

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER

**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE
UYGULAMA MERKEZİ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA
KORONAVİRÜS-19 FOBİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Semra Selime ÇİFTLİK

EDİRNE 2021



TEŞEKKÜR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalındaki uzmanlık eğitimim süresince emeği geçen değerli hocalarım Prof. Dr. H. Nezih Dağdeviren'e, Prof. Dr. Ayşe Çaylan'a ve Prof. Dr. Serdar Öztora'ya, hem asistanlık eğitimimde hem tez sürecinde desteğiyle beni yüreklendiren değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer'e, eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma, birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, her zaman yanımda olan değerli aileme ve eşim Dr. Hüseyin Çiftlik'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Salgınla mücadelede hayatlarını kaybeden tüm sağlık çalışanlarına saygı ve minnetle.....

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
SALGIN VE PANDEMİ.....	3
CORONAVİRİDAE AİLESİ.....	6
SALGINLARIN RUHSAL BOYUTLARI.....	14
COVID-19 SALGINI İLE ORTAYA ÇIKAN SORUNLAR.....	15
KORONAFOBİ.....	21
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	23
BULGULAR.....	26
TARTIŞMA.....	60
SONUÇLAR.....	71
ÖZET.....	73
SUMMARY.....	75
KAYNAKLAR.....	77
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

CDC: The United States Centers for Disease Control and Prevention (ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri)

CoV: Koronavirüs

COVID-19: Koronavirüs Hastalığı 2019

CP19-S: Koronavirüs-19 Fobisi Ölçeği

ELISA: Enzyme-Linked Immunosorbent Assay

HCoV: Human Koronavirüs (İnsan Koronavirüsü)

MERS: Middle East Respiratory Syndrome (Ortadoğu Solunum Sendromu)

MKB: Madde Kullanım Bozukluğu

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

RNA: Ribonükleik Asit

RT-PCR: Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction (Revers Transkriptaz-Polimeraz Zincir Reaksiyonu)

SARS: Severe Acute Respiratory Syndrome (Ciddi Akut Solunum Yolu Sendromu)

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

GİRİŞ VE AMAÇ

Aralık 2019’da Çin’in Wuhan kentinde ortaya çıkan, akut solunum yetmezliği ile karakterize olan Koronavirüs-19 (COVID-19) hastalığı, hızla dünyanın birçok bölgesine yayılmıştır (1). Yeni koronavirüs 7 Ocak 2020’de ilk kez bir hastadan izole edilmiş ve virüsün genom dizilimi yapılmıştır (2). Genetik sekansı tamamlanan virüs, 12 Ocak 2020’de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından resmi olarak tanınmıştır ve 11 Mart 2020’de COVID-19 pandemisi ilan edilmiştir (3).

COVID-19 pandemisine ait ülkemizde ilk vaka Sağlık Bakanlığı tarafından 11 Mart 2020’ de açıklanmıştır. Sağlık Bakanlığı 27 Mart 2020’den itibaren, Türkiye’deki COVID-19 verilerini, günlük tablolar halinde kamuoyu ile paylaşmaya başlamıştır (4). Koronavirüs vakalarının tüm Türkiye’ye yayıldığı Sağlık Bakanlığı tarafından 1 Nisan 2020 tarihinde duyurulmuştur (5).

COVID-19’un sebep olduğu ölümler, hastalığın kesin tedavisinin olmaması, oluşan belirsizlik ortamı, virüsün hızlı yayılım göstermesi, günlük yaşam alışkanlıklarındaki zorunlu değişiklikler, medyadaki bilgi kirliliği, enfekte olan kişilerde gelişen akut psikiyatrik durumlar ve hekime ulaşma ile ilgili yaşanan zorluklar, pandeminin pek çok açıdan ele alınmasını zorunlu kılmaktadır (6). Dünya Sağlık Örgütü’ne göre COVID-19 pandemisi, dünya çapında bir ruh sağlığı krizini de beraberinde getirmiştir (7).

Globalleşen dünyada hastalığın yayılımı tahmin edilenden ve beklenenden hızlı gelişirken, hastalığın kontrolü ve sürveyans sisteminin oluşturulabilmesi için gerekli olan epidemiyolojik bilgilerin gelişimi aynı hızda ilerlememektedir. Bununla birlikte artan hasta sayısı ve iş yükü karşılığında sağlık personeli sayısı yetersiz kalmaktadır (8,9). Daha önce

SARS ve Ebola salgınlarında yapılan araştırmalarda görüldüğü üzere, gelişebilecek ani ve hayatı tehdit edecek bir hastalığın çıkışı, sağık çalışanları üzerinde büyük bir baskıya neden olmaktadır.

Sağık çalışanlarının artan iş yükü, yetersiz kişisel koruyucu ekipman, fiziksel yorgunluk, nozokomiyal bulaş riski ve bakımın paylaştırılması konusunda etik açıdan zor ve ciddi kararlar almak, sağık çalışanlarının fiziksel ve zihinsel sağıkları üzerinde çok önemli etkilere sahiptir. Sağık çalışanlarına, zamanında ve uygun şekilde organize edilmiş psikiyatrik danışmanlık, akıl ve ruh sağığının korunması açısından önemlidir (10).

Henüz yeterince kanıt olmasa da, literatürde COVID-19 hastalığının deliryum, anksiyete, uyku bozuklukları ve depresyon dâhil olmak üzere birçok zihinsel ve nörolojik problemlere yol açtığı saptanmıştır. Aynı zamanda COVID-19'un önceden var olan psikiyatrik hastalıkları ve madde kullanım bozukluklarını şiddetlendirmesi ile sağık hizmetleri üzerindeki yoğun baskı düşünüldüğünde; mevcut psikiyatrik hastaların tedavilerinin ve terapötik görüşmelerin gecikmesi olasıdır (11).

Yapılan çalışmalar; sağık çalışanlarının ailelerinin ve arkadaşlarının enfeksiyon kapmasından korktuklarını, belirsizlik ve damgalanma hissettiklerini göstermiştir. Ayrıca yapılan çalışmalar sağık çalışanlarının yüksek düzeyde stres, anksiyete ve depresyon semptomları yaşadıklarını da bildirmiştir (12).

Bu çalışmada Trakya Üniversitesi Sağık Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan sağık çalışanlarının COVID-19 fobi düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır. Çalışmanın bir diğeri amacı ise sağık çalışanlarının ruh sağığını korumaya yönelik önlemlerin alınmasına bir alt yapı oluşturmak, gerekli tedavi edici stratejilerin uygulanabilmesi ve gelecekte olası benzer durumlar için yol gösterici olabilmek adına katkı sağlamaktır.

GENEL BİGİLER

SALGIN VE PANDEMİ

Salgın; belirli bir alanda, belirli bir grup insan arasında, belirli bir süre boyunca beklenenden daha fazla vaka görülmesidir. Aynı zamanda, salgın potansiyeli olan epidemiyolojik olarak bağlantılı iki veya daha fazla vaka ya da yeni görülen, elimine edilmiş veya eradike edilmiş hastalığa ait tek bir vaka da salgın olarak değerlendirilmektedir (13).

Eski Yunanca'dan köken alan pandemi kelimesi bir hastalığın, enfeksiyon etmeninin veya sağlıkla ilgili bir durumun çeşitli ülkelerde veya bir kıtada yayılması ya da tüm dünya gibi çok geniş bir alanda yayılım göstererek nüfusun önemli bir bölümünün etkilenmesine verilen tanımdır (13).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlamasına göre, bir hastalığın pandemi olabilmesi için genel olarak üç kıstas aranmaktadır. Bu kıstaslar şunlardır:

- Yeni bir virüs veya mutasyona uğramış bir etken olması,
- İnsanlara kolayca geçebilmesi,
- İnsandan insana kolay ve sürekli bir şekilde bulaşması.

Tüm ülkeler için tehdit oluşturan hastalık etkeninin, insandan insana kolay bir şekilde hızlıca yayılıyor olması sebebiyle de DSÖ tarafından pandemi ilan edilir (13) .

Çok sayıda enfeksiyon etkeni farklı bulaş yolları ile salgınlara yol açabilir. Bu salgın hastalıklar, etkenin virülansına bağlı olarak zamanla kendini sınırlayabilmekle beraber bazen

de yüksek enfektiviteye bağlı olarak kısa veya uzun periyotlu etkiler de meydana getirebilmektedir (13).

Geçmişten Bugüne Koronavirüs Salgınları

İngiltere’de 1965 yılında Dr. David Tyrrell liderliğinde soğuk algınlığı hakkında çalışmalar yapan bir grup araştırmacı, insan doku kültüründe yeni gibi görünen bir virüsü elektron mikroskobu altında incelemişlerdir. Bu virüsün 1930’larda bronşitli tavuklardan izole edilen virüse benzerliğini fark etmişlerdir ve bu virüsün keşfi ile koronavirusların insanlara bulaşma özelliği ilk kez kanıtlanmıştır. Harvard Tıp Fakóltesi üyesi Dr. Kenneth McIntosh; Hayvanlarda görülen ve “Avian Bronşit” olarak bilinen bu virüsler hakkında araştırmaların devam ettiğini ve aşılarının da mevcut olduğunu belirtmiştir. McIntosh ve ekibi ayrıca 1968 yılında OC43 kodu ile günümüzde solunum yolu enfeksiyonlarına yol açan başka bir koronavirüs keşfetmiştir. Böylece bu virüsler, bir elektron mikroskobu altında bakıldığı zaman taç benzeri yüzeyinin (Latince corona: Taç) güneşin dış katmanına benzerliğine dikkat çekilerek “Coronaviruslar” olarak adlandırılmışlardır (13).

İkibinli yılların başına kadar insanda üst solunum yolu enfeksiyonuna sebep olan HCoV-229E ve HCoV-OC43 türleri bilinmekteydi. Takip eden yıllarda HCoV-NL63 ve HCoV-HKU1 türlerinin de keşfi ile insanda basit gribal semptomlar ile giden, hafif-orta üst solunum yolu enfeksiyonuna sebep olan 4 koronavirüs türü kabul görmüştür (11).

Fakat 2002’de SARS-CoV ve 2012’de MERS-CoV türlerinin ortaya çıkması ile bu bakış açısı değişmiştir. Betakoronavirüs grubuna ait olan SARS-CoV ve MERS-CoV, şiddetli alt solunum yolu enfeksiyonu etkenleri olarak saptanmışlardır. Bu iki etken ortaya çıkışlarından kısa bir süre sonra geniş çapta salgınlara ve ölümlere sebep olmuşlardır (14).

Kasım 2002’de Çin’in Guangdong kentinde ölümcül bir atipik pnömoni etkeni ortaya çıkmıştır. 3 ay içerisinde bu bölgede 792 vaka tespit edilmiş ve hastalığın kısa sürede Vietnam, Singapur, Hong Kong’a; sonrasında ise Avrupa, Kanada ve Amerika’ya yayıldığı bildirilmiştir. Günümüze kadar gelen tüm vakaların yaklaşık %83’ü Hong Kong’da görülmüş olup bu bölgedeki indeks vakanın Guangdong’dan seyahat eden biri olduğu tespit edilmiştir (15,16).

Dünya Sağlık Örgütü Mart 2013’de bu yeni hastalığa “Şiddetli Akut Solunum Yetmezliği Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome) – SARS” adını verdiklerini

açıklamıştır. Bu hastalığın ön planda hayvan pazarlarından, vahşi hayvanlardan ve et satışı yapan restoranlardan bulaştığı düşünülmüştür. Yapılan çalışmalarda, hayvan pazarlarından alınan örnekler sonucu misk kedisi (*Paguma larvata*) adı verilen bir memeli türünde, SARS-CoV ile yüksek oranda benzerlik gösteren bir virüs saptanmıştır (17). İlerleyen zamanlarda, yarasaların birçok enfeksiyon etkeni için rezervuar görevi görmesi nedeni ile SARS-CoV için de bir ara konak olabileceği düşünülmüş ve yapılan birçok çalışma, özellikle “*Rhinolopus*” türü yarasalarda saptanan “Bat SARS-like koronavirüs” türleri ile SARS-CoV genomu arasında %92 benzerlik olduğunu göstermiştir (18,19). Çin’de yapılan çalışmalar sonucu, *Rhinolopus* türlerinden izole edilen iki ayrı koronavirüs türünün yarasalarda ve misk kedilerinde hücre içine girebilmek için, tıpkı SARS-CoV gibi ACE-2 reseptörünü kullandığı tespit edilmiştir (20).

SARS-CoV, hayvan rezervuarlarından insanlara geçebilmekle beraber genellikle insandan insana damlacık yolu ile bulaşır. İnkübasyon süresi ortalama 4-6 gündür. Semptomlar başlıca ateş, titreme, halsizlik, miyalji, ishal ve solunum sıkıntısıdır. Çoğunlukla gripten ayırt edilememektedir.

Dünya Sağlık Örgütüne göre 2002-2003 tarihleri arasında 9 aylık bir sürede SARS’dan ölüm oranı %10,9 olarak açıklanmıştır. Çin’de başlayarak 37 ülkeye dağılan SARS salgını dünyada 8422 vaka ve 916 ölüme neden olmuştur ve SARS virüsünün insanlığa tekrar tekrar farklı formlarda dönebileceği çoğu kez öngörülmüştür. Dr. McIntosh, SARS salgını ortaya çıktığında, koronavirüslerin aniden tekrar gündem olduğuna dikkat çekerek koronavirüs çalışmalarının bu salgın sonrasında çok daha kapsamlı ve daha teknik hale geldiğini ifade etmiştir (13).

Eylül 2012’de Suudi Arabistan’dan atipik pnömoni kaynaklı akut solunum yetmezliği vakası bildirilmiş ve alınan trakeal aspirat örneklerine dayanılarak yeni bir koronavirüs türü olduğu bildirilmiştir (21). Hastalığın çıkış noktası olan Arap Yarımadası’nda hızla çalışmalar başlatılmış ve retrospektif olarak Nisan 2012’de görülmüş olan bir dizi vaka da bu yeni koronavirüs vakası ile ilişkilendirilmiştir (22). Bu yeni türe “Ortadoğu Solunum Yetmezliği Sendromu Koronavirüsü (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus)”-MERS-CoV adı verilmiştir. Dünya çapında saptanan MERS vakalarının büyük bir çoğunluğu Arap Yarımadası ile ilişkilendirilmiştir. Bunun yanı sıra Kuzey Afrika, Avrupa, Asya ve Kuzey Amerika’da da MERS vakaları ortaya çıkmıştır. 2015’e kadar dönem dönem insidansında artış ve azalışlar görülmüş olup Mayıs 2015’te Güney Kore’de tekrar büyük bir salgın baş göstermiştir. Tıpkı SARS-CoV enfeksiyonunda olduğu gibi bu enfeksiyonda da index vakanın yakın zamanda

Birleşik Arap Emirlikleri ve Suudi Arabistan'a seyahat öyküsü olan bir hasta olduğu belirlenmiştir (23).

Arap Yarımadası'nda yapılan araştırmalar sonucu tek hörgüçlü deve türlerinin MERS-CoV için rezervuar olabileceği belirtilmiştir (24). Suudi Arabistan'da MERS nedeni ile hastaneye yatırılan bir hastanın, yatış sonrasında hastalanan devesinden alınan nazal sürüntü örneklerinde MERS-CoV PCR pozitif saptanmış olup hastadan izole edilen örnekler ile birebir aynı özellikte olduğu bildirilmiştir (25). Yine başka bir çalışmada, Suudi Arabistan'ın farklı bölgelerindeki 203 deveden alınan nazal sürüntü örneklerinin 150 tanesinde MERS-CoV antikorlarına rastlanmıştır (26).

Tüm koronavirüsler gibi MERS-CoV virüsü de damlacık yolu ile bulaşmaktadır. MERS, çoğunlukla SARS'a göre daha şiddetli semptomlar ile prezente olmaktadır. Ateş, öksürük ve nefes darlığı başta gelen semptomlar olmakla birlikte ishal, bulantı ve kusma da görülebilmektedir. Hastalık, seyri sırasında respiratuar distres sendromu ve multiorgan yetmezliği tablosuna ilerleyebilmektedir (27). Geçen seneye kadar tespit edilmiş 2500'ü aşkın MERS vakası mevcut olup mortalite oranı %35-40 civarında bildirilmiştir (17).

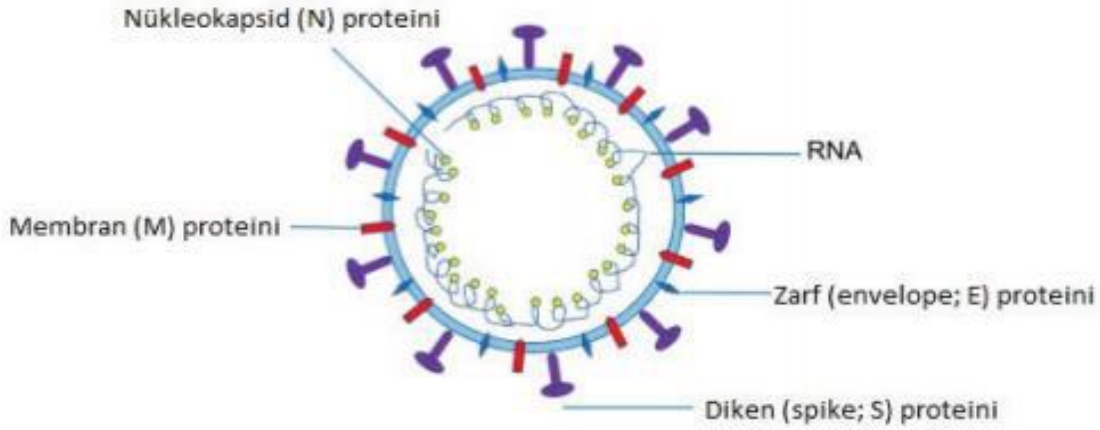
Günümüzde en son keşfedilen yeni koronavirüs türü (novel koronavirüs) ise 26 Aralık 2019 tarihinde, Çin'in Wuhan kentinde 41 yaşındaki erkek hastada saptanmıştır.

CORONAVİRİDAE AİLESİ

Coronaviridae ailesi, Uluslararası Virus Taksonomi Komitesi tarafından yapılan son düzenlemelere göre Riboviria aleminde, Nidovirales takımı, Cornidovirineae alt takımı içerisinde yer almaktadır. Bu aile içerisinde iki alt aile, beş cins, 26 alt cins ve 46 virüs türü bulunmaktadır. Orthocoronavirinae alt ailesine mensup insan ve hayvanların patojeni olan virüsler zarflı, pozitif polariteli, tek sarmallı RNA genomuna sahiptir. Bu alt aile içerisinde Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus ve Deltacoronavirus cinsleri mevcuttur. Alfakoronavirüs ve Betakoronavirüs memelileri, Gammakoronavirüs kanatlıları ve Deltakoronavirüs memelileri ve kanatlıları enfekte eden virüsleri içermektedir (28).

Koronavirüsler zarflı, pozitif polariteli, segmentsiz oldukça büyük virüslerdir. Helikal simetri gösteren virion yaklaşık 125 nm çapındadır. En önemli özellikleri virion yüzeyinde yer alan spike proteinleridir (14). Koronavirüs (CoV) yapısal olarak; Nükleokapsid (N) proteini, Transmembran (M) proteini, Zarf (E) proteini ve Spike (S) proteini olmak üzere 4 proteinden

oluşur. Çoğu koronavirüs türü enfeksiyöz bir virion oluşturmak için bu dört proteine birden ihtiyaç duyarken bazı türlerde farklı yapıda proteinlere de rastlanabilmektedir (29-31). Aşağıdaki şekilde koronavirüsün şematik yapısı gösterilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Koronavirüsün şematik yapısı (32).

Koronavirüs ailesinin tüm üyelerinde nükleokapsid benzer yapıda olup, nükleokapsidi oluşturan ana protein N proteinidir. Viral RNA'nın replikasyonunda ve konağın viral enfeksiyona hücresel yanıtında rol oynar (33, 34). Çalışmalar, N proteininin genomun virionlara taşınmasında ve viral RNA oluşumunda önemli rolü olduğunu göstermiştir (35). Diğer yandan CoV ile enfekte bazı hastalarda N proteinine karşı antikorlar tespit edilmiştir. Bu da N proteininin klinik tanıda da yeri olabileceğini göstermektedir (36-38).

S proteini glikoprotein yapıda olup koronavirüse tipik taç yapısını kazandıran sivri uçları oluşturur. S1 ve S2 olmak üzere iki alt birimi mevcuttur. S1 daha fazla olmak üzere, her ikisi de nötralizan antikorların salınımını indükler (39). S proteini aynı zamanda viral membranin hücrelere bağlanmasında ve membranların füzyonunda rol oynar (34-40).

Virüsün hedef hücreyi enfekte edebilmesi için S proteininin hücre üzerindeki hedef reseptörlere bağlanması gerekmektedir. Farklı CoV türleri, birbirinden farklı bölgeleri reseptör olarak kullanabilmektedirler. Örneğin HCoV-NL63 ve SARS-CoV reseptör olarak anjiyotensin dönüştürücü enzim-2 (ACE-2)'yi kullanırken MERS-CoV dipeptidil peptidaz-4 (DPP-4) ile bağlanarak yüzeye tutunur (41).

M proteini, koronavirüs yapısında en fazla bulunan bileşendir. Hücre zarlarında yeni viral partiküllerin oluşumunu sağlar. Aynı zamanda füzyon sırasında konak hücrenin bazı

proteinlerini viral zarftan uzak tutacak etkileşimler kurmakla görevlidir (42). M proteininin epitop haritalandırılması yapıldığında, bazı aminoasit kalıntılarının hasta serumu ile etkileşime girdiği görülmüştür. Bu nedenle konağın immün yanıtını indüklediği düşünülmektedir (36).

E proteini ise, hidrofobik yapıda bir transmembran proteindir. Boyutları itibariyle CoV yapısındaki en küçük bileşendir (36). Enfekte hücre içinde replikasyon sırasında çok miktarda sentezlenir ancak sadece ufak bir kısmı virion zarfının yapısına katılır (43). Proteinin membranın içinde kalan bölümü virionların salınımını sağlamakla görevlidir (36).

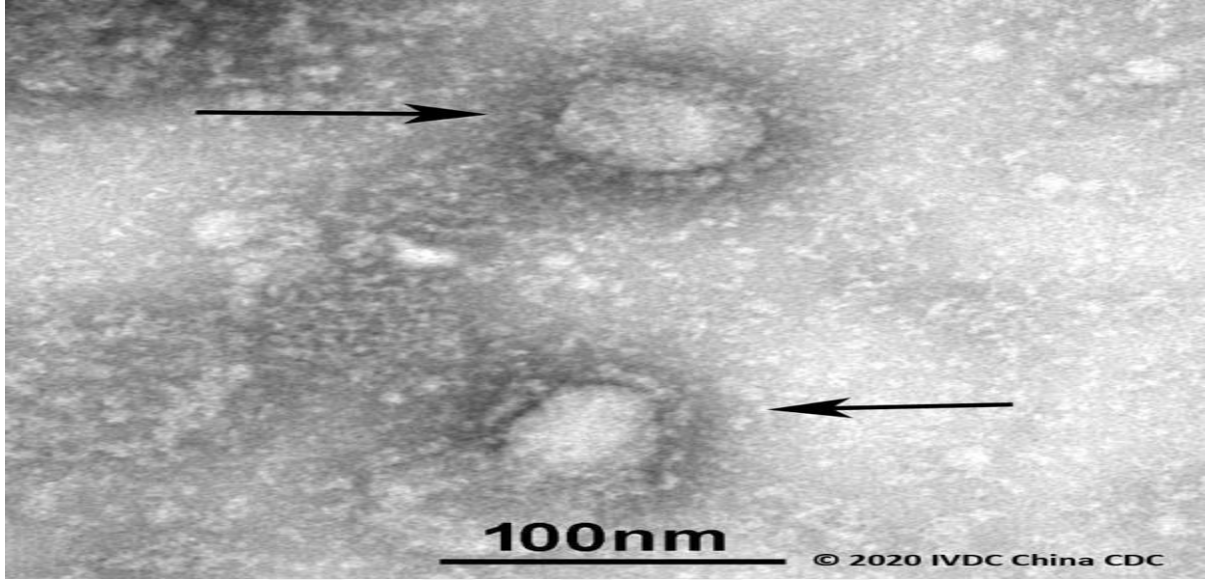
Novel Koronavirüs

Wuhan şehri sağlık komitesi tarafından 2019 yılının sonlarına doğru DSÖ'ye sebebi bilinmeyen bir dizi pnömoni vakası bildirilmiştir. Söz konusu vakaların ilkinin, 26 Aralık 2019'da 6 gündür devam eden ateş, göğüste sıkışma hissi, kuru öksürük ve halsizlik şikâyetleri ile gelen 41 yaşında erkek hasta olduğu tespit edilmiştir. Hastada etken saptanamaması üzerine yapılan araştırmalarda, hastanın yerel et ve deniz ürünleri satan bir markette çalıştığı, aynı ortamda bazı yabani hayvanların satışının da yapıldığı ve hastanın temasta bulunmuş olabileceği öğrenilmiştir (44).

Yapılan genetik analizler sonucu DSÖ, 7 Ocak 2020 tarihinde Çin'de yeni bir koronavirüs türünün (novel koronavirüs, 2019-nCoV) ortaya çıktığını açıklamıştır. Novel koronavirüsün ortaya çıkışı ile birlikte birçok genetik çalışma başlamış olup, bu yeni etkenin diğer koronavirüs türlerinden tamamen farklı bir tür olup olmadığı veya bilinen türlerin belirli mutasyonları sonucunda ortaya çıkıp çıkmadığı konuları üzerinde durulmuştur. Bir çalışmada, bu yeni patojenin S protein gen analizi yapılmış olup aminoasit diziliminin yarasalarda saptanan CoV türleri ile %82,3 ve SARS-CoV ile %77,2 oranında benzer olduğu saptanmıştır (44). Diğer yandan Chan ve ark.'nın (45) yaptığı genetik çalışmalarda novel koronavirüs genomunun yarasalarda saptanan CoV ile %89, SARS-CoV ile %82 oranında nükleotid benzerliği taşıdığı görülmüştür.

Novel koronavirüs S proteininin, tıpkı SARS-CoV'da olduğu gibi insan hücrelerinde ACE-2 reseptörüne bağlandığı gösterilmiştir. Yapılan bir çalışmada bu bağlantının yüksek affiniteli olduğu ve insandan insana bulaşta rol oynadığı saptanmıştır (46). Öte yandan yine S proteininin N-terminal kısmındaki aminoasit diziliminin, insan koronavirüslerinden en çok SARS-CoV ile benzerlik gösterdiği görülmüştür (44).

Tüm bunlar ışığında bu yeni virüse SARS-CoV-2 adı verilmiştir. Aşağıdaki şekilde yeni tip koronavirüsünün elektron mikroskopundaki görüntüsü gösterilmiştir (Şekil 2).



Şekil 2. Yeni koronavirüsün elektron mikroskobu görüntüsü (47).

1) Epidemiyoloji: İlk vakadan yola çıkılarak, tıpkı SARS-CoV gibi SARS-CoV-2'nin de yabani hayvan satışlarının yapıldığı, canlı hayvanlarla temas halinde olunan bir market kaynaklı ortaya çıktığı saptanmıştır. Kesin rezervuarı hala bilinmemekle birlikte yapılan çalışmalar yüksek oranda yarasaların rezervuar olabileceği lehine sonuçlanmaktadır (48).

Çin'de ortaya çıkışından sonra SARS-CoV2 hızla dünyaya yayılmıştır. Bu yeni hastalık Şubat 2020 itibariyle DSÖ tarafından “Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19)” olarak isimlendirilmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre Ocak 2020'nin son günlerinde Amerika ve Avrupa ülkelerinden ilk COVID-19 vakaları bildirilmeye başlanmıştır. Şubat 2020 itibariyle Brezilya, İspanya, İngiltere, İtalya ve İran başta olmak üzere birçok ülkede salgın baş göstermiştir. DSÖ'nün, 10 Mart 2020 tarihinde pandemi ilan etmesi ile eş zamanlı olarak Türkiye'de ilk vaka ortaya çıkmıştır. 4 Kasım 2020 tarihine kadar ülkemizde 379.775 kesin tanı ve 10.452 ölüm raporlanmıştır. Öte yandan yine aynı tarihe kadar DSÖ verilerine göre tüm dünyada 47.059.867 kesin tanı ve 1.207.327 ölüm bildirilmiştir (49).

2) Bulaş şekli: COVID-19'un ilk zamanlarda hayvan pazarlarında ortaya çıkmasından dolayı hayvandan insana bulaş ihtimali üzerinde durulmuştur. İnsandan insana bulaş ise yakın temas ve damlacık yoluyla (50). Kapalı alanlarda uzun süre kalındığında damlacık maruziyeti artmaktadır. Bulaş için bireyler arasında ortalama 1,8 metrelik mesafenin gerekli olduğu gösterilmiştir (51). Fekal bulaş konusu hala tam net olmamakla birlikte ishal ile seyreden hastaların dışkılarında SARS-CoV-2 tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada ise dışkıda canlı virüs saptanmıştır (52,53). Hamilelikte anneden bebeğe geçiş ile ilgili ise, intrauterin geçişe dair herhangi bir kanıt bulunamamıştır (54).

Yapılan çalışmalar sonucunda hastalığın inkübasyon süresi ortalama 5,2 gün olarak bildirilmiştir (55). Semptomlar en fazla 12,5 günde ortaya çıkmaktadır (55). Çoğu hastada semptomların ortaya çıkışı ile en yüksek oranda bulaştırıcılığın olduğu görülmüştür. Özellikle hastalığın erken dönemlerinde hastaların üst solunum yollarından alınan örneklerde viral yükün, ilerleyen dönemlerde alınan örneklerle kıyasla daha fazla olduğu saptanmıştır (56,57).

3) Klinik seyir ve risk faktörleri: COVID-19, asemptomatik taşıyıcılıktan akut solunum yetmezliği tablosuna kadar geniş bir klinik çeşitliliğe sahiptir. Hastalığın şiddeti asemptomatik, hafif, orta, şiddetli ve kritik olarak sınıflandırılabilir (58).

Hastalığın mortalitesi yaş ilerledikçe artmaktadır. Çin'de yayınlanan bir çalışmada, özellikle 80 yaş ve üzerinde mortalitenin 3 kata kadar arttığı gösterilmiştir (58). İtalya'da ise ölen hastaların %83'ünün 70 yaşın üzerinde olduğu tespit edilmiştir (59). Kore'de hastalığın tüm hastalardaki mortalite oranı %0,9 saptanmakla birlikte bu oranın 80 yaş üzerinde %9,3 olduğu görülmüştür (60).

Hastalığın seyri ile ilgili birçok çalışma yapılmaktadır. Yapılan çalışmalara göre bazı hasta gruplarında ve bazı risk faktörlerinin varlığında hastalığın daha kötü prognozlu seyrettiği ortaya konulmuştur. Diyabet, hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, kronik akciğer hastalığı, altta yatan bir malignite varlığı ve sigara kullanımı durumlarında COVID-19 ile enfekte olma riskinin arttığı gösterilmiştir (61). İtalya'da yapılan bir araştırmada, ölen 355 hasta içinden sadece 3 tanesinin bilinen bir komorbiditesi olmadığı saptanmıştır (62). Amerika Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi (The United States Centers for Disease Control and Prevention – CDC) şiddetli hastalık, yoğun bakım yatışları ve ölüm oranları ile yüksek oranda ilişkisi olduğu kanıtlanan bir dizi komorbid hastalık yayınlamıştır (63).

Tablo 1. COVID-19 hastalığının şiddeti ile ilişkilendirilen risk faktörleri (63)

Belirlenmiş Risk Faktörleri	Olası Risk Faktörleri
Kanser	Astım (orta ve şiddetli)
Kronik böbrek hastalığı	Serebrovasküler hastalıklar
Kronik obstrüktif akciğer hastalıkları	Kistik fibrozis
İmmün yetmezlik durumu	Hipertansiyon veya yüksek kan basıncı
Organ naklinden kaynaklanan immün yetmezlik durumu (zayıflamış bağışıklık sistemi)	Kan veya kemik iliği nakli, HIV, kortikosteroid kullanımı veya diğer bağışıklığı zayıflatan ilaçların kullanımından kaynaklanan bağışıklığı baskılanmış durum (zayıflamış bağışıklık sistemi)
Obezite (BMI >30 kg/m ² ancak BMI<40 kg/m ²)	Demans gibi nörolojik durumlar
Şiddetli obezite (BMI >40 kg/m ²)	Karaciğer hastalıkları
Gebelik	Fazla kilolu olmak (BMI> 25 kg/m ² , ancak <30 kg/ m ²)
Down sendromu	
Orak hücreli anemi	Talasemi
Kardiyovasküler hastalık • Kalp yetmezliği • Koroner arter hastalığı • Kardiyomiyopatiler	Pulmoner fibrozis
Sigara içmek	
Tip-2 Diyabetes mellitus	Tip-1 Diyabetes mellitus

Hastalığın semptomları non-spesifik olup tutulumun şiddetine göre üst solunum yolu enfeksiyonu ile hipoksik pnömoni tablosu arasında geniş bir spektruma sahiptir. Başlıca semptomları kuru öksürük, halsizlik, ateş ve yaygın miyaljidir. Şiddetli tutulumlarda göğüste sıkışma hissi ve nefes darlığı da ortaya çıkmaktadır. Öte yandan koku ve tat duyusundaki değişiklikler, ishal, bulantı, kusma gibi atipik semptomlar ile de prezentasyonlar bildirilmiştir (64-66). Hong Kong’da yapılan bir çalışmada, COVID-19 tanılı 59 hastanın %25,4’ünde gastrointestinal semptomlar görülmüş olup %15,3’ünde gaitada viral RNA saptanmıştır (67). Bir başka akciğer dışı klinik bulgu da konjonktivitir. İtalya’da bir hastanın tedaviye dirençli

konjonktiviti olması nedeni ile oküler sıvıdan örnekleme yapılmış ve viral RNA saptanmıştır. Ek olarak viral RNA düzeyinin her gün giderek azaldığı ve 21. günde tamamen sıfırlandığı görülmüştür (68).

Hafif belirti ve bulguların yanı sıra, ağır semptomlar ve yoğun bakım ihtiyacı olan hastalar da mevcuttur. Yapılan çalışmalar özellikle ileri yaşta ve komorbiditesi olan hastalarda daha şiddetli hastalık görüldüğünü ve daha çok yoğun bakım yatışının olduğunu ortaya koymuştur. Bu komorbiditeler içinden en çok bildirilenler ise diyabet ve hipertansiyon olmuştur (69,70). Kritik hasta gruplarında en sık hipoksemik solunum yetmezliği (bazen eşlik eden hiperkapni de olabilmektedir) ve bunu takiben ARDS'nin (Acute Respiratory Distress Syndrome) %60 oranında geliştiği bilinmektedir. Bunun yanı sıra %30 hastada septik şok ve %10-30 hastada akut renal hasar geliştiği görülmüştür (71).

4) Tanı ve tedavisi: COVID-19 için günümüzde kabul görmüş altın standart tanı yöntemi revers transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR) yöntemi ile viral RNA'nın saptanmasıdır (72).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı COVID-19 kılavuzuna göre, örnekleme üst veya alt solunum yollarından yapılmaktadır (73). Alt solunum yollarından trakeal aspirat veya bronkoskopi ile örnekleme yapılamadığı durumlarda üst solunum yollarından nazofaringeal yıkama ile veya nazal ve orofaringeal sürüntü ile örnek gönderilmelidir. Her ne kadar tanıda altın standart olsa da RT-PCR tekniğinin sensitivitesi %50-62 arasında değişmektedir (74) .

Tanı için bir başka yöntem, SARS-CoV-2'ye karşı gelişmiş olan immünglobulinlerin ELISA (Enzyme-linked immunosorbent assay) yöntemi ile tespit edilmesidir. Bu antikorların ne zaman pozitifleştiği veya ne kadar süre serumda tespit edilebilir oldukları henüz kesinleşmemiştir (75).

Günümüzde COVID-19 için güvenilirliği ve etkinliği kanıtlanmış spesifik bir tedavi bulunmamaktadır. Bu hastalığa etkili bir tedavi bulabilmek amacıyla şu anda çok sayıda ilaçla 100'den fazla randomize kontrollü çalışma yapılmaktadır. Tedavi seçeneklerinin, randomize kontrollü çalışmalar çerçevesinde ve diğer bilimsel araştırmalar ile elde edilen bilgilere dayalı kullanımının, daha akılcı olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda içinde bulunulan durumun aciliyeti nedeniyle, etkili olabileceği yönünde sınırlı da olsa veri bulunan tedavi seçenekleri, tüm dünyada yaygın şekilde kullanılmaktadır. Viral enfeksiyonların genelinde olduğu gibi,

İnfluenza ve SARS'tan elde edilen veriler, antiviral tedavinin erken başlanması daha yararlı olduğunu düşündürdüğü için de antiviral ilaçların mümkün olduğunca erken başlanması önerilmiştir (73).

COVID-19'a özgü bir tedavinin bulunması çok zaman alacağı için, mevcut pandemi sırasında ülkemizde ve diğer ülkelerde bu hastalığa karşı antiviral olarak, insanlarda daha önce başka hastalıkların tedavisi için ruhsatlandırılmış, bu endikasyonlarda güvenli olduğu gösterilmiş ve in-vitro olarak SARS-CoV'a etkili olduğu belirlenmiş hidroksiklorokin, favipiravir, remdesivir, lopinavir-ritonavir gibi ilaçlar önerilmiş ve kullanılmıştır. Bu ilaçların COVID-19'daki etkinliği ve güvenilirliği konusunda çok sayıda çalışma halen devam etmektedir. Mevcut bilimsel veriler, asemptomatik olup PCR testi pozitif saptanmış bireylere antiviral tedavi başlanmasını desteklememektedir. Ancak erken başlanan ilaçların daha etkili olduğuna ilişkin genel bilgilere dayanarak, hastayı değerlendiren hekimin uygun bulması halinde ve yan etkiler konusunda dikkatli olmak kaydıyla bu hastalara antiviral tedavi başlanabilir (73).

Salgının ilk dönemlerinde yapılmış çalışmalarda gebe olmanın ağır seyirli COVID-19 için fazladan risk yaratmadığı bildirilmiştir. Ancak son dönemde yapılmış bazı çalışmalarda gebelerde enfeksiyonun daha ağır seyredebileceği görülmüştür. Gebelerde komplike olmayan COVID-19 enfeksiyonu için tedavisiz izlem seçeneği öncelikle düşünülmelidir. Olası tanı almış olan gebelerde risk faktörü varsa veya ağır seyir söz konusu ise tedavi verilmesi düşünülmelidir. Gebelerde etkinliği kanıtlanmış bir tedavi seçeneği olmamakla birlikte, hidroksiklorokin ve lopinavir/ritonavirin kullanımı güvenlidir. Favipiravir gebelerde ve emzirenlerde kullanılmamalıdır (73).

Ayaktan izlenecek asemptomatik kesin COVID-19 olgularında, ayaktan izlenecek komplike olmayan veya hafif-orta pnömonisi olan olası/kesin COVID-19 olgularında Hidroksiklorokin 2x200 mg dozunda ve/veya Favipiravir ilk gün yükleme dozunda (2x1600 mg) sonrasında idame dozunda (2x600 mg) verilerek toplam tedavi süresi 5 güne tamamlanacak şekilde önerilir (73).

Hastanede yatırılarak izlenmesi gereken pnömoni tanılı hastalarda Hidroksiklorokin ve/veya Favipiravir tedavisi 10 güne kadar uzatılabilir. Oksijen ihtiyacı olan hastalarda 6mg/gün deksametazon veya eşdeğeri glukokortikoidler (örneğin 40 mg/gün prednisolon veya 32 mg/gün metilprednisolon) 10 gün kadar kullanılabilir (73).

SALGINLARIN RUHSAL BOYUTLARI

Salgınlar her zaman insanlık tarihinin önemli bir parçası olmuştur. İspanyol gribi (1918-1920), Asya gribi (1956-1957), SARS (2002-2003), Domuz gribi (2009), Ebola (2013-2014) ve diğer salgınlar dünya çapında insanları etkilemiştir (76).

Pandemi sırasında ortaya çıkan psikolojik tepkiler aşırı korkudan, kayıtsızlığa ve kaderciliğe kadar giden çeşitlilik gösterebilmektedir. Bazı insanlar tehdide uyum sağlayıp daha az endişe duyarlarken, bazılarında psikolojik etkiler şiddetli ve uzun süreli olmaktadır (77).

Toplumların karşı karşıya kaldığı bu pandemi dönemlerinde bireylerde kaygı, korku, yalnızlık, öfke, depresyon, stres, hayal kırıklığı, can sıkıntısı, kaçınma davranışları görülebilmektedir. Pandemilerle ilişkili ortaya çıkan bu tepki ve davranışları anlamak ve bu süreci iyi bir şekilde yönetmek için psikolojik faktörler mutlaka ele alınmalıdır (77).

Salgınlarda bireylerde görülen psikolojik tepkiler şu başlıklar altında toplanabilir (78):

- Hastalanma ve ölüm korkusu,
- Geçim kaynaklarını kaybetme, izolasyonda iken çalışamama, işten çıkarılma korkusu,
- Tedavi gereken durumlarda hastalığı kapma endişesiyle sağlık kurumlarına başvurmaktan çekinme,
- Toplum tarafından dışlanma ya da temaslı olarak değerlendirilip karantina altına alınma korkusu,
- Sevdiklerini koruyamama, onlara virüs bulaştırma ve virüs yüzünden sevdiklerini kaybetme korkusu,
- Karantina uygulaması nedeniyle sevdiklerinden ve bakım verenlerden ayrı tutulma korkusu,
- Engelliler veya yaşlılarla ilgilenmeyi hastalık kapma korkusuyla reddetme,
- İzolasyon koşullarından dolayı çaresizlik, sıkıntı, yalnızlık ve depresif hissetme.

İnsanlar enfeksiyon tehdidine yanıt olarak yineleyici kontrol etme ve güvence arama davranışı gösterebilmektedir. Bazı kişilerde, enfeksiyon ile ilgili uyaranlardan kaçınma durumu aşırı boyutlara ulaşabilmektedir. Bu kişiler enfeksiyon kaynaklarını bulaştan arındırmak veya bulaştırmacıları kendilerinden uzaklaştırmak için hijyen kurallarını uygulamaktan daha ağır davranışlar gösterebilmektedir. Bu duruma örnek olarak, önerilen şekilde el yıkamak yerine bunu çok daha uzun süre ve çok daha sık arayla yapma davranışı verilebilir (78).

SARS salgınında 29 ülke virüs tarafından etkilenmiş, binlerce insan enfekte olmuştur. Bu kişilerin arasında enfeksiyon kapmış çok sayıda sağlık çalışanı da vardır. Sağlık çalışanlarını da içine alan yüksek ölüm oranının meydana getirdiği endişenin yanı sıra, SARS hastalarını tedavi eden sağlık çalışanlarında uykusuzluk, baş ağrısı gibi fiziksel semptomlar ile birlikte travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) semptomları da görülmüş ve psikolojik sonuçlar ortaya çıkmıştır (79).

Kore’de, MERS salgını sırasında görev yapan sağlık personelinde de salgın sonrasında TSSB belirtileri, Kongo Demokratik Cumhuriyeti’nde 2018 yılında, Sierra Leone’de 2014 yılında Ebola salgınları sırasında enfekte hastalarla doğrudan teması olan sağlık personelinde yüksek düzeyde endişe bildirilmiştir (80,81).

Yapılan başka bir çalışmada ise, karantinaya alınan sağlık çalışanlarının, karantinaya alınan toplumun diğer kişilerine göre TSSB belirtilerinin daha şiddetli olduğu, kendilerinde SARS olup başkalarını enfekte edebilecekleri endişesine daha fazla kapıldıkları, daha fazla gelir kaybı rapor ettikleri, karantinadan sonra daha fazla kaçınma davranışı sergiledikleri, daha fazla damgalanma hissettikleri ve psikolojik olarak daha fazla etkilendikleri saptanmıştır (82). Ayrıca bir çalışmada ağır koruyucu giysiler ve N95 maskeleri kullanmak zorunda olan sağlık personelinde, iletişimin zorlaştığı ve bu durumun da psikolojik strese yol açtığı belirtilmiştir (83).

Kore’de MERS-CoV salgını sırasında yapılan bir çalışmada ise iyi donanımlı ekipman ve güvenli yapılandırılmış çevrede çalışan sağlık personelinde psikolojik adaptasyonun daha iyi olduğu ancak sağlık çalışanı olarak damgalanmanın ve ağır çalışmanın, sağlık çalışanının ruh sağlığı üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (84).

COVID-19 SALGINI İLE ORTAYA ÇIKAN SORUNLAR

İnsanoğlunun yerleşik hayata geçmesiyle birlikte daha aktif bir konuma gelen mikroorganizmalar tarihin belli dönemlerinde salgınlara dönüşerek büyük nüfus kayıplarına yol açmış ve önemli ekonomik ve sosyal değişimlere neden olmuştur. Tarih boyunca bazı medeniyet coğrafyaları, farkında olarak ya da olmadan hem kendini ve hem de dünyanın geri kalanını yok edecek, öldürücü güçlerini kendi elleriyle ortaya çıkarmıştır (13).

COVID-19 pandemisi ve akabinde yaşanan gelişmeler, başta sağlık olmak üzere pek çok açıdan dünyayı etkisi altına almıştır. 2002’de SARS, 2012’de MERS, şimdi de SARS-CoV-

2 ile dünya sadece pnömoni ile değil başka sağlık problemlerinin yanı sıra ruhsal ve ekonomik sonuçlarla da karşı karşıya kalmıştır (13).

Koronavirüs; ideolojik, ekonomik, dini ya da sosyal statü gözetmeksizin herkesi hedef almaktadır. Dolayısıyla yaşamın her alanında olumsuz etkileri görülmektedir ve görülmeye devam edecektir. Virüs tüm dünyada etkilerini özellikle ekonomi, sağlık ve sosyal yaşam başta olmak üzere kendisini kriz şeklinde göstermektedir. Mevcut durumda kurulu düzenler, yeniden şekillenmeye ve köklü değişime zorlanmaktadır (85).

Günümüzde devam etmekte olan COVID-19 pandemisinin ekonomik ve politik alanların yanı sıra akıl sağlığı üzerinde de ciddi etkiler bırakabileceği düşünülmektedir (86). Toplumsal iletişimin fiziki kısıtlılığa uğraması, eğitim faaliyetlerinin askıya alınması, ekonomik faaliyetlerin durdurulması veya yavaşlatılmak zorunda kalması, spor müsabakalarının ertelenmesi veya iptal edilmesi, işsiz kalma veya izolasyon önlemlerine rağmen çalışmak zorunda olma, mahkemelerin ertelenmesi gibi hayatın pek çok alanı pandemiden etkilenmiştir (87).

Ülkeler yurt dışından dönen insanlar için zorunlu karantina gibi halk sağlığı önlemleri almıştır. Hastalığın risklerini ve etkisini hafifletmek için okullarda eğitime ara verilmiş, temel olmayan hizmetler durdurulmuştur. İdari yetkililer virüsün yayılımını önlemek için tedbirler alırken dünyada mağaza sahipleri ve tedarikçi firmalar raflarındaki eşyaları korumakta zaman zaman zorlanmışlardır (87). İnsanlar cerrahi maske depolamış, temizlik araç gereçleri ve gıda stoku için marketlere koşmuştur. Günlük yaşamdaki bu tür ani değişikliklerin, akıl sağlığını önemli ölçüde etkileyebilecek risk faktörleri olduğu düşünülmektedir (88).

Koronavirüs-19 Enfeksiyonun Ruhsal Boyutları

1) Pandeminin genel popülasyon üzerinde ruhsal ve davranışsal etkileri: Salgınlar karşısında insanlar bir nevi psikolojik baskı altındadır. SARS ve H1N1 influenza salgınlarında yapılan araştırmalar toplumun panik ve korkuya maruz kaldığını, bu durumun önemli psikolojik sonuçlara neden olduğunu göstermiştir (89,90). COVID-19 salgını için de benzer durum söz konusudur. Salgının başladığı Çin'de yapılan bir araştırmada, katılımcıların yaklaşık üçte birinin mevcut durumdan orta-yüksek şiddette kaygı duyduğu sonucuna ulaşılmıştır (88).

Koronavirüs salgını sebebiyle birçok ülkede, evde izolasyon önlemleri uygulanmıştır. İzolasyon önlemlerinin etkilerini araştıran bir çalışmada, kişilerde kafa karışıklığı, öfke,

enfeksiyon korkuları, hayal kırıklığı, damgalanma, can sıkıntısı, TSSB semptomları, yetersiz bilgi, mali kayıp, yetersiz tedarik gibi olumsuz etkiler bildirilmiştir (91).

Yunanistan'da yapılan bir çalışmada salgın süreci ile ilgili belirsizlik nedeniyle depresyon, anksiyete gibi ruhsal hastalıkları olan hastaların korku ile birlikte panik ataklarının ve psikosomatik semptomlarının yeniden ortaya çıktığı, sıkıntı ve korku ifade eden hasta sayısında artış olduğu, kardiyovasküler hastalık komorbiditesi olan hastaların anjina ve kalp yetmezliği dekompanseman semptomları yaşadıkları ifade edilmiştir (92).

COVID-19 enfeksiyonuna daha az duyarlı oldukları bilinen çocuklarda okulların ve oyun alanlarının kapatılması, kontaminasyon korkusu sebebiyle açık hava etkinliklerini kısıtlaması sonucunda, salgının çocuklar üzerinde de dolaylı olarak psikosomatik semptomlar ve panik ataklara yol açtığı düşünülmektedir (93). Ayrıca ülkemizde yapılan bir çalışmada pandemi sırasında evde izole olmanın ve okulların kapatılmasının gençlerde de endişe ve yalnızlığa neden olduğu bildirilmiştir (94).

Pandeminin ekonomik etkileri düşünüldüğünde dünya üzerinde birçok işyerinin bu süreçte kapalı kalması ile artan işsizlik, üretimin azalmasının getirdiği temel gıda başta olmak üzere çeşitli ürünlere erişimin azalması, bazı hizmet sektörlerinde maaş alan grubun maaşlarını kesintili olarak alması beraberinde huzursuzluğu da arttırmaktadır. Ayrıca COVID-19 enfeksiyonu sebebi ile yakınını kaybeden aile üyeleri kültürel geleneklerine göre cenaze töreni yapamadıkları için bu durum tutulamamış yas sürecinin getireceği psikolojik süreç için de bir risk oluşturmaktadır (11).

Bireyler alışık olmadık bu duruma sürdürülebilir bir ruhsal uyum gösteremeyebilirler. Yapılan araştırmalar salgın sürecinde alkol, uyuşturucu tüketimi, sanal oyun, kumar gibi potansiyel bağımlılık yapan davranışların ve aile içi şiddetin arttığını göstermektedir (95-97).

Pandeminin duygudurum ve psikotik bozuklukların gelişimine katkı sağlayabileceği olasılığının yanı sıra, SARS-CoV-2 enfeksiyonunun tedavisinde kullanılan ilaçların olumsuz psikiyatrik etkilerinin de farkında olunmalıdır. Örneğin, hidroksiklorokin tedavisi ile psikotik belirtilerin ortaya çıkabileceği bildirilmiştir (98). Sonuç olarak bu salgın sırasında tüm toplumda stres, anksiyete ve depresyon başta olmak üzere psikolojik sorunların arttığı belirtilmiştir (99).

2) Pandeminin enfekte bireyler ile aileleri ve temaslıları üzerindeki ruhsal ve davranışsal etkileri: Koronavirüs ile enfekte veya enfeksiyon şüphesi olan bireylerde hastalığın erken dönemlerinde bulaştırmıcılık ve ölümle ilgili korkuların yüksek oranda olduğu saptanmıştır. Yine hastalık sonrası dönemde yaşamına devam eden kişilerde depresyon, anksiyete bozuklukları ve TSSB gibi birçok psikiyatrik bozukluk gelişme riskinin yüksek olduğu bildirilmiştir (88,100).

COVID-19 hastalığını geçirmenin, hastalık sebebiyle ölüm olasılığının farkında olunmasının ve bu sebepten dolayı güçlü şekilde korku ve çaresizlik duyguları yaşanmasına bağlı olarak TSSB gelişme ihtimali artmıştır. Ayrıca, COVID-19 tanısı konulan bireylere uygulanan izolasyon ve karantina önlemlerinin TSSB dahil olmak üzere çeşitli ruh sağlığı sorunlarının gelişimi için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (95,101,102). Hastalık sebebiyle karantinaya alınmanın bireylerde sıkıntı, öfke, yalnızlık, depresyon, anksiyete, uykusuzluk, inkâr, umutsuzluk, zararlı madde kullanımı, kendine zarar verme ve intihar eğilimini artırdığı gözlenmiştir (88,100,103,104).

Bulaşıcı hastalık sebebiyle izole edilen hastalara yapılan yetersiz açıklama ve enfeksiyon kontrol önlemlerinin hızlı uygulanması hastalarda ek psikolojik yük oluşturmaktadır (105). Karantinanın etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, karantina sırasında sosyal izolasyonun ve özgürlüğün kısıtlanmasının sinirlilik ve distrese neden olduğu bildirilmiştir (91).

Yapılan çalışmalarda karantina bitiminden üç sene sonraya kadar depresif belirtiler ve madde bağımlılığı gibi uzun dönem etkiler de gösterilmiştir (91,95,106). COVID-19 ile enfekte kişilere ilave olarak, bu kişilerin aile bireyleri ve temaslılarının karantinaya alındıkları için ruhsal sorunlar yaşadıkları, suçluluk, utanç veya toplum tarafından damgalanma hissettikleri de saptanmıştır (88). Ayrıca aile üyeleri ve yakın temaslılar arasında TSSB ve depresyon sıklığında da artış bildirilmiştir (107). Sevdiklerini pandemi sürecinde hastalık sebebiyle kaybedenlerin çaresizlik, yalnızlık, endişe ve üzüntü duydukları, hatta bakım ekibine ve hastaya karşı öfkeli tutumlar sergiledikleri bildirilmiştir (105).

Daha önceki salgınlarda yapılan çalışmalar, hastaların fiziksel olarak iyileştikten sonra da, pandemi dönemindekine benzer şekilde psikolojik sorunlar yaşadıklarını göstermiştir (107). Bu psikolojik sorunların bireylerde; uzun vadede TSSB, depresyon, anksiyete bozuklukları gibi bazı ruhsal bozukluklar şeklinde seyredebileceği gösterilmiştir (108).

3) Pandeminin mevcut psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde ruhsal ve davranışsal etkileri: COVID-19 pandemisi sürecinde ruhsal bozukluğu olan bireyler bu dönemden en çok etkilenenlerdendir. Pandemi sürecinin psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde iki önemli etkisi vardır. Bu etkilerden ilki ve en önemlisi önceden psikiyatrik bozukluğu olan bireylerin altta yatan psikiyatrik hastalıklarının kötüleşmesidir. Çünkü stres, ruh sağlığı bozukluklarının belirtilerinin ortaya çıkışına, gelişimine ve şiddetinin artmasına neden olur (109,110). İkinci önemli etki de, mevcut psikiyatrik hastalığı bulunan bireylerin COVID-19 ile ilişkili kısıtlamalar sebebiyle tedavilerini sürdürmede (muayene, terapötik görüşme, ilaçların temini, vb.) ya da alevlenme durumunda uygun bir sağlık kuruluşuna ulaşmada güçlük yaşamasıdır.

Yapılan çalışmalarda depresif ve psikotik belirtilerin alevlenme dönemleri öncesinde stresli yaşam olaylarının artış gösterdiği bildirilmiştir. Bipolar duygudurum bozukluğu ve şizofreni tanısı olan kişilerin semptomlarının kötüleşmesinde stresin etkili olduğu, bu hasta grubunda şiddetli kaçınma ve düşük başa çıkma davranışlarının izlendiği görülmüştür (111). Bu süreçte şizofreni hastalarının genel popülasyona göre salgının olumsuz etkileri açısından daha riskli oldukları bildirilmiştir (112).

Obsesif kompulsif bozukluğu (OKB) olanlarda kontaminasyon ve temizlik ile ilgili obsesyonların pekişmesi ile hastalık şiddeti artabilmektedir. Aynı zamanda pandemi sonrası süreçte diğer insanların temizlik ile ilgili önlemleri azaltması veya bırakması ile OKB hastalarının kaçınma ve kompulsif davranışlarında artış görülebilmektedir (113).

Madde kullanım bozukluğu (MKB) olan bireylerin genel sağlık durumları ve immün sistemlerinin iyi olmaması nedeniyle COVID-19 ile enfekte olma risklerinin yanı sıra, bu kişilerin yoksunluk belirtileri yaşama ihtimallerinin artacağı da öngörülebilir. Yapılan çalışmalarda uygulanan kısıtlamaların maddenin temin edilememesine ve MKB olan bazı bireylerin maddeyi kendilerinin üretme girişiminde bulunacaklarına veya intihar girişiminde bulunabileceklerine dikkat çekilmiştir (114,115). Bu sebeplerle MKB olan bireylere rehberlik edebilecek yardım hatlarına erişiminin sağlanması önem arz etmektedir (114,115).

4) Pandeminin sağlık çalışanlarında ruhsal ve davranışsal etkileri: Mesleki rol ve çalışma ortamına bağlı olarak pandemi sürecinin ruh sağlığı üzerine etkileri en fazla sağlık çalışanlarında hissedilmektedir (116). Sağlık çalışanları, tüm dünyayı etkisi altına alan bir enfeksiyonla mücadelede sağlık hizmeti talebinin artışına bağlı olarak artan iş yükü ile kendilerinin ve sevdiklerinin enfekte olma korkusuyla karşı karşıyadırlar.

Sağlık çalışanlarının COVID-19 salgını sırasında olumsuz ruhsal etkilenmelerinin nedenleri arasında:

- Hızla kötüleşme potansiyeline sahip her yaştan artan sayıda hastaya bakım yaparken duygusal gerginlik ve fiziksel tükenme,
- Uzun çalışma saatleri,
- Enfeksiyon kapma riski,
- Fiziksel yorgunluk,
- Koruyucu ekipman temininde yaşanan sıkıntılar,
- Karantina koşulları nedeniyle veya aileye bulaş olmasını engellemek için evinden ve ailesinden uzun süre ayrı kalmak,
- COVID-19'a yakalanan veya COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden iş arkadaşlarına tanık olmak,
- Aile üyelerini enfekte etme konusunda yaşanan kaygı,
- COVID-19 hastalarının bakımında yeni veya bilinmeyen klinik roller (örneğin yoğun bakım deneyimi olmayan personelin bu alanda çalışma zorunluluğunun doğması) ve genişletilmiş iş yükü,
- COVID-19 semptomları gösterenlerde prognozun belirsizliği ve aynı zamanda iş yerinde enfeksiyonu yayma korkusu,
- Güncel bilgi ve iletişime erişim eksikliği,
- Depresyon, anksiyete ve psikolojik sıkıntıyı yönetmek için ruh sağlığı hizmetlerine sınırlı erişim sayılabilir (117,118).

COVID-19'un olası salgını hakkında ilk uyarıda bulunan kişi olan Dr. Li Wenliang, 7 Şubat 2020'de COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Koronavirüs Çin'de ve tüm dünyada yayılırken pek çok sağlık personeli virüse yakalanmış veya virüs nedeniyle hayatını kaybetmiştir (119).

Çin'de COVID-19 ile enfekte hastalar ile ilgilenen 1257 sağlık çalışanı ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %70'inden fazlasında psikolojik distres olduğu gösterilmiştir. Aynı çalışmada yazarlar, çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının işlerinde isteksiz çalıştıklarını veya istifa etmeyi düşündüklerini ve yüksek düzeyde stres, anksiyete, depresyon belirtileri gösterdiklerini vurgulamışlardır (12). Yine Çin'de 1563 sağlık çalışanının değerlendirildiği bir başka çalışmada, travmatik stres belirtilerinin yaygınlığı %73,4, depresif belirtiler %50,7, anksiyete %44,7 ve uyku bozukluğu %36,1 şeklinde bildirilmiştir (120). Ayrıca yapılan başka

bir çalışmada, sağlık çalışanları arasında enfekte hastalarla doğrudan ilgilenen sağlık çalışanlarının ruhsal etkilenmelerinin, diğer sağlık çalışanlarından daha fazla saptanması da dikkat çekicidir (121).

Pandeminin bitmesinden sonra da sağlık çalışanlarında anksiyete, TSSB, depresyon ve tükenmişlik belirtileri izleneceği öngörülmektedir. Yapılan çalışmalarda klinisyenlerin yanı sıra bu süreçte ön cephede sağlık hizmeti sunanlarda da (paramedikler, ambulans şoförleri) depresyon, anksiyete ve TSSB gibi ruhsal sorunlar geliştiği gösterilmiştir (107).

Çin’de 2003 yılı SARS salgınından sonra hastane çalışanlarının değerlendirildiği bir çalışmada, SARS salgını sırasında karantinaya alınma ve salgından önceki travma deneyiminin depresif belirtilerin şiddetini artırmada önemli olduğu gösterilmiştir. Salgından 3 yıl sonra sağlık çalışanlarının %22,3’ünde orta veya şiddetli depresif belirtiler saptandığı, depresif belirtileri şiddetli olan grubun yaklaşık %60’ında karantinaya alınma öyküsü olduğu bildirilmiştir. Karantinaya alınmış katılımcılar arasında salgın sonrası depresif belirtilerdeki şiddet artışını, damgalanmada artış ve azalmış sosyal destek ile ilişkilendirerek açıklamışlardır (106). Pekin’de sağlık çalışanlarının değerlendirildiği bir başka çalışmada ise, SARS salgınından 3 yıl sonra yüksek riskli servislerde çalışan sağlık çalışanlarının diğer çalışanlarla karşılaştırıldığında alkol kullanım bozukluğu belirtileri riskinin yaklaşık 1,5 kat artmış olduğu saptanmıştır (95).

KORONAFOBİ

Özgül fobiler, eskiden basit fobi olarak da bilinen, bazı durumlar veya nesnelerden duyulan mantıksız ve aşırı korkudur. Psikiyatride mantıksız korkular arasında özgül fobiler dışında sosyal fobi ve agorafobi gibi korkular da incelenir. Ancak özgül fobiler, fobiler grubu arasında en yaygın olan türüdür. Özgül fobiler toplumda %2,7 oranında görülür (kadında %3,8, erkekte %1,4). Dul ve boşanmışlarda, bekâr ve evlilere göre daha fazla özgül fobi vardır. Toplum taramalarında rastlanan özgül fobiklerin yaş ortalaması toplum genelinden düşüktür (ortalama 39,5, özgül fobide 37,9). Bunun nedeni hastalığın erken başlangıçlı olmasıdır. Özgül fobinin başlama yaşı ortalama 16,5’dir. Birçok hasta çocukluğundan beri bu korkularının olduğunu, bir kısmı ise ergenlik döneminden sonra oluştuğunu söyler. İleri yaşta özgül fobi başlaması nadirdir. Hastalığın seyri genellikle kroniktir (122).

“Koronafobi” terimi ise, COVID-19 ile ilgili aşırı ve mantıksız bir korkuyu tanımlamak amacıyla literatürde yerini almıştır (123). Bu korkunun, daha önce psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda psikotik semptomların ortaya çıkışını tetikleyebileceğine dair olgu raporları mevcuttur (124). Bununla birlikte, literatürde daha önceden psikiyatrik hastalık öyküsü olmayan, COVID-19 korkusu ile tetiklenen psikotik semptomların ortaya çıktığı ve tedaviye hızla iyi yanıt alındığı bildirilen bir olgu dikkat çekmektedir (125).

Yaşam ortamının değişmesi insanların kendilerini güvensiz, huzursuz ve endişeli hissetmelerine sebep olur (84). Bu gibi sebeplerle yaygın anksiyete bozukluğu ve sağlık kaygısı olan hastaların pandemi sırasında belirtilerinde artış görülebilir. Çökkün ruh hali, azalmış enerji ve günlük aktivitelere olan ilginin azalması gibi depresif belirtilerle anksiyete daha da kötüleşebilmektedir (84,113).

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde çalışan tüm sağlık çalışanları ile yapılmıştır. Çalışmanın evrenini hastanemiz başhekimliği ve dekanlıktan alınan toplam verilere göre 2222 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Çalışmamızın örnekleme hata payı %5, güven aralığı %95 alınarak minimum katılımcı sayısı 328 kişi olarak belirlenmiştir. Bu çalışmanın yapılması için <http://bilimselarastirma.saglik.gov.tr> adresi üzerinden T.C Sağlık Bakanlığı tarafından izin alınmış (Ek 1), alınan izin sonrası etik kurula başvurulmuştur.

Çalışmamız, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilip etik kurul onayı (Ek 2) alındıktan sonra 01 Ekim 2020 ile 01 Ocak 2021 tarihleri arasında çalışmayı kabul eden toplamda 475 gönüllü sağlık çalışanına uygulanmıştır. Çalışmanın anket formu katılımcılara online olarak uygulanmıştır. Online ulaşılamayan katılımcılara sosyal mesafe ve hijyen şartları sağlanarak yüz yüze anket yapılmıştır. Katılımcılar ile görüşme sırasında en az 2 metre sosyal mesafe korunmuş ve hem araştırmacı hem de katılımcı tarafından maske kullanılmıştır. Kullanılan kalemler bireye özgü olup her katılımcıya yeni bir kalem ile anket yapılmıştır.

Çalışmamızda Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde sağlık çalışanı olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmak araştırmaya dâhil edilme kriterleri olarak belirlenmiştir. İletişimi engelleyecek bir problemin bulunması ise araştırmaya dâhil edilmeme kriteri olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların bilgilendirilmesi ve onamlarının alınması çalışmanın anket formunun giriş bölümünde bulunan, araştırmanın amacını açıklayan ve araştırmaya gönüllülük esasına göre alınacağını bildiren bir metin yardımıyla sağlanmıştır. Araştırmamızda katılımcıların

kimlik bilgileri alınmamıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan anket (Ek 3) ile veriler toplanmıştır. Anket formu 45 sorudan oluşmaktadır. Çalışmanın ilk 12 sorusu katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumları ile ilgili soruları, 13-25 numaralı sorular katılımcıların pandemi süreci ile ilgili araştırmacı tarafından oluşturulan soruları içermiştir. Anketin son 20 sorusunda Koronavirüs-19 Fobisi Ölçeği (CP19-S) yer almıştır.

KORONAVİRÜS-19 FOBİSİ ÖLÇEĞİ

Koronavirüs-19 Fobisi Ölçeği Arpacı ve ark. (126) tarafından 2020 yılında geliştirilmiştir. Çalışmada 1250 kişiden oluşan örneklem grubu belirlenerek Açıklayıcı Faktör Analizi (EFA) kullanılıp; ardından 2143 kişiden oluşan örneklem grubuna Doğrulayıcı Faktör Analizi (CFA) uygulanmıştır. Ölçek her biri 5 sorudan oluşan 4 faktör altında, toplamda 20 sorudan oluşmaktadır. Bu faktörler sırasıyla şöyle tanımlanmıştır:

Faktör 1:Psikolojik, Faktör 2:Psikosomatik, Faktör 3:Ekonomik, Faktör 4:Sosyal.

Dört faktörlü çözüm toplam varyasyonun %61,65 açıklamıştır. Bu dört faktör açıklanan varyansın sırasıyla %16,97, %16,30, %16,19 ve %12,19'unu açıklamaktadır. Çalışmanın alt ölçeklerinin Cronbach alfa değerleri $0,853 < \alpha < 0,897$ aralığında olup yeterli iç tutarlılık göstermektedir. Ölçek genelinin Cronbach alfa değeri 0,926'dır.

Koronavirüs-19 Ölçeği COVID-19'a karşı gelişebilen fobiyi değerlendirmek üzere geliştirilmiş, 5'li Likert tipi bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ölçek maddeleri; “Kesinlikle katılmıyorum” ile “Kesinlikle katılıyorum” arasında değerlendirilir.

Ölçek içerisindeki 1, 5, 9, 13, 17 ve 20 numaralı maddeler ölçeğin psikolojik alt boyutunu; 2, 6, 10, 14 ve 18 numaralı maddeler ölçeğin somatik alt boyutunu; 3, 7, 11, 15 ve 19 numaralı maddeler ölçeğin sosyal alt boyutunu; 4, 8, 12 ve 16 numaralı maddeler ise ölçeğin ekonomik alt boyutunu değerlendirmektedir. Alt boyut puanları o alt boyuta ait maddelere verilen cevapların puan toplamı ile elde edilirken, toplam CP19-S puanı alt boyut puanlarının toplamı ile elde edilir. Toplam puan 20 ile 100 puan arasında değişir. Puanların yüksekliği alt boyutlardaki ve koronafobi düzeyindeki yüksekliğe işaret eder.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no:10240642) istatistik programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler kısmında kategorik değişkenler sayı ve yüzde verilerek, sürekli değişkenler ise ortalama±standart sapma ve ortanca (en küçük-en büyük değer) ile sunulmuştur.

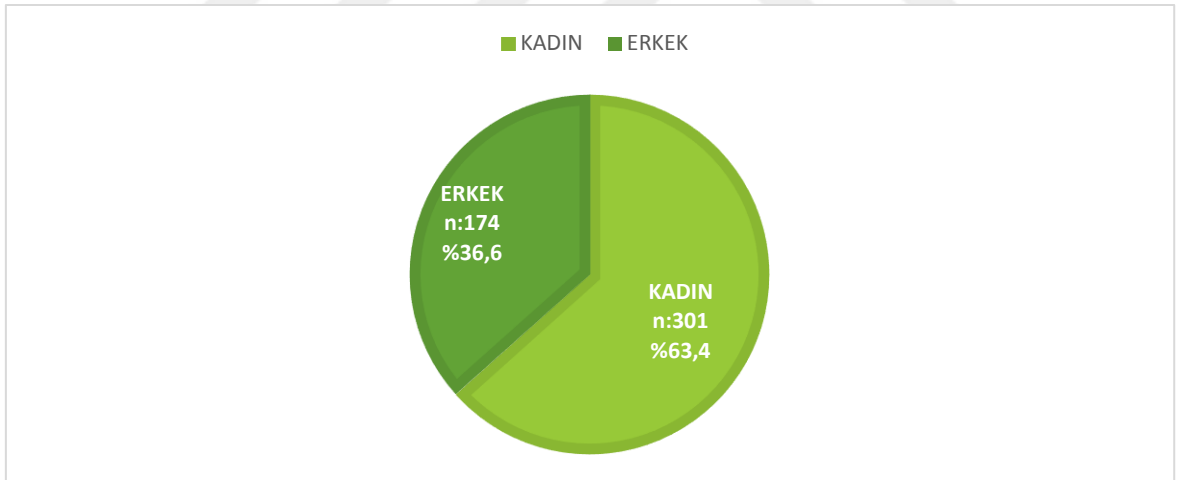
Araştırmadaki değişkenlerin normallik durumu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Dağılımının değerlendirilmesinde aynı zamanda görsel (histogram ve olasılık grafikleri), analitik (çarpıklık basıklık değerleri ve normallik testleri) kullanılmıştır. Veriler normal dağılıma uymadığı için, çalışmamızda non-parametrik testler kullanılmıştır. Bağımsız iki grup için Mann Whitney U, bağımsız ikiden çok grup için Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Kruskal Wallis testinde anlamlı farklılıkların görülmesi durumunda Bonferroni düzeltilmesi yapılmış ikili alt grup tayini ile alt gruplar arasında farklılık olan gruplar belirlenmiştir. Değişkenler arası ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson ya da Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p), ilgili testlerle birlikte gösterilmiş olup $p \leq 0,05$ olduğunda istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



BULGULAR

TANIMLAYICI BULGULAR

Çalışmamıza 174'ü (%36,6) erkek, 301'i (%63,4) kadın toplam 475 sağlık çalışanı dâhil edilmiştir (Şekil 3).



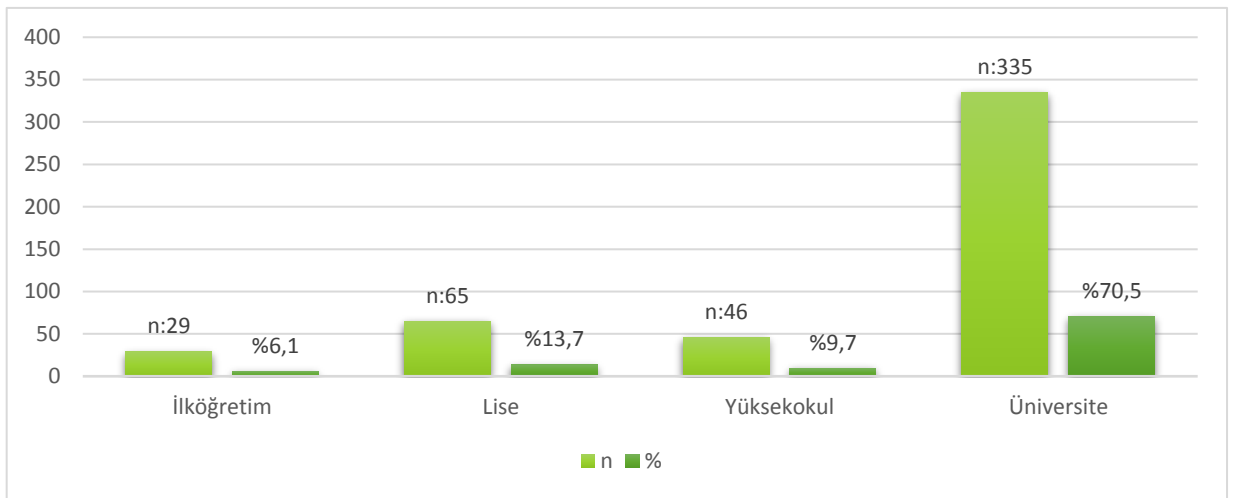
Şekil 3. Katılımcıların cinsiyet dağılımı.

Sağlık çalışanlarının yaş ortalaması $31,3 \pm 7,6$ (minimum 20 maksimum 63) yıl olarak saptanmıştır. Erkek çalışanların yaş ortalaması $31,6 \pm 7,8$ yıl, kadın çalışanların yaş ortalaması $31,2 \pm 7,5$ yıl olarak saptanmış olup erkekler ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların yaş ortalaması

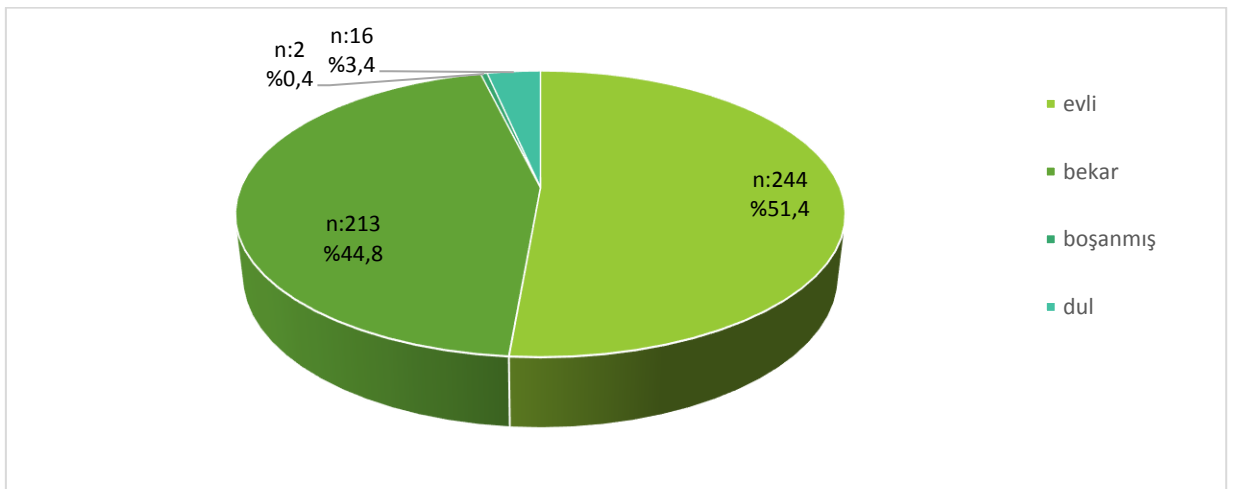
		Ortalama $\pm$ ss
Yaş ortalaması	Kadın	31,2 $\pm$ 7,5
	Erkek	31,6 $\pm$ 7,8

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının arasında hiç eğitim almamış katılımcı saptanmamıştır. Katılımcıların 29'unun (%6,1) ilköğretim mezunu, 65'inin (%13,7) lise mezunu, 46'sının (%9,7) yüksekokul mezunu, 335'inin (%70,5) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (Şekil 4).



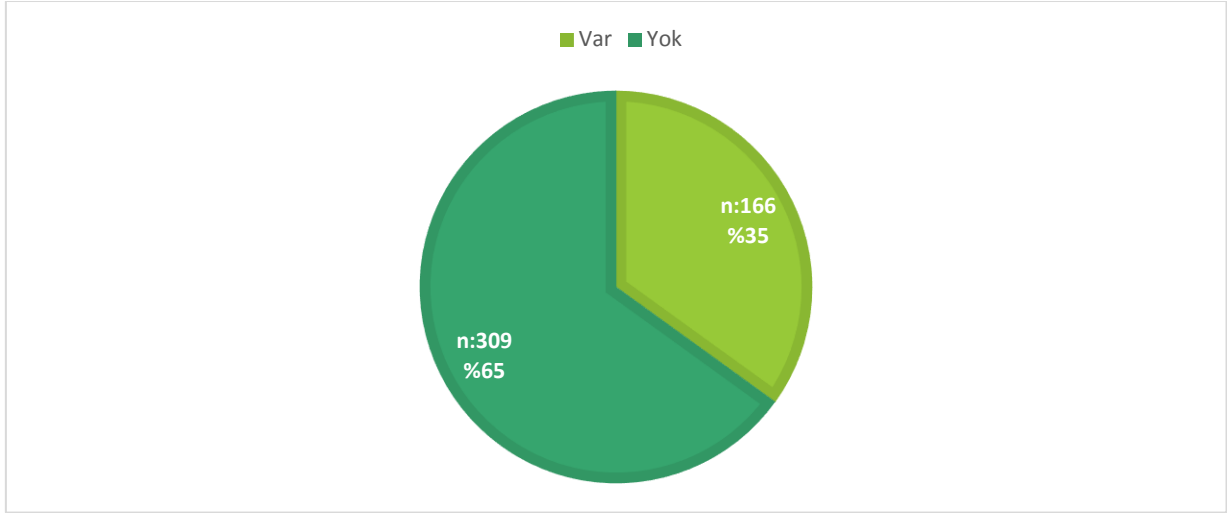
Şekil 4. Katılımcıların eğitim durumları.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının 244'ünün (%51,4) evli, 213'ünün (%44,8) bekâr, 16'sının (%3,4) dul, 2'sinin (%0,4) boşanmış olduğu saptanmıştır (Şekil 5).



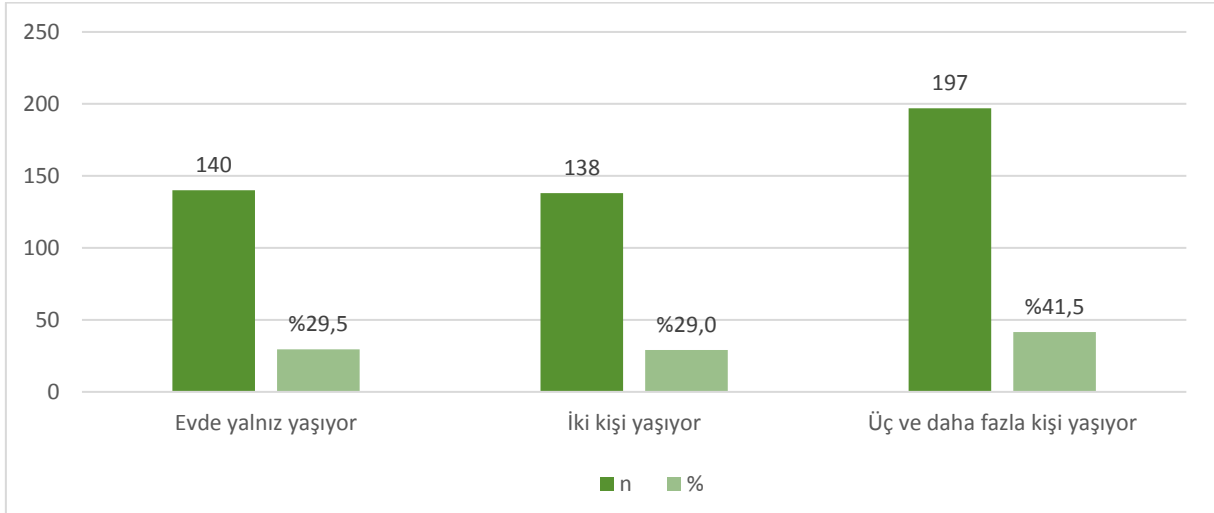
Şekil 5. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının medeni durumları.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının 309'unun (%65,0) çocuk sahibi olmadığı, 166'sının (%35,0) çocuk sahibi olduğu saptanmıştır (Şekil 6). Çocuk sahibi olan katılımcıların çocuk sayılarının ortanca değeri 1 (minimum 1, maksimum 3) olarak bulunmuştur.



Şekil 6. Katılımcıların çocuk sahibi olma durumuna göre dağılımı.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının 140'ının (%29,5) evde yalnız yaşadığı, 138'inin (%29,0) iki kişi yaşadığı, 197'sinin (% 41,5) üç ve daha fazla kişi ile yaşadığı görülmüştür (Şekil 5).



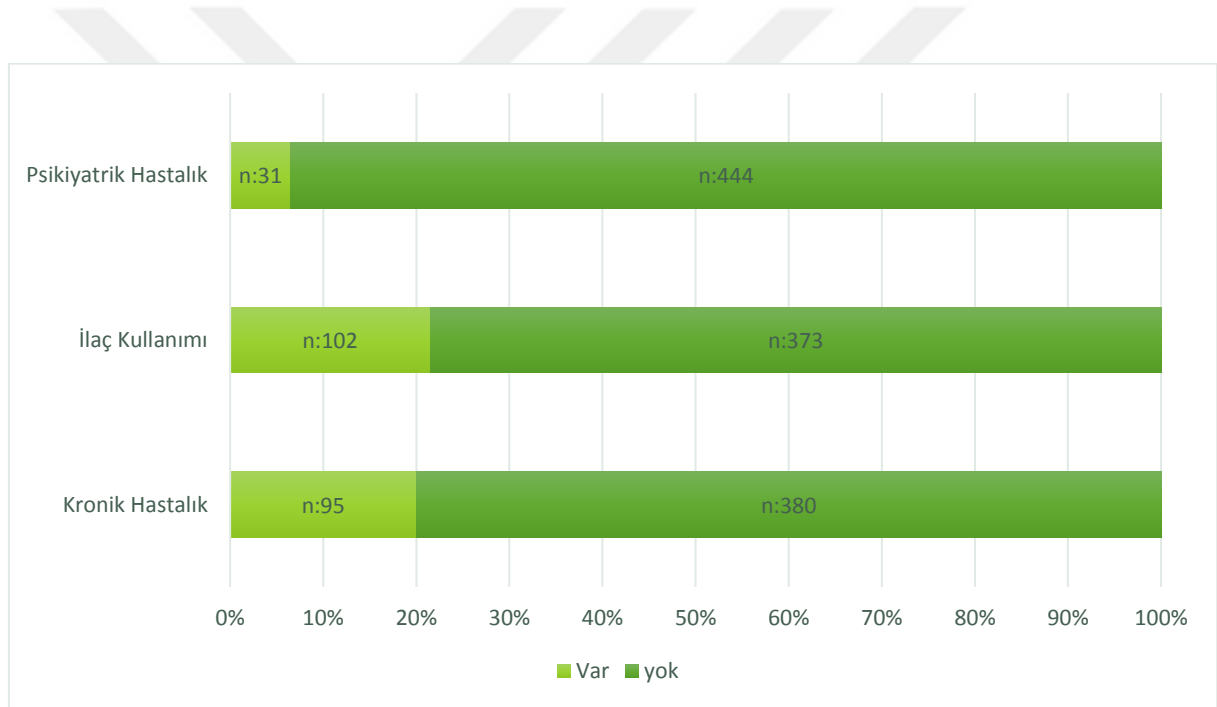
Şekil 7. Katılımcıların "Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?" sorusuna verdikleri yanıt.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının 434'ü (%91,4) aynı evde 65 yaş üstü yakını ile beraber yaşamadığını, 41'i (%8,6) ise aynı evde 65 yaş üstü yakını ile beraber yaşadığını belirtmiştir (Tablo 3).

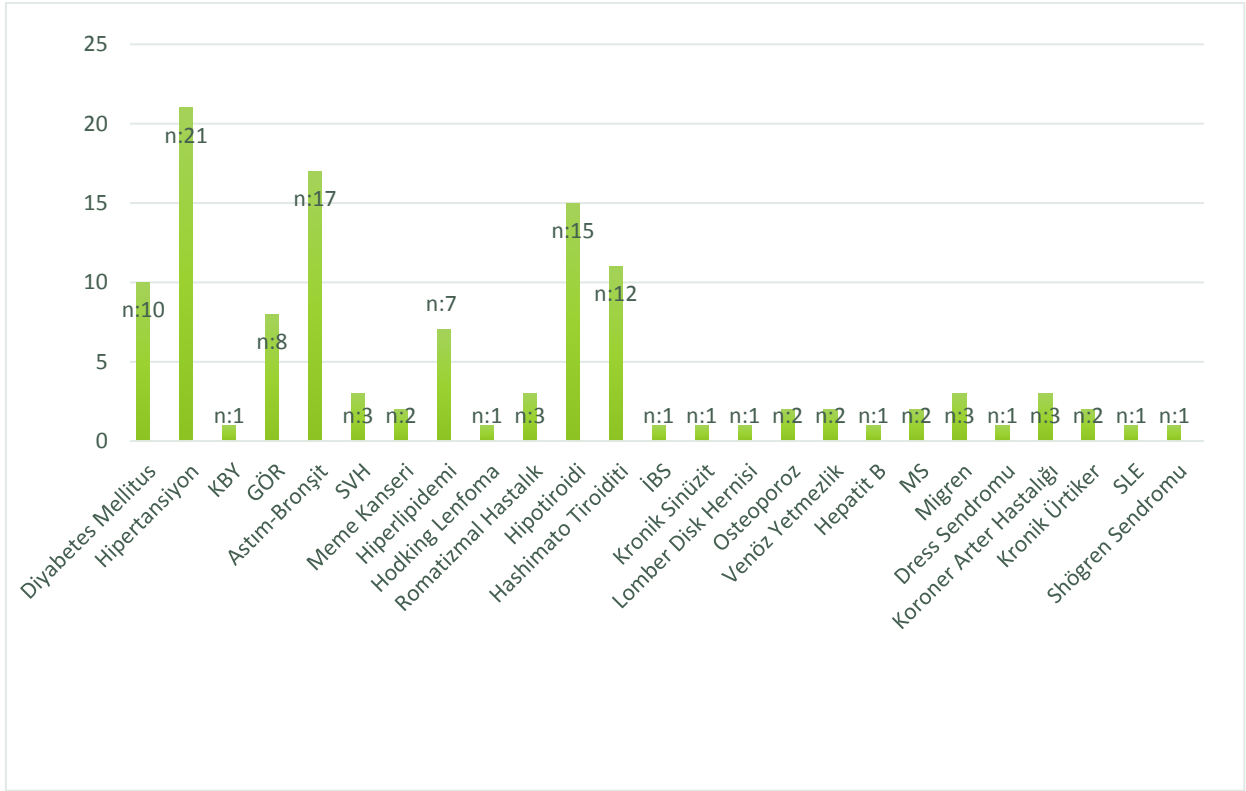
Tablo 3. Katılımcıların 65 yaş üstü yakın ile birlikte yaşama durumları

		n	%
Evde 65 yaş üstü yakın	Yok	434,00	%91,4
	Var	41,00	%8,6

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının 380'inin (%80,0) herhangi bir kronik hastalığı olmadığı, 95'inin (%20,0) en az bir kronik hastalığı olduğu, 373'ünün (%78,5) herhangi bir ilaç kullanmadığı, 102'sinin (%21,5) en az bir ilaç kullandığı saptanmıştır. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının 444'ünün (%93,5) herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmadığı, 31'inin (%6,5) en az bir psikiyatrik hastalığı olduğu saptanmıştır (Şekil 8).

**Şekil 8. Katılımcıların kronik hastalık, ilaç kullanımı ve psikiyatrik hastalık durumları.**

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanları arasında en sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon, astım-bronşit, hipotiroidi ve diyabetes mellitustur. Katılımcıların 21'inde (%4,4) hipertansiyon, 17'sinde (%3,6) astım-bronşit, 15'inde (%3,2) hipotiroidi, 12'sinde (%2,5) hashimato tiroiditi, 10'unda (%2,1) diyabetes mellitus, 8'inde (%1,7) gastroözefageal reflü, 7'sinde (%1,5) hiperlipidemi tanıları mevcuttur. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının sahip olduğu diğer kronik hastalıklar şekil 9'da gösterilmiştir.



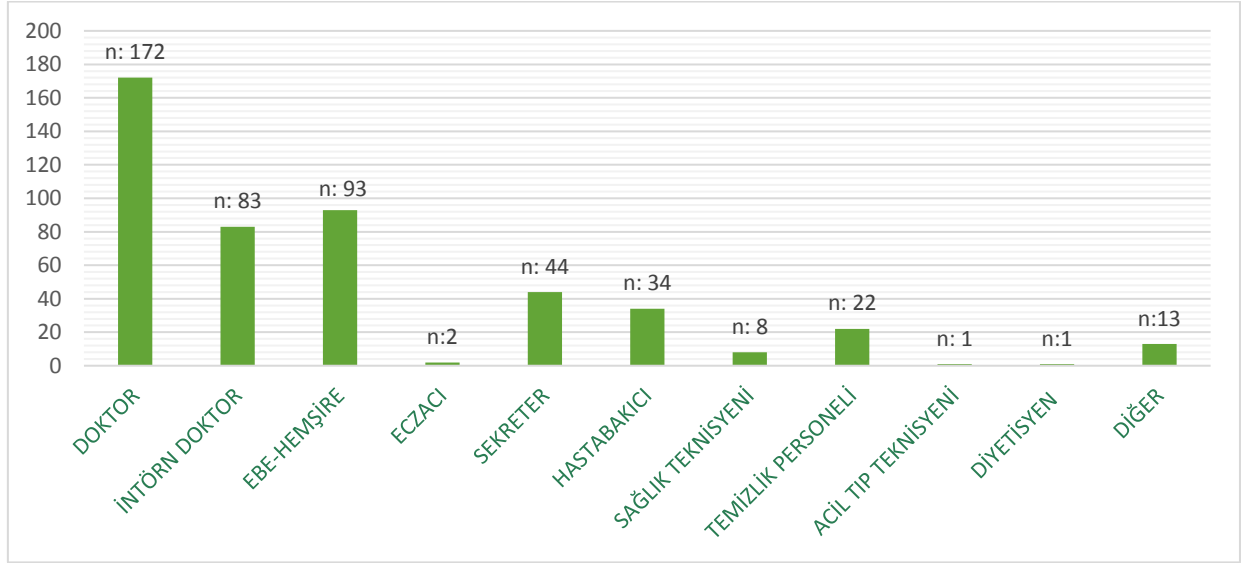
Şekil 9. Katılımcıların sahip olduğu kronik hastalıklar.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının 27'sinin (%5,7) tiroid hormonu kullandığı, 21'inin (%4,4) antihipertansif kullandığı, 15'inin (%3,2) antidiyabetik kullandığı, 14'ünün (%3,0) SSRI kullandığı saptanmıştır. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının kullandıkları ilaçlar tablo 4'de gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların kullandıkları ilaçlar

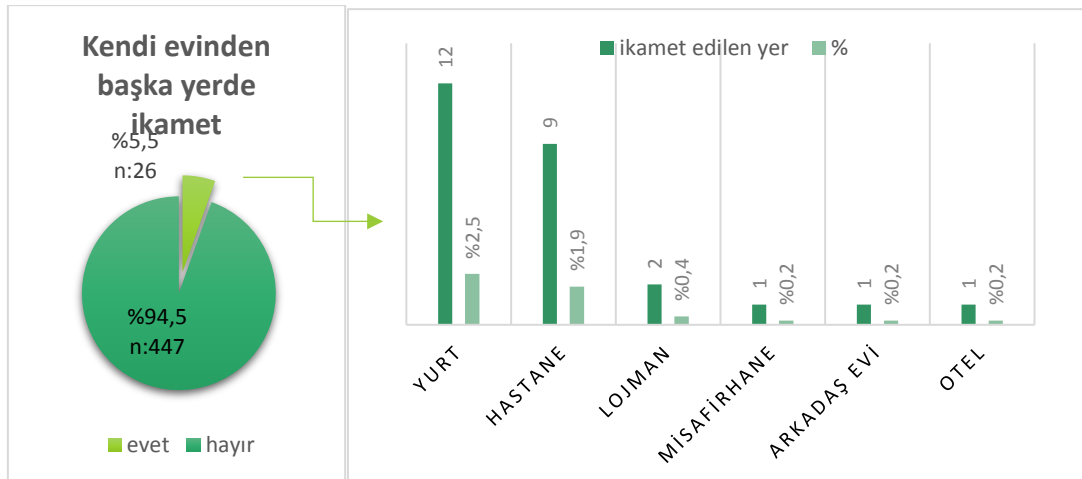
İlaç	n(%)	İlaç	n(%)	İlaç	n(%)	İlaç	n(%)
Tiroid Hormonu	27(5,7)	Montelukast	6(1,3)	OKS	4(0,8)	Kolşisin	1(0,2)
Anti Hipertansif	21(4,4)	Antihistaminik	6(1,3)	Probiyotik	1(0,2)	Atomoksetin	1(0,2)
Anti Diyabetik	15(3,2)	PPI	6(1,3)	Roaccutane	1(0,2)	Motilite düzenleyici	1(0,2)
SSRI	14(3,0)	Alendronik Asit	2(0,4)	Siklosporin	1(0,2)	Tamoksifen	1(0,2)
Anti Lipidemik	7(1,5)	İnterferon	2(0,4)	SNRI	1(0,2)	TNF Blokeri	1(0,2)
Antiagregan	7(1,5)	NSAİ	2(0,4)	Oral KS	1(0,2)	H2 Reseptör Blokeri	1(0,2)
İnhaler KS	6(1,3)	Üriner Antispazmodik	2(0,4)	Plaquanil	1(0,2)	Trisiklik anti depresan	1(0,2)
		İnhaler Betaagonist	4(0,8)				

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının 172'sinin (%36,4) hekim, 83'ünün (%17,5) intörn hekim, 93'ünün (%19,7) ebe-hemşire, 2'sinin (%0,4) eczacı, 44'ünün (%9,3) sekreter, 8'inin (%1,7) sağlık teknisyeni, 34'ünün (%7,2) hasta bakıcı, 22'sinin (%4,7) temizlik personeli, 1'inin (%0,2) acil tıp teknisyeni, 1'inin (%0,2) diyetisyen ve 13'ünün (%2,7) diğer sağlık çalışanları grubunda olduğu saptanmıştır (Şekil 10). Ayrıca katılımcıların meslekteki ortalama süresi $7,5 \pm 7,2$ (minimum 0,5 maksimum 36) yıl olduğu saptanmıştır.



Şekil 10. Katılımcıların meslek grupları.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının 447'sinin (%94,5) pandemi sürecinde kendi evinden başka yerde ikamet etmediği, 26'sının (%5,5) kendi evinden başka yerde ikamet ettiği öğrenilmiş olup, evinden başka yerde ikamet eden sağlık çalışanlarının 12'si (%2,5) yurttan, 9'u (%1,9) hastanede, 2'si (%0,4) lojmanda, 1'i (%0,2) misafirhanede, 1'i (%0,2) otelde, 1'i (%0,2) arkadaşının evinde kaldığını belirtmiştir (Şekil 11).



Şekil 11. Katılımcıların pandemi sürecinde evleri dışında yaşadıkları yerler.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının 270'inin (%57,1) tütün ürünü kullanmadığı, 40'ının (%8,5) pandemi sürecinde tütün ürünü kullanımının arttığı, 16'sının (%3,4) pandemi sürecinde tütün kullanmayı bıraktığı, 147'sinin (%31,0) pandemi sürecinde tütün ürünü kullanım miktarında herhangi bir değişiklik olmadığı saptanmıştır (Tablo 5).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının 260'ının (%55,2) alkol kullanmadığı, 14'ünün (%3,0) pandemi sürecinde alkol kullanımının arttığı, 7'sinin (%1,5) pandemi sürecinde alkol kullanmayı bıraktığı, 190'ının (%40,3) pandemi sürecinde alkol kullanım miktarında herhangi bir değişiklik olmadığı saptanmıştır (Tablo 5).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının 466'sının (%99,2) uyuşturucu madde kullanmadığı, 1'inin (%0,2) pandemi sürecinde uyuşturucu madde kullanımının arttığı, 3'ünün (%0,6) pandemi sürecinde uyuşturucu madde kullanımında değişiklik olmadığı saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların tütün, sigara, uyuşturucu kullanım durumu değişiklikleri

		n	%
Tütün kullanımında değişiklik	Tütün ürünü kullanmıyorum.	270	57,1
	Evet, tütün kullanımım arttı.	40	8,5
	Evet, tütün kullanımını bıraktım.	16	3,4
	Tütün kullanımım etkilenmedi.	147	31,0
Alkol kullanımında değişiklik	Alkol kullanmıyorum.	260	55,2
	Evet, alkol kullanımım arttı.	14	3,0
	Evet, alkol kullanmayı bıraktım.	7	1,5
	Alkol kullanımım etkilenmedi.	190	40,3
Uyuşturucu kullanımında değişiklik	Uyuşturucu madde ürünü kullanmıyorum.	466	99,2
	Evet, uyuşturucu kullanmayı bıraktım.	0	0,0
	Evet, uyuşturucu kullanmayı arttırdım.	1	0,2
	Uyuşturucu madde kullanımım etkilenmedi.	3	0,6

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının 300'ünün (%63,7) pandemi sürecinde aktif rol almadığı, 171'inin (%36,3) aktif rol aldığı saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların pandemide aktif rol alma durumları

		n	%
Pandemide aktif rol alındı mı?	Hayır	300	63,7
	Evet	171	36,3

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının 297'sinin (%62,5) COVID-19 PCR testi yaptırmadığı, 178'sinin (%37,5) en az bir kere COVID-19 PCR testi yaptırdığı tespit edilmiştir. COVID-19 PCR testi yaptıranların 72'sinin (%40,5) temas öyküsü olması nedeni ile, 56'sının (%31,5) semptom varlığı nedeni ile 50'sinin (%28,0) tarama amacı ile test yaptırdığı saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların COVID-19 PCR testi yaptırma durumları ve test yaptırma sebepleri

		n	%
COVID-19 PCR testi yapıldı mı?	Hayır	297	62,5
	Evet	178	37,5
Test yaptırma sebebi nedir?	Semptom varlığı	56	31,5
	Temas öyküsü	72	40,5
	Tarama amacıyla	50	28,0

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının 451'inin (%95,4) COVID-19 tanısı almadığı, 18'inin (%3,8) COVID-19 tanısı alıp evde tedavi gördüğü, 4'ünün (%0,8) COVID-19 tanısı alıp hastanede tedavi gördüğü saptanmıştır. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının hiçbiri yoğun bakımda tedavi almamıştır (Tablo 8).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının COVID-19 tanısı pozitif olanların 5'i (%22,7) hastalığı kendisine göre çok düşük şiddette, 8'i (%36,4) düşük şiddette, 7'si (%31,8) orta şiddette, 2'si (%9,1) şiddetli geçirdiğini belirtmiştir. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının hiçbiri kendisine göre hastalığı çok şiddetli şekilde geçirmediğini belirtmiştir.

Tablo 8. Katılımcıların COVID-19 tanısı alma durumları

		n	%
COVID-19 tanısı alma durumu	Hayır	451	95,4
	Evet, evde tedavi aldım	18	3,8
	Evet, hastanede tedavi aldım	4	0,8
	Evet, yoğun bakımda tedavi aldım	0	0,0

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının “COVID-19 enfeksiyonuna yakalanma olasılığınız sizce nedir?” sorusuna 24’ü (%5,6) çok düşük olasılık, 25’i (%5,8) düşük olasılık, 145’i (%33,7) orta olasılık, 100’ü (%23,3) yüksek olasılık, 136’sı (31,6) çok yüksek olasılık şeklinde yanıt vermiştir.

Katılımcılardan enfekte olmayanlardan, “COVID-19 enfeksiyonuna henüz yakalanmadıysanız ancak ileride enfekte olma ihtimalinizi düşündüğünüzde yaşayacağınız hastalığın şiddeti sizce nedir?” soruna 49’u (%11,3) çok düşük şiddette, 95’i (%21,9) düşük şiddette, 182’si (%42,0) orta şiddette, 63’ü (%14,6) şiddetli, 44’ü (%10,2) çok şiddetli geçirecekleri şeklinde yanıt vermiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların enfekte olma hakkındaki düşünceleri

		n	%
Enfekte olma olasılığı	Çok düşük olasılık	24	5,6
	Düşük olasılık	25	5,8
	Orta olasılık	145	33,7
	Yüksek olasılık	100	23,3
	Çok yüksek olasılık	136	31,6
İlerideki hastalık şiddeti	Çok düşük şiddette	49	11,3
	Düşük şiddette	95	21,9
	Orta şiddette	182	42,0
	Şiddetli	63	14,6
	Çok şiddetli	44	10,2

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının yakın çevresindekilerin COVID-19 ile enfekte olma durumları incelendiğinde 228’inin (%51,1) yakın çevresinde enfekte kimsenin bulunmadığı, 152 kişinin yakınının (%34,1) evde tedavi aldığı, 49 kişinin yakınının (%11,0) hastanede tedavi aldığı, 6 kişinin yakınının (%1,3) yoğun bakımda tedavi aldığı, 11 kişinin (%2,5) en az bir yakınının hayatını kaybettiği öğrenilmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların çevresindekilerin tanı durumları

		n	%
Çevrede koronavirus-19 enfekte kişi varlığı	Hayır	228	51,1
	Evet, evde tedavi aldı	152	34,1
	Evet, hastanede tedavi aldı	49	11,0
	Evet, yoğun bakımda tedavi aldı	6	1,3
	Evet, COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetti	11	2,5

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarına sorulan “Seçme şansınız olsaydı pandeminin olası bir diğer pikiinde aktif rol almak ister miydiniz?” sorusuna yanıt verenlerden; 309’u (%77,4) rol almak istemediğini, 90’ı ise (%22,6) aktif rol almak istediğini belirtmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. Katılımcıların diğer pikte aktif rol alma istekleri

		n	%
Diğer pikte aktif çalışma isteği	Hayır	309	77,4
	Evet	90	22,6

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçekten aldıkları toplam puanın ortalaması $46,1 \pm 15,7$ (minumum 20 maksimum 95) olarak saptanmıştır. Ölçeğin psikolojik alt boyutunun puan ortalaması 18 ± 6 (minumum 6 maksimum 30), somatik alt boyutunun puan ortalaması $8,5 \pm 3,9$ (minumum 5 maksimum 23), sosyal alt boyutunun puan ortalaması $12,3 \pm 4,9$ (minumum 5 maksimum 25), ekonomik alt boyutunun puan ortalaması ise $7,4 \pm 3,3$ (minumum 4 maksimum 20) olarak saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 12. Ölçeğin toplam ve alt grup puanlarının sayısal değerleri

	Ortalama $\pm$ ss	Medyan(minimum maksimum)
CP19-S toplam puan	$46,1 \pm 15,7$	44(20-95)
Psikolojik alt boyut puanı	18 ± 6	18(6-30)
Somatik alt boyut puanı	$8,5 \pm 3,9$	7(5-23)
Sosyal alt boyut puanı	$12,3 \pm 4,9$	12(5-25)
Ekonomik alt boyut puanı	$7,4 \pm 3,3$	7(4-20)

KARŞILAŞTIRMALI BULGULAR

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçekten aldıkları toplam puan ile cinsiyet durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Kadın cinsiyetteki sağlık çalışanlarında ölçeğin toplam puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 13).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçekten aldıkları toplam puan ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 13).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçekten aldıkları toplam puan ile medeni durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,016$). Evli sağlık çalışanlarında ölçeğin toplam puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 13).

Tablo 13. Katılımcıların cinsiyet, eğitim, medeni durumları ile CP19-S puanlarının karşılaştırılması

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan(minimum-maksimum)	İstatistiksel Analiz	p değeri
Cinsiyet	Kadın	49,11 $\pm$ 15,9	48(20-95)	MWU Z=-5,503	p<0,001
	Erkek	41,02 $\pm$ 14,03	39(20-87)		
Eğitim Durumu	Üniversite mezunu olmayan	46,55 $\pm$ 16,84	46,07(20-95)	MWU Z=-0,382	p=0,703
	Üniversite mezunu	45,98 $\pm$ 15,25	43(20-91)		
Medeni Durum	Evli	47,63 $\pm$ 15,21	46,57(20-88)	MWU Z=-2,404	p=0,016
	Bekâr	44,59 $\pm$ 16,13	42(20-95)		

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçekten aldıkları toplam puan ile çocuk sahibi olma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Çocuk sahibi olan sağlık çalışanlarında ölçeğin toplam puanı daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçekten aldıkları toplam puan ile evde birlikte yaşadığı kişi sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,008$). Hangi alt gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu saptamak amacıyla yapılan ikili alt grup karşılaştırılmasında 3 kişi ve daha fazla kişi ile yaşayanlar ile yalnız yaşayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,008$). Aynı evde 3 kişi ve daha fazla kişi ile yaşayanlarda ölçeğin toplam puanı daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçekten aldıkları toplam puan ile 65 yaş üstü yakını olma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Katılımcıların hane halkı durumları ile CP19-S puanlarının karşılaştırılması

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan(minimum-maksimum)	İstatistiksel Analiz	p değeri
Çocuk sahibi olma durumu	Yok	44,3 $\pm$ 15,09	42(20-91)	MWU Z=-3,635	p<0,001
	Var	49,59 $\pm$ 16,31	48(20-95)		
Evde yaşayan kişi sayısı	Yalnız yaşıyor	43,3 $\pm$ 14,68	41,5(20-87)	KW 9,629	p=0,008
	İki kişi yaşıyor	45,46 $\pm$ 15,46	43,26(20-95)		
	3 ve daha fazla kişi	48,65 $\pm$ 16,28	47(20-88)		
65 yaş üstü yakın	Yok	45,8 $\pm$ 15,44	44(20-95)	MWU Z=-1,446	p=0,148
	Var	49,87 $\pm$ 18,25	48(20-91)		

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçekten aldıkları toplam puan ile kronik hastalık durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,023). Kronik hastalığı olan sağlık çalışanlarında ölçeğin toplam puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 15).

Tablo 15. Katılımcıların kronik hastalık durumları ile CP19-S puanlarının karşılaştırılması

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan(minimum-maksimum)	İstatistiksel Analiz	p değeri
Kronik hastalık	Yok	45,31 $\pm$ 15,32	43(20-91)	MWU Z=-2,279	p=0,023
	Var	49,5 $\pm$ 16,9	48(20,76-95)		

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçekten aldıkları toplam puan ile ilaç kullanım durumları ve psikiyatrik hastalığı olma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçekten aldıkları toplam puan ile meslek durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001). Hangi

alt gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu saptamak amacıyla yapılan ikili alt grup karşılaştırılmasında sekreterler ile hekimlerin ve intörn hekimlerin; ebe-hemşireler ile intörn hekimlerin arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0,033$ $p=0,004$ $p=0,011$). Sekreterlerin, hekim ve intörn hekimlere; ebe ve hemşirelerin de intörn hekimlere göre ölçekten aldıkları toplam puan daha yüksek saptanmıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların meslek grupları ile CP19-S puanlarının karşılaştırılması

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan(minimum maksimum)	İstatistiksel Analiz	p değeri
Meslek Grup	Hekim	44,64 $\pm$ 14,77	42(20-87)	KW 21,124	p=0,001
	İntörn hekim	42,35 $\pm$ 14,22	40(21-91)		
	Ebe-Hemşire	50,18 $\pm$ 16,15	49(23-88)		
	Sekreter	52,35 $\pm$ 14,97	51,5(20-85,98)		
	Hasta Bakıcı	45,5 $\pm$ 18,16	46,57(20-95)		
	Diğer	44,9 $\pm$ 16,91	45(20-73,87)		

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçekten aldıkları toplam puan ile pandemi sürecinde evden başka yerde ikamet durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 17).

Tablo 17. Katılımcıların ev dışı ikamet durumları ile CP19-S puanlarının karşılaştırılması

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan(minimum maksimum)	İstatistiksel Analiz	p değeri
Evden başka yerde ikamet	Hayır	46,03 $\pm$ 15,75	44(20-95)	MWU Z=-0,575	p=0,565
	Evet	48,1 $\pm$ 15,38	44(25-86)		

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçekten aldıkları toplam puan ile pandemi sürecinde alkol kullanımında değişiklik durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Hangi alt gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu saptamak amacıyla yapılan ikili alt grup karşılaştırılmasında alkol kullanmayanlar ile alkol kullanımı etkilenmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Alkol kullanmayanlarda ölçeğin puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 18).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçekten aldıkları toplam puan ile tütün kullanımı değişiklik durumu ve uyuşturucu kullanımı değişiklik durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 18).

Tablo 18. Katılımcıların tütün, alkol, uyuşturucu kullanımı değişiklik durumları ile CP19-S puanlarının karşılaştırılması

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan(minimum maksimum)	İstatistiksel Analiz	p değeri
Tütünde kullanımı değişiklik durumu	Tütün ürünü kullanmıyorum.	45,48 $\pm$ 14,92	44,5(20-91)	KW 3,479	p=0,323
	Evet, tütün kullanımım arttı.	51 $\pm$ 18,05	52,5(20-86)		
	Evet, tütün kullanımını bıraktım.	45,81 $\pm$ 17	44,5(20-74)		
	Tütün kullanımım etkilenmedi.	46,16 $\pm$ 16,35	42(20-95)		
Alkolde kullanımı değişiklik durumu	Alkol kullanmıyorum.	48,83 $\pm$ 15,62	48(20-91)	KW 20,458	p<0,001
	Evet, alkol kullanımım arttı.	44,97 $\pm$ 20,13	37(20-75)		
	Evet, alkol kullanımını bıraktım.	38,71 $\pm$ 16,83	34(20-67)		
	Alkol kullanımım etkilenmedi	42,75 $\pm$ 14,95	41(20-95)		
Uyuşturucu kullanımı değişiklik durumu	Uyuşturucu madde ürünü kullanmıyorum.	46,14 $\pm$ 15,68	44,5(20-95)	KW 2,007	p=0,367
	Evet, uyuşturucu kullanmayı arttırdım.	30,41 $\pm$ 0,0	30,41(30,41-30,41)		
	Uyuşturucu madde kullanımım etkilenmedi.	38,67 $\pm$ 14,22	32(29-55)		

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçekten aldıkları toplam puan ile pandemide aktif rol alma durumu, COVID-19 PCR testi yaptırma durumu, test yaptırma sebebi, COVID-19 tanısı alma durumu, enfekte olanlarda hastalık şiddeti derecesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 19).

Tablo 19. Katılımcıların koronavirüs-19 testi ve tanı alma durumları ile CP19-S puanlarının karşılaştırılması

		Ortalama±ss	Medyan(minimum maksimum)	İstatistiksel Analiz	p değeri
Pandemide aktif rol	Hayır	46,07±15,81	44,5(20-95)	MWU Z=-0,098	p=0,922
	Evet	46,14±15,51	44(20-87)		
COVID-19 PCR testi yapıldı mı?	Hayır	45,19±15,85	44(20-95)	MWU Z=-1,921	p=0,055
	Evet	47,75±15,41	47,31(20-88)		
Test yaptırma sebebi	Semptom varlığı	50,18±16,11	46,57 (20-88)	KW 2,225	p=0,329
	Temas öyküsü	47,85±14,92	49(21-80)		
	Tarama amacıyla	44,89±15,12	42,58(20-71)		
COVID-19 tanısı	Hayır	46±15,77	44(20-95)	KW 1,316	p=0,518
	Evet, evde tedavi aldım.	48,75±16	42(29-79)		
	Evet, hastanede tedavi aldım.	53±13,24	54(37-67)		
Enfekte olanlarda hastalık şiddeti	Çok düşük şiddette	53±18,32	49(29-79)	KW 6,060	p=0,109
	Düşük şiddette	42,5±10,58	42(32-67)		
	Orta şiddette	48,06±13,81	48(32-69,41)		
	Şiddetli	74±0	74(74-74)		

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçekten aldıkları toplam puan ile “COVID-19 enfeksiyonuna yakalanma olasılığınız sizce nedir?” sorusuna verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Hangi alt gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu saptamak amacıyla yapılan ikili alt grup karşılaştırılmasında “Çok düşük olasılık ile enfekte olurum” yanıtını verenler ile “Orta olasılık ile enfekte olurum”, “Yüksek olasılık ile enfekte olurum”, “Çok yüksek olasılık ile enfekte olurum” yanıtını verenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,004$, $p=0,002$, $p<0,001$).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçekten aldıkları toplam puan ile “COVID 19 enfeksiyonuna henüz yakalanmadıysanız ancak ileride enfekte olma ihtimalinizi düşündüğünüzde yaşayacağınız hastalığın şiddeti sizce nedir?” sorusuna verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Hangi alt gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu saptamak amacıyla yapılan ikili alt grup karşılaştırılmasında “Çok

düşük şiddette hasta olurma” şeklinde belirtenler ile “Orta şiddette hasta olurma” şeklinde belirtenler, “Şiddetli hasta olurma” şeklinde belirtenler, “çok şiddetli hasta olurma” şeklinde belirtenler arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$).

“Orta şiddette hasta olurma” şeklinde belirtenler ile diğer tüm yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. “Şiddetli hasta olurma” şeklinde belirtenler ile “düşük şiddetli hasta olurma” şeklinde belirtenler ve “çok düşük şiddetli hasta olurma” şeklinde belirtenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$, $p<0,001$). Yaşayacağı hastalığın şiddetini “Şiddetli veya çok şiddetli” yaşayacağı yönünde belirten sağlık çalışanlarında ölçeğin toplam puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Katılımcıların hasta olma olasılığı durumları ile CP19-S puanlarının karşılaştırılması

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan(minimum maksimum)	İstatistiksel Analiz	p değeri
Enfekte olma olasılığı	Çok düşük olasılık	33,46 $\pm$ 15,66	30,51(20-79)	KW 27,562	p<0,001
	Düşük olasılık	44,19 $\pm$ 15,18	42(20-75)		
	Orta olasılık	44,49 $\pm$ 13,8	42,53(21-80)		
	Yüksek olasılık	46,34 $\pm$ 16,14	42,5(21-95)		
	Çok yüksek olasılık	49,93 $\pm$ 15,77	51(20-91)		
İlerideki hastalık şiddeti	Çok düşük şiddette	37,49 $\pm$ 15,37	35(20-72)	KW 82,983	p<0,001
	Düşük şiddette	38,07 $\pm$ 11,77	37(20-71)		
	Orta şiddette	46,44 $\pm$ 13,62	46(20-86)		
	Şiddetli	56,11 $\pm$ 14,54	58(22-85,98)		
	Çok şiddetli	56,2 $\pm$ 18,2	53(26-95)		

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçekten aldıkları toplam puan ile çevresinde COVID-19 ile enfekte kişi varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 21).

Tablo 21. Katılımcıların çevrelerinde COVID-19 ile enfekte kişi varlığı durumu ile CP19-S puanlarının karşılaştırılması

		Ortalama±ss	Medyan(minimum maksimum)	İstatistiksel Analiz	p değeri
Yakın çevrede COVID-19 enfekte kişi varlığı	Hayır	45,47±15,68	44(20-95)	KW 4,283	p=0,369
	Evet, evde tedavi aldı.	46,11±16,14	44(20-91)		
	Evet, hastanede tedavi aldı.	45,01±15,95	42(20-87)		
	Evet, yoğun bakımda tedavi aldı.	48,57±15,08	49,71(30-67)		
	Evet, COVID-19 nedeniyle hayatını kaybetti	54,31±13,04	54(37-74)		

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçekten aldıkları toplam puan ile pandeminin olası bir diğer pikiinde aktif rol ama isteği durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$). Aktif rol almak istemeyenlerde ölçeğin toplam puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 22).

Tablo 22. Katılımcıların pandeminin olası bir diğer pikiinde aktif rol alma istekleri ile CP19-S puanının karşılaştırılması

		Ortalama±ss	Medyan(minimum maksimum)	İstatistiksel Analiz	p değeri
Olası bir pikte aktif rol alma isteği	Hayır	48,31±16,28	46,15(20-95)	MWU Z=-4,590	p<0,001
	Evet	39,99±13,67	36,9(20-83)		

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının yaş, meslekteki yılları, ölçek arasındaki korelasyon durumları incelendiğinde yaş ve meslekteki yıl arasında ileri düzeyde anlamlı korelasyon, yaş ile ölçek arasında düşük düzeyde anlamlı korelasyon, meslekteki yıl ile ölçek arasında düşük düzeyde anlamlı korelasyon saptanmıştır (Tablo 23).

Tablo 23. Yaş, meslekteki yıl, CP19-S arasındaki korelasyon ilişkisi

	Yaş	Meslekteki Yıl	Koronavirüs-19 fobi ölçeği
Yaş	-		
Meslekteki yıl	Rho=0,868**/ p<0,001	-	
Koronavirüs-19 fobi ölçeği	Rho=0,150**/ p=0,001	Rho=0,117* /p=0,011	-

**<0,01 düzeyinde anlamlı, *<0,05 düzeyinde anlamlı.

Ölçeğin alt boyutları ayrı ayrı değerlendirildiğinde:

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin psikolojik alt boyutundan aldıkları puan ile cinsiyet durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Kadın cinsiyetteki sağlık çalışanlarında ölçeğin psikolojik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 24).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin psikolojik alt boyutundan aldıkları puan ile medeni durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,049). Evli sağlık çalışanlarında ölçeğin psikolojik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 24).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin psikolojik alt boyutundan aldıkları puan ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin psikolojik alt boyutundan aldıkları puan ile çocuk sahibi olma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,015). Çocuk sahibi olan sağlık çalışanlarında ölçeğin psikolojik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 24).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin psikolojik alt boyutundan aldıkları puan ile evde birlikte yaşadığı kişi sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin psikolojik alt boyutundan aldıkları puan ile kronik hastalık durumları, ilaç kullanım durumları ve psikiyatrik hastalığı olma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin psikolojik alt boyutundan aldıkları puan ile 65 yaş üstü yakını olma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin psikolojik alt boyutundan aldıkları puan ile meslek grupları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,016$). Hangi alt gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu saptamak amacıyla yapılan ikili alt grup karşılaştırılmasında intörn hekimler ile ebe-hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,032$). Ebe-hemşirelerde ölçeğin psikolojik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 24).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin psikolojik alt boyutundan aldıkları puan ile pandemi sürecinde evden başka yerde ikamet etme durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin psikolojik alt boyutundan aldıkları puan ile pandemi sürecinde alkol kullanımında değişiklik durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,002$). Hangi alt gruplar arasında farklılık olduğunu saptamak amacıyla yapılan ikili alt grup karşılaştırılmasında alkol kullanımı etkilenmeyenler ile alkol kullanmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$). Alkol kullanmayanlarda ölçeğin psikolojik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 24).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin psikolojik alt boyutundan aldıkları puan ile pandemi sürecinde tütün kullanımında ve uyuşturucu kullanımında değişiklik durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin psikolojik alt boyutundan aldıkları puan ile COVID-19 PCR testi yapılma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,024$). Test yaptıranlarda ölçeğin psikolojik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 24).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin psikolojik alt boyutundan aldıkları puan ile pandemide aktif rol alma durumu, test yaptırma sebebi, COVID-19 tanısı alma durumu, enfekte olanlarda hastalık şiddeti derecesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin psikolojik alt boyutundan aldıkları puan ile “COVID-19 enfeksiyonuna yakalanma olasılığınız sizce nedir?” sorusuna verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Hangi alt gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu anlamak amacıyla yapılan ikili alt grup karşılaştırılmasında; “Çok düşük olasılıkla enfekte olurum” şeklinde belirtenler ile “Düşük olasılıkla enfekte olurum”, “Orta olasılıkla enfekte olurum”, “Yüksek olasılıkla enfekte olurum”, “Çok yüksek olasılıkla enfekte olurum” şeklinde belirtenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,015$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$). “Çok düşük olasılıkla enfekte olurum” şeklinde belirten sağlık çalışanlarında ölçeğin psikolojik alt boyut puanı daha düşük saptanmıştır (Tablo 24).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin psikolojik alt boyutundan aldıkları puan ile “COVID-19 enfeksiyonuna henüz yakalanmadıysanız ancak ileride enfekte olma ihtimalinizi düşündüğünüzde yaşayacağınız hastalığın şiddeti sizce nedir?” sorusuna verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Hangi alt gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu anlamak amacıyla yapılan ikili alt grup karşılaştırılmasında; “Çok düşük şiddetle enfekte olurum” şeklinde belirtenler ile “Orta şiddetle enfekte olurum”, “Şiddetli enfekte olurum”, “Çok şiddetli enfekte olurum” şeklinde belirtenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$).

“Düşük şiddetle enfekte olurum” şeklinde belirtenler ile “Orta şiddetle enfekte olurum”, “Şiddetli enfekte olurum”, “Çok şiddetli enfekte olurum” şeklinde belirtenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$).

“Orta şiddetle enfekte olurum” şeklinde belirtenler ile “Çok düşük şiddetle enfekte olurum”, “Düşük şiddetle enfekte olurum”, “Şiddetli enfekte olurum”, “Çok şiddetli enfekte olurum” şeklinde belirtenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$, $p<0,001$, $p=0,004$, $p=0,017$). Yaşayacağı hastalığın şiddetini şiddetli veya çok şiddetli yaşayacağı yönünde belirten sağlık çalışanlarında ölçeğin psikolojik alt boyutundan aldıkları puan daha yüksek saptanmıştır (Tablo 24).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin psikolojik alt boyutundan aldıkları puan ile çevresinde COVID-19 ile enfekte kişi varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin psikolojik alt boyutundan aldıkları puan ile olası bir pikte aktif rol ama isteği durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak

anlamli fark saptanmıştır ($p<0,001$). Aktif rol almak istemeyenlerde ölçeğin psikolojik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo24).

Tablo 24. CP19-S'in psikiyatrik alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı veriler

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan(minimum-maksimum)	İstatistiksel Analiz	p değeri
Cinsiyet	Kadın	19,21 $\pm$ 5,9	19(6-30)	MWU Z= -6,093	p<0,001
	Erkek	15,83 $\pm$ 5,68	16(6-30)		
Medeni durum	Evli	18,49 $\pm$ 5,82	18(6-30)	MWU Z= -1,968	p=0,049
	Bekâr	17,43 $\pm$ 6,22	17(6-30)		
Çocuk sahibi olma durumu	Yok	17,55 $\pm$ 6,05	17(6-30)	MWU Z= -2,443	p=0,015
	Var	18,77 $\pm$ 5,96	19(6-30)		
Meslek grup	Hekim	17,91 $\pm$ 5,88	17(6-30)	KW 13,944	p=0,016
	İntörn hekim	16,83 $\pm$ 5,56	16(6-29)		
	Ebe-Hemşire	19,39 $\pm$ 5,92	19(8-30)		
	Sekreter	19,24 $\pm$ 5,73	19,4(6-29)		
	Hasta Bakıcı	16,63 $\pm$ 6,61	16(6-30)		
	Diğer	17,11 $\pm$ 6,9	18(6-28)		
Alkolde kullanımı değişiklik durumu	Alkol kullanmıyorum.	18,87 $\pm$ 5,83	19(6-30)	KW 15,006	p=0,002
	Evet, alkol kullanımım arttı.	17,07 $\pm$ 7,1	16(6-29)		
	Evet, alkol kullanımını bıraktım.	15,43 $\pm$ 7,52	16(6-28)		
	Alkol kullanımım etkilenmedi.	16,87 $\pm$ 6,06	16,5(6-30)		
PCR testi yapıldı mı?	Hayır	17,5 $\pm$ 6,05	17(6-30)	MWU Z= 2,251	p=0,024
	Evet	18,76 $\pm$ 5,96	19(6-30)		
Enfekte olma olasılığı	Çok düşük olasılık	10,99 $\pm$ 5,36	10,4(6-25)	KW 40,213	p<0,001
	Düşük olasılık	16,96 $\pm$ 5,98	16(6-28)		
	Orta olasılık	17,58 $\pm$ 5,34	18(7-30)		
	Yüksek olasılık	18,62 $\pm$ 5,91	18,5(6-30)		
	Çok yüksek olasılık	19,74 $\pm$ 5,92	20(6-30)		

Tablo 24. (Devamı) CP19-S'in psikiyatrik alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı veriler

İlerideki hastalık şiddeti	Çok düşük şiddette	13,85±7,04	13(6-30)	KW 70,754	p<0,001
	Düşük şiddette	15,55±5,1	15(6-29)		
	Orta şiddette	18,47±5,4	18(6-30)		
	Şiddetli	21,29±5,27	22(8-30)		
	Çok şiddetli	21,4±5,45	22,5(9-30)		
Olası bir pikte aktif rol alma	Hayır	18,87±6,16	19(6-30)	MWU Z= -4,556	p<0,001
	Evet	15,68±5,27	15(6-30)		

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin somatik alt boyutundan aldıkları puan ile cinsiyetleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Kadın cinsiyetteki sağlık çalışanlarında ölçeğin somatik alt boyutundan aldıkları puan daha yüksek saptanmıştır (Tablo 25).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin somatik alt boyutundan aldıkları puan ile medeni durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,002$). Evli sağlık çalışanlarında ölçeğin somatik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 25).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin somatik alt boyutundan aldıkları puan ile çocuk sahibi olma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Çocuk sahibi olan sağlık çalışanlarında ölçeğin somatik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 25).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin somatik alt boyutundan aldıkları puan ile evde birlikte yaşayan kişi sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Hangi alt gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu saptamak için yapılan ikili alt grup karşılaştırmasında 3 kişi ve daha fazla kişi yaşayanlar ile yalnız yaşayanlar ve 2 kişi yaşayanlar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$, $p=0,008$). 3 kişi ve daha fazla kişi ile birlikte yaşayan sağlık çalışanlarında ölçeğin somatik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 25).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin somatik alt boyutundan aldıkları puan ile evde 65 yaş üstü yakını olma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,047$). 65 yaş üstü yakını ile birlikte yaşayan sağlık çalışanlarında ölçeğin somatik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 25).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin somatik alt boyutundan aldıkları puan ile kronik hastalık durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,002$). Kronik hastalığı olan sağlık çalışanlarında ölçeğin somatik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo25).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin somatik alt boyutundan aldıkları puan ile ilaç kullanım durumları ve psikiyatrik hastalığı olma durumları karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin somatik alt boyutundan aldıkları puan ile meslek durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Hangi alt gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu saptamak amacıyla yapılan ikili alt grup karşılaştırmasında sekreterler ile hekimler arasında, intörn hekimler arasında, ebe-hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,025$, $p=0,006$, $p=0,006$). Ebe-hemşireler ile intörn hekimler arasında ve hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,003$, $p=0,011$). Sekreterler ile ebe-hemşirelerde ölçeğin somatik alt boyutundan aldıkları puan daha yüksek saptanmıştır (Tablo 25).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin somatik alt boyutundan aldıkları puan ile pandemi sürecinde alkol kullanımında değişiklik durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,005$). Hangi alt gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu saptamak amacıyla yapılan ikili alt grup karşılaştırmasında alkol kullanmayanlar ile alkol kullanımı etkilenmeyenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,004$). Alkol kullanmayanlarda ölçeğin somatik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 25).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin somatik alt boyutundan aldıkları puan ile pandemi sürecinde tütün kullanımında değişiklik durumu ve uyuşturucu kullanımında değişiklik durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin somatik alt boyutundan aldıkları puan ile COVID-19 PCR testi yapılma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,015$). Test yaptıranlarda ölçeğin somatik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 25).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin somatik alt boyutundan aldıkları puan ile test yaptırma sebebi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır

($p=0,004$). Hangi alt gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu saptamak amacıyla yapılan ikili alt grup karşılaştırmasında semptom varlığı nedeni ile test yaptıranlar ve tarama amaçlı test yaptıranlar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,002$). Semptom varlığı nedeni ile test yaptıranlarda ölçeğin somatik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 25).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin somatik alt boyutundan aldıkları puan ile pandemide aktif rol alma durumu, COVID-19 tanısı alma durumu, enfekte olanlarda hastalık şiddeti derecesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin somatik alt boyutundan aldıkları puan ile “COVID-19 enfeksiyonuna yakalanma olasılığınız sizce nedir?” sorusuna verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$). Hangi alt gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmada “Çok düşük olasılıkla hasta olurum” ve “Çok yüksek olasılıkla hasta olurum” şeklinde belirtenler arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$). “Çok yüksek olasılıkla hasta olurum” şeklinde belirten sağlık çalışanlarında ölçeğin somatik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin somatik alt boyutundan aldıkları puan ile “COVID-19 enfeksiyonuna henüz yakalanmadıysanız ancak ileride enfekte olma ihtimalinizi düşündüğünüzde yaşayacağınız hastalığın şiddeti sizce nedir?” sorusuna verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Hangi alt gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu saptamak amacıyla yapılan ikili alt grup karşılaştırılmasında “Çok düşük şiddette hasta olurum” şeklinde belirtenler ile “Şiddetli hasta olurum” ve “Çok şiddetli hasta olurum” şeklinde belirtenler arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$, $p<0,001$). “Düşük şiddette hasta olurum” şeklinde belirtenler ile “Şiddetli hasta olurum”, “Orta şiddette hasta olurum”, “Çok şiddetli hasta olurum” belirtenler arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,001$, $p=0,003$, $p<0,001$). Geçirecekleri hastalığın şiddetini “Şiddetli” veya “Çok şiddetli” yaşayacağı yönünde belirten sağlık çalışanlarında ölçeğin somatik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 25).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin somatik alt boyutundan aldıkları puan ile çevresinde COVID-19 ile enfekte kişi varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin somatik alt boyutundan aldıkları puan ile olası bir pikte aktif rol ama isteği durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı

farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Aktif rol almak istemeyenlerde ölçeğin somatik alt boyutu puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 25).

Tablo 25. CP19-S'in somatik alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı veriler

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan(minimum-maksimum)	İstatistiksel Analiz	p değeri
Cinsiyet	Kadın	9,1 $\pm$ 3,98	8(5-23)	MWU Z=-5,250	p<0,001
	Erkek	7,37 $\pm$ 3,44	6(5-23)		
Medeni durum	Evli	8,96 $\pm$ 3,93	8(5-23)	MWU Z=-3,124	p=0,002
	Bekâr	7,95 $\pm$ 3,75	6(5-23)		
Çocuk sahibi olma durumu	Yok	7,85 $\pm$ 3,55	6(5-23)	MWU Z=-4,809	p<0,001
	Var	9,62 $\pm$ 4,19	8,47(5-23)		
Kaç kişi yaşıyor	Yalnız yaşıyor	7,5 $\pm$ 3,13	6(5-21)	KW 19,570	p<0,001
	İki kişi yaşıyor	8,3 $\pm$ 4,07	7(5-23)		
	3 ve daha fazla kişi	9,28 $\pm$ 4,05	8(5-23)		
65 yaş üstü yakın	Yok	8,34 $\pm$ 3,77	7(5-23)	MWU Z=-1,985	p=0,047
	Var	9,82 $\pm$ 4,72	8(5-23)		
Kronik hastalık	Yok	8,21 $\pm$ 3,85	7(5-23)	MWU Z=-3,077	p=0,002
	Var	9,48 $\pm$ 3,83	9(5-20)		
Meslek grup	Hekim	8 $\pm$ 3,68	7(5-21)	KW 24,535	p<0,001
	İntörn hekim	7,48 $\pm$ 3,2	6(5-20)		
	Ebe-Hemşire	9,48 $\pm$ 4,05	8,83(5-23)		
	Sekreter	10,21 $\pm$ 4,48	11(5-21)		
	Hasta Bakıcı	8,64 $\pm$ 4,47	6(5-20)		
	Diğer	8,13 $\pm$ 3,57	7,71(5-23)		

Tablo 25. (Devamı) CP19-S'in somatik alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı veriler

Alkolde kullanımı değişikliği durumu	Alkol kullanmıyorum.	8,96±3,93	8(5-23)	KW 12,771	p=0,005
	Evet, alkol kullanımım arttı.	8,97±4,95	5,8(5-18)		
	Evet, alkol kullanmayı bıraktım.	6,71±2,36	6(5-11)		
	Alkol kullanımım etkilenmedi.	7,81±3,7	6(5-23)		
COVID-19 PCR testi yapıldı mı?	Hayır	8,21±3,86	7(5-23)	MWU Z=-2,427	p=0,015
	Evet	8,89±3,88	8(5-23)		
Test yaptırma sebebi	Semptom varlığı	10,22±4,32	10(5-23)	KW 11,287	p=0,004
	Temas öyküsü	8,72±3,75	7(5-18)		
	Tarama amacıyla	7,67±3,05	7(5-16)		
Enfekte olma olasılığı	Çok düşük olasılık	6,68±3,5	5(5-17)	KW 18,960	p=0,001
	Düşük olasılık	8,12±3,4	7(5-17)		
	Orta olasılık	8,03±3,45	7(5-21)		
	Yüksek olasılık	8,18±4,15	6(5-23)		
	Çok yüksek olasılık	9,17±3,91	9(5-22)		
İlerideki hastalık şiddeti	Çok düşük şiddette	6,83±2,91	5,6(5-17)	KW 64,470	p<0,001
	Düşük şiddette	6,73±2,52	5(5-17)		
	Orta şiddette	8,22±3,43	7(5-21)		
	Şiddetli	10,78±4,23	11(5-23)		
	Çok şiddetli	10,71±5,18	9(5-23)		
Olası bir pikte aktif rol alma	Hayır	8,86±4,17	8(5-23)	MWU Z=-3,483	p<0,001
	Evet	7,17±2,98	6(5-17)		

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin sosyal alt boyutundan aldıkları puan ile cinsiyet durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır

($p<0,001$). Kadın cinsiyetteki sağlık çalışanlarında ölçeğin sosyal alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 26).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin sosyal alt boyutundan aldıkları puan ile medeni durumları ve eğitim durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin sosyal alt boyutundan aldıkları puan ile çocuk sahibi olma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,008$). Çocuk sahibi olan sağlık çalışanlarında ölçeğin sosyal alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 26).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin sosyal alt boyutundan aldıkları puan ile 65 yaş üstü yakını olma durumu ve evde yaşadığı kişi sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin sosyal alt boyutundan aldıkları puan ile kronik hastalık durumları, ilaç kullanım durumları ve psikiyatrik hastalığı olma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin sosyal alt boyutundan aldıkları puan ile meslek durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$). Hangi alt gruplar arasında farklılık olduğunu saptamak amacıyla yapılan ikili alt grup karşılaştırılmasında sekreter ve hekimler arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,044$). Sekreterlerde ölçeğin sosyal alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 26).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin sosyal alt boyutundan aldıkları puan ile evden başka ikamet durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin sosyal alt boyutundan aldıkları puan ile pandemi sürecinde alkol kullanımında değişiklik durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Hangi alt gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunu saptamak amacıyla yapılan ikili alt grup karşılaştırılmasında alkol kullanmayan grup ile alkol kullanımı etkilenmeyen grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Alkol kullanmayanlarda ölçeğin sosyal alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo26).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin sosyal alt boyutundan aldıkları puan ile pandemi sürecinde bütün kullanımında değişiklik durumu ve uyuşturucu kullanımında değişiklik durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin sosyal alt boyutundan aldıkları puan ile pandemide aktif rol alma durumu, COVID-19 PCR testi yaptırma durumu, test yaptırma sebebi, COVID-19 tanısı alma durumu, enfekte olanlarda hastalık şiddeti derecesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin sosyal alt boyutundan aldıkları puan ile “COVID-19 enfeksiyonuna yakalanma olasılığınız sizce nedir?” sorusuna verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,009$). Hangi alt gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmada “Çok düşük olasılıkla hasta olurum” şeklinde belirtenler ile “Çok yüksek olasılıkla hasta olurum” şeklinde belirtenler arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$). “Çok yüksek olasılıkla hasta olurum” şeklinde belirten sağlık çalışanlarında ölçeğin sosyal alt boyutu puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 26).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin sosyal alt boyutundan aldıkları puan ile “COVID-19 enfeksiyonuna henüz yakalanmadıysanız ancak ileride enfekte olma ihtimalinizi düşündüğünüzde yaşayacağınız hastalığın şiddeti sizce nedir?” sorusuna verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Hangi alt gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmada “Çok düşük şiddette hasta olurum” şeklinde belirtenler ile “Orta şiddette hasta olurum” “Şiddetli hasta olurum” ve “Çok şiddetli hasta olurum” şeklinde belirtenler arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,027$, $p<0,001$, $p=0,001$).

“Düşük şiddette hasta olurum” şeklinde belirtenler ile “Orta şiddette hasta olurum” belirtenler, “Şiddetli hasta olurum”, “Çok şiddetli hasta olurum” belirtenler arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$). Düşük şiddetli veya çok düşük şiddetli hastalığı geçireceği yönünde belirten sağlık çalışanlarında ölçeğin sosyal alt boyut puanı daha düşük saptanmıştır (Tablo 26).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin sosyal alt boyutundan aldıkları puan ile çevresinde COVID-19 ile enfekte kişi varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin sosyal alt boyutundan aldıkları puan ile olası bir diğer pikte rol ama isteği durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Aktif rol almak istemeyenlerde ölçeğin sosyal alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 26).

Tablo 26. CP19-S'in sosyal alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı veriler

		Ortalama $\pm$ ss	Medyan(minimum-maksimum)	İstatistiksel Analiz	p değeri
Cinsiyet	Kadın	13,05 $\pm$ 5,11	13(5-25)	MWU Z= -3,933	p<0,001
	Erkek	11,1 $\pm$ 4,17	11(5-25)		
Çocuk sahibi olma durumu	Yok	11,9 $\pm$ 4,77	11(5-25)	MWU Z= -2,665	p=0,008
	Var	13,14 $\pm$ 4,99	13(5-25)		
Meslek Grup	Hekim	11,77 $\pm$ 4,34	11(5-25)	KW 12,666	p=0,027
	İntörn hekim	11,63 $\pm$ 4,64	11(5-25)		
	Ebe-Hemşire	13,25 $\pm$ 5,21	12(5-25)		
	Sekreter	14,17 $\pm$ 4,85	14(5-24)		
	Hasta bakıcı	12,06 $\pm$ 4,92	11,5(5-25)		
	Diğer	12,31 $\pm$ 5,81	11(5-25)		
Alkolde kullanımı değişiklik durumu	Alkol kullanmıyorum.	13,2 $\pm$ 4,96	13(5-25)	KW 20,769	p<0,001
	Evet, alkol kullanımım arttı.	11,57 $\pm$ 5,88	10,5(5-24)		
	Evet, alkol kullanımını bıraktım.	10,71 $\pm$ 5,19	9(5-17)		
	Alkol kullanımım etkilenmedi.	11,21 $\pm$ 4,47	10(5-25)		
Enfekte olma olasılığı	Çok düşük olasılık	9,72 $\pm$ 4,92	9(5-23)	KW 13,440	p=0,009
	Düşük olasılık	11,72 $\pm$ 4,72	12(5-23)		
	Orta olasılık	12 $\pm$ 4,46	12(5-25)		
	Yüksek olasılık	12,2 $\pm$ 4,83	11(5-25)		
	Çok yüksek olasılık	13,31 $\pm$ 5,16	12,5(5-25)		

Tablo 26. (Devamı) CP19-S'in sosyal alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı veriler

İlerideki hastalık şiddeti	Çok düşük şiddette	10,51±4,73	10(5-23)	KW 60,112	p<0,001
	Düşük şiddette	9,8±3,88	9(5-22)		
	Orta şiddette	12,71±4,39	12(5-25)		
	Şiddetli	14,83±5,01	15(5-25)		
	Çok şiddetli	14,93±5,62	14(5-25)		
Olası bir diğer pikte rol alma	Hayır	12,97±5,09	13(5-25)	MWU Z= -3,891	p<0,001
	Evet	10,63±4,22	10(5-22)		

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin ekonomik alt boyutundan aldıkları puan ile cinsiyet durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001). Kadın cinsiyetteki sağlık çalışanlarında ölçeğin ekonomik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 27).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin ekonomik alt boyutundan aldıkları puan ile medeni durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,007). Evli sağlık çalışanlarında ölçeğin ekonomik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 27).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin ekonomik alt boyutundan aldıkları puan ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,019). Üniversite mezunu olmayan sağlık çalışanlarında ölçeğin ekonomik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 27).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin ekonomik alt boyutundan aldıkları puan ile çocuk sahibi olma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır (p<0,001). Çocuk sahibi olan sağlık çalışanlarında ölçeğin ekonomik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 27).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin ekonomik alt boyutundan aldıkları puan ile evde 65 yaş üstü yakını ile birlikte yaşama durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır (p=0,010). Evde 65 yaş üstü yakını ile yaşayan sağlık çalışanlarında ölçeğin ekonomik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 27).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin ekonomik alt boyutundan aldıkları puan ile evde yaşayan kişi sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Hangi alt gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu saptamak amacıyla yapılan ikili alt grup karşılaştırılmasında yalnız yaşayanlar ile iki kişi yaşayanlar, 3 kişi ve daha fazla kişi ile yaşayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,022$, $p<0,001$). Evde yalnız yaşayan sağlık çalışanlarında ölçeğin ekonomik alt boyut puanı daha düşük saptanmıştır (Tablo 27).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin ekonomik alt boyutundan aldıkları puan ile kronik hastalık durumları, ilaç kullanım durumları ve psikiyatrik hastalığı olma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin ekonomik alt boyutundan aldıkları puan ile meslek durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$). Hangi alt gruplar arasında farklılık olduğunu saptamak amacıyla yapılan ikili alt grup karşılaştırılmasında sekreterler ile hekimler arasında ve intörn hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,006$, $p<0,001$). Ebe-hemşireler ile intörn hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,003$). Sekreterlerde ve ebe-hemşirelerde ölçeğin ekonomik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 27).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin ekonomik alt boyutundan aldıkları puan ile pandemi sürecinde alkol kullanımında değişiklik durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,010$). Hangi alt grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık olduğunu saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmada alkol kullanmayan grup ile alkol kullanımı etkilenmeyen grup arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,015$). Alkol kullanmayanlarda ölçeğin ekonomik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 27).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin ekonomik alt boyutundan aldıkları puan ile pandemi sürecinde tütün kullanımında değişiklik durumu ve uyuşturucu kullanımında değişiklik durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin ekonomik alt boyutundan aldıkları puan ile pandemide aktif rol alma durumu, COVID-19 PCR testi yaptırma durumu, test yaptırma sebebi, COVID-19 tanısı alma durumu, enfekte olanlarda hastalık şiddeti derecesi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin ekonomik alt boyutundan aldıkları puan ile “COVID-19 enfeksiyonuna yakalanma olasılığınız sizce nedir?” sorusuna verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,044$). Hangi alt gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmada “Çok düşük olasılıkla hasta olurum” ile “Çok yüksek olasılıkla hasta olurum” şeklinde belirtenler arasında anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,036$). Çok yüksek olasılıkla hasta olurum şeklinde belirten sağlık çalışanlarında ölçeğin ekonomik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 27).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin ekonomik alt boyutundan aldıkları puan ile daha önce enfekte olmamış sağlık çalışanlarının “COVID-19 enfeksiyonuna henüz yakalanmadıysanız ancak ileride enfekte olma ihtimalinizi düşündüğünüzde yaşayacağınız hastalığın şiddeti sizce nedir?” sorusuna verilen yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Hangi alt gruplar arasında anlamlı farklılık olduğunu saptamak amacıyla yapılan ikili karşılaştırmada “Çok düşük şiddette hasta olurum” şeklinde belirtenler ile “Şiddetli hasta olurum” ve “Çok şiddetli hasta olurum” şeklinde belirtenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$, $p=0,002$). “Düşük şiddette hasta olurum” şeklinde belirtenler ile “Şiddetli hasta olurum”, “Çok şiddetli hasta olurum” şeklinde belirtenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$, $p<0,001$). “Orta şiddette hasta olurum” şeklinde belirtenler ile “şiddetli hasta olurum” şeklinde belirtenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). “Şiddetli veya çok şiddetli” hastalık yaşayacağını düşünen sağlık çalışanlarında ölçeğin ekonomik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 27).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin ekonomik alt boyutundan aldıkları puan ile çevresinde COVID-19 ile enfekte kişi varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin ekonomik alt boyutundan aldıkları puan ile olası bir diğer pikte rol ama isteği durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,003$). Aktif rol almak istemeyenlerde ölçeğin ekonomik alt boyut puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 27).

Tablo 27. CP19-S'in ekonomik alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı veriler

		Ortalama±ss	Medyan(minimum-maksimum)	İstatistiksel Analiz	p değeri
Cinsiyet	Kadın	7,75±3,46	7(4-20)	MWU Z= -3,324	p=0,001
	Erkek	6,72±2,98	6(4-18)		
Eğitim durumu	Üniversite mezunu olmayan	7,88±3,39	8(4-20)	MWU Z= -2.342	p=0,019
	Üniversite mezunu	7,16±3,28	6(4-20)		
Medeni durum	Evli	7,59±3,04	7(4-17)	MWU Z= -2,709	p=0,007
	Bekâr	7,14±3,6	6(4-20)		
Çocuk sahibi olma durumu	Yok	7,01±3,26	6(4-20)	MWU Z= -3,665	p<0,001
	Var	8,06±3,35	8(4-20)		
Kaç kişi yaşıyor	Yalnız yaşıyor.	6,59±3,19	5(4-18)	KW 17,405	p<0,001
	İki kişi yaşıyor.	7,45±3,41	6(4-20)		
	3 ve daha fazla kişi	7,87±3,27	8(4-17)		
65 yaş üstü yakın	Yok	7,23±3,23	6,69(4-20)	MWU Z= -2,575	p=0,010
	Var	8,84±3,96	9(4-20)		
Meslek grup	Hekim	6,96±3,14	6(4-18)	KW 28,161	p<0,001
	İntörn hekim	6,41±3,12	5(4-20)		
	Ebe-Hemşire	8,05±3,37	8(4-16)		
	Sekreter	8,74±3,21	8(4-17)		
	Hasta bakıcı	8,17±3,91	7,69(4-20)		
	Diğer	7,36±3,26	7(4-16)		
Alkolde kullanımı değişiklik durumu	Alkol kullanmıyorum.	7,8±3,41	7(4-20)	KW 11,347	p=0,010
	Evet, alkol kullanımım arttı.	7,36±4,07	5,5(4-16)		
	Evet, alkol kullanımını bıraktım.	5,86±2,91	4(4-11)		
	Alkol kullanımım etkilenmedi.	6,86±3,14	6(4-20)		

Tablo 27.(Devamı) CP19-S'in ekonomik alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı veriler

Enfekte olma olasılığı	Çok düşük olasılık	6,06±3,41	4(4-17)	KW 9,800	p=0,044
	Düşük olasılık	7,39±2,98	7(4-13)		
	Orta olasılık	6,88±2,8	6(4-16)		
	Yüksek olasılık	7,34±3,63	6(4-20)		
	Çok yüksek olasılık	7,71±3,44	8(4-20)		
İlerideki hastalık şiddeti	Çok düşük şiddette	6,29±2,9	5(4-16)	KW 49,172	p<0,001
	Düşük şiddette	5,99±2,37	5(4-14)		
	Orta şiddette	7,05±2,84	7(4-18)		
	Şiddetli	9,22±3,47	9(4-16)		
	Çok şiddetli	9,16±4,46	8(4-20)		
Olası bir diğer pikte rol alma	Hayır	7,62±3,47	7(4-20)	MWU Z= -2,942	p=0,003
	Evet	6,5±3,06	5,92(4-18)		

TARTIŞMA

Bu çalışma ile Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının COVID-19 fobisi düzeyini ve fobinin gelişmesinde etkili olabilecek faktörleri değerlendirmeyi amaçladık. Çalışmamıza 174'ü erkek, 301'i kadın cinsiyette olmak üzere toplamda 475 gönüllü sağlık çalışanı katılmıştır. Elde edilen bilgiler mevcut literatür bilgisiyle karşılaştırılırken, sonuçların olası nedenleri, eksiklikleri ve özgün yönleri irdelenip çözüm önerileri sunulmuştur.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin tamamından ve tüm alt boyutlarından (psikolojik, somatik, sosyal, ekonomik) aldıkları puan ile cinsiyet durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ve kadın cinsiyetteki sağlık çalışanlarının ölçek puanının daha yüksek olduğu görülmüştür.

COVID-19 pandemisi sırasında ülkemizde yapılan ve sağlık çalışanlarının psikolojik durumlarını inceleyen bir çalışmada kadın sağlık çalışanlarının erkek sağlık çalışanlarına göre daha yüksek anksiyete ve depresyon skorları olduğu saptanmıştır (127). Polat Ö ve Çoskun F'nin (128) yaptığı bir çalışmada ise yine kadın cinsiyetteki sağlık çalışanlarının anksiyete ve depresyon skorları erkek cinsiyete göre daha yüksek saptanmıştır. Benzer şekilde Çin'de bir pandemi hastanesinde yapılan çalışmada kadın sağlık personelinin kaygı insidansı ile kadınların kaygı ve stres bozukluğu puanları erkek sağlık personeline göre daha yüksek saptanmıştır (129). Meksika'daki sağlık çalışanlarında koronafobi düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmada ise yine kadın cinsiyette anksiyete ve depresyon skorlarının erkek cinsiyete göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (130). Haktanır ve ark.'nın (131) yaptığı çalışmada da kadınların COVID-19'dan önemli ölçüde daha yüksek korku bildirdikleri gösterilmiştir. Leodoro ve ark.'nın (132)

yaptığı Filipinler’deki hemşirelerde koronafobi düzeyinin değerlendirildiği çalışmada da kadın cinsiyetteki hemşirelerin erkek cinsiyetteki hemşirelere oranla daha yüksek fobi düzeylerinin olduğu gösterilmiştir. Yapılan bir meta-analizde 67.299 hasta değerlendirilmiş ve erkek cinsiyette hastalığın şiddeti ve ölüm riski kadın cinsiyete göre daha yüksek bulunmuştur (133). Buna rağmen yapılan çalışmalar kadınların COVID-19 pandemisi sürecindeki anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu durum kadınların farklı hormonal ve anatomik yapılarının yanı sıra, aynı zamanda hem eş, hem anne hem de profesyonel roller üstlenme zorunlulukları ile açıklanabilir. Kadınlar hayat boyu daha fazla rol üstlenmekte, daha fazla sorumluluk almakta ve daha çok strese maruz kalmaktadır. Altta yatan bu psikososyal sebeplerin neticesinde de daha yüksek anksiyete ve depresyon seviyelerine sahiptirler. Literatürdeki çalışmalar ile bizim elde ettiğimiz bulgular birbirini destekler niteliktedir.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının ölçeğinin tamamından ve ölçeğin psikolojik, somatik ve sosyal alt boyutlarından aldıkları puan ile eğitim durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken, ölçeğin ekonomik alt boyutundan aldıkları puan ile eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Üniversite mezunu olmayan sağlık çalışanlarında ölçeğin ekonomik alt boyut puanı daha yüksek olarak bulunmuştur. Bu durumda sağlık çalışanlarından üniversite mezunlarının gelirin, üniversite mezunu olmayanlara kıyasla daha yüksek olması ve geliri yüksek kişinin ekonomik kaygılarının daha az olabileceğinin etkili olduğu düşünülebilir. Literatüre baktığımızda Haktanır ve ark’nın (131) 668 katılımcı ile yaptığı çalışmada, katılımcıların sosyoekonomik seviyelerine göre COVID-19 korkusu karşılaştırılmıştır. Katılımcıların 48’inin (% 7si) düşük sosyoekonomik düzeyde, 410’unun (% 61) orta sosyoekonomik düzeyde ve 210’unun (% 31) yüksek sosyoekonomik düzeyde olduğu gösterilmiş ve sosyoekonomik seviyesini orta düzeyde belirtenlerin, düşük düzeyde belirtenlerden ve yüksek düzeyde belirtenlerden daha yüksek COVID-19 korkusu taşıdıklarını belirtmişlerdir. Sosyoekonomik seviyesi yüksek olanların, sosyoekonomik seviyesi orta düzeyde olanlardan daha düşük COVID-19 korkusu taşımalarını sosyoekonomik seviyesi yüksek olanlarda alım gücünün yüksek olması ile sosyoekonomik seviyesi orta düzeyde olanların COVID-19 korkusunun, sosyoekonomik seviyesi düşük olanlardan daha yüksek olmasını da Maslow’un ihtiyaçlar hiyerarşisi ile açıklamışlardır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğinin tamamından ve ölçeğin psikolojik, somatik, ekonomik alt boyutlarından aldıkları puan ile medeni durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Ancak ölçeğin sosyal alt boyutundan alınan puan ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Polat Ö ve

Coşkun F'nin (128) çalışmasında ise bekâr hastane çalışanlarının anksiyete puanı, evli hastane çalışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Yine ülkemizde Yıldırım ve ark. (127) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise evli kişilerin daha düşük anksiyete ve depresyon düzeylerinin olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda ise evli sağlık çalışanlarının bekâr sağlık çalışanlara kıyasla ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda bu durum, evli bireylerin kişiler arası ilişkiler kurma ve sorunları hem ele alma hem de çözme becerilerinin daha gelişmiş olacağı düşüncesiyle açıklansa da, sağlık çalışanının COVID-19 gibi ciddi sağlık sorunlarına yol açan ve çok bulaşıcı bir etkene maruziyeti durumunda bu enfeksiyonu eşine, çocuklarına veya evinde birlikte yaşadığı diğer bireylere de bulaştırma fikrinin kişide daha çok endişeye dönüşeceği kanaatindeyiz. Bu sebeple yaptığımız çalışmada evli sağlık çalışanlarının, bekâr sağlık çalışanlarına göre ölçek puanının yüksek çıkması tarafımızca öngörülen bir bulgudur.

Aynı zamanda ölçeğin sosyal alt boyutundan alınan puan ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmayacağı da hipotezlerimiz arasındaydı. Çünkü COVID-19 hastalarıyla çalışmak toplum tarafından bir damgalanma aracına dönüştürülmekte ve sağlık çalışanları risk grubunda olmaları nedeniyle sosyal anlamda uzak durulması gereken kişiler olarak değerlendirilmektedir. Bu durum sağlık çalışanlarının sosyal destekten yeterince faydalanamamalarına neden olmaktadır. Bir yandan da COVID-19 açısından riskli alanlarda çalışan sağlık çalışanları, hastalık bulaştırma korkusuyla kendilerini arkadaş çevrelerinden sosyal anlamda izole etmekte ve bazıları -özellikle evlerinde riskli bireyler olanlar- ailelerinden, evlerinden uzakta kalmaktadırlar (134). Bu durum bireyin evli veya bekâr olmasıyla ilişkisiz olarak her iki tarafta da sosyal problemlere neden olabilmektedir.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin tamamından ve ölçeğin tüm alt boyutlarından aldıkları puan ile çocuk sahibi olma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Katılımcılardan çocuk sahibi olanların çocuk sahibi olmayanlara göre, ölçek puanı daha yüksek olarak bulunmuştur. Yıldırım ve ark. (127) tarafından yapılan çalışmada çocuk sahibi olan sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Çin'de yapılan ve COVID-19 ile enfekte olup hastaneden taburcu edilen kişilerde akıl hastalığı ile ilişkili risk faktörlerini araştıran bir çalışmada ise çocuklarıyla birlikte yaşayan kişilerin akıl hastalığı semptomlarına sahip olma olasılığının daha yüksek olduğuna değinilmiştir (135). Her ne kadar çocuk yaş grubunda COVID-19 nedeniyle hastaneye yatış, yoğun bakım ihtiyacı ve mortalite oranı erişkinlerden daha az olsa da hem çocuklardan ebeveynlerine hem de ebeveynlerden çocuklara ev içi bulaş riski mevcuttur (136).

Bu nedenle çocuk sahibi olan bireylerin fobi düzeylerinin yüksek çıkması tarafımızca öngörülen bir bulgudur.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin tamamından ve ölçeğin somatik alt boyutundan aldıkları puan ile kronik hastalık varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Kronik hastalığı olan sağlık çalışanlarının ölçeğin tamamından ve somatik alt boyutundan aldıkları puan daha yüksek olarak bulunmuştur. Ancak ölçeğin psikolojik, sosyal ve ekonomik alt boyutları ile kronik hastalık varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir. Bu durum ölçeğin somatik alt boyutundaki yüksekliğin, ölçeğin total puanına yansımaları şeklinde de değerlendirilebilir. Yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin, olmayanlara kıyasla anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (127). Liu K ve ark. (137) tarafından Hubei’de üçüncü basamak bir hastanede yapılan COVID-19 ile enfekte vakaların klinik özelliklerinin değerlendirildiği çalışmada altta yatan komorbiditeleri olan hastaların kliniklerinin daha ağır seyrettiği gösterilmiştir. Klinik olarak durumu ciddi ve kritik olan hastalarda, en önemli risk faktörü bu hastaların % 23,7’sini etkileyen hipertansiyondur ve ikinci önemli risk faktörü ise bu vakaların % 16,2’sini etkileyen (tip ayrımı olmaksızın) diyabettir. Haktanır ve ark.’nın (131) çalışmasında ise kronik hastalık ile COVID-19 korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemiştir. Literatürde bu konuda farklı sonuçlar görülse de bizim çalışmamızda kronik hastalığı olan sağlık çalışanlarında ölçeğin somatik alt boyut puanını, kronik hastalığı olmayan sağlık çalışanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır. Ayrıca çalışmamızda sağlık çalışanları arasında en sık görülen kronik hastalık hipertansiyon olarak tespit edilmiştir. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının 21’inde (%4,4) hipertansiyon, 10’unda diyabet (%2,1) tanısı mevcuttur. Türkiye’de üçüncü basamak bir hastanede, sağlık çalışanlarının genel sağlık durumlarının değerlendirildiği bir çalışmada hipertansiyon görülme oranı %10,7, diyabet görülme sıklığı ise %0,5 olarak bulunmuştur. Toplum tabanlı yapılan prevelans çalışmalarında ise hipertansiyon için bu oran %30,3-%33,0 olup diyabet tanısı için araştırma gruplarındaki yaş farklılıkları ve diyabet tanı kriterleri arasındaki farklılıklar nedeniyle %11-16 arasında değişmektedir (138). Toplumda sık görülen bu iki hastalığın, çalışmamızda görülme sıklığının düşük olması katılımcıların yaş ortalamalarının düşüklüğü ve sağlık sektörü gibi hareketli ve dinamik bir çalışma alanıyla açıklanabilir.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının ölçeğin tamamından ve ölçeğin tüm alt boyutlarından aldıkları puan ile meslekleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Çalışmamızda ölçeğin toplam puanı; sekreterlerin hekim ve intörn

hekimlerden, ebe-hemşirelerin de intörn hekimlerden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında bu durumda bir çeşitlilik gözlenmektedir. 2003 yılında SARS salgını sırasında yapılan bir çalışmada doktorların hemşirelere göre psikiyatrik belirtiler açısından daha yüksek risk altında olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada 660 olgunun 177'si (%27) olan doktorların hemşirelere kıyasla psikiyatrik belirtiler gösterme olasılığı 1,6 kat daha fazla bulunmuştur (139). H1N1 pandemisi sırasında da 469 sağlık çalışanı ile yapılan çalışmada ise hemşirelerin diğer sağlık personelinden daha endişeli olduğu görülmüştür (90). Polat Ö ve Coşkun F'nin (128) çalışmasında ise mesleklere göre sağlık çalışanlarının depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmemiştir. Bizim çalışmamızda ise; sekreterlerin hekim ve intörn hekimlere göre koronafobi düzeyinin daha yüksek çıkmasının sebebi, sekreterlerin pandemi servis ve pandemi polikliniklerinde primer hasta bakımında rol almayıp, ancak bulundukları sosyal çevre itibarıyla edindiği bilgilerden ve tüm gün birlikte çalıştığı iş arkadaşlarının maruz kaldığı risklere tanıklık etmelerinden dolayı olabileceğini düşünmekteyiz. Aynı zamanda sekreterlerde ölçeğin toplam puanının hekim ve intörn hekimlere göre daha yüksek çıkması, sekreterlerin COVID-19 hakkındaki bilgi düzeylerinin daha düşük olma ihtimalini de düşündürmektedir. Nitekim literatürde bunu destekleyen çalışmalar da vardır. Literatürü bu anlamda taradığımızda, sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada, COVID-19 hakkında bilgi düzeyi yüksek olan bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerini değerlendiren ölçeklerden daha düşük puanlar aldığı görülmüştür. Çalışmada COVID-19 hakkında daha fazla bilgiye sahip kişilerin, hastalığın nasıl bulaştığı hakkında daha fazla bilgi sahibi olduklarından kendilerini korumak için daha bilinçli hareket edebilecekleri ve gereksiz endişelere karşı daha savunmacı olabilecekleri ifade edilmiştir (127). Aynı zamanda ölçeğin total puanının ebe-hemşirelerde, intörn hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkması da ebe ve hemşirelerin takip, tedavi ve izlem için hasta odalarına sıkça girmek zorunda kalmaları ile açıklanabilir.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarına COVID-19 pandemisi sürecinde tütün ürünü kullanımlarındaki değişiklik sorulmuştur ve verilen yanıtlar “Tütün ürünü kullanmıyorum”, “Tütün kullanımım arttı”, “Tütün kullanmayı bıraktım” , “Tütün kullanımım etkilenmedi” şeklinde kategorize edilmiştir. Çalışmamızda bu soruyu yanıtlayan katılımcıların 270'i (%57,1) tütün ürünü kullanmadığını, 40'ı (%8,5) tütün kullanımının arttığını, 16'sı (%3,4) tütün kullanımını bıraktığını ve 147'si (%31,0) tütün kullanımının etkilenmediğini belirtmiştir. Yaptığımız çalışmada katılımcıların, koronafobi düzeyi ile pandemi sürecinde sigara içme

davranışlarındaki değişiklik karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Avustralya’da yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %89,7’sinin pandemi sürecinde sigara kullanımında değişiklik olmadığı belirtilmiştir (140). Belçika’da 3632 katılımcı ile yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların %15,4’ünün kısıtlamalardan önce de sigara kullandığı, %1’inin bu süreçte sigara kullanımını bıraktığı, %0,9’unun daha önce sigara kullanmazken bu süreçte sigara kullanmaya başladığı, %7,4’ünün sigara kullanımını arttırdığı %2,5’nin bu süreçte sigara kullanımını azalttığı belirtilmiştir (141).

Stres ve can sıkıntısı sigara içmek için bilinen duygusal tetikleyicilerdendir (142). Beklenmedik ve olağan dışı zamanlarda artan stres, sigara kullanımı için önemli risk olabilmektedir. Sigara içmenin üst solunum yollarına verdiği hasar ve pulmoner bağışıklık fonksiyonunda azalma nedeniyle pulmoner enfeksiyon riski ve enfeksiyonun şiddetinde artışa yol açacağı belirtilmektedir (143). Ayrıca sigara kullanımının COVID-19 enfeksiyonun şiddetini arttırdığına yönelik çalışmalar da mevcuttur. Örneğin Killerby ve ark. (144) tarafından 220 hastanede yatan ve 311 hastaneye yatırılmayan COVID-19 hastasıyla yapılan çalışmada, hastaneye yatış için sigaranın 2,3 kat olasılık oranı taşıyan bağımsız bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Yapılan bir meta-analizde, sigara içmenin COVID-19 hastalığının ilerlemesi için bir risk faktörü olduğu ve sigara içenlerde COVID-19 şiddetinin hiç sigara içmeyenlere göre 1,91 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (145).

Literatürde sigara kullanımı depresyon, anksiyete ve stres semptomları ile ilişkilendirilmiştir (146). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların COVID-19 fobisi düzeyleri ile tütün kullanımında değişiklik durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarına pandemisi sürecinde alkol kullanımlarındaki değişiklik sorulmuştur ve verilen yanıtlar “Alkol kullanmıyorum”, “Alkol kullanımım arttı”, “Alkol kullanmayı bıraktım”, “Alkol kullanımım etkilenmedi” şeklinde kategorize edilmiştir. Bu sorumuza yanıt veren katılımcıların 260’ı (%55,2) alkol kullanmadığını, 14’ü (%3,0) alkol kullanımının arttığını, 7’si (%1,5) alkol kullanmayı bıraktığını ve 190’ı (%40,3) alkol kullanımının etkilenmediğini belirtmiştir. Çalışmamızda alkol kullanmayanların koronafobi düzeyi alkol kullanımı etkilenmeyenlerden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Stanton ve ark. (140) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların 825’inin (%55,3) pandemi sürecinde alkol kullanımlarında değişiklik saptanmamıştır. Vanderbruggen ve ark.(141)

tarafından 3632 katılımcı ile yapılan çalışmada katılımcıların %30,3'ünün kısıtlamalar öncesine göre daha fazla alkol kullandığı belirtilmiştir. Çin'de yapılan bir çalışmada ise COVID-19 dönemindeki alkol kullanım miktarı AUDIT ölçeği ile sorgulanmış olup, riskli kullanımın %29,1'e, zararlı kullanımın %9,5'e ve alkol bağımlılığının %1,6'ya yükseldiği gösterilmiştir (147).

Salgın sırasında yalnızlık, kaygı, ruhsal rahatsızlıklar, ekonomik sıkıntılar gibi stresör etkenler bireylerin alkol alım miktarında artışa neden olabilir. Özellikle anksiyete ve duygudurum bozukluğu yaşayan kişilerin self-medikasyon amacıyla alkol alımı geçmiş çalışmalarda da sıkça belirtilmektedir. Çalışmamızda alkol kullanmayan bireylerin alkol kullananlara göre ölçekten aldıkları puanın daha yüksek çıkması, başka bir deyişle alkol kullananların koronafobi düzeyinin daha düşük olması da bu dönemde alkolün self-medikasyon amacıyla kullanılmış olma ihtimalini düşündürmektedir. Aynı zamanda çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının 7'sinin (%1,5) alkol alımını bırakmış olması bu süreçte kafe-pub, bar gibi işletmelerin kapanmasının alkol kullanımını bırakma üzerine çok da etkisi olmadığını ve kişilerin alkol temininde çok sorun yaşamadıklarını düşündürmüştür.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarından 466'sının (%99,2) uyuşturucu madde kullanmadığı, 4 kişinin uyuşturucu madde kullanımının olduğu, kullananların 1'inin (%0,2) pandemi sürecinde uyuşturucu madde kullanımının arttığı ve 3'ünün (%0,6) bu süreçte uyuşturucu madde kullanımının etkilenmediği öğrenilmiştir. Çalışmamızda katılımcıların ölçeğin tamamından ve ölçeğin tüm alt boyutlarından aldıkları puan ile uyuşturucu kullanımındaki değişiklik durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Literatüre bakıldığında İlhan ve ark. (148) tarafından Türkiye'de genel nüfusta tütün, alkol, madde kullanımı ve yaygınlığının değerlendirildiği bir çalışmada 8045 kişi çalışmaya alınmış ve madde kötüye kullanım prevalansı %2,8 olarak bulunmuştur. Bizim yaptığımız çalışmada ise uyuşturucu madde kullananlar tüm katılımcıların %0,8'ini oluşturmaktadır. Elde ettiğimiz sonucun Türkiye ortalamasına göre düşük olmasının birkaç sebebi olabileceğini düşünmekteyiz. Öncelikle çalışmanın evrenini üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda çalışan sağlık çalışanlarının oluşturması ve sağlık çalışanlarının madde kullanımı konusunda toplumun kalanına göre bilgi düzeylerinin daha yüksek olması bu duruma sebep olmuş olabilir. Ayrıca her ne kadar verilerin gizliliği konusunda katılımcılara bilgi verilmiş olsa da katılımcılar uyuşturucu madde kullanımı hakkındaki kararlarını paylaşmak istememiş olabilirler.

Çalışmamızda elde ettiğimiz ve dikkatimizi çeken bir bulgu “COVID-19 ile enfekte hastanın tanı, tedavi veya bakımında aktif rol alıyor musunuz?” sorusuna verilen yanıt ile ölçeğin tamamından ve ölçeğin tüm alt boyutlarından alınan puan arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamasıdır. Bu durum COVID-19 birimlerinde çalışanların şüpheli veya enfekte hastalarla temas etmiş ve nasıl korunacaklarını pratik anlamda deneyimlemiş olmalarından ve pandemi birimlerinde çalışmayanların ise enfekte hastalarla henüz temas etmemiş olmalarının getirdiği korku ve endişe ile açıklanabilir. Aynı zamanda pandeminin hala devam ediyor olması ve henüz çalışmamış olanların da bu süreçte çalışmak zorunda kalabileceklerini düşünüyor olmaları ölçek skorlarını, çalışıp da temas edenlere yaklaştırıp farkın oluşmamasına katkı sağlamış olabilir.

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanların 297’si (%62,5) COVID-19 PCR testi yaptırmamış olup, 178’i (%37,5) COVID-19 PCR testi yaptırmıştır. Test yaptıрма nedenleri sorulduğunda katılımcıların 56’sı (%31,5) semptomu olduğu için, 72’si (%40,5) teması olduğu için ve 50’si (%28,0) de tarama amacıyla yapıldığını söylemiştir. COVID-19 tanısı alma durumu ile CP19-S arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülme de COVID-19 PCR testi yapılması ile ölçeğin psikolojik ve somatik alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Aynı zamanda COVID-19 PCR testi yapılma nedeni ile ölçeğin somatik alt boyutu arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiş olup semptomu olduğu için test yaptıranlarda tarama amacıyla test yapılanlara göre istatistiksel olarak daha yüksek ölçek puanı tespit edilmiştir. Bu durum test yaptıran kişilerin temas, semptom varlığı veya riskli yerde çalışıp tarama amacıyla test yapılması gibi nedenlerle kendilerini bulaş açısından daha riskli değerlendirmelerinden kaynaklanmış olabilir. Aynı zamanda test sonucunu beklerken ya da temas sonrası izolasyonda kalıp semptom takibi yaparken kişilerin yaşadıkları endişe ve korku da psikolojik alt ölçek puanındaki yüksekliği açıklayabilir.

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular arasında dikkatimizi çeken bir diğer veri ise COVID-19 enfeksiyonu tanısı alma durumu ile ölçeğin tamamından ve ölçeğin tüm alt boyutlarından alınan puan arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmamasıdır. “COVID-19 enfeksiyonu tanısı aldınız mı?” sorusunu yanıtlayan 473 kişiden 451’i (%95,4) bu soruya “Hayır” cevabını vermiş, 22’si (%4,6) ise hastalığı geçirdiğini belirtmiştir. Enfekte olanların 18’i (%3,8) evde takip edilirken, 4’ü (%0,8) hastanede takip edilmiştir. Sevinerek açıkladığımız bir diğer veri ise çalışmaya katılan ve hastalığı geçiren hiçbir sağlık çalışanımızın yoğun bakım ihtiyacı olmamasıdır. Aynı zamanda enfekte olan sağlık çalışanlarına kendilerine göre

hastalığın şiddeti sorulduğunda 5'i (%22,7) çok düşük şiddette, 8'i (%36,4) düşük şiddette geçirdiğini belirtmiştir.

Sağlık çalışanlarının yakın zamanların salgın etkenleri olan SARS, MERS ve Ebola gibi hastalıklardan önemli zararlar gördükleri bilinmektedir (149). Bu konuda literatür tarandığında 2003-2015 yılları arasındaki SARS ve MERS salgınlarında, vakaların %44-100'ü sağlık kurumlarıyla bağlantılı olup, SARS vakalarının %11-57'sini sağlık çalışanlarının oluşturduğu bildirilmiştir (150). Dünya geneline yayılmadan önce Ebola virüsünün neden olduğu en büyük salgın Haziran 2014'te batı Afrika ülkelerinde (Gine, Sierra Leone, Mali, Senegal ve Liberya) meydana gelmiştir. Bu salgından yaklaşık 900 sağlık personeli etkilenmiş, etkilenen sağlık personellerinin 500'den fazlası (%55,6) hayatını kaybetmiştir (151-153). Ebola vakalarının %2,5-12'sinin sağlık çalışanı olduğu bildirilmiştir (150). Bugüne kadar, sağlık çalışanlarında COVID-19'un görülme sıklığı hakkında bilgi sağlayan sınırlı sayıda yayın ve ulusal durum raporu bulunmaktadır. COVID-19'un enfeksiyon spektrumu geniş olması nedeniyle sağlık çalışanları arasında birçok vakada hastalık hafif belirtilerle seyrederken, ölümler de dahil olmak üzere ciddi sonuçlar bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da enfekte olan sağlık çalışanlarının 13'ü (%59,1) hastalığı kendisine göre çok düşük veya düşük şiddette geçirdiğini bildirirse de 2'si (%2,9) hastalığı şiddetli geçirdiğini belirtmiştir. Cenevre merkezli Uluslararası Hemşirelik Konseyi tarafından dünya genelinde DSÖ'ye bildirim yapılan 23 bin enfekte sağlık çalışanı sayısının kısa süre içerisinde 90 bini geçtiği açıklanmıştır (154). COVID-19 tanısı alan 119.216 hastanın dâhil edildiği bir meta analiz çalışmasında; hastaların yaklaşık 13.119'unun (%10) sağlık çalışanı olduğu, sağlık çalışanlarında mortalite hızının ise %0,3 ile tüm hastaların mortalitesinden (%2,3) daha düşük olduğu tespit edilmiştir (155). Türkiye'de ise 2 Eylül 2020 tarihine kadar toplam COVID-19 vakalarının %10,9'u olan 29.865 sağlık çalışanının COVID-19 tanısı aldığı bilinse de Ocak 2021'e kadarki süreçte Türkiye'deki enfekte olan toplam sağlık çalışanı sayısına ulaşılamamıştır. Ancak 20 Ocak 2021 tarihi itibarıyla 129 hekim, toplamda 344 sağlık çalışanı, COVID-19 nedeniyle ne yazık ki hayatını kaybetmiştir (156).

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarında ölçeğin tamamından ve ölçeğin tüm alt boyutlarından aldıkları puan ile hasta olma olasılığı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Hasta olma olasılığını "Çok yüksek olasılıkla enfekte olurum" şeklinde belirtenlerin koronafobi düzeyi daha yüksektir. Aynı zamanda daha önce enfekte olmamış katılımcılara sorulan "COVID-19 enfeksiyonuna henüz yakalanmadıysanız ancak ileride enfekte olma ihtimalinizi düşündüğünüzde yaşayacağınız hastalığın şiddeti sizce nedir?" sorusuna yanıt olarak "Şiddetli veya Çok şiddetli" yanıtını veren sağlık çalışanlarının

koronafobi düzeyleri diğer yanıtları verenlerden daha yüksek olarak bulunmuştur. Aslında çalışmamızda sorduğumuz bu soru henüz enfekte olmamış sağlık çalışanlarının COVID-19 ile enfekte olabilme ihtimallerini bütünüyle kabullendiklerini ve alacakları tüm önlemlere rağmen hastalığı şiddetli geçirmekten korktuklarını bizlere göstermiştir.

Çalışmamızda elde ettiğimiz çarpıcı sonuçlardan bir diğeri de çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının “ Seçme şansınız olsaydı pandeminin olası bir diğer pikiinde aktif rol almak ister miydiniz?” sorusuna verdikleri yanıtlar ile ölçeğin tamamından ve tüm alt boyutlarından aldıkları puan arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olmasıdır. Katılımcıların bu soruya 309’u (%77,4) “Hayır” yanıt vermiştir ve sorumuza hayır yanıtını veren sağlık çalışanlarının koronafobi düzeyi “Evet” yanıtını verenlere göre daha yüksek olarak saptanmıştır.

Genel anlamda pandemi ile mücadele tüm sektörleri içermesine rağmen, pandeminin tüm aşamalarında sağlık çalışanlarının rolü çok büyük önem taşımaktadır. Sağlık sisteminin pandemi döneminde hakkaniyetli, tutarlı ve yeterli hizmet sağlayabilmesi büyük ölçüde sağlık çalışanlarına bağlı olmasına rağmen; çalışmamızda bulduğumuz bu sonuçlar sağlık çalışanlarının ruhsal açıdan tükendiklerini, aldıkları riskin maddi manevi karşılığını alamadıklarını ve bu nedenle risk almaktan kaçındıklarını düşündürmektedir.

Nitekim ülkemizde belirli süre döner sermayelerin tavandan verilmesi bütün sağlık çalışanlarını ne yazık ki kapsamamıştır. Yardımcı sağlık personeli pandemi sürecinde sağlık çalışanlarına sağlanan ücretsiz konaklama ve ulaşım hakkı, ek ödemeler gibi imkânlardan yararlanamamıştır. Aynı riskli ortamda çalışan sağlık çalışanı grupları arasında farklı haklar sağlanması, çalışma ortamındaki barış ortamını bozmuştur. Olağan görevlerinden daha ağır yükler sırtlanmak zorunda kalan sağlık çalışanlarının ruh sağlığı; tayinlerin durdurulması, yıllık izin hakkının ve istifaların kaldırılmasıyla olumsuz etkilemiştir. Sağlık çalışanlarına ek ödemelerin maaş sistemi üzerinden değil döner sermaye ücretlendirilmesi üzerinden yapılması meslektaşlar arasında eşitsizliğe neden olmuştur (134).

Ülkemizde pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının tükenmişliğini önlemeye yönelik bazı önlemler alınmakla birlikte alınan önlemler çoğunlukla yetersiz kalmıştır. Sağlık çalışanlarının gösterdiği özveri ve emek gün geçtikçe artmış olmasına rağmen, toplum tarafından gösterilen takdir hissi bu durumla orantılı olamamıştır. Aksine sağlık çalışanlarına yönelik şiddet davranışları bu dönemde de devam etmiştir.

Bu süreçte hastane yöneticileri ve liderler, sağlık çalışanları ile etkili iletişim kurmalıdır. İş yükü artışı, klinik uzmanlık alanı dışında çalışmak ve daha önce karşılaşılmamış bir hastalık ile başa çıkmaya çalışmak sağlık personelinin zor kararlar almak durumunda bırakabilir. Hiçbir sağlık personeli bu zor kararları alırken yalnız bırakılmamalıdır. Sağlık mesleği mensupları ayrıca elektif cerrahiler ve girişimler gibi işlemleri erteleme yetkisine sahip olmalıdır.

Kritik hastaları tedavi etmek için gerekli vantilatör ve yoğun bakım ünitesi yataklarındaki potansiyel yetersizlik iyi organize edilmiş olsa bile yeterli işgücü olmadığı sürece ek malzemeler ve yatakların yararı olmayacaktır. Sağlık personelinin korunması sürdürülebilir sağlık bakım hizmeti için şarttır. Ayrıca bu krizde sağlık işgücünün sürdürülmesi için sadece yeterli sayıda hekim, hemşire, eczacı ve diğer klinisyenlerin olması yeterli değildir. Yeterli iş gücüyle beraber her personelin yüksek performansla hastalara bakım yapma yeteneğini en üst düzeye çıkarmak ve onların kaygılarını en düşük seviyede tutacak önemleri almak gerekir. Bunun için hastanelerde küçük grup toplantıları yapılabilir, sağlık çalışanlarına hastanenin psikiyatristi tarafından stresle baş etme yöntemleri konusunda eğitimler verilebilir. Sağlık çalışanlarının ruh sağlığını korumak adına tele-sağlık uygulaması ile ruh sağlığını kontrol eden kısa ölçekler uygulanabilir. Branşlar arasında iletişimi kuvvetlendirmek ve pandemiye multidisipliner yaklaşabilmek adına online toplantılar düzenlenebilir. Ayrıca bu dönemde çocukları olan ailelerin kreş ve okulların kapanması sebebiyle çocuklarının bakımı konusunda yaşadıkları zorluk hastane içinde kreş veya özel eğitim alanları ile giderilebilir.

Bu ölümcül hastalıkla mücadelede sevdiklerinden aylarca uzak kalan, canla başla çalışarak hayatlarını riske atan tüm sağlık çalışanlarının ruhsal olarak güçlendirilmeye, onurlandırılmaya ve hem toplumun hem de yöneticilerin desteğine ihtiyaçları vardır.

SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının Koronavirüs-19 fobisi düzeyini ve bu düzeyi etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçladığımız çalışmamızın sonuçları şöyle özetlenebilir:

1- Çalışmamıza 174'ü erkek, 301'i kadın cinsiyette olmak üzere toplamda 475 sağlık çalışanı dâhil edilmiş olup kadın cinsiyetteki sağlık çalışanlarının, erkek cinsiyetteki sağlık çalışanlarına göre koronafobi düzeyi daha yüksek olarak değerlendirilmiştir.

2- Çalışmamızda eğitim durumu ile ölçeğin sadece ekonomik alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuç saptanmıştır ve üniversite mezunu olmayan sağlık çalışanlarının ölçek puanı daha yüksek olarak bulunmuştur.

3- Çalışmamızda evli olmak, çocuk sahibi olmak, hane halkının nüfusundaki artış koronafobi gelişiminde etkili sosyodemografik risk faktörleri olarak değerlendirilmiş olup sağlık çalışanlarının bu süreçte ailelerine, sevdiklerine etkeni bulaştırmaktan korktukları gösterilmiştir.

4- Çalışmamızda kronik hastalığı olan bireylerde ölçeğin somatik alt boyutu puanı, kronik hastalığı olmayanlara göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarında en sık görülen kronik hastalık hipertansiyondur.

5- Çalışmamızda sekreterlerin koronafobi düzeyi hekim ve intörn hekimlerden, ebe-hemşirelerin de intörn hekimlerden daha yüksek düzeyde olarak saptanmıştır. Bu durumda sekreterlerin hasta bakımında primer olarak görev almayıp birlikte çalıştıkları mesai arkadaşlarının maruz kaldıkları risklere tanık olmalarının ve sekreterlerin COVID-19 hakkında bilgi düzeylerinin hekim ve intörn hekimlerden daha düşük olabileceğinin etkili olduğu düşünülmüştür. Aynı zamanda ebe-hemşirelerde, intörn hekimlere göre koronafobi düzeyinin

daha yüksek tespit edilmesi de tarafımızca ebe ve hemşirelerin takip, tedavi ve izlem için hasta odalarına sıkça girmek zorunda kalmaları ile açıklanmıştır.

6- Çalışmamızda koronafobi ile pandemi sürecinde tütün ürünü kullanımında ve uyuşturucu madde kullanımında değişiklik sorgulandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmezken, alkol kullanımında değişiklik ile koronafobi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ve alkol kullanmayanların fobi düzeyi daha yüksek olarak değerlendirilmiştir. Bu durumda alkolün self-medikasyon amacıyla kullanıldığının etkisi olduğu düşünülmüştür.

7- Çalışmamızda COVID-19 tanılı hastanın bakımında primer rol alanların koronafobi düzeyi ile rol almayanların koronafobi düzeyi arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Bu durumda, pandeminin hala devam ettiği, henüz COVID-19 birimlerinde çalışmayanların çalışacak olmalarının ve COVID-19 birimlerinde çalışanların da nasıl korunacaklarını pratik anlamda deneyimlemiş olmalarının etkisi olduğu düşünülmüştür.

8- Çalışmamızda 451 (%95,4) sağlık çalışanı COVID-19 tanısı almamışken, 22'si (%4,6) tanı almıştır. Çalışmamızda COVID-19 tanısı almak koronafobi için bir risk faktörü olarak görülmemiştir.

10- Çalışmamızda daha önce enfekte olmamış sağlık çalışanlarının 100'ü (%23) yüksek olasılıkla, 136'sı (%31,63) çok yüksek olasılıkla enfekte olacağını düşünmektedir. Hasta olma olasılığını “Çok yüksek olasılıkla enfekte olurum” şeklinde belirtenlerin koronafobi düzeyi daha yüksek olarak değerlendirilmiştir. Aynı zamanda daha önce enfekte olmamış sağlık çalışanlarından enfekte olduğunda geçirecekleri hastalık şiddetini “Şiddetli veya çok şiddetli” olarak değerlendirenlerde koronafobi düzeyi daha yüksek olarak saptanmıştır. Bu durum henüz enfekte olmamış sağlık çalışanlarının enfekte olabilme ihtimallerini bütünüyle kabullendiklerini ve alacakları önlemlere rağmen hastalığı şiddetli geçirmekten korktuklarını göstermiştir.

ÖZET

Çalışmamızda Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının Koronavirüs-19 fobi düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

Çalışmanın evrenini hastanemiz başhekimliği ve dekanlıktan alınan toplam verilere göre 2222 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Çalışmamızın örnekleme hata payı %5, güven aralığı %95 alınarak minimum katılımcı sayısı 328 kişi olarak belirlenmiş ve çalışmamıza toplamda 475 gönüllü sağlık çalışanı katılmıştır. Veriler 45 sorudan oluşan anket aracılığıyla toplanmıştır. Çalışmanın ilk 12 sorusu katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumları ile ilgili soruları, 13-25 numaralı sorular katılımcıların pandemi süreci ile ilgili araştırmacı tarafından oluşturulan soruları içermektedir. Ek olarak katılımcılara 20 soruluk Koronavirüs-19 Fobi Ölçeği uygulanmıştır.

Katılımcıların 301'i (%63,4) kadın, 174'ü (%36,6) erkek cinsiyette olup katılımcıların yaş ortalaması $31,3 \pm 7,6$ (minimum 20 maksimum 63) yıl olarak saptanmıştır. Katılımcıların CP19-S'in toplam puan ortalaması $46,1 \pm 15,7$ olarak hesaplanmıştır.

Sağlık çalışanlarında koronafobi düzeyini etkileyen faktörlerin değerlendirildiği çalışmamızda cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, evde yaşayan kişi sayısı, kronik hastalık varlığı, meslek, alkol kullanımında değişiklik durumu, kişinin kedisine göre ileride enfekte olma olasılığı ve enfekte olursa geçireceği hastalık şiddeti, olası bir diğer pikte aktif rol alma isteği ile koronafobi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. İlaç kullanımı, psikiyatrik hastalık varlığı, pandemi sürecinde evden başka yerde ikamet etme durumu, tütün ve uyuşturucu madde kullanımında değişiklik durumu, pandemide

aktif rol alma, COVID-19 tanısı alma ve geçirilen hastalığın şiddeti, yakın çevrede COVID-19 ile enfekte kişi varlığı ile koronafobi düzeyi arasında ilişki saptanmamıştır.

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde; pandemiye karşı hayatları pahasına mücadele veren sağlık çalışanlarının temel ihtiyaçlarının sağlanması, güvenli çalışabilecekleri ortamların hazırlanması ve ruh sağlıklarının korunması için ciddi önlemler alınması gerekmektedir. Salgınla mücadelenin bireysel bir mücadeleden çıkıp toplumsal, iyi organize edilmiş bir mücadeleye dönüştürülmesi için atılacak adımlarda çalışmamızın yol gösterici olması beklenmektedir.

Anahtar kelimeler: COVID-19, koronafobi, sağlık çalışanı, Aile Hekimliği



EVALUATION OF CORONAVIRUS-19 PHOBIS IN HEALTH RESEARCH AND APPLICATION CENTER HEALTH WORKERS AT TRAKYA UNIVERSITY

SUMMARY

In our study, it is aimed to determine the coronavirus-19 phobia levels and influencing factors of health workers working at Trakya University Health Research and Application Hospital.

The universe of the study is made up of 2222 health workers according to the total data obtained from the chief physician and dean's office of our hospital. The sample of our study was determined as 5% and the trust range was 95%, the number of minimum participants was 328 people and a total of 475 volunteer health workers participated in our study. The data was collected through a survey of 45 questions. The first 12 questions of the study include questions about the sociodemographic characteristics and medical conditions of the participants. Questions numbered 13-25 contain questions created by the researcher about the pandemic process of the participants. In addition, a 20-question Coronavirus-19 Scale (CP19-S) was applied to the participants.

301 (63.4%) of the participants were female and 174 (36.6%) were male and the mean age of the participants was 31.3 ± 7.6 (minimum 20 maximum 63) years. The total score average of the participants' CP19-S scale was calculated as 46.1 ± 15.7 .

In our study, which evaluated the factors affecting coronaphobia levels of health workers, a statistically significant relationship was found between gender, marital status, child-having status, number of people living at home, chronic disease presence, occupation, change in alcohol use, the likelihood of future infecting according to the person's cat and the severity of the disease they will experience if infected, the desire to take an active role in another possible picnic and the level of coronaphobia. Drug use, presence of psychiatric illness, residence outside the home during the pandemic process, change in tobacco and drug use, active role in the pandemic, diagnosis of COVID-19 and severity of the disease passed, the presence of people infected with COVID-19 in the immediate vicinity and the level of coronaphobia were not found.

When the results are evaluated in our study; it is necessary to provide the basic needs of health workers who are fighting against the pandemic with their lives, to prepare environments where they can work safely and to take serious measurments to protect their mental health. It is expected to guide us to work on steps to transform the fight against the pandemic from an individual struggle into a social, well-organized struggle.

Keywords: COVID-19, coronaphobia, healthcare worker, Family Practice

KAYNAKLAR

1. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, et al. The incubation period of coronavirus disease 2019 (COVID-19) from publicly reported confirmed cases: estimation and application. *Ann Intern Med* 2020;172(9):577-82.
2. Lu H, Stratton CW, Tang YW. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan, China: The mystery and the miracle. *J Med Virol* 2020;92(4):401-2.
3. Linton NM, Kobayashi T, Yang Y, Hayashi K, Akhmetzhanov AR, Jung S-m, et al. Incubation period and other epidemiological characteristics of 2019 novel coronavirus infections with right truncation: a statistical analysis of publicly available case data. *J Clin Med* 2020;9(2):538.
4. Budak F, Korkmaz Ş. COVID-19 pandemi sürecine yönelik genel bir değerlendirme: Türkiye örneği. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi* 2020;(1):62-79.
5. Wikipedi [internet]. Türkiye'de COVID-19 pandemisi zaman çizelgesi. (Erişim tarihi: 05.11.2020) Available from: https://tr.wikipedia.org/wiki/Türkiyede_COVID19_pandemisi_zaman_çizelgesi.
6. Brown E, Gray R, Monaco SL, O'Donoghue B, Nelson B, Thompson A, et al. The potential impact of COVID-19 on psychosis: A rapid review of contemporary epidemic and pandemic research. *Schizophr Res* 2020;222:79-87.
7. World Health Organization [internet]. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 2020. (Erişim tarihi: 16.01.2021) Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1>.
8. Ng K, Poon BH, Kiat Puar TH, Shan Quah JL, Loh WJ, Wong YJ, et al. COVID-19 and the risk to health care workers: a case report. *Ann Intern Med* 2020;172(11):766-7.
9. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med* 2020;382(8):727-33.

10. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun* 2020;88:907-7.
11. Baltacı NN, Coşar B. COVID-19 pandemisi ve ruh beden ilişkisi. Coşar B, editör. *Psikiyatri ve COVID-19*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020;1-6.
12. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open* 2020;3(3):e203976.doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976. PMID: 32202646.
13. Şeker M, Özer A, Tosun Z, Korkut C, Doğrul M. COVID-19 Küresel Salgın Değerlendirme Raporu. Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, TÜBA Raporları; 2020 Nisan, Rapor No:34.
14. Fehr AR, Perlman S. Coronaviruses: an overview of their replication and pathogenesis. *Methods Mol Biol* 2015;1282:1-23.
15. Peiris JS, Yuen KY, Osterhaus AD, Stöhr K. The severe acute respiratory syndrome. *N Eng J Med* 2003;349(25):2431-41.
16. Tsang KW, Ho PL, Ooi GC, Yee WK, Wang T, Chan-Yeung M, et al. A cluster of cases of severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *N Eng J Med* 2003;348(20):1977-85.
17. Park M, Thwaites RS, Openshaw PJ. COVID-19: lessons from SARS and MERS. *Eur J Immunol* 2020;50(3):308-11.
18. Wang L-F, Eaton BT. Bats, civets and the emergence of SARS. *Wildlife and emerging zoonotic diseases: the biology, circumstances and consequences of cross-species transmission*: Springer 2007;315:325-44.
19. Kan B, Wang M, Jing H, Xu H, Jiang X, Yan M, et al. Molecular evolution analysis and geographic investigation of severe acute respiratory syndrome coronavirus-like virus in palm civets at an animal market and on farms. *J Virol* 2005;79(18):11892-900.
20. Ge X-Y, Li J-L, Yang X-L, Chmura AA, Zhu G, Epstein JH, et al. Isolation and characterization of a bat SARS-like coronavirus that uses the ACE2 receptor. *Nature*. 2013;503(7477):535-8.
21. Zaki AM, Van Boheemen S, Bestebroer TM, Osterhaus AD, Fouchier RA. Isolation of a novel coronavirus from a man with pneumonia in Saudi Arabia. *N Eng J Med* 2012;367(19):1814-20.
22. Hijawi B, Abdallat M, Sayaydeh A, Alqasrawi S, Haddadin A, Jaarour N, et al. Novel coronavirus infections in Jordan, April 2012: epidemiological findings from a retrospective investigation. *EMHJ* 2013;19(suppl 1):12-8.

23. Park Y-S, Lee C, Kim KM, Kim SW, Lee K-J, Ahn J, et al. The first case of the 2015 Korean Middle East respiratory syndrome outbreak. *Epidemiol Health* 2015;37:e2015049. doi: 10.4178/epih/e2015049. PMID:26725226.
24. Reusken CB, Haagmans BL, Müller MA, Gutierrez C, Godeke G-J, Meyer B, et al. Middle East respiratory syndrome coronavirus neutralising serum antibodies in dromedary camels: a comparative serological study. *Lancet Infect Dis* 2013;13(10):859-66.
25. Azhar EI, El-Kafrawy SA, Farraj SA, Hassan AM, Al-Saeed MS, Hashem AM, et al. Evidence for camel-to-human transmission of MERS coronavirus. *N Eng J Med* 2014;370(26):2499-505.
26. Alagaili AN, Briesse T, Mishra N, Kapoor V, Sameroff SC, de Wit E, et al. Middle East respiratory syndrome coronavirus infection in dromedary camels in Saudi Arabia. *MBio* 2014;5(2):e00884-14. doi:10.1128/mBio.00884-14. PMID:24570370.
27. Al-Hameed F, Wahla AS, Siddiqui S, Ghabashi A, Al-Shomrani M, Al-Thaqafi A, et al. Characteristics and outcomes of Middle East respiratory syndrome coronavirus patients admitted to an intensive care unit in Jeddah, Saudi Arabia. *J Intensive Care Med* 2016;31(5):344-8.
28. Hikmet Ü. Coronaviridae virus ailesi: genel bir değerlendirme. *J Adv VetBio Sci Tech* 2020;5(1):1-12.
29. Perlman S, Netland J. Coronaviruses post-SARS: update on replication and pathogenesis. *Nat Rev Microbiol* 2009;7(6):439-50.
30. Schoeman D, Fielding BC. Coronavirus envelope protein: current knowledge. *Virol J* 2019;16(1):1-22.
31. Vlasova AN, Zhang X, Hasoksuz M, Nagesha HS, Haynes LM, Fang Y, et al. Two-way antigenic cross-reactivity between severe acute respiratory syndrome coronavirus (SARS-CoV) and group 1 animal CoVs is mediated through an antigenic site in the N-terminal region of the SARS-CoV nucleoprotein. *J Virol* 2007;81(24):13365-77.
32. 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;11(1):60.
33. Chen Y, Liu Q, Guo D. Emerging coronaviruses: genome structure, replication, and pathogenesis. *J Med Virol* 2020;92(4):418-23.
34. Delmas B, Laude H. Assembly of coronavirus spike protein into trimers and its role in epitope expression. *J Virol* 1990;64(11):5367-75.
35. Hsieh P-K, Chang SC, Huang C-C, Lee T-T, Hsiao C-W, Kou Y-H, et al. Assembly of severe acute respiratory syndrome coronavirus RNA packaging signal into virus-like particles is nucleocapsid dependent. *J Virol* 2005;79(22):13848-55.

36. Satija N, Lal SK. The molecular biology of SARS coronavirus. *Ann N Y Acad Sci* 2007;1102(1):26.
37. Liu X, Shi Y, Li P, Li L, Yi Y, Ma Q, et al. Profile of antibodies to the nucleocapsid protein of the severe acute respiratory syndrome (SARS)-associated coronavirus in probable SARS patients. *Clin Diagn Lab Immunol* 2004;11(1):227-8.
38. Shi Y, Yi Y, Li P, Kuang T, Li L, Dong M, et al. Diagnosis of severe acute respiratory syndrome (SARS) by detection of SARS coronavirus nucleocapsid antibodies in an antigen-capturing enzyme-linked immunosorbent assay. *J Clin Microbiol* 2003;41(12):5781-2.
39. Hasoksuz M, Lathrop S, Al-Dubaib M, Lewis P, Saif L. Antigenic variation among bovine enteric coronaviruses (BECV) and bovine respiratory coronaviruses (BRCV) detected using monoclonal antibodies. *Arch Virol* 1999;144(12):2441-7.
40. Masters PS. The molecular biology of coronaviruses. *Adv Virus Res* 2006;66:193-292.
41. Fung TS, Liu DX. Human coronavirus: host-pathogen interaction. *Annu Rev Microbiol* 2019;73:529-57.
42. Neuman BW, Kiss G, Kunding AH, Bhella D, Baksh MF, Connelly S, et al. A structural analysis of M protein in coronavirus assembly and morphology. *J Struct Biol* 2011;174(1):11-22.
43. Ruch TR, Machamer CE. The coronavirus E protein: assembly and beyond. *Viruses* 2012;4(3):363-82.
44. Wu F, Zhao S, Yu B, Chen Y-M, Wang W, Song Z-G, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature* 2020;579(7798):265-9.
45. Chan JF-W, Kok K-H, Zhu Z, Chu H, To KK-W, Yuan S, et al. Genomic characterization of the 2019 novel human-pathogenic coronavirus isolated from a patient with atypical pneumonia after visiting Wuhan. *Emerg Microbes Infect* 2020;9(1):221-36.
46. Xu X, Chen P, Wang J, Feng J, Zhou H, Li X, et al. Evolution of the novel coronavirus from the ongoing Wuhan outbreak and modeling of its spike protein for risk of human transmission. *Sci China Life Sci* 2020;63(3):457-60.
47. Gisaidd [internet]. In Focus Archive, 2020. (Erişim tarihi: 4.11.2020). Available from: <https://www.gisaidd.org/references/in-focus-archive>.
48. Li X, Zai J, Zhao Q, Nie Q, Li Y, Foley BT, et al. Evolutionary history, potential intermediate animal host, and cross-species analyses of SARS-CoV-2. *J Med Virol* 2020;92(6):602-11.
49. World Health Organization [internet]. Overwiev (Erişim tarihi: 4.11.2020). Available from: <https://covid19.who.int/>.

50. World Health Organization [internet]. Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations: scientific brief, 2020 March (Erişim tarihi :4.11.2020). Available from: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>.
51. Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, evaluation and treatment coronavirus (COVID-19). Statpearls [internet]: StatPearls Publishing; 2021.
52. Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Müller MA, et al. Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature* 2020;581(7809):465-9.
53. Wang W, Xu Y, Gao R, Lu R, Han K, Wu G, et al. Detection of SARS-CoV-2 in different types of clinical specimens. *Jama* 2020;323(18):1843-4.
54. Schwartz DA. An analysis of 38 pregnant women with COVID-19, their newborn infants, and maternal-fetal transmission of SARS-CoV-2: maternal coronavirus infections and pregnancy outcomes. *Arch Pathol Lab Med* 2020;144(7):799-805.
55. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. *N Engl J Med* 2020;382(13):1197-207.
56. Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, et al. SARS-CoV-2 viral load in upper respiratory specimens of infected patients. *N Engl J Med* 2020;382(12):1177-9.
57. To KK-W, Tsang OT-Y, Leung W-S, Tam AR, Wu T-C, Lung DC, et al. Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2: an observational cohort study. *Lancet Infect Dis* 2020;20(5):565-74.
58. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Jama* 2020;323(13):1239-42.
59. Istituto Superiore di Sanità [internet] Integrated surveillance of COVID-19 in Italy. (Erişim tarihi:5.11.2020) Available from: <https://www.epicentro.iss.it/en/coronavirus>.
60. Kang Y-J. Mortality rate of infection with COVID-19 in Korea from the perspective of underlying disease. *Disaster Med Public Health Prep* 2020:1-3.
61. Petrilli CM, Jones SA, Yang J, Rajagopalan H, O'Donnell L, Chernyak Y, et al. Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: prospective cohort study. *BMJ* 2020;369:m 1966. DOI: 10.1136/bmj.m1966.
62. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. *Jama* 2020;323(18):1775-6.

63. Centers for Disease Control and Prevention [internet]. People with certain medical conditions (Erişim tarihi:6.12.2020). Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medicalconditions.html>.
64. Giacomelli A, Pezzati L, Conti F, Bernacchia D, Siano M, Oreni L, et al. Self-reported olfactory and taste disorders in patients with severe acute respiratory coronavirus 2 infection: a cross-sectional study. *Clin Infect Dis* 2020;71(15):889-90.
65. Goyal P, Choi JJ, Pinheiro LC, Schenck EJ, Chen R, Jabri A, et al. Clinical characteristics of Covid-19 in New York city. *N Engl J Med* 2020;382(24):2372-74.
66. Jin X, Lian J-S, Hu J-H, Gao J, Zheng L, Zhang Y-M, et al. Epidemiological, clinical and virological characteristics of 74 cases of coronavirus-infected disease 2019 (COVID-19) with gastrointestinal symptoms *Gut*. 2020;69(6):1002-9.
67. Cheung KS, Hung IF, Chan PP, Lung K, Tso E, Liu R, et al. Gastrointestinal manifestations of SARS-CoV-2 infection and virus load in fecal samples from the Hong Kong cohort and systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology* 2020;159(1):81-95.
68. Colavita F, Lapa D, Carletti F, Lalle E, Bordini L, Marsella P, et al. SARS-CoV-2 isolation from ocular secretions of a patient with COVID-19 in Italy with prolonged viral RNA detection. *Ann Intern Med* 2020;20:1176.
69. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus–infected pneumonia in Wuhan, China. *Jama* 2020;323(11):1061-9.
70. Hu Z, Song C, Xu C, Jin G, Chen Y, Xu X, et al. Clinical characteristics of 24 asymptomatic infections with COVID-19 screened among close contacts in Nanjing, China. *Sci China Life Sci* 2020;63(5):706-11.
71. Phua J, Weng L, Ling L, Egi M, Lim C-M, Divatia JV, et al. Intensive care management of coronavirus disease 2019 (COVID-19): challenges and recommendations. *The Lancet Respir Med* 2020;8(5):506-17.
72. Huang Y, Cheng W, Zhao N, Qu H, Tian J. CT screening for early diagnosis of SARS-CoV-2 infection. *Lancet Infect Dis* 2020;20(9):1010-11.
73. T.C Sağlık Bakanlığı [internet]. COVID-19 Bilgilendirme Sayfası (Erişim tarihi:02.01.2021). Available from: <https://covid19.saglik.gov.tr>.
74. He J-L, Luo L, Luo Z-D, Lyu J-X, Ng M-Y, Shen X-P, et al. Diagnostic performance between CT and initial real-time RT-PCR for clinically suspected 2019 coronavirus disease (COVID-19) patients outside Wuhan, China. *Respir Med* 2020:105980. DOI: 10.1016/j.rmed.2020.105980.
75. Van Elslande J, Houben E, Depypere M, Brackenier A, Desmet S, André E, et al. Diagnostic performance of 7 rapid IgG/IgM antibody tests and the Euroimmun IgA/IgG ELISA in COVID-19 patients. *Clin Microbiol Infect* 2020;26(11):1157e1-e7.

76. Talevi D, Socci V, Carai M, Carnaghi G, Faleri S, Trebbi E, et al. Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Riv Psichiatri* 2020;55(3):137-44.
77. Taylor S. The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease: Cambridge Scholars Publishing; 2019.
78. Tükel R. Türk Tabipleri Birliği [internet]. TTB Covid-19 pandemisi 6. ay değerlendirme raporu (Erişim tarihi:5.12.2020) Available from: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_6/covid19-rapor_6_Part71.pdf.
79. Lin C, Peng Y, Wu Y, Chang J, Chan C, Yang D. The psychological effect of severe acute respiratory syndrome on emergency department staff. *Emerg Med J* 2007;24(1):12-7.
80. Srivatsa S, Stewart KA. How should clinicians integrate mental health into epidemic responses? *AMA J Ethics* 2020;22(1):10-5.
81. Park J-S, Lee E-H, Park N-R, Choi YH. Mental health of nurses working at a government-designated hospital during a MERS-CoV outbreak: a cross-sectional study. *Arch Psychiatr Nurs* 2018;32(1):2-6.
82. Reynolds DL, Garay J, Deamond S, Moran MK, Gold W, Styra R. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect* 2008;136(7):997-1007.
83. Lee AM, Wong JG, McAlonan GM, Cheung V, Cheung C, Sham PC, et al. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Can J Psychiatry* 2007;52(4):233-40.
84. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci* 2020;74(4):281.
85. Alpago H, Alpago Do. Koronavirüs ve sosyoekonomik sonuçlar. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi* 2020(8):99-114.
86. Khan G, Sheek-Hussein M, Al Suwaidi AR, Idris K, Abu-Zidan FM. Novel coronavirus pandemic: A global health threat. *Turk J Emerg Med* 2020;20(2):55-62.
87. Malay DS. COVID-19, Pandemic, and social distancing. *J Foot Ankle Surg* 2020;59(3):447-8.
88. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, 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(5):1729.
89. Chong M-Y, Wang W-C, Hsieh W-C, Lee C-Y, Chiu N-M, Yeh W-C, et al. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *Br J Psychiatry* 2004;185(2):127-33.

90. Goulia P, Mantas C, Dimitroula D, Mantis D, Hyphantis T. General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. *BMC Infectious Diseases* 2010;10(1):322.
91. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020;395(10227):912-20.
92. Tsamakidis K, Rizos E, Manolis AJ, Chaidou S, Kypourouopoulos S, Spartalis E, et al. COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. *Exp Ther Med* 2020;19(6):3451-3.
93. Valadez MdID, López-Aymes G, Ruvalcaba NA, Flores F, Ortiz G, Rodríguez C, et al. Emotions and reactions to the confinement by COVID-19 of children and adolescents with high abilities and community samples: a mixed methods research study. *Frontiers in Psychology* 2020;11:2881.
94. Kılınçel Ş, Kılınçel O, Muratdağı G, Aydın A, Usta MB. Factors affecting the anxiety levels of adolescents in home-quarantine during COVID-19 pandemic in Turkey. *Asia Pac Psychiatry* 2020:e12406. doi: 10.1111/appy.12406.
95. Wu P, Liu X, Fang Y, Fan B, Fuller CJ, Guan Z, et al. Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol & Alcoholism* 2008;43(6):706-12.
96. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry* 2020;7(6):547-60.
97. Mazza M, Marano G, Lai C, Janiri L, Sani G. Danger in danger: Interpersonal violence during COVID-19 quarantine. *Psychiatry Res* 2020;289:113046.
98. Mascolo A, Berrino PM, Gareri P, Castagna A, Capuano A, Manzo C, et al. Neuropsychiatric clinical manifestations in elderly patients treated with hydroxychloroquine: a review article. *Inflammopharmacology* 2018;26(5):1141-9.
99. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* 2020;7(4):300-2.
100. Li W, Yang Y, Liu Z-H, Zhao Y-J, Zhang Q, Zhang L, et al. Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *Int J Biol Sci* 2020;16(10):1732.
101. Patel SS, Webster RK, Greenberg N, Weston D, Brooks SK. Research fatigue in COVID-19 pandemic and post-disaster research: causes, consequences and recommendations. *Disast Prev Manag* 2020;29(4):445–55.
102. Sprang G, Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Med Public Health Prep* 2013;7(1):105-10.

103. Mak IWC, Chu CM, Pan PC, Yiu MGC, Chan VL. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *Gen Hosp Psychiatry* 2009;31(4):318-26.
104. Yi Y, Lagniton PN, Ye S, Li E, Xu R-H. COVID-19: what has been learned and to be learned about the novel coronavirus disease. *Int J Biol Sci* 2020;16(10):1753-66.
105. Cates DS, Gomes PG, Krasilovsky AM. Behavioral health support for patients, families, and healthcare workers. *Bioemergency Planning*: Springer 2018:195-214.
106. Liu X, Kakade M, Fuller CJ, Fan B, Fang Y, Kong J, et al. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. *Compr Psychiatry* 2012;53(1):15-23.
107. Kar SK, Arafat SY, Kabir R, Sharma P, Saxena SK. Coping with mental health challenges during COVID-19. *Coronavirus disease 2019 (COVID-19)*: Springer; 2020:199-213.
108. Van Bortel T, Basnayake A, Wurie F, Jambai M, Koroma AS, Muana AT, et al. Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels. *Bull World Health Organ* 2016;94(3):210-4.
109. Herbert J. Fortnightly review: Stress, the brain, and mental illness. *BMJ* 1997;315(7107):530-5.
110. Huremović D. Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection outbreak. *Croat Med J* 2020;61(3):306.
111. Horan WP, Ventura J, Mintz J, Kopelowicz A, Wirshing D, Christian-Herman J, et al. Stress and coping responses to a natural disaster in people with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2007;151(1-2):77-86.
112. Kozloff N, Mulsant BH, Stergiopoulos V, Voineskos AN. The COVID-19 global pandemic: implications for people with schizophrenia and related disorders. *Schizophr Bull* 2020;46(4):752-7.
113. Haider II, Tiwana F, Tahir SM. Impact of the COVID-19 pandemic on adult mental health. *Pak J Med Sci* 2020;36(COVID19-S4):90-4.
114. Kar SK, Arafat SY, Sharma P, Dixit A, Marthoenis M, Kabir R. COVID-19 pandemic and addiction: current problems and future concerns. *Asian J Psychiatr* 2020;51:102064.
115. Mackolil J, Mackolil J. Addressing psychosocial problems associated with the COVID-19 lockdown. *Asian J Psychiatr* 2020;51:102156.
116. Hamouche S. COVID-19 and employees' mental health: stressors, moderators and agenda for organizational actions. *Emerald Open Research* 2020;2(15):15.
117. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian J Psychiatry* 2020;52:102066.

118. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *Jama* 2020;323(21):2133-4.
119. Misra A. Doctors and healthcare workers at frontline of COVID 19 epidemic: Admiration, a pat on the back, and need for extreme caution. *Diabetes Metab Syndr* 2020;14(3):255-6.
120. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y-T, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry* 2020;7(4):e17-e8.
121. Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. *Asian J Psychiatr* 2020;51:102119.
122. Türkiye Psikiyatri Derneği [internet]. Özgül Fobiler (Erişim tarihi:14.01.2021) Available from: <https://www.psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/30/ozgul-fobiler>.
123. Asmundson GJ, Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *J Anxiety Disord* 2020;70:102196.
124. Fischer M, Coogan A, Faltraco F, Thome J. COVID-19 paranoia in a patient suffering from schizophrenic psychosis—a case report. *Psychiatry Res* 2020;288:113001.
125. Huarcaya-Victoria J, Herrera D, Castillo C. Psychosis in a patient with anxiety related to COVID-19: A case report. *Psychiatry Research* 2020;289:113052.
126. Arpacı I, Karataş K, Baloğlu M. The development and initial tests for the psychometric properties of the COVID-19 Phobia Scale (C19P-S). *Pers Individ Dif* 2020;164:110108.
127. Yildirim TT, Atas O, Asafov A, Yildirim K, Balibey H. Psychological status of healthcare workers during the Covid-19 pandemic. *J Coll Physicians Surg Park* 2020;30(6):26-31.
128. Polat Ö, Coskun F. COVID-19 Salgınında sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu ekipman kullanımları ile depresyon, anksiyete, stres düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Batı Karadeniz Tıp Dergisi* 2020;4(2):51-8.
129. Huang JZ, Han M, Luo T, Ren A, Zhou X. Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua lao dong wei sheng zhi ye bing za zhi= Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi* 2020;38(3):192-5.
130. Mora-Magaña I, Lee SA, Maldonado-Castellanos I, Jiménez-Gutierrez C, Mendez-Venegas J, Maya-Del-Moral A, et al. Coronaphobia among healthcare professionals in Mexico: A psychometric analysis. *Death Stud* 2020:1-10.
131. Haktanir A, Seki T, Dilmaç B. Adaptation and evaluation of Turkish version of the fear of COVID-19 scale. *Death Stud* 2020:1-9.

132. Labrague LJ, De Los Santos JAA. Prevalence and predictors of coronaphobia among frontline hospital and public health nurses. *Public Health Nurs* 2020; doi: 10.1111/phn.12841.
133. Islam MS, Barek MA, Aziz MA, Aka TD, Jakaria M. Association of age, sex, comorbidities, and clinical symptoms with the severity and mortality of COVID-19 cases: a meta-analysis with 85 studies and 67299 cases. *medRxiv* 2020; doi: 10.1016/j.heliyon.2020.e05684.
134. Güvenç R, Baltacı E. COVID-19 ve sağlık çalışanlarının ruh sağlığı.(Erişim tarihi:10.12.2020) Available from:https://www.ttb.org.tr/kutuphane/covid19-rapor_6/covid19_rapor_6_Part41.pdf.
135. Liu D, Baumeister RF, Veilleux JC, Chen C, Liu W, Yue Y, et al. Risk factors associated with mental illness in hospital discharged patients infected with COVID-19 in Wuhan, China. *Psychiatry Res* 2020;292:113297.
136. Onay ZR, Eyüboğlu TŞ, Aslan AT. COVID-19 in children. *Eurasian J Pulmonol* 2020;22:S82-9.
137. Liu K, Fang Y-Y, Deng Y, Liu W, Wang M-F, Ma J-P, et al. Clinical characteristics of novel coronavirus cases in tertiary hospitals in Hubei Province. *Chin Med J* 2020;133(9):1025-31.
138. Pekdemir M, Aşıcı N, Aydın A, Elif K, Ekerbiçer H. Bir eğitim ve araştırma hastanesi çalışan sağlığı biriminde değerlendirilen personelin genel sağlık durumunun, yakınmalarının ve sık görülen hastalıklarının incelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*. 2010(Özel Sayı):41-50.
139. Chan AO, Huak CY. Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occup Med* 2004;54(3):190-6.
140. Stanton R, To QG, Khalesi S, Williams SL, Alley SJ, Thwaite TL, et al. Depression, anxiety and stress during COVID-19: associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in Australian adults. *Int Journal Environ Res Public Health* 2020;17(11):4065.
141. Vanderbruggen N, Matthys F, Van Laere S, Zeeuws D, Santermans L, Van den Ameele S, et al. Self-reported alcohol, tobacco, and Cannabis use during COVID-19 lockdown measures: results from a web-based survey. *Eur Addict Res* 2020;26(6):309-15.
142. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerg Infect Dis* 2004;10(7):1206.
143. Arcavi L, Benowitz NL. Cigarette smoking and infection. *Arch Intern Med* 2004;164(20):2206-16.

144. Killerby ME, Link-Gelles R, Haight SC, Schrodt CA, England L, Gomes DJ, et al. Characteristics associated with hospitalization among patients with COVID-19—Metropolitan Atlanta, Georgia, March–April 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2020;69(25):790.
145. Patanavanich R, Glantz SA. Smoking is associated with COVID-19 progression: a meta-analysis. *Nicotine Tob Res* 2020;22(9):1653-56.
146. Stubbs B, Vancampfort D, Firth J, Solmi M, Siddiqi N, Smith L, et al. Association between depression and smoking: a global perspective from 48 low-and middle-income countries. *J Psychiatric Res* 2018;103:142-9.
147. Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L, Ahmad A. Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian J Psychiatr* 2020;51:102092.
148. Kotan Z, Ilhan SO, Ilhan MN, Arikan Z. Fundamental characteristics, attitudes and behaviors regarding substance use focusing on cannabis: findings from the general population survey in Turkey, 2011. *Community Ment Health J* 2019;55(4):709-13.
149. Rajakaruna SJ, Liu W-B, Ding Y-B, Cao G-W. Strategy and technology to prevent hospital-acquired infections: Lessons from SARS, Ebola, and MERS in Asia and West Africa. *Mil Med Res* 2017;4(1):1-6.
150. Suwantararat N, Apisarnthanarak A. Risks to healthcare workers with emerging diseases: lessons from MERS-CoV, Ebola, SARS, and avian flu. *Curr Opin Infect Dis* 2015;28(4):349-61.
151. Dhama K, Malik YS, Malik SVS, Singh RK. Ebola from emergence to epidemic: the virus and the disease, global preparedness and perspectives. *The Journal of Infection in Developing Countries* 2015;9(05):441-55.
152. Van Kerkhove MD, Bento AI, Mills HL, Ferguson NM, Donnelly CA. A review of epidemiological parameters from Ebola outbreaks to inform early public health decision-making. *Sci Data* 2015;2(1):1-10.
153. Aslan FG, Altındış M. Yeni beliren virüslarda yönetim; Ebola ve MERS-CoV deneyimi. *Ortadoğu Tıp Dergisi* 2016;8(2):94-102.
154. Pala SÇ, Metintas S. COVID-19 Pandemisinde sağlık çalışanları. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi* 2020;5:175-87.
155. Sahu AK, Amrithanand V, Mathew R, Aggarwal P, Nayer J, Bhoi S. COVID-19 in health care workers—A systematic review and meta-analysis. *Am J Emerg Med* 2020;38(9):1727-31.
156. Ankara Tabip Odası [internet]. Kaybettiğimiz sağlık çalışanlarına saygıyla (Erişim tarihi:24.01.2021) Available from: <https://koronavirüs.ato.org.tr>.

EKLER



EK1

26.02.2021

Gmail - Bilimsel Araştırma Başvurusu



semra selime ugar <drsmrucar93@gmail.com>

Bilimsel Araştırma Başvurusu

3 İlet

Bilimsel Araştırma Başvurusu <portal@saglik.gov.tr>
Yanıtlatma Adresi: noreply@portal.saglik.gov.tr
Alıcı: drsmrucar93@gmail.com

21 Ağustos 2020 19:02

Sayın İlgili,

Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz başvuru değerlendirilmiştir.

Değerlendirme Sonucu aşağıdaki gibidir.

Onay Durumu : Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığımızca uygun görülmüştür.

Araştırmamızın gerektirdiği diğer tüm süreçleri (etik kurul, faz çalışması ,diğer izinler vb.) tamamlamanız gerekmektedir.

Açıklama :

Form Adı : Semra Selime Çiftlik-2020-08-19T21_11_42

Başvuru Formu için [tıklayınız](#).

Başvuru Formunuzu <https://bilimselarastirma.saglik.gov.tr/> adresinden görüntüleyebilirsiniz.

İginiz ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Not: Bu ileti Bilimsel Araştırmamızın Değerlendirilmesinin tamamlanması nedeniyle sistem tarafından otomatik gönderilmiştir. Lütfen bu iletiyi cevaplamayınız.

YASAL UYARI:

Bu e-postanın içerdiği bilgiler (ekleri de dahil olmak üzere) gizlidir. T.C. Sağlık Bakanlığı onay olmaksızın içeriği kopyalanamaz, çoğaltılamaz, dağıtılamaz veya iletilemez. Bu mesajın gönderilmek istendiği kişi değilseniz (ya da bu e-postayı yanlışlıkla aldysanız), lütfen yollayan kişiyi haberdar ediniz ve mesajı sisteminizden derhal siliniz. T.C. Sağlık Bakanlığı bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksikliği konusunda bir garanti vermemektedir. Bu nedenle, bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasından T.C. Sağlık Bakanlığı sorumlu değildir. Bu mesajın içeriği yazıma ait olup, T.C. Sağlık Bakanlığı görüşlerini içermeyebilir.

Bu e-posta bilginizi bilinen tüm bilgisayar virüslerine karşı korumaktadır.

DISCLAIMER:

This e-mail (including any attachments) may contain confidential and/or privileged information. Copying, disclosure or distribution of the material in this e-mail without the permission of Ministry of Health of Turkey is strictly forbidden. If you are not the intended recipient (or have received this e-mail in error), please notify the sender and delete email from your system immediately. Ministry of Health of Turkey makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for the information transmission, reception, storage or use of such in any way whatsoever. Any opinions expressed in this message are those of the author and may not necessarily reflect the opinions of Ministry of Health of Turkey.

This e-mail has been scanned for all computer viruses known to us.

EK 2

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2020/362	
	PROTOKOL ADI	Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Sağlık Çalışanlarında Koronavirüs-19 Fobisinin Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 15/16		Tarih: 28.09.2020
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araç. Gör. Dr. Selime UÇAR'ın (ÇİFTLİK) çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin göndülye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödendiği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevduat oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Unvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H
Doç. Dr. F. Nergis TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H
Prof. Dr. Işık GÖRKER Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk ve Ergen Ruh Sağ. ve Hast. A.D.	K	E H	E H
Prof. Dr. Hasan UMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Filiz TÖTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H
Prof. Dr. Serhat OĞUZ Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H

*Araştırma ile ilişkisi
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL

EK3

Anket No:

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA KORONAVİRÜS-19 FOBİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sayın katılımcı;

Bu çalışma Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Çalışmanın amacı Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezinde çalışan sağlık çalışanlarında koronavirus-19 fobisinin değerlendirilmesi olup herhangi bir ticari amacı yoktur. Çalışma için kimlik bilgileriniz istenmeyecek ve verdiğiniz bilgiler sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Çalışmaya katıldığınız için teşekkürler.

Arş.Gör. Dr .Semra Selime (Uçar) Çiftlik
Danışman: Dr.Öğr.Üyesi Önder Sezer

1-Yaşınız?.....

2-Cinsiyetiniz? ()Kadın () Erkek

3-Eğitim durumunuz nedir?

- () Eğitim almadım fakat okuma yazmam var.
() İlköğretim
() Lise
() Yüksekokul
() Üniversite

4-Medeni durumunuz nedir?

- () Evli () Bekâr () Dul () Boşanmış

5-Çocuğunuz var mı?

- () Çocuğum yok.
() Çocuğum var. Sayısını belirtiniz.....

6-İkamet ettiğiniz yerde siz dâhil kaç kişi yaşıyorsunuz?

- () Yalnız yaşıyorum.
() İki kişi
() Üç ya da dört
() Beş ya da altı
() Yedi ve daha üstü

7-Sizinle beraber aynı evde yaşayan 65 yaş üstü yakınınız var mı?

- () Hayır () Evet

8-Kronik bir hastalığınız (hastalıklarınız) var mı?

- () Hayır () Evet. Belirtiniz.....

9-Devamlı kullandığınız ilaç var mı? Varsa isimlerini belirtiniz.

() Hayır () Evet. Belirtiniz.....

10-Psikiyatrik bir hastalığınız var mı? () Hayır () Evet. Belirtiniz.....

11-Mesleğiniz nedir?

() Hekim () Hasta bakıcı
() İntörn Doktor () Temizlik personeli
() Hemşire / Ebe () Acil tıp teknisyeni / paramedik
() Eczacı () Fizyoterapist
() Sekreter () Diyetisyen
() Sağlık teknisyeni () Diğer.....

12-Kaç yıldır bu meslekte çalışıyorsunuz?.....

13-Koronavirüs-19 pandemisi sebebiyle evinizden başka bir yerde ikamet ettiniz mi?

() Hayır
() Evet ise nerede kaldığınızı belirtiniz (örneğin yurt, hastane, misafirhane)

14-Pandemi sürecinde tütün ürünü kullanımınızda değişiklik oldu mu?

() Herhangi bir tütün ürünü kullanmıyorum.
() Evet, tütün kullanımım arttı.
() Evet, tütün kullanımını bıraktım.
() Tütün ürünü kullanımım etkilenmedi.

15-Pandemi sürecinde alkol kullanımınızda değişiklik oldu mu?

() Alkol kullanmıyorum.
() Evet, alkol kullanımımın arttığını düşünüyorum.
() Evet, alkol kullanmayı bıraktım.
() Alkol kullanım miktarım değişmedi.

16-Pandemi sürecinde uyuşturucu madde kullanımınızda değişiklik oldu mu?

() Herhangi bir uyuşturucu madde kullanmıyorum.
() Evet, uyuşturucu kullanma miktarımın arttığını düşünüyorum.
() Evet, uyuşturucu kullanmayı bıraktım.
() Uyuşturucu madde kullanımım etkilenmedi.

17- Koronavirüs-19 hastasının tanı, tedavi ya da bakımında **aktif** (numune alma, tedavi uygulama, bakım verme vs) görev alıyor musunuz?

() Hayır () Evet

18- Koronavirüs-19 testi yaptırdınız mı?

() Hayır () Evet

19-Üstteki soruya yanıtınız ‘evet ’ ise test yaptırma sebebiniz neydi? (Üstteki soruya verdiğiniz yanıt ‘hayır’ ise bu soruyu atlayabilirsiniz.)

- ☐ Semptomum vardı.
- ☐ Temas öyküm vardı.
- ☐ Tarama amacıyla yapıldı.

20- Koronavirüs-19 tanısı aldınız mı?

- ☐ Hayır.
- ☐ Evet, evde tedavi gördüm.
- ☐ Evet, hastanede tedavi gördüm.
- ☐ Evet, yoğun bakımda tedavi gördüm.

21-Koronavirüs-19 enfeksiyonuna yakalandıysanız hastalığınızın şiddetini 1-çok düşük şiddette, 5- çok şiddetli olacak şekilde değerlendirseniz kaç puan verirdiniz? (Hastalığa yakalanmadıysanız bir sonraki soruya geçebilirsiniz.)

.....

22-Koronavirüs-19 enfeksiyonu ile hasta olma olasılığınızı 1- çok düşük olasılık, 5- çok yüksek olasılık olacak şekilde değerlendirseniz kaç puan verirdiniz?

.....

23-Koronavirüs-19 enfeksiyonuna henüz yakalanmadıysanız, ancak ileride enfekte olabilme ihtimalinizi düşündüğünüzde, yaşayacağınız hastalığın şiddetine 1- çok düşük şiddette, 5- çok şiddetli olacak şekilde kaç puan verirdiniz?

.....

24-Yakın çevrenizde koronavirüs-19 enfeksiyonu geçiren veya geçirmekte olan herhangi birisi var mı?

- ☐ Hayır, yakın çevremde kimse korona virüs enfeksiyonu geçirmedi.
- ☐ Evet var, evde tedavi edildi.
- ☐ Evet var, hastanede tedavi edildi.
- ☐ Evet var, hastanede yoğun bakımda tedavi edildi.
- ☐ Evet vardı, koronavirüs-19 enfeksiyonu nedeniyle hayatını kaybetti.

25- Seçme şansınız olsaydı pandeminin olası bir diğer pikiinde aktif rol almak ister miydiniz?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet

Koronavirüs 19 Fobisi (CP19-S) Ölçeği

Yönerge: Aşağıda, insanların koronavirüs salgınında yaşayabilecekleri problemlerle ilgili bazı cümleler yazılıdır. Her cümleyi dikkatle, ama üzerinde çok da takılmadan okuyunuz. Cümledeki duruma, **BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA**, içinde ne kadar katıldığınızı en iyi anlatan kelimenin altındaki yuvarlağa tıklayınız. Lütfen hiçbir cümleyi boş bırakmadan hepsini değerlendiriniz. Lütfen her madde için sadece size en iyi uyan tek seçenek belirtiniz.

Örneğin, Bugün dâhil geçen hafta içinde, “koronavirüs beni kaygılandırıyor” ifadesine katılmıyorsanız, 2 numaralı yuvarlağı seçmelisiniz. Seçiminizi yuvarlağın içini karalayarak ya da herhangi bir şekilde işaretleyerek belirtebilirsiniz.

Kesinlikle katılmıyorum: 1

Genelde Katılıyorum:4

Katılmıyorum: 2

Kesinlikle Katılıyorum:5

Katılıyorum:3

	①	②	③	④	⑤
1. Korona virüs kapma korkusu beni çok kaygılandırıyor.	①	②	③	④	⑤
2. Korona virüs sebebiyle karnıma ağrılar giriyor.	①	②	③	④	⑤
3. Öksüren insanları görünce koronavirüs şüphesiyle aşırı kaygılanıyorum.	①	②	③	④	⑤
4. Korona virüs nedeniyle yiyecek maddelerinin tükenmesinden kaygılanıyorum.	①	②	③	④	⑤
5. Ailemden birinin korona virüse yakalanma olasılığından aşırı derecede korkuyorum.	①	②	③	④	⑤
6. Korona virüs sebebiyle göğsüm ağrıyor.	①	②	③	④	⑤
7. Hapşırان insanlardan korona virüs şüphesiyle kaçarcasına uzaklaşıyorum.	①	②	③	④	⑤
8. Korona virüs nedeniyle temizlik maddelerinin tükenmesinden endişeliyim.	①	②	③	④	⑤
9. Korona virüsten ölüm haberleri beni müthiş derecede kaygılandırıyor.	①	②	③	④	⑤
10. Korona virüs sebebiyle elim ayağım titriyor.	①	②	③	④	⑤
11. Korona virüs sebebiyle, ellerimi temizlemek için aşırı zaman harcadığımı farkındayım.	①	②	③	④	⑤
12. Korona virüs korkusuyla gıda stokluyorum.	①	②	③	④	⑤
13. Korona virüsle ilgili belirsizlikler beni ciddi manada kaygılandırıyor.	①	②	③	④	⑤
14. Korona virüs korkusu nedeniyle uyku problemi yaşıyorum.	①	②	③	④	⑤
15. Korona virüse yakalanmak korkusundan sosyal ilişkilerim ciddi anlamda sekteye uğruyor.	①	②	③	④	⑤
16. Korona virüsten sonra, evdeki ihtiyaç malzemelerini kontrol etmezsem içim rahat etmiyor.	①	②	③	④	⑤
17. Korona virüsün yayılma hızı beni aşırı derecede panikletiyor.	①	②	③	④	⑤
18. Korona virüs beni o kadar gerginleştiriyor ki, normalde yaptığım şeyleri bile yapamıyorum.	①	②	③	④	⑤
19. Başkalarından korona virüs kapma korkusundan kendimi alamıyorum.	①	②	③	④	⑤
20. Korona virüse karşı insanların duyarsız davranmaları sebebiyle çevremdekilerle hiddetle tartışıyorum (ya da tartışmak istiyorum).	①	②	③	④	⑤