

## COVID-19 Sebebiyle Bir Kurumda Karantina Altında Bulunanlarda Depresyon, Anksiyete, Durumsal Suçluluk Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler

### Depression, Anxiety and State Guilt in Individuals under Quarantine in an Institution due to COVID-19 and the Related Factors

Ayşegül KOÇ<sup>1</sup>, Hümeysra Hancer TOK<sup>1</sup>, Lütfiye Nur UZUN<sup>2</sup>, Hülya ENSARI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bolu AİBÜ - Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bolu, Türkiye

<sup>2</sup>Bolu İzzet Baysal Köroğlu Devlet Hastanesi, Bolu, Türkiye

#### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışma koronavirüs salgını sırasında kendi istekleri üzerine Türkiye'ye getirilip 14 gün boyunca enfeksiyon kontrol tedbirleri alınan bir kurumda karantinada bulunan Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının depresyon, anksiyete ve durumsal suçluluk düzeylerini ve etkileyen risk faktörlerini tanımlamayı amaçlamaktadır.

**Yöntem:** 20 Nisan-21 Mayıs 2020 tarihleri arasında 14 gün boyunca karantina altında bulunan 385 kişi çalışmaya alındı. Veriler araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra, bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan katılımcılardan Sosyodemografik Veri Formu (yaş, cinsiyet, çalışma durumu, uyku bozukluğu olup olmadığı, televizyon ve internet kullanım süresi vb.), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Suçluluk Ölçeği (SÖ) ile toplandı.

**Bulgular:** Çalışmaya yaş ortalaması 35,32±11,7 olan, 84'ü kadın toplam 385 katılımcı alındı. BAÖ ve BDÖ'ne göre katılımcıların %14,5'i anksiyete ve %17,1'i depresif belirti düzeyine sahipti. Yapılan regresyon analizinde anksiyete için kadın cinsiyet, uyku bozukluğu olması, 8 saat ve üstünde

internet kullanımı, kronik hastalığın olması; depresyon için ise kadın cinsiyet, 18-30 yaş aralığında olmak, uyku bozukluğu olması, psikiyatrik hastalık öyküsü, 8 saat ve üstü internet kullanımı risk faktörü olarak bulundu. Durumsal suçluluk duygusu hiçbir sosyodemografik faktörle anlamlı ilişki göstermedi.

**Sonuç:** Kadın cinsiyet, genç olmak, psikiyatrik hastalık öyküsü, kronik hastalık varlığı, uyku bozukluğu, 8 saat ve üstünde internet kullanımı daha fazla anksiyete ve depresif belirti düzeyi için risk faktörü olarak bulunmuştur. Karantina sırasında sağlıklı uykuyu sürdürme yöntemleri hakkında dijital ortamlarda halkı eğitmek, yanlış bilginin aşırı dolaşımı ile etkin mücadele, enfeksiyona karşı daha savunmasız olan psikiyatrik ve kronik hastalığı olanların yeterli tıbbi bakım almalarının sağlanması önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, karantina, anksiyete, depresyon, suçluluk duygusu

#### ABSTRACT

**Introduction:** This study identifies depression, anxiety and state guilt of Turkish citizens kept in quarantine for 14 days in an institution where they are brought upon their request within the scope of infection control measures and the related affecting risk factors during the coronavirus pandemic.

**Methods:** A total of 385 individuals under quarantine for 14 days between the dates of April 20-May 21, 2020 were included in the study. The data were collected using a socio-demographic data form (age, gender, employment status, having sleep disorder, duration of television review and Internet use, etc.), Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI) and Guilt Scale (GS) after the participants were informed about the study objective and they signed the informed consent form.

**Results:** A total of 385 participants, 84 of whom were women, with a mean age of 35.32±11.7 were included in the study. According to BAI and BDI, 14.5% of the participants had anxiety and 17.1% had depression

symptoms. The regression analysis found that female gender, having sleep disorder, using Internet for 8 hours or more and having chronic illness were risk factors for anxiety; while female gender, being aged 18-30, having sleep disorder, having psychiatric illness, and using Internet for 8 hours or more were risk factors for depression. The state guilt did not show any significant correlation with any socio-demographic factor.

**Conclusion:** Female gender, being young, having a history of psychiatric illness, having chronic illness, having sleep disorder, using Internet for 8 hours or more were found to be risk factors for more anxiety and depression symptoms. It is important to educate people about the methods of how to maintain healthy sleep during quarantine, to effectively fight against the excessive circulation of misinformation and to provide sufficient medical care to those with psychiatric and chronic diseases, being more vulnerable against infections.

**Keywords:** COVID-19, quarantine, anxiety, depression, feeling of guilt

**Cite this article as:** Koç A, Tok HH, Uzun LN, Ensari H. COVID-19 Sebebiyle Bir Kurumda Karantina Altında Bulunanlarda Depresyon, Anksiyete, Durumsal Suçluluk Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. Arch Neuropsychiatry 2021;58:146-153.

#### GİRİŞ

Koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) ilk olarak Aralık 2019 yılında Çin'in Wuhan şehrinde görüldü ve kısa sürede pandemiye yol açtı

(1). Damlacık veya doğrudan temas yoluyla insandan insana bulaşan COVID-19 (1), kontrol edilmesi güç, hızla yayılan, akciğer yanında diğer

organ tutulumlarının da görülebildiği, ölümlerle sonuçlanabilen ciddi bir hastalıktır (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 8 Aralık 2020 itibarıyla onaylanmış COVID-19 vaka sayısını 67.210.778, ölü sayısını ise 1.540.777 olarak bildirdi (3). Aynı tarihte Türkiye’de bildirilen toplam vaka sayısı 552.304, ölüm sayısı ise 15.317 idi (4).

DSÖ tarafından COVID-19 un salgın olarak tanımlanmasının ardından tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de salgının yayılımının önlenmesi için çeşitli tedbirler alındı. Temizlik, maske, mesafe kuralları yanında alışveriş merkezlerinin belli saatler dışında kapalı olması, yeme-içme yerlerinin sadece paket servisi yapması, okullarda yüz yüze eğitime ara verilip çevrimiçi eğitime geçilmesi, mesai saatlerinin azaltılması, hafta sonu sokağa çıkma kısıtlaması, seyahat kısıtlaması ve karantina gibi önlemler alındı. Karantina önlemleri kapsamında hasta olanlar ya da hastalık etkenine maruz kalmış olduğundan şüphe edilenler ile yurt dışından gelenler evlerinde ya da yurt ve pansiyonlarda izole edildiler (5).

Karantinada amaç taşıyıcı olması muhtemel kişinin diğerleriyle temasını keserek toplumun geri kalanının hastalık kapma olasılığını azaltmak, yaşamları korumaktır. Ancak ailelerinden ve toplumlarından uzun süreli ayrılık, hastalıktan doğrudan etkilenmemiş olsalar bile, kişiler üzerinde derin etkilere sebep olabilir ve ruhsal sorunlara yol açabilir (6). Enfeksiyonu önlemek ve sınırlamak için alınan bir dizi karantina önlemleri dışında, ani başlangıçlı bir hastalık geliştirme riski ile, hızlı evrim geçiren ve kontrol edilmesi güç, akciğer tutulumu ile pnömoni gelişimi yanında diğer organların tutulumunun da dâhil olabildiği ve ölümlerle sonuçlanabilen bir risk olarak salgının kendisi; ayrıca COVID-19 salgını ile ilgili medyada yer alan asırı, korkutucu ve çelişkili bilgiler stres oluşturarak, küresel bir endişe ve depresyon atmosferine yol açmaktadır (2,7). Karantinaya alınanlarda depresyon ve anksiyete dışında, yakınlarına ve sevdiklerine hastalık bulaştırmaktan dolayı suçluluk duygusu, kendine yönelik öfke de gösterilmiştir (8). Suçluluk duygusu travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, intihar düşüncesi, sorunlu madde kullanımı, işlevsellik ve yaşam kalitesinde azalma gibi ciddi ruh sağlığı sorunlarına (9) neden olabileceğinden önemlidir. COVID-19 öncesinde yaşanan pandemilerde olduğu gibi (8) COVID-19 pandemisi sırasında da (10) karantina altında bulunanlarda çeşitli psikolojik belirtiler ve hastalıklar gösterilmiştir. Özellikle evlerinin dışındaki tesislerde karantinaya alınanlar toplumsal izolasyon, sosyal bağların kopması, yalnızlık, kaygı, depresyon, fobi, enfeksiyon kapma korkusu ile karşı karşıyadır (8). Ayrıca kişinin kendi sağlığı ve sevdiklerinin sağlığı ve onlara hastalık bulaştırma endişesinin yanı sıra geleceğe ilişkin belirsizlik korku, kaygı ve depresyon yaratabilir (11).

COVID-19 salgını sırasında Wuhan’da yapılan bir çalışmada depresif bozukluk prevalansı %48,3, anksiyete bozukluğu prevalansı ise %22,6 (10) bulunurken, Türkiye’de genel toplumda COVID-19 salgını sırasında anksiyete, depresyon, sağlık kaygısını araştıran bir çalışmada ise depresyon ve anksiyete prevalansı sırasıyla %23 ve %45 bulunmuştur (12). Çin’de yapılan karantinadan etkilenen ve etkilenmeyenlerin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada etkilenen grupta etkilenmeyen gruba göre anksiyete ve depresyon şiddetleri daha yüksek bulunmuştur (1). İtalya’da evlerinde karantinaya alınanlarda yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %24,2’sinde orta ila aşırı şiddetli depresyon belirtileri, %32,6’sında ise orta ila aşırı şiddetli anksiyete belirtileri bildirilmiştir (13). Başka bir incelemede karantinaya alınanların %7,6’nda kaygı, SARS olan kişilerle yakın temasta oldukları için karantinaya alınanların %10’unda suçluluk bildirilmiştir (8).

COVID-19 salgını sırasında yapılan araştırma sonuçları kadınlarda (12), kronik hastalığı olanlarda (12), gençlerde (1), sosyal medyaya aşırı maruz kalanlarda (10), doğru bilgilendirilmeyenlerde (22), uyku bozukluğu yaşayanlarda (14) ve eğitim seviyesi yüksek olanlarda (12, 15) anksiyete ve depresyon riskinin daha fazla olduğunu göstermiştir. Ek olarak daha önce psikiyatrik bozukluğu olan kişiler karantina önlemleriyle bağlantılı olarak stres için özellikle savunmasız gruplardır (16).

Literatür taramamızda COVID-19 salgını sırasında Türkiye’de ve Dünya’da yurt dışından gelen ve bir kurumda karantinaya alınanlarda anksiyete,

depresyon ve durumsal suçluluk düzeylerini araştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Bu boşluğu doldurmak için mevcut çalışma, COVID-19 salgını sırasında kendi istekleri üzerine yurtdışından Türkiye’ye getirilip; 14 gün boyunca enfeksiyon kontrol tedbirleri alınan bir öğrenci yurdunda bireysel odalarında karantinaya alınan kişilerde depresyon, anksiyete ve durumsal suçluluk düzeylerini ve etkileyen risk faktörlerini tanımlamayı amaçlamaktadır. COVID-19 ile ilgili mevcut literatür bulgularına dayanarak kadınlarda, gençlerde, psikiyatrik hastalık öyküsü ve mevcut konik hastalığı olanlarda, internet kullanımı ve TV izleme süresi fazla olanlar ile uyku sorunu yaşayanlarda anksiyete, depresyon ve durumsal suçluluk belirtilerinin daha yüksek olduğunu varsaydık. Sonuçlarımız, salgın sırasında toplumun ruh sağlığının korunması hakkında ruh sağlığı profesyonellerine ve sağlık otoritelerine yardımcı olabilir.

## YÖNTEM

20 Nisan-21 Mayıs 2020 tarihleri arasında kendi istekleri doğrultusunda uçakla yurt dışından Türkiye’ye getirilerek COVID-19 salgını önlemleri kapsamında bir öğrenci yurdunda 14 gün karantinaya alınan 499 kişiden (Birleşik Arap Emirlikleri’nden gelen 353, Kırgızistan’dan gelen 146 kişi) 385’i çalışmaya alındı. Çalışma grubu 18–65 yaş aralığında, en az ilköğretim mezunu, ölçekleri doldurmalarına engel ruhsal (zihinsel gerilik, halen psikiyatrik tedavi gören, bilişsel yetersizliği olan) veya fiziksel (görme sorunu, üst ekstremiteyi kullanamama vb.) patolojisi olmayan kişilerden oluştu. On kişi 18 yaşın altında olduğu için, dört kişi eksik veri nedeniyle ve 100 kişi çalışmaya katılmak istemedikleri için dâhil edilmedi. Veriler, kişilerle yüz yüze görüşülerek; araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra, Bilgilendirilmiş Onam Formu’nu imzalayan katılımcılardan sosyodemografik veri formu, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Suçluluk Ölçeği (SÖ) ile toplandı. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay alındı (131/2020).

**Sosyodemografik veri formu:** Yaş, cinsiyet, eğitim ve çalışma durumu, geçirilmiş psikiyatrik hastalık ve kronik hastalık varlığı, günlük televizyon izleme süresi, günlük internet kullanım süresi, uyku sorunu (uykuya dalmakta güçlük, kâbus görme, uyku bölünmeleri) olup olmadığına ait bilgileri içeren araştırmacılar tarafından hazırlanan formdur.

**Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ):** Erişkinlerde depresyon riskini, depresif belirtilerin şiddet değişimini ölçmek üzere geliştirilmiş (Beck 1961), Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli (1989) tarafından yapılmıştır (17). Ölçek likert tipi toplam 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63’tür. Toplam puanın yüksek oluşu depresif belirti düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (17). (10–16 puan = hafif düzeyde depresif belirtiler, 17–29 puan = orta düzeyde depresif belirtiler, 30–63 puan = şiddetli düzeyde depresif belirtiler).

**Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ):** Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin şiddetinin belirlenmesi amacıyla geliştirilmiş (Beck ve ark. 1988), Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Ulusoy ve ark. (1998) tarafından yapılmıştır (18). Yirmi bir maddeden oluşan, 0–3 arası puanlanan likert tipi kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puanın yüksek oluşu anksiyete düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (18). (8–15 puan = Hafif düzeyde anksiyete belirtileri, 16–25 puan = Orta düzeyde anksiyete belirtileri, 26–63 puan = Şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri)

**Suçluluk Ölçeği:** Kugler ve Jones (1992) tarafından geliştirilen sürekli suçluluk, durumsal suçluluk ve ahlaki standartlar olmak üzere üç alt ölçeğe sahip; 5’li Likert tipi sorulardan oluşan, 45 maddelik bir ölçek olup, Türkçeye uyarlanması Altın tarafından yapılmıştır (19). Ölçeğin Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin klinik olmayan örneklem ve depresyon örnekleminde yeniden değerlendirilmesi Akın ve ark. tarafından yapılmış olup; 35 maddelik yeni formu ülkemizde de geçerli ve güvenilir bulunmuştur (19). Bu çalışmada durumsal suçluluk alt ölçeği kullanılmıştır.

## Uygulama

Bu çalışma Türkiye’de yurt dışından gelenlere ilk karantina uygulamasından (15 Mart 2020) 5 hafta sonra başladı. Çalışma evreni COVID-19 salgın

önlemleri kapsamında kendi istekleriyle yurt dışından gelip havaalanında yapılan değerlendirme ile COVID-19 belirtisi olmayan, 14 gün boyunca karantina uygulaması için havaalanından enfeksiyon tedbirlerinin alındığı otobüslerle ilimize yönlendirilen ve yetkililerce belirlenen yurtlarda karantinaya alınan kişilerden oluştu. Katılımcılar kapalı paketler halinde yiyeceklerinin kapiya bırakıldığı, çöplerinin kapıdan alındığı, günün belli saatlerinde yetkili personel tarafından temel ihtiyaçlarının karşılandığı (yemek, su, kântin), internet erişiminin ve TV izleme imkânının olduğu bireysel odalarında kalmaktaydı. Ailelerin ve isteyen yakın arkadaşların uygun odalarda bir arada kalmalarına izin verilmekteydi. Kontrolsüz giriş çıkışı önlemek için bir polis ekibi yurdun güvenliğini sağlamakta, ayrıca bir pratisyen hekim ve dört hemşire belirti takibi ve sağlık bakım hizmeti için yurta hazır bulunmaktaydı. Sağlık ekibi günde iki kez belirti takibi yapmaktaydı ve COVID-19 düşündürülen belirtileri olanlara (ateş/öksürük/halsizliği olan 55 kişi) test yapılmaktaydı. Çalışma için gerekli onaylar alındıktan sonra anket formlarının dağıtımı günlük belirti takibi amacıyla oda ziyaretine çıkan hemşirelerle beraber iki araştırmacı tarafından enfeksiyon tedbir kurallarına uyularak yapıldı (dokuzuncu gün). Konaklanan odalar tek tek dolaşmış araştırmanın sözel bilgilendirmesi yapılmış ve yazılı onam alınmış ve anket formları dağıtılmıştır. Bir sonraki gün katılımcılardan anket formu teslim alınmıştır (onuncu gün). Anket doldurma süresi ortalama 10-15 dakika sürebilmektedir.

### İstatistiksel Analiz

Araştırma verileri SPSS 22.00 paket programı aracılığıyla bilgisayar ortamına yüklenmiş ve değerlendirilmiştir. Sosyodemografik veriler tanımlayıcı istatistikler açısından gösterilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov/Smirnov testi ile değerlendirilmiş; gruplar karşılaştırılırken normal dağılıyorsa Student t testi / One way-ANOVA; normal dağılmıyorsa Mann-Whitney U testi / Kruskal-Wallis testi ile karşılaştırılmıştır. Çalışmamızda anksiyete ve depresif belirtilerin görülme oranını tahmin etmek için ikili lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon analizi için ikili grup oluştururken depresyon için BDÖ'den 10 ve üzerinde puan alanların depresif belirtilerinin olduğu, anksiyete için ise BAÖ'den 8 ve üstü puan alanların anksiyete belirtilerinin olduğu kabul edilmiştir. Anksiyete belirtilerinin görülme oranını tahmin etmek için yapılan ikili lojistik regresyon analizinde bağımlı değişken; anksiyete belirtileri yok (0)/anksiyete belirtileri var (1), depresif belirtilerinin görülme oranını tahmin etmek için bağımlı değişken; depresif belirtileri yok (0)/depresif belirtileri var (1) olarak belirlenmiştir. Bağımsız değişkenler ise cinsiyet, yaş, çalışma durumu, geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, kronik hastalık varlığı, uyku bozukluğu, internet kullanım süresi olarak belirlenmiştir. Bağımsız değişkenler belirlenirken Student t testi/Mann Whitney U testi veya one way-ANOVA/Kruskal Wallis testi ile yapılan karşılaştırmalarda anlamlı bulunan değişkenler seçilmiştir. Güvenirlilik düzeyi %95 olarak alınmış ve tüm analizler için istatistiksel anlamlılık sınırı p<0,05 olarak kabul edilmiştir.

### BULGULAR

Sosyodemografik ve klinik veri formundan elde edilen bilgilere göre çalışmaya 3/4'ü Birleşik Arap Emirlikleri'nden gelen, yaş ortalaması 35,32±11,7 olan, 1/5'i kadın, 18-65 yaş aralığında toplam 385 katılımcı alındı. Ortalama eğitim yılı 12,18±3,9'du. Çoğunluğu evliydi ve işverenin tahsis ettiği yerde yaşıyordu. %55'i çalışmıyordu. %51'nin çocuğu vardı. Yaklaşık 2/5'i sigara, 1/4'ü alkol, iki kişi ise madde (kannabinoid) kullandığını, %4'ü geçmişte psikiyatrik hastalık geçirdiğini, 1/10' nu kronik bir hastalığı olduğunu (hipertansiyon, diyabet, KOAH, kalp damar hastalığı) bildirdi. 2 Kişinin ailesinde koronavirüs hastalığı vardı. Ailesinde COVID-19 sebebiyle ölen yoktu. COVID-19 düşündürülen belirtisi (ateş, öksürük, halsizlik) olduğu için test yapılan 55 kişinin 3'ünde COVID-19 (+) bulundu. Katılımcıların ortalama BAÖ ve BDÖ puanları sırasıyla 3,89±6,4 ve 4,88±6,6; ortalama durumsal suçluluk puanları ise 15,54±2,8 bulundu. BAÖ ve BDÖ'ye göre katılımcıların %14,5'inde anksiyete belirtileri (%8,6 hafif, %5,2 orta, %1,6 ağır) ve %17,1'inde depresif belirtiler (%10,1 hafif, %6 orta, %1 ağır) mevcuttu (Tablo 1).

**Tablo 1.** Çalışma grubunun genel özellikleri

Tanımlayıcı özellik		N	%
Cinsiyet	Kadın	84	21,8
	Erkek	301	78,2
Yaş ortalaması	35,32±11,8		
Eğitim yılı ortalaması	12,18±3,9		
Geldiği ülke	Birleşik Arap emirliği	283	73,5
	Kırgızistan	102	26,5
Eğitim durumu	İlköğretim	87	22,7
	Lise	122	31,8
	Ön lisans-lisans	163	42,4
	Lisansüstü (yüksek lisans/doktora)	12	3,1
Kiminle yaşıyor	Yalnız	82	21,3
	Aile ile	168	43,6
	İşverenin tahsis ettiği yerde	135	35,1
Medeni durum	Evli	206	53,5
	Bekâr	179	46,5
Çalışma durumu	Evet	172	44,7
	Hayır	213	55,3
Sigara kullanma durumu	Evet	160	44,8
	Hayır	223	57,9
Alkol kullanım durumu	Evet	97	25,3
	Hayır	286	74,3
Madde kullanım durumu	Evet	2	0,5
	Hayır	382	99,5
Uykuya dalmada güçlük/kabus görme	Evet	51	13,3
	Hayır	334	86,8
Psikiyatrik hastalık bulunma durumu	Evet	15	3,9
	Hayır	370	96,1
Kronik hastalık bulunma durumu*	Evet	39	10,1
	Hayır	346	89,9
Ailede COVID-19 (+) olanlar	Evet	2	0,6
	Hayır	383	99,5
Ailede COVID-19 nedeniyle ölen	Evet	0	0,0
	Hayır	385	100
COVID-19 sonucu	Test yapılmayanlar	330	85,7
	pozitif	3	0,8
	negatif	52	13,5
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	198	51,4
	Hayır	187	43,6
TV izleme süresi	0-3 saat	322	83,6
	4-7 saat	52	13,5
	8 saat ve üstü	11	2,9
İnternet kullanım süresi	0-7 saat	332	86,2
	8 saat ve üstü	53	13,8
BAÖ	anksiyete belirtisi yok	325	84,4
	Hafif düzeyde anksiyete belirtileri	33	8,6
	orta düzeyde anksiyete belirtileri	20	5,2
	Ağır düzeyde anksiyete belirtileri	6	1,6
BDÖ	depresyon belirtisi yok	319	82,9
	Hafif düzeyde depresyon belirtileri	39	10,1
	Orta düzeyde depresyon belirtileri	23	6,0
	Ağır düzeyde depresyon belirtileri	4	1,0
		Ort. ± SS	
BAÖ		3,89±6,4	
BDÖ		4,88±6,6	
Durumsal Suçluluk alt ölçeği		15,54±2,8	

\*hipertansiyon, diyabet, kanser vb.

**Tablo 2.** Sosyodemografik ve klinik özelliklerin anksiyete, depresyon ve durumluk suçluluk duygusu üzerinde dağılımı

Tanımlayıcı özellik		Anksiyete m ± ss	Depresyon m ± ss	Durumluk Suçluluk m ± ss
Geldiği yer	BAE	3,73±6,31	4,41±5,77	15,54±2,88
	Kırgızistan	4,34±7,01	6,18±8,62	15,57±2,72
p		U=13557,50, p=0,374	U=13857,50, p=0,541	T=0,096 p=0,92
Cinsiyet	Kadın	5,27±6,8	6,61±8,2	15,4±2,9
	Erkek	3,50±2,27	4,39±6,1	15,9±2,2
p		U=10642,00, p=0,023*	U=10436,500, p=0,013*	t=-1,695, p=0,091
Yaş grupları	18-30	5,01±8,17 (0-55)	6,01±7,59 (0-42)	15,51±2,7 (9-25)
	31-60	3,01±4,77 (0-24)	3,93±5,84 (0-32)	15,12±2,7 (5-21)
	60 ve üstü	4,86±6,44 (0-21)	6,42±6,03 (0-19)	15,72±2,8 (5-22)
İstatistik, p		X <sup>2</sup> =5,328, p=0,070	X <sup>2</sup> =10,391, p=0,006*	F=1,606, p=0,188
Post-hoc		2-1,3-1	2-1,3-1	
Eğitim durumu	5-8 yıl	3,41±7,1	4,31±6,1	15,48±3,34
	9-12 yıl	2,99±4,52	4,50±6,22	15,96±3,04
	13 yıl-üst	4,76±7,24	5,42±7,25	15,28±2,36
p		X <sup>2</sup> =3,709, p=0,157	X <sup>2</sup> =1,312, p=0,569	F=2,148, p=0,118
Medeni durum	Evli	3,45±5,67 (0-41)	4,46±6,4 (0-32)	15,63±2,9 (5-25)
	Bekâr	4,38±7,31 (0-55)	5,35±6,95 (0-42)	15,44±2,7 (5-25)
p		U=16815,50, p=0,144	U=16573,50, p=0,080*	F=1,730, p=0,526
Post-hoc			3-1,3-2,1-2	
Çalışma durumu	Evet	3,16±5,4	3,83±5,30	15,5±2,9
	Hayır	4,47±7,1	5,72±7,5	15,55±2,7
p		U=4,361, p=0,037*	U=3,832, p=0,050*	t=-0,102, p=0,919
Kronik hastalık varlığı	Evet	7,15±9,7 (0-41)	6,28±8,2 (0-30)	15,97±2,8
	Hayır	3,52±5,9 (0-55)	4,7±6,4 (0-42)	15,49±2,8
p		U=5381,500, p=0,034*	U=6436,000, p=0,629	t=0,997, p=0,320
Geçirilmiş Psikiyatrik hastalık	Evet	8,80±11,1	12,46±12,8	15,53±2,8
	Hayır	3,69±6,18	4,57±11,1	15,54±2,8
p		U=2153,000, p=0,132	U=1924,500, p=0,038*	t=-0,017, p=0,987
Covid-19 sonucu	Yapılmadı	4,38±7,67 (0-55)	7,76±6,79 (0-42)	15,55±2,7 (5-25)
	Pozitif	4,04±2,3 (0-7)	4,33±3,7 (0-7)	17,66±4,16 (15-21)
	Negatif	4,07±5,54 (0-21)	5,6±6,1 (0-28)	15,36±3,28 (16-16)
p		X <sup>2</sup> =0,849, p=0,654	X <sup>2</sup> =3,568, p=0,168	F=0,628, p=0,291
Uykuya dalmada güçlük/kâbus görme	Evet	7,88±8,4	10,1±9,69	15,23±3,2
	Hayır	3,27±5,92	4,07±5,6	15,59±2,7
p		U=4826,500, p=0,00001*	U=4889,000, p=0,00001*	T=-0,839, p=0,402
Tv izleme süresi (saat)	0-3 saat	3,71±6,10 (0-41)	4,66±6,60 (0-42)	15,49±2,84 (5-25)
	4-7 saat	5,17±8,82 (0-55)	5,85±6,95 (0-31)	15,63±2,85 (11-25)
	8 saat ve üst	3,00±4,00 (0-10)	6,55±7,77 (0-25)	16,54±2,46 (12-20)
p		X <sup>2</sup> =2,198, p=0,333	X <sup>2</sup> =4,497, p=0,106	F=0,757, p=0,470
İnternet izleme süresi (saat)	0-7 saat	3,26±5,24	4,22±5,82	15,64±2,75
	8 saat/üstü	7,81±10,87	9,00±9,69	14,94±3,28
p		U=6542,50, p=0,00001*	U=6105,00, p=0,002*	T=1,669, p=0,96

U: Mann Whitney U testi, X<sup>2</sup>: Kruskal Wallis test, t: independent t testi, F: one way ANOVA testi, BAE: Birleşik Arap Emirlikleri, m: ortalama, ss: standart sapma, \* p<0,050

Ortalama anksiyete puanları kadınlarda (p=0,023), çalışmayanlarda (p=0,037), kronik hastalığı bulunanlarda (p=0,034), uyku sorunu (uykuya dalma güçlüğü/kabus/vb.) yaşayanlarda (p=0,00001), 8 saat ve üstü internet kullanımı olanlarda (p=0,000) anlamlı olarak daha yüksekti. Ortalama depresyon puanları ise kadınlarda (p=0,013), 18-30 yaş aralığında olanlarda (p=0,006), çalışmayanlarda (p=0,050), daha önce psikiyatrik hastalık geçirenlerde (p=0,038), uyku sorunu (uykuya dalma güçlüğü/kabus/vb.) yaşayanlarda (p=0,00001), 8 saat ve üstü internet

kullanımı olanlarda (p=0,002) anlamlı olarak daha yüksekti. Televizyon izleme süresi, medeni durum ve eğitim süresi anksiyete ve depresif belirti şiddeti ile ilişkili değilken, durumsal suçluluk duygusu ise hiçbir sosyodemografik ve klinik faktörlerle anlamlı ilişki göstermedi (Tablo 2).

Çoklu ikili lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre kadınlarda erkeklerle göre 2,06 kat; kronik hastalığı olanlarda olmayanlara göre 2,9 kat; uyku ile ilgili sorun bildirenlerde bildirmeyenlere göre 2,8 kat; sekiz saat ve



**Tablo 3.** Sosyodemografik özelliklerin anksiyete düzeyine etkisi

Değişken	Regresyon katsayısı	Standart hata	p	Olasılıklar oranı	%95 güven aralığı	
Cinsiyet						
Kadın/Erkek (ref)	0,721	0,370	0,051	2,056	0,996	4,246
Yaş grup						
18-30 (ref)			0,223			
31-60	-0,556	0,330	0,092	0,574	0,300	1,095
61 ve üstü	-0,022	0,741	0,976	0,978	0,229	4,177
Çalışma durumu						
Hayır/Evet (ref)	-0,011	0,337	0,975	0,989	0,511	1,917
Psikolojik hastalık öyküsü						
Var/Yok (ref)	1,061	0,649	0,102	2,888	0,810	10,298
Kronik hastalık bulunma						
Var/Yok (ref)	1,075	0,457	0,019	2,929	1,196	7,172
Uyku problemleri						
Var/Yok (ref)	1,029	0,387	0,008	2,798	1,310	5,978
İnternet kullanım süresi						
8 saat ve üstü/0-7 saat (ref)	0,889	0,396	0,025	2,434	1,119	5,292
Constant	-2,442	0,373	0,000	0,087		

**Tablo 4.** Sosyo-demografik özelliklerin depresyon düzeyine etkisi

Değişken	Regresyon katsayısı	Standart hata	p	Olasılıklar oranı	%95 güven aralığı	
Cinsiyet						
Kadın/Erkek (ref)	1,184	0,351	0,001	3,267	1,643	6,495
Yaş gruplar						
18-30 (ref)			0,019			
31-60	-0,671	0,322	0,037	0,511	0,272	0,960
60 ve üstü	0,943	0,707	0,183	2,567	0,642	10,265
Çalışma durumu						
Hayır/Evet (ref)	-0,306	0,334	0,360	0,737	0,383	1,418
Psikolojik hastalık öyküsü						
Var/Yok (ref)	1,505	0,632	0,017	4,503	1,305	15,540
Kronik hastalık bulunma						
Var/Yok (ref)	0,034	0,526	0,949	1,034	0,369	2,898
Uyku problemleri						
Var/Yok (ref)	1,282	0,374	0,001	3,603	1,732	7,496
İnternet kullanım süresi						
8 saat ve üstü/0-7 saat (ref)	1,165	0,386	0,003	3,206	1,505	6,827
Constant	-1,988	0,345	0,000	0,137		

üstü internet kullananlarda daha az kullananlara göre 2,4 kat daha fazla anksiyete belirtisi bulundu (Tablo 3). Ayrıca kadınlar erkeklere göre 3,27 kat; 18-30 yaş aralığında olanlar 31-60 yaş aralığında olanlara göre 0,51 kat; daha önce psikiyatrik hastalık geçirenler geçirmeyenlere göre 4,5 kat; uyku ile ilgili sorun bildirenler bildirmeyenlere göre 3,6 kat; sekiz saat ve üstü internet kullanımı olanlar daha az kullananlara göre 3,2 kat daha fazla depresif belirti gösterdi (Tablo 4).

## TARTIŞMA

Bu çalışma Türkiye'de COVID-19 salgını sırasında bir kurumda karantinada bulunanlarda depresyon, anksiyete ve suçluluk düzeyleri ve bunları etkileyen risk faktörlerinin araştırıldığı ilk çalışmadır. Sonuçlarımız çalışma grubumuzun %14,5'inde anksiyete belirtileri, %17,1'inde ise depresif belirtiler olduğunu; kadınların, kronik hastalığı olanların, uyku

bozukluğu olanlar ile 8 saat ve üstünde internet kullananların daha yüksek anksiyete belirtisi görülme oranına sahip olduğunu göstermiştir. Ek olarak kadınlarda, gençlerde (18-30 yaş), psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda, uyku bozukluğu olanlar ile 8 saat ve üstünde internet kullananlarda daha yüksek depresif belirti görülme oranı bulunmuştur. Suçluluk duygusu ile sosyodemografik ve klinik özellikler arasında ise ilişki bulunmamıştır.

Çalışmamızda katılımcıların %14,5'inde anksiyete belirtileri, %17,1'inde ise depresif belirtiler bulundu. 2020 yılının başlarında Çin'in güneybatısındaki COVID-19 salgını sırasında katılımcıların kendilerinin veya ailelerinin/ meslektaşlarının/sınıf arkadaşlarının/komşularının karantinaya alınıp alınmadıkları temelinde 'etkilenen grup' ve 'etkilenmeyen grup' olarak gruplandırıldığı bir çalışmada, karantinadan etkilenen grupta anksiyete ve depresyon prevalansı sırasıyla %12,9, %22,4 bulunmuştur (1). İtalya'da evlerinde karantinaya alınanlarda yapılan bir çalışmada ise katılımcıların

%32,6'sında orta ila aşırı şiddetli anksiyete belirtileri, %24,2'sinde ise orta ila aşırı şiddetli depresyon belirtileri bildirilmiştir (13). İspanya'da yapılan başka bir çalışmada ise, çalışma grubunun %21,6'nda anksiyete belirtileri, %18,7'sinde depresif belirtiler bulunmuştur (20).

Türk toplumunda COVID-19 salgını sırasında anksiyete, depresyon ve sağlık kaygısını araştıran, Özdin ve ark.'nın yaptığı çalışmada, bizim çalışmamızdan daha yüksek anksiyete (%45) ve depresyon (%23) oranları bulunmuştur (12). Bizim çalışmamızın bir kurumda karantina altında olanlarda, Özdin ve ark.'nın çalışmasının ise genel toplumda yapılmış olması, daha düşük anksiyete ve depresif belirti bulmamızın sebeplerinden biri olabilir. Çalışma sonuçlarımızı destekler şekilde Çin'de yapılan COVID-19 enfeksiyonu olanlar, karantinada bulunanlar ve genel toplumu karşılaştıran bir çalışmada hem COVID-19 enfeksiyonu olanlarda (%19,3) hem de genel toplumda (%14,3) karantinada olanlara (%4) göre daha yüksek oranda depresif belirti bulunmuştur (21). Çalışma grubumuzun sağlık ekibinin sürekli bulunduğu, ihtiyaçlarının karşılandığı bir kurumda karantina altında olmaları genel topluma göre daha az stres yaratmış olabilir. Ayrıca çalışma grubumuzun başka ülkelere kendi vatanına gelmiş olmalarıyla kendilerini daha güvende hissetmiş olabilirler ve genel topluma göre psikiyatrik durumlarını tetikleyecek stres daha az olabilir.

Daha önce yapılan çalışma sonuçları, COVID-19 ile ilgili olarak kadınların erkeklere göre daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadığını göstermiştir (12, 22). Anksiyete bozukluğu, COVID-19 salgını sırasında kadınlarda erkeklere göre üç kat daha yüksek düzeylerde görülmüştür (15). Bizim çalışmamızda da COVID-19 sebebiyle karantinada olan kadınlarda erkeklere göre hem anksiyete belirtileri (3,27 kat) hem de depresif belirtiler (2,06 kat) açısından daha fazla görülme oranı bulunmuştur. Bunun sebebi kadınlarda anksiyete yaygınlığının erkeklerden fazla olması, strese yoğun duygusal yanıt vermeleri ve anksiyete belirtilerinin dışavurumlarının daha güçlü olması; ayrıca kadınların erkeklere oranla aniden gelişen hoş gitmeyen olaylara daha fazla psikolojik yanıt vermeleri olabilir (23). Salgın sırasında yapılan çalışmalar anksiyete yanında depresif belirtilerin de kadınlarda daha fazla görülme oranına sahip olduğunu göstermiştir (12, 22, 24). Bunun sebebi kadınlarda depresyon yaygınlığının erkeklerden daha fazla görülmesi (23), depresif belirtileri tetikleyecek daha fazla uyku sorunu yaşamaları (14) ve erkeklere göre farklı biyolojik ve sosyoekonomik faktörleri sebebiyle yüksek depresyon riskine sahip olmaları olabilir (7).

Çalışmamızda, genç yaş grubunda (18–30 yaş) olanların daha yüksek depresyon puanlarına sahip olmaları, önceki araştırmalardan elde edilen verilerle benzerlik göstermektedir (1, 20). Gençlerin bir krizle başa çıkmak için daha az yaşamsal tecrübeye sahip olması bunun bir nedeni olabilir (25). Bir diğer sebep, gençlerin sosyal medyadan stresi tetikleyebilecek büyük miktarda bilgi edinme eğiliminde olmaları olabilir (26). Ek olarak karantina sürecinin getirdiği zorunlu fiziksel izolasyon, sosyal ortamlardan uzak kalma, sürece yönelik belirsizlik umutsuzluk ve yalnızlık duygusuna neden olarak depresyonu tetiklemiş olabilir (27).

Çalışmamızda daha önce psikiyatrik hastalık öyküsü olanlarda olmayanlara göre 4,5 kat daha fazla depresif belirti görülme oranı bulunmuştur. Geçirilmiş ruh sağlığı sorunlarının stresli durumlarda depresif belirtilerinin, anksiyete belirtilerinin ve travma sonrası stres belirtilerinin ortaya çıkması ile ilişkili olduğu önceki çalışmalarda da gösterilmiştir (22). Daha önce psikiyatrik bozukluğu olan kişiler alınan karantina önlemleriyle bağlantılı olarak stres için özellikle savunmasız gruplardır (16). Bu yoğun stres hem nüks hem de yeni psikiyatrik durumları ortaya çıkarmış olabilir.

Sonuçlarımız, COVID-19 salgınında karantinada bulunan kronik bir hastalığa (hipertansiyon, diyabet, KOAH, kalp damar hastalığı) sahip olanlarda olmayanlara göre 2,9 kat daha fazla anksiyete belirtileri olduğunu göstermiştir. Bu sonuçlar ciddi hastalıkları olan bireylerin kriz durumu karşısında daha yüksek düzeyde psikolojik belirtiler ile

seyrettiğini gösteren çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (1,20). Kronik hastalığı olan kişiler de COVID-19'un daha şiddetli görülme eğiliminde olduğunun bildirilmiş olması (20) bu grupta daha yüksek anksiyete belirtilerinin yaşanmasının bir nedeni olabilir.

Çalışmamızda, uyku sorunu bildirenlerde bildirmeyenlere göre depresyon ve anksiyete görülme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Doğal afetler veya büyük stresli olayların uyku bozukluklarının ortaya çıkmasına sebep olduğu, uyku sorunlarının depresyon ve anksiyeteye yol açabileceği daha önceki çalışmalarda da gösterilmiştir (28). Ayrıca COVID-19 sebebiyle yatan hastalardaki uyku bozukluğunun yüksek yorgunluk ve anksiyete şiddeti oranlarında artış ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (14). Yetersiz uykunun enfeksiyon ile mücadelede önemli olan bağışıklık sistemini tehlikeye atacağından endişe duyulması, uyumakta zorluk yaşanacağıyla ilgili endişeye, bunun sonucunda uyku çabasının artmasına ve sonuçta uyku bozukluğuna neden olmuş olabilir (29). Ayrıca maddi kaygılar, karantina ve salgın nedeniyle yaşamdaki diğer değişikliklerle ilgili stres, uyku bozukluğuna neden olmuş olabilir (29). Sayılan sebeplerle ortaya çıkan uyku sorunları depresyon ve anksiyete belirtilerinin görülme riskini artırmış olabilir (8).

Çalışmamız internet erişimi konusunda kısıtlılık olmayan bir ortamda yapılmıştır. Sekiz saat/üstü internet kullanımı olanlarda, olmayanlara göre anksiyete belirtisi görülme oranı 2,4 kat, depresif belirti görülme oranı ise 3,2 kat daha fazla bulunmuştur. Çeşitli çalışmalar medyaya maruz kalmanın hem türünün hem de süresinin toplum travmatik bir olaya psikolojik ve fiziksel yanıtını etkilediğini göstermiştir (30). COVID-19 salgını sırasında kadınların, gençlerin, yüksek eğitimlilerin, öğrenci ve emeklilerin diğerlerinden daha yüksek medya maruziyeti altında olduğu; daha yüksek medya maruziyetinin anksiyete ve depresif belirtiler ile ilişkili olduğu bulunmuştur (10). Aker, Türkiye'de tıp öğrencilerinde yaptığı bir araştırmada, öğrencilerin %5,3'nün COVID-19 hakkında Türkiye Sağlık Bakanlığı Resmi Twitter hesabını, %4,5'nin Sağlık Bakanlığı web sitesini takip ettiğini, %82'sinin ise sosyal medyadan ve WhatsApp'tan güvensiz bilgi/mesajları takip ettiğini bildirmiştir (19). Diğer bir çalışmada, hekim ve tıp öğrencilerinin COVID-19 ile ilgili bilgilerin çoğunu sosyal medya aracılığıyla elde ettikleri bildirilmiştir (30). Çalışmamızda COVID-19 hakkında sosyal medyadan bilgi edinme doğrudan sorulmamış olsa da yukarıdaki çalışmalar, COVID-19 ile ilgili bilgilerin çoğunluğunun sosyal medyadan edinildiğini doğrulamaktadır. Her ne kadar çalışmamızda sadece internet kullanım süresine bakmış olsak da, internet kullanım süresi arttıkça, kişinin sosyal medya kullanımının artacağını ve doğrulanmamış bilgilere daha fazla maruz kalacağını varsaydık. Doğru bilgiye sahip olmanın, kaygının varlığından koruyucu olduğu ve doğru bilgi arttıkça olumsuz olayların psikolojik etkilerinin azaldığı gösterilmiştir (24). Yanlış bilgi vermeyi amaçlayan doğrulanmamış bilgiler ise sosyal medya aracılığıyla hızla yayılabilir (9). Hızla yayılan aşırı, korkutucu ve çelişkili bilgiler stres oluşturarak kaygıyı artırmış olabilir (19).

2018 de yapılan RTÜK (Radyo Televizyon Üst Kurulu) Televizyon İzleme Eğilimleri Araştırması'na göre Türkiye'de günlük ortalama 3 saat 34 dakika televizyon izlenmektedir ve en çok izlenen program haber programlarıdır (%24,2) (www.rtuk.gov.tr). İzleme sürelerine göre 3 gruba (0–3 saat, 4–7 saat, 8 saat ve üstü) ayrılarak yaptığımız incelemede, televizyon izleme süresi ile anksiyete ve depresyon şiddeti arasında ilişki bulunmamıştır. Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti bilimsel gelişmeler ve ülkemizdeki hastalığın seyri hakkında ulusal TV kanallarından günlük güncellemeler sunarak; halkın önleme ve müdahale stratejileri konusundaki farkındalığını artırmaya çalışmaktadır. Bunun sonucu olarak salgın hakkındaki bilgileri korkutucu ve çelişkili bilgi sunan sosyal medya yerine büyük ölçüde doğrulanmış bilgi sunan TV'den alanlar salgının olumsuz psikolojik etkilerinden korunmuş olabilir (24).

Çalışmalar salgın sırasında olası taşıyıcılarla yakın karşılaşmalar yaşadıkları için karantinaya alınan kişilerin yakınlarına ve sevdiklerine hastalık bulaştırma ihtimalinden dolayı suçluluk duygusu ve kendilerine yönelik öfke duyduklarını göstermiştir (8, 9). Bizim çalışmamızda ise durumsal suçluluk düzeyi ile hiçbir sosyo-demografik faktör arasında ilişki bulunmamıştır. Bunun sebebi çalışma gurubumuzun yurt dışından kendi istekleri ile gelen ve COVID-19 maruziyeti/hastalığı olduğu için değil; tedbir amaçlı bir kurumda karantina altında olan kişilerden oluşması ve sadece iki kişinin yakınında COVID-19 hastalığı saptanmış olması olabilir.

Bu çalışmada bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Birincisi, karantina önlemleri nedeniyle katılımcılarla yüz yüze görüşmek mümkün olmadı ve öz bildirim ölçekleri kullanıldı. Yüz yüze görüşme yapılamadığı için psikiyatrik bir bozukluğun varlığının değerlendirilmesi mümkün olmadı. İkincisi kesitsel bir çalışmadır, Kesitsel araştırma tasarımı nedensel ilişkileri kesin olarak tanımlamamıza izin vermez. Üçüncüsü uyku bozukluğunu değerlendirmek için ölçek kullanılmamış; katılımcılara tek bir soruda uykuyla dalma güçlüğü/kabus/uyku bölünmesi gibi uyku ile ilgili sorun olup olmadığı sorulmuştur. Dolayısıyla yanlılığa açıktır. Çalışma gurubunu oluşturan bireylerin uyku bozukluğunu değerlendirmelerindeki farklılıklar dikkate alınmamıştır. COVID-19 salgını sırasında anksiyete ve depresyonun incelendiği araştırmalar olmakla birlikte bir kurumda karantinaya alınanlarda yapılan çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle Türkiye’de bir kurumda karantinaya alınanlarda anksiyete, depresyon ve durumsal suçluluk duygusunu araştıran ilk ruh sağlığı araştırmasını temsil etmesi sebebiyle sonuçlarımız önemlidir.

## SONUÇ

Sonuç olarak, bu çalışmada kadınların, gençlerin, geçmiş psikiyatrik hastalığı ve mevcut kronik hastalığı olanların, uyku sorunu belirtenler ile 8 saat ve üstünde internet kullanan kişilerin karantina önlemlerinden daha fazla etkilenmekte oldukları ve daha fazla anksiyete ve depresif belirti gösterdikleri bulunmuştur. Salgının hala devam ettiği düşünüldüğünde sonuçlarımız sağlık otoriteleri için değerlidir. Karantina sırasında, sağlıklı uykuyu sürdürme yöntemleri hakkında dijital ortamlarda halkı eğitmek, yanlış bilginin aşırı dolaşımı ile etkin mücadele, doğru ve güncel bilgi ile kişilerin söz konusu hastalığı ve karantina nedenlerini iyi anlamasını sağlamak, enfeksiyona karşı daha savunmasız olan psikiyatrik ve kronik hastalığı olanların yeterli tıbbi bakım almalarının sağlanması gibi alınacak önlemlerle bu risklerin azaltılmaya çalışılması önerilir. Ayrıca kadınlarda hem anksiyete hem de depresyon belirtilerinin daha fazla görülmesi sebebiyle bu guruba daha fazla dikkat edilmelidir. Ek olarak sadece COVID-19’a yönelik belirtilerin değil anksiyete, depresyon ve diğer psikiyatrik belirtilere yönelik psikososyal değerlendirmeler yapılması, danışmanlık verilmesi, erken tespit ve tedavi için önemlidir.

Çalışmamız Türkiye’de bir kurumda karantinaya alınanlarda ilk ruh sağlığı araştırmasını temsil etmektedir bu nedenle sunulan sonuçları doğrulamak için ek çalışmalara ihtiyaç vardır. Ayrıca ruhsal durumdaki zaman içindeki değişimleri değerlendirmek için takip çalışmalarının yapılması önemlidir. Bunun yanında sonraki çalışmaların karantinanın olumsuz psikiyatrik etkilerinin azaltılmasına yönelik alınacak tedbirlerin etkinliğine yönelik olması araştırmacılara önerilir.

**Etik Komite Onayı:** Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay alındı (131/2020).

**Hasta Onamı:** Çalışma araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra, Bilgilendirilmiş Onam Formu’nu imzalayan katılımcılarla yapıldı.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış Bağımsız.

**Yazar Katkıları:** Fikir - AK, LNU, HHT, HE; Tasarım - AK, LNU, HHT, HE; Denetleme - AK; Kaynaklar - AK, LNU, HHT; Malzemeler - LNU, HHT; Veri Toplanması ve/veya İşlenmesi - AK, LNU, HHT, HE; Analiz ve/veya Yorum - AK, HHT, LNU, HE; Literatür Taraması - AK; Yazıyı Yazan - AK; Eleştirel İnceleme - AK, LNU, HHT, HE.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmektedirler.

**Finansal Destek:** Finansal destek alınmamıştır.

## KAYNAKLAR

1. 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* 2020;26:e924609. [Crossref]
2. Biondi M, Iannitelli A. Covid-19 and stress in the pandemic: "sanity is not statistical". *Riv Psichiatri* 2020;55:131-136. [Crossref]
3. Dünya Sağlık Örgütü (WHO). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard; 2020. <https://covid19.who.int/> [Erişim tarihi: 08.12.2020]
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. Covid-19; 2020. <https://covid19.saglik.gov.tr/>
5. T.C. İç İşleri Bakanlığı. 09.04.2020 tarih ve 4473052-149-E.239 sayılı yazı. <https://www.icisleri.gov.tr/>
6. Huremovic D. Social distancing, quarantine, and isolation. In: Huremovic D, editor. *Psychiatry of Pandemics*. Cham: Springer; 2019. p.85-94. [Crossref]
7. Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental health strategies to combat the psychological impact of covid-19 beyond paranoia and panic. *Ann Acad Med Singap* 2020;49:155-160. [Crossref]
8. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet* 2020;395:912-920. [Crossref]
9. Cavallera C. Covid-19 Psychological implications: The role of shame and guilt. *Front Psychol* 2020;11:571828. [Crossref]
10. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, Wang Y, Fu H, Dai J. Mental health problems and social media exposure during covid-19 outbreak. *PLoS ONE* 2020;15:e0231924. [Crossref]
11. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the covid-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur Psychiatry* 2020;63:e32. [Crossref]
12. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during covid-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *Int J Soc Psychiatry* 2020;66:504-511. [Crossref]
13. Cellini N, Canale N, Mioni G, Costa S. Changes in sleep pattern, sense of time and digital media use during covid-19 lockdown in Italy. *J Sleep Res* 2020;29:e13074. [Crossref]
14. Wang Y, Zhu LY, Ma YF, Bo HX, Deng HB, Cao J, Wang Y, Wang XJ, Xu Y, Lu QD, Wang H, Wu XJ. Association of insomnia disorder with sociodemographic factors and poor mental health in covid-19 inpatients in China. *Sleep Med* 2020;75:282-286. [Crossref]
15. 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* 2020;25:1-10. [Crossref]
16. Mihashi M, Otsubo Y, Yinjuan X, Nagatomi K, Hoshiko M, Ishitake T. Predictive factors of psychological disorder development during recovery following SARS outbreak. *Health Psychol* 2009;28:91-100. [Crossref]
17. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri’nin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Derg* 1989;7:3-13. <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/beck-depresyon-envanteri-toad.pdf>
18. Ulusoy M, Hisli Şahin N, Erkmen H. Turkish version of the beck anxiety inventory, psychometric properties. *J Cogn Psychother* 1998;12:28-35. [https://www.researchgate.net/publication/233792003\\_Turkish\\_Version\\_of\\_the\\_Beck\\_Anxiety\\_Inventory\\_Psychometric\\_Properties](https://www.researchgate.net/publication/233792003_Turkish_Version_of_the_Beck_Anxiety_Inventory_Psychometric_Properties)
19. Akin B, Hacıömeroğlu B, İnöz M. Suçluluk Ölçeği’nin Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin klinik olmayan örneklem ve depresyon örnekleminde yeniden değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri* 2018;21:24-37. [Crossref]
20. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Stress, anxiety, and depression levels in the initial stage of the COVID-19 outbreak in a population sample in the northern Spain. *Cad Saude Publica* 2020;36:e00054020. [Crossref]
21. Zhang J, Lu H, Zeng H, Zhang S, Du Q, Jiang T, Du B. The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain, Behav Immun* 2020;87:49-50. [Crossref]
22. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, Muñoz M. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain [published online ahead of print, 2020 May 13]. *Brain Behav Immun* 2020;S0889-159130812-6. [Crossref]

23. Bal U, Çakmak S, Uğuz Ş. Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre belirti farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Derg* 2013;22:441–459. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/aktd/issue/2206/29337>
24. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:17–29. [\[Crossref\]](#)
25. Wang Y, McKee M, Torbica A, Stuckler D. Systematic Literature Review on the Spread of Health-related Misinformation on Social Media. *Soc Sci Med* 2019;240:112552. [\[Crossref\]](#)
26. Cheng C, Jun H, Liang B. Psychological health diathesis assessment system: a nationwide survey of resilient trait scale for Chinese adults. *Stud Psychol Behav* 2014;12:735–42. <http://psybeh.tjnu.edu.cn/EN/Y2014/V12/I6/735>
27. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, Zheng J. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatr Res* 2020;287:112934. [\[Crossref\]](#)
28. Belleville G, Ouellet MC, Morin CM. Post-traumatic stress among evacuees from the 2016 Fort McMurray Wildfires: Exploration of psychological and sleep symptoms three months after the evacuation. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16:1604. [\[Crossref\]](#)
29. Simpson N, Manber R. Treating Insomnia during the COVID-19 Pandemic: Observations and perspectives from a behavioral sleep medicine clinic. *Behav Sleep Med* 2020;18:573–575. [\[Crossref\]](#)
30. Bhagavathula AS, Aldhaleei WA, Rahmani J, Mahabadi MA, Bandari DK. Novel coronavirus (COVID-19) knowledge and perceptions: A survey on Healthcare workers. *medRxiv* 2020. [\[Crossref\]](#)