

T.C.
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL
ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM
DALI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Eda ÇELİK GÜZEL

KORONAVİRÜS PANDEMİSİ SÜRECİNDE
ERİŞKİNLERDE HUZURSUZ BACAK SENDROMU
SIKLIĞI VE KORONAVİRÜS ANKSİYETE
DÜZEYİNİN İNCELENMESİ

Uzmanlık Tezi

Dr. Meryem KÖROĞLU

TEKİRDAĞ-2023



TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden sınırsız yararlandığım, bana aile sıcaklığında merhametle, sabırla yaklaşan çok değerli hocam Sayın Doç. Dr. Eda Çelik GÜZEL'e, tez sürecinde desteği ile yanımda olan Dr. Öğr. Üyesi Aydan Çevik VAROL'a ve her bir zerremde karşılıksız emekleri ve sevgileri olan annem, babam ve kardeşlerime, bölümümdeki diğer asistan arkadaşlarıma, desteğini her zaman yanımda hissettiğim sevgili eşime sonsuz müteşekkirim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGE VE KISALTMALAR.....	iv
TABLolar DİZİNİ	v
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. HUZURSUZ BACAK SENDROMU	3
2.1.1. Epidemiyoloji	3
2.1.2. Patoloji.....	4
2.1.3. Tanı.....	5
2.1.4. Klinik Sınıflama	6
2.1.5. Klinik Seyir ve Prognoz	7
2.1.6. Ayrıcı Tanı.....	9
2.1.7. Tedavi	11
2.2. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI.....	12
2.2.1. Tanım ve sınıflama	12
2.2.2. Epidemiyoloji ve risk faktörleri.....	12
2.2.3. Klinik	13
2.2.4. Ayrıcı Tanı.....	13
2.3. KORONAVİRÜS VE COVID-19 PANDEMİSİ.....	14
2.4. KORONAVİRÜS ANKSİYETESİ	14
2.4.1. Koronavirüs Anksiyetesi Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	15
2.4.2. Koronavirüs Anksiyetesi Klinik Özellikleri	15
GEREÇ VE YÖNTEM.....	17
İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	19
BULGULAR.....	20
TARTIŞMA	37
SONUÇLAR.....	43
ÖZET.....	45
SUMMARY	46
KAYNAKÇA	47
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

BKİ:	Beden Kitle İndeksi
BOS:	Beyin Omurilik Sıvısı
Ca:	Kalsiyum
COVID-19:	Coronavirus Disease 2019 (Koronavirüs Hastalığı 2019)
HBS:	Huzursuz Bacak Sendromu
IRLS:	International Remarkable Leg Syndrome (Uluslararası Huzursuz Bacak Sendromu)
IRLSSG:	International Remarkable Leg Syndrome Study Group (Uluslararası Huzursuz Bacak Sendromu Çalışma Grubu)
Mg:	Magnezyum
PHEB:	Periyodik Ekstremitte Hareket Bozukluğu
TSH:	Thyroid Stimulating Hormone (Tiroid Stimulan Hormon)

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: HBS tanı kriterleri 2012 ırlssg-----	5
Tablo 2: Tanı için gerekli tetkikler -----	6
Tablo 3: Sosyodemografik özelliklerin dağılımı-1 -----	21
Tablo 4: Sosyodemografik özelliklerin dağılımı-2 -----	22
Tablo 5: Araştırmaya ilişkin bulguların dağılımı-----	23
Tablo 6: Ölçeklere ilişkin tanımlayıcı bulguların dağılımı-1 -----	24
Tablo 7: Ölçeklere ilişkin tanımlayıcı bulguların dağılımı-2 -----	25
Tablo 8: Bulgulara göre ölçek puanlarının karşılaştırılması-1-----	25
Tablo 9: Bulgulara göre ölçek puanlarının karşılaştırılması-2-----	28
Tablo 10: Bulgulara göre ölçek puanlarının karşılaştırılması-3 -----	29
Tablo 11: Bulgulara göre ölçek puanlarının karşılaştırılması-4 -----	34
Tablo 12: Ölçeklerin birbiriyle olan ilişkilerinin incelenmesi -----	36

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Huzursuz bacak sendromu (HBS), uzuvlarda çoğunlukla da bacaklarda meydana gelen hoş olmayan, rahatsız edici duyularla beraber bacakları istemsizce oynatma isteği ile karakterize kronik bir rahatsızlıktır. HBS, bulguların geceleyin yani kişilerin dinlenme durumuna geçmesi ile belirmesi veya şiddetlenmesi, uzuvları hareket ettirmekle veya kalkıp yürümekle kısmi veya geçici olarak düzelmesi ile karakterize bir durumdur [1].

HBS toplumda yaygın görölen fakat çoğunlukla tanı koymada geç kalınan, aile sağlığı merkezi şartlarında dahi detaylı tıbbi öykü ve basit laboratuvar tetkikleri ile tanı konulabilen bir hareket bozukluğudur.

Dünyada geçmişten bugüne sayısız pandemi meydana gelmiş ve bu salgın hastalıklar çok sayıda kişinin ölümlüyle sonuçlanmıştır. Koronavirüs hastalığı, Çin'in Wuhan şehrinde Aralık 2019'da sebebi bilinmeyen zatürre vakaları olarak ortaya çıkan ve hızla birçok ülkeye yayılan ve salgın haline gelen bulaşıcı bir viral hastalıktır [2].

Koronavirüs salgının başlamasıyla beraber, oluşturduğu fiziksel rahatsızlıkların yanında ruh sağlığına da ciddi ve menfi neticeleri olmuştur. Sağlık tesislerinin kapasitesinin sınırlı olması ve tedaviyi kaçırma korkusu, enfeksiyon kapma korkusu gibi hususlar, salgın döneminde insanlar üzerinde önemli psikolojik etkilere neden oldu.

Pandemi sürecinde izole yaşam, çevreyle iletişimin azalması, hareketsiz yaşamın artması ile insanlarda depresyon, anksiyete, koronavirüs korkusu gibi psikolojik ve bir takım metabolik sorunlar arttı. Metabolik ve duygu durum bozuklukları uykudaki değişikliklerle

yakından ilişkilidir, örneğin uykuyu başlatma ve sürdürmede zorluğa neden olan olan HBS'yi tetikler veya alevlendirebilir. Koronavirüs salgınının neden olduğu davranış değişiklikleri, yatkın kişilerde HBS bulgularını kötüleştirebilir veya tetikleyebilir.[3,4]

Bu bilgiler ışığında biz de çalışmamızda aile hekimliği polikliniğine gelen erişkin hastalarda HBS sıklığını, HBS şikâyetlerinin pandemi ile değişip değişmediğini, koronavirüs anksiyete düzeyinin ve HBS ile koronavirüs anksiyetesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesini amaçladık.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. HUZURSUZ BACAK SENDROMU

Huzursuz bacak sendromu (HBS) ,genellikle yanlış tanı alan yaygın bir rahatsızlıktır. Sendrom yıllardır tanımlanıyor, ancak toplumda sık görülmesine rağmen hekimler arasında yeterli derecede bilinmemektedir [5]. HBS, akşam vakitlerinde görülen ve ağırlaşan, dinlenme halinde ortaya çıkan veya artan, kıpırdatmakla hafifleyen çoğunlukla alt ekstremitelerde olmak üzere herhangi bir uzuvda görülebilen, rahatsızlık ya da karşı konulamaz derecede oynatma içgüdüğü olan hareket ve duyuşsal bir bozukluktur [6].

HBS hekimler tarafından atlanabildiğı gibi hastalar da şikâyetlerini tarif etmekte zorluk yaşayabilirler. Genellikle bacaklarda karşı koyamadıkları oynatma isteğı, zonklama, kaşıntı ve karıncalanma biçiminde çok sancılı olmayan ama nispeten can sıkıcı bir duyuş şeklinde tarif etmektedirler [7].

Birincil ve ikincil olmak üzere iki tür HBS formu tanımlanmıştır. Birincil HBS de önemli düzeyde genetik aktarım ön plandadır. Otozomal Dominant (OD) geçişli olduğı düşünölmektedir. İkincil HBS ise altta yatan başka bir hastalığa sekonder olarak oluşmaktadır. Düşük demir seviyesi, hamilelik, tiroid hastalıkları, şeker hastalığı, üremi, romatoid artrit, böbrek yetmezliğı, parkinson hastalığı, polinöropati ve fibromiyalji gibi rahatsızlıklara sekonder HBS oluşabilir. Olguların %80'i birincil, %20'si ikincil HBS dir [8,9].

2.1.1. Epidemiyoloji

HBS prevalansının, ülkeden ülkeye değişmekle birlikte genel olarak %5 ile %20 arasındadır [11, 12]. Ancak bu oran, Singapur, Hindistan, Çin ve Japonya gibi bazı ülkelere etnik çeşitlilik gösterebilmektedir. Türkiye'de de %3.19 yaygınlık gözlenmiştir [9].

Çocuklarda ve gençlerde görülme sıklığının daha az olduğu biliniyor. Türkiye'de 2015'de yapılmış bir araştırmada adolesanlardaki yaygınlık %4,3 olarak tespit edilmiştir [14]. Bazı araştırmalarda yaş grupları mukayese edildiğinde, 50-59 yaş aralığındakiler en yüksek HBS sıklığına sahip olduğu bildirilmiştir (%11), ancak bu farklılık bilimsel açıdan anlamlı bulunamamış ($p > 0.05$). Bulgular her yaşta görülebilir fakat olguların %38-45'inde bulguların 20 yaşın altında başladığı bildirilmektedir. Bununla birlikte genellikle 50 yaşından sonra tanı almaktadır [15, 16]. Erkeklerle nazaran kadınlarda HBS sıklığı 2,6 kat daha yaygın bulunmuştur [13].

Gerilim tipi baş ağrısı ile başvuran 76 hastada HBS ve anemi ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada HBS oranı, megaloblastik anemili hastalarda %8,03 iken demir eksikliği olan hastalarda %12,5, izole baş ağrısı yaşayanlarda ise %5 bulunmuştur [17]. 1012 yaşlı katılımcıyla yapılan bir çalışmada ise HBS sıklığı %10,18 olarak tespit edilmiş. Katılımcıların %68, 'inde demir depolarının bir göstergesi olan ferritin seviyesinin 50 µg/L'den az olduğu bulunmuş [18].

2.1.2. Patoloji

HBS patofizyolojisi tam olarak belirlenememekle beraber ileri sürülen bazı varsayımlar şunlardır [19, 20]:

Psikolojik etkenler: Vakaların çoğunda anksiyete bozukluğu ve depresyon olduğu için psikolojik faktörlerin etkili olduğu düşünülüyor.

Damarsal etkenler: Damarsal hastalıklarda metabolizma sonucu açığa çıkan bir takım ara ürünlerin bacaklarda birikmesi ile oluşan hareket etmekte toplardamar kan akımının artması neticesinde iyileşmesi esasına yönelik varsayım Dr. Karl Ekblom döneminden beri savunulmaktadır.

Periferik Sinir Sistemi Hastalıkları: Çoğu durumda belirti ve yapısal hasar olmamasına rağmen, sinir iletim bozuklukları görülür. Polinöropatide de görülebilir.

Merkezi Sinir Sistemi Hastalıkları: HBS'nin motor rahatsızlığının beyin omurilik dopaminerjik sistemdeki hasarla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu varsayım, dopaminerjik tedaviye verilen olumlu yanıtla da desteklenmektedir.

2.1.3. Tanı:

HBS teşhisi, uluslararası huzursuz bacak sendromu çalışma grubunun (IRLSSG) 2012'de güncellemiş olduğu kriterlere ve klinik özelliklere dayanılarak konur (Tablo 1) [1].

Tablo 1.Hbs Tanı Kriterleri 2012 Irlssg

HBS Tanı Kriterleri 2012 IRLSSG:	
1	Çoğunlukla alt ekstremitelerdeki can sıkıcı ve hoş olmayan duyularla beraber ya da bu durum neticesinde oluşan bacakları oynatma, sallama içgüdüsünün olması. (Kimi zaman can sıkıcı duyular olmadan bacakları oynatma dürtüsü vardır ve zaman zaman bacaklara ilaveten kollar ya da beden diğer bölgeleri de tutulur. Çocuklar bu şikâyetleri kendi ifadeleriyle tanımlamalıdır)
2	Bacakları oynatma dürtüsü ile birlikte bulunan can sıkıcı hisler, istirahat, yatma ya da oturma benzeri hareketsiz kalınan dönemlerde başlar ya da şiddetlenir.
3	Bacakları oynatma dürtüsü ile birlikte bulunan can sıkıcı duyuların yürüme veya esneme gibi aktivitelerle geçici veya tamamen rahatlar (Semptomlar çok ağır olduğunda, hareket ile azalma fark edilmeyebilir, fakat evvelden mevcut olması gerekir.)
4	Dinlenme ya da hareketsizlik esnasında bacakları oynatma dürtüsü ile birlikte bulunan can sıkıcı duyular yalnızca akşam veya gece meydana gelir veya gündüze göre daha kötüdür. (Belirtiler çok ağır olduğunda, akşamüzeri ya da gece alevlenme fark edilmeyebilir, ancak daha önce mevcut olması gerekir.)
5	Yukarıdaki kriterler, sadece farklı bir medikal duruma bağlı olarak ortaya çıkmamalıdır (Myalji, varis, artrit, ödem, kramp, pozisyonel rahatsızlık, ayak sallama alışkanlığı gibi)

HBS'in klinik seyri için belirleyiciler:

- A) Kronik HBS: Tedavi edilmezse bulgular bir yıl boyunca ortalama olarak haftada minimum iki defa ortaya çıkar.
- B) Aralıklı HBS: Tedavi edilmezse bulgular bir yıl boyunca ortalama haftada iki defadan az ortaya çıkar.

HBS teşhisi anamneze ve klinik bulgulara göre konulmaktadır. Fakat ikincil grup HBS etyolojisini belirlemek için görüntüleme ve laboratuvar yöntemlerinden de faydalanılabilir. Birincil HBS olan grupta ve aile öyküsü olan hastalara da bu sekonder sebepleri dışlamak adına laboratuvar tetkikleri yapılabilir. HBS teşhisinde yapılabilecek tetkikler aşağıda listelenmiştir (Tablo 2) [1].

Tablo 2: Tanı İçin Gerekli Tetkikler

Kan Tetkikleri:	Nörofizyolojik Testler:
Hemogram	Klinik şüphe varsa Polinöropati tetkiki
Glukoz	EMG
Üre	Klinik şüphe halinde kraniyal MR
Kreatinin	Polisomnografi
HbA1c	
Demir	
Ferritin, Transferrin saturasyonu	
Ca, Mg ve diğer elektrolitler	
TSH, T4, B12 vitamini, Folik asit	

2.1.4. Klinik Sınıflama

Klinik olarak HBS birincil ve ikincil olmak üzere iki formda incelenir. Birincil ya da idiopatik grupta genetik veya bilinmeyen faktörler neden olmaktadır. Sekonder grupta ise birçok etkenle alakalı olarak meydana gelmektedir.

Primer formun teşhisi, ikincil forma sebep olabilecek diğer hastalıkların dışlanmasıyla konulmaktadır. Biyokimyasal parametreler, nörolojik muayene ve nörofizyolojik testler normal olmalıdır [23]. Primer HBS hastalarında kalıtsal bir yatkınlık olduğu bilinmektedir [24]. Bazı klinik çalışmalarda olguların yüzde elli ile altmışında aile hikâyesinin pozitif olduğu bulunmuştur [25,26]. Genetik yatkınlığı olan HBS olgularında bulgular daha erken yaşta oluşmaktadır [27].

HBS kalıtsal geçişi komplike görünmektedir. Moleküler kalıtım çalışmalarında günümüze kadar 6 HBS gen lokusu tanımlanmıştır. Dolayısı ile HBS'nin sadece bir kromozomal bozukluktan oluşmadığı karışık bir geçişin rol aldığına inanılmaktadır.

İkincil HBS sebepleri; demir seviyelerinin düşüklüğü, gebelik, son dönem renal hastalık, şeker hastalığı, tiroid hastalıkları, folik asit ve B12 vitamini eksikliği, romatolojik hastalıklar, fibromiyalji, parkinson hastalığı, polinöropatiler ve spinal hastalıklar gibi durumlardır. İkincil nedenlerin temelinde demir metabolizması bozuklukları esas olarak rol alır ve genellikle ferritin seviyesi 50 mcg/l altındadır. HBS olgularının beşte birinden daha fazlasında demir eksikliği bulunmuştur [28]. Huzursuz bacak sendromunun beyinde bulunan demir düzeyinin azalmasına bağlı meydana gelebileceği düşüncesi ile yapılan BOS incelemelerinde demir seviyesinin düştüğünün indirekt bir belirteci olan ferritin seviyesinde azalma, transferin seviyesinde artma bulunmuştur [29].

Bir çalışmada HBS olgularında substantia nigradaki nöromelanin hücrelerinde demir metabolizmasında azalma saptanmıştır. Bu veriler ışığında ferritin düzeyinin 80 microgram/L üzerine çıkartılması ile HBS bulgularında belirgin iyileşme olduğu saptanmıştır [30]. Gebelik, HBS gelişmesinde ve ağırlaşmasında bir etken gibi düşünülmektedir. 626 gebe kadın üzerinde yapılmış bir araştırmada, gebelikten önce %10 olan prevelansın gebelikte %26'ya düzeyine kadar ulaştığı bulunmuştur [31]. Gebelik seyrinde HBS görülme oranı en fazla üçüncü üç aylık dönemde görülmekte ve doğum sonrası azalmaktadır. Gebelikteki bu artışın nedeni net değildir. Olası sebepler içinde folat ve demir eksikliği ile hormonal dalgalanmalar öne sürülmektedir.

2.1.5. Klinik Seyir ve Prognoz

HBS genellikle bacaklarda huzursuz edici, yanma, uyuşma, karıncalanma ya da anlam verilemeyen tuhaf bir duygu şeklinde ifade edilmekte. Sendrom tek bir uzuvda başlasa da

zamanla her iki uzuva yayılır. Özellikle alt ekstremitenin etkilendiği hastalıkta ya ilerleyen dönemde kollara veya nadiren sadece kollarda da şikâyetlere yol açabilir [1].

HBS'nin temel özelliği ayakları oynatma isteğidir. Çoğunlukla buna geniş bir hissel belirtiler eşlik eder. Bulguların dinlenmekle ortaya çıkması, hareket etmekle ortadan kalkması veya şiddetinin hafiflemesi sendromun teşhisinde en can alıcı kısım olup diğer birçok hastalığın ekarte edilmesini sağlar. Yakınmalar akşamın erken saatlerinde en aktif seviyeye varıp ilerleyen saatlerde hafifleme eğiliminde olup, sabahleyin en az seviyeye düşer. Sendromun ileriki dönemlerinde yalnızca gece ya da akşam vakitlerinde değil, gündüz dinlenme halinde de oluşması kişilerin günlük yaşamlarını da etkiler [1].

HBS belirtileri ortaya çıktığında çoğunlukla kalıcı olur. Bazı vakalar yaşla birlikte belirtisiz veya hafif bir seyir gösterebilir. Erken başlangıçlı HBS daha şiddetli, progresyonu yavaş bir seyir gösterir ve yaşla beraber bulgularda azalma olmaz. Tanı konulan olguların çoğu orta yaşlı veya yaşlıdır. Tipik olarak orta yaşlarda teşhis edilir. Çoğunlukla progresyon göstermesine rağmen zaman zaman sabit bir klinik olabilir. Birkaç çalışmada bir ay veya daha uzun vadeli remisyon bildirilmiştir [23, 24, 35, 36, 37].

HBS'nin günlük belirtileri ilerleme gösterebilir ve vücudun diğer kısımlarına yayılabilir. Bazı vaka raporları, yüz semptomlarının masaj, yürüyüş veya ilaç tedavisi ile ilginç bir şekilde iyileşebileceğini, ancak hastalık kötüleştiğinde veya ilerledikçe vücudun farklı bölgelerinde semptomların ortaya çıkabileceğini bulmuştur [38].

Huzursuz bacak sendromu olgularında depresyon sık görülür. Bu durum belirtilerin sürekli olmasına, uyku problemlerine veya sinir sistemi aormalikleri ile ilişkili olabilir. Bu hastalarda depresyon tedavisi, belirtileri şiddetlendiren birtakım antidepresan ilaçların kullanılmasıyla bazen zorlaşabilir [117].

HBS, belirtilerin genellikle akşam veya gün batımına yakın geç saatlerde orta çıkması kişinin sosyal aktivitesinde ve iş yükümlülüklerinde azalmaya sebep olarak günlük hayatı negatif yönde etkileyebilir. Hastalarda büyük ihtimalle uyku bozukluklarından kaynaklanan baş ağrılarına yatkındır. Baş ağrısı uykudan uyandırabilir ve genellikle gün ortasından önce iyileşmiş olsa bile bazen gün boyunca kalabilir. Uyku problemleri kardiyovasküler sistem üzerinde yüksek kan basıncı gibi negatif etkilere neden olabilir [21,35].

Belirtiler otururken ya da dinlenme halinde ortaya çıkmaktadır. Belirtilerin oluşması veya azalmasını sağlayan belirli bir beden pozisyonu bulunmamaktadır. Yalnızca bedensel dinlenme değil, santral sinir sistemi inaktivitesi de bulguların oluşmasına sebep olur. Bu sebeple dinlenme esnasında zihinsel işlevselliği arttıran elektronik oyunlar, satranç ve bulmaca benzeri aktivitelerin belirtileri hafiflettiği düşünülüyor [9, 10, 36]

Alt ekstremitedeki rahatsızlık hissi için fleksiyon-ekstansiyon, germe-ovalama hareketleri etkili olabilir. Fakat bulgular genellikle yataktan kalkıp yürümeyi, soğuk veya sıcak banyoları gerektirebilmektedir. 300 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada olguların %82'sinin ısı değişikliğinden yarar gördüğü bildirilmiştir[37].

2.1.6. Ayırıcı Tanı

HBS teşhisi, tanı kriterlerini karşılayan olgularda, detaylı bir hikâye ve fizik muayene ile kolayca konulabilir. HBS'yi taklit edebilecek vasküler hastalık veya nöropati belirtilerini ekarte etmek için özellikle rutin bir fizik muayene gereklidir. Klinik muayene sırasında adale gücü, adale tonusu, istemsiz hareketler, eklem hassasiyeti, sıradan bir dokunma ve titreşim hissini kontrol etmek gerekir. Ayrıyeten teşhisin net olmadığı durumlarda dopamin agonistleri ile tedaviden tanıya gidilebilir. Bununla birlikte folik asit, vitamin B12, romatoid faktör (RF), üre, ürik asit, kreatinin, TSH, sT3, sT4 gibi tiroid ve böbrek fonksiyonlarını gösteren tetkikler ile alt ekstremitte sinir iletim testlerinden destek alınabilir [39].

Nörologlar için aşırı motor aktiviteye veya motor huzursuzluğa sebebiyet veren hususları ekarte etmek zor olmaz. Fakat farklı dallardaki hekimler ayırt etmekte zorlanabilir. Bu sebeple esas teşhis kriterlerinin doğru bir şekilde uygulanması HBS'yi taklit eden hastalıklardan ayırt etmede yardımcı olur [32].

HBS olduğu düşünülen tüm olgularda ferritin seviyesine bakılmalıdır ve 45 mcg/l ve aşağısındaki değerler huzursuz bacak olma olasılığını yükseltir [40].

Eski adıyla 'nokturnal miyoklonus' da denilen bir uyku fenomeni olan periyodik ekstremitte hareket bozukluğu (PEHB) ile ayırt edilmelidir ve polisomnografi ile teşhis edilir. Hasta uyanık iken belirti yoktur. PEHB %80 oranında HBS ile beraber bulunabilir [21].

Bacaklarda genellikle tek yönlü ve radiküler olarak dağılan rahatsız edici iğnelenme ile sızı şeklinde hissel belirtilerin olduğu miyelopati ve radikülopati ile ayırt edilmelidir. Belirtiler oturmakla veya istirahat ile başlayıp hareket etmekle iyileşebilir [21].

HBS ile ayırt edilmesi gereken bir diğer durum da genellikle gece oluşan, bacak germe hareketleri ya da yürüme ile düzelebilen nokturnal bacak kramplarıdır. Çoğunlukla baldır kaslarını tutan ani başlangıçlı, ağrılı kramplar, kısa ve dokunarak hissedilebilir kasılmalardır. Hissel belirtiler ve oynatma içgüdüğü bulunmaz [21].

Huzursuz bacak sendromu ağrı, uyuşma ve yanma gibi çoğunlukla gün boyunca süren ve daha seyrek olarak geceleri görülen hissel şikâyetlerin bulunduğu ve hareket etmekle tam bir rahatlamanın olmadığı periferik nöropati ile ayırt edilmeli [21].

Hipotansif akatizi, bacaklarda hareketsiz oturmakla oluşan uzanırken gözlenmeyen huzursuzluk hissidir. Hareket etmekle düzelme olabilir. Alt ekstremitayı ilgilendiren artrit, genelde mafsalda duyulan huzursuzluk hissi bulunur. Belirtiler hareket etmekle alevlenir, gün içinde dalgalanma göstermez ve dopamin agonistleriyle iyileşme olmaz [21].

Bilinçli olarak yapılan bacak sallama, ayak vurma gibi stresli kişilerde özellikle kaygılandıklarında ya da sıkıldıklarında meydana gelir. Duyusal belirti, huzursuzluk hissi ya da hareket ettirme isteği olmaz. Uyku bozukluğu ve sirkadiyen özellik bulunmaz. Dopamin agonistlerine tepki vermez. Pozisyonel iskemi, pozisyon değiştirmeden uzun süre aynı pozisyonda oturduktan veya uzanma ile oluşan pozisyon değişimiyle hemen düzelen ve tekrarlamayan bir durumdur [21].

Nöroleptiklere bağlı akatizi, istemsiz bir hareket ettirme isteği şeklinde ve genellikle tüm vücutta olabilen, duyusal belirtileri ve gün içinde dalgalanmaları bulunmayan bir rahatsızlıktır. Genellikle ayağa kalkmış dik bir pozisyonda iken oluşması tipiktir [21].

İlaç kullanım öyküsü detaylı olarak sorgulanmalıdır. Sinir demiyelinizasyonu ile ilişkili kas seyirmeleri olan miyokimia, konjestif kalp yetmezliği, vasküler, nörojenik kldikasyo, esansiyel miyoklonus, hipnik jerkler, kompleks bölgesel ağrı sendromu, bunalım, kaygı, çocukluk çağı büyüme ağrıları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, kas hassasiyeti de ayırt edilmesi gereken durumlardandır [21, 41, 42, 43, 44, 45].

2.1.7. Tedavi

Klinik belirtileri şiddetli olan, uyku ve yaşam kalitesi etkilenen olgularda tedaviye başlamak gerekir [46]. Bir çalışmada bilinen HBS tanılı olguların %33,3'ünde, yeni tanı alan olguların %14,1'inde tedavinin gerekli olduğu bulunmuştur [47]. Olguların bir kısmında tedavisiz iyileşme görüldüğü bildirilmektedir [48].

HBS üç alt gruba ayrılır, birincisi günlük ilaç tedavisi gerektirmeyen intermittant HBS, ikincisi farmakolojik olmayan yöntemlerle başlangıç yapıp hafif ilaçlarla devam edilen günlük HBS, üçüncü grup ise ilaç tedavisine yanıtı az olan refrakter HBS dir. HBS' nin ilaçsız tedavisi intermitant ve günlük HBS alt grubunda önerilmektedir [46,49].

Kafein tüketimi, alkol ve sigaradan uzak durma, hafif egzersizler, yürüme, gerdirme hareketleri ve düzenli bir uyku gibi yaşam tarzı değişiklikleri tüm alt grup HBS'lere önerilmektedir. Vibrasyon, biyofeedback, derin düşünme, masaj ve yoga gibi gevşeme teknikleri non-farmakolojik tedavi seçenekleri arasındadır. Akupunktur, fiziksel hareketsizlikte beyni meşgul eden bulmaca, dijital oyunlar, gazete okumak gibi aktiviteler, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, ağır yemeklerden kaçınma, soğuk veya sıcak uygulama, sallanan sandalye kullanımı ve yüzmek gibi yöntemler ilaçsız grupta denenmektedir [22, 23, 39, 46, 49].

Farmakolojik tedavide ise ilk seçenek levodopa gibi dopaminerjik tedavidir, sekonder nedenler varsa onlara yönelik ilaçlar uygulanmaktadır. Tedavide Levodopa, ropirinol, pramipeksol, rotigotin, pregabalın, gabapentin, klonazepam, tramadol gibi ajanlar verilebilir [46, 52].

Demir eksikliğinin tedavi edilmesi belirtilerde azalmaya yol açar. Ferritin seviyesi 50 µgr/dl altında olan olgularda günde veya iki kez demir içeren ilaçların kullanılması ve en az birkaç ay devam edilmesi uygun olur. Birkaç aylık periyodlarla serum ferritin seviyesinin kontrolü gerekir. Hastanın şikâyetlerinin şiddetine göre belirgin demir eksikliği olsa bile şiddetli belirtileri olanlar olgularda demir preparatlarının dopamin agonistleriyle birlikte kullanılması yaşam kalitesini artıracaktır [50].

HBS'nin çok sık görülen bir rahatsızlık olmasına rağmen genellikle gözden kaçırılmakta ve hastalar uygun olmayan tedaviler almaktadır. Birinci basamakta hastalar biyopsikososyal

açından değerlendirilmelidir. Öncelikle HBS ön tanısı aklımıza gelmelidir ve müdahale etmeliyiz [51].

2.2. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

2.2.1. Tanı ve sınıflama

Korku, çevrede var olan belirli bir ağrı veya muhatara olarak algılanan olaylara karşı bir uyarıcı tepkisi olarak ortaya çıkan önemli bir mekanizmadır. Kişinin ifade etmekte güçlük çektiği, yaşantı ile uyumlu olmayan kaygı hali olarak korku duygusu ise anksiyete olarak tanımlanır. Anksiyete, Latince "tıkanma", "boğulma" anlamına gelen "angere" kelimesinden köken almaktadır. Anksiyete, muayyen olaylara karşı kişinin daha fonksiyonel ve dirayetli olmasına olanak sağlayan, fizyolojik bir savunma sistemidir. Fakat bu kaygılar ortamda gerçek bir tehlike veya tehdit durumu olmasa bile oluşuyor sık sık tekrarlıyor ve şiddeti kişinin günlük yaşamını etkileyecek düzeyde ise bu fizyolojik korunma mekanizması olmaktan çıkıp anksiyete bozukluğu oluşturmaktadır [53, 54, 55, 56].

Anksiyete bozuklukları toplumda yaygın görülmesinden dolayı birinci basamak sağlık kuruluşlarına sık başvuru sebepleri arasındadır.

Anksiyete Bozuklukları; özgül fobi, ayrılma kaygısı bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu, agorafobi, seçici konuşmazlık, panik bozukluk, sosyal fobi, maddenin ya da ilacın neden olduğu kaygı bozukluğu ve tanımlanmamış kaygı bozukluğu şeklinde alt gruplara ayrılmıştır [57].

2.2.2. Epidemiyoloji ve risk faktörleri

Kaygı bozukluğunun yaygınlığının oranı hakkında farklı bilgiler mevcut olsa da ortalama prevalansın % 7,3 olduğu tahmin edilmektedir [58]. Kadınlarda anksiyete bozukluğu erkeklere göre iki kat fazla görüldüğü tespit edilmiştir [59]. Sıklıkla erken yaşlarda görülmekte olup en fazla görüldüğü yaş 20 civarı olduğu belirtiliyor [60].

Kalıtımsal özellikler, cinsiyet, bebeklikten itibaren zor mizaçlı olmak, erken yaşlarda fiziksel veya cinsel istismara maruz kalma, stresli yaşam, temel bakım verenin fazla korumacı ve kaygılı olması, içe kapanık olma, ebeveyn kaybı, ebeveynlerin ayrı yaşaması, kötü sosyal ve ekonomik koşullar kaygı bozuklukları için risk faktörleri arasındadır [61].

2.2.3. Klinik

Şiddetli ve sürekli olması (6 aydan fazla sürmesi) sebebiyle biyolojik, geçici olan korku veya kaygıdan farklıdır. Çoğunlukla stres kaynaklıdır [59].

Anksiyete bozukluklarında bilişsel, fizyolojik, davranışsal, duygusal belirtiler görülmektedir. Bilişsel belirtiler uyumakta zorlanma, sürekli kötü haberler alacakmış, felaketler ile karşılaşacakmış gibi kötü olaylar olacak duygusu, dikkatin çabuk dağılması, zihni toparlamakta güçlük şeklinde görülebilir [59,62].

Davranışsal belirtiler hareketli, kıpır kıpır olma, konuşmama, kaçma, imtina etme olarak izlenebilir. Duygusal belirtiler tahammül edememe, endişeli olma, gerginlik, şaşkınlık şeklinde olabilir [59,62].

Fizyolojik belirtiler sempatik sistemin aktivasyonuna bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bunlar kan basıncında artma, kalp atım hızının artması, pupillerde genişleme, ağızda kuruluk, terleme, ellerde titreme, kol ve bacaklarda karıncalanma, yüzde kızarma, bulantı-kusma, epigastrik hassasiyet, nefes alıp vermekte güçlük, boğulma hissi, sık idrara çıkma, dışkılama sıklığında artma gibi bulgulardır [59, 62].

2.2.4. Ayırıcı Tanı

Anksiyete tek başına görülebildiği gibi birçok ruhsal bozukluk ve çeşitli tıbbi durumlarla birlikte de görülebilir [63]. Yaygın anksiyete bozukluğu ile en sık birliktelik gösteren psikiyatrik problemler arasında, sosyal fobi, basit fobi, agorafobili panik bozukluklar sayılabilir. Yüzde 30'unda ise majör depresyon eşlik ettiği bildirilmiştir. Ayırıcı tanı için detaylı anamnez, fiziksel ve ruhsal muayene, gerekli laboratuvar tetkikleri yapılmalıdır [64, 65]. Bazı çalışmalarda depresyon tanısını karşılama da bazı depresif belirtilerin yaygın anksiyete bozukluklarına eşlik ettiği gösterilmiştir [66].

Yaygın anksiyete bozukluğu bazı psikotik bozukluklar ve paranoid bozukluklarla karışabilir, benzer klinik belirti verdiği için kafein bağımlılığı, hipoglisemi ve madde kullanım bozukluğu ile de karıştırılabilir. Ayrıca şizofreni hastalığının başlangıç döneminde yüksek anksiyete gözlenebilir [67, 68]

2.3. KORONAVİRÜS VE COVID-19 PANDEMİSİ

Koronavirüsler genotip ve fenotip olarak farklı türleri bulunan pozitif polariteli, tek zincirli, zarflı RNA virüsleridir. Koronavirüs, insanlarda soğuk algınlığı gibi toplumda sık görülen ve kendiliğinden gerileyebilen hafif enfeksiyondan, ağır solunum yetmezliği ile seyredebilen enfeksiyonlara kadar çeşitli hastalıklara neden olabilir. Covid-19 (Koronavirüs hastalığı 2019)'dan sorumlu virüs, şiddetli akut solunum sendromu virüsü ve orta doğu solunum sendromu virüsünün de içinde bulunduğu beta coronavirus cinsi içindeki sarbecovirus altcinsi içerisinde bulunmaktadır [69, 70].

31 Aralık 2019 yılında Çin'in Hubei Eyaleti, Wuhan Şehrinde sebebi belirlenemeyen zatüre olguları bildirilmiştir. 7 Ocak 2020'de bu olguların nedeni olarak evvelde insanlarda tespit edilememiş yeni tip koronavirüs türü olduğu saptanmıştır. 11 Şubat 2020 tarihinde ise 2019-nCoV virüsünün neden olduğu bu tabloya Covid-19 ismi verilmiştir [71]. Sonrasında SARS CoV'un içinde bulunduğu aileden olması ve yakın benzerliğinden dolayı SARS-CoV-2 adını almıştır [72]. 30 Ocak 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü bu salgını "uluslararası boyutta halk sağlığı acil durumu" şeklinde nitelendirmiş ve ilk vakanın görüldüğü Çin dışındaki birçok yerde vakaların görülmesi ve virüsün yayılımı sebebiyle 11 Mart 2020 tarihinde pandemi haline geldiğini ifade etmiştir [71].

2.4. KORONAVİRÜS ANKSİYETESİ

Salgınlar sırasında insanların psikolojik tepkileri, hem duygusal sıkıntıların ortaya çıkmasını hem de hastalığın yayılmasını önemli ölçüde etkilemektedir. Verilen bu tepkiler içinde duygusal sıkıntı, savunma ve uyumsuz davranışlar yer almaktadır [73].

MERS ile SARS salgınlarındaki hastalığın seyrinin ağır olması, ölümlerin çoğalması; kaygı, uykusuzluk ve depresyon gibi psikolojik belirtilerin oldukça yaygın rastlanmasına sebep olmuştur [74, 75, 76].

Covid-19 salgınında hasta ve ölüm sayıları arttıkça tüm dünyada salgının yayılmasını önlemek için hızlı bir şekilde tedbirler alınmaya başlanmış, kişilerin günlük yaşantısı değişmiştir [77]. Alınan tedbirler izole yaşamı arttırmış, vahim bir psikolojik tehdit yaratmış ve kişilerde birçok davranış değişikliğine neden olmuştur. Covid-19 ile ilgili yüksek düzeyde uzun süreli anksiyete ve korku yaşayan kişilerin bir takım hoş olmayan fizyolojik belirtiler

yaşama eğiliminde olduğu görülmüştür. Bu durum koronavirüs anksiyetesi şeklinde ifade edilmektedir [78, 79].

2.4.1. Koronavirüs Anksiyetesi Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri

Salgının başlangıç dönemlerinde yapılan bir araştırmada Çinli sağlık çalışanları arasında depresyon %50,7 oranında olup genel anksiyete düzeyi ise %44,7 olarak bulunmuştur [80].

Çin'de yapılan bir araştırmada salgının insanlar üzerindeki psikolojik etkisi değerlendirilmiş ve deneklerin % 29'unda orta ve şiddetli anksiyete belirtileri gözlenmiştir [81]. Başka bir çalışmada sağlık çalışanları arasında covid anksiyetesi oranı % 23,2 olarak belirtilmiştir [82].

Yaşlılarda şiddetli enfeksiyon ve ölüm riski daha fazla olmasına karşın stres ile depresyon düzeyleri 21 ve 40 yaş arasındaki grupta daha fazla olduğu gözlenmiştir. Bu durumun esas nedeni, bu yaş grubunun salgının gelecekteki sonuçları ve sebep olduğu ekonomik zorluklarla ve kayıplarla daha yakından ilgili olması olarak görülmektedir. Bazı çalışmalar, gençlerin anksiyete oranlarının yüksek olmasının sebebini sosyal medya kullanımının fazla olması ve bilgiye erişimlerinin daha kolay olmasına bağlamaktadır [83].

Daha önce psikiyatrik problemleri olan kişilerde covid depresyonu ve anksiyetesi daha yüksek bulunmuştur [84].

İzolasyon önlemleri ve evde karantina uygulamasında kişilerde halsizlik, sinirlilik, gerginlik, yorgunluk, uyku problemleri, dikkat dağınıklığı, anksiyete oranları yüksek düzeyde gözlenmiştir [85]. Salgın sırasında hatalı, gerçek olmayan ve yanlış bilgiler televizyon ve sosyal medyada geniş yer kaplamıştır. Bu durum bireylerde asılsız korkuları, kaygıyı arttırmıştır [86].

2.4.2. Koronavirüs Anksiyetesi Klinik Özellikleri

Salgına bağlı izolasyon döneminde kendini ve aileyi koruma mekanizmaları bireyde korku ve anksiyetenin artmasına sebep olur özellikle hamileler gibi savunmasız popülasyonlarda artmış anksiyete ve stres seviyelerinde görülen kas ağrısı gibi yaygın belirtiler covid-19 semptomları ile karıştırılabilir [87].

Anksiyetenin özel bir grubu olan koronavirüs anksiyetesi bilişsel, davranışsal, fizyolojik, duygusal belirtiler göstermektedir. Bilişsel olarak endişelenmek, önyargılı olmak, rüya görmek, tekrarlayan düşüncelerin olması gibi belirtiler sayılabilir. Davranışsal belirtiler ise kaçınma, zorlayıcı davranışlar, işlevsiz faaliyetlerdir. Duygusal olarak korku, kaygı, öfke sayılabilir. Son olarak uyku problemleri, tonik hareketsizlik, somatik sıkıntı fizyolojik belirtiler arasındadır [88].



GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmaya 28 Mayıs 2021 ve 29 Kasım 2021 tarihleri arasında 6 ay süre ile Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne herhangi bir sebeple başvuran 20-65 yaş arası gönüllüler katıldı. Toplam 350 katılımcının verileri incelendi.

Çalışmanın başlangıcında, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (protokol no:2021.146.05.19) onay alındı (Ek 2).

Katılımcıların araştırmaya dâhil edilme kriterleri;

-20 ile 65 yaş arası olmak, çalışmaya katılmak için gönüllü olmak

Katılımcıların araştırmada hariç tutulma ölçütleri;

-20 yaş altı ve 65 yaş üstü olması, anketi doldurmak için gerekli mental ve fiziki yeterliliğin olmaması

Başvuru anında katılımcıların fizik muayenesi yapıldı. Araştırmacıların hazırladığı ve deneklerin sosyodemografik verileri, kullandıkları tedaviler, kronik hastalıkları, HBS tanı ölçütleri, HBS şiddet ölçeği, Covid 19 enfeksiyonu geçirip geçirmediği, Covid 19 aşısı yapıp yapılmadığı, HBS semptomlarının pandemi ile değişip değişmediği, Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin sorgulandığı anket formu gönüllüler tarafından dolduruldu (Ek 1).

Gönüllülerin anket formu, HBS tanı ölçütleri, HBS şiddet ölçeği ve Koronavirüs

anksiyete ölçeğinin puanlamasına göre değerlendirildi.

Hastalık Şiddetinin Değerlendirilmesi: 10 sorudan oluşan Uluslararası Huzursuz Bacak Skalası (IRLS) kullanılarak tespit edilir. Her bir soru 0 ve 4 arasında bir puan alır, minimum 0 maksimum 40 puan alınabilir. Son bir haftalık HBS şiddetini değerlendirir. 9 puan ve aşağısı hafif, 10 ve 19 puan arası orta, 20 ile 29 puan arası şiddetli, 30 ve üzeri puan çok şiddetli olarak tarif edilir.

2020 yılında, kovid anksiyetesini belirlemek amacıyla Lee tarafından kısa likert türü bir ölçek geliştirildi. Ölçek 5 sorudan oluşmaktadır ve her biri 0 ile 4 arasında bir puan almaktadır. En az 0 en fazla 20 puan alınabilir. 9 ve üstü puan alınması durumunda koronavirüs anksiyetesinin varlığından bahsedilir (%90 duyarlılık ve %85 özgüllük). Türkiye’de yapılan bir çalışmada ulusal literatüre güvenilir bir ölçek kazandırma amaçlı, Lee’nin geliştirdiği ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik analizi yapılmıştır. (Cronbach alfa değeri: 0.832).

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmadaki veriler, SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı program kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı datalarda yüzde, sayı, minimum, maksimum ile ortalama değer ve ortalama \pm standart sapma (SD) kullanıldı. Bulguların değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ile frekans tabloları kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov testleri ile değerlendirildi. Normal dağılmayan ölçüm değerleri için non-parametrik yöntemler kullanıldı. İki bağımsız grubun non-parametrik yöntemlere uygun bir şekilde karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) ve bağımsız üç ya da daha çok grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Bonferroni düzeltmesi, üç veya daha fazla grupta anlamlı farklılık gösteren değişkenlerin ikili karşılaştırmalarında kullanıldı. Spearman korelasyon katsayısı ise normal dağılmayan iki sayısal parametrenin karşılaştırılmasında kullanıldı.

Bulguların bilimsel açıdan geçerlilik düzeyini belirtmek için ‘p’ değeri doğrudan yazıldı ve bu değer 0,05’den küçük ise bilimsel düzeyde anlamlı sayıldı. Analiz neticelerinin sunumunda tablolar kullanıldı.

BULGULAR

Araştırmaya katılan 350 kişiden 212'si (%60,6) kadın, 138'i (%39,4) erkekti. Minimum 20, maksimum 65 yaş arasındaki gönüllülerin yaş ortalaması $34,75 \pm 10,32$ (yıl) olduğu tespit edilmiştir ve 137'sinin (%39,2) 20-29 yaş, 131'inin (%37,4) 30-39 yaş, 82'sinin (%23,4) 40-65 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. 14 kişi (%4) zayıf, 160 kişi (%45,7) normal, 130 kişi (%37,2) fazla kilolu, 46 kişi (%13,1) obez BKİ sınıfında, 202'sinin (%57,7) evli, 148'inin bekâr olduğu gözlemlendi. 23 kişinin (%6,6) ilkokul, 12 kişinin (%3,4) ortaokul, 36 kişinin (%10,4) lise, 179 kişinin (%51,1) lisans, 95 kişinin (%27,1) yüksek lisans, 5 kişinin (%1,4) doktora mezunu olduğu belirlenmiştir. 226 kişinin (%64,6) beyaz yaka olduğu, 124 kişinin (35,4) mavi yaka olduğu, 292'sinin (%83,4) aktif olarak çalıştığı, 58'inin (%16,6) aktif olarak çalışmadığı görülmüştür. 20'sinin (%6,8) toplamda 1 yıldan az bir süredir çalıştığı, 104'ünün (%35,7) 2-5 yıldır çalıştığı, 73'ünün (%25) 6-9 yıldır, 95'inin (%32,5) 10 yıldan fazla çalıştığı belirlendi. Haftalık olarak 70 kişi (%24) 40 saatin altında, 142 kişi (%48,6) haftalık 40-45 saat, 80 kişi (%27,4) 45 saatin üzerinde çalıştığı belirlenmiştir. (Tablo 3)

Tablo3:Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı-1

Değişken (N=350)	n	%
Yaş Sınıfları [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 34,75 \pm 10,32$ (yıl)]		
<30	137	39,2
30-39	131	37,4
≥ 40	82	23,4
Cinsiyet		
Kadın	212	60,6
Erkek	138	39,4
BKİ [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 25,32 \pm 8,64$ (kg/m²)]		
Zayıf	14	4,0
Normal	160	45,7
Fazla kilolu	130	37,2
Obez	46	13,1
Medeni Hal		
Evli	202	57,7
Bekâr	148	42,3
Eğitim Düzeyi		
İlkokul	23	6,6
Ortaokul	12	3,4
Lise	36	10,4
Lisans	179	51,1
Yüksek lisans	95	27,1
Doktora	5	1,4
Meslek Grubu		
Mavi yaka	124	35,4
Beyaz yaka	226	64,6
Aktif Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	58	16,6
Çalışıyor	292	83,4
Toplam Mesleki Çalışma Süresi		
≤ 1 yıl	20	6,8
2-5 yıl	104	35,7
6-9 yıl	73	25,0
≥ 10 yıl	95	32,5
Haftalık Çalışma Süresi		
<40 saat	70	24,0
40-45 saat	142	48,6
>45 saat	80	27,4

Tablo 4:Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı-2

Değişken (N=350)	n	%
Sigara Kullanma		
Evet	114	32,6
Hayır	236	67,4
Haftalık Sigara Miktarı		
1 paket	23	20,2
2-3 paket	37	32,5
4-5 paket	12	10,5
≥6 paket	42	36,8
Alkol Kullanma		
Evet	98	28,0
Hayır	252	72,0
Kahve Tüketme		
Evet	280	80,0
Hayır	70	20,0
Kahve Tüketimi Sıklığı		
1 fincan (gün)	141	50,4
2 fincan (gün)	78	27,9
3-4 fincan (gün)	48	17,1
≥5 fincan (gün)	13	4,6
Kronik Hastalık		
Var	95	27,1
Yok	255	72,9
Psikiyatrik Hastalık		
Var	25	7,1
Yok	325	92,9
İlaç Kullanımı		
Var	90	25,7
Yok	260	74,3
Yaşanan kişi/kişiler		
Çekirdek aile	198	56,6
Geniş aile	16	4,6
Eşyle	64	18,2
Yalnız başına	72	20,6
Ortalama Aylık Gelir		
≤3.500 TL	98	30,2
3501-5.000 TL	59	18,2
5001-6.500 TL	38	11,6
>6.500 TL	130	40,0

236 kişinin (%67,4) sigara kullanmadığı, 42'sinin (%36,8) haftalık ≥6 paket sigara kullandığı, 252'sinin (%72,0) alkol kullanmadığı, 280'inin (%80,0) kahve tükettiği, bunlardan 141'inin (%50,4) günlük 1 fincan kahve tükettiği ve 255'inin (%72,9) kronik hastalığının

olmadığı belirlenmiştir. 325 kişinin (%92,9= psikiyatrik hastalığının olmadığı, 260'ının (%74,3) ilaç kullanmadığı, 198'inin (%56,6) çekirdek aileyle yaşadığı ve 130'unun (%40,0) ortalama aylık gelirinin >6.500 TL olduğu tespit edildi.

Tablo 5:Araştırmaya İlişkin Bulguların Dağılımı

Değişken (N=350)	n	%
Haftalık Egzersiz Süresi		
≤5 dakika	60	26,7
6-10 dakika	51	22,7
11-15 dakika	49	21,8
>15 dakika	65	28,8
Hoş olmayan hislerle birlikte hareket isteği		
Var	147	42,0
Yok	203	58,0
Hoş olmayan hislerle birlikte hareket olan bölge		
Bacaklarda	76	51,7
Kol ve bacaklarda	47	32,0
Kollarda	24	16,3
Şikâyetlerin istirahatte artması		
Evet	113	32,3
Hayır	237	67,7
Şikâyetin yürümede azalması		
Evet	133	38,0
Hayır	217	62,0
Şikâyetin gece kötüleşmesi		
Evet	104	29,7
Hayır	246	70,3
Huzursuz bacak sendromu tanısı		
Var	149	42,6
Yok	201	57,4

Tablo 5 Devamı: Araştırmaya İlişkin Bulguların Dağılımı

Covid-19 geçirme		
Evet	76	21,7
Hayır	274	78,3
Covid-19 düzeyi		
Hafif	37	48,7
Hafif-orta	19	25,0
Orta-ağır	12	15,8
Ağır	7	9,2
Çok ağır	1	1,3
Covid-19 aşısı olma		
Evet	157	44,9
Hayır	193	55,1

65 kişinin (%28,8) haftalık >15 dakika egzersiz yaptığı, 203'ünün (%58,0) hoş olmayan hislerle birlikte hareket isteğinin olmadığı, olanlardan 76'sının (%21,7) sadece bacaklarında bu hissin olduğu, 237'sinin (%67,7) şikâyetlerinin istirahatte artmadığı, 217'sinin (%62,0) şikâyetinin yürümede azalmadığı ve 246'sının (%70,3) şikâyetinin gece kötüleşmediği belirlenmiştir. 201 kişinin (%57,4) huzursuz bacak sendromu tanısı olmadığı, 274'ünün (%78,3) Covid-19 geçirmediği, Covid-19 geçiren 37 kişinin (%48,7) hafif düzeyde geçirdiği ve 157 kişinin (%44,9) Covid-19 aşısı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6: Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı Bulguların Dağılımı-1

Ölçekler (N=350)	Ortalama	S.S.	Medyan	Min.	Max.
Koronavirüs anksiyete ölçeği	4,85	4,49	5,0	0,0	20,0
HBS şiddet ölçeği	6,50	7,84	2,0	0,0	32,0

Ölçeklere ilişkin tanımlayıcı bulguların dağılımı tablo 7’de verilmiştir.

Tablo7:Ölçeklere İlişkin Tanımlayıcı Bulguların Dağılımı-2

Ölçekler (N=350)	Madde sayısı	Cronbach- α katsayısı
Koronavirüs anksiyete ölçeği	5	0,886
HBS şiddet ölçeği	10	0,956

Kişilerin ölçeklere verdiği yanıtların genel anlamda çok yüksek düzeyde güvenilir olduğu belirlendi.

Tablo 8:Bulgulara Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması-1

Değişken	n	Koronavirüs anksiyete ölçeği		HBS şiddet ölçeği	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Yaş sınıfları					
<30 ⁽¹⁾	137	4,57±3,99	4,0 [7,0]	4,83±6,67	0,0 [10,0]
30-39 ⁽²⁾	131	5,72±5,05	5,0 [8,0]	7,18±8,11	5,0 [13,0]
≥40 ⁽³⁾	82	3,94±4,09	3,0 [7,0]	8,20±8,71	7,5 [16,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=6,529$		$\chi^2=8,494$	
Olasılık		p=0,038		p=0,014	
Fark		[2-3]		[1-3]	
Cinsiyet					
Kadın	212	5,32±4,47	5,0 [7,0]	7,10±7,79	5,0 [13,0]
Erkek	138	4,13±4,42	3,5 [6,0]	5,58±7,83	0,0 [11,0]
İstatistiksel analiz		$Z=-2,723$		$Z=-2,385$	
Olasılık		p=0,006		p=0,017	
BKİ					
Zayıf	14	6,14±4,99	5,0 [9,0]	4,29±7,25	0,0 [7,0]
Normal	160	4,93±4,51	5,0 [8,0]	5,62±7,89	3,0 [12,0]
Fazla kilolu	130	4,60±4,44	4,0 [7,0]	6,05±7,26	2,0 [10,3]
Obez	46	4,91±4,41	5,0 [8,3]	8,37±9,20	2,0 [17,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=1,561$		$\chi^2=2,999$	
Olasılık		p=0,668		p=0,392	

Tablo 8 Devamı: Bulgulara Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması-1

Medeni durum					
Evli	202	5,01±4,49	5,0 [8,0]	6,90±7,82	5,0 [12,0]
Bekar	148	4,64±4,43	4,0 [7,8]	5,95±7,88	1,0 [12,0]
İstatistiksel analiz		Z=-0,932		Z=-1,055	
Olasılık		p=0,351		p=0,291	
Eğitim düzeyi					
Lise/altı ⁽¹⁾	71	4,68±4,44	5,0 [7,0]	8,39±8,71	6,0 [15,0]
Lisans ⁽²⁾	179	5,30±4,54	5,0 [7,0]	6,63±7,81	3,0 [12,0]
Yüksek lisans/üzeri ⁽³⁾	100	4,18±4,37	4,0 [6,0]	4,92±6,93	0,0 [10,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=5,123$		$\chi^2=9,530$	
Olasılık		p=0,077		p=0,009	
Fark				[1-3]	
Meslek grubu					
Mavi yaka	124	4,70±4,46	5,0 [7,0]	7,66±8,21	5,0 [14,0]
Beyaz yaka	226	4,93±4,51	5,0 [8,0]	5,86±7,67	1,0 [11,0]
İstatistiksel analiz		Z=-0,493		Z=-2,229	
Olasılık		p=0,622		p=0,026	
Aktif çalışma					
Çalışmıyor	58	4,67±4,31	5,0 [7,0]	7,09±7,92	3,5 [14,0]
Çalışıyor	292	4,89±4,53	5,0 [8,0]	6,38±7,83	2,0 [12,0]
İstatistiksel analiz		Z=-0,149		Z=-0,955	
Olasılık		p=0,881		p=0,339	
Mesleki çalışma					
≤1 yıl	20	4,90±4,67	4,0 [6,3]	6,45±8,88	1,5 [14,0]
1-5 yıl	104	5,01±4,42	5,0 [8,0]	5,31±7,38	0,0 [12,0]
6-10 yıl	73	4,95±4,99	4,0 [7,5]	6,84±7,37	8,0 [11,0]
>10 yıl	95	4,71±4,29	5,0 [7,0]	7,18±8,39	2,0 [14,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=0,326$ p=0,955		$\chi^2=2,783$ p=0,426	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Yaş grupları arasında koronavirüs anksiyete ölçeği puanlarında bilimsel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=6,529$; $p=0,038$). Bonferroni düzeltilmeli ikili mukayeseler neticesinde; 30-39 yaş aralığında olanlar ile ≥ 40 yaş olanlar arasında geçerli bir farklılık tespit edildi. 30-39 yaş aralığındakilerin koronavirüs anksiyete ölçeği puanları, ≥ 40 yaş olanlara göre anlamlı düzeyde daha fazlaydı. Yaş sınıflarına göre HBS şiddeti ölçeği puanlarında bilimsel olarak anlamlı farklılık bulundu ($\chi^2=8,494$; $p=0,014$). Bonferroni düzeltilmeli ikili mukayeseler neticesinde; 30 yaş altı olanlarla ≥ 40 yaş grubundakiler arasında geçerli bir farklılık tespit edildi. ≥ 40 yaş grubunda olanların HBS şiddeti ölçeği puanları, < 30 yaş grubunda olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir.

Cinsiyete göre koronavirüs anksiyete ölçeği puanlarında bilimsel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-2,723$; $p=0,006$). Kadın deneklerin koronavirüs anksiyete ölçeği puanları, erkek deneklere kıyasla geçerli düzeyde daha fazladır.

Cinsiyete göre HBS şiddeti ölçeği puanlarında bilimsel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-2,385$; $p=0,017$). Kadınların HBS şiddeti ölçeği puanları, erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

BKİ sınıflarına göre koronavirüs anksiyete ölçeği ile HBS şiddeti ölçeği puanlarında bilimsel olarak anlamlı farklılık bulunamadı ($p>0,05$).

Medeni hale göre koronavirüs anksiyete ölçeği ve HBS şiddeti ölçeği puanlarında bilimsel olarak anlamlı farklılık bulunamadı ($p>0,05$).

Eğitim seviyesine göre koronavirüs anksiyete ölçeği puanlarında bilimsel olarak anlamlı farklılık bulunamadı ($p>0,05$). Eğitim seviyesine göre HBS şiddeti ölçeği puanlarında bilimsel olarak anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=9,530$; $p=0,009$). Bonferroni düzeltilmeli ikili mukayeseler neticesinde; lise/altı mezun olanlarla yüksek lisans/üzeri mezun olanlar arasında geçerli farklılık bulunmuştur. Lise/altı mezun olanların HBS şiddeti ölçeği puanları, yüksek lisans/üzeri mezun olanlara kıyasla anlamlı derecede daha fazladır.

Meslek gruplarında koronavirüs anksiyete ölçeği puanlarında bilimsel düzeyde anlamlı farklılık bulunamadı ($p>0,05$).

Meslek gruplarında HBS şiddeti ölçeği puanlarında bilimsel düzeyde anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-2,229$; $p=0,026$). Mavi yakalıların HBS şiddeti ölçeği puanları, beyaz yakalılara kıyasla anlamlı derecede daha fazladır.

Aktif çalışma durumuyla koronavirüs anksiyete ölçeği ve HBS şiddeti ölçeği puanları arasında bilimsel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Toplam mesleki çalışma süreleriyle koronavirüs anksiyete ölçeği ve HBS şiddeti ölçeği puanlarında bilimsel olarak anlamlı farklılık bulunamadı ($p>0,05$).

Tablo 9: Bulgulara Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması-2

Değişken	n	Koronavirüs anksiyete ölçeği		HBS şiddet ölçeği	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Haftalık çalışma					
<40 saat ⁽¹⁾	70	6,10±4,38	5,0 [6,3]	6,93±7,48	5,0 [12,0]
40-45 saat ⁽²⁾	142	4,58±4,64	4,0 [7,0]	6,73±8,18	2,0 [12,0]
>45 saat ⁽³⁾	80	4,38±4,31	4,0 [6,8]	5,30±7,47	0,0 [11,8]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=8,272$		$\chi^2=2,884$	
Olasılık		p=0,016		p=0,236	
Fark		[1-2,3]			
Sigara kullanma					
Evet	114	4,61±4,61	5,0 [7,0]	8,06±8,97	4,5 [16,0]
Hayır	236	4,97±4,43	5,0 [8,0]	5,75±7,12	2,0 [10,0]
İstatistiksel analiz		Z=-0,948		Z=-1,744	
Olasılık		p=0,343		p=0,081	
Haftalık sigara					
1 paket	23	5,13±5,11	5,0 [11,0]	8,26±9,19	6,0 [15,0]
2-3 paket	37	4,24±4,90	3,0 [7,0]	8,51±10,25	1,0 [18,0]
4-5 paket	12	4,42±3,67	5,0 [5,5]	8,25±9,64	3,5 [17,5]
≥6 paket	42	4,71±4,42	4,0 [7,3]	7,50±7,66	7,5 [16,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=0,753$		$\chi^2=0,044$	
Olasılık		p=0,861		p=0,998	

Tablo 9 Devamı: Bulgulara Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması-2

Alkol kullanma					
Evet	98	3,78±3,72	4,0 [6,0]	5,70±7,73	0,0 [12,0]
Hayır	252	5,27±4,69	5,0 [9,0]	6,81±7,87	3,0 [12,0]
İstatistiksel analiz		Z=-2,415		Z=-1,595	
Olasılık		p=0,016		p=0,111	
Kahve tüketme					
Evet	280	4,75±4,34	5,0 [7,0]	6,38±7,75	2,0 [12,0]
Hayır	70	5,27±5,04	4,5 [9,0]	6,99±8,22	3,0 [13,0]
İstatistiksel analiz		Z=-0,519		Z=-0,210	
Olasılık		p=0,604		p=0,834	
Kahve sıklığı					
1 fincan (gün)	141	5,00±4,36	5,0 [8,0]	6,32±7,78	2,0 [12,0]
2 fincan (gün)	78	4,94±4,55	4,5 [9,0]	5,79±7,03	2,5 [11,0]
3-4 fincan (gün)	48	4,35±4,23	4,5 [7,0]	7,88±8,73	6,0 [14,8]
≥5 fincan (gün)	13	2,38±2,29	2,0 [5,0]	5,00±7,77	0,0 [13,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=4,526$		$\chi^2=1,961$	
Olasılık		p=0,210		p=0,581	
Kronik hastalık					
Var	95	4,94±4,40	5,0 [8,0]	8,67±8,81	9,0 [14,0]
Yok	255	4,82±4,52	5,0 [7,0]	5,69±7,30	1,0 [10,0]
İstatistiksel analiz		Z=-0,380		Z=-2,730	
Olasılık		p=0,704		p=0,006	
Psikiyatrik hastalık					
Var	25	3,76±4,22	4,0 [5,0]	9,52±9,39	5,0 [17,5]
Yok	325	4,93±4,51	5,0 [8,0]	6,27±7,67	2,0 [12,0]
İstatistiksel analiz		Z=-1,412		Z=-2,078	
Olasılık		p=0,158		p=0,038	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskall-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Haftalık çalışma saati ile koronavirüs anksiyete ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı farklılık tespit edildi ($\chi^2=8,272$; $p=0,016$). Bonferroni düzeltilmeli ikili mukayeseler neticesinde; <40 saat çalışanlar ile 40-45 ve >45 saat çalışanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi. <40 saat çalışanların koronavirüs anksiyete ölçeği puanları, 40-45 ve >45 saat çalışanlara göre anlamlı derecede daha fazladır. Haftalık çalışma saatleri ile HBS şiddet ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı farklılık bulunamadı ($p>0,05$).

Sigara kullanma durumu ile koronavirüs anksiyete ölçeği ve HBS şiddeti ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı farklılık bulunamadı ($p>0,05$). Sigara tüketim sıklığı ile koronavirüs anksiyete ölçeği ve HBS şiddeti ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı farklılık bulunamadı ($p>0,05$).

Alkol kullanımı ile koronavirüs anksiyete ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-2,415$; $p=0,016$). Alkol kullanmayanların koronavirüs anksiyete ölçeği puanları, alkol kullananlara kıyasla geçerli derecede daha yüksektir. Alkol kullanımı ile HBS şiddet ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde geçerli farklılık bulunamadı ($p>0,05$).

Kahve tüketimi ile koronavirüs anksiyete ölçeği ve HBS şiddeti ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı farklılık bulunamadı ($p>0,05$). Kahve tüketimi ile koronavirüs anksiyete ölçeği ve HBS şiddeti ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde farklılık bulunamadı ($p>0,05$).

Kronik hastalık ve koronavirüs anksiyete ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde farklılık tespit edilemedi ($p>0,05$). Kronik hastalık ve HBS şiddet ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde farklılık tespit edildi ($Z=-2,730$; $p=0,006$). Kronik hastalığa sahip deneklerin HBS şiddet ölçeği puanları kronik hastalığı olmayanlara kıyasla geçerli düzeyde daha fazladır. Psikiyatrik hastalık ile koronavirüs anksiyete ölçeği ve HBS şiddeti ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde farklılık bulunamadı ($p>0,05$).

Tablo 10: Bulgulara Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması-3

Değişken	n	Koronavirüs anksiyete ölçeği		HBS şiddet ölçeği	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
İlaç kullanımı	90				
Var	26	4,53±4,36	5,0 [7,3]	8,39±8,74	8,0 [15,3]
Yok	0	4,97±4,53	5,0 [8,0]	5,84±7,40	1,0 [10,8]
İstatistiksel analiz*		Z=-0,702		Z=-2,318	
Olasılık		p=0,483		p=0,020	
Yaşanan kişi/kişiler	19				
Çekirdek aile ⁽¹⁾	8	4,64±4,28	5,0 [7,0]	7,22±7,94	5,0 [13,3]
Geniş aile ⁽²⁾	16	6,00±5,15	6,0 [10,0]	10,43±8,46	10,0 [8,5]
Eşiyle ⁽³⁾	64	5,04±4,90	5,0 [8,8]	5,39±7,39	3,0 [10,8]
Yalnız başına ⁽⁴⁾	72	5,01±4,56	5,0 [7,8]	4,64±7,33	0,0 [10,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=1,418$		$\chi^2=15,524$	
Olasılık		p=0,701		p=0,001	
Fark				[1,2-4] [2-3]	
Ortalama aylık gelir	98				
≤3.500 TL	59	5,21±4,86	5,0 [9,0]	7,35±8,21	4,0 [14,0]
3501-5.000 TL	38	4,95±4,04	5,0 [6,0]	6,29±7,04	3,0 [12,0]
5001-6.500 TL	13	5,50±4,90	5,0 [9,3]	7,34±9,06	3,0 [12,3]
>6.500 TL	0	4,55±4,38	5,0 [7,0]	5,88±7,63	0,0 [11,3]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=1,332$		$\chi^2=2,507$	
Olasılık		p=0,721		p=0,474	

Tablo 10 Devamı: Bulgulara Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması-3

Haftalık egzersiz					
≤5 dakika	60	6,12±4,35	5,0 [8,0]	6,58±8,02	1,5 [12,0]
6-10 dakika	51	4,78±4,55	4,0 [8,0]	7,25±7,87	5,0 [13,0]
11-15 dakika	49	5,22±4,53	5,0 [8,5]	5,45±8,17	0,0 [10,0]
>15 dakika	65	4,28±4,54	4,0 [6,5]	6,17±7,43	2,0 [12,0]
İstatistiksel analiz Olasılık		$\chi^2=7,321$ p=0,062		$\chi^2=3,168$ p=0,366	
Hoş olmayan işlerle birlikte hareket isteği					
Var	147	6,12±4,81	5,0 [8,0]	13,62±6,23	13,0 [7,0]
Yok	203	3,94±4,01	4,0 [6,0]	1,33±3,79	0,0 [0,0]
İstatistiksel analiz Olasılık		$Z=-4,278$ p=0,000		$Z=-15,399$ p=0,000	
Hoş olmayan hislerin olduğu bölge					
Bacaklarda ⁽¹⁾	76	5,88±4,56	5,0 [6,8]	13,08±5,91	12,0 [8,0]
Kol ve bacaklarda ⁽²⁾	47	6,66±5,10	5,0 [8,0]	15,81±6,25	16,0 [7,0]
Kollarda ⁽³⁾	24	5,79±5,09	5,0 [9,0]	11,08±6,05	10,0 [5,0]
İstatistiksel analiz Olasılık Fark		$\chi^2=0,696$ p=0,706		$\chi^2=12,865$ p=0,002 [2-1,3]	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskall-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

İlaç kullanımı ile koronavirüs anksiyete ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde farklılık bulunamadı ($p>0,05$). İlaç kullanımı ile HBS şiddet ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde farklılık tespit edildi ($Z=-2,318$; $p=0,020$). İlaç kullanan deneklerin kullanmayanlara kıyasla HBS şiddet ölçeği puanları geçerli derecede daha fazladır.

Yaşanan kişi/kişiler ile koronavirüs anksiyete ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$).

Yaşanan kişi/kişiler ile HBS şiddet ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı fark tespit edildi ($\chi^2=15,524$; $p=0,001$). Bonferroni düzeltmeli ikili mukayeseler neticesinde;

çekirdek ile geniş aileyle yaşayanlarla yalnız yaşayan denekler arasında bilimsel olarak geçerli farklılık tespit edildi. Çekirdek ve geniş aileyle kalanların HBS şiddet ölçeği puanları, yalnız kalanlara kıyasla anlamlı derecede daha fazladır. Aynı şekilde, geniş aileyle yaşayanlar ile eşiyile yaşayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Geniş aileyle yaşayanların HBS şiddet ölçeği puanları, eşiyile yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Ortalama aylık gelir ile koronavirüs anksiyete ölçeği ve HBS şiddeti ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Haftalık egzersiz süresine (dk.) ile koronavirüs anksiyete ölçeği ve HBS şiddeti ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$).

Hoş olmayan hislerle beraber hareket isteği ile koronavirüs anksiyete ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı fark tespit edildi ($Z=-4,278$; $p=0,000$).

Hareket isteği olan deneklerin koronavirüs anksiyete puanları, hareket isteği olmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha fazladır. Hoş olmayan hisler birlikte hareket isteği ile HBS şiddet ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı fark tespit edildi ($Z=-15,399$; $p=0,000$). Hareket isteği olanların HBS şiddet ölçeği puanları, hareket isteği olmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha fazladır.

Hoş olmayan hisler birlikte hareket isteği olan bölge ile koronavirüs anksiyete ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı fark yoktur ($p>0,05$).

Hoş olmayan hisler birlikte hareket isteği olan bölge ile HBS şiddet ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı fark tespit edildi ($\chi^2=12,865$; $p=0,002$). Bonferroni düzeltilmeli ikili mukayeseler neticesinde; hem kol hem de bacaklarında bu his olanlar ile sadece bacaklarda ve sadece kollarda olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Hem kol hem de bacaklarında bu his olanların HBS şiddet ölçeği puanları, sadece bacaklarda ve sadece kollarda olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 11: Bulgulara Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması-4

Değişken	n	Koronavirüs anksiyete ölçeği		HBS şiddet ölçeği	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan IQR]
Şikayetlerin istirahatte artması					
Evet	113	6,35±4,98	5,0 [7,5]	14,77±6,29	14,0 [9,0]
Hayır	237	4,14±4,05	4,0 [7,0]	2,56±4,86	0,0 [3,0]
İstatistiksel analiz* Olasılık		Z=-3,943 p=0,000		Z=-13,772 p=0,000	
Şikayetin yürümede azalması	133	6,27±4,71	5,0 [7,0]	12,80±6,94	12,0 [8,0]
Evet	217	3,99±4,12	4,0 [6,0]	2,64±5,52	0,0 [2,0]
Hayır					
İstatistiksel analiz Olasılık		Z=-4,490 p=0,000		Z=-12,451 p=0,000	
Şikâyetin gece kötüleşmesi					
Evet	104	6,44±5,06	5,0 [7,8]	14,88±6,06	14,0 [8,8]
Hayır	246	4,18±4,05	4,0 [7,0]	2,96±5,45	0,0 [4,0]
İstatistiksel analiz Olasılık		Z=-3,881 p=0,000		Z=-13,113 p=0,000	
Huzursuz bacak sendromu tanısı					
Var	149	6,05±4,81	5,0 [8,0]	13,59±6,23	13,0 [8,0]
Yok	201	3,97±4,02	4,0 [6,0]	1,24±3,65	0,0 [0,0]
İstatistiksel analiz Olasılık		Z=-4,093 p=0,000		Z=-15,532 p=0,000	

Tablo 11 Devamı: Bulgulara Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması-4

Covid-19 geçirme					
Evet	76	5,57±4,94	5,0 [8,0]	7,96±8,30	6,0 [15,0]
Hayır	274	4,66±5,34	5,0 [7,0]	6,09±7,67	1,0 [11,0]
İstatistiksel analiz		Z=1,330		Z=-1,860	
Olasılık		p=0,184		p=0,063	
Covid-19 düzeyi					
Hafif	37	5,15±4,78	5,0 [8,0]	7,02±7,31	5,0 [12,0]
Hafif-orta	19	4,65±4,20	5,0 [8,0]	5,13±6,85	1,0 [8,0]
Orta-ağır	12	6,75±6,91	4,5 [13,8]	9,83±11,07	5,5 [16,0]
Ağır/çok ağır	8	8,25±5,39	6,5 [5,0]	14,13±7,49	15,0 [11,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=2,933$		$\chi^2=7,161$	
Olasılık		p=0,402		p=0,067	
Covid-19 aşısı olma					
Evet	157	4,67±4,50	5,0 [8,0]	6,10±7,58	1,0 [12,0]
Hayır	193	5,01±4,48	5,0 [7,5]	6,83±8,04	3,0 [13,0]
İstatistiksel analiz		Z=-0,724		Z=-0,925	
Olasılık		p=0,469		p=0,355	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskall-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Şikâyetlerin istirahatte artması durumu ile koronavirüs anksiyete ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı fark tespit edildi (Z=-3,943; p=0,000). Şikâyetleri istirahatte artanların koronavirüs anksiyete ölçeği puanları, şikâyetlerine istirahatte artmayanlara göre geçerli derecede daha fazladır. Şikâyetlerin istirahatte artması durumu ile HBS şiddet ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı fark tespit edildi (Z=-13,772; p=0,000). Şikâyetleri istirahatte artanların HBS şiddet ölçeği puanları, şikâyetlerine istirahatte artmayanlara göre geçerli derecede daha fazladır.

Şikâyetlerin yürümede azalması durumu ile koronavirüs anksiyete ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı fark tespit edildi (Z=-4,490; p=0,000). Şikâyetleri yürümede azalanların koronavirüs anksiyete ölçeği puanları, şikâyetleri yürümede azalmayanlara göre geçerli derecede daha fazladır. Şikâyetlerin yürümede azalması durumu ile HBS şiddet ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı fark tespit edildi (Z=-12,451; p=0,000). Şikâyetleri yürümede azalanların HBS şiddet ölçeği puanları, şikâyetleri yürümede azalmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha fazladır.

Şikâyetlerin gece kötüleşmesi durumuna ile koronavirüs anksiyete ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı fark tespit edildi ($Z=-3,881$; $p=0,000$). Şikâyetleri gece kötüleşenlerin koronavirüs anksiyete ölçeği puanları, şikâyetleri gece kötüleşmeyenlere kıyasla anlamlı derecede daha fazladır. Şikâyetlerin gece kötüleşmesi ile HBS şiddet ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı fark tespit edildi ($Z=-13,113$; $p=0,000$). Şikâyetleri gece kötüleşenlerin HBS şiddet ölçeği puanları, şikâyetleri gece kötüleşmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Huzursuz bacak sendromu tanısı ile koronavirüs anksiyete ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı fark tespit edildi ($Z=-4,093$; $p=0,000$). Huzursuz bacak sendromu tanısı olanların koronavirüs anksiyete ölçeği puanları, tanısı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Huzursuz bacak sendromu tanısı ile HBS şiddet ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı farklılık tespit edildi ($Z=-15,532$; $p=0,000$). Huzursuz bacak sendromu tanısı olanların HBS şiddet ölçeği puanları, tanısı olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Covid-19 geçirme durumuna ile koronavirüs anksiyete ölçeği ve HBS şiddeti ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$). Geçirilen Covid-19 düzeyi ile koronavirüs anksiyete ölçeği ve HBS şiddeti ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$). Covid-19 aşısı olma durumu ile koronavirüs anksiyete ölçeği ve HBS şiddeti ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo12:Ölçeklerin Birbiriyle Olan İlişkilerinin İncelenmesi

Korelasyon* (N=350)		Koronavirüs anksiyete ölçeği
HBS şiddet ölçeği	<i>R</i>	0,281
	<i>p</i>	0,000

*Normal dağılıma sahip olmayan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Koronavirüs anksiyete ölçeği ve HBS şiddet ölçeği arasında zayıf derecede, pozitif yönde ve bilimsel açıdan anlamlı bir ilişki tespit edildi ($r=0,281$; $p=0,000$). Koronavirüs kaygı ölçeğindeki puan arttıkça, HBS şiddet ölçeğindeki puan da artar. Benzer şekilde koronavirüs kaygı ölçeğindeki puan düştükçe HBS şiddet ölçeği de düşüyor.

TARTIŞMA

Huzursuz bacak sendromu ile koronavirüs anksiyete düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmamızda koronavirüs anksiyetesi ile huzursuz bacak sendromu arasında zayıf, pozitif yönde ve bilimsel olarak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($r=0,281$; $p=0,000$). Koronavirüs kaygı ölçeğindeki puan arttıkça, HBS şiddet ölçeğindeki puan da artar. Benzer şekilde koronavirüs kaygı ölçeğindeki puan düştükçe HBS şiddet ölçeği de düşüyor. HBS ve Koronavirüs anksiyete sıklığı sırasıyla % 42,6 - % 20,8 olarak tespit edilmiştir.

Çalışmamızda Koronavirüs Anksiyetesi Ölçeği ve Huzursuz Bacak Sendromu Şiddet ölçeği Cronbach's alpha katsayısı sırasıyla 0,886 ve 0,956 olarak bulunmuş olup tüm ölçeklerin iç tutarlılığı oldukça iyi düzeydedir.

2020 yılı Mart ayında Lee ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada %25,4 oranında koronavirüs anksiyetesi bulunmuştur [89]. 2020 yılında Pakdemir ve arkadaşları tarafından 451 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada ise koronavirüs salgınında kişilerin yaklaşık %40'ının yüksek anksiyete düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir [90]. Kuru ve Uymaz'ın çalışmasında ise bireylerin %30,7'si yüksek kaygılı bulunmuştur [91].

Bizim araştırmamızda ise koronavirüs anksiyetesi katılımcıların %20,8'inde saptanmıştır. Diğer çalışmaların anksiyete oranının bizim çalışmamızdakinden daha fazla olması; pandemi başlangıcındaki bilgi kirliliği ve panik ortamının giderek azalmış olması, süreç ilerledikçe uygulanan tedavi ve yapılan aşuların artması, vaka oranlarının düşmesi ile toplumdaki anksiyete oranının azalmasına bağlı olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Çalışmamızın yapıldığı dönemde ülkemizde aşılama çalışmaları hız kazanmış olup vaka ve ölüm sayıları pandemi

başlangıcındaki sayılara göre belirgin şekilde azalmış ve toplum üzerinde psikolojik anlamda olumlu etki oluşturmuştur.

Bir metaanaliz çalışması, 21-40 yaş grubunda anksiyete oranının daha yüksek olduğunu bulmuştur [83]. Huang ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir araştırmada gençlerde anksiyete oranı daha fazla olduğu bildirilmiştir [92]. Çalışmamızda ise 30-39 yaş aralığındaki gönüllülerin ≥ 40 yaş olanlara kıyasla anlamlı derecede daha fazla kaygı düzeyine sahip olduğu görüldü. Gençlerin bilgiye sosyal medya, tv ve internet ortamında daha hızlı ulaşması ve yanlış haberlerle bilgilendirilip daha anksiyetik olmaları olasıdır.

Wang ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada salgın döneminde kadınlarda anksiyete riski erkeklerden 3 kat daha fazla olduğu bulunmuştur [93]. Yapılan başka bir araştırmada, kadınlarda daha fazla koronavirüs anksiyete belirtilerinin görüldüğü gözlenmiştir [94]. Ülkemizde yapılan bir araştırma, kadınların kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir [79]. Bizim sonuçlarımız da literatür ile uyumlu olarak kadınların anksiyete oranının daha yüksek olduğunu gösterdi ($Z=-2,723$; $p=0,006$).

Kadınlar, anksiyete belirtilerini tetikleyecek yaşam streslerine karşı daha hassas ve kırılgan olabilir; fakat bu streslerin kaynağı henüz tam olarak belirlenememiştir. Mens periyodlarında, hamilelik döneminde ve menopoz evresinde görülen hormonal değişimlere bağlı olabilir. Ayrıca akut stres döneminde erkekler ve kadınlar farklı başa çıkma yöntemleri kullanma eğilimindedirler [93].

Medeni durum ve anksiyete arasındaki ilişkiyi araştıran çeşitli çalışmalar ve farklı sonuçları bulunmaktadır. Padovan-Neto ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada anksiyete düzeyi bekâr veya evli kişiler arasında yeterli düzeyde bir farklılık tespit edilemedi [95]. Fu ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ise evlilerde anksiyete oranı daha yüksek bulunmuştur [96]. Başka bir araştırmada ise bekâr kişilerde anksiyete daha yüksek olduğu görülmektedir [97].

Yaptığımız çalışmada da medeni durum ve anksiyete düzeyi arasında bilimsel düzeyde geçerli bir farklılık bulunmadı ($Z=0,932$ $p=0,351$). Salgının başlangıç zamanında yapılan bir çalışma olsaydı, kaotik ortamda yapılacak araştırmada evli bireylerin çevresindeki insanlara hastalığı bulaştırma kaygısı olasılıkla daha anksiyetik olmalarına sebep olabilirdi.

Salari ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, yüksek eğitim seviyesine sahip bireylerin beden ve sağlık algısının daha yüksek olmasından kaygı düzeylerinin daha fazla olabileceği düşünülmüştür [83]. Farklı bir çalışmada, üniversite mezunları daha yüksek düzeyde kaygı ve depresyon bildirmiştir [98].

Bizim sonuçlarımızda, eğitim düzeyi ile koronavirüs anksiyete ölçeği puanları arasında bilimsel olarak belirgin bir fark bulunamadı ($p=0,077$). Kentsel yaşamın artması, sosyal medya kullanımının artması, haberleşme ağlarının yaygınlaşması ve sağlık okuryazarlığının artmasıyla eğitim durumundan bağımsız olarak pandemi döneminde toplumun her kesiminde kaygı düzeyi artmış olabilir. Daha geniş örneklemlerli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bir çalışmada düşük gelir düzeyine sahip bireylerin koronavirüs anksiyete düzeylerinin yüksek gelirli bireylere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur [99]. Salgının başlangıç döneminde Kavaklı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada benzer şekilde düşük gelire sahip olan bireylerde kaygı oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir [100]. Bizim sonuçlarımızda ise gelir düzeyleri ile koronavirüs anksiyetesinin görülme durumu arasında bilimsel olarak yeterli bir farklılık çıkmadı ($\chi^2=1,332$ $p=0,721$). Salgın döneminde ülkemizin sosyal durumuna bağlı olarak insanların tedavi seçeneklerine ve aşı çalışmalarına kolay ve ücretsiz erişiminin yoksulların kaygısını azalttığına inanılıyor.

Mazza ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırma, kronik rahatsızlığı olan deneklerde kaygı düzeyi daha yüksek bulunmuştur [84]. Yapılan çeşitli çalışmalarda da kronik rahatsızlığı olan deneklerde düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir [101, 102]. Ülkemizde de yapılan bazı çalışmalarda benzer şekilde sonuçlar bildirilmiştir [103]. Bizim çalışmamızda ise literatür ile uyumsuz bir şekilde kronik rahatsızlığı bulunanlarla kaygı düzeyleri arasında belirgin bir fark bulunamadı. Katılımcılara anket üzerinden kronik hastalığı olup olmadığı sorulmuştur tıbbi kayıtlarına bakılmamıştır ve kronik hastalığı olan gönüllü sayısı çok az olduğu için anlamlı bir fark bulunamamış olabilir.

Hindistan'da yapılan bir çalışmada hizmet süresi 10 yıldan az olanlarda anksiyete oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir [104]. Çeşitli çalışmalarda haftalık çalışma süresi arttıkça anksiyete oranı daha yüksek bulunmuştur [105, 106, 107, 108]. Bizim çalışmamızda ise haftalık çalışma süresine ile anksiyete oranı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

<40 saat çalışanların koronavirüs anksiyete ölçeği puanları, 40-45 ve >45 saat çalışanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Literatürde artan stres yükü ile alkol kullanımında artış olduğu çeşitli çalışmalarla değerlendirilmiştir [109, 110]. Alkol kullanımı akut olarak stresle başa çıkma yöntemi olarak görülebilir ancak alkol bağımlılığını arttırmaktadır. Çalışmamızda alkol kullanımı ile koronavirüs anksiyetesi arasında anlamlı ilişki bulundu ($Z=-2,415$; $p=0,016$). Alkol kullanmayanların koronavirüs anksiyete ölçeği puanları, alkol kullananlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Bursa’da yapılan hareket bozuklukları prevalansı çalışmasında komorbid aterosklerotik kalp hastalığı ve bronşiyal astım insidansı istatistiksel olarak anlamlı bulunurken diğer hastalıklarla HBS istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır [111]. Taşdemir ve arkadaşları tarafından karadeniz bölgesinde yapılan araştırmada kronik hastalığı olanlarda HBS anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur [112].

Gebelerde HBS sıklığını araştıran bir çalışmada %11 bulunmuştur [34]. Başka bir çalışmada %19 bulunmuştur [113]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise %19 bulunmuştur [114, 115]. Bizim çalışmamızın eksikliklerinden biri ise gönüllülere gebe olup olmadığı sorulmamıştır.

Dinlenme durumunda kollarda ve bacaklarda hareket ettirme isteğiyle ortaya çıkan huzursuz bacak sendromu kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğünü belirten birçok çalışma mevcuttur [112]. Mersin’de yapılan bir prevalans çalışmasında kadınlarda erkeklere kıyasla 1,6 kat daha sık huzursuz bacak olduğu bulunmuştur [116]. Başka bir çalışmada ise kadınlardaki HBS oranı 2 kat fazla bulunmuştur [117].

Ülkemizde Karadeniz bölgesinde yapılan bir araştırmada ise kadınlarda 3,5 kat daha fazla huzursuz bacak sendromu görüldüğü bulunmuştur [112]. Bizim çalışmamızda da literatür ile benzer sonuçlar elde ettik. Kadınlarda erkeklerden 1,2 kat fazla tespit ettik ($Z=-2,385$; $p=0,017$).

Literatürde yaş ve HBS ilişkisi üzerine çeşitli çalışmalar mevcuttur. Bazı çalışmalar HBS’nin yaşla arttığını [118], 5000 kişilik bir çalışmada HBS’nin yaş ile arttığı ve 50–59

yaşlarında pik yaptığı bildirilmiştir [17]. Fakat HBS sıklığının yaşla artmadığını iddia eden çalışmalar da mevcuttur [119, 120].

Bizim yaptığımız araştırmada ise <30 yaş grubundakiler ile ≥ 40 yaş olanlar arasında belirgin bir farklılık tespit edildi. ≥ 40 yaş olanların 30 yaş altı bireylere kıyasla HBS şiddeti ölçeği puanları belirgin düzeyde daha fazla bulundu ($\chi^2=8,494$; $p=0,014$).

Berger ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada, eğitim seviyesi düşük olanlar deneklerde HBS görülme sıklığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir [121]. Rangarajan ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmada düşük eğitim düzeyine sahip kişilerde HBS daha sık rastlanmaktadır [122]. Pakistan'daki bir çalışmada da aynı şekilde düşük eğitim seviyesi ve HBS arasında anlamlı ilişki rastlanmıştır [123]. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde sonuçlanmıştır. Lise/altı mezun olanların HBS şiddeti ölçeği puanları, yüksek lisans/üzeri mezunlara kıyasla anlamlı ölçüde daha fazladır. ($\chi^2=9,530$; $p=0,009$) Bu durumun düşük eğitim düzeyi ve kötü sosyoekonomik şartlarla ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Ceylan ve arkadaşları, meslek grubu ile huzursuz bacak sendromu arasında bilimsel olarak yeterli bir ilişki tespit edememişlerdir [124]. Koreli Yetişkinlerde yapılan bir çalışmada her meslek grubu için HBS prevalansı benzer oranda belirtilmiştir [125]. Literatürden farklı olarak bizim çalışmamızda meslek grupları ile HBS arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($Z=-2,229$; $p=0,026$). Mavi yaka olanların HBS şiddeti ölçeği puanları, beyaz yaka olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Mavi yakalılarda beden gücü gerektiren işlerin yoğunluğu ve stres yükünün fazla olması bu sonuca varmamızı sağlamış olabilir.

Literatürde birlikte yaşanan kişi sayısına göre HBS araştırılmamıştır. Bizim çalışmamızda yaşanan kişi/kişiler ile HBS şiddet ölçeği puanları arasında bilimsel düzeyde anlamlı bir farklılık tespit edildi ($\chi^2=15,524$; $p=0,001$). Çekirdek aile ve geniş aile ile yaşayanlarla yalnız yaşayanlar arasında belirgin bir farklılık tespit edilmiştir. Çekirdek ve geniş aileyle yaşayanlarda yalnız kalanlara kıyasla daha fazla huzursuz bacak sendromu görülmektedir. Aynı şekilde, geniş aileyle yaşayanlarla eşiyile beraber kalanlar arasında da belirgin bir farklılık tespit edildi. Geniş aileyle kalanların HBS şiddet ölçeği puanları, eşiyile yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Evde yaşanan kişi sayısı ile huzursuz bacağı kıyaslayan geniş çaplı araştırmalara ihtiyaç vardır.

HBS Covid-19 hastalarında tanımlanmış olsa da, HBS ile Covid-19 arasındaki ilişkiyi araştıran güvenilir prospektif bir çalışma bulunmamaktadır. Yakın tarihli bir olgu sunumunda, doğrulanmış Covid-19 ve çeşitli ek hastalığı (iskemik kalp hastalığı, şeker hastalığı ve hipertansiyon) bulunan 49 yaşında bir kadın hastada geçici belirgin yeni başlangıçlı HBS tanısı konulmuştur ve beş günlük yatarak tedavi aldıktan sonra taburcu edildiğinde tüm HBS belirtileri düzelmiştir. Aynı zamanda bu olguda Covid-19 virüsü ile HBS'ye yakalanma arasında belirsiz bir ilişki bulunmaktadır.

HBS dikkatin farklı yöne kaydırılmasıyla giderilen bir hastalıktır, izolasyon ve karantinanın dayattığı hareketsizliğin yanında sosyal etkileşimin azalması HBS belirtilerini kötüleştirir beklenir. Bu nedenle, Covid-19 salgınında, HBS'li hastalara mümkün olduğunca hareketsizlikten kaçınmaları, hafif ila orta düzeyde egzersize katılmaları, düzenli bir uyku önerilmektedir [126, 127].

HBS tedavisi için opioid kullanan 500 hasta üzerinde yapılan çalışmada pandeminin başlangıç evresinde HBS şiddetinin arttığı gösterilmiştir [128]. Koronavirüs ile HBS arasındaki ilişkiyi net olarak belirlemek için geniş çaplı araştırmaların yapılması gerekmektedir.

SONUÇLAR

Bu çalışma, pandemi döneminde HBS ile koronavirüs anksiyetesi arasındaki ilişkinin incelenmesi ve toplumda HBS farkındalığını arttırmak maksadıyla yapıldı. Anket bulgularından elde ettiğimiz verilere göre, HBS ve koronavirüs anksiyetesi arasında bilimsel düzeyde anlamlı bir bağlantı bulunmuştur. Anksiyete oranı arttıkça HBS şiddeti de artmaktadır.

Çalışmamızda HBS prevalansı %42,6 koronavirüs anksiyetesi prevalansın %20,8 olarak tespit edilmiştir. Her iki durum da kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir. Katılımcıların yaş ortalaması 35 ve HBS oranı yaşla birlikte artmaktadır. Koronavirüs anksiyetesi ise gençlerde daha sık görülmektedir. Haftalık çalışma süresine göre 40 saatten az çalışanlarda anksiyete oranı daha yüksek saptanmıştır. Eğitim seviyesi lise ve altı olanlarda daha fazla HBS görülmektedir.

HBS bulguları dinlenmekle ortaya çıkan, hareket etmekle azalan bir hastalık olmasına rağmen fiziki olarak daha fazla çalışan mavi yakalılarda daha sık görüldüğü tespit edildi. Risk faktörlerinden olan alkol, kahve, sigara ve egzersiz yapmama ile HBS arasında belirgin bir bağ tespit edilmedi. Alkol kullanmayanlarda anksiyete oranı alkol kullananlara göre daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı olanlarda daha fazla HBS saptanmıştır. Bazı psikiyatrik hastalıklarda sekonder olarak HBS görülmesine karşın bizim çalışmamızda anlamlı ilişki bulunamadı. Bu durum sadece anket ile veri toplandığı için deneklerin psikiyatrik hastalığının varlığını söylemekte çekinmesi ile açıklanabilir.

Geniş aile ve çekirdek aile ile yaşayanlarda yalnız yaşayanlara göre HBS oranı daha fazla bulundu ancak anksiyete oranları arasında fark gösterilemedi. Huzursuz bacak sendromu şikâyetleri gece artmakta ve uyku kalitesini bozmakta ve insanlarda sirkadiyen ritmin bozulmasıyla birlikte sinirlilik, kaygı düzeyi artmaktadır. Bizim çalışmamızda da şikâyetleri gece kötüleşenlerde koronavirüs anksiyetesi anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

HBS çoğunlukla ilaç tedavisine gerek kalmadan non-farmakolojik olarak birinci basamak hekimlerince tedavi edilebilir bir hastalıktır. Bu nedenle hekimler arasında farkındalığı arttırmaya ihtiyaç vardır. Koronavirüs anksiyetesi ile HBS arasındaki ilişkiyi anlamak için daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.



ÖZET

Huzursuz Bacak Sendromu toplumda yaygın görülen fakat çoğunlukla tanı koymada geç kalınan, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir hareket bozukluğudur. Koronavirüs salgınının neden olduğu davranış değişiklikleri, yatkın kişilerde HBS bulgularını kötüleştirebilir veya tetikleyebilir. Bu çalışmada aile hekimliği polikliniğine gelen erişkin hastalarda HBS sıklığını, HBS şikâyetlerinin pandemi ile değişip değişmediğini, koronavirüs anksiyete düzeyinin ve HBS ile koronavirüs anksiyetesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi hedeflendi.

Aile Hekimliği Polikliniği'ne herhangi bir sebeple gelen 20-65 yaş grubu 350 kişi araştırmaya alındı. Gönüllülere sosyodemografik özellikler, kronik hastalıkları, kullandıkları tedaviler, HBS tanı ölçütleri, HBS şiddet ölçeği, Covid 19 enfeksiyonu geçirip geçirmediği, Covid 19 aşısı yapılıp yapılmadığı, HBS semptomlarının pandemi ile değişip değişmediği, Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin sorgulandığı anket formu gönüllüler tarafından dolduruldu.

350 gönüllünün 212 tanesi (%60,6) kadın, 138 tanesi (%39,4) erkekti. Katılımcıların yaş ortalaması $34,75 \pm 10,32$ yaş idi. Katılımcıların 149'una (%42,6) HBS tanısı konuldu, 73 (%20,8) kişide koronavirüs anksiyetesi saptandı.

Anket bulgularından elde ettiğimiz veriler ışığında, HBS ve koronavirüs anksiyetesi arasında bilimsel düzeyde anlamlı bir bağ tespit ettik. Anksiyete oranı arttıkça HBS şiddeti de artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Huzursuz Bacak Sendromu, Koronavirüs Anksiyete Ölçeği, Covid-19

INVESTIGATION OF RESTLESS LEGS SYNDROME AND CORONAVIRUS ANXIETY LEVEL IN ADULTS DURING THE CORONAVIRUS PANDEMIC

SUMMARY

Restless Legs Syndrome is a movement disorder that is common in the community but often delayed in diagnosis and negatively affects quality of life. Behavioral changes caused by the coronavirus outbreak may worsen or trigger RLS symptoms in susceptible individuals. In this study, it was aimed to evaluate the frequency of RLS, whether RLS complaints changed with the pandemic, coronavirus anxiety level, and the relationship between RLS and coronavirus anxiety in adult patients who came to the family medicine outpatient clinic.

350 people in the 20-65 age group who came to the Family Medicine Polyclinic for any reason were included in the study. The volunteers filled out a questionnaire inquiring about their sociodemographic characteristics, chronic diseases, treatments they used, RLS diagnostic criteria, RLS severity scale, whether they had Covid 19 infection, whether they were vaccinated against Covid 19, whether RLS symptoms changed with the pandemic, and the Coronavirus Anxiety Scale.

Of 350 volunteers, 212 (60,6%) were female and 138 (39,4%) were male. The mean age of the participants was 34.75 ± 10.32 years. RLS was diagnosed in 149 (42,6%) participants, and coronavirus anxiety was detected in 73 (20,8%) participants.

In the light of the data we obtained from the survey findings, we found a scientifically significant link between RLS and coronavirus anxiety. As the anxiety rate increases, the severity of RLS also increases.

Keywords: Restless Legs Syndrome, Coronavirus Anxiety Scale, Covid-19

KAYNAKÇA

1. Uluslararası Huzursuz Bacak Sendromu Çalışma Grubu. <https://irlssg.org/>
2. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, Zhang L, Fan G, Xu J, Gu X, Cheng Z, Yu T, Xia J, Wei Y, Wu W, Xie X, Yin W, Li H, Liu M, Xiao Y, Gao H, Guo L, Xie J, Wang G, Jiang R, Gao Z, Jin Q, Wang J, Cao B. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020 Feb 15;395(10223):497-506.
3. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry*. 2020 Jun;66(4):317-320.
4. Franco B, Morais MA, Holanda ASS, Manconi M, de Mello MT, Esteves AM. Impact of Covid-19 on the restless legs syndrome. *Sleep Sci*. 2020 Jul-Sep;13(3):186-190.
5. Gupta R, Lahan V, Goel D. Restless Legs Syndrome: a common disorder, but rarely diagnosed and barely treated--an Indian experience. *Sleep Med*. 2012 Aug;13(7):838-41.s
6. Garcia-Borreguero D, Williams AM. An update on restless legs syndrome (Willis-Ekbom disease): clinical features, pathogenesis and treatment. *Curr Opin Neurol*. 2014 Aug;27(4):493-501.
7. Bilgilişoy Filiz M, Çakır T. Güncel Tanı Kriterleri ile Huzursuz Bacak Sendromu. *Turk J Osteoporos* 2015;21:87-95.
8. Merlino G, Fratticci L, Valente M, Del Giudice A, Noacco C, Dolso P, Cancelli I, Scalise A, Gigli GL. Association of restless legs syndrome in type 2 diabetes: a case-control study. *Sleep*. 2007 Jul;30(7):866-71.
9. Merlino G, Valente M, Serafini A, Gigli GL. Restless legs syndrome: diagnosis, epidemiology, classification and consequences. *Neurol Sci*. 2007 Jan;28 Suppl 1:S37-46.
10. Allen RP, Picchietti D, Hening WA, Trenkwalder C, Walters AS, Montplaisi JJSm. Restless legs syndrome: diagnostic criteria, special considerations, and epidemiology: a report from the restless legs syndrome diagnosis and epidemiology workshop at theNational Institutes of Health. 2003;4(2):101-19

11. Allen RP, Walters AS, Montplaisir J, Hening W, Myers A, Bell TJ, Ferini-Strambi L. Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study. *Arch Intern Med.* 2005 Jun 13;165(11):1286-92.
12. Winkelman JW, Finn L, Young T. Prevalence and correlates of restless legs syndrome symptoms in the Wisconsin Sleep Cohort. *Sleep Med.* 2006 Oct;7(7):545-52.
13. Özbek S, Zarifoğlu M, Karlı N, Özçakır A, Yıldız D, Aslan D. a population-based survey to determine the prevalence of movement disorders in Orhangazi district of Bursa, Turkey. *Türk Nöroloji Dergisi.* 2009; 15(3): 109 - 118.
14. Balci O, Sezer T. Fonksiyonel Karın Ağrısı Olan Adölesanlarda Huzursuz Bacak Sendromu Sıklığı. *Pediatric Practice and Research* 2015;3(1): 1-4
15. Cho YW, Shin WC, Yun CH, Hong SB, Kim JH, Allen RP, Earley CJ. Epidemiology of restless legs syndrome in Korean adults. *Sleep.* 2008 Feb;31(2):219-23.
16. Maheswaran M, Kushida CA. Restless legs syndrome in children. *MedGenMed.* 2006 Jun 20;8(2):79.
17. Çetinkaya, Yılmaz, et al. "Gerilim Tipi Baş Ağrısı Olan Anemili Hastalar ile Huzursuz Bacak Sendromu Birlikteliğinin Araştırılması." *Journal of Neurological Sciences* 26.3 (2009)
18. Çurgunlu A, Döventaş A, Karadeniz D, Erdinçler DS, Oztürk AK, Karter Y, Yaldiran A, Sipahioğlu F, Beğer T. Prevalence and characteristics of restless legs syndrome (RLS) in the elderly and the relation of serum ferritin levels with disease severity: hospital-based study from Istanbul, Turkey. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012 Jul-Aug;55(1):73-6.
19. Friedlander AH, Mahler ME, Yagiela JA. Restless legs syndrome: manifestations, treatment and dental implications. *J Am Dent Assoc.* 2006 Jun;137(6):755-61.
20. Ondo WG, Vuong KD, Jankovic J. Exploring the relationship between Parkinson disease and restless legs syndrome. *Arch Neurol.* 2002 Mar;59(3):421-4.
21. Ekbom K, Ulfberg J. Restless legs syndrome. *J Intern Med.* 2009 Nov;266(5):419-31.
22. Thorpy, Michael J. "Restless legs syndrome and periodic limb movements." *Primary Care Sleep Medicine.* Humana Press, 2007. 283-294.

23. Yee B, Killick R, Wong K. Restless legs syndrome. *Aust Fam Physician*. 2009 May;38(5):296-300.
24. Xiong L, Montplaisir J, Desautels A, Barhdadi A, Turecki G, Levchenko A, Thibodeau P, Dubé MP, Gaspar C, Rouleau GA. Family study of restless legs syndrome in Quebec, Canada: clinical characterization of 671 familial cases. *Arch Neurol*. 2010 May;67(5):617-22.
25. Montplaisir J, Boucher S, Poirier G, Lavigne G, Lapierre O, Lespérance P. Clinical, polysomnographic, and genetic characteristics of restless legs syndrome: a study of 133 patients diagnosed with new standard criteria. *Mov Disord*. 1997 Jan;12(1):61-5.
26. Salas RE, Gamaldo CE, Allen RP. Update in restless legs syndrome. *Curr Opin Neurol*. 2010 Aug;23(4):401-6.
27. Ball E, Caivano CK. Internal medicine: guidance to the diagnosis and management of restless legs syndrome. *South Med J*. 2008 Jun;101(6):631-4.
28. EKBOM KA. Restless legs syndrome. *Neurology*. 1960 Sep;10:868-73.
29. Earley CJ, Connor JR, Beard JL, Malecki EA, Epstein DK, Allen RP. Abnormalities in CSF concentrations of ferritin and transferrin in restless legs syndrome. *Neurology*. 2000 Apr 25;54(8):1698-700.
30. Connor JR, Boyer PJ, Menzies SL, Dellinger B, Allen RP, Ondo WG, Earley CJ. Neuropathological examination suggests impaired brain iron acquisition in restless legs syndrome. *Neurology*. 2003 Aug 12;61(3):304-9.
31. Manconi M, Govoni V, De Vito A, Economou NT, Cesnik E, Casetta I, Mollica G, Ferini-Strambi L, Granieri E. Restless legs syndrome and pregnancy. *Neurology*. 2004 Sep 28;63(6):1065-9.
32. Şahin G, Akbostancı M C. Huzursuz Bacak Sendromu: Tanıdan Tedaviye Güncel Yaklaşımlar. Ankara, Veri Medikal Yayıncılık 2008.
33. Facheris MF, Hicks AA, Pramstaller PP, Pichler I. Update on the management of restless legs syndrome: existing and emerging treatment options. *Nat Sci Sleep*. 2010 Sep 8;2:199-212

34. Buchfuhrer, Mark J. "Restless legs syndrome (RLS) with expansion of symptoms to the face." *Sleep Medicine* 9.2 (2008): 188-190.
35. Winkelman JW, Shahar E, Sharief I, Gottlieb DJ. Association of restless legs syndrome and cardiovascular disease in the Sleep Heart Health Study. *Neurology* 2008;70:35-42
36. Kushida CA. Clinical presentation, diagnosis and quality of life issues in restless legs syndrome. *Am J Med* 2007;120:4-12
37. Winkelmann J, Wetter TC, Collado-Seidel V, Gasser T, Dichgans M, Yassouridis A, et al. Clinical characteristics and frequency of the hereditary restless legs syndrome in a population of 300 patients. *Sleep* 2000;23:597-602
38. Walters AS, LeBrocq C, Dhar A, Hening W, Rosen R, Allen RP, et al; International Restless Legs Syndrome Study Group. Validation of the International Restless legs Syndrome Study Group rating scale for restless legs syndrome. *Sleep Med* 2003;4:121-32
39. Chaudhri KR, Ferini-Strambi L, Rye D. *Restless Legs Syndrome*. Oxford, Oxford University Press 2009.
40. Avidan AY. Parasomnias and movement disorders of sleep. *Semin Neurol* 2009;29: 372-392
41. Benes H, Walters AS, Allen RP, Hening AW et al. Definition of restless legs syndrome, how to diagnose it, and how to differentiate it from RLS mimics. *Movement Disorders* 2007;22(18):401-408.
42. Ubogu EE. Sleep disorders Part III: Clinical Vignettes: General Neurology Chapter 16 In: *A Concise and Systematic Approach to Clinical Practice. Neurology Oral Boards Review* 2005;189-199.
43. Hening WA. Subjective and objective criteria in the diagnosis of the restless legs syndrome. *Sleep Medicine* 2004;5:285-292.

44. Picchietti MA, Picchietti DL. Advances in pediatric restless legs syndrome: iron, genetics, diagnosis and treatment. *Sleep Medicine* 2010;11:643-651
45. <http://turkishfamilyphysician.com/wp-content/uploads/2016/08/C3-S2-huzursuz-bacaklar-sendromu> (Eriřim Tarihi: 20.10.2021).
46. Ferini-Strambi L and Manconi M: Treatment of restless legs syndrome. *Parkinsonism Relat Disord* 2009; 15 (Suppl 4): S65-70.
47. Happe S, Vennemann M, Evers S, Berger K: Treatment wish of individuals with known and unknown restless legs syndrome in the community. *J Neurol* 2008; 255(9): 1365-1371.
48. Rodrigues RN, Rodrigues AA, Faber J, Corso JT, Peixoto TF: Evolution of non-treated restless legs syndrome. *Arq Neuropsiquiatr* 2009; 67(1): 16-20.
49. Clark M. Restless legs syndrome. *Current Clinical Practice*, In: *Essential Practice Guidelines in Primary Care*. Ed Skolnik NS. Totowa NJ, Humana Press Inc. 2007;VI:317-321
50. Türk Nöroloji Derneđi alışma Grubu. Uyku Bozukluklarında Tedavi Rehberi. Yılmaz H, Tuncel D (ed). Türk Nöroloji Derneđi Rehber Yayınları,2014
51. ATEŐ, Elif; AYDIN, Nural Albayrak. Huzursuz bacaklar sendromu. *The Journal of Turkish Family Physician*, 2012, 3.2: 19-29
52. Garcia-Borreguero D, Stillman P, Benes H, Buschmann H, Chaudhuri KR, Gonzalez Rodríguez VM, Högl B, Kohnen R, Monti GC, Stiasny-Kolster K, Trenkwalder C, Williams AM, Zucconi M: Algorithms for the diagnosis and treatment of restless legs syndrome in primary care. *BMC Neurol* 2011; 27: 28
53. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan and Saddock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry* Çeviri Editörleri:Aydın H,Bozkurt A. Sekizinci Baskı Güneş Kitabevleri İstanbul Sy:1559-1800
54. Charney DS. Anksiyete bozuklukları. In: Sadock BJ, Sadock VA. *Comprehensive Text Book of Psychiatry*. Sekizinci Baskı. 2.Cilt. Güneş Kitabevi. 2007;1718-20
55. Stanley MA, Beck JG. Anxiety disorders. *Clin Psychol Rev* 2000; 20:731-54.

56. Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 4, 12-16
57. Koroğlu E. Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı, DSM-VTR. Ankara 2014; 54-62
58. Stein, D. J., Scott, K. M., de Jonge, P., & Kessler, R. C. (2017). Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(2), 127
59. Edition, Fifth. "Diagnostic and statistical manual of mental disorders." *Am Psychiatric Assoc* 21.21 (2013): 591-643.
60. Lijster JM, Dierckx B, Utens EM, Verhulst FC, Zieldorff C, Dieleman GC, Legerstee JS. The Age of Onset of Anxiety Disorders. *Can J Psychiatry*. 2017 Apr;62(4):237-246.
61. Ströhle A, Gensichen J, Domschke K. The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Dtsch Arztebl Int*. 2018 Sep 14;155(37):611-620.
62. Parmentier H, García-Campayo J, Prieto R. Comprehensive review of generalized anxiety disorder in primary care in Europe. *Curr Med Res Opin*. 2013 Apr;29(4):355-67.
63. Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depress Anxiety*. 2002;16(4):162-71.
64. American Psychiatric Association. Meeting. *Continuing Medical Education Syllabus and Scientific Proceedings in Summary Form: Annual Meeting of the American Psychiatric Association*. Vol. 147. American Psychiatric Association, 1994.
65. Brown TA, Barlow DH, Liebowitz MR. The empirical basis of generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry*. 1994 Sep;151(9):1272-80.
66. Roerig, James L. "Diagnosis and management of generalized anxiety disorder." *Journal of the American Pharmaceutical Association* (1996) 39.6 (1999): 811-821.
67. Biederman, J., et al. "American Psychiatric Association.(1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association." *Journal of learning disabilities* 22.9 (1994): 581-587.

68. Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Chronic medical conditions in a sample of the general population with anxiety, affective, and substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 1989 Nov;146(11):1440-6.
69. Bakanlığı, T. S.. & M¼d¼rl¼đ¼, H. S. G. COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı. Bilimsel Danışma Kurulu alışması, 07 Aralık 2020.
70. Zumla A. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. *Lancet Infect Dis*. 2010 May;10(5):303–4.
71. World Health Organization. (2020). Novel Coronavirus (2019-nCoV): situation reports. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports> Eriřim Tarihi:25.12.2022
72. Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nat Microbiol*. 2020 Apr;5(4):536-544.
73. W Cullen, G Gulati, B D Kelly, Mental health in the COVID-19 pandemic, *QJM: AN INTERNATIONAL JOURNAL OF MEDICINE*, Volume 113, Issue 5, May 2020, Pages 311–312.
74. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, Zandi MS, Lewis G, David AS. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020 Jul;7(7):611-627.
75. Lee AM, Wong JG, McAlonan GM, Cheung V, Cheung C, Sham PC, Chu CM, Wong PC, Tsang KW, Chua SE. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Can J Psychiatry*. 2007 Apr;52(4):233-40.
76. Jeong H, Yim HW, Song YJ, Ki M, Min JA, Cho J, Chae JH. Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiol Health*. 2016 Nov 5;38:e2016048.

77. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, Ng CH. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020 Mar;7(3):228-229.
78. Cai G, Lin Y, Lu Y, He F, Morita K, Yamamoto T, Aoyagi K, Taguri T, Hu Z, Alias H, Danaee M, Wong LP. Behavioural responses and anxiety symptoms during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic in Japan: A large scale cross-sectional study. *J Psychiatr Res*. 2021 Apr;136:296-305.
79. Evren C, Evren B, Dalbudak E, Topcu M, Kutlu N. Measuring anxiety related to COVID-19: A Turkish validation study of the Coronavirus Anxiety Scale. *Death Stud*. 2022;46(5):1052-1058.
80. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, Zhang B. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020 Apr;7(4):e17-e18.
81. Cullen W, Gulati G, Kelly BD. Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM*. 2020 May 1;113(5):311-312.
82. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsi E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020 Aug;88:901-907.
83. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, Rasoulpoor S, Khaledi-Paveh B. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*. 2020 Jul 6;16(1):57.
84. Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, Roma P. A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 2;17(9):3165.
85. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of the Evidence. *The Lancet*, 395, 912-920.

86. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, Wang Y, Fu H, Dai J. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One*. 2020 Apr 16;15(4):e0231924.
87. da Silva ML, Rocha RSB, Buheji M, Jahrami H, Cunha KDC. A systematic review of the prevalence of anxiety symptoms during coronavirus epidemics. *J Health Psychol*. 2021 Jan;26(1):115-125.
88. Lee SA. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Stud*. 2020;44(7):393-401.
89. Lee SA, Jobe MC, Mathis AA. Mental health characteristics associated with dysfunctional coronavirus anxiety. *Psychol Med*. 2021 Jun;51(8):1403-1404.
90. Çıtak, Ş. , Pekdemir, Ü. "An Analysis on Sleep Habits and Generalized Anxiety Levels of Individuals during the COVID-19 Pandemic" . *Journal of Family Counseling and Education* 5 (2020): 60-73
91. Kuru T. , Uymaz P. Anxiety, protective behaviors and related factors during the COVID-19 outbreak: A cross-sectional study. *Acta Medica Alanya*. 2020; 4(2): 186-192.
92. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res*. 2020 Jun;288:112954.
93. Wang Y, Di Y, Ye J, Wei W. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychol Health Med*. 2021 Jan;26(1):13-22.
94. Caycho-Rodríguez T, Vilca LW, Carbajal-León C, White M, Vivanco-Vidal A, Saroli-Araníbar D, Peña-Calero BN, Moreta-Herrera R. *Coronavirus Anxiety Scale*: New psychometric evidence for the Spanish version based on CFA and IRT models in a Peruvian sample. *Death Stud*. 2022;46(5):1090-1099.
95. Padovan-Neto, F. E., Lee, S. A., Guimarães, R. P., Godoy, L. D., Costa, H. B., Zerbini, F. L. S., & Fukusima, S. S. (2021). Brazilian Adaptation of the Coronavirus Anxiety Scale: A Psychometric Investigation of a Measure of Coronaphobia. *OMEGA - Journal of Death and Dying*.
96. Fu, W., Wang, C., Zou, L. *et al*. Psychological health, sleep quality, and coping styles to stress facing the COVID-19 in Wuhan, China. *Transl Psychiatry* 10, 225 (2020).

97. Burhamah W, AlKhayyat A, Oroszlányová M, AlKenane A, Almansouri A, Behbehani M, Karimi N, Jafar H, AlSuwaidan M. The psychological burden of the COVID-19 pandemic and associated lockdown measures: Experience from 4000 participants. *J Affect Disord.* 2020 Dec 1;277:977-985.
98. Tang F, Liang J, Zhang H, Kelifa MM, He Q, Wang P. COVID-19 related depression and anxiety among quarantined respondents. *Psychol Health.* 2021 Feb;36(2):164-178.
99. Stanton R, To QG, Khalesi S, Williams SL, Alley SJ, Thwaite TL, Fenning AS, Vandelanotte C. Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Jun 7;17(11):4065.
100. Kavaklı, M., Ak, M., Uğuz, F., & Türkmen, O. O. (2020). The mediating role of self-compassion in the relationship between perceived COVID-19 threat and death anxiety. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*, 23
101. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, Chen-Li D, Iacobucci M, Ho R, Majeed A, McIntyre RS. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord.* 2020 Dec 1;277:55-64.
102. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Mar 6;17(5):1729.
103. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *Int J Soc Psychiatry.* 2020 Aug;66(5):504-511.
104. Gupta S, Prasad AS, Dixit PK, Padmakumari P, Gupta S, Abhisheka K. Survey of prevalence of anxiety and depressive symptoms among 1124 healthcare workers during the coronavirus disease 2019 pandemic across India. *Med J Armed Forces India.* 2021 Jul;77(Suppl 2):S404-S412.
105. Elhadi M, Msherghi A, Elgzairi M, Alhashimi A, Bouhuwaish A, Biala M, Abuelmeda S, Khel S, Khaled A, Alsoufi A, Elmabrouk A, Alshiteewi FB, Hamed TB, Alhadi B, Alhaddad S, Elhadi A, Zaid A. Burnout Syndrome Among Hospital Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic and Civil War: A Cross-Sectional Study. *Front Psychiatry.* 2020 Dec 11;11:579563.

- 106.** Zhang X, Zhao K, Zhang G, Feng R, Chen J, Xu D, Liu X, Ngoubene-Atioky AJ, Huang H, Liu Y, Chen L, Wang W. Occupational Stress and Mental Health: A Comparison Between Frontline Medical Staff and Non-frontline Medical Staff During the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak. *Front Psychiatry*. 2020 Dec 23;11:555703.
- 107.** Akyildiz D, Durna S. Determining the research status and coronavirus anxiety scores of academics during the flexible working arrangements initiated after the COVID-19 pandemic. *J Taibah Univ Med Sci*. 2021 Feb 9;16(3):336-343.
- 108.** Pang Y, Fang H, Li L, Chen M, Chen Y, Chen M. Predictive factors of anxiety and depression among nurses fighting coronavirus disease 2019 in China. *Int J Ment Health Nurs*. 2021 Apr;30(2):524-532.
- 109.** Avery AR, Tsang S, Seto EYW, Duncan GE. Stress, Anxiety, and Change in Alcohol Use During the COVID-19 Pandemic: Findings Among Adult Twin Pairs. *Front Psychiatry*. 2020 Sep 25;11:571084.
- 110.** Hasin DS, Keyes KM, Hatzenbuehler ML, Aharonovich EA, Alderson D. Alcohol consumption and posttraumatic stress after exposure to terrorism: effects of proximity, loss, and psychiatric history. *Am J Public Health*. 2007 Dec;97(12):2268-75.
- 111.** Bursa İli Orhangazi İlçesinde Hareket Bozukluklarının Yaygınlığını Belirlemeye Yönelik Nüfus Tabanlı Bir Araştırma. *Türk J Neurol*. 2009; 15(3): 109-118) https://jag.journalagent.com/tjn/pdfs/TJN_15_3_109_118.pdf
- 112.** Taşdemir M, Erdoğan H, Börü UT, Dilaver E, Kumaş A. Epidemiology of restless legs syndrome in Turkish adults on the western Black Sea coast of Turkey: A door-to-door study in a rural area. *Sleep Med*. 2010 Jan;11(1):82-6.
- 113.** Goodman JD, Brodie C, Ayida GA. Restless leg syndrome in pregnancy. *BMJ*. 1988 Oct 29;297(6656):1101-2.
- 114.** Kaplan, Ö. & Başer, M. (2022). Gebelikte Huzursuz Bacak Sendromuna İlişkin Türkiye’de Yapılan Araştırmaların İncelenmesi: Bir İçerik Analiz Çalışması. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31 (1) , 14-24.
- 115.** ŞAHİN, F. K., KÖKEN, G., COŞAR, E., SOLAK, Ö., SAYLAN, F., FİDAN, F., & ÜNLÜ, M. (2007). GEBELERDE HUZURSUZ BACAK SENDROMU SIKLIĞI. *Journal of Turkish Obstetric and Gynecology Society*, 4(4), 246-9.

- 116.** Sevim S, Dogu O, Kaleagasi H, Aral M, Metin O, Camdeviren H. Correlation of anxiety and depression symptoms in patients with restless legs syndrome: a population based survey. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004 Feb;75(2):226-30. PMID: 14742594; PMCID: PMC1738920.
- 117.** Lee HB, Hening WA, Allen RP, Kalaydjian AE, Earley CJ, Eaton WW, Lyketsos CG. Restless legs syndrome is associated with DSM-IV major depressive disorder and panic disorder in the community. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2008 Winter;20(1):101-5.
- 118.** Hadjigeorgiou GM, Stefanidis I, Dardiotis E, Aggellakis K, Sakkas GK, Xiromerisiou G, Konitsiotis S, Paterakis K, Poultisidi A, Tsimourtou V, Ralli S, Gourgoulisanis K, Zintzaras E. Low RLS prevalence and awareness in central Greece: an epidemiological survey. *Eur J Neurol*. 2007 Nov;14(11):1275-80.
- 119.** Högl B, Kiechl S, Willeit J, Saletu M, Frauscher B, Seppi K, Müller J, Rungger G, Gasperi A, Wenning G, Poewe W. Restless legs syndrome: a community-based study of prevalence, severity, and risk factors. *Neurology*. 2005 Jun 14;64(11):1920-4.
- 120.** Benediktsdottir B, Janson C, Lindberg E, Arnardóttir ES, Olafsson I, Cook E, Thorarinsdottir EH, Gislason T. Prevalence of restless legs syndrome among adults in Iceland and Sweden: Lung function, comorbidity, ferritin, biomarkers and quality of life. *Sleep Med*. 2010 Dec;11(10):1043-8.
- 121.** Berger K, Luedemann J, Trenkwalder C, John U, Kessler C. Sex and the risk of restless legs syndrome in the general population. *Arch Intern Med*. 2004 Jan 26;164(2):196-202.
- 122.** Rangarajan S, Rangarajan S, D'Souza GA. Restless legs syndrome in an Indian urban population. *Sleep Med*. 2007 Dec;9(1):88-93.
- 123.** Mahmood K, Farhan R, Surani A, Surani AA, Surani S. Restless Legs Syndrome among Pakistani Population: A Cross-Sectional Study. *Int Sch Res Notices*. 2015 Jan 27;2015:762045.
- 124.** Ceylan, M., Aygül, R. & Yalçın, A. (2019). Erzurum İli Huzursuz Bacak Sendromu Prevelansının Araştırılması ve Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 9 (1) , 48-54
- 125.** Cho YW, Shin WC, Yun CH, Hong SB, Kim J, Earley CJ. Epidemiology of Insomnia in Korean Adults: Prevalence and Associated Factors. *J Clin Neurol*. 2009 Mar;5(1):20-23.

- 126.** Goldstein CA, Rizvydeen M, Conroy DA, O'Brien LM, Gupta G, Somers EC, Sharma P, Golob JL, Troost JP, Burgess HJ. The prevalence and impact of pre-existing sleep disorder diagnoses and objective sleep parameters in patients hospitalized for COVID-19. *J Clin Sleep Med.* 2021 May 1;17(5):1039-1050.
- 127.** Tony AA, Tony EA, Ali SB, Ezzeldin AM, Mahmoud AA. COVID-19-associated sleep disorders: A case report. *Neurobiol Sleep Circadian Rhythms.* 2020 Nov;9:100057.
- 128.** Wipper B, Romero-Gutierrez C, Winkelman JW. Restless legs syndrome severity in the National RLS Opioid Registry during the COVID-19 pandemic. *Sleep Med.* 2022 Feb;90:96-101.



EKLER

EK-1

ANKET NO:

COVID 19 PANDEMİ DÖNEMİNDE ERİŞKİNLERDE HUZURSUZ BACAK SENDROMU SIKLIĞI VE KORONAVİRÜS ANKSİYETE DÜZEYİNİN İNCELENMESİ

Aşağıda bulunan sorular aracılığıyla elde edeceğimiz yanıtlardan Doç. Dr. Eda Çelik Güzel danışmanlığında gerçekleştirilecek olan uzmanlık tezinde faydalanılacaktır. Anketin amacı sizlerde pandemi sürecinde huzursuz bacak sendromu sıklığında artış olup olmadığını ve anksiyete ile ilişkisini değerlendirmektir.

Onay verdiğiniz için teşekkür ederiz.

Araş. Gör. Dr. Meryem KÖROĞLU

Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

1) YAŞINIZ?

2) CİNSİYETİNİZ?

A) ERKEK B) KADIN

3) BOY: KİLO:

4) MEDENİ DURUM:

5) ÖĞRENİM DURUMU:

6) MESLEK:

7) MESLEKTE KAÇ YILDIR ÇALIŞIYORSUNUZ?

8) HAFTADA KAÇ SAAT ÇALIŞIYORSUNUZ?

9)SİGARA TÜKETİYOR MUSUNUZ?

A)EVET (HAFTALIK KAÇ PAKET ?) B)HİÇ KULLANMADIM C)ARTIK KULLANMIYORUM

10)ALKOL ALIYOR MUSUNUZ? A)EVET B)HAYIR

11)KAHVE TÜKETİYOR MUSUNUZ?

A)EVET (GÜNDE KAÇ FİNCAN ?) B)HAYIR

12)KRONİK BİR RAHATSIZLIĞINIZ VAR MI?

A)EVET (?) B)HAYIR

13)HEKİM TANILI RUHSAL BİR RAHATSIZLIĞINIZ VAR MI?

A)EVET (?) B)HAYIR

14)İLAÇ KULLANIMINI GEREKTİREN HEKİM TANILI HASTALIĞINIZ VAR MI?

A)EVET (?) B)HAYIR

15)KİMİNLE İKAMET ETMEKTESİNİZ?

A)TEK KALİYORUM B)EŞİM İLE C)ÇEKİRDEK AİLE İLE D)GENİŞ AİLE İLE

16)AYLIK ORTALAMA GELİRİNİZ?

17)DÜZENLİ EGZERSİZ YAPIYOR MUSUNUZ?

A)HAYIR B)EVET (HAFTALIK TOPLAM KAÇ DK?)

18)KOLLARINIZDA YA DA BACAĞLARINIZDA UYUŞMA, KARINCALANMA, HİS KAYBI, HOŞ OLMAYAN HİSLER İLE BİRLİKTE KOLLARINIZI VE BACAĞLARINIZI HAREKET ETTİRME İSTEĞİ VAR MI?

A)YOK B)VAR (KOLLARDA- BACAĞLARDA-HER İKİSİNDE)

19) ŞİKÂyetleriniz yatma oturma gibi istirahat durumunda artıyor mu?

A)EVET B)HAYIR

20)ŞİKÂyetleriniz yürüme, esneme gibi hareketlerle azalıyor mu?

A)EVET B) HAYIR

21)ŞİKÂyetleriniz akşam veya gece kötüleşiyor mu?

A)EVET B)HAYIR

22)COVİD enfeksiyonu geçirdiniz mi?

A)EVET B)HAYIR

23)COVİD enfeksiyonu geçirdiyseniz hastalığı nasıl geçirdiniz?

A)HAFİF B)HAFİF -ORTA C)ORTA-AĞIR D)AĞIR E)ÇOK AĞIR

24)COVİD aşısı oldunuz mu?

A)EVET B)HAYIR

SON BİR HAFTADIR;

A)GENEL OLARAK, KOL VE BACAĞLARINIZDAKİ HUZURSUZLUĞU NASIL ORANLARSINIZ?

0)YOK 1)HAFİF 2) ORTA 3)ŞİDDETLİ 4) ÇOK ŞİDDETLİ

B)GENEL OLARAK, YAKINMALARINIZ NEDENİYLE HAREKET ETME İHTİYACINI NASIL ORANLARSINIZ?

0)YOK 1)HAFİF 2) ORTA 3)ŞİDDETLİ 4) ÇOK ŞİDDETLİ

C)GENEL OLARAK, HAREKET ETMEKLE BACAĞLARINIZ YA DA KOLLARINIZDA NE ÖLÇÜDE RAHATLAMA OLDU?

0)HUZURSUZLUK YAKINMAM OLMADI 1)TAMAMEN YA DA BÜYÜK ORANDA RAHATLAMA

2)ORTA DERECE RAHATLAMA 3)HAFİF RAHATLAMA 4)RAHATLAMA YOK

D)GENEL OLARAK, ŞİKÂyetleriniz hangi düzeyde uyku bozukluğuna neden oluyor?

0)YOK 1)HAFİF 2) ORTA 3)ŞİDDETLİ 4) ÇOK ŞİDDETLİ

E)YAKINMALARINIZDAN DOLAYI GÜN BOYUNCA OLUŞAN YORGUNLUK YA DA UYKU HALİ NE ŞİDDETE OLUYOR?

0)YOK 1)HAFİF 2) ORTA 3)ŞİDDETLİ 4) ÇOK ŞİDDETLİ

F)HUZURSUZ BACAĞ RAHATSIZLIĞINIZI DEĞERLENDİRDİĞİNİZDE SON BİR HAFTADA NE ŞİDDETE OLDU?

0)YOK 1)HAFİF 2) ORTA 3)ŞİDDETLİ 4) ÇOK ŞİDDETLİ

G)SON BİR HAFTADA NE KADAR SIKLIKLA YAKINMALARINIZ OLUŞTU?

0)YOK 1)HAFİF (HAFTADA 1 YA DA DAHA AZ)

2)ORTA(HAFTADA 2-3 GÜN) 3)ŞİDDETLİ(HAFTADA 4-5 GÜN) 4)ÇOK ŞİDDETLİ(HAFTADA 6-7 GÜN)

H)ŞİKÂYETLERİNİZİN OLDUĞU GÜN ORTALAMA NE KADAR SÜRE İLE OLUYOR?

0)YOK 1)HAFİF(1 SAATTEN AZ) 2)ORTA(1-3 SAAT ARASI) 3)ŞİDDETLİ (3-8 SAAT)

4)ÇOK ŞİDDETLİ(8 SAATTEN FAZLA)

I)GENEL OLARAK, ŞİKÂYETLERİNİZ GÜNLÜK İŞLERİNİZİ YAPMANIZDA NE ŞİDDETE OLUMSUZ ETKİLİYOR?

0)YOK 1)HAFİF 2) ORTA 3)ŞİDDETLİ 4) ÇOK ŞİDDETLİ

İ)ŞİKÂYETLERİNİZ DUYGU DURUMUNUZU NE ÖLÇÜDE ETKİLİYOR? 0)YOK 1)HAFİF 2) ORTA 3)ŞİDDETLİ 4) ÇOK ŞİDDETLİ

J)ŞİKÂYETLERİNİZ PANDEMİ DÖNEMİ ÖNCESİNE KİYASLA NE DÜZEYDE DEĞİŞTİ?

0)DEĞİŞMEDİ 1)HAFİF 2)ORTA 3)ŞİDDETLİ 4)ÇOK ŞİDDETLİ

KORONAVİRÜS ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

1)KORONAVİRÜSÜ DÜŞÜNDÜĞÜMDEN UYKUYA DALMADA YA DA UYUMADA SORUN YAŞADIM?

A)HİÇBİR ZAMAN B)NADİR(1 VEYA 2 GÜNDEN AZ) C)BİRKAÇ GÜN D)7 GÜNDEN FAZLA E)SON 2 HAFTADA NEREDEYSE HER GÜN

2)KORONAVİRÜSÜ DÜŞÜNDÜĞÜMDE İŞTAHIMDA AZALMA OLDU?

A)HİÇBİR ZAMAN B)NADİR(1 VEYA 2 GÜNDEN AZ) C)BİRKAÇ GÜN D)7 GÜNDEN FAZLA E)SON 2 HAFTADA NEREDEYSE HER GÜN

3)KORONAVİRÜSÜ DÜŞÜNDÜĞÜMDE MİDEM BULANDI VE MİDE PROBLEMLERİ YAŞADIM?

A)HİÇBİR ZAMANB)NADİR(1 VEYA 2 GÜNDEN AZ) C)BİRKAÇ GÜN D)7 GÜNDEN FAZLA E)SON 2 HAFTADA NEREDEYSE HER GÜN

**4)KORONAVİRÜSÜ DÜŞÜNDÜĞÜMDE FELÇ GEÇİRMİŞ GİBİ HİSSETTİM,
DONUP KALDIM?**

A)HİÇBİR ZAMAN B)NADİR(1 VEYA 2 GÜNDEN AZ) C)BİRKAÇ GÜN D)7 GÜNDEN FAZLA E)SON 2 HAFTADA NEREDEYSE HER GÜN

**5)KORONAVİRÜSÜYLE ALAKALI HABERLERİ DUYDUĞUM ZAMAN BAŞIM
DÖNDÜ VE SERSEMLEŞİR GİBİ HİSSETTİM, BAYILCAKMIŞ GİBİ OLDUM?**

A)HİÇBİR ZAMAN B)NADİR(1 VEYA 2 GÜNDEN AZ) C)BİRKAÇ GÜN D)7 GÜNDEN FAZLA E)SON 2 HAFTADA NEREDEYSE HER GÜN





TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU



BAŞVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Açık Adı	Koronavirüs pandemisi sürecinde huzursuz bacak sendromu sıklığı ve koronavirüs anksiyete düzeyinin değerlendirilmesi		
	Koordinatör / Sorumlu Araştırmacı	Dr. Öğr. Üyesi Eda Çelik Güzel / TNKÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği		
	Etik Kurul Toplantı Tarihi	27.05.2021		
	Araştırma Protokol Numarası	2021.146.05.19		
	Araştırmanın Türü	Prospektif <input checked="" type="checkbox"/>	Retrospektif <input type="checkbox"/>	Diğer:
	Araştırmanın Destekleyicisi	TÜBİTAK <input type="checkbox"/>	TNKÜ BAP <input type="checkbox"/>	Araştırmacı <input checked="" type="checkbox"/> Diğer:
	Araştırmanın Bütçesi	280 ₺		
	Araştırmanın Merkezi	Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/>	Çok Merkezli <input type="checkbox"/>	
KARAR BİLGİLERİ	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir.			

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlişkili		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Ali Rıza KIZILER	Biyofizik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Savaş GÜZEL	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yakup ALBAYRAK	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sibel ÖZKAN GÜRDAL	Genel Cerrahi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Aysin NALBANTOĞLU	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Aliye ÇELİKKOL	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Berna ERDAL	Tıbbi Mikrobiyoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Birol TOPÇU	Biyoistatistik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ümit ÇETİN	Ortopedi ve Travmatoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Naile Esra SAKA	Adli Tıp	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Sonat Pınar KARA	İç Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN	İç Hastalıkları Hemşireliği	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mahluga JAFAROVA DEMİRKAPU	Tıbbi Farmakoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ayhan ŞAHİN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda bulunma.

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ali Rıza KIZILER

İmza: