

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**COVID-19 PANDEMİSİNİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK
HİZMETLERİNİ SIK KULLANAN HASTALARIN BAŞVURU
SIKLIĞINA ETKİSİ**

DR. SEMİHA NUR MANDACI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

İZMİR – 2023

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANA BİLİM DALI

**COVID-19 PANDEMİSİNİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK
HİZMETLERİNİ SIK KULLANAN HASTALARIN BAŞVURU
SIKLIĞINA ETKİSİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

DR. SEMİHA NUR MANDACI

TEZ DANIŞMANI: DOÇ. DR. TOLGA GÜNVAR

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ	i
ŞEKİL LİSTESİ	ii
KISALTMALAR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Sağlık Tanımı.....	3
2.2. Sağlık Hizmetleri	3
2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	3
2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	4
2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri.....	4
2.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri	4
2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri	4
2.4. Aile Hekimliği	5
2.4.1. Aile Hekimliğinin Tanımı.....	5
2.4.2. Aile Hekimliği Disiplini.....	6
2.4.3. Aile Hekimliği Disiplininin Özellikleri	6
2.4.4. Aile Hekimliğinin Çekirdek Yeterlikler ve Özellikleri.....	7
2.4.5. Türkiye’de Aile Hekimliği.....	8
2.4.6. Türkiye’de Aile Hekimliği Görev, Yetki ve Sorumlulukları.....	9

2.5. Aile Hekimliği Başvuruları.....	11
2.6. Pandemi Nedir	12
2.6.1. COVID-19 Pandemisi	13
2.6.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Pandeminin Etkisi	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM	15
3.1. Araştırmanın Yöntemi	15
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	15
3.4. Araştırmaya Dahil olma / Dışlama kriterleri	15
3.5. Araştırmanın Önemi	15
3.6. Araştırmanın Hipotezi.....	15
3.7. Veri Toplama Araçları	16
3.8. Araştırmanın Değişkenleri	16
3.8.1. Bağımlı Değişkenler.....	16
3.8.2. Bağımsız Değişkenler	16
3.9. İstatistiksel Analiz	16
3.10. Gerekli İzinler	16
4. BULGULAR	17
5. TARTIŞMA.....	59
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	61
7. KAYNAKÇA.....	62
8. EKLER	66

TEŞEKKÜR

Tezimin bütün aŐamalarında bana rehberlik eden, sabırla, ilgi ve desteğiyle yanımda olan, değerli hocam ve tez danıŐmanım sayın Doç. Dr. Tolga GÜNVAR'a emeklerinden ötürü içtenlikle teşekkür ederim.

Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalındaki asistanlık sürecinde bilgi, birikim ve tecrübelerini paylaşan, mesleki gelişimime katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR, Prof. Dr. Dilek GÜLDAL, Prof. Dr. Vildan MEVSİM, Doç. Dr. NesliŐah TAN, Uzm. Dr. Gizem Limnili ve Uzm. Dr. Ediz Yıldırım'a teşekkürlerimi sunuyorum.

Eğitimim boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum başta eşkıdemlerim olmak üzere bütün asistan arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

Hayatımın her döneminde yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen canım aileme, kedilerim Rıfkı ile Mavi'ye ve Őuanda melek olan MehveŐ'e sonsuz sevgilerimi sunuyorum.

Dr. Semiha Nur MANDACI

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Katılımcıların demografik özellikleri

Tablo 2: Katılımcıların tıbbi özgeçmişleri

Tablo 3: Katılımcıların COVID-19 özgeçmişleri

Tablo 4: Pandemiden önceki ve sonraki ASM'ye başvuru sayılarının analizi

Tablo 5: Katılımcıların pandemiden sonraki başvurularının özellikleri

Tablo 6: Pandemiden sonra sık başvuruya devam eden katılımcıların demografik özellikleri

Tablo 7: Pandemiden sonra sık başvuruya devam eden katılımcıların tıbbi özgeçmişleri

Tablo 8: Pandemiden sonra sık başvuruya devam eden katılımcıların COVID-19 özgeçmişleri

Tablo 9: Bağımsız değişkenler ile pandemiden önce ve sonra başvuru sayıları arasındaki ilişki

Tablo 10: Yaş ile pandemiden önce ve sonra başvuru sayılarının korelasyon analizi

Tablo 11: Katılımcıların COVID-19 özgeçmişleri ile pandemiden sonra başvuru sayıları arasındaki ilişki

Tablo 12: Pandeminin olumsuz etkileri ile pandemiden sonraki başvuru sayıları arasındaki ilişki

Tablo 13: Bağımsız değişkenlerin pandemiden önce ve sonra başvuru sayılarının karşılaştırılması

Tablo 14: Bağımsız değişkenler ile pandemiden sonraki başvuru sıklığı arasındaki ilişki

Tablo 15: Sosyal hayatın etkilenme düzeyi ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki

Tablo 16: Ekonomik hayatın etkilenme düzeyi ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki

Tablo 17: Aile hayatının etkilenme düzeyi ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki

Tablo 18: Ruhsal durumun etkilenme düzeyi ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki

Tablo 19: Yaşanan korku ve endişe düzeyi ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki

Tablo 20: Sağlık hizmetlerine ulaşımındaki etkilenme düzeyi ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikler



KISALTMALAR

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
E-ASM	: Eğitim Aile Sağlığı Merkezi
COVID-19	: Coronavirus Hastalığı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
WONCA	: World Organization of Family Doctors / Dünya Aile Hekimleri Birliği
SARS	: Severe Acute Respiratory Syndrome - Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu
MERS	: Middle East Respiratory Syndrome- Orta Doğu Solunum Yolu Sendromu
HIV	: Human Immunodeficiency Virus / İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome / Edinilmiş Bağışıklık Yetersizliği Sendromu
AHBS	: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences

ÖZET

COVID-19 PANDEMİSİNİN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNİ SIK KULLANAN HASTALARIN BAŞVURU SIKLIĞINA ETKİSİ

Dr. Semiha Nur MANDACI

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Tolga GÜNVAR

Amaç: Aile sağlığı merkezleri gerek kolay ulaşım gerekse tanıdık bir hekimle görüşme isteği açısından bireyler tarafından sıkça kullanılmaktadır. Her bireyin sağlık hizmetlerinden yararlanma sıklığı çeşitli faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Bazı bireyler daha fazla sağlık hizmeti kullanmaya eğilimlidir. Sağlık sistemine sık başvuran hastalar başvuru sayısı, iş yoğunluğu ve maliyet açısından önemli bir yer tutmaktadır. Bu çalışmada da birinci basamak sağlık hizmetlerini sık kullanan hastaların başvuru sıklıklarının COVID-19 pandemisinden etkilenip etkilenmediğinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel analitik tipte olan çalışmamız Mart 2019 – Şubat 2020 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı 10 ve 11 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'nde gerçekleştirilmiştir. Bir yıl içinde 10 ve üzerinde başvurusu bulunan 18 yaş ve üzerindeki kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. Bürokratik/yönetmelik başvurular (ehliyet, evlilik, askerlik vb), enjeksiyon, pansuman vb. için gelenler, gebeler ve herhangi bir iletişim problemi olanlar hariç bırakılmıştır. Bu kriterleri sağlayan 482 kişinin hepsine ulaşılmaya çalışılmıştır. Katılımcılara, hastaların sosyo-demografik özelliklerini, tıbbi özgeçmişlerini ve COVID-19 pandemisi ile ilgili düşüncelerini ölçen sözel analog skalayı içeren hasta veri formu uygulanmıştır. Bu form ASM ortamında yüz yüze veya telefonla uygulanmıştır. Araştırmanın verileri IBM SPSS vers. 26 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 10 No'lu ASM'den 158 kişi, 11 No'lu ASM'den 132 kişi olmak üzere toplam 290 kişisi dahil edilmiştir. Katılımcıların %74,8'i (n=217) kadın, %25,2'si (n=73) erkek olup, yaş ortalamaları $50,3 \pm 11,6$ 'dır. Katılımcıların pandemiden önceki ortalama başvuru sayısı $13,45 \pm 3,83$ 'tür. Pandemiden sonraki ASM'ye ortalama başvuru sayısı ise $7,74 \pm 4,88$ olup pandemiden önceki döneme göre anlamlı bir şekilde düşüş olmuştur

($p=0,000$). Katılımcılar pandemiden önce ASM'ye sık başvuran hastalardan oluşmaktadır. Bunların %32,1'i ($n=93$) pandemiden sonra da sık başvurmaya devam etmiş olup başvuru sayıları yılda 10'un üzerindedir. %67,5'inin ($n=197$) başvuru sayısı yılda 10'un altına düşmüştür. Kronik hastalığı olanların pandemiden önceki ortalama başvuru sayısı $13,80\pm3,97$, kronik hastalığı olmayanların $12,54\pm3,32$ 'dir. Kronik hastalığı olanlar pandemiden önce istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha sık başvurmuşlardır ($p=0,012$). Pandemi sonrası ortalama başvuru sayıları ise kronik hastalığı olanlarda $8,20\pm5,06$ iken kronik hastalığı olmayanlarda $6,58\pm4,19$ 'dur. Pandemi öncesiyle benzer şekilde kronik hastalığı olanlar kronik hastalığı olmayanlara göre daha sık başvurmuşlardır ve bu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p=0,011$). Antidepresan ilaç kullanımına bakıldığında ise kullananların pandemiden önceki ortalama başvuru sayısı $13,28\pm3,64$; kullanmayanların ise $13,52\pm3,92$ 'dir. Pandemi sonrası başvuru sayıları ise antidepresan ilaç kullananların $6,81\pm4,21$ iken antidepresan ilaç kullanmayanların $8,14\pm5,10$ 'dur. Antidepresan ilaç kullananlar ile kullanmayanlar arasında pandemiden önceki başvuru sayıları açısından anlamlı bir fark bulunmazken ($p=0,627$), antidepresan ilaç kullananlar, kullanmayanlara göre pandemiden sonra istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha az başvurmuşlardır ($p=0,033$).

Sonuç: Çalışmamızda ASM'ye sık başvuran hastaların başvuru sıklıklarının pandemiden etkilenip etkilenmediği araştırılmış olup, katılımcıların pandemiden sonraki başvuru sayıları, pandemiden önceki döneme göre anlamlı bir şekilde düşüş göstermiştir. Kadınların ASM'ye daha sık başvurdukları görülmüştür ancak iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kronik hastalığı olanlar her iki dönemde de kronik hastalığı olmayanlara göre daha sık başvurmuşlardır. Sağlık sistemine sık başvuran hastalar başvuru sayısı, iş yoğunluğu ve maliyet açısından önemli bir yer tutmaktadır. Bu sonuçlar ışığında, sık başvurunun nedenlerini araştıran daha geniş çaplı araştırmalar yapılmasının ve tekrarlayan başvuruların önüne geçilmesinin gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: covid-19 pandemisi, birinci basamak sağlık hizmetleri, aile sağlığı merkezi, sık başvuru

ABSTRACT

EFFECTS OF COVID-19 PANDEMIC TO THE FREQUENT ATTENDERS IN PRIMARY CARE

Dr. Semiha Nur MANDACI

Dokuz Eylul University, Faculty of Medicine, The Department of Family Practice

Supervisor: Doc. Dr. Tolga GUNVAR

Aim: Primary health care is commonly used by people who request to meet a familiar physician and to contact easily. Healthcare utilizations among individuals depend on various factors. Some of the primary health care users tend to visit more frequently and cause more workload and cost. We aimed in this study whether the frequency of visits of patients who use primary health care services frequently is affected by the COVID-19 pandemic.

Methods: This cross-sectional study is conducted in two Family Medicine Centers of Dokuz Eylul University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine between March 2019 and February 2020. We determined 10 or more visits per year as frequent attendance. Frequent attenders aged 18 and over were included in the study. Bureaucratic/administrative visits (for driving license, marriage, military service, etc.), injections, dressing, pregnancy visits and people who have any communication problems were excluded. 482 patients fit these criteria. We tried to reach all of them. A data form including patients' socio-demographic characteristics, medical background and verbal analog scale measuring thoughts about the effects of COVID-19 pandemic was applied to the participants over the phone or face-to-face. The data of the research were analyzed by IBM SPSS package program version 26. In the statistical analyses $p < 0,005$ was accepted as significant.

Findings: A total of 290 patients were included in the study. 74.8% (n=217) of the participants were female and 25.2% (n=73) were male. Mean age of the all participants is 50.3 ± 11.6 years. The mean number of visits before the pandemic was 13.45 ± 3.83 and after the pandemic was 7.74 ± 4.88 . The number visits after the pandemic showed a significant decrease compared to the year before pandemic ($p < 0,000$). Participants in this study are frequent attenders before the pandemic. 32.1% (n=93) of them are still frequent attenders during the first year of pandemic. The mean number of visits before the pandemic for patients with chronic disease was 13.80 ± 3.97 and 12.54 ± 3.32 for patients without chronic disease.

Participants with chronic diseases visit more frequently before the pandemic ($p=0.012$) while the mean number of visits in the first year of the pandemic is 8.20 ± 5.06 in patients with chronic disease and 6.58 ± 4.19 in participants without chronic disease. Similar to the pre-pandemic year, patients with chronic diseases visits more frequently than participants without chronic disease in the first year of the pandemic and this was statistically significant ($p=0.011$). Considering the use of antidepressant drugs, the mean number of visits for patients who using antidepressant drug was 13.28 ± 3.64 and patients who do not use was 13.52 ± 3.92 before the pandemic. The mean number of visits after the pandemic was 6.81 ± 4.21 for patients who using antidepressant drugs, while it was 8.14 ± 5.10 for patients who did not use any antidepressant drugs. There was no significant difference between those who used antidepressant drugs and those who did not use them in terms of the number of visits before the pandemic ($p=0.627$) but those who used antidepressant drugs visited statistically significantly less in the first year of the pandemic than those who did not use them ($p=0.033$).

Conclusion: In our study, we aimed whether the frequency of visits of patients who use primary health care services frequently is affected by the COVID-19 pandemic and the number of visits of the participants in the first year of pandemic decreased significantly compared to the period before the pandemic. It was observed that women visits primary care more frequently but there was no significant difference between the genders. Those with chronic diseases visits more frequently in both periods than those without chronic disease. Frequent attenders have an important place for causing more workload and cost. With the results of our study, it is needed further researches for understand the causes of frequent attendance and prevent repetitive visits.

Keywords: Primary care, frequent attenders, health care utilization, covid-19 pandemic

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastalıkların tanı ve tedavisinin yanında koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği, bireylerin kolayca ulaşabildikleri düşük maliyetle etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumudur(1). Aile sağlığı merkezleri (ASM) birinci basamak sağlık hizmetlerinin merkezinde bulunmaktadır. Aile sağlığı merkezleri gerek kolay ulaşım gerekse tanıdık bir hekimle görüşme isteği açısından bireyler tarafından sıkça kullanılmaktadır.

Her bireyin sağlık hizmetlerinden yararlanma sıklığı çeşitli faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Bazı bireyler daha fazla sağlık hizmeti kullanmaya eğilimlidir. Bu eğilim bazı bireysel faktörler tarafından değişmektedir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, meslek, gelir düzeyi gibi sosyodemografik ve sosyoekonomik özellikler, sağlık hizmetlerine ilişkin tutum ve davranışlar sağlık hizmeti kullanım eğilimini belirleyen başlıca etkenlerdir(2).

Sağlık sistemine sık başvuran hastalar başvuru sayısı, iş yoğunluğu ve maliyet açısından önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 2020 yılında yayınladığı sağlık istatistiklerine göre toplam başvuruların %41'i birinci basamağa olmaktadır. Bu oran 2019'da %35'tir (3).

Sağlık kuruluşlarına belirli bir sürede diğer kişilerden daha sık başvuran bu hastalar 'frequent attenders' olarak tanımlanmış ve birçok çalışmada incelenmiştir. Avrupa'daki çalışmalar üzerinden yapılan bir sistematik derlemede birinci basamağa başvuran 65 yaş ve üstü hastaların başvuru sayıları incelenmiş ve sık başvuruyu çeşitli şekillerde tanımlamışlardır. 12 ay içinde başvuranların en sık %10'luk kesimi (>15 başvuru/yıl), 6 ay içinde her ay > 1 başvuru, 1 yıl içinde >12 başvuru sık başvuru olarak kabul edilmiş. Fiziksel hastalığın şiddeti sık başvuruda en önemli etken olarak bulunmuş.

2019 yılında Çin'in Wuhan şehrinde başlayan Yeni Coronavirüs Hastalığı (COVID-19) salgını, 114 ülkede 118.000'den fazla vaka ve 4291 ölüme ulaşmasıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi ilan edildi(4). Ülkemizde de ilk COVID-19 vakası 11 Mart 2020 tarihinde görüldü ve hastalığın yayılmasını engellemek için bir takım önlemler alındı. Hastaneler pandemi odaklı çalışmaya başladı. Esnek mesai çalışma düzenine geçildi. İkinci ve üçüncü basamak poliklinik işleyişleri durduruldu, açık olan poliklinik sayısı azaltıldı, hasta sayılarına kısıtlamalar getirildi (5).

Birinci basamakta ise bebeklik ve çocukluk dönemi aşılamları gibi koruyucu sağlık hizmetleri herhangi bir aksama olmadan devam etti. Askerlik ve evlilik hariç olmak üzere sağlık raporlarının ertelenmesi, enjeksiyonların gerekli olmadıkça yapılmaması, raporlu ilaçların rapor sürelerinin uzatılması ve reçete olmadan eczanelerden temin edilebilmesinin sağlanabilmesi gibi düzenlemeler getirildi(6). Bu değişikliklerle birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuruların azalmasında etkili olmuştur.

Dünya, 2009 yılında da Influenza pandemisiyle karşı karşıyaydı. Bu süreçte Norveç'te Bergen Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada grip benzeri semptom gösteren hastaların pandemiden önce ve pandemi dönemindeki birinci basamak ve mesai dışı hizmetlere başvuru sayılarına bakılmış. Grip benzeri semptomu sahip hastalardan pandemiden önce en az bir kez birinci basamak başvurusu olanlar, birinci basamak başvurusu olmayanlara kıyasla pandemi sırasında mesai dışı hizmetlerini daha az kullandığı bulunmuş(7).

Pandemi dönemlerinde hastalık ile mücadelede ve sağlığın korunmasında büyük öneme sahip olan birinci basamak sağlık kuruluşlarını pandemi öncesinde diğer hastalara göre daha sık kullanan hastaların pandemi döneminin bu başvuru sıklıklarına etkili olup olmadığını araştırmayı amaçlayarak bu çalışma planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Tanımı

Geleneksel olarak hastalığın olmayışı olarak tanımlanan sağlık, 1948'de günümüzde en çok kabul gören şekliyle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal iyilik hali” olarak tanımlanmıştır. Geleneksel tanımda odak noktası hastalık kavramıdır ve dönemler ile kültürler arasında farklılıklar göstermektedir. Zamanın değişmesiyle ve kültür seviyesinin artmasıyla hastalık kabul edilen durumlar değişmektedir (8).

2.2. Sağlık Hizmetleri

Bireylerin ve toplumun sağlık düzeyini korumak, geliştirmek ve sürdürülebilmek amacıyla; sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyonu için yapılan bütün çalışmalar sağlık hizmeti olarak nitelendirilebilir.

Koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört alt sınıftan oluşmaktadır. Bu sağlık hizmetlerinin en önemli bileşeni aile hekimliğidir. Aile hekimliği bütün sağlık hizmetleri basamaklarında yer almaktadır.

2.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinin en önemli basamaklarından biridir. Hastalık durumu oluşmadan, bu duruma neden olabilecek risklere karşı alınan önlemler bu kapsamdadır. Tedavi edici hizmetlere göre uygulanması daha kolaydır, daha etkin ve ucuzdur. Diğer sağlık hizmetlerine göre daha düşük nitelikli sağlık personeli ile de etkin sonuçlar elde edilebilmektedir. Hastanelerin yükünü azaltır. İşgücü kaybını en aza indirir(9).

Koruyucu sağlık hizmetleri, hem çevreye yönelik hem de bireye yönelik olarak ikiye ayrılır. Bireye yönelik sağlık hizmetleri, genellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerdir. Bağışıklama, bebek-çocuk izlemleri, gebe-lohusa izlemleri, kanser taramaları, sağlık eğitimi, beslenmenin iyileştirilmesi, kişisel hijyenin sağlanması bunlardan başlıcalarıdır. Çevreye yönelik olanlar ise çevreyi daha temiz ve düzenli hale getirerek sağlığın korunmasını ve geliştirilmesini sağlar. Bu hizmetler, birçok sektör ve meslek tarafından uygulanır. Temiz içme suyu kaynaklarının sağlanması, atıkların denetlenmesi, hava

kirliliğinin denetlenmesi, iş sağlığı bu hizmetlerden bazılarıdır. Aile hekimliği bu koruyucu hizmetlerin her iki kolunda da önemli rol oynamaktadır.

2.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlık durumu bozulan kişilerin, eski sağlıklarına ulaşmalarını sağlamak için verilen sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinden farklı olarak tamamen kişiye yönelik olarak, hekim sorumluluğunda verilir. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak üç basamağa ayrılır. Birinci basamak tedavi hizmetlerinin merkezinde aile hekimliği rol alır.

2.2.3. Rehabilitasyon Hizmetleri

Hastalık veya kaza sonrası, günlük hayatını tek başına sürdüremeyen ve işgücü kaybına uğrayan hastalara, kaybettikleri bedensel ve zihinsel becerilerin tekrar kazandırılmasına yönelik hizmetlerdir. Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere iki basamakta toplanır. Aile hekimi, evde sağlık hizmetlerini yürüterek ve bakım evlerine ziyarette bulunarak rehabilitasyon hizmeti vermektedir.

2.2.4. Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlıklı kişilerin, sağlıklarını daha üst seviyeye yükseltmek için verilen hizmetlerdir. Sağlığın geliştirilmesi hizmetlerinde; bedensel ve zihinsel sağlık durumunun iyileştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması ve yaşam süresinin uzatılması amaçlanmaktadır (9). Aile hekimi, kendisine kayıtlı hastaların sağlıklarının geliştirilmesi konusunda büyük role sahiptir.

2.3. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlığın iyileştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetleri ile teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin kolayca ulaşabildikleri, merkezinde Aile Sağlığı Merkezleri'nin (ASM) bulunduğu sağlık hizmeti sunumudur. Aile sağlığı merkezinde, aile hekimi tarafından kendisine kayıtlı nüfustaki kişiler, biyopsikososyal yaklaşımla değerlendirilir, kişilere bütüncül olarak yaklaşılır, yaş, cinsiyet, ırk ayrımı yapmadan, doğum öncesinden başlayarak ölüm sonrasına kadar, birinci basamak tanı, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin yanı sıra yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem, bağışıklama ve tarama programları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa,

yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, ergen, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) gibi koruyucu sağlık hizmetleri yürütülür.

Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kayıtlı hastalara evde veya gezici sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlar. Evlilik, ehliyet, askerlik gibi sağlık raporlarını düzenlenir (10).

Birinci basamak sağlık hizmetleri ile halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi, bireylerin sağlık hizmetine erişiminin kolaylaştırılması, amaçlanmıştır (11).

2.4. Aile Hekimliği

2.4.1. Aile Hekimliğinin Tanımı

Aile Hekimliği, bir tıp disiplini olarak ortaya çıktığı 1900'lü yılların başından itibaren Leeuwenhorst, Gay, Dünya Sağlık Örgütü ve Olesen tarafından birçok kez tanımlanmıştır. 2002 yılında WONCA (World Organization of Family Doctors, Dünya Aile Hekimleri Birliği) tarafından geliştirilerek günümüzdeki haline ulaştırılmıştır (12).

İlk olarak 1974'te Leeuwenhorst, genel pratisyenlik tanımını şu şekilde yapmıştır; "Yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmadan bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa kişisel ve sürekli olarak birinci basamak sağlık hizmeti sunan tıp hekimidir. Hastalarına hasta görüşme odasında, hastalarının evlerinde veya bazen bir klinik ya da hastanede hizmet sunar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastaların sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Kronik, yineleyen veya terminal dönem rahatsızlıkları olan hastaların sürekli yönetim sorumluluğunu üstlenir. Hekim ve diğer tıp dışı mesleklerle işbirliği içine uygulama yapar. Tedavi, koruma ve eğitim yoluyla ne zaman ve nasıl hastalarının ve ailelerinin sağlığını geliştirmeye yönelik girişimlerde bulunabileceğini bilir. Topluma karşı da mesleki sorumluluğu olduğunu kabul eder."(13)

Daha sonra 1991'de WONCA tarafından tanımlanmıştır. "Genel pratisyen ya da aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personeli harekete geçirme sorumluluğunu taşıyan hekimdir. Bakım arayan herkesi kabul eden bir yaklaşım sergiler, buna karşılık diğer sağlık hizmeti sunucuları hizmet sunumunda yaş, cinsiyet ve tanıya bağlı sınırlamalar koyar. Genel pratisyen veya aile hekimi ırk, din, kültür ve toplumsal sınıf ayrımı yapmaksızın, bireylere aile ve ailelere toplum

bağlamında bakım sağlar. Kültürel, sosyal, ekonomik ve psikolojik durumlarını hesaba katarak bireylerin almaları gereken bakımın büyük bir kısmını sağlamada klinik olarak yeterlidir. Ayrıca hastalarına kapsamlı ve sürekli bakım sağlamada kişisel sorumluluk üstlenir. Genel pratisyen ya da aile hekimi, mesleksel görevini bireylerin sağlık gereksinimlerine veya hizmet sunduğu toplumun var olan kaynaklarına göre doğrudan ya da diğer sağlık çalışanlarının verdiği hizmetler aracılığıyla yerine getirir (14).

Olesen ise 2000 yılında aile hekimliği/genel pratisyenliği şöyle tanımlamıştır; “Genel pratisyen, sağlık sisteminin ön safında çalışmak ve hastaların sahip olabileceği herhangi bir sağlık sorunları için bakım sağlayıcı ilk adımları atmak üzere eğitilmiş uzmandır. Hastanın var olan hastalığının tipine ya da diğer kişisel ve toplumsal özelliklerine bakmaksızın toplum içindeki bireylere bakım sunar ve sağlık sisteminin var olan kaynaklarını hastalarının yararına en iyi şekilde düzenler. Genel pratisyen biyolojik tıp, tıbbi psikoloji ve tıbbi sosyoloji bilimlerini kullanarak ve bütünleyerek koruma, tanı, sağıltım, bakım ve rahatsızlıklarını hafifletme (palyasyon) alanlarında bireylerle ilgilenir.”(15)

WONCA tarafından yapılan en son tanım olarak aile hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik, bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır (16).

2.4.2. Aile Hekimliği Disiplini

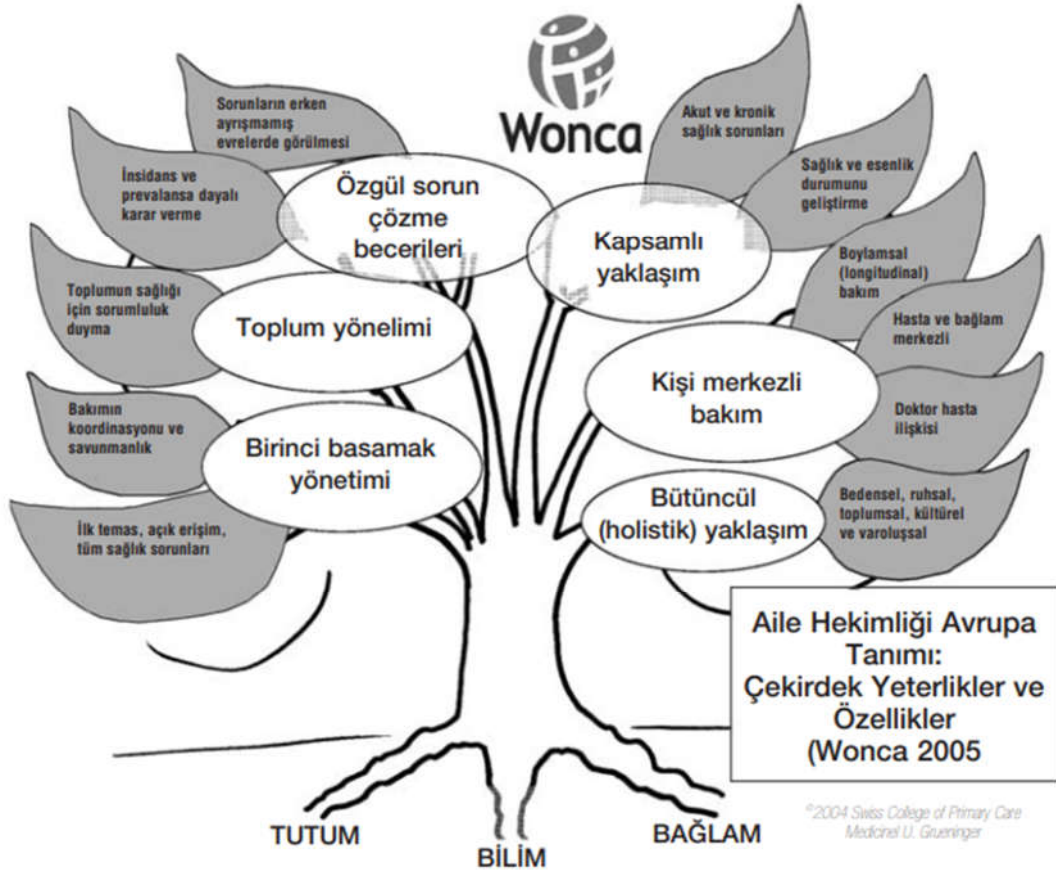
Aile hekimleri, aile hekimliği disiplininin ilkeleri doğrultusunda eğitim görmüş hekimlerdir. Tıbbi bakım arayan herkese, yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayırımı yapmadan kapsamlı ve sürekli sağlık hizmeti sunarlar. Bireyleri aile, toplum ve kültürleri bağlamında düşünürler, bireylerin kişiliklerine saygı duyarlar. Hastalıklarının yönetimini, hastalarıyla görüşürken oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak yaparlar. Aile hekimleri, etkili ve güvenli hasta bakımını sürdürebilmek için becerilerini, kişisel denge ve değerlerini geliştirmelidir. Aile hekimliği disiplininin özelliklerini bilmek aile hekimine bu konuda en büyük yol gösterici olacaktır.

2.4.3. Aile Hekimliği Disiplinin Özellikleri

Bireylerin, sağlık sisteminde başvurdukları ilk tıbbi temas yerini oluşturur. Yaş, cinsiyet, ırk ayırımı yapmadan bütüncül bir şekilde kişilerin tüm sağlık sorunlarını; fiziksel, ruhsal, ve kültürel boyutlarıyla ele alır. Kaynakların verimli ve etkili bir şekilde

kullanılmasını sağlar, bireylere sunulan bakımı koordine eder, birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak ve gerektiğinde hasta adına üstlendiği savunmanlık göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle temas eder. Aile hekiminin kendine özgü bir hasta görüşme süreci vardır. Bu süreçte, etkili bir iletişimle hekim ve hasta arasında zaman içinde gelişen bir ilişki kurulmasını sağlar. Bireye, ailesine ve topluma yönelik hasta-merkezli bir yaklaşım geliştirir. Hastanın ihtiyaçları doğrultusunda belirlenen sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlar. Hastaların akut ve süregelen sorunlarının aynı anda yönetilmesini sağlar. Henüz erken evrede olan, ayrılaşmamış şekilde ortaya çıkan rahatsızlıkları yönetir. Bireyin ve toplumun sağlığını ve iyilik halini geliştirir. Sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla ele alır (14).

2.4.4. Aile Hekimliğinin Çekirdek Yeterlikler ve Özellikleri



Şekil 1: Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikler ve Özellikler

Aile hekimliği disiplinini tanımlayan 11 temel özellik ve çekirdek yeterlilikler WONCA ağacı adı altında toplanmıştır (Şekil 1). Disiplinin temelini şu üç özellik oluşturmaktadır:

- a) Bağlam: Kişi, aile, toplum ve kültürleri arasındaki bağlantısal ilişkileri kullanır.
- b) Tutum: Hekimin meslekler yeteneklerine, değerlerine ve etiğe dayalıdır.
- c) Bilim: Tıbbi uygulamaya eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım gösterir ve sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yoluyla bunu sürdürür.

Aile hekimliği disiplinini tanımlayan 11 temel özellik, her uzman aile hekiminin sahip olması gereken 11 temel yeteneği belirler. Bunlar 6 çekirdek yeterlikte sınıflandırılabilir:

- a) Birinci basamak yönetimi: Sağlık sisteminin ilk temas noktasıdır, hizmet almak isteyen herkese açık erişim sağlar, tüm sağlık sorunları ile ilgilenir, bireylere sunulan bakımın koordinasyonunu sağlar ve gerektiğinde hastaların savunmanlığını yapar.
- b) Kişi merkezli bakım: Kendine özgü doktor-hasta ilişkisi kurar, hasta ve bağlam merkezli görüşme süreci vardır, hastanın gereklilikleri doğrultusunda bakımın longitudinal devamlılığını sağlar.
- c) Özgül sorun çözme becerileri: Rahatsızlıkların insidans ve prevalansına dayalı karar verir, henüz erken ayrışmamış evrede görülen sorunları yönetir.
- d) Kapsamlı yaklaşım: Akut ve kronik sağlık sorunları aynı anda yönetir, bireyin ve toplumun sağlık ve iyilik durumunu geliştirir.
- e) Toplum yönelimli olma: Toplumun sağlığı için sorumluluk duyar.
- f) Bütüncül (holistik) yaklaşım: Sağlık sorunlarını bedensel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal boyutlarıyla birlikte ele alır.

2.4.5. Türkiye’de Aile Hekimliği

Cumhuriyetin ilanıyla birlikte, ülkemizde sağlık hizmetlerinin gelişimi, koruyucu ve tedavi edici hizmetlerinin kişilere ulaştırılması yönündeki çalışmalar hız kazanmıştır. 1930 yılında yayımlanan Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile sağlık hizmetlerinin planlanması ve programlanması, koruyucu ve tedavi edici hekimliğin yürütülmesi, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi gibi konularda çalışmalar yapılmış olup günümüzdeki Sağlıkta Dönüşüm Programının temelleri atılmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda, halkın sağlık düzeylerinin

yükseltilmesi, anne-bebek ölümlerinin azaltılması, bulaşıcı hastalıklar ile kronik hastalıkların risk faktörleriyle mücadele etmeyi, bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili kararları verebilme yetilerini geliştirmeyi, koruyucu hekimliği sağlığın merkezine yerleştirmeyi, kaynakların uygun şekilde kullanılarak daha fazla hizmetin sağlanması ve bütün bireylerin bu sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmalarının sağlanması amaçlamıştır. Bu yaklaşımla herkesin kendi seçebileceği, kolayca erişebileceği, herhangi bir engelle karşılaşmadan danışabileceği ve rahatça başvurabileceği bir aile hekiminin olması planlanmıştır.

24.11.2004 tarihli ve 25650 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 5258 sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile birlikte ülkemizde aile hekimliği sistemi 2005 yılında Düzce ilinde pilot uygulama olarak başlatılmış, 2010 yılı sonuna kadar tüm ülke genelinde uygulanmaya geçilmiştir. Ülke geneline yayılmasıyla birlikte, bilimsel ve teknolojik gelişmeler ile ihtiyaçlardaki değişimler dikkate alınarak aile hekimliği hizmetlerinin geliştirilmesine, çalışanlarının bilgi, deneyim ve kapasitesinin arttırılmasına ağırlık verilmiştir (17).

25.01.2013 tarihinde yayımlanan 28539 sayılı Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nin 3. Maddesinde ise aile hekiminin tanımı şu şekilde yapılmıştır: “Aile hekimi; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belli bir mekânda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Sağlık Bakanlığı’nın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir.” Aynı yönetmelikte aile sağlığı merkezi “Bir veya birden fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşu” olarak tanımlanmıştır (10).

2.4.6. Türkiye’de Aile Hekimi Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Aile hekimi, aile sağlığı merkezini yönetmek, birlikte çalıştığı ekibi denetlemek ve hizmet içi eğitimlerini sağlamak, Bakanlıkça ve Kurumca yürütülen özel sağlık programlarının gerektirdiği kişiye yönelik sağlık hizmetlerini yürütmekle yükümlüdür. Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini bir ekip anlayışı içinde sunar. Aile hekiminin Kurumca belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

- a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapmak.
- b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek.
- c) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.
- ç) Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
- d) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapmak, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve üreme sağlığı hizmetlerini vermek.
- e) Periyodik sağlık muayenesi yapmak.
- f) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak.
- g) Evde takibi zorunlu olan engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
- ğ) Aile sağlığı merkezi şartlarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirimini yapılan muayene, tetkik, teşhis, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirmek, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu sağlamak.
- h) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlamak ya da bu hizmetleri vermek.
- ı) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutmak ve gerekli bildirimleri yapmak.
- i) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.
- j) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapmak.
- k) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapmak.

1) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenlemek.

m) Kurumca belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılmak.

n) Kurumca ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapmak.

2.5. Aile Hekimliği Başvuruları

Aile Hekimliği, sağlık sistemindeki ilk başvuru noktası olması ve rahatça başvurabilmeleri nedeniyle bireylerin çeşitli sağlık problemleri için sıkça tercih ettikleri yerlerdir. ASM'ye yapılan başvurular bireysel özellikler, sosyokültürel ve ekonomik etkenler ile kişinin tıbbi özgeçmişi gibi faktörlerden etkilenmektedir. Bazı kişiler, diğerlerine göre daha sık başvurma eğilimi göstermektedir. Sağlık sistemine sık başvuran hastalar başvuru sayısı, iş yoğunluğu ve maliyet açısından önemli bir yer tutmaktadır. Yapılan çalışmalarda “frequent attender” olarak tanımlanan bu kişiler, daha düşük ruhsal ve bedensel sağlığa ve çoğunlukla birden fazla komorbiditeye sahip oldukları görülmüştür (18).

Aile Sağlığı Merkezleri'ndeki hasta yoğunluğunu etkileyen en önemli faktörlerden biri de bu sık tekrarlayan başvurulardır. “Sık başvurunun” kesin bir kantitatif değeri belirlenmemiş olsa da yapılan çalışmalarda farklı tanımlamalar yapılmıştır. Danimarka'da birinci basamakta yapılan kesitsel bir çalışmada sık başvuru olarak en çok yapılan %10 başvuru alınmış ve bunların başvuru sayıları yılda 8 ve üzerinde bulunmuş. Sık başvurular işsizlik, boşanmış olmak, düşük eğitim düzeyi, düşük sosyal destek, psikolojik bozukluk ve düşük bedensel sağlık ile ilişkili bulunmuştur (19).

Slovenya'da yapılan bir çalışmada ise bir yıl içinde 8 ve üzerindeki başvurular sık başvuru olarak kabul edilmiştir (20). Yapılan başka bir çalışmada sık başvurunun tanımı yılda 12 ve üzeri başvuru olarak yapılmış ve ileri yaşta olmanın sık başvurma riskini arttığı bulunmuştur (21). Birleşik Krallık'ta yapılan başka bir çalışmada ise bir önceki ay içinde birden fazla başvurusunun olması “frequent attender” olarak tanımlanmıştır (22).

Avrupa'da yapılan çalışmaların incelendiği bir derlemede, birinci basamağa sık başvuran 65 yaş ve üzeri hastalar alınmış, çalışmalarda 12 ay içinde başvuranların en sık %10'luk kesimi (>15 başvuru/yıl), 6 ay içinde her ay 1'den fazla başvuru veya 1 yıl içinde

12'den fazla başvuru sık başvuru olarak kabul edilmiştir. Fiziksel hastalığın şiddeti sık başvuruda en önemli etken olarak bulunmuştur (23).

Yapılan başka bir sistematik derleme ise sık başvuruyu; 12 ayda içinde en az 10 başvuru veya toplam başvuranların en üst %10'luk kesimi şeklinde tanımlamıştır. Bu sık başvuruları da en çok ruh sağlığı ile ilgili problem ve kronik hastalık varlığı ile ilişkili bulmuşlardır (24).

Finlandiya'da birinci basamakta yapılan bir çalışmada da, sık başvuru kriteri olarak yılda 10 ve üzeri başvurular alınmış, sık başvuru ile en çok ilişkili faktörün ise birden fazla komorbiditeye sahip olmak bulunmuştur (25).

Ülkemizde sık başvurunun tanımı yapmış bir çalışma olmamakla birlikte Edirne'de yapılan bir çalışmada çalışmaya katılan hastaların son bir yılda aile hekimlerine başvuru sayıları 1 ile 50 arasında değişmektedir, ortalaması ise $7,22 \pm 5,32$ 'dir (26).

2.6. Pandemi Nedir?

Pandemi, bir enfeksiyon etkeninin veya bir hastalığın tüm dünya genelinde çok geniş bir alana yayılması ve etkisini göstermesi olarak tanımlanır. Sözcük anlamına baktığımızda eski Yunanca'daki tüm anlamına gelen 'pan' ve insan anlamına gelen 'demos' kelimelerinin birleşiminden oluşmaktadır. DSÖ'nün tanımlamasına göre daha önce karşılaşılmamış bir hastalığın oluşması, bu hastalığın bulaşıcı özellikte olması ve bulaşan hastalığın önemli sonuçlarının olması, oluşan hastalığın kolayca ve sürekli olarak diğer insanlara da bulaşması sonucu pandemi başlar (27).

Tarih boyunca birçok bulaşıcı hastalık pandemiye neden olup, ekonomiden sağlığa, sosyal yaşamdan eğitime birçok yönden sorunlara yol açmıştır. Kasım 2002 – Haziran 2003 yılları arasında Hong Kong'ta süregelen SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome - Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu) salgını,

Eylül 2012'de Suudi Arabistan'da başlayan MERS (Middle East Respiratory Syndrome- Orta Doğu Solunum Yolu Sendromu) salgını, Sahra altı Afrika'da meydana gelen Ebola virüsü salgını, 18. ila 19. yüzyıllar arasında Avrupa'da çok yaygın olan Sfiliz salgını, tüm çabalara karşın ülkemizde de özellikle Güney ve Güneydoğu Anadolu'da görülmeye devam etmekte

olan Sıtma salgını, influenza salgınlarından en şiddetlisi H1N1 virüsünün neden olduğu “İspanyol Gribi” , Veba ve Kolera salgınları, Çiçek hastalığı salgını, hala pandemi olamaya devam eden HIV/AIDS salgını ve 2019 yılında başlayan COVID-19 salgını tüm dünyayı etkileyen ve etkilemeye devam eden pandemilerdir (28).

2.6.1. COVID-19 Pandemisi

Koronavirüsler; tek zincirli, pozitif polariteli, zarflı RNA virüsleridir. Mikroskop altındaki görüntülerinde yüzeylerinde çubuksu çıkıntıları olduğu için Latince’deki taç anlamına gelen ‘corona’ kelimesinden yola çıkarak bu isim verilmiştir.

31 Aralık 2019’da Çin’in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde etiyojoloji bilinmeyen pnömoni vakaları bildirilmiştir. Wuhan’ın güneyindeki farklı hayvan türleri, canlı balık ve canlı hayvan satan pazar çalışanlarında kümelenme olduğu görülmüştür. Bu vakalarda daha önce insanlarda bulunmayan yeni bir tip koronavirüs tespit edilmiş olup, DSÖ tarafından önce 2019 yeni koronavirüs (2019-novel coronavirus, 2019-nCoV) olarak tanımlanmış, sonrasında 11 Şubat 2020’de SARS-CoV-2 olarak yenilenmiş ve virüsün neden olduğu hastalık COVID-19 olarak adlandırılmıştır (29).

Hastalık başlıca insandan insana semptomatik/aseptomatik COVID-19 pozitif kişilerden damlacık yoluyla bulaşmaktadır. Ayrıca hasta bireylerden öksürme, hapşırma vb. yollarla yayılan damlacıkların diğer kişilerin elleri ile temas etmesi sonrasında ağız, burun veya göz mukozasına teması halinde de bulaşabilmektedir. İnkübasyon süresi 2-14 gün arasında değişmektedir. Viral yayılım semptomların başlamasından 1-2 gün önce başlamakta ve ilk 7 gün içerisinde hızla düşmektedir. Bazı çalışmalarda semptomatik ve aseptomatik hastalarda viral yükün benzer olduğu görülmüş, aseptomatik kişilerin de hastalığın yayılmasında etkili olduğu bulunmuştur.

İnsanlarda koronavirüsün yol açtığı hastalık tablosu, basit soğuk algınlığından ağır solunum yolu sendromuna kadar değişiklik gösterebilmektedir (4). En yaygın belirtileri arasında ateş, öksürük, boğaz ağrısı, kas ve eklem ağrısı, halsizlik, burun akıntısı, tat ve koku kaybı görülebilmektedir. Hastalık aseptomatik geçirilebilmekle birlikte, ağır vakalarda pnömoni, ağır akut solunum yolu enfeksiyonu hatta ölüm gelişebilmektedir. Radyolojik olarak bilateral akciğer infiltrasyonu ile uyumlu bulgular mevcut olabilir. İleri yaştaki hastalar ve hipertansiyon, diyabet, kronik akciğer hastalığı kanser, kardiyovasküler hastalık, immünsüpresyon gibi eşlik eden sistemik hastalığı olan bireyler başlıca risk gruplarındandır.

Salınlara karşı m¼cadelede en etkili yol etkenin bulaşının engellenmesidir. Bunun için alınması gereken en kritik önlem, başta sağlık çalışanları olmak üzere, tüm toplumun kişisel koruyucu ekipman kullanmasıdır. Sağlam kişiler ile olası COVID-19 vakalarının bir arada bulunmasını ve bulaşı engellemek için sağlık sisteminin ilk temas noktası olan ASM'lerde DSÖ'n¼n önerdiği tarama ve triyaj kuralı getirilmiştir.

2.6.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Pandeminin Etkisi

Sağlık Bakanlığı'nın 2020 yılında yayınladığı sağlık istatistiklerine göre her 7,2 başvurudan 3'¼ (%41) birinci basamağa olmaktadır. Bu oran 2019'da %35'tir (3). Pandemi d¼neminde birinci basamağa yapılan başvuruların arttığı g¼r¼lmektedir.

Pandemi s¼recinde aile hekimleri filyasyonda da aktif rol üstlenmişlerdir. Risk altında bulunan kişiler Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği kriterler doğrultusunda izlenmiştir. Kendisine kayıtlı nüfustaki COVID-19 (+) olan hastaların izolasyonlarının sağlanması, izlenmesi, tedavilerinin d¼zenlenmesi ve idamesinde g¼revlidir. Yine kendisine kayıtlı olan içindeki pozitif vaka ile temaslı olan kişilerin de tespitinin sağlanıp, karantina altına alınmasında çaba sarfetmektedir. (30). Ayrıca hastane şartlarında tedavi altında olan kişiler için de bir izlem algoritması oluşturulup, hastane sonrası s¼rete kişilerin sağlığının s¼rekliliđinin sağlanmasına da çalışılmaktadır. Tüm bunların yanında sistematik olarak elde edilen tüm verilerin analizi, yorumlanması ve dağıtılmasında (s¼rveyans) rol alarak hastalığın yayılmasının engellenmesi basamağında da ciddi katkı sağlamaktadırlar (31).

Sağlık Bakanlığı tarafından, pandemi s¼recinde, ikinci ve üç¼nc¼ basamak hastanelerde oluşabilecek yoğunluğu azaltmak için hastalar öncelikle aile sağlığı merkezlerine y¼nlendirilmiř ve aynı zamanda ASM'ye başvurularının ne zaman ve nasıl yapılacağı da tekrar d¼zenlenmiřtir. Acil ve gerekli olmadıkça enjeksiyonların azaltılması, evlilik ve askerlik raporları dışında kalan sağlık raporlarının ertelenmesi, raporlu ilaçların reçetesiz bir şekilde eczaneden alınabilmesi alınan önlemlerden birkaçıdır. Koruyucu sağlık hizmetleri halk sağlığının devamlılığı açısından aynı şekilde devam etmiş olup; aşı, bebek-ocuk izlem, gebe izlem için başvuracak kişilere mümkün olduğunca telefonla ulaşılarak randevu verilmiş ve ASM de oluşabilecek yoğunluğun ve buna bağlı hastalık bulaşma riskinin azaltılması amaçlanmıştır. Rutin laboratuvar tetkikleri ve kanser taramaları da bu s¼rete mümkün olduğunca ertelenmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırma kesitsel analitik bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 1 Aralık 2021 – 31 Aralık 2021 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı 10 no'lu ve 11'nolu Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'nde (E-ASM) yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı 10 no'lu ve 11 no'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde bulunan 3512031, 3512034 ve 3512035 no'lu Aile Hekimliği Birimlerine 1 Mart 2019 – 29 Şubat 2020 tarihleri arasında 10 ve üzerinde başvurusu bulunan hastalar oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmaya dahil olma / dışlama kriterleri

Araştırmaya 18 yaş ve üzerindeki kişiler dahil edilmiştir. Bürokratik/yönetsel başvurular (ehliyet, evlilik, askerlik vb), enjeksiyon, pansuman vb. için gelenler, gebeler ve herhangi bir iletişim problemi olanlar hariç bırakılmıştır.

3.5. Araştırmanın Önemi

Birinci basamağa tekrarlayan başvurular gerek iş yükü gerekse zaman ve maliyet açısından büyük yer kaplamaktadır. Bu konuda ülkemizde birinci basamakta yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Araştırmamızın COVID-19 pandemisi dönemine denk gelmesi nedeniyle birinci basamağı sık kullanan hastaların başvuru sıklıklarının pandemiden etkilenip etkilenmediğini araştırmak amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

3.6. Araştırmanın Hipotezi

H0: COVID-19 pandemisi, eğitim aile sağlığı merkezlerini sık kullanan hastaların başvuru sıklıklarını etkilememiştir.

H1: COVID-19 pandemisi, eğitim aile sağlığı merkezlerini sık kullanan hastaların başvuru sıklıklarını etkilemiştir.

3.7. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada hastaların ASM'ye başvuru sayıları ve hasta veri formu (Ek-1) kullanılmıştır. Başvuru sayılarına Neurogoogle Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) üzerinden erişilmiştir. Hasta veri formu, hastaların sosyo-demografik özelliklerini, tıbbi özgeçmişlerini ve COVID-19 pandemisi ile ilgili düşüncelerini ölçen sözel analog skalayı içermektedir. Bu form ASM ortamında yüz yüze veya telefonla uygulanmıştır.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

3.8.1 Bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, çalışma durumu, beden kitle indeksi, sigara kullanımı, alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, COVID öyküsü (kendisinde hastalık, yakınında hastalık veya ölüm), pandemi ile ilgili düşünceleri (sözel analog skala 1 - 10)

3.8.2. Bağımlı değişken: 01 Mart 2020 – 28 Şubat 2021 tarihleri arasında E-ASM'lere başvuru sayısı

3.9. İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen bulgular, istatistiksel analizler için IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 26 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma; kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları verilmiştir. Hipotez testlerinde kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, sayısal değişkenlerin iki kategorik grup arası karşılaştırılmasında t testi kullanılmıştır.

Tüm karşılaştırmalarda $p < 0,05$ istatistiksel anlamlılık sınır değeri olarak kabul edilmiştir.

3.10. Gerekli İzinler

Çalışma için Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan 14/07/2021 tarih ve 6524-goak karar no ile onay alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı Aile Hekimliği Anabilim Dalı başkanından izin alınmıştır (Ek-2). 23 Ekim 2021 tarihinde Sağlık Bakanlığına bağlı Bilimsel Araştırma Platformu'ndan onay alınmıştır (Ek-3). Daha sonra araştırmayı kabul eden kişilerden sözlü izin alınarak araştırma yürütülmüştür.

4. BULGULAR

Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı 10 no'lu ve 11'nolu Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde bulunan 3512031, 3512034 ve 3512035 no'lu Aile Hekimliği Birimlerine 1 Mart 2019 – 29 Şubat 2020 tarihleri arasında yapılar başvurular incelendiğinde 10 ve üzerinde başvuran toplam 482 kişi bulunmaktadır. 102 kişi dahil olma kriterlerini karşılamadığı için çalışmaya dahil edilmemiştir. 81 kişiye ulaşılamamıştır. 7 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. 2 kişi de aile hekimliği değişikliği yapması nedeniyle pandemiden sonraki başvuru sayılarına ulaşamadığı için dahil edilmemiştir. Bunların sonucunda analiz toplam 290 kişi ile yapılmıştır. Bunların %54,5'ü (158 kişi) 10 No'lu E-ASM'ye, %45,5'ü (132 kişi) ise 11 No'lu E-ASM'ye kayıtlıdır.

Katılımcıların demografik verileri Tablo 1'de gösterilmiştir. Katılımcıların %74,8'i (n=217) kadın, %25,2'si (n=73) erkektir, yaş ortalaması $50,3 \pm 11,6$ 'dır, %84,8'si (n=246) evli, %15,2'si (44) evli değildir. %54,5'i (n=158) aylık geliriyle geçinebiliyorken, %45,5'i (n=132) aylık geliriyle geçinememektedir. %89,7'si (n=260) eş ve/veya çocuklarıyla birlikte yaşıyorken, %5,9'u (n=17) anne, baba ve/veya akrabasıyla birlikte yaşamaktadır. %4,5'i de (n=13) yalnız yaşamaktadır. Katılımcıların %63,1'ünün (n=183) eğitim düzeyi ortaöğretim ve altı, %36,9'sinin (n=107) lise ve üzeridir. %25,5'i (n=74) bir işte çalışmakta iken %74,5'i (n=216) herhangi bir işte çalışmamaktadır.

Tablo 1: Katılımcıların demografik özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	217	74,8
	Erkek	73	25,2
Yaş		50,3 ± 11,6	
Medeni Durum	Evli	246	84,8
	Evli değil	44	15,2
Gelir Düzeyi	Geçinebilen	158	54,5
	Geçinemeyen	132	45,5
Kiminle Birlikte Yaşıyor	Eş ve/veya çocuklar	260	89,7
	Anne, baba ve/veya akraba	17	5,9
	Yalnız	13	4,5
Eğitim Düzeyi	Ortaöğretim ve altı	183	63,1
	Lise ve üzeri	107	36,9
Çalışma Durumu	Çalışıyor	74	25,5
	Çalışmıyor	216	74,5

Katılımcıların tıbbi özgeçmişleri Tablo 2’de verilmiştir. %35,2’si (n=102) sigara içmekte iken %64,8’i (n=188) sigara içmemektedir. %10,3’ü (n=30) alkol kullanırken, %89,7’si (n=260) alkol kullanmamaktadır. 290 kişiden 209’unun (%72,1) düzenli olarak tedavi gördüğü/görmesi gereken kronik bir hastalığı mevcuttur. 81 kişinin (%27,9) herhangi kronik bir hastalığı yoktur. %73,8’i (n=214) herhangi bir nedenle düzenli olarak ilaç kullanmakta iken %26,2’si (n=76) düzenli ilaç kullanmamaktadır. Katılımcıların %30’u (n=87) antidepresan ilaç kullanmakta iken %70’i (n=203) antidepresan ilaç kullanmamaktadır. Antidepresan ilaç kullanan 87 kişiden 41’i kullanmaya pandemi döneminde başlamıştır.

Tablo 2: Katılımcıların tıbbi özgeçmişleri

		N	%
Sigara Kullanımı	İçiyor	102	35,2
	İçmiyor	188	64,8
Alkol Kullanımı	İçiyor	30	10,3
	İçmiyor	260	89,7
Kronik Hastalık	Evet	209	72,1
	Hayır	81	27,9
Düzenli İlaç Kullanımı	Evet	214	73,8
	Hayır	76	26,2
Antidepresan Kullanımı	Evet	87	30,0
	Hayır	203	70,0
Pandemide Antidepresan Kullanmaya Başlama	Evet	41	14,1
	Hayır	249	85,9

Katılımcıların COVID-19 özgeçmişleri Tablo 3'te verilmiştir. Katılımcıların %48,6'sı (n=141) daha öncesinde COVID-19 geçirmişken, %51,4'ü (n=149) geçirmemiştir. %85,5'inin (n=248) tanıdığı biri COVID-19 geçirmişken, %14,5'inin (n=42) tanıdığı herhangi biri COVID-19 geçirmemiştir. %29,3'ü (n=85) tanıdığı birini COVID yüzünden kaybetmiştir, %70,7'si (n=205) tanıdığı herhangi birini COVID-19 yüzünden kaybetmemiştir.

Tablo 3: Katılımcıların COVID-19 özgeçmişleri

		N	%
COVID geçirdiniz mi?	Evet	141	48,6
	Hayır	149	51,4
Tanıdığımız biri COVID geçirdi mi?	Evet	248	85,5
	Hayır	42	14,5
Tanıdığımız birini COVID yüzünden kaybettiniz mi?	Evet	85	29,3
	Hayır	205	70,7

Katılımcıların pandemiden önceki başvuru sayıları incelendiğinde (Tablo 4) ortalama başvuru sayısı $13,45 \pm 3,83$ 'tür. Pandemiden sonraki ASM'ye ortalama başvuru sayısı ise $7,74 \pm 4,88$ olup pandemiden önceki döneme göre anlamlı bir şekilde düşüş olmuştur ($p=0,000$).

Tablo 4: Pandemiden önceki ve sonraki ASM'ye başvuru sayılarının analizi

	N	Ortalama	SS	p
Pandemiden önce başvuru sayısı	290	13,45	3,83	,000
Pandemiden sonra başvuru sayısı	290	7,74	4,88	

Katılımcılar pandemiden önce ASM'ye sık başvuran hastalardan oluşmaktadır. Bunların %32,1'i ($n=93$) pandemiden sonra da sık başvurmaya devam etmiş olup başvuru sayıları yılda 10'un üzerindedir. %67,5'inin ($n=197$) başvuru sayısı yılda 10'un altına düşmüştür (Tablo 5).

Tablo 5: Katılımcıların pandemiden sonraki başvurularının özellikleri

	N	%
Sık başvuran (≥ 10/yıl)	93	32,1
Sık başvurmayan (< 10/yıl)	197	67,9

Pandemiden sonra da sık başvuran 93 kişinin demografik özelliklerini Tablo 6'da incelediğimizde %81,7'si ($n=76$) kadın, %18,3'ü ($n=17$) erkeklerden oluşmaktadır. Yaş ortalamaları $50,4 \pm 11,5$ 'tir. %81,7'si ($n=76$) evli, %18,3'ü ($n=17$) ise evli değildir. Ekonomik olarak %50,5'i ($n=47$) geçinebilirken, %49,5'i ($n=46$) geçinememektedir. %86'sı ($n=80$) eş ve/veya çocukları ile birlikte, %7,5 ($n=7$) anne, baba ve/veya akrabaları ile birlikte yaşarken, %6,5'i ($n=6$) yalnız yaşamaktadır. Katılımcıların %75,3'ü ($n=70$) ortaöğretim ve altında

eğitim almıştır, %24,7'si (n=23) ise lise ve üzerinde eğitim almıştır. %21,5'i (n=20) bir işte çalışıyor iken %78,5'i (n=73) herhangi bir işte alışmışordur.

Tablo 6: Pandemiden sonra sık başvurmaya devam eden katılımcıların demografik zellikleri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	76	81,7
	Erkek	17	18,3
Yaş		50,4±11,5	
Medeni Durum	Evli	76	81,7
	Evli değil	17	18,3
Gelir Düzeyi	Geçinebilen	47	50,5
	Geçinemeyen	46	49,5
Kiminle Birlikte Yaşıyor	Eş ve/veya ocuklar	80	86,0
	Anne, baba ve/veya akraba	7	7,5
	Yalnız	6	6,5
Eğitim Düzeyi	Ortaöğretim ve altı	70	75,3
	Lise ve üzeri	23	24,7
Çalışma Durumu	alışıyor	20	21,5
	alışmışyor	73	78,5

Pandemiden sonra sık başvurmaya devam eden katılımcıların %33,3' (n=31) sigara içmekte iken %66,7'si (n=62) sigara içmemektedir. Sadece 1 kişi %(1,1) alkol kullanırken geriye kalan 92 kişi alkol kullanmamaktadır. Katılımcıların %78,5'inin (n=73) düzenli tedavi gördüğü veya görmesi gereken kronik hastalığı mevcuttur, %21,5'inin (n=20) ise herhangi kronik bir hastalığı yoktur. %76,3' (n=71) düzenli ilaç kullanmaktadır, %23,7'sinin (n=22) ise düzenli ilaç kullanımı yoktur. Pandemiden sonra da sık başvuran bu katılımcıların %24,7'si (n=23) antidepresan ilaç kullanmakta iken %75,3' (n=70) kullanmamaktadır. Antidepresan ilaç kullanan bu 23 kişinin 12'si kullanmaya pandemi döneminde başlamıştır. (Tablo 7)

Tablo 7: Pandemiden sonra sık başvurmaya devam eden katılımcıların tıbbi özgeçmişleri

		N	%
Sigara Kullanımı	İçiyor	31	33,3
	İçmiyor	62	66,7
Alkol Kullanımı	İçiyor	1	1,1
	İçmiyor	92	98,9
Kronik Hastalık	Evet	73	78,5
	Hayır	20	21,5
Düzenli İlaç Kullanımı	Evet	71	76,3
	Hayır	22	23,7
Antidepresan Kullanımı	Evet	23	24,7
	Hayır	70	75,3
Pandemide Antidepresan Kullanmaya Başlama	Evet	12	12,9
	Hayır	81	87,1

Pandeminin ilk yılında sık başvurmaya devam eden katılımcıların COVID-19 durumlarına bakıldığında; %54,8'si (n=51) COVID-19 geçirmiş, %45,2'si (n=42) geçirmemiştir. %87,1'nin (n=81) tanıdığı biri COVID-19 geçirmiş olup, %12,9'unun (n=12) geçirmemiştir. %24,7'si (n=23) tanıdığı birini COVID-19 nedeniyle kaybetmiştir, %75,3'ü ise kaybetmemiştir. (Tablo 8)

Tablo 8: Pandemiden sonra sık başvurmaya devam eden katılımcıların COVID-19 özgeçmişleri

		N	%
COVID geçirdiniz mi?	Evet	51	54,8
	Hayır	42	45,2
Tanıdığımız biri COVID geçirdi mi?	Evet	81	87,1
	Hayır	12	12,9
Tanıdığımız birini COVID yüzünden kaybettiniz mi?	Evet	23	24,7
	Hayır	70	75,3

Bağımsız değişkenler ile pandemiden önceki ve sonraki başvuru sayıları arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 9) kadınların pandemiden önceki ortalama başvuru sayısı $13,51 \pm 4,08$ 'dir. Erkeklerin ise $13,27 \pm 3,01$ 'dir ve cinsiyetler arasında pandemiden önce başvuru sayıları açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,642$). Pandemiden sonraki ortalama başvuru sayıları ise kadınların $7,94 \pm 5,01$, erkeklerin de $7,71 \pm 4,47$ 'dir ve yine iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,250$). Medeni durum açısından incelendiğinde, pandemiden önce ortalama başvuru sayısı evli olanlarda $13,39 \pm 3,72$ iken evli olmayanlarda $13,77 \pm 4,47$ 'dir. Pandemiden sonra ortalama başvuru sayısı ise evli olanların $7,55 \pm 4,83$ iken, evli olmayanların $8,84 \pm 5,08$ 'dir. Evli olanlar ve olmayanlar arasında hem pandemiden önce, hem de pandemiden sonra başvuru sayıları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,552$, $p=0,108$). Ekonomik duruma bakıldığında, ekonomik olarak geçinebilenlerin pandemiden önce ortalama başvuru sayısı $13,36 \pm 3,63$; geçinemeyenlerin $13,56 \pm 4,08$ 'dir. Ekonomik olarak geçinebilenlerin pandemiden önceki ortalama başvuru sayılarında, geçinemeyenlere göre anlamlı bir fark yoktur ($p=0,648$) Pandemiden sonraki ortalama başvuru sayıları ile geçinebilenlerde $7,38 \pm 4,89$; geçinemeyenlerde $8,18 \pm 4,86$ 'dir. Pandemiden sonraki başvuru sayılarında da ekonomik durum ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,168$). Eğitim durumları açısından incelendiğinde ortaöğretim ve altında eğitim alanların pandemiden önce ortalama başvuru sayısı $13,78 \pm 4,20$ iken lise ve üzeri eğitim alanların ortalama başvuru sayısı $12,88 \pm 3,05$ 'tir. Pandemiden sonraki ortalama başvuru sayıları ise ortaöğretim ve altında eğitim alanların $8,61 \pm 5,22$; lise ve üzeri eğitim alanların $6,27 \pm 3,85$ 'tir. Pandemiden önce ortalama başvuru sayıları ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p=0,054$), ortaöğretim ve altında eğitim alanların pandemiden sonra lise ve üzeri eğitim alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı daha fazla başvuru yaptıkları görülmüştür ($p=0,000$). Çalışma durumuna bakıldığında, bir işte çalışanların pandemiden önce ortalama başvuru sayısı $13,28 \pm 3,45$ iken herhangi bir işte çalışmayanların ise $13,51 \pm 3,96$ 'dir. Çalışma durumu ile pandemiden önceki başvuru sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,657$). Pandemiden sonra ortalama başvuru sayıları ise çalışanlarda $7,10 \pm 4,15$ iken çalışmayanlarda $7,96 \pm 5,10$ 'dur. Pandemiden sonraki başvuru sayısı ile çalışma durumu arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,192$). Sigara içenlerde pandemiden önceki ortalama başvuru sayısı $12,87 \pm 3,24$ iken içmeyenlerde $13,77 \pm 4,09$ 'dur. Sigara kullanımı ile pandemiden önce başvuru sayıları açısından anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,057$). Pandemiden sonra ortalama

başvuru sayıları ise sigara içenlerde $7,07 \pm 4,77$; içmeyenlerde $8,11 \pm 4,92$ 'dir. Sigara içen ve içmeyenler arasında pandemiden sonra başvuru sayısı açısından da anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,86$). Alkol kullanımına bakıldığında, alkol kullananların pandemiden önceki ortalama başvuru sayısı $12,53 \pm 2,45$; kullanmayanların ise $13,56 \pm 3,95$ 'tir. Pandemiden sonraki ortalama başvuru sayıları ise alkol kullananlarda $4,83 \pm 2,53$ olurken, kullanmayanlarda $8,08 \pm 4,98$ 'dir. Alkol kullananlar ile kullanmayanlar arasında pandemiden önce başvuru sayıları açısından anlamlı bir fark bulunmazken ($p=0,165$), alkol kullananlar pandemiden sonra alkol kullanmayanlara göre anlamlı olarak daha az başvuru gerçekleştirmişlerdir ($p=0,001$). Düzenli olarak tedavi gördüğü veya görmesi gereken kronik hastalığı olanların pandemiden önceki ortalama başvuru sayısı $13,80 \pm 3,97$, kronik hastalığı olmayanların $12,54 \pm 3,32$ 'dir. Kronik hastalığı olanlar pandemiden önce istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde kronik hastalığı olmayanlara göre daha sık başvurmuşlardır ($p=0,012$). Pandemiden sonraki ortalama başvuru sayıları ise kronik hastalığı olanlarda $8,20 \pm 5,06$ iken kronik hastalığı olmayanlarda $6,58 \pm 4,19$ 'dur. Pandemiden öncesiyle benzer şekilde kronik hastalığı olanlar kronik hastalığı olmayanlara göre daha sık başvurmuşlardır ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,011$). Düzenli ilaç kullananların pandemi öncesi ortalama başvuru sayısı $13,68 \pm 3,90$ 'dır, kullanmayanların ise $12,80 \pm 12,80 \pm 3,60$ 'tır. Düzenli ilaç kullananlar ile kullanmayanlar arasında pandemiden önceki başvuru sayıları açısından anlamlı bir fark yoktur ($p=0,085$). Pandemiden sonraki ortalama başvuru sayıları ise düzenli ilaç kullananlarda $7,98 \pm 4,84$; ilaç kullanmayanlarda $7,09 \pm 4,99$ 'dur. Yine pandemiden öncesiyle benzer şekilde pandemiden sonraki başvuru sayısı ile düzenli ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p=0,174$). Antidepresan ilaç kullanımına bakıldığında, kullananların pandemiden önceki ortalama başvuru sayısı $13,28 \pm 3,64$; kullanmayanların ise $13,52 \pm 3,92$ 'dir. Pandemiden sonraki başvuru sayıları ise antidepresan ilaç kullananların $6,81 \pm 4,21$ iken antidepresan ilaç kullanmayanların $8,14 \pm 5,10$ 'dur. Antidepresan ilaç kullananlar ile kullanmayanlar arasında pandemiden önceki başvuru sayıları açısından anlamlı bir fark bulunmazken ($p=0,627$), antidepresan ilaç kullananlar, kullanmayanlara göre pandemiden sonra istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha az başvurmuşlardır ($p=0,033$). Pandemi döneminde antidepresan ilaç kullanmaya başlayan katılımcıların pandemiden önceki ortalama başvuru sayısı $13,09 \pm 3,41$; pandemiden sonraki ortalama başvuru sayısı $6,51 \pm 4,03$ 'tür. Pandemi döneminde antidepresan kullanmayanların ise pandemiden önceki ortalama başvuru sayısı $13,51 \pm 3,90$ iken pandemiden sonraki ortalama başvuru sayısı

7,95±4,99'dur. Pandemide antidepresan ilaç kullanmaya başlayanlar ile başlamayanlar arasında hem pandemiden önce hem de pandemiden sonra başvuru sayıları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,521; p=0,081).

Tablo 9: Bağımsız değişkenler ile pandemiden önce ve sonra başvuru sayıları arasındaki ilişki

	Pandemiden önce				Pandemiden sonra			
	N	Ort.	SS	p	N	Ort	SS	p
Kadın	217	13,51	4,08	,642	217	7,94	5,01	,250
Erkek	73	13,27	3,01		73	7,17	4,47	
Evli	246	13,39	3,72	,552	246	7,55	4,83	,108
Evli değil	44	13,77	4,47		44	8,84	5,08	
Ekonomik olarak geçinemeyen	132	13,56	4,08	,648	132	8,18	4,86	,168
Ekonomik olarak geçinebilen	158	13,36	3,63		158	7,38	4,89	
Ortaöğretim ve altı	183	13,78	4,20	,054	183	8,61	5,22	,000
Lise ve üzeri	107	12,88	3,05		107	6,27	3,85	
Çalışıyor	74	13,28	3,45	,657	74	7,10	4,15	,192
Çalışmıyor	216	13,51	3,96		216	7,96	5,10	
Sigara içmiyor	188	13,77	4,09	,057	188	8,11	4,92	,086
Sigara içiyor	102	12,87	3,24		102	7,07	4,77	
Alkol kullanmıyor	260	13,56	3,95	,165	260	8,08	4,98	,001
Alkol kullanıyor	30	12,53	2,45		30	4,83	2,53	
Kronik hastalığı var	209	13,80	3,97	,012	209	8,20	5,06	,011
Kronik hastalığı yok	81	12,54	3,32		81	6,58	4,19	
İlaç kullanıyor	214	13,68	3,90	,085	214	7,98	4,84	,174
İlaç kullanmıyor	76	12,80	3,60		76	7,09	4,99	
Antidepresan ilaç kullanıyor	87	13,28	3,64	,627	87	6,81	4,21	,033
Antidepresan ilaç kullanmıyor	203	13,52	3,92		203	8,14	5,10	

Pandemide antidepresan ilaç kullanmaya başlayan	41	13,09	3,41		41	6,51	4,03
Pandemide antidepresan ilaç kullanmaya başlamayan	249	13,51	3,90		249	7,95	4,99
				,521			,081

Yaş ile pandemiden önce ve sonraki başvuru sayıları arasındaki ilişkiye bakıldığında, yaş ile pandemiden önceki başvuru sayıları arasında 0,121'lik bir pozitif korelasyon bulunurken, pandemiden önceki başvuru sayısı ile herhangi bir korelasyon saptanmamıştır (Tablo 10).

Tablo 10: Yaş ile pandemiden önce ve sonra başvuru sayılarının korelasyon analizi

	p	Pearson
Pandemiden önce başvuru sayısı	,039	,121*
Pandemiden sonra başvuru sayısı	,212	,073

*: Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Katılımcıların COVID-19 özgeçmişleri ile pandemiden sonraki başvuru sayısı incelendiğinde (Tablo 11) COVID-19 geçirmiş olanların pandemiden sonraki ortalama başvuru sayısı $8,28 \pm 5,17$; geçirmemiş olanların $7,24 \pm 4,56$ 'dır. COVID-19 geçirmiş olanlar ile geçirmemiş olanlar arasında pandemiden sonraki başvuru sayıları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,070$). Tanıdığı biri COVID-19 geçirmiş olanların ise pandemiden sonraki ortalama başvuru sayısı $7,89 \pm 4,81$ iken tanıdığı biri COVID-19 geçirmemiş olan katılımcıların ise $6,85 \pm 5,27$ 'dir ve iki grup arasında pandemiden sonra başvuru sayısı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,202$). Tanıdığı birini COVID-19 yüzünden kaybedenlerin pandemiden sonraki ortalama başvuru sayısı $7,35 \pm 4,33$; kaybetmemiş olanların ortalama başvuru sayısı ise $7,91 \pm 5,10$ olup iki gruptaki katılımcılar arasında pandemiden sonraki başvuru sayısı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,376$).

Tablo 11: Katılımcıların COVID-19 özgeçmişleri ile pandemiden sonra başvuru sayıları arasındaki ilişki

	Pandemiden sonra ASM'ye başvuru sayısı			
	N	Ortalama	SS	p
COVID-19 geçirmiş	141	8,28	5,17	,070
COVID-19 geçirmemiş	149	7,24	4,56	
Tanıdığı biri COVID-19 geçirmiş	248	7,89	4,81	,202
Tanıdığı biri COVID-19 geçirmemiş	42	6,85	5,27	
Tanıdığı birini COVID-19 yüzünden kaybetmiş	85	7,35	4,33	,376
Tanıdığı birini COVID-19 yüzünden kaybetmemiş	205	7,91	5,10	

Pandeminin olumsuz etkilerinin, pandemiden sonraki başvuru sayısı üzerindeki etkileri incelendiğinde (Tablo 12) pandemi döneminde sosyal hayatı az etkilenen kişilerin ortalama başvuru sayısı $6,28 \pm 4,13$ iken sosyal hayatı çok etkilenenlerin ortalama başvuru sayısı $8,02 \pm 4,97$ 'dir. Pandemi döneminde sosyal hayatı çok etkilenenler istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla başvurmuşlardır ($p=0,026$). Ekonomik etkiye bakıldığında, ekonomik hayatı az etkilenenlerin pandemiden sonra ortalama başvuru sayısı $7,02 \pm 4,22$; ekonomik hayatı çok etkilenenlerin ise $7,87 \pm 4,99$ 'dur. İki gruptaki katılımcılar arasında pandemiden sonraki başvuru sayılarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,286$). Aile hayatı az etkilenenlerin pandemiden sonraki ortalama başvuru sayısı $6,91 \pm 4,41$ iken çok etkilenenlerin $8,64 \pm 5,22$ 'dir. Aile hayatı çok etkilenenler, az etkilenenlere kıyasla pandemiden sonra ASM'ye daha çok başvurmuştur ($p=0,002$). Ruhsal yönden etkilenim ile başvuru sayısı arasındaki ilişki incelendiğinde, ruhsal yönden az etkilenenlerin pandemiden sonraki ortalama başvuru sayısı $8,12 \pm 4,93$; çok etkilenenlerin ise $7,55 \pm 4,86$ 'dir. İki grup arasında pandemiden sonra ASM'ye başvuru sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,351$). Pandeminin kişiler üzerinde yarattığı korku ve endişe ile başvuru sayıları arasındaki ilişkiye bakıldığında, korku ve endişe az duyanların pandemiden sonraki ortalama başvuru sayısı $7,33 \pm 4,50$; çok duyanların $7,84 \pm 4,97$ 'dir. Duyulan korku ve endişe düzeyi ile pandemiden sonra ASM'ye başvuru sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p=0,490$). Pandemi döneminde sağlık hizmetlerine ulaşımını az

etkilenen katılımcıların ortalama başvuru sayısı $8,37\pm 4,91$ iken sağlık hizmetlerine ulaşımını çok etkilenenlerin $7,36\pm 4,84$ 'tür. Bu dönemde sağlık hizmetlerine ulaşımını az veya çok etkilenenler arasında da ASM'ye başvuru sıklığı açısından anlamlı bir fark yoktur ($p=0,089$).

Tablo 12: Pandeminin olumsuz etkileri ile pandemiden sonraki başvuru sayıları arasındaki ilişki

	Pandemiden sonra ASM'ye başvuru sayısı			
	N	Ortalama	SS	p
Sosyal hayatı az etkilenen	46	6,28	4,13	,026
Sosyal hayatı çok etkilenen	244	8,02	4,97	
Ekonomik hayatı az etkilenen	44	7,02	4,22	,286
Ekonomik hayatı çok etkilenen	246	7,87	4,99	
Aile hayatı az etkilenen	150	6,91	4,41	,002
Aile hayatı çok etkilenen	140	8,64	5,22	
Ruhsal yönden az etkilenen	99	8,12	4,93	,351
Ruhsal yönden çok etkilenen	191	7,55	4,86	
Korku ve endişe az duyan	54	7,33	4,50	,490
Korku ve endişe çok duyan	236	7,84	4,97	
Sağlık hizmetlerine ulaşımını az etkilenen	110	8,37	4,91	,089
Sağlık hizmetlerine ulaşımını çok etkilenen	180	7,36	4,84	

Bağımsız değişkenler, pandemiden önce ve sonra başvuru sayıları açısından değerlendirildiğinde bütün değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde başvuru sayısı düştüğü görülmüştür ($p=0,000$). (Tablo 13).

Tablo 13: Bağımsız değişkenlerin pandemiden önce ve sonra başvuru sayılarının karşılaştırılması

		N	Ort	SS	p
Kadın	Pandemiden önce	217	13,51	4,08	,000
	Pandemiden sonra	217	7,94	5,01	
Erkek	Pandemiden önce	73	13,27	3,01	,000
	Pandemiden sonra	73	7,17	4,47	
Evli	Pandemiden önce	246	13,39	3,72	,000
	Pandemiden sonra	246	7,55	4,83	
Evli değil	Pandemiden önce	44	13,77	4,47	,000
	Pandemiden sonra	44	8,84	5,08	
Geçinebilen	Pandemiden önce	158	13,36	3,63	,000
	Pandemiden sonra	158	7,38	4,89	
Geçinemeyen	Pandemiden önce	132	13,56	4,08	,000
	Pandemiden sonra	132	8,18	4,86	
Ortaöğretim ve altı	Pandemiden önce	183	13,78	4,20	,000
	Pandemiden sonra	183	8,61	5,22	
Lise ve üzeri	Pandemiden önce	107	12,88	3,05	,000
	Pandemiden sonra	107	6,27	3,85	
Çalışıyor	Pandemiden önce	74	13,28	3,45	,000
	Pandemiden sonra	74	7,10	4,15	
Çalışmıyor	Pandemiden önce	216	13,51	3,96	,000
	Pandemiden sonra	216	7,96	5,10	
Sigara içiyor	Pandemiden önce	102	12,87	3,24	,000
	Pandemiden sonra	102	7,07	4,77	
Sigara içmiyor	Pandemiden önce	188	13,77	4,09	,000
	Pandemiden sonra	188	8,11	4,92	
Alkol kullanıyor	Pandemiden önce	30	12,53	2,45	,000
	Pandemiden sonra	30	4,83	2,53	
Alkol kullanmıyor	Pandemiden önce	260	13,56	3,95	,000
	Pandemiden sonra	260	8,08	4,98	

Kronik hastalığı var	Pandemiden önce	209	13,80	3,97	,000
	Pandemiden sonra	209	8,20	5,06	
Kronik hastalığı yok	Pandemiden önce	81	12,54	3,32	,000
	Pandemiden sonra	81	6,58	4,19	
Düzenli ilaç kullanıyor	Pandemiden önce	214	13,68	3,90	,000
	Pandemiden sonra	214	7,98	4,84	
Düzenli ilaç kullanmıyor	Pandemiden önce	76	12,80	3,60	,000
	Pandemiden sonra	76	7,09	4,99	
Depresyon ilacı kullanıyor	Pandemiden önce	87	13,28	3,64	,000
	Pandemiden sonra	87	6,81	4,21	
Depresyon ilacı kullanmıyor	Pandemiden önce	203	13,52	3,92	,000
	Pandemiden sonra	203	8,14	5,10	
Pandemide döneminde depresyon ilacı kullanmaya başlayan	Pandemiden önce	41	13,09	3,41	,000
	Pandemiden sonra	41	6,51	4,03	
Pandemide döneminde depresyon ilacı kullanmaya başlamayan	Pandemiden önce	249	13,51	3,90	,000
	Pandemiden sonra	249	7,95	4,99	
Sosyal hayatı az etkilenen	Pandemiden önce	46	12,95	3,56	,000
	Pandemiden sonra	46	6,28	4,13	
Sosyal hayatı çok etkilenen	Pandemiden önce	244	13,54	3,88	,000
	Pandemiden sonra	244	8,02	4,97	
Ekonomik hayatı az etkilenen	Pandemiden önce	44	12,93	3,23	,000
	Pandemiden sonra	44	7,02	4,22	
Ekonomik hayatı çok etkilenen	Pandemiden önce	246	13,54	3,93	,000
	Pandemiden sonra	246	7,87	4,99	
Aile hayatı az etkilenen	Pandemiden önce	150	13,17	3,64	,000
	Pandemiden sonra	150	6,91	4,41	
Aile hayatı çok etkilenen	Pandemiden önce	140	13,75	4,03	,000
	Pandemiden sonra	140	8,64	5,22	
Ruhsal durumu az	Pandemiden önce	99	12,75	3,31	,000

etkilenen	Pandemiden sonra	99	8,12	4,93	
Ruhsal durumu çok etkilenen	Pandemiden önce	191	13,81	4,04	,000
	Pandemiden sonra	191	7,55	4,86	
Korku ve endişe az yaşayan	Pandemiden önce	54	13,31	4,11	,000
	Pandemiden sonra	54	7,33	4,50	
Korku ve endişe çok yaşayan	Pandemiden önce	236	13,48	3,78	,000
	Pandemiden sonra	236	7,84	4,97	
Sağlık hizmetlerine ulaşımı az etkilenen	Pandemiden önce	110	13,57	3,75	,000
	Pandemiden sonra	110	8,37	4,91	
Sağlık hizmetlerine ulaşımı çok etkilenen	Pandemiden önce	180	13,38	3,89	,000
	Pandemiden sonra	180	7,36	4,84	
10 No'lu ASM	Pandemiden önce	158	13,99	4,36	,000
	Pandemiden sonra	158	8,82	5,36	
11 No'lu ASM	Pandemiden önce	132	12,81	2,99	,000
	Pandemiden sonra	132	6,46	3,89	

Pandemiden sonra başvuru sıklıkları yılda 10'dan az ve yılda 10 ve üzerinde olarak gruplandırılarak bağımsız değişkenler ile arasındaki ilişki tablo 16'da incelendiğinde kadınların %65'i (n=141) yılda 10'dan az başvururken, %35'i (n=76) 10 ve 10'dan fazla başvurmuştur. Erkeklerin ise %76,7'si (n=56) yılda 10'dan az başvurmuş, %23,3'ü (n=17) 10 ve üzerinde başvurmuştur. Cinsiyet ile başvuru sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p=0,63). Medeni duruma bakıldığında evli olanların %69,1'i (n=170) yılda 10'dan az başvurmuş, %30,9'u (n=76) yılda 10 ve üzerinde başvurmuştur. Evli olmayanlarda ise %61,4 (n=27) yılda 10'dan az, %38,6 (n=17) 10 ve üzerinde başvurmuştur. Evli olan ve olmayanlar arasında pandemiden sonraki başvuru sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,311). Ekonomik durum ile açısından incelendiğinde ekonomik olarak geçinebilenlerin %70,3'ü (n=111) yılda 10'dan az başvururken, %29,7'si (n=47) yılda 10'dan fazla başvurmuştur. Ekonomik olarak geçinemeyen grupta ise %65,2'si (n=86) yılda 10'dan az, %34,8'i (n=46) 10'dan fazla başvurmuştur. Ekonomik durum ile pandemiden sonraki başvuru sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0,354). Eğitim düzeyi ile pandemiden sonraki başvuru sıklığı arasındaki ilişki

incelendiğinde ortaöğretim ve altında eğitim alanların %61,7'si (n=113) yılda 10'dan az başvurmuş, %38,3'ü (n=70) 10'dan fazla başvurmuştur. Lise ve üzerinde eğitim alanların ise %78,5'i (n=84) yılda 10'dan az, %21,5'i (n=23) yılda 10'dan fazla başvurmuştur. Lise ve üzerinde eğitim alan katılımcılar, ortaöğretim ve altında eğitim alanlara göre daha az sıklıkla başvurmuşlardır ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,003). Çalışma durumuna bakıldığında, herhangi bir işte çalışanların %73'ü (n=54) pandemiden sonra yılda 10'dan az başvurmuş, %27'si (n=20) 10'dan fazla başvurmuştur. Bir işte çalışmayanların ise %66,2'si (n=143) yılda 10'dan az, %33,8'i (n=73) yılda 10'dan fazla başvurmuştur. Bir işte çalışıyor olmak ise başvuru sıklığı arasında -ki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,282). Sigara kullanım durumuna bakıldığında, sigara içenlerin %69,6'sının (n=71) pandemiden sonra başvuru sayısı yılda 10'un altına düşerken, %30,4'ü (n=31) yılda 10'un üzerinde başvurmaya devam etmiştir. Sigara kullanmayanlarda ise %67'si (n=126) yılda 10'dan az başvurmuş, %33'ü (n=62) 10'dan fazla başvurmuştur. İki gruptaki katılımcılar arasında pandemiden sonraki başvuru sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,652). Alkol kullanımı açısından incelendiğinde, alkol kullananların %96,7'si (n=29) yılda 10'dan az başvurmuş, %3,3'ü (n=1) yılda 10 ve üzerinde başvurmaya devam etmiştir. Alkol kullanmayanlarda ise %65,6'sı (n=168) yılda 10'dan az başvururken, %35,4'ü (n=92) yılda 10 ve üzerinde başvurmuştur. Alkol kullanmayanların, alkol kullananlara göre başvuru sıklığında daha fazla düşüş olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Düzenli olarak tedavi gören veya görmesi gereken kronik bir hastalığı olan katılımcıların %65,1'inin (n=139) başvuru sıklığı yılda 10'un altına düşmüş, %34,9'u (n=73) yılda 10 ve üzerinde başvurmaya devam etmiştir. Kronik hastalığı olmayanlarda ise %75,3'ü (n=61) yılda 10'dan az, %24,7'si (n=20) yılda 10 ve üzerinde başvurmuştur. Kronik hastalık mevcudiyeti ile başvuru sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,094). Düzenli ilaç kullanımına bakıldığında, kullananların %66,8'inin (n=143) başvuru sıklığı yılda 10'dan az iken, %33,2'sinin (n=71) 10'dan fazladır. Düzenli ilaç kullanmayanların ise %71,1'inin (n=54) pandemiden sonra başvuru sıklığı yılda 10'un altında düşmüş, %24,7'si (n=20) yılda 10'un üzerinde başvurmaya devam etmiştir. Düzenli ilaç kullanımı ile başvuru sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p=0,497). Antidepresan ilaç kullanımı açısından incelendiğinde, kullananların %73,6'sı (n=64) pandemiden sonra yılda 10'dan az başvurmuş, %26,4'ü (n=23) yılda 10'dan fazla başvurmuştur. Antidepresan ilaç kullanmayanların ise %65,5'i (n=133)

yılda 10'dan az, %34,5'i (n=70) yılda 10'dan fazla başvurmuştur. Pandemi sonrası başvuru sıklıkları ile antidepresan ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,179). Antidepresan ilaç kullanmaya pandemi döneminde başlayanların %70,7'sinin (n=29) başvuru sıklığı pandemi sonrası 10'un altına düşmüş, %29,3'ü (n=12) 10'dan fazla başvurmaya devam etmiştir. Pandemi döneminde antidepresan kullanmayanların ise %67,5'i (n=168) yılda 10'dan az başvurmuş, %32,5'i (n=81) yılda 10'dan fazla başvurmuştur. Bu iki grup arasında başvuru sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,678). COVID-19 geçirme durumuna bakıldığında, COVID-19 geçirenlerin %63,8'i (n=90) pandemi sonrası yılda 10'dan az başvurmuş, %36,2'si (n=51) pandemi sonrası da yılda 10'dan fazla başvurmaya devam etmiştir. COVID-19 geçirmeyenlerin ise %71,8'i (n=107) pandemi sonrası yılda 10'dan az başvurmuş, %28,2'si (n=42) 10'dan fazla başvurmaya devam etmiştir. COVID-19 geçirmeyen katılımcıların başvuru sıklığı, geçirenlere göre daha fazla azalmış olsa da bu istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,145). Tanıdığı biri COVID-19 geçirenlerin ise %67,3'ü (n=167) pandemi sonrası yılda 10'dan az başvururken, %32,7'si (n=81) 10'dan fazla başvurmuştur. Tanıdığı biri COVID-19 geçirmeyenlerin ise %71,4'ü (n=30) yılda 10'dan az, %28,6'sı (n=12) 10'dan fazla başvurmuştur. Bu iki grup arasında başvuru sıklıkları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,599). Tanıdığı birini COVID-19 yüzünden kaybetmiş olanlarda ise %72,9'u (n=62) yılda 10'dan az başvurmuş, %27,1'i (n=23) 10'dan fazla başvurmaya devam etmiştir. Tanıdığı birini kaybetmeyenlerde ise %65,9'unun (n=135) başvuru sıklığı pandemi sonrası yılda 10'nun altına düşmüş, %34,1'i (n=70) yılda 10'dan fazla başvurmaya devam etmiştir. Tanıdığı birini COVID-19 yüzünden kaybedenler ile kaybetmeyenler arasında, başvuru sıklığı açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,239). Pandemi sonrası sosyal hayata etkisi açısından incelendiğinde, sosyal olarak az etkilenenlerin %78,3'ünün (n=36) başvuru sıklığı pandemi sonrası yılda 10'un altına düşmüş, %21,7'si (n=10) yılda 10'dan fazla başvurmaya devam etmiştir. Sosyal olarak çok etkilenenlerin ise %66'sı yılda 10'dan az başvurmuş, %34'ü (n=83) yılda 10'dan fazla başvurmuştur. Pandemi sonrası başvuru sıklığı ile sosyal açıdan etkilenme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,102). Pandemi sonrası katılımcılar üzerindeki ekonomik etkisine bakıldığında, ekonomik olarak az etkilenenlerin %65,9'u (n=29) pandemi sonrası yılda 10'dan az başvurmuş, %34,1'i (n=15) 10'dan fazla başvurmaya devam etmiştir. Ekonomik açıdan çok etkilenenlerin ise %68,3'ünün (n=168)

başvuru sıklığı yılda 10'un altına düşmüş, %31,7'si (n=78) yılda 10'dan fazla başvuruya devam etmiştir. Ekonomik olarak etkilenme düzeyi ile pandemiden sonra başvuru sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,755). Pandeminin aile hayatı üzerindeki etki düzeyi açısından incelendiğinde, aile hayatı az etkilenenlerin %76'sı (=114) yılda 10'dan az başvurmuş, %24'ü (n=36) yılda 10'dan fazla başvuruya devam etmiştir. Aile hayatı çok etkilenenlerde ise %59,3'ünün (n=83) başvuru sıklığı pandemiden sonra yılda 10'un altına düşmüş, %40,7'si (n=57) yılda 10'dan fazla başvuruya devam etmiştir. Aile hayatı çok etkilenenlerin, az etkilenenlere göre başvuru sıklığının daha yüksek oranda 10 ve üzerinde devam etmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,002). Pandeminin ruhsal duruma etki düzeyi açısından incelendiğinde, ruhsal açıdan az etkilenenlerin %62,6'sı (n=62) yılda 10'dan az başvurmuş, %37,4'ü (n=37) yılda 10 ve üzerinde başvuruya devam etmiştir. Ruhsal olarak çok etkilenenlerin ise %70,7'sinin (n=135) başvuru sıklığı yılda 10'un altına düşmüş, %29,3'ü (n=56) yılda 10 ve üzerinde başvuruya devam etmiştir. Ruhsal açıdan etkilenme düzeyi ile pandemiden sonraki başvuru sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,163). Katılımcıların pandemi nedeniyle duydukları korku ve endişe düzeyleri ile pandemiden sonraki başvuru sıklığı arasındaki ilişki incelendiğinde, az korku ve endişe duyanların %70,4'ünün (n=38) pandemiden sonraki başvuru sıklığı yılda 10'un altına düşmüş, %29,6'sı (n=16) yılda 10 ve üzerinde başvuruya devam etmiştir. Korku ve endişe çok yaşayanların ise %67,4'ü (n=159) yılda 10'dan az başvurmuş, %32,6'sı (n=77) yılda 10 ve üzerinde başvurmuştur. Pandemi nedeniyle duyulan korku ve endişe düzeyi ile pandemiden sonraki başvuru sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,670). Pandeminin sağlık hizmetlerine ulaşımına etkisi açısından incelendiğinde, sağlık hizmetlerine ulaşımını az etkilenen katılımcıların %62,7'si (n=69) yılda 10'dan az başvurmuş, %37,3'ü (n=41) yılda 10 ve üzerinde başvuruya devam etmiştir. Sağlık hizmetlerine ulaşımını çok etkilenenlerin ise %71,1'i (n=128) pandemiden sonra 10'dan az başvurmuş, %28,9'u (n=52) yılda 10 ve üzerinde başvurmuştur. Sağlık hizmetlerine ulaşımın etkilenme düzeyi ile pandemiden sonraki başvuru sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,138). Katılımcıların kayıtlı oldukları ASM'ler açısından değerlendirildiğinde 10 No'lu ASM'ye kayıtlı olanların %60,1'i (n=95) pandemiden sonra yılda 10'dan az başvurmuş, %39,9'u (n=63) yılda 10 ve üzerinde başvuruya devam etmiştir. 11 No'lu ASM'ye kayıtlı olanların ise %77,3'ünün (n=102) başvuru sıklığı yılda 10'un altına düşmüş, %22,7'si (n=30) pandemiden sonra da 10 ve üzerinde başvuruya devam etmiştir.

10 No'lu ASM'ye kayıtlı olanların, 11 No'lu ASM'ye kayıtlı olanlara göre pandemiden sonra da sık başvurmaya devam etmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,002). (Tablo 14)

Tablo 14: Bağımsız değişkenler ile pandemiden sonraki başvuru sıklığı arasındaki ilişki

	Başvuru sıklığı				p
	<10/yıl		≥10/yıl		
	N	%	N	%	
Kadın	141	65,0	76	35,0	,063
Erkek	56	76,7	17	23,3	
Evli	170	69,1	76	30,9	,311
Evli değil	27	61,4	17	38,6	
Geçinebilen	111	70,3	47	29,7	,354
Geçinemeyen	86	65,2	46	34,8	
Ortaöğretim ve altı	113	61,7	70	38,3	,003
Lise ve üzeri	84	78,5	23	21,5	
Çalışıyor	54	73,0	20	27,0	,282
Çalışmıyor	143	66,2	73	33,8	
Sigara İçiyor	71	69,6	31	30,4	,652
Sigara İçmiyor	126	67,0	62	33,0	
Alkol Kullanıyor	29	96,7	1	3,3	,000
Alkol Kullanmıyor	168	64,6	92	35,4	
Kronik hastalığı var	139	65,1	73	34,9	,094
Kronik hastalığı yok	61	75,3	20	24,7	
Düzenli ilaç kullanıyor	143	66,8	71	33,2	,497
Düzenli ilaç kullanmıyor	54	71,1	22	28,9	
Antidepresan kullanıyor	64	73,6	23	26,4	,179
Antidepresan kullanmıyor	133	65,5	70	34,5	
Pandemi döneminde antidepresan kullanmaya başlamış	29	70,7	12	29,3	,678

Pandemi döneminde antidepresan kullanmaya başlamamış	168	67,5	81	32,5	
COVID-19 geçirmiş	90	63,8	51	36,2	,145
COVID-19 geçirmemiş	107	71,8	42	28,2	
Tanıdığı biri COVID-19 geçirmiş	167	67,3	81	32,7	,599
Tanıdığı biri COVID-19 geçirmemiş	30	71,4	12	28,6	
Tanıdığı birini COVID-19 yüzünden kaybetmiş	62	72,9	23	27,1	,239
Tanıdığı birini COVID-19 yüzünden kaybetmemiş	135	65,9	70	34,1	
Sosyal hayatı az etkilenen	36	78,3	10	21,7	,102
Sosyal hayatı çok etkilenen	161	66,0	83	34,0	
Ekonomik olarak az etkilenen	29	65,9	15	34,1	,755
Ekonomik olarak çok etkilenen	168	68,3	78	31,7	
Aile hayatı az etkilenen	114	76,0	36	24,0	,002
Aile hayatı çok etkilenen	83	59,3	57	40,7	
Ruhsal olarak az etkilenen	62	62,6	37	37,4	,163
Ruhsal olarak çok etkilenen	135	70,7	56	29,3	
Korku ve endişe az duyan	38	70,4	16	29,6	,670
Korku ve endişe çok duyan	159	67,4	77	32,6	
Sağlık hizmetlerine ulaşımı az etkilenen	69	62,7	41	37,3	,138
Sağlık hizmetlerine ulaşımı çok etkilenen	128	71,1	52	28,9	
10 No'lu ASM	95	60,1	63	39,9	,002
11 No'lu ASM	102	77,3	30	22,7	

Katılımcılara, pandeminin sosyal hayatları üzerindeki olumsuz etkisini 1 ile 10 arasında değerlendirmeleri istendiğinde 1-5 arası puan verenler az etkilenenler, 6-10 arası puan verenler ise çok etkilenen olarak sınıflandırılmıştır. Pandemi, kadınların %81,6'sının sosyal hayatlarını çok etkilerken bu oran erkeklerde %91,8'dir. Cinsiyet ile sosyal hayatın etkilenme düzeyi arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,039$). Evli olmak ile sosyal hayatın etkilenme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,661$). Ekonomik olarak geçinebilen ve geçinemeyen iki grup da yüksek oranda sosyal hayatlarında çok etkilenmiş olup, gelir düzeyi ile sosyal hayatın etkilenme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,984$). Yine gelir düzeyi ile benzer şekilde ortaöğretim ve altında eğitim gören kişiler ile lise ve üzerinde eğitim gören kişiler yüksek oranda sosyal hayatlarında çok etkilenmişlerdi ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,746$). Katılımcıların herhangi bir işte çalışıyor olması ile sosyal hayatın etkilenme düzeyi arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,168$). Sigara içen katılımcıların %81,4'ünün sosyal hayatları pandemiden çok etkilenmiştir. Benzer şekilde içmeyenlerin de %85,6'sının sosyal hayatları pandemiden çok etkilenmiştir. İstatistiksel olarak bakıldığında sigara kullanımı ile sosyal hayatın pandemiden etkilenme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,342$). Alkol kullanımı ile sosyal hayatın pandemiden etkilenme düzeyi arasındaki ilişkiye baktığımızda alkol kullananların %86,7'si, kullanmayanların ise %83,8'i sosyal hayatlarında çok etkilenmişlerdir ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p=0,465$). Kronik hastalığa sahip olan ve olmayanlar arasında da sosyal açıdan etkilenme açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,680$). Düzenli ilaç kullanımında da benzer şekilde kullanmayanlara göre sosyal hayatlarında etkilenme düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,730$). Antidepresan ilaç kullanımına incelendiğinde kullananların %80,5'i, kullanmayanların ise %85,7'si sosyal hayatlarında çok etkilenmişlerdir ancak bu istatistiksel olarak anlamlı değildir. Antidepresan kullanmaya pandemi döneminde başlayanlar, pandemi döneminde antidepresan ilaç kullanmayanlara göre sosyal hayatlarında daha az etkilenmişlerdir ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,038$).

COVID-19 geçirme durumu ile sosyal hayatta etkilenme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,160$). Her iki grup da sosyal hayatlarında çok etkilenmişlerdir. Ancak tanıdığı biri COVID-19 geçiren katılımcıların %86,7'si sosyal hayatlarında pandemiden çok etkilenmişlerdir. Bu oran tanıdığı biri COVID-19 geçirmeyenlerde %69'dur ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,004$). Tanıdığı birini COVID-19 yüzünden

kaybetmek ile sosyal hayatlarının etkilenme düzeyi arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,601$). Katılımcıların kayıtlı oldukları 10 ve 11 No'lu ASM'ler ile sosyal hayatın etkilenme düzeyleri benzerdir ve aralarında anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,343$). Pandemiden sonra başvuru sayıları azalıp yılda 10'un altına inen katılımcıların %81,7'si, yılda 10 ve üzerinde başvurmaya devam edenlerin ise %89,2'si sosyal hayatlarında çok etkilendikleri görülmüştür ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,102$). (Tablo 15)

Tablo 15: Sosyal hayatın etkilenme düzeyi ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki

		COVID-19 Pandemisinin Sosyal Hayata Etkisi				p
		Az etkilenen		Çok etkilenen		
		N	%	N	%	
Cinsiyet	Kadın	40	18,4	177	81,6	,039
	Erkek	6	8,2	67	91,8	
Medeni Durum	Evli	40	16,3	206	83,7	,661
	Evli değil	6	13,6	38	86,4	
Gelir Düzeyi	Geçinebilen	25	15,8	133	84,2	,984
	Geçinemeyen	21	15,9	111	84,1	
Eğitim Düzeyi	Ortaöğretim ve altı	30	16,4	153	83,6	,746
	Lise ve üzeri	16	15,0	91	85,0	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	8	10,8	66	89,2	,168
	Çalışmıyor	38	17,6	178	82,4	
Sigara Kullanımı	İçiyor	19	18,6	83	81,4	,342
	İçmiyor	27	14,4	161	85,6	
Alkol Kullanımı	İçiyor	4	13,3	26	86,7	,465
	İçmiyor	42	16,2	218	83,8	
Kronik Hastalık	Olan	32	15,3	177	84,7	,680
	Olmayan	14	17,3	67	82,7	
Düzenli ilaç kullanımı	Kullanan	33	15,4	181	84,6	,730
	Kullanmayan	13	17,1	63	82,9	

Antidepresan kullanımı	Kullanan	17	19,5	70	80,5	,262
	Kullanmayan	29	14,3	174	85,7	
Pandemide antidepresan kullanmaya başlama	Kullanan	11	26,8	30	73,2	,038
	Kullanmayan	35	14,1	214	85,9	
COVID geçirme durumu	Geçiren	18	12,8	123	87,2	,160
	Geçirmeyen	28	18,8	121	81,2	
Tanıdığı COVID geçirdi mi?	Evet	33	13,3	215	86,7	,004
	Hayır	13	31,0	29	69,0	
Tanıdığı birini COVID yüzünden kaybetti mi?	Evet	12	14,1	73	85,9	,601
	Hayır	34	16,6	171	83,4	
Kayıtlı olduğu ASM	11 No'lu ASM	18	13,6	114	86,4	,343
	10 No'lu ASM	28	17,7	130	82,3	
Pandemiden sonraki başvuru sayısı	<10/yıl	36	18,3	161	81,7	,102
	≥10/yıl	10	10,8	83	89,2	

Katılımcılara, pandeminin ekonomik hayatları üzerindeki olumsuz etkisini 1 ile 10 arasında değerlendirmeleri istendiğinde 1-5 arası puan verenler az etkilenenler, 6-10 arası puan verenler ise çok etkilenen olarak sınıflandırılmıştır. Kadınların %85,7'si (n=186) ekonomik olarak çok etkilenirken, %14,3'ü (n=31) az etkilenmiştir. Erkeklerde ise %82,2 (n=60) çok etkilenmiş, %17,8 (n=13) az etkilenmiştir. Cinsiyet ile ekonomik durumun etkilenme düzeyi arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,468). Medeni durum ile COVID-19 pandemisinin ekonomik hayata etkisi arasındaki ilişki incelendiğinde evli olanların %17,1'i (n=42) az etkilenmiş, %82,9'u (n=204) çok etkilenmiştir. Evli olmayanların %4,5'i (n=2) az etkilenmiş, %95,5'i (n=42) çok etkilenmiştir. Evli olmayanların, evli olanlara göre ekonomik olarak daha fazla etkilenmeleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,033). Gelir düzeyi ile ilişkisine bakıldığında ise ekonomik olarak geçinebilenlerin %24,1'i (n=38) az etkilenirken, %75,9'u (n=120) çok etkilenmişlerdir. Geçinemeyenlerin %4,5'i (n=6) az etkilenmiş, %95,5'i (n=42) ise çok etkilenmiştir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Eğitim düzeyi ortaöğretim ve altında olanların %14,8'i (n=27) ekonomik olarak az etkilenmiş, %85,2'si (n=156) çok etkilenmiştir.

Lise ve üzerinde eğitim alanların ise %15,9'u (n=17) az etkilenirken %84,1'i (n=90) çok ekonomik olarak çok etkilenmiştir. Eğitim düzeyi ile ekonomik durumun pandemiden etkilenme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0,795). Çalışma durumu ile ilişkisine bakıldığında ise herhangi bir işte çalışıyor olanların %12,2'si (n=9) ekonomik olarak az, %87,8'i (n=65) çok etkilenmiştir. Bir işte çalışmayanların ise %16,2'si (n=35) az etkilenirken, %83,8'i (n=181) çok etkilenmiştir. Çalışma durumu ile ekonomik olarak etkilenme düzeyi arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,403). Sigara kullanımı incelendiğinde, sigara içenlerin %6,9'u (n=7) ekonomik olarak az etkilenmiş, %93,1'i (n=95) ise çok etkilenmiştir. Sigara içmeyenlerde %19,7 (n=37) az etkilenirken %80,3 (n=151) çok etkilenmiştir. Sigara kullananların ekonomik olarak pandemiden daha fazla etkilenmeleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,004). Alkol kullanımı incelendiğinde, alkol kullananların %13,3'ü (n=4) ekonomik olarak az, %86,7'si (n=26) çok etkilenmiştir. Kullanmayan katılımcıların ise %15,4'ü (n=40) az, %84,6'sı (n=220) ise çok etkilenmiştir. Ekonomik olarak etkilenme düzeyi ile alkol kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0,509). Düzenli olarak tedavi gördüğü veya görmesi gereken kronik bir hastalığı olan katılımcıların %16,3'ü (n=34) pandemiden ekonomik olarak az etkilenirken, %83,7'si (n=175) çok etkilenmiştir. Kronik hastalığı olmayanların ise %12,3'ü (n=10) az etkilenirken, %87,7'si (n=71) çok etkilenmiştir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,404). Düzenli ilaç kullananların %14,5'i (n=31) ekonomik olarak az etkilenirken, %85,5'i (n=183) çok etkilenmiştir. Düzenli ilaç kullanmayanların ise %17,1'i (n=13) az, %82,9'u (n=63) çok etkilenmiştir. Ekonomik olarak etkilenme düzeyi ile ilişkisi anlamlı bulunmamıştır (p=0,585). Antidepresan ilaç kullanımı ile ekonomik olarak etkilenme düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde kullananların %11,5'i (n=10) az etkilenirken, %88,5'i (n=77) çok etkilenmiştir. Antidepresan ilaç kullanmayanların ise %16,7'si (n=34) ekonomik olarak az, %83,3'ü (n=169) çok etkilenmiştir. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,253). Pandemi döneminde antidepresan kullanmaya başlayanların %22'si (n=9) ekonomik olarak az etkilenmiş, %78'i (n=32) çok etkilenmiştir. Pandemi döneminde antidepresan kullanmayanların ise %14,1'i (n=35) ekonomik olarak az, %85,9'u (n=32) çok etkilenmiş olup istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,192). COVID-19 geçirme durumu ile pandeminin ekonomik hayata etki düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında ise COVID-19 geçirenlerin %8,5'i (n=12) ekonomik olarak az etkilenmiş, %91,5'i (n=129) çok etkilenmiştir. COVID-19 geçirmeyenlerin ise %21,5'i (n=32) az

etkilenirken, %78,5'i (n=117) çok etkilenmiştir. COVID-19 geçirenlerin geçirmeyenlere göre ekonomik olarak daha çok etkilenmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,002). Tanıdığı biri COVID-19 geçirenlerin %16,1'i (n=40) ekonomik olarak az etkilenmiş, %83,9'u (n=208) ise çok etkilenmiştir. Tanıdığı biri COVID-19 geçirmeyenlerinse %9,5'i (n=4) az, %90,5'i (n=38) çok etkilenmiştir. Bu istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,270). Tanıdığı birini COVID-19 yüzünden kaybeden katılımcıların %17,6'sı (n=15) ekonomik olarak az etkilenirken, %82,4'ü (n=70) çok etkilenmiştir. Tanıdığı birini COVID-19 yüzünden kaybetmeyenlerde ise ekonomik olarak az etkilenenler %14,1 (n=29) iken çok etkilenenler %85,9'dur (n=176). Bu da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,449). Katılımcıların kayıtlı oldukları ASM'ler ile pandeminin ekonomik hayatlarına etki düzeyi arasındaki ilişki incelediğinde ise 11 No'lu ASM'ye başvuranların %77,3'ü (n=102) ekonomik olarak çok etkilenirken, %22,7'si (n=30) az etkilenmiştir. 10'lu ASM'de ise %91,1'i (n=144) çok etkilenirken, %8,9'u (n=14) az etkilenmiştir. Ekonomik olarak 10 No'lu ASM'ye kayıtlı katılımcıların 11 No'lu ASM'ye kayıtlı katılımcılara göre daha fazla etkilenmeleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,01). Pandemiden sonraki başvuru sayısı azalıp yılda 10'un altına düşenlerin %85,3'ü (n=168) ekonomik olarak çok etkilenirken, %14,7'si (n=29) az etkilenmişlerdir. Pandemiden sonra da sık başvurmaya devam edip başvuru sayısı yılda 10 ve üzerinde olanların ise %83,9'u (n=78) ekonomik olarak çok etkilenirken, %16,1'i (n=15) az etkilenmiştir. Bu istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,755). (Tablo 16)

Tablo 16: Ekonomik hayatın etkilenme düzeyi ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki

		COVID-19 Pandemisinin Ekonomik Hayata Etkisi				p
		Az etkilenen		Çok etkilenen		
		N	%	N	%	
Cinsiyet	Kadın	31	14,3	186	85,7	,468
	Erkek	13	17,8	60	82,2	
Medeni Durum	Evli	42	17,1	204	82,9	,033
	Evli değil	2	4,5	42	95,5	
Gelir Düzeyi	Geçinebilen	38	24,1	120	75,9	,000
	Geçinemeyen	6	4,5	126	95,5	
Eğitim Düzeyi	Ortaöğretim ve	27	14,8	156	85,2	,795

		altı				
	Lise ve üzeri	17	15,9	90	84,1	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	9	12,2	65	87,8	,403
	Çalışmıyor	35	16,2	181	83,8	
Sigara Kullanımı	İçiyor	7	6,9	95	93,1	,004
	İçmiyor	37	19,7	151	80,3	
Alkol Kullanımı	İçiyor	4	13,3	26	86,7	,509
	İçmiyor	40	15,4	220	84,6	
Kronik Hastalık	Olan	34	16,3	175	83,7	,404
	Olmayan	10	12,3	71	87,7	
Düzenli ilaç kullanımı	Kullanan	31	14,5	183	85,5	,585
	Kullanmayan	13	17,1	63	82,9	
Antidepresan kullanımı	Kullanan	10	11,5	77	88,5	,253
	Kullanmayan	34	16,7	169	83,3	
Pandemide antidepresan kullanmaya başlama	Kullanan	9	22,0	32	78,0	,192
	Kullanmayan	35	14,1	214	85,9	
COVID-19 geçirme durumu	Geçiren	12	8,5	129	91,5	,002
	Geçirmeyen	32	21,5	117	78,5	
Tanıdığı COVID-19 geçirdi mi?	Evet	40	16,1	208	83,9	,270
	Hayır	4	9,5	38	90,5	
Tanıdığı birini COVID-19 yüzünden kaybetti mi?	Evet	15	17,6	70	82,4	,449
	Hayır	29	14,1	176	85,9	
Kayıtlı olduğu ASM	11 No'lu ASM	30	22,7	102	77,3	,001
	10 No'lu ASM	14	8,9	144	91,1	
Pandemiden sonraki başvuru sayısı	<10/yıl	29	14,7	168	85,3	,755
	≥10/yıl	15	16,1	78	83,9	

Katılımcılara, pandeminin aile hayatları üzerindeki olumsuz etkisini 1 ila 10 arasında değerlendirmeleri istendiğinde 1-5 arası puan verenler az etkilenenler, 6-10 arası puan verenler ise çok etkilenen olarak sınıflandırılmıştır. Aile hayatlarının etkilenme düzeyi, cinsiyet açısından değerlendirildiğinde kadınların %49,8'i (n=108) çok etkilenirken, %50,2'si (n=109) az etkilenmiştir. Erkeklerde ise %43,8'i (n=32) çok etkilenirken, %56,2'sinin (n=41) az etkilendiği görülmüştür ve istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,380). Medeni durum ile ilişkisine bakıldığında evli olanların %53,3'ü (n=131) aile hayatlarında az etkilenmiş, %46,7'si (n=115) çok etkilenmiştir. Evli olmayanların ise %43,2'si (n=19) az etkilenirken, %56,8'i (n=25) çok etkilenmiştir. Medeni durum ile pandemide aile hayatlarının etkilenme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0,218). Gelir düzeyi açısından bakıldığında ekonomik olarak geçinebilenlerin %66,5'i (n=105) aile hayatlarında az etkilenirken, %33,5'i (n=53) çok etkilenmiştir. Ekonomik olarak geçinemeyenlerde ise %34,1 (n=45) az etkilenmiş, %65,9 (n=87) çok etkilenmiştir. Ekonomik olarak geçinemeyenlerin aile hayatlarında daha çok etkilenmeleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,000). Eğitim düzeyi ile ilişkisi incelendiğinde ortaöğretim ve altında eğitim alanların %50,3'ü (n=92) aile hayatlarında çok etkilenirken, %49,7'si (n=91) az etkilenmiştir. Lise ve üzerinde eğitim alanlarda ise %44,9 (n=48) aile hayatlarında çok etkilenmiş, %55,1 (n=59) az etkilenmiştir. Eğitim durumu ile aile hayatlarının etkilenme düzeyi arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,373). Çalışma durumu ile aile hayatının etkilenme düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında, bir işte çalışanların %59,5'inin (n=44) aile hayatı az etkilenirken, %40,5'inin (n=30) aile hayatı çok etkilenmiştir. Bir işte çalışmayanların ise %49,1'i (n=106) aile hayatında az etkilenirken, %50,9'u (n=110) çok etkilenmiştir. Çalışma durumu ile aile hayatının etkilenme düzeyi arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0,123). Sigara kullanımı açısından incelendiğinde sigara içenlerin %63,7'si (n=65) aile hayatlarında çok etkilenirken, %36,3'ü (n=37) az etkilenmiştir. Sigara içemeyenlerin %39,9'u (n=75) çok etkilenmiş, %60,1'i (n=113) ise az etkilenmiştir. Sigara kullananların, kullanmayanlara göre aile hayatlarında daha çok etkilenmiş olmaları istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,000). Alkol kullanımına bakıldığında, kullananların %70'i (n=21) aile hayatlarında az etkilenirken, %30'u (n=9) çok etkilenmiştir. Kullanmayanlarda ise %49,6 (n=129) az etkilenirken, %50,4 (n=131) çok etkilenmiştir. Alkol kullananların aile hayatları, kullanmayanlara göre daha az etkilenmiş olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,034). Düzenli olarak tedavi gördüğü veya görmesi gereken kronik bir

hastalığı olan katılımcıların %54,1'inin (n=113) aile hayatı pandemiden az etkilenirken, %45,9'unun (n=96) çok etkilenmiştir. Kronik hastalığı olmayanların ise %45,7'sinin (n=37) aile hayatı az etkilenirken, %54,3'ünün (n=44) çok etkilenmiştir. Kronik hastalığı olanlar ve olmayanlar arasında aile hayatının etkilenme düzeyi açısından anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0,200). Düzenli ilaç kullanımı açısından incelendiğinde kullananların %51,4'ü (n=110) aile hayatlarında az etkilenirken, %48,6'sı (n=104) çok etkilenmiştir. Kullanmayanlarda ise %52,6 (n=40) az etkilenmiş, %47,4 (n=36) çok etkilenmiştir. Düzenli ilaç kullanımı ile aile hayatının pandemiden etkilenme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0,854). Antidepresan ilaç kullanımına bakıldığında, kullananların %51,7'si (n=45) aile hayatlarında çok etkilenmiş, %48,3'ü (n=42) az etkilenmiştir. Kullanmayanların %46,8'i (n=95) çok etkilenirken, %53,2'si (n=108) az etkilenmiştir. Antidepresan ilaç kullananlar ile kullanmayanlar arasında aile hayatının pandemiden etkilenme düzeyi açısından anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0,442). Antidepresan ilaç kullanmaya pandemi döneminde başlayanların %56,1'i (n=23) aile hayatlarında az etkilenirken, %43,9'u (n=18) çok etkilenmiştir. Pandemi döneminde antidepresan ilaç kullanmayanlarda ise %51 (n=127) az etkilenmiş, %49 (n=122) çok etkilenmiştir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (p=0,545). Katılımcıların COVID-19 geçirme durumu ile arasındaki ilişki incelendiğinde COVID-19 geçirenlerin %53,9'unun (n=76) aile hayatı az etkilenirken, %46,1'inin (n=65) çok etkilenmiştir. COVID-19 geçirmeyenlerin ise %49,7'sinin (n=74) aile hayatı az etkilenmiş, %50,3'ünün (n=75) çok etkilenmiştir. COVID-19 geçirmek ile aile hayatının pandemiden etkilenme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,471). Tanıdığı biri COVID-19 geçirenlerin %55,6'sı (n=138) aile hayatlarında az etkilenirken, %44,4'ü (n=110) çok etkilenmiştir. Tanıdığı biri COVID-19 geçirmeyenlerde ise %71,4 (n=30) aile hayatlarında çok etkilenmiş, %28,6 (n=12) az etkilenmiştir. Tanıdığı biri COVID-19 geçirmeyen katılımcıların, tanıdığı biri COVID-19 geçirenlere göre aile hayatlarında daha fazla etkilenmeleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001). Tanıdığı birini COVID-19 yüzünden kaybetmek açısından bakıldığında ise tanıdığı birini kaybedenlerin %60'ı (n=51) aile hayatlarında az etkilenmiş, %40'ı (n=34) çok etkilenmiştir. Kaybetmeyenlerin ise %48,3'ü (n=99) az etkilenirken, %51,7'si (n=106) çok etkilenmiştir. Bu iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0,069). Katılımcıların kayıtlı oldukları ASM'lere bakıldığında 11 No'lu ASM'ye kayıtlı olanların %60,6'sının (n=80) aile

hayatlarının pandemiden az etkilendiği, %39,4'ünün (n=52) çok etkilendiği görülmüştür. 10 No'lu ASM'ye kayıtlı olanların ise %44,3'ünün (n=70) aile hayatları az etkilenirken, %55,7'sinin (n=88) çok etkilenmiştir. 10 No'lu ASM'ye kayıtlı olanların aile hayatlarının pandemiden daha fazla etkilenmiş olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,006). Pandemi sonrası başvuru sıklığı açısından incelendiğinde ise başvuru sayıları azalıp yılda 10'un altına düşen katılımcıların %57,9'unun (n=114) aile hayatları az etkilenirken, %42,1'inin (n=83) çok etkilenmiştir. Pandemi sonrası da sık başvurmaya devam edip başvuru sayısı yılda 10 ve üzerinde olanların ise %38,7'sinin (n=36) aile hayatları az etkilenmiş, %61,3'ünün (n=57) çok etkilenmiştir. Pandemi sonrası da sık başvurmaya devam edenlerin aile hayatlarında daha fazla etkilenmiş olmaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,002). (Tablo 17)

Tablo 17: Aile hayatının etkilenme düzeyi ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki

		COVID-19 Pandemisinin Aile Hayatına Etkisi				p
		Az etkilenen		Çok etkilenen		
		N	%	N	%	
Cinsiyet	Kadın	109	50,2	108	49,8	,380
	Erkek	41	56,2	32	43,8	
Medeni Durum	Evli	131	53,3	115	46,7	,218
	Evli değil	19	43,2	25	56,8	
Gelir Düzeyi	Geçinebilen	105	66,5	53	33,5	,000
	Geçinemeyen	45	34,1	87	65,9	
Eğitim Düzeyi	Ortaöğretim ve altı	91	49,7	92	50,3	,373
	Lise ve üzeri	59	55,1	48	44,9	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	44	59,5	30	40,5	,123
	Çalışmıyor	106	49,1	110	50,9	
Sigara Kullanımı	İçiyor	37	36,3	65	63,7	,000
	İçmiyor	113	60,1	75	39,9	
Alkol Kullanımı	İçiyor	21	70,0	9	30,0	,034
	İçmiyor	129	49,6	131	50,4	

Kronik Hastalık	Olan	113	54,1	96	45,9	,200
	Olmayan	37	45,7	44	54,3	
Düzenli ilaç kullanımı	Kullanan	110	51,4	104	48,6	,854
	Kullanmayan	40	52,6	36	47,4	
Antidepresan kullanımı	Kullanan	42	48,3	45	51,7	,442
	Kullanmayan	108	53,2	95	46,8	
Pandemide antidepresan kullanmaya başlama	Kullanan	23	56,1	18	43,9	,545
	Kullanmayan	127	51,0	122	49,0	
COVID-19 geçirme durumu	Geçiren	76	53,9	65	46,1	,471
	Geçirmeyen	74	49,7	75	50,3	
Tanıdığı COVID-19 geçirdi mi?	Evet	138	55,6	110	44,4	,001
	Hayır	12	28,6	30	71,4	
Tanıdığı birini COVID-19 yüzünden kaybetti mi?	Evet	51	60,0	34	40,0	,069
	Hayır	99	48,3	106	51,7	
Kayıtlı olduğu ASM	11 No'lu ASM	80	60,6	52	39,4	,006
	10 No'lu ASM	70	44,3	88	55,7	
Pandemiden sonraki başvuru sayısı	<10/yıl	114	57,9	83	42,1	,002
	≥10/yıl	36	38,7	57	61,3	

Katılımcılara, pandeminin ruhsal durumları üzerindeki olumsuz etkisini 1 ile 10 arasında değerlendirmeleri istendiğinde 1-5 arası puan verenler az etkilenenler, 6-10 arası puan verenler ise çok etkilenen olarak sınıflandırılmıştır. Cinsiyet ile ruhsal durum arasındaki ilişki incelendiğinde kadınların %33,6'sının (n=73) ruhsal durumları pandemiden az etkilenirken, %66,4'ünün (n=144) çok etkilenmiştir. Erkeklerin ise %35,6'sı (n=26) az etkilenirken, %64,4'ü (n=47) çok etkilenmiştir. İki cinsiyet arasında ruhsal durumlarının

pandemiden etkilenme düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,758$). Medeni durum ile ilişkisine bakıldığında evli olanların %33,3'ü ($n=82$) ruhsal yönden az, %66,7'si ($n=164$) ruhsal yönden çok etkilenmiştir. Evli olmayanların ise %38,6'sı ($n=17$) az etkilenirken, %61,4'ü ($n=27$) çok etkilenmişlerdir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,494$). Gelir düzeyi açısından incelendiğinde ekonomik olarak geçinebilenlerin %63,9'u ($n=101$) ruhsal yönden çok etkilenmiş, %36,1'i ($n=57$) az etkilenmiştir. Ekonomik olarak geçinemeyenlerde ise %68,2 ($n=90$) çok etkilenirken, %31,8 ($n=42$) az etkilenmiştir. Her iki grubun da ruhsal durumları pandemiden çok etkilenmiştir. Gelir düzeyi ile ruhsal durumun pandemiden etkilenme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p=0,446$). Eğitim düzeyine bakıldığında ortaöğretim ve altında eğitim alanların %36,1'i ($n=66$) ruhsal yönden az etkilenirken, %63,9'u ($n=117$) çok etkilenmiştir. Lise ve üzerinde eğitim alanların ise %30,8'i ($n=33$) ruhsal yönden az etkilenmiş, %69,2'si ($n=74$) çok etkilenmiştir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,365$). Çalışma durumu ile ruhsal yönden etkilenme düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında herhangi bir işte çalışıyor olanların %54,1'i ($n=40$) ruhsal yönden çok etkilenirken, %45,9'u ($n=34$) az etkilenmiştir. Bir işte çalışmayanların ise %69,9'u ($n=151$) ruhsal yönden çok etkilenmiş, %30,1'i ($n=65$) az etkilenmiştir. Herhangi bir işte çalışmayanların ruhsal yönden daha fazla etkilenmeleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,013$). Sigara kullananların %67,6'sı ($n=69$) ruhsal yönden çok etkilenmiş, %32,4'ü ($n=33$) az etkilenmiştir. Sigara kullanmayanların %64,9'u ($n=122$) ruhsal yönden çok etkilenirken, %35,1'i ($n=66$) az etkilenmiştir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,637$). Alkol kullanımına bakıldığında, alkol kullananların %46,7'sinin ($n=14$) ruhsal durumları pandemiden az etkilenirken, %53,3'ünün ($n=16$) çok etkilenmiştir. Alkol kullanmayanların ise %32,7'si ($n=85$) az etkilenmiş, %67,3'ü ($n=175$) çok etkilenmiştir. İstatistiksel analizlerde bu iki grup arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,126$). Düzenli tedavi gören veya görmesi gereken kronik bir hastalığı olanların %62,7'si ($n=131$) ruhsal yönden çok etkilenirken, %37,3'ü ($n=78$) az etkilenmiştir. Kronik hastalığı olmayanların ise %74,1'i ($n=60$) ruhsal yönden çok etkilenmiş, %25,9'u ($n=21$) az etkilenmiştir. Kronik hastalığı olan ve olmayan bu iki grup arasında ruhsal yönden etkilenme düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,066$). Düzenli ilaç kullanımı açısından incelenirse, düzenli ilaç kullananların %64'ü ($n=137$) ruhsal açıdan çok etkilenirken, %36'sı ($n=77$) az etkilenmiştir. Düzenli ilaç kullanmayanlarda ise %71,1 ($n=54$)

çok etkilenmiş, %28,9 (n=22) az etkilenmiştir. Bu iki grup arasında ruhsal durumlarının etkilenme düzeyleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,267). Antidepresan ilaç kullanımı ile ruhsal açıdan etkilenme düzeyi arasındaki ilişki incelenecek olursa, antidepresan ilaç kullananların %28,7'si (n=25) ruhsal yönden az etkilenmiş, %71,3'ü (n=62) çok etkilenmiştir. Antidepresan ilaç kullanmayanların ise %36,5'i (n=74) az etkilenirken, %63,5'i (n=129) çok etkilenmiştir. Antidepresan ilaç kullanmak ile ruhsal durumun pandemiden etkilenme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,204). Antidepresan ilaç kullanmaya pandemi döneminde başlayanların %56,1'i (n=23) ruhsal yönden çok etkilenirken, %43,9'u (n=18) ruhsal yönden az etkilenmişlerdir. Pandemi döneminde antidepresan kullanmayanlarda ise %67,5 (n=168) ruhsal yönden çok etkilenirken, %32,5 (n=81) az etkilenmiştir. Bu iki grup arasında ruhsal durumlarının pandemiden etkilenme düzeyleri açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,155). COVID-19 geçirme durumu ile ruhsal durumun etkilenme düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde COVID-19 geçirenlerin %25'5'i (n=36) ruhsal yönden az etkilenirken, %74,5'i (n=105) çok etkilenmiştir. COVID-19 geçirmeyenlerde ise %42,3 (n=63) az etkilenmiş, %57,7 (n=86) çok etkilenmiştir. COVID-19 geçirenlerin ruhsal durumlarının pandemiden daha çok etkilenmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,003). Tanıdığı biri COVID-19 geçirenlerin %32,7'si (n=81) ruhsal yönden az etkilenirken, %67,3'ü (n=167) çok etkilenmiştir. Tanıdığı COVID-19 geçirmeyenlerin ise %42,9'u (n=18) az etkilenmiş, %57,1'i (n=24) çok etkilenmiştir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,198) Tanıdığı birini COVID-19 yüzünden kaybedenlerin %48,2'si (n=41) ruhsal yönden az etkilenirken, %51,8'si (n=44) çok etkilenmiştir. Kaybetmeyenlerin ise %28,3'ü (n=58) az etkilenmiş, %71,7'si (n=147) çok etkilenmiştir. Tanıdığı birini COVID-19 yüzünden kaybetmeyenlerin ruhsal durumlarının daha fazla etkilenmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,001). Katılımcıların kayıtlı olduğu ASM'ler açısından incelendiğinde 11 No'lu ASM'ye kayıtlı olanların %36,4'ü (n=48) ruhsal yönden az etkilenmiş, %63,6'sı (n=84) çok etkilenmiştir. 10 No'lu ASM'ye kayıtlı olanların ise %32,3'ü (n=51) az etkilenirken, %67,7'si (n=107) çok etkilenmiştir. Katılımcıların kayıtlı oldukları ASM'ler ile ruhsal yönden etkilenme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Pandemiden sonraki başvuru sıklığı açısından incelendiğinde ise başvuru sayıları azalıp yılda 10'un altına düşen katılımcıların %31,5'inin (n=62) ruhsal durumları az etkilenirken, %68,5'inin (n=135) çok etkilenmiştir. Pandemiden sonra da sık başvurmaya devam edip başvuru sayısı yılda 10 ve üzerinde

olanların ise %39,8'inin (n=37) ruhsal durumları az etkilenmiş, %60,2'sinin (n=56) çok etkilenmiştir. Pandemiden sonra da sık başvurmaya devam edenler ile başvuru sayısı azalanlar arasında ruhsal durumların etkilenme düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,163). (Tablo 18)

Tablo 18: Ruhsal durumun etkilenme düzeyi ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki

		COVID-19 Pandemisinin Ruhsal Duruma Etkisi				p
		Az etkilenen		Çok etkilenen		
		N	%	N	%	
Cinsiyet	Kadın	73	33,6	144	66,4	,758
	Erkek	26	35,6	47	64,4	
Medeni Durum	Evli	82	33,3	164	66,7	,494
	Evli değil	17	38,6	27	61,4	
Gelir Düzeyi	Geçinebilen	57	36,1	101	63,9	,446
	Geçinemeyen	42	31,8	90	68,2	
Eğitim Düzeyi	Ortaöğretim ve altı	66	36,1	117	63,9	,365
	Lise ve üzeri	33	30,8	74	69,2	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	34	45,9	40	54,1	,013
	Çalışmıyor	65	30,1	151	69,9	
Sigara Kullanımı	İçiyor	33	32,4	69	67,6	,637
	İçmiyor	66	35,1	122	64,9	
Alkol Kullanımı	İçiyor	14	46,7	16	53,3	,126
	İçmiyor	85	32,7	175	67,3	
Kronik Hastalık	Olan	78	37,3	131	62,7	,066
	Olmayan	21	25,9	60	74,1	
Düzenli ilaç kullanımı	Kullanan	77	36,0	137	64,0	,267
	Kullanmayan	22	28,9	54	71,1	
Antidepresan kullanımı	Kullanan	25	28,7	62	71,3	,204
	Kullanmayan	74	36,5	129	63,5	

Pandemide antidepresan kullanmaya başlama	Kullanan	18	43,9	23	56,1	,155
	Kullanmayan	81	32,5	168	67,5	
COVID-19 geçirme durumu	Geçiren	36	25,5	105	74,5	,003
	Geçirmeyen	63	42,3	86	57,7	
Tanıdığı COVID-19 geçirdi mi?	Evet	81	32,7	167	67,3	,198
	Hayır	18	42,9	24	57,1	
Tanıdığı birini COVID-19 yüzünden kaybetti mi?	Evet	41	48,2	44	51,8	,001
	Hayır	58	28,3	147	71,7	
Kayıtlı olduğu ASM	11 No'lu ASM	48	36,4	84	63,6	,465
	10 No'lu ASM	51	32,3	107	67,7	
Pandemiden sonraki başvuru sayısı	<10/yıl	62	31,5	135	68,5	,163
	≥10/yıl	37	39,8	56	60,2	

Katılımcılara, pandeminin nedeniyle yaşadıkları korku ve endişe düzeylerini 1 ila 10 arasında değerlendirmeleri istendiğinde 1-5 arası puan verenler az etkilenenler, 6-10 arası puan verenler ise çok etkilenen olarak sınıflandırılmıştır. Cinsiyet ile ilişkisi incelenecek olursa kadınların %17,1'i (n=37) az korku ve endişe yaşarken, %82,9'u (n=180) çok yaşamıştır. Erkeklerde ise %23,3'ü (n=17) az korku ve endişe yaşamış, %76,7'si (n=56) çok yaşamıştır. Bu iki cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,236). Medeni durum ile ilişkisine bakıldığında evli olanların %18,7'si (n=46) korku ve endişeyi az yaşamış, %81,3'ü (n=200) çok yaşamıştır. Evli olmayanların ise %18,2'si (n=8) korku ve endişe az yaşarken, %81,8'i (n=36) çok yaşamıştır. Evli olanlar ve olmayanlar arasında yaşanan korku ve endişe açısından anlamlı bir fark görülmemiştir (p=0,935). Gelir düzeylerine bakıldığında ekonomik olarak geçinebilen katılımcıların %22,8'i (n=36) az korku ve endişe hissederken, %77,2'si çok hissetmiştir. Geçinemeyenlerde ise %13,6 (n=18) az

korku ve endişe hissetmiş, %86,4 (n=114) çok hissetmiştir. Ekonomik olarak geçinemeyenlerin daha fazla korku ve endişe hissetmesi, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,46). Eğitim düzeyi ile ilişkisine bakıldığında ortaöğretim ve altında eğitim alanların %18,6'sı (n=34) korku ve endişe az duyarken, %81,4'ü (n=149) çok duymuştur. Lise ve üzerinde eğitim alanların ise %18,7'si (n=20) az, %81,3'ü (n=87) çok korku ve endişe duymuştur. Eğitim durumları ile yaşadıkları korku ve endişe düzeyleri açısından bu iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,981). Herhangi bir işte çalışıyor olmanın etkisi açısından incelendiğinde, çalışanların %14,9'u (n=11) korku ve endişe az duyarken, %85,1'i (n=63) çok duymuştur. Herhangi bir işte çalışmayan katılımcıların %19,9'u (n=43) korku ve endişe az duymuş, %80,1'i (n=173) çok duymuştur. Her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,336). Sigara kullanımı ile ilişkisine bakıldığında sigara içenlerin %78,4'ü (n=80) çok korku ve endişe yaşarken, %21,6'sı (n=22) az yaşamıştır. Sigara kullanmayanların ise %83'ü (n=156) çok korku ve endişe yaşamış, %17'si (n=32) az yaşamıştır. Sigara kullanımı ile yaşanan korku ve endişe düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0,342). Alkol kullanımı açısından incelendiğinde ise kullananların %26,7'si (n=8) az korku ve endişe yaşarken, %73,3'ü (n=22) çok yaşamıştır. Alkol kullanmayanların %17,7'si (n=46) az korku ve endişe duymuş, %82,3'ü (n=214) çok korku ve endişe duymuştur. Kullanan ve kullanmayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,232). Düzenli tedavi gören veya görmesi gereken kronik bir hastalığı olanların %80,9'unda (n=169) pandemide yaşanan korku ve endişe çok iken, %19,1'inde (n=40) azdır. Kronik hastalığı olmayanların ise %82,7'si (n=67) çok korku ve endişe yaşamışken, %17,3'ü (n=14) az korku ve endişe yaşamıştır. Kronik hastalığı olan ve olmayan bu iki grup arasında yaşanan korku ve endişe düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,716). Düzenli ilaç kullanımı olanların %18,2'si (n=39) az korku ve endişe yaşarken, %81,8'i (n=175) çok yaşamıştır. İlaç kullanmayanlarda ise %19,7 (n=15) korku ve endişe az yaşarken, %80,3 (n=61) çok yaşamıştır. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,771). Antidepresan ilaç kullanımı ile pandeminin yarattığı korku ve endişe düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, antidepresan ilaç kullananların %16,1'inde (n=14) pandemin yarattığı korku ve endişe az olurken, %83,9'unda (n=73) korku ve endişe çoktur. Antidepresan ilaç kullanmayanlarda ise %19,7 (n=40) az korku ve endişe yaşarken, %80,3 (n=163) çok yaşamıştır. Her iki grup da yüksek oranda korku ve endişe yaşamıştır. Antidepresan ilaç kullanımı ile yaşanan korku ve endişe arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,469$). Antidepresan ilaç kullanmaya pandemi döneminde başlayanların %22'si ($n=9$) pandemi kaynaklı korku ve endişeyi az yaşarken, %78'i ($n=32$) çok yaşamıştır. Antidepresan ilaç kullanmayanların ise %18,1'i ($n=45$) az korku ve endişe hissederken, %81,9'u ($n=204$) çok hissetmiştir. Pandemi döneminde antidepresan ilaç kullanmaya başlamak ile yaşanan korku ve endişe arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,554$). COVID-19 geçirme durumu açısından bakılacak olursa, COVID-19 geçiren katılımcıların %10,6'sında ($n=15$) yaşanan korku ve endişe az, %89,4'ünde ($n=126$) çoktur. COVID-19 geçirmeyenlerde ise %26,2 ($n=39$) az, %73,8 ($n=110$) çok korku ve endişe yaşamıştır. COVID-19 geçirenlerin, geçirmeyenlere göre daha fazla korku ve endişeye sahip olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Tanıdığı biri COVID-19 geçirenlerin %16,1'inde ($n=40$) yaşanan korku ve endişe az iken, %83,9'unda ($n=208$) çoktur. Tanıdığı COVID-19 geçirmeyenlerde ise %33,3 ($n=14$) az korku ve endişe yaşamış, %66,7 ($n=28$) çok yaşamıştır. Tanıdığı biri COVID-19 geçiren katılımcıların, tanıdığı biri COVID-19 geçirmeyenlere göre daha fazla korku ve endişeye sahip olmaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,008$). Tanıdığı birini COVID-19 yüzünden kaybedenlere bakıldığında, kaybedenlerin %12,9'u ($n=11$) az korku ve endişe duyarken, %87,1'i ($n=74$) çok duymuştur. Kaybetmeyenlerde ise %21'i ($n=43$) az korku ve endişeye sahip iken, %79'u ($n=162$) çok korku ve endişeye sahiptir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,110$). Katılımcıların kayıtlı oldukları aile sağlığı merkezleri açısından incelenecek olursa 11 No'lu ASM'ye kayıtlı olanların %22'si ($n=29$) az korku ve endişe hissederken, %78'i ($n=103$) çok hissetmiştir. 10 No'lu ASM'ye kayıtlılarda ise %15,8 ($n=25$) az korku ve endişe yaşamış, %84,2 ($n=133$) çok yaşamıştır. Her iki ASM'de de yaşanan korku ve endişe düzeyi yüksek olup ikisi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,181$). Pandemi sonrası başvuru sıklığı açısından incelendiğinde ise başvuru sayıları azalıp yılda 10'un altına düşen katılımcıların %80,7'sinin ($n=159$) pandemi nedeni korku ve endişe düzeyleri yüksek iken, %19,3'ünün ($n=38$) korku ve endişe düzeyleri yüksektir. Pandemi sonrası da sık başvuruya devam edip başvuru sayısı yılda 10 ve üzerinde olanların ise %82,8'inin ($n=77$) yaşadığı korku ve endişe çok iken, %17,2'sinin ($n=16$) azdır. Pandemi sonrası da sık başvuruya devam edenler ile başvuru sayısı azalanlar arasında pandemi nedeniyle yaşanan korku ve endişe düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,670$). (Tablo 19)

Tablo 19: Yaşanan korku ve endişe düzeyi ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki

		COVID-19 Pandemisinin Yarattığı Korku ve Endişe				p
		Az etkilenen		Çok etkilenen		
		N	%	N	%	
Cinsiyet	Kadın	37	17,1	180	82,9	,236
	Erkek	17	23,3	56	76,7	
Medeni Durum	Evli	46	18,7	200	81,3	,935
	Evli değil	8	18,2	36	81,8	
Gelir Düzeyi	Geçinebilen	36	22,8	122	77,2	,046
	Geçinemeyen	18	13,6	114	86,4	
Eğitim Düzeyi	Ortaöğretim ve altı	34	18,6	149	81,4	,981
	Lise ve üzeri	20	18,7	87	81,3	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	11	14,9	63	85,1	,336
	Çalışmıyor	43	19,9	173	80,1	
Sigara Kullanımı	İçiyor	22	21,6	80	78,4	,342
	İçmiyor	32	17,0	156	83,0	
Alkol Kullanımı	İçiyor	8	26,7	22	73,3	,232
	İçmiyor	46	17,7	214	82,3	
Kronik Hastalık	Olan	40	19,1	169	80,9	,716
	Olmayan	14	17,3	67	82,7	
Düzenli ilaç kullanımı	Kullanan	39	18,2	175	81,8	,771
	Kullanmayan	15	19,7	61	80,3	
Antidepresan kullanımı	Kullanan	14	16,1	73	83,9	,469
	Kullanmayan	40	19,7	163	80,3	
Pandemide antidepresan kullanmaya başlama	Kullanan	9	22,0	32	78,0	,554
	Kullanmayan	45	18,1	204	81,9	
COVID-19 geçirme	Geçiren	15	10,6	126	89,4	,001
	Geçirmeyen	39	26,2	110	73,8	

durumu						
Tanıdığı COVID-19 geçirdi mi?	Evet	40	16,1	208	83,9	,008
	Hayır	14	33,3	28	66,7	
Tanıdığı birini COVID-19 yüzünden kaybetti mi?	Evet	11	12,9	74	87,1	,110
	Hayır	43	21,0	162	79,0	
Kayıtlı olduğu Aile Sağlığı Merkezi	11 No'lu ASM	29	22,0	103	78,0	,181
	10 No'lu ASM	25	15,8	133	84,2	
Pandemiden sonraki başvuru sayısı	<10/yıl	38	19,3	159	80,7	,670
	≥10/yıl	16	17,2	77	82,8	

Katılımcılara, pandemide sağlık hizmetlerine ulaşımına etkisini 1 ile 10 arasında değerlendirmeleri istendiğinde 1-5 arası puan verenler az etkilenenler, 6-10 arası puan verenler ise çok etkilenen olarak sınıflandırılmıştır. Kadınların %35'inin (n=76) sağlık hizmetlerine ulaşımı az etkilenirken, %65'inin çok etkilenmiştir. Erkeklerin ise %46,6'sının (n=34) az etkilenmiş, %53,4'ünün (n=39) çok etkilenmiştir. Cinsiyet ile sağlık hizmetlerine ulaşımının etkilenme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Medeni durum ile ilişkisi incelendiğine, evli olanların %37'si (n=91) az etkilenirken, %63'ü (n=155) çok etkilenmiştir. Evli olmayanların %43,2'sinin (n=19) sağlık hizmetlerine ulaşımı az etkilenirken, %56,8'inin (n=25) çok etkilenmiştir. Evli olan ve olmayanlar arasında sağlık hizmetlerine ulaşımın etkilenme düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,436). Gelir düzeyine bakıldığında, ekonomik olarak geçinebilenlerin %38,6'sının (n=61) sağlık hizmetlerine ulaşımı az etkilenirken, %61,4'ünün (n=97) çok etkilenmiştir. Ekonomik olarak geçinemeyenlerin ise %37,1'inin (n=49) sağlık hizmetlerine ulaşımı az etkilenmiş, %62,9'unun (n=83) çok etkilenmiştir. Ekonomik olarak geçinebilen ve geçinemeyen katılımcılar arasında sağlık hizmetlerine ulaşımının etkilenme düzeyleri açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,795). Eğitim düzeyi açısından incelenirse, ortaöğretim ve altında eğitim alanların %36,6'sı (n=67) sağlık hizmetlerine ulaşımında az

etkilenmiş, %63,4'ü (n=116) çok etkilenmiştir. Lise ve üzerinde eğitim alanların ise %40,2'si (n=43) az etkilenirken, %59,8'i (n=64) çok etkilenmiştir. İki grubun da etkilenme düzeyleri benzerdir ve aralarında pandemide sağlık hizmetlerine ulaşımın etkilenme düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p=0,545). Çalışma durumuna bakılırsa, herhangi bir işte çalışanların %63,5'inin (n=47) sağlık hizmetlerine ulaşımı çok etkilenirken, %36,5'inin (n=27) az etkilenmiştir. Bir işte çalışmayanların ise %61,6'sının (n=133) sağlık hizmetlerine ulaşımı çok etkilenmiş, %38,4'ünün (n=83) az etkilenmiştir. İki grup arasında sağlık hizmetlerine ulaşımının etkilenme düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,767). Sigara kullanımı açısından bakıldığında, sigara içenlerin %62,7'si (n=64) pandemide sağlık hizmetlerine ulaşımında çok etkilenirken, %37,3'ü (n=38) az etkilenmiştir. Sigara içmeyenlerde %61,7'sinin (n=116) sağlık hizmetlerine ulaşımı çok etkilenmiş, %38,3'ünün (n=72) az etkilenmiştir. İki grubun da etkilenme düzeyleri benzerdir ve sigara kullanımı ile sağlık hizmetlerine ulaşımın etkilenme düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,861). Alkol kullanımına bakıldığında ise alkol kullananların %63,3'ü (n=19) sağlık hizmetlerine ulaşımında az etkilenirken, %36,7'si çok etkilenmiştir. Alkol kullanmayanların ise %35'i (n=91) az etkilenmiş, %65'i (n=169) çok etkilenmiştir. Alkol kullananların, kullanmayanlara göre sağlık hizmetlerine ulaşımının daha az etkilenmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,002). Düzenli tedavi gören veya görmesi gereken kronik bir hastalığı olan katılımcıların %39,2'si (n=82) sağlık hizmetlerine ulaşımında az etkilenirken, %60,8'i (n=127) çok etkilenmiştir. Kronik bir hastalığı olmayanların ise %34,6'sı (n=28) sağlık hizmetlerine ulaşımında az etkilenirken, %65,4'ü (n=53) çok etkilenmiştir. Kronik hastalığa sahip olmak ile sağlık hizmetlerine ulaşımının etkilenme düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,462). Düzenli ilaç kullanımı açısından bakıldığında, düzenli ilaç kullananların %37,9'u (n=81) sağlık hizmetlerine ulaşımında az etkilenirken, %62,1'i (n=133) çok etkilenmiştir. İlaç kullanmayanların ise %38,2'si (n=29) sağlık hizmetlerine ulaşımında az etkilenmiş, %61,8'i (n=47) çok etkilenmiştir. Düzenli ilaç kullanan ve kullanmayan katılımcılar arasında Sağlık hizmetlerine ulaşımın etkilenme düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,962). Antidepresan ilaç kullanımı açısından bakıldığında, kullananların %18,4'ü (n=16) sağlık hizmetlerine ulaşımında az etkilenirken, %81,6'sı (n=71) çok etkilenmiştir. Kullanmayanların ise %46,3'ünün (n=94) sağlık hizmetlerine ulaşımı az etkilenmiş, %53,7'sinin (n=109) çok etkilenmiştir. Antidepresan ilaç kullananların,

kullanmayanlara göre sağlık hizmetlerine ulaşımlarının daha çok etkilenmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Antidepresan ilaç kullanımına pandemide başlayanların %14,6'sı ($n=6$) sağlık hizmetlerine ulaşımda az etkilenmiş, %85,4'ü ($n=35$) çok etkilenmiştir. Pandemide antidepresan kullanmayanların ise %41,8'inin ($n=104$) sağlık hizmetlerine ulaşımı az etkilenirken, %58,2'sinin ($n=145$) çok etkilenmiştir. Pandemide antidepresan ilaç kullanmaya başlayan katılımcıların, kullanmayanlara göre sağlık hizmetlerine ulaşımları daha fazla etkilenmiştir ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,001$). COVID-19 geçirme durumlarına bakıldığında, COVID-19 geçirenlerin %36,2'si ($n=51$) sağlık hizmetlerine ulaşımda az etkilenirken, %63,8'i ($n=90$) çok etkilenmiştir. COVID-19 geçirmeyenlerin ise %39,6'sı ($n=59$) az etkilenmiş, %60,4'ü ($n=90$) çok etkilenmiştir. İki grup arasında sağlık hizmetlerine ulaşımlarının etkilenme düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,548$). Tanıdığı biri COVID-19 geçirenlerin %37,9'u ($n=94$) sağlık hizmetlerine ulaşımda az etkilenirken, %62,1'i ($n=154$) çok etkilenmiştir. Tanıdığı biri COVID-19 geçirmeyenlerde ise %38,1'inin ($n=16$) sağlık hizmetlerine ulaşımları az etkilenmiş, %61,9'unun ($n=26$) çok etkilenmiştir. İki gruptaki katılımcıların da etkilenme düzeyleri benzerdir ve ikisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,981$). Tanıdığı birini COVID-19 yüzünden kaybedenler katılımcılara bakıldığında %42,4'ü ($n=36$) sağlık hizmetlerine ulaşımda az etkilenmiş, %57,6'sı ($n=49$) çok etkilenmiştir. Tanıdığı birini COVID-19 yüzünden kaybetmeyenlerde ise %36,1'inin ($n=74$) sağlık hizmetlerine ulaşımı az etkilenirken, %63,9'unun ($n=131$) çok etkilenmiştir. İki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,381$). Katılımcıların kayıtlı oldukları ASM'ler açısından incelendiğinde, 10 No'lu ASM'ye başvuranların %32,6'sı ($n=43$) sağlık hizmetlerine ulaşımda az etkilenirken, %67,4'ü ($n=89$) çok etkilenmiştir. 10 No'lu ASM'ye başvuranların ise %42,4'ü ($n=67$) az etkilenmiş, %57,6'si ($n=91$) çok etkilenmiştir. Her iki ASM'ye kayıtlı hastaların sağlık hizmetlerine ulaşımlarının etkilenme düzeyleri benzerdir ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,086$). Pandemi sonrası başvuru sıklığı açısından incelendiğinde ise başvuru sayıları azalıp yılda 10'un altına düşen katılımcıların %35'i ($n=69$) sağlık hizmetlerine ulaşımda az etkilenirken, %65'i ($n=128$) çok etkilenmiştir. Pandemi sonrası da sık başvurmaya devam edip başvuru sayısı yılda 10 ve üzerinde olanların ise %44,1'inin ($n=41$) etkilenme düzeyi az iken, %55,9'unun ($n=52$) çoktur. Başvuru sıklıkları ile sağlık hizmetlerine ulaşımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,138$). (Tablo 20)

Tablo 20: Sağlık hizmetlerine ulaşımdaki etkilenme düzeyi ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki

		COVID-19 Pandemisinde Sağlık Hizmetlerine Ulaşımına Etkisi				P
		Az etkilenen		Çok etkilenen		
		N	%	N	%	
Cinsiyet	Kadın	76	35,0	141	65,0	,078
	Erkek	34	46,6	39	53,4	
Medeni Durum	Evli	91	37,0	155	63,0	,436
	Evli değil	19	43,2	25	56,8	
Gelir Düzeyi	Geçinebilen	61	38,6	97	61,4	,795
	Geçinemeyen	49	37,1	83	62,9	
Eğitim Düzeyi	Ortaöğretim ve altı	67	36,6	116	63,4	,545
	Lise ve üzeri	43	40,2	64	59,8	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	27	36,5	47	63,5	,767
	Çalışmıyor	83	38,4	133	61,6	
Sigara Kullanımı	İçiyor	38	37,3	64	62,7	,861
	İçmiyor	72	38,3	116	61,7	
Alkol Kullanımı	İçiyor	19	63,3	11	36,7	,002
	İçmiyor	91	35,0	169	65,0	
Kronik Hastalık	Olan	82	39,2	127	60,8	,462
	Olmayan	28	34,6	53	65,4	
Düzenli ilaç kullanımı	Kullanan	81	37,9	133	62,1	,962
	Kullanmayan	29	38,2	47	61,8	
Antidepresan kullanımı	Kullanan	16	18,4	71	81,6	,000
	Kullanmayan	94	46,3	109	53,7	
Pandemide antidepresan kullanmaya	Kullanan	6	14,6	35	85,4	,001
	Kullanmayan	104	41,8	145	58,2	

başlama						
COVID-19 geçirme durumu	Geçiren	51	36,2	90	63,8	,548
	Geçirmeyen	59	39,6	90	60,4	
Tanıdığı COVID-19 geçirdi mi?	Evet	94	37,9	154	62,1	,981
	Hayır	16	38,1	26	61,9	
Tanıdığı birini COVID-19 yüzünden kaybetti mi?	Evet	36	42,4	49	57,6	,381
	Hayır	74	36,1	131	63,9	
Kayıtlı olduğu Aile Sağlığı Merkezi	11 No'lu ASM	43	32,6	89	67,4	,086
	10 No'lu ASM	67	42,4	91	57,6	
Pandemiden sonraki başvuru sayısı	<10/yıl	69	35,0	128	65,0	,138
	≥10/yıl	41	44,1	52	55,9	

5. TARTIŞMA

Bu çalışma Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı E-ASM'lere sık başvuran hastaların başvuru sıklıklarının pandemi sürecinden etkilenip etkilenmediğini incelemek için planlanmıştır. Bu amaçla Mart 2019 - Şubat 2020 tarihleri arasında 10 ve 11 No'lu E-ASM'lere 10 ve üzerinde başvuru yapan kişilere ulaşılmış ve toplamda 290 kişi çalışmaya dahil edilmiştir.

Araştırmaya katılan katılımcıların %74,8'i kadın, %25,2'si ise erkeklerden oluşmaktadır. Pandemiden sonra da sık başvuruya devam eden 93 kişide ise bu oran %81,7 (n=76) kadın ve %18,2'si de (n=17) erkeklerdir. Literatürü taradığımızda bizim çalışmamızla benzer şekilde kadınların daha sık başvurma eğiliminde olduğu görülmektedir.

Pandemiden sonraki başvuru sayıları açısından incelendiğinde evli olmak, ekonomik olarak geçinebilme, sigara kullanımı, kronik hastalık varlığı, düzenli ilaç kullanımı, antidepresan kullanımı, pandemi sonrasında antidepresan kullanmaya başlama, COVID-19 geçirme, tanıdığı birinin COVID-19 geçirmesi veya tanıdığı birini COVID-19 yüzünden kaybetmesi, sosyal hayatın ve ekonomik hayatın etkilenmesi, ruhsal olarak etkilenme, pandemi nedeniyle korku ve endişe duyması, sağlık hizmetlerine ulaşımının etkilenmesi pandemi sonrasında da sık başvuru açısından bir fark yaratmamış.

Kadın olmak, ortaöğretim ve altında eğitim almış olmak ve aile hayatının daha çok etkilenmesi pandemi döneminde de sık başvuruya neden olan faktörler olarak söylenebilir.

Katılımcıların yaş ortalaması $50,3 \pm 11,6$ 'dır. Pandemiden sonra da sık başvuruya devam 93 kişinin yaş ortalaması ise $50,4 \pm 11,5$. Kang ve ark. Taiwan'da yaptıkları bir çalışmada bir yıl içinde sık başvuran ve sık başvurmayan kişileri karşılaştırmışlar ve sık başvuranların büyük çoğunluğunun 40 yaş ve üzerinde olduğunu bulmuşlardır (32).

Katılımcıların %72,1'i düzenli tedavi gördüğü veya görmesi gereken kronik bir hastalığı olanlardan, %27,9'u ise kronik hastalığı olmayanlardan oluşmaktadır. Kronik hastalığı olanlar hem pandemiden önce hem de pandemiden sonra kronik hastalığı olmayanlara göre daha sık başvurmuşlardır. Almanya'da da sık başvuran hastalar üzerine yapılan benzer çalışmalarda da sık başvuranların kronik hastalık, şiddetli hastalık ve multimorbidite oranlarının sık başvurmayanlara göre daha yüksek olduğunu görmüşlerdir (33).

Çalışmaya katılan 290 kişiden 87'si antidepresan ilaç kullanmaktadır. Bu 87 kişiden 41'i antidepresan ilaç kullanmaya pandemi döneminde başladığı görülmektedir. İskandinavya bölgesinde yapılan bir çalışmada pandeminin ilk yılında antidepresan ilaç reçetelerinde belirgin bir artış olduğu görülmüştür (34).

Çayırtepe'nin 2021 yılında yaptığı bir çalışmada da, katılımcıların pandemide yeni gelişen veya mevcut psikolojik hastalık şiddetinde artış olduğu bulunmuştur (35).

Pandemiden önceki bir yıl ve pandeminin ilk yılı içindeki başvuru sayıları karşılaştırıldığında başvuru sayılarında neredeyse yarı yarıya bir düşüş olduğu görülmüştür. Esmeray ve ark. eğitim aile sağlığı merkezinde yaptığı bir çalışmada, bizim çalışmamızla benzer şekilde kişi başı muayene sayılarında azalma olduğu tespit edilmiştir (36).

Başer ve ark. yaptığı başka bir çalışmada da benzer şekilde pandemi döneminde ASM'ye yapılan başvuru sayılarının pandemi öncesi döneme göre azaldığını bulmuşlardır (37). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan bir çalışmada ise COVID-19 pandemisinde birinci basamakta ofis başvurularının %25 oranında azaldığı belirtilmiştir (38).

Pandemi döneminde, çıkan yönerge ile kronik hastalık sahibi kişilerin raporlu ilaçlarını direkt olarak eczanelerden alabilmesi, askerlik ve evlilik raporu hariç diğer sağlık raporlarının ertelenmesi, enjeksiyonların gerekli olmadıkça yapılmaması gibi düzenlemeler ile başvuru sayılarının azalması zaten beklenen ve istenen bir şeydir (39).

Güler ve ark. 2020 yılında aile sağlığı merkezi çalışanları ile yaptığı çalışmada, pandeminin ilk 3 ayında bizim çalışmamızla benzer şekilde ASM'ye yapılan başvurularda belirgin bir azalma olduğunu ancak bundan sonraki 3 ayda hasta başvurularında yine bir artış meydana geldiğini bildirmişlerdir (6).

Pandemiden sonra sık başvuruya devam eden 93 kişinin 63'ünün 10 No'lu ASM'ye kayıtlı olduğu, 30'unun ise 11 No'lu ASM'ye kayıtlı olduğu görülmüştür. Katılımcılardan 10 No'lu ASM'ye kayıtlı olanların 11 No'lu ASM'ye kayıtlı olanlara göre ekonomik olarak daha fazla etkilendiği görülmüştür. Bunun nedeni de 10 No'lu ASM'nin bulunduğu Binbaşı Reşat Bey Mahallesi'nin sosyoekonomik düzeyinin daha düşük olmasına bağlanabilir. Luppä ve ark. Almanya'da birinci basamağa sık başvuran hastaları incelediği bir çalışmalarında, sosyoekonomik düzeyi yüksek olanlarla karşılaştırıldığında, sosyoekonomik düzeyi orta olanların "sık başvuran" olma ihtimallerinin %3,5 oranında arttığını bulmuşlardır. Bu oran düşük sosyoekonomik düzeye sahip kişilerde %9'a çıkmaktadır (40).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda ASM'ye sık başvuran hastaların başvuru sıklıklarının pandemiden etkilenip etkilenmediği araştırılmış olup, katılımcıların pandemiden sonraki başvuru sayıları, pandemiden önceki döneme göre anlamlı bir şekilde düşüş göstermiştir.

Kadınların literatürle uyumlu bir şekilde ASM'ye daha sık başvurdukları görülmüştür. Ortaöğretim ve altında eğitim almanın, aile hayatının çok etkilenmesi ve sosyoekonomik düzeyin düşüklüğü pandemiden sonra da sık başvurmaya neden olan faktörlerden olduğu görülmüştür. Kronik hastalığı olanlar her iki dönemde de kronik hastalığı olmayanlara göre daha fazla başvurmuşlardır.

Sağlık sistemine sık başvuran hastalar başvuru sayısı, iş yoğunluğu ve maliyet açısından önemli bir yer tutmaktadır. Bu sonuçlar ışığında, sık başvurunun nedenlerini araştıran daha geniş çaplı araştırmalar yapılmasının ve tekrarlayan başvuruların önüne geçilmesinin gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

7. KAYNAKÇA

1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri [İnternet]. [a.yer 03 Ekim 2022]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/birinci-basamak-sa%C4%9F1%C4%B1k-hizmetleri.html>
2. Gökkaya D, Erdem R. Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Hastalık Şiddeti Algısıyla Değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 30 Nisan 2017;(26):149-84.
3. Başara B.B. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2020, Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2021 [İnternet]. [a.yer 04 Ekim 2022]. Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0>
4. Covid-19 Rehberi Genel Bilgiler Epidemiyoloji ve Tanı [İnternet]. [a.yer 05 Ekim 2022]. Erişim adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid-19rehberigenelbilgilerepidemiyolojiwetanipdf.pdf>
5. Pandemi Hastaneleri, T.C.SB. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü [İnternet]. [a.yer 07 Ekim 2022]. Erişim adresi: <https://hasta.saglik.gov.tr/Eklenti/36907/0/pandemi-hastaneleripdf.pdf>
6. Güler S., Topuz İ., Ulusoy F. (2020). Covid-19 pandemisinde aile sağlığı merkezi çalışanlarının deneyimleri. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 2(3): 143-151.
7. Simonsen KA, Hunskaar S, Sandvik H, Rortveit G. Primary care utilization among patients with influenza during the 2009 pandemic. Does risk for severe influenza disease or prior contact with the general practitioner have any influence? Family Practice. 01 Şubat 2015;32(1):56-61.
8. Akdur R. Türkiye’de sağlık hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile kıyaslanması. Ankara Üniversitesi Basımevi. Ankara, 1999. S:2-27.
9. Sağlık Bakanlığı, 80. Yılda Tedavi Hizmetleri 1923-2003, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayını, Ankara, 2004. [İnternet]. [a.yer 01 Aralık 2022]. Erişim adresi: <https://saglik.gov.tr/Eklenti/1441,80yc4b1120kitap-sonpdf.pdf?>
10. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete. (28539, 25.01.2013) [İnternet]. [a.yer 06 Ekim 2022]. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
11. Türkiye’de Aile Hekimliği [İnternet]. [a.yer 07 Ekim 2022]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/t%C3%BCrkiye-de-aile-hekimli%C4%9Fi.html>
12. Güldal D, Günvar T, Mevsim V, Kuruo E. Aile Hekimliği Çekirdek Yeterlilikleri Hastaların Beklentileri ile Uyuşmakta Mıdır? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2012;16(3):107-112. 2012;6.

13. Leeuwenhorst. The general practitioner in Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice. Netherlands-1974.
14. Başak O.. Wonca Europe Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları-3, İstanbul, 2003:s:20-1. [İnternet]. [a.yer 02 Kasım 2022]. Erişim adresi: <https://www.woncaeurope.org/file/28b50fc9-f884-44ef-963d-128d14b5fb98/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf>
15. Başak O.. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları-4, 2011[İnternet]. [a.yer 02 Kasım 2022]. Erişim adresi: https://www.tahud.org.tr/file/96f3dfc7-3961-4272-b5b7-e6cbbd7580ef/AH_AVRUPA_TANIMI-2.pdf
16. Allen J, et al. The European Definition of General Practice/ Family Medicine. WONCA Europe. 2011. s:8-29.
17. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. T.C. Resmi Gazete. (2650, 24.11.2004).
18. Gill D, Sharpe M. Frequent consulters in general practice: A systematic review of studies of prevalence, associations and outcome. J Psychosom Res. 1999;47(2):115–130.
19. Jørgensen JT, Andersen JS, Tjønneland A, Andersen ZJ. Determinants of frequent attendance in Danish general practice: a cohort-based cross-sectional study. BMC Family Practice. 28 Ocak 2016;17(1):9.
20. Kersnik J, Svab I, Vegnuti M. Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. Scand J Prim Health Care. 2001 Sep;19(3):174-7. doi: 10.1080/028134301316982405. PMID: 11697559.
21. Al-Abadi B, Al-Abadi J, Al-FannahW, Jeyaseelan L, Al-Maniri A, Al-Mahrezi A. The prevalence and characteristics of frequent attenders in primary health care in A'Dakhiliyah Governorate of Oman. Oman Med J. (2018) 33:331. doi: 10.5001/omj.2018.60.
22. Cruwys T, Wakefield JRH, Sani F, Dingle GA, Jetten J. Social Isolation Predicts Frequent Attendance in Primary Care. Annals of Behavioral Medicine. 13 Eylül 2018;52(10):817-29.
23. Welzel FD, Stein J, Hajek A, König HH, Riedel-Heller SG. Frequent attenders in late life in primary care: a systematic review of European studies. BMC Fam Pract. 2017 Dec 20;18(1):104. doi: 10.1186/s12875-017-0700-7. PMID: 29262771; PMCID: PMC5738881
24. Shukla DM, Faber EB, Sick B. Defining and characterizing frequent attenders: systematic literature review and recommendations. J Patient Cent Res Rev. 2020;7:255-64. doi: 10.17294/2330-0698.1747.

25. Karlsson H, Lehtinen V and Joukamaa M. Frequent attenders of Finnish public primary health care: sociodemographic characteristics and physical morbidity. *Family Practice* 1994; 11: 424-430.
26. Turgu S, Öztora S, Çaylan A, Dağdeviren HN. Birinci basamakta hasta memnuniyeti ve hekim iş doyumunu ile ilişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2018;22(2):78-91.
27. Tekin, A. (2021). TARIHTEN GÜNÜMÜZE EPİDEMİLER, PANDEMİLER ve EKONOMİK SONUÇLARI . Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , (40) , 330-355 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sbe/issue/62244/908431>
28. Parıldar H. Infectious Disease Outbreaks in History. Terh [İnternet]. 2020 [a.yer 31 Ekim 2022]; Erişim adresi: <https://www.journalagent.com/z4/vi.asp?pdid=terh&plng=tur&un=TERH-93764&look4=>
29. Tanrıverdi E. S. , Yakupoğulları Y. , Otlı B. COVID-19 Tanısı: Serolojik ve Moleküler Testler. *aktid*. 2020; 29(Özel Sayı): 31-37
30. Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulu Çalışma Kılavuzu. Temaslı Takibi, Salgın Yönetimi, Evde Hasta İzlemi Ve Filyasyon, 1 Haziran 2020, Ankara.
31. Altuntas M, Pandemide Aile Hekimlerinin Rolü, Görev ve Yetkileri, *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi* Cilt: 12 Sayı: 1 Ocak - Şubat 2020 [İnternet]. [a.yer 02 Aralık 2022]. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1481052>
32. Kang SC, Lin CC, Tsai CC, Lu YH, Huang CF, Chen YC. Characteristics of Frequent Attenders Compared with Non-Frequent Attenders in Primary Care: Study of Remote Communities in Taiwan. *Healthcare (Basel)*. 2020 Apr 13;8(2):96. doi: 10.3390/healthcare8020096. PMID: 32295021; PMCID: PMC7349067.
33. van den Bussche H, Kaduszkiewicz H, Schafer I, Koller D, Hansen H, Scherer M, Schon G. Overutilization of ambulatory medical care in the elderly German population?--An empirical study based on national insurance claims data and a review of foreign studies. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(129). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1357-y>.
36. Tiger M, Wesselhoeft R, Karlsson P, Handal M, Bliddal M, Cesta CE, Skurtveit S, Reutfors J. Utilization of antidepressants, anxiolytics, and hypnotics during the COVID-19 pandemic in Scandinavia. *J Affect Disord*. 2022 Nov 25;323:292-298. doi: 10.1016/j.jad.2022.11.068. Epub ahead of print. PMID: 36442654.
35. Çayırtepe M. Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Covid-19 Anksiyetesi ve Depresyon Sıklığının Araştırılması. İstanbul, Türkiye: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği; 2021.
37. Esmeray O, Öner C, Çetin H, Şimşek E.E. Bir eğitim Aile Sağlığı Merkezinin Covid-19 Pandemi deneyiminin incelenmesi. *Acta Medica Nicomedia*.2021; Cilt: 4 Sayı: 2.

38. Başer DA, Sezgin F, Yazar N, Fidancı İ, Aksoy H, Cankurtaran M. COVID-19 Pandemisinin Bir Aile Sağlığı Merkezi Başvurularına Etkisi. Kahramanmarař Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi. 17(3):107-16.
38. Murphy M, Scott LJ, Salisbury C, Turner A, Scott A, Denholm R, vd. Implementation of remote consulting in UK primary care following the COVID-19 pandemic: a mixed-methods longitudinal study. Br J Gen Pract. 09 Şubat 2021;71(704):e166-77.
39. Türk Tabipleri Birliği Aile Hekimliği Kolu COVID-19 Salgını Aile Sağlığı Merkezi Rehberi: <https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/ahk%20covid%20rehberi.pdf> (Erişim Tarihi: 10.06.2021).
40. Luppá M, Giersdorf J, Riedel-Heller S, Prütz F, Rommel A. Frequent attenders in the German healthcare system: determinants of high utilization of primary care services. Results from the cross-sectional German health interview and examination survey for adults (DEGS). BMC Fam Pract. 2020 Jan 13;21(1):10. doi: 10.1186/s12875-020-1082-9. PMID: 31931727; PMCID: PMC6958724.

EK-1

HASTA VERİ FORMU

- 1) Yaşınız:
- 2) Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()
- 3) Boyunuz: Kilonuz:
- 4) Medeni Durumunuz: () Evli
() Bekar
() Boşanmış
() Eşi vefat etmiş
- 5) Kiminle yaşıyorsunuz: () Eş ve çocuklar
() Anne, baba ve/veya akraba
() Arkadaş
() Yalnız
- 6) Gelir Düzeyiniz: () Gelirim giderimden az
() Gelirim giderime eşit
() Gelirim giderimden fazla
- 7) Eğitim Durumunuz: () okur-yazar değil
() okur-yazar
() ilkokul mezunu
() ortaokul mezunu
() lise mezunu
() üniversite ve üzeri
- 8) Çalışma Durumunuz: () Çalışıyor () Çalışmıyor
- 9) Sigara Kullanım Durumunuz: () İçmiyorum () İçiyorum
- 10) Alkol Kullanım Durumunuz: () Hiç içmiyorum
() Ara sıra içiyorum
() Düzenli içiyorum

11) Düzenli olarak tedavi gördüğünüz / görmeniz gereken bir hastalığınız var mı?

() Evet () Hayır

12) Herhangi bir nedenle **düzenli** olarak ilaç kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır

13) Depresyon ilacı kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır

14) Pandemi döneminde depresyon ilacı kullanmaya başladınız mı? () Evet () Hayır

15) COVID geçirdiniz mi? () Evet () Hayır

16) Tanıdığınız biri COVID geçirdi mi? () Evet () Hayır

17) Tanıdığınız birini COVID-19 yüzünden kaybettiniz mi? () Evet () Hayır

18) Covid-19 pandemisi ile ilgili aşağıdaki sorulara pandeminin hayatınız üzerindeki **olumsuz** etkisini göz önünde bulundurarak 1-10 arasında bir puan veriniz. (1 – çok az 10 - çok fazla)

sosyal hayatınıza etkisi	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
ekonomik hayatınıza etkisi	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
aile hayatınıza etkisi	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
ruhsal durumunuza etkisi	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
üzerinizde yarattığı korku ve endişe	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩
sağlık hizmetlerine ulaşımınıza etkisi	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩



T. C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



BİRİM / BÖLÜM : Aile Hekimliği Anabilim Dalı

25 / 06 / 2021

SAYI : 79371373/ 125

İZMİR

KONU : Tez Çalışması HK.

Sayın Doç. Dr. Tolga GÜNDAR,

DEÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD. Öğretim Üyesi

Danışmanlığınızda Dr. Semiha Nur MANDACI'nın yürüttüğü "COVID-19 Pandemisinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini Sık Kullanan Hastaların Başvuru Sıklığına Etkisi" isimli tez çalışması için, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerimize kayıtlı 18 yaş ve üzeri hastalara gönüllülük esasına göre anket yapılması uygundur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Nilgün ÖZÇAKAR
Aile Hekimliği AD. Bşk.



Semiha Mandacı

Bilimsel Araştırma Başvurusu

1 mesaj

Bilimsel Araştırma
Yanıtlatma Adresi:
Alıcı: snurmandacı

23 Ekim 2021 15:33

Sayın İlgili,

Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz başvuru incelenmiştir.

Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığımızca uygun olarak değerlendirilmiştir. Araştırmanızın gerektirdiği diğer tüm süreçlerin (etik kurul, etik komisyon, faz çalışması, diğer izinler vb.) tamamlanması konusunda araştırmacı/lar sorumludur.

Açıklama :

Form Adı : Semiha Nur Mandacı-2021-10-19T15_07_46

Başvuru Formu için [tıklayınız](#).Başvuru Formunuzu <https://bilimselarastirma.saglik.gov.tr/> adresinden görüntüleyebilirsiniz.

İlginiz ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Not: Bu ileti Bilimsel Araştırmanızın Değerlendirilmesinin tamamlanması nedeniyle sistem tarafından otomatik gönderilmiştir. Lütfen bu iletiyi cevaplamayınız.

YASAL UYARI:

Bu e-postanın içerdiği bilgiler (ekleri de dahil olmak üzere) gizlidir. T.C. Sağlık Bakanlığı onayı olmaksızın içeriği kopyalanamaz, üçüncü kişilere açıklanamaz veya iletilmez. Bu mesajın gönderilmek istendiği kişi değilseniz (ya da bu e-postayı yanlışlıkla aldıysanız), lütfen yollayan kişiyi haberdar ediniz ve mesajı sisteminizden derhal siliniz. T.C. Sağlık Bakanlığı bu mesajın içerdiği bilgilerin doğruluğu veya eksiksiz olduğu konusunda bir garanti vermemektedir. Bu nedenle, bilgilerin ne şekilde olursa olsun içeriğinden, iletilmesinden, alınmasından ve saklanmasından T.C. Sağlık Bakanlığı sorumlu değildir. Bu mesajın içeriği yazarına ait olup, T.C. Sağlık Bakanlığı görüşlerini içermeyebilir.

Bu e-posta bizce bilinen tüm bilgisayar virüslerine karşı taranmıştır.

DISCLAIMER:

This e-mail (including any attachments) may contain confidential and/or privileged information. Copying, disclosure or distribution of the material in this e-mail without the permission of Ministry of Health of Turkey is strictly forbidden. If you are not the intended recipient (or have received this e-mail in error), please notify the sender and delete email from your system immediately. Ministry of Health of Turkey makes no warranty as to the accuracy or completeness of any information contained in this message and hereby excludes any liability of any kind for the information contained therein or for the information transmission, reception, storage or use of such in any way whatsoever. Any opinions expressed in this message are those of the author and may not necessarily reflect the opinions of Ministry of Health of Turkey.

This e-mail has been scanned for all computer viruses known to us.