



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

COVİD-19 GEÇİREN BİREYLERİN COVİD KORKUSUNUN; DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES DÜZEYLERİNİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIKLA İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Sevda Orbay Yılmaz

TIPTA UZMANLIK TEZİ
İSTANBUL/2022





T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

COVİD-19 GEÇİREN BİREYLERİN COVİD KORKUSUNUN; DEPRESYON, ANKSİYETE VE STRES DÜZEYLERİNİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIKLA İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Sevda Orbay Yılmaz

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk

TIPTA UZMANLIK TEZİ
İSTANBUL/2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam sırasında yaşadığım her zorlukta özveriyle bana destek olan, mesleki bilgisi ve tecrübesiyle her zaman bir yol gösterici olan tez danışmanım ve saygıdeğer hocam Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk'e,

Uzmanlık eğitimimin bir döneminde eğitimime ve aile hekimliği uzmanlık alanına bakış açıma birçok katkısı olan saygıdeğer Prof. Dr. Dilek Toprak ve saygıdeğer Doç. Dr. Memet Taşkın Egici hocalarıma,

Rotasyonlar sırasında eğitimime katkıda bulunan saygıdeğer klinik şeflerime ve birlikte çalışma fırsatı bulduğum asistan hekim arkadaşlarıma,

Bu eğitime başlamam için beni teşvik eden canım ablam, Uzm. Dr. Gizem Kara Elitok'a,

Aile hekimliği anabilim dalı uzmanlarına ve personellerine;

Başından beri birlikte bu yolda yürüdüğümüz sevgili SAHU asistanı arkadaşlarıma, bir süre önce uzman olan kıdemlilerime ve on yıldır birlikte çalıştığım ASM'deki meslektaşlarıma, hemşirelerimize ve personellerimize,

Yaşamımın her anında arkamda olduklarını bildiğim Orbay, Yılmaz ve Başer ailelerinin biricik fertlerine,

Benim için hayatları boyunca birçok fedakarlıkta bulunan rahmetli annem ve babama,

Ve tabi desteğini hep hissettiğim, olmasaydı birçok kez çoktan pes edeceğim eşim Yunus'a ve biricik kızım Hayat'a

İçten dileklerimle sonsuz teşekkürler.

Dr. Sevda Orbay Yılmaz

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACE-2	Angiotensin Converting Enzyme-2
ARDS	Akut Respiratuvar Distres Sendorum
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
ASB	Akut Stres Bozukluğu
BT	Bilgisayarlı Tomografi
BRS	Brief Resilience Scale
CDC	Centers for Control and Prevention
CoV	Coronavirus
COVID-19	Coronavirus Disease-19
CRP	C Reaktif Protein
DASS	Depresyon Anksiyete Stres Skalası
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FCV-19S	Fear of Coronavirus-19 Scale
FDA	Food and Drug Administration
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPA	Hipotalamo-Hipofiz-Adrenal Aksı
IL	İnterlökin
KOAH	Kronik Obstriktif Akciğer Hastalığı
KPSÖ	Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

MERS-CoV	Middle East Respiratory Syndrome-Coronavirus
m-RNA	Messenger-Ribo Nükleik Asit
RT-PCR	Real Time -Polymerase Chain Reaction
S	Spike
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2
SBÜ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TAB	Toplumsal Anksiyete Bozukluğu
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TUSEB	Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
VOCs	Variants of Concern
VOI	Variants of Interest
VOHC	Variants of High Consequence
VUM	Variants Under Monitoring
YAB	Yaygın Anksiyete Bozukluğu

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcılara Ait Sosyodemografik Verilerin Frekans Dağılımı

Tablo 2: Katılımcıların Kronik Hastalıklarına Ait Frekans Dağılımı

Tablo 3: Katılımcıların Sürekli Kullandıkları İlaçlara Ait Frekans Dağılımı

Tablo 4: Katılımcıların "Covid-19 geçirirken hangi ilacı/ilaçları kullandınız?" Sorusuna Ait Frekans Dağılımı

Tablo 5: Katılımcıların COVID-19 geçirdiği/Pandemi Dönemine Ait Çeşitli Verilerin Frekans Dağılımı

Tablo 6: Katılımcıların Covid-19 Aşı , Tedavi ve Korunma Süreçlerine Ait Çeşitli Verilerin Frekans Dağılımı

Tablo 7: Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler

Tablo 8: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut İlişkilerine Ait Korelasyon Analizi

Tablo 9: Kontrol Grubunun Ölçek ve Alt Boyut İlişkilerine Ait Korelasyon Analizi

Tablo 10: Tüm katılımcıların Ölçek ve Alt Boyut İlişkilerine Ait Korelasyon Analizi

Tablo 11: Hasta ve Kontrol Grupları ile Ölçek Toplam ve Alt Boyutlarının karşılaştırılması

Tablo 12: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Grupları Açısından Karşılaştırılması

Tablo 13: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

Tablo 14: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması

Tablo 15: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 16: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Çocuk var mı?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 17: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Evinizde kiminle yaşıyorsunuz?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 18: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Evde 65 yaş üstü var mı?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 19: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Evde kronik hastalığı olan kimse var mı?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 20: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Covid-19 geçirirken takviye edici ürün kullandınız mı?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 21: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Sigara Kullanma Durumu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 22: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Alkol Kullanma Durumu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 23: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Meslek Açısından Karşılaştırılması

Tablo 24: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Bireysel Gelir Durumu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 25: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Aylık tüm hane gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?" Açısından Karşılaştırılması

Tablo 26: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Gelir durumunuz pandemi döneminde ne şekilde değişti?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 27: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Günlük çalışma koşullarınız pandemi döneminde nasıl değişti?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 28: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Kaç Kez Covid-19 geçirdiniz?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 29: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Covid-19 geçirmeden önce Covid-19'a karşı aşı olmuş muydunuz?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 30: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Covid-19 nedeniyle hastanede yattınız mı?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 31: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Ailenizde/aynı evi paylaştığınız kişilerde covid geçiren oldu mu?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 32: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Ailenizde/aynı evi paylaştığınız kişilerde Covid-19 nedeniyle hastanede yatan oldu mu?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 33: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Ailenizde/aynı evi paylaştığınız kişilerde Covid-19 nedeniyle vefat eden oldu mu?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 34: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının COVİD-19 Aşısı Olma Durumu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 35: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Kaç Doz Aşı Olduğu Durumu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 36: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Ülkemizde Kullanımda Olan Aşıların Etkinliğine İnanma Durumu Açısından Karşılaştırılması.

Tablo 37: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Covid-19 tedavisi için şuan ülkemizde kullanılan ilacın etkili olduğuna inanıyor musunuz?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 38: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "COVID-19 geçirdikten sonra psikiyatrik tedavi aldınız mı?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 39: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının 'Başka birine Covid-19 bulaştırdığınızı düşünüyor musunuz?' Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Tablo 40: Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Covid-19'dan korunmada maske-mesafe-hijyen önlemlerine yeterince uyduğunuzu düşünüyor musunuz?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

ŞEKİL VE GRAFİK LİSTESİ

Şekil 1: Hasta ve kontrol grubunun yaş aralıklarına göre dağılımı

Şekil 2: Hasta ve kontrol grubu cinsiyete göre dağılımı

Şekil 3: Hasta ve kontrol grubu medeni duruma göre dağılımı

Şekil 4: Hasta ve kontrol grubunun eğitim durumuna göre dağılımı

Şekil 5: Hasta ve kontrol grubunun çocuk sahibi olma durumuna göre dağılımı

Şekil 6: : Hasta ve kontrol grubunun meslek durumuna göre dağılımı

Şekil 7: Hasta ve kontrol grubunun bireysel gelir durumuna göre dağılımı

Şekil 8: Hasta ve kontrol grubunun tüm hane gelir durumuna göre dağılımı

Şekil 9: Hasta ve kontrol grubunun hane halkı tipi

Şekil 10: Hasta ve kontrol grubunun evinde >65 yaş birey

Şekil 11: Hasta ve kontrol grubunun hane bireylerine kronik hastalık varlığı

Şekil 12: Hasta ve kontrol grubunun sigara içme durumuna göre dağılımı

Şekil 13: Hasta ve kontrol grubunun alkol kullanım durumuna göre dağılımı

Şekil 14: Hasta ve kontrol grubunun kronik hastalık durumuna göre dağılımı

Şekil 15: Hasta ve kontrol grubunda görülen kronik hastalıkların dağılımı

Şekil 16: Hasta grubunun COVID-19 geçirirken ilaç kullanma durumlarının dağılımı

Şekil 17: Hasta grubunun COVID-19 geçirmeden önceki aşılanma durumu

Şekil 18: Aylara göre Covid-19 vaka sayısı

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR ..... **i**
SİMGELER VE KISALTMALAR ..... **ii**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **iv**
ŞEKİL VE GRAFİK LİSTESİ ..... **vii**
İÇİNDEKİLER ..... **viii**
ÖZET ..... **x**
ABSTRACT ..... **xii**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. COVID-19 ..... **3**
2.1.1. Dünyada Pandemiler 3
2.1.2. Koronavirüs Virolojisi ve COVID-19 Epidemiyolojisi 4
2.1.3. COVID-19'da Kaynak 5
2.1.4. COVID-19 Bulaşma Yolu 6
2.1.5. COVID-19 Patogenezi 7
2.1.6. COVID-19 Kliniği 7
2.1.7. Laboratuvar ve Radyolojik Bulgular 8
2.1.8. COVID19 Tanısı 9
2.1.9. COVID-19 Tedavisi 9
2.1.10. COVID-19 Komplikasyonları 10
2.1.11. Post-COVID, Long-COVID 11
2.1.12. Sars-CoV-2 Varyantları 12
2.1.13. COVID-19 Reinfeksiyonu 13
2.1.14. COVID-19'dan Korunma ve Aşılama 14
2.2. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK **15**
2.2.1. Psikolojik Sağlamlık Tanımı 15
2.2.2. Psikolojik Sağlamlıkta Risk Faktörleri 16
2.2.3. Psikolojik Sağlamlıkta Koruyucu Faktörler 16
2.3. KORKU **17**
2.3.1. Korku Tanımı 17
2.3.2. Korku Fizyolojisi 17
2.3.3. COVID-19 ile Korku İlişkisi 17

2.4. DEPRESYON 18
2.4.1. Depresyon Tanımı ve Epidemiyolojisi 18
2.4.2. Depresyon Tanı Kriterleri 18
2.5. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI 19
2.5.1. Anksiyete Bozukluğu Tanımı ve Epidemiyolojisi 19
2.5.2. Anksiyete Bozukluğu Tanısı 20
2.6. STRES 21
2.6.1. Stres ve Travma Tanımı 21
2.6.2. Stres Patofizyolojisi 22
2.6.3. Strese Bağlı Bozukluklarda Risk Faktörleri 23
2.6.4. Stresin Etkileri 23
2.7. COVID-19 VE RUH SAĞLIĞI 23
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER 25
3.1. ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ 25
3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ 25
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM 26
3.4. DÂHİL EDİLME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ 26
3.4.1. Hasta ve Kontrol Grubunda Dahil Edilme Kriterleri 26
3.4.2. Hasta ve Kontrol Grubunda Dışlama Kriterleri: 26
3.5. VERİLERİN TOPLANMASI 27
3.5.1. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Anket Formu 27
3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ 29
4. BULGULAR 30
5. TARTIŞMA 77
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 85
6.1. SONUÇLAR 85
6.2. ÖNERİLER 86
7. KAYNAKLAR 88

ÖZET

AMAÇ: Çalışmamız; COVID-19 geçiren bireylerin COVID korkusunun; depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin psikolojik sağlamlıkla ilişkisini değerlendirmeyi amaçlamıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Çalışma kesitsel-tanımlayıcı vaka-kontrol anket çalışması olarak planlanmıştır. Çalışmaya 01.05.2022-31.05.2022 tarihleri arasında İstanbul ilinde Terazidere Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı ya da herhangi bir sebep ile başvuran kişilerden PCR testi ile COVID-19 geçirdiği sağlık kayıtlarından teyit edilen 111 hasta ile hasta grubuyla benzer yaş ve cinsiyet özellikleri olan 109 kişilik kontrol grubu olarak toplam 220 kişi alındı. Katılımcılara sosyo-demografik veri formu, KOVID-19 Korkusu Ölçeği, Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ) ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Kısa Formundan (DASS-21) oluşan anket formu yüz yüze ya da google formlar üzerinden çevrimiçi ortamlardan paylaşılarak uygulanmıştır. Çalışmada elde edilen veriler SPSS statistics 21 programında analiz edilmiştir ve $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmamızda 18 yaş üstü bireylerde Covid geçirenlerin yaş ortalaması 39,66±10,31 , %54,1'i kadın, %75,7'si evli, %26,1'inin kronik bir hastalığı vardır. Covid geçirenlerin %18,91'i COVID-19 geçirirken hiç ilaç kullanmamıştır. %56,7'si Covid geçirmeden önce aşı olmamış, %28,8'i tam aşılı, %14,4'ü eksik aşılıymış. Covid geçirenlerin %38,73'ünde hafiften çok ileri seviyeye dek anksiyete; %32,43'ünde hafiften çok ileri şiddete dek depresyon; %28,82'sinde hafiften çok ileri seviyeye dek stres düzeyleri görülmektedir. Covid-19 geçirenlerin ölçeklerden ve alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları FCV-19S 15,36; DASS-21 anksiyete 3,65; DASS-21 depresyon 3,84; DASS-21 stres 5,11 KPSÖ 19,18'dir. Covid geçirenlerin içinde evlilerin, çocuk sahibi olanların, gelir durumu orta olanların, Covid-19 aşısı olanların, korunma önlemlerine uyanların FCV-19S puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Pandemi döneminde işini kaybedenlerin depresyon ve anksiyete puanları anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır. Kadınların stres, sigara ve alkol kullananların anksiyete puanları anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Gelir durumu iyi/çok iyi olanların KPSÖ puanları anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır. Covid geçirenlerde FVC-19S puanı ile KPSÖ puanı arasında negatif yönlü; depresyon,

anksiyete ve stres puanları ile pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. KPSÖ puanı ile depresyon, anksiyete ve stres puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Psikolojik sağlamlığı yüksek olanlarda Covid-19 korkusu, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri azalmaktadır. Covid geçiren ve geçirmeyen bireyler arasında Covid korkusu, depresyon, anksiyete, stres ve psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur

SONUÇ: Çalışmamızda COVID-19 geçiren bireylerin Covid korkusu ile psikolojik sağlamlık arasında; Covid korkusu ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasında; depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile psikolojik sağlamlık arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Covid geçiren ve geçirmeyen bireyler arasında Covid korkusu, depresyon, anksiyete, stres ve psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

ANAHTAR KELİMELER: COVID-19, depresyon, anksiyete, stres, psikolojik sağlamlık

ABSTRACT

The Evaluation Of The Relationship Between The Fear Of Covid; Depression-Anxiety-Stress Levels And Psychological Resilience Of Individuals Who Had Covid-19

OBJECTIVE: Our study aimed to evaluate the relationship between the fear of Covid and psychological resilience and also the relationship between depression-anxiety-stress levels and psychological resilience of individuals who had covid-19.

MATERIAL and METHOD: The study was planned as a cross-sectional-descriptive, case-control survey study. Between 01.05.2022 and 31.05.2022, at Terazidere Family Health Centre in İstanbul, a questionnaire applied to 220 participant face-to-face or online, 111 of the participants were case group who had a positive PCR test before, 109 of the participants were control goup whom had not infected by SARS-CoV2. The questionnaire consisted of questions about sociodemographic information, and COVID-19 Fear Scale, Depression Anxiety Stress Scala-21 and The Brief Resilience Scale. The data obtained in the study were analyzed in the SPSS statistics 25 program and $p<0.05$ was considered significant.

RESULTS: In our study the mean age of the individuals who had Covid-19 was 39,66±10,31.%54 of the Covid survivors were female %75,7 married, %26,1 had a chronic illness. %18,9 of the survivors didn't take any medicine during Covid. %56,7 of the survivors hadn't got any Covid vaccine before they got the infection; %28,8 were fully vaccinated, %14,4 hadn't completed the full doses. %38,73 of the survivors had anxiety mild to severe, %32,43 had depression mild to severe, %28,82 had stress mild to severe. The mean score of FCV-19S was 15,36, DASS-21 anxiety score was 3,65, DASS-21 depression score was 3,84, DASS-21 stress score was 5,11, BRS score was 19,18. The survivors whom were married, had child, had middle income, got vaccinated, obeyed the protective precautions had statistically significant higher scores of FCV-19S. The survivors whom lost his job during pandemic, had

statistically significant higher scores of depression and anxiety. Female had statistically significant higher scores of stres; smoker and alcohol consumers had statistically significant higher scores of anxiety.The survivors who had high level income had statistically significant higher scores of BRS. There was a statistically significant positive corelation between FCV scores and depression, anxiety, stres scores of the survivors. There was a statistically significant negative corelation between FCV-19S score and BRS score. There was a statistically significant negative corelation between BRS score and depression, anxiety, stress scores. The survivors who had higher levels of resilience, had statistically significant lower levels of FCV-19S, depression, anxiety and stress. There wasn't any statistically significance of the FCV-19S, depression, anxiety, stress, resilience scores among Covid survivors and the individuals who hadn't got Covid-19.

CONCLUSION: There is a correlation between FCV-19 scores of Covid survivors and resilience scores. There is a correlation between FCV-19 scores of Covid survivors and depression, anxiety, stress scores. There is a correlation between depression, anxiety, stress scores of Covid survivors and resilience scores. There isn't any statically significance relationship between fear of Covid, depression, anxiety, stress levels, resilience levels among Covid survivors and the individuals who didn't get Covid-19

KEY WORDS: COVID-19, depression, anxiety, stress, psychological resilience

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) anayasasında sağlık ‘sadece hastalık ve sakatlığın bulunmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali’ şeklinde tanımlanmıştır(1). DSÖ ‘herkesin mümkün olan en yüksek sağlık seviyesine erişebilmesi’ni ve ‘ruh sağlığında özellikle insan ilişkilerinde uyumu etkileyen aktivitelerin desteklenmesini’ hedeflemektedir(2).

2019 yılı sonlarında Çin’in Wuhan şehrinde 44 kişide etkeni saptanmamış pnömoni olguları görülmesi ile başlayıp dünya geneline yayılarak pandemi haline gelen COVID-19, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hayatı birçok farklı açıdan ciddi düzeyde etkilemiştir(3).

COVID-19 pandemisi, insan sağlığını sadece bedensel olarak değil, ruhsal ve sosyal yönden de etkilemiştir.

Hastalığın ortaya çıkış sebebinin net olarak ortaya koyulamaması, virüsün kontrol altına alınmasında yaşanan sıkıntılar, hastalığın tedavisi konusundaki bilinmezlikler, dünya nüfusunun neredeyse tümünün potansiyel risk altında olması salgını küresel bir travmaya dönüştürmüştür(4).

2003 yılında dünyada yaşanan bilinen ilk koronavirüs salgını olan SARS salgını ile ilgili yapılan araştırmalarda salgının ruh sağlığına etkilerinin sadece kısa süreli olmadığı, ciddi ve kalıcı ruhsal problemlere sebep olabildiği gösterilmiştir(5).

COVID-19’un da dolaylı ve direkt yoldan ruh sağlığı üzerine birçok etkisi olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. COVID-19 pandemisi kişilerde kaygı, stres, depresyon, post travmatik stres bozukluğu, korku, uyku bozukluğu gibi birçok ruhsal bozukluğa yol açmıştır(6). Hastalığı geçiren kişilerde de birçok ruhsal bozukluğa rastlanmıştır. Çin’de 2020 Mart ayında yapılan bir çalışmada yatarak tedavi edilen 714 COVID-19 hastasının taburculuk öncesi yapılan psikolojik değerlendirmesinde, hastaların %96.2’sinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSSB) saptanmıştır(6). Deng ve arkadaşları tarafından yapılan 31 çalışmanın

metaanalizinde COVID-19 geçirenlerin %47'sinde anksiyete , %45'inde depresyon, %34'ünde uyku bozuklukları saptanmıştır(7).

Pandeminin ve enfeksiyonu geçirmenin ruhsal boyutta yarattığı etkiler herkeste aynı sonuçlara yol açmamaktadır. Bazı insanlar bu süreci çok fazla ruhsal problemler yaşamadan atlatırken, bazıları çok ciddi psikiyatrik rahatsızlıklar yaşamaktadır. Bunun sebebi bireysel, tıbbi ve toplumsal birçok risk faktörünün varlığından ve bazı koruyucu faktörlerden kaynaklanmaktadır. Bazı insanların sıkıntılarla baş edebilme ve stres karşısında ruh sağlığının zarar görmesini önleme kapasitesi yani psikolojik sağlamlığı diğerlerinden daha yüksektir(2).

COVID-19 geçiren bireylerin bir kısmı ruhsal açıdan çok fazla sorunla karşılaşırken, bir kısmı bu süreçten daha az yara alarak çıkmaktadır. Kimi bireyler COVID-19 geçirmekten, bu hastalıktan dolayı vefat etmekten çok korkarken, bazılarında COVID-19 korku yaratmamaktadır.

Psikolojik sağlamlık, bireyin sıkıntıya dayanma yeteneği, yaşamlarındaki önemli değişikliklerin veya tehdit edici durumların üstesinden gelebilme kapasitesidir ve ruh sağlığı açısından koruyucu bir faktördür.

Çalışmamızda COVID-19 geçiren bireylerin COVID korkusunun psikolojik sağlamlıkla ilişkisinin olup olmadığını değerlendirmeyi, depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin psikolojik sağlamlıkla ilişkisinin olup olmadığını değerlendirmeyi ve bunları COVID-19 geçirmeyen bireylerle karşılaştırmayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. COVID-19

2.1.1. Dünyada Pandemiler

Belirli bir alanda, belirli bir grup insan arasında, belirli bir süre zarfında beklenilenden daha fazla vaka görülmesi 'salgın' olarak tanımlanır (8). Bir kıta ya da tüm dünya gibi çok geniş bir coğrafyaya yayılmış, uluslararası sınırları aşan ve çok fazla sayıda insanı etkileyen salgın hastalıklar 'Pandemi' olarak tanımlanır(9). Salgın hastalıklar sadece hasta olan kişileri değil, tüm toplumu tıbbi, ekonomik ve toplumsal yönler gibi birçok farklı açıdan etkilemektedir.

Tarih boyunca birçok epidemi, pandemi yaşanmıştır. Britanya Adalarında 664 Vebası (MÖ 668-664), Avrupa'da Justinianus Veba Salgını (MÖ 542-541), Atina'da Antoninus Vebası (429-426), Kıbrıs Vebası (MÖ 266- 250) gibi milattan önceye dayanan salgınlar yaşanmıştır (10) .

19.-20. Yüzyılda '*Vibrio Cholerae*' bakterisinin sebep olduğu bağırsak enfeksiyonu olan Koleraya bağlı birçok salgın görülmüştür(10).

19. ve 20. Yüzyılda İnfluenza virüsü kaynaklı birçok grip pandemisi de yaşanmıştır. 1889-1890'da görülen, Asya ya da Rus gribinde yaklaşık 1 milyon kişi ölmüştür (11). 1918-1920 yılları arasında görülen İspanyol Gribi salgınında 18 ayda 50 milyona yakın insan ölmüştür(10). 1968-1969 yıllarında Hong Kong'tan başlayıp geniş bir coğrafyaya yayılan grip salgını tarihte Hong Kong Gribi olarak geçen salgında yaklaşık 1 milyon insanın ölmüştür (12). 2009 yılında influenza A virüsünün alt tiplerinden olan Swine Influenza Virus (SIV) olarak bilinen domuz gribi H1N1, Meksika'dan başlayıp 191 ülkeye yayılan, 18500 kişinin ölümüne yol açan Domuz Gribi salgınına yol açmıştır(9) . Bu salgın için aşılamanın başlaması ve tedavide Oseltamivir kullanılmaya başlaması ile salgın etkisini kaybetmiştir(9).

2003 yılı şubat ayında, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Çin'in Guangdong Eyaleti'nde 5'i ölümle sonuçlanan 300 Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome; SARS) vakası bildirdi. Bir sonraki ay boyunca Hong Kong, Vietnam, Singapur ve Kanada'dan benzer vakalar bildirildi. Damlacık yolu ile insandan insana bulaşın görüldüğü, ilk vakaların Kasım 2002'de görülmeye

başladığı bu salgında etken Mart 2003'de izole edildi, bir koronavirüs olan etken Sars CoV olarak tanımlandı (13).Sars salgınının sonlandığı Temmuz 2003 itibari ile dünya genelinde toplam 8437 vaka, 813 ölüm bildirilmişti(13).

Koronavirus kaynaklı olan salgınlardan bir diğeri Haziran 2012'de solunum yetmezliği olan Suudi Arabistanlı bir hastada ilk olarak tanımlanan solunum yetmezliği ile karakterize Orta Doğu Solunum Sendromu (Middle East Respiratory Syndrome; MERS) salgını olmuştur (14). Retrospektif olarak yapılan araştırmalar sonucunda, ilk olguların Nisan 2012'de Ürdün'de meydana geldiği tespit edilmiştir (15). İnsandan insana bulaşın yakın temas ile gerçekleştiği ve ateş, öksürük, nefes darlığı belirtilerinin görüldüğü MERS-CoV enfeksiyonu, tüm yaş gruplarında görülmüştür. Mers-CoV enfeksiyonu 2012 yılından bu yana 27 ülkede görülmüştür, 2494 vakanın 858'i vefat etmiştir (16)(17).

Ulaşım olanaklarında yaşanan gelişmeler, küreselleşme, teknolojik ürünlerin artması gibi sebepler salgın hastalıkların artık günümüzde çok daha hızlı bir şekilde, daha geniş coğrafyalara kolaylıkla yayılmasına yol açmaktadır. Günümüzde halen devam etmekte olan 2 salgın vardır, bunlardan biri HIV virüsünün sebep olduğu AİDS, diğeri ise 2019 yılı aralık ayı sonlarında Çin'in Hubei Eyaletinin Wuhan şehrinde başlayıp kısa bir zaman içinde tüm dünyaya yayılan ve DSÖ tarafından 11 Mart 2020'de pandemi ilan edilen, SARS-CoV-2'nin sebep olduğu COVID-19'dur (18).

2.1.2. Koronavirüs Virolojisi ve COVID-19 Epidemiyolojisi

Koronavirüsler (CoV) hayvanlarda ve insanlarda hastalığa sebep olabilen Orthocoronavirinae alt ailesine ait, tek sarmallı, pozitif kutuplu, segmentsiz, zarflı RNA virüsleridir (19).

Uluslararası Virüs Taksonomi Komitesi Sınıflamasına göre Koronavirüsler Nidovirales sınıfından Coronaviridae ailesininin Orthocoronavirinae alt ailesinde yer alır. Orthocoronavirinae alt ailesinden Alphacoronavirus, Betacoronavirus cinsleri memelileri enfekte edebilmektedir (20).

İnsanları enfekte edebilen koronavirüs tiplerinden HCoV-OC43, HCoV-HKU1, HCoV-229E, HCoV-NL63 genellikle kendi kendini sınırlayan üst solunum

yolu enfeksiyonlarına sebep olmuştur. Ancak SARS-CoV %10 ve MERS-CoV %35 ölüm oranının görüldüğü salgınlara sebep olmuştur (21).

2019 yılı Aralık ayı sonunda Wuhan'da görülmeye başlayan ve hastalık etkeninin bilinmediği pnömoni vakalarının sayısı 44'e ulaşınca DSÖ Çin Ülke Ofisi'ne bildirilmiştir (3) (19). 7 Ocak 2020'de Çinli yetkililer hastalık etkenini yeni bir koronavirüs (nCoV-2019) olduğunu açıkladılar(21). Genom dizilimi 12 Ocak 2020'de açıklanan bu yeni koronavirüs, 2003 yılında SARS salgınına sebep olan SARS-CoV virüsüne olan benzerliğinden dolayı SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirüs-2 olarak isimlendirilmiştir(22).

Hastalığının adı DSÖ tarafından Coronavirüs Disease 2019 (COVİD-19) olarak kabul edilmiştir(23).

Salgının başlangıç noktası olan Çin dışında 113 ülkede COVID-19 vakalarının görülmesi, virüsün yayılımı ve ciddiyeti dolayısıyla COVID-19 11 Mart 2020'de DSÖ tarafından küresel salgın yani pandemi olarak tanımlamıştır(24). Salgının başından 2022 Mayıs sonuna kadar DSÖ 526 558 033 konfirme edilmiş COVID-19 vakası ve COVID-19'a bağlı 6.287.117 ölüm bildirmiştir(25)

Ülkemizde konfirme edilmiş ilk COVID-19 vakası 11 Mart 2020'de görülmüştür(19). Ülkemizde 11 Mart 2020 ile 31 Mayıs 2022 tarihleri arasında görülen toplam vaka sayısı 15.071.772, toplam COVID-19'a bağlı vefat sayısı 98.961 dir (25) Salgına ait küresel veriler ve dağılımı DSÖ' nün internet sitesinde sürekli güncellenerek yayınlanmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığımız ülkemize ait haftalık verileri internet sitesinde yayınlamaktadır.

2.1.3. COVID-19'da Kaynak

Wuhan'da ilk görülen COVID-19 vakalarının çoğunun vahşi hayvanların da satıldığı Huanan Deniz Ürünleri Pazarı'yla temas öyküsü olduğu görülmüştür(24). Salgının erken dönemlerinde SARS-CoV-2'nin yarasalardan kaynaklandığı ve deniz ürünleri pazarındaki ara hayvan konakçısı aracılığıyla insanlara bulaştığı iddia edildi(22). Hayvanlar üzerinde mutasyona uğradıktan sonra SARS-CoV-2' nin

insandan insana bulaşma özelliği kazanmasıyla COVID-19'un kaynağı semptom gösteren ya da göstermeyen SARS-CoV-2 pozitif kişiler olmuştur(19).

2.1.4. COVID-19 Bulaşma Yolu

Hastalığın temel bulaşma yolu damlacık yoluyla insandan insana olmaktadır(24) Virüsün damlacık yolu ile yaklaşık 2 metre mesafeye ulaşabildiği düşünülmektedir(24). Gösterilen farklı bulaş yollarından birisi de aerosolların solunmasıdır (24). Hastalığın bulaşma riski, viral yüke maruz kalma süresine ve türüne, bireysel faktörlere, koruyucu önlemlerin kullanımına göre değişmektedir(26).

Dışkı, kan, oküler salgılar ve semen dahil olmak üzere solunum dışı örneklerde de SARS-CoV-2 tespit edilmiştir ancak bunların hastalığı bulaştırmadaki rolü belirsizdir (19). SARS-CoV-2'nin mukoz memranlar dışı temasla (örneğin abraze cilt) bulaşına dair kanıt yoktur(19).

SARS-CoV-2'nin anneden bebeğe vertikal yolla geçişi (in utero, intrapartum veya erken postnatal periyotta geçişi) belirsizdir. Yenidoğanlarda görülen COVID-19'un çoğunun doğum sonrası solunum yoluyla damlacıkların alınmasına bağlı olduğu düşünülmektedir(27).

Hastalığın inkubasyon süresi ortalama 4-5 gün olup 2 ila 14 gün arasında değişiklik göstermektedir(19). *Omicron* varyantında bu süre yaklaşık 3 gündür(27). COVID-19'un bulaştırıcılık süresi kesin olarak bilinmemekle beraber şikayetlerin başladığı dönemden 1-2 gün önce başlayıp şikayetlerin kaybolmasıyla sona erdiği düşünülmektedir(28). Farklı SARS-CoV-2 varyantlarının görülmesi ile enfekte bireylerin izolasyon süresi pandemi boyunca bilimsel veriler ışığında güncellenmiştir. İçinde bulunduğumuz Mayıs 2022'de, 14 Ocak 2022'de son güncellemesi yapılan Sağlık Bakanlığı'nın Güncel Dönemde Covıd-19 İlişkili İzolasyon ve Karantina Uygulamaları Rehberi'ne göre SARS-CoV-2 ile enfekte asemptomatik veya hafif vakalarda (evde izlenen veya hastanede 24 saatten kısa süre yatan vakalarda) aşılama durumuna bakılmaksızın izolasyon süresi 7 gündür(29).

2.1.5. COVID-19 Patogenezi

Koronavirüs genomunda kodlanan başlıca dört yapısal protein Spike (S) proteni, membran proteini (M), nükleokapsid proteini (N) ve küçük zarf proteinidir (E). Virüsün konakçının hücre zarı ile birleşmesinde reseptör görevi gören ve antikor yanıtına neden olan antijenleri bulunduran kısmı S proteinidir. SARS-CoV-2' nin konakçı hücreye girişi S proteininin konakçı hücrenin 'anjiyotensin dönüştürücü enzim 2 (ACE-2)' reseptörüne bağlanması ile gerçekleşir(30).

ACE-2 reseptörleri insan vücudunda alveolar epitel hücreleri ve ince bağırsak epitel hücreleri, vasküler endotelyal hücreler ve düz kas hücrelerinde bulunmaktadır. Hastalığın patogenezinde rol alan temel mekanizmaların, virüsün hücre içine girmesi sonrası tetiklenen inflamatuar süreçler, sitokin fırtınası ve hiperkoagülabilite olduğu konusunda fikir birliği vardır(28).

Enfeksiyona yanıt olarak artan IL-1 IL-6 gibi proinflamatuar sitokinlerin üretiminin hiperindüksiyonu, doku faktörü VIIa (FVIIa) ile endotel hücrelerini, trombositleri, monositleri aktive eder. Aktive olan endotelyal hücrelerin fonksiyon bozukluğu, aşırı trombin yapımı ve fibrinolizin engellenmesine yani pıhtılaşmaya eğilimin artmasına sebep olmaktadır(31).

Enfeksiyonun tetiklediği mekanizmalar başta akciğer, böbrek ve beyin damarlarında olmak üzere gelişen sistemik vaskülitlere, sepsise, dissemine intravasküler koagülasyona (DIC) ve akut kardiyovasküler olaylara yol açabilir(31)

2.1.6. COVID-19 Kliniği

COVID-19 asemptomatik ya da hafif-orta-ağır hastalık tablosu ile geçirilebilir. Hastalarda yoğun bakım, mekanik ventilasyon ihtiyacına yol açabilecek akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS), sepsis, septik şok, çoklu organ yetmezliği gibi durumlar görülebilir(27). Enfeksiyon sırasında görülen belirtiler ve görülme sıklığı zaman içinde, farklı varyantlar geliştikçe değişmektedir. COVID-19'da sıklıkla görülen belirti ve bulgular ateş, titreme, öksürük, nefes alıp vermede zorlanma veya nefes darlığı, halsizlik-yorgunluk, baş ağrısı, yeni gelişen koku ya da tat kaybı, boğaz ağrısı, burun akıntısı ya da tıkanıklığı, kas ve eklem ağrıları, bulantı-kusma, ishaldir(28).

COVID-19 hastaların klinik şiddetine göre gruplara ayrılabilir:

1- Asemptomatik/presemptomatik enfeksiyon: SARS-CoV-2 testleri pozitif olan ancak herhangi bir semptomu olmayan vakalardır. Bu vakaların bir kısmında ilerleyen günlerde semptomlar ortaya çıkabilir. Asemptomatik vakaların bir kısmında akciğer görüntülemesinde COVID-19 pnömonisine özgü radyolojik bulgular tespit edilmiştir(27).

2- Hafif ya da Orta Derecede Hastalık: Semptomları olan ancak solunum sıkıntısı olmayan; akciğerin radyolojik görüntülemesi normal olan hastalar hafif; akciğerde orta düzeyde tutulumu olup dispnesi hipoksisi olmayan hastalar orta derece olarak tanımlanır(27).

3- Ciddi Hastalık: Dispnesi, hipoksisi olan veya akciğer tutulumu %50'nin üzerinde olan hastalardır (28).

4- Kritik Hastalık: Solunum yetmezliği, şok, multiorgan yetmezliği gelişen hastalardır(28).

Farklı SARS-Cov-2 varyantlarının ciddi hastalığa yol açma oranları da değişkenlik göstermektedir, örneğin Omicron varyantı daha çok hafif hastalıkla ilişkilendirilmiştir (27).

Ciddi hastalık her yaştan sağlıklı bireylerde görülebilse de ileri yaş ve altta yatan komorbiditelerin varlığı, erkek cinsiyet ciddi hastalık için risk faktörü oluşturmaktadır. Kronik akciğer hastalığı (interstisyel akciğer hastalığı, pulmoner emboli, pulmoner hipertansiyon, bronşektazi, kronik obstriktif akciğer hastalığı (KOAH)), kalp hastalıkları (kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, kardiyomiyopatiler), kanser, hipertansiyon, diyabet ve obezite altta yatan komorbiditelerin başında gelmektedir(32).

2.1.7. Laboratuvar ve Radyolojik Bulgular

COVID-19'da bazı laboratuvar parametreleri hastalığın şiddetinin, prognozunun ve mortalitesinin tahmin edilebilmesinde kullanılabilir. Lenfopeni, nötrofili, trombositopeni, artmış serum AST, ALT düzeyi, LDH yüksekliği, crp yüksekliği ve yüksek ferritin düzeyleri ciddi hastalıkla ilişkili bulunmuştur. Artmış D-

dimer ve lenfopeni mortalite ile ilişkili bulunmuştur. Yoğun bakım ünitelerindeki hastalarda prokalsitonin düzeyleri yüksek saptanmıştır(28).

COVID-19'un erken döneminde akciğerde oluşan buzlu cam tarzındaki tutulum akciğer grafisinde görülemeyebilir. COVID-19 pnömonisinde akciğer grafisinde sıklıkla bilateral, orta ve alt alanları tutan, genellikle periferik yerleşimli, düzensiz sınırlı nonhomojen opasite artışları görülür. COVID pnömonisinin karakteristik bilgisayarlı tomografi (BT) bulguları yoğun bakım ihtiyacı olmayan hastalarda buzlu cam opasiteleri ve subsegmental konsolidasyon iken, yoğun bakım hastalarında multilober ve subsegmental konsolidasyon tipiktir(33).

2.1.8. COVID19 Tanısı

COVID-19 tanısında kişinin anamnezi, temas öyküsü, klinik bulguları, laboratuvar ve radyolojik bulguları büyük öneme sahiptir. COVID-19 vakalarının tanısı gerçek-zamanlı reverse transkripsiyon polimeraz zincir reaksiyonu (rRT-PCR) testi ile virus RNA'sının dizilerinin saptanması ve gerektiğinde nükleik asit dizi analizi yöntemi ile doğrulanması temeline dayanmaktadır(19). Bir veya daha fazla negatif PCR sonucunun COVID-19 olasılığını dışlamadığı unutulmamalıdır.

SARS-CoV-2 PCR testi için numune olarak nazofarengeal , orofarengeal, kombine sürüntü örneği (nazofarengeal + orofarenfeal), orta burun bölgesi numuneleri, ön burun ucu numuneleri, alt solunum yolu numuneleri kullanılabilir (19).

2.1.9. COVID-19 Tedavisi

COVID-19 hastalarında SARS-CoV-2'ye yönelik güvenilirliği ve etkinliği kesin olarak kanıtlanmış antiviral tedavi henüz yoktur. Birleşik Devletler Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından kullanım izni verilen antiviral ilaç Remdesivir ve baricitinib'dir(34). Baricitinib hastanede yatan oksijen desteği alan, non-invaziv ya da invaziv mekanik ventilasyon veya ekstrakorporal membran oksijenizasyonu (ECMO) desteği alan yetişkin hastalarda kullanılabilir(34),

Casirivimab ve İmdevimab, Sotrovimab, Bamlanivimab ve Etesevimab FDA tarafından acil kullanım izni verilen anti-SARS-CoV-2 monoklonal antikorlardır(34).

COVID-19'da immunsistem hiperaktivitesi hastalığın daha da kötüleşmesine sebep olabildiğinden tedavide hiperinflamasyonu baskılayamaya yardımcı olabilecek immun modülatör ajanlar da kullanılabilmektedir. Baricitinib ve Tocilizumab FDA tarafından acil kullanım onayı verilen immun modülatör ajanlardır. anti inflamatuvar ilaçlar (örn. Deksametazon), immünmodülatör ajanlar gibi çeşitli tedavi seçenekler mevcuttur

Ülkemizde salgının ilk dönemlerinde hastalığın tedavisinde Hidroksiklorokin kullanımıştır, ancak ilerleyen dönemde ilaç Covid-19 tedavisinde yeterli etkinliğinin olmadığı saptanması üzerine tedavi protokolünden çıkarılmıştır. Ayaktan ve yatan yetişkin hasta tedavi protokolünde bir antiviral olan favipiravir kullanılmaya başlanmıştır ancak yapılan çalışmalarda favipiravirin hastaneye yatış ve ölüm oranlarını anlamlı düzeyde etkilemediği saptanması üzerine her hastaya rutin önerilmesinden vazgeçilmiş, hekimin uygun gördüğü hastalarda kullanılmasına karar verilmiştir. Sağlık Bakanlığı'nın son güncel tedavi rehberinde yüksek riskli, 18 yaş üstü orta-ağır seyirli, semptom başlangıcının ilk 5 gününde olan hastaların tedavisinde molnupiravir önerilmektedir(35)

2.1.10. COVID-19 Komplikasyonları

COVID-19'un en sık görülen komplikasyonu solunum sistemine ait komplikasyonlardır. Ölüme yol açan komplikasyonların başında ARDS ve multi organ yetmezliği gelmektedir(36).

Covid-19'a bağlı kardiyak ve vasküler komplikasyonların başında venöz tromboemboli (derin ven trombozu, pulmoner emboli), arterial trombotik olaylar (inme, ekstremitelerde iskemi), akut koroner sendromlar, miyokardit, perikardit, kalp yetmezliği ve aritmiler gelmektedir(27)(37).

Hastalığa bağlı ensefalopati, inme, hareket bozuklukları, motor ve duyu kayıpları, ataksi ve nöbet geçirme gibi nörolojik komplikasyonlar bildirilmiştir (27).

COVID-19'un bazı laboratuvar ve klinik belirteçleri, hastalığın inflamatuvar komplikasyonları ile ilişkilidir. Dirençli yüksek ateş, artmış d-dimer ve ferritin düzeyi,

artan interlökin (IL)-1, interlökin (IL)-6, TNF-α gibi proinflamatuvar sitokinler inflamatuar komplikasyonlarla ilişkilidir(27).

COVID-19'un bir diğer önemli komplikasyonu sekonder enfeksiyonlardır. Bakteriyel koenfeksiyonlar ya da süperenfeksiyonlar, fungal süperenfeksiyonlar görülebilmektedir(27).

2.1.11. Post-COVID, Long-COVID

COVID-19'un akut dönemi olarak tanımlanan ilk 4 haftası geçtikten sonra, iyileşen hastaların bir bölümünde haftalar ya da aylar süren semptomlar olabildiği gözlenmiştir(38).COVID-19 geçirdikten sonraki iyileşme evresinde yaşanan problemlerin, literatürde farklı isimlendirmeler ile tanımlandığı görülmektedir. Akut COVID sonrası 8 haftalık süreç 'Subakut-COVID olarak tanımlanmaktadır. Hastalığın ilk başlangıcından 12 hafta sonra semptomların devam ediyor olması ya da yeni belirti ve bulguların ortaya çıkması 'Post-COVID' olarak tanımlanmaktadır(39). Literatürde bazı kaynaklarda Post-COVID ve Long COVID' kavramları birbiri yerine kullanılsa bile aslında 2 ayrı kavramdır. Long-COVID hastalığın ilk 4 haftası sonrasındaki devam eden sürecinin tümünü kapsar(39).

COVID-19 sonrası hastaların çoğu tamamen iyileşirken hastaların %10-20lik bir kısmında orta ya da uzun vadede semptomlar devam edebilmekte ya da yeni belirtiler ortaya çıkmaktadır(38).

Long-COVID gelişme riski kadınlarda erkeklerden 2 kat fazla bulunmuştur. Artan yaş, kişide hastalığın başlangıç döneminde beşten fazla semptom varlığı, HT, DM, kardiyovasküler hastalık, kronik akciğer hastalıkları, obezite gibi komorbiditelerin varlığı, Long COVID gelişimi için risk faktörüdür(39)

Long-COVID'de halsizlik, nefes darlığı, baş ağrısı, ses kısıklığı, miyalji, konfüzyon, unutkanlık, odaklanamama gibi kognitif disfonksiyonlar görülebilmektedir. Bazı hastalarda da ruhsal bozukluklar görülmektedir(38).

2.1.12. Sars-CoV-2 Varyantları

SARS-CoV-2 virüsünün insan hücrelerine bağlanmasında ve hücre içine girişinde rol oynayan yapısı S proteinidir(30) . S proteini, S1 ve S2 olarak iki alt alandan oluşur (39). S1 proteini, N-terminal alanı (NTD) ve C-terminal alanından (CTD) oluşur. Bu iki alan reseptör bağlanma alanı (*receptor-binding domain* (RBD) olarak görev alır. Virüsün membran füzyonunda S proteini büyük öneme sahiptir. SARS-CoV-2 RBD vasıtasıyla insan ACE2'ye bağlanır ve hücre içine girer. SARS-CoV-2'ye karşı antikor aracılı humoral cevabın ve bağışıklamada kullanılan aşıların oluşturduğu antikorların virüsün S proteinini hedeflediği bilinmektedir. Bu nedenle S proteininde ve özellikle de RBD alanındaki mutasyonlar immün cevaptan ve aşı cevabından kaçışa yol açabilmesi açısından önem arz eden mutasyonlardır(39)

SARS-CoV-2 varyantları şu şekilde sınıflandırılmıştır(40):

1. İzlenen varyantlar (Variants Under Monitoring; VUM)
2. Dikkate alınması gereken varyantlar (Variant of Interest; VOI)
3. Endişe uyandıran varyantlar (Variants of Concern; VOCs)
4. Sonuçları ağır olan varyantlar (Variant of High Consequence; VOHC)

Endişe uyandıran varyantlar (VOC) bulaşıcılığın veya hastalık şiddetinin arttığı, tedavide kullanılan ilaçlara duyarlılığın azaldığı, enfeksiyonun geçirilmesi ya da aşılama ile oluşan antikorların nötralizan etkisinde azalmanın görüldüğü, kullanılan tanı testlerinin etkinliğinde azalmanın saptandığı varyantlar olarak tanımlanmaktadır(40).

Sonuçları ağır olan varyantlarda (VOHC) VOC özelliklerine ek olarak; tanı testlerinin ispatlanmış başarısızlığı, aşı etkinliğinde ciddi bir düzeyde azalma, aşılanmış bireylerde orantısız olarak yüksek sayıda enfeksiyon görülmesi, tedavi edici ajanlara karşı duyarlılığın büyük ölçüde azalması, daha şiddetli bir hastalık tablosu görülmesi ve hastaneye yatış oranlarının artması gibi özellikler görülmektedir(40).

VOC: Delta Varyantı (B.1.617.2) , Omicron Varyantı (B.1.1.529)

VUM: Alfa Varyantı (B.1.1.7) , Beta Varyantı (B.1.351) , Gama Varyantı (P.1), ,Epsilon Varyantı (B.1.427 ve B.1.429), Eta Varyantı (B.1.525), Iota Varyantı

(B.1.526), Kappa Varyantı (B.1.617.1) , 1.617.3 Varyantı, Mu Varyantı (B.1.621, B.1.621.1), Zeta Varyantı (P.2)

Mayıs 2022'de VOI ve VOHC sınıflamasında yer alan varyant yoktur (erişim tarihi 21.05.2022) (40).

Salgın seyrinde şu ana kadar görülen önemli varyantların başında Alfa (B.1.1.7) Varyantı, Beta (B.1.351) Varyantı, Gama (P.1) Varyantı, Delta (B.1.617.2) Varyantı ve Omicron (B.1.1.529) Varyantı gelmektedir(39).

Omicron varyantına ilk olarak Kasım 2021'de başta Güney Afrika olmak üzere birçok ülkede rastlanmıştır(39). DSÖ tarafından 24 Kasım 2021'de VUM olarak bildirilen varyant, 26 Kasım 2021'de VOC olarak sınıflandırılmıştır(41). Omicron varyantı VOC'lar arasında en fazla mutasyon barındıran varyanttır ve otuzun üstünde mutasyonu saptanmıştır(27)(39). Omicron Delta varyantına nazaran önemli bir çoğalma avantajına sahiptir. Diğer varyantlara kıyasla daha önce enfeksiyon geçirme veya aşılama ile gelişen humoral bağışıklıktan daha fazla kaçabilmektedir (27). Omicron varyantının tropizminde meydana gelen değişiklik, enfeksiyonun bulaşıcılığının artışına ancak şiddetinin azalmasına, enfeksiyonun akciğerlerde daha az tutulum yaptığına yol açmış gözükmektedir(39).

Salgının başından bu yana SARS-Cov-2'nin geçirdiği mutasyonlar ve daha önceki salgın hastalıklardan elde edilen tecrübeler ışığında COVID-19'un bundan sonra endemik bir hastalığa dönüşeceği öngörülse de yeni ortaya çıkacak mutasyonlarla oluşacak varyantlara karşı temkinli olmak gerekmektedir.

2.1.13. COVID-19 Reinfeksiyonu

Omicron varyantının görülmeye başlamasından önce, Covid-19 geçirenlerde kısa vadede reenfeksiyon riskinin düşük olduğu bilinmekteydi. Geçirilen enfeksiyon takip eden 6-9 ay içinde enfeksiyonun tekrarlama riskini %80-85 düşürüyordu. Suudi Arabistanda Mart 2020-Ağustos 2021 arasında yapılan çalışmada reinfeksiyon oranı %0,37 saptanmıştır(42). Ancak omicron varyantının baskın suş haline gelmesinden sonra, daha önce omicron dışı varyantlarla enfekte olanlarda omicron ile reenfeksiyon riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Omicron varyantı ile enfeksiyon sonrası

tekrar omicron ile enfekte olma riski belirsiz ama düşüktür. İlk enfeksiyon sonrası başlangıçta seropozitif olan bireylerin reenfeksiyonunda antispike IgG ve saptanabilir nötralizan antikor seviyelerinin daha düşük olmasının etkili olduğu saptanmıştır(27)

2.1.14. COVID-19'dan Korunma ve Aşılama

COVID-19'dan korunma ve yayılımın engellenmesi pandeminin kontrol altına alınabilmesi açısından büyük bir öneme sahip olmuştur. Her vakanın saptanıp izole edilebilmesi, hastalık seyri sırasında yayılmanın engellenebilmesi için damlacık ve temas önlemlerinin alınması gerekmektedir(27).

Bu önlemlerin başında kişisel korunma olarak maske kullanımı gelmektedir. Viral bulaşma olasılığını düşürmek için fiziksel mesafe konusunda önlemler alınması önerilmiştir. Kapalı ortamların havalandırılması bulaşın önlenmesinde büyük öneme sahiptir. Kontaminasyon riskini düşürmek için genel hijyen önlemleri ellerin sık ve usülüne uygun yıkanması çok önemli olmuştur(27).

Dünya genelinde ve ülkemizde vaka sayılarının düştüğü, artık belkide pandemiden endemiğe doğru geçişin olduğu günümüzde ülkemizde sağlık kuruluşları dışındaki yerlerde maske kullanım zorunluluğu 29 Mayıs 2022'de kaldırıldı.

SARS-CoV-2 bulaşınının önlenmesi ve pandeminin kontrol altına alınabilmesinde önemli adımlardan biri aşılama olmuştur. Dünya genelinde COVID-19'a karşı toplumsal düzeyde aşılama hizmetleri 2021 yılı başında başlamıştır(39).

Türkiye'de 13 Ocak 2021'de Çin'in Sinovac firmasına ait inaktif COVID-19 aşısı Coronavac'a acil kullanım onayı verildi, Sağlık çalışanlarının aşılanması ile başlanan aşılama süreci, öncelikli grupların aşılanması ile devam etti. Sağlık Bakanlığı tarafından COVID-19 aşısı uygulanacak öncelikli gruplar belirlendi ve sırasıyla bu grupların aşılanmasına başlandı. 2 Nisan 2021'den itibaren ülkemizde m-RNA aşısı olan Biontech de uygulanmaya başlandı(43).

Şu an ülkemizde devam etmekte olan aşılama programında kişiler Covid enfeksiyonu geçirdikten 1 ay sonra aşı olabilmekteler. Birer ay ara ile 2 doz aşılamasını yaptıranların 3 ay sonra hatırlatma dozu yaptırması önerilmektedir, belli aralıklarla hatırlatma dozu tekrarlanabilmektedir. Şu an için ülkemizde rapel dozlarla birlikte 5

doza kadar aşı yapılabilmektedir(43). Pandeminin seyri, yeni varyantların ortaya çıkması gibi faktörler aşılama programlarında güncellemelere sebep olabilmektedir(39).

Sağlık Bakanlığı , Aralık 2021'de ülkemizde TÜSEB çatısı altında üretimi gerçekleştirilmiş olan inaktive Covid aşısı Turcovac'a Acil Kullanım Onayı vermiştir(39). Şu an ülkemizde COVID-19 aşılaması Sinovac, Biontech/Pfizer ve Turcovac aşıları ile sürdürülmektedir(43).

2022 Mayıs sonunda dünya nüfusunun %65,8'inin en az bir doz COVID-19 aşısı ile aşılandığı ve yapılan toplam doz sayısının da 11.83 milyar doz olduğu bildirilmektedir. Düşük gelire sahip ülkelerde ise nüfusun ancak %16,2'si en az bir doz aşı yaptırmıştır(44). Ülkemizde 18 yaş ve üstü nüfusun %85,50'si en az 2 doz aşı olmuştur. 18 yaş ve üstü nüfusun %93.19'u 1 doz aşı olmuştur(43).

2.2. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK

2.2.1. Psikolojik Sağlamlık Tanımı

Psikolojik sağlamlık, bireylerin pozitif özelliklerine odaklanılıp geliştirilmesi gerektiğini vurgulayan bir kavramdır(45). Latincede 'bir nesnenin elastik olması dolayısıyla asıl formuna kolay bir şekilde geri dönebilmesi' anlamına gelen 'resilience' kavramı dilimizde psikolojik dayanıklılık, yılmazlık, kendini toparlama gücü veya psikolojik sağlamlık gibi kavramlarla ifade edilmektedir(45). Psikolojik sağlamlık bireyin sıkıntıya dayanma yeteneği, yaşamlarındaki önemli değişikliklerin veya tehdit edici durumların üstesinden gelebilme kapasitesi olarak tanımlanabilir (45)(46).Psikolojik sağlamlık bireylere olumsuz duygusal deneyimler, stresli yaşam olayları gibi durumlar karşında esnek bir uyum kapasitesi sağlar (45).

Psikolojik sağlamlık hayatta herşey yolunda giderken değil, ciddi bir hastalık, bir yakının vefatı, savaş, doğal afet, ekonomik sorunlar, boşanma, salgın hastalık gibi zorlu yaşam mücadelesine sebep olan bir unsur ortaya çıktığında aktifleşen bir süreçtir(45).

Önceleri psikolojik sağlamlığın, bireyin kalıtsal olarak ortaya çıkan mizacını belirten bir kişilik özelliği olduğu düşünülürken artık bu kavramın değişkenlik

gösterebilen, dinamik bir yapıya sahip olduğu, öğrenilen ve geliştirilebilen bir özellik olduğu düşünülmektedir(45).

2.2.2. Psikolojik Sağlamlıkta Risk Faktörleri

Psikolojik sağlamlıktan söz edebilmek için bireyi sıkıntıya sokan bir tehdit durumu veya sorunun olması ve bireyin sonrasında yaşanılanlara olumlu bir uyum sürecine girmesi gerekmektedir.

Psikolojik sağlamlık alanında yapılan çalışmalarda bulunan risk faktörleri genel olarak bireysel, ailesel ve çevresel risk faktörleri olarak 3 başlık altında incelenmiştir(47).

Bireysel Risk Faktörleri: Erken doğum, olumsuz hayat koşulları, hastalıklar

Ailesel Risk Faktörleri: Anne-babanın hastalıkları, anne babanın boşanması ya da vefatı, erken yaşta anne olmak

Çevresel Risk Faktörleri: Ekonomik sıkıntılar, yoksulluk, çocuk istismarı, doğal afetler, savaş gibi toplumsal sarsıntılar, şiddet, barınma problemleri

2.2.3. Psikolojik Sağlamlıkta Koruyucu Faktörler

Riskin etkisini azaltan ya da yok eden durumlar, bireyin uyumunu ve yeterliliklerini arttıran durumlar koruyucu faktörler olarak tanımlanır. Koruyucu faktörler kişisel özellikler, ailesel ve çevresel faktörler olarak sınıflandırılabilir(47).

Kişisel Koruyucu Faktörler: Bireyin zekası ve akademik başarısı, kolay mizaca sahip olması, kendi hayatını kontrol edebileceğine dair inancının olması, kendisine saygısı ve yeterliliği, kendisini kabullenmesi ve farkındalığı, yaşamdan beklentileri ve geleceğe umutla bakmak, sorunları etkin bir şekilde çözebilmesi, iyimserliği, mizah anlayışının olması, sosyal çevreye uyumu, sağlığı, cinsiyeti ve yaş

Ailesel Koruyucu Faktörler: Aile üyeleriyle olumlu ilişkiler, anne-babanın destekleyici tutumu, etkili ebeveynlik, çocuktan beklentilerin gerçekçi ve yüksek olması

Çevresel Koruyucu Faktörler: Sosyal ortamdaki destekleyici bir yetişkin ile kurulan pozitif bağ, arkadaşlardan destek görmek, etkili toplumsal kaynaklar

Psikolojik sağlamlık öğrenilebilir ve geliştirilebir bir özellik olduğundan, geliştirmesi ve güçlendirmeye çalışılması büyük bir öneme sahiptir(45). Yaşamın ilk yıllarından itibaren destek gören çocukların hayatlarının ilerleyen dönemlerinde güçlüklere karşı daha dayanıklı oldukları, daha sağlıklı bir yaşam sürdükleri ve yaşam sürelerinin daha uzun olduğu, sosyal hayatlarında daha umutlu, mutlu, eğitim ve çalışma hayatında daha başarılı oldukları, depresyon gibi ruhsal hastalıklarının olma olasılığının daha düşük olduğu ileri sürülmektedir(45)

2.3. KORKU

2.3.1. Korku Tanımı

Korku bir tehlike ile karşılaşıldığında onunla baş edebilmek için ortaya çıkan bir duygudur(48). Tehlikenin boyutuna göre korku düzeyi uygun şekilde adapte olmazsa bazı sorunlarla karşılaşılabilir. Korkunun aşırıya kaçması kişide ruhsal bozuklukların ortaya çıkışını tetikleyebilir ya da var olan tehdit unsuruna karşı yetersiz korku hissedilmesi, tehdit unsuruna karşı umursamaz davranmaya, gerekli önlemlerin alınmamasına sebep olabilir(48).

2.3.2. Korku Fizyolojisi

Kişi bir tehdit unsuru ile karşı karşıya kaldığında beyinde prefrontal ve orbitofrontal korteks amigdalayı aktive eder. Amigdalanın hipotalamusu uyarması ile sempatik sinir sistemi harekete geçer, hipotalamo-hipofiz-adrenal aksı (HPA) devreye girer, adrenal korteksten kortizol salınır. Sempatik aktivasyon ve kortizol salınımı vücudun tehdit unsuruna verdiği tepkilerin ortaya çıkmasını sağlar(49).

2.3.3. COVID-19 ile Korku İlişkisi

Bir anda etkeni, tedavisi bilinmeyen, bulaşıcılığı ve ölüm oranı yüksek bir hastalığın ortaya çıkışı ve kısa bir zaman dilimi içerisinde dünyaya yayılarak

pandemiye sebep olması Covid-19'un tüm dünyada büyük bir tehdit unsuru olarak algılanmasına yol açtı(50).

Covid-19 pandemisinde sağlık çalışanlarının virüs ile enfekte olma riskinin fazla olması, hastalığı ailelerine bulaştırmakta riskinden dolayı duydukları endişe, artan iş yükü, yaşadıkları tükenmişlik hissi, sağlık çalışanları arasında yaşanan Covid-19'a bağlı ölümler gibi sebepler sağlık çalışanları arasında da Covid-19'a bağlı korkunun yaygın görülmesine sebep oldu (51)(52).

Kişilerin kendi sağlıkları için duyduğu endişe, başkalarına hastalık bulaştırma kaygısı, belirsizlik hissi, ekonomik sıkıntılara ilişkin endişeler korkuyu arttırmakta ve korkunun patolojik seviyeye ulaşması depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk, uyku bozuklukları gibi birçok ruhsal bozukluğa yol açabilmektedir (48)(53)(54).

2.4. DEPRESYON

2.4.1. Depresyon Tanımı ve Epidemiyolojisi

Depresyon çökkünlük, üzüntü, kimi zaman da bunaltıyla seyreden duygu durumla birliktelik gösteren konuşma, düşünce, fizyolojik ve psikomotor işlevlerde azalma; beraberinde isteksizlik, kendini yetersiz ve değersizlik hissetme, güçsüzlük, karamsarlık gibi duygu ve düşüncelerinin görüldüğü bir mental bozukluktur (55)(56).

Hayat boyu görülme sıklığı %1.5 ile %19 arasında saptanmıştır(57). Unipolar depresyonu olan erişkin hastaların çoğunluğu psikiyatristlerden ziyade daha çok birinci basamak hekimlerine başvurmakta; birinci basamakta da bu hastaların ancak %50'si tanı almaktadır(56)(58). Tanı konulup uygun tedavi uygulanmadığında depresyon, yüksek mortalite ve morbiditeye sebep olur(57)(58).

Depresif bozukluklar tüm yaş gruplarında, en sık olarak da 25-44 yaş arası dönemde görülmektedir. Kadınlarda görülme sıklığı erkeklerden fazladır(57).

2.4.2. Depresyon Tanı Kriterleri

Majör Depresif Bozukluk tanı kriteri DSM-V'te şu şekilde yer almaktadır(59):

1. Çökkün, üzüntülü, mutsuz ruh hali (depresif duygudurum)

2. Sosyal aktivitelere karşı duyulan ilgi ve alınan zevkin azalması *(anhedoni*)
3. İştah artışı ya da kaybı
4. Uykusuzluk (*insomnia*) ya da fazla uyuma (*hipersomnia*)
5. Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon
6. Düşük enerji ve bitkinlik hali
7. Değersizlik ve suçluluk hissi
8. Odaklanmada güçlük çekme, kararsızlık
9. Tekrarlayan intihar düşüncesi veya girişimi

Tanı için en az biri 1 veya 2 numaralı semptom olmak koşuluyla; yukarıdaki semptomların en az 5 tanesinin, 2 haftalık bir süreçte hemen her gün ve günün büyük bir çoğunluğunda sürmesi gerekmektedir(59).

Bu semptomlar klinik açıdan anlamlı bir probleme ya da işlevsellikte azalmaya neden olmalı; herhangi bir madde kullanımı ile bağlantılı olmamalıdır(59)

2.5. ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

2.5.1. Anksiyete Bozukluğu Tanımı ve Epidemiyolojisi

Anksiyete kişi tarafından hissedilen iç sıkıntısı, kötü bir şey olacakmış hissi şeklinde tarif edilebilir (58). Kişinin günlük hayatındaki olaylar karşısında sürekli kaygı, kuruntu, vesvese ve gerginlik duyması halidir (60). Korku ile anksiyete arasındaki farka baktığımızda korku dış odaklı, belirli bir tehdite karşı gelişen bir yanıt iken; anksiyete iç odaklı, bilinmeyen bir tehdite karşı geliştirilen bir yanıttır (58).

Anksiyete bozuklukları DSM-V'te 11 başlık altında sınıflandırılmıştır (59):

1. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu
2. Seçici konuşmazlık (mutizm)
3. Özgül fobi
4. Toplumsal anksiyete bozukluğu (Sosyal Fobi)
5. Panik bozukluğu
6. Agorafobi
7. Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB)

8. Maddenin/İlacın yol açtığı anksiyete bozukluğu
9. Başka bir sağlık durumuna bağlı anksiyete bozukluğu
10. Tanımlanmış diğer bir anksiyete bozukluğu
11. Tanımlanmamış anksiyete bozukluğu

Avrupa ülkelerinde yapılan bir çalışmada tüm anksiyete bozukluklarının prevalansı %11.1-13 olarak bulunmuş ve en sık görülen anksiyete bozukluklarının Toplumsal Anksiyete Bozukluğu (TAB) ve Özgül Fobi olduğu saptanmıştır (61).

Anksiyete bozuklukları kadınlarda erkeklerden 2 kat fazla görülmektedir (60).

Anksiyete bozuklukları çocukluk çağında, ergenlikte ya da yetişkinliğin erken dönemlerinde başlayıp, orta yaşlarda pik yapar ve ileri yaşlarda azalma eğilimindedir (61).

2.5.2. Anksiyete Bozukluğu Tanısı

Anksiyete bozukluklarında fiziksel, davranışsal, bilişsel ve duygusal belirtiler görülmektedir(62).

Anksiyetenin Fiziksel Belirtileri: Kaslarda gerginlik hissi, çabuk yorulma, uyku problemleri, boğazda daralma hissi, kalp atışında hızlanma, çarpıntı hissi, terleme, ateş basması, titreme

Anksiyetenin Davranışsal Belirtileri: İşlevsellikte gerileme, tehdit olarak algılanan ortam veya durumlardan kaçınma, kusursuz olmak ve her şeyi kontrol altında tutabilmek için çok fazla çaba gösterme.

Anksiyetenin Bilişsel Belirtileri: Konsantre olmakta ve anımsamada güçlükler, tehdit olarak algılanan olayın büyütülmesi, endişelere yönelik devamlı düşünceler geliştirilmesi(63)

Anksiyetenin Duygusal Belirtileri: İrritabilite, kontrolünü kaybetmekten ve çıldırmaktan korkmak, sinirlilik, huzursuzluk, sıkıntılı, endişeli ve paniklemiş hal.

Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanı kriterleri DSM-V'te şu şekilde belirtilmiştir (59):

‘A. En az altı aylık bir zaman diliminin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da faaliyetlere ilişkin ilgili aşırı bir kaygı ve evham söz konusudur.

B. Kişi, evhamlarını kontrol altında tutmakta denetim altına almakta zorluk yaşar.

C. Bu kaygı ve evhama ek olarak aşağıdaki belirtilerden en az üçü eşlik etmektedir: Huzursuzluk veya gerginlik, çabuk yorulma, konsantre olmakta zorlanma veya zihnin boşalması. kolaylıkla kızma, kas gerginliği ,uyku bozukluğu

D. Kaygı, evham veya fiziksel belirtiler klinik açıdan anlamlı bir sıkıntıya ya da işlevsellikte azalmaya sebep olur.

E. Bu bozukluk, bir madde yada ilaç kullanımının veya başka bir sağlık durumunun etkileri ile açıklanamaz

F. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz’

2.6. STRES

2.6.1. Stres ve Travma Tanımı

Kişinin bir zorluk, fiziksel ve ruhsal bütünlüğüne karşı bir tehdit olarak gördüğü durumlar stres nedeni (stresör); stres nedenlerine karşılık verilen tepkiler ise stres tepkileri olarak tanımlanabilir (64). Stres tepkisi ani başlangıçlıdır, dakikalar içinde zirve noktasına ulaşır, saatler sürer ve çok yavaş gerileme kaydeder. Stresörün özelliklerine bağlı olarak bazen günler ya da haftalarca da sürebilir(65). Stres tepkisi bireysel farklılıklar gösterebilir, bir kişide sağlamlık geliştiren stresör, başka bir kişide dayanıksızlık geliştiren patolojik sonuçlara yol açabilir(65).

Travma kişinin günlük rutinin bozulmasına ve anlamlandırma süreçlerinin bozulmasına yol açan; kaygı, dehşet ve panik duygusu ortaya çıkaran sıkıntılı olaylardır. Kişinin bedenini, ruh sağlığını birçok farklı açıdan yaralayan olay travma olarak tanımlanabilir (66). Travma fiziksel ya da ruhsal olabilir(58).

Travma yaşayan kişilerin yaşadığı olaya verdiği yanıtlar bireysel farklılıklar gösterir (58). Bu yanıtlar travmanın türü, şiddeti, gerçekleşme şekli gibi birçok faktöre bağlı olarak değişkenlik gösterir. Sonuçta bir kısmı yaşanan travma ile doğrudan

ilişkili olan, bir kısmı ise dolaylı açıdan ilişkili olan bir çok ruhsal bozukluk ortaya çıkmaktadır(67).

Travma ve tetikleyici etkenler ile ilgili bozukluklar DSM-V'te 7 başlık altında sınıflandırılmıştır (59) :

1. Tepkisel bağlanma bozukluğu
2. Sınırsız toplumsal katılım bozukluğu
3. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)
4. Akut stres bozukluğu (ASB)
5. Uyum bozuklukları
6. Tanımlanmış diğer örselenme ve tetikleyici etkenle ilişkili bozukluk
7. Tanımlanmamış örselenme ve tetikleyici etkenle ilişkili bozukluk

Yetişkinlerde ASB prevalansı %5-20 arasında değişmektedir(68).

2.6.2. Stres Patofizyolojisi

Fiziksel ya da psikolojik olarak değişikliğe yol açan olaylar, vücuttaki dengeyi tanımlayan '*homeostazis*'in bozulmasına yol açabilir. Organizma tekrar homeostazisin sağlanabilmesi, yani sabit bir dengenin elde edilmesi için birçok yanıtlar mekanizmasını devreye sokar (49). Ancak strese yanıt da homeostazisten ziyade '*allostazis*' kavramı daha ön plana çıkmaktadır. *'Allostazis*' kortizol, adrenalin gibi hormonlar ve diğer sitokinler gibi mediatörler yardımıyla, vücudun mevcut duruma değişim yolu ile adapte olmasını tanımlar. Allostazis, sağlıklı işleyişin devamı için iç fizyolojik ortama devamlı düzenlemeler gerektiğini vurgular(69).

Stres bozukluklarının etyolojisinde korku büyük bir öneme sahiptir. Travmatik olay sırasında yaşanan korku prefrontal ve orbitofrontal korteks amigdalanın aktivasyonunu sağlar(49). Amigdala sempatik sistem aktivasyonunun başlatılması için hipotalamusu uyarır. Hipotalamus otonom sinir sistemini harekete geçirir ve organizma 'savaş ya da kaç' tepkisi vermek için sempatik aktivasyonu sağlar, noradrenalin ve adrenalin salınımı artar. Hipotalamo-hipofiz-adrenal (HPA) aksı devreye girer ve adrenal korteksten kortizol salınır (70). Böylece kalp damar

sisteminde, metabolizmada ve immun sistemde allostazi sağlamak için uyum mekanizmaları çalışır.

2.6.3. Strese Bağlı Bozukluklarda Risk Faktörleri

Travmatik olayın aniden ortaya çıkması ve umulmadık olması, kayıp ve yaralanmaların fazla ve süreğen olması, insanlar aracılığıyla gerçekleşmiş olması, medya aracılığıyla travmatik olaya daha fazla maruz kalmak gibi faktörler travmanın kendisine ait risk faktörleridir (58).

Kadın cinsiyet, sosyoekonomik düzey düşüklüğü, yalnız yaşamak, çocukluk döneminde ruhsal travma öyküsü olması, kişinin psikiyatrik hastalık öyküsü ya da aile öyküsü olması, kişilik bozukluğu olması ya da A tipi kişilik özellikleri, çok genç ya da ileri yaş olmak gibi faktörler stres bozukluklarına yatkınlık için bireysel risk faktörleri arasında yer almaktadır (58).

2.6.4. Stresin Etkileri

Stresin Fizyolojik Etkileri: Stres kişide iştah değişikliği, yorgunluk, uyku bozukluğu, baş ağrısı, kas iskelet sisteminde ağrı ve gerginlik, nefes darlığı, tansiyon yüksekliği, çarpıntı, terleme, titreme, ateş basması gibi belirtilere yol açabilir(64).

Stresin Psikolojik Etkileri: Stres kişide korku kaygı, tedirginlik, alınganlık, gerginlik, kolay sinirlenme, uyumsuzluk, yetersizlik, gereksiz telaşlama, unutkanlık,odaklanmada zorluk yaşama, kararsızlık, bir işe başlamada zorluk yaşama gibi belirtilere yol açabilir(64).

2.7. COVID-19 VE RUH SAĞLIĞI

Stresli yaşam olayları ruhsal hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür(71). Ekonomik sıkıntılar, işsizlik, yas süreci, ciddi hastalıklar gibi tavmatik olaylar yaşayan insanlarda ruhsal hastalıklar görülme riski artmaktadır.

COVID-19 pandemisi ruhsal bozuklukları tetikleyen etkenlerin şiddetlendiği bir ortam oluşturdu (72).

COVID-19'un ruh sağlığı üzerine etkilerine baktığımızda, doğrudan ve dolaylı yoldan ruh sağlığını etkilediğini görmekteyiz (73). Pandeminin günlük hayatımız üzerindeki etkileri, çalışma koşullarında yaşanan değişiklikler, karantina ve kapanmalar, sosyal hayatın kısıtlanması gibi etkenler COVID-19'un ruh sağlığı üzerine dolaylı etkileri arasında sayılabilir. Covıd-19'un ruh sağlığı üzerine direkt etkileri ise enfeksiyonu geçirmiş bireyler üzerinde gözlenen etkilerdir(73). Bu direkt etki mekanizmaları henüz tam olarak aydınlatılamamış olsa da COVID-19 sırasında görülen masif inflamatuvar yanıta, sitokinlere, mediatörlere bağlı olduğu düşünülmektedir (74). IL-1β, IL-6, INF-γ, CXCL10 seviyelerindeki artışın ve sitokin disregülasyonunun ruhsal bozukluklarla ilişkili olduğunun gösterildiği çalışmalar vardır (73). COVID-19 Merkezi Sinir Sistemini (MSS) etkilemesi sonucu serebrovasküler olaylar, yeni ortaya çıkan davranış, biliş, bilinç ve kişilik değişiklikleri ve nörolojik problemler görülebilir(74).

COVID-19 geçiren bireylerde sıklıkla görülen ruhsal bozukluk ve semptomlar şunlardır:Kognitif bozulma, anksiyete bozuklukları, depresif bozukluklar, Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), uyku bozuklukları, madde kullanım bozukluğu(74).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ

Tek merkezde yürütülen bu tez çalışması analitik, tanımlayıcı, kesitsel anket çalışması olarak tasarlanmıştır. Çalışmamızda Sağlık Bakanlığından 'COVID-19 Çalışmaları İzni' (Bkz. Ek-1) ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (SUAM) Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 19/04/2022 tarihli, 3526 sayılı etik kurul onay yazısı (Bkz. Ek-2) alınmıştır. Araştırmamız Helsinki Bildirgesi ve İyi Klinik Uygulama (Good Clinical Practice) ilkelerine uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

Vaka-kontrol olarak planlanan çalışma 01.05.2022-31.05.2022 tarihleri arasında İstanbul ili Bayrampaşa ilçesinde bulunan Terazidere Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır.

Çalışmaya Terazidere ASM'ye kayıtlı ya da herhangi bir sebep ile başvuran 18 yaş üstü kişilerden COVID-19 geçirdiği sağlık kayıtlarındaki pozitif PCR sonucu ile teyit edilen 111 kişi vaka grubu olarak; COVID-19 geçirmediği sağlık kayıtlarından teyit edilen, vaka grubuyla benzer yaş ve cinsiyet özellikleri olan 111 kişi de kontrol grubu olarak alınmıştır.

Literatür taraması sonucu oluşturulan sosyo-demografik veri formu, KOVID-19 Korkusu Ölçeği, Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ) ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Kısa Formundan (DASS-21) oluşan anket formu katılımcılara yüz yüze ya da google formlar üzerinden çevrimiçi ortamlardan paylaşılarak uygulanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H0 hipotezi: Covid-19 geçiren bireylerin Covid korkusunun; depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin psikolojik sağlamlıkla ilişkisi yoktur.

H1 hipotezi: Covid-19 geçiren bireylerin Covid korkusunun; depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin psikolojik sağlamlıkla ilişkisi vardır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM

Araştırmamız 01.05.2022 ile 31.05.2022 tarihleri arasında İstanbul ili Bayrampaşa ilçesindeki Terazidere Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan ya da herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş ve üzeri kişilerden, ölçek sonuçları arasında orta etki büyüklüğünün (effct size=0,3) istatistiksel olarak anlamlı ilişkili olması öngörülerek alfa anlamlılık seviyesi 0,05 %95 Power da örneklem büyüklüğü 111 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamıza %5 hata payı ile %95 güven aralığında 111 vaka, 111 kontrol olmak üzere toplam 222 kişi alınmıştır. Kontrol grubundan 2 kişi anket içerisinde ölçeklere yanıt vermediği için kontrol grubundan çıkarılmış, kontrol grubu sayısı 109 olmuştur.

3.4. DÂHİL EDİLME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

3.4.1. Hasta ve Kontrol Grubunda Dahil Edilme Kriterleri

Hasta grubunda

1) 18 yaş ve üstünde olmak
2) Pozitif SARS-CoV-2 PCR sonucu olmak
3) Pozitif SARS-CoV-2 sonucunun üstünden en az 30 gün geçmiş olması
4) Araştırmaya katılmayı kabul etmek

Kontrol grubunda

1) 18 yaş ve üstünde olmak
2) Pozitif SARS-CoV-2 PCR sonucu olmamak
3) Araştırmaya katılmayı kabul etmek

3.4.2. Hasta ve Kontrol Grubunda Dışlama Kriterleri:

Hasta grubunda

1) Araştırmaya katılmayı kabul etmemek
2) 18 yaş altında olmak

3) SARS-CoV-2 PCR sonucu negatif olup Toraks BT sonucuna göre COVID tedavisi almak

4) Pandemi dönemi öncesinde psikiyatrik hastalığı olmak

Kontrol grubunda

1) Araştırmaya katılmayı kabul etmemek

2) Pozitif SARS-CoV-2 PCR sonucu olmak

3) 18 yaş altında olmak

3) Pandemi dönemi öncesinde psikiyatrik hastalığı olmak

3.5. VERİLERİN TOPLANMASI

3.5.1. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Anket Formu

Çalışma için hazırlanan anket formunun ilk bölümünde sosyodemografik bilgiler ile ilgili, hasta grubunda COVID-19 geçirme süreçleri ile ilgili, kontrol grubunda pandemi dönemindeki durumları ile ilgili, aşılanma durumaları ile ilgili hasta grubuna 36 (Bkz.Ek-3), kontrol grubuna 30 Bkz. Ek-4) soru soruldu. Anketin sonraki bölümlerinde hasta ve kontrol grubuna KOVID-19 Korkusu Ölçeği (Bkz. Ek-5), Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ) (Bkz. Ek-6) ve Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Kısa Formu (DASS-21) (Bkz. Ek-7) yer almakta idi. Anket formu Terazidere Aile Sağlığı Merkezi'ndeki aile hekimliği birimlerine kayıtlı ya da herhangi bir sebeple başvuran kişiler ile yüz yüze görüşme şeklinde veya google formlar üzerinden çevrimiçi ortamlardan paylaşılarak uygulanmıştır.

3.5.2. Ankette Kullanılan Ölçekler

3.5.2.1. KOVID-19 Korkusu Ölçeği (The Fear of COVID-19 Scale)

Bireylerin COVID-19 kaynaklı korku düzeylerinin ölçülmesi için Ahorsu ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışmaları Ladikli ve arkadaşları tarafından yapılan KOVID-19 Korkusu Ölçeği tek faktörlü yapıdadır ve beşli Likert tipinde (1 = Kesinlikle katılmıyorum; 5 = Kesinlikle katılıyorum) yedi maddeden oluşmaktadır. Ölçekte ters yönlü madde bulunmamaktadır. Ölçeğin iç

tutarlılığı 0,82 ve test tekrar test güvenirliği 0,72 olarak bulunmuştur. Ölçeğin tüm maddelerinden alınan toplam puan bireyin yaşadığı COVID-19 korkusu düzeyini yansıtmaktadır. Alınabilecek puanlar 7 ile 35 arasında değişmekle beraber korku düzeyleri için belirlenen bir kesme değer bulunmamaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan, COVID-19 korkusunun yüksek olduğunu göstermektedir (Bkz. Ek-3)(75)

3.5.2.2. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ)

Smith ve arkadaşları tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Doğan ve arkadaşları tarafından yapılan Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği (KPSÖ) 5'li likert tipinde, 6 maddelik, özbildirim tarzı bir ölçme aracıdır. "Hiç uygun değil" (1), "Uygun Değil" (2), "Biraz Uygun" (3), "Uygun" (4), "Tamamen Uygun" (5) şeklinde bir cevaplama anahtarına sahiptir. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı .83 olarak bulunmuştur. Ölçekte bulunan ve tersten kodlanan maddeler çevrildikten sonra, alınan yüksek puanlar, yüksek psikolojik sağlamlığa işaret etmektedir (Bkz. Ek-4)(76).

3.5.2.3. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS 21)

Lovibond ve Lovibond tarafından geliştirilen Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ-42) baz alınarak geliştirilen ve Türkçe kısa formunun geçerlilik-güvenilirlik çalışması Yılmaz ve arkadaşları tarafından yapılan DASS-21 ölçeğinde depresyon, stres ve anksiyete boyutlarını ölçmek için 7'şer soru bulunmaktadır. Ölçek 4'lü Likert Tipi Ölçek olup; 0 "bana uygun değil", 1 "bana biraz uygun", 2 "bana genellikle uygun", ve 3 "bana tamamen uygun" şeklinde kodlanmıştır. Geçerlik katsayıları .41 ile .81 Cronbach α değerleri arasında, güvenilirlik katsayıları da .75 ile .82 Cronbach α değerleri arasında olduğu tespit edilen ölçeğin geçerli ve güvenilir bir yapıya sahip olduğu anlaşılmıştır. Araştırmada elde edilen verilere ait Cronbach α değerleri, depresyon alt ölçeği için .87, kaygı alt ölçeği için .86 ve stres alt ölçeği için .87 olarak tespit edilmiştir(77).

Ölçeğin 42 maddelik uzun formunda puantajlar aşağıdaki gibidir. 21 soruluk DASS 21 ölçeğinde puantajlar yarıya düşürülerek değerlendirme yapılmıştır.

	DEPRESYON	ANKSİYETE	STRES
Normal	0-9	0-7	0-14
Hafif	10-13	8-9	15-18
Orta	14-20	10-14	19-25
İleri	21-27	15-19	26-33
Çok İleri	28+	20+	34+

3.6. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Çalışmada veri analizi için SPSS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Hasta grubu, kontrol grubu, tüm katılımcıların sosyodemografik bilgilerine ve çeşitli değişkenlere ilişkin tanımlayıcı veriler frekans tabloları şeklinde verilmiştir.

Çalışmanın verileri normallik varsayımları açısından incelendiğinde, Skewness ve Kurtosis değerlerinin standart hatalarına bölümlerinin ± 3,29 eşik değerinin arasında olduğu belirlenmiş ve verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir (Mayers 2013, s. 53). Bundan dolayı ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için parametrik testlerden pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Bununla birlikte hasta grubuna uygulanan ölçek ve alt ölçekler ile katılımcıların sosyodemografik ve çeşitli değişkenler arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere parametrik testlerden Independent t tes ve ANOVA testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkması durumunda, anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için post-hoc testi yapılmıştır. Varyansın homojen dağılması ve örneklem sayılarının eşit olmamasından dolayı Sidak post-hoc testi seçilmiştir. $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 1'de hasta ve kontrol gruplarına ait sosyodemografik özellikler yer almaktadır.

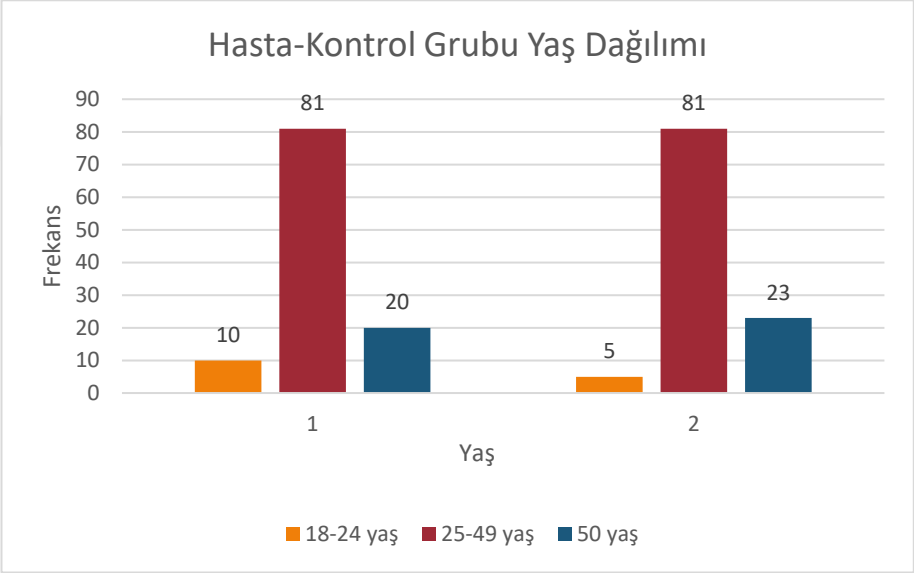
Tablo 1. Katılımcılara Ait Sosyodemografik Verilerin Frekans Dağılımı

Değişkenler	***Grup***	***Hasta Grubu (n=111)***		***Kontrol Grubu (n=109)***		***Toplam (n=220)***	
		N	***%***	***N***	***%***	***N***	***%***
Yaş grup	18-24 yaş	10	9,0	5	4,6	15	6,8
	25-49 yaş	81	73,0	81	74,3	162	73,6
	>50 yaş	20	18,0	23	21,1	43	19,5
Cinsiyet	Kadın	60	54,1	50	45,9	110	50,0
	Erkek	51	45,9	59	54,1	110	50,0
Medeni durum	Bekar/Dul/Boşanmış	27	24,3	18	16,5	45	20,45
	Evli	84	75,7	91	83,5	175	79,55
Eğitim durumu	Lise altı	15	13,5	15	13,8	30	13,6
	Lise	25	22,5	26	23,9	51	23,2
	Lisans/Ön lisans	61	55,0	55	50,5	116	52,7
	Lisans üstü	10	9,0	13	11,9	23	10,5
Çocuk var mı	Evet	81	73,0	88	80,7	169	76,8
	Hayır	30	27,0	21	19,3	51	23,2
Mesleğiniz nedir?	Beyaz yaka	61	55,0	58	53,2	119	54,1
	Mavi yaka	26	23,4	17	15,6	43	19,5
	Çalışmıyorum	24	21,6	34	31,2	58	26,4
Aylık gelir durumunuz nedir?	Gelirim yok	16	14,4	16	14,7	32	14,5
	Asgari ücret altı	4	3,6	10	9,2	14	6,4
	Asgari ücret	18	16,2	9	8,3	27	12,3
	Asgari ücret üstü	73	65,8	74	67,9	147	66,8
Aylık tüm hane gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?	Çok kötü/ kötü	7	6,3	3	2,8	10	4,5
	Orta	60	54,1	60	55,0	120	54,5
	İyi/ çok iyi	44	39,6	46	42,2	90	40,9
Evinizde kiminle yaşıyorsunuz	Çekirdek aile	93	83,8	95	87,2	188	85,5
	Geniş aile	9	8,1	8	7,3	17	7,7
	Ev arkadaşı/Tek	9	8,1	6	5,5	15	6,8
Evde 65 yaş üstü birey var mı?	Evet	11	9,9	14	12,8	25	11,4
	Hayır	100	90,1	95	87,2	195	88,6
Evinizde kronik hastalığı olan kimse var mı?	Evet	36	32,4	44	40,4	80	36,4
	Hayır	75	90,1	65	59,6	140	63,6
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	27	24,3	41	37,6	68	30,9
	Hayır	73	65,8	67	61,5	140	63,6
	Bıraktım	11	9,9	1	,9	12	5,5

Alkol kullanıyor musunuz?	Evet	15	13,5	13	11,9	28	12,7
	Hayır/Bıraktım	96	86,5	96	88,1	192	87,3
Kronik bir hastalığınız var mı?	Evet	29	26,1	30	27,5	59	26,8
	Hayır	82	73,9	79	72,5	161	73,2

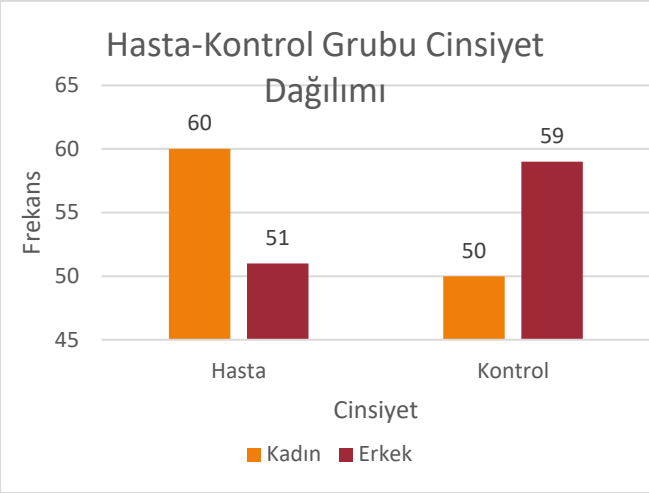
- ***N=Sayı, %=Frekans***

Hasta ve kontrol grubu yaş aralıklarına göre incelendiğinde hasta grubunun %73'ünün (n=81) 25-49 yaş arasında olduğu, kontrol grubunun %74,3'ünün (n=81) 25-49 yaş arasında olduğu belirlenmiştir (Şekil 1)



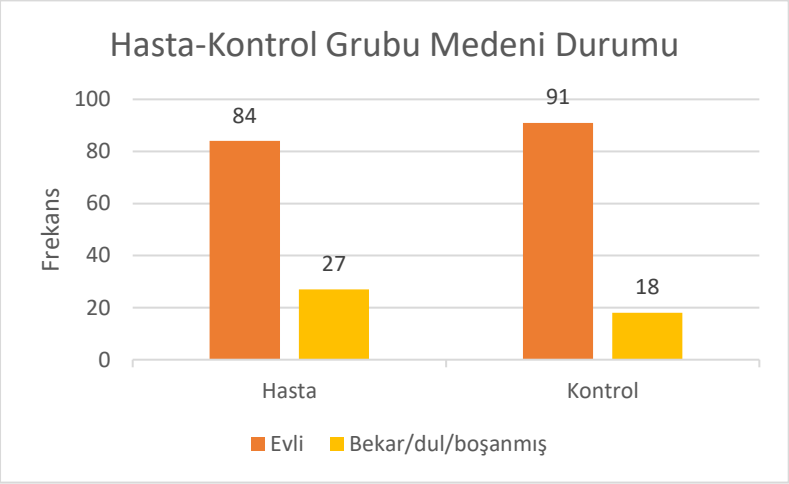
Şekil 1: Hasta ve kontrol grubunun yaş aralıklarına göre dağılımı

Hasta ve kontrol grubu cinsiyete göre incelendiğinde hasta grubunun %54,1'inin (n=60) kadın olduğu, kontrol grubunun %54,1'inin (n=59) erkek olduğu belirlenmiştir (Şekil 2).



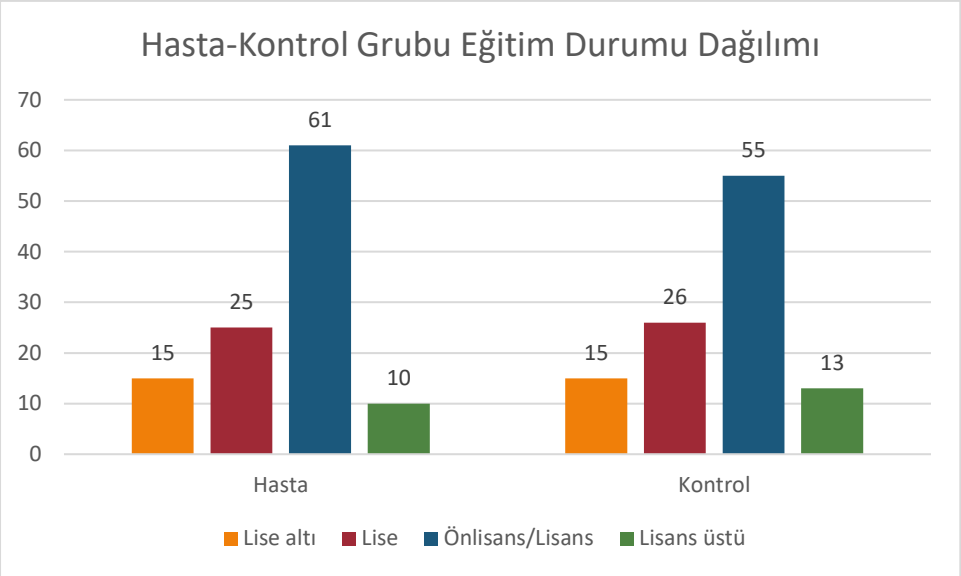
Şekil 2: Hasta ve kontrol grubu cinsiyete göre dağılımı

Hasta ve kontrol grubu medeni duruma göre incelendiğinde hasta grubunun %75,7' sinin (n=84) evli olduğu, kontrol grubunun %83,5'inin (n=91) evli olduğu belirlenmiştir (Şekil 3).



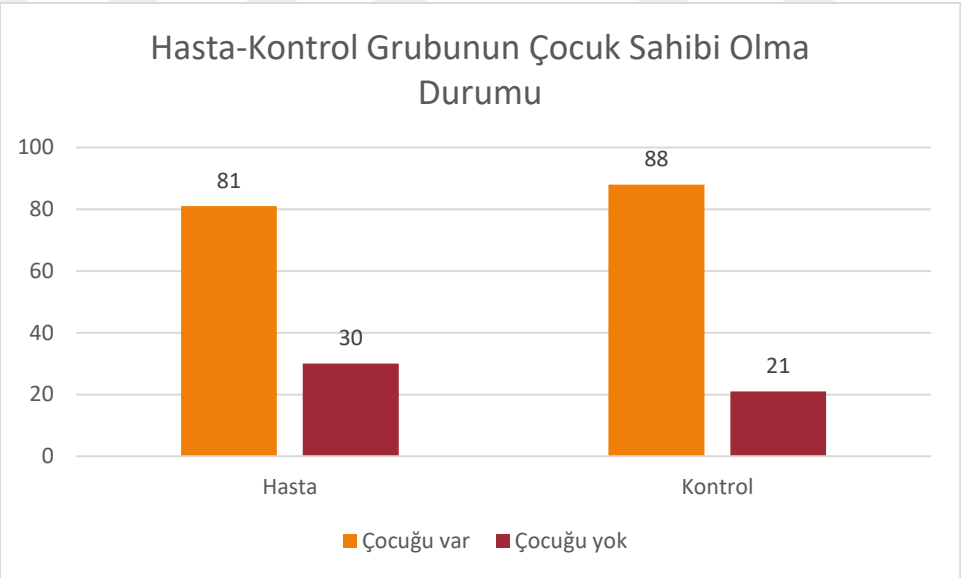
Şekil 3: Hasta ve kontrol grubu medeni duruma göre dağılımı

Hasta ve kontrol grubu eğitim duruma göre incelendiğinde hasta grubunun %55'inin (n=61) önlisans/lisans mezunu olduğu, kontrol grubunun %50,5'inin (n=55) önlisans/lisans mezunu olduğu belirlenmiştir (Şekil 4).



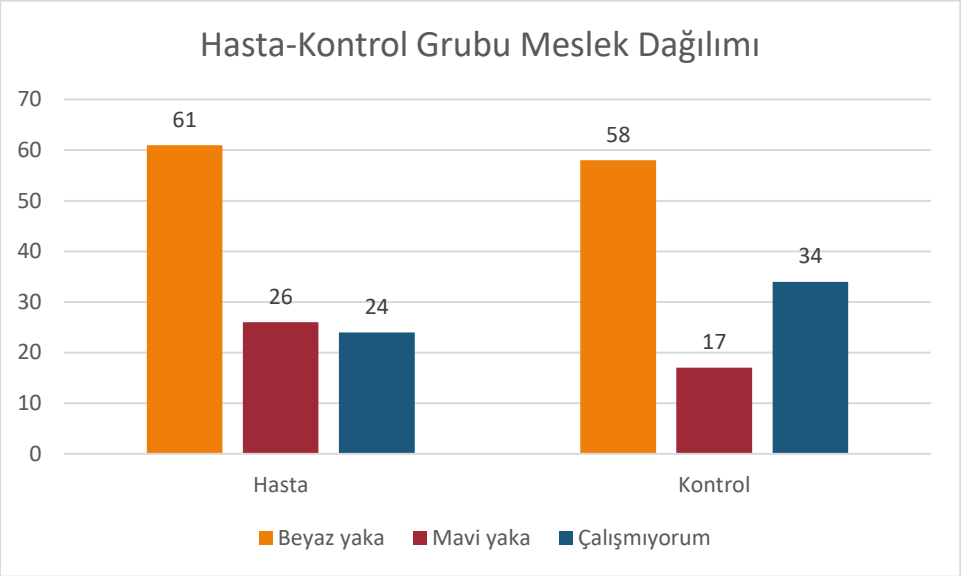
Şekil 4: Hasta ve kontrol grubunun eğitim durumuna göre dağılımı

Hasta ve kontrol grubu çocuk sahibi olma duruma göre incelendiğinde hasta grubunun %73'ünün (n= 81) çocuk sahibi olduğu, kontrol grubunun %80,7'sinin (n= 88) çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir (Şekil 5).



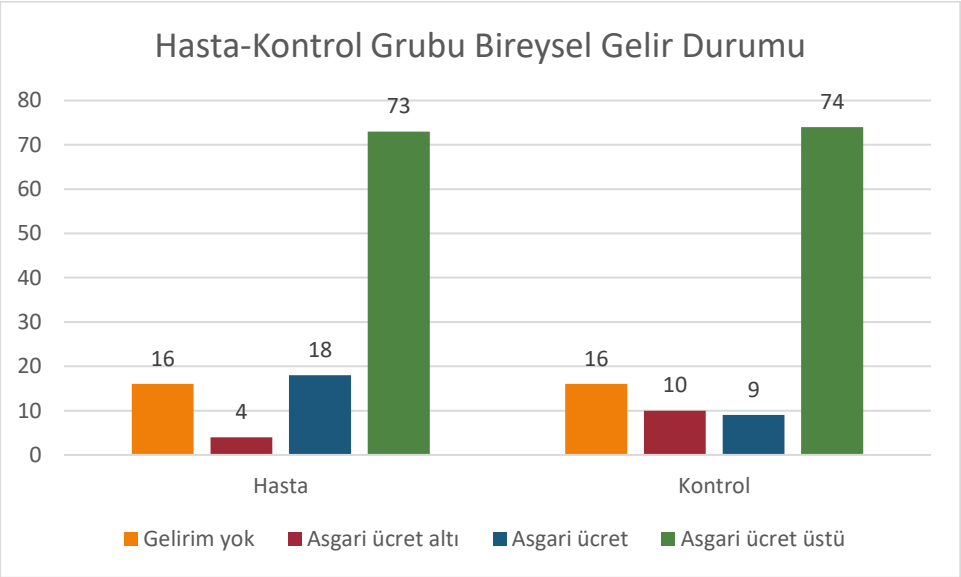
Şekil 5: Hasta ve kontrol grubunun çocuk sahibi olma durumuna göre dağılımı

Hasta ve kontrol grubu mesleklerine göre incelendiğinde hasta grubunun %55'inin (n=61) beyaz yaka olduğu, kontrol grubunun % 53,2'sinin (n=58) beyaz yaka olduğu belirlenmiştir (Şekil 6).



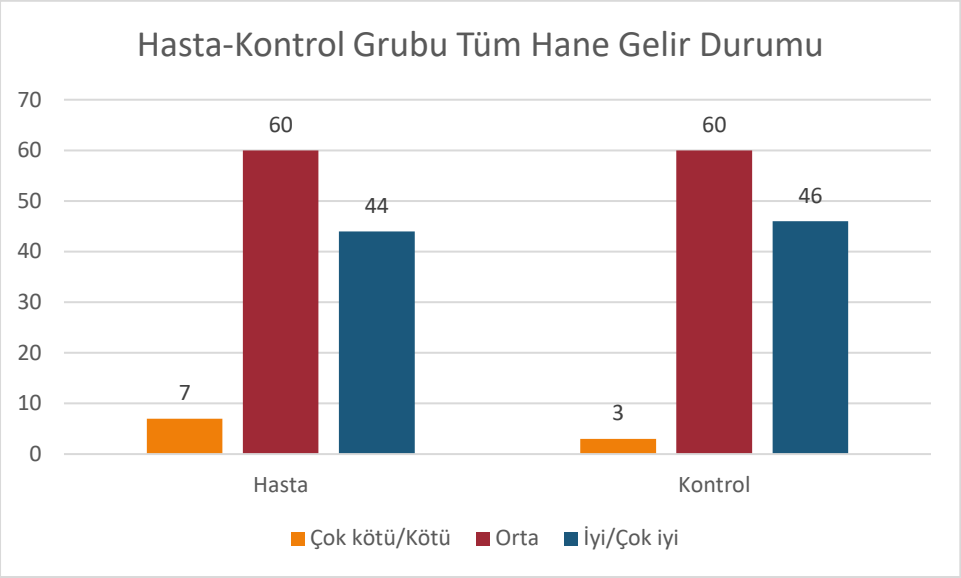
Şekil 6: Hasta ve kontrol grubunun meslek durumuna göre dağılımı

Hasta ve kontrol grubu aylık bireysel gelir duruma göre incelendiğinde hasta grubunun %65,8'inin (n=73) asgari ücret üstü aylık geliri olduğu, kontrol grubunun % 67,9'unun (n=74) aylık gelir durumunun asgari ücret üstü olduğu belirlenmiştir (Şekil 7).



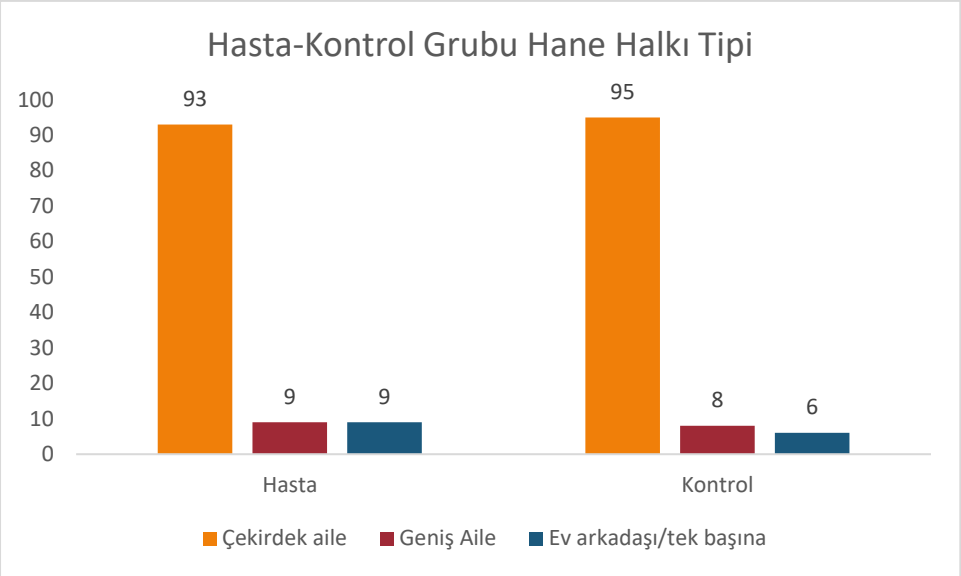
Şekil 7: Hasta ve kontrol grubunun aylık bireysel gelir durumuna göre dağılımı

Hasta ve kontrol grubu aylık tüm hane gelir durumuna göre incelendiğinde hasta grubunun %54,1'inin (n=60) aylık tüm hane gelir durumunu orta olarak tanımladığı, kontrol grubunun %55'inin (n=60) aylık tüm hane gelir durumunu orta olarak tanımladığı belirlenmiştir (Şekil 8).



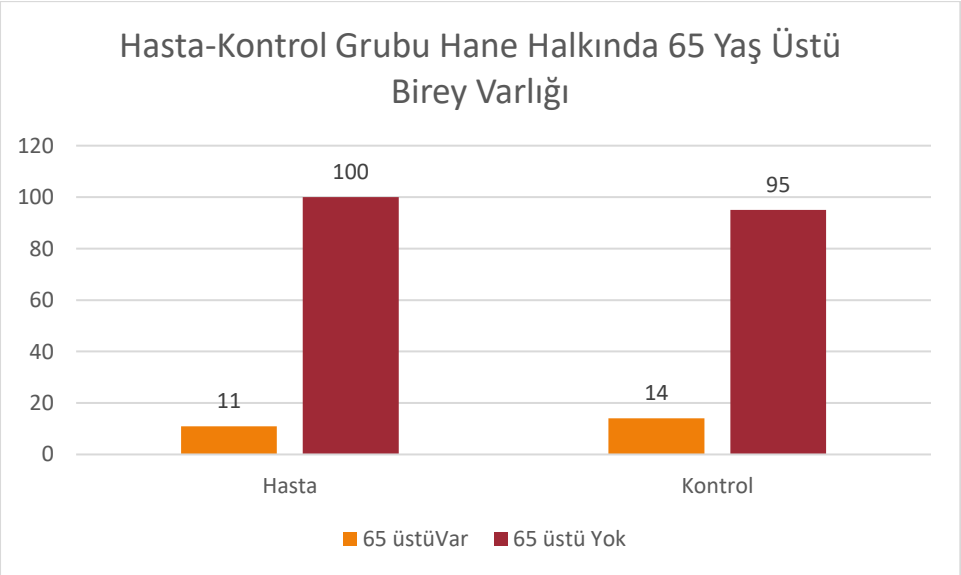
Şekil 8: Hasta ve kontrol grubunun aylık tüm hane gelir durumuna göre dağılımı

Hasta ve kontrol grubu evinde kimlerle yaşadığına göre incelendiğinde hasta grubunun % 83,8'inin (n=93) çekirdek aile olduğu, kontrol grubunun % 87,2'sinin (n=95) çekirdek aile olduğu belirlenmiştir (Şekil 9).



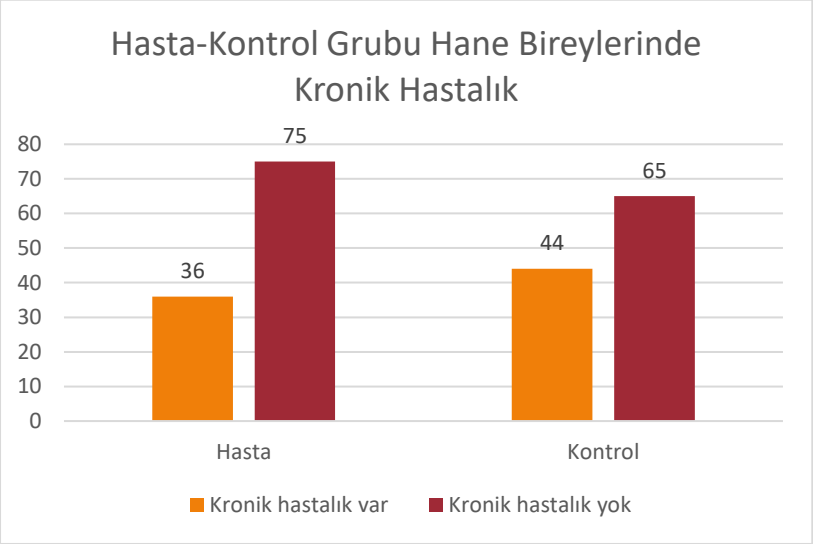
Şekil 9: Hasta ve kontrol grubunun hane halkı tipi

Hasta ve kontrol grubu evlerinde >65 yaş birey olup olamamasına göre incelendiğinde hasta grubunun %90,1'inin (n=100) evinde 65 yaş üstü birey olmadığı, kontrol grubunun %87,2'sinin (n=95) evinde 65 yaş üstü birey olmadığı belirlenmiştir (Şekil 10).



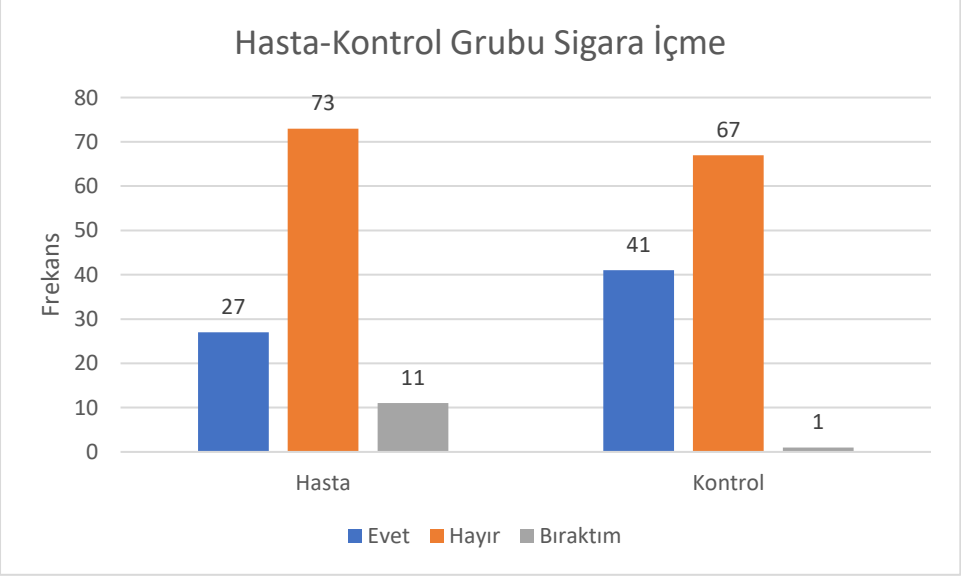
Şekil 10: Hasta ve kontrol grubunun evinde >65 yaş birey

Hasta ve kontrol grubu hane bireylerinde kronik hastalık varlığı açısından incelendiğinde hasta grubunun %90,1'inin (n=75) evinde kronik rahatsızlığı olan biri olmadığı, kontrol grubunun %59,6'sının (n=65) evinde kronik rahatsızlığı olan biri olmadığı belirlenmiştir (Şekil 11).



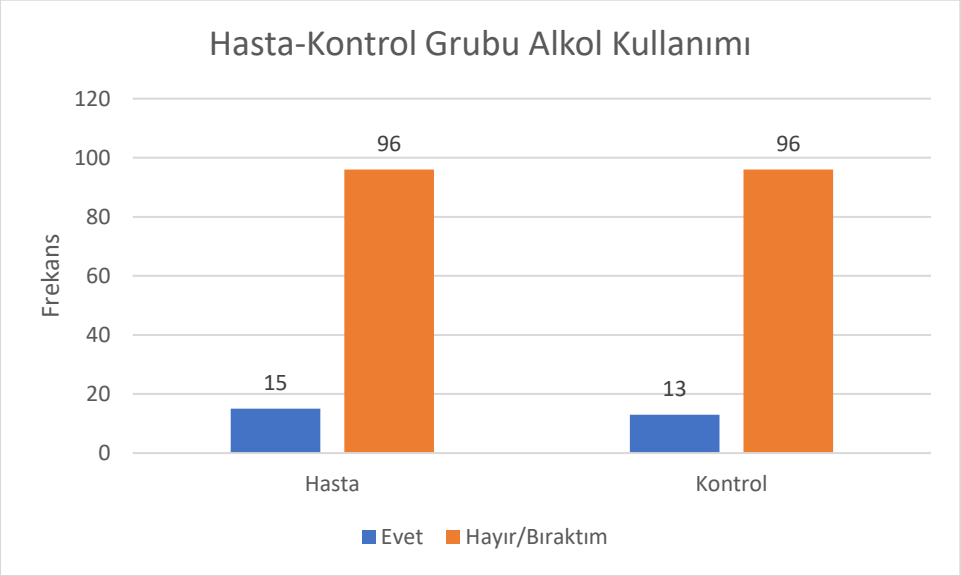
Şekil 11: Hasta ve kontrol grubunun hane bireylerine kronik hastalık varlığı

Hasta ve kontrol grubu sigara içme duruma göre incelendiğinde hasta grubunun %65,8'inin (n=73) sigara kullanmadığı, kontrol grubunun %61,5'inin (n=67) sigara kullanmadığı belirlenmiştir (Şekil 12).



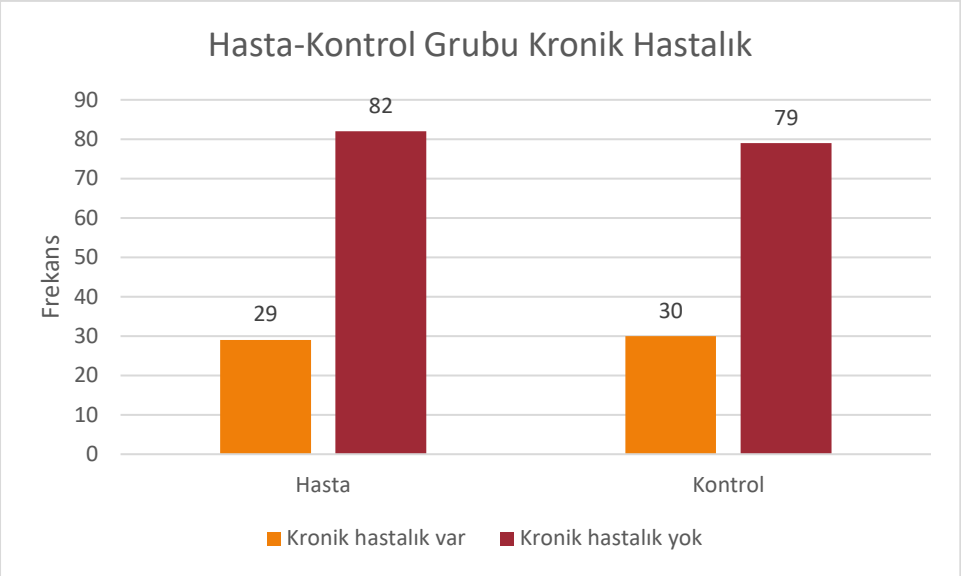
Şekil 12: Hasta ve kontrol grubunun sigara içme durumuna göre dağılımı

Hasta ve kontrol grubu alkol kullanma duruma göre incelendiğinde hasta grubunun %86,5'inin (n=96) alkol kullanmadığı/bıraktığı , kontrol grubunun % 88,1'inin (n=96) alkol kullanmadığı/bıraktığı belirlenmiştir (Şekil 13).



Şekil 13: Hasta ve kontrol grubunun alkol kullanım durumuna göre dağılımı

Hasta ve kontrol grubu kronik bir hastalıkları olup olmadığına göre incelendiğinde hasta grubunun %73,9'unun (n=82) kronik bir rahatsızlığının olmadığı, kontrol grubunun %72,5'inin (n=79) kronik bir rahatsızlığının olmadığı belirlenmiştir (Şekil 14).



Şekil 14: Hasta ve kontrol grubunun kronik hastalık durumuna göre dağılımı

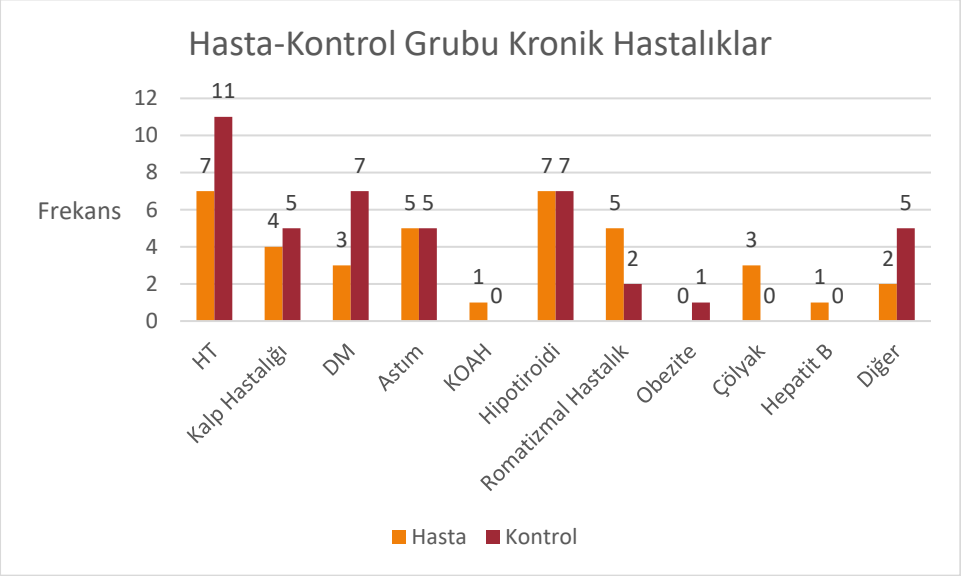
Katılımcıların tamamının sosyodemografik verileri incelendiğinde; %73,6'sının (n=162) 25-49 yaş aralığında olduğu,%50 sinin (n=50) kadın %50'sinin (n=50) erkek olduğu, %79,55'inin (n=175) evli olduğu, %52,7'sinin (n=116) Lisans/Ön lisans mezunu olduğu, %76,8'inin (n=169) çocuk sahibi olduğu, %54,1'inin (n=119) beyaz yaka olduğu, %66,8'inin (n=147) asgari ücret üstü geliri olduğu, %54,5'inin (n=120) aylık tüm hane gelir durumunu orta olarak yorumladığı, %85,5'inin (n=188) hane tipinin çekirdek aile olduğu, %88,6'sının (n=195) evinde 65 yaş üstü birey yaşamadığı, %63,6'sının (n=140) evinde kronik rahatsızlığı olan kimsenin olmadığı, %63,6'sının (n=140) sigara kullanmadığı, %87,3'ünün (n=192) alkol kullanmadığı/bıraktığı, %73,2'sinin (n=161) kronik bir rahatsızlığının olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 2 ve Şekil 15'de hasta ve kontrol grubunda görülen kronik hastalıkların frekans dağılımı yer almaktadır..

Hasta grubunda görülen kronik hastalıkların frekans dağılımı incelendiğinde; %18,4 (n=7) oranında Esansiyel Hipertansiyon, %18,4 (n=7) oranında Hipotiroidi/Haşimato, %13,2 (n=5) oranında Astım, %13,2 (n=5) oranında romatizmal hastalık, %10,5 (n=4) oranında Kalp Hastalığı, %7,9 (n=3) oranında Diyabettes Mellitus,, %7,9 (n=3) oranında Çölyak Hastalığı, %2,6 (n=1) oranında

KOAH, %2,6 (n=1) oranında hepatit B , %5,2 (n=2) oranında diğer hastalıkların olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunda görülen kronik hastalıkların frekans dağılımı incelendiğinde; %25,6 (n=11) oranında hipertansiyon, %16,3 (n=7) oranında şeker hastalığı, %16,3 (n=7) oranında hipotiroidi, %11,6 (n=4) oranında Kalp Hastalığı, %11,6 (n=5) oranında astım, %4,7 (n=2) oranında romatizmal hastalık, %2,3 (n=1) oranında obezite, %11,6 (n=5) oranında diğer hastalıkların olduğu belirlenmiştir



Şekil 15: Hasta ve kontrol grubunda görülen kronik hastalıkların dağılımı

Tablo 2. Katılımcıların Kronik Hastalıklarına Ait Frekans Dağılımı

		Hasta Grubu		*Kontrol Grubu*		*Toplam*	
Değiş-kenler	***Grup***	***N***	***%***	***N***	***%***	***N***	***%***
Kronik hastalık *	Şeker hastalığı	3	7,9	7	16,3	10	12,3
	Astım	5	13,2	5	11,6	10	12,3
	Hipotiroidi/Haşimato	7	18,4	7	16,3	14	17,2
	Romatizmal hastalık	5	13,2	2	4,7	7	8,6
	Hipertansiyon	7	18,4	11	25,6	18	22,2
	Kalp hastalığı	4	10,5	5	11,6	9	11,1
	Çölyak	3	7,9	-	-	3	3,7
	Hepatit B	1	2,6	-	-	1	1,2
	KOAH	1	2,6	-	-	1	1,2
	Obezite	-	-	1	2,3	1	1,2
	Diğer	2	5,2	5	11,6	7	8,6
	Toplam	**38**	**100**	**43**	**100**	**81**	**100**

N=Sayı, %=Yüzde, *Cevaplar çoklu yanıt olduğundan n sayısı örneklem hacmini geçmektedir

Katılımcıların tümünde görülen kronik hastalıkların frekans dağılımı incelendiğinde; %22,2 (n=18) oranında hipertansiyon, (n=14) oranında hipotiroidi, %12,3 (n=10) oranında şeker hastalığı, %12,3 (n=10) oranında astım, %11,1 (n=9) oranında kalp hastalığı, %8,6 (n=7) oranında romatizmal hastalık, %3,7 (n=3) oranında çölyak, %1,2 (n=1) oranında KOAH , %1,2 (n=1) oranında obezite, %1,2 (n=1) oranında hepatit B, %8,6 (n=7) oranında diğer hastalıkların olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3'te hasta ve kontrol gruplarındaki katılımcıların sürekli kullandıkları ilaçlar yer almaktadır.

Tablo 3. Katılımcıların Sürekli Kullandıkları İlaçlara Ait Frekans Dağılımı

		Hasta Grubu		*Kontrol Grubu*		*Toplam*	
Değişkenler	***Grup***	***N***	***%***	***N***	***%***	***N***	***%***
	Sürekli kullandığı ilaç yok	86	72,6	77	64,7	163	68,5
	Astım ilacı	3	2,5	3	2,5	6	2,5
Sürekli	Antidepresan	5	4,2	4	3,4	9	3,8
kullandıkları	Tansiyon ilacı	12	10,1	12	10,1	24	10,1
ilaçlar*	Kalp ilacı	3	2,5	6	5,0	9	3,8
	Tiroit ilacı	6	5,0	8	6,7	14	5,9
	Şeker ilacı	4	3,4	7	5,9	11	4,6
	Kortizon	-	-	2	1,7	2	0,8
		119	**100**	**119**	**100**	**238**	**100**

- ***N=Sayı, %=Yüzde, *Cevaplar çoklu yanıt olduğundan n sayısı örneklem hacmini geçmektedir.***

Tablo 3'te görülen 'hasta grubu katılımcılarının sürekli kullandıkları ilaç frekans dağılımı' incelendiğinde; %72,6 (n=86) oranında sürekli kullandığı ilaç olmadığı, %10,1 (n=12) oranında tansiyon ilacı, %5,0 (n=6) oranında tiroid ilacı, %4,2 (n=5) oranında antidepresan, %3,4 (n=4) oranında şeker ilacı, %2,5 (n=3) oranında astım ilacı, , %2,5 (n=3) oranında kalp ilaçlarını sürekli kullanıldığı belirlenmiştir.

Kontrol grubunda sürekli kullandıkları ilaç frekans dağılımı incelendiğinde katılımcıların %64,7 (n=77) oranında sürekli kullandığı ilaç olmadığı, %10,1 (n=12) oranında tansiyon ilacı, %6,7 (n=8) oranında tiroid ilacı, %5,9 (n=7) oranında şeker ilacı, %5,0 (n=6) oranında kalp ilacı, %3,4 (n=4) oranında antidepresan, %2,5 (n=3) oranında astım ilacı, %1,7 (n=2) oranında kortizon ilaçlarını sürekli kullanıldığı belirlenmiştir.

Katılımcıların tümünün sürekli kullandıkları ilaç frekans dağılımı incelendiğinde; %68,5 (n=163) oranında sürekli kullandığı ilaç olmadığı, %10,1 (n=24) oranında tansiyon ilacı, %5,9 (n=14) oranında tiroid ilacı, %4,6 (n=11) oranında şeker ilacı, %3,8 (n=9) oranında antidepresan,, %3,8 (n=9) oranında kalp ilaçlarını, %2,5 (n=6) oranında astım ilacı, %0,8 (n=2) oranında kortizon ilaçlarını sürekli kullanıldığı belirlenmiştir.

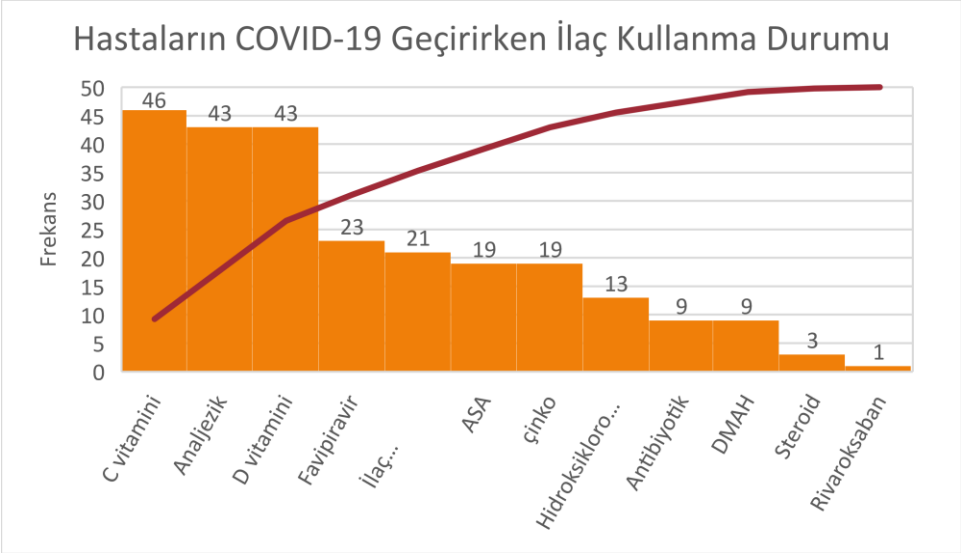
Hasta grubunun COVID-19 geçirirken kullandığı ilaçlar Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4. Katılımcıların "Covid-19 geçirirken hangi ilacı/ilaçları kullandınız?" Sorusuna Ait Frekans Dağılımı

		Hasta Grubu	
Değişkenler	***Grup***	***N***	***%***
Covid-19 geçirirken kullanılan ilaçlar*	İlaç kullanmadım	21	8,4
	Favipiravir	23	9,2
	DMAH	9	3,6
	D vitamini	43	17,3
	C vitamini	46	18,5
	Ağrı kesici-Ateş düşürücü	43	17,3
	Antibiyotik	9	3,6
	Aspirin	19	7,6
	Çinko	19	7,6
	Plaquenil	13	5,2
	Steroid	3	1,2
	Rivaroksaban	1	0,4
		249	**100**

- **N=Sayı, %=Yüzde, *Cevaplar çoklu yanıt olduğundan n sayısı örneklem hacmini geçmektedir.**

Tablo 4 Şekil 15'te hasta grubunda "Covid-19 geçirirken hangi ilacı/ilaçları kullandınız" sorusuna verilen yanıtlara ait frekans dağılımı incelendiğinde; %8,4 (n=21) oranında ilaç kullanmadığı, %9,2 (n=23) oranında favipiravir, %3,6 (n=9) oranında DMAH, %17,3 (n=43) oranında D vitamini, %18,5 (n=46) oranında C vitamini, %17,3 (n=43) oranında ateş düşürücü-ağrı kesici, %3,6 (n=9) antibiyotik, %7,6 (n=19) oranında asetilsalisilik asit, %7,6 (n=19) oranında çinko, %5,2 (n=13) oranında hidroksiklorokin, %1,2 (n=3) oranında steroid, %0,4 (n=1) rivaroksaban kullandığı belirlenmiştir.



Şekil 16: Hasta grubunun COVID-19 geçirirken ilaç kullanma durumlarının dağılımı

Kontrol grubuna pandemi dönemiyle ilgili, hasta grubuna da hem pandemi dönemi, hem de COVID-19 geçirdikleri dönem ile ilgili çeşitli sorular sorulmuş olup yanıtların frekans dağılımı Tablo 5'te belirtilmiştir.

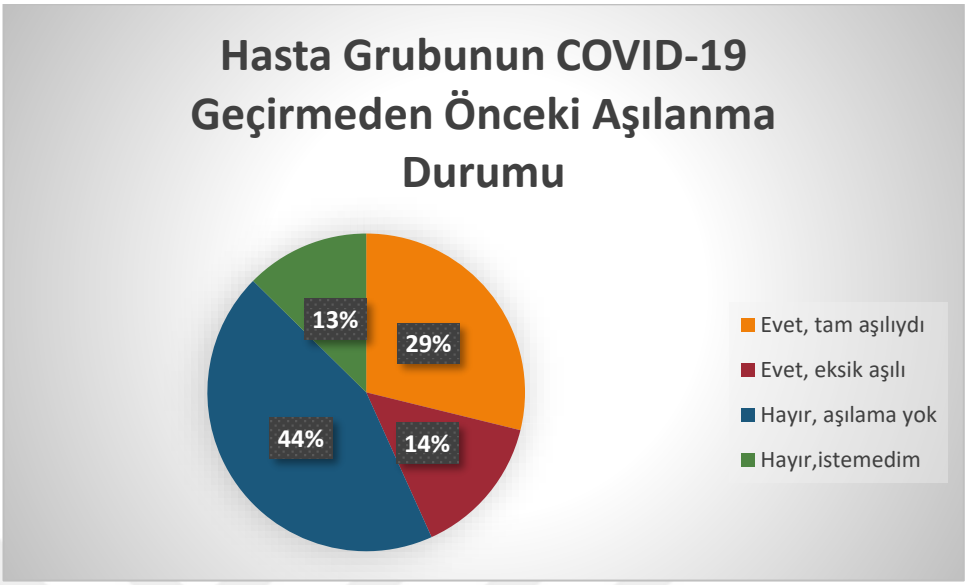
Tablo 5. Katılımcıların COVID-19 geçirdiği/Pandemi Dönemine Ait Çeşitli Verilerin Frekans Dağılımı

		Hasta Grubu		*Kontrol Grubu*		*Toplam*	
Değişkenler	***Grup***	***N***	***%***	***N***	***%***	***N***	***%***
Covid geçirmeden önce/pandemi dönemi öncesinde bağışıklık sistemini güçlendirici takviye, destek tedavisi aldınız mı?	Evet	30	27,0	23	21,1	53	24,1
	Hayır	81	73,0	86	78,9	167	75,9
Covid geçirirken/pandemi döneminde takviye edici ürün kullandınız mı?	Evet	68	61,3	39	35,8	107	48,6
	Hayır	43	38,7	70	64,2	113	51,4
Günlük çalışma koşullarınız pandemi döneminde nasıl değişti?	İşsiz kaldım	5	4,5	5	4,6	16	7,3
	Çalışma saatim azaldı	30	27,0	23	21,1	32	14,5
	Değişmedi	61	55,0	69	63,3	49	22,3
	Çalışma saatim arttı	15	13,5	12	11,0	14	6,4
Covid-19 geçirmeden önce Covid-19'a karşı aşı olmuş muydunuz?	Evet ama aşılamam tamamlanmamıştı	16	14,4	-	-	-	-
	Evet, tam aşılıydım	32	28,8	-	-	-	-
	Hayır, henüz aşılama yoktu	49	44,1	-	-	-	-
	Hayır, kendi isteğimle aşı olmadım	14	12,6	-	-	-	-
Covid-19 geçirirken hastaneye başvurdunuz mu?	Evet	62	55,9	-	-	-	-
	Hayır	49	44,1	-	-	-	-
Covid- 19 nedeniyle hastanede yattınız mı?	Evet	6	5,4	-	-	-	-
	Hayır	105	94,6	-	-	-	-
Pandemi döneminde temaslı olduğunuz için karantinaya alındınız mı?	Evet	-	-	38	34,9	-	-
	Hayır	-	-	71	65,1	-	-
Ailenizde/aynı evi paylaştığınız kişilerde Covid-19 geçiren oldu mu?	Evet	89	80,2	57	52,3	146	66,4
	Hayır	22	19,8	52	47,7	74	33,6
Ailenizde/aynı evi paylaştığınız kişilerde Covid-19 nedeniyle hastaneye yatan oldu mu?	Evet	9	8,1	12	11,0	21	9,5
	Hayır	102	91,9	97	89,0	199	90,5
Ailenizde/aynı evi paylaştığınız kişilerde Covid-19 nedeniyle vefat oldu mu?	Evet	3	2,7	4	3,7	7	3,2
	Hayır	108	97,3	105	96,3	213	96,8

- ***N=Sayı, %=Frekans***

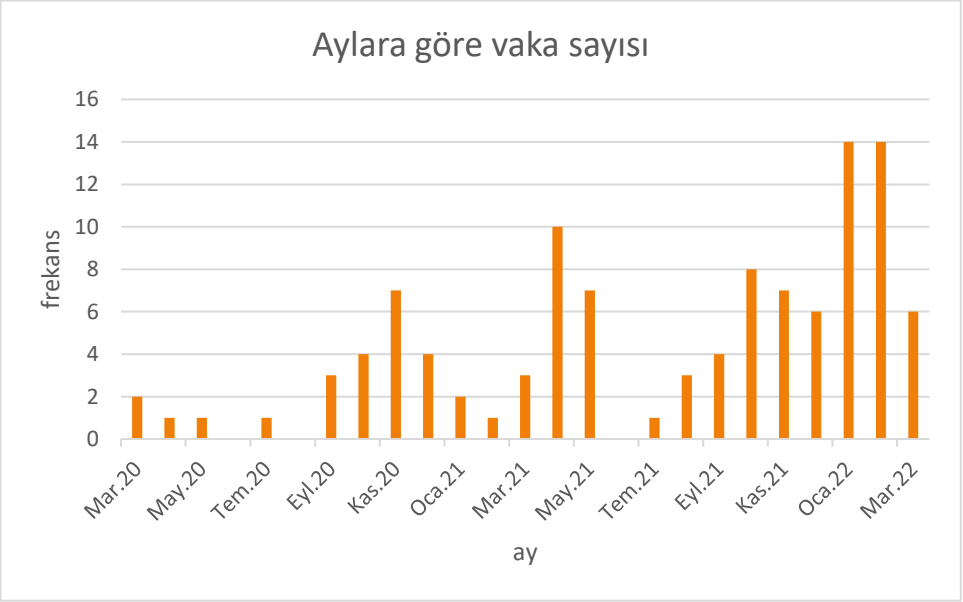
Hasta grubunun pandemi dönemine ve COVID-19 geçirdiği döneme ait çeşitli verilerinin frekans dağılımına göre; hasta grubunun %27'sinin (n=30) covid geçirmeden önce bağışıklık sistemini güçlendirici takviye, destek tedavisi aldığı, %61,2'ünün (n=68) COVID-19 geçirdiği dönemde takviye edici ürün kullandığı, %55'inin (n=61) çalışma koşullarının değişmediği, %44,1'inin (n=49) coid-19 geçirmeden önce aşılama henüz olmadığı için aşı yaptırmadığı (Şekil 17), %55,9'unun (n=62) covid-19 geçirirken hastaneye başvurduğu, %5.4'ünün (n=6) hastanede yattığı belirlenmiştir. Ayrıca hasta grubunun %80,2'sinin (n=89) ailesinde veya aynı evi paylaştığı kişilerde covid-19 geçirenin olduğu, %8,1'inin (n=9) COVID-19 nedeniyle

hastaneye yatan aile bireyi olduğu ve %2,7'sinin (n=3) ailesinde COVID-19 nedeniyle vefat eden olduğu saptanmıştır.



Şekil 17: Hasta grubunun COVID-19 geçirmeden önceki aşılanma durumlarının dağılımı

Hastaların Covid geçirme zamanının aylara göre dağılımına baktığımızda (Şekil 18) en çok vaka görülen ilk 3 ayın Ocak 2022, Şubat 2022 ve Nisan 2021 olduğunu görmekteyiz.



Şekil 18: Aylara göre Covid-19 vaka sayısı

Kontrol grubunun pandemi dönemine ait çeşitli verilerin frekans dağılımı incelendiğinde; %24,1'inin (n=23) pandemi döneminden önce bağışıklık sistemini

güçlendirici takviye, destek tedavisi aldığı, %35,8'inin (n=39) pandemi döneminde takviye edici ürün kullandığı, %63,3'ünün (n=69) çalışma koşullarının pandemi döneminde değişmediği belirlenmiştir. Ayrıca kontrol grubunun %34,9'unun (n=38) temaslı olduğu için karantinaya alındığı, %52,3'ünün (n=57) ailesinde veya aynı evi paylaştığı kişilerde covid-19 geçirenin olduğu, %11'inin (n=12) ailesinde COVID-19 nedeniyle hastaneye yatan olduğu ve %3,7'sinin (n=4) aile bireylerinden COVID-19 nedeniyle vefat eden olduğu saptanmıştır.

Tüm katılımcıların pandemi dönemine ait çeşitli verilerin frekans dağılımı incelendiğinde; %27'sinin (n=53) covid geçirmeden/pandemi döneminden önce bağışıklık sistemini güçlendirici takviye, destek tedavisi aldığı, %48,6'sının (n=107) COVID geçirirken/pandemi döneminde takviye edici ürün kullandığı, %22,3'ünün (n=49) çalışma koşullarının pandemi döneminde değişmediği belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların %66,4'ünün (n=146) ailesinde veya aynı evi paylaştığı kişilerde covid-19 geçirenin olduğu, %9,5'inin (n=21) ailesinde COVID nedeniyle hastanede yatan olduğu ve %3,2'sinin (n=7) aile bireylerinden COVID-19 nedeniyle vefat eden olduğu saptanmıştır.

Tüm katılımcılara COVID-19 aşılama ve tedavi süreci ile ilgili, korunma önlemleri ile ilgili ve pandemi döneminde/COVID geçirdikten sonra psikiyatrik destek alma durumları ile ilgili sorular sorulmuş olup yanıtların frekans dağılımı Tablo 6'da belirtilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların Covid-19 Aşı , Tedavi ve Korunma Süreçlerine Ait Çeşitli Verilerin Frekans Dağılımı

		Hasta Grubu		*Kontrol Grubu*		*Toplam*	
Değişkenler	***Grup***	***N***	***%***	***N***	***%***	***N***	***%***
Covid-19 aşısı oldunuz mu?	Evet	94	84,7	96	88,1	190	86,4
	Hayır	17	15,3	13	11,9	30	13,6
Aşı oldu iseniz kaç doz aşı oldunuz?	Hiç aşı olmamış	17	15,3	13	11,9	30	13,6
	1 doz aşı	8	7,2	2	1,8	10	4,5
	2 doz aşı	42	37,8	38	34,9	80	36,4
	3 doz ve üzeri	43	38,7	56	51,4	99	45,0
Covid-19 için şu an ülkemizde kullanımda olan aşıların etkili olduğuna inanıyor musunuz?	Evet	66	59,5	59	54,1	125	56,8
	Hayır	14	12,6	17	15,6	31	14,1
	Fikrim yok	31	27,9	33	30,3	64	29,1
Covid-19 tedavisi için şu an ülkemizde kullanılan ilacın etkili olduğuna inanıyor musunuz?	Evet	24	21,6	28	25,7	52	23,6
	Hayır	36	32,4	40	36,7	76	34,5
	Fikrim yok	51	45,9	41	37,6	92	41,8
Covid- 19 geçirdikten sonra/pandemi döneminde psikiyatrik tedavi aldınız mı?	Evet	2	1,8	2	1,8	4	1,8
	Hayır	109	98,2	109	98,2	216	98,2
Başka birine Covid-19 bulaştırdığınızı düşünüyor musunuz?	Evet	36	32,4			-	-
	Hayır	76	67,6			-	-
Covid-19'dan korunmada maske-mesafe-hijyen önlemlerine yeterince uyduğunuzu düşünüyor musunuz?	Evet	98	88,3	92	84,4	190	86,4
	Hayır	13	11,7	17	15,6	30	13,6

N=Sayı, %=Frekans

Tablo 6'da hasta grubunun, covid-19 aşı sürecine ait çeşitli sorulara yanıtlarına ilişkin frekans dağılımı verilmiştir. Bu analiz sonucunda hasta grubunun %84,7'sinin (n=94) aşı olduğu, 38,7'sinin (n=43) 3 doz ve üzeri aşı olduğu, %59,5'inin (n=66) ülkemizde kullanımda olan aşıların etkili olduğunu düşündüğü, %21,6'sının (n=24) ülkemizde kullanılan ilaçların etkili olduğununu düşündüğü, %32,4'ünün (n=36) başka birine Covid-19 bulaştırdığını düşündüğü belirlenmiştir. Ayrıca hasta grubunun %1,8'inin (n=2) COVID-19 geçirdikten sonra psikiyatrik tedavi aldığı, , %88,3'ünün (n=98) covid-19'dan korunmada maske-mesafe-hijyen önlemlerine uyduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunun %88,1'inin (n=96) aşı olduğu, 51,4'ünün (n=56) 3 doz ve üzeri aşı olduğu, %54,1'inin (n=59) ülkemizde kullanımda olan aşıların etkili olduğunu düşündüğü, %25,7'sinin (n=28) ülkemiz de kullanılan ilaçların etkili olduğunu düşündüğü, %84,4'ünün (n=92) covid-19'dan korunmada maske-mesafe-hijyen önlemlerine uyduğu, %1,8'inin (n=2) pandemi döneminde psikiyatrik tedavi aldığı, belirlenmiştir.

Tüm katılımcıların %86,4'ünün (n=190) aşı olduğu, %45'inin (n=99) 3 doz ve üzeri aşı olduğu, %56,8'inin (n=125) ülkemizde kullanımda olan aşıların etkili olduğunu düşündüğü, %23,6'sının (n=52) ülkemizde kullanılan ilaçların etkili olduğunu düşündüğü, %86,4'ünün (n=190) covid-19'dan korunmada maske-mesafe-hijyen önlemlerine uyduğu, %1,8'inin (n=4) psikiyatrik tedavi aldığı belirlenmiştir.

Hasta grubu, kontrol grubu ve tüm katılımcıların yaş, FVC-19S, KPSÖ ve DASS-21 alt ölçekleri puanlarından aldıkları sonuçlara ilişkin betimsel istatistikler Tablo 7'de yer almaktadır.

Tablo 7. Ölçek ve Alt Ölçeklerden Alınan Puanlara Ait Betimsel İstatistikler

		N	*Min*	*Max*	*Ort*	*SS*
Hasta grubu	***Yaş***	111	18,00	64,00	39,66	10,31
	FCV-19S Toplam	111	7,00	33,00	15,36	6,25
	KPSÖ Toplam	111	12,00	26,00	19,18	3,12
	DASS-21 Anksiyete	111	,00	19,00	3,65	4,18
	DASS-21 Depresyon	111	,00	20,00	3,84	4,66
	DASS-21 Stres	111	,00	21,00	5,11	5,02
Kontrol Grubu	**Yaş**	109	18,00	71,00	41,27	10,61
	FCV-19S Toplam	109	7,00	35,00	16,38	6,39
	KPSÖ Toplam	109	10,00	26,00	19,44	3,07
	DASS-21 Anksiyete	109	,00	21,00	3,48	4,08
	DASS-21 Depresyon	109	,00	19,00	4,12	4,97
	DASS-21 Stres	109	,00	21,00	5,30	4,98
Toplam	**Yaş**	220	18,00	71,00	40,46	10,47
	FCV-19S Toplam	220	7,00	35,00	15,87	6,32
	KPSÖ Toplam	220	10,00	26,00	19,30	3,09
	DASS-21 Anksiyete	220	,00	21,00	3,57	4,12
	DASS-21 Depresyon	220	,00	20,00	3,98	4,81
	DASS-21 Stres	220	,00	21,00	5,20	4,99

- ***N=Sayı, Min=Minimum, Max=Maximum, Ort=Ortalama, SS=Standart sapma***

Tablo 8'de hasta grubunun ölçek ve alt boyut ilişkilerine ait korelasyon analizi yer almaktadır.

Tablo 8. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut İlişkilerine Ait Korelasyon Analizi (n=111)

		1	2	3	4	5
FCV 19S TOPLAM	r	1				

	p					
KPSÖ TOPLAM	r	-,304**	1			
	p	**0,001**				
DASS-21 Anksiyete	r	,433**	-,434**	1		
	p	**<0.001**	**<0.001**			
DASS-21 Depresyon	r	,374**	-,388**	,713**	1	
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**		
DASS-21 Stres	r	,341**	-,414**	,621**	,761**	1
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	

- ***Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi), ** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi)***

Tablo 8'de hasta grubuna uygulanan ölçek ve alt boyutlarından elde edilen skorlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizi ile gösterilmiştir. Bu analiz sonucuna göre FCV-19 ölçeği toplam puanı ile KPSÖ toplam puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=-0,304 p=0.001).

Hasta grubu FCV-19 ölçeği toplam puanı ile DASS-21 alt boyutlarından "Aksiyete" puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,433 p<0.001).

Hasta grubu FCV-19 ölçeği toplam puanı ile DASS-21 alt boyutlarından "Depresyon" puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,374 p<0.001).

Hasta grubu FCV-19 ölçeği toplam puanı ile DASS-21 alt boyutlarından "Stres" puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,341 p<0.001).

Hasta grubu KPSÖ toplam puanları ile DASS-21 alt boyutlarından "Aksiyete" puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=-0,434 p<0.001).

Hasta grubu KPSÖ toplam puanları ile DASS-21 alt boyutlarından "Depresyon" puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=-0,388 p<0.001).

Hasta grubu KPSÖ toplam puanları ile DASS-21 alt boyutlarından "Stres" puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=-0,414 p<0.001).

Tablo 9'da kontrol grubuna uygulanan ölçek ve alt boyutlarından elde edilen skorlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizi ile gösterilmiştir.

Tablo 9. Kontrol Grubunun Ölçek ve Alt Boyut İlişkilerine Ait Korelasyon Analizi (n=109)

		1	2	3	4	5
FCV 19S TOPLAM	r	1				
	p					
KPSÖ TOPLAM	r	-0,184	1			
	p	0,055				
DASS-21 Anksiyete	r	,433**	-,279**	1		
	p	**<0.001**	**0,003**			
DASS-21 Depresyon	r	0,177	-0,188	,497**	1	
	p	0,066	0,050	**<0.001**		
DASS-21 Stres	r	0,182	-,270**	,534**	,804**	1
	p	0,058	**0,004**	**<0.001**	**<0.001**	

- ***Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi), ** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi)***

Bu analiz sonucuna göre kontrol grubu FCV-19 ölçeği toplam puanı ile DASS-21 alt boyutlarından "Aksiyete" puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,433 p<0.001).

Kontrol grubu KPSÖ toplam puanları ile DASS-21 alt boyutlarından "Aksiyete" puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=-0,279 p=0.003).

Kontrol grubu KPSÖ toplam puanları ile DASS-21 alt boyutlarından "Stres" puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=-0,270 p=0.004).

Tablo 10'da tüm katılımcılara uygulanan ölçek ve alt boyutlarından elde edilen skorlar arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizi ile gösterilmiştir.

Tablo 10. Tüm katılımcıların Ölçek ve Alt Boyut İlişkilerine Ait Korelasyon Analizi (n=220)

		1	2	3	4	5
FCV 19S TOPLAM	r	1				
	p					
KPSÖ TOPLAM	r	-,240**	1			
	p	**<0.001**				
DASS 21 Anksiyete	r	,429**	-,359**	1		
	p	**<0.001**	**<0.001**			
DASS 21 Depresyon	r	,273**	-,285**	,603**	1	
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**		
DASS 21 Stres	r	,263**	-,343**	,578**	,783**	1
	p	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	

- ***Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi), ** Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır (Pearson korelasyon testi)***

. Bu analiz sonucuna göre tüm katılımcıların FCV-19 ölçeği toplam puanı ile KPSÖ toplam puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=-0,240 p<0.001).

Tüm katılımcıların FCV-19 ölçeği toplam puanı ile DASS-21 alt boyutlarından "Aksiyete" puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,429 p<0.001).

Tüm katılımcıların FCV-19 ölçeği toplam puanı ile DASS-21 alt boyutlarından "Depresyon" puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,273 p<0.001).

Tüm katılımcıların FCV-19 ölçeği toplam puanı ile DASS-21 alt boyutlarından "Stres" puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,263 p<0.001).

Tüm katılımcıların KPSÖ toplam puanları ile DASS-21 alt boyutlarından "Aksiyete" puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=-0,359 p<0.001).

Tüm katılımcıların KPSÖ toplam puanları ile DASS-21 alt boyutlarından "Depresyon" puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=-0,285 p<0.001).

Tüm katılımcıların KPSÖ toplam puanları ile DASS-21 alt boyutlarından "Stres" puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=-0,343 p<0.001).

Tablo 11'de hasta ve kontrol grupları ile ölçek toplam ve alt boyutlarının puanları karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 11. Hasta ve Kontrol Grupları ile Ölçek Toplam ve Alt Boyutlarının karşılaştırılması

Değişkenler	Hasta (n=111) Ort±SS	Kontrol (n=109) Ort±SS	t	p
FCV 19S TOPLAM	15,36±6,25	16,38±6,39	-1,192	0.235
KPSÖ TOPLAM	19,18±3,12	19,44±3,07	-0,622	0.535
DASS 21 Anksiyete	3,65±4,18	3,48±4,08	0,307	0.759
DASS 21 Depresyon	3,84±4,66	4,12±5,02	-0,433	0.665
DASS 21 Stres	5,11±5,02	5,30±4,98	-0,275	0.783

- **t= Independent Samples Test, p<0.05**

Tablo 11'de görüldüğü gibi FCV-19S toplam puanı (p=0.235), KPSÖ toplam puanı (p=0.535), DASS-21 alt boyutlarından "Anksiyete" puanları (p=0.759), "Depresyon" puanları (p=0.665) ve "Stres" puanları (p=0.783) hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Tablo 12'de hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanları ile yaş gruplarının karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 12. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Yaş Grupları Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ort±SS	t	p

FCV 19S TOPLAM	18-24 yaş	10	12,1±4,23	-1,778	0.079
	25-49 yaş	81	15,78±6,35		
KPSÖ TOPLAM	18-24 yaş	10	18,5±2,17	-0,367	0.714
	25-49 yaş	81	18,89±3,25		
DASS 21 Anksiyete	18-24 yaş	10	5,4±5,25	1,189	0.238
	25-49 yaş	81	3,72±4,09		
DASS 21 Depresyon	18-24 yaş	10	5,3±6,83	0,695	0.489
	25-49 yaş	81	4,15±4,69		
DASS 21 Stres	18-24 yaş	10	5,3±6,06	-0,019	0.985
	25-49 yaş	81	5,33±5,1		

- **t=Independent Samples Test, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre hasta grubunda belirtilen ölçek toplam ve alt boyut puanları ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 13'te hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ile cinsiyet açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir

Tablo 13. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Cinsiyet Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	**N**	**Ort±SS**	**t**	**p**
FCV 19S TOPLAM	Kadın	60	16,33±6,35	1,778	0.078
	Erkek	51	14,24±6,01		

KPSÖ TOPLAM	Kadın Erkek	60 51	18,67±3,12 19,78±3,05	-1,900	0.060
DASS 21 Anksiyete	Kadın Erkek	60 51	4,18±4,14 3,04±4,2	1,442	0.152
DASS 21 Depresyon	Kadın Erkek	60 51	4,38±4,45 3,22±4,87	1,318	0.190
DASS 21 Stres	Kadın Erkek	60 51	5,98±5,2 4,1±4,65	1,998	**0.048**

t=Independent Samples Test, p<0.05

. Bu analiz sonucuna göre hasta grubunda DASS-21 ölçeği alt boyutlarından "Stres" puanları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=1,998 p=0.048). Kadınların erkeklere kıyasla "Stres" puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 14'te hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ile medeni durum açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 14. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	**N**	**Ort±SS**	**t**	**p**
FCV 19S TOPLAM	Bekar/Dul/Boşanmış Evli	27 84	13,48±6,35 15,98±6,01	- 2,169	**0.034**
KPSÖ TOPLAM	Bekar/Dul/Boşanmış Evli	27 84	18,96±3,12 19,25±3,05	- 0,414	0.680
DASS 21 Anksiyete	Bekar/Dul/Boşanmış Evli	27 84	4,59±4,14 3,36±4,20	1,339	0.183
DASS 21 Depresyon	Bekar/Dul/Boşanmış Evli	27 84	4,78±4,45 3,55±4,87	1,194	0.235
DASS 21 Stres	Bekar/Dul/Boşanmış Evli	27 84	5,30±5,20 5,06±4,65	0,212	0.832

- **t=Independent Samples Test, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre hasta grubunda FCV-19S toplam puanları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=-2,169 p=0.034). Evlilerin bekar/dul/boşanmışlara kıyasla FCV-19 ölçeği toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 15'te hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ile eğitim durumu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 15. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ort±SS	F	p	Post-Hoc
FCV 19S TOPLAM	1)Lise altı	15	18,20±7,15	1,718	0.168	-
	2)Lise	25	14,84±5,06			
	3)Lisans/Ön lisans	61	14,59±6,33			
	4)Lisans üstü	10	17,20±6,43			
KPSÖ TOPLAM	1)Lise altı	15	18,93±4,57	0,129	0.942	-
	2)Lise	25	19,08±3,20			
	3)Lisans/Ön lisans	61	19,20±2,77			
	4)Lisans üstü	10	19,70±2,79			
DASS 21 Anksiyete	1)Lise altı	15	4,80±5,23	0,450	0.718	-
	2)Lise	25	3,28±3,89			
	3)Lisans/Ön lisans	61	3,54±4,20			
	4)Lisans üstü	10	3,60±3,31			
DASS 21 Depresyon	1)Lise altı	15	4,47±5,66	0,625	0.600	-
	2)Lise	25	3,44±3,73			
	3)Lisans/Ön lisans	61	3,59±4,71			
	4)Lisans üstü	10	5,50±5,15			
DASS 21 Stres	1)Lise altı	15	6,73±6,28	1,660	0.180	-
	2)Lise	25	4,44±3,86			
	3)Lisans/Ön lisans	61	4,61±5,00			
	4)Lisans üstü	10	7,50±5,15			

- **F=One Way ANOVA, Post-Hoc=Sidak, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre belirtilen ölçek toplam ve alt boyut puanları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 16'da hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ile "Çocuğunuz var mı?" sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 16. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Çocuk var mı?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ort±SS	t	p

FCV 19S TOPLAM	Evet Hayır	81 30	16,1±6,44 13,4±5,33	2,048	**0.043**
KPSÖ TOPLAM	Evet Hayır	81 30	19,16±3,39 19,23±2,30	- 0,109	0.914
DASS 21 Anksiyete	Evet Hayır	81 30	3,54±4,05 3,97±4,59	- 0,472	0.638
DASS 21 Depresyon	Evet Hayır	81 30	3,72±4,41 4,2±5,35	- 0,484	0.630
DASS 21 Stres	Evet Hayır	81 30	5,41±4,83 4,33±5,52	1,001	0.319

- **t=Independent Samples Test, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre FCV-19S toplam puanları ile "çocuğunuz var mı?" sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=2,048 p=0.043). Çocuğu olanların olmayanlara kıyasla FCV-19 ölçeği toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 17'de hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ile "Evinizde kiminle yaşıyorsunuz?" sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir

Tablo 17. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Evinizde kiminle yaşıyorsunuz?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	**N**	**Ort±SS**	**F**	**p**	**Post-Hoc**
FCV 19S TOPLAM	1)Çekirdek aile 2)Geniş aile 3)Ev arkadaşı/Tek başıma	93 9 9	15,69±6,43 13,33±5,41 14,11±5,06	0,776	0.463	-
KPSÖ TOPLAM	1)Çekirdek aile 2)Geniş aile 3)Ev arkadaşı/Tek başıma	93 9 9	19,3±3,12 18,67±4,21 18,44±1,94	0,436	0.648	-
DASS 21 Anksiyete	1)Çekirdek aile 2)Geniş aile 3)Ev arkadaşı/Tek başıma	93 9 9	3,58±4,16 3,44±4,25 4,67±4,74	0,285	0.752	-
DASS 21 Depresyon	1)Çekirdek aile 2)Geniş aile 3)Ev arkadaşı/Tek başıma	93 9 9	3,78±4,62 2,78±3,27 5,56±6,23	0,846	0.432	-
DASS 21 Stres	1)Çekirdek aile 2)Geniş aile	93 9	5,11±5,08 3,44±3,88	1,061	0.350	-

3)Ev arkadaşı/Tek başıma	9	6,89±5,35

- **F=One Way ANOVA, Post-Hoc=Sidak, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre belirtilen ölçek toplam ve alt boyut puanları ile "Evinizde kiminle yaşıyorsunuz?" sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 18'de hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ile "Evinizde 65 yaş üstü birey var mı?" sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 18. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Evde 65 yaş üstü var mı?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ort±SS	t	p
FCV 19S TOPLAM	Evet	11	12,45±4,50	-1,641	0.104
	Hayır	100	15,69±6,35		
KPSÖ TOPLAM	Evet	11	20,55±2,62	1,159	0.127
	Hayır	100	19,03±3,15		
DASS 21 Anksiyete	Evet	11	2,00±3,07	-1,390	0.167
	Hayır	100	3,84±4,26		
DASS 21 Depresyon	Evet	11	1,64±2,58	-1,669	0.098
	Hayır	100	4,09±4,79		
DASS 21 Stres	Evet	11	2,18±3,46	-2,073	**0.041**
	Hayır	100	5,44±5,07		

- **t=Independent Samples Test, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre DASS-21 ölçeği alt boyutlarından "Stres" puanları ile "Evde 65 yaş üstü birey var mı?" arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=-2,073 p=0.041). Evde 65 yaş üstü birey olmayanların olanlara kıyasla "Stres" puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 19'da hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanları ile "Evde kronik hastalığı olan kimse var mı?" sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 19. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Evde kronik hastalığı olan kimse var mı?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ort±SS	t	p
FCV 19S TOPLAM	Evet	36	16,31±6,79	1,093	0.277

	Hayır	75	14,92±5,98		
KPSÖ TOPLAM	Evet	36	18,94±3,33	-	0.584
	Hayır	75	19,29±3,04	0,549	
DASS 21 Anksiyete	Evet	36	4,92±5,06	1,984	0.053
	Hayır	75	3,05±3,58		
DASS 21 Depresyon	Evet	36	3,83±5,11	-	0.984
	Hayır	75	3,85±4,47	0,021	
DASS 21 Stres	Evet	36	5,69±5,87	0,838	0.404
	Hayır	75	4,84±4,57		

- **t=Independent Samples Test, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre belirtilen ölçek toplam ve alt boyut puanları ile "Evde kronik hastalığı olan kimse var mı?" arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 20'de hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ile "Covid-19 geçirirken takviye edici ürün kullandınız mı?" sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 20. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Covid-19 geçirirken takviye edici ürün kullandınız mı?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	**N**	**Ort±SS**	**t**	**p**
FCV 19S TOPLAM	Evet	68	14,99±6,05	-	0.418
	Hayır	43	15,98±6,59	0,812	
KPSÖ TOPLAM	Evet	68	18,99±3,06	-	0.417
	Hayır	43	19,49±3,23	0,825	
DASS 21 Anksiyete	Evet	68	3,51±4,33	-	0.653
	Hayır	43	3,88±3,98	0,451	
DASS 21 Depresyon	Evet	68	4,00±4,88	0.433	0.666
	Hayır	43	3,60±4,35		
DASS 21 Stres	Evet	68	5,57±5,31	1,207	0.230
	Hayır	43	4,40±4,49		

- **t=Independent Samples Test, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre belirtilen ölçek toplam ve alt boyut puanları ile Covid-19 geçirirken takviye edici ürün kullandınız mı?" Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 21'de hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ile sigara kullanma durumu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 21. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Sigara Kullanma Durumu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ort±SS	t	p
FCV 19S TOPLAM	Evet	27	15,41±6,23	0,275	0.784
	Hayır	73	15,03±6,11		
KPSÖ TOPLAM	Evet	27	18,26±3,38	-	0.105
	Hayır	73	19,41±3,02	1,638	
DASS 21 Anksiyete	Evet	27	5,26±4,30	2,212	**0.029**
	Hayır	73	3,22±4,02		
DASS 21 Depresyon	Evet	27	5,52±5,64	2,000	0.053
	Hayır	73	3,15±4,05		
DASS 21 Stres	Evet	27	6,56±5,60	1,810	0.073
	Hayır	73	4,52±4,76		

- **t=Independent Samples Test, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre DASS-21 ölçeği alt boyutlarından "Aksiyete" puanları ile sigara kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=2,212 p=0.029). Sigara kullananların kullanmayanlara kıyasla "Aksiyete" puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 22'de hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ile alkol kullanma durumu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 22. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Alkol Kullanma Durumu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ort±SS	t	p
FCV 19S TOPLAM	Evet	15	16,60±7,67	0,818	0.415
	Hayır	96	15,18±6,03		

KPSÖ TOPLAM	Evet	15	18,40±2,85	-	0.301
	Hayır	96	19,30±3,16	1,040	
DASS 21 Anksiyete	Evet	15	7,00±4,99	3,491	**0.001**
	Hayır	96	3,14±3,82		
DASS 21 Depresyon	Evet	15	6,73±6,35	1,968	0.067
	Hayır	96	3,40±4,21		
DASS 21 Stres	Evet	15	7,00±5,41	1,572	0.119
	Hayır	96	4,82±4,92		

- **t=Independent Samples Test, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre DASS-21 ölçeği alt boyutlarından "Aksiyete" puanları ile alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=3,491 p=0.001). Alkol kullananların kullanmayanlara kıyasla "Aksiyete" puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 23' te hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ile meslek açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 23. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Meslek Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	**N**	**Ort±SS**	**F**	**p**	**Post-Hoc**
FCV 19S TOPLAM	1)Beyaz yaka	61	14,52±6,40			
	2)Mavi yaka	26	16,23±5,76	1,261	0.288	-
	3)Çalışmıyor	24	16,58±6,32			
KPSÖ TOPLAM	1)Beyaz yaka	61	19,48±2,62			
	2)Mavi yaka	26	19,54±3,62	2,075	0.130	-
	3)Çalışmıyor	24	18,04±3,58			
DASS 21 Anksiyete	1)Beyaz yaka	61	3,08±3,75			
	2)Mavi yaka	26	3,85±4,39	1,711	0.186	-
	3)Çalışmıyor	24	4,92±4,86			
DASS 21 Depresyon	1)Beyaz yaka	61	3,61±4,40			
	2)Mavi yaka	26	4,08±4,48	0,182	0.834	-
	3)Çalışmıyor	24	4,21±5,61			
DASS 21 Stres	1)Beyaz yaka	61	5,00±4,85			
	2)Mavi yaka	26	5,15±5,36	0.048	0.953	-
	3)Çalışmıyor	24	5,38±5,29			

- **F=One Way ANOVA, Post-Hoc=Sidak, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre belirtilen ölçek toplam ve alt boyut puanları ile meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 24'te hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ile bireysel gelir durumu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 24. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Bireysel Gelir Durumu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ort±SS	F	p	Post-Hoc
FCV 19S TOPLAM	1)Gelir yok	16	16,19±6,31	0,472	0.703	-
	2)Asgari ücret altı	4	18,00±10,42			
	3)Asgari ücret	18	14,39±4,38			
	4)Asgari ücret üstü	73	15,29±6,45			
KPSÖ TOPLAM	1)Gelir yok	16	17,94±3,17	1,011	0.391	-
	2)Asgari ücret altı	4	19,75±3,59			
	3)Asgari ücret	18	19,28±3,95			
	4)Asgari ücret üstü	73	19,4±2,86			
DASS 21 Anksiyete	1)Gelir yok	16	5,69±5,47	1,590	0.196	-
	2)Asgari ücret altı	4	4,00±4,97			
	3)Asgari ücret	18	3,67±4,03			
	4)Asgari ücret üstü	73	3,19±3,81			
DASS 21 Depresyon	1)Gelir yok	16	5,13±6,55	0,562	0.641	-
	2)Asgari ücret altı	4	2,50±1,73			
	3)Asgari ücret	18	3,44±4,36			
	4)Asgari ücret üstü	73	3,74±4,38			
DASS 21 Stres	1)Gelir yok	16	5,88±5,85	0,307	0.820	-
	2)Asgari ücret altı	4	3,25±4,03			
	3)Asgari ücret	18	4,94±5,45			
	4)Asgari ücret üstü	73	5,10±4,83			

- **F=One Way ANOVA, Post-Hoc=Sidak, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre belirtilen ölçek toplam ve alt boyut puanları ile bireysel gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 25'te hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ile "Aylık tüm hane gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?" Sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 25. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Aylık tüm hane gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?" Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ort±SS	F	p	Post-Hoc
FCV 19S TOPLAM	1)Çok kötü/kötü	7	12,71±6,40	3,357	**0.039**	-
	2)Orta	60	16,73±6,43			
	3)İyi/çok iyi	44	13,93±5,64			
KPSÖ TOPLAM	1)Çok kötü/kötü	7	17,29±3,64	3,817	**0.025**	-
	2)Orta	60	18,75±2,81			
	3)İyi/çok iyi	44	20,07±3,26			
DASS 21 Anksiyete	1)Çok kötü/kötü	7	6,86±5,76	2,389	0.097	-
	2)Orta	60	3,63±4,05			
	3)İyi/çok iyi	44	3,18±3,98			
DASS 21 Depresyon	1)Çok kötü/kötü	7	7,00±7,62	2,477	0.089	-
	2)Orta	60	4,10±4,72			
	3)İyi/çok iyi	44	3,00±3,82			
DASS 21 Stres	1)Çok kötü/kötü	7	7,14±6,79	1,232	0.296	-
	2)Orta	60	5,45±5,13			
	3)İyi/çok iyi	44	4,34±4,52			

- **F=One Way ANOVA, Post-Hoc=Sidak, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre FCV-19S ölçeği toplam puanları ile "Aylık tüm hane gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?" Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F=3,357 p=0.039). Aylık tüm hane gelir durumu orta olanların diğer gruplara kıyasla FCV-19S ölçeği toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

KPSÖ ölçeği toplam puanları ile "Aylık tüm hane gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?" Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F=3,817 p=0.035). Aylık tüm hane gelir durumu iyi/çok iyi olanların diğer gruplara kıyasla KPSÖ ölçeği toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 26'da hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ile "Gelir durumunuz pandemi döneminde ne şekilde değişti?" sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 26. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Gelir durumunuz pandemi döneminde ne şekilde değişti?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

Gruplar	N	Ort±SS	F	p	Post-Hoc
1)Azaldı	43	16,35±6,20	0,873	0.421	-

FCV 19S TOPLAM	2)Değişmedi	62	14,71±5,97			
	3)Arttı	6	15,17±9,43			
KPSÖ TOPLAM	1)Azaldı	43	18,56±3,51			
	2)Değişmedi	62	19,55±2,73	1,424	0.245	-
	3)Arttı	6	19,83±3,82			
DASS 21 Anksiyete	1)Azaldı	43	4,42±4,63			
	2)Değişmedi	62	3,18±3,89	1,164	0.316	-
	3)Arttı	6	3,17±3,54			
DASS 21 Depresyon	1)Azaldı	43	4,42±5,15			
	2)Değişmedi	62	3,26±4,24	1,370	0.316	-
	3)Arttı	6	5,83±4,96			
DASS 21 Stres	1)Azaldı	43	5,51±5,25			
	2)Değişmedi	62	4,92±5,04	0,250	0.779	-
	3)Arttı	6	4,33±3,39			

- **F=One Way ANOVA, Post-Hoc=Sidak, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre belirtilen ölçek toplam ve alt boyut puanları ile "Gelir durumunuz pandemi döneminde ne şekilde değişti?" Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 27'de hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ile "Günlük çalışma koşullarınız pandemi döneminde nasıl değişti?" sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 27. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Günlük çalışma koşullarınız pandemi döneminde nasıl değişti?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	**N**	**Ort±SS**	**F**	**p**	**Post-Hoc**
	1)İşsiz kaldım	5	16,8±8,73			-

FCV 19S TOPLAM	2)Çalışma saatim azaldı	30	16,23±6,6	0,770	0.513	
	3)Değişmedi	61	14,56±6,17			
	4)Çalışma saatim arttı	15	16,47±5,07			
KPSÖ TOPLAM	1)İşsiz kaldım	5	19,20±2,59	0,226	0.878	-
	2)Çalışma saatim azaldı	30	19,57±3,22			
	3)Değişmedi	61	19,07±3,17			
	4)Çalışma saatim arttı	15	18,87±3,14			
DASS 21 Anksiyete	1)İşsiz kaldım	5	8,00±6,12	3,110	**0.029**	-
	2)Çalışma saatim azaldı	30	3,40±4,02			
	3)Değişmedi	61	3,05±3,64			
	4)Çalışma saatim arttı	15	5,20±5,05			
DASS 21 Depresyon	1)İşsiz kaldım	5	7,00±4,80	3,012	**0.033**	-
	2)Çalışma saatim azaldı	30	4,03±4,81			
	3)Değişmedi	61	2,92±3,93			
	4)Çalışma saatim arttı	15	6,20±6,1			
DASS 21 Stres	1)İşsiz kaldım	5	5,20±5,36	1,760	0.159	-
	2)Çalışma saatim azaldı	30	6,30±4,94			
	3)Değişmedi	61	4,16±4,89			
	4)Çalışma saatim arttı	15	6,60±5,25			

- **F=One Way ANOVA, Post-Hoc=Sidak, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre DASS-21 ölçeği alt boyutlarından "Anksiyete" puanları ile "Günlük çalışma koşullarınız pandemi döneminde nasıl değişti?" Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F=3,110 p=0.029). Pandemi döneminde işsiz kaldım diyenlerin "Anksiyete" puanları daha yüksek bulunmuştur.

DASS-21 ölçeği alt boyutlarından "Depresyon" puanları ile "Günlük çalışma koşullarınız pandemi döneminde nasıl değişti?" Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F=3,012 p=0.033). Pandemi döneminde işsiz kaldım diyenlerin "Depresyon" puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 28'de hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ile "Kaç Kez Covid-19 geçirdiniz?" sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 28. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Kaç Kez Covid-19 geçirdiniz?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ort±SS	t	p
FCV 19S TOPLAM	1 kez	91	15,11±6,14	-0,932	0.354
	2 kez	20	16,55±6,80		

KPSÖ TOPLAM	1 kez	91	19,21±3,17	0,205	0.838
	2 kez	20	19,05±2,96		
DASS 21 Anksiyete	1 kez	91	3,55±4,10	-0,579	0.564
	2 kez	20	4,15±4,61		
DASS 21 Depresyon	1 kez	91	3,65±4,43	-0,956	0.341
	2 kez	20	4,75±5,66		
DASS 21 Stres	1 kez	91	4,84±4,87	-1,153	0.259
	2 kez	20	6,40±5,62		

- **t=Independent Samples Test, p<0.05**

Covid-19 geçirenlerin %18'i (n=20) 2 kez Covid geçirmiştir. Bu analiz sonucuna göre belirtilen ölçek toplam ve alt boyut puanları ile "Kaç Kez Covid-19 geçirdiniz?" Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 29'da hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının "Covid-19 geçirmeden önce Covid-19'a karşı aşı olmuş muydunuz?" Sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 29. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Covid-19 geçirmeden önce Covid-19'a karşı aşı olmuş muydunuz?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	**N**	**Ort±SS**	**F**	**p**	**Post-Hoc**
FCV 19S TOPLAM	1)Evet ama aşılamam tamamlanmamıştı	16	15,69±6,09	1,099	0.353	-
	2)Evet, tam aşılıydım	32	16,03±6,82			

	3)Hayır, henüz aşılama yoktu	49	15,63±6,10			
	4)Hayır, kendi isteğimle aşı olmadım	14	12,57±5,49			
KPSÖ TOPLAM	1)Evet ama aşılamam tamamlanmamıştı	16	18,56±3,44	1,194	0.316	-
	2)Evet, tam aşılıydım	32	19,16±2,92			
	3)Hayır, henüz aşılama yoktu	49	19,00±3,18			
	4)Hayır, kendi isteğimle aşı olmadım	14	20,57±2,93			
DASS 21 Anksiyete	1)Evet ama aşılamam tamamlanmamıştı	16	5,00±4,23	2,027	0.115	-
	2)Evet, tam aşılıydım	32	4,53±4,57			
	3)Hayır, henüz aşılama yoktu	49	3,10±4,20			
	4)Hayır, kendi isteğimle aşı olmadım	14	2,07±2,13			
DASS 21 Depresyon	1)Evet ama aşılamam tamamlanmamıştı	16	4,38±5,71	0,859	0.465	-
	2)Evet, tam aşılıydım	32	4,50±5,20			
	3)Hayır, henüz aşılama yoktu	49	3,71±4,31			
	4)Hayır, kendi isteğimle aşı olmadım	14	2,21±3,02			
DASS 21 Stres	1)Evet ama aşılamam tamamlanmamıştı	16	4,88±5,86	0,399	0.754	-
	2)Evet, tam aşılıydım	32	5,94±5,03			
	3)Hayır, henüz aşılama yoktu	49	4,80±4,95			
	4)Hayır, kendi isteğimle aşı olmadım	14	4,64±4,52			

- **F=One Way ANOVA, Post-Hoc=Sidak, p<0.05**

. Bu analiz sonucuna göre belirtilen ölçek toplam ve alt boyut puanları ile "Covid-19 geçirmeden önce Covid-19'a karşı aşı olmuş muydunuz?" Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 30'da hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının "Covid-19 nedeniyle hastanede yattınız mı?" Sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 30. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Covid-19 nedeniyle hastanede yattınız mı?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	**N**	**Ort±SS**	**t**	**p**

FCV 19S TOPLAM	Evet Hayır	6 105	18,33±6,38 15,2±6,24	1,196	0.234
KPSÖ TOPLAM	Evet Hayır	6 105	18,83±3,66 19,2±3,11	- 0,278	0.781
DASS 21 Anksiyete	Evet Hayır	6 105	7,17±5,71 3,46±4,03	2,146	**0.034**
DASS 21 Depresyon	Evet Hayır	6 105	5,17±3,76 3,77±4,72	0,711	0.479
DASS 21 Stres	Evet Hayır	6 105	7,33±4,97 4,99±5,02	1,113	0.268

- **t=Independent Samples Test, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre belirtilen ölçek toplam ve alt boyut puanları ile "Covid-19 nedeniyle hastanede yattınız mı?" sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 31'de hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının "Ailenizde/aynı evi paylaştığınız kişilerde covid geçiren oldu mu?" Sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 31. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Ailenizde/aynı evi paylaştığınız kişilerde covid geçiren oldu mu?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	**N**	**Ort±SS**	**t**	**p**
FCV 19S TOPLAM	Evet Hayır	89 22	15,22±6,19 15,95±6,64	- 0,488	0.626
KPSÖ TOPLAM	Evet Hayır	89 22	19,06±3,10 19,68±3,24	- 0,840	0.403

DASS 21 Anksiyete	Evet	89	3,61±4,15	-	0.798
	Hayır	22	3,86±4,42	0,247	
DASS 21 Depresyon	Evet	89	3,94±4,57	0,439	0.662
	Hayır	22	3,45±5,14		
DASS 21 Stres	Evet	89	5,09±5,08	-	0.909
	Hayır	22	5,23±4,90	0,114	

- **t=Independent Samples Test, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre belirtilen ölçek toplam ve alt boyut puanları ile "Ailenizde/aynı evi paylaştığınız kişilerde covid geçiren oldu mu?" Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 32'de hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının "Ailenizde/aynı evi paylaştığınız kişilerde Covid-19 nedeniyle hastanede yatan oldu mu? Sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 32. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Ailenizde/aynı evi paylaştığınız kişilerde Covid-19 nedeniyle hastanede yatan oldu mu?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	**N**	**Ort±SS**	**t**	**p**
FCV 19S TOPLAM	Evet	9	13,78±3,60	-	0.224
	Hayır	102	15,51±6,43	1,276	
KPSÖ TOPLAM	Evet	9	19,78±2,33	0,597	0.552
	Hayır	102	19,13±3,19		
DASS 21 Anksiyete	Evet	9	2,11±3,02	-	0.151
	Hayır	102	3,79±4,26	1,543	
DASS 21 Depresyon	Evet	9	2,33±3,04	-	0.312
	Hayır	102	3,98±4,77	1,015	
DASS 21 Stres	Evet	9	3,44±4,56	-	0.299
	Hayır	102	5,26±5,05	1,043	

- **t=Independent Samples Test, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre belirtilen ölçek toplam ve alt boyut puanları ile "Ailenizde/aynı evi paylaştığınız kişilerde Covid-19 nedeniyle hastanede yatan oldu mu?" sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 33'te hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının "Ailenizde/aynı evi paylaştığınız kişilerde Covid-19 nedeniyle vefat eden oldu mu?" sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 33. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Ailenizde/aynı evi paylaştığınız kişilerde Covid-19 nedeniyle vefat eden oldu mu?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ort±SS	t	p
FCV 19S TOPLAM	Evet	3	13,33±3,79	-	0.570
	Hayır	108	15,43±6,31	0,570	
KPSÖ TOPLAM	Evet	3	18,33±0,58	-	0.636
	Hayır	108	19,20±3,16	0,474	
DASS 21 Anksiyete	Evet	3	2,00±2,00	-	0.489
	Hayır	108	3,70±4,23	0,694	
DASS 21 Depresyon	Evet	3	3,67±3,51	-	0.946
	Hayır	108	3,85±4,71	0,068	
DASS 21 Stres	Evet	3	8,33±4,93	1,123	0.263
	Hayır	108	5,03±5,02		

- **t=Independent Samples Test, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre belirtilen ölçek toplam ve alt boyut puanları ile "Ailenizde/aynı evi paylaştığınız kişilerde Covid-19 nedeniyle vefat eden oldu mu?" Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 34'te hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ile COVİD-19 aşıssı olma durumu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 34. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının COVİD-19 Aşısı Olma Durumu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ort±SS	t	p
FCV 19S TOPLAM	Evet	94	15,93±6,32	2,243	**0.027**
	Hayır	17	12,29±5,00		
KPSÖ TOPLAM	Evet	94	19,05±3,09	-	0.316
	Hayır	17	19,88±3,30	1,007	
DASS 21 Anksiyete	Evet	94	3,86±4,33	1,210	0.229
	Hayır	17	2,53±3,10		
DASS 21 Depresyon	Evet	94	4,02±4,87	,926	0,357
	Hayır	17	2,88±3,28		

DASS 21 Stres	Evet	94	5,27±5,17	,733	0,465
	Hayır	17	4,29±4,10		

- **t=Independent Samples Test, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre FCV 19S ölçeği toplam puanları ile COVID-19 aşısı olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=2,243 p=0.027). Covid-19 aşısı olanların olmayanlara kıyasla FCV 19S ölçeği toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 35'te hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ile kaç doz aşı olduğu durumu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 35. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Kaç Doz Aşı Olduğu Durumu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	**N**	**Ort±SS**	**F**	**p**	**Post-Hoc**
FCV 19S TOPLAM	1)Hiç aşı olmamış	18	12,33±4,85	2,12	0.101	-
	2)1 doz aşı olmuş	8	17,63±6,07			
	3)2 doz aşı olmuş	42	16,29±5,80			
	4)3 ve üstü doz aşı olmuş	43	15,33±6,94			
	1)Hiç aşı olmamış	18	19,78±3,23			-

KPSÖ TOPLAM	2)1 doz aşı olmuş	8	17,00±3,59	1,599	0.194	
	3)2 doz aşı olmuş	42	19,14±2,54			
	4)3 ve üstü doz aşı olmuş	43	19,37±3,44			
DASS 21 Anksiyete	1)Hiç aşı olmamış	18	2,67±3,07	0,681	0.566	-
	2)1 doz aşı olmuş	8	4,63±3,50			
	3)2 doz aşı olmuş	42	4,12±4,26			
	4)3 ve üstü doz aşı olmuş	43	3,44±4,63			
DASS 21 Depresyon	1)Hiç aşı olmamış	18	3,06±3,26	0,281	0.839	-
	2)1 doz aşı olmuş	8	4,25±4,74			
	3)2 doz aşı olmuş	42	4,21±4,88			
	4)3 ve üstü doz aşı olmuş	43	3,74±5,03			
DASS 21 Stres	1)Hiç aşı olmamış	18	4,33±3,99	0,236	0.871	-
	2)1 doz aşı olmuş	8	4,88±7,06			
	3)2 doz aşı olmuş	42	5,10±4,64			
	4)3 ve üstü doz aşı olmuş	43	5,51±5,47			

- **F=One Way ANOVA, Post-Hoc=Sidak, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre belirtilen ölçek toplam ve alt boyut puanları ile kaç doz aşı olduğu durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 36'da hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ile ülkemizde kullanımda olan aşıların etkinliğine inanma durumu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 36. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Ülkemizde Kullanımda Olan Aşıların Etkinliğine İnanma Durumu Açısından Karşılaştırılması.

	Gruplar	**N**	**Ort±SS**	**F**	**p**	**Post-Hoc**
FCV 19S TOPLAM	1)Evet	66	15,36±6,27	0,347	0.707	-
	2)Hayır	14	14,21±6,69			
	3)Fikrim yok	31	15,90±6,15			
KPSÖ TOPLAM	1)Evet	66	19,29±3,09	1,188	0.309	-
	2)Hayır	14	18,00±3,94			
	3)Fikrim yok	31	19,48±2,77			
	1)Evet	66	3,67±4,33	0,012	0.988	-
	2)Hayır	14	3,79±3,93			

DASS 21 Anksiyete	3)Fikrim yok	31	3,58±4,12			
DASS 21 Depresyon	1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok	66 14 31	3,98±5,06 4,71±4,27 3,16±3,93	0,601	0.550	-
DASS 21 Stres	1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok	66 14 31	5,15±4,84 6,71±6,32 4,32±4,74	1,100	0,337	-

- **F=One Way ANOVA, Post-Hoc=Sidak, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre belirtilen ölçek toplam ve alt boyut puanları ile ülkemizde kullanımda olan aşıların etkinliğine inanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 37'de hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ile "Covid-19 tedavisi için şuan ülkemizde kullanılan ilacın etkili olduğuna inanıyor musunuz?" sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 37. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Covid-19 tedavisi için şuan ülkemizde kullanılan ilacın etkili olduğuna inanıyor musunuz?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması.

	Gruplar	**N**	**Ort±SS**	**F**	**p**	**Post-Hoc**
FCV 19S TOPLAM	1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok	24 36 51	12,92±5,06 15,78±7,06 16,24±5,97	2,475	0.089	-
KPSÖ TOPLAM	1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok	24 36 51	19,58±3,31 18,42±3,2 19,53±2,94	1,610	0.205	-
DASS 21 Anksiyete	1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok	24 36 51	2,63±3,98 4,56±4,79 3,51±3,75	1,608	0.205	-

DASS 21 Depresyon	1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok	24 36 51	3,04±4,12 5,36±5,9 3,16±3,64	2,909	0.059	-
DASS 21 Stres	1)Evet 2)Hayır 3)Fikrim yok	24 36 51	3,92±3,69 6,78±6,25 4,51±4,33	3,146	**0.047**	-

- **F=One Way ANOVA, Post-Hoc=Sidak, p<0.05**

DASS-21 ölçeği alt boyutlarından "Stres" puanları ile 'Covid-19 tedavisi için şuan ülkemizde kullanılan ilacın etkili olduğuna inanıyor musunuz?' sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (F=3,146 p=0.0047). Tedavide kullanılan ilaçların etkili olduğuna inanmayanların stres düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır.

Tablo 38'de hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarının ile "COVID-19 geçirdikten sonra psikiyatrik tedavi aldınız mı?" sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 38. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "COVID-19 geçirdikten sonra psikiyatrik tedavi aldınız mı?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması.

	Gruplar	**N**	**Ort±SS**	**t**	**p**
FCV 19S TOPLAM	1)Evet 2)Hayır	2 109	27,5±7,78 15,15±6,04	2,856	**0.005**
KPSÖ TOPLAM	1)Evet 2)Hayır	2 109	15,00±1,41 19,26±3,10	-1,932	0.056
DASS 21 Anksiyete	1)Evet 2)Hayır	2 109	11,50±10,61 3,51±3,95	1,063	0.480
DASS 21 Depresyon	1)Evet 2)Hayır	2 109	13,50±7,78 3,67±4,46	3,063	**0.003**
DASS 21 Stres	1)Evet 2)Hayır	2 109	15,00±8,49 4,94±4,81	2,902	**0.004**

- **t=Independent Samples Test, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre FCV 19S toplam puanı ile "COVID-19 geçirdikten sonra psikiyatrik tedavi aldınız mı?" sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=2,856 p=0.005). Psikiyatrik tedavi alanların almayanlara kıyasla FCV 19S TOPLAM puanları daha yüksek bulunmuştur.

DASS-21 ölçeği alt boyutlarından "Depresyon" puanları ile "COVID-19 geçirdikten sonra psikiyatrik tedavi aldınız mı?" sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=3,063 p=0.003). Psikiyatrik tedavi alanların almayanlara kıyasla "Depresyon" puanları daha yüksek bulunmuştur.

DASS-21 ölçeği alt boyutlarından "Stres" puanları ile "COVID-19 geçirdikten sonra psikiyatrik tedavi aldınız mı?" sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=2,902 p=0.004). Psikiyatrik tedavi alanların almayanlara kıyasla "Stres" puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 39'da hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanları ile 'Başka birine Covid-19 bulaştırdığınızı düşünüyor musunuz?' sorusu açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 39. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının 'Başka birine Covid-19 bulaştırdığınızı düşünüyor musunuz?' Sorusu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ort±SS	t	p
FCV 19S TOPLAM	Evet	36	16,19±6,57	0,962	0.338
	Hayır	75	14,97±6,1		
KPSÖ TOPLAM	Evet	36	18,67±3,31	-	0.232
	Hayır	75	19,43±3,02	1,202	
DASS 21 Anksiyete	Evet	36	4,33±5,23	1,037	0.304
	Hayır	75	3,33±3,58		
DASS 21 Depresyon	Evet	36	4,92±5,55	1,522	0.134
	Hayır	75	3,33±4,12		
DASS 21 Stres	Evet	36	5,92±5,98	1,164	0.247
	Hayır	75	4,73±4,49		

- **t=Independent Samples Test, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre belirtilen ölçek toplam ve alt boyut puanları ile ülkemizde kullanımda olan aşıların etkinliğine inanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 40'ta hasta grubuna uygulanan ölçek toplam ve alt boyut puanlarını ile "Covid-19'dan korunmada maske-mesafe-hijyen önlemlerine yeterince uyduğunuzu düşünüyor musunuz?" Sorusu Açısından Karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir.

Tablo 40. Hasta Grubunun Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının "Covid-19'dan korunmada maske-mesafe-hijyen önlemlerine yeterince uyduğunuzu düşünüyor musunuz?" Sorusu Açısından Karşılaştırılması

	Gruplar	N	Ort±SS	t	p
FCV 19S TOPLAM	Evet	98	15,80±6,44	1,999	**0.048**
	Hayır	13	12,15±3,29		
KPSÖ TOPLAM	Evet	98	19,29±3,28	0,977	0.331
	Hayır	13	18,38±1,33		
DASS 21 Anksiyete	Evet	98	3,80±4,31	0,955	0.342
	Hayır	13	2,62±3,01		
DASS 21 Depresyon	Evet	98	4,04±4,84	1,205	0.231
	Hayır	13	2,38±2,69		
DASS 21 Stres	Evet	98	5,15±5,20	0,206	0.837
	Hayır	13	4,85±3,51		

- **t=Independent Samples Test, p<0.05**

Bu analiz sonucuna göre FCV 19S toplam puanı ile "Covid-19'dan korunmada maske-mesafe-hijyen önlemlerine yeterince uyduğunuzu düşünüyor musunuz?" sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=1,999 p=0.048). Hijyen önlemlerini yeterince uyguladığını düşünenlerin düşünmeyenlere kıyasla FCV 19S toplam puanları daha yüksek bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

İstanbul ili Terazidere Aile Sağlığı Merkezi'nde 01.05.2022-31.05.2022 tarihleri arasında Covid-19 geçiren 111, geçirmeyen 109 18 yaş üstü birey ile yaptığımız ankete dayalı çalışmada COVID-19 geçiren bireylerin COVID korkusunun; depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin psikolojik sağlamlıkla ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık. Çalışmamızda COVID-19 geçiren bireylerde Covid korkusu ile psikolojik sağlamlık arasında negatif yönlü; depresyon ile psikolojik sağlamlık arasında negatif yönlü, anksiyete ve psikolojik sağlamlık arasında negatif yönlü, stres ile psikolojik sağlamlık arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bireylerin Covid korkusu, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri, psikolojik sağlamlık düzeyleri ile Covid-19 geçirmiş olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda Covid-19 geçiren hasta grubunda FVC-19S ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, bireysel gelir düzeyi, hane halkı yapısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

İsrail'de yapılan bir çalışmada ve ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda, çalışmamızdan farklı olarak yaş ile Covid korkusu arasında anlamlı ilişki saptanmış ve ileri yaşta Covid korkusunun daha fazla olduğunu saptanmıştır(78)(79)(80). Çalışmamızın bir kısıtlılığı olarak katılımcılar içerisinde ileri yaştakilerin oranının az olmasını, korku ile yaş arasında ilişki saptanmamasının bir nedeni olarak düşünmekteyiz.

Literatürde bu alanda yapılan çalışmaların büyük bir kısmında kadınların Covid-19 korkusunun erkeklerden daha fazla olduğu bulunmuştur(78)(79)(80)(81). Birçok ruhsal bozuklukta kadın olmak bir risk faktörü iken çalışmamızda Covid korkusu yönünden cinsiyetler arasında fark olmaması, pandemi başından, beri sağlık otoriteleri tarafından, hastalığın erkek cinsiyette daha ağır seyretmesi ile ilgili yapılan paylaşımlarla ilişkilendirilebilir.

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda eğitim durumu düştükçe Covid korkusunun arttığı saptanmıştır(79). Ancak bizim çalışmamızda olduğu gibi eğitim

düzeyi ile Covid korkusu arasında anlamlı bir ilişki saptanmayan birçok çalışma mevcuttur(78)(82).

Literatürde bu konuda daha önce yapılmış çalışmaların çoğunda Covid-19 nedeniyle vefat eden yakını olanların daha fazla korku yaşadığını saptamıştır(78)(82). Tektaş ve Ceviz yaptıkları çalışmada Covid-19 nedeniyle yakınını kaybedenlerin Covid korku düzeyini yüksek saptamış ancak arada istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamamıştır(82). Biz de çalışmamızda hasta grubunda bu yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamadık ($p>0.05$). Buna sebep olarak gün geçtikçe hastalığa ve tedavisine ilişkin belirsizliklerin azalması, aşılama ve varyantların etkisi ile hastalığın ciddi seyretme riskinin ve öldürücülüğünün pandeminin başlarına kıyasla azalması olabilir.

Çalışmamızda Covid korkusu ile hasta grubunun medeni durumunu ve çocuk sahibi olma durumlarını kıyasladığımızda medeni durum ve çocuğu olma durumu ile FVC-S19 düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptadık. Evlilerin bekar/dul/boşanmışlara kıyasla FCV-19 ölçeği toplam puanları daha yüksek bulunmuştur ($t=-2,169$ $p=0.034$). Çocuğu olanların olmayanlara kıyasla FCV-19 ölçeği toplam puanları daha yüksek bulunmuştur ($t=2,048$ $p=0.043$. Arısoy tarafından da benzer bir ilişki saptanmıştır(79). Evli ve ebeveyn olmanın getirdiği sorumluluk duygusu, hastalanıp aile bireylerine hastalık bulaştıracağını düşünmek korkunun artmasında etkili bulunmuştur. Sağlık çalışanlarında Covid-19 korkusu ile ilgili yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının aile bireylerine hastalık bulaştırma endişesinin korkuyu arttırdığı saptanmıştır(83).

Covid geçirenlerin bireysel gelir durumu ile FVC ilişkisini değerlendirdiğimizde belirtilen ölçek puanları ile bireysel gelir durumu arasında Tektaş ve Ceviz'in çalışmasındakine benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (82), ancak aylık tüm hane halkının gelir durumu ile FCV-19S ölçeği toplam puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde, anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($F=3,357$ $p=0.039$). Aylık tüm hane gelir durumu orta olanların diğer gruplara kıyasla FCV-19S ölçeği toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Gelir düzeyinin ortalamanın altında olması kişileri birçok açıdan dezavantajlı gruba sokmaktadır, ruhsal problemler de daha sık görülmektedir.

Çalışmamızda FCV-19S ölçek puanı ile hasta grubundaki katılımcıların kaç kez Covid-19 geçirdiği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Covid-19'un reenfeksiyon oranı henüz çok yüksek olmadığından reenfeksiyon ile Covid-19 korkusu arasında ilişkinin değerlendirildiği bir literatüre ulaşılamamıştır. İlerleyen zamanlarda reenfeksiyon oranı arttıkça bu ilişkinin tekrar değerlendirilmesi daha anlamlı olacaktır.

FCV-19S ölçeği toplam puanları ile hasta grubunun COVID-19 aşısı olma durumunu incelediğimizde aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=2,243$ $p=0.027$). Covid-19 aşısı olanların olmayanlara kıyasla FCV 19S ölçeği toplam puanları daha yüksek bulunmuştur. Covid korkusunun aşı olma tutumunu olumlu etkilediği, korku arttıkça aşılamaya karşı olumlu tutumların arttığı saptandığı ülkemizde yapılan başka çalışmalarla da desteklenmektir (84) (85).

Çalışmamızda FCV-19S toplam puanı ile Covid geçiren bireylerin Covid-19'dan korunmada maske-mesafe-hijyen önlemlerine uyması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=1,999$ $p=0.048$). FCV-19S toplam puanları daha yüksek olanlar aşılamada olduğu gibi hijyen ve korunma önlemlerini uygulama konusunda da daha hassas davranmaktadır.

Hasta grubunda FCV 19S toplam puanı ile COVID-19 geçirdikten sonra psikiyatrik tedavi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($t=2,856$ $p=0.005$). Hasta grubundaki korku düzeyi yüksek olan bireylerin anlamlı bir kısmının psikiyatrik tedavi almaları gerekmiştir.

Çalışmamızda tüm katılımcıların FCV-19S toplam puan ortalaması 15,36±6,25, hasta grubunun 15,36±6,25, kontrol grubunun 16,38±6,39 saptanmış olup hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır($p=0,235$). Bu alanda yapılan çalışmaların çoğu genel popülasyonda yapılmış olup, Covid geçiren ve geçirmeyen şeklinde vaka-kontrol çalışmalarının sayısı daha azdır. Yalçın ve Öztürk tarafından genel popülasyonda yapılan çalışmalarda Covid-19 geçirme ile Covid korkusu arasında anlamlı bir ilişki saptanmış iken Varol'un çalışmasında Covid-19 geçirmiş olmak ile Covid korkusu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (80)(53). Covid geçiren ve geçirmeyen hemşirelerin

Covid korku düzeyinin araştırıldığı bir çalışmada her iki grup arasında çalışmamız sonuçlarını destekler şekilde Covid korkusunda fark saptanmamıştır(83).

Çalışmamızda hasta grubu FCV-19S ölçeği toplam puanı ile DASS-21 alt boyutlarından "Aksiyete"(r=-0,433 p<0,001), "Depresyon"(r=0,374 p<0,001) ve "Stres" (r=0,341 p<0,001) puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Kontrol grubu FCV-19 ölçeği toplam puanı ile DASS-21 alt boyutlarından "Aksiyete" puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=0,433 p<0.001); depresyon (p=0,066) ve stres (0,058) puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda tüm katılımcıların FCV-19 ölçeği toplam puanı ile DASS-21 alt boyutlarından "Aksiyete" (r=0,429 p<0.001)., "Depresyon" (r=0,273 p<0.001) ve "Stres" (r=0,263 p<0.001) puanları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Literatürde Covid-19 korkusunun depresyon, anksiyete ve stres ile ilişkisini değerlendiren çalışmalarda Covid korkusunun bireylerde depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini arttırdığını gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. Yalçın ve ark tarafından 506 lisans ve lisansüstü öğrencisi ile yapılan Covid -19 korkusu ile ruh sağlığı değişkenlerinin ilişkisinin incelendiği çalışmada Covid korkusunun depresyon, anksiyete ve stresi arttırdığı saptanmıştır(53). Latin Amerika ülkelerinde Covid korkusu ve anksiyete ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada Covid korkusunun depresyon ve anksiyeteyi predikte ettiği saptanmıştır(86).

Çalışmamızda Covid-19 geçirenlerin FCV-19 ölçeği toplam puanı ile KPSÖ toplam puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=-0,304 p=0,001), kontrol grubunda FCV-19S puanı ile KPSÖ puanı arasında negatif yönlü bir ilişki saptanmıştır ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir (r=-0,184 p=0,055). Katılımcıların tümünde FCV-19S toplam puanı ile KPSÖ toplam puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (r=-0,240 p<0.001). Tüm katılımcılarda psikolojik sağlamlık arttıkça Covid-19 korkusunun anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır. Ülkemizde yapılan araştırmalarda

da çalışmamızla benzer şekilde Covid korkusu ile psikolojik sağlamlık arasında ilişki saptanmıştır(87) (45).

Çalışmamızda Covid geçiren bireylerin DASS-21 depresyon alt ölçek puan ortalaması 3.84, kontrol grubunun 4.12, tüm katılımcıların 3.98'dir. Hasta grubunun %32,43'ü DASS-21 depresyon alt ölçeğinden ≥5 puan almıştır. Hasta grubunun depresyon puanı ile yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, mesleği, gelir düzeyi, hane halkı yapısı, sigara ve alkol kullanımı, ailesinde Covid19 geçiren ya da Covid-19 nedeniyle vefat eden olması arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yılbaş tarafından hastanede yatarak tedavi gören 50 Covid hastası ile yapılan çalışmada çalışmamızla benzer şekilde yaş, cinsiyet, eğitim, ailede Covid geçiren birey olması ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hastalığın erken iyileşme döneminde yapılan bu çalışmada hastaların %44'ünde anksiyete ve depresif belirtiler saptanmıştır(88).

Depresif bozukluklar kadınlarda daha sık görülmektedir(57). Kadınların hormonal farklılıkları, günlük hayatta üzerine binen sorumluluklar, şiddete daha fazla maruz kalmaları gibi faktörler kadınlarda depresyon sıklığını arttırmaktadır. Ancak pandemi döneminde yapılan çalışmaların bir kısmında çalışmamızla paralel şekilde depresyon ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptamamıştır (88) (89)(90).

Çalışmamızda eğitim durumu ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde benzer sonuçlar elde edilen çalışmalar bulunduğu gibi ülkemizde 146 yatan hasta ile yapılan bir çalışmada eğitim düzeyi düşük olanlarda depresyon düzeyinin anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır (91).

Çalışmamızda Covid-19 geçiren bireylerin depresyon düzeyleri ile medeni durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Süren'in yaptığı çalışmada evlilerde depresyon daha fazla görülürken, Yiğitoğlu ve ark. medeni durum ile depresyon arasında anlamlı ilişki saptamamışlardır(91) (89).

İran'da yapılan bir çalışmada depresyon düzeyi ile meslek arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, serbest çalışanlarda depresyon düzeyinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (92). Bizim çalışmamızda Covid geçirenlerin meslekleri ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ancak pandemi

döneminde değişen çalışma koşullarını sorguladığımızda %54'ünün günlük çalışma saatinin değişmediğini, %27'sinin azaldığını, %13,51'inin arttığını, %4,5'inin işini kaybettiğini saptadık. Pandemi döneminde işini kaybedenlerin DASS-21 ölçeği alt boyutlarından depresyon (F=3,012 p=0.033) ve anksiyete (F=3,110 p=0.029) puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Ekonomik sıkıntılar, geleceğe dair belirsizlik hissi ruhsal bozukluklar için önemli bir risk faktörüdür.

Çalışmamızda Covid geçiren bireylerin DASS-21 anksiyete alt ölçek puan ortalaması 3.65, kontrol grubunun 3.48, tüm katılımcıların 3,57'dir. Hasta grubunun %38,73'ü DASS-21 anksiyete alt ölçeğinden ≥4 puan almıştır. Hasta grubunun anksiyete puanı ile yaş, cinsiyet, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, mesleği, gelir düzeyi, hane halkı yapısı, ailesinde Covid-19 geçiren ya da Covid-19 nedeniyle vefat eden olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Demiryürek ve ark. tarafından Covid-19 geçirmiş 109 hasta ile yapılan bir çalışmada anksiyetenin genç kadınlarda anlamlı şekilde daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır(93). Meksika'da yapılan bir çalışmada anksiyete kadınlarda erkeklerden anlamlı düzeyde fazla görülmekteydi (94). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada anksiyetenin 18-27 yaş aralığında, kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha sık görüldüğü saptanmıştır(80). 31 çalışmayı içeren bir meta analizde çalışmamızla benzer şekilde anksiyete ile cinsiyet ve yaş arasında anlamlı bir ilişki gösterilmemiştir(7).

Yılmaz'ın çalışmasında eğitim düzeyi ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanmışken, ülkemizde ve yurtdışında yapılan birçok çalışmada bizim çalışmamızla paralel bir şekilde eğitim düzeyi ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(88)(80)(89)(92).

Çalışmamızda DASS-21 ölçeği alt boyutlarından "Aksiyete" puanları ile sigara (t=2,212 p=0.029) ve alkol (t=3,491 p=0.001) kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır Sigara ve alkol kullananların kullanmayanlara kıyasla "Aksiyete" puanları daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda Covid geçiren bireylerin DASS-21 stres alt ölçek puan ortalaması 5.11, kontrol grubunun 5.30, tüm katılımcıların 5,20'dir. Hasta grubunun

%28,82'si DASS-21 stres alt ölçeğinden ≥8 puan almıştır. Hasta grubunun stres puanı ile yaş, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sahibi olma durumu, mesleği, gelir düzeyi, hane halkı yapısı, sigara ve alkol kullanımı, ailesinde Covid-19 geçiren ya da Covid-19 nedeniyle vefat eden olması arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Stres puanları ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (t=1,998 p=0.048). Kadınların erkeklere kıyasla "Stres" puanları daha yüksek bulunmuştur. Zandifer ve ark tarafından yapılan çalışmada stres ile yaş ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(92). Covid-19 geçirenlerden Covid tedavisinde kullanılan ilaçların etkili olduğuna inanmayanların stres seviyesi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır(p=0,047). Hastalığın kesinleşmiş bir tedavisinin şu an için olmaması hastaların kullanılması önerilen ilaçların etkinliğine inanmamasına, stres düzeylerinin artmasına yol açtığını düşünmekteyiz.

Hasta grubunun %1.8'i (n=2) Covid-19 geçirdikten sonra psikiyatrik tedavi görmeye başlamıştır. Hasta grubunun FCV-19S toplam puanı(t=2,856 p=0.005), DASS-21 ölçeği alt boyutlarından "Depresyon" puanları(t=3,063 p=0.003) ve DASS-21 ölçeği alt boyutlarından "Stres" puanları(t=2,902 p=0.004) ile "COVID-19 geçirdikten sonra psikiyatrik tedavi aldınız mı?" sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır Psikiyatrik tedavi alanların almayanlara kıyasla Covid-19 korkusu, depresyon ve stres düzeyi puanları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Ancak çalışmamıza katılan hasta grubunun %11'inde ileri ve çok ileri düzeyde depresyon; %16,21'inde ileri ve çok ileri anksiyete; %9'unda ileri düzeyde stres saptandığı düşünüldüğünde ruhsal bozuklukların çoğunun atlandığı ya da hastaların destek almak için hekime başvurmadığı görülmektedir. Unipolar depresyonu olan kişilerin çoğunluğunun psikiyatristler yerine birinci basamak hekimlerine başvurduğu ve bunlarında ancak %50'sinin tanı aldığı literatürde yer almaktadır(58).

Hasta grubu KPSÖ toplam puanları ile DASS-21 alt boyutlarından "Depresyon" puanları arasında negatif yönlü (r=-0,388 p<0.001), "Aksiyete" puanları arasında negatif yönlü (r=-0,434 p<0.001), "Stres" puanları arasında negatif yönlü (r=-0,414 p<0.001) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda Covid-19 geçirenlerde psikolojik sağlamlık arttıkça depresyon, anksiyete ve stresin

azaldığı saptanmıştır. Bulgumuz literatürü destekler niteliktedir, Yurt içi ve yurt dışında yapılan birçok çalışmada psikolojik sağlamlığın ruhsal bozukluklarda koruyucu etkisi olduğu gösterilmiştir (94)(87)(45)(95)(96)(46), çalışmamızda psikolojik sağlamlığın bu etkisi Covid-19 geçirenlerde de görülmektedir.

Kontrol grubu KPSÖ toplam puanları ile DASS-21 alt boyutlarından aksiyete (r=-0,279 p=0.003) ve stres (r=-0,270 p=0.004) puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Hasta ve kontrol gruplarının FCV-19S toplam puanı (p=0.235), KPSÖ toplam puanı (p=0.535), DASS-21 alt boyutlarından "Anksiyete" puanları (p=0.759), "Depresyon" puanları (p=0.665) ve "Stres" puanları (p=0.783) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yani çalışmamıza göre Covid-19 geçiren ve geçirmeyenlerin Covid korkusu arasında fark yoktur. Covid-19 geçiren ve geçirmeyenlerin depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasında fark yoktur. Çıbık ve ark. Covid-19 geçirenlerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin geçirmeyenlere göre daha fazla olduğunu saptamıştır(97). Covid geçiren ve geçirmeyenlerin psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında fark yoktur. Işıklı ve ark tarafından hemşirelerde yapılan bir vaka-kontrol çalışmasında çalışmamızla benzer şekilde Covid-19 geçiren ve geçirmeyenler arasında psikolojik sağlamlık ve Covid korkusu yönünden anlamlı fark saptanmamıştır(83).

Çalışmamız her ne kadar hem yüz yüze hem de online çevrimiçi ortamlarda anketin paylaşılması ile gerçekleştirilmiş olsa da çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu online anket ile katılmıştır. Bunun da çalışmanın bir kısıtlılığı olarak homojen bir yaş ve eğitim durumu elde edilmemesine yol açtığını düşünmekteyiz. Bundan sonra yapılacak benzer çalışmalarda örneklem sayısının yüksek tutulması ve ileri yaş grubunun katılım oranının arttırılmasını önermekteyiz.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Çalışmamızda 18 yaş üstü bireylerde Covid-19 geçirenlerin yaş ortalaması 39,66±10,31 , %54,1'i kadın, %75,7'si evli, %73'ünün çocuğu var, %61'i önlisans veya lisans mezunu, %55'i beyaz yaka, %65,8'inin aylık bireysel geliri asgari ücret üzerinde, %54,1'i aylık gelir durumunu orta olarak tanımlamakta, %4,5'i pandemi döneminde işsiz kalmış, %24,3'ü, sigara içiyor, %13,5'i alkol kullanıyor, %26,1'inin kronik bir hastalığı vardır. Kronik hastalığı olanların %18,4'ünün (n=7) esansiyel hipertansiyonu, %18,4'ünün (n=7) hipotiroidisi, %13,2'sinin (n=5) astımı, %13,2'sinin (n=5) romatizmal hastalığı, %10,5'inin (n=4) kalp hastalığı, %7,9'unun (n=3) diyabettes mellitusu, %7,9'unun (n=3) çölyak hastalığı vardı. Covid geçirenlerin %18,91'i Covid-19 geçirirken hiç ilaç kullanmamış, Covid-19 geçirenlerin %20,72'si favipiravir, %11,71'i hidroksiklorokin %8,10'u DMAH, %41.44'ü C vitamini, %38,73'ü D vitamini, , %38,73'ü ağrı kesici- ateş düşürücü, %17,11'i asetilsalisilik asit, %17,11'i çinko,%8,1'i antibiyotik, %2,7'si steroid, %0,9'u rivaroksaban kullanmıştır. Covid-19 geçirenlerin %27'si covid geçirmeden önce, %61,3'ü Covid-19 geçirken bağışıklık sistemini güçlendirici, takviye edici destek tedavisi kullanmış, %44,1'i Covid-19 geçirmeden önce aşılama başlamadığı, ya da aşılanma sırası henüz gelmediği için, %12,6'sı istemediği için aşı olmamış, %28,8'i tam aşılı, %14,4'ü eksik aşılıymış.

Covid-19 geçirenlerin %5,4'ü hastanede yatmış, %80,2'sinin ailesinde ya da aynı evi paylaştığı kişilerde Covid-19 geçiren, %8,1'inin ailesinde Covid-19 nedeniyle hastanede yatan, %2,7'sinin ailesinde Covid-19 nedeniyle vefat eden olmuş.

Covid-19 geçirenlerin %84,7'si, geçirmeyenlerin %88,1'i, tüm katılımcıların %86,4'ü Covid-19 aşısı olmuş. Covid-19 geçirenlerin %38,7'si 3 doz ve üzeri, %37,8'i 2 doz, %7,2'si tek doz aşı olmuştur; %88,3'ü Covid-19'dan korunmada önerilen maske-mesafe-hijyen kurallarına uyduğunu düşünüyor.

Covid-19 geçirenlerin %38,73'ünde hafiften çok ileri seviyeye dek anksiyete; %32,43'ünde hafiften çok ileri şiddete dek depresyon; %28,82'sinde hafiften çok ileri

seviyeye dek stres düzeyleri görülmektedir. Covid-19 geçirenlerin %1,8'i Covid-19 geçirdikten sonra psikiyatrik tedavi görmüştür.

Covid-19 geçirenlerden evli ve çocuğu olanların, gelir durumu orta olanların, Covid-19 aşısı olanların ve hijyen-korunma kurallarına uyanların Covid korkusu anlamlı düzeyde yüksektir. Pandemi döneminde işini kaybedenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleri; sigara ve alkol kullananların anksiyete düzeyleri anlamlı seviyede yüksektir. Kadınların stres düzeyleri erkeklerden anlamlı seviyede yüksektir.

Gelir durumu iyi/çok iyi olanların psikolojik sağlamlık düzeyleri anlamlı seviyede yüksektir.

COVID-19 geçiren bireylerin Covid korkusu ile psikolojik sağlamlık arasında; Covid korkusu ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasında; depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile psikolojik sağlamlık arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Psikolojik sağlamlığı yüksek olanlarda Covid-19 korkusu, depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri azalmaktadır. Covid geçiren ve geçirmeyen bireyler arasında Covid korkusu, depresyon, anksiyete, stres ve psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur.

6.2. ÖNERİLER

Kişilerin sağlık durumu bir bütün olarak ele alınıp psikososyal sorunların erken tanınması ve erken müdahalelerin yapılması gerekmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran kişilerin ruhsal bozukluklarının daha etkin bir biçimde tanı alabilmesi için hizmet içi eğitimler ile birinci basamak hekimlerinin ruhsal bozukluklar ile ilgili bilgi düzeyleri ve farkındalığı arttırılmalıdır.

Salgın dönemi gibi kriz durumlarında bireyler psikolojik danışmanlık ve destek hizmetlerine kolaylıkla ulaşabilmelidir. Psikiyatrik tanı, tedavi ve destek hizmetlerine yüz yüze erişimin kısıtlı olduğu dönemler için alternatif olarak online hizmet sunumu konusunda planlamalar yapılmalıdır.

Ruhsal bozukluklarda koruyucu bir faktör olan psikolojik sağlamlığın arttırılmasına yönelik destekleyici, yol gösterici adımlar atılmalıdır. Özellikle gelişimin önemli dönemlerinden olan çocukluk çağından başlayarak bireylere problemlerle baş edebilme yeteneğinin kazandırılması oldukça önemlidir. Aile ve okul hayatı içinde çocukluktan itibaren destekleyici bir tutum sergilenmesi, strese uyum becerilerinin kazandırılması gerekmektedir. Birinci basamak hekimleri de bu süreçte psikolojik sağlamlığı geliştirici unsurlar hakkında danışmanlık verebilmelidir.

Bireylerin erken yaşlardan itibaren psikolojik sağlamlığın artmasına etkisi olduğu bilinen sportif ve sanatsal faaliyetlere katılımı desteklenmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. World Health Organization. BASIC DOCUMENTS. 49th ed. World Health Organization; 2020. 1 p.
2. World Health Organization. Ruh Sağlığını Güçlendirme:Kavramlar, Kanıtlar, Uygulamalar. 1st ed. Taycan O, Coşkun B, editors. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları; 2020.
3. Tao Z, Tian J, Pei Y, Yuan M, Zhang Y, Dai F. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. Nature. 2020;579(March).
4. Aşkın R, Bozkurt Y, Zeybek Z. Covid - 19 pandemisi: psikolojik terapötik müdahaleler. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sos Bilim Derg. 2019;37:304–18.
5. Tükel R. COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE RUH SAĞLIĞI. 2020.
6. Camc G. COVID-19 ve Ruh Sağlığı. JAREN. 2021;7(1):41–8.
7. Deng J, Zhou F, Hou W, Silver Z, Wong CY, Chang O, et al. The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis. Ann N Y Acad Sci. 2021;1486(1):90–111.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı. 2017/11 sayılı Bulaşıcı Hastalıklar İle Mücadele Rehberi Genelgesi, 2018. 2018;85. Available from: https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/Eklenti/27034/0/bulasici-hastaliklarek39189df2-1e9b-4866-8c87-919b02695fd5pdf.pdf
9. Tekin A. TARİHTEN GÜNÜMÜZE EPİDEMİLER,PANDEMİLER ve EKONOMİK SONUÇLARI. J Süleyman Demirel Univ Inst Soc Sci Year. 2021;40(2):330–55.
10. Aslan R. Tarihten Günümüze Epidemiler, Pandemiler ve Covid-19. Göller Bölgesi Aylık Ekon ve Kültür Derg. 2020;8(85):36–41.
11. Ozturk O, Education S. Ana hatlarıyla pandemi ve pandemiler. 2021;(April).
12. Kılıç O. Tarihte Küresel Salgın Hastalıklar ve Toplum Hayatına Etkileri. In: Küresel Salgının Anatomisi İnsan ve Toplumun Geleceği. 2020. p. 13–53.
13. Zhong NS, Zheng BJ, Li YM, Poon LLM, Xie ZH, Chan KH, et al. Epidemiology and cause of severe acute respiratory syndrome (SARS) in Guangdong , People ' s Republic of China , in February , 2003. 2003;362:1353–8.
14. Threat C, Chafekar A, Fielding BC. MERS-CoV : Understanding the Latest Human. Viruses. 2018;10(2).
15. Parıldar H. Infectious Disease Outbreaks in History. J Tepecik Educ Res Hosp. 2020;
16. WHO. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) [Internet]. 2021. Available from: https://www.who.int/health-topics/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-mers#tab=tab_1
17. AY A. Orta Doğu Solunum SendromuCoronavirüsü Salginlari / Middle East

Respiratory Syndrome Coronavirus Outbreak. ESTÜDAM Halk Sağlığı Derg [Internet]. 2020;5(1):158–67. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/estudamhsd/issue/51856/674781

18. Cascella M. Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19) [Internet]. 2022. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/

19. T.C. Sağlık Bakanlığı. COVID-19 Rehberi. 2020;19. Available from: https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66337/genel-bilgiler-epidemiyoloji-ve-tani.html

20. International Committee on Taxonomy of Viruses. Coronaviridae [Internet]. 2022. Available from: https://talk.ictvonline.org/ictv-reports/ictv_9th_report/positive-sense-rna-viruses-2011/w/posrna_viruses/222/coronaviridae

21. Na Zhu, Ph.D., Dingyu Zhang, M.D., Wenling Wang, Ph.D., Xingwang Li, M.D., Bo Yang, M.S., Jingdong Song, Ph.D., Xiang Zhao, Ph.D., Baoying Huang, Ph.D., Weifeng Shi, Ph.D., Roujian Lu, M.D., Peihua Niu, Ph.D., Faxian Zhan, Ph.D., Xuejun Ma, Ph.D., Dayan W for the CNC. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. N Engl J Med. 2020;382(8):727–33.

22. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. Lancet. 2020;395(565–574).

23. Yang P, Wang X. COVID-19 : a new challenge for human beings. Cell Mol Immunol [Internet]. 2020;(March):19–21. Available from: http://dx.doi.org/10.1038/s41423-020-0407-x

24. Khan M, Syed F A, Hamad Z A, Muhammad N T, Saif S, KHan M, et al. Epidemiology and Progress So Far. Moléculas. 2021;26 (1)(1):1–25.

25. WHO. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2022. Available from: https://covid19.who.int/

26. İşsever H, İşsever T, Öztan G. COVID-19 Epidemiyolojisi Epidemiology of COVID-19 Temel Epidemiyoloji. Sağlık Bilim İleri Araştırmalar Derg. 2020;3(1):1–13.

27. UptoDate. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2022. Available from: https://www.uptodate.com/landing/covid19?search=Coronavirus infection

28. CDC. Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed Coronavirus Disease (COVID-19) [Internet]. 2022. Available from: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html

29. T.C. Sağlık Bakanlığı. GÜNCEL DÖNEMDE COVID-19 İLİŞKİLİ İZOLASYON VE KARANTİNA UYGULAMALARI [Internet]. Vol. 19. 2022. Available from: https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66339/temasli-takibi-salgin-yonetimi-evde-hasta-izlemi-ve-filyasyon.html

30. Kadam SB, Pable AA, Sukhramani GS, Barvkar VT. SARS - CoV - 2 , the pandemic coronavirus : Molecular and structural insights. J Basic Microbiol. 2021;61(3):180–202.

31. POLAT T, DAĞLIOĞLU G, GORUR O, İNAL TC. COVID-19 Hastalarının Tanı, Tedavi ve

Takibinde Klinik Biyokimya Laboratuvarlarının Rolü. Arşiv Kaynak Tarama Derg. 2022;31(1):1–9.

32. Jordan RE, Adab P, Cheng KK. Covid-19 : risk factors for severe disease and death. BMJ [Internet]. 2020;(March):1–2. Available from: http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.m1198

33. Cömert SŞ. COVID-19 Pnömonisinin Radyolojik Bulguları. South Clin Ist Euras. 2020;31:16–22.

34. FDA. Coronavirus (COVID-19) | Drugs [Internet]. FDA. 2022. Available from: https://www.fda.gov/drugs/emergency-preparedness-drugs/coronavirus-covid-19-drugs

35. T.C. Sağlık Bakanlığı. COVID-19 Erişkin hasta tedavisi. 2022;

36. Akilli IK, Bilge M, Guz AU, Korkusuz R, Korkusuz R, Yasar KK, et al. Comparison of Pneumonia Severity Indices, qCSI, 4C-Mortality Score and qSOFA in Predicting Mortality in Hospitalized Patients with COVID-19 Pneumonia. J Pers Med. 2022;12(801).

37. Ekim M, Er ZC, Zekey FS, Ekim H, Çiçekcioğlu F, Polat MF. COVID-19 HASTALIĞININ KARDİYOVASKÜLER SİSTEME ETKİLERİ. YOBU Sağlık Bilim Fakültesi Derg. 2020;1(1):27–34.

38. WHO. Coronavirus disease (COVID-19): Post COVID-19 condition [Internet]. 2021. Available from: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-(covid-19)-post-covid-19-condition

39. TTB. Pandeminin ikinci yili değerlendirme raporu [Internet]. 2022. Available from: https://www.ttb.org.tr/kollar/COVID19/yayin_goster.php?Guid=46a43990-bb06-11ec-9921-4b9f3e5a0818

40. CDC. SARS-CoV-2 Variant Classifications and Definitions [Internet]. 2022. Available from: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/variant-classifications.html

41. WHO. Tracking SARS-CoV-2 variants [Internet]. 2022. Available from: https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/

42. Shaheen NA, Sambas R, Alenezi M, Alharbi NK. COVID-19 reinfection: A multicenter retrospective study in Saudi Arabia. Ann Thorac Med. 2022;81–6.

43. T.C. Sağlık Bakanlığı. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI COVID-19 AŞISI BİLGİLENDİRME PLATFORMU [Internet]. İnternet. 2022. Available from: https://covid19asi.saglik.gov.tr

44. Our World in Data. Coronavirus (COVID-19) Vaccinations [Internet]. İnternet. 2022. Available from: https://ourworldindata.org/covid-vaccinations

45. KIMTER N. Covid-19 Günlerinde Bireylerin Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. IBAD Sos Bilim Derg. 2020 Dec 5;574–605.

46. BOZDAĞ F. Pandemi Sürecinde Psikolojik Sağlamlık. J Turkish Stud. 2020;Volume 15(Volume 15 Issue 6):247–57.

47. Gizir CA. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK, RİSK FAKTÖRLERİ VE KORUYUCU FAKTÖRLER ÜZERİNE BİR DERLEME ÇALIŞMASI. Türk Psikolojik Danışma ve Rehb Derg. 2003;3(28):113–28.

48. Mertens G, Gerritsen L, Duijndam S, Salemink E, Engelhard IM. Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. J Anxiety Disord. 2020;74.

49. Gündüz N, Aker AT. Travmatik Stres ve Beyin. Turkiye Klin J Psychiatry-Special Top. 2015;8(1).

50. Lee SA, Crunk EA. Fear and Psychopathology During the COVID-19 Crisis: Neuroticism, Hypochondriasis, Reassurance-Seeking, and Coronaphobia as Fear Factors. Omega (United States). 2020;1–14.

51. Bolat E, Ayvaz Ö. SAĞLIK PERSONELLERİNİN COVID - 19 KORKU DÜZEYLERİNİ N BELİRLENMESİ DETERMINATION OF COVID-19 FEAR LEVELS OF MEDICAL PERSONNEL. J Soc Humanit Sci Res. 2021;8(71).

52. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. Psychiatry Clin Neurosci. 2020;74(4):281–2.

53. Yalçın I, Çalışır ÖM, Can N, Yalçın S, Çolak B. COVID-19 Korkusu İle Ruh Sağlığı Değişkenleri Arasındaki İlişkide Koruyucu ve Risk Faktörlerinin Moderatör Etkisi [Internet]. 2020. Available from: https://istatistik.yok.gov.tr

54. Okur İ, Demirel ÖF. COVID-19 ve Psikiyatrik Bozukluklar. Vol. 3, Med Res Rep. 2020.

55. Özturk MO UN. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 16th ed. Npbel Tıp Kitapevleri; 2020.

56. UptoDate. Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis [Internet]. 2022. Available from: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-assessment-and-diagnosis?

57. Helvacı Çelik F, Hocaoğlu Ç. 'Major Depresif Bozukluk' Tanımı, Etyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. J Contemp Med [Internet]. 2016;6(1):51–66. Available from: https://doi.org/10.16899/ctd.03180

58. Çifci A, editor. Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı ve Tedavi - Cilt 2. 2020. 1669–1689 p.

59. Köroğlu E. DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. Hekimler Yayın Birliği. 2014. 91–112 p.

60. Köroğlu E. Aile Hekimliği Uygulamasında Psikiyatri. HYB yayıncılık; 2012. 99–114 p.

61. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Dialogues Clin Neurosci. 2015;17(3):327–35.

62. Karamustafalıoğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. ŞEEAH Tıp Bülteni. 2011;45(2):65–74.

63. Önel sn. Covid-19 sürecinde öz duyarlık ve psikolojik sağlamlık ile depresyon, anksiyete, stres arasındaki ilişkinin incelenmesi.

64. Kaba İ. Stres, ruh sağlığı ve stres yönetimi : güncel bir gözden geçirme. Akad dergisi. 2019;73:63–81.

65. Kaloğlu HA, Çiçek S AS. Strese Genel Bakış. In: Stres, Tıp ve Psikiyatri. 1st ed. Türkiye Klinikleri; 2022. p. 1–8.

66. Koç Z. Örselenme (travma) ve tetikleyici etkenle (stresörle) ilişkili bozukluklar ve psikiyatri hemşireliği bakımı. 2018.

67. İzcİ F, Ünveren G. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi ve Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Derg. 2017;6(1):31–8.

68. Bryant R. Acute stress disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, and diagnosis [Internet]. UptoDate. 2022. Available from: https://www.uptodate.com/contents/acute-stress-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-and-diagnosis

69. Menkü BE, Coşar B. Allostatik Yük ve Ruh Sağlığı. In: Stres, Tıp ve Psikiyatri. 1st ed. Türkiye Klinikleri; 2022. p. 9–14.

70. Geyran PÇ. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile ilişkili Nörobiyolojik Kanıtlar. Düşünen adam Psikiyatr ve nörolojik Bilim Derg. 1995;8:9–18.

71. Ünal S, Küey L, Güleç C, Bekaroğlu M. Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri. Klin Psikiyatr. 2002;5(8):8–15.

72. Collaborators MD. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Lancet. 2021;398:1700–12.

73. Gamze Gürcan, Korkmaz ŞA, Ay ŞB, Gürcan A. COVID- 19 ve Ruh Sağlığı : Güncel Araştırmalar Bize Ne Gösteriyor ? Eskisehir Med J. 2022;3(1):79–88.

74. UptoDate. COVID-19: Psychiatric illness [Internet]. 2022. Available from: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-psychiatric-illness

75. Ladikli N, Bahadır E, Yumuşak FN, Akkuzu H, Karaman G, Türkkan Z. Kovid-19 korkusu ölçeği'nin türkçe güvenirlik ve geçerlik çalışmasI. Int J Soc Sci. 2020;3(2):71–80.

76. Doğan T. Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ' nin Türkçe uyarlaması : Geçerlik ve güvenirlik çalışması. J Happiness Well-Being. 2015;3(1):93–102.

77. Yılmaz Ö, Boz H, Arslan A. Depresyon anksiyete stres ölçeğinin(dass 21) türkçe kısa formunun geçerlilik-güvenilirlik çalışması. Finans Ekon ve Sos Araştırmalar Derg. 2017;2(2):78–91.

78. Tzur Bitan D, Grossman-giron A, Bloch Y, Mayer Y, Shi N. Fear of COVID-19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. Elsevier [Internet]. 2020;6. Available from: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113100

79. ARISOY A, ÇAY M. Yaşlı Bİreylerde Koronavİrüs (Covİd-19) Korkusu: Yetİşkİn Bİreylerle Karşilaştırmalı Bİr Çalışma. Tıbbi Sos Hizmet Derg. 2021;(17):82–97.

80. Öztürk F, Bal PN. Covid-19 Korkusu İle Anksiyete Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Int SMART J. 2022;8(56):481–91.

81. Bakioğlu F, Korkmaz O, Ercan H. Fear of COVID-19 and Positivity: Mediating Role of Intolerance of Uncertainty, Depression, Anxiety, and Stress. Int J Ment Health Addict. 2021;19:2369–82.

82. Tektaş N, Ceviz NÖ. Covid-19 korkusu ve koronavirüs anksiyete ilişkisinin incelenmesi. Idea Stud J. 2021;7(36):1322–30.

83. Işıklı AG, Şen H, Soydaş D. COVID-19 tanısı alan ve almayan hemşirelerin psikolojik dayanıklılık, mesleki doyum ve korku düzeylerinin değerlendirilmesi. J Psychiatr Nurs. 2021;12(4):281–7.

84. Türktemİz H, Ünal Ö. COVID- 19 Korkusunun Aşı Tutumuna Etkisinde Bilgi Arama Davranışının ve Aşı Bilgisi İnancının Aracı Rolü. BAUN Sağ Bil Derg. 2021;10(3):367–78.

85. Tarus HA, Ölmez Y, Öz T, Demirci N. Effects of Covid-19 fear on the attitudes toward Covid-19 vaccination in reproductive women. Heal Care Women Int. 2022;43(4):398–412.

86. Caycho-Rodríguez T, Tomás JM, Vilca LW, Carbajal-León C, Cervigni M, Gallegos M, et al. Socio-Demographic Variables, Fear of COVID-19, Anxiety, and Depression: Prevalence, Relationships and Explanatory Model in the General Population of Seven Latin American Countries. Front Psychol. 2021;12(November):1–15.

87. Tutal V, Efe M. Bireylerin psikolojik sağlamlık ve covid-19 korkularının çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Uluslararası Sos Araştırmalar Derg [Internet]. 2020;13(74). Available from: www.sosyalarastirmalar.com

88. Yılbaş B. COVID-19 tanısı ile tedavi gören bireylerin iyileşme dönemi sonrasında psikiyatrik tanı açısından değerlendirilmesi. Klin Psikiyatr Derg. 2021;24:239–45.

89. Yiğitoğlu Et, Karadede H, Karadede Ö, Karaali R, Aydın E. Covıd-19 Tanılı Bireylerin Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Derg. 2021;25(2):51–9.

90. Argüder E, Kılıç H, Civak M, Kacar D, Kaya G, Yılmaz A, et al. Anxiety and Depression Levels in Hospitalized Patients due to Covid-19 Infection. Ankara Med J. 2020;20(4):971–81.

91. Süren Y. Covid-19'lu hastaların depresyon anksiyete ve stres düzeylerinin incelenmesi. Avrasya Sos ve Ekon Araştırmaları Derg. 2022;9(2):347–60.

92. Zandifar A, Badrfam R, Yazdani S, Arzaghi SM, Rahimi F, Ghasemi S, et al. Prevalence and severity of depression, anxiety, stress and perceived stress in hospitalized patients with COVID-19. J Diabetes Metab Disord [Internet]. 2020;19:1431–8. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7594988/

93. Demiryürek E, Çekiç D, İşsever K, Genç AC, Yaylacı S, Demiryürek BE. Depression and Anxiety Disorders in Covid-19 Survivors: Role of Inflammatory Predictors. Arch Neuropsychiatry. 2022;59:105–9.

94. Pérez-Gómez HR, González-Díaz E, Herrero M, de Santos-Ávila F, Vázquez-Castellanos JL, Juárez-Rodríguez P, et al. The Moderating Effect of Resilience on Mental Health Deterioration among COVID-19 Survivors in a Mexican Sample. Healthc. 2022;10(2).

95. YAZICI ÇELEBİ G. Covid 19 Salgınına İlişkin Tepkilerin Psikolojik Sağlamlık Açısından İncelenmesi. IBAD Sos Bilim Derg. 2020 Dec 16;471–83.

96. Tükel Y. Covid-19 Sürecinde Rekreatif Faaliyetlere Katılan Bireylerin Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin İncelenmesi. BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DERGİSİ. 2021;6(1):91–104.

97. Çıbık M, Yılmaz K, Sert ÖA. COVID- 19 Geçiren v e Geçirmeyen Bireylerde Anksiyete , Depresyon ve Yorgunluk Düzeyi. Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilim Derg. 2022;6(1):31–9.