



T.C.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ENFEKSİYON HASTALIKLARI ve KLİNİK MİKROBİYOLOJİ

ANABİLİM DALI

İZOLE EDİLEN HASTALARIN İZOLASYON SONRASI  
ANKSİYETE, DEPRESYON DURUMLARI İLE İZOLE EDİLMEYEN  
HASTALARIN ANKSİYETE, DEPRESYON DURUMLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ

VE

İZOLE EDİLEN HASTA YAKINLARININ, SAĞLIK PERSONELİNİN  
ANKSİYETE DURUMLARININ İNCELENMESİ

Dr. Ali Rıza İLBAŞI

UZMANLIK TEZİ

Bursa - 2014



T.C.  
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ENFEKSİYON HASTALIKLARI ve KLİNİK MİKROBİYOLOJİ  
ANABİLİM DALI

İZOLE EDİLEN HASTALARIN İZOLASYON SONRASI  
ANKSİYETE, DEPRESYON DURUMLARI İLE İZOLE EDİLMEYEN  
HASTALARIN ANKSİYETE, DEPRESYON DURUMLARININ  
DEĞERLENDİRİLMESİ  
VE  
İZOLE EDİLEN HASTA YAKINLARININ, SAĞLIK PERSONELİNİN  
ANKSİYETE DURUMLARININ İNCELENMESİ

Dr. Ali Rıza İLBAŞI

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Doç. Dr. Emel YILMAZ

Bursa - 2014

## İÇİNDEKİLER

<b>Türkçe Özet.....</b>	<b>ii</b>
<b>İngilizce Özet.....</b>	<b>iv</b>
<b>Giriş.....</b>	<b>1</b>
<b>Gereç ve Yöntem.....</b>	<b>13</b>
<b>Bulgular.....</b>	<b>17</b>
<b>Tartışma ve Sonuç.....</b>	<b>71</b>
<b>Kaynaklar.....</b>	<b>87</b>
<b>Ekler.....</b>	<b>92</b>
<b>Teşekkür.....</b>	<b>106</b>
<b>Özgeçmiş.....</b>	<b>107</b>

## ÖZET

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran 18 yaş ve üzeri dirençli mikroorganizma ile hastane enfeksiyonu gelişen hastalarda, 1. ve 7. günlerdeki anksiyete ve depresyon durumları ile izolasyon gerekmeyen hastaların anksiyete ve depresyon durumlarını, hastane enfeksiyonu tespit edilen hasta yakınlarının, bu hastalara bakım veren hastane personelinin, takip ve tedavilerini yapan doktor ve hemşirelerin anksiyete durumunu incelemeyi amaçladık.

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde izolasyon uygulanan ve izolasyon uygulanmayan hastaların 1. ve 7. günlerindeki; izolasyon uygulanan hasta yakınlarının, hastane personelinin, doktor ve hemşirelerin depresyon ve anksiyete durumları, Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği kullanılarak değerlendirildi. Çalışmanın uygulandığı her bir grup 100 kişiden oluşturuldu.

İzolasyon uygulanan ve uygulanmayan hastaların %55'i erkek, %45'i kadın idi. İzolasyon uygulanan hastaların 1. ve 7. günde durumluk ve sürekli kaygı ölçeği; izolasyon uygulanmayan hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumları, sosyo-ekonomik durumları, yattığı klinik ve eşlik eden kronik hastalıklar açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir. İzolasyon uygulanan ve uygulanmayan hastalar 1. ve 7. günlerde durumluk ve sürekli kaygı ölçeği ile karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, (Durumluk kaygı ölçeği  $p=0,001$ ; sürekli kaygı ölçeği  $p=0,002$ ) izolasyon uygulanan hastalarda anksiyete ve depresyonun daha yoğun hissedildiği saptanmıştır. İzolasyonun süresi uzadıkça durumluk kaygı ölçeğinin erkeklerde, sürekli kaygı ölçeğininde kadınlarda daha yüksek anksiyeteye neden olduğu görülmüştür.

İzole edilen hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon durumlarına bakıldığında sosyo-ekonomik durumu iyi olmayan hastalarda ve bu hastaların annelerinde depresif belirtilerin yoğun olarak yaşandığı tespit edilmiştir.

İzole edilen hasta ve yakınları, sağlık çalışanları izolasyonun varlığını ya önemsememekte ya da fazla tedirgin olmaktadır. Bu durumun önlenmesi için hasta ve yakınlarının, sağlık çalışanlarının sürekli eğitime ihtiyacı vardır.

**Anahtar kelimeler:** İzolasyon, izolasyon önlemleri, anksiyete ve depresyon.

## **SUMMARY**

### **Assessment of Anxiety and Depression Status of Isolated Patients After Isolation and Not Isolated Patients and Evolution of Anxiety Status of Patients' Relatives and Healthcare Providers**

Our goal was to evaluate depression and anxiety status of patients who referred to our hospital, under 18 and developed resistant bacterial infection or nosocomial infection; patients that does not require any kind of isolation, relatives of patients who are having a nosocomial infection and doctors and nurses who are giving care, doing follow ups and treating them.

Depression and anxiety status of Patients that are isolated and not isolated, relatives of patients that are being isolated and their caregivers were evaluated using state trait anxiety scale 1 and 2 on the first and seventh day of treatment. Each study group included 100 individuals.

55% of patients that are isolated or not isolated were male and 45% were female. state trait anxiety scale evaluations of patients who were isolated showed no significant differences on the first and seventh day of treatment and patients who were not isolated showed no statistically significant difference in matters of age, sex, education level, socioeconomic status, clinics they were admitted and underlying chronic diseases on the first and seventh day of treatment. Patients that are isolated and not isolated has ben compared in the means of their state trait anxiety scale 1 and 2 results and isolated group' s scores showed statistically significant difference ( $p=0,001$  for STAI 1 and  $p=0,002$  for STAI 2). It is found out that if the duration of isolation gets longer, it causes more increase in STAI 1 scores of male patients and in STAI 2 scores of female patients.

When looked into the anxiety and depression status of the relatives of isolated patients, patients and their relatives with low socioeconomical status demonstrated more observable depressive symptoms.

Isolated patients and their relatives either do not pay attention to the presence of isolation or do not get concerned much. In order to prevent this, patients, their relatives and medical staff needs continuous education.

**Keywords:** Isolation, isolation precautions, anxiety and depression

## GİRİŞ

### I. Nozokomiyal Enfeksiyonlar, İzolasyon, Standart Önlemler ve Bulaş Yoluna Bağlı Önlemler

#### Nozokomiyal Enfeksiyon

Hastalarda, hastaneye yattığı sırada, inkübasyon döneminde olmayan ve yattıktan 48-72 saat sonra veya taburcu olduktan sonraki 10 gün içinde gelişen enfeksiyonlara nozokomiyal enfeksiyonlar denir (1).

#### İzolasyon

Tanımlanmış veya şüphe edilen bulaşıcı hastalığı olan veya epidemiyolojik olarak önemli olan patojenin enfekte veya kolonize olduğu belirlenen hastalardan, sağlık kurumundaki diğer hastalara, sağlık personeline ve ziyaretçilere bulaşı önlemek için alınan tedbirler zinciridir. Tüberkülozun yeniden önem kazanması, antibiyotiklere dirençli mikroorganizmalarla enfeksiyon ve kolonizasyon prevalansında artma, hastanede yatan hastaların büyük kısmında izolasyon gereksinimi ile karşılaşılmasına neden olmaktadır. Bugün bu konudaki en önemli tartışma hem sağlık personeli, hem de hastalar için etkin, güvenilir ve ekonomik izolasyonun nasıl yapılması gerektiğidir (2,3).

Hastane enfeksiyonlarının önlenmesi ile ilgili bilgilerde standardizasyon gereksinimi 1960 yılında fark edilmiştir ve sonrasında CDC'nin (Centers for Disease Control and Prevention) izolasyon teknikleri ile ilgili ilk rehber 1970 yılında yayınlanmıştır. Bu rehber, 1975, 1983 ve 1987 yılında revize edilmiş, CDC ve HICPAC (Hospital Infection Control Practices Advisory Committee) tarafından izolasyon rehberlerindeki son düzenleme ile 1996 yılında yapılmıştır. Sonrasında bu rehber 2007'de revize edilmiş, bulaş yoluna yönelik izolasyonun temel yaklaşım olarak ele alındığı ve terminolojide bazı değişikliklerin yapıldığı görülmüştür (4,5).

İzolasyon işlemi pahalı ve zaman alıcıdır. Özel malzemenin kullanımı, hasta yerleşim alanlarında değişikliklerin yapılması ve bazı kısıtlamaları



gerektirmektedir. Hastaya özel bir tedavi ya da monitörizasyon uygulanması gerektiğinde, uzamış izolasyon bunun engellenmesine neden olabilir. Bu nedenle izolasyon, mutlaka gerekliyse, doğru endikasyonda uygulanmalıdır. Tersine bir bakışla, bulaşıcı hastalığı olan bir hastanın izolasyonu yapılmaz ise, morbidite ve mortalite artacak, salgın araştırmasının yapılması ve hastanın hastanede yatış süresinin uzaması ile direkt olarak maliyet artışına neden olacaktır (6,7).

İzolasyonun amacı, sağlık çalışanlarını, ziyaretçileri ve hastane ortamındaki diğer insanları korumak, mümkün olan her durumda amaca "maliyet etkin" bir şekilde ulaşmak, hastane patojenlerinin bulaşmasında standart önlemleri ve bunlara ek olarak hava yolu, damlacık ve temasla bulaşa karşı uygun önlemleri belirlemektir (8).

İzolasyon yöntemleri standart önlemlerin yanında, hastanın tek kişilik odaya yerleştirilmesi, el yıkama, izolasyon birimine girişte koruyucu ekipman kullanımı, hasta atıkları veya çıkartılarının dezenfeksiyonu gibi bir dizi işlem uygulanarak gerçekleştirilir (9). Centers for Disease Control and Prevention (CDC) tarafından yayınlanan izolasyon kılavuzundaki önlemler doğrultusunda izolasyon endikasyonları belirlenmektedir (10).

### **Standart Önlemler**

Standart önlemler; hastanedeki tüm hastaların tanısına ve enfeksiyonu olup olmadığına bakılmaksızın uygulanması gereken önlemlerdir. Kan içermedikçe tükürük, dışkı, ter, idrar veya kusmuk için standart önlemler gerekli değildir (11).

Standart Önlemler:

- a. El hijyeni
- b. Eldiven
- c. Maske, gözlük ve yüz koruyucuları
- d. Koruyucu önlük

### **El hijyeni**

Hastalara temas öncesi ve sonrasında, iki hasta arasında rutin el yıkama, enfeksiyon kontrol önlemlerinin en kolay ve en etkili olanıdır. Hemen

hemen tüm sağlık çalışanlarının bunun doğruluğunu kabul etmesine karşın, el yıkama kurallarına uyumun zor olduğu da gerçektir (12).

El yıkama kurallarına uyumsuzluğun nedenleri arasında; başka işlemlere göre daha az öncelikli görülmesi; el yıkama için yeterli zamanın olmaması; lavaboların uygun olmayan yerlerde bulunması ve sayısının az olması; el yıkama ve kurulama gereçlerinin bulunmaması; el yıkama malzemelerine karşı gelişen alerji; st kademe sağlık personelinin liderlik özelliğinin zayıf olması ve kişisel eksiklik bulunmaktadır.

CDC tarafından hastanelerde el yıkama rehberleri 1975 ve 1985'te hazırlanmış ve bu rehberde invaziv girişim uygulanması veya riskli bir hasta ile temas dışındaki durumlarda normal sabun ile el yıkama önerilmiştir. APIC (Association for Professionals in Infection Control) tarafından el yıkama ve el antisepsisi rehberleri 1988 ve 1995'te hazırlanmıştır. CDC, APIC ve HICPAC tarafından el yıkama rehberleri 2002 yılında revize edilmiştir. Son olarak, DSÖ (Dünya Sağlık rgt) tarafından 2005 yılında başlatılan hasta güvenliği kampanyası çerçevesinde el yıkama rehberi 2009 yılında yayınlanmıştır. Ülkemizde konu ile ilgili rehberler Türk Hastane Enfeksiyonları ve Kontrolü Derneği tarafından 2005 yılında izolasyon kılavuzu içinde yer almış ve 2008 yılında güncellenerek ayrı bir kılavuz halinde yayınlanmıştır (13).

### **Eldiven kullanımı**

Ter dışında her tür vücut sıvı ve salgısı, kan, kontamine eşyalar, mukozalar ve bütünlüğü bozulmuş cilt ile temas sırasında steril olmayan eldiven giyilmelidir. Eldiven, sağlık personelinin ellerinin kontaminasyonunu, kan yoluyla bulaşan patojenlerin bulaşmasını ve ellerindeki mikroorganizmaların hastalara geçişinin önlenmesi için önerilmektedir. Ancak eldiven, el yıkamanın yerini almamalıdır. Eldivenle korunmada en önemli sorun, kullanım sırasında yırtılabilmesidir. Çok bulaşıcı enfeksiyonlara karşı korumada çift eldiven giyilmelidir (7).

### **Maske, gözlük ve yüz koruyucuları**

Kan ve vücut sıvılarının çevreye sıçraması durumlarında (zellikle aspirasyon, endotrakeal entübasyon, bronkoskopi, vasküler invaziv girişimler

vb.) cerrahi maske, gözlük veya siperli maske kullanılmalıdır (7). Cerrahi maske, gözlük ve yüz koruyucuları hastadan personele ve diğer hastalara, personelden de hastalara damlacık yoluyla bulaşın önlenmesi amacıyla kullanılır. Maske, gözlük ile birlikte kullanılabilir gibi, her ikisinin yerine siperli maske de kullanılabilir (4).

### **Koruyucu önlük**

Koruyucu önlükler, hastanede mikroorganizmaların geçişini azaltıcı mekanik bariyer sağlamak amacı ile giyilir. Elbise kontaminasyonun yanı sıra, deriye, kan ve vücut salgılarının bulaşmasını önler (14). Koruyucu önlükler ayrıca epidemiyolojik olarak önemli mikroorganizmalarla enfekte hastaların bakımı sırasında çevreyi ve diğer hastaları korumak için de kullanılır. Önlükler sıvılara karşı geçirgen olmamalı, ayak ve bacağı da örtecek şekilde uzun olmalıdır. Elbiselerin de suyu geçirmeyen malzemelerden yapılmış olması tercih edilmeli, %100 polipropilen önlükler, tekrar kullanılabilen önlüklere tercih edilmelidir (4,15,16). Hasta başında kullanılan önlük, ortamı terk edilmeden çıkartılmalı ve eller yıkanmalıdır. Diğer taraftan bu amaçla koruyucu önlük kullanımının etkinliği hakkında yeterli veri bulunmamaktadır (17).

### **Bulaş Yoluna Bağlı Önlemler**

Bulaş riski yüksek veya epidemiyolojik olarak önemli patojenlerle, gösterilmiş veya şüpheli enfeksiyon veya kolonizasyonu olan hastalar için tasarlanmıştır ve her zaman standart önlemlerle birlikte uygulanmalıdır (17). Enfeksiyon etkenlerinin başlıca bulaşma yolları göz önünde tutularak solunum, damlacık, temas olarak üç bulaş yolu tanımlanmıştır (17-19).

A. Solunum yolu önlemleri

B. Damlacık önlemleri

C. Temas önlemleri

### **Solunum yolu önlemleri**

Enfeksiyöz etken içeren toz partikülleri ve 5 µm'den küçük partiküllerin solunum yolu ile bulaşmasını önlemek için uygulanan yöntemlerdir (19). Bu büyüklükteki partiküller havada asılı kalarak veya toz partiküllerine yapışarak

ortama yayılabilir ve ortamdaki hava akımına bağılı olarak enfeksiyon kaynağından uzak noktalara ulaşabilir.

Solunum izolasyonu uygulanması gereken durumlar Tablo 1'de özetlenmiştir (20,21).

HIV ile enfekte hastalarda ateş, öksürük ve pulmoner infiltrasyon olduğunda tüberküloz ekarte edilene kadar solunum yolu önlemleri uygulanmalıdır. Kızamık, suçiçeği, yaygın zona varlığında, duyarlı personel hasta odasına solunum izolasyonu önlemleri almadan girmemelidir. Hasta mümkünse negatif basınçlı odaya yerleştirilmelidir. Saatte 6-12 kez hava değişimi sağlanmalı, bu şartların yerine gelip gelmediği monitörize edilebilmelidir. Eğer negatif basınçlı oda yoksa hasta odadayken kapı kapalı tutulmalıdır (22). Hasta odasına N95 maske ile girilmelidir. Hastanın naklinin gerekli olduğu durumlarda hasta cerrahi maske takmalıdır (23).

#### **Damlacık önlemleri**

Damlacık önlemleri 5 µm'den büyük partiküller yoluyla bulaşan enfeksiyonların riskini azaltmaya yönelik önlemlerdir (23). Bu büyüklükteki partiküller havada asılı kalmaz ve bir metreden uzak mesafeye gidemezler. Bulaş öksürük, hapşırık, konuşma veya bronkoskopi, aspirasyon gibi işlemler sırasında yakın temas sonucu mikroorganizmaları taşıyan damlacıkların enfekte kişiden duyarlı kişiye geçip konjonktiva, oral veya nazal mukozaya yerleşmesiyle oluşur.

Damlacık izolasyonu gerektiren durum saptandığında veya şüphelenildiğinde hasta tek kişilik odaya yerleştirilmelidir. Bu mümkün değilse aynı mikroorganizma ile enfekte olan hastalar aynı odaya yerleştirilebilir. Her iki seçeneğinde uygulanması mümkün değilse enfekte hasta ile diğer hastalar arasında en az bir metre mesafe kalacak şekilde yerleştirme yapılmalıdır (24).

Hastanın bir metreden daha yakınına gelinecekse cerrahi maske takılması önerilmektedir.

Hastanın naklinin gerekli olduğu durumlarda hastaya maske taktırılmalıdır. Hastanın çıkartıları ile temas etme ihtimali var ise standart önlemlerde yer alan önlük, eldiven giyilmelidir.

Damlacık izolasyonu uygulaması gerektiren durumlar Tablo 1'de yer almıştır.

### **Temas önlemleri**

Enfekte veya kolonize hastalardan direkt temas (hasta ile) ya da indirekt temasla (kontamine objelerle temas) epidemiyolojik olarak önemli mikroorganizmaların bulaşmasını engellemek için alınan tedbirler zinciridir. Hasta tek kişilik odaya yerleştirilir veya aynı hastalığı olanlar aynı odayı paylaşabilirler. Deri ve giysilerin kontaminasyonunu engellemek için bariyer önlemleri alınmalıdır. Hasta odasına girişte eldiven giyilmeli, odadan çıkmadan önce çıkartılmalıdır. Öncesinde ve sonrasında eller yıkanmalıdır. Kontamine materyalle temastan sonra eldiven değiştirilmelidir. Hasta için kullanılan stetoskop, termometre vb. tıbbi malzemeler hasta odasında bırakılmalı, dışarı çıkartılmamalıdır.

Başka bir hastaya kullanılmadan önce mekanik olarak temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir. Hastanın nakli minimum olmalıdır (19). Temas izolasyonu uygulanması gereken durumlar Tablo-1'de yer almıştır (11,23).

**Tablo – 1:** İzolasyon önlemleri uygulanan hedef hasta grubu.

Solunum İzolasyonu	Damlacık İzolasyonu	Temas İzolasyonu
Kızamık	<i>Heamophilus influenzae</i> tip B	Metisiline dirençli <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA)
Suçiçeği	<i>Neisseria meningitidis</i>	Vankomisine dirençli enterekoklar (VRE)
Akciğer tüberkülozu	<i>Bordetella pertusis</i>	<i>Acinetobacter</i>
Larenks tüberkülozu	<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>
Dissemine zoster	Difteri	<i>Clostridium difficile</i>
Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)	Veba	Extended Spectrum Beta Lactamase (ESBL) (+) <i>E. coli</i> , <i>Klebsiella spp.</i>
Viral hemorajik ateş	İnfluenza	<i>E. coli</i> O157 H7
	Rubella	<i>Shigella</i>
	Kabakulak virüsü	Hepatit A
	Adenovirüs	Rotavirüs
	Parvovirüs B19	Enterovirüs
	Meningokok	İnfluenza enfeksiyonu
	Kızıl	Scabies (uyuz)
		İmpetigo
		Pediculosis (bit)
		Viral hemolojik enfeksiyonlar
		Dekübitis ülserleri
		Dissemine zoster
		Herpes Simpleks virüsü
		Kolera

Birçok hastanede izolasyon işlemleri ile ilgili yazılı rehberler bulunmasına karşın, bunlar genellikle etkin olarak kullanılmamaktadır. Bunun nedenleri arasında en önemli faktör klinisyenler ve hasta bakımından sorumlu olan hemşirelere bu rehberlerin uygun olmaması veya onların bu şekilde algılamalarıdır.

Hastane planının izolasyon gereksinimine uygun olmaması, birçok gelişmiş mikrobiyoloji laboratuvarında bile kaynak, özgül bulaşıcı patojenlerin tanımlanması ve/veya antibiyotik dirençli bakterilerin tanımlanmasıyla ilgili yeterli donanım ve tecrübenin olmaması, bu konuda en önemli sorunları oluşturmaktadır. Hastane personelinin iş yükünün fazla olması izolasyon uyumunda bir diğer sorundur (5).

Solunum izolasyonu gereken hastaların izolasyonunda kullanılacak özel tasarlanmış negatif basınçlı, özel ventilasyon sistemli odalar çok az hastanede bulunmaktadır.

Birçok hastanede özel olarak tasarlanmış izolasyon odası yoktur. Genellikle tek kişilik odalar olarak kullanılmaktadır. Bulaşıcı enfeksiyonu olan hastalar bu odalarda birlikte kalmaktadır. Ancak bariyer önlemleri iyi uygulanmadığından ve el hijyenine gerekli önem verilmediğinde patojenler kolayca duyarlı kişilere bulaşabilmektedir.

### **İzolasyon odaları**

İzolasyon odaları, bulaşması kolay ya da epidemiyolojik olarak önemli bir mikroorganizma ile enfekte olan bir hastanın, bulaştırma olasılığını azaltmak için lavabo ve tuvaleti, koridoru bulunan tek kişilik odalardır (14). Ayrı odalar bulunamaz ise, hastalar aynı mikroorganizma ile kolonize ya da enfekte başka bir hasta ile aynı odayı paylaşabilirler.

Solunum izolasyonu gerektiren hastalar için negatif basınçlı, özel havalandırma sistemiyle donatılmış odalar gereklidir. Enfeksiyon hastalıkları servisi veya üniteleri hastanenin ayrılmaz parçalarıdır. Ancak planlamada her 4-6 yatağa bir izolasyon odası düşünülmelidir. Ayrıca 250 yatağa iki negatif basınçlı oda planlanmalıdır. İzolasyon odalarında hava sirkülasyonu içeriden dışarıya doğru olmalıdır. Odanın mutlaka iyi bir havalandırma sistemi olmalı, sistemin doğru çalışıp çalışmadığı günlük olarak kontrol edilmelidir.

HEPA (High Efficiency Particulate Air Filtration) filtrasyon sistemi nadiren gereklidir. Hematolojik malignitesi olan hastaların bulunduğu üniteler, transplantasyon üniteleri, ortopedi gibi protez uygulanan ameliyathanelerde hava yoluyla bulaşan enfeksiyonlar için yüksek riskli bölümlerde kullanılabilir (18).

### **İzolasyon uygulanan hastaların servisler arası nakli**

Epidemiyolojik olarak önemli mikroorganizmalar ile enfekte, kolonize hastaların hareketlerinin ve naklinin kısıtlanması ve böylece bu hastaların ancak zorunlu gereksinimler için odalarından çıkmaları hastanede mikroorganizmaların bulaşma olasılığını azaltır (14).

Hastaların nakli gerektiğinde;

a. Bulaş yoluna yönelik koruyucu ekipman (önlük, maske vs.) kullanılarak hastanın nakli gerçekleştirilmelidir. Böylece mikroorganizmaların enfekte hastadan diğer hastalara, personele ve ziyaretçilere geçişi ve çevreyi kontamine etme olasılığı azalmış olacaktır.

b. Hastaların gideceği yerin personeline mikroorganizmaların bulaşma riskini azaltıcı önlemler konusunda bilgi verilmelidir.

c. Hastalara da, bulaş riski olan mikroorganizmaları diğer hastalara ve sağlık personeline bulaştırmaması için nelere dikkat etmeleri gerektiği konusunda bilgi verilmelidir.

### **Hasta bakım araç-gereçleri ve medikal cihazlar**

Hastaların bakım ve tedavisinde kullanılan malzemeler diğer hastaların, personelin ve ziyaretçilerin temasını önleyecek şekilde ve çevreyi kontamine etmeden uygun kutu ya da torbalara konulmalı ve hasta odasında tutulmalıdır (7,14). Tabak, bardak, yemek kapları için özel bir önleme gerek yoktur, sıcak su ve deterjan yeterlidir (7).

İdrar ya da dışkı ile bulaşma riski olan hastaların (dizanteri, enterik ateş, kolera vb.) kullandığı yatak sürgüleri tek kullanımlık eldiven giyilerek hasta odasından uzaklaştırılmalıdır. Gerektiğinde bu işlem sırasında plastik önlük giyilebilir. Tek kullanımlık malzemeler kullanıldıktan sonra atılmalı, tekrar kullanılacak olan malzemelerin mekanik temizliğinden sonra dezenfekte edilerek temizlenmiş olduğundan emin olunmalıdır.

Sedye, tekerlekli sandalyeler, acil müdahale arabası, çamaşır arabası, hareketli malzemeler, vb. her gün su ve deterjanla temizlendikten sonra çamaşır suyu ile silinmelidir. Temizlikte kullanılan araç, gereç, malzemeler, deterjanlar ve dezenfektanlar ayrı olarak temizlik işleminden hemen önce hazırlanılmalıdır. Çöp kovaları sık aralıklarla kontrol edilmeli, çöpler tam dolmadan uzaklaştırılmalı, torbaların ağzı çift boğum ile kapatılmalı, gün sonunda çöp kovalarının temizliği deterjanlı su ile yapılmalıdır. Mekanik ventilatörler ve diğer elektronik cihazlar (monitörler, ilaç pompaları vb.) üretici firmanın aksi yönde bir uyarısı olmadıkça deterjanlı su ile temizlenmelidir. Her tür medikal cihaz ve alet hastadan sonra mutlaka uygun biçimde



temizlenmelidir. Kritik ve yarı kritik cihazlar için yüksek düzey dezenfeksiyondan önce mekanik temizleme işlemi yapılmalıdır. Steteskop, tansiyon aleti, derece gibi araçlar oda içinde bırakılmalı, hasta taburcu olduktan sonra dezenfekte edilmelidir (5).

### **Kirli çamaşırlar ve çamaşırhane**

İzole edilen hastanın kirli çamaşırlarının patojen mikroorganizmalarla kontamine olabilmesine karşın, hastalık bulaştırma riski ihmal edilebilir düzeydedir. Bunun için katı kurallar ve düzenlemeler yerine hijyenik ve akılcı bir saklama yaklaşımı önerilmektedir. Kirli çamaşırların toplanması, nakli ve yıkanmasında hastanenin kendi politikası olmalıdır (14).

## **II. Anksiyete**

Anksiyete; kaygı, bunaltı, boğulma hissi, sıkıntılı durum anlamına gelir. Çarpıntı, nefes almada zorluk, hızlı nefes alma, kalp hızının artması, ellerde ve ayaklarda titreme, aşırı terleme gibi fizyolojik belirtilerinin yanında sıkıntı, heyecan, kötü bir şey olacaktıymış hissi ve korkusu gibi psikolojik belirtileri vardır. Bazı tanımlar anksiyeteyi kaynağı bilinmeyen bir tehlike beklentisi ile sınırlandırarak korkudan ayırt eder (25). Anksiyete ayırtedilebilir bir uyararla ilişkili veya ilişkisiz olabilen, korku ve endişe ile belirli bir duygusal durumdur. Bireyi, çevresinde olan değişikliklere hazırlayan veya yanıt vermesini sağlayan bir emosyondur. Hemen her psikiyatrik bozukluğa eşlik edebilen ve birçok organik bozuklukta da görülebilen bir semptomdur (26-29).

Birçok kronik hastalıkta yaşın ilerlemesiyle hastalar, depresyon için potansiyel risk grubu olmaktadır. Çeşitli tıbbi tanımlar ile depresyon ilişkileri incelendiğinde; onkolojik, kardiyovasküler, hematolojik, nefrolojik, endokrin ve merkezi sinir sistemi hastalıkları ile solunum sistemi hastalıklarının en fazla birliktelik gösteren hastalık grupları olduğu dikkat çekmektedir (30).

Endokrin hastalıklar sonrasında ortaya çıkan depresyonun mortalite ve morbiditeyi arttırdığı bilinmektedir. Tıbbi hastalığı olan yaşlı hastalarda yapılan bir çalışmada, depresif belirti sayısının artması ile fonksiyonel ve

bilişsel bozulmanın arttığı ve mortalite oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (31).

### **III. Depresyon**

#### **Depresyonun tanımı ve belirtileri**

Depresyon, insanın yaşama istek ve zevkinin kaybolduğu, kişinin kendisini derin bir keder içinde hissettiği, geleceğe ilişkin kötümser, karamsar düşünceler, geçmişe ilişkin yoğun, pişmanlık, suçluluk duygu ve düşüncelerinin taşındığı, bazen ölüm düşüncesi, bazen intihar (özkıyım) girişimi ve sonuçta ölümün olabildiği, uyku, iştah, cinsel istek vb. ilgili fizyolojik bozuklukların olduğu bir hastalıktır. Ayrıca depresyonda dünyaya karşı ilginin azalması ve kaybı, diğer insanlara yatırım yapma veya bağlanma kapasitesinin kaybolması; kendini ayıplama, kınama, kendine serzenişte bulunma, sitem etme ve kendini aşağılama, hor görme gibi duygularla birarada olan ciddi benlik saygısı ve kendilik değeri düşmesi saptanır (32). Depresyonda rastlanan duygular arasında üzüntü, mutsuzluk, isteksizlik, çaresizlik, cesaretsizlik, elem, keder, umutsuzluk, kendini değersiz görme, kendi değerini küçümseme, suçluluk, kötümserlik ve karamsarlık bulunmaktadır (33).

Miyokard enfarktüsülülerde ve kanserli hastalarda yapılan bir çalışmada, bu hastalarda ortaya çıkan major depresyonun mortaliteyi ve tıbbi morbiditeyi arttırdığı görülmüştür (34). Kanserli hastalardaki depresyonun tedavi edilmesi yalnız bu hastalardaki depresyon belirti ve bulgularını iyileştirmekle kalmamakta, onların yaşam kalitesini arttırabilmekte, bağışıklık işlevlerini düzeltebilmekte ve yaşamda kalış sürelerini de uzatabilmektedir (35).

#### **Davranışsal belirtiler**

Huzursuzluk, tedirginlik, zihinsel etkinliklerde ve bedensel aktivitelerde belirgin bir yavaşlama bağımlılık yapan maddelere karşı düşkünlük, kişiler arası ilişkilere aşırı bağımlılık, intihar girişimi gibi kendisine yönelik kıyıcı-

yıkıcı eylemler, kendini ihmal etme ve aşırı bakımsızlık, intihar girişimleri ve intihar görülebilir.

### **Düşünsel alan belirtileri**

Dikkati yoğunlaştırmada güçlük, zihinsel işlevlerde yetersizlik, yaptıklarını ve tüm yaşamını değersiz görme, kendini küçümseme ve suçlama, gelecek için karamsarlık ortaya çıkabilir.

### **Bedensel belirtiler**

Uyku ve iştah değişimleri, cinsel işlev bozuklukları, genel enerji azlığı, kabızlık, tansiyon düşmesi, sırt ve baş ağrıları, sıradan bir engellenme durumunda beklenmedik öfke patlamaları gösterme, sese ve kalabalığa tahammülsüzlük gibi belirtiler sayılabilir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamızda, izolasyon uygulanan ve uygulanmayan hastalar ile, izolasyon uygulanmayan hastaların yakınları, bakım ve tedavisini üstlenen hastane çalışanlarına izolasyon uygulamalarının yarattığı anksiyete ve depresyonun etkisini araştırmayı amaçladık. Uludağ Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi kliniklerine başvuran ve bu kliniklerde tedavi gören 18 yaş ve üzeri dirençli mikroorganizma veya epidemiyolojik önemi olan mikroorganizma ile hastane enfeksiyonu gelişen 100 hastanın, kendisini ve diğer hastaları, bu hastalıktan korumak için alınan önlemlerin uygulandığı hastalarda, 1. ve 7. günlerindeki depresyon ve anksiyete durumları ile epidemiyolojik önemi olan mikroorganizma ile enfeksiyonu tespit edilmeyen 100 hastanın hastaneye yatışının 1. ve 7. günlerindeki depresyon ve anksiyete durumları STAI FORM TX-1 (DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ), STAI FORM TX-2 (SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ) ölçekleri ile değerlendirildi. Aynı zamanda hastane enfeksiyonu tespit edilen 100 hasta yakını, bu hastalara bakım veren 100 sağlık çalışanı ve 100 doktor-hemşirenin depresyon ve anksiyete durumu STAI FORM TX-1 (DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ), STAI FORM TX-2 (SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ) ölçekleri ile incelendi. Anket çalışması toplam 500 kişide yapıldı.

Bu çalışma, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15.01.2013 tarih ve 2013-1/24 sayılı kararda alınan izin ile yapılmıştır.

## I. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI)

Durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacı ile C.D. Spielberger, R.L. Gorsuch ve R.E. Lushene tarafından 1970 yılında geliştirilmiş olan (36,37) Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, kısa ifadelerden oluşan bir öz değerlendirme anketidir (38).

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içermektedir. 14 yaş ve üstü okuduğunu anlayıp yanıtlayabilecek kadar bilinci yerinde olan hastalara durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçmek için kullanıldı. Anket uygulanan kişilere her iki ölçeği yanıtlamak için 10 dakika verildi.

### I.A. Durumluk Kaygı Ölçeği

Bireyin belli bir anda ve belli bir koşulda kendini nasıl hissettiğini belirler.

### I.B. Sürekli Kaygı Ölçeği

Bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak kendini nasıl hissettiğini belirler. Bireyin kendi kendine yanıtlayabileceği, uygulanması kolay bir ölçektir.

Her iki ölçek de aynı zamanda uygulanabilir. Bu durumda önce Durumluk Kaygı Ölçeği, sonra Sürekli Kaygı Ölçeği verilmelidir. Nedeni, Durumluk Kaygı Ölçeği sınanma ya da sınama koşullarıyla ilgili tedirginlik, kuruntu ve heyecan gibi duyuşsal, fizyolojik ve bilişsel süreçlere duyarlı olduğundan, bireyin başlangıçtaki olumsuz algılamalarına ifade olanağı vermesidir. Bu suretle anlık (geçici) kaygı güvenilir bir düzeyde ölçülmüş olur. Her iki ölçeğin de başında, orta eğitim seviyesindeki bireylerin anlayabileceği kısa birer açıklama vardır. Durumluk Kaygı Ölçeği tekrarlanarak uygulanabilir ve yönergesi ölçeğin verilme amacına uygun olarak değiştirilebilir. Sürekli Kaygı Ölçeği'nin yönergesinde hiçbir değişiklik yapılamaz. Ölçek okuma-yazma bilmeyenlere bireysel olarak uygulandığında; maddeler uygulamacı tarafından okunup, verilen yanıtlar yine uygulamacı tarafından form üzerinde işaretlenir.

Durumluk Kaygı Ölçeği' nin yanıtlanmasında; maddelerin ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların şiddet derecesine göre hiç, biraz, çok, tamamiyle şıklarından birinin seçilmesi; Sürekli Kaygı Ölçeği'nin yanıtlanmasında ise maddelerin 28 ifade ettiği duyuş, düşünce ya da davranışların sıklık derecesine göre hemen hiçbir zaman, bazen, çoğu zaman ve hemen her zaman şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir. Ölçeklerde 'doğrudan (düz)' ve 'tersine çevrilmiş' ifadeler vardır. Olumlu duyguları dile getiren 'ters' ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Durumluk Kaygı Ölçeği' nde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler), Sürekli Kaygı Ölçeği' nde ise 7 tane (21, 26, 27, 30, 33, 36, ve 39. maddeler) tersine çevrilmiş ifade vardır. Puanlama elle veya bilgisayar programı ile yapılabilir. Elle yapılan puanlamada doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadelerin toplam ağırlıklarının saptanması için iki ayrı anahtar hazırlanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan, ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır ve bu sayıya değişmeyen bir değer eklenir. Bu değer Durumluk Kaygı Ölçeği için 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise 35'tir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir.

Kliniklere kabul edildikten sonra 18 yaş ve üzeri dirençli mikroorganizma ile hastane enfeksiyonu tespit edilen hastalara ve hastane enfeksiyonu tespit edilmeyen hastalara enfeksiyonun birinci ve yedinci günü anket formu verilerek doldurulması istendi. (Anket-1 ve Anket-2) Aynı zamanda dirençli mikroorganizma ile hastane enfeksiyonu tespit edilen hasta yakınlarının, sağlık çalışanlarının, doktor-hemşire anket formu çalışması yapıldı (Anket-3, Anket-4 ve Anket-5). Çalışmaya alınan anketörler izolasyon uyumları sırasında ölen yada taburcu olan, yoğun bakım ünitesinde yatanlar, 18 yaş altında olanlar, kooperasyon kurulamayanlar, araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler kapsam dışı bırakıldı.

Takiben bu hastalara Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği uygulandı. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği toplam 40 maddeden oluşan iki ayrı ölçeği içerir. Her iki ölçeği yanıtlamak yaklaşık 10 dakika sürer. Ölçeğin her biri 20 maddelik sorular halindedir.

## **II. İstatistiksel İncelemeler**

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 21 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümlerse medyan (ortanca) ve minimum-maksimum olarak özetlendi. Hastalara 1. ve 7. günde aynı sorular sorulduğu ve bu soruların birbiriyle ilişkili olduğu için daha anlamlı bir skora olan fark skoru kullanıldı. Birinci ve 7. gün arasındaki etkileşimi fark skoru ile ortaya çıkarıldı. Ölçek skorlarının iki grup arasında karşılaştırmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Ölçek skorlarının ikiden fazla grup (eğitim durumu, yakınlık derecesi gibi) arasında karşılaştırmasında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Ölçek skorlarının takip ölçümlerindeki değişimi incelemede tekrarlı ölçümler analizine başvuruldu. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak kabul edildi.

## BULGULAR

Çalışmaya alınan izole hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumları, medeni durumları, sosyo-ekonomik durumları), yattığı klinik ve eşlik eden kronik hastalıkları Tablo-2'de gösterilmiştir.

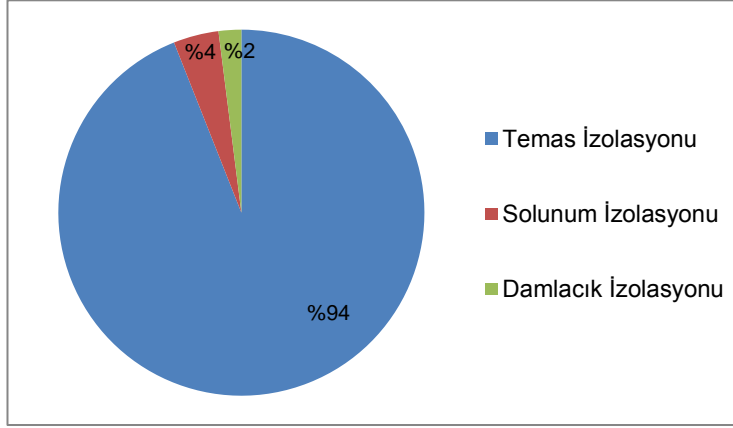
**Tablo-2:** İzole olan hastaların demografik bilgileri.

Ölçümler	Özet Ölçüt n (%)
<b>Yaş</b>	
18-24	7 (%7)
25-29	8 (%8)
30-34	6 (%6)
35-39	3 (%3)
40-44	8 (%8)
45 ve üstü	68 (%68)
<b>Cinsiyet</b>	
Erkek	55 (%55)
Kadın	45 (%45)
<b>Eğitim durumu</b>	
Okuryazar değil	10 (%10)
Okuryazar	2 (%2)
İlkokul	43 (%43)
Ortaokul	18 (%18)
Lise	17 (%17)
Üniversite	10 (%10)
<b>Medeni Durumu</b>	
Bekar	17 (%17)
Evli	68 (%68)
Dul	15 (%15)
<b>Sosyo-ekonomik Durumu</b>	
İyi	12 (%12)
Orta	58 (%58)
Kötü	30 (%30)
<b>Eşlik eden kronik hastalık</b>	
Yok	38 (%38)
Var	62 (%62)
<b>Yattığı klinik</b>	
Cerrahi	24 (%24)
Dahiliye	76 (%76)



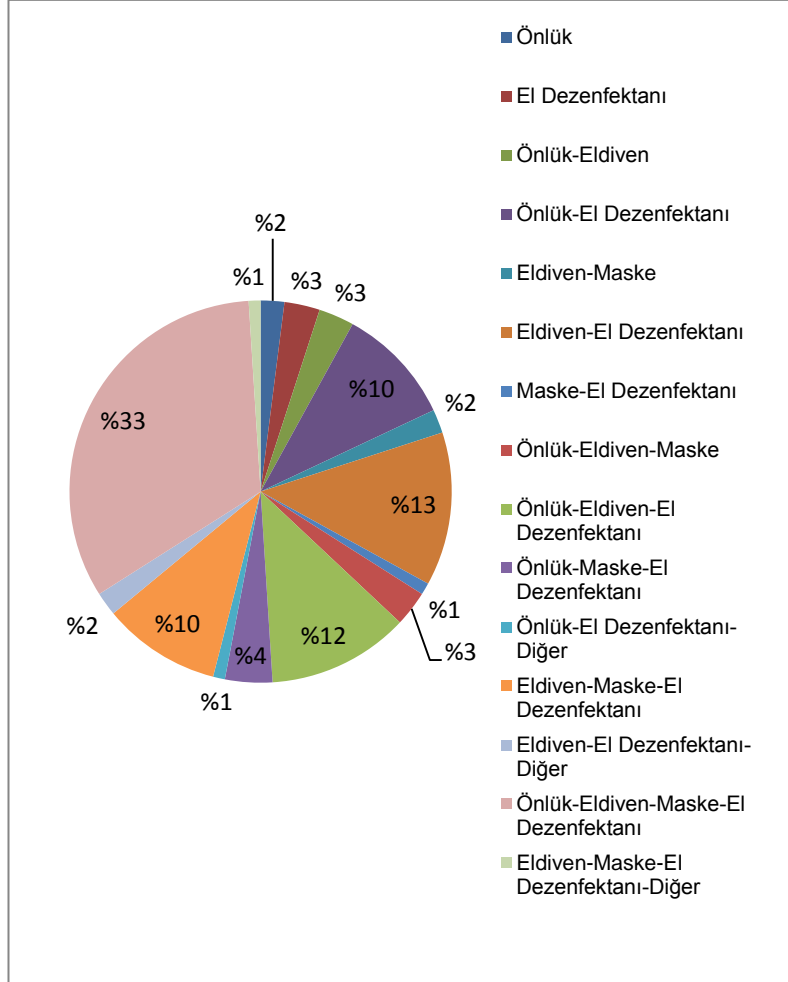
İzole edilen hastaların %55'i erkek, %45'i kadın idi. İzole edilen hastaları yaş gruplarına göre incelediğimizde %68'i 45 yaş ve üstünde ve %43'ü ilkokul mezunu idi. Hastaların %62'sinde kronik bir hastalık mevcuttu (Tablo-2).

İzolasyon uygulanan hastaların uygulanan izolasyon türü olarak %94'üne temas izolasyonu, %4'üne solunum izolasyonu ve %2'sine de damlacık izolasyonu uygulanmıştır (Şekil-1).

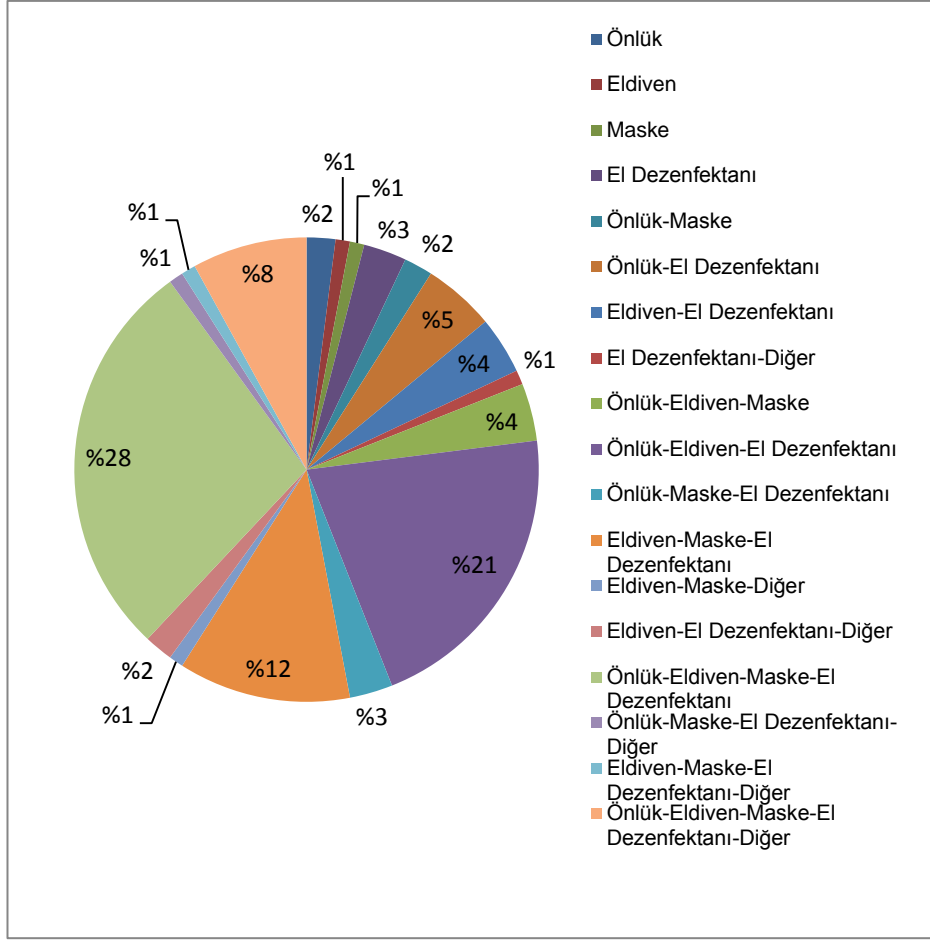


**Şekil-1:** İzole edilen hastaların izolasyon tiplerinin % dağılımları.

İzolasyon uygulanan hastaların izolasyonun 1. ve 7. günlerinde hasta başında bulunan izolasyon malzemeleri Şekil 2 ve 3'te sunulmuştur.

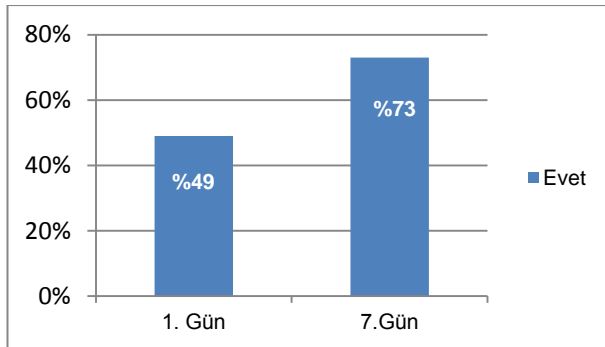


**Şekil-2:** İzole hasta başında 1. günde bulunan izolasyon malzemelerinin % dağılımı.



**Şekil-3:** İzole hasta başında 7. günde bulunan izolasyon malzemelerinin % dağılımı.

İzole edilen hastaların izolasyon nedenlerini bilip bilmedikleri sorulduğunda 1. günde neden izole edildiği bilgisine sahip olanların oranı %49 iken, 7. günde bu oranın %73'e yükseldiği görülmüştür (Şekil-4).



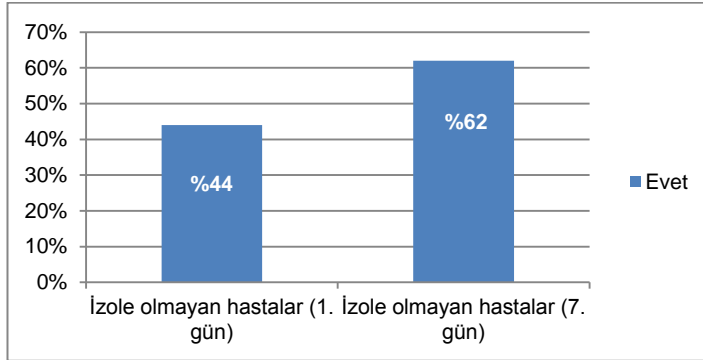
**Şekil-4:** İzole edilen hastaların izolasyon sebeplerinin bilgisini gösteren grafik.

İzole edilen ve izole edilmeyen hastalarda hastane enfeksiyonları konusunda bilgilendirme yapılmış olanların oranı değerlendirildiğinde, izolasyonun 1. gününde bilgilendirme yapılanların oranı %39 iken, 7. günde bu oranın %76'ya yükseldiği görülmüştür (Şekil-5).



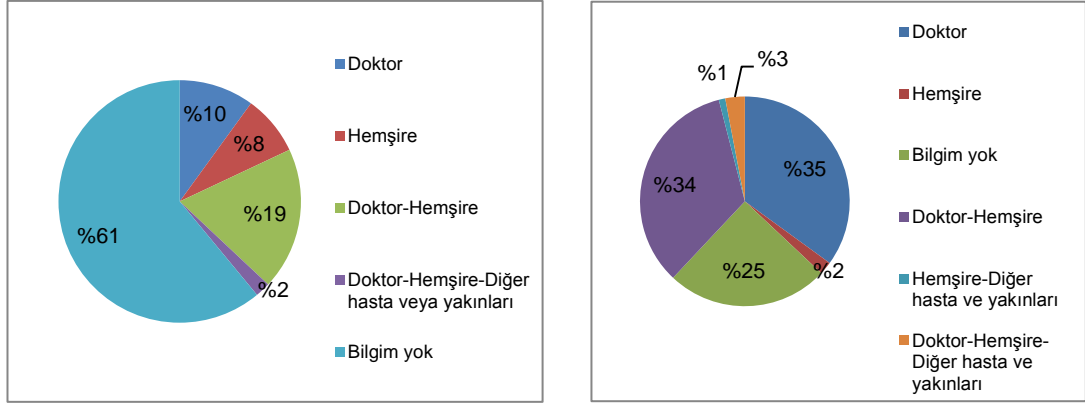
**Şekil-5:** Hastaların izolasyonlarının 1. ve 7. gününde hastane enfeksiyonları konusunda bilgi sahibi olup olmadıklarını gösteren şema.

İzole olmayan hastalarda hastane enfeksiyonu konusunda 1. gününde bilgilendirme yapılan hasta oranı %44 iken, 7. günde bu oran %62'ye yükselmiştir (Şekil-6).



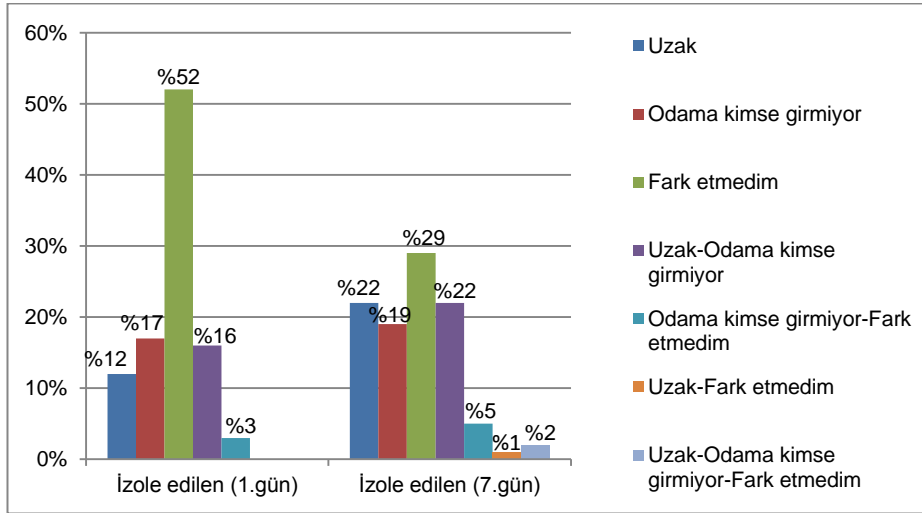
**Şekil-6:** İzole olmayan hastalarda hastane enfeksiyonu konusunda 1. ve 7. günlerdeki bilgilendirilme durumları.

İzole olan hastaların izolasyonun 1. gününde hastane enfeksiyonu konusunda %61'inin bilgi sahibi olmadığı, %37'sinin doktor, hemşire veya her ikisi tarafından bilgilendirildiği; 7. günde ise hastaların doktor, hemşire ve diğer hasta yakınları tarafından bilgilendirilmesi ile birlikte bu oranın %75'e yükseldiği görüldü (Şekil-7).



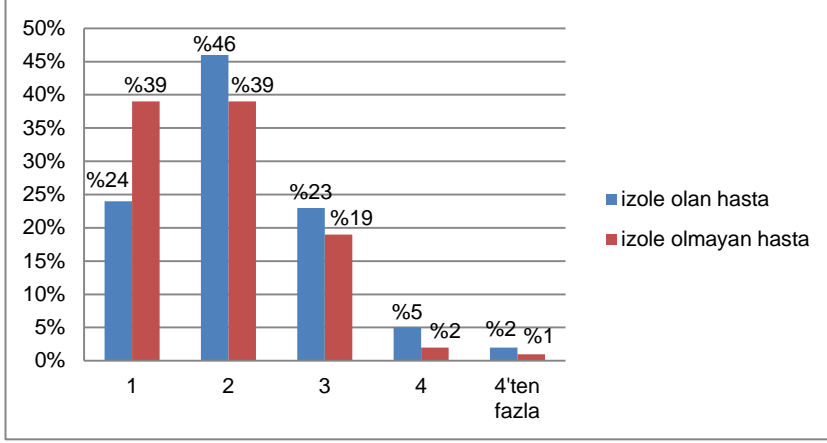
**Şekil-7:** İzole edilen hastaların 1. ve 7. günde hastane enfeksiyonları konusunda kimler tarafından bilgi sahibi olduklarını gösteren şema.

İzole edilen hastaların izolasyonun 1. gününde hastane personelinin (doktor, hemşire, hasta bakıcı vb.) kendisine nasıl davranıldığı konusu sorulduğunda, %52'si farklı davranıldığını hissetmediklerini, %17'si odasına kimsenin girmediğini; 7. günde ise %29'u farklı davranıldığını hissetmediğini, %19'u odasına kimsenin girmediğini belirtmiştir (Şekil-8).

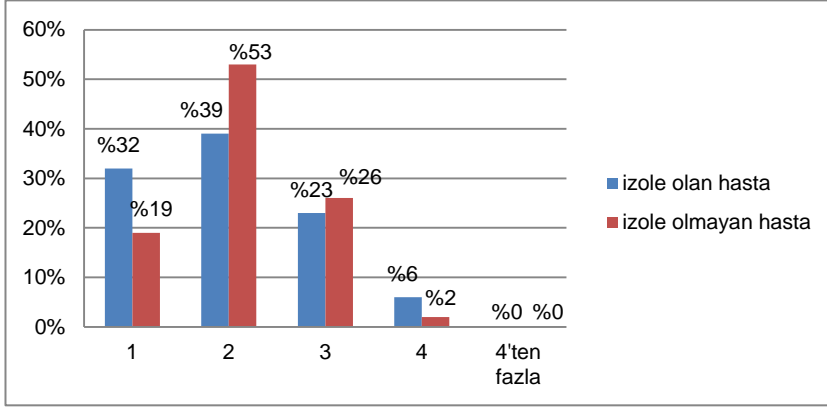


**Şekil-8:** İzole edilen hastaların izolasyonun 1. ve 7. gününde hastane personelinin (doktor, hemşire, hasta bakıcı vb.) kendisine nasıl davranıldığı konusu sorulduğunda verdikleri cevapların dağılımı.

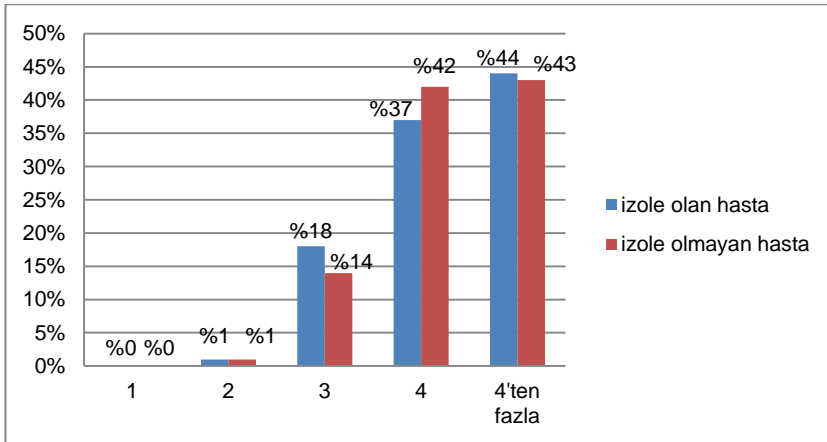
İzolasyon uygulanan ve uygulanmayan hastaların odalarına 1. ve 7. günde doktor ziyaretlerinin çoğunlukla günde 2 kez, hemşire ziyaretlerinin ise 4 ve 4'ten daha fazla olduğu gözlenmiştir (Şekil-9, 10, 11 ve 12).



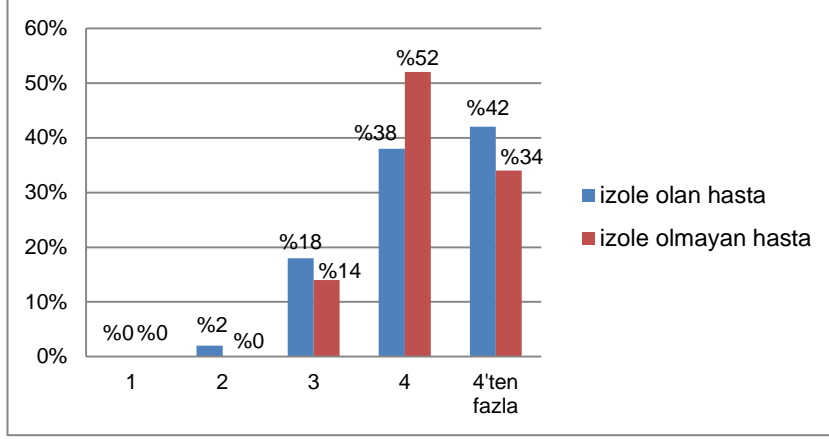
**Şekil-9:** İzolasyon uygulanan ve uygulanmayan hastalara doktorların 1. gün ziyaret sıklığı.



**Şekil-10:** İzolasyon uygulanan ve uygulanmayan hastalara doktorların 7. gün ziyaret sıklığı.



**Şekil-11:** İzolasyon uygulanan ve uygulanmayan hastalara hemşirelerin 1. gün ziyaret sıklığı.



**Şekil-12:** İzolasyon uygulanan ve uygulanmayan hastalara hemşirelerin 7. gün ziyaret sıklığı.

İzolasyon uygulanmayan hastaların % 55'i erkek, %45'i kadın idi. İzole olmayan hastalar yaş gruplarına göre incelediğimizde 45 yaş ve üstü hastaların %49 ile en yüksek, 18-24 ve 25-29 yaş grubu hastaların %7 ile en düşük oranlara sahip olduğu görüldü. Eğitim durumlarına bakıldığında ilkokul mezunu %40 ile en yüksek oranda tespit edildi (Tablo-3).

**Tablo-3:** İzole olmayan hastaların demografik özellikleri.

Ölçümler	Özet Ölçüt n (%)
<b>Yaş</b>	
18-24	7 (%7)
25-29	7 (%7)
30-34	9 (%9)
35-39	8 (%8)
40-44	20 (%20)
45 ve üstü	49 (%49)
<b>Cinsiyet</b>	
Erkek	55 (%55)
Kadın	45 (%45)
<b>Eğitim durumu</b>	
Okuryazar değil	7 (%7)
Okuryazar	2 (%2)
İlkokul	40 (%40)
Ortaokul	18 (%18)
Lise	17 (%17)
Üniversite	16 (%16)
<b>Medeni Durumu</b>	
Bekar	13 (%13)
Evlü	75 (%75)
Dul	12 (%12)
<b>Sosyo-ekonomik Durumu</b>	
İyi	24 (%24)
Orta	45 (%45)
Kötü	31 (%31)
<b>Eşlik eden kronik hastalık</b>	
Yok	34 (%34)
Var	66 (%66)
<b>Yattığı Klinik</b>	
Cerrahi	12 (%12)
Dahiliye	88 (%88)

İzolasyon uygulanan hastalar ile uygulanmayan hastalar 1. ve 7. günde durumluk ve sürekli kaygı ölçeği ile karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu görüldü (Durumluk kaygı ölçeği  $p=0,001$ ; sürekli kaygı ölçeği  $p=0,002$ ). Hastaların 1. ve 7. gün arasındaki etkileşimi fark skoru kullanarak ortaya çıkartıldı. İzolasyon uygulanan hastalarda anksiyete ve depresyon skorları daha yüksek olarak tespit edildi. İzolasyon



süresi uzadıkça durumluk kaygı ölçeğinde artış görülürken, sürekli kaygı ölçeğinde değişiklik olmadığı gözlemlendi (Tablo-4).

**Tablo-4:** İzole edilen ve edilmeyen hastaların 1. ve 7. günde durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

	<b>İzole edilen hasta</b> <b>Medyan (min-maks)</b>	<b>İzole edilmeyen hasta</b> <b>Medyan (min-maks)</b>
<b>Durumluk kaygı ölçeği</b> <b>(1. gün)</b>	51,00 (26-69)	46,00 (24-65)
<b>Durumluk kaygı ölçeği</b> <b>(7. gün)</b>	52,00 (36-72)	43,00 (30-74)
<b>Sürekli kaygı ölçeği</b> <b>(1.gün)</b>	49,00 (29-62)	45,00 (27-69)
<b>Sürekli kaygı ölçeği</b> <b>(7. gün)</b>	49,00 (32-65)	43,00 (28-69)

İzole olan ve izole olmayan hastalar cinsiyet, öğrenim, sosyo-ekonomik durumları açısından durumluk ve sürekli kaygı ölçeği kullanılarak karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo-6). İzolasyon uygulanan hastalarda izolasyonun 1. gününde erkek ve kadın hastalarda durumluk kaygı ölçeği skorları aynı iken, izolasyonun 7. gününde erkek hastalarda daha fazla anksiyete ve depresyon seviyesine erişildiği görülmüştür (Tablo-5). İzolasyon günü uzadıkça kadınlarda sürekli kaygı ölçeğinin arttığı, erkeklerde ise bir değişiklik olmadığı gözlemlendi (Tablo-5). İzole olmayan hastalar ise durumluk ve sürekli kaygı ölçeği açısından karşılaştırıldığında kadın hastalarda daha yüksek anksiyete ve depresyon seviyelerine erişildiği görüldü (Tablo-5). Üniversite eğitimi alan hastalarda düşük, ilköğretim mezunlarında ise yüksek seviyede anksiyete ve depresyon seviyesine erişildiği saptandı (Tablo-7 ve 8).

**Tablo-5:** İzolasyon uygulanan ve uygulanmayan hastaların cinsiyetlerine göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

<b>İzole edilen hasta</b>	<b>Erkek</b>	<b>Kadın</b>
<b>İzole edilen hasta</b>		
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği (1.gün)</b>	51,00 (26-69)	51,00 (32-66)
Medyan (min-maks)		
<b>İzole edilen hasta</b>		
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği (1.gün)</b>	49,00 (29-61)	50,00 (32-62)
Medyan (min-maks)		
<b>İzole edilen hasta</b>		
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği (7.gün)</b>	52,00 (39-70)	51,00 (36-72)
Medyan (min-maks)		
<b>İzole edilen hasta</b>		
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği (7.gün)</b>	49,00 (37-65)	51,00 (32-64)
Medyan (min-maks)		
<b>İzole edilmeyen hasta</b>	<b>Erkek</b>	<b>Kadın</b>
<b>İzole edilmeyen hasta</b>		
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği (1.gün)</b>	45,00 (24-65)	47,00 (32-61)
Medyan (min-maks)		
<b>İzole edilmeyen hasta</b>		
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği (1.gün)</b>	44,00 (29-69)	46,00 (27-61)
Medyan (min-maks)		
<b>İzole edilmeyen hasta</b>		
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği (7.gün)</b>	41,00 (30-69)	44,00 (32-74)
Medyan (min-maks)		
<b>İzole edilmeyen hasta</b>		
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği (7.gün)</b>	41,00 (28-69)	44,00 (31-58)
Medyan (min-maks)		

**Tablo-6:** İzolasyon uygulanan ve uygulanmayan hastaların cinsiyet, eğitim ve sosyo-ekonomik durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri karşılaştırıldığında p değeri.

	Cinsiyet p	Eğitim Durumu p	Sosyo-ekonomik p
<b>İzole edilen hasta Durumluk Kaygı Ölçeği</b>	0,301	0,803	0,676
<b>İzole edilen hasta Sürekli Kaygı Ölçeği</b>	0,553	0,068	0,698
<b>İzole edilmeyen hasta Durumluk Kaygı Ölçeği</b>	0,360	0,323	0,052
<b>İzole edilmeyen hasta Sürekli Kaygı Ölçeği</b>	0,685	0,117	0,739

**Tablo-7:** İzole edilen hastaların eğitim durumuna göre en düşük ve en yüksek durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

	Okuryazar Olmayan	Okuryazar İlkokul Mezunu	Üniversite Mezunu
<b>İzole edilen hasta Durumluk Kaygı Ölçeği (1.gün) Medyan (min-maks)</b>	54,00 (45-66)	63,00 (63-63)	47,00 (38-51)
<b>İzole edilen hasta Sürekli Kaygı Ölçeği (1.gün) Medyan (min-maks)</b>	52,00 (42,59)	61,00 (60-62)	44,00 (37-52)
<b>İzole edilen hasta Durumluk Kaygı Ölçeği (7.gün) Medyan (min-maks)</b>	56,00 (45-67)	65,50 (59-72)	47,00 (41-53)
<b>İzole edilen hasta Sürekli Kaygı Ölçeği (7.gün) Medyan (min-maks)</b>	51,00 (42-64)	54,50 (54-55)	46,00 (41-52)

**Tablo-8:** İzole olmayan hastaların eğitim durumuna göre en düşük ve en yüksek durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

	Okuryazar olmayan	Okuryazar	Üniversite mezunu
<b>İzole olmayan hasta</b>			
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği (1.gün)</b>	46,00 (37-57)	54,50 (49-60)	42,00 (33-65)
Medyan (min-maks)			
<b>İzole olmayan hasta</b>			
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği (1.gün)</b>	45,00 (40-59)	53,00 (47-59)	41,00 (30-69)
Medyan (min-maks)			
<b>İzole olmayan hasta</b>			
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği (7.gün)</b>	51,00 (40-74)	59,50 (43-56)	41,50 (34-62)
Medyan (min-maks)			
<b>İzole olmayan hasta</b>			
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği (7.gün)</b>	53,00 (39-58)	45,50 (42-49)	40,00 (28-56)
Medyan (min-maks)			

İzole edilen hastaların medeni durumları incelendiğinde sadece bekar ile dul hastalar arasında durumluk kaygı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken, sürekli kaygı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo-11 ve 12). İzole edilen ve edilmeyen hastaların medeni durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları Tablo-9 ve 10'da gösterilmiştir.

**Tablo-9:** İzole edilen hastaların medeni durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

	Bekar	Evli	Dul
<b>İzole edilen hasta Durumluk Kaygı</b>			
<b>Ölçeği (1. gün)</b>	54,00 (36-69)	50,00 (26-66)	52,00 (32-61)
Medyan (min-maks)			
<b>İzole edilen hasta</b>			
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği (1. gün)</b>	50,00 (37-61)	48,00 (29-62)	50,00 (32-61)
Medyan (min-maks)			
<b>İzole edilen hasta</b>			
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği (7. gün)</b>	49,00 (41-70)	52,00 (36-72)	56,00 (40-67)
Medyan (min-maks)			
<b>İzole edilen hasta</b>			
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği (7. gün)</b>	49,00 (41-65)	49,00 (32-61)	51,00 (41-64)
Medyan (min-maks)			

**Tablo-10:** Medeni durumlarına göre izole olmayan hastalar karşılaştırıldığında durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

	Bekar	Evli	Dul
<b>İzole olmayan hasta Durumluk Kaygı Ölçeği</b>			
(1. gün)	51,00 (34-59)	45,00 (24-65)	45,00 (34-55)
Medyan (min-maks)			
<b>İzole olmayan hasta</b>			
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği (1. gün)</b>	45,00 (30-60)	44,00 (27-69)	45,50 (36-57)
Medyan (min-maks)			
<b>İzole olmayan hasta Durumluk Kaygı Ölçeği</b>			
(7. gün)	41,00 (33-53)	43,00 (30-69)	44,00 (40-74)
Medyan (min-maks)			
<b>İzole olmayan hasta</b>			
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği (7. gün)</b>	40,00 (33-58)	42,00 (28-69)	49,50 (39-56)
Medyan (min-maks)			

**Tablo-11:** İzolasyon uygulanan ve izolasyon uygulanmayan hastalar medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

	p
<b>İzole edilen hasta Durumluk Kaygı Ölçeği</b>	0,036
<b>İzole edilen hasta Sürekli Kaygı Ölçeği</b>	0,123
<b>İzole olmayan hasta Durumluk Kaygı Ölçeği</b>	0,308
<b>İzole olmayan hasta Sürekli Kaygı Ölçeği</b>	0,259

**Tablo-12:** İzole edilen hastalar medeni durumları açısından karşılaştırıldığında durumluk kaygı ölçeği sonuçları.

	Bekar-Evli	Bekar-Dul	Evli-Dul
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b>			
p	0,065	0,011	0,158

İzole olan ve izole olmayan hastalarda yattığı kliniğe ve sahip oldukları kronik hastalıklara göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Tablo-13 ve 14).

**Tablo-13:** İzole olan ve izole olmayan hastalarda yattığı kliniğe göre durumluk kaygı ölçeği sonuçları.

	<b>Cerrahi (1.gün)</b>	<b>Cerrahi (7.gün)</b>	<b>Dahiliye (1.gün)</b>	<b>Dahiliye (7.gün)</b>
<b>İzole edilen hasta</b>				
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b> Medyan (min-maks)	52,00 (36-63)	53,00 (39-72)	50,00 (26-69)	51,00 (36-70)
<b>İzole edilen hasta</b>				
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği</b> Medyan (min-maks)	50,00 (31-62)	50,00 (42-64)	49,00 (29-61)	49,00 (32-65)
<b>İzole olmayan hasta</b>				
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b> Medyan (min-maks)	47,50 (34-57)	42,00 (32-68)	45,50 (24-65)	43,00 (30-74)
<b>İzole olmayan hasta</b>				
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği</b> Medyan (min-maks)	45,00 (38-59)	45,00 (39-58)	45,00 (27-69)	42,50 (28-69)

**Tablo-14:** Yattığı kliniğe ve sahip oldukları kronik hastalıklara göre izolasyon uygulanan ve uygulanmayan hastalar karşılaştırıldığında durumluk ve sürekli kaygı ölçeği p değerleri.

	<b>Yattığı klinik p</b>	<b>Kronik hastalık p</b>
<b>İzole edilen hasta</b>		
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b>	0,662	0,197
<b>İzole edilen hasta</b>		
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği</b>	0,593	0,820
<b>İzole olmayan hasta</b>		
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b>	0,402	0,089
<b>İzole olmayan hasta</b>		
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği</b>	0,197	0,636

İzole olan ve izole olmayan hastaların herhangi bir sebeple hastaneye yatıp, tedavi alan hastalarla hastaneye hiç yatmamış hastaların, durumluk ve sürekli kaygı ölçeği ile karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (Durumluk kaygı ölçeği p=0,080; sürekli kaygı ölçeği p=0,222). Son 1 yıl içerisinde hastaneye yatarak izolasyon uygulanan ve

uygulanmayan hastaların durumluk ve sürekli kaygı ölçeği değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo-16). Son 1 yıl içinde izolasyon uygulanan ve uygulanmayan hastaların durumluk ve sürekli kaygı ölçeği medyan değerleri Tablo-15’de sunulmuştur.

**Tablo-15:** Son 1 yıl içinde izolasyon uygulanan ve uygulanmayan hastaların durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

	Son 1 yıl içerisinde izolasyon uygulanan	Son 1 yıl içerisinde izolasyon uygulanmayan
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b>		
<b>(1.gün)</b>	51,00 (26-69)	51,00 (36-66)
Medyan (min-maks)		
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği</b>		
<b>(1.gün)</b>	50,00 (29-61)	49,00 (31-62)
Medyan (min-maks)		
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b>		
<b>(7.gün)</b>	52,00 (39-70)	49,00 (36-72)
Medyan (min-maks)		
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği</b>		
<b>(7.gün)</b>	49,00 (37-65)	49,00 (32-64)
Medyan (min-maks)		

**Tablo-16:** İzole edilen hastaların hastaneye yatmadan son 1 yıl içinde izolasyon uygulanan ve uygulanmayan hastaların durumluk ve sürekli kaygı ölçeği karşılaştırması.

	p
1 yıl içinde izolasyon uygulanan ve uygulanmayan hastaların Durumluk Kaygı Ölçeği	0,891
1 yıl içinde izolasyon uygulanan ve uygulanmayan hastaların Sürekli Kaygı Ölçeği	0,421

İzole edilen hastaların izolasyon nedeni ile bilgilendirme yapılan ve bilgilendirilme yapılmayan hastalar izolasyonun 1. ve 7. gününde durumluk ve sürekli kaygı ölçeği açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo-17). İzolasyon nedeni hakkında

bilgilendirilen hastalarda durumluk ve sürekli kaygı ölçeği daha yüksek saptanmıştır (Tablo-17).

**Tablo-17:** İzolasyon nedeni hakkında bilgilendirme yapılan ve yapılmayan hastaların izolasyonun 1. ve 7. günü karşılaştırıldığında durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

	İzolasyon nedeni hakkında bilgilendirilen	İzolasyon nedeni hakkında bilgilendirilmeyen	p
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b>			
(1.gün)	54,00 (41-61)	51,00 (26-69)	0,021
Medyan (min-maks)			
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b>			
(7.gün)	51,00 (36-72)	53,00 (39-70)	0,001
Medyan (min-maks)			
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği</b>			
(1.gün)	51,00 (35-61)	48,00 (29-62)	0,037
Medyan (min-maks)			
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği</b>			
(7.gün)	49,00 (32-64)	50,00 (37-65)	0,038
Medyan (min-maks)			

Doktor ve hemşirelerin odaya ziyaret sıklıklarına bağlı olarak izolasyonun 1. ve 7. gününde durumluk ve sürekli kaygı ölçeği karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo-18). Doktor ve hemşirelerin odaya sık ziyareti ve az ziyareti ile ilgili medyan değerleri Tablo-19, 20, 21 ve 22'de verilmiştir. İzolasyon uygulanan veya uygulanmayan hastaların odalarına doktor ve hemşirelerin 1. ve 7. günde yapmış oldukları ziyaret sıklığında bir farklılık olmadığı, doktorların hasta odalarına çok daha az ziyaret ederken, hemşirelerin çok sık ziyaret ettikleri görüldü.



**Tablo-18:** Doktor ve hemşirelerin izole olan hastaların odalarına sık ziyareti ile az ziyareti arasında izolasyonun 1. ve 7. günü karşılaştırıldığında durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

	Doktor ziyareti 1.gün	Doktor ziyareti 7.gün	Hemşire ziyareti 1.gün	Hemşire ziyareti 7.gün
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b> p	0,118	0,804	0,443	0,671
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği</b> P	0,292	0,788	0,932	0,897

**Tablo-19:** İzole edilen hastaların odasına izolasyonun 1. ve 7. gününde doktorların yapmış olduğu ziyaret sıklıklarının hastada yaratmış olduğu durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

Doktor ziyaret sıklığı	1 kez	2 kez	3 kez	4 kez	4'ten fazla
<b>Durumluk Kaygı</b>					
<b>Ölçeği (1.gün)</b>	50,00	52,00	52,00	51,00	34,00
Medyan (min-maks)	(36-66)	(26-69)	(39-58)	(43-60)	(32-36)
<b>Sürekli Kaygı</b>					
<b>Ölçeği (1.gün)</b>	50,00	58,50	49,00	50,00	31,50
Medyan (min-maks)	(38-56)	(29-629)	(40-57)	(42-50)	(31-32)
<b>Durumluk Kaygı</b>					
<b>Ölçeği (7.gün)</b>	53,50	49,00	53,00	55,00	—
Medyan (min-maks)	(39-68)	(36-72)	(39-63)	(42-63)	
<b>Sürekli Kaygı</b>					
<b>Ölçeği (7.gün)</b>	50,50	48,00	51,00	48,00	—
Medyan (min-maks)	(37-64)	(37-65)	(32-58)	(41-59)	

**Tablo-20:** İzole edilen hastaların odasına izolasyonun 1. ve 7. gününde hemşirelerin yapmış olduğu ziyaret sıklıklarının hastada yaratmış olduğu durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

Hemşire ziyaret sıklığı	1 kez	2 kez	3 kez	4 kez	4'ten fazla
<b>Durumluk Kaygı</b>					
<b>Ölçeği (1.gün)</b>	—	51,00	52,00	51,00	51,50
Medyan (min-maks)		(51-51)	(36-69)	(39-63)	(26-64)
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği</b>					
<b>(1.gün)</b>	—	52,00	50,00	49,00	49,50
Medyan (min-maks)		(52-52)	(41-61)	(35-60)	(29-62)
<b>Durumluk Kaygı</b>					
<b>Ölçeği (7.gün)</b>	—	45,50	49,00	53,00	52,00
Medyan (min-maks)		(42-49)	(39-62)	(36-70)	(39-72)
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği</b>					
<b>(7.gün)</b>	—	46,00	47,50	51,00	49,00
Medyan (min-maks)		(41-51)	(37-61)	(37-65)	(32-64)

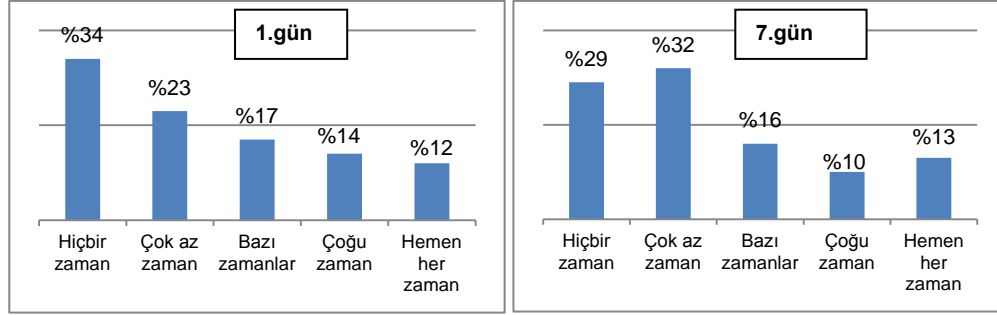
**Tablo-21:** İzole olmayan hastaların odasına izolasyonun 1. ve 7. gününde doktorların yapmış olduğu ziyaret sıklıklarının hastada yaratmış olduğu durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

Doktor ziyaret sıklığı	1 kez	2 kez	3 kez	4 kez	4'ten fazla
<b>Durumluk Kaygı</b>					
<b>Ölçeği (1.gün)</b>	44,00	49,00	45,00	45,00	51,00
Medyan (min-maks)	(24-61)	(34-65)	(33-60)	(43-47)	(51-51)
<b>Sürekli Kaygı</b>					
<b>Ölçeği (1.gün)</b>	43,00	46,00	45,00	44,50	49,00
Medyan (min-maks)	(27-61)	(33-69)	(32-59)	(44-45)	(49-49)
<b>Durumluk Kaygı</b>					
<b>Ölçeği (7.gün)</b>	41,00	44,00	44,00	34,50	—
Medyan (min-maks)	(31-50)	(30-69)	(35-74)	(33-36)	
<b>Sürekli Kaygı</b>					
<b>Ölçeği (7.gün)</b>	42,00	44,00	41,00	42,00	—
Medyan (min-maks)	(31-53)	(28-69)	(34-57)	(34-70)	

**Tablo-22:** İzole olmayan hastaların odalarına izolasyonun 1. ve 7. gününde hemşirelerin yapmış olduğu ziyaret sıklıklarının hastada yaratmış olduğu durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

Hemşire ziyaret sıklığı	1 kez	2 kez	3 kez	4 kez	4'ten fazla
<b>Durumluk Kaygı</b>					
<b>Ölçeği (1.gün)</b>	—	47,00	48,50	45,00	46,00
Medyan (min-maks)		(47-47)	(32-65)	(24-59)	(33-61)
<b>Sürekli Kaygı</b>					
<b>Ölçeği (1.gün)</b>	—	43,00	43,50	46,00	45,00
Medyan (min-maks)		(43-43)	(27-69)	(29-60)	(32-61)
<b>Durumluk Kaygı</b>					
<b>Ölçeği (7.gün)</b>	—	—	44,50	44,00	40,00
Medyan (min-maks)			(31-68)	(32-74)	(30-56)
<b>Sürekli Kaygı</b>					
<b>Ölçeği (7.gün)</b>	—	—	45,50	42,00	43,00
Medyan (min-maks)			(31-58)	(28-69)	(33-52)

İzole olan hastalara oda ve kapı kenarında duran izolasyon malzemelerinin kendisinde yaratmış olduğu rahatsızlık, izolasyonun 1. ve 7. günde durumluk ve sürekli kaygı ölçeği ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo-27). Hastaların 1. ve 7. günde vermiş oldukları cevaplar Şekil-13'de sunulmuştur. Hemen her zaman cevabı veren hastalarda izolasyonun 1. ve 7. günde anksiyete ve depresyon skorları yüksek olarak tespit edilmiştir (Tablo-23).

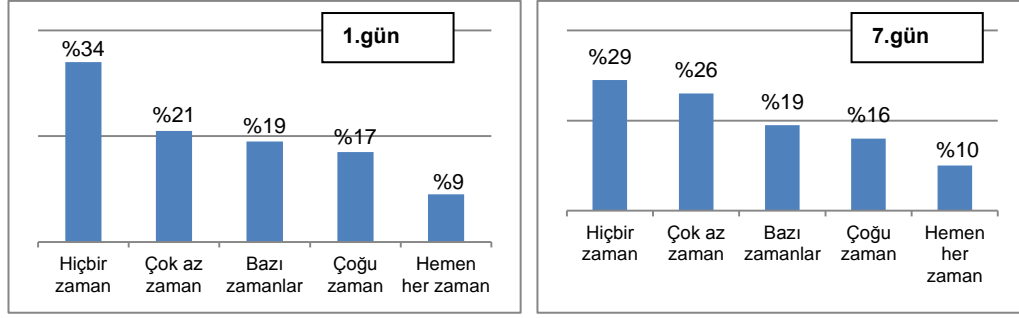


**Şekil-13:** 1. ve 7. gün oda ve kapı kenarında duran izolasyon malzemeleri, hastayı rahatsız edip etmediği sorulduğunda hastaların verdiği cevaplar.

**Tablo-23:** İzole edilen hastalarda “Odanızda ve kapı kenarında duran izolasyon malzemeleri sizi rahatsız ediyor mu?” sorusuna hastaların vermiş oldukları cevaplar.

	Hiçbir zaman	Çok az zaman	Bazı zamanlar	Çoğu zaman	Hemen her zaman
<b>Durumluk Kaygı</b>					
<b>Ölçeği (1.gün)</b>	49,50	51,00	50,00	53,00	58,00
Medyan (min-maks)	(32-63)	(26-63)	(36-69)	(43-64)	(42-66)
<b>Sürekli Kaygı</b>					
<b>Ölçeği (1.gün)</b>	46,50	50,00	48,00	50,00	52,50
Medyan (min-maks)	(32-60)	(29-62)	(31-61)	(46-59)	(43-61)
<b>Durumluk Kaygı</b>					
<b>Ölçeği (7.gün)</b>	51,00	52,00	51,00	55,50	57,00
Medyan (min-maks)	(36-68)	(39-72)	(41-70)	(42-67)	(45-63)
<b>Sürekli Kaygı</b>					
<b>Ölçeği (7.gün)</b>	48,00	48,50	50,50	52,00	52,00
Medyan (min-maks)	(37-61)	(32-59)	(42-65)	(42-64)	(46-60)

İzole olan hastalara kapıda bulunan izolasyon kartının hastada yaratmış olduğu rahatsızlık 1. ve 7. günde durumluk ve sürekli kaygı ölçeği ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olup (Tablo-27), hastaların 1. ve 7. günde vermiş oldukları cevaplar Şekil-14’de sunulmuştur. Hemen her zaman cevabı veren hastalarda izolasyonun 1. ve 7. günde anksiyete ve depresyon derecesi yüksek olarak bulunmuştur (Tablo-24).



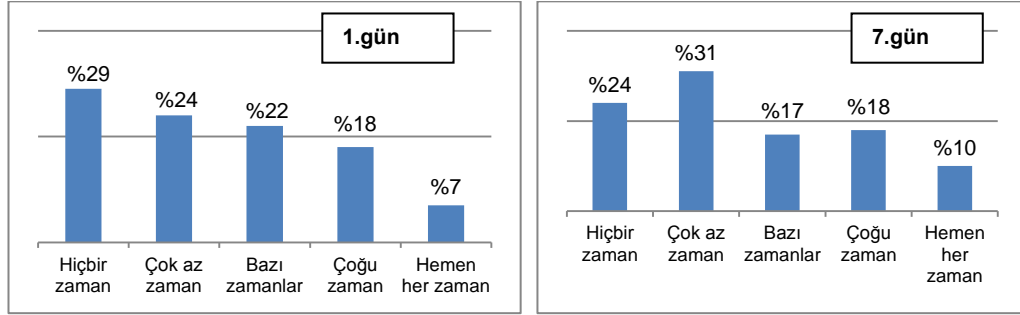
**Şekil-14:** 1. ve 7. günde kapıda bulunan izolasyon kartının varlığından rahatsızlık duyup duymadıkları sorusuna izolasyon uygulanan hastaların verdiği cevaplar.

**Tablo-24:** İzole edilen hastalarda “Kapı kenarında duran izolasyon kartının varlığı sizi rahatsız ediyor mu?” sorusuna hastaların vermiş oldukları cevaplar.

	Hiçbir zaman	Çok az zaman	Bazı zamanlar	Çoğu zaman	Hemen her zaman
<b>Durumluk Kaygı</b>					
<b>Ölçeği</b>	50,00	51,00	51,00	53,00	58,00
Medyan (min-maks)	(32-63)	(26-69)	(36-59)	(42-64)	(42-66)
<b>Sürekli Kaygı</b>					
<b>Ölçeği</b>	46,00	50,00	49,00	49,00	52,00
Medyan (min-maks)	(32-60)	(29-62)	(31-55)	(39-59)	(46-61)
<b>Durumluk Kaygı (7.gün)</b>					
<b>Ölçeği (7.gün)</b>	50,00	52,00	52,00	55,00	56,50
Medyan (min-maks)	(36-68)	(43-61)	(41-70)	(39-72)	(45-63)
<b>Sürekli Kaygı (7.gün)</b>					
<b>Ölçeği (7.gün)</b>	48,00	49,00	49,00	52,00	51,50
Medyan (min-maks)	(32-61)	(41-59)	(42-65)	(37-57)	(46-60)

İzole olan hastalara ziyaretçileriniz geldiğinde kapıda bulunan izolasyon kartının hastada yaratmış olduğu rahatsızlık 1. ve 7. günde durumluk ve sürekli kaygı ölçeği ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış olup (Tablo-27), hastaların 1. ve 7. günde vermiş oldukları cevaplar Şekil-15’de sunulmuştur. Hemen her zaman cevabı veren

hastalarda izolasyonun 1. ve 7. günde anksiyete ve depresyon skorları yüksek olarak tespit edilmiştir (Tablo-25).



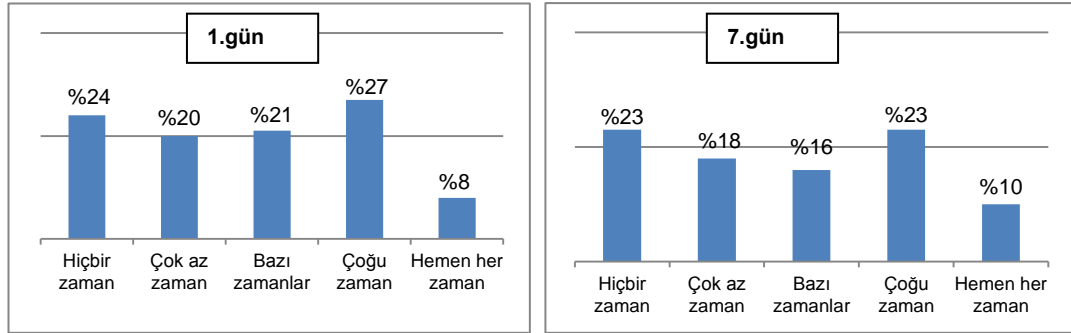
**Şekil-15:** 1. ve 7. günde ziyaretçilerin geldiğinde izolasyon kartının varlığından rahatsızlık duyup duymadıkları sorusuna izole hastaların verdiği cevaplar.

**Tablo-25:** İzole edilen hastalarda “Ziyaretçileriniz geldiğinde izolasyon kartının varlığı sizi rahatsız ediyor mu?” sorusuna hastaların vermiş oldukları cevaplar.

	Hiçbir zaman	Çok az zaman	Bazı zamanlar	Çoğu zaman	Hemen her zaman
<b>Durumluk Kaygı</b>					
<b>Ölçeği</b>	49,00	50,00	52,00	53,00	58,00
Medyan	(26-63)	(43-63)	(36-64)	(42-69)	(51-61)
(min-maks)					
<b>Sürekli Kaygı</b>					
<b>Ölçeği</b>	46,00	50,00	49,50	50,50	52,00
Medyan	(29-60)	(37-62)	(31-58)	(39-61)	(50-61)
(min-maks)					
<b>Durumluk Kaygı</b>					
<b>Ölçeği (7.gün)</b>	50,50	51,00	52,00	55,50	65,50
Medyan	(36-68)	(39-61)	(41-60)	(39-72)	(45-63)
(min-maks)					
<b>Sürekli Kaygı</b>					
<b>Ölçeği (7.gün)</b>	48,00	48,00	50,00	52,00	52,00
Medyan	(37-61)	(32-59)	(42-54)	(37-65)	(46-60)
(min-maks)					

İzole olan hastalara “İçinde bulunduğunuz durumdan kurtulma veya daha iyi hissetme konusunda ümidinizin azaldığı veya kaybolduğunu hissettiğiniz oldu mu?” sorusuna verilen cevaplar 1. ve 7. günde durumluk ve sürekli kaygı ölçeği ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark

bulunmamış olup (Tablo-27), hastaların 1. ve 7. günde vermiş oldukları cevaplar Şekil-16'da sunulmuştur. Hemen her zaman cevabı veren hastalarda izolasyonun 1. ve 7. günde anksiyete ve depresyon skorları yüksek olarak bulunmuştur (Tablo-26). Hemen her zaman cevabı veren hastalarda izolasyon süresi uzadıkça sürekli kaygı ölçeğinde artış tespit edilmiştir.



**Şekil-16:** 1. ve 7. günde “İçinde bulunduğunuz durumdan kurtulma veya daha iyi hissetme konusunda ümidinizin azaldığını veya kaybolduğunu hissettiğiniz oldu mu?” sorusuna hastaların vermiş oldukları cevaplar.

**Tablo-26:** İzole edilen hastalarda “İçinde bulunduğunuz durumdan kurtulma veya daha iyi hissetme konusunda ümidinizin azaldığını veya kaybolduğunu hissettiğiniz oldu mu?” sorusuna hastaların vermiş oldukları cevaplar.

	Hiçbir zaman	Çok az zaman	Bazı zamanlar	Çoğu zaman	Hemen her zaman
<b>Durumluk Kaygı</b>					
<b>Ölçeği</b>	48,50	50,00	51,00	53,00	58,00
Medyan (min-maks)	(26-66)	(39-56)	(32-64)	(42-69)	(51-60)
<b>Sürekli Kaygı</b>					
<b>Ölçeği</b>	46,00	46,50	48,00	51,00	51,50
Medyan (min-maks)	(29-60)	(38-56)	(31-58)	(39-62)	(47-69)
<b>Durumluk Kaygı</b>					
<b>Ölçeği (7.gün)</b>	50,00	51,00	52,00	54,00	57,00
Medyan (min-maks)	(36-68)	(43-61)	(39-61)	(42-72)	(46-63)
<b>Sürekli Kaygı</b>					
<b>Ölçeği (7.gün)</b>	47,00	49,00	58,50	51,00	52,50
Medyan (min-maks)	(32-61)	(41-59)	(37-54)	(42-65)	(47-60)

**Tablo-27:** “Odada ve kapı kenarında duran izolasyon malzemeleri, kapıda duran izolasyon kartı, ziyaretçiler geldiğinde izolasyon kartından rahatsız oluyor musunuz?” ve “Ümidinizin azaldığı oldu mu?” sorusunun izole edilen hastalara sorulduğunda durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

	Durumluk Kaygı Ölçeği p	Sürekli Kaygı Ölçeği p
Oda ve kapıda duran izolasyon malzemeleri rahatsız ediyor mu?	0,765	0,711
Kapıda bulunan izolasyon kartı rahatsız ediyor mu?	0,733	0,709
Ziyaretçiler geldiğinde izolasyon kartından rahatsız oluyor musunuz?	0,919	0,854
Ümidinizin azaldığı veya kaybolduğunu hissettiğiniz oldu mu?	0,797	0,419

İzole olmayan hastaların 12’si cerrahi 88’i dahiliye kliniklerinde yatmaktadır. İzole olmayan hastaların yattığı kliniğe göre (cerrahi ve dahiliye) hastaneye ne amaçla yatırıldığı konusunda bilgilendirme yapılan ve yapılmayanlar arasında fark skoru kullanılarak durumluk ve sürekli kaygı ölçeği ile değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo-28).

**Tablo-28:** İzole olmayan hastaların yattığı kliniğe göre hastaneye ne amaçla yatırıldığı konusunda bilgilendirilen ve bilgilendirilmeyen hastalar karşılaştırıldığında durumluk ve sürekli kaygı ölçeği düzeyleri.

	Durumluk Kaygı Ölçeği p	Sürekli Kaygı Ölçeği p
Bilgilendirme yapılan ve bilgilendirme yapılmayan hasta	0,975	0,118



### **İzole Edilen Hastanın Yakını:**

İzole edilen hasta yakınlarının %42'si erkek, %58'i kadın idi. İzole edilen hasta yakınlarını yaş gruplarına göre incelediğimizde %58 ile 45 yaş ve üstü hastaların en yüksek, %3 ile 35-39 yaş grubu hastaların en düşük oranlara sahip olduğu görüldü. İzole edilen hasta yakınlarının %42'sinin ilkokul mezunu, %77'sinin evli, %62'sinin orta gelir seviyesinde bulunduğu Tablo-29'da gösterilmiştir.

**Tablo-29: İzole olan hasta yakınlarının demografik özellikleri.**

Ölçümler	Özet Ölçüt n (%)
<b>Yaş</b>	
18-24	4 (%4)
25-29	9 (%9)
30-34	13 (%13)
35-39	3 (%3)
40-44	13 (%13)
45 ve üstü	58 (%58)
<b>Cinsiyet</b>	
Erkek	42 (%42)
Kadın	58 (%58)
<b>Eğitim durumu</b>	
Okuryazar değil	7 (%7)
Okuryazar	0 (%0)
İlkokul	43 (%43)
Ortaokul	10 (%10)
Lise	22 (%22)
Üniversite	18 (%18)
<b>Medeni Durumu</b>	
Bekar	14 (%14)
Evli	77 (%77)
Dul	9 (%9)
<b>Sosyo-ekonomik Durumu</b>	
İyi	18 (%18)
Orta	62 (%62)
Kötü	20 (%20)
<b>Mevcut alışkanlıklar</b>	
Yok	68 (%68)
Var	32 (%32)
<b>Yakınlık Derecesi</b>	
Annesi	12 (%12)
Babası	2 (%2)
Kardeşi	8 (%8)
Eşi	34 (%34)
Oğlu	13 (%13)
Kızı	23 (%23)
Diğer	8 (%8)

İzole olan hasta yakınlarının durumluk ve sürekli kaygı ölçeği medyan değerleri (min-maks) Tablo-30'da gösterilmiştir.

**Tablo-30:** İzole hasta yakınlarının durumluk ve sürekli kaygı ölçeği medyan değerleri.

İzole hasta yakını	
Medyan (min-maks)	
Durumluk kaygı ölçeği	48,00 (29-64)
Sürekli kaygı ölçeği	45,00 (31-69)

İzole olan hasta yakınlarının yaşlara göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği karşılaştırıldığında, durumluk kaygı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ( $p=0,374$ ), sürekli kaygı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo-31). Sürekli kaygı ölçeği açısından yaş grupları kendi içerisinde karşılaştırıldığında en yüksek değer 35-39 yaş ile 45 yaş ve üstü grupların sonuçları arasında olduğu gözlenmiştir. Kaygı ölçeği en yüksek değere sahip yaş aralığının 35 ile 39 yaş aralığı olduğu belirlenmiştir (Tablo-32).

**Tablo-31:** İzole olan hasta yakınlarının yaş gruplarına göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği düzeyleri.

	30-34 yaş ile 35-39 yaş	35-39 yaş ile 40-44 yaş	35-39 ile 45 yaş ve üstü	Bütün yaş gruplarında
Sürekli Kaygı Ölçeği	0,004	0,025	0,002	0,028
p				

**Tablo-32:** İzole olan hasta yakınlarının yaş gruplarına göre sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

Yaş grupları	Medyan (min-maks)
18-24	45,00 (31-50)
25-29	44,00 (33-59)
30-34	41,00 (34-49)
35-39	68,00 (52-69)
40-44	46,00 (35-56)
45 ve üstü	45,00 (31-67)

İzole olan hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo-33).

**Tablo-33:** İzole olan hasta yakınlarının cinsiyetlerine göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği düzeyleri.

	Erkek	Kadın	p
<b>İzole hasta yakını Durumluk</b>			
<b>Kaygı Ölçeği</b>	46,50 (29-64)	49,00 (30-63)	0,076
Medyan (min-maks)			
<b>İzole hasta yakını Sürekli</b>			
<b>Kaygı Ölçeği</b>	45,00 (31-69)	44,50 (31-67)	0,642
Medyan (min-maks)			

İzole edilen hasta yakınları eğitim durumlarına göre incelendiğinde durumluk ve sürekli kaygı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo-34). Eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında durumluk ve sürekli kaygı ölçeği en yüksek olan grubun okur-yazar olmayan hasta yakınlarının bulunduğu grup olduğu, en düşük ise üniversite mezunlarına ait olduğu gözlenmiştir (Tablo-34).

**Tablo-34:** İzole olan hasta yakınlarının eğitim durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

	Okur- yazar olmayan	İlkokul mezunu	Ortaokul mezunu	Lise mezunu	Üniversite mezunu	p
<b>Durumluk kaygı</b>						
<b>Ölçeği</b>	52,00(40-56)	50,00(29-64)	51,50(32-60)	48,50(34-63)	43,50(34-55)	0,082
Medyan (min-maks)						
<b>Sürekli kaygı</b>						
<b>Ölçeği</b>	46,00(40-58)	46,00(31-67)	45,00(32-59)	45,00(33-69)	41,50(31-52)	0,062
Medyan (min-maks)						

İzole edilen hasta yakınları medeni durum açısından incelendiğinde durumluk ve sürekli kaygı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Durumluk ve sürekli kaygı ölçeğine bakıldığında en yüksek kaygı skorunun dul hasta yakınlarında olduğu görülmüştür (Tablo-35).

**Tablo-35:** Medeni durumlarına göre izole edilen hasta yakınlarının durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

	Bekar	Evli	Dul	p
<b>Durumluk Kaygı</b>				
<b>Ölçeği</b>	48,00 (35-63)	48,00 (29-64)	51,00 (35-58)	0,962
Medyan (min-maks)				
<b>Sürekli Kaygı</b>				
<b>Ölçeği</b>	44,00 (31-59)	45,00 (31-69)	46,00 (35-67)	0,972
Medyan (min-maks)				

İzole edilen hasta yakınları sosyo-ekonomik durumları açısından incelendiğinde durumluk kaygı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken, sürekli kaygı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo-36). İzole edilen hastanın yakınlarının sosyo-ekonomik durumları karşılaştırıldığında sürekli kaygı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gösteren grupların sosyo-ekonomik durumu iyi olan ile orta olan ( $p=0,025$ ) ve iyi ile kötü olan arasındadır ( $p=0,008$ ). Sosyo-ekonomik durumu kötü olan grubun en yüksek kaygı skoruna sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo-36).

**Tablo-36:** Sosyo-ekonomik durumlara göre izole edilen hasta yakınının durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

Sosyo-ekonomik durum	İyi	Orta	Kötü	p
<b>Durumluk Kaygı</b>				
<b>Ölçeği</b>	46,00 (34-58)	48,00 (29-63)	51,00 (38-64)	0,071
Medyan (min-maks)				
<b>Sürekli Kaygı</b>				
<b>Ölçeği</b>	40,50 (34-67)	46,00 (31-69)	47,50 (35-68)	0,018
Medyan (min-maks)				

İzole edilen hasta yakınları mevcut alışkanlıklar açısından incelendiğinde durumluk kaygı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülürken, sürekli kaygı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo-37). Ancak izole edilen hasta yakınları mevcut alışkanlıklar açısından karşılaştırıldığında durumluk kaygı ölçeği değerlendirilmesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren grubun mevcut alışkanlığı olmayan grup ile sigara kullanan grup arasında ( $p=0,001$ ) ve mevcut alışkanlığı olmayan ile alkol kullananlar arasında ( $p=0,024$ ) olduğu görülmüştür. En yüksek durumluk kaygı ölçeği alkol kullananlarda tespit edilmiştir (Tablo-37).

**Tablo-37:** Mevcut alışkanlıklarına göre izole edilen hasta yakınlarının durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

	Alışkanlığı yok	Sigara	Alkol	Diğer	p
<b>Durumluk Kaygı</b>					
<b>Ölçeği</b>	46,50 (29-63)	53,00 (32-64)	54,00 (44-60)	53,00 (53-53)	0,002
Medyan (min-maks)					
<b>Sürekli Kaygı</b>					
<b>Ölçeği</b>	44,00 (31-69)	46,50 (34-59)	46,50 (41-67)	46,00 (46-46)	0,146
Medyan (min-maks)					

İzole edilen hasta yakınları yakınlık derecesine göre incelendiğinde durumluk kaygı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülürken ( $p=0,021$ ), sürekli kaygı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ( $p=0,222$ ). Durumluk kaygı ölçeği açısından anne ile diğer yakınları arasında ( $p=0,001$ ), oğlu ve diğer yakınları arasında ( $p=0,01$ ), kızı ve diğer yakınları arasında ( $p=0,002$ ), istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür. En yüksek kaygı düzeyinin ise hasta yakınlarının annelerinde olduğu tespit edilmiştir (Tablo-38).

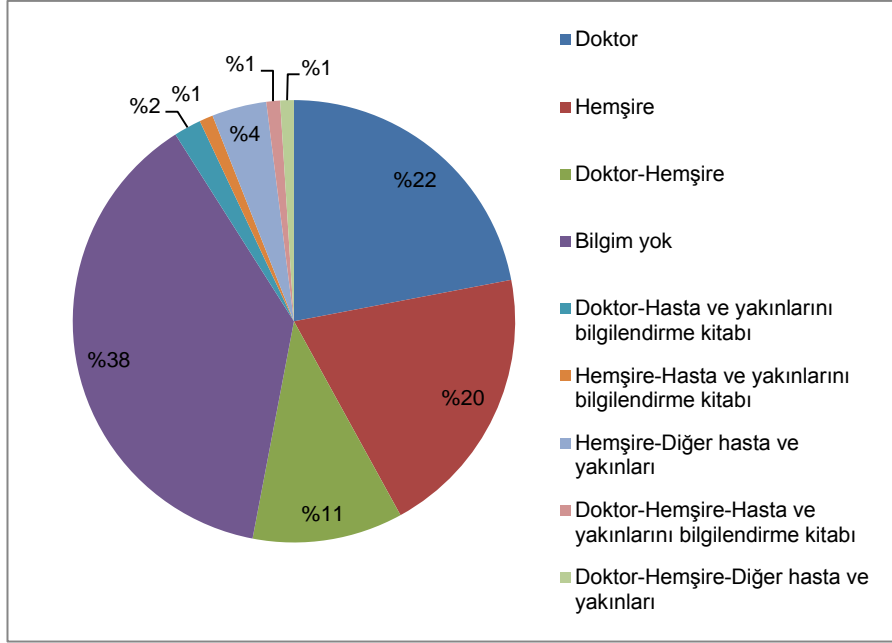
**Tablo-38:** İzole edilen hasta yakınlarının durumluk kaygı ölçeği.

<b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b>	
Medyan (min-maks)	
<b>Anne</b>	52,50 (43-60)
<b>Baba</b>	48,50 (47-50)
<b>Kardeşi</b>	44,50 (39-55)
<b>Eşi</b>	47,50 (29-64)
<b>Oğlu</b>	51,00 (36-58)
<b>Kızı</b>	51,00 (34-63)
<b>Diğer</b>	37,00 (32-50)

İzole edilen hasta yakınların %62'sine hastane enfeksiyonları hakkında bilgilendirme yapılmış olmasına rağmen, %38'inin bu konuda hiç bir bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır (Şekil-17).

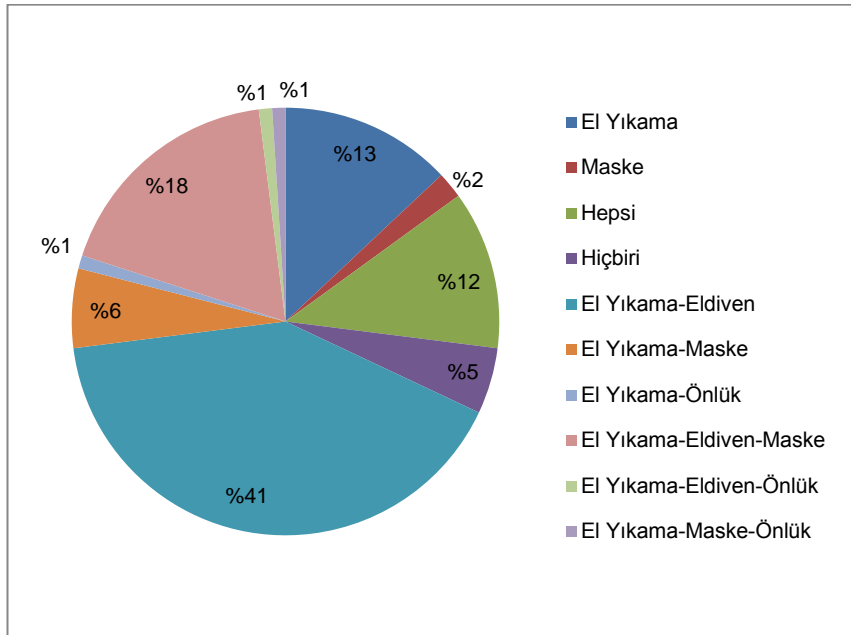
İzole edilen hasta yakınları hastane enfeksiyonu konusunda bilgilendirilip bilgilendirilmediği açısından incelendiğinde durumluk ve sürekli kaygı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Durumluk kaygı için  $p=0,565$ ; sürekli kaygı  $p=0,095$ ).

İzole edilen hasta yakınlarına izolasyon konusunda bilgilendirmenin kimler tarafından ve ne şekilde yapıldığı sorgulanmıştır. Hastaların %22'sinin bu bilgiyi sadece doktorlardan, %20'sinin sadece hemşirelerden aldığı belirtilmiştir (Şekil-17).



**Şekil-17:** İzole edilen hasta yakınlarına izolasyon konusunda bilgi alma yolları.

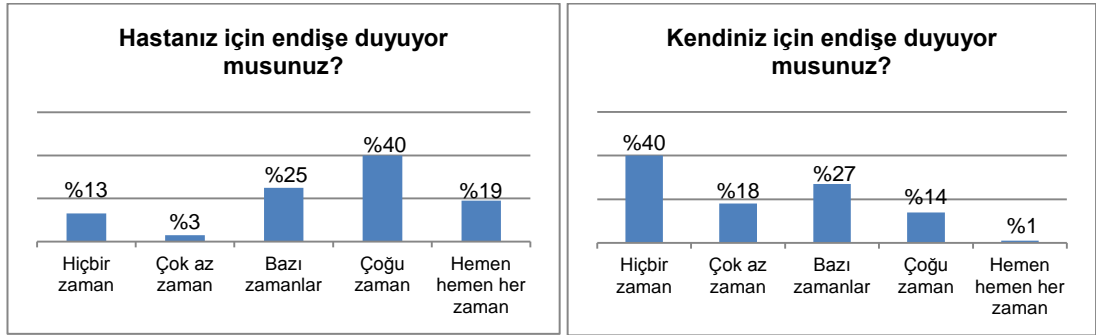
İzole edilen hasta yakınlarına enfeksiyondan korunmak için neler yaptıkları sorulduğunda %41'i el yıkama-eldiven, %18'i el yıkama-eldiven-maske kullandıklarını, %5'i ise hiçbir izolasyon yöntemi kullanmadıklarını belirtmiştir (Şekil-18).



**Şekil-18.** İzole edilen hasta yakınlarının enfeksiyondan korunma yöntemleri.

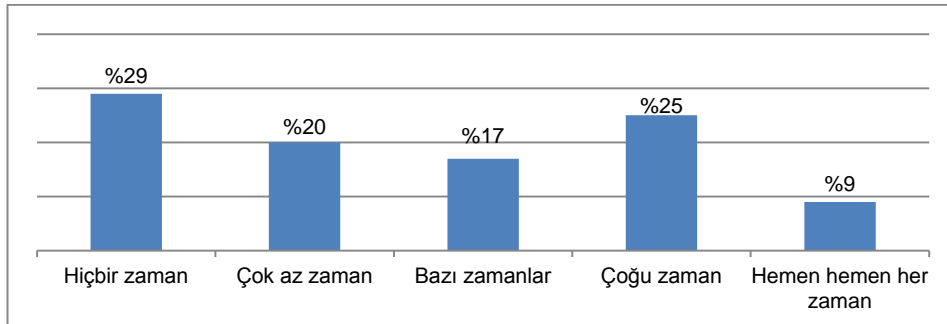


İzole edilen hasta yakınlarının hastaları için endişe durumları sorgulandığında; %40'ı çoğu zaman, %13'ü hiçbir zaman endişe duymadıklarını ifade etmiştir. Hasta yakınlarına “Kendiniz için endişe duyuyor musunuz?” diye sorulduğunda %40'ı hiçbir zaman endişe duymadıklarını belirtmiştir (Şekil-19).

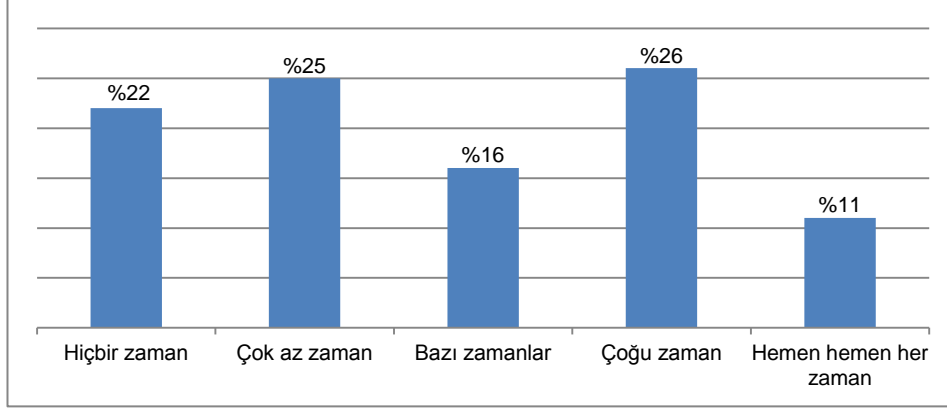


**Şekil-19:** İzole edilen hasta yakınlarının endişe durumları.

Hasta yakınlarının %29'unun kapıda bulunan izolasyon kartından rahatsızlık duymadığını, ancak %25'inin çoğu zaman rahatsızlık duyduğunu belirtmiştir (Şekil-20). Hasta yakınlarına “Ziyaretçiler geldiğinde izolasyon kartının varlığından rahatsızlık duyuyor musunuz?” sorusu sorulduğunda, %26'sı bu soruya çoğu zaman yanıtını verirken, %22'si hiçbir zaman rahatsızlık duymadıklarını ifade etmişlerdir (Şekil-21).



**Şekil-20:** İzole hasta yakınlarının “Kapıda bulunan izolasyon kartı sizi rahatsız ediyor mu?” sorusuna verdikleri cevaplar.



**Şekil-21:** İzole hasta yakınlarına “Ziyaretçiler geldiğinde izolasyon kartının varlığından rahatsızlık duyuyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar.

### **Doktor ve Hemşirelerin Sonuçları**

Doktor ve hemşirelerin, %25'i erkek, %75'i kadın idi. Doktor ve hemşireleri yaş gruplarına göre incelediğimizde %45 ile 25-29 yaş grubunun en yüksek, %1 ile 18-24 ve 45 yaş ve üstünün en düşük olduğu, %62'sinin dahiliye bölümünde çalıştığı, %44'ünün 1-5 yıl meslekte çalışma süresiyle en yüksek orana sahip, %62'sinin sosyo-ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu görüldü (Tablo-39).

**Tablo-39:** Doktor ve hemşire demografik özellikleri.

Ölçümler	Özet Ölçüt n (%)
Yaş	
18-24	1 (%1)
25-29	45 (%45)
30-34	29 (%29)
35-39	14 (%14)
40-44	10 (%10)
45 ve üstü	1 (%1)
Cinsiyet	
Erkek	25 (%25)
Kadın	75 (%75)
Sosyo-ekonomik Durumu	
İyi	34 (%34)
Orta	62 (%62)
Kötü	4 (%4)
Mevcut alışkanlıklar	
Yok	76 (%76)
Var	24 (%24)
Çalıştıkları Bölüm	
Cerrahi Bölümler	32 (%32)
Dahili Bölümler	62 (%62)
Cerrahi-Dahili Bölümler	6 (%6)
Meslekte Çalışma Süresi	
1-5 yıl	44 (%44)
6-11 yıl	30 (%30)
12-17 yıl	19 (%19)
18 yıl ve üstü	7 (%7)

Doktor ve hemşirelerin durumluk ve sürekli kaygı ölçeği değerlendirilmiş olup, iki meslek grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Tablo-40).

**Tablo-40:** Doktor ve hemşirelerin durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

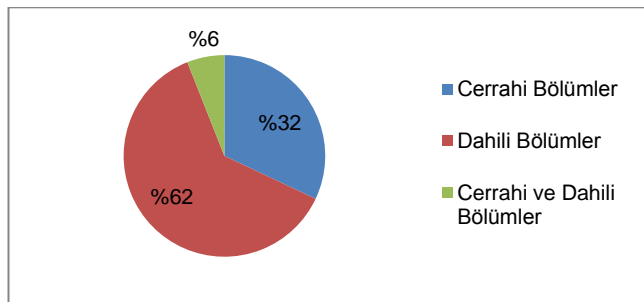
	Doktor	Hemşire	p
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b>			
Medyan (min-maks)	48,50 (30-76)	46,50 (23-71)	0,326
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği</b>			
Medyan (min-maks)	46,50 (29-69)	47,00 (32-67)	0,355

Doktor ve hemşirelerin yaş, cinsiyet ve sosyo-ekonomik durumları karşılaştırıldığında durumluk ve s¼rekli kayęı ¼lçeęi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı g¼r¼ld¼ (Tablo-41).

**Tablo-41:** Doktor ve hemşirelerin yaş, cinsiyet ve sosyo-ekonomik durumlarına karşılaştırıldığında durumluk ve s¼rekli kayęı ¼lçeęi sonuçları.

	Yaş grupları	Cinsiyet	Sosyo-ekonomik durum
<b>Durumluk Kayęı</b>			
¼lçeęi	0,515	0,899	0,459
p			
<b>S¼rekli Kayęı</b>			
¼lçeęi	0,335	0,786	0,145
P			

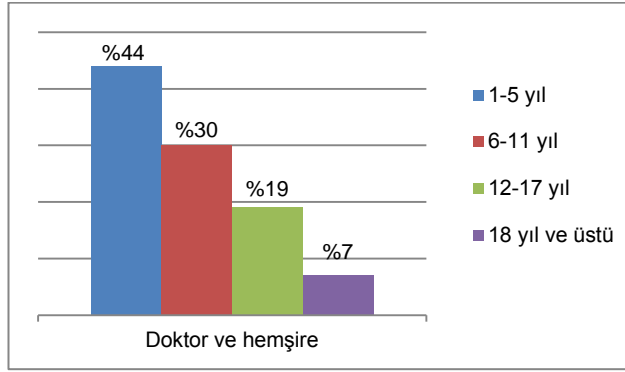
Çalışmaya g¼n¼ll¼ olarak katılan doktor ve hemşirelerin çalıştıkları b¼l¼mler ve dağılımları Şekil 22’de g¼sterilmiřtir. Doktor ve hemşirelere çalıştıkları b¼l¼mler sorulduğunda %62’sinin dahili b¼l¼mlerde, %32’sinin cerrahi b¼l¼mlerde ve %6’sının hem cerrahi hem de dahili b¼l¼mlerde (hemşireler) alıştıklarını belirtmişlerdir. Doktor ve hemşirelerin çalıştıkları kliniklere g¼re durumluk ve s¼rekli kayęı ¼lçeęi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Durumluk kayęı için  $p=0,352$ ; s¼rekli kayęı  $p=0,395$ ).



**Şekil-22:** Doktor ve hemşirelerin çalıştıkları b¼l¼mlerin dağılımları.

Doktor ve hemşirelerin mevcut alışkanlıkları olanlar ve olmayanlar arasında durumluk ve s¼rekli kayęı ¼lçeęi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (Durumluk kayęı için  $p=0,319$ ;

sürekli kaygı  $p=0,997$ ). Doktor ve hemşirelerin meslekte çalışma süreleri Şekil-23'de gösterilmiştir. Bu kişilerin meslekte çalışma sürelerine göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Durumluk kaygı için  $p=0,205$ ; sürekli kaygı  $p=0,249$ ).



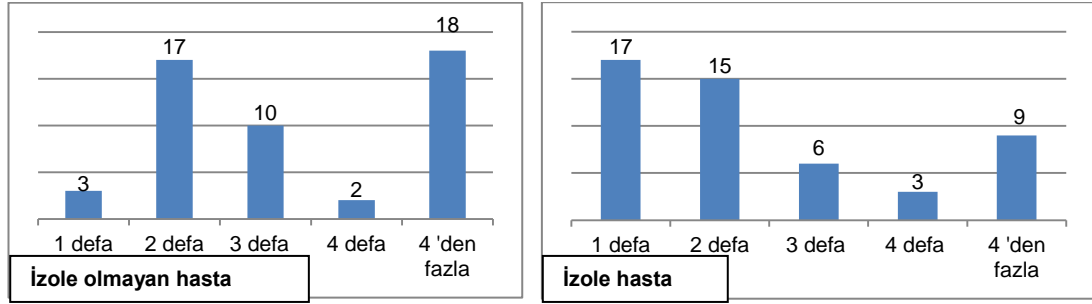
**Şekil-23:** Doktor ve hemşirelerin meslekte çalışma süreleri.

Hastanede çalışan doktor ve hemşirelerin %84'ünün izolasyon konusunda eğitim aldığı, ancak %16'sının bu konuda hiçbir eğitim almadığı öğrenildi. Doktor ve hemşirelerin izolasyon konusunda eğitim alan ve almayan gruplar arasında durumluk kaygı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, sürekli kaygı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Tablo-42). Hastane enfeksiyonu konusunda eğitim alan doktor ve hemşirelerde kaygı düzeyinin yüksek olduğu tespit edildi (Tablo-42).

**Tablo-42:** Doktor ve hemşirelerde izolasyon konusunda eğitim alan ve almayan gruplara göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

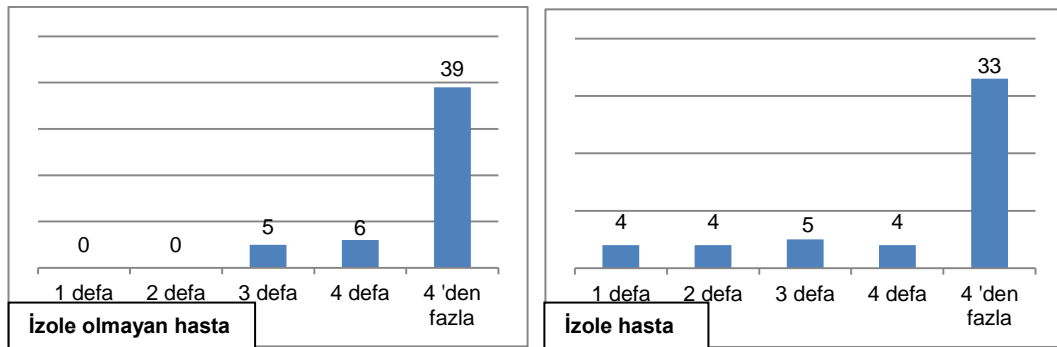
	Hastane enfeksiyonu konusunda eğitim almayan	Hastane enfeksiyonu konusunda eğitim alan	p
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b>			
Medyan (min-maks)	43,00 (33-62)	48,00 (23-76)	0,138
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği</b>			
Medyan (min-maks)	40,50 (36-62)	48,00 (29-69)	0,037

Doktorların izole olan ve olmayan hasta odalarına yaptıkları ziyaret sıklıkları araştırıldığında izole hasta odasına 4 defadan fazla uğrayan doktor sayısı 9 iken, izole olmayan hastada bu sayı 18 olarak belirlenmiştir (Şekil-24). Doktorların izolasyon uygulanan hasta odalarına daha az ziyaret ettikleri belirlenmiştir.



**Şekil-24:** Doktorların izole olan ve olmayan hasta odalarına günlük ziyaret sıklıkları.

Hemşirelerin izole olan ve olmayan hasta odalarına yaptıkları ziyaret sıklıkları araştırıldığında izole olmayan hasta odasına 4 defadan fazla uğrayan hemşirelerin sayısı 39 iken, izole hastada bu sayı 33 olarak belirlenmiştir (Şekil-25). Hemşirelerin izole olan ve olmayan hasta odalarına yapmış oldukları ziyaret sıklıklarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.



**Şekil-25:** Hemşirelerin izole olan ve olmayan hasta odalarına günlük ziyaret sıklıkları.

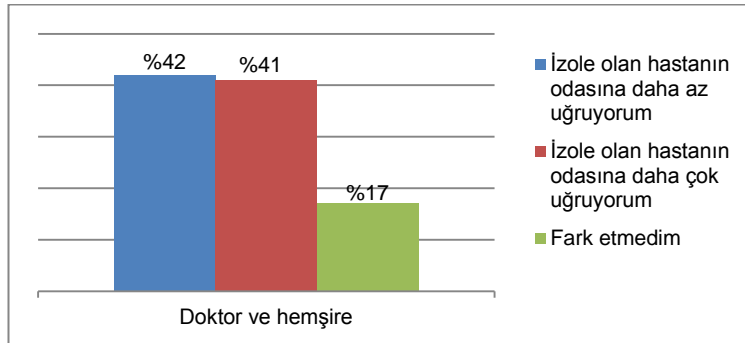
Doktor ve hemşirelere izole edilen hastaların izolasyon nedeni hakkında bilgi sahibi olup olmadığı sorulduğunda %11'i bilgi sahibi olmadığı, %89'unun ise bilgi sahibi olduğu ve bunların %64'ü sahip olduğu bilgileri

hastane enfeksiyon kontrol komitesinden öğrendiğini ifade etti. Hastane enfeksiyonu konusunda bilgilendirme yapılan ve yapılmayan doktor ve hemşireler karşılaştırıldığında durumluk ve sürekli kaygı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir (Tablo-43).

**Tablo-43:** Doktor ve hemşirelerde izolasyon konusunda bilgilendirme yapılan ve yapılmayan gruplara göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

	İzolasyon konusunda bilgilendirme yapılan	İzolasyon konusunda bilgilendirme yapılmayan	p
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b>			
Medyan (min-maks)	47,00 (23-76)	50,00 (35-62)	0,597
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği</b>			
Medyan (min-maks)	47,00 (29-69)	47,00 (35-62)	0,624

Doktor ve hemşirelerin izole olan ve olmayan hastalara ziyaret sıklıkları karşılaştırıldığında, durumluk ve sürekli kaygı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Durumluk kaygı için  $p=0,522$ ; sürekli kaygı için  $p=0,415$ ). Doktor ve hemşirelere izole olan hasta odalarına yaptıkları ziyaret sıklıkları sorulduğunda %42'si izole olan hastaların odasına daha az uğradığını belirtmiştir (Şekil-26).



**Şekil-26:** Doktor ve hemşirelerin izole olan hastaların odasına ziyaret sıklığı.

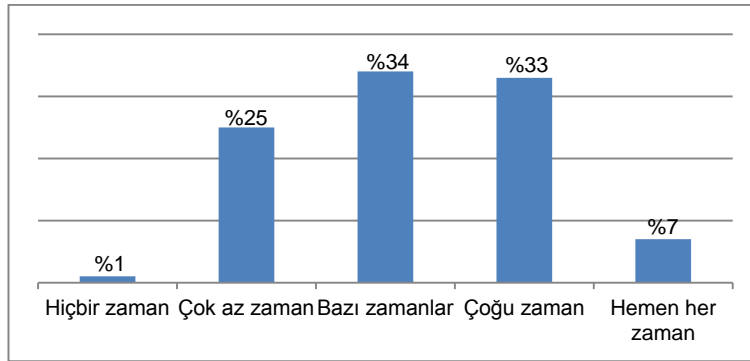
İzole olan hastaların izolasyon kurallarına uyup uymadıkları sorulduğunda, doktor ve hemşirelerin %61'inin hastaların izolasyon kurallarına uymadığını belirtmiştir. İzolasyon uygulanan hastaların izolasyon kurallarına uyup uymadıkları doktor ve hemşirelere sorulduğunda durumluk

ve sürekli kaygı ölçeği açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo-44).

**Tablo-44:** İzole olan hastaların izolasyon kurallarına uyup uymadığının doktor ve hemşireler üzerindeki durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

	izole olan hastalar izolasyon kurallarına uyuyor	izole olan hastalar izolasyon kurallarına uymuyor	p
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b>			
Medyan (min-maks)	48,00 (23-76)	45,00 (26-71)	0,294
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği</b>			
Medyan (min-maks)	46,00 (32-69)	47,00 (29-64)	0,893

Doktor ve hemşirelere “İzolasyon uygulanan hasta sizde endişe yaratıyor mu?” sorusu sorulduğunda, alınan sonuçlar Şekil-27’de gösterilmiştir. Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo-45). Bazı zamanlar ve çoğu zaman cevabını veren doktor ve hemşirelerde daha yüksek anksiyete ve depresyon skorlarına erişildiği gözlenmiştir (Tablo-45).



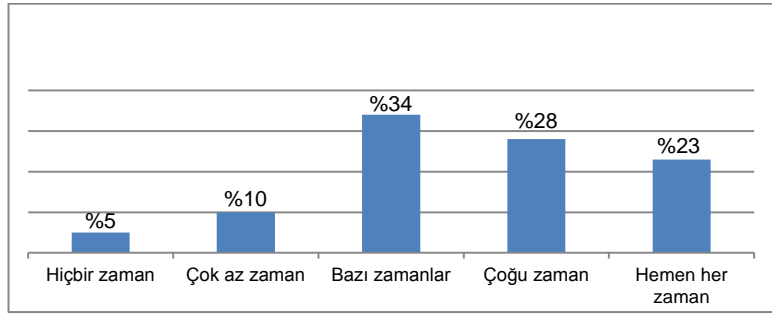
**Şekil-27:** Doktor ve hemşirelerin “İzolasyon uygulanan hastalar sizde endişe yaratıyor mu?” sorusuna verdikleri cevaplar.



**Tablo-45:** İzolasyon uygulanan hastanın doktor ve hemşirelerde yaratmış olduğu endişe.

	Hiçbir zaman	Çok az zaman	Bazı zamanlar	Çoğu zaman	Hemen her zaman	p
<b>Durumluk Kaygı</b>						
<b>Ölçeği</b>	36,00	46,00	48,00	47,00	45,00	0,655
Medyan (min-maks)	(36-36)	(23-76)	(26-71)	(28-62)	(29-52)	
<b>Sürekli Kaygı</b>						
<b>Ölçeği</b>	45,00	47,00	45,00	48,00	47,00	0,936
Medyan (min-maks)	(45-45)	(29-63)	(33-69)	(32-63)	(41-67)	

Doktor ve hemşirelere “İzolasyon kurallarına uymanın iş yükünüzü arttırdığına inanıyor musunuz?” sorusu sorulduğunda, alınan sonuçlar Şekil-28’de gösterilmiştir. Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo-46). Çoğu zaman cevabını veren doktor ve hemşirelerde anksiyete ve depresyon skorları daha yüksek olarak tespit edilmiş olup iş yükünün fazlalığından şikayet edenlerde anksiyetenin yüksek oranda saptandığı gözlenmiştir.



**Şekil-28:** Doktor ve hemşirelerin “İzolasyon kurallarına uymanın iş yükünüzü arttırdığına inanıyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar.

**Tablo-46:** İzolasyon kuralları sebebiyle artan iş yükünün doktor ve hemşirelerde yaratmış olduğu endişe durumları.

	Hiçbir zaman	Çok az zaman	Bazı zamanlar	Çoğu zaman	Hemen her zaman	p
<b>Durumluk Kaygı</b>						
<b>Ölçeği</b>	43,00	43,50	47,50	52,50	44,00	0,102
Medyan (min-maks)	(36-69)	(33-63)	(26-76)	(30-71)	(23-60)	
<b>Sürekli Kaygı</b>						
<b>Ölçeği</b>	49,00	44,50	47,00	49,50	45,00	0,123
Medyan (min-maks)	(32-69)	(36-64)	(33-57)	(29-63)	(33-63)	

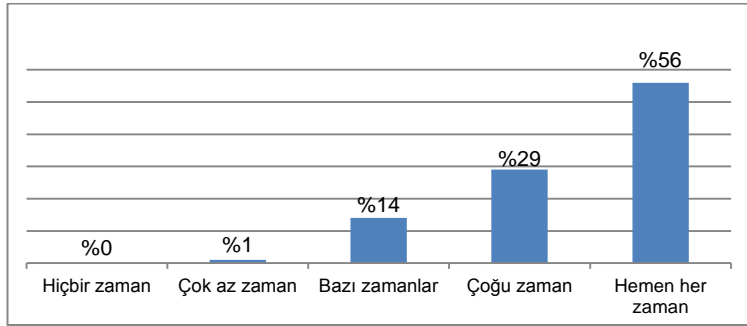
Doktor ve hemşirelere “Evde bulunan yakınınıza enfeksiyon bulaştırma endişesi duyuyor musunuz?” sorusu sorulduğunda, alınan sonuçlar Şekil-29’da gösterilmiştir. Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo-47). Hiçbir zaman ve hemen her zaman cevabını veren doktor ve hemşirelerde anksiyete ve depresyon skorları daha yüksek olarak tespit edilmiş olup evde bulunan yakınına enfeksiyon bulaştırma riskinden korktuğu saptanmıştır.

**Tablo-47:** “Evde bulunan yakınınıza enfeksiyon bulaştırma endişesi duyuyor musunuz?” sorusunun doktor ve hemşirelerde yaratmış olduğu endişe.

	Hiçbir zaman	Çok az zaman	Bazı zamanlar	Çoğu zaman	Hemen her zaman	p
<b>Durumluk Kaygı</b>						
<b>Ölçeği</b>	53,00	48,00	45,00	47,00	49,00	0,449
Medyan (min-maks)	(42-55)	(23-76)	(28-67)	(33-71)	(29-69)	
<b>Sürekli Kaygı</b>						
<b>Ölçeği</b>	45,50	46,00	42,50	47,00	48,50	0,237
Medyan (min-maks)	(42-54)	(33-61)	(29-57)	(35-64)	(35-69)	

Doktor ve hemşirelere “İzolasyonun gerekliliğine inanıyor musunuz?” sorusu sorulduğunda, alınan sonuçlar Şekil-30’da gösterilmiştir.

Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo-48). İzolasyon gerekliliğine hemen her zaman cevabını veren doktor ve hemşirelerde ankiyete ve depresyon az görülürken, çok az cevabını verenlerde ise yüksek oranda kaygı skorlarına erişildiği tespit edilmiştir (Tablo-48).



**Şekil-30:** Doktor ve hemşirelerin “İzolasyonun gerekliliğine inanıyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar.

**Tablo-48:** “İzolasyonun gerekliliğine inanıyor musunuz?” sorusunun doktor ve hemşirelerde yaratmış olduğu endişe durumları.

	Hiçbir zaman	Çok az zaman	Bazı zamanlar	Çoğu zaman	Hemen her zaman	p
<b>Durumluk Kaygı</b>						
<b>Ölçeği</b>	--	52,00	47,50	47,00	46,00	0,298
Medyan (min-maks)		(52-52)	(28-62)	(30-71)	(23-76)	
<b>Sürekli Kaygı</b>						
<b>Ölçeği</b>	--	54,00	46,50	49,00	46,00	0,541
Medyan (min-maks)		(54-54)	(33-63)	(29-60)	(32-69)	

## Hastane Çalışanları Sonuçları

Hastane çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumları, medeni durumları, sosyo-ekonomik durumları), çalıştığı bölüm ve meslekte çalışma süresi Tablo-49'da gösterilmiştir.

**Tablo-49:** Hastane çalışanlarının demografik özellikleri.

Ölçümler	Özet Ölçüt n (%)
Yaş	
18-24	4 (%4)
25-29	9 (%9)
30-34	30 (%30)
35-39	21 (%21)
40-44	26 (%26)
45 ve üstü	10 (%10)
Cinsiyet	
Erkek	50 (%50)
Kadın	50 (%50)
Eğitim durumu	
Okuryazar değil	1 (%1)
Okuryazar	0 (%0)
İlkokul	19 (%19)
Ortaokul	16 (%16)
Lise	53 (%53)
Üniversite	11 (%11)
Medeni Durumu	
Bekar	20 (%20)
Evlü	80 (%80)
Dul	0 (%0)
Sosyo-ekonomik Durumu	
İyi	14 (%14)
Orta	58 (%58)
Kötü	28 (%28)
Mevcut alışkanlıklar	
Yok	58 (%58)
Var	42 (%42)
Çalıştıkları Bölüm	
Cerrahi Bölümler	45 (%45)
Dahili Bölümler	55 (%55)

Hastane personelinin durumluk ve sürekli kaygı ölçeği medyan değerleri Tablo-50'de sunulmuştur.

**Tablo-50:** Hastane personelinin durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

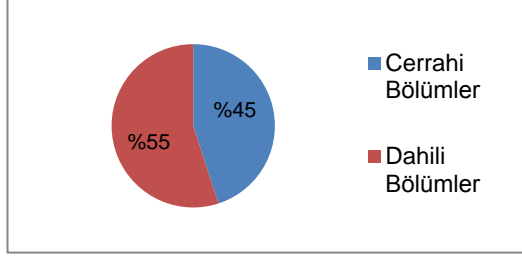
Hastane personeli	
<b>Durumluk Kaygı</b>	
<b>Ölçeği</b>	48,00 (26-69)
Medyan (min-maks)	
<b>Sürekli Kaygı</b>	
<b>Ölçeği</b>	47,00 (24-65)
Medyan (min-maks)	

Hastane çalışanlarının yaş grupları, cinsiyetleri, eğitim durumları, medeni durumları ve sosyo-ekonomik durumları incelendiğinde durumluk ve sürekli kaygı ölçeğinde anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo-51).

**Tablo-51:** Hastane çalışanlarının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu ve sosyo-ekonomik durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

	Yaş	Cinsiyet	Eğitim Durumu	Medeni Durum	Sosyo-ekonomik Durum
<b>Durumluk Kaygı</b>					
<b>Ölçeği</b>	0,668	0,462	0,883	0,384	0,127
<b>p</b>					
<b>Sürekli Kaygı</b>					
<b>Ölçeği</b>	0,124	0,362	0,149	0,214	0,365
<b>P</b>					

Çalışmaya gönüllü olarak katılan hastane personelinin çalıştıkları bölümler Şekil-31'de gösterilmiştir.



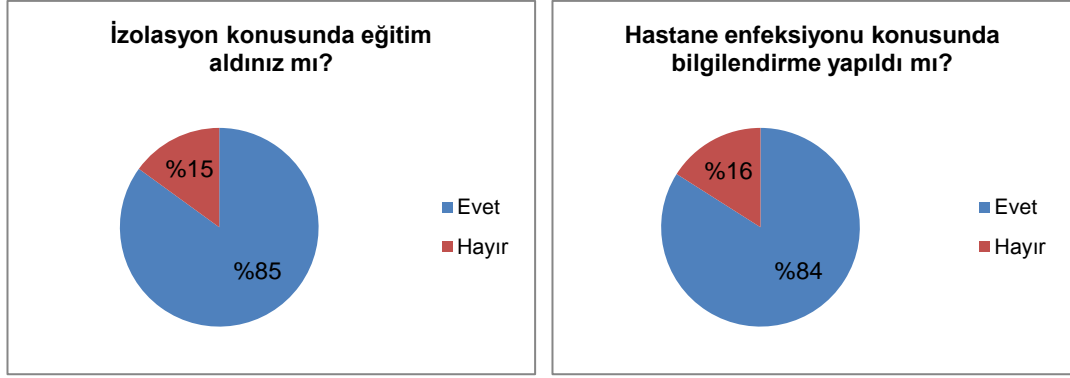
**Şekil-31:** Hastane personelinin çalıştığı bölümlerin dağılımı.

Hastane personelinin çalıştığı bölümlere göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo-52).

**Tablo-52:** Hastane personelinin çalıştığı bölümlere göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

	Cerrahi Bölümler	Dahili Bölümler	p
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b>			
Medyan (min-maks)	48,00 (26-60)	48,00 (29-69)	0,964
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği</b>			
Medyan (min-maks)	48,00 (28-61)	47,00 (24-65)	0,787

Hastane çalışanlarının %15'inin izolasyon konusunda eğitim almadığı, %85'inin eğitim aldığı; izole edilen hastaların izolasyon nedeni hakkında bilgi sahibi olup olmadığı sorulduğunda %16'sı bilgi sahibi olmadığı, %84'ünün ise bilgi sahibi olduğu görülmüştür (Şekil-32). İzolasyon uygulanan hastalar hakkında bilgilendirme yapılan ve bilgilendirme yapılmayanlar karşılaştırıldığında durumluk ve sürekli kaygı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiş olmasına rağmen izolasyon konusunda bilgilendirme yapılmayan hastalarda anksiyetenin daha yoğun olduğu tespit edilmiştir (Tablo-53).

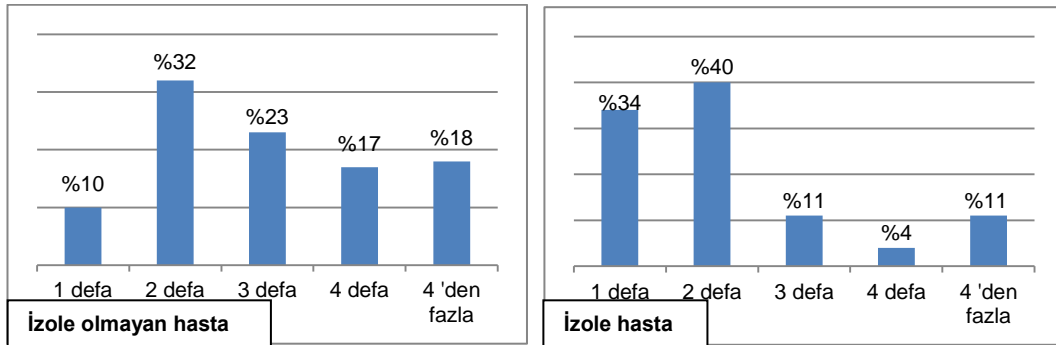


**Şekil-32:** İzolasyon konusunda eğitim alan ve almayan ile hastane enfeksiyonu konusunda bilgilendirme yapılan ve yapılmayanların dağılımı.

**Tablo-53:** Hastane personelinin izolasyon konusunda bilgilendirme yapılan ve yapılmayan gruplara göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

	İzolasyon konusunda bilgilendirme yapılan	İzolasyon konusunda bilgilendirme yapılmayan	p
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b>			
Medyan (min-maks)	47,00 (29-67)	51,50 (26-69)	0,155
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği</b>			
Medyan (min-maks)	47,00 (24-60)	49,50 (28-65)	0,066

Hastane personelinin izole olan ve olmayan hasta odalarına yaptıkları ziyaret sıklıkları karşılaştırıldığında izole olan hasta odasına daha az sıklıkta girildiği görülmüştür (Şekil-33). Hastane personelinin izole olan ve olmayan hasta odasına yapılan ziyaret sıklığının durumluk ve sürekli kaygı ölçeği ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo-54).



**Şekil-33:** Hastane personelinin izole olan ve olmayan hasta odalarına ziyaret sıklıkları.

**Tablo-54:** Hastane personelinin izole olmayan ve izole olan hastaların odasına yaptığı ziyaret sıklığının durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

	izole olmayan hasta p	izole olan hasta p
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b>	0,826	0,906
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği</b>	0,499	0,735

Hastane çalışanlarına “İzole olan hasta izolasyon kurallarına uyuyor mu?” sorusuna, %59’u uyuyor, %41’i uymuyor cevabını vermiştir. Hastane çalışanlarının izolasyon kurallarına uyup uymadığına göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği ile karşılaştırıldığında, durumluk kaygı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, sürekli kaygı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo-55). İzolasyon kurallarına uymadığına inanan hastane personeline daha yüksek kaygı skorlarına erişildiği görülmüştür.

**Tablo-55:** Hastane personelinin izolasyon kurallarına uyup uymadığına göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği sonuçları.

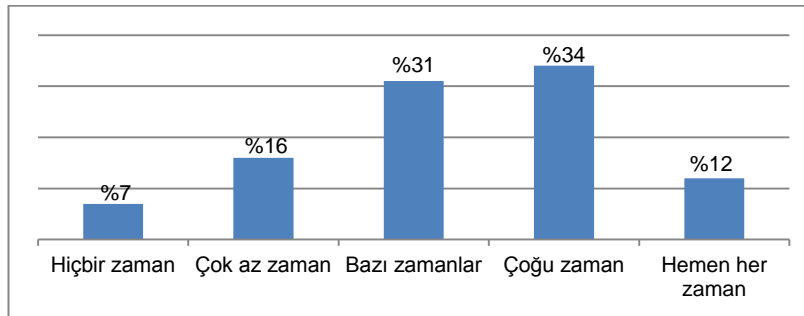
	izolasyon kurallarına uyuyor	izolasyon kurallarına uymuyor	p
<b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b>			
Medyan (min-maks)	45,00 (26-67)	50,00 (29-69)	0,004
<b>Sürekli Kaygı Ölçeği</b>			
Medyan (min-maks)	47,00 (24-60)	48,00 (28-65)	0,207

Hastane personeline “İzolasyon uygulanan hasta sizde endişe yaratıyor mu?” sorusu sorulduğunda, alınan cevaplar Şekil-34’de gösterilmiştir. Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür (Tablo-56). İzolasyon uygulanan hastaların hastane personeline yarattığı endişe en çok çoğu zaman cevabını verenlerde görülmüştür (Tablo-57).



**Tablo-56:** Hastane çalışanlarına “İzolasyon uygulanan hasta sizde endişe yaratıyor mu?” sorusuna verilen yanıtlara göre istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturan durumluk ve sürekli kaygı ölçeği p değerleri.

	Durumluk Kaygı Ölçeği p	Sürekli Kaygı Ölçeği p
Hiçbir zaman		
Çok az zaman	0,032	0,061
Çok az zaman		
Bazı zamanlar	0,013	0,220
Çok az zaman		
Hemen her zaman	0,016	0,012
Çoğu zaman		
Hemen her zaman	0,140	0,011

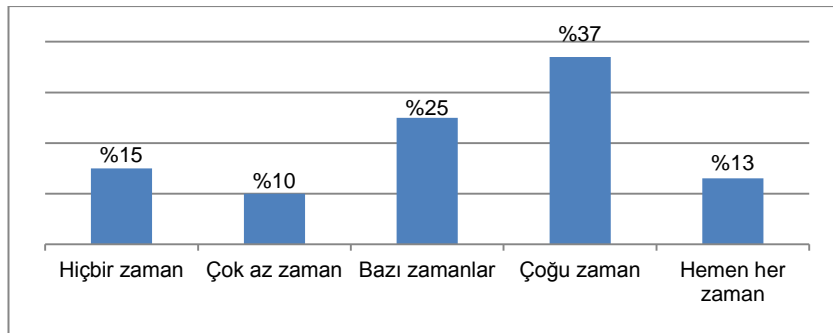


**Şekil-34:** Hastane personelinin “İzolasyon uygulanan hastalar sizde endişe yaratıyor mu?” sorusuna verdikleri cevaplar.

**Tablo-57:** İzolasyon uygulanan hastanın hastane çalışanlarında yaratmış olduğu endişe.

	Hiçbir zaman	Çok az zaman	Bazı zamanlar	Çoğu zaman	Hemen her zaman	p
<b>Durumluk Kaygı</b>						
<b>Ölçeği</b>	43,00	49,00	45,00	52,00	46,00	0,039
Medyan (min-maks)	(29-62)	(37-69)	(26-61)	(33-67)	(29-54)	
<b>Sürekli Kaygı</b>						
<b>Ölçeği</b>	45,00	49,50	48,00	50,00	41,50	0,045
Medyan (min-maks)	(24-50)	(32-61)	(28-65)	(34-60)	(35-50)	

Hastane personelinin “İzolasyon kurallarına uymanın iş yükünüzü arttırdığına inanıyor musunuz?” sorusu sorulduğunda, alınan sonuçlar Şekil-35’de gösterilmiştir. Durumluk kaygı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark varken, sürekli kaygı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo-58). İzolasyon kurallarına uymanın iş yükü konusunda hastane çalışanlarında yaratmış olduğu endişeye göre durumluk kaygı ölçeği sonuçları Tablo-59’da ayrıntılı olarak verilmiştir. Hemen her zaman cevabı veren hastane personeline anksiyete ve depresyon skorlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo-58).



**Şekil-35:** Hastane personelinin “İzolasyon kurallarına uymanın iş yükünüzü arttırdığına inanıyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar.

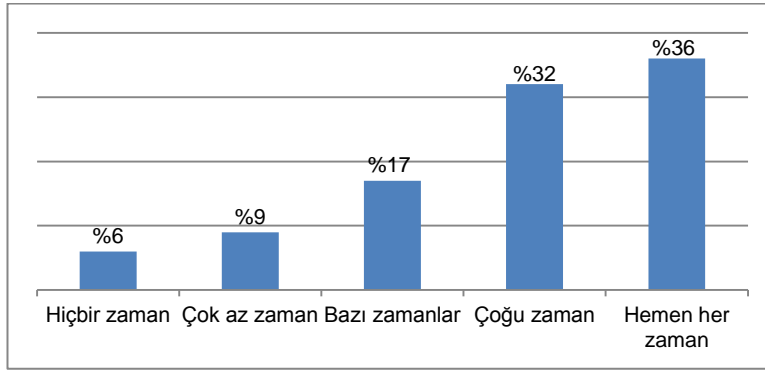
**Tablo-58:** İzolasyon kuralları sebebiyle artan iş yükünün hastane personelinde yaratmış olduğu endişe.

	Hiçbir zaman	Çok az zaman	Bazı zamanlar	Çoğu zaman	Hemen her zaman	p
<b>Durumluk Kaygı</b>						
<b>Ölçeği</b>	35,00	36,00	49,00	49,00	50,00	0,001
Medyan (min-maks)	(29-62)	(30-55)	(32-69)	(26-67)	(29-61)	
<b>Sürekli Kaygı</b>						
<b>Ölçeği</b>	45,00	45,50	47,00	48,00	50,00	0,198
Medyan (min-maks)	(24-61)	(28-52)	(38-60)	(31-60)	(36-65)	

**Tablo-59:** İzolasyon kurallarına uymanın iş yükü konusunda hastane çalışanlarında yaratmış olduğu endişeye göre durumluk kaygı ölçeği sonuçları.

<b>Durumluk Kaygı Ölçeği</b>	
	<b>p</b>
<b>Hiçbir zaman</b>	
<b>Bazı zamanlar</b>	0,004
<b>Hiçbir zaman</b>	
<b>Çoğu zaman</b>	0,002
<b>Hiçbir zaman</b>	
<b>Hemen her zaman</b>	0,014
<b>Çok az zaman</b>	
<b>Bazı zamanlar</b>	0,005
<b>Çok az zaman</b>	
<b>Çoğu zaman</b>	0,003
<b>Çok az zaman</b>	
<b>Hemen her zaman</b>	0,009

Hastane çalışanlarına “Evde bulunan yakınınıza enfeksiyon bulaştırma endişesi duyuyor musunuz?” sorusu sorulduğunda, alınan sonuçlar Şekil-36’da gösterilmiştir. Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo-60).



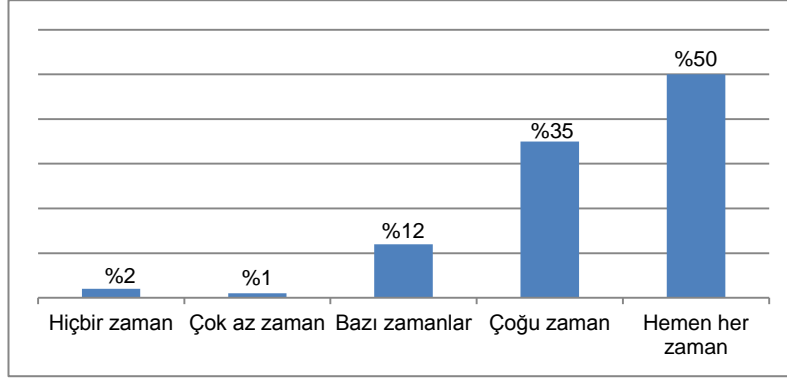
**Şekil-36:** Hastane personelinin “Evde bulunan yakınınıza enfeksiyon bulaştırma endişesi duyuyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar.

**Tablo-60:** “Evde bulunan yakınınıza enfeksiyon bulaştırma endişesi duyuyor musunuz?” sorusunun hastane çalışanlarında yaratmış olduğu endişe.

	Hiçbir zaman	Çok az zaman	Bazı zamanlar	Çoğu zaman	Hemen her zaman	p
<b>Durumluk Kaygı</b>						
<b>Ölçeği</b>	44,50	50,00	43,00	49,50	48,00	0,120
Medyan (min-maks)	(29-62)	(43-69)	(31-55)	(33-61)	(26-67)	
<b>Sürekli Kaygı</b>						
<b>Ölçeği</b>	42,50	47,00	46,00	48,00	46,50	0,238
Medyan (min-maks)	(24-50)	(43-55)	(28-55)	(38-65)	(31-61)	

Hastane çalışanlarının “İzolasyonun gerekliliğine inanıyor musunuz?” sorusu sorulduğunda, alınan sonuçlar Şekil-37’de gösterilmiştir. Hastane çalışanlarına izolasyonun gerekliliğine inanıp inanmadıkları sorulduğunda

durumluk ve sürekli kaygı ölçeği karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo-61).



**Şekil-37:** Hastane personelinin “İzolasyonun gerekliliğine inanıyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar.

**Tablo-61:** “İzolasyonun gerekliliğine inanıyor musunuz?” sorusunun hastane çalışanlarında yaratmış olduğu endişe.

	Hiçbir zaman	Çok az zaman	Bazı zamanlar	Çoğu zaman	Hemen her zaman	p
<b>Durumluk Kaygı</b>						
<b>Ölçeği</b>	40,50	46,00	50,50	49,00	46,00	0,383
Medyan (min-maks)	(31-50)	(46-46)	(29-62)	(33-67)	(26-69)	
<b>Sürekli Kaygı</b>						
<b>Ölçeği</b>	39,50	49,00	45,50	48,00	47,00	0,278
Medyan (min-maks)	(35-44)	(49-49)	(24,61)	(28-65)	(31-58)	

## TARTIŞMA

Yirminci yüzyılın başında enfeksiyon kontrolünde izolasyon en önemli konulardan birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Son zamanlarda enfeksiyon kontrolünde birçok yenilik olmasına karşın, özellikle çok ilaca dirençli bakteriler, SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome), tüberküloz, KKHA (Kırım Kongo Hemorajik Ateş), Kuş Gribi gibi çok bulaşıcı enfeksiyonların kontrolünde izolasyon büyük önem taşımaktadır. Hastaların izolasyonunda amaç, enfekte veya kolonize hastalardan diğer hastalara, hasta ziyaretçilerine ve sağlık personeline mikroorganizmaların bulaşmalarını önlemektir. Bugün bu konuda en önemli tartışma hem sağlık personeli hem de hastalar için en etkin, güvenilir ve ekonomik izolasyonun nasıl yapılması gerektiğidir. Birçok hastanede izolasyon işlemleri ile ilgili yazılı rehberler bulunmasına karşın, bunlar genellikle etkin olarak kullanılmamaktadır (20). Bunun nedenleri arasında en önemli faktör klinisyenler ve hasta bakımından sorumlu olan hemşirelere bu rehberlerin uygun olmamasıdır. Enfeksiyon kontrol personelinin yeterince denetleyememesi ve uygulamadaki eksiklikler, hastane planının izolasyon gereksinimlerine uygun olmaması, birçok gelişmiş mikrobiyoloji laboratuvarında bile kaynak, özgül bulaşıcı patojenlerin tanımlanması ve/veya antibiyotik dirençli bakterilerin tanımlanmasıyla ilgili yeterli donanım veya tecrübenin olmamasıdır. Birçok hastanede bulaşıcı enfeksiyonu olan kişilerin hastane personeli ve ziyaretçiler ile ilgili ilişkilerin sınırlandırılmasıyla ilgili problemler sıklıkla yaşanmakta ve bununla ilgili yaptırımlar uygulanmadığı sürece devam edecek gibi görünmektedir. Birçok hastanede özel olarak tasarlanmış izolasyon odası yoktur. Genellikle tek yataklı odalar veya suit odalar izolasyon odası olarak kullanılmaktadır. Uygun bariyerler ve el yıkama uygulandığında, gastrointestinal enfeksiyon veya solunum yolu ile bulaşan enfeksiyonlar için bu uygulamalar yeterli olmaktadır. Ancak bariyer önlemleri iyi uygulanmadığında ve el hijyenine uyulmadığında bu enfeksiyonlar kolayca diğer hastalara bulaşabilmektedir (39).

Gammon J. ve ark.'nın (40) yapmış olduğu bir çalışmada izole olan hastalar kontrol grubu ile karşılaştırıldığında izolasyonun 7. gününde daha yüksek ortalama anksiyete ve depresyon skorlarına sahip iken, daha düşük benlik ve öz saygı skorlarına eriştikleri görülmüştür. İzole edilen hastalardaki en önemli duygunun “aresizlik” olduğuna ve izolasyonun “negatif psikolojik etkilerine” dikkat çekmiştir. Wilkins ve ark.'nın (41) yapmış olduğu bir diğer çalışmada ise izolasyon uygulanan hastalarda, anksiyete oranının hastanede yatış süresi uzadıkça belirgin derecede arttığı görülmüştür. Tarzi ve ark.'nın (42) yapmış oldukları başka bir çalışmada ise izolasyon uygulanan hastaların, izole edilmeyen hastalara göre anlamlı düzeyde, daha yüksek depresyon ve anksiyete skorlarına sahip oldukları görülmüştür. Yapılan bu çalışmalar bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir. Çalışmamızda, izole olan ve izole olmayan hastaların durumluk ve sürekli kaygı leği karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü. İzole edilen hastalarda anksiyete ve depresyon skoru daha yüksek bulundu. İzole edilen hastaların durumluk kaygı leği izolasyonun 7. gününde artarken, sürekli kaygı ölçeğinde değişiklik olmadığı görüldü (Tablo-4). Buna karşın izole edilmeyen hastada durumluk ve sürekli kaygı leği hastanede yatış süresi uzadıkça azaldığı gözlendi. Hasta psikolojisinin değerlendirildiği çalışmaların çoğunda, hastanın ruh hali ve psikolojisini değerlendirmek için standardize edilmiş puanlama skalaları kullanılmıştır. Buna ek olarak izolasyon süresince yapılan değerlendirmenin zamanlaması da oldukça değerşkendir. Yine de çalışmaların çoğunda depresyon, anksiyete, korku ve kin duygularının artmış olması izolasyon uygulanan hastalarda ruhsal durumunu etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. İzolasyonun psikolojik olarak hasta üzerinde negatif etki yaratmasındaki nedenler arasında hasta ile iletişimin tam olarak kurulamaması sonucunda belirsizliklerin artması gelmektedir (40). Bizim alışmamızda izolasyon uygulanan hastalarda izolasyon nedeni hakkında bilgilendirilme yapılmayan hastaların 7. günde durumluk kaygı leğinin arttığı görüldü. Hasta psikolojisi üzerinde bilgilendirilmeyen grupta anksiyete ve depresyonun arttırıcı etkisi tespit edildi.

İzolasyon uygulanan ve uygulanmayan hastalar anksiyete ve depresyon açısından karşılaştırıldığında anlamlı farklılık görülmeyen çalışmalarda mevcuttur. Wassenberg ve ark.'nın (43) yapmış olduğu bir çalışmada izole edilen 42 hasta ile izolasyon uygulanmayan 84 hasta çalışmaya dahil edilmiş ve izole edilen hastalara temas izolasyonu uygulanmıştır. Kısa süreli izolasyonda, izolasyon uygulanan hastalar kontrol grupları ile karşılaştırıldığında; hastalarda anksiyete, depresyona ve hayat kalitesinde azalmaya yol açmadığı hatta hastaların izolasyon önlemlerine pozitif bir bakış açısı getirdiği sonucuna varılmıştır. Kısa süreli izolasyonun hastalar üzerindeki psikolojik olarak yıkıcı etkisi bu çalışmada tespit edilmemiştir. Bizim çalışmamızın Wassenberg ve ark.'nın (43) yapmış olduğu çalışma ile benzerlik göstermediği görüldü. Çalışmamızda, izolasyonun hastalar üzerinde anksiyete ve depresyonu artırıcı etkisini tespit ettik. Kennedy ve Hamilton'ın (44) yapmış olduğu bir çalışmada spinal kord travmalı MRSA nedeni ile izole edilmiş ve izole edilmemiş hastaların anksiyete ve depresyon skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir. Bizim çalışmamızda izolasyon uygulanan hastalarda anksiyete ve depresyonun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kennedy ve ark.'nın (44) yapmış olduğu bir diğer çalışmada izolasyon uygulanan hastaların ortalama öfke skorunun izolasyon uygulanmamış olan hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu öfke skorunu arttıran temel nedeninin izolasyon uygulanan hastaların fonksiyonel bağımsızlıklarının ellerinden alınması olabileceği öne sürmüşlerdir. Yapılan bir diğer çalışmada ise MRSA ile kolonize olan ve tedavi alan hastalarda ortalama izolasyon süresi 4,5 hafta olarak belirlenmiş olup izolasyon süresi ile izolasyonun yaratmış olduğu depresyon ve anksiyete semptomları arasında korelasyon saptanmamıştır (42). Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) ve Vancomycin-resistant *Enterococcus species* (VRE) nedeniyle izole edilen hastalar ile izolasyon gerektirmeyen hastalar arasında izolasyon öncesinde anksiyete ve depresyon skorlarında belirgin farklılık yok iken, 1 hafta sonra izolasyon uygulanan hastalarda yüksek derecede anksiyete ve depresyon skorlarına ulaşıldığı gözlenmiştir (45).



Dirençli mikroorganizmalar, izolasyon uygulanan hastalarda duygu durumları üzerinde negatif etkiye neden olurken anksiyete düzeyinde de artışa neden olmaktadır. Bizim yapmış olduğumuz çalışmada ise izolasyonun 1. gününde izolasyon uygulanan hastalar ile kontrol grubu karşılaştırıldığında, izolasyon uygulanan hastaların daha yüksek anksiyete düzeyine sahip olduğu görülmüştür. İzolasyonun 7. gününde ise Catalano ve ark.'nın (45) yapmış olduğu çalışma ile aynı sonuçlara ulaşılrken, izolasyon süresi uzadıkça anksiyete skorlarında da artış gözlenmiştir.

İzolasyon uygulanan veya uygulanmayan hastaların hastanede tedavisi sırasında ciddi anksiyete, depresif belirtiler, şiddetli ve uzun post-travmatik stres bozuklukları cinsiyetlerine göre değişiklik gösterebilmektedir. Erken ve ciddi anksiyete belirtilerinin erken post-travmatik stres bozukluğu gelişiminin ön habercisi olabileceği akılda tutulmalıdır. Catalano ve ark.'nın (45) yapmış olduğu çalışmada izolasyon uygulanan 27 hasta ile izolasyon uygulanmayan 24 hastanın cinsiyetlerine göre anksiyete ve depresyon skorları değerlendirildiğinde her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda da cinsiyetler arası farklılık tespit edilmemiştir. İzolasyon uygulanan ve uygulanmayan hastalar cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında durumluk ve sürekli kaygı ölçeklerinde anlamlı farklılık görülmemiştir. İzolasyon uygulanan hastalarda izolasyonun birinci gününde erkek ve kadın hastalarda durumluk kaygı ölçeği skorları aynı iken, izolasyonun 7. gününde erkek hastalarda daha fazla anksiyete ve depresyon seviyesine erişildiği görülmüştür. Sürekli kaygı ölçeği ile karşılaştırıldığında izolasyonun 1. gününde ve 7. gününde kadınlarda daha fazla anksiyete ve depresyon skorlarına rastlandı. İzolasyonun süresi uzadıkça kadınlarda sürekli kaygı ölçeğinin arttığı, erkeklerde ise bir değişiklik olmadığı gözlendi. İzole olmayan hastalar ise durumluk kaygı ölçeği açısından karşılaştırıldığında kadın hastalarda daha yüksek anksiyete ve depresyon seviyelerine erişildiği görüldü. İzolasyon uygulansın veya uygulanmasın hastanede yatış süresi uzadıkça kadın hasta grubunda daha yoğun anksiyete düzeyine erişildiği gözlendi. Bir çalışmada, yoğun bakım ünitesinde yatan 32 hastanın birinci derecede yakınlarında kısa dönem psikolojik etkiler

araştırılmıştır. Yoğun bakımın hasta yakınlarına yüksek oranda stres yaşattığı; oluşan bu stresin kadınlarda erkeklere göre daha yüksek ve semptomlarının daha kalıcı olabileceği saptanmıştır ( $p<0,001$ ) (46). Bizim yaptığımız çalışmada ise, izole edilen hasta yakınları cinsiyetlerine göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği ile karşılaştırıldığında durumluk kaygı ölçeği kadınlarda, sürekli kaygı ölçeği ise erkeklerde daha yüksek olarak bulunmuştur. Her iki cinsiyette de anksiyete ve depresyon oranları birbirine yakın seviyelerde tespit edildi.

Depresif belirtiler ve kaygılanma kişinin sosyo-demografik faktörlerinden bir diğeri olan medeni durumdan da etkilenebilmektedir. Yapmış olduğumuz çalışmada izole edilen hastaların medeni durumlarına bakıldığında %68'inin evli, %17'sinin bekar, %15'inin dul olduğu saptandı. İzole edilen hastaların medeni durumları incelendiğinde sadece bekar ile dul hastalar arasında durumluk kaygı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken, sürekli kaygı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. İzolasyon süresi uzadıkça bu hasta grubunda anksiyetenin de buna paralel olarak arttığı görüldü. En düşük anksiyete ve depresyon evli hastalarda tespit edildi. Dul hastalarda anksiyete ve depresyon skorları bekar ve evli gruplara göre daha yüksek bulundu. Boşanma veya eşini kaybetmesi sonrası tek başına kalmak kişide özgüven kaybıyla birlikte kendisini sosyal ve ekonomik açıdan emniyette hissetmemesine neden olmaktadır. Burada önemli olan kişinin krizlerle nasıl başa çıkabileceğidir. Belirsizlik ne kadar fazla ise kaygının ortaya çıkma riskide o kadar artacaktır. Bizim eksiklerimiz arasında evli, bekar ve dul hasta popülasyonunu eşit oranda çalışmaya dahil edilmemesi olabilir. Çalışma öncesi hastaların psikolojik durumları ile ilgili bir araştırma yapmadık, sonraki çalışmalarda bunlar dikkate alınabilir.

Depresif belirtilerin şiddeti aynı zamanda sosyo-demografik faktörlerle ilişkili olabilir. Bu bakımdan hastanın yaşı depresif belirtilerin şiddeti ile ilişkilendirilebilir. Bizim çalışmamızda izolasyon uygulanan ve uygulanmayan hastalar yaşlarına göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği ile karşılaştırıldığında yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi.

İzolasyon uygulanan hastalarda en yüksek kaygı skorlarına 30-34 ve 40-44 yaş gruplarında, izolasyon uygulanmayan hastalarda ise 45 ve üstü yaş grubunda olduğu görüldü. İzolasyon uygulanan hastalarda özellikle orta yaş grubunda, izolasyon uygulanmayan hastaların ise daha büyük yaş gruplarında anksiyete ve depresyon belirtilerinin ortaya çıktığı tespit edildi. Hastanede kalış süresi uzadıkça hasta grupları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Kritik hastalık süresince hasta yakınlarının stres nedenleri ve stresle başa çıkma yollarını araştıran ve 39-49 yaş aralığında 133 hasta yakını kapsayan bir çalışmada, eğitim seviyesi düşük kadınların stres düzeyleri anlamlı derecede yüksek olarak bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (47). Hasta yakınlarında anksiyete ve depresyon semptomlarını araştıran diğer bir çalışmada da yüksek eğitim seviyesine sahip hasta yakınlarının stres düzeyinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu sonuç eğitim seviyesi yüksek olan hasta yakınlarının hasta hakkında verilen bilgileri daha iyi anladıklarını ve yeterli savunma mekanizması geliştirebildiklerini düşündürmüştür (48). Yapılan diğer bir çalışmada ise yoğun bakımda hasta yakınlarının kısa dönem psikolojik etkileri incelendiğinde hasta yakınlarının eğitim düzeylerinin %22'si üniversite, %62'sinin lise, %15'inin ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiş ve eğitim düzeyi düşük olan olgularda anksiyetenin daha yüksek olduğu bulunmuştur (46). Bizim yaptığımız çalışmamızda ise izole olan hasta yakınlarının yaşlara göre karşılaştırıldığında sürekli kaygı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken, kaygı ölçeği en yüksek 35 ile 39 yaş aralığında olduğu görülmüştür. İzole edilen hasta yakınları eğitim durumlarına göre incelendiğinde durumluk ve sürekli kaygı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Üniversite eğitimi almış olan hasta yakınlarında düşük, ilköğretim eğitimi almayanlarda ise yüksek seviyede anksiyete ve depresyon düzeylerine erişildiği saptandı. Aynı sonuçların izolasyon uygulanan ve uygulanmayan hastalar içinde geçerli olduğu görüldü. Üniversite mezunlarındaki anksiyete ve depresyonun ilköğretim mezunlarından çok daha az olduğu tespit edildi. Elde edilen bu sonucun eğitim seviyesi yükseldikçe kişinin bilgiye ulaşma kaynaklarının artmasına,

farklı kaynaklardan bilgi edinilmesine bağı olabileceği gibi eğitim seviyesi yükseldikçe anksiyetinin de ters orantılı olarak azalabileceği düşünöldü.

Meormen ve ark.'nın (49) çalışmasında ameliyat öncesi dönemdeki sıkıntıların büyük oranda bilgisizlikten kaynaklandığı belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da göröldüğü gibi eğitilmiş hastalarda bilinmezlik faktörü daha az etkin olacağından, anksiyetenin daha düşük olduğı göröldü. Diğer yandan bazı konularda detaylı bilgi sahibi olmanın anksiyeteyi arttırabileceği de unutulmamalıdır.

Hasta yakınlarının anksiyete ve depresyon belirtileri hastaya yakınlık derecesine göre değişiklik gösterebilir. Eş, kardeş, oğul, kız, anne ve baba farklı derecelerde tepki verebilirler. Bir çalışmada, eşlerin stres düzeyinin ailenin diğer üyelerine göre daha yüksek olduğı tespit edilmiş olup daha fazla anksiyete ve depresyon belirtileri (anksiyete %80 ve depresyon %39) gösterdiği görölmüştür (50). Eşlerin hastaları hakkında önemli kararlar vermek zorunda kaldıkları için stres düzeylerinin daha yüksek olduğı sonucuna varılmıştır (46). Çalışmamızda ise izole edilen hasta yakınları yakınlık derecelerine göre incelendiğinde durumluk kaygı ölçeğinde en yüksek kaygı değerinin hasta yakınlarının annelerinde olduğı tespit edilmiştir. Bu da toplumsal aile yapısı farklılığından ileri gelebilir. İzolasyon uygulanan hastaların refakatinde %36'sında çocuklarının, %34'ünde eşinin, %14'ünde anne ve babasının, %8'inde kardeşinin, %6'sında diğer tanıdıklarının bulunduğı göröldü. En yüksek kaygının hasta yakınının annelerinde tespit edilmesi, Türk aile yapısında annelerin daha korumacı özelliğinden ortaya çıkmış olabilir. Buna karşın, bazı hasta yakınlarındaki anksiyete, depresyon ve stres düzeyinin yakınlık derecesi ile ilişkisi olmadığını belirten yayınlar da bulunmaktadır (51). İzole edilen hastanın yanında duran ve hastanın bakımı ile ilgilenen kişilerin yakınlık derecesinin ülkelere göre farklılık gösterdiği görölmüştür. Rinaldi ve ark.'nın (52) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin çoğunun hastaların çocukları olduğunu ve ikinci sırada da eşlerinin geldiğini tespit etmiştir.

İzolasyon uygulanan ve uygulanmayan hastalar sosyo-ekonomik durumlarına göre durumluk ve sürekli kaygı ölçeği ile karşılaştırıldığında

anlamli farklılık gözlenmezken, izole edilen hasta yakınlarında sürekli kaygı ölçeğinde anlamli farklılık görüldü. İzole edilen hasta yakınlarının sosyo-ekonomik durumlarına bakıldığında %62'si orta, %18'i iyi, %20'sinin iyi olmadığı saptandı. Sosyo-ekonomik durumları açısından incelendiğinde sosyo-ekonomik durumu iyi olan ile orta olan arasında ve iyi olan ile iyi olmayan arasında istatistiksel olarak anlamli fark tespit edildi. Sosyo-ekonomik durumu iyi olmayan hastaların yüksek düzeyde sürekli kaygı seviyesinde olduğu tespit edildi. Aylık gelir seviyesi arttıkça anksiyete ve depresyon derecelerinde anlamli bir azalma olduğu görüldü.

Depresif belirtilerin şiddeti aynı zamanda sosyo-demografik faktörlerden mevcut alışkanlıklar ile ilişkili olabilir. Wilkins ve ark.'nın (41) yapmış olduğu çalışmada anksiyete ve depresyonun alkol ve sigara tüketimi ile ilişkili olmadığı saptandı. Bizim çalışmamızda ise izole edilen ve edilmeyen hastalar mevcut alışkanlıkları açısından incelendiğinde hastaların %68'inin mevcut alışkanlığının olmadığı, %20'sinin sigara, %8'nin alkol, %1'nin hem sigara hem alkol kullandığı görüldü. Mevcut alışkanlıkları açısından incelendiğinde durumluk kaygı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamli bir fark gözlemlendi. Anlamli farklılık gösteren gurubun mevcut alışkanlığı olmayan grup ile sigara kullanan grup arasında ve mevcut alışkanlığı olmayan ile alkol kullananlar arasında olduğu tespit edildi. En yüksek kaygı ölçeğinin alkol kullanan hastalar grubunda olduğu saptandı.

Knowles ve ark.'nın (53) yapmış olduğu çalışmada izolasyon uygulanan hastalara rehabilitasyon programı uygulanması sonucunda daha iyi iletişim kurarak hastanın kendini daha iyi hissetmesine yardımcı olacağını düşünmektedir. İzolasyon uygulanan odanın fiziki şartlarının ve manzarasının güzel olması hastayı olumlu olarak etkileyebileceğini belirtmiştir. Maunder ve ark.'nın (54) 2003 yılında yayınlamış olduğu bir çalışmada SARS salgını sonrasında oluşan psikolojik etkilere bakıldığında SARS nedeni ile izole edilmiş olan hastalarda en çok öne çıkan duygusal etkilerin kişide yaratmış olduğu korku, yalnızlık, sıkıntı ve öfke olduğunu tespit etmişlerdir.

Bireyler hastalıklarının aile fertleri ile arkadaşlarına bulaşması yönünde endişe duymuşlardır.

İzolasyon öncesi hastaya, hastalığı ile ilgili detaylı bilgi verilip emasyonel yönden hazırlamanın hastanın anksiyetesinin azalmasına, izolasyon gereksiniminin sebebini anlayıp bununla daha kolay başa çıkmasına yardımcı olacaktır. Rees ve ark.'nın (55) çalışması bunu doğrular niteliktedir. İzolasyon uygulanan hastalar ile iyi diyalog halinde bulunulması sonucunda memnuniyetin arttığı ve hasta psikolojisi üzerinde pozitif bir etki yarattığı görülmüştür. Powazek ve ark.'nın (56) izolasyon uygulanan kanserli çocukların psikolojik durumlarını, durumluk ve sürekli kaygı ölçeğini kullanarak incelemiştir. Yaşı daha büyük olan çocukların “kendi sağlık durumları ve sonuçlarının ciddiyetinin farkında oldukları” için anksiyete derecelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Knowless (53) tarafından yapılan bir çalışmada ise, izolasyondaki hastanın eğitimi ve bilgilendirilmesi sonrasında hastanın izolasyon sebebini anlamasına ve psikolojik yönden kişinin buna hazır hissetmesine ve sonrasında anksiyetesini azaltmaya yardımcı olabileceğini ifade etmiştir. Bizim çalışmamızda izolasyon uygulanan hastalara izolasyon nedeni hakkında bilgilendirme yapılan ve yapılmayanlar karşılaştırıldığında bilgilendirme yapılan hastalarda anksiyete ve depresyonun daha fazla olduğunu tespit ettik. İzolasyon nedeni hakkında bilgilendirme yapılan hastaların izolasyon süresi uzadıkça anksiyete ve depresyon semptomlarında azalma olurken, bilgilendirilme yapılmayan hastalarda ise izolasyon süresi uzadıkça psikolojik şikayetlerinin arttığını gördük. Ancak bizim çalışmamızda elde edilen bulguların, Rees ve ark.'nın yapmış olduğu çalışma ile uyum göstermemesinin nedenleri arasında bilgilendirilmenin tam olarak yapılamaması, iyi bir iletişimin kurulamaması ve sosyo-kültürel yapıların farklı olmasından kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir. Hastanın kaygı ve endişelerinin empatik bir şekilde dinlenmesi, hastada gerçekçi bir umut oluşmasını sağlayarak hastalıkla nasıl başa çıkacağı konusunda hastaya yardımcı olur.

Newton ve ark.'nın (57) yapmış olduğu bir çalışmada toplamda 19 hasta çalışmaya dahil edilmiş, bunların arasından 7'si kendisini dışlanmış olarak hissetmiş ve hemşirelerin kendileriyle yeterince ilgilenilmediğini belirtmişlerdir. Bir kısım hasta izolasyondan memnun iken çoğu hasta neden

izole edildikleri bilgisine sahip değildi. Yapmış olduğumuz çalışmada izole edilen hastaların izolasyon nedenlerini bilip bilmedikleri sorulduğunda 1. günde neden izole edildiği bilgisine sahip olanların oranı %49 iken bu oranın 7. günde %73'e yükseldiği görüldü. İzolasyonun 1. gününde hastane enfeksiyonu konusunda %61'i bilgi sahibi olmayıp, %19'u hem doktor hem de hemşire tarafından, %10'u sadece doktor tarafından, %8'i sadece hemşire tarafından bilgilendirilmişti. 7. günde ise %35'i sadece doktor, %34'ü doktor ve hemşire tarafından bilgilendirilip, %25'inin ise hala izolasyon nedeni hakkında bilgi sahibi olmadığı görüldü. İzole edilen hastaların izolasyona neden olan enfeksiyon kaynağınının 1. günde %72'si nasıl bulaştığını bilmeyip, %7'si dışarıdan gelen ziyaretçiler ve odadaki eşyalarla bulaşabileceğini; 7. günde ise izole edilen hastaların %47'si nasıl bulaştığını bilmeyip, %17'si odadaki eşyalardan, dışarıdan gelen ziyaretçiler ve hastanedeki el temasıyla bulaşabileceğini düşünmektedir. İzolasyonun süresi uzadıkça hastaların neden izole edildikleri bilgisi artmaktadır. Bu artışın ana nedeni olarak hastanın izolasyon malzemelerini fark etmesi, sonrasında doktor ve hemşirelerin davranışlarındaki değişiklikler ve zaman içinde bu enfeksiyon kaynağının hasta ile paylaşılmış olabileceği düşünüldü.

İzole edilen hastalara "İçinde bulunduğunuz durumdan kurtulma veya daha iyi hissetme konusunda ümidinizin azaldığı veya kaybolduğu oldu mu?" sorusu izolasyonun 1. ve 7. gününde sorulduğunda; izolasyonun 1. ve 7. günde hemen her zaman rahatsızlık duyanların durumluk ve sürekli kaygı ölçeği skoru en yüksek, hiçbir zaman cevabını verenlerde ise en düşük olduğu görüldü. İstatistiksel olarak durumluk ve sürekli kaygı ölçeğinde anlamlı bir farklılık olmasa da ümidinin azaldığı ve kaybolduğunu belirterek hemen her zaman cevabını veren hastalarda anksiyete ve depresyon oranlarının yüksek olduğu, hiçbir zaman rahatsızlık duymadıklarını belirten hastalarda anksiyete ve depresyon skorlarının en düşük seviyede olduğu saptandı. İzolasyon süresi uzadıkça anksiyete ve depresyon skorlarının buna paralel olarak arttığı tespit edildi.

Kirkland ve ark.'nın (58) Duke Üniversitesi'nde yapmış olduğu bir çalışmada izole edilen hastaların odasına ziyaret sıklığı ile izole edilmemiş

hastaların odasına yapılan ziyaret sıklığı karşılaştırıldığında izole edilen hasta odasına ziyaret sıklığının iki kat daha az olduğunu ifade etmişlerdir ( $p=0,003$ ). Evans ve ark.'nın (59) yapmış olduğu bir diğer çalışmada ise, yardımcı sağlık personelinin izole edilmemiş hastaların odalarına ziyaretin izole edilmiş olan hastalara göre daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Bir başka çalışmada, hastaneye yatırılmış temas önlemleri alınmış ve alınmamış olan hastaların 2-3 yıllık asistan ve uzman doktorlar tarafından yapılan sabah vizitlerindeki muayene sıklıkları karşılaştırılmıştır. Temas önlemleri altında olan hastaların uzman doktorlar tarafından yarı yarıya daha az sıklıkta muayene edildikleri görülmüştür. Asistan doktorların muayene sıklıklarında değişiklik gözlenmemiştir (60). Cohen E ve ark.'nın (61) bir çalışmasında ise doktorların izolasyon uygulanan ve uygulanmayan hasta odalarına yapmış oldukları ziyaretin günlük ortalama 9 dakika ile sınırlı kaldığı, bakım hizmeti kalitesinde ise hiçbir farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Wassenberg ve ark.'nın (43) yapmış olduğu bir çalışmada izolasyon uygulanan hastalarla uygulanmayan hastaların ziyaret sıklıkları karşılaştırılmış doktorların %12'isinde, hemşirelerin ise %29'unda ziyaret sıklığında azalma olduğu görülmüş. İzolasyonun hemşirelerin yapmış olduğu bakım kalitesini etkilemediği hatta arttırdığını, doktor ve hemşirelerle olan iletişimde değişikliklere neden olmadığını tespit etmişlerdir. Bizim yapmış olduğumuz çalışmada ise izolasyon uygulanan ve uygulanmayan hasta odalarına 1. ve 7. günde doktor ve hemşirelerin yapmış oldukları ziyaret sıklıklarına bakıldığında, doktorların hasta odalarına çoğunlukla günde 2 kez, hemşirelerin ise çoğunlukla 4'ten daha fazla ziyaret ettikleri tespit edildi. İzolasyon uygulanan ve uygulanmayan hastaların odalarını doktorların fazla ziyaret etmedikleri, hemşirelerin ise sık ziyaret ettikleri görüldü. Doktor ve hemşirelerin odayı az ya da sık ziyaret etmeleri sonrasında hastanın anksiyete ve depresyon skorlarında önemli bir değişikliğe neden olmadığı görüldü.

Daha önceki yapılan çalışmalarda izole edilen hastanın odasına 2 kat daha az ziyaret edilme sıklığı bizim çalışmamızda görülmedi. Saint ve ark.'nın (60) yaptığı diğer bir çalışmada ise izole edilmiş olan hastalar ile izole



edilmemiş hastaların doğrudan hasta bakımı ya da bakım hizmetinin kalitesi açısından karşılaştırıldığında bir farklılık göstermediği görülmüştür. Bizim çalışmamız Saint ve ark.'nın (60) yapmış olduğu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Hastanede çalışan doktor ve hemşireler, izolasyon konusunda eğitim alan ve almayan gruplar arasında sürekli kaygı ölçeği açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. İzolasyon konusunda eğitim alanların oranı %84 iken eğitim almayanların oranı %16 idi. İzolasyon konusunda eğitim alan doktor ve hemşirelerde daha yüksek anksiyete ve depresyon skorlarına erişildiği görüldü. İzolasyon konusunda bilgi sahibi olmayanlarda ise kaygı ölçeklerinin çok düşük olduğu görüldü.

Hastane çalışanlarında yapılan değerlendirmede, hastalara izolasyon kurallarına uyup uymadıkları sorulduğunda %59'u izolasyon kurallarına uydıklarını %41'i ise izolasyon kurallarına uymadıklarını belirtmişlerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken, durumluk kaygı ölçeği ile değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüş olup, en yüksek kaygı seviyesine izolasyon kurallarına uymayan grupta rastlanmıştır.

Hastaların uzun süre, yalnız başına aynı odada izole edilmesi hastada psikolojik olarak anksiyete ve depresyon semptomlarının artmasına neden olmaktadır (62). Sık sık izole edilen hastalarda bildirilen semptomlar depresyon, halüsinasyon, anksiyete ve uyku düzensizlikleridir (63). Peel ve ark.'nın (64) yapmış olduğu çalışmada, izolasyondan haftalar sonra bile psikolojik etkinin ortaya çıkabileceğini belirtmişlerdir. MacKellaig (65) izole edilen hastalarda hezeyan, halüsinasyon ve bellek bozukluklarını içeren davranış bozukluklarının oluşabileceğini bildirmiştir. Bizim çalışmamız davranış bozukluklarını ölçmedi. Yapmış olduğumuz çalışmada sadece 1. Ve 7. günler incelediği için hastaları uzun süre gözlem altında tutulmadığından hezeyan, halüsinasyon ve bellek bozukluklarını gözleme fırsatı olmadı. Daha sonraki çalışmalarımızda uzun süreli izolasyonda ortaya çıkabilecek bellek bozuklukları unutulmaması gereken bir durum gibi gözükmektedir.

Hastane personelinin “İzolasyon uygulanan hasta sizde endişe yaratıyor mu?” sorusu sorulduğunda, durumluk ve sürekli kaygı ölçeği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görüldü. İzolasyon uygulanan hastaların hastane personelinde yarattığı endişe en çok, çok az zaman cevabını verenlerde tespit edildi. Hiçbir zaman cevabını veren hastane personelinde ise en az endişeli olan grup olduğu saptandı. İzolasyon uygulanan hastada; stres, kaygı, depresyon ve anksiyete derecesi düşük olan personelin buna paralel olarak endişe skorunun da düşük olduğu görüldü.

Hastane personeline “İzolasyon kurallarına uymanın iş yükünüzü arttırdığına inanıyor musunuz?” sorusu sorulduğunda ise durumluk kaygı ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. En yüksek kaygı skoru ise hemen her zaman cevabını verenlerde tespit edildi. İzolasyon kurallarına uymanın iş yükünü hemen her zaman arttırdığına inanan personelin, anksiyete ve depresyonunun buna paralel olarak arttığı görüldü. İzolasyon kurallarına uymanın iş yükünü arttırdığına inanmayan personelde anksiyete ve depresyon en az oranda gözlemlendi.

İzolasyonun amaçlarından biri de uygulandığı hastaların fiziksel sağlığının mental fonksiyonlarını kötüleştirmeden iyileşmesine yardımcı olmaktır. Holland ve ark.'nın (66) yapmış oldukları çalışmada izolasyon uygulanan hastaların, anksiyetelerini azaltmak için izolasyon öncesinde duygusal olarak hazırlanmaları gerektiğini düşünmektedirler. Tecchio ve ark.'nın (67) yapmış olduğu bir çalışmada hematopoetik kök hücre nakli yapılan hastalarda koruyucu izolasyon sonrasında anksiyete düzeylerinde zaman içinde değişiklik olmazken, depresif semptomlar izolasyonun 2. haftasında en yüksek seviyeye eriştiği görülmüştür. Depresif semptomlarda artışın içine kapanık kişilik özelliği gösteren kadın hastalarda fazla olduğu tespit edilmiştir.

Kronik böbrek yetmezliği olan ve hemodialize giren hastaların, depresyon ve anksiyete gibi psikolojik problemlere eğilim gösterdiğini ortaya koymuştur. Hemodiyaliz tedavisi gören hastaların psikiyatrik değerlendirmeye alınması ve eğer gerekiyorsa psikiyatrik tedavi programlarının da başlatılması

hem hastaların psiko-sosyal adaptasyonlarını kolaylaştıracak, hem de tedavinin başarısını ve hastanın yaşam kalitesini arttıracaktır. Depresyon ve anksiyete gibi psikolojik hastalıklar diyaliz hastalarında birbirine eşlik eden çok rastlanan problemlerdendir. Hem hemodiyalize giren hem izolasyon uygulanan hastalarda anksiyete çok daha yüksek oranda saptanacaktır (68). İzolasyon öncesi tarama, kısa bir psikoterapi veya psikofarmakolojik tedaviler kişilerin anksiyete ve depresif semptomlarının azalmasına yardımcı olacaktır (69). Zerbe ve ark.'nın (70) yapmış olduğu diğer bir çalışmada izolasyon sonrası ortaya çıkan stresi azaltmak için izolasyon ünitesini ve prosedürlerini anlatan görsel ve eğitimsel materyaller önermektedir. Bizim alışmamızda ise, hastalara izolasyon öncesi böyle bir ön çalışma yapılmamıştır. İzolasyon uygulayan doktorlar ve hemşirelerin bu önerileri dikkate alıp uygulaması halinde daha düşük depresyon ve anksiyete seviyelerine ulaşılabileceği düşünölmektedir.

Stelfox ve ark.'nın (71) yapmış olduğu bir çalışmada MRSA nedeni ile izolasyon uygulanan hastalarla kontrol grupları karşılaştırıldığında izolasyon uygulananlarda daha fazla önlenbilir ve yan etkilerle karşılaşılmıştır. İzolasyon uygulananlarda daha az hasta bakımı ve daha fazla memnuniyetsizlik tespit edilmiştir. Sonuçta izole hastalar resmi olarak daha fazla şikayet ettikleri saptanmıştır. Bizim çalışmamız kısa süreli olduğundan şikayet tespit edilmedi ve hiçbir yan etki ile karşılaşılmadı. Stelfox ve ark.'nın (71) yapmış olduğu çalışmanın sonuçları ile uyum göstermediği göröldü. Farklılığın çalışmaların değişik ölkelerde yapılması ve doğal olarak sosyo-költürel yapılarıdaki farklılıkların etkili olduğunu düşünörmektedir.

## SONUÇ

Dirençli mikroorganizma nedeniyle izolasyon uygulanan ve uygulanmayan hastalar 1. ve 7. günde durumluk ve sürekli kaygı ölçeği ile karşılaştırıldığında, izolasyon uygulanan hastalarda anksiyete ve depresyon semptomlarının çok daha yüksek yaşandığı görüldü. İzole edilen hastaların durumluk kaygı ölçeği izolasyon süresi uzadıkça artarken, sürekli kaygı ölçeğinde değişiklik olmadığı tespit edildi. İzole edilmeyen hastada durumluk ve sürekli kaygı ölçeği hastanede yatış süresi uzadıkça azaldığı gözlemlendi. İzolasyon uygulanan hastalarda izolasyonun süresi uzadıkça durumluk kaygı ölçeği erkeklerde, sürekli kaygı ölçeğinin de kadınlarda artış olduğu saptandı. Dul hasta grubunda en yüksek, evli hasta grubunda ise en düşük depresif belirtilerin ve kaygıların yaşandığı tespit edildi. İzole olmayan kadın hastalar durumluk kaygı ölçeği açısından incelendiğinde, yüksek anksiyete ve depresyon skorlarına ulaşıldığı görüldü. Depresif belirtilerin eğitim düzeyi ile arasındaki ilişkiye bakıldığında eğitim düzeyi yükseldikçe anksiyete ve depresyonun azaldığı tespit edildi. Bilgilendirme yapılan hastalarda anksiyete ve depresyonun çok daha fazla olduğu belirlendi. İzolasyon nedeni hakkında bilgilendirme yapılan hastaların izolasyon süresi uzadıkça depresif semptomlarında azalma saptanırken, bilgilendirilme yapılmayan hastalarda ise izolasyon süresi uzadıkça psikolojik şikayetlerinin arttığı görüldü. İzolasyon konusunda eğitim alan hemşire ve doktorlarda yüksek derecede depresif belirtiler ve kaygı skorlarına ulaşıldığı sonucuna varıldı. İzole edilen hasta yakınlarında, sosyo-ekonomik durumu iyi olmayanlar ve annelerinde depresif belirtilerin yoğun olarak yaşandığı tespit edildi.

Yapmış olduğumuz çalışmada, hastane personeli, doktor ve hemşirelerin izolasyon kurallarına uymanın gerekliliğine inandıklarını gördük. Ancak, uyumla ilgili güçlükler sonucunda anksiyete ve depresyon seviyelerinde anlamlı derecede artış olduğunu saptadık. Eğitim düzeyi düşük olan hastaların anksiyete ve depresyonlarının daha yüksek olduğunu tespit ettik. Hasta yakınlarında görülen kaygı skorlarındaki yüksekliğin hastalarını

çok fazla düşünmesinden kaynaklanabileceği düşüncesine vardık. Annelerin daha kaygılı olmasını Türk toplum yapısının bir göstergesi olarak karşımıza çıkmasına bağladık.

İzolasyon önlemlerinin enfeksiyon kontrolü için önemi inkar edilemez. Uyum sorunu nedeniyle anksiyete artışı, çalışan, hasta ve hasta yakınlarında oluştuğu için bu uyumun artırılmasında eğitimin önemli bir rolü olduğu anlaşılmıştır. Hastaların ve hasta yakınlarının sosyo-kültürel düzeyine uygun şekilde bilgilendirilme ile bu sorunun çözülebileceğine inanmaktayız.

## KAYNAKLAR

1. Azap A, Balık İ. Nozokomiyal Viral Enfeksiyonlar. Türk Hastane İnfeksiyonları ve Kontrolü Derneği Hastane İnfeksiyonları. 1. Baskı. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi; 2013. 487-510.
2. Huskins WC, Rourke EJO, Rhinehart E, Goldmann DA. Infection control in countries with limited resources. In: Mayhall CG (eds). Hospital Epidemiology and Infection Control. 2nd edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2000. 1489-513.
3. Garner JS. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Guideline for isolation precautions in hospitals. Infect Control Hosp Epidemiol 1996;17:56-80.
4. Siegel J, Strausbaugh L, Jackson M, Rhinehart E, Chiarello LA. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Am J Infect Control 2007;35:65-164.
5. Garner JS, Hierholzer WJ. Controversies in isolation policies and practices. In: Wenzel RP (eds). Prevention and Control of Nosocomial infections. 2nd edition. Philadelphia: Williams and Wilkins; 1993. 70-81.
6. Meers P, Jacobsen W, Mc Pherson M. Hospital Infection Control for Nurses. 2nd edition. London: Chapman and Hall; 1994. 93-7.
7. Dokuzoğuz B. İzolasyon uygulamaları. Hastane İnfeksiyonları Dergisi 1997;1:69-74.
8. Sehulster L, Chinn RY. CDC; HICPAC. Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). MMWR Recomm Rep 2003;52(10):1-42.
9. Mandell GL, Douglas RG, Bennett JE, et al. Principles and Practise of Infectious Deseases 3rd edition. New York: Churcill Livingstone; 1990. 2180-2.
10. Poe SS, Larson E, McGuire D, Krumm S. A national survey of infection prevention practices on bone marrow transplant units. Oncol Nurs Forum 1994;21:1687-94.
11. Pratt RJ, Pellowe C, Loveday HP, et al. Developing National Evidence-based Guidelines for Preventing Healthcare associated Infections. Phase-1: Guidelines for Preventing Hospital-acquired Infections. Journal of Hospital Infection 2001;47:1-82.
12. Derbentli Ş. Yoğun bakım ünitelerinde hastane enfeksiyonu kontrolü. Sterilizasyon Dezenfeksiyon Hastane İnfeksiyonları Sempozyumu, Samsun- Türkiye, 21-22 Ekim 1999;10:185-207.
13. Karabey S, Çetinkaya Şardan Y, Alp E, Ergönül Ö, Esen Ş. El hijyeni kılavuzu. Hastane İnfeksiyonları Dergisi 2008;12:3-30.
14. Çağatay A. İzolasyon önlemleri. Aktüel Tıp Dergisi 2007;3(6):57-61.

15. Larson EL and 1992, 1993, 1994, APIC. Guideline for hand washing and hand antisepsis in health-care settings. *Am J Infect Control* 1995;23:251-69.
16. Patterson JE. Isolation of patients with communicable diseases. In: Mayhall CG (ed). *Hospital Epidemiology and Infection Control*. 2nd edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1999. 1319-37.
17. Dokuzoğlu B. İzolasyon uygulamaları. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi* 2003;7:83-9.
18. Garner JS, Simmons BP. Guideline for isolation precautions in hospitals. *Infect Control* 1983;4:245-325.
19. Usluer G. İzolasyon problemleri. *Hastane İnfeksiyonları Dergisi* 2000;4(4):19.
20. Patterson JE. Isolation of Patients with Communicable Diseases. In: Mayhall CG (ed). *Hospital Epidemiology and Infection Control*. 3rd edition. Philadelphia: Lippincott Williams; 2004. 1703-27.
21. Edmond MB, Wenzel RP. Isolation. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (eds). *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 5th edition. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2005. 3326-30.
22. Erdem G. İzolasyon politikaları. *Hastane Enfeksiyonları ve Hastane Enfeksiyon Kontrol programları: Tanımı ve önemi*. 1. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 1993. 350-9.
23. Şahin H. İzolasyon yöntemleri. *Ulusal Cerrahi Kongresi, Kemer-Antalya, 15-19 Mayıs 2002*;267-73.
24. Ayliffe GAJ, Lowbury EJL, Geddes AM, Williams JD. *Control of Hospital Infection*. 3rd edition. London: Chapman and Hall; 1996. 142-69.
25. Arkonaç O. *Açıklamalı Psikiyatri Sözlüğü*. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 1999. 36-7.
26. Eşel E. Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğunun Nörobiyolojisi *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2003;13:78-87.
27. Stanley MA, Beck JG. Anxiety disorders. *Clin Psychol Rev* 2000;20:731-54.
28. Uzbay İT. Anksiyetenin nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2002;5: 5-13.
29. Sürmeli A. Anksiyete kavramı ve anksiyete bakışlarına temel bir bakış. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 1. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1997. 449-526.
30. Palinhon LA, Wingard PL, Barret-Connor E. Chronic illness and depressive symptoms in the elderly: A population based study. *J Clin Epidemiol* 1990;43:1131-41.
31. Covinsky KE, Kahana E, Chin MH, et al. Depressive symptoms and 3-year mortality in older hospitalized medical patients. *Ann Intern Med* 1999;130:563-9.
32. Çevik A, Volkan VD. Depresyonun psikodinamik etiyojisi. *Depresyon Monografları Serisi* 1993;2:109-22.
33. Özmen E, Aydemir Ö, Bayraktar E. *Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar*. 1. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1997. 117-9.

34. Roose SP, Dalack GW, Wooding S. Death, Depression and heart disease. *J Clin Psychiatry* 1991;52:34-9.
35. McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer: diagnosis, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:89-99.
36. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. 4. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2009. 20-30.
37. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for State-Trait Anxiety Inventory*. California: Consulting Psychologist Press; 1970.
38. Öner N, Le Compte A. Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1985. 214-9.
39. Huskins WC, Rourke EJO, Rhinehart E, Goldmann DA. Infection control in countries with limited resources. In: Mayhall CG (eds). *Hospital Epidemiology and Infection Control*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2004. 1702-25.
40. Gammon J. Analysis of the stressful effects of hospitalisation and source isolation on coping and psychological constructs. *Int J Nurs Pract* 1998;4:84-96.
41. Wilkins EG, Ellis ME, Dunbar EM, Gibbs A. Does isolation of patients with infections induce mental illness? *J Infect* 1988;17:43-7.
42. Tarzi S, Kennedy P, Stone S, Evans M. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: psychological impact of hospitalization and isolation in an older adult population. *J Hosp Infect* 2001;49:250-4.
43. Wassenberg M, Severs D, Bontena M. Psychological impact of short-term isolation measures in hospitalised patients. *Journal of Hospital Infection* 2010;75:124-7.
44. Kennedy P, Hamilton LR. Psychological impact of the management of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) in patients with spinal cord injury. *Spinal Cord* 1997;35:617-9.
45. Catalano G, Houston SH, Catalano MC, et al. Anxiety and depression in hospitalized patients in resistant organism isolation. *South Med J* 2003;96:141-5.
46. Paparrigopoulos T, Melissaki A, Efthymiou A, et al. Short-term psychological impact on family members of intensive care unit patients. *J Psychosom Res* 2006;61:719-22.
47. Chui W, Chan S. Stress and coping of Hong Kong Chinese family members during a critical illness. *J Clin Nursing* 2007;16:372-81.
48. Maruiti MR, Galdeano LE, Dias Farah OG. Anxiety and depressions in relatives of patients admitted in intensive care units. *Acta Paul Enferm* 2008;21:636-42.
49. Moerman N, Van Dam FS, Muller MJ, Oosting H. The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS). *Anesth Analg* 1996;82:445-51.
50. Pochard F, Darmon M, Fassier T, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care* 2005;20:90-6.



51. Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *J Gen Intern Med* 2008;23:1871-6.
52. Rinaldi P, Spazzafumo L, Mastriforti R. Study group on brain aging of the Italian society of gerontology and geriatrics. Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: results of an Italian multicenter study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005;20(2):168-74.
53. Knowles HE. The experience of infectious patients in isolation. *Nursing Times* 1993;89:53-6.
54. Maunder R, Hunter J, Vincent L, et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Can Med Assoc J* 2003;168:1245-51.
55. Rees J, Davies HR, Birchall C, Price J. Psychological effects of source isolation nursing (2): patient satisfaction. *Nurs Stand* 2000;14:32-6.
56. Powazek M, Goff JR, Schyving J, Paulson MA. Emotional reactions of children to isolation in a cancer hospital. *J Pediatr* 1978;92:834-7.
57. Newton JT, Constable D, Senior V. Patients' perceptions of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* and source isolation: a qualitative analysis of source-isolated patients. *J Hosp Infect* 2001;48:275-80.
58. Kirkland KB, Weinstein JM. Adverse effects of contact isolation. *Lancet* 1999;354:1177-8.
59. Evans HL, Shaffer MM, Hughes MG, et al. Contact isolation in surgical patients: a barrier to care? *Surgery* 2003;134:180-8.
60. Saint S, Higgins LA, Nallamothu BK, Chenoweth C. Do physicians examine patients in contact isolation less frequently? A brief report. *Am J Infect Control* 2003;31:354-6.
61. Cohen E, Austin J, Weinstein M, Matlow A, Redelmeier DA. Care of children isolated for infection control: a prospective observational cohort study. *Pediatrics* 2008;122:411-5.
62. Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. *Am J Psychiatry* 1994;151:1584-91.
63. Kellerman J, Rigler D, Siegel SE. The psychological effects of isolation in protected environments. *Am J Psychiatry* 1977;134:563-5.
64. Peel RK, Stolarek I, Elder AT. Is it time to stop searching for MRSA? Isolating patients with MRSA can have long term implications. *BMJ* 1997;315-58.
65. MacKellaig JM. A study of the psychological effects of intensive care with particular emphasis on patients in isolation. *Intensive Care Nurs* 1987;2:176-85.
66. Holland J, Plumb M, Yates J, et al. Psychological response of patients with acute leukemia to germ-free environments. *Cancer* 1977;40:871-79.
67. Tecchio C, Bonetto C, Bertani M, et al. Predictors of anxiety and depression in hematopoietic stem cell transplant patients during protective isolation. Section of Hematology and Bone Marrow Transplant Unit, Department of Medicine, University of Verona, Verona, Italy. *Psychooncology* 2013;22(8):1790-7.

68. Suh MR, Jung HH, Kim SB, Park JS, Yang WS: Effects of regular exercise on anxiety, depression and quality of life in maintenance hemodialysis patients. *Ren Fail* 2002;24:337-45.
69. Block SD. Diagnosis and treatment of depression in patients with advanced illness. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2010;19:103-9.
70. Zerbe MB, Parkerson SG, Spitzer T. Laminar air flow versus reverse isolation: Nurses' assessments of moods, behaviors, and activity levels in patients receiving bone marrow transplants. *Oncol Nurs Forum* 1994;21:565-8.
71. Stelfox HT, Bates DW, Edelmeier RDA. Safety of patients isolated for infection control. *JAMA* 2003;290:1899-905.

## EKLER

### İZOLE EDİLEN HASTA İÇİN ANKET FORMU

Tarih (1):...../...../.....

Tarih (2):...../...../.....

**Adı Soyadı (baş harfleri):**.....

**Yaş:**  18-24  25-29  30-34  35-39  40-44  45 ve üstü

**Protokol No:**.....

**Cinsiyet:**  Erkek  Kadın

**Eğitim Durumu:**  Okuryazar değil  Okuryazar  İlkokul  Ortaokul  Lise  
 Üniversite

**Medeni Durum:**  Bekar  Evli  Dul

**Sosyo-ekonomik Durumu:**  İyi  Orta  Kötü

**Yattığı Klinik:**.....

**Eşlik eden kronik hastalık/hastalıkları var mı? Nelerdir?**

Yok

Var

DM  HT  KKH  Akciğer Hastalığı  CVO

Diğer.....

**Şimdiye kadar hastanede yatarak tedavi görmüş mü?**

Hiç yatmamış

Cerrahi tedavi amaçlı yatmış

Medikal tedavi amaçlı yatmış

**Son 1 yıl içinde hastanede yatarak tedavi görmüş mü? Niçin?**

Son 1 yıl içinde hastanede yatarak tedavi görmemiş

Cerrahi tedavi amaçlı.....

Medikal tedavi amaçlı.....

**Son 1 yıl içinde izolasyon uygulanmış mı? Uygulanmış ise izolasyon tipi nedir?**

Hayır

Evet  Temas  Damlacık  Solunum  Kırım-Kongo  Tam izolasyon

**Şimdiki izolasyon nedeni?**

- Metisiline dirençli *Staphylococcus*
- Vankomisine *dirençli enterekok (VRE)*
- ESBL pozitif gram (-) bakteriler
- Karbapenem dirençli Acinetobacter
- Karbapenem dirençli Pseudomonas
- Clostridium difficile
- Çoklu karbapenem dirençli mikroorganizmalar
- Tüberküloz
- Salmonella spp.
- Diğer.....

**Hasta başında bulunan izolasyon malzemeleri**

- Önlük  Eldiven  Maske  El Dezenfektanı  Diğer:.....

Buraya kadar olan bölüm anketör tarafından doldurulacaktır.

**Neden izole edildiğiniz hakkında bilginiz var mı? Bu konuda size herhangi bir açıklama yapıldı mı?**

- Hayır  Evet

**Hastane enfeksiyonu konusunda bilgilendirme yapıldı mı?**

- Hayır  Evet

**Cevabınız evet ise nasıl bilgilendirildiniz?**

- Hasta ve yakınlarını bilgilendirme kitabını okudum
- Doktorum bilgilendirdi
- Hemşire bilgilendirdi
- Diğer hasta ve yakınlarından öğrendim
- Bilgim yok

**İzolasyona neden olan mikrobun size nasıl bulaştığını düşünüyorsunuz?**

- Hastanede elle  Dışarıdan gelen ziyaretçilerle  Odadaki eşyalarla  Bilmiyorum

**İzolasyonda iken hastane personelinin (doktor, hemşire, hasta bakıcı vb.) size karşı davranışı nasıl?**

- Uzak  Odama kimse girmiyor  Fark etmedim

**Hemşireler odanızı ne sıklıkla ziyaret ediyor? (Ateş, tansiyon, nabız)**

- 1  2  3  4  4'ten fazla

**Sorumlu doktorunuz odanızı ne sıklıkla ziyaret ediyor? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)**

- 1  2  3  4  4'ten fazla

**İzolasyondayken farklı davranıldığını hissediyor musunuz?**

- Evet  Hayır  Fark etmedim

**Hastane personeli izolasyon kurallarından hangisine uyuyor?**

- El yıkama  Eldiven  Maske  Önlük  Hepsi  Hiçbiri

**Odanızda ve kapı kenarında duran izolasyon malzemeleri sizi rahatsız ediyor mu?**

- (0) Hiçbir zaman  
 (1) Çok az zaman (%10'dan az)  
 (2) Bazı zamanlar (%20-%30)  
 (3) Çoğu zaman (%50-%60)  
 (4) Hemen her zaman (%80'den fazla)

**Kapıda bulunan izolasyon kartı sizi rahatsız ediyor mu?**

- (0) Hiçbir zaman  
 (1) Çok az zaman (%10'dan az)  
 (2) Bazı zamanlar (%20-%30)  
 (3) Çoğu zaman (%50-%60)  
 (4) Hemen her zaman (%80'den fazla)

**Ziyaretçileriniz geldiğinde izolasyon kartının varlığından rahatsızlık duyuyor musunuz?**

- (0) Hiçbir zaman  
 (1) Çok az zaman (%10'dan az)  
 (2) Bazı zamanlar (%20-%30)  
 (3) Çoğu zaman (%50-%60)  
 (4) Hemen her zaman (%80'den fazla)

**İçinde bulunduğunuz durumdan kurtulma veya daha iyi hissetme konusunda ümidinizin azaldığını veya kaybolduğunu hissettiğiniz oldu mu?**

- (0) Hiçbir zaman  
 (1) Çok az zaman (%10'dan az)  
 (2) Bazı zamanlar (%20-%30)  
 (3) Çoğu zaman (%50-%60)  
 (4) Hemen her zaman (%80'den fazla)

**İZOLE OLMAYAN HASTA İÇİN ANKET FORMU**

Tarih (1):...../...../.....

Tarih (2):...../...../.....

**Adı Soyadı (baş harfleri):** .....

**Yaş:**  18-24  25-29  30-34  35-39  40-44  45 ve üstü

**Protokol No:** .....

**Cinsiyet:**  Erkek  Kadın

**Eğitim Durumu:**  Okuryazar değil  Okuryazar  İlkokul  Ortaokul  Lise  
 Üniversite

**Medeni Durum:**  Bekar  Evli  Dul

**Sosyo-ekonomik Durumu:**  İyi  Orta  Kötü

**Yattığı Klinik:**.....

**Eşlik eden kronik hastalık/hastalıkları var mı? Nelerdir?**

Yok

Var

DM

HT

KKH

Akciğer Hastalığı

CVO

Diğer.....

**Şimdiye kadar hastanede yatarak tedavi görmüş mü?**

Hiç yatmamış

Cerrahi tedavi amaçlı yatmış

Medikal tedavi amaçlı yatmış

**Son 1 yıl içinde hastanede yatarak tedavi görmüş mü? Niçin?**

Son 1 yıl içinde hastanede yatarak tedavi görmemiş

Cerrahi tedavi amaçlı.....

Medikal tedavi amaçlı.....

**Şimdiye kadar hastanede yatarak tedavi görmüş mü?**

Hiç yatmamış

Cerrahi tedavi amaçlı yatmış

Medikal tedavi amaçlı yatmış

**Son 1 yıl içinde hastanede yatarak tedavi görmüş mü? Niçin?**

Son 1 yıl içinde hastanede yatarak tedavi görmemiş

Cerrahi tedavi amaçlı.....

Medikal tedavi amaçlı.....

**Hastaneye ne amaçla yatırıldığınız hakkında bilgilendirildiniz mi?**

Hayır

Evet.....

**Hastane enfeksiyonu konusunda bilgilendirme yapıldı mı?**

Hayır

Evet

**Hemşireler odanızı ne sıklıkla ziyaret ediyor? (Ateş, tansiyon, nabız)**

1

2

3

4

4'ten fazla

**Sorumlu doktorunuz odanızı ne sıklıkla ziyaret ediyor?**

1

2

3

4

4'ten fazla

**İZOLE EDİLEN HASTANIN YAKINI İÇİN ANKET FORMU**

Tarih: ...../...../.....

Adı Soyadı (baş harfleri):.....

Yaş:  18-24  25-29  30-34  35-39  40-44  45 ve üstüCinsiyet:  Erkek  KadınEğitim Durumu:  Okuryazar değil  Okuryazar  İlkokul  Ortaokul  Lise  
 ÜniversiteMedeni Durum:  Bekar  Evli  DulSosyo-ekonomik Durumu:  İyi  Orta  KötüMevcut alışkanlıkları:  Yok  Sigara  Alkol  Diğer:.....**Yakınlık Derecesi** Annesi  Babası  Kardeşi  Eşi  Oğlu  Kızı  Diğer:.....**Hastane enfeksiyonu konusunda bilgilendirme yapıldı mı?** Hayır  Evet**Cevabınız evet ise nasıl bilgilendirildiniz?**

- 
- Hasta ve yakınlarını bilgilendirme kitabını okudum
- 
- 
- Doktorum bilgilendirdi
- 
- 
- Hemşire bilgilendirdi
- 
- 
- Diğer hasta ve yakınlarından öğrendim
- 
- 
- Bilgim yok

**İzolasyon önlemi olarak neler yapıyorsunuz?** El yıkama  Eldiven  Maske  Önlük  Hepsi  Hiçbiri**Hastane personelinin izolasyon önlemi olarak neler yaptığını gözlemliyorsunuz?** El yıkama  Çevre Temizliği  Maske  Önlük  Hepsi  Hiçbiri**Hangi izolasyon malzemelerinde eksiklik yaşıyorsunuz?** El dezenfektanı  Eldiven  Maske  Önlük  Hepsi  Hiçbiri

(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

**Aşağıdaki sorular hastane enfeksiyonu açısından sorulacak sorulardır****Hastanız için endişe duyuyor musunuz?**

- 
- (0) Hiçbir zaman
- 
- 
- (1) Çok az zaman (%10'dan az)
- 
- 
- (2) Bazı zamanlar (%20-%30)
- 
- 
- (3) Çoğu zaman (%50-%60)
- 
- 
- (4) Hemen her zaman (%80'den fazla)



**Kendiniz için endişe duyuyor musunuz ?**

- (0) Hiçbir zaman
- (1) Çok az zaman (%10'dan az)
- (2) Bazı zamanlar (%20-%30)
- (3) Çoğu zaman (%50-%60)
- (4) Hemen her zaman (%80'den fazla)

**Kapıda bulunan izolasyon kartı sizi rahatsız ediyor mu?**

- (0) Hiçbir zaman
- (1) Çok az zaman (%10'dan az)
- (2) Bazı zamanlar (%20-%30)
- (3) Çoğu zaman (%50-%60)
- (4) Hemen her zaman (%80'den fazla)

**Kapıda bulunan izolasyon kartı sizi rahatsız ediyor mu?**

- (0) Hiçbir zaman
- (1) Çok az zaman (%10'dan az)
- (2) Bazı zamanlar (%20-%30)
- (3) Çoğu zaman (%50-%60)
- (4) Hemen her zaman (%80'den fazla)

**Ziyaretçileriniz geldiğinde izolasyon kartının varlığından rahatsızlık duyuyor musunuz?**

- (0) Hiçbir zaman
- (1) Çok az zaman (%10'dan az)
- (2) Bazı zamanlar (%20-%30)
- (3) Çoğu zaman (%50-%60)
- (4) Hemen her zaman (%80'den fazla)

**HASTANE ÇALIŞANLARI İÇİN ANKET FORMU (Diğer)**

Tarih: ...../...../.....

Adı Soyadı (baş harfleri):.....

Yaş:  18-24  25-29  30-34  35-39  40-44  45 ve üstü

Cinsiyet:  Erkek  Kadın

Eğitim Durumu:  Okuryazar değil  Okuryazar  İlkokul  Ortaokul  Lise  
 Üniversite

Medeni Durum:  Bekar  Evli  Dul

Sosyo-ekonomik Durumu:  İyi  Orta  Kötü

Mevcut alışkanlıkları:  Yok  Sigara  Alkol  Diğer:.....

Çalıştıkları Bölüm:  Cerrahi Bölümler  Dahili Bölümler

Meslekte Çalışma Süresi:  1-5 yıl  6-11 yıl  12-17 yıl  18 yıl ve üstü

Hastane enfeksiyonu konusunda bilgilendirme yapıldı mı?

Hayır  Evet

İzolasyon konusunda eğitim aldınız mı?

Hayır  Evet

İzole olmayan hastanın odasını ne sıklıkla ziyaret ediyorsunuz?

1  2  3  4  4'ten fazla

İzole hastanın odasını ne sıklıkla ziyaret ediyorsunuz?

1  2  3  4  4'ten fazla

İzole olan hasta izolasyon kurallarına uyuyor mu?

Uyuyor  Uymuyor

İzole edilen hastaların izolasyon nedeni hakkında bilgi sahibi misiniz?

Hayır  Evet

Cevabınız evet ise kimden bilgi aldınız?

- Klinik doktorundan  
 Hastane enfeksiyon kontrol komitesinden  
 Hastanın kapısında bulunan izolasyon kartından  
 Klinik hemşiresinden  
 Bilgim yok

Hangi malzemelerde eksiklik yaşıyorsunuz?

El dezenfektanı  Eldiven  Maske  Önlük  Çarşaf  Hiçbiri

(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

**İzole edilen hastalar izolasyonu önemsiyor ve buna uygun davranıyorlar mı?**

- Hayır  Evet

**İzolasyon uygulanan hasta sizde endişe yaratıyor mu?**

- (0) Hiçbir zaman  
 (1) Çok az zaman (%10'dan az)  
 (2) Bazı zamanlar (%20-%30)  
 (3) Çoğu zaman (%50-%60)  
 (4) Hemen her zaman (%80'den fazla)

**İzolasyon kurallarına uymanın iş yükünüzü arttırdığına inanıyor musunuz?**

- (0) Hiçbir zaman  
 (1) Çok az zaman (%10'dan az)  
 (2) Bazı zamanlar (%20-%30)  
 (3) Çoğu zaman (%50-%60)  
 (4) Hemen her zaman (%80'den fazla)

**Evde bulunan yakınlarınıza mikrobu taşımaktan endişe duyuyor musunuz?**

- (0) Hiçbir zaman  
 (1) Çok az zaman (%10'dan az)  
 (2) Bazı zamanlar (%20-%30)  
 (3) Çoğu zaman (%50-%60)  
 (4) Hemen her zaman (%80'den fazla)

**İzolasyonun gerekliliğine inanıyor musunuz?**

- (0) Hiçbir zaman  
 (1) Çok az zaman (%10'dan az)  
 (2) Bazı zamanlar (%20-%30)  
 (3) Çoğu zaman (%50-%60)  
 (4) Hemen her zaman (%80'den fazla)

**HASTANE ÇALIŞANLARI İÇİN ANKET FORMU**

Tarih: ...../...../.....

(Doktorlar ve Hemşireler için)

Adı Soyadı (baş harfleri):.....

Yaş:  18-24  25-29  30-34  35-39  40-44  45 ve üstüCinsiyet:  Erkek  Kadın**Meslek** Doktor  HemşireMedeni Durum:  Bekar  Evli  DulSosyo-ekonomik Durumu:  İyi  Orta  KötüMevcut alışkanlıkları:  Yok  Sigara  Alkol  Diğer:.....Çalıştıkları Bölüm:  Cerrahi Bölümler  Dahili BölümlerMeslekte Çalışma Süresi:  1-5 yıl  6-11 yıl  12-17 yıl  18 yıl ve üstü**Hastane enfeksiyonu konusunda bilgilendirme yapıldı mı?** Hayır  Evet**İzolasyon konusunda eğitim aldınız mı?** Hayır  Evet**İzole olmayan hastanın odasını ne sıklıkla ziyaret ediyorsunuz?** 1  2  3  4  4'ten fazla**İzole hastanın odasını ne sıklıkla ziyaret ediyorsunuz?** 1  2  3  4  4'ten fazla

(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

**Aynı tanıyı alan ve izole edilmeyen hastayla karşılaştığınızda izole edilen hastanın odasına daha mı az uğruyorsunuz?** Evet  Hayır  Fark etmedim**İzole olan hasta izolasyon kurallarına uyuyor mu?** Uyuyor  Uymuyor**İzole edilen hastaların izolasyon nedeni hakkında bilgi sahibi misiniz?** Hayır  Evet**Cevabınız evet ise kimden bilgi aldınız?** Hastane enfeksiyon kontrol komitesinden Önce ki yatışlardan, başka hastaneden geldiği için şüphelendik ya da başka klinik tarafından uyarıldık

**Hangi malzemelerde eksiklik yaşıyorsunuz?**

- El dezenfektanı  Eldiven  Maske  Önlük  Çarşaf  Hiçbiri

(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

**İzole edilen hastalar izolasyonu önemsiyor ve buna uygun davranıyorlar mı?**

- Hayır  Evet

**İzolasyon uygulanan hasta sizde endişe yaratıyor mu?**

- (0) Hiçbir zaman  
 (1) Çok az zaman (%10'dan az)  
 (2) Bazı zamanlar (%20-%30)  
 (3) Çoğu zaman (%50-%60)  
 (4) Hemen her zaman (%80'den fazla)

**İzolasyon kurallarına uymanın iş yükünüzü arttırdığına inanıyor musunuz?**

- (0) Hiçbir zaman  
 (1) Çok az zaman (%10'dan az)  
 (2) Bazı zamanlar (%20-%30)  
 (3) Çoğu zaman (%50-%60)  
 (4) Hemen her zaman (%80'den fazla)

**Evde bulunan yakınlarınıza mikrobu taşımaktan endişe duyuyor musunuz?**

- (0) Hiçbir zaman  
 (1) Çok az zaman (%10'dan az)  
 (2) Bazı zamanlar (%20-%30)  
 (3) Çoğu zaman (%50-%60)  
 (4) Hemen her zaman (%80'den fazla)

**İzolasyonun gerekliliğine inanıyor musunuz?**

- (0) Hiçbir zaman  
 (1) Çok az zaman (%10'dan az)  
 (2) Bazı zamanlar (%20-%30)  
 (3) Çoğu zaman (%50-%60)  
 (4) Hemen her zaman (%80'den fazla)

**STAI FORM TX – I (DURUMLUK KAYGI ÖLÇEĞİ)** Tarih:...../...../.....

İsim:..... Cinsiyet:..... Yaş:..... Meslek:.....

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

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

**STAI FORM TX – 2 (SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ)** Tarih:...../...../.....

İsim:..... Cinsiyet:..... Yaş:..... Meslek:.....

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

**DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ**

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

## PUANLANMASI

Üçten fazla ifadeye cevap verilmemişse, doldurulan form geçersiz sayılır ve puanlanmaz.

Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamiyle şeklinde; Sürekli Kaygı Ölçeğindeki seçenekler ise (1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklindedir.

Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlara (1) doğrudan ya da düz (direct) ve (2) tersine dönmüş (reverse) ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. "Huzursuzum" ifadesi doğrudan, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi de tersine dönmüş ifadelerle örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda "huzursuzum" ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmış olur.

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. Maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. Maddeleri oluşturur.

Puanlama iki şekilde olur: Elle ya da bilgisayarla.

Elle Puanlama: Doğrudan (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadelerin herbiri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli kaygı ölçeği için ise 35' dir En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır.

## PUANLARIN YORUMLANMASI

Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder. Puanlar yüzdelik sırasına göre yorumlanırken de aynı durum geçerlidir. Yani düşük yüzdelik sıra (1, 5, 10 ) kaygının az olduğunu gösterir. Uygulamalarda belirlenen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir.



## TEŞEKKÜR

Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanlığı eğitimim süresince katkılarını esirgemeyen Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Safiye Helvacı'ya, asistanlık eğitim sürecindeki emekleri ve uzmanlık tezimin hazırlanmasında verdiği destek için hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Emel Yılmaz'a, eğitimim süresince değerli bilgilerinden faydalandığım Anabilim Dalı öğretim üyelerimiz; Prof. Dr. Reşit Mıstık, Prof. Dr. E. Halis Akalın, Doç. Dr. Yasemin Heper, Uzm. Dr. Esra Kazak'a; mesleğimin laboratuvar kısmı ile ilgili bilgilerimin oluşmasında faydalandığım saygı değer hocalarımla Prof. Dr. Okan Töre, Prof. Dr. Güher Göral, Prof. Dr. H. Barbaros Oral, Prof. Dr. Cüneyt Özakin, Doç. Dr. Melda Sınırtaş, Doç. Dr. Ferah Budak, Doç. Dr. Oktay Alver'e; tez araştırması aşamasında her zaman bana yardımcı olan Doç. Dr. Yusuf Sivrioğlu, Yrd. Doç. Dr. Bülent Ediz'e, Uzm. Dr. Faruk Karakeçili, Uzm. Dr. Sezin Zorlu Şahin, Uzm. Dr. Ahmet Özmen, Uzm. Dr. Emel Aslan, Uzm. Dr. Ayşe Oğuz Ayaracı, Uzm. Dr. Çınar Öztürk, Uzm. Dr. Hicran Akın, Dr. Meltem Öner Torlar, Dr. Diğdem Özer Yıldırım, Dr. Gülay Çekiç Mor, Dr. Nesrin Kebapçı, Dr. Tekin Tunçel, Dr. Sibel Yorulmaz Göktaş ve Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'ndan Hemşire Funda Aslan, Hemşire Neval Gencol ve Hemşire Ümran Durmuş'a teşekkür ederim. Yoğun asistanlık süresince çalışmada katkıda bulunan Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'nda görevli hemşire ve personel arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Öğrenim hayatım boyunca sevgi ve fedakarlıklarıyla yanımda olan canım anneme, babama, ablama ve özellikle ikiz kardeşim Doç. Dr. Ayla Kürkçüoğlu'na, her konuda daima bana destek veren eşim Müge Elvan İlbaşı ve hayatımıza girdiği andan itibaren yaşamımızı anlamlandıran biricik kızım İrem'e teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZGEÇMİŞ

**Adı:** Ali Rıza

**Soyadı:** İLBAŞI

**Doğum Yeri ve Tarihi:** Çanakkale – 30.09.1968

**Ünvanı:** Doktor

**Yabancı Dil:** İngilizce

### **Eğitim Durumu:**

1974-1979 Zonguldak Özel Yayla İlköğretim Okulu

1979-1982 Konya Beyşehir Alaaddin Ortaokul Bölümü

1982-1985 Balıkesir Beyşehir Cumhuriyet Lisesi

1986-1995 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi

1995-1998 Merkez Sağlık Ocağı, Divriği/ Sivas

1998-2009 Kestel Merkez Sağlık Ocağı, Kestel/Bursa

2009-2014 Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı

### **Üyesi Olunan Bilimsel ve Mesleki Topluluklar:**

KLİMİK Derneği

Türk Tabip Odası Bursa Şubesi