterlik arasında anlamlı pozitif korelasyon görülmüştür. Artan sosyal desteğin stresli yaşam algısını dengelediği belirtilmiştir (125). Çin’de on binden fazla katılımcı ile gerçekleştirilen bir araştırmada da strese karşı en güçlü koruyucu etkenin sosyal destek olduğu gösterilmiştir (118). Bu çalışmamızda yer alan sağlık personelinin toplam sosyal destek algısının, aile, arkadaş ve özel bir insan alt ölçeklerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamıza dahil edilen sağlık personelinin stres düzeyinin düşük olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca pandeminin ağır duygusal yüküyle baş etmede ‘kurtarıcı’ rolünü taşıyor olması da önemli bir etken olarak değerlendirilebilir. İyileşmesi için mücadele edilen ve kaybedilen hayatlara karşın iyileşmiş hastaların varlığı da motivasyon artırıcı bir durumdur. Bunun yanında; pandeminin başından itibaren koruyucu ekipmanlara ulaşımda zorluk olmaması, Türk toplumunun sağlık personelinin destekleyici tutumu (akşam 21.00’de balkonlarda alkışlama gibi), pandeminin erken döneminde Çin’den sonra Asya ve Avrupa ülkelerinde vaka sayıları hızla pik yaparken, Sağlık Bakanlığı Koronavirüs Bilim Kurulu’nun hastalığın yayılmasını önleyici tavsiyelerinin uygulanması ile Türkiye’deki vaka sayılarının daha az olması, pandemi dönemindeki acil sağlık hizmetlerine başvuru sayısının normal dönemdeki başvuru sayısına göre daha düşük olması, hastalığı bulaştırma korkusu ile sevdiklerinden uzak kalmak isteyen sağlık personeli için kalabilecekleri ayrı bir yaşam alanı ayarlanması gibi durumların da etkili olduğu düşünülmektedir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada genç olmanın artmış psikososyal etkilenme ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (5). COVID-19 pandemisinde yapılan başka bir çalışmada da genç sağlık çalışanlarında akut stres belirtilerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir (126). Başka bir çalışmada da gençlerin daha fazla stres belirtileri gösterdikleri belirtilmiştir. Sebep olarak gençlerin bilgiye sosyal medya aracılığı ile daha kolay erişebilmeleri gösterilmiştir (127). Hızlı değişen, şüpheli içerik ve kaynaklardan alınan aşırı bilgi de korkuya ve strese neden olabilmektedir. Bilgi belirsizliğini ortadan kaldırmak, pandeminin bireylerdeki olumsuz etkilerini azaltmak için gereklidir (128). COVID-19 hakkında doğru bilgi sahibi olmak psikolojik dayanıklılığı etkileyen faktörlerdendir (129). Çin’de yapılan bir araştırmada da gençlerde stres düzeyi daha düşük bulunmuştur. Psikolojik dayanıklılığın ruh sağlığı üzerine kısmi de olsa olumlu aracılık etmesi

ve gençlerde daha çok işe yaraymış olabileceği belirtilmiştir. Bunun sonucunda sosyal desteğin genç sağlık çalışanlarında daha yüksek olduğu gösterilmiştir (119). Çin’de pandeminin başında 442 sağlık personelinde akut stres belirtileri incelenmiştir. 46-55 yaş aralığındaki sağlık personelinde stres düzeyi daha yüksek bulunmuş. Bu bulgunun olası nedeni olarak bu yaş grubundakilerin SARS salgını sırasında da görev yapmış olabileceği belirtilmiştir (130). İtalya’da yapılan bir çalışmada ise COVID-19 pandemisinde tüm yaş gruplarında stres düzeyleri yüksek olarak bulunmuştur (131). Çalışmamızda, sağlık personelinde yaş arttıkça akut stres düzeyinin düşük olduğu, toplam sosyal destek algısının ve aile alt ölçeğinin anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bunun sebebinin bireyin yaşı arttıkça özellikle aileden aldığı sosyal desteğin artıyor olması, mesleki deneyiminin artması ve işi gereği karşılaştığı stresi daha kolay yönetebilmesinden dolayı olabilir.

Literatürdeki birçok çalışmada COVID-19 pandemisi sırasında kadınlarda erkeklere göre stres düzeyinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (132-135). COVID-19 pandemisi sırasında Çin’de 194 şehirden 1210 sağlık personeli ile yapılan bir çalışmada, kadın cinsiyeti ile stres düzeyleri anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur (136). Salgının ilk görüldüğü şehir olan Wuhan’da sağlık çalışanlarının ruh sağlığını değerlendiren bir araştırmada da en çok etkilenmenin kadın sağlık personelinde olduğu tespit edilmiştir (137). Çin’in Sichuan eyaletinde yapılan başka bir çalışmada da kadın sağlık personelinde algılanan stresin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (129). Ülkemizde 2076 sağlık personelinin katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada da benzer bulgular elde edilmiştir. Kadın çalışanların stres seviyelerinin erkek çalışanlara göre daha yüksek olduğu gözlenmiştir (138). Bizim çalışmamızda da literatürdeki birçok çalışmaya paralel olarak kadınlarda erkeklere göre akut stres belirti düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Neff ve Karney, kadınların daha çok stres faktörleriyle karşılaştıklarını, kadın ve erkeklerin ortak destekleyici davranışlar sergilediklerini, ancak kadınların erkeklere göre daha kolay sosyal destek sağladıklarını belirtmişlerdir (139). Ancak bizim çalışmamızda kadınların stres düzeyleri daha yüksek bulunmasına rağmen cinsiyetler arasında algılanan sosyal destek açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu çalışmadaki kadın sağlık personelinin akut stres düzeylerinin daha yüksek bulunmasının nedenleri; Türk toplumunun ataerkil yapıda olması, iş hayatı dışında aile ve çocuk bakımı gibi rollerin kadınlara daha fazla verilmesi olarak düşünülebilir.

Eş, çocuk, akraba ve diğer sosyal ağlardan izole olan bireylerde birçok somatik hastalığın ortaya çıktığı, morbidite ve mortalitede artış olduğu ve psikolojik etkilenimin de daha fazla olduğu belirtilmiştir (140). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, bekar olmak, artmış psikososyal etkilenme ile ilişkili bulunmuşken, çocuk sahibi olmanın daha düşük psikososyal etkilenme ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (5). 2003 yılındaki SARS salgınının Singapur'daki sağlık çalışanları üzerindeki psikolojik etkisini araştıran çalışmada da benzer bulgular elde edilmiş, bekar sağlık çalışanlarında, evli sağlık çalışanlarına göre 1,4 kat daha fazla psikiyatrik belirtiler olduğu bildirilmiştir (141). Çin'de yapılan bir çalışmada ise tam aksi bir bulgu belirtilmiştir. COVID-19 hastalarına bakım veren 740 sağlık personeli üzerinde yapılan bir araştırmada, evli kişilerde psikiyatrik belirtiler bekar olanlara göre daha yüksek saptanmıştır (115). Bizim çalışmamızda ise sağlık personelinin medeni durumlarına göre akut stres belirtilerinde anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Algılanan sosyal desteğin ise evli olanlarda, aile ve özel bir insan alt ölçeklerinde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. İki ve üzeri çocuk sahibi olan sağlık personelinin, hiç olmayanlara göre sosyal destek algısının aile ölçeğinde anlamlı olarak daha yüksek ve akut stres düzeylerinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmamızdaki çocuk sahibi sağlık personelinin stres düzeyinin daha hafif olmasının nedenleri olarak, çocuk sayısı arttıkça diğer aile fertlerinin (büyükanne, büyükbaba veya diğerleri) maddi ve manevi desteklerinin artması, bireyin kendine daha çok zaman ayırabilmesi düşünülebilir. Bir başka neden olarak da sağlık personelinin çocuk sayısı arttıkça birlikte geçirilen sürenin artıyor olması, böylelikle aileden algılanan sosyal destek düzeyinin artıyor olması düşünülebilir.

Sosyal destek, bireyin sağlığını koruyucu davranışlar uygulamasında veya herhangi bir hastalığa sahip olduğunda hastalığın yarattığı stresle baş etmesinde önemli faktörlerden biridir (124). Sosyal destek sağlama, pozitif bir geri bildirim sağlar; iyi olma duygusunu ve hastalığa direnci artırır (142). Sorias, sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisini incelemiş, sosyal desteğin sağlığı doğrudan olumlu bir şekilde etkilediğini, stresi azalttığını belirtmiştir (87). Bu çalışmamızda kronik hastalık sahibi olma durumuna göre gruplar arasında sosyal destek algısında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Kronik hastalığı olan kişilerde stres düzeyleri daha yüksek olarak bulunmuştur. COVID-19 hastalığı özellikle hipertansiyon, diyabet, KOAH, immün yetmezlik gibi kronik hastalığı olanlarda daha ağır seyredebilmektedir. Dolayısı ile kronik hastalığı

olan sađlık personelinin hastalıđa yakalanma korkusunun stres dűzeyini arttırdıđı dűşűnűlmektedir. Pandemi dűneminde Çin’de yapılan farklı çalıřmalarda da bizim bulgumuzu destekleyecek řekilde sađlık problemi olan bireylerde stres dűzeyinin daha yűksek olduđu bulunmuřtur (118, 143). Tıbbi sorunları olan insanlar yeni bir hastalıđa karřı kendilerini daha savunmasız hissedebilirler (144). Bireyin fiziksel ve ruhsal hastalıđa sahip olması ya da olumsuz duygu durumu içinde olması da stres dűzeyini arttırabilmektedir (145-147). űlkemizde yapılan bir çalıřmada psikiyatrik bozukluk űy-kűsű olan bireylerde psikososyal etkilenme daha yűksek dűzeyde olduđu bildirilmiřtir (5). Bizim alıřmamızda da pandemi dűneminde ruhsal problem yařayan sađlık personelinde stres dűzeyleri anlamlı olarak daha yűksek tespit edilmiřtir. Algıladıkları sosyal destek dűzeyleri de bu sonucu destekleyecek řekilde dűřűk bulunmuřtur. Ruhsal problemi olan bireylerin diđerlerinden daha fazla sosyal etkileřime ihtiyacı olabilmektedir. Pandemi dűneminde alınan tedbirler kapsamında karantina, sokađa çıkma yasađı ve tam kapanma gibi uygulamalarla sosyal olarak daha az etkileřimde olduklarından psikolojik olarak daha fazla etkilendikleri dűřűnűlmektedir.

İtalya’da bir űniversite hastanesinde sađlık personelinin stres ve eđitim durumu arařtırılmıř, dűřűk eđitim seviyesinde stres dűzeyi daha yűksek olarak bulunmuřtur (148). Benzer bir bulgu Çin’de acil sađlık hizmetlerinde gűrevli 14.825 sađlık personeli ile yapılan bařka bir arařtırmada elde edilmiř, dűřűk eđitim seviyesi ile stres dűzeyinin arttıđı bulunmuřtur (118). İnan’da yapılan bařka bir çalıřmada da stres dűzeyinin eđitim seviyesi ile azaldıđı bildirilmiřtir. Bunun nedeni olarak sađlık personelinin artan eđitim dűzeyi ile hastalık hakkında daha fazla bilgi ve farkındalıđa sahip olmaları gűsterilmiřtir (149). űlkemizde yapılan bir çalıřmada ise eđitim dűzeyinin stres űzerine etkisi olmadıđı bulunmuřtur (150). Bizim alıřmamızda da űlkemizde yapılan çalıřmaya benzer bir bulgu elde edilmiř, pandemi dűneminde sađlık personelinin eđitim seviyesinin stres dűzeyi ile iliřkisi saptanmamıřtır. Bunun nedenleri: Sađlık Bakanlıđı Bilim Kurulu’nun COVID-19 Rehberi’ni online olarak yayınlaması, eđitim seviyesinden bađımsız olarak sađlık personelinin dođru tıbbi bilgiye kolay ulařabilmesi ve pandemide kendilerini daha hazırlıklı hissetmiř olmaları olabilir.

Pandemi dűnemlerinde sađlık personeli ile yapılan farklı çalıřmalarda, meslek ile stres dűzeyleri arasında farklı sonuçlar elde edilmiřtir. 2003’teki SARS salgınında yapılan çalıřmada, doktorların hemřirelere gűre psikiyatrik belirtiler açısından daha

fazla risk altında olduğu bildirilmiştir (141). H1N1 pandemisinde, 469 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin diğer sağlık personelinden daha stresli olduğu bulunmuştur (151). Ülkemizde COVID-19 pandemisinde yapılan bir çalışmada da benzer olarak hemşirelerin diğer sağlık personellerine göre stres düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (138). Fakhar ve arkadaşları, COVID-19 pandemisinde psikososyal etkilenmeyi paramediklerde yüksek olarak tespit etmişlerdir (152). Bizim çalışmamızda da benzer olarak paramediklerde akut stres düzeyi diğer meslek gruplarına göre daha yüksek bulunmuştur. Paramedikler pandemi döneminde 112 çağrı merkezinin yönlendirdiği COVID-19 semptomları olan hastalara ambulans ile gitmeden önce KKE'ni uygun olarak giymektedirler. Ülkemizde pandeminin başından itibaren KKE'ye ulaşımda zorluk çekilmemesine rağmen travma veya COVID-19 semptomlarını göstermeyen hastalara sahada daha hızlı acil müdahale etmek için KKE'leri uygun kullanmamalarına bağlı bulaş riski, hasta olma ve sevdiklerine bulaştırma korkusu stresi arttırmış olabilir.

İşe bağlı stres gelişen bireylerde fiziksel, davranışsal, duygusal ve psikolojik problemler ortaya çıkabilmektedir (153). Çalışma ortamının güven vermesi, çalışanlar arası etkileşimlerin iyimserliğe ve karşılıklı desteğe dayalı olması bireyin çalışma performansına olumlu etkide bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda sağlık personellerinin pandemi sürecinde stresle mücadelede işe yaradığını belirttikleri etkenler; aktif baş etme, pozitif yeniden çerçeveleme, iş arkadaşlarından ve aileden sağlanan sosyal destek, hastane idaresinden gelen olumlu tepkiler ve destekler olarak belirtilmiştir (128, 154). 442 sağlık personeli ile ülkemizde yapılan bir çalışmada ise çalışma saatlerinin fazlalığı, bakım verilen COVID-19 hasta sayısının fazlalığı, meslektaş ve yöneticilerden daha az destek almak, daha az lojistik destek almak, iş deneyiminin az olması, yüksek riskli birimlerde çalışmak ve COVID-19 ile ilişkili mesleki görevlerde daha düşük yeterlilik hissi psikososyal etkilenme ile ilişkili bulunmuştur (5). Bizim çalışmamızda da literatürdeki bulgulara paralel olarak işyerinden memnun olmayan sağlık personelinin stres düzeylerinin daha yüksek, algıladıkları sosyal desteğin ise düşük olduğu bulunmuştur. Ülkemizde yapılan başka bir araştırmada da sağlık personelinin stresle başa çıkmada, meslekte artan çalışma yılı ile sosyal desteği kullanması arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (155). Bu çalışmada da benzer olarak meslekte geçen çalışma süresi attıkça stres düzeyi daha düşük bulunmuştur. Çalışma süreleri

arasında toplam algılanan sosyal destekte fark olmamasına rağmen aynı işyerinde daha uzun süre çalışanlarda aileden algılanan sosyal destek daha yüksek bulunmuştur. Çalışma süresi arttıkça mesleki deneyimin artması, birlikte çalışılan diğer bireylerle ikili ilişkilerin gelişmiş olması, düzenli bir gelirin olması gibi faktörler strese olumlu etkiler yapıyor olabilir. Aynı yerde uzun süre çalışan bireyin sabit bir işi ve geliri olması evlilik yapmasını, çocuk sahibi olmasını kolaylaştırmakta bu da bireyin aileden algıladığı sosyal destek araçlarını arttırdığı düşünülmektedir. Bununla birlikte pandeminin olumsuz ekonomik sonuçları ile birçok çalışan işini kaybetmiş veya işyerini kapatmış olduğu halde, sağlık personelinin bu dönemde iş ve gelir kaybına uğramaması da etkili olmuş olabilir.

İspanya’da yapılan bir çalışmada RT-PCR testi vermeyenlerde stres düzeyi daha yüksek bulunmuştur (156). Buna rağmen ülkemizde pandemi döneminde 939 sağlık personeli ile yapılan bir çalışmada ise RT-PCR testi verenlerde stres düzeyi daha yüksek olarak tespit edilmiştir (157). Bizim çalışmamızda da ülkemizde yapılan diğer çalışmaya benzer olarak test veren sağlık personelinin stres düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca test sonucu pozitif olanlarda da daha yüksek stres düzeyi elde edilmiştir. Testin sonuçlanma süresinin uzun olması, semptomları olanların sonucunun pozitif çıkması durumunda karantinaya alınacak olması, iş-egitim-sosyal yaşamından bir süre ayrı kalacak olması, toplum tarafından damgalanma korkusu stres düzeyini arttırmış olabilir.

6. SONUÇ

Sonuç olarak COVID-19 pandemisi devam ederken yapılan bu çalışmada, 112 sağlık personelinin çok boyutlu sosyal destek algılarının yüksek olduğu, akut stres belirti düzeylerinin düşük olduğu bulunmuştur. Katılımcıların akut stres düzeyleri ve algılanan çok boyutlu sosyal desteklerinin, bazı sosyodemografik özellikleri ile aralarında istatistiksel olarak anlamlılık olduğu tespit edilmiştir. Sağlık personelinin yaşı, meslekteki süresi ve işinden memnuniyeti ile akut stres belirti düzeyi arasında negatif bir ilişki olduğu, sağlık problemi olanlar, ruhsal sorun yaşayanlar, kadınlar, COVID-19 hastası ile karşılaşan, muayene eden veya bakım verenler, test verenler ile akut stres belirti düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca aile, arkadaş, özel bir insan sosyal destek alt boyutu, çok boyutlu algılanan sosyal destek genel toplamı ile akut stres belirtileri düzeyi arasında da negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Pandemi sürecinde sağlık personelinin stres düzeylerini daha da düşük tutmak için hastalıktan korumaya yönelik önlemler alınabilir. Bunlar; varsa KKE eksikliklerinin giderilmesi ve uygun kullanılmasının sağlanması, çalışma ve dinlenme saatlerinin ve vardiyaların eşit bir şekilde düzenlenmesi, yeterli ve düzenli şekilde beslenmelerinin sağlanması, ailesinde yaşlı, kronik hastalık, immün yetmezliği vb. olan bireyler için konaklama ihtiyacının sağlanması olabilir. Bunun yanında personelin ihtiyaç ve talepleri için düzenli olarak toplantılar yapılabilir. Özellikle mesleğe yeni başlayanlar ve görev tanımı dışında istihdam edilen personeller için hastalığın tanısı, tedavisi, takibi, korunma yolları ve önlemleri gibi konularda eğitimler verilmesi planlanabilir. Ruhsal belirtileri olan personelin psikolojik destek alabileceği birimler oluşturulabilir. Kronik hastalıkları olan personeller bulaş riskinden dolayı daha arka cephelerde istihdam edilebilir. Pandemi döneminde alınan sosyal mesafe kısıtlamaları ile daha fazla stres düzeyi olan bekar ve genç sağlık personellerinin sosyal olarak destek alabilecekleri aktivitelerin ve kaynakların artırılması önemli olabilir.

KAYNAKLAR

1. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020;395(10223):497–506.
2. World Health Organization (WHO). [Naming the coronavirus disease \(COVID-19\) and the virus that causes it \(who.int\)](#). Erişim tarihi: 1 Eylül 2021.
3. [Türkiye'de ilk koronavirüs vakası tespit edildi - Son Dakika Haberleri \(trthaber.com\)](#). Erişim tarihi: 1 Eylül 2021.
4. [WHO Coronavirus \(COVID-19\) Dashboard | WHO Coronavirus \(COVID-19\) Dashboard With Vaccination Data](#). Erişim tarihi: 8 Ekim 2021.
5. Elbay RY, Kurtulmuş A, Arpacioğlu S, Karadere E. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry Research* 2020;290:113130.
6. Maguire B, Dean S. Epidemic and bioterrorism preparation among emergency medical services systems. *Prehospital and Disaster Medicine* 2007;22(3):237-42.
7. Silverman A, Simor A, Loutfy MR. Toronto emergency medical services and SARS. *Emerging Infectious Diseases* 2004;10(9):1688-9.
8. Paul S. Masters SP. Coronaviridae. *Fields Virology* 6.th Edition. Lippincott Williams & Wilkins 2013. 825-58.
9. Li H, Liu SM, Yu XH, Tang SL, Tang CK, Rolain JM. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Current status and future perspectives. *International Journal of Antimicrobial Agents* 2020;55:105951.
10. Letko M, Marzi A, Munster V. Functional assessment of cell entry and receptor usage for SARS-CoV-2 and other lineage B betacoronaviruses. *Nature Microbiology* 2020;5:562-9.
11. Jin Y, Yang H, Ji W, Wu W, Chen S, Zhang W, et al. Viruses virology, epidemiology, pathogenesis, and control of COVID-19. www.mdpi.com/journal/viruses. ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7232198/ Erişim tarihi: 20 Ekim 2021.
12. Susan R, Weiss JLL. Coronavirus pathogenesis. *Advances in Virus Research* 2011;85-164.

13. Mousavizadeh L, Ghasemi S. Genotype and phenotype of COVID-19: Their roles in pathogenesis. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection* 2021;54(2):159-63.
14. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *The New England Journal of Medicine* 2020;382(8):727-33.
15. [Coronavirus disease \(COVID-19\) \(who.int\)](#). Erişim tarihi: 30 Ekim 2021.
16. [Timeline of WHO's response to COVID-19](#). Erişim tarihi: 30 Ekim 2021.
17. [World Health Organization \(WHO\) Twitter'da: "🔔 BREAKING 🔔 "We have therefore made the assessment that #COVID19 can be characterized as a pandemic"-@DrTedros #coronavirus https://t.co/JqdsM2051A" / Twitter](#). Erişim tarihi: 30 Ekim 2021.
18. [WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020](#). Erişim tarihi: 30 Ekim 2021.
19. Anderson RM, Fraser C, Ghani AC, Donnelly CA, Riley S, Ferguson NM, et al. Epidemiology, transmission dynamics and control of SARS: The 2002-2003 epidemic. *The Royal Society* 2004;359:1091-105.
20. Peeri NC, Shrestha N, Rahman MS, Zaki R, Tan Z, Bibi S, et al. The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: What lessons have we learned? *International Journal of Epidemiology* 2020:717-26.
21. Pan Y, Zhang D, Yang P, Poon LLM, Wang Q. Viral load of SARS-CoV-2 in clinical samples. *The Lancet Infectious Diseases* 2020;20(4):411-2.
22. Wu D, Wu T, Liu Q, Yang Z. The SARS-CoV-2 outbreak: What we know. *International Journal of Infectious Diseases* 2020; 44-48.
23. Guo ZD, Wang ZY, Zhang SF, Li X, Li L, Li C, et al. Aerosol and surface distribution of severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2 in hospital wards, Wuhan, China, 2020. *Emerging Infectious Diseases* 2020;26(7):1586.
24. [Coronavirus \(who.int\)](#). Erişim tarihi: 30 Ekim 2021.
25. Chen H, Guo J, Wang C. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: A retrospective review of medical records. *The Lancet* 2020;395(10226):809-15.

26. Wang W, Xu Y, Gao R. Detection of SARS-CoV-2 in different types of clinical specimens. JAMA. 2020;323.
27. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 2020;1:1-40.
28. [CORRECTION: USDA Statement on the Confirmation of COVID-19 in a Tiger in New York \(govdelivery.com\)](#). Erişim tarihi: 20 Ekim 2021.
29. Newman A. First reported cases of SARS-CoV-2 infection in companion animals- New York, March-April 2020. Morbidity and Mortality Weekly Report 2020;69(23):710-3.
30. [COVID-19 - OIE - World Organisation for Animal Health](#). Erişim tarihi: 30 Ekim 2021.
31. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA 2020;323(13):1239-42.
32. 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 2020;323(11):1061-9.
33. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 Novel Coronavirus pneumonia in Wuhan, China: A descriptive study. Lancet 2020;395(10223):507-13.
34. Lake MA. What we know so far: COVID-19 current clinical knowledge and research. Clinical Medicine 2017;17(2):124-31.
35. Tahamtan A, Ardebili A. Real-time RT-PCR in COVID-19 detection: Issues affecting the results. Expert Review of Molecular Diagnostics 2020;453-4.
36. [COVID-19 Rehberi \(saglik.gov.tr\)](#). Erişim tarihi: 30 Ekim 2021.
37. Zhong L, Chuan J, Gong B, Shuai P, Zhou Y, Zhang Y, et al. Detection of serum IgM and IgG for COVID-19 diagnosis. Science China Life Sciences 2020.
38. Ma W-L, Xiang F, Wang X, He X, Peng Z, Yang B, et al. Clinical infectious diseases antibody detection and dynamic characteristics in patients with Coronavirus Disease 2019. Clinical Infectious Diseases 2020;71(8):1930-4.

39. Soraya GV, Ulhaq ZS. Crucial laboratory parameters in COVID-19 diagnosis and prognosis: An updated meta-analysis. *Medicina Clinica* 2020;155(4):143-51.
40. Qiu P, Zhou Y, Wang F, Wang H, Zhang M, Pan X, et al. Clinical characteristics, laboratory outcome characteristics, comorbidities, and complications of related COVID-19 deceased: A systematic review and meta-analysis. *Aging Clinical and Experimental Research* 2020;32(9):1.
41. Ji P, Zhu J, Zhong Z, Li H, Pang J, Li B, et al. Association of elevated inflammatory markers and severe COVID-19: A meta-analysis. *Medicine* 2020;99(47):23315.
42. Chung M, Bernheim A, Mei X, Zhang N, Huang M, Zeng X, et al. CT imaging features of 2019 novel coronavirus (2019-NCoV). *Radiology* 2020;295:202-7.
43. Liu Z, Xiao X, Wei X, Li J, Yang J, Tan H, et al. Composition and divergence of coronavirus spike proteins and host ACE2 receptors predict potential intermediate hosts of SARS-CoV-2. *Journal of Medical Virology* 2020;92:595-601.
44. [covid-19rehberieriskinhastayonetimivetedavipdf.pdf \(saglik.gov.tr\)](https://www.saglik.gov.tr/covid-19rehberieriskinhastayonetimivetedavipdf.pdf). Erişim tarihi: 30 Ekim 2021.
45. Biggioggero M, Crotti C, Becciolini A, Favalli EG. Tocilizumab in the treatment of rheumatoid arthritis: An evidence-based review and patient selection. *Drug Design, Development and Therapy* 2019;13:57.
46. Xu X, Han M, Li T, Sun W, Wang D, Fu B, et al. Effective treatment of severe COVID-19 patients with tocilizumab. *PNAS* 2020;117(20):10970-5.
47. Mertens M, Singh JA. Anakinra for rheumatoid arthritis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009;(1):CD005121.
48. Balasubramanian S, Nagedran T, Ramachandran B, Ramanan A. Hyper-inflammatory syndrome in a child with COVID-19 treated successfully with intravenous immunoglobulin and tocilizumab. *Indian Pediatrics* 2020;(57):681-3.
49. [COVID-19 Treatment Guidelines \(nih.gov\)](https://www.nih.gov/covid-19-treatment-guidelines). Erişim tarihi: 30 Ekim 2021.
50. Ozen M, Yilmaz A, Cakmak V, Beyoglu R, Oskay A, Seyit M, et al. D-Dimer as a potential biomarker for disease severity in COVID-19. *The American Journal of Emergency Medicine* 2021;40:55.
51. McIntosh K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). *UpToDate* 2020. Erişim tarihi: 30 Eylül 2021.

52. Self WH, Tenforde MW, Stubblefield WB, Feldstein LR, Steingrub JS, Shapiro NI, et al. Decline in SARS-CoV-2 antibodies after mild infection among frontline health care personnel in a multistate hospital network-12 states, April-August 2020. MMWR 2020;69(47):1762-6.
53. Demirtaş T, Tekiner H. Filiation: A historical term the COVID-19 outbreak recalled in Turkey. Erciyes Medical Journal 2020;42(3):354-62.
54. Durusoy R, Teneler AA, Geçim C, Özbay NF, et al. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde COVID-19 vakalarının sürveyansı, filyasyonu ve temaslılarının belirlenmesi. Turkish Journal of Public Health 2020;18:25-39.
55. [Sağlık Kurumlarında Çalışma Rehberi ve Enfeksiyon Kontrol Önlemleri \(saglik.gov.tr\)](http://saglik.gov.tr). Erişim tarihi: 30 Eylül 2021.
56. [SON DAKİKA: Korona aşısı resmen vurulmaya başlandı! Gözler İngiltere'de - Dünya Haberleri \(haberturk.com\)](http://haberturk.com). Erişim tarihi: 30 Eylül 2021.
57. [İlk Koronavirüs Aşısı Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'ya Yapıldı \(saglik.gov.tr\)](http://saglik.gov.tr). Erişim tarihi: 30 Eylül 2021.
58. Kekeç Z. Tüm yönleriyle acil tıp: Tanı tedavi ve uygulama kitabı. Adana: Nobel Kitabevi 2010.
59. Türköz M. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Acil Servisi'ne 10 gün içerisinde tekrar başvuran hastaların sıklığı, tekrar başvuru nedenlerinin incelenmesi: 1 yıllık inceleme (Uzmanlık Tezi). Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi; 2014.
60. [Acil Tıp Nedir? – Acilci.Net](http://acilci.net). Erişim tarihi: 30 Eylül 2021.
61. [Mevzuat Bilgi Sistemi](http://mevzuatbilgi.gov.tr). Erişim tarihi: 30 Eylül 2021.
62. [T.C. Resmî Gazete \(resmigazete.gov.tr\)](http://resmigazete.gov.tr). Erişim tarihi: 30 Eylül 2021.
63. [Türkiye Acil Tıp Derneği | TATD](http://tatd.org.tr). Erişim tarihi: 30 Eylül 2021.
64. Kaba H, Elçioğlu Ö. Acil sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi sürecinde ilk ve acil yardım teknikerliği ve acil tıp teknisyenliği mesleklerinin ortaya çıkışı ve gelişimi. Türkiye Klinikleri 2013;21(3):127-35.
65. [Tarihçe \(saglik.gov.tr\)](http://saglik.gov.tr). Erişim tarihi: 30 Eylül 2021.
66. Aylanç D. Acil sağlık hizmetleri. <https://slideplayer.biz.tr/slide/8836198/>. Erişim tarihi: 30 Eylül 2021.
67. [T.C. Sağlık Bakanlığı \(saglik.gov.tr\)](http://saglik.gov.tr). Erişim tarihi: 30 Eylül 2021.
68. Kılınçlı T, Kaptanoğlu AY. Hastane öncesi sağlık hizmetleri yönetimi. 2019.

69. [Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı Ders Notları](#). Erişim tarihi: 30 Eylül 2021.
70. Batı S. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde görev yapan personelin hastalara müdahalelerinin hastane öncesi acil tıbbi bakım yetiştirme ve çocuk uygulama kılavuzu akış şemalarına uygunluğunun değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi; 2012.
71. Paramedik Derneği (parder.org.tr). Erişim tarihi: 30 Eylül 2021.
72. [Sağlık Mevzuatı \(saglik.gov.tr\)](#). Erişim tarihi: 30 Eylül 2021.
73. Yüksel B. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne 112 ambulans ile yapılan başvuruların retrospektif değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi; 2013.
74. [Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü \(saglik.gov.tr\)](#). Erişim tarihi: 30 Eylül 2021.
75. Özgür G. Bornova bölgesinde oturan emeklilerde, emeklilik, sağlık ve sosyal destek ilişkisinin incelenmesi (Doktora Tezi). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1991.
76. Bekçi İ, Ömürbek V, Tekşen Ö. Muhasebe Meslek Mensuplarında Stres Kaynağının Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi 2007;12(1):149.
77. Nakigudde J, Mussi S, Ehnvall A, Airoksinen E, Agren H. Adaptation of the multidimensional scale of perceived social support in a Ugandan setting. African Health Sciences 2009;9:535-41.
78. Yıldırım İ. Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi güvenilirliği ve geçerliği. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 1997;13:81-7.
79. Banaz M. Lise öğrencilerinde sosyal destek kaynakları ve stres ile ruh sağlığı arasındaki ilişki (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1992.
80. Gabay R. Annelerde sosyal destek, çocuk yetiştirme stresi ve çocukla ilgili sorunlarla başa çıkma biçimlerinin değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1992.
81. Sorias O. Sosyal desteğin değerlendirilmesi 2: Toplumdan seçilmiş bir örnekte, sosyal ağın yapısal özellikleri ile algılanan destek. Psikoloji Seminer Dergisi 1989;6:27-40.

82. Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2004;5:76-84.
83. Kahn JH, Hessling RM, Russell DW. Social support, health, and well-being among the elderly: What is the role of negative affectivity? *Personality and Individual Differences* 2003;35(1):5-17.
84. Stromborg M, Olsen S. Instruments for clinical health care research. 2. edi. USA; 1997.
85. Pugliesi K, Shook S. Gender, ethnicity and network characteristics: Variation in social support resources. *Sex Roles* 1998;38:215.
86. Tutar H. Kriz ve stres yönetimi. Seçkin Yayıncılık; 2011.
87. Sorias O. Hasta ve sağlıklı öğrencilerde yaşam stresi, sosyal destek ve ruhsal hastalık ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları* 1992;9:33-49.
88. Özgür G. Sosyal destek ve sağlık. *Türk Hemşireler Dergisi* 1993;43(2):25-6.
89. Pearson RE. Counseling and social support. Sage Publications, London, 1990.
90. Barutçugil İ. Performans Yönetimi. İstanbul, 2002.
91. Axelrod SR, Morgan CA, Southwick SM. Article symptoms of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder in veterans of operation desert storm. *American Journal of Psychiatry* 2005;162(2).
92. Akgündüz S. Örgütsel stres kaynaklarının çalışanların iş tatmini üzerindeki etkisi ve banka çalışanları için yapılan bir araştırma (Yüksek Lisans Tezi). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2006.
93. Güçlü N. Stres yönetimi. *Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2001;21(1):94-5.
94. Soysal A. İş yaşamında stres. *Çimento İşverenler Dergisi* 2009;23(3):29.
95. Okutan M, Tengilimoğlu D. İş ortamında stres ve stresle başa çıkma yöntemleri: Bir alan uygulaması. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Dergisi* 2002;2:12.
96. Kırel Ç. Örgütsel stres yönetimi. *Anadolu Üniversitesi İİBF Dergisi* 1993;11(1):56.

97. Cooper C, Straw A. Bir haftada başarılı stres yönetimi. Köymen ÇE, (Çev. Ed.) İstanbul; 1998.
98. Norfolk D. İş hayatında stres. Serdaroğlu ÇL, (Çev. Ed.) İstanbul; 1989.
99. Bavel JJV, Baicker K, Boggio PS, Capraro V, Cichocka A, Cikara M. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour* 2020;4(5):460-71.
100. Bryant R, Harvey A, Guthrie R, Moulds M. Acute psychophysiological arousal and posttraumatic stress disorder: A two-year prospective study. *Journal of Traumatic Stress* 2003;16(5):439-43.
101. Matsakis A. I can't get over it a handbook for trauma survivors. 2. edi. Oakland: New Harbinger Publication; 1996. 123-141.
102. Işık E. Nevrozlar. Ankara: Kent Matbaası; 1996. 259-263.
103. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry* 1944;(101):141-8.
104. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı. Beşinci Baskı. Köroğlu E, (Ed.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
105. [Dsm nedir ve bozuklukları tanımlamak için nasıl kullanılır? - 2021 \(li-fehackk.com\)](https://www.fehackk.com). Erişim tarihi: 20 Ekim 2021.
106. Zimet G, Dahlem N, Zimet S, Farley G. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment* 1988;(52):30-41.
107. Eker D, Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi* 1995;10(34).
108. Eker D, Arkar H, Yaldiz H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;12(1):17-25.
109. Aşçıbaşı K, Çökmüş FP, Aydemir Ö. DSM-5 Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği Türkçe Formu'nun geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2017;18:38-44.
110. Akçakaya RÖ, Erden SÇ. Stres ve stresle baş etmede psikiyatrik yaklaşım. *The Journal of Turkish Family Physician* 2014;5(2):18-25.
111. Özel Y, Karabulut AB. Günlük yaşam ve stres yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilim ve Araştırmaları Dergisi* 2018;1:48-56.

112. Allsopp K, Brewin CR, Barrett A, Williams R, Hind D, Chitsabesan P. Responding to mental health needs after terror attacks. *BMJ*. 2019;366.
113. Zhang C, Yang L, Liu S, Ma S, Wang Y, Cai Z, et al. Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 Novel Coronavirus disease outbreak. *Frontiers in Psychiatry* 2019;11:1.
114. Uyurdağ N, Eskicioğlu G, Aksu S, Soyata AZ. Risk and resilience factors for psychosocial impact in healthcare workers during COVID-19 pandemic: A systematic review. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi* 2020;15(5):0-3.
115. Zhenyu L, Jingwu G, Meiling Y. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, Behaviour, and Immunity* 2020;916-9.
116. Wu Y, Wang J, Luo C. A comparison of burnout frequency among oncology physicians and nurses working on the frontline and usualwards during the COVID-19 epidemic in Wuhan, China. *Journal of Pain and Symptom Management* 2020;60.
117. Liu C-Y, Yang Y, C-y L, Yun-zhi Y, X-m Z, Q-l D, et al. The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. *Epidemiology and Infection* 2020;148:98.
118. Song X, Fu W, Liu X, Luo Z, Wang R, Zhou N, et al. Mental health status of medical staff in emergency departments during the Coronavirus disease 2019 epidemic in China. *Brain, Behaviour, and Immunity* 2020;60–5.
119. Hou T, Zhang T, Cai W, Song X, Chen A, Deng G, et al. Social support and mental health among health care workers during Coronavirus Disease 2019 outbreak: A moderated mediation model. *Plos One* 2020.
120. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Psychiatry Research* 2020.
121. Fernandez LG, Ferreiro VR, Roldan PDL, Padilla S, Sierra IC, et al. Mental health impact of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers. *Psychological Medicine* 2020.
122. Wang Y, Duan Z, Peng K, Li D, Ou J, Wilson A, et al. Acute Stress Disorder among frontline health professionals during the COVID-19 Outbreak: a structural equation modeling investigation. *psychosomatic medicine* 2021;83(4):373-9.

123. Osorio FL, Silveira ILM, Lima KP, Crippa JAS, Hallak JEC, et al. Risk and protective factors for the mental health of Brazilian healthcare workers in the frontline of COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry* 2021;12.
124. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;9(2):68-75.
125. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus in China. *Medical Science Monitor* 2020.
126. Madanes SB, Palmer RL, Szuhany KL, Malgaroli M, Jennings EL, Anbarasan D, et al. Acute stress disorder and the COVID-19 pandemic. *Psychiatric Annals* 2020;50(7).
127. Salari N, Far AH, Jalali R, Raygani AV, Rasoulpoor S. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health* 2020;16(1):1-11.
128. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet* 2020;395.
129. Huang LA, Wang YB, Liu JB, Ye PB, Cheng BB, Xu HB, et al. Factors associated with resilience among medical staff in radiology departments during the outbreak of 2019 Novel Coronavirus Disease (COVID-19): A cross-sectional study. *Medical Science Monitor* 2020;26.
130. Zhang Q, Sun D, Yang D, Li Y, Zhou J, Wang W, et al. Psychological impact of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak in health workers in China. *Epidemiology and Infection* 2020;148.
131. Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, et al. A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: Immediate psychological responses and associated factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020;17(9):3165.
132. Wang Y, Di Y, Ye J, Wei W. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychology, Health & Medicine* 2020;26(1):13-22.

133. Liu D, Ren Y, Yan F, Li Y, Xu X, Yu X, et al. psychological impact and predisposing factors of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic on general public in China. *The Lancet Psychiatry* 2020.
134. 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. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2020 May 3;29(6):749-58.
135. Mansourieh AM. Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. *Asian Journal of Psychiatry* 2020;51.
136. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020;17:1729.
137. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity* 2020;11-17.
138. Tengilimoğlu D, Zekioğlu A, Tosun N, Işık O, Tengilimoğlu O. Impacts of COVID-19 pandemic period on depression, anxiety and stress levels of the healthcare employees in Turkey. *Legal Medicine* 2021;48:101811.
139. Neff LA, Karney BR. Gender differences in social support: a question of skill or responsiveness? *Journal of Personality and Social Psychology* 2005;88(1):79-90.
140. Hawkey LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: A Theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *The Society of Behavioral Medicine* 2010;40(2):218-27.
141. Chan A, Huak CY. Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occupational Medicine* 2004;54(3):190-6.
142. Özcan S, Bozhüyük A. Sağlık geliştirilmesi ve aile hekimlerinin rolü. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2013;7:46-51.

143. Lin D, Friedman DB, Qiao S, Tam CC, Li X, Li X. Information uncertainty: A correlate for acute stress disorder during the COVID-19 outbreak in China. *BMC Public Health* 2020;20(1):1-9.
144. Hatch R, Young D, Barber V, Griffiths J. Anxiety, depression and post traumatic stress disorder after critical illness: A UK-wide prospective cohort study. *Critical Care* 2018;22(1).
145. Erdal MB. İşletmelerde stres kaynakları, sonuçları ve yönetim teknikleri ve bir uygulama (Doktora Tezi). Manisa: Celal Bayar Üniversitesi; 2009.
146. Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve başa çıkma yolları. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2002.
147. Yue NH, Foley S, Loi R. Work role stressors and turnover intentions: A study of professional clergy in Hong Kong. *The International Journal of Human Resource Management* 2005.
148. Carmassi C, Gesi C, Corsi M, Cremone IM, Bertelloni CA, Massimetti E, et al. Exploring PTSD in emergency operators of a major university hospital in Italy: A preliminary report on the role of gender, age, and education. *Annals of General Psychiatry* 2018;17(1):1-7.
149. Shanjani ZH, Hajimiri K, Rostami B, Ramazani S, Dadashi M. Stress, anxiety, and depression levels among healthcare staff during the COVID-19 epidemic. *Basic and Clinical Neuroscience* 2020;11(2):163.
150. Baykal D, Tütüncü SK. The perceived stress of paramedics and paramedic students on their stress coping behaviors during COVID. *Journal of General Health Sciences* 2021.
151. 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 Infectious Diseases* 2010;10.
152. Shahzad F, Du J, Khan I, Fateh A, Shahbaz M, Abbas A, et al. Perceived threat of COVID-19 contagion and frontline paramedics' agonistic behaviour: employing a stressor-strain-outcome perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020;17(14):1-22.
153. Clegg A. Occupational stress in nursing: A review of the literature. *Journal of Nursing Management* 2001;9(2):101-6.

154. Nickell LA, Crighton EJ, Tracy S, 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.
155. Avcı GG, Öztürk G, Azaklı N, Çekinmez ST. Özel bir grup hastanesinde çalışan hemşirelerin işe bağlı gerginlik düzeylerinin ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2018;3(1):1-7.
156. Erquicia J, Valls L, Barja A, Gil S, Miquel J, Blanquet JL, et al. Emotional impact of the Covid-19 pandemic on healthcare workers in one of the most important infection outbreaks in Europe. *Medicina Clinica* 2020;155(10):434-40.
157. Şahin MK, Aker S, Şahin G, Karabekiroğlu A. Prevalence of depression, anxiety, distress and insomnia and related factors in healthcare workers during COVID-19 pandemic in Turkey. *Community Health* 2020;45(6):1

EKLER

EK 1- Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu çalışma ‘Denizli İli 112 Personelinde COVID-19’un Sosyal Destek Algısına ve Strese Etkisi’ni belirlemek amacı ile planlanmıştır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen tüm soruları yanıtlamaya özen gösteriniz. Bu ankette verilecek yanıtlar bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmaya verdiğiniz destek için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız:

- 18-25
 26-35
 36-45
 46 ve üzeri

2. Cinsiyetiniz:

- Erkek
 Kadın

3. Medeni Haliniz:

- Bekar
 Evli

4. Çocuğunuz var mı?

- Yok
 1
 2
 3 ve üzeri

5. Mesleğiniz:

- Hekim
 Paramedik
 ATT
 Diğer

6. Eğitiminiz:

- İlkokul ve ortaokul
 Lise
 Üniversite ve yüksek lisans

7. COVID-19 hastasıyla karşılaştınız mı?

- Evet
 Hayır

8. COVID-19 hastasını muayene ettiniz ya da bakım verdiniz mi?

- Evet
 Hayır

9. COVID-19 testi yaptırdınız mı?

- Evet
 Hayır

10. Test yaptırdıysanız sonucu ne çıktı?

- Pozitif
 Negatif

11. Meslekte çalışma süreniz:

- 1-5yıl
 6-11yıl
 12-17yıl
 18 ve üzeri yıl

12. Şu an çalıştığınız yerdeki çalışma süreniz?

- 1-5yıl
 6-11yıl
 12-17yıl
 18 ve üzeri yıl

13. Sağlığınızla ilgili problemlerinizi nelerdir?

- Problemim yok
 Diyabet
 Hipertansiyon
 Koroner arter hastalığı
 Astım
 KOAH
 Diğer

14. Daha önce ruhsal açıdan sorun yaşayıp destek aldınız mı?

- Ruhsal sorun yaşamadım.
 Ruhsal sorun yaşadım, destek almadım.
 İlaç tedavisi aldım.
 İlaç tedavisi aldım ve psikoterapi gördüm.
 Psikiyatrik tedavi için kliniğe yattım.

15. İş yerinizden memnun olma durumunuz nedir?

- Memnunum
 Kısmen memnunum
 Memnun değilim

16. Bu süreçte (COVID-19 süreci) sizi olumlu etkileyen durumlar nelerdir?

- Yok
 Aile ilişkileri, kişilerarası ilişkiler ve kendini tanıma konularında olumlu yönde etkileme
 Temizlik, hijyen ve sağlığın öneminin artması
 Yeni ilgi alanları
 Manevi değerlerin önem kazanması
 Pandemi dönemindeki olumlu haberlerden doğan olumlu duygular
 Çalışma koşullarının iyileşmesi

17. Bu süreçte (COVID-19 süreci) sizi olumsuz etkileyen durumlar nelerdir?

- Yok
 Depresif yakınmalar
 Sosyal destek eksikliği
 Bulaş riski korkusu
 Temizlik konusunda obsesyonel düşünceler ve kompulsif davranışlar
 Kişisel koruyucu ekipman eksikliği
 Çalışma koşullarının kötüleşmesi

EK 2- Akut Stres Belirti Şiddeti Ölçeği

İnsanlar bazen stresli olaylardan veya deneyimlerden sonra sorunlar yaşarlar. SON YEDİ (7) GÜN boyunca aşırı stresli bir olay veya deneyim sonrası oluşan ya da daha da kötüleşen aşağıdaki problemler sizi ne kadar rahatsız etti? Lütfen her satırdaki soruyu bir kutucuğu işaretleyerek cevaplayınız.

	Hiç	Biraz	Orta	Oldukça çok	Aşırı
1. Geçmişteki stresli bir deneyimi her şey tekrardan oluyormuş gibi davrandığımız ya da yaşadığımız (örneğin, stresli deneyimin kısımlarını görerek, işiterek, kokusunu alarak veya deneyimin kısımlarını fiziksel olarak hissederek yeniden deneyimleme gibi), geçmişe dönüşler(flash-back) oluyor mu?					
2. Stresli deneyiminizi hatırlatan bir şey olduğunda duygusal olarak çok üzgün hisseder misiniz?					
3. Kendinizden, bedeninizden, fiziksel çevrenizden veya anılarınızdan uzaklaşmış ya da ayrılmış hisseder misiniz?					
4. Stresli deneyiminizi hatırlatan bir şey olduğunda, düşüncelerinizden, duygularınızdan veya fiziksel duyularınızdan kaçınmaya çabalar mısınız?					
5. Aşırı tetikte, savunmada olur musunuz? Ya da tehlikeyi sürekli kollar mısınız?					
6. Beklemediğiniz bir ses duyduğunuzda yerinizden sıçrar ya da kolaylıkla irkilir misiniz?					
7. Başka insanlara bağırarak, onlarla kavga edecek ya da eşyalara zarar verecek kadar tahammülsüz veya aşırı öfkeli olur musunuz?					

EK 3- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar uygun olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. 1- Kesinlikle hayır, 7-Kesinlikle evet olmak üzere 1'den 7'ye kadar derecelendirilmiştir. Bu şekilde 12 cümlenin her birinde bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz.

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. Sevinç ve kederimi paylaşabileceğim özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşşıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet