



**T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**PANDEMİ DÖNEMİNDE ALINAN KARANTİNA TEDBİRLERİNİN
TOPLUM VE HASTALAR ÜZERİNDEKİ PSİKOLOJİK ETKİLERİNİN
İNCELENMESİ**

Dr. Elif ÖZHAN ERDEM

UZMANLIK TEZİ

Bursa-2021



**T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**PANDEMİ DÖNEMİNDE ALINAN KARANTİNA TEDBİRLERİNİN
TOPLUM VE HASTALAR ÜZERİNDEKİ PSİKOLOJİK ETKİLERİNİN
İNCELENMESİ**

Dr. Elif ÖZHAN ERDEM

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. Yeşim UNCU

Bursa-2021

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR	iii
TABLolar VE ŞEKİLLER	iv
ÖZET	vi
SUMMARY.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. COVID-19 Tanım ve Epidemiyoloji.....	3
2.2. COVID-19 ve Komorbiditeler.....	5
2.2.1. Yaş	5
2.2.2. Cinsiyet.....	5
2.2.3. Hipertansiyon.....	5
2.2.4. Hiperglisemi.....	5
2.2.5. Obezite	6
2.2.6. Alerji ve Astım.....	6
2.2.7. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH).....	6
2.2.8. Kronik Karaciğer Hastalığı	6
2.2.9. Kanser ve Kemoterapi	6
2.2.10. İmmün Yetmezlik	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.3. COVID-19'un Farmakolojik Tedavisi	7
2.3.1. Favipiravir	7
2.3.2. Oseltamivir.....	7
2.3.3. Hidroksiklorokin ve Klorokin.....	7
2.3.4. Kortikosteroidler	8
2.3.5. Non-steroid Anti Enflamatuar İlaçlar	8
2.3.6. Remdesivir.....	8
2.3.7. Plazma.....	8
2.4. Aşılama	9
2.5. Pandeminin Toplum Üzerine Etkileri	10
2.5.1. Psikolojik Etkileri.....	12
2.5.2. Alkol ve Sigara Kullanımı.....	20

2.5.3. Ekonomik Etkileri	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. Çalışmanın Yeri ve Hedef Grup	23
3.2. Veri Toplama Yöntemi.....	23
3.2.1. Sosyo-demografik Bölüm.....	24
3.2.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi (YAB-7).....	24
3.2.3. Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9)	25
3.2.4. Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması ve Aile Hekimliği TSSB-5 Anketi (PC-PTSD-5)	25
3.3. İstatistiksel Analiz.....	29
4. BULGULAR	30
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirmesi	30
4.2. YAB skorunu etkileyen parametrelerin incelenmesi	37
4.3. HSA skorunu etkileyen parametrelerin incelenmesi	44
4.4. TSSB-5 skorunu etkileyen parametrelerin incelenmesi	50
5. TARTIŞMA	57
6. SONUÇ	65
7. KAYNAKLAR.....	67
8. EKLER.....	75
8.1. Araştırma İzni	75
8.2. Etik Kurul Onayı	77
8.3. Anket Formu.....	79
9. TEŞEKKÜR	86
10. ÖZGEÇMİŞ	87

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AD	: Anabilim Dalı
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
COVID-19	: Yeni tip koronavirüs hastalığı
DM	: Diabetes mellitus
DSM-V	: Amerikan Psikiyatri Derneği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal İstatistik El Kitabı, Beşinci Baskı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EMA	: Avrupa İlaç Komisyonu
FDA	: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
HSA	: Hasta Sağlık Anketi
KOAH	: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
MERS	: Middle East Respiratory Syndrome
MÖ	: Milattan önce
NSAİİ	: Non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar
PC-PTSD-5	: Aile Hekimliği- Travma Sonrası Stres Bozukluğu-5
RNA	: Ribonükleik asid
SARS-COV-2	: Şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs-2
TL	: Türk lirası
TSSB	: Travma sonrası stres bozukluğu
YAB	: Yaygın anksiyete bozukluğu
YBÜ	: Yoğun bakım ünitesi

TABLolar VE ŞEKİLLER

Tablo 1: Aşı Özellikleri İçin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dilek listesi	9
Tablo 2 : Aile Hekimliği TSSB-5 Ölçeğinin Madde Analizi	27
Tablo 3: Aile Hekimliği TSSB-5 için test-re-test puan ortalamaları	28
Tablo 4: Kişilerin bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	31
Tablo 5: COVID-19 pandemisinin kişilerin hayatına etkisi	32
Tablo 6: Kişilerin kendisinde ya da etrafında COVID-19 hastası olan ve COVID-19 tanısı ile ölen kişilerin bulunma durumu	33
Tablo 7: Kişilerin yaşanan sorunların etkisi ve korkutucu, dehşet verici veya travmatik bir olay yaşama durumlarının dağılımı	34
Tablo 8: Kişilerin YAB, HSA ve TSSB-5 ölçeklerinden aldığı puanların dağılımı	35
Tablo 9: Kişilerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin dağılımı.	36
Tablo 10: Kişilerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre YAB skorunun dağılımı	37
Tablo 11: COVID-19 pandemisinin kişilerin hayatına etkisine göre YAB skorunun dağılımı.	38
Tablo 12: Pandemide karantina tedbirlerinin kişinin hayatına etkisine göre YAB skorunun dağılımı.	39
Tablo 13: Kişilerin kendisinde ya da etrafında COVID-19 hastası olan ve COVID-19 tanısı ile ölen kişilerin bulunma durumuna göre YAB skorunun dağılımı	41
Tablo 14: Kişilerin yaşanan sorunların etkisi ve korkutucu, dehşet verici veya travmatik bir olay yaşama durumlarına göre YAB skorunun dağılımı	42
Tablo 15: Kişilerin depresyon düzeyine göre YAB skorunun dağılımı.	43
Tablo 16: Kişilerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre HSA skorunun dağılımı	44
Tablo 17: COVID-19 pandemisinin kişilerin hayatına etkisine göre HSA skorunun dağılımı.	45
Tablo 18: Pandemide karantina tedbirlerinin kişinin hayatına etkisine göre HSA skorunun dağılımı	46

Tablo 19: Kişilerin kendisinde ya da etrafında COVID-19 hastası olan ve COVID-19 tanısı ile ölen kişilerin bulunma durumuna göre HSA skorunun dağılımı.	47
Tablo 20: Kişilerin yaşanan sorunların etkisi ve korkutucu, dehşet verici veya travmatik bir olay yaşama durumlarına göre HSA skorunun dağılımı.	48
Tablo 21: Kişilerin anksiyete düzeyine göre HSA skorunun dağılımı.	49
Tablo 22: Kişilerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre TSSB-5 skorunun dağılımı.	50
Tablo 23: COVID-19 pandemisinin kişilerin hayatına etkisine göre TSSB-5 skorunun dağılımı.	51
Tablo 24: Pandemide karantina tedbirlerinin kişinin hayatına etkisine göre TSSB-5 skorunun dağılımı.	52
Tablo 25: Kişilerin kendisinde ya da etrafında COVID-19 hastası olan ve COVID-19 tanısı ile ölen kişilerin bulunma durumuna göre TSSB-5 skorunun dağılımı.	53
Tablo 26: Kişilerde yaşanan sorunların etkisine göre TSSB-5 skorunun dağılımı.	54
Tablo 27: Kişilerin anksiyete ve depresyon düzeyine göre TSSB-5 skorunun dağılımı.	55
Tablo 28: Kişilerin yaş, YAB skoru, HSA skoru ve TSSB-5 skoru arasında korelasyon ilişkisi.	56
Şekil 1. Korona virüsün şematik yapısı (7)	3
Şekil 2. TSSB-5 saçılım grafiği	28

ÖZET

Bu çalışmada COVID-19 pandemi döneminin ve bu süreçte alınan karantina tedbirlerinin toplum ile hastalar üzerinde yarattığı psikolojik etkilerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışma Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Ertuğrul 36 Nolu Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran hastalar ve hasta yakınlarının katılımı ile gerçekleştirilmiştir (n = 305). Kişilerin sosyodemografik özellikleriyle birlikte, anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) düzeyi değerlendirilmiştir.

Kişilerin %57,7'si kadındı ve yaş ortalaması $39,87 \pm 16,26$ yılı. Kişilerin %22,9'unda yüksek/ciddi düzeyde anksiyete, %69,8'sinde en az hafif düzeyde olmak üzere depresyon olduğu saptandı. Uyku problemi yaşayanların, çalışma arkadaşı ya da yakını COVID-19 geçiren ya da ölenlerin, sigaraya başlayan ya da sigara miktarı artanların, pandemi döneminde yaşadığı sorunlar nedeniyle hayatı olumsuz etkilenenlerin anksiyete, depresyon ve TSSB düzeyi daha fazlaydı. Kadınların, korkutucu, dehşet verici veya travmatik olay yaşayanların anksiyete ve depresyon düzeyleri daha fazlaydı. Maddi kayıp yaşayıp yaşam standardı etkilenenlerin depresyon ve TSSB düzeyi daha fazlaydı. 35 yaş ve altındakilerin, ilkokul mezunları ile karşılaştırıldığında üniversite mezunlarının, alkol içme miktarı artanların, karantina tedbirleri nedeniyle psikolojik sıkıntı yaşayan, hayatı olumsuz etkilenen ve kilo alanların depresyon düzeyi daha fazlaydı. Yaş azaldıkça depresyon düzeyi artmaktaydı ($r = -0,299$; $p < 0,001$). Ayrıca kişilerin anksiyete, depresyon ve TSSB düzeyinin her biri diğeriyle anlamlı düzeyde korelasyon göstermekteydi ($p < 0,001$).

Pandemi koşullarında yaşanan birçok olumsuz durum ve kişisel özellikler anksiyete, depresyon ve TSSB düzeyini arttırmaktadır. Ayrıca bu durumların ortaya çıkışı ve düzeyi bir diğeriyle ilişkilidir. Pandemi döneminde karşılaşılan olumsuzlukları engellemeye yönelik çabalar, toplumun psikolojik olarak yıpranma düzeyini azaltabilir.

Anahtar sözcükler: Pandemi, Anksiyete, Depresyon, Travma sonrası stres bozukluğu



SUMMARY

Examining the Psychological Effects of Quarantine Measures Taken During the Pandemic Period on the Society and Patients

In this study, we aimed to examine the psychological effects of the covid 19 pandemic and the quarantine measures taken in this process on the society and patients.

This study was carried out with the participation of patients and their relatives applying to Bursa Uludağ University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine Ertuğrul 36th Family Health Center (n=305). Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder (PTSD) levels were evaluated together with the individuals' socio-demographic characteristics.

57,7% of the patients were female and the mean age was $39,87 \pm 16,26$ years. 22,9% of the individuals had severe/very severe anxiety and at least 69,8% had mild depression. Anxiety, depression and PTSD levels were higher among those who had sleep problems, whose colleague or relative had covid 19 or died, those who started smoking or increased the amount of cigarettes and those whose life was adversely affected due to the problems experienced during the pandemic period. Those who experienced financial loss and whose standard of living was affected had higher levels of depression and PTSD. Primary school graduates, compared to university graduates aged 35 and younger, those whose alcohol consumption increased, those with psychological distress due to quarantine measures, those whose life was negatively affected and those who gained weight had increased depression levels ($r=-0,299$; $p<0,001$). Furthermore, individuals' anxiety, depression and PTSD levels were significantly correlated to each other ($p<0,001$).

Many negative situations and personal problems experienced during the pandemic increases the levels of anxiety, depression and PTSD.

Moreover, the occurrence and levels of these conditions are related to one another. Efforts to prevent the negativities encountered during the pandemic can reduce the society's level of psychological wear.

Key Words: Pandemic, anxiety, depression, post-traumatic stress disorder



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Pandemi terimi (eski Yunanca: pan: tüm + demos: insanlar), bir kıta, hatta tüm dünya yüzeyi gibi çok geniş bir alana yayılan ve etkisini gösteren salgın hastalıkların genel ismi olarak karşımıza çıkar. Salgın şeklinde yayılım gösteren tüm bulaşıcı hastalıkların tipik bir seyri vardır. Hastalığın sağlıklı kişilere kısa sürede bulaşarak yayılması, akut ve şiddetli seyretmesi, kısa bir süre içinde hastalığa yakalananların ya ölüp ya da tamamen iyileşmesi, hastalıktan kurtulanların uzun süreli veya yaşam boyu bağışıklık geliştirmesi ve belirli bir oranda portörün bulunması, bulaşıcı hastalık döngüsünün tipik özelliğidir (1).

Dünya Sağlık Örgütü Çin Ofisi, 31 Aralık 2019 tarihinde, Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde, sebebi o an için bilinmeyen zatürre vakaları bildirmiş ve 5 Ocak 2020 tarihinde ise, daha önce insanlarda tespit edilmemiş yeni bir koronavirüs tanımlanmıştır. Başlangıçta 2019-nCoV olarak ifade edilen bu hastalık, daha sonra yeni tip korona virüs hastalığı (COVID-19) olarak adlandırılmış ve Çin'de ortaya çıktıktan sonra, üç ay gibi kısa bir süre içerisinde tüm dünyayı etkisi altına almıştır. 11 Mart 2020 itibariyle Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi olarak ilan edilen COVID-19 salgını; fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak dünya insanlığını tehdit etmeye devam etmektedir (2).

İnsanlık tarihinde geniş coğrafyalara yayılan, toplu ölümler ve sağlık sorunları oluşturmuş sayısız denilecek kadar çok endemi, pandemi yaşandığı kuşkusuzdur. Britanya Adalarında etkili olmuş 664 Vebası (Milattan Önce (MÖ) 668-664), Avrupa'da yaşanmış Justinianus Veba Salgını (MÖ 542-541), Atina'da yaşanmış Antoninus Vebası (429-426), Kıbrıs Vebası (MÖ 266- 250), Avrupa, Asya ve Kuzey Afrika'da etkili olmuş Antoninus Vebası (180-165) gibi, milattan önceye dayanan ve kayda alınmış salgınlar yanı sıra her yüzyılda sarsıcı etkiler oluşturmuş salgınlar bilinmektedir (3).

Şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs-2 (SARS-COV-2) virüsünün neden olduğu COVID-19 küresel salgını, hükümet tarafından zorunlu tutulan kilitlenmeleri, sosyal mesafeyi, karantinaları ve halk sağlığı

yararına diğerk önlemleri tetikledi. Dünyanın dört bir yanındaki hemen hemen tüm insanlar, COVID-19 sebebi ile bir tür kilitleme önlemine tabi tutulmuş olsa da her bir ülkede, her bir kişinin nasıl sınırlandırıldığına ilişkin farklılıklar mevcuttur. Örneğin, COVID-19 salgını sırasında bazı kişilerin işe gitmesine izin verilirken, diğerlerinin yalnızca evden çalışmaları gerekiyordu. Çeşitli nedenlerle, bazı insanlar bazı temel ihtiyaçlarını temin etmekte zorlandılar. Dahası, bazı kişiler başkalarına bakmak durumuna kaldı (örneğin, okulların kapanması nedeniyle çocuklar). Son olarak, bazı insanlar kilitlemenin bir sonucu olarak gelir kaybettiler ve bu, kötü ruh sağlığı için bilinen bir risk faktörüdür. Kilitlemeye özgü bu özelliklerin tümü kişinin ruh sağlığı üzerinde bir etkiye sahip olabilir (4).

Önceki salgınlarda yapılan araştırmalarda, karantinanın psikolojik etkilerinin sinirlilik, bulaşma korkusu ve enfeksiyonu aile üyelerine yayma gibi anlık etkilerden, öfke, kafa karışıklığı, hayal kırıklığı, yalnızlık, inkâr, anksiyete, depresyon, uykusuzluk, umutsuzluk gibi sonuçlara kadar değişebileceğini bildirmiştir.

COVID-19, yüksek bulaşıcılık ve ölüm oranlarının yanı sıra kitlesel histeriye, ekonomik yüke ve finansal kayıplara neden olarak evrensel psikososyal etkiye neden oldu. Sonuç olarak, COVID-19 ile ilgili hızla genişleyen kitlesel histeri ve panik, potansiyel olarak virüsün kendisinden bile daha zararlı olabilecek psikolojik sorunlara yol açabilir (5).

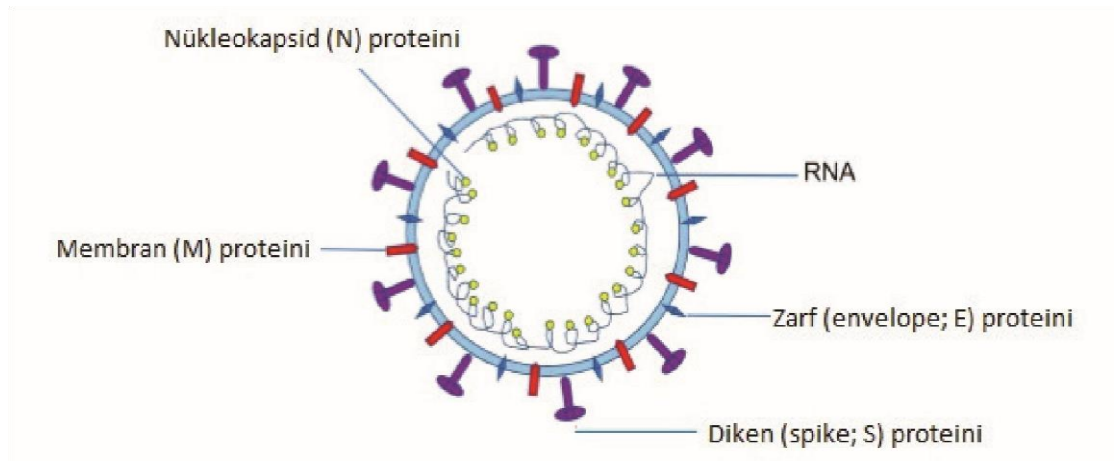
Bu çalışmada COVID-19 pandemi döneminin ve bu süreçte alınan karantina tedbirlerinin toplum ile hastalar üzerinde yarattığı psikolojik etkilerin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. COVID-19 Tanım ve Epidemiyoloji

Koronavirüsler, soğuk algınlığı gibi toplumda yaygın görülen, kendi kendini sınırlayan hafif enfeksiyon tablolarından, Orta Doğu Solunum Sendromu (Middle East Respiratory Syndrome, MERS) ve Ağır Akut Solunum Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS) gibi daha ciddi enfeksiyon tablolarına neden olabilen büyük bir virüs ailesidir.

Koronavirüsler zarflı, tek zincirli, pozitif polariteli, zoonotik RNA virüslerden oluşan geniş bir ailedir. Korona virüsler çeşitli hayvan türlerinde (sıçanlarda, farelerde, tavuklarda, hindilerde, diğer çeşitli kuş türlerinde, sığırlarda, birkaç yabani geviş getiren hayvanda, beyaz balinalarda, köpeklerde, kedilerde, tavşanlarda ve domuzlarda) ciddi solunum yolu hastalıklarına, gastrointestinal, kardiyovasküler ve nörolojik hastalıklara neden olabilirler. İnsanlarda ise solunum yolu hastalıklarına ve gastrointestinal yakınmalara neden olabilirler. Basit soğuk algınlığından bronşit, pnömoni, ağır akut solunum sendromuna, koagülopati, çoklu organ yetmezliği ve ölüm gibi ciddi tablolara neden olabilirler (6).



Şekil 1. Korona virüsün şematik yapısı (7)

Yeni tip korona virüs hastalığı, ilk olarak Çin'in Vuhan Eyaleti'nde aralık ayının sonlarında solunum yolu belirtileri (ateş, öksürük, nefes darlığı) gelişen bir grup hastada yapılan araştırmalar sonucunda 13 Ocak 2020'de tanımlanan bir virüstür (8).

Hastalık esas olarak damlacık yoluyla bulaşmaktadır. Ayrıca hasta bireylerin öksürme, hapşıрма yoluyla ortaya saçtıkları damlacıklara diğer kişilerin elleri ile temas etmesi sonrasında ellerini ağız, burun veya göz mukozasına götürmesi ve temas etmesi ile bulaşmaktadır.

COVID-19'a toplumun tümü duyarlıdır. Sağlık çalışanları etkenle karşılaşma yönünden en riskli meslek grubudur. Erkekler, 50 yaşın üstünde olan kişiler, komorbiditesi (Hipertansiyon, Kalp Hastalığı, Diyabet, Malignite, KOAH, Böbrek Hastalığı vb.) olan kişiler, mevsimlik tarım işçileri ile bakım ve rehabilitasyon merkezleri, okullar, kışlalar, ceza ve tevkif evleri ve göçmen kamplarında yaşayanlar COVID-19 açısından hassas gruplardır.

Salgın başlangıçta bu bölgedeki deniz ürünleri ve hayvan pazarında bulunanlarda tespit edilmiştir. Daha sonra insandan insana bulaşarak Vuhan başta olmak üzere Hubei eyaletindeki diğer şehirlere ve Çin Halk Cumhuriyeti'nin diğer eyaletlerine ve diğer dünya ülkelerine yayılmıştır.

Hastalarda genellikle ani bir başlangıç görülmektedir. En sık görülen klinik bulgular; yüksek ateş, halsizlik, kas ağrısı, boğaz ağrısı, iştah kaybı, bulantı, kusma, öksürük ve nefes darlığıdır. Daha ciddi olgularda, pnömoni, SARS, böbrek yetmezliği ve hatta ölümcül sonuçlar içeren kalp hasarı gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir (8).

İnkübasyon süresi henüz tam netlik kazanmamakla birlikte DSÖ tarafından 2-14 gün arasında olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte çoğu olguda ateş ve solunum semptomları olası maruziyetten yaklaşık 3-6 gün sonra ortaya çıkmıştır.

Tanı için klinik örneklerin alt solunum (balgam, derin trakeal aspirat, bronkoalveoler lavaj), üst solunum (nazofarengeal ya da orofarengeal sürüntü, nazofarengeal yıkama/aspirat, nazal aspirat) ve serumdan alınması önerilir (9).

Türkiye'de ilk COVID-19 vakası 11 Mart 2020 de bildirilmiştir.

Ülkemizde de dünyada olduğu gibi vaka yayılım hızını azaltmak için, zaman zaman çeşitli kısıtlayıcı önlemler alınmıştır. Bunlardan bazıları; 65 yaş üzeri vatandaşların sokağa çıkmalarının kısıtlanması, kamuda esnek mesai uygulamasına geçilmesi, şehirler arası seyahat kısıtlamaları, hafta sonları sokağa çıkma yasağı getirilmesi, toplu taşıma kullanımında kısıtlamalar ve maske kullanımının zorunlu hale getirilmesidir. Bu kısıtlamalar dahilinde zaman zaman vaka sayılarında düşüşler gözlenmiştir.

2.2. COVID-19 ve Komorbiditeler

COVID-19'un yoğun bakım yatış oranı ve mortalite ilişkisi hala net değildir. Fakat süreç içerisinde yapılan çalışmalarda mortalite ve morbiditeyi artıran bazı faktörler ortaya koyulmuştur.

2.2.1. Yaş

Yapılan çalışmalar ileri yaştan COVID-19 hastalığı ve olumsuz sağlık koşulları için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Yaşlı yetişkinler arasında genç erişkinlere oranla, COVID-19 sebebi ile yoğun bakım ünitesine yatış ve ölüm oranı daha yüksektir (10).

2.2.2. Cinsiyet

Erkek cinsiyet, COVID-19 için kötü prognostik faktör olarak görülmektedir. Chen ve meslektaşları ölen hastaların özelliklerini iyileşen hastalarinkile karşılaştırarak, ölenlerin erkek olma olasılığı daha yüksek bulmuşlardır (11).

2.2.3. Hipertansiyon

Arteriyel hipertansiyon (hipertansiyon), ciddi olmayan hastalara kıyasla şiddetli COVID-19 hastalarında daha sık gözlenmiştir (12). Wang ve arkadaşları, YBÜ bakımı gerektiren COVID-19 hastaları arasında hipertansiyon prevalansının YBÜ'ye kabul edilmeyenlere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğunu bildirdi (%58,3'e karşı %21,6; $P < .001$) (13).

2.2.4. Hiperglisemi

Li ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada hipergliseminin şiddetli COVID-19 için bir risk faktörü olduğunu bulmuşlardır (14). Hiperglisemi çeşitli

sebeplere bağlı olabilir (Tip1 ve Tip2 diabetes mellitus (DM), kortikosteroid kullanımı vb.).

Diyabet, COVID-19 hastalarında yaygın bir komorbiditedir ve şiddetli ve ölümcül COVID-19 vakaları için bir risk faktörü olduğu ileri sürölmüştür (15).

2.2.5. Obezite:

COVID-19 olan 433 995 hastadan oluşan geniş bir kohort çalışmasında, obez hastalar hastaneye yatış açısından artmış risk altındaydı. Bu, 65-79 yaşlarındaki hastalarda gözlenmedi, ancak 50 yaşın altındaki popölasyonda dikkate değerdi. Benzer şekilde Gao ve arkadaşları, VKİ ile pozitif korelasyon gösteren obez COVID-19 hastalarında daha yüksek şiddet ve daha uzun hastanede kalış süresi bildirdiler (12).

2.2.6. Alerji ve Astım

Bu konuda yapılan çalışmalarda net bir veri sağlanamamıştır. Alerji ve astımın hastalığın seyri üzerine etkileri hala tartışmalıdır.

2.2.7. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAİ)

Yakın tarihli bir rapor, KOAİ'nin SARS-CoV-2 enfeksiyonu için bir predispozan faktör olmadığını, ancak hasta, hastalığı geliştirdiğinde, hastaneye yatma, yoğun bakım ünitesi (YBÜ)'ye kabul ve invaziv mekanik ventilatöre bağlanma riskinin arttığını gösterdi (12).

2.2.8. Kronik Karaciğer Hastalığı

Kronik karaciğer hastalığı olan hastalar (siroz, kronik hepatit B, alkolik karaciğer hastalığı ve diğer kronik hepatit türleri), bağışıklık fonksiyonlarının değişmesi nedeniyle artmış enfeksiyon riski altındadır. Otoimmün karaciğer hastalığı olan hastalar veya immünosupresif tedavi gören transplantasyon sonrası hastalar daha da yüksek risk altındadır (16).

2.2.9. Kanser ve Kemoterapi

Malignitesi olan hastalar, immün sistemlerinin zayıflaması sebebi ile COVID-19'a karşı savunmasızdırlar. Bu sebeple kanser, yüksek mortalite ve morbidite açısından bir risk faktörüdür.

2.2.10. İmmün Yetmezlik

İmmün yetmezliği olan hastalar, bozulmuş bağışıklık sistemleri sebebi ile COVID-19 enfeksiyonuna karşı yüksek riskli grup içerisinde yer almaktadır.

2.3. COVID-19'un Farmakolojik Tedavisi

COVID-19'un farmakolojik tedavisinde kullanılan birçok ilaç mevcuttur.

COVID-19'a karşı farklı ilaçlar, belirli veya olası etki mekanizmalarına göre sınıflandırılır. Bunlardan bazıları viral replikasyon inhibitörleri, viral proteaz inhibitörleri, konakçı hücreye viral giriş inhibitörleri, immünmodülatör, immünosupresif, anti-enflamatuar ilaçlar ve bazı anti-astım / anti-tüberküloz ilaçlardır.

2.3.1. Favipiravir

RNA virüslerinin RNA polimerazlarını güçlü bir şekilde inhibe eden anti-viral bir ilaçtır. Etki mekanizması, viral genlerin transkripsiyonu ve replikasyonunun inhibisyonu ile ilişkilidir. Geniş spektrumlu anti-viral kapsamı nedeniyle favipiravir daha önce Ebola virüsü, Lassa virüsü, hantavirüs tedavisinde kullanılmıştır. Şimdi de SARS-CoV-2 tedavisinde denenmektedir. Randomize klinik bir çalışmada, favipiravir ve arbidolün etkililiği ve güvenliği 240 SARS-CoV-2 hastasında değerlendirilmiştir. Favipiravir grubunda klinik iyileşme oranının daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

2.3.2. Oseltamivir

Daha öncesinde tedavide kullanılan Oseltamivir ise bir nöraminidaz inhibitörüdür. COVID-19'un viral replikasyon sırasında nöraminidazı kullandığına dair kanıt olmadığı için tedavi protokolünden kaldırılmıştır.

2.3.3. Hidroksiklorokin ve Klorokin

Klorokin antimalaryal ilaçlar grubundadır. Hidroksiklorokin ise hem antimalaryal hem de romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus gibi otoimmün hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. SARS-CoV2'de klorokinin anti-viral aktivitesinin mekanizması, virüsün hücreye füzyonu için ihtiyaç duyulan asidifikasyonu hedefleyerek ve hücresel reseptörlerin glikozilasyonunu

engellemektir. İn vitro olarak, hidroksiklorokin SARS-CoV2'ye karşı klorokinden daha güçlü olduğu gösterilmiştir. Farklı deneme çalışmaları, COVID-19 hastalarında hidroksiklorokin kullanımının klinik semptomları ve hasta sağ kalımını iyileştirebileceğini göstermiştir.

2.3.4. Kortikosteroidler

İmmünsüpresif ilaçların klasik örnekleridir. Pnömoninin ilerlemesini durdurma veya geciktirme gibi etkileri vardır. Bu etkileri ile ARDS tedavisinde etkili oldukları gösterilmiştir. İmmünsüpresif aktivitelere ek olarak, sistemik enflamasyonu azaltma, akciğer dokularındaki eksüdatif sıvıyı baskılama ve yaygın alveolar hasarı önleme ile güçlü antiinflamatuvar özellikleri vardır (17).

2.3.5. Non-steroid Anti Enflamatuvar İlaçlar

Non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) akut ve kronik ağrının tedavisinde 1800'lü yıllardan itibaren kullanılmaktadır. COVID-19 tedavisinde kullanımı ile ilgili ise farklı çalışmalar mevcuttur. Avrupa İlaç Komisyonu (EMA) ibuprofen ile COVID-19'un kötüleşmesi arasında herhangi bir bilimsel kanıt olmadığını açıklamıştır (18). Sonuç olarak mevcut kanıtlar NSAİİ kullanımı ile ilgili net bir sonuç ortaya koyamamıştır.

2.3.6. Remdesivir

SARS-CoV-2 enfeksiyonunun tedavisinde etkililik açısından test edilen birkaç potansiyel ilaç arasında, remdesivir en umut verici anti-viraldir. Ribonükleik asid (RNA) bağımlı RNA polimerazı inhibe eder ve viral RNA transkripsiyonunun erken sonlandırılmasına neden olur (19). Yapılan bir meta-analizde remdesivirin plaseboya göre etkinliği yüksek bulunmuştur (20).

2.3.7. Plazma

Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) 24 Mart 2020 tarihinde "COVID-19 Konvansiyonel Plazma Araştırması-Acil Durum" bildirgesi ile bir tavsiye kararı yayımlamıştır. Bu karar metninde, COVID-19'a karşı antikor içeren immün plazma kullanımının enfeksiyona karşı etkili olabileceği vurgulanmıştır. Yapılan çalışmalarda hastaların bu tedaviden fayda görebileceği bildirilmiştir (21).

2.4. Aşılama

Uzun bir süredir COVID-19 ile mücadele eden dünyaya aşının keşfi ve uygulanmaya başlaması bir umut olmuştur.

SARS-CoV-2 oldukça bulaşıcı olduğundan ve dünyayı küresel olarak etkilediği için aşılar, insanları COVID-19'dan korumak, mortalite ve morbiditeyi azaltmak için uygulanabilecek en önemli koruyucu sağlık hizmetidir.

Dünya Sağlık Örgütü bir aşı için istenebilecek özellikleri formüle etmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Aşı Özellikleri İçin Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dilek listesi

Karakteristik	Arzu edilir	Kabul edilebilir
Koruma Oranı	>%70	>%50
Uygulama	Tek doz	İki doz
Koruma Süresi	>1 yıl	>6 ay
İstikrar	Termostabil	Soğuk zincir ihtiyacı
Yönetmelik	EUA / WHO EUL	EUA / WHO EUL
Üretim	Hızlı Ölçek Büyütme	Hızlı Ölçek Büyütme
Fiyat	Düşük ve orta gelirli ülkeler için uygun fiyatlı	Düşük ve orta gelirli ülkeler için uygun fiyatlı

Birkaç aşıya 2020 yılı sonunda acil kullanım izni verilmiştir. Acil kullanım için onaylanan Pfizer BNT162b2 ve Moderna mRNA-1273 COVID-19 aşıları, SARS-CoV için formüle edilmiş, nükleosit modifiye RNA aşılarıdır (22,23). AstraZeneca ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) aşısı, SARS-CoV-2 yapısal yüzey glikoprotein antijeni (başak protein; nCoV-19) genini içeren, bir şempanze adenovirüs vektörü ChAdOx1'den oluşur. Coronavac aşısı ise

Sinovac firması tarafından geliştirilmiş inaktive virüs aşısıdır (22). Ülkemizde 14 Ocak 2021 tarihi itibari ile öncelikli gruplara göre aşılama başlamıştır. Aşılamaya ilk olarak sağlık çalışanlarından başlanmış, daha sonra ise nüfus yaş gruplarına bölünmüş ve sırası ile yaş grupları aşılanmıştır. Şu an ise ülkemizde aktif olarak Sinovac ve Pfizer/Biontech aşıları uygulanmaktadır. Aşı seçimi kişilerin isteğine bırakılmış olup, 18 yaş üstü bireylere iki doz olacak şekilde uygulanmaktadır.

2.5. Pandeminin Toplum Üzerine Etkileri

Şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs-2 (SARS-COV-2) virüsünün sebep olduğu pandemi sağlık yükünün yanı sıra birçok psikolojik, sosyal ve ekonomik yükü de beraberinde getirmiştir. Hükümetler tarafından çeşitli kısıtlama kararları, sosyal mesafe ve hijyen önlemleri alınmıştır. Bu önlemler sebebi ile halk günlük işlerini yapamaz hale gelmiş, seyahat imkanları ve sosyal hayatları oldukça kısıtlanmıştır. Ayrıca bu virüs sebebi ile insanlar sevdikleri insanlara dokunmaya korkar hale gelmiş, en yakınlarına dahi mesafe koymak zorunda kalmışlardır.

Modern dünya nadiren bu kadar izole edilmiş ve kısıtlanmıştır. Bu dijital çağda, sosyal medya, sosyal buluşmalar, lokantalar, barlar, alışveriş merkezleri, sinema salonları bizlere sosyalleşme imkânı sunuyordu. İnsanoğlu her zaman bir sonraki adımında ne yapacağını biliyordu ve hayatları genellikle bir rutin içerisinde ilerliyordu. Ancak olayların bu ani dönüşümü, onları korkunç bir hesaplaşma ile yüz yüze getirdi; Kendi kendilerine nasıl yaşayacaklardı? (24).

Tıpkı 1900'lerin başında yaşayan insanların Birinci Dünya Savaşı'nın dehşetini ve ardından İspanyol grip salgını yaşadıkları gibi, COVID-19 da bu salgından sağ kurtulanlarımızın hayatını sonsuza dek değiştirecek (25).

Git gide büyüyen pandeminin zaman çizelgeleri belirsizdir. İzolasyon önlemleri kitlesel panik ve kaygı ile birleşti ve krizleri doğurdu. Krizler genellikle insan aklını önemli düzeylerde etkiler ve kaygı çığ gibi yükselmeye başlar. Akılcı ve mantıksal kararların yerini, inanç ve inanca dayalı, önyargılı

ve hatalı kararlar alır. Pandeminin bu derece önemli bir sosyal tehdiide sebep olması ise büyük ölçüde ihmal edilmektedir (24).

Karantina sırasında evde kalmak hareketsizliğe neden olur. Hareketsizlik, obezite, kas güçsüzlüğü, osteoartrit semptomlarının kötüleşmesi, hiperlipidemi ve kalp hastalığı risk faktörlerinin artması gibi çeşitli durumlara yol açabilir. Dahası, ev karantinası sırasında hareketliliğin azalması zihinsel durumu, enerjiyi, motivasyonu ve depresyonu olumsuz etkileyebilir (26). Düzenli olarak spor yapmak kişilerin ruh sağlığını olumlu etkilemekte, kişiyi dinç tutarak yaşam kalitesini arttırmaktadır. Karantina sebebi ile hareketsiz kalan kişilerin yeme alışkanlıkları değişmiş, bir kısmında kilo artışı ve buna bağlı sorunlar gelişmiştir.

Özellikle 65 yaş üzeri bireylere daha fazla uygulanan karantina tedbirleri bu yaş grubunun günlük işlerini yerine getirme, yaşamsal ihtiyaçlarını giderme gibi konularda zorluk yaşamalarına sebep olmuştur. Bir taraftan da yaş grubu olarak daha riskli durumda olduklarının bilmeleri sebebi ile daha fazla hastalık ve ölüm korkusu yaşamalarına sebep olmaktadır. Tek başına yaşayan ve sosyal desteği olmayan yaşlılarda bu durumun daha sık gözlenmesi olasıdır.

Bu süreçte gözden kaçan bir konu da salgınının yeni yürümeye başlayan çocuklar ve ergenler üzerindeki etkisidir. Gelişim psikolojisi araştırmaları, büyük ölçüde, erken çocukluk döneminde çevresel faktörler aracılığıyla öğrenilen deneyimlerin, bilişsel, duygusal ve psikososyal becerilerin gelişmesi için çok önemli bir aşamadır. COVID-19 gibi şiddetli bir salgın sırasında, okulların, parkların ve oyun alanlarının kapatılması gibi durumlar çocukların olağan yaşam şekillerini bozmuştur (5).

Dünya ekonomik olarak da bu salgına hazırlıksız yakalanmıştır. İnsan hareketliliğinde yaşanan yavaşlamalar uluslararası ticarete de yansımış ve ekonomi bu durumdan olumsuz etkilenmiştir. Karantina tedbirleri sebebi ile birçok iş yeri zaman zaman kapatılmış, çalışan bireyler izne ayrılmak zorunda kalmış, kimileri ise tamamen işlerinden çıkarılmışlardır. Bu durum ev içi ekonomiyi olumsuz etkilemiş, insanların maddi kayıplar yaşamasına sebep

olmuştur. Yaşanan ekonomik kayıplar ise stres ve kaygıyı tetiklemiş ve psikolojik sorunlara sebep olmuştur.

İnsanın sosyal bir varlık olduğu düşünülüğünde yeni normal adı altında yaratılan düzen insanın özü ile ters düşmektedir. Bu süreç sona erdiği zaman arkasında büyük bir psikolojik yük kalacaktır (27).

2.5.1. Psikolojik Etkileri

Şiddetli stres ile ilişkili olan tüm büyük pandemiler insanların düşüncelerini ve psikolojik sağlığını etkiledi (28).

Karantinalar sadece fiziksel değil aynı zamanda ruhsal sağlığı da etkilemektedir. Daha önceki karantina uygulamalarında yüksek depresyon riski, duygusal rahatsızlık hissi, stres, düşük ruh hali, sinirlilik veya uykusuzluk gibi zihinsel sağlık sonuçları tanımlanmıştır. Örneğin Ebola salgınından sonra, Ebola nedeniyle karantinaya alınan ve buna şahit olan kişiler anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu açısından daha yüksek risk altında bulunmuşlardır (29).

Pandemi sonrasında insanlığı ikinci bir halk sağlığı sorunu olan keder tsunamisi beklemektedir. Keder çok kişisel ve benzersizdir, fiziksel ve zihinsel bir bedel gerektirir. Yasın fiziksel semptomları yorgunluk, baş ağrısı ve mide rahatsızlığını içerebileceği gibi, zihinsel semptomları anksiyete ve depresyondan öfke, sinirlilik, dikkat dağınıklığına kadar değişebilir. Çalışmalar ayrıca yasın kalp krizi ve ölüm riskini artırabileceğini gösteriyor (30).

2.5.1.1. Depresif Bozukluklar

Depresyon, derin üzüntü ile düşüncede, konuşmada, harekette ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ile karakterize bir bozukluktur. Bunların yanı sıra değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık gibi duygular ile ilişkili bir sendromdur. Depresyonda duygusal, bilişsel ve fiziksel belirtiler birlikte görülebilir. Yaşamdan zevk almama, ilgi azalması veya kaybı, konsantrasyon bozukluğu, kendini değersiz hissetme, suçluluk ve intihar düşünceleri, umutsuzluk, uyku ve iştahta değişiklikler, enerji düşüklüğü, psikomotor yavaşlama, cinsel istekte azalma gibi belirtiler ile kendini gösterebilir.

Toplumda majör depresyonun yaşam boyunca bir kez görülme olasılığı %17'lere kadar çıkabilir (31).

Amerikan Psikiyatri Derneği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal İstatistik El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) depresif bozuklukları şu şekilde sınıflandırır:

1. Yıkıcı duygu durum düzensizliği bozukluğu
2. Büyük depresif bozukluk
3. Kalıcı depresif bozukluk (distimi)
4. Premenstrüel disforik bozukluk
5. Başka bir tıbbi duruma bağlı depresif bozukluk

Tüm depresif bozuklukların ortak özellikleri, bireyin işlev görme kapasitesini önemli ölçüde etkileyen somatik ve bilişsel değişikliklerin eşlik ettiği üzüntü, boşluk veya huzursuz ruh halidir.

Majör depresif bozukluğun etiolojisinde hem genetik hem de çevresel faktörler rol oynar. Depresyondaki bireylerin birinci derece akrabalarının, genel popülasyona göre depresyon geliştirme olasılığı yaklaşık 3 kat daha fazladır; ancak, ailede depresyon geçmişi olmayan kişilerde depresyon meydana gelebilir.

Her yaş grubunda görülebilir fakat en fazla 25-44 yaş arasında görülür (32). 18-29 yaş arası bireylerdeki prevalans, 60 yaş ve üstü bireylerdeki prevalanstan üç kat daha yüksektir. Kadınlarda erkeklere kıyasla 1,5 ile 3 kat daha yüksek oranda görülmektedir (33).

Majör depresif dönemin süresi iki hafta ile iki yıl arasında değişmektedir. Yatan hastalarda bu süre ortalama 5,4 ay olarak belirlenmiştir (32).

Pandemi dönemleri ile ilgili yapılan araştırmalarda bu dönemlerde insanlarda stres, uykusuzluk, umutsuzluk gibi durumların arttığı gösterilmiştir. SARS salgını sırasında, acil servis çalışanlarında aşırı uyarılma, öfke, işyerinde motivasyon kaybı, konsantrasyon güçlüğü veya uykuya dalma zorluğu gibi semptomlarla birlikte depresyon semptomlarının da yaygın olarak görüldüğü tespit edilmiştir (28).

Bu süreçte zaman zaman okulların kapanması sebebi öğrencilerin eğitim öğretim hayatları etkilenmiş, arkadaş ve sosyal çevrelerinden uzak

kalmışlardır. Evlere kapanmaları sebebi ile günlük rutinleri bozulan çocuklarda korku, belirsizlik, depresyon ve anksiyete gibi durumlar tetiklenebilmektedir (34).

Almanya’da toplam 15.704 katılımcıyla yapılan bir çalışmada depresyon belirtilerinin ve ayrıca psikolojik sıkıntının arttığı gözlemlendi. Ek olarak, yanıt verenlerin yarısından fazlası (%59) COVID-19 ile ilişkili korkunun arttığını bildirdi. Yaygınlığın artması göz önüne alındığında, COVID-19 salgını sırasında Alman halkında ruh sağlığı yükünün arttığını söyleyebiliriz (35).

2.5.1.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Korku, hayatta kalmak için temel olan uyarlanabilir bir savunma mekanizmasıdır. Potansiyel olarak tehdit edici olaylara karşı yanıt oluşturmak için çeşitli psikolojik ve biyolojik süreçleri içerir. Bu nedenle korku, bu salgına karşı doğal bir tepkidir. Böylesine geniş etki alanı bulan, gerçek bir tehdit ve buna eşlik eden sosyal izolasyon, ekonomik belirsizlik ve benzeri stres etkenleri arasında genel popülasyonda normal bir kaygı seviyesi normal karşılanabilir.

Psikolojik hastalıkların oluşumunda etkisi olan diatez-stres modeli bağlamında bu kadar belirgin ve geniş kapsamlı bir stres etkenin patolojik anksiyete insidansını artırması olasıdır (36).

Yaygın anksiyete bozukluğu, en yaygın ruhsal bozukluklardan biridir. Birinci basamakta depresyondan sonra ikinci sırada yer almaktadır. Her sene yetişkinlerin yaklaşık %20 kadarı anksiyete bozukluklarından etkilenir. Yaygın anksiyete bozukluğu korku, endişe ve sürekli bir bunalmışlık hissi yaratır. Günlük şeyler hakkında sürekli, aşırı ve gerçekçi olmayan endişelerle karakterizedir. Bu endişe finans, aile, sağlık ve gelecek gibi çok odaklı olabilir. Aşırıdır, kontrol edilmesi zordur ve sıklıkla spesifik olmayan birçok psikolojik ve fiziksel semptomla birlikte görülür. Aşırı endişe, yaygın anksiyete bozukluğunun temel özelliğidir (37). Yaygın anksiyete bozukluğu çok sık gözden kaçırılan bir hastalıktır.

Kadınlar erkeklerden iki ila üç kat daha sık etkilenir (38).

Tanısında ise DSM-V kriterleri kullanılır.

COVID-19'un bilinmeyen çok fazla yönlerinin olması ve yeni ortaya çıkışı, ölüm istatistiklerinin anlık aktarımı ve enfekte olanların sayısının açıklanması, gelecekle ilgili endişeler, kişilerin ekonomik kayıplara maruz kalması, önlemlerin yeterliliği konusundaki şüpheler anksiyeteye sebep olabilir.

İran'da yapılan bir çalışmada COVID-19 prevalansının yüksek olduğu yerlerde ikamet edenlerin anksiyete belirtilerinin düzeyi ve şiddeti anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca COVID-19 hastalığı olan en az bir aile üyesi, akraba veya arkadaşı olan kişilerde kaygı düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (39).

2.5.1.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travmatik olaylar kişinin yaşamsal bütünlüğünü bozan veya tehdit eden durumlardır.

İnsanın yaşamı boyunca karşılaşılabileceği sel, deprem, yangın gibi doğal afetler, trafik kazaları, savaşlar, aile içi şiddet olayları, saldırı, tecavüz, işkence ve göç gibi olaylar kişilerde ruhsal travmalar yaratabilir. Yaşanan bu travmalar bireyler üzerinde çeşitli sorunlara yol açmaktadır. Pandemiler ve salgın hastalıklar da insanı etkileyen travmatik olayların içerisinde yer almaktadır (27).

DSM-5 travma sonrası stres bozukluğunu “doğrudan örseleyici bir olaya maruz kalma veya doğrudan olaya şahit olma” olarak tanımlar. Kişilerin travmaya verdikleri cevap birbirinden farklı olabilir. Bu maruziyete daha yakın olan, enfekte olanlara sağlık hizmeti sağlayan, virüsün hastalar ya da sevdikleri üzerindeki zararlı ve ölümcül etkilerine tanıklık eden, hasta, aile ya da arkadaş kayıplarına şahit olmuş kişiler, krizi diğerlerine kıyasla daha travmatik olarak yaşayabilir. Benzer şekilde, karantinaya alınmış kişiler, yeterli kişisel koruyucu ekipman olmadan çalışmaya mecbur kalanlar (örn. fabrika çalışanları) olumsuz zihinsel sağlık yansımaları yaşayabilir (36). Sosyoekonomik ve sağlıkla ilgili eşitsizlikler nedeni ile nüfusun bir bölümü bu olaylardan daha fazla etkilenebilir.

Başlarda sadece enfekte hastalara karantina uygulanırken, sonrasında bu uygulamalar sırası ile kasabaların, bölgelerin ve ardından ise

tüm ülkelerin karantinasına evirildi. İnsanlığın İspanyol gribinden bu yana en şiddetli salgını yaşadığı düşünüldüğünde, COVID-19 salgınının Travma Sonrası Stres Bozukluğunu tetikleme olasılığı çok yüksektir (40).

COVID-19 pandemi ile ilgili düşünce veya duygulardan kaçınma, TSSB semptomları geliştirme ve/veya önceden var olan travmayla ilişkili semptomları şiddetlendirme veya sürdürme riskini artırabilir. Travma Sonrası Stres Bozukluğu semptomlarının gelişmesi veya şiddetlenmesi için bazı ek risk faktörleri olabilir. Bunlardan bazıları geçmişte bir travma veya psikolojik öyküsü, depresif veya endişeli ruh hali, eşzamanlı bazı stres faktörleri (örn. Finansal sorunlar, iş kaybı, ilişki stresi) ve sosyal destek azlığı olabilir (36).

Epidemiyolojik çalışmalarda travma sonrası stres bozukluğu yaşam boyu görülme olasılığı %7,8 ile %9,8 arasında değişmektedir. Travma sonrası stres bozukluğunun kliniği olayın yeniden yaşanıyor gibi hissedilmesi, travmayı çağrıştıracak uyaranlardan sürekli olarak kaçınmaya çalışma ve artmış uyarılma hali olarak üç ana belirti grubunda toplanabilir (41).

DSM-V Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanı kriterleri aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır;

A. Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma:

1. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama.
2. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme).
3. Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme. Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır.
4. Örseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn. insan kalıntılarını toplayan ilk kişiler; çocuk sömürsünün ayrıntılarıyla yeniden karşılaşan polis memurları).

Not: Böyle bir karşı karşıya gelme, işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığıyla olmuş ise A4 tanı ölçütü uygulanmaz.

B. Örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin, istem dışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı:

1. Örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istem dışı gelen, sıkıntı veren anıları. Not: Altı yaşından büyük çocuklarda, örseleyici olay(lar)ın kapsandığı konuların ya da bu olay(lar)ın birtakım yönlerinin dışı vurulduğu yineleyici oyunlar ortaya çıkabilir.

2. İçeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler. Not: Çocuklar, içeriği belirsiz korkutucu düşler görüyor olabilirler.

3. Kişinin örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (dissosiyasyon) tepkileri (örn: geçmişe dönüşler). (Bu tür tepkiler, belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilirler; en uç biçimi, o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırdında olmamadır.) Not: Çocuklar, oyun sırasında, örselenmeyle ilgili yeniden canlandırma yapabilirler.

4. Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama.

5. Örseleyici olay(lar)ın simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme.

C. Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)dan sonra ortaya çıkan, örseleyici olay(lar)a ilişkin uyaranlardan sürekli bir biçimde kaçınma:

1. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

2. Örseleyici olay(lar)a ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesneler, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygu durumunda olumsuz değişiklikler olması:

1. Örseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama (özellikle unutkanlık çözülmesine [dissosiyatif amnezi] bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir).

2. Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler (örn. “Ben kötüyüm”, “Kimseye güvenilemez”, “Dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir”, “Bütün sinir sistemim kalıcı olarak bozuldu”).

3. Örseleyici olay(lar)ın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler.

4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (örn. Korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç).

5. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımda belirgin azalma.

6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları.

7. Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama (örn. mutluluğu, doyumunu ya da sevgi duygularını yaşayamama).

E. Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)la ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması:

1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında).

2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma.

3. Her an tetikte olma.

4. Abartılı irkilme tepkisi gösterme.

5. Odaklanma güçlükleri.

6. Uyku bozukluğu (örn. uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dinging olmayan bir uyku uyuma).

F. Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur.

G. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. ilaç, alkol) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Olup olmadığını belirtiniz:

- Çözülme belirtileri (dissosiyatif belirtiler) gösteren: Kişinin belirtileri örselenme sonrası gerginlik bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamaktadır, ayrıca kişi, tetikleyici etkene tepki olarak aşağıdakilerden birinin belirtilerini sürekli ya da yineleyici olarak yaşamaktadır:

1. Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon): Kişinin, zihinsel süreçlerinden ya da vücudundan koptuğu duyumunu yaşadığı, sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. sanki bir düş içindeymiş gibi olduğu duyumu; kendisinin ya da vücudunun gerçekdışı olduğu ya da zamanın yavaş aktığı duyumu).

2. Gerçek dışılık (derealizasyon): Çevredekilerin gerçekdışı olduğuna ilişkin, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. Kişinin çevresindeki dünya gerçekdışı, düşsel, uzak ya da çarpık olarak yaşanır).

Not: Bu alt türün kullanılabilmesi için, çözülme belirtilerinin, bir maddenin (örn. bilinç kararmaları, alkol entoksikasyonu sırasındaki davranışlar) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. kompleks parsiyel nöbetler) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamıyor olması gerekir.

Varsa belirtiniz:

Gecikmeli dışavurum gösteren: Olaydan sonra en az altı ay geçmeden tanı ölçütleri tam olarak karşılanmıyorsa (kimi belirtiler kısa bir süre içinde başlasa da) (42).

COVID-19 gibi aşı veya etkili tıbbi tedavisi olmayan, öncesinde tanınmayan bir salgın, bireysel ve toplum düzeylerinde akut ve kronik etkileri açısından travmatik bir deneyim olarak tanımlanabilir. Sonuç olarak hem virüse yakalanma korkusu hem de enfeksiyonun yayılmasını önlemek için alınan önlemler travmatik olaylar olarak algılanmış olabilir. Neticede pandemi birçok akıl hastalığı ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) için bir risk faktörü oluşturabilir (43).

Koronavirüs pandemi süreci sonrasında da kişilerin travma sebebi ile yaşadıkları korku, stres ve kaygılarının devam edebileceği düşünülmektedir. Travma sonrası stres bozukluğunun yarattığı etkilerin ne kadar süreceği ise belirsizdir. Bu süreç birkaç ay alabileceği gibi uzun yıllar boyunca da sürebilir. Kişilerde olayı tekrar tekrar yaşıyor gibi hissetme, kabuslar, uyku bozuklukları, ani öfkelenmeler, dış dünyaya yabancılaşma, kolay irkilme gibi durumlar görülebilir (27).

2.5.2. Alkol ve Sigara Kullanımı

Artan alkol tüketimi ve bu tüketimden kaynaklanan zararlar birçok tıbbi, psikolojik ve sosyolojik soruna neden olabilir. Alkol zararlı bir maddedir. Aşırı içme aynı zamanda artan şiddet, suç, yoksulluk, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve diğer önemli halk sağlığı zararlarıyla ilişkilidir.

Araştırmalar, stres altında olanların alkol tüketimi ve kötüye kullanımına daha yatkın olduğunu göstermektedir. Bireyler ekonomik veya psikolojik stres dönemleri yaşadıklarında, genellikle daha fazla alkol tüketirler ve bu da alkol kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığı semptomlarının artmasına neden olur. Araştırmacılar, 2003 SARS salgını sırasında karantinaya alınan veya yüksek riskli yerlerde çalışan bireylerin, başa çıkma mekanizması olarak alkol kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır(44).

Alkol kullanımı bu süreçte göze çarpan bir halk sağlığı sorunudur. Kaynaklar bazı bölgeler pandemi sürecinde alkol satış oranlarının arttığını göstermektedir. İçki içmenin çeşitli sebepleri olsa da başa çıkma psikolojisi ile alkol kullanan kişiler alkol sorunları açısından daha yüksek risklidir. COVID-19 karantina tedbirleri kapsamında barların kapanması ve sosyal kısıtlamalar nedeniyle evde yalnızken alkol kullanımının artmasına yol açabilir (45).

Sigara içenlerin çoğu, sigaranın stresi azaltmalarına veya kontrol etmelerine yardımcı olduğuna inanır ve anksiyete, depresyon veya diğer psikiyatrik hastalıkları yaşayan kişilerde sigara içme prevalansı çok daha yüksektir. Stresi yönetmek için sigara kullanımı, sigarayı bırakmanın önünde önemli bir engel olmaya devam etmektedir. Afetler gibi rahatsız edici olayların ardından sigara içme sıklığı üzerine yapılan araştırmalar, genellikle sigara içenler arasında tütün tüketiminin arttığını, sigarayı başarıyla bırakanların ise daha büyük bir nüks riski altında olduğunu bildirmektedir (46).

Pandemi sürecinde bazı insanlar sigara veya alkol kullanımı gibi olumsuz sağlık davranışlarını başlatarak veya artırarak sosyal izolasyonla ve pandemi ile ilişkili herhangi bir psikolojik rahatsızlık ile başa çıkmaya çalışabilir (47). Bununla birlikte sigara içmenin COVID-19 semptomlarını ağırlaştırdığı düşünülen çalışmalar mevcuttur. Karantina sebebi ile yaşanan sıkıntı hastaları daha fazla sigara kullanmaya itebileceği gibi, COVID-19'a yakalanma ve hastalığı daha ağır geçirme korkusu hastaların sigara içme oranlarını azaltabilir (48).

2.5.3. Ekonomik Etkileri

COVID-19'un gün geçtikçe yayılması dünyaya büyük ekonomik etkiler yaşıyor. Dünyanın ani olarak bu salgına yakalanması genel ekonomik faaliyetlerde yavaşlamaya sebep olarak ülkelerin gelirlerinin düşmesine neden oldu. Ekonomideki daralmanın önemli bir sebebi de seyahat ve turizm sektörlerinin azalması oldu. Sonrasında ise çeşitli sektörlerde işten çıkarmalar ve iflaslarla toplam üretim ve tüketimde azalmalar yaşandı (49).

Ekonomik krizler, özellikle doğrudan etkilenenler olmak üzere, nüfusun zihinsel ve psikolojik refahını büyük ölçüde etkilemiştir. Genel olarak ruh sağlığı sorunları, eşitsizlik, yoksulluk, yoksunluk ve diğer sosyoekonomik ölçütler ile ilişkilidir. Bu faktörler arasındaki nedensel ilişkiyi belirlemek zor olsa da mevcut kanıtlar zayıf ruh sağlığının önemli mali sıkıntı, borçluluk ve işsizlikle bağlantılı olduğunu göstermektedir (50).

Hemen hemen bütün kanıtlar sosyoekonomik durumu daha düşük ülkelerde hastalık ve ölüm oranlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Bu durum ÷lkelerdeki sağlık eğitsizliklerinin kaynağı olan ekonomik eğitsizliğin bir yansımasıdır (51).

Salgın süresince karantina sebebi ile çalışamayan veya işten çıkarılan kişilerde sosyoekonomik sıkıntılar gör÷lmüştür (52). İşsizlik, gelir kaybının yanı sıra sosyal temas, statü ve yeterlilik duygusu kaybı ile birlikte olduğundan psikolojik gerginliği artırır.

Çin'de yapılan bir araştırmada yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon; gelir, iş, eğitim ya da kredi ödeyememe endişeleri ile ilişkilendirildi. Birleşik Krallıkta yapılan geniş çaplı bir araştırmada, pandemi sırasında işsiz olan veya geliri olmayan insanlar, çalışanlara göre daha fazla sıkıntı çekti. Bu bulgu, finansal durumdaki keskin düşüş ile birçok işçinin yaşadığı ruh sağlığındaki bozulma arasındaki bağlantıyı yansıtıyor olabilir (53).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Yeri ve Hedef Grup

Bu çalışma Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Ertuğrul 36 Nolu Eğitim Aile Sağlığı Merkezine (EASM) başvuran hastalar ve hasta yakınlarının katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma için bir aylık süre belirlenmiş olup gün içerisinde başvuran ortalama yetişkin hasta sayısının 10 olması sebebi ile hedef grup 300 kişi olarak belirlenmiştir. Çalışma öncesinde ilk olarak Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu sonrasında ise Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu ve Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden izin alınmıştır. Etik kurul tarafından 19.08.2020 tarihi 2020-14/9 numaralı karar numarası ile onaylanmıştır. Hastaların ve yakınlarının çalışmaya alınmasında gönüllülük ilkesine özen gösterilmiştir.

3.2. Veri Toplama Yöntemi

Çalışmaya başlamadan önce daha önceki pandemilerin ruh sağlığı üzerine etkileri, ekonomik etkileri ve depresyon, anksiyete, TSSB ile ilişkili diğer durumlarla ilgili geniş bir literatür taraması yapılmıştır. Literatür ışığında anket formu oluşturulmuş ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 18 yaş üzeri kişilere uygulanmıştır. Anket formu öncesinde katılımcılara çalışma ile ilgili ön bilgi verilip gönüllülere anket uygulanmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmayanlar, anket formunu eksik dolduranlar ve 18 yaş altı olanlar çalışmaya alınmamıştır. Hedef olarak 300 kişi belirlediğimiz anketimizi eksik doldurma sebebi ile çıkarılanlar olabileceğini düşündüğümüz için 321 kişi ile tamamladık. Daha sonrasında anketi eksik dolduran 16 kişiyi çalışma grubumuzdan çıkararak 305 kişi ile çalışmamızı sonlandırdık.

Çalışmamızda kullanılan anket formu toplamda 34 soru ve dört bölümden oluşmaktadır.

3.2.1. Sosyo-demografik Bölüm

Birinci bölüm sosyo-demografik bilgilerin içinde bulunduğu kısımdır. Bu bölümde katılımcıların cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, gelir aralığı, pandemi süresince yaşadıkları maddi kayıp durumları, kendilerinin veya yakınlarının COVID-19 tanısı alıp almadıkları, COVID-19 sebebi ile yakınlarını kaybedip kaybetmedikleri, bu süreçte alkol ve sigara kullanımlarının nasıl değiştiği ve uyku düzenleri sorulmuştur. Ayrıca son olarak bu süreçte alınan tedbirlerinin hayatlarını nasıl etkilediğini birkaç cümle ile özetlemeleri istenmiştir. Aylık gelir sorusunda en düşük kesim noktası olarak çalışmanın yapıldığı dönemde asgari ücret olan 2320 TL belirlenmiştir.

Pandemi sürecinin kişilerin yaşamını nasıl etkilediği sorusuna verilen cevaplar kategorize edilerek 10 gruba ayrılmıştır. Bu gruplar yazıların içeriklerine göre belirlenmiş olup “Psikolojik sıkıntı, Olumsuz etkiledi, Stres, Maddi zorluk, Uyku bozukluğu, Sosyal kısıtlanma, Kilo alma, Etkilemedi, Can sıkıntısı, Olumlu etkiledi” şeklinde kategorize edilmiştir.

3.2.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi (YAB-7)

YAB-7 Spitzer ve ark. Tarafından DSM-IV kriterlerine göre geliştirilmiş kişilerin anksiyete düzeyini ölçen bir testtir. Anketimizin ikinci bölümde katılımcıların son 15 günü dikkate alarak doldurmaları istenen Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 Testi (YAB-7) uygulanmıştır. Test 7 sorudan oluşmaktadır. YAB-7 hastaların ‘Son 2 hafta içerisinde problemler sizi ne sıklıkta rahatsız etti?’ sorusuna dört kategoride cevap verdikleri bir ölçektir (0=hiç, 1=Sadece birkaç gün, 2=günlerin yarısından fazlasında, 3=hemen hemen her gün). Ölçeğin orijinalinde 0-4 arası hafif, 5-9 arası orta derece, 10-14 arası yüksek, 15-21 puan arası ise ciddi anksiyete olarak tanımlanmıştır. Klinik olarak anlamlı skor 10 puan ve üzeri olarak kabul edilmektedir. Bu puanın altında kalan skorlar klinik olarak anlamlı anksiyete ile ilişkilendirilmemiştir. Çalışmamızda ölçeklerden elde edilen puanlar hafif (0-4),

orta (5-9) ve yüksek (10-14) ve ciddi (15 ve üzeri) olarak sınıflandırılarak değerlendirilmiştir.

3.2.3. Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9)

Üçüncü bölümde katılımcılara depresyon semptomlarını ölçen Hasta Sağlık Anketi (PHQ-9; HSA) uygulanmıştır. Test son 15 günü baz almakta ve 9 sorudan oluşmaktadır. Katılımcıların cevapları dört kategoride sınıflandırılmıştır (0=hiçbir zaman, 1=bazı günler, 2=günlerin yarısından fazlasında, 3=hemen hemen her gün). En düşük skor 0, en yüksek skor ise 27'dir. 0-4 arası skorlarda depresyon yok kabul edilmektedir. Puanları 5-9 arası olanlar hafif, 10-14 arası orta, 15-19 arası orta-şiddetli, 20-27 arası ise şiddetli depresyon riski olarak kabul edilmektedir.

3.2.4. Geçerlilik Güvenilirlik Çalışması ve Aile Hekimliği TSSB-5 Anketi (PC-PTSD-5)

Anketimizin dördüncü bölümünde ise geçerlilik güvenilirliği tarafımızca yapılmış olan Aile Hekimliği-Travma Sonrası Stres Bozukluğu-5 (PC-PTSD-5) uygulanmıştır. Çalışmanın verileri başlık altında sunulmaktadır.

İlk olarak anket üst düzey İngilizce bilen üç akademisyen tarafından Türkçeye çevrildi. Sonrasında ise çeviriler birbirleri ile karşılaştırılarak taslak ölçek oluşturuldu. Daha sonrasında ise ölçekle ilgili bilgisi olmayan, Kanada'da yaşayan, anadili Türkçe olup Psikoloji alanında yurtdışında eğitim almış, aktif meslek hayatını orada sürdüren iki akademisyen tarafından ölçek İngilizceden Türkçeye çevrildi. Daha sonra tüm çeviriler bir araya getirildi ve çeviriler arasındaki farklar tartışılarak ölçeğin son haline karar verildi. Toplamda 53 kişiden oluşan kontrol grubuna test-re-test yöntemi ile anket aynı koşullar altında, aynı kişilerce 4 hafta ara ile iki kez dolduruldu.

Bir ön soru ile başlayan ölçek katılımcıların bu soruya cevabının 'Evet' olması durumunda 5 soru ile devam etmektedir. Eğer katılımcılar bu soruya 'Hayır' cevabını verirler ise toplam skorları sıfır kabul edilir ve ankete devam

etmezler. Ön soruda kişilerin daha öncesinde alışılmadık, korkutucu, dehşet verici veya travmatik (örn. Ciddi bir kaza veya yangın, fiziksel veya cinsel istismar veya saldırı, deprem veya sel felaketi, savaş, birinin ciddi şekilde yaralanması veya öldürülmesine tanık olmak, sevilen birinin intihar veya cinayet sebebi ile ölmesi gibi) bir olay yaşayıp yaşamadıkları sorulmaktadır. Devam eden 5 soru katılımcıların son 1 ay içerisinde yaşamış oldukları Travma Sonrası Stres Bozukluğu semptomlarını sorgulamaktadır. İlk soru olaylar hakkında kâbus görüp görmediklerini ve istemeden bu olaylar hakkında düşünüp düşünmediklerini sormaktadır. İkinci soruda bu olay hakkındaki düşüncelerden kaçınmaya çalışıp çalışmadıkları, üçüncü soruda sürekli savunmada, tetikte veya ürkek hissedip hissetmedikleri, dördüncü soruda dış dünyaya karşı hissiz ve kopuk olup olmadıklarını sorulmaktadır. Beşinci soru ise kişilerin bu olay sebebi ile kendilerini veya başka birisini suçlayıp suçlamadıklarını sormaktadır.

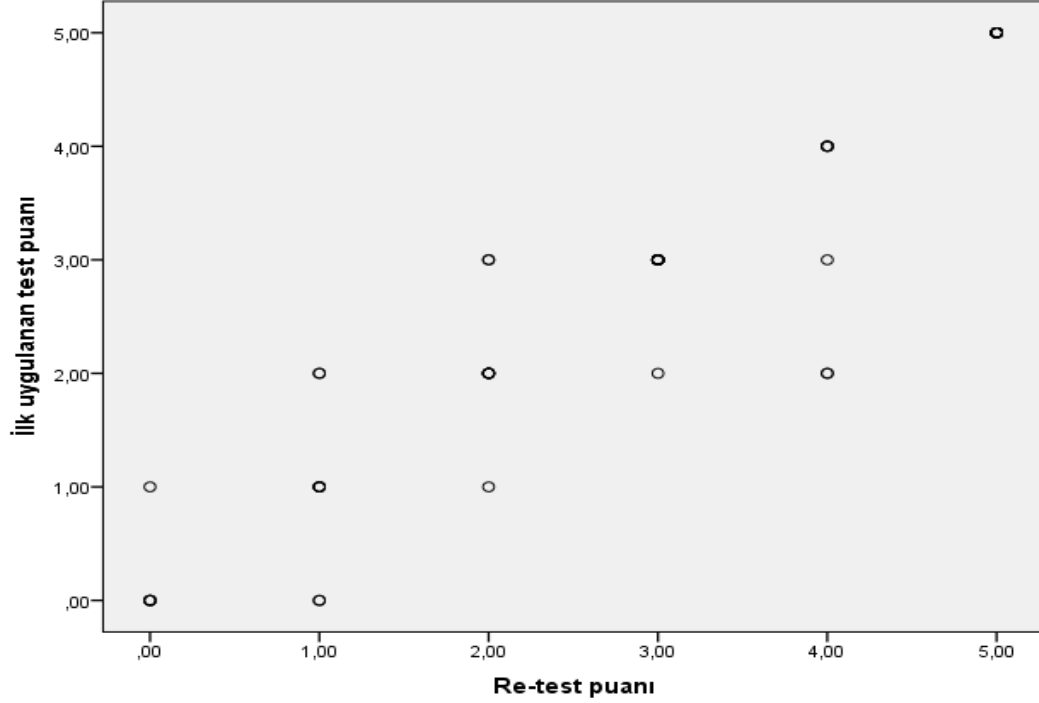
3.2.4.1. Güvenilirlik Analizi

Yapılan ölçek güvenilirlik analizinde Cronbach's alpha değeri 0,663 olarak bulunmuştur.

Tablo 2 : Aile Hekimliği TSSB-5 Ölçeğinin Madde Analizi

	Madde silindiğinde ölçek aritmetik ortalaması	Madde silindiğinde Cronbach's alpha değeri
Son bir ay içinde olay(lar) hakkında kâbus gördünüz veya istemediğiniz halde bu olay(lar) hakkında düşündünüz mü?	2,0377	0,580
Son bir ay içinde bu olay(lar) hakkında düşünememeye çalıştınız mı veya olay(lar) hatırlatan durumlardan kaçınmak için çabaladınız mı?	2,0377	0,612
Son bir ay içinde devamlı olarak savunmada, tetikte veya ürkek hissettiniz mi?	2,2264	0,646
Son bir ay içinde çevrenize, insanlara veya aktivitelere karşı hissiz veya kopuk hissettiniz mi?	2,3019	0,610
Son bir içinde bazı olaylar veya olayların neden olabileceği problemlerden dolayı kendinizi suçlu hissettiniz mi veya başkalarını suçlar halde buldunuz mu?	2,2642	0,607

3.2.4.2. Test- Re-test Puanlarının Analizi



Şekil 2. TSSB-5 saçılım grafiği

Tablo 3: Aile Hekimliği TSSB-5 için test-re-test puan ortalamaları

	Puan ortalaması	Standart Sapma
İlk Toplam	2,7170	1,59780
İkinci Toplam	2,7925	1,60957

Test puanlarının ortalamaları sırası ile 2,7170 ve 2,7925 olarak bulunmuştur.

Bağımlı gruplar arasında yapılan T-testinde ilk olarak uygulanan testlerin toplam skorları ve ikinci testin toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir korelasyon bulunmuştur ($r: 0,934$; $p:0,000$)

3.2.4.3. Yapı geçerliliği-Faktör Analizi

Veriler analiz edildiğinde KMO testi 0,650, Barlett's Testi: 37,964 (p:0,000) olarak görülmüştür. Bu sonuçlara göre ölçek faktör analizi için uygun olarak bulunmuştur.

3.3. İstatistiksel Analiz

Çalışmada analizler SPSS 21.0 paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde, sürekli sayısal değişkenler ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerleri ile gösterilmiştir. Sürekli sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uyan sürekli sayısal değişkenlerin ikili gruplar arasında karşılaştırmasında independent sample (student) t testi, ikiden fazla grup arasında karşılaştırmasında one way ANOVA testi, normal dağılıma uymayan değişkenlerde ikili gruplar arasında karşılaştırmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup arasında karşılaştırmasında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. İki grup arasında yapılan karşılaştırmalarda, anlamlılığın kaynaklandığı grubun saptanması amacıyla Bonferroni düzeltmesi yapılarak kategoriye özel p değerleri hesaplanmıştır. İki sürekli değişken arasında korelasyon ilişkisi Spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak, p değerinin 0.05'in altında olması sınır kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Değerlendirmesi

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Ertuğrul 36 Nolu Eğitim ASM'de gerçekleştirilen bu çalışmada değerlendirilen 305 kişinin %57,7'si kadındı ve yaş ortalaması $39,87 \pm 16,26$ (min-max: 18-87) yılı. Katılımcıların yaşlarının medyan değeri 35 idi. Kişilerin %53,4'ü eşiyile yaşadığını, %55,4'ü üniversite mezunu olduğunu %15,1'i aylık gelirin 2320 TL'den daha düşük olduğunu belirtti (Tablo 4).

Tablo 4: Kişilerin bazı sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	176	57,7
Erkek	129	42,3
Yaş (yıl)		
≤35	154	50,5
≥36	151	49,5
Beraber yaşadığı kişi*		
Eşi	163	53,4
Çocuğu	101	33,1
Aile büyüğü	76	24,9
Yalnız	52	17,0
Öğrenim düzeyi		
İlkokul	45	14,8
Ortaokul	13	4,3
Lise	54	17,7
Üniversite	169	55,4
YL/doktora	24	7,9
Aylık gelir (TL)		
<2320	46	15,1
2320-5000	112	36,7
5000-10000	94	30,8
10000-20000	42	13,8
>20000	11	3,6

*Birden fazla seçenek işaretlenmiş olabilir

Tablo 5: COVID-19 pandemisinin kişilerin hayatına etkisi

Değişkenler	Sayı	%
Pandemide maddi kayıp		
Yaşamayan	172	56,4
Yaşayan, yaşam standardı etkilenmeyen	51	16,7
Yaşayan, yaşam standardı etkilenen	82	26,9
Pandemide sigara içme		
Sigara içmeyen	215	70,5
Sigara miktarı artmayan	43	14,1
Sigara miktarı artan	37	12,1
Sigaraya başlayan	10	3,3
Pandemide alkol içme		
Alkol tüketmeyen	233	76,4
Alkol tüketimi artan	20	6,6
Alkol tüketimi değişmeyen	52	17,0
Pandemide uyku sorunu		
Yaşamayan	154	50,5
Uykusu azalıp rahatsızlık hissetmeyen	24	7,9
Uyku problemi yaşayan	127	41,6
Karantina tedbirlerinin hayatına etkisi		
Sosyal kısıtlanma	89	29,2
Etkilenmeyen	56	18,4
Psikolojik sıkıntı	48	15,7
Maddi zorluk	23	7,5
Stres	22	7,2
Olumsuzluklar yaşayan	21	6,9
Kilo alma	16	5,2
Olumlu etkilenen	12	3,9
Can sıkıntısı	10	3,3
Uyku bozukluğu	8	2,6

Kişilerin %43,6'sı pandemi döneminde maddi kayıp yaşadığını, %49,5'i uyku bozukluğu yaşadığını, %12,1'i içtiği sigara miktarının arttığını, %3,3'ü sigara içmeye başladığını, %6,6'sı alkol içme miktarının arttığını belirtti (Tablo 5).

Tablo 6: Kişilerin kendisinde ya da etrafında COVID-19 hastası olan ve COVID-19 tanısı ile ölen kişilerin bulunma durumu

Değişkenler	Sayı	%
COVID-19 olan*		
Yok	100	32,8
Kendi	42	13,8
Çalışma arkadaşı	75	24,6
Yakını	144	47,2
Etrafında COVID-19'dan ölen*		
Yok	224	73,4
İş arkadaşı	13	4,3
Yakını	63	20,7
Birinci derece yakını	8	2,6

*Birden fazla seçenek işaretlenmiş olabilir

Kişilerin %13,8'i COVID-19 enfeksiyonu geçirdiğini, %26,6'sı etrafında COVID-19 nedeniyle ölen en az bir kişi olduğunu belirtti.

Tablo 7: Kişilerin yaşanan sorunların etkisi ve korkutucu, dehşet verici veya travmatik bir olay yaşama durumlarının dağılımı.

Değişkenler	Sayı	Yüzde
HSA’da belirtilen sorunlardan en az birini işaretleyen kişilere bu sorunun etkisi		
Hiç zorluk yaratmadı	155	50,8
Oldukça zorluk yarattı	116	38
Çok zorluk yarattı	23	7,5
Aşırı derecede zorluk yarattı	11	3,6
TSSB-5’te belirtilen “korkutucu, dehşet verici veya travmatik” olaylardan en az birini		
Yaşamayan	216	70,8
Yaşayan	89	29,2

HSA’da belirtilen sorunlardan en az birini işaretleyen kişilerin %49,2’si bu sorunların işini yapmasında, eviyle ilgili işleri halletmesinde veya diğer insanlarla olan ilişkilerinde zorluk oluşturduğunu belirtti.

Kişilerin %29,2’si TSSB-5’te belirtilen “korkutucu, dehşet verici veya travmatik” olaylardan en az birini yaşadığını belirtti.

Tablo 8: Kişilerin YAB, HSA ve TSSB-5 ölçeklerinden aldığı puanların dağılımı

Değişkenler	Ortalama $\pm$ SS	Median (min - max)
YAB skoru	6,31 $\pm$ 5,17	5 (0 - 21)
HSA skoru	8,24 $\pm$ 5,88	7 (0 - 27)
TSSB-5 skoru	0,84 $\pm$ 1,59	0 (0 - 5)

Kişilerin YAB skor ortalaması 6,31 $\pm$ 5,17, HSA skor ortalaması 8,24 $\pm$ 5,88, TSSB-5 skor ortalaması 0,84 $\pm$ 1,59 idi.

Tablo 9: Kişilerin anksiyete ve depresyon düzeylerinin dağılımı

Değişkenler	Sayı	Yüzde
YAB'a göre anksiyete düzeyi		
Hafif	137	44,9
Orta	98	32,1
Yüksek	48	15,7
Ciddi	22	7,2
HSA'ya göre depresyon		
Depresyon yok	92	30,2
Hafif	110	36,1
Orta	54	17,7
Orta-şiddetli	34	11,1
Şiddetli	15	4,9

Kişilerin %22,9'unda yüksek/ciddi düzeyde anksiyete, %69,8'sinde en az hafif düzeyde olmak üzere depresyon olduğu saptandı.

4.2. YAB skorunu etkileyen parametrelerin incelenmesi

Tablo 10: Kişilerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre YAB skorunun dağılımı

Değişkenler	Ort ± SS	Median (min - max)	p
Cinsiyet			
Kadın	7,03 ± 5,32	6 (0 - 21)	0,003
Erkek	5,33 ± 4,81	4 (0 - 21)	
Yaş (yıl)			
≤35	6,75 ± 5,24	5,5 (0 - 21)	0,108
≥36	5,86 ± 5,07	5 (0 - 21)	
Birlikte yaşadığı kişi*			
Yalnız	6,54 ± 5,39	5 (0 - 21)	0,811
Eşi	6,38 ± 5,46	6 (0 - 21)	0,890
Çocuğu	6,4 ± 5,18	5 (0 - 21)	0,794
Aile büyüğü	5,84 ± 4,72	5 (0 - 21)	0,589
Öğrenim düzeyi			
İlkokul	5,09 ± 4,52	4 (0 - 19)	0,409
Ortaokul	6,38 ± 5,17	6 (0 - 14)	
Lise	6,02 ± 5,2	5,5 (0 - 21)	
Üniversite	6,82 ± 5,46	5 (0 - 21)	
YL/doktora	5,58 ± 3,88	5 (0 - 19)	
Aylık gelir (TL)			
<2320	6,89 ± 5,5	5,5 (0 - 21)	0,777
2320-5000	6,13 ± 5,2	5 (0 - 21)	
5000-10000	6,38 ± 4,84	6 (0 - 21)	
10000-20000	5,76 ± 5,24	4 (0 - 19)	
>20000	7,18 ± 6,52	6 (0 - 21)	

*Birden fazla seçenek işaretlenmiş olabilir

Erkeklerle karşılaştırıldığında kadınların anksiyete düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı (p = 0,003).

Tablo 11: COVID-19 pandemisinin kişilerin hayatına etkisine göre YAB skorunun dağılımı

Değişkenler	Ort ± SS	Median (min - max)	p
Pandemide maddi kayıp			
Yaşamayan	5,46 ± 4,89	4 (0 - 21)	0,002
Yaşayan, yaşam standardı etkilenmeyen	6,61 ± 4,6	5 (0 - 21)	
Yaşayan, yaşam standardı etkilenen	7,9 ± 5,73	7 (0 - 21)	
Pandemide sigara			
Sigara içmeyen	5,72 ± 4,9	5 (0 - 21)	<0,001
Sigara miktarı artmayan	5,63 ± 4,07	4 (0 - 14)	
Sigara miktarı artan	9,84 ± 6,35	8 (0 - 21)	
Sigaraya başlayan	8,8 ± 4,94	9,5 (0 - 19)	
Pandemide alkol			
Alkol tüketmeyen	5,98 ± 5,11	5 (0 - 21)	0,053
Alkol tüketimi artan	8,55 ± 5,42	8,5 (0 - 21)	
Alkol tüketimi değişmeyen	6,9 ± 5,2	6,5 (0 - 21)	
Pandemide uyku sorunu			
Yaşamayan	4,42 ± 3,89	4 (0 - 16)	<0,001
Uykusu azalıp rahatsızlık hissetmeyen	5,63 ± 4,32	5 (0 - 19)	
Uyku problemi yaşayan	8,72 ± 5,69	7 (0 - 21)	

Pandemide maddi kayıp yaşamayanlarla karşılaştırıldığında, maddi kayıp yaşayıp yaşam standardı etkilenenlerin anksiyete düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı ($p<0,001$).

Pandemi döneminde sigara içmeyen ve sigara miktarı artmayanlarla karşılaştırıldığında sigaraya başlayan ve sigara miktarı artanların anksiyete düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı ($p<0,001$).

Pandemide uyku problemi yaşamayanlarla karşılaştırıldığında, uyku problemi yaşayanların anksiyete düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı ($p<0,001$).

Tablo 12: Pandemide karantina tedbirlerinin kişinin hayatına etkisine göre YAB skorunun dağılımı

Karantina tedbirlerinin kişinin hayatına etkisi	Ort $\pm$ SS	Median (min - max)
Psikolojik sıkıntı	9,48 $\pm$ 6,05	9 (0 - 21)
Olumsuz etkiledi	7,48 $\pm$ 6,28	5 (0 - 21)
Stres	6,77 $\pm$ 6,21	4,5 (0 - 21)
Maddi zorluk	6,61 $\pm$ 4,72	7 (0 - 20)
Uyku bozukluğu	5,88 $\pm$ 2,17	5 (4 - 9)
Sosyal kısıtlanma	5,83 $\pm$ 4,53	5 (0 - 18)
Kilo alma	5,06 $\pm$ 3,7	5 (0 - 14)
Etkilemedi	5,04 $\pm$ 4,91	4 (0 - 21)
Can sıkıntısı	4,0 $\pm$ 2,4	4 (0 - 8)
Olumlu etkiledi	3,5 $\pm$ 2,91	4 (0 - 9)

Pandemide katılımcıların karantina tedbirleri nedeniyle etkilenme durumları değerlendirildiğinde psikolojik sıkıntı yaşayan veya hayatı olumsuz etkilenenler ile canı sıkılan veya hayatı olumlu etkilenenler kıyaslandığında can sıkıntısı veya olumlu etkilenme bildirenlerin anksiyete düzeyi istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha düşük saptandı ($p = 0,003$).



Tablo 13: Kişilerin kendisinde ya da etrafında COVID-19 hastası olan ve COVID-19 tanısı ile ölen kişilerin bulunma durumuna göre YAB skorunun dağılımı

Değişkenler	Ort ± SS	Median (min - max)	p
Kendisi ya etrafında COVID-19 tanısı			
Almayan	4,69 ± 3,69	4 (0 - 15)	0,001
Alan	7,1 ± 5,6	6 (0 - 21)	
Kendisi			
Hayır	6,21 ± 5,29	5 (0 - 21)	0,138
Evet	6,93 ± 4,39	7 (0 - 16)	
Çalışma arkadaşı			
Hayır	5,91 ± 4,91	5 (0 - 21)	0,044
Evet	7,52 ± 5,76	6 (0 - 21)	
Yakını			
Hayır	5,52 ± 4,65	4 (0 - 21)	0,009
Evet	7,19 ± 5,58	6 (0 - 21)	
COVID-19'dan ölen			
Yok	5,77 ± 4,93	5 (0 - 21)	0,003
Var	7,8 ± 5,54	7 (0 - 21)	
Çalışma arkadaşı			
Hayır	6,22 ± 5,19	5 (0 - 21)	0,060
Evet	8,31 ± 4,52	7 (2 - 19)	
Yakını			
Hayır	5,83 ± 4,95	5 (0 - 21)	0,002
Evet	8,13 ± 5,63	7 (0 - 21)	
Birinci derece			
Hayır	6,31 ± 5,16	5 (0 - 21)	0,942
Evet	6,38 ± 5,83	5 (0 - 19)	

Çalışma arkadaşı ($p = 0,044$), ya da yakınlarında ($p = 0,009$) COVID-19 geçiren biri olan kişilerin anksiyete düzeyi daha fazlaydı. Yakınları arasında COVID-19 tanısıyla ölen biri olan kişilerin anksiyete düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı ($p = 0,002$).

Tablo 14: Kişilerin yaşanan sorunların etkisi ve korkutucu, dehşet verici veya travmatik bir olay yaşama durumlarına göre YAB skorunun dağılımı

Değişkenler	Ort $\pm$ SS	Median (min - max)	p
HSA’da belirtilen sorunlardan en az birini işaretleyen kişilere bu sorunun etkisi			
Hiç zorluk yaratmadı	3,77 $\pm$ 3,6	4 (0 - 19)	
Oldukça zorluk yarattı	7,73 $\pm$ 4,55	7,5 (0 - 21)	
Çok zorluk yarattı	11,78 $\pm$ 5,61	11 (0 - 21)	<0,001
Aşırı derecede zorluk yarattı	15,64 $\pm$ 4,23	16 (8 - 21)	
TSSB-5’te belirtilen “korkutucu, dehşet verici veya travmatik” olaylardan en az birini			
Yaşamayan	5,35 $\pm$ 4,68	4 (0 - 21)	
Yaşayan	8,64 $\pm$ 5,58	8 (0 - 21)	<0,001

Yaşanılan sorunların etkisi arttıkça anksiyete düzeyinin de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlendi ($p<0,001$).

Korkutucu, dehşet verici veya travmatik bir olay yaşayanların anksiyete düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı ($p<0,001$).

Tablo 15: Kişilerin depresyon düzeyine göre YAB skorunun dağılımı.

HSA'ya göre depresyon	Ort $\pm$ SS	Median (min - max)	<i>p</i>
Depresyon yok	2,35 $\pm$ 2,97	1 (0 - 14)	<0,001
Hafif	5,4 $\pm$ 3	5 (0 - 14)	
Orta	8,85 $\pm$ 4,13	9 (0 - 19)	
Orta-şiddetli	11,88 $\pm$ 5,16	11 (3 - 21)	
Şiddetli	15,47 $\pm$ 5,11	16 (5 - 21)	

Kişilerin depresyon düzeyi arttıkça anksiyete düzeyinin de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlendi ($p<0,001$).

4.3. HSA skorunu etkileyen parametrelerin incelenmesi

Tablo 16: Kişilerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre HSA skorunun dağılımı

Değişkenler	Ort ± SS	Median (min-max)	p
Cinsiyet			
Kadın	8,89 ± 5,71	8 (0 - 25)	0,007
Erkek	7,34 ± 6,02	6 (0 - 25)	
Yaş (yıl)			
≤35	9,64 ± 5,96	9 (0 - 25)	<0,001
≥36	6,81 ± 5,46	6 (0 - 25)	
Yaşadığı kişi			
Yalnız	9,27 ± 5,24	8 (2 - 21)	0,089
Eşi	7,9 ± 6,22	7 (0 - 25)	0,131
Çocuğu	7,72 ± 5,87	7 (0 - 25)	0,228
Aile büyüğü	8,26 ± 5,48	7 (0 - 21)	0,753
Öğrenim düzeyi			
İlkokul	5,04 ± 3,93	5 (0 - 14)	0,001
Ortaokul	7,38 ± 6,51	5 (0 - 17)	
Lise	8,2 ± 6,05	7 (0 - 24)	
Üniversite	9,21 ± 6,06	9 (0 - 25)	
YL/doktora	7,92 ± 5,12	6,5 (2 - 24)	
Aylık gelir (TL)			
<2320	9,5 ± 6,76	8 (0 - 25)	0,489
2320-5000	7,5 ± 5,4	7 (0 - 21)	
5000-10000	8,53 ± 5,31	7,5 (0 - 24)	
10000-20000	8,19 ± 6,9	8 (0 - 25)	
>20000	8,09 ± 7,19	6 (0 - 25)	

Kadınların ($p=0,007$), 35 yaş ve altında olanların ($p<0,001$) ve ilkokul mezunları ile karşılaştırıldığında üniversite mezunlarının ($p=0,001$) depresyon düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı.

Tablo 17: COVID-19 pandemisinin kişilerin hayatına etkisine göre HSA skorunun dağılımı

Değişkenler	Ort ± SS	Median (min-max)	p
Pandemide maddi kayıp			
Yaşamayan	7,06 ± 5,35	6 (0 - 22)	<0,001
Yaşayan, yaşam standardı etkilenmeyen	9,35 ± 6,41	8 (0 - 25)	
Yaşayan, yaşam standardı etkilenen	10,0 ± 6,11	9 (0 - 25)	
Pandemide sigara			
Sigara içmeyen	7,53 ± 5,45	7 (0 - 25)	0,001
Sigara miktarı artmayan	7,84 ± 5,93	7 (0 - 22)	
Sigara miktarı artan	11,89 ± 6,46	11 (0 - 25)	
Sigaraya başlayan	11,5 ± 7,25	9 (3 - 24)	
Pandemide alkol			
Alkol tüketmeyen	7,77 ± 5,77	7 (0 - 25)	0,012
Alkol tüketimi artan	12,3 ± 7,78	11,5 (0 - 25)	
Alkol tüketimi değişmeyen	8,77 ± 4,93	8 (0 - 21)	
Pandemide uyku sorunu			
Yaşamayan	5,49 ± 4,38	5 (0 - 20)	<0,001
Uykusu azalıp rahatsızlık hissetmeyen	9,21 ± 4,71	8,5 (3 - 19)	
Uyku problemi yaşayan	11,39 ± 6,06	11 (0 - 25)	

Pandemide maddi kayıp yaşayanların ($p<0,001$), sigaraya başlayan ya da sigara içme miktarı artanların ($p=0,001$), alkol içme miktarı artanların ($p=0,001$) ve uykusu azalan ya da uyku problemi yaşayanların ($p<0,001$) depresyon düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı.

Tablo 18: Pandemide karantina tedbirlerinin kişinin hayatına etkisine göre HSA skorunun dağılımı

Karantina tedbirlerinin hayatına etkisi	Ort $\pm$ SS	Median (min-max)
Psikolojik sıkıntı	12,38 $\pm$ 5,87	13 (0 - 24)
Olumsuz etkiledi	9,52 $\pm$ 6,92	8 (0 - 25)
Kilo alma	9,38 $\pm$ 5,46	8,5 (3 - 20)
Maddi zorluk	8,04 $\pm$ 5,25	7 (0 - 22)
Stres	7,73 $\pm$ 6,92	5,5 (0 - 25)
Sosyal kısıtlanma	7,63 $\pm$ 5,58	7 (0 - 25)
Can sıkıntısı	7,2 $\pm$ 4,02	7 (0 - 14)
Uyku bozukluğu	7,13 $\pm$ 1,81	7,5 (4 - 9)
Etkilemedi	6,2 $\pm$ 5,13	5,5 (0 - 25)
Olumlu etkiledi	4,83 $\pm$ 4,49	4 (0 - 17)

Pandemide karantina tedbirleri nedeniyle psikolojik sıkıntı yaşayan, hayatı olumsuz etkilenen ve kilo alanların depresyon düzeyi daha yüksekken, hayatı etkilenmeyen ya da olumlu etkilenenlerin depresyon düzeyi daha düşüktü ($p = 0,003$).

Tablo 19: Kişilerin kendisinde ya da etrafında COVID-19 hastası olan ve COVID-19 tanısı ile ölen kişilerin bulunma durumuna göre HSA skorunun dağılımı

Değişkenler	Ort ± SS	Median (min-max)	p
COVID-19 olan			
Var	9,08 ± 6,14	8 (0 - 25)	0,001
Yok	6,5 ± 4,89	6 (0 - 22)	
Kendi			
Hayır	8,18 ± 5,95	7 (0 - 25)	0,484
Evet	8,6 ± 5,49	8,5 (0 - 22)	
Çalışma arkadaşı			
Hayır	7,75 ± 5,64	7 (0 - 25)	0,026
Evet	9,72 ± 6,39	8 (0 - 25)	
Yakını			
Hayır	7,35 ± 5,53	7 (0 - 25)	0,007
Evet	9,22 ± 6,12	8 (0 - 25)	
COVID-19'dan ölen			
Var	9,46 ± 6,33	8 (0 - 25)	0,044
Yok	7,79 ± 5,66	7 (0 - 25)	
Çalışma arkadaşı			
Hayır	8,12 ± 5,89	7 (0 - 25)	0,055
Evet	10,85 ± 5,21	10 (3 - 22)	
Yakını			
Hayır	7,78 ± 5,53	7 (0 - 25)	0,025
Evet	10,0 ± 6,83	9 (0 - 25)	
Birinci derece			
Hayır	8,26 ± 5,92	7 (0 - 25)	0,820
Evet	7,5 ± 4,38	6 (3 - 17)	

Çalışma arkadaşı ($p = 0,026$) ya da yakını ($p = 0,007$) COVID-19 enfeksiyonu geçiren ve yakını COVID-19 nedeniyle ölenlerin ($p = 0,025$) depresyon düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı.

Tablo 20: Kişilerin yaşanan sorunların etkisi ve korkutucu, dehşet verici veya travmatik bir olay yaşama durumlarına göre HSA skorunun dağılımı

Değişkenler	Ort ± SS	Median (min-max)	p
HSA’da belirtilen sorunlardan en az birini işaretleyen kişilere bu sorunun etkisi			
Hiç zorluk yaratmadı	5,26 ± 4,11	5 (0 - 19)	<0,001
Oldukça zorluk yarattı	9,89 ± 5,26	9 (1 - 25)	
Çok zorluk yarattı	14,26 ± 4,37	13 (6 - 25)	
Aşırı derecede zorluk yarattı	20,18 ± 4,71	21 (11 - 25)	
TSSB-5’te belirtilen “korkutucu, dehşet verici veya travmatik” olaylardan en az birini			
Yaşamayan	7,28 ± 5,52	7 (0 - 25)	<0,001
Yaşayan	10,56 ± 6,12	10 (0 - 25)	

Yaşanılan sorunların etkisi arttıkça depresyon düzeyinin de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlendi ($p<0,001$).

Korkutucu, dehşet verici veya travmatik bir olay yaşayanların depresyon düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı ($p<0,001$).

Tablo 21: Kişilerin anksiyete düzeyine göre HSA skorunun dağılımı

YAB'a göre anksiyete düzeyi	Ort ± SS	Median (min-max)	<i>p</i>
Hafif	4,32 ± 3,47	4 (0 - 19)	<0,001
Orta	9,20 ± 4,13	9 (0 - 20)	
Yüksek	12,92 ± 5,53	13 (1 - 25)	
Ciddi	18,09 ± 4,43	18 (10 – 25)	

Katılımcıların anksiyete düzeyi arttıkça depresyon düzeyinin de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı saptandı ($p<0,001$).

4.4. TSSB-5 skorunu etkileyen parametrelerin incelenmesi

Tablo 22: Kişilerin bazı sosyodemografik özelliklerine göre TSSB-5 skorunun dağılımı

Değişkenler	Ort $\pm$ SS	Median (min - max)	<i>p</i>
Cinsiyet			
Kadın	1,02 $\pm$ 1,74	0 (0 - 5)	0,051
Erkek	0,59 $\pm$ 1,33	0 (0 - 5)	
Yaş (yıl)			
≤ 35	1,01 $\pm$ 1,74	0 (0 - 5)	0,081
≥ 36	0,66 $\pm$ 1,41	0 (0 - 5)	
Beraber yaşadığı kişi			
Yalnız	0,62 $\pm$ 1,22	0 (0 - 5)	0,785
Eşi	0,98 $\pm$ 1,73	0 (0 - 5)	0,146
Çocuğu	1,07 $\pm$ 1,83	0 (0 - 5)	0,240
Aile büyüğü	0,78 $\pm$ 1,55	0 (0 - 5)	0,629
Öğrenim düzeyi			
İlkokul	0,53 $\pm$ 1,29	0 (0 - 5)	0,144
Ortaokul	0,85 $\pm$ 1,52	0 (0 - 4)	
Lise	1,15 $\pm$ 1,87	0 (0 - 5)	
Üniversite	0,75 $\pm$ 1,53	0 (0 - 5)	
YL/doktora	1,33 $\pm$ 1,81	0 (0 - 5)	
Aylık gelir (TL)			
<2320	0,57 $\pm$ 1,22	0 (0 - 5)	0,670
2320-5000	0,82 $\pm$ 1,56	0 (0 - 5)	
5000-10000	0,82 $\pm$ 1,63	0 (0 - 5)	
10000-20000	1,14 $\pm$ 1,87	0 (0 - 5)	
>20000	1,09 $\pm$ 1,97	0 (0 - 5)	

Kişilerin sosyodemografik özelliklerine göre TSSB-5 skorunun istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değişmediği görüldü ($p>0,05$).

Tablo 23: COVID-19 pandemisinin kişilerin hayatına etkisine göre TSSB-5 skorunun dağılımı

Değişkenler	Ort ± SS	Median (min - max)	p
Pandemide maddi kayıp			
Yaşamayan	0,63 ± 1,38	0 (0 - 5)	<0,001
Yaşayan, yaşam standardı etkilenmeyen	0,59 ± 1,47	0 (0 - 5)	
Yaşayan, yaşam standardı etkilenen	1,43 ± 1,92	0 (0 - 5)	
Pandemide sigara			
Sigara içmeyen	0,67 ± 1,46	0 (0 - 5)	<0,001
Sigara miktarı artmayan	0,67 ± 1,49	0 (0 - 5)	
Sigara miktarı artan	1,92 ± 2,07	1 (0 - 5)	
Sigaraya başlayan	1,1 ± 1,45	0 (0 - 3)	
Pandemide alkol			
Alkol tüketmeyen	0,82 ± 1,58	0 (0 - 5)	0,270
Alkol tüketimi artan	1,4 ± 1,93	0 (0 - 5)	
Alkol tüketimi değişmeyen	0,69 ± 1,48	0 (0 - 5)	
Pandemide uyku sorunu			
Yaşamayan	0,36 ± 1,05	0 (0 - 5)	<0,001
Uykusu azalıp rahatsızlık hissetmeyen	0,88 ± 1,83	0 (0 - 5)	
Uyku problemi yaşayan	1,41 ± 1,89	0 (0 - 5)	

Pandemide maddi kayıp yaşayan ve yaşadığı maddi kayıp yaşam standardını etkileyenlerin, sigara içme miktarı artanların ve pandemide uyku problemi yaşayanların TSSB düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı ($p<0,001$).

Tablo 24: Pandemide karantina tedbirlerinin kişinin hayatına etkisine göre TSSB-5 skorunun dağılımı

Karantina tedbirlerinin hayatına etkisi	Ort $\pm$ SS	Median (min - max)
Olumsuz etkiledi	1,57 $\pm$ 1,80	1 (0 - 5)
Psikolojik sıkıntı	1,33 $\pm$ 2,04	0 (0 - 5)
Maddi zorluk	1,22 $\pm$ 1,73	0 (0 - 5)
Stres	0,86 $\pm$ 1,73	0 (0 - 5)
Sosyal kısıtlanma	0,76 $\pm$ 1,51	0 (0 - 5)
Can sıkıntısı	0,70 $\pm$ 1,49	0 (0 - 4)
Olumlu etkiledi	0,67 $\pm$ 1,56	0 (0 - 4)
Etkilemedi	0,41 $\pm$ 1,22	0 (0 - 5)
Uyku bozukluğu	0,25 $\pm$ 0,71	0 (0 - 2)
Kilo alma	0,19 $\pm$ 0,54	0 (0 - 2)

Pandemide karantina tedbirleri hayatını olumsuz etkileyen, psikolojik sıkıntı yaşayan ve maddi zorluk yaşayanların TSSB düzeyi daha fazlayken, hayatı etkilenmeyen, uyku bozukluğu yaşayan ve kilo alan kişilerin TSSB düzeyi daha düşüktü ($p = 0,029$).

Tablo 25: Kişilerin kendisinde ya da etrafında COVID-19 hastası olan ve COVID-19 tanısı ile ölen kişilerin bulunma durumuna göre TSSB-5 skorunun dağılımı

Değişkenler	Ort ± SS	Median (min - max)	p
COVID-19 olan			
Var	1,01 ± 1,71	0 (0 - 5)	0,005
Yok	0,47 ± 1,24	0 (0 - 5)	
Kendi			
Hayır	0,83 ± 1,57	0 (0 - 5)	0,912
Evet	0,9 ± 1,74	0 (0 - 5)	
Çalışma arkadaşı			
Hayır	0,72 ± 1,49	0 (0 - 5)	0,032
Evet	1,2 ± 1,85	0 (0 - 5)	
Yakını			
Hayır	0,55 ± 1,38	0 (0 - 5)	<0,001
Evet	1,15 ± 1,75	0 (0 - 5)	
COVID-19'dan ölen			
Var	1,25 ± 1,87	0 (0 - 5)	0,019
Yok	0,69 ± 1,46	0 (0 - 5)	
Çalışma arkadaşı			
Hayır	0,8 ± 1,57	0 (0 - 5)	0,206
Evet	1,54 ± 2,07	0 (0 - 5)	
Yakını			
Hayır	0,68 ± 1,45	0 (0 - 5)	0,002
Evet	1,43 ± 1,96	0 (0 - 5)	
Birinci derece			
Hayır	0,86 ± 1,61	0 (0 - 5)	0,095
Evet	0 ± 0	0 (0 - 0)	

Çalışma arkadaşı ($p = 0,032$) ya da yakını ($p < 0,001$) COVID-19 enfeksiyonu geçirenlerin ve yakını COVID-19 nedeniyle hayatını kaybedenlerin ($p = 0,002$) TSSB düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazlaydı.

Tablo 26: Kişilerde yaşanan sorunların etkisine göre TSSB-5 skorunun dağılımı

Değişkenler	Ort $\pm$ SS	Median (min - max)	p
HSA'da belirtilen sorunlardan en az birini işaretleyen kişilere bu sorunun etkisi			
Hiç zorluk yaratmadı	0,3 $\pm$ 0,86	0 (0 - 4)	<0,001
Oldukça zorluk yarattı	1,16 $\pm$ 1,82	0 (0 - 5)	
Çok zorluk yarattı	2,0 $\pm$ 2,09	2 (0 - 5)	
Aşırı derecede zorluk yarattı	2,55 $\pm$ 2,5	3 (0 - 5)	

Kişilerde yaşanan sorunların etkisi arttıkça TSSB düzeyinin de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı belirlendi ($p < 0,001$).

Tablo 27: Kişilerin anksiyete ve depresyon düzeyine göre TSSB-5 skorunun dağılımı

Değişkenler	Ort ± SS	Median (min - max)	p
YAB'a göre anksiyete düzeyi			
Hafif	0,36 ± 0,96	0 (0 - 5)	<0,001
Orta	0,86 ± 1,59	0 (0 - 5)	
Yüksek	1,65 ± 2,13	0 (0 - 5)	
Ciddi	1,95 ± 2,15	0 (0 - 5)	
HSA'ya göre depresyon düzeyi			
Depresyon yok	0,21 ± 0,66	0 (0 - 4)	<0,001
Hafif	0,65 ± 1,41	0 (0 - 5)	
Orta	1,37 ± 1,91	0 (0 - 5)	
Orta-şiddetli	1,85 ± 2,09	0 (0 - 5)	
Şiddetli	1,87 ± 2,29	0 (0 - 5)	

Kişilerin anksiyete ve depresyon düzeyi arttıkça TSSB düzeyinin de istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı görüldü ($p<0,001$).

Tablo 28: Kişilerin yaş, YAB skoru, HSA skoru ve TSSB-5 skoru arasında korelasyon ilişkisi

Değişkenler	İstatistik	YAB skoru	HSA skoru	TSSB-5 skoru
Yaş	r	-0,109	-0,299	-0,067
	p	0,057	<0,001	0,243
YAB skoru	r	1	0,735	0,321
	p	.	<0,001	<0,001
HSA skoru	r		1	0,320
	p		.	<0,001

Kişilerin YAB skorunun HSA skoru ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönde yüksek seviyede korelasyon gösterdiği ($r = 0,735$; $p < 0,001$) belirlendi.

TSSB-5 skoru ile YAB skoru ($r = 0,321$; $p < 0,001$) ve HSA skoru ($r = 0,320$; $p < 0,001$) arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönde düşük seviyede korelasyon ilişkisi saptandı.

Yaşın sadece HSA skoru ile negatif yönde düşük düzeyde korele olduğu görüldü ($r = -0,299$; $p < 0,001$).

5. TARTIŞMA

Dünya Sağlık Örgütü, resmi olarak 11 Mart 2020'de COVID-19 pandemisini ilan etti. Sonraki süreçte virüsün yayılmasını önlemeye yönelik daha önce hiçbir hastalıkta uygulanmamış olan halk sağlığı önlemleri uygulanmaya başlandı. Bu dönemde Dünya nüfusunun yarısından fazlasının evde kalması sağlandı, okullar kapatıldı, sosyal ve fiziksel mesafe kuralları getirildi ve birçok ülkede acil sağlık durumu ilan edildi (54). Önceki çalışmalar, bulaşıcı hastalık salgınlarının hastalığı geçirenlerde, hastalığı geçirenlerin yakınlarında, sağlık çalışanlarında ve etkilenen topluluklarda yaşayanlarda depresyon, anksiyete, TSSB, uykusuzluk gibi ruh sağlığı semptomları ve bozukluklarında artış ile ilişkili olduğunu göstermiştir (54). Farklı toplumlarda yapılan çalışmalarda Covid-19 pandemi döneminde ruh sağlığını olumsuz etkileyen bazı faktörler olduğu gösterilmiştir. Genel olarak bu faktörler, enfekte olma riski, yakınların hasta olması ya da ölmesi, karantina önlemleri, sosyal izolasyon ve yalnızlık, sağlık çalışanlarının fiziksel ve duygusal tükenmişliği, iş kaybı, finansal güvensizlik ve yoksulluk gibi parametrelerden oluşmaktadır (55,56). Bu çalışmalar tüm bu unsurların anksiyete, depresyon, uykusuzluk, somatizasyon, sosyal fobi, TSSB, obsesif kompulsif bozukluk, kendine zarar verme ve intihar düşünceleri ve davranışları gibi ruh sağlığı sorunlarına katkıda bulunabilecek risk faktörleri oluşturduğunu da ortaya koymuştur (54). Türkiye'de Covid-19 pandemi koşullarında yetişkinlerde anksiyete, depresyon ve TSSB semptomları ortaya çıkma sıklığını ve etkili olan parametreleri incelediğimiz bu çalışmamızda pandemi döneminde bu psikiyatrik sorunların görülme sıklığının birbiriyle korele olarak arttığı, cinsiyet, yaş, uyku problemi, gelir kaybı, sigara, alkol kullanımı gibi parametrelerle ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Pandemi koşulları toplumun çeşitli psikolojik bozukluklara daha hassas hale gelmesini kolaylaştırmaktadır. Daha önce hiç yaşanmamış katı karantina önlemlerinin uygulanması, insanların giderek birbirinden uzaklaşmasına ve toplumda tecrit edilmesine neden olmuştur (57,58). Bu

durumlarla birlikte kişiler arası iletişim eksikliği depresyon, anksiyete ve TSSB semptomlarını arttırmaktadır (58). Bununla uyumlu olarak çalışmamızda kişilerin anksiyete (%22,9), depresyon (%69,8) ve TSSB semptom sıklığının Covid-19 pandemisinin olmadığı dönemlerle kıyaslandığında daha yüksek olduğu görüldü. Farklı topluluklarda depresyonun yaygınlığını değerlendirmeyi amaçlayan, 1994 ile 2014 yılları arasında yapılan bir meta-analizde, depresyonun yaşam boyu görülme oranı %10,8 olarak bulunmuştur (59). Çeşitli yayınlarda farklı sıklıklar verilmekle beraber depresyon her yıl toplumun %4 ile %10'unu etkilemektedir (60). Çalışmamızda elde edilen depresyon prevelansı (%69,8) pandemi öncesi genel prevelansa göre daha yüksektir. Yaygın anksiyete bozukluğunun ise daha önceki çalışmalarda yıllık prevelansı %3,1 yaşam boyu prevelansı %5,1 bulunmuştur (61). Yine çalışmamızda saptadığımız yüksek/ciddi düzeyde anksiyete prevelansı (%22,9) pandemi öncesi genel prevelansa göre daha yüksektir. Hong Kong'da toplum tabanlı yürütülen bir çalışmada 500 katılımcıdan %19,8'inde depresyon ve %14'ünde anksiyete saptanmıştır (62). Wuhan'da genel halk ve sağlık çalışanları arasında yapılan bir çalışmada ise %16,1 anksiyete ve %23,3 depresyon, genel halkta %21,2 anksiyete, %16,7 depresyon saptanmış bu oranlar Covid-19 pandemi öncesine göre yüksek bulunmuştur (63). Salgının erken dönemlerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %16,5'inde orta ve şiddetli depresif semptomlar, %28,8'inde orta ve şiddetli anksiyete semptomları saptanmış ve maske takmak, el yıkamak gibi koruyucu tedbirlere uyumun artmasının daha düşük anksiyete ve depresyon seviyeleri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (64). Covid-19 pandemi döneminde Çin'in 31 ilinde online anketler aracılığıyla yapılan bir çalışmada 4.872 kişinin %48,3'ünün depresyon belirtileri gösterdiği saptanmıştır (65). Daha geniş çaplı bir çalışmada Liu ve ark. 14.592 katılımcının %53,5'inin depresyon belirtileri gösterdiğini saptamışlardır (66). Türkiye'nin tüm bölgelerinden katılımcıların yer aldığı bir çalışmada, katılımcıların %47'si minimal düzeyde depresyon belirtileri, %26'sı hafif düzeyde depresyon belirtileri, %22'si orta düzeyde ve %5'inin şiddetli düzeyde depresyon belirtileri gösterdiği rapor edilmiştir (67). Covid-19

pandemi döneminde yapılan çalışmalarda bildirilen sıklıklar çalışmamızla benzer düzeylerde dir.

Pandemi döneminde TSSB düzeyini gösteren çalışmalar incelendiğinde, bu çalışmaların çoğunluğunun sağlık çalışanları üzerinde yapıldığı görülmektedir. Lai ve ark. pandemi döneminde kişilerin %71,5'inin (68), Zhang ve ark. %73,4'ünün (69), Kang ve ark. %60'ının (70), Tan ve ark. %7,7'sinin (71), Chew ve ark. %7,4'ünün (72) TSSB semptomu gösterdiklerini bildirmişlerdir. Yayınlanan bir derlemede pandemi döneminde çalışan sağlık çalışanlarında TSSB sıklığı incelenmiş ve diğer dönemlere göre sıklığın önemli ölçüde arttığı bildirilmiştir. Ayrıca TSSB açısından görülme sıklığındaki farkın çalışmalarda kullanılan ölçeklerin birbirinden farklı olması ve TSSB için kabul edilen kesim noktalarının farklı olmasından kaynaklanmış olabileceği belirtilmiştir (73). Pandemi döneminde anksiyete, depresyon ve TSSB sıklığının her üçünü birden inceleyen çalışmalarda da bu durumların artan sıklıklarda ortaya çıktığı ve birbiriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (54,74–76). Çalışmamızda da bu üç durumun pandemi döneminde arttığı ve bu artışlar birbirleri ile korelasyon göstermişlerdir.

Daha önce yapılan birçok çalışmada erkeklerle karşılaştırıldığında dönemden bağımsız olarak kadınlar arasında anksiyete ve depresyon sıklığının anlamlı düzeyde daha fazla olduğu gösterilmiştir (77,78). Covid-19 pandemi sürecinde yapılan farklı çalışmalarda bazı sosyodemografik özelliklerin psikolojik sorunların görülme sıklığını arttırdığı gösterilmiştir. Bu çalışmalarda kadın olmanın, öğrenci olmanın (64), genç ve bekar olmanın (66) depresyon için risk faktörleri olduğu belirlenmiştir. Wang ve ark. Covid-19 pandemi döneminde kadınların anksiyete düzeyinin erkeklere kıyasla anlamlı olarak yüksek olduğunu saptamıştır (64). Benzer şekilde Bakioğlu ve ark. da kadınların COVID-19 endişe düzeylerinin daha yüksek olduğunu rapor etmiştir. (79). Lai ve ark. Covid-19 pandemi döneminde kadınlarda TSSB sıklığının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (68). Kadınların depresyona ve anksiyeteye daha yatkın olmasının, onları pandemiden daha fazla etkilenmeye yöneltmiş olabileceği bulunmuştur (67). Çalışmamızda da bu çalışmalarla uyumlu olarak erkeklerle karşılaştırıldığında kadınlar arasında anksiyete ve

depresyon düzeyinin daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu çalışmanın aksine pandemi döneminde ortaya çıkan psikolojik problemlerin cinsiyetler arasında farklı olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (80–82).

Psikiyatrik sorunlara bağıli semptomların ortaya çıkmasında etkili olan bir diğler parametre kişilerin yaşıdır. Çalışmamızda yaş ile depresyon görölme durumunun negatif ilişkili olduğu; yaş arttıkça depresyon semptom düzeyinin azaldığı belirlenmiştir. Bu konuda daha önce yapılan çalışmalar birbirinden farklı sonuçlar rapor etmiştir. Yaş ile depresyonun pozitif ya da negatif bir ilişki gösterdiğini bildiren çalışmalar olduğu gibi, herhangi ilişkinin gösterilemediğı çalışmalar da bulunmaktadır. Ji ve ark. çalışmalarında yaş arttıkça kırılganlık düzeyinin arttığını ve artan kırılganlık ile depresyon arasında ilişki olduğunu; yaş arttıkça bu ilişkinin azaldığını bildirmişlerdir (83). Sim ve ark. pandemi döneminde daha gençlerde psikiyatrik yükün daha fazla olduğunu ve buna bağıli olarak depresyon riskinin arttığını bildirmişlerdir (84). Çalışmamızda da yaş ile depresyon arasında saptanan negatif yönlü ilişki bu nedenlere bağıli olarak ortaya çıkmış olabilir. Bunun aksine Schweda ve ark. pandemi döneminde yaş arttıkça anksiyete düzeyinin azaldığını ve dolaylı olarak depresyon sıklığının da azalabileceğini ileri sürmüşlerdir (85).

Kişilerin öğrenim düzeyi günlük hayatta karşılaştıkları olaylara bakış açısını ve olumsuzluklarla baş edebilme becerilerini değıştirerek farklı etkilerin ortaya çıkmasına neden olabilir (86,87). Çalışmamızda ilkokul mezunları ile karşılaştırıldığında üniversite mezunları arasında depresyon sıklığının anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç daha önce yapılan bazı çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Kong ve ark. COVID-19 tanısı alan hastalarla yaptığı çalışmada öğrenim düzeyi ile anksiyete ve depresyon görölme durumunun pozitif yönde ilişkili olduğunu, öğrenim düzeyi arttıkça semptomların düzeyinin de arttığını tespit etmiştir (86). ABD'de yapılan benzer bir çalışmada yüksek öğrenim düzeylerine sahip bireylerin anksiyete seviyelerinin daha yüksek olduğu ve depresyon riskinde artışla ilişkili olabileceğı saptanmıştır (87). Çin'de yapılan bir çalışmada öğrenci olma süresinin artmasının daha yüksek seviyede stres, depresyon ve anksiyete ile yakından ilişkili olduğu tespit edilmiştir (64). Bu çalışmaların aksine öğrenim

düzeyi ile psikiyatrik sorunlar arasında anlamlı ilişkinin olmadığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır. Bakioğlu ve ark. öğrenim düzeyi ile koronavirüs kaynaklı anksiyete arasında anlamlı düzeyde farklılık saptamamışlardır (79). Benzer olarak yapılan bazı çalışmalarda da öğrenim düzeyi ile bireylerin psikolojik durumları arasında anlamlı bir sonuç tespit edilmemiştir (88,89).

Çalışmalar majör depresif bozukluğu olan hastaların %30'unun aktif sigara içicisi olduğunu, mevcut veya geçmiş depresyonun sigara içme olasılığını iki kat arttırdığını; hem aktif sigara içiminin hem de sigarayı bırakmış olmanın hiç sigara içmemeye oranla daha fazla depresyon olasılığı ile ilişkili olduğunu göstermiştir (90). Depresyon ve sigara kullanımının ilişkisini inceleyen bir çalışma sigara içiminden sonra depresyon gelişimi için 1,71 kat ve depresyon gelişimi sonrasında sigaraya başlama için 1,41 kat risk artışı olduğunu bildirmiştir (91). ABD ve Avustralya'da yapılan bir çalışmada psikiyatrik bozukluğu olan yetişkinlerin, sağlıklı yetişkinlere oranla iki katı sigara içtiği bulunmuştur. Yetişkin nüfusun yaklaşık %20'sinde ruhsal bozukluklar bulunurken, yetişkin sigara içenlerde bu oran yaklaşık üçte bir seviyesinde saptanmıştır. Çalışmada sigara içenler arasında erkeklerle karşılaştırıldığında kadınlar arasında ve yaşlılarla karşılaştırıldığında gençler arasında psikiyatrik bozukluk görülme sıklığının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (92). Kearns ve ark. güncel bir sistematik derlemede sigara ve TSSB ilişkisini incelemişler genel popülasyonla karşılaştırıldığında sigara içenler arasında TSSB görülme eğiliminin 2 kat arttığını bildirmişlerdir. Aynı şekilde TSSB saptanan kişiler arasında sigara içme sıklığının 2 kat daha fazla olduğunu göstermişlerdir. Çalışmalarında kişilerin sigara içerek travmaya bağlı olumsuz etkileri azalttığını düşünmesinin bu sonucun nedeni olduğunu bildirmişlerdir (93). Çalışmamızda da bu çalışmalarla uyumlu olarak sigara içmeye başlama ya da içilen sigara sayısının artması ile depresyon, anksiyete ve TSSB semptomlarında artışın anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Psikiyatrik sorunlar ile ilişkili olduğu bildirilen bir diğer durum alkol bağımlılığıdır. Çalışmamızda da bu gerekçeyle pandemi döneminde kişilerin alkol kullanım sıklıkları irdelenmiştir. Çalışmamızda kişilerin alkol içme durumu ile depresyon sıklığı arasında pozitif yönde ilişki olduğu, anksiyete ve TSSB'nin

alkol alımı ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Bu konuda yapılan çeşitli çalışmalarda alkol alımı ile bu üç durumun ilişkisi incelenmiştir. Stanton ve ark. pandemi döneminde alkol alımı ile depresyon, anksiyete ve TSSB semptomları arasında pozitif yönde ilişki olduğunu bildirmişlerdir (94). Churchill ve Farrell yaptıkları geniş kapsamlı çalışmalarında çalışmamızla uyumlu olarak alkol kullanımının depresyon sıklığı ve şiddetini arttırdığını göstermişlerdir (95).

Çalışmamızda kişilerin %44'ünün pandemi döneminde maddi kayıp yaşadığı ve maddi kayıp yaşayanlar arasında depresyon semptomlarının daha sık olduğu belirlenmiştir. Gelir kaybı ve depresyon ilişkisinin incelendiği bir sistematik derleme ve meta-analizde Patel ve ark. gelir kaybının depresyon düzeyini artırdığını bildirmişlerdir. Çalışmada ayrıca yaşanan gelir kaybının anksiyete ve TSSB gibi diğer ruhsal sorunlarla da ilişkili olabileceği vurgulanmıştır (96). COVID-19 sürecinde stres ve ekonomik kaygıların gündelik yaşam üzerindeki etkileri hakkında yapılan bir çalışmada ekonomik kaygıların anksiyete seviyelerinde bir artış ile ilişkili olduğu saptanmıştır (97). Bir diğer çalışmada diğer aile bireylerinde maddi gelir kaybı yaşamayan bireylerin ruhsal olarak daha az etkilendiği bildirilmiş ve sadece kişinin değil beraber yaşadığı hanenin gelir kaybının etkili olduğu rapor edilmiştir (98). Benzer olarak pandemi döneminde depresyon, anksiyete ve gelir kaybı arasındaki ilişki farklı çalışmalarda da gösterilmiştir (99). Çalışmamızda da bu çalışmalarla uyumlu olarak pandemi döneminde maddi kayıp yaşayan kişilerin depresyon ve TSSB düzeylerinin anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlenmiştir.

COVID-19 pandemisi döneminde uyku sorunlarının görülme sıklığının arttığı; bunun hem psikolojik sebeplere bağlı olarak hem de alınan tedbirler kapsamında günlük rutinlerinin bozulması ve gün ışığına daha az maruz kalınması nedeniyle bozulan sirkadiyen ritme bağlı olarak ortaya çıktığı öne sürülmüştür (100,101). Çalışmamızda da bu hipotezlerle uyumlu olarak kişilerin yaklaşık yarısının (%49,5) uyku problemi yaşadığı ve uyku problemi yaşayan kişiler arasında anksiyete, depresyon ve TSSB düzeyinin daha fazla olduğu belirlendi. Ülkemizde yapılan çalışmalarda pandemi sürecinin özellikle yetişkin ve yaşlı insanlar üzerinde korku oluşturduğu ve duygusal olarak onları

olumsuz etkilediği ve uyku sorunlarına neden olduğu raporlanmıştır (102–106). Zhang ve ark. çalışmasında uyku bozukluğu yaşayan kişilerde TSSB semptomlarının görülme sıklığının ve şiddetinin anlamlı düzeyde daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (69). Ustun çalışmasında Türkiye’de pandemi döneminde toplumun depresyon düzeyi ve etkili parametreleri incelemiş, kadınların, bekarların, daha genç olanların, uyku problemi yaşayanların, sigara ve alkole başlayanların daha fazla depresyona sahip olduklarını saptamışlardır (67). Mysliwiec ve ark. TSSB yaşayan bireylerde uyku bozukluğu sıklığının anlamlı düzeyde arttığını bu iki durumun birbiriyle ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (107). Richards ve ark. güncel bir sistematik derlemede benzer olarak uyku bozukluklarının anksiyete, depresyon ve TSSB ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir (108). Diğer bir güncel sistematik derleme ve meta-analizde Zhang ve ark. psikolojik sorunlarla karşılaşan bireylerde uyku bozukluğu yaşama sıklığının anlamlı olarak arttığını rapor etmiştir (109). Uyku bozuklukları ile anksiyete, depresyon ve TSSB ilişkisi diğer bazı çalışmalarda da vurgulanmıştır (110). Genel olarak bakıldığında daha önce yapılan çalışmaların hemen tamamının sonucu çalışmamızla uyumludur.

Pandemi döneminde bulaş riskinin arttığı durumlarda, kişilerin stres düzeyi de artmaktadır. Özellikle ailesinde ya da yakın çevresinde COVID-19 hastalığını geçiren bir kişinin varlığı, kişilerin pandemi koşullarından daha fazla etkilenmesine neden olabilir (102,111). Bununla uyumlu olarak çalışmamızda da yakını ya da çalışma arkadaşları arasında COVID-19 geçiren ya da bu hastalık nedeniyle hayatını kaybeden birinin varlığının anksiyete, depresyon ve TSSB düzeyini anlamlı olarak etkilediği belirlenmiştir. Yapılan farklı çalışmalar da bu sonucu destekler niteliktedir. Özdin ve ark. yaptıkları çalışmada yakınlarında COVID-19 geçirenlerin ya da bu hastalık nedeniyle ölen birinin varlığının bireylerde anksiyete ve depresyona yatkınlığına neden olduğunu belirtmişlerdir (102). Tzur Bitan ve ark. yaptıkları çalışmada yakınları içinde COVID-19’a yakalanan ya da ölen biri olan kişilerin COVID-19’a karşı duydukları korku düzeyinin arttığını ve dolaylı olarak diğer psikolojik sorunların ortaya çıkma durumunun da arttığını bildirmişlerdir (111). Bu çalışmaların aksine yakınlarında enfeksiyon geçiren ya da ölen birinin varlığının kişilerin

depresyon ve anksiyete düzeyine etki etmediğini bildiren çalışmalar da mevcuttur (112). Daha önce yapılan çalışmaların geneli ve çalışmamızın sonuçları göz önünde bulundurulduğunda, ailesi ya da yakın çevresinde COVID-19 enfeksiyonunu geçiren ya da hastalık nedeniyle hayatını kaybeden birinin varlığında, kişilerin psikolojik olarak olumsuz etkileniminin arttığı söylenebilir.

Covid-19 döneminde alınan karantina tedbirlerinin kişilerin anksiyete, depresyon ve TSSB düzeyleri üzerine olan etkilerini incelemek için yaptığımız çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Çalışmamız belirli bir bölgede yapılmış olduğu için genellenebilirliği kısıtlıdır. Sorular kişisel beyana dayalı olup herhangi klinik tanıyı yansıtmamaktadır. Bu nedenle farklı kriterlere göre karar verilen çalışmaların sonuçları değişkenlik gösterebilir. Çalışma pandemi döneminde gerçekleştirildiği için çalışmaya katılan kişiler hastane ya da ASM'ye gelebilecek durumda olan daha sağlıklı bireylerden oluşmuş, anksiyete, depresyon ya da TSSB düzeyi daha fazla olan kişiler evden çıkmamayı tercih etmiş olabilir. Bu da sonuçlarımızı yanlış yorumlanmasına neden olmuş olabilir. Çalışmamızda anksiyete, depresyon ve TSSB durumunu etkileyebilecek kişilerin medeni durumu, meslekleri, psikiyatrik hastalıklar, ek kronik hastalıklar, pandemi dışı yaşanan olaylar gibi birçok parametre incelenmemiştir. Bu parametrelerin gruplarda farklı dağılımı sonuçları etkilemiş olabilir. Son olarak çalışmamız farklı dönemlerde yapılan takiplerin kaydedildiği prospektif bir çalışma olmadığı için hangi semptomun daha önce ortaya çıktığı belirlenmemiştir. Bu nedenle anksiyete, depresyon ve TSSB arasındaki ilişkide ve bu semptomları etkileyen parametrelerin hangisinin daha önce ortaya çıktığı gösterilememiş, bir neden sonuç ilişkisi yorumu yapılamamıştır. Ayrıca kişilerin pandemi öncesi psikolojik durumları bilinmediği için, bu semptomların sıklığında pandemi döneminde bir artış ya da azalış olduğuna dair bir yorum yapılamamıştır.

6. SONUÇ

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Ertuğrul 36 Numaralı EASM'de gerçekleştirilen bu çalışmada değerlendirilen 305 kişinin sonuçları şu şekildedir:

- Kişilerin %57,7'si kadındı ve yaş ortalaması $39,87 \pm 16,26$ yılıdır.
- Kişilerin %22,9'unda yüksek/ciddi düzeyde anksiyete, %69,8'sinde en az hafif düzeyde olmak üzere depresyon olduğu saptandı.
- Uyku problemi yaşayanların, çalışma arkadaşı ya da yakını COVID-19 geçiren ya da ölenlerin, sigaraya başlayan ya da sigara miktarı artanların, pandemi döneminde yaşadığı sorunlar nedeniyle hayatı olumsuz etkilenenlerin anksiyete, depresyon ve TSSB düzeyi daha fazlaydı.
- Kadınların, korkutucu, dehşet verici veya travmatik olay yaşayanların anksiyete ve depresyon düzeyleri daha fazlaydı.
- Maddi kayıp yaşayıp yaşam standardı etkilenenlerin depresyon ve TSSB düzeyi daha fazlaydı.
- 35 yaş ve altındakilerin, ilkokul mezunları ile karşılaştırıldığında üniversite mezunlarının, alkol içme miktarı artanların, karantina tedbirleri nedeniyle psikolojik sıkıntı yaşayan, hayatı olumsuz etkilenen ve kilo alanların depresyon düzeyi daha fazlaydı. Yaş azaldıkça depresyon düzeyi artmaktaydı ($r = -0,299$; $p < 0,001$).
- Ayrıca kişilerin anksiyete, depresyon ve TSSB düzeyinin her biri diğeriyle anlamlı düzeyde korelasyon göstermekteydi ($p < 0,001$).

Sonuç olarak pandemi koşullarında yaşanan birçok olumsuz durum ve kişisel özellikler anksiyete, depresyon ve TSSB düzeyini arttırmaktadır. Ayrıca bu durumların ortaya çıkışı ve düzeyi bir diğeriyle ilişkilidir. Pandemi döneminde karşılaşılan olumsuzlukları engellemeye yönelik çabalar, toplumun psikolojik olarak yıpranma düzeyini azaltabilir. Bu konuda geniş katılımcı sayısıyla yapılacak izleme dayalı, prospektif ve çok merkezli çalışmalarla, pandemi döneminin psikolojik yükü ve etki eden parametreler daha detaylı olarak ortaya konabilir. Bu süreçte toplumun sadece pandeminin fiziki hastalık

yükü ile değil ruhsal yükü ile de mücadele ettikleri unutulmamalıdır. Sağlık bir bütün olarak ele alınmalı, kişilerin Covid-19'un psikolojik etkileri altında ezilmelerine izin verilmemelidir. Bu süreçte hastalara bu konuda destek verilmeli, daha iyi bir ruh sağlığı için optimal müdahaleler geliştirilmelidir.



7. KAYNAKLAR

1. Tunç A, Atıcı FZ. Dünyada ve Türkiye’de Pandemilerle Mücadele: Risk ve Kriz Yönetimi Bağlamında Bir Değerlendirme. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Uluslararası Sos Bilim Derg. 2020;5(2):329–65.
2. Budak F, Korkmaz Ş. Covid-19 pandemi sürecine yönelik genel bir değerlendirme: türkiye örneği. SOS Araştırmalar ve Yönetim Derg. 2020;1(1):62–79.
3. Salgınlar Listesi. Wikipedi. [Internet] Erişim tarihi: 27.11.2021
4. Gloster AT, Lamnisos D, Lubenko J, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study. PLoS One. 2020;15.
5. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, et al. Psychosocial impact of COVID-19. Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev. 2020;14(5):779–88.
6. Gürlevik SL, Üniversitesi H, Fakültesi T, et al. Koronavirüsler ve Yeni Koronavirüs SARS-CoV-2 Coronaviruses and New Coronavirus SARS-CoV-2. J Pediatr Inf. 2020;14(1):46–8.
7. Zhou Y, Yang Y, Huang J, Jiang S, Du L. Advances in MERS-CoV Vaccines and Therapeutics Based on the Receptor-Binding Domain. Viruses. 2019 14;11.
8. Covid-19 Genel Bilgiler ve Epidemiyoloji. Sağlık Bakanlığı. 2020.
9. Çiftçi E, Çoksüer F. Yeni Koronavirüs Enfeksiyonu: COVID-19. Flora J Infect Dis Clin Microbiol. 2020;25(1):9–18.
10. Chen Y, Klein SL, Garibaldi BT, et al. Aging in COVID-19: Vulnerability, immunity and intervention. Vol. 65, Ageing Research Reviews. Elsevier Ireland Ltd; 2021. p. 101205.
11. Jordan RE, Adab P, Cheng KK. Covid-19: risk factors for severe disease and death. BMJ. 2020; 368.
12. Gao Y dong, Ding M, Dong X, et al. Risk factors for severe and critically ill COVID-19 patients: A review. Allergy. 2021;76:428-55.
13. Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients with 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA - J Am Med Assoc. 2020;323:1061–9.
14. Li X, Xu S, Yu M, et al. Risk factors for severity and mortality in adult COVID-19 inpatients in Wuhan. J Allergy Clin Immunol. 2020;146:110–8.
15. Du H, Dong X, Zhang J jin, et al. Clinical characteristics of 182 pediatric COVID-19 patients with different severities and allergic status. Allergy Eur J Allergy Clin Immunol. 2021;76(2):510–32.
16. Garrido I, Liberal R, Macedo G. Review article: COVID-19 and liver disease-what we know on 1st May 2020. Alimentary Pharmacology and Therapeutics. 2020; 52: 267-75.
17. Sahebnaşagh A, Avan R, Saghafi F, et al. Pharmacological treatments of COVID-19. Vol. 72, Pharmacological Reports. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2020; 1446–78.
18. EMA advice on the use of NSAIDs for Covid-19. Drug Ther Bull.

- 2020;58(5):69.
19. Jean SS, Lee PI, Hsueh PR. Treatment options for COVID-19: The reality and challenges. Vol. 53, *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*. Elsevier. 2020; 436–43.
 20. Enoki Y, Igarashi Y, Watabe Y, et al. Remdesivir for the treatment of coronavirus COVID-19: A meta-analysis of randomised controlled trials. *J Glob Antimicrob Resist*. 2021;24:81–2.
 21. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kan ve Kan Ürünleri Dairesi Başkanlığı COVID-19 İmmün (konvalesan) plazma tedarik ve klinik kullanım rehberi. Sağlık Bakanlığı. 2020. [Internet] Erişim Tarihi: 07.12.2021
 22. Gordon C, Porteous D, Unsworth J. COVID-19 vaccines and vaccine administration. *Br J Nurs*. 2021;30(6):344–9.
 23. FDA authorizes Moderna COVID-19 vaccine. *Med Lett Drugs Ther*. 2021;63; 9-10. [Internet] Erişim Tarihi: 16.10.2021
 24. Banerjee D, Rai M. Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness. Vol. 66, *International Journal of Social Psychiatry*. SAGE Publications Ltd; 2020; 525–7.
 25. Robinson KR. Comparing the Spanish flu and COVID-19 pandemics: Lessons to carry forward. *Nurs Forum*. 2021;56(2):350–7.
 26. Feiz Arefi M, Babaei-Pouya A, Poursadeqiyani M. The health effects of quarantine during the COVID-19 pandemic. Vol. 67, *Work*. IOS Press BV; 2020. p. 523–7.
 27. Aykut S, Soner Aykut S. (2020). Kovid-19 Pandemisi ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu Temelinde Sosyal Hizmetin Önemi. *Toplumsal Politika Dergisi*. 2020; 56-66.
 28. Luceño-Moreno L, Talavera-Velasco B, García-Albuérne Y, Martín-García J. Symptoms of posttraumatic stress, anxiety, depression, levels of resilience and burnout in spanish health personnel during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):1–29.
 29. Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, et al. Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *J Nutr Heal Aging*. 2020;24;9.
 30. Clopton J. 'Tsunami of Grief' to Hit as More Loved Ones Die. *Medscape*. 2020.
 31. Sücüllüoğlu Dikici D, Aşçıbaşı K, Aydemir Ö, et al. Sücüllüoğlu Dikici ve ark. 51 DSM-5 Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun geçerliliği ve güvenilirliği Reliability and validity of Turkish Version of DSM-5 Depression Scale Tepecik Eğitim ve. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2017;18(2):51–6.
 32. Helvacı Çelik F, Hocaoglu Ç. Major Depresif Bozukluk' Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *J Contemp Med*. 2016;6(1):51–66.
 33. Chand SP, Arif H, Kutlenios RM. Depression. *StatPearls*. 2021. [Internet] Erişim Tarihi: 26.10.2021
 34. de Oliveira WA, da Silva JL, Andrade ALM, et al. Adolescents' health in times of COVID-19: A scoping review. Vol. 36, *Cadernos de Saude*

- Publica. Fundacao Oswaldo Cruz. 2020.
35. Bäuerle A, Teufel M, Musche V, et al. Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in Germany. *J Public Heal (United Kingdom)*. 2020;42(4):672–8.
 36. Zvolensky MJ, Garey L, Rogers AH, et al. Psychological, addictive, and health behavior implications of the COVID-19 pandemic. *Behaviour Research and Therapy*. 2020; 134.
 37. Munir S, Takov V, Coletti VA. Generalized Anxiety Disorder . *StatPearls*. 2021. [Internet] Erişim Tarihi: 20.11.2021
 38. Ströhle A, Gensichen J, Domschke K. Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen. *Dtsch Arztebl Int*. 2018;115(37):611–20.
 39. Moghanibashi-Mansourieh A. Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. *Asian J Psychiatr*. 2020.
 40. Dutheil F, Mondillon L, Navel V. PTSD as the second tsunami of the SARS-Cov2 pandemic. *Psychol Med*. 2020; 51:1773-4.
 41. Yavuz KF, Karatepe HT. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Psikoterapisi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2015. 8/1: 44-52.
 42. Deveci E. DSM-V Tanı Ölçütleri Türkçe Uyarlaması, 2015.
 43. Forte G, Favieri F, Tambelli R, Casagrande M. COVID-19 pandemic in the italian population: Validation of a post-traumatic stress disorder questionnaire and prevalence of PTSD symptomatology. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):1–16.
 44. Grossman ER, Benjamin-Neelon SE, Sonnenschein S. Alcohol consumption during the covid-19 pandemic: A cross-sectional survey of us adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24):1–10.
 45. Wardell JD, Kempe T, Rapinda KK, et al. Drinking to Cope During COVID-19 Pandemic: The Role of External and Internal Factors in Coping Motive Pathways to Alcohol Use, Solitary Drinking, and Alcohol Problems. *Alcohol Clin Exp Res*. 2020;44(10):2073–83.
 46. Gendall P, Hoek J, Stanley J, Jenkins M, Every-Palmer S. Changes in Tobacco Use During the 2020 COVID-19 Lockdown in New Zealand. *Nicotine Tob Res*. 2021;23(5):866–71.
 47. Stanton R, To QG, Kalesi S, et al. Depression, anxiety and stress during COVID-19: Associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in Australian adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):1–13.
 48. Bommelé J, Hopman P, Walters BH, et al. The double-edged relationship between COVID-19 stress and smoking: Implications for smoking cessation. *Tob Induc Dis*. 2020;18:63.
 49. Açikgöz Ö, Günay A. The early impact of the Covid-19 pandemic on the global and Turkish economy. *Turkish J Med Sci*. 2020; 50: 520–6.
 50. Ruengorn C, Awiphan R, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Nochaiwong S. Association of job loss, income loss, and financial burden with adverse mental health outcomes during coronavirus disease 2019 pandemic in Thailand: A nationwide cross-sectional study. *Depress Anxiety*. 2021;38 :648–60.

51. Brenner MH, Bhugra D. Acceleration of Anxiety, Depression, and Suicide: Secondary Effects of Economic Disruption Related to COVID-19. *Front Psychiatry*. 2020.
52. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Vol. 395, *The Lancet*. 2020; 912–20.
53. Hertz-Palmor N, Moore TM, Gothelf D, et al. Association among income loss, financial strain and depressive symptoms during COVID-19: Evidence from two longitudinal studies. *J Affect Disord*. 2021;291:1–8.
54. Cenat JM, Blais-Rochette C, Kokou-Kpolou CK, et al. Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*. 2021;295.
55. Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian J. Psychiatr*. 2020;51.
56. Al-Rabiaah A, Tamsah MH, Al-Eyadhy AA, et al. Middle East respiratory syndrome-corona virus (MERS-CoV) associated stress among medical students at a university teaching hospital in Saudi Arabia. *J. Infect. Public Health*. 2020;13:687–91.
57. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *General Psychiatry*. 2020;33;1-2.
58. Xiao C. A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)-related psychological and mental problems: Structured letter therapy. *Psychiatry Investigation*, 2020;17(2):175–6.
59. Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Scientific reports*. 2018;8:12-8.
60. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). [Internet] Erişim:27.11.2021.
61. Konkan R, Şenormancı Ö, Güçlü O, Aydın E, Sungur MZ. Yaygın Anksiyete Bozukluğu-7 (YAB7) Testi Türkçe Uyarlaması, Geçerlik ve Güvenirliliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2013;53:8.
62. Choi EPH, Hui BPH, Wan EYF. Depression and Anxiety in Hong Kong during COVID-19. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17:10.
63. Zhang J, Lu H, Zeng H et al. The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain, behavior, and immunity*. 2020;87:49-50.
64. Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the COVID-19 Epidemic among the General Population in China. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17:5.
65. Gao J, Dai J, Zheng P, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLOS ONE*. 2020;15:4.
66. Liu D, Ren Y, Yan F, et al. Psychological impact and predisposing factors

- of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on general public in China. *Lancet Psychiatry* [Preprint]. 2020. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29:749-58.
67. Ustun G. Determining depression and related factors in a society affected by COVID-19 pandemic. *Int J Soc Psychiatry*. 2021;67(1):54–63.
 68. Lai J, Ma, S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw*. 2020;3:3.
 69. Zhang C, Yang, L, Liu S, et al. Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 Novel Coronavirus Disease outbreak. *Front. Psych*. 2020;11:306.
 70. Kang L, Ma S, Chen M, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: a cross-sectional study. *Brain Behav. Immun*. 2020;87:11–7.
 71. Tan B, Chew N, Lee G, et al. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers in Singapore. *Ann. Intern. Med*. 2020;173:317-20.
 72. Chew N, Lee G, Tan B, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behav. Immun*. 2020;88:559–65.
 73. Benfante A, Di Tella M, Romeo A Castelli L. Traumatic Stress in Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic: A Review of the Immediate Impact. *Front. Psychol*. 2020;11:2816.
 74. Yue J, Zang X, Le Y, An Y. Anxiety, depression and PTSD among children and their parent during 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) outbreak in China. *Current Psychology*. 2020;14: 1-8.
 75. Liu CH, Zhang E, Wong GRF, Hyun S. Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for US young adult mental health. *Psychiatry research*. 2020.
 76. Castelli L, Di Tella M, Banfante A, et al. The spread of COVID-19 in the Italian population: anxiety, depression, and post-traumatic stress symptoms. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*. 2020;65:731-2.
 77. Gao W, Ping S, Liu X. Gender differences in depression, anxiety, and stress among college students: a longitudinal study from China. *Journal of affective disorders*. 2020;263:292-300.
 78. Curran E, Rosato M, Ferry F, Leavey G. Prevalence and factors associated with anxiety and depression in older adults: Gender differences in psychosocial indicators. *Journal of affective disorders*. 2020;267:114-22.
 79. Bakioğlu F, Korkmaz O, Ercan H. Fear of COVID-19 and Positivity: Mediating Role of intolerance of Uncertainty, Depression, Anxiety, And Stress. *Int J Ment Health Addiction*. 2020;28: 1-14.
 80. Cao W, Fang Z, Hou G, et al. The Psychological Impact of the COVID-

- 19 Epidemic on College Students in China. *Psychiatry Research*. 2020;287(112934):1-5.
81. Huang Y, Zhao N. Generalized Anxiety Disorder, Depressive symptoms and quality during COVID-19 Epidemic in China; a web- Based Crossselectional Survey. *Psychiatry Research*. 2020;288(112954):1-6.
82. Zhang J, Wu W, Zhao Wang C, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus disease (COVID-19) Epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:1729.
83. Ji L, Qiao X, Jin Y, et al. Age differences in the relationship between frailty and depression among community-dwelling older adults. *Geriatric Nursing*. 2020;41(4):485-9.
84. Sim K, Chan H, Chong PN, Cua HC, Wen SS. Psychosocial and coping responses within the community health care setting towards a national outbreak of an infectious disease. *J Psychosom Res*. 2010;68(2):195-202.
85. Schweda A, Weismüller B, Bauerie A, et al. Phenotyping mental health: Age, community size, and depression differently modulate COVID-19-related fear and generalized anxiety. *Comprehensive Psychiatry*. 2021;104:152218.
86. Kong X, Zheng K, Tang M, et al. Prevalence and factors associated with Depression and Anxiety of Hospitalized patients with COVID-19. *Medxiv*. 2020;1-2.
87. Lee S. Coronavirus Anxiety Scale: A brief Mental ahaealth Screener for COVID-19 Related Anxiety. *Death Studies*. 2020;44(7):393-401.
88. Tönbul Ö. Koronavirüs (COVID-19) Salgını Sonrası 20-60 yaş arası Bireylerin Psikolojik Dayanıklılıkların Bazı değişkenler Açısından İncelenmesi. *Uluslararası Akademik Psikolojij Danışma ve Rehberlik Araştırmalar Dergisi*. 2020;2(2):159-74.
89. İlman ET, Dönmez E. Bireylerin Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri ile COVID-19 Salgını Kontrol Algısını Karşılaştırılması. *Usaysad Dergisi*. 2020;6(1):139-54.
90. Luger TM, Suls J, Vander Weg MW. How robust is the association between smoking and depression in adults? A meta-analysis using linear mixed-effects models. *Addict Behav*. 2014;39(10):1418-29.
91. Chaiton MO, Cohen JE, O'Loughlin J, Rehm J. A systematic review of longitudinal studies on the association between depression and smoking in adolescents. *BMC public health*. 2009;9:356.
92. Lawrence D, Mitrou F, Zubrick SR. Smoking and mental illness: results from population surveys in Australia and the United States. *BMC Public Health*. 2009;9:285.
93. Kearns NT, Carl E, Stein AT, et al. Posttraumatic stress disorder and cigarette smoking: A systematic review. *Depression and anxiety*. 2018;35:1056-72.
94. Stanton R, To QG, Khalesi S, et al. Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17:465.

95. Churchill SA, Farrell L. Alcohol and depression: Evidence from the 2014 health survey for England. *Drug and alcohol dependence*. 2017;180:86-92.
96. Patel V, Burns JK, Tarver L, et al. Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. *World Psychiatry*. 2018;17(1):76-89.
97. Cao W, Frang Z, Hou G, et al. The psychological Impact of the COVID-19 Epidemic on College students in China, *Psychiatry Research* 2020;287 (112934):1-5.
98. Kernan WD. Health-related impediments to learning among dental and oral surgery students. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*. 2019;47(1):32-44.
99. Huato J, Chavez A. Household Income, Pandemic-Related Income Loss, and the Probability of Anxiety and Depression. *Eastern Economic Journal*. 2021;47(4):546-70.
100. Zvolensky MJ, Garey L, Rogers AH, Schmidt NB, Vujanovic AA, Storch EA, vd. Psychological, addictive, and health behavior implications of the COVID-19 pandemic. *Behav Res Ther*. 2020;134.
101. Cardinali DP, Brown GM, Reiter RJ, Pandi-Perumal SR. Elderly as a High-risk Group during COVID-19 Pandemic: Effect of Circadian Misalignment, Sleep Dysregulation and Melatonin Administration. *Sleep Vigil*. 2020;26:1-7.
102. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66(5):504-11.
103. Karahan Yılmaz S, Eskici G. Evaluation of emotional (depression) and behavioural (nutritional, physical activity and sleep) status of Turkish adults during the COVID-19 pandemic period. *Public Health Nutr*. 2020.
104. Gencer N. Pandemi Sürecinde Bireylerin Koronavirüs (Kovid-19) Korkusu: Çorum Örneği. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademisi Dergisi*, 2020, 4: 1153-73.
105. Cansel N, Ucuz İ, Arslan AK et al. Prevalence and predictors of psychological response during immediate COVID-19 pandemic. *Int J Clin Pract*. 2021;75:5.
106. Yildirim H, Işık K, Aylaz R. The effect of anxiety levels of elderly people in quarantine on depression during covid-19 pandemic. *Soc Work Public Health*. 2021;36(2):194-204.
107. Mysliwiec V, Brock MS, Creamer JL, et al. Trauma associated sleep disorder: a parasomnia induced by trauma. *Sleep medicine reviews*. 2018;37:94-104.
108. Richards A, Kanady JC, Neylan TC. Sleep disturbance in PTSD and other anxiety-related disorders: an updated review of clinical features, physiological characteristics, and psychological and neurobiological mechanisms. *Neuropsychopharmacology*. 2020;45:5.
109. Zhang Y, Ren R, Sanford LD, et al. Sleep in posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis of polysomnographic findings. *Sleep medicine reviews*. 2019;48.
110. Miller KE, Brownlow JA, Woodward S. Sleep and dreaming in

- posttraumatic stress disorder. Current psychiatry reports. 2017;19.
111. Tzur Bitan D, Grossman-Giron A, Bloch Y, Mayer Y, Shiffman N, Mendlovic S. Fear of COVID-19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. Psychiatry Res. 2020;289.
 112. Akinci B, Karaduman S, Seferoğlu S, ve ark. COVID-19 Pandemisi Sebebiyle Ev Karantinası Uygulanan İleri Yaştaki Bireylerde Dispne Algısının İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;4(1):35-47.



8. EKLER

8.1. Araştırma İzni



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı: E-73115338-819-16941

14.06.2021

Konu: Dr. Elif Özhan ERDEM' in Tez Çalışması

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalınız hekimlerinden Araş. Gör. Dr. Elif Özhan ERDEM' in Bursa İl Sağlık Müdürlüğüne vermiş olduğu, "Pandemi Döneminde Alınan Karantina Tedbirlerinin Toplum ve Hastalar Üzerine Etkisi" konulu tez çalışmasını uygulama talebi uygun bulunmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Bedrettin AKOVA
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Ek:

- 1-Rek. Genel Sek.nin yazısı (1 sayfa)
- 2-Bursa İl Sağlık Müd.nün yazısı (1 sayfa)
- 3-Dr. Elif Özhan ERDEM Araştırma Evrakları
- 4-Dr. Elif Özhan ERDEM Araştırma Evrakları

Bu Belge, 5070 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak elektronik imza ile imzalanmıştır.

BUÜ. SUAM Görükle Kampüsü 16059 Nilüfer/BURSA

Bilgi İçin: Özlem M.ÖKSÜZ

Tel : 0224 295 01 41- 43- 44 Faks: 0224 295 00 99

Memur

e-posta : yzisleri@uludag.edu.tr Web: suam.uludag.edu.tr Kep: uludag.suam@hs03.kep.tr Tel: 0224 295 01 42

Bu belge UDOS ile hazırlanmıştır.Teyit için: <https://udos.uludag.edu.tr/Teyit/rfKxsUU-UUuhH6uL.T5agmw>



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-72873149-619
Konu : Dr. Elif Özhan ERDEM

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı)

İlgi : Dr.Elif ÖZHAN ERDEM'in 04/05/2021 tarihli dilekçesi.

Bursa Uludağ Üniversitesi Aile hekimliği Anabilim Dalında Araştırma görevlisi olan Dr. Elif ÖZHAN ERDEM'nin ekteki dilekçesiyle, aynı Üniversitenin Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr.Yeşim UNCÜ'nün danışmanlığında; **"Pandemi Döneminde Alınan Karantina Tedbirlerinin Toplum ve Hastalar Üzerine Etkisi"** konulu tez çalışmasını, Bursa Uludağ Üniversitesi Hastanesi ile Bursa Uludağ Üniversitesi 36 No.lu Ertuğrul Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran gönüllü hastalara anket uygulaması şeklinde yapabilmek için izin talep ettiği anlaşılmıştır.

Bu kapsamda; Söz konusu çalışmalarla ilgili olarak Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün 24.06.2020 tarih ve E.1240 yazılılarıyla; Bilimsel araştırma talebinde bulunan araştırmacıların Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünden izin aldıktan sonra (Çok Merkezli Bilimsel Araştırmalar ve Covid-19 pozitif numune talepleri hariç olmak üzere) İl Sağlık Müdürlüklerine başvuruda bulunabilecekleri, araştırmacıların sadece kendi sağlık kurum veya kuruluşundaki hasta verilerini kullandıkları durumda araştırmaya müdürlük düzeyinde onay verilebileceği belirtilmiştir.

Buna göre; bahse konu talep incelendiğinde sağlık hizmetlerine ve bilimsel literatüre katkısı göz önüne alınarak, çalışmanın yapılması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup yapılan çalışmanın sonuç raporunun bir nüshasının Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne iletilmek üzere iki nüsha olarak Başkanlığımıza gönderilmesi ve çalışmacıya bilgi verilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr. Fevzi YAVUZYILMAZ
İl Sağlık Müdürü

Ekler:

- 1- Dr. Elif Özhan ERDEM Araştırma Evrakları 1
- 2- Dr. Elif Özhan ERDEM Araştırma Evrakları 2
- 3- Dr. Elif Özhan ERDEM Araştırma Evrakları 3

Ahmet paşa Mah.Fevzi Çakmak Cad.no:53 Osmangazi/BURSA
Telefon: Faks No: 02242240092
e-Posta: zeynep.kusat@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Z.KUŞAT

Bilgi için: Zeynep KUŞAT
HEMŞİRE
Telefon No: (0 224) 808 30 22

8.2. Etik Kurul Onayı

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Covid-19 Pandemi Döneminde Alınan Karantina Tedbirlerinin Toplum ve Hastalar Üzerindeki Psikolojik Etkileri
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 2011-KAEK-26
	AÇIK ADRESİ	Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Rektörlük Binası Kat.1 Görtükle Kampüsü Nilüfer/ Bursa
	TELEFON	0.224. 295 00 20
	FAKS	0.224. 295 00 29
	E-POSTA	uukaek@uludag.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof.Dr.Yeşim Uncu
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ UNVANI/ADI/SOYADI	Araş.Gör.Dr.Elif Özhan Erdem, Prof.Dr.Alis Özçakır, Prof.Dr.Züleyha Alper
	YARDIMCI ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD
	DESTEKLEYİCİ	-
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışması
	ARAŞTIRMANIN YAPILIŞ AMACI	Uzmanlık tez çalışması
	ARAŞTIRMANIN BAŞLAMA TARİHİ/ SÜRESİ	15.09.2020 / 6 ay
	GÖNÜLLÜ/DOSYA SAYISI	150
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐ ULUSAL ☒ ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Dili
	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR İÇİN BAŞVURU FORMU	27.07.2020	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (hasta grubu)	27.07.2020	Türkçe
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU(sağlıklı kontrol grubu)	27.07.2020	Türkçe
	ANKET FORMU	-	Türkçe

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇE FORMU	☒ Tarih: 27.07.2020
	ARAŞTIRICILAR İÇİN TAAHHÜTNAME FORMU	☒ Tarih: 27.07.2020
	PROSPEKTİF ÖZELLİKLI GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMA TAAHHÜTNAMESİ	☐
	SONUÇ ÖZET RAPORU	☒ Tarih: 27.07.2020
	DİĞER:	☒ Araştırma ilk başvuru ön yazısı (06.08.2020),Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonunun e-mail onay yazısı, sorumlu araştırmacı özgeçmişi, araştırmacılar tarafından imzalanmış Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi, literatür

ASLI GİBİDİR.

SLU
ar

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Covid-19 Pandemi Döneminde Alınan Karantina Tedbirlerinin Toplum ve Hastalar Üzerindeki Psikolojik Etkileri
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2020-14/9 Tarih: 19 Ağustos 2020 Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak ve COVID-19 pandemisi ile ilişkili Sağlık Bakanlığı ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu genelgeleri ve kuralları çerçevesinde incelendi. 1-Araştırmanın yapılmasının uygun olduğuna, 2-Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına, 3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kuruluza iletilmesine, 4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU
ÜYELER	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	F ☒ H ☐	
Prof.Dr. Elif BAŞAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	U.Ü.T.F. Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	F ☒ H ☐	
Prof.Dr.M. Sertaç YILMAZ Üye	Farmakoloji	U.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji AD	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	F ☒ H ☐	
Doç.Dr.Alpaslan TÜRKKAN Üye	Halk Sağlığı	U.Ü.T.F. Halk Sağlığı AD	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	F ☒ H ☐	
Doç.Dr.Pınar VURAL Üye	Psikiyatri	U.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	F ☒ H ☐	
Doç.Dr.Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	U.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	F ☐ H ☒	
Doç.Dr.Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	F ☒ H ☐	
Doç.Dr.Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	F ☒ H ☐	
Doktor Öğretim Üyesi Çiğdem Mine YILMAZ Üye	Hukuk	U.Ü.Hukuk Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	F ☒ H ☐	
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	U.Ü.T.F. Biyofizik AD	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	F ☒ H ☐	
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	U.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik AD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	F ☒ H ☐	
Selen MİĞAL Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	F ☒ H ☐	

* Toplantıda Bulunma

ASLI GİBİDİR.

8.3. Anket Formu

ANKET

1-Cinsiyetiniz

☐ Kadın

☐ Erkek

2- Lütfen yaşıınızı yazınız.

☐

3- Birlikte yaşadığınız kişiler; (Birde fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

☐ Yalnız yaşıyorum.

☐ Eşimle/partnerimle yaşıyorum

☐ Çocuklarımla yaşıyorum.

☐ Aile büyükleri ile birlikte yaşıyorum.

4- Eğitim durumunuz;

☐ İlkokul

☐ Ortaokul

☐ Lise

☐ Üniversite

☐ Yüksek lisans/doktora

5- Evinize giren toplam gelir aralığı nı seçiniz.

☐ 0 - 2.320 TL

☐ 2.320 TL – 5.000 TL

☐ 5.000 TL-10.000 TL

☐ 10.000 TL – 20.000 TL

☐ 20.000 TL ve üzeri

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 19.08.2020
Karar No : 2020-14/3

6- Pandemi sürecinde maddi kayıp yaşadınız mı?

- o Hayır yaşamadım.
- o Maddi kayıp yaşadım fakat yaşam standartlarım etkilendi.
- o Maddi kayıp yaşadım ve yaşam standartlarım etkilendi.

7- Pandemi döneminde sigara kullanımı miktarınız;

- o Sigara kullanmıyorum.
- o Sigara kullanıyorum fakat bu süreçte sigara kullanım miktarım artmadı.
- o Sigara kullanıyorum ve bu süreçte sigara kullanım miktarımı arttı.
- o Sigara kullanmıyordum fakat bu süreçte sigaraya başladım.

8- Pandemi döneminde alkol kullanımı miktarınız;

- o Alkol kullanmıyorum.
- o Bu süreçte alkol kullanım miktarım arttı.
- o Bu süreçte alkol kullanım miktarım değişmedi.

9- Pandemi süresinde siz veya bir yakınınız COVID-19 tanısı aldınız mı?

- o Tanı alan olmadı.
- o Kendim COVID-19 tanısı aldım.
- o Yaşadığım/çalıştığım ortamda tanı alan oldu.
- o Yakınım (aile bireyi, arkadaş, komşu vb.) olan fakat sık görüşmediğim kişi/kişiler tanı aldı.

10- COVID-19 sebebi ile yakınınızı kaybettiniz mi?

- o Kaybettiğim kimse olmadı.
- o Çalıştığım ortamda kaybettiğim kişi/kişiler oldu.
- o Yakınım (aile bireyi, arkadaş, komşu vb.) olan fakat sık görüşmediğim kişi/kişiler tanı aldı.
- o Birinci derece yakınımı kaybettim.

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 19.03.2020
Karar No : 2020-14/9

11- Pandemi sürecinde uyku düzeninizde değişiklik yaşadınız mı?

- ☐ Hayır yaşamadım.
- ☐ Daha az uyudum fakat bu beni rahatsız etmedi.
- ☐ Uyku problemi (uykuya dalmak ı zorluk, uyku kalitesinde düşme, uyku süresinde kısalma vb.) yaşadım.

12- Karantina tedbirleri hayatınızı nasıl etkiledi? Lütfen birkaç cümle ile özetleyiniz.

- ☐

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 19.08.2020
Karar No : 2020-14/3

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU TESTİ (YAB-7)

Lütfen geçirmiş olduğunuz son 15 gününüzü dikkatlice düşününüz. Aşağıdaki testte sıralanan sorular bu 15 gün içerisinde ne kadar rahatsız etti belirlemeye çalışınız. Seçeneklerden hangisi size daha uygun geliyorsa işaretleyiniz.

Son 2 hafta içerisinde aşağıdaki problemler ne sıklıkta sizi rahatsız etti?	Hiç	Sadece Birkaç Gün	Günlerin yarısından fazlasında	Hemen hemen her gün
1. Sinirli, kaygılı, uçuşumun kenarındaymış gibi hissetme				
2. Endişelenmeyi kontrol edememe ya da durduramama				
3. Farklı farklı konularda çok fazla endişelenme				
4. Gevşeyip rahatlayamama				
5. Yerinizde duramayacak kadar kıpır kıpır ve huzursuz olma				
6. Kolayca kızma ya da rahatsız olma				
7. Her an çok kötü bir şey olabileceği korkusu yaşama				

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Tarih : 19.08.2020
Karar No : 2020-14/3

Son 2 hafta içerisinde aşağıdaki sorunlardan herhangi biri sizi ne sıklıkla rahatsız etti? (Cevabınızı yuvarlak içine alınız)

	Hiçbir zaman	Bazı günler	Günlere yarıdan fazlasında	Günlere yarıdan fazlasında
1. Bir şeyleri yapmaya az ilgi veya zevk duyma	0	1	2	3
2. Üzgün, depresif ve ya umutsuz hissetmek	0	1	2	3
3. Uykuya dalmada veya uyumaya devam etmede zorluk veya çok fazla uyumak	0	1	2	3
4. Yorgun hissetmek veya enerjinizin az olması	0	1	2	3
5. İştahsızlık veya çok fazla yemek	0	1	2	3
6. Kendinizi kötü hissetmeniz veya kendinizi başarısız ya da kendinizi veya ailenizi hayal kırıklığına uğrattığınızı düşünmeniz	0	1	2	3
7. Gazete okumak veya televizyon seyretmek gibi faaliyetlerde dikkatinizi toplamakta güçlük çekmeniz	0	1	2	3
8. Başkalarının fark edebileceği kadar yavaş hareket etmeniz veya konuşmanız? Veya tam aksine normalden çok daha fazla hareket edecek kadar kıpır kıpır veya huzursuz olmanız	0	1	2	3
9. Ölmüş olsanız veya bir şekilde kendinize zarar verseniz daha iyi olacağınız düşünceleri	0	1	2	3

Bu sorunlardan herhangi birini işaretlediyseniz, bu sorunlar işinizi yapmanızda, evinizle ilgili işleri halletmenizde veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizde ne kadar zorluk yarattı?

Hiç zorluk yaratmadı Oldukça zorluk yarattı Çok zorluk yarattı Aşırı derecede zorluk yarattı

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır
Tarih : 19.03.2023
Karar No : 2023.14/9

AİLE EKİMLİĞİ-TSSB-5

Bazen insanlara alışılmadık veya özellikle korkutucu, dehşet verici veya travmatik olan şeyler olur. Örneğin;

- Ciddi bir kaza veya yangın
- Fiziksel veya cinsel istismar veya saldırı
- Deprem veya sel felaketi
- Savaş
- Birisinin ciddi şekilde yaralanması ya veya öldürülmesine tanık olmak
- Sevilen birisinin cinayet veya intihar nedeniyle ölmesi

Siz hiç böyle bir olay yaşadınız mı?

EVET ☐

HAYIR ☐

Eğer cevabınız HAYIR ise, inceleme sonucu toplam = 0, devam etmeyiniz.

Eğer cevabınız EVET ise, lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız.

Son bir ay içinde...

1. olay(lar) hakkında kabus gördünüz veya istemediğiniz halde bu olay(lar) hakkında düşündünüz mü?

EVET HAYIR

2. bu olay(lar) hakkında düşünmemeye çalıştınız mı veya olay(lar)ı hatırlatan durumlardan kaçınmak için çabaladınız mı?

EVET HAYIR

3. devamlı olarak savunmada, tetikte veya ürkek hissettiniz mi?

EVET HAYIR

4. çevrenize, insanlara veya aktivitelere karşı hissiz veya kopuk hissettiniz mi?

EVET HAYIR

Umut Önerenler
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırma ve Eğitim Kurumları
tarafından onaylanmıştır
Tarih: 10.03.2010
Sayı: 10.03.2010/10

5. bazı olaylar veya olayların ne an olabileceği problemlerden dolayı kendinizi suçlu hissettiniz mi veya başkalarını suçlar halde buldunuz mu?

EVET

HAYIR

Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
tarafından onaylanmıştır.
Tarih : 15.02.2024
Karar No : 2023.04.01

9. TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince değerli katkıları olan ve çalışmamın her aşamasında yakın ilgi ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım sayın Prof. Dr. Yeşim UNCU 'ya teşekkürlerimi ve sonsuz saygımı sunarım.

Uzmanlık eğitimim süresince katkıları olan değerli hocalarım; Prof. Dr. Züleyha ALPER'e ve Prof. Dr. Alis ÖZÇAKIR'a sonsuz teşekkürler.

Uzmanlık eğitimi süresince her zaman saygı, sevgi ve iş birliği içinde çalıştığımız değerli asistan, hemşire ve personel arkadaşlarıma, her konuda yanımda olan, bana desteğini her zaman hissettiren ve benimle bu sürecin zorluk ve güzelliklerini paylaşan başta sevgili eşim Abdullah ERDEM'e ve sevgili aileme teşekkür ederim. Ve her şeyden öte hayatıma anlam katan oğluma sonsuz teşekkürler.

10. ÖZGEÇMİŞ

■■■■■ yılının şubat ayında ■■■■■ ilçesinde dünyaya geldim. İlk ve orta öğretimimi Ankara Hasanoğlu Öğretmenler İlköğretim Okulunda tamamladım. Daha sonra 2006 yılında lise eğitimime Ankara Çankaya Milli Piyango Anadolu Lisesine başlayıp 2010 yılında mezun oldum. Aynı yıl Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesini kazanarak tıp eğitimime başladım. 2016 yılında fakülteden mezun olduktan sonra pratisyen hekim olarak Hakkâri Devlet Hastanesi acil servisinde çalıştım. 2018 yılında ise Uludağ Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında asistan doktor olarak çalışmaya başladım.

2017 yılında eşim Abdullah Erdem ile evlendim, 2019 yılında oğlum Ahmet Aras dünyaya geldi.