



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI

**COVID-19 PANDEMİSİNİN AYDIN ADNAN
MENDERES ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ DERİ VE ZÜHREVİ
HASTALIKLAR POLİKLİNİK BAŞVURULARI
ÜZERİNE ETKİLERİ**

UZMANLIK TEZİ
DR. HİLAL TOPYILDIZ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ekin ŞAVK

AYDIN-2022

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR ANABİLİM DALI

**COVID-19 PANDEMİSİNİN AYDIN ADNAN
MENDERES ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ DERİ VE ZÜHREVİ
HASTALIKLAR POLİKLİNİK BAŞVURULARI
ÜZERİNE ETKİLERİ**

UZMANLIK TEZİ
DR. HİLAL TOPYILDIZ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Ekin ŞAVK

AYDIN-2022

TEŞEKKÜR

Tıpta uzmanlık eğitimimde ve tez çalışmalarımda çok kıymetli emekleri bulunan ve tez danışmanım olan Prof. Dr. Ekin Şavk'a, eğitim sürecimdeki değerli katkıları için Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı başkanımız Prof. Dr. Meltem Uslu'ya, Dr. Öğr. Üyesi Münevver Güven'e, Prof. Dr. Neslihan Şendur'a,

Rotasyonlarım sırasında mesleki bilgi ve becerilerinden yararlandığım İç Hastalıkları, Tıbbi Patoloji, Plastik, Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki değerli hocalarıma, tezimin istatistiksel çalışmalarında katkıda bulunan Prof. Dr. Mevlüt Türe ve Arş. Gör. Fulden Cantaş Türkiş'e,

Eğitim sürecim boyunca birlikte çalışma fırsatı bulduğum sevgili meslektaşlarım Dr. Erdal Topan, Dr. Özlem Özcanoğlu, Dr. Cansu Şahin, Dr. Fatma Nalbant, Dr. Selin Işık, Dr. Gizem Çetinkaya Nurlu, Dr. Aybüke Parlakdağ, Dr. Tahir Emre Mertoğlu, Dr. Hatice Ergin'e, Dr. Nevzat Uysaloğlu'na,

Kliniğimizin değerli çalışanlarından hemşiremiz Öznur Bahar Yorulmaz'a, sekretimiz Serpil Özcan'a, fototerapi teknikerimiz Selda Karabıyık'a, birlikte çalıştığım tüm değerli hemşire ve personelimize,

Hayatım boyunca desteklerini her daim hissettiğim anneme, babama ve ablama sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Hilal TOPYILDIZ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
TABLO DİZİNİ.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
EKLER DİZİNİ	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Salgın Hastalıklar	3
2.1.1. Mora Salgını	3
2.1.2. Veba Salgınları	4
2.1.2.1. Jüstinien Vebası	4
2.1.2.2. Kara Ölüm	5
2.1.3. Kolera	5
2.1.4. Çiçek hastalığı	6
2.1.5. İspanyol Gribi veya H1N1.....	6
2.1.6. Hong Kong Gribi veya H3N2.....	7
2.1.7. HIV/AIDS.....	7
2.1.8. SARS	8
2.1.9. Domuz Gribi veya H1N1.....	9
2.1.10. Ebola.....	9
2.2. Koronavirüsler ve COVID-19	10
2.2.1. Genel Bilgiler	10
2.2.2 Epidemiyoloji	11
2.2.3. Bulaş Yolları.....	12
2.3. Dermatoloji Poliklinik Başvuruları	13

2.4. COVID-19 pandemisi ve Dermatoloji.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
4. BULGULAR	26
4.1. Poliklinik dökümlerinin karşılaştırılması ile elde edilen veriler	26
4.2. Anket çalışması ile elde edilen veriler.....	31
5. TARTIŞMA.....	39
5.1. Poliklinik dökümlerinin karşılaştırılması ile elde edilen veriler	39
5.2. Anket çalışması ile elde edilen veriler.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	51
7. ÖZET	52
8. SUMMARY	54
9. KAYNAKLAR.....	56
10. EKLER	62

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo I: Tanı grupları ve ICD kodları	20
Tablo II: Hasta tanılarınin pandemi öncesi ve pandemi sırasındaki dağılımları.....	27
Tablo III: Anket çalışmasına katılan hastaların eğitim düzeyiile ilgili veriler	32
Tablo IV: Anket çalışmasına katılan hastaların medeni durumları ile ilgili veriler	32
Tablo V: Çalışan hastaların pandemi dönemindeki çalışma şekilleri ile ilgili veriler.....	32
Tablo VI: Anket çalışmasına katılan hastaların ortalama aylık gelir düzeyleri	33
Tablo VII: Hastaların kronik hastalıklarının dağılımı.....	33
Tablo VIII: Bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaç kullanan hastaların kullandığı ilaçların dağılımı.....	34

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

2019-nCoV	: 2019-novel coronavirus
COVID-19	: Coronavirus disease 2019
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SARS	: Severe Acute Respiratory Syndrome
MERS	: Middle East Respiratory Syndrome
SARS-CoV-2	: Severe Acute Respiratory Syndrome Causing Coronavirus 2
RNA	: Ribo Nükleik Asit
M.Ö.	: Milattan önce
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
AIDS	: Acquired Immunodeficiency Syndrome
WER	: Weekly Epidemiological Record
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention
EVH	: Ebola Virüs Hastalığı
KKE	: Kişisel Koruyucu Ekipman
CoV	: Coronavirus
ICD	: International Classification of Diseases
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

EKLER DİZİNİ

Ek 1: Anket formu62

Ek 2: Bilgilendirilmiş Olur Formu.....65



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çin'in Wuhan kentinde 2019 yılı aralık ayında görülen belirsiz nedenli pnömoni vakalarında etiyolojik bir ajan olarak yeni bir koronavirüs tipi, 2019-novel coronavirus (2019-nCoV) tespit edildi. Virüs daha sonra hızla tüm dünyaya yayıldı ve Coronavirus disease 2019; Koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) olarak bilinen hastalığa yol açtı. COVID-19, ülkemizde de ilk vakanın görüldüğü 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi ilan edildi (1, 2).

COVID-19, Severe Acute Respiratory Syndrome; Şiddetli Akut Solunum Yetmezliği Sendromu (SARS) ve Middle East Respiratory Syndrome; Orta Doğu Solunum Yetmezliği Sendromu (MERS)'na neden olan diğer iki koronavirüs ile yapısal olarak ilişkili olan Severe Acute Respiratory Syndrome Causing Coronavirus 2; Şiddetli Akut Solunum yolu Sendromu Koronavirüsü 2 (SARS-CoV-2) enfeksiyonundan kaynaklanan bir hastalıktır. Koronavirüsler zarflı, pozitif tek sarmallı büyük ribonükleik asit (RNA) virüsleridir. SARS-CoV-2, solunum yoluyla ve fekal-oral yolla bulaşabilen ciddi hastalıklara ve ölümlere neden olabileceği bilinen beta alt grubuna aittir (3).

COVID-19 virüsü nazal mukoza, oküler mukoza ve gırtlak mukozası dahil olmak üzere mukoza zarlarından geçebilir, daha sonra solunum yolundan akciğerlere girer. Halen mevcut tedavisi yoktur ve virüsün yayılmasını önlemenin tek yolu, maske takmak, sosyal mesafe kurallarına uymak, elleri en az 20 saniye sabun ve suyla yıkamak veya alkol bazlı bir el dezenfektanı ile düzenli ve derinlemesine temizlemektir (4).

Mevcut spesifik tedavi eksikliği ve viral kuluçka dönemi boyunca bulaşma riski nedeniyle, 2019-nCoV enfeksiyonunun önlenmesi ve kontrolü hem acil hem de küresel sağlık için kritiktir (5).

Hastanelerde enfeksiyon şüphesi olan hastaların triyajı önemlidir. COVID-19 tanısı temel olarak ateş, yorgunluk, kuru öksürük, baş ağrısı, ishal, hemoptizi, nefes darlığı, rinore gibi klinik bulgular ve radyolojik bulgularla konur. Laboratuvar testleri tanıyı doğrulayabilir (3).

Hastalığın yayılımını yavaşlatmak ve salgın kontrolünü sağlamak amacıyla ülke genelinde birtakım tedbirler alınmış ve alınmaktadır. Bunlar sağlık sektöründe bazı branşlarda

poliklinik sayılarında azaltılmaya gidilmesi, acil olmayan operasyonların ertelenmesi gibi önlemlerdir. Hastalara acil şikayetleri olmadıkça hastanelere, sağlık kuruluşlarına başvurmamaları, mümkün olduğunca evlerinde kalmaları devlet ve yayın organları tarafından bildirilmektedir. Halk arasında hastalıkların yayılmasını önlemek için, ülkemizde 21 Mart 2020 tarihinde 65 yaş üstü olan ve kronik hastalığı bulunan kişilere, 3 Nisan 2020 tarihinde de 20 yaş altı kişilere sokağa çıkma yasağı şeklinde kısıtlama getirilmiştir (6).

Acil olmayan hastalar ve hafif rahatsızlıkları olanlar için uygulanan internet üzerinden gerçekleşen konsültasyon, salgın dönemi boyunca dermatoloji kliniklerindeki hasta sayısını önemli ölçüde azaltmış ve bu da 2019-nCoV enfeksiyon riskini düşürmüştür (5).

Hekimlik hizmeti verilirken hastaların yönelimlerinin, tedavi arama davranışlarının belirlenmesi, sonrasında hastalara daha iyi hizmet verilebilmesi için gereklidir. Bu araştırmayla dermatoloji poliklinik başvurularının pandemi sürecinden nasıl etkilendiğinin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Pandemi sürecinde polikliniğimize başvuran hastaların hangi deri hastalıklarını daha acil olarak algıladığının belirlenmesi ve hastaların pandemi hakkındaki farkındalık düzeylerinin belirlenmesi de hedeflenmiştir. Bu konuda bilinen, daha önce yapılmış pandemiye uzun soluklu irdeleyen karşılaştırmalı çok az sayıda çalışma vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Salgın Hastalıklar

Salgın hastalıklar, tarih boyunca insanlık için sorun oluşturmuştur. Çünkü yalnızca enfekte bireyleri değil, tüm toplumu pek çok yönden etkilemektedir. İnsanlar gibi, mikroorganizmalar da modern ulaşım olanaklarından yararlandığından, salgınlar eskisinden çok daha hızlı ve etkili bir şekilde yayılmakta, insanlık için ciddi tehdit oluşturmaktadır. Hastalık oluşturan bir enfeksiyon etkeninin duyarlı canlıya doğrudan veya dolaylı yolla geçmesi ile oluşan bulaşıcı hastalıkların yayılarak çok sayıda canlıda hastalık oluşturmaları, salgın hastalık olarak tanımlanır (7).

Pandemi (*eski Yunanca: pan: tüm + demos: insanlar*), dünya çapında veya çok geniş bir alanda meydana gelen, uluslararası sınırları aşan ve genellikle çok sayıda insanı etkileyen bir salgın olarak tanımlanır (8).

Milattan önce (M.Ö.) 430'da Mora Savaşı'nda ortaya çıktığı bilinen eski bir salgının yanı sıra, salgın hastalıklar insanlık tarihi boyunca birçok medeniyeti etkiledi. Jüstinyen Vebası (541-750), Kara Ölüm (1347-1351), Kolera (1817-1823), Çiçek hastalığı (15-17. yüzyıllar), İspanyol Gribi veya H1N1 (1918-1919), Hong Kong Gribi veya H3N2 (1968-1970), HIV/AIDS (1981-günümüz), SARS (2002-2003), Domuz Gribi veya H1N1 (2009-2010), Ebola (2014-2016) salgınları bunlar arasında en önemlileriydi (9).

2.1.1. Mora Salgını

Tarihteki en önemli salgınlardan biri, M.Ö. 431-404 yılları arasında Atina ve Sparta ile müttefikleri arasında gerçekleşen Mora (Peloponnesos) Savaşı'nda yaşanmıştır. Thukydides, M.Ö. 430 tarihinde Atina'da ortaya çıkan salgın ve hastalığa neden olan patojen hakkında, hastalığa kendisinin de bizzat yakalanması sebebiyle ayrıntılı tasvirlerde bulunmuştur. Thukydides'in tasvirlerine göre başlangıçta herkesin sağlığı yerindeyken birdenbire ateşleri çıkmaya başlıyor, gözleri yanıyor, boğaz ve dilde kanlanma oluyor, nefes alıp vermede düzensizlik yaşanıyor, ağızda kötü bir koku oluyordu. Sonra göğüste şiddetli bir ağrı, öksürük, mide ağrısı, kusma veya hıçkırma başlıyordu. Dışarıdan çok ateşli gözükmeseler de içten içe yanma hissediyorlardı. Derilerinin rengi kızıla çalıyor, pürüzlü bir görünüm alıyordu. Hastalar sürekli bir yorgunluk ve susuzluk hissediyorlar, yedi ila dokuz gün içerisinde büyük

bir kısmı ölüyordu. Bu evreyi atlatmayı başaranlarda hastalık bağırsaklara iniyor, şiddetli bir ishal başlıyor ve hastalar bu evrede yaşamlarını kaybediyorlardı. İlk zamanlar vücudun baş kısmında başlayan bu bulgular, zamanla vücudun tamamına yayılıyordu. Hastalık bazen cinsel organlardan, el ve ayakların en uç noktalarına kadar taşınıyordu. Bu durumdaki insanlar hastalıktan kurtulabilmek için uzuvlarından bazılarını kaybetmeyi bile göze alabiliyorlardı. Hastalıktan kurtulmayı başarabilenler ise bilinçlerini kaybederek, kendilerinin ve akrabalarının dahi kim olduklarını hatırlamıyorlardı (10).

Araştırmacılar, M.Ö. 431 yılında Atina’da 47.000 yurttaşın yaşadığını ve bunlar içinden 15.000 kişinin salgın sebebiyle öldüğünü ileri sürmüşlerdir. Yine Attika nüfusunun 315.000’den 218.000 indiği iddialar arasındadır. Hatta salgın nedeniyle 300.000 kişinin öldüğü bile ileri sürülmüştür (10).

2.1.2. Veba Salgınları

Veba, *Yersinia pestis* adlı bakterinin neden olduğu bir enfeksiyon hastalığıdır. Bakterinin adı, bu bakteriyi bulan Fransız bakteriyolog Alexandre Yersin’den gelir. En yaygın cinsi bubonik form; hıyarcıklı vebadır. Enfekte fareleri ısırarak *Yersinia pestis*’i alan pirelerin, bu mikroorganizmayı insanların derisine inoküle ettikten iki ila sekiz gün sonra klinik bulgular ortaya çıkmaktadır. Dünyada 541, 1347, 1894 yıllarında kaydedilmiş ve her seferinde yüksek mortaliteye neden olan üç büyük veba salgını olmuştur (7)

2.1.2.1. Jüstinyen Vebası (541-750)

Veba salgını başlangıcı Bizans İmparatoru I. Justinianus zamanında gerçekleştiği için salgın Jüstinyen Vebası olarak adlandırılmıştır. Jüstinyen Veba Salgını başkent Konstantinopolis’i, Sasani İmparatorluğu’nu, Akdeniz etrafında bulunan liman şehirlerini, Filistin’i, Suriye’yi ve oradan Anadolu’yu büyük ölçüde etkilemiştir. 541 yılında başlayan ve sekizinci yüzyılın ortalarına kadar aralıklarla süren veba, İslâm’ın doğduğu ve yayıldığı toprakları da etkilemiştir. Hastalık iki yüz yıl boyunca can almaya devam etmiştir (11).

Altıncı yüzyılda hıyarcıklı veba salgını, Bizans imparatoru I. Jüstinyen’in saltanatının önüne engel olmuştur. Günümüzde Jüstinyen vebası olarak bilinen bu salgının, o zamanlar belki de dünya nüfusunun yarısına eşit olan 30 ila 50 milyon insanı öldürdüğü düşünülmektedir. Bu salgının geleneksel anlatısı, ticaretin büyük ölçüde durduğu ve

imparatorluğun zayıfladığı ve bunun sonucunda Bizans'ın, diğer medeniyetlerin Orta Doğu, Kuzey Afrika ve Asya'nın bazı bölgelerindeki kendi topraklarını yeniden ele geçirmesine izin verdiği şeklindeydi. Justinianus, veba vurduğunda Roma imparatorluğunun doğu ve batı yarısını yeniden birleştirme sürecinde olduğu için, veba o dönemin gerçek sonu olarak bile suçlandı. Sonuç olarak, bu salgında dünyadaki insanların yarısı ölmüş, Roma İmparatorluğu bir daha asla birleşmemiş ve karanlık çağlar başlamıştır (12).

2.1.2.2. Kara Ölüm (1347-1351)

“Kara Ölüm” olarak da bilinen tarihin en büyük veba salgını 14. yüzyılın ortalarına doğru yaşanmıştır. Hastalığın “kara ölüm” olarak adlandırılmasının nedeni, siyah renkli şişliklerin (apse ve lenfadenopati) hastalığın karakteristik özelliği olmasıdır (7).

Kara ölümün ortaçağ Avrupa'sına olan etkileri çok çeşitli ve bir o kadar da önemlidir. Bu salgın sadece halkın her kesimini değil aynı zamanda sosyal, kültürel, ekonomik ve siyasi hayatı da etkilemiştir. Veba salgını yüzünden her üç kişiden biri hayatını kaybetmiş, bazı köyler tamamen yok olurken bazıları halkının çoğunu kaybetmiştir. Kıta nüfusu büyük oranda azalmıştır; 1340'da nüfus 76 milyon iken, 1450'de 50 milyon olarak kaydedilmiştir (13).

1720-1722 yılları arasında 75-200 milyon kişinin öldüğü düşünülen, Fransa'da başlayan Büyük Marsilya Salgını'ndan sonra üçüncü pandeminin 1855'te Çin'de başlayarak yayıldığı tahmin edilmektedir (7).

Veba pandemilerinin üçüncüsü ve sonuncusu 1896 yılında Hindistan'da başlamıştır. Salgın neredeyse yarım asır sürmüş, 1918 yılına kadar on milyonun üzerinde Hintlinin ölümüne sebep olmuştur. Bu sayı 1948 yılında 13 milyona ulaşmıştır (14).

Veba salgınları, 1950'li yıllardan sonraki koruyucu hekimlik önlemleri ve antibiyotiklerin kullanılmaya başlaması ile yavaşlatılabilmektedir. Ancak halen küçük salgınlar görülebilmektedir (7).

2.1.3. Kolera (1817- 1823)

Etkeni *Vibrio cholerae* adlı bakteri olan kolera, su ve kontamine olmuş gıdalar ile bulaşan ve akut ishale neden olan bir enfeksiyon hastalığıdır. Bilinen ilk kolera pandemisi, 1817'de ortaya çıkmış olup, 19. yüzyılın en öldürücü hastalığı olmuştur (7).

İlk kolera pandemisi Hindistan'ın Jessore kentinde başlayıp bölgenin çoğuna ve ardından komşu bölgelere yayıldı. Milyonlarca insanı öldüren yedi büyük kolera salgınından ilkiydi. John Snow adlı İngiliz bir doktor, hastalığın yayılmasının nasıl önleneceği hakkında bazı şeyler biliyordu ve 1854'te, kaynağını Londra'nın Soho semtindeki belirli bir su pompasına izole ederek salgını durdurdu. DSÖ, kolerayı "unutulmuş salgın" olarak adlandırdı ve 1961'de başlayan yedinci salgının günümüze kadar devam ettiğini söyledi. Koleranın her yıl 1.3 milyon ila 4 milyon insanı etkilediği ve yıllık ölümlerin 21.000 ila 143.000 arasında değiştiği bildirilmektedir (12).

2.1.4. Çiçek hastalığı (15-17. yüzyıllar)

Etkeni Çiçek virüsü (Variola virüs) olan, tarihte geniş yayılımla en çok ölüme neden olan bulaşıcı hastalıklardan biri olan çiçek hastalığının iki türü vardır: Variola majör (%30 civarında öldürücü seyrederek) ve variola minör. Hastalık damlacık yolu ile, yüz yüze temas, kontamine giysi ve yatak takımları ile bulaşabilmektedir (7).

Çiçek hastalığının günümüze dek dünyanın hemen her bölgesinde milyonlarca can aldığı bilinmektedir. Tarih boyunca pek çok ülkeyi etkileyen çiçek hastalığı, geniş bir coğrafyada etkili olduğundan birçok dilde karşılık bulmuştur. Latince "variole", "variola", "febris variolosa", "de varius", "tachete", "mouchete"; Almancada "blattern", "pocken"; İngilizcede "smallpox"; İtalyancada "vajuolo"; İspanyolcada "viruela"; Fransızcada "petite verole"; Arapçada "cüderî" ve Farsçada "abile" olarak bilinir (15).

Dr. Edward Jenner, 1796 yılında inek çiçeği virüsünden elde ettiği aşıyla birlikte, sağlıklı bir insanı hafif şekilde hasta ederek çiçek virüsüne karşı bağışıklık kazanmasını sağladı (variolyasyon). Yaklaşık iki yüzyıl sonra, 1980'de DSÖ, dünyayı bu hastalıktan arınmış olarak ilan etmiş ve hastalığın aşısının rutinden çıkarılmasını önermiştir. Uluslararası halk sağlığında en büyük başarı olarak kabul edilen çiçek hastalığının eradikasyonu, tarihte bir ilk olan aşısının bulunması, erken tanı ve takipler sayesinde olmuştur (7).

2.1.5. İspanyol Gribi veya H1N1 (1918-1919)

1918 "İspanyol Gribi" pandemisi İnfluenza A H1N1 alt tipinden kaynaklanmıştır. Pandemik dalgaların süre ve sayısında bölgesel farklılıklar olmakla birlikte, genel tablo itibarıyla 1918 pandemisi ılımlı ilk dalga (Mart-Ağustos 1918), şiddetli ikinci dalga (Eylül-

Aralık 1918) ve artçı son dalgadan (Ocak-Mayıs 1919) ibaret olmak üzere üç dalga halinde seyretmiştir (16).

H1N1 grip virüsünden kaynaklı İspanyol gribi, I. Dünya Savaşı'nın son dönemlerinde yayılarak yaklaşık 50 milyon insanın ölümüne neden oldu. Bu rakam neredeyse 1. Dünya Savaşı'nda ölenlerin iki katından fazlaydı. Savaş zamanı sırasında sansür ve propaganda nedeniyle hastalık hakkında iletişimin büyük ölçüde çarpıtılması vaka sayısının artmasına neden olmuştur. Ülkeler hastalıkla ilgili haberleri savaş dolayısıyla sansürlerken İspanya'daki grip vakaları açık olarak haber yapılmış ve bundan dolayı da salgın daha sonra İspanyol gribi olarak adlandırılmıştır (17).

2.1.6. Hong Kong Gribi veya H3N2 (1968-1970)

Hong Kong'da soğuk mevsimdeki grip salgınlarının aksine, 1968 yaz ortasında bir salgın patlak vermiştir. İlk olarak 13 Temmuz'da, hükümet kliniklerinde grip benzeri semptomları olan hastalarda ani bir artış olduğu gözlemlenmiştir. Salgın kısa süre sonra 27 Temmuz haftasında en yüksek yoğunluğuna ulaşmıştır. Hong Kong'dan Asya'nın geri kalanına, daha sonra Rusya, Avrupa ve Amerika'ya yayılmıştır. Avrupa ve Kuzey Amerika 1969 yılının ocak ayında virüse maruz kalmıştır. Salgın sonucunda tahmini ölüm sayısı, dünya çapında bir milyon ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde ise yaklaşık 100000 olarak gerçekleşirken ölümlerin çoğunun 65 yaş ve üzerindekilerde gerçekleştiği görülmüştür (18).

Yakın dönem salgınlar 1980 yılından sonra görülen salgınları ifade etmektedir. Bu çerçevede görülen önemli salgınlar arasında HIV/AIDS (1981-), SARS (2002-2004), Domuz Gribi (2009-2010), EBOLA (2014-2016), MERS (2015-) yer almaktadır (17).

2.1.7. HIV/AIDS (1981-)

İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (Human Immunodeficiency virüs, HIV) bağışıklık sisteminin zayıflamasına yol açabilen bir virüsü, Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu (Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS) ise HIV enfeksiyonunun ilerlemiş ve hastalık belirtileri başlamış şeklini ifade etmektedir (19).

1981 yılında ilk AIDS vakalarının bildirilmesinden sonra, hastalık pandemik oranlara ulaşmış ve tahmini 65 milyon enfeksiyon ve 25 milyon ölümle sonuçlanmıştır (17).

Dünya üzerinde 36,9 milyon kişinin HIV ile birlikte yaşadığı belirtilmektedir. 2017 yılında, HIV ilişkili sebeplerden 940 bin ölüm ve 1.8 milyon yeni HIV enfeksiyonu vakası tespit edilmiştir (19).

Kontrol ve tedavisinde kayda değer başarılarla karşın her yıl bir milyon kişinin HIV/AIDS nedeniyle yaşamını kaybettiği bilinmektedir. En çok Afrika'da 15-24 yaş arasındaki çocuk ve genç kadınlarda görülmektedir. Nüfusun %5'inin enfekte olup, 31 ila 35 milyon insanın olduğu Sahra altı Afrika'da, yaklaşık 21 milyon enfekte insan, geliştirilen yeni tedaviler ile üretken yaşam sürmeye devam etmektedir (7).

2.1.8. SARS (2002-2004)

Hastalık ilk olarak Çin'in Guangdong bölgesinde 16 Kasım 2002'de klinik olarak dikkate alınmış ve o dönemde yeni bir influenza salgını olarak değerlendirilmiştir. Tıp literatürüne ise ilk kez 14 Şubat 2003'te DSÖ'nün epidemiyoloji ve hastalık yayınlarının yer aldığı haftalık raporu; Weekly Epidemiological Record (WER)'de kısa rapor şeklinde Çin'in Guangdong bölgesinde 16 Kasım 2002-9 Şubat 2003 arasında 305 vakayı etkileyen ve beş kişinin ölümüne yol açan bilinmeyen akut solunum sendromu olarak yer almıştır. ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri; Centers for Disease Control and Prevention (CDC) tarafından ilk klinik tanımlama 21 Mart 2003'te yayınlanmış ve 24 Mart'ta CDC ve Hong Kong'tan etkenin yeni bir koronavirüs olduğu duyurulmuştur (20).

DSÖ'ye göre 2002-2003 tarihleri arasında dokuz aylık bir sürede ağır atipik pnömoni kliniği ile seyreden, Çin'den başlayarak 37 ülkeye dağılan SARS salgını, dünyada kanıtlanmış 8422 olgu ve 916 ölüme neden olduğu (ölüm oranı %10.9) bildirilmiştir. DSÖ'ye göre SARS mortalite hızı; yaş ≤ 24 ise %1 altında, yaş 25-44 arası ise %6, yaş 45-64 arası ise %15, yaş 65 ve üstünde ise %50 olarak bildirilmiştir. 2004 yılından sonra SARS'a bağlı pandemi düzeyinde olgu bildirimi olmamıştır (21).

2.1.9. Domuz Gribi veya H1N1 (2009-2010)

2009 yılının Mart ayında Meksika'daki bir domuz çiftliğinde domuzlarda görülen ve domuzlardan insana geçen bir grip enfeksiyonu tanımlandı. Kısa süre içerisinde bu grip Meksika'nın diğer bölgelerine, komşu ülke olan ABD'ye yayılıp arkasından da kıtalar arası yayılım gösterdi. DSÖ 11 Nisan 2009 tarihinde bu virüsün neden olduğu ve tüm dünyayı etkileyen enfeksiyonu "Grip pandemisi" olarak ilan etti. Salgın Meksika'da başladığı için önce "Meksika Gribi", domuz kaynaklı olduğu için "Domuz Gribi" olarak isimlendirilmiş olsa da, daha sonra insan, kuş ve domuz grip virüslerinin genetik karışımı sonucu oluşan bu virüs "Yeni A(H1N1)v" olarak anılmaya başlanmıştır (22).

Belirtileri mevsimsel gribe benzer; ateş, öksürük, boğaz ağrısı, yaygın vücut ağrıları, baş ağrısı, titreme ve yorgunluk ön plandadır. Bazı kişilerde ishal ve kusma görülür. Pnömoniye bağlı ciddi hastalık gelişebilir, ölümle sonuçlanabilir (23).

H1N1 virüsünün yol açtığı pandemide beş ay içinde ilk dalga olarak kabul edilen yaklaşık 200000 vaka ve 1800 ölüm bildirilmiştir. Türkiye'de pandemik influenza virüsüne bağlı 2009-2010 sezonunda doğrulanmış toplam 13591 vaka ve 656 ölüm görülmüştür (9).

Pandemi dünya genelinde 212'den fazla ülkede milyonlarca grip olgusuna ve en az 16 bin (resmi rakam 15921) teyid edilmiş ölüme yol açmıştır. DSÖ tarafından yapılan 10 Ağustos 2010 tarihli açıklama ile pandeminin sona erdiği ve dünya genelinde "post-pandemik dönem"e girildiği duyurulmuştur. Virüs mutasyon geçirip ölümcül bir forma dönüşmemiş, oseltamivir direnci yaygınlaşmamış, üretilen aşı sirküle eden virüs kökenleri ile örtüşerek etkili olmuş ve son derece iyi bir güvenlik profili göstermiştir. 2009 pandemisi bir buçuk yıl içinde bilinen mevsimsel grip seyrine geri dönerek insanlık tecrübesine büyük ölçüde bir başarı öyküsü olarak kaydedilmiştir (24).

2.1.10. Ebola (2014-2016)

Ebola Virüs Hastalığı (EVH), Ebola virüsünün neden olduğu, yüksek fatalite ile seyreden bir hastalıktır. Önceleri Ebola Hemorajik Ateşi olarak adlandırılan hastalık, 2014'te Orta Batı Afrika'da görülen salgında vakaların yarısından çoğunda hemorajik bulgular bulunmaması nedeniyle EVH olarak anılmaya başlamıştır. Ebola virüsü ilk olarak 1976

yılında Sudan ve Kongo'daki salgınlarda saptanmış ve adını Kongo'daki Ebola nehrinden almıştır (25).

Hastalık 1976 yılından günümüze kadar Afrika'da özellikle Orta ve Doğu Afrika'da bazı bölgelerde aralıklı olarak 20'den fazla salgına yol açmış, 2000 yılından sonra ise hemen hemen her yıl büyüklükleri farklı salgınlar görülmüştür. İnsanlardaki salgınlar dışında Afrika'da maymunlar arasında da çok sayıda ölüme yol açmıştır (26).

2.2. Koronavirüsler ve COVID-19

2.2.1. Genel Bilgiler

Koronavirüsler ilk olarak 1965 yılında Tyrrell ve Bynoe, 1966 yılında Hamre ve Procknow tarafından insan embriyonu silli trakea veya nazal epitelyumu ve primer insan böbrek hücre kültürlerinde üretilmiştir. 1968'de ortaya çıkan "koronavirüs" adı, bu virüsler için elektron mikroskopunda gözlemlenen "korona" benzeri veya taç benzeri morfolojiden türetilmiştir. 1975'te Coronaviridae ailesi, Uluslararası Virüs Taksonomisi Komitesi tarafından belirlenmiştir (21,27).

Koronavirüsler zarflı, tek zincirli, pozitif polariteli, zoonotik RNA virüslerden oluşan, insanlar ve yarasalar da dahil olmak üzere öncelikle kuşları ve memelileri enfekte eden geniş bir ailedir. Pozitif polariteli oldukları için RNA'ya bağımlı RNA polimeraz enzimi içermezler, ancak genomlarında bu enzimi kodlarlar. Zarf yüzeylerinde glikoproteinden oluşan çubuksu uzantıları vardır (28,29).

Aralık 2019'dan önce, altı koronavirüs suşunun insanları enfekte ettiği ve solunum yolu hastalıklarına neden olduğu biliniyordu. HCoV - 229E (alfa), HCoV - OC43 (beta), HCoV - NL63 (alfa) ve HKU1 (beta), normalde yalnızca hafif üst solunum yolu hastalığına neden olan; bebeklerde, küçük çocuklarda ve yaşlılarda nadir meydana gelen ciddi enfeksiyonlarla seyreden koronavirüslerdir. Daha tehlikeli olanlar, alt solunum yollarını enfekte edebilen ve insanlarda ciddi solunum rahatsızlığını tetikleyebilen SARS - CoV (beta) ve MERS - CoV (beta)'dir (30).

COVID-19'dan sorumlu virüs, SARS-CoV ve MERS-CoV'un da içinde bulunduğu *Betacoronavirus* cinsi içindeki *Sarbecovirus* altcinsi altında yer almaktadır. Virüsün yeni

isimlendirmesi SARS-CoV-2 olarak kabul edilmiştir. SARS-CoV-2, Nidovirales takımına ait olan Coronaviridae ailesine aittir. Aile iki alt aile içerir, Coronavirinae ve Torovirinae. Coronavirinae dört cinse ayrılır: Alfacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus ve Deltacoronavirus. Daha önce, Betacoronavirus cinsi A, B, C ve D soylarına bölünmüştü. Şimdi, bu soylar şu şekilde sınıflandırıldı: Betacoronavirus alt türü - Embecovirus (soy A), Sarbecovirus (soy B), Merbekovirüs (soy C) ve Nobecovirus (soy D). SARS-CoV-2, Betacoronavirus cinsine ve Sarbecovirus alt cinsine aittir (31, 32).

İnsanları enfekte ettiği bilinen yedi koronavirüs, alfa ve beta koronavirüs cinsine girerken, gama ve delta koronavirüsler öncelikle kuşları enfekte eder. (29).

2.2.2. Epidemiyoloji

Dünya 2002’de Coronavirus ailesinden ortaya çıkan SARS salgını ile karşılaşmış, Türkiye bu salgını yakından takip etmiştir. 2012’de koronavirüsün, MERS olarak ortaya çıkması ve etkilenen vakalarda mortalitenin yüksek oluşu koronavirüsün dünya geneline yapabileceklerinin sürekli akılda tutmasına neden olmuştur (9).

Dünya son yirmi yılda üç büyük koronavirüs enfeksiyonu görmüştür, bunlar: 2003’te SARS, 2012’de MERS ve şimdi, 2019’da koronavirüs hastalığı (COVID-19). COVID-19, toplam SARS ve MERS vaka sayısını şimdiden aşmıştır (33).

Yeni koronavirüs ilk defa 29 Aralık 2019’da, Çin’in Wuhan şehrinde canlı hayvan marketini ziyaret edenlerde ortaya çıkmış; hastalardan alınan örneklerin incelenmesi sonucunda 7 Ocak’ta, hastalığa neden olan virüsün SARS ve MERS gibi Coronavirus ailesinden olduğu anlaşılmıştır. Bu özelliklerinden dolayı virüse Yeni Coronavirus 2019 (2019-nCoV) adı verilmiştir. Daha sonra 2019-nCoV hastalığının adı COVID-19 olarak kabul edilmiş, virüs SARS CoV’e yakın benzerliğinden dolayı SARS-CoV-2 olarak isimlendirilmiştir (31,34)

DSÖ, COVID-19 salgını 30 Ocak’ta “uluslararası boyutta halksağılığı acil durumu” olarak sınıflandırmış, ilk salgının başladığı Çin dışında 113 ülkede COVID-19 vakalarının görülmesi, virüsün yayılımı ve şiddeti nedeniyle 11Mart’ta küresel salgın (pandemi) olarak tanımlamıştır. Ülkemizde COVID-19 ile ilgili çalışmalar 10 Ocak’ta başlamış ve 22 Ocak’ta

T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu ilk toplantısı gerçekleştirilmiş, alınan önlemler ile ilk COVID-19 vakası Avrupa ve İran gibi komşu olduğumuz ülkelerden sonra 11 Mart'ta görülmüştür (31).

5 Kasım 2020 itibariyle, dünya çapında 215 ülke ve bölgede COVID-19 nedeniyle 1.232.791 doğrulanmış ölüm ile toplam 48.539.872 enfekte vaka bildirilmiştir (32).

2.2.3. Bulaş Yolları

Virüs, kontamine damlacıkların (aerosol) solunması yoluyla bulaşır. Virüs zoonotik olsa da, hızlı yayılmasından insandan insana bulaş sorumludur. İlk raporlar, ortalama olarak bir enfekte kişinin iki ila üç kişiyi daha enfekte edeceğini tahmin etmiştir. Sadece semptomatik enfekte kişilerin hastalığı bulaşma yeteneğine sahip olmadığı, aynı zamanda bulaşmanın asemptomatik enfekte bir kişiden de olabileceğini gösteren kanıtlar olduğu gözlenmiştir (33).

Hastalık esas olarak damlacık yoluyla bulaşmaktadır. Ayrıca hasta bireylerin öksürme, hapşıрма yoluyla ortaya saçıkları damlacıklara diğer kişilerin elleri ile temas etmesi sonrasında ellerini ağız, burun veya göz mukozasına götürmesi ve temas etmesi ile bulaşmaktadır. COVID-19'a toplumun tümü duyarlıdır. Sağlık çalışanları etkenle karşılaşma yönünden en riskli meslek grubudur. Erkekler, 50 yaşın üstünde olan kişiler, komorbiditesi (hipertansiyon, kalp hastalığı, diyabet, malignite, KOAH, böbrek hastalığı ve benzeri) olan kişiler, mevsimlik tarım işçileri ile bakım ve rehabilitasyon merkezleri, okullar, kışlalar, ceza ve tevkif evleri ve göçmen kamplarında yaşayanlar COVID-19 açısından hassas gruplardır (31).

SARS-CoV-2 hem doğrudan yollarla (damlacık ve insandan insana bulaşma) hem de dolaylı temasla (kontamine nesneler ve havadan bulaşma) yayılabilir. SARS-CoV-2'nin kişiden kişiye yayılmasının, bir hasta öksürdüğünde, hapşırdığında, konuştuğunda veya şarkı söylediğinde, esas olarak solunum damlacıkları yoluyla meydana gelmesi beklenir. Damlacıklar tipik olarak altı fitten (neredeyse iki metre) daha fazla ilerleyemez ve sınırlı bir süre havada kalabilirler. Bununla birlikte, SARS-CoV-2, damlacıklar (çapı beş mikrondan az) halinde bozulmadan ve bulaşıcı olarak kalır ve havada üç saate kadar asılı kalabilir (35).

Virüs dışkıda özellikle hastalığın ikinci haftasından sonra pozitif bulunsa da bugüne dek sadece bir vakanın dışkı örneğinden virüsün üretilmiş olması ve bu şekilde bulaşmanın bugüne dek bildirilmemiş olması fekal-oral bulaşmanın olası olmadığını düşündürmektedir. Virüs kan ve idrarda nadiren pozitif bulunmakta, virüsün kan bankacılığı açısından bir güvenlik sorunu oluşturmadığı kabul edilmektedir. Bunun dışında süt, vajinal sürüntü ve sperm örneklerinde de virüs saptanmamıştır (31).

Koronavirüslerin plastik, metal veya cam gibi cansız yüzeylerde dokuz güne kadar kalıcılığı gözlemlenmiştir. Etanol (%62-71), %0,1 sodyum hipoklorür veya %0,5 hidrojen peroksit ile yüzey dezenfeksiyonu, bu virüs parçacıklarını bir dakika içinde etkin bir şekilde etkisiz hale getirebilir (3).

Koronavirüsler genel olarak dış ortama çok dayanıklı olmayan virüslerdir. Ortamın nem ve sıcaklığı, dışarı atıldığı organik maddenin miktarı, kontamine ettiği yüzeyin dokusu gibi faktörlere göre değişen bir dayanma süresi söz konusudur. Genel olarak cansız yüzeylerde birkaç saat içerisinde aktivitesini kaybettiği kabul edilmektedir. Cansız yüzeylerdeki aktivite süresi yorumlanırken, bulaşta sadece virüsün aktivitesinin devam etmesi değil, temas süresinin de önemli olduğu unutulmamalıdır (31).

2.3. Dermatoloji Poliklinik Başvuruları

Deri insan vücudunun en dış kısmını oluşturur, dış ve iç hasarlara karşı hayati bir bariyer görevi görür. Kısa veya uzun vadeli olabilen çeşitli dış ve iç uyaranlar, derinin homeostazını etkileyerek çeşitli rahatsızlıklara yol açabilir. Deri bozukluklarının gelişimi ve sürdürülmesi, doğası gereği çok faktörlüdür ve genetik, çevresel, mekanik, meteorolojik ve hatta kültürel etkilerden kaynaklanabilir. Deri bozuklukları bu nedenle çok çeşitli hastalıkları içerir. Deri hastalıklarının kesin prevalansını veya insidansını bilmek zor olsa da, birkaç hastane bazlı çalışma, deri hastalıklarının çok yaygın olduğunu göstermiştir (36).

Deri hastalıkları en yaygın medikal problemler arasındadır ve tüm poliklinik başvurularının yaklaşık olarak %6'sını oluşturur. Dermatolojik şikayetleri olan hastalar üniversite hastanelerine, eğitim araştırma hastanelerine, devlet hastanelerine, özel hastanelere veya özel muayenehanelere randevu alarak başvurmaktadır. Adışen ve arkadaşlarının yaptığı, Ankara'da bir üniversite hastanesi dermatoloji polikliniğine başvuran hastalar ile özel bir

dermatoloji muayenehanesine başvuran hastaların profillerinin değerlendirilmesinin amaçlandığı bir çalışmada hastane başvurularının en önemli nedeni mantar hastalıkları, özel dermatoloji muayenehanesine en sık başvuru nedeni akne olarak bulunmuştur. Bu çalışmada her iki grupta da erkekler ve kadınlarda en sık başvuru nedenleri arasında ilk üç sırada akne, mantar hastalıkları ve egzema yer almıştır. Kadınlarda en sık hastalık akne iken, erkeklerdeki en sık hastalığın mantar hastalıkları olduğu görülmüştür (37).

Bilgili ve arkadaşlarının yaptığı Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi Dermatoloji poliklinik başvurularının değerlendirildiği çalışmada 1 Ocak 2011-1 Ocak 2012 tarihleri arasında hastanenin dermatoloji polikliniğine toplam 42878 başvuru kaydedilmiş ve 11040 yeni hasta çalışmaya alınmıştır. 11040 yeni hasta ve 12174 deri problemi arasında en sık karşılaşılan hastalıklar şunlardır: akne (hastaların %13,1'i), mantar enfeksiyonları (%8,5), kontakt dermatit (%8,5), ürtiker (%8,3), psoriasis (%5,5), viral siğiller (%4,1), liken simpleks kronikus (%3,0), kallus (%2,2), atopik dermatit (%2,2) ve seboreik dermatit (%2,2). En sık karşılaşılan hastalık grupları dermatit ve egzema (%21,8), deri eklerinin hastalıkları (%19,4) ve mikozlar (%11,1) idi. Bu üç hastalık grubu gözlenen vakaların % 52,3'ünü oluşturmuştur (38).

Birleşik Krallık'ta bir pratisyen hekim tarafından beş yıllık süreçte görülen toplam 11191 hastadan 2386'sı (%21) dermatolojik şikayetlerle başvurdu. Bunların arasında kadın sayısında (1604, %67) baskınlık vardı ve en sık görülen deri hastalıkları viral siğiller, egzema ve iyi huylu tümörlerdi (39).

2007 mali yılında Japon Dermatoloji Derneği tarafından yürütülen 76 üniversite hastanesi, 55 ilçe merkezli önemli hastane ve 59 özel kliniğin (toplam 190 klinik) yer aldığı ve 170 klinikten mevsimsel olarak toplanan 67.448 hastanın verilerinin analiz edildiği ülke çapında çalışmada, en yaygın 20 hastalık çeşitli egzemalar (12590, %18,6) ve sırasıyla atopik dermatit (6733, %9,9), tinea pedis (4379, %6,4), ürtiker/ anjiyoödem (3369, %4,9), tinea unguium (3231, %4,7), viral siğiller (3028, %4,4), psoriasis (2985, %4,4), kontakt dermatit (2643, %3,9), akne (2430, %3,6), seboreik dermatit (2213, %3,2), el egzeması (2024, %3), çeşitli iyi huylu deri tümörleri (1666, %2,4), alopesi areata (1653, %2,4), herpes zoster/ zoster ile ilişkili ağrı (1609, %2,3), deri ülserleri (diyabetik olmayan) (1334, %1,9), prurigo (1229, %1,8), epidermal kistler (1194, %1,7), vitiligo (1134, %1,6), seboreik keratoz (1095, %1,6)

ve ilaç döküntüsü/ toksikodermi (1018, %1,5) idi. Bu ilk 20 kategori 67448 hastanın 57577'sini (%85,3) kapsıyordu (36).

Hastane bazlı yaygınlık çalışmalarında, kurumsal özgüllük (üniversite hastanesi, önemli yerel hastane veya özel klinik), bölgesel farklılıklar, iklimsel ve mevsimsel farklılıklar ve tanı koyma becerilerdeki farklılıklar dahil olmak üzere bir dizi sınırlama ve sapma vardır (36).

2.4. COVID-19 pandemisi ve Dermatoloji

COVID-19 pandemisi ülkemizde ve dünya genelinde sağlık sistemi ve sosyal hayat üzerinde büyük değişikliklere yol açmıştır. Hastalığın bulaşma riskinin yüksek olduğu hastanelere insanların acil olmadıkça gelmemeleri gerektiği vurgulanmıştır. Tüm tıp branşlarında günlük hasta polikliniği, invaziv ve non-invaziv işlemler, konsültasyon pratiği gibi rutin işleyiş COVID-19 pandemisi döneminde değişiklikler göstermiş ve göstermeye devam etmektedir. Dermatoloji poliklinik başvuruları ve dermatoloji hastalarının yönetimi de bu süreçten önemli ölçüde etkilenmiştir (40).

Dermatolojik muayeneler hasta ile yakın temas halinde yüz, ağız mukozası gibi vücut bölgelerinin incelenmesini gerektirir. Bu nedenle, COVID-19 tanısı alan hastalar pandemik dönemde enfeksiyon kaynağı olabilir. Ek olarak asemptomatik vakaların veya COVID-19 taşıyıcılarının varlığı nedeniyle dermatologlar da enfekte olabilir. Dermatologlar muayenelere hazırlanırken dikkatli olmalı ve her zaman kişisel koruyucu ekipman (KKE) giymeli ve kişisel hijyen kurallarına uymalıdır (41).

COVID-19, kutanöz hastalığı olan hastaların mevcut yönetimi hakkında birçok önemli soruyu gündeme getirmiştir. Pandeminin ilk günlerinde, kortikosteroidler ve biyolojik ajanlar gibi deri hastalığı için endike olan sistemik immünosupresif tedavi alan hastaların en iyi nasıl yönetileceği konusunda birçok uzman kılavuzu oluşturulmuştur. COVID-19, dermatologların işgücünü, uygulama ve öğrenme şeklini değiştirmiştir. Dermatologların dünya çapında, çoğunlukla COVID-19 tarama tesislerine ve yatan hasta servislerine atanması yapılmıştır. Elektif prosedürlerde kısıtlama, KKE eksiklikleri ve dermatoloji kliniklerine sürekli erişim sağlamak için duyulan ihtiyaç konusunda geçerli kurumsal kısıtlamalar birçok dermatologu teletıpa yönlendirmiştir (42).

24 Ocak 2020'de Sichuan Üniversitesi Batı Çin Hastanesi, dermatoloji poliklinik bölümünü ve dermatoloji cerrahisinin kapılarını tüm elektif operasyonları ertelleyerek ve sadece acil operasyonlarla sınırlandırarak geçici olarak kapatmıştır (43).

İtalya Napoli Federico II Üniversitesi Klinik Tıp ve Cerrahi Anabilim Dalı Dermatoloji Bölümünde 2020 Şubat ayının sonundan itibaren alınan önlemler arasında şunlar yer almaktadır: Dermatoloji Kliniğine, girişte bulunan ve bir hemşire ve bir dermatolog tarafından yönetilen bir “triyaaj istasyonunu” geçtikten sonra izin verildi. Ateşi veya solunum semptomları olan hastalara giriş izni verilmedi. Tüm elektif poliklinik ziyaretleri iptal edildi. Hastalara, akıllı bir çalışma yöntemiyle teletıp uygulamasına teşvik edilen doktorlarla iletişim kurmaları için bir e-posta adresi verildi. Yalnızca şu üç tür hizmete izin verildi: acil başvurular, kötü huylu tümörlerin cerrahisi, diğer servislerden ertelenemeyen dermatolojik konsültasyonlar (44).

Cengiz ve arkadaşlarının yayınladığı, COVID-19 pandemisinin başlangıç döneminde 11-18 Mart 2020 tarihleri arasında Bezmialem Vakıf Üniversitesi Dermatoloji polikliniğinde görülen hastaların değerlendirildiği bir çalışmada, 390 hasta başvurusunda en sık görülen hastalıkların akne (%24), dermatit tipleri (%14), yüzeysel mantar enfeksiyonları (%7), ürtiker (%5), psoriasis (%5) ve uyuz (%4) olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada pek çok elektif hastanın bu dönemde dermatoloji polikliniklerine başvurduğunu bildirilmiştir, ancak çalışmadaki tarihler olan 11-18 Mart arası dönemin Sağlık Bakanlığınca pandemi çalışma düzenine geçilmeden önce olan verileri olduğu görülmektedir. Pandemi çalışma düzenine geçildikten sonra tüm dünyada pek çok dermatoloji kliniğinde elektif poliklinik muayeneleri ertelenmiş, sadece acil ve onkolojik dermatoloji hastalarına poliklinik hizmeti devam etmiştir. Bu dönemde elektif vakaların teletıp uygulaması ile sosyal medya ve iletişim araçları ile dermatologlara ulaşması ve hastaneye başvurunun azaltılması öneriler arasındadır (40, 45).

COVID-19 Türkiye'de geç ortaya çıkmasına rağmen hızlı bir ilerleme göstermiştir. Türkiye'de uluslararası seyahat yasağı, uzaktan eğitim sistemine geçiş, sosyal mesafe, toplanma ve toplu taşıma kısıtlamaları ve herkesi “evde kalmaya” teşvik eden kampanya dahil olmak üzere çok sayıda tedbir uygulamaya konmuştur. “Evde kalma” politikasının bir sonucu olarak, dermatoloji poliklinik ziyaretlerinde azalma olmuştur (46).

COVID-19 pandemisi döneminde görülen pandemi ilişkili deri lezyonları; KKE ve kişisel hijyen önlemleri ile ilgili deri lezyonları, SARS-CoV-2 virüs enfeksiyonlarında gözlenen deri bulguları, COVID-19 tedavi ajanlarına bağlı deri bulguları olarak ayrılabilir (41).

Bu salgın sırasında, kişisel koruyucu ekipmanla ilişkili cilt problemlerini görebiliriz. Tıbbi maskeler akne vulgaris, rozase, iritasyon, ekimoz ve erozyona neden olabilir. Tıbbi eldivenler, maserasyona ve kontakt dermatite neden olabilir. Elleri sık sık sabunla yıkamak ve ayrıca antiseptik kullanmak alerjik ve iritan kontakt dermatite neden olabilir (47).

Yeni koronavirüsün aynı zamanda bir dermatolojik hastalık olduğu gerçeği, ilk şüpheli teşhisin dang humması olduğu, doğrulanmış bir COVID-19 hastasındaki ilk deri semptomları raporunun Mart ayında yayınlanmasından bu yana açık bir şekilde ortaya çıkmıştır (48).

Orta Çin'den yapılan ilk çalışmalar, COVID-19 hastalarında deri hastalığı sıklığını düşük olarak bildirdi. Wuhan'da doğrulanmış 1099 vaka arasında sadece % 0,2'si kutanöz semptomlarla başvurdu. Dermatologların pandemiye karşı mücadeleye daha yakından katılımıyla, SARS-CoV-2 enfeksiyonunun kutanöz belirtilerine olan ilgi arttı (49).

COVID-19 ilişkili kutanöz bulgularla ilgili yayımlanan ilk raporda 88 COVID hastasından 18'inde kutanöz bulgu gözlenmiş; 14 hastada eritemli döküntü, üç hastada yaygın ürtiker ve bir hastada su çiçeği benzeri veziküller saptanmıştır (50).

COVID-19 ilişkili kutanöz bulgularla ilgili yayınlanan bir derlemede pernio benzeri akral döküntüler, purpurik ve eritema multiforme benzeri lezyonlar, asemptomatik veya hafif bir hastalık geliştiren çocuklar ve genç yetişkin hastalarla; akro-iskemik lezyon ve makülopapüler döküntü, daha şiddetli seyreden yetişkin hastalarda sıklıkla ilişkilendirilmiştir. Pireksili ürtikerin başka türlü doğrulanmamış bir SARS-CoV-2 enfeksiyonunun erken bir semptomu olabileceği belirtilmiştir (49).

COVID-19 tedavi ajanlarına bağlı cilt bulguları arasında hidroksikolorokine bağlı akut jeneralize ekzantematöz püstülozis, ürtiker, deri kuruluğu, mukokutanöz dispigmentasyon, Stevens-Johnson benzeri döküntüler, alopesi, saçların beyazlaşması, psoriasis alevlenmeleri; azitromisine bağlı kutanöz şiddetli deri reaksiyonu ile ilişkili ateş, anjiyoödem, gözlerde yanma, deri ağrısı, yaygın kırmızı veya mor deri döküntüleri, kabarcıklanma, deri soyulması,

toksik püstüloiderma, anafilaksi, DRESS sendromu, kutanöz lökositoklastik vaskülit ve fiks ilaç döküntüleri, Stevens-Johnson sendromu, lökositoklastik vaskülit, aşırı duyarlılık sendromu; remdesivire bağlı deri döküntüleri, kaşıntı, yüzde, dilde, boğazda şişlik; oseltamivire bağlı Stevens-Johnson sendromu/ toksik epidermal nekroliz, anjiyoödem, allerjik veya idiosenkratik ilaç reaksiyonları; akneiform döküntüler, alopesi, lokalize skleroderma, makülopapüler ve ekzematöz lezyonlar, deri kuruluğu, kaşıntı ve döküntü; lopinavir/ ritonavir kombinasyonuna bağlı makülopapüler döküntü, egzema, seboreik dermatit, gece terlemeleri ve kaşıntı yer almaktadır (51).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

COVID-19 pandemisinin Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar poliklinik başvuruları üzerine etkileri tarafımızca hazırlanan anket ile değerlendirildi. Anket soruları konuya ilişkin literatürlerin incelenip değerlendirilmesiyle hazırlandı. Anket formunun içerik, dil ve görünüm açısından kolay anlaşılabilir olmasına özen gösterildi. Pandemi sürecinde Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğine başvuran ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalara çalışmamıza katılmayı kabul edip etmedikleri soruldu. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara anket formu ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formu yazdırılıp verilerek ortalama 30 dakika sürede anketi doldurmaları istendi. Hastalar anket formunu doldurduktan sonra anket formları kontrol edilip, eksik cevaplanmış veya cevaplanmamış sorular hastalara tekrar sorularak yanıtlanmaları sağlandı. Anket sonuçlarından elde edilen veriler uygun istatistiksel yöntemler ile analiz edildi.

Çalışmamız kesitsel tipte bir araştırmadır. Pandemi başlamadan önceki 3 aylık süre boyunca polikliniğimize başvuran hastaların dökümü, demografik bilgileri ve tanıları ile ilgili veriler hastanemizde kullanılan MİA otomasyon sistemi üzerinden incelenerek elde edildi. Pandemi sürecindeki 3 ay ve pandemiden önceki 3 aylık dönemden elde edilen veriler karşılaştırılarak pandemi sürecinin poliklinik başvurularımız üzerine etkilerinin tespit edilmesi amaçlandı.

Poliklinik dökümleri elde edildikten sonra muayene notu olmayan hastalar değerlendirme dışı bırakıldı. Hastaların poliklinik dökümleri, her iki grupta da 60 iş günü olacak şekilde 20 Aralık 2019- 13 Mart 2020 tarihleri ile 16 Mart 2020- 16 Haziran 2020 tarihleri olarak iki gruba ayrıldı. 20 Aralık 2019 - 13 Mart 2020 tarihleri arasında resmi tatil olarak sadece 1 Ocak 2020 yer almaktayken, 16 Mart 2020- 16 Haziran 2020 tarihleri arasında resmi tatil olarak 23 Nisan, 24 Nisan, 1 Mayıs, 18 Mayıs, 19 Mayıs, 25 Mayıs, 26 Mayıs 2020 tarihleri yer almaktaydı.

Hastaların tanıları değerlendirilirken dermatolojik olmayan tanıları değerlendirme dışı bırakıldı. Bunlar arasında astım, hipotiroidi, meme malign neoplazmi, variköz venler, venöz yetersizlik, miyalji, demir eksikliği, demir eksikliği anemisi, vitamin d eksikliği, vitamin b12

eksikliği, vitamin b eksikliği, akut sistit, sistit, üst solunum yolu hastalığı, akut farenjit, akut tonsillit, baş ağrısı, esansiyel hipertansiyon, refraksiyon ve akomodasyon bozuklukları, eklem diğer bozuklukları, periferik vasküler hastalık, osteoporoz, diabetes mellitus, menstruasyon azlığı, yokluğu, baş dönmesi, allerjik rinit yer almaktaydı.

Dermatit, deri değişiklikleri, allerji ve gebelik durumu tanılarına sahip olan hastaların muayene notları incelenerek, tanı olarak muayene notlarına uygun dermatolojik tanıları girildi. Hastaların muayene tanıları, International Classification of Diseases; Uluslararası Hastalık Sınıflaması (ICD) kodları ile birlikte listelendi. ICD tanı kodları hastane otomasyon sistemimizde bulunan şekliyle alındı. Verilerin doğru ve uygun şekilde analiz edilebilmesi için hastaların tanıları, Tablo I’de gösterilen şekilde gruplandırıldı.

Tablo I. Tanı grupları ve ICD kodları

Akne	Akne - L70 / Akne ekscoriee des jeunes filles - L70.5 / Akne keloid - L73.0 / Akne vulgaris - L70.0 / Akne, diğer - L70.8 / Akne, tanımlanmamış - L70.9 /
Amiloidozis	Amiloidozis - E85 / Amiloidozis, diğer - E85.8 / Deri amiloidozu - L99.0 /
Ürtiker - Anjiyonörotik ödem	Anjiyonörotik ödem - T78.3 / Ürtiker - L50 / İdiopatik ürtiker - L50.1 / Soğuk ve sıcak ürtikeri - L50.2 / Dermatografik ürtiker - L50.3 / Kolinerjik ürtiker - L50.5 / Ürtiker, diğer - L50.8 / Ürtiker, tanımlanmamış - L50.9 /
Siğiller	Anogenital (veneryal) siğiller - A63.0 / Viral siğiller - B07 /
Atopik dermatit	Atopik dermatit - L20 / Atopik dermatit, tanımlanmamış - L20.9 /
Büllöz hastalıklar	Büllöz diğer bozukluklar - L13 / Büllöz pemfigoid - L12.0 / Epidermolizis büllöza - Q81 / Pemfigoid - L12 / Pemfigoid, tanımlanmamış - L12.9 / Pemfigus - L10 / Pemfigus vulgaris - L10.0 / Pemfigus foliaceus - L10.2 / Pemfigus, diğer - L10.8 / Dermatitis herpetiformis - L13.0 /

Tablo I. Tanı grupları ve ICD kodları (devamı)

Deri benign neoplazmı	Deri benign neoplazmı, diğer, tanımlanmamış - D23.9 / Derinin diğer benign neoplazmları - D23 / Seboreik keratoz - L82 / Keloid skar - L91.0 / Hemanjiom, herhangi bir yerde - D18.0 /
Deri değişiklikleri	Deri değişiklikleri, diğer - R23 / Deri değişiklikleri diğer ve tanımlanmamış - R23.8 / Derinin ve derialtı dokunun diğer bozuklukları, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda - L99 / Diğer yumuşak doku bozuklukları, başka yerde sınıflanmamış - M79 /
Melanom	Deri malign melanomu - C43 / Deri malign melanomu, tanımlanmamış - C43.9 / Malign melanom, gövdede - C43.5 / Malign melanom, kafa derisi ve boyunda - C43.4 / Melanoma in situ - D03 / Melanoma in situ, tanımlanmamış - D03.9 /
Melanom dışı deri maligniteleri	Derinin diğer malign neoplazmları - C44 / Deri malign neoplazmı malign neoplazmı, tanımlanmamış - C44.9 / Kaposi sarkomu, deri - C46.0 / Malign neoplazm, bölge belirtilmemiş - C80 / Mikozis fungoides - C84.0 /
Dermatit	Dermatit, diğer - L30 / Dermatit diğer, tanımlanmış - L30.8 / Dermatit, tanımlanmamış - L30.9 / Nummuler dermatit - L30.0 / Subkorneal püstüler dermatit - L13.1 /
Kontakt dermatit	Allerjik kontakt dermatit - L23 / İrritan kontakt dermatit - L24 / İrritan kontakt dermatit, diğer ajanlara bağlı - L24.8 / Kontakt dermatit, tanımlanmamış - L25 / Kontakt dermatit, tanımlanmamış kozmetiklere bağlı - L25.0 / Fotokontakt dermatit [berloque dermatit] - L56.2 /
Eritem	Eritema multiforme - L51 / Eritematöz diğer durumlar - L53 / Eritema annulare sentrifugum - L53.1 / Eritematöz durumlar, diğer tanımlanmış - L53.8 / Eritematöz durum, tanımlanmamış - L53.9 / Eritem, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda - L54 / Eritema ab igne [dermatit ab igne] - L59.0 /
Foliküler bozukluklar	Follükülitis dekalvans - L66.2 / Derinin ve derialtı dokunun folliküler kistleri - L72 / Epidermal kist - L72.0 / Folliküler diğer bozukluklar - L73 / Folliküler bozukluklar, diğer tanımlanmamış - L73.8 / Folliküler bozukluk, tanımlanmamış - L73.9 /

Tablo I. Tanı grupları ve ICD kodları (devamı)

Genel muayene	Genel tıbbi muayene - Z00.0 / Genel muayeneler, diğer - Z00.8 /
Herpes virüs enfeksiyonları ve komplikasyonu	Herpes virüs [herpes simpleks] enfeksiyonları - B00 / Herpes virüs veziküler dermatiti - B00.1 / Herpes virüs enfeksiyonu, tanımlanmamış - B00.9 / Zoster [herpes zoster] - B02 / Postzoster nevralji - G53.0 /
Diğer viral hastalıklar	Molluskum contagiosum - B08.1 / Viral diğer hastalıklar, başka yerde sınıflanmamış - B33 / Viral enfeksiyonlar, tanımlanmamış bölgelerin - B34 /
Hiperhidroz	Hiperhidroz - R61 / Bölgesel hiperhidroz - R61.0 /
İlaç reaksiyonu	İlaça fotoallerjik yanıt - L56.1 / İlaçlar ve tedavi edici maddelerin sebep olduğu yan etkiler diğer ve tanımlanmamış - Y57 / Likenoit ilaç reaksiyonu - L43.2 /
Liken	Liken planus - L43 / Liken planus diğer - L43.8 / Liken planus, tanımlanmamış - L43.9 / Liken nitidus - L44.1 / Liken planopilaris - L66.1 /
Mantar hastalıkları	Dermatofitoz - B35 / Dermatofitozlar, diğer - B35.8 / Tinea barba ve tinea capitis - B35.0 / Tinea unguium - B35.1 / Tinea manuum - B35.2 / Tinea pedis - B35.3 / Tinea corporis - B35.4 / Tinea cruris - B35.6 / Kandidiyaz - B37 / Vulva ve vajina kandidiyazı - B37.3 / Kandidiyaz, tanımlanmamış - B37.9 / Yüzeysel diğer mikozlar - B36 / Pityriasis versicolor - B36.0 / Deri kromomikozu - B43.0 /
Miliaria	Miliaria, tanımlanmamış - L74.3 / Miliaria rubra - L74.0 /
Nevüs	Melanositik nevüs - D22 / Melanositik nevüs, tanımlanmamış - D22.9 / Nevüs, neoplastik olmayan - I78.1 / Konjenital neoplastik olmayan nevüs - Q82.5 /
Oral mukoza hastalıkları	Gingivit ve periodontal hastalıklar - K05 / Tekrarlayan oral aftlar - K12.0 / Dudak hastalıkları - K13.0 / Dudak ve oral mukozanın diğer hastalıkları - K13 / Oral mukozanın diğer ve tanımlanmamış lezyonları - K13.7 / Dil hastalıkları - K14 /
Paraziter hastalıklar	Leishmaniasis - B55 / Skabiye - B86 /

Tablo I. Tanı grupları ve ICD kodları (devamı)

Pigmentasyon bozuklukları	Vitiligo - L80 / Pigmentasyon diğer bozuklukları - L81 / Pigmentasyonun diğer bozukluğu, tanımlanmamış - L81.9 /
Prurigo ve liken simpleks kronikus	Liken simpleks kronikus ve prurigo - L28 / Liken simpleks kronikus - L28.0 / Prurigo nodularis - L28.1 / Prurigo, diğer - L28.2 /
Pruritus	Pruritus (Kaşıntı) - L29 / Pruritus ani - L29.0 / Pruritus diğer - L29.8 / Pruritus scroti - L29.1 / Pruritus, tanımlanmamış - L29.9 /
Psoriasis	Psoriatik ve enteropatik artropatiler - M07 / Psoriazis - L40 / Psoriazis diğer - L40.8 / Psoriazis vulgaris - L40.0 / Psoriazis, tanımlanmamış - L40.9 /
Rozasea	Rosacea - L71 / Rosacea, diğer - L71.8 / Rosacea, tanımlanmamış - L71.9 /
Seboreik dermatit	Seboreik dermatit - L21 / Seboreik dermatit diğer - L21.8 /
Sifiliz	Sifiliz, diğer ve tanımlanmamış - A53 / Sifiliz, tanımlanmamış - A53.9 / Sifiliz, gebelik, doğum ve lohusalığı komplike eden - O98.1 /
Alopesia areata	Alopesia areata - L63 / Alopesia universalis - L63.1 / Alopesia areata, diğer - L63.8 /
Androjenik alopesi	Androjenik alopesi - L64 / Androjenik alopesi, diğer - L64.8 /
Diğer saç hastalıkları	Trikotillomani - F63.3 / Skar yapmayan saç kaybı, diğer - L65 / Telogen effluvium - L65.0 / Skatrisyel alopesi, diğer - L66.8 / Skatrisyel alopesi, tanımlanmamış - L66.9 / Hirsutizm - L68.0 / Hipertrikoz - L68 /
Tırnak hastalıkları	Tırnak bozuklukları - L60 / Ete doğru büyüyen tırnak - L60.0 / Onikoliz - L60.1 / Onikogrifoz - L60.2 / Tırnak distrofisi - L60.3 / Tırnak bozukluğu, tanımlanmamış - L60.9 /
Bakteriyel enfeksiyonlar	İmpetigo - L01 / Piyoderma - L08.0 / Erizipel - A46 / Eritrasma - L08.1 / Deri apse, furonkül ve karbonkülü - L02 / Deri apse, furonkül ve karbonkülü, diğer bölgelerin - L02.8 /

Tablo I. Tanı grupları ve ICD kodları (devamı)

Bağ dokusu hastalıkları	Liken sklerozus et atrofikus - L90.0 / Lupus eritematoz - L93 / Diskoid lupus eritematoz - L93.0 / Lokelize skleroderma [morphea] - L94.0 / Lokelize diğer bağ doku bozuklukları - L94 / Dermatomiyozit, diğer - M33.1 /
Vaskülitler	Behçet hastalığı - M35.2 / Pigmente purpurik dermatoz - L81.7 / Livedoid vaskülit - L95.0 / Deriye sınırlı vaskülit, diğer - L95.8 /
Eritemli skuamlı diğer hastalıklar	Pityriasis rubra pilaris - L44.0 / Pityriasis rosea - L42 / Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta - L41.0 / Pityriasis lichenoides chronica - L41.1 / Parapsoriasis - L41
Kserozis kutis	Kserosis kütis - L85.3 /
Hidradenitis süpurativa	Hidradenitis suppurativa - L73.2 /
Diğer tanılar	Pityriasis alba - L30.5 / Sarkoidoz - D86 / Zehirsiz böcek ve eklem bacaklı tarafından ısırılma ve sokulma - W57 / Venöz yetersizlik (kronik) (periferik) - I87.2 / Tuberoskleroz - Q85.1 / Pyoderma gangrenosum - L88 / Püstülosis palmaris et plantaris - L40.3 / Piyojenik granülom - L98.0 / Nörofibromatozis (malign olmayan) - Q85.0 / Kserosis kütis - L85.3 / Konjenital diğer malformasyonlar, başka yerde sınıflanmamış - Q89 / Keratoderma, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda - L86 / İktiyozis vulgaris - Q80.0 / Hidradenitis suppurativa - L73.2 / Granüloma anulare - L92.0 / Enfeksiyöz diğer hastalıklar - B99 / Dishidro [pomfoliks] - L30.1 / Dekubitus ülseri - L89 / Boynuzlaşma ve nasırlaşmalar - L84 / Ayağın diğer kısımlarının açık yarası - S91.3 / Aktinik keratoz - L57.0 /

Çalışmamızda elde edilen veriler SPSS 20 paket programı ile analiz edildi. İstatistiksel değerlendirmelerde kategorik verilerin karşılaştırılmasında χ^2 (ki-kare) testi uygulandı. Ölçülmüş değişkenlerin analizinde ise normal dağılıma uygun olanlar t-testi, normal dağılıma uymayanlar Mann Whitney U testiyle karşılaştırıldı. Nitel verilerin tanımlayıcı istatistikleri frekans (yüzde) olarak, sürekli değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ise ortalama $\pm$ standart sapma ya da medyan (25. – 75. persentil) olarak gösterildi. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kullanıldı.

Ayrıca her tanı grubu için pandemi sonrası üç aylık sürede başvuran hastalar ile pandemi öncesi üç aylık sürede başvuran hasta sayıları arasındaki fark, pandemi öncesi gelen hasta sayısına bölünerek hasta sayılarındaki değişim oranı yüzde olarak hesaplandı ve Tablo II’de değişim yüzdesi olarak belirtildi.



4. BULGULAR

4.1. Poliklinik dökümlerinin karşılaştırılması ile elde edilen veriler

Toplam 3202 hastadan 1888'i (%59) pandemi öncesi dönemde, 1314'ü (%41) pandemi sırasında başvurmuştu. 60 iş gününü içeren zaman dilimleri ile pandemi öncesi dönemin ve pandemi döneminin karşılaştırıldığı çalışmamızda pandemi başlangıcından sonraki dönemde hasta sayısında %30,4'lük bir azalma gözlemlendi.

Poliklinik başvurularının cinsiyete göre dağılımı ilgili yapılan analizlerde tüm hastaların 1352'si (%42,2) erkek, 1850'si (%57,8) kadındı. Pandemi öncesi dönemdeki hastaların 1153'ü (%61,1) kadın, 735'i (%38,9) erkek hastalardı. Pandemi dönemi hastalarının 697'si (%53) kadın, 617'si (%47) erkek hastalardı. Pandemi sırasında başvuruda bulunan erkek hastaların oranında anlamlı bir artış olurken, kadın hastaların oranında anlamlı bir azalma olduğu görüldü ($p<0,001$).

Çalışma hastalarının 47'sinin (%1,5) tanısı genel muayene olarak kaydedilmiş idi. Genel muayene tanısı almış bu hastaların 43'ü (%2,3) pandemi öncesi, dört tanesi (%0,3) pandemi sırasında polikliniğimize başvurmuşlardı. Pandemi başlangıcından sonra hastaların başvurularında azalma oranı %90,7 idi. Genel muayene tanılı hastaların muayene notları incelendiğinde bir hastanın malignite taraması için, bir hastanın Nöroloji bölümünden nörofibromatozis hastalığının araştırılması amacıyla başvurduğu görüldü. Lezyonu olmayan altı hasta vardı. Sekiz hastanın havuz raporu almak için, iki hastanın lazer epilasyondan fayda görmediğine dair rapor almak için, altı hastanın alerji testi (deri yama testi veya deri prick testi) yaptırmak için başvurduğu görüldü. Göz hastalıklarından üveit tanısı aldıktan sonra Behçet hastalığı araştırılması amacıyla bize yönlendirilen 23 hasta vardı. Pandemi öncesi dönemdeki 43 hastanın 19'u ve pandemi döneminde başvuran dört hastanın tamamı üveit tanısı alıp Göz hastalıkları tarafından bölümümüze yönlendirilen hastalardı. Çalışmamızdaki toplam 3202 hastadan dermatolojik tanıya sahip olmayan genel muayene tanılı bu hastalar çıkarıldıktan sonra, kalan 3155 hastanın sahip oldukları tanı dağılımlarının analizi yapıldı. 3155 hastanın 1845'i (%58,5) pandemi öncesi dönemde, 1310'u (%41,5) pandemi sırasında başvurmuştu. Hasta tanılarının dağılımları Tablo II'de sunuldu. İstatistiksel anlamlılık taşıyan farklılıklar Tablo II'de kalın punto ile gösterildi. Tablo II'de tanılar toplam hasta sayısına göre çoktan aza doğru sıralandı.

Tablo II. Hasta tanılarının pandemi öncesi ve pandemi sırasındaki dağılımları

TANI GRUPLARI	PANDEMİ ÖNCESİ	PANDEMİ SONRASI	TOPLAM	P değeri	DEĞİŞİM YÜZDESİ
Akne	310 %16,8	160 %12,2	470 %14,9	<0,001	%48,3 ↓
Ürtiker - Anjiyonörotik ödem	171 %9,3	107 %8,2	278 %8,8	0,283	%37,4 ↓
Pruritus	170 %9,2	99 %7,6	269 %8,5	0,101	%41,7 ↓
Mantar hastalıkları	142 %7,7	121 %9,2	263 %8,3	0,123	%14,7 ↓
Psoriasis	89 %4,8	136 %10,4	225 %7,1	<0,001	%52,8 ↑
Diğer tanılar	98 %5,3	62 %4,7	160 %5,1	0,465	%36,7 ↓
Paraziter hastalıklar	79 %4,3	65 %5,0	144 %4,6	0,367	%17,7 ↓
Dermatit	77 %4,2	49 %3,7	126 %4,0	0,541	%36,3 ↓
Sigiller	68 %3,7	54 %4,1	122 %3,9	0,531	%20,5 ↓
Kontakt dermatit	69 %3,7	50 %3,8	119 %3,8	0,911	%27,5 ↓
Seboreik dermatit	75 %4,1	39 %3,0	114 %3,6	0,107	%48 ↓
Pigmentasyon bozuklukları	71 %3,8	35 %2,7	106 %3,4	0,071	%50,7 ↓
Kserozis kutis	59 %3,2	19 %1,5	78 %2,5	0,002	%67,7 ↓
Rozasea	44 %2,4	29 %2,2	73 %2,3	0,753	%34 ↓
Atopik dermatit	31 %1,7	35 %2,7	66 %2,1	0,055	%12,9 ↑
Nevüs	43 %2,3	22 %1,7	65 %2,1	0,204	%48,8 ↓
Bakteriyel enfeksiyonlar	32 %1,7	28 %2,1	60 %1,9	0,494	%12,5 ↓
Diğer saç hastalıkları	38 %2,1	20 %1,5	58 %1,8	0,335	%47,3 ↓
Prurigo ve liken simpleks kronikus	35 %1,9	21 %1,6	56 %1,8	0,632	%40 ↓
Herpes virüs enfeksiyon ve komplikasyonları	25 %1,4	29 %2,2	54 %1,7	0,090	%16 ↑
Büllöz hastalıklar	21 %1,1	32 %2,4	53 %1,7	0,008	%52,3 ↑
Hidradenitis süpurativa	21 %1,1	26 %2,0	47 %1,5	0,074	%23,8 ↑
Liken	27 %1,5	15 %1,1	42 %1,3	0,541	%44,4 ↓
Oral mukoza hastalıkları	29 %1,6	12 %0,9	41 %1,3	0,149	%58,6 ↓

Tablo II. Hasta tanılarının pandemi öncesi ve pandemi sırasındaki dağılımları (devamı)

Alopesia areata	21 %1,1	16 %1,2	37 %1,2	0,963	%23,8 ↓
Vaskülitler	21 %1,1	15 %1,1	36 %1,1	1,000	%28,5 ↓
Deri benign neoplazmı	24 %1,3	11 %0,8	35 %1,1	0,296	%54,1 ↓
Bağ dokusu hastalıkları	24 %1,3	11 %0,8	35 %1,1	0,296	%54,1 ↓
Eritemli skuamlı diğer hastalıklar	20 %1,1	14 %1,1	34 %1,1	1,000	%30 ↓
Deri değişiklikleri	18 %1,0	9 %0,7	27 %0,9	0,502	%50 ↓
Foliküler bozukluklar	16 %0,9	10 %0,8	26 %0,8	0,906	%37,5 ↓
Eritem	14 %0,8	10 %0,8	24 %0,8	1,000	%28,5 ↓
Androjenik alopesi	14 %0,8	9 %0,7	23 %0,7	0,983	%35,7 ↓
Tırnak hastalıkları	18 %1,0	4 %0,3	22 %0,7	0,044	%77,7 ↓
Melanom dışı deri maligniteleri	16 %0,9	6 %0,5	22 %0,7	0,253	%62,5 ↓
Hiperhidroz	7 %0,4	5 %0,4	12 %0,4	1,000	%28,5 ↓
İlaç reaksiyonu	5 %0,3	5 %0,4	10 %0,3	0,750	0
Sifiliz	4 %0,2	6 %0,5	10 %0,3	0,336	%50 ↑
Diğer viral hastalıklar	7 %0,4	2 %0,2	9 %0,3	0,321	%71,4 ↓
Melanom	1 %0,1	8 %0,6	9 %0,3	0,005	%700 ↑
Amiloidozis	4 %0,2	1 %0,1	5 %0,2	0,410	%75 ↓
Miliaria	2 %0,1	1 %0,1	3 %0,1	1,000	%50 ↓
TOPLAM	1845 %100	1310 %100	3155 %100		%28,9 ↓

Pandemi öncesi ve pandemi sırasındakitanı gruplarına göre hastaların başvuru sıklıkları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı artış gözlenen hastalıklar psoriasis, büllöz hastalıklar ve melanom; anlamlı azalma izlenen hastalıklar ise akne, kserozis kutis ve tırnak hastalıkları olarak bulundu.

Diğer tanılar başlığı altındaki hastalıklara sahip hastaların sayısı ve yüzdesi şu şekilde listelenmektedir;

Boynuzlaşma ve nasırlaşmalar: 32 (%1,0)

Aktinik keratoz: 24 (%0,8)

Keratoderma, başka yerde sınıflanmış hastalıklarda: 24 (%0,8)

Zehirsiz böcek ve eklem bacaklı tarafından ısırılma ve sokulma: 11 (%0,3)

Pityriasis alba: 7 (%0,2)

Pyoderma gangrenosum: 7 (%0,2)

Enfeksiyöz diğer hastalıklar: 5 (%0,2)

Ekimoz: 4 (%0,1)

Piyojenik granülom: 4 (%0,1)

Granüloma anulare: 3 (%0,1)

İktiyozis vulgaris: 3 (%0,1)

Püstülosis palmaris et plantaris: 3 (%0,1)

Subkutan yağ nekrozu: 3 (%0,1)

Dekubitus ülseri: 2 (%0,1)

Dishidro (pomfoliks): 2 (%0,1)

Genital ülser: 2 (%0,1)

İnfraorbital ödem: 2 (%0,1)

Kutan metastaz: 2 (%0,1)

Likenoid gvhd: 2 (%0,1)

Nörofibromatozis (malign olmayan): 2 (%0,1)

Artrit: 1 (%0,0)

Ayağın diğer kısımlarının açık yarası: 1 (%0,0)

Chron deri tutulumu: 1 (%0,0)

Delüzyonel parazitoz: 1 (%0,0)

Kalsinozis kutis: 1 (%0,0)

Konjenital diğer malformasyonlar, başka yerde sınıflanmamış: 1 (%0,0)

Lipodermatoskleroz: 1 (%0,0)

Lipom: 1 (%0,0)

Livedo retikularis: 1 (%0,0)

Notalgia parestetika: 1 (%0,0)

Raynaud fenomeni: 1 (%0,0)

Reaktif lenfoid infiltrasyon: 1 (%0,0)

Sarkoidoz: 1 (%0,0)

Sweet sendromu: 1 (%0,0)

Tuberoskleroz: 1 (%0,0)

Venöz yetersizlik (kronik) (periferik) : 1 (%0,0)

Deri değişiklikleri başlığı altındaki hastalıklara sahip hastaların sayısı ve yüzdesi şu şekilde listelenmektedir;

Molluskum pendulum: 11 (%0,3),

Spider anjiom: 4 (%0,2)

Milyum: 3 (%0,1)

Kalp yetmezliğine bağlı deri değişiklikleri: 2 (%0,1)

Keratozis pilaris: 1 (%0,0)

Ksantalezma: 1 (%0,0)

Sebase hiperplazi: 1 (%0,0)

Splinter hemoraji: 1 (%0,0)

Stria: 1 (%0,0)

Telenjektazi: 1 (%0,0)

Yabancı cisim granülomu: 1 (%0,0)

Dermatit başlığı altındaki hastalıklara sahip hastaların sayısı ve yüzdesi şu şekilde listelenmektedir;

Dermatit: 35 (%1,1)

Kserotik egzema: 23 (%0,7)

Nummuler dermatit: 18 (%0,6)

El egzeması: 11 (%0,3)

Staz dermatiti: 7 (%0,2)

Psoriaziform dermatit: 6 (%0,2)

İntertrijinoz dermatit: 5 (%0,2)

Granümatöz dermatit: 4 (%0,1)

Meme başı egzeması: 4 (%0,1)

Diaper dermatit: 3 (%0,1)

Dishidrotik egzema: 3 (%0,1)

Artefakt dermatiti: 1 (%0,0)

Hallepau akrodermatiti: 1 (%0,0)

Hiperkeratotik egzema: 1 (%0,0)

Likenoid dermatit: 1 (%0,0)

Subkorneal püstüler dermatit: 1 (%0,0)

4.2. Anket çalışması ile elde edilen veriler

Çalışmamız için hedeflenen örnek büyüklüğü (pandemi ile ilgili soru sayısı x 10) formülüne göre hesaplandı. Anket sorularındaki 10 adet soru (6, 12, 13, 14, 15, 20, 23 ve 24. soru) pandemiyle ilişkili olduğu için hedeflenen örnek büyüklüğü en az 80 (10x8) hasta olarak belirlendi. Pandemi sürecinde polikliniğimize başvuran toplam 123 hastaya anket uygulandı.

Anket çalışmasına katılan hastaların 52'si erkek (%42,3), 71'i kadın (%57,7) hastalardı.

Anket çalışmasına katılan hastaların eğitim durumları ile ilgili veriler Tablo III'te verildi.

Tablo III. Anket çalışmasına katılan hastaların eğitim düzeyi ile ilgili veriler

	n (%)
Okur yazar olmayan	5 (4,1)
Okur yazar	4 (3,3)
İlkokul mezunu	36 (29,3)
Ortaokul mezunu	14 (11,4)
Lise ve dengi okul mezunu	30 (24,4)
Yüksek okul veya fakülte mezunu	34 (27,6)

Anket çalışmasına katılan hastaların medeni durumları ile ilgili veriler Tablo IV'te verildi.

Tablo IV. Anket çalışmasına katılan hastaların medeni durumları ile ilgili veriler

	n (%)
Bekar	32 (26)
Evli	78 (63,4)
Boşanmış	4 (3,3)
Dul	9 (7,3)

“Çalışıyor musunuz?” sorusuna anket çalışmasına katılan hastaların 46'sı (%37,4) evet, 77'si (%62,6) hayır yanıtı verdi. Çalışan hastaların pandemi dönemindeki çalışma şekilleri ile ilgili veriler Tablo V'te verildi.

Tablo V. Çalışan hastaların pandemi dönemindeki çalışma şekilleri ile ilgili veriler

	n (%)
Evden çalışan	18 (39,1)
İş yerine giden	21 (45,7)
Vardiyalı/ dönüşümlü çalışan	7 (15,2)

Anket çalışmasına katılan hastaların ortalama aylık gelir düzeyleri ile ilgili soruya verilen yanıtlar Tablo VI'da verildi.

Tablo VI. Anket çalışmasına katılan hastaların ortalama aylık gelir düzeyleri

	n (%)
Çok düşük	9 (7,3)
Düşük	41 (33,3)
Orta	70 (56,9)
Yüksek	3 (2,4)

Anket çalışmasına katılan hastaların 60'ı (%48,8) en az bir kronik hastalığa sahipken, 63'ünün (%51,2) kronik hastalığı bulunmamaktaydı. Kronik hastalığı olan hastaların tanı dağılımları Tablo VII'de gösterildi.

Tablo VII. Hastaların kronik hastalıklarının dağılımı

	n (%)
Hipertansiyon	16 (26,7)
Diyabet	15 (25)
Kalp hastalığı	13 (21,7)
Kronik solunum yolu hastalığı (Astım/ KOAH)	8 (13,3)
Tiroid hastalığı	6 (10)
Kanser	5 (8,3)
Psoriasis	4 (6,7)
Kronik ürtiker	4 (6,7)
Behçet hastalığı	3 (5)
Kronik böbrek yetmezliği	2 (3,3)
Hiperlipidemi	2 (3,3)
Romatoid artrit	2 (3,3)
Pemfigus	1 (1,7)
Tek böbrek	1 (1,7)
Sarkoidoz	1 (1,7)
Romatizma	1 (1,7)
Takayasu arteriti	1 (1,7)
Üveit	1 (1,7)
Nöbet	1 (1,7)
Multiple skleroz	1 (1,7)
Kronik tübülointerstisyel nefrit	1 (1,7)

Anket çalışmasına katılan hastalar arasında iki adet kronik hastalığı bulunan 12 (%9,6), üç adet kronik hastalığı bulunan dört (%3,2) hasta vardı.

Anket çalışmasına katılan hastalar içinde aynı evde yaşadığı bireylerde kronik hastalığı bulunan 32 (%26) hasta vardı.

Anket çalışmasına katılan hastalardan bağışıklık sistemini baskılayıcı bir ilaç kullanan (sistemik kortikosteroid, biyolojik ilaç tedavileri, kemoterapi vs) dokuz (%7,3) hasta vardı. Bunlardan beşi (%55,5) iki adet bağışıklık baskılayıcı ilaç kullanmaktayken, dört (%44,4) tanesi tek bir bağışıklık baskılayıcı ilaç kullanıyordu. Bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaç kullanan hastaların kullandığı ilaçların dağılımı ile ilgili veriler Tablo VIII’de verildi.

Tablo VIII. Bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaç kullanan hastaların kullandığı ilaçların dağılımı

	n (%)
Sistemik kortikosteroid	4 (44,4)
Azatioprin	3 (33,3)
Biyolojik ilaç tedavileri	2 (22,2)
Metotreksat	2 (22,2)
Kemoterapi	1 (11,1)
Salazoprin	1 (11,1)
Betaferon	1 (11,1)

“Covid 19 hakkında bilginiz var mı?” sorusuna anket çalışmasına katılan hastaların 119’u (%96,7) evet, dört tanesi (%3,3) hayır yanıtı verdi.

Anket çalışmasına katılan hastaların 121’i (%98,4) pandemide zorunlu olmadıkça evden çıkılmaması gerektiğinden haberdardı.

Anket çalışmasına katılan hastaların 117’si (%95,1) hastanelerin COVID-19 bulaşması açısından en riskli yerlerden biri olduğundan haberdardı.

Anket çalışmasına katılan hastaların dermatolojik şikayet sürelerine bakıldığında 44’ünün (%35,8) şikayet süresi üç aydan kısa, 12’sinin (%9,8) üç ila altı ay arası, 67’sinin (%54,5) altı aydan uzundu.

Anket çalışmasına katılan hastaların 83’ü (%67,5) bu şikayet ile daha önce bir sağlık kuruluşuna başvurmuş, 40’i (%32,5) başvurmamıştı.

Anket çalışmasına katılan hastaların 91’i (%74) dermatoloji polikliniğine başvurma sebebinin acil olduğunu düşünüyorken, 32’si (%26) başvurma sebeplerinin acil olduğunu düşünmemektedir.

Anket çalışmasına katılan hastaların 90'ı (%73,2) yaşamı boyunca daha önce herhangi bir nedenle dermatoloji polikliniğine gitmişken, 33'ü (%26,8) gitmemişti.

Hastaneye gelirken, anket çalışmasına katılan hastaların 123'ü (%100) maske, 18'i (%14,6) eldiven kullanıyor, 64'ü (%52) kolonya veya dezenfektan taşıyordu.

Anket çalışmasına katılan hastaların 51'i (%41,5) Aydın merkezden, 59'u (%48) Aydın ilçe veya köylerinden, 13'ü (%10,6) Aydın dışından hastaneye gelmişti.

Anket çalışmasına katılan hastaların 75'i (%61) özel araçla, 46'sı (%37,4) toplu taşıma ile, iki tanesi (%1,6) yürüyerek hastaneye gelmişti.

Anket çalışmasına katılan hastaların 82'si (%66,7) pandemi sürecinden ruhsal olarak olumsuz etkilendiğini düşünüyorken, 41'i (%33,3) olumsuz etkilendiğini düşünmüyordu. Pandemi sürecinden ruhsal olarak olumsuz etkilenmesinin dermatolojik şikayeti ile ilişkisi olabileceğini düşünen 23 (%28), düşünmeyen 59 (%72) hasta oldu.

“Covid 19 hakkında bilginiz var mı?” sorusuna “Evet” yanıtı veren hastaların cevaplaması istenen 13. soruda, hastalardan verilen ifadelerden doğru olduğunu düşündükleri cümlelerin yanındaki kutucuğu işaretlemeleri istenmiş olup, pandemi ile ilgili bilgi düzeyini ölçmeyi amaçladığımız bu sorudaki beş adet şıktan ilk üç kutucuğu işaretleyen ve diğer iki kutucuğu boş bırakan, yani 13. sorudaki tüm şıklara doğru yanıt veren 88 (%71,5) hasta oldu.

Bu hastaların;

1. 39'u (%44,3) erkek, 49'u (%55,7) kadın hastalardı.

2. 61 tanesi (%69,3) ülkemizde zorunlu eğitim olan ilköğretimi tamamlamış, 27

tanesi (%30,7) ilköğretimi tamamlamamış hastalardı. Bu hastalardan okuryazar olmayan üç (%3,4), okur yazar olan üç (%3,4), ilkokul mezunu 21 (%23,9), ortaokul mezunu dokuz (%10,2), lise ve dengi okul mezunu 21 (%23,9), yüksek okul veya fakülte mezunu 31 (%35,2) hasta vardı.

3. 26'sı (%29,5) bekar, 56'sı (%63,6) evli, biri (%1,1) boşanmış, beşi (%5,7) dul hastalardı.

4. 35'i (%39,8) çalışıyor, 53'ü(%60,2) çalışmıyordu.
5. Çalışan hastaların 11'i(%31,4) evden çalışıyor, 17'si (%48,6) işyerine gidiyor, yedi tanesi (%20) vardiyalı/dönüşümlü çalışıyordu.
6. Gelir düzeyi ile ilgili soruya dördü (%4,5) çok düşük, 34'ü (%38,6) düşük, 48'i (%54,5) orta, ikisi (%2,3) yüksek yanıtı verdi.
7. 87'si (%98,9) pandemide zorunlu olmadıkça evden çıkılmaması gerektiğinden haberdardı.
8. 85'i (%96,6) hastanelerin COVID19 bulaşması açısından en riskli yerlerden biri olduğundan haberdardı.
9. 30'unun (%34,1) dermatolojik şikayet süresi üç aydan kısa, 10'unun (%11,4) üç ila altı ay arası, 48'inin (%54,5) altı aydan uzundu.
10. 62'si (%70,5) bu şikayet ile daha önce bir sağlık kuruluşuna başvurmuş, 26'sı (%29,5) ise başvurmamıştı.
11. 64'ü (%72,7) dermatoloji polikliniğine başvurma sebebinin acil olduğunu düşünüyorken 24'ü (%27,3) düşünmemekteydi.
12. 70'i (%79,5) yaşamı boyunca daha önce herhangi bir nedenle Dermatoloji polikliniğine gitmişken, 18'i (%20,5) ise gitmemişti.
13. Hastaneye gelirken 88'i (%100) maske, 15'i (%17) eldiven kullanıyor, 53'ü (%60,2) kolonya veya dezenfektan taşıyordu.
14. 38'i (%43,2) Aydın merkezden, 40'ı (%45,5) Aydın ilçe veya köylerinden, 10'u (%11,4) Aydın dışından hastaneye gelmişti.
15. 54'ü (%61,4) özel araçla, 32'si (%36,4) toplu taşıma ile, ikisi (%2,3) yürüyerek hastaneye gelmişti.
16. 62'si (%70,5) pandemi sürecinden ruhsal olarak olumsuz etkilendiğini düşünüyorken, 26'sı (%29,5) olumsuz etkilendiğini düşünmüyordu.

17. 14'ü (%22,6) pandemi sürecinden ruhsal olarak olumsuz etkilenmesinin dermatolojik şikayeti ile ilişkisi olabileceğini düşünürken, 48'i (%77,4) düşünmüyordu.

Anket çalışmasına katılan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi demografik verilerinin sorulara verdiği yanıtlarla ilişkisi incelendi ve çapraz tablolar oluşturuldu. Aşağıda listelenen anlamlı istatistiksel ilişkiler saptandı:

Cinsiyet ile çalışma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, erkek hastaların çalışma oranı (%48,1), kadın hastalara (%28,2) göre daha yüksek bulundu ($p=0,038$).

Cinsiyet ile pandemiden ruhsal olarak olumsuz etkilenme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, kadın hastaların pandemiden ruhsal olarak etkilenme oranı (%76,1), erkek hastalara (%53,8) göre daha yüksek bulundu ($p=0,017$).

Medeni durum ile kronik hastalık varlığı arasındaki ilişki incelendiğinde, bekar hastaların (%25), evli (%57,7) ve dul (%66,7) hastalara göre daha düşük oranda kronik hastalığa sahip olduğu gözlemlendi ($p=0,005$).

Yaş ile medeni durum arasındaki ilişki incelendiğinde, bekar hastaların medyan yaşı 24,1 (21,5-29,9); evli 47,7 (39,5-58,2), boşanmış ve dul hastalara 53,3 (44,5-72) göre anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0,001$).

Yaş ile eğitim durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, ilköğretimi tamamlamayan hastaların medyan yaşı 56 (46,2-61,3), ilköğretimi tamamlayan hastalara 34,3 (24,4-48,6) göre daha yüksekti ($p<0,001$).

Yaş ile kronik hastalık varlığı arasındaki ilişki incelendiğinde, kronik hastalığı olanların medyan yaşı 53,3 (40,3-64,3), kronik hastalığı olmayanlara 33,5 (24,4-45,4) göre daha yüksekti ($p<0,001$).

Yaş ile pandemiden ruhsal etkilenmesinin dermatolojik şikayetle ilişkisi olduğunu düşünme durumu incelendiğinde, pandemiden ruhsal olarak etkilenmesinin dermatolojik şikayeti ile ilişkisi olduğunu düşünen hastaların yaş ortalaması ($51,1\pm16,7$), düşünmeyenlerin yaş ortalamasına ($41,8\pm13,7$) göre daha yüksekti ($p=0,012$).

Hastaların eğitim durumu ülkemizdeki zorunlu eğitim programını yani ilköğretimi tamamlayanlar ve tamamlamayanlar olarak iki gruba bölünerek eğitim durumu ile ilgili analizler yapıldı. İlköğretimi tamamlayan 78 hasta (%63,4), ilköğretimi tamamlamayan 45 hasta (%36,6) vardı.

Eğitim durumu ile kronik hastalık varlığı arasındaki ilişki incelendiğinde ilköğretimi tamamlamayan hastalardaki kronik hastalık varlığı (%66,7), ilköğretimi tamamlayan hastalardaki kronik hastalık varlığına (%38,5) göre daha sıktı ($p=0,005$).

Eğitim durumu ile bağışıklığı baskılayan ilaç kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde bağışıklığı baskılayan ilaç kullanımı ilköğretimi tamamlamayan hastalarda (%15,6), ilköğretimi tamamlayan hastalara (%2,6) göre sıktı ($p=0,012$).

Hastaların dermatoloji polikliniğine başvurma sebebinin acil olduğunu düşünme durumu ile hastalık yakınma süreleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p =0,830$).

5. TARTIŞMA

Bu çalışma ile Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Polikliniğine yapılan başvurularda COVID-19 pandemisinin etkilerinin değerlendirilmesi amaçlandı. Pandemiden önceki üç aylık dönemde polikliniğimize başvuran hastalar ile pandemi başlangıcından itibaren üç aylık dönemde polikliniğimize başvuran hastaların demografik verileri ve tanıları karşılaştırıldı. Ayrıca pandemi başlangıcından itibaren üç aylık dönemde polikliniğimize başvuran hastalara anket çalışması uygulandı.

Bu bölümde öncelikle poliklinik dökümümüz üzerinden elde edilen veriler değerlendirilecek; ardından anket çalışma grubunu oluşturan hastaların demografik verileri ile anket sorularına verdikleri yanıtlar tartışılacaktır.

5.1. Poliklinik dökümlerinin karşılaştırılması ile elde edilen veriler

Toplam 3202 hastadan 1888'i (%59) pandemi öncesi, 1314'ü (%41) pandemi sırasında geldi. 60 iş gününü içerek periyotlarla pandemi öncesi ve pandemi döneminin karşılaştırıldığı çalışmamızda hasta sayısında %30,4'lük bir azalma gözlemlendi.

Poliklinik başvurularının cinsiyete göre dağılımı ilgili yapılan analizlerde tüm hastaların 1352'si (%42,2) erkek, 1850'si (%57,8) kadındı. Pandemi öncesi dönemdeki hastaların 1153'ü (%61,1) kadın, 735'i (%38,9) erkek hastalardı. Pandemi dönemindeki hastaların 697'si (%53) kadın, 617'si (%47) erkek hastalardı. Pandemi sırasındaki dönemde erkek hastaların oranında anlamlı bir artış olurken, kadın hastaların oranında anlamlı bir azalma olduğu görüldü ($p<0,001$).

Pandemi başlangıcı öncesi ve sonrası iki aylık dönemi karşılaştıran Kartal ve arkadaşlarının yaptığı çok merkezli benzer bir çalışmada 12 Ocak - 12 Mayıs 2020 tarihleri arasında 13 ilden 15 üçüncü basamak hastane dahil edilmiş, pandemi öncesi 133131 ve pandemi döneminde 31747 olmak üzere toplam 164 878 hasta değerlendirilerek günlük hastane başvurularının %77 oranında azalmış olduğu bulunmuştu. Bu çalışmada hastanelere kadın hasta başvurularının pandemi döneminde anlamlı olarak azaldığı (%57,1-%51,9; $p<0,001$) ve pandemi döneminde kadın/erkek oranının 1,33'ten 1,07'ye dönerek erkek cinsiyet lehine değiştiği bildirilmişti (52). Turan ve arkadaşlarının 12 Şubat-8 Mayıs 2020 tarihleri

arasında dermatoloji birimine kayıt yaptıran tüm hastaları dahil ettikleri çalışmada başvurular pandemi başlangıcı öncesi dört hafta ve sonrası sekiz hafta olmak üzere dört haftadan oluşan üç bölümde analiz edilmiş olup COVID-19 sonrası ilk ayda dermatoloji başvurularında salgın öncesine göre 3,5 kat, ikinci ayda ise 8,8 kat azalma gözlenmişti. Pandemi başlangıcı öncesi dört haftalık dönemde dermatoloji başvurularında kadın cinsiyet hakimiyeti varken (%56,8-%43,2), kadın erkek oranları ilk dört haftalık dönemde (%53,9-%46,1) ve ikinci dört haftalık dönemde (%50,1-%49,9) kademeli olarak eşitlenmişti (53).

Pandemi öncesi ve sonrası tanı gruplarına göre hastaların gelme yüzdesi karşılaştırıldığında sıklığı istatistiksel anlamlı olarak artan hastalıklar psoriasis, büllöz hastalıklar, melanom; sıklığı anlamlı olarak azalan hastalıklar ise akne, kserozis kutis, tırnak hastalıkları idi. Bu tanıları dışındaki çoğu hastalığın sıklığında anlamlı bir değişiklik olmadığı görüldü. Turan ve arkadaşlarının pandeminin başlarında yaptıkları karşılaştırmalı çalışmada da çoğu hastalığın sıklığında anlamlı değişiklik olmadığı bulunmuştu (53).

Çalışmamızda toplamda en sık görülen beş tanı grubu akne 470 (%14,9), ürtiker-anjiyonörotik ödem 278 (%8,8), pruritus 269 (%8,5), mantar hastalıkları 263 (%8,3) ve psoriasis 225 (%7,1) oldu. Pandemi öncesi dönemdeki en sık beş tanı grubu akne 310 (%16,8), ürtiker-anjiyonörotik ödem 171 (%9,3), pruritus 170 (%9,2), mantar hastalıkları 142 (%7,7) ve diğer tanıları 98 (%5,3) olurken, pandemi başlangıcı sonrası dönemdeki en sık beş tanı grubu akne 160 (%12,2), psoriasis 136 (%10,4), mantar hastalıkları 121 (%9,2), ürtiker-anjiyonörotik ödem 107 (%8,2), pruritus 99 (%7,6) oldu.

Turan ve arkadaşlarının çalışmasında COVID-19 başlangıcı sonrası idiyopatik jeneralize pruritus, pitriyazis rozea, alopesi areata, bakteriyel deri/ mukoza hastalıkları ve zona/ post-zoster nevralji gibi tanıların sıklığında anlamlı artış saptandığı; verruka vulgaris, hiperpigmentasyon, skin tag, melanositik nevüs, seboreik keratoz/ solar lentigo gibi hastalıkların sıklığının azaldığı bildirilmişti (53).

Kutlu ve arkadaşlarının Türkiye'de pandeminin birinci ve ikinci aylarında dermatolojik hastalıkların değişim profillerini bir önceki yılın tekabül eden dönemi ile karşılaştırmalı olarak araştırdıkları çalışmasında skabiyez, kontakt dermatit, kserozis kütis, psoriasis, pitriyazis rozea, ürtiker, alopesi areata ve telogen effluvium hastalıklarının COVID-19 salgını sırasında anlamlı derecede arttığı; dermatofitoz, siğiller, molluskum contagiozum ve

tekrarlayan aftöz stomatit gibi hastalıkların yüzdelerinin anlamlı derece azaldığı belirtilmişti (54).

Roongpisuthipong ve arkadaşlarının 15 yaş üzeri hastaları dahil ederek yaptıkları retrospektif çalışmada COVID-19 pandemi yıllarında kserozis kutis, diğer cilt enfeksiyonları (sifiliz ve paraziter enfeksiyonlar), saç ve tırnak bozuklukları, pigment bozuklukları, iyi huylu deri tümörleri ve ilaç erüpsiyonlarının yüzdesi önemli ölçüde azalırken, diğer dermatitler, mantar ve viral cilt enfeksiyonları, akne, sedef hastalığı, ürtiker, vezikülobüllöz dermatozlar ve otoimmün hastalıkların arttığı görülmüştü (55).

Kserozis kutis sıklığının Kutlu ve arkadaşlarının çalışmasının aksine çalışmamızda anlamlı olarak azaldığı görüldü. Bunda Kutlu ve arkadaşlarının çalışmayı yaptıkları Uşak ilinin Aydın iline göre daha karasal ve soğuk bir iklime sahip olması rol oynuyor olabilir. Soğuk, düşük nem gibi çevresel faktörlerin kserozis kutisle ilişkili çevresel tetikleyicilerden olduğu bilinmektedir (56). Kserosis kutis örneğinde olduğu gibi poliklinik başvuru sayılarındaki farklılık coğrafya ve iklime bağlı olabilir. Roongpisuthipong ve arkadaşlarının 15 yaş üzeri hastaları dahil ederek yaptıkları retrospektif çalışmada COVID-19 pandemisi yıllarında, COVID-19 pandemisinin olmadığı yıllarla karşılaştırıldığında, çalışmamızda olduğu gibi kserozis kutis tanısında azalma olduğu görüldü. Bu durumun sebebi olarak insanların daha uzun süre evde kalmaları ve açık hava etkinliklerine daha az zaman harcadıkları için kirleticilere maruz kalma olasılıklarının azalması ve daha seyrek banyo yapılması olduğu düşünülebilir (55).

Akne ve tırnak hastalıkları hastaların oranının azalması toplumda bu hastalıkların kozmetik problemler olarak algılandığını düşündürebilir. 3 Nisan 2020 tarihinde 20 yaş altı kişilere sokağa çıkma yasağı şeklinde kısıtlama getirilmesi sonucu, akne vulgarisin sık görüldüğü genç hasta popülasyonunun hastaneye ulaşımının engellenmesi de pandeminin başlarında yapılan çalışmamızda görülen akne sıklığındaki azalmayı etkileyen faktörlerden biri olabilir.

Psoriasis sıklığında çalışmamızda dramatik derecede artış (%52,8) görülmüş olup psoriasis sıklığındaki bu artışın çeşitli sebepleri olabilir. Psoriasis hastalığı pandeminin getirmiş olduğu psikolojik stresle tetiklenmiş olabilir. Psoriasis hastalarında psikososyal stres sonrası kortizol yanıtında artış bildirilmiştir. Bu artan nöroendokrin yanıt, stresli dönemleri

takiben sedef hastalığının şiddetinde bir artışa yol açar (57). Psoriasis hastalarının bir kısmının biyolojik ilaç tedavilerini bağışıklık baskılayıcı özelliği olduğunu düşünerek kesmeleri, hastalığın alevlenmesine sebep olmuş olabilir. Ayrıca polikliniğimizde psoriasis hastalarına ait özel bir takip polikliniği olması, psoriasis hastalarının pandemi döneminde dahi bizlere daha kolay ulaşmalarına yol açmış olabilir.

Psoriasis ve streptokok enfeksiyonu arasındaki ilişki iyi bilinmektedir. Staphylococcus aureus psoriasis hastalığının gelişimi ile ilişkilidir. İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV), psoriasis ile ilişkili iyi bilinen bir risk faktörüdür (58).

Psoriasis uyardığı bilinen ilaçlar arasında lityum, beta adrenerjik reseptör blokörleri, antimalaryal ilaçlar, steroid dışı antiinflamatuvar ilaçlar, angiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, tetrasiklinler ve interferonlar sayılabilmekle beraber her geçen gün listeye yenileri eklenmekte, psoriyazisi uyardığı bildirilen ilaçlar listesi zamanla genişlemekte ve ilaçlar uyarıcı etmenler arasında önemli bir yer edinmektedir (59).

Psoriasis hastalığının artan yüzdesi için öne sürülen ek faktörler arasındapandemi başlarında COVID tedavisinde antimalaryal bir ilaç olan hidroksiklorokin tedavisinin yüksek sayıda kullanımı ve COVID-19 enfeksiyonunun psoriasis olası tetiklemesi yer almaktadır (54).

Büllöz hastalıklar tanımlı hastaların kliniğimizde düzenli takip gerektiren immünosupresif ilaçlar kullanmakta olması ve COVID-19'un bulaşı ile ilgili endişelere rağmen düzenli olarak hastaneye başvurmak durumunda olmaları, bu grup tanımlı hastalardaki artışın nedeni olarak düşünülebilir. Stres, pemfigus vulgaris, pemfigus foliaceus ve büllöz pemfigoid gibi vezikülobüllöz hastalıkları tetikleyebilen birçok faktörden biridir. Pandeminin olumsuz psikolojik etkisinin bir sonucu olarak da vezikülobüllöz hastalıklar yükselişte olabilir (55). Ancak literatürde bu hastalık grubunun stresle tetiklenmesi çok vurgulanan bir durum değildir. Çalışmamızdaki en dramatik artış (%52,4) görülen hastalıklardan biri büllöz hastalıklar olup, bu dönemdeki toplam hasta sayısı 53 (pandemi öncesi 21, pandemi dönemi 32 olgu) olduğu için hastalık sıklığındaki artışın gerçek bir sonuç olduğu düşünülmüştür. Uzun süreli izlemde pandemi ile ilgili artışın ne derecede gerçek veya rastlantısal olduğu açıklığa kavuşacaktır.

Melanom tanılı hasta sayısında dramatik artış (%700) görülüyor olmasına rağmen olgu sayısının çok az olması (pandemi öncesi bir, pandemi dönemi sekiz olgu) bu verinin istatistiksel olarak yorumlanmasını güçleştirmektedir. Öte yandan pandemi başlangıcı öncesi üç aylık sürede bir adet melanom tanısı koyulan polikliniğimizde, pandemi başlarındaki üç aylık dönemde yedi hastanın görülmesi, evde karantinada geçirdikleri sürede hastaların kendilerini daha çok muayene ettikleri düşüncesini beraberinde getirmiştir.

5.2. Anket çalışması ile elde edilen veriler

Anket çalışmasına katılan hastaların çoğunluğunu kadın (%57,7), ilkokul mezunu (%29,3), evli (%63,4) ve çalışmayan (%62,6) hastalar oluşturmaktaydı. Hastaların %56,9'u ortalama aylık gelir düzeylerini orta olarak, %33,3'ü düşük olarak değerlendirdi (Tablo VI).

Haziran 2020'de yayınlanan ve tüm dünyada çok farklı sektörlerden toplam 1,6 milyon çalışanı olan işverenlerin katıldığı "COVID-19 İşveren Aksiyon ve Hazırlık Planları Araştırması" sonuçlarına göre, Türkiye ve Dünya'da pandemi öncesi %14 olan evden ya da uzaktan çalışma oranı pandemi ile %68'e yükselmiştir (Willis Towers Watson, 2020). COVID-19 salgınının çalışma hayatında yarattığı en önemli dönüşümlerden biri, uzaktan çalışma yönteminin, daha önce deneyimlemeyen şirket ve sektörlerde dahi hızlı bir şekilde yaygınlaşması olmuştur (60). Nitekim çalışmamızdaki verilerde de pandemi döneminde evden çalışanlar (%39,1) ile vardiyalı veya dönüşümlü çalışanların (%15,2) toplam oranı, iş yerine gidenlerden (%45,7) daha yüksek olarak bulundu (Tablo V).

Anket çalışmasına katılan hastaların yarıya yakını (%48,8) en az bir kronik hastalığa sahipti. Kronik hastalığı olan ve olmayan her iki grupta poliklinik başvuru oranının yakın olması, kronik hastalığa sahip olma durumunun hastaların pandemi döneminde hastaneye başvurma çekincesi oluşturmadığını düşündürülebilir. Kronik hastalıklara sahip hastalar içerisinde görülen en sık üç kronik hastalığın hipertansiyon (%26,7), diyabet (%25) ve kalp hastalığı (%21,7) olduğu görüldü.

2011 Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması sonuçlarına göre ülkemizde hipertansiyon prevalansı %24, Ege bölgesinde hipertansiyon prevalansı %23,7 olarak bulunmuştur. Çalışmada 15 yaş üzeri grupta, diyabet sıklığı yüzde 11'dir (%95 GA 10,6-11,6). 2010 Türkiye nüfusuna göre standardize edilmiş diyabet prevalansı yüzde 10'dur.

Ege bölgesinde diyabet prevalansı 11,4'tür (61). Çalışmada kalp ve damar hastalıklarının sıklığı %12,7 bulunmuştur. Erkeklerde Batı Anadolu bölgesi (Ankara, Konya) %7,5 ile koroner kalp hastalığının en sık olduğu bölgedir. Kadınlarda Batı Karadeniz (Zonguldak, Kastamonu, Samsun) ve Orta Anadolu (Kırıkkale, Kayseri) koroner kalp hastalığı sıklığının yüksek olduğu bölgelerdir (62). Anket çalışmamızdaki hastaların hipertansiyon sıklığı Ege bölgesi hipertansiyon prevalansı ile benzer sıklıkta bulunurken, diyabet sıklığı Ege bölgesi diyabet prevalansına göre daha yüksek bulundu. Kalp ve damar hastalıkları sıklığı da Türkiye koroner kalp hastalığı prevalansına göre yüksek bulundu.

Anket çalışmasına katılan hastaların %26'sında birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık öyküsü vardı. Birlikte yaşadığı bireylerde kronik hastalık bulunanların hastaneye gelme oranının düşük olmasının bir sebebi olarak, bu hastaların pandemi döneminde kronik hastalığı bulunan yakınlarına hastaneden COVID-19 bulaştırma riskinden çekindiklerini düşünebiliriz.

Anket çalışmasına katılan hastalardan bağışıklık sistemini baskılayıcı bir ilaç kullanan (sistemik kortikosteroid, biyolojik ilaç tedavileri, kemoterapi vb) kişilerin oranı %7,3'tü. Bağışıklık baskılayıcı ilaç kullanan ve immünsupresyon altında olan kişilerin bulaş riski nedeniyle hastaneye az gelmeye çalıştıkları hatırlanınca, toplum genelinde bu oranın biraz daha yüksek olmasını bekleriz.

Hastaların büyük çoğunluğu COVID-19 hakkında bilgiye sahip (%96,7), pandemiye zorunlu olmadıkça evden çıkılmaması gerektiğinden haberdar (%98,4), hastanelerin COVID-19 bulaşması açısından en riskli yerlerden biri olduğundan haberdar (%95,1) idi. Bu yüksek farkındalık oranı pandeminin ilk ayları için sevindiricidir. Bu durumun oluşmasında pandemi başlarında televizyonlardan ve çeşitli yayın kuruluşlarından yapılan "gerekmedikçe evden çıkılmaması ve hastaneye gidilmemesi gerektiği" şeklindeki uyarıların etkisi olduğu söylenebilir.

Anket çalışmasına katılan hastaların dermatolojik şikayet süreleri incelendiğinde %35,8'inin üç aydan kısa, %9,8'inin üç ila altı ay arası, %54,5'inin altı aydan uzun olduğu görüldü. Buradan, polikliniğimizde pandemi döneminde de kronik yakınması olan bireylerin hizmet arayışının sürdüğü sonucuna varabiliriz.

Anket çalışmasına katılan hastaların %67,5'i bu şikayet ile daha önce bir sağlık kuruluşuna başvurmuştu. Hastaların çoğunun daha önce başka bir sağlık kuruluşuna başvurmasının sebebi olarak, büyük olasılıkla hastanemizin üçüncü basamak bir sağlık kuruluşu olması ve kurumumuza yöremizde tedaviye dirençli şikayetler için başvurma eğiliminin yaygın olması gösterilebilir.

Anket çalışmasına katılan hastaların %74'ü dermatoloji polikliniğine başvurma sebebinin acil olduğunu düşünüyorken, %26'sı başvurma sebeplerinin acil olduğunu düşünmemektedir. Pandemi döneminde şikayetlerinin acil olduğunu düşünen hastaların başvurma oranının daha yüksek olması beklenen bir durumdur. Ancak kişilerin acil olmadığını düşünse bile pandeminin ilk aylarında polikliniğimize muayene için başvurmasının bir sebebi toplumda acil kavramının tam anlaşılabilmesi olabilir. Bu konuda eğitim gerekliliği olduğu düşünülmüştür.

Erdoğan ve arkadaşlarının “gerçek dermatolojik acil” kavramını gözden geçirmeyi amaçladıkları prospektif çalışmada, Kasım 2008-Nisan 2009 tarihleri arasında kliniklerine başvuran 400 acil dermatoloji hastası ile 400 randevulu poliklinik hastası olmak üzere toplam 800 hasta incelenmiş olup, acil grubundaki hastaların anlamlı çoğunluğunun kaşıntı şikayeti ile hastaneye başvurduğu, poliklinik grubundaki hastaların saç dökülmesi, sivilce, siğil gibi diğer şikayetlerle başvurduğu görülmüştür. Acil hastalarda en sık görülen hastalıklar; akut ürtiker-anjioödem (%30,2), kontakt dermatit (%11,5) ve böcek ısırığı (%9,7) iken poliklinik hastalarında akne vulgaris (%17,7), verruka (%9,2) ve tinea pedis (%6) olarak bulunmuştur. Yine bu çalışmada kadın hastalar erkeklere göre daha fazla ($p=0,018$) ve mevcut deri hastalığını ilk defa geçiren hastalar hastalıklarının acil olduğunu daha fazla düşünmekte ($p=0,018$) olarak bulunmuştur. Hastaların hastalıklarının neden acil olduğu konusundaki görüşleri sorulduğunda, hastaların %48,2'si kaşıntı/ ağrı vb. yakınmam çok şiddetli, %27,5'i ise korktum/ endişelendim/ sinirim bozuldu (ölüm korkusu, bulaşıcı hastalık korkusu, bir iç hastalıkla ilişkili olabileceğinden korkma) şeklinde yanıt vermişlerdir (63).

Anket çalışmasına katılan hastaların %73,2'sinin pandemi dönemindeki dermatoloji polikliniğimize başvurusu, yaşamı boyunca dermatoloji polikliniğine ilk başvuruları değildi. Pandemi döneminde polikliniğimize başvuran hastaların çoğunluğunun daha önce en az bir kez dermatoloji başvurusu bulunan bireyler olması, bu kişilerin dermatolojik hastalıklar

hakkında bilgi sahibi olduklarını ve pandemi döneminde de hizmet arayışlarının sürdüğünü düşündürebilir.

Hastaneye gelirken, anket çalışmasına katılan hastaların %100'ü maske, %14,6'sı eldiven kullanıyor, %52'si kolonya veya dezenfektan taşıyordu. Hastaların tamamının maske takıyor olması pandemi başlarındaki maske takma konusundaki denetlemelerin daha sıkı olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Anket çalışmasına katılan hastaların %41,5'i Aydın merkezden, %48'i Aydın ilçe veya köylerinden, %10,6'sı Aydın dışından hastaneye gelmişti. Anket çalışmasına katılan hastaların %61'i özel araçla, %37,4'ü toplu taşıma ile, %1,6'sı yürüyerek hastaneye gelmişti. Özel araçla hastaneye gelen hastaların çoğunlukta olması, bulaş riskinden dolayı hastaların toplu taşıma kullanımından kaçındıkları görüşünü destekleyicidir.

Anket çalışmasına katılan hastaların %66,7'si pandemi sürecinden ruhsal olarak olumsuz etkilendiğini düşünüyorken, %33,3'ü olumsuz etkilendiğini düşünmüyordu. Pandemi sürecinden ruhsal olarak olumsuz etkilenmesinin dermatolojik şikayeti ile ilişkisi olabileceğini düşünen hastalar azınlıkta kalmıştır (%28). Deri hastalıklarında stresle indüklenme hekimlerin ve hastaların sık ifade ettikleri bir durumdur. Psikolojik stresin rolü, atopik dermatit, psoriasis, seboreik dermatit, ürtiker, akne vulgaris, telogen effluvium, alopesi areata, pruritus, prurigo nodularis ve liken planus dahil olmak üzere çok çeşitli deri hastalıklarında tanımlanmıştır (64).

Anket çalışmasına katılan 123 hastanın 45'ü (%36,5) psoriasis, Behçet hastalığı, ürtiker, seboreik dermatit, pruritus, telogen effluvium, liken simpleks kronikus, tekrarlayan oral aftlar, atopik dermatit ve zona gibi stresle indüklenebilen hastalıklara sahipti. Bu oran çalışmamızdaki pandeminin ilk üç ayını kapsayacak şekilde verildiği için kısa süreli bir değerlendirme sağlanmıştır. COVID-19 pandemisinin yarattığı ruhsal ve ekonomik kısıtlılıkların iki seneyi aştığı dikkate alındığında bu oranın zamanla daha da artacağı düşünülebilir.

Pandemi sürecinde polikliniğimize başvuran ve anket çalışmasına katılan bu hastaların stresle indüklenebilen hastalıklara sahip yüzdesi (%36,5), pandemi sürecinden ruhsal olarak olumsuz etkilenmesinin dermatolojik şikayeti ile ilişkisi olabileceğini düşünen hastaların

yüzdesinden (%28) daha yüksek bulunmuştur. Bu durum hastaların pandeminin getirdiği stres yükünden, kendi düşüncüklerinden daha fazla etkilendiklerini düşündürebilir.

Pandemi ile ilgili bilgi düzeyini ölçmeyi amaçladığımız 13. sorudaki tüm şıklara doğru yanıt veren 88 (%71,5) hasta oldu. 13. soruya doğru yanıt veren bu hastaların; çoğunlukla kadın (%55,7), evli (%63,6), çalışmayan (%60,2), ülkemizde zorunlu eğitim olan ilköğretimi tamamlamış (%69,3) hastalar olduğu görüldü. Çalışan hastaların %51,4'ü evden veya vardiyalı/ dönüşümlü çalışıyordu. Gelir düzeyi ile ilgili soruya %38,6'sı düşük, %54,5'i orta yanıtını verdi.

Anket çalışmasına katılan hastaların %63,4'ü ilköğretim ve üzeri eğitim düzeyine sahipken 13. soruya doğru cevap verenlerin %69,3'ü ilköğretim ve üzeri eğitim düzeyine sahipti. Pandemi ile ilgili bilgi seviyesini ölçmeyi amaçladığımız bu soruyu doğru cevaplamış olan hastaların eğitim seviyesinin anket çalışmasına katılan tüm hastalara göre yüksek olması, iyi eğitilmiş bireylerin pandemi hakkındaki farkındalıklarının daha fazla olduğunu düşündürmektedir.

Yaşam koşulları ve sağlık hastalık algılarını irdeleyen bir çalışmada eğitim düzeyi yüksek bireylerin daha az işsiz kaldığı, ekseriyetle iyi gelir getiren, sosyal güvenceli ve yüksek standartlı mesleklerde çalışmakta olduğu ve bu bağlamda eğitilmiş kişilerin daha sağlıklı bir yaşam tarzına sahip olduğu belirtilmiştir. Bu kişiler daha çok spor yapmaya eğilimli olup, düzenli ve dengeli beslenme konusunda daha bilinçlidirler (65). Eğitim düzeyi arttıkça, bireylerin sağlığını büyük ölçüde etkileyen COVID pandemisi hakkındaki bilgi düzeylerinin de artmasını beklenebilir bir durum olarak değerlendirebiliriz.

Anket çalışmasına katılan hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi demografik verilerinin sorulara verdiği yanıtlarla ilişkisine bakıldığında şöyle değerlendirmeler yapılabilir;

Cinsiyet ile çalışma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde erkek hastaların çalışma oranı (%48,1), kadın hastalara (%28,2) göre daha yüksek bulundu ($p=0,038$). TÜİK Ocak 2021 işgücü istatistikleri verilerine göre 15 yaş üzeri popülasyonda işgücüne katılma oranı erkeklerde %68,2, kadınlarda %32 olarak hesaplanmıştır (66). Çalışmamıza katılan hastaların cinsiyete göre çalışma durumunun toplumdaki dağılıma benzer olduğu görüldü.

Cinsiyet ile pandemiden ruhsal olarak olumsuz etkilenme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde kadın hastaların pandemiden ruhsal olarak etkilenme oranı (%76,1), erkek hastalara (%53,8) göre daha yüksek bulundu ($p=0,017$). Çalışmamız ile uyumlu olarak, COVID-19 salgını ile bireylerin sağlık anksiyete düzeylerinin incelendiği bir çalışmada kadınların sağlık anksiyete seviyelerinin, erkeklerinkine kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmiştir (67).

Sosyal izolasyon nedeniyle evlerde kalmanın artmasıyla kadınların sağlık ve eğitim hizmetlerine ulaşımında aksaklıklar yaşaması, karantina sürecinde evlerde artan iş yükü ve sorumluluklar, kadınların kendileri ve aileleri ile ilgili çoğu konuda söz sahibi olamaması, aile içi çatışmaların artması ve bunun gibi birçok sorun kadınları psikolojik yönden etkilemiş olabilir. Geçmişte dünya üzerinde yaşanmış salgın hastalıkların cinsiyet üzerindeki etkilerinin ele alındığı çalışmalara bakıldığında Ebola ve Zika gibi virüslerin kadınlar üzerine erkeklere göre daha dramatik sonuçları olduğu ifade edilmiştir. Ebola virüsü nedeniyle okulların kapatılması sonucu erken yaşta evliliklerin ve adölesan gebeliklerin artması, sağlık hizmetinde aksamalar sonucu yeterli bakım alamama ile anne ve bebek ölüm oranlarında artışlar olması; benzer şekilde Zika virüsünün anomalili bebek doğurma ile ilişkili olması nedeniyle gebeliğin yönetimi ile ilgili yasaların çıkması ve kadınların bu süreçte hijyenik olmayan yerlerde kürtaj yaşamalarına neden olduğu belirtilmektedir (68).

Türkiye Kadın Dernekleri Federasyonu'nun belirlemelerine göre pandemi sürecinde ülkemizde kadınlarda fiziksel şiddete maruz kalma %80, psikolojik şiddete maruz kalma %93, sığınma evi talebi ise %78 oranında artış göstermiştir. Salgın döneminde kadınlara yönelik şiddetin önceki yılın Mart ayına göre %38,2 arttığı da bildirmiştir (69).

Yaş ile kronik hastalık varlığı arasındaki ilişki incelendiğinde kronik hastalığı olanların medyan yaşı 53,3 (40,3-64,3), kronik hastalığı olmayanlara 33,5 (24,4-45,4) göre daha yüksekti ($p<0,001$). Bu, yaşamın doğal seyrine uyan bir veridir. Dünyada nüfusun yaşlanmasıyla birlikte sıklığı hızla artan kronik hastalıklar küresel bir tehdit haline gelmiştir. Avrupa'da yapılan bir çalışmada 15 yaş ve üzeri nüfusun %40'ında en az bir kronik hastalığın olduğu, yaş artışıyla paralel olarak kronik hastalığa yakalanma riskinin arttığı saptanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından Avrupa'da yaşayan 65 yaş ve üzeri her üç kişiden ikisinde en az iki kronik hastalık olduğu bildirilmiştir (70). Daha ileri yaşta olan hastalarda çalışmamızda olduğu gibi kronik hastalık görülme oranının artıyor olması beklenen bir durumdur.

Yaş ile pandemiden ruhsal etkilenmesinin dermatolojik şikayeti ile ilişkisi olduğunu düşünme durumu incelendiğinde pandemiden ruhsal olarak etkilenmesinin dermatolojik şikayeti ile ilişkisi olduğunu düşünen hastaların yaş ortalaması $51 \pm 16,7$, düşünmeyenlerin yaş ortalamasına $41 \pm 13,7$ göre daha yüksekti ($p=0,012$). COVID-19 sebebiyle uygulanan sosyal kısıtlamalarının yanı sıra, kesintiye uğramış sağlık hizmetleri ile sağlığın kötüleşmesi, sosyal çevrenin azalması, eş veya arkadaşların ölümüyle birlikte yalnız kalma durumu ve değersizlik duygularının artması, ileri yaştaki insanların yakın çevrelerine ve topluma yük olduklarını düşünmelerine sebep olabilmektedir. Geçmiş dönemlerdeki salgınlarda ve COVID-19 salgını döneminde yapılan çalışmalarda yaşlılarda depresif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve uyum bozukluğu insidanslarının arttığı gösterilmiştir (71). Deri hastalıklarının ortaya çıkmasından önce ya da lezyonların şiddetini artırıcı nitelik olarak sıklıkla kaygı, üzüntü, depresyon, suçluluk gibi duygular ortaya çıkabilmekte ve hastaların bu duygularla baş edebilmesi güçleşmektedir (72). Pandeminin ileri yaştaki bireylere getirdiği ruhsal yük ile deri hastalıklarının stresle tetiklendiği veya alevlendiği dikkate alındığında çalışmamızda elde edilen bu verinin kayda değer olduğu düşünülebilir.

Hastaların eğitim durumu ilgili analizler ülkemizdeki zorunlu eğitim programını, yani ilköğretimi tamamlayanlar ve tamamlamayanlar olarak iki gruba bölünerek yapıldı. İlköğretimi tamamlayan 78 hasta (%63,4), ilköğretimi tamamlamayan 45 hasta (%36,6) vardı. Eğitim durumu ile kronik hastalık varlığı arasındaki ilişki incelendiğinde ilköğretimi tamamlamayan hastalardaki kronik hastalık varlığı (%66,7), ilköğretimi tamamlayan hastalardaki kronik hastalık varlığına (%38,5) göre yüksekti ($p=0,005$). Eğitim durumu ile bağışıklığı baskılayan ilaç kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde bağışıklığı baskılayan ilaç kullanımı ilköğretimi tamamlamayan hastalarda (%15,6), ilköğretimi tamamlayan hastalara (%2,6) göre yüksekti ($p=0,012$). Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça kronik hastalık sıklığının ve bağışıklık baskılayıcı ilaç kullanım sıklığının azaldığı görülmüştü. Eğitim düzeyi yüksek kişilerin, sağlıklı yaşam konusunda daha yüksek bilince ve daha iyi yaşam koşullarına sahip olmasının muhtemelen bu sonucu doğurduğu düşünülebilir.

Hastaların Dermatoloji polikliniğine başvurma sebebinin acil olduğunu düşünme durumu ile hastalık yakınma süreleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p=0,830$). Bu alarme edici bir durumdur. Pandemi başlarında evde kalma çağrılarının yapıldığı ve gerçekten acil olmadıkça hastaneye başvuramaları gerektiği konusunda topluma yapılan açıklamalar dikkate alındığında, yakınma süresi daha kısa olan hastaların başvuru

sebeplerinin acil olduğunu düşünmelerini beklerdik. Bu veri bize dermatolojik acil tanımının sadece tıbbi kriterlere göre değil, bireysel ve toplumsal algılara göre değişim gösterebildiğini ve dermatolojik acil kavramının yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında çalışmamızda üç aylık sürelerin karşılaştırılması sayılabilir. Dermatolojik hastalıkların kliniklerinin oturması haftaları, hatta bazen aylar alabilmekte olduğundan üç aylık bir süre hastalık sıklıklarındaki değişimleri anlamak için yeterli olmayabilir. Ek olarak dermatolojik hastalıkların çok çeşitli olması, ICD-10 kodlamasının dermatolojik tanıları tam olarak karşılamaması, hastaların birden fazla tanıya sahip olmaları, bazı hastalıklar için birden fazla tanı kodu bulunması, hekimlerin kodlama konusundaki tutumlarının farklılığı gibi faktörler de çalışmamızın kısıtlılıkları arasında yer almaktadır.

Çalışmamızda pandemi başlangıcındaki ilk üç ayda polikliniğimize başvuran hastalara anket uygulandığı için hastaların pandemi ile ilgili bilgi düzeyi, virüsten korunmak için aldıkları önlemler, ruhsal etkilenmeleri gibi faktörler sorgulanabilmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

COVID-19 pandemisi tüm dünyada sağlık sistemini ve dermatoloji polikliniklerini etkilemiş, dermatoloji poliklinik başvuruları üzerinde büyük değişikliklere sebep olmuştur. Pandemi başlarında çoğu klinikte dermatoloji poliklinikleri kapanmış veya poliklinik randevu sayılarında azaltılmaya gidilmiştir. Bu da hastaların sayısında ve tanı dağılımlarında değişikliklere sebep olmuştur. Dermatolojik hastalıklar çoğunlukla acil olmayan durumlar olarak değerlendirilmesine rağmen pandemi döneminde polikliniğimize başvuran hastaların çoğunluğu şikayetlerinin acil olduğunu düşünmekteydi. Bu da hekimler ile hastalar arasındaki hastalıkların aciliyet algısı farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda, dünya çapında böylesine ölümcül bir pandemi sürecinde, mortalitesi düşük dermatolojik hastalıkları olan hastaların hastaneye gelme nedenlerini anlamayı amaçladık. Hastaların ülkemizde uzman hekime ulaşmasındaki kolaylık, dermatolojik hastalıkların hastaların vücut algısını ve yaşam kalitesini etkilemesi, kişiye göre değişen risk algısı, artan stres yükü gibi faktörler, pandemi döneminde dermatoloji uygulamalarının tanısal dağılımının değişmesine neden olmuştur. Hekimlik hizmeti verilirken hastaların yönelimlerinin, tedavi arama davranışlarının belirlenmesi ve deri hastalıklarının dağılımının bilinmesi, sonrasında hastalara daha iyi sağlık hizmeti verilebilmesi için yararlı olacaktır. Pandeminin iki yılı aşkın süredir devam ettiği dikkate alındığında, COVID-19 pandemisinin dermatoloji pratiğimiz üzerindeki etkisinin daha iyi değerlendirilebilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu konuda yapılacak ileri araştırmalar hasta memnuniyetinin ve hekimlerin hastalara yaklaşımının iyileştirilmesine katkıda bulunabilir.

7. ÖZET

COVID-19 PANDEMİSİNİN AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ DERİ VE ZÜHREVİ HASTALIKLAR POLİKLİNİK BAŞVURULARI ÜZERİNE ETKİLERİ

Giriş: COVID-19, ülkemizde ilk vakanın görüldüğü 11 Mart 2020 tarihinde DSÖ tarafından pandemi ilan edildi. COVID-19 pandemisi dermatoloji poliklinikleri dahil tüm sağlık sistemini birçok yönden etkiledi. Pandemi başlarında çoğu sağlık merkezinde dermatoloji poliklinikleri kapandı veya randevu sayıları azaldı, hastaların sayı ve tanı dağılımlarında değişiklikler oldu. Çalışmamızda, dermatoloji poliklinik başvurularının pandemi sürecinden nasıl etkilendiğinin tespit edilmesi, pandemi sürecinde polikliniğimize başvuran hastaların hangi deri hastalıklarını daha acil olarak algıladığının ve hastaların pandemi hakkındaki farkındalık düzeylerinin belirlenmesi hedeflendi.

Yöntem: Pandemi sürecindeki 60 iş günü ve pandemiden önceki 60 iş günü boyunca polikliniğimize başvuran hastaların verileri hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden elde edildi. Ayrıca pandemi sürecindeki 60 iş gününde polikliniğimize başvuran erişkin hastalara 10'u pandemiyle ilişkili olmak üzere 24 soruluk anket uygulandı. Çalışmamız için hedeflenen örnek büyüklüğü (pandemi ile ilgili soru sayısı x 10) formülüne göre hesaplandı. Pandemi sürecinde polikliniğimize başvuran 1314 hastadan toplam 123 hastaya (%9,3'üne) anket uygulandı. Elde edilen veriler SPSS 20 paket programı ile analiz edildi.

Bulgular: 1888'i (%59) pandemi öncesi, 1314'ü (%41) pandemi döneminde olmak üzere toplam 3202 hasta değerlendirildi. Pandemi döneminde hasta sayısında %30,4'lük bir azalma gözlemlendi. Erkek hastaların oranında anlamlı bir artış olurken, kadın hastaların oranında anlamlı bir azalma olduğu görüldü. Pandemi sırasında görülme sıklığı istatistiksel anlamlı olarak artan hastalıklar psoriasis, büllöz hastalıklar, melanom; sıklığı anlamlı olarak azalan hastalıklar ise akne, kserozis kutis, tırnak hastalıkları idi. Anket çalışmasına katılan kadın hastaların pandemiden ruhsal olarak etkilenme oranı (%76,1), erkek hastalara (%53,8) göre daha yüksek bulundu ($p=0,017$). Pandemiye ruhsal olarak etkilenmesinin dermatolojik şikayeti ile ilişkisi olduğunu düşünen hastaların yaş ortalaması ($51\pm16,7$), düşünmeyenlerin yaş ortalamasına ($41,8\pm13,7$) göre daha yüksekti ($p=0,012$). Hastaların 60'ı (%48,8) en az bir kronik hastalığa sahipken, 63'ünün (%51,2) kronik hastalığı bulunmamaktaydı. Bağışıklık

sistemini baskılayıcı bir ilaç kullanan (sistemik kortikosteroidler, biyolojik ilaç tedavileri, kemoterapi gibi) dokuz (%7,3) hasta vardı. Hastaların 121'i (%98,4) pandemide zorunlu olmadıkça evden çıkılmaması gerektiğinden haberdardı. Hastaların dermatolojik şikayet sürelerine bakıldığında 44'ünün (%35,8) şikayet süresi üç aydan kısa, 12'sinin (%9,8) üç ila altı ay arası, 67'sinin (%54,5) altı aydan uzundu. Hastaların 91'i (%74) dermatoloji polikliniğine başvurma sebebinin acil olduğunu düşünüyorken, 32'si (%26) başvurma sebeplerinin acil olduğunu düşünmemekteydi. Hastaların dermatoloji polikliniğine başvurma sebebinin acil olduğunu düşünme durumu ile hastalık yakınma süreleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p=0,830$).

Sonuç: Ülkemizde uzman hekime ulaşmadaki kolaylık, dermatolojik hastalıkların hastaların vücut algısını ve yaşam kalitesini etkilemesi, kişiye göre değişen risk algısı, artan stres yükü gibi faktörler, pandemi döneminde dermatoloji uygulamalarında tanısal dağılımın değişmesine neden olmuştur. Hastaların acil kavramının genel tıp anlayışı ile örtüşmediği bulgusu çarpıcıdır. Pandemi gibi sağlık sisteminde dramatik değişiklikler olan bir dönemde hastaların sağlık hizmetine ulaşımında teletıp uygulaması, whatsapp ve benzeri görüntülü uygulamaların kullanılması yarar sağlayabilir. Hastaların yönelimlerinin, tedavi arama davranışlarının belirlenmesi ve olağanüstü zamanlardaki hastalıkların dağılımının bilinmesi, hastalara daha iyi sağlık hizmeti verilebilmesi için gereklidir. Bu konuda yapılacak ileri araştırmalar hasta memnuniyetinin ve tıbbi uygulamaların iyileştirilmesine katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, pandemi, dermatoloji

8. SUMMARY

THE EFFECTS OF THE COVID-19 PANDEMIC ON OUTPATIENTS OF DERMATOLOGY CLINIC OF AYDIN ADNAN MENDERES UNIVERSITY HOSPITAL

Introduction: COVID-19 was declared as a pandemic by WHO on March 11, 2020, the date when the first case was diagnosed in our country. The COVID-19 pandemic has affected the entire health system including dermatology outpatient clinics in many ways. At the beginning of the pandemic, dermatology outpatient clinics were closed in most clinics or the number of appointments were reduced, along with the change in number of patients. The distribution of diagnoses also changed. In our study, we aimed to determine how dermatology outpatient profile was affected by the pandemic, to determine which skin diseases were perceived as an emergency by the patients who were seen at our outpatient clinic during the pandemic, and to determine the level of pandemic awareness.

Method: Data of the patients seen at our outpatient clinic within first 60 days prior to start of the pandemic in Turkey and 60 days afterwards were extracted through the digital hospital database. In addition, a questionnaire was applied to adult patients who were asked to fill in a questionnaire with 24 questions, 10 of which were about the pandemic. The target sample size for our study was calculated according to the formula (number of questions about the pandemic x 10). A questionnaire was applied to 123 patients (9.3%) out of 1314 patients who applied to our outpatient clinic during the pandemic. SPSS 20 package program was used for statistical analysis.

Results: A total of 3202 patients were evaluated. Of these, 1888 (59%) were examined before the pandemic started and 1314 (41%) during the pandemic. A decrease of 30.4% was observed in the number of patients during the pandemic. There was a significant increase in the male to female ratio of patients. Diseases diagnosed with a statistically significant increase in frequency are psoriasis, bullous diseases, melanoma; the diseases whose frequency decreased significantly were acne, xerosis cutis, and nail diseases. Among patients who participated in the survey, the rate of being psychologically affected by the pandemic in female patients (76.1%) was found to be higher than male patients (53.8%) ($p=0.017$). The mean age of the patients who thought that their psychological impact from the

pandemic was related to their dermatological complaints was 51 ± 16.7 years, and the mean age of those who did not was 41 ± 13.7 ($p=0.012$). Sixty (48.8%) patients had at least one chronic disease, 63 (51.2%) reported none. There were nine (7.3%) patients on immunosuppressive treatment (systemic corticosteroids, biologic agents, chemotherapeutics etc.). 121 (98.4%) of the patients were aware that they needed to quarantine at home unless absolutely necessary during the initial months of the pandemic. Duration of dermatological complaints was shorter than three months in 44 (35.8%) patients, between three to six months in 12 (9.8%) and longer than six months in 67 (54.5%) patients. While 91 (74%) of the patients thought that their reason for seeking an appointment at the dermatology outpatient clinic was urgent, 32 (26%) did not think so. There was no statistically significant relationship between the patients' opinion of whether their complaints consisted an emergency and the duration of skin disease ($p = 0.830$).

Conclusion: The diagnostic distribution in dermatology practice during the pandemic is the result of several factors such as easy access to specialists in our country, the effect of dermatological diseases on body perception and quality of life, the risk perception that changes according to the individual, and the increased stress load in our country. The finding that the emergency concept of patients does not coincide with the general understanding of medicine is striking. In a period with dramatic changes in the health system such as the pandemic, the use of online applications such as telemedicine, whatsapp may be beneficial for patients to reach healthcare services. A better understanding of patient behaviour and knowledge of the shift in the distribution of diseases in extraordinary times will aid in providing better healthcare. Further research on this subject may contribute to improving patient care and provide better medical practice.

Keywords: Covid-19, pandemic, dermatology

9. KAYNAKLAR

1. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *Int J Soc Psychiatry*. 2020; 66 (5): 504-11.
2. Pandemi. T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilgilendirme Platformu. 2020. Available from: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66494/pandemi.html>.
3. Wollina U. Challenges of COVID-19 pandemic for dermatology. *Dermatol Ther*. 2020; 33 (5): e13430.
4. Türsen Ü, Türsen B, Lotti T. Aesthetic dermatology procedures in coronavirus days. *J Cosmet Dermatol*. 2020; 19 (8): 1822-5.
5. Tao J, Song Z, Yang L, Huang C, Feng A, Man X. Emergency management for preventing and controlling nosocomial infection of 2019 novel coronavirus: implications for the dermatology department. *Br J Dermatol*. 2020; 182 (6): 1477-8.
6. Demirbilek Y, Pehlivan Türk G, Özgüler ZÖ, Meşe EA. COVID-19 outbreak control, example of ministry of health of Turkey. *Turk J Med Sci*. 2020; 50 (SI-1): 489-94.
7. Parıldar H. Tarihte bulaşıcı hastalık salgınları. *Tepecik Eğit.ve Araşt. Hast. Dergisi*. 2020; 30: 19-26.
8. Kelly H. The classical definition of a pandemic is not elusive. Bulletin of the World Health Organization. 2011; 89: 540-1.
9. Özlü A, Öztaş D. Yeni corona pandemisi (COVID-19) ile mücadelede geçmişten ders çıkartmak. *Ank Med J*. 2020; 20 (2): 468-81.
10. Turan O. Thukydides' in aktarımına göre Atina salgınının gerçek etkileri. *Turk J Hist*. 2018; 4 (2) : 89-108.
11. Özhazar H. Tarihin En Büyük Salgınları. [29.01.2021]. Available from: <https://www.anadoluplatformu.org.tr/makaleler/huseyin-ozhazar-makaleler/tarihin-en-buyuk-salginlari/3-justinyen-veba-salgini-541-542/>
12. Bose D. [29.01.2021]. Available from: <https://www.businessinsider.com/pandemics-that-changed-the-course-of-human-history-coronavirus-flu-aids-plague/>

13. Özlem G. Kara ölüm: 1348 veba salgını ve Ortaçağ Avrupa'sına etkileri. *Tarih Okulu Dergisi*. 2011(10) : 123-150.
14. Kılıç O. Tarihte küresel salgın hastalıklar ve toplum hayatına etkileri. Şeker M, Özer A, Korkut C. *Türkiye Bilimler Akademisi*. 2020: 13-54.
15. Mercan B. XIX. Yüzyılda Osmanlı'da Çiçek Salgınları ve Çiçek Hastalığı ile Mücadele: Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2017.
16. Temel MK. 1918 Pandemisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Deontoloji ve Tıp Tarihi Programı, 2012.
17. Armağan T, Bingül BA, Rengin A. Tarihsel süreçte yaşanan pandemilerin ekonomik ve sosyal etkileri. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*. 2020; 19 (COVID-19 Special Issue): 612-32.
18. Dünder N. Küresel salgınların makroekonomik etkileri üzerine bir araştırma. *Journal of Social and Humanities Sciences Research*. 2020; 7 (52): 837-52.
19. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Türkiye HIV/AIDS Kontrol Programı (2019-2024) Irmak H YN, Keklik K, Temel F, editor. Ankara: Artı6 Medya Tanıtım Matbaa Ltd. Şti.; 2019.
20. Kanra G, Kara A. SARS: Şiddetli akut solunum yetmezliği sendromu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2003; 46: 155-61.
21. Tatar B, Adar P. SARS-CoV-2: Mikrobiyoloji ve Epidemiyoloji. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Derg.* 2020; 30: 27-35.
22. Şanlı K. İnfluenza virüsü ve domuz gribi. *JOPP Derg.* 2010; 2(1): 4-12.
23. Ergönül Ö. İnfluenza A H1N1-Meksika kaynaklı salgın. *Türk Aile Hek Derg.* 2009; 13 (1): 9-10.
24. Balkan İ. Pandemik grip. *J Exp Clin Med.* 2013; 29 (3s): 193-200.
25. Açıklık CH. 2014 Yılıının En Büyük Salgını: Ebola Virüs Hastalığı. *Gülhane Tıp Derg.* 2014; 56: 194-197.
26. Tülek N, Erdinç Ş. Ebola Virüsü Hastalığı. *Flora Derg.* 2015; 20 (2): 53-73.

27. Weiss SR, Navas-Martin S. Coronavirus pathogenesis and the emerging pathogen severe acute respiratory syndrome coronavirus. *Microbiol Mol Biol Rev.* 2005; 69 (4): 635-64.
28. Gürlevik SL. Coronaviruses and new coronavirus SARS-CoV-2. *J Pediatr Inf.* 2020; 14 (1): 46-8.
29. Hartenian E, Nandakumar D, Lari A, Ly M, Tucker JM, Glaunsinger BA. The molecular virology of coronaviruses. *J Biol Chem.* 2020; 295 (37): 12910-34.
30. Hasöksüz M, Kiliç S, Saraç F. Coronaviruses and SARS-COV-2. *Turk J Med Sci.* 2020; 50 (SI-1): 549-56.
31. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü COVID-19 (SARS-CoV-2 enfeksiyonu) genel bilgiler, epidemiyoloji ve tanı, Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması 2020.
32. Khan M, Adil SF, Alkhatlan HZ, Tahir MN, Saif S, Khan M, et al. COVID-19: a global challenge with old history, epidemiology and progress so far. *Molecules.* 2021; 26 (1): 39.
33. Kaur I, Sharma A, Jakhar D, Das A, Aradhya SS, Sharma R, et al. Coronavirus disease (COVID-19): An updated review based on current knowledge and existing literature for dermatologists. *Dermatol Ther.* 2020; 33 (4): e13677.
34. Varol G, Varol BT. Halk Sağlığı boyutuyla Türkiye’de Covid-19 pandemisinin değerlendirmesi. *Namık Kemal Tıp Dergisi.* 2020; 8 (3): 579-94.
35. Lotfi M, Hamblin MR, Rezaei N. COVID-19: Transmission, prevention, and potential therapeutic opportunities. *Clin Chim Acta.* 2020; 508: 254-66.
36. Furue M, Yamazaki S, Jimbow K, Tsuchida T, Amagai M, Tanaka T, et al. Prevalence of dermatological disorders in Japan: a nationwide, cross-sectional, seasonal, multicenter, hospital-based study. *J Dermatol.* 2011; 38 (4): 310-20.
37. Adışen E, Gürer MA, Keseroğlu Ö. Dermatoloji hasta profili. *TÜRKDERM-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi.* 2008; 42 (3): 82-6.
38. Bilgili ME, Yıldız H, Sarici G. Prevalence of skin diseases in a dermatology outpatient clinic in Turkey. A cross-sectional, retrospective study. *J Dermatol Case Rep.* 2013; 7 (4): 108.

39. Julian C. Dermatology in general practice. *Br J Dermatol*. 1999; 141 (3): 518-20.
40. Dursun R, Temiz SA. COVID-19 ve Dermatoloji Poliklinikleri. *Türkiye Klinikleri*; 2020. p.1-8.
41. Gül Ü. COVID-19 and dermatology. *Turk J Med Sci*. 2020; 50 (8): 1751-9.
42. Shinkai K, Bruckner AL. Dermatology and COVID-19. *JAMA*. 2020; 324 (12): 1133-4.
43. Chen Y, Pradhan S, Xue S. What are we doing in the dermatology outpatient department amidst the raging of the 2019 novel coronavirus? *J Am Acad Dermatol*. 2020; 82 (4): 1034.
44. Patri A, Gallo L, Annunziata MC, Megna M, Fabbrocini G. COVID-19 pandemic: University of Naples Federico II Dermatology's model of dermatology reorganization. *Int J Dermatol*. 2020; 59: 239-240.
45. Cengiz FP, Emiroglu N, Bahali AG, Dizman D, Taslidere N, Akarslan TC, et al. Which dermatology patients attend to Dermatology Outpatient Clinics during the SARS-CoV-2 outbreak in Turkey and what happened to them? *Dermatol Ther*. 2020; 33 (4): e13470.
46. Kutlu Ö, Güneş R, Coerdts K, Metin A, Khachemoune A. The effect of the “stay-at-home” policy on requests for dermatology outpatient clinic visits after the COVID-19 outbreak. *Dermatol Ther*. 2020; 33 (4): e13581.
47. Türsen Ü, Türsen B, Lotti T. Coronavirus-days in dermatology. *Dermatol Ther*. 2020; 33 (4): e13438.
48. Gonzalo AC, Casas CG. COVID-19 and the Skin. *Actas dermosifiliogr*. 2020; 111 (6): 447.
49. Wollina U, Karadağ AS, Rowland-Payne C, Chiriac A, Lotti T. Cutaneous signs in COVID-19 patients: a review. *Dermatol Ther*. 2020; 33 (5): e13549.
50. Recalcati S. Cutaneous manifestations in COVID-19: a first perspective. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020; 34 (5).
51. Türsen Ü, Türsen B, Lotti T. Cutaneous side effects of the potential COVID-19 drugs. *Dermatol ther*. 2020; 33 (4): e13476.

52. Kartal SP, Çelik G, Sendur N, Aytekin S, Serdaroğlu S, Doğan B, et al. Multicenter study evaluating the impact of COVID-19 outbreak on dermatology outpatients in Turkey. *Dermatol Ther.* 2020; 33 (6): e14485.
53. Turan Ç, Metin N, Utlu Z, Öner Ü, Kotan ÖS. Change of the diagnostic distribution in applicants to dermatology after COVID-19 pandemic: What it whispers to us? *Dermatol Ther.* 2020; 33 (4): e13804.
54. Kutlu Ö, Metin A. Relative changes in the pattern of diseases presenting in dermatology outpatient clinic in the era of the COVID-19 pandemic. *Dermatol Ther.* 2020; 33 (6): e14096.
55. Roongpisuthipong W, Yodla P, Klangjareonchai T. A Comparison of Diagnosed Skin Diseases between the Years with and without COVID-19 Pandemic. *Medicina.* 2021; 57 (8): 773.
56. Augustin M, Wilsmann-Theis D, Körber A, Kerscher M, Itschert G, Dippel M, et al. Diagnosis and treatment of xerosis cutis—a position paper. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2019; 17: 3-33.
57. Ertuğrul G. Reflections of COVID-19 Pandemic on Dermatology Outpatient Clinics. *Med Records.* 2022; 4 (1): 35-9.
58. Kamiya K, Kishimoto M, Sugai J, Komine M, Ohtsuki M. Risk factors for the development of psoriasis. *Int J Mol Sci.* 2019; 20 (18): 4347.
59. Fetil E, İlknur T, Birgin B, Özkan Ş, Güneş AT, Öztürk B, et al. İlaçla uyarılan psoriyazis. *Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi.* 2002; 36 (2): 105-9.
60. Uşen Ş. Covid-19 salgını döneminde “zorunlu” evden çalışma: İş ve özel yaşama etkileri. İ. Ü. İktisat Fakültesi İnsan Kaynakları Araştırma Merkezi 2020.
61. Ünal B, Ergör G, Horasan GD, Kalaça S, Sözmen K. Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Ünal B, Ergör G, editors. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, Ankara 2013.
62. Şencan I, Keskinçilic B, Ekinci B, Öztemel A, Sarıoğlu G, Çobanoğlu N, et al. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020). TC Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, TC Sağlık Bakanlığı Yayın. 2015 (988): 1-63.

63. Erdoğan HK, Altunay İK, Köflü A. Acil Dermatoloji Hastalarının Değerlendirilmesi: Tek Merkezli Prospektif Bir Klinik Çalışma. Archives of the Turkish Dermatology & Venerology / Turkderm. 2009; 43 (4).
64. Saif GAB, Alotaibi HM, Alzolibani AA, Almodihesh NA, Albraidi HF, Alotaibi NM, et al. Association of psychological stress with skin symptoms among medical students. *Saudi Med J*. 2018; 39 (1): 59.
65. Aydın K. Yaşam Koşulları ve Sağlık Hastalık Algıları. Sosyoloji Araştırmaları Dergisi. 2019; 22: 32-68.
66. İşgücü İstatistikleri, Ocak 2021 Türkiye İstatistik Kurumu [31.10.2021]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Isgucu-Istatistikleri-Ocak-2021-37486>.
67. Tutku E, İlman E, Dönmez E. Bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ile covid-19 salgını kontrol algısının karşılaştırılması. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi. 2020; 6 (1): 139-54.
68. Esra Ü, Derya A, Gözüyeşil e. Covid-19 pandemisi ve kadınlar. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021; 4 (1): 1-8.
69. Yüce AE. 2021. Available from: <https://www.birgun.net/haber/covid-19-pandemisi-mi-siddet-pandemisi-mi-336617>.
70. Kubat Bakir G, Akin S. Yaşlılıkta kronik hastalıkların yönetimi ile ilişkili faktörler. Sağlık ve Toplum. 2019; 29 (2): 17-25.
71. Kardeş VÇ. Pandemi süreci ve sonrası ruhsal ve davranışsal değerlendirme. *Türk Diyab Obez*. 2020; 2: 160-9.
72. Özaksar A, Engin E. Dermatoloji hastalarının umutsuzluk, anksiyete, öfke ve problem çözme becerileri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2006; 22 (1): 154-74.

EKLER

Ek 1- Anket Formu

“COVID-19 pandemisinin Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Poliklinik Başvuruları Üzerine Etkileri”

Bu araştırma ile Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar poliklinik başvurularının pandemi sürecinden nasıl etkilendiğinin tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Bu araştırmaya katılım gönüllük esasına dayanmaktadır. Sorulara verdiğiniz yanıtlar **tamamen gizli tutulacak**, kişi ya da kurumlarla paylaşılmayacaktır. Bu çalışmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten Dr. Hilal Topyıldız’a uygulama sırasında veya sonrasında telefonla (05538104547) sorabilirsiniz.”

Anketi cevaplama süreniz yaklaşık olarak 30 dakika olabilir.

Anket Soruları:

1. Doğum tarihiniz nedir?

2. Cinsiyetiniz nedir?

☐Erkek ☐Kadın

3. Eğitim durumunuz nedir?

☐Okur-yazar değil ☐Okur-yazar

☐İlkokul mezunu ☐Ortaokul mezunu

☐Lise ve dengi okul mezunu ☐Yüksek okul/fakülte mezunu

4. Medeni durumunuz nedir?

☐Bekar ☐Evli ☐Boşanmış ☐Dul ☐Ayrı yaşıyor

5. Çalışıyor musunuz?

☐Evet ☐Hayır

6. Yukarıdaki soruya yanıtınız “Evet” ise pandemi döneminde çalışmanıza evden mi, yoksa iş yerine giderek mi devam ediyorsunuz?

☐Evden çalışıyorum ☐İşyerine gidiyorum. ☐Vardiyalı (dönüşümlü olarak çalışıyorum)

7. Ortalama aylık gelir düzeyiniz sizce nasıl?

☐Çok Düşük ☐Düşük ☐Orta ☐Yüksek ☐Çok yüksek

8. Kronik bir hastalığınız var mı?

☐ Evet ☐Hayır

9. Yukarıdaki soruya yanıtınız ‘‘Evet’’ ise kronik hastalığınız nedir / nelerdir?

☐Hipertansiyon ☐Diyabet ☐Kronik solunum yolu hastalığı(Astım/KOAH)

☐Kalp hastalığı ☐Böbrek Yetmezliği ☐Kanser ☐Diğer.....

10. Aynı evde yaşadığınız bireylerden kronik hastalığı olan var mı?

☐ Evet ☐Hayır

11. Bağışıklık sisteminizi baskılayıcı bir ilaç kullanıyor musunuz?

☐Evet (☐Sistemik Kortikosteroid ☐Biyolojik ilaç tedavileri ☐Kemoterapi

☐Diğer.....)

☐Hayır

12. COVID-19 hastalığı hakkında bilginiz var mı?

☐ Evet ☐Hayır

13.Yukarıdaki soruya yanıtınız ‘‘Evet’’ ise aşağıdaki ifadelerden doğru olanların yanındaki kutucuğu işaretleyiniz. (1’den fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

☐ Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19), ilk olarak Çin’in Vuhan Eyaleti’nde ortaya çıkmıştır.

☐ En çok karşılaşılan belirtiler ateş, öksürük ve nefes darlığıdır.

☐ Hasta bireylerin öksürmeleri aksırmaları ile ortama saçılan damlacıkların solunması ile bulaşır.

☐ Hastaların solunum parçacıkları ile kirlenmiş yüzeylere dokunulduktan sonra ellerin yüz, göz, burun veya ağıza götürülmesi ile virüs bulaşması olmaz.

☐ Hastalık, genellikle 60 yaş ve altındaki kişilerde daha ağır seyretmektedir.

14. Pandemi döneminde zorunlu olmadıkça evden çıkılmaması gerektiği uyarısından haberdar mısınız?

☐ Evet ☐ Hayır

15. Hastanelerin COVID-19 bulaşması açısından en riskli olan yerlerden biri olduğunu biliyor muydunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

16. Dermatoloji polikliniğine başvurmanızı gerektiren şikayetiniz ne kadar süredir mevcut?

☐ <3 ay ☐ 3-6 ay ☐ >6ay

17. Bu şikayet ile daha önce herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu?

☐ Evet ☐ Hayır

18. Dermatoloji polikliniğine başvurma sebebinizin acil olduğunu düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

19. Yaşamınız boyunca daha önce herhangi bir nedenle Dermatoloji polikliniğine gittiniz mi?

☐ Evet ☐ Hayır

20. Hastaneye gelirken COVID-19 hastalığından korunmak için ne gibi önlemler aldınız?

☐ Maske ☐ Eldiven ☐ Kolonya/dezenfektan taşımak

21. Hastaneye nereden geldiniz?

☐ Aydın merkez ☐ Aydın ilçe veya köyleri ☐ Aydın dışı

22. Hastaneye gelirken hangi ulaşım aracını kullandınız?

☐ Özel araç ☐ Toplu taşıma ☐ Yürüyerek ☐ Diğer

23. Pandemi sürecinden ruhsal olarak olumsuz etkilendiğinizi düşünüyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

24. Yukarıdaki soruya yanıtınız “Evet” ise bu durumun dermatolojik şikayetinizle ilişkisi olabileceğini düşünüyor musunuz?)

☐ Evet ☐ Hayır

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF) (FORM 3)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu araştırma ile Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar poliklinik başvurularının pandemi sürecinden nasıl etkilendiğinin tespit edilmesi amaçlanmaktadır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 18 yaş üzeri olup COVID-19 pandemisi sürecinde Dermatoloji polikliniğine başvurmuş olmanız gerekir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Araştırmada gönüllülere anket formu verilerek doldurulması istenecektir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak uygulanan araştırma şemasına özen gösterme, anket sorularının tamamını okuyup cevaplandırma, araştırmacının önerilerine uyma sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar polikliniğine COVID-19 pandemisi sürecinde başvuran, çalışmaya alınmama kriterlerini taşımayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?

Bu araştırma için öngörülen süre 12 aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız 30 dakikadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu araştırma yalnızca araştırma amaçlıdır ve doğrudan yarar görmeniz ya da tedavinin seyrinin değiştirilmesi beklenmemektedir ancak bu çalışmadan çıkarılan sonuçlar başka hastaların yararına kullanılabilecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Size bu araştırmada anket soruları uygulanacaktır. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen bir etki söz konusu değildir.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Anket sorularını eksik doldurmanız, kullandığınız ilaçlar, hastalık geçmişiniz ile ilgili yanlış ve eksik bilgi vermeniz durumunda doktorunuz sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Bu çalışma tedavi amaçlı değildir.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?

Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu değildir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca sorumlu araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05538104547 no.lu telefondan Dr Hilal Topyıldız'a başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm

soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		