



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

**COVID-19 HASTALIĞI GEÇİREN HASTALARIN
PROGNOZLARININ, TEDAVİ SONRASI İYİLİK HALLERİNİN
VE ANKSİYETE DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Gülsüm Hilal DEMİR

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Burcu KAYHAN TETİK**

MALATYA-2021



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

**COVID-19 HASTALIĞI GEÇİREN HASTALARIN
PROGNOZLARININ, TEDAVİ SONRASI İYİLİK HALLERİNİN
VE ANKSİYETE DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Gülsüm Hilal DEMİR
ORCID ID:**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Burcu KAYHAN TETİK**

MALATYA-2021

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Koronavirüsün Tarihi	3
2.2. Koronavirüslerin Taksonomisi.....	3
2.3. Koronavirüsün Epidemiyolojisi	4
2.4. Koronavirüslerin Yapısal Özellikleri	5
2.5. Koronavirüs Enfeksiyon Zinciri.....	5
2.5.1. Kaynak.....	5
2.5.2. Bulaş Yolu	6
2.5.3. Duyarlı Kişi	6
2.6. Koronavirüsün Patogenezi	6
2.7. Covid-19 Hastalığının Klinik Semptomları	7
2.8. Covid-19 Hastalığının Tanısı	8
2.9. Covid-19 Hastalığının Laboratuvar Bulguları	10
2.10. Covid-19 Hastalığının Radyolojik Bulguları	11
2.10.1. Akciğer Grafisi	11
2.10.2. Bilgisayarlı Tomografi (BT).....	11
2.11. Covid-19 Hastalığında Klinik Seyir.....	11
2.11.1. Covid-19 Hastalığı ve Solunum Sistemi	12
2.11.2. Covid-19 Hastalığı ve Pnömoni	12
2.11.3. Covid-19 Hastalığı ve Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu (ARDS)	12
2.11.4. Covid-19 Hastalığı ve Sitokin Fırtınası.....	13
2.11.5. Covid-19 Hastalığı ve Koagülopati	13
2.11.6. Covid-19 Hastalığı ve Dissemine İntravasküler Koagülopati (DİK)	13
2.11.7. Covid-19 Hastalığı ve Sepsis.....	14

2.11.8. Covid-19 Hastalığı ve Kardiyovasküler Sistem	14
2.11.9. Covid-19 Hastalığı ve Nörolojik Sistem	14
2.12. Covid-19 Hastalığında Yatış Endikasyonları	15
2.13. Covid-19 Hastalığında Yoğun Bakım Endikasyonları:.....	15
2.14. Covid-19 Hastalığının Tedavisi	16
2.14.1. Klorokin/Hidroksiklorokin	16
2.14.2. Favipravir	16
2.14.3. Antikoagülan Tedavi	17
2.14.4. Oksijen Tedavisi.....	17
2.14.5. Steroid Tedavisi.....	18
2.15. Covid-19 Hastalığından Korunma Yolları	18
2.16. Dispnenin Tanımı.....	19
2.16.1. Dispne Patofizyolojisi	19
2.16.2. Dispne Nedenleri	21
2.17. Anksiyetenin Tanımı.....	21
2.17.1. Anksiyete Bozukluklarının Tarihçesi	22
2.17.2. Anksiyete Bozukluklarının Risk Faktörleri.....	22
2.17.3. Covid-19 Pandemisinin Bireyler Üzerindeki Psikolojik Etkisi.....	23
3. MATERYAL VE METOD.....	24
3.1. Çalışmanın Amacı, Yeri, Şekli ve Süresi.....	24
3.2. Katılımcıların Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	24
3.3. Çalışmanın Veri Toplama Araçları	25
3.3.1. Medical Research Council Scale (MRSC)	25
3.3.2. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği	26
3.4. Etik Kurul Onayı	27
3.5. İstatistiksel Analiz	27
4. BULGULAR.....	28
5. TARTIŞMA	69
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	79
KAYNAKLAR	87
EKLER.....	105
EK-1. Etik Kurul İzni	105
EK-2. Pandemi Döneminde Covid-19 Geçiren Hastaların Prognozlarının, Tedavi Sonrası İyilik Hallerinin ve Covid-19 Anksiyete Ölçeğinin Değerlendirmesi	106

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde ve tezimi hazırlama sürecinde hep destek olan, her zaman güleryüzlü ve çok iyi bir eğitimci olan saygıdeğer Doç. Dr. Burcu KAYHAN TETİK Hocam'a,

Bilgisinden ve tecrübesinden asistanlığım boyunca yararlandığım, hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen saygıdeğer Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK Hocam'a,

Asistanlığımın 1 buçuk senesini geçirdiğim Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Hocalarıma,

Beraber çalışmaktan mutluluk duyduğum çok değerli asistan arkadaşlarıma ve sağlık personellerimize,

İlk Öğretmenim, bize hep iyiyi ve doğruyu öğretmeye çalışan, var olduğu için kendimi çok güçlü hissettiğim Babama ve çok kıymetli Anneme,

Zor zamanlarımda bana destek veren, hep yanımda olan sevgili Kardeşim ve Abime,

En ihtiyacım olduğu zamanlarda beni yalnız bırakmayan, çok değerli Dostum Özge'ye,

Tanıdığım günden beri hep “iyi ki” dediğim, beraber olmaktan dolayı kendimi çok şanslı hissettiğim, kıymetli Eşim Ahmet’e ve sevgisi hiçbir şeye benzemeyen biricik Kızım Zeynep’e

Sonsuz TEŞEKKÜRLER...

ÖZET

Covid-19 Hastalığı Geçiren Hastaların Prognozlarının, Tedavi Sonrası İyilik Hallerinin ve Anksiyete Durumlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Covid-19 hastalığını geçiren ve iyileşen hastaların, hastalığı geçirdikleri zamanki semptomlarını saptamak, iyileştikten sonra Covid-19 hastalığına bağlı devam eden semptomu olup olmadığını tespit etmek, Covid-19 hastalığında görülen dispne semptomunun, hastalığı geçirdikten sonra da devam edip etmediği ve devam ediyorsa derecesini saptamak ve Covid-19 anksiyetesini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem ve Gereç: Kesitsel nitelikte planlanan çalışma Mart 2020- Ağustos 2020 ayları arasında Malatya İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne başvurup Covid-19 tanısı alan ve iyileşen 207 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalara, telefon ile aranarak, sosyodemografik özellikleri içeren sorular ile yaşadıkları Covid-19 hastalığı ile ilgili bilgileri içeren sorular, Medical Research Council Scale (MRCS) Dispne Ölçeği ve Koronavirüs Anksiyete Ölçeği'ni (KAÖ) içeren anket uygulanmıştır. IBM SPSS Statistics 26.0 programı kullanılmış ve istatistiksel önem düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza 78 (%37,7) kadın, 129 (%62,3) erkek toplam 207 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 45,35'tir. Katılımcıların hastalık esnasında %78,3'ünde (n=162) halsizlik, %52,7'sinde (n=109) ateş, %48,8'inde (n=101) öksürük, %43,5'inde (n=90) dispne, %41,1'inde (n=85) koku kaybı, %34,8'inde (n=72) tat kaybı görülmüştür. Katılımcıların %61,8'inin (n=128) hastalığı geçirdikten sonra da en az 1 semptomunun devam ettiği belirlenmiştir. Katılımcılarda devam eden semptomlar nefes darlığı (%44,9), halsizlik (%32,4), koku kaybı (%7,2), öksürük (%4,8)'tür. Katılımcılarda MRCS Dispne Ölçeği'ne göre %44,5'inde evre 2 ve üzeri dispne saptanmıştır. Dispne semptomu ile yaş ($p=0,033$), beden kitle indeksi (BKİ)($p=0,012$), kronik hastalık varlığı ($p=0,015$), hastanede ($p=0,039$) ve yoğun bakımda ($p=0,007$) yatış öyküsü arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Katılımcıların KAÖ'e göre, %9,7'sinde anksiyete puanı yüksek çıkmıştır. KAÖ ile yoğun bakımda yatış öyküsü ($p=0,008$), hastalığı geçirdikten sonra devam eden dispne semptomu varlığı ($p=0,033$) ve MRCS Dispne Ölçeği ($p=0,001$) arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Covid-19 hastalığı; hastalık esnasında ve sonrasında kişiyi hem bedenen, hem ruhen etkilemektedir. Bütüncül yaklaşımı amaç edinen aile hekimleri, Covid-19 hastalığı sonrası devam eden bedensel ve psikolojik semptomlar için daha dikkatli olmalıdır. Hastalık sonrası için bir takip algoritması oluşturulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Covid-19 hastalığı, semptom, dispne, anksiyete, Medical Research Council Scale (MRCS) Dispne Ölçeği, Koronavirüs Anksiyete Ölçeği

ABSTRACT

Evaluation of Prognosis, Post-Treatment Well-Being and Anxiety Status of Patients Who Had Recovered From Covid-19 Disease

Aim: The aims of this study are to demonstrate the symptoms of patients with Covid-19 disease when they had the disease and after recovery to determine if there are ongoing symptoms due to Covid-19 after recovery, to determine whether the dyspnea symptom, which is common in Covid-19 disease, continues after the disease, and if so, its degree and to evaluate the Covid-19 anxiety developed by people who experience the disease process against the risk of getting sick again.

Material and Methods: 207 patients who applied to Malatya İnönü University Faculty of Medicine and were diagnosed with Covid-19 disease between March 2020 and August 2020 were included in this cross-sectional study. Questions containing information about the sociodemographic characteristics and Covid-19 disease they experienced were asked to the patients by phone. The patients were also administered a questionnaire including the Medical Research Council Scale (MRCS) Dyspnea Scale and the Coronavirus Anxiety Scale (CAS) by phone. IBM SPSS Statistics 26.0 program was used for statistical analysis of the data. The statistical significance level was taken as $p < 0,05$.

Results: A total of 207 participants, 78 (37,7%) women, 129 (62,3%) men, were included in our study. The average age of the participants was 45,35. During the illness of the participants, 78,3% (n=162) weakness, 52,7% (n=109) fever, 48,8% (n=101) cough, 43,5% (n=90) dyspnea, 41,1% (n=85) loss of smell and 34,8% (n=72) loss of taste were observed. It was determined that 61,8% (n=128) of the participants continued to have at least 1 symptom after suffering the disease. Ongoing symptoms in the participants were shortness of breath (44,9%), weakness (32,4%), loss of smell (7,2%), and cough (4,8%). According to the MRCS Dyspnea Scale, 44,5% of the participants had stage 2 dyspnea and over. A significant relationship was found between the dyspnea symptom and age ($p=0,033$), body mass index (BMI) ($p=0,012$), presence of chronic disease ($p=0,015$), history of hospitalization ($p=0,039$) and intensive care ($p=0,007$) stay. According to the CAS of the participants, 9,7 % of them had a high anxiety score. A significant relationship was found between the Coronavirus Anxiety Scale and the history of hospitalization in the intensive care unit ($p=0.008$), the presence of ongoing dyspnea symptoms after the illness ($p=0.033$) and the MRCS Dyspnea Scale ($p=0.001$).

Conclusion: Covid-19 disease affects a person both physically and mentally during and after the illness. Family Physicians who aim at the holistic approach should be more careful for ongoing physical and psychological symptoms after Covid-19 disease. A follow-up algorithm should be created for post-illness.

Keywords: Covid-19 disease, symptom, dyspnea, anxiety, Medical Research Council Scale (MRCS) Dyspnea Scale, Coronavirus Anxiety Scale.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DM	: Diabetes Mellitus
HT	: Hipertansiyon
MRCS	: Medical Research Council Scale
KAÖ	: Koronavirüs Anksiyete Ölçeği
RNA	: Ribo Nükleik Asit
S proteini	: Spike Proteini
N proteini	: Nükleoprotein
M proteini	: Membran Proteini
ACE2	: Angiotensin Converting Enzyme 2
rRT- PCR	:Real Time, Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
PE	: Pulmoner Emboli
DVT	: Derin Ven Trombozu
KCFT	: Karaciğer Fonksiyon Testleri
CRP	: C Reaktif Protein
DMAH	: Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. SARS-CoV-2'nin yapısı.....	5
Şekil 2.2. Covid-19 Hastalığında Görülen Semptomlar	8
Şekil 3.1. Çalışmaya dahil edilen ve dışlanan vakalar	25



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Koronavirüslerin Taksonomisi	4
Tablo 2.2. SARS-CoV-2'nin Taksonomisi.....	4
Tablo 2.3. Covid-19 Hastalığında Değişen Laboratuvar Değişiklikler.....	10
Tablo 2.4. Covid-19 Hastalığında Klinik Seyir	12
Tablo 2.5. Evde Takip Edilecek Covid-19'lu Hastada Tedavi Önerisi.....	17
Tablo 2.6. Yatış Endikasyonu Olan Orta-Ağır Pnömonili Hastalarda Tedavi Önerisi.....	17
Tablo 2.7. Dispne semptomuna yol açan nedenler	21
Tablo 3.1. Medical Research Council Scale	26
Tablo 3.2. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği.....	27
Tablo 4.1. Katılımcıların Cinsiyet, Yaş, BKİ Dağılımları	28
Tablo 4.2. Katılımcıların Eğitim Düzeyi ve Meslek Dağılımları.....	29
Tablo 4.3. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumları.....	30
Tablo 4.4. Katılımcıların Tütün Ürünleri Kullanım Verileri	30
Tablo 4.5. Katılımcıların Covid-19 Hastalığı Geçirme Zamanı	31
Tablo 4.6. Katılımcıların Covid-19 Hastalığı Geçirme Semptomları	31
Tablo 4.7. Katılımcıların Covid-19 Hastalığı Geçirme Semptomları	32
Tablo 4.8. Katılımcıların Covid-19 Hastalığı Geçirme Semptomları	33
Tablo 4.9. Katılımcıların En Zorlandığı Semptomun Verileri.....	34
Tablo 4.10. Katılımcıların Hastanede ve Yoğun Bakımda Yatma Durumları.....	34
Tablo 4.11. Katılımcıların Covid-19 Hastalığını Geçirdikten Sonra Devam Eden Semptomları.....	35
Tablo 4.12. Katılımcıların Covid-19 Hastalığı Tanısında Kullanılan Tetkikleri.....	36
Tablo 4.13. Covid-19 Hastalığı Geçirme Zamanı ve İyileştikten Sonra Devam Eden Semptom Varlığının Karşılaştırılması	37
Tablo 4.14. Katılımcıların Cinsiyet, Yaş, BKİ, Kronik Hastalık Durumları, Tütün Ürünleri Kullanım Durumları, Hastanede ve Yoğun Bakımda Yatma Durumları ile Hastalık Esnasında Yaşadıkları Nefes Darlığı Semptomunun Karşılaştırılması.....	39

Tablo 4.15. Katılımcıların Hastalık Esnasındaki Nefes Darlığı Semptomu Durumu ile Hastalığı Geçirdikten Sonra Devam Eden Nefes Darlığı Semptomunun Karşılaştırılması	40
Tablo 4.16. Katılımcıların Hastalığı Geçirdikten Sonra Devam Eden Nefes Darlığı Şikayetinin Diğer Verilerle Karşılaştırılması	42
Tablo 4.17. Katılımcıların Medical Research Council Scala (MRCs) Ölçeği Tanımlayıcı Tablosu	44
Tablo 4.18. Katılımcıların Medical Research Council Scala (MRCs) Ölçeği ile Diğer Verilerin Karşılaştırması.....	45
Tablo 4.19. Katılımcıların Cinsiyeti ile Baş Ağrısı Semptomu Arasındaki İlişki	46
Tablo 4.20. Katılımcıların Cinsiyeti ile Vücut Ağrısı Semptomu Arasındaki İlişki.....	47
Tablo 4.21. Katılımcıların Cinsiyeti ile Sırt Ağrısı Semptomu Arasındaki İlişki.....	47
Tablo 4.22. Katılımcıların Cinsiyeti ile Hastalığı Geçirdikten Sonra Devam Eden Halsizlik Semptomu Arasındaki İlişki	48
Tablo 4.23. Katılımcıların Yaşı ile Üşüme-Titrete Semptomu Arasındaki İlişki	48
Tablo 4.24. Katılımcıların Yaşı ile Öksürük Semptomu Arasındaki İlişki.....	49
Tablo 4.25. Katılımcıların Yaşı ile İshal Semptomu Arasındaki İlişki.....	49
Tablo 4.26. Katılımcıların Yaşı ile Hastanede Yatma Durumları Arasındaki İlişki.....	50
Tablo 4.27. Katılımcıların Yaşı ile Yoğun Bakımda Yatma Durumları Arasındaki İlişki	50
Tablo 4.28. Katılımcıların Yaşı ile Hastalığı Geçirdikten Sonra Devam Eden Halsizlik Semptomu Arasındaki İlişki	51
Tablo 4.29. Katılımcıların Yaşı ile Radyolojik Bulgusu Arasındaki İlişki.....	52
Tablo 4.30. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumları ile Üşüme-Titrete Semptomu Arasındaki İlişki	52
Tablo 4.31. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumları ile Radyolojik Bulgusu Arasındaki İlişki.....	53
Tablo 4.32. Katılımcıların DM Hastalığı ile Üşüme-Titrete ve Kilo Kaybı Semptomu Arasındaki İlişki	53
Tablo 4.33. Katılımcıların Tütün Ürünleri Kullanımı ile Kilo Kaybı Semptomu Arasındaki İlişki.....	54
Tablo 4.34. Katılımcıların Covid-19 Hastalığı Geçirme Zamanı ile Hastalığı Geçirdikten Sonra Devam Eden Koku Kaybı Semptomu Arasındaki İlişki.....	55

Tablo 4.35. Katılımcıların Covid-19 Hastalığı Geçirme Zamanı ile Hastalığı Geçirdikten Sonra Devam Eden Tat Kaybı Semptomu Arasındaki İlişki	56
Tablo 4.36. Katılımcılarda Kaygı Varlığının Tanımlayıcı Tablosu	56
Tablo 4.37. Cinsiyet ile Kaygı Varlığının İlişkisi	57
Tablo 4.38. Yaş ile Kaygı Varlığının İlişkisi	57
Tablo 4.39. Eğitim Düzeyi ile Kaygı Varlığının İlişkisi	58
Tablo 4.40. Meslek ile Kaygı Varlığının İlişkisi	59
Tablo 4.41. Covid-19 Hastalığı Geçirme Semptomu Varlığı ile Kaygı Varlığının İlişkisi.....	60
Tablo 4.42. Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin Tanımlayıcı Tablosu	60
Tablo 4.43. Cinsiyet, Yaş, BKİ ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin İlişkisi	61
Tablo 4.44. Eğitim Düzeyi ve Meslek ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin İlişkisi.....	62
Tablo 4.45. Doktor ve Yardımcı Sağlık Çalışanı ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin İlişkisi.....	63
Tablo 4.46. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumları ve Tütün Ürünleri Kullanım Durumları ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin İlişkisi	64
Tablo 4.47. Covid-19 Hastalığı Semptomu Varlığı ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin İlişkisi.....	65
Tablo 4.48. Hastalık Esnasındaki Nefes Darlığı Semptomu ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin İlişkisi.....	65
Tablo 4.49. Katılımcıların Hastanede Yatma Durumları ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin İlişkisi.....	66
Tablo 4.50. Katılımcıların Yoğun Bakımda Yatma Durumları ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin İlişkisi.....	66
Tablo 4.51. Katılımcıların Hastalığı Geçirdikten Sonra Devam Eden Semptom Varlığı ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin İlişkisi	67
Tablo 4.52. Katılımcıların Hastalığı Geçirdikten Sonra Devam Eden Nefes Darlığı Semptomu ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin İlişkisi	67
Tablo 4.53. Katılımcıların MRCS Dispne Ölçeği ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin İlişkisi.....	68

1. GİRİŞ VE AMAÇ

2019'un Aralık ayında Çin'in Wuhan kentinde vahşi hayvan pazarında Koronavirüs vakaları görülmeye ve hızla yayılmaya başlamıştır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Ocak 2020'de, hastalığın adına "2019 koronavirüs hastalığı" anlamına gelen Covid -19 hastalığı adını vermiştir ve 11 Mart 2020'de pandemi ilan etmiştir (2). Türkiye'de ilk vaka 11 Mart'ta görülmüştür (3).

Koronavirüsler önemli insan ve hayvan patojenleridir. Koronavirüsler *Coronaviridae* ailesine ait, zarflı, pozitif polariteli, tek iplikli RNA genomuna sahiptir (4). Zarf yüzeylerinde glikoproteinden oluşan çubuksu uzantıları vardır. Yüzeyindeki bu çubuksu uzantıların taç benzeri görünümünden dolayı Latince'deki "corona" yani "taç" anlamından yola çıkılarak bu virüslere Coronavirus (taçlı virüs) adı verilmiştir (5). Koronavirüsler enfekte sekresyonlar, büyük aerosol damlacıkları, mikroaeroseller ile doğrudan temas yoluyla bulaşır (6). Koronavirüs daha çok solunum sistemini hedef alır. Hastalığın klinik spektrumuna bakıldığında ateş, nefes darlığı, öksürük, halsizlik, miyalji, boğaz ağrısı, baş ağrısı en çok görülen bulgulardır. Hastalığın daha az görülen bulguları ise ishal, karın ağrısı, konjonktivit, tat ve koku almada bozukluktur. Asemptomatik formun yanı sıra, mekanik ventilasyon gerektirecek kadar respiratuvar yetmezlik, sepsis, septik şok, multiorgan yetmezliği yapabilmektedir (7).

Covid-19 hastalığı, fiziksel etkilere sebep olduğu gibi tüm insanları psikolojik olarak da etkilemektedir. Covid-19 hastalığının anksiyete, depresyon ve stres gibi psikolojik problemleri arttırdığı literatürde bildirilmiştir (8). Kişinin problemlerle başa çıkamaması durumunda ortaya çıkan anksiyete, Covid-19 hastaları için ayrıca bir tehdit olmuştur (9).

Koronavirüsün ortaya çıktığı ilk zamanlarda Covid-19 hastalığının kısa süreli bir hastalık olduğuna inanılmaktaydı. Fakat hastalık yaygınlaştıkça uzun süre de devam edebileceği anlaşıldı. Böylece "long-Covid" yani "uzamış Covid" anlamında yeni bir terim ortaya çıktı (10). "Uzamış Covid", Covid-19 hastalığını geçirmiş, ancak hala enfeksiyonun kalıcı etkilerini bildiren ya da beklenenden çok daha uzun süredir semptomları olan kişilerde hastalığı tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Uzamış Covid terimi semptomların bir aydan daha uzun süre devam etmesi olarak tanımlanmaktadır (11). Erbay'ın hazırladığı bir derlemede yorgunluk, nefes darlığı,

öksürük, eklem ağrısı, göğüs ağrısı, depresyon, anksiyete, ruh halindeki değişiklikler gibi semptomların uzamış Covid durumunda görüldüğü belirtilmiştir (12).

Çalışmamızda Covid-19 hastalığı geçiren hastaların, hastalığı geçirdikleri esnadaki semptomlarını saptamak, iyileştikten sonra Covid-19 hastalığına bağlı devam eden semptomu olup olmadığını tespit etmek, Covid-19 hastalığında sık görülen dispne semptomunun, hastalığı geçirdikten sonra da devam edip etmediğini ve devam ediyorsa derecesini saptamak ve hastalık sürecinin tekrarlanma ihtimaline karşı yaşadıkları Covid-19 anksiyetesini değerlendirmek amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Koronavirüsün Tarihi

Koronavirüsler, *Nidovirales* sınıfının *Coronaviridae* ailesi üyesidirler. İlk kez 1930'larda, kümes hayvanlarından izole edilmiş ve çoğaltılmıştır. Bu ilk izole edilen virüs Avian Infectious Bronchitis Virus (IBV)'dur. Bu virüs, tavuklarda solunum yolları hastalıklarına, hayvanın bakteri enfeksiyonlarına karşı savunmasız kalmasına ve nadiren böbrek iltihaplarına sebep olur (13). 1965'lerde Dr. David Tyrrell ve arkadaşları, insanlarda soğuk algınlığı yapan etkenler konusunda araştırmalar yapmışlardır. Doku kültüründe yeni gibi görünen bir virüsü elektron mikroskobu altında incelemişler ve bu virüsün 1930'larda bronşitli tavuklardan izole edilen virüse, IBV'ye benzerliğini fark etmişlerdir. Bu virüsün keşfi ile koronavirüslerin insanlara bulaşma özelliği ilk kez kanıtlanmıştır (14). İlk keşfedilmiş virüsler arasında 229E ve OC43 olarak isimlendirilmiş iki virüs türü yer almaktadır. İlerleyen zamanlarda 2003'te SARS CoV, 2004'te HCoV NL63, 2005'te HKU1, 2012'de MERS-CoV ile 2019 yılında SARS-Cov-2 adında yeni koronavirüs türleri keşfedilmiştir (15).

İnsanda enfeksiyona yol açan 7 farklı koronavirüs bulunmaktadır (15, 16):

1. İnsan koronavirüsü 229E (HCoV-229E)
2. İnsan koronavirüsü OC43 (HCoV-OC43)
3. SARS-CoV
4. İnsan koronavirüsü NL63 (HCoV-NL63)
5. İnsan koronavirüsü (HKU1)
6. MERS koronavirüsü (MERS-CoV)
7. SARS-Cov-2 (Covid-19)

2.2. Koronavirüslerin Taksonomisi

Uluslararası Virüs Taksonomisi Komitesi (ICTV) tarafından belirlenen sınıflamaya göre koronavirüsler *Riboviria* aleminin *Nidovirales* sınıfına aittir. Covid-19 hastalığını oluşturan virüs *Coronaviridae* ailesinde yer alan betacoronavirüs cinsine ait SARS-CoV-2 suşudur. Detaylı sınıflandırma aşağıdaki tablolarda verilmiştir (17,18).

Koronavirüs ailesinin alt grupları alfa (α), beta (β), gama (γ) ve delta (δ) koronavirüstür. Bu yeni tip koronavirüsün SARS-CoV ve MERS-CoV gibi β koronavirüs grubunun bir üyesi olduğu bildirilmiştir (1). Uluslararası virüs taksonomi komitesi bu virüsü SARS-CoV-2 olarak, virüsün yol açtığı hastalığı da Covid-19 hastalığı olarak isimlendirilmiştir (17).

Tablo 2.1. Koronavirüslerin Taksonomisi

Alem:	<i>Riboviria</i>
Sınıf:	<i>Nidovirales</i>
Aile:	<i>Coronaviridae</i>
Alt Aile:	<i>Orthocoronavirinae</i>
Cinsler:	1. <i>Alphacoronavirus</i> 2. <i>Betacoronavirus</i> 3. <i>Gammacoronavirus</i> 4. <i>Deltacoronavirus</i>

Tablo 2.2. SARS-CoV-2'nin Taksonomisi

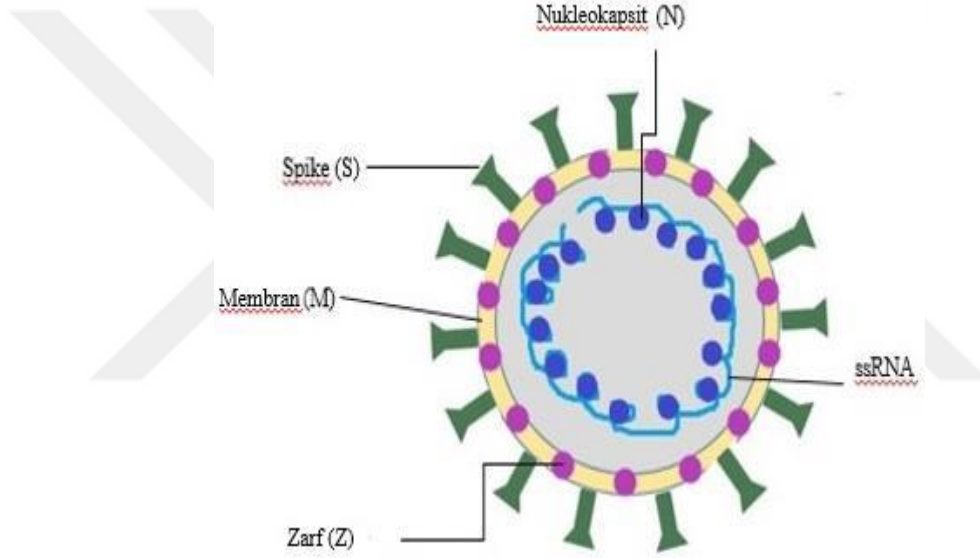
Aile:	<i>Coronaviridae</i>
Cins:	<i>Betacoronavirus</i>
Alt Cins:	<i>Sarbecovirus</i>
Tür:	<i>SARS-CoV</i>
Suş:	<i>SARS-CoV-2</i>

2.3. Koronavirüsün Epidemiyolojisi

İlk Covid-19 vakası, 26 Aralık 2019 tarihinde, bir hafta süren ateş, göğüs sıkışması, öksürük, halsizlik ve ağrı şikayetiyle Çin'in Hubei eyaletindeki Wuhan şehrinde görülmüştür (1). Çin'de bulunan DSÖ ofisi, 31 Aralık 2019 tarihinde Wuhan şehrinde saptanan etiyolojisi bilinmeyen pnömoni vakaları hakkında bilgilendirilmiştir (18). Salgının Wuhan şehrindeki Huanan deniz ürünleri ve vahşi hayvan pazarı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (19). Salgın, DSÖ tarafından 30 Ocak 2020 tarihinde endişe uyandıran uluslararası halk sağlığı tehdidi, 11 Mart 2020 tarihinde de pandemi ilan edilmiştir (20, 21). Türkiye'de ilk vaka ise 11 Mart 2020 tarihinde saptanmıştır (22).

2.4. Koronavirüslerin Yapısal Özellikleri

Koronavirüsler 65-125 nm çapındadır, nükleik asit olarak yaklaşık 30 kbs uzunluğunda tek sarmallı ribonükleik asit (RNA) içerirler. Tüm koronavirüsler viral replikasyon, nükleokapsid ve spike (S) proteinlerini kodlayan spesifik genlere sahiptir. SARS-CoV-2 tipik bir koronavirüs yapısına sahiptir. Spike (S) proteini, diğer poliproteinler, nükleoproteinler (N) ve membran proteinleri (M) vardır (23). Yüzeylerinde çubuksu uzantıları vardır. Çubuksu uzantılara Latince'deki “corona” yani “taç” anlamından yola çıkılarak bu virüslere Coronavirus (taçlı virüs) ismi verilmiştir (5). SARS-CoV-2'nin yapısı Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 2.1. SARS-CoV-2'nin yapısı (24).

2.5. Koronavirüs Enfeksiyon Zinciri

2.5.1. Kaynak

Hastalığın enfeksiyon kaynağı henüz netlik kazanmamıştır. Wuhan'da yapılan ilk epidemiyolojik araştırmalara göre, tanı alan ilk hastaların çoğunun deniz ürünleri ve vahşi hayvan satan bir pazarda çalışma veya ziyaret etme öyküsüne sahip olmaları nedeniyle, hastalığın zoonotik olduğu düşünülmüştür (25). Eldeki veriler, Huanan Deniz Ürünleri Toptan Satış Pazarı'nda satılan vahşi hayvanları (yarasa?) göstermektedir (26).

2.5.2. Bulaş Yolu

Hastalık damlacık yoluyla bulaşmaktadır. Enfeksiyonu olan bir kişi öksürdüğünde, hapşırdığında veya konuştuğunda solunum salgılarında bulunan virüs, mukozayla doğrudan temas ederek bulaşır. Ayrıca hasta bireylerin öksürme, hapşıрма yoluyla ortaya çıkan damlacıklara diğer kişilerin elleri ile temas etmesi sonrasında ellerini ağız, burun veya göz mukozasına götürmesiyle de bulaş olabilir (22). Enfekte damlacıklar 1-2 m yayılabilir ve yüzeylerde birikebilir. Virüs, uygun atmosferik koşullarda, yüzeylerde günlerce canlı kalabilir; ancak sodyum hipoklorit, hidrojen peroksit gibi yaygın dezenfektanlar tarafından bir dakikadan daha kısa sürede yok edilir (27). Asemptomatik vakalarda da solunum yolu salgılarında virüs belirlenebildiğinden bu vakalar bulaştırıcı olabilmektedir (28). SARS-CoV-2 RNA'sı hastaların kan ve dışkı örneklerinde tespit edilmiştir. Dışkı kültüründen canlı virüs izole edilmiş olmasına rağmen fekal-oral bulaşmanın enfeksiyonun yayılmasında önemli bir rolü olduğu gösterilememiştir (21).

2.5.3. Duyarlı Kişi

Covid-19 hastalığında toplumun çoğunluğu duyarlıdır. Sağlık çalışanları etkenle karşılaşma açısından en riskli meslek grubudur. Erkekler, 50 yaşın üstünde olan kişiler, komorbiditesi (HT, Kalp Hastalığı, DM, Malignite, KOAH, Böbrek Hastalığı vb.) olan kişiler, bakım ve rehabilitasyon merkezleri, okullar, kışlalar, cezaevleri, göçmen kamplarında yaşayanlar ve mevsimlik tarım işçileri Covid-19 hastalığı açısından hassas gruplardır (22).

2.6. Koronavirüsün Patogenezi

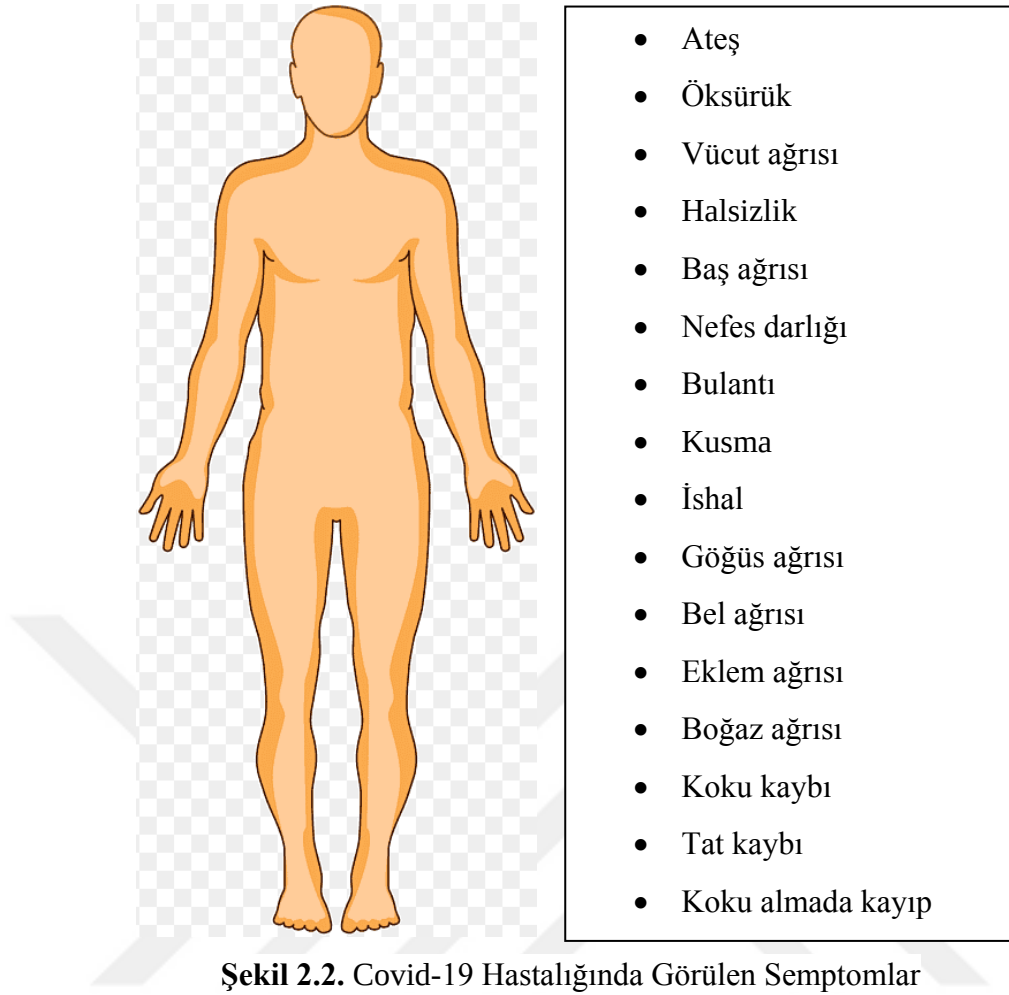
Koronavirüsler dış yüzeydeki spike (S) protein aracılığı ile konakçı hücrelere bağlanır ve hücre içine girerler. S protein hedef hücredeki reseptörü tanıyarak virüsün konakçı hücreye girişini düzenler. Virüsün yaşam siklusu S proteininin konakçı hücre yüzeyindeki Angiotensin-Converting Enzyme 2(ACE2) reseptörüne bağlanması ile başlar (29). Reseptöre bağlandıktan sonra S proteininin yapısı değişir ve virüs kılıfını çıkararak hücreye girer (30). Virüs hücreye girdikten sonra RNA'nın viral replikaz poliproteinlere translasyonu ve viral proteinazlarla küçük parçalara bölünür. Polimeraz zincir reaksiyonu ile aralıksız transkripsiyon gerçekleşir ve bir dizi mRNA üretilir. mRNA'lar aracılığı ile viral proteinlere translasyon gerçekleşir. Viral proteinler ve RNA genomu endoplazmik retikulum ve golgi cisimciği içindeki virionlar içinde birleşir ve

hücre dışına serbest bırakılır (31). Virüs konakçı hücreye girdikten sonra viral antijenler, antijen sunan hücreler tarafından makrofajlara ve T lenfositlere sunulur. Böylece şiddeti, kişinin bağışıklık sistemine ve yaşına göre değişen inflamasyon zinciri gelişir. Enfeksiyon öncelikle doğal bağışıklık sistemini etkiler ve başta interferon olmak üzere sitokinlerin (IFN- α , IFN- γ , IL-1 β , IL-6, IL-18 vb.) salınımına neden olur (32).

2.7. Covid-19 Hastalığının Klinik Semptomları

Virüsle temastan semptomlar başlayana kadar geçen döneme “inkübasyon periyodu” denir. Yapılan çalışmalarda koronavirüsün inkübasyon periyodu 2-14 gün arasında olduğu belirlenmiştir. Birçok vakada inkübasyon periyodunun 4-5 gün olduğu belirlenmiştir (33).

Hastalarda en sık görülen semptomlar ateş, halsizlik ve öksürüktür. Çin'de yapılan bir çalışmaya göre yaygın klinik belirtileri arasında ateş (%88,7), öksürük (%67,8), halsizlik (%38,1), nefes darlığı (%18,7), boğaz ağrısı (%13,9), miyalji (%14,9) ve baş ağrısı (%13,6) mevcuttur. Aynı çalışmada ishal (%3,8) ve kusma (%5,0) gastrointestinal semptomlar olarak tespit edilmiştir (36). Covid-19 hastalığında görülen semptomlar aşağıdaki şekilde özetlenmiştir (33-36).



2.8. Covid-19 Hastalığının Tanısı

Covid-19 laboratuvar tanı testleri, Covid-19 yönetiminde ve salgını kontrol altına almada önemli bir rol oynamaktadır. Laboratuvar testleri doğru ve zamanında uygulandığında, hasta ile ilgili doğru kararları desteklemekte, enfeksiyon kontrol yönetiminin daha iyi uygulanmasını sağlamaktadır. Ayrıca tespit edilmediklerinde virüsün daha fazla yayılmasına sebep olan asemptomatik vakaların tespitini sağlamaktadır. 2 tip Covid-19 testi vardır: Doğrudan SARS-CoV-2 antijen tespiti ve dolaylı yoldan antikor saptayan testler. SARS-CoV-2 antijen testi virüsün kendisini tespit eden testtir. Dolaylı yoldan antikor saptayan testler ise konağın virüse yanıtını, serolojik yanıtını tespit eden testlerdir (37).

Covid-19 hastalığının tanısını koyarken hızlı ve hastalığın ilk evrelerinde pozitifleştiği için doğrudan virüsün kendisini tespit eden moleküler testler, tanı testi olarak tercih edilmektedir. Moleküler testler içinde SARS-CoV-2 virüsünün yaygın olarak görüldüğü tek bir tanımlayıcı hedefli rRT-PCR (Real Time Reverse-

Transcriptase Polymerase Chain Reaction) ile tarama yeterli ve etkilidir(40). Ülkemizde testler T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarı tarafından yetkilendirilmiş merkezlerde, RdRp (RNA'ya bağımlı RNA polimeraz) gen fragmanını hedefleyen tek adımlı ters transkripsiyon (RT) ve gerçek zamanlı PCR (qPCR) (RT-qPCR) kiti ile yapılmaktadır (22).

Viral RNA tespiti için örneklerin nereden, ne zaman ve nasıl alınacağı çok önemlidir. Viral RNA'yı tespit eden testlerin etkinliği, alınan örnekte mevcut olan viral RNA'ya bağlıdır. Test edilen en yaygın örnekler nazofarenks ve/veya orofarenksten alınan sürüntülerdir. Tanı testleri, basit boğaz sürüntülerinin semptomlar henüz hafifken veya prodromal enfeksiyon aşamasında iken daha duyarlıdır (39). Bir başka araştırma; viral yükün zirve konsantrasyonlarına 5. günden önce ulaşıldığını ve boğaz sürüntüsünden başarıyla canlı virüs izolasyonunun yapılabileceğini göstermektedir. SARS-CoV-2'nin hastalığın başlamasından sonraki ilk haftanın sonuna kadar nazofarinkste bulunma olasılığının yüksek olduğu bilinmektedir. Viral RNA bronkoalveoler lavaj, balgam ve dışkıda da gösterilmiştir (39, 40).

Solunum yolu örnekleri, Covid-19 hastalığının RT-PCR ile doğrudan tanısı için hastalardan öncelikle alınması gereken örneklerdir. DSÖ, ayaktan tedavi gören hastalarda nazofaringeal ve orofaringeal sürüntü veya yıkama örneklerinin birlikte alınmasını önermektedir. Öncelikle orofaringeal sürüntü örneği alınmalı, sonrasında aynı eküvyon kullanılarak nazal/nazofaringeal sürüntü örneği alınmalı ve viral taşıma besiyerine konulmalıdır (38). Sürüntü örneklerinin doğru şekilde alınması doğru tanı için oldukça önemlidir. Orofaringeal sürüntü örneği alınma işleminin, öğürme refleksini uyarması gerekir. Özellikle tonsillerin üzeri ve orofarinksin tüm duvarlarından rotasyon hareketi ile örnek alınmalıdır. Nazofaringeal sürüntü örneğinin düzgün bir şekilde alınabilmesi için, eküvyonun burun boşluğuna derinlemesine yerleştirilmesi ve hastadan gözyaşı gelene kadar rotasyon hareketiyle burun mukoza epitelini toplayacak şekilde örnek alınmalıdır (41).

Serolojik antikor testleri, hastalığın geç dönemlerinde ortaya çıkmasından dolayı akut hastalığın acil tanısında pek yararlı değildir. Antikor testleri, seroprevalansın belirlenmesinde, önceki maruziyeti belirlemede ve tedavide kullanılacak immün plazma elde edilebilecek donörleri belirlemede fayda sağlar. Ayrıca, bağışıklığı olan sağlık çalışanlarının da saptanmasında etkili olur (42).

2.9. Covid-19 Hastalığının Laboratuvar Bulguları

Covid-19 hastalarının tanı ve izlemlerinde faydalı olacak laboratuvar testlerinin tanımlanması, tanı konulmasında katkı sağladığı gibi şiddetli ve şiddetli olmayan vakaları tespit edebilmek, düşük veya yüksek mortalite riski olanları belirleyebilmek açısından oldukça önemlidir. Birçok laboratuvar testi hastalık şiddetinin belirlenmesinde ve Akut Respiratuvar Distres Sendromu (ARDS), Dissemine İntravasküler Koagülopati (DİK) ve çoklu organ yetmezliği tablolarının gelişim riskini belirlemede faydalıdır (43).

Tanıda en sık rastlanan laboratuvar bulguları; lenfositopeni (%83,2), trombositopeni (%36,2) ve lökopeni (%33,7)'dir. Enfeksiyöz belirteçlerden C-reaktif protein (CRP), karaciğer fonksiyon testleri (ALT/AST) ve D-Dimer yüksekliği de sıklıkla bildirilmiştir. Bakteriyel enfeksiyon eklenmedikçe ilk tanıda prokalsitonin düzeyi normal sınırdadır, ancak yoğun bakıma yatan hastalarda yükseldiği gösterilmiştir (46). Genel laboratuvar değerlerindeki değişimler aşağıdaki tabloda özetlenmiştir (43-46).

Tablo 2.3. Covid-19 Hastalığında Değişen Laboratuvar Değişiklikler

Laboratuvar Testi Adı	Testteki değişim
Tam kan sayımı	Lenfosit ve trombosit sayısında azalma Lökosit ve nötrofil sayısında artma
CD4+ T hücre sayısı	Azalma
CD8+ T hücre sayısı	Azalma
Ferritin	Artma
C reaktif protein (CRP)	Artma
Eritrosit sedimentasyon hızı	Artma
Prokalsitonin	Artma
Interlokin 6 (IL-6)	Artma
Kreatinin Kinaz	Artma
Laktat Dehidrogenaz	Artma
D Dimer	Artma
Troponin	Artma
AST	Artma
ALT	Artma

2.10. Covid-19 Hastalığının Radyolojik Bulguları

2.10.1. Akciğer Grafisi

Covid-19 pnömonisinin belirlenmesinde, özellikle çocuk ve genç yaştaki hastalarda ilk tercih edilmesi gereken görüntüleme yöntemidir. Yatan hastalarda izlem sırasında kullanılabilir (47). Covid-19 pnömonisinde akciğer grafisinde bilateral, özellikle orta ve alt zon yerleşimli, periferik ağırlıklı, düzensiz sınırlı dansite artışı ve konsolidasyon görülür. Hastalığın erken döneminde sınırlı buzlu cam opasitesi grafide görülmeyebilir, bu yüzden klinik uyumlu hastalarda akciğer grafisi ekarte edemeyeceğinden bilgisayarlı tomografi çekimi uygundur (48).

2.10.2. Bilgisayarlı Tomografi (BT)

Asemptomatik ve hafif şiddette klinik bulguları olan Covid-19 hastalarında BT'ye gerek yoktur. Covid-19 hastalığı ile uyumlu orta ve ciddi klinik bulguları olan hastalarda test sonucundan bağımsız olarak BT gereklidir. Hastalarda solunum semptomlarının kötüleştiği her durumda BT çekilebilir (49). Hastalığın erken evrelerinde BT'de esas olarak alt loblarda, tek ya da iki taraflı, subplevral buzlu cam opasiteleri görülür. Hastalığın ilerleyen evrelerinde bilateral ve multilober dağılım gösteren diffüz buzlu cam opasiteleri, interlobüler ve intralobüler septal kalınlaşmalar (kaldırım taşı görüntüsü) ve konsolidasyonlar tespit edilir. Kresent ya da halka şeklinde daha yoğun konsolidasyon içeren buzlu cam dansitelerine “ters halo bulgusu” denir ve Covid-19 hastalığında sıkça görülür (50).

2.11. Covid-19 Hastalığında Klinik Seyir

Covid-19 hastalığı ile enfekte semptomatik hastaların %81'inde hafif enfeksiyon tablosu izlenirken, hastaların %14'ünde şiddetli hastalık, hastaların %5'inde ise kritik hastalık tablosu ortaya çıkmaktadır (51).

Şiddetli hastalık tablosu ağırlıklı olarak ileri yaş ve altta yatan komorbiditesi olan kişilerde görülmektedir. Yapılan çalışmalarda kardiyovasküler hastalık, DM, HT, kronik akciğer hastalığı, kanser, kronik böbrek hastalığı ve obezite (vücut kitle indeksi ≥ 30) şiddetli hastalık ve mortalite ile ilişkili bulunmuştur(52). Hastalığın şiddeti asemptomatik enfeksiyondan kritik hastalığa kadar değişmektedir. Covid-19 hastalığının klinik şiddeti aşağıdaki tabloda belirtildiği gibi asemptomatik, hafif, orta, şiddetli ve kritik olarak 5 grupta tanımlanır (51, 52).

Tablo 2.4. Covid-19 Hastalığında Klinik Seyir

Asemptomatik enfeksiyon:	SARS-CoV-2 PCR testi pozitif olan, herhangi bir klinik belirti vermeyen vakalardır. Asemptomatik enfeksiyon, toplumda bulaşma riskini arttırdığı için önemlidir. Özellikle asemptomatik bebekler ve çocuklar insandan insana bulaşmada önemli bir rol oynarlar.
Hafif derece hastalık:	Hastalarda ateş, yorgunluk, kas ağrısı, boğaz ağrısı, öksürük, burun akıntısı ve hapşırma gibi hafif semptomlar mevcuttur. Radyografik bulguları yoktur.
Orta derece hastalık:	Pnömoni, ateş ve öksürük; bazen hastalarda wheezing (hırıltılı solunum) olabilir, ancak ciddi bir hipoksemi yoktur. Radyografik bulguları vardır.
Şiddetli derece hastalık:	Hızlı ilerleme, dispne, santral siyanoz, Hastalarda; Solunum sayısı > 30 Oksijen Saturasyonu (SpO ₂) < 93 PaO ₂ /FiO ₂ < 300 mm/Hg bulguları vardır.
Kritik derece hastalık:	ARDS, solunum yetmezliği, sepsis, septik şok, çoklu organ fonksiyon bozukluğu görülür.

2.11.1. Covid-19 Hastalığı ve Solunum Sistemi

Covid-19 hastalığının solunum sistemindeki seyri erken dönem, pulmoner dönem ve hiperinflamasyon dönemi olarak kategorize edilebilir. Erken dönemde virüs etkindir ve kuru öksürük, ateş, halsizlik gibi şikayetlere sebep olur. Pulmoner dönemde nefes darlığı ve hipoksemi gelişir. Hiperinflamasyon döneminde konakçı yanıtı baskındır. Bu dönemde ARDS, şok ve organ yetmezliği gelişebilir (53).

2.11.2. Covid-19 Hastalığı ve Pnömoni

Radyolojik görüntülemelerde infiltrasyon ve buzlu cam opasiteleri görülür (54). Hafif seyredenlerde ateş, üşüme, titreme, kuru öksürük mevcuttur. Ağır seyredenlerde takipne (>30/dak), nefes darlığı, solunum sıkıntısı ve hipoksi (oda havasında SpO₂ < %90) görülür (55).

2.11.3. Covid-19 Hastalığı ve Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu (ARDS)

ARDS klinik ve solunumsal parametrelere göre düşünülür. Akut gelişen solunum sıkıntısı ile birlikte kardiyojenik ödem ile açıklanamayan, radyolojide iki taraflı infiltrasyon varlığında ARDS tanısı düşünülmelidir. ARDS akciğerde diffüz alveolar hasar yapar. Akut durumda alveollerin içinde hiyalin membran formasyonu ve bunu izleyen süreçte interstisyel genişleme, ödem ve fibroblast proliferasyonu gelişir (56).

2.11.4. Covid-19 Hastalığı ve Sitokin Fırtınası

Sitokin fırtınası sistemik dolaşıma hızlı ve çok fazla miktarda sitokin salındığı ciddi bir immün sistem hiperreaksiyonudur. Kemokinler ve yüksek plazma inflamatuvar sitokinleri olan interlökinler (IL-1, IL-6, IL-8, IL-12, IL-18), tümör nekroz faktörü (TNF- α), interferon (INF) sitokin fırtınasında rol oynar. T hücre ve monosit/makrofaj aktivasyonu ile gözlenen aşırı sitokin salınımının oluşturduğu inflamatuvar yanıt, vasküler permabiliteyi artırır, alveollerde eksüdatif sıvı birikimine yol açar ve solunum yetmezliğine neden olur (57).

Tedaviye rağmen düşmeyen ateş, D-dimer yüksekliği, yüksek ferritin ve CRP değerleri, sitopeni, fibrinojen düşüklüğü, karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk sitokin fırtınasını akla getirmelidir. Tüm ağır Covid-19 olgularında hiperinflamasyon açısından ferritin, CRP, KCFT, trigliserit, D-dimer, lenfosit sayısı, trombosit sayısı değerlerine bakmak; sitokin fırtınasını erken tanımak ve immünsupresyondan yarar görebilecek alt grupların belirlenmesinde önemlidir (58).

2.11.5. Covid-19 Hastalığı ve Koagülopati

Ciddi seyreden Covid-19 enfeksiyonunda klinik tablo genelde solunum yetmezliği ile başlar, daha sonra çoklu organ yetmezliğine ilerler. En olumsuz prognostik belirti koagülopati gelişimidir. Enfeksiyon nedeniyle indüklenen endotelyal hücrelerin fonksiyon bozukluğu, aşırı trombin üretimi ve fibrinolizin engellenmesine neden olarak hiperkoagülopatiyeye yol açar (59).

Covid-19 hastalığı; aşırı inflamasyon, hipoksi, immobilizasyon ve DİK nedeniyle hem venöz hem de arteriyel tromboembolik olaylara yatkınlığa neden olur. Covid-19 hastalığında akut pulmoner emboli (PE), derin ven trombozu (DVT), iskemik inme, miyokard enfarktüsü veya sistemik arteriyel emboli bu hastalarda sıklıkla görülebilmektedir. Yapılan bir çalışmada; Covid-19'lu kritik hastanın pulmoner küçük damarlarında oklüzyon ve mikrotromboz oluşumu, akciğer organ diseksiyonunda bildirilmiştir (61).

2.11.6. Covid-19 Hastalığı ve Dissemine İntravasküler Koagülopati (DİK)

Yapılan çalışmalarda şiddetli Covid-19 hastalarının genellikle koagülopati ile komplike olduğu ve ölümlerin çoğunda DİK olduğu gösterilmiştir (62). Ciddi Covid-19 enfeksiyonu olan hastalar, fulminan pıhtılaşmanın aktivasyonu ile DİK geliştirebilir.

Bunun sonucunda yaygın mikrovasküler tromboz ve pıhtılaşma faktörlerinin tüketilmesine neden olur. Buna bağlı olarak trombositopeni, PT/INR'nin uzaması, PTT uzaması, D-dimer yüksekliği ve fibrinojen düzeyinin azalması şeklinde karşımıza çıkar. Hastaların periferik yaymalarında şistositler görülebilir (63).

2.11.7. Covid-19 Hastalığı ve Sepsis

Şüpheli veya kanıtlanmış bir enfeksiyona eşlik eden organ yetmezliği bulguları gelişen vakalar sepsis tablosundadır. Covid-19 hastalığı tanısı almış hastada bilinç değişiklikleri, solunum güçlüğü, düşük oksijen saturasyonu, azalmış idrar çıkışı, kreatinin artışı, artmış kalp hızı, zayıf nabız, soğuk ekstremiteler veya düşük kan basıncı, koagülopati bulguları, trombositopeni, asidoz, artmış laktat düzeyi veya hiperbilirubinemi olması sepsis düşündürmelidir (64).

Covid-19 hastalığı geçiren bir hastada sepsis tablosunun üzerine sıvı tedavisine dirençli hipotansiyon, ortalama arteriyel basıncın ≥ 65 mmHg olarak tutulabilmesi için vazopressör ihtiyacı ve laktat düzeyi > 2 mmol/L olması hastanın septik şok tablosunda olduğunun kanıtıdır (22).

2.11.8. Covid-19 Hastalığı ve Kardiyovasküler Sistem

Covid-19 hastalığı kardiyovasküler sistemi de etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada Covid-19 hastalığına bağlı kardiyovasküler komplikasyonlar; aritmiler (%16,7), akut kardiyak hasar (%7,2) ve şok(%8,7) olarak belirlenmiştir. Bu komplikasyonlar şiddetli ve kritik hastalığı olan yoğun bakım hastalarında daha sık görülmektedir (65).

Covid-19 hastalığında artmış kardiyovasküler komplikasyonların sebebi altta yatan metabolik bozukluklara, koagülopatiyeye, hipoksiye, nöro hormonal ve inflamatuvar strese bağlı olabilir. ARDS ve akut kardiyak hasar, Covid-19 hastalığında istatistiksel olarak anlamlı ve birbirinden bağımsız şekilde mortalite ile ilişkilidir (66).

2.11.9. Covid-19 Hastalığı ve Nörolojik Sistem

Covid-19 hastalığında koagülopati, hipoksi ve metabolik bozukluklara bağlı olarak nörolojik komplikasyonlar açısından risk altındadır. Şiddetli hastalığı olan vakalarda koagülopatiyeye bağlı olarak akut iskemik inme, serebral kanama ve bilinç bozukluğu görülebilir (67).

ACE2, fonksiyonel reseptör olarak virüs tarafından kullanılmaktadır ve konak hücrelerine bu şekilde ulaşmaktadır. Glial hücreler ve nöronlarda ACE2 reseptörü bulunmaktadır. ACE2'nin nöral hücrelerde bulunması Covid-19'un doğrudan veya dolaylı mekanizmalar yoluyla nörolojik tutulumu neden olabileceği düşünülmektedir. Özellikle ACE2reseptörü sayesinde Covid-19'un etmoid kemiğin kripriform laminasından geçerek olfaktorsinir aracılığı ile transnöronal ulaşımını sağlayabileceği düşünülmektedir (68).Baş dönmesi (%16,8) ve baş ağrısı (%13,1) en sık görülen santral sinir sistemi semptomu iken, hipoguzi (%5,6) ve hipozmi (%5,1) en sık görülen periferik sinir sistemi semptomu olarak bildirilmiştir (67).

2.12. Covid-19 Hastalığında Yatış Endikasyonları

- Hafif-orta seyirli pnömonisi olup solunum dakika sayısı ≥ 24 ve $SpO_2 \leq 93$ olan vakalar
- Hafif-orta pnömonisi olup kan tetkiklerinde kötü prognostik ölçütü (kan lenfosit sayısı $10 \times$ Normal değer in üst sınırı veya ferritin > 500 ng/ml veya D-dimer > 1000 ng/ml vb) saptanan vakalar
- Ağır pnömonisi olanlar (bilinç değişikliği, solunum sıkıntısı olanlar, solunum dakika sayısı ≥ 30 , oda havasında $SpO_2 \leq 90$, akciğer görüntülemesinde bilateral yaygın (> 50) tutulumu olan vakalar
- Hipotansiyon (< 65 mmHg), taşikardi (> 100), sepsis, septik şok, myokardit, akut koroner sendrom, aritmi, akut böbrek hasarı olan vakalar hastanede yatarak izlenmelidir (69).

2.13. Covid-19 Hastalığında Yoğun Bakım Endikasyonları:

- Dispne ve solunum distresi olan
- Solunum sayısı ≥ 30 /dk
- $PaO_2/FiO_2 < 300$ olan
- Oksijen ihtiyacı izlemde artış gösteren
- 5 L/dk oksijen tedavisine rağmen $SpO_2 < 90$ veya $PaO_2 < 70$ mmHg olan

- Hipotansiyon (sistolik kan basıncı <90 mmHg ve olağan sistolik kan basıncından 40 mmHg'dan fazla düşüş ve ortalama arter basıncı <65 mmHg, taşikardi >100/dk
- Akut böbrek hasarı, akut karaciğer fonksiyon testlerinde bozukluk, konfüzyon, akut kanama diyatezi gibi akut organ disfonksiyonu gelişimi ve immünsüpresyonu olan hastalar
- Troponin yüksekliği ve aritmi
- Laktat >2 mmol
- Kapiller geri dönüş bozukluğu ve cutis marmoratus gibi cilt bozukluklarının varlığı (70).

2.14. Covid-19 Hastalığının Tedavisi

2.14.1. Klorokin/Hidroksiklorokin

Sağlık Bakanlığı Covid-19 rehberinde ayaktan takip edilen asemptomatik hastalara hidroksiklorokin kullanımı doktor inisiyatifine bırakılmakla beraber semptomatik tüm hastalara 5 gün süre ile 2x400 mg yükleme dozunun ardından 2x200 mg hidroksiklorokin kullanımı önerilmektedir (71, 72).

2.14.2. Favipiravir

Favipiravir influenzaya karşı kullanılan ancak *Ebola*, *Nörovirüs*, *Enterovirüs* gibi birçok RNA virüsüne de etkili olduğu gösterilen RNA bağımlı RNA polimeraz inhibitörü (RBRI) olan bir pürin analogudur (72-73).

Favipiravir, Sağlık Bakanlığı'nın Covid-19 tedavi rehberinde olası/kesin olgularda önerilmektedir. Ayrıca hidroksiklorokin tedavisi alırken kliniği ağırlaşan ya da pnömoni bulguları ilerleyen olgularda birinci gün 2x1600 mg/gün, sonraki 4 gün 2x600 mg/gün olmak üzere 5 günlük tedavi şeklinde önerilmiştir. Hastalığın ağırlığına göre 5-10 gün arasında verilebilir. Sağlık Bakanlığı'nın tedavi algoritması aşağıdaki tablolarda özetlenmiştir (71).

Tablo 2.5. Evde Takip Edilecek Covid-19'lu Hastada Tedavi Önerisi

İlaç Adı:	Günlük Dozu:	Tedavi Süresi:
Hidroksiklorokin 200 mg tablet ve/veya	2x200 mg tablet	5 gün
Favipravir 200 mg tablet	2x1600 mg yükleme 2x600 mg idame	5 gün

Tablo 2.6. Yatış Endikasyonu Olan Orta-Ağır Pnömonili Hastalarda Tedavi Önerisi

İlaç Adı:	Günlük Dozu:	Tedavi Süresi:
Hidroksiklorokin 200 mg tablet ve/veya	2x200 mg tablet	5 gün-10 gün
Favipravir 200 mg tablet	2x1600 mg yükleme 2x600 mg idame	5 gün-10 gün

2.14.3. Antikoagülan Tedavi

Tüm hastanede yatan Covid-19 hastalarında aktif kanama veya trombositopeni(<25-30.000/ μ l) olmadığı sürece tromboz profilaksisi uygulanmalıdır. Tromboz profilaksisinde düşük moleküler ağırlıklı heparin (DMAH), standart heparine göre daha çok tercih edilir. Çünkü DMAH daha nadir trombositopeni yapar (74).

Ağır dereceli olmayan Covid-19:

BKİ <40kg/m²: Enoksaparin 40mg/gün/sc

BKİ>40 kg/m²: Enoksaparin 40mg/2x1/sc

Kreatin Klirensi<30ml/dak: Enoksaparin kullanılması önerilmez. Standart heparin önerilir. 5000 U/sc/2x1 veya 3 x1

Ağır dereceli COVID-19:

Kreatin Klirensi>30 ml/dak: Enoxaparin 40mg/2x1/sc veya standart heparin 7500 U/3x1 (74).

2.14.4. Oksijen Tedavisi

Oksijen tedavisi konvansiyonel düşük akım (<15 L/dk) yöntemlerle veya yüksek akım yöntemlerle verilebilir. Nazal kanül ile en fazla 6 L/dk oksijen verilebilir. 6 L/dk üzeri oksijen ihtiyacı olan hastalarda sırası ile basit yüz maskesi ve rezervuarlı (geri

solunmasız) maske ile oksijen uygulanmalıdır. Konvansiyonel yöntemlerle oksijenizasyonun düzeltilemediği durumlarda imkan varsa yüksek akımlı nazal oksijen (HFNC) tedavisine başlanmalıdır (75).

Hipoksinin her aşamasında, hastalar için uyanık pron (yüz üstü) pozisyon denenebilir. Her seferinde en az 4 saat uygulanması önerilir (76).

Oksijen tedavisi altında hipoksemisi derinleşen ve solunum sıkıntısı artan (takipne, solunum derinliğinde artış, dispne, ek solunum kaslarının kullanımı, paradoksik solunum, respiratuvar alkaloz) hastalarda mekanik ventilasyon düşünülür (77).

2.14.5. Steroid Tedavisi

Oksijen ihtiyacı gelişen hastalarda 6mg deksametazon veya 0.5-1 mg/kg prednizolon tedavisi başlanması önerilir (78). Bu tedaviye rağmen 24 saat içinde oksijen ihtiyacı artan veya akut faz reaktanları yükselen hastalarda, yüksek doz (pulse ≥ 250 mg/gün metil prednizolon) steroid verilebilir. Yüksek doz glukokortikoid tedavisi 3 güne kadar kullanılabilir. Yüksek doz steroid uygulaması sonrasında 6mg/gün deksametazon veya 0.5-1 mg/kg prednizolon veya eşdeğeri metilprednizolon ile tedaviye devam edilmelidir. En az 3 gün süreyle kullanılan glukokortikoid tedavisine cevap vermeyerek inflamasyon bulguları devam eden olgularda ya da çok hızlı ilerleyen ciddi sitokin fırtınası tablolarında anti-sitokin ilaçların (tosilizumab, anakinra vb.) kullanılması düşünülmelidir (71).

2.15. Covid-19 Hastalığından Korunma Yolları

Sağlık Bakanlığı Covid-19 hastalığından korunmak için 14 kural belirlemiştir. Bu kurallar şunlardır:

- Ellerinizi sık sık su ve sabun ile en az 20 saniye boyunca ovarak yıkayın.
- Soğuk algınlığı belirtileri gösteren kişilerle aranızda en az 3-4 adım mesafe koyun.
- Öksürme veya hapşıрма sırasında ağız ve burnu tek kullanımlık mendille kapatın. Mendil yoksa dirseğin iç kısmını kullanın.
- Tokalaşma, sarılma gibi yakın temaslardan kaçınınız.
- Ellerinizle gözlerinize, ağızınıza ve burnunuza dokunmayın.

- Yurt dışı seyahatlerinizi iptal edin ya da erteleyin.
- Yurt dışından dönüşte ilk 14 günü evinizde geçirin.
- Bulunduğunuz ortamları sık sık havalandırın.
- Kıyafetlerinizi 60-90°C’de normal deterjanla yıkayın.
- Kapı kolları, armatürler, lavabolar gibi sık kullandığınız yüzeyleri su ve deterjanla her gün temizleyin.
- Soğuk algınlığı belirtileriniz varsa yaşlılar ve kronik hastalığı olanlarla temas etmeyin, maske takmadan dışarı çıkmayın.
- Havlu gibi kişisel eşyalarınızı ortak kullanmayın.
- Bol sıvı tüketin, dengeli beslenin, uyku düzeninize dikkat edin.
- Düşmeyen ateş, öksürük ve nefes darlığınız varsa, maske takarak bir sağlık kuruluşuna başvurun.

Toplumdaki tüm bireylerin Sağlık Bakanlığı önerisi doğrultusunda 3 altın kural olan Maske, Mesafe ve Hijyen kurallarına dikkat etmesi gerekir (71).

2.16. Dispnenin Tanımı

Soluk alıp verme normal fizyolojide fark edilmeyen bir durum iken, rahatsız edici şekilde fark edilir hale gelmesine dispne denilir (79). Nefes alıp vermede zorluk hissini tanımlamaktadır. Dispne sözcüğü kötü ya da zor anlamına gelen “dys” ile soluk ya da solunum anlamına gelen “pnea” sözcüklerinin birleşimi ile oluşmuştur. Subjektif bir terimdir ve kişiler dispneyi farklı şekilde ifade edebilirler. Hastalar dispne semptomunu nefes darlığı, göğüste sıkışma, soluk soluğa kalma, hava açlığı gibi ifade edebilirler (80).

2.16.1. Dispne Patofizyolojisi

Dispne patofizyolojisi henüz tam olarak netleşmemiş bir konudur. Son zamanlarda dispnenin hem duyusal hem de duygusal boyutlarının olduğu kanıtlanmaya başlanmıştır(81). Dispne; santral solunum merkezi ile göğüs duvarı, akciğerler ve hava yolları arasındaki iletişimde kopma ya da uyumsuzluk sonucu meydana gelir. Solunum sisteminin etkin çalışabilmesi için ventilasyon (pompa), difüzyon veya perfüzyon olaylarının eksiksiz olarak gerçekleşmesi gerekmektedir. Bu basamaklardan birinde

sorun olan hastalarda dispne gelişebilmektedir (82). Dispne hissinin oluşmasında rol alan mekanizmalar şu şekidedir:

Artmış solunum isteği: Sağlıklı kişilerdeki şiddetli egzersiz seviyelerinde, akciğer ve kalp rahatsızlıkları olan hastalarda ise hafif egzersizlerde bile artan ventilasyon dispneyi oluşturur. Bu artan efor, santral sinir sistemini uyararak motor uyarının da artmasını sağlar. Dispne döngüsü azalmış aktivite, kondisyon azalması, dispne oluşumu ve daha da az hareket etme ile sonuçlanır. Yaş, beslenme bozuklukları, hastalığa bağlı hipoksemi de egzersiz kapasitesinde azalmaya neden olur (82-84).

Solunum kaslarının anormallikleri: Solunum kaslarının güçsüzlüğü veya mekanik yetersizliği santral motor yanıt ile akciğer ventilasyonu arasında uyumsuzluğa neden olur. Bu uyumsuzluk, nöromüsküler hastalıklar ve solunumsal kas yorgunluğunda oluşan dispneyi açıklar. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olanlarda akciğerin aşırı inflamasyonu ile toraksın artan genişlemesi, inspirasyon kaslarının kısalmasına ve basınç oluşturma etkisinin azalmasına yol açar. İnspiratuar kasların mekanik gücündeki azalma dispne hissinin oluşturur (82-84).

Solunumu engelleyen durumlar: Astım, KOAH gibi hastalıklarda havayollarındaki daralma ile artan havayolu direnci ve pulmoner fibrozis gibi akciğer parankim hastalıklarında gelişen akciğer elastikiyetinin azalması dispneye neden olur. Solunumu engelleyen durumların ortaya çıkışı santral motor emirlerin ventilasyonu artırmaya çalışması ile sonuçlanır. Artan solunum çabası gerekli ventilasyonu sağlayamadığı zaman dispne meydana gelir (82-84).

Kan gazı anormallikleri: Kan gazı bozuklukları, kalp ve akciğer hastalıklarında ortaya çıkan en ciddi durumlardan biridir. Hipoksemi, kemoreseptörler üzerinden solunumun motor aktivitesini artırır. Hipoksinin direkt dispne yapıcı etkisi de vardır (82-84).

Dispne, akut ve kronik olarak da sınıflandırılabilir. Akut dispne dakikalar, saatler içinde gelişir. Çoğunlukla kalp veya akciğeri etkileyen hastalıklarda olur. Perikardiyal tamponad, pnömotoraks akut dispne örnekleridir. Hayatı tehdit eder ve sıklıkla acil tedavi ihtiyacı vardır. Kronik dispne bir aydan daha uzun süren dispnedir. Genellikle progresiftir. Başlangıçta eforla olan nefes darlığı zamanla artarak efor olmadan da hissedilebilir. KOAH ve astım, kronik dispnenin en çok görülen örnekleridir (85)

2.16.2. Dispne Nedenleri

Yaygın dispne nedenleri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir (85-88).

Tablo 2.7. Dispne semptomuna yol açan nedenler

Pulmoner nedenler	Kardiyovasküler nedenler	Nöromusküler nedenler	Göğüs duvarı anormallikleri
Astım, KOAH	Pulmoner ödem	SVO	Travma
Pnömoni	Kalp Yetmezliği	Myopatiler	Kifoskolyoz
PTE	Disritmi	ALS	
ARDS	Perikardiyal tamponad	Gullian Barre Sendromu	
Pnömotoraks	Perikardiyal effüzyon	Botulizm	
İPH		Miyastenia Graves	
Plevral effüzyon		Spinal kord yaralanması	
Akciğer kitleleri		Vokal kord paralizis	
Bronşiektaz			
Tüberküloz			
Üst hava yolu obstrüksiyonu	Metabolik hastalıklar	Hematolojik nedenler	Psikiyatrik hastalıklar / ilaçlar
Anjioödem	Metabolik asidoz	Anemi	Hiperventilasyon
Anafilaksi	Sepsis / septik şok	Hemoglobinopatiler	Anksiyete bozuklukları
Epiglotit	Aspirin zehirlenmesi	CO zehirlenmesi	Panik atak
Tümörler			Morfin
Yabancı cisim			Opiadlar
			Sedatif ilaçlar

2.17. Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete, tehdit veya tehlike karşısında duygusal, davranışsal ve fiziksel alanlarda otomatik olarak ortaya çıkan birtakım değişiklikler ve bunların öznel yaşantılarını tanımlamak amacıyla kullanılan bir terimdir. Latince “tıkanma, boğulma” anlamına gelen “angere” kökünden gelmektedir (89). Sağlıklı bireyler için anksiyete, tehlike veya tehdit anında onu tehdit eden duruma karşı cevap vermek için oluşan biyolojik uyarıdır (91). Anksiyete optimal düzeyde olduğunda kişiyi uyarması ve tedbir aldırması açısından olumlu bir işlev görebilir. Ancak kronik ya da orantısız olduğunda

anksiyete bozukluğundan söz edilebilir (89).Yapılan bir çalışmada Türkiye’de anksiyete bozukluğunun prevalansı kadınlarda %7,1, erkeklerde %3,1 olarak bulunmuştur (90).

2.17.1. Anksiyete Bozukluklarının Tarihçesi

1800’lerin ortalarına kadar anksiyete sonucu oluşan somatik belirtiler, farklı organ ve sistemlere ait farklı hastalıklar olarak düşünülmekteydi (93). 1894 yılında, anksiyete kelimesini ilk kez kullanan ve kavramsal olarak inceleyen Freud olmuştur. Freud’a göre anksiyete, olası bir tehlide ve tehlikeye karşı benliği uyarmak ve savunma düzeneklerine işlerlik kazandırmaktır(94). Anksiyete kapsamında yer alan farklı klinik durumlar 1960’larda hastalık olarak sınıflandırılmıştır. Ancak elde edilen bu veriler DSM-III’te yayınlanabilmiştir (98).

2.17.2. Anksiyete Bozukluklarının Risk Faktörleri

Travma; çocukluğunda kötü yaşam olaylarına maruz kalan, travma veya istismara uğrayan veya travmatik olaylara tanık olan bireylerin; anksiyete bozukluğu yaşama riskinin topluma oranla daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Travmatik bir olay yaşayan yetişkinlerde de anksiyete bozuklukları gelişebilmektedir. Bir hastalığa bağlı stres; kötü bir sağlık durumuna veya ciddi bir hastalığa sahip olmak, tedavi ve sağ kalım gibi konular hakkında ciddi kaygılara neden olabildiği görülmektedir (95).

Uzun süreli strese maruziyet; büyük bir olay veya daha küçük stresli durumların birikimi aşırı kaygıyı tetikleyebilir. Yakın akraba kaybı, iş stresi veya maddi durumun kötü olması hakkında duyulan kaygı bu tetikleyici faktörlere örnektir (97).

Kişilik; belirli kişilik tiplerine sahip insanların anksiyete bozukluklarına diğerlerinden daha yatkın olduğu düşünülmektedir. Başka psikiyatrik soruna sahip olanlar; depresyon gibi başka psikiyatrik bozuklukları olan kişilerde genellikle anksiyete bozukluğunun da olabileceği görülmektedir. Anksiyete bozukluğu olan akrabalara sahip olmak; kan bağı ile ilişkili olup anksiyete bozukluğu görülen kişilerde anksiyete görülme riskinin daha topluma göre fazla olduğu görülmektedir (98).

Uyuşturucu veya alkol; uyuşturucu, alkol kullanımı veya yoksunluk kaygıya neden olabilmekte veya yaşanan kaygıyı daha da kötüleştirebilmektedir (97).

2.17.3. Covid-19 Pandemisinin Bireyler Üzerindeki Psikolojik Etkisi

Tarihte çeşitli dönemlerde bulaşıcı hastalıklar ortaya çıkmış olsa da, son yıllarda küreselleşme patolojik ajanların yayılmasını kolaylaştırarak dünya çapında pandemilere neden olmuştur (99). Bir pandeminin psikolojik ve psikiyatrik sonuçlarını anlamak için, buna dahil olan korku ve öfke gibi duygular dikkate alınmalı ve gözlemlenmelidir. Korku, hayatta kalmak için temel olan uyarlanabilir bir hayvan savunma mekanizmasıdır ve potansiyel olarak tehdit edici olaylara bir yanıt için çeşitli biyolojik hazırlık süreçlerini içerir. Bununla birlikte korku, kronik veya orantısız olduğunda zararlı hale gelir ve çeşitli psikiyatrik bozuklukların gelişimine neden olabilir (100). Bir pandemide korku, sağlıklı bireylerde anksiyete ve stres düzeylerini artırırken, önceden psikiyatrik bozukluğu olanların semptomlarını daha fazla arttırabilir(101). Çin'de 2019'un sonunda tespit edilen koronavirüs ile ilgili bulaşma, kuluçka dönemi, enfekte sayısı ve gerçek ölüm oranı ile ilgili bilgiler hakkında şüpheli ve yanlış veriler, popülasyonda güvensizliğe ve korkuya yol açtı. Yapılan bir çalışmada yetersiz kontrol önlemleri ve etkili terapötik mekanizmaların olmaması nedeniyle korku, sıkıntı, yalnızlık, anksiyete, uykusuzluk ya da öfke gibi yoğun duygusal ve davranışsal tepkilerin artabileceği görüldü (102). Karantinaya alınmış hastalarda, yaşlılarda, bağışıklığı zayıf bireylerde, daha önce biyolojik veya psikolojik hastalığı olan kişilerde, virüs bulaşmış kişilerin yakınlarında pandemiye bağlı psikolojik problemler daha fazla görülebilir (103, 104). Xiang ve arkadaşları, Covid-19 pandemisinin yol açtığı olumsuz psikolojik etkileri engellemek için üç ana faktörün dikkate alınması gerektiğini önermektedir: 1) multidisipliner ruh sağlığı ekipleri (psikiyatristler, psikiyatri hemşireleri, klinik psikologlar ve diğer akıl sağlığı uzmanları dahil) oluşturulmalıdır. 2) Covid-19 salgınıyla ilgili düzenli, doğru güncellemeleri içeren açık iletişim yolu tercih edilmelidir 3) güvenli psikolojik danışmanlık hizmetleri (örneğin, elektronik cihazlar veya uygulamalar yoluyla) kurulmalıdır (105).

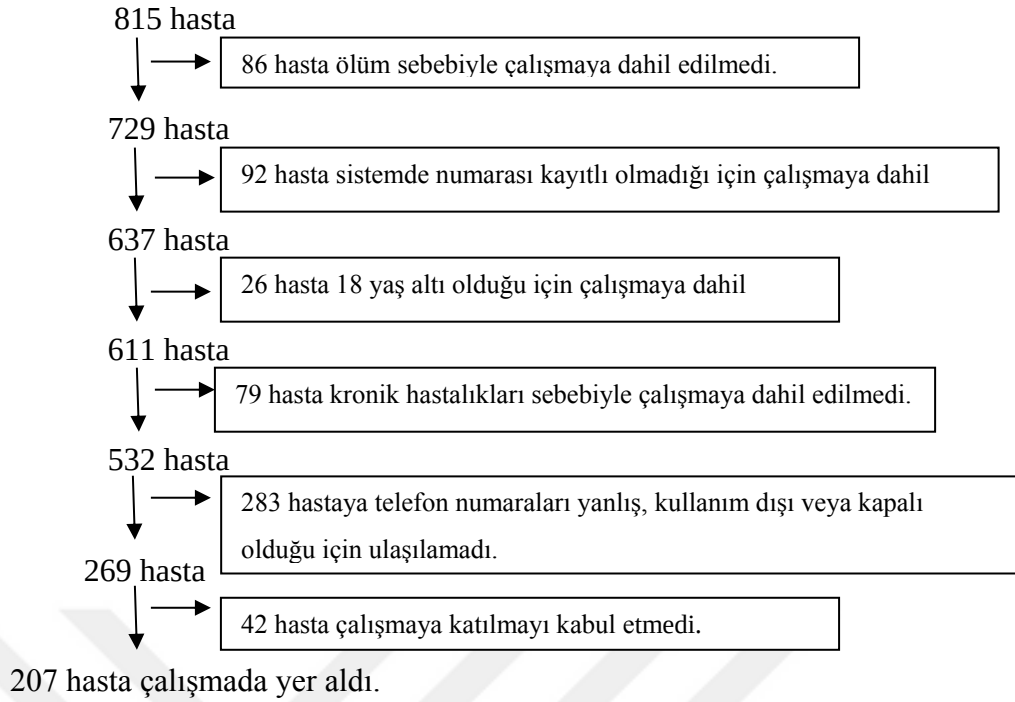
3. MATERYAL VE METOD

3.1. Çalışmanın Amacı, Yeri, Şekli ve Süresi

Kesitsel bir araştırma olarak planlanan bu çalışmaya 01.03.2020 ile 31.08.2020 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi'ne başvurup Covid-19 hastalığı tanısı alıp, hastalığı geçiren ve iyileşen toplam 207 katılımcı dahil edildi. Araştırma kapsamında katılımcılara telefonla ulaşılarak anket uygulandı. Katılımcıların klinik verileri ve telefon numaraları hastanenin otomasyon sisteminden elde edildi. Çalışmamızda Covid-19 hastalığı geçiren hastaların, hastalığı geçirdikleri esnadaki semptomlarını saptamak, iyileştikten sonra Covid-19 hastalığına bağlı devam eden semptomu olup olmadığını tespit etmek, Covid-19 hastalığında sık görülen semptomlardan biri olan dispne semptomunun hastalığı geçirdikten sonra da devam edip etmediği ve devam ediyorsa derecesini saptamak ve hastalık sürecinin tekrar başına gelebilme ihtimaline karşı yaşadıkları Covid-19 anksiyetesini değerlendirmek amaçlanmıştır.

3.2. Katılımcıların Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Belirlenen zaman içerisinde, Covid-19 hastalığı tanısı alıp, hastalığı geçiren ve iyileşen toplam 815 kişinin verilerine ulaşıldı. Çalışmaya 18 yaşından büyük ve çalışmaya katılmayı kabul edenler dahil edildi. Çalışmaya KOAH, astım hastaları ve 18 yaşından küçük hastalar, konuşma problemi olan, sorulara cevap veremeyecek düzeyde psikiyatrik sıkıntıları veya zeka geriliği olan hastalar ile çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler dahil edilmedi. Çalışmaya dahil edilemeyen kronik hastalıkları olan hastaların tanıları şu şekildedir: KOAH (24 hasta), astım (8 hasta), kalp yetmezliği (12 hasta), akciğer kanseri (8 hasta), kanser (5 hasta), alzheimer ve parkinson gibi nörolojik hastalık (22 hasta). Çalışmaya dahil edilen ve dışlanan vakaların çizelgesi aşağıdaki şekilde anlatılmıştır.



Şekil 3.1. Çalışmaya dahil edilen ve dışlanan vakalar

3.3. Çalışmanın Veri Toplama Araçları

Araştırmacı tarafından literatür baz alınarak oluşturulan sosyodemografik özellikleri içeren sorular ile, Covid-19 hastalığı ile ilgili bilgileri içeren sorular, Medical Research Council Scale (MRCS) Dispne Ölçeği ve Koronavirüs Anksiyete Ölçeği'ni (KAÖ) içeren anket uygulandı.

3.3.1. Medical Research Council Scale (MRSC)

1952 yılında Fletcher'ın 5 nokta skalası olarak keşfettiği ölçek, İngiliz araştırma grubu tarafından geliştirilmiştir (106). Solunum sıkıntısı olan hastalarda, dispne semptomunun doğru tanımlanması için kullanılan ölçektir. Tanısal değerlendirmede, klinik çalışmalarda, dispne kategorizasyonunda basit ve geçerli bir yöntemdir. Dispne hissi meydana getiren çeşitli fiziksel aktiviteler temel alınarak oluşturulmuş 5 maddelik bir ölçektir. Ölçek ile ilgili bilgiler aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (107).

Tablo 3.1. Medical Research Council Scale

DERECE	TANIM
Evre 1	Dispne yok. (düz yerde hafif hızlı hareket ederken veya hafif yokuşa çıkarken solunum sıkıntısı yok.)
Evre 2	Hafif dispne. (düz yerde hafif hızlı hareket ederken veya hafif yokuşa çıkarken solunum sıkıntısı var.)
Evre 3	Orta şiddette dispne. (düz yerde yürürken yaşlılarından daha yavaş yürür, soluklanmak için duraklar.)
Evre 4	Şiddetli dispne. (100 metre kadar veya birkaç dakika yürüyünce nefes almak için durur.)
Evre 5	Çok şiddetli dispne. (Evde günlük işlerini yaparken, elbiselerini giyerken çıkarırken veya tuvalete giderken nefessiz kalır.)

3.3.2. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği

İnsanların büyük bir bölümünde ciddi bir kaygı oluşturan Covid-19 hastalığı, pandeminin yarattığı kaygıyı anlamamızı sağlayacak tanı amaçlı ölçeğe ihtiyaç duyulmasına sebep olmuştur. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Sheerman A. Lee tarafından 2020 yılında Covid-19 pandemisi nedeniyle oluşan anksiyete vakalarını saptamak için kullanılan ölçektir. Tek boyutlu ve 5 sorudan oluşur. 5'li likert türünde bir ölçektir (108). Ölçek aşağıdaki tabloda belirtildiği gibidir. İsmail Biçer ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (109).

Tablo 3.2. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği

	0 hiçbir zaman	1 Nadir bir veya iki günden az	2 Birkaç gün	3 7 günden fazla	4 Son iki haftada neredeyse her gün
Koronavirüs ile ilgili haberleri okuduğum veya dinlediğim zaman başımın döndüğünü ve sersemleştığimi hissettim veya bayılacakmış gibi oldum.					
Koronavirüsü düşündüğüm için uykuya dalmada ya da uyumada sorun yaşadım.					
Koronavirüs ile ilgili konuları düşündüğümde ya da bu konulara maruz kaldığımda inme inmiş gibi hissettim veya donup kaldım.					
Koronavirüs ile ilgili konuları düşündüğümde ya da bu konulara maruz kaldığımda iştahım kaçtı.					
Koronavirüs ile ilgili konuları düşündüğümde ya da bu konulara maruz kaldığımda mide bulantısı ya da mide problemleri yaşadım.					

3.4. Etik Kurul Onayı

Çalışma için “İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu”ndan 28.07.2020 tarihli 2020/1002 karar sayılı çalışma izni (Ek 1) ve “Sağlık Bakanlığı”ndan gerekli yazılı izin alındı.

3.5. İstatistiksel Analiz

Veriler sayı (yüzde) ile verildi. İstatistik analizlerde Pearson ki-kare testi, Yatesin düzeltilmeli ki-kare testi, Fisher kesin ki-kare testi uygun olan yerlerde kullanıldı. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Analizlerde IBM SPSS Statistics 26,0 programı kullanıldı.

4. BULGULAR

Mart 2020- Ağustos 2020 ayları arasında Malatya İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi'ne başvurup Covid-19 hastalığı tanısı alan ve iyileşen 207 katılımcı dahil edilmiştir. Çalışmamıza katılan katılımcıların %62,3'ü (n=129) erkek, %37,72'si (n=78) kadındır. Katılımcıların %39,1'i (n=81) 40 yaş altı,%17,4'ü (n=36) 60 yaş ve üzeridir. Çalışmamıza katılan katılımcıların yaş ortalaması 45,35, ortanca yaşı 46, minimum yaş 19, maximum yaş 83'tür. Çalışmamıza katılan katılımcıların %1,9'u (n=4) BKİ 18,5'un altında olup, zayıftır. Katılımcıların %46,4'ü (n=96) 25 ile 29,99 arasında BKİ'ye sahip olup fazla kiloludur. Katılımcıların %20,3'ü (n=42) 30 ile 39,99 arasında BKİ'ye sahip olup, obezdir. BKİ değeri 40'ın üzerinde olan katılımcı yoktur. Katılımcıların cinsiyet, yaş, BKİ dağılımları tablo 4.1'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Cinsiyet, Yaş, BKİ Dağılımları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	78	37,7
	Erkek	129	62,3
	Total	207	100,0
Yaş	40yaşaltı	81	39,1
	40-50	47	22,7
	50-60	43	20,8
	60 yaş üstü	36	17,4
	Total	207	100,0
BKİ	Zayıf (18.5ve altı)	4	1,9
	Normal (18.5-24.99)	65	31,4
	Fazla Kilolu(25-29.99)	96	46,4
	Obez (30-39.99)	42	20,3
	Total	207	100,0

Katılımcıların %35,7'si (n=74) üniversite mezunu, %23,7'si (n=49) ilkokul mezunu, %6,8'i (n=14) okuryazar değildir. Katılımcıların %20,3'ü (n=42) ev hanımı, %14,5'i (n=30) emekli, %12,6'sı (n=26) işçidir. Katılımcıların %9,2'sini (n=19) doktorlar, %10,6'sını (n=22) yardımcı sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Katılımcıların eğitim düzeyi ve meslek dağılımları tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların Eğitim Düzeyi ve Meslek Dağılımları

		Sayı (n)	Yüzde(%)
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	14	6,8
	İlkokul mezunu	49	23,7
	Ortaokul mezunu	19	9,2
	Lise mezunu	51	24,6
	Üniversite mezunu	74	35,7
	Total	100,0	100,0
Meslek	Ev hanımı	42	20,3
	Emekli	30	14,5
	Y. sağlık çalışanı	22	10,6
	İşsiz	9	4,3
	Doktor	19	9,2
	Serbest meslek	29	14,0
	Memur	16	7,7
	İşçi	26	12,6
	Diğer	14	6,8
	Total	207	100,0

Çalışmamıza katılan katılımcıların %35,3'ünün (n=73) en az 1 adet kronik hastalığı mevcuttur. Katılımcıların %14'ünde (n=29) HT, %11,1'inde (n=23) DM, %6,8'inde (n=14) koroner arter hastalığı mevcuttur. Katılımcıların %94,7'sinde (n=196) psikiyatrik hastalık yoktur. Katılımcıların kronik hastalık durumları tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik Hastalık	Var	73	35,3
	Yok	134	64,7
Hipertansiyon	Var	29	14,0
	Yok	178	86,0
Diabetes Mellitus	Var	23	11,1
	Yok	184	88,9
Koroner Arter Hastalığı	Var	14	6,8
	Yok	193	93,2
Karaciğer Hastalıkları	Var	8	3,9
	Yok	199	96,1
Tiroid Hastalıkları	Var	5	2,4
	Yok	202	97,6
Romatizmal Hastalıklar	Var	4	1,9
	Yok	203	98,1
Hiperlipidemi	Var	3	1,4
	Yok	204	98,6
Kanser	Var	2	1,0
	Yok	205	99,0
Diğer	Var	15	7,2
	Yok	192	92,8
	Total	207	100,0
Psikiyatrik Hastalıklar	Yok	196	94,7
	Depresyon	4	1,9
	Anksiyete	1	0,5
	Panik Atak	5	2,4
	DEHB	1	0,5
	Total	207	100,0

Katılımcıların %85,5'i (n=177) tütün ürünleri kullanmamaktadır. %14,5'i (n=30) tütün ürünleri kullanmaktadır. Katılımcıların tütün ürünleri kullanım verileri tablo 4.4'te verilmiştir.

Tablo 4.4. Katılımcıların Tütün Ürünleri Kullanım Verileri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Tütün ürünleri kullanıyor mu?	Evet	30	14,5
	Hayır	177	85,5
	Total	207	100,0

Çalışmamıza katılan katılımcıların %3,4'ü (n=7) Covid-19 hastalığını 0-1 ay öncesi bir zaman diliminde geçirmiştir. %23,2'si (n=48) 1-2 ay önce geçirmiştir. Katılımcıların %41,1'i (n=85) 2-3 ay arası bir zaman önce Covid-19 hastalığını geçirmiştir. Katılımcıların Covid-19 hastalığı geçirme zamanı tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5. Katılımcıların Covid-19 Hastalığı Geçirme Zamanı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Covid-19 hastalığı geçirme zamanı	0-1 ay önce	7	3,4
	1-2 ay önce	48	23,2
	2-3 ay önce	85	41,1
	3-4 ay önce	48	23,2
	4-5 ay önce	18	8,7
	5-6 ay önce	1	0,5
	Total	207	100,0

Çalışmamıza katılan katılımcıların %94,7'si (n=196) hastalık sırasında en az 1 adet semptomu olmuştur. Katılımcıların %5,3'ü (n=11) hastalık sırasında hiçbir semptom göstermeyip, hastalığı asemptomatik geçirmiştir. Katılımcılarda en fazla görülen semptom %78,3 (n=162) ile halsizliktir. Vücut ağrısı %54,1 (n=112) ve ateş %52,7 (n=109) ile en sık görülen semptomlar arasındadır. Katılımcıların Covid-19 hastalığı geçirme semptomları tablo 4.6.'de verilmiştir.

Tablo 4.6. Katılımcıların Covid-19 Hastalığı Geçirme Semptomları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanın semptomu var mı?	Var	196	94,7
	Yok	11	5,3
	Total	207	100,0
Halsizlik	Var	162	78,3
	Yok	45	21,7
	Total	207	100,0
Vücut Ağrısı	Var	112	54,1
	Yok	95	45,9
	Total	207	100,0
Ateş	Var	109	52,7
	Yok	98	47,3
	Total	207	100,0

Katılımcıların, hastalık esnasında %48,8'inde (n=101) öksürük ve %43,5'inde (n=90) nefes darlığı görülmüştür. Katılımcıların %45,4'ü (n=94) baş ağrısı tariflemektedir. Toplam katılımcıların %41,1'i (n=85) koku kaybı, %34,8'i (n=72) tat kaybı yaşamıştır. Katılımcıların %28'inin (n=58) ishal şikayeti olmuştur. %27,5'i (n=57) iştahsızlık yaşamıştır. Sırt ağrısı semptomu %17,4 (n=36) katılımcıda görülmüştür. Eklem ağrısı katılımcıların %16,9'unda (n=35) görülmüştür. Katılımcıların Covid-19 hastalığı geçirme semptomları tablo 4.7'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Katılımcıların Covid-19 Hastalığı Geçirme Semptomları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Öksürük	Var	101	48,8
	Yok	106	51,2
	Total	207	100,0
Nefes Darlığı	Var	90	43,5
	Yok	117	56,5
	Total	207	100,0
Baş Ağrısı	Var	94	45,4
	Yok	113	54,6
	Total	207	100,0
Koku Kaybı	Var	85	41,1
	Yok	122	58,9
	Total	207	100,0
Tat Kaybı	Var	72	34,8
	Yok	135	65,2
	Total	207	100,0
İshal	Var	58	28,0
	Yok	149	72,0
	Total	207	100,0
İştahsızlık	Var	57	27,5
	Yok	150	72,5
	Total	207	100,0
Sırt Ağrısı	Var	36	17,4
	Yok	171	82,6
	Total	207	100,0
Eklem Ağrısı	Var	35	16,9
	Yok	172	83,1
	Total	207	100,0

Çalışmamızda yer alan 207 katılımcının %16,9'unda (n=35) boğaz ağrısı, %15,9'unda (n=33) bulantı, %8,2'sinde (n=17) kusma, %15'inde (n=31) üşüme-titreme, %10,6'sında (n=22) terleme görülmüştür. Katılımcıların %10,1'inde (n=21) kilo kaybı, %6,3'ünde (n=13) bel ağrısı şikayeti olmuştur. Toplam katılımcıların %4,3'ünde (n=9) göğüs ağrısı görülmüştür. Katılımcıların Covid-19 hastalığı geçirme semptomları tablo 4.8'de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Katılımcıların Covid-19 Hastalığı Geçirme Semptomları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Boğaz Ağrısı	Var	35	16,9
	Yok	172	83,1
	Total	207	100,0
Bulantı	Var	33	15,9
	Yok	173	83,6
	Total	207	100,0
Üşüme-Titreme	Var	31	15,0
	Yok	176	85,0
	Total	207	100,0
Terleme	Var	22	10,6
	Yok	185	89,4
	Total	207	100,0
Kilo Kaybı	Var	21	10,1
	Yok	186	89,9
	Total	207	100,0
Kusma	Var	17	8,2
	Yok	190	91,8
	Total	207	100,0
Bel Ağrısı	Var	13	6,3
	Yok	194	93,7
	Total	207	100,0
Göğüs Ağrısı	Var	9	4,3
	Yok	198	95,7
	Total	207	100,0
Diğer	Var	29	14,0
	Yok	178	86,0
	Total	207	100,0

Katılımcıların %21,7'sinin (n=45) en çok zorlandığı semptomu halsizlik, %15,9'unun (n=33) nefes darlığı, %11,1'inin (n=23) ise boğaz ağrısıdır. %10,6 (n=22)

katılımcı en çok vücut ağrısı semptomundan rahatsız olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların en zorlandığı semptomun verileri tablo 4.9'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Katılımcıların En Zorlandığı Semptomun Verileri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
En zorlandığı semptom	Halsizlik	45	21,7
	Nefes darlığı	33	15,9
	Boğaz ağrısı	23	11,1
	Vücut ağrısı	22	10,6
	Ateş	17	8,2
	Asemptomatik	11	5,3
	Diğer	56	27,2
	Total	207	100,0

Çalışmaya katılan 207 katılımcının 119'u (%57,5) hastanede yatmıştır. Toplam 15 (%7,2) katılımcı yoğun bakımda yatmıştır. Katılımcıların %42,5'i (n=88) tedavilerini evlerinde almıştır. Katılımcıların hastanede ve yoğun bakımda yatma durumları tablo 4.10'da gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Katılımcıların Hastanede ve Yoğun Bakımda Yatma Durumları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanede Yatma	Evet	119	57,5
	Hayır	88	42,5
	Total	207	100,0
Yoğun Bakımda Yatma	Evet	15	7,2
	Hayır	192	92,8
	Total	207	100,0

Çalışmaya katılan 207 katılımcının 128'i (%61,8) Covid-19 hastalığını geçirip iyileştikten sonra, bazı semptomlarının devam ettiğini belirtmiştir. Hastalığı geçirdikten sonra devam eden semptomu olan hastalar, toplam katılımcıların %61,8'ini (n=128) oluşturur. Hastalığı geçirdikten sonra devam eden semptomlar arasında en çok görülen semptom; nefes darlığıdır. Çalışmaya katılan katılımcıların %44,9'unda (n=93) hastalıktan sonra nefes darlığı görülmektedir. Katılımcıların %32,4'ünde (n=67) hastalığı geçirdikten sonra halsizlik semptomu devam etmektedir. Katılımcıların %7,2'sinde (n=15) koku kaybı, hastalığı geçirdikten sonra da devam etmektedir. %5,3 (n=11) hastada tat kaybının hastalığı geçirdikten sonra da devam ettiği görülmüştür. 10

(%4,8) katılımcının öksürük semptomu devam etmektedir. Diğer kategorisinde yer alan şikayetler arasında sırt ağrısı (n=4), göğüs ağrısı(n=4), boğaz ağrısı(n=2), terleme (n=3), baş ağrısı (n=2) yer almaktadır. Katılımcıların Covid-19 hastalığını geçirdikten sonra devam eden semptomları tablo 4.11'de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Katılımcıların Covid-19 Hastalığını Geçirdikten Sonra Devam Eden Semptomları

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastalığı geçirdikten sonra devam eden semptomları var mı?	Var	128	61,8
	Yok	79	38,2
	Total	207	100,0
Nefes darlığı	Var	93	44,9
	Yok	114	55,1
	Total	207	100,0
Halsizlik	Var	67	32,4
	Yok	140	67,6
	Total	207	100,0
Koku kaybı	Var	15	7,2
	Yok	192	92,8
	Total	207	100,0
Tat kaybı	Var	11	5,3
	Yok	196	94,7
	Total	207	100,0
Öksürük	Var	10	4,8
	Yok	197	95,2
	Total	207	100,0
Diğer	Var	39	18,8
	Yok	168	81,2
	Total	207	100,0

Çalışmaya katılan katılımcıların %74,9'unun (n=155) PCR testi pozitifdir. %22,7'sinin (n=47) PCR testi negatiftir. Katılımcıların %60,9'unun (n=126) hastalığı gösteren radyolojik bulguları mevcuttur. Toplam katılımcıların %20,8'inde (n=43) hastalıkla ilişkili radyolojik bulgu saptanmamıştır. Katılımcıların Covid-19 hastalığı tanısında kullanılan tetkikleri tablo 4.12'da gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Katılımcıların Covid-19 Hastalığı Tanısında Kullanılan Tetkikleri

		Sayı (n)	Yüzde (%)
PCR Tanı Testi Sonucu	Pozitif	155	74,9
	Negatif	47	22,7
	Yok	5	2,4
	Total	207	100,0
Radyolojik Tetkik Sonucu	Pozitif	126	60,9
	Negatif	43	20,8
	Yok	38	18,4
	Total	207	100,0

Katılımcılardan Covid-19 hastalığını 0-1 ay arası bir zaman önce geçirenlerin %85,7'si (n=6) iyileştikten sonra devam eden semptomlarının olduğunu belirtmiştir. 1-2 ay arası bir zaman önce hastalığı geçiren katılımcıların %64,6'sı (n=31) iyileştikten sonra devam eden semptomları olduğunu belirtmiştir. 4-5 ay arası bir zaman önce hastalığı geçirenlerin %27,8'i (n=5) iyileştikten sonra devam eden semptomlarının olduğunu belirtmiştir. Hastalığı 5 aydan daha önce geçiren hiçbir katılımcının devam eden şikayeti yoktur. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,024$). Covid-19 hastalığı geçirme zamanı ve iyileştikten sonra devam eden semptom varlığının karşılaştırılması tablo 4.13'de gösterilmiştir.

Tablo 4.13. Covid-19 Hastalığı Geçirme Zamanı ve İyileştikten Sonra Devam Eden Semptom Varlığının Karşılaştırılması

		Hastalığı geçirdikten sonra devam eden semptomu var mı?			p değeri
		Var	Yok	Total	
Covid-19 hastalığı geçirme zamanı	0-1 ay önce	Sayı (n)	6	1	7
		Yüzde (%)	85,7	14,3	100,0
	1-2 ay önce	Sayı (n)	31	17	48
		Yüzde (%)	64,6	35,4	100,0
	2-3 ay önce	Sayı (n)	56	29	85
		Yüzde (%)	65,9	34,1	100,0
	3-4 ay önce	Sayı (n)	30	18	48
		Yüzde (%)	62,5	37,5	100,0
	4-5 ay önce	Sayı (n)	5	13	18
		Yüzde (%)	27,8	72,2	100,0
	5-6 ay önce	Sayı (n)	0	1	1
		Yüzde (%)	0,0	100,0	100,0
Total		Sayı (n)	128	79	207
		Yüzde (%)	61,8	38,2	100,0

0,024

Çalışmamıza katılan kadınların %38,5'i (n=30),erkeklerin %46,5'i (n=60) hastalık esnasında nefes darlığı semptomu yaşadığını ifade etmiştir. Bu yüzdeler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,258). Çalışmamıza katılan 40 yaş altı katılımcıların %30,9'u (n=25), 40-50 yaş arası katılımcıların %53,2'si (n=25) hastalık esnasında nefes darlığı semptomu yaşadığını ifade etmiştir. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,033). Çalışmamıza katılan BKİ değeri<18.5 olan katılımcıların %25'i (n=1), BKİ değeri 30-39.99 arası olan katılımcıların %50'si (n=21)hastalık esnasında nefes darlığı semptomu yaşamıştır. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,325). Çalışmamıza katılan katılımcılardan kronik hastalığı olanların %54,8'i (n=40), kronik hastalığı olmayanların %37,3'ü (n=50) hastalık esnasında nefes darlığı semptomu yaşamıştır. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,015). Çalışmamıza katılan katılımcılardan DM hastalığı olanların %69,6'sı (n=16), DM hastalığı olmayanların %40,2'si (n=74) hastalık esnasında nefes darlığı semptomu yaşamıştır. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,007). Çalışmamıza katılan katılımcılardan HT hastalığı olanların % 62,1'i (n=18), HT hastalığı olmayanların % 40,4'ü (n=72) hastalık esnasında nefes

darlığı semptomu yaşamıştır. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,048$). Çalışmamıza katılan katılımcılardan tütün ürünleri kullananların %43,3'ü ($n=13$), tütün ürünleri kullanmayanların %43,5'i ($n=77$) hastalık esnasında nefes darlığı semptomu yaşamıştır. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=1,000$). Çalışmamıza katılan katılımcılardan hastanede yatanların %49,6'sı ($n=59$), hastanede yatmayanların %35,2'si ($n=31$) hastalığı geçirdikleri dönemde nefes darlığı semptomu yaşamıştır. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,039$). Çalışmamıza katılan katılımcılardan yoğun bakımda yatanların %80'i ($n=12$), yoğun bakımda yatmayanların %40,6'sı ($n=78$) hastalık esnasında nefes darlığı semptomu yaşamıştır. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,007$). Katılımcıların cinsiyet, yaş, BKİ, kronik hastalık durumları, tütün ürünleri kullanım durumları, hastanede ve yoğun bakımda yatma durumları ile hastalık esnasında yaşadıkları nefes darlığı semptomunun karşılaştırılması tablo 4.14'te gösterilmiştir.

Tablo 4.14. Katılımcıların Cinsiyet, Yaş, BKİ, Kronik Hastalık Durumları, Tütün Ürünleri Kullanım Durumları, Hastanede ve Yoğun Bakımda Yatma Durumları ile Hastalık Esnasında Yaşadıkları Nefes Darlığı Semptomunun Karşılaştırılması

		Hastalık esnasında nefes darlığı semptomu		p değeri
		Var	Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı (n)	30	48
		Yüzde (%)	38,5	61,5
	Erkek	Sayı (n)	60	69
		Yüzde (%)	46,5	53,5
Yaş	<40	Sayı (n)	25	56
		Yüzde (%)	30,9	69,1
	40-50	Sayı (n)	25	22
		Yüzde (%)	53,2	46,8
	50-60	Sayı (n)	22	21
		Yüzde (%)	51,2	48,8
	>60	Sayı (n)	18	18
		Yüzde (%)	50,0	50,0
BKİ	<18.5Zayıf	Sayı (n)	1	3
		Yüzde (%)	25,0	75,0
	18.5-24.99 Normal	Sayı (n)	23	42
		Yüzde (%)	35,4	64,6
	25-29.99Fazla kilolu	Sayı (n)	45	51
		Yüzde (%)	46,9	53,1
	30-39.99Obez	Sayı (n)	21	21
		Yüzde (%)	50,0	50,0
Kronik hastalık var mı?	Var	Sayı	40	33
		Yüzde (%)	54,8	45,2
	Yok	Sayı (n)	50	84
		Yüzde (%)	%37,3	62,7
Kronik hastalık DM	Var	Sayı (n)	16	7
		Yüzde (%)	69,6	30,4
	Yok	Sayı (n)	74	110
		Yüzde (%)	40,2	59,8
Kronik hastalık HT	Var	Sayı (n)	18	11
		Yüzde (%)	62,1	37,9
	Yok	Sayı (n)	72	106
		Yüzde (%)	40,4	59,6
Tütün ürünleri	Evet	Sayı (n)	13	17
		Yüzde (%)	43,3	56,7
	Hayır	Sayı (n)	77	100
		Yüzde (%)	43,5	56,5
Hastanede yatma	Evet	Sayı (n)	59	60
		Yüzde (%)	49,6	50,4
	Hayır	Sayı (n)	31	57
		Yüzde (%)	35,2	64,8
Yoğun bakımda yatma	Evet	Sayı (n)	12	3
		Yüzde (%)	80,0	20,0
	Hayır	Sayı (n)	78	114
		Yüzde (%)	40,6	59,4

Çalışmamıza katılan katılımcılardan hastalık esnasında nefes darlığı semptomu olan hastaların %70'inin (n=63) iyileştikten sonra da bu semptomu devam ettirmektedir. Hastalık esnasında nefes darlığı semptomu yaşamayan hastaların %25,6'sının (n=30) hastalığı geçirdikten sonra nefes darlığı vardır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,000$). Katılımcıların hastalık esnasındaki nefes darlığı semptomu durumu ile hastalığı geçirdikten sonra devam eden nefes darlığı semptomunun karşılaştırılması tablo 4.15'te gösterilmiştir.

Tablo 4.15. Katılımcıların Hastalık Esnasındaki Nefes Darlığı Semptomu Durumu ile Hastalığı Geçirdikten Sonra Devam Eden Nefes Darlığı Semptomunun Karşılaştırılması

			Hastalığı geçirdikten sonra devam eden semptomu - nefes darlığı			p değeri
			Var	Yok	Total	
Covid-19 hastalığı geçirme semptomu - nefes darlığı	Var	Sayı (n)	63	27	90	<0,001
		Yüzde (%)	70,0	30,0	100,0	
	Yok	Sayı (n)	30	87	117	
		Yüzde (%)	25,6	74,4	100,0	
Total	Sayı (n)		93	114	207	
	Yüzde (%)		44,9	55,1	100,0	

Çalışmamıza katılan kadınların %52,6'sı (n=41),erkeklerin %40,3'ü (n=52) hastalığı geçirdikten sonra nefes darlığı semptomunun devam ettiğini belirtmiştir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,086$). Çalışmamıza katılan 40 yaş altı katılımcıların %30,9'unda (n=25), 50-60 yaş arası katılımcıların %62,8'inde (n=27) hastalığı geçirdikten sonra nefes darlığı semptomu devam etmektedir. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,003$). Çalışmamıza katılan BKİ değeri 18.5 ve altı olan katılımcıların %100'ü (n=4) iyileştikten sonra nefes darlığı semptomu yaşamadığını belirtmiştir. BKİ değeri 18.5-24.99 arası olan katılımcıların %32,3'ünün (n=21), BKİ değeri 30-39.99 arası olan katılımcıların %57,1'inin (n=24) iyileştikten sonra nefes darlığı semptomu devam etmektedir. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,012$). Çalışmamıza katılan katılımcılardan kronik hastalığı olanların %49,3'ü (n=36), kronik hastalığı olmayanların %42,5'i (n=57) hastalığı geçirdikten sonra nefes darlığı semptomu yaşamaktadır. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,349$). Çalışmamıza katılan katılımcılardan DM hastalığı olanların

%56,5'inin (n=13), DM hastalığı olmayanların %43,5'inin (n=80) iyileştikten sonra nefes darlığı semptomu devam etmektedir. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,236). Çalışmamıza katılan katılımcılardan HT hastalığı olanların %51,7'si (n=15), HT hastalığı olmayanların %43,8'i (n=78) hastalığı geçirdikten sonra nefes darlığı semptomu yaşamaktadır. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,427). Çalışmamıza katılan katılımcılardan tütün ürünleri kullananların %40'ı (n=12), tütün ürünleri kullanmayanların %45,8'i (n=81) iyileştikten sonra nefes darlığı semptomu yaşamaktadır. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,698). Çalışmamıza katılan katılımcılardan 0-1 ay arası bir zaman önce Covid-19 hastalığı geçirenlerin %71,4'ünün (n=5), 1 ile 2 ay arası bir zaman önce hastalığı geçirenlerin %41,7'sinin (n=20), 2 ile 3 ay arası bir zaman önce hastalığı geçirenlerin %48,2'sinin (n=41), 4 ile 5 ay arası bir zaman önce geçirenlerin %22,2'sinin (n=4) iyileştikten sonra nefes darlığı şikayeti devam etmektedir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,199). Hastalık sırasında hastanede izlenmiş hastaların %48,7'sinin (n=58) geçirdikten sonra nefes darlığı şikayeti devam etmektedir. Bu veri istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,200). Hastalık sırasında yoğun bakımda izlenen hastaların %60'ı (n=9) iyileştikten sonra nefes darlığı semptomu devam etmektedir. Bu veri istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,223). Katılımcıların hastalığı geçirdikten sonra devam eden nefes darlığı şikayetinin diğer verilerle karşılaştırılması tablo 4.16'da gösterilmiştir.

Tablo 4.16. Katılımcıların Hastalığı Geçirdikten Sonra Devam Eden Nefes Darlığı Şikayetinin Diğer Verilerle Karşılaştırılması

			Hastalığı geçirdikten sonra devam eden nefes darlığı		p değeri
			Var	Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı (n)	41	37	0,086
		Yüzde (%)	52,6	47,4	
	Erkek	Sayı (n)	52	77	
		Yüzde (%)	40,3	59,7	
Yaş	<40	Sayı (n)	25	56	0,03
		Yüzde (%)	30,9	69,1	
	40-50	Sayı (n)	26	21	
		Yüzde (%)	55,3	44,7	
	50-60	Sayı (n)	27	16	
		Yüzde (%)	62,8	37,2	
	>60	Sayı (n)	15	21	
		Yüzde (%)	41,7	58,3	
BKİ	18.5ve altı	Sayı (n)	0	4	0,012
		Yüzde (%)	0,0	100,0	
	18.5-24.99	Sayı (n)	21	44	
		Yüzde (%)	32,3	67,7	
	25-29.99	Sayı (n)	48	48	
		Yüzde (%)	50,0	50,0	
	30-39.99	Sayı (n)	24	18	
		Yüzde (%)	57,1	42,9	
Kronik hastalık var mı?	Var	Sayı (n)	36	37	0,349
		Yüzde (%)	49,3	50,7	
	Yok	Sayı (n)	57	77	
		Yüzde (%)	42,5	57,5	
Kronik hastalık DM	Var	Sayı (n)	13	10	0,236
		Yüzde (%)	56,5	43,5	
	Yok	Sayı (n)	80	104	
		Yüzde (%)	43,5	56,5	
Kronik hastalık HT	Var	Sayı (n)	15	14	0,427
		Yüzde (%)	51,7	48,3	
	Yok	Sayı (n)	78	100	
		Yüzde (%)	43,8	56,2	
Tütün ürünleri	Evet	Sayı (n)	12	18	0,698
		Yüzde (%)	40,0	60,0	
	Hayır	Sayı (n)	81	96	
		Yüzde (%)	45,8	54,2	

Tablo 4.16. Katılımcıların Hastalığı Geçirdikten Sonra Devam Eden Nefes Darlığı Şikayetinin Diğer Verilerle Karşılaştırılması (devamı)

			Hastalığı geçirdikten sonra devam eden nefes darlığı		p değeri
			Var	Yok	
Covid-19 hastalığı geçirme zamanı	0-1 ay önce	Sayı (n)	5	2	0,199
		Yüzde (%)	71,4	28,6	
	1-2 ay önce	Sayı (n)	20	28	
		Yüzde (%)	41,7	58,3	
	2-3 ay önce	Sayı (n)	41	44	
		Yüzde (%)	48,2	51,8	
	3-4 ay önce	Sayı (n)	23	25	
		Yüzde (%)	47,9	52,1	
	4-5 ay önce	Sayı (n)	4	14	
		Yüzde (%)	22,2	77,8	
	5-6 ay önce	Sayı (n)	0	1	
		Yüzde (%)	0,0	100,0	
Hastanede yatma	Evet	Sayı (n)	58	61	0,200
		Yüzde (%)	48,7	51,3	
	Hayır	Sayı (n)	35	53	
		Yüzde (%)	39,8	60,2	
Yoğun bakımda yatma	Evet	Sayı (n)	9	6	0,223
		Yüzde (%)	60,0	40,0	
	Hayır	Sayı (n)	84	108	
		Yüzde (%)	43,8	56,3	

Çalışmamıza katılan katılımcıların %54,6'sının (n=113) MRCS ölçeklendirmesi evre 1'dir. (Evre 1: **Dispne yok.**) Katılımcıların %35,3'ünün (n=73) MRCS ölçeklendirmesi evre 2'dir. (Evre 2: **Hafif dispne.** Düz yerde hafif hızlı hareket ederken veya hafif yokuşa çıkarken solunum sıkıntısı var.) Katılımcıların %9,2'sinin (n=19) MRCS ölçeklendirmesi evre 3'tür. (Evre 3: **Orta şiddette dispne.** Düz yerde yürürken yaşlılarından daha yavaş yürür, soluklanmak için duraklar.) Sadece 2 katılımcının (%1,0) MRCS ölçeklendirmesi evre 4'tür. (Evre 4: **Şiddetli dispne.** 100 metre kadar veya birkaç dakika yürüyünce nefes almak için durur.) MRCS ölçeği evre 5 olan hiçbir katılımcı bulunmamaktadır. (Evre 5: **Çok şiddetli dispne.** Evde günlük işlerini yaparken, elbiselerini giyerken, çıkarırken veya tualete giderken nefessiz kalır.) Katılımcıların Medical Research Council Scale (MRCS) ölçeği tanımlayıcı tablosu tablo 4.17'de gösterilmiştir.

Tablo 4.17. Katılımcıların Medical Research Council Scala (MRCS) Ölçeği Tanımlayıcı Tablosu

	Sayı (n)	Yüzde (%)
MRCS Ölçeklendirmesi	Evre 1 (dispne yok)	113
	Evre 2 (hafif dispne)	73
	Evre 3 (orta dispne)	19
	Evre 4 (şiddetli dispne)	2
	Evre 5 (çok şiddetli dispne)	0
	Total	207
		100,0

Çalışmamıza katılan kadınların %43,6'sı (n=34) evre 2, %7,7'si (n=6) evre 3, %1,3'ü (n=1) evre 4 şiddetinde dispne semptomu yaşadıklarını belirtmiştir. Erkeklerin %30,5'inde (n=39) evre 2, %10,2'sinde (n=13) evre 3 şiddetinde dispne semptomu bulunmaktadır. Bu veriler istatistiksel açıdan anlamlı değildir (p=0,255). Çalışmamıza katılan 40 yaş altı katılımcıların %69,1'inin (n=56) MRCS dispne şiddeti evre 1'dir. 40-50 yaş arası katılımcıların %42,6'sının (n=20) MRCS dispne şiddeti evre 2, %12,8'inin (n=6) evre 3'tür. 50-60 yaş arası katılımcıların %41,9'unun (n=18) evre 2, %20,9'unun (n=9) evre 3 şiddetinde dispnesi vardır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,005). Çalışmamıza katılan, BKİ'si 25-29,99 arasında olan katılımcıların %37,5'inin (n=36) evre 2, %11,5'inin (n=11) evre 3 dispnesi mevcuttur. BKİ'si 30-39,99 arasında olan katılımcıların %47,6'sının (n=20) evre 2, %7,1'inin (n=3) evre 3 dispnesi mevcuttur. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,201). Çalışmamıza katılan, kronik hastalığı olan katılımcıların %37'sinde (n=27) evre 2, %13,7'sinde (n=10) evre 3 dispne vardır. Kronik hastalığı olmayanların %57,5'inde (n=77) evre 1 dispne vardır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,234). Çalışmamıza katılan, DM hastalığı olan katılımcıların %47,8'inde (n=11), DMhastalığı olmayan katılımcıların %33,7'sinin (n=62) evre 2 dispnesi vardır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,572). Çalışmamıza katılan, HT hastalığı olan katılımcıların %37,9'unda (n=11), HT hastalığı olmayan katılımcıların %34,8'inde (n=62) evre 2 dispne vardır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,70). Tütün ürünleri kullanan katılımcıların %60'ının (n=18) evre 1 dispnesi vardır. Tütün ürünleri kullanmayanların % 36,2'sinde (n=64) evre 2 , %9'unun (n=16) evre 3 dispne mevcuttur. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,843). Çalışmamıza katılan katılımcılardan 0-1 ay arası bir zaman önce Covid-19 hastalığı geçirenlerin 42,9'unda (n=3) evre 2 dispne, 4 ile 5 ay arası bir zaman önce hastalığı geçirenlerin

%11,1'inde (n=2) ölçeğe göre evre 2 dispne mevcuttur. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır(p=0,033). Çalışmamıza katılan katılımcılardan hastanede takip edilenlerin %11,8'i (n=14) evre 3, hastanede takip edilmeyenlerin %5,7'si (n=5) evre 3 dispne derecesine sahiptir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir(p=0,361). Çalışmamıza katılan katılımcılardan yoğun bakımda takip edilen hastaların %40'ında (n=6) evre 2, %20'sinde (n=3) evre 3 dispne mevcuttur. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,030). Katılımcıların Medical Research Council Scale (MRCS) ölçeği ile diğer verilerin karşılaştırması tablo 4.18'de verilmiştir.

Tablo 4.18. Katılımcıların Medical Research Council Scala (MRCS) Ölçeği ile Diğer Verilerin Karşılaştırması

			MRCS dispne şiddeti				p değeri
			Evre1	Evre2	Evre3	Evre4	
Cinsiyet	Kadın	Sayı (n)	37	34	6	1	0,255
		Yüzde (%)	47,4	43,6	7,7	1,3	
	Erkek	Sayı (n)	75	39	13	1	
		Yüzde (%)	58,6	30,5	10,2	0,8	
Yaş	40 yaş altı	Sayı (n)	56	21	3	1	0,005
		Yüzde (%)	69,1	25,9	3,7	1,2	
	40-50	Sayı (n)	21	20	6	0	
		Yüzde (%)	44,7	42,6	12,8	0,0	
	50-60	Sayı (n)	15	18	9	1	
		Yüzde (%)	34,9	41,9	20,9	2,3	
	60 yaş üstü	Sayı (n)	21	14	1	0	
		Yüzde (%)	58,3	38,9	2,8	0,0	
BKİ	18.5 ve altı	Sayı (n)	4	0	0	0	0,201
		Yüzde (%)	100,0	0,0	0,0	0,0	
	18.5-24.99	Sayı (n)	43	17	5	0	
		Yüzde (%)	66,2	26,2	7,7	0,0	
	25-29.99	Sayı (n)	48	36	11	1	
		Yüzde (%)	50,0	37,5	11,5	1,0	
	30-39.99	Sayı (n)	18	20	3	1	
		Yüzde (%)	42,9	47,6	7,1	2,4	
Kronik hastalık var mı?	Var	Sayı (n)	36	27	10	0	0,234
		Yüzde (%)	49,3	37,0	13,7	0,0	
	Yok	Sayı (n)	77	46	9	2	
		Yüzde (%)	57,5	34,3	6,7	1,5	
Kronik hastalık DM	Var	Sayı (n)	10	11	2	0	0,572
		Yüzde (%)	43,5	47,8	8,7	0,0	
	Yok	Sayı (n)	103	62	17	2	
		Yüzde (%)	56,0	33,7	9,2	1,1	
Kronik hastalık HT	Var	Sayı (n)	14	11	4	0	0,70
		Yüzde (%)	48,3	37,9	13,8	0,0	
	Yok	Sayı (n)	99	62	15	2	
		Yüzde (%)	55,6	34,8	8,4	1,1	

Tablo 4.18. Katılımcıların Medical Research Council Scala (MRCS) Ölçeği ile Diğer Verilerin Karşılaştırması (devamı)

			MRCS dispne şiddeti				p değeri
			Evre1	Evre2	Evre3	Evre4	
Tütün ürünleri	Evet	Sayı (n)	18	9	3	0	0,843
		Yüzde (%)	60,0	30,0	10,0	0,0	
	Hayır	Sayı (n)	95	64	16	2	
		Yüzde (%)	53,7	36,2	9,0	1,1	
Covid-19 hastalığı geçirme zamanı	0-1 ay önce	Sayı (n)	2	3	1	1	0,033
		Yüzde (%)	28,6	42,9	14,3	14,3	
	1-2 ay önce	Sayı(n)	27	16	5	0	
		Yüzde (%)	56,3	33,3	10,4	0,0	
	2-3 ay önce	Sayı (n)	44	33	8	0	
		Yüzde (%)	51,8	38,8	9,4	0,0	
	3-4 ay önce	Sayı (n)	25	19	4	0	
		Yüzde (%)	52,1	39,6	8,3	0,0	
	4-5 ay önce	Sayı (n)	14	2	1	1	
		Yüzde (%)	77,8	11,1	5,6	5,6	
	5-6 ay önce	Sayı (n)	1	0	0	0	
		Yüzde (%)	100,0	0,0	0,0	0,0	
Hastanede yatma	Evet	Sayı (n)	60	44	14	1	0,361
		Yüzde (%)	50,4	37,0	11,8	0,8	
	Hayır	Sayı (n)	53	29	5	1	
		Yüzde (%)	60,2	33,0	5,7	1,1	
Yoğun bakımda yatma	Evet	Sayı (n)	5	6	3	1	0,030
		Yüzde (%)	33,3	40,0	20,0	6,7	
	Hayır	Sayı (n)	108	67	16	1	
		Yüzde (%)	56,3	34,9	8,3	0,5	

Çalışmamıza katılan kadın katılımcıların %57,7'si (n=45), erkek katılımcıların %38'i (n=49) hastalık esnasında baş ağrısı semptomu yaşamıştır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,006). Katılımcıların cinsiyeti ile baş ağrısı semptomu arasındaki ilişki tablo 4.19'da gösterilmiştir.

Tablo 4.19. Katılımcıların Cinsiyeti ile Baş Ağrısı Semptomu Arasındaki İlişki

			Covid-19 hastalığı geçirme semptomu - baş ağrısı		p değeri
			Var	Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı (n)	45	33	0,006
		Yüzde (%)	57,7	42,3	
	Erkek	Sayı (n)	49	80	
		Yüzde (%)	38,0	62,0	

Çalışmamıza katılan kadın katılımcıların %64,1'i (n=50), erkek katılımcıların %48,1'i (n=62) hastalık esnasında vücut ağrısı semptomu yaşamıştır. Bu veriler

istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,025$). Katılımcıların cinsiyeti ile sırt ağrısı semptomu arasındaki ilişki tablo 4.20'de gösterilmiştir.

Tablo 4.20. Katılımcıların Cinsiyeti ile Vücut Ağrısı Semptomu Arasındaki İlişki

		Covid-19 hastalığı geçirme semptomu - vücut ağrısı		p değeri
		Var	Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı (n)	50	0,025
		Yüzde (%)	64,1	
	Erkek	Sayı (n)	62	
		Yüzde (%)	48,1	

Çalışmamıza katılan kadın katılımcıların %25,6'sı ($n=20$), erkek katılımcıların %12,4'ü ($n=16$) hastalık esnasında sırt ağrısı semptomu yaşamıştır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,025$). Katılımcıların cinsiyeti ile sırt ağrısı semptomu arasındaki ilişki tablo 4.21'de gösterilmiştir.

Tablo 4.21. Katılımcıların Cinsiyeti ile Sırt Ağrısı Semptomu Arasındaki İlişki

		Covid-19 hastalığı geçirme semptomu - sırt ağrısı		p değeri
		Var	Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı (n)	20	0,025
		Yüzde (%)	25,6	
	Erkek	Sayı (n)	16	
		Yüzde (%)	12,4	

Çalışmamıza katılan kadın katılımcıların %42,3'ü ($n=33$), erkek katılımcıların %26,4'ü ($n=34$) iyileştikten sonra halsizlik semptomu devam etmiştir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,017$). Katılımcıların cinsiyeti ile hastalığı geçirdikten sonra devam eden halsizlik semptomu arasındaki ilişki tablo 4.22'de gösterilmiştir.

Tablo 4.22. Katılımcıların Cinsiyeti ile Hastalığı Geçirdikten Sonra Devam Eden Halsizlik Semptomu Arasındaki İlişki

		Hastalığı geçirdikten sonra devam eden semptomu - halsizlik		p değeri
		Var	Yok	
Cinsiyet	Kadın	Sayı (n)	33	0,017
		Yüzde (%)	42,3	
	Erkek	Sayı (n)	34	
		Yüzde (%)	26,4	

Çalışmamıza katılan 40 yaş altı katılımcıların %9,9'u (n=8), 60 yaş üstü hastaların %30,6'sı (n=11) hastalık esnasında üşüme-titreme semptomu yaşamıştır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,026). Katılımcıların yaşı ile üşüme-titreme semptomu arasındaki ilişki tablo 4.23'de gösterilmiştir.

Tablo 4.23. Katılımcıların Yaşı ile Üşüme-Titreme Semptomu Arasındaki İlişki

		Covid-19 hastalığı geçirme semptomu - üşüme-titreme		p değeri
		Var	Yok	
Yaş	40 yaş altı	Sayı (n)	8	0,026
		Yüzde (%)	9,9	
	40-50	Sayı (n)	5	
		Yüzde (%)	10,6	
	50-60	Sayı (n)	7	
		Yüzde (%)	16,3	
	60 yaş üstü	Sayı (n)	11	
		Yüzde (%)	30,6	

Çalışmamıza katılan 40 yaş altı katılımcıların %39,5'i (n=32), 40-50 yaş arası katılımcıların %63,8'i (n=30), 60 yaş ve üstü katılımcıların %58,3'ü (n=21) hastalık esnasında öksürük semptomu yaşamıştır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,027). Katılımcıların yaşı ile öksürük semptomu arasındaki ilişki tablo 4.24'te gösterilmiştir.

Tablo 4.24. Katılımcıların Yaşı ile Öksürük Semptomu Arasındaki İlişki

			Covid-19 hastalığı geçirme semptomu - öksürük		p değeri
			Var	Yok	
Yaş	40 yaş altı	Sayı (n)	32	49	0,027
		Yüzde (%)	39,5	60,5	
	40-50	Sayı (n)	30	17	
		Yüzde (%)	63,8	36,2	
	50-60	Sayı (n)	18	25	
		Yüzde (%)	41,9	58,1	
	60 yaş üstü	Sayı (n)	21	15	
		Yüzde (%)	58,3	41,7	
Total	Sayı (n)	101	106		
	Yüzde (%)	48,8	51,2		

Çalışmamıza katılan 40 yaş altı katılımcıların %32,1'i (n=26), 60 yaş üstü katılımcıların 11,1'i (n=4) hastalık esnasında ishal semptomu yaşamıştır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,028). Katılımcıların yaşı ile ishal semptomu arasındaki ilişki tablo 4.25'te gösterilmiştir.

Tablo 4.25. Katılımcıların Yaşı ile İshal Semptomu Arasındaki İlişki

		Covid-19 hastalığı geçirme semptomu - ishal		p değeri
		Var	Yok	
Yaş	40 yaş altı	Sayı (n)	26	55
		Yüzde (%)	32,1	67,9
	40-50	Sayı (n)	11	36
		Yüzde (%)	23,4	76,6
	50-60	Sayı (n)	17	26
		Yüzde (%)	39,5	60,5
	60 yaş üstü	Sayı (n)	4	32
		Yüzde (%)	11,1	88,9
Total	Sayı (n)	58	149	0,028
	Yüzde (%)	28,0	72,0	

Çalışmamıza katılan 40 yaş altı katılımcıların %42'si (n=34), 60 yaş üstü katılımcıların %75'i (n=27) hastalık esnasında hastanede yatarak tedavi görmüştür. Bu

veriler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,003$). Katılımcıların yaşı ile hastanede yatma durumları arasındaki ilişki tablo 4.26'da gösterilmiştir.

Tablo 4.26. Katılımcıların Yaşı ile Hastanede Yatma Durumları Arasındaki İlişki

		Hastanede yatma		p değeri
		Evet	Hayır	
Yaş	40 yaş altı	Sayı (n)	34	0,003
		Yüzde (%)	42,0	
	40-50	Sayı (n)	30	
		Yüzde (%)	63,8	
	50-60	Sayı (n)	28	
		Yüzde (%)	65,1	
	60 yaş üstü	Sayı (n)	27	
		Yüzde (%)	75,0	
	Total	Sayı (n)	119	
		Yüzde (%)	57,5	

Çalışmamıza katılan 40-50 yaş arası katılımcılardan 4 (%8,5) katılımcı, 60 yaş üstü katılımcılardan 4 (%11,1) katılımcı hastalık esnasında yoğun bakımda yatarak tedavi görmüştür. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,043$). Katılımcıların yaşı ile yoğun bakımda yatma durumları arasındaki ilişki tablo 4.27'de gösterilmiştir.

Tablo 4.27. Katılımcıların Yaşı ile Yoğun Bakımda Yatma Durumları Arasındaki İlişki

		Yoğun bakımda yatma		p değeri
		Evet	Hayır	
Yaş	40 yaş altı	Sayı (n)	1	0,043
		Yüzde %	1,2	
	40-50	Sayı (n)	4	
		Yüzde (%)	8,5	
	50-60	Sayı (n)	6	
		Yüzde (%)	14,0	
	60 yaş üstü	Sayı (n)	4	
		Yüzde (%)	11,1	
	Total	Sayı (n)	15	
		Yüzde (%)	7,2	

Çalışmamıza katılan katılımcılardan 40 yaş altı katılımcıların %27,2'si ($n=22$), 50-60 yaş arası katılımcıların %39,5'i ($n=17$) hastalığı geçirdikten sonra halsizlik

şikayetinin devam ettiğini belirtmiştir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,045$). Katılımcıların yaşı ile hastalığı geçirdikten sonra devam eden halsizlik semptomu arasındaki ilişki tablo 4.28'de gösterilmiştir.

Tablo 4.28. Katılımcıların Yaşı ile Hastalığı Geçirdikten Sonra Devam Eden Halsizlik Semptomu Arasındaki İlişki

		Hastalığı geçirdikten sonra devam eden semptom - halsizlik		p değeri
		Var	Yok	
Yaş	40 yaş altı	Sayı (n)	22	59
		Yüzde (%)	27,2	72,8
	40-50	Sayı (n)	21	26
		Yüzde (%)	44,7	55,3
	50-60	Sayı (n)	17	26
		Yüzde (%)	39,5	60,5
	60 yaş üstü	Sayı (n)	7	29
		Yüzde (%)	19,4	80,6
	Total	Sayı (n)	67	140
		Yüzde (%)	32,4	67,6

Çalışmamıza katılan 40-50 yaş arası katılımcıların %63,8'inde ($n=30$), 60 yaş üstü katılımcıların %75'inde ($n=27$), toplam katılımcıların %60,9'unda ($n=126$) hastalığı gösteren radyolojik bulgular saptanmıştır. Katılımcıların %20,8'inde ($n=43$) hastalığı gösteren radyolojik bulgular görülmemiştir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$). Katılımcıların yaşı ile radyolojik bulgusu arasındaki ilişki tablo 4.29'de gösterilmiştir.

Tablo 4.29. Katılımcıların Yaşı ile Radyolojik Bulgusu Arasındaki İlişki

		Covid-19 hastalığı radyoloji bulgusu			p değeri
		Pozitif	Negatif	Yok	
Yaş	40 yaş altı	Sayı (n)	33	28	20
		Yüzde (%)	40,7	34,6	24,7
	40-50	Sayı (n)	30	7	10
		Yüzde (%)	63,8	14,9	21,3
	50-60	Sayı (n)	36	3	4
		Yüzde (%)	83,7	7,0	9,3
	60 yaş üstü	Sayı (n)	27	5	4
		Yüzde (%)	75,0	13,9	11,1
	Total	Sayı (n)	126	43	38
		Yüzde (%)	60,9	20,8	18,4

<0,01

Katılımcılardan kronik hastalığı olanların %23,3'ü (n=17), kronik hastalığı olmayanların %10,4'ü (n=14) hastalık esnasında üşüme-titrete semptomu yaşamıştır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,023). Katılımcıların kronik hastalık durumları ile üşüme-titrete şikayeti arasındaki ilişki tablo 4.30'da gösterilmiştir.

Tablo 4.30. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumları ile Üşüme-Titrete Semptomu Arasındaki İlişki

		Covid-19 hastalığı geçirme semptomu - üşüme-titrete		p değeri
		Var	Yok	
Kronik hastalık var mı?	Var	Sayı (n)	17	56
		Yüzde (%)	23,3	76,7
	Yok	Sayı (n)	14	120
		Yüzde (%)	10,4	89,6
Total		Sayı (n)	31	176
		Yüzde (%)	15,0	85,0

0,023

Katılımcılardan kronik hastalığı olanların %72,6'sının (n=53), kronik hastalığı olmayanların %54,5'inin (n=73) radyolojisinde hastalıkla ilgili bulgular saptanmıştır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,021). Katılımcıların kronik hastalık durumları ile radyolojik bulgusu arasındaki ilişki tablo 4.31'de gösterilmiştir.

Tablo 4.31. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumları ile Radyolojik Bulgusu Arasındaki İlişki

			Covid-19 hastalığı radyoloji bulgusu			p değeri	
			Pozitif	Negatif	Yok		
Kronik hastalık var mı?	Var	Sayı (n)	53	13	7	0,021	
		Yüzde (%)	72,6	17,8	9,6		
	Yok	Sayı (n)	73	30	31		
		Yüzde (%)	54,5	22,4	23,1		
Total			Sayı (n)	126	43		38
			Yüzde (%)	60,9	20,8		18,4

Katılımcılardan DM hastalığı olanların %30,4'ü (n=7), DM hastalığı olmayanların %13'ü (n=24) hastalık esnasında üşüme-titrete semptomu yaşamıştır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,028). Katılımcılardan DM hastalığı olanların %26,1'i (n=6), DM hastalığı olmayanların %8,2'si (n=15) hastalık esnasında kilo kaybı yaşamıştır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,007). Katılımcıların DM hastalığı ile üşüme-titrete ve kilo kaybı semptomu arasındaki ilişki tablo 4.32'de gösterilmiştir.

Tablo 4.32. Katılımcıların DM Hastalığı ile Üşüme-Titrete ve Kilo Kaybı Semptomu Arasındaki İlişki

			Covid-19 hastalığı geçirme semptomu - üşüme-titrete		p değeri	
			Var	Yok		
Kronik hastalık DM	Var	Sayı (n)	7	16	0,028	
		Yüzde (%)	30,4	69,6		
	Yok	Sayı (n)	24	160		
		Yüzde (%)	13,0	87,0		
Total			Sayı (n)	31		0,028
			Yüzde (%)	15,0		
			Covid-19 hastalığı geçirme semptomu - kilo kaybı		p değeri	
			Var	Yok		
Kronik hastalık DM	Var	Sayı (n)	6	17	0,007	
		Yüzde (%)	26,1	73,9		
	Yok	Sayı (n)	15	169		
		Yüzde (%)	8,2	91,8		
Total			Sayı (n)	21		0,007
			Yüzde (%)	10,1		

Çalışmamıza katılan katılımcılardan hastalık esnasında kilo kaybı yaşayan 21 katılımcının tamamı tütün ürünleri kullanmamaktadır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,031$). Katılımcıların tütün ürünleri kullanımı ile kilo kaybı semptomu arasındaki ilişki tablo 4.33'de gösterilmiştir.

Tablo 4.33. Katılımcıların Tütün Ürünleri Kullanımı ile Kilo Kaybı Semptomu Arasındaki İlişki

		Covid-19 hastalığı geçirme semptomu - kilo kaybı		p değeri
		Var	Yok	
Tütün ürünleri	Evet	Sayı (n)	0	30
		Yüzde (%)	0,0	100,0
	Hayır	Sayı (n)	21	156
		Yüzde (%)	11,9	88,1
Total		Sayı (n)	21	186
		Yüzde (%)	10,1	89,9

0,031

Çalışmamıza katılan katılımcılardan 0-1 ay arası bir zaman önce Covid-19 hastalığı geçirenlerin %28,6'sında ($n=2$), 1 ile 2 ay arası bir zaman önce hastalığı geçirenlerin % 16,7'sinde ($n=8$), 2 ile 3 ay arası bir zaman önce hastalığı geçirenlerin %4,7'sinde ($n=4$) koku kaybı devam etmektedir. Katılımcılardan 4 aydan daha önce hastalığı geçirenlerin hiçbirinde koku kaybı devam etmemektedir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,009$). Katılımcıların Covid-19 hastalığı geçirme zamanı ile hastalığı geçirdikten sonra devam eden koku kaybı semptomu arasındaki ilişki tablo 4.34'de gösterilmiştir.

Tablo 4.34. Katılımcıların Covid-19 Hastalığı Geçirme Zamanı ile Hastalığı Geçirdikten Sonra Devam Eden Koku Kaybı Semptomu Arasındaki İlişki

		Hastalığı geçirdikten sonra devam eden semptomu - koku kaybı			p değeri
		Var	Yok	Total	
Covid-19 hastalığı geçirme zamanı	0-1 ay önce	Sayı (n)	2	5	7
		Yüzde (%)	28,6	71,4	100,0
	1-2 ay önce	Sayı (n)	8	40	48
		Yüzde (%)	16,7	83,3	100,0
	2-3 ay önce	Sayı (n)	4	81	85
		Yüzde (%)	4,7	95,3	100,0
	3-4 ay önce	Sayı (n)	1	47	48
		Yüzde (%)	2,1	97,9	100,0
	4-5 ay önce	Sayı (n)	0	18	18
		Yüzde (%)	0,0	100,0	100,0
	5-6 ay önce	Sayı (n)	0	1	1
		Yüzde (%)	0,0	100,0	100,0
	Total	Sayı (n)	15	192	207
		Yüzde (%)	7,2	92,8	100,0

0,009

Çalışmamıza katılan katılımcılardan 0-1 ay arası bir zaman önce Covid-19 hastalığı geçirenlerin %28,6'sında (n=2), 1 ile 2 ay arası bir zaman önce hastalığı geçirenlerin % 8,3'ünde (n=4), 2 ile 3 ay arası bir zaman önce hastalığı geçirenlerin %3,5'inde (n=3) tat kaybı devam etmektedir. Katılımcılardan 4 aydan daha önce hastalığı geçirenlerin hiçbirinde tat kaybı devam etmemektedir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,072). Katılımcıların Covid-19 hastalığı geçirme zamanı ile hastalığı geçirdikten sonra devam eden tat kaybı semptomu arasındaki ilişki tablo 4.35'te gösterilmiştir.

Tablo 4.35. Katılımcıların Covid-19 Hastalığı Geçirme Zamanı ile Hastalığı Geçirdikten Sonra Devam Eden Tat Kaybı Semptomu Arasındaki İlişki

		Hastalığı geçirdikten sonra devam eden semptomu - tat kaybı			p değeri
		Var	Yok	Total	
Covid-19 hastalığı geçirme zamanı	0-1 ay önce	Sayı (n)	2	5	7
		Yüzde (%)	28,6	71,4	100,0
	1-2 ay önce	Sayı (n)	4	44	48
		Yüzde (%)	8,3	91,7	100,0
	2-3 ay önce	Sayı (n)	3	82	85
		Yüzde (%)	3,5	96,5	100,0
	3-4 ay önce	Sayı (n)	2	46	48
		Yüzde (%)	4,2	95,8	100,0
	4-5 ay önce	Sayı (n)	0	18	18
		Yüzde (%)	0,0	100,0	100,0
	5-6 ay önce	Sayı (n)	0	1	1
		Yüzde (%)	0,0	100,0	100,0
Total		Sayı (n)	11	196	207
		Yüzde (%)	5,3	94,7	100,0

0,072

Katılımcıların %62,8'i (n=130) tekrar hastalanma kaygısı olduğunu belirtmiştir. Katılımcılarda kaygı varlığının tanımlayıcı tablosu tablo 4.36'da gösterilmiştir.

Tablo 4.36. Katılımcılarda Kaygı Varlığının Tanımlayıcı Tablosu

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Tekrar hastalanma kaygınız var mı?	Evet	130
	Hayır	77
	Total	207

Kadın katılımcıların %71,8'i (n=56),erkek katılımcıların %57,4'ü (n=74) tekrar hastalanma kaygısının olduğunu belirtmiştir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,037). Cinsiyet ile kaygı varlığının ilişkisi tablo 4.37'de gösterilmiştir.

Tablo 4.37. Cinsiyet ile Kaygı Varlığının İlişkisi

		Tekrar hastalanma kaygısı var mı?		p değeri
		Evet	Hayır	
Cinsiyet	Kadın	Sayı (n)	56	22
		Yüzde (%)	71,8	28,2
	Erkek	Sayı (n)	74	55
		Yüzde (%)	57,4	42,6

0,037

40 yaş altı katılımcıların %63'ü (n=51), 60 yaş üstü katılımcıların %69,4'ü (n=25) tekrar hastalanma kaygısı olduğunu ifade etmiştir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,479). Yaş ile kaygı varlığının ilişkisi tablo 4.38'de gösterilmiştir.

Tablo 4.38. Yaş ile Kaygı Varlığının İlişkisi

		Tekrar hastalanma kaygısı var mı?			p değeri
		Evet	Hayır	Total	
Yaş	40 yaş altı	Sayı (n)	51	30	81
		Yüzde (%)	63,0	37,0	100,0
	40-50	Sayı (n)	31	16	47
		Yüzde (%)	66,0	34,0	100,0
	50-60	Sayı (n)	23	20	43
		Yüzde (%)	53,5	46,5	100,0
	60 yaş üstü	Sayı (n)	25	11	36
		Yüzde (%)	69,4	30,6	100,0
Total		Sayı (n)	130	77	207
		Yüzde (%)	62,8	37,2	100,0

0,479

İlkokul mezunu katılımcıların %71,4'ü (n=35), üniversite mezunlarının %66,2'si (n=49) tekrar hastalanma kaygısı olduğunu belirtmiştir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,125). Eğitim düzeyi ile kaygı varlığının ilişkisi tablo 4.39'da gösterilmiştir.

Tablo 4.39. Eğitim Düzeyi ile Kaygı Varlığının İlişkisi

			Tekrar hastalanma kaygısı var mı?			p değeri
			Evet	Hayır	Total	
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	Sayı (n)	10	4	14	0,125
		Yüzde (%)	71,4	28,6	100,0	
	İlkokul mezunu	Sayı (n)	35	14	49	
		Yüzde (%)	71,4	28,6	100,0	
	Ortaokul mezunu	Sayı (n)	8	11	19	
		Yüzde (%)	42,1	57,9	100,0	
	Lise mezunu	Sayı (n)	28	23	51	
		Yüzde (%)	54,9	45,1	100,0	
	Üniversite mezunu	Sayı (n)	49	25	74	
		Yüzde (%)	66,2	33,8	100,0	
Total		Sayı (n)	130	77	207	
		Yüzde (%)	62,8	37,2	100,0	

Katılımcılardan ev hanımlarının %81'i (n=34),doktorların %73,7'si (n=14), yardımcı sağlık çalışanlarının %59,1'i (n=13) tekrar hastalanma kaygısı yaşamaktadır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,213). Meslek ile kaygı varlığının ilişkisi tablo 4.40'ta gösterilmiştir.

Tablo 4.40. Meslek ile Kaygı Varlığının İlişkisi

		Tekrar hastalanma kaygısı var mı?			p değeri
		Evet	Hayır	Total	
Meslek	Ev Hanımı	Sayı (n)	34	8	42
		Yüzde (%)	81,0	19,0	100,0
	Emekli	Sayı (n)	17	13	30
		Yüzde (%)	56,7	43,3	100,0
	Y. Sağlık Çalışanı	Sayı (n)	13	9	22
		Yüzde (%)	59,1	40,9	100,0
	İşsiz	Sayı (n)	5	4	9
		Yüzde (%)	55,6	44,4	100,0
	Doktor	Sayı (n)	14	5	19
		Yüzde (%)	73,7	26,3	100,0
	Serbest Meslek	Sayı (n)	14	15	29
		Yüzde (%)	48,3	51,7	100,0
	Memur	Sayı (n)	10	6	16
		Yüzde (%)	62,5	37,5	100,0
	İşçi	Sayı (n)	15	11	26
		Yüzde (%)	57,7	42,3	100,0
	Diğer	Sayı (n)	8	6	14
		Yüzde (%)	57,1	42,9	100,0
Total	Sayı (n)	130	77	207	0,213
	Yüzde (%)	62,8	37,2	100,0	

Covid-19 hastalığı geçirme semptomu olanların %35,2'si (n=69), hastalığı asemptomatik geçirenlerin %72,7'si (n=8), tekrar hastalanma kaygısının olmadığını belirtmiştir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,021). Covid-19 hastalığı geçirme semptomu varlığı ile kaygı varlığının ilişkisi tablo 4.41'de gösterilmiştir.

Tablo 4.41. Covid-19 Hastalığı Geçirme Semptomu Varlığı ile Kaygı Varlığının İlişkisi

			Tekrar hastalanma kaygısı var mı?			p değeri
			Evet	Hayır	Total	
Covid-19 hastalığı geçirme semptomu var mı?	Var	Sayı (n)	127	69	196	0,021
		Yüzde (%)	64,8	35,2	100,0	
	Yok	Sayı (n)	3	8	11	
		Yüzde (%)	27,3	72,7	100,0	
Total		Sayı (n)	130	77	207	
		Yüzde (%)	62,8	37,2	100,0	

0,021

Anksiyete ölçeğinin puanlamasına göre katılımcıların %90,3'ü (n=187) 9'un altında puan alarak ölçeğe göre koronavirüs anksiyetesi yok kabul edilmiştir. Katılımcıların %9,7'si (n=20) 9 ve üzeri puan alarak koronavirüs anksiyetesi var kabul edilmiştir. Koronavirüs Anksiyete Ölçeği'nin tanımlayıcı tablosu tablo 4.42'de gösterilmiştir.

Tablo 4.42. Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin Tanımlayıcı Tablosu

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Anksiyete ölçeği puanlaması	<9 puan	187
	9 ve üzeri puan	20
	Total	207

90,3

9,7

100,0

Anksiyete ölçeğinin puanlamasına göre kadın katılımcıların %14,1'inin (n=11), erkek katılımcıların %7'si (n=9) 9 ve üzeri puan alarak koronavirüs anksiyetesi var kabul edilmiştir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,150). Anksiyete ölçeğinin puanlamasına göre 40 yaş altı katılımcıların %92,6'sı (n=75), 60 yaş ve üzeri katılımcıların %91,7'si (n=33) 9'un altında puan alarak koronavirüs anksiyetesi yok kabul edilmiştir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,428). Anksiyete ölçeğinin puanlamasına göre BKİ 18.5-24,99 arasında olan katılımcıların %96,9'u (n=63) 9'un altında puan alarak ölçeğe göre koronavirüs anksiyetesi yok kabul edilmiştir. BKİ 25-29,99 arasında olan katılımcıların %15,6'sı (n=15) 9'un üzerinde puan alarak koronavirüs anksiyetesi var kabul edilmiştir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,049). Cinsiyet, yaş, BKİ ile koronavirüs anksiyete ölçeğinin ilişkisi tablo 4.43'de gösterilmiştir.

Tablo 4.43. Cinsiyet, Yaş, BKİ ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin İlişkisi

			Koronavirüs Anksiyete Ölçeği		p değeri
			<9 puan	9 puan ve üzeri	
Cinsiyet	Kadın	Sayı (n)	67	11	0,150
		Yüzde (%)	85,9	14,1	
	Erkek	Sayı (n)	120	9	
		Yüzde (%)	93,0	7,0	
Yaş	40 yaş altı	Sayı (n)	75	6	0,428
		Yüzde (%)	92,6	7,4	
	40-50	Sayı (n)	43	4	
		Yüzde (%)	91,5	8,5	
	50-60	Sayı (n)	36	7	
		Yüzde (%)	83,7	16,3	
	60 yaş üstü	Sayı (n)	33	3	
		Yüzde (%)	91,7	8,3	
BKİ	18.5 ve altı	Sayı (n)	4	0	0,049
		Yüzde (%)	100,0	0,0	
	18.5-24.99	Sayı (n)	63	2	
		Yüzde (%)	96,9	3,1	
	25-29.99	Sayı (n)	81	15	
		Yüzde (%)	84,4	15,6	
	30-39.99	Sayı (n)	39	3	
		Yüzde (%)	92,9	7,1	

Anksiyete ölçeğinin puanlamasına göre okuryazar olmayan toplam 2 (%14,3) katılımcı, ilkokul mezunu toplam 4 (%8,2) katılımcı, lise mezunu toplam 7 (%13,7) katılımcı 9 ve üzerinde puan alarak koronavirüs anksiyetesi var kabul edilmiştir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,725). Anksiyete ölçeğinin puanlamasına göre ev hanımlarının %85,7'si (n=36), emekli olan katılımcıların %93,3'ü (n=28) 9'un altında puan alarak koronavirüs anksiyetesi yok kabul edilmiştir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,264). Eğitim düzeyi ve meslek ile koronavirüs anksiyete ölçeğinin ilişkisi tablo 4.44'te gösterilmiştir.

Tablo 4.44. Eğitim Düzeyi ve Meslek ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin İlişkisi

		Anksiyete Ölçeği Puanlaması		p değeri
		<9 puan	9 puan ve üzeri	
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil	Sayı (n)	12	2
		Yüzde (%)	85,7	14,3
	İlkokul mezunu	Sayı (n)	45	4
		Yüzde (%)	91,8	8,2
	Ortaokul mezunu	Sayı (n)	18	1
		Yüzde (%)	94,7	5,3
	Lise mezunu	Sayı (n)	44	7
		Yüzde (%)	86,3	13,7
	Üniversite mezunu	Sayı (n)	68	6
		Yüzde (%)	91,9	8,1
Meslek	Ev Hanımı	Sayı (n)	36	6
		Yüzde (%)	85,7	14,3
	Emekli	Sayı (n)	28	2
		Yüzde (%)	93,3	6,7
	Y. sağlık çalışanı	Sayı (n)	20	2
		Yüzde (%)	90,9	9,1
	İşsiz	Sayı (n)	9	0
		Yüzde (%)	100,0	0,0
	Doktor	Sayı (n)	19	0
		Yüzde (%)	100,0	0,0
	Serbest Meslek	Sayı (n)	26	3
		Yüzde (%)	89,7	10,3
	Memur	Sayı (n)	12	4
		Yüzde (%)	75,0	25,0
	İşçi	Sayı (n)	25	1
		Yüzde (%)	96,2	3,8
	Diğer	Sayı (n)	12	2
		Yüzde (%)	85,7	14,3

Anksiyete ölçeğinin puanlamasına göre doktor ve yardımcı sağlık çalışanlarının %95,1'i (n=39) 9'un altında puan alarak koronavirüs anksiyetesi yok kabul edilmiştir. Doktorların hiçbirinin anksiyete ölçeğinden 9 ve üzeri puanı yoktur. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,490). Doktor ve yardımcı sağlık çalışanı ile koronavirüs anksiyete ölçeğinin ilişkisi tablo 4.45'te gösterilmiştir.

Tablo 4.45. Doktor ve Yardımcı Sağlık Çalışanı ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin İlişkisi

		Anksiyete Ölçeği Puanlaması			p değeri
			<9 puan	9 puan ve üzeri	
Meslek	Y. sağlık çalışanı	Sayı (n)	20	2	22
		Yüzde (%)	90,9	9,1	100,0
	Doktor	Sayı (n)	19	0	19
		Yüzde (%)	100,0	0,0	100,0
Total		Sayı (n)	39	2	41
		Yüzde (%)	95,1	4,9	100,0

Anksiyete ölçeğinin puanlamasına göre kronik hastalığı olanların %13,7'sinin (n=10), kronik hastalığı olmayanların %7,5'inin (n=10) 9 ve üzerinde puan alarak koronavirüs anksiyetesi var kabul edilmiştir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,228). Anksiyete ölçeğinin puanlamasına göre DM hastalığı olanların %82,6'sının (n=19) 9'un altında puan alarak koronavirüs anksiyetesi yok kabul edilmiştir. DM hastalığı olmayanların %8,7'sinin (n=16) anksiyete ölçeği 9 ve üzeridir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,250). Anksiyete ölçeğinin puanlamasına göre HT hastalığı olanların %89,7'si (n=26), HT hastalığı olmayanların %90,4'ü (n=161) 9'un altında puan alarak anksiyetesi yok kabul edilmiştir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=1,00). Anksiyete ölçeği puanlamasına göre depresyon tanısı olan 4 katılımcının 2'sinin (%50), panik atak tanısı olan 5 katılımcının 3'ünün (%60) anksiyete puanlaması 9 ve üzeridir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,00012). Anksiyete ölçeği puanlamasına göre tütün ürünleri kullananların %90'ının (n=27), tütün ürünleri kullanmayanların %90,4'ünün (n=160) ölçek puanlaması 9'un altındadır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=1,00). Katılımcıların kronik hastalık durumları ve tütün ürünleri kullanım durumları ile koronavirüs anksiyete ölçeğinin ilişkisi tablo 4.46'da gösterilmiştir.

Tablo 4.46. Katılımcıların Kronik Hastalık Durumları ve Tütün Ürünleri Kullanım Durumları ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin İlişkisi

		Anksiyete Ölçeği Puanlaması			p değeri		
		<9 puan	9 puan ve üzeri	Total			
Kronik hastalık var mı?	Var	Sayı (n)	63	10	73	0,228	
		Yüzde (%)	86,3	13,7	100,0		
	Yok	Sayı (n)	124	10	134		
		Yüzde (%)	92,5	7,5	100,0		
Total		Sayı (n)	187	20	207		0,228
		Yüzde (%)	90,3	9,7	100,0		
Kronik hastalık DM	Var	Sayı (n)	19	4	23		0,250
		Yüzde (%)	82,6	17,4	100,0		
	Yok	Sayı (n)	168	16	184		
		Yüzde (%)	91,3	8,7	100,0		
Total		Sayı (n)	187	20	207	0,250	
		Yüzde (%)	90,3	9,7	100,0		
Kronik hastalık HT	Var	Sayı (n)	26	3	29	1,00	
		Yüzde (%)	89,7	10,3	100,0		
	Yok	Sayı (n)	161	17	178		
		Yüzde (%)	90,4	9,6	100,0		
Total		Sayı (n)	187	20	207		1,00
		Yüzde (%)	90,3	9,7	100,0		
Psikiyatri hastalık	Yok	Sayı (n)	181	15	196		0,00012
		Yüzde (%)	92,3	7,7	100,0		
	Depresyon	Sayı (n)	2	2	4		
		Yüzde (%)	50,0	50,0	100,0		
	Anksiyete	Sayı (n)	1	0	1		
		Yüzde (%)	100,0	0,0	100,0		
	Panik atak	Sayı (n)	2	3	5		
		Yüzde (%)	40,0	60,0	100,0		
	DEHB	Sayı (n)	1	0	1		
		Yüzde (%)	100,0	0,0	100,0		
Total		Sayı (n)	187	20	207	0,00012	
		Yüzde (%)	90,3	9,7	100,0		
Tütün ürünleri	Evet	Sayı (n)	27	3	30	1,00	
		Yüzde (%)	90,0	10,0	100,0		
	Hayır	Sayı (n)	160	17	177		
		Yüzde (%)	90,4	9,6	100,0		
Total		Sayı (n)	187	20	207		1,00
		Yüzde (%)	90,3	9,7	100,0		

Covid-19 hastalığı geçirme semptomu olan katılımcıların %10,2'si (n=20) anksiyete ölçeği puanlamasından 9 ve üzeri puan almıştır. Covid-19 hastalığı geçirme semptomu olmayan 11 asemptomatik katılımcının tamamı anksiyete ölçeğinden 9'un altında puan alarak ölçeğe göre anksiyetesi yok kabul edilmiştir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,605). Covid-19 hastalığı semptomu varlığı ile koronavirüs anksiyete ölçeğinin ilişkisi tablo 4.47'de gösterilmiştir.

Tablo 4.47. Covid-19 Hastalığı Semptomu Varlığı ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin İlişkisi

			Anksiyete Ölçeği Puanlaması			p değeri
			<9 puan	9 puan ve üzeri	Total	
Covid-19 hastalığı geçirme semptomu var mı?	Var	Sayı (n)	176	20	196	0,605
		Yüzde (%)	89,8	10,2	100,0	
	Yok	Sayı (n)	11	0	11	
		Yüzde (%)	100,0	0,0	100,0	
	Total	Sayı (n)	187	20	207	
		Yüzde (%)	90,3	9,7	100,0	

Nefes darlığı semptomu olan katılımcıların %12,2'sinin (n=11) anksiyete ölçeği puanlaması 9 ve üzeridir. Nefes darlığı semptomu olmayan katılımcıların %92,3'ü (n=108) anksiyete ölçeğinden 9'un altında puan alarak ölçeğe göre anksiyetesi yok kabul edilmiştir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,392). Hastalık esnasındaki nefes darlığı semptomu ile koronavirüs anksiyete ölçeğinin ilişkisi tablo 4.48'de gösterilmiştir.

Tablo 4.48. Hastalık Esnasındaki Nefes Darlığı Semptomu ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin İlişkisi

		Anksiyete Ölçeği Puanlaması			p değeri
		<9 puan	9 ve üzeri puan	Total	
Covid-19 hastalığı geçirme semptomu - nefes darlığı	Var	Sayı (n)	79	11	90
		Yüzde (%)	87,8	12,2	100,0
	Yok	Sayı (n)	108	9	117
		Yüzde (%)	92,3	7,7	100,0
	Total	Sayı (n)	187	20	207
		Yüzde (%)	90,3	9,7	100,0

Hastanede yatarak izlenen katılımcıların %10,9'unun (n=13),evde takip edilen katılımcıların %8'inin (n=7) anksiyete ölçeği puanlaması 9 ve üzeri çıkmıştır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,633). Katılımcıların hastanede yatma durumları ile koronavirus anksiyete ölçeğinin ilişkisi tablo 4.49'da gösterilmiştir.

Tablo 4.49. Katılımcıların Hastanede Yatma Durumları ile Koronavirus Anksiyete Ölçeğinin İlişkisi

			Anksiyete Ölçeği Puanlaması			p değeri
			<9 puan	9 ve üzeri puan	Total	
Hastanede yatma	Evet	Sayı (n)	106	13	119	0,633
		Yüzde (%)	89,1	10,9	100,0	
	Hayır	Sayı (n)	81	7	88	
		Yüzde (%)	92,0	8,0	100,0	
	Total	Sayı (n)	187	20	207	
		Yüzde (%)	90,3	9,7	100,0	

Hastanede yoğun bakımda izlenen katılımcıların %33,3'ünün (n=5),yoğun bakımda izlenmeyen katılımcıların %7,8'inin (n=15) anksiyete ölçeği puanlaması 9 ve üzeri çıkmıştır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,008). Katılımcıların yoğun bakımda yatma durumları ile koronavirus anksiyete ölçeğinin ilişkisi tablo 4.50'de gösterilmiştir.

Tablo 4.50. Katılımcıların Yoğun Bakımda Yatma Durumları ile Koronavirus Anksiyete Ölçeğinin İlişkisi

			Anksiyete Ölçeği Puanlaması			p değeri
			<9 puan	9 ve üzeri puan	Total	
Yoğun bakımda yatma	Evet	Sayı (n)	10	5	15	0,008
		Yüzde (%)	66,7	33,3	100,0	
	Hayır	Sayı (n)	177	15	192	
		Yüzde (%)	92,2	7,8	100,0	
	Total	Sayı (n)	187	20	207	
		Yüzde (%)	90,3	9,7	100,0	

Hastalığı geçirdikten sonra devam eden semptomu olan katılımcıların %12,5'inin (n=16), hastalığıgeçirdikten sonra devam eden herhangi bir semptomu olmayanların %5,1'inin (n=4) anksiyete ölçeği puanlaması 9 ve üzeridir. Bu veriler istatistiksel olarak

anlamlı değildir ($p=0,129$). Katılımcıların hastalığı geçirdikten sonra devam eden semptom varlığı ile koronavirüs anksiyete ölçeğinin ilişkisi tablo 4.51'de gösterilmiştir.

Tablo 4.51. Katılımcıların Hastalığı Geçirdikten Sonra Devam Eden Semptom Varlığı ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin İlişkisi

		Anksiyete Ölçeği Puanlaması			p değeri
		<9 puan	9ve üzeri puan	Total	
Hastalığı geçirdikten sonra devam eden semptomu var mı?	Var	Sayı (n)	112	16	128
		Yüzde (%)	87,5	12,5	100,0
	Yok	Sayı (n)	75	4	79
		Yüzde (%)	94,9	5,1	100,0
	Total	Sayı (n)	187	20	207
		Yüzde (%)	90,3	9,7	100,0

Hastalığı geçirdikten sonra devam eden nefes darlığı semptomu olan katılımcıların %15,1'inin ($n=14$), hastalığı geçirdikten sonra devam eden nefes darlığı semptomu olmayanların %5,3'ünün ($n=6$) anksiyete ölçeği puanlaması 9 ve üzeridir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,033$). Katılımcıların hastalığı geçirdikten sonra devam eden nefes darlığı semptomu ile koronavirüs anksiyete ölçeğinin ilişkisi tablo 4.52'de gösterilmiştir.

Tablo 4.52. Katılımcıların Hastalığı Geçirdikten Sonra Devam Eden Nefes Darlığı Semptomu ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin İlişkisi

		Anksiyete Ölçeği Puanlaması			p değeri	
		<9 puan	9 ve üzeri puan	Total		
Hastalığı geçirdikten sonra devam eden semptomu - nefes darlığı	Var	Sayı (n)	79	14	93	
		Yüzde (%)	84,9	15,1	100,0	
	Yok	Sayı (n)	108	6	114	
		Yüzde (%)	94,7	5,3	100,0	
Total		Sayı (n)	187	20	207	0,033
		Yüzde (%)	90,3	9,7	100,0	

MRCS dispne ölçeği evre 1 olan katılımcıların %94,7'sinin ($n=107$) anksiyete ölçeği 9'un altında bulunmuştur. Dispne ölçeği evre 3 olan katılımcıların %26,3'ünün

(n=5) anksiyete ölçeği puanlaması 9 ve üzerindedir. Dispne ölçeği evre 4 olan 2 hastanın anksiyete ölçeği puanlaması 9 ve üzeri bulunmuştur. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001). Katılımcıların MRCS Dispne Ölçeği ile koronavirüs anksiyete ölçeğinin ilişkisi tablo 4.53'de gösterilmiştir.

Tablo 4.53. Katılımcıların MRCS Dispne Ölçeği ile Koronavirüs Anksiyete Ölçeğinin İlişkisi

			Anksiyete Ölçeği Puanlaması			p değeri
			<9 puan	9 ve üzeri puan	Total	
MRCS dispne şiddeti	Evre 1	Sayı (n)	107	6	113	0,001
		Yüzde (%)	94,7	5,3	100,0	
	Evre 2	Sayı (n)	66	7	73	
		Yüzde (%)	90,4	9,6	100,0	
	Evre 3	Sayı (n)	14	5	19	
		Yüzde (%)	73,7	26,3	100,0	
	Evre 4	Sayı (n)	0	2	2	
		Yüzde (%)	0,0	100,0	100,0	
Total	Sayı (n)	187	20	207		
	Yüzde (%)	90,3	9,7	100,0		

5. TARTIŞMA

2019'un sonunda Çin'in Wuhan şehrinde ortaya çıkan, 11 Martta Dünya Sağlık Örgütünün küresel pandemi ilan ettiği, SARS-CoV-2 virüsü sonucu meydana gelen COVID-19 pandemisi halen ciddi bir halk sağlığı problemi olarak etkisini sürdürmektedir (2). Dünya Sağlık Örgütünün 13 Şubat 2021 epidemiyolojik verilerine göre pandeminin başından beri tüm dünyada toplam 107.838.255 rapor edilen vaka ve 2.373.398 ölüm meydana gelmiştir (110). Ülkemizde Covid-19 pandemisinde ilk olgu Avrupa ve İran gibi ülkelere göre oldukça sonra 11 Mart'ta görülmüştür (3). Sağlık Bakanlığı'nın 13 Şubat 2021 tarihindeki verilere göre toplam vaka sayısı 2.579.896, toplam vefat sayısı 27.377 olarak tespit edilmiştir (111). Yeni ortaya çıkan bir pandemi olduğu için Covid-19 hastalığı ile ilgili henüz netleşmemiş birçok konu bulunmaktadır. Alınan önlemlere rağmen hastalık tüm dünyada ciddiyetini korumaktadır. Bu nedenle Covid-19 hastalığının etiyolojisi, epidemiyolojisi, klinik özellikleri, tanı-tedaviye yaklaşım ve korunmaya yönelik önlemler ile ilgili daha çok araştırma yapılmalıdır.

Guan ve arkadaşlarının 1099 Covid-19 hastası ile yaptığı çalışmada hastaların %41,9'u kadındır. (34) Uslu ve arkadaşlarının 114 Covid-19 hastası ile yaptığı çalışmada; %45,6'sı kadın, %54,4'ü erkektir (112). Channappanavar ve arkadaşlarının 2017 yılında, fareler üzerinde yaptıkları bir çalışmada erkek farelerin SARS-CoV enfeksiyonuna dişilerden daha duyarlı olduğunu göstermişlerdir (113). Çalışmamızdaki katılımcıların %37,7 kadın, %62,3 erkektir. Bizim çalışmamızda da koronavirüs hastalığı geçiren erkekler, kadınlara göre daha fazladır. Her ne kadar erkek katılımcı sayısının fazla olması diğer çalışmalarla benzer olsa da, kadın-erkek yüzdeleri arasındaki farkın bizim çalışmamızda daha fazla olmasına sosyokültürel durum da etkili olmuştur. Sosyokültürel açıdan kadın katılımcıya ulaşmak, erkek katılımcıya göre daha zor olmuştur. Sokağa çıkma yasakları ve özellikle erkeklerin daha çok çalışma hayatında olması çalışmamızda erkeklerin daha fazla sayıda olmasına sebep olabilir.

Covid-19 hastalığı yetişkin bireylerde çocuklara göre daha çok görülür. Li ve arkadaşlarının 425 hastada yaptığı çalışmada hastaların ortalama yaşı 59'dur (114). Parlak ve arkadaşlarının yaş, BT bulguları ve hastalık şiddeti ilişkisini araştırdığı bir çalışmada yaş ortalaması 47.50'dir (115). Bizim çalışmamızda katılımcıların ortalama yaşı 46, ortalama yaşı 45,35'tir. Yaş ortalamalarının orta yaş düzeyinde çıkması, toplumsal iş gücünü daha çok orta yaş bireyler sağladığı için olabilir. Katılımcılarımızın

Covid-19 hastalığı geçirdiği dönemde, 18 yaş altı ile 65 yaş ve üzerine sokağa çıkma kısıtlamasının uygulandığı dönem olmasından kaynaklanabilir.

Covid-19 hastalığında BKİ değeri önemli parametrelerden biridir. Petrille ve arkadaşlarının 2729 hastada yaptıkları bir kohort çalışmasında hastaların %35,3'ü BKİ değeri 30 ve üzerinde çıkmıştır. Aynı çalışmada (BKİ) arttıkça hastalığa yakalanma oranlarının ve hastalığın şiddetinin arttığı, daha fazla yoğun bakım tedavisine ve mekanik ventilasyona bağlanma ihtiyacının olduğu gösterilmiştir (116). Bizim çalışmamızda hastaların %20,3'ü BKİ değeri 30 ve üzeri çıkmıştır. Çalışmamızda toplam %66,7 katılımcı fazla kilolu ve obez kategorisine girmektedir. Literatürle uyumlu olarak, çalışmamızda yüksek BKİ değerleri görülmüştür.

Covid-19 hastalığında, hastalığı geçirenlerin kronik hastalığa sahip olması hastalığın prognozunu etkileyen bir faktördür. Çin'de 1590 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların % 25,1'inde en az 1 adet kronik hastalığı mevcuttur. Bu çalışmada en sık görülen kronik hastalık %16,9 ile HT'dur. 2.sıklıkta görülen kronik hastalık %8,2 ile DM'dir (117). Yang ve arkadaşlarının yaptığı 1576 hastanın yer aldığı meta-analiz çalışmasında %21,1 ile en fazla görülen kronik hastalık hipertansiyondur. Bu çalışmada yer alan hastaların %9,7 sinin DM, %8,4'ünün kardiyovasküler hastalığı vardır (118). DM hastalığının, Covid-19 hastalığının insidansını artırdığına yönelik çalışmalar mevcuttur (34, 119, 120). Yapılan başka bir çalışmada hipergliseminin viral replikasyonu artırdığı belirtilmektedir. Ayrıca DM hastalığında Koronavirüsün de bağlandığı ACE2 reseptörlerinin ekspresyonunu artırarak, Koronavirüsün daha kolay bağlanmasına neden olmaktadır. HT hastalarında tedavide ARB ve ACE inhibitörleri kullanıldığı için, ACE2 reseptörlerinin ekspresyonu artar ve Koronavirüsün hücrelere girişi kolaylaşır. Bu sebeplerden dolayı DM'lu ve HT'lu hastalarda Covid-19 hastalığının daha fazla görüldüğü düşünülmektedir (121). Bizim çalışmamızda Katılımcıların %35,3'ünde en az 1 adet kronik hastalık vardı. Literatüre uygun olarak en fazla görülen kronik hastalık %14 ile HT'du. %11,1 ile DM, %6,8 ile Koroner arter hastalığı katılımcılarda görülen kronik hastalıklardı. Literatüre benzer şekilde HT ve DM katılımcılarda en çok görülen kronik hastalıklardır. DM ve HT'un Covid-19'lu hastalarla ilişkisini araştıran daha geniş katılımlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Farsolinos ve arkadaşlarının Çin'de yaptığı bir metaanaliz çalışmasında 5950 hastanın verileri kullanılmıştır. Bu çalışmada Covid-19 hastalığına yakalandıkları esnada sigara içmeye devam edenlerin oranı %6,5 bulunmuştur. Yine aynı çalışmada

nikotinin terapotik bir ajan olarak kullanılma ihtimali sorgulanmıştır (122). Günel ve arkadaşlarının 100 hasta üzerinde yaptığı bir çalışmada hastalığa rağmen sigara içme yüzdesi %21 bulunmuştur(123).Bizim çalışmamızda da şaşırtıcı bir şekilde 207 katılımcıdan sadece 30 (%14,5) katılımcı halen tütün ürünleri kullandığını belirtmiştir. Sigaranın koronavirüs hastalığı üzerine etkileri tartışmalıdır. Deneysel veriler Koronavirüsün ACE 2'nin down-regülasyona yol açtığını ve bunun kontrolsüz ACE ve Anjiotensin 2 aktivitesi nedeniyle enflamasyonu arttıracaklarını, akciğer hasarına ve ARDS 'ye yol açabileceğini düşündürmektedir (124). Sigaranın da ACE 2'yi up-regüle ettiği düşünülmektedir (125). ACE 2'nin upregülasyonu inflamasyona ve hastalık şiddetine karşı koruyucu olabileceği düşünülebilir. Ayrıca sigarada bulunan nikotin, konakçıya ait immün ve inflamatuvar yanıtları düzenleyen kolinerjik antiinflamatuvar yolun bir agonistidir. IL-10 gibi antiinflamatuvar sitokinlerin üretimini inhibe etmeden TNF, IL-1 ve IL-6 gibi proinflamatuvar sitokinlerin üretimini inhibe eder (126). Böyle bir etkinin, organ hasarına ve ölüme yol açan sepsis ve endotoksemi gibi sitokin fırtınasına karşı koruma sağladığı bulunmuştur (127). Bu çalışmaların tam zıttı düşünen sigaranın koronavirüs inflamasyonunu ve prognozunu kötü etkilediğini öngören birçok çalışma da mevcuttur (128, 129) Sonuç olarak sigara ve koronavirüs ilişkisinin araştırılacağı ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Asemptomatik vakalar, hastalığın gerçek yükünü ölçmek ve bulaşma potansiyeli tahminlerini daha iyi yorumlamak için son derece önemlidir. Mizumoto ve arkadaşlarının bir yolcu gemisindeki yaptıkları çalışmada, istatistiksel modelleme yaparak tahmini asemptomatik vaka oranını %17,9 olarak saptamışlardır (130). Çin Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezinin Raporuna göre; 72.314 vaka içerisinde %1 asemptomatik vaka saptanmıştır. Bizim çalışmamızda 207 hastanın 11'i (%5,3) asemptomatiktir. Literatürdeki çoğu çalışma test yaptırdığı esnadaki şikayeti olmayan vakaları asemptomatik kabul etmiştir (131). Fakat bazı hastaların testten bir süre sonra semptomları çıkabilir. Bizim çalışmamızda hastalığı geçirip iyileştikten sonra katılımcının geriye dönük anamnezini aldığımız için asemptomatik vakaların oranı açısından daha güvenilir olabilir.

Covid-19 hastalığının tanısını doğru koyabilmek, yayılmasını engellemek ve tedaviyi doğru uygulayabilmek için hastalığın hangi semptomlara sebep olduğu oldukça önemli bir konudur. ABD'de yapılan bir çalışmada hastalarda öksürük (%74,9), dispne (% 60,9), ateş (%68), baş ağrısı (%16), vücut ağrısı (%42), bulantı (%20,4), kusma

(%11,5), ishal (%21,7) semptomları görülmüştür (132). Leiven Fu ve arkadaşlarının 3600 hastayı incelediği bir meta-analiz çalışmasında Covid-19 geçiren hastalarda; halsizlik (%38), vücut ağrısı (%28,5), ateş (83,3), öksürük (%60,3), nefes darlığı (%24,9), baş ağrısı (%14), ishal (%8,4) semptomları görülmüştür (133). Klopfenstein ve arkadaşlarının 114 hastada yaptıkları bir çalışmada koku kaybı %47, tat kaybı %46 oranında görülmüştür (134). Bizim çalışmamızda hastalarımızda halsizlik (%78,3), vücut ağrısı (%54,1), ateş (%52,7), öksürük (%48,8), nefes darlığı (%43,5), baş ağrısı (%45,4), koku kaybı (%41,1), tat kaybı (%34,8), ishal (%28), bulantı (%15,9) semptomları görülmüştür (137). Çalışmamızda literatürdeki diğer çalışmalarla benzer semptomlar gözlemlenmiştir. Koronavirüs, semptomlardan da anlaşılacağı gibi akciğerleri, gastrointestinal sistemi, sinir sistemini etkileyerek multiorgan tutulumu yapmaktadır.

Trigo ve arkadaşlarının Covid-19 hastalarında baş ağrısı semptomuyla ilişkili faktörleri ve prognoz üzerindeki etkisini araştıran, retrospektif bir kohort çalışmasında; katılımcıların %23,7'sinde baş ağrısı semptomu görülmüştür. Bu çalışmanın sonucuna göre kadınlarda daha fazla baş ağrısı görüldüğü saptanmış ve baş ağrısı ile kadın cinsiyet bağımsız olarak ilişkilendirilmiştir. Ayrıca bu çalışma baş ağrısı semptomu olan hastalarda daha düşük mortalite riski olduğunu savunmuştur (135). Bizim çalışmamızda katılımcıların %45,4'ünde baş ağrısı semptomu görülmüştür. Kadınların %57,7'sinde, erkeklerin %38'inde baş ağrısı semptomu mevcuttur. Çalışmamızda sırt ağrısı, vücut ağrısı ve halsizlik semptomları kadınlarda yüzde olarak daha fazla görülmektedir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatürde sırt ağrısı, vücut ağrısı ve halsizlik semptomlarının cinsiyet ile ilişkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Covid-19, kadın cinsiyet ile ağrı ve halsizlik semptomu arasındaki ilişkiyi netliğe kavuşturmak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Literatürde önceki yıllardaki çalışmalar, birçok viral etkenin üst solunum yolu viral enfeksiyonları sırasında “post-viral anosmi” olarak da adlandırılan koku alma işlev bozukluğu yaptığını göstermiştir. Koku epiteli hasarı ve santral sinir sisteminin tutulumu olası nedenler olarak tanımlanır, fakat kesin patogeneze belli değildir. 2007’de ilk olarak viral enfeksiyon sonrası koku alma bozukluğu olan hastaların burun sekresyonunda rinovirüs, koronavirüs, parainfluenza virüsü ve Epstein-Barr virüsü tespit edildiğini bildirmişlerdir (136). Leichen ve arkadaşlarının yaptığı bir kohort çalışmasında Covid-19 hastalığı geçirmiş 357 koku alma disfonksiyonu olan hasta

incelenmiştir. Vakaların %72,6'sının hastalığın düzelmesini takip eden ilk 8 günde koku alma fonksiyonunun iyileştiğini gözlemlemişlerdir. Vakaların %3,4'ünde 15 günden fazla bir zaman geçmesine rağmen koku alma fonksiyonu düzelmemiştir (137). Kosugi ve arkadaşları Covid-19 hastalığı geçiren ve koku kaybı olan 253 hastada çalışma yapmışlardır. Hastaların 10.5 ile 39 gün arasında koku duyusunda iyileşme saptamışlardır. Tam iyileşmenin sağlandığı ortalama gün 15'tir (138). Bizim çalışmamızda katılımcıların %41,1'i hastalık esnasında koku alma kaybı yaşadıklarını belirtmiştir. Katılımcıların %7,2'si halen, hastalığı geçirdikten sonra koku alma kaybının devam ettiğini belirtmiştir. En çok koku alma kaybı yaşayan katılımcılar, hastalığı 0-2 ay arası bir zaman önce geçiren katılımcılardır. 3 ay ve daha uzun süre önce hastalığı geçiren katılımcılardan sadece 1 katılımcı koku kaybının devam ettiğini belirtmiştir. Sonuç olarak Koku kaybı Covid-19 hastalığının önemli semptomlarından biridir. Hastalığı geçirdikten sonraki ilk aylarda koku kaybında düzelme görülür. Çalışmamızda tat kaybı ve diğer veriler arasında herhangi bir anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Koronavirüsün ortaya çıktığı ilk zamanlarda Covid-19 hastalığının kısa süreli bir hastalık olduğuna inanılmaktaydı. DSÖ, hafif vakalar için başlangıçtan klinik iyileşmeye kadar geçen sürenin yaklaşık 2 hafta olduğunu ve ciddi veya kritik hastalığı olan hastalar için iyileşmenin 3 ile 6 hafta arasında sürdüğünü bildirmiştir (139). Fakat daha sonra, bazı hastalarda semptomların haftalarca hatta aylarca sürdüğü görülmüştür. Böylece 'Uzamış (Long) COVID' terimi ortaya çıkmıştır. 'Uzamış (Long) COVID' ilk olarak İtalya Lombardy'den Elisa Perego adında bir hasta, hastalık deneyimini özetlemek için kullanmıştır. Haziran ayında #LongCOVID hashtagi ile bu terim web sitelerinde de kullanılmaya başlamıştır (10). Uzamış COVID: COVID-19'dan iyileşmiş, ancak hala kalıcı semptomlarını bildiren ya da beklenenden çok daha uzun süredir semptomları olan kişilerde hastalığı tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Uzamış (Long) COVID veya Kronik COVID veya Kronik COVID Sendromu veya Post-akut COVID-19 terimleri semptomların 1 aydan daha uzun süre devam etmesi halinde kullanılan diğer terimlerdir (11, 140). ABD'de Tenforde ve arkadaşları 15 Nisan ve 25 Haziran 2020 tarihleri arasında Covid-19 geçirmiş hastalarda bir telefon araştırması gerçekleştirmiştir. Görüşmeler, test tarihinden 14-21 gün sonra yapılmıştır. Katılımcılara hastalık sırasındaki semptomları, bu semptomların görüşme tarihine kadar iyileşip iyileşmediği ve görüşme sırasında normal sağlık durumlarına dönüp

dönmedikleri sorulmuştur. 292 katılımcı arasından 274'ü test sırasında bir veya daha fazla semptom yaşadığını bildirmiştir. 274 katılımcının yaklaşık üçte biri, testten 2 ila 3 hafta sonraki telefon görüşmesine semptomlarının devam ettiğini bildirmiştir. Bu çalışmaya göre hastalıktan sonra en sık görülen semptomlar; yorgunluk (%71), öksürük (%61) ve baş ağrısıdır. (%61) (140). İtalya'da Covid-19 hastalığı geçiren ve hastalık sürecinde hastanede yatan 143 hasta ile yapılan bir çalışmada, hastalıklarının başlangıcından ortalama 2 ay sonra hastaların %87,4'nün hala en az bir semptomu olduğu ve %55'inin 3 veya daha fazla semptomunun olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmaya göre sık görülen uzamış COVID semptomları; yorgunluk (%53,1), nefes almada güçlük (%43,4), eklem ağrısı (%27,3) ve göğüs ağrısıdır (%22,7) (141). Erbay'ın hazırladığı bir derlemede yorgunluk, nefes darlığı, öksürük, eklem ağrısı, göğüs ağrısı, depresyon, anksiyete, ruh halindeki değişiklikler gibi semptomların uzamış Covid durumunda görüldüğünü belirtmiştir (12). Birçok çalışma, Covid-19 ile enfekte hastalarda akciğerler, kalp, beyin, böbrekler ve vasküler sistem dahil olmak üzere birçok organ veya sistemde kalıcı hasar olduğunu belirlemiştir. Hasar, şiddetli inflamatuvar yanıt, trombotik mikroanjiyopati, venöz tromboembolizm ve oksijen yoksunluğundan kaynaklandığı düşünülmektedir (142). Bizim çalışmamızda da tıpkı literatürdeki gibi katılımcıların hastalığı geçirdikten sonra da bazı semptomlarının devam ettiği görülmüştür. Katılımcıların %61,8'i telefon görüşmesi esnasında en az 1 semptomlarının devam ettiğini bildirdiler. Katılımcılardan hastalığı 0-1 ay arası bir zaman önce geçirenlerin %85,7'si en az 1 tane devam eden semptomunun olduğunu belirtmiştir. 1-2 ay arası bir zaman önce Koronavirüs hastalığı geçirenlerin %64,6'sı en az 1 tane semptomunun devam ettiğini belirtmiştir. 5-6 ay arası bir zaman önce koronavirüs hastalığı geçirenlerin hiçbirinin devam eden semptomu yoktur. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Katılımcıların %44,9'u nefes darlığı semptomunun devam ettiğini belirtmiştir. %32,4'ü halsizlik, %7,2'si koku kaybı, %5,3'ü tat kaybı, %4,8'i öksürük semptomunun devam ettiğini belirtmiştir. Çalışmamızda 5 ay önce Koronavirüs hastalığını geçiren katılımcı olduğu gibi, 1 ay önce geçiren katılımcı da vardır. Bu sebeple semptomların sıklığında diğer çalışmalardan farklılıklar saptanmıştır. Sonuç olarak Covid-19 hastalığında uzun süre semptomlar devam edebilir ve kişilerin hayat kalitesini etkileyebilir. Devam eden semptomlar geçirdikten sonraki ilk aylarda daha çok görülür.

Nefes darlığı semptomu hastalığın prognozunu etkileyen önemli bir bulgudur. Zheng ve arkadaşlarının 13 çalışma ve 3027 hasta dahil ederek yaptıkları meta-analiz çalışmasında hastalığı kritik/mortal ve kritik olmayan olarak kategorize etmişlerdir. Kritik/mortal olarak kategorize edilen hastalarda nefes darlığı semptomu anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (143). 4062 hastanın incelendiği başka bir meta-analiz çalışmasında hastaların yaşlı, erkek, BMI değeri yüksek, nefes darlığı ve ateş semptomu olan hastaların, hastalığı daha şiddetli geçirdiklerini saptamıştır ve bunu istatistiksel olarak anlamlı bulmuşlardır (144). Xie ve arkadaşlarının Wuhan'da yaptıkları bir çalışmada hastaların %49,29'unda nefes darlığı semptomu mevcuttur. Bu araştırmanın sonucunda araştırmacılar nefes darlığı ve ölüm arasında bağımsız bir ilişki saptamışlardır (145). Nefes darlığı semptomu ile Covid-19 hastalığı arasındaki ilişki literatürde başka çalışmalarda da araştırılmıştır. Fakat sosyodemografik özellikler, kronik hastalıklar ile nefes darlığı semptomu arasındaki ilişkiyi irdeleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Biz çalışmamızda, mortalite ve kritik/şiddetli hastalıkla anlamlı ilişkisi olan nefes darlığı semptomu ile diğer değişkenlerin ilişkisini inceledik. Bizim çalışmamızda katılımcıların % 43,5'inde nefes darlığı semptomu görülmüştür. Çalışmamızda 40 yaş ve üzeri hastalarda daha çok nefes darlığı semptomu saptanmıştır. BKİ değerine göre zayıf olanların %25'inde, obez olanların %50'sinde nefes darlığı mevcuttur. Kronik hastalığı olanların %54,8'inde, DM hastalığı olanların %69,6'sında, HT hastalığı olanların %62,1'inde, yoğun bakımda tedavi görmüş olanların %80'inde nefes darlığı semptomu görülmüştür. Bu verilerin tümü istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Katılımcıların hastalık esnasındaki nefes darlığı semptomu ile cinsiyet ve tütün ürünleri kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Nefes darlığı semptomu klinik anlamda alarm olunması gereken bir semptomdur ve üzerinde daha fazla araştırma yapılması gerekir.

Solunum sistemi, Covid-19 enfeksiyonunun en çok etkilediği sistemdir. Virüs akciğerleri 3 şekilde etkiler: yaygın alveolar hasarlı akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS), yaygın trombotik alveolar mikrovasküler tıkanma ve inflamatuvar mediatörle ilişkili hava yolu inflamasyonu. Virüsün bu 3 etkisi sonucunda, bozulmuş alveolar oksijenasyonu, hipoksemi ve asidozu gelişir. Bu zayıf oksijenasyonun sonucunda; hasta solunum yetmezliği sebebiyle ölebilir ya da hastanın iyileşmesi halinde kalıcı akciğer hasarı gelişebilir (146). Covid-19 hastalığı sadece 1 yıllık bir süreç olduğu için, salgının uzun vadeli sekellerini belirlemek ve araştırmak zordur, ancak bazıları artık

belirginleşmektedir. 2003 yılında SARS enfeksiyonundan iyileşen hastaların takibinden bazı sonuçlar bildirilmiştir, bu da Koronavirüs (SARS-CoV-2) enfeksiyonundan uzun vadede ne beklenebileceğini gösterebilir. 2003 yılında meydana gelen SARS (SARS-COV-1) salgınında 8000'den fazla vaka ve 900'den fazla ölüm meydana geldi. 97 SARS enfeksiyonu geçirmiş katılımcıları inceleyen prospektif bir kohort çalışmasında, 1 yıllık takip sonucu, hastaların % 28'inde göğüs röntgeni üzerinde anormallikler tespit etmişlerdir. Yaşam kalitesinde azalma, Akciğer spirometrisinde bozukluk, efor kapasitesinde azalma tespit etmişlerdir (147). Yine Zhang ve arkadaşları SARS enfeksiyonu geçiren 78 hastayı 15 yıl takip ettikleri bir kohort çalışması yayınlamışlardır. Bu çalışmaya göre 15 yılın sonunda BT'de pulmoner intertisyel hasar ve pulmoner fonksiyonunda bozukluk saptanmıştır (148). Bizim çalışmamızda da katılımcıların %44,9'u hastalığı geçirdikten sonra hala nefes darlığı şikayetinin devam ettiğini belirtmiştir. Çalışmamızda 40 yaş altı katılımcıların %30,9'u, 50-60 yaş arası katılımcıların %62,8'i hastalığı geçirdikten sonra nefes darlığı şikayeti devam etmiştir. BKi değerine göre zayıf kategorisinde olan hiçbir katılımcının nefes darlığı şikayeti devam etmemektedir. Buna rağmen obez kategorisinde olan katılımcıların %57,1'inin nefes darlığı şikayeti devam etmektedir. Hastalık esnasında nefes darlığı yaşayan katılımcıların %70'inin nefes darlığı şikayeti devam etmektedir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Bu verilere göre geçirdikten sonra devam eden nefes darlığı şikayeti yaş ve obezite ile ilişkili olabilir. 2003'te oluşan SARS enfeksiyonunu ve hastaların solunumla ilgili semptomların devam ettiğini örnek göstererek; Covid-19 hastalığı sonrası rehabilitasyon verilmesi gerektiğini savunan çalışmalar da mevcuttur (149). COVID-19'un olası uzun vadeli sekellerinin erken tahminlerini yapmaya çalışmak ve ilgili önleme ve müdahale stratejilerini belirlemek önemlidir. Hastalığın kalıcı etkilerini tespit etmek ve ona yönelik tedavisini belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Lerum ve arkadaşlarının 103 Covid-19 hastasını 3 ay izledikleri bir kohort çalışmasında 3 ayın sonunda hastalara modifiye Medical Research Council (mMRC) uygulanmıştır. Buna göre hastaların %56'sında evre 2 ve üzeri (Hafif dispne düz yerde hafif hızlı hareket ederken veya hafif yokuşa çıkarken solunum sıkıntısı var), %24'ünde evre 3 ve üzeri (Orta şiddette dispne düz yerde yürürken yaşıtlarından daha yavaş yürür, soluklanmak için duraklar) bir skor çıkmıştır. Bu araştırmanın sonucunda Covid-19'un kronik dispne nedeni olabileceğini düşünmüşlerdir. Çalışmada mMRC ölçeği ile

cinsiyet, yaş ve yoğun bakımda tedavi olma durumları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (150). Garrigues ve arkadaşlarının Fransa’da 120 hastada yaptıkları bir çalışmada; hastaları Covid geçirdikten ortalama 110 gün sonra telefonla arayarak anket uygulamışlardır ve modifiye Medical Research Council (mMRC) uygulamışlardır. Hastalarda en sık yorgunluk (%55), sonra dispne (% 42) semptomu saptamışlardır. Hastaların %24,2’sinde hafif şiddette dispne, %29,2’sinde orta ve yüksek şiddette dispne saptamışlardır (151). Bizim çalışmamızda da MRCS ölçeklendirmesine göre katılımcıların %35,3’ünde evre 2, hafif şiddette dispne, %9,2’sinde evre 3 orta şiddette dispne, 2 katılımcımızda da evre 4 şiddetli dispne mevcuttur. Literatürdeki bu 2 çalışmada da prospektif olarak, hastalar test pozitifliğinden 3 ay sonra gibi belirli bir zaman aralığında aranmıştır. Bizim çalışmamızda kesitsel olarak 5 ay önce hastalığı geçiren katılımcı da, 1 ay sonra hastalığı geçiren katılımcı da mevcuttur. Bu bizim çalışmamızın kısıtlılığıdır. Katılımcıların yaş ile MRCS ölçeğinin ilişkisine baktığımızda; 40 yaş altı katılımcıların %69,1’i MRCS dispne şiddeti evre 1 dir. 40-50 yaş arası hastanın % 42,6’sının MRCS dispne şiddeti evre 2, %12,8’inin evre 3’tür. 50-60 yaş arası hastanın %41,9’unun evre 2 dispnesi mevcuttur. %20,9’unun evre 3 dispne şiddeti vardır. İstatistiksel olarak anlamlı bulduğumuz verilere göre yaş arttıkça Covid-19’a bağlı dispne semptomunun daha uzun süre devam ettiği söylenebilir. Çalışmamıza katılan katılımcılardan 0-1 ay arası bir zaman önce Koronavirüs hastalığı geçirenlerin % 42,9’unda evre 2 dispne mevcuttur. 1 ile 2 ay arası bir zaman önce hastalığı geçirenlerin % 10,4’ünde evre 3 dispne mevcuttur. 2 ile 3 ay arası bir zaman önce hastalığı geçirenlerin %38,8’inde evre 2 dispne mevcuttur. 3 ile 4 ay arası bir zaman önce hastalığı geçirenlerin %39,6’sında evre 2 dispne mevcuttur. Hastalığı daha erken aylarda geçirenlerin MRCS ölçeğine göre dispne şiddetleri daha yüksek çıkmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmamıza katılan katılımcılardan yoğun bakımda takip edilen hastaların %40’ının evre 2, %20’sinin evre 3 dispnesi mevcuttur ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Yoğun bakımda yatan katılımcıların dispne evreleri yüksek çıkmıştır. Buna göre MRCS dispne ölçeği ile yaş, daha erken bir zamanda hastalığı geçirme ve yoğun bakımda yatma durumlarının anlamlı ilişkisi mevcuttur. MRCS dispne ölçeği ile cinsiyet, BKİ, kronik hastalık durumu, DM hastalığı, HT hastalığı arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

Covid-19 hastaları, virüsle ilgili bilgi eksikliği, ölümcül bir hastalık olduğunu düşünmeleri, sosyal izolasyon, başkalarına bulaştırma, damgalanma endişesi ve

çaresizlik duygusu sebebiyle hastalık esnasında psikolojik baskı yaşamaktadır. Bu durumlar, Covid-19 hastalığı geçiren hastalarda stres, anksiyete, depresif belirtiler, uykusuzluk ve korku gibi psikiyatrik sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Ayrıca, ateş, yorgunluk ve nefes darlığı gibi enfeksiyon semptomlarının yanı sıra tedavilerin yan etkileri de psikiyatrik rahatsızlığın kötüleşmesine neden olabilir. Mazza ve arkadaşları hastaların nöropsikiyatrik durumlarını incelemek için 402 hasta içeren bir kohort çalışması yapmıştır. Tanı konulduktan ortalama 1 ay sonra depresyon, uyku, obsesif kompulsif bozukluk ve kaygı açısından katılımcılara ölçekler uygulamıştır. Anksiyete için katılımcılara "State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI-Y)" ölçeği uygulanmıştır. Katılımcıların %42'si kullandıkları anksiyete ölçeğinden yüksek puan almıştır. Kadınlar, daha önce pozitif psikiyatrik tanı almış hastalar ve evde tedavi edilen hastalar anksiyete ölçeğine göre daha yüksek puan almıştır. Evde tedavi alanlarda yüksek çıkmasını yalnız kalmalarına ve hastaneye göre daha az sağlık desteği almalarına bağlamışlardır (152). Parker ve arkadaşlarının yaptığı bir kohort çalışmasında hastaneden taburcu olan Covid-19'lu hastaları 2 hafta sonra arayarak "Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)" uygulanmıştır. 2 hafta sonra hastaların %9' unda anksiyete ölçek puanı yüksek tespit edilmiştir (153). Bizim çalışmamızda da Parker ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaki gibi katılımcıların %9,7'sinde Koronavirüs Anksiyete Ölçeği puanı yüksek çıkmıştır. Cinsiyet ve yaş ile anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. BKİ değeri zayıf kategorisinde olan hiçbir hastada anksiyete ölçek puanı yüksek çıkmamıştır. Fazla kilolu hastaların %15,6'sında anksiyete ölçek puanı yüksek çıkmıştır. BKİ ile anksiyete ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Altta yatan psikiyatrik hastalığın varlığı anksiyete ölçek puanını anlamlı olarak arttırmıştır. Yoğun bakımda izlenen hastaların %33,3'ünün anksiyete puanı yüksek çıkmıştır. Geçirdikten sonra devam eden nefes darlığı semptomu olan hastaların %15,1'inde, anksiyete ölçeği puanı yüksek çıkmıştır. MRCS dispne ölçeği evre 2 olan hastaların %9,6'sının, evre 3 olan hastaların %26,3'ünün, evre 4 olan 2 hastanın tamamının anksiyete ölçeği puanı yüksek çıkmıştır. Sonuç olarak yüksek BKİ değeri, altta yatan psikiyatrik hastalık varlığı, yoğun bakımda yatma, geçirdikten sonra nefes darlığı semptomunun olması, MRCS ölçeğine göre dispne şiddetinin yüksek olması durumlarının Koronavirüs Anksiyete Ölçeği ile anlamlı bir ilişkisi mevcuttur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamıza Mart 2020- Ağustos 2020 ayları arasında Malatya İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezine başvurup COVID 19 tanısı alan, iyileşen ve çalışmamıza katılmayı kabul eden 207 katılımcı dahil edilmiştir. Hastalar telefon ile aranarak; araştırmacılar tarafından literatür baz alınarak hazırlanan sosyodemografik özellikleri içeren sorular ile, yaşadıkları Covid-19 hastalığı ile ilgili bilgileri içeren sorular, MRCS dispne Ölçeği ve Koronavirüs 19 Anksiyete Ölçeğini içeren anket uygulanmıştır.

1. Çalışmamıza katılan katılımcıların %62,3'ü erkek, %37,72'si kadındır.
2. %39,1 katılımcı 40 yaş altı,%22,7 katılımcı 40-50 yaş arası, %17,4 katılımcı 60 yaş ve üzeridir.
3. Katılımcıların %46,4'ü 25 ile 29,99 arasında BKİ'ye sahip olup fazla kiloludur. Katılımcıların %20,3'ü 30 ile 39,99 arasında beden kitle indeksine sahip olup, obezdir.
4. Çalışmamıza katılan katılımcıların %35,3'ünün en az 1 adet kronik hastalığı mevcuttur. Katılımcıların %14'ünde Hipertansiyon, %11,1'inde Diabetes Mellitus, %6,8'inde Koroner arter hastalığı mevcuttur.
5. Katılımcıların %85,5'i tütün ürünleri kullanmamaktadır. Sadece %14,5'i tütün ürünleri kullanmaktadır.
6. Çalışmamıza katılan katılımcıların %94,7'si hastalık sırasında en az 1 adet semptomu olmuştur.Katılımcıların %5,3'ü hastalık sırasında hiçbir semptom göstermeyip, hastalığı asemptomatik geçirmiştir.
7. Katılımcılarda en fazla görülen semptom %78,3 ile halsizliktir. Vücut ağrısı %54,1 ve Ateş %52,7 ile en sık görülen semptomlar arasındadır.
8. Katılımcıların, hastalık esnasında %48,8'inde öksürük ve %43,5'inde nefes darlığı, %45,4'ünde baş ağrısı, %41,1'inde koku kaybı, %34,8'inde tat kaybı, %6,3 ünde bel ağrısı, %4,3'ünde göğüs ağrısısemptomları görülmüştür.

9. Katılımcıların %21,7'sinin en çok zorlandığı semptomu halsizliktir. Katılımcıların %15,9'unun en çok zorlandığı semptomu nefes darlığıdır. Katılımcıların %10,6'sının çok vücut ağrısı semptomundan rahatsız olduğunu belirtmiştir.
10. Hastalığı geçirdikten sonra devam eden semptomu olan katılımcılar, toplam katılımcıların %61,8'ini oluşturur. Hastalığı geçirdikten sonra devam eden semptomlar arasında en çok görülen semptom; nefes darlığıdır (%44,9). Katılımcıların %32,4'ünde halsizlik, %7,2'sinde koku kaybı, %5,3 hastada tat kaybının geçirdikten sonra da devam ettiği görülmüştür.
11. Katılımcıların iyileştikten sonra semptomlarının devam etmesi irdelendiğinde; %85,7 ile en çok 0-1 ay arası bir zaman önce Covid-19 hastalığını geçirenlerin devam eden semptomları olduğu belirlenmiştir. Hastalığı 5 aydan daha önce geçiren hiçbir hastanın devam eden şikayeti yoktur. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
12. Çalışmamıza katılan katılımcılardan en çok %53,2 ile 40-50 yaş arası katılımcılar hastalık esnasında nefes darlığı semptomu yaşamıştır.
13. Çalışmamıza katılan katılımcılardan kronik hastalığı olanların %54,8'i hastalık esnasında nefes darlığı semptomu yaşamıştır. Kronik hastalığı olmayanların %37,3'ü hastalık esnasında nefes darlığı semptomu yaşamıştır. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
14. Çalışmamıza katılan katılımcılardan DM hastalığı olanların % 69,6'sı, DM hastalığı olmayanların %40,2'si hastalık esnasında nefes darlığı semptomu yaşamıştır. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlıdır.
15. Çalışmamıza katılan katılımcılardan HT hastalığı olanların % 62,1'i, HT hastalığı olmayanların % 40,4'ü hastalık esnasında nefes darlığı semptomu yaşamıştır. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
16. Çalışmamıza katılan katılımcılardan hastanede yatanların %49,6'sı, hastanede yatmayanların % 64,8'i hastalık esnasında nefes darlığı semptomu yaşamamıştır. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlıdır.

17. Çalışmamıza katılan katılımcılardan yoğun bakımda yatanların %80'i hastalık esnasında nefes darlığı semptomu yaşamıştır. Yoğun bakımda yatmayanların % 59,4'ü hastalık esnasında nefes darlığı semptomu yaşamamıştır. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
18. Çalışmamıza katılan katılımcılardan hastalık esnasında nefes darlığı semptomu olan hastaların %70'inin iyileştikten sonra da bu semptomu devam etmektedir. Hastalık esnasında nefes darlığı semptomu yaşamayan hastaların %25,6'sının hastalığı geçirdikten sonra nefes darlığı şikayeti oluşmuştur. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
19. Çalışmamıza katılan katılımcılardan en çok 50-60 yaş arası katılımcıların %62,8'i iyileştikten sonra nefes darlığı semptomunun devam ettiğini belirtmiştir.
20. Çalışmamıza katılan BKi değeri <18.5 olan katılımcıların %100'ü iyileştikten sonra nefes darlığı semptomu yaşamadığını belirtmiştir. BKi değeri 30-39.99 arası olan katılımcıların %57,1'i iyileştikten sonra da nefes darlığı semptomunun devam ettiğini belirtmiştir. Bu değerler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
21. Çalışmamıza katılan 40 yaş altı katılımcıların %69,1'i MRCS dispne şiddeti evre 1 dir. 40-50 yaş arası hastanın % 42,6'sının MRCS dispne şiddeti evre 2, %12,8'inin evre 3'tür. 50-60 yaş arası hastanın %41,9'unun evre 2 dispnesi mevcuttur. %20,9'unun evre 3 dispne şiddeti vardır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır.
22. Çalışmamıza katılan katılımcılardan en çok 0-1 ay arası bir zaman önce Covid-19 hastalığı geçirenlerin 42,9'unda evre 2 dispne mevcuttur.
23. Çalışmamıza katılan katılımcılardan yoğun bakımda takip edilen hastaların %40'ı evre 2, %20'si evre 3 dispne mevcuttur. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
24. Çalışmamıza katılan kadın katılımcıların %57,7'si, erkek katılımcıların %38'i hastalık esnasında baş ağrısı semptomu yaşamıştır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

25. Çalışmamıza katılan kadın katılımcıların %64,1'i,erkek katılımcıların %48,1'i hastalık esnasında vücut ağrısı semptomu yaşamıştır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
26. Çalışmamıza katılan kadın katılımcıların %25,6'sı, erkek katılımcıların %12,4'ü hastalık esnasında sırt ağrısı semptomu yaşamıştır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
27. Çalışmamıza katılan kadın katılımcıların %42,3'ü, erkek katılımcıların %26,4'ü iyileştikten sonra halsizlik semptomu devam etmiştir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
28. Çalışmamıza katılan 40 yaş altı katılımcıların %9,9 u hastalık esnasında üşüme titreme semptomu yaşamıştır. 60 yaş üstü hastaların %30,6'sı hastalık esnasında üşüme titreme semptomu yaşamıştır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur
29. Çalışmamıza katılan 40 yaş altı katılımcıların %39,5'inin hastalık esnasında öksürük semptomu yaşamıştır. 40-50 yaş arası katılımcıların %63,8'i hastalık esnasında öksürük semptomu yaşamıştır.60 yaş ve üzeri katılımcıların %58,3'ü hastalık esnasında öksürük semptomu yaşamıştır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
30. Çalışmamıza katılan 40 yaş altı katılımcıların %32,1'i hastalık esnasında ishal semptomu yaşamıştır. 60 yaş üstü hastaların %30,6'sı hastalık esnasında 11,1'i ishal semptomu yaşamıştır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
31. Çalışmamıza katılan 40 yaş altı katılımcıların %42'si hastalık esnasında hastanede yatarak tedavi görmüştür. 60 yaş üstü katılımcıların %75'i hastalık esnasında hastanede yatarak tedavi görmüştür. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
32. Çalışmamıza katılan katılımcılardan 40 yaş altı katılımcıların %27,2'si hastalığı geçirdikten sonra da halsizlik şikayetinin devam ettiğini belirtmiştir.50-60 yaş arası hastaların %39,5'i hastalığı geçirdikten sonra

halsizlik şikayetinin devam ettiğini belirtmiştir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

33. Çalışmamıza katılan 40-50 yaş arası katılımcıların %63,8'inde hastalığı gösteren radyolojik bulgular saptanmıştır. 60 yaş üstü katılımcıların %75'inde hastalığı gösteren radyolojik bulgu saptanmıştır. Toplam katılımcıların %60,9'unda hastalığı gösteren radyolojik bulgular saptanmıştır. Katılımcıların %20,8'inde hastalığı gösteren radyolojik bulgular görülmemiştir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
34. Katılımcılardan kronik hastalığı olanların %23,3'ü hastalık esnasında üşüme titreme semptomu yaşamıştır. Kronik hastalığı olmayanların %10,4'ü hastalık esnasında üşüme titreme semptomu yaşamıştır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
35. Katılımcılardan kronik hastalığı olanların %72,6'sının radyolojisinde hastalıkla ilgili bulgular saptanmıştır. Kronik hastalığı olmayanların %54,5'inin radyolojisinde hastalıkla ilgili bulgular saptanmıştır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
36. Çalışmamıza katılan katılımcılardan hastalık esnasında kilo kaybı yaşayan 21 katılımcının tamamı bütün ürünleri kullanmamaktadır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
37. Çalışmamıza katılan katılımcılardan 0-1 ay arası bir zaman önce koronavirüs hastalığı geçirenlerin %28,6'sında koku kaybı devam etmektedir. Katılımcılardan 4 aydan daha önce hastalığı geçirenlerin hiçbirinde koku kaybı devam etmemektedir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
38. Katılımcıların %62,8'i tekrar hastalanma kaygısı olduğunu belirtmiştir.
39. Kadın katılımcıların %71,8'i tekrar hastalanma kaygısının olduğunu belirtmiştir. Erkek katılımcıların %57,4'ü tekrar hastalanma kaygısının olduğunu belirtmiştir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır.

40. Anksiyete ölçeğinin puanlamasına göre katılımcıların %90,3'ü 9'un altında puan alarak ölçeğe göre koronavirüs anksiyetesi yok kabul edilmiştir. Katılımcıların %9,7'si 9 ve üzeri puan alarak koronavirüs anksiyetesi var kabul edilmiştir.
41. Anksiyete ölçeğinin puanlamasına göre BKİ değeri 18.5 -24,99 arasında olan katılımcıların %96,9'u 9'un altında puan alarak ölçeğe göre koronavirüs anksiyetesi yok kabul edilmiştir. BKİ değeri 25-29,99 arasında olan katılımcıların %15,6'sı 9'un üzerinde puan alarak koronavirüs anksiyetesi var kabul edilmiştir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır.
42. Hastanede yoğun bakımda izlenen hastaların %33,3'ünün anksiyete ölçeği puanlaması 9 ve üzeri çıkmıştır. Yoğun bakımda izlenmeyen hastaların %7,8'inin anksiyete ölçeği puanlaması 9 ve üzeri çıkmıştır. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır.
43. Hastalığı geçirdikten sonra devam eden nefes darlığı semptomu olan katılımcıların %15,1'inin anksiyete ölçeği puanlaması 9 ve üzeridir. Geçirdikten sonra devam eden nefes darlığı semptomu olmayanların %5,3'ünün anksiyete ölçeği puanlaması 9 ve üzeridir. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır.
44. MRCS dispne ölçeği evre 1 olan katılımcıların %94,7'sinin anksiyete ölçeği 9'un altında bulunmuştur. Dispne ölçeği evre 3 olan katılımcıların %26,3'ünün anksiyete ölçeği puanlaması 9 ve üzerindedir. Dispne ölçeği evre 4 olan 2 hastanın anksiyete ölçeği puanlaması 9 ve üzeri bulunmuştur. Bu veriler istatistiksel olarak anlamlıdır.

Sağlık kişinin bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Bu bütüncül yaklaşımı amaç edinen Aile Hekimlerine Covid-19 salgınında büyük görevler düşmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti veren Aile Hekimlerinin en önemli özelliklerinden biri de toplum yönelimli olmasıdır. Covid-19 hastalığı; kişiyi hem bedenen, hem ruhen, hem de toplumsal olarak etkileyen ve Aile Hekimlerini çok yakından ilgilendiren bir halk sağlığı sorunudur. Covid-19 hastalığı birçok sistemi tutan, birçok semptoma yol açan önemli bir enfeksiyon hastalığıdır. Üstelik sanıldığı kadar aksine kısa süreli bir viral hastalık değildir. Hastaların semptomları uzun süreli devam

edebilmektedir. Salgının ve Covid-19 hastalığının daha fazla artış göstermemesi için önlemler alınmalıdır. Bunun için maske, mesafe, hijyen gibi standart önlemler konusunda bireyler daha çok bilinçlendirilmelidir. Tüm toplumun hızlı bir şekilde aşılması sağlanmalıdır. Yine Aile Hekimliğinin özelliklerinden olan, özgün problem çözme becerisi sayesinde; toplumun bilinçlendirilmesinde, hastalıktan korunmada, Covid-19 tanısında, tedavisinde ve aşılamada aile hekimleri en ön safta rol almalıdır.

Çalışmamıza göre Yüksek beden kitle indeksinin Covid-19 hastalığı ile, dispne semptomu ile ilişkisi saptanmıştır. Koruyucu hekimliği amaç edinmiş Aile hekimlerinin öncülüğünde; obeziteye yönelik önlemler alınmalı, bireylerin Covid-19 salgını döneminde artan sedanter yaşamı önlenmeli, hastalar sağlıklı beslenme ve egzersize yönlendirilmelidir.

Aile Hekimliğinin temel özelliklerinden olan, hem akut hem kronik hastalıkların beraber yönetimini ifade eden, kapsamlı yaklaşım; Covid-19 hastalığında da etkili bir şekilde uygulanması gerekir. Çalışmamızda en az 1 adet kronik hastalık durumunun varlığı, DM veya HT varlığı, hastalık esnasında oluşan dispne semptomu ile ilişkili bulunmuştur. Covid-19 hastalığı ve kronik hastalığı olan bireyler kapsamlı değerlendirilmeli, özellikle DM ve HT gibi kronik hastalığı olan bireylerin kronik hastalık takipleri ve tedavileri itinalı bir şekilde yapılmalıdır.

Hastalığı geçirdikten sonra devam eden semptomların varlığı hususunda; Covid-19 hastalığını geçiren kişiler için hastalık sonrasında, kişilerin iyilik halleri sorgulanabilir ve hastalık sonrası takip algoritması oluşturulabilir. Aile hekimliğinin özelliklerinden biri olan kişi merkezli yaklaşım öncülüğünde; devam eden semptomu olan bireylerin yakın takibi sağlanmalıdır. Hastalık sonrası devam eden dispne ve öksürük semptomları için gerekirse hastalar Göğüs hastalıklarına yönlendirilmelidir. Koku ve tat kaybı devam eden bireyler için koku ve tat egzersizleri önerilmelidir. Sırt ve bel ağrıları devam eden hastalar için fizik tedavi önerilmelidir. Ayrıca Uzamış COVID'e ilişkin detaylı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır ve bu yeni yapılacak çalışmalar uzamış COVID semptomlarının nedenlerini ve bu semptomları hafifletmenin yollarını araştırmalıdır.

Çalışmamızda da saptandığı gibi Covid-19 hastalığı geçirmiş hastalar psikiyatrik problemlerle de karşı karşıya kalmaktadır. Bunun derecesi belirlenmeli ve müdahale edilmelidir. Aile Hekimleri hastalık sonrası bireyleri ruhsal açıdan değerlendirmeli,

gerekirse bireyleri psikiyatriye yönlendirmelidir. Bireylerin ruhsal durumu ile ilgili müdahale sürecinde toplumsal, kültürel ve ekonomik farklılıkları gözetenek yüz yüze, çevrim içi ve medya (televizyon, internet) gibi birden fazla kanaldan ulaşılması daha etkili sonuçlar sağlayabilir. Covid geçirmiş hastalara psikolojik yardımda; teknolojiiden ve dijital kaynaklardan (telefon, “online” uygulamalar, “online” programlar, video konferans görüşmeleri) yararlanarak müdahale stratejileri geliştirilmelidir.



KAYNAKLAR

1. Wu F, Zhao S, Yu B, Chen YM, Wang W, Song ZG, Hu Y, Tao ZW, Tian JH, Pei YY, Yuan ML, Zhang YL, Dai FH, Liu Y, Wang QM, Zheng JJ, Xu L, Holmes EC, Zhang YZ. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*. 2020 Mar;579(7798):265-9. doi: 10.1038/s41586-020-2008-3. Epub 2020 Feb 3. Erratum in: *Nature*. 2020 Apr;580(7803):E7. PMID: 32015508; PMCID: PMC7094943
2. .WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020, World Health Organization (WHO), <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-atthe-media-briefing-on-covid-19-11-march2020>, (erişim tarihi: 20.12.2020)
3. Demirbilek Y, Pehlivantrk G, Özgüler ZÖ, Alp ME. COVID-19 outbreak control, example of the ministry of health of Turkey. *Turk J Med Sci*. 2020;50(SI-1):489-9
4. International Committee on Taxonomy of Viruses. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. *Nat Microbiol*. 2020 Apr;5 (4): 536-44. doi: 10.1038/s41564-020-0695-z. Epub 2020 Mar 2..
5. McIntosh K, Dees JH, Becker WB, Kapikian AZ, Chanock RM. Recovery in tracheal organ cultures of novel viruses from patients with respiratory disease. *Proc Natl Acad Sci USA* 1967; 57: 933-40.
6. Liu J, Liao X, Qian S, Yuan J, Wang F, Liu Y, Wang Z, Wang FS, Liu L, Zhang Z. Community Transmission of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, Shenzhen, China, 2020. *Emerg Infect Dis*. 2020 Jun;26 (6): 1320-3. doi: 10.3201/eid2606.200239. Epub 2020 Jun 17.
7. Fu Leiwen, Wang Bingyi, Yuan Tanwei, Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: A systematic review and metaanalysis, *Journal of Infection* Volume 80, Issue 6, June 2020, Pages 656-65.
8. Mazza M.G.De Lorenzo R., Conte C. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun*. 2020; 89: 594–600.

9. Parker Catherine, Shalev Daniel, Hsu Ian, Shenoy Akhil, Depression, Anxiety, and Acute Stress Disorder Among Patients Hospitalized With Coronavirus Disease 2019: A Prospective Cohort Study, 2020 Oct 10;S0033-3182(20)30262-0.doi: 10.1016/j.psych.2020.10.001
10. Callard F, Perego E. How and Why Patients Made Long COVID. Soc Sci Med. 2020;113426 [published online ahead of print, 2020 Oct 7]. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113426
11. Baig AM. Chronic COVID Syndrome: Need for an Appropriate Medical Terminology for Long-COVID and COVID Long-Haulers. J Med Virol. 2020 [published online ahead of print, 2020 Oct 23]. doi: 10.1002/jmv.26624.
12. ERBAY Ayşe, UZAMIŞ COVID: YENİ BİR TANIM Long COVID: A New Definition, Bozok Tıp Derg 2020;10(4):111-114
13. McIntosh K. Coronaviruses: a comparative review. Curr. Topics Microbiol. Immunol. 1974;63:85–129.
14. Tyrrell D.A.J., Almeida J.D., Berry D.M., Cunningham C.H., Hamre D., Hofstad M.S., Mallucci L., McIntosh K. Coronaviruses. Nature, Lond. 1968; 220: 650.
15. Hasöksüz Mustafa, Kılıç Selçuk, Saraç Fahriye “Coronavirüsler ve SARS-COV-2” Turk J Med Sci . 2020; 50 (3): 549-556.
16. McIntosh K, Peiris J. Coronaviruses. In: Richman D, Whitley R, Hayden F (editors). Clinical Virology, 3rd Edition. Washington, DC, USA: ASM Press; 2009. Pp. 1155-1171.
17. Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses, The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2, Nat Microbiol 2020 Apr;5(4):536-544. doi: 10.1038/s41564-020-0695-z. Epub 2020 Mar 2
18. Wuhan Municipal Health Commission (2019) Report of clustering pneumonia of unknown etiology in Wuhan City. <http://wjw.wuhan.gov.cn/front/web/showDetail/2019123108989> [in Chinese] (accessed 17.12.2020)
19. Lu H., Stratton C.W., Tang Y.W. Outbreak of pneumonia of unknown etiology in Wuhan China: the mystery and the miracle. J Med Virol. 2020 Jan 16 doi: 10.1002/jmv.25678.

20. Statement on the meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV), World Health Organization (WHO), [https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)), (erişim tarihi: 25.12.2020)
21. World Health Organization (2020) Novel coronavirus (2019-nCoV). Situation Report. 11 March 2020. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-March-2020> (erişim tarihi: 25.12.2020)
22. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼: COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU) REHBERİ. Bilim Kurulu Çalışması, T.C. Sağlık Bakanlığı 12 Nisan 2020, Ankara.
23. van Boheemen S, de Graaf M, Lauber C, Bestebroer TM, Raj VS, Zaki AM, et al. Genomic characterization of a newly discovered coronavirus associated with acute respiratory distress syndrome in humans. *MBio* 2012; 3: e00473–e512.
24. Akpınar Evrim Eylem “COVID-19 un Patogenezi “ Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği, 2020 Nisan
25. Chan JF, Yuan S, Kok KH, To KK, Chu H, Yang J, Xing F, Liu J, Yip CC, Poon RW, Tsoi HW, Lo SK, Chan KH, Poon VK, Chan WM, Ip JD, Cai JP, Cheng VC, Chen H, Hui CK, Yuen KY. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet*. 2020 Feb 15;395(10223):514-523. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30154-9.
26. Pneumonia of unknown cause – China. Available from www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/en/ (Accessed 17.12.2020).
27. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and its inactivation with biocidal agents. *J Hosp Infect*. 2020 Feb 6. pii: S0195–6701 (20) 30046–3.

28. Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, Yu J, Kang M, Song Y, Xia J, Guo Q, Song T, He J, Yen HL, Peiris M, Wu J. SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. *N Engl J Med*. 2020 Mar 19;382(12):1177-9. doi: 10.1056/NEJMc2001737. Epub 2020 Feb 19.
29. Li W, Moore MJ, Vasilieva N, Sui J, Wong SK, Berne MA, Somasundaran M, Sullivan JL, Luzuriaga K, Greenough TC, Choe H, Farzan M. Angiotensin-converting enzyme 2 is a functional receptor for the SARS coronavirus. *Nature*. 2003 Nov 27; 426 (6965): 450-4. doi: 10.1038/nature02145..
30. Wrapp D, Wang N, Corbett K.S, Goldsmith J.A, Hsieh C.-L, Abiona O, Graham B.S, McLellan J.S. Cryo-EM Structure of the 2019-nCoV Spike in the Prefusion Conformation. *bioRxiv*. 2020 doi: 10.1126/science.abb2507.
31. Indwiani Astuti* and Ysrafil, Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2): An overview of viral structure and host response, *Diabetes Metab Syndr*. 2020 July-August; 14 (4): 407–12.
32. Li G, Fan Y., Lai Y., Han T., Li Z., Zhou P. Coronavirus infections and immune responses. *J Med Virol*. 2020; 92: 424–32
33. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, Jones FK, Zheng Q, Meredith HR, Azman AS, Reich NG, Lessler J. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Ann Intern Med*. 2020 May 5;172(9):577-82. doi: 10.7326/M20-0504. Epub 2020 Mar 10.
34. Wei-Jie Guan, Zheng-Yi Ni, Yu Hu' Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China, *N Engl J Med* 2020, Apr 30; 382 (18): 1708-20
35. Zunyou Wu, MD, PhD¹; 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
36. Jing Yang, Ya Zheng, Xi Gou' Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis, *Int J Infect Dis*. 2020 May; 94: 91-95

37. Dülger Dilek, Ekici Seda, Günümüz Pandemisi COVID-19'un Laboratuvar Tanı Yöntemler, URASIAN JOURNAL OF HEALTH SCIENCES ISSN 2651-3501 Eurasian JHS 2020; 3 (COVID-19 Special Issue): 111-115
38. World Health Organization (WHO) (2020). Laboratory testing for coronavirus disease 2019 (COVID-19) in suspected human cases: interim guidance. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331329> Erişim tarihi: 17.12.2020
39. Wang W, Xu Y, Gao R, Lu R, Han K, Wu G, Tan W. (2020). Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens. JAMA, e203786.
40. Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, Yu J, Kang M, Song Y, Xia J, Guo Q, Song T, He J, Yen HL, Peiris M, Wu J. SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. N Engl J Med. 2020 Mar 19;382(12):1177-9. doi: 10.1056/NEJMc2001737. Epub 2020 Feb 19.
41. Karahan Ceren Zeynep, COVID-19, E kitap Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2020
42. Whitman J. D., Hiatt J., Mowery C. T. (2020) Test performance evaluation of SARS-CoV-2 serological assays. medRxiv, <https://doi.org/10.1101/2020.04.25.2007485>
43. Gao Y, Li T, Han M, Li X, Wu D, Xu Y, Zhu Y, Liu Y, Wang X, Wang L. Diagnostic utility of clinical laboratory data determinations for patients with the severe COVID-19. J Med Virol. 2020 Jul;92(7):791-6. doi: 10.1002/jmv.25770. Epub 2020 Apr 10. PMID: 32181911; PMCID: PMC7228247.
44. Rodriguez-Morales AJ, Cardona-Ospina JA, Gutiérrez-Ocampo E, Villamizar-Peña R, Holguin-Rivera Y, Escalera-Antezana JP, Alvarado-Arnez LE, Bonilla-Aldana DK, Franco-Paredes C, Henao-Martinez AF, Paniz-Mondolfi A, Lagos-Grisales GJ, Ramírez-Vallejo E, Suárez JA, Zambrano LI, Villamil-Gómez WE, Balbin-Ramon GJ, Rabaan AA, Harapan H, Dhama K, Nishiura H, Kataoka H, Ahmad T, Sah R; Latin American Network of Coronavirus Disease 2019-COVID-19 Research (LANCOVID-19). Electronic address: <https://www.lancovid.org>. Clinical, laboratory and imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. Travel Med Infect Dis. 2020 Mar-Apr;34:101623. doi: 10.1016/j.tmaid.2020.101623. Epub 2020 Mar 13.

45. Lippi G, Plebani M, Henry BM (2020). Thrombocytopenia is associated with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19) infections: A metaanalysis. *Clin Chim Acta*, 506:145- 148. doi: 10.1016/j.cca.2020.03.022.
46. Lippi G, Plebani M (2020). Laboratory abnormalities in patients with COVID-2019 infection. *Clin Chem Lab Med (CCLM)*, doi: 10.1515/cclm-2020-0198.
47. Rubin GD, Ryerson CJ, Haramati LB, Sverzellati N, Kanne JP, Raoof S, Schluger NW, Volpi A, Yim JJ, Martin IBK, Anderson DJ, Kong C, Altes T, Bush A, Desai SR, Goldin J, Goo JM, Humbert M, Inoue Y, Kauczor HU, Luo F, Mazzone PJ, Prokop M, Remy-Jardin M, Richeldi L, Schaefer-Prokop CM, Tomiyama N, Wells AU, Leung AN. The Role of Chest Imaging in Patient Management During the COVID-19 Pandemic: A Multinational Consensus Statement From the Fleischner Society. *Chest*. 2020 Jul;158(1):106-16. doi: 10.1016/j.chest.2020.04.003. Epub 2020 Apr 7. PMID: 32275978; PMCID: PMC7138384.
48. Wong HYF, Lam HYS, Fong AH, Leung ST, Chin TW, Lo CSY, Lui MM, Lee JCY, Chiu KW, Chung TW, Lee EYP, Wan EYF, Hung IFN, Lam TPW, Kuo MD, Ng MY. Frequency and Distribution of Chest Radiographic Findings in Patients Positive for COVID-19. *Radiology*. 2020 Aug;296(2):E72-E78. doi: 10.1148/radiol.2020201160. Epub 2020 Mar 27
49. Rodrigues JCL, Hare SS, Edey A, Devaraj A, Jacob J, Johnstone A, McStay R, Nair A, Robinson G. An update on COVID-19 for the radiologist - A British society of Thoracic Imaging statement. *Clin Radiol*. 2020 May;75(5):323-5. doi: 10.1016/j.crad.2020.03.003. Epub 2020 Mar 23.
50. Bernheim A, Mei X, Huang M. Chest CT findings in coronavirus disease-19 (COVID-19): relationship to duration of infection. *Radiology*. 2020:200463
51. 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): 1239–1242. doi: 10.1001/jama.2020.2648
52. Wang Y, Wang Y, Chen Y, Qin Q. Unique epidemiological and clinical features of the emerging 2019 novel coronavirus pneumonia (COVID-19) implicate special control measures. *J Med Virol*. 2020;1–9. 10.1002/jmv.25748

53. Zhou M, Zhang X, Qu J. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a clinical update.(2020) Front Med. 2020 Apr 2. doi: 10.1007/s11684- 020-0767-8.
54. Cinkooglu A, Bayraktaroglu S, Savas R. (2020). Lung Changes on Chest CT During 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) Pneumonia. Eur J Breast Health, 16(2), 89-90. doi:10.5152/ejbh. 2020.010420
55. Gattinoni L, Chiumello D, Rossi S. (2020). COVID-19 pneumonia: ARDS or not? Crit Care, 24(1), 154. doi:10.1186/s13054-020- 02880-z
56. Xu Z, Shi L, Wang Y, Zhang J, Huang L, Zhang C, Liu S, Zhao P, Liu H, Zhu L, Tai Y, Bai C, Gao T, Song J, Xia P, Dong J, Zhao J, Wang FS. Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. Lancet Respir Med. 2020 Apr;8(4):420-422. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30076-X. Epub 2020 Feb 18. Erratum in: Lancet Respir Med. 2020 Feb 25
57. Wong CK, Lam CWK, Wu AKL, etal. (2004). Plasma inflammatorcytokines and chemokines in severeacute respiratory syndrome. ClinExp Immun, 136(1); 95-103.4
58. Wang J, Jiang M, Chen X, Montaner LJ. Cytokine storm and leukocyte changes in mild versus severe SARS-CoV-2 infection: Review of 3939 COVID-19 patients in China and emerging pathogenesis and therapy concepts. *J Leukoc Biol.* 2020;1–25. 10.1002/JLB.3COVR0520-272R
59. Levi M, van der Poll T (2017).Coagulation and sepsis. Thrombosis Research, 149; 38-44.
60. Thachil J, Tang N, Gando S, Falanga A, Cattaneo M, Levi M, Clark C, Iba T. ISTH interim guidance on recognition and management of coagulopathy in COVID-19. J Thromb Haemost. 2020 May;18(5):1023-1026. doi: 10.1111/jth.14810. Epub 2020 Apr 27. PMID: 32338827.
61. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, Wang B, Xiang H, Cheng Z, Xiong Y, Zhao Y, Li Y, Wang X, Peng Z. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA. 2020 Mar 17;323(11):1061-9. doi: 10.1001/jama.2020.1585. PMID: 32031570; PMCID: PMC7042881.

62. Tang N, Li D, Wang X, Sun Z. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. *J Thromb Haemost.* 2020 Apr;18(4):844-7. doi: 10.1111/jth.14768. Epub 2020 Mar 13. PMID: 32073213; PMCID: PMC7166509.
63. Levi M, Toh CH, Thachil J, Watson HG. Guidelines for the diagnosis and management of disseminated intravascular coagulation. British Committee for Standards in Haematology. *Br J Haematol.* 2009 Apr;145(1):24-33. doi: 10.1111/j.1365-2141.2009.07600.x. Epub 2009 Feb 12. PMID: 19222477.
64. Bellinva S, Edwards CJ, Schisano M, Banfi P, Fallico M, Murabito P. The unleashing of the immune system in COVID-19 and sepsis: the calm before the storm? *Inflamm Res.* 2020 Aug;69(8):757-763. doi: 10.1007/s00011-020-01366-6. Epub 2020 May 28. PMID: 32468151.
65. Wang D, Hu B, Hu C (2020). Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*, 323 (11): 1061-9.
66. Guo T, Fan Y, Chen M et al (2020). Association of cardiovascular disease and myocardial injury with outcomes of patients hospitalized with 2019-coronavirus disease (COVID-19). *JAMA Cardiol*, Published online March 27
67. Mao L, Jin H, Wang M, Hu Y, Chen S, He Q, Chang J, Hong C, Zhou Y, Wang D, Miao X, Li Y, Hu B. Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients With Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurol.* 2020 Jun 1;77(6):683-90. doi: 10.1001/jamaneurol.2020.1127.
68. Baig AM, Khaleeq A, Ali U, Syeda H. Evidence of the COVID-19 Virus Targeting the CNS: Tissue Distribution, Host-Virus Interaction, and Proposed Neurotropic Mechanisms. *ACS Chem Neurosci.* 2020 Apr 1; 11 (7): 995-8
69. Sağlık Bakanlığı, COVID-19 Yatan Hasta Algoritması. Erişim tarihi: 31 Ekim 2020. Available from: https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/38302/0/covid-19yatan-hastaaalgoritmasipdf.pdf?_tag1=31D270B4BD2E01CDC16CC136D8E3983A0107C236

70. Sağlık Bakanlığı, COVID-19. Ağır Pnömoni, ARDS, Sepsis ve Septik Şok Yönetimi. Erişim tarihi: 31 Ekim 2020. Available from <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39180/0/covid-19rehberiagirpnomoniardssepsisveseptiksokyontemipdf.pdf>
71. Sağlık Bakanlığı, COVID-19 Erişkin Tedavi Algoritması. Erişim tarihi: 31 Ekim 2020. Available from: https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/37690/0/covid19-plkacilhastayonetimipdf.pdf?_tag1=E514708F4392A533E2E8FCF139838B92CC444CD4.
72. Atalay S, Ersan G, COVID-19 Tedavisi, Tepecik Egit. ve Arast. Hast. Dergisi 2020;30(Ek sayı):126-34 doi:10.5222/terh.2020.48030
73. Mentre F, Taburet AM, Guedj J, Anglaret X, Keita S, Lamballeria de X, Malvy D et al. Doseregimen of favipiravir for Ebola virüs disease. Lancet Infect Dis, 2015 15 (2): 150-1.
74. Di Nisio M, Baudo F, Cosmi B, D'Angelo A, De Gasperi A, Malato A, Schiavoni M, Squizzato A; Italian Society for Thrombosis and Haemostasis. Diagnosis and treatment of disseminated intravascular coagulation: guidelines of the Italian Society for Haemostasis and Thrombosis (SISET). Thromb Res. 2012 May;129 (5): e177-84. doi: 10.1016/j.thromres.2011.08.028.
75. Talan L, Altıntaş ND. Yoğun Bakımda Hasta Yönetimi/ COVID-19. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ankara Üniversitesi Basımevi 2020. (E-kitap).
76. Coppo A, Bellani G, Winterton D, Di Pierro M, Soria A, Faverio P, Cairo M, Mori S, Messinesi G, Contro E, Bonfanti P, Benini A, Valsecchi MG, Antolini L, Foti G. Feasibility and physiological effects of prone positioning in non-intubated patients with acute respiratory failure due to COVID-19 (PRON-COVID): a prospective cohort study. Lancet Respir Med. 2020 Aug;8 (8): 765-74. doi: 10.1016/S2213-2600 (20) 30268-X. Epub 2020 Jun 19.
77. Goh KJ, Wong J, Tien JC, Ng SY, Duu Wen S, Phua GC, Leong CK. Preparing your intensive care unit for the COVID-19 pandemic: Practical considerations and strategies. Crit Care. 2020; 24 (1): 215.
78. Horby P, Shen Lim W, Emberson J. Effect of dexamethasone in hospitalized patients with COVID-19: preliminary report. medRxiv. 2020; Available at: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.22.20137273v1>.

79. Braithwaite S, Perina D. Dyspnea. In: Marx CA, editor-in-chief. Rosen's emergency medicine: concepts and clinical practice, 7th ed. Philadelphia: Mosby Incorporated; 2010.
80. Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, Banzett RB, Manning HL, Bourbeau J, Calverley PM, Gift AG, Harver A, Lareau SC, Mahler DA, Meek PM, O'Donnell DE; American Thoracic Society Committee on Dyspnea. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012 Feb 15;185(4):435-52.
81. Lansing RW, Gracely RH, Banzett RB. The multiple dimensions of dyspnea: review and hypotheses. *Respir Physiol Neurobiol*. 2009 May 30; 167: 53-60
82. . Aygencel SG. Nefes Darlığı ve Solunum Yetmezliği Olan Hastaya Yaklaşım. İç Hastalıkları Dergisi, 2005: 12, 4.
83. Burki NK, Lee LY. Mechanisms of dyspnea. *Chest*. 2010 Nov;138:1196- 201
84. American Thoracic Society. Dyspnea Mechanisms, assessment, and management: A consensus statement. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159:321-40
85. Gülbay BE. Dispne ve hırıltılı solunum. In: Mehmet Karadağ AK, Tefik Özlü, editor. Göğüs Hastalıkları PROPEDÖTİK. 2 ed: Dünya Tıp Kitapevi; 2019. p. 35-45.
86. Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, et al. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012 Feb 15; 185: 435- 52.
87. Shiber JR, Santana J. Dyspnea. *Med Clin North Am*. 2006 May;90:453-79
88. Sarko J, Stapczynski JS. Respiratory Distress. In: Tintinalli JE, Stapczynski, Ma OJ, Cline DM, Cydulka RK, editors. Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide, 7th ed. China: Mc Graw Hill; 2010
89. Tükel, R,& Alkın, T. (2006). Anksiyete bozuklukları. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları
90. Kılıç, C. (1998) Erişkinlerle ilgili sonuçlar. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: ana rapor; Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z (ed). Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

91. Özakkaş, T. (2004). Anksiyete bozuklukları ve tedavisi. Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları. İstanbul
92. Tükel, R. (2000). Anksiyete Bozuklukları. İstanbul: Çizgi Tıp Yayınevi.
93. Köknel, Ö. (2000). Duygudurum bozukluklarının tarihçesi. Duygudurum Dizisi, (1), 5–11.
94. Özer, Ş. (2006). Anksiyete Bozukluklarının Kısa Tarihçesi. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 3–4
95. Vink, D, Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.06.005>
96. Mirza, I.,& Jenkins, R. (2004). Risk factors, prevalence, and treatment of anxiety and depressive disorders in Pakistan: Systematic review. *British Medical Journal*. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7443.794>
97. Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.06.005>
98. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Yenilenmiş Onbirinci Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2011, 448-51
99. Morens DM, Fauci AS. Emerging infectious diseases: threats to human health and global stability. *PLoS Pathog*. 2013;9
100. Shin LM, Liberzon I. The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2010; 35: 169–91.
101. 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: 281–2.
102. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 6; 17 (5): 1729.

103. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020 Mar 14;395(10227):912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8. Epub 2020 Feb 26.
104. Maunder R, Hunter J, Vincent L, Bennett J, Peladeau N, Leszcz M, Sadavoy J, Verhaeghe LM, Steinberg R, Mazzulli T. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *CMAJ*. 2003 May 13; 168 (10): 1245-51.
105. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7: 228–9.
106. Fletcher C. The Clinical Diagnosis of Pulmonary Emphysema: An Experimental Study. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1952; 45 (9): 577-584.
107. Bestall J.C, Paul E.A, Garrod R. Usefulness Of The Medical Research Council (MRC) Dyspnea Scale As A Measure Of Disability In Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Thorax* 1999; 54: 581-586.
108. Lee, S. A. (2020). Coronavirus anxiety scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies* 1-9
109. Biçer İsmail, Çakmak Cuma, Demir Halil, Kurt Mehmet Emin, Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu: Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, Ocak 2020; Cilt 25, Özel Sayı 1
110. World Health Organization (2020) Novel coronavirus (2019-nCoV). Situation Report. 13 February 2021
111. Sağlık Bakanlığı, COVID-19 Bilgilendirme Sayfası, (Erişim tarihi: 13.02.2021)
112. Uslu Hande, Tosun Mesude, Doğan Sevtap Kocaeli Üniversitesi'ndeki Covid-19 Hastalarının Toraks Bilgisayarlı Tomografi Bulguları, 10.30934/kusbed.776487
113. Channappanavar R., Fett C., Mack M., Ten Eyck PP, Meyerholz DK, Perlman S. Ciddi akut solunum sendromu koronavirüs enfeksiyonuna duyarlılıkta cinsiyete dayalı farklılıklar. *J. Immunol*. 2017; 198: 4046–4053. doi: 10.4049 / jimmunol.1601896.

114. Qun Li , M.Med., Xuhua Guan , Ph.D., Peng Wu , Ph.D., Xiaoye Wang , MPH, Lei Zhou , M.Med., Yeqing Tong , Ph.D., Ruiqi Ren , M. Med., Yeni Koronavirüs-Enfekte Pnömoninin Wuhan, Çin'deki Erken Bulaşma Dinamikleri, 26 Mart 2020; 382 (13): 1199–1207<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7121484/#>
115. Parlak Selçuk, Beşler Muhammed Said, Özkaya Utku Eren Covid-19 Hastalarında Yaş Gruplarına Göre Toraks Bt Bulguları Ve Klinik Sonlanım Arasındaki İlişki, Ankara Med J, 2020;(4):1061-1070 // 10.5505/amj.2020.91979
116. Petrilli CM, Jones SA, Yang J, Rajagopalan H, O'Donnell L, Chernyak Y, Tobin KA, Cerfolio RJ, Francois F, Horwitz LI. Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: prospective cohort study. BMJ. 2020 May 22;369: m1966.
117. Guan WJ, Liang WH, Zhao Y, Liang HR, Chen ZS, Li YM, Liu XQ, Chen RC, Tang CL, Wang T, Ou CQ, Li L, Chen PY, Sang L, Wang W, Li JF, Li CC, Ou LM, Cheng B, Xiong S, Ni ZY, Xiang J, Hu Y, Liu L, Shan H, Lei CL, Peng YX, Wei L, Liu Y, Hu YH, Peng P, Wang JM, Liu JY, Chen Z, Li G, Zheng ZJ, Qiu SQ, Luo J, Ye CJ, Zhu SY, Cheng LL, Ye F, Li SY, Zheng JP, Zhang NF, Zhong NS, He JX; China Medical Treatment Expert Group for COVID-19. Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis. Eur Respir J. 2020 May 14;55(5):2000547. doi: 10.1183/13993003.00547-2020.
118. Yang J, Zheng Y, Gou X, Pu K, Chen Z, Guo Q, Ji R, Wang H, Wang Y, Zhou Y. Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. Int J Infect Dis. 2020 May;94:91-5. doi: 10.1016/j.ijid.2020.03.017. Epub 2020 Mar 12.
119. Yang X, Yu Y, Xu J. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. Lancet Respir Med. 2020 doi: 10.1016/S2213-2600(20)30079-5. published online Feb 24.
120. Zhang JJ, Dong X, Cao YY. Clinical characteristics of 140 patients infected by SARS-CoV-2 in Wuhan, China. Allergy. 2020 doi: 10.1111/all.14238. published online Feb 19.

- 121.** Fang L, Karakiulakis G, Roth M. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? [published correction appears in *Lancet Respir Med*. 2020 Jun;8 (6): e54]. *Lancet Respir Med*. 2020; 8 (4): e21. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30116-8
- 122.** Farsalinos K, Barbouni A, Niaura R. Systematic review of the prevalence of current smoking among hospitalized COVID-19 patients in China: could nicotine be a therapeutic option?. *Intern Emerg Med*. 2020;15(5):845-852. doi:10.1007/s11739-020-02355-7
- 123.** Günel Ö, Türe E, Bayburtlu M, Arslan U, Demirağ MD, Taşkın MH, Kılıç S. COVID-19 Tanılı Hastaların Risk Faktörleri Açısından Değerlendirilmesi [Evaluation of Patients Diagnosed with COVID-19 in Terms of Risk Factors]. *Mikrobiyol Bul*. 2020 Oct; 54 (4): 575-582. Turkish. doi: 10.5578/mb.69811. PMID: 33107286.
- 124.** Zhang H, Penninger JM, Li Y, Zhong N, Slutsky AS. Angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2) as a SARS-CoV-2 receptor: molecular mechanisms and potential therapeutic target. *Intensive Care Med*. 2020 Apr;46(4):586-590. doi: 10.1007/s00134-020-05985-9. Epub 2020 Mar 3. PMID: 32125455; PMCID: PMC7079879.
- 125.** Brake SJ, Barnsley K, Lu W, McAlinden KD, Eapen MS, Sohal SS. Smoking Upregulates Angiotensin-Converting Enzyme-2 Receptor: A Potential Adhesion Site for Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (Covid-19). *J Clin Med*. 2020 Mar 20;9(3):841. doi: 10.3390/jcm9030841. PMID: 32244852; PMCID: PMC7141517.
- 126.** Wang H, Yu M, Ochani M, Amella CA, Tanovic M, Susarla S, Li JH, Wang H, Yang H, Ulloa L, Al-Abed Y, Czura CJ, Tracey KJ. Nicotinic acetylcholine receptor alpha7 subunit is an essential regulator of inflammation. *Nature*. 2003 Jan 23;421(6921):384-8. doi: 10.1038/nature01339. Epub 2002 Dec 22. PMID: 12508119.
- 127.** Georgiev T. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and anti-rheumatic drugs. *Rheumatol Int*. 2020 May;40(5):825-826. doi: 10.1007/s00296-020-04570-z. Epub 2020 Mar 30. PMID: 32232552; PMCID: PMC7103900.

128. Berlin I, Thomas D, Le Faou AL, Cornuz J. COVID-19 and Smoking. *Nicotine Tob Res.* 2020 Aug 24;22(9):1650-1652. doi: 10.1093/ntr/ntaa059. PMID: 32242236; PMCID: PMC7184428.
129. Vardavas CI, Nikitara K. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tob Induc Dis* 2020;18: 20.
130. Mizumoto K, Kagaya K, Zarebski A, Chowell G. Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020. *Euro Surveill.* 2020 Mar;25(10):2000180. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.10.2000180. Erratum in: *Euro Surveill.* 2020 Jun;25(22): PMID: 32183930; PMCID: PMC7078829.
131. 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 Apr 7;323(13):1239-42. doi: 10.1001/jama.2020.2648. PMID: 32091533.
132. Suleyman G, Fadel RA, Malette KM, Hammond C, Abdulla H, Entz A, Demertzis Z, Hanna Z, Failla A, Dagher C, Chaudhry Z, Vahia A, Abreu Lanfranco O, Ramesh M, Zervos MJ, Alangaden G, Miller J, Brar I. Clinical Characteristics and Morbidity Associated With Coronavirus Disease 2019 in a Series of Patients in Metropolitan Detroit. *JAMA Netw Open.* 2020 Jun 1;3(6):e2012270.
133. Fu L, Wang B, Yuan T, Chen X, Ao Y, Fitzpatrick T, Li P, Zhou Y, Lin YF, Duan Q, Luo G, Fan S, Lu Y, Feng A, Zhan Y, Liang B, Cai W, Zhang L, Du X, Li L, Shu Y, Zou H. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: A systematic review and meta-analysis. *J Infect.* 2020 Jun;80(6):656-65. doi: 10.1016/j.jinf.2020.03.041. Epub 2020 Apr 10. PMID: 32283155; PMCID: PMC7151416.
134. Klopfenstein T, Kadiane-Oussou NJ, Toko L, Royer PY, Lepiller Q, Gendrin V, Zayet S. Features of anosmia in COVID-19. *Med Mal Infect.* 2020 Aug;50(5):436-9. doi: 10.1016/j.medmal.2020.04.006.

135. Trigo J, García-Azorín D, Planchuelo-Gómez Á, Martínez-Pías E, Talavera B, Hernández-Pérez I, Valle-Peñacoba G, Simón-Campo P, de Lera M, Chavarría-Miranda A, López-Sanz C, Gutiérrez-Sánchez M, Martínez-Velasco E, Pedraza M, Sierra Á, Gómez-Vicente B, Arenillas JF, Guerrero ÁL. Factors associated with the presence of headache in hospitalized COVID-19 patients and impact on prognosis: a retrospective cohort study. *J Headache Pain*. 2020 Jul 29;21(1):94. doi: 10.1186/s10194-020-01165-8.
136. Suzuki M, Saito K, Min WP, Vladau C, Toida K, Itoh H, Murakami S. Identification of viruses in patients with postviral olfactory dysfunction. *Laryngoscope*. 2007 Feb;117(2):272-7. doi: 10.1097/01.mlg.0000249922.37381.1e.
137. Lechien JR, Chiesa-Estomba CM, De Siati DR, Horoi M, Le Bon SD, Rodriguez A, Dequanter D, Blecic S, El Afia F, Distinguin L, Chekkoury-Idrissi Y, Hans S, Delgado IL, Calvo-Henriquez C, Lavigne P, Falanga C, Barillari MR, Cammaroto G, Khalife M, Leich P, Souchay C, Rossi C, Journe F, Hsieh J, Edjlali M, Carlier R, Ris L, Lovato A, De Filippis C, Coppee F, Fakhry N, Ayad T, Saussez S. Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2020 Aug;277(8):2251-61. doi: 10.1007/s00405-020-05965-1. Epub 2020 Apr 6.
138. Kosugi EM, Lavinsky J, Romano FR, Fornazieri MA, Luz-Matsumoto GR, Lessa MM, Piltcher OB, Sant'Anna GD. Incomplete and late recovery of sudden olfactory dysfunction in COVID-19. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2020 Jul-Aug;86(4):490-6.
139. World Health Organization: Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Geneva, WHO. 16-24 February, 2020. Erişim Aralık 06, 2020. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-onCOVID-19-final-report.pdf4>.
140. Tenforde MW, Kim SS, Lindsell CJ, Billig Rose E, Shapiro NI, Files DC, Gibbs KW, Erickson HL, Steingrub JS, Smithline HA, Gong MN, Aboodi MS, Exline MC, Henning DJ, Wilson JG, Khan A, Qadir N, Brown SM, Peltan ID, Rice TW, Hager DN, Ginde AA, Stubblefield WB, Patel MM, Self WH, Feldstein LR; IVY Network Investigators; CDC COVID-19 Response Team; IVY Network Investigators. Symptom Duration and Risk Factors for Delayed Return to Usual Health Among

Outpatients with COVID-19 in a Multistate Health Care Systems Network - United States, March-June 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020 Jul 31;69(30):993-8.

141. Carfi A, Bernabei R, Landi F; for the Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA.* 2020;324(6):603-605.
142. Perrin R, Riste L, Hann M, Walther A, Mukherjee A, Heald A. Into the Looking Glass: Post-viral Syndrome Post COVID-19. *Med Hypotheses.* 2020;144:110055. doi: 10.1016/j.mehy.2020.110055.
143. Zheng Z, Peng F, Xu B, Zhao J, Liu H, Peng J, Li Q, Jiang C, Zhou Y, Liu S, Ye C, Zhang P, Xing Y, Guo H, Tang W. Risk factors of critical & mortal COVID-19 cases: A systematic literature review and meta-analysis. *J Infect.* 2020 Aug;81(2):e16-e25. doi: 10.1016/j.jinf.2020.04.021. Epub 2020 Apr 23.
144. Xu L, Mao Y, Chen G. Risk factors for 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) patients progressing to critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Aging (Albany NY).* 2020;12(12):12410-12421. doi:10.18632/aging.103383
145. Xie J, Covassin N, Fan Z, Singh P, Gao W, Li G, Kara T, Somers VK. Association Between Hypoxemia and Mortality in Patients With COVID-19. *Mayo Clin Proc.* 2020 Jun;95(6):1138-47. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.04.006. Epub 2020 Apr 11.
146. Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. *Lancet Respir Med.* 2020 Apr;8(4):420-22. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30076-X. Epub 2020 Feb 18. Erratum in: *Lancet Respir Med.* 2020 Feb 25; PMID: 32085846; PMCID: PMC7164771.
147. Hui DS, Wong KT, Ko FW, Tam LS, Chan DP, Woo J, Sung JJ. The 1-year impact of severe acute respiratory syndrome on pulmonary function, exercise capacity, and quality of life in a cohort of survivors. *Chest.* 2005 Oct;128(4):2247-61. doi: 10.1378/chest.128.4.2247. PMID: 16236881; PMCID: PMC7094276.
148. Zhang P, Li J, Liu H, Han N, Ju J, Kou Y, Chen L, Jiang M, Pan F, Zheng Y, Gao Z, Jiang B. Long-term bone and lung consequences associated with hospital-acquired severe acute respiratory syndrome: a 15-year follow-up from a prospective cohort study. *Bone Res.* 2020 Feb 14;8:8. doi: 10.1038/s41413-020-0084-5. Erratum in: *Bone Res.* 2020 Sep 21;8:34. PMID: 32128276; PMCID: PMC7018717.

- 149.** Robert M Barker-Davies, Oliver O'Sullivan, Kahawalage Pumi Prathima Senaratne, The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation, *Br J Sports Med.* 2020 Aug; 54(16): 949–959
- 150.** Lerum TV, Aaløkken TM, Brønstad E, Aarli B, Ikdahl E, Lund KMA, Durheim MT, Rodriguez JR, Meltzer C, Tonby K, Stavem K, Skjønberg OH, Ashraf H, Einvik G. Dyspnoea, lung function and CT findings three months after hospital admission for COVID-19. *Eur Respir J.* 2020 Dec 10: 2003448. doi: 10.1183/13993003.03448-2020. Epub ahead of print. PMID: 33303540; PMCID: PMC7736755.
- 151.** Garrigues E, Janvier P, Kherabi Y, Le Bot A, Hamon A, Gouze H, Doucet L, Berkani S, Oliosi E, Mallart E, Corre F, Zarrouk V, Moyer JD, Galy A, Honsel V, Fantin B, Nguyen Y. Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. *J Infect.* 2020 Dec;81(6):e4-e6. doi: 10.1016/j.jinf. 2020.08.029. Epub 2020 Aug 25. PMID: 32853602; PMCID: PMC7445491.
- 152.** Mazza M.G., De Lorenzo R., Conte C. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun.* 2020;89: 594–600
- 153.** Parker C, Shalev D, Hsu I, Shenoy A, Cheung S, Nash S, Wiener I, Fedoronko D, Allen N, Shapiro PA. Depression, Anxiety, and Acute Stress Disorder Among Patients Hospitalized With Coronavirus Disease 2019: A Prospective Cohort Study. *Psychosomatics.* 2020 Oct 10:S0033-3182(20)30262-0. doi: 10.1016/j.psym. 2020.10.001. Epub ahead of print. PMID: 33198962; PMCID: PMC7546958.

EKLER

EK-1. Etik Kurul İzni

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
28.07.2020	14	2020/1002	
Çalışma Adı:	Covid-19 Geçiren Hastaların Prognozlarının, Tedavi Sonrası İyilik Hallerinin ve Anksiyete Durumlarının Değerlendirilmesi		
Araştırmacılar:	Doç. Dr. Burcu KAYHAN TETİK (Yürütücü) Doç. Dr. Murat YALÇINSOY (Yardımcı Araştırmacı) Doç. Dr. Mehmet Ediz SARIHAN (Yardımcı Araştırmacı) Doç. Dr. Mustafa Sait AYDOĞAN (Yardımcı Araştırmacı) Dr. Öğretim Üyesi Sibel ALTUNİŞİK TOPLU (Yardımcı Araştırmacı) Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK (Yardımcı Araştırmacı) Arş Gör. Gülsüm Hilal DEMİR (Yardımcı Araştırmacı)		
Başvurunuz; üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup- olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; <u>çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna;</u> oy birliği ile karar verilmiştir.			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurulu Başkan Yrd. (Vekili)			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı	KATILMADI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILMADI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Dinçer ÖZGÖR Etik Kurul Üyesi	KATILDI

EK-2. Pandemi Döneminde Covid-19 Geçiren Hastaların Prognozlarının, Tedavi Sonrası İyilik Hallerinin ve Covid-19 Anksiyete Ölçeğinin Değerlendirmesi

Sizi Gülsüm Hilal Demir tarafından yürütülen " Pandemi döneminde Covid-19 Geçiren Hastaların Prognozlarının, Tedavi Sonrası İyilik Hallerinin ve Covid-19 Anksiyete Ölçeğinin Değerlendirmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi biranda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Çalışma için gerekli İzin/ Onam alındı. Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/ onay verdiğiniz anlamına gelmektedir. Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen Araştırma amacı ile kullanılacaktır. Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. Bir şahısa verilmeyecektir.

SOSYODEMOGROFİK VERİ FORMU:

1.Bu çalışmaya katılmayı onaylıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

2.Cinsiyetiniz:

- Kadın
- Erkek

3.Yaş:

4.Boyunuz:

Kilonuz:

BMI:

5.Eğitim Düzeyi:

☐ Okur-yazar değil	☐ İlkokul mezunu
☐ Ortaokul mezunu	☐ Lise Mezunu
	☐ Üniversite Mezunu

6. Meslek.....

7.Kronik Hastalıklarınız nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

8.Psikiyatrik Hastalığınız var mı?

☐ Kronik Hastalığım yok	☐ Alerji
☐ DM	☐ HT
☐ Otoimmün Hastalıklar	☐ Tiroid Hastalıkları
☐ Obezite	☐ Diğer.....

- Yok
- Depresyon
- Anksiyete
- Bipolar bozukluk
- Şizofreni
- Panik Atak
- Diğer

9.Tütün ürünleri kullanıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

10.Covid-19 Hastalığını ne zaman geçirdiniz?

☐ Mart	☐ Nisan
☐ Mayıs	☐ Haziran
☐ Temmuz	☐ Ağustos

11. Covid-19 hastalığı sırasında hangi şikayetleri yaşadınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

☐ Nefes Darlığı	☐ Halsizlik	☐ Mide Ağrısı	☐ Bulantı
☐ Kusma	☐ İshal	☐ Vücut Ağrısı	☐ Göz Kızarıklığı
☐ Ateş	☐ Balgam çıkarma	☐ Baş ağrısı	☐ Boğaz ağrısı
☐ Öksürük	☐ Sırt Ağrısı	☐ Diğer	
☐ Koku almada Kayıp	☐ Tat almada Kayıp		

12. Covid-19 hastalığı sırasında Sizi en çok zorlayan ve rahatsız eden yukarıda saydığınız şikayetlerden hangisiydi?

☐ Nefes Darlığı	☐ Halsizlik	☐ Kusma	☐ İshal
☐ Ateş	☐ Balgam çıkarma	☐ Koku almada Kayıp	☐ Tat almada Kayıp
☐ Vücut Ağrısı	☐ Göz Kızarıklığı	☐ Baş ağrısı	☐ Boğaz Ağrısı
☐ Öksürük	☐ Sırt Ağrısı	☐ Mide Ağrısı	☐ Bulantı
☐ Diğer			

13. Covid-19 hastalığı sebebiyle hastaneye yattınız mı?

- evet
- hayır

14. Covid-19 hastalığı sebebiyle yoğun bakıma yattınız mı?

- evet
- hayır

15. Covid-19 hastalığı geçirdikten sonra devam eden bir şikayetiniz var mı?

☐ Nefes Darlığı	☐ Halsizlik	☐ Koku almada Kayıp	☐ Tat almada Kayıp
☐ Ateş	☐ Balgam çıkarma	☐ Baş Ağrısı	☐ Boğaz Ağrısı
☐ Öksürük	☐ Sırt Ağrısı	☐ Vücut Ağrısı	☐ Göz Kızarıklığı
☐ Mide Ağrısı	☐ Bulantı	☐ Kusma	☐ İshal
☐ Diğer.....			

16. Bağışıklığın uzun süreli olmaması sizde tekrar hastalanma kaygısı yaratıyor mu?

- evet
- hayır

17. Medical Research Council Skala (MRCs) Bu sorularla sizin solunum sıkıntınızın şiddetini belirlemek amaçlanmaktadır.

DERECE	TANIM
Evre 1	dispne yok. (düz yerde hafif hızlı hareket ederken veya hafif yokuşa çıkarken solunum sıkıntısı yok)
Evre 2	Hafif dispne. (düz yerde hafif hızlı hareket ederken veya hafif yokuşa çıkarken solunum sıkıntısı var)
Evre 3	Orta şiddette dispne. (düz yerde yürürken yaşlılarından daha yavaş yürür, soluklanmak için duraklar)
Evre 4	Şiddetli dispne. (100 metre kadar veya birkaç dakika yürüyünce nefes almak için durur)
Evre 5	Çok şiddetli dispne. (Evde günlük işlerini yaparken, elbiselerini giyerken, çıkarırken veya tuvalete giderken nefessiz kalır)

18: Covid-19 Anksiyete Anketi. Bu sorularla Sizin Covid-19 hastalığına karşı kaygı seviyenizi belirleme amaçlanmaktadır

	0 Hiçbir zaman	1 Nadir bir veya iki günden az	2 Birkaç gün	3 7 günden fazla	4 Son iki haftada neredeyse her gün
Covid-19 ile ilgili haberleri okuduğum veya dinlediğim zaman başımın döndüğünü ve sersemleştigimi hissettim veya bayılacakmış gibi oldum.					
Covid-19 düşündüğüm için uykuya dalmada ya da uyumada sorun yaşadım.					
Covid-19 ile ilgili konuları düşündüğümde ya da bu konulara maruz kaldığımda inme inmiş gibi hissettim veya donup kaldım					
Covid-19 ile ilgili konuları düşündüğümde ya da bu konulara maruz kaldığımda iştahım kaçtı					
Covid-19 ile ilgili konuları düşündüğümde ya da bu konulara maruz kaldığımda mide bulantısı ya da mide problemleri yaşadım.					

Hastanın PCR sonucu:

Hastanın Radyoloji Sonucu:

Anketimiz bitti. Katılımınız için teşekkür ederiz.....