

# COVID-19 Pandemisinin Bulaşıcı Olmayan Hastalığa Sahip Erişkinlere Etkileri: Bir Kentsel Bölgede Kesitsel Araştırma

## Impacts of the COVID-19 Pandemic on Adults with Non-Communicable Diseases: Cross-Sectional Study in an Urban Area

<sup>1b</sup> Kübra ÇİÇEK<sup>a</sup>, <sup>1b</sup> Erhan ESER<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ABD, Manisa, Türkiye

Bu çalışma, 6. Uluslararası ve 24. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde (1-4 Aralık 2022, Antalya) sözlü olarak sunulmuştur.

**ÖZET Amaç:** Bu çalışmada, kronik hastalıkları olan erişkinlerin koronavirus hastalığı-2019 [coronavirus disease-2019 (COVID-19)] pandemisi döneminde hastalık yakınmalarındaki değişimin, pandemi döneminde algılanan genel sağlık ve ruh sağlığı değişimlerinin ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Mart-Temmuz 2022 tarihleri arasında Manisa il merkezinden seçilen 10 aile sağlığı merkezlerine başvurulara dayanan kesitsel bir çalışmadır. Veriler araştırmaya katılan 500 kişiden yüz yüze toplanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri COVID-19 pandemisi döneminde kronik hastalık semptomlarındaki değişim ve pandemi dönemindeki algılanan genel sağlık ve ruh sağlığı değişimidir. Veri analizinde SPSS 23.0 kullanılmıştır. Çok değişkenli analizlerde lojistik regresyon uygulanmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması 60,1±8,4 yıldır. Çalışmamızda katılımcıların %51,8'inin pandemi döneminde kronik hastalıklarıyla ilgili yeni yakınma/yakınmalarında artış olmuştur. Katılımcıların %37,2'si genel sağlık durumunun, %23,2'si ruh sağlığı durumunun pandemi döneminde öncesine göre daha kötü/çok daha kötü olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda, pandemi döneminde sağlık hizmetlerine ulaşmada sorun yaşayan kişilerde, kronik hastalık risk faktörleri olumsuz yönde değişime uğrayan kişilerde, ilaç tedavisine uyumlu olanlarda ve kronik hastalık bakım niteliği pandemi döneminde olumsuz etkilenenlerde hastalıkla ilgili yeni yakınma/var olan yakınmalarda artış riski artmıştır. Pandemi döneminde algılanan ruhsal sağlık değişimi açısından kadınlar, uyku düzeni bozulanlar, aile içi ve sosyal ilişkileri bozulanlar daha risklidir. Çalışmamızda, pandemi döneminde sağlık hizmetlerine ulaşmada sorun yaşayan kişilerde ve kronik hastalık bakımı olumsuz etkilenen kişilerde algılanan genel sağlık değişiminin kötü olma riski artmıştır. **Sonuç:** Kronik hastalığı olan bireylerin yaklaşık yarısının pandemi döneminde hastalık semptom ve yakınmalarında artış/ yeni yakınmaları olmuştur. Kronik hastalık bakım niteliğinin COVID-19 pandemisi döneminde zayıfladığı görülmüş; bulaş korkusu, randevu alamama ve kısıtlamalar nedeniyle hastaların rutin kontrolleri aksamıştır.

**ABSTRACT Objective:** It is the evaluation of the change in the complaints of the disease during the coronavirus disease-2019 (COVID-19) pandemic of chronic diseases, the perceived general health and mental health changes and the associated factors. **Material and Methods:** It is a cross-sectional study based on applications for ten family health centers selected in Manisa between March and July 2022. Data were collected face to face from 500 people who participated in the research. Dependent Variables The change in the symptoms of chronic disease during the COVID-19 pandemic period is the general change of general health and mental health. SPSS 23.0 was used in data analysis and logistics regression was applied. **Results:** The average age of the participants is 60.1±8.4 years. 51.8% of the participants had an increase in complaints related to their chronic diseases during the pandemic period. 37.2% of the participants stated that their general health status and 23.2% stated that their mental health status was worse than before. There is a higher risk of increasing symptoms related to the disease in people who have problems in achieving health services, in people who have changed negatively in chronic disease risk factors, those who are compatible with drug therapy, and those who weaken chronic disease care. Women, sleep patterns deteriorate, family and social relations are more risky for mental health. The perceived general health of those who do not reach health care and weakened chronic disease care has deteriorated. **Conclusion:** Approximately half of individuals with chronic diseases experienced an increase in disease symptoms and complaints/new complaints during the pandemic period. The quality of chronic disease care has weakened during the COVID-19 pandemic, and routine check-ups of patients have been disrupted due to fear of contamination, inability to make appointments and restrictions.

**Anahtar Kelimeler:** Bulaşıcı olmayan hastalıklar; COVID-19; ruh sağlığı; sağlık hizmeti sunumu; sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik

**Keywords:** Noncommunicable diseases; COVID-19; mental health; delivery of health care; services accessibility

### KAYNAK GÖSTERMEK İÇİN:

Çiçek K, Eser E. COVID-19 pandemisinin bulaşıcı olmayan hastalığa sahip erişkinlere etkileri: Bir kentsel bölgede kesitsel araştırma. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2024;44(1):15-26.

**Correspondence:** Kübra ÇİÇEK

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı ABD, Manisa, Türkiye

**E-mail:** drkubracecek@gmail.com

Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences.

**Received:** 15 Jan 2024

**Received in revised form:** 29 Jan 2024

**Accepted:** 30 Jan 2024

**Available online:** 05 Feb 2024

2146-9040 / Copyright © 2024 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 11 Mart 2020 tarihinde koronavirüs hastalığı-2019 [coronavirus disease-2019 (COVID-19)] salgınına pandemi olarak ilan etmesiyle; başta sağlık sistemi olmak üzere pek çok sektör ciddi bir tehdit unsuruyla karşılaşmıştır.<sup>1</sup> COVID-19'un dünya genelinde hızla yayılmasıyla sağlık hizmetleri COVID-19 odaklı planlanmış; salgın yönetimi için seyahat kısıtlaması, sosyal izolasyon, risk gruplarının toplu ulaşım araçlarını kullanamaması, elektif tıbbi işlemlerin ve poliklinik hizmetlerinin askıya alınması gibi bir dizi önlem alınmıştır.<sup>2</sup> Bu durum ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra özellikle bulaşıcı olmayan hastalığı (BOH) olan hastaların takip ve tedavilerini aksatmıştır.<sup>2-4</sup> Sağlık hizmeti kullanımı, pandemi döneminde küresel çapta yaklaşık %37 oranında azalmıştır.<sup>5</sup> DSÖ, COVID-19 pandemisinin sağlık hizmetlerine etkilerini değerlendirmek amacıyla yayınladığı raporda, ülkelerin %90'ında sağlık hizmetlerinin çeşitli derecelerde kesintiye uğradığını ve BOH'lara yönelik hizmetlerin (%69) en sık aksayan sağlık hizmetleri arasında yer aldığını bildirmiştir.<sup>6</sup> DSÖ üyesi 163 ülke verisinin yer aldığı bir diğer rapora göre COVID-19 pandemisi nedeniyle ülkelerin yaklaşık yarısında hipertansiyon (%53) ve diyabet yönetimi (%49) tam veya kısmi olarak kesintiye uğramıştır.<sup>7</sup> Bu dönemde kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili hastane başvuruları azalmış ve mevcut başvurularda ciddi gecikmeler olduğu gözlenmiştir.<sup>8</sup>

COVID-19 pandemisi, sağlık hizmetlerindeki kesintiye ek olarak egzersiz, diyet, kilo kontrolü ve sigarayı bırakma gibi yaşam tarzı değişikliklerini ve sürdürülme zorlaştırılmış; dolayısıyla BOH'ların seyri olumsuz etkilemiştir.<sup>9</sup> Hipertansiyon, diyabet ve diğer BOH'lara ilişkin semptom ve parametrelerin kötüleştiğini gösteren çalışmalar mevcuttur.<sup>10-13</sup> Tip 2 DM hastalarının glisemik kontrolü bozulmuş; pulmoner rehabilitasyon programları aksayan kronik obstrüktif akciğer hastalığı hastalarının solunum semptomlarında kötüleşmeler görülmüştür.<sup>12,13</sup> Bu dönemde gerek COVID-19 prognozu açısından daha riskli olmaları; gerekse sosyal izolasyon nedeniyle BOH'ları olan kişilerin ruh sağlığı da olumsuz etkilenmiştir.<sup>4</sup> Yapılan çalışmalar, pandemi döneminde BOH'ları olan kişilerin yaklaşık yarısının özellikle kaygı ve depresyon gibi ruh sağlığı sorunları yaşadıklarını bildirmektedir.<sup>12</sup>

COVID-19 pandemisi döneminde, sağlık hizmetleri ve BOH'ların yönetimi ile ilgili karşılaşılan tüm bu sorunlar BOH bakımının niteliğini etkilemiş ve olumsuz sağlık sonuçlarına neden olmuştur.<sup>14</sup> Özellikle yaşlı ve sosyoekonomik açıdan dezavantajlı grupta yer alan hastalar, bu durumdan daha şiddetli etkilenmiştir.<sup>3</sup>

COVID-19 pandemisi döneminde, BOH'lar ile yaşayan kişilerin ihtiyaç duydukları bakıma ulaşmalarında sağlık sisteminin yetersiz kaldığı noktaları belirlemek ve risk gruplarını tespit etmek; hem devam eden COVID-19 salgını hem de gelecekteki olası pandemiler için kritik öneme sahiptir. Bu çalışmanın amacı, kronik hastalıkları olan hastaların COVID-19 pandemisi döneminde hastalık yakınmalarındaki değişimin, pandemi döneminde algılanan genel sağlık ve algılanan ruh sağlığı değişimlerinin ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesidir.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma, Mart-Temmuz 2022 tarihleri arasında Manisa il merkezinin kentsel, yarı kentsel ve kırsal bölgelerinde, rastgele seçilen aile sağlığı merkezlerine (ASM) başvurulara dayanan kesitsel bir çalışmadır. Araştırmanın örnek büyüklüğü ki-kare (SD 1-12 için) testi için %80 güç ve 0,1-02 (düşük-orta) etki büyüklüğü alınarak 196-433 arasında hesaplanmış; çalışma 500 kişi üzerinde yürütülmüştür. Araştırmanın yürütüldüğü Manisa ili merkez Yunusemre ve Şehzadeler ilçelerinde toplamda 35 ASM bulunmaktadır. Örneklem bu 35 ASM'den rastgele seçilen 10 ASM'den elde edilmiştir. Her ASM'de 50 kişiye ve toplamda 500 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma süresince seçilen ASM'lere başvuran ve dâhil olma kriterlerini karşılayan kişiler çalışmaya alınmıştır. Veriler, katılımcılardan alınan bilgilendirilmiş onam sonrası araştırmacılar tarafından hazırlanan soru formu kullanılarak yüz yüze toplanmıştır. Özellikle 45 yaş ve üzerinde başta diabetes mellitus olmak üzere kronik hastalık tanısı alma sıklığının artması, hastalığa bağlı reçeteli ilaç kullanımının yavaşlaşması nedeniyle çalışma 45 ve üzeri yaş grubunda yürütülmüştür.

Çalışmaya dâhil olma kriterleri:

- 45 yaş ve üzerinde olmak,

■ En az bir tane, hekim tarafından tanı konmuş ve ilaç kullanılmasını gerektiren bulaşıcı olmayan hastalığa sahip olmak,

■ Bulaşıcı olmayan hastalık tanısını 2018 ve öncesinde (COVID-19 pandemisi başlangıcından en az 2 yıl önce) almış olmak,

■ İletişime açık, uyumlu ve koopere olmaktır.

Araştırma kapsamında 592 kişi ile görüşülmüş, 79 kişi çalışmaya katılmayı reddetmiş ve 13 kişi anket formunu yanıtlamayı yarıda bırakarak devam etmemiştir. Sonuç olarak 500 kişiye ulaşılmış, çalışmaya katılım oranı %84,4'tür.

Araştırmanın 3 bağımlı değişkeni vardır:

1. Bireylerin COVID-19 pandemisinin 2. yılı sonrası BOH'ları ilgili yakınmalarındaki değişim: Araştırmaya katılanların COVID-19 pandemisi döneminde BOH'ları ile ilgili yeni yakınmaları ve/veya yakınmalarında artış olup olmadığı sorgulanmıştır. Yakınmalarda artış/yeni yakınma olma durumu "Evet" ve "Hayır" şeklinde kategorize edilmiştir.

2. COVID-19 pandemisinin ikinci yılı sonrası algılanan ruh sağlığı değişimi: Katılımcıların şu anki ruhsal durumlarını pandemi öncesi ruhsal durumlarıyla karşılaştırmaları istenerek değerlendirilmiştir. Yanıtlar "Çok daha iyi", "Daha iyi", "Aynı", "Daha kötü" ve "Çok daha kötü" şeklindedir. Çözümleyici analizlerde yanıtlar "çok daha iyi/ daha iyi/aynı" ve "daha kötü/çok daha kötü" olarak 2'ye kategorize edilmiştir.

3. COVID-19 pandemisinin 2. yılı sonrası algılanan genel sağlık durumu değişimi: Katılımcıların şu anki sağlık durumlarını pandemi öncesi sağlık durumlarıyla karşılaştırmaları istenerek değerlendirilmiştir. Yanıtlar "Çok daha iyi", "Daha iyi", "Aynı", "Daha kötü" ve "Çok daha kötü" şeklindedir. Çözümleyici analizlerde yanıtlar "çok daha iyi/daha iyi/aynı" ve "daha kötü/çok daha kötü" olarak 2'ye kategorize edilmiştir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; sosyodemografik özellikler, yaşam biçimi davranışları ve alışkanlıklar, BOH sayısı, BOH için kullanılan ilaç sayısı, hastalığı sürekli takip eden bir doktorun olma durumu, pandemi öncesi ve pandemi döneminde BOH takiplerini nasıl değerlendirdiği, COVID-19'a

yakalanma durumu, pandemi döneminde karantinaya alınma durumu, pandemi döneminde BOH takip muayenelerinde aksaklık olma durumu ve nedeni, pandemi döneminde uyku düzeninde değişiklik olması durumu, pandemi döneminde aile içi ve sosyal ilişkiler, pandemi döneminde BOH bakım niteliği, pandemi döneminde BOH risk faktörlerinin değişimi ve ilaç tedavisine uyumdur. Pandemi döneminde BOH bakım niteliğini değerlendirmek amacıyla Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu [Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC)] kullanılmıştır. PACIC 2005 yılında Glasgow ve ark. tarafından İngilizce olarak geliştirilmiş; Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği, İncirkuş ve Nahcivan tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,91'dir. Ölçekten alınan puan arttıkça kronik bakım niteliği artmaktadır.<sup>15,16</sup> PACIC toplam skoru çözümlenmelerde sürekli veri olarak kullanılmıştır. BOH risk faktörlerini değerlendirmek amacıyla pandemi döneminde risk faktörlerindeki değişim skoru hesaplanmıştır. Bu skoru hesaplamak amacıyla vücut ağırlığı, beslenme, sigara ve alkol kullanımı, fiziksel aktivite ve gün içinde oturularak geçirilen zaman değişiminin değerlendirildiği 6 soru kullanılmıştır. Altı sorudan alınan puan ortalaması ile bir skor hesaplanmıştır. Alınan skorun düşük olması pandemi döneminde risk faktörlerinin olumsuz yönde değişmesi ile ilişkilidir. Bu skor, tek değişkenli çözümlenmelerde sürekli veri olarak kullanılmış; çok değişkenli çözümlenmelerde medyandan bölünerek ikiye kategorize edilmiştir. Katılımcıların BOH tedavisine uyumu Morisky Tedavi Uyum Ölçeği-8 (MTUÖ-8) ile değerlendirilmiştir. MTUÖ-8, hastanın kendi bildirimine dayalı olarak 8 soru ile ilaç kullanım davranışlarını değerlendiren bir ölçektir. Dr. Morisky tarafından 1986 yılında geliştirilmiştir. MTUÖ-8'in hipertansiyon ve diyabet başta olmak üzere çeşitli kronik hastalıklar için yapılmış Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları bulunmaktadır. Cronbach alfa katsayısı 0,79'dur.<sup>17,18</sup> Ölçekteki 8 maddeden alınan toplam skor 3'e kategorize edilmiş, buna göre düşük (<6 puan), orta (6-7 puan) ve yüksek (8 puan) tedavi uyumu olan bireyler belirlenmiştir. Tek ve çok değişkenli çözümleyici analizlerde yüksek ve orta uyum kategorileri birleştirilmiş; değişken, ilaç tedavisine uyumlu-uyumsuz olarak dikotomize edilmiştir.

Araştırma verilerinin istatistiksel analizi için SPSS 23.0 (IBM Corporation, NY, USA) paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı bulgular ortalama, standart sapma, aralık ve yüzde dağılımlarla değerlendirilmiştir. Yapılan tek değişkenli çözümlemlerde kategorik değişkenlerin analizinde ki-kare ve Fischer'in kesinlik testi, sürekli verilerin analizinde dağılıma uygunluk durumuna göre Student's t-testi ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Tek değişkenli çözümlemlerde anlamlı bulunan değişkenlerle çok değişkenli modeller oluşturulmuştur. Çok değişkenli analizlerde lojistik regresyon kullanılmış, Enter modeli tercih edilmiştir. Çözümleyici analizlerde Tip 1 hata 0,05 olarak kabul edilmiştir.

Bu araştırma için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulundan etik kurulu onayı (tarih: 4 Kasım 2021, no: E20478486-050.04.04-182169) alınmıştır. Ayrıca T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu ve Manisa İl Sağlık Müdürlüğünden araştırmanın yürütülmesi ile ilgili gerekli izinler alınmıştır. Bu çalışma, Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak yapılmıştır.

## BULGULAR

Araştırmaya grubunun yaş ortalaması 60,1±8,4 yıl, %71,0'i kadın, %75,0'i evli, %13,2'si eğitimsizdir. Katılımcıların %71,0'i alt sosyal sınıfta yer almakta, %69,6'sı gelir getiren bir işte çalışmamakta iken %42,0'si gelirinin giderinden az olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan kişilerin %20,4'ü Manisa'ya göçle gelmiş, göçle gelenlerin %44,1'i 10 yıldan daha kısa süredir Manisa'da yaşamakta ve %19,6'sı Manisa'ya Doğu veya Güneydoğu Anadolu bölgelerimizden gelmiştir. Araştırma grubunun %60,0'ini kentsel bölgede yaşamakta, %80,2'si ailesi ve/veya akrabaları ile yaşarken %19,8'i yalnız yaşamaktadır. Katılımcıların %50,6'sı evde BOH'u olan bir bireyle yaşadığını ve %2,4'ü ise bakmakla yükümlü olduğu bir kişi bulunduğunu belirtmiştir. Araştırma grubunun %36,4'ü fazla kilolu ve %27,4'ü obez veya morbid obezdir. Katılımcıların %20,2'si sigara, %12,4'ü alkol kullanmakta ve %71,8'i hiç egzersiz yapmamaktadır (Tablo 1).

**TABLO 1:** Araştırma grubunun sosyodemografik ve yaşam biçimi özellikleri.

Değişkenler	Sayı	%
Yaş (yıl)		
45-54 yaş	156	31,2
55-64 yaş	202	40,4
65 yaş ve üzeri	142	28,4
$\bar{X}$ ±SS, Minimum-Maksimum	60,1±8,4; Minimum: 45, Maksimum: 84	
Cinsiyet		
Erkek	145	29,0
Kadın	355	71,0
Medeni durum		
Evli	375	75,0
Bekâr	14	2,8
Eşinden ayrılmış	21	4,2
Eşi ölmüş	90	18,0
Öğrenim durumu		
İlkokul altı	66	13,2
İlkokul/Ortaokul	354	70,8
Lise ve üzeri	80	16,0
Yaşanılan bölge		
Kentsel	300	60,0
Yarı kentsel	100	20,0
Kırsal	100	20,0
Çalışma durumu		
Evet	152	30,4
Hayır	348	69,6
Sosyal sınıf*		
Üst sosyal sınıf	145	29,0
Alt sosyal sınıf	355	71,0
Gelir algısı		
Geliri giderinden fazla	58	11,6
Geliri giderine eşit	232	46,4
Geliri giderinden az	210	42,0
Göç durumu		
Evet	102	20,4
Hayır	398	79,6
Göç yılı (n=102)		
≤10 yıl	45	44,1
>10 yıl	57	55,9
Göç bölgesi (n=102)		
Yurtdışı	24	23,5
Doğu/Güneydoğu Anadolu	20	19,6
Türkiye'de diğer bölgeler	58	56,9
Evde birlikte yaşanılan kişi		
Yalnız	99	19,8
Aile ve/veya akrabalar	401	80,2
Ailede bakmakla yükümlü olduğu/Bakıma muhtaç birey var mı?		
Var	12	2,4
Yok	488	97,6
Sigara kullanımı		
İçmiyor	322	64,4
İçiyor	101	20,2
Bırakmış	77	15,4

**TABLO 1:** Araştırma grubunun sosyodemografik ve yaşam biçimi özellikleri (devamı).

Değişkenler	Sayı	%
<b>Alkol kullanımı</b>		
Hiç kullanmayanlar	438	87,6
Kullananlar	62	12,4
<b>BKİ</b>		
Zayıf/Normal (BKİ≤24,9 kg/m <sup>2</sup> )	181	36,2
Fazla kilolu (BKİ: 25,0-29,9 kg/m <sup>2</sup> )	182	36,4
Obez/Morbid obez (BKİ≥30,0 kg/m <sup>2</sup> )	137	27,4
<b>Egzersiz durumu</b>		
Hiç yapmayan	359	71,8
Haftada 1-2 gün	110	22,0
Haftada 3 gün ve üzeri	31	6,2
<b>Toplam</b>	<b>500</b>	<b>100,0</b>

\*Boratav sınıflaması (Haneye en çok gelir getiren kişinin yaptığı işe göre kentsel sınıflama). Üst sosyal sınıf "işveren, yüksek eğitilmiş, yüksek ücretli, memur büro çalışanı (beyaz yakalı)" olarak; alt sosyal sınıf "küçük esnaf-zanaatkar, iş buldukça çalışanlar, sanayi işçisi (mavi yakalı), niteliksiz işlerde çalışanlar ve işsiz" olarak tanımlanmıştır. Referans: Boratav K. İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri. Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı Yayını; 1995. SS: Standart sapma; BKİ: Beden kitle indeksi.

Çalışmaya katılan bireylerin BOH sayısı ortalaması  $2,2\pm 1,1$ 'dir. Araştırma grubunun %42,6'sında 2 BOH, %20,0'sinde 3 BOH bulunmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin günlük kullandığı ilaç sayısı ortalama  $2,4\pm 1,0$ 'dir. Katılımcıların %43,6'sı günde 2 ilaç kullanırken %41,8'i günde 3 veya daha fazla ilaç kullandığını belirtmiştir (Tablo 2).

Araştırma grubunda en çok bulunan BOH'lar sırasıyla hipertansiyon, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklardır. Araştırmaya katılan bireylerin %54,8'inin hipertansiyonu, %35,2'sinin diyabeti, %22,4'ünün kalp ve damar hastalıkları, %15,0'inin tiroid hastalıkları, %13,2'sinin sindirim sistemi hastalıkları ve %10,2'sinin solunum sistemi hastalıkları bulunmaktadır.

Çalışmaya katılan bireylerin %31,2'si hastalığını her zaman izleyen bir doktoru olduğunu belirtmiş; %57,0'si ise kendisini takip eden bir doktoru olsa da bazen başka doktorlara gidebildiğini belirtmiştir. Katılımcıların %30,2'si COVID-19 pandemisinde önce BOH'unun kötü/çok kötü takip edildiğini ifade etmiştir. Pandeminin ilk 2 yılında araştırma grubunun %16,6'sı COVID-19 pozitif olmuş; %37,2'si ise COVID-19 pozitif veya temaslı olarak karantinaya

**TABLO 2:** Araştırma grubunun pandemi döneminde sağlık durumları ve sağlık hizmet kullanımı ile ilgili özellikleri.

Değişkenler	Sayı	%
<b>BOH sayısı</b>		
Bir	125	25,0
İki	213	42,6
Üç ve üzeri	162	32,4
<b>BOH sayısı <math>\bar{X}\pm SS</math></b>	<b>2,2±1,1</b>	
<b>Günlük ilaç sayısı</b>		
Günde bir	73	14,6
Günde iki	218	43,6
Günde üç ve üzeri	209	41,8
<b>Günlük ilaç sayısı <math>\bar{X}\pm SS</math></b>	<b>2,4±1,0</b>	
<b>BOH'u düzenli takip eden bir doktorunuz var mı?</b>		
Evet, her zaman izleyen bir doktorum var	156	31,2
Bir doktorum var ama bazen başka doktorlara gidiyorum	285	57,0
Hayır, herhangi bir doktora gidiyorum	59	11,8
<b>Pandemi döneminde COVID-19 pozitif olma durumu</b>		
Evet	83	16,6
Hayır	417	83,4
<b>COVID-19 pandemisi döneminde karantinaya alınma durumu</b>		
Evet	186	37,2
Hayır	314	62,8
<b>COVID-19 pandemisi döneminde BOH için kullanılan ilaçlarını temin edebilme durumu</b>		
Hiç sorun olmadı	453	90,6
Biraz sorun oldu	37	7,4
Epeyce sorun oldu	10	2,0
<b>COVID-19 pandemisi döneminde aile hekimine gidebilmek/ulaşabilmek</b>		
Hiç sorun olmadı	193	38,6
Biraz sorun oldu	205	41,0
Epeyce sorun oldu	61	12,2
Hiç ulaşamadım	41	8,2
<b>COVID-19 pandemisi döneminde BOH ile ilgili doktor kontrolleriniz aksadı mı? (Ulaşılabilirlik)</b>		
Evet	238	47,6
Hayır	262	52,4
<b>COVID-19 pandemisi döneminde doktor kontrollerinizin aksama nedeni/ nedenleri nedir? (n=238)*</b>		
Randevu alamadım	84	35,3
Karantinaya alındığım için gidemedim	23	9,7
Ulusal kısıtlamalar nedeniyle gidemedim	77	32,4
COVID-19'a yakalanmaktan korktum	139	58,4
Maddi zorluklar nedeniyle gidemedim	24	10,1
<b>COVID-19 pandemisi döneminde kronik hastalığınızın pandemi öncesine göre nasıl takip edildi?</b>		
Çok daha iyi/Daha iyi	11	2,2
Aynı	251	50,2
Daha kötü/Çok daha kötü	238	47,6
<b>PACIC toplam skoru <math>\bar{X}\pm SS</math></b>	<b>2,43±0,24</b>	
<b>MORISKY tedaviye uyum düzeyleri</b>		
Düşük uyum (1-5 puan)	217	43,4
Orta uyum (6-7 puan)	209	41,8
Yüksek uyum (8 puan)	74	14,8



**TABLO 2:** Araştırma grubunun pandemi döneminde sağlık durumları ve sağlık hizmet kullanımı ile ilgili özellikleri (devamı).

Değişkenler	Sayı	%
COVID-19 pandemisi döneminde öncesine göre algılanan genel sağlık değişimi		
Çok daha iyi/Daha iyi	42	8,4
Aynı	272	54,4
Daha kötü/Çok daha kötü	186	37,2
COVID-19 pandemisi döneminde BOH'la ilgili yakınmalarda artış/ yeni yakınma olma durumu		
Evet	259	51,8
Hayır	241	48,2
COVID-19 pandemisi döneminde uyku düzeniniz nasıl etkilendi?		
Değişiklik olmadı/İyi etkilendi	405	81,0
Kötü etkilendi, daha az/Çok ve kalitesiz uyudum	95	19,0
COVID-19 pandemisi döneminde öncesine göre algılanan ruh sağlığı değişimi		
Çok daha iyi/Daha iyi	5	1,0
Aynı	379	75,8
Daha kötü/Çok daha kötü	116	23,2
COVID-19 pandemisi öncesine göre aile içi ilişkilerinizden ne derece hoşnutsunuz?		
Çok daha fazla/Daha fazla	4	0,8
Aynı derecede	416	83,2
Daha az/Çok daha az	80	16,0
COVID-19 pandemisi öncesine göre sosyal ilişkilerinizden ne derece hoşnutsunuz?		
Çok daha fazla/Daha fazla	3	0,6
Aynı derecede	389	77,8
Daha az/Çok daha az	108	21,6
BOH ile ilgili risk faktörlerinin değişim skoru $\bar{X} \pm SS$	0,87 $\pm$ 0,15	
COVID-19 pandemisi döneminde BOH ile ilişkili risk faktörleri değişim özellikleri		
Kilo almak	78	15,6
Daha az egzersiz/Yürüyüş yapmak	110	22,0
Beslenme düzeninin bozulması	25	5,0
Sigaraya başlamak/Daha çok sigara içmek	11	2,2
Alkol kullanmaya başlamak/Alkol kullanımının artması	8	1,6
Gün içinde oturarak geçirilen sürenin artması	165	33,0

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir; BOH: Bulaşıcı olmayan hastalık; PACIC: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu; SS: Standart sapma.

alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin %90,6'sı pandemi döneminde ilaçlarını temin etmekte hiç sorun yaşamadığını belirtmiştir. Katılımcıların %38,6'sı pandemi döneminde aile hekimine gidebilme/ulaşabilme koşulunda sorun yaşamamış; %8,2'si bu dönemde aile hekimine hiç ulaşamadığını belirtmiştir. Araştırma grubunun %47,6'sının pandemi döneminde BOH ile ilgili doktor kontrolleri aksamıştır. Katılımcıların doktor kontrollerinin aksaması ile ilgili en sık belirttiği nedenler sırasıyla; COVID-19'a yakalanmaktan korkmak (%58,4), randevu alamamak (%35,3) ve ulusal kısıtlamalardır

(%32,4). Araştırmaya katılan bireylerin %50,6'sı pandemi döneminde kronik hastalığının pandemi öncesi dönemle aynı şekilde takip edildiğini belirtirken, %47,6'sı pandemi döneminde kronik hastalık takiplerinin daha kötü/çok daha kötü olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların, BOH'ları ile ilgili aldıkları hizmet niteliğini değerlendiren PACIC'den aldıkları puan  $2,43 \pm 0,24$ 'tür. Araştırma grubunun MORISKY-8 maddeli tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $5,6 \pm 1,6$ 'dır. MORISKY-8 maddeli tedaviye uyum ölçeğine verdikleri yanıtlara göre araştırma grubunun %43,4'ünün tedaviye uyumu düşük düzeyde, %41,8'inin tedaviye uyumu orta düzeydedir (Tablo 2).

Araştırma grubunun %37,2'si genel sağlık durumunun pandemi öncesine göre daha kötü/çok daha kötü olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %51,8'i pandemi döneminde BOH'la ilgili şikâyetlerinde artış ve/veya yeni şikâyetleri olduğunu bildirmiştir. Çalışma grubunun %19,0'u pandemi döneminde uyku düzeninin kötü etkilendiğini; bu dönemde daha kötü ve kalitesiz uyuduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %23,2'si ruhsal durumunun pandemi öncesine göre daha kötü/çok daha kötü olduğunu belirtmiştir. Araştırma grubunun %16,0'sı pandemi öncesine göre aile içi ilişkilerinden daha az/çok daha az hoşnut olduğunu; %21,6'sı sosyal ilişkilerinden pandemi öncesine göre daha az/çok daha az hoşnut olduğunu belirtmiştir (Tablo 2).

Çalışmamızda tek değişkenli çözümlenelerde anlamlı bulunan değişkenlerle yapılan ileri analize göre; pandemi döneminde sağlık hizmetlerine ulaşmada sorun yaşayan kişilerde BOH'la ilgili yeni yakınma/var olan yakınmalarda artış riski 2,03 kat (%95 GA: 1,40-2,96) daha fazladır. Pandemi döneminde BOH risk faktörlerinin olumsuz yönde değişmesi, BOH'la ilgili yeni yakınma/var olan yakınmalarda artış riskini 1,74 kat (%95 GA: 1,12-2,71), ilaç tedavisine uyumlu olmak riski 1,53 kat (%95 GA: 1,05-2,22) artırmaktadır. Katılımcıların PACIC'den aldıkları toplam puandaki her bir birimlik artış, pandemi döneminde BOH'la ilgili yeni yakınma/var olan yakınmalarda artış durumunu 0,39 kat (%95 GA: 0,17-0,90) etkilemektedir. PACIC'den alınan puan arttıkça; yani pandemi döneminde kronik hastalık bakım niteliği arttıkça yeni

yakınma/var olan yakınmalarda artış olma riski azalmaktadır (Tablo 3).

Çalışmamızda yaptığımız diğer bir ileri analize göre; pandemi döneminde sağlık hizmetlerine ulaşmada sorun yaşayan kişilerde algılanan genel sağlık değişiminin kötü olması riski 1,82 kat (%95 GA: 1,23-2,68) daha fazladır. Katılımcıların PACIC'den aldıkları toplam puandaki her bir birimlik artış, algılanan genel sağlık değişiminin kötü olma durumunu 0,26 kat (%95 GA: 0,11-0,60) etkilemektedir. PACIC'den alınan puan arttıkça; yani pandemi döneminde kronik hastalık bakım niteliği arttıkça algılanan genel sağlık değişiminin kötü olma riski azalmaktadır (Tablo 4).

Araştırmamızda, pandemi döneminde ruh sağlığı değişimi için kurulan çok değişkenli modele göre; kadınlarda pandemi döneminde algılanan ruh sağlığı değişiminin kötü olması riski erkeklere göre 2,46 kat (%95 GA: 1,19-5,11) fazladır. Pandemi döneminde uyku düzeninin kötü etkilenmesi, algılanan ruh sağlığı değişiminin kötü olması riskini 8,25 kat (%95 GA: 4,66-14,60) artırmaktadır. Pandemi döneminde aile içi ilişkilerden hoşnutluğun daha az olması algılanan ruh sağlığı değişiminin kötü olması riskini 4,21 kat (%95 GA: 2,46-7,21) ve sosyal ilişkilerden hoşnutluğun daha az olması ise riski 2,69 kat (%95 GA: 1,58-4,57) artırmaktadır (Tablo 5).

**TABLO 3:** Araştırma grubunda pandemi döneminde BOH ile ilgili yeni yakınma/yakınmalarda artışın ortaya çıkması. Lojistik regresyon indirgenmiş son model gösterimi (R<sup>2</sup>: 0,10).

Özellik	β	p	OR (%95 GA)
COVID-19 pandemisi döneminde BOH ile ilgili doktor kontrolleriniz aksadı mı? (Ulaşılabilirlik)			
Hayır			1 (Ref.)
Evet	0,708	0,001	2,03 (1,40-2,96)
PACIC toplam skoru	-0,928	0,027	0,39 (0,17-0,90)
BOH risk faktörleri değişimi			
Olumlu değişim/Değişim yok			1 (Ref.)
Olumsuz değişim	0,554	0,014	1,74 (1,12-2,71)
İlaç tedavisine uyum			
Uyumsuz			1 (Ref.)
Uyumlu	0,422	0,027	1,53 (1,05-2,22)

BOH: Bulaşıcı olmayan hastalık; PACIC: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu; OR: Odds oranı; GA: Güven aralığı; Modele dâhil edilen değişkenler: Algılanan gelir düzeyi, pandemi döneminde sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği, PACIC toplam skoru, BOH risk faktörlerindeki değişim, ilaç tedavisine uyum.

**TABLO 4:** Araştırma grubunda pandemi döneminde algılanan genel sağlık değişiminin lojistik regresyon indirgenmiş son model gösterimi (R<sup>2</sup>: 0,09).

Özellik	β	p	OR (%95 GA)
COVID-19 pandemisi döneminde BOH ile ilgili doktor kontrolleriniz aksadı mı? (Ulaşılabilirlik)			
Hayır			1 (Ref.)
Evet	0,601	0,002	1,82 (1,23-2,68)
PACIC toplam skoru	-1,360	0,002	0,26 (0,11-0,60)

PACIC: Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu; OR: Odds oranı; GA: Güven aralığı; Modele dâhil edilen değişkenler: Algılanan gelir düzeyi, pandemi döneminde sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği, PACIC toplam skoru.

**TABLO 5:** Araştırma grubunda pandemi döneminde algılanan ruh sağlığı değişiminin lojistik regresyon indirgenmiş son model gösterimi (R<sup>2</sup>: 0,40).

Özellik	β	p	OR (%95 GA)
Cinsiyet			
Erkek			1 (Ref.)
Kadın	0,901	0,015	2,46 (1,19-5,11)
Pandemi döneminde uyku düzeni			
İyi etkilendi/Değişmedi			1 (Ref.)
Kötü etkilendi	2,110	0,001	8,25 (4,66-14,60)
Pandemi döneminde aile içi ilişkilerden hoşnutluk			
Daha fazla/Aynı			1 (Ref.)
Daha az	1,440	0,001	4,22 (2,46-7,22)
Pandemi döneminde sosyal ilişkilerden hoşnutluk			
Daha fazla/Aynı			1 (Ref.)
Daha az	0,991	0,001	2,69 (1,59-4,57)

OR: Odds oranı; GA: Güven aralığı; Modele dâhil edilen değişkenler: Cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, pandemi döneminde uyku düzenindeki değişim, pandemi döneminde aile içi ilişkilerden hoşnutluk değişimi, pandemi döneminde sosyal ilişkilerden hoşnutluk değişimi.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada, COVID-19 pandemisi etkisinde geçen 2 yılda bulaşıcı olmayan hastalığa sahip 45 yaş ve üzeri bireylerin pandemi döneminde BOH yakınmalarındaki değişim, algılanan genel sağlık ve algılanan ruh sağlığı değişimi incelenmiştir.

Mayıs 2022 itibarıyla ülkemizde COVID-19 insidansı yaklaşık %17,8'dir.<sup>19</sup> Çalışmamızda, bu sonuçla uyumlu olarak katılımcıların %16,6'sı pandemi döneminde COVID-19 pozitif tanısı aldığını belirtmiştir. Katılımcıların %37,2'si pandemi döneminde en az 1 kez karantinaya alınmıştır. Araştırmamızda,

katılımcıların %12,2'si COVID-19 pandemisi döneminde aile hekimine gidebilmek/ulaşabilmek konusunda epeyce sorun yaşadığını belirtmiş; %8,2'si ise hiç ulaşamadığını ifade etmiştir. Malta'da 2021 yılında yürütülen bir çalışmada, BOH olan bireylerin %47'sinin birinci basamağa başvuru sıklığında azalma bildirilmiştir.<sup>20</sup> İspanya'da birinci basamağa yüz yüze başvurular %47 oranında azalmış; özellikle hipertansiyon (%32) ve diyabet (%21) başvurularında düşüş yaşanmıştır.<sup>21</sup> Çalışmamızda, katılımcıların %90,6'sı pandemi döneminde BOH için kullandığı ilaç temini konusunda herhangi bir sorun yaşamadığını belirtmiştir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde yürütülen çok merkezli bir çalışmada ise BOH olan katılımcıların %16'sı en az bir ilaç dozu veya reçeteye erişemediğini belirtmiştir.<sup>10</sup> Ülkemizde pandemi döneminde raporlu ilaçların reçetesiz alınabilmesi uygulamasıyla BOH olan bireylerin ilaçlarını temin edebilmeleri sağlanmıştır.<sup>22</sup>

Bu çalışmada, BOH'ları olan bireylerin COVID-19 pandemisi sırasında aldıkları BOH bakım niteliğini değerlendirmek amacıyla PACIC kullanılmıştır. Çalışmamızda, PACIC'nin toplam skoru 2,43'tür. Çalışmamızla aynı bölgede (Manisa İl Merkezi) 2014 yılında Tip 2 diyabetlilerde yapılan bir çalışmada, ölçeğin toplam skoru 2,59 olarak bulunmuştur.<sup>23</sup> Aydın'da 2015'te birinci basamağa başvuran kronik hastalığı olan 500 kişi ile yapılmış bir çalışmada toplam skor 2,78; 2017 yılında Erzurum'da yürütülen bir başka çalışmada toplam skor 2,77 olarak bulunmuştur.<sup>24,25</sup> Literatürle kıyaslandığında, çalışmamızda PACIC'den alınan toplam skorun çoğunlukla daha düşük olduğu görülmektedir. Bu durumun olası nedenlerinden birisi COVID-19 pandemisi döneminde alınan kısıtlayıcı önlemlerin, hastaların takip ve tedavi sürelerini etkilemesi ve hastaların BOH ile ilgili aldıkları bakım memnuniyetinin azalması olabilir. Nitekim çalışmamızda, pandemi döneminde kronik hastalık takiplerinin pandemi öncesine göre değerlendirilmeleri istendiğinde; katılımcıların %47,6'sı pandemi döneminde hastalığının öncesine göre daha kötü/çok daha kötü takip edildiğini belirtmiştir.

Çalışmamızda, katılımcıların %47,6'sı pandemi döneminde BOH randevu ve kontrolleri ile ilgili aksaklık yaşadığını belirtmiştir. Ankara'da 2020 yılında yapılan bir çalışmada, katılımcıların %48,6'sının pan-

demi nedeniyle kontrol ve tedavileri aksamıştır.<sup>26</sup> Düşük ve orta gelirli ülkelerde BOH olan 1.478 hastanın katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, bireylerin %31'i pandemi dönemi boyunca kronik hastalıklar ile ilgili rutin sağlık hizmetlerine erişimde zorlandıkları bildirilmektedir.<sup>10</sup> Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda, kronik hastalıkları olan bireylerin sağlık hizmetine ulaşamama nedenleri arasında COVID-19'a yakalanma korkusu (%58,4) öne çıkmaktadır.<sup>10,26,27</sup> Bunu randevu alamama (%35,3), sokağa çıkma kısıtlaması/toplu ulaşım yasağı gibi ulusal kısıtlamalar (%32,4) izlemektedir.

COVID-19 pandemisi, BOH'larla yaşayan kişilerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetine erişimini ve hizmet niteliğini etkilemesinin yanında BOH risk faktörlerinin yönetimini de zorlaştırmıştır.<sup>28</sup> Çalışmamızda katılımcıların %15,6'sı pandemi döneminde kilo almış; %22,0'si daha az yürüyüş/egzersiz yaptığını ve %33,0'ü gün içerisinde oturarak geçirdiği zamanın arttığını belirtmiştir. Literatür incelendiğinde; BOH'u olan kişilerin pandemi döneminde sağlıklı beslenme alışkanlıklarını sürdürmediği, besin tüketim sıklığında ve karbonhidrat içeren besin tüketiminde artış olduğu, fizik aktivitenin ve atılan adım sayısının azaldığı, sigara ve alkol kullanımının arttığı görülmektedir.<sup>10,29,30</sup>

Çalışmamızda, katılımcıların %51,8'i COVID-19 pandemisi döneminde BOH ile ilgili yeni yakınma/yakınmalarında artış olduğunu belirtmiştir. Pakistan'da yürütülen bir çalışmada, diyabeti olan katılımcıların %33'ü, hipertansiyonu olan katılımcıların %37'si pandeminin kronik hastalıklarının seyrini olumsuz etkilediğini belirtmiştir.<sup>11</sup> Düşük ve orta gelirli ülkelerden kronik hastalığı olan 18 yaş ve üzeri bireylerde yapılan bir diğer çalışmada, katılımcıların %19'u kronik hastalığının pandemi döneminde daha kötüye gittiğini bildirmiştir.<sup>10</sup> Çalışmamızın 45 yaş üzeri bireylerde yapılmış olması ve BOH durumunu değerlendirmek için herhangi bir klinik veya biyokimyasal parametre kullanılmaması; kronik hastalığının kötüleştiğini bildirenlerin daha fazla bulunmasına neden olmuş olabilir. Yaptığımız çok değişkenli analizlere göre COVID-19 pandemisi döneminde BOH'ları olan kişilerin hastalık yakınmalarının kötüleşmesini etkileyen faktörler; pandemi döneminde sağlık hizmetinin ulaşılabilirliği, sağlık



hizmetinin niteliği, BOH risk faktörlerinin değişimi ve ilaç tedavisine uyumdur. pandemi döneminde sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğin kötü olması kronik hastalıkla ilgili yeni yakınma ve/veya var olan yakınmalarda artış riskini 2,05 kat (%95 GA: 1,40-2,99) artırmaktadır. Kronik hastalıkları olan bireylerin pandemi döneminde rutin kontrollerine devam edememeleri, hastalıkları ile ilgili müdahale edilmesi gereken durumların tespit edilememesine ve sağlık durumlarının kötüye gitmesine neden olmuş olabilir. Çalışmamızda BOH bakım niteliği arttıkça hastalıkla ilgili yeni yakınma/yakınmalarda artış olma riski azalmaktadır (OR: 0,39, %95 GA: 0,17-0,90). Pandemi döneminde zor koşullar altında alınan sağlık hizmetleri, bireylerin hastalık yönetimini sağlayabilmeleri konusunda yeterli olmamış olabilir. Öte yandan kronik hastalıkları olan bireylerin hastalıklarına yönelik aldıkları sağlık hizmetinden memnun olmamaları, pandemi döneminde yakınmalarının olumsuz etkilendiğini beyan etmelerine neden olmuş olabilir. Çalışmamızda BOH risk faktörlerinde gözlenen olumsuz değişimin, BOH'la ilgili yakınmaların kötüleşme riskini 1,74 kat (%95 GA: 1,12-2,71) artırdığı bulunmuştur. Sağlıklı bir yaşam tarzı, BOH yönetimi için kilit noktalardandır. Pandemi döneminde uygulanan kısıtlamaların ve sosyal izolasyonun, sağlıklı yaşam davranışlarını dolayısıyla kronik hastalıkların seyrini olumsuz etkilemesi kaçınılmazdır.<sup>9</sup> Yaptığımız çalışmada, ilaç tedavisine uyumlu olmanın ise riski 1,53 kat (%95 GA: 1,05-2,22) artırmaktadır. Bu sonuç, tedavi uyumu ve yakınma durumu arasında karşılıklı bir etkileşim olabileceği ve semptom /yakınmalardaki artışla birlikte hastaların ilaç tedavilerine daha uyumlu olmaya yönelmeleri ile açıklanabilir. Kesitsel çalışmaların doğası gereği, neden-sonuç ilişkisinde olayların sırası her zaman belirgin şekilde saptanamamaktadır.

Çalışmamızda pandemi döneminde algılanan ruh sağlığı durumunun öncesine göre daha kötü olma sıklığı %23,2'dir. Etiyopya'da yapılan bir çalışmada, COVID-19 pandemisinin kronik hastaların %22,8'inde olumsuz psikolojik etkileri olduğu bulunmuştur.<sup>31</sup> Çok merkezli başka bir çalışmada kronik hastalığı olan katılımcıların %61,2'si pandeminin daha stresli hissetmelerine neden olduğunu belirtmiştir.<sup>12</sup> Çalışmamızda verilerin yüz yüze toplanması

ve bazı aile sağlığı merkezlerinin fiziki koşulları nedeniyle mahremiyetin tam olarak sağlanamaması; katılımcıların yanıtlarını etkilemiş olabilir ve ruh sağlığının olumsuz etkilenme sıklığını olduğundan daha düşük bulmamıza sebep olmuş olabilir. Araştırmamızda kurulan çok değişkenli modele göre; pandemi döneminde algılanan ruh sağlığı durumunun öncesine göre daha kötü olması riski kadınlarda 2,46 kat (%95 GA:1,19-5,11) fazladır. 2020 yılında kronik hastalığı olan kişilerde yapılan bir çalışmada da pandemi döneminde kadınların psikolojik açıdan olumsuz etkilenme riskinin 1,8 kat daha fazla olduğu bulunmuştur.<sup>31</sup> Kadınlarda anksiyete ve depresif bozuklukların daha yaygın görülmesi nedeniyle, pandemilerin ruh sağlığı üzerine etkilerinin kadınlarda daha fazla olacağı tahmin edilmektedir.<sup>32</sup> Pandemi döneminde aile içi ilişkilerden hoşnutluğun öncesine göre daha az olması (OR: 4,21, %95 GA: 2,46-7,21) ve sosyal ilişkilerden hoşnutluğun daha az olması da (OR: 2,69, %95 GA: 1,58-4,57) algılanan ruh sağlığı değişiminin kötü olması riskini artırmaktadır. Başka bir çalışmada ise sosyal desteği olmayan kronik hastaların pandemi döneminde ruh sağlıklarının olumsuz etkilenme riskinin 3.6 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir.<sup>31</sup> COVID-19 açısından riskli grupta yer alan kronik hastalığı olan bireylerde, sosyal izolasyon nedeniyle artan yalnızlık hissi ruh sağlıklarını olumsuz etkilemiş olabilir. Çalışmamızda pandemi döneminde daha kalitesiz ve düzensiz uyuduğunu belirten katılımcıların algılanan ruh sağlığı değişiminin kötü olması riski 8,25 kat (%95 GA: 4,66-14,60) artmıştır. Uyku ve ruh sağlığı ilişkisi karmaşıktır. Literatür incelendiğinde, depresyonun uyku sorunlarına yol açabileceği gib, uyku sorunlarının da depresyona neden olabileceği veya eşlik edebileceği görülmektedir.<sup>33</sup>

Çalışmamızda, katılımcılarda pandemi döneminde pandemi öncesine göre algılanan genel sağlık durumunun kötüleşme sıklığı %37,2'dir. 65 ülkeden 3.550 katılımcıda yapılan bir çalışmaya göre, pandemi kronik hastalığı olan bireylerin %48,5'inin algılanan sağlık durumunu olumsuz etkilemiştir.<sup>34</sup> Yaptığımız çok değişkenli analizlere göre; çalışmamızda kronik hastalıkları olan katılımcıların COVID-19 pandemisi döneminde algıladıkları genel sağlık durumunu etkileyen faktörler; pandemi döneminde

sağlık hizmetinin ulaşılabilirliği ve sağlık hizmetinin niteliğidir. Pandemi döneminde algılanan genel sağlık değişiminin kötü olma riski sağlık hizmetlerine ulaşmada sorun yaşayan kişilerde artmakta (OR:1,82, %95 GA: 1,23-2.68); kronik hastalık bakım niteliğinin artmasıyla risk azalmaktadır (OR: 0.26, %95 GA: 0,11-0,60). Pakistan’da COVID-19 pandemisinin kronik hastaların sağlığına etkisini inceleyen bir çalışmada, katılımcıların %49,8’i bakım almadaki gecikmenin sağlıkları üzerinde olumsuz bir etki yarattığını ifade etmiştir.<sup>35</sup> Pandemi döneminde, karantina önlemleri ve seyahat kısıtlaması, hastalığa yakalanma korkusuyla başvuruların geciktirilmesi; elektif hizmetlerin ertelenmesi ve sağlık kurumlarında alınan diğer önlemler BOH bakım hizmetlerini nicelik ve nitelik bakımından etkilemiş; hastalık yönetimini zorlaştırmıştır.

Çalışmamızın en güçlü yanı, COVID-19 pandemisinin kronik hastalığı olan bireylerin sağlık hizmetine ulaşım, sağlık ve ruh sağlığı durumlarını inceleyen ülkemizdeki ilk çalışmalardan biri olmasıdır. Çalışmamızda şimdiye dek, ülkemizde bu konuda yürütülen diğer çalışmalardan farklı olarak tek bir hastalığa ve yaş grubuna odaklanılmaması da çalışmamızı güçlü kılmaktadır. Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Birincisi, çalışmanın aile sağlığı merkezine başvuranlarda yapılması sağlık hizmetinin ulaşılabilirliğinin olduğundan fazla bulunmasına neden olmuş olabilir. İkincisi, çalışmamızın pandeminin 2. yılı tamamlanırken yürütülmesi ve hafıza faktörü nedeniyle katılımcıların bir kısmı bu dönemde yaşadıkları bazı zorlukları hatırlayamamış olabilir. Üçüncüsü, çalışmamızda hastaların hastalık belirti ve yakınmalarındaki artışın nesnel olarak ölçülememesi, bu verinin sadece beyana dayalı olarak elde edilmesidir.

## SONUÇ

Çalışmamıza göre; kronik hastalığı olan bireylerin yaklaşık yarısının pandemi döneminde hastalık semptom ve yakınmalarında artış/yeni yakınmaları olmuştur. Önceki çalışmalarla kıyaslandığında, kronik hastalık bakım niteliğinin COVID-19 pandemisi döneminde zayıfladığı görülmüştür. COVID-19 pandemisi döneminde bulaş korkusu, randevu alamama ve kısıtlamalar nedeniyle kronik hastalığı olan bireylerin

yaklaşık yarısının rutin kontrolleri aksamıştır. Katılımcıların %37’sinin algılanan sağlık durumu pandemi öncesine göre daha kötüdür. Kronik hastalığı olan bireylerin yaklaşık 1/4’ünün algılanan ruh sağlığı pandemi öncesine göre daha kötüdür. Pandemi döneminde risk gruplarına yönelik kısıtlamalar, kronik hastalığı olan bireylerin kronik hastalıklar açısından riskli davranışlarını olumsuz etkilemiştir. Katılımcıların %15’i pandemi döneminde kilo almış; %22’si daha az yürüyüş/egzersiz yapmış ve %33’ünün gün içerisinde oturarak geçirdiği süre artmıştır.

Pandemi döneminde kronik hastaların önemli bir kısmının rutin takiplerinin aksadığı görülmektedir. Kronik hastalık yönetiminin sürekliliğinin sağlanacağı ve birinci basamağın aktif rol alacağı bir “pandemi acil eylem planı” hazırlanmalıdır. Kronik hastalık yönetiminde, bireylere hastalıklarını yönetme konusunda daha fazla destek verilmesi hem rutin dönemlerde hem de pandemi gibi olağan dışı koşullarda hastalara ve sağlık sistemine fayda sağlayabilir. Pandemi döneminde bedensel morbiditeler kadar ruh sağlığına da özen gösterilmeli; risk gruplarının sağlık kurumlarına başvurularda sorgulanmaları ve psikolojik destek almaları sağlanmalıdır. Beslenme düzeninin bozulması ve fizik aktivitenin azalması uzun vadede kronik hastalıkların seyrini etkileyebilir. COVID-19 pandemisi döneminde yaşanan tüm bu sorunlar ve ortaya çıkabilecek komplikasyonlar nedeniyle, BOH’ların mevcut sağlık sistemi üzerindeki yükünün artabileceği göz ardı edilmemeli; hastalar bu yönden izlenmelidir.

### Finansal Kaynak

*Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.*

### Çıkar Çatışması

*Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.*

**Yazar Katkıları**

**Fikir/Kavram:** Kübra Çiçek, Erhan Eser; **Tasarım:** Kübra Çiçek, Erhan Eser; **Denetleme/Danışmanlık:** Kübra Çiçek, Erhan Eser; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Kübra Çiçek, Erhan Eser; **Analiz**

**ve/veya Yorum:** Kübra Çiçek, Erhan Eser; **Kaynak Taraması:** Kübra Çiçek, Erhan Eser; **Makalenin Yazımı:** Kübra Çiçek; **Eleştirel İnceleme:** Kübra Çiçek, Erhan Eser; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Kübra Çiçek, Erhan Eser; **Malzemeler:** Kübra Çiçek, Erhan Eser.

**KAYNAKLAR**

- World Health Organization [Internet]. © 2024 WHO [Cited: October 15, 2023]. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. 11 March 2020. Available from: [\[Link\]](#)
- Türk Tabipleri Birliği (TTB). COVID-19 İzleme Kurulu COVID-19 Pandemisi Altıncı Ay Değerlendirme Raporu 2020. Erişim tarihi: 14.02.2024 [\[Link\]](#)
- Basu S. Non-communicable disease management in vulnerable patients during Covid-19. Indian J Med Ethics. 2020;V(2):103-5. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Khera A, Baum SJ, Gluckman TJ, Gulati M, Martin SS, Michos ED, et al. Continuity of care and outpatient management for patients with and at high risk for cardiovascular disease during the COVID-19 pandemic: a scientific statement from the American Society for Preventive Cardiology. Am J Prev Cardiol. 2020;1:100009. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Moynihan R, Sanders S, Michaleff ZA, Scott AM, Clark J, To EJ, et al. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. BMJ Open. 2021;11(3):e045343. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- World Health Organization (WHO). Pulse Survey on Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic: Interim Report. 2020. Erişim tarihi: 14.02.2024 [\[Link\]](#)
- World Health Organization (WHO). The Impact of the Covid-19 Pandemic on Noncommunicable Disease Resources and Services: Results of a Rapid Assessment. Geneva: World Health Organization; 2020. Cited: November 12, 2023. Available from: [\[Link\]](#)
- Maffham MM, Spata E, Goldacre R, Gair D, Curnow P, Bray M, et al. COVID-19 pandemic and admission rates for and management of acute coronary syndromes in England. The Lancet. 2020;396(10248):381-9. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
- Kluge HHP, Wickramasinghe K, Rippin HL, Mendes R, Peters DH, Kontsevaya A, et al. Prevention and control of non-communicable diseases in the COVID-19 response. Lancet. 2020;395(10238):1678-80. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Devi R, Goodyear-Smith F, Subramaniam K, McCormack J, Calder A, Parag V, et al. The impact of COVID-19 on the care of patients with noncommunicable diseases in low- and middle-income countries: an online survey of patient perspectives. J Patient Exp. 2021;8:23743735211034091. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Saqib MAN, Siddiqui S, Qasim M, Jamil MA, Rafique I, Awan UA, et al. Effect of COVID-19 lockdown on patients with chronic diseases. Diabetes Metab Syndr. 2020;14(6):1621-3. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Biancalana E, Parolini F, Mengozzi A, Solini A. Short-term impact of COVID-19 lockdown on metabolic control of patients with well-controlled type 2 diabetes: a single-centre observational study. Acta Diabetol. 2021;58(4):431-6. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Liang Y, Chang C, Chen Y, Dong F, Zhang L, Sun Y. Symptoms, management and healthcare utilization of COPD patients during the COVID-19 epidemic in Beijing. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2020;15:2487-94. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Moncater TRT, Gomez AVD, Lorenzo F, Saniel OP, Faraon EJA, Rosadia RAF, et al. Effects of the COVID-19 pandemic on the implementation of NCD care at the primary care level in the Philippines: a qualitative inquiry. Acta Medica Philippina. 2023. [\[Link\]](#)
- Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, Mahoney LD, Reid RJ, Greene SM. Development and validation of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC). Med Care. 2005;43(5):436-44. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
- İncirkuş K, Nahcivan N. Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği-hasta formu'nun Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği [Validity and reliability study of Turkish version of the patient assessment of chronic illness care-patient form]. DEUHYO 2011;4(1):102-9. [\[Link\]](#)
- Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 2008;10(5):348-54. Retraction in: J Clin Hypertens (Greenwich). 2023;25(9):889. Retraction in: J Clin Hypertens (Greenwich). 2023;25(9):890. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Hacıhasanoğlu Aşlar R, Gözüm S, Çapık C, Morisky DE. Reliability and validity of the Turkish form of the eight-item Morisky medication adherence scale in hypertensive patients. Anadolu Kardiyol Derg. 2014;14(8):692-700. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Genel Koronavirüs Tablosu. Erişim tarihi: 14.02.2024 [\[Link\]](#)
- Cuschieri S, Grech S, Grech V. Insight into the attitudes and experiences of adults with non-communicable diseases a year into the COVID-19 pandemic: the Malta Experience. Dubai Medical Journal. 2021;4(4):382-8. [\[Crossref\]](#) [\[PMC\]](#)
- Lopez Segui F, Hernandez Guillaumet G, Pifarré Arolas H, Marin-Gomez FX, Ruiz Comellas A, Ramirez Morros AM, et al. Characterization and identification of variations in types of primary care visits before and during the COVID-19 pandemic in catalonia: big data analysis study. J Med Internet Res. 2021;23(9):e29622. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
- Türk Eczacılar Birliği [Internet]. [Erişim tarihi: 20 Kasım 2022]. Kronik Hastalığı Nedeniyle Sağlık Raporu Olan Hastaların İlaç Temini Hakkında SGK Duyurusu 2020. Erişim linki: [\[Link\]](#)
- Dede B. Manisa kent merkezinde yaşayan diyabetli hastalarda izlem ve bakım niteliğinin değerlendirilmesi [Tıpta uzmanlık tezi]. Manisa: Celal Bayar Üniversitesi; 2014. Erişim tarihi: 14.02.2024 [\[Link\]](#)
- Özdemir H. Aile hekimliğinde kronik hasta yönetimi: PACIC (The patient assessment of chronic illness care) ölçeğini modifiye etme ve ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği [Tıpta uzmanlık tezi]. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi; 2016. Erişim tarihi: 14.02.2024 [\[Link\]](#)
- Dönmez Ak S. Kronik hastalığı olan bireylere "Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (PACIC)"nin uygulanması [Tıpta uzmanlık tezi]. Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi; 2017. Erişim tarihi: 14.02.2024 [\[Link\]](#)
- Erşen O, Gojayev A, Mercan Ü, Ünal AE. Pandemi sürecinde kanser hastalarının COVID-19'a ilişkin bilgi, farkındalık, korku düzeyi ve sağlık hizmetlerine erişiminin değerlendirilmesi [Evaluation of cancer patients' awareness and fear of covid-19 and access to health services during the pandemic process]. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2020;40(4):399-405. [\[Crossref\]](#)
- Gualano MR, Corradi A, Voglino G, Bert F, Siliquini R. Beyond COVID-19: a cross-sectional study in Italy exploring the covid collateral impacts on health-care services. Health Policy. 2021;125(7):869-76. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)

28. Yadav UN, Rayamajhee B, Mistry SK, Parsekar SS, Mishra SK. A syndemic perspective on the management of non-communicable diseases amid the COVID-19 pandemic in low- and middle-income countries. *Front Public Health*. 2020;8:508. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
29. Macit MS. COVID-19 salgını sonrası yetişkin bireylerin beslenme alışkanlıklarındaki değişikliklerin değerlendirilmesi [Evaluation of changes in the nutritional habits of adults after covid-19 outbreak]. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;13(3):277-88. [[Crossref](#)]
30. Stockwell S, Trott M, Tully M, Shin J, Barnett Y, Butler L, et al. Changes in physical activity and sedentary behaviours from before to during the COVID-19 pandemic lockdown: a systematic review. *BMJ Open Sport Exerc Med*. 2021;7(1):e000960. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
31. Addis SG, Nega AD, Miretu DG. Psychological impact of COVID-19 pandemic on chronic disease patients in Dessie town government and private hospitals, Northeast Ethiopia. *Diabetes Metab Syndr*. 2021;15(1):129-35. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
32. Kim SJ, Han JA, Lee TY, Hwang TY, Kwon KS, Park KS, et al. Community-based risk communication survey: risk prevention behaviors in communities during the H1N1 crisis, 2010. *Osong Public Health Res Perspect*. 2014;5(1):9-19. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
33. Keskin N, Tamam L. Ruhsal bozukluklarda uyku [Sleep in mental disorders]. *Archives Medical Review Journal*. 2018;27(1):27-38. [[Crossref](#)]
34. Azzouzi S, Stratton C, Muñoz-Velasco LP, Wang K, Fourtassi M, Hong BY, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on healthy lifestyle behaviors and perceived mental and physical health of people living with non-communicable diseases: an international cross-sectional survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(13):8023. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
35. Mahmood MM, Rehman J, Arif B, Rehman Z, Aasim M, Saeed MT. Knowledge, attitudes and practices of patients with chronic illnesses during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey from Pakistan. *Chronic Illn*. 2022;18(3):608-19. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]