

**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**COVID-19 PANDEMİSİ SIRASINDA DEĞİŞİK DERECELERDE  
ETKİLENEN HASTALARIN TABURCULUK SONRASI TUTUM VE  
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Gökhan TANSEL**

**Afet Yönetimi Anabilim Dalı**

**Afet Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı**

**Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Bahadır TAŞLIDERE**

**TEMMUZ 2021**

**BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**COVID-19 PANDEMİSİ SIRASINDA DEĞİŞİK DERECELERDE  
ETKİLENEN HASTALARIN TABURCULUK SONRASI TUTUM VE  
DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**GÖKHAN TANSEL  
(195325002)**

**Afet Yönetimi Anabilim Dalı**

**Afet Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Programı**

**Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Bahadır TAŞLIDERE**

**TEMMUZ 2021**

Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 195325002 numaralı Yüksek Lisans Gökhan TANSEL, ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "COVID-19 PANDEMİSİ SIRASINDA DEĞİŞİK DERECELERDE ETKİLENEN HASTALARIN TABURCULUK SONRASI TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ" başlıklı tezini aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

**Tez Danışmanı :** **Dr. Öğr. Üyesi Bahadır TAŞLIDERE**.....  
Bezmialem Vakıf Üniversitesi

**Jüri Üyeleri :** **Dr. Öğr. Üyesi Özcan ERDOĞAN**.....  
Bezmialem Vakıf Üniversitesi

**Dr. Öğr. Üyesi Bilgehan DEMİR**.....  
Malatya Turgut Özal Üniversitesi

**Teslim Tarihi** : 03 Eylül 2021  
**Savunma Tarihi** : 05 Temmuz 2021

*Çalışmamı Covid-19 sebebi ile hayatını kaybeden canımın içi dedem Nuri  
ÜNKAZAN'a ithaf ediyorum...*

## ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim sürecinde, tez çalışmamın planlanmasında ve gerçekleştirilmesinde yanımda olup yardımlarını ve desteğini esirgemeyen danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Bahadır TAŞLIDERE'ye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans eğitimin boyunca teorik, pratik ve gerekse uzaktan eğitim alanında katkı gösterip gelişmemi sağlayan başta Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Afet Yönetimi Anabilim Dalı Başkanı Dr. Özcan Erdoğan ve diğer bölüm hocalarıma, aynı zamanda birlikte eğitim gördüğüm arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Hayatımın her döneminde, her kararında, her türlü desteklerini hissetmenin huzur ve güvenliğini yaşadığım; başta canımın içi annem Nilgün TANSEL, sevgili babam Hayrettin TANSEL, biricik ablam Gamze TANSEL GÜL ailesine ve yeğenlerime sonsuz teşekkür ederim.

Bu meşakkatli süreçte tecrübe ve desteğini esirgemeyen, biran olsun yalnız bırakmayan sevgili dostum Gizem DUYĞUN'a ve desteklerinden dolayı sevgili dostum Musa AKPINAR'a teşekkür ederim.

Temmuz 2021

Gökhan TANSEL  
(Radyoloji Teknikeri)

## **BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Gökhan TANSEL

## İÇİNDEKİLER

### Sayfa

ÖNSÖZ.....	iv
BEYAN.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
KISALTMALAR.....	viii
SEMBOLLER.....	ix
TABLO LİSTESİ .....	x
ŞEKİL LİSTESİ .....	xiii
ÖZET .....	xiv
SUMMARY .....	xv
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>3</b>
2.1 Covid-19 Pandemisi .....	3
2.2 Covid-19 Bulaşma Yolları ve Önleme Yöntemleri.....	5
2.2.1 Covid-19 bulaşma yolları .....	5
2.2.2 Covid-19 pandemisinden korunma yöntemleri .....	6
2.3 Covid-19 Klinik Semptomları ve Bulguları .....	8
2.4 Covid-19 Tanı Koyma Yöntemleri.....	9
2.4.1 Fizik muayane .....	9
2.4.2 Radyolojik görüntüleme .....	9
2.4.3 Laboratuvar bulguları .....	10
2.4.4 Moleküler test.....	10
2.5 Covid-19 Tedavi Protokolleri.....	10
2.6 Covid-19 Pandemisinin Psikososyal Etkileri .....	12
2.6.1 Damgalanma.....	13
2.6.2 Covid-19 salgınında psikososyal sorunlar ile mücadele .....	14
2.7 Covid-19 Hastalarına Taburculuk Sonrası Yaklaşımlar.....	16
2.7.1 Covid-19 hastalarında izolasyonun sonlandırılması.....	18
2.7.1.1 Asemptomatik veya hafif vakalar.....	18
2.7.1.2 Hastane yatış endikasyonu olan vakalar.....	18
2.7.1.3 Yoğun bakım endikasyonu olan veya immunsuprese vakalar .....	18
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>19</b>
3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	19
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	19
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	19
3.4 Araştırmanın Soru ve Hipotezleri.....	20
3.5 Veri Toplama Araçları.....	20
3.5.1 Sosyodemografik bilgi formu ( Ek A):.....	20
3.5.2 Pandeminin kişisel ve sosyal etkileri anketi ( Ek B):.....	20
3.6 Araştırmanın Etik Yönü .....	21
3.7 Verilerin Toplanması.....	21

3.8 Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>22</b>
4.1 Demografik Verilere Göre Katılımcılara Ait Frekans Analizi .....	22
4.2 Katılımcıların Demografik Verileri ile Non-Hospitalize Olanlar ve Hospitalize Olanlar Arasındaki İlişki Analizi .....	28
4.3 Katılımcıları Anket Soruları ile Non-Hospitalize Olanlar ve Hospitalize Olanlar Arasındaki İlişki Analizi .....	39
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>64</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>74</b>
<b>KAYNAKLAR.....</b>	<b>75</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>83</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>91</b>



## KISALTMALAR

<b>ARDS</b>	:Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu
<b>Crp</b>	:C-Reaktif Protein
<b>COVID</b>	:Koronavirüs
<b>DSÖ</b>	:Dünya Sağlık Örgütü
<b>HSYS</b>	:Halk Sağlığı Yönetim Sistemi
<b>Ldh</b>	:Laktatdehidrojenaz
<b>Niosh</b>	:Ulusal Mesleki Emniyet ve Sağlık Enstitüsü
<b>Pcr</b>	:Polimeraz Zincir Reaksiyonu
<b>PaO2</b>	:Parsiyel Oksijen Basıncı
<b>Rna</b>	:RiboNükleik Asit
<b>Sars-CoV-2</b>	:Yeni Tip Koronavirüs
<b>WHO</b>	:World Health Organization

## SEMBOLLER

- ° : Derece  
% : Yüzde  
≤ : Küçük eşittir  
< : Küçüktür  
> : Büyüktür



## TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
<b>Tablo 4.1</b> : Katılımcıların cinsiyetlerine ait frekans analizi. ....	22
<b>Tablo 4.2</b> : Katılımcıların yaşlarına ait frekans analizi .....	23
<b>Tablo 4.3</b> : Katılımcıların medeni durumlarına ait frekans analizi. ....	23
<b>Tablo 4.4</b> : Katılımcıların eğitim durumlarına ait frekans analizi. ....	24
<b>Tablo 4.5</b> : Katılımcıların mesleklerine ait frekans analizi. ....	25
<b>Tablo 4.6</b> : Katılımcıların yaşadıkları yerlere ait frekans analizi. ....	25
<b>Tablo 4.7</b> : Katılımcıların ek hastalıklarına ait frekans analizi. ....	26
<b>Tablo 4.8</b> : Katılımcıların kronik hastalıklarına ait frekans analizi. ....	26
<b>Tablo 4.9</b> : Katılımcıların sigara kullanmalarına ait frekans analizi. ....	26
<b>Tablo 4.10</b> : Katılımcıların aile yapılarına ait frekans analizi. ....	26
<b>Tablo 4.11</b> : Katılımcıların sağlık güvencelerine ait frekans analizi. ....	27
<b>Tablo 4.12</b> : Katılımcıların hastanede kalış sürelerine ait frekans analizi. ....	27
<b>Tablo 4.13</b> : Katılımcıların cinsiyetleri ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi. ....	28
<b>Tablo 4.14</b> : Katılımcıların yaşları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi. ....	29
<b>Tablo 4.15</b> : Katılımcıların medeni durumları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi. ....	30
<b>Tablo 4.16</b> : Katılımcıların eğitim durumları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi. ....	31
<b>Tablo 4.17</b> : Katılımcıların meslekleri ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi .....	32
<b>Tablo 4.18</b> : Katılımcıların yaşadıkları yerler ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi .....	33
<b>Tablo 4.19</b> : Katılımcıların ek hastalıkları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi. ....	34
<b>Tablo 4.20</b> : Katılımcıların kronik hastalıkları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi. ....	35
<b>Tablo 4.21</b> : Katılımcıların sigara kullanmaları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi. ....	36
<b>Tablo 4.22</b> : Katılımcıların aile yapıları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi .....	37
<b>Tablo 4.23</b> : Katılımcıların sağlık güvenceleri ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi. ....	38
<b>Tablo 4.24</b> : Katılımcıların“İyileştikten sonra solunum ile ilgili problemler oldu....	39
<b>Tablo 4.25</b> : Katılımcıların “Dolaşım problemi oldu mu? (ödem, hipertansiyon,hipotansiyon)” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi. ....	40

<b>Tablo 4.26 :</b> Katılımcıların “Egzersiz yapıyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.....	41
<b>Tablo 4.27:</b> Katılımcıların “Kendinizi eskiye göre daha az aktif hissetme var mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.....	42
<b>Tablo 4.28 :</b> Katılımcıların “İnsanlardan uzak kalma isteği var mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi. ....	43
<b>Tablo 4.29 :</b> Katılımcıların “Ulaşımında toplu taşımayı tercih ediyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.....	44
<b>Tablo 4.30 :</b> Katılımcıların “Gıda ve temizlik malzemesi depoluyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.....	45
<b>Tablo 4.31 :</b> Katılımcıların “Çevreden dışlanma oldu mu?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi. ....	46
<b>Tablo 4.32 :</b> Katılımcıların “Her şeyin düzeleceği beklentisi ya da her şeyin daha kötü olacağını düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi. ....	47
<b>Tablo 4.33 :</b> Katılımcıların “Uyku düzeniniz nasıl?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.....	48
<b>Tablo 4.34 :</b> Katılımcıların “Sağlıklı beslenme çabasında atış var mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi. ....	49
<b>Tablo 4.35 :</b> Katılımcıların “Hedeflerine odaklanmakta bozulma var mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi. ....	50
<b>Tablo 4.36 :</b> Katılımcıların “Sürekli yorgun hissetme hali var mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi. ....	51
<b>Tablo 4.37 :</b> Katılımcıların “Psikolojik destek aldınız mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi. ....	52
<b>Tablo 4.38 :</b> Katılımcıların “İlaç kullanıyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi. ....	53
<b>Tablo 4.39 :</b> Katılımcıların “Korona ilaçlarına bağlı yan etki oldu mu?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi. ....	54
<b>Tablo 4.40 :</b> Katılımcıların “Korona ilaçlarına bağlı olan yan etki nedir?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi. ....	55
<b>Tablo 4.41 :</b> Katılımcıların “Taburcu olduktan sonra yeniden acil servise gittiniz mi?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.....	56
<b>Tablo 4.42 :</b> Katılımcıların “Acil servise başvurduysanız gidiş nedeniniz nedir?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.....	57

<b>Tablo 4.43 :</b> Katılımcıların “Şu anki mevcut durumunuz nasıl?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi .....	58
<b>Tablo 4.44 :</b> Katılımcıların “Telefonla anket görüşme dakikası ne kadar?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - Ki-Kare Testi .....	59



## ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 2.1 : Sars- Cov 2 virusü .....	3
Şekil 2.2 : Covid-19'un iletimi. ....	6
Şekil 2.3 : Enfekte olmuş bireyden korunma yöntemi.....	7
Şekil 2.4 : Covid-19 pnomonisinde farklı infiltrasyon paternleri.....	9
Şekil 4.1 : Katılımcıların cinsiyetlerine ait frekans analizi.....	22
Şekil 4.2 : Katılımcıların yaşlarına ait frekans analizi. ....	23
Şekil 4.3 : Katılımcıların medeni durumlarına ait frekans analizi. ....	24
Şekil 4.4 : Katılımcıların eğitim durumlarına ait frekans analizi.....	24
Şekil 4.5 : Katılımcıların mesleklerine ait frekans analizi. ....	25

## COVID-19 PANDEMİSİ SIRASINDA DEĞİŞİK DERECELERDE ETKİLENEN HASTALARIN TABURCULUK SONRASI TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

### ÖZET

Tüm dünyayı etkisi altına alan ve küresel bir salgına dönüşen COVID-19 sadece bir solunum yolu hastalığı değildir. Çalışmamızda COVID-19 pandemisi sırasında hastalıktan farklı derecelerde etkilenen bireylerin taburculuk sonrası tutum ve davranışlarında meydana gelen değişiklikler değerlendirilmiştir. Bu çalışma ile uzun yıllar devam edecek gibi görünen COVID-19'a karşı kişisel ve toplumsal hazırlığımızı zinde tutmak için gerekli önlemleri almak ve yeni çalışmalara katkı sunmak amaçlanmıştır.

Acil Servisine 03.2020-05.2020 tarihleri arasında başvuran Covid-19 tanısı almış 18 yaş ve üzeri hastalar dahil edilerek yapılmıştır. Pandemi dönemi önlemleri kapsamında çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerle telefonda birebir görüşülerek bilgi alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında hazırladığımız "Sosyodemografik Bilgi Formu" ve "Pandeminin Kişisel ve Sosyal Etkileri Anketi" kullanılmıştır. Covid-19 tanısı konulan hastaları hastanede yatırılanlar veya evde izolasyona alınarak tedavi olanlar olarak 2 grupta topladık ve sonuçları karşılaştırdık.

Acil Servise 03.2020-05.2020 tarihleri arasında başvuran ve COVID-19 tanısı konulan toplam 453 hasta bulunuyordu. Bunlardan 44'ü yoğun bakımda olmak üzere toplam 353'ü hospitalize edilmişti, 100 hasta ise evde izolasyona alınmıştı. Süreç içerisinde 35 hasta ölmüştü. Verileri tam olmayan, iletişim kurulamayan ve çalışmaya dahil olmak istemeyenler ayrıldığında toplam 125 hasta ile çalışma tamamlandı. Hastaların %57'si erkekti, %44.8'i 18-30 yaş grubundaydı ve %66'sı non-hospitalize idi.

COVID-19 pandemisi sosyal hayat, mesleki yaşantı, eğitim ve sağlık sisteminde önemli değişikliğe neden olmuştur. İnsanlarda gıda ve temizlik malzemesi stoklamaya (%54.4) iten bu süreçte katılımcıların %36'sında sosyal ortamlardan kaçınma isteği gelişmiştir. Hastaların %46'sı bulaş korkusu ile artık toplu taşıma kullanmamaktadır. İyileşen hastaların %82.4'ünde herhangi bir nedeni olmaksızın kontrol amaçlı acil servislere başvurduğu belirlendi. Psikolojik olarak oluşan anskiyeteden kaynaklı sağlık sistemin meşgul edilmesi, sağlıklı beslenme çabası (%80.8), hasta olmadığı halde ilaç kullanım isteği (%52.8), sürekli yorgun hissetmek (%40.8) ve uyku düzeni bozukluğu (%51.2) gelişmiştir. Buna rağmen katılımcıların sadece %24'ü psikolojik destek almıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Covid-19, Pandemi, Taburculuk, Tutum ve Davranışlar

## **EVALUATION OF POST-DISCHARGE ATTITUDES AND BEHAVIORS OF PATIENTS AFFECTED BY THE COVID-19 PANDEMIC AT VARYING DEGREES**

### **SUMMARY**

**Introduction:** COVID-19, which has affected the whole world and turned into a global pandemic, is not just a respiratory disease. In our study, the changes in the post-discharge attitudes and behaviors of individuals affected by the disease at varying degrees during the COVID-19 pandemic were evaluated. Through this study, it was aimed to take the necessary precautions in order to keep our personal and social preparations for the COVID-19, which will apparently continue for many years, active and contribute to future studies.

**Methods:** It was conducted by including patients at the ages of 18 and over who were diagnosed with Covid-19 upon their admission to the Emergency Service between the dates of 03.2020 and 05.2020. Information was obtained by interviewing the individuals who agreed to participate in the study one on one through the phone within the scope of the pandemic period measures. "Sociodemographic Information Form" and "Personal and Social Impacts of the Pandemic Questionnaire" prepared by us were used to collect the research data. We grouped the patients diagnosed with Covid-19 as those who were hospitalized and those who were treated in isolation at home and compared the results.

**Findings:** There were a total of 453 patients who applied to the Emergency Department between the dates of 03.2020 and 05.2020 and were diagnosed with COVID-19. A total of 353 of them were hospitalized, 44 of them being in the intensive care unit, and 100 patients were isolated at home. 35 patients died in the process. The study was completed with a total of 125 patients when those with incomplete data, those who could not be communicated, and those who did not want to be included in the study were excluded. 57% of the patients were male, 44.8% were within the 18-30 age group, and 66% were non-hospitalized.

**Result:** The COVID-19 pandemic has caused significant changes in social life, professional life, education, and health systems. In this process, which has led people to stock up on food and cleaning supplies (54.4%), 36% of the participants developed a desire to avoid social environments. 46% of the patients no longer use public transport due to the fear of infection. It was determined that 82.4% of the recovered patients apply to the emergency services for control purposes without any reason. Keeping the health system busy due to anxiety that develops psychologically, healthy eating efforts (80.8%), desire to use drugs even when not feeling sick (52.8%), constantly feeling exhausted (40.8%), and disturbed sleep (51.2%) have developed. However, only 24% of the participants received psychological support.

**Keywords:** Covid-19, Pandemic, Discharge, Attitudes and Behavior

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çin'in Wuhan kentinde 30 Aralık 2019 tarihinde etyolojisi bilinmeyen pnömonili bir hasta grubu oluşmaya başladı. Pekin'deki Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Çin bürosuna vakalar bildirildi. 7 Ocak 2020 tarihinde bu hastalardan yeni bir koronavirüs SARS-CoV-2 izole edildi. Bu virüse başlangıçta yeni koronavirüs 2019 (2019-nCoV) olarak atıfta bulunulmuştu, ancak 11 Şubat 2020'de WHO tarafından COVID-19'un resmi adı verildi [1]. Çin dışındaki ilk vaka Tayland'da Wuhan'dan gelmiş bir kadından tespit edildi. Buna takriben Japonya, Nepal, Avustralya, Malezya, Singapur, Güney Kore ve Vietnam'da görüldü. 11 Mart 2020 Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) korona virüs salgınını pandemi olarak ilan etti ve aynı tarihte Türkiye'de ilk COVID-19 vakası görüldü [2,3].

İnsandan insana damlacık yoluyla bulaşan COVID-19 tanısı konulan hastalarda yüksek ateş, kuru öksürükle birlikte tat ve koku kaybı, ishal, baş ağrısı, vücutta ağrı ve kızarıklıklar görülmüştür [3]. Ateş, kas ağrıları, boğaz ağrısı tipik belirtileri gösteriyorken solunum sıkıntısı olmayan komplike olmamış hasta yönetimi yapılarak evde izolasyon, solunum sayısı  $<30$ /dakika olan, oda havasında SpO<sub>2</sub> düzeyi  $>90$  radyolojik görüntüleme bilateral yaygın  $>50$  tutulumu olmayanlar hafif-orta seyirli pnömoni hasta yönetiminden evde izolasyona ve takipnesi  $\geq 30$ /dakika mevcut, oda havasında SpO<sub>2</sub> düzeyi  $\leq 90$  altında olan hastalara ise ağır pnömonitanısı ile hastaneye yatışı yapılır [4]. Hastaneye yatarak tedavi olan takip edilen hastalar son 48-72 saat içerisinde ateşi ve oksijen ihtiyacı olmadığında taburculuk işlemi yapılır. Taburculuk işleminden sonra ateş ve semptom olmaması durumunda taburculuğu takip eden 14. günde izolasyonu sonlandırılır. Evde takip edilen hastalar ise semptomları takip eden 14. günde izolasyonu sonlandırılır [4]. Bireyler ağır ve yaşamı tehdit eden hastalıktan kurtulsa bile travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon açısından riski altındadır.

Çalışmamızda COVID-19 pandemisi sırasında hastalıktan farklı derecelerde etkilenen bireylerin taburculuk sonrası tutum ve davranışlarında meydana gelen değişiklikler değerlendirilmiştir. Pandeminin kişiler üzerinde etkisinin incelenmesi

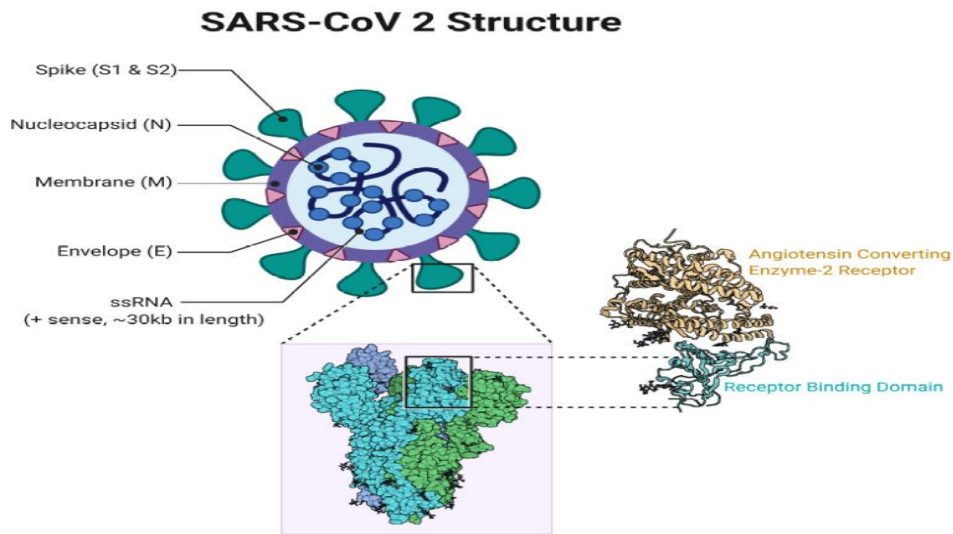
gelecekte oluşabilecek sıkıntıların önüne geçilmesi için önemlidir. Bu çalışma ile uzun yıllar devam edecek gibi görünen COVID-19'a karşı kişisel ve toplumsal hazırlığımızı zinde tutmak için gerekli önlemleri almak ve yeni çalışmalara katkı sunmak amaçlanmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Covid-19 Pandemisi

Covid-19 pandemisi; ilk olarak Aralık 2019'da Çin'in Hubei bölgesinde başkent Wuhan'da görülmüştür. 2020 yılında tüm dünyayı etkisindedir alarak, yüz binlerce insanın hayatını kaybetmesine neden olmuştur. Küresel boyutta salgın oluşturarak biyolojik afete neden olan hastalık etkeni yeni tip Coronavirüs-19'dur [6,7-8]. Virüs, Avrupa, Kuzey Amerika, Asya-Pasifik ülkeleri başta olmak üzere tüm dünyaya yayılmıştır [6,9]. İlk raporlarda yayılım hızı yüksek olarak hesaplanan (Temel çoğalma yada üreme sayısı olan  $R_0$  2,24 ile 3,58 arasında seyretmektedir.) Covid-19 Çin'de 80.000'den fazla vaka, Çind dışında 114 ülkede 118.000'den fazla vaka ve 4.000'den fazla ölüm ve de sonrasında vakaların 13 katlık vaka ve üç katlık ölüm artış ile DSÖ, tarafından 11 Mart 2020 tarihinde Covid-19 pandemisi ilan edilmiştir [10,11]. Hastalığın şiddeti, yaşlı bireyler ve eşlik eden kronik hastalığı olan bireylerde daha ciddi boyuttadır. İmmün sistemi zayıf, 65 yaş üzeri, kalp ve astım gibi kronik hastalığı olanlar, obezite, HIV, karaciğer ve böbrek hastaları yüksek risk grubundadır [12].



Şekil 2.1: Sars- Cov 2 virusü [13].

Coronavirüsler tek zincirli, pozitif polariteli, zarflı, ribonükleikasit (RNA) virüsüdür. Pozitif polariteli yapıdaki genom, messenger RNA mRNA ile aynı polaritede olup, hem enfeksiyöz yeteneğe hem de mRNA aktivitesine sahip bir virüstür. Yuvarlak veya eliptik ve sıklıkla pleomorfik bir forma sahip, yaklaşık 60-140 nm çapında COVID-19'a neden olan virus beta CoV cinsinde yer alır [12,13]. Coronavirüs SARS-CoV-2'nin patogenetik mekanizmalarının anlaşılması için virüsün yapısı ve replikasyonu önemlidir. (Şekil 2.1)'de görüldüğü gibi virüsün yapısı ve konak hücresindeki replikasyonu, virüsün membran (M), zarf (E) ve nükleokapsid (N) proteinleri de dahil olmak üzere yapısal proteinlerin ve yapısal olmayan proteinlerin patogeneizde önemli rol aldığı bildirilmektedir. CoV'lerin zarf yüzeyinde bulunan, S1 ve S2 olmak üzere iki alt ünitelerden oluşan glikoprotein yapısındaki çıkıntılı uzantılar konak hücre reseptörleri ile etkileşime girmektedir. SARS-CoV-2'de bir füzyon peptidi içeren S2 alt ünitesinin S1'in aksine yüksek oranda korunduğu tespit edilmiş olup, antiviral (anti-S2) bileşikler için bir hedef bölge olabileceği düşünülmektedir [13].

Chan ve ark. Wuhan'ı ziyaretinden sonra atipik pnömonili kümes hayvanları ile temasta olan hastadan izole edilen yeni H-CoV genomunun, yarasal SARS benzeri CoV-ZXC21 ile %89 ve insan SARS-CoV ile %82 nükleotid kimliğine sahip olduğunu kanıtlamışlardır. Bu nedenle yeni virüse SARS-CoV-2 adı koyulmuştur [14]. Tek iplikçikli RNA genomu, 9.860 amino asit kodlayan 2.9891 nükleotid'ten oluşur. Kökenleri tam olarak anlaşılmasa da bu genomik analizler, SARS-CoV-2'nin muhtemelen yarasalarda bulunan bir türden evrimleştiğini göstermektedir. Diğer yandan yarasalar ve insanlar arasında ara bağlanma potansiyeli olan memeli konakçı henüz açığa kavuşturulmamıştır. SARS-CoV-2, diğer CoV'ler gibi ultraviyole ışınlarına ve ısıya duyarlıdır. Ayrıca bu virüsler, klorheksidin hariç eter (%75), etanol, kloroform dahil olmak üzere lipit çözücülerle etkin bir şekilde inaktive olmaktadır [13]. Bu yüzden koronavirüsler genel olarak dış ortama, alkol ve dezenfektanlara çok dayanıklı olmayan virüslerdir. Fakat plastik ve çelik yüzeylerde 72 saate kadar, kartonlarda 24 saate kadar canlı kalabilmektedir. Bazı çalışmalarda kan ve dışkıda etken tespit edilmiştir. Ancak DSÖ'nün raporuna göre fekal-oral bulaş olduğuna dair kanıtlar yeterli değildir. Aynı zamanda COVID-19 tanısı konulan altı anneden alınan amniyotik sıvı, kordon kanı, yenidoğan boğaz sürüntüsü ve anne sütünde virüse rastlanmamıştır. Gebelerden fetusatransplasental geçiş gösterilmemiştir [15,16].

Covid-19 virüsünün sebep olduğu afet küresel anlamdadır ve dünyada yaşayan tüm insanların bu afetle baş etme kapasitesinin yetersiz olduğu söylenebilir. Coronavirüs ile başedebilmek için etkin çözüm yolu aşı uygulamasıdır [17].

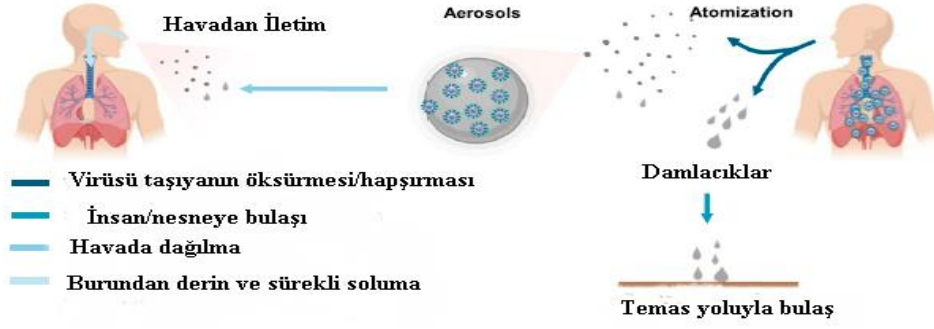
Dünyada pandemic fiziksel olarak verdiği zararlar binlerce insanın hayatını kaybetmesi iken ekonomik olarakta birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. Ülke yönetimleri ise pandemi ile baş etmede sağlık, ekonomi ve güvenlik üzerine odaklanmaktadır. Sağlık alanında; ilaç ve hijyen malzemelerinin temini, koruyucu ekipman, tedavi imkanlarının oluşturulması, ekonomi alanında; ekonomik önlem paketleri, ekonomi fonları, güvenlik önlemleri ise emniyet, suç kontrolü ve sosyal izolasyonu sağlama üzerinde çalışılmaktadır [18,19-20]. Wang ve ark. Çalışmasında ülkelerin acil durum sistemlerini yeniden şekillendirmelerini, kurumların sağlık acil bölümlerinin açılmasını, ekonomik yapının güçlendirilmesini, ulusal ve yerel bağlantıların güçlendirilmesini önermiştir [20].

Ülkemizde ise 11 Mart'ta ilk vakanın görülmesiyle eğitim ve öğretimin uzaktan eğitim ile devam etmesi kararı verilmiş, spor müsabakaları seyircisiz oynanmış, yurt içi ve yurt dışı uçuşlar kaldırılmış, çalışma yöntemleri uzaktan çalışma, dönüşümlü çalışma olarak uygulanmış, şehirler arası yolculuklar valilik iznine bağlanmış, 65 yaş üstü ve 20 yaş altı bireylere sokağa çıkma yasağı ilan edilmiş ve 30 büyükşehirde yaşayan tüm bireyler için belirli aralıklarla sokağa çıkma kısıtlamaları ilan edilmişti [18,21]. Ülkemiz aynı zamanda 44 ülkeye yardım göndererek destek olmuştur. Salgının ilk gününden itibaren ülkemizde oluşturulan komisyonlar, yayınlanan rehberler, donanımlı ve fedakar sağlık çalışanları ile süreci kontrollü bir şekilde yönetmiştir. Sağlık hizmetlerine finansman sağlanmış, sağlık çalışan sayısı artırılmış ve sağlık hizmetleri koordinasyone edilmiştir [19].

## **2.2 Covid-19 Bulaşma Yolları ve Önleme Yöntemleri**

### **2.2.1 Covid-19 bulaşma yolları**

Zarflı bir virüs olan koronavirüsten sarmallı bir RNA yapısına sahip bir nükleokapsidiçerir. Virüslerin insandan insana bulaşması için birçok yol bulunmaktadır.



**Şekil 2.2:** Covid-19'un iletimi.

(Şekil 2.2)'de görüldüğü gibi virüs taşıyan partiküllerin insanlarda atomizasyonu, öksürme hapşırma ve hatta enfekte olan kişinin normal nefes alması ve konuşması sırasında gerçekleşir [22]. Ayrıca virüsün iletim yolları arasında nesnelere üzerine biriken virüse temasla da gerçekleşir [23]. İnsanlar arasında bulaşta deneysel ve gözlemsel çalışmalar da elde edilen sonuçlarda grip gibi aerosollerden geçtiği anlaşılmıştır [22].

Sars-Cov-2 virüsü 38°C, %24 bağıl nemde 60 dakikalık bir süreçte %5 sağkalım göstermiştir. Böylelikle virüsle aerosollerde saatlerce ve yüzeylerde birkaç güne varlığını korumaktadır. Plastik ve paslanmaz çelik üzerinde 72 saat etkinliği devam ederken bakır ve kartonda 24 saat gibi daha az sürede etkinliğine devam etmektedir [24]. Aynı zamanda cerrahi maskenin dış tabakasında ise 7. gün tespit edildi. Ahşap yüzeylerde, kâğıt ve kumaşlarda virüs 2 gün sağkalım göstermektedir [25].

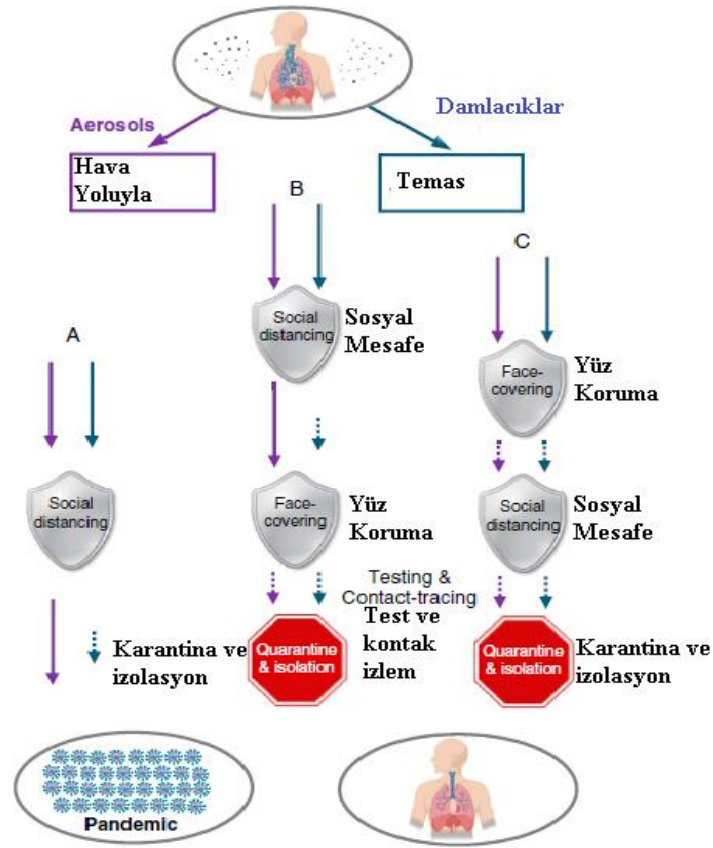
Sonuç olarak; Sars-Cov-2 virüsü bulaşmış enfekte kişilerle doğrudan veya dolaylı yoldan temas ile ve cansız yüzeyler üzerinde damlacıkların ağız boşluğu, burun ve göz mukozasına temas ile virüsün bulaşması sağlanır [26].

### 2.2.2 Covid-19 pandemisinden korunma yöntemleri

COVID-19 hastalığının ilk vakaları, Wuhan'daki Huanan Deniz Ürünleri Toptancıları Pazarı'na virüsle doğrudan maruz kalma ile bağlantılı olduğundan, hayvandan insana bulaşmanın ana mekanizma olduğu varsayıldı. Bununla birlikte, sonraki vakalar bu maruz kalma mekanizmasıyla ilişkilendirilmemiştir. Bu nedenle, virüsün insandan insana bulaştığı ve semptomatik kişilerin COVID-19 yayılmasının en sık kaynağı olduğu sonucuna ulaşıldı. Semptomlardan önce bulaşma olasılığı ve dolayısıyla asemptomatik olan bireyler virüsü bulaştırabildiğinden, izolasyon bu salgını kontrol altına almanın en iyi yol olarak gözlemlendi [27]. Ülkeler arası

koronavirüsün artmasıyla birlikte Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği 65 yaş ve üstü bireylerin ve gençler de görünüyor olması sosyal izolasyonu kanunlaştırarak toplu anlamda sokağa çıkma yasağı getirilerek uygulanan karantina yöntemiyle virüsten korunma sağlanmak istenmiştir [28].

Covid-19'dan korunmak için bireyin kendisinin alacağı kişisel önlemler önem taşımaktadır. Ellerin düzenli sabunla yıkanması ve en az %60 alkol içeren dezenfektan ile el hijyeninin sağlanması, sosyal mesafenin en az toplamda 3 metre olacak şekilde uzakta tutmak, topluluklar oluşturan etkinliklerden kaçınmak ve maske kullanımı sağlayarak kişisel önlemler alınmalıdır [29]. Sıklıkla temas edilen yüzeyler en az %70 alkol içeren alkollü losyon ve çamaşır suyu gibi yüzey temizleyiciler ile belirli aralıkta silinmelidir. Evde Covid-19 birey varsa hastanın çamaşırları 70-90 derecede yıkanmalı ve ev ayrı odada izolasyona devam etmelidir [30].



Şekil 2.3: Enfekte olmuş bireyden korunma yöntemi [22].

Sağlık çalışanları için Covid-19 korunma yöntemleri; tek kullanımlık koruyucu nitril eldivenler, butadine ve akrilonitril, yüksek konfor, ergonomi, elastikiyet sahip eldivenler kullanılmalı ve kirli alana geldikten sonra değiştirilmelidir. Amerikan

NIOSH yönetmeliğine göre, N95 maskeleri en az %95'lik bir filtreleme kapasitesi, %10'luk bir sızıntı, bakteriyel filtrasyon verimliliği %99'dur. SARS-CoV-2 ortamlarda kullanılmalıdır. N95 filtrasyon gücü cerrahi maskelere göre 8-12 kat daha güçlüdür. Enfekte olan sıvılara karşı gözlük ve siperlik kullanılmalıdır. Sıvı penetrasyonuna karşı tek kullanımlık önlük kullanılmalıdır ve her hastadan sonra değiştirilmelidir [31]. (Şekil 2.3)'de enfekte olmuş bireyden korunma yöntemi gösterilmektedir.

### **2.3 Covid-19 Klinik Semptomları ve Bulguları**

Covid-19 ilk vakalar görünmeye başladığında klinik semptomlarında ateş, halsizlik, kuru öksürük ve nefes darlığı ilk gözlenen belirtiler arasında yer almaktadır. Toraksa yönelik çekilen bilgisayarlı tomografi de anormal bulgularla ile pnömoni seyretilmektedir. Tanı konulan hastaların %13,32 yoğun bakım destek ünitesine ihtiyaç duyulmaktaydı ve %15 ölüm ile sonuçlandı [32].

Virüsün nazal kaviteden girerek nazofarenkste bulana ACE2 reseptörlerini hedefleyerek viremiye neden olmaktadır. Enfeksiyonun bulaşmasından sonra orafarenkste, bronşlar ve gastrointestinal sistemde hızlı viral replikasyonu başlar.

Virüsün bulaş olmasından semptomların görülmesine kadar geçen süreye inkübasyon dönemi denilir. İnkübasyon dönemi 2-14 gün arasında ortalama 4-5 gün sürmektedir. Uzun inkübasyon süresinden dolayı yayılımı fazla olmaktadır [33].

Konakçıda karışık ve aşırı bağışıklık yanıtı gelişir. Sitokin fırtınasından sorumlusu interlökinlerdir. Daha sonra, lökositlerin aktivasyonu, B-lenfositlerin azaltılması ve zincirli pro-inflamatuar sitokinlerin salınması epitel ve endotel hücre ölümüne neden olur ve vasküler geçirgenliği artırır. Bu da pulmoner enflamasyona, ödem, ARDS ve ani ölümle sonuçlanır [33]. Hastaneye yatışların %98,6 ateş, %69,9 yorgunluk, kuru öksürük ve ishal görünmektedir. Ortalama 5. Günde semptomlar görünmektedir. Semptomlarda görünen dispnenin yanın sıra tat koku kaybı, konjunktival hiperemi, boğaz ağrısı, sekresyon artışı, halsizlik, bulantı, kusma, diyare, miyalji, döküntü izlendi [16,35]. Ciddi seyirlerde ARDS, akut kalp hasarı ve çoklu organ yetmezliği görülmektedir [32].

Tüm bireylerde farklı görülse de genel olarak; ilk birkaç gün soğuk algınlığı ve grip benzeri hafif ateş ve boğaz ağrısı görülmekte, bağışıklık zayıfsa bu semptomlara mide bulantısı ve ishal eşlik edebilmektedir. Dördüncü günde boğaz ağrısı

şiddetlenir, ses boğuklaşır, yeme ve içme zorlaşır. Hafif bir baş ağrısı ile ishal başlar. Beşinci gün boğaz ağrısı daha da şiddetlenir eklem ağrıları görülür, hareketler ağırlı sancılı olur. Altıncı gün kuru öksürük başlar, konuşurken yutkunurken artan bir boğaz ağrısı vardır, halsizlik, mide bulantısı artar. Nefes almada bazen zorluk yaşanır, ishal ve kusma şiddetlenir. Yedinci gün ateş 38 °C'ye yükselir, öksürük ve balgam çıkarma artar, baş ağrısı yanı sıra kusma şikâyeti artar. 8. gün soluk alıp vermek iyice güçleşir, göğüs bölgesinde ağrı hissedilir. Baş ve eklem ağrıları iyice artmıştır, ateş 38 °C'nin üzerinde seyrederek. 9. günde ise semptomlar şiddetlenir; yüz veya dudaklarda siyanoza bağlı morarma görülür, öksürük ve balgam çıkarma, vücut ve baş ağrıları, kusma çok şiddetli bir hale gelir [6].

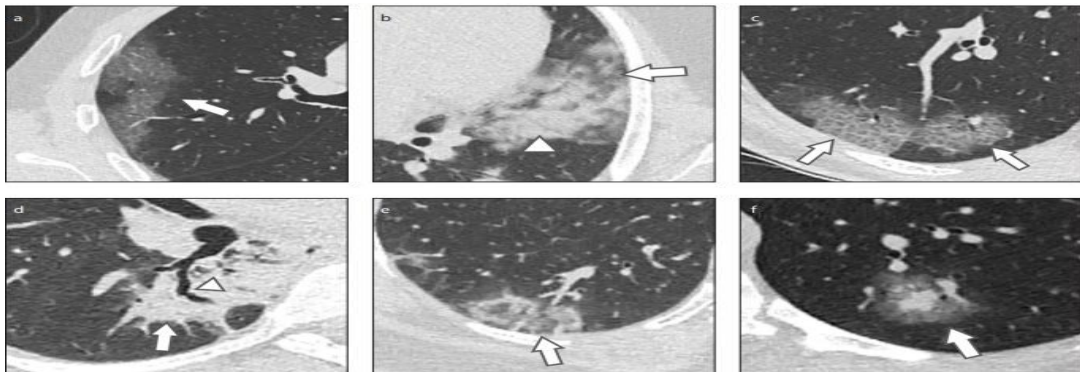
## 2.4 Covid-19 Tanı Koyma Yöntemleri

### 2.4.1 Fizik muayane

Hafif semptom gösterenlerde belirtiler çok fazla izlenmezken; ağır şekilde seyreden semptomlar da nefes darlığı, akciğerde raller, zayıflamış akciğer sesleri, konuşmada titreme görülür [36].

### 2.4.2 Radyolojik görüntüleme

Akciğer filminde pnömonin erken evrelerinde birden fazla yamalı gölgeler ve intersiyel alanlar görülmektedir [32]. Seyrekte olsa plevraeffüzyon ile buzlu cam görüntüsü izlenmektedir. Bilgisayarlı tomografi röntgene göre daha net tanı konulmaktadır. Hastalığın bulaşılığı ve erken dönem de PCR sonucunun negatif olması ve ulaşılabilirliği kolay olmasından kaynaklı tomografi çekimlerinin sayısı Covid-19 ile artmıştır [37].



Şekil 2.4: Covid-19 pnömonisinde farklı infiltrasyon paternleri [38].

- a) Buzlu cam görüntüsü b) Konsolidasyon c) İnterlobüler alanda buzlu cam görüntüsü d) Hava bronkogram ve konsolidasyon e) Ters halo f) Halo işareti

Tomografide lobüler buzlu cam tutulumu daha net ayırt edilir. Oluşan sitokin fırtınası çılğın kaldırım taşı, saf konsolidasyon, katı nodüller, halo işareti, ters halo işareti, asinernodüler, kavitasyon görüntülerken ayrıca subplevral çizgi, bronşektazi, plevral kalınlaşma, plevral efüzyon, mediastinal-hilar lenfadenopati, perikardiyal efüzyon, pnömotoraks tespit edilir [38]. Covid-19 pnomonisinde farklı infiltrasyon paternleri (şekil 2.4)'de gösterilmiştir.

### **2.4.3 Laboratuvar bulguları**

Tanıda ilk en çok karşılaşılan laboratuvar bulguları; lökopeni, lenfositopeni, trombositopenidir. Enfeksiyöz belirteçlerden C-reaktif protein (CRP), karaciğer fonksiyon testleri (ALT/AST) ve D-Dimer yüksekliği de sıklıkla bildirilmiştir [39]. Lökositopeni, lökopeni ve yüksek D- Dimer mortaliteyle ilişkilidir. D-Dimer, serum ferritin, troponin, LDH, PaO<sub>2</sub><90 mmHg düzeyleri hastalığın kötü prognoza işaret etmektedir [18].

### **2.4.4 Moleküler test**

Covid-19 için kullanılan moleküler testler PCR tabanlı yöntemle ya da virüs genomunu incelemeye yöneliktir. Nazofarenks ve orafarenksten alınan sürüntüler PCR tabanından uygulanması DSÖ tarafından kabul edilen yöntem olmuştur. Sürüntüler alındıktan sonra virüs RNA'sını sıvıya geçişini sağlayan çözücü eklenir ve bu çözücüde RNA özümser. Elde edilen sonuç negatif çıksa bile COVID-19 virüs enfeksiyonunu saf dışı bırakılmaz. Genom incelemesinde ise virüs zarfı üzerinde polimerazları haritalaması evrimsel ilişkilendirilmesi yapılır [40].

## **2.5 Covid-19 Tedavi Protokolleri**

COVID-19 bakteriyel bir enfeksiyon değil viral bir hastalıktır. Bu nedenle antibiyotik uygulamasından kaçınılmalıdır. Lopinavir/ritonavir (her 12 saatte bir 400/100 mg), klorokin (her 12 saatte bir 500 mg) ve hidroksil-klorokin (her 12 saatte bir 200 mg) gibi çeşitli yaklaşımlar önerilmiştir. Alfa-interferon (örneğin, günde iki kez aerosolinhalasyonu ile 5 milyon ünite) de kullanılır [13].

Covid-19 tedavisinde kullanılan hidroksin ve klorokin etkin olarak sıtma ilacında kullanılmaktadır. İnvitro çalışmalarda her ikisinin virüs aktivasyonunu azatlığı görülmüştür [41]. Yan etkilerinde kalp sorunu olan hastalarda QT süresinin uzadığı ve ölümcül sonuçlara yol açtığı gözlemlenildi [42].

Remdesivir viral RNA polimerazını engeller ve bronşiyal hava yolu epitelyal ve insan burun hücrelerinde güçlü bir inhibitör olarak tanımlanır. Seçici özelliğiyle ve yarılanma ömrünün kısa olduğundan dolayı komplikasyon görülmesini daha az olduğu düşünülmektedir [13,43]. Remdesivir, bronşiyal hava yolu epitelyal ve insan burun hücrelerinde güçlü bir inhibitör olarak tanımlanır. Erken remdesivir uygulamasının, SARS-CoV-2 antiviral etkileri gözlenmiştir [13]. Yan etkileri olarak bulantı, kusma, böbrek fonksiyonunda bozukluklar, karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme, organ yetmezliği ve kardiopulmoner dolaşımında bozukluklar görülür [44].

Favipiravir RNA virüslerinde seçici ve güçlü bir şekilde inhibe eden antiviral bir ilaçtır. Yan etkileri olarak genellikle ishal, kandaki ürik asit ve trans aminazlarda asemptomatik bir artış ve nötrofil sayısında bir azalma görülmektedir [45].

Oseltamivir, influenza da yaygın olarak kullanılan nöaraminidaz inhibitörüdür. Bildirilen en sık görülen yan etkiler bulantı, ishal, kusma ve baş ağrısıdır. Nadir görülen advers olaylar arasında ciddi cilt reaksiyonları, kardiyak aritmiler ve nöropsikiyatrik ataklar bulunur. Nöropsikiyatrik yan etkiler deliryum, intihar olayları, panik ataklar, sanılar ve bilinç bozuklukları gözlemlendi [46,47].

Azitromisin anti mikrobiyaldir. Pulmoner inflamatuvarı ve aşırı sitokin üretimini azaltmaktadır [48]. Yan etkileri kardiyak sorunlar arasında QT uzaması, gastrointestinal olarak kusma, beslenme intoleransı, karın ağrı, ishal, solunum sıkıntısı, bronko pulmoner displazi, merkezi sinir sisteminde intraventriküler kanama, anormal işitme, periventriküler lökomalazidir. Karaciğer ve böbrek yetmezliği olan hastalar, azitromisin kullanılmamalıdır [49].

Lopinavir ve ritonavir HIV proteaz inhibitörüdür. Koronavirüs replikasyonu için anahtar enzim ve aktiviteyi baskılamak için kullanılır [48]. İskemik kalp hastalığı, kardiyomyopati, uzun QT süresi, ishal, baş ağrısı, cilt döküntüsü görülmektedir [32]. Biyolojik ajan olarak tosilizumab ve anakinra kullanılmaktadır. Tosilizumab bir IL-6 reseptör inhibitörü monoklonal antikordur. Romatoidartrit tedavisi için kullanılır. Tosilizumab kullanımında gastrointestinal perforasyon ve hepatotoksisite riski vardır ve trombositopeni ve nötropeni olan hastalarda dikkatli kullanılmalıdır. İnfüzyonla ilgili reaksiyonlar görülebilir. Bu reaksiyonlar ateş, taşikardi, hipertansiyon, dispne,

bulantı, kusma ve senkop içerir ve genellikle ilk uygulamada olur [48]. Anakinra bir IL-1 reseptör antikorudur. En sık görülen yan etkisi enjeksiyon bölgesinde lokal bir reaksiyondur [50].

İmmün plazma tedavi hastalığı geçiren genellikle 10.-14. günlerinde plazma alarak enfekte hastaya vererek virüsün hızlıca nütürlenmesini sağlamak ve enfekte olmuş hücrelerin fagositozunu sağlamaktır. Burada verilen plazmada yeterli nötralize edilmiş antikor olması önemlidir. Yapılan araştırmalarda yan etki gelişmemiştir [51].

## **2.6 Covid-19 Pandemisinin Psikososyal Etkileri**

COVID-19 virüsü, SARS-CoV ve MERS-CoV'un dahil olduğu beta coronavirus (beta- koronavirüs) ailesi içinde yer alan bir virüs türüdür. Covid 2019 yılında ortaya çıkarak kısa zaman içerisinde hızla tüm dünyayı etkisine almış ve "pandemi" olarak ilan edilmiştir [52]. Salgının çıkışı, vaka sayılarında yükselişler, belirsizlikler toplumda korku, endişe ve strese neden olmuştur. Salgının müdahalesinde önemli yer alan sosyal izolasyon; toplumun yaşam stilinde ve alışkanlıklarında değişimlere neden olmuştur. Özellikle pandemi uzaktan eğitim ve uzaktan çalışma gibi yeni dönemlere kapı açmıştır. Bu durum zorunlu sosyal izolasyonu gündemimize getirmiştir. Zorunlu sosyal izolasyon nedeniyle toplumsal ilişkiler azaldığı için yalnızlaşma artmıştır [12,53].

Covid-19 virüsünün ortaya çıkış nedeninin tam olarak bilinmemesi, bulaşıcı olması nedeniyle her bireyin risk altında olması, hasta olma endişesi, belirsizlik, mutsuzluk, ümitsizlik, korku toplumda bir travmaya dönüşmüştür. Salgın karşısında toplumda şaşkınlık, inkar ve şok gibi travma tepkileri oluşmaktadır. Özellikle bireylerin salgını kabullenmeme, olmadığını farzetme gibi hastalığı kabul etmede zorlanma gibi tepkiler vermektedir [12]. Kabullenmeyi yaşayan bireyde kendini ve ailesini koruma, yasak ve kısıtlamalara uyma, belirsizlik endişesi ve korku gibi tepkilere bırakmaktadır. Aynı zamanda bireyde uykusuzluk gibi semptomlarda gelişmektedir [12,54-55]. Tian ve ark. (2020) çalışmasında 50 yaştan büyük kişiler, çevresinde Covid-19 hastalığı geçiren bireylerin varlığı, eğitim seviyesi düşük kişilerde bu süreçte obsesif kompulsif belirtiler, kaygı gibi semptomlar geliştiği sonucuna varmıştır. Salomou ve ark. (2020) çalışmasında salgın sürecinde bireylerde anksiyete ve depresyon gibi semptomlar geliştiğini, kişisel hijyenle ilgili önlemlerin anksiyete düzeyine arttırdığı sonucuna varmıştır [56].

Covid-19 salgını sürecinde uygulanan karantinalar sebebiyle bireyler evde aileleri daha fazla zaman geçirmiştir. Enfeksiyon kontrolü için karantina süreçlerinin sağlanması etkin bir politika olmasına rağmen, bu süreç beraberinde sosyal, toplumsal ve psikolojik sonuçlara yol açmıştır. Toplum korku, kaygı yaşamalarının yanında aile içi, şiddet, alkol alımı, şiddetli geçimsizlik gibi durumlar yaşamaktadır. Bu nedenle aile içi şiddet gibi durumlar göz önünde bulundurularak baş etme stratejileri geliştirilmelidir [12].

Covid-19 tanısı konulmuş bireyler ve aile üyeleri ise yoğun stres, kaygı nedeniyle güvensizlik, umutsuzluk, güçsüzlük, çaresizlik, korku gibi birçok semptom yaşamaktadır. Bireylerin kişilik özellikleri, sosyo ekonomik koşulları, daha öncede kronik bir hastalığının olması, sosyal destek alması, krizle baş edebilme, duruma uyum sağlayabilmesi psikososyal durumunu etkilemektedir. Bu süreçte Covid-19 hastasına yapılan tedavilerde hastanın psikososyal durumuna önem verilmeli ve gerekli psikososyal destek alması sağlanmalıdır. Covid-19 pandemisinde, hasta ilk olarak fiziksel olarak belirtiler yaşar ve bu durum korku, panik yaşamalarına neden olur. Aynı zamanda hasta damgalanmaktan korkmaktadır. Damgalanma korkusuyla hastalığını kimseyle paylaşmak istemez, hastaneye gitmekten korkar ve çevresinde onunla etkileşime geçen herkesi tehlikeye atar. Belirtilen daha ağır seyretmeye başlamasıyla hastaneye başvurmak zorunda kalır ve hastanede koruyucu giysiler giyen sağlık çalışanlarını görmek hastanın daha fazla korkmasına neden olur. İzole edilen hasta yalnızlaşır ve ölüm korkusu artar. Stres, anksiyete yaşar. Bilinmezlik ve belirsizlik nedeniyle hastada huzursuzluk, enfeksiyonu bulaştırma riski korku ve suçluluk yaşamalarına neden olur. Hasta stres ve kaygının oluşturduğu bir kriz durumu yaşar. Eğer müdahale edilmezse, panik nöbeti, intihar düşünceleri, depresyon gibi psikososyal sorunlar yaşamalarına zemin hazırlar [57].

### **2.6.1 Damgalanma**

Damgalanma (stigmatizasyon) kavramı “sahip oldukları farklı bir özelliğe yönelik kişi ya da grubun haksız muamelesi” olarak tanımlanır . Sağlıkta damgalanma ise bireyin/ hastalık tanısı almış konulmuş kişi ya da grubun itibarsızlaştırılması, ayrımcı tutumlara maruz bırakılmasıdır. Damgalanma yaşayan birey değersizlik duygusu yaşar, sosyal ilişkilerden kaçınır, utanma ve suçluluk duygularını yaşar [58].

Damgalanma çok eski çağlardan beri toplum içinde yoğun derecede yaşanmaktadır. Özellikle sağlık bakımından bulaşıcı hastalıklar, ruhsal hastalıklar gibi sağlık

sorunları yaşayan bireyler damgalanma muamelesini yaşamaktadırlar. Sağlıkta damgalanma; hastalık tanısı konulmuş kişi ya da grupların itibarsızlaştırılması ve ayrımcı tutuma maruz bırakılmalarıdır. Son zamanlarda gündemimizde olan Covid-19 salgını nedeniyle bireyler damgalanmaktadır. Özellikle hasta bireyler, hasta yakınları ve çevresi, sağlık çalışanları, sağlık çalışanlarının yakınları, sağlık kurumları, mahalleler, köyler, ülkeler, Asya ırkı damgalanmaya maruz kalmaktadır. Bu durumu yaşayan bireylerde gelişen suçluluk duygusu, öfke, geleceğe yönelik endişeler toplumsal erozyona neden olabilmektedir [58]. Damgalanma kişinin tedavi aramasını engelleme, sosyal destek bulamama, tedavi reddetme ve gizleme gibi sonuçlara neden olabilmektedir [59]. Toplumlarda damgalanmanın azaltılması ve yok edilmesi için müdahalelerde bulunulmalıdır.

### **2.6.2 Covid-19 salgınında psikososyal sorunlar ile mücadele**

Covid-19 pandemisi süresince bireylerde stres, kaygı ve anksiyete gibi travmatik sonuçlara müdahale etme, önleme sürecinde özellikle hassas grupta olan bireyler ve yüksek riskli grupta yer alan bireylerin desteklenmesi önemlidir. Önleme, müdahale etme ve tedavi etme sürecinde bireysel farklılıklar, toplumsal, kültürel, ekonomik farklılıkları göz önünde bulunarak online, yüz yüze gibi yöntemlerle bireylere ulaşarak yeterli desteği vermek önem teşkil etmektedir. Erdoğan ve ark. (2020) çalışmasında COVID-19'un olumsuz sonuçlarına bağlı olarak ruh sağlığını koruyucu önlemlerin yaygınlaştırılması ve psikososyal destek süreçlerinin toplumdaki her birey tarafından erişilebilir hale getirilmesinin önem taşıdığı belirtmiştir [18]. Dejon ve arkadaşları yaptıkları çalışmada madde bağımlısı hastalarının pandemiden etkilenme sürecini değerlendirmiştir. Pandeminin yayılmasını önlemek için uygulanan politikaların özellikle olumsuz düşünceler, duygular ve davranışlar nedeniyle tedavi olan hastaların daha fazla etkilendiğini gözlemlemiştir [60]. Önleme, müdahale etme ve tedavi sürecinde hastanın biyopsikososyal durumu göz önünde bulundurulmalıdır. Wag ve ark. (2020) çalışmasında; pandemi sürecine tepki olarak popülasyonda olumsuz geri bildirimler oluştuğunu belirtmiş, toplumun şiddetli depresif sendromlar, şiddetli anksiyete ve şiddetli stres gibi psikososyal sorunlarla karşı karşıya kaldığını belirtmiştir [20]. Psikososyal sorunlar ile mücadelede; sosyal desteğin artırılması, hastalığa dair damgalanmanın önüne geçilmesi, erişilebilir psikolojik destek sağlanması gereklidir. Rodríguez-Rey ve ark. İspanya'da 3055 kişiden yürüttüğü çalışmasında salgının bireylerde psikolojik etkisini ve ayrıca kaygı, stres ve

depresyon düzeylerini araştırdı. Bireylerin salgın sürecinde günlük rutinlerinde değişiklikler ve önemli faaliyetlerin iptali de dahil olmak üzere günlük yaşamlarını büyük lde etkilendikleri, anksiyete ve depresif belirtiler gösterdikleri, iş kayıpları nedeniyle ekonomik krizle karşı karşıya kaldıklarını belirlemiştir. Araştırmacı salgına müdahale amaçlı psikolojik müdahaleler tasarlanmasını önermektedir [61]. Pandemi sürecinde bireylerin psikolojik destek programları ve eğitimler ile desteklenmesi sağlıklarına dair kaygı ve korkuları hafifletmek için yararlıdır. Böylece birey yalnızlık, izolasyon, belirsizlik, umutsuzluk, ekonomik sorunlar gibi problemlerle daha kolay baş edebilirler. Aynı zamanda pandeminin getirdiği olumsuz etkiler yanında travma sonrası dersler çıkarabilme, sevdiklerin ve yaşamın kıymetini anlayabilme yeni deneyimlere açıklık ve zorluklara karşı dayanıklılık gibi bireyin güçlenmesini sağlayan durumlar gelişmesi öngörülmektedir [12]. Karataş çalışmasında pandemide travma sonrası büyüme ve güçlenme açısından fırsat olarak ele alınırsa, pandeminin birey ve toplum üzerinde pek çok değişimi başlatma potansiyeline sahip olduğunu belirtmektedir [62].

Covid-19 salgınında psikososyal ve fiziksel sorunlar ile mücadele amaçlı egzersizin nemi Tunç ve ark. alışmasında yer almaktadır. Tunç ve arkadaşları salgın sürecinde egzersizin fiziksel ve ruhsal sağlığı korumada etkili olduğu, yaşam kalitesini, arttırdığı, hastalık durumuna karşı direnci arttırdığı sonucuna varmıştır. Araştırmacı düzenli egzersiz yapılmasını önermiştir [63].

Covid-19 pandemi süreci hastalığı geçiren bireyleri ve ailelerini biyo- psikososyal yönden olumsuz yönde etkilemektedir. Hastanın karantina süreci, hastalığın ağır seyretmesi hasta ve ailesi için travmatik bir durumdur. Travma yaşayan aile üyelerinin yaşadıkları stres karşısında uykusuzluk, beslenme düzeninde bozukluk, immün sisteminin zayıflaması, alkol ve tütün kullanımında artış gözlenmektedir. Hastanın yanında bulunamayan aile kaygı, karamsarlık, çaresizlik, suçluluk duygularını yaşamaktadır. Aynı zamanda aile üyelerinin de karantinaya alınması, ebeveynlik rollerinin yerine getiremedikleri için suçluluk, korku, sinirlilik gibi psikososyal sorunlar yaşamaktadırlar. Aile üyelerini derinden etkileyen başlıca sorun ise hızlı gelişen hastalık sürecinin ardından alınan ölüm haberi ve yas sürecidir. Yas sürecinde durumu kabullenememe, çaresizlik, korku, şaşkınlık, öfke yaşayabilir. Eğer aile yas sürecini atlatamazsa depresyon, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu gelişebilir. Hasta ve aile üyelerini derinden etkileyen başlıca psikososyal sorun ise toplum tarafından damgalanma ile karşı karşıya kalmalarıdır [57]. Bu

süreçte Covid-19 tanısı konulan bireylerden söz ederken damgalayıcı tutumların gelişmesine zemin hazırlanmamalıdır. Özellikle medyanın damgalanma riski içeren bireyleri hedef haline getiren yayınlar yapmaması önem arz etmektedir. Sağlık çalışanlarının hastaların ve muhtemel teması olabilecek kişilerin mahremiyetine özen göstermesi, damgalanmayı önleme adına sistemler oluşturulmasına, damgalanan gruplara odak grup görüşmeleri yapılarak ileriye dönük gerekli tedbirlerin alınması Covid-19 ile mücadele sürecinde dikkat edilmesi gerekenlerdir [58].

Pandemide karşılaşılan temel gerçek gözle görülmeyen bir virüsle yüzleşerek daha sorumlu davranmanın öğrenilmesidir. Bireylerin çıkarıcı, bencil tutumları yerine dayanışma ve paylaşım dayalı tutum ve politikalar geliştirilmelidir. Yoksullar, yaşlılar, engelliler, hastalar, göçmenler gibi korunmaya ve desteğe ihtiyacı olan gruplara hizmet ve kaynaklara erişim konusunda fırsat verilmelidir. Aynı zamanda uygun olmayan koşullarda yaşamak zorunda olan bireyler, pandeminin yarattığı kaygı nedeniyle aile içi istismar durumlarında psikososyal yardım hatları oluşturulmalı ve risk grubu olanlar periyodik olarak izlenmelidir [62].

## **2.7 Covid-19 Hastalarına Taburculuk Sonrası Yaklaşımlar**

Hastanede tedavi gören hastaların uygulanan tedavi sonrası taburculuk işlemleri gerçekleştirilir, iyileşme süreçlerini evde geçirebilirler. Taburculuğu gerçekleştiren hastaya kurum tarafından maske ve Covid-19 tedavisinde kullandığı ilaçlar temin edilmektedir. Hastanın HSYS'deki "Vaka Durumu" ise " Taburcu, Evde İzlem" olarak yer almaktadır.

Hastaneye yatış gerektirmeyen evde takip edilen olası/ kesin Covid-19 vaka grubu;

1. 50 yaş altı hastalar.
  2. Kliniği ağır seyredecek kronik hastalık varlığı gibi risk faktörü taşımayan hastalar.
  3. Kötü prognostik faktörleri bulunmayan hastalar (kan lenfosit sayısı  $<800/\mu\text{l}$ , D-Dimer  $>1000\text{ ng/ml}$  serum CRP  $>10x$  Normal değer üst sınırı, ferritin  $>500\text{ng/ml}$ ).
- Hastaneye yatış gerektirmeyen evde takip edilen olası/ kesin Covid-19 vaka grubunda yer almasına rağmen uygunsuz ev ortamı, ev ortamında birlikte yaşam sürülen 65 yaş üstü bireylerin veya risk grubundan olan bireylerin varlığı gibi sosyal endikasyonu olan hastalar hekim kararıyla hastaneye yatışı yapılabilir [64].

COVID-19 sonucu pozitif olan veya olası Covid-19 hastalarının evde bakımı ile; hastanın iyilik haline erişmesini sağlama, topluma virüsü bulaştırma, sağlık sisteminin üzerinde yükün en aza indirilmesi amaçlanmaktadır [65]. Hastaların belirtilen yerde süreç boyunca izole olmaları önemlidir. İzolasyon süreci sona erdiğinde test yaptırmadan işe başlayabilir fakat işe başlayan kişinin maske ile dışarı çıkması ve çalışması önem teşkil etmektedir [64]. Evde izolasyon sürecinde izlenen hastalara uygulanması gerekenler aşağıda yer almaktadır.

1. Evde izlenen hastaların tıbbi bilgileri aile hekimiyle paylaşılmalı, süreç boyunca hasta aile hekiminin gözetiminde olmalıdır.
2. Hastaya izolasyon sürecinde dikkat etmesi gerekenler ve cezai sorumlulukları anlatılarak hastaya izolasyon sürecinin yer aldığı hasta onam formunu imzalamalıdır.
3. Hasta izolasyon sürecini evde geçirmeli ve eve misafir kabul edilmemelidir. Eğer aynı ortamı başka kişilerle paylaşmak zorunda kalırsa tıbbi maske kullanılmalıdır.
4. Evde yaşayan diğer kişilere bulaş riskini önlemek için hasta diğer kişilerden farklı bir odada kalmalı, mümkün değilse oda iyi havalandırılmalı, odadaki diğer kişilerden en az bir metre mesafe olacak şekilde oturmalı ve maske takmalıdır. Maske nemlendiği zaman ise yenisi ile mutlaka değiştirilmelidir.
5. Evde yaşayan 65 yaş üstü bireyler ile risk grubunda yer alan bireylerin aynı evde yaşamamalı veya temas mümkün olduğunca önlenmelidir.
6. Hasta ev içinde sınırlı hareket etmeli, varsa ayrı bir tuvalet ve banyo kullanmalı eğer ayrı bir tuvalet veya banyo kullanma imkanı yoksa bu alanlar iyi havalandırılmalıdır.
7. Banyo ve tuvaletler günde en az bir kez sulandırılmış çamaşır suyuyla temizlenmelidir.
8. Hastaya ve yakınlarına solunum hijyeni konusunda eğitim verilmelidir. (Öksürme veya hapşırma sırasında bir mendille tercihen kağıt mendille ağız kapama, kullanılmış mendiller ağız kapalı ve naylon poşetlere konulduktan sonra ağız kapatılarak, ikinci bir naylon poşet içerisinde atma, ellerini sık sık yıkama).
9. Hastanın kişisel eşyaları diğer ev halkından ayrı olmalıdır. Bardak, tabak, kaşık, havlu gibi aynı eşyaları kullanmak gerekirse bu eşyalar sabun ve su ile temizlenmeli ve kıyafetleri 60-90°C'de deterjan ile yıkanmalıdır.
10. Hasta odasının temizliği esnasında eldiven ve maske kullanılmalıdır. Solunum yolu sekresyonları ile kontamine olan tüm yüzeylerin 1:100 normal sulandırma ile hazırlanmış çamaşır suyuyla temizlenmesi, oda hasta sekresyonları ile belirgin

şekilde odada kirlenirse 1:10 normal sulandırma ile hazırlanmış çamaşır suyuyla kullanılmalıdır. [Çamaşır suyu hazırlama oranları (%10'luk): 1/10'luk çamaşır suyu hazırlanışı: 1 ölçü çamaşır suyu +9 ölçü su (5000-6000 ppm klor açığa çıkarır) 1/100'lük çamaşır suyu hazırlanışı: 1 ölçü çamaşır suyu + 99 ölçü su (500-600 ppm klor açığa çıkarır)1/100'lük çamaşır suyu elde etmek için pratik olarak 10 litre su içine 1 küçük çay bardağı çamaşır suyu konulur.

11. Evde yaşayan tüm ev sakinleri Covid-19 belirti ve bulguları bakımından takip edilmeli ve belirtilerin varlığı durumunda bir sağlık kurumuna başvurulmalıdır.

12. Hastanın genel durumu bozulduğunda 112 aranarak tıbbi yardım istenmeli,hasta nakil sırasında mutlaka tıbbi maske takması sağlanmalıdır [64].

### **2.7.1 Covid-19 hastalarında izolasyonun sonlandırılması**

#### **2.7.1.1 Asemptomatik veya hafif vakalar**

Hastanede 24 saatten uzun süre yatmayan hastalar ve evde takip edilen hastalar bu gruba girmektedir. PCR sonucu pozitif olarak çıkan vakalarda PCR alındığı günden itibaren, muhtemel vakalarda semptom başlangıcından itibaren 10. günün sonunda izolasyon sona erdirilmektedir.

#### **2.7.1.2 Hastane yatış endikasyonu olan vakalar**

PCR sonucu pozitif olarak çıkan vakalarda PCR alındığı günden itibaren,muhtemel vakalarda semptom başlangıcından itibaren 14. günün sonunda izolasyon sona erdirilmektedir. Genel durumu stabil olmayan vakanın solunum desteği, gerekirse dolaşım desteği sağlanarak yatışı yapılmalıdır.

#### **2.7.1.3 Yoğun bakım endikasyonu olan veya immunsuprese vakalar**

PCR sonucu pozitif olarak çıkan vakalarda PCR alındığı günden itibaren, muhtemel vakalarda semptom başlangıcından itibaren 20 günün sonunda izolasyon sona erdirilmektedir. Troponin yüksekliği ve aritmisi olan vakalar, oksijen desteğine rağmen spo2 90 dan düşük veya pao2 70 den düşük vakalar, dispne ve solunum distressi olan vakalar yoğun bakım sorumlusu ile konsulte edilerek karar verilir.

İzolasyon süreleri sonlandırılan kişiler PCR testi bakılmaksızın işe geri dönebilir [64].

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi**

Araştırmada COVID-19 pandemisi sırasında değişik derecelerde etkilenen hastaların taburculuk sonrası tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. COVID-19 pandemisini şifa ile atlatanların taburculuk sonrası tutum ve davranışlarını araştırmak, gelecekte pandemi durumlarında alınacak önlemler hakkında durum planlaması yapılmasını sağlayabilir. Çalışmamız pandemi sırasında afet planı uygulayıcısının baş aktörü durumunda olan sağlık çalışanlarının hastalığı doğru değerlendirmesini sağlaması açısından önemlidir. Pandemi sırasında ve sonrasında insanlar için destek gruplarının oluşturulması ve güçlü iletişim yollarının kullanılması, yaşanacak yeni pandemi ve afet durumlarında kişilerin olabildiğince kurallarına uygun davranma motivasyonunu arttırabilir.

Araştırma genel modeline dayalı betimsel nitelikte olan prospektif çalışma tipindedir.

#### **3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma; Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Acil Servisine 03.2020-05.2020 tarihleri arasında başvuran Covid-19 tanısı almış 18 yaş ve üzeri hastalar dahil edilerek yapılmıştır.

#### **3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Acil Servise 03.2020-05.2020 tarihleri arasında başvuran ve COVID-19 tanısı konulan toplam 453 hasta bulunuyordu. Bunlardan 44'ü yoğun bakımda olmak üzere toplam 353'ü hospitalize edilmişti, 100 hasta ise evde izolasyona alınmıştı. Süreç içerisinde 35 hasta ölmüştü. Verileri tam olmayan, iletişim kurulamayan ve çalışmaya dahil olmak istemeyenler ayrıldığında toplam 125 hasta ile çalışma tamamlandı.

Çalışmamızda; hastane kayıtlarından elde edilecek verilerde COVID-19 tanısı alan kişiler; hospitalize edilenler (servis veya yoğun bakıma yatırılanlar) ve non-

hospitalize edilenler (evde izolasyona alınan hastalar) olmak üzere iki grup halinde değerlendirilmiştir. Kuru öksürük, ateş, eklem ağrıları, halsizlik, baş ağrısı, boğaz ağrısı gibi şikayetlerle başvuran ve neticede COVID-19 tanısı konularak evde izolasyona alınan hastalar bir grupta toplanmıştır. Durumunun ağırlığından dolayı hastane yatışı verilerek servise gözlem altında tutulan ve nedeni ne olursa olsun COVID tanısı olup yoğun bakımda tedavi gören hastalar diğer bir grupta toplanmıştır. Araştırmanın örneklemini araştırmaya destek olmayı kabul eden rastgele seçilen ve hastane kayıtlarından elde edilen verilere göre belirlen gruplara dahil olabilecek hastalara ulaşarak yapılmıştır. Pandemi dönemi önlemleri kapsamında çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerle telefonda birebir görüşülerek bilgi alınmıştır.

### **3.4 Araştırmanın Soru ve Hipotezleri**

**H0:** Covid-19 pandemisi sırasında değişik derecelerde etkilenen hastaların taburculuk sonrası tutum ve davranışlarında değişiklik vardır.

**H1:** Covid-19 pandemisi sırasında değişik derecelerde etkilenen hastaların taburculuk sonrası tutum ve davranışlarında değişiklik yoktur.

### **3.5 Veri Toplama Araçları**

Araştırma verilerinin toplanmasında “Sosyodemografik Bilgi Formu” (Ek A) ve “Pandeminin Kişisel ve Sosyal Etkileri Anketi” (Ek B) kullanılmıştır.

#### **3.5.1 Sosyodemografik bilgi formu ( Ek A):**

Sosyodemografik bilgi formu; katılımcılara ait yaş, cinsiyet, eğitim, meslek/iş durumu, yaşadığı yer, sağlık güvencesi, ek hastalık varlığı, sigara kullanımı, aile yapısı, evde izolasyon olma, hastaneye yatış ile ilgili soruların yer aldığı, araştırmacı tarafından hazırlanan formdur. Sosyodemografik bilgi formu 13 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.5.2 Pandeminin kişisel ve sosyal etkileri anketi ( Ek B):**

Sorular katılımcıların günlük alışkanlıklarının nasıl değiştiğini, davranışlarını, belirlemeye yöneliktir. Anket formu yirmi sorudan oluşmaktadır. Anket soruları, acil servis bünyesinde, çalışmanın amacına hizmet edecek şekilde literatür taraması

yapılarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Ankette katılımcının solunum, dolaşım problemi, egzersiz yapma alışkanlığı, gıda ve temizlik malzemesi depolama isteği, insanlardan uzak kalma isteği, ulaşımda toplu taşımayı tercih etmesi, uyku düzeni, yorgun hissetme durumu, beslenme durumu, taburculuk süreci, psikolojik destek alma durumunun tespit edilmesi hedeflenmiştir.

### **3.6 Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yapılması amaçlı; araştırma başlamadan önce Bezmialem Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı (Ek C) alındı ( Tarih: 17/06/2020 Karar No: 10/217). Çalışmanın yapılacağı Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Araştırma Merkezinden Kurum İzni ( Ek D) alınmıştır. Aynı zamanda Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bilimsel araştırma başvurusu yapılmış ve kurumdan izin alınmıştır (Ek E), (EK F).

Katılımcılar araştırmaya başlamadan önce araştırmanın amacı, konusu ve süreci hakkında bilgilendirilmiş ve katılımcılardan kendi isteğiyle çalışmaya katıldığına dair onay alınmıştır.

### **3.7 Verilerin Toplanması**

Araştırmaya katılmayı kabul Araştırmada veriler ‘‘Sosyodemografik Bilgi Formu’’ ve ‘‘Pandeminin Kişisel ve Sosyal Etkileri Anketi’’ aracılığıyla birebir telefon ile görüşülerek toplanmıştır. Yaşanılan zorluklar olarak;anketlerin telefon görüşmesiyle yapıldı ve hastaların birçoğu görüşmeyi red etti. Bazı hastalar damgalanma olmasından korktuğundan dolayı hastalığı geçirmediğini söyledi.

### **3.8 Verilerin Değerlendirilmesi**

Acil Servisine 03.2020-05.2020 tarihleri arasında başvuran Covid-19 tanısı almış 18 yaş ve üzeri hastalar dahil edilerek yapılmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında hazırladığımız ‘‘Sosyodemografik Bilgi Formu’’ ve ‘‘Pandeminin Kişisel ve Sosyal Etkileri Anketi’’kullanılmıştır. Covid-19 tanısı konulan hastaları hastanede yatırılanlar veya evde izolasyona alınarak tedavi olanlar olarak 2 grupta topladık ve sonuçları karşılaştırdı.

## 4. BULGULAR

Uygulanan anket neticesinde elde edilen verilerin analizi bu bölümde yapılmıştır. Verilerin analizinin yapılabilmesi için anket formları önce Excel'e daha sonra uygun kodlamalar yapılarak IBM SPSS 25.0 programına aktarılmıştır. Analizlerde katılımcıların demografik verilerine ait frekans analizleri yapılmıştır. Araştırmada katılımcıların demografik verileri ve anket soruları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığı durumları incelenmiştir. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler frekans (n), yüzde (%), ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum olarak belirtilmiştir.

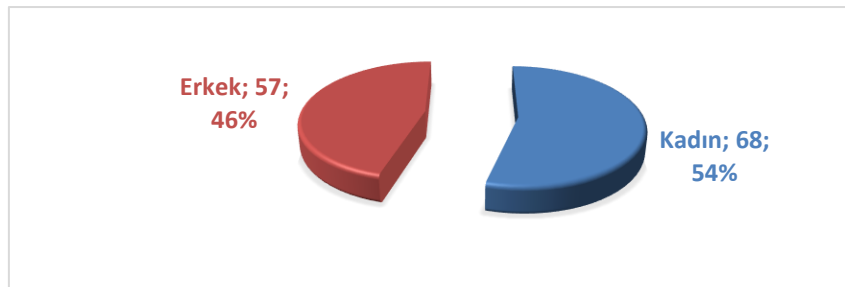
### 4.1 Demografik Verilere Göre Katılımcılara Ait Frekans Analizi

Ankete katılan 125 kişinin demografik verilerine ait frekans bilgileri analiz edilerek aşağıdaki tablolarda sunulmuştur.

**Tablo 4.1:** Katılımcıların cinsiyetlerine ait frekans analizi.

		N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Cinsiyet	Kadın	68	54,4	54,4	54,4
	Erkek	57	45,6	45,6	100,0
	Toplam	125	100,0	100,0	

(Tablo 4.1) ve (şekil 4.1)'deki veriler incelendiğinde 125 katılımcının 68'i (%54,4) kadın ve 57'si (%45,6) erkektir.

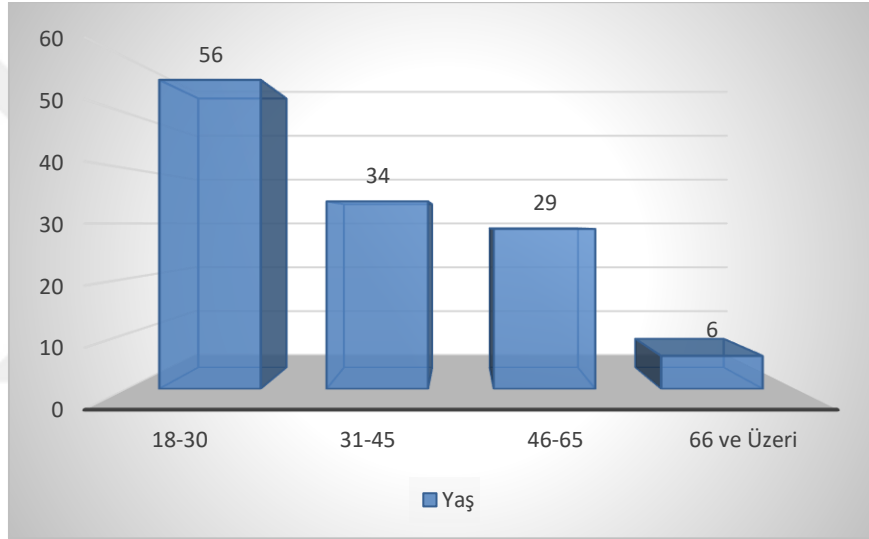


**Şekil 4.1:** Katılımcıların cinsiyetlerine ait frekans analizi

**Tablo 4.2 : Katılımcıların yaşlarına ait frekans analizi**

		N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Yaş	18-30	56	44,8	44,8	44,8
	31-45	34	27,2	27,2	72,0
	46-65	29	23,2	23,2	95,2
	66 ve Üzeri	6	4,8	4,8	100,0
	Toplam	125	100,0	100,0	

(Tablo 4.2) ve (şekil 4.2)'deki deki veriler incelendiğinde katılımcıların 56'sı (%44,8) 18-30, 34'ü (%27,2) 31-45, 29'u (%23,2) 46-65 ve 6'sı (%4,8) 66 ve üzeriyasındadır.

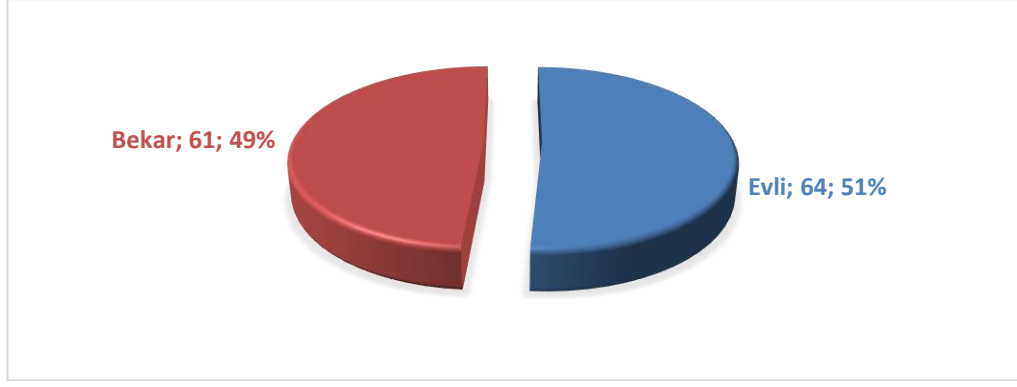


**Şekil 4.2:** Katılımcıların yaşlarına ait frekans analizi.

**Tablo 4.3:** Katılımcıların medeni durumlarına ait frekans analizi.

		N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Medeni Durum	Evli	64	51,2	51,2	51,2
	Bekar	61	48,8	48,8	100,0
	Toplam	125	100,0	100,0	

(Tablo 4.3) ve (şekil 4.3)'deki veriler incelendiğinde 125 katılımcının 64'ü (%51,2) evli ve 61'i (%48,8) bekindir.

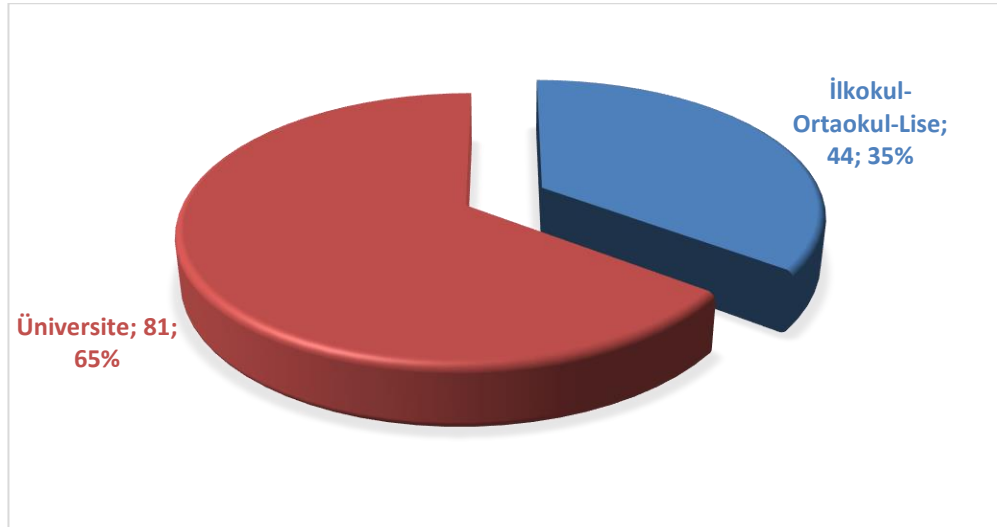


**Şekil 4.3:** Katılımcıların medeni durumlarına ait frekans analizi.

**Tablo 4.4:** Katılımcıların eğitim durumlarına ait frekans analizi.

Eğitim Durumu	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
İlkokul-Ortaokul-Lise	44	35,2	35,2	35,2
Üniversite	81	64,8	64,8	100,0
Toplam	125	100,0	100,0	

(Tablo 4.4) ve (şekil 4.4)'deki veriler incelendiğinde 125 katılımcının 44'ü (%35,2) ilkokul-ortaokul-lise ve 81'i (%64,8) üniversite mezunudur.

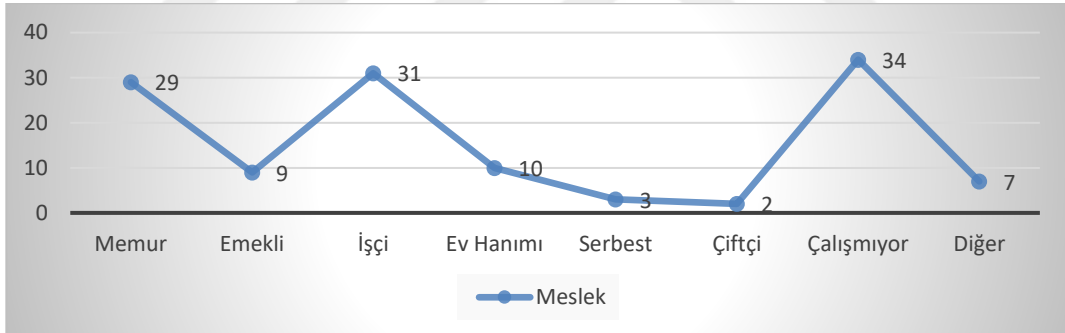


**Şekil 4.4:** Katılımcıların eğitim durumlarına ait frekans analizi

**Tablo 4.5:** Katılımcıların mesleklerine ait frekans analizi.

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Meslek				
Memur	29	23,2	23,2	23,2
Emekli	9	7,2	7,2	30,4
İşçi	31	24,8	24,8	55,2
Ev Hanımı	10	8,0	8,0	63,2
Serbest	3	2,4	2,4	65,6
Çiftçi	2	1,6	1,6	67,2
Çalışmıyor	34	27,2	27,2	94,4
Diğer	7	5,6	5,6	100,0
Toplam	125	100,0	100,0	

(Tablo 4.5) ve (şekil 4.5)'deki veriler incelendiğinde katılımcıların 29'u (%23,2) memur, 9'u (%7,2) emekli, 31'i (%24,8) işçi, 10'u (%8,0) ev hanımı, 3'ü (%2,4) serbest, 2'si (%1,6) çiftçidir. Katılımcıların 34'ü (%27,2) çalışmamaktadır ve 7'si (%5,6) meslek gruplarındandır.



**Şekil 4.5:** Katılımcıların mesleklerine ait frekans analizi.

**Tablo 4.6:** Katılımcıların yaşadıkları yerlere ait frekans analizi.

	N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Yaşadığı Yer				
Şehir Merkezi	63	50,4	50,4	50,4
İlçe	62	49,6	49,6	100,0
Toplam	125	100,0	100,0	

(Tablo4.6)'daki veriler incelendiğinde katılımcıların 63'ü (%50,4) şehir merkezinde ve 62'si (%49,6) ilçede yaşamaktadır.

**Tablo 4.7:** Katılımcıların ek hastalıklarına ait frekans analizi.

		N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Ek Hastalık	Yok	109	87,2	87,2	87,2
	Var	16	12,8	12,8	100,0
Toplam		125	100,0	100,0	

(Tablo4.7)'deki veriler incelendiğinde katılımcıların 109'u (%87,2) ek hastalığa sahip değildir ve 16'sı (%12,8) ek hastalığa sahiptir.

**Tablo 4.8:** Katılımcıların kronik hastalıklarına ait frekans analizi.

		N	%
Kronik Hastalığı	Hipertansiyon	25	62,5
	Diyabet	13	32,5
	Karaciğer Hastalığı	2	5,0
Toplam		40	100

(Tablo 4.8)'deki veriler incelendiğinde katılımcıların 25'i (%62,5) hipertansiyon, 13'ü (%32,5) diyabet ve 2'si (%5,0) karaciğer hastalığına sahiptir.

**Tablo 4.9:** Katılımcıların sigara kullanmalarına ait frekans analizi.

		N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Sigara	Evet	49	39,2	39,2	39,2
	Hayır	67	53,6	53,6	92,8
	Bıraktı	9	7,2	7,2	100,0
	Toplam	125	100,0	100,0	

(Tablo4.9)'daki veriler incelendiğinde katılımcıların 49'u (%39,2) sigara kullanmakta, 67'si (%53,6) sigara kullanmamakta ve 9'u (%7,2) sigarayı bırakmıştı.

**Tablo 4.10:** Katılımcıların aile yapılarına ait frekans analizi.

		N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Aile Yapısı	Çekirdek Aile	70	56,0	56,0	56,0
	Geniş Aile	41	32,8	32,8	88,8
	Yalnız	14	11,2	11,2	100,0
	Toplam	125	100,0	100,0	

(Tablo4.10)'daki veriler incelendiğinde katılımcıların 70'i (%56,0) çekirdek aile, 41'i (%32,8) geniş aile ve 14'ü (%11,2) yalnız yaşamaktadır.

**Tablo 4.11:** Katılımcıların sağlık güvencelerine ait frekansanalizi.

		N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Sağlık Güvencesi	Var	120	96,0	96,0	96,0
	Yok	5	4,0	4,0	100,0
	Toplam	125	100,0	100,0	

(Tablo4.11)'deki veriler incelendiğinde katılımcıların 120'si (%96,0) sağlık güvencesine sahip ve 5'i (%4,0) sağlık güvencesine sahip değildir.



**Tablo 4.12:** Katılımcıların hastanede kalış sürelerine ait frekans analizi.

		N	%	Geçerli %	Kümülatif %
Hastanede Kalış Süresi	Hastaneye Yatmayanlar	50	40,0	40,0	40,0
	1-10 Gün	50	40,0	40,0	80,0
	11-20 Gün	19	15,2	15,2	95,2
	21 Gün ve Üzeri	6	4,8	4,8	100,0
	Toplam	125	100,0	100,0	

(Tablo4.12)'deki veriler incelendiğinde katılımcıların 50'si (%40,0) 1-10, 19'u (%15,2) 11-20 ve 6'sı (%4,8) 21 gün ve üzeri hastanede kalmıştır. Katılımcıların 50'si (%40,0) hastanede kalmamıştır.

## 4.2 Katılımcıların Demografik Verileri ile Non-Hospitalize Olanlar ve Hospitalize Olanlar Arasındaki İlişki Analizi

**Tablo 4.13:** Katılımcıların cinsiyetleri ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

		Hasta Değerlendirmesi		Toplam
		Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	
Cinsiyet Kadın	N	41	27	68
	%	54,7%	54,0%	54,4%
Erkek	N	34	23	57
	%	45,3%	46,0%	45,6%
Toplam	N	75	50	125
	%	100,0%	100,0%	100,0%
$X^2$	,000			
$df$	1			
$p$	0,1000			

(Tablo 4.13)'deki veriler incelendiğinde katılımcıların cinsiyetleri ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların cinsiyetleri ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur ( $X^2=,000$   $p>0.05$ ).

Diğer bir ifadeyle katılımcıların kadın ya da erkek olmaları ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

**Tablo 4.14:** Katılımcıların yaşları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

		Hasta Değerlendirmesi			
			Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
Yaş	18-30	N	23	33	56
		%	30,7%	66,0%	44,8%
	31-45	N	23	11	34
		%	30,7%	22,0%	27,2%
46-65	N	24	5	29	
	%	32,0%	10,0%	23,2%	
66 ve Üzeri	N	5	1	6	
	%	6,7%	2,0%	4,8%	
Toplam	N	75	50	125	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	
X <sup>2</sup>	16,808				
df	3				
P	0,001				

(Tablo4.14)'deki veriler incelendiğinde katılımcıların yaşları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların yaşları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır ( $X^2=16,808$   $p< 0.05$ ).

18-30 arası yaş grubunda olan katılımcıların non-hospitalize olmaları diğer yaş gruplarında olan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazladır.

**Tablo 4.15:** Katılımcıların medeni durumları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

			Hasta Değerlendirmesi		
			Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
Medeni Durum	Evli	N	44	20	64
		%	58,7%	40,0%	51,2%
	Bekar	N	31	30	61
		%	41,3%	60,0%	48,8%
Toplam		N	75	50	125
		%	100,0%	100,0%	100,0%
	$X^2$	3,470			
	$df$	1			
	$p$	0,062			

(Tablo4.15)'deki veriler incelendiğinde katılımcıların medeni durumları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların medeni durumları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur( $X^2=3,470$   $p>0.05$ ).

Diğer bir ifadeyle katılımcıların evli ya da bekar olmaları ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

**Tablo 4.16:** Katılımcıların eğitim durumları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

			Hasta Değerlendirmesi		
			Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
Eğitim Durumu	İlkokul-Ortaokul-Lise	N	29	15	44
		%	38,7%	30,0%	35,2%
	Üniversite	N	46	35	81
		%	61,3%	70,0%	64,8%
Toplam		N	75	50	125
		%	100,0%	100,0%	100,0%
	$X^2$	,644			
	$df$	1			
	$p$	0,422			

(Tablo4.16)'deki veriler incelendiğinde katılımcıların eğitim durumları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların eğitim durumları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur ( $X^2=,644$   $p>0.05$ ).

Diğer bir ifadeyle katılımcıların ilkokul, ortaokul, lise ya da üniversite mezunu olmaları ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

**Tablo 4.17:** Katılımcıların meslekleri ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi

		Hasta Değerlendirmesi			
		Hospitalize Olanlar	Non-Hospitalize Olanlar	Toplam	
Meslek	Memur	N	17	12	29
		%	22,7%	24,0%	23,2%
	Emekli	N	8	1	9
		%	10,7%	2,0%	7,2%
	İşçi	N	18	13	31
		%	24,0%	26,0%	24,8%
	Ev Hanımı	N	8	2	10
		%	10,7%	4,0%	8,0%
	Serbest	N	1	2	3
		%	1,3%	4,0%	2,4%
	Çiftçi	N	2	0	2
		%	2,7%	0,0%	1,6%
	Çalışıyor	N	20	14	34
		%	26,7%	28,0%	27,2%
	Diğer	N	1	6	7
		%	1,3%	12,0%	5,6%
Toplam		N	75	50	125
		%	100,0%	100,0%	100,0%
	X <sup>2</sup>	13,205			
	df	7			
	p	0,067			

(Tablo4.17)'deki veriler incelendiğinde katılımcıların meslekleri ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların meslekleri ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur( $X^2=13,205$   $p>0.05$ ).

Diğer bir ifadeyle katılımcıların yaptıkları meslekleri ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

**Tablo 4.18:** Katılımcıların yaşadıkları yerler ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi

			Hasta Değerlendirmesi		
			Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
Yaşadığı Yer	Şehir	N	39	24	63
	Merkezi	%	52,0%	48,0%	50,4%
	İlçe	N	36	26	62
		%	48,0%	52,0%	49,6%
Toplam		N	75	50	125
		%	100,0%	100,0%	100,0%
	$X^2$	,065			
	$df$	1			
	$p$	0,798			

(Tablo 4.18)'deki veriler incelendiğinde katılımcıların yaşadıkları yerler ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların yaşadıkları yerler ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur( $X^2=,065$   $p>0.05$ ).

Diğer bir ifadeyle katılımcıların şehir merkezinde ya da ilçede yaşamaları olmaları ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

**Tablo 4.19:** Katılımcıların ek hastalıkları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

			Hasta Değerlendirmesi		
			Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
Ek Hastalık	Yok	N	61	48	109
		%	81,3%	96,0%	87,2%
	Var	N	14	2	16
		%	18,7%	4,0%	12,8%
Toplam		N	75	50	125
		%	100,0%	100,0%	100,0%
$X^2$		4,542			
$df$		1			
$p$		0,033			

(Tablo4.19)'daki veriler incelendiğinde katılımcıların ek hastalıkları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların ek hastalıkları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır ( $X^2=4,542$   $p<0.05$ ).

Ek hastalığı olmayan katılımcıların non-hospitalize olmaları ek hastalığı olan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazladır.

**Tablo 4.20:** Katılımcıların kronik hastalıkları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

			Hasta Değerlendirmesi		
			Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
Kronik Hastalıklar	Hipertansiyon	N	23	2	25
		%	63,9%	50,0%	62,5%
	Diyabet	N	11	2	13
		%	30,6%	50,0%	32,5%
	Karaciğer Hastalığı	N	2	0	2
		%	5,6%	0,0%	5,0%
Toplam		N	36	4	40
		%	100,0%	100,0%	100,0%
	$X^2$	5,000			
	$df$	1			
	$p$	0,025			

(Tablo4.20)'deki veriler incelendiğinde katılımcıların kronik hastalıkları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların kronik hastalıkları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır( $X^2=5,000$   $p<0.05$ ).

Hipertansiyonu olan katılımcıların hospitalize olmaları diyabet ve karaciğer hastalığı olan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazladır.

**Tablo 4.21:** Katılımcıların sigara kullanmaları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

		Hasta Değerlendirmesi			
		Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam	
Sigara	Evet	N %	28 37,3%	21 42,0%	49 39,2%
	Hayır	N %	39 52,0%	28 56,0%	67 53,6%
	Bıraktı	N %	8 10,7%	1 2,0%	9 7,2%
Toplam		N %	75 100,0%	50 100,0%	125 100,0%
X <sup>2</sup>		3,386			
df		2			
p		0,184			

(Tablo4.21)'deki veriler incelendiğinde katılımcıların sigara kullanmaları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların sigara kullanmaları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur ( $X^2=,000$   $p>0.05$ ).

Diğer bir ifadeyle katılımcıların sigara kullanmaları, kullanmamaları ya da bırakmaları ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

**Tablo 4.22:** Katılımcıların aile yapıları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi

			Hasta Değerlendirmesi		Toplam
			Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	
Aile Yapısı	Çekirdek Aile	N	39	31	70
		%	52,0%	62,0%	56,0%
	Geniş Aile	N	25	16	41
		%	33,3%	32,0%	32,8%
	Yalnız	N	11	3	14
		%	14,7%	6,0%	11,2%
Toplam		N	75	50	125
		%	100,0%	100,0%	100,0%
	$X^2$		2,564		
	$df$		2		
	$p$		0,277		

(Tablo 4.22)'deki veriler incelendiğinde katılımcıların aile yapıları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların aile yapıları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur ( $X^2=2,564$   $p>0.05$ ).

Diğer bir ifadeyle katılımcıların aile yapıları ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

**Tablo 4.23:** Katılımcıların sağlık güvenceleri ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

			Hasta Değerlendirmesi		
			Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
Sağlık Güvencesi	Var	N	71	49	120
		%	94,7%	98,0%	96,0%
	Yok	N	4	1	5
		%	5,3%	2,0%	4,0%
Toplam		N	75	50	125
		%	100,0%	100,0%	100,0%
	$X^2$		,868		
	$df$		1		
	$p$		0,351		

(Tablo4.23)'deki veriler incelendiğinde katılımcıların sağlık güvenceleri ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların sağlık güvenceleri ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur ( $X^2=,868$   $p>0.05$ ).

Diğer bir ifadeyle katılımcıların sağlık güvencelerinin olması ya da olmaması ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

### 4.3 Katılımcıları Anket Soruları ile Non-Hospitalize Olanlar ve Hospitalize Olanlar Arasındaki İlişki Analizi

**Tablo 4.24:** Katılımcıların“İyileştikten sonra solunum ile ilgili problemler oldu Mu?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında ilişki analizi ki-kare testi.

				Hasta		Toplam
				Değerlendirmesi		
			Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar		
İyileştikten sonra solunum ile ilgili problemler oldu mu? (öksürük, balgam, nefes darlığı)	Evet	N	35	8	43	
		%	46,7%	16,0%	34,4%	
	Hayır	N	40	42	82	
		%	53,3%	84,0%	65,6%	
Toplam		N	75	50	125	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	
$X^2$			11,180			
$df$			1			
$p$			0,001			

(Tablo4.24)’deki veriler incelendiğinde katılımcıların “İyileştikten sonra solunum ile ilgili problemler oldu mu? (öksürük, balgam, nefes darlığı)” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların “İyileştikten sonra solunum ile ilgili problemler oldu mu? (öksürük, balgam, nefes darlığı)” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır ( $X^2=11,180$   $p<0.05$ ).

İyileştikten sonra solunum problemi olmayan katılımcıların non-hospitalize olmaları iyileştikten sonra solunum problemi olan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazladır.

**Tablo 4.25:** Katılımcıların “Dolaşım problemi oldu mu? (ödem, hipertansiyon,hipotansiyon)” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

				Hasta		
				Değerlendirmesi		
				Hospitalize	non-	Toplam
				Olanlar	Hospitalize	
				Olanlar	Olanlar	
Dolaşım problemi oldu mu? (ödem, hipertansiyon, hipotansiyon)	Evet	N	11	1	12	
		%	14,7%	2,0%	9,6%	
	Hayır	N	64	49	113	
		%	85,3%	98,0%	90,4%	
Toplam		N	75	50	125	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	
$X^2$		5,546				
$df$		1				
$p$		0,019				

(Tablo4.25)’deki veriler incelendiğinde katılımcıların “Dolaşım problemi oldu mu? (ödem, hipertansiyon, hipotansiyon)” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların “Dolaşım problemi oldu mu? (ödem, hipertansiyon, hipotansiyon)” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır ( $X^2=5,546$   $p<0.05$ ).

Dolaşım problemi olmayan katılımcıların non-hospitalize olmaları dolaşım problemi olan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazladır.

**Tablo 4.26:** Katılımcıların “Egzersiz yapıyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi

			Hasta Değerlendirmesi		
			Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
Egzersiz yapıyor musunuz?	Evet	N	42	30	72
		%	56,0%	60,0%	57,6%
	Hayır	N	33	20	53
		%	44,0%	40,0%	42,4%
Toplam		N	75	50	125
		%	100,0%	100,0%	100,0%
X <sup>2</sup>		,067			
df		1			
p		0,796			

(Tablo4.26)’daki veriler incelendiğinde katılımcıların “Egzersiz yapıyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların “Egzersiz yapıyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur ( $X^2=,067$   $p>0.05$ ).

Diğer bir ifadeyle katılımcıların egzersiz yapmaları ya da yapmamaları ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

**Tablo 4.27:** Katılımcıların “Kendinizi eskiye göre daha az aktif hissetme var mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

			Hasta Değerlendirmesi		
			Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
Kendinizi eskiye göre daha az aktif hissetme var mı?	Evet	N	25	6	31
		%	33,3%	12,0%	24,8%
	Hayır	N	50	44	94
		%	66,7%	88,0%	75,2%
Toplam		N	75	50	125
		%	100,0%	100,0%	100,0%
	$X^2$	6,222			
	$df$	1			
	$p$	0,013			

(Tablo 4.27)’deki veriler incelendiğinde katılımcıların “Kendinizi eskiye göre daha az aktif hissetme var mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların “Kendinizi eskiye göre daha az aktif hissetme var mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır ( $X^2=6,222p<0.05$ ).

Kendini eskiye göre daha az aktif hissetmeyen katılımcıların non-hospitalize olmaları kendini eskiye göre daha az aktif hisseden katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazladır.

**Tablo 4.28:** Katılımcıların “İnsanlardan uzak kalma isteği var mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

			Hasta Değerlendirmesi		
			Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
İnsanlardan uzak kalma isteği var mı?	Evet	N	27	19	46
		%	36,0%	38,0%	36,8%
	Hayır	N	48	31	79
		%	64,0%	62,0%	63,2%
Toplam		N	75	50	125
		%	100,0%	100,0%	100,0%
$X^2$		,001			
$df$		1			
$p$		0,970			

(Tablo4.28)’deki veriler incelendiğinde katılımcıların “İnsanlardan uzak kalma isteği var mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların “İnsanlardan uzak kalma isteği var mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur ( $X^2=,001$   $p>0.05$ ).

Diğer bir ifadeyle katılımcıların insanlardan uzak kalma istekleri ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

**Tablo 4.29:** Katılımcıların “Ulaşımında toplu taşımayı tercih ediyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

			Hasta Değerlendirmesi		
			Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
Ulaşımında toplu taşımayı tercih ediyor musunuz?	Evet	N	33	25	58
		%	44,0%	50,0%	46,4%
	Hayır	N	42	25	67
		%	56,0%	50,0%	53,6%
Toplam		N	75	50	125
		%	100,0%	100,0%	100,0%
	$X^2$	,227			
	$df$	1			
	$p$	0,634			

(Tablo4.29)’daki veriler incelendiğinde katılımcıların“Ulaşımında toplu taşımayı tercih ediyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların “Ulaşımında toplu taşımayı tercih ediyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur ( $X^2=,227$   $p>0.05$ ).

Diğer bir ifadeyle katılımcıların ulaşımında toplu taşımayı tercih etmeleri ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

**Tablo 4.30:** Katılımcıların “Gıda ve temizlik malzemesi depoluyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

			Hasta Değerlendirmesi		
			Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
Gıda ve temizlik malzemesi depoluyor musunuz?	Evet	N	46	22	68
		%	61,3%	44,0%	54,4%
	Hayır	N	29	28	57
		%	38,7%	56,0%	45,6%
Toplam		N	75	50	125
		%	100,0%	100,0%	100,0%
$X^2$			2,968		
$df$			1		
$p$			0,085		

(Tablo4.30)’daki veriler incelendiğinde katılımcıların “Gıda ve temizlik malzemesi depoluyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların “Gıda ve temizlik malzemesi depoluyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur( $X^2=2,968 p>0.05$ ).

Diğer bir ifadeyle katılımcıların gıda ve temizlik malzemesi depolamaları ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

**Tablo 4.31:** Katılımcıların “Çevreden dışlanma oldu mu?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

			Hasta Değerlendirmesi		
			Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
Çevreden dışlanma oldu mu?	Evet	N	9	3	12
		%	12,0%	6,0%	9,6%
	Hayır	N	66	47	113
		%	88,0%	94,0%	90,4%
Toplam		N	75	50	125
		%	100,0%	100,0%	100,0%
	$X^2$	1,244			
	$df$	1			
	$p$	0,265			

(Tablo4.31)’deki veriler incelendiğinde katılımcıların “Çevreden dışlanma oldu mu?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların “Çevreden dışlanma oldu mu?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur( $X^2=1,244$   $p>0.05$ ).

Diğer bir ifadeyle katılımcıların çevreden dışlama olması ya da olmaması ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

**Tablo 4.32:** Katılımcıların “Her şeyin düzeleceği beklentisi ya da her şeyin daha kötü olacağını düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

				Hasta Değerlendirmesi		
				Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
Her şeyin düzeleceği beklentisi ya da her şeyin daha kötü olacağını düşünüyor musunuz?	Daha İyi Olacak	N	71	47	118	
		%	94,7%	94,0%	94,4%	
	Daha Kötü Olacak	N	4	3	7	
		%	5,3%	6,0%	5,6%	
Toplam		N	75	50	125	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	
$X^2$			,025			
$df$			1			
$p$			0,874			

(Tablo 4.32)'deki veriler incelendiğinde katılımcıların “Her şeyin düzeleceği beklentisi ya da her şeyin daha kötü olacağını düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların “Her şeyin düzeleceği beklentisi ya da her şeyin daha kötü olacağını düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur. ( $X^2=,000$   $p>0.05$ ).

Diğer bir ifadeyle katılımcıların her şeyin düzeleceği beklentisi ya da her şeyin daha kötü olacağını düşünmeleri ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

**Tablo 4.33:** Katılımcıların “Uyku düzeniniz nasıl?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi

		Hasta Değerlendirmesi		
		Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
Uyku düzeniniz nasıl?	Bozuldu	N 36	28	64
		% 48,0%	56,0%	51,2%
Normal		N 39	22	61
		% 52,0%	44,0%	48,8%
Toplam		N 75	50	125
		% 100,0%	100,0%	100,0%
	$X^2$	,482		
	$df$	1		
	$p$	0,488		

(Tablo4.33)’deki veriler incelendiğinde katılımcıların “Uyku düzeniniz nasıl?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların “Uyku düzeniniz nasıl?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur ( $X^2=,482$   $p>0.05$ ).

Diğer bir ifadeyle katılımcıların uyku düzenleri ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

**Tablo 4.34:** Katılımcıların “Sağlıklı beslenme çabasında artış var mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

		Hasta Değerlendirmesi		
		Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
Sağlıklı beslenme çabasında artış var mı?	Evet	N 62 % 82,7%	39 78,0%	101 80,8%
	Hayır	N 13 % 17,3%	11 22,0%	24 19,2%
Toplam		N 75 % 100,0%	50 100,0%	125 100,0%
$X^2$		,174		
$df$		1		
$p$		0,677		

(Tablo4.34)’deki veriler incelendiğinde katılımcıların “Sağlıklı beslenme çabasında artış var mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların “Sağlıklı beslenme çabasında artış var mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur( $X^2=,174$   $p>0.05$ ).

Diğer bir ifadeyle katılımcıların sağlıklı beslenme çabasında artış olması ya da olmaması ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

**Tablo 4.35:** Katılımcıların “Hedeflerine odaklanmakta bozulma var mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

			Hasta Değerlendirmesi		
			Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
Hedeflerine odaklanmakta bozulma var mı?	Evet	N	8	1	9
		%	10,7%	2,0%	7,2%
	Hayır	N	67	49	116
		%	89,3%	98,0%	92,8%
Toplam		N	75	50	125
		%	100,0%	100,0%	100,0%
$X^2$			3,372		
$df$			1		
$p$			0,066		

(Tablo 4.35)’deki veriler incelendiğinde katılımcıların “Hedeflerine odaklanmakta bozulma var mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların “Hedeflerine odaklanmakta bozulma var mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur ( $X^2=3,372$   $p>0.05$ ).

Diğer bir ifadeyle katılımcıların hedeflerine odaklanmakta bozulmanın olması ya da olmaması ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

**Tablo 4.36:** Katılımcıların “Sürekli yorgun hissetme hali var mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

			Hasta Değerlendirmesi		
			Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
Sürekli yorgun hissetme hali var mı?	Evet	N	37	14	51
		%	49,3%	28,0%	40,8%
	Hayır	N	38	36	74
		%	50,7%	72,0%	59,2%
Toplam		N	75	50	125
		%	100,0%	100,0%	100,0%
$X^2$		4,804			
$df$		1			
$p$		0,028			

(Tablo 4.36)’daki veriler incelendiğinde katılımcıların “Sürekli yorgun hissetme hali var mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların “Sürekli yorgun hissetme hali var mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır ( $X^2=4,804$   $p<0.05$ ).

Sürekli yorgun hissetme hali olmayan katılımcıların non-hospitalize olmaları sürekli yorgun hissetme hali olan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazladır.

**Tablo 4.37:** Katılımcıların “Psikolojik destek aldınız mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

			Hasta Değerlendirmesi		
			Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
Psikolojik destek aldınız mı?	Evet	N	26	4	30
		%	34,7%	8,0%	24,0%
	Hayır	N	49	46	95
		%	65,3%	92,0%	76,0%
Toplam		N	75	50	125
		%	100,0%	100,0%	100,0%
$X^2$			10,280		
$df$			1		
$p$			0,001		

(Tablo4.37)’deki veriler incelendiğinde katılımcıların“Psikolojik destek aldınız mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların “Psikolojik destek aldınız mı?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır( $X^2=10,280$   $p<0.05$ ).

Psikolojik destek almayan katılımcıların non-hospitalize olmaları psikolojik destek alan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazladır.

**Tablo 4.38:** Katılımcıların “İlaç kullanıyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

		Hasta Değerlendirmesi		Toplam
		Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	
İlaç kullanıyor Evet musunuz?	N	37	29	66
	%	49,3%	58,0%	52,8%
Hayır	N	38	21	59
	%	50,7%	42,0%	47,2%
Toplam	N	75	50	125
	%	100,0%	100,0%	100,0%
X <sup>2</sup>		,590		
df		1		
p		0,442		

(Tablo4.38)’deki veriler incelendiğinde katılımcıların “İlaç kullanıyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların “İlaç kullanıyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur ( $X^2=,590$   $p>0.05$ ).

Diğer bir ifadeyle katılımcıların ilaç kullanmaları ya da kullanmamaları ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

**Tablo 4.39:** Katılımcıların “Korona ilaçlarına bağlı yan etki oldu mu?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

		Hasta Değerlendirmesi		
		Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
Korona ilaçlarına Evet bağlı yan etki oldu mu?	N	10	3	13
	%	13,3%	6,0%	10,4%
Hayır	N	65	47	112
	%	86,7%	94,0%	89,6%
Toplam	N	75	50	125
	%	100,0%	100,0%	100,0%
$X^2$		1,034		
$df$		1		
$p$		0,309		

(Tablo4.39)’daki veriler incelendiğinde katılımcıların “Korona ilaçlarına bağlı yan etki oldu mu?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların “Korona ilaçlarına bağlı yan etki oldu mu?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur ( $X^2=1,034$   $p>0.05$ ).

Diğer bir ifadeyle katılımcıların korona ilaçlarına bağlı yan etkinin olması ya da olmaması ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

**Tablo 4.40:** Katılımcıların “Korona ilaçlarına bağlı olan yan etki nedir?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

			Hasta Değerlendirmesi		
			Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
Korona ilaçlarına bağlı olan yan etki nedir?	Yan etki görülmedi	N	65	47	112
		%	86,7%	94,0%	89,6%
	Cilt Kızarması	N	6	3	9
		%	8,0%	6,0%	7,2%
	Morarma	N	2	0	2
		%	2,7%	0,0%	1,6%
	Döküntü	N	1	0	1
		%	1,3%	0,0%	0,8%
	Diğer	N	1	0	1
		%	1,3%	0,0%	0,8%
Toplam		N	75	50	125
		%	100,0%	100,0%	100,0%
X <sup>2</sup>		3,013			
df		4			
p		0,556			

(Tablo4.40)’daki veriler incelendiğinde katılımcıların “Korona ilaçlarına bağlı olan yan etki nedir?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların “Korona ilaçlarına bağlı olan yan etki nedir?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur( $X^2=3,013$   $p>0.05$ ).

Diğer bir ifadeyle katılımcıların korona ilaçlarına bağlı olan yan etkileri (cilt kızarması, morarma, döküntü ve diğer) ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

**Tablo 4.41:** Katılımcıların “Taburcu olduktan sonra yeniden acil servise gittiniz mi?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

	Hasta Değerlendirmesi			
	Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam	
Taburcu olduktan sonra yeniden acil servise gittiniz mi?	Evet	N 18 % 24,0%	4 8,0%	22 17,6%
	Hayır	N 57 % 76,0%	46 92,0%	103 82,4%
Toplam	N 75 % 100,0%	50 100,0%	125 100,0%	
	$X^2$	4,250		
$df$	1			
$p$	0,039			

(Tablo4.41)’deki veriler incelendiğinde katılımcıların “Taburcu olduktan sonra yeniden acil servise gittiniz mi?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların “Taburcu olduktan sonra yeniden acil servise gittiniz mi?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki vardır( $X^2=4,250$   $p<0.05$ ).

Taburcu olduktan sonra yeniden acil servise gitmeyen katılımcıların non-hospitalize olmaları taburcu olduktan sonra yeniden acil servise giden katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazladır

**Tablo 4.42:** Katılımcıların “Acil servise başvurduysanız gidiş nedeniniz nedir?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi.

		Hasta Değerlendirmesi			
			Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
Acil servise başvurduysanız gidiş nedeniniz nedir?	Bilinmiyor	N	57	46	103
		%	76,0%	92,0%	82,4%
	Hipertansiyon	N	6	1	7
		%	8,0%	2,0%	5,6%
	Halsizlik	N	1	0	1
		%	1,3%	0,0%	0,8%
	Nefes Darlığı	N	4	1	5
		%	5,3%	2,0%	4,0%
	Alerji	N	1	0	1
		%	1,3%	0,0%	0,8%
	Öksürük	N	3	2	5
		%	4,0%	4,0%	4,0%
	Ateş	N	3	0	3
		%	4,0%	0,0%	2,4%
Toplam		N	75	50	125
		%	100,0%	100,0%	100,0%
$X^2$			7,027		
$df$			6		
$p$			0,318		

(Tablo4.42)’deki veriler incelendiğinde katılımcıların “Acil servise başvurduysanız gidiş nedeniniz nedir?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların “Acil servise başvurduysanız gidiş nedeniniz nedir?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-

hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur ( $X^2=7,027$   $p>0.05$ ).

Diğer bir ifadeyle katılımcıların acil servise başvurma nedenleri (hipertansiyon, halsizlik, nefes darlığı, alerji, öksürük ve ateş) ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur. Tablo 4.42 (devam).

**Tablo 4.43:** Katılımcıların “Şu anki mevcut durumunuz nasıl?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - ki-kare testi

		Hasta Değerlendirmesi			
			Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
Şu anki mevcut durumunuz nasıl?	İyi	N	71	50	121
		%	94,7%	100,0%	96,8%
	Kötü	N	4	0	4
		%	5,3%	0,0%	3,2%
Toplam		N	75	50	125
		%	100,0%	100,0%	100,0%
$X^2$			2,755		
$Df$			1		
$P$			0,097		

(Tablo 4.43)’deki veriler incelendiğinde katılımcıların “Şu anki mevcut durumunuz nasıl?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların “Şu anki mevcut durumunuz nasıl?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur ( $X^2=2,755$   $p>0.05$ ).

Diğer bir ifadeyle katılımcıların mevcut durumlarının iyi ya da kötü olmaları ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

**Tablo 4.44:** Katılımcıların “Telefonla anket görüşme dakikası ne kadar?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasındaki ilişki analizi - Ki-Kare Testi.

			Hasta Değerlendirmesi		
			Hospitalize Olanlar	non-Hospitalize Olanlar	Toplam
Telefonla anket görüşme dakikası ne kadar?	5-10	N	24	15	39
		%	32,0%	30,0%	31,2%
	11-15	N	30	25	55
		%	40,0%	50,0%	44,0%
	16 ve Üzeri	N	21	10	31
		%	28,0%	20,0%	24,8%
Toplam		N	75	50	125
		%	100,0%	100,0%	100,0%
$X^2$			1,494		
$df$			2		
$p$			0,474		

(Tablo4.44)’deki veriler incelendiğinde katılımcıların “Telefonla anket görüşme dakikası ne kadar?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olup olmadığını tespit edebilmek için ki-kare analizi (Chi square) yapılmıştır.

Tablodaki ki-kare testleri sonuçları incelendiğinde katılımcıların “Telefonla anket görüşme dakikası ne kadar?” sorusuna verdikleri cevaplar ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur ( $X^2=1,494$   $p>0.05$ ).

Diğer bir ifadeyle katılımcıların telefonla görüşme süresi ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur

## Analiz Özeti

- 125 katılımcının 68'i (%54,4) kadın ve 57'si (%45,6) erkektir.
- Katılımcıların 56'sı (%44,8) 18-30, 34'ü (%27,2) 31-45, 29'u (%23,2) 46-65 ve 6'sı (%4,8) 66 ve üzeri yaşındadır.
- Katılımcıların 64'ü (%51,2) evli ve 61'i (%48,8) bekaardır.
- Katılımcıların 44'ü (%35,2) ilkokul-ortaokul-lise ve 81'i (%64,8) üniversite mezunudur.
- Katılımcıların 29'u (%23,2) memur, 9'u (%7,2) emekli, 31'i (%24,8) işçi, 10'u (%8,0) ev hanımı, 3'ü (%2,4) serbest, 2'si (%1,6) çiftçidir. Katılımcıların 34'ü (%27,2) çalışmamaktadır ve 7'si (%5,6) meslek gruplarındandır.
- Katılımcıların 63'ü (%50,4) şehir merkezinde ve 62'si (%49,6) ilçede yaşamaktadır.
- Katılımcıların 109'u (%87,2) ek hastalığa sahip değildir ve 16'sı (%12,8) ek hastalığa sahiptir.
- Katılımcıların 25'i (%62,5) hipertansiyon, 13'ü (%32,5) diyabet ve 2'si (%5,0) karaciğer hastalığına sahiptir.
- Katılımcıların 49'u (%39,2) sigara kullanmakta, 67'si (%53,6) sigara kullanmamakta ve 9'u (%7,2) sigarayı bırakmıştır.
- Katılımcıların 70'i (%56,0) çekirdek aile, 41'i (%32,8) geniş aile ve 14'ü (%11,2) yalnız yaşamaktadır.
- Katılımcıların 120'si (%96,0) sağlık güvencesine sahip ve 5'i (%4,0) sağlık güvencesine sahip değildir.
- Katılımcıların 50'si (%40,0) 1-10, 19'u (%15,2) 11-20 ve 6'sı (%4,8) 21 gün ve üzeri hastanede kalmıştır. Katılımcıların 50'si (%40,0) hastanede kalmamıştır.
- Katılımcıların kadın ya da erkek olmaları ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.
- 18-30 arası yaş grubunda olan katılımcıların non-hospitalize olmaları diğer yaş gruplarında olan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazladır.
- Katılımcıların evli ya da bekar olmaları ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.
- Katılımcıların ilkokul, ortaokul, lise ya da üniversite mezunu olmaları ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

- Katılımcıların yaptıkları meslekleri ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.
- Katılımcıların şehir merkezinde ya da ilçede yaşamaları ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.
- Ek hastalığı olmayan katılımcıların non-hospitalize olmaları ek hastalığı olan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazladır.
- Hipertansiyonu olan katılımcıların hospitalize olmaları diyabet ve karaciğer hastalığı olan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazladır.
- Katılımcıların sigara kullanmaları, kullanmamaları ya da bırakmaları ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.
- Katılımcıların aile yapıları ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.
- Katılımcıların sağlık güvencelerinin olması ya da olmaması ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.
- İyileştikten sonra solunum problemi olmayan katılımcıların non-hospitalize olmaları iyileştikten sonra solunum problemi olan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazladır.
- Dolaşım problemi olmayan katılımcıların non-hospitalize olmaları dolaşım problemi olan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazladır.
- Katılımcıların egzersiz yapmaları ya da yapmamaları ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.
- Kendini eskiye göre daha az aktif hissetmeyen katılımcıların non-hospitalize olmaları kendini eskiye göre daha az aktif hisseden katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazladır.
- Katılımcıların insanlardan uzak kalma istekleri ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.
- Katılımcıların ulaşımda toplu taşımayı tercih etmeleri ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.
- Katılımcıların gıda ve temizlik malzemesi depolamaları ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.
- Katılımcıların çevreden dışlama olması ya da olmaması ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

- Katılımcıların her şeyin düzeleceği beklentisi ya da her şeyin daha kötü olacağını düşünmeleri ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.
- Katılımcıların uyku düzenleri ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.
- Katılımcıların sağlıklı beslenme çabasında artış olması ya da olmaması ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.
- Katılımcıların hedeflerine odaklanmakta bozulmanın olması ya da olmaması ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.
- Sürekli yorgun hissetme hali olmayan katılımcıların non-hospitalize olmaları sürekli yorgun hissetme hali olan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazladır.
- Psikolojik destek almayan katılımcıların non-hospitalize olmaları psikolojik destek alan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazladır.
- Katılımcıların ilaç kullanmaları ya da kullanmamaları ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.
- Katılımcıların korona ilaçlarına bağlı yan etkinin olması ya da olmaması ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.
- Katılımcıların korona ilaçlarına bağlı olan yan etkileri (cilt kızarması, morarma, döküntü ve diğer) ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.
- Taburcu olduktan sonra yeniden acil servise gitmeyen katılımcıların non-hospitalize olmaları taburcu olduktan sonra yeniden acil servise giden katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazladır.
- Katılımcıların acil servise başvurma nedenleri (hipertansiyon, halsizlik, nefes darlığı, alerji, öksürük ve ateş) ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.
- Katılımcıların mevcut durumlarının iyi ya da kötü olmaları ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.

- Katılımcıların telefonla görüşme süresi ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur.



## 5. TARTIŞMA

Şiddetli akut solunum yolu sendromu (SARS), insanlarda SARS-CoV koronavirüsünün neden olduğu bir solunum yolu sendromudur. İnsanlar için ölümcül olabilen bu hastalığın adı Dünya Sağlık Örgütü tarafından ‘‘Corona Virus Disease 2019’’ kelimelerine atıfta bulunacak şekilde COVID-19 olarak belirlenmiştir. Klinik olarak hastalar asemptomatik durumdan şiddetli hastalığa kadar değişen bir yelpazede seyrederek. Asemptomatik olguların olması hastalığın her zaman hafif seyirli olduğunu düşündürmemelidir. Özellikle ileri yaş ve kronik hastalığı olanlar risk altındadır. Hastalığın yaygın belirtileri solunum semptomları, ateş, öksürük ve dispnedir. Daha ciddi olgularda, pnömoni, ağır akut solunum yolu enfeksiyonu ve ölüm görülebilir. Tüm dünyada pandemiye sebep olan bu hastalığın insanların fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerine etkileri uzun yıllar devam edecek gibi görünmektedir. Virüsün etkinliğini tekrar arttırması geçirdiği nedeniyle olmakta ve yeni mutant virüs dünya çapında dalga dalga yayılmaktadır. Bu durum virüs ile yapılan mücadelede zorluklar yaşanmasına neden olmaktadır [65]. Virüsten korunmak sadece izolasyonlarla ve sosyal kısıtlamalarla değil yeni bir yaşam tarzı yaratmakla mümkün olabilir. Bireylerde pandemi süresince COVID-19 semptomları yanı sıra temel yaşam ihtiyaçlarının yetersizliği, bilgi eksikliği, karantina süreci, enfekte olma ya da temasta bulunmanın verdiği ruhsal tepkiler, ekonomik kayıplar, damganlama, hayal kırıklığı, yalnız bırakılma ve psikolojik açıdan kötüleşme gözlenirken, hastalığın seyrine göre tepkiler de farklı olmaktadır [66].

Çalışmamızda COVID-19 pandemisinden değişik derecelerde etkilenen hastaların taburculuk sonrası tutum ve davranışlarını araştırılmıştır. Elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Aynı zamanda çalışma ile COVID-19’un neden olduğu fiziksel, ruhsal sorunlar araştırılarak gelecekteki çalışmalara fikir oluşturma amaçlanmaktadır.

Çalışmamızda 125 katılımcının 68’i (%54,4) kadın ve 57’si (%45,6) erkektir (Tablo 4.1). Stokes ve ark.’nın yaptığı kümülatif insidansına bakıldığı çalışmada; 100.000

popülasyonda kadınlar (406.0) ve erkekler (401.01) bulunmuştur [67]. Strokes ve arkadaşlarının çalışması ile bulgularımız aynı doğrultudadır. Yıldırım'ın yaptığı çalışmada Türkiye'de vakaların erkeklerde görülme oranı kadınlara oranla %9 daha fazla bulunmuştur [68]. Çalışmamız prospektif niteliktedir ve gönüllük esasına dayalıdır. Aynı doğrultuda homojene yakın dağılımdan kaynaklı cinsiyet ile non-hospitalizasyon ve hospitalizasyon arasında yaptığımız karşılaştırma sonucuna göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Çalışmamızda 125 katılımcının %44,8 ile 18-30 yaş arası bireyler oluştururken, %4,8'ini 66 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Hospitalizasyon açısından değerlendirildiğinde ise en fazla etkilenen grup %32 ile 46-65 yaş arası hastalardan oluşmakta non-hospitalizasyon oranı en fazla olan yaş grubu ise %66 ile 18-30 yaş arasındaki hastalardan oluşmaktadır (Tablo 4.2, Tablo 4.14). Li ve ark. yaptığı çalışmada, başvuru sırasında yaş grubu yüksek olanlarda semptomların daha şiddetli seyrettiği tespit edilmiştir. Bu durumun nedeni olarak bağışıklık sisteminde yaş ile meydana gelen zayıflamalar gösterilmiştir [69]. Cortis yaptığı çalışmada ise COVID-19'a bağlı ölümler ile yaşın ters orantılı olduğunu savunmaktadır [71]. Katılımcıların büyük çoğunluğunun 18-30 yaş arasında olması ve ileri yaş dağılımının az olması nedeniyle non-hospitalizasyon durumunun arttığı gözlenmektedir. Hastanede kalan kişilerin yaş dağılımınınisediğer gruplardan daha fazla olması literatürde bahsedilen zayıf bağışıklık ve yaşlılık oranını karşıladığı için çalışmamızdalitaratürleuyumlu sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmamızda 125 katılımcının 64'ü (%51,2) evli ve 61'i (%48,8) bekadır. Argürer ve ark.'nın yaptığı çalışmada hospitalize edilen 300 hastanın %78,30'ini evli olduğu sonucuna ulaşıldı. [72]. Zandifar ve ark. yaptığı çalışmada ise Covid-19 geçiren 106 hastanın 92'si evli (%86,8) olup hospitalize edilmiştir [73]. Çalışmamızda medeni durumu evli olan bireylerin hospitalizasyon oranı yüksek iken (58,7%), bekar bireylerin ise non-hospitalizasyon oranı (%60) daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışmamızda literatürle uyumlu sonuçlar elde edilmiştir (Tablo 4.3,Tablo 4.15).

Çalışmamızda katılımcıların 81'i (%64,8) üniversite mezunudur ve "Psikolojik destek aldınız mı?" sorusuna hospitalize olanların psikolojik destek durumları anlamlı derece fazla çıkmıştır. Eğitim düzeyinin ilkokul-ortaokul- lise olarak belirlediğimiz grubun % 38,2'si hospitalize olmuş, %30' u ise non-hospitalize olmuştur. Non-hospitalize olanların %70'ini üniversite mezunları oluşturmaktadır. COVID-19

hakkında yapılan çalışmalara bakıldığında eğitim düzeyinin anksiyete, stres, depresyon düzeyleri ile ilişkisinin incelenmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Hastalığın değişen derecelerde kişileri nasıl etkilediği ancak bu şekilde anlaşılabilir. Hossain ve ark.'nın yaptığı çalışmada ortaokul mezunu olanların stres düzeyi yüksek seviyede bulunurken, master ve yüksek lisans mezunlarında ise stresin kontrol edilebilir ölçüde olduğu gözlemlenmiştir [74]. Lei ve arkadaşları ise eğitim seviyesinin düşük olmasının kötü ruh sağlığı sonuçları ile ilişkili olduğunu bildirmiştir [75]. Literatürde COVID-19 ile enfekte olan bireylerde akut dönemde bulaştırmacılık, ölüm korkusu, hastalığın semptomlarıyla birlikte hastalığın seyrine göre ruhsal bozukluklar ortaya çıkacağı vurgulanmıştır [76]. Hastaneye yatırılan bireylerde anksiyete gelişmesi beklenen bir yanıtıdır [72]. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda hospitalize edilen bireylerde hastalık sürecini ağır geçirme ile eğitim düzeyi arasında ilişki tespit edilmiştir. Bu durumda hospitalize edilen bireylere eğitim düzeyine göre gerekli bilgilendirme yapılarak taburculuk sonrası psikolojik sorunların önüne geçilebilir.

Çalışmamızda Mart-Mayıs 2020 tarihlerinde çeşitli meslek grupları dahil olmasına rağmen hospitalizasyon ve non- hospitalize olmalarına dair istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Dragona ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada Ocak-Mart 2020 tarihlerinde meslek gruplarının arasında hastane yatış oranına dair yarı zamanlı, tam zamanı çalışan ve çalışmayanların arasında herhangi bir fark bulunmamıştır [77]. Çalışmamız Covid-19 pandemisinin erken döneminde gerçekleştiği için gözlem süresinin uzamasıyla daha güçlü veriler elde edilebilir, gelecekteki çalışmalar için bu durumun göz önünde bulundurulması yarar sağlayacaktır (Tablo 4.17).

Attia ve ark. yaptığı çalışmada COVID-19 enfeksiyonuna şehirde yaşayan bireylerin kentsel alandan uzak yaşayan bireylere göre daha savunmasız olduğunu gözlemlenmiştir [78]. Erhan, Tekirdağ ili üzerine yaptığı çalışmada il nüfusunun yarısından fazlasının (%53'ü) sanayinin yoğun olduğu ilçelerde yerleşim gösterdiğini belirtmiştir [79]. Araştırmamız Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Acil Servisine başvuran hastalarla yapılmıştır. Çalışmamızda katılımcıların 63'ü (%50,4) şehir merkezinde ve 62'si (%49,6) ilçede yaşamaktadır. Şehir merkezi ve ilçede yaşayanlar arasında hospitalizasyon ve non- hospitalizasyon durumuna göre anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (Tablo 4.6, Tablo 4.18). İl merkezi ile ilçeler arasında nüfus dağılımı birbirine yakın olması çalışmamızda

anlamalı bir fark bulamamıza neden olmuştur.

Şiddetli COVID-19 geçirenler ve hayatını kaybedenler arasında, diyabet, kardiyovasküler hastalık, hipertansiyon, obezite ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi eşlik eden ek hastalıklar yaygındır. Ölüm oranı, komorbiditelerin yaygın olduğu yaşlı hastalarda özellikle yüksektir [80]. Hipertansiyon, COVID-19 hastalarında en yaygın risk faktörleri olarak tutarlı bir şekilde ortaya çıkmıştır. Literatürde, renin-angiotensin-aldosteron sistemi (RIAS) ile COVID-19'a duyarlılık arasındaki ilişkinin yanı sıra RAAS inhibitörleri ile bu hastalarda artan mortalite arasındaki ilişki hakkında bağlantılar olduğu bildirilmiştir [81]. Li ve ark. COVID-19 hastaları üzerinde yaptığı çalışmada hospitalize edilen 1178 hastanın 362'si ( %30.7) hipertansiyon hastasıdır [82]. Diabetes mellitus, hastalığın özellikle şiddetli seyrine yatkınlık yaratır ve pulmoner ve kardiyak tutulumla bağlı COVID-19 mortalite riskini iki kat arttırır. Ek olarak, diyabet hastaları sıklıkla klinik sonuçları daha da kötüleştiren komorbiditeler yaşamaktadır [83]. Abdi ve ark. mevcut kanıtlar üzerine yaptıkları sistematik incelemede; diyabetli COVID-19 hastaları ile yalnızca COVID-19 hastaları arasında semptomlarda önemli bir fark olmadığını belirtmişlerdir. [84].

COVID-19 sıklıkla farklı derecelerde anormal karaciğer fonksiyon testleriyle, özellikle de genellikle geçici ve hafif dereceli transaminazlarla ilişkilidir. Karaciğer hasarının virüsün doğrudan patojenik etkisinden, sistemik enflamasyondan veya bu hasta alt grubunda yaygın olarak kullanılan ilaçlardan kaynaklanan toksisiteden kaynaklanabileceğini göstermektedir [85]. Jothimani ve ark. yaptığı çalışmada COVID-19'lu hastaların % 14-53'ünde, özellikle şiddetli hastalığı olanlarda hepatik disfonksiyon tespit etmiştir [86]. Çalışmamızda katılımcıların 109'unda (%87,2) ek hastalık yoktur, 16'sı (%12,8) ek hastalığa sahiptir (Tablo 4.7). Ek hastalığı olanların hastaneye yatış oranları sırasıyla; 63,9% hipertansiyon, 30,6% diyabet ve 5,6%'sında ise karaciğer hastalığı görülmüştür. Hipertansiyonu olan katılımcıların hospitalize olmaları diyabet ve karaciğer hastalığı olan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazladır (Tablo 3.20). Çalışmamızda 18-30 yaş grubunun (%44,8) oranında olmasından dolayı ek hastalığın görülmesinin daha düşük olduğu düşüncesindeyiz (Tablo 4.2). Aynı zamanda çalışmamızda literatürle aynı doğrultuda olarak ek hastalıklardan hipertansiyonun ise COVID-19 bağlantılı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hipertansiyon, diyabet hastalarına COVID-19'dan korunma yolları hakkında daha sık bilgilendirme yapılarak kendilerini izole etmeleri sağlanmalıdır. Kullanılan ilaçlar ve virüsün etkisiyle oluşacak karaciğer fonksiyon testleri

aracılığıyla COVID-19 hastalığı geçiren kişiler klinik olarak izlenmelidir.

COVID-19 damlacıkları yoluyla bulaştığı ve şiddetli akciğer pnömonisine neden olduğu için, tütün içenler zayıf akciğer fonksiyonları nedeniyle COVID-19 enfeksiyonu açısından ciddi riski altındadır. Aynı zamanda sigara dumanı SARS-CoV-2 içeren aerosoller ve kirletici yüzeyler üretir. Bu nedenle sigara hem aktif hem de pasif içiciler için virüsü bulaştırmaya zemin hazırlamaktadır [87]. Farsalinos ve arkadaşlarının 5960 COVID-19 hastası ile yaptığı çalışmada sigara içme prevalansı % 1,4 bulunmuştur. ABD'de toplam 7162 hastadan sadece % 1,3'ü halen sigara içiyordu [106]. Hastanede yatan YBÜ dışı (% 2,1) ve YBÜ vakalarında (% 1,1) düşük sigara içme prevalansı görülürken, ABD popülasyonun sigara içme prevalansı % 13,8'dir [88]. Çalışmamızda katılımcıların 49'u (%39,2) sigara kullanmakta, 67'si (%53,6) sigara kullanmamakta ve 9'u (%7,2) sigarayı bırakmıştır [Tablo 4.9]. Sigara kullanmaları, kullanmamaları ya da bırakmaları ile non-hospitalize ve hospitalize olmaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.21). Çalışmamıza katılanlarında literatürdeki gibi sigara içme oranı beklenmedik düzeyde düşük bulunmuştur.

SARS-CoV-2 enfeksiyonu bulaş yolunun damlacık yolu ile olduğu ve taşınan virüs yüküne göre enfeksiyon şiddetinin arttığı bilinmektedir. Epidemiyolojide bulaşa yakalan kişinin kuluçka dönemindehanehalkına temasından kaynaklı oluşan vakaya ikincil enfeksiyon denilir [89]. Hammer ve ark. çalışmasında COVID-19 ile enfekte olmuş kişilerin semptom başlangıcından 2 gün önce ve 7 gün sonra en fazla yükte bulaşıcı olduğunu öne sürmüştür [90]. Burke ve ark. yaptığı çalışmada COVID-19 tanısı almış 10 hastanın yakın temas gerçekleştirdiği 445 kişide sekonder atak oranı %0,45 iken hanehalkı arasında ise %10,5'tir [91]. Çalışmamızda katılımcıların aile yapılarını incelenmiştir. Katılımcıların 70'i (%56,0) çekirdek aile, 41'i (%32,8) geniş aile ve 14'ü (%11,2) yalnız yaşamaktadır (Tablo 4.10). Aile yapıları ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Fakat elde ettiğimiz sonuçlarda aile yapısı olarak çekirdek aile olanlarda %52, geniş aile olanlarda %33,3 ve yalnız yaşayanlarda ise 14,7 oranında hospitalizasyon gerçekleştiği tespit edilmektedir (Tablo 4.22). Türk aile yapısında çekirdek ve geniş ailelerin yakın temasta bulunması, sosyal mesafenin gözardı edilmesinden kaynaklı virüs yükünün artmasıyla hospitalizasyon oranının arttığı söylenebilir.

Bireyin en iyi şekilde bedensel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olması temel

insan hakkıdır [92]. Salgın sürecinde Türkiye’de devlet bireylere sağlık sistemini sağlarken özel hastanelerde gerçekleştirilen virüs tedavileride Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından acil hal olarak sisteme dahil edilmiştir [93]. Çalışmamızda katılımcıların 120’si (%96,0) sağlık güvencesine sahiptir ve 5’i (%4,0) sağlık güvencesine sahip değildir (Tablo 4.11). Sağlık güvencesi olan katılımcıların yüksek olmasından dolayı sağlık güvenceleri ile non-hospitalize olanlar ve hospitalize olanlar arasında ilişkiye baktığımızda istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 4.23).

COVID-19 vakalarında gelişen semptomların klinik seyrinin izlenmesi ve bu semptomlara müdahale edilmesi gerekebilmektedir. Hasta uygun triyaja göre evde tedavi ve hastanede yatış şeklinde izlenmektedir. Thai ve ark. Vietnam’da yaptığı çalışma sonuçlarına göre SARS-CoV-2 enfeksiyonu olan 133 vakadan 82’si hastaneye yatış sonrası taburcu edilmiştir. Hastaların hastanede ortalama kalış süresi 21 gündür [94]. Amerika Birleşik Devletleri’nde doğrulanmış COVID-19 vakaları üzerine yapılan başka bir çalışmada, hastanede yatan hastaların oranı % 19, yoğun bakım ünitelerinde (YBÜ) yatan hastaların oranı % 6’dır. Çalışmada hastanede ortalama kalış süresi 7-8 gün olarak bulunmuştur [95]. Karakoç ve ark. yaptığı tek merkezli çalışmada ortalama yatış süresi 7 gün ve başvuru öncesi şikayet süresi ise 4 gün olarak tespit edilmiştir [96]. Hastaların hastaneye yatış riski, hipertansiyon, diyabete bağlı olarak üç kat, kronik böbrek yetmezliğine bağlı olarak dört kat, komorbidite durumunda ise yaklaşık beş kat artmıştır [95]. Çalışmamızda katılımcıların 50’si (%40,0) 1-10 gün, 19’u (%15,2) 11-20 gün ve 6’sı (%4,8) ise 21 gün ve üzeri hastanede kalmıştır. Katılımcıların 50’si (%40,0) ise hastanede kalmamıştır (Tablo 3.12). Hastanede kalmayan birey sayısının yüksek çıkmasının nedeni COVID-19 geçiren hastalarda ek hastalık görülmemesi oranının %87.2 olmasıdır (Tablo 4.7). Katılımcıların hastanede kalma sürelerine bakıldığında da en yüksek kalma süresi 1-10 gün olarak gözlenmiştir. Bu durum çalışmaya katılanların %44.8’inin 18-30 yaş grubunda olması ve non- hospitalize olan bireylerin %66’nın bu yaş grubunda bulunmasından dolayı hastanede yatış riskinin daha az olması ile açıklanabilir.

COVID-19 tedavisinden sonra taburcu olan hastalar iş ve sosyal hayatına geri dönmektedir. Bununla birlikte bu dönemde virüs olası reaktivasyon, uzun vadeli pulmoner defekt ve travma sonrası stres bozukluğu gibi daha ileri yönelik sorunlar yaratabilir. Loerinc ve ark. yaptığı çalışmada hastaneye yatışı bakılmaksızın COVID-

19 tanısı almış 385 hasta incelendi. Hastalar taburcu olduktan 1 ay sonra değerlendirildi. 67 hasta (% 21,6) yoğun bakım ünitesine (YBÜ) kabul edilirken 42 hasta (% 13,5) invaziv mekanik ventilasyona ihtiyaç duydu. En sık önerilen uzmanlık alanları nefroloji (% 23) ve kardiyoloji (% 14) idi. 207 hastanın (% 66,8) yeni reçete ile taburcu edildi. Taburcu edildikten sonra ilaçlar arasında antitüsifler (n = 95), bronkodilatörler (sıklıkla albuterol, n = 52), ateş düşürücüler (asetaminofen, n = 64), antikoagülasyon (n = 62) ve statin (n = 6) vardı. 213 hastada (% 68,7) taburcu olurken en yaygın olanı öksürük (% 44,5 ) ve nefes darlığı (% 44,2) görüldü [97].

Costave ark. yaptığı çalışmada 227 hasta taburcu olduktan 3 ay sonra telefon görüşmesi ile değerlendirildi. Hastalara COVID-19 yaşam kalitelerini belirleme amaçlı semptomlarının başlangıcından önce ve taburcu olduktan sonraki 3 ayda anket uygulandı. Anket sonuçlarına göre ağrı, anksiyete, depresyon değerinde 5 puan düşme kaydedildi. En çok puan düşüşü yaşayanlar yoğun bakıma kabul edilen (%16,3) edilenler olduğu gözlemlendi. 51 hasta (% 20,3) taburcu olduktan sonra en az bir kez acil servise başvurduğunu ve hastaların 17'si (% 6,8) tekrar hastaneye kaldırıldığını bildirdi. 70 hasta (% 27,9) kendini nefes almada zorluk çektiğini bildirdi. COVID-19'dan önce oksijen desteğine ihtiyaç duymayan 6 hasta, hastaneden taburcu olduktan 3 ay sonra hala evde oksijen tedavisi görüyordu [98].

Martin ve ark. taburculuk sonrası hastalara fonksiyonel egzersiz kapasitesi için 1 dakikalık sandalyeden oturup kalkma testi yapmış ve persantilin değerlerini kaydetmişlerdir. Hastaların hiçbirinde 50. persantilden daha yüksek bir sonuçlara ulaşamadı ve % 77'si ise 2.5 persantilin altındaydı. Bu durum COVID-19 hastalarının taburculuk sırasında zayıf fonksiyonel egzersiz kapasitesine sahip olduğunu göstermiştir. Araştırmacılar üç ay telerehabilitasyon uygulamışlardır ve hastaların yaklaşık% 40'ında 2.5 persentilin altında değer tespit ettiler. Çalışmada COVID-19 nedeniyle hastaneye yatan hastaların taburculuk sonrası düşük fonksiyonel egzersiz kapasitesine sahip oldukları ve akciğer fonksiyon testlerinde üç ay sonra iyileşmenin zayıf olduğu sonucuna varılmıştır [99]. Hastalar taburcu olduktan sonra enfeksiyonun kalıcı etkileri olarak yorgunluk, nefes darlığı, öksürük, eklem ağrısı, göğüs ağrısı, depresyon, kas ağrısı, baş ağrısı, aralıklı ateş, çarpıntı semptomlarını bildirmiştir. Bunun yanı sıra hastalarda miyokardit, perikardit, akciğer fonksiyon anormallikleri, akut böbrek hasarı, döküntü, saç dökülmesi, koku ve tat almada bozukluk, uyku sorunları, konsantrasyon güçlüğü, hafıza sorunları, ruhsal değişimler izlenmiştir [100]. Çalışmamızda katılımcılara taburculuktan 1 ay sonra

vucüt sistemi ve yaşadıklar sorunlar ile ilgili sorular yönelterek karşılaştıkları sorunlar hakkında bilgi alma amaçlanmıştır ve bu doğrultuda non- hospitalizasyon ile hospitalize olan kişiler arasında karşılaştırma yapılmıştır. Çalışmamızda akciğer fonksiyonlarını değerlendirmek için sorduğumuz “İyileştikten sonra solunum ile ilgili problemler oldu mu? (öksürük, balgam, nefes darlığı)” sorusuna evet cevabını hospitalize olanların %46.8’i vermiş ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.24). Dolaşımı değerlendirmek için sorduğumuz “Dolaşım problemi oldu mu? (ödem, hipertansiyon, hipotansiyon)” sorusuna evet cevabı %14,7 oranında en çok hospitalize olanlarda verilmiş olup istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 4.25). Egzersiz durumunu değerlendirdiğimiz “Egzersiz yapıyor musunuz?” sorusuna evet cevabını (%60) non- hospitalize olanlar verse de istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo 4.26). Fiziksel aktiviteyi etkileyeceğini düşündüğümüz yorgunluk üzerine “Sürekli yorgun hissetme hali var mı?” sorusuna evet cevabı olarak en çok hospitalize olanların (%49.3) verdiği görülmüştür ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.36).

COVID-19 ile enfekte olmadan önceki ve taburculuk tutumunu karşılaştırdığımız “Kendinizi eskiye göre daha az aktif hissetme var mı?” sorusuna cevap olarak en çok (%33) hospitalize olanların kendini daha az aktif hissettiği ve istatistiksel olarak anlamlılığı bulunmuştur (Tablo 4.27). Hastaların ruhsal durumunu ölçtüğümüz “Her şeyin düzeleceği beklentisi ya da her şeyin daha kötü olacağını düşünüyor musunuz?” sorusuna ‘daha iyi olacak’ cevabını hospitalize olanların 94,7%’i, non-hospitalize olanlarında 94,0% vermiştir (Tablo 4.32).

Çalışmamızda duygu durum değerlendirmesi yaptığımız “İnsanlardan uzak kalma isteği var mı?” sorusuna hospitalize olanların %36’sı, non-hospitalize olanların ise %38’i evet cevabını vermiştir (Tablo 4.28). Uyku düzenin ölçtüğümüz “Uyku düzeniniz nasıl?” sorusuna cevap olarak hospitalize olanların %48’i, non-hospitalize olanların ise %56’sı uyku düzeninin bozulduğunu dile getirmiş ve toplamda COVID-19 geçirenlerin %51,2’sinde uyku bozukluğu gelişmiştir (Tablo 4.33). Hastaların dış uyaranlara karşı tepkisini ölçtüğümüz “Hedeflerine odaklanmakta bozulma var mı?” sorusuna non-hospitalize ve hospitalize olanların %92.8’i hayır cevabını vermiştir (Tablo 4.35). “Taburcu olduktan sonra yeniden acil servise gittiniz mi?” sorusuna hospitalize olanların %24’ü, non-hospitalize olanların %8’i taburcu olduktan sonra yeniden acil servise başvurdukları cevabını vermiş ve hospitalize olanların istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

“Acil servise başvurduysanız gidiş nedeniniz nedir?” sorusuna ise % 82,4 bilinmiyor, %5,6’sı hipertansiyon, %0,8’i halsizlik, %4’ü nefes darlığı, % 0.8.2’i alerji,% 4’ü öksürük ve %2.4’ü ateş cevaplarını vermiştir. “Şu anki mevcut durumunuz nasıl?” sorusuna hospitalize olanların %94.7’si, non-hospitalize olanların ise %100,0 iyi oldukları yönünde cevap vermişlerdir (Tablo 4.43). Çalışmamızı literatürle karşılaştırdığımızda hastaneye yatış yapılanların solunum, dolaşım, kendini yorgun hissetme, uyku bozukluğu, fiziksel aktivitelerin azalması sonuçları literatürle ve ‘uzamış COVID’ durumu ile uyumludur. Hastaların yeniden acil servise başvurma ve nedenleri delitaratürle uyumluluk göstermektedir. Katılımcıların yaş grubun %44,8’nin 18-30 yaş grubu olması ve hastanede yatmayanların (%40) fazla olmasından kaynaklı duygu durumları değişikliğe yol açmazken; mevcut durumlarının iyi olduğu gözlenmektedir. Bunlarla beraber Loerinc ve ark. yaptığı gibi taburculuk sonrası ilaç kullanımına baktığımızda ise hospitalize olanların % 49.3’ü, non-hospitalize olanların ise %58,0’i ilaç kullanmaktadır. COVID-19 meydana getirdiği semptomların yanı sıra dolaşım,solumum yollarını etkilediğinden dolayı ilaç kullanımı taburculuk sonrası da gözlenmiştir (Tablo 4.38).

Sağlık Bakanlığının COVID-19 tedavi protokolünde hastalığın seyrine göre değişen dozlarda hidroksiklorokin, favipiravir, oseltamivir ilaçlarına yer verilmiştir [101]. Hidroksiklorokin yan etkisi olarak baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, kusma, mide ağrısı, kilo kaybı, tahriş hissi, deri döküntüsü, saç dökülmesi ve QT’ aralığının uzaması riskini görülmüştür [101,102]. Favipiravirin yan etkisi olarakta eritrosit sayısında azalma, karaciğer fonksiyon parametrelerinde artış izlenmiş, oseltamivirde isebulantı, kusma, baş ağrısı, kafa karışıklığı sonuçları bildirilmiştir [102].

Çalışmamıza katılanlara sorduğumuz “Korona ilaçlarına bağlı yan etki oldu mu?” sorusuna hospitalize olanların % 13,3’ü, non-hospitalize olanların ise %6’sında yan etki yaşadığını bildirmiştir (Tablo 4.39). Değerlendirmesini yaptığımız katılımcıların %7,2’sinde cilt kızarıklığı; sadece hospitalize olanlarda ise %2,7’sinde morarma, %1,3’ünde döküntü, %1,3’ünde ise diğer yan etkiler gözlenmiştir. İlaçların oluşturduğu yan etkiler yüzdeylik payda değerlendirildiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı sonuca ulaşamamıştır.

COVID-19 pandemisi sosyal yaşamda, eğitimde, sağlık sisteminde, mesleki yaşantıda değişikliğe neden olmuştur. Hastalıktan korkma, virüsün yarattığı belirsizlik, bulaşma korkusu, ölüm oranında yükselme bireylerde hasta olmaya karşı büyük bir korku yaratmıştır [103]. Bu yüzden evde izole olmaya başlayan bireylerin

gıda ve temizlik malzemesi stokladıkları gözlenmiştir. Hastalığa yakalananlarda ise dışlanma ve damgalama korkusu gelişmiştir. Psikolojik olarak oluşan anksiyeteden kaynaklı sürekli bulaş olduğunu varsayıp sağlık sistemin meşgul edilmesi, sağlıklı beslenme çabası, haberleri takip etme, sokağa çıkarken eldiven kullanma kaygı düzeyinin arttığının kanıtıdır [104]. Vaka sayılarının en yüksek zamanları olan Nisan ve Mayıs ayında toplu taşıma araçlarından günlük %90 azalma izlenmiştir [105]. Çalışmamızda bireylerin kaygı düzeylerini ölçmek amacıyla sorular oluşturulmuştur. Katılımcılara “Ulaşımında toplu taşımayı tercih ediyor musunuz?” sorusunu yöneltildiğinde hospitalize olanların %56’sının, non-hospitalize olanların ise %50’sinin hayır cevabı verdiği görülmüştür (Tablo 4.29). “Gıda ve temizlik malzemesi depoluyor musunuz?” sorusuna hospitalize olanların % 61.3’ü, non-hospitalize olanların %44’ü depoladıklarını dile getirmişlerdir (Tablo 4.30). “Çevreden dışlanma oldu mu?” sorusuna ise %90.4’ü hayır cevabını vermiştir (Tablo 4.3). “Sağlıklı beslenme çabasında artış var mı?” sorusuna ise %80.8’ evet cevabını vermiştir.

Çalışmamızda hospitalize edilen ve non- hospitalize olan COVID-19 geçirmiş bireylerde toplu taşıma kullanımı ve gıda ve temizlik malzemeleri depolamasının damlacık yoluyla bulaşan virüsten kaynaklı kaygı oluşturduğu olduğu kanaatindeyiz. Katılımcılarda damgalanma görülmemiştir. Sağlıklı beslenerek hem taburculuk sonrası hızlı iyileşme hem de bağıışıklığı güçlendirdiği düşüncesindeyiz. Araştırmamızın pandeminin ilk zamanlarında yer almasında elde ettiğimiz sonucumuz diğer dönemlerde yapılacak çalışmalara ışık tutacağı düşüncesindeyiz.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

COVID-19 pandemisi sosyal hayat, mesleki yaşantı, eğitim ve sağlık sisteminde önemli değişikliğe neden olmuştur. Hastalığın yüksek bulaşıcılığı ve ölümcül olması toplumda büyük paniğe sebep olmuştur. İnsanlarda gıda ve temizlik malzemesi stoklamaya (%54.4) iten bu süreçte katılımcıların %36'sında sosyal ortamlardan kaçınma isteği gelişmiştir. Hastaların %46'sı bulaş korkusu ile artık toplu taşıma kullanmamaktadır. İyileşen hastaların %82.4'ünde herhangi bir nedeni olmaksızın kontrol amaçlı acil servislere başvurduğu belirlendi. Psikolojik olarak oluşan anskiyeteden kaynaklı sağlık sistemin meşgul edilmesi, sağlıklı beslenme çabası (%80.8), hasta olmadığı halde ilaç kullanım isteği (%52.8), sürekli yorgun hissetmek (%40.8) ve uyku düzeni bozukluğu (%51.2) gelişmiştir. Buna rağmen katılımcıların sadece %24'ü psikolojik destek almıştır. İnsan sağlığının biyolojik, psikolojik ve sosyal bileşenleri bulunur bu sebeple hastalığı atlatmış kişiler için psikolojik ve sosyal destek mekanizmaları kullanılabilir. Afet yöneticisi olarak pandemiye dönüşen Covid-19 hastalığında bulaşın azaltılması için için maske, mesafe, temizlik kurallarının önemli olup, hastalığın gözlenen semptomlar ve taburcuk sürecinden izlenen uzun covid sürecinde diğer branşlarla iş birliği yapılarak daha kısa sürede fiziksel ve ruhsal olarak eski hayatına geri dönmesini sağlayabiliriz.

## KAYNAKLAR

- [1] **Guarner, J.**(2020).Three Emerging Coronaviruses in Two Decades The Storyof SARS, MERS,and Now COVID-19 American Society for Clinical Pathology,153:420-421
- [2] **Kampss, B., &Hoffman, C.** (2020). Covid Reference. Çev. **Temircan, Z., Erdoğan, F.** Steinhauser Verlag. ch;27
- [3] **Budak, F., &Korkmaz, Ő.** (2020). COVID-19 Pandemi Sürecine Yönelik Genel Bir Değerlendirme: Türkiye Örneği. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi, ch62-64
- [4] **T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.** COVID-19 (SARS-CoV-2 enfeksiyonu) Ağır Pnömoni, Ards, Sepsis ve Septik Şok Yöntemi Bilimsel Danışma Kurulu Çalışma Rehberi, 01 Haziran 2020 <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/covid-19-rehberi.html>
- [5] **T.C. Sağlık Bakanlığı. Covid-19 Hastalarında Taburculuk Ve İzolasyon Kuralları.** <https://COVID19bilgi.saglik.gov.tr/depo/algoritmalar/COVID-19TaburculukveIzolasyonKurallari28032020.pdf.pdf>
- [6] **Arslan, R.** (2020). Tarihten Günümüze Epidemiler, Pandemiler ve Covid 19. Göller Bölgesi Aylık Ekonomi ve Kültür Dergisi Ayrıntı. *Göller Bölgesi Aylık VeKültür Dergisi syf;85*
- [7] **Celal, İ.** (2020). Afetler Çağı. *Afetlerin Yapısal Dönüşümü ve COVID-19. TurkishStudies. DOI:10.7827/TurkishStudies.44080*
- [8] **Çobanoğlu, N.** (2020). COVID-19 Pandemisi ile Değişen Yaşamlar ve Toplumsal. *Eurasian JHS 3 (COVID-19 SpecialIssue)*, pp. 90-94
- [9] **Budak, F., &Korkmaz, Ő.** (2020). Covid-19 Pandemi Sürecine Yönelik Genel Bir Değerlendirme. Türkiye Örneği. *In Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi(1)*, pp. 64-79. DOI: 10.35375/sayod.738657.
- [10] **Dikmen, A., Kına, M.,Özkan, S., &İlhan, M.** (2020). COVID-19 Epidemiyolojisi. Pandemiden Ne Öğrendik. *Journal Of Biotechnology And Strategic Health Research. DOI: 10.34084/bshr.715153.*
- [11] **Akbıyık, A., &Avşar, Ö.** (2020). Coronavirüs Enfeksiyonu Hastalığının (COVID-19) Epidemiyolojisi ve Kontrolü. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 5(2)*, pp. 109–116.
- [12] **Bozkurt, Y.** (2019). Covid-19 Pandemisi: Psikolojik Etkileri ve Terapötik Müdahaleler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Covid-19Sosyal Bilimler Özel Sayısı 3.*
- [13] **Casella, M., Rajnik, M., Cuomo, A., Dulebohn, S.C., &Di Napoli, R.** (2020). Features, evaluation and treatment Coronavirus (COVID-19). Erişim adresi:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>
- [14] **Chan, JF., Kok, KH., Zhu, Z., Chu, H., To, K., Yuan, S., &Yuen, Y.** (2020). Genomic characterization of the 2019 novel human pathogenic coronavirus isolated from a patient with atypical pneumonia after visiting. Wuhan. *Emerg Microbes Infect.*

- [15] **MissionRotW-CJ, (COVID-19) oCD** Retrieved March 24, 2021, from <https://www.who.int/docs/default-source/coronviruse/who-chinajoint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>
- [16] **Chen, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., & Zhang, W.** (2020). Clinical Characteristica and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *The Lancet*. Pp; 395
- [17] **Çelebi, İ.** (2020). Biyolojik Afetler ve COVID-19. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi* 1(1), pp;41-50
- [18] **Erdoğan, Y., Koçoğlu, F., & Sevim, C.** (2020). COVID-19 Pandemisi Sürecinde Anksiyete ile Umutsuzluk Düzeylerinin Psikososyal ve Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Klinik psikiyatri* syf;23
- [19] **Özkoçak, V., Fırat, K., & Gültekin, T.** (2020). Pandemilere Antropolojik Bakış. Koronavirüs (Covid-19) Örneği. *Turkish Studies Volume 15 Issue 2 (Volume 15 Issue 2)*, pp.1183-1195. DOI:10.29228/Turkish Studies.42679
- [20] **Wang, J., & Wang, Z.** (2020). Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats (SWOT) Analysis of China's Prevention and Control Strategy for the COVID-19 Epidemic. *International journal of environmental research and public health* 17(7). DOI:10.3390/ijerph17072235
- [21] **İnce, F., & Evcil, F.** (2020). Covid-19'un Türkiye'deki İlk Üç Haftası. *Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(2).
- [22] **Zhang, R., Li, Y., Zhang, A., Whang, Y., & Molino, M.** (2020). Identifying air borne transmission as the dominant route for the spread of COVID-19 PNAS ch;26
- [23] **JS, Kutter, M., Spronken, P. Fraaij., & Fouchier, H.** (2018). Transmission routes of respiratory virüses a mong humans. *Curr. Opin Virol.* 28, 142–151.
- [24] **N. Van Doremalen et al.** (2020). Aerosol and surface stability of SARS-CoV-2 as compared with SARS-CoV-1. *N. Engl. J. Med.* 382, 1564–1567 (2020).
- [25] **A, W, H, Chin.** (2020). Stability of SARS-CoV-2 in different environmental conditions. *Lancet*
- [26] **Peng, X., Xu, X., Li, Y., Cheng, L., Zhou, X., & Ren, B.** (2020). Transmission routes of 2019-nCoV and controls in dental practice. *Int. J. Oral Sci.* 12, 1–6
- [27] **Uğuz, M., & Eşkut, B.** (2020). Covid-19 Enfeksiyon Tedavisi *Med Res Reppp*;17
- [28] **Akyol, G., Başkan, H., & Başkan, A.** (2020). Yeni Tip Koronavirüs (Covid-19) Döneminde Spor Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Karantina Zamanlarında Yaptıkları Etkinlikler ve Sedanter Bireylere Önerileri. *Avrasya Sosyal ve Ekonomik Araştırmaları Dergisi (ASEAD) Eurasian Journal of Researches in Social and Economics (EJRSE)*. 7,5 ch 192
- [29] **Haafez, A., Ahmad, S., Siddqui, S., Ahmad, M., & Mishra, S.** (2020). A Review of COVID-19 (Coronavirus Disease-2019) Diagnosis, Treatments and Prevention. *EJMO* 4 (2):116–125 DOI: 10.14744/ejmo.2020.90853
- [30] **Alıcılar, H., & Çöl, M.** (2020). Yeni Koronavirüs Salgını: Korunmada Etkili Yaklaşımlar <https://www.istabip.org.tr/5627-yeni-koronavirus-salgini-korunmada-etkiliyaklasimler.html>

- [31] **Cirrincione, L., Plescia, F., Ledda, C., Rapisarda, V., Martorana, D., Moldovan R., Theodoridou, K., & Cannizzaro, E.** (2020). COVID-19 Pandemic: Prevention and Protection Measures to be Adopted at the Workplace. *MPDİ*. 12, 3603; DOI:10.3390/su12093603
- [32] **Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., Xiao, Y., Gao, H., Guo, L., Xie, J., Wang, G., Jiang, R., Gao, Z., Jin, Q., Wang, J., & Cao, B.** (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. Feb 15; 395(10223):497-506
- [33] **Lauer, SA., Grantz, KH., Bi, Q., Jones, FK., Zheng, Q., & Meredith, HR.** (2020). The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Ann Intern Med*.
- [34] **Pamuk, S., Özkan, A., & Polat B.** (2020). Epidemiology, pathogenesis, Diagnosis and management of COVID-19.
- [35] **Çelik, D., & Köse, Ş.** (2020). Erişkinlerde COVID-19: Klinik Bulgular Tepeci k Eğit. Ve Araşt. Hast. Dergisi. 30(Ek sayı): 43-8 doi:10.5222/terh.2020.88896
- [36] **Wu, D., Wu, T., Liu, Q., & Yang, Z.** (2020). The SARS-CoV-2 outbreak: What we know. *Int J Infect Dis* 94:44-8.
- [37] **Kanne, JP.** (2020). Findings in 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) Infections From Wuhan, China: *Radiology*. 295:16–17.
- [38] **Çinkooğlu, A., Hepduran, C., Bayraktaroğlu, S., Ceylan, N., & Savaş, R.** (2020). CT imaging features of COVID-19 pneumonia: initial experience from Turkey *Diagn Interv Radiol* 26:308–314
- [39] **Guan, WJ., Ni, ZY., Hu, Y., Liang, WH., CQ., He, JX.** (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*.
- [40] **Gürbüz, M.** (2020). Coronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) ve akciğer; Göğüs hastalıkları uzmanlarının bilmesi gerekenler. *Eurasian J Pulmonel* .Pp55-56
- [41] **Liu, J., Cao, R., Xu, M., Wang, X., Zhang, H., & Hu, H.** (2020). Hydroxychloroquine, less toxic derivative of chloroquine, is effective in inhibiting SARS- CoV-2 infection invitro. 18:16.
- [42] **Kara, E., Inkaya, AC., & Demirkan, K.** (2020). May drug-related Cardiovascular toxicities persist after hospital discharge in COVID-19 patients? *Int J Antimicrob Agents*.
- [43] **Uğuz, M., & Eşkut, B.** (2020). Covid 19 Enfeksiyon Tedavisi *Med Res Rep*. 3(1):17
- [44] **Atalay, S., & Ersan, G.** (2020). COVID-19 Tedavisi. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi*. 30(Ek sayı):126-34 doi:10.5222/terh.2020.48030
- [45] **Du, YX., & Chen, XP.** (2020). Favipiravir; Pharmacokinetic and Concerns About Clinical Trials for 2019-nCoV *Infection*. *Clin Pharmacol*. Apr 4. DOI: 10.1002/cpt.1844
- [46] **Mitha, E., Krivan, G., Jacobs, F., Nagler, A., Alrabaa, S., & Mykietiuik, A.** (2019). Safety, Resistance, and Efficacy Results from a Phase III b Study of Conventional- and Double-Dose Oseltamivir Regimens for Treatment of Influenza in Immuno-compromised Patients. *Infect Dis The*; 8:613-26
- [47] **Dalvi, S., Singh, A., Trivedi, R., Mistry, SD., & Vyas, BR.** (2011). Adverse Drug Reaction profile of oseltamivir in children. *J Pharmacol Pharmacother*. 2:100

- [48] **Smith, T., Bushek, J., & Prosser, T.** (2020). COVID-19 Drug Therapy. *lsevier*
- [49] **Luo, L., Xia, C., Sun, F., Ding, G., & Zhou, Y.** (2020). Clinical efficacy of lopinavir/ritonavir in the treatment of Coronavirus disease 2019. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 24:3390-6
- [50] **Cvetkovic, S., & Goa, L.** (2020). Lopinavir/ritonavir: a review of its use in the management of HIV infection. *Drugs* 63:769-802.
- [51] **Beköz, S., Bilgen, H., & Anak, S.** (2020). Effect of Convalescent Plasma therapy on Time to Clinical Improvement in Patients With Severe and Life-threatening COVID-19: A Randomized Clinical Trial, Convalescent Plasma Treatment and Results in COVID-19 Infections; *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi Cilt 3, Ek Sayı 1*
- [52] **World Health Organization.** (2020). Coronavirus disease (COVID-19)
- [53] **Rajkumar, R.** (2020). COVID-19 and Mental Health: A Review of The Existing Literature, *Asian Journal of Psychiatry.* Erişim adresi: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.10206>
- [54] **Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N.** (2020). Social Capital and Sleep Quality in Individuals Who Self-Isolated for 14 Days During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in January 2020 in China. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research.* Erişim adresi: <https://doi.org/10.12659/MSM.92392>
- [55] **Tian, F., Li, H., Tian, S., Yang, J., Shao, J., & Tian, C.** (2020). Psychological Symptoms of Ordinary Chinese Citizens Based on SCL-90 During the Level I Emergency Response to COVID-19, *Psychiatry Research.* Erişim adresi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112992>
- [56] **Solomou, I., & Constantinidou, F.** (2020). Prevalence and Predictors of Anxiety and Depression Symptoms during the COVID-19 Pandemic and Compliance with Precautionary Measures. Age and Sex Matter. *International journal of environmental research and public health* 17 (14). DOI:10.3390/ijerph17144924
- [57] **Dağlı, D., Büyükbayram, A., & Arabacı, L.** (2020). COVID-19 Tanısı Alan Hasta ve Ailesine Psikososyal Yaklaşımı. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 5 (2), pp.191-195.
- [58] **Ertem, M.** (2020). COVID-19 Pandemisi ve Sosyal Damgalama. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 5(2), pp. 135–138
- [59] **Kadıoğlu, M., & Hotun, N.** (2015). Stigmatizasyon (Damgalama) ve Kadın, *Sağlık ve Toplum*, 25(3): 3-9.
- [60] **DeJong, A., Verhagen, D., Pols, R., Verbrugge, A., & Baldacchin, A.** (2020). Psychological Impact of the Acute COVID-19 Period on Patients With Substance Use Disorders. We are all in this Together. *Basic and clinical neuroscience* 11 (2), pp. 207–216. DOI: 10.32598/bcn.11.covid19.2543.1.
- [61] **Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., & Collado, S.** (2020). Psychological Impact and Associated Factors During the Initial Stage of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic Among the General Population in Spain. *Frontiers in psychology* 11pp. 1540.
- [62] **Karataş, Z.** (2020). COVID-19 Pandemisinin Toplumsal Etkileri, Değişim ve Güçlenme. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi* 4(1) (3-15).
- [63] **Tunç, A., Zorba, Y., & Cingöz, Y.** (2020). Covid 19 Salgını Döneminde Egzersizin Yaşam Kalitesine Etkisi. *International Journal of Contemporary Educational Studies(IntJCES)*, 6(1), pp. 127–135.

- [64] **T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü.** (2020). Temasli Takibi, Salgın Yönetimi, Evde Hasta İzlemi ve Filyasyon.( 1 Haziran 2020).
- [65] **Aşkın, R., Bozkurt, Y., &Zeybek, Z.** (2020). Covid - 19 Pandemisi: Psikolojik Terapötik Müdahaleler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(37), 304–318.
- [66] **Kaya, B.** (2020). Effects of pandemic on mental health. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(2), 123–124. <https://doi.org/10.5505/kpd.2020.64325>
- [67] **Stokes, E. K., Zambrano, L. D., Anderson, K. N., Marder, E. P., Raz, K. M.,ElBurai Felix, S., &Fullerton, K.** (2020). Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance United States, January 22–May 30, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69 (24), 759–765. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6924e2>
- [68] **Yıldırım, C.** (2021). *COVID-19: Cinsiyet Bağlamında Değrlendirme COVID-19: Evaluation in the Context of Gender.* (March).
- [69] **Li, W.,Fang, Y., Liao, J., Yu, W., Yao, L., Cui, H., &Huang, C.** (2020). Clinical and CT features of the COVID-19 infection: comparison among four different age groups. *European Geriatric Medicine*, 11(5), 843–850. <https://doi.org/10.1007/s41999-020- 00356-5>
- [70] **Eurostat. EU Cities – The Young and the Old.** (2019). Available online at:<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN20191030-1>
- [71] **Cortis, D.** (2020). On Determining the Age Distribution of COVID-19Pandemic. *Frontiers in Public Health*, 8(May), 1–3. <https://doi.org/10.3389/fpubh.-2020.00202>
- [72] **Argüder, E., Kılıç, H., Civak, M., Kacar, D., Kaya, G., Yılmaz, A., Kayaaslan B.,Uğurlu, G., Ateş İ., Güner, R., &Karalezli, A.** (2020). Anxietyand Depression Levels İn Hospitalized Patients Due To Covid-19 Infection Covid- 19 Enfeksiyonu Nedeniyle Hastanede. (4), 971–981.
- [73] **Zandifar, A., Badrfam, R., Yazdani, S., Arzaghi, S. M., Rahimi, F.,Ghasemi, S., &Qorbani, M.** (2020). Prevalence and severity of depression, anxiety, stress and perceived stress in hospitalized patients with COVID-19. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 19(2), 1431–1438. <https://doi.org/10.1007/s40200-020-00667-1>
- [74] **Khaled, H., &Akhter, M.** (2020). The Outbreak of Novel Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic: Consequences on Public Mental Health. *Journal of Brain Sciences*, 3(1), 1–15. <https://doi.org/10.18488/journal.83.2020.31.1.15>
- [75] **Lei, L., Huang, X., Zhang, S., Yang, J., Yang, L., &Xu, M.** (2020). Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine during the COVID-19 Epidemic inSouthwestern China. *Medical Science Monitor*, 26, 1–12. <https://doi.org/10.12659/MSM.924609>
- [76] **Çakır Kardeş, V.** (2020). Pandemi Süreci ve Sonrası Ruhsal ve Davranışsal Değerlendirme. *Turkish Journal of Diabetes and Obesity*, 4(2), 160–169. <https://doi.org/10.25048/tudod.754693>

- [77] **Wahrendorf, M., Rupprecht, C. J., Dortmann, O., Scheider, M., &Dragano, N.** (2021). Higher risk of COVID-19 hospitalization for unemployed: an analysis of health insurance data from 1.28 million insured individuals in Germany. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 64(3), 314–321. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03280-6>
- [78] **Attia, Y. A., El-Saadony, M. T., Swelum, A. A., Qattan, S. Y. A., Al-qurashi, A. D., Asiry, K. A., &El-Hack, M. E.** (2021). COVID-19: pathogenesis, advances in treatment and vaccine development and environmental impact—an updated review. *Environmental Science and Pollution Research*, 2020. <https://doi.org/10.1007/s11356-021-13018-1>
- [79] **Erhan, K.** (2020). İdari Coğrafya Açısından Bir İnceleme: Tekirdağ İli. *HUMANITAS–Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(15), 154–174. <https://doi.org/10.20304/humanitas.619885>
- [80] **Wu, Z., &McGoogan, J. M.** (2020). Characteristics of and Important lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a report of 72314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA Journal of the American Medical Association*, 323(13), 1239–1242. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>
- [81] **Tadic, M., Cuspidi, C., Grassi, G., &Mancia, G.** (2020). COVID-19 and Arterial hypertension: Hypothesis or evidence ? *Journal of Clinical Hypertension*. <https://doi.org/10.1111/jch.13925>
- [82] **Li, J., Wang, X., Chen, J., Zhang, H., &Deng, A.** (2020). Association of Renin- Angiotensin System Inhibitors with Severity or Risk of Death in Patients With Hypertension Hospitalized for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection in Wuhan, China. *JAMA Cardiology*, 5(7), 825–830. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2020.1624>
- [83] **Peric, S., Stulnig, T. M.** (2020). Diabetes and COVID-19: Disease Management People. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 132(13–14), 356–361. <https://doi.org/10.1007/s00508-020-01672-3>
- [84] **Abdi, A., Jalilian, M., Ahmadi, P., &Vlaisavljevic, Z.** (2020). COVID-19 Resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. Elsevier
- [85] **Garrido, I., Liberal, R., &Macedo, G.** (2020). COVID-19 and liver Disease what we know on 1st May 2020. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 52(2), 267–27. <https://doi.org/10.1111/apt.15813>
- [86] **Jothimani, D., Venugopal, R., Abedin, M. F., Kaliamoorthy, I., &Rela, M.** (2020). COVID-19 and the liver. *Journal of Hepatology*, 73(5), 1231–1240. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2020.06.006>
- [87] **Ahmed, N., Maqsood, A., Abduljabbar, T., &Vohra, F.** (2020). Tobacco smoking a potential risk factor in transmission of COVID-19 infection. *Pakistan Journal of Medical Sciences*. <https://doi.org/10.12669/pjms>
- [88] **Dreher, M., Kersten, A., Bickenbach, J., Balfanz, P., Hartmann, B., Cornelissen, C., &Marx, N.** (2020). The characteristics of 50 hospitalized COVID-19 patients with and without ARDS. *Deutsches Arzteblatt International*, 117(16), 271–278. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0271>
- [89] **Shah, K., &Saxena, D.** (2020). Article Type: Systematic review Title: econdary Attack Rate of COVID-19 in household contacts: Systematic review. Retrieved from. <https://mc.manuscriptcentral.com/qjm>

- [90] **Hamner, L., Dubbel, P., Capron, I., Ross, A., Joedan, A., & Lee, J.** (2020). High SARS-CoV-2 Attack Rate Following Exposure at a Choir Practice – Skagit County, Washington, March 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020; 69:606–610
- [91] **Burke, R. M., Midgley, C. M., Dratch, A., Fenstersheib, M., Haupt, T., Holshue, M., & Rolfes, M. A.** (2020). Active Monitoring of Persons Exposed to Patients with Confirmed COVID-19 — United States, January–February 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(9), 245–246. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6909e1>
- [92] **Zengin, N.** (2010). “Sağlık Hakkı” ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(1), 44–52.
- [93] **Kulaksız Y.** (2020). *Evaluation Of The Social Security Institution's Opinion On The Additional Fee For New Coronavirus (Covid-19) Treatments From The Point Of View Of The Social State* *Mali Çözüm Dergisi*; Istanbul Vol. 30, pp:317-336.
- [94] **Thai, P. Q., Thi, D., Toan, T., Son, D. T., & Van, H. T. H.** (2020). Factors Associated with the duration of hospitalisation among COVID-19 patients in Vietnam : A survival analysis.
- [95] **CDC (Centers for Disease Control and Prevention).** (2020). Severe Out come among patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) –United States, February 12–March 16, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*
- [96] **Karakoç, Z. Ç., & Pınarbaşı-Şimşek, B.** (2020). COVID-19 Pandemisinde Birinci Dalga : Tek Merkez Deneyimi sayfa 223–229. <https://doi.org/10.5152/kd.2020.47>
- [97] **Loerinc, L. B., Scheel, A. M., Evans, S. T., Shabto, J. M., O’Keefe, G. A., & O’Keefe, J. B.** (2021). *Discharge characteristics and care transitions of hospitalized patients with COVID-19.* *Health care* <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.-2020.100512>
- [98] **Costa, B., Szlejf, C., Duim, E., Linhares, A. O. M., Kogiso, D., Varela, G., & Degani-costa, H.** (2021). *Clinical outcomes and quality of life of COVID-19 survivors : A follow-up of 3 months post hospital discharge.* *Respiratory Medicine* <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2021.106453>
- [99] **Martin, I., Braem, F., Baudet, L., Poncin, W., Aboubakar, F., Froidure, A., & Belkhir, L.** (2021). Follow-up of functional exercise capacity in patients with COVID-19 : It is improved by tele rehabilitation. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2021.106438>
- [100] **Erbay, A.** (2020). *Uzamış COVID: Yeni bir tanım.* *Bozok Tıp Dergisi.* <https://doi.org/10.16919/bozoktip.836816>
- [101] **T.C. Sağlık Bakanlığı.** COVID-19 Bilgilendirme Sayfası. from: <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39060/0/covid19rehberigenelbilgiler.pdf> emiyolojivetanipdf.pdf. Erişim tarihi: 20.05.2021
- [102] **Tarighi, P., Eftekhari, S., Chizari, M., Sabernavaei, M., Jafari, D., & Mirzabeigi, P.** (2021). *A review of potential suggested drugs for Coronavirus disease (COVID-19) treatment.* *European Journal of Pharmacology* <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2021.173890>
- [103] **İnce, C.** (2021). “Yeniçağın Nosofobisi: Covid-19 Salgını” *ASEAD CİLT 8 SAYI 2 Yıl 2021*, S 494-500

- [104] **Karataş, M.** (2020). *COVID-19 Pandemisinin Toplumsal Etkileri, Değişim ve Güçlenme*. Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi, 4(1), 3–15. <https://dergipark.org.tr/tushad>
- [105] **Erbaş, Ö.**(2020). *Public Transport Users' Behaviour During the COVID-19 Period: The Case Study of Istanbul COVID-19 Döneminde Kent İçi Toplu Ulaşım Kullanıcı Davranışları: İstanbul Örneği*. Urban Academy Journal of Urban Culture and Management, (13), 431–442. Retrieved from [www.kentakademisi.com](http://www.kentakademisi.com)
- [106] **Farsolinas, K., Angelopoulou, A., Alexandris, N., & Poulas, K.** (2020). *COVID-19 and the nicotinic cholinergic system*. European Respiratory Journal



## **EKLER**

**EK A:** Anket formu

**EK B:** Anket formu

**EK C:** Etik kurul onayı

**EK D:** Kurum izni

**EK E:** Sağlık bakanlığı izinleri



**EK A:**

**1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU:**

**Yaşınız : .....**

**Cinsiyet : Kadın**  
**Erkek**

**Medeni durum : Evli**  
**Bekar**  
**Yalnız**

**Eğitim durumu : Okuryazar değil**  
**İlk-orta-lise mezunu**  
**Üniversite mezunu**

**Meslek : Memur**  
**Emekli**  
**İşçi**  
**Ev hanımı**  
**Serbest**  
**Çiftçi**  
**Çalışmıyor**  
**Diğer**

**Yaşadığınız yer : Şehir merkezi**  
**Kırsal**

**Ek hastalık : Yok**  
**Hipertansiyon**  
**Şeker hastalığı**  
**Kalp hastalığı**  
**Astım- KOAH**  
**İnme**  
**Diyaliz**  
**Karaciğer hastalığı**

**Sigara kullanımı : Evet**  
**Hayır**  
**Hastalıktan sonra bıraktı**

**Aile yapısı : Çekirdek aile**  
**Geniş aile**  
**Yalnız**

**Sağlık güvencesi : Var**  
**Yok**

**Evde izolasyon: Evet**  
**Hayır**

**Hastanede yattığı yer: Servis**  
**Yoğun bakım**

**Hastanede kalış süresi: .....**



**EK B:**

**2. TÜM VUCÜT SİSTEMİ VE YAŞANAN SORUNLAR İLE İLGİLİ SORULAR:**

**İyileştikten sonra solunum ile ilgili problemler oldu mu? (öksürük, balgam, nefes darlığı):** Evet

Hayır

**Dolaşım problemi oldu mu? (ödem, hipertansiyon, hipotansiyon):** Evet

Hayır

**Egzersiz yapıyor musunuz ? :** Evet

Hayır

**Kendinizi eskiye göre daha az aktif hissetme var mı? :** Evet

Hayır

**İnsanlardan uzak kalma isteği var mı? :** Evet

Hayır

**Ulaşımında toplu taşımayı tercih ediyor musunuz ? :** Evet

Hayır

**Gıda ve temizlik malzemesi depoluyor musunuz ? :** Evet

Hayır

**Çevreden dışlanma oldu mu ? :** Evet

Hayır

**Her şeyin düzeleceği beklentisi ya da her şeyin daha kötü olacağını düşünme :**

Daha iyi olacak

Daha kötü olacak

**Uyku düzeniniz ? :** Bozuldu

Normal

**Sağlıklı beslenme çabasında atış var mı ? :** Evet

Hayır

**Hedeflerine odaklanmakta bozulma var mı ? :** Evet

Hayır

**Sürekli yorgun hissetme hali var mı ? :** Evet

Hayır

**Psikolojik destek aldınız mı? :** Evet

Hayır

**İlaç kullanıyor musunuz? : Evet  
Hayır**

**Korona ilaçlarına bağlı yan etki oldu mu?: Cilt kızarması  
Morarma  
Döküntü  
Diğer**

**Taburcu olduktan sonra yeniden acil servise gittiniz mi? : Evet  
Hayır**

**Acil servise başvurduysanız gidiş nedeniniz nedir ? .....**

**Şu anki mevcut durumunuz ? .....**

**Telefonla anket görüşme dakikası : .....**

**Taburculuktan 1 ay sonra telefon görüşmesi yapılmıştır.**

EK C:

Evrak Tarih ve Sayısı: 18/06/2020-7053



T.C.  
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 54022451-050.05.04-  
Konu : Etik Kurul Kararı

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Bahadır TAŞLIDERE

17.06.2020 tarihinde yapılan Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu toplantısında "COVID-19 Pandemisi Sırasında Değişik Derecelerde Etkilenen Hastaların Taburculuk Sonrası Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi" başlıklı başvurumuz değerlendirilmiş olup karar yazısı ektedir.

Bilgilerinize.

**e-İmzalıdır**  
Prof.Dr. İsmail MERAL  
Başkan

Adres: Bezmialem Vakıf Üniversitesi Adnan Menderes Bulvarı (Vatan Caddesi) Fatih / İstanbul  
Telefon:0 (212) 523 22 88 Faks:0 (212) 533 23 26  
e-Posta:info@bezmialem.edu.tr Elektronik Ağ:www.bezmialem.edu.tr

Bilgi için: Bülgen BAŞTUĞ  
Ünvanı: Sekreter

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK D:

EK E:

<b>T. C. SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ BİLİMSEL ARAŞTIRMA ÇALIŞMALARINI BAŞVURU FORMU</b>	
<b>A. ARAŞTIRMACIYA VE ARAŞTIRMAYA AİT BİLGİLER</b>	
<b>A.1 Araştırmacıya Ait Bilgiler</b>	
A.1.1 Başvuru yapan Araştırmacının Adı Soyadı :	GÖKHAN TANSEL
A.1.2 Kurum/üniversite :	TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
A.1.3 Bölümü :	RADYOLOJİ
A.1.4 Araştırmacının telefonu :	05456085086
A.1.5 e-mail adresi : (Lütfen sadece bir e-mail adresi giriniz)	gokhan_tansel@hotmail.com
<b>A.2 Araştırmaya Ait Bilgiler</b>	
A.2.1 Araştırmanın açık adı :	COVID-19 PANDEMİSİ SIRASINDA DEĞİŞİK DERECELERDE ETKİLENEBİLİR HASTALARIN TABURCULUK SONRASI TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ
A.2.2 Araştırmada örselenebilir gruplar söz konusu mu? Evet Açıklaması :	Hayır
A.2.3 Araştırma Desteği : Araştırma Desteği Açıklaması :	Seçiniz
A.2.4 Araştırmanın Türü: Belirtiniz :	Nicel Araştırmalar
A.2.4.1 Araştırma Grubu :	EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMALAR VE MODELLEME Ç.
A.2.4.2 Çok Merkezli Çalışmaya dahil olmak istiyor musunuz?	Hayır
<b>A.2.5 Araştırılan konunun özeti</b>	
A.2.5.1 Konu :	COVID-19 HASTALARININ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ
A.2.5.2 Amaç :	COVID-19 pandemisini atlamanın farklı şekilde etkilendiğini düşünerek ne durumda olduğunu araştırmak, gelecekte pandemi durumlarında alınacak önlemlerle alakalı durum planlaması yapmayı sağlayabilir. Pandemi sırasında afet planı uygulayıcısının baş aktörü durumunda olan sağlık çalışanlarının bu hastalığa bakış açısı ve yapılan müdahale sonuçlarının değerlendirilmesi açısından son derece verimli bir araştırma olacaktır. Pandemi sırasında ve sonrasında insanlar için destek gruplarının oluşturulması ve güçlü iletişim yollarının kullanılması, yaşanacak yeni pandemi ve afet durumlarında kişilerin olabildiğince kurallarına uygun davranma motivasyonunu artırabilir. Toplum sağlığı açısından önemli olan bu tür çalışmalar dikkate alınmalıdır.
A.2.5.3 Kapsam :	18 yaşından büyük olan ve sonuçta COVID-19 hastalığını yenerek şifa ile taburcu olan hastaların incelenmesi.
A.2.5.4 Yöntem :	

## EK F:



Bilimsel Araştırma Başvurusu <portal@saglik.gov.tr>  
12.06.2020 Cum 18:46  
Kime: Siz



Sayın İlgili,  
Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz başvuru değerlendirilmiştir.  
Değerlendirme Sonucu aşağıdaki gibidir.  
Onay Durumu : Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığımızca uygun görülmüştür. Araştırmanızın gerektirdiği diğer tüm süreçleri (etik kurul, faz çalışması ,diğer izinler vb.) tamamlamanız gerekmektedir.  
Açıklama :  
Form Adı : GÖKHAN TANSEL -2020-06-08T01\_43\_14  
Başvuru Formu için [tıklayınız](#).  
Başvuru Formunuzu <https://bilimselarastirma.saglik.gov.tr/> adresinden görüntüleyebilirsiniz.  
İlginiz ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.  
T.C. Sağlık Bakanlığı  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Not: Bu ileti Bilimsel Araştırmanızın Değerlendirilmesinin tamamlanması nedeniyle sistem tarafından otomatik gönderilmiştir. Lütfen bu iletiyi cevaplamayınız.

YASAL UYARI:  
Bu e-postanın içeriği bilgiler (akıllı da dahil olmak üzere) gizlidir. T.C. Sağlık Bakanlığı onayı olmaksızın içeriği kopyalanamaz, ünlüleri kopyalanamaz veya iletilemez. Bu mesajın gönderilmes istendiği kişi değilse lütfen bu e-postayı yanlışlıkla adresinize, lütfen yollayan kişiyi haberdar ediniz ve mesaj sisteminden siliniz. T.C. Sağlık Bakanlığı bu mesajın içeriği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda bir garanti vermemektedir. Bu nedenle bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletiminden, alınmasından ve saklanmasıyla ilgili T.C. Sağlık Bakanlığı sorumlu değildir. Bu mesajın içeriği yazıma ait olup, T.C. Sağlık Bakanlığı görüşlerini içermeyebilir.  
Bu e-posta bize bilinen tüm bilgisayar virüslerine karşı taranmıştır.

## ÖZGEÇMİŞ

**Ad-Soyad** : Gökhan Tansel

**Doğum Tarihi ve Yeri:**

**E-posta** :

### ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans:** 2019, Atatürk Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, Acil Yardım ve Afet Yönetimi

### MESLEKİ DENEYİM VE ÖDÜLLER:

- 2011-2012 Radyoloji Teknisyeni, Van Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
- 2012- Radyoloji Teknikeri, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
- 2011 Van depremi

### DİĞER YAYINLAR, SUNUMLAR VE PATENTLER:

- **Tansel, G.** (2021). Afet Tirajı Hakkında Acil Tıp Teknisyeni Çalışanları ile Acil Servis Çalışanlarının Karşılaştırılması ve Problemleri. Türkiye'nin Afet Risk Yönetimi Yirmiüçüncü Yuvarlak Masa Toplantısı, 26 Şubat 2021, Çevrimiçi Toplantı, Ankara, Türkiye (Sözel Bildiri).
- **Tansel, G.** (2021). Covid-19 Pandemisi Sırasında Değişik Derecelerde Etkilenen Hastaların Taburculuk Sonrası Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. 4. Uluslararası Tarım, Çevre ve Sağlık Kongresi, 20-22 Mayıs 2021, Çevrimiçi Toplantı, Aydın, Türkiye (Sözel Bildiri).