



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KEÇİÖREN SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ**

**ANKARA İLİNDE ALIşAN AİLE SAğLIğI
ELEMENLARININ COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE
PANDEMİYE AİT BİLGİ, TUTUM VE KAYGI
DÜZEYLERİNİN DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Görkem Kangal

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2021



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
KEÇİÖREN SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ**

**ANKARA İLİNDE ALIşAN AİLE SAğLIğI
ELEMENLARININ COVID-19 PANDEMİSİ SÜRECİNDE
PANDEMİYE AİT BİLGİ, TUTUM VE KAYGI
DÜZEYLERİNİN DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Görkem Kangal

**Tez Danışmanı:
Doç. Dr. Tijen şengezer**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2021

TEŞEKKÜR

Bu uzun yolda bizlere rehber olup, akademik olarak sınırlarımızı sonuna kadar zorlamamızı amaçlayan ve her daim dostane tavrını bizden esirgemeyen kıymetli hocam Doç. Dr. Tijen ŞENGİZER'e,

Gerek meslek hayatımda gerekse de uzmanlık eğitimim boyunca aldığım eğitimin kıymetini tekrar tekrar görüp, bugün dahi güvenini arkamda hissettiğim Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne,

Her zaman beni kendilerinin önünde tutan, maddi ve manevi bizlerden hiçbir şey esirgemeyen, eğlenceli ve sorumluluk sahibi bir hayat sunan ilk ve en iyi arkadaşlarım olan canım annem Meral KANGAL ve canım babam Tahir KANGAL'a, enerjisiyle hayatımızı renklendiren canım kardeşim Gizem KANGAL KARAMAN'a, eşim sayesinde hayatıma giren hem manevi olarak hem de mesleki olarak her daim yanımda olan annem Prof. Dr. Ayşegül ÖZGÖK ve babam Prof. Dr. İbrahim Yaşar ÖZGÖK'e,

Bana benden de çok inanan, her daim yanımda olan, bu uzmanlığın her kademesinde belki de benden de fazla emeği olan canım eşim ve dostum Dr. Öğr. Üyesi M. Kübra ÖZGÖK KANGAL'a,

Hayatımızın büyük mucizesi, ışığı ve en güzel duyguların müsebbibi olan canım oğlum Özdemir Asaf KANGAL ve sabırsızlıkla beklediğimiz canım kızlarıma,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Görkem KANGAL
ANKARA, 2021

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR.....	iv
TABLolar DİZİNİ.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. COVID-19 PANDEMİSİ.....	3
2.2. KORONAVİRÜSLERİN TARİHİ	3
2.3.SARS-COV-2 YAPISI	4
2.4. SARS-COV-2 BULAŞ YOLLARI.....	5
2.5. COVID-19 PATOFİZYOLOJİ.....	6
2.6. SARS-COV-2 EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLERİ	8
2.7. COVID-19 TEDAVİ.....	9
2.8. COVID-19 ENFEKSİYON KONTROLÜ	9
2.9. SAĞLIK PERSONELİNDE COVID-19	10
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	12
3.1. ANKET	12
3.2. İSTATİSTİKSEL ANALİZ	13
4. BULGULAR.....	14
4.1. TANIMLAYICI ANALİZLER	14

4.2. GENEL BİLGİ DÜZEYİNE GÖRE ALT GRUP KARŞILAŞTIRMALARI ...	26
4.3. COVID-19 BİLGİLENDİRME DERSİNE KATILIMA GÖRE ALT GRUP KARŞILAŞTIRMALARI.....	26
4.4. COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDEKİ TUTUMLARIN ALT GRUP KARŞILAŞTIRMALARI.....	27
4.5. COVID-19 PANDEMİSİNE AİT GÖRÜŞLERİN ALT GRUP KARŞILAŞTIRMALARI.....	34
4.6. COVID-19 KAYGI DÜZEYİ ALT GRUP KARŞILAŞTIRMALARI.....	37
5.TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇLAR.....	50
KAYNAKÇA.....	51
ÖZGEÇMİŞ.....	62
EKLER.....	64
EK 1. ETİK KURUL ONAYI	64
EK 2. ANKET FORMU	67

KISALTMALAR

- ACE II:** Anjiyotensin dönüştürücü enzim II
- ARDS:** Akut Respiratuvar Distres Sendromu
- ASE:** Aile Sağlığı Elemanı
- ASM:** Aile Sağlığı Merkezi
- COVID-19:** Koronavirüs Hastalığı 2019
- DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü
- E glikoprotein:** Zarf glikoprotein
- GM-CSF:** Granülosit-makrofaj koloni stimulan faktör
- HKÖ:** Hastalık Kontrol ve Önleme (Centers for Disease Control and Prevention, CDC)
- HR1:** Heptad repeat 1
- HR2:** Heptad repeat 2
- IFN-gama:** interferon gama
- IL-1:** İnterlökin-1
- IL-1beta:** İnterlökin-1 beta
- IL-6:** İnterlökin-6
- IL-8:** İnterlökin-8
- IL-12:** İnterlökin-12
- M protein:** Membran protein
- N:** Nüklokapsid
- Pro-IL-1beta:** Pro-interlökin-1 beta
- RAAS:** Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi
- RNA:** Ribonükleik asit
- S protein:** Spike protein
- SBÜ:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi
- SARS-CoV-2:** Akut respiratuvar sendrom koronavirüs 2
- TLR:** Toll-like reseptör
- TNF-alfa:** Tümör nekroz faktör-alfa

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 2.1. Yaş gruplarına göre (18-29 yaş grubu referans alınarak) vaka, hastaneye yatış ve mortalite oranlarının karşılaştırması	9
Tablo 4.1. Katılımcıların öğrenim durumları, meslek kategorileri, mesleki deneyimleri ve ortalama gelir düzeylerine ait veriler.....	15
Tablo 4.2. COVID-19 bilgi düzeyini ölçen soruların cevaplarının analizi.....	17
Tablo 4.3. “COVID-19’den korunmak için iş yerindeki alışkanlıklarınız nelerdir?” sorusuna verilen cevaplar	19
Tablo 4.4. “El hijyeninizi sağlamak amacıyla aşağıdaki materyalleri tercih etme sıklığınız lütfen işaretleyin.” sorusuna verilen cevaplar.....	21
Tablo 4.5. Katılımcıların COVID-19 hakkında bilgi edinme kaynaklarının analizi.....	22
Tablo 4.6. COVID-19 pandemisi hakkında ASE’lerin görüşleri.....	23
Tablo 4.7. COVID-19 Kaygı Düzeyi (Koronavirüs anksiyete ölçeği) sonuçları	25
Tablo 4.8. Evlerine giren ortalama gelire göre COVID-19’a yönelik korunma tutumları	29

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Katılımcıların kronik hastalıkları.	16
Şekil 4.2. “COVID-19 hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?” sorusuna verilen cevapların analizi	16
Şekil 4.3. “COVID-19 açısından kendinizi nasıl korumanız gerektiğini biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevapların analizi	18
Şekil 4.4. “COVID-19 pandemisi döneminde iş yerinizde kullandığınız koruyucu ekipmanlar nelerdir?” sorusuna verilen cevaplar	18
Şekil 4.5. “Verilen korunma yöntemlerinin COVID-19’dan koruyuculuk başarısı hakkındaki görüşlerinizi 1 ile 5 arasında puanlayınız. (1 = başarısız, 5 = tam koruyucu)” sorusuna verilen cevapların puanlamalarının Kutu Grafiği ile gösterimi....	24

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile sağlığı elemanlarının COVID-19 pandemisi hakkındaki bilgi düzeyleri, görüş, tutum ve kaygı düzeylerini analiz etmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: 01.05.2021-30.07.2021 tarihleri arasında Ankara ilindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile sağlığı elemanlarına çalışma anketi yüz yüze yöntemle uygulanmıştır. Anket altı bölümden oluşmaktadır; genel bilgiler, genel sağlık durumu, COVID-19 bilgi düzeyi, tutumlar, görüşler ve kaygı düzeyi. Son bölümde kaygı düzeyini ölçmek için Koronavirüs Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 270 kişi katılmıştır. Katılımcıların %22,2'si kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. Sadece %26,3'ü (n=71) daha önce COVID-19 tanısı aldığını belirtmiştir. Katılımcıların çoğunluğu (%60,3) üniversite mezunu iken, çoğunlukta olan meslek kategorisi (%53,3) hemşirelerdir. Çalıştığı kurumda COVID-19'a yönelik bilgilendirme dersine katılanların oranı %12,7 (n=34) idi. Genel olarak bilgi düzeyi yeterli olarak tanımlananlar %94,1 (n=254) idi. Bilgi düzeyini ölçen sorular tek tek incelendiğinde en fazla yanlış cevap verilen sorunun COVID-19 bulaş yolları olduğu dikkat çekmektedir. Tutumlar analiz edildiğinde, iş yerinde koruyucu ekipmanların kullanımları sıklık sırasına göre maske (n=270), eldiven (n=242), siperlik (n=188), tulum (n=109), gözlük (n=109) ve diğer (n=13) olarak belirtilmiştir. İş yerine her zaman ayrı bir kıyafetle gidip gelenler çoğunlukta (%40,82) idi. İş yerinde hiçbir zaman sosyal mesafeye dikkat edemeyenlerin oranı %8,24 idi. Hastalığın abartıldığını düşünen aile sağlığı elemanı oranı oldukça düşüktü (%5,5). Katılımcıların ortalama COVID-19 Kaygı Düzeyi $1,87 \pm 2,82$ puan olarak hesaplandı. Alt grup karşılaştırmaları yapıldı. Öğrenim durumu önlisans olanlarda yeterli bilgiye sahip olma oranı öğrenim durumu üniversite olanlara göre anlamlı şekilde daha yüksekti ($p=0,011$). Kurumda COVID-19 bilgilendirme dersine katılanların lise ve önlisans öğrenim durumunda olma oranları anlamlı şekilde daha yüksek iken, bilgilendirme dersine katılmayanların üniversite öğrenimine sahip olma oranı daha yüksek olarak saptanmıştır ($p=0,002$). Ayrıca COVID-19 bilgilendirme dersine katılmayanların eldiven kullanma oranı vecerrahi maske değiştirme sıklığı daha yüksektir ($p<0,001$, $p=0,016$).

Sonuç: Çalışmamızda aile sağlığı elemanlarında kurumlarda bilgilendirme dersine katılım oranları oldukça düşüktür. Buna rağmen, bilgi düzeylerinin yeterli olduğu ancak özellikle COVID-19 bulaş yolları hakkında ek bilgilendirmeye ihtiyaçlarının olduğu görülmüştür. Bilgi düzeyleri ile eğitim seviyelerinin arasında doğrusal bir ilişki göstermesinden ziyade bilgi düzeyini eksik hissedenenlerin bilgiye ulaşmada ve bilgiyi tutuma daha istekli oldukları söylenebilir.

Anahtar kelimeler: COVID-19 pandemisi, anket, sağlık personelinin tutumu, kaygı



EVALUATION OF THE KNOWLEDGE, ATTITUDE, AND ANXIETY LEVELS OF THE FAMILY MEDICINE HEALTHCARE WORKERS IN ANKARA DURING THE COVID-19 PANDEMIC

ABSTRACT

Objective: We aimed to analyze the knowledge levels, opinions, attitudes, and anxiety levels of family medicine healthcare workers working in Family Healthcare Centers about the COVID-19 pandemic.

Materials and Methods: The study questionnaire was applied by face to face method to family medicine healthcare workers working in Family Healthcare Centers in Ankara, Turkey between 01.05.2021-30.07.2021. The survey consists of six parts; general information, general health status, COVID-19 knowledge, attitudes, opinions and anxiety level. The Coronavirus Anxiety Scale was used to measure the level of anxiety.

Results: A total of 270 family medicine healthcare workers participated in our study. Only 22.2% of the participants stated to have a chronic disease. Only 26.3% (n=71) stated that they had been diagnosed with COVID-19 before. While most of the participants (60.3%) were university graduates, the majority of the profession category (53.3%) were nurses. Only 12.7% of the participants attended a course on COVID-19 in their institution. Those defined as having sufficient knowledge were 94.1%. The most wrong answer was about the transmission routes of COVID-19. When the attitudes were analyzed, the use of protective equipment in the workplace was in the order of frequency as masks (n=270), gloves (n=242), visor (n=188), protective gowns (n=109), goggles (n=109), and other (n=13). The majority (40.82%) always went to the workplace with a different outfit. The rate of those who could never pay attention to the social distance at work was 8.24%. The rate of family medicine healthcare workers who thought the disease was exaggerated was relatively low (5.5%). The mean COVID-19 Anxiety Level of the participants was calculated as 1.87 ± 2.82 points. Subgroup comparisons were analyzed. Sufficient knowledge was significantly higher in those with an associate degree education than those with a university education level ($p=0.011$).

While the rate of those who attended the COVID-19 information course in their institution was higher in high school and associate degree education, the rate of those who did not attend the information course was found to be higher ($p=0.002$). In addition, the rate of using gloves and the frequency of changing surgical masks was higher for those who did not attend the COVID-19 information course ($p<0.001$, $p=0.016$).

Conclusion: In our study, the rate of participation in information courses on COVID-19 in institutions in family medicine healthcare workers is relatively low. Despite this, it has been observed that their knowledge level is sufficient, but they need additional information, especially about the transmission routes of COVID-19. Rather than showing a linear relationship between knowledge levels and education levels, it can be said that those who feel lacking in knowledge are more willing to access and retain knowledge.

Keywords: survey, attitude of health personnel, COVID-19 pandemic, anxiety

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İlk olarak 2019 yılının sonlarına doğru Çin'in Wuhan kentinde benzer solunum yolu enfeksiyon vakaları bildirilmesinin ardından, akut respiratuvar sendrom koronavirüs 2 (SARS-CoV-2) olarak adlandırılan hastalık, Mart 2020'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "pandemi" olarak ilan edilmiştir (1,2). SARS-CoV-2, primer olarak viral respiratuvar ve vasküler bir hastalık olarak değerlendirilmiştir. Vücutta birçok sistemi etkilemektedir (3). Hastaların çoğu hafif veya orta klinik ile hastalığı geçirmektedir (4). Ancak 65 yaş üzeri kişiler ve altta yatan kronik hastalığı olanlar (obezite, kardiyovasküler hastalıklar, kronik böbrek hastalığı, diyabet, kronik akciğer hastalığı olanlar, sigara içenler, kanser, solid organ veya hematopoetik kök hücre transplant yapılan hastalar) özellikle ciddi hastalık yönünden risk grubundadır (3). Bu kişilerin, bu hastalığa 12 kat daha fazla yenik düştüğü bildirilmiştir (5). Kesin bir tedavi bulunamamış olması nedeniyle sadece semptomatik tedavi uygulanan Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19) bulaşını önlemek çok daha büyük bir önem kazanmaktadır (6). Vaka yükünü azalttığımızda, sağlık sisteminin felç olması önlenabilir ve sağlık personelinin üzerindeki aşırı yükü ortadan kaldırılabılır (7).

COVID-19 sağlık personeli üzerine birçok yönden ağır etkiler bırakmaktadır. Hasta olma riski, hastalığı bulaştırma riski, uzamış çalışma süreleri, ağır iş yükü, psikolojik stres bunlardan en önemli olanlarıdır (8). COVID-19 hastalarıyla birebir temas halinde çalışan bu kişiler dünya genelinde en yüksek maruziyet riskine sahip olan meslek grubudur. Sağlık personelinin COVID-19 hakkında genel bilgilere hakim olması, bulaşa yönelik önlemleri sıkıca uygulamaları, yeni çalışma şartlarına uyum sağlamaları, sosyal kısıtlamalar ve tüm bunlar olup biterken tedavisi bulunamamış bir pandemi hakkında psikolojik yönden de güçlü olmaları gerekmektedir. Pandeminin başından beri ülkemizde aile sağlığı merkezleri de COVID-19'a yönelik testler, tanı, tedavi ve aşılama ön sırada çalışmaktadır.

Şimdiye kadar sağlık personellerinin COVID-19 pandemisi ile ilgili bilgi düzeyi, görüş ve tutumlarına dair yapılan çalışmalar genellikle COVID-19 servislerinde çalışan sağlık personelleri üzerinde yapılmıştır. Biz bu çalışmada aile

sağlığı merkezlerinde (ASM) alışan aile sağlığı elemanlarının (ASE) COVID-19 pandemisi hakkındaki bilgi düzeyleri, görüş ve tutumlarını analiz etmeyi amaçladık.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. COVID-19 PANDEMİSİ

İlk olarak 2019 yılının sonlarına doğru Çin'in Wuhan kentinde benzer enfeksiyon vakaları bildirildi. Enfeksiyonun sebebi SARS-CoV-2 olarak saptandı. Hastalık Şubat 2020'de DSÖ tarafından "COVID-19" veya "Koronavirus Hastalığı 2019" olarak adlandırıldı. Hastalık dünya genelinde hızla yayıldı (1). DSÖ tarafından Mart 2020 başlarında "pandemi" olarak ilan edildi (2). Dünyada son 100 yılda 4 büyük pandemi daha yaşanmıştır. Bunlar, 1918 yılında İspanyol gribi (H1N1), 1957 yılında Asya gribi (H2N2), 1968 yılında Hong Kong gribi (H3N2) ve son olarak 2009 yılında domuz gribi (H1N1) olarak adlandırılan pandemilerdir (9). DSÖ verilerine göre 12 Ekim 2021 tarihi itibarıyla dünyada doğrulanmış toplam COVID-19 vaka sayısı 237,655,302 iken doğrulanmış toplam ölüm sayısı 4,846,981'dir (10). Yapılan toplam aşı dozu ise 9 Ekim 2021 tarihi itibarıyla ise 6,364,021,792 olarak bildirilmiştir (11).

2.2. KORONAVİRÜSLERİN TARİHİ

İnfluenza, polio ve çiçek virüsünün aksine, koronavirüslerin insanları enfekte edebildiği çok daha yakın zamanda keşfedilmiştir. İlk olarak 1960'larda keşfedilen koronavirüsler ribonükleik asit (RNA) içeren ve çevresinde sivri uçlu çıkıntılar şeklinde proteinlerden oluşan bir zar ile çevrilidir (12). Bu proteinlerin verdiği taç benzeri görünüm nedeniyle Latince taç anlamına gelen "korona" ismi verilmiş ve koronavirüsler olarak adlandırılmıştır. Hastalık Kontrol ve Önleme (HKÖ) birimi tarafından 2020 yılında insanları enfekte edebilen 7 farklı koronavirüs türü bildirilmiştir (13). Genel olarak, tek iplikçikli, pozitif yönelimli, RNA genomu içeren virüslerdir (14). Genomları tahminen 26 ile 32 kilobaz arasındadır (15). Zoonotik virüsler olmaları sebebiyle hayvanlardan insanlara geçebilir. Aynı zamanda insanlar arasında da aerosoller aracılığıyla bulaşır (16). Develer, domuzlar, hindiler, fareler, köpekler, yarasalar, kediler ve başka hayvanlar da rezervuar olarak bildirilmiştir. İnsanlarda enfeksiyonlara yol açan en bilinen taşıyıcı ise yarasalardır (17,18).

İnsan nüfusunda ilk tanımlanan koronavirüsler Human-CoV-22E ve HCoV-OC43'tür (19). Bu virüslerin sıklıkla üst solunum yolu enfeksiyonlarına neden

olduğu görülmüş ve klinik olarak ciddi seyir gözlenmemiştir. Daha sonra HcoV-HKU1 ve HcoV-NL63 insanlarda saptanmıştır (20). İnsanlarda saptanan diğer üç koronavirüs türü de SARS-CoV, MERS-CoV ve SARS-CoV-2'dir (13). Bu son üç tür, diğerlerinden farklıdır çünkü insanlarda ciddi hastalık oluşturup ölüme yol açabilir (21).

SARS-CoV, 2002 yılında Çin'de başlamış ve vakaların çoğunluğu Çin'de olmak üzere 26 ülkede küçük salgınlara sebep olmuştur (22, 23). Bu virüs insanlarda ciddi akut respiratuvar sendrom tablosuna yol açmaktadır (24). Son vaka 2004 yılında bildirilmiştir. Karantina ve izolasyonla pandeminin önüne geçilebilmiştir (25).

Ardından, 2012 yılında Suudi Arabistan kaynaklı olarak MERS-CoV enfeksiyonları bildirilmiştir (26, 27). MERS'in develerden kaynaklandığı ve insanlara zoonotik yollar ile yayıldığına dair kanıtlar vardır (28). Günümüzde hala mortalitesi en yüksek olan koronavirüs türüdür; mortalitesi %32-33 olarak bildirilmektedir (14). Toplam 27 ülkede görülmüş ve Orta Doğu'da sınırlı kalmıştır (29). Karantina ve izolasyonla pandeminin önüne geçilebilmiştir (30).

Son olarak, 31 Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde ilk SARS-CoV-2 vakası DSÖ'ye resmi olarak bildirilmiştir. Ne yazık ki, 11 Mart 2020'de ise pandemi olarak ilan edilmiştir. Nisan 2020 itibariyle 214 ülke ve bölgede bildirilmiştir (31). Aralık 2019'da ilk bildirildiğinden beri SARS-CoV-2 genomu boyunca birçok mutasyon bildirilmiştir (32).

2.3. SARS-CoV-2 YAPISI

SARS-CoV-2, Betakoronavirüs cinsi ve Sarbecovirus alt cinsine aittir. Virüs elipsoidal bir şekile sahip, ortalama çapı kısa ekseninde 64.8 ± 11.8 nm, orta ekseninde 85.9 ± 9.4 nm ve uzun ekseninde 96.6 ± 11.8 nm'dir. (33,34) Pleomorfik zarflı bir virüstür (35). SARS-CoV ve MERS-CoV'un genomik olarak homolojileri sırasıyla %79.5 ve %40'tır (36). Ancak semptom, epidemiyoloji, inkübasyon periyodu ve radyolojik bulguları SARS-CoV hastalarıyla oldukça benzerdir (37).

Dört ana yapısal proteini vardır; spike (S) protein, zarf (E) glikoprotein, nükleokapsid (N) ve membran (M) protein. Bunların yanı sıra 16 yapısal olmayan protein ve 5-8 aksesuar proteini vardır (38).

SARS-CoV-2, S proteinlerini kullanarak akciğerde epitelyal hücrelere tutunur (39). Virüsün konak hücrelerde tutunmak için kullandığı reseptör ise anjiyotensin dönüştürücü enzim II (ACE II) reseptörleridir (40). Ardından hücre içerisine pH- ve reseptör aracılı endositoz ile girer (41). Hücre içine giren virüs, kendi RNA'sını konak hücrenin RNA'sına entegre ederek replikasyona başlar ve hücreyi ele geçirir. Böylece vücut boyunca proliferer olarak immün yanıt oluşturup, kişiyi enfekte edebilir (42, 43).

SARS-CoV-2 virüslerinin S proteini iki alt üniteden oluşur. S1 alt ünitesi, iki adet reseptör bağlanma domaini içerir ve konak hücreye bağlanmayı sağlar. S2 alt ünitesi ise membran füzyonunda kritiktir (44). S1 alt ünitesinin kullandığı reseptör olan ACE II reseptörü akciğer, kalp, böbrek ve bağırsaklarda epitelyal hücrelerin üzerinde yerleşmiş olan bir transmembran proteindir. Primer fizyolojik fonksiyonu vazokonstriksiyon ve kan basıncı düzenlemesinden sorumlu anjiyotensin hormonunun maturasyonunu düzenlemektir (45). Bu nedenle antiinflamatuvar etkileri olan ve akciğeri hasarlara karşı koruyabilen ACE II ekspresyonunun, SARS-CoV-2 ile down-regülasyonu ciddi akut akciğer hasarı ile seyreder (46, 47).

S1 alt ünite, hedef hücredeki ACE II reseptörüne bağlandıktan sonra, S2 alt ünitenin "heptad repeat 1" (HR1) ve "heptad repeat 2" (HR2) domainleri birleşerek altı-heliks demet çekirdeği oluşturur. Bu, viral ve konak hücre membranlarını füzyonun oluşması için birbirine yaklaştırır (48, 49). Membran füzyonunun ardından, koronavirüsün RNA genomu konak hücre sitoplazmasına erken endozomla taşınır. Viral RNA replikasyon ve translasyonu ile salınan proteinler sayesinde hücrelere yayılım gerçekleşir (21).

2.4. SARS-CoV-2 BULAŞ YOLLARI

SARS-CoV-2 ağırlıklı olarak kısa mesafeli havadaki aerosoller, respiratuvar damlacıklar ve enfekte respiratuvar damlacıklarla direk veya indirek temas yoluyla bulaşır (50, 51). Diğer yandan sık dokunulan yüzeyler, paylaşılan eşyalar ve yemekler de enfekte respiratuvar damlacıklar ile kontamine ise başka bir bulaş yolunu oluşturur (52). Diğer bulaş yolları arasında ise fekal-oral, idrar, gözyaşı, anne sütü gibi vücut sıvıları ile temas da bildirilmiştir (53-57). İnsanlarda vertikal veya perinatal (anneden bebeğe) bulaş nadir ancak mümkündür (58).

2.5. COVID-19 PATOFİZYOLOJİ

COVID-19 primer olarak viral respiratuvar ve vasküler bir hastalık olarak değerlendirilmiştir. SARS-CoV-2 ilişkili pnömoni iki evrede incelenir. Erken evre, viral replikasyon ile karakterizedir ve direk virüs aracılı doku hasarı ile sonuçlanır. Ardından geç evre başlar. Bu evre, enfekte konak hücrelerin immün yanıtı tetiklemesi ile T lenfositlerin, monositlerin ve nötrofil göçünün yaşandığı ve bunların tümör nekroz faktör-alfa (TNF-alfa), granülosit-makrofaj koloni stimulan faktör (GM-CSF), interlökin-1 (IL-1), interlökin-6 (IL-6), interlökin-1beta (IL-1beta), interlökin-8 (IL-8), interlökin-12 (IL-12) ve interferon gama (IFN-gama) salınımına yol açtığı evredir. Ciddi COVID-19 hastalığında, bağışıklık sisteminin aşırı aktivasyonu “sitokin fırtınası” ile sonuçlanır. Sitokin fırtınasında, sitokinlerin özellikle de IL-6 ve TNF-alfa’nın dolaşıma çok yüksek düzeyde salınması ve sonucunda lokal ve sistemik inflamatuvar yanıt gelişir (59,60). Artmış vasküler geçirgenlik ve takip eden pulmoner ödem gelişimi birden çok mekanizma ile açıklanmıştır. Direkt viral hasar ve perivasküler inflamasyonu sonucunda endoteliit gelişimi; renin-anjiyotensin-aldosteron sisteminin (RAAS) bozulması; vasküler geçirgenlik artışına yol açan kallikrein-bradikinin yolak aktivasyonu ve son olarak hücrelerin şişmesine ve intersellüler birleşimlerin bozulmasına yol açan epitelyal hücre kontraksiyonunda artış, bu mekanizmalar arasındadır (61-63). Ayrıca IL-6 ve TNF-alfa’nın yanı sıra, SARS-CoV-2’nin toll-like reseptör (TLR) bağlanması pro-interlökin-1 beta (pro-IL-1beta) salınımına yol açarak; aktif olgun IL-1beta’ya dönüşerek fibrozise kadar ilerleyen tabloları da içeren akciğer inflamasyonuna sebep olur (64).

SARS-CoV-2 akciğerler haricinde gastrointestinal sistem, hepatobiliyer sistem, kardiyovasküler sistem, böbrekler ve santral sinir sistemini de etkilemektedir. SARS-CoV-2 aracılı organ disfonksiyonu genel olarak direk viral toksisite; vaskülit, tromboz veya trombo-inflamasyon nedenli iskemik hasar; immün disregülasyon ve RAAS bozulması mekanizmalarından, bir veya daha fazlasının kombinasyonu ile açıklanabilir (65).

COVID-19’da kardiyak olayların altında yatan mekanizma net olarak açıklanamasa da multifaktöryel olduğu düşünülmektedir (3). Miyokardiyal hücrelerde var olan ACE-II reseptörleri aracılı miyokardite sebep olmaktadır. IL-6

gibi proinflamatuvar sitokinler vasküler inflamasyon, miyokardit ve kardiyak aritmilere sebep olur (66). Akut koroner sendrom gelişir ve birden çok faktöre bağlı olduğu düşünülmektedir. Bunlar arasında COVID-19 ilişkili hiperkoagülabilité, proinflamatuvar sitokinlerin salınımı, var olan ciddi koroner arter hastalığının kötüleşmesi, stres kardiyomyopati ve ilişkili hemodinamik bozukluk vardır (67-69).

Ayrıca COVID-19'un hematolojik sistem üzerinde de önemli etkileri vardır. COVID-19'da en sık görülen laboratuvar anomalisi olan lökopeninin mekanizması hala açıklanamamıştır (70). Trombositopeni ise sık görülmez ancak ciddi hastalık göstergesidir (65). COVID-19'da hiperkoagülabilité iyi bilinmemektedir ama koagülasyon sisteminin temel tetikleyicisi bilinmemektedir. Muhtemelen direk viral hasar veya sitokin aracılı vasküler endotel hasarı sonucu plateletler, monositler ve makrofajların aktivasyonu; artmış doku faktör, von Willebrand faktör ve Faktör VIII ekspresyonu ile trombin ve fibrin pıhtı oluşumu gerçekleşmektedir (70, 71).

Santral sinir sisteminde ise olfaktör sinir yoluyla enfekte nöronlar arasında transsinaptik transfer, vasküler endotelyal hücre enfeksiyonu veya kan beyin bariyeri boyunca lökositlerin migrasyonundan bahsedilmiştir (72).

Gastrointestinal sistemde COVID-19 patogenezi belirsizdir. İntestinal mukozanın ACE-II aracılı viral sitotoksitesi, sitokin ile uyarılan inflamasyon, bağırsak disbiyozisi ve vasküler anormallikler olabileceği düşünülmektedir (73).

Benzer şekilde karaciğerdeki patogenezi de belirsizdir. Öne sürülen mekanizmalar arasında karaciğerde ACE-II aracılı viral replikasyon, immun aracılı hasar, ilaç ile uyarılmış karaciğer hasarı ve var olan karaciğer hastalığının kötüleşmesi vardır (74).

Böbreklerdeki etkilenmenin de patogenezi belirsizdir. Virüs ile direk sitotoksite, RAAS sistemindeki dengesizlik, ilişkili sitokin aracılı hiperinflamasyon, mikrovasküler hasar ve protrombotik durum altta yatan olası patofizyolojik mekanizmalar arasında sayılmıştır. Böbrek hasarına katkıda bulunan diğer faktörler arasında ise hipovolemi, potansiyel nefrotoksik ajanlar ve nazokomiyal sepsis vardır (75).

2.6. SARS-CoV-2 EPİDEMİYOLOJİK ÖZELLİKLERİ

Ortalama inkübasyon süresi 4,0-5,2 günken 14 günden daha uzun inkübasyon süreleri de bildirilmiştir (74, 75). COVID-19'un kliniği beş grupta incelenebilir; asemptomatik, hafif, orta, ciddi, kritik (5, 76). Asemptomatik vakalar, tanısal testler ile hastalık varlığı tanımlanmış ancak herhangi bir semptom göstermeyen vakalardır. Asemptomatik enfeksiyon her yaş grubunda görülebilir ancak küçük yaşlarda daha fazladır (77). HKÖ Çin Merkez Raporu'nda, 11 Şubat 2020 tarihi itibarıyla saptanan 72,314 COVID-19 vakasının 889'unun (%1) asemptomatik olduğu bildirilmiştir (5). Toplum temelli seropozitiflik oranı sağlıklı kişilerde İsviçre'de %4.8, İspanya'da %5.0, Brezilya'da %8.3 olarak bildirilmiştir (78-80). Hafif vakalarda ateş, yorgunluk, miyalji, öksürük, boğaz ağrısı ve burun akıntısının da dahil olduğu akut üst solunum yolu enfeksiyonu belirtileri görülür. Orta düzey klinik gösteren olan vakalarda ise pnömoni, sıklıkla ateş ve öksürük, bazılarında solunum seslerinde anomaliler eşlik eder ancak nefes darlığı gibi açık hipoksemi bulguları yoktur. Ciddi vakalar ise bir hafta içinde hızlı ilerleme gösterir, santral siyanozla beraber dispne, oksijen saturasyonunun %92'nin altında olması ve hipokseminin diğer bulguları eşlik eder. Kritik hastalarda ise akut respiratuvar distres sendromu (ARDS) veya respiratuvar yetmezlik, şok ve çoklu organ yetmezliği görülür.

Yetişkin hastaların %81'i hafif veya orta şiddette klinik ile seyrederken, çocuklarda vakaların çoğu hafif bir klinik ile seyreder (5, 81, 82). Ancak 65 yaş üzeri kişiler ve altta yatan komorbid hastalığı olanlar (obezite, kardiyovasküler hastalıklar, kronik böbrek yetmezliği, diyabet, kronik akciğer hastalığı olanlar, sigara içenler, kanser, solid organ veya hematopoetik kök hücre transplant yapılan hastalar) özellikle ciddi hastalık yönünden risk grubundadır (3). Bu hastaların hospitalizasyon ihtiyacı (%45.4), eşlik eden herhangi bir hastalığı olmayan kişilere (%7,6) göre çok daha yüksektir. Ayrıca aynı çalışmada komorbiditesi olan hastaların bu hastalığa 12 kat daha fazla yenik düştüğü bildirilmiştir (5).

Dünyada COVID-19 mortalite oranı %6,9 olarak bildirilmekle birlikte ülkeler, yaş grupları ve hatta ırklar arası değişiklik gösterebilmektedir (83). HKÖ tarafından en son 9 Eylül 2021 tarihinde güncellenen yaşa göre hospitalizasyon ve mortalite oranları tabloda gösterilmiştir (84).

Tablo.2.1. Yaş gruplarına göre (18-29 yaş grubu referans alınarak) vaka, hastaneye yatış ve mortalite oranlarının karşılaştırması (84)

	0-4 yaş	5-17 yaş	18-29 yaş	30-39 yaş	40-49 yaş	50-64 yaş	65-74 yaş	75-84 yaş	85 yaş ve üzeri
Vakalar	<1 kat	1 kat	Referans grup	1 kat	1 kat	1 kat	1 kat	1 kat	1 kat
Hastaneye yatış	<1 kat	<1 kat	Referans grup	2 kat	2 kat	4 kat	5 kat	9 kat	15 kat
Mortalite	<1 kat	<1 kat	Referans grup	4 kat	10 kat	30 kat	90 kat	220 kat	570 kat

2.7. COVID-19 TEDAVİ

Günümüzde semptomatik tedaviler uygulanmaktadır. Ampirik antibiyotikler, antiviral terapiler ve sistemik kortikosteroidler sık tercih edilen ajanlardır. Farklı ajanlar hakkında çalışmalar devam etmektedir. Kesin bir tedavisi olmaması nedeniyle COVID-19'un bulaşını önlemek, çok daha büyük bir önem kazanmaktadır (6).

2.8. COVID-19 ENFEKSİYON KONTROLÜ

Doğru epidemiyolojik kontrol önlemleri ile pandeminin sonlandırılabilceği bilinmektedir (7). Başarılı epidemik kontrol içerisinde vaka taşınımını sonlandırmak, sosyal mesafe önlemlerini, yaygın tanılmal test uygulamalarıyla vakaların erken tespiti ve izolasyonu, hızlı temaslı takibi ile karantinası ve kişisel korumalar (maske ve el hijyeni) yer alır. Yüksek düzeyde epidemik bölgelere uçuşların en aza indirgenmesi, gelen tüm yolcuların test edilmesi ve 14-21 gün kadar karantina uygulanması da önemlidir. Ciddi kış epidemisi döneminde, şehirlerde ve hatta ülke genelinde kapanma, sosyal mesafe sağlanması için çok yararlıdır. Alternatif olarak, bulaş açısından yüksek riskli yerlerin kapatılması veya çalışma saatlerinin azaltılması da tercih edilebilir (7). Evin dışında herkesin maske takması da asemptomatik vakalar ile bulaşın önüne geçmede etkilidir (85, 86). Açıklanamayan ateş veya respiratuvar

belirtisi olan herkesten zorunlu test alınabilir. Eğer belirtiler devam ederse tekrarlı testler önerilebilir. Temaslı taramasında semptomların başlangıcından iki gün öncesine kadar olan dönem incelenmelidir. Diğer yandan medya ve internet üzerinden de halkın bilgilendirmesine yönelik eğitimler oldukça önemlidir. Son olarak günümüzde SARS-CoV-2'ye yönelik birçok aşı geliştirilmiş olup, dünya genelinde aşılama devam etmektedir. Güvenli ve etkili aşılamanın erişebilir olması ile beraber %70-80 civarında toplum bağışıklık oranı hedeflenmektedir (7).

Vaka yükünü azalttığımızda, sağlık sisteminin felç olması önlenabilir ve sağlık personelinin üzerindeki aşırı yük ortadan kaldırılabilir (7).

2.9. SAĞLIK PERSONELİNDE COVID-19

COVID-19'un sağlık personeli üzerinde de birçok yönden ağır etkileri vardır. Hasta olma riski, hastalığı bulaştırma riski, uzamış çalışma süreleri, ağır iş yükü ve psikolojik stres bunlardan en önemli olanlarıdır (8). COVID-19 hastalarıyla birebir temas halinde çalışan bu kişiler dünya genelinde en yüksek maruziyet riskine sahip olan meslek grubudur. Aşılamadan önce, DSÖ verilerine göre, COVID-19 vakalarının %14'ünün sağlık personeli olduğu görülmüştür (87). Aşılama ile beraber bu oranlar değişmiştir. Bergwerk ve arkadaşlarının çalışmasında, İsrail'de aşılama tamamlanmış 1497 sağlık personelinin 39'unda COVID-19 saptandığı bildirilmiştir. Çoğu vakanın hafif veya asemptomatik seyrettiği bildirilmiştir (88). Ancak sağlık personeli içerisinde de ciddi hastalık yönünden yüksek riskli grupların bulunduğu da gözardı edilmemelidir.

Sağlık personelinin COVID-19 hakkında genel bilgilere hakim olması, bulaşa yönelik önlemleri sıkıca uygulamaları, yeni çalışma şartlarına uyum sağlamaları, sosyal kısıtlamalar ve tüm bunlar olup bitirken tedavisi bulunamamış bir pandemi hakkında psikolojik yönden de güçlü olmaları gerekmektedir. Süreç ilerledikçe değişen bilgiler ve sosyal kısıtlamalar, artan yorgunluk ve bıkkınlık sebebiyle sağlık çalışanlarının da bilgi düzeyi, ilgileri, görüşleri ve tutumların değişmesi kaçınılmazdır. Günümüzde doktorlara ve hemşirelere yönelik COVID-19 pandemisi hakkında bilgi düzeyi, tutum ve davranışlarını analiz eden çalışmalar literatürde yerini almıştır.

COVID-19 pandemisi ile beraber hastanelerdeki ağır iş yükünü ve COVID-19 tanısı almış hastaların takibinin yapıldığı birimlerde diğer hastaların muayene süreçlerini azaltmak amacıyla, halkımız Sağlık Bakanlığı tarafından hastaneye başvuru şart olmadığı müddetçe ASM'lerde başvuruları konusunda teşvik edilmiştir. Bu durum ASM'ler üzerindeki iş yükünü arttırmıştır. Ayrıca COVID-19 tanısı alan hastaların sağlık raporlarının ASM'lerden çıkartılması, pozitif vaka ve filyasyon takipleri için yönlendirmeler ve aşılamlar ASM'lerde de yapılmaktadır; bu durum ASM çalışanlarının her gün birçok COVID-19 tanısı olan hasta ile beraber çalışmasını gerektirmektedir. Buradaki personelin COVID-19 hakkında bilgilerinin, hastalığın bulaşını arttırmamak adına yeterli olması gerekmektedir. Bu nedenle ASE'lerde COVID-19 pandemi sürecinin oluşturduğu fiziksel ve psikolojik yükler de önem taşımaktadır.

Şimdiye kadar sağlık personellerinin COVID-19 pandemisi ile ilgili bilgi düzeyi, görüş ve tutumlarına dair yapılan çalışmalar genellikle COVID-19 servislerinde çalışan sağlık personelleri üzerinde yapılmıştır. Biz bu çalışmada örneklem olarak ASM'lerde çalışan ASE'leri almayı amaçladık. Bildiğimiz kadarıyla daha önce hiçbir çalışmada bu grup üzerinde COVID-19 pandemisi hakkındaki bilgi düzeyleri, görüş, tutum ve kaygılarına dair bir çalışma yapılmamıştır. Bu nedenle çalışmamız, farklı bir pencereden COVID-19 pandemisine yaklaşımı bizlere sunacaktır. Bu gruptaki bilgi ve tutum eksikliklerinin farkedilmesi ve bu gruptaki kaygı düzeyinin belirlenmesi ile alınabilecek yeni önlemlere ışık olacaktır. Ayrıca bu tür olağan dışı durumlar için de bir ön projeksiyon olacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmanın protokolü Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) - Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığının 13.04.2021 tarihli ve 2021-KAEK-15/2292 numaralı kararı ile onaylanmıştır. Çalışma için etik kurul başvurusu öncesinde 28.02.2021 tarihinde Sağlık Bakanlığı Bilimsel Başvuru Platformu üzerinden (Başvuru Form Adı: Görkem Kangal-2021-02-26T18_43_14) izin alınmıştır. Etik Kurul onayının ardından Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden izin yazısı alınmıştır. 01.05.2021-30.07.2021 tarihleri arasında Ankara ilindeki ASM'lerde çalışan ASE'lere çalışma anketi yüz yüze yöntemle uygulanmıştır. Çalışma prospektif olarak gerçekleştirilmiştir. Örneklem seçimi ve randomizasyonu için Ankara ilindeki her ilçeden (25 ilçe) sadece birer ASM belirlenmiştir. Ankara merkezindeki ilçelerden nüfus yoğunluğu ve ASM sayısı artması sebebiyle (8 ilçe; Keçiören, Çankaya, Yenimahalle, Sincan, Altındağ, Mamak, Etimesgut, Gölbaşı) ise 2 veya 3 ASM belirlenmiştir. Bu ASM'ler; o ilçe içerisindeki en fazla ASE bulunan ASM'lerdir.

3.1. ANKET

Anket 6 bölümden oluşmaktadır; genel bilgiler, genel sağlık durumu, COVID-19 bilgi düzeyi, COVID-19 pandemisi sürecindeki tutumlar, COVID-19 pandemisi hakkındaki görüşler ve COVID-19 kaygı düzeyi. İlk 5 bölümdeki sorular araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup, son bölümde kaygı düzeyini ölçmek için Türkçe geçerliliği onaylanmış olan Koronavirüs Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır (89, 90). Anket içerisinde açık uçlu, çoktan seçmeli ve beşli Likert tip sorular bulunmaktadır. Anket ekte sunulmuştur. Anket, katılımcılara yüz yüze yöntemle uygulanmıştır. Bilgi düzeyini ölçen toplam sekiz soru vardır. Bu sekiz sorudan en az 5'ini doğru cevaplamak yeterli bilgi düzeyi olarak kabul edilmiş, 4 veya daha az soruya doğru cevap verenler yetersiz bilgi düzeyine sahip olarak tanımlanmıştır.

3.2. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Örneklem büyüklüğü hesaplanmasında, Ankara ilinde çalışan aile sağlığı elemanlarının popülasyonu 1800 kişi kabul edilmiş; hata payı %5, güven aralığı %95 olarak alınmıştır. Örneklem büyüklüğü hedefi 317 olarak hesaplanmıştır.

Çalışma sonunda ise toplam 270 kişi ile örneklem oluşturabilmiştir. G Power 3.1 programı ile yapılan power analizinde bağımlı değişkenler için gruplar arası fark değerlendirildiğinde %5 alfa hata ile %96,86 oranında power (1-beta) elde edilmiştir.

İstatistiksel analizler SPSS versiyon 17.0 programı yardımıyla gerçekleştirilmiştir. Verilerin tanımlanmasında sayı, %, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler kullanılmıştır. Beşli Likert tip soruların ortanca puan hesaplaması yapılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram grafikleri ve Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Kategorik değişkenler Pearson Ki-Kare Testi ile karşılaştırılmıştır. Verilerin normal dağılım göstermediği durumlarda ikili gruplar Mann Whitney U testi ile ikiden fazla grup arasındaki karşılaştırmalar ise Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir. Ölçümsel verilerin birbirleri ile analizinde Spearman Korelasyon Testi'nden faydalanılmıştır. P-değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar şeklinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

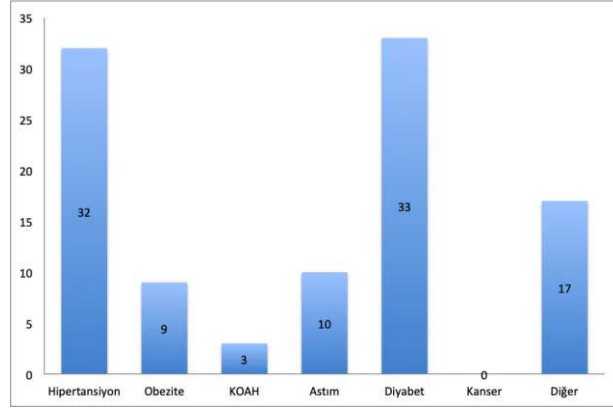
4.1. TANIMLAYICI ANALİZLER

Çalışmamıza toplam 270 kişi katılmıştır. Anketi tamamlayanların yaş ortalaması $37 \pm 9,1$ (22-59) dir ve çoğunluğu (n=257, %92,3) kadındır. Katılımcıların %75,9'u (n=205) evli idi. Evinde 65 yaş üzeri bireyle yaşayanlar %5,2 (n=14) iken ve evinde kronik hastalığı olan bireyle yaşayanların oranı %27,8 (n=75) idi. Katılımcıların öğrenim durumları, meslek kategorileri, mesleki deneyimleri ve eve giren ortalama gelir Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Anketin ikinci bölümünde katılımcıların genel sağlık durumları sorgulanmıştır. Hiç sigara içmediğini belirten kişiler %56,7 (n=153) , aktif sigara içenler %26,7 (n=72) ve sigarayı bırakanlar ise %16,7 (n=45) idi. Aktif sigara kullananlar arasında, günlük ortalama 10 adet veya daha az içenler %43,1 (n=31), 11 ve 20 adet arası içenler %48,6 (n=35), 21 ve 30 adet arası içen ise %8,3 (n=6) idi. Ortalama sigara kullanım süresi ise $17,3 \pm 9,3$ yıl iken, sigara bırakanların ise ortalama $5,9 \pm 4,9$ yıl önce bıraktıkları görüldü. Katılımcıların %22,2'si (n=60) kronik hastalığı olduğunu belirtmiştir. Şekil 4.1'de kronik hastalıkların detayları verilmiştir. Bilinen bir psikolojik hastalığı olanlar ise %6,3 (n=17) olarak saptandı; bu hastalıklar açıklamada obsesif kompulsif bozukluk, depresyon ve anksiyete olarak belirtilmiştir. Katılımcıların %1,2'sinde gebelik mevcuttu. Daha önce COVID-19 tanısı alıp almadıkları sorgulandığında, sadece %26,3'ü (n=71) COVID-19 tanısı aldığını belirtti. Bu kişilerin çoğunluğu (%95,8, n=68) hastalığı evde geçirdiği ve sadece %4,2'sinin (n=3) yoğun bakımda tedavi edildiği öğrenildi.

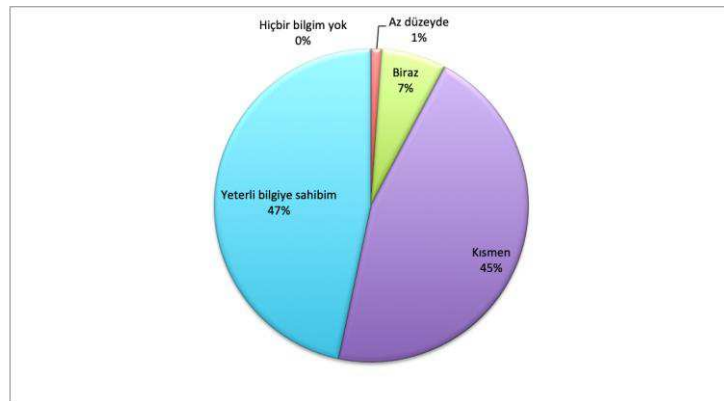
Tablo 4.1. Katılımcıların öğrenim durumları, meslek kategorileri, mesleki deneyimleri ve ortalama gelir düzeylerine ait veriler

	n	%
Öğrenim Durumu		
• Lise	23	(8,52)
• Önlisans	75	(27,78)
• Üniversite	163	(60,37)
• Yüksek lisans	9	(3,33)
Meslek Kategorileri		
• Ebe	100	(37,04)
• Hemşire	144	(53,33)
• Diğer	26	(9,63)
Mesleki Deneyim		
• 2 yıl ve daha az	13	(4,81)
• 3-6 yıl	42	(15,56)
• 7-10 yıl	44	(16,30)
• 11 yıl ve üzeri	171	(63,33)
Eve giren ortalama gelir düzeyi		
• 3500-6000 TL	60	(22,22)
• 6000-10.000 TL	95	(35,19)
• 10.000 TL ve üzeri	115	(42,59)



Şekil 4.1. Katılımcıların kronik hastalıkları. (Diğer olarak belirtilen hastalıkların 12’si hipotiroidi, 7’si Ailesel Akdeniz Ateşi, 6’sı epilepsi, 4’ü Meniere Hastalığı, 4’ü romatizma, 4’ü poliomiyelit, 3’ü Multiple Skleroz, 3’ü ise venöz yetmezlikti.)

Anketin üçüncü bölümünde ise katılımcıların COVID-19’a yönelik bilgi düzeyi sorgulanmıştır. İlk olarak katılımcıların kendilerini değerlendirmesi istenmiştir (Şekil 4.2). Çalıştığı kurumda COVID-19’a yönelik bir bilgilendirme dersine katılanların oranı sadece %12,7 (n=34) idi. COVID-19’a yönelik bilgi düzeyini ölçen soruların analizi ise Tablo 4.2’de gösterilmiştir. Genel olarak değerlendirildiğinde bilgi düzeyi yeterli olarak tanımlananlar %94,1 (n=254) idi.

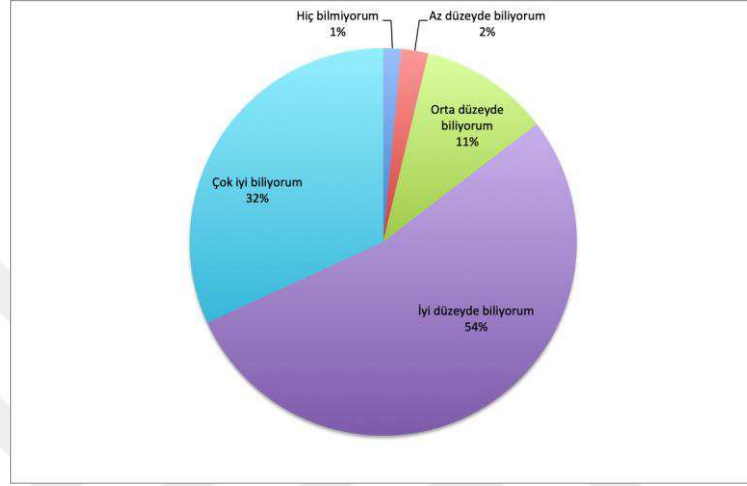


Şekil 4.2. “COVID-19 hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?” sorusuna verilen cevapların analizi

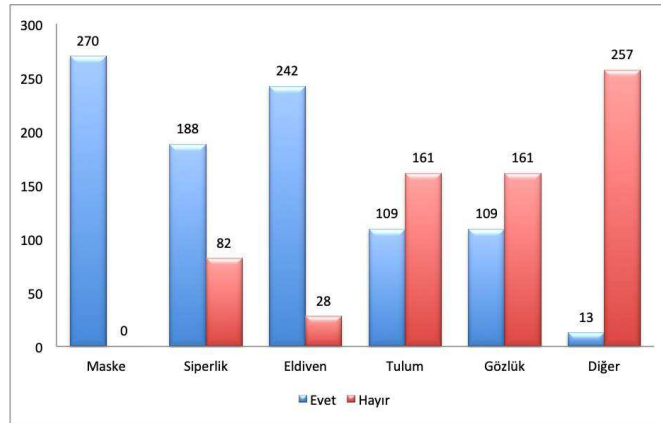
Tablo 4.2. COVID-19 bilgi düzeyini ölçen soruların cevaplarının analizi

	Doğru cevap verenler n (%)	Yanlış cevap verenler n (%)
Soru 1. COVID-19 temasından sonra semptomların ortaya çıkma süresi nedir? (Doğru kabul edilen cevap: 2-7 gün)	165 (%61,8)	102 (%38,2)
Soru 2. COVID-19'un ilk kaynağı nedir? (Doğru kabul edilen cevap: yarasalar)	263 (%98,9)	3 (%1,1)
Soru 3. COVID-19 bulaş yolları nelerdir? (Doğru kabul edilen cevap: Tümü)	96 (%36)	171 (%64)
Aşağıdaki sorularda yer alan önermeleri doğru veya yanlış olarak işaretleyin.		
Soru 4. Grip aşısı COVID-19 için koruyucudur. (Doğru/Yanlış) (Doğru kabul edilen cevap: Yanlış)	257 (%95,2)	13 (%4,8)
Soru 5. El hijyeni açısından en az 20 saniye boyunca sabunla el yıkama yeterlidir. (Doğru/Yanlış) (Doğru kabul edilen cevap: Doğru)	233 (%86,3)	37 (%13,7)
Soru 6. COVID-19 yüzeylere temas ile bulaşabilir. (Doğru/Yanlış) (Doğru kabul edilen cevap: Doğru)	187 (%69,3)	83 (%30,7)
Soru 7. Sosyal mesafede yeterli uzaklık 80 cm'dir. (Doğru/Yanlış) (Doğru kabul edilen cevap: Yanlış)	231 (%85,6)	39 (%14,4)
Soru 8. COVID-19 viral bir enfeksiyondur. (Doğru/Yanlış) (Doğru kabul edilen cevap: Doğru)	254 (%95,1)	13 (%4,9)

Anketin dördüncü bölümünde, katılımcıların pandemi süresince COVID-19'a yönelik tutumları değerlendirilmiştir. Öncelikle COVID-19'dan korunmaya dair bilgi düzeylerini kendilerinin değerlendirmesi istenmiştir (Şekil 4.3). Ardından iş yerinde rutin olarak korunma amacıyla kullandıkları ekipmanlar sorgulanmıştır (Şekil 4.4).



Şekil 4.3. “COVID-19 açısından kendinizi nasıl korumanız gerektiğini biliyor musunuz?” sorusuna verilen cevapların analizi



Şekil 4.4. “COVID-19 pandemisi döneminde iş yerinizde kullandığınız koruyucu ekipmanlar nelerdir?” sorusuna verilen cevaplar (Diğer olarak belirtilen ekipmanlar dezenfektan ve önlük olarak açıklanmıştır.)

Aynı bölümde katılımcıların günlük alışkanlıklarının sorgulandığı sorular ve cevapları ise Tablo 4.3'te verilmiştir. Ayrıca el hijyenini sağlamak amacıyla çeşitli materyalleri tercih etme sıklığı Tablo 4.4'te incelenmiştir. Bir cerrahi maskeyi yenisiyle 8 saatte bir değiştirenlerin oranı %87 (n=235), 12 saatte bir değiştirenlerin oranı %8 (n=22), günde bir maske kullananların oranı %3,3 (n=9) ve daha uzun aralıklarla değiştirenlerin oranı ise %1,5 (n=4) olarak hesaplanmıştır. Son olarak katılımcıların COVID-19 hakkında bilgi edinme kaynakları sorgulanmıştır (Tablo 4.5).

Tablo 4.3. “COVID-19’dan korunmak için iş yerindeki alışkanlıklarınız nelerdir?” sorusuna verilen cevaplar

		n	%	Ortanca puan (en düşük- en yüksek)
El hijyenine dikkat ediyorum (sabun ve/veya dezenfektan).	Hiçbir zaman	0	(,00)	5 (2-5)
	Ara sıra	3	(1,11)	
	Bazen	0	(,00)	
	Genellikle	39	(14,44)	
	Her zaman	228	(84,44)	
Maske kullanırım.	Hiçbir zaman	0	(,00)	5 (4-5)
	Ara sıra	0	(,00)	
	Bazen	0	(,00)	
	Genellikle	23	(8,52)	
	Her zaman	247	(91,48)	
Siperlik kullanırım.	Hiçbir zaman	33	(12,22)	3 (1-5)
	Ara sıra	60	(22,22)	
	Bazen	137	(50,74)	
	Genellikle	28	(10,37)	
	Her zaman	12	(4,44)	
Gözlük kullanırım.	Hiçbir zaman	91	(35,69)	2 (1-5)
	Ara sıra	89	(34,90)	
	Bazen	59	(23,14)	
	Genellikle	4	(1,57)	
	Her zaman	12	(4,71)	

İş yerinde ayrı bir kıyafet giyerim, bu kıyafetle eve gidip gelmem.	Hiçbir zaman	29	(10,86)	4 (1-5)
	Ara sıra	31	(11,61)	
	Bazen	37	(13,86)	
	Genellikle	61	(22,85)	
	Her zaman	109	(40,82)	
Saç bonesi kullanıyorum.	Hiçbir zaman	123	(46,07)	2 (1-5)
	Ara sıra	28	(10,49)	
	Bazen	44	(16,48)	
	Genellikle	24	(8,99)	
	Her zaman	48	(17,98)	
Sosyal mesafeye dikkat ediyorum.	Hiçbir zaman	22	(8,24)	5 (1-5)
	Ara sıra	7	(2,62)	
	Bazen	6	(2,25)	
	Genellikle	71	(26,59)	
	Her zaman	161	(60,30)	
Sigara tüketimimi azalttım/sigarayı bıraktım.	Hiçbir zaman	30	(26,79)	3 (1-5)
	Ara sıra	24	(21,43)	
	Bazen	15	(13,39)	
	Genellikle	4	(3,57)	
	Her zaman	39	(34,82)	
Sağlıklı beslenmeye dikkat ediyorum.	Hiçbir zaman	0	(,00)	4 (2-5)
	Ara sıra	9	(3,38)	
	Bazen	20	(7,52)	
	Genellikle	128	(48,12)	
	Her zaman	109	(40,98)	
Vitamin takviyesi alıyorum.	Hiçbir zaman	60	(22,56)	3 (1-5)
	Ara sıra	45	(16,92)	
	Bazen	79	(29,70)	
	Genellikle	38	(14,29)	
	Her zaman	44	(16,54)	

Tablo 4.4. “El hijyeninizi sağlamak amacıyla aşağıdaki materyalleri tercih etme sıklığınızı lütfen işaretleyin.” sorusuna verilen cevaplar.

		n	%	Ortanca puan (en düşük- en yüksek)
Sabun	Asla	4	(1,48)	5 (1-5)
	Nadiren	0	(,00)	
	Bazen	0	(,00)	
	Sıklıkla	30	(11,11)	
	Her zaman	236	(87,41)	
Dezenfektan	Asla	7	(2,72)	4 (1-5)
	Nadiren	15	(5,84)	
	Bazen	32	(12,45)	
	Sıklıkla	75	(29,18)	
	Her zaman	128	(49,81)	
Kolonya	Asla	23	(8,52)	4 (1-5)
	Nadiren	34	(12,59)	
	Bazen	76	(28,15)	
	Sıklıkla	63	(23,33)	
	Her zaman	74	(27,41)	
Islak mendil	Asla	44	(17,39)	2 (1-5)
	Nadiren	83	(32,81)	
	Bazen	59	(23,32)	
	Sıklıkla	39	(15,42)	
	Her zaman	28	(11,07)	

Tablo 4.5. Katılımcıların COVID-19 hakkında bilgi edinme kaynaklarının analizi.

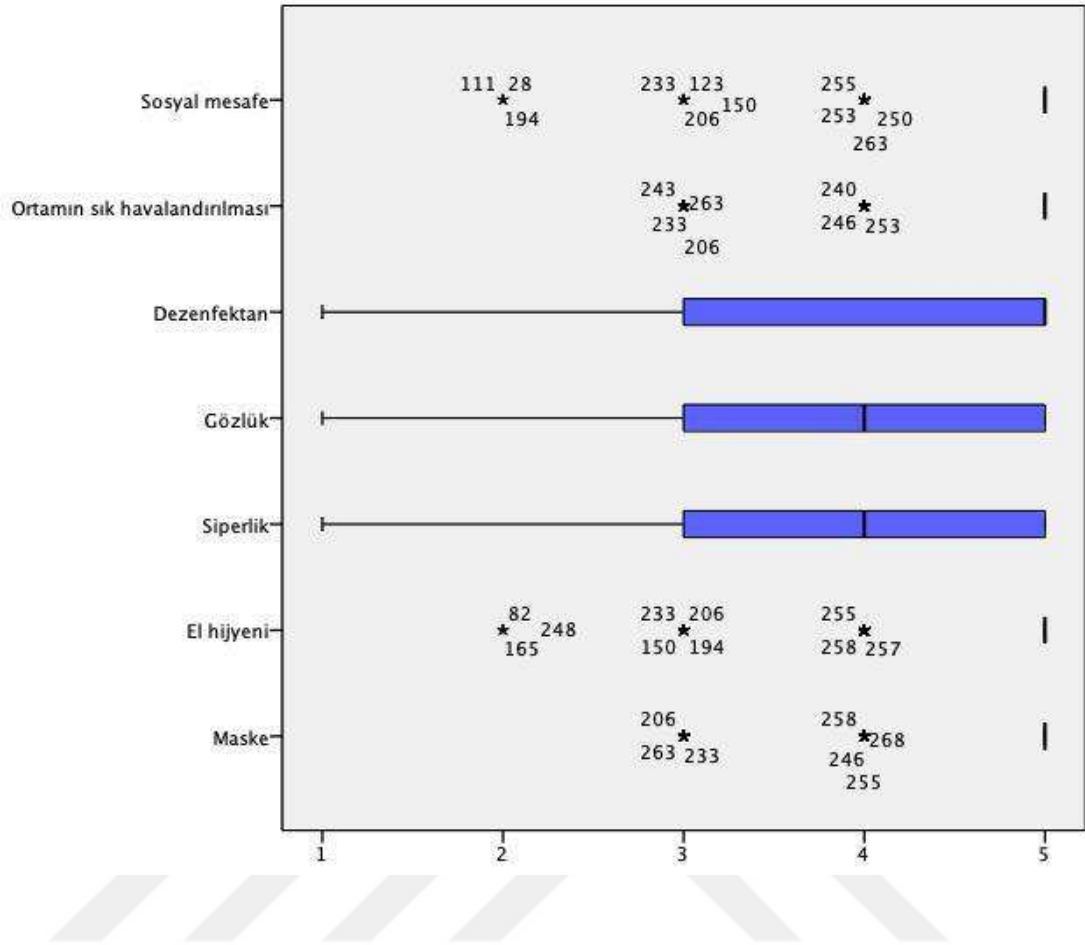
		n	%	Ortanca puan (en düşük- en yüksek)
Arkadaşlarım	Hiçbir zaman	17	(6,91)	3 (1-5)
	Nadiren	55	(22,36)	
	Kısmen	89	(36,18)	
	Çoğunlukla	45	(18,29)	
	Her zaman	40	(16,26)	
TV programları, haberler	Hiçbir zaman	27	(10,47)	3 (1-5)
	Nadiren	27	(10,47)	
	Kısmen	85	(32,95)	
	Çoğunlukla	59	(22,87)	
	Her zaman	60	(23,26)	
Sosyal medya	Hiçbir zaman	22	(8,53)	3 (1-5)
	Nadiren	22	(8,53)	
	Kısmen	88	(34,11)	
	Çoğunlukla	55	(21,32)	
	Her zaman	71	(27,52)	
İnternet	Hiçbir zaman	13	(5,00)	4(1-5)
	Nadiren	7	(2,69)	
	Kısmen	60	(23,08)	
	Çoğunlukla	103	(39,62)	
	Her zaman	77	(29,62)	
Beraber çalıştığım hekim	Hiçbir zaman	6	(2,30)	4 (1-5)
	Nadiren	15	(5,75)	
	Kısmen	39	(14,94)	
	Çoğunlukla	104	(39,85)	
	Her zaman	97	(37,16)	
Sağlık Bakanlığı kaynakları	Hiçbir zaman	0	(,00)	4 (2-5)
	Nadiren	12	(4,49)	
	Kısmen	16	(5,99)	
	Çoğunlukla	109	(40,82)	
	Her zaman	130	(48,69)	
Kurumum	Hiçbir zaman	12	(4,60)	4 (1-5)
	Nadiren	15	(5,75)	
	Kısmen	20	(7,66)	
	Çoğunlukla	90	(34,48)	
	Her zaman	124	(47,51)	

Anketin beşinci bölümünde ASE’lerin COVID-19’a yönelik görüşleri irdelenmiştir ve sonuçlar detaylı biçimde Tablo 4.6’da gösterilmiştir. COVID-19 servislerinde veya filyasyon ekiplerinde sağlık personeli olarak hizmet etmeyi isteme düşüncesine kesinlikle katılmayanlar %20 (n=54), katılmayanlar %28,9 (n=78), kararsız olanlar %22,2 (n=60), katılanlar %22,6 (n=61), kesinlikle katılanlar ise %6,3 (n=17) idi. COVID-19 servislerinde veya filyasyon ekiplerinde sağlık personeli

olarak hizmet etmeyi istemeyenlerin temel sebepleri sorgulandığında; 63 kişi hastalığa yakalanma korkusu, 133 kişi ailesine bulaştırma korkusu, 128 kişi verilen emeğin karşılığını alamama duygusu ve 20 kişi ise diğer nedenlerden dolayı olduğunu belirtmiştir. Son olarak çeşitli korunma yöntemlerinin COVID-19'dan koruyuculuk başarısı hakkındaki görüşleri Şekil 4.5'te gösterilmiştir.

Tablo 4.6. COVID-19 pandemisi hakkında ASE'lerin görüşleri.

		n	%	Ortanca puan (en düşük- en yüksek)
Hastalığın abartıldığını düşünüyorum.	Kesinlikle katılmıyorum	107	(39,63)	2 (1-5)
	Katılmıyorum	107	(39,63)	
	Kararsızım	41	(15,19)	
	Katılıyorum	11	(4,07)	
	Kesinlikle katılıyorum	4	(1,48)	
Koruyucu ekipmanların doğru kullanımı ile hastalıktan korunabiliriz.	Kesinlikle katılmıyorum	18	(6,67)	4 (1-5)
	Katılmıyorum	11	(4,07)	
	Kararsızım	4	(1,48)	
	Katılıyorum	141	(52,22)	
	Kesinlikle katılıyorum	96	(35,56)	
Sigara kullanan bir kişi COVID-19'u ağır geçirebilir.	Kesinlikle katılmıyorum	8	(2,96)	4 (1-5)
	Katılmıyorum	25	(9,26)	
	Kararsızım	51	(18,89)	
	Katılıyorum	117	(43,33)	
	Kesinlikle katılıyorum	69	(25,56)	



Şekil 4.5. “Verilen korunma yöntemlerinin COVID-19’dan koruyuculuk başarısı hakkındaki görüşlerinizi 1 ile 5 arasında puanlayınız. (1 = başarısız, 5 = tam koruyucu)” sorusuna verilen cevapların puanlamalarının Kutu Grafiği ile gösterimi.

Anketin son bölümünde ise ASE’lere COVID-19 Kaygı Düzeyi (Koronavirüs anksiyete ölçeği) uygulanmıştır. Katılımcıların ortalama COVID-19 Kaygı Düzeyi $1,87 \pm 2,82$ puandır. Detaylı sonuçlar Tablo 4.7’de incelenmiştir.

Tablo 4.7. COVID-19 Kaygı Düzeyi (Koronavirüs anksiyete ölçeği) sonuçları

COVID-19 Kaygı Düzeyi (Koronavirüs anksiyete ölçeği)		n	%
Koronavirus ile ilgili haberleri okuduğumda veya dinlediğimde başım döndü, sersemlemiş veya baygın hissettim.	Hiç	202	(75,66)
	Nadir, bir veya iki günden az	38	(14,23)
	Birkaç gün	7	(2,62)
	7 günden fazla	17	(6,37)
	Son 2 haftada neredeyse her gün	3	(1,12)
Koronavirus hakkında düşündüğüm için uykuya dalma veya uykuda kalma konusunda sorun yaşadım.	Hiç	166	(61,48)
	Nadir, bir veya iki günden az	62	(22,96)
	Birkaç gün	29	(10,74)
	7 günden fazla	13	(4,81)
	Son 2 haftada neredeyse her gün	0	(,00)
Koronavirus hakkında düşündüğümde veya bilgiye maruz kaldığımda felç olmuş veya donmuş gibi hissettim.	Hiç	228	(84,44)
	Nadir, bir veya iki günden az	25	(9,26)
	Birkaç gün	11	(4,07)
	7 günden fazla	3	(1,11)
	Son 2 haftada neredeyse her gün	3	(1,11)
Koronavirus hakkında düşündüğümde veya bilgiye maruz kaldığımda yemek yemeye ilgimi kaybettim.	Hiç	199	(73,70)
	Nadir, bir veya iki günden az	55	(20,37)
	Birkaç gün	16	(5,93)
	7 günden fazla	0	(,00)
	Son 2 haftada neredeyse her gün	0	(,00)
Koronavirus hakkında düşündüğümde veya bilgiye maruz kaldığımda mide bulantısı hissettim veya mide problemleri yaşadım.	Hiç	215	(79,63)
	Nadir, bir veya iki günden az	34	(12,59)
	Birkaç gün	21	(7,78)
	7 günden fazla	0	(,00)
	Son 2 haftada neredeyse her gün	0	(,00)

4.2. GENEL BİLGİ DÜZEYİNE GÖRE ALT GRUP KARŞILAŞTIRMALARI

ASE'lerin COVID-19 genel bilgi düzeylerine göre sosyodemografik ve genel sağlık verileri karşılaştırılmıştır. COVID-19 genel bilgi düzeyinin, evlerinde kronik rahatsızlığı olan kişilerle beraber yaşayanlarda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,011$). Evlerine giren ortalama geliri 6000-10.000 TL olanlarda da yeterli bilgi düzeyine sahip olma oranı diğer iki gelir grubunda olanlara göre anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0,002$). Öğrenim durumu önlisans olanlarda yeterli bilgiye sahip olma oranı öğrenim durumu üniversite olanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,011$). Son olarak, “ebe” olanlarda yeterli bilgi düzeyine sahip olma oranı “hemşirelere” göre anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0,001$). Diğer yandan kişilerin bilgi düzeylerinin kendilerine kronik rahatsızlık varlığı, sigara kullanımı ve 65 yaş üzeri kişilerle beraber yaşama durumuyla herhangi bir istatistiksel ilişki saptanmamıştır (sırasıyla $p=0,783$, $p=0,460$, $p=0,335$). Ayrıca COVID-19 tanısı almış olma durumu veya daha önce COVID-19 bilgilendirme dersine katılmış olma durumuyla da herhangi bir istatistiksel ilişki saptanmamıştır (sırasıyla $p=0,480$, $p=0,115$).

4.3. COVID-19 BİLGİLENDİRME DERSİNE KATILIMA GÖRE ALT GRUP KARŞILAŞTIRMALARI

Alt gruplara göre COVID-19 bilgilendirme dersine katılmış olma durumu arasındaki ilişkiler analiz edilmiştir. Kronik hastalığı olan kişilerin, evinde kronik hastalığı olan kişilerle beraber yaşayanların, daha önce hiç COVID-19 tanısı almamış olanların istatistiksel anlamlı şekilde daha yüksek oranda bir COVID-19 bilgilendirme dersine katılma oranı olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,003$, $p=0,005$, $p<0,001$). Aksine katılımcıların COVID-19 bilgilendirme dersine katılma oranları ile sigara kullanım durumu, evde beraberinde 65 yaş üzeri kişilerle beraber yaşama durumu, meslek kategorileri ve meslekteki deneyimleri (yıl) arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (sırasıyla $p=0,241$, $p=0,316$, $p=0,375$, $p=0,352$). Son olarak kurumda herhangi bir COVID-19 bilgilendirme dersine katılanların lise ve önlisans öğrenim durumunda olma oranları anlamlı şekilde daha yüksek iken, bilgilendirme

dersine katılmayanların üniversite öğrenimine sahip olma oranı daha yüksek olarak saptanmıştır ($p=0,002$).

4.4. COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDEKİ TUTUMLARIN ALT GRUP KARŞILAŞTIRMALARI

Katılımcılarda kronik hastalık varlığına göre COVID-19'a yönelik tutumlarındaki fark analiz edilmiştir. Herhangi bir kronik hastalığı olmayan kişilerde, iş yerinde el hijyenine dikkat etme, maske kullanma ve siperlik kullanma oranı kronik rahatsızlığı olanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür (sırasıyla $p=0,045$, $p<0,001$, $p=0,016$). Ancak, gözlük kullanımı, iş yerinde ayrı bir kıyafet kullanımı ve saç bonesi kullanımı hakkında anlamlı bir fark görülmemiştir (sırasıyla $p=0,383$, $p=0,222$, $p=0,447$). Ayrıca sigara tüketimini azaltmak, sağlıklı beslenmeye dikkat etmek hakkında da anlamlı bir fark görülmemiştir (sırasıyla $p=0,122$, $p=0,779$). Diğer yandan sosyal mesafeye dikkat etme ve vitamin takviyesi alma oranı ise herhangi bir kronik hastalığı olmayanlarda anlamlı şekilde daha düşüktür (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,015$). El hijyenini sağlamak amacıyla sabun tercih etme ortalaması bilinen herhangi bir kronik hastalığı olmayanlarda daha yüksektir ($p<0,001$). El hijyeni için dezenfektan, kolonya veya ıslak mendil tercihi, kronik hastalığı olan ve olmayanlar arasında anlamlı fark göstermemiştir (sırasıyla $p=0,327$, $p=0,063$, $p=0,817$). Kronik hastalığı olanların iş yerinde kullandığı ekipmanlar (maske, siperlik, eldiven, tulum, gözlük) arasında sadece dezenfektan kullanımının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Kronik hastalık varlığı ile gün içinde maske değişim sıklığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,959$).

Katılımcıların sigara kullanım durumlarına göre COVID-19'dan korunmaya yönelik tutumları karşılaştırılmıştır. Sigara kullananlarda iş yerinde gözlük kullanma oranı sigara kullanmayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksekken, sağlıklı beslenmeye dikkat etme oranı ise sigara kullanmayanlara göre daha düşüktür (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$). Sigara kullananlarda el hijyenini sağlamak amacıyla sabun ve dezenfektan kullanımı sigara kullanmayanlara göre daha yüksektir (sırasıyla $p=0,011$, $p<0,001$). Diğer yandan el hijyenine dikkat, maske kullanımı, siperlik kullanımı oranları sigara kullanımına göre anlamlı fark göstermemiştir

(sırasıyla $p=0,488$, $p=0,123$, $p=0,064$). Benzer şekilde iş yerinde ayrı kıyafet tercih etme, saç bonesi kullanımı, sosyal mesafeye dikkat de sigara kullanımına göre anlamlı fark göstermemiştir (sırasıyla $p=0,792$, $p=0,552$, $p=0,167$). Ayrıca vitamin takviyesi, el hijyeni için kolonya ve ıslak mendil tercihi oranlarında da anlamlı farklılık görülmemiştir. (sırasıyla $p=0,163$, $p=0,205$, $p=0,058$). Sigara kullananların, iş yerinde kullandığı ekipmanlar (maske, siperlik, eldiven, tuum, gözlük) sorgulandığında eldiven kullanımının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,044$). Sigara kullanımına göre gün içinde maske değişimi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,231$).

Katılımcıların Evlerine giren ortalama gelire göre COVID-19'a yönelik korunma tutumları Tablo 4.8'de karşılaştırılmıştır. Eve giren ortalama gelir miktarı 6000-10.000 TL olanlarda iş yerinde el hijyenine dikkat etme oranı ortalama geliri 10.000 TL ve üzeri olanlara göre daha düşüktür ve ortalama gelir miktarı 6000-10.000 TL olanlarda siperlik kullanım oranı diğerlerinden daha düşüktür. Ortalama geliri 10.000 TL ve üzeri olanlarda iş yerinde gözlük kullanma oranı diğerlerinden daha yüksektir. Ortalama geliri 10.000 TL ve üzeri olanlarda saç bonesi kullanma oranı geliri 6000-10.000 TL olanlara göre daha yüksektir. Geliri 3500-6000 TL olanlarda sosyal mesafeye dikkat etme oranı diğerlerinden daha yüksektir. Geliri 6000-10.000 TL olanlarda vitamin takviyesi alma oranı diğer gelir gruplarına göre daha düşüktür. Geliri 10.000 TL ve üzeri olanlarda el hijyenini sağlamak amacıyla sabun tercih etme oranı geliri 6000-10.000 TL olanlara göre daha yüksektir. Geliri 6000-10.000 TL olanlarda el hijyenini sağlamak amacıyla Dezenfektan tercih etme oranı diğer iki gelir grubunda olanlara göre daha düşüktür. Geliri 3500-6000 TL olanlarda el hijyenini sağlamak amacıyla kolonya tercih etme oranı geliri 6000-10.000 TL olanlara göre daha yüksektir ve ıslak mendil tercih etme oranları ise diğer iki gelir grubuna göre daha yüksektir. Diğer yandan, ortalama geliri 6000-10.000 TL olanlarda COVID-19 pandemisi döneminde iş yerinde eldiven kullanım oranı diğer gelir grubunda olanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür ($p=0,003$). Ortalama geliri 10.000 TL ve üzeri olanlarda önlük kullanım oranı diğer iki gelir grubunda olanlara göre daha düşüktür ($p=0,002$). Ortalama geliri 3500-6000 TL olanlarda bir cerrahi maske diğer iki gruba göre daha geç değiştirilmektedir ($p<0,001$).

Tablo 4.8. Evlerine giren ortalama gelire göre COVID-19'a yönelik korunma tutumları

Tutum	Ortalama gelir düzeyi						P değeri	
	3500-6000 TL		6000-10.000 TL		10.000 TL ve üzeri			
	Ortanca	En düşük- En yüksek	Ortanca	En düşük- En yüksek	Ortanca	En düşük- En yüksek		
El hijyenine dikkat ediyorum (sabun ve/veya dezenfektan)	5,00	4,00-5,00	5,00	2,00- 5,00	5,00	2,00-5,00	0,012	
Maske kullanırım	5,00	4,00-5,00	5,00	4,00-5,00	5,00	4,00-5,00	0,415	
Siperlik kullanırım	3,00	1,00-5,00	3,00	1,00-3,00	3,00	1,00-3,00	<0,001	
Gözlük kullanırım	1,00	1,00-5,00	2,00	1,00-5,00	2,00	1,00-5,00	<0,001	
İş yerinde ayrı bir kıyafet giyerim, bu kıyafetle eve gidip gelmem.	5,00	1,00-5,00	4,00	1,00-5,00	4,00	1,00-5,00	0,235	
Saç bonesi kullanıyorum	1,00	1,00-5,00	1,00	1,00-5,00	1,00	1,00-5,00	0,024	
Sosyal mesafeye dikkat ediyorum	5,00	4,00-5,00	4,00	1,00-5,00	4,00	1,00-5,00	<0,001	
Sigara tüketimimi azalttım/sigarayı bıraktım	2,00	1,00-5,00	3,00	1,00-5,00	3,00	1,00-5,00	0,624	
Sağlıklı beslenmeye dikkat ediyorum	5,00	2,00-5,00	4,00	3,00-5,00	4,00	3,00-5,00	0,401	
Vitamin takviyesi alıyorum	3,00	1,00-5,00	2,00	1,00-5,00	2,00	1,00-5,00	<0,001	

El Hijyeninizi Sağlamak amacıyla aşağıdaki materyalleri tercih etme sıklığınızı lütfen işaretleyiniz.							
Sabun	5,00	4,00-5,00	5,00	4,00-5,00	5,00	1,00-5,00	0,008
Dezenfektan	5,00	3,00-5,00	4,00	1,00-5,00	5,00	1,00-5,00	0,005
Kolonya	4,50	1,00-5,00	3,00	1,00-5,00	4,00	1,00-5,00	0,015
Islak mendil	3,00	1,00-5,00	2,00	1,00-5,00	2,00	1,00-5,00	0,015

Katılımcıların evlerinde 65 yaş ve üzeri kişilerle beraber yaşama durumuna göre COVID-19'a yönelik korunma tutumları karşılaştırılmıştır. Evinde 65 yaş üzeri kişilerle beraber yaşamayanlarda iş yerinde el hijyenine dikkat etme oranı ve maske kullanma oranı evinde 65 yaş üzeri kişi ile beraber yaşayanlara göre anlamlı şekilde daha yüksekken, siperlik kullanma oranı ise evinde 65 yaş üzeri kişilerle beraber kalanlara göre anlamlı şekilde daha düşüktür (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,019$). Evinde 65 yaş üzeri kişilerle beraber yaşamayanlarda el hijyenini sağlamak amacıyla sabun kullanma oranı daha yüksekken, ıslak mendil kullanma oranı ise evinde 65 yaş üzeri kişi ile beraber yaşayanlara göre daha düşüktür (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,036$). Gözlük kullanımı, iş yerinde ayrı kıyafet kullanımı ve saç bonesi kullanımı için ise anlamlı bir fark görülmemiştir (sırasıyla $p=0,130$, $p=0,107$, $p=0,543$). Benzer şekilde sosyal mesafeye dikkat etme durumu, sigara tüketimini azaltma ve sağlıklı beslenmeye dikkat etme durumunda da anlamlı fark yoktur. (sırasıyla $p=0,311$, $p=0,774$, $p=0,288$). Son olarak, vitamin takviyesi alma ve el hijyeni için dezenfektan ve kolonya kullanımında da anlamlı bir fark görülmemiştir (sırasıyla $p=0,430$, $p=0,169$, $p=0,704$). Ayrıca evlerinde 65 yaş üstü bireyler ile beraber yaşayanların iş yerinde siperlik kullanım oranının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,011$). Bu grupta gün içinde maske değişim sıklığının anlamlı bir fark göstermediği tespit edilmiştir ($p=0,105$).

Katılımcıların evlerinde kronik rahatsızlığı olan kişiler ile beraber yaşama durumları ile COVID-19'dan korunma tutumları karşılaştırılmıştır. Evinde kronik rahatsızlığı olan kişilerle beraber yaşamayanlarda el hijyenine dikkat etme oranı ve maske kullanma oranı evinde kronik rahatsızlığı olan kişilerle beraber yaşayanlara göre daha yüksektir (sırasıyla $p=0,036$, $p=0,025$). İş yerinde siperlik, gözlük kullanımı, iş yerinde ayrı kıyafet kullanımı, saç bonesi kullanımı, sosyal mesafeye dikkat etme oranı, sigara tüketiminde azalma, sağlıklı beslenmeye dikkat etme oranı vitamin takviyesi alma durumu, el hijyeni için sabun, dezenfektan ve kolonya tercih etme oranlarında bir fark saptanmamıştır (sırasıyla $p=0,974$, $p=0,056$, $p=0,373$,

p=0,991). Benzer şekilde sosyal mesafeye dikkat etme oranı, sigara tüketiminde azalma, sağlıklı beslenmeye dikkat etme oranında da anlamlı fark yoktur (sırasıyla p=0,667, p=0,102, p=0,513). Ayrıca vitamin takviyesi alma durumu, el hijyeni için sabun, dezenfektan ve kolonya tercih etme oranlarında bir fark saptanmamıştır (sırasıyla p=0,570, p=0,304, p=0,081). Evlerinde kronik rahatsızlığı olan bireylerle yaşayanlarda iş yerinde siperlik kullanımı (p<0,001), eldiven kullanımı (p=0,001), tulum kullanımı (p<0,001), gözlük kullanımı (p=0,001), diğer ekipman kullanımları (p=0,001) oranı anlamlı şekilde daha yüksektir. Gün içinde maske değişim sıklığında ise anlamlı bir fark görülmemiştir (p=0,178).

Katılımcıların COVID-19 tanısı alma durumlarına göre COVID-19'dan korunmaya yönelik tutumları karşılaştırılmıştır. COVID-19 tanısı alanlarda maske kullanma oranı, sigara tüketimini azaltma/bırakma oranı ve vitamin takviyesi alma oranları COVID-19 tanısı almayanlara göre daha yüksek iken (sırasıyla p=0,003, p=0,002, p<0,001) ; siperlik kullanımı ve sosyal mesafeye dikkat etme oranı ise COVID-19 tanısı almayanlara göre daha düşüktür (sırasıyla p<0,001, p=0,005). Ayrıca iş yerinde tercih edilen koruyucu ekipmanlar arasında siperlik, eldiven ve diğer ekipmanları kullanma oranları hiç COVID-19 tanısı almamış olanlarda anlamlı şekilde daha yüksektir (sırasıyla p=0,002, p=0,036, p=0,027). Diğer yandan gün içinde maske değişim sıklığı ile COVID-19 tanısı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (p=0,197).

Katılımcıların mesleki kategori durumlarına göre COVID-19'dan korunmak için tutumları karşılaştırılmıştır. Ebe olanlarda iş yerinde gözlük kullanma oranı ve sağlıklı beslenmeye dikkat etme oranı, hemşire olanlara göre daha yüksektir (sırasıyla p=0,018, p=0,039). El hijyenine dikkat, maske kullanımı, siperlik kullanımında meslek kategorilerine göre bir fark saptanmamıştır (sırasıyla p=0,055, p=0,201, p=0,192). Benzer şekilde, iş yerinde ayrı kıyafet kullanımı, saç bonesi kullanımı, sosyal mesafeye dikkat etme oranında da meslek kategorilerine göre fark görülmemiştir (sırasıyla p=0,628, p=0,234, p=0,245). Ayrıca sigara tüketimini azaltma ve vitamin takviyesi alma durumunda meslek kategorilerine göre bir fark saptanmamıştır (sırasıyla p=0,281, p=0,527). El hijyeni için sabun kullanım oranlarında meslek gruplarında bir fark saptanmamıştır (p=0,076). Ebe olanlarda el hijyenini sağlamak amacıyla kolonya kullanımı hemşire ve diğer sağlık meslek

gruplarına göre daha düşüktür ve hemşirelerde kolonya kullanımı da diğer sağlık meslek gruplarına göre daha düşüktür ($p<0,001$). Diğer sağlık meslek gruplarında ıslak mendil kullanımı ebe ve hemşire olanlara göre daha yüksektir ($p<0,001$). Ayrıca ebe olanlarda tulum ve gözlük kullanımı hemşirelere göre yüksek iken, diğer sağlık kategorisinde olanlara göre daha düşüktür ve hemşirelerin tulum kullanımı ve gözlük kullanımı diğer sağlık kategorisinde olanlara göre daha düşüktür (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$). Ebe olanların diğer ekipmanları kullanma oranı hemşire ve diğer sağlık kategorisinde olanlara göre daha düşüktür ($p=0,011$). Eldiven ve siperlik kullanımında ve maskenin gün içindeki değişim sıklığında ise anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,057$, $p=0,061$, $p=0,316$).

Katılımcıların öğrenim durumlarına göre COVID-19'dan korunmaya yönelik tutumları karşılaştırılmıştır. Öğrenim durumu üniversite olanlarda iş yerinde gözlük kullanma oranı öğrenim durumu önlisans olanlara göre daha yüksektir ($p=0,015$). Öğrenim durumu lise olanlarda COVID-19'dan korunmak için iş yerinde ayrı bir kıyafet giyme oranı öğrenim durumu önlisans ve üniversite olanlara göre daha yüksektir ($p=0,005$). Yapılan Post-Hoc analizi sonucu öğrenim durumları ile COVID-19'dan korunmak için iş yerinde maske kullanımı ve sigara tüketimini azaltma veya sigarayı bırakma durumları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Öğrenim durumu lise olanlarda el hijyenini sağlamak için kolonya kullanım oranı önlisans ve üniversite olanlara göre daha yüksektir ($p<0,001$). Öğrenim durumu lise olanlarda el hijyenini sağlamak için ıslak mendil kullanımı diğer tüm öğrenim durumunda olanlara göre daha yüksektir ($p<0,001$). Yapılan Post-Hoc analizi sonucu öğrenim durumu ile el hijyenini sağlamak için sabun tercih etme arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Diğer yandan el hijyenine dikkat, siperlik kullanımı, saç bonesi kullanımında öğrenim durumlarına göre bir fark görülmemiştir (sırasıyla $p=0,084$, $p=0,718$, $p=0,532$). Benzer şekilde sosyal mesafeye dikkat, sağlıklı beslenmeye dikkat ve vitamin takviyesi alma, el hijyeni için dezenfektan kullanımında da öğrenim durumlarına göre bir fark görülmemiştir (sırasıyla $p=0,672$, $p=0,328$, $p=0,088$, $p=0,175$). Ayrıca, öğrenim durumu lise olanlarda eldiven kullanma oranı öğrenim durumu önlisans olanlara göre daha yüksektir ($p=0,049$). Öğrenim durumu lise olanlarda tulum, gözlük ve diğer ekipmanları kullanma oranı diğer tüm öğrenim durumu düzeyinde olanlara göre daha yüksektir (sırasıyla

$p=0,002$, $p=0,003$, $p<0,001$). Gün içinde maske değişim sıklığının ise öğrenim durumuyla arasında anlamlı bir ilişki görölmemiştir ($p=0,056$).

Katılımcıların bilgi düzeylerinin yeterli olup olmama durumlarına göre COVID-19 pandemi süreci tutumları karşılaştırılmıştır. Bilgi düzeyi yetersiz olanlarda siperlik kullanımı ve diğer ekipman kullanma oranları bilgi düzeyi yeterli olanlara göre daha yüksektir (sırasıyla $p=0,006$, $p<0,001$) Eldiven, tulum ve gözlük kullanımında bir fark saptanmamıştır (sırasıyla $p=0,161$, $p=0,069$, $p=0,069$). Bilgi düzeyi yetersiz olanlarda COVID-19'dan korunmak için iş yerinde siperlik kullanımı ve sosyal mesafeye dikkat etme ortalaması yeterli bilgi düzeyinde olanlara göre daha yüksektir (sırasıyla $p=0,009$, $p=0,001$) Diğer yandan bu grupta el hijyenine dikkat, maske kullanımı, gözlük kullanımı, iş yerinde ayrı kıyafet kullanımı,saç bonesi kullanımı, sigara tüketimini azaltma, sağlık beslenme, vitamin takviyesi, el hijyeninde tercih edilen materyaller (sabun, dezenfektan kolonya, ıslak mendil) ve cerrahi maskeyi gün içinde değiştirme sıklığı açısından anlamlı fark görölmemiştir (sırasıyla $p=0,735$, $p=0,209$, $p=0,637$). Benzer şekilde iş yerinde ayrı kıyafet kullanımı, saç bonesi kullanımı, sigara tüketimini azaltma açısından anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla $p=0,154$, $p=0,099$, $p=0,194$). Ayrıca, sağlık beslenme, vitamin takviyesi, ve cerrahi maskeyi gün içinde değiştirme sıklığı açısından anlamlı fark görölmemiştir (sırasıyla $p=0,438$, $p=0,570$, $p=0,231$). Son olarak el hijyeninde tercih edilen materyaller (sabun, dezenfektan kolonya, ıslak mendil) için de bir fark görölmemiştir (sırasıyla $p=0,119$, $p=0,109$, $p=0,619$).

Katılımcıların kurumlarında herhangi bir COVID-19 bilgilendirme dersine katılma durumları ile COVID-19'dan korunmaya yönelik tutumlar arasındaki ilişki incelenmiştir. Kurumda herhangi bir COVID-19 bilgilendirme dersine katılmayanlarda COVID-19'dan korunmak için iş yerinde maske kullanma oranı, sigara tüketimini azaltma veya sigarayı bırakma oranı daha yüksek olarak saptanmıştır (sırasıyla $p=0,008$, $p<0,001$). Herhangi bir COVID-19 bilgilendirme dersine katılmayanlarda COVID-19'dan korunmak için iş yerinde saç bonesi kullanma oranı daha düşüktür ($p=0,013$). Kurumunda herhangi bir COVID-19 bilgilendirme dersine katılmayanlarda el hijyenini sağlamak için sabun kullanımı daha yüksektir ($p=0,009$). Diğer yandan el hijyenine dikkat, siperlik kullanımı, gözlük kullanımında herhangi bir fark saptanmamıştır (sırasıyla $p=0,231$, $p=0,099$,

p=0,117). Benzer olarak iş yerinde ayrı kıyafet kullanımı, sosyal mesafeye dikkat ve sağlıklı beslenmeye dikkat açısından bir fark saptanmamıştır (sırasıyla p=0,195, p=0,765, p=0,335). Son olarak, vitamin takviyesi alma ve el hijyeni için dezenektan, kolonya ve ıslak mendil tercihinde de herhangi bir fark saptanmamıştır (sırasıyla p=0,559, p=0,367, p=0,955, p=0,094). Ayrıca, kurumunda herhangi bir COVID-19 bilgilendirme dersine katılmayanların eldiven kullanma oranı daha yüksektir (p<0,001). Kurumda herhangi bir COVID-19 bilgilendirme dersine katılanların cerrahi maske değiştirme sıklığı kurumda COVID-19 bilgilendirme dersine katılmayanlara göre daha yüksektir (p=0,016).

4.5. COVID-19 PANDEMİSİNE AİT GÖRÜŞLERİN ALT GRUP KARŞILAŞTIRMALARI

Katılımcıların demografik özellikleri ve sağlık verilerinin, COVID-19 pandemisi hakkındaki görüşleri (COVID-19 servislerinde sağlık personeli olarak hizmet etmeye dair önerme, hastalığın abartıldığı önermesi, koruyucu ekipmanların doğru kullanımı ile hastalıktan korunabileceği önermesi, sigara kullanan bir kişinin COVID-19'u ağır geçirebileceği önermesi) ile olan ilişkileri incelenmiştir.

Bilinen kronik hastalık varlığı ile görüş önermeleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (sırasıyla p=0,357, p=0,090, p=0,103, p=0,606). Sigara kullanmayanların hastalığın abartıldığını düşünme oranı ve sigara kullanan bir kişinin COVID-19'u ağır geçirebileceğini düşünme oranı sigara kullananlara göre daha yüksektir (sırasıyla p=0,001, p<0,001). Diğer yandan koruyucu ekipmanların doğru kullanımı ile hastalıktan korunabileceğine dair önerme ve COVID-19 servislerinde veya fiyasyon ekiplerinde gönüllü hizmet açısından sigara kullanımı olan ve olmayanlar arasında anlamlı fark yoktur (sırasıyla p=0,837, p=0,338).

Ortalama geliri 3500-6000 TL olanlarda COVID-19 servislerinde veya fiyasyon ekiplerinde gönüllü hizmet etmeyi isteme oranı geliri 10.000 TL ve üzeri olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (p=0,006). Ortalama geliri 6000-10.000 TL olanlarda koruyucu ekipmanların doğru kullanımı ile hastalıktan korunabileceğini düşünme oranı geliri 3500-6000 TL olanlara göre daha yüksektir (p=0,011). Geliri 10.000 TL ve üzeri olanlarda COVID-19 servislerinde veya fiyasyon ekiplerinde sağlık personeli olarak hizmet etmeyi istememe nedeninin verilen emeğin karşılığını

alamama olduğunu düşünme oranı diğer gelir gruplarında olanlara göre daha yüksektir ($p=0,004$). Diğer yandan gelir gruplarına göre hastalığın abartıldığına dair önerme ve sigara kullananların COVID-19'u ağır geçirebileceğine dair önerme arasında anlamlı ilişki görülmemiştir (sırasıyla $p=0,070$, $p=0,087$).

Evlerinde 65 yaş üzeri kişilerle beraber yaşayanlarda COVID-19 servislerinde veya filyasyon ekiplerinde sağlık personeli olarak hizmet etmeyi isteme oranı anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,001$). Evlerinde 65 yaş üzeri kişilerle yaşamayanlarda COVID-19 servislerinde veya filyasyon ekiplerinde sağlık personeli olarak hizmet etmeyi istememe nedeninin hastalığı ailesine bulaştırma korkusunun olması, verilen emeğin karşılığını alamama düşüncesi, evinde 65 yaş üzeri kişilerle beraber yaşayanlara göre daha yüksekken, diğer nedenlerle istememe oranı evinde 65 yaş üzeri kişilerle beraber yaşayanlara göre daha düşüktür ($p=0,038$, $p=0,023$, $p<0,001$). Diğer görüşler ise evlerinde 65 yaş üzeri kişilerle beraber yaşama durumuna göre anlamlı değişiklik göstermemiştir (sırasıyla $p=0,967$, $p=0,143$, $p=0,076$).

Evlerinde kronik rahatsızlığı olanlarla beraber yaşama durumuna göre görüşlerde anlamlı bir fark görülmemiştir (sırasıyla $p=0,081$, $p=0,262$, $p=0,402$, $p=0,507$).

COVID-19 tanısı almış olanlarda, COVID-19 servislerinde veya filyasyon ekiplerinde sağlık personeli olarak hizmet etmeyi istememe nedeni, hastalığa yakalanma korkusu olma oranı daha yüksektir ($p=0,010$). COVID-19 tanısı alanlarda COVID-19 servislerinde veya filyasyon ekiplerinde sağlık personeli olarak hizmet etmeyi isteme oranı, COVID-19 tanısı alamayanlara göre daha yüksektir ($p=0,010$). COVID-19 tanısı almayanlarda sigara kullanan bir kişinin COVID-19'u ağır geçireceğini düşünme oranı COVID-19 tanısı alanlara göre daha yüksektir ($p=0,033$). COVID-19 tanısı almış olma durumuna göre diğer görüşlerde bir fark görülmemiştir (sırasıyla $p=0,054$, $p=0,084$).

Öğrenim durumu üniversite olanlarda COVID-19 servislerinde veya filyasyon ekiplerinde sağlık personeli olarak hizmet etmeyi istememe nedeninin, hastalığa yakalanma korkusu olma oranı öğrenim durumu önlisans olanlara göre daha yüksektir ($p=0,004$). Öğrenim durumu önlisans olanlarda COVID-19 servislerinde veya filyasyon ekiplerinde sağlık personeli olarak hizmet etmeyi isteme

oranı öğrenim durumu üniversite olanlara göre yüksektir ($p<0,001$). Öğrenim durumu önlisans olanlarda hastalığın abartıldığını düşünme oranı, öğrenim durumu lise olanlara göre daha yüksektir ($p=0,006$). Öğrenim durumu lise olanların, sigara kullanan bir kişinin COVID-19'u ağır geçirebileceğini düşünme oranı öğrenim durumu önlisans ve üniversite olanlara göre daha yüksektir ($p=0,010$). Yapılan post-hoc analizi sonucu öğrenim durumları ile koruyucu ekipmanların doğru kullanımı ile hastalıktan korunabileceğini düşünme görüşü arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Diğer sağlık meslek kategorisinde olanlarda COVID-19 servislerinde veya filyasyon ekiplerinde sağlık personeli olarak hizmet etmeyi istememe nedeninin hastalığa yakalanma korkusu ve verilen emeğin karşılığını alamama olduğunu düşünme oranı ebe ve hemşire olanlara göre daha düşüktür. ($p=0,026$) Diğer sağlık meslek gruplarında olanlarda COVID-19 servislerinde veya filyasyon ekiplerinde sağlık personeli olarak hizmet etmeyi isteme oranı ebe ve hemşirelere göre daha yüksektir ($p<0,001$). Diğer görüşlerde ise meslek kategorisine göre anlamlı bir fark görülmemiştir (sırasıyla $p=0,302$, $p=0,655$, $p=0,944$).

Mesleki deneyimi 2 yıl ve daha az olanlarda, COVID-19 servislerinde veya filyasyon ekiplerinde sağlık personeli olarak hizmet etmeyi istememe nedeninin aileye bulaştırma korkusu olma oranı, mesleki deneyimi 7-10 yıl ve 11 yıl ve üzeri olanlara göre daha yüksektir ($p=0,006$). Mesleki deneyimi 3-6 yıl, olanlarda COVID-19 servislerinde veya filyasyon ekiplerinde sağlık personeli olarak hizmet etmeyi istememe nedeninin verilen emeğin karşılığını alamama olduğunu düşünme oranı diğer mesleki deneyim gruplarında olanlara göre daha yüksektir ($p<0,001$). Mesleki deneyimi 11 yıl ve üzeri olanlarda COVID-19 servislerinde veya filyasyon ekiplerinde sağlık personeli olarak hizmet etmeyi isteme oranı mesleki deneyimi 3-6 yıl olanlara göre düşükken, mesleki deneyimi 7-10 yıl olanlara göre yüksektir. Ayrıca mesleki deneyimi 7-10 yıl olanlarda COVID-19 servislerinde veya filyasyon ekiplerinde sağlık personeli olarak hizmet etmeyi isteme oranı mesleki deneyimi 2 yıl ve daha az olan ve 3-6 yıl olanlara göre daha düşüktür ($p<0,001$). Mesleki deneyimi 2 yıl ve daha az olanlarda hastalığın abartıldığını düşünme oranı diğerlerine göre daha yüksektir ($p=0,006$). Mesleki deneyimi 3-6 yıl olanlarda sigara kullanan bir kişinin COVID-19'u ağır geçirebileceğini düşünme oranı, 7-10 yıl mesleki deneyimi olanlara göre daha yüksektir ($p=0,025$). Yapılan Post-Hoc analizi

sonucu mesleki deneyim ile koruyucu ekipmanların doğru kullanımı ile hastalıktan korunabileceğini düşünme görüşü ile arasında anlamlı ilişki yoktur.

Katılımcıların bilgi düzeyinin yeterli veya yetersiz olması ile görüşler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (sırasıyla $p=0,944$, $p=0,913$, $p=0,506$, $p=0,714$).

Kurumunda herhangi bir COVID-19 bilgilendirme dersine katılmayanlarda COVID-19 servislerinde veya fiyasyon ekiplerinde sağlık personeli olarak hizmet etmeyi istememe nedeni hastalığa yakalanma korkusu ve aileye hastalığı bulaştırma korkusu olma oranı daha yüksektir (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$). Kurumunda herhangi bir COVID-19 bilgilendirme dersine katılmayanlarda hastalığın abartıldığını düşünme ve koruyucu ekipmanların doğru kullanımı ile hastalıktan korunabileceğini düşünme oranı daha yüksektir (sırasıyla $p=0,045$, $p=0,028$). Sigara kullananların COVID-19'u ağır geçirebileceği görüşü ve COVID-19 servisleri veya fiyasyon ekiplerinde gönüllü hizmet etme görüşünde ise herhangi bir anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla $p=0,204$, $p=0,485$).

4.6. COVID-19 KAYGI DÜZEYİ ALT GRUP KARŞILAŞTIRMALARI

Katılımcıların COVID-19 kaygı düzeyi ile kronik hastalığı olma durumu, sigara durumu, ortalama gelir durumu, evlerinde 65 yaş üzeri bireyle ve kronik hastalığı olan bireylerle yaşama durumu, öğrenim durumları, meslek kategorileri, mesleki deneyim, COVID-19 tanısı alma durumları, COVID-19 bilgi düzeyi ve kurumda herhangi bir COVID-19 bilgilendirme dersine katılma durumları ile karşılaştırılmıştır. Evlerine giren ortalama geliri 3500-6000 TL olanlarda kaygı düzeyi, geliri 10.000 TL ve üzeri olanlara göre daha yüksektir ($p=0,019$). Evlerinde kronik hastalığı olan bireylerle beraber yaşamayanlarda kaygı düzeyi daha yüksektir ($p=0,006$). COVID-19 hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünenlerde kaygı düzeyi az düzeyde bilgi sahibi olanlara göre ve kısmen bilgi sahibi olanlara göre daha düşüktür; ayrıca az düzeyde bilgi sahibi olanların kaygı düzeyi biraz bilgi sahibi olanlara göre daha yüksektir ($p<0,001$). Diğer gruplarda ise kaygı düzeyi için anlamlı bir fark yoktur.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda ASM'lerde çalışan ASE'lerin COVID-19 pandemisi hakkındaki bilgi düzeyleri, görüş ve tutumlarını analiz etmeyi amaçladık. Bu çalışma sonucunda katılımcıların çoğunluğunun (%94,1) COVID-19 hakkında bilgi düzeyinin yeterli olduğu görüldü. Maske kullanımı ülkemizdeki zorunluluk nedeniyle %100 iken, iş yerinde diğer koruyucu ekipmanların (eldiven, siperlik, tulum, gözlük) kullanımlarına dair tutumlar farklılık göstermekteydi. COVID-19'a yönelik görüş sorularında hastalığın abartıldığını düşünen ASE oranı oldukça düşüktü (%5.5). Katılımcıların COVID-19 kaygı düzeyi ölçeği ortalaması ise $1,87 \pm 2,82$ puandı. Ayrıca, bilgi düzeyleri ile eğitim seviyelerinin arasında doğrusal bir ilişki göstermesinden ziyade bilgi düzeyi eksik hissedenenlerin bilgiye ulaşmada ve bilgiyi tutuma dönüştürmede daha istekli oldukları görülmüştür.

Katılımcıların demografik bilgileri analiz edildiğinde, büyük çoğunluğunun kadın (%92,3) olduğu görüldü; bu nedenle cinsiyete göre alt grup analizleri yapılmadı. Katılımcıların hiçbiri 65 yaş ve üzeri grupta değildi. Katılımcılarda kronik hastalık varlığı %22,2 iken, aktif sigara içenlerin oranı %26,7 idi. Gebelik varlığı (%1,2) ise oldukça düşüktü. Ciddi COVID-19 kliniği açısından, 65 yaş üzeri kişiler ve altta yatan kronik hastalığı olan kişilerin (obezite, kardiyovasküler hastalıklar, kronik böbrek hastalığı, diyabet, kronik akciğer hastalığı olanlar, sigara içenler, kanser, solid organ veya hematopoetik kök hücre transplant yapılan hastalar) yüksek risk grubunda olduğu bilinmektedir (3). Bu kişilerin, bu hastalığa 12 kat daha fazla yenik düştüğü bildirilmiştir (5). Çalışmamıza katılanlar arasında COVID-19 açısından yüksek riskli grupta kabul edilen kişilerin oranı %20'lerde idi. Sağlık personeli olmaları ve aktif çalışmaları sebebiyle bu kişiler her gün COVID-19 riski ile karşı karşıya kalmaktadır. Ancak ülkemizde sağlık personelinde COVID-19 aşılama programının hızla uygulanması ile bu kişiler için avantaj sağlanmıştır. Anketin uygulandığı tarihlerde de ülkemizde sağlık personelinde 3. doz aşılamaya başlanmıştı. Çalışmamızda COVID-19 hastalığına yakalananların oranı %26,3 iken, bu kişilerin çoğunluğunun (%95,8) hastalığı evinde geçirdiği sadece %4,2'sinin hastane ve yoğun bakım ihtiyacı olduğu dikkat çekmektedir. Bu durum, sağlık

personelinde hastalığın erken evresinde tanı alarak erken dönemde tedaviye başlanması ve ülke genelinde aşılama programının başlamasıyla ilişkili olabilir.

Çalışmamıza katılanların kurumlarında, COVID-19'a yönelik bir bilgilendirme dersine katılım oranları (%12,7) oldukça düşüktü. Buna rağmen bilgi düzeyi ölçen sorulara verilen cevaplar değerlendirildiğinde katılımcıların %94,2'sinin yeterli bilgi düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Bilgilendirme derslerine katılım düşük olsa da bilgiye ulaşma konusunda istekli oldukları görülmektedir. Zhang ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında (doktor, hemşire, paramedik) COVID-19'a yönelik yeterli bilgi düzeyine sahip olanların oranı %89 olarak belirtilmiştir (91). Hesarakı ve arkadaşlarının derlemesinde sağlık çalışanlarında COVID-19'a yönelik bilgi düzeyi değerlendirilen çalışmalar yeterli bilgi düzeyi oranı %26,5 -%98,89 arasında değiştiği ancak çalışmaların çoğunda bilgi düzeyinin iyi düzeyde olduğu bildirilmiştir (92). Çalışmamızda, katılımcıların bilgi kaynakları sorgulandığında ise en sık tercih edilen kaynakların Sağlık Bakanlığı kaynakları, beraber çalıştıkları hekim, kurumları ve internet olduğu görülmektedir; aksine arkadaşlar, sosyal medya ile televizyon ve haberler daha az tercih edilmiştir. Giao ve arkadaşlarının anket çalışmasında da, sağlık çalışanlarının COVID-19'a yönelik bilgi edinme kaynağı olarak en çok bakanlık ve hastane kaynaklarının (%82) tercih edildiği görülmüştür (93). Bu durum ASE'lerin bilgiye ulaşırken doğru kaynakları tercih ederek kendi bilgi düzeylerini geliştirdiklerini göstermektedir. Buna rağmen çalışmamızda COVID-19 hakkında bilgi düzeylerini kendilerinin değerlendirmeleri istendiğinde, yeterli bilgiye sahip olduklarını düşünenlerin oranı %47 ile sınırlı kalmıştır. ASE'lerin konu hakkında daha fazla bilgi ihtiyacı içerisinde oldukları görülmektedir. Bilgi düzeyini ölçen sorular tek tek incelendiğinde en fazla yanlış cevap verilen sorunun COVID-19 bulaş yolları olduğu dikkat çekmektedir. Bu sorudaki yanlış cevap oranı %64'tür. Aslında bulundukları kritik çalışma koşulları dikkate alındığında, her gün birçok hasta ile temas halinde olan bu grubun, bulaş yolları hakkında bilgilerinin yetersiz olması kabul edilemez. Özellikle ASE'lerin bu konuda bilgilendirilmeleri aciliyet taşımaktadır. İkinci olarak en fazla yanlış cevaplanan soru ise temas sonrası semptomların ortaya çıkma süresi idi. Bhagavathula ve arkadaşlarının, 529 sağlık çalışanı (doktorlar, tıp öğrencileri, eczacılar, hemşireler, laboratuvar teknisyenleri, diş hekimleri) üzerinde

gerçekleştirdiği COVID-19 bilgi düzeyi ve tutumlarına dair bir anket çalışmasında da, bizim çalışmamızla benzer şekilde, COVID-19 bulaş yolları ve inkübasyon süresi hakkında bilgi düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca, bilgilendirme dersine katılım oranları da %44,1 ile sınırlı kalmıştır (94). Shi ve arkadaşlarının psikiyatri hastanesi çalışanlarında gerçekleştirdikleri anket çalışmasında ise bilgilendirme dersine katılım oranı %64,6 olarak bildirilmiş; ancak sadece katılımcıların %89,5'unun bilgi düzeyinin yeterli olduğu görülmüştür (95). Giao ve arkadaşlarının çalışmasında da sağlık çalışanlarının %88,4'ünde yeterli bilgi düzeyi sağlandığı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızla benzer şekilde bulaş yolları (%67), inkübasyon süresi (%65,8) ile ilgili sorular en az doğru cevaplanan sorular arasındadır (93). Ejeh ve arkadaşlarının çalışmasında ise, sağlık çalışanlarının COVID-19'a dair bilgi düzeyi sorularında doğru cevap oranı %77,7-96,9 arasında değiştiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada bulaş yolları ile ilgili sorunun doğru cevaplanma oranı ise %91,3'tür (96). COVID-19'un inkübasyon süresi hakkında SARS-CoV-2'nin pandemi başından beri geçirdiği mutasyonlar sonucu ve diğer yandan yeni araştırmaların sonuçlanması ile farklı bilgiler verilmiştir (3, 4, 7, 37). ASE'lerin bu konuda hataya düşmeleri güncel bilgiyi takip etmede yetersiz kalmalarına bağlı olabilir. Bu nedenle ASE'ler için kendi kurumlarında düzenli aralıklarla ek bilgilendirme derslerinin verilmesi, bu derslerin zorunlu tutulması ve özellikle bulaş yolları hakkında daha detaylı bilgi verilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Kesin tedavisi olmayan ve pandemi yaratan bir bulaşıcı hastalıktan etkili şekilde korunmak oldukça önemlidir. Bu hem kendimiz için hem de sağlık çalışanları olarak hastalar arası bulaşı arttırmamak adına da önem taşımaktadır. DSÖ'nün internet sitesinde korunma önlemleri 7 basamakta özetlenmiştir. Bunlar aşı olmak, 1 metre sosyal mesafe uygulamak, sosyal mesafe uygulanamayan veya havalandırması kötü olan ortamlarda yüzünüze uygun bir maske kullanmak, kapalı alanlar yerine açık alanlar tercih etmek, düzenli olarak ellerinizi sabunla ve suyla yıkamak veya alkol bazlı bir ürünle ellerinizi ovalamak, öksürürken veya hapsirirken ağzınızı-burnunuzu kapatmak ve son olarak kendinizi iyi hissetmediğiniz taktirde iyileşene kadar kendizi izole etmek olarak sıralanmıştır (97). Sağlık personelleri için korunma yöntemleri, çeşitli koruyucu ekipmanlar ile ilgili çeşitli kılavuzlar da Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanmıştır (98). Çalışmamıza katılan ASE'lerin COVID-19

hastalarıyla birebir çalışmamalarına rağmen, COVID-19 şüphesi olan hastaların muayenelerine eşlik edebilmekte ve hatta aşılama çalışmalarına yoğun biçimde katılmaktadırlar. Bu nedenle korunma yöntemlerine ve koruyucu ekipmanlar hakkında uygun tutum geliştirmiş olmaları gereklidir. Çalışmamızda ASE'lerin COVID-19'dan kendilerini nasıl koruyacaklarına dair bilgi düzeylerini kendilerinin değerlendirmesi istendiğinde, sadece %32'sinin çok iyi düzeyde, %54'ünün iyi düzeyde bildiğini belirttiği görülmüştür. Shi ve arkadaşlarının çalışmasında ise sağlık çalışanlarında kendilerini nasıl koruyacaklarını bildiğini belirtenlerin oranı %78,8 idi (95). ASE'lerin maske kullanım oranı %100'e yakın iken diğer koruyucu ekipmanlar hakkındaki tutumları değişkenlik göstermekteydi. ASE'lerin çoğunluğu (%87) bir cerrahi maskeyi 8 saatte bir yenisi ile değiştirdiklerini bildirmiştir. Bu durum ülkemizde maske kullanımının zorunlu hale getirilmesiyle ilintili olabilir. Diğer yandan koruyucu ekipmanlar içerisinde maskeden sonra en sık tercih edilen materyalin eldiven olduğunu gördük. Katılımcılardan sadece 28 kişi iş yerinde eldiven kullanmadığını belirtmişti. En az tercih edilen ekipmanlar ise tulum ve gözlüktü. Bu sonuçlar, tulum ve gözlüğün kullanımlarının pratik olmaması ve günlük pratiklerinde COVID-19 tanısı olan hastalara müdahalede bulunmamaları ile ilintili olabilir. Genel tutum sorularının detaylı analizinde el hijyenine her zaman dikkat edenlerin çoğunlukta (%84,4) olduğu görülmüştür. El hijyeni için özellikle sabunun ve dezenfektanın tercih edildiği görülmektedir; bunun sebebi yüksek ihtimalle iş yerinde en kolay ulaşılabilen ve en pratik kullanılan temizlik araçları olmalarıdır. Gao ve arkadaşlarının çalışmasında, sağlık personelinin %92,7'si sabun ile sıklıkla el yıkayanlarda COVID-19 bulaşının engellenebileceğini düşünmekteydi (93). Ejeh ve arkadaşlarının çalışmasında COVID-19'dan korunmaya yönelik tutumların değerlendirmesinde, sağlık çalışanlarında her hastadan sonra el yıkama oranı %98,3, COVID-19 şüphesi olan hastalarda koruyucu kıyafet kullanma oranı %91,6, evden çıkarken maske takma oranı %59,2 idi (96). Öte yandan, çalışmamıza katılanların çoğunluğunun iş yerinde ayrı bir kıyafet kullandığı ve bu kıyafetle eve gidip gelmediği görülmektedir. Özellikle Sağlık Bakanlığı tarafından da pandemi başından beri sağlık çalışanları için toplumun kaygı düzeyini arttırmamak adına özellikle toplu taşıma araçlarında iş yerindeki önlüklerin kullanılmaması konusunda uyarılarda bulunulmuştur (99). Öte yandan ailelerine hastalık bulaştırma korkusu da bu tutumu

desteklemiş olabilir. Çoğunluğun sosyal mesafeye dikkat ettiği görülmekle beraber, sosyal mesafeye “bazen” dikkat eden, “ara sıra” dikkat eden ve “hiçbir zaman” dikkat edemeyen 35 kişi olduğu dikkat çekmiştir. Bu durum ASE’lerin çalışma şekillerinden kaynaklı olabilir; aşı uygulamaları, hasta muayeneleri ve hasta müdahaleleri esnasında sosyal mesafe kavramı tam anlamıyla uygulanamamaktadır. Ayrıca, tüm dünyada son zamanlarda sağlıklı beslenme, vitamin takviyesi konuları sıklıkla gündeme gelmektedir. Toplumdaki ilgi ile paralel şekilde ASE’lerde de özellikle sağlıklı beslenme olmak üzere kısmen vitamin takviyesi konusuna ilginin olduğu görülmektedir. Diğer yandan, sigara tüketimini azaltanların oranı %30’larda kalmıştır. Özellikle sigara ve COVID-19 arasındaki ilişkiye daha fazla ilgi çekilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

COVID-19 pandemisi ile beraber COVID-19 hastalarına hizmet veren sağlık personellerinin çoğu, ilk defa bir bulaşıcı hastalık ile mücadelede hizmet vermeye başladı. Ülkemizde oluşturulan filyasyon ekiplerine birçok birimden sağlık personeli gönderildi. Çalışmamızda katılımcıların COVID-19 servislerinde veya filyasyon ekiplerinde gönüllü hizmet etme istekleri oldukça (kesinlikle istekli olanlar %6,3, istekli olanlar %22,6) düşüktü. Bunun temel sebepleri olarak sıklık sırasına göre ailesine COVID-19 bulaştırma korkusu, verilen emeğin karşılığını alamama düşüncesi, hastalığa yakalanma korkusu ve diğer nedenler olarak bildirilmiştir. Bilinmeyenleri yüksek olan bir hastalıkla mücadele içerisinde kişilerin öncelikle aileleri için kaygılandığı görülmektedir. Shi ve arkadaşlarının çalışmasında ise psikiyatri hastanesinde çalışan sağlık personellerinde COVID-19 tedavisi alan hastalarda psikiyatri tedavilerine hizmet etme isteği %77,1 olarak bildirilmiştir (95). Imasuen ve arkadaşlarının çalışmasında ise sağlık çalışanlarının COVID-19 hastalarına gönüllü olarak hizmet etme isteği %17,6 olarak bildirilmiştir. Yazarlar, sağlık çalışanlarının COVID-19 hastalarına hizmet etme isteğinin düşük olmasının temel sebebinin COVID-19’a yakalanma korkusu olduğunu belirtmiştir (100). Giao ve arkadaşlarının çalışmasında da yakınlarına COVID-19 bulaştırma endişesi olan sağlık çalışanlarının oranı %79,9 idi (93). Diğer yandan çalışmamızda hastalığın abartıldığı yönündeki görüşler sorgulandığında, katılımcıların yaklaşık %20’sinin hastalığın ciddiyeti konusunda hala ikna olmadığı görülmektedir. Dahası katılımcıların yaklaşık %30’unun sigara kullanan kişilerin COVID-19 ve sigara

ilişkinine hakim olmadığını da göstermektedir. Sigara kullanımı birçok kronik akciğer hastalığı ve kardiyovasküler hastalığın altta yatan risk faktörüdür. COVID-19 için de sigara kullanımı olan bireylerde daha ciddi klinik ciddiyet beklenmektedir. Bazı çalışmalarda daha önce sigara öyküsü olan kişilerde ciddi COVID-19 kliniğinin anlamlı şekilde daha yüksek olduğu; hiç sigara içmemiş olanlarda ve aktif içicilerde anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (101, 102). Ancak sigarayı bırakmış olanların yaşlarının daha fazla olması ve kronik hastalıklarının daha fazla olması olasılığı, sonuçların değerlendirmesinde göz önünde bulundurulmalıdır (101, 102). Prinelli ve arkadaşlarının çalışmasında da aktif sigara içenlerde daha az olasılıkla ciddi COVID-19 enfeksiyonu geliştiği sonucuna varılmıştır (103). Ancak Farsalino ve arkadaşlarının çalışmasında ise aktif içicilerin COVID-19 nedeniyle hospitalize edilme riskinin daha az olmasına rağmen, hastane sürecinde komplikasyon görülme oranının diğerlerinden daha yüksek olduğu görülmüştür (104). Bir sistematik derlemede ise yazarlar sigara kullanımının hastalığın progresyonu ve artmış komplikasyonlar ile ilişkili olduğu yönünde görüş bildirmiştir (105). Patanavanich ve Glantz tarafından gerçekleştirilen bir meta-analizde de sigaranın hastalık progresyonu için bir risk faktörü olduğu sonucu elde edilirken, Lippi ve Henry'nin yazısında ise bu durum gözlenmemiştir (106, 107). Sonuç olarak, sigara kullanımı ile COVID-19 arasındaki ilişkinin kanıtları henüz net olarak ortaya konamamış olmasıyla beraber, sigaranın kardiyovasküler ve akciğerin kronik hastalıkları için bilinen bir risk faktörü olması nedeniyle COVID-19 için dolaylı da olsa bir risk oluşturabileceği göz ardı edilmemelidir.

Pandemi sürecinde günlük hayattaki zorunlu değişimler, bilinmeyen bir hastalığın tüm dünyada kısa sürede büyük etkiler yaratması, bilinmeyen bir hastalıkla ön planda mücadele etmek zorunda olmak, haberlerde hergün aynı konunun ciddiyetinin işlenmesi, büyük trajediler özellikle sağlık personelinde de korku ve kaygı düzeyini arttırdı. Bunlar ile ilişkili olarak depresyon, travmatik stres, insomnia, jeneralize anksiyete prevelansı da yükselmiştir (108). Lee tarafından 2020 yılında “Koronavirüs Kaygı Ölçeği” geliştirilmiştir (89). Evren ve arkadaşları tarafından da bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması tamamlanmıştır (90). Bu ölçekte 9 puan ve üzeri alan kişilerin kaygı düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir (89). Bu ölçeği kullanarak sağlık personeli üzerinde yapılan çalışmaların bir kısmına

değerlendirilecektir. Venter ve arkadaşlarının çalışmasında, radyoloji çalışanlarının %69,8'inde "Koronavirüs Kaygı Ölçeği" sonucunda 9 puan ve üzeri puan alan varken ortalama puan $12,44 \pm 5,32$ olarak bildirilmiştir. Özellikle kadınların kaygı düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,024$) (108). Kameg ve arkadaşlarının çalışmasında ise psikiyatri hemşirelerinde "Koronavirüs Kaygı Ölçeği" ortalama puanı $2,85 \pm 3,82$ 'dir (109). Ahn ve arkadaşlarının çalışmasında ise tıp öğrencilerinde "Koronavirüs Kaygı Ölçeği" ortalaması $0,3 \pm 1,2$ puan olduğu görülmüştür (110). Bizim çalışmamızda ise ASE'lerin "Koronavirüs Kaygı Ölçeği" ortalaması ise $1,87 \pm 2,82$ puandı; ayrıca 9 puan ve üzerinde alan kimse olmamıştır. Katılımcılarımızda kaygı düzeyinin yüksek olmadığı söylenebilir. Bu durum pandeminin başlangıcından itibaren yaklaşık 2 yılını tamamlanmış olması, aşılama programlarının tamamlanmasına özellikle sağlık personelinde azami dikkat edilmesiyle ilintili olabilir.

Bilgi, önlemler hakkında inançları oluşturmak, olumlu tutumlar oluşturmak, olumlu davranışlar, bireylerin bilişleri ve hastalığa karşı olumlu tutumları teşvik etmek için bir ön koşuldur. Bu durum kişilerin olaylarla başa çıkma stratejileri ve davranışlarını belli bir dereceye kadar etkiler (91). Bu nedenle sağlık çalışanlarında bilgi düzeyi ne kadar yüksek olursa tutum ve davranışlarının o kadar olumlu etkileneceğini düşünmekteyiz. Diğer yandan özellikle korkuları olan kişilerin doğru bilgiye ulaşma çabalarında bir paralellik olacağını düşünmekteyiz. Çalışmamızda özellikle ciddi COVID-19 açısından yüksek riskli grupta olan veya bu kişilerle beraber yaşayan kişilerde bilgi edinme çabası, bilgi düzeyi ve tutumlarının arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Alt grup karşılaştırmalarında sadece, evinde kronik hastalığı olan bireylerle yaşayanların bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,011$). Diğer yandan, çalışmamızda kurumda bilgilendirme dersine katılım oranları da incelenmiştir. Kronik hastalığı olan kişilerin, evinde kronik hastalığı olan kişilerle beraber yaşayanların, daha önce hiç COVID-19 tanısı almamış olanların istatistiksel anlamlı şekilde daha yüksek oranda bir COVID-19 bilgilendirme dersine katılma oranı olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,003$, $p=0,005$, $p<0,001$). Katılımcıların yüksek riskli grupta olduklarının farkındalıkları çalışmamızda sorgulanmamış olduğundan, yüksek riskli grupta olmasına rağmen bazı gruplarda bilgi düzeyinin yetersiz ve bilgilendirme derslerine ilginin az

olmasının, farkındalıklarının az olmasıyla ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz. Diğer yandan, kurumsal yazılar, toplumsal bilgilendirme programlarının da oldukça etkili bir şekilde yönetilmesi, derslere karşı bu gruplarda ek bir ilginin olmamasını açıklayabilir. Çalışmamızda, bilgilendirme dersine katılım ile bilgi düzeyleri arasında da anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum, kişilerin birçok alandan yeterli düzeyde bilgiye ulaştıklarını desteklemektedir. Son olarak, COVID-19 tanısı almamış olanların bilgilendirme derslerine katılım oranlarının daha yüksek olması, koruyucu önlemleri daha etkin kullanabildiklerinin dolaylı bir göstergesi olabilir.

Ayrıca, çalışmamızda kişilerin gelir durumu, eğitim düzeyleri ve meslek kategorileri de bilgi düzeyleri ve bilgilendirme derslerine katılım oranları üzerinde anlamlı bir fark yaratıp yaratmadığı da incelenmiştir. Bu sonuçlar arasında orta düzeyde gelir grubunda olanların bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0,002$). Ayrıca, üniversite eğitimi alanlara göre önlisans eğitimi tamamlayanlar ($p=0,011$) ve hemşirelere göre ebelerin ($p=0,001$) bilgi düzeylerinin de daha yüksek olduğu görülmüştür. COVID-19 hakkında üniversite veya meslek okullarında daha önce bir eğitim verilmemiş olması, COVID-19 hakkında bilgilendirme programlarının herkese açık olması ve herkesin etkilenebileceği bir hastalık olması sebebiyle bilgi düzeylerinin kendi bilgi düzeylerini daha eksik hisseden, bir başka deyişle eğitim seviyesi daha düşük olan bir grupta olması beklenen bir sonuçtur. Ebeler için ise aldıkları eğitim içerisinde hemşirelere kıyasla bulaşıcı hastalıklardan daha az bahsedilmesi bu önermeyi desteklemektedir. Ayrıca, çalışmamızda üniversite mezunlarının bilgilendirme dersine katılım oranları diğerlerinden anlamlı şekilde daha düşüktür ($p=0,002$). Burada da bilgi düzeyi olarak kendini yetersiz hisseden grubun bilgiye ulaşma çabasının daha yüksek olduğu açıkça görülmektedir. Literatürde sadece yardımcı sağlık personellerini karşılaştıran bir çalışma bulunamadığından, çalışmamız ile karşılaştırılabilecek veriler burada tartışılmamıştır.

Eğitimin temel hedefi öğrenilen bilginin, davranışlara ve tutumlara yansıtılmasıdır. Bu akışta ilk hedef bilginin öğrenilmesi, ikinci hedef ise bu bilginin davranış biçimine doğru şekilde aktarılmasıdır. Çalışmamızda kişilerin COVID-19'dan korunmaya yönelik tutumlarını etkileyen faktörler de detaylı biçimde incelenmiştir. Çalışmamızda bilgi düzeyi yetersiz olanlarda iş yerinde siperlik

kullanımı ile sosyal mesafeye dikkat etme ortalaması yeterli bilgi düzeyinde olanlara göre daha yüksektir (sırasıyla $p=0,009$, $p=0,001$). Diğer tutumlarda anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmamızda bilgi düzeyi incelenirken özellikle bulaş yolları ve inkübasyon süresi hakkında eksiklik olduğu görülmüştür. Koruyucu önlemler hakkındaki sorularda doğru cevap oranı %80'in üzerinde idi. Bu nedenle korunma tutumları arasında büyük bir fark gözlenmemiş olabilir. Ayrıca, kurumda herhangi bir COVID-19 bilgilendirme dersine katılmayanlarda COVID-19'dan korunmak için iş yerinde maske kullanma oranı, sigara tüketimini azaltma veya sigarayı bırakma oranı, el hijyenini sağlamak için sabun kullanımı, eldiven kullanma oranı daha yüksek olarak saptanmıştır (sırasıyla $p=0,008$, $p<0,001$, $p=0,009$). Sadece bilgilendirme dersine katılanların cerrahi maske değiştirme sıklığı daha yüksektir ($p=0,016$). Bilgilendirme derslerinin tutumlara net olarak yansımadağı görülmektedir. Kişilerin bu derslerden ziyade daha farklı kaynaklardan edindikleri bilgileri tutuma dönüştürme oranları daha yüksektir. Bu durum bilgilendirme derslerinin az olması, tekrarlanmaması, katılımcı yoğunluğunun olması ve diğer kaynaklara daha kolay ulaşım nedeniyle olabilir.

Diğer yandan kişilerin yüksek riskli grupta olması ile tutumları arasında bir fark olup olmadığı incelenmiştir. Herhangi bir kronik hastalığı olmayan kişilerde, iş yerinde el hijyenine dikkat etme, maske kullanma ve siperlik kullanma oranı kronik rahatsızlığı olanlara göre anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür.(sırasıyla $p=0,045$, $p<0,001$, $p=0,016$). Diğer yandan sosyal mesafeye dikkat etme ve vitamin takviyesi alma oranı ise herhangi bir kronik hastalığı olmayanlarda anlamlı şekilde daha düşüktür (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,015$). Bu sonuçlar doğrultusunda, kronik hastalığı olan kişilerin kronik hastalıklarla birlikte yaşamaya alışmasıyla beraber süreci daha kolay normalleştirdiğini gösterebilir. Çalışmamızda, kronik hastalığı olan kişilerde de bilgi düzeyinde bir farklılık görülmemiş olması da bu önermeyi desteklemektedir. Katılımcıların evlerinde 65 yaş ve üzeri kişilerle beraber yaşama durumuna göre COVID-19'a yönelik korunma tutumları karşılaştırıldığında ise, bu kişilerde iş yerinde el hijyenine dikkat etme oranı, maske kullanma oranı, el hijyeni için sabun kullanma oranı anlamlı şekilde daha düşüktür (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$). Bu gruptaki bilgi düzeyi ve bilgilendirme derslerine katılım oranlarının da düşük olması, bu sonuçlar ile uyumludur. Katılımcıların bu kişilerin yüksek riskli

grupta olduklarına dair farkındalıklarının düşük olması altta yatan bir sebep olabilir. Benzer şekilde evinde kronik rahatsızlığı olan kişilerle beraber yaşayanlarda el hijyenine dikkat ve maske kullanma oranı da daha düşüktür (sırasıyla $p=0,036$, $p=0,025$). Bu gruptakilerin bilgi düzeyleri yüksek olmasına rağmen tutumlarına bu bilgileri diğerlerinden daha yüksek oranda yansıtamadıklarını görüyoruz.

Daha önce COVID-19 tanısı almış olanlarda maske kullanma oranı, sigara tüketimini azaltma/bırakma oranı ve vitamin takviyesi alma oranları daha yüksek iken; siperlik kullanımı ve sosyal mesafeye dikkat etme oranı ise daha düşüktür (sırasıyla $p=0,003$, $p=0,002$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,005$). Sosyal mesafeye dikkatin düşük olması, hastalığa karşı edindikleri bağışıklık sebebiyle olsa da maske kullanımına olan dikkatlerinin artması ve sigara tüketimini azaltmaları, hastalığı geçirenlerde sağlıklarına daha fazla önem gösterdiklerini desteklemektedir.

Sigara kullanan kişilerde ise gözlük kullanma oranı, el hijyeni için sabun kullanma oranı ve dezenfektan kullanma oranı daha yüksekken, sağlıklı beslenmeye dikkat etme oranı ise sigara kullanmayanlara göre daha düşüktür (sırasıyla $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,011$, $p<0,001$). Bu kişilerde ayrıca eldiven kullanımı da daha yüksektir. ($p=0,044$). Sigara kullananlarda ellerine sinen koku nedeniyle hasta muayenelerinde el hijyeninde daha fazla sabun ve dezenfektan kullanımı ve eldiven kullanımına daha fazla dikkat etmeleri beklenen bir sonuçtur. Diğer tutumlar için belirgin bir fark saptanmamıştır.

Mesleki kategoriler değerlendirildiğinde ise el hijyeni, maske kullanımı açısından anlamlı bir fark saptanmazken, ebe olanlarda tulum ve gözlük kullanımı hemşirelere göre yüksekti ($p<0,001$). Ebelerin bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğunu hatırlarsak, edinilen bilgilerin tutuma daha doğru dönüştürüldüğünü göstermektedir. Eğitim düzeylerine bakılınca, üniversite mezunlarında iş yerinde gözlük kullanma oranı öğrenim durumu önlisans olanlara göre daha yüksektir ($p=0,015$). Lise mezunlarında eldiven kullanma oranı, önlisans mezunlarına göre daha yüksek ($p=0,049$); tulum, gözlük ve diğer ekipmanları kullanma oranı diğer tüm öğrenim durumlarına göre daha yüksektir (sırasıyla $p=0,002$, $p=0,003$, $p<0,001$). Bilgi düzeylerini hatırlayacak olursak, üniversite mezunlarının bilgi düzeyi açısından bir farklarının olmaması bu sonuçlarla uyumludur. Genel tıbbi bilgi düzeyi olarak

kendini daha eksik hisseden grupların korunma yöntemlerini daha fazla tercih etmeleri beklenen bir sonuçtur.

Gelir durumları ile tutumlar arasındaki ilişki incelendiğinde, orta düzeyde geliri olanların iş yerinde el hijyenine dikkat etme oranı ortalama geliri yüksek olanlara göre daha düşüktür. Ortalama geliri yüksek olan gruptakilerin ise iş yerinde gözlük kullanım oranları daha yüksektir. Düşük gelir düzeyine sahip olanlarda ise sosyal mesafeye dikkat, el hijyeni için kolonya ve ıslak mendil tercihi daha yüksektir. Ortalama geliri düşük olanlarda bir cerrahi maske diğer iki gruba göre daha geç değiştirilmektedir. Bu sonuçlara göre düşük gelir grubundaki kişilerde ek maddi harcama gerektiren ürünlere kıyasla daha geleneksel olan kolonyanın tercih edilmesi, sosyal mesafeye daha fazla dikkat edilmesi veya maske değişiminin daha az olması beklenen bir sonuçtur.

Kişilerin görüşleri ise detaylı incelendiğinde, bilgi düzeyinin yeterli veya yetersiz olması ile görüşler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kurumunda herhangi bir COVID-19 bilgilendirme dersine katılmayanlarda hastalığın abartıldığını düşünme oranı daha yüksektir ($p=0,045$). Bilgilendirme dersine katılmayanların hastalığın ciddiyeti hakkında doğru bilgiye ulaşamamış olması beklenen bir sonuçtur. Diğer yandan, sigara kullanan kişiler arasında sigara kullanımının daha ağır COVID-19 kliniğine sebebiyet verebileceği görüşünü daha az benimsediği görülmüştür. Birçok hastalığa sebebiyet verdiği açıkça bilinen bir ürünün bağımlısı olan bir sağlık personelinin, COVID-19 hakkındaki olumsuz etkileri gözardı etmesi beklenen bir durumdur. Düşük düzeyde ortalama geliri olanlarda COVID-19 servislerinde veya filyasyon ekiplerinde gönüllü hizmet etmeyi isteme oranı geliri yüksek olanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,006$). Bu durumda hizmete karşılık ek gelirin verilmesi kişilerin motivasyonunu da arttırdığı görülebilir. Evlerinde 65 yaş üzeri kişilerle beraber yaşayanlarda COVID-19 servislerinde veya filyasyon ekiplerinde sağlık personeli olarak hizmet etmeyi isteme oranı anlamlı şekilde daha yüksektir ($p<0,001$). Bu durum, bu kişilerin hastalara karşı daha duyarlı olmasıyla ilintili olabilir. COVID-19 tanısı alanlarda COVID-19 servislerinde veya filyasyon ekiplerinde sağlık personeli olarak hizmet etmeyi isteme oranı COVID-19 tanısı alamayanlara göre daha yüksektir ($p=0,010$). Bu kişilerin hem bağışıklık kazanmış olması hem de hastalara karşı daha iyi empati yapabilme

durumuyla açıklanabilir. Öğrenim durumu önlisans olanlarda hastalığın abartıldığını düşünme oranı öğrenim durumu lise olanlara göre daha yüksektir ($p=0,006$). Öğrenim durumu önlisans olanlarda COVID-19 servislerinde veya filyasyon ekiplerinde sağlık personeli olarak hizmet etmeyi isteme oranı öğrenim durumu üniversite olanlara yüksektir ($p<0,001$). Bu kişilerin hastalığa karşı korkularının daha az olması gönüllü hizmet isteklerini açıklayabilir.

Son olarak katılımcıların kaygı düzeylerini etkileyen faktörler incelenmiştir. Ortalama geliri düşük olanlarda kaygı düzeyi, geliri yüksek olanlara göre daha yüksektir ($p=0,019$). Ayrıca, evlerinde kronik hastalığı olan bireylerle beraber yaşamayanlarda kaygı düzeyi daha yüksektir ($p=0,006$). Bu kişilerin daha yüksek kaygı düzeyine sahip olması beklenen bir sonuçtur. Diğer gruplarda ise kaygı düzeyi için anlamlı bir fark saptanmamıştır. Katılımcılarımızın kaygı düzeylerinin düşük olması sebebiyle risk grupları net bir şekilde belirlenememiştir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında soruların uzun olması katılımcıların ilgilerini dağıtmış ve yeterli şekilde cevaplamalarına engel olmuş olabilir. Ayrıca, pandemi sürecinde sürekli yeni bilgi akışı nedeniyle ASE'lerin bilgi düzeyleri, tutumları, görüşleri ve kaygılarının değişmesi de kaçınılmazdır.

6. SONUÇLAR

Sonuç olarak, ASE’lerde bilgi düzeylerinin yeterli olduğu ancak özellikle COVID-19 bulaş yolları ve inkübasyon süresi hakkında bilgilendirilmelerinin gerektiği görülmüştür. Maske kullanımının %100 olması ile beraber diğer koruyucu ekipmanların kullanımında farklılıklar olsa bile birebir COVID-19 hastaların tedavisinde yer almadıkları düşünüldüğünde özellikle eldiven kullanımı, el hijyenine dikkat, sosyal mesafeye dikkat gibi temel koruyucu önlemlere çoğunluğun dikkat ettiği görülmüştür. Ayrıca, bilgi düzeyleri ile eğitim seviyelerinin arasında doğrusal bir ilişki göstermesinden ziyade bilgi düzeyi eksik hissedenlerin bilgiye ulaşmada ve bilgiyi tutuma dönüştürmede daha istekli oldukları söylenebilir. Katılımcıların tamamının kaygı düzeylerinin düşük olması diğer bir dikkat çekici sonuçtur.

KAYNAKLAR

1. Lin S, Kantor R, Clark E. Coronavirus Disease 2019. Clin Geriatr Med. 2021 Nov;37(4):509-522. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2021.05.001>
2. World Health Organization. Coronavirus disease pandemic. [Internet] Access date: 10 November 2021. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> .
3. Cascella M, Rajnik M, Aleem A, Dulebohn SC, Napoli RD. Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19) [Updated 2021 Jul 30]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>
4. Bulut C, Kato Y. Epidemiology of COVID-19. Turk J Med Sci. 2020 Apr 21;50(SI-1):563-570. doi: 10.3906/sag-2004-172.
5. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for disease control and prevention. JAMA. 2020;323:1239–1242. doi:10.1001/jama.2020.2648.
6. Sun P, Lu X, Xu C, Sun W, Pan B. Understanding of COVID-19 based on current evidence. J Med Virol. 2020 Jun;92(6):548-551. doi: 10.1002/jmv.25722.
7. To KK, Sridhar S, Chiu KH, Hung DL, Li X, Hung IF, et al. Lessons learned 1 year after SARS-CoV-2 emergence leading to COVID-19 pandemic. Emerg Microbes Infect. 2021 Dec;10(1):507-535. doi: 10.1080/22221751.2021.1898291
8. Villa S, Jaramillo E, Mangioni D, Bandera A, Gori A, Raviglione MC. Stigma at the time of the COVID-19 pandemic. Clin Microbiol Infect. 2020 Nov;26(11):1450-1452. doi: 10.1016/j.cmi.2020.08.001. Epub 2020 Aug 7.
9. Saunders-Hastings, P.R.; Krewski, D. Reviewing the history of pandemic influenza: Understanding patterns of emergence and transmission. Pathogens 2016, 5, 66.
10. WHO. Weekly operational update on COVID-19 - 12 October 2021. [Internet] Access date: 10 November 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-operational-update-on-covid-19---12-october-2021>

11. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. [Internet] Access date: 9 October 2021. Available from: <https://covid19.who.int>
12. Vabret A, Mourez T, Dina J, van der Hoek L, Gouarin S, Petitjean J, et al. Human Coronavirus NL63, France. *Emerg Infect Dis* 2005;11:1225–1229.
13. Centers for Disease. COVID-19: Human Coronavirus Types. [Internet] Access date: 1 November 2021. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/types.html>
14. Su S, Wong G, Shi W, Liu J, Lai ACK, Zhou J, et al. Epidemiology, Genetic Recombination, and Pathogenesis of Coronaviruses. *Trends Microbiol* 2016;24:490–502.
15. Masters PS. The Molecular Biology of Coronaviruses. *Adv Virus Res* 2006;66:193–292. doi: 10.1016/S0065-3527(06)66005-3.
16. Van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med*. 2020;382:1564–1567.
17. Geller C, Varbanov M, Duval RE. Human coronaviruses: Insights into environmental resistance and its influence on the development of new antiseptic strategies. *Viruses* 2012;4: 3044–3068.
18. Anthony SJ, Johnson CK, Greig DJ, Kramer S, Che X, Wells H, et al. Global patterns in coronavirus diversity. *Virus Evol*. 2017;3:1–15.
- 19 Wevers BA, Hoek L van der. Recently Discovered Human Coronaviruses. *Clin Lab Med* 2009;29:715–724.
20. Gaunt ER, Hardie A, Claas ECJ, Simmonds P, Templeton KE. Epidemiology and clinical presentations of the four human coronaviruses 229E, HKU1, NL63, and OC43 detected over 3 years using a novel multiplex real-time PCR method. *J Clin Microbiol* 2010;48:2940–2947.
21. Atzrodt CL, Maknojia I, McCarthy RDP, Oldfield TM, Po J, Ta KTL, et al. A guide to COVID-19: a global pandemic caused by the novel coronavirus SARS-CoV-2. *FEBS J* 2020;287(17):3633–3650. <https://doi.org/10.1111/febs.15375>
22. Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Indian J Pediatr* 2020;87:281–286.
23. Chan-Yeung M, Xu R-H. SARS: epidemiology. *Respirology* 2003;8:9-14.

24. CDC. SARS Basics Factsheet. [Internet] Access date: 1 November 2021. Available from: <https://www.cdc.gov/sars/about/fs-sars.html>
25. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS Control and Psychological Effects of Quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis* 2004;10:1206–1212.
26. Du L, Yang Y, Zhou Y, Lu L, Li F, Jiang S. MERS-CoV spike protein: a key target for antivirals. *Expert Opin Ther Targets* 2017;21:131–143.
27. Killerby ME, Biggs HM, Midgley CM, Gerber SI, Watson JT. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Transmission. *Emerg Infect Dis* 2020;26:191–198.
28. Nowotny N, Kolodziejek J. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) in dromedary camels, Oman, 2013. *Eurosurveillance* 2014;19:20781.
29. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean WHO EMRO. MERS outbreaks. [Internet] Access date: 1 November 2021. Available from: <http://www.emro.who.int/health-topics/mers-cov/mers-outbreaks.html>
30. Zumla A, Hui DS, Perlman S. Middle East respiratory syndrome. *The Lancet* 2015;386:995–1007.
31. CDC (2020) International Locations with Confirmed COVID-19 Cases. *Cent Dis Control Prev*. [Internet] Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>
32. Day T, Gandon S, Lion S, Otto SP. On the evolutionary epidemiology of SARS-CoV-2. *Curr Biol*. 2020;30:R849–R857.
33. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N. Engl. J. Med*. 2020;382(8):727–733.
34. Yao TT, Qian JD, Zhu WY, Wang Y, Wang GQ. A systematic review of lopinavir therapy for SARS coronavirus and MERS coronavirus-A possible reference for coronavirus disease-19 treatment option. *J Med Virol*. 2020 Jun;92(6):556–563. doi: 10.1002/jmv.25729.
35. Chan JF, Kok KH, Zhu Z, et al. Genomic characterization of the 2019 novel human-pathogenic coronavirus isolated from a patient with atypical pneumonia after visiting Wuhan. *Emerg Microbes Infect*. 2020;9:221–236.

36. Petrosillo N, Viceconte G, Ergonul O, Ippolito G, Petersen E. COVID-19, SARS and MERS: are they closely related? *Clin Microbiol Infect*. 2020 Jun;26(6):729-734. doi: 10.1016/j.cmi.2020.03.026.
37. Khan M, Adil SF, Alkhathlan HZ, Tahir MN, Saif S, Khan M, et al. COVID-19: A Global Challenge with Old History, Epidemiology and Progress So Far. *Molecules*. 2020;26(1):39. doi: 10.3390/molecules26010039.
38. Jiang S, Hillyer C, Du L. Neutralizing Antibodies against SARS-CoV-2 and Other Human Coronaviruses: (Trends in Immunology 41, 355-359; 2020). *Trends Immunol*. 2020 Jun;41(6):545.
39. Poltronieri P, Sun B, Mallardo M. RNA Viruses: RNA Roles in Pathogenesis, Coreplication and Viral Load. *Curr Genomics* 2015;16:327–335.
40. Zhou P, Yang XL, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. 2020;579(7798):270-273. doi: 10.1038/s41586-020-2012-7.
41. Wang H, Yang P, Liu K, Guo F, Zhang Y, Zhang G, Jiang C. SARS coronavirus entry into host cells through a novel clathrin- and caveolae-independent endocytic pathway. *Cell Res*. 2008;18(2):290-301. doi: 10.1038/cr.2008.15.
42. Fehr AR, Perlman S. Coronaviruses: an overview of their replication and pathogenesis. *Methods Mol Biol Clifton NJ* 2015;1282:1–23.
43. Frieman M, Baric R. Mechanisms of severe acute respiratory syndrome pathogenesis and innate immunomodulation. *Microbiol Mol Biol Rev* 2008;72:672–685.
44. Walls AC, Park YJ, Tortorici MA, Wall A, McGuire AT, Veasler D. Structure, Function, and Antigenicity of the SARS-CoV-2 Spike Glycoprotein. *Cell* 2020;181:281-292.e6.
45. Kuba K, Imai Y, Penninger JM. Angiotensin-converting enzyme 2 in lung diseases. *Curr Opin Pharmacol* 2006;6:271–276.
46. Li F. Receptor Recognition Mechanisms of Coronaviruses: a Decade of Structural Studies. *J Virol* 2015;89:1954–1964.
47. Verdecchia P, Cavallini C, Spanevello A, Angeli F. The pivotal link between ACE2 deficiency and SARS-CoV-2 infection. *Eur J Intern Med* 2020;76:14-20. doi: 10.1016/j.ejim.2020.04.037.

48. Xia S, Liu M, Wang C, Xu W, Lan Q, Feng S, et al. Inhibition of SARS-CoV-2 (previously 2019-nCoV) infection by a highly potent pan-coronavirus fusion inhibitor targeting its spike protein that harbors a high capacity to mediate membrane fusion. *Cell Res* 2020;30:343–355.
49. Gao J, Lu G, Qi J, Li Y, Wu Y, Deng Y, et al. Structure of the Fusion Core and Inhibition of Fusion by a Heptad Repeat Peptide Derived from the S Protein of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus. *J Virol* 2013;87:13134–13140.
50. Chan JF, Zhang AJ, Yuan S, Poon VKM, Chan CCS, Lee ACY. Simulation of the clinical and pathological manifestations of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in a Golden Syrian Hamster Model: Implications for disease pathogenesis and transmissibility. *Clin Infect Dis*. 2020;71:2428–2446.
51. To KK, Tsang OT, Leung WS, Tam AR, Wu TC, Lung DC et al. Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2: an observational cohort study. *Lancet Infect Dis*. 2020;20:565–574.
52. Toubiana J, Poirault C, Corsia A, Bajolle F, Fourgeaud J, Angoulvant F, et al. Kawasaki-like multisystem inflammatory syndrome in children during the COVID-19 pandemic in Paris, France: prospective observational study. *Br Med J*. 2020;369:m2094.
53. Xiao F, Sun J, Xu Y, Li F, Huang X, Li H, et al. Infectious SARS-CoV-2 in feces of patient with severe COVID-19. *Emerg Infect Dis*. 2020;26:1920–1922.
54. Sun J, Zhu A, Li H, Zheng K, Zhuang Z, Chen Z, et al. Isolation of infectious SARSCoV-2 from urine of a COVID-19 patient. *Emerg Microbes Infect*. 2020;9:991–993.
55. Colavita F, Lapa D, Carletti F, Lalle E, Bordi L, Marsella P, et al. SARS-CoV-2 isolation from ocular secretions of a patient with COVID-19 in Italy with prolonged viral RNA detection. *Ann Intern Med*. 2020;173:242–243.
56. Gross R, Conzelmann C, Muller JA, Stenger S, Steinhart K, Kirchhoff F, et al. Detection of SARS-CoV-2 in human breastmilk. *Lancet*. 2020;395:1757–1758.
57. Vivanti AJ, Vauloup-Fellous C, Prevot S, Zupan V, Suffee C, Cao JD, et al. Transplacental transmission of SARS-CoV-2 infection. *Nat Commun*. 2020;11:3572.

58. Fenizia C, Biasin M, Cetin I, Vergani P, Mileto D, Spinillo A, et al. Analysis of SARSCoV-2 vertical transmission during pregnancy. *Nat Commun.* 2020;11:5128.
59. Wang J, Jiang M, Chen X, Montaner LJ. Cytokine storm and leukocyte changes in mild versus severe SARS-CoV-2 infection: Review of 3939 COVID-19 patients in China and emerging pathogenesis and therapy concepts. *J Leukoc Biol.* 2020 Jul;108(1):17-41.
60. Azkur AK, Akdis M, Azkur D, Sokolowska M, van de Veen W, Brüggemann MC, et al. Immune response to SARS-CoV-2 and mechanisms of immunopathological changes in COVID-19. *Allergy.* 2020 Jul;75(7):1564-1581.
61. Teuwen LA, Geldhof V, Pasut A, Carmeliet P. COVID-19: the vasculature unleashed. *Nat Rev Immunol.* 2020;20(7):389-391.
62. Ackermann M, Verleden SE, Kuehnel M, Haverich A, Welte T, Laenger F, et al. Pulmonary Vascular Endothelialitis, Thrombosis, and Angiogenesis in Covid-19. *N Engl J Med.* 2020;383(2):120-128.
63. van de Veerdonk FL, Netea MG, van Deuren M, van der Meer JW, de Mast Q, Brüggemann RJ, et al. Kallikrein-kinin blockade in patients with COVID-19 to prevent acute respiratory distress syndrome. *Elife.* 2020 Apr 27;9 :e57555. doi: 10.7554/eLife.57555.
64. Conti P, Ronconi G, Caraffa A, Gallenga CE, Ross R, Frydas I, et al. Induction of pro-inflammatory cytokines (IL-1 and IL-6) and lung inflammation by Coronavirus-19 (COVID-19 or SARS-CoV-2): anti-inflammatory strategies. *J Biol Regul Homeost Agents.* 2020;34(2):327-331.
65. Coopersmith CM, Antonelli M, Bauer SR, Deutschman CS, Evans LE, Ferrer R, et al. The Surviving Sepsis Campaign: Research Priorities for Coronavirus Disease 2019 in Critical Illness. *Crit Care Med.* 2021 Apr 01;49(4):598-622.
66. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet.* 2020;395(10223):497-506.
67. Liu H, Wei P, Zhang Q, Chen Z, Aviszus K, Downing W, et al. 501Y.V2 and 501Y.V3 variants of SARS-CoV-2 lose binding to Bamlanivimab *in vitro*. *bioRxiv.* 2021 Feb 16 doi: 10.1101/2021.02.16.431305. Preprint

68. Hua A, O'Gallagher K, Sado D, Byrne J. Life-threatening cardiac tamponade complicating myo-pericarditis in COVID-19. *Eur Heart J*. 2020;41(22):2130.
69. Guo T, Fan Y, Chen M, Wu X, Zhang L, He T, et al. Cardiovascular Implications of Fatal Outcomes of Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiol*. 2020;5(7):811-818.
70. Abou-Ismaïl MY, Diamond A, Kapoor S, Arafah Y, Nayak L. The hypercoagulable state in COVID-19: Incidence, pathophysiology, and management. *Thromb Res*. 2020 Oct;194:101-115.
71. Amgalan A, Othman M. Exploring possible mechanisms for COVID-19 induced thrombocytopenia: Unanswered questions. *J Thromb Haemost*. 2020;18(6):1514-1516.
72. Zubair AS, McAlpine LS, Gardin T, Farhadian S, Kuruvilla DE, Spudich S. Neuropathogenesis and Neurologic Manifestations of the Coronaviruses in the Age of Coronavirus Disease 2019: A Review. *JAMA Neurol*. 2020;77(8):1018-1027.
73. Patel KP, Patel PA, Vunnam RR, Hewlett AT, Jain R, Jing R, et al. Gastrointestinal, hepatobiliary, and pancreatic manifestations of COVID-19. *J Clin Virol*. 2020;128:104386.
74. Aleem A, Shah H. Gastrointestinal And Hepatic Manifestations Of Coronavirus (COVID-19) [Updated 2021 Jul 18]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-.
75. Gabarre P, Dumas G, Dupont T, Darmon M, Azoulay E, Zafrani L. Acute kidney injury in critically ill patients with COVID-19. *Intensive Care Med*. 2020;46(7):1339-1348.
74. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirusinfected pneumonia. *N Engl J Med*. 2020;382:1199–1207.
75. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;382:1708–1720.

76. Society of Pediatrics, Chinese Medical Association; Editorial Board, Chinese Journal of Pediatrics. Recommendations for the diagnosis, prevention and control of the 2019 novel coronavirus infection in children (first interim edition). Chinese Journal of Pediatrics 2020; 58 (3): 169-174 (in Chinese). doi: 10.3760/cm a.j.issn.0578-1310.2020.03.001
77. Hu Z, Song C, Xu C, Jin G, Chen Y, Xin X, et al. Clinical characteristics of 24 asymptomatic infections with COVID-19 screened among close contacts in Nanjing, China. Sci China Life Sci 2020;63(5):706-711. doi: 10.1007/s11427-020-1661-4
78. Borges LP, Margins AF, de Melo MS, de Oliveira MGB, de Rezende Neto JM, Dosea MB, et al. Seroprevalence of SARS-CoV-2 IgM and IgG antibodies in an asymptomatic population in sergipe, Brazil. Rev Panam Salud Publ. 2020;44:e108. doi:10.26633/RPSP.2020.108.
79. Pollán M, et al. Prevalence of SARS-CoV-2 in Spain (ENE-COVID): a nationwide, population-based seroepidemiological study. Lancet. 2020;396:535–544. doi:10.1016/S0140-6736(20)31483-5.
80. Stringhini S, Wisniak A, Piumatti G, Azman AS, Lauer SA, Baysson H, et al. Seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 IgG antibodies in geneva, Switzerland (SEROCoV-POP): a population-based study. Lancet. 2020;396:313–319. doi:10.1016/S0140-6736(20)31304-0.
81. Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, Jiang F, Jiang Z, et al. Epidemiology of COVID-19 among children in China. Pediatrics 2020;145(4):e20200702. doi: 10.1542/peds.2020-0702
82. Shen K, Yang Y, Wang T, Zhao D, Jiang Y, Jin R, et al. Diagnosis, treatment, and prevention of 2019 novel coronavirus infection in children: experts' consensus statement. World J Pediatr. 2020;16(3):223-231. doi: 10.1007/s12519-020-00343-7
83. Dorn A van, Cooney RE, Sabin ML. COVID-19 exacerbating inequalities in the US. The Lancet 2020;395:1243–1244.
84. CDC. COVID-19 Hospitalization and Death by Age. [Internet] Access date: 10 November 2021. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/investigations-discovery/hospitalization-death-by-age.html>

85. Chan TK. Universal masking for COVID-19: evidence, ethics and recommendations. *BMJ Glob Health*. 2020;5:e002819.
86. IMHE COVID-19 Forecasting Team. Modeling COVID-19 scenarios for the United States. *Nat Med*. 2021;27:94–105.
87. World Health Organization. Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19. [Internet] Access date: 06 November 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/10665-336265>
88. Bergwerk M, Gonen T, Lustig Y, Amit S, Lipsitch M, Cohen C, et al. Covid-19 Breakthrough Infections in Vaccinated Health Care Workers. *N Engl J Med*. 2021;385(16):1474-1484. doi: 10.1056/NEJMoa2109072. Epub 2021 Jul 28.
89. Lee SA. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Stud*. 2020;44(7):393-401. doi: 10.1080/07481187.2020.1748481.
90. Evren C, Evren B, Dalbudak E, Topcu M, Kutlu N. Measuring anxiety related to COVID-19: A Turkish validation study of the Coronavirus Anxiety Scale. *Death Stud*. 2020 Jun 3:1-7. doi: 10.1080/07481187.2020.1774969. Online ahead of print
91. Zhang M, Zhou M, Tang F, Wang Y, Nie H, Zhang L, et al. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China. *J Hosp Infect*. 2020 Jun;105(2):183-187. doi: 10.1016/j.jhin.2020.04.012. Epub 2020 Apr 9.
92. Hesaraki M, Akbarizadeh M, Ahmadidarrehshima S, Moghadam MP, Izadpanah F. Knowledge, attitude, practice and clinical recommendations of health care workers towards COVID-19: a systematic review. *Rev Environ Health*. 2020;36(3):345-357. doi: 10.1515/reveh-2020-0099.
93. Giao H, Han NTN, Khanh TV, Ngan VK, Tam VV, An PL. Knowledge and attitude toward COVID-19 among healthcare workers at district 2 Hospital, Ho Chi Minh City. *Asian Pac J Trop Med* 2020;13(6):260-265. doi: 10.4103/1995-7645.280396
94. Bhagavathula AS, Aldhaleei WA, Rahmani J, Mahabadi MA, Bandari DK. Knowledge and Perceptions of COVID-19 Among Health Care Workers: Cross-Sectional Study. *JMIR Public Health Surveill*. 2020;6(2):e19160. doi: 10.2196/19160.

95. Shi Y, Wang J, Yang Y, Wang Z, Wang G, Hashimoto K, et al. Knowledge and attitudes of medical staff in Chinese psychiatric hospitals regarding COVID-19. *Brain Behav Immun Health*. 2020;4:100064. doi: 10.1016/j.bbih.2020.100064. Epub 2020 Mar 29.
96. Ejeh FE, Saidu AS, Owoicho S, Maurice NA, Jauro S, Madukaji L, et al. Knowledge, attitude, and practice among healthcare workers towards COVID-19 outbreak in Nigeria. *Heliyon* 2020;6(11):e05557. doi: 10.1016/j.heliyon.2020.e05557.
97. WHO. Coronavirus disease (COVID-19). [Internet] Access date: 24 November 2021. Available from: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_2
98. T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilgilendirme Platformu. [Internet] Erişim Tarihi: 24 Kasım 2021. İnternet adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66260/saglik-personeline-yonelik.html>
99. DHA. [Internet] Erişim Tarihi: 24 Kasım 2021. İnternet adresi: <https://www.dha.com.tr/yurt/saglik-calisanlarina-is-kiyafeti-uyarisi/haber-1786703>
100. Imasuen H, Nzomiwu CL. The Knowledge of COVID-19 among Health Care Workers in a Nigerian Urban Community and their Willingness to Manage COVID-19 Patients. *West Afr J Med*. 2021;38(9):859-865.
101. Saadatian-Elahi M, Amour S, Elias C, Henaff L, Dananché C, Vanhems P. Tobacco smoking and severity of COVID-19: Experience from a hospital-based prospective cohort study in Lyon, France. *J Med Virol*. 2021;93(12):6822-6827. doi: 10.1002/jmv.27233. Epub 2021 Aug 10.
102. Puebla Neira D, Watts A, Seashore J, Polychronopoulou E, Kuo YF, Sharma G. Smoking and risk of COVID-19 hospitalization. *Respir Med*. 2021 Jun;182:106414. doi: 10.1016/j.rmed.2021.106414. Epub 2021 Apr 17.
103. Prinelli F, Bianchi F, Drago G, Ruggieri S, Sojic A, Jesuthasan N, et al. Association Between Smoking and SARS-CoV-2 Infection: Cross-sectional Study of the EPICoVID19 Internet-Based Survey. *JMIR Public Health Surveill*. 2021 Apr 28;7(4):e27091. doi: 10.2196/27091.

104. Farsalinos K, Barbouni A, Poulas K, Polosa R, Caponnetto P, Niaura R. Current smoking, former smoking, and adverse outcome among hospitalized COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. *Ther Adv Chronic Dis*. 2020 Jun 25;11:2040622320935765. doi: 10.1177/2040622320935765.
105. Vardavas C, Nikitara K. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tob Induc Dis*. 2020;18:20. doi: 10.18332/tid/119324.
106. Patanavanich R, Glantz SA. Smoking is associated with COVID-19 progression: A meta-analysis. *Nicotine Tob Res*. 2020;22(9):1653–1656. doi: 10.1093/ntr/ntaa082.
107. Lippi G, Henry BM. Active smoking is not associated with severity of coronavirus disease 2019 (COVID-19) *Eur J Intern Med*. 2020;75:107–108. doi: 10.1016/j.ejim.2020.03.014.
108. van de Venter R, Williams R, Stindt C, Ten Ham-Baloyi W. Coronavirus-related anxiety and fear among South African diagnostic radiographers working in the clinical setting during the pandemic. *J Med Imaging Radiat Sci*. 2021 Oct 2:S1939-8654(21)00229-0. doi: 10.1016/j.jmir.2021.09.016. Epub ahead of print.
109. Kameg BN, Fradkin D, Lee H, Mitchell A. Mental wellness among psychiatric-mental health nurses during the COVID-19 pandemic. *Arch Psychiatr Nurs*. 2021;35(4):401-406. doi: 10.1016/j.apnu.2021.05.003. Epub 2021 May 11.
110. Ahn J, Lee J, Hong Y, Park J, Chung S. Stress and Anxiety to Viral Epidemics-6 for Medical Students: Psychometric Properties of the Anxiety Measure for the COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry*. 2021;12:705805. doi: 10.3389/fpsy.2021.705805.

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Görkem KANGAL
Doğum yeri ve tarihi :
Uyruğu : T.C.
Medeni durum : Evli
Askerlik Durumu : Tamamlandı
İletişim adresi ve telefonu :
Yabancı dili : İngilizce

II- Eğitimi

2012 : Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi
2003 : Cumhuriyet Anadolu Lisesi (ortaokul ve lise)
1995 : Yükseliş Koleji

III- Mesleki Deneyimi

2015 – devam ediyor : SBÜ Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Aile Hekimliği Uzmanlığı Asistan Doktoru
2017- devam ediyor : Kızılcahamam Merkez- Aile Sağlığı Merkezi
2015-2017 : Kızılcahamam Çeltikçi- Aile Sağlığı Merkezi
2012-2013 : Siirt Pervari Devlet Hastanesi (pratisyen hekim)

IV- Diğer Bilgiler

2020 Başağrılarında Akupunktur Uygulaması (eğitim semineri)
2020 Adana-Urfa-Rize-İstanbul Aurikuloterapide Tanı ve Tedavi Teknikleri (eğitim semineri)
2020 Kronik İnflamasyon ve Beslenmenin Obezite Gelişimine Etkileri (eğitim semineri)
2019 Akupunktur Sertifikalı Eğitim Programı (Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi)
2018 Mezoterapi Sertifikalı Eğitim Programı (Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi)

- 2017 Ozon Uygulamasý Sertifikalı Programı (Gazi Üniversitesi)
- 2015 Kupa Uygulamasý Sertifikalı Programı (Gazi Üniversitesi)
- 28-29 Mayıs 2015 Bebek Dostu Hastane Ulusal Değerlendirmeci Eğitimi
- 18-21 Kasım 2014 Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığı (hizmet içi eğitim)
- 11-29 Haziran 2012 Rahim İçi Araç Uygulama Kursu



EKLER

EK-1 Etik Kurul Onayı



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Ankara Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 2012-KAEK-15/2292
Konu: Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Etik Kurul Kararı

13.04.2021

KEÇİÖREN EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURULU

"Ankara ilinde çalışan aile sağlığı elemanlarının COVID-19 Pandemi sürecinde pandemiye ait bilgi, tutum ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi " adlı klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ve kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı'na arzına gerek olmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

Doç.Dr. Osman KORTUÇU
Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Pınarbaşı Mahallesi Sanatoryum Cad.
Ardahan Sokak No:25Keçiören / ANKARA
Web: www.akeah.gov.tr

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ankara ilinde çalışan aile sağlığı elemanlarının COVID-19 Pandemi sürecinde pandemiye ait bilgi,tutum ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2012-KAEK-15
	AÇIK ADRESİ	Pınarbaşı Mah. Sanatoryum Cad. Ardahan Sok. No 25 06380 Keçiören / Ankara
	TELEFON	0312 356 90 00-1065
	FAKS	
	E-POSTA	

BAŞVURU BİLGİLERİ

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç Dr Tijen ŞENGEZER			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Keçiören Eğitim Ve Araştırma Hastanesi			
VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
DESTEKLEYİCİ				
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
DESTEKLEYİCİNİN YAŞAL TEMSİLCİSİ				
ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
	FAZ 2	☐		
	FAZ 3	☐		
	FAZ 4	☐		
	Gözlemsel ilaç çalışması	☐		
	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐		
	İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐		
	İlaç dışı klinik araştırma	☒ Uzmanlık tezi		
	Diğer ise belirtiniz Anket çalışması			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☒	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKÖLÜ			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	DELGÜ RAPOR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐

Etik Kurul Başkanı Unvanı/Adı/Soyadı: Doç Dr. Osman KORUCU
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasını yer almadığı her sayfaya imza atmaktadır

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI	Ankara ilinde çalışan aile sağlığı elemanlarının COVID-19 Pandemi sürecinde pandemiye ait bilgi, tutum ve kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi
YATIRILAN ARAŞTIRMANIN PROJE NO / KODU	

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	TEZGÖRGE	☐	
	ARAŞTIRMA DÜZÜŞÜ	☐	
	BEKLENİLEN MAĞDURİYET TRANSFER FÖYÜ	☐	
	F. AN	☐	
	Y. L. R. B. D. D. R. M.	☐	
	G. O. R. U. R. A. P. O. R. U.	☐	
	G. A. Y. E. R. L. E. K. B. İ. L. D. İ. R. M. U. R. U.	☐	
Diğer	☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2292	Tarih: 13.04.2021	
	Yukarıda belirtilen belgelerin tamamı dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın bizzat dosyasıyla belirlenen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına ilişkin etik kurul üyelerinin tamamının yazılı onayla karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI			İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:			Doç. Dr. Osman KORUCU						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilgili		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Osman KORUCU (Etik Kurul Başkanı)	Nöroloji	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Op. Dr. S. S. Ekmekçi GÜLHAN (Etik Kurul Bk. Yard.)	Göğüs Cerrahisi	Atatürk Göğüs Hast. Ve Göğüs Cerr. E. A. H.	F ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Uzm. Dr. Didem ARIDICI (Bakımdan Sorumlu Üye)	Çocuk Nöroloji	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. İsmet Faruk ÖZGÜNER	Çocuk Cerrahisi	Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları E. A. H.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Ayıl ÖZAKÇA	Farmakoloji (PhD)	Ankara Univ. Ecz. Fakültesi	F ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Selma UYSAL KAMADAN	Radyodiagnostik	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Prof. Dr. Güneş GÜLER SİMSEK	Patoloji	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Ayşe Şebnem İLMAN	Fizyoloji	Gülhane Dış Hastalıkları Fakültesi	F ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Öğr. Gör. Dr. Volkan MEDENİ	Halk Sağlığı	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Rahime REDİR FINDIK	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Ankara Şehir Hastanesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Doç. Dr. Alper YAYUZ	Genel Cerrahi	Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi	F ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Av. Abdullah Emir TİKİN	Avukat	Serbest	F ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	
Cafar TATULLIOĞLU	Din Görevlisi	Diyadin İleri Başkanlığı Ankara Müftülüğü	F ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☐	

Etik Kurul Başkanı/Üyesi/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Osman KORUCU
İmza:

Nor: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK-2 ANKET FORMU

Ankara ilinde çalışan Aile Sağlığı Elemanlarının COVID-19 pandemisi
sürecinde pandemiye ait bilgi, tutum ve kaygı düzeylerinin
değerlendirilmesi

67

Genel Bilgiler

1-Doğum yılınız:

2- Cinsiyet:

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek

3-Öğrenim durumunuz:

- ☐ Lise
- ☐ Önlisans
- ☐ Üniversite
- ☐ Yüksek lisans

4-Medeni haliniz:

- ☐ Evli
- ☐ Bekar

5-Çocuğunuz var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

6- Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?

- ☐ Tek başına
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ diğer (lütfen sayısını belirtin)

7- Evinizde sizinle beraber yaşayan 65 yaş üzeri olan bir kişi var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

8- Evinizde sizinle beraber yaşayan ve kronik rahatsızlığı olan kişiler var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

9- Bu kişilerde olan kronik rahatsızlıklar nelerdir? (birden çok şık işaretlenebilir)

(Evde kronik rahatsızlığı olan yok ise lütfen bu soruyu boş bırakınız)

- ☐ Hipertansiyon
- ☐ Obezite
- ☐ KOAH
- ☐ Astım
- ☐ Diyabet
- ☐ Kanser
- ☐ Diğer (lütfen belirtin)

10- Evinize giren aylık ortalama gelir nedir?

- ☐ 3500-6000 TL
- ☐ 6000-10000 TL
- ☐ 10000 TL ve üzeri

11- Meslek kategoriniz:

- ☐ Ebe
- ☐ Hemşire
- ☐ Sağlık memuru
- ☐ Acil Tıp Teknisyeni
- ☐ Diğer (lütfen belirtin).....

12- Meslekteki kaçınıcı yılınız:

- ☐ 2 yıl ve daha az
- ☐ 3-6 yıl
- ☐ 7-10 yıl
- ☐ 11 yıl ve üzeri

13- Aynı pozisyonadaki kaçınıcı yılınız

- ☐ 2 yıl ve daha az
- ☐ 3-6 yıl
- ☐ 7-10 yıl
- ☐ 11 yıl ve üzeri

Genel Sağlık Durumu

1-Sigara içiyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hiç içmedim
- ☐ Hayır; bıraktım.

2- Sigarayı bıraktıysanız kaç yıl önce bıraktığınızı lütfen yazın.
..... ay / yıl

3-Sigara kullanıyorsanız her gün ortalama kaç adet sigara içiyorsunuz?

- ☐ 10 veya daha az
- ☐ 11 ile 20 arası
- ☐ 21 ile 30 arası
- ☐ 31 ve üzeri

4-Kaç yıldır sigara içiyorsunuz?

.....

5- Aynı evde sigara içen kişiler var mı?

- ☐ Evet
 - ☐ kimler olduğunu belirtin.....
- ☐ Hayır

6-Bilinen bir kronik rahatsızlığınız var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

7-Kronik rahatsızlığınız varsa nedir? (birden çok şık işaretlenebilir)

- ☐ Hipertansiyon
- ☐ Obezite
- ☐ KOAH
- ☐ Astım
- ☐ Diyabet
- ☐ Kanser
- ☐ Diğer

8-Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? Var ise belirtiniz.

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

9-Bilinen bir psikolojik rahatsızlığınız var mı? Var ise belirtiniz

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

10- Gebelik var mı?

- ☐ Evet (lütfen haftasını belirtin))
- ☐ Hayır

11- Hiç COVID-19 tanısı aldınız mı? (PCR yada görüntüleme ile)

- ☐ Evet (birden fazla ise lütfen sayısını belirtin:.....)
- ☐ Hayır

12- COVID-19 olduysanız tedavi sürecinizi nerede geçirdiniz? (birden çok şık işaretlenebilir)

- ☐ Evde
- ☐ Hastanede
- ☐ Hastane ve yoğun bakımda

COVID-19 Bilgi düzeyi

1- COVID-19 hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?

- ☐ Hiçbir bilgim yok
- ☐ Az düzeyde bilgim var
- ☐ Biraz bilgim var
- ☐ Kısmen yeterli bilgim var
- ☐ Yeterli bilgiye sahibim

2- Kurumunuzda herhangi bir COVID-19 bilgilendirme dersine katıldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

3- COVID-19 olan bir kişi ile temastan sonra COVID-19 semptomlarının ortaya çıkma süresi (inkübasyon süresi) nedir?

- ☐ 1-2 gün
- ☐ 2-7 gün
- ☐ 2-14 gün
- ☐ 14-21 gün
- ☐ Hiçbiri

4- COVID-19'un ilk kaynağı nedir?

- ☐ Domuzlar
- ☐ Kuşlar
- ☐ Yarasalar
- ☐ Yılanlar
- ☐ Sivrisinekler

5- COVID-19'un bulaş yolu nelerdir?

- ☐ Damlacık/hava
- ☐ Yüzeyle temas
- ☐ Fekal-oral
- ☐ Tümü
- ☐ Hiçbiri

6- COVID-19 açısından kendinizi nasıl korumanız gerektiğini biliyor musunuz?

- ☐ Hiç bilmiyorum
- ☐ Az düzeyde biliyorum
- ☐ Orta Düzeyde biliyorum
- ☐ İyi derecede biliyorum
- ☐ Evet; çok iyi biliyorum

❖ Aşağıdaki bilgiler hakkındaki düşüncelerinizi işaretleyiniz.

7- Grip aşısı, COVID-19 için koruyucudur.

- ☐ Doğru
- ☐ Yanlış

8- El hijyeni açısından en az 20 saniye boyunca sabunla el yıkama yeterlidir.

- ☐ Doğru
- ☐ Yanlış

9- COVID-19 yüzeylere temas ile bulaşabilir.

- ☐ Doğru
- ☐ Yanlış

10- Sosyal mesafe için yeterli uzaklık 80 cm'dir.

- ☐ Doğru
- ☐ Yanlış

11- COVID-19 bir viral enfeksiyondur.

- ☐ Doğru
- ☐ Yanlış

COVID-19 Pandemisi Sürecinde Tutumlar

1- COVID-19 pandemisi döneminde iş yerinizde kullandığınız koruyucu ekipmanlar nelerdir? (birden çok şık işaretlenebilir)

- ☐ Maske
- ☐ Siperlik
- ☐ Eldiven
- ☐ Tulum
- ☐ Gözlük
- ☐ Diğer (lütfen belirtin)
.....

2- COVID-19'dan korunmak için iş yerindeki alışkanlıklarınız ile ilgili önermeleri cevaplayınız.

	Hiçbir zaman	Ara sıra	Bazen	Genellikle	Her zaman
El hijyenine dikkat ediyorum. (sabun ve/veya dezenfektan)					
Maske kullanırım.					
Siperlik kullanırım.					
Gözlük kullanırım.					
İş yerinde ayrı bir kıyafet giyerim, bu kıyafetle eve gidip gelmem.					
Saç bonesi kullanıyorum.					
Sosyal mesafeye dikkat ediyorum.					
Sigara tüketimimi azalttım/ sigarayı bıraktım.					
Sağlık beslenmeye dikkat ediyorum.					
Vitamin takviyesi alıyorum.					

3- El hijyeninizi sağlamak amacıyla aŗaęıdaki materyalleri tercih etme sıklığınız lütfen işaretleysin.

	Asla	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman
Sabun ile el yıkama					
El dezenfektanı					
Kolonya					
Islak mendil					

4- Bir cerrahi maskeyi yenisiyle ne sıklıkta deęiŗtiriyorsunuz?

- ☐ 8 saatte bir
- ☐ 12 saatte bir
- ☐ Günde bir
- ☐ İki günde bir
- ☐ Daha uzun aralıklarla

5- COVID-19 pandemisine ait bilgilerinizi en çok nereden ediniyorsunuz?

	Hiçbir zaman	Nadiren	Kısmen	Çoğunlukla	Her zaman
Arkadaŗlarım					
Televizyon programları, haberler					
Sosyal medya					
İnternet					
Beraber çalıştığım hekim					
Sağlık Bakanlığının kaynakları					
Kurumum					

COVID-19 Pandemisi hakkında görüşler

1- Hastalığın abartıldığını düşünüyorum.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

2- Koruyucu ekipmanların doğru kullanımı ile hastalıktan korunabiliriz.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

3- COVID-19 servislerinde veya filyasyon ekiplerinde sağlık personeli olarak hizmet etmeyi isterim.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

4- Eğer istemiyorsanız temel sebebi nedir? (birden fazla şık işaretlenebilir)

- ☐ Hastalığa yakalanma korkusu
- ☐ Aileme hastalığı bulaştırma korkusu
- ☐ Verilen emeğin karşılığını alamama düşüncesi
- ☐ Diğer (lütfen açıklayınız)

.....

5- Sigara kullanan bir kişi COVID-19'u ağır geçirebilir.

- ☐ Kesinlikle katılmıyorum
- ☐ Katılmıyorum
- ☐ Kararsızım
- ☐ Katılıyorum
- ☐ Kesinlikle katılıyorum

6- Aşağıdaki korunma yöntemlerinin COVID-19'dan koruyuculuk başarısı hakkındaki görüşlerinizi 1 ile 5 arasında puanlayınız. (1 = başarısız, 5 = tam koruyucu)

	1	2	3	4	5
Maske					
El hijyeni					
Siperlik					
Gözlük					
Dezenfektan					
Ortamın sık havalandırılması					
Sosyal mesafe					

COVID-19 Kaygı Düzeyi (Koronavirüs anksiyete öleğı)

Aşağıdaki durumları son 2 haftadır ne sıklıkta yaşadığınızı belirtin lütfen.

- 1- Koronavirüs ile ilgili haberleri okuduğumda veya dinlediğimde başım döndü, sersemlemiş veya baygın hissettim.
- ☐ Hiç
 - ☐ Nadir, bir veya iki günden az
 - ☐ Birkaç gün
 - ☐ 7 günden fazla
 - ☐ Son 2 haftada neredeyse hergün

- 2- Koronavirüs hakkında düşündüğüm için uykuya dalma veya uykuda kalma konusunda sorun yaşadım.
- Hiç
 - Nadir, bir veya iki günden az
 - Birkaç gün
 - 7 günden fazla
 - Son 2 haftada neredeyse hergün
- 3- Koronavirüs hakkında düşündüğümde veya bilgiye maruz kaldığımda felç olmuş veya donmuş gibi hissettim.
- Hiç
 - Nadir, bir veya iki günden az
 - Birkaç gün
 - 7 günden fazla
 - Son 2 haftada neredeyse hergün
- 4- Koronavirüs hakkında düşündüğümde veya bilgiye maruz kaldığımda yemek yemeye ilgimi kaybettim.
- Hiç
 - Nadir, bir veya iki günden az
 - Birkaç gün
 - 7 günden fazla
 - Son 2 haftada neredeyse hergün
- 5- Koronavirüs hakkında düşündüğümde veya bilgiye maruz kaldığımda mide bulantısı hissettim veya mide problemleri yaşadım.
- Hiç
 - Nadir, bir veya iki günden az
 - Birkaç gün
 - 7 günden fazla
 - Son 2 haftada neredeyse hergün