

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

COVID-19 GEÇİREN HASTALARDA MENTAL
SAĞLIK DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ
VE İZLEMİ

DR. EDANUR SEZGİN

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2023



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

COVID-19 GEÇİREN HASTALARDA MENTAL
SAĞLIK DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ
VE İZLEMİ



UZMANLIK TEZİ

DR. EDANUR SEZGİN

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Gül ERGÖR

İÇİNDEKİLER

UZMANLIK TEZİ	1
UZMANLIK TEZİ.....	3
İÇİNDEKİLER	i
TABLO LİSTESİ	iv
ŞEKİL LİSTESİ.....	v
KISALTMALAR	vi
TEŞEKKÜR.....	viii
ABSTRACT	4
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	7
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. COVID-19 Pandemisi ve Epidemiyolojisi	9
2.2. SARS-CoV-2 ve COVID-19	10
2.3. Mental Sağlık	12
2.3.1. Anksiyete.....	13
2.3.3. Depresyon	14
2.3.4. Olağandışı Durumlarda Mental Sağlık	15
2.3.5. Sosyal Desteğin Mental Sağlık Açısından Önemi.....	16
2.3.6. COVID-19'un Mental Sağlık Üzerine Etkisi	17
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	19
3.1. Araştırmanın Tipi	20
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	20
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	20
3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	21
3.4.1. Bağımlı Değişkenler Tanımı ve Ölçümü	22
3.4.2. Bağımsız Değişkenler Tanımı ve Ölçümü	22
3.5. Veri Toplama Yöntemi	27
3.5.1. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği	27

3.5.2.	Sosyal Destek Değerlendirmesi	28
3.6.	Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.6.1.	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Puanlaması	28
3.6.2.	Sosyal Destek Puanlama	29
3.7.	İstatistiksel Analiz	29
3.8.	Etik Kurul Onayı	29
3.9.	Araştırma Planı / Zaman Çizelgesi	30
4.	BULGULAR.....	31
4.1.	Tanımlayıcı Bulgular.....	31
4.2.	Mental Sağlık Durumuna Göre Bulgular	41
4.2.1.	Tek Değişkenli Analizler	42
4.2.2.	Lojistik Regresyon Analizleri	50
5.	TARTIŞMA	54
5.1.	Mental Sağlık Bulgularının Değerlendirilmesi	55
5.2.	Sosyodemografik Özelliklerin Mental Sağlık Üzerine Etkisi	58
5.3.	Klinik Özelliklerin Mental Sağlık Üzerine Etkisi	60
5.4.	Psikiyatrik Öykünün Mental Sağlık Üzerine Etkisi	61
5.5.	Sosyal Desteğin Mental Sağlık Üzerine Etkisi	62
5.6.	Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	65
5.7.	Araştırmanın Güçlü Yanları	66
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	67
7.	Kaynaklar (Referanslar)	69
7.	Ekler.....	75
7.1.	Araştırmanın Zaman Çizelgesi	75
7.2.	Birinci Görüşme Anketi	76
7.3.	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği	82
7.4.	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeği	84
7.5.	İkinci Görüşmelerde Kullanılan Anketteki Ek Sorular	87

7.6.	Birinci Aramalar HADS puan dağılımı	88
7.7.	İkinci Aramalar HADS puan dağılımı	89



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri ve ölçüm yöntemi	22
Tablo 2.Araştırmanın bağımsız değişkenlerinden sosyodemografik özellikler ve ölçüm yöntemleri	23
Tablo 3.Araştırmanın bağımsız değişkenlerinden hastanın kliniği ile ilgili özellikler ve ölçüm yöntemleri	24
Tablo 4. Araştırmanın bağımsız değişkenlerinden hastalık süreci ile ilgili özellikler ve ölçüm yöntemleri	25
Tablo 5.Araştırmanın bağımsız değişkenlerinden ilk görüşmeden ikinci görüşmeye kadar geçen süreçle ilgili özellikler ve ölçüm yöntemleri	26
Tablo 6.Araştırmaya katılanların tanımlayıcı özellikleri	31
Tablo 7.Araştırmaya katılanların meslek açısından dağılımı	32
Tablo 8.Araştırmaya katılanların hastalık süreci ile ilişkili özellikler açısından dağılımı (ilk görüşmeler sırasında değerlendirilmiştir)	33
Tablo 9.Araştırmaya katılanların tanı konmuş kronik hastalıklar açısından dağılımı	34
Tablo 10.Araştırmaya katılanların hastalık sürecindeki koşulları açısından dağılımı	35
Tablo 11.Araştırmaya katılanların mental sağlık öyküsü açısından dağılımı	36
Tablo 12. İkinci görüşmede ilk görüşme sonrası süreç için sorulan sorular	37
Tablo 13. Devam eden şikayetler tablosu	38
Tablo 14.Sosyal destek puanlamalarının dağılım özellikleri	39
Tablo 15.Sosyal destek açısından kategorik dağılım	40
Tablo 16. Yapılan aramalarda katılımcıların mental sağlık bulguları	41
Tablo 17.Mental sağlık sorunu varlığı ile sosyodemografik özelliklerin ilişkisi	42
Tablo 18.Mental sağlık sorunu varlığı ile sosyal destek durumunun ilişkisi	44
Tablo 19.Mental sağlık sorunu varlığı ile hastalıkla ilişkili faktörlerin ve psikiyatrik öykü özelliklerin ilişkisi	45
Tablo 20.İkinci ayda mental sağlık sorunu varlığı ile sosyodemografik özelliklerin ilişkisi	47
Tablo 21.İkinci ayda mental sağlık sorunu varlığı ile hastalıkla ilişkili faktörler ve psikiyatrik öykünün ilişkisi	48
Tablo 22.İkinci görüşmelerde mental sağlık sorunu varlığı ile sosyal destek durumu değişkenlerinin ilişkisi	49
Tablo 23.Mental sağlık durumunu etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi (1. Aramalar)	50
Tablo 24.Mental sağlık durumunu etkileyen faktörlerde sosyal desteğin lojistik regresyon analizi (1. Aramalar)	51
Tablo 25.Mental sağlık durumunu etkileyen faktörlerde lojistik regresyon analizi (2. Aramalar)	52
Tablo 26.Mental sağlık durumunda sosyal destek değişkenlerinin lojistik regresyon analizi (2. Aramalar)	53
Tablo 27.HADS Puan Dağılımı (Birinci görüşmeler)	88
Tablo 28. HADS Puan Dağılımı (İkinci görüşmeler)	89

SEKİL LİSTESİ

Şekil 1.SARS-CoV-2 Viral Yapısı	11
Şekil 2.Araştırmanın akış şeması.....	21



KISALTMALAR

COVID-19	Coronavirus Disease 2019
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
PCR	Polymerase Chain Reaction
RNA	Ribonükleik Asit
GA	Güven Aralığı
OR	Odds Ratio (Tahmini Rölatif Risk)
HBYS	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi



TESEKKÜR

Halk Sağlığı uzmanlık eğitimimin son aşamasına geldiğim bu dönemde, bu süreç boyunca destekleriyle, yardımlarıyla, varlıklarıyla bana iyi hissettiren ve yanımda olan bazı kişilere teşekkür etmek istiyorum.

Uzmanlık tezimin planlanması, konu seçimi, veri toplama ve değerlendirme süreçleri ve yazım aşamasında her zaman bana en içten şekilde yardımcı olan, çok sevgili değerli hocam Prof. Dr. Gül Ergr’e;

Dört yıllık uzmanlık eğitimi dönemi boyunca bilgilerini ve tecrübelerini bizlerle paylaşan, bölümde aile sıcaklığını hissedebilmemizi sağlayan Dokuz Eyll Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalının değerli ğretim yelerine;

Yine bölümde hissettiğim aile sıcaklığında çok büyük payları olan, iş arkadaşlığından çok daha öte yakınlık hissettiğim, birçok şeyi birlikte yaşadığımız ve paylaştığımız çok sevgili asistan arkadaşlarıma;

Eğitim hayatıma başladığım ilk günden bugüne her zaman arkamda olan, maddi manevi desteklerini her zaman hissettiğim, varlıkları her zaman en büyük şükür sebebim olan canım annem ve babama, sevgili kardeşlerime ve güzel büyük ailemin diğer yelerine;

Tam tez sürecimin başlangıcında hayatıma dahil olarak bu sürece belki en yakından şahit olan, her ihtiyaım olduğunda desteğini hissettiğim, motive olmamda büyük katkıları olan ve bu süreci varlığıyla güzelleştiren müstakbel eşim, sevgili nişanlım Fatih’e;

Saygılarımı, sevgilerimi ve en içten teşekkürlerimi sunarım.



COVID-19 Geçiren Hastalarda Mental Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi ve İzlemi

ÖZET

AMAC: Çalışmanın amacı Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde COVID-19 tanısı alan hastalarda anksiyete ve depresyon gibi mental sağlık sorunlarının değerlendirilmesi, ileriye yönelik izlemi ve bunları etkileyen etmenlerin incelenmesidir.

YÖNTEM: Çalışmada 01.08.2021-30.09.2021 tarih aralığında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'ne başvurarak SARS-CoV-2 PCR (+) tanısı alan 18 yaş ve üzeri 1504 kişi içinden 345 kişiyle telefon görüşmesi yapılmıştır. İlk görüşmeler hastanın tanı aldığı tarihten 15 gün sonra, ikinci görüşmeler ise 2 ay sonra (60. Gün) yapılmıştır. Telefon görüşmesinde kişilerin sosyodemografik özellikleri, özgeçmişleri, psikiyatrik hastalık ykleri, COVID-19 tanısı aldıkları süreçle ilgili özellikler ve bu süreçteki şikayetleri, algılanan sosyal destekleri öğrenilmiştir. Mental sağlık durumunu değerlendirmek amacıyla Hastane Anksiyete Depresyon leği (HADS) kullanılmıştır. İkinci görüşmelerde ankete, birinci görüşmeden sonraki süreçle ilgili özelliklerin değerlendirildiği sorular eklenmiştir. Hastaları psikolojik açıdan etkileyebilecek travmatik bir olay yaşanıp yaşanmadığı, kişiler psikolojik açıdan etkilendiyse etkilenme sebeplerinin ne olduğu öğrenilmiştir. Toplanan bu veriler ile mental sağlık üzerinde etkisi olan değişkenler tek değişkenli ve çok değişkenli analizlerle değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS 24.0 programı kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR: rnek grubu 345 kişiden oluşmaktadır, yaş aralığı 18-90 ve yaş ortalaması 40.9'dur (S.S.=15.1). Katılımcılar 188 kadın (%54.5) ve 157 erkekten (%45.5) oluşmaktadır. İlk görüşmelerde 345 kişi içinde HADS'a göre anksiyete veya depresyon skoru yüksek olan toplam 51 (%14.8) kişidir. İkinci görüşmelerde 317 kişi içinde anksiyete veya depresyon skoru yüksek olan toplam 28 (%8.9) kişidir. Birinci görüşmelerde mental sağlık sorunu görülme sıklığını istatistiksel açıdan anlamlı olarak artırdığı görülen değişkenler kötü ekonomik durum, boşanmış veya dul olmak, aile sosyal desteğinin yetersiz olması, tamamen iyileşmemiş olmak, COVID-19 açısından hastalık şiddetinin ağır olması, hastane yatışı olması, hastalık sürecinde uyku sorunları yaşanması, aktif bir psikiyatrik hastalık tanısı olması, psikiyatrik ilaç kullanımı, geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olması ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olmasıdır

($p<0.05$). Birinci görüşmeler için yapılan lojistik regresyon analizleri sonucunda geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olması (O.R.=3.37, %95 GA: 1.78-6.36) ve hastalık şiddetinin ağır olmasının (O.R.=2.49, %95 GA: 1.31-4.74) mental sağlık sorunu görülme riskini istatistiksel açıdan anlamlı olarak artırdığı görülmüştür. İkinci görüşmelerde mental sağlık sorunu görülme sıklığını istatistiksel açıdan anlamlı olarak artıran değişkenler ise kötü ekonomik durum, COVID-19 hastalık şiddetinin ağır olması, aktif bir psikiyatrik hastalık tanısı olması, psikiyatrik ilaç kullanımı, geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olması, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve arkadaş sosyal desteğinin yetersiz olmasıdır ($p<0.05$). İkinci görüşmeler için yapılan lojistik regresyon analizinde psikiyatrik hastalık öyküsü (O.R.=3.49, %95 GA: 1.55-7.84) ve hastalık şiddeti (O.R.=2.29, %95 GA: 1.02-5.13) ayrı ayrı yaş ve cinsiyetle düzeltilerek analize alındığında her ikisi de istatistiksel açıdan anlamlı bulunurken, iki değişken birlikte analize alındığında hastalık şiddeti anlamlılığını kaybetmiş ve sadece geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü anlamlı olarak sonuçlanmıştır (O.R.=3.21, %95 GA: 1.42-7.28).

SONUÇ: COVID-19 tanısı alan hastalarda fiziksel şikayetlerin yanında mental sağlık açısından da sorunlar yaşanabilmektedir. Beklendiği gibi özellikle akut dönemde mental sağlık sorunları ilerleyen sürece göre daha yüksek sıklıktadır. İzlem sürecinde anksiyete ve depresyon sıklığının zamanla azaldığı görülse de bazı kişilerde bu durumların uzun süre devam ettiği görülmektedir. Yapılan değerlendirmelerde mental sağlık sorunu yaşanması için en büyük risk faktörlerinin bilinen bir psikiyatrik hastalık öyküsü olması ve COVID-19 açısından hastalık şiddetinin ağır olması olduğu görülmüştür. Akut dönem geçtikten sonra özellikle geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olmasının mental sağlık sorunu riskini artıran en önemli değişken olduğu görülmektedir. Sosyal destek açısından aile sosyal desteğinin akut dönemde, arkadaş sosyal desteğinin ise ilerleyen süreçte mental sağlık sorunları ile anlamlı ilişkili bulunması izlem sürecinde görülen önemli farklardandır. Bu sonuçlar risk gruplarının belirlenmesi ve yapılabilecek müdahalelerin planlanması açısından değerlidir. Sağlık hizmeti sunumunda mental sağlık açısından çalışmaların artırılması ve riskli görülen kişilerin önceliklenerek profesyonel bir hizmet alması amacıyla yönlendirilmesi değerli olacaktır.

Anahtar kelimeler: depresyon, anksiyete, COVID-19, mental sağlık



Evaluation and follow-up of Mental Health Status in Patients with COVID-19

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of this study is to evaluate mental health problems such as anxiety and depression in patients diagnosed with COVID-19 at Dokuz Eylül University Hospital, to prospectively monitor them, and to examine the factors affecting them.

METHOD: In the study, phone calls were made to 345 people among 1504 people aged 18 and older who applied to Dokuz Eylül University Hospital and were diagnosed positive with SARS-CoV-2 PCR test between August 1, 2021, to September 30, 2021. The first interviews were held 15 days after the patient was diagnosed, and the second interviews were held 2 months later (Day 60). During the phone interview, patients' sociodemographic characteristics, CVs, history of psychiatric illness, characteristics and complaints about the period during which they were diagnosed with COVID-19, and perceived social support were learned. The Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) was used to assess mental health status. For the second interviews, questions were added to the survey to evaluate the characteristics of the period after the first interview. It was learned whether a traumatic event affecting the patients psychologically happened and if happened what the reasons were for the effects. With these collected data, variables that have an impact on mental health were evaluated with univariate and multivariate analyses. Statistical analyses were performed using SPSS 24.0 program.

RESULTS: The sample group consists of 345 people, the age range is 18-90 and the mean age is 40.9 (Standard deviation=15.1). Participants included 188 women (54.5%) and 157 men (45.5%). In the first interviews, a total of 51 (14.8%) out of 345 people had a high anxiety or depression score according to HADS. In the second interviews, a total of 28 (8.9%) people out of 317 had high anxiety or depression scores. Variables that were observed to increase the incidence of mental health problems statistically significantly in the first interviews were poor economic status, being divorced or widowed, insufficient social support from family, not being fully recovered, severe disease severity in terms of COVID-19, hospitalization, sleep problems during the disease process, being diagnosed with an active psychiatric disease, using psychiatric medication, having a history of psychiatric disease in the past, and having a family history of psychiatric disease

($p < 0.05$). As a result of the logistic regression analyzes conducted for the first interviews, having a history of psychiatric illness (O.R.=3.37, 95% CI: 1.78-6.36) and severe illness severity (O.R.=2.49, 95% CI: 1.31-4.74) statistically increased the risk of mental health problems. Variables that statistically significantly increase the incidence of mental health problems in the second interviews were poor economic situation, severe COVID-19 disease severity, diagnosis of an active psychiatric disease, use of psychiatric medication, history of psychiatric disease in the past, family history of psychiatric disease and insufficient social support of friends ($p < 0.05$). In the logistic regression analysis conducted for the second interviews, when history of psychiatric disease (O.R.=3.49, 95% CI: 1.55-7.84) and disease severity (O.R.=2.29, 95% CI: 1.02-5.13) were analyzed separately by adjusting for age and gender, both while it was found to be statistically significant, when the two variables were analyzed together, disease severity lost its significance and only history of psychiatric illness was found to be significant (O.R.=3.21, 95% CI: 1.42-7.28).

CONCLUSION: It has been observed that patients diagnosed with COVID-19 may experience mental health problems in addition to physical complaints. Consistent with expectations mental health problems are more common, especially in the acute period. Although it is observed that the frequency of anxiety and depression decreases over time during the follow-up period, it is observed that these conditions continue for a long time in some people. The evaluations showed that the most important risk factors for experiencing mental health problems are a known history of psychiatric disease and severe disease in terms of COVID-19. After the acute period, it is seen that having a history of psychiatric illness is the most important variable that increases the risk of mental health problems. In terms of social support, an important distinction observed during the follow-up period is that family social support was significantly associated with mental health problems during the acute period, and friend social support was significantly associated with mental health problems in the later period. These results are valuable in terms of identifying risk groups and planning possible interventions. It would be valuable to increase efforts in terms of mental health in the provision of healthcare services and to prioritize people who are considered at risk and direct them to receive professional service.

Keywords: depression, anxiety, COVID-19, mental health



1. GİRİŞ VE AMAC

Çin’de 8 Aralık 2019’da etiyolojisi bilinmeyen atipik pnömoni vakasının görülmesi ve sonrasında 31 Aralık 2019’da Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) nedeni bilinmeyen bir atipik pnömoni kümesinin bildirilmesi üzerine yapılan araştırmalar sonucu 7 Ocak 2020’de yeni tip bir koronavirüs izole edilmiştir. DSÖ tarafından 11 Şubat 2020’de bu virüs “Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2” (SARS-CoV-2) olarak, oluşturduğu hastalık ise “Coronavirus Disease-19” (COVID-19) olarak adlandırılmıştır (1–3).

COVID-19 salgını birçok ülkede hızla yayılarak 11 Mart 2020’de DSÖ’nün de ilanıyla tüm dünyayı etkileyen bir pandemi haline gelmiştir.(4) Bu hastalıkla mücadele etmek için DSÖ’nün küresel çapta aldığı önlemlerin yanında ülkeler de yerel düzeyde kendi planlarını geliştirmiş ve kendi önlemlerini almışlardır.

Salgın hastalıklar ve pandemiler olağandışı durum olarak değerlendirilmekte olup doğal afet, savaş, göç gibi diğer durumlarda görülen sorunlarla benzer şekilde olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Pandemi sürecinde toplumsal düzeni etkileyen birçok değişiklik meydana gelmiştir. Kısıtlamalar ve alınan önlemler sonucunda normal düzenin dışında bir hayat tarzına geçiş yapılmış ve bu düzen uzun süre bu şekilde devam etmiştir. Tüm bunlar toplumun mental sağlık açısından olumsuz etkilenmesine neden olacak risk faktörleridir. COVID-19’un bulaşıcı bir hastalık olması, hastalık tanısı alan kişilerin karantinaya alınması, hastalık etkeni olan SARS-CoV-2 virüsünün yeni bir virüs olması nedeniyle hastalık hakkında bilginin yetersiz olması, bilinen bir tedavisinin ya da aşısının olmaması gibi nedenlerle COVID-19 özellikle ilk dönemlerde insanlarda korku ve çekince oluşturmuş; genel bir panik hali oluşması ve strese yol açması nedeniyle mental sağlık açısından birçok kişinin etkilenmesine yol açmıştır. Pandeminin tüm toplumu etkilemesinin yanında COVID-19 tanısı alan kişilerde hastalığı atlatamama ya da atlatılsa bile sekel kalması gibi endişeler, yakınlarına bu hastalığı bulaştırma korkusu gibi tedirginlikler hastalarda fiziksel şikayetlerin yanında bazı mental sağlık sorunlarına yol açmıştır.

AMAÇ: Çalışmanın amacı Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde COVID-19 tanısı alan hastalarda anksiyete ve depresyon gibi mental sağlık sorunlarının değerlendirilmesi, ileriye yönelik izlemi ve bunları etkileyen etmenlerin incelenmesidir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. COVID-19 Pandemisi ve Epidemiyolojisi

2019 sonunda Çin'in Hubei Eyaletinin Wuhan şehrinde etiyolojisi bilinmeyen pnömoni vakalarının bildirilmesi üzerine yapılan çalışmalarda saptanan yeni bir koronavirüs türü saptanmış ve SARS-CoV-2 olarak isimlendirilmiştir. Bu virüsün yol açtığı COVID-19 salgını, 30 Ocak 2020'de DSÖ tarafından uluslararası boyutta halk sağlığı acil durumu olarak sınıflandırılmıştır. Salgının Çin dışında 113 ülkeye daha yayılması ile 11 Mart 2020'de pandemi olarak ilan edilmiştir.

COVID-19'un başladığı Wuhan şehrinde Huanan Deniz Ürünleri Toptan Satış Pazarında vahşi hayvanların satılıyor olması, hastalığın kaynağının zoonotik olabileceğini düşündürmektedir. Bu konu kesin olarak netlik kazanmamakla birlikte; ilk vakaların öykülerinde bu pazardaki canlı hayvanlara maruziyet olması virüsün başlangıç aşamasında zoonotik bir kaynak kökenli olduğunu; ancak daha sonrasında insandan insana bulaş ile hızla yayılımın başladığını göstermektedir.

Türkiye'de de ilk olgu 11 Mart 2020'de tanı almış ve bunun sonrasında ülkemizde de seyahat kısıtlamaları, okullarda eğitime ara verilmesi, sokağa çıkma yasağı gibi bazı kısıtlamalara gidilmiş ve önlemler alınmıştır. İlerleyen süreçlerde zaman zaman olguların birden artışı ile pik yapması şeklinde devam eden salgın dalgaları meydana gelmiştir. Bu süreçte virüsün yeni varyantları ortaya çıkmış ve bu varyantlarda meydana gelen her yeni mutasyon ile hızlı bir yayılım gerçekleşmiştir. Alfa, Delta, Omicron BA.2 ve Omicron BA.5 varyantları ülkemizde en çok etkisi görülen varyantlar olmuştur ve pandemi süreci boyunca salgın eğrisinde bu varyantların etkisiyle toplamda altı salgın dalgası meydana gelmiştir.

İlk yıldan sonra etkisi giderek azalsa ve kısıtlamaların çoğu kaldırılrsa da pandemi süreci üç yıl kadar devam etmiştir. DSÖ Genel Direktörü 4 Mayıs 2023'te DSÖ Acil Durum Komitesi 15. toplantısında sunulan öneriler sonrasında COVID-19'un artık yerleşik ve devam eden bir sağlık sorunu olduğunu ve artık uluslararası acil bir durum olarak görülmediğini belirtmiştir (5). DSÖ verilerine göre 5 Temmuz 2023 itibarıyla dünyada toplam 767.726.861 COVID-19 tanısı alan hasta olmuştur ve 6.948.764

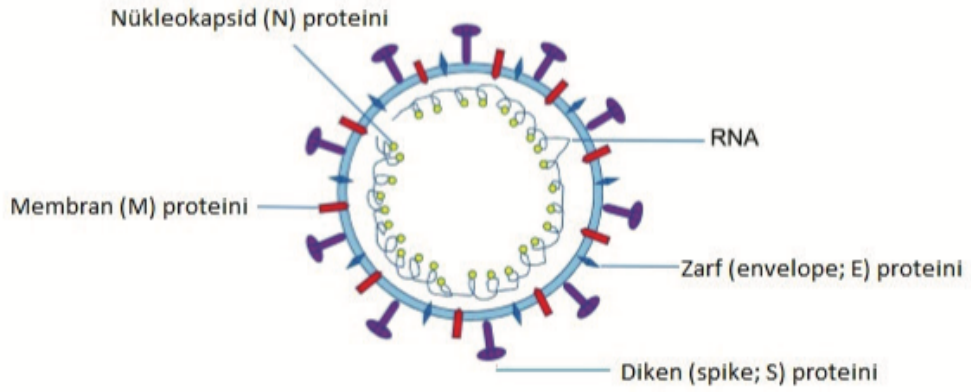
COVID-19'a bağlı ölüm meydana gelmiştir (6). Bu sayılardan çok daha fazla kişinin tanı almadan hastalığı geçirdiğı veya hastalığın ölümle ilerlediğı tahmin edilmektedir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın paylaştığı son veriler Mart 2023'e aittir ve bu verilere göre Türkiye'de toplam 17.232.066 COVID-19 tanısı alınmış, 102.174 COVID-19 nedeniyle ölüm meydana gelmiştir (7).

2.2. SARS-CoV-2 ve COVID-19

Koronavirüsler, Orthocoronavirinae ailesinden, zarflı, tek sarmallı, pozitif polariteli RNA virüsleridir (8). SARS-CoV-2 yeni bir koronavirüs türüdür. koronavirüsler yapı olarak nörotropik virüslerdir (9). Yapılan bazı çalışmalara göre koronavirüslerin özellikle bulbus olfactorius tutulumu ile beyin hücreleri tutulumu yapabildiğı görülmüştür (10). Farelerde yapılan bir çalışmada HCoV-OC43 isimli bir koronavirüsün doğrudan kronik ensefalit ve nöropsikiyatrik sekellere yol açabildiğı gösterilmiştir (11). Şiddetli SARS vakalarında beyin omurilik sıvısında SARS-CoV-1 RNA'sı bulunmuştur (12,13).

SARS-CoV-2 COVID-19'un etkeni olan ve 2020 yılında yeni tanımlanan bir koronavirüs türüdür. SARS-CoV-2'nin ACE-2 reseptörlerine bağlanma afinitesi yüksektir (14). Bu nedenle ACE-2 ekspresyonu yapan burun mukozası epiteli gibi epitellere tutulumu nedeniyle anosmi (koku kaybı) ve aguzi (tat kaybı) gibi semptomlar en sık rastlanan semptomlardan olmuştur (15,16).

Virüse maruziyet ile semptom başlangıcı arasındaki zaman dilimini gösteren inkübasyon süresi COVID-19 için ortalama 5-6 gündür. Olgu fatalite oranı 2020'de yapılmış çalışmaların metaanalizine göre %1'dir (17).



Şekil 1.SARS-CoV-2 Viral Yapısı

SARS-CoV-2 insandan insana damlacık yoluyla bulaşmaktadır (18). Özellikle öksürme, hapşıırma, konuşma gibi etrafa solunum damlacıklarının saçıldığı durumlarda bu damlacıklarda yer alan virüslerin veya kontamine yüzeylerdeki virüslerin sağlam kişilerin ağız, burun veya göz mukozasına temas etmesiyle bulaş gerçekleşmektedir (19).

COVID-19 kişiden kişiye şiddeti değişen, çok farklı semptomların görülebildiği bir kliniğe sahiptir. Özellikle üst solunum yolu enfeksiyonu şeklinde görülen bu hastalığın birçok sistemi etkileyebildiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Çin’de yapılmış bir metaanaliz çalışmasına göre en sık görülen semptomlar ateş, öksürük, halsizlik ve nefes darlığıdır (20). İsrail’de yapılan ulusal çapta bir kohort çalışmasına göre ise en sık görülen şikayetler koku ve tat kaybı, nefes darlığı, halsizlik, çarpıntı, baş dönmesi, saç dökülmesi, göğüs ağrısı, öksürük, kas ağrısı, bilişsel bozukluk olarak değerlendirilmiştir (21).

COVID-19’un direkt ve indirekt olarak beyne etkileri ile özellikle şiddetli semptomları olan COVID-19 hastalarında deliryum, çeşitli mental bozukluklar ve serebropati görülebilmektedir (22).

SARS-CoV-2’nin insandan insana damlacık yoluyla bulaşması nedeniyle hastalığın önleminde maske kullanımı ve sosyal mesafe önemli bir rol oynamaktadır. Hasta kişilerin karantinaya alınması ve riskli kişilerin izole edilmesi toplumda hastalığın yayılmasını önlemek için önemlidir. Ayrıca pandeminin ilerleyen süreçlerinde COVID-19’a karşı üretilen yeni aşılar ile hastalığın yayılmasının yavaşlatılması ve hastalığın daha hafif bir şekilde atlatılması amaçlanmıştır.

2.3. Mental Sağlık

Mental bozukluklar, kişinin bilişsel, duygusal veya davranışsal olarak klinik açıdan önemli bir rahatsızlık yaşaması olarak tanımlanır. Genellikle önemli işlevsellik alanlarında sorun yaşanması ile ilişkilidir. Birçok farklı mental bozukluk türü vardır (23). Depresyon ve anksiyete toplumda en sık karşılaşılan mental sağlık sorunlarıdır. Ayrıca depresyon ve anksiyetenin birlikteliği de sıkça görülen bir durumdur.

2019 verilerine göre her 8 kişiden 1'i, yani tüm dünyada toplam 970 milyon kişinin bir mental bozuklukla yaşamaktadır. Bunların içinde en yaygın olanlar anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklardır. 2020 yılında COVID-19 salgını nedeniyle anksiyete ve depresyon yaşayan kişilerin sayısı önemli ölçüde artmıştır. İlk tahminlere göre bir yıl içinde anksiyete %26, majör depresif bozukluk %28 oranında artış göstermiştir (24).

Mental bozukluğu olan birçok kişi damgalanma, ayrımcılık ve insan hakları ihlallerine maruz kalmaktadır. Önleme ve tedavi için birçok seçenek olmasında rağmen hala hastaların çoğu etkili bir destek ve sağlık hizmetine erişememektedir (23).

Mental sağlık Dünya Sağlık Örgütü tarafından yetenekleri geliştirebilme, stresle baş edebilme, üretken ve verimli çalışabilme, topluma katkıda bulunabilmenin oluşturduğu bir iyilik hali olarak tanımlanır (25). DSÖ tarafından sağlığın tanımı sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olması şeklinde yapılmıştır (26). Bu tanımda da görüldüğü gibi mental sağlık, sağlık için temel bir bileşendir.

Mental sağlık sorunları DSÖ Avrupa Bölgesinde her yıl nüfusun yaklaşık %25'ini etkileyen en önemli halk sağlığı sorunlarındanıdır. Ruhsal hastalıklar yaygınlık, hastalık yükü ve yeti yitimi hesaba katıldığında Avrupa Bölgesindeki en büyük halk sağlığı sorunlarından biridir. Pek çok ülkede yeti yitiminin ve erken emekliliğin başlıca nedenidir ve ekonomilere büyük yük getirmektedir. Mental sağlık sorunları sosyoekonomik yönden yoksul insanlar arasında çok daha yaygındır (25).

Türkiye'de mental sağlık açısından veriler değerlendirildiğinde yakın zamanda bu konuda yapılmış çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu görülmüştür. Depresyon ve anksiyetenin engelliliğe bağlı yaşam yılı kayıplarında ilk on neden içinde olduğu görülmektedir. 2019 Sağlık İstatistikleri Yıllığına göre 12 aylık depresyon insidansı %7.2 (kadınlarda %9.4, erkeklerde %4.9); anksiyete bozukluklarından yaygın anksiyete

bozukluğu %2.8, obsesif kompulsif bozukluk ise %2.2-3.0 arasında görülmektedir. Psikoz yaygınlığı için yapılmış bir metaanalizde (n=6022) şizofreni 1000 kişide 8.9 (%95 GA:6.6-11.3) olup üniversite öğrencileri, mahkumlar ve evsizler gibi bazı gruplarda daha yaygın olduğu görülmüştür (27). İzmir’de yapılan 4011 kişinin tarandığı bir çalışmada bipolar duygudurum bozukluğu %0.92, psikotik belirti sıklığı %2.6 bulunmuştur (28).

Türkiye’de toplum ruh sağlığı profilinin değerlendirildiği büyük çaplı bir çalışma en son 1998 yılında yapılmıştır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili raporuna göre 1998’de erişkinlerde son 12 ay içinde ruhsal rahatsızlık görülme oranı %17.2, son 1 yıl içinde ruhsal rahatsızlık nedeniyle yardım için başvuru oranı ise %4.7’dir (29).

Küresel Hastalık Yüğü Çalışması 2019 raporuna göre yeti yitimi ile geçirilen yılların ilk 10 nedeni içinde depresif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarının olduğu görülmektedir. Depresif bozukluklar erkeklerde 2. sırada, kadınlarda 3. sırada; anksiyete bozuklukları ise erkeklerde 8. sırada, kadınlarda 7. sıradadır.

COVID-19 hastalarında mental sağlık değerlendirmesi yapılmış bir metaanalizde 31 çalışmadan elde edilen verilere göre (n=5153) depresyon prevalansı %45, anksiyete prevalansı %47, uyku bozukluğu prevalansı %34 bulunmuştur (30).

Çocuklar ve gençlerle yapılmış pandemi öncesi ile pandemi süreci içinde mental sağlığın değişiminin karşılaştırıldığı bir sistematik derlemeye göre pandeminin çocuk ve gençlerin mental sağlığı üzerine olumsuz etkileri olduğu gösterilmiştir (31).

2.3.1. Anksiyete

Anksiyete herkesin zaman zaman yaşadığı, strese karşı yanıtta önemli olan ve tehlike anında koruyucu olabilen bir duygudur. Normal anksiyete aslında gerekli, koruyucu ve yaşamsaldır, günlük hayatta birçok stres içeren durumda olağan ve beklenen bir duygudur. Klinik açıdan önemi olan anksiyete kişinin düşünebilme, odaklanma, plan yapma ve harekete geçme gibi becerilerini bozabilmekte; tedbirler ve kaçınmalar nedeniyle yaşam kalitesinin düşmesine yol açmaktadır (32). Anksiyete bozuklukları, aşırı korku ve kaygı ile buna bağlı davranış bozuklukları ile karakterize mental sağlık sorunlarından. Semptomlar ciddi bir sıkıntıya veya işlevsellikte önemli bir bozulmaya yol açacak kadar şiddetli olabilir. Yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi bozukluğu gibi farklı anksiyete bozukluğu

türleri vardır. Etkili psikolojik tedavileri ve şiddetine göre medikal tedavi imkanları bulunmaktadır (33). Anksiyetede bedensel, bilişsel ve davranışsal belirtiler görülebilmektedir. Çarpıntı, nefes darlığı, terleme gibi bedensel; endişe, felaket düşünceleri gibi bilişsel; motor huzursuzluk, kaçınma, yardım ve güvence arama gibi davranışsal belirtiler eşlik edebilmektedir (32).

2019 verilerine göre dünyada 58 milyonu çocuk ve ergen olmak üzere 301 milyon kişi anksiyete bozukluğuyla yaşamaktadır (34). Anksiyete bozuklukları genel toplumda oldukça sık görülmekte olup yaşam boyu prevalansları %17-25 aralığındadır (32).

Anksiyete bozukluğunun 12 aylık görülme sıklığı erişkinlerde %2.9, yaşam boyu hastalanma olasılığı %9'dur. Kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha sık görülmektedir. Yaygın anksiyete bozukluğunun yaklaşık üçte biri kalıtsaldır (35). Toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi) için birinci derece yakınlarda görülme riski 2-6 kat daha fazladır (35).

2.3.3. Depresyon

Depresyon, olağan ruh hali dalgalanmalarından ve günlük yaşamdaki zorluklara verilen kısa süreli duygusal tepkilerden farklı olarak; kişinin en az iki hafta boyunca, günün büyük bir bölümünde, neredeyse her gün depresif ruh halinde olması, aktivitelerden zevk almada azalma ve ilgi kaybı yaşamasıdır. Bir duygudurum bozukluğudur. Ayrıca kişi zayıf konsantrasyon, aşırı suçluluk hissetme, düşük özdeğer duygusu, geleceğe dair umutsuzluk, ölüm veya intihar hakkında düşünceler, uyku bozukluğu, iştah ve kiloda değişimler, yorgun veya enerji olarak düşük hissetme gibi semptomlar yaşayabilir. Etkili psikolojik tedavileri ve şiddetine göre medikal tedavi imkanları bulunmaktadır (33).

2019 verilerine göre dünyada 23 milyonu çocuk ve ergen olmak üzere 280 milyon kişi depresyonla yaşamaktadır (34). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda 12 aylık depresif nöbet yaygınlığı erkeklerde %2.3, kadınlarda %5.4, tüm nüfusta %4.0 olarak verilmiştir (29).

Majör depresyonun 12 aylık görülme sıklığı yaklaşık %7 olup, 18-29 yaş aralığında görülme sıklığı 60 yaş ve üzerinde görülme sıklığından üç kat daha fazladır. Kadınlarda erkeklere göre 1.5-3 kat daha fazladır. Majör depresyonu olan bireylerin birinci derece

aile bireylerinde majör depresyon bozukluğunun ortaya çıkma olasılığı genele göre 2-4 kat daha fazladır (36).

2.3.4. Olağandışı Durumlarda Mental Sağlık

Olağandışı durumlar stres, kişisel yaralanma, fiziksel hasar ve geniş çaplı ekonomik yıkıma neden olan çevresel etkiler veya silahlı çatışmalar olarak tanımlanır. Yıkım ani ve şiddetli, yerel olanaklarla baş edilemeyecek düzeyde, bölge dışından ulusal ya da uluslararası düzeyde yardımın gerektiği bir yıkımdır (37).

Stres çevresel ajanların etkisiyle organizmadaki değişim durumudur, fiziksel ve psikolojik bozukluklara neden olur. Stresi yaratan durumun süresi, olay etkisinin şekli ve yayılımı, stresin önceden bilinme durumu (beklenmedik stres), stresin kontrol edilebilirliği stresin artmasında etkilidir. Bu açıdan olağandışı durumlar korku yaratması, beklenmedik şekilde gerçekleşmesi, kontrol edilememesi ve uzun sürmesi nedenleriyle büyük bir stres kaynağıdır (37).

Olağandışı durumlarda psikolojik yanıtlar stres durumunun hemen ardından oluşan geçici yanıt (reaksiyon) ve uzun süreli mental bozukluklar (sonuçlar) olarak değerlendirilebilir. Stresle baş etmenin ve sonuçlarının değerlendirilmesinde kişisel öncelikler, inanç ve gelenekler, makro ve mikro sosyal faktörler önemlidir (37).

Olağandışı durumların psikolojik sonuçları normal ve patolojik yanıt olarak iki şekilde görülebilir. İlk karşılaşmada korku, üzüntü ve öfke; ardından inkar ve ret ile kontrol edilemeyen düşünceler görülebilir. Normal yanıtta bu döngü kabullenme ile sonuçlanırken patolojik yanıtta ani duygusal reaksiyonlar ile panik ve tükenme dönemleri görülürken kabullenmeye geçilemez. Posttravmatik stres bozukluğu, generalize anksiyete bozukluğu, posttravmatik depresyon gibi mental sağlık sorunları görülebilir (37).

2.3.5. Sosyal Desteğin Mental Sağlık Açısından Önemi

Mental sağlık için ve mental bozukluklarla baş etmek için sosyal destek önemli bir etkidir. Yapılan çalışmalarda sosyal desteğin mental sağlık açısından önemini gösteren kanıtlar mevcuttur. Sosyal izolasyonun ve yalnızlığın mental sağlık sorunları açısından önemli bir risk olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (38). Salgın hastalık ve pandemi gibi süreçlerde alınan önlemler sosyal izolasyon ve yalnızlığın artmasına, bu da mental sağlık açısından olumsuz etkilere yol açabilir.

Sosyal destek ile depresyon arasındaki ilişkinin incelendiği 62 makalenin değerlendirildiği 2016 yılında yapılmış bir sistematik derlemeye göre yetişkinlerde çalışmaların çoğunda (%89) sosyal destek ile depresyondan korunma arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Çocuk ve ergenlerde ebeveyn, yetişkinlerde ve yaşlılarda eş sosyal desteğinin daha ön planda olduğu görülmüş, farklı yaş gruplarında farklı rollerdeki kişilerin sosyal desteğinin ön planda olduğu belirtilmiştir (39). Hamilelik sürecinde sosyal destek ile mental sağlık durumu arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan toplam 67 makalenin incelendiği (n=64.449) bir metaanalizin sonuçlarına göre düşük sosyal destek ile doğum öncesi depresyon (OR: 1.18 (%95 GA: 1.01-1.41)) ve anksiyete (OR: 1.97 (%95 GA: 1.34-2.92) arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (40). Pandemi sürecinde sağlık çalışanları üzerinde yapılan çalışmaların değerlendirildiği bir sistematik derlemede mental sağlığın korunmasında başa çıkma davranışlarının ve psikolojik dayanıklılığın yanında sosyal desteğin etkisini gösteren kanıtlar mevcuttur (41).

Mental sağlık sorunları açısından önemli bir risk faktörü olan yalnızlık için de sosyal destek önemli bir göstergedir. Sosyal destek ile yalnızlık arasındaki ilişkiyi inceleyen bir metaanalize göre yüksek sosyal desteğin yalnızlık ile negatif korelasyonda olduğu ($r=-0.39$) görülmüş, sosyal destek ile yalnızlık arasındaki ilişkinin boyutunun çalışmalar arasında büyük farklılıklar gösterdiği ve bu farklılıkların çeşitli faktörlerden kaynaklandığı belirtilmiştir. “Algılanan sosyal destek” ile değerlendirme yapan çalışmalarda diğerlerine göre daha yüksek bir korelasyon görülmüştür ($r=-0.45$). Sonuç olarak sosyal desteğin yalnızlık düzeyinin azaltılması üzerinde önemli bir rolü vardır ve metaanaliz sosyal destek ile yalnızlık arasındaki güçlü ilişkiyi destekleyici sonuçlar vermiştir(42). Hollanda’da erişkin bir grupta yapılan bir kesitsel çalışmada (n=187) yalnızlık ile ruh sağlığı arasındaki ilişki ve sosyal desteğin etkileri incelenmiştir.

Sonuçlara göre sosyal desteğin yalnızlık üzerinden aracı etkilerle anksiyete ve depresyon üzerine anlamlı etkileri varken somatik semptomlar açısından anlamlı bir ilişkisi olmadığı gösterilmiştir (43). Pandeminin sosyal izolasyon ve yalnızlık üzerine etkisinin değerlendirildiği 101 ülkeden 20.398 katılımcının yer aldığı çok merkezli bir çalışmaya göre pandemi sürecinde şiddetli yalnızlık prevalansı %21 bulunmuştur ve katılımcıların %6'sı geriye dönük olarak pandemi öncesinde de şiddetli yalnızlık olduğunu bildirmiştir (44).

Literatürdeki çalışmalarda görüldüğü gibi sosyal desteğin mental sağlık açısından önemli bir yeri vardır ve birçok çalışmada mental sağlık sorunları ile istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkiye sahiptir.

2.3.6. COVID-19'un Mental Sağlık Üzerine Etkisi

Bir tehdit karşısında, özellikle de bilinmeyen ve belirsizliğin hakim olduğu durumlarda kişilerin korku, endişe ve stres yaşaması normal ve beklenen bir durumdur. COVID-19 salgını sürecinde virüse yakalanma korkusunun yanında günlük hayatı ciddi derecede etkileyen kısıtlamalar olması da mental sağlık sorunları açısından önemlidir. Evden çalışma, geçici işsizlikler, öğrencilerin evden eğitim görmesi gibi değişiklikler kişileri alışık olmadığı bir düzene zorunlu kılmıştır (33). Salgın nedeniyle alınan önlemlerin sosyal ilişkiler üzerine olan negatif etkisi dolaylı olarak mental sağlık üzerinde de olumsuz sonuçlara yol açabilir (45). Pandemi sürecinde gerçekten de genel popülasyonda mental sağlık sorunlarında artış görülmüştür (24).

Pandeminin tüm toplumda mental sağlık açısından etkileri olmasının yanında COVID-19 tanısı alarak hastalığı geçiren kişilerde daha farklı yollarla da etkileri olmuş olabilir. COVID-19 geçiren hastalar hastalık sürecinde karantinada kalmalarının etkisiyle sosyal açıdan yeterli desteği göremedikleri için mental sağlık sorunu yaşamaya daha yatkın olabilirler. Hastalıkla ilgili bilinmeyenler ve belirsizlikler kişilerin kaygı düzeyini artırabilir. Ayrıca çevresindekilere bulaştırma korkusu da hastaların mental açıdan etkilenmelerinde önemli olabilir.

Ölüm sonrası inceleme yapılan bir vaka serisinde COVID-19'un beyin üzerindeki ana etkisinin inflamasyon yoluyla olduğu görülmüştür (46). İlk vaka raporları ve Birleşik Krallık CoroNerve Sürveyans Platformu verilerinden ilk makaleye göre COVID-19

tanısı sonrasında yeni başlayan psikozlar, mental durum değişiklikleri ve serebrovasküler olaylar tanımlanmıştır (47). Güney Kore’de yapılan bir çalışmada ise ciddi bir mental hastalık öyküsü olan hastalarda COVID-19 açısından ağır klinik bulgular görülme riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür (48).

Yapılan bir derlemeye göre COVID-19 ile mental sağlık arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalarda yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, meslek, ekonomik durum, yaşanan yer, eşlik eden sağlık sorunları, COVID-19 ile ilişkili haberlere maruz kalma, baş etme biçimleri, damgalanma, psikososyal destek, sağlık iletişimi, sağlık hizmetlerine güven gibi değişkenlerin COVID-19 ile ilişkili mental sağlık sorunlarında ilişkili faktörler olduğu görülmüştür (49).

COVID-19 tanısı alan kişilerde mental sağlığın etkilenmesindeki nedenlerin yapılan bir metaanalizde multifaktöriyel olduğu belirtilmiş; bu nedenlerden bazıları karantina veya hastanede kalış süresinde kişinin sevdikleriyle iletişim eksikliği, COVID-19 ile ilgili yetersiz bilgi ve yanlış bilgiler nedeniyle hastalığa duyulan korku, kendini suçlama ve sosyal damgalanma olarak ifade edilmiştir (30).

COVID-19 salgını sürecinde yapılan çalışmalarda mental sağlık sorunları açısından riskin artmış olduğu görülmektedir. Nedensellik ilişkisi açısından biyolojik, psikolojik, sosyal birçok faktör bulunmakla birlikte kişilerin bireysel özellikleri ve sosyodemografik değişkenlerin de mental sağlık açısından önemli bir yeri vardır.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmada 01.08.2021-30.09.2021 tarih aralığında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'ne başvurarak SARS-CoV-2 PCR (+) tanısı alan 18 yaş ve üzeri 1504 kişi içinden 345 kişiye telefon görüşmesi ile ulaşılmıştır. İlk aramalar hastanın tanı aldığı tarihten 15 gün sonra yapılmıştır. İlk aramalarda her görüşme ortalama 15-20 dakika sürmüştür. Toplam 456 arama yapılmıştır, bunların 14'ü görüşmeyi reddetmiş, 97'si ise en az 2 kez aranmasına rağmen ulaşılamamıştır. Görüşmesi tamamlanan 345 kişi örnek grubunu oluşturmuştur. Arama yapılan her gün o tarihe göre 15 gün önceki hastalara ulaşılmaya çalışılmıştır. Hastane sistemindeki sıra ile aramalar yapılmıştır. Gün içinde aranabilen en fazla sayıda hastaya ulaşılmaya çalışılmış, gün sonunda kalan hastalar aranmamış, ertesi gün bir sonraki günün hastaları ile devam edilmiştir.

İkinci aramalar, hastanın tanı alışından 2 ay sonra (60. günde) yapılmıştır. Bu aramalarda 345 hastanın 24'üne ulaşılamamış, 4'ü ise görüşmeyi reddetmiştir. Böylece ikinci görüşmelerin yapıldığı örnek grubu 317 kişiden oluşmuştur. İkinci görüşmede anksiyete veya depresyon skoru yüksek olan kişiler tekrar aranarak istekli olmaları durumunda hastanemizde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğinden randevu ayarlanabileceği bilgisi verilmiş, kabul eden kişilerin randevusu planlanmıştır.

Araştırmada ikinci görüşmede HADS ölçeğine göre anksiyete ve depresyon skoru yüksek olan 28 kişi, tanı tarihinden sonra 6. ayda üçüncü kez aranarak tekrar değerlendirilmiştir. Bu görüşmelerde hastaların 3'üne ulaşılamamış, 25 kişinin değerlendirmesi tamamlanmıştır. Bu görüşmelerde önceki değerlendirmede anksiyete veya depresyonu olan hastalar biraz da etik kaygılarla takip edilmiştir, kişilerin psikolojik destek danışmanlık alıp almadığı, psikiyatrik bir tedavi başlanıp başlanmadığı değerlendirilerek 6. aydaki mental sağlık durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Telefon görüşmeleri Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi dahili numarasından mesai saatleri içinde yapılmıştır. Hastaların genel bilgileri HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi) üzerinden alınmış olup görüşme sırasında bir anket formu ile sosyodemografik özellikleri, hastalık süreci ile ilgili özellikler ve yaşadığı şikayetler, bilinen hastalıklar, psikiyatrik özgeçmiş ve soygeçmiş ve sosyal destek ile ilgili sorular

sorularak veri toplanmıştır. Ankette hastaların mental sağlık durumunun değerlendirilmesi amacıyla Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği kullanılmıştır.

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma iki kesitsel çalışmadan oluşan bir izlem çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İzmir’de Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde, Ağustos 2021 – Nisan 2022 aralığında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

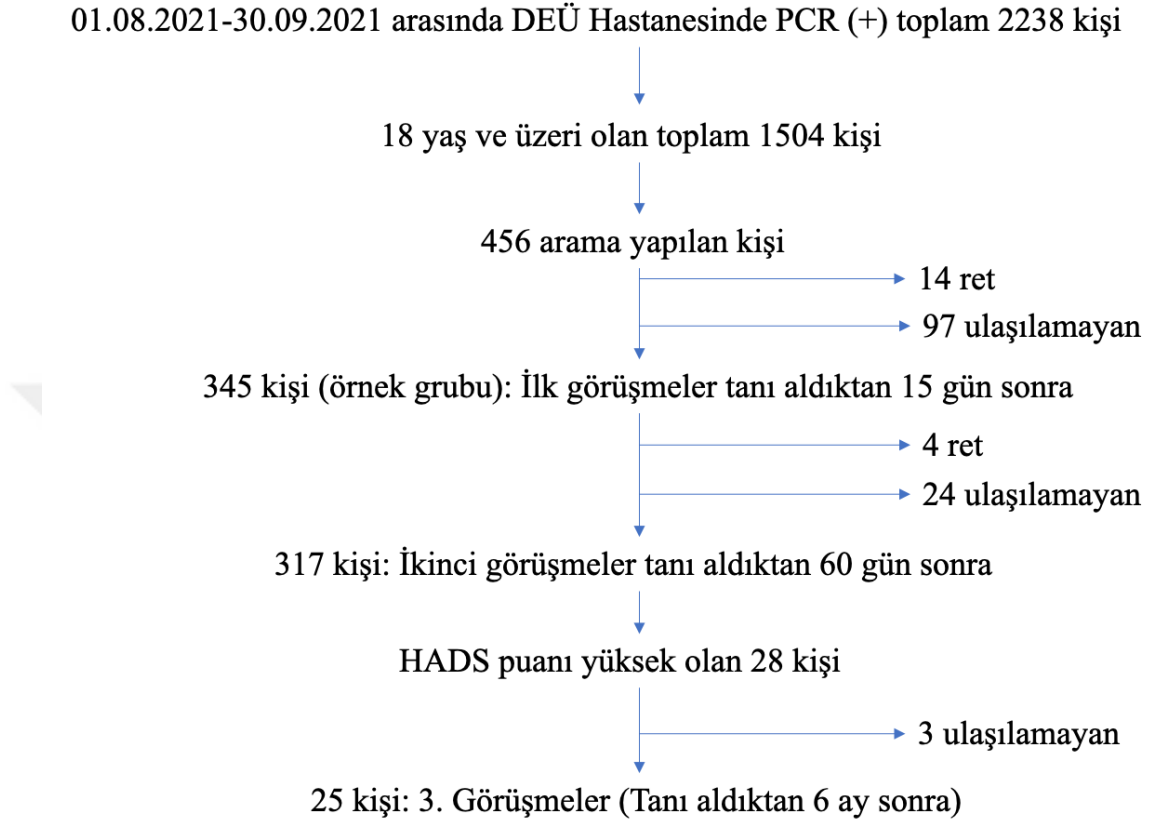
Araştırmanın örneklemi Ağustos-Eylül 2021 döneminde Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinde COVID-19 tanısı alan (SARS-CoV-2 PCR +) 18 yaş ve üzeri kişilerdir.

Dışlama kriterleri ise 18 yaşın altında olmak, telefonla ulaşılamamak ve sözel onamı reddetmektir. Hedeflenen örnek büyüklüğü, %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile; literatürde Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği ile belirlenen depresyon prevalansı %20 olarak kabul edildiğinde 246, anksiyete prevalansı %34 kabul edildiğinde 345 olarak belirlenmiştir.

01.08.2021 – 30.09.2021 tarihleri arasında DEÜ Hastanesinde SARS-CoV-2 PCR (+) toplam 2238 kişi vardır. Bu kişilerin içinde 18 yaş ve üzeri olan kişiler toplam 1504 kişidir. İlk görüşmelerde bu 1504 kişi içinde 456 arama yapılmış, 14 ret, 97 ulaşılamayan kişi olmuş ve toplam 345 kişiye ulaşılmıştır. Yani birinci görüşmelerde ulaşma oranı %75.6’dır.

Takip sürecinde yapılan ikinci görüşmelerde ilk görüşmelerdeki 345 kişi tekrar aranmış, bunların 4’ü görüşmeyi reddetmiş, 24 kişiye ulaşılamamış, toplam 317 kişiye ulaşılmıştır. İkinci görüşmelerde ulaşma oranı %91.8’dir. Üçüncü görüşmelerde ise sadece ikinci görüşmede anksiyete veya depresyon skoru yüksek olan 28 kişi aranmış,

bunların 25'i ile görüşme yapılmış, 3 kişiye ulaşılamamıştır. Üçüncü görüşmelerde ulaşma oranı %89.2'dir.



Şekil 2.Araştırmanın akış şeması

3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Araştırmada COVID-19 geçiren kişilerin mental sağlık sorunu yaşaması bağımlı değişken; kişilerin sosyodemografik özellikleri, kronik hastalık durumları, COVID-19 geçirme süreci ile ilgili bireysel ve çevresel özellikler, hastalık sürecinde yaşanan şikayetler, psikiyatrik özgeçmiş ve sosyal destek gibi ana başlıklarda bağımsız değişkenler belirlenmiştir.

3.4.1. Bağımlı Değişkenler Tanımı ve Ölçümü

Bağımlı değişkenler mental sağlık durumu ile ilgili bir duygudurum bozukluğunu göstermesi açısından depresyon ve anksiyetedir. Ölçüm için Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği kullanılmış ve puanlamada kesim noktasının üzerinde puan alanlar depresyon ve anksiyete açısından yüksek riskli olarak değerlendirilmiştir. Puanlamada depresyon için 7'nin üzeri, anksiyete için 10'un üzeri mental sağlık sorunu var olarak kabul edilmiştir.

Tablo 1. Araştırmanın bağımlı değişkenleri ve ölçüm yöntemi

Bağımlı Değişkenler	Ölçüm ve tanım	Ölçek / Veri
Mental Sağlık Sorunu		
Depresyon	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği'nin 2, 4, 6, 8, 10., 12. ve 14. soruları ile değerlendirilmekte olup puan toplamın 8 ve üzerinde olması depresyon var olarak kabul edildi	4'lü Likert
Anksiyete	Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği'nin 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. soruları ile değerlendirilmekte olup puan toplamın 11 ve üzerinde olması anksiyete var olarak kabul edildi	4'lü Likert

3.4.2. Bağımsız Değişkenler Tanımı ve Ölçümü

COVID-19 geçiren hastalarda mental sağlık üzerinde etkili olabilecek bağımsız değişkenler olarak kişilerin sosyodemografik özellikleri, kronik hastalık durumları, COVID-19 geçirme süreci ile ilgili bireysel ve çevresel özellikler, hastalık sürecinde yaşanan şikayetler, psikiyatrik özgeçmiş ve sosyal destek ana başlıklarında değişkenler belirlenmiştir.

Sosyodemografik özelliklerde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek ve ekonomik durum değerlendirilmiştir.

Tablo 2.Araştırmanın bağımsız değişkenlerinden sosyodemografik özellikler ve ölçüm yöntemleri

Bağımsız Değişkenler	Ölçüm ve tanım	Ölçek / Veri
Yaş	HBYS üzerinden alınan verideki doğum tarihine göre yaş hesaplandı	Sürekli veri
Cinsiyet	HBYS üzerinden alınan verideki cinsiyet kabul edildi	Nominal veri (Kadın / Erkek)
Eğitim durumu	Kişilere eğitim durumu soruldu	Ordinal veri (Üniversite / Lise / Ortaokul / İlkokul / Okuryazar / Okuryazar değil)
Medeni durum	Kişilere medeni durumu soruldu	Nominal veri (Evli / Hiç evlenmemiş / Boşanmış / Eşi vefat etmiş)
Meslek	Kişilere meslekleri soruldu	Nominal veri (İşsiz çalışmıyor / Ev hanımı / Düzensiz geliri olan işlerde çalışanlar / Sanayi, fabrika, inşaat, atölye vb yerlerde çalışan üretim işçisi / Tezgahtar, garson, pazarlama, kurye, kasiyerlik gibi işlerde çalışanlar / Beceri gerektiren, büro saha vb işlerde çalışanlar (sekreter, memur, kamu personeli gibi) / İşçi çalıştırmayan kendi hesabına çalışan esnaf, zanaatkar / 3'ten az işçi çalıştıran işveren / 3 ve üzeri işçi çalıştıran işveren / Mühendis, avukat, öğretmen, polis, asker gibi yüksek eğitim gerektiren işler / Sağlık çalışanı (doktor, hemşire, paramedik, hasta bakıcı gibi) / Emekli / Öğrenci / Diğer)
Ekonomik durum	Kişilere ekonomik durumlarını nasıl algıladıkları soruldu	Ordinal veri (Çok kötü / Kötü / Orta / İyi / Çok iyi / Bilmiyorum)

Hastalık süreci ile ilgili olarak kişilere kronik hastalıkları olup olmadığı, algılanan hastalık şiddeti, COVID-19 nedeniyle hastaneye yatış durumu, aşı durumu, devam eden şikayet varlığı; hastalık sürecinde psikolojik zorluk yaşama, yalnız kalma durumu, evde başka vaka varlığı, COVID-19 nedeniyle vefat eden yakın olması, hastalık sürecinde uyku sorunu yaşama, bakım ihtiyacı duyma, bakabilecek biri varlığı, yemek ve market ihtiyacı desteği, bakım verme durumu, tıbbi açıdan danışabilecek yer varlığı ve psikolojik olarak danışabilecek yer varlığı değerlendirildi.

Tablo 3.Araştırmanın bağımsız değişkenlerinden hastanın kliniği ile ilgili özellikler ve ölçüm yöntemleri

Bağımsız Değişkenler	Ölçüm ve tanım	Ölçek / Veri
Kronik hastalık varlığı	Kişilere kronik hastalıkları olup olmadığı soruldu	Dikotom veri (var / yok)
Hastalık şiddeti	Kişilere COVID-19 şikayetlerinin şiddeti soruldu	Ordinal veri (Hafif / Orta / Ağır)
Yatış durumu	Kişilere COVID-19 nedeniyle hastane yatışı yapıp yapılmadığı soruldu	Dikotom veri (var / yok)
Aşı durumu	Kişilere herhangi bir COVID-19 aşısı olup olmadıkları soruldu	Dikotom veri (var / yok)
Devam eden şikayet	Kişilere görüşmeler sırasında aktif olarak devam eden bir şikayetleri olup olmadığı soruldu	Dikotom veri (var / yok)
Tıbbi açıdan danışma durumu	Kişilere COVID-19 geçirme sürecinde tıbbi açıdan danışabilecekleri bir yer olup olmadığı soruldu	Dikotom veri (var / yok)

Kronik hastalıklar açısından değerlendirmede araştırma grubuna toplumda en sık görülen diyabet, hipertansiyon, kalp hastalıkları, kanser, astım, KOAH, tiroit hastalıkları gibi kronik hastalık tanılarının olup olmadığı sorulmuştur.

Tablo 4. Araştırmanın bağımsız değişkenlerinden hastalık süreci ile ilgili özellikler ve ölçüm yöntemleri

Bağımsız Değişkenler	Ölçüm ve tanım	Ölçek / Veri
Psikolojik zorluk	Kişilere COVID-19 geçirme sürecinde psikolojik olarak zorluk yaşıyıp yaşamadıkları soruldu	Dikotom veri (var / yok)
Yalnız kalma durumu	Kişilere COVID-19 geçirme sürecinde yalnız kalma durumu soruldu	Dikotom veri (var / yok)
Evde başka vaka varlığı	Evde başka COVID-19 tanısı alan kişi olup olmadığı soruldu	Dikotom veri (var / yok)
COVID-19 nedeniyle vefat eden yakın	Kişilere COVID-19 nedeniyle vefat eden bir yakınları olup olmadığı soruldu	Dikotom veri (var / yok)
Uyku sorunu yaşama	Kişilere COVID-19 sürecinde uyku sorunu yaşıyıp yaşamadıkları soruldu	Dikotom veri (var / yok)
Bakım ihtiyacı	Kişilere COVID-19 geçirme sürecinde bakım ihtiyacı duyup duymadıkları soruldu	Dikotom veri (var / yok)
Bakabilecek biri varlığı	Kişilere yanlarında bakım verebilecek biri olup olmadığı soruldu	Dikotom veri (var / yok)
Yemek ve market ihtiyacı desteği	Kişilere COVID-19 sürecinde yemek ve market ihtiyaçları için destek olan birileri olup olmadığı soruldu	Dikotom veri (var / yok)
Bakım verme durumu	Kişilere COVID-19 sürecinde bir başkasına bakım verme durumları soruldu	Dikotom veri (var / yok)
Psikolojik açıdan danışma durumu	Kişilere COVID-19 geçirme sürecinde psikolojik açıdan danışabilecekleri bir yer olup olmadığı soruldu	Dikotom veri (var / yok)

Kişilerin psikiyatrik öykülerini değerlendirmek için bilinen bir psikiyatrik hastalık tanısı olup olmadığı, düzenli olarak kullanılan bir psikiyatrik ilaç olup olmadığı, düzenli olarak psikolojik destek danışmanlık alma durumu, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olup olmadığı, geçmişte psikiyatrik bir hastalık geçirme öyküsü soruldu.

Sosyal destek açısından aile desteği, aile ile duygu paylaşımı, arkadaş desteği, arkadaş ile duygu paylaşımı, özel bir kişi / üçüncü bir kişi ile duygu paylaşımı, özel bir

kişi / üçüncü bir kişi desteği, iş amiri desteği ve iş arkadaşları desteği 5'li Likert ile değerlendirilmiştir.

İkinci görüşmeler sırasında kişilere ilk görüşme sonrasında ikinci görüşmeye kadar olan süreçle ilgili sorular sorulmuştur. Bu süreçte psikolojik zorluk yaşama, yeni bir psikiyatrik tanı alma, psikiyatrik ilaç kullanma, travmatik bir olay yaşama, psikolojik destek danışmanlık için başvuru, herhangi bir nedenle herhangi bir sağlık kurumuna başvuru gibi durumlar sorulmuştur. Ayrıca kişilere psikolojik olarak etkilenme nedenleri ve geriye dönük olarak ilk görüşmede etkilenme nedeni de aynı şekilde sorulmuştur.

Tablo 5.Araştırmanın bağımsız değişkenlerinden ilk görüşmeden ikinci görüşmeye kadar geçen süreçle ilgili özellikler ve ölçüm yöntemleri

Bağımsız Değişken	Ölçüm ve tanım	Ölçek / Veri
COVID-19 sonrası psikolojik zorluk	Kişilere ilk görüşme sonrasında ikinci görüşmeye kadar geçen süreçte psikolojik olarak zorluk yaşayıp yaşamadıkları soruldu	Dikotom veri (var / yok)
COVID-19 sonrası psikolojik destek danışmanlık için başvuru	Kişilere ilk görüşme sonrasında ikinci görüşmeye kadar geçen süreçte psikolojik destek danışmanlık için başvuru yapıp yapmadıkları soruldu	Dikotom veri (var / yok)
İkinci görüşme sırasında psikolojik açıdan etkilenme nedeni	Kişilere psikolojik olarak etkilenmelerinin algılanan nedeni soruldu	Nominal (Sadece COVID-19 / Sadece dış faktörler / COVID-19 ve dış faktörler birlikte / Etkilenmedim)
İlk görüşme sırasında psikolojik açıdan etkilenme nedeni	Kişilere ilk görüşme sırasında psikolojik olarak algılanan etkilenme nedeni soruldu	Nominal (Sadece COVID-19 / Sadece dış faktörler / COVID-19 ve dış faktörler birlikte / Etkilenmedim)
Travmatik bir olay yaşama durumu	Kişilere ilk görüşme sonrasında ikinci görüşmeye kadar geçen süreçte travmatik bir olay yaşayıp yaşamadıkları soruldu	Dikotom veri (var / yok)

COVID-19 sonrası psikiyatrik tanı	Kişilere COVID-19 geçirdikten sonra yeni bir psikiyatrik tanı alıp almadıkları soruldu	Dikotom veri (var / yok)
COVID-19 sonrası psikiyatrik bir ilaç kullanımı	Kişilere COVID-19 geçirdikten sonra psikiyatrik ilaç kullanım durumları soruldu	Nominal (Yeni bir ilaca başladım / Kullandığım ilaca devam ettim / Kullanmadım)
COVID-19 sonrası sağlık kurumuna başvuru	Kişilere COVID-19 geçirdikten sonra herhangi bir nedenle herhangi bir sağlık kurumuna başvurup başvurmadıkları soruldu	Dikotom veri (var / yok)

Kişilerin hem ilk görüşmede hem ikinci görüşmede devam eden şikayetleri değerlendirilmiştir. Katılımcılarla ilk görüşme hastalık tanısı konduktan 15 gün sonra yapılmıştır ve bu görüşmede hastaların bu süreçte hala devam eden göğüs ağrısı, çarpıntı, çabuk yorulma, öksürük, nefes darlığı, baş ağrısı, eklem ağrısı, halsizlik gibi şikayetlerin olup olmadığı sorulmuştur. Daha sonra hastalık tanısından sonra iki ay dolduğunda da yine aynı şikayetlerin devam edip etmediği sorulmuştur.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Veri toplama telefon görüşmesi ile gerçekleştirilmiştir. Hazırlanan anketteki sorular telefonda katılımcıya veri toplayıcı tarafından okunarak katılımcının verdiği cevaplar Google Forms anketi üzerinden doldurularak kaydedilmiştir.

3.5.1. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında geliştirilen bu ölçek 1997 yılında Ömer Aydemir tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Toplam 14 sorudan oluşan Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinde 7 soru anksiyeteyi, 7 soru ise depresyonu değerlendirmektedir. Her soru için katılımcıların seçebileceği 4 seçenek vardır. Puanlama yöntemi sorudan soruya değişmektedir ve 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. sorularda puanlama 3, 2, 1, 0 şeklinde giderek azalan bir şekildeyken 2., 4., 7., 9. ve 12.

sorularda şıkların sıralaması 0, 1, 2, 3 puan şeklindedir. Toplam puanda anksiyete için kesim puanı 10/11, depresyon için ise 7/8'dir.

3.5.2. Sosyal Destek Değerlendirmesi

Sosyal desteğin değerlendirilmesi için “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” temel alınarak kendi hazırladığımız sorular ile veri toplanmıştır. Aile, arkadaş ve üçüncü bir kişi/özel bir kişi ana başlıklarında değerlendirme yapılmıştır. Burada üçüncü/özel kişi olarak tanımlanan seçenek duygusal bir bağlılık yaşanan özel bir kişi olabileceği gibi (sevgili, nişanlı) aile veya arkadaş olarak tanımlanmayan üçüncü bir kişi, komşu, akraba, psikolog, doktor vb. şeklinde açıklanmıştır. Değerlendirmede bu üç grup için de ihtiyacı olduğunda yanında olma durumu ve duyguları paylaşma/sorunları konuşabilme durumları açısından sorulan sorularda 5’li Likert ile puanlama yapılmıştır. Ayrıca çalışan kişiler için iş arkadaşları ve iş amiri açısından sosyal destek değerlendirmesi yapılmıştır. Burada da çalışan katılımcıların ihtiyaçları olduğunda iş arkadaşlarının ve iş amirinin destek olma durumu ayrı ayrı sorulmuş ve 5’li Likert ile puanlanmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

3.6.1. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Puanlaması

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğinde tek sayılı sorular anksiyeteyi değerlendirmekte olup toplam puanın 11 ve üzeri olduğu durumlar anksiyete var olarak kabul edildi. Çift sayılı sorular ise depresyonu değerlendirmekte olup toplam puanın 8 ve üzeri olduğu durumlar depresyon var olarak kabul edildi.

3.6.2. Sosyal Destek Puanlama

Sosyal destek için aile, arkadaş ve üçüncü bir kişi/özel kişi açısından sorulan soruların 5'li Likert ile yapılan puanlaması sonrasında 5 puan ve diğerleri olarak iki gruba ayrılarak değerlendirilmiştir. Aile, arkadaş ve üçüncü kişi/özel kişi grupları için her bir grupta sorulan iki sorunun puan ortalaması alınarak, iş arkadaşları ile iş amiri açısından sorulan birer sorunun direkt puanı alınarak yapılan değerlendirmede 4 ve altı puan kötü/yetersiz sosyal destek, 4'ün üzeri puan iyi sosyal destek olarak gruplanmıştır.

3.7. İstatistiksel Analiz

Olguların sosyodemografik özellikleri, risk etmenleri, hastalık öyküleri gibi özellikleri açısından tanımlanmasında sayı ve yüzdeler kullanılmıştır. Tek değişkenli analizlerde hastalar anksiyete ve depresyon skorlarına göre “normal” ve “mental sağlık sorunu var” olarak iki gruba ayrılmış ve sosyodemografik özellikler, semptom özellikleri, sosyal destek durumu, hastalık süreci ile ilgili özellikler, psikiyatrik hastalık öyküsü vb. kategorik değişkenler açısından karşılaştırmalar yapılırken çapraz tablolar oluşturulmuş ve Ki-kare testi kullanılmıştır. Yaş gibi sürekli değişkenler için ise t testi uygulanmıştır. Bu değişkenler içinde istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenler ve literatürde anlamlı olabildiği görülmüş değişkenler ile çok değişkenli analizler yapılmış ve bu değişkenler ile mental sağlık sorunu görülmesi arasındaki ilişki lojistik regresyon analizleri ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel analizlerin tamamı SPSS 24.0 programı ile yapılmıştır.

3.8. Etik Kurul Onayı

Etik kurul onayı Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 2021/31-27 karar no ile 03.11.2021 tarihinde alınmıştır.

3.9. Araştırma Planı / Zaman Çizelgesi

Araştırmanın planlanması Mart-Haziran 2021 sürecinde yapılmıştır. 29 Temmuz 2021’de tez önerisi sunumu yapılmıştır. Temmuz 2021’de etik kurula başvurulmuştur. Ağustos 2021-Mart 2022 sürecinde veri toplanmıştır. Aralık 2022’ye kadar verilerin düzenlenmesi ve analizler yapılmıştır. Ocak 2023 itibariyle tezin yazımı başlamıştır.

	2021		2022			2023	
Aylar	Ocak- Temmuz	Ağustos- Aralık	Ocak- Nisan	Mayıs- Eylül	Ekim- Aralık	Ocak- Temmuz	Ağustos- Ekim
Konu seçimi							
Kaynak inceleme							
Hazırlık							
Ön çalışma							
Veri toplama							
Değerlendirme							
Analiz							
Yazım							

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

Örnek grubu 345 kişiden oluşmaktadır, yaş aralığı 18-90 arasında ve yaş ortalaması 40.9 (± 15.1) olarak bulunmuştur. Katılımcılar 188 kadın (%54.5) ve 157 erkekten (%45.5) oluşmaktadır. Katılımcıların %58.3'ü evli, %31.6'sı hiç evlenmemiş, %7.2'si boşanmış ve %2.9'u eşi vefat etmiştir. Eğitim durumu açısından katılımcıların %40.0'ı üniversite veya yüksekokul, %28.4'ü lise, %14.5'i ortaokul mezunudur. Algılanan ekonomik durum sorulduğunda katılımcıların %57.4'ü orta, %27.2'si iyi, %10.4'ü kötü, %2.6'sı çok kötü ve %1.7'si çok iyi olarak cevap vermiştir.

Tablo 6.Araştırmaya katılanların tanımlayıcı özellikleri

Sürekli değişkenler	Yaş Aralığı	Ortalama	S.S.
Yaş	18- 90	40.9	15.1
Kategorik değişkenler		n	%
Cinsiyet			
	Kadın	188	54.5
	Erkek	157	45.5
Eğitim durumu			
	Üniversite	138	40.0
	Lise	98	28.4
	Ortaokul	50	14.5
	İlkokul	54	15.7
	Okuryazar	2	0.6
	Okuryazar değil	3	0.9
Medeni durum			
	Evli	201	58.3
	Bekar (hiç evlenmemiş)	109	31.6
	Boşanmış	25	7.2
	Dul (eşi vefat etmiş)	10	2.9
Ekonomik durum			
	Çok kötü	9	2.6
	Kötü	36	10.4

Orta	198	57.4
İyi	94	27.2
Çok iyi	6	1.7
Bilmiyor	2	0.6
Toplam	345	100.0

Tablo 7.Araştırmaya katılanların meslek açısından dağılımı

Meslek	n	%
İşsiz / Çalışmıyor	40	11.6
Ev hanımı	48	13.9
Düzensiz geliri olan işlerde çalışanlar (işporta, götürü ya da gündelikçilik gibi işler)	10	2.9
Sanayi, fabrika, inşaat, atölye vb işyerlerinde çalışan üretim işçisi	14	4.1
Tezgahtar, garson, pazarlama, kurye, kasiyer gibi işlerde çalışanlar	26	7.5
Beceri gerektiren, büro-saha ve benzeri işlerde çalışanlar (sekreter, bekçi, memur, kamu personeli)	46	13.3
İşçi çalıştırmayan kendi hesabına çalışan esnaf, zanaatkar	7	2.0
İşveren (3'ten az işçi)	1	0.3
İşveren (3 ve üzeri işçi)	7	2.0
Mühendis, avukat, öğretmenlik, polis, asker gibi yüksek eğitim gerektiren işler	22	6.4
Sağlık çalışanı (doktor, hemşire, paramedik, hasta bakıcı vb.)	33	9.6
Emekli	46	13.3
Öğrenci	15	4.3
Diğer	30	8.7
Toplam	345	100.0

Katılımcıların %11.6'sı işsiz/çalışmıyor, %13.9'u ev hanımı, %13.3'ü emekli, %4.3'ü öğrenci; %13.3'ü beceri gerektiren büro-saha ve benzeri işlerde çalışanlar (sekreter, memur, kamu personeli gibi), %9.6'sı sağlık çalışanı (doktor, hemşire, hasta bakıcı vb.); %7.5'i tezgahtar, garson, pazarlama, kurye, kasiyerlik gibi işlerde çalışanlar; %6.4'ü mühendislik, avukatlık, öğretmenlik, polislik gibi yüksek eğitim gerektiren işler; %4.1'i sanayi, fabrika, inşaat, atölye vb işyerlerinde çalışan üretim işçisidir.

Tablo 8.Araştırmaya katılanların hastalık süreci ile ilişkili özellikler açısından dağılımı (ilk görüşmeler sırasında değerlendirilmiştir)

Değişkenler	n	%
Kronik hastalık varlığı		
Yok	229	66.4
Var	116	33.6
Hastalık şiddeti		
Hafif	127	36.8
Orta	127	36.8
Ağır	91	26.4
Yatış durumu		
Yok	325	94.2
Servis	16	4.6
Yoğun bakım	4	1.2
Aşı durumu		
Yok	101	29.3
Var	244	70.7
İyileşme algısı		
Tamamen iyileşmiş	256	74.2
Kısmen iyileşmiş	77	22.3
Bilmiyor	1	0.3
İyileşmemiş	11	3.2
Devam eden şikayet		
Yok	335	97.1
Var	10	2.9
Toplam	345	100.0

Katılımcıların %33.6'sının kronik bir hastalığı vardır. COVID-19 şikayetleri açısından katılımcıların %26.4'ü ağır, %36.8'i orta ve %36.8'i hafif şiddette geçirdiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların %4.6'sının servis yatışı, %1.2'sinin yoğun bakım yatışı olmuştur. Aşı durumu açısından %29.3'ü aşısız, %70.7'si en az bir aşı olanlardır. Katılımcılar iyileşme algısı açısından sorgulandığında (tanı konduktan 15 gün sonra) %74.2'si tamamen iyileştiğini, %22.3'ü kısmen iyileştiğini, %3.2'si ise iyileşmediğini ve şikayetlerin devam ettiğini belirtmiştir.

Tablo 9.Araştırmaya katılanların tanı konmuş kronik hastalıklar açısından dağılımı

Kronik hastalık	n=116	%
Diyabet	37	31.8
Hipertansiyon	53	45.6
Kalp damar hastalığı	35	30.1
Kalp yetmezliği	4	3.4
Kanser	4	3.4
Kolesterol	8	6.8
Tiroit hastalıkları	14	12.0
Böbrek yetmezliği	5	4.3
KOAH	4	3.4
Astım	12	10.3
Parkinson	1	0.8
Psikiyatrik hastalıklar	16	13.7
Anemi	2	1.7

Kronik hastalığı olan 116 katılımcının %31.8'inde diyabet, %45.6'sında hipertansiyon, %30.1'inde kalp damar hastalığı, %13.7'sinde psikiyatrik hastalık, %12.0'sinde tiroit hastalığı, %12'sinde astım tanısı vardır. Yüzddeler kronik hastalığı olan 116 kişi paydaya alınarak hesaplanmıştır ve bazı katılımcılarda birden fazla kronik hastalık tanısı olabildiği için toplam kronik hastalık sayısı 116'dan fazla olmaktadır.

Tablo 10.Araştırmaya katılanların hastalık sürecindeki koşulları açısından dağılım

Değişkenler		n	%
Hastalık sürecinde yalnız kalma	Hayır	305	88.4
	Evet	40	11.6
Evde başka COVID-19 tanısı alan kişi varlığı	Yok	204	59.1
	Var	141	40.9
COVID-19 nedeniyle bir yakını kaybetmiş olma	Hayır	318	92.2
	Evet	27	7.8
Hastalık sürecinde psikolojik zorluk yaşama	Hayır	186	53.9
	Evet	159	46.1
Hastalık sürecinde uyku sorunu yaşama	Hayır	225	65.2
	Evet	120	34.8
Hastalıkla ilgili danışma hattına ulaşabilme	Hayır	99	28.7
	Evet	246	71.3
Psikolojik destek amaçlı danışma hattına ulaşabilme	Hayır	339	98.3
	Evet	6	1.7
Hastalık sürecinde bakıma ihtiyaç duyma	Hayır	227	65.8
	Evet	118	34.2
Hastalık sürecinde bakım verebilecek kişi varlığı	Yok	81	23.5
	Var	264	76.5
Yemek, market vb. ihtiyaçlar için destek olabilecek kişi	Yok	30	8.7
	Var	315	91.3
Hastalık sürecinde başkasına bakım verme durumu	Hayır	263	76.2
	Evet	82	23.8
Toplam		345	100.0

Katılımcılar COVID-19 geçirdikleri süreçteki özellikler açısından değerlendirildiğinde hastalık sürecinde yalnız kalma %11.6, evde başka COVID-19 tanısı alan kişi varlığı %40.9, COVID-19 nedeniyle bir yakını kaybetmiş olma %7.8, hastalık sürecinde psikolojik olarak zorluk yaşama %46.1, hastalık sürecinde uyku sorunu yaşama %34.8, bakıma ihtiyaç duyma %34.2, bakım verebilecek kişi varlığı %76.5, yemek ve market ihtiyaçları için destek olabilecek kişi varlığı %91.3, hastalık sürecinde başkasına bakım verme durumu %23.8'dir.

Tablo 11.Araştırmaya katılanların mental sağlık öyküsü açısından dağılımı

Değişkenler		n	%
Bilinen bir psikiyatrik hastalık tanısı			
	Yok	310	89.9
	Var	35	10.1
Psikiyatrik ilaç kullanımı			
	Yok	318	92.2
	Var	27	7.8
Psikolojik destek danışmanlık alma durumu			
	Hayır	332	96.2
	Evet	13	3.8
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü			
	Yok	303	87.8
	Var	42	12.2
Geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü			
	Yok	260	75.4
	Var	85	24.6
Toplam		345	100.0

Katılımcıların %10.1'inin bilinen bir psikiyatrik hastalık tanısı vardır, %7.8'i düzenli olarak psikiyatrik bir ilaç kullanmaktadır ve %3.8'i düzenli olarak psikolojik destek danışmanlık almaktadır. Katılımcıların %24.6'sı geçmişte psikiyatrik bir hastalık geçirmiştir ve %12.2'sinin ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü vardır.

Tablo 12. İkinci görüşmede ilk görüşme sonrası süreç için sorulan sorular

Değişkenler	n	%
İyileşme algısı (ikinci görüşme)		
Tamamen iyileşmiş	289	91.1
Kısmen iyileşmiş	28	8.8
COVID-19 sonrası psikolojik olarak zorluk yaşama durumu		
Yok	226	71.2
Var	91	28.7
COVID-19 sonrası psikolojik danışmanlık için başvuru		
Yok	305	96.2
Var	12	3.8
İkinci görüşmede algılanan etkilenme nedeni		
Dış nedenler (ölüm, ayrılık, boşanma, hastalık, ekonomik sıkıntı vb.)	37	11.6
Sadece COVID-19	13	4.1
Dış nedenler ve COVID-19	44	13.8
Etkilenmemiş	223	70.3
İlk görüşme için algılanan etkilenme nedeni		
Dış nedenler (ölüm, ayrılık, boşanma, hastalık, ekonomik sıkıntı vb.)	14	4.4
Sadece COVID-19	20	6.3
Dış nedenler ve COVID-19	32	10.1
Etkilenmemiş	251	79.1
İlk görüşme sonrasında stres yaratacak bir travma yaşama		
Yok	268	84.5
Var	49	15.4
Yeni bir psikiyatrik tanı alma		
Yok	312	98.4
Var	5	1.5
COVID-19 sonrası psikiyatrik bir ilaç kullanmaya başlama		
Yeni ilaç	9	2.8
Kullanılan ilaca devam	24	7.5
Kullanılmamış	284	89.5
COVID-19 sonrası herhangi bir sağlık kurumuna başvuru durumu		
Ayaktan başvuru	109	34.3
Yatış	3	0.9

Toplam

317

100.0

Tanı konduktan 15 gün sonra yapılan ilk görüşme ile 2 ay sonra yapılan ikinci görüşme arasında geçen zaman dilimi için sorulan sorulara göre iyileşme algısı %83.8 (n=289) tamamen iyileşmiş, psikolojik zorluk yaşama %26.4 (n=91), psikolojik danışmanlık için başvuru %3.5 (n=12), yeni bir psikiyatrik tanı alma %1.4 (n=5), psikiyatrik bir ilaç kullanmaya başlama %2.6'dır (n=9). İkinci görüşmede psikolojik etkilenme açısından algılanan neden %10.7 dış nedenler (ölüm, ayrılık, boşanma, ekonomik sıkıntı vb.), %3.8 sadece COVID-19 (n=13), %12.8 dış nedenler ve COVID-19'dur (n=44) ve %64.6 (n=223) etkilenmediğini ifade edenler şeklindedir.

Tablo 13. Devam eden şikayetler tablosu

Şikayet	1. görüşme (n=345)		2. görüşme (n=317)	
	n	%	n	%
Göğüs ağrısı	10	2.9	6	1.7
Çarpıntı	0	0.0	8	2.3
Göğüste baskı	7	2.0	3	0.9
Çabuk yorulma	37	10.7	31	9.0
Nefes alamama	16	4.6	9	2.6
Öksürük	67	19.4	14	4.1
Burun akıntısı	33	9.6	7	2.0
Boğaz ağrısı	9	2.6	3	0.9
Nefes darlığı	9	2.6	6	1.7
Baş ağrısı	20	5.8	7	2.0
Halsizlik	52	15.1	19	5.5
Kas ağrısı	31	9.0	16	4.6
Eklem ağrısı	12	3.5	10	2.9
Aşırı uyku hali	2	0.6	0	0.0
İştahsızlık	8	2.3	0	0.0
Döküntü	1	0.3	0	0.0
Gözlerde kızarma	2	0.6	0	0.0
Kusma/ishal	3	0.9	1	0.3
Kabızlık	0	0.0	0	0.0
Karın ağrısı	0	0.0	1	0.3
Koku kaybı	47	13.6	18	5.2
Tat kaybı	33	9.6	8	2.3

Görme bozukluğu	1	0.3	0	0.0
Duyuma bozukluğu	4	1.2	0	0.0
Gece terlemesi	1	0.3	0	0.0
Uykusuzluk	3	0.9	7	2.0
Konsantrasyon kaybı	2	0.6	3	0.9
Toplam	345	100.0	317	100.0

Devam eden şikayetler sorgulandığında iki ayın sonunda en çok görülen şikayet %9.0 (n=31) ile çabuk yorulmadır, %5.5 (n=19) halsizlik, %5.2 (n=18) koku kaybı, %4.6 (n=16) kas ağrısı, %4.1 (n=14) öksürük sık görülen devam eden şikayetlerdendir. İlk görüşme sırasında, yani tanı konduktan 15 gün sonra devam eden şikayetlerde ise en sık görülen %19.4 (n=67) ile öksürüktür ve bunu %15.1 (n=52) ile halsizlik, %13.6 (n=47) ile koku kaybı ve %10.7 (n=37) ile çabuk yorulma takip etmektedir.

Tablo 14.Sosyal destek puanlamalarının dağılım özellikleri

Sosyal destek değişkenleri	Çeyreklikler								n
	Ortalama	Medyan	S.S.	Min	Max	25	50	75	
Aile destek	4.81	5	0.66	1	5	5	5	5	345
Aile duygu paylaşımı	4.64	5	0.92	1	5	5	5	5	345
Arkadaş destek	4.32	5	1.21	1	5	4	5	5	345
Arkadaş duygu paylaşımı	4.32	5	1.17	1	5	4	5	5	345
Özel/üçüncü kişi destek	3.84	5	1.46	1	5	2	5	5	345
Özel/üçüncü kişi duygu paylaşımı	3.88	5	1.46	1	5	2	5	5	345
İş amiri desteği	4.20	5	1.22	1	5	3	5	5	176
İş arkadaşları desteği	4.17	5	1.25	1	5	3	5	5	186

Sosyal destek değerlendirmesi için yapılan puanlamada bakılan değişkenlerin hepsinin medyanı 5 olduğu için gruplandırma yapılırken “4 ve altı puan” ile “5 puan” olmak üzere iki grup oluşturulmuştur. Aile, arkadaş ve özel kişi için sorulan ikişer sorunun ortalaması alınarak belirlenen “Aile SD”, “Arkadaş SD” ve “Özel kişi SD” değişkenlerinde de “>4 puan” ve “4 ve altı puan” olarak iki grup oluşturulmuştur.

Tablo 15.Sosyal destek açısından kategorik dağılım

		n	%
Aile destek			
	4 ve altı puan	34	9.9
	5 puan	311	90.1
Aile duygu			
	4 ve altı puan	59	17.1
	5 puan	286	82.9
Arkadaş destek			
	4 ve altı puan	99	28.7
	5 puan	246	71.3
Arkadaş duygu			
	4 ve altı puan	105	30.4
	5 puan	240	69.6
Özel kişi destek			
	4 ve altı puan	152	44.1
	5 puan	193	55.9
Özel kişi duygu			
	4 ve altı puan	155	44.9
	5 puan	190	55.1
İş ark destek			
	4 ve altı puan	69	37.1
	5 puan	117	62.9
İş amiri destek			
	4 ve altı puan	63	35.8
	5 puan	113	64.2
Aile SD			
	>4 puan	305	88.4
	4 ve altı puan	40	11.6

Arkadaş SD

>4 puan	242	70.1
4 ve altı puan	103	29.9

Özel kişi SD

>4 puan	188	54.4
4 ve altı puan	157	45.6

Toplam	345	100.0
---------------	------------	--------------

İş arkadaşları ile ilgili sorular sadece iş arkadaşı olan çalışanlara (n=186), iş amiri ile ilgili sorular sadece iş amiri olan çalışanlara (n=176) sorulmuştur.

4.2. Mental Sağlık Durumuna Göre Bulgular

İlk görüşmelerde 345 kişi içinde HADS'a göre anksiyete skoru yüksek olan 23, depresyon skoru yüksek olan 46 kişi, anksiyete ve depresyon bir arada skoru yüksek olan 18 kişi, anksiyete veya depresyon skoru yüksek olan toplam 51 kişi, normal olan 294 kişidir. İkinci görüşmelerde 317 kişi ile görüşme yapılmış, bunlar içinde anksiyete skoru yüksek olan 16 kişi, depresyon skoru yüksek olan 24 kişi, anksiyete ve depresyon skoru yüksek olan 12 kişi, anksiyete veya depresyon skoru yüksek olan toplam 28 kişi, normal olan 288 kişidir. Üçüncü aramalarda HADS skoru yüksek 28 kişi içinden 25 kişiye ulaşılmıştır, bunlar içinde anksiyete skoru yüksek 6 kişi, depresyon skoru yüksek 11 kişi, anksiyete ve depresyon skoru yüksek 4 kişi, anksiyete veya depresyon skoru yüksek olan toplam 13 kişi, normal olan 12 kişidir. HADS ölçeği sorulara göre puan dağılımları ekteidir.

Tablo 16. Yapılan aramalarda katılımcıların mental sağlık bulguları

	Birinci görüşmeler	%	İkinci görüşmeler	%	Üçüncü görüşmeler	%
Normal	294	64.4	289	83.7	12	42.8
Mental sağlık sorunu var	51	11.2	28	8.1	13	46.4
Ulaşılamayan	97	21.3	24	6.9	3	10.7
Red	14	3.1	4	1.1	0	0
Toplam arama sayısı	456	100	345	100	28	100

4.2.1. Tek Değişkenli Analizler

İlk görüşmelerde duygudurum bozukluğu varlığı ile ilişkili faktörlerin değerlendirmesi yapılırken öncelikle tek değişkenli analizler yapılmıştır. Bunun için kategorik değişkenlerde çapraz tablolar oluşturularak Ki-Kare testi uygulanmıştır. Yaşın etkisini değerlendirmek için ise t testi uygulanmıştır.

Tablo 17.Mental sağlık sorunu varlığı ile sosyodemografik özelliklerin ilişkisi

		Mental sağlık sorunu		p	n
Değişkenler		Yok (n=294)	Var (n=51)		
Yaş ortalaması ($\pm$ S.S.)		40.71 ($\pm$ 15.0)	42.6 ($\pm$ 15.7)	0.409**	345
Cinsiyet	Erkek	136 (%86.6)	21 (%13.4)	0.501*	345
	Kadın	158 (%84.0)	30 (%16.0)		
Yaş grupları	18-49 yaş	218 (%86.2)	35 (%13.8)	0.410*	345
	50 yaş ve üzeri	76 (%82.6)	16 (%17.4)		
Eğitim durumu	Üniversite	121 (%87.7)	17 (%12.3)	0.292*	345
	Lise ve altı	173 (%83.6)	34 (%16.4)		
Ekonomik durum	İyi veya orta	261 (%87.0)	39 (%13.0)	0.016*	345
	Kötü	33 (%73.3)	12 (%26.7)		
Medeni durum (1)	Evli	176 (%87.6)	25 (%12.4)	0.147*	345
	Evli değil	118 (%81.9)	26 (%18.1)		
Medeni durum (2)	Evli	176 (%87.6)	25 (%12.4)	0.003*	345
	Bekar	95 (%87.2)	14 (%12.8)		
	Boşanmış veya dul	23 (%65.7)	12 (%34.3)		
Çalışma durumu	Aktif çalışıyor	115 (%85.8)	19 (%14.2)	0.801*	345
	Çalışmıyor	179 (%84.8)	32 (%15.2)		

Meslek	Sağlık çalışanı	30 (%90.9)	3 (%9.1)	0.444*	345
	Diğer	264 (%84.6)	48 (%15.4)		

*Ki-Kare **t testi

Tek değişkenli analizlerde kadınlarda erkeklere göre mental sağlık sorunu görülme sıklığı daha fazla olmakla birlikte (sırasıyla %16.0 ve %13.4), cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yaş ortalaması açısından mental sağlık sorunu olanlar ve olmayanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yaş gruplarına göre bakıldığında 50 yaş ve üzeri grupta 18-49 yaş grubuna göre mental sağlık sorunu görülme sıklığı daha yüksek bulunmuştur, ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki yoktur. Eğitim durumu için üniversite mezunu olanlar ile lise ve altı mezunu olanlar olmak üzere iki grup oluşturulmuş, lise ve altı mezunu olanlarda üniversite mezunu olanlara göre daha fazla mental sağlık sorunu olduğu görülmüştür, fakat bu ilişkide de istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Ekonomik durumda “çok iyi”, “iyi” ve “orta” cevapları bir grup (iyi veya orta); “kötü” ve “çok kötü” cevapları bir grup (kötü) olarak iki grup oluşturulup analize alındığında ekonomik durumu kötü olan grubun mental sağlık sorunu sıklığı (%26.7) iyi veya orta olan gruba göre (%13.0) istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0.016).

Medeni durum evli ve evli olmayanlar (hiç evlenmemiş, boşanmış, dul) olarak iki grupta değerlendirildiğinde mental sağlık sorununun evli olmayanlarda evlilere göre daha yüksek olduğu görülmüş, fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Medeni durum değişkeni evli, bekar (hiç evlenmemiş), boşanmış veya dul şeklinde üç grup halinde analize alındığında ise boşanmış veya dul olanlarda mental sağlık sorunu sıklığının (%34.3) diğer gruplara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.

Meslek açısından iki farklı grupta yapılarak analizler yapılmıştır. Bu amaçla sağlık çalışanı olanlar ve olmayanlar olarak ve aktif çalışanlar ve çalışmayanlar olarak iki grupta yapılmıştır. Sağlık çalışanı olanlar ve olmayanlar gruplamasında bir gözdeki kişi sayısının <5 olması nedeniyle analizde Fisher’ın Kesin Testi uygulanmıştır. Meslek açısından yapılan gruplamada sağlık çalışanlarında diğerlerine göre mental sağlık sorunu daha düşük, aktif çalışanlarda ise çalışmayanlara göre mental sağlık sorunu

oranları yakın olmakla birlikte daha düşüktür, analizlerde her iki grupta da mental sağlık sorunu görülmesi açısından istatistiksel anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür.

Tablo 18.Mental sağlık sorunu varlığı ile sosyal destek durumunun ilişkisi

		Mental sağlık sorunu			
Değişkenler		Yok (n=294)	Var (n=51)	p	n
Aile sosyal destek				<0.001*	345
	İyi (>4)	269(%88.2)	36(%11.8)		
	Kötü (4 ve altı)	25 (%62.5)	15 (%37.5))		
Arkadaş sosyal destek				0.056*	345
	İyi (>4)	212 (%87.6)	30 (%12.4)		
	Kötü (4 ve altı)	82 (%79.6)	21 (%20.4)		
Özel kişi sosyal destek				0.248*	345
	İyi (>4)	164 (%87.2)	24 (%12.8)		
	Kötü (4 ve altı)	130 (%82.8)	27 (%17.2)		
		Yok (n=159)	Var (n=27)	p	n
İş arkadaşları desteği					
	İyi (5)	103 (%88.0)	14 (%12.0)	0.199*	186
	Kötü (4 ve altı)	56 (%81.2)	13 (%18.8)		
		Yok (n=149)	Var (n=27)	p	n
İş amiri desteği					
	İyi (5)	100 (%88.5)	13 (%11.5)	0.059*	176
	Kötü (4 ve altı)	49 (%77.8)	14 (%22.2)		

*Ki-Kare

Sosyal destek durumunu değerlendirirken aile, arkadaş, özel bir kişi/üçüncü bir kişi (komşu, doktor, psikolog vb); çalışanlar için ayrıca varsa iş arkadaşı desteği ve iş amiri desteği değerlendirilmiştir. Değişkenlerin medyanı 5 olduğu için 5 üzerinden yapılan puanlamada 4'ün üzeri iyi sosyal destek, 4 ve altı kötü/yetersiz sosyal destek olarak kabul edilip sınıflanmış ve bu gruplar analize alınmıştır. Bu analizlerin sonuçlarına göre mental sağlık sorunu sıklığı aile sosyal desteği kötü/yetersiz olanlarda (%37.5) iyi olanlara göre (%11.8) istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir ($p<0.001$). Arkadaş sosyal desteği, özel kişi/üçüncü kişi sosyal desteği, iş arkadaşları desteği ve iş amiri desteği açısından ise yine kötü/yetersiz sosyal destek görenlerde mental sağlık sorunu iyi sosyal

desteğe sahip gruba göre daha sık görülmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Tablo 19.Mental sağlık sorunu varlığı ile hastalıkla ilişkili faktörlerin ve psikiyatrik öykü özelliklerinin ilişkisi

Değişkenler		Yok (n=294)	Var (n=51)	p	n
İyileşme algısı	Tamamen iyileşmiş	225 (%87.9)	31 (%12.1)	0.018*	345
	Diğer	69 (%77.5)	20 (%22.5)		
Kronik hastalık tanısı:				0.216*	345
	Yok	199 (%86.9)	30 (%13.1)		
	Var	95 (%81.9)	21(%18.1)		
Yatış durumu				0.009*	345
	Yok	281 (%86.5)	44 (%13.5)		
	Var	13 (%65.0)	7 (%35.0)		
Hastalık şiddeti	Hafif	117 (%92.1)	10 (%7.9)	<0.001*	345
	Orta	110 (%86.6)	17 (%13.4)		
	Ağır	67 (%73.6)	24 (%26.4)		
Hastalık şiddeti	Hafif veya orta	227 (%89.4)	27 (%10.6)	<0.001*	345
	Ağır	67 (%73.6)	24 (%26.4)		
Hastalık sürecinde uyku sorunu	Yok	202 (%89.8)	23 (%10.2)	0.001*	345
	Var	92 (%76.7)	28(%23.3)		
Geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	234 (%90.0)	26 (%10.0)	<0.001*	345
	Var	60 (%70.6)	25 (%29.4)		
Psikiyatrik ilaç kullanım durumu	Yok	277 (%87.1)	41 (%12.9)	0.001*	345
	Var	17 (%63.0)	10 (%37.0)		
Bilinen bir psikiyatrik hastalık	Yok	274 (%88.4)	36 (%11.6)	<0.001*	345
	Var	20 (%57.1)	15 (%42.9)		
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	265 (%87.5)	38 (%12.5)	0.002*	345
	Var	29 (%69.0)	13 (%31.0)		

*Ki-Kare

İyileşme algısı açısından “kısmen iyileştim” ve “iyileşmedim, hastalığım devam ediyor” seçenekleri bir grup, “tamamen iyileşmiş hissediyorum” bir grup olarak alındığında ilk grupta duygudurum bozukluğu sıklığının (%22.5) tamamen iyileşmiş hisseden gruba göre (%12.1) istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.018$). Hastalık şiddeti hafif, orta ve ağır olarak değerlendirildiğinde mental sağlık sorunu görülmesi ile arasında giderek artan bir ilişki gözlenmiş ve bu amaçla eğitimde Ki-Kare analizi ile değerlendirme yapıldığında hastalık şiddeti ile mental sağlık durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p<0.001$). Hastalık şiddeti hafif veya orta ve ağır olmak üzere iki grup halinde değerlendirildiğinde de hastalık şiddetinin ağır olmasının mental sağlık sorunu görülmesi ile arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki görülmektedir. Mental sağlık sorunu sıklığı; hastane yatışı olanlarda (%35.0) olmayanlara göre (%13.5), hastalık şiddeti ağır olanlarda (%26.4) hafif veya orta olanlara göre (%10.6), hastalık sürecinde uyku sorunu yaşayanlarda (%23.3) uyku sorunu yaşamayanlara göre %10.2), geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda (%29.4) olmayanlara göre (%10.0), psikiyatrik ilaç kullananlarda (%37.0) kullanmayanlara göre (%12.9), bilinen aktif bir psikiyatrik hastalığı olanlarda (%42.9) olmayanlara göre (%11.6) ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda (%31.0) olmayanlara göre (%12.5) istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir (sırasıyla $p=0.009$, $p<0.001$, $p=0.001$, $p<0.001$, $p=0.001$, $p<0.001$ ve $p=0.002$).

Tablo 20.İkinci ayda mental sağlık sorunu varlığı ile sosyodemografik özelliklerin ilişkisi

		Yok (n=289)	Var (n=28)	p	n
Yaş ortalaması (±S.S.)		40.9 (±15.0)	39.7 (±13.4)	0.682**	317
Cinsiyet:				0.186*	317
	Erkek	141 (%93.4)	10 (%6.6)		
	Kadın	148 (%89.2)	18 (%10.8)		
Yaş grupları:				0.851*	317
	18-49 yaş	212 (%91.0)	21 (%9.0)		
	50 yaş ve üzeri	77 (%91.7)	7 (%8.3)		
Eğitim durumu:				0.891*	317
	Üniversite	120 (%90.9)	12 (%9.1)		
	Lise ve altı	169 (%91.4)	16 (%8.6)		
Algılanan ekonomik durum:				0.010*	317
	İyi/orta	256 (%92.8)	20 (%7.2)		
	Kötü	33 (%80.5)	8 (%19.5)		
Medeni durum (1):				0.311*	317
	Evli	173 (%92.5)	14 (%7.5)		
	Evli değil	116 (%89.2)	14 (%10.8)		
Medeni durum (2)				0.227*	317
	Evli	173 (%92.5)	14 (%7.5)		
	Bekar	92 (%91.1)	9 (%8.9)		
	Boşanmış veya dul	24 (%82.8)	5 (%17.2)		
Çalışma durumu				0.492*	317
	Aktif çalışıyor	177 (%90.3)	19 (%9.7)		
	Çalışmıyor	112 (%92.6)	9 (%7.4)		
Meslek				0.320*	317
	Sağlık çalışanı	26 (%86.7)	4 (%13.3)		
	Diğer	263 (%91.6)	24 (%8.4)		

*Ki-Kare **t testi

İkinci ay değerlendirmelerinde mental sağlık sorunu olanlar ve olmayanlara yaş ortalaması açısından bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kadınlarda erkeklere göre daha yüksek sıklıkta mental sağlık sorunu görülmektedir (sırasıyla %10.8, %6.6) fakat istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur. Yaş grupları açısından birinci görüşmelerden farklı olarak 18-49 yaş grubunda 50 yaş ve üzerine göre daha fazla mental sağlık sorunu olduğu görülmüştür fakat yine anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Eğitim durumunda da ilk görüşmelerden farklı olarak üniversite mezunu grupta lise ve altı mezunu gruba göre daha fazla mental sağlık sorunu olduğu görülmektedir. Ancak bu ilişki de istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Ekonomik durumu kötü olanlarda iyi olanlara göre mental sağlık sorunu görülme sıklığı istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir (sırasıyla %19.5 ve %7.2, p=0.010). Medeni durum

için istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmasa da evli olmayanlarda daha yüksek mental sağlık sorunu olduğu görülmektedir. Meslek gruplamalarında aktif çalışanlarda çalışmayanlara göre, sağlık çalışanı olanlarda olmayanlara göre daha yüksek oranda mental sağlık sorunu görülmektedir fakat bu ilişkiler istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 21.İkinci ayda mental sağlık sorunu varlığı ile hastalıkla ilişkili faktörler ve psikiyatrik öykünün ilişkisi

Değişkenler		Yok (n=289)	Var (n=28)	p	n
İyileşme algısı				<0.001	317
	Tamamen iyileşmiş	222 (%94.5)	13 (%5.5)		
	Diğer	67 (%81.7)	15 (%18.3)		
Kronik hastalık tanısı:				0.252*	317
	Yok	196 (%92.5)	16 (%7.5)		
	Var	93 (%88.6)	12 (%11.4)		
Yatış durumu:				0.137*	317
	Yok	277 (%83.7)	25 (%16.3)		
	Var	12 (%60.0)	3 (%40.0)		
Hastalık şiddeti:					
	Hafif	111 (%94.9)	6 (%5.1)	0.019*	317
	Orta	110 (%91.7)	10 (%8.3)		
	Ağır	68 (%85.0)	12 (%15.0)		
Hastalık şiddeti:				0.025*	317
	Hafif veya orta	221 (%93.2)	16 (%6.8)		
	Ağır	68 (%85.0)	12 (%15.0)		
Hastalık sürecinde uyku sorunu				0.062*	317
	Yok	195 (%93.3)	14 (%6.7)		
	Var	94 (%87.0)	14 (%13.0)		
Geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü				0.001*	317
	Yok	226 (%94.2)	14 (%5.8)		
	Var	63 (%81.8)	14 (%18.2)		
Psikiyatrik ilaç kullanım durumu:				0.040*	317
	Yok	269 (%92.1)	23 (%7.9)		
	Var	20 (%80.0)	5 (%20.0)		

Bilinen bir psikiyatrik hastalık:				0.006*	317
	Yok	264 (%92.6)	21 (%7.4)		
	Var	25 (%78.1)	7 (%21.9)		
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü:				0.005*	317
	Yok	259 (%92.8)	20 (%7.2)		
	Var	30 (%78.9)	8 (%21.1)		

*Ki-Kare

İkinci ay görüşmelerinde mental sağlık sorunu görülme sıklığı algılanan hastalık şiddeti ağır olanlarda hafif veya orta olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir (p=0.025). Hastalık sürecinde uyku sorunu yaşayanlarda yaşamayanlara göre (p=0.062), geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda olmayanlara göre (p=0.001), psikiyatrik ilaç kullananlarda kullanmayanlara göre (p=0.04), bilinen aktif bir psikiyatrik hastalığı olanlarda olmayanlara göre (p=0.006), ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda olmayanlara göre (p=0.005) mental sağlık sorunu görülme sıklığı istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 22.İkinci görüşmelerde mental sağlık sorunu varlığı ile sosyal destek durumu değişkenlerinin ilişkisi

Mental sağlık sorunu					
Değişkenler				p	n
Aile sosyal destek				0.066*	317
	İyi (>4)	260 (%92.2)	22 (%7.8)		
	Kötü (4 ve altı)	29 (%82.9)	6 (%17.1)		
Arkadaş sosyal destek				0.046*	317
	İyi (>4)	207 (%93.2)	15 (%6.8)		
	Kötü (4 ve altı)	82 (%86.3)	13 (%13.7)		
Özel kişi sosyal destek				0.365*	317
	İyi (>4)	160 (%87.2)	13 (%12.8)		
	Kötü (4 ve altı)	129 (%82.8)	15 (%17.2)		
İş arkadaşları desteği				0.193*	172
	İyi (5)	98 (%92.5)	8 (%7.5)		
	Kötü (4 ve altı)	57 (%86.4)	9 (%13.6)		
İş amiri desteği				0.070*	163
	İyi (5)	96 (%92.3)	8 (%7.7)		
	Kötü (4 ve altı)	49 (%83.1)	10 (%16.9)		

*Ki-Kare

İkinci ay görüşmelerinde mental sağlık sorunu görülmesi ile arkadaş sosyal desteğinin istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkisi olduğu görülürken diğer sosyal destek değişkenlerinde anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Mental sağlık sorunu görülme sıklığı arkadaş sosyal desteği kötü olanlarda (%13.7) iyi olanlara (%6.8) göre ikinci ayda daha fazladır ($p=0.046$). Birinci görüşmelerde anlamlı bulunan aile sosyal desteğinin ise ikinci görüşmelerde anlamlılığını kaybetmiş olduğu görülmektedir. İş arkadaşları desteği katılımcılar içinde yalnızca iş arkadaşı olanlar ($n=172$), iş amiri desteği ise katılımcılar içinde yalnızca iş amiri olanlar ($n=163$) dahil edilerek değerlendirilmiş, bunlarda da anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

4.2.2. Lojistik Regresyon Analizleri

Mental sağlık durumu üzerinde etkisi olabilecek değişkenler literatürdeki çalışmalardan ve bu çalışma verileri ile yapılmış olan tek değişkenli analizlerden yararlanarak belirlenmiştir. Birbiri ile korelasyon gösteren değişkenler içinden biri seçilecek şekilde, anlamlı çıkan değişkenler içinden örnek grubu büyüklüğüne uygun olacak sayıda değişkenler arasında seçim yapılmıştır. Eğitim durumu, algılanan ekonomik duruma göre daha somut ve karıştırıcı olmayan bir değişken olması nedeniyle lojistik regresyon analizinde tercih edilmiştir. Bu değişkenlerle çeşitli modeller kurularak lojistik regresyon analizleri yapılmıştır.

Tablo 23. Mental sağlık durumunu etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi (1. Aramalar)

Model 1					
	B	S.H.	p	O.R.	%95 GA
Eğitim durumu	0.31	0.34	0.36	1.37	0.69-2.70
Medeni durum	0.45	0.32	0.16	1.58	0.82-3.01
Geçmişte psikiyatrik hastalık	1.21	0.32	<0.001	3.37	1.78-6.36
Hastalık şiddeti	0.91	0.32	0.005	2.49	1.31-4.74
Model 2 (yaşa ve cinsiyete göre düzeltilmiş)					
	B	S.H.	p	O.R.	%95 GA
Eğitim durumu	0.24	0.35	0.48	1.28	0.64-2.56
Medeni durum	0.59	0.35	0.09	1.80	0.90-3.58
Geçmişte psikiyatrik hastalık	1.21	0.33	<0.001	3.35	1.75-6.42
Hastalık şiddeti	0.94	0.33	0.004	2.57	1.34-4.92

Birinci aramalarda 345 kişilik örnek grubunda 51 kişide mental sağlık sorunu olduğu saptanmıştı. Bu olgu sayısı dikkate alınarak belirlenen değişkenler Backward Wald metoduyla lojistik regresyon analizine alınmıştır. Eğitim durumunun algılanan ekonomik duruma göre daha somut bir veri olması nedeniyle lojistik regresyon analizine alınması tercih edilmiştir. Bu analizin sonuçları Model 1’de görülmektedir. Yaş ve cinsiyet ile düzeltme amacıyla yapılan lojistik regresyon analizinin sonuçları ise Model 2’de görülmektedir. Bu analizlerin sonuçlarına göre mental sağlık sorunu varlığı ile istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülen değişkenler geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü ve hastalık şiddeti olmuştur. Geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda olmayanlara göre mental sağlık sorunu görülme sıklığı 3.37 kat (%95 GA:1.78-6.36), hastalık şiddeti ağır olanlarda diğerlerine göre (hafif ve orta şiddet) mental sağlık sorunu görülme sıklığı 2.49 kat (%95 GA: 1.31-4.74) daha fazladır. Yaş ve cinsiyete göre düzeltme yapıldığında ise aynı değişkenlerin sırasıyla 3.35 kat (%95 GA: 1.75-6.42) ve 2.57 kat (%95 GA:1.34-4.92) riski artırdığı görülmüştür. Sonuç olarak hastalık şiddeti ve geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü değişkenlerinin her ikisinin de yaşa ve cinsiyete göre düzeltilmesine rağmen mental sağlık sorunu görülmesi üzerinde ayrı ayrı birer risk faktörü oldukları görülmüştür.

Tablo 24.Mental sağlık durumunu etkileyen faktörlerde sosyal desteğin lojistik regresyon analizi (1. Aramalar)

Model 1					
	B	S.H.	p	O.R.	%95 GA
Aile sosyal destek	1.61	0.51	0.002	5.02	1.84-13.65
Arkadaş sosyal destek	0.60	0.50	0.229	1.82	0.68-4.85
Özel kişi sosyal destek	-0.12	0.46	0.798	0.88	0.35-2.21
Model 2 (yaş ve cinsiyete göre düzeltilmiş)					
	B	S.H.	p	O.R.	%95 GA
Aile sosyal destek	1.53	0.51	0.003	4.61	1.68-12.67
Arkadaş sosyal destek	0.80	0.52	0.123	2.24	0.80-6.25
Özel kişi sosyal destek	-0.09	0.47	0.847	0.91	0.35-2.31

İlk görüşmelerde sosyal desteğin etkisini değerlendirmek için yapılan lojistik regresyonda biri yaşa ve cinsiyete göre düzeltilmiş olmak üzere iki model oluşturulmuştur. Model 1’de aile sosyal desteği anlamlı çıkmıştır. Bu modele göre mental sağlık sorunu görülme sıklığı aile sosyal desteği yetersiz olanlarda iyi olanlara göre 5.02 kat (%95 GA:1.84-13.65) daha fazladır. Model 2’de yaşa ve cinsiyete göre düzeltme yapıldığında da aile sosyal desteği istatistiksel açıdan anlamlı olarak sonuçlanmıştır (O.R.=4.61 %95 GA: 1.68-12.67).

Tablo 25.Mental sağlık durumunu etkileyen faktörlerde lojistik regresyon analizi (2. Aramalar)

Model 1					
	B	S.H.	p	O.R.	%95 GA
Hastalık şiddeti	0.83	0.41	0.04	2.29	1.02-5.13
Model 2					
	B	S.H.	p	O.R.	%95 GA
Geçmişte psikiyatrik hastalık	1.25	0.41	0.002	3.49	1.55-7.84
Model 3					
	B	S.H.	p	O.R.	%95 GA
Hastalık şiddeti	0.69	0.42	0.09	2.01	0.88-4.58
Geçmişte psikiyatrik hastalık	1.16	0.41	0.005	3.21	1.42-7.28

İkinci aramalarda mental sağlık sorunu görülen olgu sayısı 28’e düştüğü için lojistik regreyon analizine hastalık şiddeti ve geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü ayrı ayrı alınarak yaş ve cinsiyet değişkenleriyle düzeltilmesi yapılmıştır (Model 1 ve Model 2). Bu analizlere göre hastalık şiddeti ağır olanlarda ikinci aramada mental sağlık sorunu görülme sıklığı diğerlerine göre 2.29 kat daha fazladır (%95 GA:1.02-5.13). Geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda olmayanlara göre ikinci aramada mental sağlık sorunu görülme sıklığı 3.49 kat (%95 GA:1.55-7.84) daha fazladır. Yani bu iki değişken ayrı ayrı değerlendirmede ikinci görüşmelerde mental sağlık sorunu varlığı için risk faktörüdür. Model 3’te ise bu iki değişken birlikte yaş ve cinsiyetle düzeltme yapılarak analize alınmıştır. Bu modelde hastalık şiddeti anlamlılığını kaybetmiştir, geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü ise mental sağlık sorunu görülme sıklığını 3.21 kat artırmaktadır (%95 GA:1.42-7.28).

Tablo 26.Mental sağlık durumunda sosyal destek değişkenlerinin lojistik regresyon analizi (2. Aramalar)

Model 1

	B	S.H.	p	O.R.	%95 GA
Aile sosyal destek	0.70	0.52	0.177	2.02	0.72-5.65
Arkadaş sosyal destek	0.66	0.43	0.126	1.95	0.82-4.59
Özel kişi sosyal destek	0.27	0.43	0.951	1.02	0.43-2.41

Model 2

(yaşa ve cinsiyete göre düzeltilmiş)

	B	S.H.	p	O.R.	%95 GA
Aile sosyal destek	0.70	0.52	0.182	2.02	0.71-5.71
Arkadaş sosyal destek	0.82	0.46	0.073	2.28	0.92-5.64
Özel kişi sosyal destek	0.03	0.44	0.946	1.03	0.42-2.48

İkinci görüşmelerde sosyal desteğin etkisini değerlendirmek için yapılan lojistik regresyonda biri yaşa ve cinsiyete göre düzeltilmiş olmak üzere iki model oluşturulmuştur. Bu modellerde sosyal destek ile ikinci görüşmelerdeki mental sağlık sorunu görölmesi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'ne başvurarak COVID-19 tanısı alan hastaların mental sağlık durumlarının değerlendirilmesi, izlemi ve bunları etkileyen faktörlerin incelenmesi sağlanmıştır. Hastalar tanı aldıktan 15 gün sonra ve 2 ay sonra olmak üzere iki görüşme gerçekleştirilmiştir. İlk görüşmelerde 345 kişi içinde Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeğine göre anksiyete veya depresyon skoru yüksek olan toplam 51 (%14.8) kişi, normal olan 294 (%85.2) kişidir. İkinci görüşmelerde ulaşılabilen 317 kişi içinde anksiyete veya depresyon skoru yüksek olan toplam 28 kişi (%8.9), normal olan 289 (%91.1) kişidir. Hastaların kontrolünü yapmak amacıyla yapılan üçüncü aramalarda ise sadece ikinci görüşmede HADS skoru yüksek 28 kişi aranmış, bunların içinden 25 kişiye ulaşılmıştır ve bu kişilerde anksiyete veya depresyon skoru yüksek olan toplam 13 (%52.0) kişi, normal olan 12 (%48.0) kişidir. Ekonomik durumun kötü olması, medeni durumun boşanmış veya dul olması, aile sosyal desteğinin yetersiz olması, tamamen iyileşmiş hissetmeme, hastalık şiddetinin ağır olması, hastane yatışı olması, hastalık sürecinde uyku sorunu yaşanması, geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü, psikiyatrik ilaç kullanımı, aktif bir psikiyatrik hastalık tanısı olması, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olması birinci görüşmelerde mental sağlık sorunu görülme sıklığını istatistiksel açıdan anlamlı olarak artıran etmenler olarak belirlenmiştir ($p<0.05$). Birinci görüşmeler için yapılan lojistik regresyon analizleri sonucunda geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olması (O.R.=3.37, GA: 1.78-6.36) ve hastalık şiddetinin ağır olmasının (O.R.=2.49, GA: 1.31-4.74) mental sağlık sorunu görülme riskini istatistiksel açıdan anlamlı olarak artırdığı görülmüştür. İkinci görüşmelerde ekonomik durumun kötü olması, hastalık şiddetinin ağır olması, geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü, psikiyatrik ilaç kullanımı, aktif bir psikiyatrik hastalık tanısı olması, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü ve arkadaş sosyal desteğinin yetersiz olması mental sağlık sorunu görülme sıklığını istatistiksel açıdan anlamlı olarak artırmıştır ($p<0.05$). İkinci görüşmeler için yapılan lojistik regresyon analizinde psikiyatrik hastalık öyküsü (O.R.=3.49, GA: 1.55-7.84) ve hastalık şiddeti (O.R.=2.29, GA: 1.02-5.13) ayrı ayrı yaş ve cinsiyetle düzeltilerek analize alındığında her ikisi de istatistiksel açıdan anlamlı bulunurken, iki değişken birlikte analize alındığında hastalık şiddeti anlamlılığını kaybetmiş ve sadece

geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü anlamlı olarak sonuçlanmıştır (O.R.=3.21, GA: 1.42-7.28).

5.1. Mental Sağlık Bulgularının Değerlendirilmesi

İlk görüşmelerde HADS'a göre 345 katılımcı içinde 23 kişi (%6.6) anksiyete, 46 kişi (%13.3) depresyon açısından normalin üstünde puan almıştır. İkinci görüşmelerde ise 317 kişi içinde 16 kişi (%5.04) anksiyete, 24 kişi (%6.95) depresyon açısından normalin üstünde puan almıştır. Katılımcıların pandemi öncesi döneme ait mental sağlık açısından değerlendirmesi olmadığı için bu sonuçların karşılaştırması yapılamamıştır. Türkiye'de yakın zaman diliminde mental sağlık açısından değerlendirme yapan büyük bir çalışmanın olmaması nedeniyle pandemi öncesi dönemdeki genel mental sağlık durumu ile de karşılaştırılamamıştır.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 raporuna göre 12 aylık depresyon insidansı kadınlarda %9.4, erkeklerde %4.9; yaygın anksiyete bozukluğu sıklığı %2.8, obsesif kompulsif bozukluk %2.2-%3.0, sosyal anksiyete bozukluğu %9.6-%21.7 olarak sonuçlanmıştır (50).

COVID-19 salgınının başlaması ve pandemiye dönüşmesiyle birlikte yapılan çalışmaların birçoğunda mental sağlık açısından da değerlendirmeler yapılmıştır. Bir metaanalizde 31 çalışmadan elde edilen verilere göre COVID-19 hastalarında (n=5153) depresyon prevalansı %45 (%95 GA: %37-%54), anksiyete prevalansı %47 (%95 GA: %37-%57) ve uyku bozukluğu prevalansı %34 (%95 GA: %19-%50) bulunmuştur(30). İran'da yapılan bir çalışmada Nisan-Haziran 2020 döneminde COVID-19 geçirip iyileşmiş 602 hasta tanı konduktan bir buçuk ay sonra telefonla aranarak PHQ-4 ve GAD-7 ölçekleri ile mental sağlık durumları açısından değerlendirilmiştir. Sonuçlara göre anksiyete %5.8 (%95 GA: %4.2-%7.8), depresyon %5.0 (%95 GA: %3.5-%7.0), PTSD %3.8 (%95 GA: %2.3-%5.3) oranındadır (51). Çin'de Temmuz 2020'de tanı alan 119 COVID-19 hastasında hastane taburculuğundan 1 gün önce yapılan kesitsel bir çalışmada "MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview)" testi ile depresyon %41.2, anksiyete %51.3, PTSD %33.6 oranında bulunmuştur ve bu çalışmada COVID-19'un algılanan etkisinin anksiyete için spesifik bir risk faktörü olduğu görülmüştür (52). Çin'in Wuhan kentinde 14 Şubat-18 Mart 2020 tarihleri arasında hastanede takip

sırasında 85 COVID-19 hastası ile yapılan bir çalışmada %35.9 depresyon, %38.5 anksiyete ve %24.3 depresyon ve anksiyete bir arada olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmaya göre kadınlarda depresyon riskinin, aile üyelerinde COVID-19 tanısı alanlarda depresyon ve anksiyete riskinin istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (53). Çin'in Hubei eyaletinde 13 merkezde yapılmış çok merkezli bir çalışmada 2 Şubat- 5 Mart 2020 arasında tanı almış 460 COVID-19 hastasında %53.4 depresyon, %46.3 anksiyete, %42 uykusuzluk olduğu; ailesinde COVID-19 tanısı alan veya bu nedenle kayıp yaşayanlarda depresyon ve anksiyetenin istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur(54). Wuhan'da yapılan kesitsel bir çalışmada 23 Şubat-13 Mart 2020 tarihleri arasında hastanede takip edilen 144 COVID-19 hastası HADS ile değerlendirilmiş ve anksiyete %34.7, depresyon %28.4 oranında bulunmuştur. Bu çalışmada yapılan lineer regresyon analizi sonuçlarına göre ise cinsiyet, yaş, oksijen satürasyonu sosyal destek ile anksiyete arasında; yaş, ailede COVID-19 ve sosyal destek ile depresyon arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür(55). Brezilya'da yapılan bir çalışmada 6 Nisan-15 Temmuz 2020 tarih aralığında 895 COVID-19 hastası tedavi alımından yaklaşık 2 ay sonra değerlendirilmiş ve depresyon %26.2, anksiyete %22.4, PTSD %17.3 oranında bulunmuştur. Bu çalışmada depresyon görülenlerin %39'u, anksiyete görülenlerin %37.8'i, PTSD görülenlerin %50.3'ü daha önce psikiyatrik bir tanı almış hastalardan oluşmaktadır(56). Sadece ayaktan hastaların değerlendirildiği bir çalışmada Mart-Nisan 2020'de Fasa Üniversitesinde 50 hastaya telepsikiyatrik değerlendirme yapılmış ve depresyon %35, anksiyete %33 oranında bulunmuştur(57). Yatan hastalarda bu oran daha yüksek olup metaanalizdeki 12 çalışmanın sonuçlarına göre depresyon %48, 13 çalışmanın sonuçlarına göre %42'dir(30). Ankara Şehir Hastanesinde yapılan bir çalışmaya göre Mayıs-Haziran 2020 tarihlerinde 300 COVID-19 hastasının HADS ile değerlendirme sonuçları %8.3 ciddi depresyon, %24 hafif depresyon; %7.7 ciddi anksiyete ve %16 hafif anksiyete olarak bulunmuştur (58). Amerika'da yapılan pandemi öncesi dönemle pandemi sürecinin depresif semptomların karşılaştırıldığı bir araştırmaya göre tüm kategorilerde depresif semptomların pandemi sürecinde daha yüksek olduğu görülmektedir (59).

COVID-19 pandemisi döneminde genel popülasyonda depresyon 14 çalışmadan elde edilen verilere göre (n=44531) %33.7, anksiyete ise 17 çalışmadan elde edilen verilere göre (n=63439) %31.9'dur (60). Pandemi sürecinde genel popülasyonda uyku

bozukluğu prevalansı ise %20.1'dir (61). Pandemi döneminde genel popülasyonun anksiyete, depresyon, stres ve uykusuzluk açısından değerlendirildiği ve dönemlere göre karşılaştırıldığı bir metaanalize göre; depresyon, stres ve uykusuzluk prevalansları Şubat 2020 öncesinde sırasıyla %25.5, %16.2 ve %22.6 iken Mart-Nisan 2020 döneminde sırasıyla %30.5, %29.4 ve %25.0'e yükselmiştir. Toplam 30 çalışmanın incelendiği bu metaanalizde anksiyete ve depresyon prevalansları sırasıyla %29.5 ve %28.1 olarak normal zamanlara göre daha yüksek bulunmuştur (62). Bir başka metaanaliz çalışmasına göre ise pandemi sürecinde pandemi öncesine göre depresyon, anksiyete ve stres prevalanslarının daha yüksek olduğu gösterilmiş; özellikle Asya'da, genç yaş grubunda ve kadın cinsiyette daha fazla artış olduğu görülmüştür (63).

Pandemi öncesi dönemde hastanede takip edilen hastalarda depresyon prevalansını göstermek için 2018 yılında 31 çalışmanın değerlendirildiği bir metaanalize göre hastane hastalarında depresyon prevalansı %5-%34 aralığında sonuçlanmıştır(64). Yine pandemi öncesi dönemde ayaktan hastalar üzerinde 2017'de yapılan bir metaanalize göre ise depresyon prevalansı %27 bulunmuştur (65). Kanseri hastalarının değerlendirildiği geniş çaplı bir çalışmada (n=2059) PHQ-9 ile yapılan değerlendirmede orta ve ağır depresyon prevalansı sırasıyla %11.3 ve %3.7 ; aynı çalışmada genel popülasyonda ise bu oranlar sırasıyla %5.1 ve %1.5 olarak verilmiştir(66).

Toplam 134 kohort araştırmasının yer aldığı bir metaanaliz çalışmasında pandemi öncesi dönem ve pandemi süreci arasında mental sağlık açısından karşılaştırmanın yapıldığı çalışmalar değerlendirilmiştir. Çoğu yüksek gelirli veya üst orta gelirli ülkelerde yapılan bu araştırmalarda genel mental sağlık, anksiyete ve depresyon değişiklikleri incelenmiştir. Birkaç izlem çalışmasına göre pandeminin ilk dönemine denk gelen 2020'nin ilk aylarında başta mental sağlık açısından bir şok etkisi görüldüğü, fakat bunun 2020'nin ilerleyen aylarında ve 2021'de tekrar pandemi öncesi dönemdeki düzeye gerilediği gösterilmiştir. Sonuçlara göre genel popülasyonda depresyon semptomlarındaki hafif bir bozulma dışında, genel mental sağlık durumunun pandemiden etkilenmediği görülmüştür. Depresyondaki hafif bozulma, çalışmada kullanılan standartlaştırılmış ortalama fark (SMD) olarak adlandırılan bir ölçümle pandeminin başlamasından sonra bulunan 0.12 SMD'lik bir fark olup minimal bir etkiyi ifade etmektedir. Bu çalışmada pandeminin mental sağlık açısından düşünüldüğü ya da

beklendiği gibi ciddi bir etki yaratmadığı, pandemi öncesi ile sonrası arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (67).

Görüldüğü gibi mental sağlık bulguları farklı çalışmalarda farklı prevalanslarda sonuçlanabilmektedir. Bunda çalışmanın yapıldığı yer, zaman, hangi ölçeklerin kullanıldığı, örnek grubu gibi birçok farklılık etkili olabilir. Özellikle pandeminin ilk başlangıç yeri olan Çin’de yapılan çalışmalarda bu oranların diğer ülkelere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Özellikle zaman açısından bakıldığında pandemi döneminin ilk sürecinde yapılan çalışmalarda anksiyete ve depresyon oranlarının daha yüksek olduğunu görmekteyiz. Bu çalışma ise pandeminin ikinci yılı içinde yapıldığından önceki çalışmalara göre mental sağlık sorunu görülme sıklığı daha düşük sonuçlanmış olabilir.

5.2. Sosyodemografik Özelliklerin Mental Sağlık Üzerine Etkisi

Sosyodemografik özellikler birçok hastalık için önemli bir bağımsız değişkendir. Hastalıkların çoğunun sosyoekonomik açıdan düşük seviyede olan gruplarda daha yüksek sıklıklarda görüldüğünü bilmekteyiz. Mental sağlık sorunlarının da yapılan çalışmalara göre benzer şekilde olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızdaki araştırma grubunun veri topladığımız hastanenin konumu ve hasta profili dikkate alındığında ve bulgulara bakıldığında sosyoekonomik olarak toplumun geneline göre daha iyi bir grup olduğu söylenebilir. Bu durum mental sağlık açısından sonuçları da etkilemiş olabilir.

Literatürdeki çalışmalarda yaş açısından genç yaşta olmanın COVID-19 sürecinde mental sağlık sorunu yaşama riskini artırdığını gösteren sonuçlar bulunmaktadır. İran’da yapılan bir çalışmada <50 yaş olanlarda anksiyete ve depresyonun 50 yaş ve üzerinde olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür (51). Huang ve arkadaşları gençlerde yaşlılara göre anlamlı ölçüde daha fazla anksiyete ve depresyon prevalansı olduğunu göstermişlerdir (68). Bir başka çalışmada 40 yaşın üstünde 40 yaş altı bireylere göre anksiyete riskinin 0.40 kat (%95 GA: 0.16-0.99) olduğu görülmüştür, yani gençlerin kaygı düzeyi daha yüksek görülmektedir (69). Farklı olarak Chew ve arkadaşlarının çalışmasında ise yaşlılarda mental sağlık sorunlarının daha fazla olduğu saptanmıştır (70). Çok merkezli bir gözlemsel çalışmaya göre 18-44 yaş aralığındaki kişilerde somatik semptomlar 45 yaş ve üzerine göre daha sık görülmektedir

(54). Hastanede yatan 144 hastanın değerlendirildiği Çin’de yapılan bir çalışmaya göre ise >50 yaş olmak anksiyete ve depresyon riskini istatistiksel açıdan anlamlı olarak artırmaktadır (55). Cinsiyet açısından bakıldığında yapılan çalışmaların birçoğunda kadın cinsiyetin mental sağlık sorunları açısından daha riskli olduğu görülmektedir. Pandeminin ilk döneminde Li ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kadınlarda erkeklere göre anksiyete riskinin 3.2 kat (%95 GA: 1.07-9.58) ve depresyon riskinin 9.1 kat (%95 GA: 2.14- 38.72) daha fazla olduğu görülmüştür (71). Çin’in Wuhan kentinde pandeminin ilk döneminde yapılan bir çalışmada kadınlarda depresyon riskinin istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (53). Ankara’da 300 COVID-19 hastası ile yapılan bir çalışmaya göre kadınların anksiyete puanlarının erkeklere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksektir (58). Sağlık çalışanlarında pandemi döneminde mental sağlık sorunlarının değerlendirildiği bir metaanalizde alt grup analizlerinde kadın cinsiyette daha fazla duygudurum bozukluğu olduğu belirtilmiştir (72). İran’da yapılan bir çalışmada kadınlarda anksiyete ve depresyonun istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür (51). 31 çalışmanın dahil edildiği bir metaanalizde ise (n=5153) alt grup analizlerinde cinsiyet açısından depresyon, anksiyete ve uyku bozukluklarının kadınlarda daha yüksek sıklıklarda olduğu görülse de istatistiksel olarak iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (30).

Medeni durum literatürde COVID-19 sürecinde mental sağlık durumu ile anlamlı ilişkili bulunmuştur. Li ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında yaptığı araştırmada medeni durum ile uykusuzluk arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (73). Naser ve arkadaşlarının araştırmasına göre boşanmış ve bekar sağlık çalışanlarında evlilere göre daha yüksek oranda depresyon ve anksiyete olduğu görülmüştür (74). Medeni durum ile post-COVID-19 semptomlar arası ilişkinin değerlendirildiği bir araştırmada depresif durum ve hafıza bozukluklarının evli olmayanlarda anlamlı olarak daha fazla olduğu görülmüştür (75). Amerika’da yapılan COVID-19 sürecinde depresif semptomların değerlendirildiği bir çalışmaya göre evli bireylerde bekar, boşanmış ve dul bireylere göre daha düşük depresyon semptomları vardır (59). COVID-19’un akut psikolojik etkilerinin değerlendirildiği çok merkezli bir çalışmaya göre boşanmış ve dullarda hiç evlenmemiş bekarlara göre anlamlı olarak daha fazla somatik semptomlar, uykusuzluk, anksiyete, intihar düşüncesi, stres tepkisi ve depresyon görülmüştür. Aynı çalışmaya göre evli

kişilerde evli olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla somatik semptom, anksiyete ve depresyon görülmektedir (54).

Eğitim seviyesi mental sağlık açısından önemli bir değişkendir. Yapılan bazı çalışmalarda düşük eğitim seviyesi ile mental sağlık sorunu görülmesi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu görülmüştür (76,77). Bazı çalışmalarda ise bunun tersi olarak eğitim seviyesinin ve akademik başarının artışıyla mental sağlık açısından olumsuz etkiler söz konusudur (69,78). Çok merkezli gözlemsel bir çalışmaya göre düşük eğitim seviyesi olan kişilerde kendini yaralama ve intihar düşüncelerinin daha fazla, stres yanıtının ise daha düşük olduğu gösterilmiştir(54). Mülk kaybının ve kötü ekonomik koşulların mental sağlık sorunları açısından riski artırdığı gösterilmiştir (77). Pandemi döneminde Amerika’da yapılan bir çalışmada en düşük gelir grubundaki 116 kişide depresyon %46.9 oranındayken en yüksek gelir grubundaki 67 kişide %16.9 oranındadır (59).

5.3. Klinik Özelliklerin Mental Sağlık Üzerine Etkisi

Birçok hastalıkta eşlik eden mental sağlık sorunları olabilmektedir. Özellikle kliniğin şiddetli olduğu durumlarda mental sağlık sorunu görülme sıklığı daha da artmaktadır. Hastane yatışı olanlarda, özellikle de yoğun bakım yatışlarında anksiyete ve depresyon riski çok daha fazladır.

Birçok hastalık için iyileşmenin hızlı olması için mental sağlığın çok önemli olduğu bilinmektedir. Yaşlı popülasyonda yapılan bir sistematik derlemeye göre psikolojik semptomları olan kişilerde klinik sonuçların daha kötü olduğu, yatış süresinin daha uzun olduğu ve hastaneye tekrar başvurunun daha sık olduğu görülmüştür (79). Bir başka çalışmada yüksek kortizol seviyesinin anksiyete ile korele ve mortalite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (80). Enfeksiyon sonrasında psikiyatrik semptomların uzun süre devam edebildiği görülmüştür. SARS salgınında 2 yıldan daha uzun süre devam eden semptomlar olmuştur (81).

Çok merkezli gözlemsel bir çalışmaya göre ateşi olan kişilerde istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla kendini yaralama ve intihar düşünceleri, somatik semptomlar ve uykusuzluk görülmektedir (54). Hastalığın şiddeti ile ilgili önemli göstergelerden biri

olan oksijen satürasyonunun düşüklüğünün de anksiyete riskini istatistiksel açıdan anlamlı olarak artırdığını gösteren kanıtlar mevcuttur (55).

Bu çalışmada literatürle paralel olarak algılanan hastalık şiddetinin ağır olmasının mental sağlık sorunu görülme riskini artırdığı görülmüştür. İkinci görüşmelerde, birinci görüşmeler için yapılan lojistik regresyon analizinde anlamlı çıkan değişkenler olan hastalık şiddeti ve geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsünün ayrı ayrı lojistik regresyon analizlerinde yine anlamlı ilişki olduğu görülse de iki değişkenin birlikte değerlendirildiği lojistik regresyon analizinde hastalık şiddetinin anlamlılığını kaybetmesi, hastalığın akut döneminin geçmesiyle birlikte hastalık şiddetinin etkisinin azaldığını ve asıl etkenin kişinin geçmişte psikiyatrik bir hastalık öyküsünün olması olduğunu göstermektedir. Bu noktada ayrıca hastalık şiddeti ile mental sağlık sorunu varlığı arasındaki nedensellik ilişkisinde ters nedensellik olabileceği önemlidir. Yani hastalığı daha şiddetli geçiren kişilerde daha fazla anksiyete ve depresyon semptomları görülebileceği gibi, anksiyete ya da depresyonu olan kişiler hastalıklarının şiddetini daha yüksek algılamış da olabilirler.

5.4. Psikiyatrik Öykünün Mental Sağlık Üzerine Etkisi

Bizim çalışmamızda psikiyatrik öykü olarak; kişinin bilinen aktif bir psikiyatrik hastalık tanısının olması, psikiyatrik bir ilaç kullanması, geçmişte psikiyatrik bir hastalık geçirmiş olması, ailesinde psikiyatrik bir hastalık öyküsü olması gibi durumlar değerlendirilmektedir. Anksiyete yaşama olasılığının üçte biri kalıtımla ilgilidir (35). Depresyon için ise majör depresyonu olan bireylerin birinci derece yakınlarında depresyon riski 2-4 kat daha yüksektir (36).

Bu çalışmada geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olması, bilinen bir psikiyatrik hastalık tanısının olması, psikiyatrik ilaç kullanımı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün olması değişkenleri için tek değişkenli analizlerde birinci görüşmelerde bu değişkenlerin hepsinin mental sağlık sorunu görülme riskini artırdığı görülmüştür.

Psikiyatrik öykü ile ilgili değişkenlerin birbirleriyle korelasyon içinde olması nedeniyle lojistik regresyon analizinde seçenekler arasında daha kapsayıcı olması ve daha fazla kişide görülmesi nedeniyle geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olması değişkeni tercih edilmiştir. Birinci görüşmeler için lojistik regresyon analizine alınan

değişkenler arasında hem ilk modelde hem yaşa ve cinsiyete göre düzeltildiğinde anlamlı olarak sonuçlanan iki değişkenden biri geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olması olmuştur. İkinci görüşmeler için yapılan lojistik regresyon analizinde anlamlı çıkan bu iki değişken (hastalık şiddeti ve geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü) yaşa ve cinsiyete göre düzeltilerek ayrı ayrı analize alınmış ve yine her ikisi de anlamlı çıkmıştır. İkisi birlikte analize alındığında ise ikinci görüşmeler için hastalık şiddeti anlamlılığını kaybederken geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olmasının tek başına anlamlılığını korumaya devam ettiği görülmüştür (O.R.=3.21, GA:1.42-7.28).

Araştırma grubu içinde mental sağlık sorunu yaşayan kişilerin çok büyük bir oranda herhangi bir psikolojik destek danışmanlık almadıkları görülmektedir. Katılımcıların birçoğu görüşmeler sırasında bunun nedeni olarak psikiyatrik bir destek alabilecek yerin olmayışı, randevu bulamamaları gibi durumlardan bahsetmiştir. Bu nedenle ikinci görüşmelerde mental sağlık sorunu görülen bireyler ikinci görüşmeler tamamlandıktan sonra tekrar aranarak hastanemizde Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında poliklinik randevusu ayarlanabileceği söylenmiştir. 16 kişi bunu kabul etmiş, kalan kişiler ise ihtiyaç duymadığını söylemiştir. Üçüncü görüşmelerde toplanan verilere göre ise toplam 6 kişi psikiyatrik bir destek almak için başvuruda bulunmuştur. Çoğu hasta çeşitli nedenlerle psikiyatri randevusuna gelemediklerini bildirmiştir. Yarar görmeyeceğini düşünme, damgalanma korkusu en çok görülen nedenlerden olmuştur.

Çalışmada birçok değişken ile mental sağlık sorunları arasındaki ilişki değerlendirilmiş, ama en güçlü ilişkinin kişinin geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olması ile olduğu görülmüştür. Birçok değişkenin değerlendirildiği bu analizlerde sonuç olarak mental sağlık sorunu görülmesi açısından en önemli etkinin kişinin daha önce böyle bir öyküsünün olmasına ait olduğu görülmektedir.

5.5. Sosyal Desteğin Mental Sağlık Üzerine Etkisi

Sosyal destek mental sağlık üzerine etkisi olan en temel başlıklardandır. Literatürde birçok çalışmada sosyal desteğin mental sağlık için önemi gösterilmiş ve mental sağlık sorunlarıyla başa çıkmadaki rolü kanıtlanmıştır. Yapılan bir sistematik derlemede sosyal desteğin özellikle depresyon açısından önemli bir koruyucu faktör olduğu gösterilmiş, yaşam dönemine göre en koruyucu sosyal destek kaynağının (eş, aile,

arkadaş vb.) değişkenlik gösterebildiği görülmüştür (39). COVID-19 sürecinde karantinada olmanın yalnızlık ve hapsedilmişlik duygularına neden olabileceği, ve bu duyguların mental sağlık üzerine olumsuz etkileri olduğu; depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu gibi durumlarla ilişkili olduğu ve bunların uzun dönem devam edebileceği gösterilmiştir (82,83). Algılanan sosyal desteğin depresyon, anksiyete ve uyku kalitesi ile ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada yüksek algılanan sosyal desteğin depresyon ve kötü uyku kalitesi açısından koruyucu olduğu görülmüştür (84). COVID-19 tanısı almış 144 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada düşük sosyal desteğin istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha fazla anksiyete ve depresyona yol açtığı gösterilmiştir (55). Pandemi döneminde hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada yüksek algılanan sosyal destek ile mental sağlık sorunları arasında negatif korelasyon olduğu görülmüştür (84). Sosyal destek ile yalnızlığın anksiyete, depresyon ve posttravmatik stres bozukluğu gibi mental sağlık sorunları ile ilişkisinin değerlendirildiği bir metaanaliz araştırmasına göre yalnızlık sosyal desteğe göre daha güçlü ilişkili olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmaya göre yalnızlık ile depresyon, anksiyete ve posttravmatik bozukluğu arasındaki ilişkinin etki büyüklüğünün havuzlanmış korelasyonu sırasıyla 0.49, 0.40 ve 0.38; sosyal destek için ise bu korelasyonlar sırasıyla 0.20, 0.19 ve 0.18'dir (86).

Bu çalışmada sosyal destek açısından iyi gruplarda sosyal desteği yetersiz gruplara göre mental sağlık sorunlarının istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür. Özellikle aile sosyal desteğinin bu noktada önemli bir rolde olduğu görülmüştür. Birinci görüşmeler için yapılan tek değişkenli analizlere göre aile sosyal desteği iyi olanlarda kötü olanlara göre mental sağlık sorunu görülme sıklığı anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0.001$). İkinci görüşmelerde yapılan tek değişkenli analizlerde ise aile sosyal desteği anlamlılığını kaybederken, arkadaş sosyal desteğinin yetersiz olmasının mental sağlık sorunu görülme riskini artırdığı görülmektedir ($p=0.046$). Birinci görüşmeler için mental sağlık sorunu ile sosyal destek değişkenlerinin ilişkisinin incelendiği lojistik regresyon analizinde de sadece aile sosyal desteğinin anlamlı bir şekilde riski artırdığı görülmektedir. Buna göre aile sosyal desteği kötü olanlarda iyi olanlara göre mental sağlık sorunu görülme riski 5.02 kat daha fazladır (%95 GA: 1.84-13.65). Aynı analiz yaşa ve cinsiyete göre düzeltilindiğinde aynı risk 4.61 kat daha fazla bulunmuştur (%95 GA: 1.68-12.67). İkinci görüşmelerde mental sağlık sorunu ile sosyal

destek değişkenlerinin ilişkisinin incelendiği lojistik regresyon analizinde ise hiçbir değişken anlamlı bulunmamıştır.

Sosyal destek değişkenlerinde değerlendirilen ana başlıklardan biri, sosyal desteği değerlendirmek için hazırladığımız sorularda yararlandığımız Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinde de geçmekte olan özel kişi/üçüncü kişi desteğidir. Bu bölümde katılımcılara aile ve arkadaş dışında, duygularını paylaşabildikleri, gerektiğinde kendilerine destek olan bir üçüncü kişi olup olmadığı sorulmuştur. Bu kişi için örnek olarak sevgili, nişanlı, akraba, komşu, doktor, psikolog vb. bir kişi olabileceği belirtilmiş ve bu şekilde cevaplaması istenmiştir. Bu noktada sorunun tam işlemediği görölmektedir. Araştırma grubu açısından bu soru anlaşılması güç olan sorulardan olmuştur. Geniş bir spektrumda olan cevap seçenekleri olması nedeniyle farklı açılardan birbirinden çok farklı yorumlar yapılmış ve aile sosyal desteği ve arkadaş sosyal desteğine göre anlamlılık açısından daha zayıf bir ilişki göstermiştir. Araştırma grubu açısından bu soru anlaşılması güç olan sorulardan olmuştur.

Çalışan kişiler için ayrıca iş amiri ve iş arkadaşlarının sosyal desteği değerlendirilmiştir. Çalışan sayısı tüm araştırma grubuna göre daha az olmakla birlikte; iş arkadaşlarının desteği iyi olanlarda (%12.0) kötü olanlara göre (%18.8) ve iş amiri desteği iyi olanlarda (%11.5) kötü olanlara göre (%22.2) daha az mental sağlık sorunu olduğu görölmüştür. Özellikle iş amiri desteğinin mental sağlık sorunu görülmesi açısından önemli bir rolü olduğu görölmekle birlikte istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0.059$).

Sosyal destek değişkenlerinin katılımcıların algısına göre belirleniyor olması ters nedenselliğe yol açmış olabilir. Yani mental sağlık sorunu yaşayan kişiler sosyal destek açısından olduğundan daha düşük algılıyor veya bu şekilde belirtiyor olabilirler. Yine de sosyal desteğin mental sağlık açısından önemli bir yeri olduğu bilinmektedir ve çalışmadaki sonuçlar da bunu destekleyen niteliktedir. Özellikle aile sosyal desteğinin akut dönemde, arkadaş sosyal desteğinin ise ilerleyen dönemde mental sağlık açısından olumlu bir etkisi olduğu görölmektedir. Akut dönemde aile sosyal desteğinin mental sağlık üzerinde olumlu etkilerinin zaman geçtikçe etkisini kaybetmesi, COVID-19'un yarattığı travmadan çok başka etmenlerin anksiyete ve depresyon üzerinde etkisi olabileceğini ve bu nedenle hastalık sırasındaki aile desteğinin etkisinin sonraki dönemde görölmediğini düşündürmektedir.

5.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak telefonla görüşme yapılması bir kısıtlılıktır. Özellikle mental sağlık değerlendirmesinin yapılması için kullanılan Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği'nin telefonla görüşme sırasında uygulanması, hastaların cevaplarını telefonda iletmek durumunda olması, bazı katılımcıların rahatça duygu ve düşüncelerini paylaşamamasına neden olmuş olabilir. Ulaşılabilen ve anketi tamamlayabilen kişiler mental bozukluklar açısından daha az riskli grup olabilir. Ciddi derecede bulguları olan kişilerde ulaşılamama ve red oranı daha yüksek olabilir.

Çalışmanın yapıldığı zaman pandemi ilan edildikten yaklaşık olarak 1.5 yıl sonraya denk geldiği için mental açıdan etkilenme öncesine göre daha az olmuş olabilir. Bu çalışma pandeminin ilk yılı içerisinde yapılsaydı daha farklı sonuçlar görülebilirdi. Ayrıca kişilerin mental sağlık açısından şikayetlerini ifade etmede duyduğu çekinceler ve damgalanma korkusu bu oranların olduğundan düşük çıkmasına yol açmış olabilir.

Araştırmada katılımcılara mental sağlık değerlendirmesi yapılmış fakat kişilerin öncesindeki mental sağlık durumlarına ilişkin veri olmadığından öncesi ile karşılaştırma yapılamamıştır. Ayrıca Türkiye'de yakın zamanda yapılmış mental sağlık durumunun değerlendirildiği büyük bir çalışma da olmadığından elde ettiğimiz oranların toplumun normal mental sağlık sorunu sıklığı ile arasındaki fark da değerlendirilememiştir. Yani karşılaştırma yapamadığımızdan elde ettiğimiz sonuçlarda COVID-19'un etkisini değerlendirmek güçtür. Çalışmada sadece COVID-19 geçiren hastaların olması ve bir kontrol grubunun olmaması nedeniyle yine benzer şekilde karşılaştırma yapılamamakta ve bu etki değerlendirilememektedir.

Mental sağlık durumunu etkileyebilecek birçok faktör olduğundan yapılan değerlendirmede görülen anksiyete ya da depresyonun COVID-19 ile ilişkili olup olmadığını, yani nedensellik ilişkisini belirlemek zordur. Her ne kadar bunu değerlendirmek için algılanan etkilenme nedeni ve travmatik bir olay yaşanıp yaşanmadığı sorulsa da nedensellik kesin olarak belirlenemez. Ayrıca birçok değişken için nedensellik ilişkisinin yönü belirgin değildir, ters nedensellik olabilecek ilişkiler vardır. Örneğin; hastalık şiddeti kişilerin kendi algıladıkları şiddet olarak değerlendirildiğinden, anksiyete veya depresyonu olan kişiler hastalık şiddetini daha yüksek algılamış olabilirler. Bu durumda hastalığın şiddetinin yüksek olması anksiyete veya depresyona yol açmış olabileceği gibi, bunların varlığı da hastalığın şiddetinin

yüksek algılanmasına neden olmuş olabilir. Benzer şekilde iyileşme algısı da mental sağlık sorunu yaşayan kişilerde tam olarak iyileşmiş hissetmemeye yol açmış olabilir. Değerlendirilen bazı değişkenlerin algılanan değişkenler olması ters nedenselliğe yol açmış olabilir.

5.7. Araştırmanın Güçlü Yanları

Araştırmanın örnek büyüklüğü açısından yeterli bir grupta yapılması ve bir izlem çalışması olması araştırmanın güçlü yanlarından. Kişilerle tanı aldıkları günden 15 gün sonra ve 2 ay sonra olmak üzere iki kez görüşülmüş, her görüşmede mental sağlık açısından değerlendirme yapılmıştır. İlk 14 gün içinde COVID-19 şikayetlerinin aktif olduğu dönem olduğundan, böyle bir yan tutmayı engellemek için ilk değerlendirme 15 gün dolduktan sonra yapılmıştır. Ayrıca ikinci görüşmede mental sağlık sorunu yaşayan kişiler tanı sonrası altıncı ayda üçüncü bir görüşme ile tekrar değerlendirilerek takipleri sağlanmıştır.

Çalışmada mental sağlık üzerine etkisi olabilecek çok sayıda bağımsız değişken birlikte incelenmiştir. Tek değişkenli analizlerle ve çok değişkenli lojistik regresyon analizleriyle mental sağlık sorunu riskini artıracak çok sayıda değişkenin değerlendirmesi yapılmış ve riski artıran değişkenler bu şekilde belirlenmiştir.

Anket telefon aracılığıyla yapıp veri toplayan kişi tarafından doldurulduğundan, hastaların tam olarak anlayamayacağı soruların görüşme sırasında açıklanması sağlanmıştır. Ayrıca tek bir veri toplayan kişi olması veri toplayana bağlı olabilecek yan tutmaları azaltmıştır.

Mental sağlık değerlendirmesi için kullanılan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği anksiyete ve depresyon bulgularının saptanmasında iyi ve özellikle başka bir hastalığa eşlik eden mental sağlık sorunlarının değerlendirilmesi için kullanılması önerilen bir ölçektir. Her görüşmede katılımcıların bu ölçek ile değerlendirilmesi araştırmanın güçlü yönlerindendir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

COVID-19 pandemisi gibi olağandışı durumlarda toplumda mental sağlık açısından olumsuz etkilenme beklenebilecek bir durumdur. COVID-19 tanısı alarak hastalığı geçiren kişilerdeki etkileri inceleyen bu çalışmada katılımcıların mental sağlık durumu değerlendirilmiş ve bunu etkileyebilecek değişkenlerle arasındaki ilişkiler incelenmiştir. COVID-19 hastalarında mental sağlık bulgularının değerlendirilmesi, uzun dönem sonuçlarının görülmesi ve bunları etkileyen etmenlerin belirlenmesi; risk gruplarının belirlenmesi, halk sağlığı önlemleri kapsamında psikolojik destek ve danışmanlık sistemlerinin geliştirilmesi ve ruhsal sağlık hizmetleri politikalarının oluşturulması için önem taşımaktadır. Riski artıran durumların belirlenmesi ayrıca müdahale planlamalarında kullanılabilecek yöntemlerin belirlenmesinde yol gösterici olabilir.

Araştırmamızda verilerin toplandığı dönem, pandeminin ilan edilmesinden yaklaşık olarak 1,5 yıl sonrasına denk gelmektedir. Bu açıdan; hastalıkla ilgili endişe ve korkuların biraz daha azaldığı bir dönem olduğunu söyleyebiliriz. Aynı çalışma pandeminin ilk dönemlerinde yapılsaydı mental sağlık açısından daha kötü sonuçlar bulunabilirdi. Ayrıca değerlendirmede kullanılan ölçekler nedeniyle bu oran literatürdeki diğer çalışmalara göre daha düşük bulunmuş olabilir. Bunların yanında, mental sağlığın etkilenebileceği birçok durum olması ve ters nedensellik gibi durumlar nedensellik ilişkisinin kurulmasını güçleştirmektedir. Mental sağlık sorunu yaşayan kişiler değerlendirilen birçok değişkeni olduğundan daha kötü olarak algılamış ve bu şekilde cevap vermiş olabilir. Özellikle bireylerin özel hayatlarıyla ilgili sorunlar, ekonomik sıkıntılar, iş hayatında yaşanan zorluklar, o dönemde yaşanan travmatik olaylar kişilerin mental sağlık açısından etkilenmesine neden olmuş olabilir. Yine de mental sağlık açısından etkilenme nedenleri sorulduğunda katılımcıların büyük çoğunluğu COVID-19 geçirmenin etkisi olduğunu düşündüğünü belirtmiştir.

Çalışmada birçok değişken ile mental sağlık sorunları arasındaki ilişki değerlendirilmiş, en güçlü ilişkinin kişinin geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olması ile olduğu görülmüştür. Buradan hareketle geçmişte psikiyatrik hastalık öyküsü olan kişilerin risk grubu olarak değerlendirilmesi ve bu kişilere ayrı olarak bazı taramaların

ve girişimlerin yapılması önerilebilir. Hastalığı ağır geçiren kişiler de yine riskli gruplardan olarak değerlendirilebilir. Bu risk grupları öncelikli olmak üzere mental sağlık açısından değerlendirmenin yapılması ve ihtiyaç duyanlara sağlık hizmetinin sunulması, mental sağlık sorunlarının önlenmesi için çeşitli müdahale programlarının hazırlanması önemli bir iyileşme yaratabilir. Sosyal izolasyon ve yalnızlığın artışına yol açan pandemi gibi süreçlerde özellikle yalnız yaşayan ve sosyal destek açısından yetersiz kişilerde mental sağlık açısından olumsuz etkilenme daha fazla olabileceği için müdahale planlarında bu gruplara yönelik sosyal destek içerikli programların hazırlanması etkili olabilir.

Çalışmanın karşılaştırmasının yapılması için literatürde önceki dönemlere ait ve benzer şekilde yapılmış çalışma sayısının çok az olması göstermektedir ki toplumun mental sağlık durumunun değerlendirilmesi amacıyla daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır. Yalnızca olağandışı durumlarda değil, normal dönemlerde de değerlendirme yapmak karşılaştırılabilecek bir veri sağlaması açısından değerli olacaktır. COVID-19 salgını gibi salgınların gelecekte de olabileceği bilinmektedir. Ayrıca pandemi dışında doğal afetler, savaş, göç gibi birçok olağandışı durum da gelecekte devam edecektir. Bütün bu süreçlerde sağlık hizmeti ihtiyaçlarının bir parçası olarak mental sağlık unutulmamalıdır. Öncelikle riskli gruplar olmak üzere kişilere mental sağlık değerlendirmesi yapılmalı, ciddi bulguları olan kişilerin profesyonel destek almaları için yönlendirmesi yapılmalıdır. Mental sağlık için önemli bir yeri olan sosyal desteğin önemi unutulmamalı, pandemi gibi olağandışı dönemlerde sosyal destek içerikli hizmet sunumuna yönelik planlar yapılmalıdır. Toplumda ruh sağlığı hizmeti almayı engelleyen “damgalanma” korkusunun önüne geçilebilmesi için halkın bilgilendirilmesi sağlanmalı, bu konuda eğitimler yapılmalıdır. Ruh sağlığı hizmetlerinin diğer sağlık hizmetlerine entegre olması ve daha ulaşılabilir hale gelmesi sağlanmalıdır. Bireylerin herhangi bir çekince duymadan bu hizmetleri alması sağlanmalı ve takipler için düzenli bir sistem oluşturulmalıdır.

7. Kaynaklar (Referanslar)

1. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 07 Nisan 2020;323(13):1239-42.
2. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it [Internet]. [a.yer 11 Ocak 2023]. Erişim adresi: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)
3. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. The Lancet. 15 Şubat 2020;395(10223):470-3.
4. Coronavirus Disease (COVID-19) - events as they happen [Internet]. [a.yer 18 Ocak 2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen>
5. Statement on the fifteenth meeting of the IHR (2005) Emergency Committee on the COVID-19 pandemic [Internet]. [a.yer 06 Temmuz 2023]. Erişim adresi: [https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/news/item/05-05-2023-statement-on-the-fifteenth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)
6. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. [a.yer 29 Mayıs 2023]. Erişim adresi: <https://covid19.who.int>
7. Genel Koronavirüs Tablosu [Internet]. [a.yer 29 Mayıs 2023]. Erişim adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html>
8. Cui J, Li F, Shi ZL. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. Nat Rev Microbiol. Mart 2019;17(3):181-92.
9. Arbour N, Day R, Newcombe J, Talbot PJ. Neuroinvasion by human respiratory coronaviruses. J Virol. Ekim 2000;74(19):8913-21.
10. Mori I, Nishiyama Y, Yokochi T, Kimura Y. Olfactory transmission of neurotropic viruses. J Neurovirol. Nisan 2005;11(2):129-37.
11. Jacomy H, Fragoso G, Almazan G, Mushynski WE, Talbot PJ. Human coronavirus OC43 infection induces chronic encephalitis leading to disabilities in BALB/C mice. Virology. 05 Haziran 2006;349(2):335-46.
12. Hung ECW, Chim SSC, Chan PKS, Tong YK, Ng EKO, Chiu RWK, vd. Detection of SARS coronavirus RNA in the cerebrospinal fluid of a patient with severe acute respiratory syndrome. Clin Chem. Aralık 2003;49(12):2108-9.
13. Xu J, Zhong S, Liu J, Li L, Li Y, Wu X, vd. Detection of severe acute respiratory syndrome coronavirus in the brain: potential role of the chemokine mig in pathogenesis. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 15 Ekim 2005;41(8):1089-96.
14. Xu P, Sriramula S, Lazartigues E. ACE2/ANG-(1-7)/Mas pathway in the brain: the axis of good. Am J Physiol - Regul Integr Comp Physiol. Nisan 2011;300(4):R804-17.
15. Brann DH, Tsukahara T, Weinreb C, Lipovsek M, Van den Berge K, Gong B, vd. Non-neuronal expression of SARS-CoV-2 entry genes in the olfactory system suggests mechanisms underlying COVID-19-associated anosmia. Sci Adv. 31 Temmuz 2020;6(31):eabc5801.

16. Vaira LA, Salzano G, Deiana G, De Riu G. Anosmia and Ageusia: Common Findings in COVID-19 Patients. *The Laryngoscope*. Temmuz 2020;130(7):1787.
17. ALIMOHAMADI Y, TOLA HH, ABBASI-GHAHRAMANLOO A, JANANI M, SEPANDI M. Case fatality rate of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *J Prev Med Hyg*. 30 Temmuz 2021;62(2):E311-20.
18. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, vd. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med*. 26 Mart 2020;382(13):1199-207.
19. Lotfi M, Hamblin MR, Rezaei N. COVID-19: Transmission, prevention, and potential therapeutic opportunities. *Clin Chim Acta Int J Clin Chem*. Eylül 2020;508:254-66.
20. Yang J, Zheng Y, Gou X, Pu K, Chen Z, Guo Q, vd. Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis IJID Off Publ Int Soc Infect Dis*. Mayıs 2020;94:91-5.
21. Mizrahi B, Sudry T, Flaks-Manov N, Yehezkelli Y, Kalkstein N, Akiva P, vd. Long covid outcomes at one year after mild SARS-CoV-2 infection: nationwide cohort study. *BMJ*. 11 Ocak 2023;e072529.
22. Andrews LJ, Benken ST. COVID-19: ICU delirium management during SARS-CoV-2 pandemic—pharmacological considerations. *Crit Care*. 23 Haziran 2020;24(1):375.
23. Mental disorders [Internet]. [a.yer 29 Mayıs 2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
24. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022 [Internet]. [a.yer 29 Mayıs 2023]. Erişim adresi: https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
25. The European Mental Health Action Plan 2013–2020.
26. Health and Well-Being [Internet]. [a.yer 03 Mart 2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>
27. Elbi H, Binbay İT, Alptekin K, Ulaş H. Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Derg*. 2011;22(1):40-52.
28. Alptekin K, Özkinay FF, Onay H, Drukker M, Binbay İT, Elbi H, vd. İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik zellikler. *Türk Psikiyatri Derg*. 2012;23(3):149-60.
29. Scribd [Internet]. [a.yer 29 Mayıs 2023]. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu (1998) | PDF. Erişim adresi: <https://www.scribd.com/doc/118803955/Turkiye-Ruh-Sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1-Profil-Raporu-1998>
30. The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis [Internet]. [a.yer 07 Haziran 2022]. Erişim adresi: <https://nyaspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/nyas.14506>
31. Kauhanen L, Wan Mohd Yunus WMA, Lempinen L, Peltonen K, Gyllenberg D, Mishina K, vd. A systematic review of the mental health changes of children and young people before and during the COVID-19 pandemic. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 01 Haziran 2023;32(6):995-1013.
32. Sahibi TH. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın Numarası: 1197.
33. Mental health and COVID-19 [Internet]. [a.yer 27 Mayıs 2023]. Erişim adresi: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/mental-health-and-covid-19>
34. VizHub - GBD Results [Internet]. [a.yer 19 Nisan 2023]. Erişim adresi: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

35. Köroğlu E. Kaygı (Anksiyete) Bozukluğu. İçinde: Klinik Psikiyatri. 3. bs Esenkal Yayıncılık; 2020. s. 220.
36. Köroğlu E. Depresyon Bozuklukları. İçinde: Klinik Psikiyatri. 3. bs Esenkal Yayıncılık; 2020. s. 173.
37. Solmaz S. OLA ANDI I DURUMLARDA SA LIK HİZMETLERİ SA LIK  ALI ANININ EL KİTABI.
38. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, vd. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. Public Health. Kasım 2017;152:157-71.
39. Gari y G, Honkaniemi H, Quesnel-Vall e A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. Br J Psychiatry. Ekim 2016;209(4):284-93.
40. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Reprod Health. 28 Temmuz 2021;18(1):162.
41. Labrague LJ. Psychological resilience, coping behaviours and social support among health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review of quantitative studies. J Nurs Manag. Ekim 2021;29(7):1893-905.
42. Zhang X, Dong S. The relationships between social support and loneliness: A meta-analysis and review. Acta Psychol (Amst). 01 Temmuz 2022;227:103616.
43. Hutten E, Jongen EMM, Vos AECC, van den Hout AJHC, van Lankveld JJDM. Loneliness and Mental Health: The Mediating Effect of Perceived Social Support. Int J Environ Res Public Health. Ocak 2021;18(22):11963.
44. O'Sullivan R, Burns A, Leavey G, Leroi I, Burholt V, Lubben J, vd. Impact of the COVID-19 Pandemic on Loneliness and Social Isolation: A Multi-Country Study. Int J Environ Res Public Health. Ocak 2021;18(19):9982.
45. Heitzman J. Impact of COVID-19 pandemic on mental health. Psychiatr Pol. 30 Nisan 2020;54(2):187-98.
46. Matschke J, L tgehetmann M, Hagel C, Sperhake JP, Schröder AS, Edler C, vd. Neuropathology of patients with COVID-19 in Germany: a post-mortem case series. Lancet Neurol. 01 Kasım 2020;19(11):919-29.
47. Varatharaj A, Thomas N, Ellul MA, Davies NWS, Pollak TA, Tenorio EL, vd. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study. Lancet Psychiatry. 01 Ekim 2020;7(10):875-82.
48. Lee SW, Yang JM, Moon SY, Yoo IK, Ha EK, Kim SY, vd. Association between mental illness and COVID-19 susceptibility and clinical outcomes in South Korea: a nationwide cohort study. Lancet Psychiatry. 01 Aralık 2020;7(12):1025-31.
49. Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, vd. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. F1000Research. 2020;9:636.
50. Sa lık İstatistikleri Yıllığı 2019 Yayınlanmı tır [ nternet]. [a.yer 29 Mayıs 2023]. Eri im adresi: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,82338/saglik-istatistikleri-yilligi-2019-yayinlanmistir.html>
51. Khademi M, Vaziri-Harami R, Shams J. Prevalence of Mental Health Problems and Its Associated Factors Among Recovered COVID-19 Patients During the Pandemic: A Single-Center Study. Front Psychiatry. 2021;12:602244.
52. Zhang Z, Feng Y, Song R, Yang D, Duan X. Prevalence of psychiatric diagnosis and related psychopathological symptoms among patients with COVID-19 during the second wave of the pandemic. Glob Health. 08 Nisan 2021;17(1):44.

53. Nie XD, Wang Q, Wang MN, Zhao S, Liu L, Zhu YL, vd. Anxiety and depression and its correlates in patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan. *Int J Psychiatry Clin Pract*. Haziran 2021;25(2):109-14.
54. Wang M, Hu C, Zhao Q, Feng R, Wang Q, Cai H, vd. Acute psychological impact on COVID-19 patients in Hubei: a multicenter observational study. *Transl Psychiatry*. 18 Şubat 2021;11(1):1-9.
55. Kong X, Zheng K, Tang M, Kong F, Zhou J, Diao L, vd. Prevalence and Factors Associated with Depression and Anxiety of Hospitalized Patients with COVID-19 [Internet]. medRxiv; 2020 [a.yer 29 Nisan 2023]. s. 2020.03.24.20043075. Erişim adresi: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.24.20043075v2>
56. Post-infection depressive, anxiety and post-traumatic stress symptoms: A prospective cohort study in patients with mild COVID-19 | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. [a.yer 07 Haziran 2022]. Erişim adresi: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0278584621001007?token=0A0510F6EC00CB397D6622B0C1B905D198DC0249F07901860522E97E7E8FE345F8D45C351B937F42E1A81FB7EE909ED8&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220607121042>
57. Zarghami A, Farjam M, Fakhraei B, Hashemzadeh K, Yazdanpanah MH. A Report of the Telepsychiatric Evaluation of SARS-CoV-2 Patients. *Telemed J E-Health Off J Am Telemed Assoc*. Aralık 2020;26(12):1461-5.
58. Argüder E, Kılıç H, Civak M, Kacar D, Kaya G, Yılmaz A, vd. Anxiety and Depression Levels in Hospitalized Patients due to Covid-19 Infection. *Ank Med J*. 2020;20(4):971-81.
59. Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, Sampson L, Vivier PM, Galea S. Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 02 Eylül 2020;3(9):e2019686.
60. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, vd. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Glob Health*. 06 Temmuz 2020;16(1):57.
61. Lin LY, Wang J, Ou-Yang XY, Miao Q, Chen R, Liang FX, vd. The immediate impact of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak on subjective sleep status. *Sleep Med*. Ocak 2021;77:348-54.
62. Mahmud S, Mohsin M, Dewan MdN, Mueyed A. The Global Prevalence of Depression, Anxiety, Stress, and Insomnia Among General Population During COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. *Trends Psychol*. 01 Mart 2023;31(1):143-70.
63. Daniali H, Martinussen M, Flaten MA. A global meta-analysis of depression, anxiety, and stress before and during COVID-19. *Health Psychol*. 2023;42(2):124-38.
64. Walker J, Burke K, Wanat M, Fisher R, Fielding J, Mulick A, vd. The prevalence of depression in general hospital inpatients: a systematic review and meta-analysis of interview-based studies. *Psychol Med*. Ekim 2018;48(14):2285-98.
65. Wang J, Wu X, Lai W, Long E, Zhang X, Li W, vd. Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 23 Ağustos 2017;7(8):e017173.
66. Hinz A, Mehnert A, Kocalevent RD, Brähler E, Forkmann T, Singer S, vd. Assessment of depression severity with the PHQ-9 in cancer patients and in the general population. *BMC Psychiatry*. 02 Şubat 2016;16(1):22.
67. Sun Y, Wu Y, Fan S, Dal Santo T, Li L, Jiang X, vd. Comparison of mental health

- symptoms before and during the covid-19 pandemic: evidence from a systematic review and meta-analysis of 134 cohorts. *BMJ*. 08 Mart 2023;e074224.
68. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res*. Haziran 2020;288:112954.
 69. Wang Y, Di Y, Ye J, Wei W. Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychol Health Med*. Ocak 2021;26(1):13-22.
 70. Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, Jing M, Goh Y, Ngiam NJH, vd. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behav Immun*. Ağustos 2020;88:559-65.
 71. Li X, Dai T, Wang H, Shi J, Yuan W, Li J, vd. [Clinical analysis of suspected COVID-19 patients with anxiety and depression]. *Zhejiang Xue Xue Bao Yi Xue Ban J Zhejiang Univ Med Sci*. 25 Mayıs 2020;49(2):203-8.
 72. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 01 Ağustos 2020;88:901-7.
 73. Li X, Yu H, Bian G, Hu Z, Liu X, Zhou Q, vd. Prevalence, risk factors, and clinical correlates of insomnia in volunteer and at home medical staff during the COVID-19. *Brain Behav Immun*. Temmuz 2020;87:140-1.
 74. Naser AY, Dahmash EZ, Al-Rousan R, Alwafi H, Alrawashdeh HM, Ghoul I, vd. Mental health status of the general population, healthcare professionals, and university students during 2019 coronavirus disease outbreak in Jordan: A cross-sectional study. *Brain Behav*. Ağustos 2020;10(8):e01730.
 75. Kudoh R, Komiya K, Shinohara A, Kageyama T, Hiramatsu K, Kadota J ichi. Marital status and post-COVID-19 conditions. *Respir Investig*. 01 Mart 2023;61(2):181-5.
 76. Liang L, Ren H, Cao R, Hu Y, Qin Z, Li C, vd. The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. *Psychiatr Q*. Eylül 2020;91(3):841-52.
 77. Lei L, Huang X, Zhang S, Yang J, Yang L, Xu M. Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res*. 26 Nisan 2020;26:e924609.
 78. Zhou SJ, Zhang LG, Wang LL, Guo ZC, Wang JQ, Chen JC, vd. Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. Haziran 2020;29(6):749-58.
 79. Dennis M, Kadri A, Coffey J. Depression in older people in the general hospital: a systematic review of screening instruments. *Age Ageing*. Mart 2012;41(2):148-54.
 80. The Role of Anxiety and Cortisol in Outcomes of Patients With Covid-19 - PMC [İnternet]. [a.yer 29 Nisan 2023]. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7368100/>
 81. Mak IWC, Chu CM, Pan PC, Yiu MGC, Chan VL. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(4):318-26.
 82. Jurlum M, Ng CH, Castle DJ. Psychological consequences of social isolation and quarantine: Issues related to COVID-19 restrictions. *Aust J Gen Pract*. Aralık 2020;49(12):778-83.
 83. Burn W, Mudholkar S. Impact of COVID-19 on mental health: Update from the

United Kingdom. *Indian J Psychiatry*. Eylül 2020;62(Suppl 3):S365-72.

84. Grey I, Arora T, Thomas J, Saneh A, Tohme P, Abi-Habib R. The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Res*. 01 Kasım 2020;293:113452.

85. Shen YJ, Wei L, Li Q, Li LQ, Zhang XH. Mental health and social support among nurses during the COVID-19 pandemic. *Psychol Health Med*. 07 Şubat 2022;27(2):444-52.

86. Gabarrell-Pascuet A, García-Mieres H, Giné-Vázquez I, Moneta MV, Koyanagi A, Haro JM, vd. The Association of Social Support and Loneliness with Symptoms of Depression, Anxiety, and Posttraumatic Stress during the COVID-19 Pandemic: A Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. Ocak 2023;20(4):2765.



7. Ekler

7.1. Araştırmanın Zaman Çizelgesi

	2021		2022			2023	
Aylar	Ocak- Temmuz	Ağustos- Aralık	Ocak- Nisan	Mayıs- Eylül	Ekim- Aralık	Ocak- Temmuz	Ağustos- Ekim
Konu seçimi							
Kaynak inceleme							
Hazırlık							
Ön çalışma							
Veri toplama							
Değerlendirme							
Analiz							
Yazım							

7.2. Birinci Görüşme Anketi

COVID-19 GEÇİRMENİN MENTAL SAĞLIK ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ÇALIŞMASI ANKETİ

Görüşmecisi:

Görüşmenin yapıldığı tarih:

Anket sıra no:

Bilgilendirme:

Merhaba, ben, sizi Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesinden arıyorum. Biz bir araştırma yürütmekteyiz. Araştırmamızda, DEÜTF Hastanesinde COVID-19 tanısı alan hastaların mental sağlık durumunun değerlendirilmesini ve bunu etkileyen faktörleri araştırmayı amaçlıyoruz. Sizden beklentimiz size yönlendireceğimiz sorulara yanıt vermenizdir. Çalışmaya katılan kişilerin verileri sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Katılımcıların bilgileri kesinlikle üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Şimdiden teşekkür ederiz.

Görüşülen kişinin araştırma için onayı alındı mı?	1. Evet, sözel onayı alındı 2. Hayır, alınmadı
Görüşme sonucu	1. Tamamlandı 2. Görüşme yarıda kaldı 3. Kişi bulunamadı 4. Kişi görüşmeyi reddetti 5. Diğer

A. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Tanı almış kişinin durumu	1. Ölü 2. Sağ
Öldüyse ölüm tarihi (gün/ay/yıl)	
Görüşme yapılan kişi	1.Kendisi 2.Diğer.....
En son mezun olduğunuz okul hangisidir?	1.Üniversite/Yüksek okul 2. Lise 3.Ortaokul 4.İlkokul 5.Okuryazar 6.Okuryazar değil 7.Diğer
Medeni durumunuz nedir?	1.Evli 2.Evli değil (Bekar, boşanmış, dul)

Çalışma durumunuz nedir?	1.Çalışmıyor/işsiz 2.Ev hanımı 3.Düzensiz geliri olan işlerde çalışanlar (işporta, gündelikçilik vb) 4.Tarım işleri (çiftçilik) 5.Sanayi, fabrika, inşaat, atölye vb işyerlerinde çalışan üretim işçisi 6.Tezgahtar, garson, pazarlama gibi işlerde çalışanlar 7.Büro ve benzeri iş yerlerinde çalışanlar (memur, sekreter vb) 8.İşçi çalıştırmayan kendi hesabına çalışan esnaf, zanaatkar 9. Yanında 3'ten az işçi çalıştıran işveren 10. Yanında 3 ve üzeri işçi çalıştıran işveren 11.Mühendis 12.Avukat 13.Doktor 14.Hemşire 15.Diş hekimi 16.Eczacı 17.Temizlik personeli 18.Hasta bakıcı/ sağlık personeli 19.Emekli 20.Öğrenci
Sağlık çalışanı ise hangi meslek grubu olduğunu yazınız.	1.Doktor (öğretim üyesi, uzman, asistan, intörn) 2.Diş hekimi 3.Eczacı 4.Hemşire 5.Sekreter (tıbbi sekreter) 6.Taşıma transport personeli 7.Sağlık teknikeri 8.İdari personel 9. Temizlik personeli 10.Teknik personel
Sizin çalışma durumunuzun COVID-19 tanısı almanız ile değişip değişmediğini değerlendirmek istiyorum.	1.Aynı işte çalışmaya devam ediyorum. 2.İş değiştirdim, başka bir işte çalışıyorum. 3. Şu anda çalışmıyorum, COVID-19 tanısı almam nedeniyle işten çıkarıldım. 4.Şu anda çalışmıyorum, sağlık sorunları nedeniyle işten ayrıldım. 5.Şu anda çalışmıyorum, izinli/raporlu/kısa çalışma ödeneği almaktayım. 6. Ev hanımı/işsiz/emekli 7.Öğrenci

Sizce sizin ekonomik durumunuz/geçim durumunuz nasıldır?	1.Çok kötü 2.Kötü 3.Orta 4.İyi 5.Çok iyi 6.Bilmiyorum/kararsızım
--	---

HASTALIK SÜRECİ İLE İLGİLİ SORULAR

COVID-19 nedeniyle yaşadığınız ve devam eden bir şikayetiniz var mı? Varsa nedir?	1. Evet, ... 2.Hayır
COVID-19 açısından kendinizi iyileşmiş hissediyor musunuz?	1.Tamamen iyileşmiş hissediyorum. 2.Kısmen iyileşmiş hissediyorum. 3.İyileşmedim, hastalığım devam ediyor. 4.Bilmiyorum, kararsızım.
COVID-19 aşısı oldunuz mu?	1.Evet 2.Hayır
COVID-19 tanısı aldığınızda evinizde kendiniz dahil kaç kişi birlikte yaşıyordunuz?	
Hastalık sürecinde yalnız kalmanız gerekti mi? (yalnız yaşama, izole olmak için ev değiştirme, hastanede kalma gibi bir nedenle)	1.Evet 2.Hayır
Hasta olduğunuz süreçte evde sizden başka COVID-19 tanısı almış kişi var mı?	1.Evet 2.Hayır
Evet ise sizin dışınızda evinizde kaç kişi COVID-19 tanısı aldı?	
COVID-19 nedeniyle kaybettiğiniz bir yakınınız oldu mu?	1.Evet 2.Hayır
COVID-19 geçirirken şikayetlerinizin şiddeti nasıldı?	1.Hafif 2.Orta 3.Ağır
Hastalığınız süresince nerede takip edildiniz?	1.Ev 2.Hastane Servisi 3.Yoğun bakım

Hastalık sürecinde uykuya dalma ve uykuyu sürdürme ile ilgili bir sorun yaşadınız mı?	1.Evet 2.Hayır
COVID-19 tanısı almadan önce uykuya dalma ya da uykuyu sürdürme ile ilgili bir sorun yaşıyor muydunuz?	1.Evet 2.Hayır
Hastalıkla ilgili sorularınızı danışabileceğiniz bir yer oldu mu?	1.Evet 2.Hayır
Hastalık sürecinde psikolojik destek danışmanlık için danışabileceğiniz bir yer/bir kişi oldu mu?	1.Evet 2.Hayır
Hastalık sürecinde psikolojik olarak zorlandınız mı?	1.Evet 2.Hayır
Hastalık sürecinde bakıma ihtiyacınız oldu mu?	1.Evet 2.Hayır
Hastalık sürecinde yanınızda size bakabilecek, size yardımcı olan biri/birileri var mıydı?	1.Evet 2.Hayır
Yemek ve market ihtiyacı gibi ihtiyaçlarınızı getirebilecek biri/birileri var mıydı?	1.Evet 2.Hayır
Hastayken sizin başkalarına bakım vermeniz gerekti mi? (yemek yapmak, ev işleri, çocuk bakımı vb.)	1.Evet 2.Hayır

ÖZGEÇMİŞ, BİLİLEN HASTALIK ÖYKÜSÜ VE SOYGEÇMİŞ

Hekim tarafından tanı konulmuş bir kronik hastalığınız var mı?	1.Evet 2.Hayır
Kronik hastalığınız varsa hangisi/hangileri?	1.Hipertansiyon 2.Diyabet 3.Kalp/damar hastalıkları 4.Kas iskelet sistemi hastalıkları 5.Kronik akciğer hastalıkları 6.Onkolojik hastalıklar 7.Nörolojik hastalıklar 8.Ruh sağlığı hastalıkları 9.Diğer
Hekim tarafından tanı konulmuş bir psikiyatrik hastalığınız var mı?	1.Evet 2.Hayır
Hekim tarafından tanı konulmuş bir psikiyatrik hastalığınız varsa hangisi/hangileri?	1.Depresyon 2.Anksiyete 3.Bipolar bozukluk 4.Obsesif kompulsif bozukluk 5.Panik bozukluk

	6.Diğer.....
Psikiyatrik bir ilaç kullanıyor musunuz?	1.Evet 2.Hayır
Psikolojik destek danışmanlık alıyor musunuz?	1.Evet 2.Hayır
Ailenizde hekim tarafından psikiyatrik hastalık tanısı almış kimse var mı?	1.Evet 2.Hayır
Geçmişte psikiyatrik bir hastalık geçirdiğiniz veya psikiyatrik tedavi aldığınız bir dönem oldu mu?	1.Evet 2.Hayır

Sosyal Destek Değerlendirmesi

Şimdi size okuyacağım cümlelere ne kadar katılıp katılmadığınızı 1'den 5'e kadar puan vererek değerlendirmenizi isteyeceğim. Puanlar şu anlama geliyor: 1=Kesinlikle katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Tarafsızım, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum.

1. İhtiyacım olduğunda ailem benim yanımda olur.	1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Tarafsızım 4.Katılıyorum 5.Kesinlikle katılıyorum
2. Ailemle rahatça duygularımı paylaşabilir, sorunlarımı konuşabilirim.	1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Tarafsızım 4.Katılıyorum 5.Kesinlikle katılıyorum
3. İhtiyacım olduğunda yanımda olan, bana yardımcı olabilecek güvendiğim bir arkadaşım/arkadaşlarım var.	1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Tarafsızım 4.Katılıyorum 5.Kesinlikle katılıyorum
4. Arkadaşımla/arkadaşlarımla rahatça duygularımı paylaşabilir, sorunlarımı konuşabilirim.	1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Tarafsızım 4.Katılıyorum 5.Kesinlikle katılıyorum

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında duygularımı paylaşabildiğim biri/birileri var (akraba, komşu, sevgili, nişanlı vb olabilir).	1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Tarafsızım 4.Katılıyorum 5.Kesinlikle katılıyorum
6. Ailem ve arkadaşlarım dışında ihtiyacım olduğunda yanımda olan biri/birileri var (akraba, komşu, sevgili, nişanlı vb olabilir).	1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Tarafsızım 4.Katılıyorum 5.Kesinlikle katılıyorum
7. İş arkadaşlarımla işle ilgili sorunlarımı paylaşabilir, ihtiyacım olduğunda onlardan yardım ve destek isteyebilirim.	1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Tarafsızım 4.Katılıyorum 5.Kesinlikle katılıyorum
8. İş amirimle işle ilgili sorunlarımı paylaşabilir, ihtiyacım olduğunda onlardan yardım ve destek isteyebilirim.	1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Tarafsızım 4.Katılıyorum 5.Kesinlikle katılıyorum

7.3. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (Son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır)...	
1. Kendimi “gergin patlayacak gibi” hissediyorum	☐³ Çoğu Zaman ☐² Birçok zaman ☐¹ Zaman zaman, bazen ☐⁰ Hiçbir zaman
2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum	☐⁰ Aynı eskisi gibi ☐¹ Pek eskisi kadar değil ☐² Yalnızca biraz eskisi kadar ☐³ Neredeyse hiç eskisi kadar değil
3. Sanki kötü bir şey olacakmış gibi korkuya kapılıyorum	☐³ Kesinlikle öyle ve oldukça şiddetli ☐² Evet, ama çok da şiddetli değil ☐¹ Şimdi kesinlikle o kadar değil ☐⁰ Hayır, hiç öyle değil
4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum	☐⁰ Her zaman olduğu kadar ☐¹ Şimdi pek o kadar değil ☐² Şimdi kesinlikle o kadar değil ☐³ Artık hiç değil
5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor	☐³ Çoğu zaman ☐² Birçok zaman ☐¹ Zaman zaman, ama çok sık değil ☐⁰ Yalnızca bazen
6. Kendimi neşeli hissediyorum	☐³ Hiçbir zaman ☐² Sık değil ☐¹ Bazen ☐⁰ Çoğu zaman
7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum	☐⁰ Kesinlikle ☐¹ Genellikle ☐² Sık değil ☐³ Hiçbir zaman

8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum	
☐ ³ Hemen hemen her zaman	☐ ² Çok sık
☐ ¹ Bazen	☐ ⁰ Hiçbir zaman
9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum	
☐ ⁰ Hiçbir zaman	☐ ¹ Bazen
☐ ² Oldukça sık	☐ ³ Çok sık
10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim	
☐ ³ Kesinlikle	☐ ² Gerektiği kadar özen göstermiyorum
☐ ¹ Pek o kadar özen göstermeyebilirim	☐ ⁰ Her zamanki kadar özen gösteriyorum
11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum	
☐ ³ Gerçekten çok fazla	☐ ² Oldukça fazla
☐ ¹ Çok fazla değil	☐ ⁰ Hiç değil
12. Olacakları zevkle bekliyorum	
☐ ⁰ Her zaman olduğu kadar	☐ ¹ Her zamankinden biraz daha az
☐ ² Her zamankinden kesinlikle daha az	☐ ³ Hemen hemen hiç
13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum	
☐ ³ Gerçekten de çok sık	☐ ² Oldukça sık
☐ ¹ Çok sık değil	☐ ⁰ Hiçbir zaman
14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum	
☐ ⁰ Sıklıkla	☐ ¹ Bazen
☐ ² Pek sık değil	☐ ³ Çok seyrek

7.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Desteği Değerlendirme Ölçeği

Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Biraz katılmıyorum 4.Tarafsızım 5.Katılıyorum 6.Biraz katılıyorum 7.Kesinlikle katılıyorum
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Biraz katılmıyorum 4.Tarafsızım 5.Katılıyorum 6.Biraz katılıyorum 7.Kesinlikle katılıyorum
Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Biraz katılmıyorum 4.Tarafsızım 5.Katılıyorum 6.Biraz katılıyorum 7.Kesinlikle katılıyorum
İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.	1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Biraz katılmıyorum 4.Tarafsızım 5.Katılıyorum 6.Biraz katılıyorum 7.Kesinlikle katılıyorum
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Biraz katılmıyorum 4.Tarafsızım 5.Katılıyorum 6.Biraz katılıyorum 7.Kesinlikle katılıyorum

Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Biraz katılmıyorum 4.Tarafsızım 5.Katılıyorum 6.Biraz katılıyorum 7.Kesinlikle katılıyorum
İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.	1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Biraz katılmıyorum 4.Tarafsızım 5.Katılıyorum 6.Biraz katılıyorum 7.Kesinlikle katılıyorum
Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.	1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Biraz katılmıyorum 4.Tarafsızım 5.Katılıyorum 6.Biraz katılıyorum 7.Kesinlikle katılıyorum
Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Biraz katılmıyorum 4.Tarafsızım 5.Katılıyorum 6.Biraz katılıyorum 7.Kesinlikle katılıyorum
Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.	1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Biraz katılmıyorum 4.Tarafsızım 5.Katılıyorum 6.Biraz katılıyorum 7.Kesinlikle katılıyorum
Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.	1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum

	3.Biraz katılmıyorum 4.Tarafsızım 5.Katılıyorum 6.Biraz katılıyorum 7.Kesinlikle katılıyorum
Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	1.Kesinlikle katılmıyorum 2.Katılmıyorum 3.Biraz katılmıyorum 4.Tarafsızım 5.Katılıyorum 6.Biraz katılıyorum 7.Kesinlikle katılıyorum

7.5. İkinci Görüşmelerde Kullanılan Anketteki Ek Sorular

Covid-19 geçirdikten sonra psikolojik olarak sıkıntı yaşadınız mı?	1.Evet 2.Hayır
Covid-19 geçirdikten sonra psikolojik destek danışmanlık için herhangi bir yere başvurduğunuz mu?	1.Evet 2.Hayır
Psikolojik açıdan etkilenmenize yol açan, sizde stres oluşturan Covid-19 dışında bir durum yaşadınız mı? Etkilenme nedeniniz nedir?	1.Evet, yaşadım 2.Sadece Covid-19 nedeniyle etkilendim 3.Hem Covid-19 hem ek faktörler nedeniyle etkilendim 4.Psikolojik olarak etkilенmedim
1. görüşmemizde sizin psikolojik olarak etkilenmenize yol açan Covid-19 dışında bir neden var mıydı? Etkilenme nedeniniz neydi?	1.Evet, başka nedenler vardı 2.Sadece Covid-19 nedeniyle etkilendim 3.Hem Covid-19 hem ek faktörler nedeniyle etkilendim 4.Psikolojik olarak etkilенmedim
COVID-19 geçirdikten sonra psikiyatrik bir tanı aldınız mı?	1.Evet 2.Hayır
COVID-19 geçirdikten sonra psikiyatrik bir ilaç kullanmaya başladınız mı?	1.Evet 2.Hayır
COVID-19 açısından kendinizi iyileşmiş hissediyor musunuz?	1.Tamamen iyileşmiş hissediyorum. 2.Kısmen iyileşmiş hissediyorum. 3.İyileşmedim, hastalığım devam ediyor. 4.Bilmiyorum, kararsızım.
COVID-19 geçirdikten sonra herhangi bir nedenle hastaneye ya da bir sağlık kurumuna başvurunuz ya da yatışınız oldu mu?	1.Sadece başvuru oldu 2.Hastane yatışı oldu 3.Olmadı
Önceki soru için cevabınız evet ise hangi bölüme ve ne şikayetle başvurunuz olmuştu?	

7.6. Birinci Aramalar HADS puan dağılımı

Tablo 27.HADS Puan Dağılımı (Birinci görüşmeler)

HADS	Ortalama	Medyan	S.S.	Min	Max	Çeyreklikler			n
						25	50	75	
1. soru	0.65	1	0.78	0	3	0	1	1	345
2. soru	0.53	0	0.80	0	3	0	0	1	345
3. soru	0.65	0	0.87	0	3	0	0	1	345
4. soru	0.27	0	0.55	0	3	0	0	0	345
5. soru	0.48	0	0.73	0	3	0	0	1	345
6. soru	0.49	0	0.71	0	3	0	0	1	345
7. soru	0.46	0	0.68	0	3	0	0	1	345
8. soru	0.79	1	0.81	0	3	0	1	1	345
9. soru	0.50	0	0.68	0	3	0	0	1	345
10. soru	0.33	0	0.66	0	3	0	0	0	345
11. soru	0.56	0	0.83	0	3	0	0	1	345
12. soru	0.52	0	0.80	0	3	0	0	1	345
13. soru	0.44	0	0.68	0	3	0	0	1	345
14. soru	0.37	0	0.76	0	3	0	0	0	345

7.7. İkinci Aramalar HADS puan dağılımı

Tablo 28. HADS Puan Dağılımı (İkinci görüşmeler)

HADS	Ortalama	Medyan	S.S.	Min	Max	Çeyreklikler			n
						25	50	75	
1. soru	0.58	0	0.72	0	3	0	0	1	317
2. soru	0.30	0	0.61	0	3	0	0	0	317
3. soru	0.40	0	0.71	0	3	0	0	1	317
4. soru	0.17	0	0.45	0	3	0	0	0	317
5. soru	0.49	0	0.65	0	3	0	0	1	317
6. soru	0.30	0	0.59	0	3	0	0	0	317
7. soru	0.42	0	0.63	0	3	0	0	1	317
8. soru	0.43	0	0.64	0	3	0	0	1	317
9. soru	0.26	0	0.51	0	2	0	0	0	317
10. soru	0.18	0	0.53	0	3	0	0	0	317
11. soru	0.34	0	0.70	0	3	0	0	0	317
12. soru	0.26	0	0.57	0	3	0	0	0	317
13. soru	0.25	0	0.53	0	3	0	0	0	317
14. soru	0.24	0	0.57	0	3	0	0	0	317