



ORİJİNAL MAKALE / ORIGINAL ARTICLE

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi / BAUN Sağ Bil Derg
Balıkesir Health Sciences Journal / BAUN Health Sci J
ISSN: 2146-9601- e ISSN: 2147-2238
Doi: <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1094868>



Aile Sağlığı Elemanlarının Kronik Hastalıklara Yönelik Uygulamaları Kronik Hastalıklara Yönelik Uygulamaları: Bilgilendirme, Eğitim, İzlem ve Yönlendirme Faaliyetleri

Esmâ ATASOY¹, Funda ÖZPULAT¹

¹ Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği

² Selçuk Üniversitesi, Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği

Geliş Tarihi / Received: 8.04.2022, **Kabul Tarihi / Accepted:** 29.09.2022

ÖZ

Amaç: Araştırma aile sağlığı elemanlarının sık görülen kronik hastalıklara yönelik uygulama ve yaklaşımlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı türdeki bu araştırma 2021 yılında 101 aile sağlığı elemanı ile gerçekleştirilmiştir. **Bulgular:** Aile sağlığı elemanlarının %20.8'i sağlıklı bireyleri diyabet riski açısından değerlendirip aile hekimine yönlendirmekte; %32.7'si diyabet haricinde herhangi bir kronik hastalığı bulunan bireyleri diyabet riski açısından değerlendirmemekte ve aile hekimine yönlendirmemekte; %77.2'si kendilerine başvuran tüm gebeleri gebelik diyabeti açısından değerlendirip glikoz tolerans testi ölçümü için aile hekimine yönlendirmekte; %47.5'i çocukluk çağı diyabet öyküsü olan tüm bireyleri diyabet izlemi açısından değerlendirmekte ve glikoz tolerans testi ölçümleri için aile hekimine yönlendirmekte; %34.7'si tüm sağlıklı bireylerin sistolik ve diastolik değerlerini en az 1 kere ölçmekte; %40.6'sı ise adölesan bireyleri adölesan dönem HT açısından değerlendirmeyip aile hekimine yönlendirmemekte; %32.7'si kendilerine başvuran yüksek kolesterol riski olan bireylerin yarısından fazlasını sağlıklı beslenme, %31.7'si fiziksel aktivite hakkında bilgilendirmektedir. Aile sağlığı elemanlarının %33.7'si sağlıklı bireylerin yarısından çoğunun en az 1 kez Beden Kitle İndeksini (BKİ) ve herhangi bir kronik hastalığı bulunan bireylerin BKİ'sini değerlendirmektedir.

Sonuç: Aile Sağlığı elemanlarının kronik hastalıkları önleme ve mücadelede temel rol ve sorumlulukları arasında yer alan bilgilendirme, eğitim, izlem ve yönlendirme faaliyetlerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Aile sağlığı elemanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırma ve davranış değişikliğini takip etme bakımından teşvik edilmesi ve katılımı sağlayacak politikalar geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile Sağlığı Elemanı, Kronik Hastalıklar, Hastalık Yönetimi, Diyabet, Kanser, Yüksek Tansiyon.

Practices of Family Health Staff for Chronic Diseases: Information, Education, Follow-up, and Guidance Activities

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study is to determine the practices and approaches of family health workers in managing chronic illness. **Materials and Methods:** The study was conducted descriptively in 2021 with 101 family health workers. **Results:** According to findings, 20.8% of family health workers screen healthy individuals for diabetes risk and refer them to family physicians; 32.7% do not assess individuals with a chronic disease other than diabetes for diabetes risk and do not refer them to the family physician; 77.2% screen all pregnant women who refer to them for gestational diabetes and refer them to the family physician for glucose tolerance testing; 47.5% screen all individuals with a history of childhood diabetes for diabetes and refer them to their family physician for measurement of the glucose tolerance test; 34.7% measure systolic and diastolic values of all healthy individuals at least once; 40.6% do not assess adolescent individuals for adolescent hypertension and do not refer them to a family physician; 32.7% inform more than half of those at high risk for cholesterol about healthy eating, and 31.7% inform more than half about physical activity; 33.7% determine the body mass index (BMI) of more than half of healthy individuals and the BMI of individuals with a chronic disease at least once. **Conclusion:** It is necessary to improve the activities of informing, educating, monitoring, and referring, which are among the fundamental roles and responsibilities of family health workers in preventing and combating chronic diseases. Policies should be developed to encourage and engage individuals in acquiring healthy lifestyle behaviors and behavior change.

Keywords: Family Health Worker, Chronic Diseases, Disease Management, Diabetes, Cancer, High Blood Pressure.

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Esmâ ATASOY, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği

E-mail: esm.akf@gmail.com

Bu makaleye atf yapmak için / Cite this article: Atasoy, E., & Özpulat, F. (2023). Practices of family health staff for chronic diseases: Information, education, follow-up, and guidance activities. *BAUN Health Sci J*, 12(3), 639-648. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.1094868>



BAUN Health Sci J, OPEN ACCESS <https://dergipark.org.tr/tr/pub/balikesirsbd>
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

GİRİŞ

Birinci basamak sağlık hizmetleri, toplum bireylerinin ihtiyaçlarına ve tercihlerine mümkün olan en erken zamanda odaklanarak yüksek sağlık ve esenlik düzeyine erişmesini ve hizmetlerin eşit dağılımını sağlamaya odaklanır (UNICEF ve WHO, 2018a). Bu hizmetler, bireyin yaşamı boyunca fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık ihtiyaçlarının çoğunu karşılamakta, bireysel veya toplumsal düzeyde olmak üzere, sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinden tedavi, rehabilitasyon ve palyatif bakıma kadar tüm süreci kapsamaktadır (UNICEF ve WHO, 2018; WHO, 2021b). Gelişmiş sağlık sistemlerinde sağlık hizmetinin merkezi ve çoğu zaman ilk temas noktası olan bu hizmetler, kronik hastalıkların yönetiminde merkezi bir rol oynamaktadır (Hobbs ve ark., 2016; Prazeres ve Santiago, 2015). Kronik hastalıklar, genellikle uzun bir gözetim, gözlem ve bakıma ihtiyaç duyulan hastalıklardır. Kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, kronik solunum hastalıkları ve diyabet, dört ana kronik hastalık türü olarak kategorize edilmektedir (Kadu ve Stolee, 2015; Sung ve ark. 2018). Günümüzde kronik hastalıkların düşük ve orta gelirli ülkeler üzerindeki etkileri önemli bir sorundur. DSÖ (2021) verilerine göre kronik hastalıklar nedeniyle her yıl 41 milyon insan ölmekte, bu da dünya çapındaki tüm ölümlerin %71'ine denk gelmektedir. Tüm kronik hastalıklara bağlı ölümlerinin %77'si düşük ve orta gelirli ülkelerdedir. Kronik hastalıklara bağlı ölümlerinin çoğunu (17.9 milyon) kardiyovasküler hastalıklar oluştururken, bunu kanserler (9.3 milyon), solunum hastalıkları (4.1 milyon) ve diyabet (1.5 milyon) izlemektedir (WHO, 2021c). Türkiye'de kronik hastalıklardan kaynaklı ölüm oranları DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki diğer ülke oranlarına benzerdir. Tüm ölümlerin %87.5'i kronik hastalıklardan kaynaklanmaktadır (WHO, 2021c). Nüfusun yarıdan fazlası, kronik hastalıklar için üç ya da daha fazla risk faktörüne sahiptir ve bu durum yaşla orantısız olarak artmaktadır. Nüfusun sadece %1.3'ü kronik hastalıklar için 5 risk faktöründen hiçbirini taşımamaktadır (STEPS, 2018).

Türkiye'de kronik hastalıkların görülme oranının her geçen gün artması ve kronik hastalıkların yaşam boyu devam etmesine bağlı olarak kronik hastalıkların yönetimi bireylerin sorumluluğudur. Kronik hastalıkları yönetmek bireyin ifade ettiği değişikliklerle belirtilerle ve yetersizliklerle beraber yaşamayı deneyimlemesini gerektirir. Kronik hastalıkların yönetiminin temel amacı yaşam şekli değişikliklerine ve alınan tedaviye uyumu artırmak; hastalığı durdurmak ve komplikasyonu önlemektir. Bu bağlamda öz-yönetimi desteklemek üzere hemşire liderliğindeki bilgi ve eğitim müdahaleleri hastalık yönetiminde olumlu sonuçlar vermektedir (Yıldırım, 2021).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin süreklilik, koordinasyon ve kapsamlılık gibi tanımlayıcı özellikleri kronik hastalıkların yönetimini sağlamada önemli rol oynamaktadır (Rothman & Wagner, 2003). Birinci basamak sağlık çalışanları ise kronik hastalıkların ortaya çıkışı ve yönetiminde, kendilerine başvuran bireyin sağlık davranışları ve yaşam tarzına yönelik sağlığı geliştirmenin yanı sıra kronik hastalıklarla mücadelede önemli role sahiptir (Martinez ve ark., 2017). Yurtiçi

literatürde kronik hastalıklar kapsamında diyabet, yüksek tansiyon, obezite ve diğer konu başlıklarında hastaların öz yönetim sorumluluğu ve eğitim alanındaki çalışmalarına odaklanılsa da kapsayıcı şekilde kronik hastalıklara yönelik aile sağlığı elemanlarının eğitim, bilgilendirme, izlem ve yönlendirme olmak üzere ana faaliyetlerini uygulama durumlarını değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Aile sağlığı elemanlarının (Hemşire, Ebe, ATT, Sağlık Memuru) kronik hastalıklarla mücadelede bilgilendirme, eğitim, izlem yönlendirme uygulamalarının değerlendirmeye ihtiyaç olduğu düşünülerek tamamlanan bu araştırma, mevcut durum ve ihtiyaç tespiti bakımından literatüre katkı sağlayıcıdır.

GEREÇ YÖNTEM

Araştırmanın tipi

Araştırma tanımlayıcı tiptedir.

Araştırmanın yeri ve zamanı

Araştırma verileri online veri toplama aracı Google Forms ile 20/06/2021-10/08/2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın örnekleme

Araştırma örnekleme grubu Ankara ilinde görev yapan aile sağlığı elemanlarına sosyal medya araçları kullanılarak (WhatsApp, facebook, telegram vb.) ulaşılarak olasılıklı olmayan örneklem yöntemlerinden kartopu örneklem yöntemiyle oluşturulmuştur. Araştırmada çalışmaya katılmayı kabul eden 101 aile sağlığı elemanına ulaşılmıştır. Araştırmada online veri toplama formu kullanılmıştır.

Değişkenler

Bu araştırmada değişkenler diyabet, yüksek tansiyon, yüksek kolesterol, obezite ve kanser hastalıklarına yönelik 5 kategoride yapılan bakım uygulamaları olan bilgilendirme, eğitim, izlem ve yönlendirme faaliyetlerini içermektedir.

Veri toplama araçları

Literatür taraması (Altamimi ve ark., 2016; Choi ve ark. 2018; Godwin ve ark., 2015; Lundberg ve ark., 2017; Prazeres ve Santiago, 2015; Rani, 2018) yapılarak oluşturulan veri toplama formu üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde aile sağlığı elemanlarının yaşı, ilgilendikleri ortalama nüfus, 50-64 yaş arası ve 65 yaş ve üzeri ortalama nüfus, cinsiyet, öğrenim durumu ve alana özgü eğitim almaya ilişkin sekiz soru bulunmaktadır. İkinci bölümde aile sağlığı elemanlarının kronik hastalıklara yönelik yaklaşımlarını belirlemeye yönelik 33 soru, aile sağlığı elemanlarının kendilerine başvuran bireyleri kronik hastalıklar açısından değerlendirmeye nedenlerine yönelik bir soru yer almaktadır. Üçüncü bölümde aile sağlığı elemanlarının yaşam tarzı değerlendirmeleri, kronik hastalıklara yönelik uygulamaları yeterli bulma durumları, birey/aile ve topluma yönelik düzenledikleri sağlık eğitimleri, eğitim konuları ve aile sağlığı elemanlarının yayın takip etme özelliklerini belirlemeye yönelik 10 soru bulunmaktadır.

İstatistiksel analiz

Verilerin girişi ve analizinde EXCELL 2013 ve IBM SPSS 25.0 programından yararlanılmış, anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak belirlenmiştir. Çalışmada sayı ve yüzde hesaplamaları yapılmış, aile sağlığı elemanlarının bazı sosyo demografik özelliklerine göre yaptığı girişimleri

yeterli bulma ve sağlık eğitimi uygulama durumlarını değerlendirmek için ki-kare analizi yapılmıştır.

Araştırmanın etik yönü

Araştırma kapsamında Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulu (2021/183) ve Sağlık Bakanlığı çalışma onayı alınmıştır. Araştırma örneklem grubu bilgilendirilmiş, onam formu kutu seçeneğinin yer aldığı sayfa aracılığıyla izinleri alınmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriteri olarak; en az 6 ay aile sağlığı elemanı olarak çalışmak ve gönüllülüktür.

BULGULAR

Katılımcıların büyük çoğunluğu kadınlardan (%96), oluşmakta olup yarısından fazlası (%63.4) ebelerdir. Araştırmaya katılan aile sağlığı elemanlarının yaşları 24 ile 50 arasında değişmektedir. Yarısından fazlası (%57.4) Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen Aile Sağlığı Elemanı Uyum Eğitimine katılmış, %37.6'sı ise alanına özgü hiçbir eğitim almamıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Aile sağlığı elemanlarının sosyo demografik özellikleri.

	Min-Max ($\bar{x}\pm SS$)
Yaş	24-50 (37.75±6.71)
Kayıtlı ortalama nüfus	2200-4593 (3551.15±497.46)
50-64 yaş arası ortalama nüfus	85-3503 (645.11±493.89)
65 yaş ve üzeri ortalama nüfus	80-1500 (366.73±224.81)
Cinsiyet	n(%)
Kadın	97(96.0)
Erkek	4(4.0)
Meslek	
Hemşire	31(30.6)
Ebe	64(63.4)
ATT	3(3.0)
Sağlık memuru	3(3.0)
Öğrenim durumu	
Lisans	58(57.4)
Ön lisans	30(29.7)
Lise	13(12.9)
Alanı ile ilgili aldığı eğitimler	
Aile sağlığı elemanı uyum eğitimi	58(57.4)
Yüksek lisans	5(5.0)
Hiçbiri	38(37.6)
Toplam	101(100.0)

Tablo 2'de aile sağlığı elemanlarının kronik hastalıklara yönelik yaklaşımları yer almaktadır. Aile sağlığı elemanlarının %20.8'i sağlıklı bireyleri diyabet riski açısından değerlendirip aile hekimine yönlendirdiği, %32.7'sinin ise diyabet haricinde herhangi bir kronik hastalığı bulunan bireyleri diyabet riski açısından değerlendirmede ve aile hekimine yönlendirmede bulunmuştur. Aile sağlığı elemanlarının %77.2'sinin kendilerine başvuran tüm gebeleri gebelik diyabeti açısından değerlendirip glikoz tolerans testi ölçümleri için aile hekimine yönlendirdiği, %47.5'inin çocukluk çağı

diyabet öyküsü olan tüm bireyleri diyabet ölçümü açısından değerlendirdiği ve glikoz tolerans testi ölçümleri için aile hekimine yönlendirdiği bulunmuştur. Aile sağlığı elemanlarının %35'i sağlıklı bireylerin hepsinin sistolik ve diastolik değerlerini en az bir kere ölçmekte, %34'ü yüksek tansiyon haricinde herhangi bir kronik hastalığı bulunan tüm bireylerin sistolik ve diastolik değerlerini en az bir kere ölçtüğünü belirtirken, %40.6'sının adölesanları adölesan dönem yüksek tansiyon açısından değerlendirmede ve aile hekimine yönlendirmede görülmektedir. Aile sağlığı elemanlarının %31.7'si sağlıklı bireylerin yarısından çoğunu en az bir kez total kolesterol düzeylerinin değerlendirilmesi için aile hekimine yönlendirmektedir. %32.7'si yüksek kolesterol riski olan bireylerin yarısından fazlasını sağlıklı beslenme, %31.7'si yarısından fazlasını fiziksel aktivite hakkında bilgilendirmektedir. Aile sağlığı elemanlarının %33.7'si sağlıklı bireylerin yarısından fazlasını en az bir kez Beden Kütle İndeksini (BKİ) hesaplamakta, yine %33.7'si herhangi bir kronik hastalığı bulunan bireylerin en az bir kez BKİ'ni değerlendirmektedir. Aile sağlığı elemanlarının %39.6'sı sağlıklı bireyleri kanser riski açısından değerlendirip aile hekimine yönlendirmekte, yakın yüzdeler ile %37.6'sı kanser yönünden herhangi bir genetik öykü, şikayet veya belirtisi olmayan 40 yaş ve üzeri kadınların yarısından fazlasını meme kanseri riski açısından değerlendirip aile hekimine yönlendirmekte, %35.6'sı ise herhangi bir kronik hastalığı olmayan, 40 yaş ve üzeri erkeklerin yarısından fazlasını kolon kanseri riski açısından aile hekimine yönlendirmektedir.

Araştırmada aile sağlığı elemanlarının kendilerine başvuran bireyleri kronik hastalıklar açısından değerlendirmeme nedenleri, %83.2'si "yoğunum, vakit bulamıyorum" cevabını vermiştir (Şekil 1).

Aile sağlığı elemanlarının %25.7'si bireylerin yaşam tarzını sormakta, yaşam tarzını değiştirmesine yönelik birlikte fikir alışverişi yapıp yol göstermekte, davranış değişikliğini mutlaka takip ettiğini belirtmektedir. Katılımcıların %45.5'i ise yaptığı girişimleri kısmen yeterli bulmakta, yarısından fazlası (%68.3) kendini geliştirecek yayınlar takip etmektedir. Rehber kitapları en az bir kere takip ettiğini belirtenler %18.9, en az bir kez kendini geliştirecek uzman görüşü takip ettiğini belirtenler %16.9'dur. En az katılım gösterilen faaliyetler ise tıbbi eğitimler/kongre/konferanslardır (Tablo 3).

Aile sağlığı elemanlarının %43.6'sı bazen, daha düşük bir yüzde ile %29.7'si her zaman bireye ve topluma yönelik sağlık eğitimi planlamaktadır. Aile sağlığı elemanlarının gerçekleştirdikleri sağlık eğitimlerine yönelik 223 cevap alınmıştır. Ağız ve diş sağlığı eğitimine cevap %12.6, akıllı ilaç kullanımı %13, sağlıklı beslenme %29.6, bulaşıcı hastalıklar %13, cinsel sağlık %8.5, fiziksel aktivite %7.2, kazalardan korunma %6.3 oranlarında verilirken, kronik hastalıklar hakkında sağlık eğitimi yaptığını belirtenler katılımcıların sadece %1.3'ü (n=3) olmuştur. Diğer seçeneğine ise 19 cevap verilmiştir. Bu cevapların dağılımı incelendiğinde: Risk gruplarına yönelik eğitimler (gebe, adölesan, engelli, bebek) (n=5), tütün, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı (n=4), güvenli davranış kazandırma (n=3), çalışan sağlığı (n=3),

ruh sağlığı (n=2), sağlık okuryazarlığı (n=1) ve çevre sağlığı (n=1) cevaplarının verildiği görölmüştür (Şekil 2). Tablo 4'de aile sağlığı elemanlarının bazı sosyo demografik özelliklerine göre yaptığı sağlığı geliştirme girişimlerini yeterli bulma ve sağlık eğitimi uygulama durumları yer almaktadır. Lisans mezunlarının yarısı yaptığı girişimleri yeterli bulurken, bu oran ön lisans

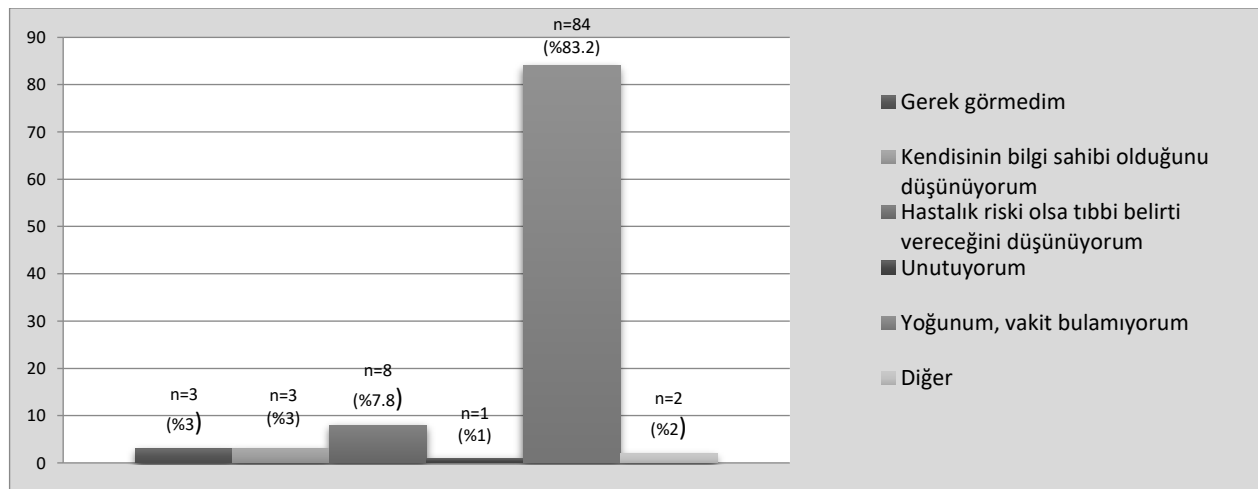
mezunlarında %60'a, lise mezunlarında %92.3'e yükselmekte, öğrenim durumuna göre yaptığı girişimleri yeterli bulma durumu değişmektedir (p=.020). Lise mezunlarının %23.1'i sağlık eğitimi planlamakta, ön lisans ve lisans mezunlarının sağlık eğitimi planlama özelliklerinin benzer olduğu (sırasıyla; %30 ve %31) görölmektedir.

Tablo 2. Aile sağlığı elemanlarının kronik hastalıklara yönelik yaklaşımları.

	Evet, hepsini	Evet, yarısından çoğunu	Evet, yarısından azını	Hayır, hiçbirini
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Diyabet				
Sağlıklı bireyleri diyabet riski açısından değerlendirip aile hekimine yönlendirme	21(20.8)	29(28.7)	24(23.8)	27(26.7)
Diyabet haricinde herhangi bir kronik hastalığı bulunan bireyleri diyabet riski açısından değerlendirip aile hekimine yönlendirme	23(22.8)	27(26.7)	18(17.8)	33(32.7)
Diyabet açısından riskli bireyleri sağlıklı beslenme hakkında bilgilendirme	24(23.8)	38(37.6)	26(25.7)	13(12.9)
Diyabet açısından riskli bireyleri fiziksel aktivite hakkında bilgilendirme	24(23.8)	29(28.7)	25(24.8)	23(22.7)
Aile hekimliği birimine başvuran gebeleri gebelik diyabeti açısından değerlendirip glikoz tolerans testi ölçümleri için aile hekimine yönlendirme	78(77.2)	16(15.8)	5(5.0)	2(2.0)
Aile hekimliği birimine başvuran, çocukluk çağı diyabet öyküsü olan bireyleri diyabet ölçümü açısından değerlendirip glikoz tolerans testi ölçümleri için aile hekimine yönlendirme	48(47.5)	24(23.8)	10(9.9)	19(18.8)
Hipertansiyon				
Sağlıklı bireylerin sistolik ve diastolik değerlerini en az bir kere ölçme	35(34.7)	40(39.6)	24(23.7)	2(2.0)
Yüksek tansiyon haricinde herhangi bir kronik hastalığı bulunan bireylerin sistolik ve diastolik değerlerini en az bir kere ölçme	34(33.7)	39(38.6)	25(24.7)	3(3.0)
Adolesanları, adolesan dönem yüksek tansiyon açısından değerlendirip aile hekimine yönlendirme	20(19.8)	22(21.8)	18(17.8)	41(40.6)
Yüksek tansiyon riski olan bireyleri fiziksel aktivite hakkında bilgilendirme	26(25.7)	32(31.7)	23(22.8)	20(19.8)
Yüksek tansiyon riski olan bireyleri tütün kullanımı hakkında bilgilendirme	32(31.7)	25(24.8)	23(22.8)	21(20.7)
Yüksek tansiyon riski olan bireyleri sağlıklı beslenme hakkında bilgilendirme	33(32.7)	32(31.7)	19(18.8)	17(16.8)
Yüksek kolesterol				
Sağlıklı bireylerin en az bir kez total kolesterol düzeylerinin değerlendirilmesi için aile hekimine yönlendirme	18(17.8)	32(31.7)	22(21.8)	29(28.7)
Yüksek kolesterol haricinde herhangi bir kronik hastalığı bulunan bireyleri en az bir kez total kolesterol düzeylerinin değerlendirilmesi için aile hekimine yönlendirme	23(22.8)	30(29.7)	18(17.8)	30(29.7)
Yüksek kolesterol riski olan bireyleri sağlıklı beslenme hakkında bilgilendirme	27(26.7)	33(32.7)	24(23.8)	17(16.8)
Yüksek kolesterol riski olan bireyleri fiziksel aktivite hakkında bilgilendirme	25(24.8)	32(31.7)	26(25.7)	18(17.8)
Yüksek kolesterol riski olan bireyleri tütün kullanımı hakkında bilgilendirme	23(22.8)	30(29.7)	25(24.7)	23(22.8)

Tablo 2 (Devam). Aile sağlığı elemanlarının kronik hastalıklara yönelik yaklaşımları.

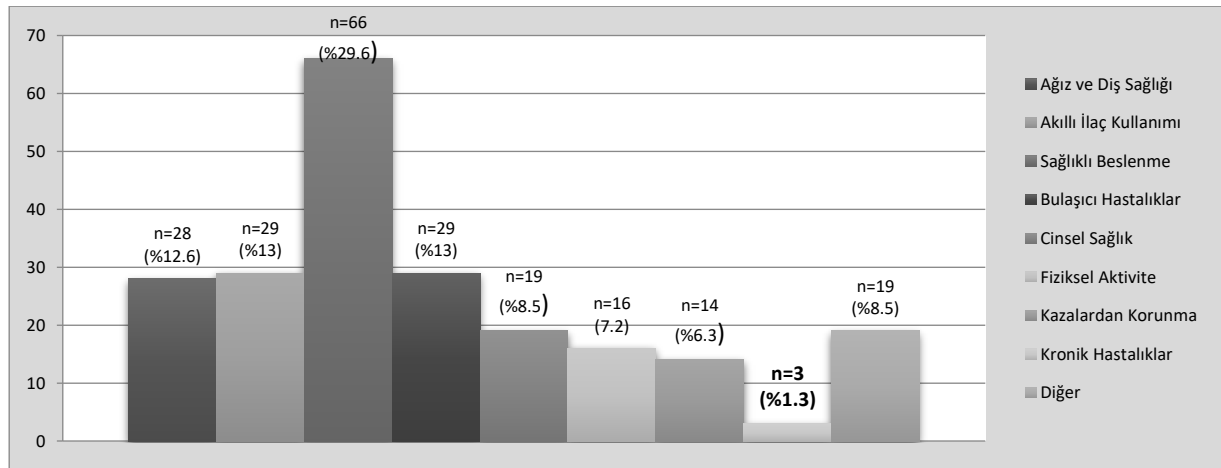
	Evet, hepsini	Evet, yarısından çoğunu	Evet, yarısından azını	Hayır, hiçbirini
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Obezite				
Sağlıklı bireylerin en az bir kez Beden Kütle İndeksini (BKİ) hesaplama	25(24.8)	34(33.7)	29(28.7)	13(12.8)
Herhangi bir kronik hastalığı bulunan bireylerin en az bir kez BKİ'ni değerlendirme	24(23.8)	34(33.7)	24(23.8)	19(18.7)
Obezite riski olan bireylerin kilo takibini yapma	28(27.7)	31(30.7)	27(26.7)	15(14.9)
Obezite riski olan bireyleri fiziksel aktivite hakkında bilgilendirme	33(32.7)	33(32.7)	23(22.8)	12(11.8)
Obezite riski olan bireyleri tütün kullanımı hakkında bilgilendirme	22(21.7)	33(32.7)	23(22.8)	23(22.8)
Kanser				
Kanser yönünden herhangi bir genetik öykü, şikâyet veya belirtisi olmayan sağlıklı bireyleri kanser riski açısından değerlendirip aile hekimine yönlendirme	25(24.8)	40(39.6)	19(18.8)	17(16.8)
Kanser yönünden herhangi bir genetik öykü, şikâyet veya belirtisi olmayan 40 yaşı ve üzeri kadınları meme kanser riski açısından değerlendirip aile hekimine yönlendirme	32(31.7)	38(37.6)	20(19.8)	11(10.9)
Kanser yönünden herhangi bir genetik öykü, şikâyet veya belirtisi olmayan, 40 yaşı ve üzeri erkekleri kolon kanseri riski açısından aile hekimine yönlendirme	25(24.8)	36(35.6)	28(27.7)	12(11.9)
Herhangi bir kronik hastalığı bulunan bireylerden kanser öyküsü alma	16(15.9)	26(25.7)	38(37.6)	21(20.8)
Sağlıklı bireylerin alkol tüketim sıklığını sorma	15(14.8)	22(21.8)	30(29.7)	34(33.7)
Herhangi bir kronik hastalığı bulunan bireylere alkol tüketim sıklığını sorma	15(14.8)	23(22.8)	32(31.7)	31(30.7)
Sağlıklı bireylerin sigara kullanma durumlarını sorma	16(15.8)	28(27.7)	34(33.7)	23(22.8)
Herhangi bir kronik hastalığı bulunan bireylerin sigara kullanma durumlarını sorma	15(14.8)	33(32.7)	28(27.7)	25(24.8)
Kanser riski olan bireyleri erken tanı açısından bilgilendirme	33(32.7)	38(37.6)	22(21.8)	8(7.9)
Fazla alkollü içki içme riski olan bireyleri izleme	10(9.9)	18(17.8)	17(16.9)	56(55.4)
Sigara kullanıp bırakan bireylerin tekrar başlama riskini belirleme	10(9.9)	13(12.9)	19(18.8)	59(58.4)



Şekil 1. Aile sağlığı elemanlarının kendilerine başvuran bireyleri kronik hastalıklar açısından değerlendirmeme nedenleri.

Tablo 3. Aile sağlığı elemanlarının bireylerin yaşam tarzına yönelik girişimleri ve yayın takip etme durumlarına ilişkin bulgular.

Bireylerin yaşam tarzına yönelik girişimler	n(%)		
Bireylerin yaşam tarzını sormam, eğitim yaparım.	14(13.9)		
Yaşam tarzını sorarım (beslenme alışkanlığı, fiziksel aktivite düzeyi, stres gibi faktörleri ele alırım), eğitim yaparım	21(20.8)		
Yaşam tarzını sorarım (beslenme alışkanlığı, fiziksel aktivite düzeyi, stres gibi faktörleri ele alırım). Yaşam tarzını değiştirmesine yönelik önerilerde bulunurum/eğitim yaparım.	18(17.8)		
Yaşam tarzını sorarım (beslenme alışkanlığı, fiziksel aktivite düzeyi, stres gibi faktörleri ele alırım). Yaşam tarzını değiştirmesine yönelik birlikte fikir alışverişi yapıp ona yol gösteririm/eğitim yaparım	22(21.8)		
Yaşam tarzını sorarım (beslenme alışkanlığı, fiziksel aktivite düzeyi, stres gibi faktörleri ele alırım). Yaşam tarzını değiştirmesine yönelik birlikte fikir alışverişi yapıp ona yol gösteririm/eğitim yaparım. Davranış değişikliği olup olmadığını mutlaka takip ederim.	26(25.7)		
Kronik hastalıkları önlemeye yönelik;			
Yaptığım girişimleri çok yeterli buluyorum.	13(12.9)		
Yaptığım girişimleri kısmen yeterli buluyorum	46(45.5)		
Kararsızım	17(16.8)		
Yaptığım girişimleri kısmen yetersiz buluyorum	15(14.9)		
Yaptığım girişimleri yetersiz buluyorum	10(9.9)		
Toplam	101(100.0)		
Aile sağlığı elemanlarının yayın takip etme durumları	Evet n(%)	Hayır n(%)	
	69(68.3)	32(31.7)	
Kendini geliştirecek yayınları takip etme durumu	1 kez 'den az n(%)	En az bir kez n(%)	1'den fazla n(%)
Alana özgü kitap okuma	89(88.1)	9(8.9)	3(3.0)
Tıbbi dergi okuma	84(83.2)	11(10.9)	6(5.9)
Uzman görüşlerini takip etme	77(76.2)	17(16.9)	7(6.9)
Rehber kitapçıklar okuma	76(75.2)	19(18.9)	6(5.9)
Tıbbi eğitimler/kongre/konferans katılımı	95(94.0)	3(3.0)	3(3.0)

**Şekil 2. Aile sağlığı elemanlarının bireye ve topluma yönelik yaptıkları sağlık eğitimleri**

Tablo 4. Aile sağlığı elemanlarının bazı sosyo demografik özelliklerine göre yaptığı girişimleri yeterli bulma ve sağlık eğitimi uygulama durumları.

Yaptığı Sağlık Geliştirme Girişimlerini Değerlendirme				
Özellikler	Yeterli	Kararsız/Yetersiz	Toplam	p
Yaş	n (%)	n (%)	n (%)	
24-37 yaş	25 (56.8)	19 (43.2)	44 (100.0)	0.840*
38-50 yaş arası	34 (59.6)	23 (40.4)	57 (100.0)	
Öğrenim durumu				
Lisans	29 (50.0)	29 (50.0)	58 (100.0)	0.020
Ön lisans	18 (60.0)	12 (40.0)	30 (100.0)	
Lise	12 (92.3)	1 (7.7)	13 (100.0)	
Aile sağlığı elemanı olarak hizmet süresi				
0-9 yıl arası	42 (53.8)	36 (46.2)	78 (100.0)	0.098*
10 yıl ve üzeri	17 (73.9)	6 (26.1)	23 (100.0)	
Toplam	59 (58.4)	42 (41.6)	101 (100.0)	
Sağlık eğitimi planlama				
Yaş	Evet	Hayır /Bazen	Toplam	
24-37 yaş	13 (29.5)	31 (70.5)	44 (100.0)	0.976*
38-50 yaş arası	17 (29.8)	40 (70.2)	57 (100.0)	
Öğrenim durumu				
Lisans	18 (31.0)	40 (69.0)	58 (100.0)	0.850
Ön lisans	9 (30.0)	21 (70.0)	30 (100.0)	
Lise	3 (23.1)	10 (76.9)	13 (100.0)	

* Fisher's Exact Test (Ki kare hesaplaması yapılabilmesi için "hayır" ve "bazen"; "kararsız" ve "yetersiz" yanıtları birleştirilmiştir.)

TARTIŞMA

Bu çalışmada aile sağlığı elemanlarının yarısından fazlasının ebelerden, 1/3'ünden daha azının hemşirelerden oluştuğu, yarısından fazlasının "Aile Sağlığı Elemanı Uyum Eğitimi"ne katıldığı belirlenmiştir (Tablo 1). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde halk sağlığı hemşireliğinin önemi ve sorumlulukları düşünüldüğünde, hemşire sayısının oldukça az olduğu görülmektedir. Nitekim hemşirelerin kronik hastalıkların yönetimi, hastaları birinci basamak dışına sevk etme ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin kullanımını arttırma, ilaç yönetimi, triyaj, hasta komplikasyonlarına yönelik önlemler ve rehberlik sağlamada önemli görevler üstlendiğine dair çalışma sonuçları, hemşirelerin birinci basamak sağlık hizmetlerine dahil edilmesinin önemi vurgulanmıştır (Norfula ve ark., 2017). Ülkemizde aile sağlığı elemanı tanımı içerisinde farklı meslek grupları yerleştirilse de birey ve toplum sağlığını geliştirmede mesleki eğitim, bilgi, donanım ve becerinin yanı sıra ilgili meslek mevzuatında yer alan görev ve sorumluluklarının farklı olduğu düşünüldüğünde, sağlık bakım çıktılarının aynı olması beklenemez. Ayrıca lisans eğitimi alan bireylerin sağlığı geliştirme kapsamında yaptıkları girişimlerde kendilerini yeterli bulma düzeyi diğer eğitim düzeylerine göre daha fazladır. Bu bağlamda eğitim düzeyinin de mesleki yetkinlikteki önemi yadsınamaz bir gerçektir. Bir diğer husus aile sağlığı elemanlarının kendi alanlarına özgü eğitimlere katılımı mesleki profesyonelleşme ve standardizasyonu sağlama bakımından göz ardı

edilmemelidir. Sağlık bakım hizmetlerinin kalitesi meslek profesyonellerinin bilgi, birikim ve yeterliliklerinden etkilenmektedir. Bilimsel gelişmeler bilginin sürekliliği ve değişen koşullara özgü yenilenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu bağlamda araştırma bulguları mevcut aile sağlığı elemanlarının alana özgü eğitimlere katılım düzeyi ve gereksinimlerinin değerlendirilmesine dair bir fikir sunmaktadır. Bu çalışmada aile sağlığı elemanlarının sağlıklı bireyleri ve diyabet haricinde herhangi bir kronik hastalığı bulunan bireyleri diyabet riski açısından değerlendirip aile hekimine yönlendirme oranı oldukça düşük bulunmuştur. Benzer şekilde diyabet açısından riskli bireyleri sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite hakkında bilgilendirme oranları da çok düşüktür (Tablo 2). Bilindiği üzere Dünya'da ve Türkiye'de diyabetin yaygınlığı önemli bir kronik hastalık olarak giderek artmaktadır. IDF 2019 verilerine göre 20-79 yaş arası 463 milyon yetişkin diyabetle yaşamaktadır. Bu sayının 2045'te 700 milyona çıkacağı tahmin edilmektedir. Türkiye'deki durum incelendiğinde ise yüksek kan şekeri ya da diyabet sıklığının %9.1 olduğu, yüksek kan şekeri ya da diyabet sıklığının kadınlarda (%10.6) erkeklerden (%7.6) daha yüksek olduğu bilinmektedir (STEPS, 2018). Günümüz koşullarında diyabetin hızla artış gösterdiği gerçeğinden yola çıkarak, önlem, kontrol ve yönetiminin etkin olarak yürütülmesinin önemi yadsınamaz. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde diyabet açısından riskli bireylerin sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite gibi sağlıklı yaşam tarzları

hakkında bilgilendirmesi, hasta bireylerin kendi kendine yönetim becerilerinin geliştirilmesi gibi yaklaşımlar diyabetin önlenmesi, kontrolü ve etkin yönetiminde önem taşıyacaktır. Nitekim yeni teşhis edilmiş diyabetik hastalarda sağlığı geliştirici müdahaleler, hastaların yaşam tarzı değişikliğine ilişkin bilgi ve tutum seviyelerinde önemli artış sağlamıştır (Rani, 2018). Yüksek tansiyon ve diyabetin hemşireler tarafından izlem ve takibinden sorumlu olduğu en yaygın iki hastalık olduğu, bu spesifik kronik hastalıkları yönetmek için hemşirelerin en sık yaptıkları görevler arasında kan basıncını ve yaşamsal bulguları kontrol etmenin, insülin dozunun ayarlanmasının, diyabetik ayak muayenelerinin yapılmasının, kan şekeri seviyelerinin ölçülmesinin ve diyabetik retinopati taramasının yer aldığı belirlenmiştir (Norfula ve ark., 2017). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kronik hastalıklara yaklaşımın önemli olduğu, sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının kazandırılması, diyabetin önlenmesi, kontrolü ve yönetimi ile komplikasyonların önlenmesinde aile sağlığı elemanlarının desteklenmesi gerektiği açıktır. Bu araştırmada aile sağlığı elemanlarının yarısından daha azı sağlıklı bireylerin yanı sıra yüksek tansiyon haricinde herhangi bir kronik hastalığı bulunan bireylerin sistolik ve diastolik değerlerini en az bir kere ölçtüğünü belirtmektedir. Ayrıca aile sağlığı elemanlarının adolesanları, adolesan dönem yüksek tansiyon açısından değerlendirip aile hekimine yönlendirme, yüksek tansiyon riski olan bireyleri fiziksel aktivite, tütün kullanımı ve sağlıklı beslenme hakkında bilgilendirme durumları da düşüktür (Tablo 2). Aile sağlığı elemanlarının sağlıklı bireylerde ve yüksek tansiyon haricinde herhangi bir kronik hastalık bulunan bireylerde yüksek tansiyon riskini yeterince değerlendirmediklerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yeterince değerlendirmediklerini söyleyebiliriz. Yüksek tansiyon tedavisi için yaşam tarzı değişikliği farmakolojik terapi kadar önemlidir (Choi ve ark., 2018). Yüksek tansiyonu olan hastaların çoğunun, diğer uzmanlar yerine aile hekimleri tarafından birinci basamakta tedavi edildiği (Godwin ve ark., 2015) gerçeğinden yola çıkarak, aile sağlığı elemanlarının aile hekimliğine başvuran bireylerde yüksek tansiyonu önleme ve hastalık yönetimini sağlamada eğitim ve danışmanlık rolünün geliştirilmesi gerektiği söylenebilir. Bu araştırmada aile sağlığı elemanlarının 1/3'ü sağlıklı bireylerin yarısından fazlasının en az bir kez beden kütle indeksini (BKİ) hesaplamakta, 1/3'ü herhangi bir kronik hastalığı bulunan bireylerin en az bir kez BKİ'ne bakmaktadır. Aile sağlığı elemanlarının yarısından fazlası obezite riski olan bireyleri fiziksel aktivite hakkında bilgilendirmekte, yine yarısından fazlası obezite riski olan bireylerin kilo takibini yapmaktadır (Tablo 2). Obezite riski olan bireylerin kilo takibi aile sağlığı elemanlarının yarısından fazlası tarafından yapılıyor olmasına karşın, sağlıklı

bireylerde ve herhangi bir kronik hastalığı bulunan bireylerde BKİ izleminin oldukça düşük olduğu görülmektedir. Birinci basamak hizmetlerinde obeziteye yönelik müdahalelerde sağlık profesyonellerinin sağlayacağı danışmanlık hizmetlerinin kilo verme oranını artırmada etkili olduğu bilinmektedir (Tronieri ve ark., 2019). Hastaların Beden Kütle İndeksi değerleri arttıkça birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan doktor ve hemşirelerin bilgilendirme yapma olasılıklarının arttığı bilinmektedir (Walsh ve ark., 2019). Yapılan araştırmada da obez ve obezite riski olan bireylerin takibinin daha fazla yapıldığı görülmektedir Sağlık profesyonellerinin obezite yönetiminde oldukça etkili olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda aile sağlığı elemanlarının obezite hastalarının yanı sıra, sağlıklı bireylerde koruma ve sağlığı geliştirme faaliyeti olarak tarama, izlem ve bilgilendirme faaliyetlerini yürütmenin obeziteyi önlemede etkili olacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmada aile sağlığı elemanlarının yarısından fazlası kanser yönünden herhangi bir genetik öykü, şikâyet veya belirtisi olmayan 40 yaş ve üzeri kadınları meme kanser riski açısından değerlendirip aile hekimine yönlendirmekte, 40 yaş ve üzeri erkekleri kolon kanseri riski açısından aile hekimine yönlendirmektedir. Herhangi bir kronik hastalığı bulunan bireylerden kanser öyküsü alma oranı da oldukça düşüktür (Tablo 2). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması (STEPS, 2018) kapsamında 5 kişiden 2'sinin kanser taramasının aile sağlık merkezlerinde (ASM) ve Kanser Erken Tanı Tarama ve Eğitim Merkezlerinde (KETEM) ücretsiz olduğunu duyduğu belirtilmiştir. Sağlık hizmetinin duyurulması ya da halkın kanser taramalarını talep etme düzeyinde yetersizlik olabilir. Bu bağlamda kanser taramasının istenilen düzeyde olmamasının nedenlerini ya da çözüm önerilerini ortaya koyabilecek araştırmalara gerek duyulduğu söylenebilir. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin kendilerine başvuran bireyleri bilgilendirme faaliyetlerinin önemli olduğu göz önünde tutulmalıdır. Nitekim 40-69 yaş grubundaki beş kadından ikisine hiç mamografi çekilmemesi, "30-65" yaş grubundaki kadınların yaklaşık yarısına hiç serviks kanseri taraması yapılmaması dikkat çekicidir (STEPS, 2018).

Araştırmada aile sağlığı elemanlarının 1/4'ü Aile Sağlığı Merkezine başvuran bireylerin yaşam tarzlarını sormakta, yaşam tarzını değiştirmesine yönelik birlikte fikir alışverişi yapıp davranış değişikliğini takip ettiğini belirtmektedir. Kronik hastalık için en etkili ve uygun maliyetli stratejilerin kilo verme, egzersiz ve sigarayı bırakma gibi ilk etapta hastalık gelişimini engelleyen davranışlar olduğu bilinmektedir (Kvedar ve ark., 2016). Yaşam tarzındaki değişiklikler aynı anda birkaç risk faktörünü etkilemektedir. Örneğin, fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme ve stres, kilo, kan basıncı, kan lipidleri ve kan şekeri seviyelerinde bir artışa ve uzun vadede kronik hastalık riskinde artışa neden

olmaktadır (Lundberg ve ark., 2017). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması (STEPS, 2018) sonuçlarına göre 15 yaş ve üzeri nüfusta her beş kişiden 2'si son 12 ay içinde bir doktor ya da sağlık çalışanı tarafından yaşam tarzına yönelik tavsiye almıştır. Brezilya'da yapılan (2016) bir araştırmada ise hemşirelerin %90'ından fazlasının yüksek BKİ, dislipidemi, yüksek tansiyon ve tip 2 diyabetli hastalarının diyet ve fiziksel aktiviteye aktif olarak katılmalarını, sigara içmekten kaçınmalarını ve alkol alımlarını kontrol etmelerini önerdiği belirlenmiştir (Hidalgo ve ark., 2016). Literatürde hastaların sağlık sonuçlarının deneyimlerinden ve davranışlarından etkilenebileceği dolayısıyla sağlık çalışanlarının hastaların kendi sağlıklarını yönetmelerini etkileyen tüm değişkenleri hesaba katan öz bakım programları tasarlamaları ve uygulamaları tavsiye edilmektedir (Yıldırım, 2021; Yıldırım, 2017). Bu bağlamda aile sağlığı elemanlarının bireylerin yaşam biçimi değişikliği sağlamlarına yönelik hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi gerektiğini söylenebilir. Bir diğer husus aile sağlığı elemanlarının yeterince yayın takip etmemesidir. Aile sağlığı elemanlarının tıbbi eğitimler/kongre/konferanslara katılımı teşvik edecek planlamaların önemli olacağı söylenebilir.

SONUÇ

Araştırma bulguları doğrultusunda, aile sağlığı elemanlarının sağlıklı ve hasta bireylerin kronik hastalıklar yönünden izlem aktivitelerinin yanı sıra sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, tütün kullanımı gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik bilgilendirmelerin sıklıkla yapılmadığına ulaşılmıştır. Aile sağlığı elemanları iş yoğunluğunun sağlığı koruyucu ve geliştirici aktiviteler ile etkin kronik hastalık yönetimi önündeki en önemli engel olarak belirtmişlerdir. Aile sağlığı elemanlarının sağlığın geliştirilmesinde önemli unsurlar olan sağlık eğitimi, hastalık yönetimi, izlem süreçlerine özgü rol ve sorumlulukları konusunda farkındalıklarının geliştirilmesine ihtiyaç olduğu söylenebilir. Ayrıca aile sağlığı elemanlarının alana özgü eğitimlere katılmalarının artırılmasının yanı sıra bireylerde davranış değişikliğine odaklanmalarının etkin sağlık bakım hizmetlerindeki önemi vurgulanmalıdır. İleri araştırmalarda aile sağlığı elemanlarına kronik hastalıklarla mücadelede temel rol ve sorumluluklarına özgü yol haritası uygulamalarını kapsayan müdahale çalışmalarının yanı sıra birinci basamak sağlık politikalarında aile sağlığı elemanlarının uygulamalarını güçlendirecek politika çalışmaları önerilmektedir.

Teşekkür

Yazarlar bu çalışmaya katkı veren katılımcılara ve kurumlara teşekkür etmektedir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar bu makalede çıkar çatışması olmadığını beyan etmektedirler.

Yazar Katkıları

Plan ve tasarım: EA; **Materyal, metod, veri toplama:** EA, FÖ; **Verilerin analizi ve yorumlanması:** FÖ, EA; **Yazım ve kontrol:** EA, FÖ

KAYNAKLAR

- Altamimi, S., Alshoshan, F., Al Shaman, G., Tawfeeq, N., Alasmay, M., Ahmed, A.E. (2016). Health promotion practices as perceived by primary health care professionals at the Ministry of National Guard Health Affairs, Saudi Arabia, *Qatar Medical Journal*, 1, 4. <http://dx.doi.org/10.5339/qmj.2016.4>
- Choi, J.W., Shin, J.H., Kim, M.J., Park, S.K., Songn, K.I., Hur, I.C. (2018). Factors related to blood pressure control and the effect of an education program performed by family physicians on patients with hypertension. *Korean Journal of Family Practice*, 8(2), 175-181. <https://doi:10.21215/kjfp.2018.8.2.175>
- Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi (2018). Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı (STEPS) 2017. Editörler: Üner S, Balçılar M, Ergüder T., Ankara. Retrived 24.04.2022 from https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/383985/turkey-risk-factors-tur.pdf.
- Godwin, M., Williamson, T., Khan S., Kaczorowski J., Asghari S., Morkem R, et al. (2015). Prevalence and management of hypertension in primary care practices with electronic medical records: a report from the Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network. *Canadian Medical Association Journal Open*, 3(1), E76-82. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20140038>
- Hidalgo, K.D., Mielke, G.I., Parra, D.C., Lobelo, F., Simões, E.J., Gomes G.O., Florindo A.A., Bracco, M., Moura L., Brownson R.C., Pratt, M., Ramos, L.R., Halla P.C. (2016). Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. *BMC Public Health*, 16(1), 1114. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3778-2>
- Hobbs, F.D.R., Bankhead, C., Mukhtar, T., Stevens, S., Perera-Salazar, R., Holt, T., Salisbury, C. (2016). Clinical workload in UK primary care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2007–14. *Lancet*, 387(10035), 2323-2330. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00620-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00620-6)
- Kadu, M.K., Stolee, P. (2015). Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: a systematic review. *BMC Family Practice*, 16(12), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12875-014-0219-0>
- Kvedar, J.C., Fogel, A.L., Elenko, E., Zohar, D. (2016). Digital medicine's march on chronic disease. *Nature Biotechnology*, 34(3), 239-246. <https://doi.org/10.1038/nbt.3495>
- Lundberg, K., Jong, M.C., Kristiansen, L., Jong, M. (2017). Health promotion in practice—district nurses' experiences of working with health promotion and lifestyle interventions among patients at risk of developing cardiovascular disease. *Explore*, 13(2), 108-115. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.12.001>

- Norfula, A., Martsolf, G., de Jacqç, K., Poghosyanc, L. (2017). Utilization of registered nurses in primary care teams: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 74, 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.013>
- Prazeres, F., Santiago, L. (2015). Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 5, e009287. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009287>
- Rani, J.G. (2018). Effect of health promotion program among patients with newly diagnosed diabetes mellitus regarding lifestyle modification. *Manipal Journal of Nursing and Health Sciences*, 2018; 4(2):31-35. Retrived 24.04.2022 from https://ejournal.manipal.edu/mjnhs/docs/Volume%204_Issue%202/FullText/7%20Jhansi%20Rani.pdf
- Rothman, A.A., Wagner, E.H. (2003). Chronic illness management: what is the role of primary care? *Annals of Internal Medicine*, 138(3), 256-61. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-3-200302040-00034>
- Sung, N.J., Choi, Y.J., Lee, J.H. (2018). Primary care comprehensiveness can reduce emergency department visits and hospitalization in people with hypertension in South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2), 272. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020272>
- The International Diabetes Federation (2019). IDF Diabetes Atlas Ninth edition. 9th Edition. Retrived 24.04.2022 from <https://diabetesatlas.org/atlas/ninth-edition/>
- Tronieri, J.S., Wadden, T.A., Chao, A.M., Tsai, A.G. (2019). Primary care interventions for obesity: review of the evidence. *Current Obesity Reports*, 8(2), 128–136 <https://doi.org/10.1007/s13679-019-00341-5>
- UNICEF, WHO. (2018). A vision for primary healthcare in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), (WHO/HIS/SDS/2018.X). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF). Retrived 24.04.2022 from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>
- Walsh, K., Grech, C., Hill, K. (2019). Health advice and education given to overweight patients by primary care doctors and nurses: A scoping literature review. *Preventive Medicine Reports*, 14(2019), 100812. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.01.016>
- WHOa. Non communicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- WHOb. Primary healthcare (PHC). Retrived 24.04.2022 from https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1
- WHOc. Non communicable diseases. Retrived 24.04.2022 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Yıldırım J.G. (2017). Kronik hastalığı olan bireylere yönelik ilaç öz-yönetimi (Kişisel uygulama kitabı). Ege Üniv. Basımevi. ISBN: 978-605-63857-3-5. İzmir
- Yıldırım J.G. (2021) Self-Management of Chronic Diseases: A Descriptive Phenomenological Study, *Social Work in Public Health* 36(2), 300-310, <https://doi.org/10.1080/19371918.2020.1859034>