

T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**KRONİK HASTALIĞI OLAN KİŞİLERİN COVID-19 PANDEMİ
DÖNEMİNDE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIM DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Şeyma Nur KOCA

Ankara-2022

T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**KRONİK HASTALIĞI OLAN KİŞİLERİN COVID-19 PANDEMİ
DÖNEMİNDE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIM DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

Şeyma Nur KOCA

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

Ankara-2022

KABUL VE ONAY

Şeyma Nur KOCA tarafından hazırlanan “Kronik Hastalığı Olan Kişilerin Covid-19 Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Kullanım Düzeylerinin Belirlenmesi: Ankara İli Örneği” başlıklı bu çalışma, 13/01/2022 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından İşletme Ana Bilim Dalı, Sağlık Yönetimi Programında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK (Başkan)

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU (Danışman)

Doç. Dr. Elif EŞİYOK (Üye)

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesi 'ne uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasını;

- Akademik ve etik kurallar çerçevesinde hazırladığımı,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir,

Aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

.../.../2022

Şeyma Nur KOCA

ÖZ

KOCA, Şeyma Nur. Kronik Hastalığı Olan Kişilerin Covid-19 Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Kullanım Düzeylerinin Belirlenmesi: Ankara İli Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2022.

2019 yılının sonlarında Çin’de ortaya çıkıp tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 enfeksiyonu 13 Ocak 2020 yılında tanımlanmıştır. 2021 yılının sonlarında hala devam etmektedir. Covid-19 ateş, nefes darlığı ve öksürük, tat ve koku kaybı gibi belirtiler göstermektedir. Türkiye’de ilk vaka 11 Mart 2020 tarihinde açıklanmıştır. Pandemiden en fazla etkilenen grupların başında kronik hastalığı olan insanlar gelmektedir.

Bu araştırma pandemi döneminde kronik hastalığı olan bireylerin hastane kullanım düzeylerini belirlemek, yine bu dönemde ilaçlarını almakta sıkıntı yaşayıp yaşamadıklarını ortaya koyma, alınan tedbirleri yeterli bulma düzeyleri, aldıkları tedavi maliyetinin uygun olup olmadığı, istediği zaman sağlık hizmetine ulaşım ulaşamadığını, alınan sağlık hizmetinden memnun olma düzeylerini belirlemek gibi birçok konuyu ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. Araştırma evrenini Ankara ilinde yaşayan ve kronik hastalığı bulunan 302 kişi oluşturmaktadır. Katılımcıların %22,2’si Covid hastalığını geçirmiştir. Büyük bir çoğunluğu (%80,8)’i pandemi döneminde devlet hastanesinden hizmet almıştır. Katılımcıların çoğu (%82,5), kronik hastalık için kullanılan ilaçlara erişimde sıkıntı yaşamadığını ifade etmiştir. Elde edilen bulgular ışığında sağlık yöneticileri için çeşitli öneriler geliştirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Covid-19, Pandemi, Kronik Hastalık, Salgın, Sosyolojik Etki

ABSTRACT

KOCA, Şeyma Nur. Determination of Health Service Usage Levels of People with Chronic Diseases during the Covid-19 Pandemic Period: Ankara Province. Master's Thesis, Ankara, 2022.

The Covid-19 infection, which emerged in China at the end of 2019 and affected the whole World, was defined on January 13, 2020. It is still ongoing in mid-2021. Covid-19 shows symptoms such as fever, shortness of breath and cough, loss of taste and smell. The first case in Turkey was announced on March 11, 2020. Afterwards, millions of people were infected. People with chronic diseases are among the groups most affected by the pandemic.

This research was carried out to determine the hospital use levels of individuals with chronic diseases during the pandemic period, to reveal whether they had problems in taking their medications in this period, the levels of finding the measures taken as sufficient, whether the cost of the treatment they received was appropriate, whether they could reach the health service when they wanted, and the level of satisfaction with the health service received. It was made in order to reveal many issues such as determine the population of the research consists of 302 people living in Ankara and having chronic diseases. 22.2 % of the participants had Covid disease. The vast majority (80.8%) received service from the state hospital during the pandemic period. Most of the participants (82.5%) stated that they did not have any difficulties in accessing drugs used for chronic diseases. In the light of the findings obtained, various suggestions have been developed for health managers.

Keywords: Covid-19, Pandemic, Chronic Disease, Epidemic, Sociological Impact

TEŞEKKÜR

Tez alıőmam boyunca bilgi ve birikimleri ile her zaman destek olan değerli danışman hocam Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOğLU'na, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Dr. Öğr. Üyesi Nurperihan TOSUN'a, yüksek lisansım boyunca bana yardımları ve destekleri için Araştırma Görevlisi Büőra ÖZDEMİR'e, yine bu süre zarfında birbirimizden güç ve destek aldığımız, akıl danıőtıęımız sınıf arkadaşlarım Ezgican TEKİN ve Serra MERT' e, hastanede beraber çalıőtıęım ve desteklerini hiç esirgemeyen Nurcan DEMİRÇİ, Sakine GEDİK ve kardeői Gamze GEDİK' e ve beni her durumda destekleyen, yüreklendiren, beni motive aileme,

Sonsuz teőekkürlerimi sunuyorum...



İÇİNDEKİLER

ÖZ	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: COVID-19 PANDEMİSİ	3
1.1. Genel Bakış	3
1.1.1. Etyoloji.....	3
1.1.2. Epidemiyoloji.....	3
1.1.3. Bulaşma yolu.....	5
1.1.4. Hastalık spektrumu ve risk grupları	6
1.1.5. Tanı, tedavi ve korunma.....	8
1.2. Türkiye’de ve Dünyada COVID-19 Süreci	8
BÖLÜM 2: KRONİK HASTALIKLAR VE COVID-19	13
2.1. Kronik Hastalıklar	13
2.2. Kronik Hastalık Türleri ve Covid-19	14
2.1.1. Kardiyovasküler hastalıklar ve Covid-19.....	16
2.1.2. Hipertansiyon ve Covid-19	17
2.1.3. Solunum sistemi hastalıkları ve Covid-19	19
2.1.3.1. KOAH ve Covid-19	20
2.1.3.2. Astım ve Covid-19	21
2.1.4. Diabetes Mellitus ve Covid-19	22

2.1.5. Böbrek yetmezliği ve Covid-19	23
2.1.6. Serebrovasküler hastalık ve Covid-19	24
2.1.7. Tiroit hastalıkları ve Covid-19	25
2.1.8. Karaciğer hastalığı ve Covid-19.....	25
2.1.9. Eklem İltihabı ve Covid-19.....	26
2.1.10. Kanser ve Covid-19.....	27
2.3. Türkiye’de ve Dünyada Aşı Çalışmalar	28
BÖLÜM 3: SAĞLIK HİZMETLERİ VE PANDEMİ DÖNEMİNDE	
İZLENEN SAĞLIK POLİTAKALARI.....	32
3.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri	33
3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	34
3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	35
3.4. Sağlık Hizmeti Düzeyleri	36
3.5. Pandemi Döneminde Türkiye Sağlık Politikaları	37
BÖLÜM 4: KRONİK HASTALIĞI OLAN KİŞİLERİN COVID-19 PANDEMİ	
DÖNEMİNDE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIM DÜZEYLERİNİN	
BELİRLENMESİ: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ.....	42
4.1. Araştırmanın Metodolojisi	42
4.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi	42
4.3. Evren ve Örneklem	43
4.4. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları	43
4.5. Ön Çalışma	43
4.6. Veri Toplama Yöntem ve Aracı	43
4.7. Analiz ve Bulgular.....	44
4.7.1. Güvenilirlik analizi bulguları	44
4.7.2. Demografik Bilgiler İçin Frekans Tabloları.....	47

4.7.3. Araştırmada Kullanılan Kişisel Bilgi Formu ve Sağlık Hizmeti Kullanımına Yönelik Tanımlayıcı Bulgulara ait Soruların Frekans Dağılımları ve Açıklayıcı İstatistikler	49
4.7.4. Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Kullanım Soruları Frekans Dağılımı	57
4.7.5. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)	59
4.7.6. Hipotezler.....	63
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
KAYNAKÇA	75
EK-1.....	86
ANKET FORMU	86
EK-2.....	92
ETİK KURUL ONAYI.....	92
TURNİTİN RAPORU.....	93
ÖZGEÇMİŞ.....	100

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SARS	: Severe Acute Respiratory Syndrome (Ciddi Akut Solunum Yolu Sendromu)
MERS	: Middle East Respiratory Syndrome (Orta Doğu Solunum Sendromu)
nm	: Çap
kbs	: Uzunluk
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
SVO	: Serebro Vasküler Olay
ARDS	: Acute Respiratory Distress Syndrome (Akut Solunum Sıkıntısı Sendromu)
CDC	: Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol Ve Önleme Merkezi)
DM	: Diabetes Mellitus
HT	: Hipertansiyon
SB	: Sağlık Bakanlığı
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
TND	: Türk Nefroloji Derneği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
TİTCK	: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
CEPI	: Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (Salgın Hazırlık Yenilikleri Koalisyonu)
UNEP	: United Nations Population Fund (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)
IAGG	: International Association of Gerontology and Geriatrics (Uluslararası Gerontoloji ve Geriatri Derneği)
YBÜ	: Yoğun Bakım Ünitesi

- MV** : Mekanik Ventilatör
- TURDEP** : Türkiye Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon Epidemiyolojisi Araştırması
- ABY** : Akut Böbrek Yetmezliği
- KBH** : Kronik Böbrek Hastalığı
- CREDIT** : Türkiye Kronik Böbrek Hastalıkları Prevelans Çalışması
- FMF** : Familial Mediterranean Fever (Akdeniz Ateşi Hastalığı)
- AST** : Aspartat Transaminaz
- ALT** : Alanin Transaminaz
- KCFT** : Karaciğer Fonksiyon Testi
- UDF** : Uluslararası Diyabet Federasyonu
- TKV** : Türkiye Karaciğer Vakfı
- TRASD** : Türkiye Romatizma Araştırma ve Savaş Derneği
- TRD** : Türkiye Romatoloji Derneği
- GBS** : Guillain-Barre Sendromu
- SFT** : Solunum Fonksiyon Testi
- TÜSPE** : Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü
- AFAD** : Afet ve Acil Durum Yönetim Başkanlığı

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1.1: Viral Solunum Hastalıklarının Epidemiyolojik Kıyaslaması	4
Tablo 1.2: Covid-19/ Nezle/Grip/Alerji Arasındaki Farklar	6
Tablo 1.3: Covid-19 Aşı Teknoloji Alt Yapısı.....	12
Tablo 4.1: Cronbach's Alfa Değeri.....	45
Tablo 4.2: Güvenilirlik Analizi İçin İstatistikler	45
Tablo 4.3: Tanımlayıcı İstatistik (Yaş, Cinsiyet, Eğitim Durumu, Aylık Gelir, Meslek) Tablosu	48
Tablo 4.4: Katılımcıların Kronik Hastalığı Bulunma Durumu	49
Tablo 4.5: Ailede Kronik Hastalık Öyküsü Bulunma Durumu.....	50
Tablo 4.6: Sigara veya Alkol Kullanımı Durumu	51
Tablo 4.7: Covid-19 Hastalığını Geçirme Durumu.....	51
Tablo 4.8: Aile Fertlerinin Covid-19 Hastalığını Geçirme Durumu	51
Tablo 4.9: Karantinada Kalma Durumu	52
Tablo 4.10: Karantinada İhtiyaçlarının Karşılama Durumu	52
Tablo 4.11: Sağlık Sigortası Bulunma Durumu	53
Tablo 4.12: Pandemi Döneminde Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumu	53
Tablo 4.13: Pandemi Döneminde Kaç Defa Sağlık Hizmeti Alma Durumu.....	53
Tablo 4.14: Sağlık Hizmeti Alınan Sağlık Kuruluşu Tercih Durumu	54
Tablo 4.15: Acil Olmayan Sağlık Durumunda Başvuru Yapılan Birim.....	54
Tablo 4.16: Acil Sağlık Probleminde İlk Olarak Başvurulan Yerin Dağılım Tablosu	55
Tablo 4.17: Pandemi Döneminde Acil Olmayan Sağlık Durumunda Başvurulan Birimi Tercih Etme Nedeni Durumu.....	55
Tablo 4.18: Pandemi Döneminde Kronik Hastalık İçin Kullanılan İlaçlara Erişimde Sıkıntı Yaşama Durumu	56
Tablo 4.19: Pandemi Sürecinde Devletin Aldığı Tedbirleri Yeterli Bulma.....	56

Tablo 4.20: Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Kullanımı Soruları 1, Frekans Tablosu	57
Tablo 4.21: Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Kullanım Soruları 2, Frekans Tablosu	58
Tablo 4.22: KMO-Bartlett Testi	60
Tablo 4.23: Toplam Varyans Açıklaması	60
Tablo 4.24: Faktör Matriksi.....	62
Tablo 4.25: Pandemi döneminde Devletin Aldığı Tedbirleri Yeterli Bulma Durumunun Yaş Durumuna Göre Dağılımı.....	63
Tablo 4.26: Pandemi Sürecinde Devletin Aldığı Tedbirleri Yeterli Bulma Durumunun Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	64
Tablo 4.28: Pandemi Döneminde Tercih Edilen Hastanede Alınan Sağlık Hizmeti Maliyetini Uygun Bulma Durumuna Göre Aylık Gelir Durumu	66
Tablo 4.29: Sağlık Hizmeti Alınan Sağlık Kuruluşunun Ulaşımı Kolay Olması Durumuna Göre Pandemi Döneminde Sağlık Kuruluşundan Sağlık Hizmeti Alma Dağılımı	67
Tablo 4.30: Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Alınan Kurum Tercihinde Geçmiş Tecrübelerin Etkisinin Yaş Durumuna Göre Dağılımı.....	68
Tablo 4.31: Pandemi Sürecinde Evde Bakım Hizmetinden Yararlanma Durumunun Yaş Durumuna Göre Dağılımı.....	69
Tablo 4.32: Hipotez Red/Kabul Tablosunun Özeti.....	70

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1: Global Covid-19 Grafiği	10
Şekil 1.2: Türkiye'de Günlük Hasta/Vaka/Vefat Sayıları	10
Şekil 1.3: Türkiye Günlük Yoğun Bakım/Entübe/Ağır Hasta Sayıları.....	11
Şekil 1.4: Ükelere Göre Onaylanan Aşı Adayları	12
Şekil 2.1: Cinsiyet ve Yaşa Göre HT Prevelansı, Türkiye 2011.....	19
Şekil 2.2: Yaşa ve Cinsiyete Göre SFT Sonuçlarına Dayalı KOAH Prevelansı, Türkiye 2011	21
Şekil 2.3: Yaşa ve Cinsiyete Göre Doktor Tanılı Astım Sıklığı, Türkiye 2011 ...	21
Şekil 2.4: Cinsiyete ve Yaşa Göre Diyabet Prevelansı, Türkiye 2011	23
Şekil 4.1: Faktör Analizi Çizgi Grafiği.....	61

GİRİŞ

Sağlık, DSÖ tarafından “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden de bir bütün olarak tüm aktiviteleri içermesi” olarak tanımlanmıştır (WHO, 2000; Murray, Frenk, 2000; WHO, 2001; Murray, Frenk, 2001). Ruhsal sağlığımızı olumsuz etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi ise salgın hastalıklardır. Geçmiş dönem kayıtlarına bakıldığında pek çok salgın hastalığın var olduğu görülmektedir ve bu salgın hastalıklar insanları ekonomik, bedensel, ruhsal, sosyal yönlerden olumsuz olarak etkilemiştir. Dünya da en son ortaya çıkan salgın hastalık ise Koronavirüs salgınıdır.

Korona virüs ailesi daha önce Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS) ve Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS) enfeksiyonları ile tanınmıştı (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). Korona virüs ailesi şiddetli ve ağır geçen solunum yolu enfeksiyonlarına sebep olmaktadır. Covid-19 en son tanıtılan korona virüstür. Damlacık yoluyla insandan insana geçebilen bu hastalığın tedavisinde antiviral bir ilaç olmadığı için spesifik tedavi önem kazanmıştır. Yapılan araştırmalar sonucunda kuluçka sürecinin 2-14 gün arasında olduğu bildirilmiştir (DSÖ, 2020). Hastalık 11 Mart 2020 tarihinde DSÖ tarafından pandemi ilan edilmiştir.

Ülkemizde ilk vakanın görülmesinden itibaren yeni bir süreç başlamış oldu ve yeni çalışma düzenleri acil planlandı. Pandemi, dünya genelinde büyük bir tedirginliğe yol açtı. Etkilenen ülkelerde, sağlık çalışanlarındaki yüksek enfeksiyon riski önemli bir sorun oluşturmaya başladı.

Covid-19, bulaştırıcılığı yüksek olan bir enfeksiyondur. İlk olarak 2019 yılının Aralık ayında Çin'in Wuhan kentinde tanımlanmış olup hızla tüm dünyaya yayılmıştır. Hayvanlardan insan geçişte, enfekte bir hayvanın yemek olarak tüketilmesi ise ana nedendir. Enfekte olan bireyle yakın temas bulaşa neden olmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

2021 yılının sonlarında pandeminin etkileri hala şiddetli şekilde devam etmektedir. Salgın insanları psikolojik, sosyal veya işlevsel yönden etkilemiştir ve etkilemeye devam etmektedir. Kişilerde ortaya çıkan problemlerin erken dönemde teşhisi büyük önem arz etmektedir. DSÖ'ye göre özellikle yalnız yaşamını sürdüren yaşlı bireyler desteklenmeli ve korunmalıdır.

Pandemi sürecinden bütün bireyler etkilenmiştir fakat en hızlı etkilenen grupların başında kronik hastalığı olan bireyler ile 65 yaş üstü ve çocuk yaş grubundaki bireyler oluşturmaktadır. Uzun süre evde kalmak durumunda kalan bu gruplar ekonomik, sağlık ve sosyal birtakım zorluklar yaşamışlardır. Özellikle de kronik hastalığı olan bireylerde bu hastalığın daha ağır seyrettiği görülmüştür.

Bu çalışmanın birinci bölümünde Covid-19 pandemisi hakkında bilgilere yer verilmiştir, ikinci bölümde kronik hastalıklar ve Covid-19 ile ilişkisine yer verilmiştir, son bölümde ise alan araştırması yer almaktadır.

Covid-19 enfeksiyonunun uzun dönemli etkileri hakkında elde edilen bilgiler hala sınırlıdır. SARS ve MERS enfeksiyonlarının uzun dönemli etkileri pulmoner hasar ve fibrozis olduğu bilinmektedir. Covid-19'un da biyolojik yönden SARS ve MERS'e benzemesi sonuçlarının benzer olabileceğini düşündürmektedir.

Covid-19 pandemisi, ülkelerin hazırlık planları, uyum kabiliyetlerinin ve kapasitelerinin sınandığı zorlu bir süreç olmuştur. Sağlık kurumlarında kurumsal bir güven kültürü olması ve kalite yönetim sistemlerinin olması, pandemi gibi ani gelişen durumlara hazır olmak ve süreçleri yürütebilmek için yardımcı olmaktadır. Covid-19 sürecinde elde edilen bilgiler ve edinilen deneyimler, pandeminin bundan sonraki aşamaları için yol gösterici olacaktır.

BÖLÜM 1: COVID-19 PANDEMİSİ

1.1. Genel Bakış

Kısa bir sürede pandemi haline dönüşen Covid-19, bilinen pek çok korona virüsten farklı bir türüyle ortaya çıkmıştır. Sık mutasyon geçirme özellikleri bulunmaktadır ve bu nedenle yeni türlerin ortaya çıkması kaçınılmaz bir durumdur.

Damlacık yolu gibi kolay ve kontrol edilemeyen bir bulaşma yolu olması, korona virüs ailesinin yeni bir türü olması nedeni ile ülkelerde bağışık bireyin bulunmaması, özgün bir tedavi ve ilaç olmaması gibi nedenler kısa sürede pandemi olmasındaki en büyük etkenlerdir (DSÖ, 2020).

1.1.1. Etyoloji

Korona virüsler (CoV), tek zincirli, pozitif polariteli, zarfı olan RNA virüsleridir. Bu aileden α -CoV ve β -CoV türlerinin memeli türünü hasta ettiği bilinmektedir. β -CoV'un neden olduğu önemli iki salgın SARS ve MERS'tir (Yeşilbağ, 2020).

2002 yılında, SARS-CoV enfeksiyonunun patlak vermesi ilk olarak yine Çin'de bildirilmiş, hızla yayılmış ve dünya çapında birçok ölümlü sonuçlanmıştır (Yeşilbağ, 2020; Graham, Donaldson ve Baric 2013). 2012 yılında, MERS-CoV ilk önce Suudi Arabistan'da ortaya çıkmış olup, dünya genelinde SARS-CoV'dan daha yüksek ölümlü sonuçlanmıştır (Zumla, Hui ve Perlman, 2015; Heng, Shang-Ming ve Xiao, 2020).

Korona virüsler çok fazla dış ortama dayanıklı değildir. Bulunduğu ortamın nem, ısı, sıcaklık, madde bileşeni, kontamine ettiği yüzey gibi pek çok faktör dayanıklılık süresini etkilemektedir. Covid-19 'a baktığımız da önceki korona virüslerin ölüm oranının daha yüksek olduğu görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).





1.1.2. Epidemiyoloji

2019 yılının Aralık ayında Çin Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi ile Wuhan Şehir Sağlık Otoriteleri nedeni bilinmeyen bir pnömoni hastalığı bildirdiler. 2020 yılı Ocak ayının 7'sinde Çin Yeni korona virüsü tespit etti ve 11 Ocak'ta daha

şiddetli akut solunum sendromuna neden olan bu korona virüsü Covid-19 olarak adlandırdılar (Singhal, 2020).

Bu hastalığın insandan insana bulaştığı, özellikle yetişkin bireylerin Covid-19'a duyarlı olduğu ve hastalığının şiddetinin boyutlarının yaşla ilişkisi olduğu ilk zamanlarda yapılan araştırmalarla belirlenmiştir. Bireylere eşlik eden ek hastalıklarında hastalığın şiddetini arttırdığı yapılan araştırmalarla ortaya konulmuştur (Yang J., Zheng Y., Gou X., 2020).

Tablo 1. 1: Viral Solunum Hastalıklarının Epidemiyolojik Kıyaslaması

Hastalık	Grip	COVID-19	SARS	MERS
Hastalık Yapıcı Patojen	 Influenza Virusü	 SARS-CoV-2	 SARS-CoV	 MERS-CoV
R_0 Temel Üreme Katsayısı	1.3	2.0 - 2.5*	3	0.3 - 0.8
VÖÖ Vaka Ölüm Oranı	%0.05 - 0.1	~%3.4*	%9.6 - 11	%34.4
Kuluçka Zamanı	1 - 4 gün	4 - 14 gün*	2 - 7 gün	6 gün
Hastanelik Vaka Oranı	%2	~%19*	Çoğu Vaka	Çoğu Vaka
Bireye Bulaşma İhtimali	%10 - 20	%30 - 40*	%10 - 60	%4 - 13
Yıllık Hasta (Küresel)	~ 1 milyar	Bilmiyor (Devam Ediyor) (3.5 ayda 145.000+)*	8098 (2013'te)	420

Kaynak: <https://www.haberturk.com/koronaviruse-dair-bilmeniz-gerekenler-koronavirusun-caresi-sosyal-izolasyon-haberler-2617206/8> (Erişim Tarihi: 28.10.2021)

Covid-19'un kontrol edilmesindeki zorluklar epidemiyolojik farklılık gösteren parametrelerinden kaynaklanmaktadır. Hastalığın kontrol altına alınabilmesi açısından üreme katsayısı, kuluçka süresi, büyüme hızı vb. özelliklerinin tanımlanması gerekmektedir.

Yeni tanımlanan bu korona virüs Çin'in Hubei eyaleti Wuhan kentinde, canlı hayvan pazarı olarak nitelendirilen Huanan Deniz Ürünleri ve Canlı Hayvan Toptan Satış Pazarı'nda satılan yarası, yılan, misk kedisi, rakun ve diğer hayvanların satıldığı bu pazarda ortaya çıkmıştır (WHO,2020). Sonrasında diğer ülkelere hızlı bir şekilde yayılmıştır. Bu virüsün zoonotik kaynağı ise tam olarak bilinmemekle birlikte yarası olduğu düşünülmektedir. Enfekte olan hayvanın gıda olarak tüketilmesi virüsün hayvandan insana geçmesine neden olmuştur. İnsandan insana ise yakın temasla geçmektedir. Enfekte bireyde yol açtığı öksürük, hapşırık, aksırık ve hatta konuşma ile etrafa saçtığı damlacıklar ile sağlıklı bireyler enfekte olmaktadır.

1.1.3. Bulaşma yolu

Temel olarak damlacık enfeksiyonu ile solunum yolundan alınarak bulaşır. Damlacıkların havada kalış süresi uzun değildir. Birkaç dakika içinde yere iner ve yüzeyleri enfekte eder. Enfekte olan yüzeylere dokunulması sonucu ellerimizle burun ve gözlerden de girebilmektedir.

Yüksek viral yük nedeni ile semptom gösteren kişiler semptom göstermeyen kişilere göre daha bulaştırıcı olmaktadır. Konuşma sırasında 3 bin, hapşırma sırasında ise 2 milyon damlacık etrafa saçılmaktadır. Bunlar bir buçuk metre mesafeye ulaşabilmektedir.

Virüsün dayanma süresi ile ilgili çeşitli araştırmalar yapılmıştır ve elde edilen sonuçlara göre ortalama aerosol ile 3 saat, bakır olan maddelerde 4 saat, kâğıtta bir gün, plastikte 3 gün, paslanmaz çelikte ise 2 gün bulaşıcılığını koruyabilmektedirler (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).









4 °C'de canlı kalma süresi uzamakla birlikte, 30 °C'de bu süre kısalmaktadır. Sabun, dezenfektan, alkole hassasiyeti zarflı virüs olduğundan yüksektir. Sıcaklığın yüksek olduğu günlerde açık havada bulaşıcılığı düşüktür.

Yapılan araştırmalar sonucu elde edilen veriler virüsün kuluçka süresinin 2-14 gün arasında değiştiğini göstermektedir (Guo, YR., Cao, QD., Hong ZS., Tan, YY., Chen, SD., Jin, HJ, 2020). Semptomatik vakaların birçoğu hafif seyretmekle birlikte, az bir kısmının klinik yatış gerektirdiği ortaya konulmuştur ve bu vakaların ağır seyrettiği görülmüştür.

Başlarda sadece ağır solunum yolu enfeksiyonu gibi düşünülen virüs, araştırıldıkça sanılandan daha geniş spektruma sahip olduğu görülmüştür. Klinik bulgular zamana ve ülkeye göre farklılıklar göstermiştir. Bunun nedeni ise ırksal değişiklikler nedeni ile virüste meydana gelen değişiklikler, vaka tanımlarındaki değişiklikler ve zamanla bulguların daha dikkatli ele alınmasıdır.

Salgının başladığı günden bu zamana kadar çok sayıda olgu belirtilmiştir. Belirtilenlere göre en sık görülen semptomun ateş olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte seyreden diğer semptomlar öksürük, nefes darlığı, halsizlik, iştahsızlık, yorgunluk, kas ve eklem ağrısı, bulantı ve kusma, balgamda artış, burun akıntısı, ishal, baş ağrısı gibi belirtiler görülmektedir. Burun akıntısından dolayı normal griple ve nezle ile karıştırılması da muhtemeldir (WHO, 2020).

Tablo 1. 2: Covid-19/ Nezle/Grip/Alerji Arasındaki Farklar

	COVID-19		SOĞUK ALGINLIĞI NEZLE		GRİP		ALERJİ	
	✓	Sık	✓	Nadiren	✓	Sık	-	-
 Ateş	✓	Sık	✓	Nadiren	✓	Sık	-	-
 Yorgunluk	✓	Sık	✓	Bazen	✓	Sık	✓	Bazen
 Kuru Öksürük	✓	Sık	-	-	✓	Sık	✓	Bazen
 Solunum Zorluğu	✓	Şiddetli	-	-	-	-	✓	Bazen
 Öksürük	✓	Sık	-	-	✓	Bazen	✓	Bazen
 Ağrı	✓	Bazen	✓	Nadiren	✓	Sık	-	-
 Hapşırma	-	-	✓	Sık	✓	Bazen	✓	Sık
 Burun Akıntısı	✓	Bazen	-	-	✓	Bazen	✓	Sık
 Burun Tıkanıklığı	-	-	✓	Sık	✓	Bazen	✓	Sık
 Gözlerde Sulanma	-	-	-	-	-	-	✓	Sık
 Boğaz Ağrısı	✓	Bazen	✓	Sık	✓	Bazen	-	-
 İshal	✓	Bazen	-	-	✓	Nadiren	-	-

Kaynak:<https://www.ntv.com.tr/saglik/covid-19u-alerji-grip-ve-nezleden-nasil-ayirabiliriz-corona-virus-septomlari,nvQXZBIV7EWOrC2v-MI-tQ> (Erişim Tarihi: 28.10.2021)

Akciğerler direk etkilenen organ olması bakımından önemlidir bu yüzden akciğer tomografisi ve grafisi önemlidir. Erken dönemde sık görülen bulgu bilateral buzlu cam görüntüsüdür.

Hastalarda çoklu organ yetmezliği, ARDS, Akut kardiyak problemler, aritmiler, tromboembolik olaylar, sepsis gibi mortaliteye neden olan komplikasyonlar gelişebilir. DSÖ verilerine göre hafif seyreden vakalarda iyileşme süresi ortalama 2 hafta iken, ağır vakalarda 3-6 arası değişmektedir. İyileşen olgularda ise kalp ve akciğerlerde kalıcı bozukluk olup olmadığı uzun süreli sonuçları olarak daha tam olarak netleşmemiştir.

1.1.4. Hastalık spektrumu ve risk grupları

Enfeksiyonu kapma olasılığında herkes risklidir, fakat mortalite ve ağır seyri genel olarak ileri yaş ve ek hastalık barındıran durumlarla ilişkilidir. İleri yaş, erkek cinsiyet, obezite, diyabet, sigara kullanımı, KOAH, hipertansiyon, kanser, kardiyovasküler hastalık, demans, SVO, kronik karaciğer hastalığı gibi ek hastalık durumları mortalite ve ağır seyir açısından büyük risk faktörleridir.

Kronik hastalıkların bağışıklık sistemi üzerinde çeşitli etkileri vardır ve kişiyi Covid-19 enfeksiyonuna daha yatkın hale getirir. 2020 yılında Yang ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir meta analiz sonucunda, hastaların yaklaşık %21,1’inde Hipertansiyon hastalığının yaygın olduğu; diyabet, Kardiyovasküler hastalık ve sonum sistemi hastalıklarının sırasıyla %9,7, %8,4, %1,5 oranında olduğu görülmüştür (Yang vd., 2020).

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanılması kanser, kalp rahatsızlıkları ve KOAH ile ilişkili ölümlerde en iyi bilinen nedenlerden birisidir. Ayrıca diğer sistemik enfeksiyonlara yatkınlığı artırması sebebiyle de önemli bir risk faktörüdür. Sigara içen bireylerde enfeksiyonlara yatkınlık yaratan birçok faktöriyel sebep bulunmaktadır (Arcavi, L, 2004).

Covid-19 temel olarak bir solunum sistemi hastalığı sayılabilir ve ciddi akut solunum yetmezliği ile karakterize bir hastalıktır. Çin’de Covid-19 tanısı konulmuş 1590 hastanın altta yatan nedenlerle birlikte sigara içme durumunun da değerlendirildiği bir çalışmada ek hastalık olan durumlarda sigara içme durumunun olmayanlara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. En az bir tane ek hastalığı olan vakalarda olmayanlara göre hastalığın 1,79 kat daha ağır seyrettiği ortaya konulmuştur. İki veya daha fazla ek hastalığı bulunanlarda ise 2,59 kat daha kötü seyrettiği bildirilmiştir (Guan, W., Liang, W., Zhao, Y., Liang, HR., Chen, ZS., Li, YM., 2020).

Covid-19 hastalığı geçiren bireylerle sigara kullanımı ve hastalığın ciddi seyri arasında ilişki bulunmaktadır. Çin’de yapılan bir araştırmada YBÜ ihtiyacı ve MV kullanım oranı Covid-19 enfeksiyonu bulaşmış kişilerde aktif sigara içenlerde %22,5, sigara içip bırakmış olanlarda %7,6’dır. Hastalığın kötü seyretmediği kişilerde ise aktif sigara içen %11,8, içip bırakmış olanlar ise %1,6 olarak bildirilmiştir (Guan, WJ., Ni, ZY., Hu, Y., Liang, WH., Qu, CQ., He, JX., 2020).

DSÖ, sigara ile Covid-19 enfeksiyonu ile gerçekleşen mortalite oranı arasındaki ilişki üzerine nargile, elektronik sigara, ısıtılmış tütün ürünleri gibi ürünlerinde bu pandemi sürecinde olumsuz etki göstereceğini bildirmiştir. Bu nedenle hastalardan anamnez alırken tütün ve tütün ürünleri kullanıp kullanmadığı mutlaka sorulmalı ve hasta eğer tütün ürünü kullanmayı bırakmış ise ne zaman bıraktığı mutlaka hasta kayıtlarına not edilmelidir.

Kronik hastalıklarda Covid-19 hastalığının erken dönemde belirlenmesi ve hastalığın kötüleşmesinin önlenmesi için; antiviraller, oksijen tedavisi ve beslenme desteği gibi proaktif önlemlerin alınması çok önemlidir.

1.1.5. Tanı, tedavi ve korunma

SARS-CoV-2'nin gen dizilimi tam anlamıyla elde edilmiştir. Covid-19'dan şüphelenilen hastaların üst ve alt solunum yollarından elde edilen PCR testi ile örnek toplanır ve yapılan analizler sonucu tanı konulur. PCR testi bazı zamanlarda tek başına anlamlı olmayabilir. Bunun yanında akciğer röntgen ve akciğer tomografisi ile biyokimya ve serolojik kan testleri de tanıya eşlik edebilir. Tüm dünyada kabul edilmiş kesin bir tedavi şeması yoktur, daha çok semptomlara yönelik tedavi uygulanmaktadır fakat aşılama çalışmaları hızla devam etmektedir.

Korunma yöntemleri damlacık ve yüzey ile temastan bulaşmayı önleyecek şekilde sosyal mesafeye dikkat etmek, damlacıkların yayılmasını engellemek amacıyla maske kullanmak, el hijyenine önem vermek, insanların toplu ve kalabalık olduğu ortamlardan mümkün olduğunca uzak durmak, bağışıklığı güçlendirecek şekilde beslenme, egzersiz, tütün ürünlerinden uzak durmak, vücudumuzu vitamin ile desteklemek gibi yaşam tarzını benimsemek önemlidir.

1.2. Türkiye'de ve Dünyada COVID-19 Süreci

Korona virüsler her ne kadar soğuk algınlığı düzeyinde hastalık yapsalar da SARS ve MERS virüsleri durumun böyle olmadığını bizlere göstermiştir. 10 Ocak 2020 tarihinde bu iki virüsten elde edilen bilgi ve deneyimler ışığında yeni koronavirüsle ilgili ilk rehber yayımlanmıştır. Pandemi sürecinde yaşanan önemli gelişmeleri, aşağıdaki şekilde kronolojik olarak sıralamak mümkündür (Aljazeera, 2020; Euronews, 2020; Unescwa, 2020; Muccari vd., 2020; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020; DSÖ, 2020).

11 Ocak 2020 tarihinde virüsün genetik yapısı ile ilgili bilgiler tüm dünya kamuoyu ile paylaşılmıştır ve Çin'de yeni ortaya çıkan bu korona virüsten ilk ölüm gerçekleşmiştir.

13 Ocak 2020'de ise Çin dışında vakanın görüldüğü bildirilen ülke Tayland olmuştur. 21 Ocak'ta ise ABD yeni korona virüs vakasını kamuoyuna duyurmuştur. Tüm bu hızlı yayılım süreci sonrası korku ve panik hızla yayılmış olup 23 Ocak

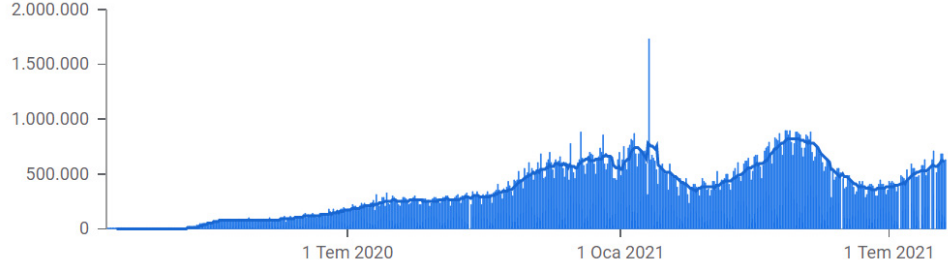
tarihinde Çin Wuhan şehrini karantinaya aldı ve şehre olan tüm giriş çıkışları yasakladı. Bu karantina sonrası ABD son 14 gün içinde Çin'e gidip gelen kişilere seyahat yasağı uygulamaya başladı. DSÖ, 30 Ocak 2020'de Covid-19 salgınına 'Uluslararası Boyutta Halk Sağlığı Acil Durumu' olarak ilan etmiştir.

2 Şubat 2020'de ise Çin dışında yeni CoV kaynaklı ilk vefat Filipinler'den duyuruldu. 7 Şubat'ta virüsü ilk tanımlayan Dr. Li Wenliang, CoV sebebiyle hayatını kaybetti. 11 Şubat'ta bu yeni CoV'un adı Covid-19 olarak değiştirildi.

14 Şubat tarihinde Mısır, Afrika kıtasında vakayı bildiren ilk ülke oldu. Bu tarihte Asya ülkeleri dışında Avrupa ülkeleri arasından Fransa'da ilk ölüm bildirildi. 19 Şubat'ta İran ilk vakayı bildirdi. 24 Şubat tarihinde İtalya, bu yeni virüsten en kötü ve en çok etkilenen ülke olarak tüm ülkeler arasında ilk sıraya geçti. 7 Mart tarihinde, DSÖ virüsün tam olarak 100 ülkede görüldüğünü bildirdi. 10 Mart tarihinde İtalya tüm ülkeyi karantinaya aldığını bildirdi.

11 Mart tarihinde Türkiye'de ilk vaka bildirildi. Aynı tarihte DSÖ, bu yeni hızla yayılan hastalığı pandemi olarak ilan etti. 14 Mart tarihinde İspanya' öngörülemez rekor bir vaka artışı oldu ve tüm ülke karantina kararı aldı. 16 Mart tarihinde ilk deney aşılama başladı. 19 Mart tarihinde Çin ilk kez yerel kaynaklı bir vaka bildirmede. İtalya, 3405 ölümlerle Çin'in önüne geçti.

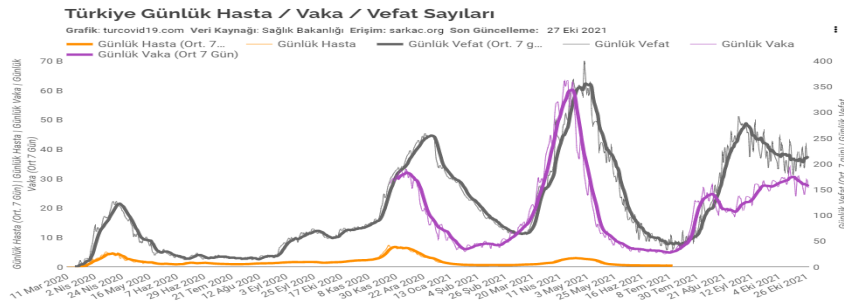
DSÖ, 23 Mart'ta dünya çapındaki toplam vaka sayısının 300 bini geçtiğini duyurdu. İlk 100 bin vakaya 67 günde ulaşılmışken, ikinci 100 bin vakaya 11 günde, üçüncü 100 bin vakaya 4 günde ulaşıldığını bildirerek tedbirler konusunda daha dikkatli olmamız gerektiğini bizlere göstermiş oldu. 6 Nisan'da Çin ilk kez yeni vaka görülmediğini bildirdi. Çin durumları böyle olunca 7 Nisan'da Wuhan şehrindeki karantınayı kaldırdı. 3 Mayıs 2020 tarihinde Çin, ABD, Almanya ve İngiltere bu yeni virüse yönelik toplamda 11' yakın aşı çalışmalarının deney aşamasında olduğunu kamuoyuna duyurdu.



Şekil 1.1: Global Covid-19 Grafiği

Kaynak: <https://news.google.com/covid19/map?hl=tr&gl=TR&ceid=TR%3Atr> (Erişim Tarihi: 28.10.2021)

Türkiye’de tedavi süreci ve vaka tespitleri, her ilin İl sağlık Müdürlükleri Bulaşıcı Hastalıklar Birimleri tarafından gerçekleştirilmektedir. 12 Mart’ta ilköğretim ve orta dereceli okullar ile üniversite eğitimlerine ara verildi. 15 Mart’ta eğlence faaliyetleri geçici olarak durduruldu. Avrupa ülkeleri ile karşılıklı uçuşlar durduruldu. 17 Mart’ta Covid-19 kaynaklı ilk ölüm Türkiye’de bildirildi. İran’a aynı tarihte tıbbi yardım yapıldı. 20 Mart’ta üçüncü basamak yoğun bakım ünitesi bulunan bütün hastaneler Sağlık Bakanlığı tarafından pandemi hastanesi ilan edildi. 22 Mart’ta kamu çalışanları esnek çalışmaya geçti. Toplu taşıma kapasiteleri sınırlandırıldı. 23 Mart’ta ülkedeki tüm eğitim kurumları online eğitime geçti. 25 Mart’ta korona virüs ile ilgili ekonomi destek paketleri açıklandı. 27 Mart’ta SB, tüm verileri günlük olarak halk ile paylaşmaya başladı.



Şekil 1.2: Türkiye'de Günlük Hasta/Vaka/Vefat Sayıları

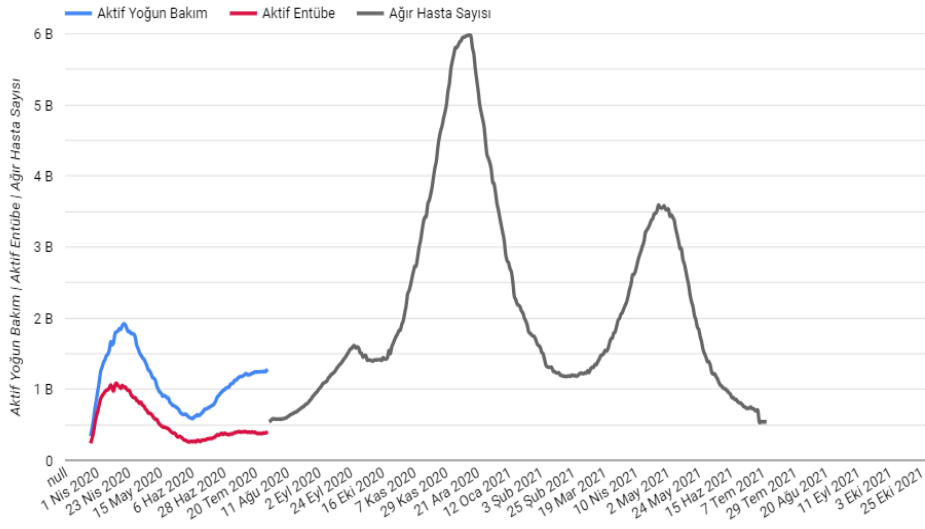
Kaynak: <https://sarkac.org/2021/02/covid-19-karsilastirmali-grafikler/> (Erişim Tarihi: 28.10.2021)

30 Mart’ta, dar gelirli bireylere destek olmak adına Cumhurbaşkanlığı “Biz Bize Yeteriz” kampanyasını başlattı. 1 Nisan 2020 tarihinde İspanya ve İtalya’ya tıbbi malzeme yardımı yapıldı. 3 Nisan 2020 tarihinde 30 Büyükşehir ve Zonguldak iline 2 hafta boyunca giriş çıkışlar yasaklandı. 4 Nisan tarihinde 20 yaş altına sokağa

çıkma yasağı getirildi. 10 Nisan tarihinde Birleşik Krallığa tıbbi malzeme yardımı yapıldı. 16 Nisan 2020 tarihinde özel sektörde 3 ay süre ile işçi çıkarılmamasına dair düzenleme yapıldı. Daha sonra bu düzenlemenin süresi uzatıldı. 24 Nisan tarihinde günlük iyileşen hasta sayısı ilk kez o gün tespit edilen vaka sayısını geçti. 27 Nisan 2020 tarihinde ise yine günlük iyileşen hasta sayısı ilk kez o gün tespit edilen hasta sayısının 2 katını geçti. Böylelikle iyileşen hasta sayısı o günden itibaren hızlı bir şekilde artmaya devam etti.

Türkiye Günlük Yoğun Bakım / Entübe / Ağır Hasta Sayıları

Grafik: turcovid19.com Veri Kaynağı: Sağlık Bakanlığı Erişim: sarkac.org Son Güncelleme: 27 Eki 2021



Şekil 1. 3: Türkiye Günlük Yoğun Bakım/Entübe/Ağır Hasta Sayıları

Kaynak: Covid-19 Karşılaştırmalı grafikler- Sarkaç (sarkac.org) (Erişim Tarihi: 28.10.2021)

28 Nisan'da ABD'ye tıbbi malzeme yardımı yapıldı. 4 Mayıs tarihinde Cumhurbaşkanlığı normalleşme sürecini açıkladı. 8 Mayıs 2020 tarihinde bu virüs yüzünden Türkiye'de ölen birey sayısı ilk defa 50'nin altına düştü. DSÖ, Türkiye'nin bu süreçteki yardımsever tutumundan dolayı yetkililere teşekkürlerini iletmiştir. Tüm bu süreçte farklı ülkelerde aşı çalışmaları devam etmekteydi. Ağustos 2020'de 24 aday açıklandı ve bu aşular klinik deneylere tabi tutulmaya başlandı. Yine bu tarihlerde Rusya'nın ürettiği Gam-COVID-Vac aşısı tescil almıştır. Rusya bu aşının klinik deney bilgilerini paylaşmadığı için, bilimsel çevreler tarafından tepki toplamıştır. DSÖ, Şubat 2020'de bu virüse karşı üretilecek bir aşının 18 aydan kısa bir sürede çıkacağını beklemediğini Vah bilim adamları 2020 yılı boyunca, bu virüse karşı aşı geliştirmek için 9 farklı teknoloji yapısının kullanıldığını bildirdi.

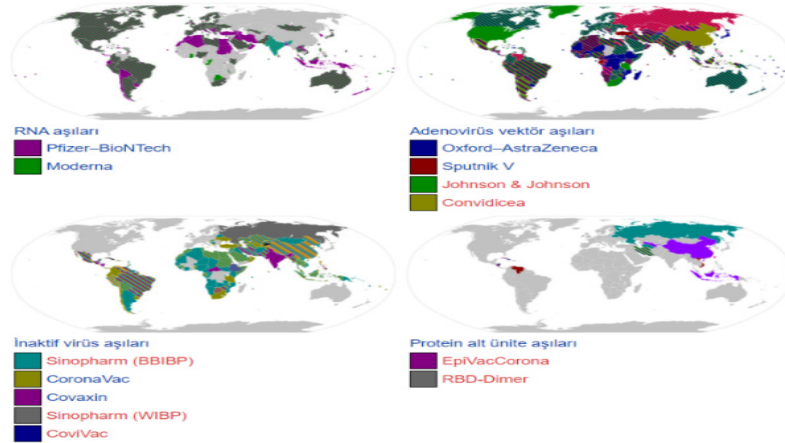
Tablo 1. 3: Covid-19 Aşı Teknoloji Alt Yapısı

Moleküler Altyapısı	Toplam Aday	İnsan Çalışması olan Adaylar
Replike olmayan viral vektör	31	4 ^[a]
RNA Tabanlı	31	3 ^[a]
İnaktive virüs	14	3 ^[a]
Protein altünitesi	76	3 ^[a]
DNA tabanlı	19	0
Replike olan viral vektör	21	0
Virüs benzeri partikül	13	0
Canlı zayıflatılmış virüs	4	0
Açıklanmayan / Bilinmeyen	Yüzlerce	Bilinmiyor

a. ^{a b c d} En az bir tanesi Faz II / Faz III aşamasında

Kaynak: https://tr.wikipedia.org/wiki/COVID-19_a%C5%9F%C4%B1s%C4%B1 (Erişim Tarihi: 28.10.2021)

CEPI, 2020 yılı Eylül ayında 321 aşı adayını bildirmiştir.



Şekil 1. 4: Ükelere Göre Onaylanan Aşı Adayları

Kaynak: https://tr.wikipedia.org/wiki/COVID-19_a%C5%9F%C4%B1s%C4%B1 (Erişim Tarihi: 28.10.2021)

14 Ocak 2021 tarihinde Türkiye’de ilk önce sağlık çalışanlarında Çinli Sinovac firmasının ürettiği CoronaVac aşısı yapılmaya başlandı. 2 Nisan 2021 tarihinde ise CoronaVac aşısı ile birlikte Almanya da üretilen Pfizer-BioNTech aşısı Türkiye’de uygulanmaya başlandı. 28 Ekim 2021 tarihi itibarıyla Türkiye’de yapılan toplam aşı sayısı 116.018.085’dir.

BÖLÜM 2: KRONİK HASTALIKLAR VE COVID-19

Sağlığın tanımı DSÖ tanımı dikkate alındığında şöyle yapılabilir: “Bireyin sadece fiziksel olarak değil, psikolojik ve sosyal olarak da bütün olarak tam bir iyilik hali içinde olmasıdır”. Kronik hastalık ise diğer bir isimle komorbid hastalıklar; ortaya çıkması halinde kişinin yaşamının uzun bir dönemini kapsayan, bireyin normal olarak sürdürdüğü fizyolojik fonksiyonlarında ilerleyici bir bozulma ve geri dönüşü olmayan farklılıklara neden olan, kişinin günlük yaşam aktivitesini olumsuz yönde etkileyen, devamlı olarak tetkik, tedavi ve destek gerektiren durumlardır (Piccirillo, JF., Tierney, RM., Costas, I., 2004). Herhangi bir yaşta sağlığı tam olan bireylerde şiddetli hastalık durumu ortaya çıkabilir. Fakat bu durum genelde ileri yaş ya da altta nedeni olan yetişkinlerde görülebilir. Yapılan araştırmalarda DM, HT, kardiyovasküler hastalık, KOAH, kanser, KBY, obezite gibi kronik hastalıkların mortalite ile ilişkisi bulunmuştur. Türkiye de ölüm oranı erkek cinsiyeti ağırlıklı olmak üzere 65-85 yaş aralığında ve ek hastalığı olanlarda yoğunlaşmaktadır ve ölüm oranı %1.58’dir.

2.1. Kronik Hastalıklar

Kronik hastalıklar, insan vücudunda yavaş ilerleyen ve genelde 3 aydan daha uzun süreyi kapsayan, birden çok risk faktörü içeren komplike ve kişinin yaşam kalitesini düşüren durumlardır. Erken dönemde elde edilen verilere bakılacak olursa kronik hastalığı olan bireylerde Covid-19 salgınının daha ağır seyrettiği ve ölüm riskini artırdığı görülmüştür.

CDC, Mart 2020’de 14 eyalette yaptığı araştırmada Covid-19 nedeniyle hastanede yatarak tedavi gören kişileri analiz etmiş ve birçok hastada altta yatan bir ya da daha fazla ciddi rahatsızlık olduğu görülmüştür. Hastaların %89’un da en az 1 kronik hastalık olduğu saptanmış ve bu oranın 65 yaş ve üstü hastalarda arttığı belirlenmiştir (CDC, 2020). Kronik hastalıklarda, enfeksiyonel hastalıklarda olduğu gibi bağışıklık sisteminin zayıflamasına sebebiyet verebilmektedir. Bu yüzden metabolizma bozuklukları kişilerin hastalıklara yatkınlıklarını artırmaktadır (Odegaard & Chawla, 2012).

Covid-19 ile ilgili deneyimler ve yapılan araştırmalar arttıkça elde edilen sonuçlar ışığında bu hastalığın yalnız bir solunum yolu enfeksiyonu olmadığı ortaya

konulmuştur. Pek çok organı ve sistemi olumsuz etkilediği görülmüştür. Bu nedenlerle özellikle risk altında olan bireylere bu dönemde bütüncül yaklaşılmasının önemi oldukça artmıştır.

2.2. Kronik Hastalık Türleri ve Covid-19

Yaşlı kişilerde zatürre yani pnömoni durumunun ortaya çıkmasını kolaylaştıran çeşitli risk faktörleri arasında en önde kronik hastalıklar ve bu durum için uygulanan tedavilerin solunum yoluna özellikle akciğerlere olumsuz etki etmesi, solunum sisteminin kas gücü, yaş ilerlemesi ile birlikte akciğerlerin elastik yapısında geri çekilme basıncı, öksürük-hapşırık gibi fiziksel değişkenlerde ortaya çıkan ve bunlara bağlı bireyin savunma mekanizmasının zayıflaması gelir. Pnömoniye neden olan etken mikroorganizmanın hastalık yapma derecesi ve miktarı da önemlidir.

Özellikle 65 yaş üstü bireylerde Pnömoniye bağlı ölüm oranı yüksektir. Yaşlanma nedeniyle organlarda gelişen fonksiyon kaybı, diyabet, kanser, yüksek tansiyon, nörolojik sistemi yıpratıcı hastalıklar, kalp ve dolaşım sistemi ile ilgili sıkıntılara yol açan karmaşık bir durumdur.

Yaşın ilerlemesine bağlı bağışıklık sisteminde de yaşlanma meydana gelir ve vücudun direnç gösterme özelliği azalır. Bu yüzden yaş alma, vücutta enfeksiyon hasarının artmasına, vücudun denge kaybına yol açmaktadır. Bu sayılan nedenler bazı kalıcı hastalıkların oluşmasını kolaylaştırmakta ve bağışıklık sisteminde olan yıpranmayı daha da artırmaktadır.

UNEPA, Covid-19 ve yaşlı bireylerle ilgili yayınladığı notta bu yaşlı nüfusla ilgili göz önünde bulundurulması gereken durumları şöyle bildirmiştir (UNEPA, 2020);

- Günümüzde yaşlı bireyler kalabalık aile yapısı içinde yaşamakta veya bazı demografik nedenlerle tek başına genelde huzurevlerinde yaşamlarını devam ettirmektedirler.
- Yaşlı kişilerin, sağlık kurumuna erişimi ve hizmet alması kişinin maddi-manevi-cinsiyeti-önceki deneyimi gibi birçok sosyal nedene bağlanabilir. Bundan dolayı yaşlılar bütüncül olarak değerlendirilmelidir.
- Huzurevleri ve yaşlı bakım rehabilitasyon merkezlerinde yaşamını sürdüren bireyler Covid-19'a karşı özellikle savunmasızdır.

- Tek başına kalan yaşlı bireyler bu salgın hastalık dönemlerinde doğru bilgi, gıda temini, ilaç temininde zorluk yaşayabilir. Bu dönemde özellikle yaşlı bireyler desteklenmelidir.
- Yaşlı bireyler özellikle bu dönemde farklı şekillerde istismar edilebilirler. Yaşlı bireylerin hakları bu dönemde özellikle gözetilmelidir.
- Kalabalık aile içerisinde yaşayan yaşlı bireyler Covid-19 enfeksiyonu açısından aile üyelerinin hareketliliği dolayısıyla daha çok risk altında olabilirler.

Türkiye’de salgının yayılma hızını düşürmek, bireyler arasındaki mesafeyi korumak için İçişleri Bakanlığı 21 Mart 2020 tarihinde bir genelge yayınlarak, 65 yaş ve üzeri bireylerin sokağa çıkmalarını yasaklamıştır. Bu yasak döneminde yaşlı bireylerde psikolojik ve fiziksel problemler ortaya çıkmaya başlamış ve bakım gereksinimleri artmıştır.

Ülkemizde bu dönemde bazı belediyeler tarafından evlere yemek ve kahvaltı hizmeti başlamıştır. Bireylere 112, 155, 156 hatları üzerinden sağlık çalışanları, polis ve jandarmalar yardımcı olmuştur.

Yaşlı bireylerin pandemi sırasında sağlıklı kalabilmeleri açısından IAGG öneri yayınlamıştır. Bu önerilere göre (Chhetri, JK., Chan, P., Arai, H., 2020);

Catnap (C): Düzenli ve yeterince uyu.

Optimistic (O): Depresyona girmemek için iyimser ol.

Distancing (D): Bireylerle aradaki sosyal mesafeni koru.

Increase (I): Teknolojik cihazlarla ailen ve arkadaşlarınla aradaki sosyal desteği artır.

Administer (A): Kullandığın ilaçlarını düzenli ve zamanında al.

Get (G): Yeterli miktarda güneşlen.

Go (G): Ateş, iştahsızlık, nefes darlığı, göğüs ağrısı, halsizlik vb. şikayetiniz var ise 112’yi ara.

Acitively (A): Ellerinizi aktif olarak su ve sabunla yıkayın.

Order (O): Yiyecek ve ilaçlarınızı aileniz-bakıcınız-ya da telefon uygulamaları ile sipariş edin.

Yaşlı insanlarda görülen sağlık sorunları yaşlılığın 7I'sı olarak tanımlanmıştır. Bunlar (İnanıcı, F., Gökçe-Kutsal, Y., İliçin, G., Biberoglu, K., Ünal, S., Akalın, S., Süleymanlar, G., 1997);

- Intellectual failure (Bilişsel fonksiyon kaybı)
- Immobility (Hareketsizlik)
- Instability (Dengesizlik)
- Incontinence (İdrar/gaita tutamama)
- Insomnia (uykusuzluk)
- İatrojenik problems (Tanı-tedaviden kaynaklı problemler)
- İnvolvoment of the families (Ailelerin katılımı)

Covid-19 yaşlı bireylerde bulunan bu sağlık problemlerini artırabilir. Yaşlı bireylerin pandemiden ne derece ve nasıl etkilendiğinin tespitinin yapılması bu süreçte önemlidir. Eğer sorun varsa erken dönemde tespiti ve tedavisi önemlidir. Yaşlılar Covid-19 pandemi döneminde ciddi risk altındadır ve toplumun her bireyi bu enfeksiyonun yayılmasını önlemek için elinden geleni yapmalıdır.

2.1.1. Kardiyovasküler hastalıklar ve Covid-19

KVH, kalp ve arter-ven olarak adlandırılan kan damarlarının hastalıklarını içeren genel isimdir. Dolaşım sistemi etkilenmektedir. Dünya çapında ise ölüm nedenleri arasında en çok gösterilen hastalıktır.

Çin başta olmak üzere Dünyanın her bir bölgesinden yayınlanan tüm vakalarda KVH, yaşın artmasıyla birlikte en önemli risk faktörlerinden biri olarak saptanmıştır. Çin'de yapılan, 72.314 vakayı içeren bir araştırmada %87'si 30-79 yaşlarında olan bireylerde Covid-19 yüzünden ölüm hızı %2,3 iken, 70-79 yaş aralığında bu oran %8'lere çıkmaktadır. Bu oranın 80 yaş üzerinde ise %14,8 olduğu görülmüştür. Ek hastalığı olanlarda ölüm oranlarına bakıldığında ise KVH olanlar %10,5 ile en yüksek orana sahiptir (Wu., Z., McGoogan, JM., 2020).

Bir başka araştırmaya bakılırsa İtalya'da Covid-19'dan ölen 3200 hastanın ele alındığı bir araştırmada verileri tam olarak bulunan 481 hastanın ortalama yaşı 78.5 olup tümünde en az bir tane ek hastalık bulunduğu bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada ek hastalığı KVH olanların büyük çoğunluğu oluşturulduğu görülmüştür (Epicentro, 2020).

Covid-19 enfeksiyonuna yakalanan bir birey solunum güçlüğü ile acil servise başvurduğun da hastada yapılan tetkiklerde kardiyovasküler belirtileri görmek mümkündür. Özellikle kalp kasında enfeksiyon oluşturarak fonksiyon bozukluğuna sebep olmaktadır.

Covid-19 hastalığının seyri sırasında KVH'ın belirgin risk faktörü olarak görülmesinin nedeni, bu enfeksiyon ile beraber metabolizmanın ihtiyaçları artmakta ve kardiyolojik fonksiyonlar bu ihtiyaçları karşılayamamaktadır. Bu nedenle vücutta dengesizlik meydana gelmektedir. Bu yüzden KVH vücudun Covid-19'a karşı savunmasızlığını artırmaktadır.

Türkiye'de 1990 yılında 20 yaş üzeri bireylerde yapılan bir araştırma da KVH hastalığı oranının erkeklerde %4,1, kadınlarda %3,5 olduğu görülmüştür. TÜİK'in 2010 yılında yaptığı araştırmada 15 yaş üzeri kalp/göğüs ağrısı her iki cinsiyette de %4,2 olarak belirlenmiştir. TÜİK'in 2010 yılında yaptığı aynı araştırmada inme/felç oranı 15 yaş üzeri erkek bireylerde %1,2 kadınlarda ise %1 olarak belirlenmiştir. Türkiye'de toplam hastalık yükünün %8'ini KVH oluşturmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2006).

DSÖ'nün 2008 yılında yayınladığı rapora göre dünyadaki ölümlerin %30'u (17,3 milyon) KVH' a bağlıdır.

2.1.2. Hipertansiyon ve Covid-19

Tansiyon, kalpten vücuda atardamarlarla taşınan kanın damar duvarında yaptığı basınca verilen isimdir. Hipertansiyonda bu basıncın sürekli yüksek seyretmesi halidir.

Covid-19 pandemisine kadar HT'nin tek başına herhangi bir enfeksiyonel hastalıkta bu derece mortalite hızını artırdığı görülmemiştir. Covid-19 pandemisinde ise HT ile ilişkisi hakkında pek çok epidemiyolojik çalışma yayınlanmıştır.

Çin'de 25 hastane ve 1004 Covid-19 şüpheli hastanın bulunduğu bir araştırmada Covid-19 tanısı konulmuş 188 hastanın %12'sinde HT olduğu görülmüştür. Tanı konulmayan 816 hastada bu oran %7 olarak saptanmıştır (Mao, B., Liu, Y., Jin, XY., Lu, HW., Yang, JW., 2020).

ABD'de 14 eyalette 1482 vakada yapılan bir araştırmada ise %49.7'sinde HT saptanmıştır. Yapılan diğer araştırmalarda HT'nin eşlik ettiği Covid-19 hastalığında

YBÜ ihtiyacını artırdığı saptanmıştır. Yine Çin'de 1590 hastada yapılan kronik hastalık etkisinin araştırıldığı bir çalışmada HT olan hastalarda %10,4 gibi bir oran tespit edilip HT bulunmayanlara göre mortalite oranının yüksek olduğu saptanmıştır (Garg, S., Kim, L., Whitaker, M., O'Hslloran, A., Cumming, C., Holstein, R., 2020).

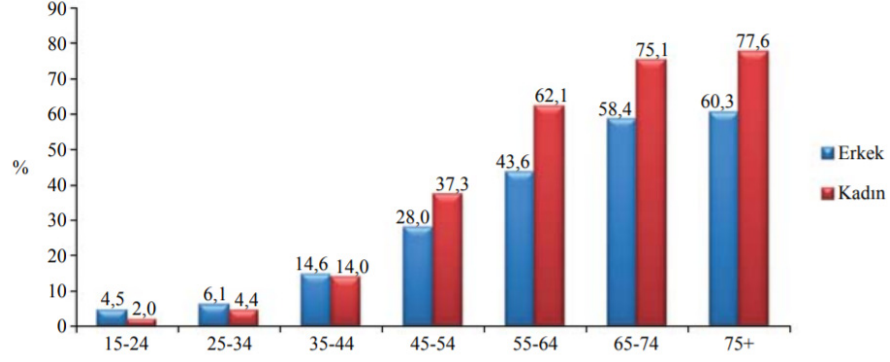
HT'nin eşlik ettiği Covid-19 hastaları, MV ve YBÜ açısından dikkatle izlenmelidir. Uzun süreli HT tanılı hastalarda hedef organ hasarı olabileceği için ileri yaşam desteği bulunan hastanelere sevki sağlanmalıdır. HT tedavisinin mevcut şekilde devamı sağlanmalıdır (Roncon, L., Zuin, M., Zuliani, G., Rigatelli, G., 2020).

Hipertansiyon aslında KVH'nın alt dallarından bir tanesi olarak değerlendirilebilir ve risk faktörleri arasında en yaygın olanıdır. 2000 yılı itibari ile dünyada 20 yaş ve üzeri bireylerin %26,4'ünde hipertansiyon bulunmaktadır. Bu oranın 2025 yılında %29,2'e çıkacağı öngörülmektedir. Avrupa' da yapılan bir araştırmada 30 yaş ve üzeri bireylerin %44'ünde HT bulunmaktadır (Altun, B. ve ark., 2005, Türk Kardiyoloji Derneği, 2008).

Türkiye'de 1990 yılında yapılan bir araştırmada kadınların %38'inde, erkeklerin ise %28,4'ünde HT saptanmıştır. 2007 yılında yapılan bir başka araştırmada kadınların %59'unda, erkeklerin ise %49'unda HT bulunduğu bildirilmiştir. 2010 yılında TURDEP II çalışmasına göre HT'nin oranı kadınlarda %32,3, erkeklerde ise %30,9 olarak saptanmıştır (TURDEP II, 2010).

2003 yılından itibaren 18 yaş ve üzeri bireylerde HT görülme sıklığı %31,8'dir. Bu oran kadınlarda %36,1, erkeklerde ise %27,5'tur. HT'nin toplum içindeki sıklığı yaşın artmasıyla birlikte artış göstermektedir. Buna göre 65 yaş ve üzeri bireylerde HT oranı %75,1'tir.

Ülkemizde yapılan araştırmalarda HT hastalığının genel olarak kadınlarda daha sık olduğu görülmüştür. Sonuç olarak HT toplum içindeki yüzdelik dilimiyle önemli bir kronik sağlık sorunu ve önemli bir risk faktörüdür.



Şekil 2. 1: Cinsiyet ve Yaşa Göre HT Prevelansı, Türkiye 2011

Kaynak: <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> (Erişim Tarihi: 28.10.2021) (s:104)

2.1.3. Solunum sistemi hastalıkları ve Covid-19

Covid-19'un morbidite ve mortalitesi en çok akut viral pnömoni ve bununla ilişkili olarak ARDS'dir. Covid-19 damlacık ya da temas ile bulaştıktan sonra önce üst solunum yollarında belirti göstermekte daha sonra alt solunum yollarına yerleşim sağlamaktadır. Hücrelere giriş için ACE-2 enzimini kullanan Covid-19 virüsü, bu enzimin yoğun olduğu nazal mukoza, bronşlar, bronşioler hastalığa daha duyarlıdır. Bu yüzden solunum sistemi, bu virüsten sıklıkla etkilenmektedir.

Solunumsal belirtiler virüse maruz kaldıktan 2-14 gün sonra ortaya çıkmaktadır. İlk belirtileri ise genel olarak kuru öksürük, ateş ve solunum güçlüğü olarak belirtilmiştir. Solunum güçlüğü genelde 5-7 gün arasında ortaya çıkmaktadır.

Başlıca solunum sistemi semptomlarına bakacak olursak öksürük, balgam, nefes darlığı, göğüs ağrısı karşımıza çıkmaktadır. Fakat bu belirtiler sadece Covid-19'a özel değildir. Başka viral ya da bakteriyel enfeksiyon, KOAH alevlenmelerinde de görülmektedir.

Öksürük; ateşten sonra en sık görülen semptomdur. Tanı konulmuş hastaların %36-65,7'sinde ortaya çıkmaktadır. Hafif seyirli seyreden Covid-19 hastalarında daha sık görülmektedir.

Nefes darlığı; orta-ağır şiddetli Covid-19 seyrinde ortaya çıkmaktadır. Zhao ve arkadaşlarının yapmış olduğu 30 çalışma ve 53.000 Covid-19 tanısı konulmuş hastanın değerlendirildiği analizde nefes darlığı görülme oranı %44,2 olarak bulunmuştur. Bu oran ek hastalığı bulunmayan kişilerde %5,7 olarak bulunmuştur.

Balgam; 38 çalışma ve 3062 hasta ile yapılan araştırmada, hastaların %41,8'inde bu semptomun görüldüğü bildirilmiştir. Wuhan'da Covid-19 pnömonisi gelişen vakaların da dahil edildiği bir araştırmada hastaların %27'sinde bu semptom tespit edilmiştir.

Göğüs ağrısı; özellikle nefes alıp vermekle ortaya çıkmaktadır. Yayınlanan tüm serilerde görülme oranı %5'tir. Covid-19 enfeksiyonunda kardiyovasküler sistem de etkilenebileceğinden bu semptom varlığında kardiyak problemler de göz önünde bulundurulmalıdır.

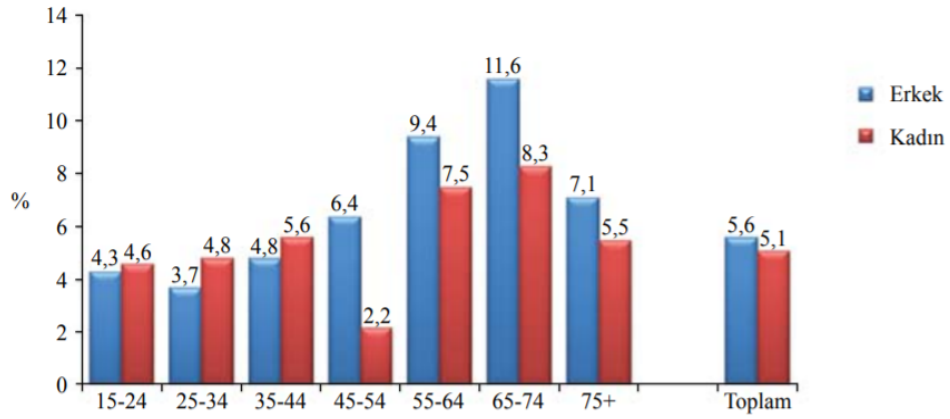
Hemoptizi; Covid-19 SARS-MERS ile benzer yapıya sahiptir. SARS ve MERS enfeksiyonlarının yaygın olduğu dönemde hemoptizi yani kanlı balgam şikâyeti bildirilmemiştir. Covid-19 pandemisi sırasında nadir de olsa hemoptizi şikâyeti görülmektedir (Memikoğlu, O., Genç, V., 2020).

Solunum sistemi belirtileri farklı klinik şiddetlerde ortaya çıkmaktadır. Bağışıklık baskınlığı, ileri yaş, DM, HT, KVH, kronik böbrek hastalıkları, karaciğer hastalıkları, obezitenin varlığı ağır Covid-19 seyri için risk oluşturmaktadır.

2.1.3.1. KOAH ve Covid-19

KOAH, akciğerde hava yolu fonksiyonlarının geri dönüşü olmayacak şekilde bozulması, mukus üretiminin artması, akciğerlerde yapısal hasara sebep olan mortalite ve morbidite oranı yüksek bir akciğer hastalığıdır. KOAH hastalığında Covid-19'un hücreye girişini artıran ACE-2 enzimi artar. Bu yüzden KOAH hastaları çok büyük risk altındadır.

DSÖ verilerine göre 2004 yılı ölüm nedenlerinin %5,1'i, KOAH nedeniyledir ve ölüm nedenleri arasında dördüncü sıradadır. 2030 yılında ise bu yüzdeler dilimin %8,6 olması beklenmektedir ve üçüncü sıraya yükseleceği düşünölmektedir (WHO, 2008).

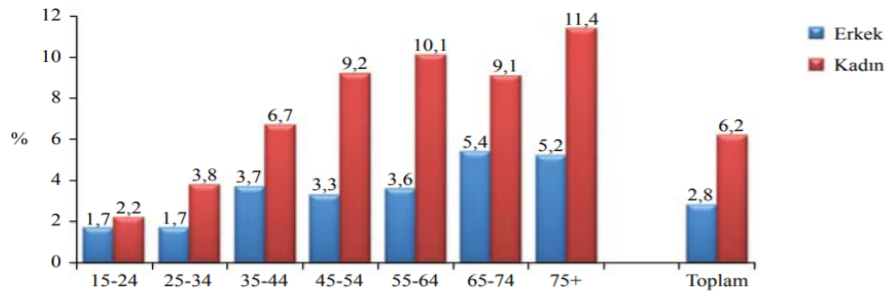


Şekil 2. 2: Yaş ve Cinsiyete Göre SFT Sonuçlarına Dayalı KOAH Prevelansı, Türkiye 2011

Kaynak: <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> (Erişim Tarihi: 28.10.2021) (s:242)

2.1.3.2. Astım ve Covid-19

Astım, solunum yollarını tıkayan ve nefes almayı zorlaştıran bir kronik hastalıktır. Astım hastalığında parfüm, duman, alerjenler, soğuk hava ya da egzersiz gibi tetikleyiciler nedeniyle hava yolu etrafındaki düz kaslar kasılarak mukus üretimini artırır ve hava yolunun daralmasına neden olur. Çeşitli tetikleyiciler nedeniyle astım atakları gelişerek öksürük, nefes darlığı ve hırıltıya sebep olabilmektedir. Viral ve bakteriyel enfeksiyonlar astım atağını tetikleyebilmektedir.



Şekil 2. 3: Yaş ve Cinsiyete Göre Doktor Tanılı Astım Sıklığı, Türkiye 2011

Kaynak: <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> (Erişim Tarihi: 28.10.2021) (s:245)

Ülkemizde 2000 yılında yapılan bir araştırmada hastalık yükü sıralamasında KOAH %2,8 oranı ile sekizinci sıradadır. Astım %1,3 oranı ile kentsel bölgelerde %1,3 ile on dördüncü, kırsal bölgelerde %1,1 ile dokuzuncu sıradadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009).

KOAH ve astım konusunda Türkiye genelindeki kapsamlı veri kaynağı olan 2000 yılında yürütülen Ulusal Hastalık Yükü çalışmasıdır. Bu çalışmaya göre

Türkiye genelinde KOAH oranı %10,2'dir. Erkeklerde %8,4 iken kadınlar %11,9'dur. Astım oranı ise ülke genelinde %3,8'dir. Bu oran erkeklerde %3,1 iken kadınlarda %4,4'tür.

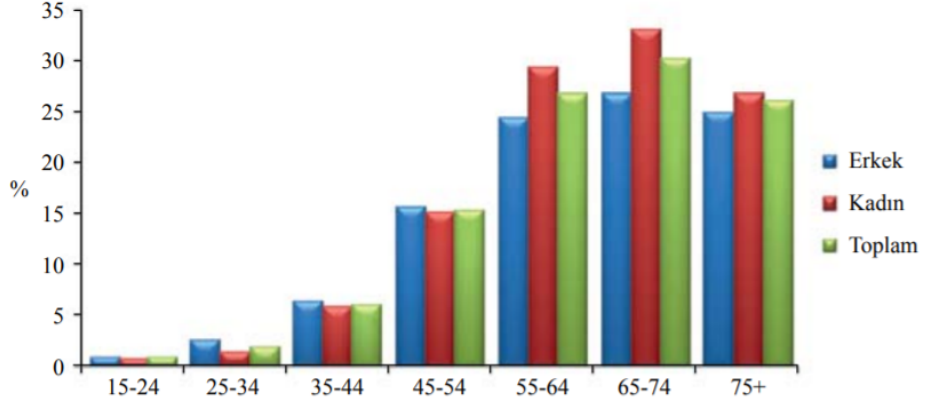
Dünya genelinde 1990-2001 yılları arasında yayınlanan 32 meta-analiz incelendiğinde 40 yaş üstü bireylerde KOAH görülme sıklığı %9-10'dur. DSÖ verilerine göre 2004 yılında yaklaşık 64 milyon insanda KOAH bulunmaktadır. 2005 yılında dünyadaki tüm ölümlerin %5'i KOAH nedeniyle gerçekleşmiştir.

2.1.4. Diabetes Mellitus ve Covid-19

Diyabet, pankreasın vücut için yeterli miktarda insülin üretememesi veya ürettiği insülinin vücutta etkin kullanılamaması sonucu ortaya çıkan hastalıktır. Kan şekerinin yükselmesi ile seyreder. Tip 1 diyabette vücutta insülin üretimi vardır ama yetersizdir. Tip 2 diyabette vücut insülinin etkisine karşı direnç oluşturmaktadır.

Covid-19 hastalığına en sık eşlik eden ve hastalığın seyrini kötüleştiren kronik hastalıklardan bir tanesi de diyabettir. Diyabet görülme oranının %10,9 olduğu Çin'de CDC tarafından 20.982 hastanın incelendiği bir araştırmada DM görülme oranı %5 olarak saptanmıştır (Singh, A.K., Gupta, R., Ghosh, A., Misra, A., 2020). Yine İtalya'da kötü seyirli 1591 hastada yapılan bir araştırmada DM'si olan hasta sayısı 180'dir (%17'sidir) (Graselli, G., Zangrillo, A., Zanella, A., Antonelli M., Cabrini, L., Castelli, A., 2020). Covid-19 ve kronik hastalık ilişkisi nin incelendiği ve 34 makaleyi içeren bir araştırmada DM olan hastaların olmayanlara göre hastalığı şiddetli geçirme oranları %2.61 olarak bulunmuştur (Wang, X., Fang, X., Cai, Z., Wu, X., Gao, X., Min, J., 2020).

2009 yılı itibari ile dünyadaki DM nüfusu 285 milyon iken bu oranın 2030 yılında 438 milyon olması beklenmektedir. Yapılan tahminlere göre 2010 yılı Avrupa nüfusunda DM oranı %8,5'tur. Bu oranın 2030 yılında %10 olacağı tahmin edilmektedir (UDF, 2009).



Şekil 2. 4: Cinsiyete ve Yaşa Göre Diyabet Prevelansı, Türkiye 2011

Kaynak: <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> (Erişim Tarihi: 28.10.2021) (s:125).

1997-1998 yılları arasında Türkiye genelinde 270 köy ve 270 mahalle merkezinde gerçekleştirilen, 20 yaş üstü 24.788 kişiyi kapsayan TURDEP-I sonuçlarına göre ülkemizde Tip-2 diyabet oranı %7,2'dir (TURDEP-I, 2002). TÜİK 2007 yılı nüfus verilerine göre ülkemizde 2,85 milyon Tip-2 diyabet hastası bulunmaktadır (TEKHARF Çalışması, 2009). 2010 yılında aynı yerlerde aynı şekilde yapılan TURDEP-II çalışmasının sonuçlarına göre diyabet oranı %16,5 olarak belirlenmiştir. Türkiye'de diyabetin artış hızı dünya genelinin üzerindedir. Bu durumun başlıca sebepleri, ülkemiz genelinde yaşlı nüfusun hızlı bir şekilde artıyor olması, beslenme ve fiziksel aktivite konusunda yetersizlikler olmasıdır.

2.1.5. Böbrek yetmezliği ve Covid-19

Böbreklerin vücuttaki görevi kalpten pompalanan kanın süzülerek temizlenmesidir. Zararlı maddeleri böbrekler filtreler ve idrar yoluyla vücuttan atar. Çeşitli sebeplerden dolayı böbreklerin görevini yerine getirememesi durumu böbrek yetmezliği halidir. Kısa zamanda birden gelişen böbrek yetmezliği akut, daha uzun sürede ortaya çıkan ve sürekli diyaliz ihtiyacı gerektiren yetmezlik ise kronik olarak adlandırılır.

Covid-19 ilk ortaya çıktığında sadece akciğer tutulumu ile gündeme gelmiştir fakat vaka sayısı arttıkça artan araştırmalar organ tutulumları da olabileceğini göstermiştir. Covid-19'a yakalanan normal böbrek fonksiyonuna sahip kişide bu hastalıktan sonra böbrek hasarı gelişebilmektedir.

Böbrek yetmezliği erken teşhis edildiğinde önlenebilmektedir fakat farkındalığı ve erken teşhisinin geciktiği durumlar genel olarak çoğunluktadır. Dünyada çeşitli bölgelerde yapılan araştırmalar böbrek yetmezliği farkındalığının %10 olduğunu ortaya koymuştur (Tuot, D.S., Platinga, L, C., Hsu, C., 2011). Türkiye’de bu farkındalık oranı daha da düşüktür. CREDIT’e göre Türkiye’de KBH farkındalık oranı %2’dir (Süleymanlar, G., Utaş, C., Arınsoy, T., 2011). TND’nin 2010 yılında 21 ilde yaptığı çalışmada bu farkındalık oranı %5,7’dir. Yine CREDIT tarafından yapılan bir çalışmada Türkiye’deki yetişkinlerin %15,7’sinde KBH olduğu ortaya konulmuştur.

Günümüzde 2 milyondan fazla insan böbrek nakli ve diyaliz tedavileri ile yaşamını sürdürmektedir (Grassman, A., Gioberge, S., Modeller, S., Brown, G., 2006). 10 yıl içinde bu sayının iki katına çıkması beklenmektedir. Ulusal verilere göre 2012 yılında 62.000 hastaya diyaliz uygulanmış ya da böbrek nakli tedavisi uygulanmıştır. Dünyada yetişkin insanların yaklaşık %10’unda böbrek hastalığı olduğu tahmin edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Böbrek hastalıkları sık görülen ve ölüm riski yüksek olan hastalık grubudur. Yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir ve tedavi masrafları bütçeyi olumsuz yönde etkilemektedir. Farkındalığı ve erken teşhisi zor bir hastalıktır. Fakat erken teşhis edilirse önlenebilmektedir.

2.1.6. Serebrovasküler hastalık ve Covid-19

Diğer bir adıyla nörolojik hastalıklar; en fazla sağlık yükü oluşturan hastalık gruplarından (Caplan L.R., 2016). Dünya çapında nörolojik hastalığı olan insanlar %10,2 gibi büyük bir kısmı oluşturmaktadır. Dünya çapından ise ölümlerin %16,8’ini oluşturmaktadır. Yani her yıl dünyada 9,4 milyon kişi nörolojik hastalıktan hayatını kaybetmektedir.

Covid-19 enfeksiyonuna yakalanan hastaların %30’unda nörolojik belirtiler görülmüştür. Özellikle yaşlı ve diyabet, hipertansiyon gibi başka ek hastalığı olan bireylerde %6 oranında inme komplikasyonu bildirilmiştir. DM, tek başına SVO riskini 2-3 kat artırmaktadır (Gilroy, J., 2000).

Covid-19 enfeksiyonuna yakalanan bir bireyde sinir sistemi tutulumu gerçekleşmesi solunum yetmezliğine sebep olabilir.

SVO, dünya genelinde en sık karşılaşılan nörolojik ölüm nedenidir ve kalp hastalıkları ve kanserden sonra üçüncü sırada gelmektedir. Fakat bireyin bedeninde sekel bırakacak ilk hastalıktır. Bu nedenle önemli bir halk sağlığı sorunudur (Caplan L.R., 2016).

2.1.7. Tiroit hastalıkları ve Covid-19

Tiroit bezi, soluk borusunun ön kısmında yer almaktadır. Şekil itibariyle kelebeğe benzemektedir. Temel görevi vücut metabolizmasına yardımcı T3 ve T4 hormonlarını salgılamaktır. Bu hormonların az ya da fazla çalışması diğer organlarında aynı şekilde çalışmasına sebep olmaktadır. Tiroit bezinin büyüyüp şişmesine *guatr* denmektedir. Türkiye de görülme olasılığı fazladır ve genelde iyot eksikliğinde meydana gelmektedir. Kadın bireyler erkeklere göre guatr hastalığına 5 kat daha fazla yakalanmaktadır.

Yapılan araştırmalarda tiroit hastalığı bulunan bireylerde Covid-19 enfeksiyonuna yakalanma oranını artırdığına dair bilgi bulunmamaktadır. Tiroit hastalığı bulunup da Covid-19 enfeksiyonuna yakalanan bireylerin iyileşme sürecini olumsuz etkilediğine dair bilgi bulunmamaktadır. Fakat enfeksiyon sonrasında tiroit bezlerinde iltihaplanma, ağrı gibi şikayetler bildirilmiştir.

2.1.8. Karaciğer hastalığı ve Covid-19

Karaciğer, insanda sindirim ve protein sentezlemeye yarayan ve daha birçok işlevi olan organdır. Covid-19 enfeksiyonu geçiren ve karaciğer tutulumu olan hastalarda biyokimya testleri arasında olan AST, ALT ve bilirubin değerleri çok önemlidir. Enfeksiyona yakalanan hastalarda bu değerler artmaktadır.

Cai ve arkadaşları 417 Covid-19 enfeksiyonu geçiren hasta üzerinde hastaneye yattıkları süre boyunca bu değerlerde 3 kat ve üzeri artış belirlemişlerdir. Bunu karaciğer hasarı olarak tanımlamışlardır (Cai, Q., Huang, D., Deliang, H., Hong, Y., Zhibin, Z., Zhang, X., Yinan, S., 2020). Yapılan diğer araştırmalara bakıldığında KCFT yükselmesi ile hastalığın ciddi seyri arasında paralellik bulunmaktadır. Akut karaciğer hasarı durumunda hastalığın seyri kötüye gitmektedir. Hastaneye başvuru süresi uzadıkça ve erkek cinsiyette Covid-19 enfeksiyonu semptomları belirginleştikçe karaciğer tutulumu da daha fazla olmaktadır.

Hepatit, karaciğerin iltihaplanması demektir. 5 türü bulunmaktadır. Bunlar; A, B, C, D ve E virüslerinin sebep olduğu enfeksiyonlardır. En sık nedeni ise alkol ve alınan ilaçlardır.

Türkiye’ de 3 milyon kronik Hepatit B hastası bulunmaktadır. 700 bine yakın Hepatit C hastası bulunmaktadır. Hepatit B ile Hepatit D birlikte olan hasta sayısı 150 binlerdedir. Karaciğer kanseri, karaciğer yetmezliği, siroz ve bunların sonucunda karaciğer naklinin %50’si Hepatit B, %15-20’si Hepatit C enfeksiyonları yüzündendir (Türkiye Karaciğer Vakfı, 2020).

2.1.9. Eklem İltihabı ve Covid-19

Eklemlerin iltihaplanması *artrit* olarak adlandırılmaktadır. Genelde eklem üzerinde ağrı, şişlik, kızarıklık, ısı artışı, fonksiyon kaybı gibi belirtilerle ortaya çıkmaktadır. Ortaya çıkmasında birçok etken görülebilmektedir. Eklem iltihaplanmasının birçok çeşidi bulunmaktadır.

Tüm viral enfeksiyonlarda görülebileceği üzere Covid-19 da kas ve eklem ağrısı olarak belirti verebilmektedir. Daha sonrasında eklemlerde tutulum yaparak iltihaplanmalara sebep olabilmektedir. Eklem hastalığı bulunan bireyler, hastalığın kendisinden ve kullandıkları ilaçlardan dolayı normal bireylere göre daha çok risk altındadırlar.

Eklem iltihabı hastalıkları arasında FMF, Gut, behçet hastalığı, romatoid artrit, ankilozan spondilit, sedef romatizması sayılabilmektedir. Gut hastalığı dünya genelinde %0,9-%2,5 arasında bir düzeye sahiptir. Türkiye genelinde ise bu oran %0,31’tir. Son yıllarda ise bu oran gitgide artmaktadır. Erkek cinsiyet gut hastalığının gelişiminde önemli bir faktördür. Ülkemizde Behçet hastalığının epidemiyolojisi 100.000 kişide 20-370 arasında değişmektedir. Avrupa ülkelerinde bu oran daha da düşüktür. FMF hastalığına sebep olan faktör 1992 yılında bulunmuştur. Bu hastalığın oluşmasında gen %98 etkilidir. Türkiye’de her 6 kişiden biri bu hastalığa sebep olan genetik bozukluğu taşımaktadır. Yine ülkemizde her 100 kişiden 1-3’ü kesin tanı konulmuş FMF hastasıdır (Türkiye Romatoloji Derneği, 2021).

2.1.10. Kanser ve Covid-19

Kanser, bir organ ya da dokuda bulunan hücrelerin kontrolsüz çoğalmasına denir. Çok fala türü bulunmaktadır fakat hepsinin başlangıcı kontrolsüz çoğalmadır. Erken teşhis edilemezse ölümlerle sonuçlanabilmektedir. Türkiye’de 1982 yılında bildirim zorunlu hastalık kabul edilmiştir.

1977 yılında Türkiye’de 10 ilde 39 hastanede ve patoloji laboratuvarı dahil olmak üzere 12 ay içinde 14.696 yeni hasta tanımlanmıştır. Bunların %14,9’u il birinci sırada cilt kanseri, %9,1 ile meme kanseri gelmektedir. Bu iki kanser türü tüm kanser çeşitlerinin ¼’ünü oluşturmaktaydı (Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği, 2017).

Ülkemizde nüfus bazlı kanser kayıt sistemi 1992 yılında İzmir’de kurulmuştur. 1993-1994 yılına ait veriler ise 2001 yılında yayınlanmıştır. Erkek bireylerde 100.000 kişide 157,5, kadın bireylerde ise 100.000 kişide 94 vaka bildirilmiştir (Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği, 2017).

Türkiye’de son zamanlarda erkeklerde akciğer ve prostat kanserleri artış göstermektedir. Kadınlarda ise meme, mide, akciğer ve uterus kanserleri son yıllarda hızla artış göstermektedir (Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği, 2017).

Kanser hastalarının hastalığın kendisinden kaynaklı ve aldıkları tedavilerden dolayı bağışıklıkları baskılanmıştır. Bu yüzden Covid-19 enfeksiyonuna açısından yüksek riskli hasta grubundadırlar.

Dünya genelinde kanser hastası sayısı ile ilgili veri toplama isteği 1728 yılında Londra’da başlamıştır. Danimarka 1943 yılında, Macaristan 1952 yılında, Almanya ve Finlandiya 1953 yılında kanser hastaları ile ilgili veri toplamaya başlamıştır (Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği, 2017).

Parkin ve arkadaşları, 1990 yıllarında dünyada 8,1 milyon kanser hastası olduğunu tahmin etmiştir. Pisani ve arkadaşları aynı yılda dünyada 5,2 milyon kanserden ölen insanların %55’inin gelişmekte olduğunu belirtmişlerdir (Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği, 2017). Kanser önemli bir halk sağlığı sorunudur. Erken teşhisi önemlidir.

2.3. Türkiye’de ve Dünyada Aşı Çalışmalar

Küresel bir salgın olan ve milyonlarca insana bulaşan Covid-19 enfeksiyonuna karşı verilen mücadelede güvenli ve etkili bir aşı geliştirilmesi son derece önemlidir. Dünya genelinde mümkün olan en kısa sürede aşı geliştirmek için bilim adamları çok yoğun çaba göstermişlerdir. Faz I aşaması tamamlanan aday aşuların çoğu Faz II aşamasını da geçip Faz III aşamasına ulaşmıştır (https://tr.wikipedia.org/wiki/COVID-19_a%C5%9F%C4%B1s%C4%B1). (Erişim Tarihi: 28.10.2021)

İngiltere, dünyada korona virüs aşısını ilk uygulayan ülke olmuştur. Coventry Üniversite Hastanesi’nde 2020 yılının son ayında 8 Aralık Salı günü sabah saatlerinde Alman aşısı olan ve 2 Aralık tarihinde yaygın kullanımına onay alınan Pfizer-BioNTech dünyada ilk kez uygulanmış oldu. Bu aşığı ilk olan kişi 90 yaşındadır. Uygulanan ilk aşının şişesi ve şırıngası İngiltere’deki Bilim ve Sanayi Müzesi’nde 2021 yılının başlarında sergilenmeye başlamıştır. Aynı aşı ABD’de 14 Aralık’ta New York’ta 52 yaşında bir kişiye, 27 Aralık’ta ise Avrupa ülkelerinde uygulamaya başlanmıştır.

2020 yılı ağustos ayında Gam-Covid-Vac isimli Rus aşısı Rusya’da tescillenmiştir. Fakat bu aşı klinik testleri yayımlanmadığından dolayı tepki toplamıştır.

2020 yılı 22 Aralık ayında DSÖ verilerine göre dünya genelinde 61 Covid-19 aşı adayının insanlar üzerinde test aşamasında olduğu bildirilmiştir. Bir aşının yaygın olarak kullanılabilmesi için Faz I-II-III aşamalarında insanlar üzerinde test edilmesi gerekmektedir. Çalışmaların ilk aşamasında, az sayıda gönüllü grup üzerinde aşının güvenli olup olmadığı ve yan etkileri araştırılmaktadır. İkinci aşamada, aşının bağışıklık karşısındaki tepkileri 100 ve üzeri gönüllü denek üzerinde test edilmektedir. Üçüncü aşamada ise aynı işlem binlerce insan üzerinde test edilmektedir. Klinik deneme aşamasına geçen 61 aşından 13 tanesi üçüncü aşamadadır. Bu 13 potansiyel aşının 5 tanesi Çin, 3 tanesi ABD, İngiltere, Almanya, Kanada ve Hindistan’a aittir (https://tr.wikipedia.org/wiki/COVID-19_a%C5%9F%C4%B1s%C4%B1). (Erişim Tarihi: 28.10.2021)

Alman aşısı için 30 bin gönüllünün katılması hedefiyle 27 Temmuz'da üçüncü aşama çalışmaları başlatıldı. CoronaVac için denemeler 17 Eylül'de başlatıldı.

Çin'de Sinovac isimli firmanın ürettiği CoronaVac isimli aşı acil kullanım onayı ile Türkiye'de 14 Ocak 2021 tarihinden itibaren uygulanmaya başlandı. CoronaVac eski usul aşı yöntemiyle inaktif virüs yöntemiyle geliştirilmiştir. Bu teknik şu an dünyada aşı programında olan birçok aşının geliştirilme yöntemidir (<https://tr.wikipedia.org/wiki/CoronaVac>). (Erişim Tarihi: 28.10.2021)

DSÖ, Covid-19'a karşı üretilen aşılar için etkili olma oranının en az %50 olması gerektiğini bildirmiştir. CoronaVac, bu oranın az üzerinde çıkmış ve onayı almıştır. Türkiye'de aralık ayında yapılan CoronaVac aşı denemelerinde etkinliğin %91,25 olduğu açıklanmıştır. Alman aşısında bu oran %95, ABD aşısı olan Moderna için bu oranın %94 olduğu bildirilmiştir.

Türkiye'de Covid-19'a karşı TÜSEB ve TUBİTAK iş birliği ile 17 adet yerli aşı çalışması yürütülmektedir. Aşı geliştirme aşamasında en ileride olan aşı Kayseri Erciyes Üniversitesi'nde geliştirilmiştir ve Faz III aşaması devam etmektedir.

Covid-19'a karşı aşı çalışmaları hızla devam ederken aşı olan kişi sayısı ülkeden ülkeye büyük farklılıklar göstermektedir. Dünya üzerinde ikinci doz aşısını alan kişi sayısı Haziran 2021 yılında 2,5 milyarı geçmiştir. Aşılamaya büyük önem verilmesini isteyen DSÖ Eylül 2021 ayının sonuna kadar bütün ülkelerin nüfuslarının %10'unun aşılmasını gerektiğinin çağrısını yaptı.

Türkiye 18 Haziran 2021 tarihi itibar ile 40 milyon 155 bin 977 adet korona virüs aşısı yapmıştır. Türkiye sayısal olarak Çin, ABD, Hindistan, İngiltere, Brezilya, Almanya, Fransa, İtalya'dan sonra aşığı en çok uygulayan ülkelerden olmuştur.

Türkiye'de 14 Ocak 2021 tarihiyle başlayan aşılama ülke gelinde haziran ayı ortasında 40 milyonu geçmiştir. 18 Haziran 2021 tarihine kadar birinci doz aşı yaptıranların oranı 25 milyon 884 bin 727 kişi iken, ikinci doz aşı yaptıranların oranı 14 milyon 271 bin 250'dir. Türkiye'de Alman aşısı ve Çin aşısı aktif uygulanmaya devam etmektedir.

Türkiye'de ilk aşığı 13 Ocak 2021 tarihinde Sağlık Bakanı Fahrettin Koca ile Bilim Kurul üyeleri olmuştur. Daha sonra 14 Ocak 2021 tarihinde Cumhurbaşkanı Recep Tayyip Erdoğan Ankara Şehir Hastanesi'nde ilk aşısını yaptırmıştır. Bu tarihte

sağlık çalışanları öncelikli grup olarak aşılalmaya başlamıştır. Böylece Türkiye’de başlayan Covid-19 aşılama süreci şu şekilde devam etmiştir (<https://www.trthaber.com/haber/gundem/kimler-asi-oldu-sira-hangi-gruplarda-587206.html>), (Erişim Tarihi: 28.10.2021).

19 Ocak 2021 tarihinde huzurevi ve bakımevlerinde çalışan kişilere aşı uygulamaya başlandı. 90 yaş ve üzeri bireyler de evlerinde aşılalmaya başlandı. 21 Ocak tarihinden itibaren aşılama 85 yaş ve üzeri bireylerde evde aşılama şeklinde devam etti. Yine aynı tarihte eczacılar ve ecza depocuları ile eczanelik fakültesi stajyer öğrencileri aşılama kapsamına alınmıştır.

25 Ocak 2021 tarihi itibariyle 80 yaş ve üzeri bireyler, 27 Ocaktan itibaren de 75 yaş ve üzeri bireyler aşılama programına dahil edilmiştir. 11 Şubat 2021 tarihinde sıra 70 yaş ve üzerindeki bireylere gelmiştir. 12 Şubat tarihinde 65 yaş ve üzeri bireylerle bunların 60 yaş ve üzeri eşlerine aşı olma hakkı sağlanmıştır. 13 Şubat 2021’de kabine üyeleri ile üst düzey devlet yöneticileri sağlık kuruluşlarından aşı randevusu olarak aşılalmaya başlamıştır.

24 Şubat tarihinde Milli Eğitim Bakanı Ziya Selçuk ilk doz Covid-19 aşısını yaptırarak öğretmenlerin bu tarihten itibaren aşılama kapsamına alındığını bildirmiş oldu. 28 Mart’ta ise aşılama 60 yaşa kadar gelmiştir. Yine bu tarihte Fahrettin Koca’nın yaptığı açıklama ile yüksek riskli hasta grubunda olan kanser ve diyaliz hastaları, morbid obez, kötü huylu tümörü olan hastalar ile down sendromlular ve bağışıklık tedavisi alan hastalar aşılama kapsamına dahil edilmiştir.

31 Mart 2021 tarihinde gazeteciler aşılalmaya başlamıştır. 20 Nisan 2021 tarihi itibariyle 55 yaş ve üzeri bireylere aşı olma hakkı tanınmıştır. 4 Mayıs tarihinde muhtarlar aşılalmaya başlamıştır. 40 yaş üstü avukatlar da 5 Mayıs tarihinden itibaren ilk doz aşılarını yaptırmaya başlamışlardır.

13 Mayıs 2021 tarihi itibariyle aşılama kapsamına sağlık çalışanlarının eşleri dahil edilmiştir. 28 Mayıs tarihinde tam ve orta düzey bağımlı kişiler ile engelli vatandaşlar aşılama kapsamına dahil edilmiştir. 10 Haziran itibariyle 40 yaş üstü bireylere aşı hakkı tanınmıştır. 19 Haziran 2021 tarihiyle 30 yaş ve üzeri vatandaşlar aşı olmaya başlamıştır. 22 Haziran itibariyle bu yaş sınırı 25 olmuştur.

Aşı hakkı tanınan bireylerin yoğun ilgisi üzerine hastanelerde uzun aşı kuyrukları oluşmaya başladı. Bu yoğunluğu azaltmak adına Aile Sağlığı

Merkezleri'nde 9 Haziran 2021 tarihi itibariyle BioNTech aşısı yapılmaya başlandı. İlk aşı Ankara Oran 75. Yıl Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. 2021 yılının Kasım ayının başlarında ise 2 doz aşılama oranı Türkiye genelinde %58 civarındadır. Aşılama tüm hızıyla devam etmektedir.



BÖLÜM 3: SAĞLIK HİZMETLERİ VE PANDEMİ DÖNEMİNDE İZLENEN SAĞLIK POLİTAKALARI

Sağlık hizmeti, insanlarda ruhsal, fiziksel veya sosyal hastalık hali durumlarında teşhis, takip ve tedavi yoluyla sağlığın iyileştirilmesi ve korunmasıdır. Yine başka bir tanımla, “insanların sağlığının korunması, gerektiğinde tedavi ve rehabilitasyonu için yapılan çalışmaların tümü” olarak tanımlanabilir (Akdur, 2003:12). Sağlık hizmeti, bu alanda belli bir zaman diliminde eğitim almış sağlık profesyonelleri tarafından ilgili kuruluşlarda verilmektedir. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönergede, Sağlık hizmeti şöyle tanımlanmaktadır (SB, 2020): İnsan sağlığına zarar veren çeşitli etmenlerin yok edilmesi ve toplumun bu etmenlerin etkilerinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetenek ve beceri azalmış olanların rehabilite edilmesi için yapılan hizmetlerdir.

Birey ve toplumun sağlığını çok sayıda faktör etkilemektedir ve bu yüzden sağlık hizmetlerinin kapsamı ile etkisini belirlemek tartışmalı bir konudur (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012). Barınma, eğitim, yerleşme gibi etkenler, birey ve toplum sağlığına çok fazla etkide bulunmaktadır. Bu yüzden sağlık hizmetlerini, toplum sağlığını geliştirmeyi direk hedefleyen faaliyetler toplamı olarak görmek gerekmektedir. Eğitim, barınma ve istihdamın geliştirilmesi, sağlığı her ne kadar etkileseler de amacı sağlık durumunu daha iyiye götürmek değildir (Black ve Gruen, 2005:22).

Toplumun sağlık hizmetleri ile beklentileri farklılaşmaktadır. Hastalıkların önlenmesi, semptomların giderilmesi, bireyde oluşan işlev kayıplarının azaltılması, kişinin yaşam süresinin uzatılması gibi süregelen beklentilerin yanında yeni beklentiler ortaya çıkmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012). Çoğu birey beden sağlığı olsa da daha güzel görünmek, daha iyi hissetmek gibi amaçlarla sağlık hizmetlerine yönelebilmektedir. Yaygınlaşmaya devam eden plastik cerrahisi, yaşam süresini uzatan ilaç kullanımındaki artışlar bu yeni beklentilere örnek gösterilebilir (Greenwald, 2010:8).

Temel sağlık hizmeti; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olarak genel olarak 3 ana başlıkta toplanabilir.

3.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacı, toplumu hastalığa sebep olacak etkenlerden uzak tutmaya veya hastalığa sebep olacak etkenlerin yok edilmesine yönelik hizmetlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012). Koruyucu sağlık hizmetleri toplumu temel alır. Bu yüzden dışsal faydası da yüksektir. Bir toplumda hastalık olasılığı azaltılırsa, bundan bütün toplum fayda görecektir (Bulutoğlu, 1981:297).

Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlığın ve sağlık hizmetinin çok önemli bir parçasıdır. Bunun nedenleri şöyle sıralanabilir;

- ✓ Tedavi edici sağlık hizmetlerine göre maliyeti daha uygun,
- ✓ Daha etkin ve uygulanışı daha kolay,
- ✓ Sunumunda kullanılan teknoloji daha basit ve daha ucuz,
- ✓ Fazla araç, gereç ve personel ihtiyacı gerektirmez,
- ✓ Personelin niteliğinin yüksek olmasına gerek yok,
- ✓ Tedavi edici sağlık hizmeti sunan kurumların hasta yükünü azaltır,
- ✓ Yatırım maliyeti daha düşük,
- ✓ Çalışma ve işgücü kaybını en aza indirir,

Gelecekteki olabilecek muhtemel hastalık veya sakatlık durumlarının sıklığını, ciddiyetini veya süresini en aza indirebilmek ya da engelleyebilmek, kişinin farkında olmadığı hastalık semptomları ortaya çıkmadan önce erken teşhisle tedavisinin yapılmasını sağlayan hastalık öncesi dönemi kapsayan sağlık hizmetleridir. Sigara ile ilgili kamu spotları, meme kanseri taramaları, ölümcül kazaları azaltmak için alınan önlemler, bulaşıcı hastalıkların yayılmasının önlenmesi ile ilgili çalışmalar bu dönemde özellikle Covid ile ilgili yapılan reklamlar-broşürler-alınan tedbirler gibi birçok çalışma çevreye dönük koruyucu sağlık hizmetine örnek olarak gösterilebilir. Koruyucu sağlık hizmetleri çevreye dönük ve kişiye dönük olmak üzere 2 alt başlığa ayrılmıştır:

- Çevreye dönük koruyucu sağlık hizmeti;

Yeterli ve temiz içme suyu sağlanması, besinlerin sağlığı, oturlan konutların sağlığı, atıkların zararsız hale getirilmesi, hava ve gürültü kirliliğinin önlenmesi, hava kirliliği, endüstri sağlığı gibi birçok konuyu içinde barındırmaktadır. Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin amacı, çevrede sağlığı olumsuz yönde etkileyen fiziksel, kimyasal ve biyolojik etkenleri yok ederek ya da bu etkenlerin

bireyleri etkilemesini önleyerek çevreyi daha olumlu bir hale getirmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012). Bu hizmetler, bu konuda özel eğitim alan kimyager, veteriner, biyolog, mühendis, çevre sağlığı teknisyeni gibi birçok meslek grubu tarafından verilmektedir (Fişek, 1983:5). Çevre sağlığı hizmetleri kapsamında yürütülen birkaç hizmet aşağıda sıralanmıştır (Schulz ve Johnson, 1976:10; Hayran, 1988);

- Katı atıkların denetimi,
- Besin hijyeninin sağlanması,
- Su kaynaklarının sağlanması ve denetlenmesi,
- Gürültü kirliliğinin denetlenmesi,
- Hava kirliliğinin denetlenmesi,
- İş sağlığı,
- Radyolojik atıkların denetimi.

➤ Kişiyeye dönük koruyucu sağlık hizmeti;

Hekim ve hemşire gibi sağlık mesleğine üye kişiler tarafından yürütülmektedir. Bu hizmetler şöyle sıralanabilir (Hayran, 1998; Fişek, 1983; Schulz ve Johnson, 1976:10);

- İlaçla koruma,
- Bağışıklama,
- Kişisel hijyen ve sağlık eğitimi,
- Hastalıkların erken tanısı ve tedavisi,
- Aile planlaması,
- Ana-çocuk sağlığı ve takibi.

3.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi hizmetleri, sağlık durumunda bozulma olan kişilerin, eski sağlığına dönmelerini sağlamak için verilen hizmetlerdir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012). Bireyin sağlığının bozulması ile herhangi bir sağlık kurumuna başvurusuyla durumunun iyileştirilmesi için verilen her türlü hizmeti içerir. Bu hizmetler, teşhis, tedavi, ilaç, muayene, ameliyat, laboratuvar, tıbbi görüntüleme gibi işlemleri içermektedir. Tedavi edici sağlık hizmeti sunan kurumları 2 grupta toplayabiliriz; bunlar ayaktan (günübirlik) ve yataklı tedavi hizmetleri. Ayaktan tedavi veren tedavi

kurumları, yatış gerektirmeyen hastalıkların tanı ve tedavisi ile ilgili hizmetleri vermektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012).

3.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Bedenen veya ruhen sakatlanmış olan bireylerin başka kişilere bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak amacıyla yapılan sağlık hizmeti çalışmalarını kapsamaktadır. Koordineli ve bütünlük gerektirmektedir. Tıbbi, sosyal, eğitsel ve mesleki aktiviteler yardımıyla bireylere kapasiteleri kapsamında yüksek işlevsel beceriler kazandırmayı amaç edinir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012).

Rehabilitasyon hizmetlerini yataklı ve yataksız sağlık kurumları sağlamaktadır. Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere 2'ye ayrılmaktadır (Hayran, 1998):

- Tıbbi rehabilitasyon; hastalık ya da kaza sonucunda kişinin vücudunda meydana gelen organ kaybı, sakatlık ya da kaybedilen çalışma gücünün kişiye geri kazandırılması için verilen hizmetlerdir. Fizik tedavi uygulamaları, postür bozukluklarının düzeltilmesi, ekstremitte protez işlemleri, oluşan komplikasyonların iyileştirilmesi gibi hizmetler tıbbi rehabilitasyon sayılmaktadır.
- Sosyal rehabilitasyon; sosyal çalışmacılar, psikologlar ya da rehabilitasyona katkı veren diğer sağlık personellerince yürütülen günlük hayata uyum sağlama, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi, uygun iş bulma ya da işe uyum sağlama, yaşlı bireylerin bakımevlerine yerleştirilmesi ve bakımevlerindeki diğer bireylerin bakımı gibi hizmetleri kapsar.

Temel sağlık hizmetlerinin ilkeleri; tüm toplum bireyleri eşit olarak faydalanmalıdır. Bireyin çevresi ile etkileşim halindedir. Birey yalnız hasta iken değil sağlıklı iken de sağlık hizmetlerine ulaşabilmelidir. Hastalık durumunun temelinde sadece fiziki ve biyolojik etmenler değil, toplumsal ve kültürel nedenler de bulunabilmektedir. Sağlık hizmetinin yalnızca sağlık sektöründe yürütülemeyecek kadar boyutu bulunmaktadır. Bir hastalığının oluşumunun önlenmesi, o hastalığı tedavi etmekten daha etkili ve daha ucuzdur. Bir hastalığa yakalanma riski yüksek gruplara öncelik verilmelidir. Yine toplumda sık olarak görülen önemli hastalığı olan

bireylere hizmet sunumunda öncelik verilmelidir. Koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmeti bir bütündür ve birbirinden ayrı düşünülemez. Sağlık hizmetinin verilmesinde payı olan her meslek grubu birbiri ile entegre bir biçimde çalışmalıdır.

3.4. Sağlık Hizmeti Düzeyleri

Hizmet kapsamı, verilen hizmetin çeşitliliği, hizmetin verilme sürecinde kullanılan bilgi ve teknolojiler anlamına gelir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012). Daha da kapsamlı olarak şöyle açıklanabilir; bir sağlık kuruluşu veya bir sağlık programı tarafından sunulan hizmetlerin sayısı, türü, yoğunluğu veya karmaşıklığıdır (Timmreck, 1987: 533).

Sağlık hizmetlerine erişim her bireyin hakkıdır. Fakat pandemi döneminde Covid-19 nedeniyle sağlık sistemleri üzerine ekstra yük binmesinden dolayı birçok insanın sağlık hizmetine ulaşımı olumsuz etkilenmiştir. Pandeminin ilan edilmesinden sonra acil durumlar dışında hastaneye ziyaretler yüksek bulaş riski taşımamasından dolayı önerilmemiştir. Hastaneler salgının yönetimini iyi bir şekilde yapabilmek için çeşitli değişiklikler yapmışlardır. Yaklaşık 2 yıldır devam eden Covid-19 pandemisinin yükünü Türkiye’de özellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları karşılamıştır.

- ❖ Birinci basamak sağlık hizmetleri; sağlığın teşvik edilmesi, koruyucu sağlık hizmetleri, teşhis-tedavi-rehabilitasyonun bir arada verildiği, insanların kolayca ulaşabildiği, düşük maliyetli etkin ve yaygın sağlık hizmetleridir. Toplumun sağlık sistemi ile ilk temasını oluşturmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012). Sağlık ocağı-aile hekimlikleri, eczaneler, evde bakım hizmetleri, 112, belediye poliklinikleri, özel poliklinikler, toplum sağlığı merkezleri, entegre ilçe devlet hastaneleri gibi kurumlar birinci basamak sağlık hizmeti vermektedirler.
- ❖ İkinci basamak sağlık hizmetleri; ayaktan ya da yataklı teşhis, tedavi, rehabilitasyon hizmetlerini verilen sağlık hizmetleridir. Birinci basamak sağlık hizmetleri aracılığıyla tedavi edilemeyen hastalıkların tedavisini gerçekleştirmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012). İkinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar arasında devlet hastaneleri, resmi kurum hastaneleri, özel hastaneler ve dal hastaneleri, özel tıp merkezleri, diyaliz merkezleri,

toplum ruh sağlığı merkezleri, semt poliklinikleri, alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezleri gibi kurumlar sayılabilmektedir.

- ❖ Üçüncü basamak sağlık hizmetleri; ileri derecede tetkik ve tedavi gerektiren hastalıklar, yüksek teknoloji ve gerekli altyapısı olan tüm sağlık hizmeti ihtiyacını karşılayabilen eğitim ve araştırma kurumlarıdır. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetleri tarafından verilmesi mümkün olmayan, yoğun bilgi ve teknoloji gerektiren komplike ve ağır vakalara yönelik hizmetler sağlamaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012). Eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastanelerini bu grupta söylemek mümkündür.

3.5. Pandemi Döneminde Türkiye Sağlık Politikaları

Politika; ihtiyaçlara cevap olarak eylemlerin önceliklerini ve değişkenleri tanımlayan resmi bir niyet beyanıdır (de Leeuw, Clavier ve Breton, 2014). Sağlık politikası ise şöyle tanımlanabilir; sağlık sistemi ile ilgili kurumların organizasyonu, finansmanı, hizmet sunumu ve yönetilmesine yönelik faaliyetlerin bütünüdür (Buse, Mays ve Walt, 2012; Walt, 1994).

Buse, Mays ve Walt (2012), algılanan bir krizin, politikanın gündeme gelmesinin nedenlerinden biri olduğunu belirtmişlerdir ve kriz zamanlarında politika oluşturmanın, normal dönemlerdeki politikalarından farklı olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca kriz zamanında oluşturulan politikaların normal zamanlardakine göre daha kolay ciddiye alındığını ifade etmişlerdir. Devletlerin bu pandemi döneminde Covid-19 yayılımının önlemesine yönelik en başta sağlık sektörü olmak üzere kamu kurumlarının verdiği hizmetin etkili olarak sunulmasında, hareketlilik kısıtlaması getirilmesi ve denetimi, alınan önlemlerin neden olduğu tedarik ve üretimde oluşan sorunların çözülmesinde konumları güçleşmiştir. Bu dönemde ekonomide sosyal yardım ve teşvik politikalarını hayata geçirmek gibi sorumlulukları artmıştır (Blofield, Hoffmann ve Lianos, 2020).

Pandemi ortaya çıktıktan sonra ülkeler farklı tepkiler vermiştir. Verilen tepkiler ile alınan önlemler ülkelerin yönetim yapıları, sağlık sistemleri, ekonomi politikaları ve siyasi ideolojilerine göre farklılık göstermiştir (Coulthard, 2020). İtalya-Türkiye gibi tek bir birim olarak yönetilen üniter devletler, Almanya-ABD gibi federal devletlere göre pandemi ile mücadelede daha avantajlı konumdadırlar.

Güney Kore-Türkiye-İsveç gibi birçok ülke hükümeti virüsün hızlı yayıldığı dönemde hayatı durduracak kadar ciddi önlemler alırken, Brezilya-İngiltere gibi ülkeler ise çok fazla önlem almadığı için pandeminin etkilerini ağır olarak yaşamışlardır. Güney Kore, Hong-Kong, Singapur, Almanya gibi hükümetler ise geçmiş yıllardaki pandemi deneyimlerinin olması Covid-19 pandemisinde olumlu geri dönüşler almasını sağlamıştır (Duran, 2020; Yıldız ve Uzun, 2020).

Türkiye’de pandemi sürecinde Cumhurbaşkanlığı başta olmak üzere Bakanlıklar, Toplum Bilimleri Kurulu, Korona virüs Bilim Kurulu, Valilikler, Belediyeler, Cumhurbaşkanlığı Politika Kurulları, AFAD, TÜSEB, Sivil Toplum Kuruluşları gibi birçok aktör rol almıştır (Turan ve Hamza Çelikyay, 2020; İşlek vd., 2020). Bakanlıklar, birçok görev alanlarıyla ilgili genelge yayınlamıştır. Belediyeler çeşitli uygulamaları ile hükümete destek vermiştir ve halka farklı şekilde birçok hizmet sunmuştur. Kızılay, pandeminin başlarında İmmün Plazma Bağışı kampanyası başlatmıştır. Korona Dayanışma Projesi başlatmış ve eğitim ve bilinçlendirme çalışmaları, hijyen malzeme desteği, beslenme yardımları, sosyal nakdi yardımlar gibi faaliyetlerde bulunmuştur. AFAD, personel ve araçları ile çeşitli Sosyal Destek Gruplarına destek verip, gözlem altında yurtlarda bulunan kişilere gereken hijyen ve temizlik malzemesini sağlamıştır. Gözlem süresi bitenlerin evlerine ulaşması konusunda da destek vermiştir. TÜSEB, pandeminin başından itibaren tanı kiti, ilaç, cihaz ve aşıların geliştirilmesine yönelik uygulamalı faaliyetlerde bulunmuştur.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2019 yılında hazırlanmış olan Pandemi İnfluenza Ulusal Hazırlık Planı, pandemi sürecinin ana çerçevesini oluşturmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2019). Yine Korona virüs Bilim Kurulu toplantıları sırasındaki öneriler, toplantı sonrası alınan kararlar da toplantılar sonrasında yayınlanan raporlara yön vermiştir.

Pandemi döneminde ilk 5 ayda Sağlık Bakanlığı’nın izlediği politikanın önemli adımları aşağıda sıralanmıştır (TÜSPE Rapor, 2020):

- 6 Ocak 2020’de Sağlık Bakanlığı bünyesinde korona virüs ile ilgili dünyadaki gelişmelerin takip edilmesi için 15 kişilik bir ekip kuruldu.
- 10 Ocak 2020’de bakanlık bünyesinde Korona virüs Danışma Kurulu oluşturuldu.

- 14 Ocak 2020'de Korona virüs ile ilgili bilgiler içeren rehberin ilk versiyonu hazırlandı.
- 24 Ocak 2020'de havaalanlarına termal kameralar yerleştirildi.
- 2 Şubat 2020'de Covid-19 rehberinin sunumu hazırlanarak yayınlandı.
- 5 Şubat 2020'de tüm uluslararası uçuşlarda termal kamera ile denetleme uygulaması başlatıldı. Uluslararası yolculuk yapacak olan bireylere bilgilendirme broşürleri dağıtılmaya başlandı ve yerli tanı kiti ile ilgili çalışmaların devam ettiği hakkında halka bilgi verildi.
- 19 Şubat 2020'de Bilim Kurulu Üyesi olan 2 kişi Covid-19 hakkında daha fazla bilgi edinmek için Cenevre'de bulunan DSÖ genel merkezine gönderildi ve bu tarihte Türkiye'de yerli Covid-19 tanı kiti kullanılmaya başlandı.
- 21 Şubat 2020 tarihinde sınır kapılarına da termal kameralar yerleştirildi.
- 27 Şubat 2020 tarihinde Covid-19 için kişisel koruyucu ekipmanların doğru kullanımı rehberi yayınlanmıştır.
- 28 Şubat 2020 tarihinde sınırdan giriş yapan ve semptomu bulunan vatandaşlar için İran ve Irak sınır kapılarına sahra hastaneleri kurulmuştur.
- 2 Mart 2020'de Covid-19 bilgilendirme broşürü bütün illere dağıtıldı.
- 9 Mart 2020 tarihinde 14 gün karantina uygulaması uluslararası yolcular için başlatıldı.
- 11 Mart 2020' de ülkemizdeki ilk Covid vakası açıklandı. Ankara'daki Hıfzıssıhha Laboratuvarı'nın ardından İstanbul ve Erzurum'da da Covid testlerinin çalışılacağı laboratuvarlar kuruldu.
- 12 Mart 2020'de hastanelere ziyaretçi kısıtlaması getirildi. İlaçlarını raporla alan kişilerin rapor süresi bitse dahi hastaneye başvurmadan ilaçlarını eczaneden alabileceklerine dair açıklama yapıldı.
- 16 Mart 2020'de 184 SABİM hattı Covid-19 bilgilendirme hattına dönüştürüldü. Elektif ameliyatlar ertelendi. Covid-19 testlerinin çalışıldığı laboratuvar sayısı 6'ya çıkarıldı.
- 17 Mart 2020'de Covid kaynaklı ilk ölüm bildirildi. Doktor karakterini canlandıran dizi oyuncularının yer aldığı kamu spotları hazırlandı. Tek hekimin verdiği 10 gün istirahat raporunun süresi 14 güne çıkarıldı.
- 18 Mart 2020'de Hastane Afet ve Acil Durum Planları Uygulama Yönetmeliği yayınlandı.

- 19 Mart 2020’de laboratuvar sayısı 18’e çıkarıldı.
- 20 Mart 2020 tarihinde bünyesinde göğüs hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji, dahiliye uzmanlarından en az ikisini bulunduran ve 3. Seviye yetişkin yoğun bakım yatağı olan vakıf üniversitesi ve özel hastaneler pandemi hastanesi ilan edildi.
- 22 Mart 2020’de 65 yaş üstü kişilerle kronik hastalığı bulunan kişiler için sokağa çıkma yasağı getirildi ve kamuda esnek çalışma sistemine geçildi.
- 23 Mart 2020’de yerli ventilasyon cihazının seri üretiminin başlanmasına karar verildi.
- 28 Mart 2020’de tüm illerin giriş çıkışında ateş ölçümü ve sağlık durumlarının kontrol edilmesi uygulaması başlandı.
- 2 Nisan 2020’de laboratuvar sayısı 71’e çıkarıldı. Tüm illerde Covid-19 vakası olduğu bildirildi. 14 farklı ilaç ve aşı geliştirme projesi olduğunun haberi verildi.
- 4 Nisan 2020’de toplu çalışılan yerlerde maske takmak zorunlu hale getirildi.
- 8 Nisan 2020’de pandemiden dolayı enfekte olmuş bireyler ile Covid-19 servis ve yoğun bakımlarda görev yapan sağlık personelleri ve çocukları için Sağlık Bakanlığı tarafından psikolojik destek sağlamak için RUHSAD isimli mobil uygulama geliştirilip kullanıma sunulmuştur.
- 9 Nisan 2020’de GSM operatörleri iş birliği ile Pandemi İzolasyon Takip uygulaması ‘Hayat Eve Sığar’ geliştirilip kullanıma sunulmuştur.
- 14 Nisan 2020’de herhangi bir sosyal güvencesi olmayan Covid-19’a yakalanan kişilerin tedavisinin devlet tarafından karşılanacağı bildirildi.
- 2 Mayıs 2020’de Gebze’de 5000 test kapasiteli laboratuvar kuruldu.

İlk dönem tedbirleri sonrasında 1 Haziran 2020 tarihi itibari ile belirli yasaklar kaldırılmaya başlanmıştır. Mayıs 2020 sonu TÜSEB yerli aşı için çağrıda bulunmuştur ve önemli desteklerde bulunmuştur. Yasaklar kaldırıldıktan sonra virüsün yayılma hızı tekrar artmaya başlamıştır ve 18 Kasım 2020’de tekrar kısıtlamalar getirilmeye başlanmıştır. Bu esnada Erciyes Üniversitesi’nin geliştirdiği yerli aşıda 44 gönüllünün katılımıyla Faz-I aşaması için ilk aşı 5 Kasım 2020’de yapılmıştır. Faz-II aşamasına 250 gönüllü katılmış ve ilk aşılama 10 Şubat 2021’de yapılmıştır. Faz-II’nin 2. Doz son aşılması ise 9 Nisan 2021’de yapılmıştır.

1 Mart 2021 de ise tekrar adım adım normalleşme sürecine geçilmeye başlanmıştır. Ülkemizdeki iller düşük, orta, yüksek, çok yüksek risk grubu olacak şekilde kategorileştirilmiştir. Hafta içi akşamları sokağa çıkış yasağı devam ederken, düşük ve orta riskli illerde hafta sonu sokağa çıkma kısıtlaması kalkmış ancak yüksek ve çok yüksek riskli illerde sadece cumartesi günleri sokağa çıkma serbestleştirilmiştir.

Türkiye de salgın yönetiminde tüm sağlık hizmeti sunan kuruluşlar eşgüdümlü bir şekilde çalışmıştır. Özellikle vakaların teşhisi, tedavisi, temaslı bireylerin takibi ve filyasyon çalışmaları bu dönemde büyük önem arz etmiştir. Dünya genelinde ise pandemi deneyimi, çoğu ülkenin sadece kâğıt üzerinde hazırlıklı olduğunu göstermiştir (Singer, 2020; Halpern, Truog ve Miller, 2020).

BÖLÜM 4: KRONİK HASTALIĞI OLAN KİŞİLERİN COVID-19 PANDEMİ DÖNEMİNDE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIM DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ

4.1. Araştırmanın Metodolojisi

Araştırmanın bu bölümünde, araştırmanın amacı, evren ve örnekleme, yöntemi, araştırmanın hipotezleri, veri analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler, bulgular ve yorumlar yer almaktadır.

4.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Covid-19 tüm dünyada hızla yayılmıştır. Milyonlarca kişi enfekte olmuş, yüzbinlerce insan ölmüştür. DSÖ, uluslararası insan sağlığını tehdit ettiği için bu durumu acil durum olarak ilan etmiştir ve halen bulaşıcılığı azalsa da devam etmektedir.

Yapılan araştırmalar Covid-19 enfeksiyonunun kronik hastalığı olan bireylerde daha ağır seyrettiğini ortaya koymuştur. Aynı zamanda kronik hastalığı olan bireylerde mortaliteyi de artırmaktadır. Bu yüzden özellikle kronik hastalığı olan bireyler pandemi döneminden daha çok etkilenmişlerdir.

Pandemi döneminde tüm hastaneler pandemi hastanesine dönüştüğü için bu dönemde hastalığın pik yaptığı dönemlerde poliklinik hizmetleri durdurulmuş veya yarıya düşürülmüştür. Bu yüzden kronik hastalığı olan bireyler bulaşıcılık korkusundan dolayı da tedavilerini aksatabilmişlerdir. Bu durum hastane acil servislerinde yoğunluğa sebep olmuştur.

Bu araştırma pandemi döneminde kronik hastalığı olan bireylerin hastane kullanım düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma doğrultusunda şu alt amaçlar da bulunmak istenmiştir; pandemi döneminde kronik hastalığı olan bireylerin ilaçlarını almakta sıkıntı yaşayıp yaşamadıklarını ortaya koymak, alınan tedbirleri yeterli bulma düzeyleri, aldıkları tedavi maliyetinin uygun olup olmadığı, istediği zaman sağlık hizmetine ulaşip ulaşamadığını, alınan sağlık hizmetinden memnun olma düzeylerini belirlemek.

Covid-19 çok yeni bir terim olsa da kısa sürede birçok çalışma literatüre kazandırılmıştır. Bu çalışma kronik hastalığı olan bireylerin pandemi döneminde

hastaneye başvuru düzeylerinin belirlenmesi açısından literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

4.3. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın evrenini Ankara ilinde yaşayan ve kronik hastalığı bulunan kişiler oluşturmaktadır. Araştırma için kolayda örneklem yöntemi ile kronik hastalığı olan bireylere ulaşılmaya çalışılmıştır. Fakat Covid-19 pandemisi, Ankara da yaşayan kronik hastalığı olan bireylerden 302 kişiye ulaşılmıştır.

4.4. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlaması sadece Ankara ili ile sınırlı kalınması ve Ankara'da yaşayan kronik hasta sayısına ulaşılamamıştır. Araştırmanın sonuçlarının genellemesi mümkün değildir. Araştırmadan elde edilen sonuçların Ankara iline özel sonuçlar olma olasılığı vardır.

4.5. Ön Çalışma

Araştırma için anket formu kesinleşip veri toplanmasına geçilmeden hemen önce, anket formu 15 kişiye uygulanarak bir ön çalışma yapılmıştır. Alınan geri bildirimler sonucu anlaşılmayan ifadeler düzenlenmiştir.

4.6. Veri Toplama Yöntem ve Aracı

Bu araştırma da toplanan verilerin analizinde nicel araştırma yöntemlerinden olan betimleyici (tanımlayıcı) araştırma yöntemi kullanılmıştır. Konuyla ilgili alan araştırması olarak Ankara ilinde yaşayan kronik hastalığı olan bireylerin hastane kullanım düzeylerini belirlemek için birinci derece veri toplama yöntemlerinden olan anket yöntemi kullanılmıştır. Anketler online ve yüz yüze uygulanmıştır.

Anketin ilk bölümünde katılımcıların doldurması için kişisel bilgi formu yer almaktadır. Kişisel bilgilerde cinsiyet, yaş, eğitim durumu, aylık gelir, kronik hastalık, aile öyküsü, sigara ve alkol kullanma durumu, Covid-19 enfeksiyonu geçirip geçirmeme durumu, aile fertlerinde Covid-19 geçiren var mı, karantina da kalma durumu, karantina da kaldıysa ihtiyaçlarını kimler karşıladı, sağlık sigortasının olma durumu ve mesleği yer almaktadır.

Anketin ikinci bölümünde sağlık hizmeti kullanımına yönelik tanımlayıcı bulgular yer almaktadır. Pandemi döneminde sağlık kuruluşuna başvuruldu mu, kaç

kere hizmet alındı, sağlık kuruluşu tercihi, acil olmayan durumlarda hangi sağlık kuruluşundan hizmet alındığı, acil sağlık probleminde hangi sağlık kuruluşuna başvurduğu, acil olmayan sağlık probleminde hizmet aldığı sağlık kuruluşunu seçme nedeni, pandemi döneminde kronik hastalığı ile ilgili ilaçlara erişiminde sıkıntı yaşama durumu ve bu dönemde devletin aldığı tedbirleri yeterli bulma durumları yer almaktadır.

Üçüncü bölümde ise pandemi döneminde sağlık hizmeti kullanımına yönelik sorular yer almaktadır. Kullanılan sorular 5’li Likert tipinde 12 maddeden oluşmaktadır. Sorular araştırmacı tarafından uzman görüşleri alınarak oluşturulmuştur.

Veriler Ankara ilinde yaşayan kronik hastalığı bulunan bireylerden gönüllü olarak ankete katılmak isteyen bireylerden toplanmıştır.

Araştırmada elde edilen olan veriler SPSS 22 programı ile analiz edilmiş ve değerlendirilmiştir.

4.7. Analiz ve Bulgular

4.7.1. Güvenilirlik analizi bulguları

Güvenilirlik analizi, ölçüm işleminin farklı örneklem grubu, farklı zaman, farklı mekânda yapıldığında gösterdiği tutarlılıktır. Cronbach’s Alfa katsayısı bir testin güvenilirliği konusunda bize fikir vermektedir. Sosyal bilimler araştırmaları 0,75 üzeri çalışmaları güvenilir kabul etmektedir.

Güvenilirlik Analizinde;

$0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise güvenilir değildir

$0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise düşük güvenilirlikte

$0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise oldukça güvenilir

$0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise yüksek güvenilirlikte olduğu kabul edilir.

Güvenilirlik Analiz Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Kullanım Düzeyleri için toplam 20 soru ile yapılmış olup Cronbach’s Alfa değerimiz Tablo 1’de gösterilmiştir. Bu ilgili soruların oldukça güvenilir olduğu anlamına gelir.

Tablo 4.1: Cronbach's Alfa Değeri

	Madde Sayısı (n)	Cronbach's Alfa Değeri
Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Kullanımı Soruları	20	0,74

Yukarıdaki tabloda araştırmada kullanılan anketin üçüncü bölümünde yer alan Likert tipi sorulara uygulanan güvenilirlik analizi sonucu verilmiştir. Yapılan analiz sonucunda 0,74 bulunmuştur ve yukarıda belirlenen değerler aralığında oldukça güvenilir kabul edilmiştir.

Tablo 4.2'de ise yapılan araştırma da üçüncü bölümü oluşturan Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Kullanım Sorularında kullanılan Likert tipi sorulardan elde edilen soru bazlı Cronbach's Alfa değerleri verilmiştir.

Tablo 4.2: Güvenilirlik Analizi İçin İstatistikler

Güvenilirlik Analizi İçin İstatistikler					
	İlgili Soru Çıkarıldığı Zaman Anket Ortalaması	İlgili Soru Çıkarıldığı Zaman Anket Varyansı	Anket Toplam Korelasyon İlişkisi	Çoklu Korelasyon	İlgili Ölçek Çıkarıldığı Durumda Cronbach's Alfa Değeri
1-) Pandemi döneminde kronik hastalığım ile ilgili rutin kontrollerimi erteledim.	56,0743	54,903	-,103	,113	,643
2-) Pandemi süresince zorunlu olmadıkça sağlık kuruluşuna (Aile Hekimliği/Hastaneye) gitmem/gitmedim.	56,4493	55,414	-,176	,212	,642
3-)Pandemi döneminde kronik hastalığım ile ilgili kullandığım ilaçlarımı eczaneden aldım.	56,4324	55,263	-,148	,221	,642
4-) Pandemi dönemince kronik hastalığım ile ilgili sorunlarım için hekimime telefonla kolayca ulaşabiliyorum.	55,8074	55,126	-,123	,133	,645

5-) Pandemi süresince evde bakım hizmetinden yararlandım.	55,6588	54,239	-,020	,152	,632
6-) Zatürre (Pnömonokok) Aşısını Olmak İçin Sıkıntı Yaşamadım.	55,7027	53,810	-,002	,385	,635
7-) Grip (İnfluenza) Aşısı İçin Sorun Yaşamadım.	55,6723	53,977	-,020	,392	,636
8-) Pandemi süresince sağlık hizmeti kullanımında tetkik/tahlil/rapor ya da sonuçlar uzun sürmüştür ve randevular geç tarihlere verilmiştir.	55,9122	53,355	,026	,147	,633
9-) Sağlık hizmeti aldığım kurum pandemi döneminde her türlü sağlık hizmeti verebilecek büyüklük ve yeterliliğe sahiptir.	54,1554	46,993	,316	,302	,600
10-) Pandemi döneminde sağlık hizmeti alacağım kurumun imajının ve hijyen koşullarının iyi olması önemlidir.	53,2601	45,454	,509	,710	,573
11-) Pandemi döneminde hastaneye gitmektense geleneksel tedavi yöntemlerini tercih ederim.	54,9662	48,643	,186	,306	,622
12-) Sağlık hizmeti aldığım/alacağım sağlık kuruluşunun ulaşımı kolay olmalıdır.	53,3716	45,048	,499	,612	,573
13-) Pandemi döneminde sağlık hizmeti aldığım kurum tercihimde geçmiş tecrübelerim etkili olmuştur.	53,6723	44,635	,493	,483	,572
14-) Pandemi sürecinde başvurduğum sağlık kuruluşunda aldığım hizmetler zamanında gerçekleştirilmiştir.	54,1284	44,133	,482	,430	,571
15-) Pandemi döneminde sağlık hizmeti aldığım kurumun ortamı fiziksel açıdan güvenli ve konforlu olmalıdır.	53,3378	45,180	,590	,679	,566

16-) Hastalığımı önemsemediğimden pandemi döneminde tıbbi tedaviye başvurmam.	55,4730	53,809	-,068	,334	,661
17-) Pandemi döneminde sağlık hizmeti aldığım kurumda sağlık personelinin hastaya iyi davranmasını, bilgilendirmesini isterim.	53,2500	45,469	,541	,671	,571
18-) Pandemi döneminde internet, TV, gazete, dergi gibi yayım organlarından edindiğim bilgileri veya çevremdeki insanların tavsiyelerini tedavi yöntemi olarak kullanmayı tercih ediyorum.	55,2162	51,302	,056	,303	,642
19-) Pandemi döneminde tercih ettiğim hastanede aldığım sağlık hizmetinin maliyetini uygun buldum.	54,3851	46,821	,326	,249	,598
20-) Pandemi döneminde sağlık hizmeti aldığım/alacağım kurum hasta mahremiyetine özen göstermelidir.	53,2331	46,220	,494	,566	,578

Tablo 4.2’de herhangi bir sorunun çıkarılması Cronbach’s Alfa değerini büyük bir fark ile yükselteceği görülmemektedir. Bu sebeple çıkarılması gereken soru bulunmamaktadır.

4.7.2. Demografik Bilgiler İçin Frekans Tabloları

Demografik değişkenlerde katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, aylık geliri, mesleği analiz edilmiştir. Anketin örnek çapı 302 kişidir. Bulunan yüzdelik değerler buna göre hesaplanmıştır. Frekans dağılım tablosu şu şekildedir:

Tablo 4.3: Tanımlayıcı İstatistik (Yaş, Cinsiyet, Eğitim Durumu, Aylık Gelir, Meslek) Tablosu

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	173	57,3
	Erkek	129	42,7
Yaş	18 yaş altı	6	2,0
	19-25 yaş arası	45	14,9
	26-35 yaş	62	20,5
	36-45 yaş	58	19,2
	46-55 yaş	51	16,9
	56-65 yaş	49	16,2
	66 yaş ve üstü	31	10,3
	Eğitim Durumu	İlköğretim	63
Ortaöğretim		19	6,3
Lise		55	18,2
Lisans		112	37,1
Lisans Üstü		35	11,6
Yok		18	6,0
Aylık Gelir	2500 TL ve Altı	92	30,5
	2501-3500 TL Arası	69	22,8
	3501-4500 TL Arası	43	14,2
	4501 ve Üstü	98	32,5
Çalışma Durumu	Kamu Görevlisi	106	35,1
	Serbest Meslek	34	11,3
	Emekli	48	15,9
	Ev Hanımı	61	20,2
	Öğrenci	33	10,9
	Çalışmıyor	20	6,6
Toplam		302	100,0

Elde edilen bulgulara göre katılımcıların 173 (%57,3)'ü kadın, 129 (%42,7) 'u erkektir. Yaş olarak 18 yaş altı katılımcıların sayısı 6 (%2), 19-25 yaş arası katılımcıların sayısı 45 (%14,9), 26-35 yaş arası katılımcıların sayısı 62 (%20,5), 36-45 yaş arası katılımcıların sayısı 58 (%19,2), 46-55 yaş arası katılımcıların sayısı 51 (16,9) ve 56-65 yaş arası katılımcıların sayısı 49 (%16,2), 66 yaş üstü katılımcıların sayısı 31 (%10,3)'dür. Elde edilen bulgulara göre en az yığılma %2 oranı ile 18 yaş ve altı gruba ait iken, en çok yığılma %20,5 ile 26-35 yaş aralığına aittir.

Eğitim durumuna göre 302 kişiden ilköğretim mezunu olanların sayısı 63 (%20,9), ortaöğretim mezunu olanların sayısı 19 (%6,3), lise mezunu olanların sayısı 55 (%18,2), lisans mezunu olanların sayısı 112 (%37,1), lisans üstü mezun olanların sayısı 35 (%11,6), eğitimi olmayanların sayısı 18 (%6)'dir. Elde edilen bulgulara göre en az yığılma %6 ile eğitim durumu olmayan gruba ait iken en çok yığılma %37,1 ile lisans mezunu gruba aittir.

Gelir durumu olarak bakıldığında aylık geliri 2500 TL'nin altında olanların sayısı 92 (%30,5), 2501-3500 arasında olanların sayısı 69 (%22,8), 3501-4500 arasında olanların sayısı 43 (%14,2), 4501 ve üzeri olanların sayısı 98 (%32,5)'dir. Elde edilen bulgulara göre en az yığılma %14,2 ile 3501-4500 TL geliri olan gruba ait iken, en çok yığılma %32,5 ile 4501 TL ve üzeri geliri olan gruba aittir.

302 katılımcıya meslek durumuna göre bakıldığında ise 106 (%35,1) kişi kamu görevlisi, 34 (%11,3) kişi serbest meslek, 48 (%15,9) kişi emekli, ev hanımı olan katılımcı sayısı 61 (20,2), ğrenci olan kişi sayısı 33 (%10,9) ve çalışmayan 20 (%6,6) kişi olduğu grlmektedir. Elde edilen bulgular sonucunda en az yığılma olan meslek grubu %6,6 ile çalışmayan gruba aitken, en çok yığılma %35,1 ile kamu görevlisi grubuna aittir.

4.7.3. Araştırmada Kullanılan Kişisel Bilgi Formu ve Sağlık Hizmeti Kullanımına Yönelik Tanımlayıcı Bulgulara ait Soruların Frekans Dağılımları ve Açıklayıcı İstatistikler

Tablo 4.4: Katılımcıların Kronik Hastalığı Bulunma Durumu

Katılımcıların Kronik Hastalığı Bulunma Durumu		
Kronik Hastalık Türü	Cevapları	
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Diabetes Mellitus-Şeker (Tip 1 / Tip 2)	91	20,90
Hipertansiyon	83	19,10
Kronik Solunum Yolu Hastalığı (KOAĞ, Astım vb.)	67	15,40
Kardiyovasküler Hastalık (Kalp Yetmezliği/Kalp Krizi)	51	11,70
Tiroit Hastalıkları (Guatr vs.)	49	11,30
Eklem İltihabı (Artrit)	22	5,10
Kanser (Metastatik olanlar, Kemoterapi/ Radyoterapi Alanlar)	16	3,70
Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY)	16	3,70
Kronik Karaciğer Hastalığı	16	3,70
Epilepsi	4	0,90

Mitral Yetmezlik	3	0,70
Ailevi Akdeniz Ateşi	2	0,50
Multiple Skleroz (MS)	2	0,50
Behçet Hastalığı	2	0,50
Ankilozan Spondilit	2	0,50
Kemik İliği ya da Kök Hücre Nakli	1	0,20
Serebrovasküler Hastalık (SVO-İnme-Felç)	1	0,20
Trombofili	1	0,20
Göğüste Kitle	1	0,20
GBS	1	0,20
Crohn	1	0,20
Ulseratif Kolit	1	0,20
Sekonder Polisitemi	1	0,20
Migren	1	0,20
Toplam	435	100,00

Katılımcılardan 51 kişi (%11,7) Kardiyovasküler Hastalık (Kalp Yetmezliği/Kalp Krizi), 91 kişi (%20,90)Diabetes Mellitus-Şeker (Tip 1 / Tip 2) , 83 kişi (%19,10) Hipertansiyon, 67 kişi (%15,40) Kronik Solunum Yolu Hastalığı (KOAH, Astım vb.), 16 kişi (%3,70) Kanser (Metastatik olanlar, Kemoterapi/ Radyoterapi Alanlar), 16 kişi (%3,70) Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY), 1 kişi (%0,21) Kemik İliği ya da Kök Hücre Nakli, 1 kişi (%0,21) Serebrovasküler Hastalık (SVO-İnme-Felç), 49 kişi Tiroit Hastalıkları (Guatr vs.), 16 kişi (%3,70) Kronik Karaciğer Hastalığı, 22 kişi (%5,10) Eklem İltihabı (Artrit),1 kişi (%0,20) Trombofili, 1 kişi (%0,20) Göğüste Kitle, 2 kişi (%0,50)ailevi Akdeniz Ateşi, 4 kişi (%0,90) Epilepsi, 2 kişi (0,50) Multiple Skleroz (MS), 2 kişi (%0,50) Behçet Hastalığı, 1 kişi (%0,20) GBS, 1 kişi (%0,20) Crohn, 2 kişi (%0,50) Ankilozan Spondilit, 1 kişi (%0,20) Ulseratif Kolit, 1 kişi (%0,20) Sekonder Polisitemi, 3 kişi (%0,70) Mitral Yetmezliği, 1 kişi (0,20) Migren hastasıdır. Birden fazla kronik hastalığı bulunma nedeni ile cevap sayısı 435'e çıkmıştır.

Tablo 4.5: Ailede Kronik Hastalık Öyküsü Bulunma Durumu

Ailede Kronik Hastalık Öyküsü Durumu		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	209	69,2
Hayır	93	30,8
Toplam	302	100,0

Ailede kronik hastalık öyküsü olan katılımcıların sayısı 209 (%69,2) ve kronik hastalık öyküsü olmayan katılımcıların sayısı 93 (%30,8)'dir.

Tablo 4.6: Sigara veya Alkol Kullanımı Durumu

Sigara veya Alkol Kullanma Durumu		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiçbiri	202	66,9
Sadece Sigara	71	23,5
Sadece Alkol	10	3,3
Her İkisi de	19	6,3
Toplam	302	100,0

Hiçbir zaman sigara ve alkol kullanmayan katılımcıların sayısı 202 (%66,9) sadece sigara kullanan katılımcıların sayısı 71 (%23,5); sadece alkol kullanan katılımcıların sayısı 10 (%3,3), hem sigara hem de alkol kullanan katılımcıların sayısı 19(%6,3)'dür.

Tablo 4.7: Covid-19 Hastalığını Geçirme Durumu

Covid-19 Geçirme Durumu		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	67	22,2
Hayır	235	77,8
Toplam	302	100,0

Covid 19 geçiren katılımcıların sayısı 67 (%22,2), Covid 19 geçirmeyen katılımcıların sayısı 235 (%77,8)'dir.

Tablo 4.8: Aile Fertlerinin Covid-19 Hastalığını Geçirme Durumu

Aile Fertlerinden Herhangi Birisinin Covid 19 Geçirme Durumu		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	102	33,8
Hayır	200	66,2
Toplam	302	100,0

Katılımcıların ailelerinden Covid-19 geçirenlerin sayısı 102 (%33,8), Covid 19 geçirmeyenlerin sayısı 200 (%66,2)'dir.

Tablo 4.9: Karantinada Kalma Durumu

Karantinada Kalma Durumu		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	104	34,4
Hayır	198	65,6
Toplam	302	100,0

Karantinada kalan katılımcıların sayısı 104 (%34,4), kalmayanların sayısı 198 (%65,6)'dir.

Tablo 4.10: Karantinada İhtiyaçlarının Karşılama Durumu

Karantina da İhtiyaç Karşılamanın Durumu		
İhtiyaç Karşılamanın Türleri	Cevapları	
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aile Fertlerim	149	0,40
Online Sipariş Veriyorum	103	0,28
Akrabalarım	48	0,13
Arkadaşlarım	33	0,09
Komşularım	30	0,08
Kamu Görevlileri	7	0,02
Toplam	370	100,0%

Katılımcılar için aile fertlerinden ihtiyaç karşılayanlar 149 (%40,3) kişi, akrabalarından ihtiyaç karşılayanlar 48 (%13) kişi, komşulardan ihtiyaç karşılayanlar 30 kişi (%8,1), arkadaşlardan ihtiyaç karşılayanlar 33 (%8,9) kişi, kamu görevlilerinden ihtiyaç karşılayanlar 7 (%1,9) kişi, online sipariş verenler 103 (%27,8) kişidir. Birden fazla ihtiyaç karşılama durumu olduğu için toplam ihtiyaç karşılama sayısı 370'dir.

Tablo 4.11: Sağlık Sigortası Bulunma Durumu

Sağlık Sigortanız Var mı?		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	252	83,4
Hayır	50	16,6
Toplam	302	100,0

Katılımcılardan sağlık sigortası olan kişi sayısı 252 (%83,4), sağlık sigortası olmayanların sayısı 50 (%16,6)'dır.

Tablo 4.12: Pandemi Döneminde Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumu

Pandemi Döneminde Bir Sağlık Kuruluşuna Başvurma Durumu		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	200	66,2
Hayır	102	33,8
Toplam	302	100,0

Pandemi döneminde bir sağlık kuruluşuna başvuranların sayısı 200 (%66,2), başvurmayanların sayısı 102 (%33,8)'dir.

Tablo 4.13: Pandemi Döneminde Kaç Defa Sağlık Hizmeti Alma Durumu

Pandemi Döneminde Kaç Defa Sağlık Kuruluşundan Sağlık Hizmeti Aldınız?		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiç	93	30,8
1-2 kez	111	36,8
3-5 kez	59	19,5
6 kez veya daha fazla	38	12,6
Toplam	301	99,7
Kayıp Değer	1	0,3
Toplam	302	100,0

Katılımcılardan pandemi döneminde hiç sağlık hizmet almayanların sayısı 93(%30,8), 1-2 kez başvuranların sayısı 111 (%36,38), 3-5 kez başvuranların sayısı 59 (%19,5)6 kez ve daha fazla başvuranların sayısı 38 (%12,6), cevap vermeyenlerin sayısı 1 (%0,3)'dür.

Tablo 4.14: Sağlık Hizmeti Alınan Sağlık Kuruluşu Tercih Durumu

Sağlık Hizmeti Aldığınız/Alacağınız Sağlık Kuruluşu Tercih Durumu		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Devlet Hastanesi	244	80,8
Özel Hastane	58	19,2
Toplam	302	100,0

Katılımcılardan devlet hastanesine başvuranların sayısı 244 (%80,8), özel hastaneye başvuranların sayısı 58 (%19,2)'dir.

Tablo 4.15: Acil Olmayan Sağlık Durumunda Başvuru Yapılan Birim

Acil Olmayan Sağlık Durumunda Sağlık Hizmeti Aldığınız Sağlık Kuruluşu Tercih Etme Durumu		
Sağlık Kuruluşu Türleri	Cevapları	
	Sayısı (n)	Yüzde (%)
Sağlık Ocağı/Aile Hekimi	130	0,36
Hastane Polikliniği	70	0,19
Eczane	69	0,19
Tanıdık Birileri	54	0,15
Hastane Acil Servisi	25	0,07
112 Acil Çağrı/Ambulans	13	0,04
Sağlık Personeliyim	2	0,01
Kendim Çözüm Üretiyorum, Google Desteği Alıyorum	1	0,00
Hiçbir Yere Başvurmuyorum	1	0,00
Toplam	365	1,000

Katılımcıların acil olmayan sağlık durumunda tanıdık birilerine başvurma sayısı 54 (%14,8), eczaneye başvurma sayısı 69 (%18,9), sağlık ocağı/aile hekimine başvurma sayısı 130 (%35,6), hastane acil servisine başvuranların sayısı 25 (%6,8), hastane polikliniğine başvuranların sayısı 70 (%19,2), 112 acil çağrı/Ambulans'a başvuranların sayısı 13 (%3,6), kendi çözüm üretenlerin sayısı 1 (%0,3), hiçbir yere başvurmamayanların sayısı 1 (%0,3), sağlık personeli olanların sayısı 2 (%0,5)'dir. Acil olmayan sağlık durumunda birden fazla sağlık kuruluşu tercihinde bulunduğu için toplam sayı 365 olmuştur.

Tablo 4.16: Acil Sağlık Probleminde İlk Olarak Başvurulan Yerin Dağılım Tablosu

Acil Sağlık Probleminde İlk Olarak Başvurulan Yerin Dağılım Tablosu		
	Cevaplar	
	Sayısı (n)	Yüzde (%)
Hastane Acil Servisi	167	46,9
112 Acil Çağrı/Ambulans	78	21,9
Hastane Polikliniği	53	14,9
Sağlık Ocağı/Aile Hekimi	39	11
Tanıdık Birileri	17	4,8
Eczane	2	0,6
Toplam	356	100

Acil sağlık probleminde ilk olarak tanıdık birilerine başvuranların sayısı 17 (%4,8), eczaneye başvuranların sayısı 2 (%0,6), sağlık ocağı/aile hekimine başvuranların sayısı 39 (%11), hastane acil servisine başvuranların sayısı 167 (%46,9), hastane polikliniğine başvuranların sayısı 53 (%14,9), 112 Acil Çağrı/Ambulansa başvuranların sayısı 78 (%21,9)'dur. Acil sağlık probleminde birden fazla tercih sebebi olması dolayısıyla toplam cevap sayısı 356'dır.

Tablo 4.17: Pandemi Döneminde Acil Olmayan Sağlık Durumunda Başvurulan Birimi Tercih Etme Nedeni Durumu

Pandemi Döneminde Acil Olmayan Sağlık Durumunda Sağlık Hizmeti Aldığımız/Alacağımız Sağlık Kuruluşunu Tercih Etme Nedeni Durumu		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Güvendiğim için	110	36,4
Covid-19 Enfeksiyonu Olan Hastanın Az Olması Sebebiyle	62	20,5
Bekletilmediğim için	39	12,9
Tanıdık Personelden Dolayı	38	12,6
Sevk Edildiğim İçin	33	10,9
Tavsiye Nedeniyle	14	4,6
İyi Davrandıkları İçin	6	2,0
Toplam	302	100,0

Katılımcılardan acil olmayan sağlık durumunda sağlık hizmeti alınan sağlık kuruluşunu sevk edildiği için tercih edenlerin sayısı 33 (%10,9), bekletilmediği için tercih edenlerin sayısı 39 (%12,6), iyi davrandıkları için tercih edenlerin sayısı 6 (%2), tanıdık personelden dolayı tercih edenlerin sayısı 38 (%12,6), güvendiği için

tercih edenlerin sayısı 110 (%36,4), tavsiye nedeniyle tercih edenlerin sayısı 14 (%4,6), covid-19 enfeksiyonu olan hastanın az olması sebebiyle tercih edenlerin sayısı 62 (%20,5)'dir.

Tablo 4.18: Pandemi Döneminde Kronik Hastalık İçin Kullanılan İlaçlara Erişimde Sıkıntı Yaşama Durumu

Pandemi Döneminde Kronik Hastalık İçin Kullandığınız İlaçlara Erişimde Sıkıntı Yaşama Durumu		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	19	6,3
Hayır	249	82,5
Kısmen	34	11,3
Toplam	302	100,0

Katılımcılardan pandemi döneminde kronik hastalığı için kullandığı ilaçlara erişim sıkıntısı yaşayanların sayısı 19 (%6,3), erişim sıkıntısı yaşamayanların sayısı 249 (%82,5), kısmen erişim sıkıntısı yaşayanların sayısı 34 (%11,3)'dür.

Tablo 4.19: Pandemi Sürecinde Devletin Aldığı Tedbirleri Yeterli Bulma Durumu

Pandemi Sürecinde Devletin Aldığı Tedbirleri Yeterli Buluyor musunuz?		
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	90	29,8
Hayır	89	29,5
Kısmen	123	40,7
Toplam	302	100,0

Katılımcılardan devletin aldığı tedbirleri yeterli bulanların sayısı 90 (%29,8), yeterli bulmayanların sayısı 89 (%29,5), kısmen yeterli bulanların sayısı 123 (%40,7)'dir.

4.7.4. Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Kullanım Soruları Frekans Dağılımı

Tablo 4.20: Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Kullanımı Soruları 1, Frekans Tablosu

Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Kullanımı – 1								
	Evet		Hayır		Fikrim Yok		Ortalama	Standart Sapma
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
1-Pandemi döneminde kronik hastalığım ile ilgili rutin kontrollerimi erteledim	160	53,00	99	32,80	43	14,20	1,6126	0,72376
2-Pandemi süresince zorunlu olmadıkça sağlık kuruluşuna (Aile Hekimliği/ hastaneye) gitmem/gitmedim.	243	80,50	46	15,20	13	4,30	1,2384	0,51822
3-Pandemi döneminde kronik hastalığım ile ilgili kullandığım ilaçlarımı eczaneden aldım.	243	80,50	37	12,30	22	7,30	2,043	0,20330
4-Pandemi döneminde kronik hastalığım ile ilgili sorunlarım için hekimime telefonla kolayca ulaşabiliyorum	99	32,80	138	45,70	65	21,50	1,8874	0,72947
5-Pandemi süresince evde bakım hizmetinden yararlandım.	30	9,90	234	77,50	38	12,60	2,0265	0,47456
6-Zatürre (Pnömonokok) aşısını olmak için sıkıntı yaşamadım.	83	27,50	141	46,70	78	25,80	1,9834	0,73117
7-Grip (İnfluenza) aşısını olmak için sorun yaşamadım.	81	26,80	134	44,40	87	28,80	2,0199	0,74682
8-Pandemi süresince sağlık hizmeti kullanımında tetkik/tahlil/rapor ya da sonuçlar uzun sürmüştür ve randevular geç tarihlere verilmiştir.	139	46,00	88	29,10	75	24,80	1,7881	0,81603
Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Kullanımı 1							1,824913	0,61792

Tablo 4.21: Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Kullanım Soruları 2, Frekans Tablosu

Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Kullanımı -2												
	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Orta- lama	Standart Sapma
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)		
1-Sağlık hizmeti aldığım kurum pandemi döneminde her türlü sağlık hizmeti verebilecek büyüklük ve yeterliliğe sahiptir.	33	10,9	26	8,6	75	24,8	77	25,5	91	30,1	3,55	1,297
2-Pandemi döneminde dağıtık hizmeti alacağım kurumun imajının ve hijyen koşullarının iyi olması önemlidir.	20	6,6	4	1,3	14	4,6	50	16,6	214	70,9	4,44	1,103
3-Pandemi döneminde hastaneye gitmektense geleneksel tedavi yöntemlerini tercih ederim.	77	25,5	67	22,2	68	22,5	40	13,2	50	16,6	2,73	1,404
4-Sağlık hizmeti aldığım/alacağım sağlık kuruluşunun ulaşımı kolay olmalıdır.	21	7	10	3,3	16	5,3	57	18,9	198	65,6	4,33	1,168
5-Pandemi döneminde sağlık hizmeti aldığım kurum tercihimde geçmiş tecrübelerim etkili olmuştur.	25	8,3	13	4,3	37	12,3	85	28,1	142	47	4,02	1,235
6-Pandemi sürecinde başvurduğum sağlık kuruluşunda aldığım hizmetler zamanında gerçekleştirilmiştir.	38	12,6	20	6,6	67	22,2	89	29,5	88	29,1	3,56	1,312
7-Pandemi döneminde sağlık hizmeti aldığım kurumun ortamı fiziksel açıdan güvenli ve konforlu olmalıdır.	14	4,6	4	1,3	24	7,9	75	24,8	179	59,3	4,35	1,021
8-Hastalığımı önemsemediğimden pandemi döneminde tıbbi tedaviye başvurmam.	126	41,7	71	23,5	52	17,2	16	5,3	37	12,3	2,23	1,363
9-Pandemi döneminde sağlık hizmeti aldığım kurumda sağlık personelinin hastaya iyi davranmasını bilgilendirmesini isterim.	16	5,3	6	2	15	5	56	18,5	209	69,2	4,44	1,051
10-Pandemi döneminde internet, TV, gazete, dergi gibi yayın organlarından edindiğim bilgileri veya çevremdeki insanların tavsiyelerini tedavi yöntemi olarak kullanmayı tercih ediyorum.	102	33,8	70	23,2	57	18,9	36	11,9	37	12,3	2,46	1,380

11-Pandemi döneminde tercih ettiğim hastanede aldığım sağlık hizmetinin maliyetini uygun buldum.	42	13,9	30	9,9	84	27,8	81	26,8	65	21,5	3,32	1,299
12-Pandemi döneminde sağlık hizmeti aldığım/alacağım kurum hasta mahremiyetine özen göstermelidir.	15	5	7	2,3	13	4,3	56	18,5	211	69,9	4,46	1,036
Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Kullanımı 2											3,424 5	1,291

Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Kullanımı 2 anketindeki maddeler için katılımcıların görüşlerinin dağılımı Tablo 4.21’de verilmiştir. "Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Aldığım Kurumun Ortamı Fiziksel Açıdan Güvenli ve Konforlu Olmalıdır" maddesinde 6 tane cevaplanmamış değer olup %2'lik kısmı ifade etmektedir. Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Kullanımı ölçeğinde yer alan ifadeler tek tek analiz edildiğinde Kesinlikle Katılmıyorum seçeneğinde en yüksek ortalama 182 (%60,3) cevap ile “Pandemi döneminde evde sağlık hizmetinden yararlandım” maddesindedir. Kesinlikle Katılıyorum seçeneğinde en yüksek ortalama ise 211 (%69,9) cevap ile “Pandemi döneminde sağlık hizmeti aldığım/alacağım kurum hasta mahremiyetine özen göstermelidir” maddesindedir. Ortalaması düşük çıkan bu maddenin, ortalamasının neden düşük çıktığı incelenmelidir. Pandemi döneminde sağlık hizmeti kullanımının genel ortalaması ise 3, 42 çıkmıştır. Bu durum pandemi döneminde sağlık hizmeti kullanımının orta düzeyde olduğunu bize göstermektedir.

4.7.5. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)

AFA, değişken indirgeme yöntemidir. Değişkenlerin birbirleri arasında yüksek korelasyon oranlarını bir araya toplar ve faktörler altında analiz eder. Ortak faktör varyansı (communality); bir değişkenin analizde yer alan diğer değişkenler ile paylaştığı varyans miktarıdır. KMO-Bartlett Testi örneklemin analiz için yeterli olup olmadığını açıklar. KMO, 0-1 arasında değer alır. Alınan değer 1’e ne kadar yakınsa örneklem faktör analizine o kadar uygundur. Bartlett ise, korelasyonun yeterli olup olmadığına karar verir. P value <0,05 ise veri seti faktör analizi için uygundur anlamındadır.

Tablo 4.22: KMO-Bartlett Testi

KMO ve Bartlett's Testi			
KMO Test			,845
Bartlett's Test	Approx. Chi-Square		147 7,524
	Df		66
	Sig.		,000

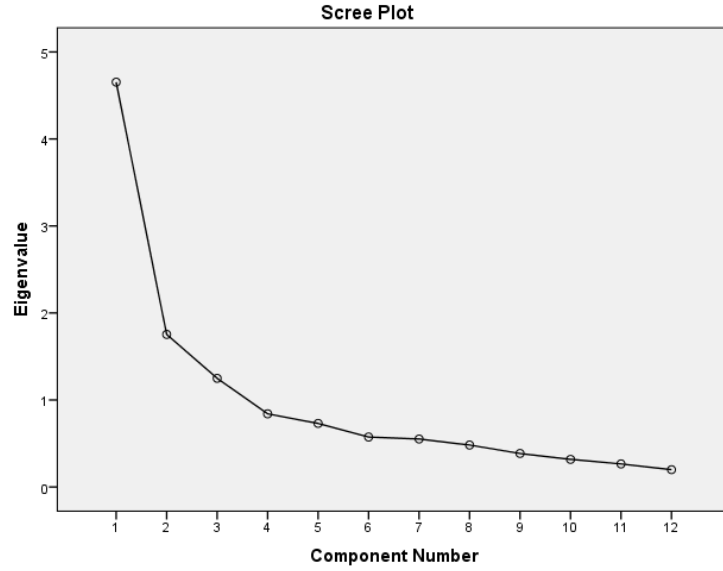
KMO değeri 0,845 olduğundan sonuç mükemmeldir. KMO değerinin yüksek çıkması, örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olduğunu göstermektedir. $P(\text{sig})=0,000<0.05$ olduğundan Bartlett testinin sonucu da anlamlıdır. Yani, değişkenler arasında yüksek korelasyonlar mevcuttur ve veriler çoklu normal dağılımdan gelmiş demektir. Elde edilen her iki bulguya göre veriler faktör analizi için uygundur.

Tablo 4.23: Toplam Varyans Açıklaması

Soru No	Toplam Varyans Açıklaması									
	Başlangıç Özdeğeri				Dönüşümden Önceki Özdeğer				Dönüşümden Sonraki Özdeğer	
	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	
1	4,653	38,776	38,776	4,653	38,776	38,776	4,013	33,445	33,445	
2	1,753	14,611	53,387	1,753	14,611	53,387	1,851	15,421	48,866	
3	1,249	10,408	63,795	1,249	10,408	63,795	1,792	14,929	63,795	
4	,841	7,006	70,801							
5	,730	6,086	76,887							
6	,574	4,783	81,671							
7	,551	4,595	86,266							
8	,482	4,015	90,281							
9	,385	3,207	93,488							
10	,317	2,645	96,133							

11	,265	2,209	98,343						
12	,199	1,657	100,000						

Yukarıdaki tablo incelendiğinde; açıklanan toplam varyans, dönüşümden önceki ve sonraki özdeğerleri vermekte ve üç faktörün çıktığını göstermektedir. İlk faktör toplam varyansın %33,445'ini, ikinci faktör %15,421'ini ve üçüncü faktör ise %14,929'unu açıklamaktadır. Özdeğerlerin açıkladıkları birikimli varyans miktarı, toplam varyansın %63,795'idir. Bu değer oldukça iyidir. Sosyal bilimler için en iyi alt sınır olarak kabul edilen %60 değerine çok yakındır. Dolayısıyla, model yapı geçerliliğini sağlamaktadır.



Şekil 4. 1: Faktör Analizi Çizgi Grafiği

Yukarıdaki serpilme diyagramında (Scree Plot), özdeğeri bir ve birden fazla ($\lambda \geq 1$) olan üç faktör olduğundan bu üç faktör seçilecektir. Yukarıdaki, rotasyonlu (dönüşümlü) faktör yükleri hesaplanan maddelerin yapılan analizler neticesinde, soruların 12 maddeden ve 3 boyuttan oluştuğu görülmektedir. Dönüşümlü faktör yüklerinden faydalanılarak faktörlerdeki maddelerin taşıdıkları anlam dikkate alınarak elde edilen boyutlara sırasıyla "Hizmete Erişim ve Sunum, Sağlık Hizmeti Kapasitesi, Tedaviye İnanç ve Tutum" adları verilmiştir. Oluşan boyutlar (faktörler) ve ilgili durumlar aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.24: Faktör Matrisi

	Faktörler		
	1	2	3
17-) Pandemi döneminde sağlık hizmeti aldığım kurumda sağlık personelinin hastaya iyi davranmasını bilgilendirmesini isterim.	,866		
10-) Pandemi döneminde sağlık hizmeti alacağım kurumun imajının ve hijyen koşullarının iyi olması önemlidir.	,860		
15-) Pandemi döneminde sağlık hizmeti aldığım kurumun ortamı fiziksel açıdan güvenli ve konforlu olmalıdır.	,826		
12-) Sağlık hizmeti aldığım/alacağım sağlık kuruluşunun ulaşımı kolay olmalıdır.	,819		
20-) Pandemi döneminde sağlık hizmeti aldığım/alacağım kurum hasta mahremiyetine özen göstermelidir.	,753		
13-) Pandemi döneminde sağlık hizmeti aldığım kurum tercihimde geçmiş tecrübelerim etkili olmuştur.	,630		
19-) Pandemi döneminde tercih ettiğim hastanede aldığım sağlık hizmetinin maliyetini uygun buldum.		,799	
14-) Pandemi sürecinde başvurduğum sağlık kuruluşunda aldığım hizmetler zamanında gerçekleştirilmiştir.		,741	
9-) Sağlık hizmeti aldığım kurum pandemi döneminde her türlü sağlık hizmeti verebilecek büyüklük ve yeterliliğe sahiptir.		,647	
11-) Pandemi döneminde hastaneye gitmektense geleneksel tedavi yöntemlerini tercih ederim.			,784

18-) Pandemi döneminde internet, TV, gazete, dergi gibi yayın organlarından edindiğim bilgileri veya çevremdeki insanların tavsiyelerini tedavi yöntemi olarak kullanmayı tercih ediyorum.			,764
16-) Hastalığımı önemsemediğimden pandemi döneminde tıbbi tedaviye başvurmam.			,730

4.7.6. Hipotezler

Bütün testler çift taraflı olup χ^2 değerlerinin p değeri ($\alpha=0,05$) $\alpha/2=0,025$ değeri ile karşılaştırılacaktır. 5'den küçük olan veriler tablolarda <5 şeklinde gösterilmiş olup Ki-Kare Analizine dahil edilmemiştir.

Hipotez 1: Pandemi döneminde devletin aldığı tedbirleri yeterli bulma durumu ile katılımcılara ait demografik bilgiler bakımından anlamlı farklılık yoktur.

H₁₁: Katılımcıların yaşlarına göre pandemi döneminde devletin aldığı tedbirleri yeterli bulma durumuna ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık yoktur.

Tablo 4.25: Pandemi döneminde Devletin Aldığı Tedbirleri Yeterli Bulma Durumunun Yaş Durumuna Göre Dağılımı

Pandemi Sürecinde Devletin Aldığı Tedbirleri Yeterli Bulma Durumuna Göre Yaş Durumu									
			Pandemi Sürecinde Devletin Aldığı Tedbirleri Yeterli Buluyor musunuz			Toplam	χ^2	P	
			Evet	Hayır	Kısmen				
Yaş	18 yaş altı	Sayı (n)	<5	<5	<5	6	40,120	0,0001	
		Yüzde (%)	n<5	n<5	n<5	2,0%			
	19-25 yaş arası	Sayı (n)	10	19	16	45			
		Yüzde (%)	11,1%	21,3%	13,0%	14,9%			
	26-35 yaş	Sayı (n)	8	23	31	62			
		Yüzde (%)	8,9%	25,8%	25,2%	20,5%			
	36-45 yaş	Sayı (n)	18	20	20	58			
		Yüzde (%)	20,0%	22,5%	16,3%	19,2%			
	46-55 yaş	Sayı (n)	12	10	29	51			
		Yüzde (%)	13,3%	11,2%	23,6%	16,9%			
	56-65 yaş	Sayı (n)	19	13	17	49			
		Yüzde (%)	21,1%	14,6%	13,8%	16,2%			
	66 yaş ve üstü	Sayı (n)	19	<5	9	31			
		Yüzde (%)	21,1%	n<5	7,3%	10,3%			
	Toplam		Sayı (n)	90	89	123			302
			Yüzde(%)	100,0%	100,0%	100,0%			100,0%

Yapılan Çapraz karşılaştırma sonucu elde edilen p değeri 0,025'den küçük olduğu için H1₁ reddedilmiştir. Katılımcıların yaşlarına göre pandemi döneminde devletin aldığı tedbirleri yeterli bulma durumuna ilişkin görüşleri anlamlı farklılık göstermektedir. Pandemi döneminde devletin aldığı tedbirleri yeterli bulmayan yaş grubu beklenti düzeyi ve farkındalığın daha yüksek olduğu 26-35 yaş grubudur. Pandemi döneminde devletin aldığı tedbirleri yeterli bulan yaş grubu ise beklenti düzeyi daha düşük olan 56 yaş ve üzeri yaş grubudur.

H1₂: Katılımcıların eğitim durumlarına göre pandemi döneminde devletin aldığı tedbirleri yeterli bulma durumuna ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık yoktur.

Tablo 4.26: Pandemi Sürecinde Devletin Aldığı Tedbirleri Yeterli Bulma Durumunun Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Pandemi Sürecinde Devletin Aldığı Tedbirleri Yeterli Bulma Durumuna Göre Eğitim Durumu							
		Pandemi Sürecinde Devletin Aldığı Tedbirleri Yeterli Buluyor musunuz			Toplam	χ^2	P
		Evet	Hayır	Kısmen			
Eğitim Durumu	İlköğretim	Sayı (n)	26	11	26	30,124	0,001
		Yüzde (%)	28,9%	12,4%	21,1%		
	Ortaöğretim	Sayı (n)	8	<5	9		
		Yüzde (%)	8,9%	n<5	7,3%		
	Lise	Sayı (n)	20	17	18		
		Yüzde (%)	22,2%	19,1%	14,6%		
	Lisans	Sayı (n)	20	45	47		
		Yüzde (%)	22,2%	50,6%	38,2%		
	Lisansüstü	Sayı (n)	6	10	19		
		Yüzde (%)	6,7%	11,2%	15,4%		
	Yok	Sayı (n)	10	<5	<5		
		Yüzde (%)	11,1%	n<5	n<5		
	Toplam	Sayı (n)	90	89	123		
		(%)	100,0%	100,0%	100,0%		

Yapılan çapraz karşılaştırma sonucu elde edilen p değeri 0,025'den küçük olduğu için H1₂ reddedilmiştir. Katılımcıların eğitim durumuna göre pandemi döneminde devletin aldığı tedbirleri yeterli bulma durumuna ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık vardır. Eğitim seviyesi düşük olan kişilerin beklentisi daha düşük olduğu için devletin aldığı tedbirleri yeterli bulma seviyesi ilköğretim

grubunda daha yüksek çıkmıştır. Lisans düzeyi eğitim seviyesine sahip bireyler ise devletin aldığı tedbirleri en fazla yetersiz bulan gruptur.

Hipotez 2: Katılımcıların sağlık sigortasının bulunma durumu ile pandemi döneminde kronik hastalığı için kullandığı ilaçlara erişimde sıkıntı yaşama durumu arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo 4.27: Pandemi Döneminde Kronik Hastalık İçin Kullandığınız İlaçlara Erişimde Sıkıntı Yaşama Durumunun Sağlık Sigortasına Sahip Olmaya Göre Dağılımı

Pandemi Döneminde Kronik Hastalık İçin Kullandığınız İlaçlara Erişimde Sıkıntı Yaşama Durumuna Göre Sağlık Sigortası Durumu								
		Pandemi Döneminde Kronik Hastalık İçin Kullandığınız İlaçlara Erişimde Sıkıntı Yaşadınız mı			Toplam	χ^2	P	
		Evet	Hayır	Kısmen				
Sağlık Sigortanız Var mı?	Evet	Sayı (n)	17	206	29	252	0,676	0,713
		Yüzde (%)	89,5%	82,7%	85,3%	83,4%		
	Hayır	Sayı (n)	<5	43	5	50		
		Yüzde (%)	n<5	17,3%	14,7%	16,6%		
Toplam		Sayı (n)	19	249	34	302		
		Yüzde (%)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Yapılan çapraz karşılaştırma sonucu elde edilen p değeri 0,025'den büyük olduğu için hipotez 2 kabul edilmiştir. Katılımcıların sağlık sigortasının durumu ile pandemi döneminde kronik hastalığı için kullandığı ilaçlara erişimde sıkıntı yaşama durumu arasında anlamlı fark yoktur.

Hipotez 3: Pandemi döneminde tercih edilen hastaneden alınan sağlık hizmeti maliyetini uygun bulma durumu ile katılımcıların aylık gelir durumu arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo 4.28: Pandemi Döneminde Tercih Edilen Hastanede Alınan Sağlık Hizmeti Maliyetini Uygun Bulma Durumuna Göre Aylık Gelir Durumu

Pandemi Döneminde Tercih Ettiğim Hastanede Aldığım Sağlık Hizmetinin Maliyetini Uygun Bulma Durumuna Göre Aylık Gelir Durumu										
		Pandemi Döneminde Tercih Ettiğim Hastanede Aldığım Sağlık Hizmetinin Maliyetini Uygun Buldum						Toplam	χ^2	P
		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum				
Aylık Gelir	2500 TL ve Altı	Sayı (n)	6	10	32	20	24	92	15,619	0,209
		Yüzde (%)	14,3%	33,3%	38,1%	24,7%	36,9%	30,5%		
	2501-3500 TL	Sayı (n)	14	<5	17	22	12	69		
		Yüzde (%)	33,3%	n<5	20,2%	27,2%	18,5%	22,8%		
	3501-4500 TL	Sayı (n)	7	<5	11	15	6	43		
		Yüzde (%)	16,7%	n<5	13,1%	18,5%	9,2%	14,2%		
	4501 ve Üstü	Sayı (n)	15	12	24	24	23	98		
		Yüzde (%)	35,7%	40,0%	28,6%	29,6%	35,4%	32,5%		
Toplam	Sayı (n)	42	30	84	81	65	302			
	Yüzde (%)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%			

Yapılan çapraz karşılaştırma sonucu elde edilen p değeri 0,025'den büyük olduğu için hipotez 3 kabul edilmiştir. Pandemi döneminde tercih edilen hastaneden alınan sağlık hizmeti maliyetini uygun bulma durumu ile katılımcıların aylık gelir durumu arasında ilişki yoktur. Aylık geliri 4501 TL ve üstü olan bireyler pandemi döneminde tercih ettiği hastanede aldığı sağlık hizmetinin maliyetinin uygun bulmazken, 2500 TL ve altı aylık geliri olan bireyler uygun bulduğunu ifade etmiştir.

Hipotez 4: Sağlık hizmeti alınan sağlık kuruluşunun ulaşımının kolay olması durumunun pandemi döneminde sağlık kuruluşunda hizmet almak için başvurma sayısı arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo 4.29: Sağlık Hizmeti Alan Sağlık Kuruluşunun Ulaşımı Kolay Olması Durumuna Göre Pandemi Döneminde Sağlık Kuruluşundan Sağlık Hizmeti Alma Dağılımı

Sağlık Hizmeti Aldığım/Alacağım Sağlık Kuruluşunun Ulaşımı Kolay Olması Durumuna Göre										
Pandemi Döneminde Sağlık Kuruluşundan Sağlık Hizmeti Alma Sayısı Durumu										
		Sağlık Hizmeti Aldığım/Alacağım Sağlık Kuruluşunun Ulaşımı Kolay Olmalıdır						Toplam	χ^2	P
		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum				
Pandemi Döneminde Kaç Defa Sağlık Kuruluşundan Sağlık Hizmeti Aldınız	Hiç	Sayı (n)	9	<5	6	18	59	93	13,469	0,336
		Yüzde (%)	42,9%	n<5	37,5%	31,6%	29,9%	30,9%		
	1-2 kez	Sayı (n)	<5	5	5	27	70	111		
		Yüzde (%)	n<5	50,0%	31,3%	47,4%	35,5%	36,9%		
	3-5 kez	Sayı (n)	7	<5	<5	7	39	59		
		Yüzde (%)	33,3%	n<5	n<5	12,3%	19,8%	19,6%		
	6 kez veya daha fazla	Sayı (n)	<5	<5	<5	5	29	38		
		Yüzde (%)	n<5	n<5	n<5	8,8%	14,7%	12,6%		
	Toplam	Sayı (n)	21	10	16	57	197	301		
		Yüzde (%)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		

Yapılan çapraz karşılaştırma sonucu elde edilen p değeri 0,025'den büyük olduğu için hipotez 4 kabul edilmiştir. Sağlık hizmeti alınan sağlık kuruluşunun ulaşımının kolay olması durumunun pandemi döneminde sağlık kuruluşundan hizmet almak için başvurma sayısı üzerinde etkisi yoktur.

Hipotez 5: Katılımcıların yaşı ile pandemi döneminde sağlık hizmeti aldığı kurum tercihinde geçmiş tecrübelerinin etkili olması durumuna ilişkin görüşleri arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo 4.30: Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Alınan Kurum Tercihinde Geçmiş Tecrübelerin Etkisinin Yaş Durumuna Göre Dağılımı

Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Aldığım Kurum Tercihimde Geçmiş Tecrübelerim Etki Durumuna Göre Yaş Durumu										
		Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Aldığım Kurum Tercihimde Geçmiş Tecrübelerim Etkili Olmuştur					Toplam	χ^2	P	
		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum				
Yaş	18 yaş altı	Sayı (n)	<5	<5	<5	<5	<5	32,149	0,123	
		Yüzde (%)	n<5	n<5	n<5	n<5	n<5			2,0%
	19-25 yaş	Sayı (n)	<5	<5	7	7	27			45
		Yüzde (%)	n<5	n<5	18,9%	8,2%	19,0%			14,9%
	26-35 yaş	Sayı (n)	10	<5	10	16	22			62
		Yüzde (%)	40,0%	n<5	27,0%	18,8%	15,5%			20,5%
	36-45 yaş	Sayı (n)	<5	<5	6	17	32			58
		Yüzde (%)	n<5	n<5	16,2%	20,0%	22,5%			19,2%
	46-55 yaş	Sayı (n)	<5	<5	6	10	27			51
		Yüzde (%)	n<5	n<5	16,2%	11,8%	19,0%			16,9%
	56-65 yaş	Sayı (n)	<5	<5	6	18	19			49
		Yüzde (%)	n<5	n<5	16,2%	21,2%	13,4%			16,2%
	66 yaş ve üstü	Sayı (n)	<5	<5	<5	15	11			31
		Yüzde (%)	n<5	n<5	n<5	17,6%	7,7%			10,3%
Total	Sayı (n)	25	13	37	85	142	302			
	Yüzde (%)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%			

Yapılan analiz sonucu elde edilen p değeri 0,025'den büyük olduğu için hipotezimiz kabul edilmiştir. Katılımcıların yaşı ile pandemi döneminde sağlık hizmeti aldığı kurum tercihinde geçmiş tecrübelerinin etkili olması durumuna ilişkin görüşleri farklılık göstermemektedir.

Hipotez 6: Katılımcıların yaşlarına göre pandemi döneminde evde bakım hizmetinden yararlanma durumuna ilişkin görüşleri arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo 4.31: Pandemi Sürecinde Evde Bakım Hizmetinden Yararlanma Durumunun Yaş Durumuna Göre Dağılımı

Pandemi Süresince Evde Bakım Hizmetinden Yararlanma Durumuna Göre Yaş Durumu										
		Pandemi Süresince Evde Bakım Hizmetinden Yararlandım					Toplam	χ^2	P	
		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum				
Yaş	18 yaş altı	Sayı (n)	<5	<5	<5	<5	<5	6	28,857	0,226
		Yüzde (%)	n<5	n<5	n<5	n<5	n<5	2,0%		
	19-25 yaş arası	Sayı (n)	33	<5	5	<5	<5	45		
		Yüzde (%)	18,1%	n<5	13,2%	n<5	n<5	14,9%		
	26-35 yaş	Sayı (n)	41	8	5	<5	5	62		
		Yüzde (%)	22,5%	15,4%	13,2%	n<5	26,3%	20,5%		
	36-45 yaş	Sayı (n)	34	7	10	<5	6	58		
		Yüzde (%)	18,7%	13,5%	26,3%	n<5	31,6%	19,2%		
	46-55 yaş	Sayı (n)	30	9	7	<5	<5	51		
		Yüzde (%)	16,5%	17,3%	18,4%	n<5	n<5	16,9%		
	56-65 yaş	Sayı (n)	27	13	5	<5	<5	49		
		Yüzde (%)	14,8%	25,0%	13,2%	n<5	n<5	16,2%		
	66 yaş ve üstü	Sayı (n)	15	9	6	<5	<5	31		
		Yüzde (%)	,2%	17,3%	15,8%	n<5	n<5	10,3%		
Toplam	Sayı (n)	182	52	38	11	19	302			
	Yüzde (%)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%			

Yapılan analiz sonucunda elde edilen p değeri 0,025'den büyük olduğu için hipotezimiz kabul edilmiştir. Katılımcıların yaşlarına göre pandemi döneminde evde bakım hizmetinden yararlanma durumuna ilişkin görüşleri üzerinde etkisi yoktur.

Tablo 4.32: Hipotez Red/Kabul Tablosunun Özeti

Hipotezler	Ret/Kabul
H1- Pandemi döneminde devletin aldığı tedbirleri yeterli bulma durumu ile katılımcılara ait demografik bilgiler bakımından anlamlı farklılık yoktur.	
H1 ₁ : Katılımcıların yaşlarına göre pandemi döneminde devletin aldığı tedbirleri yeterli bulma durumuna ilişkin görüşleri arasında anlamlı fark yoktur.	Ret
H1 ₂ : Katılımcıların eğitim durumlarına göre pandemi döneminde devletin aldığı tedbirleri yeterli bulma durumuna ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık yoktur.	Ret
H2- Katılımcıların sağlık sigortasının bulunma durumu ile pandemi döneminde kronik hastalığı için kullandığı ilaçlara erişimde sıkıntı yaşama durumu arasında anlamlı farklılık yoktur.	Kabul
H3- Pandemi döneminde tercih edilen hastaneden alınan sağlık hizmeti maliyetini uygun bulma durumu ile katılımcıların aylık gelir durumu arasında anlamlı farklılık yoktur.	Kabul
H4-Sağlık hizmeti alınan sağlık kuruluşunun ulaşımının kolay olması durumunun pandemi döneminde sağlık kuruluşundan hizmet almak için başvurma sayısı arasında anlamlı farklılık yoktur.	Kabul
H5- Katılımcıların yaşı ile pandemi döneminde sağlık hizmeti aldığı kurum tercihinde geçmiş tecrübelerinin etkili olması durumuna ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık yoktur.	Kabul
H6-Katılımcıların yaşlarına göre pandemi döneminde evde bakım hizmetinden yararlanma durumuna ilişkin görüşleri arasında anlamlı farklılık yoktur.	Kabul

SONUÇ VE ÖNERİLER

Önceki salgın deneyimleri ve yapılan araştırmalar, yayınlanan çalışmalara bakıldığında; küreselleşen dünyada her an salgın hastalıkla karşı karşıya kalınlabileceği görölmektedir. Salgın hastalıklar toplum ayırt etmemektedir. Salgınların hangi kaynaktan, hangi şekilde ve ne zaman ortaya çıkacağı tahmin edilmesi güçtür. Fakat bu salgınların şiddetini, siyasi karar mekanizmalarının salgın durumunu nasıl yöneteceği ve hangi sağlık yönetimini kullanacağı belirlemektedir.

Çok eski tarihlerde ortaya çıkan ve birçok ölüme sebep olan, yeryüzünden silindiği düşünölen salgın hastalıklar dahil bugün kendilerini yineleyerek farklı bölgelerde tekrar insan yaşamını tehdit etmektedir. Bu durum Covid-19 enfeksiyonu açısından da geçerlidir. Burada önemli olan, dünya kamuoyunun ortak bir akılla ve sorumluluk içerisinde hareket edebilmesidir.

Devletlerin salgın durumlarına karşı hazır bulunması gerekmektedir. Toplumlar da aynı şekilde ortaya çıkabilecek salgın durumlarında nasıl bir tutum sergilemesi gerektiğini bilmelidir. Bu pandemi de göröldüğu gibi bireysel olarak da salgının azalmasında ya da artmasında büyük sorumluluğumuz bulunmaktadır.

Pandemi sırasında ekonomik, sosyal veya askeri yönden dünya devleri olan ölkelerin herhangi bir salgın sırasında ne kadar kırılğan olduğu görölmüştür. Özellikle sağlık temelli yapılan araştırmalarda, sağlık sistemlerine güvenilen ve bundan dolayı iyi performans göstermesi beklenen birçok ölkenin bu pandemi ile birlikte bu özellikleri sorgulanır duruma gelmiştir. Pandemi karşısında ne kadar hazırlıksız olduklarını bizlere göstermiştir. Bütün ölkeler Covid-19 ve geçmiş salgın tecrübeleriyle gelecek salgın tehlikelerine karşı sağlık sistemlerinde yeniden planlamalar yapmak zorunda kalacaktır.

Türkiye salgının ortaya çıktığı tarihten itibaren hem içerde salgınla müdahale ederken hem de dışarda birçok öлкеye tıbbi malzeme yardımında bulunmuştur. Türkiye'nin pandemi sürecinde diğer ölkelere kıyasla daha iyi bir performans gösterdiği söylenebilir. Buradaki en büyük etken ise Türkiye'nin geleceği öngören bir sağlık sistemi planlamasına sahip olması ve tabi ki donanımlı, fedakâr sağlık personeline sahip olmasıdır. Türkiye, geride bıraktığı özellikle son 100 yıl içerisinde sürekli salgın hastalıklarla mücadele etmiş ve bu yüzden salgın hastalıklar mücadele

konusunda temel tecrübeleri edinmiştir ve sağlık politikaları ile sağlık personeli eğitimi bu yönde planlamaya çalışmıştır.

Covid-19 pandemisi tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de en önemli sağlık problemini oluşturmaktadır. Özellikle 60 yaş üzeri bireyler ve DM, HT, KOAH, Astım, Karaciğer, Böbrek hastalıkları gibi kronik hastalığı bulunan kişiler bağışıklık sistemini baskılayıcı tedavi alanlar özellikle Covid-19 açısından mortaliteyi artırdığından riskli grup sayılmaktadır.

Sürekli hastalığının tedavisi devam eden bu bireyler, pandemi döneminde ihtiyaç duydukları bakımı ve tedaviyi hastalık bulaşma korkusu yüzünden alamayanlar olmuştur ve bu da hastalıkların ilerlemesine sebep olmuştur. Kronik hastalığı olan bireylerin çoğu son çare hastaneye gitmeyi düşündükleri için Covid-19 dışı mortalite oranı da bu dönemde artmış, hastanede tedavi süreleri uzamıştır ve acillerde servis veya yoğun bakıma yatış için bekleme süreleri günleri bulmuştur.

Bunun bir nedeni de Covid-19 pandemisinden dolayı çoğu hastanenin pandemi hastanesine çevrilmesi, büyük hastanelerde de servis ve yoğun bakımların çoğunun Covid servisi ve Covid yoğun bakımına dönüştürülmesidir.

Yapılan araştırmada elde edilen verilerin analiz sonuçlarına göre pandemi döneminde devletin aldığı tedbirleri yeterli bulma durumunun yaş ile ilişkisi ortaya konmuştur. Yine pandemi döneminde devletin aldığı tedbirleri yeterli bulma durumunun katılımcılarının eğitim durumuyla da ilişkili olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra katılımcıların sağlık sigortasının olma durumu ile pandemi döneminde kronik hastalığı ile ilgili kullandığı ilaçlara erişimde sıkıntı yaşaması durumu arasında ilişki olmadığı görülmüştür. Pandemi döneminde tercih edilen hastaneden alınan sağlık hizmetinin maliyetini uygun bulma durumu ile katılımcıların aylık gelir durumunun arasında ilişki olmadığı görülmüştür. Sağlık hizmeti alınan sağlık kuruluşuna ulaşımın kolay olması durumu ile pandemi döneminde sağlık kuruluşundan hizmet almak için başvuru sayısı arasında ilişki olmadığı görülmüştür. Katılımcıların yaş faktörü ile pandemi döneminde sağlık hizmeti aldığı kurum tercihinde geçmiş tecrübelerinin etkili olması durumu arasında farklılık görülmediği sonucu elde edilmiştir. Katılımcıların yaşlarına göre pandemi döneminde evde bakım hizmetinden yararlanma durumuna ilişkin görüşleri üzerinde etkisi olmadığı görülmüştür.

Covid-19 yaşlı bireyleri sosyal, psikolojik ve işlevsel yönden etkilemiştir ve etkilemeye devam etmektedir. Yukarıda yazılanlar dikkate alındığında pandeminin etkileri hala sürüyor iken ve gelecek yıllarda salgınla karşı karşıya kalındığı zaman özellikle yaşlı ve kronik hastalığı olan bireyler yakından izlenmeli ve takip edilmelidir. Gerekli bakım ve tedavinin zamanında verilmesi önem arz etmektedir. Bireyler sağlık durumları hakkında bilgilendirilmelidir. Fiziksel aktivitenin kronik hastalık durumunda iyileştirici rolü anlatılmalıdır.

Covid-19 salgınının yarattığı inkar, kaygı, endişe, stres gibi psikolojik sonuçları göz önüne alarak özellikle kronik hastalığı bulunan bireylerde psikolojik sorunların daha çok olması tahmin edilebilir bir durumdur. Bu yüzden toplumdaki her birey kriz ve stres yönetimi, şefkat ve vicdan temelli çalışma, farkındalık, baş etme, sosyal destek kaynaklarının güçlendirilmesi konularında özelliikli çalışmalar planlanmalıdır.

Özellikle bu dönemde ‘online’ işlemlerin artması da önemli bir durumdur. Çoğu kurum esnek çalışma veya evden online çalışma sistemine geçmiştir. Bu da kronik hastalığı olan özellikle 60 yaş üzeri bireyler için oldukça önemli bir gelişme olmuştur. Eğitim sistemi online olarak devam etmiştir. Market alışverişleri, yemek siparişleri için online uygulama çeşitleri artmıştır. Bu da özellikle kronik hastalığı olan bireylerde salgının bulaşma riskini düşürmek için önemli gelişmelerdendir.

Pandemi döneminde gelen sokağa çıkma yasağı ve karantina gibi önlemler özellikle düşük ekonomik geliri ve uygun olmayan konut koşullarında yaşayan bireyler için de risk oluşturmuştur. Evden çıkamayacak durumda olan kronik hastalığı olan bireyler için ‘Mobil Sağlık Hizmeti’ oluşturulabilir. Aile Hekimlikleri ev ziyareti uygulamasını sıklaştırabilir. Bu bireylerin sürekli kullandığı ilaçlar ile ilgili eczaneler veya belediyelerle iş birliği sağlanarak eve teslimi sağlanabilir. Ruhsal yönden bunalıma girmiş hastalara psikolojik destek veya online danışmanlık hizmeti verilebilir.

Tüm bunlar göz önüne alındığında pandemi döneminde kronik hastalığı olan bireyler bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalıdır (Ma vd., 2020). Literatür incelendiğinde; Sandalcı, Uyaroğlu ve Sain Güven (2020)’in çalışmasında benzer sonuçlar olduğu görülmüştür. Evliyaoğlu (2020)’nun çocuklar üzerinde yaptığı araştırmada da benzer nitelikte sonuçlar çıkmıştır.

Zeynep Aközlü ve Özlem Öztürk Şahin'in (2021) Covid-19'un çocuklar üzerindeki etkisini anlatan çalışmasında sağlık çalışanlarının, Covid-19'un bireylerin sağlık hizmetine erişimlerdeki olumsuz etkilerini gidermek için sağlık rolleri kapsamında koruyucu-tedavi edici-rehabilitasyon edici sağlık hizmetlerini sürdürmeye devam etmeleri gerektiğini, sağlık hizmetine erişimde engeli olan bireylere tele-sağlık ve gezici sağlık ekibi hizmetleri ile gerekli sağlık hizmetinin verilmesi gibi benzer sonuçlardan bahsetmiştir. Merve Deniz Pak Güre (2021) çalışmasında kronik hastalığı olan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi, bireylerin bütüncül bakımı, günlük yaşam aktiviteleri ve psikolojik-sosyal açıdan önemli problemler yaşadığını ortaya koymuştur ve benzer önerilerde bulunmuştur.

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar Ankara ili sınırlıdır. Araştırma farklı bölgelerde, farklı insanlarla yapıldığında aynı sonuçları vermeyebilir. Yine aynı konuda daha geniş kapsamlı araştırma yapılması önerilebilir ya da birinci sınıflandırılmış değişken ile ikinci sınıflandırılmış değişken değiştirilerek farklı sonuçlara ulaşılabilir. Ayrıca salgın döneminde kronik hastalığı olan bireylerin ruh sağlığını veya sosyal refah durumlarının yer aldığı araştırmaların yapılmasının da yararlı olabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Akdur, R. (2003). Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu. Ankara: A.Ü. Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları.

Aközlu, Z ve Öztürk Şahin, Ö. (2021). Covid-19 Pandemisinde Sağlık Hizmetlerine Erişim: Çocuk Sağlığı Nasıl Etkilendi? Çocuk Dergisi- Journal of Child, 21(2): 149-156.

Altun, B. ve ark. (2005). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT 1 Study). Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Journal of Hypertension. 23 (10): 1817-1823.

Arcavi, L., Benowitz, N.L. (2004). Cigarette amoking and infection. Arch Intern Med; 164: 2206-2216.

Aslan, R. (2020). Tarihten Günümüze Epidemiler, Pandemiler ve Covid-19. Ayrıntı Dergisi, 8(65): 35-41.

Bansal, M. (2020). Cardiovascular disease and Covid-19. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews, 14: 247-250.

Black, N. ve Gruen, R. (2005). Understanding Health Services. Berkshire: Open University Press.

Blofield, M., Hoffmann, B. ve Llanos, M. (2020). Assessing the political and Social İmpact of the Covid-19 Crisis in Latin Amercia. https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/67260/ssoar-2020_blofield_et_alAssessing_the_Political_and_Social.pdf?sequence=1&isAllowed=y&nkname=ssoar-2020-blofield_et_al-Assessing_the_Political_and_Social.pdf (Erişim Tarihi: 01.02.2022)

Budak, F. ve Korkmaz, Ş. (2020). Covid-19 Pandemi Sürecine Yönelik Genel Bir Değerlendirme : Türkiye Örneği. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi, 1: 67-69.

Bulutoğlu, K. (1981). Kamu Ekonomisine Giriş. İstanbul: Filiz Kitapevi.

Buse, K., MAys, N. ve Walt, G. (2012). Making Health Policy. Second Edition: New York. Open University Press.

Cansever, İ. H. (2021). Covid-19 Sürecinde Türkiye’de Sağlık Politikaları. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 6 (Özel Sayı): 86-104.

Chhetri, J.K., Chan, P., Arai, H. Vd. (2020). Prevention of COVID-19 in older adults: a brief guidance from the international association for gerontology and geriatrics (iagg) asia/ oceania region. The Journal of Nutrition, Health & Aging; 24 (5): 471-472. Doi: 10.1007/s12603-020-1359-7.

Chow, N., Fleming-Dutra, K., Gierke, R., Hall, A., Hughes, M., Pilishvili, T. Vd. (2020). Preliminary Estimates of the Prevalence of Selected Underlying Health Conditions Among Patients with Coronavirus Disease 2019- United States, February 12-March 28. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020; 69: 382-386.

Cui, J., Li, F., Shi, Z.L. (2019). Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. Nat Rev Microbiol;17:181-192.

de Leeuw, E., Claiver, C. ve Breton, E. (2014). Health Policy-Why Research it and How: Health Political Science. Health Research Policy and Systems, 12(5):1-10. doi:10.1186/1478-4505-12-55.

Duran, H. (2020). Devletlerin Koronavirüsle Karşılaştırmalı Mücadele Stratejileri. SETA Yayınları, 317:8-22. <https://setav.org/assets/uploads/2020/04/A317.pdf> (Erişim Tarihi: 01.02.2022).

Ekici, E. (2020). Covid-19 Pandemisi Sürecinde Yaşlı Bireylerin Bakım Yönetimi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2020; 3 (3): 145.152.

Engin, S. (2005). Yaşlılarda Koruyucu Hekimlik. Türk Aile Hekimliği Dergisi. 9 (2):79-84.

Evliyaoğlu, O. (2020). Kronik Hastalığı Olan Çocuklar ve Covid-19. Türk Pediatri Kurumu Arşivi. 55(2). 93-4.

Fang, L., Karaiulakis, G., Roth, M. (2020). Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? Lancet Respir Med; 8: e21.

Fişek, P. (1999). Halk Sağlığına Giriş. Ankara: Çağ Matbaası.

Gilroy, J. (2000). Cerebrovascular disease in Basic Neurology third ed. USA. McGraw Hill Co: 225-77.

Graham, R.L., Donaldson, E.F. ve Baric, R.S., (2013). A decade after SARS: strategies for controlling emerging coronaviruses. *Nat Rev Microbiol.* 11: 836-848.

Greenwald, H.P. (2010). *Health care in United States: Organization, Management and Policy.* San Francisco: Jossey Bass.

Guan, W., Liang, W., Zhao, Y., Liang, H.R., Chen, Z.S., Li, Y.M., vd. (2020). Comornidity and its impact on 1590 patients with Covid-19 in China: A Nationwide Analysis. *Eur Respir J*;2000547.

Guan, W.J., Ni, Z.Y., Hu, Y., Liang, W.H., Qu, C.Q., He, J.X. vd. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*;NEJMoa2002032.

Guo, Y.R., Cao, Q.D., Hong, Z.S., Tan, Y.Y., Chen, S.D., Jin, H.J., vd. (2020). The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak - an update on the status. *Mil Med Res* ;7:11.

Güler, S., Topuz, İ., Ulusoy, F. (2020). Covid-19 Pandemisinde Aile Sağlığı Merkezi Çalışanlarının Deneyimleri. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2 (3): 143-151.

Halpern, S.D., Truog, R.D. ve Miller, F.g. (2020). Cognitive Bias and Public Health Policy During the Covid-19 Pandemic. *JAMA.* 324 (4):337-338. doi:10.1001/jama.2020.11623.

Hasöksüz, M., Kiliç, S. ve Saraç, F. (2020). Coronaviruses and SARS-CoV-2. *Turkish Journal of Medical Scienses*, 2020 (50): 549-556.

Hayran, O. ve Sur, H. (1998). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı: Örgütlenme, Finansman, Yönetim Mevzuat.* İstanbul: Yüce Yayım.

Heng, L., Shang-Ming L., Xiao-Hua, Y., vd. (2020). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): current status and future perspective. *Int J Antimicrob Agents*, Mar 29; 105951.

Huang, C., Wang.. Y, Li, X, Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., vd. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*; 395(10223):497–506.

İnanıcı, F., Gökçe-Kutsal Y. Geriatri. İliçin, G., Biberoglu, K., Ünal, S., Akalın, S., Süleymanlar, G. (1997). (Eds): Temel İç Hastalıkları, Cilt 2. Ankara: Güneş Kitapevi.89-103.

İşlek, E., Özatkan, Y., Bilir, M.K., Arı, H.O., Çelik H., Yıldırım, H.H. (2020). Covid-19 Pandemi Yönetiminde Türkiye Örneği: Sağlık Politikası Uygulamaları ve Stratejileri. Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü (TÜSPE) Rapor, 2020 (2): 31-40.

Lai, C.C., Shih, T.P., Ko, W.C., Tang, H.J., Hsueh, P.R., (2020). Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirüs 2 (Sars-CoV-2) and coronavirus disease 2019: the epidemic and the challenges. Int J Antimicrob Agents;105924.

Li, J., Wang, X., Chen, J., Zhang, H., Deng A. (2020). Association of Renin-Angiotensin System Inhibitors With Severity or Risk of Death in Patients with Hypertension Hospitalized for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection in Wuhan, China. JAMA Cardiol; 5:825.

Li, Q., Guan, X., Wu, P., vd. (2020). Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. N Engl J Med.

Liang, T. (2020). Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment. Retrieved April 15.

Ma, I., Hu, F., Sun, H.M., Chen, J., Ding, X.B., Li, J. (2019). Nursing experience of treating a critical ill patient with novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia by using. ECMO. J New Med, 30, 74-77.

Mollaoğlu, M. (2012). Kronik hastalıklarda uyum süreci. İstanbul: Nobel, 51-63.

Mueller, A.L., McNamara, M.S., Sinclair, D.A. (2020). Why does COVID-19 disproportionately affect older people? Aging (Albay, N.Y.);12(10):9959-9981. Doi:10.18632.

Murray, C.J.L. ve Frenk J. (2001). World Health Report 2000: A Step Towards Evidence-Based Health Policy. The Lancet 357(26): 1698-1700.

Murray, C.J.L. ve Frenk, J. (2000). A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. Bulletin of the World Health Organization 78(6): 717-731.

Ngai, J.C. Ko, F.W., Ng, S.S., To, K.W: Tong, M., Hui, D.S. (2010). The long-term impact of severe Acute Respiratory Syndrome on pulmonary function, exercise capacity and health status. *Respirology*;15:543-550.

Odegaard, J.J & Chawla, A. (2012). Connecting type 1 and type 2 diabetes through innate immunity. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 2, a007724.

Öztürk, O. ve Karcıoğlu, Ö. (2020). Covid-19 Pandemisi Sürecinde Kamu Hastaneleri. *Türk Tabipler Birliği: Covid-19 Pandemisi Altın Ay Değerlendirme Raporu*. 259-265.

Pak Güre, M.D. (2021). Covid-19 Pandemisinin Nadir Hastalığı Olan Bireyler Üzerindeki Etkisi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 15 (4): 685-697.

Sandalcı, B., Uyaroğlu, O.A., Sain Güven, G. (2020). Covid-19’da Kronik Hastalıkların Rolü, Önemi ve Öneriler. *Flora 2020*; 25.1-7.

Satman, I. ve ark. (2011). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması-II (TURDEP-II) Sonuçları.

Satman, I., Yılmaz, M.T., Şengül, A. vd. (2002). Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Result of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). *Diabetes Care*; 25: 1551-1556.

Schulz, R. ve Johnson, A.C. (1976). *Management of Hospitals*. New York: McGraw Hill Book Company.

Schwetz, T.A. ve Fauci, A.S. (2019). The Extended Impact of Human Immunodeficiency Virus/AIDS Research. *The Journal of Infectious Diseases*, 219(1): 6-9.

Sheng, G., Chen, P., Wei, Y., Yue, H., Chu, J., Zhao, J. Vd. (2020). Viral infection increases the risk of idiopathic pulmonary fibrosis: a meta-analysis. *Chest*; 157:1175-1187.

Singer, D. (2020). Clinical and Health Policy Challenges in Responding to the Covid-19 Pandemic. *Postgrad Medical Journal*, 96: 373-374. doi:10.1136/postgradmedj-2020-138027

Singhal, T. (2020). A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). The Indian Journal of Pediatrics. 87 (4):281-286.

Sofullu, F., Özgürsoy Uran, B.N., Ünsal Avdal, E., Tokem, Y. (2020). Covid-19 Salgınında Kronik Hastalıklarda Hemşirelik Yönetimi. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi; 5 (2). 147-151.

Şenuzun, F. (2012). Kronik hastalıkların yönetimi ve araştırma alanları. İstanbul: Nobel, 559-566.

T.C. İçişleri Bakanlığı. (2020). Korona virüs Salgını ile Mücadele Kapsamında Pazar/Satış Yerleri ile İlgili Ek Genelge. <https://www.icisleri.gov.tr/koronavirus-salgini-ile-mucadele-kapsaminda-pazar-satis-yerleri-ile-ilgili-ek-genelge> (Erişim Tarihi: 07.11.2021).

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2020). COVID-19- Yeni Korona virüs Hastalığı Güncel Durum. <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/> (Erişim Tarihi: 07.11.2021).

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2000). Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2006). RSHMB Hızlısıhha Mektebi Müdürlüğü. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması, 2004. Ankara: Aydoğdu Ofset.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2010). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, ISBN: 978-975-590-316-3.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2020). Covid-19 Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı, Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması, 7-13.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2020). Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU). 2 Nisan.

Timmreck, C.T. (1987). Dictionary of Health Services Management. Owings Mills: National Health Publishing.

Turan, A. ve Hamza-Çelikyay, H. (2020). Türkiye’de Covid-19 ile Mücadele: Politikalar ve Aktörler. Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi, 3(1): 1-25.

Tübitak. (2020). Türkiye’de Durum. <https://covid19.tubitak.gov.tr/turkiyede-durum> (Erişim Tarihi: 07.11.2021).

Türkmen, E. (2012). Kronik Hastalıklar ve Önemi. İstanbul: Nobel, 37-49.

Türkoğu, M. C. ve Kantaş Yılmaz, F. (2021). Sağlık Politikası Analizi: Türkiye’de Covid-19 Pandemi Döneminde Uygulanan Sağlık Politikaları. Toplumsal Politika Dergisi, 2(1): 11-29.

WHO. (2000). World Health Report 2000: Health Systems-Improving Performance. Geneva, Switzerland.

WHO. (2008). Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases Action Plan 2008-2013. Geneva, Switzerland.

Wolf, P.A., Kannel, W.B., Mc Gee, D.L. (1988). Prevention of ischemic stroke, risk factors. Barnett et all. Stroke, Churchill Livingstone, Edinburgh, London: 967- 88.

Wu, F., Zhao, S., Yu, B., Chen, Y.M., Eang, W., Song, Z.G., vd. (2020). A new coronavirus associated with human Respiratory disease in China. Nature. 579:265-269.

Wu, Z., McGoogan, J.M. (2020). Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA- J Am Med Assoc , 323 (13): 1239-1242.

Xu, X., Yu, C., Zhang, L., Luo, L. ve Liu, J. (2020). Imaging features of 2019 novel coronavirus pneumonia. European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging, 47: 1022-1023.

Yang, H., Zhenga, Y., Goua, X., Pua, K., Chena, Z., Guoa, Q., Jia, R., Wangb, H., Wanga, Y., Zhou, Y., (2020). Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Infectious Diseases, 94, 91–95.

Yang, J., Zheng, Y., Gou, X. vd., (2020). Prevalence of comorbidities in the novel Wuhan coronavirus (COVID-19) infection: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Infectious Diseases, Mar 12: S1201-9712(20)30136-3.

Yeşilbağ, K., Aytogu, G. (2020). Coronavirus Host Divergence and Novel Coronavirus (Sars-CoV-2) Outbreak. Clin Exp Ocul Trauma Infect, 2 (1): 139-147.

Yıldız, M., ve Uzun, M.M., (2020). Koronavirüsle Mücadelede Kriz Yönetimi ve Kamu Politikası Yapımı. SETA Yayınları <https://setav.org/assets/uploads/2020/06/R165.pdf> (Erişim Tarihi: 01.02.2022).

Yu, C.M., Wong, R.S.M., Wu, E.B., Kong S.L., Wong J., Yip G., vd. (2006). Cardiovascular complications of severe acute respiratory syndrome. Postgrad Med J., 82(964), 140-144. doi:10.1136/pgmj.2005.037515.

Zhoronkov A. (2020). Geroprotective and senoremediative strategies to reduce the comorbidity, infection rates, severity, and lethality in gerophilic and gerolavic infections. Aging (Albany N.Y.); 12:10.18632/aging.102988.

Zumla, A., Hui, D.S. ve Perlman, S. (2015). Middle East Respiratory Syndrome. Lancet. 386: 995-1007.

<https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66300/covid-19-nedir-.html> (Erişim Tarihi- 07.11.2021)

<https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=saglik-ve-sosyal-koruma-101&dil=1>

<https://www.memorial.com.tr/saglik-rehberi/endokrin-hastalarina-covid-19-uyarisi>

<https://www.florence.com.tr/artrit-eklem-iltihabi> (Erişim Tarihi- 07.11.2021).

<https://www.romatem.com/iltihapli-eklem-romatizmalari/>(Erişim Tarihi- 07.11.2021).

<https://istanbulbaskentuniversitesi.com/saglik-rehberi/kanser-ileri-teshis-ve-tedavi/onkoloji-hastalarinda-covid-19> (Erişim Tarihi- 07.11.2021).

<http://www.turkkanser.org/uploads/dosyalar/istatistikler/turkiye-kanser-istatistikleri.pdf> (Erişim Tarihi- 07.11.2021).

<http://www.turkkanser.org/uploads/dosyalar/istatistikler/dunya-kanser-istatistikleri.pdf> (Erişim Tarihi- 07.11.2021).

<https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77707/asi-uygulanacak-grup-siralamasi.html>

<https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR-77822/covid-19-asisi-temin-ve-dagitim-sureci.html> (Erişim Tarihi- 07.11.2021).

<https://www.dw.com/tr/t%C3%BCrkiyede-covid-19-a%C5%9F%C4%B1lama-s%C3%BCreci/a-56236782> (Erişim Tarihi- 05.07.2021).

<https://www.bbc.com/turkce/haberler-turkiye-56444387> (Erişim Tarihi- 07.11.2021).

https://tr.wikipedia.org/wiki/T%C3%BCrkiye%27de_COVID-19_a%C5%9F%C4%B1lamas%C4%B1 (Erişim Tarihi- 07.11.2021).

<https://www.bbc.com/turkce/haberler-turkiye-56716060> (Erişim Tarihi- 07.11.2021).

<https://www.saglik.gov.tr/TR,78148/ilk-koronavirus-asisi-saglik-bakani-fahrettin-kocaya-yapildi.html> (Erişim Tarihi- 07.11.2021).

<https://www.trthaber.com/haber/gundem/kimler-asi-oldu-sira-hangi-gruplarda-587206.html> (Erişim Tarihi- 07.11.2021).

<https://www.haberturk.com/koronaviruse-dair-bilmeniz-gerekenler-koronavirusun-caresi-sosyal-izolasyon-haberler-2617206/8> (Erişim Tarihi: 28.10.2021).

<https://isparta.csb.gov.tr/koronavirus-hastaligi-covid-19-virusunun-kamu-binalarinda-yayilmasini-onlemek-icin-havalandirma-ve-klima-sistemlerinde-hvac-alinmasi-gereken-tedbirler-kilavuzu-yayinlandi.-haber-254718> (Erişim Tarihi: 28.10.2021).

<https://www.ntv.com.tr/saglik/covid-19u-alerji-grip-ve-nezleden-nasil-ayirabiliriz-corona-virus-septomlari,nvQXZBIV7EWOrC2v-Ml-tQ> (Erişim Tarihi: 28.10.2021).

<https://karabukeah.saglik.gov.tr/TR,487756/korona-virus-riskine-karsi--14-kural.html> (Erişim Tarihi: 28.10.2021)

<https://news.google.com/covid19/map?hl=tr&gl=TR&ceid=TR%3Atr> (Erişim Tarihi: 28.10.2021).

[Covid-19 Karşılaştirmalı grafikler- Sarkaç \(sarkac.org\)](Covid-19 Karşılaştirmalı grafikler- Sarkaç (sarkac.org)) (Erişim Tarihi: 28.10.2021).

https://tr.wikipedia.org/wiki/COVID-19_a%C5%9F%C4%B1s%C4%B1 (Erişim Tarihi: 28.10.2021).

https://tr.wikipedia.org/wiki/COVID-19_a%C5%9F%C4%B1s%C4%B1

(Erişim Tarihi: 28.10.2021).

<https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>

(Erişim Tarihi:

28.10.2021).

<https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>

(Erişim Tarihi:

28.10.2021) (s:242).

<https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>

(Erişim Tarihi:

28.10.2021) (s:245).

<https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>

(Erişim Tarihi:

28.10.2021) (s:125).

https://tr.wikipedia.org/wiki/COVID-19_a%C5%9F%C4%B1s%C4%B1

(Erişim Tarihi: 28.10.2021).

<https://www.trthaber.com/haber/gundem/kimler-asi-oldu-sira-hangi-gruplarda-587206.html> (Erişim Tarihi: 28.10.2021).

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/birinci-basamak-sa%C4%9Fl%C4%B1k-hizmetleri.html> (Erişim Tarihi: 18.01.2022).

https://tr.wikipedia.org/wiki/Sa%C4%9Fl%C4%B1k_hizmetleri

(Erişim

Tarihi: 28.01.2022).

<https://www.downturkiye.org/birinci-ikinci-ve-ucuncu-basamak-saglik-kurumlari-hangileridir> (Erişim Tarihi: 18.01.2022).

<https://hipokratist.com/saglik-hizmeti-basamaklari/>

(Erişim Tarihi:

22.01.2022).

<https://gebzefatihdh.saglik.gov.tr/TR-246335/koruyucu-saglik-hizmetleri.html> (Erişim Tarihi: 22.01.2022).

<https://www.cnnturk.com/dunya/iste-turkiyenin-salgin-boyunca-tibbi-yardim-gonderdigi-ulkeler> (Erişim Tarihi: 07.11.2021).

<https://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf> (Erişim Tarihi: 29. 02. 2022).

<https://www.worldometers.info/coronavirus/> (Erişim Tarihi 07.11.2021).

<https://www.dailysabah.com/tourism/2020/01/28/china-virus-sends-shockwaves-across-travel-sector-including-in-turkey> (Erişim Tarihi: 07.11.2021).

<https://tr.euronews.com/2020/05/04/dunyada-covid-19-salg-n-n-ilk-100-gununde-yasananlar-ilk-nerede-ortaya-c-kt-nas-l-yay-ld> (Erişim Tarihi: 07.11.2021).

<https://tr.euronews.com/2020/09/20/koronavirus-covid-19-hangi-ulke-ne-kadar-vaka-kac-kisi-iyilesti-olum-tedavi-ikinci-dalga> (Erişim Tarihi: 07.11. 2021)

<https://covid19asi.saglik.gov.tr/> (Erişim Tarihi- 07.11.2021).

<https://tr.wikipedia.org/wiki/CoronaVac> (Erişim Tarihi- 07.11.2021).

<https://www.aljazeera.com/news/2020/12/31/timeline-how-the-new-coronavirus-spread> (Erişim Tarihi: 07.11.2021).

<https://sarkac.org/2021/02/covid-19-karsilastirmali-grafikler/> (Erişim Tarihi: 28.10.2021).

<https://www.winally.com/2021/05/turkiye-romataloji-dernege-gut-hastaligi-farkindalik-calismalari/> (Erişim Tarihi- 07.11.2021).

<https://covid19.who.int/> (Erişim Tarihi- 07.11.2021).

<https://trasd.org.tr/covid19> (Erişim Tarihi- 07.11.2021).

<https://tr.wikipedia.org/wiki/CoronaVac> (Erişim Tarihi: 28.10.2021).

EK-1

ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu anket, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Sağlık Yönetimi öğrencisi Şeyma Nur Koca'nın akademik çalışması için yapılmaktadır. Bu anket çalışması "Kronik Hastalığı Olan Kişilerin Covid-19 Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Kullanım Düzeylerinin Belirlenmesi: Ankara İli Örneği" başlıklı bilimsel çalışmaya veri toplamak amacıyla hazırlanmıştır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırma bilimsel bir nitelik taşıdığından dolayı toplanan bilgiler başka hiçbir amaç için kullanılmayacaktır.

Sorulara objektif ve samimi cevaplar vereceğinize inanıyorum ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Lütfen soruları tam olarak okuduktan sonra kendinize en uygun olan cevabı işaretleyiniz.

Şeyma Nur KOCA

A. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

- 1- Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek
- 2- Yaş: 1. 18 ve altı 2. 19-25 3. 26-35
4. 36-45 5. 46-55 6. 56-65 7. 66 yaş ve üzeri
- 3- Eğitim Durumu: 1. Yok 2. İlköğretim 3. Orta öğretim
4. Lise 5. Üniversite 6. Lisans üstü
- 4- Aylık Geliriniz: 2500 TL ve altı 2501-3500 TL
 3501-4500 TL 4501 TL ve üzeri
- 5- Kronik Hastalık (Birden Fazla İşaretleyebilirsiniz):
1. Kardiyovasküler Hastalık (Kalp Yetmezliği/ Kalp Krizi)
 2. Diabetes Mellitus –Şeker (Tip 1 / Tip 2)
 3. Hipertansiyon
 4. Kronik Solunum Yolu Hastalığı (KOAH, Astım vb.)
 5. Kanser (Metastatik olanlar, Kemoterapi/Radyoterapi alanlar)
 6. Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY)
 7. Kemik İliği ya da Kök Hücre Nakli
 8. Serebrovasküler Hastalık (SVO-İnme-Felç)
 9. Tiroit Hastalıkları (Guatr vs.)
 10. Kronik Karaciğer Hastalığı
 11. Eklem İltihabı (Artrit)
 12. Diğer :
- 6- Ailenizde Kronik Hastalık öyküsü var mı?
1. Evet 2. Hayır
- 7- Sigara veya alkol kullanıyor musunuz?
1. Sigara 2. Alkol 3. İkisi de 4. Hiçbiri
- 8- Covid-19 geçirdiniz mi?

1. () Evet 2. () Hayır

9- Aile fertlerinden herhangi biri Covid-19 geçirdi mi?

1.() Evet 2. () Hayır

10- Karantina da kaldınız mı?

1 () Evet 2. () Hayır

11- Karantina da kaldığınız zaman veya evden çıkmakta endişe duyduunuz için dışarıya çıkmadığınız zaman ihtiyaçlarınızı kim karşılıyor?

1. () Aile fertlerim 2. () Akrabalarım 3 () Komşularım 4. ()

Arkadaşlarım

5.() Kamu görevlileri

6. () Online sipariş veriyorum

12- Sağlık sigortanız var mı?

1.() Evet

2.() Hayır

13- Mesleğiniz?

1.() Kamu görevlisi

2. () Serbest meslek

3 ()

Öğrenci

4. () Ev hanımı

5. () Emekli

6 () Çalışmıyorum

B. SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMINA YÖNELİK TANIMLAYICI BULGULAR

1- Pandemi döneminde bir sağlık kuruluşuna başvurduunuz mu?

1. () Evet

2. () Hayır

2- Pandemi döneminde kaç defa sağlık kuruluşundan sağlık hizmeti aldınız ?

1. () Hiç

2. () 1-2 kez

3. () 3-5 kez

4. () 6 kez veya daha fazla

3- Sağlık hizmeti aldığınız/ alacağınız sağlık kuruluşu tercihiniz hangisidir ?

1.() Devlet Hastanesi

2. () Özel hastane

4- Pandemi döneminde **acil olmayan** sağlık probleminizde hangisine başvurduunuz/başvuruyorsunuz?

1. () Tanıdık birileri

2. () Eczane

3. () Sağlık Ocağı/Aile Hakimliği

4. () Hastane Acil Servisi

5. () Hastane Polikliniği

6 () 112 Acil Çağrı/ Ambulans

7 () Diğer (lütfen belirtiniz.....)

5- Pandemi döneminde **acil** bir sağlık probleminde ilk nereye başvurursunuz/başvurdunuz?

1. () Tanıdık birileri

2. () Eczane

3. () Sağlık Ocağı/Aile Hakimliği

4. () Hastane Acil Servisi

5.() Hastane Polikliniği

6 () 112 Acil Çağrı/ Ambulans

7 () Diğer (lütfen belirtiniz.....)

6- Pandemi döneminde **acil olmayan** sağlık durumunda sağlık hizmeti aldığımız/alacağımız sağlık kuruluşunu tercih etme nedeniniz nedir?

1. () Sevk edildiğim için

2. () Bekletilmediğim için

3. () İyi davrandıkları için

4. () Tanıdık personelden

dolayı

5. () Güvendiğim için

6. () Tavsiye nedeniyle

7. () Covid-19 enfeksiyonu olan hastanın az olması sebebiyle

7- Pandemi döneminde kronik hastalığınız için kullandığınız ilaçlara erişimde sıkıntı yaşadınız mı?

1 () Evet

2 () Kısmen

3 () Hayır

8- Pandemi sürecinde devletin aldığı tedbirleri yeterli buluyor musunuz?

1 () Evet

2 () Kısmen

3 () Hayır

C. PANDEMİ DÖNEMİNDE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIM ANKETİ

Aşağıdaki ifadelerden her biri için kendinize en uygun cevabı işaretleyiniz.

No	Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Kullanım Soruları – 1	Evet	Hayır	Fikrim Yok
1	Pandemi döneminde kronik hastalığım ile ilgili rutin kontrollerimi erteledim.			
2	Pandemi sürecinde zorunlu olmadıkça sağlık kuruluşuna (aile hekimliği/hastaneye) gitmem/gitmedim.			
3	Pandemi döneminde kronik hastalığım ile ilgili kullandığım ilaçlarımı eczaneden aldım.			
4	Pandemi döneminde kronik hastalığım ile ilgili sorunlarım için hekimime telefonla kolayca ulaşabiliyorum.			
5	Pandemi sürecinde evde bakım hizmetinden yararlandım.			
6	Zatürre (pnömokok) aşısını olmak için sıkıntı yaşamadım.			
7	Grip (influenza) aşısı için sorun yaşamadım.			
8	Pandemi sürecinde sağlık hizmeti kullanımında tetkik/tahlil/rapor ya da sonuçlar uzun sürmüştür ve randevular geç tarihlere verilmiştir.			

SORU NO	Pandemi döneminde Sağlık Hizmeti Kullanım Soruları – 2	Kesinlikle	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle	Katılıyorum
		Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle	Katılıyorum
1	Sağlık hizmeti aldığım kurum pandemi döneminde her türlü sağlık hizmeti verebilecek büyüklük ve yeterliliğe sahiptir.						
2	Pandemi döneminde sağlık hizmeti alacağım kurumun imajının ve hijyen koşullarının iyi olması önemlidir.						
3	Pandemi döneminde hastaneye gitmektense geleneksel tedavi yöntemlerini tercih ederim.						
4	Sağlık hizmeti aldığım/alacağım sağlık kuruluşunun ulaşımı kolay olmalıdır.						
5	Pandemi döneminde sağlık hizmeti aldığım kurum tercihimde geçmiş tecrübelerim etkili olmuştur.						
6	Pandemi sürecinde başvurduğum sağlık kuruluşunda aldığım hizmetler zamanında gerçekleştirilmiştir.						
7	Pandemi döneminde sağlık hizmeti aldığım kurumun ortamı fiziksel açıdan güvenli ve konforlu olmalıdır.						
8	Hastalığımı önemsemediğimden pandemi döneminde tıbbi tedaviye başvurmam.						
9	Pandemi döneminde sağlık hizmeti aldığım kurumda sağlık personelinin hastaya iyi davranmasını, bilgilendirmesini isterim.						
10	Pandemi döneminde internet, TV, gazete, dergi gibi yayın organlarından edindiğim bilgileri veya çevremdeki insanların tavsiyelerini tedavi yöntemi olarak kullanmayı tercih ediyorum.						
11	Pandemi döneminde tercih ettiğim hastanede aldığım sağlık hizmetinin maliyetini uygun buldum.						
12	Pandemi döneminde sağlık hizmeti aldığım/alacağım kurum hasta mahremiyetine özen göstermelidir.						

Ankete katıldığınız için teşekkür ederim...

EK-2

ETİK KURUL ONAYI

Tarih: 15.06.2021

Gönderilen: Şeyma Nur Koca

Gönderen: Prof. Dr. Belgin İşgör, İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Başkanı

Konu: “Kronik Hastalığı Olan Kişilerin Covid-19 Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Kullanım Düzeylerinin Belirlenmesi: Ankara İli Örneği” başlıklı tez çalışması için etik kurul onayı.

Atılım Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu, 15.06.2021 tarihli görüşme sonucu, “**Kronik Hastalığı Olan Kişilerin Covid-19 Pandemi Döneminde Sağlık Hizmeti Kullanım Düzeylerinin Belirlenmesi: Ankara İli Örneği**” başlıklı tez çalışmanız kapsamında yapmayı planladığımız etkinlik için, oy birliğiyle etik onay vermiştir. Bu onay, ekte verilmiş olan çalışma önerisi ve bilgilendirme formu için geçerlidir. Gerçekleştirilecek olan çalışmada kurumumuzun değerlendirmesi dışında kalabilecek yasal sınırlamalara uymakla yükümlü olduğunuzu bildiririz.

ETİK KURUL ÜYELERİ	İMZA
Prof. Dr. Belgin İşgör (Başkan)	
Prof. Dr. Dilaver Tengilimoğlu	KATILMADI(Yardımcı Araştırmacı)
Prof. Dr. Nedret Kılıç	
Prof. Dr. Necla Tülek	
Dr. Öğr. Üyesi Dilek Demirtepe Saygılı	
Doç. Dr. Üyesi Doğa Elçin	
Dr. Öğr. Üyesi Zühal Kurt	

TURNİTİN RAPORU

ORJİNALLIK RAPORU

% 12	% 10	% 2	% 6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 2
2	busbid.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	www.ttb.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	www.skb.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	www.solunum.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
6	Submitted to Beykent Universitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
7	www.floradergisi.org İnternet Kaynağı	<% 1
8	Submitted to Ondokuz Mayıs Universitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
9	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<% 1

10	Submitted to Istanbul Aydin University Öğrenci Ödevi	<% 1
11	acikerisim.lib.comu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
12	acikerisim.aku.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
13	ssyv.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
14	Submitted to Ataturk Universitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
15	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<% 1
16	www.haberler.com İnternet Kaynağı	<% 1
17	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	<% 1
18	abakus.inonu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
19	6e9ed515-8cbf-4760-8640- 9a7779db5794.filesusr.com İnternet Kaynağı	<% 1
20	Beste Sandalcı, Oğuz Abdullah Uyaroğlu, Gülay Sain Güven. "COVID-19'da Kronik Hastalıkların Rolü, Önemi ve Öneriler", Flora	<% 1

the Journal of Infectious Diseases and Clinical
Microbiology, 2020

Yayın

- | | | |
|----|--|------|
| 21 | iksadyayinevi.com
İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 22 | Submitted to Gumushane University
Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 23 | Submitted to Baskent University
Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 24 | Submitted to Kastamonu University
Öğrenci Ödevi | <% 1 |
| 25 | KİPER, T..
"Peyzaj'Mimarlığı'Öğrencilerinin'Çevre'Tutumlarının'Belirtilmesi'
Namık Kemal Üniversitesi, 2014.
Yayın | <% 1 |
| 26 | ÜNAL, Gülseren and ORGUN, Fatma.
"Kanserden korunmaya ilişkin eğitim
programının uygulanması ve sağlıklı yaşam
biçimi davranışlarının incelenmesi", İnönü
Üniversitesi, 2006.
Yayın | <% 1 |
| 27 | maltepetipdergisi.org
İnternet Kaynağı | <% 1 |
| 28 | Submitted to Yeditepe University
Öğrenci Ödevi | <% 1 |

asalbayrak.files.wordpress.com

29	İnternet Kaynağı	<% 1
30	doczz.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1
31	eprints.sdu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
32	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<% 1
33	Submitted to Trakya University Öğrenci Ödevi	<% 1
34	www.turizmgunlugu.com İnternet Kaynağı	<% 1
35	Submitted to Abant İzzet Baysal Universitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
36	Submitted to Bilkent University Öğrenci Ödevi	<% 1
37	www.birgun.net İnternet Kaynağı	<% 1
38	Submitted to Ege Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
39	Submitted to Higher Education Commission Pakistan Öğrenci Ödevi	<% 1
40	documents.mx İnternet Kaynağı	

		<% 1
41	openaccess.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
42	webhaber.nl İnternet Kaynağı	<% 1
43	www.saglikcalisanisagligi.org İnternet Kaynağı	<% 1
44	Submitted to Institute of Technology, Sligo Öğrenci Ödevi	<% 1
45	Submitted to La Trobe University Öğrenci Ödevi	<% 1
46	adalidergisi.com İnternet Kaynağı	<% 1
47	hipokratist.com İnternet Kaynağı	<% 1
48	www.turkiyeklinikleri.com İnternet Kaynağı	<% 1
49	Submitted to Leeds Beckett University Öğrenci Ödevi	<% 1
50	medyascope.tv İnternet Kaynağı	<% 1
51	paperzz.com İnternet Kaynağı	<% 1

52	www.slideshare.net İnternet Kaynağı	<% 1
53	www.yenisafak.com İnternet Kaynağı	<% 1
54	1pdf.net İnternet Kaynağı	<% 1
55	DİNÇER", Çağlayan, DEMİRİZ, Serap and ERGÜL, Ayşegül. "Okul öncesi dönem çocukları (36--7 ay) için Özbakım ", Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 2017. Yayın	<% 1
56	Galvani Volta Simanjuntak, Marthalena Simamora, Janno Sinaga. "Optimalisasi Kesehatan Penyandang Diabetes Melitus Tipe II Saat Pandemi Covid-19", Journal of Community Engagement in Health, 2020 Yayın	<% 1
57	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
58	app.trdizin.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
59	cdn.hitit.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
60	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1

61	dSPACE.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
62	www.haber365.com.tr İnternet Kaynağı	<% 1
63	luleburgazdh.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
64	sgkrehberi.com İnternet Kaynağı	<% 1
65	tez.sdu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
66	tr.wikipedia.org İnternet Kaynağı	<% 1
67	www.frontiersin.org İnternet Kaynağı	<% 1
68	www.saglik.news İnternet Kaynağı	<% 1
69	DELİCE, Murat and DUMAN, Ali. "Toplum destekli polislik kapsamında halkın polis algısının ölçülmesi: Erzurum ili örneği", Polis Akademisi Başkanlığı, 2012. Yayın	<% 1
70	Submitted to TechKnowledge Öğrenci Ödevi	<% 1
71	earsiv.kastamonu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
72	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	<% 1
73	www.dentway.com.tr İnternet Kaynağı	<% 1
74	iscidunyasi.com İnternet Kaynağı	<% 1

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı: Şeyma Nur KOCA

Öğrenim Durumu:

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Sağlık Kurumları İşletmeciliği	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi	2017
Lisans	Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi	Anadolu Üniversitesi	Halen devam ediyor.

İş Deneyimi:

Çalıştığı Yer	Görev	Yıl
Ankara Şehir Hastanesi	Hemşire	Halen devam ediyor.

Yabancı Diller: İngilizce

Yayımlar: -

Tarih: 13.01.2022