

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**UŞAK İLİNDE İLK VE ORTAÖĞRETİMDE GÖREV YAPAN
ÖĞRETMENLERİN KORONA VİRÜS ANKSİYETESİ, SAĞLIK
ANKSİYETESİ VE KENDİ AİLE HEKİMLERİ HAKKINDAKİ
GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Onur BAKICI

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Fatih ÖZCAN

Manisa, 2021

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık kaygısı, hipokondriyazis ve hastalık fobisi de dahil olmak üzere, hafiften şiddetli biçimlere uzanan, hastalıkla ilgili sürekli endişeleri kapsayan geniş tanısal yapıyı ifade eder (1). DSM-V'de tanımlandığı şekliyle hastalık anksiyete bozukluğu epidemiyolojisi belirsizdir. Popülasyona dayalı çalışmalarda hipokondriyazisin nokta prevalansı %0,4 ile %4,5 arasında bildirilmiştir. Psikofarmakoloji ve bilişsel davranışçı terapi dahil, semptomları önemli ölçüde azaltabilen kanıta dayalı tedaviler vardır (2).

Bilişsel davranış modellerine göre, özellikle tetikleyici olaylar, bilişler ve olumsuz davranışlar, sağlık kaygısının gelişmesinde ve sürdürülmesinde çok önemli bir rol oynamaktadır (3).

COVID-19, tahminlere göre Çin'in Wuhan kentinde Aralık 2019'un sonlarında ortaya çıkan yeni bir bulaşıcı hastalıktır (4). Hastalığa Coronaviridae virüs ailesine ait yeni bir virüs olan SARSCoV-2 neden olur (5). Yerel hastalık daha sonra dünya çapında yayılıp 200'den fazla ülkeye ulaşarak bir pandemiye neden olmuştur. 11 Mart'ta Dünya Sağlık Örgütü (WHO) COVID-19'u küresel bir salgın olarak ilan etti (6). COVID-19, solunum sistemini etkileyen oldukça bulaşıcı bir hastalıktır. Herhangi bir yüzeye yapışabilen ve kontamine olabilen ve birkaç gün canlı kalabilen aerosollerle yayılır (7,8).

COVID-19 pandemisi sırasında ülkeler, bulaşmanın yayılma hızını azaltmak, enfekte hastaların bakımı ve sağlık hizmetlerini organize etmek için bir strateji olarak sosyal mesafe önlemleri uygulamıştır (9,10). Bu bağlamda, çoğu ülkede yüz yüze derslere ara verilmiş, yerini uzaktan eğitime bırakmıştır (11,12). Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü'nün

verileri, 190'dan fazla ÷lkede okulların ÷lke çapında kapatıldığını ortaya koymaktadır (9,13).

Pandemi sırasında Çin'de ÷ şehirde yapılan bir araştırmada, öğretmenler arasındaki anksiyete yaygınlığını değerlendirilmiş ve %13.67'lik bir yaygınlık bulunmuştur. Kadınların erkeklerden daha kaygılı olduğu ve yaş arttıkça anksiyete semptomlarının arttığı bulunmuştur (14).

Geçmişteki salgın ve pandemilerle ilgili önceki çalışmalar (örn. Ebola 2014/2016, H1N1 2009/2010, kuş gribi 2006, SARS 2003), bu zamanlarda kaygı, sağlık endişeleri ve güvenlik davranışlarının yaygın olduğunu göstermiştir (15,16,17,18). Araştırmalar, yanıt verenlerin %50'den fazlasının vir÷s kaynaklı salgınlar veya pandemiler sırasında endişe bildirdiğini bulmuştur (15,16,19,20). Son zamanlarda, mevcut COVID-19 pandemisi sırasında kaygı ve diğer duygusal semptomları araştırmaya başlayan bazı çalışmalar bulunmaktadır (21,22,23,24,25). COVID-19 salgını bağlamında Çin'deki öğrenciler ve genel nüfus arasında yapılan son araştırmalar, katılımcıların yaklaşık % 25-35'inin COVID-19 salgını sırasında anksiyete semptomlarından veya psikolojik stresten muzdarip olduğunu ortaya koymuştur (22,24,25).

Salgınlar/pandemilerle ilişkili sağlık kaygıları ve kaygı, önemli bir psikolojik etkiye sahip olabilir (örneğin, stres, olumsuz düşünceler, kaçınma), etkisiz veya olumsuz önleyici davranışlarla (örneğin, bilimsel bir bakış açısına göre önleyici hiçbir özelliği olmayan davranışlar) ilişkili olabilir. Kalıcı karamsarlık gibi daha uzun vadeli olumsuz sonuçlara yol açabilir (22,26,27).

Salgınla beraber birinci basamak sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlamak kritik bir hale gelmiştir. Hizmetlerin sunumunda aile hekimliğinin birinci basamak sağlık hizmetine yaklaşımı řu şekilde özetlenebilir; sağlık hizmetinin ilk başvuru noktasıdır, giriş kapısıdır ve kişiye sağlık ve de hastalıkta tüm disiplinlerin hizmetini belirli bir düzeyde içine alan kapsamlı ve sürekli bir hizmet sunar, tüm sağlık gereksinimlerinin koordinatörüdür, hasta izlemi ve toplum sağlığı sorunlarının çözümüyle ilgili sürekli bir sorumluluk taşır ve kişiselleştirilmiş bakım sağlar (28).

Hasta memnuniyeti, “sağlık hizmeti alıcısının, hizmet deneyimlerinin bağlam, süreç ve sonucunun göze çarpan yönlerine tepkisi” olarak tanımlanır (29,30).

Hasta memnuniyeti, birinci basamak sağlık hizmetlerinin performansını ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin ihtiyaçlara nasıl yanıt verdiğinin önemli bir göstergesidir (32). Nüfusun sağlık sonuçları sağlık sistemi performansının nesnel ölçütü olsa da, hasta memnuniyeti hastalar tarafından sağlık sisteminin öznel değerlendirmelerine dayanır. Bu değerlendirmeler hastaların algılanan ihtiyaçları ve isteklerini temel alır (31,33,34).

Hasta memnuniyetini ölçmek için hasta algılarının değerlendirilmesi ve hastaların tıbbi ihtiyaçlarının yeterince karşılanıp karşılanmadığının belirlenmesi gerekmektedir (29,35). Gelişmiş ülkelerde, hasta odaklı sonuçlar ve hasta memnuniyeti anketleri, hizmetlerin kalitesini hastaların bakış açısıyla yansıtarak ve daha fazla ilgiye ihtiyaç duyan hastaları belirleyerek sağlık hizmetleri ve dağıtım sisteminin tasarlanması ve değerlendirilmesinin merkezinde yer alır (36). Örneğin, 1996'dan beri Fransa'da, 2005'ten beri Almanya'da hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi yaygın hale gelmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde ise, bu ülkeler doktor-hasta ilişkisinden daha çok modern hizmet sağlayıcı-müşteri tutumuna geçtiğinden, sağlık hizmeti sunumuna ilişkin hasta görüşlerinin kaydedilmesi giderek daha önemli hale gelmektedir (37).

Diyabet, hipertansiyon, koroner arter hastalığı, anksiyete, depresyon gibi hastalıkların yönetiminde iletişim sağlayıcı-hasta ilişkisi özellikle önemlidir (38). Hastalar bilgilendirildiklerinde, ikna edildiklerinde ve karar verme süreçlerine dahil olduklarında, tıbbi tavsiyelere daha fazla bağlı kalırlar. Sağlıkla ilgili daha fazla davranış değişikliği gerçekleştirirler (örneğin, egzersiz, sigarayı bırakma ve diyet değişikliği) (39). Bu tür ortak karar verme, hastaların alternatifler ve tedavinin potansiyel riskleri hakkında tam olarak bilgilendirilmesini ve doktorlarına güvenmelerini gerektirir (40,41).

Bu çalışmada katılımcıların, sağlık anksiyete düzeyleri, koronavirus anksiyete düzeyleri ve kendi aile hekimleri hakkındaki görüşlerine ulaşmak ve bu değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak amaçlanmıştır.

Sağlık anksiyetesi ve aile hekimi hakkındaki görüşleri inceleyerek hasta hekim güven ilişkisi, hasta memnuniyeti, sağlık anksiyetesi ve ilişkili konulara ışık tutulması ve literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Toplumun hemen her kesimi ile temas halinde olan bir meslek grubunu oluşturan öğretmenler, gerek salgınlar gibi olağanşt gerek de olağan hallerde toplumun işleyişi açısından önemli role sahiptirler. Pandemi özelinde öğretmenlerin görüşleri, tutumları ve yaşadıkları psikolojik sorunlar uzaktan eğitim gibi yeni eğitim modellerinin tartışıldığı günlerde ele almaya değer bir konu olarak görülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Somatizasyona Genel Bakış

Somatizasyon, zihinsel fenomenlerin fiziksel (somatik) semptomlar olarak ifadesidir. Somatizasyon ile karakterize edilen bozukluklar, semptomların bilinçsiz ve istemsiz olarak geliştiği bozukluklardan, semptomların bilinçli ve istemli olarak geliştiği bozukluklara kadar bir spektrumda uzanır (42,43).

2.1.1 Somatik Semptom Bozukluğu ve İlişkili Bozukluklar

Somatik semptom bozukluğu ve ilişkili bozukluklar, bu semptomlara ve ilişkili sağlık sorunlarına yanıt olarak aşırı veya uyumsuz düşünce, duygu ve davranışlarla ilişkili persistan fiziksel semptomlarla karakterize edilir. Bu bozukluklar sıkıntı vericidir ve sıklıkla sosyal, mesleki, akademik veya işleyişin diğer yönlerini bozar.

DSM 5'in son baskısı, "tıbbi olarak açıklanamayan semptomların" teşhisini koymak ve uygun tedaviyi sağlamak için tıbbi bir açıklamaya sahip olma ihtiyacından uzaklaştı. Yeni baskıdaki vurgu, sıkıntı ve bozukluk ile bağlantılı olarak eski baskıya göre daha çok semptomlar (sıkıntı veren somatik semptomlar artı bu semptomlara tepki olarak anormal düşünceler, duygular ve davranışlar) üzerindedir.

Bu nedenle, 'Somatik Semptom ve İlişkili Bozukluklar' başlığı altında yeni bir kategori oluşturulmuştur. Buna somatik semptom bozukluğu, hastalık anksiyete bozukluğu, konversiyon bozukluğu, yapay bozukluk ve çeşitli diğer ilgili durumların tanıları dahildir. "Hipokondriyazis" terimi artık dahil edilmemiştir. Durumlardan ikisinde herhangi bir tıbbi patofizyolojinin olmaması tanı için bir kriterdir; Bunlar, konversiyon bozukluğu ve diğer belirtilmiş somatik semptom ve ilişkili bozukluktur. Sağlık anksiyetesi kavramı ise daha çok hastalık anksiyete bozukluğu olmak üzere hastalık anksiyete

bozukluğu ve somatik semptom bozukluğuna atıfta bulunan bir kavramdır (42,43).

2.1.1.1 Somatik Semptom Bozukluğu

DSM 5'te belirtilen somatik semptom bozukluğu için tanı kriterleri şunlardır:

- A. Sıkıntı veren ya da günlük yaşamı önemli ölçüde kesintiye uğratan bir ya da birden çok bedensel belirti.
- B. Aşağıdakilerden en az biri ile kendini gösteren, bedensel belirtiler ya da bunlara eşlik eden sağlıkla ilgili kaygılarla ilişkili aşırı düzeyde düşünceler, duygular ya da davranışlar:
 - i. Kişinin belirtilerinin önemiyle orantısız, süreklilik gösteren düşünceler.
 - ii. Sağlıkla ya da belirtilerle ilgili, sürekli yüksek düzeyde bir kaygı.
 - iii. Bu belirtilere ya da sağlık kaygılarına aşırı zaman ve içsel güç harcanır.
- C. Herhangi bir somatik semptom sürekli olarak mevcut olmasa da, semptomatik olma durumu kalıcıdır (tipik olarak 6 aydan fazla) (42,43).

2.1.1.2 Hastalık Anksiyete Bozukluğu

DSM 5'te belirtilen hastalık anksiyete bozukluğu için tanı kriterleri şunlardır:

- A. Ciddi bir hastalığa sahip olmak veya bu hastalığa yakalanmakla meşgul olmak.
- B. Somatik semptomlar yoktur veya varsa sadece hafif şiddettedir. Başka bir tıbbi durum mevcutsa veya tıbbi bir durum geliştirme riski yüksekse (örneğin, güçlü bir aile öyküsü varsa), meşguliyet açıkça aşırı veya orantısızdır.
- C. Sağlıkla ilgili yüksek düzeyde bir kaygı vardır ve birey, kişisel sağlık durumu hakkında kolayca alarma geçer.

- D. Birey, sağlıkla ilgili aşırı davranışlarda bulunur (örneğin, hastalık belirtileri için vücudunu tekrar tekrar kontrol eder) veya uyumsuz kaçınma sergiler (örneğin, doktor randevularından ve hastanelerden kaçınır).
- E. Hastalık kaygısı en az 6 aydır mevcuttur, ancak korkulan belirli hastalık bu süre içinde değişebilir.
- F. Hastalıkla ilgili meşguliyet, somatik semptom bozukluğu, panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, beden dismorfik bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk veya sanrısız bozukluk, somatik tip gibi başka bir zihinsel bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Hastalar iki tipte incelenebilir;

- A. Bakım arayan tip: Doktor ziyaretleri veya testler ve prosedürler dahil olmak üzere tıbbi bakım sıklıkla kullanılır.
- B. Bakımdan kaçınan tip: Tıbbi bakım nadiren kullanılır (42,43).

Yaygındır ve tahminler genel yetişkin popülasyonda %13'e kadar çıkmaktadır (2).

Hastalık anksiyete bozukluğu ile somatik semptom bozukluğu arasındaki önemli fark, birincisinde, bireyin sıkıntısının öncelikle fiziksel şikayetin kendisinden değil, daha çok şikayetin anlamı, önemi veya nedeni hakkındaki endişesinden kaynaklanmasıdır (43).

Somatik semptom bozukluğu kriterlerini karşılamak için, hastaların aşırı derecede endişe duydukları, endişe duydukları veya korktukları bir veya daha fazla kronik somatik semptomu olmalıdır. Bu korkular ve davranışlar, önemli sıkıntı ve işlev bozukluğuna neden olur ve hastalar sağlık hizmetlerinden sık sık yararlansalar da, kendilerine nadiren güven duyulur ve çoğu zaman tıbbi bakımlarının yetersiz kaldığını hissederler (43).

Hastalık anksiyete bozukluğu olan hastalar tıbbi bir duruma sahip olabilir veya olmayabilir, ancak bedensel duyuları yüksektir, teşhis edilmemiş bir hastalık olasılığı konusunda yoğun endişe duyarlar veya sağlık sorunlarına aşırı zaman ve enerji harcarlar ve genellikle onları saplantılı bir

şekilde araştırırlar (2). Somatik semptom bozukluğu olan insanlar gibi, güvenleri kolay kolay sağlanmaz (43). Hastalık anksiyete bozukluğu, orta düzeyde bile önemli ölçüde sıkıntıya ve yaşamda aksamalara neden olabilir (2).

2.1.1.3 Konversiyon Bozukluğu

DSM 5'te belirtilen konversiyon bozukluğu için tanı kriterleri şunlardır:

- A. Bir veya birden çok, istemli devinsel (motor) ya da duyuşal işlev değışikliği ile ilgili belirti.
- B. Klinik bulgular, söz konusu belirti ile bilinen nöroloji ya da genel tıp durumları arasında bağdaşmazlık ve uyuşmazlık olduğuna ilişkin kanıtlar sağlar.
- C. Bu belirti ya da eksiklik başka bir sağlık durumu ya da ruhsal durumla daha iyi açıklanamaz.
- D. Bu belirti ya da eksiklik, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye neden olur ya da sağlık açısından değerlendirmeyi gerektirir.

Klinik bulgular nörolojik hastalıkla açık bir uyumsuzluk gösterebilir veya bilinen bir klinik tabloyu taklit edebilir. Bir kişinin bariz bozuklukları gösterdiği ve tanımladığı birçok klasik örnek vardır, ancak başka zamanlarda gözlemlendiğinde veya başka yollarla test edildiğinde muayene açıkça normaldir (yatarken zayıflık veya plantar fleksiyon olmaması, ancak yürüme yeteneği olması gibi veya komutlara yanıt veren belirgin bir Grand Mal nöbeti gibi) (42,44).

2.1.1.4 Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etkenler

DSM 5'te belirtilen "Diğer Sağlık Durumlarını Etkileyen Ruhsal Etkenler" için tanı kriterleri şunlardır:

- A. Sağlıkla ilgili bir belirti ya da durum (ruh sağlığının dışında) vardır.
- B. Ruhsal ya da davranışsal etkenler, sağlık durumunu, aşağıdaki yollardan biriyle olumsuz bir biçimde etkiler:

- i. Ruhsal etkenlerle sağlık durumunun gelişmesi, alevlenmesi ya da iyileşmenin gecikmesi arasında yakın zamansal bir birliktelik olması ile bu etkenler sağlık durumunun gidişini etkilemiştir.
 - ii. Bu etkenler, sağlık durumunun iyileşmesini güçleştirmektedir (örn. tedaviye uyum göstermeme).
 - iii. Bu etkenler, kişı için başka birtakım gerçek sağlık sorunları yaratmaktadır.
- C. B tanı ölçütündeki ruhsal ve davranışsal etkenler, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (42).

2.1.1.5 Yapay Bozukluk

DSM 5'te belirtilen Yapay Bozukluk için tanı kriterleri şunlardır:

Kendine Yüklenen Yapay Bozukluk:

- A. Yanıltıcı (yanlış bir kanı uyandırıcı), bedensel ya da ruhsal düzmece belirtiler çıkarma ya da yaralanmaya ya da hastalığa yol açma tutumu.
- B. Kişı, kendisini, başkalarına hasta, iş göremez ya da yaralı olarak sunar.
- C. Açık dış ödülleri olmasa bile yanıltma (yanlış bir kanı uyandırma) davranışı belirgindir.
- D. Bu davranış, sanrılı bozukluk ya da diğer bir psikoz bozukluğu gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz.

Başka Bir Kişiyi yüklenen Yapay Bozukluk (Önceden Proxy Tarafından Yapay Bozukluk):

- A. Bir başkasında yanıltıcı (yanlış bir kanı uyandırıcı), bedensel ya da ruhsal düzmece belirtiler çıkarma ya da yaralanmaya ya da hastalığa yol açma tutumu.
- B. Kişı, bir başkasını, diğerlerine hasta, iş göremez ya da yaralı olarak sunar.
- C. Açık dış ödülleri olmasa bile yanıltma (yanlış bir kanı uyandırma) davranışı belirgindir.

- D. Bu davranış, sanrılı bozukluk ya da diğer bir psikoz bozukluğu gibi başka bir ruhsal hastalıkla daha iyi açıklanamaz (42).

2.1.1.6 Diğer Belirtilmiş Somatik Semptom ve İlişkili Bozukluk

DSM 5, bu kategorinin, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olan somatik semptom ve ilgili bozuklukların özelliklerinin baskın olduğu, ancak somatik semptom ve ilgili bozukluklar tanı sınıfındaki bozuklukların herhangi biri için tam ölçütleri karşılamadığı durumlar için geçerli olduğunu belirtmektedir.

Örnekler şunları içerir:

- Kısa bedensel belirti bozukluğu: Belirtilerin süresi altı aydan kısadır.
- Kısa hastalık kaygısı bozukluğu: Belirtilerin süresi altı aydan kısadır.
- Sağlıkla ilgili aşırı davranışlar olmadan hastalık kaygısı bozukluğu: Hastalık kaygısı bozukluğu için D tanı ölçütü karşılanmamaktadır.
- Psödosiyezis: Gebeliğin nesnel bulgularının olduğu ve gebelik belirtilerinin bildirildiği, gebe olduğu yanlış inancı (42).

2.2 Pandemi Tanımı

Eski Yunanca'da tüm anlamına gelen 'pan' ve insanlar anlamına gelen 'demos' kelimelerinden türetilen pandemi; birden fazla ülkede, bir kıta hatta tüm dünya gibi çok geniş bir alanda yayılan ve etkisini gösteren salgın hastalıklara verilen genel addır (45). Geçmişten günümüze bakıldığında onlarca pandemi ortaya çıkmış, milyonlarca insan hayatını kaybetmiş ya da hastalığın yaşam boyu süren etkilerine maruz kalmıştır.

Bir pandemi DSÖ tanımlamasına göre ancak aşağıdaki 3 kriteri sağladığında başlamış sayılır (45):

- A. Nüfusun daha önce maruz kalmadığı yeni veya mutasyona uğramış bir etken olması
- B. Hastalığa sebep olan bu etkenin insanlara kolayca bulaşabilmesi ve tehlikeli bir hastalığa yol açması
- C. Hastalık etkeninin insanlar arasında kolayca ve devamlı olarak yayılması

Pandemi döneminde mevcut kronik hastalıklar üzerine eklenen salgına bağlı hasta sayısındaki artış, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemi kapasitelerini olumsuz etkilemektedir (45). Sonuçta hem akut ve/veya kronik hastalığı bulunan hastalar hem de salgından etkilenen hastalar gerekli ve yeterli sağlık hizmeti alamama riski ile karşı karşıya gelmektedir.

2.2.1 Covid-19 Epidemiyolojisi

Yeni koronavirüs hastalığının Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinin güneyinde bulunan Çin Deniz Ürünleri Toptancı Pazarından (farklı hayvan türleri satan toptan balık ve canlı hayvan pazarı) kaynaklandığı düşünülmektedir (14).

Kısa bir sürede dünyanın geneline hızla yayılması nedeniyle; Covid-19 salgını Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 11 Mart 2020'de pandemi (küresel salgın) olarak nitelendirilmiştir (46). DSÖ'nün korona virüs hastalığı verilerine göre; hastalık dünyada toplam 223 ülke/bölgede görülmüş olup, toplam vaka sayısı yaklaşık 111 milyon ve Covid-19 nedeniyle ölen insan sayısı yaklaşık 2,4 milyondur (47). Ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı Bilimsel Danışma Kurulu'nun ilk toplantısı 22 Ocak 2020'de gerçekleşmiş, ülkemizde ilk vaka 11 Mart'ta görülmüştür (48). T.C. 5 Sağlık Bakanlığı'nın Covid-19 verilerine göre; Türkiye'de toplam vaka sayısı yaklaşık 2,6 milyon iken, vefat eden insan sayısı ise yaklaşık 28 bindir (13). DSÖ'nün Covid-19 raporuna göre; ölüm vakaları genellikle ileri yaş ve eşlik eden tıbbi komorbiditeleri olan bireylerde görülmüştür (46).

2.2.2. Covid-19 Bulaşma Yolları

Hastalık esas olarak damlacık yoluyla ve yaklaşık iki metreden yakın uzaklıkta insandan insana bulaşmaktadır. Ayrıca hasta bireylerin öksürme, hapşırtma yoluyla ortaya saçtıkları damlacıklara diğer kişilerin elleri ile temas etmesi sonrasında ellerini ağız, burun veya göz mukozasına götürmesi ve temas etmesi ile bulaşmaktadır. Asemptomatik kişilerin solunum yolu salgılarında da virüs belirlenebildiğinden bulaştırıcı olabilmektedir (14,49). Ayrıca virüsün varlığı tam kan, serum, idrar ve fekal örneklerde de saptanmıştır (50).

Çin'deki olguların epidemiyolojik özellikleri incelendiğinde ortalama inkübasyon süresinin 5-6 gün (2-14 gün) olduğu bazı vakalarda 14 güne kadar uzayabileceği gözlenmiştir (41).

COVID-19'un bulaştırıcılık süresi kesin olarak bilinmemektedir. Semptomatik dönemden 1-2 gün önce başlayıp semptomların kaybolmasıyla sona erdiği düşünülmektedir (14). Viral saçılma süresi de değişkendir; hastalığın şiddetine göre geniş bir aralıkta olduğu görülmektedir (51,52).

SARS-CoV-2 enfeksiyonu olan bir kişiden bulaşma riski, maruziyet türü ve süresine, önleyici önlemlerin kullanımına ve olası bireysel faktörlere (Örn. solunum salgılarındaki virüs miktarı) göre değişir. Daha dolaylı temasla bulaşma riski (Örneğin, sokakta enfeksiyonu olan birinin önünden geçme, daha önce enfeksiyonu olan bir kişi tarafından ele alınan eşyaları kullanma) iyi belirlenmemiştir ve olasılıkla düşüktür (53).

2.2.3. Covid-19'un Klinik Bulguları

Covid-19 bazı hastalarda hiçbir klinik semptom vermeden veya hafif semptomlarla seyrederken, bazı hastalarda ise mekanik ventilasyon gerektirecek kadar ciddi solunum yetmezliği ile seyreden klinik durumlara, hatta çoklu organ yetmezliklerine neden olabilir (54).

Asemptomatik veya Presemptomatik Enfeksiyon SARS-CoV-2 testleri pozitif olan ancak herhangi bir semptom göstermeyen hastalardır. Ancak bu hastaların tamamı enfeksiyon seyri boyunca asemptomatik kalmayabilir.

Ayrıca asemptomatik enfeksiyonla başvuran bazı bireylerin Covid-19 pnömonisi ile uyumlu radyolojik bulgulara sahip olduğu bildirilmiştir (55).

Hafif Hastalık Bu hastalar ateş, öksürük, halsizlik, miyalji, boğaz ağrısı, baş ağrısı, bulantı, kusma, ishal, tat ve koku kaybı gibi çeşitli semptomlar gösterebilmelerine karşın dispne yaşamazlar. Ayrıca görüntülemelerde akciğerlerde Covid-19 pnömonisine ait bir tutulum gösterilemez. Hafif hastalık kategorisine giren hastaların çoğu ayaktan tedavi edilir. Ancak yaşlı ve komorbiditesi olan bireyler, hastalığın ilerlemesi açısından sağlıklı ve genç bireylere göre daha yüksek risk altında oldukları için bu hastaların klinik olarak iyileşene kadar daha yakından izlenmesi gerekebilir.

Orta Derecede Hastalık Akciğerde Covid-19 pnömonisine ait tutulumu olan bu hastaların oksijen saturasyonları %94 veya daha fazladır. Covid-19 hastalarında akciğer tutulumu hızla ilerleyebildiğinden orta derece hastalığa sahip olan bireylerin yakından izlenmesi gerekmektedir.

Ciddi Hastalık Covid-19 pnömonisi olan hastalarda solunum sayısı dakikada 30'dan fazla ve oksijen saturasyonu %94'ten düşük ise veya PAO₂/FiO₂ ise veya görüntülemelerde akciğer tutulumu %50'nin üzerinde ise bu hastalar ciddi semptomatik hastalar olarak değerlendirilir. Oksijen desteğine ihtiyaç duyan bu hastalarda klinik seyir aniden kötüleşebilir.

Kritik hastalık Kritik hastalık grubunda akciğer tutulumuna ek olarak diğer sistem tutulumları da gözlemlenebilmektedir. Hastalarda akut solunum yetmezliği sendromu, septik şok ve çoklu organ yetmezlikleri gibi hayatı tehdit eden durumlar gelişebilir (56).

2.2.4 Covid-19 Tanısı

Covid-19 hastalığının tanısında temas öyküsü, klinik semptomlar, laboratuvar ve radyolojik bulgular çok önemli bir yere sahiptir. Ancak Covid-19 hastalığının tanısında altın standart tanı yöntemi SARS-CoV-2 virüsüne ait RNA'nın RT-PCR ile gösterilmesidir (57).

Altın standart tanı yöntemi olmasına karşın viral RNA'nın RT-PCR ile gösterilememesi Covid-19 hastalığını ekarte ettiremez. Çin'de Covid-19

hastalığının tanısında BT'nin duyarlılığının %97 oranında görüldüğü çalışmada PCR sonuçları negatif olan 413 hastanın 308'inde tipik BT bulguları izlenmiştir. PCR negatif olup BT uyumlu olan 15 hastanın ise tekrarlayan PCR testlerinin pozitifleştiği saptanmıştır (58).

2.2.5 Covid-19 Tedavisi

Covid-19 hastalığının tedavisinde etkinlik ve güvenilirlik açısından kanıtlanan spesifik bir yöntem henüz mevcut değildir. Ancak bu süreçte daha önce Covid-19 dışında diğer bazı hastalıkların tedavisi için kullanılan, ruhsatlı ve güvenli olduğu gösterilmiş, in vitro olarak da SARS-CoV-2'ye karşı etkili olduğu belirlenen çeşitli birçok ilaç kullanılmıştır (59).

Tedavi daha çok semptomlara yönelik olup solunum sıkıntısında ilk uygulanacak olan oksijen tedavisidir. Oksijen tedavisine yanıt alınamayan dirençli solunum sıkıntısı olan hastalarda noninvaziv veya invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı doğabilir. Komplike Covid-19 vakalarında veya düzeltilemeyen ağır klinik tablolarda hastaların yoğun bakımda takip edilmeleri gerekebilmektedir (54).

2.2.6 Covid-19 ve Anksiyete

Anksiyete ya da kaygı; belirsiz tehlike veya organizmanın bütünlüğüne yönelik potansiyel tehdit durumlarında endişe ve artan gözetim ile karakterize organik bir yanıt olarak tanımlanır. Anksiyete uyararla ilgili veya genel nitelikte olabilir ve panik atak, fobik reaksiyonlar veya endişe gibi farklı özelliklerde görülebilir (60).

Salgının Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi olarak ilan edilmesi üzerine küresel düzeyde de önlemler alınmaya başlanmıştır. Hükümet ve sağlık kuruluşları tarafından alınan zorunlu izolasyon, karantina ve geçici kapatma gibi önlemler her ne kadar salgını önleme ve sağlık sistemleri üzerindeki etkisini azaltma için gerekli olsalar da salgına bağlı ortaya çıkan bu korkuyu ve kaygıyı da beslemektedir. Ayrıca, bu önlemlerin de birtakım olumsuz psikolojik, sosyal ve ekonomik sonuçları olacağı bilinmektedir. Özellikle tedavi süreci, etkili aşı ve virüsün bulaşma yolları ile ilgili

tartışmaların net bir sonuca bağlanamaması nedeniyle de bu salgının insanlarda korku, çaresizlik ve kaygıya neden olduğu ve bu duyguların da insanların davranışlarını olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (61).

SARS-Cov-2 virüsüne yönelik etkili aşının ve COVID-19 klinik tablosuna yönelik etkili tedavinin henüz bulunamaması ölümcül hastalığa yol açan salgının sürmesine ve olumsuz sonuçlarının artmasına neden olmaktadır. Zaman ilerledikçe akut stres tepkisi olarak görülebilecek psikolojik belirtiler bazı kişilerde kronikleşme eğilimi göstermektedir.

Salgın hastalık tehdidi süresince sadece yoğun korku ve endişenin merkezde olduğu akut stres belirtileri gözlenmez. Bu belirtilerin yanı sıra travma sonrası stres tepkileri, depresif belirtiler ve kaygı bozukluğu belirtileri gibi psikiyatrik tanı alacak boyuta gelmiş semptomlar da gözlenebilir (62). COVID-19 Salgını'nın olumsuz psikolojik etkileri, başta hastalığın ilk ortaya çıktığı Çin olmak üzere salgının etkilerinin ağır görüldüğü İtalya ve İspanya gibi ülkelerde araştırılmaya başlanmıştır (63,64,65). Çin'de COVID-19 Salgını sonrası 7.143 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %0,9'u yoğun, %2,7'si orta derecede ve %21,3'ü de hafif kaygı belirtileri yaşadığını belirtmiştir (65). Çin'de yapılan bir çalışmada ise Ocak ayının sonu ve Şubat ayının başında Çin'in farklı kentlerinde yaşamakta olan 1.210 katılımcıda salgının bireyler üzerindeki psikolojik etkilerine bakıldığında, katılımcıların %16,5'inin orta dereceden şiddetliye varan depresyon belirtileri, %28,8'inin orta dereceden şiddetliye varan kaygı belirtileri ve %8,1'inin de orta dereceden şiddetliye varan stres belirtileri gösterdiklerini belirtmişlerdir (66). Katılımcıların çoğu günün büyük bir kısmını evde geçirdiklerini, aile bireylerinin COVID-19 olmasından korktuklarını belirtmişlerdir (66). İspanya'da 3.550 yetişkin bireyle internet üzerinden gerçekleştirilen bir çalışmada katılımcıların %32,4'ü kaygı, %44,1'i depresyon ve %37'si stres ile ilgili ölçme araçlarından bozukluğun tanı koymak için gereken kesim noktasını aşmış puan almışlardır (64). İtalya'da pandemi ve karantina sürecinin bireylerin psikolojik sağlığı üzerine etkisini incelemek için internet üzerinden 18.147 katılımcı ile bir anket çalışması gerçekleştirilmiş ve çalışmanın sonucunda katılımcıların %37'sinin travma sonrası stres belirtileri,

%20,8'inin kaygı belirtileri, %17,3'ünün depresyon belirtileri, %7.3'ünün uyku sorunları, %21,8'inin yüksek algılanan stres düzeyi ve %22.9'unun uyum bozukluğu konusunda yine bozukluğun tanı koymak için gereken kesim noktasının üzerinde puanlar aldığı gözlenmiştir (63).

Afet ruh sağlığı ile ilgili önceki olaylar ve kapsamlı araştırmalar; etkilenen popülasyonlarda duygusal sıkıntıların her yerde yaygın olduğunu ortaya koymuştur (67). Örneğin; 2008 yılında Ike Kasırgası'ndan etkilenen nüfusun %5'inin kasırgadan sonraki ay içinde majör depresif bozukluk tanısı aldığı belirlenmiştir (68). Hayatı tehdit eden viral enfeksiyon gibi doğal nedenlerden kaynaklanan tıbbi durumlar, PTSS tanısı için gerekli travma kriterlerini karşılamamakla birlikte depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi diğer psikopatolojilerin ortaya çıkabildiği açıktır (42). Bazı gruplar pandemilerin psikososyal etkilerine karşı diğerlerinden daha savunmasız olabilmektedir. Hastalığa yakalanan insanlar, yüksek risk taşıyan hastalar (yaşlılar, bağışıklık fonksiyonu zayıf olan kişiler vs.) ve önceden var olan tıbbi, psikiyatrik veya madde kullanım sorunları olan kişiler olumsuz psikososyal sonuçlar için artmış risk altındadır.

Hollanda'da influenza A pandemisi sırasında endişe düzeyini ölçmek için yapılan bir çalışmada; katılımcıların %36'sının endişeli-çok endişeli yanıtlarını verdiği bildirilmiştir (69). Suudi Arabistan'da domuz gribi salgını sırasında yapılan bir çalışmada; endişe düzeyi üç aralıkta araştırılmış ve katılımcılar arasında %54,3 ile göreceli olarak yüksek bir 'aşırı derecede endişe' yanıtı gözlenmiştir (70). Malezya ve Avrupa'da domuz gribi salgını (influenza A H1N1) sırasında endişe düzeylerinin araştırıldığı bir araştırmada; sırasıyla %26 ve %25'inin çok endişeli ve biraz endişeli olduğu bulunmuştur (71).

DSÖ, resmi olmayan kaynaklardan bilgi paylaşımının yapılmaması ve çok fazla bilginin anksiyete bozukluklarını tetikleyebileceğinden pandemi ile ilgili haberlere maruz kalmanın sınırlandırılmasını önermektedir (72). Günümüzde, iletişim teknolojilerine erişim kolaylığının sansasyonel veya yanlış bilgi iletimi yoluyla öfke ve saldırgan davranış gibi zararlı sosyal tepkileri artırabildiği

bilinmektedir (73). Önceki çalışmalar, medya yoluyla kitlesel travmaya dolaylı maruz kalmanın PTSD semptomlarını artırabileceğini göstermiştir (74). Çin'de internet ortamında yapılmış olan bir çalışmada, katılımcıların %43,6'sı günde ortalama 3 saat veya daha fazla COVID-19 ile ilgili bilgiler hakkında zaman harcadığını ifade etmiş ve uzun süre vakit harcayan gençlerde anksiyete prevalansı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (75).

COVID-19 salgınının psikolojik etkileri ile ilgili çalışma sayısı süreç hâlâ devam etmekte olduğu için yeterli düzeyde değildir. Yine de afet yaşantısı olarak salgın hastalıkla ilgili önceden yapılmış çalışmalarla yukarıda özetlenen az sayıdaki çalışma sonucu bazı psikiyatrik tanılarda sıklığın artacağına işaret etmektedir. Salgın süresi ve sonrasında toplumda major depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyete bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk gibi ruhsal bozuklukların sıklığında artış öngörülmektedir.

2.3 Hasta Memnuniyeti ve Sağlık Hizmeti Kalitesi

Kişî merkezli bakıma dayalı sağlık hizmetleri sistemleri, hasta beklentilerine, ihtiyaçlarına ve önceliklerine saygı gösterecek şekilde tasarlanmıştır (76). Hastaların sağlık hizmetlerinin kalitesine ilişkin algıları, sağlık hizmeti sonuçlarının değerlendirilmesi ile giderek daha fazla ilgili olarak kabul edilmektedir (77). Genellikle çok boyutlu bir yapı olan hasta memnuniyeti, böylelikle tıbbi bakım kalitesinin değerli bir göstergesi haline gelmiştir (77,78). Mevcut literatürün gözden geçirilmesi, hasta memnuniyetinin aile hekimlerinin iyi iletişim becerileri ve iyi bir hasta hekim ilişkisinin kurulması ile ilişkili olduğunu göstermektedir (79,80). Genel olarak sağlık hizmetlerinden artan hasta memnuniyeti, hastanın tedaviye uyumuna katkıda bulunur ve sağlık sonuçlarını iyileştirir (79,80).

Hasta memnuniyetini ölçmek için evrensel bir altın standart yoktur. Avrupa'da aile hekimliğinde hasta memnuniyetine ilişkin farklı anketler, Aile Hekimliği Bakımının Hasta Değerlendirmelerine İlişkin Avrupa Görev Gücü (EUROPEP) anketini kullanmıştır. EUROPEP anketi aile hekimlerinin hastalarca değerlendirmesi amacıyla uluslararası standartlaştırılmış ve onaylanmış bir araçtır (81). Başlangıçta, EUROPEP aracı, Avrupa genelinde

aile hekimliği bakımındaki sonuçların karşılaştırılmasına izin vermek ve hem hekimlere hem de hastalara eğitimsel bir geri bildirim sağlamak için geliştirilmiştir (81,82).

Hasta memnuniyetinin mevcut durumunu ortaya koymak ve uluslararası karşılaştırmalar yapmak için Türkiye'den toplanan ilgili verilerle yapılan çalışmada EUROPEP aracının Türkçe versiyonunun Türkiye'nin altı farklı şehrinde 1160 hasta üzerinde uygulanmıştır (83). "Tavsiyesine uymanın önemini anlamanıza yardımcı olmak", "Telefonla uygulamaya geçmek" ve "Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet vermek" (%76,7, %76,3 ve %76,2) en memnun kalınan hizmet olarak derecelendirildi ve "Sağlık durumuyla ilgili duygusal sorunlarla başa çıkmaya yardımcı olma" en kötü olarak derecelendirildi (%60,2). Düşük puan alan diğer alanlar ise: "Bekleme odasında bekleme süresi" (%63,0), "Semptomların hızla giderilmesi" (%61,3) ve "Tıbbi bakımla ilgili kararlara hastaların dahil edilmesi" (%61,3) idi (83).

Türkiye'de yapılan bir başka çalışma, Türkiye'nin 81 ilinin tamamından ülke çapında temsili bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir. Veriler 2010-2012 yılları arasında aile hekimliği merkezlerini ziyaret eden hastalardan toplanmıştır. EUROPEP aracı kullanılarak üç yıllık tekrarlanan bir kesitsel çalışma yapılmıştır (84).

Verilere göre memnuniyetsizliğe yol açan en önemli altı neden "Hekim ile telefonda konuşamamak" (n = 2 475, %13,8); 'Telefonda uygulamaya geçme', (n = 1 744, %9,7); 'Bekleme odasında bekleme süresi', (n = 1 510, %8,4); 'Önceki temaslarda ne yapıldığını bilmek', (n = 982, %5,5); 'Personelin yardımseverliği' (n = 929, %5,2); Hasta memnuniyetsizliği nedenlerinin %47,7'sini "size uygun randevu almak" (n=898, %5,0) oluşturmuştur (84).

En önemli altı memnuniyetsizlik nedeninden beşi sağlık hizmetlerine erişilebilirlikle ilgilidir. Araştırmacılar tüm aile hekimliği merkezlerinde çevrimiçi olarak merkezi bir veri havuzuna bağlı bir elektronik sağlık kayıt sistemi olmasına rağmen, yüksek hasta yükü ve randevusuz ziyaret, doktorun önceki temaslar hakkında daha az bilgi sahibi olmasının nedenleri

olabilir şekilde yorumda bulunmuşlardır (84). 2012 yılı için aile hekimlerinin bir günde gördüğü ortalama hasta sayısı 42 (85) olarak bildirilmektedir.

Mevcut uygulamada her aile hekiminin sadece bir meslektaşı (hemşire veya ebe) ile birlikte çalışması, personelin etkileşimini ve hastalara yardımcı olmasını zorlaştırmaktadır.

Türkiye'nin ortalama memnuniyet oranları, araştırma yapılmış sekiz Avrupa ülkesinin altısından daha iyidir (86).

Avrupa raporlarının çoğu, bekleme süresinin aile hekiminden memnuniyetsizliğin önde gelen nedeni olduğuna işaret etmektedir. Buna ek olarak, İtalyan çalışması, bir istisna olarak bekleme odasında geçirilen süreyi bildirmektedir ve bu konuda yanıt verenlerin yalnızca %16'sı en yüksek düzeyde memnuniyet ifade etmiştir (87).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Veri Toplama Süreci ve Araçları

Bu araştırmada veri toplamak amacıyla nicel yöntemlere ilişkin anket tekniği tercih edilmiştir. Nicel araştırmalar, belirli bir problemin/problemlerin teoriler aracılığıyla sınanması, sayısal olarak ölçülmesi ve istatistiksel yöntemler aracılığıyla analiz edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Farklı yöntemlerle veri toplama ve istatistiksel analizler kullanılarak ölçme ve değerlendirmeler söz konusudur. Nicel araştırmalarda tümdengelim anlayışına göre hareket edilmektedir. Yöntemsel açıdan anketler, deneyler, tarama ve yapılandırılmış görüşmeler nicel araştırma teknikleri arasında bulunmaktadır. Araştırmalarda hipotezlerin bulunduğu veya istatistiksel olarak bir sonuca varmak amaçlandığında, anket tekniğinin tercih edilmesi uygun görülmektedir (88).

Anketler, insanların yaşam koşullarını, davranışlarını, inançlarını ve tutumlarını betimlemek amacıyla oluşturulan bir dizi sorudan meydana gelen araştırma materyali olarak tanımlanmaktadır. Gözlem ve görüşme gibi diğer veri toplama yöntemlerine göre çok daha büyük gruplara hızlı şekilde uygulanma olanağının bulunması ve daha düşük maliyete sahip olması açısından avantajlıdır. Ancak daha yüzeysel bilgi toplamaya uygun olması, katılımcıları sorulara cevap vermeye yönelik güdülemekte sorunlar yaşanması, esnekliğe sahip olmaması ise anketlerin kısıtları arasında yer almaktadır (89). Bu araştırmada evrenin çok fazla kişiden meydana gelmesi nedeniyle anket tekniğinin tercih edilmesi daha uygun görülmüştür. Anketler araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanmıştır. Araştırmacı tarafından sorulan sorular katılımcı tarafından sözel olarak cevaplanmış, araştırmacı tarafından anket formuna işaretlenmiştir.

Bu çalışmada veri toplamak amacıyla sosyodemografik bilgi formu, sağlık anksiyete envanteri (kısa versiyon), korona virüs anksiyete ölçeği ve aile hekimi değerlendirme formu olmak üzere dört araç kullanılmıştır.

3.1.1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen sosyodemografik bilgi formu, araştırmada yer alan katılımcı öğretmenlerin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı ve çocuklarınız dışında evde bakmakla yükümlü olduğunuz başka kimse var mı? Varsa kim ve kaç yaşında sorularını içermektedir. Sosyodemografik bilgi formunun oluşturulması sürecinde literatürde konuya yönelik daha önce yapılan çalışmalar temel alınmıştır.

3.1.2. Sağlık Genel Bilgileri

Katılımcı öğretmenlerin herhangi bir kronik rahatsızlığı var mı ve varsa nedir, herhangi bir ilaç kullanıyorsa hangisi, sürekli kullandığı bir ilaç var mı ve varsa hangisi, herhangi bir psikolojik rahatsızlığı var mı ve varsa nedir sorularını içerir. Katılımcıların sağlık durumuna genel bir yaklaşım sergilemeye imkan tanır.

3.1.3. Sağlık Anksiyete Envanteri

Çalışmada sağlık anksiyetesinin ölçülmesi için, Paul Salkovskis ve arkadaşları (91) tarafından geliştirilen "Sağlık Anksiyetesi Ölçeği" olan, 18 maddelik ölçek kullanılmıştır. Türkçe geçerlilik güvenirliği ise Prof. Dr. Ömer AYDEMİR (92) tarafından yapılmıştır. Anket formundaki tüm ifadeler 4'lü Likert ölçeği (0: Hiç Katılmıyorum – 3: Tamamen Katılıyorum) şeklinde oluşturulmuştur. Ölçekten toplam 54 puan elde edilmektedir. Toplanan verilerle hesaplanan güvenirlik analizi sonucuna göre ise Cronbach Alpha değeri 0,88'dir. Sağlık anksiyete ölçeği güvenirliği %88 ve oldukça yüksektir.

3.1.4. Korona Virüs Anksiyetesi Formu

Korona virüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu Sherman A. Lee ve arkadaşları (93) tarafından geliştirilmiştir. 5 soru içerir. Türkçe geçerlilik güvenirliği ise İsmail Biçer ve arkadaşları (94) tarafından yapılmıştır. Anket formundaki tüm ifadeler 5'li Likert ölçeği (0: Hiçbir zaman – 4: Son iki haftada neredeyse her gün) şeklinde oluşturulmuştur. 5 maddeden oluşan korona

virüs anksiyete ölçeğinden alınabilecek toplam puan 20'dir. Toplanan verilerle hesaplanan güvenirlik analizi sonucuna göre ise Cronbach Alpha değeri 0,91'dir. Korona virüs anksiyete ölçeği güvenirliği %91'dir.

3.1.5. Aile Hekimi Değerlendirme Ölçeği

Katılımcıların hekimleri hakkındaki görüşlerini öğrenmek için ölçekler geliştirilmiştir. European Patients Evaluate General/Family Practice (EUROPEP) ölçeği Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA) Avrupa örgütünün bir alt birimi olan European Working Party on Quality in Family Practice (EQuiP) tarafından 1999 yılında geliştirilmiştir ve halen birçok Avrupa ülkesinde kullanılmaktadır. 23 sorudan oluşur. Türkçe geçerlik güvenirliği Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK (95) tarafından yapılmıştır. Bu araştırma da aile hekimi değerlendirme (EUROPEP) ölçeği kullanılmıştır.

Aile Hekimi Değerlendirme ölçeği ile ilgili yapılan güvenirlik analizi sonucunda Cronbach's Alpha değeri 0,957 olarak hesaplanmıştır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

1. Öğretmenlerin cinsiyetine göre sağlık anksiyetesi ve koronavirüs anksiyetesi farklılaşmaktadır.
2. Öğretmenlerin yaşlarına göre sağlık anksiyetesi ve koronavirüs anksiyetesi farklılaşmaktadır.
3. Öğretmenlerin herhangi bir rahatsızlığı olma durumuna göre sağlık anksiyetesi ve koronavirüs anksiyetesi farklılaşmaktadır.
4. Öğretmenlerin sürekli kullandığı ilaç alma durumuna göre sağlık anksiyetesi ve koronavirüs anksiyetesi farklılaşmaktadır.
5. Öğretmenlerin herhangi bir psikolojik rahatsızlığı olma durumuna göre sağlık anksiyetesi ve koronavirüs anksiyetesi farklılaşmaktadır.
6. Sağlık anksiyetesi ile hekime güven arasında bir ilişki vardır.
7. Korona virüs anksiyetesi ile hekime güven arasında bir ilişki vardır.
8. Hekime güvenme durumunun koronavirüs anksiyetesinin azalmasında bir etkisi vardır.

3.3. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS (Statistical Package For Social Sciences for Windows, Release ver. 25.0) paket programından yararlanılmıştır. Bu bölümde; kullanılan testler, tanımlayıcı istatistikler (frekans analizi, betimleyici istatistikler, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, medyan, analitik karşılaştırmalar) ve güvenirlik analizi, korelasyon analizi, regresyon analizi, Mann Whitney U testi ve Kuruskal Wallis analizi hakkında bilgi verilmektedir.

Verilerin frekans, yüzde gibi tanımlayıcı istatistiklerden faydalanılmıştır ve analitik karşılaştırmalar yapılmıştır. Kategorik verilerde, numerik verilerde de parametrik olmayan istatistikler kullanılmıştır. İki değişken grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmamasının incelenmesinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İki'den fazla değişken grubunun niceliksel değişken arasında ilişki bulunup bulunmadığını incelemek için Kuruskal Wallis Analizi uygulanmıştır (90). Araştırmada anlamlılık düzeyi 0,05 olarak baz alınmıştır. Tablolarda görülen p değerinin 0,05'ten küçük olmasıyla anlamlı bir fark olduğu ve ilişkinin var olduğu, p değerinin 0,05'ten büyük olduğu durumlarda ise grupların cevapları arasında anlamlı bir fark olmadığı ve ilişki olmadığı belirlenmiştir (89). Bir bağımlı değişken ile bir bağımsız değişken arasındaki ilişkinin matematiksel eşitlik ile açıklanması amacıyla regresyon analizi kullanılmıştır. İki değişken arasındaki doğrusal ilişkinin derecesini ve yönünü ölçmek amacıyla korelasyon analizi kullanılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Uşak ilinde ilk ve ortaöğretimde görev yapan öğretmenler oluşturmaktadır. Uşak ili merkez ilçesinde 139 adet ilk ve ortaöğretim okulu, 2000 adet ise ilk ve ortaöğretim öğretmeni bulunmaktadır. Araştırmanın örnekleme, 139 adet okul içerisinde yüksek katılımcı sayısına ulaşılabilecek şekilde seçilen 10 adet okulda aktif olarak görev yapan öğretmenlerden oluşmaktadır. Araştırma örneklem sayısı Epi-info programı aracılığıyla %95 güven aralığında, %5 hata payı ile 323 olarak

hesaplanmıştır. Çalışmamızda veriler Şubat – Mayıs 2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

Dahil olma kriteri Uşak ilinde aktif olarak öğretmenlik yapıyor olmak olarak belirlenmiştir. Dışlama kriteri ise gönüllü olmamak olarak belirlenmiştir.

Araştırma kesitsel-analitik tiptedir.

3.6 Etik Kurul Onayı ve Araştırma İzin Onayı

23 Aralık 2020 tarihinde Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Karar tarih 23.12.2020 ve Karar no: 20.478.486). 25 Ocak 2021 tarihinde Uşak İl Milli Eğitim Müdürlüğünden araştırma izin onayı alınmıştır (Komisyon tarihi: 18.01.2021).

4. BULGULAR

4.1. Katılımcılara Ait Kişisel Bilgiler

Araştırmaya katılan öğretmenlerin cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, medeni durum, çocuk olma durumu, çocuk sayısı, herhangi bir kronik rahatsızlığı var mı, sürekli kullandığı bir ilaç var mı, herhangi bir psikolojik

rahatsızlığı var mı değişkenlerine göre dağılımlarına ilişkin bilgiler aşağıdaki Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Araştırmada Yer Alan Katılımcı Öğretmenlerin Bazı Kişisel Özellikleri

Cinsiyet	n	%
Kadın	175	54,2
Erkek	148	45,8
Toplam	323	100,0
Yaş	n	%
29 yaş ve altı	29	9,0
30-39 yaş arası	123	38,1
40-49 yaş arası	119	36,8
50 yaş ve üzeri	52	16,1
Toplam	323	100,0
Eğitim durumu	n	%
Üniversite	290	89,8
Yüksek lisans/doktora	33	10,2
Toplam	323	100,0
Gelir düzeyi	n	%
Geliri giderinden az	46	14,2
Geliri giderine denk	214	66,3
Geliri giderinden fazla	63	19,5
Toplam	323	100,0
Medeni durum	n	%
Evli	278	86,1
Bekar	45	13,9
Toplam	323	100,0
Çocuğunuz var mı?	n	%
Evet	279	86,4
Hayır	44	13,6
Toplam	323	100,0
Kaç çocuk var	n	%
1 tane	97	34,9
2 tane	147	52,9
3 ve üzeri	34	12,2
Toplam	278	100,0

Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı?	n	%
Evet	50	15,5
Hayır	273	84,5
Toplam	323	100,0
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?	n	%
Evet	49	15,2
Hayır	274	84,8
Toplam	323	100,0
Herhangi bir psikolojik rahatsızlık var mı?	n	%
Evet	11	3,4
Hayır	312	96,6
Toplam	323	100,0

Tablo 1'de görüldüğü üzere katılımcıların %54,2'si kadın, %45,8'i ise erkektir, diğer kişisel özelliklerle ilgili dağılımlar Tablo 1'de gösterilmiştir.

4.2. Verilerin Normallik İncelemesi

Koronavirüs sağlık anksiyetesi puanının sosyodemografik ve klinik değişkenleri üzerinde normal dağılıp dağılmadığının test edilmesi için Shapiro-Wilk testi uygulanmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 2'de verilmiştir.

Hipotez: Koronavirüs anksiyetesi puanı sosyodemografik ve klinik değişkenleri üzerinde normal dağılıma uyar. ($p > 0,05$ hipotez kabul edilir)

Tablo 2. Shapiro-Wilk Normallik Analizi Sonuçları

Değişkenler		Shapiro-Wilk Test Sonuçları		
		Test değeri	n	P değeri
Yaş	29 yaş ve altı	0,804	29	0,000
	30-39 yaş arası	0,716	123	0,000
	40-49 yaş arası	0,677	119	0,000
	50 yaş ve üzeri	0,743	52	0,000

Cinsiyet	Kadın	0,738	175	0,000
	Erkek	0,676	148	0,000
Eğitim durumu	Üniversite	0,712	290	0,000
	Yüksek lisans/doktora	0,764	33	0,000
Gelir durumu	Geliri giderinden az	0,769	46	0,000
	Geliri giderine denk	0,695	214	0,000
	Geliri giderinden fazla	0,714	63	0,000
Medeni durum	Evli	0,697	278	0,000
	Bekar	0,773	45	0,000
Çocuk var mı	Evet	0,696	279	0,000
	Hayır	0,784	44	0,000
Çocuk sayısı	1 tane	0,705	97	0,000
	2 tane	0,679	147	0,000
	3 ve üzeri	0,767	34	0,000
Kronik rahatsızlık var mı?	Evet	0,638	50	0,000
	Hayır	0,725	273	0,000
Sürekli aldığınız ilaçlar var mı?	Evet	0,681	49	0,000
	Hayır	0,718	274	0,000
Psikolojik rahatsızlığınız var mı?	Evet	0,898	11	0,174
	Hayır	0,718	312	0,000

Elde edilen test sonuçlarına göre koronavirüs sağlık anksiyetesi puanı hem sosyodemografik değişkenlerde hem de klinik değişkenlerde normal dağılmamaktadır. P değerlerinin 0,05 değerinden küçük çıkmasıyla hipotez reddedilerek verilerin normal dağılıma uymadığı gösterilmiştir. Bu bağlamda, veri setinde parametrik olmayan Mann-Whitney U ve Kuruskall-Wallis analizleri uygulanmıştır.

Tablo 3. Katılımcıların cinsiyete göre yaş dağılımı

Yaş dağılımı

Cinsiyet	N	Ortalama	Standart		Minimum	Maksimum	Ortanca
			Sapma				
Kadın	175	39,20	7,64		22,0	58,0	39,00
Erkek	148	41,64	8,45		26,0	61,0	42,00
Toplam	323	40,32	8,10		22,0	61,0	40,00

Katılımcıların cinsiyete göre yaş dağılımları incelendiğinde, kadınların yaş ortalamasının 39,20 olduğu, en küçük katılımcının 22 yaşında olduğu, en büyük katılımcının ise 58 yaşında olduğu görülmektedir. Ayrıca, kadınların ortanca değeri ise 39'dur. Erkeklerin yaş ortalaması 41,64'tür, en küçük erkek katılımcı 26 yaşında, en büyük katılımcı ise 61 yaşındadır. Erkeklerin ortanca değeri ise 42'dir.

4.3. Öğretmenlerin Korona Virüs Anksiyetesi Algıları

Araştırmaya katılan öğretmenlerin korona virüs anksiyete algılarına ilişkin cevaplarının nasıl bir dağılım gösterdiğini belirlemek için ölçeğe bulunan tüm maddelere verilen cevapların madde ortalamaları, standart sapmaları ve ölçek güvenirliği hesaplanmış olup sonuçlar Tablo 4'te gösterilmektedir.

Tablo 4. Korona Virüs Anksiyetesi Ölçeğine İlişkin Ortalama, Standart Sapma ve Güvenirliği

	Hiçbir zaman		Nadiren, bir veya iki günden az		Birkaç gün		7 günden fazla		Son 2 haftada neredeyse her gün		Analizler		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Ortalama	SS	N
Madde 1	184	57,0	102	31,6	25	7,7	8	2,5	4	1,2	1,59	0,83	323
Madde 2	169	52,3	95	29,4	45	13,9	11	3,4	3	0,9	1,71	0,89	323
Madde 3	226	70,0	62	19,2	17	5,3	12	3,7	6	1,9	1,48	0,89	323
Madde 4	216	66,9	68	21,1	20	6,2	13	4,0	6	1,9	1,52	0,91	323

Madde 5	237	73,4	49	15,2	18	5,6	10	3,1	9	2,8	1,46	0,93	323
Cronbach's Alpha						0,918							

Öğretmenlerin korona virüs anksiyetesi algılarının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi, medeni durum, çocuk olma durumu, çocuk sayısı, herhangi bir kronik rahatsızlığı var mı, sürekli kullandığı bir ilaç var mı, herhangi bir psikolojik rahatsızlığı var mı değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin istatistiksel sonuçlar incelenip elde edilen sonuçların yorumları aşağıdadır.

Öğretmenlerin korona virüs anksiyetesine ilişkin cevaplarının ilişkisini tespit etmek için Mann-Whitney U ve Kuruskal Wallis testleri uygulanmış ve yapılan analiz sonuçları Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. Öğretmenlerin Korona Virüs Anksiyetesi Puanı İncelemesi

Değişkenler		n	Ort	SS	Min	Mak	Test	P
Cinsiyet	Kadın	175	3,1543	4,14177	0,00	20,00	11199,00	^a 0,032*
	Erkek	148	2,3514	3,54344	0,00	17,00		
Yaş	29 yaş ve altı	29	4,2414	4,90375	0,00	16,00	2,949	^b 0,400
	30-39 yaş arası	123	2,5528	3,55565	0,00	18,00		
	40-49 yaş arası	119	2,7983	4,18144	0,00	20,00		
	50 yaş ve üzeri	52	2,5000	3,22673	0,00	14,00		
Eğitim durumu	Üniversite	290	2,8552	4,00861	0,00	20,00	6,871	^b 0,032*
	Yüksek lisans/doktora	33	2,1818	2,65111	0,00	11,00		
Gelir düzeyi	Geliri giderinden az	46	3,1522	3,91559	0,00	15,00	0,998	^b 0,607
	Geliri giderine denk	214	2,6822	3,86290	0,00	20,00		
	Geliri giderinden fazla	63	2,8730	4,02609	0,00	17,00		
Medeni durum	Evli	278	2,6799	3,77934	0,00	20,00	6014,50	^a 0,671
	Bekar	45	3,4444	4,53048	0,00	17,00		
Çocuğunuz var mı	Evet	279	2,7097	3,88943	0,00	20,00	5489,00	^a 0,247
	Hayır	44	3,2727	3,93176	0,00	14,00		
Kaç çocuk var	1 tane	97	3,1134	4,49740	0,00	20,00	3,505	^b 0,173
	2 tane	147	2,2789	3,32854	0,00	18,00		

	3 ve üzeri	34	3,5000	4,17242	0,00	15,00		
Herhangi bir kronik rahatsızlığınız	Evet	50	2,9000	4,51867	0,00	20,00	6795,00	^a 0,960
	Hayır	273	2,7656	3,77735	0,00	17,00		
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?	Evet	49	3,1633	4,58870	0,00	20,00	6376,00	^a 0,565
	Hayır	274	2,7190	3,76185	0,00	17,00		
Herhangi bir psikolojik rahatsızlık var mı?	Evet	11	9,0909	7,62174	0,00	20,00	853,00	^a 0,004*
	Hayır	312	2,5641	3,51785	0,00	17,00		

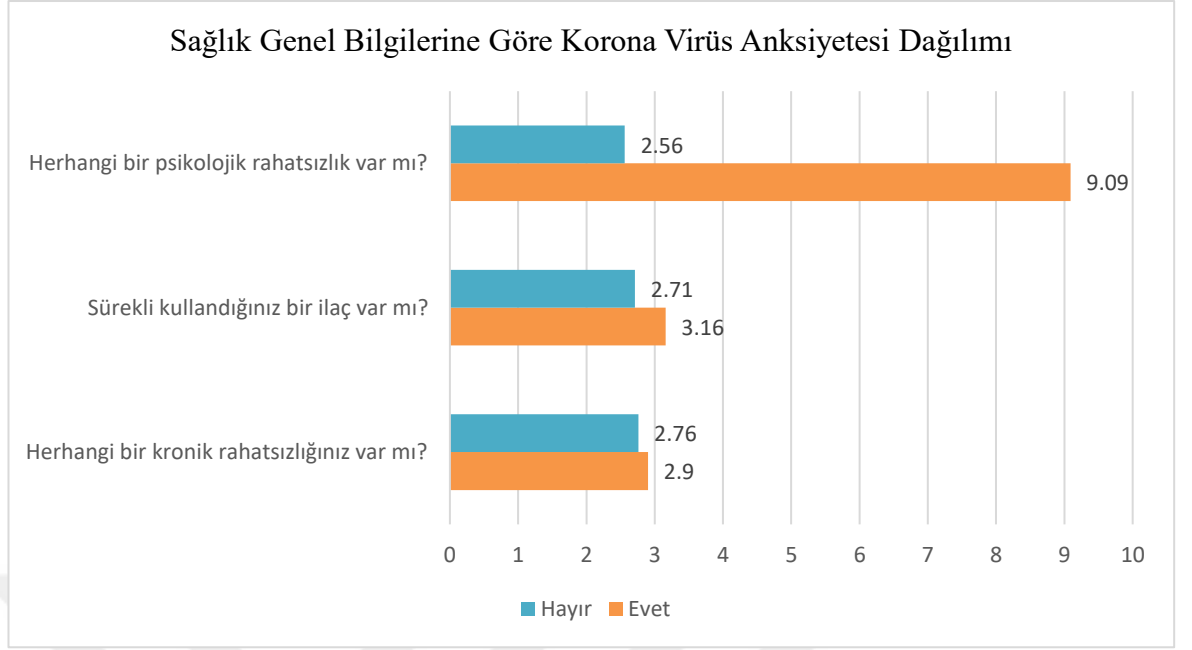
^aMann-Whitney U Testi ^bKruskal-Wallis Analizi

* $p < 0,05$

Tablo 5'te görüldüğü gibi cinsiyete göre öğretmenler, korona virüs anksiyetesi puanında anlamlı bir farklılığa sahiptir ($P=0,032$; $P<0,05$). Aritmetik ortalamalar dikkate alındığında kadın öğretmenlerin korona virüs anksiyetesine ilişkin puan ortalaması ($x=3,15$), erkek öğretmenlerin korona virüs anksiyetesine ilişkin puan ortalamasından ($x=2,35$) daha yüksektir. Erkek öğretmenlerin daha az anksiyete seviyesinde oldukları görülmektedir.

Eğitim durumuna göre korona virüs anksiyetesi puanları incelenmiş ve öğretmenlerin eğitim durumlarına göre korona virüs anksiyete seviyelerinde farklılık olduğu belirlenmiştir ($P=0,032$; $P<0,05$). Üniversite eğitim seviyesinde olan katılımcıların korona virüs anksiyete puanı ortalaması ($x=2,85$) ve yüksek lisans ile doktora eğitim seviyesinde olan katılımcıların korona virüs puanı ortalaması ise ($x=2,18$)'dir. Elde edilen sonuçlara göre en yüksek korona virüs anksiyetesine sahip katılımcılar üniversite eğitim seviyesindedir.

Herhangi bir psikolojik rahatsızlığa sahip olma durumuna göre korona virüs anksiyetesi puan dağılımı incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ($P=0,004$; $P<0,05$). Herhangi bir psikolojik rahatsızlığa sahip olan katılımcıların korona virüs puanı ortalaması ($x=9,09$) ve herhangi bir psikolojik rahatsızlığa sahip olmayan katılımcıların anksiyete puanı ise ($x=2,56$)'dır. Herhangi bir psikolojik rahatsızlığa sahip olan katılımcıların korona virüs anksiyete puanı, herhangi bir psikolojik rahatsızlığı olmayanlara göre çok daha yüksektir.



4.4. Öğretmenlerin Sağlık Anksiyetesi Algıları

Araştırmaya katılan öğretmenlerin sağlık anksiyete durumuna ilişkin cevaplarının nasıl bir dağılım gösterdiğini belirlemek için ölçekte bulunan tüm maddelere verilen cevapların madde ortalamaları, standart sapmaları ve ölçek güvenirliği hesaplanmış olup sonuçlar Tablo 6'da gösterilmektedir.

Tablo 6. Sağlık Anksiyetesi Ölçeğine İlişkin Ortalama, Standart Sapma ve Güvenirliği

	0		1		2		3		Analizler		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Ortalama	SS	n
SAÖ 1	45	13,9	191	59,1	69	21,4	18	5,6	1,18	0,73	323
SAÖ 2	117	36,2	158	48,9	34	10,5	14	4,3	0,82	0,78	323
SAÖ 3	34	10,5	119	36,8	142	44,0	28	8,7	1,50	0,79	323
SAÖ 4	97	30,0	174	53,9	45	13,9	7	2,2	0,88	0,71	323
SAÖ 5	162	50,2	129	39,9	25	7,7	7	2,2	0,61	0,72	323
SAÖ 6	160	49,5	130	40,2	30	9,3	3	,9	0,61	0,69	323
SAÖ 7	166	51,4	124	38,4	24	7,4	9	2,8	0,61	0,74	323
SAÖ 8	199	61,6	96	29,7	23	7,1	5	1,5	0,48	0,69	323
SAÖ 9	133	41,2	158	48,9	31	9,6	1	,3	0,69	0,65	323
SAÖ 10	114	35,3	164	50,8	35	10,8	10	3,1	0,81	0,74	323
SAÖ 11	101	31,3	123	38,1	86	26,6	13	4,0	1,03	0,86	323
SAÖ 12	154	47,7	140	43,3	21	6,5	8	2,5	0,63	0,71	323
SAÖ 13	157	48,6	132	40,9	29	9,0	5	1,5	0,63	0,71	323

SAÖ 14	101	31,3	177	54,8	34	10,5	11	3,4	0,86	0,73	323
SAÖ 15	85	26,3	152	47,1	70	21,7	16	5,0	1,05	0,82	323
SAÖ 16	106	32,8	177	54,8	29	9,0	11	3,4	0,82	0,72	323
SAÖ 17	145	44,9	128	39,6	43	13,3	7	2,2	0,72	0,77	323
SAÖ 18	197	61,0	95	29,4	21	6,5	10	3,1	0,51	0,75	323
Cronbach's Alpha	0,885										

4.5. Sağlık Anksiyetesi, Korona Virüs Anksiyetesi ile Aile Hekimi Değerlendirme Puanları Arasındaki İlişki İncelemesi

Bu bölümde araştırmada katılımcı öğretmenlerin korona virüs anksiyetesi ile sağlık anksiyetesi ve aile hekimi hakkındaki pozitif cevapları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla oluşturulan hipotezin değerlendirilmesi sunulmuştur.

Analiz verileri normal dağılım göstermediği için Spearman korelasyon yöntemi tercih edilmiştir. Bu kapsamda katılımcıların her katılımcıya ait sağlık anksiyetesi, korona virüs anksiyetesi ile aile hekimi hakkındaki pozitif algısı arasındaki ilişkisine yönelik yapılan Spearman korelasyon analizi sonuçları aşağıdaki Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Sağlık anksiyetesi, korona virüs anksiyetesi ile aile hekimi değerlendirme ölçeği puanları arasındaki ilişki

			Sağlık anksiyetesi	Korona virüs anksiyetesi	Aile hekimi değerlendirme
Spearman's rho	Sağlık anksiyetesi	r	1,000		
		p	.		
		n	323		
	Korona virüs anksiyetesi	r	0,377**	1,000	
		p	0,000	.	
		n	323	323	
	Aile hekimi değerlendirme	r	-0,178**	-0,076	1,000
		p	0,001	0,174	.
		n	323	323	323

** Korelasyon 0,01 düzeyinden itibaren anlamlıdır

Tablo 7’de görüldüğü gibi sağlık anksiyetesi ile aile hekimi hakkındaki pozitif algıları arasında ($r=-0,178$; $p<0,01$) negatif yönde, çok zayıf düzeyde, anlamlı bir ilişki vardır. Korona virüs anksiyetesi ile aile hekimi hakkındaki pozitif algıları arasında ($r=-0,174$; $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

4.6. Öğretmenlerin Aile Hekimi Değerlendirme Ölçeği Cevaplarının İncelemesi

Araştırmaya katılan öğretmenlerin aile hekimi hakkındaki cevaplarının nasıl bir dağılım gösterdiğini belirlemek için ölçekte bulunan tüm maddelere verilen cevapların madde ortalamaları, standart sapmaları ve ölçek güvenilirliği hesaplanmış olup sonuçlar Tablo 8’de gösterilmektedir.

Tablo 8. Aile Hekimi Değerlendirme (EUROPEP) Ölçeğine İlişkin Ortalama, Standart Sapma ve Güvenilirliği

	Çok kötü		Kötü		Orta		İyi		Çok iyi		Analizler		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Ortalama	SS	N
Madde 1	14	4,3	16	5,0	49	15,2	115	35,6	129	39,9	4,01	1,06	323
Madde 2	12	3,7	17	5,3	52	16,1	109	33,7	133	41,2	4,03	1,05	323
Madde 3	8	2,5	22	6,8	45	13,9	108	33,4	140	43,3	4,08	1,03	323
Madde 4	11	3,4	14	4,3	65	20,1	97	30,0	136	42,1	4,03	1,05	323
Madde 5	4	1,2	13	4,0	39	12,1	108	33,4	159	49,2	4,25	0,90	323
Madde 6	2	,6	7	2,2	56	17,3	75	23,2	183	56,7	4,33	0,88	323
Madde 7	4	1,2	14	4,3	45	13,9	118	36,5	142	44,0	4,17	0,91	323
Madde 8	8	2,5	14	4,3	53	16,4	98	30,3	150	46,4	4,13	1,03	323
Madde 9	4	1,2	10	3,1	41	12,7	99	30,7	169	52,3	4,29	0,89	323
Madde	4	1,2	13	4,0	37	11,5	107	33,1	162	50,2	4,26	0,90	323
Madde	9	2,8	9	2,8	43	13,3	107	33,1	155	48,0	4,20	0,96	323
Madde	8	2,5	14	4,3	55	17,0	102	31,6	144	44,6	4,11	1,00	323
Madde	6	1,9	14	4,3	37	11,5	106	32,8	160	49,5	4,23	0,94	323
Madde	7	2,2	18	5,6	54	16,7	109	33,7	135	41,8	4,07	1,00	323
Madde	8	2,5	16	5,0	44	13,6	107	33,1	148	45,8	4,14	,99	323
Madde	10	3,1	18	5,6	52	16,1	119	36,8	124	38,4	4,01	1,02	323

Madde	10	3,1	13	4,0	43	13,3	115	35,6	142	44,0	4,13	0,99	323
Madde	20	6,2	59	18,3	68	21,1	89	27,6	87	26,9	3,50	1,23	323
Madde	5	1,5	36	11,1	58	18,0	98	30,3	126	39,0	3,94	1,07	323
Madde	17	5,3	56	17,3	69	21,4	88	27,2	93	28,8	3,56	1,21	323
Madde	27	8,4	69	21,4	66	20,4	59	18,3	102	31,6	3,43	1,34	323
Madde	23	7,1	30	9,3	90	27,9	91	28,2	89	27,6	3,59	1,18	323
Madde	25	7,7	13	4,0	46	14,2	65	20,1	174	53,9	4,08	1,23	323
Cronbach	0,957												
h Alpha													

Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması, işini tam yapması ve sizi muayene etmesi en çok memnun olunan üç konu olurken, doktor dışı personelin yardımı, muayenehaneye ve doktora telefonla ulaşabilme ve bekleme odasında harcanan zaman ise en az memnun olunan konular olarak belirlenmiştir.

4.7. Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlerinin Korona Sağlık Anksiyetesi Üzerine Etkisi

Katılımcılara ait cinsiyet, sürekli kullandığı ilaç, kronik bir rahatsızlığın varlığı, Sağlık anksiyetesi puanı ve Aile hekimi değerlendirme formu puanı bağımsız değişken olarak kabul edilmiş, bağımlı değişken olan korona virüs sağlık anksiyetesi üzerine etkisi çoklu regresyon modeli ile incelenmiş ve elde edilen sonuçlar aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 9. Korona Virüs Sağlık Anksiyetesi Üzerine Etki Eden Değişkenlerin Model Özeti

Model Özeti-Model Tayini analizi

Mode	R	R Kare	Düzeltilmiş R Kare	Std. Error of the Estimate	Metot
1	0,521 ^a	0,272	0,269	3,32	Stepwise
2	0,542 ^b	0,294	0,290	3,28	Stepwise

a. Tahmin Ediciler: (Sabit), Sağlık anksiyetesi Puanı

b. Tahmin Ediciler: (Sabit), Sağlık anksiyetesi Puanı, Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı, oldu mu?

Model özeti tablosuna göre, SPSS sıfır değişkenle analize başlamıştır ve teker teker değişkenleri modele ekleyerek anlamlı etkisi olanları modelde tutarak analize devam eder. Yeni eklenen değişken önceki eklenen değişkenleri anlamlı iken anlamsız hale getirebilir bu durumda SPSS anlamsız hale gelenleri çıkarır. Bu işlemler hiçbir değişkenin modele anlamlı bir şekilde katkı edemeyeceği duruma (modele eklenecek anlamlı değişken kalmayana kadar) kadar devam eder. Yukarıdaki tabloda 2 değişken modele girmeye hak kazanmıştır. SPSS 2 çeşit model sunacaktır.

Birinci model R kare korona virüs sağlık anksiyetesinin %27'lik kısmının modele katılan Sağlık anksiyetesi Puanı değişkeni tarafından açıklandığını göstermektedir. İkinci model R kare korona virüs sağlık anksiyetesinin %29'luk kısmının modele katılan Sağlık anksiyetesi Puanı ve Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı, oldu mu? değişkenleri tarafından açıklandığını göstermektedir.

Tablo 10. Regresyon Modelinin Anlamlılığı

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1326,297	1	1326,297	119,726	0,000 ^b
	Residual	3555,963	321	11,078		
	Total	4882,260	322			
2	Regression	1435,487	2	717,743	66,636	0,000 ^c
	Residual	3446,773	320	10,771		
	Total	4882,260	322			

a. Bağımlı Değişken: Korona virüs sağlık anksiyetesi puanı

b. Model tahmin Edicileri: (Sabit), Sağlık anksiyetesi puanı

c. Model tahmin Edicileri: (Sabit), Sağlık anksiyetesi Puanı, Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı, oldu mu?

Tablo 10'da iki modele ait anova tabloları görülmektedir. Birinci modelde sadece Sağlık anksiyetesi puanı değişkeni vardır. İkinci modelde Sağlık anksiyetesi puanı ve Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı, oldu mu? değişkenleri vardır. Bu iki model istatistiksel olarak en iyi modellerdir.

Elde edilen sonuçlara göre birinci modelin F değerinin 119,726 ve P değerinin 0,000 çıkmasıyla modelin anlamlı olduğu ve ikinci modelin F

değerinin 66,636 ve P değerinin 0,000 çıkmasıyla modelin anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Tablo 11. Korona Virüs Sağlık Anksiyetesi Üzerine Etki Eden Sosyodemografik ve Klinik Bazı Değişkenler

Katsayılar ^a

Regresyon analizi

		Unstandardized		Standardized							
		Coefficients		Coefficients		Correlations			Collinearity Statistics		
Model		B	Std. Error	Beta	t	Sig.	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Sabit)	-1,002	0,393		-2,551	0,01					
						1					
	Sağlık anksiyetesi puanı	0,260	0,024	0,521	10,942	0,00	0,521	0,521	0,521	1,000	1,000
						0					
2	(Sabit)	-0,760	0,395		-1,927	0,05					
						5					
	Sağlık anksiyetesi puanı	0,236	0,025	0,472	9,552	0,00	0,521	0,471	0,449	0,903	1,107
						0					
	Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı veya oldu mu?	3,374	1,060	0,157	3,184	0,00	0,304	0,175	0,150	0,903	1,107
						2					

a. Bağımlı Değişken: Korona virüs sağlık anksiyetesi puanı

Tablo 11’de regresyon katsayıları ve her modeldeki değişkenlerin anlamlılığı görülmektedir. Burada en iyi model tüm değişkenlerin anlamlı çıkması nedeniyle 2. modeldir.

Modelin tahmin sonucu elde edilen parametre değerleri ve bunlara ilişkin t değerleri gösterilmektedir. Parametrelere ait t istatistik değerlerinden modele dahil edilen “Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı veya oldu mu?” ve “Sağlık anksiyetesi puanı” değişkenlerinin %5 anlamlılık düzeyinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Tablo 10’da F istatistikleri modellerin bir bütün olarak anlamlılığını test etmek için kullanılırken, t istatistikleri değişkenlerin ayrı ayrı anlamlı olup olmadıklarını test etmek amacıyla kullanılır.

Regresyon analizi sonuçlarına göre sabit değer -0,760 çıkmıştır. Sağlık anksiyetesi puanına ait beta katsayısı 0,236 iken Herhangi bir psikolojik

rahatsızlığınız var mı veya oldu mı? yapay değişkenine ait beta katsayısı 3,374 elde edilmiştir. -0,760 tüm referans grubundaki bireylerin herhangi bir psikolojik rahatsızlığı olmadığı (0 olduğu durumda) durumda alacakları ortalama korona virüs sağlık anksiyetesi puanıdır. Herhangi bir psikolojik rahatsızlığı olanların alacağı korona virüs sağlık anksiyetesi puanı ise $-0,760 - 3,374 = -3,004$ 'tür. Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı veya oldu mı? sorusu olanlar ve olmayanlar arasındaki korona virüs sağlık anksiyetesi puanı farkını gösterirken farkın bu modelde anlamlı bulunduğu söylenebilir ($P=0,002$). Sağlık anksiyetesi puanına ait beta değeri ise korona virüs sağlık anksiyetesi puanını kaç puan değiştirdiğini göstermektedir. Buna göre sağlık anksiyetesi puanının korona virüs sağlık anksiyetesi puanını 0,236 oranında arttırdığı söylenebilir.

Her bir bağımsız değişkenin korona virüs sağlık anksiyetesi puanı ile Pearson korelasyon değerini basit (Zero-order), kısmi (Partial) ve kısım (Part) korelasyon katsayıları ve ilişki düzeylerinin genel olarak orta derecede ve pozitif yönlü olduğu görülmektedir.

Varyans Enflasyon Faktörü (VIF) değerinin 10'un altında olmasıyla ve Tolerans istatistiklerinin 0,2 değerinin üstünde olmasıyla tahmin değişkenleri arasında mükemmel doğrusal ilişkiden söz edilemez. Çoklu doğrusallık sorunu yoktur.

Tablo 10. Öğretmenlerin Kronik Rahatsızlıkları

Kronik rahatsızlıklar	Sayı	Yüzde
Ankilozan spondilit	1	2,04
Anksiyete bozukluğu	1	2,04
Aritmi	1	2,04
Astım	1	2,04
Benign prostat	2	4,08
Diyabet	7	14,29
Hepatosteatoz	2	4,08
Epilepsi	1	2,04
Fibromyalji	2	4,08
Ailevi Akdeniz ateşi	1	2,04
Gastrit	1	2,04
Hiperlipidemi	1	2,04
Hipotiroidi	11	22,45

Hipertansiyon	13	26,53
Migren	2	4,08
Polikistik over sendromu	2	4,08
Toplam	49	100,0

Katılımcıların kronik rahatsızlıkları incelendiğinde, toplam 323 katılımcının 15,17'si (n=49) kronik bir rahatsızlığa sahiptir. Katılımcılar en fazla %26,53 oranla hipertansiyon, %22,45 oranla hipotiroidi, %14,29 oranla diyabet, %4,8'er oranla Benign prostat hiperplazisi, hepatosteatoz, migren ve polikistik over sendromudur.

Tablo 11. Öğretmenlerin Psikolojik Rahatsızlıkları

Psikolojik rahatsızlıklar	Sayı	Yüzde
Anksiyete	7	53,84
Depresyon	3	23,07
Panik atak	3	23,07
Toplam	13	100,0

Katılımcıların psikolojik rahatsızlıklarının dağılımı incelendiğinde, %53,84 oranla anksiyete, %23,07 oranla depresyon ve %23,07 oranla ise panik atak rahatsızlıklarına sahip oldukları belirlenmiştir.

Tablo 12. Öğretmenlerin Sürekli Kullandığı İlaçlar

Sürekli Kullanılan bir ilaç	Sayı	Yüzde
Anti hipertansif	14	28,57
Proton pompa inhibitörü	1	2,04
Oral antidiyabetik	7	14,29
İnsülin	1	2,04
Alfa blokör	2	4,08
Kolşisin	1	2,04
Levotiroksin	11	22,45
Sulfasalazine	1	2,04
Essitalopram	2	4,08
Sertralin	1	2,04
Pregabalin	1	2,04
Anti epileptik	1	2,04
Kombine oral kontraseptif	4	8,16

Frovatriptan	1	2,04
Atorvastatin	1	2,04
Toplam	49	100,0

Katılımcıların kullandıkları ilaçlar incelenmiş ve sonuçlar Tablo 12’de gösterilmektedir. Toplam 323 katılımcının 15,17’sinin (n=49) sürekli kullandığı bir ilacı veya ilaçları vardır. Öğretmenler en fazla %28,57 oranla anti hipertansif, %22,45 oranla levotiroksin, %14,29 oranla oral antidiyabetik, %8,16 oranla kombine oral kontraseptif, %4,08’er oranla alfa blokör ve essitalopram ilaçlarını kullanmaktadırlar.

5. TARTIŞMA

DSM-V'de tanımlandığı şekliyle Hastalık Anksiyete Bozukluğu epidemiyolojisi belirsizdir. Popülasyona dayalı çalışmalarda hipokondriyazisin nokta prevalansı %0,04 ile %4,5 arasında bildirilmiştir (2). Fink ve arkadaşları, aşırı sağlık bakım maliyetleri temelinde, hipokondriyazis ve ilgili ciddi sağlık kaygısı kavramının ciddiye alınması ve rutin olarak teşhis ve tedavi edilmesi gerektiğini savunmuştur (98). Sağlık anksiyetesinin görünürdeki ciddiyetine ve büyük ekonomik maliyetine rağmen, genel popülasyonda semptomların kapsamını veya ilişkili sosyodemografik ve sağlık risk faktörlerini inceleyen nispeten az sayıda epidemiyolojik çalışma vardır. Bu bağlamda çalışmamız sağlık anksiyetesi ile ilişkili sosyodemografik, sağlık hizmeti ilişkili faktörleri incelemesi bakımından önemlidir.

Psikofarmakoloji ve bilişsel davranışçı terapi dahil, semptomları önemli ölçüde azaltabilen kanıta dayalı tedaviler vardır (2). Ancak ABD'de ayakta tedavi gören hastalar arasında hipokondriyazis ile ilgili ileriye dönük bir vaka kontrol çalışmasında Barsky (99), dört veya beş yıl sonra insanların üçte ikisinin hala kriterleri karşıladığını ve bozukluğun uzun vadeli önemli bir morbidite, fonksiyonel bozukluk ve kişisel yük taşıdığını bildirmiştir. Hipokondriyazisin ekonomik etkileri; birinci basamakta artan sağlık hizmeti kullanımı, yatan hasta hizmetleri, ikinci basamak bakım hizmetleri ve özel sağlık sigorta poliçe ücretlerine kadar geniş bir yelpazede uzanır (1). Somatik semptom bozukluğu ve Hastalık Anksiyete Bozukluğuna sahip hastalar bakım arayan tipte olduklarında sağlık hizmetinin artmış kullanımına neden olabilecekleri gibi bakımdan kaçınan tipte de olabilirler (42). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığı ve sürekliliği göz önüne alındığında bakımdan kaçınan ve bakım arayan tipteki kişilerin tespiti birinci basamak hizmet kalitesi açısından önem arz eder.

Hasta memnuniyetini ölçmek için hasta algılarının değerlendirilmesi ve hastaların tıbbi ihtiyaçlarının yeterince karşılanıp karşılanmadığının

belirlenmesi gerekmektedir (29,35). Gelişmiş ülkelerde, hasta odaklı sonuçlar ve hasta memnuniyeti anketleri, hizmetlerin kalitesini hastaların bakış açısıyla yansıtarak ve daha fazla ilgiye ihtiyaç duyan hastaları belirleyerek sağlık hizmetleri ve dağıtım sisteminin tasarlanması ve değerlendirilmesinin merkezinde yer alır (36). Bu çalışmada katılımcıların aile hekimleri hakkındaki algılarının sağlık anksiyetelerini düşürmüş olabileceği düşünüldü.

Bu çalışmada katılımcıların, sağlık anksiyete düzeyleri, korona virus anksiyete düzeyleri ve kendi aile hekimleri hakkındaki görüşlerine ulaşmak ve bu değişkenler arasındaki ilişkiyi saptamak amaçlanmıştır.

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak cinsiyete göre öğretmenler, sağlık anksiyetesi ölçeği puanında anlamlı bir farklılığına sahiptir (*P=0,02; P<0,05). Erkek öğretmenlerin daha az anksiyete seviyesinde oldukları görülmektedir. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak herhangi bir kronik rahatsızlığa sahip olma durumuna göre sağlık anksiyetesi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır (*P=0,027; P<0,05). Çalışmamızda elde edilen sonuçlara göre ise, katılımcıların sürekli kullandıkları bir ilaç varsa sağlık anksiyeteleri oldukça yüksektir (*P=0,017; P<0,05). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak herhangi bir psikolojik rahatsızlığa sahip olan hastaların sağlık anksiyetesi puanı, psikolojik rahatsızlığı bulunmayan hastalara göre oldukça yüksektir (*P=0,000; P<0,05).

Türkiye'nin altı farklı şehrinde 1160 hasta üzerinde 2004 yılında EUROPEP aile hekimi değerlendirme formunun uygulandığı bir çalışmada "Sağlık durumuyla ilgili duygusal sorunlarla başa çıkmaya yardımcı olma" (%60,2), "Bekleme odasında bekleme süresi" (%63,0), "Tıbbi bakımla ilgili kararlara hastaların dahil edilmesi" (%61,3) idi (83). Türkiye'de yapılan bir başka çalışma, Türkiye'nin 81 ilinin tamamından ülke çapında temsili bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir. Veriler 2010-2012 yılları arasında aile hekimliği merkezlerini ziyaret eden hastalardan toplanmıştır. EUROPEP aracı kullanılarak üç yıllık tekrarlanan bir kesitsel çalışma yapılmıştır (84). Memnuniyetsizliğe yol açan en önemli üç neden "Hekim ile telefonda

konuşamamak”, “Bekleme odasında bekleme süresi”, “Telefonda uygulamaya geçme” idi (84). Çalışmamızda kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması, işini tam yapması ve sizi muayene etmesi en çok memnun olunan üç konu olurken, doktor dışı personelin yardımı, muayenehaneye ve doktora telefonla ulaşabilme ve bekleme odasında harcanan zaman ise en az memnun olunan konular olmuştur.

Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması konusundaki memnuniyet 2012 yılından günümüze; E-nabız, MHRS gibi elektronik kayıt sistemlerine hastaların da kullanıcı olarak dahil edilmesi sayesinde gerçekleşmiş olabilir. Doktora telefonla ulaşabilme ve bekleme odasında geçen zaman ise memnuniyetsiz olunan konular arasında olmayı sürdürmektedir. Doktora telefonla ulaşabilme ve bekleme odasında geçen zaman, yüksek hasta yükü ve randevusuz ziyaretle ilişkili olarak düşünölmüştür. Mevcut uygulamada her aile hekiminin sadece bir meslektaşı (hemşire veya ebe) ile birlikte çalışması, personelin etkileşimini ve hastalara yardımcı olmasını zorlaştırmaktadır. Hastanın eğer aile sağlığı merkezinde personel tarafından özömlenmesi gereken bir sorunu varsa sorumluluk karmaşası yüzünden hastanın sorunun özölememesine sebep olabilmektedir. Çalışmamızda 2004 ve 2012 de yapılan çalışmalara göre EUROPEP formu puanları yüksektir (%80,4). Bu durumun sebepleri birinci basamak sağlık hizmetleri kalitesindeki zaman içerisindeki iyileşme veya kendileri de toplumun her kesimine hizmet veren öğretmenlerden oluşan eğitim durumu yüksek olan katılımcı grubunun, yine toplumun her kesimine hizmet veren eğitimi durumu yüksek olan aile hekimlerinin mesleki zorluklarına empati ile bakıp birinci basamak sağlık hizmeti beklentilerini düşük tutması olabilir.

Hastalar bilgilendirildiklerinde, ikna edildiklerinde ve karar verme süreçlerine dahil olduklarında, tıbbi tavsiyelere daha fazla bağlı kalırlar. Sağlıkla ilgili daha fazla davranış değişikliği gerçekleştirirler (örneğin, egzersiz, sigarayı bırakma ve diyet değişikliği) (39). Bu tür ortak karar verme, hastaların alternatifler ve tedavinin potansiyel riskleri hakkında tam olarak bilgilendirilmesini ve doktorlarına güvenmelerini gerektirir (40,41). Mevcut literatürün gözden geçirilmesi, hasta memnuniyetinin aile hekimlerinin iyi

iletişim becerileri ve iyi bir hasta hekim ilişkisinin kurulması ile ilişkili olduğunu göstermektedir (79,80). Hastalar aldıkları hizmetin niteliği konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları için “hekimlerin kendilerine karşı davranışlarını, gösterdikleri ilgiyi ve en yalın haliyle şikayetlerinin geçmesini” esas alarak hekimlerden memnuniyetlerini ifade etmektedirler. 1998’de yapılan çalışmada hastaların hekimlerine olan güveni, hekim seçimine sahip olma, hekimleriyle daha uzun süreli bir ilişkiye sahip olma ve yönetilen bakım organizasyonuna güvenme ile ilişkili bulunmuştur (103). Aile hekimliği sisteminin, hastanın bakım organizasyonuna olan güveninin sağlandığı takdirde bu özellikleri karşıladığı görülmektedir. Çalışmamızda elde edilen veri analizlerine göre, aile hekimi hakkındaki pozitif değerlendirmeye sahip olmak sağlık anksiyetesini azaltmaktadır. Diğer bir ifadeyle, katılımcı öğretmenlerin aile hekimlerine olan pozitif değerlendirmesi düştükçe daha fazla sağlık anksiyetesine yönelik yaklaşımlar sergilemektedirler. Hastanın motive edilmesinin, endişe ve korkularının giderilmesinin, hekimin hastanın güvenini kazanmasının, hasta hekim ilişkisinin psikolojik yönüne olumlu katkı sağlanması sağlık anksiyetesinin azalmasında payı olduğu düşünülebilir. Unutulmamalıdır ki hastaların ihtiyaçları, sadece tıbbi gereksinimlerle sınırlı olmayıp, aynı zamanda psikolojik ve sosyal yönleri de olan bir bütündür. Hastanın motive edilmesi, hastanın endişe ve korkularının giderilmesi, hekim hasta ilişkisindeki sürecin psikolojik yönünü oluşturmaktadır.

Konu koronavirüs anksiyetesi olduğu durumda ise aile hekiminin rolü nemsizleşmektedir. Sağlık anksiyetesi ile aile hekimi hakkındaki pozitif algılar arasındaki negatif yöndeki anlamlı ilişki korona virüs anksiyetesi ile aile hekimi hakkındaki pozitif algıları arasında ($p= 0,174$; $p>0,05$) istatistiksel olarak ilişki yoktur. Alberts ve arkadaşları tarafından yapılan meta-analizde gösterilmiştir ki geçmiş çalışmalar çok çeşitli hasta gruplarında çok çeşitli yaş aralıklarında gerçekleştirilmiştir (100). İlk ve ortaöğretimde görev yapan öğretmenlerden oluşan katılımcı grubumuzda kadınların yaş ortalamasının 39,20 olduğu, erkeklerin yaş ortalaması 41,64 olduğu görülmektedir. En küçük katılımcının 22 yaşında olduğu en büyük katılımcının ise 61 yaşında

olduğu göz önüne alındığında katılımcılar arasında 65 yaş ve üzeri ve çocuk yaş grubunda katılımcı bulunmamaktadır.

Türkiye’de online yöntemlerle korona virüs anksiyete ölçeği ile yapılan bir çalışmada kadınlarda korona virüs anksiyetesine ilişkin puan ortalaması ($x=7.14$), erkeklerde korona virüs anksiyetesine ilişkin puan ortalaması ($x=5.88$) bulunmuştur (101). Aritmetik ortalamalar dikkate alındığında kadın öğretmenlerin korona virüs anksiyetesine ilişkin puan ortalaması ($x=3,15$), erkek öğretmenlerin korona virüs anksiyetesine ilişkin puan ortalamasından ($x=2,35$) daha yüksektir. Literatüre uygun olarak erkek öğretmenlerin daha az anksiyete seviyesinde oldukları görülmektedir ancak çalışmamızda korona virüs anksiyetesine ilişkin puan ortalaması literatüre göre düşük gözlenmiştir. Bu farklılık pandemi döneminde gerek vaka sayılarının değişkenliği gerek de pandeminin yarattığı etkilerin zaman içinde kanıksandığı varsayılarak çalışmaların verilerin toplandığı tarihe bağlanmıştır. Çalışmamızda veriler Şubat – Mayıs 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Evren ve arkadaşlarının çalışması (101) ise Türkiye’de neredeyse tek gündem maddesi olarak pandeminin konuşulduğu ve belirsizliğin daha çok hakim olduğu pandeminin ilk ayları olan 2020 mayıs ayında yapıldığı göz önüne alındığında korona virüs anksiyetesine ilişkin puan ortalamasının yüksek çıkması anlaşılabilir. Çalışmamızda elde ettiğimiz verilerin analizinde beklenen şekilde (93) psikolojik rahatsızlığı olan ve kadın olan katılımcıların korona virüs anksiyetesine ilişkin puan ortalaması anlamlı yüksek çıkmıştır.

Yapılan regresyon analizi ile herhangi bir psikolojik rahatsızlığa sahip olma ve sağlık anksiyetesi puanının yüksekliği koronavirüs anksiyetesi ile ilişkili bulunmuştur. Herhangi bir psikolojik rahatsızlığı olmanın koronavirüs anksiyetesi puanını 0,760 artıracak bulunmuştur. Sağlık anksiyetesi puanına ait beta değeri ise korona virüs sağlık anksiyetesi puanını kaç puan değiştirdiğini göstermektedir. Buna göre sağlık anksiyetesi puanının koronavirüs anksiyetesi puanını 0,236 oranında arttırdığı söylenebilir.

Araştırmamızın kısıtlılıkları:

- i. Toplum üzerinde klinik olarak anlamlı kişileri ayırabilecek bir Cut-off değeri kullanılmaması çalışmamızın zayıflığı olarak değerlendirilebilir. Koronavirüs anksiyete ölçeği Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında kullanılan cut-off değeri kullanılmıştır.
- ii. Çalışmamızın gönüllü grubu öğretmenlerden oluştuğu için eğitim düzeyi düşük bir kesimin aile hekimleriyle ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi mümkün olmamıştır, bu durum da çalışmamızın zayıflığı olarak değerlendirilebilir.
- iii. Çalışmamızın katılımcı grubu 22 ile 61 yaş arası öğretmenlerden oluştuğu için kısıtlı bir yaş grubunu üzerinde çalışılmıştır, bu durum da çalışmamızın zayıflığı olarak değerlendirilebilir.
- iv. Katılımcıların COVID-19 geçirip geçirmediği, aşılama durumu COVID-19 sebebiyle bir yakınlarını kaybedip kaybetmedikleri sorgulanmamıştır. Verilerin toplandığı tarih itibari ile aşılama sırasının meslek grubu olarak öğretmenlere gelmediği bilinmektedir. Ancak kronik hastalık sahibi öğretmenler aşılanmış olabilirler. Bu bilgiler katılımcıların COVID-19 anksiyetesine etki ediyor olabilir.
- v. Katılımcılar yaptıkları meslek gereği toplumda psikolojik olarak sağlıklı görünme ihtiyacı hissedip geçirilmiş veya aktif psikolojik rahatsızlıklarını gizlemiş olabilirler.

Araştırmamızın güçlü yanları: yaptığımız literatür araştırmasına göre, bu konuda Türkiye’de öğretmenlerle yapılan ilk çalışma özelliğine sahiptir. Ayrıca, Covid-19 salgın koşullarında telefon veya e-maile yapılmayıp araştırmanın yüz yüze anket uygulanarak gerçekleştirilmesi de çalışmamızın güçlü yanları arasında sayılabilir.

6. SONUÇ

Yapılan regresyon analizi sonucunda sağlık anksiyetesi puanının korona virüs sağlık anksiyetesi puanını arttırdığı söylenebilir. Kişinin sağlık anksiyetesine sahip oluşu koronavirüs anksiyetesine de sahip olması açısından öngördürücü olabilir.

Sağlık anksiyetesi ile aile hekimi hakkındaki pozitif algıları arasında negatif yönde, çok zayıf düzeyde, anlamlı bir ilişki vardır. Hastanın motive edilmesinin, endişe ve korkularının giderilmesinin, hekimin hastanın güvenliğini kazanmasının, hasta aile hekimi ilişkisinin psikolojik yönüne olumlu katkı sağlanmasının sağlık anksiyetesinin azalmasında payı olduğu düşünülebilir.

Sağlık anksiyetesi ile aile hekimi hakkındaki pozitif algılar arasındaki negatif yöndeki anlamlı ilişki korona virüs anksiyetesi ile aile hekimi hakkındaki pozitif algıları arasında yoktur. Katılımcıların koronavirüs anksiyetesinin kendi aile hekimleri hakkındaki görüşten etkilenmemesinin sebebi ise katılımcıların COVID-19 pandemisinin aile hekimlerinin sağlık hizmeti verebilme becerilerini aşan bir durum olarak görmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Sağlık anksiyetesi ve koronavirüs anksiyetesi puanları kadın öğretmenlerde daha yüksek bulunmuştur. Bu nedenle, Covid-19 salgın döneminde kadın öğretmenlere yönelik kaygılarını giderecek önlemlerin ve destek hizmetlerinin artırılması yararlı olacaktır.

Koronavirüs anksiyetesine sahip hastalar sağlık anksiyetesi varlığı ve hastaların gerektiğinde psikiyatri hekimlerine sevgi açısından dikkatle değerlendirilebilir.

Hastaların koronavirüs anksiyetesine sahip olmaları aile hekiminde hastayı yeterince telkin edemediği yönünde bir yetersizlik duygusu yaratabilir. Ancak aile hekimleri hastalarının koronavirüs anksiyetelerini düşürmek konusunda kısıtlı bir role sahip olduklarını hatırlamalıdır. Çünkü koronavirüs

anksiyetesi ile aile hekimi hakkındaki pozitif algılar arasında ilişki bulunmamıştır.

Bununla birlikte aile hekimleri hastalarının sağlık anksiyetesini düşürmek açısından etkin bir role sahip olduklarını akılda tutmalıdır.



7. ÖZET

Giriş: Anksiyete fizyolojik, psikolojik ve davranışsal örüntüleri bulunan, tanımı olmayan ve belirsiz tehdit ve tehlikelere karşı verilen tepki olarak tanımlanmaktadır ve insanın bütün sistem ve varlığını etkilemektedir. Pandemi döneminde COVID-19 hastalığı Sağlık anksiyetesi ise kişinin sağlığına karşı aşırı endişe duyması ya da vücudunda gerçekleşen değişimleri ciddi bir hastalığın habercisi gibi algılaması olarak ifade edilmektedir.

Amaç: Bu çalışmada katılımcıların, sağlık anksiyete düzeyleri, koronavirus anksiyete düzeyleri ve kendi aile hekimleri hakkındaki görüşlerine ulaşmak ve bu değişkenler arasındaki ilişkinin saptanması amaçlanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %54,2'si kadın, %45,8'i ise erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 40,32 bulunmuştur. Katılımcıların kronik rahatsızlıkları incelendiğinde, toplam 323 katılımcının 15,17'si (n=49) kronik bir rahatsızlığa sahiptir. Cinsiyete göre öğretmenler, korona virüs anksiyetesi puanında anlamlı bir farklılığa sahiptir ($P=0,032$; $P<0,05$). Aritmetik ortalamalar dikkate alındığında kadın öğretmenlerin korona virüs anksiyetesine ilişkin puan ortalaması ($x=3,15$), erkek öğretmenlerin korona virüs anksiyetesine ilişkin puan ortalamasından ($x=2,35$) daha yüksektir. Herhangi bir psikolojik rahatsızlığa sahip olan katılımcıların korona virüs anksiyete puanı, herhangi bir psikolojik rahatsızlığı olmayanlara göre çok daha yüksektir. Sağlık anksiyetesi ile aile hekimi hakkındaki pozitif algıları arasında ($r=-0,178$; $p<0,01$) negatif yönde, çok zayıf düzeyde, anlamlı bir ilişki vardır. Korona virüs anksiyetesi ile aile hekimi hakkındaki pozitif algıları arasında ($r=-0,174$; $p<0,01$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur.

Sonuç: Kişinin sağlık anksiyetesine sahip oluşu koronavirüs anksiyetesine de sahip olması açısından öngördürücü olabilir.

Hastanın motive edilmesinin, endişe ve korkularının giderilmesinin, hekimin hastanın güvenliğini kazanmasının, hasta hekim ilişkisinin psikolojik yönüne olumlu katkı sağlanmasının sağlık anksiyetesinin azalmasında payı olduğu düşünülebilir.

Katılımcıların koronavirüs anksiyetesinin kendi aile hekimleri hakkındaki görüşten etkilenmemesinin sebebi ise katılımcıların COVID-19 pandemisinin aile hekimlerinin sağlık hizmeti verebilme becerilerini aşan bir sağlık sorunu olarak görmelerinden kaynaklanıyor olabilir.



8. KAYNAKLAR

1. Sunderland M, Newby JM, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *Br J Psychiatry*. 2013 Jan;202(1):56-61. doi: 10.1192/bjp.bp.111.103960. Epub 2012 Apr 12. PMID: 22500013.
2. Scarella TM, Boland RJ, Barsky AJ. Illness Anxiety Disorder: Psychopathology, Epidemiology, Clinical Characteristics, and Treatment. *Psychosom Med*. 2019 Jun;81(5):398-407. doi: 10.1097/PSY.0000000000000691. PMID: 30920464.
3. Jungmann SM, Withhöft M. Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety? *J Anxiety Disord*. 2020 Jun;73:102239. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102239. Epub 2020 May 20. PMID: 32502806; PMCID: PMC7239023.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). (2020). Erişim tarihi: 24 haziran 2020. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>
5. Su S, Wong G, Shi W, Liu J, Lai ACK, Zhou J, Liu W, Bi Y, Gao GF. Epidemiology, Genetic Recombination, and Pathogenesis of Coronaviruses. *Trends Microbiol*. 2016 Jun;24(6):490-502. doi: 10.1016/j.tim.2016.03.003. Epub 2016 Mar 21. PMID: 27012512; PMCID: PMC7125511.
6. World Health Organization. Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. (2020). Erişim adresi: <https://covid19.who.int/?gclid=CjwKCAiAwrfBRA9EiwAUWwKXvH->

TAF8AYcaOG2zp9rYqOQPul4ZB_BBn1WPVsT0-
Sqhbe7a_ghDVxoCnNkQAvD_BwE (Erişim tarihi 4 Aralık 2020)

7. World Health Organization. Advice for Public. (2020). Erişim adresi: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advicefor-public?> (Erişim tarihi 24 Haziran 2020)
8. Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early transmission dynamics in wuhan, china, of novel coronavirus–infected pneumonia. *N Engl J Med.* (2020) 382:1199–207. doi: 10.1056/NEJMoa2001316
9. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA, Rocha AS, Ferreira A, Victor A, Teixeira C, Machado DB, Paixão E, Alves FJO, Pilecco F, Menezes G, Gabrielli L, Leite L, Almeida MCC, Ortelan N, Fernandes QHRF, Ortiz RJF, Palmeira RN, Junior EPP, Aragão E, Souza LEPP, Netto MB, Teixeira MG, Barreto ML, Ichihara MY, Lima RTRS. Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: potential impacts and challenges in Brazil. *Cien Saude Colet.* 2020 Jun;25(suppl 1):2423-2446. English, Portuguese. doi: 10.1590/1413-81232020256.1.10502020. Epub 2020 Apr 22. PMID: 32520287.
10. Viner, R. M., Russell, S. J., Croker, H., Packer, J., Ward, J., Stansfield, C., Mytton, O., Bonell, C., & Booy, R. (2020). School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *The Lancet. Child & adolescent health*, 4(5), 397–404. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30095-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30095-X)
11. Van Lancker W, Parolin Z. COVID-19, school closures, and child poverty: a social crisis in the making. *Lancet Public Health.* 2020 May;5(5):e243-e244. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30084-0. Epub 2020 Apr 8. PMID: 32275858; PMCID: PMC7141480.

12. UNESCO. School closures caused by Coronavirus 2019. Erişim adresi: <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse> (Erişim tarihi: 22 mar 2021)
- 13.T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼, Genel Koronavir¼s Tablosu. Erişim tarihi: 23 şubat 2021. Erişim adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66935/genel-koronavirus-tablosu.html>
- 14.TC Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼. COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Rehberi. Ankara;14.04.2020. Erişim tarihi: 6 Mayıs 2020. Erişim adresi: https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/COVID-19_Rehberi.pdf?type=file
- 15.Jalloh MF, Li W, Bunnell RE, et al Impact of Ebola experiences and risk perceptions on mental health in Sierra Leone, July 2015BMJ Global Health 2018;3:e000471.
- 16.Lau JT, Griffiths S, Choi KC, Tsui HY. Avoidance behaviors and negative psychological responses in the general population in the initial stage of the H1N1 pandemic in Hong Kong. BMC Infect Dis. 2010 May 28;10:139. doi: 10.1186/1471-2334-10-139. PMID: 20509887; PMCID: PMC2891756.
- 17.Main A, Zhou Q, Ma Y, Luecken LJ, Liu X. Relations of SARS-related stressors and coping to Chinese college students' psychological adjustment during the 2003 Beijing SARS epidemic. J Couns Psychol. 2011 Jul;58(3):410-23. doi: 10.1037/a0023632. PMID: 21574694.
- 18.Saadatian-Elahi M, Facy F, Del Signore C, Vanhems P. Perception of epidemic's related anxiety in the general French population: a cross-sectional study in the Rh¼ne-Alpes region. BMC Public Health. 2010 Apr 13;10:191. doi: 10.1186/1471-2458-10-191. PMID: 20385030; PMCID: PMC2874530.
- 19.Bults M, Beaujean DJ, de Zwart O, Kok G, van Empelen P, van Steenbergen JE, Richardus JH, Voeten HA. Perceived risk, anxiety,

and behavioural responses of the general public during the early phase of the Influenza A (H1N1) pandemic in the Netherlands: results of three consecutive online surveys. *BMC Public Health*. 2011 Jan 3;11:2. doi: 10.1186/1471-2458-11-2. PMID: 21199571; PMCID: PMC3091536.

20. Goulia, P., Mantas, C., Dimitroula, D., Mantis, D., & Hyphantis, T. (2010). General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. *BMC infectious diseases*, 10, 322. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-10-322>
21. Zhang Y, Ma ZF. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 31;17(7):2381. doi: 10.3390/ijerph17072381. PMID: 32244498; PMCID: PMC7177660.
22. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen Psychiatr*. 2020 Mar 6;33(2):e100213. doi: 10.1136/gpsych-2020-100213. Erratum in: *Gen Psychiatr*. 2020 Apr 27;33(2):e100213corr1. PMID: 32215365; PMCID: PMC7061893.
23. Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
24. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res*. 2020 Jun;288:112954. doi:

- 10.1016/j.psychres.2020.112954. Epub 2020 Apr 12. Erratum in: Psychiatry Res. 2021 May;299:113803. PMID: 32325383; PMCID: PMC7152913.
25. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, Zheng J. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. Psychiatry Res. 2020 May;287:112934. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112934. Epub 2020 Mar 20. PMID: 32229390; PMCID: PMC7102633.
26. Rajkumar R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. Asian journal of psychiatry, 52, 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
27. Gaygisiz U, Gaygisiz E, Ozkan T, Lajunen T. Individual differences in behavioral reactions to H1N1 during a later stage of the epidemic. J Infect Public Health. 2012 Mar;5(1):9-21. doi: 10.1016/j.jiph.2011.09.008. Epub 2011 Dec 6. PMID: 22341839.
28. Altuntaş, M . (2020). Pandemi Aile Hekimlerinin Rolü, Görev ve Yetkileri . Klinik Tıp Aile Hekimliği , 12 (1) , 15-17 . Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/ktah/issue/59242/851261> (Erişim tarihi: 30.06.2021)
29. Nguyen, T., Nguyen, H., & Dang, A. (2020). Determinants of patient satisfaction: Lessons from large-scale inpatient interviews in Vietnam. PloS one, 15(9), e0239306. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239306>
30. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. Eval Program Plann. 1983;6(3-4):185-210. doi: 10.1016/0149-7189(83)90002-2. PMID: 10299618.
31. Sparkes, S. P., Atun, R., & Bärnighausen, T. (2019). The impact of the Family Medicine Model on patient satisfaction in Turkey: Panel analysis with province fixed effects. PloS one, 14(1), e0210563. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210563>

32. World Health Organization. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. Copenhagen: Regional Office for Europe, 1996
33. Chimbindi N, Bärnighausen T, Newell ML. Patient satisfaction with HIV and TB treatment in a public programme in rural KwaZulu-Natal: evidence from patient-exit interviews. *BMC Health Serv Res*. 2014 Jan 23;14:32. doi: 10.1186/1472-6963-14-32. PMID: 24450409; PMCID: PMC3904687.
34. World Health Organization. The World Health Report 2000—Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization, 2000
35. Kleeberg UR, Feyer P, Günther W, Behrens M. Patient satisfaction in outpatient cancer care: a prospective survey using The PASQOC questionnaire. *Support Care Cancer*. 2008 Aug;16(8):947-54. doi: 10.1007/s00520-007-0362-4. Epub 2008 Jan 17. PMID: 18204867.
36. Crane HM, Lober W, Webster E, Harrington RD, Crane PK, Davis TE, Kitahata MM. Routine collection of patient-reported outcomes in an HIV clinic setting: the first 100 patients. *Curr HIV Res*. 2007 Jan;5(1):109-18. doi: 10.2174/157016207779316369. PMID: 17266562.
37. Al-Abri, R., & Al-Balushi, A. (2014). Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman medical journal*, 29(1), 3–7. <https://doi.org/10.5001/omj.2014.02>
38. Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *The Ochsner journal*, 10(1), 38–43
39. Mazur DJ, Hickam DH. Patients' preferences for risk disclosure and role in decision making for invasive medical procedures. *J Gen Intern Med*. 1997 Feb;12(2):114-7. doi: 10.1046/j.1525-1497.1997.00016.x. PMID: 9051561; PMCID: PMC1497069.

40. Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE Jr, Yano EM, Frank HJ. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med*. 1988 Sep-Oct;3(5):448-57. doi: 10.1007/BF02595921. PMID: 3049968.
41. Backer JA, Klinkenberg D, Wallinga J. Incubation period of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infections among travellers from Wuhan, China, 20-28 January 2020. *Euro Surveill*. 2020 Feb;25(5):2000062. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.5.2000062. PMID: 32046819; PMCID: PMC7014672.
42. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal bozuklukların tanısai ve sayımsai el kitabı (DSM-5), Tanı ölçütleri el kitabı(2014)(Çev: Köroğlu,E.)
43. Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, Sharpe M, Wulsin L, Barsky A, Lee S, Irwin MR, Levenson J. Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *J Psychosom Res*. 2013 Sep;75(3):223-8. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.06.033. Epub 2013 Jul 25. PMID: 23972410.
44. Aybek S, Kanaan RA, David AS. The neuropsychiatry of conversion disorder. *Curr Opin Psychiatry*. 2008 May;21(3):275-80. doi: 10.1097/YCO.0b013e3282f94242. PMID: 18382227.
45. Şeker, M., Özer, A., Tosun, Z., Korkut, C., & Doğrul, M. COVID-19 Küresel Salgın Değerlendirme Raporu, Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, TÜBA Raporları. 2020 Mayıs; s 243
46. WHO. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report, 51. Erişim tarihi: 11 Mart 2020; Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331475>
47. Coronavirus disease (COVID-19) – World Health Organization. Erişim tarihi: 23 Şubat 2021. Erişim adresi: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

48. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, COVID-19 Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı. Erişim tarihi: 07 Şubat 2021. Erişim adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid-19rehberigenelbilgilerepidemiyojivetanipdf.pdf>
49. Uptodate. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, clinical features, diagnosis, and prevention. Erişim tarihi: 6 Mayıs 2020. Erişim adresi: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-epidemiologyvirology-clinical-features-diagnosis-and-prevention>
50. Buruk, K , Ozlu, T . (2020). New Coronavirus: SARS-COV-2 . Mucosa , 3 (1) , 1-4 . DOI: 10.33204/mucosa.706906
51. Liu Y, Yan LM, Wan L, Xiang TX, Le A, Liu JM, Peiris M, Poon LLM, Zhang W. Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. Lancet Infect Dis. 2020 Jun;20(6):656-657. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30232-2. Epub 2020 Mar 19. PMID: 32199493; PMCID: PMC7158902.
52. Xu K, Chen Y, Yuan J, Yi P, Ding C, Wu W, Li Y, Ni Q, Zou R, Li X, Xu M, Zhang Y, Zhao H, Zhang X, Yu L, Su J, Lang G, Liu J, Wu X, Guo Y, Tao J, Shi D, Yu L, Cao Q, Ruan B, Liu L, Wang Z, Xu Y, Liu Y, Sheng J, Li L. Factors Associated With Prolonged Viral RNA Shedding in Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Clin Infect Dis. 2020 Jul 28;71(15):799-806. doi: 10.1093/cid/ciaa351. PMID: 32271376; PMCID: PMC7184421.
53. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, Zhao X, Huang B, Shi W, Lu R, Niu P, Zhan F, Ma X, Wang D, Xu W, Wu G, Gao GF, Tan W; China Novel Coronavirus Investigating and Research Team. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. N Engl J Med. 2020 Feb 20;382(8):727-733. doi: 10.1056/NEJMoa2001017. Epub 2020 Jan 24. PMID: 31978945; PMCID: PMC7092803.

54. Cascella M, Rajnik M, Aleem A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, Evaluation, and Treatment of Coronavirus (COVID-19). 2021 Apr 20. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan–. PMID: 32150360.
55. Inui, S., Fujikawa, A., Jitsu, M., Kunishima, N., Watanabe, S., Suzuki, Y., Umeda, S., & Uwabe, Y. (2020). Chest CT Findings in Cases from the Cruise Ship Diamond Princess with Coronavirus Disease (COVID-19). *Radiology. Cardiothoracic imaging*, 2(2), e200110. <https://doi.org/10.1148/ryct.2020200110>
56. National Institutes of Health, USA. COVID-19 Treatment Guidelines, Erişim tarihi: Şubat 2021. Erişim adresi: <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/overview/clinical-spectrum/>
57. Shi H, Han X, Cao Y, Alwalid O, Zheng C. CT screening for early diagnosis of SARS-CoV-2 infection - Authors' reply. *Lancet Infect Dis*. 2020 Sep;20(9):1011. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30247-4. Epub 2020 Mar 26. PMID: 32222163; PMCID: PMC7194957.
58. Ai T, Yang Z, Hou H, Zhan C, Chen C, Lv W, Tao Q, Sun Z, Xia L. Correlation of Chest CT and RT-PCR Testing for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases. *Radiology*. 2020 Aug;296(2):E32-E40. doi: 10.1148/radiol.2020200642. Epub 2020 Feb 26. PMID: 32101510; PMCID: PMC7233399.
59. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Erişkin Hasta Tedavisi, Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması, Ekim 2020 Erişim tarihi: Şubat 2021 Erişim adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66926/eriskin-hasta-tedavisi.html>
60. Cattell RB. Psychological Measurement of Anxiety and Depression: A Quantitative Approach. *Canadian Psychiatric Association Journal*. 1962;7(1_suppl):11-23. doi:10.1177/070674376200701S03

61. Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. *Ann Acad Med Singap*. 2020 Mar 16;49(3):155-160. PMID: 32200399.
62. Shultz J.M., Neria Y., Allen A., Espinel Z. (2013) Psychological Impacts of Natural Disasters. In: Bobrowsky P.T. (eds) *Encyclopedia of Natural Hazards*. Encyclopedia of Earth Sciences Series. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-4399-4_279
63. Rossi R, Socci V, Talevi D, Mensi S, Niolu C, Pacitti F, Di Marco A, Rossi A, Siracusano A, Di Lorenzo G. COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. *Front Psychiatry*. 2020 Aug 7;11:790. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00790. PMID: 32848952; PMCID: PMC7426501.
64. Odriozola-González P, Planchuelo-Gómez Á, Irurtia MJ, de Luis-García R. Psychological symptoms of the outbreak of the COVID-19 confinement in Spain. *J Health Psychol*. 2020 Oct 30:1359105320967086. doi: 10.1177/1359105320967086. Epub ahead of print. PMID: 33124471.
65. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, Zheng J. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res*. 2020 May;287:112934. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112934. Epub 2020 Mar 20. PMID: 32229390; PMCID: PMC7102633.
66. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 6;17(5):1729. doi: 10.3390/ijerph17051729. PMID: 32155789; PMCID: PMC7084952.

67. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. 2020 Aug 6;383(6):510-512. doi: 10.1056/NEJMp2008017. Epub 2020 Apr 13. PMID: 32283003.
68. Tracy M, Norris FH, Galea S. Differences in the determinants of posttraumatic stress disorder and depression after a mass traumatic event. *Depress Anxiety*. 2011 Aug;28(8):666-75. doi: 10.1002/da.20838. Epub 2011 May 26. PMID: 21618672; PMCID: PMC3145817.
69. Bults, M., Beaujean, D.J., de Zwart, O. et al. Perceived risk, anxiety, and behavioural responses of the general public during the early phase of the Influenza A (H1N1) pandemic in the Netherlands: results of three consecutive online surveys. *BMC Public Health* 11, 2 (2011). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-2>
70. Balkhy HH, Abolfotouh MA, Al-Hathloul RH, Al-Jumah MA. Awareness, attitudes, and practices related to the swine influenza pandemic among the Saudi public. *BMC Infect Dis*. 2010 Feb 28;10:42. doi: 10.1186/1471-2334-10-42. PMID: 20187976; PMCID: PMC2844401.
71. Goodwin R, Gaines SO Jr, Myers L, Neto F. Initial psychological responses to swine flu. *Int J Behav Med*. 2011 Jun;18(2):88-92. doi: 10.1007/s12529-010-9083-z. PMID: 20195809; PMCID: PMC7090401.
72. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020 WHO reference number: WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1
73. Wang, Y., Mckee, M., Torbica, A., & Stuckler, D. (2019). Systematic Literature Review on the Spread of Health-related Misinformation on Social Media. *Social Science & Medicine* (1982), 240, 112552 - 112552

74. Neria, Y., & Sullivan, G. M. (2011). Understanding the mental health effects of indirect exposure to mass trauma through the media. *JAMA*, 306(12), 1374–1375. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.1358>
75. Huang Y, Zhao N. Mental health burden for the public affected by the COVID-19 outbreak in China: Who will be the high-risk group? *Psychol Health Med*. 2021 Jan;26(1):23-34. doi: 10.1080/13548506.2020.1754438. Epub 2020 Apr 14. Retraction in: *Psychol Health Med*. 2020 Oct 23;:1. PMID: 32286091
76. Van Royen P, Rees CE, Groenewegen P. Patient-centred interprofessional collaboration in primary care: challenges for clinical, educational and health services research. An EGPRN keynote paper. *Eur J Gen Pract*. 2014 Dec;20(4):327-32. doi: 10.3109/13814788.2014.908462. Epub 2014 Jun 1. PMID: 24882115
77. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, Thomas H. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*. 2002;6(32):1-244. doi: 10.3310/hta6320. PMID: 12925269.
78. Roque H, Veloso A, Ferreira PL. Portuguese version of the EUROPEP questionnaire: contributions to the psychometric validation. *Rev Saude Publica*. 2016 Oct 3;50(0):61. doi: 10.1590/S1518-8787.2016050006259. PMID: 27706374; PMCID: PMC5068964.
79. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. *Br J Gen Pract*. 1996 Oct;46(411):601-5. PMID: 8945798; PMCID: PMC1239785.
80. Baker, R., & Streatfield, J. (1995). What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 45(401), 654–659

81. Michel Wensing, Jan Mainz & Richard Grol (2000) A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe, *The European Journal of General Practice*, 6:3, 82-87, DOI: 10.3109/13814780009069953
82. Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Jung, H. P., Ferreira, P., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P., Olesen, F., Reis, S., Ribacke, M., Szecsenyi, J., & European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care (EUROPEP) (2000). Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 50(460), 882–887
83. Dağdeviren N, Aktürk Z. An evaluation of patient satisfaction in Turkey with the EUROPEP instrument. *Yonsei Med J*. 2004 Feb 29;45(1):23-8. doi: 10.3349/ymj.2004.45.1.23. Erratum in: *Yonsei Med J*. 2005 Jun 30;46(3):following 447. PMID: 15004864.
84. Aktürk Z, Ateşoğlu D, Çiftçi E. Patient satisfaction with family practice in Turkey: Three-year trend from 2010 to 2012. *Eur J Gen Pract*. 2015;21(4):238-45. doi: 10.3109/13814788.2015.1048681. Epub 2015 Jul 24. PMID: 26205156.
85. Başara BB, Güler C, Yentür GK, Birge B, Pulgat E, Ekinci BM. Turkish health statistics yearly 2012. Ankara: Ankara: Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü; 2013
86. Petek D, Künzi B, Kersnik J, Szecsenyi J, Wensing M. Patients' evaluations of European general practice--revisited after 11 years. *Int J Qual Health Care*. 2011 Dec;23(6):621-8. doi: 10.1093/intqhc/mzr052. Epub 2011 Aug 10. PMID: 21831966.
87. Milano M, Mola E, Collecchia G, Del Carlo A, Giancane R, Visentin G, Nicolucci A. Validation of the Italian version of the EUROPEP instrument for patient evaluation of general practice care. *Eur J Gen*

Pract. 2007;13(2):92-4. doi: 10.1080/13814780701378990. PMID: 17534746.

88. Padem, H., Göksu, A. ve Konaklı, Z., Araştırma Yöntemleri SPSS Uygulamalı, Sarajevo : IBU Publications., 2012:58
89. Büyüköztürk, Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Ankara: Pegem A Yayıncılık. 2004:129
90. Kalaycı, Ş. SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri (5. Baskı). Ankara: Asil Yayın Dağıtım. 2010:106
91. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. Psychol Med. 2002 Jul;32(5):843-53. doi: 10.1017/s0033291702005822. PMID: 12171378.
92. Aydemir, Ö., Kırpınar, İ., Satı, T., Uykur, B. ve Cengisiz, C. (2013). Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin Türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50(4), 325-331. doi: 10.4274/npa.y6383
93. Lee SA. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. Death Stud. 2020;44(7):393-401. doi: 10.1080/07481187.2020.1748481. Epub 2020 Apr 16. PMID: 32299304.
94. Biçer, İ , Çakmak, C , Demir, H , Kurt, M . (2020). Koronavirüs Anksiyete Ölçeği Kısa Formu: Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması . Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences , Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi (COVID 19 Özel Sayısı) , 216-225 . DOI: 10.21673/anadoluklin.731092
95. Aktürk, Z., Dağdeviren, N., Şahin, E. M., Özer, C., Yaman, H., Göktaş, O., ve Maraş, İ. (2002). Hastalar hekimleri değerlendiriyor: EUROPEP ölçeği. DEU Tıp Fakültesi Dergisi, 16(3), 153-160

- 96.Şencan, H. Sosyal davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik. Seçkin Yayıncılık. Birinci Baskı, Ankara, 2007:746
- 97.Abramowitz JS, Olatunji BO, Deacon BJ. Health anxiety, hypochondriasis, and the anxiety disorders. *Behav Ther.* 2007 Mar;38(1):86-94. doi: 10.1016/j.beth.2006.05.001. Epub 2006 Oct 23. PMID: 17292697.
- 98.Fink P, Ørnbøl E, Christensen KS. The outcome of health anxiety in primary care. A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. *PLoS One.* 2010 Mar 24;5(3):e9873. doi: 10.1371/journal.pone.0009873. PMID: 20352043; PMCID: PMC2844425.
- 99.Barsky AJ, Ettner SL, Horsky J, Bates DW. Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. *Med Care.* 2001 Jul;39(7):705-15. doi: 10.1097/00005650-200107000-00007. PMID: 11458135.
100. Alberts NM, Hadjistavropoulos HD, Jones SL, Sharpe D. The Short Health Anxiety Inventory: a systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord.* 2013 Jan;27(1):68-78. doi: 10.1016/j.janxdis.2012.10.009. Epub 2012 Nov 9. PMID: 23247202.
101. Evren C, Evren B, Dalbudak E, Topcu M, Kutlu N. Measuring anxiety related to COVID-19: A Turkish validation study of the Coronavirus Anxiety Scale. *Death Stud.* 2020 Jun 3:1-7. doi: 10.1080/07481187.2020.1774969. Epub ahead of print. PMID: 32490730.
102. Weck F, Neng JMB, Göller K, Müller-Marbach AM. Previous experiences with illness and traumatic experiences: a specific risk factor for hypochondriasis? *Psychosomatics.* 2014 Jul-Aug;55(4):362-371. doi: 10.1016/j.psych.2013.10.005. Epub 2013 Oct 23. PMID: 24360529.

103. Kao, A. C., Green, D. C., Davis, N. A., Koplan, J. P., & Cleary, P. D. (1998). Patients' trust in their physicians: effects of choice, continuity, and payment method. *Journal of general internal medicine*, 13(10), 681–686. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00204.x>
104. Taylor, S., Thordarson, D. S., Jang, K. L., & Asmundson, G. J. (2006). Genetic and environmental origins of health anxiety: a twin study. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5(1), 47–50.
105. Barsky AJ. Clinical practice. The patient with hypochondriasis. *The New England Journal of Medicine* 2001;345:1395–1399.

9. EKLER

Koronavirüs Anksiyete Ölçeği

<u>Son 2 haftada aşağıda belirtilen durumları ne kadar sık yaşadınız?</u>		Hiçbir zaman	Nadir, bir veya iki günden az	Bir kaç gün	7 günden fazla	Son iki haftada nerdeyse her gün
1	Koronavirüs ile ilgili haberleri okuduğum veya dinlediğim zaman başımın döndüğünü ve sersemleştığimi hissettim veya bayılacakmış gibi oldum.	0	1	2	3	4
2	Koronavirüsü düşündüğüm için uykuya dalmada ya da uyumada sorun yaşadım.	0	1	2	3	4

3	Koronavirüs ile ilgili konuları düşündüğümde ya da bu konulara maruz kaldığımda inme inmiş gibi hissettim veya dondum kaldım.	0	1	2	3	4
4	Koronavirüs ile ilgili konuları düşündüğümde ya da bu konulara maruz kaldığımda iştahım kaçtı.	0	1	2	3	4
5	Koronavirüs ile ilgili konuları düşündüğümde ya da bu konulara maruz kaldığımda mide bulantısı ya da mide problemleri yaşadım.	0	1	2	3	4

SAĞLIK ANKSİYETESİ ENVANTERİ (KISA VERSİYON)

Bu bölümdeki her soru dört farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve son 6 ay içindeki duygularınızı en iyi ifade edeni seçin. Seçtiğiniz cümleyi yanındaki harfi daire içine alarak işaretleyin, örneğin (a) cümlesinin doğru olduğunu düşünüyorsanız (a) yı işaretleyin; birden fazla ifadenin size uygun olduğunu düşündüğünüzde size uyan ifadelerin hepsini işaretleyin.

1.

- (a) Sağlığım ile ilgili endişelenmem.
- (b) Sağlığım ile ilgili nadiren endişelenirim.
- (c) Sağlığım ile ilgili çok sık endişelenirim.
- (d) Sağlığım ile ilgili hemen her zaman endişelenirim.

2.

- (a) Yaşıtlarıma göre daha az ağrı/ acı hissederim
- (b) Yaşıtlarım kadar ağrı/acı hissederim
- (c) Yaşıtlarımdan daha fazla ağrı/acı hissederim
- (d) Bedenimde sürekli ağrı/acı hissederim.

3.

- (a) Genellikle vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında değilimdir.
- (b) Bazen vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkında olurum.
- (c) Çoğunlukla vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.
- (d) Sürekli vücudumdaki duyum yada değişikliklerin farkındayım.

4.

- (a) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymak hiç bir zaman sorun olmamıştır.
- (b) Çoğu kez hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koyabilirim.
- (c) Hastalıkla ilgili düşüncelere karşı koymaya çalışırım ama çoğunlukla yapamam.
- (d) Hastalıkla ilgili düşünceler o kadar güçlü ki artık onlara karşı hiç koymaya çalışmıyorum.

5.

- (a) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğu korkusu yoktur.
- (b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
- (c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.
- (d) Her zaman ciddi bir hastalığım olduğu korkusu vardır.

6.

- (a) Kendimi hasta olarak hayal etmem.
- (b) Nadiren hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
- (c) Sıklıkla hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.
- (d) Sürekli hasta olduğum hayalleri gözümün önüne gelir.

7.

- (a) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta zorluk çekmem.
- (b) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta bazen zorlanırım.
- (c) Sağlığım ile ilgili düşünceleri zihnimden uzaklaştırmakta çoğunlukla zorlanırım.
- (d) Hiçbir şey zihnimden sağlığım ile ilgili düşünceleri uzaklaştıramaz.

8.

- (a) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylerse tamamen rahatlarım.
- (b) Başlangıçta rahatlarım ama bazen yeniden endişelenirim.
- (c) Başlangıçta rahatlarım ama mutlaka yeniden endişelenirim.
- (d) Doktorum kötü bir şey olmadığını söylese de rahatlayamam.

9.

(a) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda hiçbir zaman kendimde olduğunu düşünmem.

(b) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda bazen kendimde de olduğunu düşünürüm.

(c) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda çoğunlukla kendimde de olduğunu düşünürüm.

(d) Bir hastalık hakkında konuşulduğunda her zaman kendimde de olduğunu düşünürüm.

10.

(a) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen nadiren ne olduğunu merak ederim.

(b) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen çoğunlukla ne olduğunu merak ederim.

(c) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen her zaman ne olduğunu merak ederim.

(d) Vücudumda bir algı ya da değişiklik hissedersen mutlaka ne olduğunu bilmek isterim.

11.

(a) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin çok düşük olduğunu düşünürüm.

(b) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin oldukça düşük olduğunu düşünürüm.

(c) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin orta derecede olduğunu düşünürüm.

(d) Genellikle ciddi bir hastalığa yakalanma riskimin yüksek olduğunu düşünürüm.

12.

(a) Asla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünmem

(b) Bazen ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

(c) Çoğunlukla ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

(d) Genellikle ciddi bir hastalığım olduğunu düşünürüm.

13.

(a) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte zorlanmam.

(b) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmekte bazen zorlanırım.

(c) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek çoğunlukla zorlanırım.

(d) Ne olduğu açıklanamayan bir bedensel algı fark edersem başka şeyleri düşünmek her zaman zorlanırım.

14.

(a) Ailem ve dostlarım sağlığımla yeterince ilgilenmediğimi söyler.

(b) Ailem ve dostlarım sağlığımla normal düzeyde ilgilendiğimi söyler.

(c) Ailem ve dostlarım sağlığım için fazlaca endişelendiğimi söyler.

(d) Ailem ve dostlarım hastalık hastası olduğumu söyler.

Aşağıdaki soruları yanıtlarken, sizi özellikle rahatsız eden bir hastalığınız (kalp hastalığı, kanser, Multipl Skleroz gibi) olsaydı nasıl olurdu diye düşünün. Tabii ki tam olarak nasıl olacağını bilemezsiniz ama genelde kendiniz ve ciddi bir hastalık konusundaki bilgilerinize dayanarak nasıl olacağı konusunda en iyi tahmini yapmaya çalışın.

15.

(a) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala oldukça zevk alabilirdim.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı da hayatımdaki şeylerden hala biraz zevk alabilirdim.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden neredeyse hiç zevk alamazdım.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı hayatımdaki şeylerden hiç zevk alamazdım.

16.

(a) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı yüksek olurdu.

(b) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı orta düzeyde olurdu.

(c) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı çok az olurdu.

(d) Ciddi bir hastalığım olsaydı modern tıbbın beni iyileştirme şansı hiç olmazdı.

17.

(a) Ciddi bir hastalık yaşamımın bazı alanlarını bozardı.

(b) Ciddi bir hastalık yaşamımın birçok alanını bozardı.

(c) Ciddi bir hastalık yaşamımın neredeyse her alanını bozardı.

(d) Ciddi bir hastalık yaşamımı mahvederdi.

18.

- (a) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurum zedelenmiş hissetmezdim.
- (b) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu biraz zedelenmiş hissederdim.
- (c) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu oldukça çok zedelenmiş hissederdim.
- (d) Ciddi bir hastalığım olsaydı onurumu tamamen kaybetmiş hissederdim.

EUROPEP – Aile hekimi değerlendirme formu

Bu bölümdeki her soru beş farklı ifade içerir. Lütfen her ifadeyi dikkatlice okuyun ve aile hekiminiz hakkındaki görüşünüzü en iyi yansıtanı seçin.

No	SORULAR	1	2	3	4	5
1	Görüşmeler sırasında yeterli zamanınız olduğunu hissettirmesi					
2	Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi					
3	Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması					
4	Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması					
5	Sizi dinlemesi					
6	Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması					
7	Şikayetlerinizi çabuk iyileştirmesi					
8	Günlük ihtiyaçlarınızı görecekt kadar iyi hissetmenize yardım etmesi					
9	İşini tam yapması					
10	Sizi muayene etmesi					
11	Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler					
12	Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması					

13	Şikayetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi					
14	Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması					
15	Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması					
16	Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi					
17	Uzman ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması					
18	Doktor dışı personelin yardımı					
19	Size uygun zamanlarda randevu alabilmeniz					
20	Polikliniğe telefonla ulaşabilmeniz					
21	Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz					
22	Bekleme odasında harcadığınız zaman					
23	Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması					

Sosyodemografik Bilgi Formu

Yaş:

Cinsiyet :

Kadın

Erkek

Eğitim durumu:

Okuryazar

İlkokul

Ortaokul

Lise

Üniversite

Yüksek lisans/Doktora

Gelir Düzeyi :

Geliri giderinden az

Geliri giderine denk

Geliri giderinden fazla

Medeni durum :

Evli

Bekar

Çocuğunuz var mı?

Evet

Hayır

Evet ise kaç tane? ...

Çocuklarınız dışında evde bakmakla yükümlü olduğunuz başka biri var mı? Varsa kim? Kaç yaşında?

GENEL BİLGİLER

Herhangi kronik bir rahatsızlığınız var mı?

Evet (Varsa belirtiniz:.....)

Hayır

Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?

Evet (Varsa belirtiniz:.....)

Hayır

Sürekli kullandığınız ilaç veya ilaçlar var mı?

Evet (Varsa belirtiniz:.....)

Hayır

Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı veya oldu mu?

Evet (Varsa belirtiniz:.....)

Hayır