T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EAH COVID-19 TRİYAJ BAŞVURULARININ RETROSPEKTİF ANALİZİ VE TOPLUMSAL ÖNLEMLERE GÖRE DEĞİŞİMİNİN İNCELENMESİ

Dr. BEREN ÇALIŞKAN

UZMANLIK TEZİ

İSTANBUL 2022

T.C.

MARMARA ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

MARMARA ÜNİVERSİTESİ PENDİK EAH COVID-19 TRİYAJ BAŞVURULARININ RETROSPEKTİF ANALİZİ VE TOPLUMSAL ÖNLEMLERE GÖRE DEĞİŞİMİNİN İNCELENMESİ

Dr. BEREN ÇALIŞKAN

UZMANLIK TEZİ

Danışman: Prof. Dr. SALİHA SERAP ÇİFÇİLİ

İSTANBUL 2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, bu çalışmanın hiçbir basamağında yardımlarını benden esirgemeyen, her tür zor durumda yanımda ve yardımcı olan, tez sürecim boyunca sadece mesleki değil, manevi destek ve anlayışını her daim hissettiğim, birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım değerli hocam ve tez danışmanım **Sayın Prof. Dr. Saliha Serap Çifçili'ye;**

Hekimlik mesleğine ve etik değerlere olan yaklaşımlarıyla her daim rehber edineceğim, eğitim sürecimde ve yetişmemde büyük emekleri olan, eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan daima gurur ve mutluluk duyduğum, her birinden mesleki ve bilimsel birçok şey öğrendiğim saygıdeğer hocalarım **Sayın Prof. Dr. Gülru Pemra Cöbek Ünalan'a, Sayın Prof. Dr. Arzu Uzuner'e, Sayın Prof. Dr. Mehmet Akman'a, Sayın Doç. Dr. Memnune Çiğdem Apaydın Kaya'ya, Sayın Doç. Dr. Sabah Tüzün'e;**

Tıp fakültesindeyken beni aile hekimliği ile ilk tanıştıran ve sevdiren, daha sonra aile hekimliği uzmanlığına karar vermemde payı olan, öğrencisi olmaktan gurur ve mutluluk duyduğum kıymetli hocam **Sayın Prof. Dr. Pınar Topsever'e;**

Tezi sürecim boyunca değerli vakitlerini ayırarak bana yardımcı olan, moral ve motivasyonum düştüğünde her zaman destek veren, her anını özlemle anımsayacağım asistanlık sürecimi birlikte geçirdiğim sevgili arkadaşlarıma;

Tez sürecim boyunca başım her sıkıştığında yanıma koşan, kahrımı herkesten çok çeken canım kardeşim **Kardelen Belin Çalışkan'a;**

Son olarak, beni bugünlere getiren ve eğitimimin her aşamasında yanımda olan, yüreklendiren ve destekleyen sevgili annem ve babam **Halime ve Hasan Çalışkan'a**

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Beren Çalışkan

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, hastaneye COVID-19 salgını sırasında başvuran ve başvuru nedeni COVID-19 açısından değerlendirilen hastaların klinik özelliklerinin, yapılan test ve görüntüleme oranları ve bunların klinik sonuçlarının değerlendirilmesi ve karantina gibi birtakım toplumsal önlemlerin başvuru ve pozitif sonuç oranlarına etkisinin saptanması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Bu çalışmada, 8 Nisan ile 27 Mayıs 2020 tarihleri arasında belirli günlerde hastaneye ateş, öksürük, nefes darlığı gibi COVID-19 semptomları ile başvuran veya seyahat ve temas öyküsü olan hastaların tıbbi verileri geriye dönük olarak analiz edildi. Hastaların hastaların yapılan test oranı, BT çekilme oranları, BT sonuçlarının COVID-19 açısından anlamlı saptanma oranı ve bu hastaların yatış veya ayakta tedavi alma oranları, başvuru yakınmalarının ve olgu pozitiflik/ başvuru oranlarının zamana göre değişimi hesaplanmıştır.

Bulgular: Toplamda 1474 hasta incelenmiştir. Şikayeti olan temaslı hastalar en sık başvuran gruptu. Hastaların %29'unda kronik hastalık mevcut olup, sırasıyla hipertansiyon, diyabet, astım en sık görülen hastalıklardı. Toplamda 91 (%6) hasta PCR pozitif, 158 (%11) hasta da BT pozitif idi. Hastaların %68'i öksürük, %48'i ateş, %45'i nefes darlığı şikayetiyle başvurdu. Ateş öyküsü, Covid-19 pozitifliği ile ilişkili bulunmuştur. Pozitif kişilerin yaş ortalaması daha yüksek saptanmıştır. ($p<0,05$). Çalışma dönemi boyunca başvuran kişi ve pozitiflik oranı giderek azaldı. PCR ve görüntüleme sayısı ve bu testlerdeki pozitiflik oranı karantina uygulanan günlerde belirgin olarak daha azdı.

Sonuç: Araştırmamızda ateş öyküsü ve hasta yaşı ile PCR veya BT ile Covid-19 tanısı almanın arasında ilişki saptanmıştır. Salgın kontrolü için alınan toplumsal önlemler Covid-19 pozitif vakaların oranını azaltarak etkili bir biçimde pandeminin gidişatını yavaşlatmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Triyaj, Pandemi, Önlem, Karantina

ABSTRACT

Objective: In this study, the clinical features, testing and imaging rates and clinical results of the patients who applied to the hospital during the COVID-19 epidemic were evaluated for the reason of application, and the clinical results of these, such as curfew or quarantine on certain days, were evaluated. It is aimed to determine the effect of some social measures on the application and positive result rates.

Method: In this study, the medical data of patients who applied to the hospital during April 8 and May 27, 2020 with COVID-19 symptoms such as fever, cough, shortness of breath or who had a history of travel and contact were analyzed retrospectively. The rate of tests performed by the patients, thorax CT and PCR results and the rate of hospitalization or outpatient treatment and the change in the rate of admission complaints and case positivity/admission rates over the time were calculated.

Results: A total of 1474 patients were examined. Symptomatic patients with Covid-19 contact history were the most frequently admitted group. Chronic disease was present in 29% of the patients, and hypertension, diabetes, and asthma were the most common diseases, respectively. In total, 91 (6%) patients were PCR positive and 158 (11%) patients were CT positive. 68% of the patients presented with cough, 48% with fever and 45% with shortness of breath. Fever history was associated with Covid-19 positivity ($p<0,05$). The average age of positive people was found to be higher ($p<0.05$). During the study period, the number of applicants and the rate of positivity decreased gradually. The number of PCR and imaging and the rate of positivity in these tests were significantly less on the days of lock-down.

Conclusion: In our study, a relationship was found between the history of fever and older patient age and the diagnosis of Covid-19 by PCR or CT. Social measures taken for epidemic control are shown to effectively slow down the course of the pandemic by reducing the positive cases.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, Triage, Pandemic, Prevention , Lock-down

İÇİNDEKİLER

Sayfalar

Önsöz ve Teşekkür..... i

Özet ii

İngilizce Özet (Abstract)..... iii

1. Giriş Ve Amaç 1

1.1. Covid-19 Pandemisi …… 1

1.2. Covid-19 ve Birinci Basamak ……..…… 3

1.3. Çalışmanın Amacı ……..….. 4

2. Genel Bilgiler 5

2.1. Pandemi Nedir?..... 5

2.2. Covid-19 Pandemisi ……..... 6

2.3. Türkiye'de Covid-19 ……..... 7

2.4. Covid-19 Hasta Başvuruları ve Semptomatolojisi ……... 9

2.5. Birinci Basamak ve Pandemi ……..... 11

3. Gereç ve Yöntem 14

3.1. Araştırmanın tipi ve evreni 14

3.2. Verilerin Toplanması ……..... 15

3.3. Verilerin Analizi ……..... 18

4. Bulgular 19

4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri …… 19

4.2. Hastaların klinik özellikleri ……... 19

4.2.1. Hastaların başvuru sebepleri ve semptomları ……..…… 21

4.2.2. Hastaların PCR ve BT sonuçları …… 22

4.3. Covid pozitif hastaların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı ..… 24

4.4. Covid-19 pozitif saptanan hastalarda başvuru şikayetlerinin dağılımı ..25

4.5. Covid-19 olguların tarihlere göre incelenmesi ……. 26

5. Tartışma 28

6. Kaynaklar 38

7. Ekler 44

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Covid-19 Pandemisi

31 Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde, etkeni bilinmeyen pnömoni vakaları bildirilmiştir. Bu artan pnömoni tablolarının sebebi, 7 Ocak 2020'de daha önce insanlarda görülmemiş bir koronavirüs olarak saptanmıştır. Hastalığın etkeni, virüsün SARS-CoV'a (Şiddetli Akut Respiratuar Sendrom Koronavirüse) olan benzerliği sebebiyle SARS-CoV-2, hastalık ise Covid-19 (Coronavirus Disease-2019) olarak adlandırılmıştır. Virüsün kaynağı olarak, tam olarak netleştirilemese de, Huanan vahşi hayvan marketinde satılan yarasalar gösterilmiştir. Hastalık insandan insana bulaşarak salgın kısa sürede çok hızlı yayılmış ve tüm kıtaları etkileyen küresel boyutlara ulaşmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu salgını 11 Mart 2020'de pandemi ilan etmiştir. (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020).

Aynı tarihte ülkemizde de ilk vaka saptanmıştır. Ülkemizdeki ilk vakadan kısa süre içinde, 12 Nisan 2020'de 56.956 vaka, 1.198 ölüm, 3.446 iyileşen hasta sayılarına ulaşmıştır. Bu hastaların 1.665'i yoğun bakımda takip edilmekte olup, 978 hasta entübe durumdadır. Dünya'da ise o zamanda 213 ülke etkilenmiş ve 1.699.595 vaka saptanmış olup, 106.138 ölüm bildirilmiştir. (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020)

Salgın tüm dünyada hızla büyümeye devam etmekte olup, Haziran 2021 başlangıcında dünya çapında rapor edilmiş 171 milyondan fazla vaka ve 3,5 milyondan fazla insanın Covid-19 sebebiyle öldüğü bildirilmiştir.(Worldometers, n.d.)

Salgından etkilenen ülkelerde uluslararası uçuşların durdurulması, bölgesel karantinalar, gibi çeşitli önlemler alınmaya başlanmıştır. Ülkemizde de 14 Nisan 2020'de salgın kontrolü için ülkemizde çeşitli toplumsal önlemler alınmaya başlanmıştır. Bunlar; eğitim, kamu spotları, maske kullanım zorunluluğu, sosyal izolasyon, öğrenim, eğlence ve kültürel faaliyetlerine ara verilmesi, yüz yüze eğitime

geçilmesi, kısmi ya da tam sokağa çıkma yasakları, 20 yaş altı ve 65 yaş üstü kişilere getirilen kısıtlamalardır. Fiziksel mesafe, karantina ve tecrit önlemleri toplumsal yaşamı etkilemiş, dolayısıyla bakım ihtiyacını artıran sağlık sorunları ortaya çıkmıştır (TÜBA, 2020).

Tüm dünyada giderek artan Covid-19 salgınına; Güney Kore, Singapur, Tayvan, Endonezya gibi daha önce MERS, SARS epidemileriyle deneyimleri olan ülkeler hariç, çoğu ülke hazırlıksız yakalanmıştır. Giderek artan Covid-19 yükü, kronik hastalığı olan kişilerin sağlık hizmetlerinde aksamalara ve hastane kapasitesinin, servis ve yoğun bakım ünitelerinin yetersiz kalması gibi sorunlara yol açmıştır. Tüm bunlara ek olarak; Covid-19'la enfekte vakaların tespiti, temaslı kişilerin takibi ve bu kişilerin izolasyonunun sürdürülebilmesi de sağlık çalışanlarının efektif şekilde sağlık hizmeti vermesinin zorlaştırmıştır. Her ne kadar Covid-19'a karşı mücadelede hastane ve yoğun bakım üniteleri öne çıkmış olsa da, verilen sağlık hizmeti açısından buzdağının sadece görünen kısmı olmuştur(Rawaf et al., 2020).

Hastaların sadece çok küçük bir kısmında hastaneye yatış ve yoğun bakım ihtiyacı gerekmektedir. Birçoğu hafif belirtilerle başvuran, birinci basamak veya filyasyon ekipleriyle takip edilebilen hastalardır. Çin Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin yaptığı bir çalışmada, 44 672 Covid-19 hastalarının % 81'inde hafif derecede (pnömoni olmadan veya hafif pnömoni) geçirip, sadece %14'ünde şiddetli hastalık (dispne, hipoksi veya görüntülemede yüzde 50'den fazla akciğer tutulumu), %5'inde ise kritik hastalık (solunum yetmezliği, şok veya çoklu organ yetmezliği) saptanmıştır. Vaka ölüm oranı %2 olup, hafif-orta geçiren vakalarda ölüm bildirilmemiştir (Z. Wu & McGoogan, 2020).

1.1 COVID-19 VE BİRİNCİ BASAMAK

İnsanların sağlık sistemi ile ilk temasta bulunduğu yer birinci basamaktır. Covid-19 pandemisinde de hasta, temaslı veya şüpheli kişilerle ilk kontak noktası olmuş, salgınla ilgili bakımın çoğunu üstlenmiştir. Geniş yelpazede hasta grubuna sahip olmuşlardır. Bunlara ek olarak rutin birinci basamak hizmetlerine de aktif olarak devam etmişlerdir. Ancak bu durum birçok ülkede kaynaklarının artırılmasındaki ihtiyacı görmeyerek, farklı yerlere bölünmesine sebep olup kollateral hasar doğurmuştur (Rawaf et al., 2020).

Diğer birçok bulaşıcı hastalık salgınlarına benzer şekilde, koronavirüs enfeksiyonunu kontrol etme başarısı, pandeminin özellikle erken dönemlerinde sınırlı verilerle, zamanında ve doğru bir filyasyon yapılmasını gerektirir (Chen & Yu, 2020). Salgın hastalıkların kontrol edilebilmesi güçlü bir epidemiyoloji ve sürveyans sistemi ile mümkün olabilir. Bu bağlamda birinci basamak sağlık hizmetleri salgının yönetiminde çok önemli görevler üstlenmelidir. COVID-19 salgınının çok hızlı şekilde gelişmesi nedeniyle yayılmanın yavaşlatılabilmesi ve sınırlı bölgede tutulabilmesi için hızlı, proaktif ve kapsamlı bir yaklaşım şarttır (European Centre for Disease Prevention and Control, 2020).

Hastanemizde ayaktan başvuran ve COVID-19 açısından değerlendirilen hastalar aynı zamanda benzer kliniklerle veya hastalık tablosu tam oluşmadan birinci basamağa da başvurmaktadır. Birinci basamağın çekirdek yeterliliklerinden biri olan kapsamlı bakım, henüz ayrışmamış hastaların bakımına ilişkindir. Birinci basamak COVID-19 şüphesi olan hastaların ilk başvuracağı yerlerden biri olup, hastalığın semptomatolojisi ve doğal seyrinin bilinmesi, birinci basamakta yapılacak olan hasta tanılaması için büyük önem arz etmektedir.

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar, sadece ikinci, üçüncü basamak veya pandemi hastaneleri için değil, aynı zamanda dünyada salgının başından beri mücadelede rol oynayan, hastalığın ayrışmamış haliyle ve ilk başvuru yapılan birinci basamak için de hastaların tanınması ve değerlendirilmesi açısından değerlidir.

1.2. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmada, hastaneye COVID-19 salgını sırasında başvuran ve başvuru nedeni COVID-19 açısından değerlendirilen hastaların klinik özelliklerinin, yapılan test ve görüntüleme oranları ve bunların klinik sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca yurtdışı seyahat öyküsü, şüpheli/pozitif vakayla temas öyküsü, şikayetler, temaslı sağlık çalışanı gibi başvuru sebep ve özelliklerinin zaman içindeki dağılımı ve alınan birtakım toplumsal önlemlerin başvuru oranlarına etkisinin de saptanması amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Pandemi Nedir?

Pandemiler geniş bir bölgede, bir kıta veya birçok ülkede, çok sayıda insanı etkileyen salgınlar olarak tanımlanmaktadır. DSÖ'ye göre bir salgının pandemi olarak sayılabilmesi için; hastalık etkeninin insana bulaşabilmesi ve hastalık tablosu oluşturması, insandan insana yayılması ve nüfusun bu hastalığa daha önce maruz kalmamış olması gerekmektedir (Metintaş, 2020).

Tarih boyunca dünyada tifus, veba, sıtma, kızamık, kolera, tüberküloz, HIV, ebola, SARS, MERS gibi çeşitli salgınlar meydana gelmiştir. Bu salgınların çoğu geçmişten günümüze tarihsel olaylar, kıtlık ve kuraklıklar, milyonlarca insan ölümü ve sosyal, siyasal, ekonomik problemlere yol açmıştır. Büyük pandemiler arasında olan, kara ölüm (bubonik veba) salgını sonunda Avrupa nüfusu yüzde 30 ile 60 oranında azalmıştır, ayrıca dönemin dini otoritelerine olan güvenin sarsılmasına, eğitimin değişmesine ve feodal dengelerin bozulmasına sebep olmuştur. 1918 (H1N1), 1957 (H2N2), 1968 (H3N2) ve son olarak 2009 (H1N1) yıllarında ortaya çıkan Influenza A salgınları ciddi sayıda ölümlere sebep olmuştur. 1918-1919 arası etkin olan İspanyol gribi (influenza A) de birinci dünya savaşında ölenlerden daha fazla insan kaybına neden olmuştur. Çiçek hastalığı Amerika'da çiçek hastalığından çok sayıda kişi ölmüş ve bunun sonucunda Afrika'dan milyonlarca köle getirilmiştir. Günümüzde HIV/AIDS ve influenza gibi bazı pandemiler devam etmektedir (Akın, 2012). 2012 yılında çıkan MERS-CoV salgını az kişide insana yayılmasına rağmen yüzde 37'ye varan yüksek mortalite ile seyretmiştir (İşlek et al., 2020).

2.2. Covid-19 Pandemisi

2019 Aralık ayında başlayan Covid-19 salgını, başta Çin'in ekonomik ve kültürel merkezi olan, 11 milyon kişinin yaşadığı Wuhan'da bir dizi SARS benzeri pnömoni vakaları olarak ortaya çıkmıştır. Hastalığın kaynağı olarak deniz ürünleri pazarı ile temas ilişkilendirilmiştir. Birkaç günde sayılar giderek artarak, bölgesel bir salgına dönüşmüştü. İki hafta içinde Tayland, Güney Kore ve Japonya'da da vakalar görülmeye başlanmış, Wuhan'da da ilk ölümler gerçekleşmiştir (BUDAK & KORKMAZ, 2020; Tian et al., 2020).

Salgın hızla yayılmaya başlarken birçok ülke hastalığın yayılması ve ölümleri azaltmaya karşın çeşitli önlemler almıştır. Çin Hubei'de 60 milyon kişiyi izole edilmiş, ayrıca seyahat yasağı ve hapis cezası yaptırımları olan sokağa çıkma yasakları getirilmişti. Salgının yayılma hızı durduralamasa da, büyük ölçüde azaltmıştı. Salgının yoğunlaştığı ülkelerden bir diğeri olan İtalya'da da riskli bölgelerde sokağa çıkma yasağı uygulanmış, bazı festivaller iptal edilmiştir (European Centre for Disease Prevention and Control, 2020; Z. Wu & McGoogan, 2020).

Yapılan çalışmalar incelendiğinde ülkelerin aldığı çeşitli tedbir ve kısıtlamalar, 4 başlıkta toplanabilmiştir;

- İzleme: Çoğu ülkede sınır kapılarında veya havalimanlarında detaylı bir inceleme yürütmüştür. Bazı yerlerde tele-monitör ile Covid-19 açısından riskli veya pozitif kişileri ve bakım verenlerini izleyebilmişlerdir. Singapur, Güney Kore gibi bazı ülkelerde ise GPS, kredi kartı takipleri aracılığı ile hastalar izlenmiştir. Ayrıca psikolojik destek amaçlı oluşturulan internet sitelerinden yararlanarak takip edebilmişlerdir.
- Halk eğitimi: Pandemi hakkında genel bilgiler, alınacak tedbirler ve istatistikler hakkında topluma Covid-19 hakkında şeffaf ve güncel bilgi sağlanmıştır.
- İzolasyon: Sosyal mesafe, karantinalar, okul ve üniversitelerin kapanması, etkinliklerin ertelenmesi gibi bulaşı azaltacak tedbirler alınmıştır.

- Sağlık tesislerinin adaptasyonu: Donanımlı ve ihtiyaçları karşılayabilecek hastanelerin hazırlanmış, şüpheli ve tedavi altındakilerin izolasyonu için gerekli bakım evleri sağlanmıştır (Tabari et al., 2020).

2.3. Türkiye'de Covid-19

Ülkemizde hızla artan salgına karşın Sağlık Bakanı Dr Fahrettin Koca başkanlığında, 22 Ocak 2020'de ilk koronavirüs Bilim Kurulu toplantısı yapılmıştır. Ardından Bilim Kurulu'nun hazırladığı Covid-19 rehberi ve algoritmaları yayınlanmıştır. Ülkemizde ilk Covid-19 vakası, birçok Avrupa ülkesinden daha geç olarak 11 Mart'ta saptanmıştır. Ancak bir ay sonrasında, en çok vaka sayısına sahip ilk on ülke arasına girmiştir. Salgının hızlı başlangıcı, İtalya ve İspanya'nın erken dönem artışlarına benzer bir patern göstermiştir (Petersen & Gökengin, 2020).

Ülkemizde ilk üç ay içinde, nisan-mayıs aylarında birinci dalga görülmüş olup, alınan toplumsal önlemlerle haziranda vaka sayılarında belirgin bir azalma sonucu normalleşme sürecine girilmiştir. Mayıs 2020 sonunda dünyada yaklaşık 6,5 milyon Covid vakası ve yaklaşık 410 bin ölüm bildirilmiştir. Haziran 2020 ye kadar ülkedeki toplam vaka sayısı 450 binleri bulmuş, ölüm sayıları 4500'ü geçmiştir. Bundan sonra, Kasım 2020 - Ocak 2021 arası ve en büyüğü Mart - Mayıs 2021'de olmak üzere ikinci ve üçüncü dalga daha yaşanmıştır (Worldometers, n.d.).

Tablo 1. Ülkemizde pandeminin ilk üç ayında alınan önlemler

22 Ocak 2020	Bilim Kurulu toplantısı yapıldı. Çin'e seyahat kısıtlaması getirildi.
11 Mart 2020	İlk Covid-19 vakası saptandı.
12 Mart 2020	İlk ve orta dereceli okullarda ve üniversitelerde eğitime ara verildi. Sosyal, kültürel, sportif faaliyetler ve bilimsel toplantılar iptal edildi.
15 Mart 2020	Umre'den dönenlere 14 gün zorunlu karantina başlandı.
16 Mart 2020	Yurtdışından dönenlere 14 gün karantina başlandı. Restoranlar, kafeler, sinema ve tiyatrolar kapatıldı. Camilerde toplu ibadet sonlandırıldı.
21 Mart 2020	65 yaş üstüne sokağa çıkma yasağı getirildi.
3 Nisan 2020	20 yaş altına sokağa çıkma yasağı getirildi. Zonguldak ve büyükşehirlere 15 gün giriş çıkışlar yasaklandı
10-12 Nisan **18-19 Nisan** **23-26 Nisan** **1-3 Mayıs** **9-10 Mayıs** **16-19 Mayıs** **23-26 Mayıs**	31 ilde karantina uygulandı. Tüm illerde sokağa çıkma yasağı uygulandı.
1 Haziran 2020	Normalleşme sürecine girildi.

(Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020).



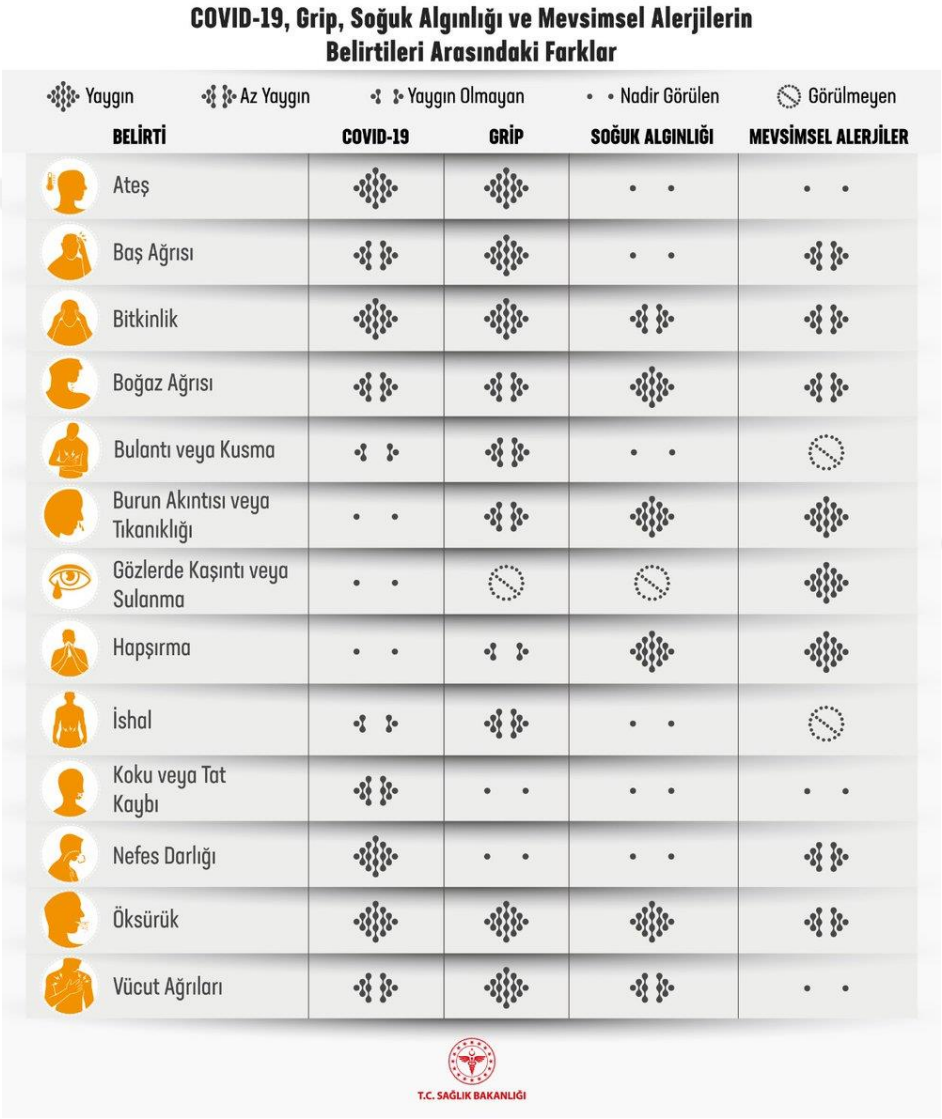
Resim 1. T.C. Sağlık Bakanlığı Halka Yönelik Afişleri (Demirbilek et al., 2020)

2.4. Covid-19 Hasta Başvuruları ve Semptomatolojisi

Dünya Sağlık Örgütü - Çin Ortak Misyonu'nun yayınlamış olduğu rapora göre; COVID-19 semptomları spesifik olmayıp, hastaların klinik tablosu asemptomatikten, ağır pnömoni ve septik şoka kadar geniş bir yelpazede yer almaktadır. Kuluçka süresi 1-14 gün arasında olup, ortalama 5-6 gündür (The WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 & World Health Organization (WHO), 2020).

55924 Covid-19 vakayla yapılan bir çalışmada hastaların başvuru anındaki semptomları incelendiğinde en fazla görülen belirti ateş olarak saptanmıştır. Diğer semptomlar ve oranları sırasıyla ateş (%88), kuru öksürük (%68), yorgunluk (%38), balgam çıkarma (%33), nefes darlığı (%19), kas veya eklem ağrısı (%15), boğaz ağrısı (%14), baş ağrısı (%14), titreme (%11), bulantı veya kusma (%5), burun tıkanıklığı

(%5), ishal (%4) ve hemoptizi (%1) ve konjonktival tıkanıklık (%0,8) olarak saptanmıştır. Ayrıca COVID-19 tanılı hastalarının %80'i hafif ile orta şiddette pnömoni veya pnömoni dışı vakalar olup, %13'ü şiddetli tabloyla, %6'sı ise yoğun bakım ihtiyacı gerektirebilecek düzeyde bir hastalık tablosuyla başvurduğu saptanmıştır (The WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 & World Health Organization (WHO), 2020).



Resim 2. T.C. Sağlık Bakanlığı Halka Yönelik Afişleri

SARS-CoV-2 ile enfekte olan bir kişi, virüsü üç kişiye daha bulaştırabilme özelliğine sahiptir. Kuluçka süresi ortalama 5-6 gündür (1-14 gün arasında). Klinik

prezentasyon asemptomatik, subklinik enfeksiyon ve hafif hastalıktan şiddetli hatta ölümcül hastalığa kadar değişir; genelde belirtilerin ağırlaşması ikinci haftasında gelişebilir (European Centre for Disease Prevention and Control, 2020). Viral yük hastalığın şiddetini etkileyebilir, ağır geçiren kişilerde 60 kat daha fazla viral yük saptanmıştır. Pnömoninin ilerlemesi, sespsis ve bazen sitokin fırtınası sebebiyle ölüme kadar ilerleyebilir (Chaplin, 2020).

Hastalığın ağır olarak değerlendirilebilme kriterleri olarak takipne varlığı (solunum sayısı≥30/dk), oksijen satürasyonu ≤%93, görüntülemede %50'den fazla akciğer tutulumu varlığı, septik şok gelişimi, PaO2/FiO2 <300 mm Hg olması, mekanik ventilasyon veya yoğun bakım gerektiren diğer organ disfonksiyonu durumlarından biri olması yeterlidir (Surveillances, 2020).

2.5. Covid-19 ve Birinci Basamak

Ekim 2018'de, ülkeler temel sağlık hizmetlerine ilişkin; herkesin bir ayrım gözetilmeksizin, ulaşılabilir en yüksek sağlık standartlarından yararlanma temel hakkına olan bağlılıklarını Astana Bildirgesi ile kabul ettiler. Covid-19 pandemisi, koronavirüs dışı nedenlerle artan morbidite ve mortaliteyi engellemek için, temel sağlık hizmetlerine sürekli erişimin önemini ve acil ihtiyacını vurguladı. Birinci basamak sağlık hizmetleri (BBSH), sağladığı önleme, hazırlık, müdahale ve kurtarma yollarıyla acil durumlarda çok önemli bir rol oynar (World Health Organization, 2020).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, bu bağlamda hem pandemi gibi sağlık krizleriyle mücadele etmek için, hem de bir yandan temel ve rutin sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasını sürdürebilmek için çok önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, Covid-19 pandemisinin milyonlarca insanın refahı ve sağlığı üzerindeki süregiden etkisini azaltabilirken, aynı zamanda dünyanın bir gün herkes için sağlık sözünü yerine getirmesini sağlamak için ülkeleri oluşabilecek sağlık

sorunlarına hazırlayabilir. Güçlü bir birincil sağlık hizmeti, ülkenin Covid-19 gibi salgın ve krizlerle mücadelesinde ön safhada bulunmasını ve korunmasını sağlar.

Covid-19 krizinde de birçok ülke, COVID-19 tarama, triyajı ve testleri için BBSH'ne yaslanmıştır. Böylelikle sağlık sistemleri üzerindeki yük ve baskının azaltılmasını sağlamıştır. Birinci basamak etkin bir hastalık sürveyansı sağlamış, salgının yayılmasını azaltmada büyük rol oynamıştır. Ayrıca insanların devam eden üreme, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri, tüberküloz tedavi hizmetleri, ruh sağlığı hizmetleri, rutin bağışıklamalar, kronik hastalıkların tedavisi, palyatif bakım gibi kapsamlı bakım ihtiyaçlarını aksatmadan etkin bir biçimde karşılamaya devam etmiştir. Çoğu ülkede aşıların da adil bir şekilde dağıtımı ve organize biçimde uygulanmasında da görev almıştır. Pandemi döneminde de BBSH'nin temellerinden olan biyopsikososyal yaklaşımını sürdürmüş, Covid-19'un insanlara olan etkilerini ruhsal, toplumsal boyutlarıyla da ele almıştır.
Hindistan'da birinci basamak çalışanları, pandemi döneminde sadece temel salgın önleme stratejileri hakkında değil, aynı zamanda kırılgan grupların bakım aramasını engelleyebilecek damgalama ve ayrımcılıkla mücadele etmek ve toplumun ruhsal sağlık krizlerine yanıt vermek için de eğitim almıştır.

Kolombiya'da ise salgın başladığında, ülkenin BBSH'i Covid-19 vakalarını etkin bir şekilde teşhis edip triyaj yapmış, ayrıca evde bakım ve telebakım hizmeti sunarak hastaneler üzerindeki yükü azaltmıştır (World Health Organization, 2020).
Covid-19 vakalarıyla olası ilk temas noktaları açısından, aile sağlık merkezleri (ASM) yüksek riskli olmuştur. Pandemi boyunca ülkemizde de birinci basamakta, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri birlikte sunulmaya devam edilmiştir. Aile hekimliği merkezlerine en çok muayene ve tedavi olma, ilaç yazdırma, sağlık raporları, koruyucu sağlık hizmetleri, enjeksiyon için başvurulmaktadır ve Sağlık Bakanlığı'nın 2018 yılındaki verilerine göre aile sağlık merkezinde bir aile hekimine kayıtlı nüfus sayısı 3400 civarındadır. Olası Covid-19 vakalarla, kırılgan toplulukların aynı rutin çocukluk ve riskli grupların rutin aşıları; bebek, çocuk ve gebe-lohusa izlemleri devam ederken bu kırılgan grupların, olası Covid-19 vakalarıyla temasını minimuma indirgemek için ASM'lerin girişinde triyaj alanları oluşturulmuştur. ASM'ye gelen herkesin bu triyaj

alanlarında, ateşi ölçülerek, semptom sorgulaması (ateş, öksürük, nefes almakta zorluk), seyahat ve pozitif bir Covid-19 vakası ile temas öyküsü sorularak şüpheli Covid-19 vakaları saptanmaya çalışılmıştır. Şüpheli vakaların, ASM'de önceden belirlenmiş bir alanda izole edilip, ilçe sağlık merkezleri bulaşıcı hastalık birimine bildirilerek bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevkini sağlanmıştır. Aşılar ve bebek, çocuk, gebe, lohusa izlemleri için hastalara telefonda randevu vererek organize etmiş, ayrıca kronik rahatsızlığı olanlar, yaşlılar gibi riskli gruptaki kişilere de telefonla hizmet vermiş böylelikle ASM'lerdeki yoğunluk ve bulaş riskini azaltmaya yönelik bir takım önlemler alınmaya çalışılmıştır. Ayrıca bu süreçte gerekmedikçe rutin laboratuvar tetkikleri, askerlik ve evlilik dışındaki sağlık raporları gibi aciliyeti olmayan durumlar ertelenmiştir.

Aile hekimleri pandemi süresince, Covid-19 pozitif veya temaslı olan vakalara karatina kuralları hakkında bilgi vermiş, telefon yoluyla izlemlerini yapıp, aktif olarak filyasyonda yer almışlardır. Takip süresince düzenli olarak hastanın klinik durumunu sorgulayıp, şikayetlerine yönelik tedavi planlamış ya da gerektiğinde üst basamak sağlık kuruluşlarına filyasyon ekipleriyle iletişim kurarak sevkini sağlamışlardır. Ayrıca yapılan izlemler yoluyla filyasyon ekiplerine iletişim sağlanmış, semptom geliştiren temaslı kişiler de filyasyon ekibine bildirilmiştir (Berdyklychev et al., 2020; SAMANCİ, 2020)

Ülkemizde aile hekimleri sadece ASM'lerde değil, aynı zamanda filyasyon ekiplerinde ve hastane acillerinde de hastayı ilk değerlendiren hekimlerden olmuş ve triyajlarda aktif görev almışlardır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın tipi ve evreni

Araştırmaya öksürük, ateş, nefes darlığı şikayetlerinden biriyle 07.04.2020 ile 31.05.2020 arasında Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi aciline ayaktan başvuran ve ilk değerlendirme sonrası COVID-19 açısından triyajı yapılan erişkin hastalar dahil edilmiştir.

Başvuru esnasında ateş, öksürük, nefes darlığından birine sahip olmayan veya sağlık çalışanı olan kişiler araştırmaya dahil edilmemiştir.

Haftanın 1 haftaiçi ve 1 haftasonu veya resmi tatil günü olmak üzere iki gününde triyajı yapılan tüm hastalar örneklem alınacaktır. Bu günler ardışık olarak (ilk hafta pazartesi ve cumartesi, ikinci hafta salı ve pazar günü gibi) seçilecektir.

Araştırma retrospektif tanımlayıcı tiptedir.

3.2. Veri toplama gereçleri

Araştırmacılar tarafından geliştirilen form üzerine aşağıdaki bilgiler, triyaj alanında kullanılan hasta değerlendirme formu ve hastane kayıtları kullanılarak işlenecektir (Ek-4):

1) Hastanın demografik özellikleri,
2) Başvuru anındaki yakınmaları,
3) Temas veya yurt dışı öyküsü,
4) Mevcut kronik hastalıkları, immünsupresyon durumu,
5) Algoritma sonucu verilen karar,
6) BT çekilen hastalarda BT sonucu,
7) Sürüntü örneği alınan hastada PCR sonucu,
8) Hasta değerlendirmesi sonucunda alınan nihai karar: yatış, eve taburculuk, genel acile yönlendirme

Sonuç olarak aşağıdaki çıktılara ulaşılması planlanmıştır:
COVID-19 açısından hastanemizde değerlendirilen hastaların yapılan test oranı, BT çekilme oranları, BT sonuçlarının COVID-19 açısından anlamlı saptanma oranı ve bu hastaların yatış veya ayakta tedavi alma oranları, başvuru yakınmalarının ve olgu pozitiflik/ başvuru oranlarının zamana göre değişimi hesaplanacaktır.

3.3. Verilerin Toplanması

Sağlık Bakanlığı'nın çalışmanın yapıldığı zaman dilimindeki COVID-19 rehberinde, olası vakaları hastanelere başvuran diğer COVID-19 açısından düşük riskli hastalardan ayırt edebilmek adına ayaktan başvuran hastalara kapı triyajı yapılması önerilmektedir. Bu doğrultuda triyaj için Olası COVID-19 Vaka Sorgulama Kılavuzu geliştirilmiştir (Ek-1). Bu kılavuza göre; ateş/ateş öyküsü veya öksürük veya solunum sıkıntısı olması halinde, hastanın COVID-19 ilişkili alana yönlendirilmesi sağlanmaktadır. Hastanın kendisi veya yakını son 14 gün içinde yurtdışına seyahat öyküsü varsa veya son 14 gün içinde yakını solunum yolu hastalığı nedeniyle hastaneye yatışı olduysa ya da COVID-19 tanısı aldıysa, başvuru şikayetinden bağımsız olarak yine COVID-19 ilişkili alana yönlendirilmesi önerilmektedir (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020).

Hastanemizde acile başvuru yapan tüm hastalar COVID-19 olasılığı açısından, Sağlık Bakanlığı'nın algoritmasına göre kapı triyajına tabi tutulmaktadırlar. Acile ayaktan başvuran tüm hastalar öncelikle ateş öyküsü, öksürük, nefes darlığı, temas veya seyahat öyküsü açısından sorgulanır ve bunlardan birini tarifleyen hastalar COVID-19 ilişkili alana yönlendirilir. Bu sorgulamada COVID-19'a ilişkin şüpheli semptomlar harici şikayetler ile başvuran hastalar COVID-19 ilişkili alana gelmeden genel acile yönlendirilir.

COVID-19 ilişkili alana alınan hastalar öncelikle triyaj hemşireleri tarafından ateş, solunum sayısı, kan basıncı, nabız, kapiller O2 satürasyonu ölçümleri yapılır. Bu

ölçümler hemşireler tarafından hastanın COVID-19 triyaj formlarına yazılır (Ek 2-3). Ardından hastalar bu formlarla COVID-19 triyaj hekimlerine gelirler. Buradaki hekimler tarafından hasta, olası vaka şüphesi ve risk faktörleri açısından sorgulanır. Hasta triyaj hekimleri tarafından;

i. Ateş veya ateş öyküsü (38 derece ve üzeri),
ii. Öksürük,
iii. Nefes darlığı, göğüste sürekli ağrı veya basınç hissi,
iv. Koku/tat almada azalma, bulantı, ishal, baş ağrısı vb gibi eşlik eden semptomlar,
v. Tüm şikayetlerin süresi, ne zamandır olduğu, karakteri, ayırıcı tanılar göz önüne alınarak sorgulanır. Ayrıca;
vi. Semptomlar başlamadan son 14 gün içinde yurtdışı seyahat öyküsü,
vii. Semptomlar başlamadan son 14 gün içinde COVID-19 şüpheli*/kesin vaka ile yakın temas**,
viii. Komorbid hastalıklar (hipertansiyon, koroner arter hastalığı, diyabet mellitus, kronik akciğer hastalığı, kronik böbrek hastalığı, kronik karaciğer hastalığı, malignite, diğer immunsupresif durumlar ve immunsupresif ilaç kullanımı),
ix. Başka bir merkezde COVID-19 açısından değerlendirilme olup olmadığı ve toraks BT çekilip çekilmediği de sorgulanır.

(* Şüpheli vaka: COVID-19 ön tanısı ile izlenen veya son 14 gün içinde yurtdışında bulunmuş hasta)

(** Yakın temas: 1 metreden yakın ve 15 dk dan uzun süre teması içerir.)

Hastalar triyaj hekimleri tarafından sorgulandıktan sonra bu toplanan verilerle hastanın eve taburculuğu, yeşil/sarı acil alana veya enfeksiyon acile yönlendirilmesi yönünde triyajı yapılır. Gerek görülme halinde hastalardan kontrastsız toraks BT görüntülemesi de yapılıp, görüntülemede COVID-19'a spesifik özelliklerde buzlu cam varlığı, kaldırım taşı görüntüleri vb. gibi tipik görüntülerin varlığıyla da karar verilebilmektedir.

Hastalardan yurtdışı seyahat öyküsü veya şüpheli/kesin vakayla temas öyküsü bulunanlar Sağlık Bakanlığı'nın algoritmasına göre olası vaka A ve B olarak kabul

edilerek toraks BT çekimi yapılıp, sonucuyla birlikte ileri değerlendirme ve PCR testi alınması için enfeksiyon acil alanına yönlendirilir.

Yurtdışı seyahat veya COVID-19 olası/kesin vakayla teması olmayan hastalar ise yaş ve mevcut komorbid durumları göz önüne alınarak değerlendirilir. Öksürük, ateş, nefes darlığı semptomlarından biriyle başvuran hastanın yaşı 60 üzeri ise veya eşlik eden komorbid durumu varsa toraks BT istenir. Eğer hastada genel durum bozukluğu, solunum sayısı 24 ve üzeri veya spO2≤93 ise direk acil kırmızı alana yönlendirilirler. 60 yaş altı ve komorbid durum eşlik etmeyen hastalarda klinik durumuna göre toraks BT istemi yapılır, gerek görülen durumlarda hastayı tedaviyle eve yönlendirilir veya şikayetleri COVID-19 açısından düşük riskli kabul edilen hastalar şikayetleri doğrultusunda önceden triyaj hemşireleri tarafından doldurulmuş acil binasına geçiş kartıyla birlikte ilgili acil yeşil/sarı alana yönlendirilmektedirler (Ek-3).

Toraks BT kararı alınan hastalara COVID-19 ile ilişkili ayrılmış alanında kontrastsız toraks BT çekimi yapılır. Bu hastaların çekimi tamamlandığında hasta formuna görüntüleme sonucu için cerrahi bölüm hekimi tarafından alınan radyoloji hekiminin sözel yorumu eklenir (Ek-3). Bu formla hastalar yeniden triyaj hekimlerine gelirler ve radyolojiden alınmış BT raporuyla ikinci kez hekim tarafından triyaj değerlendirmesi yapılır.

Hastanın klinik durumu ve toraks BT'de patoloji varlığına göre hasta enfeksiyon acil, acil sarı/yeşil alana yönlendirilmekte veya eve taburculuk kararı verilmektedir. Olası vaka tanımına girmeyen ve toraks BT görüntülemesinde patoloji saptanmayan hastalar klinik durumuna göre gerek görüldüğü halde tedavi düzenlenerek eve taburculuğu veya acil yeşil/sarı alana yönlendirilmesi yönünde karar verilmektedir. Toraks BT görüntülemesinde tipik bilateral infiltrasyon yamaları veya buzlu cam görüntüsü gibi COVID-19 ilişkili patolojiler saptanan hastalar enfeksiyon acile yönlendirilirler. Hastanın klinik durumunu açıklayan görüntülemesinde diğer patolojiler saptanan hastalar ise tekrar değerlendirme ve uygun tedavi düzenlenmesi için genel acil alanına yönlendirilirler.

3.4. Verilerin Analizi

Verilerin öncelikle tanımlayıcı istatistikleri yapılacaktır. Bu amaçla kategorik değişkenlerin sıklık dağılımları hesaplanacaktır. Sürekli değişkenlerin dağılımı Kolmogrov-Smirnov ve Shapiro Wilks W testi ile değerlendirilecektir. Normal dağılım gösteren değişkenlerin ortalama ve standart sapması, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin ortanca değerleri hesaplanacaktır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, sürekli değişkenlerin karşılaştırmasında normal dağılım gösteren verilerde Student-t test, normal dağılım göstermeyen verilerde ise Mann-Whitney-U test kullanılacaktır.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

Yapılan çalışmada 08.04.2020 ile 30.05.2020 arasında ateş, öksürük, nefes darlığı şikayetlerinden biri ile başvuran ve triyajı yapılan toplam 1474 hasta saptanmıştır. Başvuran hastaların 638'i (%43) kadın, 836'sı (%57) erkektir.
Hastaların yaş ortalaması 37 (standart sapma ±14), ortanca değer 39 olup en küçük 18, en büyük 93 yaşında olduğu tespit edilmiştir.

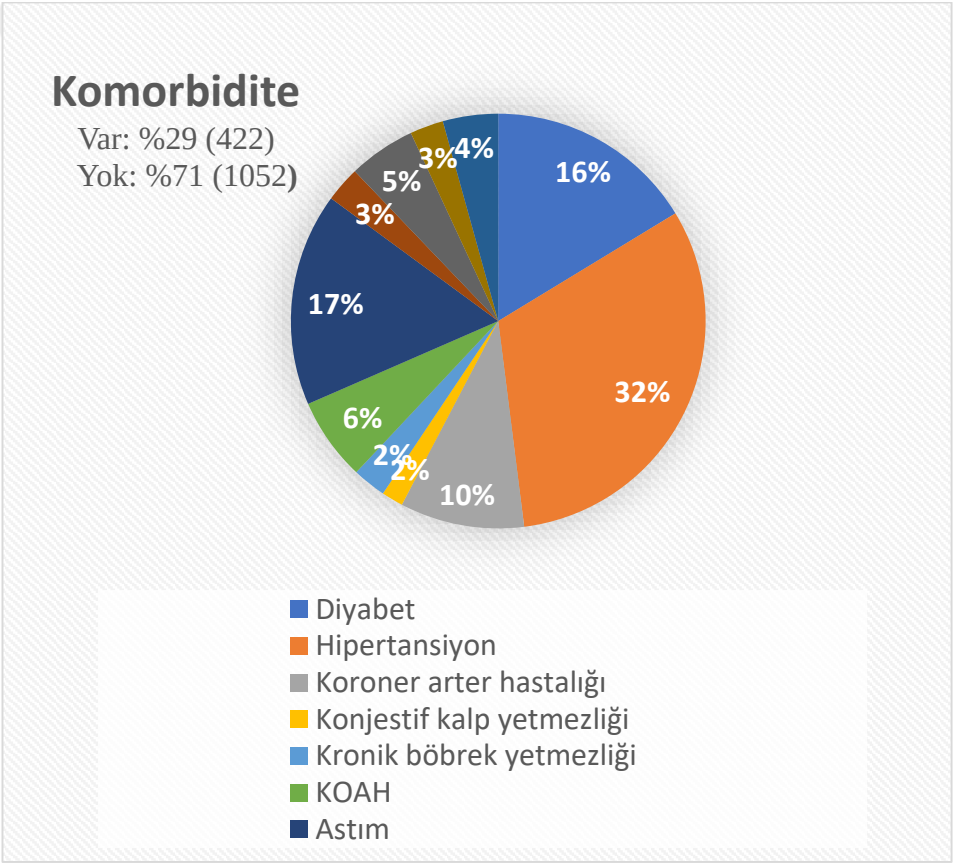
4.2. Hastaların klinik özellikleri

Başvuran hastaların bu başvuru sırasında toplanan Covid-19 açısından risk oluşturan özellikleri tablo 2'de gösterilmiştir. Hastaların %29'unda kronik hastalık veya immünsupresif ilaç kullanım öyküsü, %58'inde de temas öyküsü vardı. Sigara kullanımı Sağlık Bakanlığı'nın ilk Covid-19 rehberinde yayınlanmadığı için hastaların yalnızca %28'inde sigara kullanım öyküsü sorulmuştu. Sorulan kişilerin %44'ü düzenli sigara içisiydi. Yurtdışı seyahat öyküsü sınırlı sayıda hastada mevcuttu. Tablo 2'de triyajda değerlendirilen bu özelliklerin özeti gösterilmiştir.

Tablo 2. Başvuran hastaların değerlendirme esnasındaki anamnez özellikleri

		Var n (%)	**Yok n (%)**
Kronik hastalık veya immünsupresif ilaç kullanımı		422 (29)	1052 (71)
Covid-19 temas öyküsü		621 (58)	853 (42)
Yurtdışı seyahat öyküsü		2 (0,1)	1472 (99,9)
Semptom (Ateş/ Öksürük/ Nefes Darlığı)		1328 (90)	146 (10)
Sigara içiciliği	***Sorulmamış*** 1064 (%72)		
	Sorulmuş 410 (%28)	179 (12)	231 (16)

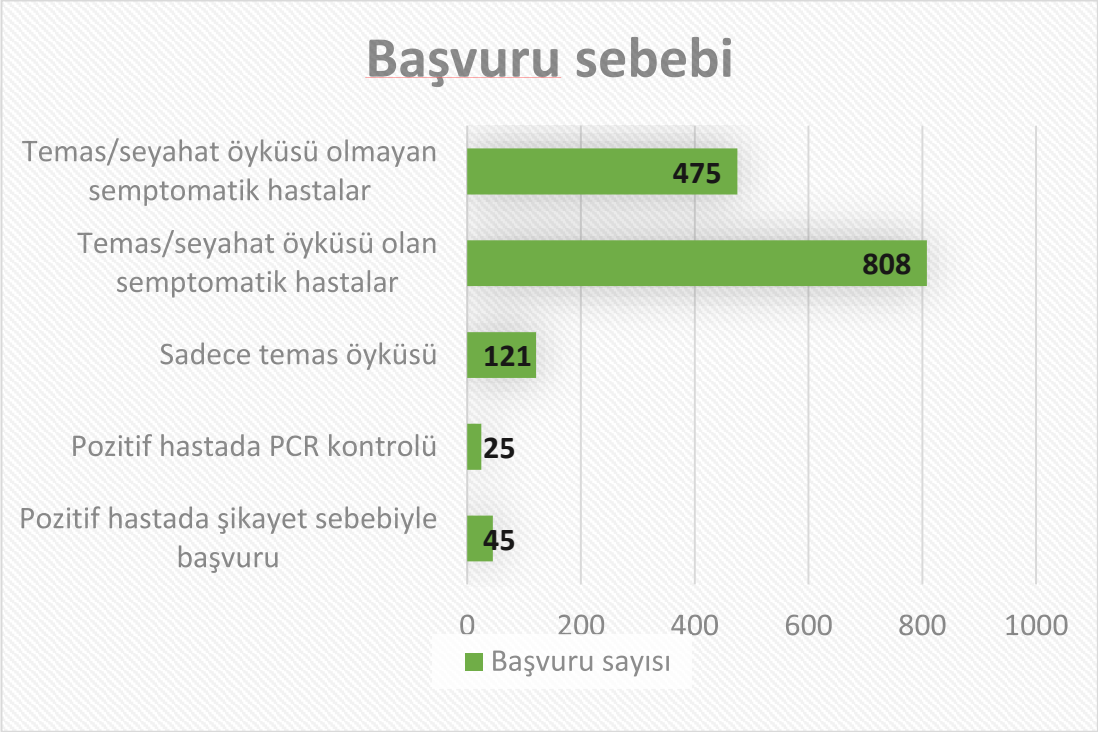
Hastanemizde triyaja başvuran tüm hastaların komorbid hastalıkları incelendiğinde, ortalama %29 hastada Covid-19 açısından riskli görülen hastalıklar olduğu görülmüştür. Bunlar sıklık sırasıyla hipertansiyon, astım, diyabet, koroner arter hastalığı, KOAH olarak devam etmektedir. Pozitif hastalara bakıldığında ise, PCR sonucu pozitif gelen hastaların sayısı 91 olup, 30 (%33) hastada komorbid hastalık saptanmıştır. BT sonucu pozitif gelen hasta sayısı ise 158 olup, 80 (%51) hastada komorbid hastalık saptanmıştır.



Şekil 1. Komorbid hastalıkların saptanma oranları

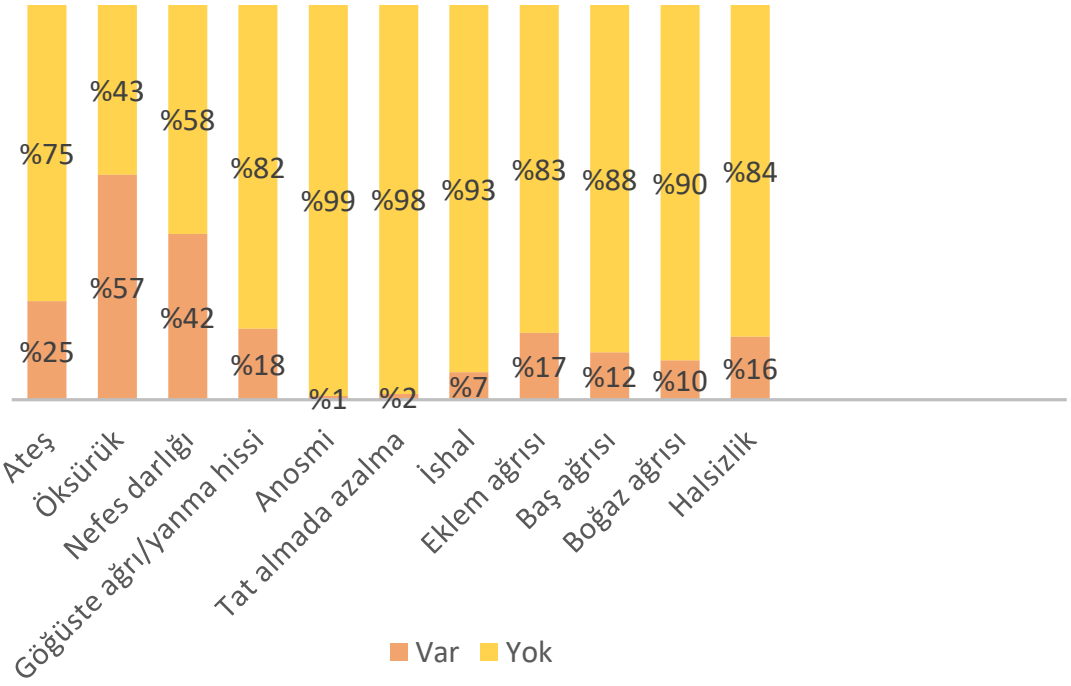
4.2.1. Hastaların başvuru sebepleri ve semptomları

Çalışmanın yapıldığı dönemde pandemi seyriyle uyumlu olarak en sık, semptom sebebiyle ve temas öyküsü ile başvuru gözlenmiştir. Sınırlı sayıda hasta da, PCR pozitif olup belirti geliştiren veya enfeksiyon tarafından daha önce kontrol amaçlı PCR tekrarlamak için çağırılmış hastalardı. Hastaların başvuru nedenlerine göre dağılımı şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 2. Hastaların acile geliş sebepleri

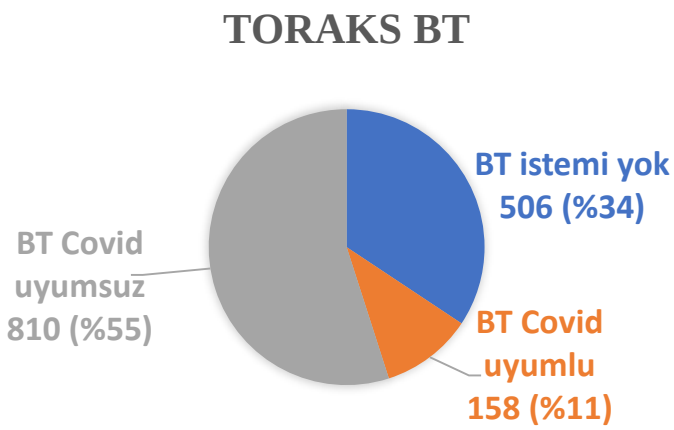
Hastaların en sık başvuru yapma sebebi öksürük (%57,6), nefes darlığı (%42) ve ateş (%25) idi. Hastaların başvuru anındaki tüm yakınmalarının sıklıkları şekil 3'te gösterilmiştir.



Şekil 3. Triyajı yapılan hastaların başvuru şikayetlerinin oranları

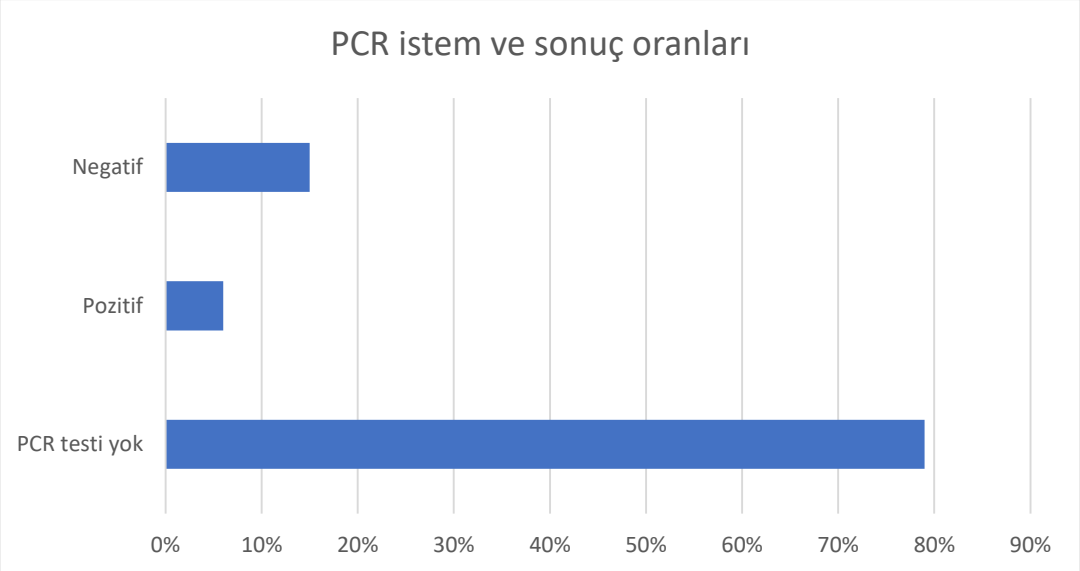
4.2.2. Toraks BT ve PCR sonuçlarının değerlendirilmesi

Triyajı yapılan 1474 hastanın, yüzde 34'ünün semptomları Covid ile uyumsuz olduğu için covidle ilişkili tanısal test istenmemiştir. Hastaların yüzde 66'sından toraks BT istenmiş, toplam hastaların yüzde 11'inde ve BT istenen hastaların yüzde 16'sında BT görünümü Covid ile uyumlu bulunmuştur. 91 PCR sonucu pozitif olup, 158 hastanın BT'si Covid-19 ile uyumlu idi. Hem PCR hem de BT pozitifliği olan 52 Covid-19 vakası bulunmuş ve toplamda 197 Covid-19 vakası saptanmıştır.
Hastalardan istenen BT sayıları ve sonuçlarının oranları şekil 4'te gösterilmiştir.



Şekil 4. BT toraks istemi yapılan hasta sayısı ve oranları ve sonucu

Hastaların %79'undan PCR testi istenmemiştir. PCR testi 313 hastaya yapılmış olup, 222 hastanın (%71) sonucu negatif ve 91 hastanın sonucu (%29) pozitif olarak sonuçlanmıştır. (Şekil 5)



Şekil 5. Yapılan PCR test sonuçlarının oranları

4.3. Covid pozitif hastaların sosyodemografik özelliklere göre dağılımı

Covid-19 pnömonisi saptanan olgularda cinsiyete göre farklılık saptanmamıştır. Toraks BT çekimi yapılan kadın ve erkeklerin BT pozitif veya negatiflik oranı arasında fark saptanamamıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Cinsiyete göre BT pozitiflik oranları

		BT Covid ile uyumlu n(%)	**BT Covid ile uyumsuz n(%)**	**Toplam**	**χ^2, p**
Cinsiyet	Erkek	88 (%16,1)	459 (%83,9)	547 (%100)	0,55
	Kadın	70 (%16,6)	351 (%83,4)	421 (%100)	0,82
Toplam		158 (%16,3)	810 (%83,7)	968 (%100)	

BT sonuçlarıyla benzer şekilde PCR tetkiki yapılan hastalarda cinsiyet ile PCR pozitifliği arasında bir ilişki saptanmamıştır. (Tablo 4)

Tablo 4. Cinsiyete göre PCR pozitiflik oranları

		PCR pozitif n(%)	**PCR negatif n(%)**	**Toplam**	**χ^2, p**
Cinsiyet	Erkek	48 (%28,5)	120 (%71,5)	168 (%100)	0,13
	Kadın	43 (%29,6)	102 (%70,4)	145 (%100)	0,50
Toplam		91 (%29)	222 (%71)	313 (%100)	

BT ve PCR sonuçları ile hastaların yaş ortalamasının ilişkisi incelendiğinde Covid-19 pozitif olan hastaların yaş ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Tablo 5. Yaşa göre PCR ve BT pozitifliği

		n	Yaş ortalaması	SS	p değeri*
PCR sonucu	Negatif	222	36,07	12,81	<0,001
	Pozitif	91	41,53	14,76	
BT sonucu	Negatif	810	39,61	15,4	<0,001
	Pozitif	158	45,39	14,32	

* Student t-test

4.4. Covid-19 pozitif saptanan hastalarda başvuru şikayetlerinin dağılımı

Ateş şikayeti olan hastalarda, hem PCR hem de BT pozitifliği daha sıktır. PCR pozitif hastaların yüzde 47'sinde, BT pozitif hastaların ise yüzde 39'unda ateş öyküsü bulunmaktadır. Ateş öyküsü olan ve toraks BT çekilen hastaların yüzde 20'sinin BT sonucu Covid uyumlu bulunmuştur.

Açıklama: Sağlık Bakanlığı kılavuzunda bulunmayan yakınmaların sıklığı azdır, ancak pozitif hastaların yüzde 7'sinde tat alamama şikayeti bulunurken, tat alamama şikayeti ile başvuranların tamamının PCR test sonucu pozitif olarak çıkmıştır. Benzer şekilde ishal şikayeti olduğunu belirten üç hasta mevcut olup, ikisinde test sonucu pozitif sonuçlanmış bu nedenle de anlamlı olarak saptanmıştır.

Ateş öyküsü dışında öksürük, nefes darlığı ve göğüs ağrısı gibi diğer sık görülen belirtiler arasında PCR veya BT pozitifliği ile ilişkisi saptanamamıştır.

Tablo 6. PCR ve BT Pozitif COVID-19 Vakalarının Başvuru şikayetleriyle ilişkisi

	PCR Pozitifliği		**BT Pozitifliği**	
Başvuru Şikayeti	*PCR pozitif oranı (n)*	*Ki-kare testi*	*BT pozitif oranı (n)*	*Ki-kare testi*
Ateş öyküsü	%48 (44)	<0,001	%39 (61)	0,03
Öksürük	%68 (62)	0,84	%74 (117)	0,13
Nefes darlığı	%45 (41)	0,86	%55 (87)	0,57
Göğüste yanma/ağrı	%23 (21)	0,15	%22 (35)	0,93
Tat alamama	%7 (6)	<0,001	%0,6 (1)	0,21
İshal	%2 (2)	0,10	%2 (3)	<0,001
Kas – Eklem ağrısı	%18 (16)	0,11	%12 (19)	0,71
Baş ağrısı	%11 (10)	0,53	%10 (15)	0,52
Halsizlik	%15 (14)	0,30	%17 (27)	0,72
Boğaz ağrısı	%12 (011)	0,16	%13 (20)	0,17
Toplam	**%100 (91)**		**%100 (968)**	

4.5. Covid-19 olguların tarihlere göre incelenmesi

BT veya PCR testlerinin pozitif saptanma oranlarının günlere göre dağılımı şekil 6'da gösterilmiştir. Çerçeve içindeki tarihlerde karantina uygulanmıştır. Oklar karantina uygulanan günlerdeki BT test pozitifliğindeki düşüşü göstermektedir. BT çekilen hasta veya saptanan pozitif vaka oranı zaman içinde giderek azalma eğilimi göstermekte olup, sokağa çıkma yasağının olduğu günlerde, yasak olmayan günlere göre belirgin olarak daha az saptanmıştır. PCR sonuç oranları 11 Nisan ve 16 Mayıs haricindeki karantina günlerinde artış göstermiştir. Çalışmanın yapıldığı dönemde sokağa çıkma

yasağının uygulandığı tarihler; 11-12 Nisan, 18-19 Nisan, 23-26 Nisan, 1-3 Mayıs, 9-10 Mayıs, 16-19 Mayıs ve 23-26 Mayıs'tır.



Şekil 6. PCR ve toraks BT ile saptanan vaka/test oranlarının tarihlere göre seyri

5. TARTIŞMA

Araştırmamızda; Covid-19 polikliniğine başvuran hastaların klinik özellikleri, değerlendirme sonuçları, BT ve PCR ile saptanan pozitiflik oranları ve bunların hastaların klinik özellikleriyle ve yapılan karantina uygulamaları ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda 08.04.2020 - 27.05.2020 tarihleri arasında belirli günlerde, hastanemizde kurulan triyaj bölümünde Covid-19 açısından ön değerlendirmesi yapılan. Bu tarihler haftada bir gün karantina günü, bir gün de yasak olmayan gün olmak üzere, her haftadan iki gün seçilmiştir. Hastanemizde, COVID-19 şüphesi olan hastalar ile olmayanları fiziksel olarak ayırabilmek için bir ön triyaj sistemi kurulmuştur. Hastaneye başvuran kişilerin ilk değerlendirilmesinin yapıldığı bu triyaj sistemi ile COVID-19 enfeksiyonunun ateş, öksürük, nefes darlığı gibi semptomları, temas ve yurtdışı seyahat öyküsü sorgulanmıştır. Olası COVID-19 vakası olarak değerlendirilmesi yapılan 1474 hastanın verileri geriye dönük incelenmiştir. Yapılan incelemeler sonucunda Covid-19 enfeksiyonu saptanan hasta grubu daha yaşlı ve başvuru sırasında ateş şikayeti önemli ölçüde daha sık bulunmuştur. Komorbidite oranları da pozitif saptanan vakalarda daha yüksek saptanmıştır. Uygulanan sokağa çıkma yasakları çalışmamızdaki örneklemde salgın hızını yavaşlatmıştır.

Çalışmamızın yürütüldüğü dönem, salgının ülkemizde henüz yeni ortaya çıktığı, aynı zamanda en yoğun olarak yaşandığı zamanlardan biri olmuştur. Bu dönemde ülke genelinde toplam 1 671 782 PCR testi alınmış ve 125 688 vaka saptanmıştır. Salgın kontrolü için ilk defa çeşitli kısıtlama ve önlem kararları bu dönemde alınmaya başlamıştır. Test ve vaka sayıları 8-21 Nisan 2020 tarihleri arasında pik yapmış, ardından kademeli bir düşüş görülmüştür. Alınan önlem ve müdahaleler ilk olarak Mart ortasında eğitime ara verilmesi ve yurtdışından dönen kişilere karantina uygulanmasıyla başlayıp, 21 Mart'ta 65 yaş üzeri ve 3 Nisan'da 20 yaş altı kişilere sokağa çıkma yasağı ile devam etmiştir. 10 Nisan ve 26 Mayıs arası aralıklı olarak, yaş ve kronik hastalıktan bağımsız herkese karantina uygulanmıştır. Bu tarih aralığında ülkemizde Nisan'dan Haziran'a kadar vaka sayıları kademeli olarak azalmıştır. Mayıs sonunda ise salgın büyük ölçüde kontrol altına alınmış ve yasaklar

sonlandırılarak 1 Haziran'da normalleşme sürecine girilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, n.d.)..

Çalışmamızda hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, triyajda değerlendirdiğimiz hastaların çoğunluğunu erkekler (%57) oluşturmuştur. Ancak toraks BT ve PCR sonuçları cinsiyete göre karşılaştırıldığında, kadın ile erkek arasında benzer oranlarda pozitiflik saptanmış ve PCR veya BT ile saptanan Covid-19 pozitifliğinin, cinsiyet ile ilişkisi bulunmamıştır. Literatürdeki bulgulara göre, erkeklerde hastalık şiddeti ve mortalite riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Kakodkar et al., 2020). Wuhan'da SARS-CoV-2 ile enfekte 1576 vakanın yer aldığı bir meta-analizde incelenen 7 araştırmanın 6'sında hastaların %56,4'ü erkek olup, erkeklerin Covid-19 enfeksiyonunu kadınlardan daha şiddetli geçirdiği, hastaneye yatış oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Yang et al., 2020). Benzer durum MERS ve SARS gibi benzeri salgınlarda da görülmüştür. Kadın cinsiyet ise Covid-19'un şiddeti için koruyucu bir faktör olarak bulunmuştur (Herrmann et al., 2021). Bazı araştırmalar bu durumu genetik olarak kadınların immünitesinin daha güçlü olması, hijyen ve önlem kurallarına erkeklerden daha fazla dikkat etmesiyle ilişkili olarak açıklamıştır (Conti & Younes, 2020; Khan et al., 2020). Literatür ile çalışmamız arasındaki fark Covid-19 ile ilgili yapılan araştırmaların çoğunun Covid-19 pozitif hastalar üzerinden yapılmış olması ve her şiddetteki vakanın dahil edilmesi olabilir. Bu çalışmalardan farklı olarak çalışmamız hastaların ilk başvuru sırasında yapılmış olup şüpheli olguları kapsamasıdır. Ayrıca hastaneye yatışı gerekebilecek (takipneik, hipoksik, genel durumu bozuk olan) ağır vakalar acil kırmızı alanda değerlendirildiği için, daha çok hafif-orta şiddetteki vakalar bulunmaktadır. Tüm bu nedenlerle hastanemize başvuran Covid-19 pozitif olgularda erkeklerin oranı daha düşük çıkmış olabilir.

Triyajda değerlendirilen hastaların yaş ortalaması 37, ortanca değer ise 39'dur. Ancak toraks BT veya PCR sonucuyla Covid-19 pozitif saptanan vakaların yaş ortalaması negatiflerden daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Literatürde de Covid-19 pozitiflik oranı yaş ile ilişkili bulunmuştur. İstanbul'da, çalışmamızla aynı dönemlerde yapılmış; Covid-19 açısından şüpheli 2867 vakanın incelendiği bir araştırmada da,

çalışmamıza benzer şekilde erkeklerin başvuru oranı %53, yaş ortalaması 37, yaş ortancası da 40 olarak bulunmuştur (AÇIKSARI & KINIK, 2020). Yaş ile Covid-19 enfeksiyon riski değerlendirildiğinde, literatürde de çalışmamıza uyumlu olarak yaşla birlikte artan pozitiflik oranları ve risk saptanmıştır. Wuhan'da 4880 PCR örneğinin incelendiği bir araştırmada 18-30 yaş arası pozitiflik oranı %25 iken 70 yaş üzeri olgularda bu oran %62 olarak bulunmuş, yapılan analizlerde yaşlıların Covid-19 enfeksiyonuna daha duyarlı olduğu bulunmuştur. Yine benzer dönemlerde Pakistan'da Covid-19 şüpheli hasta popülasyonu ile yürütülmüş bir çalışmada, 845 hastadan alınan PCR örneği sonucu karşılaştırılmıştır. Çalışmada erkek ve 50 yaş üzeri hastalarda önemli ölçüde yüksek bir pozitiflik oranı bulunmuştur. Sonuç olarak; yaş, altta yatan kronik komorbiditeler ve seyahat öyküsü risk faktörleri olarak belirtilmiştir (Khan et al., 2020). Şüpheli Covid-19 vakaların değerlendirildiği bir başka triyaj merkezinde PCR örneği alınan 845 hastanın 121'inde (%14,3) PCR pozitif sonuçlanmış ve bu sonuçlar yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında, 50 yaş üzeri hastalarda daha yüksek oranda pozitiflik saptanmıştır (Sebastião et al., 2021). COVID-19 her yaştan bildirilmesine rağmen ileri yaştaki hastalar enfeksiyona daha duyarlı görünmektedir. Çocuklar ve gençler arasında enfeksiyonun asemptomatik seyretme ihtimali daha yüksektir (Bulut & Kato, 2020). Bu durum asemptomatik kişilerin hastaneye müracaat etmemesine ve dolayısıyla yaşlılardaki yüksek pozitiflik oranına katkıda bulunmuş olabilir.

Yaşlıların SARS-CoV-2'ye daha duyarlı olması ve hastalığı daha şiddetli geçirmeleri daha yüksek komorbidite sıklığı ile de ilişkili bulunmuştur (Zhang et al., 2020). Dünya Sağlık Örgütü 60 yaş üzeri kişiler ile astım, diyabet ve kalp hastalığı gibi önceden tıbbi durumları olan kişilerin koronavirüsle hastalanmaya karşı daha savunmasız olduğunu açıklamıştır (Semenzato et al., 2021; World Health Organization (WHO), n.d.). Çalışmamızda %29 oranında Covid-19 açısından riskli olarak belirtilen kronik hastalık saptanmıştır. Komorbid hastaların, triyajı yapılan tüm hastalar içerisindeki sıklıkları; %9.3 hipertansiyon, %4.9 astım, %4.6 diyabet, %2.9 koroner arter hastalığı, %1.7 KOAH şeklindedir. Ülkemizde hipertansiyon %16, astım %1.2-9, diyabet %10, KOAH %19 oranında görülmektedir. Araştırmamızda saptanan komorbiditeler ülkemizde görülen sıklıklarından daha az saptanmıştır. Bu durum, triyajda hafif-orta şiddetteki vakaların değerlendirilmesi ve komorbid hastalıkları olan

kişilerin daha ağır geçirmeleri sebebiyle kırmızı alanda değerlendirilme olasılıklarının daha fazla olmasından kaynaklı olabilir. Ayrıca Pendik ilçesi Türkiye geneline göre daha genç bir nüfusa sahiptir (Araştırma Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı, 2021; Enstitüsü, 2021; TÜİK, 2021).

Çalışmamızda pozitif hastalarda komorbidite oranları daha yüksek olarak bulunmuştur. PCR sonucu pozitif olan hastalarda %33 oranında, BT sonucu pozitif gelen hastalarda ise %51 oranında komorbid hastalık saptanmıştır. Wuhan'da yapılmış olan bir meta-analiz çalışmasında SARS-CoV-2 ile enfekte 1576 hastanın komorbid hastalıkları ile hastalık şiddeti arasındaki ilişki araştırılmıştır. Araştırmanın sonucunda en sık görülen komorbiditeler çalışmamıza benzer şekilde hipertansiyon, diyabet mellitus, kardiyovasküler ve solunum sistemi hastalığı olarak bulunmuştur. Hipertansiyon, kardiyovasküler veya solunum sistemi hastalığı olanlarda hastalığın daha ağır seyrettiği görülmüştür (Yang et al., 2020). Uluslararası düzeyde çok merkezli, hastalığın ağır seyrettiği 25489 Covid-19 hastasının %77'sinde komorbidite saptanmış, bunlar kronik kalp hastalığı (%31), komplike olmayan diyabet (%21), astım harici kronik akciğer hastalığı (%18) ve kronik böbrek hastalığı (%16) olarak bulunmuştur (Herrmann et al., 2021; ISARIC, 2020).

Triyajda değerlendirilen tüm hastaların en sık başvuru şikayetleri sırasıyla öksürük (%57), nefes darlığı (%42), ateş (%25) ve göğüste ağrı/yanma hissi (%18) idi. Hastaların ek şikayetlerinin ne olduğu vaka sorgulama rehberinde yer almamış ve açık uçlu olarak sorgulanmıştır. Hastaların eşlik eden ek şikayetleri sorulduğunda en sık beyan edilmiş şikayetler kas/eklem ağrıları (%17), halsizlik (%16), baş ağrısı (%12), boğaz ağrısı (%10), ishal (%7) ve tat/koku kaybı (%3) idi. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi; pozitif vakalarda görülen en sık semptomları ateş (%88), kuru öksürük (%68), yorgunluk (%38), balgam (%33), dispne (%19), boğaz ağrısı (%14), baş ağrısı (%14), miyalji /artralji (%15) ishal (%4) ve kusma (%5) olarak bildirmiştir (European Centre for Disease Prevention and Control, 2020). Pandeminin ilk ortaya çıktığı zamandan beri Covid-19 rehberleri Sağlık Bakanlığı tarafınca düzenli olarak güncellenmiştir. Ancak hastaların verilerinin toplandığı dönem pandeminin henüz yeni başladığı zamanlarda olup, bazı belirtilerin SARS-CoV-2 ile ilişkisi henüz yeni araştırılmaktaydı. Bu nedenle tat/koku kaybı, ishal gibi bazı belirtilerle henüz kesin bir

ilişki kurulamadığından, bu belirtiler kılavuzlarda yer almamaktaydı. Baş ağrısı, boğaz ağrısı, burun akıntısı, kas ve eklem ağrıları, aşırı halsizlik, koku ve tat alma duyusu kaybı, ishal gibi belirtiler Sağlık Bakanlığı'nın vaka sorgulama kılavuzuna 31 Temmuz 2020 tarihinden sonra eklenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). Dolayısı ile çalışmanın yapıldığı dönemde öksürük, ateş, nefes darlığı ve göğüste ağrı dışındaki belirtiler henüz kılavuzlara geçmemiş olup sorgulanmamıştır, bu nedenle bu belirtiler çalışmamızda aslında olduğundan daha az saptanmış olabilir. Ayrıca eklem ağrıları, halsizlik gibi bazı belirtiler, hastalar açısından daha rahatsız edici olduğundan tat, koku kaybı gibi günlük yaşam kalitesini etkilemeyen belirtilerden daha yüksek oranda saptanmış olabilir. Bir çalışmada, olfaktör veya gustatör duyu kayıplarının özellikle hafif ve orta şiddetteki vakalarla ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Lechien et al., 2020). 1627 Covid-19 hastasının yer aldığı bir meta-analiz çalışmasında koku ve tat alma disfonksiyonu %53 oranında saptanmıştır (Tong et al., 2020). Ayrıca ishal, bulantı, kusma gibi gastrointestinal sisteme ait belirtilerin de SARS-CoV-2 pozitifliği ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Birleşik Krallık'ta, hastaneye yatırılan 20133 hasta ile yapılan bir çalışmada başvuru şikayetleri solunum, kas-iskelet ve enterik belirtiler olarak 3 grup başlığı altında incelenmiştir: buna göre başvuru sırasında gastrointestinal semptomlar hastaların %29'unda solunum yolu semptomlarına eşlik etmekte olup, sadece gastrointestinal semptomlarla başvuran oranı ise %4 olarak saptanmıştır (Docherty et al., 2020; ISARIC, 2020).

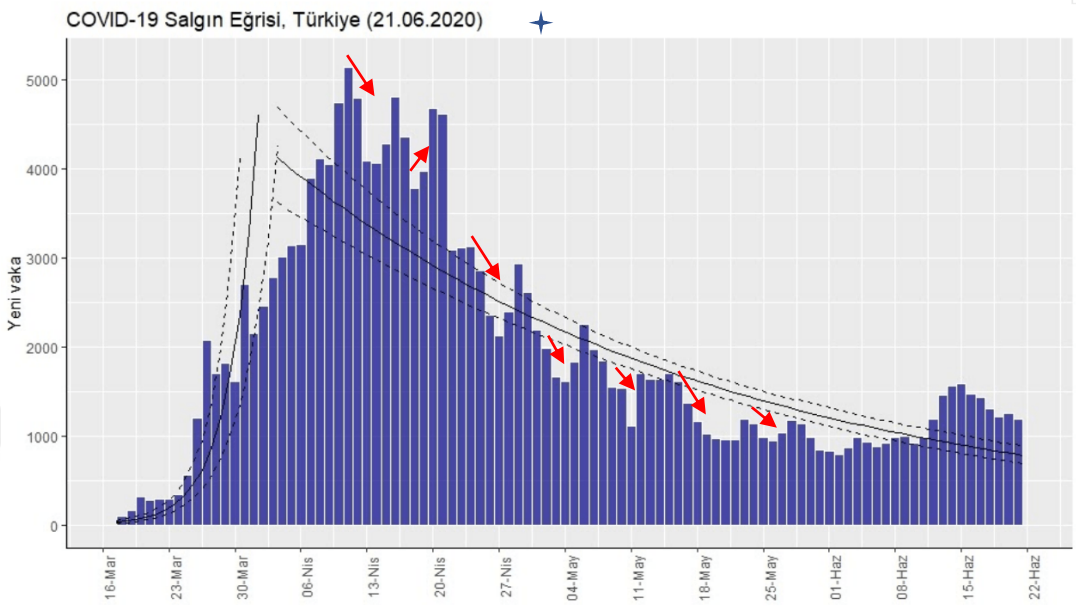
Çalışmamızda hem BT hem de PCR Covid-19 pozitifliği ile klinik semptomlar arasından sadece ateş veya bildirilmiş ateş öyküsü (>38ºC) Covid-19 lehine daha belirleyici bir semptom olmuştur. Tat/koku alamama ve ishal şikayetleri de ilişkili çıkmıştır. Ancak her ne kadar literatürde de ilişkileri gösterilse de çalışmamızda herkese sorgulanmadığı için çok az sayıda kişi bu şikayetlerini belirtmiştir. Bu nedenle yeteri kadar veri olmadığından anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Öksürük, nefes darlığı ve göğüs ağrısı gibi triyajda değerlendirilen herkese sorulan belirtiler ile PCR veya BT pozitifliğinin ilişkisi saptanmamıştır. Covid-19 enfeksiyonu ile ilişkili faktörlerin incelendiği çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur. Uluslararası çok merkezli bir çalışmada Covid-19 hastaların triyajı ve risk değerlendirmesi için klinik, laboratuvar ve radyolojik özellikler analiz edilmiş ve bir klinik ölçek geliştirilmiştir. Bu çalışmaya göre klinik özellikler arasından sadece vücut sıcaklığı triyaj için Covid-

19 enfeksiyon varlığı ile ilişkili bir faktör olarak bulunmuştur (Nakakubo et al., 2020). Almanya'da BT'nin Covid-19 enfeksiyonunun tanısı için önemini araştıran bir çalışmada ise, semptomlar arasında sadece ateş semptomu BT pozitifliği ile ilişkili görülmüştür (Schulze-Hagen et al., 2020). Sonuç olarak, şüpheli Covid-19 hastalarının değerlendirilmesinde, ateş varlığı veya ateş öyküsü Covid-19 lehine olan önemli bir risk faktörüdür.

Araştırmada asemptomatik pozitif vaka sayısı çok az saptanmıştır. PCR sonucu pozitif olarak saptadığımız 91 hasta ile BT pozitif saptanan 158 hastanın büyük çoğunluğu Covid-19 ilişkili semptomlar sebebiyle hastaneye başvurmuştur. Çalışmamızda hem PCR hem de BT sonucu pozitif olan 52 Covid-19 vakası bulunmuş ve toplamda 197 hastaya Covid-19 vakası saptanmıştır. Başvuru esnasında bilinen Covid-19 vakası olup, şikayetleri sebebiyle BT istenen hastaların %15,6'sında BT sonucu Covid-19 pnömonisi ile uyumlu bulunmuştur. PCR veya BT Covid-19 pozitif hastalar en sık öksürük şikayetiyle başvurmuşlardır. Ancak PCR pozitif vakalar için ikinci sırada ateş, nefes darlığından daha yüksek oranda görülürken, Covid-19 lehine akciğer tutulumu olan hastalarda ise nefes darlığı daha ön plandaydı. Çalışmamızda PCR pozitif hastaların %57'sinde Covid-19 pnömonisi saptanmıştır. Bunun nedeni PCR alınan hastaların büyük çoğunluğuna öncelikle toraks BT çekilmesidir. Nefes darlığı alt solunum yolu enfeksiyonu gelişmesiyle ilişkili bir semptom olduğundan BT pozitiflerde nefes darlığı daha ön planda saptanmış olabilir. Şiddetli olgularla yapılan analizlerde, bu hastaların genellikle çoklu komorbiditeleri olan ileri yaşta kişiler olduğu, ayrıca BT'sinde daha fazla lezyonlar görülüp en sık dispne sebebiyle hastaneye başvurdukları saptanmıştır (G. Wu et al., 2020).

Ülkemizde, çalışmanın yapıldığı tarih aralığında gelişen yeni vaka sayıları şekil 7'de verilmiştir. Ülke genelindeki vaka sayıları incelendiğinde 18 Mart'tan itibaren hızlı bir artış gösteren salgın, 11 Nisan'da pik yapmıştır. O gün ilk kez büyükşehirlerde yaşayan herkes için sokağa çıkma yasağı kararı alınmıştır, bu tarihten sonra aralıklı sokağa çıkma yasağı günleri uygulanmıştır. Şekil 7'de salgın eğrisinde sütunların üzerindeki oklar, karantina uygulanan günlere denk gelmektedir. Grafikte de görüldüğü üzere 18-19 Nisan haricinde karantinaların uygulandığı tüm dönemlerde

vaka sayısında düşüş olduğu görülmektedir. Karantina bitiminde ise vaka sayılarında yeniden artış görülmekte ve bu şekilde azalarak dalgalanmaya devam etmektir.



Şekil 7. 16 Mart – 22 Haziran 2020 tarihleri arasında ülkemizdeki yeni vaka sayıları
Kaynak: S.B. günlük verileri ile HASUDER tarafından hazırlanmıştır. (21.06.2020)

Araştırmamızda tarihlere göre Toraks BT ile saptanan vaka oranının günlere göre seyri incelendiğinde, ülkemizdeki pandemi salgın eğrisine benzer şekilde azalarak süren dalgalı bir seyir göstermiştir. 11 ve 18 Nisan haricinde kalan tüm sokağa çıkma yasağı olan günlerde, BT pozitif vaka oranlarında azalma saptanmıştır. Çalışmamızda 11 ve 18 Nisan'da BT vaka oranlarında göreceli bir artış olmuş olsa da bu durum ülkemizdeki verilerle uyumludur. Ülkemizde karantina uygulanan günlerde vaka sayısında azalma görülürken, 18-19 Nisan'da artış görülmektedir. Bu artışı açıklayacak bir durum bulunamamış olsa da, bizim çalışmamızda da 18 Nisan'da BT vaka oranında artış saptanmıştır. O dönemde ülkemizde en fazla vaka sayısının olduğu gün 11 Nisan iken, bizim çalışmamızda vaka/test oranında düşme saptanmıştır. Ancak, İstanbul Göztepe'de yapılmış benzer bir çalışmanın tarihlere göre hafif-orta şiddetteki vaka sayısı incelendiğinde de 11 Nisan tarihinde saptanan vaka sayılarında bariz bir düşüş görülmüştür (AÇIKSARI & KINIK, 2020). Çalışmanın yürütüldüğü tarihlerde vaka sayıları açıklanırken sadece ülke geneli açıklanıp, şehirler ve ilçeler arası detaylar verilmemekteydi. Araştırma örneklemimizin küçük olması ve o bölgedeki pandemi

durumu hakkında karşılaştırılabilecek bir veri yer almadığından 11 Nisan'da ülke geneli ile uyumsuz bir sonuç saptanmış olabilir.

BT ve PCR'daki pozitiflik eğrileri de çalışma dönemi içerisinde benzer şekilde azalma olsa da, PCR vaka oranlarının karantina günleriyle uyumlu bir ilişkisi görülememiştir. Bu durumun birkaç farklı sebebi olabilir. Öncelikle PCR testi pandeminin erken dönemlerinde daha seyrek yapılıyordu, ilk aşamada PCR alınanların sayısı çok azdı. Olası Covid-19 vakası olarak değerlendirilen kişilere öncelikle toraks BT görüntülemesi yapıldıktan sonra BT'de Covid-19 lehine bulguları olan kişiler enfeksiyon hastalıklarına yönlendirilmekteydi. PCR enfeksiyon hastalıkları biriminde alınıyordu. Toraks BT istenmeden direk PCR için enfeksiyon hastalıklarına yönlendirilen hastalar 14. gün PCR kontrolü için gelen pozitif hastalar ile solunum sistemi dışı şikayetleri olan temaslı hastalar olup sayı olarak azınlıktaydı. Ayrıca araştırmalarda BT ile nazofarengeal örneklemenin sensitivitesi karşılaştırıldığında, BT'nin COVID-19 tanısında PCR testinden daha duyarlı olabileceği gösterilmiştir (Ai, T., Yang, Z., Hou, H., Zhan, C., Chen, C., Lv, W., Tao, Q., Sun, Z., & Xia, 2020; Fang & Pang, 2020). Tüm bu nedenlerden dolayı toraks BT ile saptanan vaka oranları, PCR pozitif vaka oranlarına göre daha güvenilir çıkmış olabilir. Ülkedeki veriler de göz önüne alındığında bu güvenilirlik daha da artmaktadır.

Çalışmamızın dikkate değer bazı limitasyonları mevcuttur. Öncelikle çalışmada toplanan veriler triyaj değerlendirme formu üstünde toplanmış olup bazı veriler elektronik ortamda kayıtlı değildi. Triyaj formları günümüz bilgileriyle değerlendirildiğinde semptomlar, tütün kullanımı gibi daha detaylı olabilirdi. Ayrıca bir bölümünde tarih detayı yer almadığından, hastane sisteminden kontrol edildiğinde az miktarda kayıp form bulunmaktadır. İkinci olarak, triyajda hastaları değerlendiren hekimler her gün değişmekteydi. Her ne kadar algoritma açık olsa da Covid-19 yönetimi herkes için yeni bir durum olduğundan, hastaların klinik değerlendirmesi hekimler tarafından farklılık göstermiş olabilir. Son olarak, çalışmamıza çok ağır tablodaki Covid-19 vakaları ve şüphelileri ilk değerlendirme noktasını atlayarak direk acil kırmızı alana getirildikleri için, çalışmamızdaki sonuçlar sadece hafif ve orta şiddetteki vakaları kapsamaktadır. Hastalık %80 oranında hafif atlatılsa da, sonuçlar geneli yansıtmamaktadır (Surveillances, 2020).

Yaptığımız araştırmanın sonucunda, şüpheli vakalarda Covid-19 tanısı ile hastalığın seyrini etkileyebilecek birtakım faktörler incelenmiştir. Yaş Covid-19 pozitifliği ile korele bulunmuş ve ileri yaşla birlikte Covid-19'a karşı duyarlılığın da arttığı saptanmıştır. Şüpheli olguların triyajı esnasındaki yakınmaları incelendiğinde, ateş varlığının Covid-19 pozitiflik ihtimalini güçlendirdiği bulunmuştur. Erkeklerin hastalığı daha ağır geçirdiği bilinmekle beraber, çalışmamıza ağır klinik tabloyla başvuran şüpheli hastalar dahil edilmediğinden, pozitif vakalarda kadın erkek oranının eşit çıktığı düşünülmektedir. Özellikle BT pozitif hastalarda komorbidite oranları, genele göre önemli ölçüde daha yüksek çıkmıştır. Bu durum Covid-19 pnömonisi olan hastaların daha ağır geçirmesi sebebiyle komorbiditelerin daha yüksek saptandığı düşünülmüştür. Son olarak ülke genelindeki hastalık seyriyle uyuşmakla birlikte, çalışmamızda özellikle toraks BT ile saptanan vaka oranları sokağa çıkma yasağının olduğu günlerde belirgin olarak düşmüştür. Bu da alınan toplumsal önlemlerin, salgınların seyrine olan dramatik etkisini göstermektedir.

Hastanemizde ayaktan başvuran ve COVID-19 açısından değerlendirilen hastalar aynı zamanda benzer kliniklerle veya hastalık tablosu tam oluşmadan birinci basamağa da başvurmaktadır. Acil servislerin yanı sıra Covid-19 poliklinikleri ve birinci basamak da COVID-19 şüphesi olan hastaların ilk temas ettiği yerlerinden biri olmaktadır. Hastalığın şiddeti ağır seyreden olgular ağırlıklı olarak acil servise başvurmakta olduğundan hastane tabanlı yapılan çalışmalarla elde edilen sonuçlar, birinci basamak için geçerli olmayabilir. Araştırmamız üçüncü basamak sağlık kuruluşunda yapılmış olsa da, Covid-19 triyaj polikliniğine ağır vakalar kabul edilmediğinden birinci basamaktaki verilere yakınlık gösterebilir. Ayrıca çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlarda Covid-19 şüphesini artırdığını saptadığımız yaş ve klinik bilgiler gibi faktörler birinci basamakta için de kullanışlı olabilir. Literatür taramasına bakıldığında, birinci basamak temelli çalışmalar ile hastane temelli Covid-19 yönetimi ile karşılaştırma yapılan araştırmalar çok az sayıdadır (Struyf T, Deeks JJ, Dinnes J, Takwoingi Y, Davenport C, Leeflang MMG, Spijker R, Hooft L, Emperador D, Domen J, Horn SRA, Van den Bruel A, 2021). Bu nedenle

hastalığın seyrine ilişkin yeterli bilgi için çalışmaların poliklinik ve birinci basamak tabanında da artırılmasına ihtiyaç vardır.

6. KAYNAKLAR

AÇIKSARI, K., & KINIK, K. (2020). Experience in an emergency department of research and training hospital during the course of COVID-19 outbreak in Turkey. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 0–2. https://doi.org/10.21673/anadoluklin.740776

Ai, T., Yang, Z., Hou, H., Zhan, C., Chen, C., Lv, W., Tao, Q., Sun, Z., & Xia, L. (2020). Correlation of Chest CT and RT-PCR Testing for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases. *Radiology*, *296*(2), E32–E40. https://doi.org/https://doi.org/10.1148/radiol.2020200642

Akın, L. (2012). Tarihte Bulaşıcı Hastalık. *Psychology Applied to Work: An Introduction to Industrial and Organizational Psychology, Tenth Edition Paul*, *53*(9), 1689–1699.

Araştırma Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı. (2021). *Astım Klinik Protokolü*.

Berdyklychev, B., Geroglu, B., Dikmen, Ç., Shaikhi, I., Erguder, T., & Nayir, T. (2020). Policy responses for Turkey. In *Maintaining Essential Health Services*. https://www.covid19healthsystem.org/countries/turkey/livinghit.aspx?Section=3.3 Maintaining essential services&Type=Section

BUDAK, F., & KORKMAZ, Ş. (2020). Covid-19PandemiSürecineYönelik GenelBirDeğerlendirme:TürkiyeÖrneği. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, *1*, 62–79. https://doi.org/10.35375/sayod.738657

Bulut, C., & Kato, Y. (2020). Epidemiology of covid-19. *Turkish Journal of Medical Sciences*, *50*(SI-1), 563–570. https://doi.org/10.3906/sag-2004-172

Chaplin, S. (2020). COVID -19: a brief history and treatments in development . *Prescriber*, *31*(5), 23–28. https://doi.org/10.1002/psb.1843

Chen, X., & Yu, B. (2020). First two months of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic in China: real-time surveillance and evaluation with a second derivative model. *Global Health Research and Policy*, *5*(1). https://doi.org/10.1186/s41256-020-00137-4

Conti, P., & Younes, A. (2020). Coronavirus COV-19/SARS-CoV-2 affects women less than men: clinical response to viral infection. In *Journal of biological*

regulators and homeostatic agents (Vol. 34, Issue 2, pp. 339–343). https://doi.org/10.23812/Editorial-Conti-3

Demirbilek, Y., Pehlivantürk, G., Özgüler, Z. Ö., & Meşe, E. A. L. P. (2020). Covid-19 outbreak control, example of ministry of health of turkey. *Turkish Journal of Medical Sciences*, *50*(SI-1), 489–494. https://doi.org/10.3906/sag-2004-187

Docherty, A. B., Harrison, E. M., Green, C. A., Hardwick, H. E., Pius, R., Norman, L., Holden, K. A., Read, J. M., Dondelinger, F., Carson, G., Merson, L., Lee, J., Plotkin, D., Sigfrid, L., Halpin, S., Jackson, C., Gamble, C., Horby, P. W., Nguyen-Van-Tam, J. S., … Semple, M. G. (2020). Features of 20 133 UK patients in hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: Prospective observational cohort study. *The BMJ*, *369*(March), 1–12. https://doi.org/10.1136/bmj.m1985

Enstitüsü, T. H. S. ve K. H. (2021). *TÜRKİYE'DE KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞININ YÖNETİMİ: KORUNMA, TANI VE TEDAVİ STANDARTLARI KILAVUZU*.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2020). Novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic : increased transmission in the EU / EEA and the UK – sixth update. *Rapid Risk Assessment*, *2019*(March).

Fang, Y., & Pang, P. (2020). Senivity of Chest CT for COVID.19: Comparasion to RT.PCR. *Radiology*, *296*, 15–17.

Herrmann, Y., Starck, T., Brindl, N., Kitchen, P. J., Rädeker, L., Sebastian, J., Köppel, L., Tobian, F., Souares, A., Mihaljevic, A. L., Merle, U., Hippchen, T., Herth, F., Knorr, B., Welker, A., & Denkinger, C. M. (2021). Description and analysis of representative COVID-19 cases-A retrospective cohort study. *PLoS ONE*, *16*(7 July), 1–14. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255513

ISARIC. (2020). International Severe Acute Respiratory and Emerging Infections Consortium (ISARIC). *MedRxiv*, *9*(September). https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.17.20155218v11.full.pdf

İşlek, E., Özatkan, Y., Bilir, K., Arı, H. O., Çelik, H., & Yıldırım, H. H. (2020). *COVID- 19 Pandemi Yönetiminde Türkiye Örneği : Sağlık Politikası Uygulamaları ve Stratejileri*.

Kakodkar, P., Kaka, N., & Baig, M. (2020). A Comprehensive Literature Review on

the Clinical Presentation, and Management of the Pandemic Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Cureus*, *2019*(4). https://doi.org/10.7759/cureus.7560

Khan, M., Khan, H., Khan, S., & Nawaz, M. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of coronavirus disease (COVID-19) cases at a screening clinic during the early outbreak period: a single-centre study. *Journal of Medical Microbiology*, *69*(8), 1114–1123. https://doi.org/10.1099/jmm.0.001231

Lechien, J. R., Chiesa-Estomba, C. M., Place, S., Van Laethem, Y., Cabaraux, P., Mat, Q., Huet, K., Plzak, J., Horoi, M., Hans, S., Rosaria Barillari, M., Cammaroto, G., Fakhry, N., Martiny, D., Ayad, T., Jouffe, L., Hopkins, C., Saussez, S., Blecic, S., … Cantarella, G. (2020). Clinical and epidemiological characteristics of 1420 European patients with mild-to-moderate coronavirus disease 2019. *Journal of Internal Medicine*, *288*(3), 335–344. https://doi.org/10.1111/joim.13089

Nakakubo, S., Suzuki, M., Kamada, K., Yamashita, Y., Nakamura, J., Horii, H., Sato, K., Matsumoto, M., Abe, Y., Tsuji, K., Ishiguro, N., Nasuhara, Y., & Konno, S. (2020). Proposal of COVID-19 Clinical Risk Score for the management of suspected COVID-19 cases: a case control study. *BMC Infectious Diseases*, *20*(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s12879-020-05604-4

Petersen, E., & Gökengin, D. (2020). Sars-cov-2 epidemiology and control, different scenarios for Turkey. *Turkish Journal of Medical Sciences*, *50*(SI-1), 509–514. https://doi.org/10.3906/sag-2003-260

Rawaf, S., Allen, L. N., Stigler, F. L., Kringos, D., Quezada Yamamoto, H., & van Weel, C. (2020). Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. *European Journal of General Practice*, *26*(1), 129–133. https://doi.org/10.1080/13814788.2020.1820479

SAMANCİ, V. M. (2020). BİRİNCİ Basamak SağliHizmetleri VePandemiSüreci. *Konuralp Tıp Dergisi*, *12*, 390–392. https://doi.org/10.18521/ktd.753605

Schulze-Hagen, M., Yüksel, C., Sähn, M., Isfort, P., Kuhl, C., Hübel, C., Brokmann, J., Kleines, M., Cornelissen, C., Dreher, M., Lemmen, S., Marx, N., Meier-Schroers, M., Sander, A., & Kopp, A. (2020). Low-dose chest CT for the diagnosis of COVID-19 a systematic, prospective comparison with PCR.

Deutsches Arzteblatt International, *117*(22–23), 389–395. https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0389

Sebastião, C. S., Neto, Z., Martinez, P., Jandondo, D., Antonio, J., Galangue, M., De Carvalho, M., David, K., Miranda, J., Afonso, P., Inglês, L., Carrelero, R. R., De Vasconcelos, J. N., & Morais, J. (2021). Sociodemographic characteristics and risk factors related to SARS-CoV-2 infection in Luanda, Angola. *PLoS ONE*, *16*(3 March), 1–10. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249249

Semenzato, L., Botton, J., Drouin, J., Cuenot, F., Dray-Spira, R., Weill, A., & Zureik, M. (2021). Chronic diseases, health conditions and risk of COVID-19-related hospitalization and in-hospital mortality during the first wave of the epidemic in France: a cohort study of 66 million people. *The Lancet Regional Health - Europe*, *8*. https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100158

Struyf T, Deeks JJ, Dinnes J, Takwoingi Y, Davenport C, Leeflang MMG, Spijker R, Hooft L, Emperador D, Domen J, Horn SRA, Van den Bruel A, C. C.-19 D. T. A. G. (2021). *care or hospital outpatient settings has COVID-19 (Review). 19*. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013665.pub2.www.cochranelibrary.com

Surveillances, V. (2020). The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi = Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi*, *41*(2), 145–151. https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.02.003

T.C. Sağlık Bakanlığı. (n.d.). *COVID-19 Bilgilendirme Platformu*. https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). *COVID-19 ERİŞKİN HASTA TEDAVİSİ*. https://www.ekmud.org.tr/files/uploads/files/COVID-19_REHBERI_ERISKIN_HASTA_TEDAVISI.pdf

Tabari, P., Amini, M., Moghadami, M., & Moosavi, M. (2020). International public health responses to COVID-19 outbreak: A rapid review. *Iranian Journal of Medical Sciences*, *45*(3), 157–169. https://doi.org/10.30476/ijms.2020.85810.1537

The WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019, & World Health Organization (WHO). (2020). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *The WHO-China Joint Mission on*

Coronavirus Disease 2019, *1*(16-24 February), 1–40. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf

Tian, H., Liu, Y., Li, Y., Wu, C. H., Chen, B., Kraemer, M. U. G., Li, B., Cai, J., Xu, B., Yang, Q., Wang, B., Yang, P., Cui, Y., Song, Y., Zheng, P., Wang, Q., Bjornstad, O. N., Yang, R., Grenfell, B. T., … Dye, C. (2020). An investigation of transmission control measures during the first 50 days of the COVID-19 epidemic in China. *Science*, *368*(6491), 638–642. https://doi.org/10.1126/science.abb6105

Tong, J. Y., Wong, A., Zhu, D., Fastenberg, J. H., & Tham, T. (2020). The Prevalence of Olfactory and Gustatory Dysfunction in COVID-19 Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery (United States)*, *163*(1), 3–11. https://doi.org/10.1177/0194599820926473

TÜBA. (2020). *COVID-19 İstatistik Raporu 2020*. http://www.tuba.gov.tr/files/images/2020/kovidraporu/Covid-19 Raporu-Final+.pdf

TÜİK. (2021). *YAŞA GÖRE NÜFUS DAĞILIMI*. https://www.endeksa.com/tr/analiz/istanbul/pendik/demografi

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2020). COVID-19 Rehberi. *COVID-19 Rehberi*, *2 Nisan 20*, 25. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

World Health Organization. (2020). Role of Primary Care in the COVID-19 Response. *Interim Guidance*, *1*(March), 1–8. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331921/Primary-care-COVID-19-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization (WHO). (n.d.). Clinical management of COVID-19: interim guidance. In *World Health Organization 2020*.

Worldometers. (n.d.). *COVID-19 coronavirus pandemic*. Retrieved May 30, 2021, from www.worldometers.info/coronavirus

Wu, G., Yang, P., Xie, Y., Woodruff, H. C., Rao, X., Guiot, J., Frix, A. N., Louis, R., Moutschen, M., Li, J., Li, J., Yan, C., Du, D., Zhao, S., Ding, Y., Liu, B., Sun,

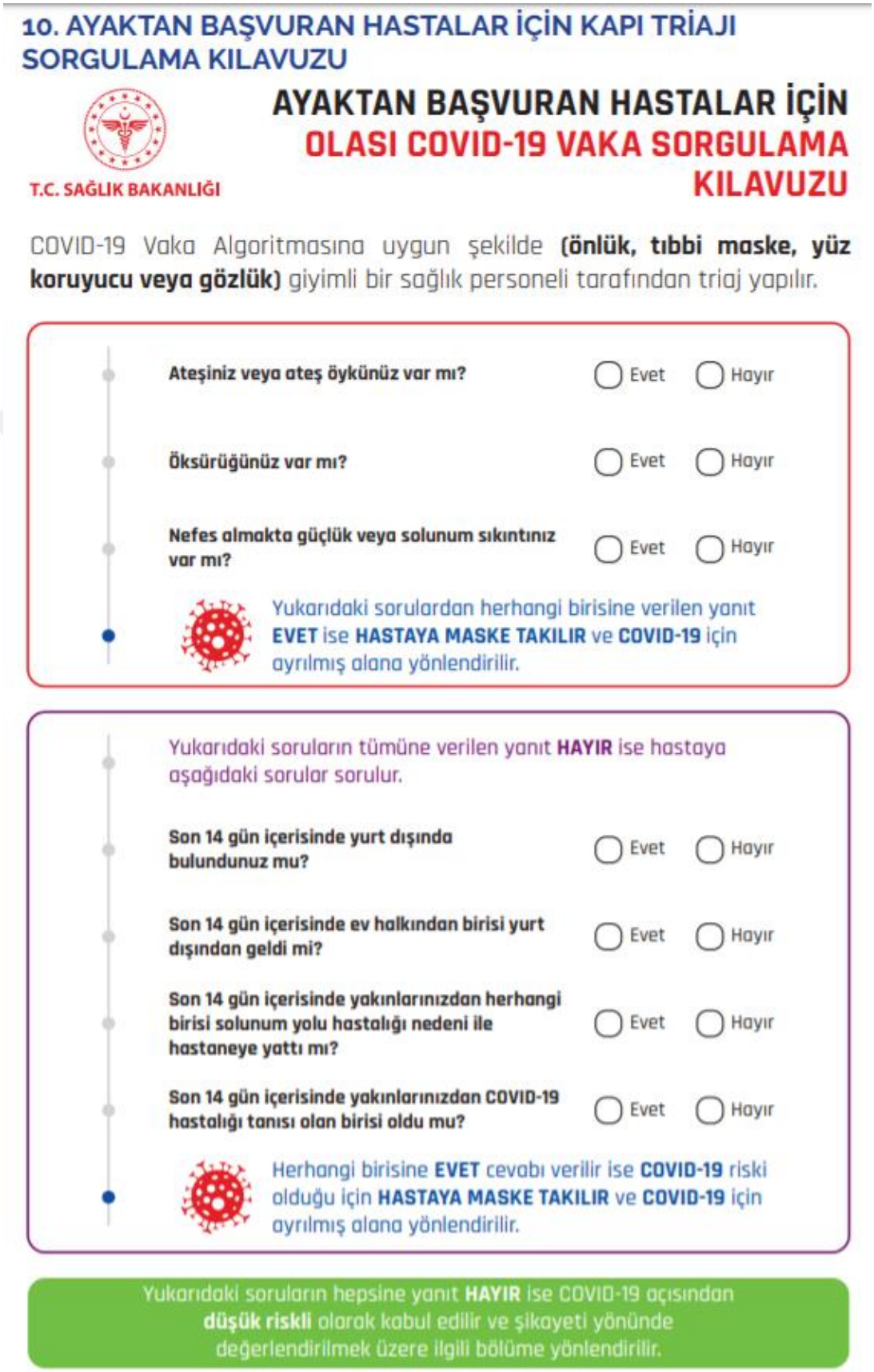
W., Albarello, F., D'Abramo, A., … Lambin, P. (2020). Development of a clinical decision support system for severity risk prediction and triage of COVID-19 patients at hospital admission: An international multicentre study. *European Respiratory Journal*, *56*(2). https://doi.org/10.1183/13993003.01104-2020

Wu, Z., & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, *323*(13), 1239–1242. https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648

Yang, J., Zheng, Y., Gou, X., Pu, K., & Chen, Z. (2020). Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Infectious Diseases*, *94*(March), 91–95. https://doi.org/10.1016/j.arteri.2020.10.001

Zhang, J. J. Y., Lee, K. S., Ang, L. W., Leo, Y. S., & Young, B. E. (2020). Risk Factors for Severe Disease and Efficacy of Treatment in Patients Infected with COVID-19: A Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression Analysis. *Clinical Infectious Diseases*, *71*(16), 2199–2206. https://doi.org/10.1093/cid/ciaa576

EK-1: Covid-19 Vaka Sorgulama Kılavuzu



10. AYAKTAN BAŞVURAN HASTALAR İÇİN KAPI TRİAJI SORGULAMA KILAVUZU

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

AYAKTAN BAŞVURAN HASTALAR İÇİN OLASI COVID-19 VAKA SORGULAMA KILAVUZU

COVID-19 Vaka Algoritmasına uygun şekilde **(önlük, tıbbi maske, yüz koruyucu veya gözlük)** giyimli bir sağlık personeli tarafından triaj yapılır.

Ateşiniz veya ateş öykünüz var mı? ◯ Evet ◯ Hayır

Öksürüğünüz var mı? ◯ Evet ◯ Hayır

Nefes almakta güçlük veya solunum sıkıntınız var mı? ◯ Evet ◯ Hayır

Yukarıdaki sorulardan herhangi birisine verilen yanıt **EVET** ise **HASTAYA MASKE TAKILIR** ve **COVID-19** için ayrılmış alana yönlendirilir.

Yukarıdaki soruların tümüne verilen yanıt **HAYIR** ise hastaya aşağıdaki sorular sorulur.

Son 14 gün içerisinde yurt dışında bulundunuz mu? ◯ Evet ◯ Hayır

Son 14 gün içerisinde ev halkından birisi yurt dışından geldi mi? ◯ Evet ◯ Hayır

Son 14 gün içerisinde yakınlarınızdan herhangi birisi solunum yolu hastalığı nedeni ile hastaneye yattı mı? ◯ Evet ◯ Hayır

Son 14 gün içerisinde yakınlarınızdan COVID-19 hastalığı tanısı olan birisi oldu mu? ◯ Evet ◯ Hayır

Herhangi birisine **EVET** cevabı verilir ise **COVID-19** riski olduğu için **HASTAYA MASKE TAKILIR** ve **COVID-19** için ayrılmış alana yönlendirilir.

Yukarıdaki soruların hepsine yanıt **HAYIR** ise COVID-19 açısından **düşük riskli** olarak kabul edilir ve şikayeti yönünde değerlendirilmek üzere ilgili bölüme yönlendirilir.

EK-2: Acil Alan Covid-19 Triyaj Formu

T.C. Kimlik No		**Cinsiyet**	
Adı Soyadı		**Doğum Tarihi**	
Yaş		*(barkod yapıştırabilirsiniz)*	

Vital Bulgular

ATEŞ	KB	NABIZ	SS	SO2

Başvuru Şikayeti:

Ateş (>38) veya ateş öyküsü VAR YOK

Öksürük VAR YOK

Nefes darlığı, Göğüste sürekli ağrı veya basınç hissi VAR YOK

Son 14 gün içinde yurtdışı seyahat öyküsü VAR YOK

Son 14 gün içinde şüpheli* veya doğrulanmış vaka ile temas VAR YOK

Komorbiditeler

DM	HT	Koroner Arter Hastalığı	KBY	Kanser	Kronik Karaciğer Hastalığı	İmmünsupresif ilaç kullanımı

Diğer: _____

EVE GİDİŞ ( )	**ACİL YEŞİL-SARI ( )**	**BT ( )**	**ENFEKSİYON ACİL ( )**

Triyaj Hemşiresi	Triyaj Hekimi

NOT(Şüpheli): COVID-19 ön tanısı ile başka bir merkezde izlenen veya son 14 gün içinde yurtdışında (Umre dahil) hasta ile yakın teması (15 dakikadan uzun ve 1 metreden daha yakın mesafede aynı ortamda olma (aynı ev, ofis vb))

EK-3 :Acil Binasına Geçiş Kartı

Adı Soyadı **T.C. Kimlik No** *(Barkod)*	**Başvuru Şikayeti** *Ateş* *Öksürük* *Nefes Darlığı* *İshal* *Diğer yazınız:*	**Ateş**

Oturduğu evde ve yakın çevresinde COVID+ kişi var mı? Evet Hayır

Evde ateşi olmuş mu? Olmamış Olmuş. Ölçmemiş Olmuş:_____C

Başka bir merkezde COVID değerlendirmesi yapılmış mı? Evet Hayır

Başka bir merkezde Akciğer BT çekilmiş mi? Evet Hayır

TRİYAJ HEMŞİRESİ	☐ Enfeksiyon düşünülmedi. Acil Tıp binasına geçebilir. ☐ Aile Hekimi görmelidir.	**Hemşire Kaşesi**
TRİYAJ VE ENFEKSİYON HEKİMİ	☐ Enfeksiyon düşünülmedi. Acil Tıp binasına geçebilir. ☐ BT istendi.	**Aile hekimi Kaşesi**
CERRAHİ BİLİMLER HEKİMİ	*BT sonucunu telefonla sorup yazınız.* ☐ Enfeksiyon düşünülmedi. Acil Tıp binasına geçebilir. ☐ Enfeksiyon alanına geri dönmelidir.	**Cerrahi Bilimler Kaşesi**

Acil Tıp Binasına Geçişi Uygundur kaşesini sadece COVID değerlendirmesi tamamlanmış hastaların evrakına vurunuz

☐ **Hasta yakının eşlik etmesi zorunludur. Yakının belirtisi yoktur. (Ateş, Öksürük, Nefes darlığı) Adı Soyadı: ……..**

EK-4:

ADI SOYADI:
YAŞ:
CİNSİYET:
HASTANIN BAŞVURU TARİHİ:
KOMORBİDİTELER:

- Hipertansiyon
- Koroner Arter Hastalığı
- Diyabetes Mellitus
- Kronik Böbrek Yetmezliği
- Kronik Karaciğer Hastalığı
- Malignite
- İmmunsupresif ilaç kullanımı
- Kronik Akciğer Hastalığı
- Diğer:

GELİŞ ANINDAKİ ŞİKAYETİ:

- Ateş veya ateş öyküsü
- Öksürük
- Nefes darlığı
- Göğüste sürekli ağrı/basınç hissi
- Koku almada azalma
- Tat almada azalma
- Bulantı,ishal
- Halsizlik
- Kas ağrıları
- Baş ağrısı
- Diğer:

SON 14 GÜN İÇİNDE YURTDIŞI SEYAHAT ÖYKÜSÜ:

- Evet
- Hayır

SON 14 GÜN İÇİNDE ŞÜPHELİ VEYA DOĞRULANMIŞ VAKAYLA TEMAS:

- Evet
- Hayır

HASTANIN OLASI VAKA OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ:

- Olası Vaka A
- Olası Vaka B
- Olası Vaka C
- Olası Vaka D

HASTAYA İLK DEĞERLENDİRME SONRASI ALINAN KARAR:

- Toraks BT çekimi
- Enfeksiyon acil alanına yönlendirilme
- Acil yeşil/sarı alana yönlendirilme
- Eve taburculuğu

HASTADAN SÜRÜNTÜ ALINDI MI?

- Evet
- Hayır

PCR SONUCU:

- COVID-19 pozitif
- COVID-19 negatif

DAHA ÖNCE BAŞVURU ŞİKAYETLERİYLE DAHA ÖNCE BAŞKA BİR MERKEZDE SÜRÜNTÜ ALINMIŞ MI?

- Evet
- Hayır

HASTAYA TORAKS BT GÖRÜNTÜLEME YAPILDI MI?

- Evet
- Hayır

TORAKS BT SONUCU:

- COVID-19 lehine patolojik bulgu mevcut
- COVID-19 lehine şüpheli patolojik bulgu mevcut
- COVID-19 ile uyumsuz
- Negatif

HASTAYA TORAKS BT DEĞERLENDİRME SONRASI ALINAN KARAR:

- Enfeksiyon acil alanına yönlendirilmesi
- Acil yeşil/sarı alana yönlendirilmesi
- Eve taburculuğu

HASTANIN COVID-19 POZİTİF KABUL EDİLMESİ:

- PCR pozitif
- Toraks BT COVID-19 lehine anlamlı
- Hem PCR pozitif hem toraks BT COVID-19 ile uyumlu