

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care

Year 2024 / June / Volume 18 / Issue 2 / e-ISSN: 1307-2048

Official Journal of Family Medicine Academy

The Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC) is published online 4 times a year; March, June, September and December since 2007. The peer-reviewed journal's chief objective is to provide high-quality continuing professional development for family physicians and other primary care professionals.

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC) dergisi yılda 4 kez(Mart, Haziran, Eylül ve Aralık) sadece online olarak 2007 yılından bu yana yayınlanmaktadır. Hakemli derginin ana amacı aile hekimleri ve diğer birinci basamakta görev alan meslek grupları için iyi kalitede sürekli mesleki gelişimi sağlamaktır.

Electronic Journal (e-ISSN: 1307-2048)

Owner/ İmtiyaz Sahibi

Aile Hekimliği Akademisi Derneği Adına
Yönetim Kurulu Başkanı
Prof.Dr.Okay Başak

Editor in Chief/ Baş Editör

Prof.Dr.Nafiz Bozdemir
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Emekli Öğretim Üyesi
Adana, Türkiye

E-mail

tjfmpe@gmail.com

Tel: 90-507-2618148

Publisher/Yayıncı

Aile Hekimliği Akademisi Derneği

Publisher Address/Yayıncı Adresi

Aile Hekimliği Akademisi Derneği
DEÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.
İnciraltı 35340 İzmir-Türkiye

Kapak görseli; Dr.Nafiz Bozdemir'e aittir. Destekleri için teşekkür ederiz.

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care

Editor in Chief

Nafiz Bozdemir (Çukurova University, Türkiye, retired lecturer)

Editorial Advisory Board

Sevgi Özcan (Çukurova University, Türkiye)

Okay Başak (Adnan Menderes University, Türkiye)

Recep Erol Sezer (Yeditepe University, Türkiye)

Dilek Güldal (Dokuz Eylül University, Türkiye)

Editors

Sevgi Özcan (Çukurova University, Türkiye)

Okay Başak (Adnan Menderes University, Türkiye)

Hatice Kurdak (Çukurova University, Türkiye)

Dilek Güldal (Dokuz Eylül University, Türkiye)

M. Mümtaz Mazırcıoğlu (Erciyes University, Türkiye)

Erkan Melih Şahin (Onsekizmart University, Türkiye)

Recep Erol Sezer (Yeditepe University, Türkiye)

Ruhuşen Kutlu (NE University, Türkiye)

Ümit Aydoğan (Sağlık Bilimleri University, Türkiye)

Rıza Çitil (Gaziosmanpaşa University, Türkiye)

Nil Tekin (Narlıdere Huzur Evi, Türkiye)

Çiğdem Gereklioğlu (Çukurova University, Türkiye)

Tamer Edirne (Pamukkale University, Türkiye)

Derya İren Akbıyık (Hitit University, Türkiye)

Tolga Günvar (Dokuz Eylül University, Türkiye)

Özden Gökdemir (İzmir Ekonomi University, Türkiye)

Yusuf Çetin Doğaner (SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi, Türkiye)

Language Editors

English Language:

Tolga Günvar (Dokuz Eylül University, Türkiye)

Özden Gökdemir (İzmir Ekonomi University, Türkiye)

Yusuf Çetin Doğaner (Sağlık Bilimleri University)

Çiğdem Gereklioğlu (Çukurova University, Türkiye)

Turkish Language:

Hatice Kurdak (Çukurova University, Türkiye)

Yusuf Ziya Halefoğlu (Çukurova University, Türkiye)

Onur Dursun (Çukurova University, Türkiye)

Filiz Yıldız (Çukurova University, Türkiye)

Aslı Korur (Başkent University, Türkiye)

Zeliha Yelda Özer (Çukurova University, Türkiye)

Ayşe Nur Topuz (Çukurova University, Türkiye)

International Editors

Lewis D. Ritchie (Aberdeen University, UK)

Donald B. Middleton (University of Pittsburgh, USA)

Valius Leonas (Kaunas University, Lithuania)

Mehmet Ungan (WONCA Europe, President Elect)

Radost Assenova (University of Plovdiv, Bulgaria)

Shlomo Vinker (Tel Aviv University, ISR)

Statistics Editors

Refik Burgut (Maltepe University, Türkiye)

Cahit Özer (Mustafa Kemal University, Türkiye)

İlker Ünal (Çukurova University, Türkiye)

Yaşar Sertdemir (Çukurova University, Türkiye)

Graphic Editors

Mustafa Çelik (Ministry of Health, Ankara, Türkiye)

Ömer Tuğrul Çelik (TOBB Eco. And Tech. University, Türkiye)

Scientific Board

Abdullah Sarıöz	Deniz Tuncel	Gülcan Bahcivan	Naim Nur	Serdar Öztora
Abdülkadir Kaya	Deniz Karayün	Gülşah Akyol	Naim Karagöz	Serkan Kumbasar
Ali Timuçin Atayoğlu	Deniz Koçoğlu	Gülşen Hasçelik	Nazan Bilgel	Şerpil Aydın Demirağ
Ahmet Barış Güzel	Deniz Tanyer	Güzel Dişçigil	Nazan Karaoğlu	Seval Akgün
Ahmet Muhtar Şengül	Dercan Gençbaş	Hacer Bozdemir	Nazlı Şensoy	Sevgi Özcan
Ali Batuş	Derya İren Akbiyik	Hacer Yapıcıoğlu	Neşe Akın	Sevgül Dönmez
Ali Deniz	Deya Kaya Şenol	Hakan Kaleağası	Nevin Uslu	Seza Ayşe Inal
Ali Güneş	Derya Tanrıverdi	Hakan Özdoğu	Nezih Dağdeviren	Songül Duran
Ali Rıza Şişman	Didem Sunay	Hasan Basri Üstünbaş	Nihal Zekiye Erdem	Sunay Fırat
Aliye Mavili	Dilek Avcı	Hatice Kurdak	Nigar Çelik	Süheyl Asma
Aliye Mandracıoğlu	Dilek Çingil	Hatice Küçükceran	Nil Tekin	Süleyman Görpelioğlu
Altan Eşşizoğlu	Dilek Özcan	Hikmet Pekcan	Nilgün Özçakar	Süleyman Özdemir
Anıl Tombak	Dilek Toprak	Hülya Akan	Nuray Egeliolu Cetişli	Sümeyye Akyüz
Arda Yılmaz	Duygu Ayhan Başer	Hülya Çakmur	Nurcan Yabancı	Şebnem Bıçakçı
Arzu Uzuner	Duygu İlke Yıldırım	Hülya Elmalı Şimşek	Nurdan Evliyaoğlu	Şebnem Yosunkaya
Arzu Yıldırım	Ebru Gözüyeşil	Hülya Türkmen	Nurgül Güngör Tavşanlı	Şefika Dilek Güven
Aslı Uçar	Ediz Yeşilkaya	Hüseyin Avni Şahin	Nurettin Oğuz	Şenay Aras Doğan
Aslıhan Ulu	Elif Deniz Şafak	Hüseyin Balcıoğlu	Nurşen Düzgün	Şengül Yaman
Asya Banu Babaoğlu	Elif Gökçearslan	Hüseyin Per	Nurver Turfaner	Şule Gökyıldız
Asuman İnan	Emre Benlidayı	İbrahim Başhan	Sipahioğlu	Tacettin İnandı
Ayça Şolt Kırcı	Ercan Çalışkan	İbrahim Öztur	Oğuz Tekin	Tamer Edirne
Aydan Gülsüm Genç	Ercüment Erbay	İlhami Ünlüoğlu	Okay Başak	Tamer Tetiker
Ayfer Gemalmaz	Erkan Melih Şahin	İlker Ünal	Onur Dursun	Taşkın Ketenci
Ayla Uzunchek	Erol Kesiktaş	İlknur Aydın Avcı	Onur Öztürk	Timur Ekiz
Aylin Yalçın İrmak	Ertan Mert	İlknur Yeşilçınar	Orçun Yalav	Tijen Şengezer
Aynur Çetinkaya	Esat Veli Karakoç	İrfan Yurdabakan	Orhan Murat Koçak	Tolga Günvar
Aysun Ardiç	Esra Ataoglu	İshak Aydemir	Özge Tuncer	Tonguç Berkol
Ayşe Serpen	Esra Çalık Var	İzzet Fidancı	Özgür Enginyurt	Tuba Özaydın
Ayşe Semra Demir Akca	Eyüp Gencel	Kadir Özdel	Özlem Bulantekin	Tuğba Yıldırım
Ayşegül Özcan	Ezgi Ağadayı	Kevser Tari Selçuk	Düzalan	Tunay Sarpel
Ayşegül Yolga Tahiroğlu	Ezgi Özyılmaz	Kurtuluş Öngel	Özlem Çınar Özdemir	Tunç Ozan
Bahadır Yazıcıoğlu	Fatma Sayiner	Kürşad Akadlı Özşahin	Özlem Güner	Turan Set
Bediye Öztaş	Ferda Dağlı	Mahcubec Cubukcu	Özüm Erkin	Umut R. Gündüz
Behice Kurtaran	Ferdi Tanır	Melihat Demirbilek	Papatya Karakurt	Ülken Tunga Babaoğlu
Bektaş Murat Yalçın	Fahri Özsungur	Mehmet Akman	Pemra C. Ünalın	Ümit Aydoğan
Berrin Telatar	Fatma Gökşin Cihan	M. Mümtaz Mazcıoğlu	Ramazan Akçan	Veli Duyan
Bihter Akın	Fevziye Çetinkaya	Mehmet Karakaş	Recep Civan Yüksel	Vildan Mevsim
Bilge Sümbül	Fevziye Toros	Mehmet Sargın	Recep Erol Sezer	Volkan İzol
Bilgen Başkut	Figen Turan	Mehmet Özen	Refik BURGUT	Yasemin Çayır
Bilgin Yüksel	Fikret Bademkiran	Mehmet Uğurlu	Rengin Güzel	Yasemin Korkut
Binali Çatak	Filiz Adana	Mehmet Ungan	Reşat Dabak	Yasin Şahintürk
Biröl Güvenç	Filiz Polat	Mehtap Evran	Rıza Çitil	Yavuz Selim Yıldırım
Burcu Avcıbay	Fisun Sözen	Mehtap Kartal	Ruhuşen Kutlu	Yeliz Mercan
Burcu Ceylan	Funda Pınar Çakıroğlu	Melihat Akdeniz	Rukuye Aylaz	Yeltekin Demirel
Burcu Kayhan Tetik	Funda Yıldırım Baş	Melihat Demirbilek	Saliha Bozdoğan Yeşilot	Yener Aydın
Cahit Özer	Fusun Ersoy	Meryem Fırat	Sami hatipoğlu	Yeşim Uncu
Can Öner	Gamze Özcürümez	Meryem Öztürk Haney	Seçil Günher Arıca	Yeter Durgun Ozan
Canan Kaş Güner	Bilgili	Mesut Sancar	Sedef Kuran	Yiğit Akın
Cem Doğan	Giray Kolcu	Mete Korkut Gülmen	Selahattin Gelbal	Yusuf Karataş
Cengiz Eser	Gonca Karataş Karakuş	Metin Ocak	Selçuk Mistik	Yusuf Çetin Doğaner
Cevriye Cansız Ersöz	Gonca Polat	Meyreme Aksoy	Selim Kadioğlu	Yüksel Ersoy
Cüneyt Karaaslan	Gökhan Tümgör	Mikail Özdemir	Selma Çivi	Yüksel Ufuktepe
Çiçek Hocaoglu	Gökmen Özceylan	Mustafa Çelik	Semiha Aydın Özkan	Zeynep Güngörmüşler
Çiğdem Apaydın Kaya	Göknur Kalkan	Mustafa Erol	Semra Çelikli	Zeynep Tuzcular Vural
Cihangir Özcan	Gözde Gökçe İşbir	Mustafa Fevzi Dikici	Semra Saruç	Zuhal Sağlam
Çanturk Capik	Gülşah Yılmaz	Muhammed Oylumlu	Serap Daşbaş	
Damla Bayrak	Gülendam Karadağ	Muhammet Bayraktar	Serap Çifçili	
Deniz Çalışkan	Gülbin Gökçay	Muhteşem Erol Yayla	Serdar Gürel	
Deniz Tanyer	Gülcan Arusoğlu	Nafiz Bozdemir		

International Editorial Board

Afshin Peyrovani, Iran	P.Pandiyani Pachimuthu, India
Alireza Abdollah Shamshirsaz, USA	Pratik Kalsaria, USA
Arthanari Ganesan, India	Radost Assenova, Bulgaria
Boonchu Pattama, Tayland	Sanjay Yadav, India
Deepak Chopra, India	Shlomo Vinker, Israel
Ebiringa Blaise Anyanwu, Nigeria	Suhel Ashraff, UK
Han Xu, China	Suneel Pratap Bhatnagar, India
Inam Danish Khan, India	Supriya Bhat, India
Mahsa Gilanipoor, Iran	Tamanna S Sinha, India
Murlean Mills, Australia	Waris Qidwai, Pakistan
Muhammad Salman, UK	Wendy Barber, Canada
Ndifreke Udonwa, Nigeria	
Olabode Alli, Nigeria	
Olanrewaju Jerry-Ijshakin, UK	

Author Guidelines

Ethical issues: In cases where approval of the ethical board is needed, a document showing the approval of the board should also be sent by e-mail. When researching on human or animal subjects, compliance with international and national ethical guidelines, and approval of ethical boards are essential. That the research complies with the above mentioned ethical requirements is under the responsibility of the author.

Research on human subjects: The journal accepts the compatibility principle, for research articles involving human components, to the conditions articulated in "Helsinki Declaration", "Guidelines For Good Clinical Practices", "Guidelines For Good Laboratory Practices", and to the Regulations of the Turkish Ministry of Health. When research is conducted on human subjects, a letter of permission from the Ethical Board For Clinical Research must be obtained and submitted to the journal. The author must also mention in "Methods and tools" section of the article that a letter of approval from the Ethical Board and "informed consent" signed by subjects participating the research have been obtained. The article shall not be published unless a copy of the approval from the ethical board is submitted to the journal.

In case reports, "informed consent" from the patient or in case of need, from his/her legal representative, must be taken disregarding the disclosure of patient's identity, and this should be noted in the article under the title of "case report". The document showing the informed consent of the patient or his/her legal representative must be sent to the journal. In case of research on animals, it is mandatory that the approval from the Ethical Board For Laboratory Animals be obtained and a copy of the document be sent to the journal. It should be mentioned in the tools and method section of the article that all the animals were treated in humane way in compliance with the *Guide for the Care and Use of Laboratory Animals*, (www.nap.edu/catalog/5140.html) and that also the approval report from the Ethical Board For Laboratory Animals has been obtained. Precautions and measures that have been taken to avoid any kind of pain and discomfort during experiments should be clearly explained. The article shall not be published unless an approval report from the Ethical Board has been submitted to the journal.

Conflict of interest:

If there is any conflict of interest related to the article, it must be declared by the author(s). In case of any kind of direct or indirect commercial ties (employment, direct payment, having stocks, company consulting, setting patent licences, service payment etc.) or if there is a sponsoring institution, authors should declare that they have no relationship with the products or medicine that are being used; or if any relationship exists, this should be explained in the report page to the editör, and also be mentioned in the article in the "Conflict of interest" section that takes place before references.

Contributions of authorship

In multi-authored articles, contributions of co-author(s) to the research (idea generation, study design, experimental applications, statistics, writing the article, etc.) should be explained under signature and sent to the editor (within the scope of the copyright transfer form). Contribution information must be declared before the references section of the article.

Financial support

If there is any financial support, grant, editorial (statistical analysis, English-Turkish evaluation) and/or technical assistance received for the research they should be clearly noted before the references.

Authors must also declare the roles of the sponsors (if any), in the following areas: (1) study design, (2) data collection, analysis and interpretation of results, (3) writing process of the report, (4) decision process for submission.

Copyright

Following the acceptance of the manuscript for publication by the journal, its final version is sent to the corresponding author(s) for approval. If the final version is approved by the author(s) a signed copyright transfer form will be sent electronically. Manuscripts must be submitted by clicking the "Submit your manuscript" link at www.tjfmpe.gen.tr/

Text Format

- 1) Manuscripts should be written in Microsoft Word (MS Word) document format, in Times New Roman, 10 font, single-spaced, and each line must be assigned numbers.
- 2) Prepared within the framework of the features mentioned above, (item 1), it is recommended that the number of pages do not exceed 6 for research articles, 10 for review articles, 2 for letters to the editor, 3 for short reports, 4 for case reports.
- 3) Turkish Dictionary by Turkish Language Association (TDK) or <http://tdkterim.gov.tr/bts/> link must be used as points of reference for manuscripts in Turkish.

All abbreviations/ acronyms should be provided in brackets right after the first occurrence of the related word, and abbreviated forms should be used throughout the text. For internationally recognized abbreviations/acronyms the following resource may be used: *Scientific Style and Format: The CBE Manual for Authors, Editors, and Publishers*, 6th ed. New York: Cambridge University Press, 1994.

Manuscripts should include the following sections:

1. Abstracts in Turkish and English, not exceeding 300 words and having Introduction, Method, Findings and Results sections in research articles. No such structuring is required for other types.

2. Key words between 2-5, should be provided both in Turkish and English. *Türkçe Bilimsel Terimler* (TBT) link at www.bilimterimleri.com should be addressed for keywords in Turkish.

For key words in English *Medical Subject Headings* (MeSH) link must be referred to at www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html.

Sub Headings

Research papers should be structured in the form of Introduction, Method, Results/Findings, Discussion, Conclusions, Acknowledgements, References and Figures, Pictures and Tables.

Case reports should be structured in the following way: Introduction, Case , Discussion, Conclusions , References, Figures, Pictures and Tables.

Review articles, short reports and letters to the editor may contain titles and subtitles, designated by author (s) and followed by References, Figures, and Tables sections.

It is recommended that the number of charts, pictures, tables and graphs do not exceed 5 for research and review articles, and 2 for others. Charts, pictures, tables and graphs in the article should be numbered according to the order processing . Abbreviations used in figures, tables and graphs should be defined underneath each . Written permission must be obtained for previously published figures, pictures, tables and graphs, and this permission should be stated during the description of figures, pictures, tables and graphs. All charts, pictures, tables and graphs must be placed at appropriate areas in the manuscript submitted. They should be also provided in separate pages following References section. Additionally, pictures / photos should be submitted to the system in separate jpg or .gif files (500x400 pixel size of about 8 cm. width, and scanning resolution being 300) .

References

Total number of references are recommended not to exceed 25 in research articles, 50 in review articles , 10 in letters to the editor, brief reports and case reports. References should be written in the order of appearance in the text , and symbols for references, should be placed at the end of the sentence immediately after punctuation marks in the form of superscript. if the number of authors in the article is 6 or less, they should all be listed; if 7 or more, the first six names should be written and " et al ", should be added in English article or "vd "for Turkish. DOI is the only acceptable on-line reference in on-line publications;

Examples for References (please note the punctuation marks) :

1.Articles:

References must include respectively, last name of the author(s), first letter of their first names, title of the article (only the first letter of the first word is capitalized), name of the journal, (use the shorter form if it appears in Index Medicus, otherwise full name), year, month (if applicable), volume, number and pages .

Gold D, Bowden R, Sixbey J, Riggs R, Katon WJ, Ashley R, et al. Chronic fatigue. A prospective clinical and virologic study. JAMA 1990;264:48-53.

Özcan S, Bozhüyük A. Sağlığın geliştirilmesi ve aile hekimlerinin rolü. Turkish Journal of Family Medicine &Primary Care 2013 Sep;7(3):46-51.DOI:10.5455/tjfm.42859

Glaser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology 2002;58(12 Suppl 7):6-12.

2.Books:

Last name(s) of the author(s), first letters of their first names, title of the section, name(s) of the editor(s), title of the book, edition number, place of publication, publisher's name, year of publication and page numbers.

Books published in a foreign language

Curren W. Youth and health. In: Neinstein LS, editor. Adolescent Health Care a Practical Guide. 4th ed. Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins; 2002. p.1417-31.

Books in Turkish:

Akturan U, Eren A. Fenomenoloji. Şahinoğlu AH, Türker B, Akturan U, editörler. Nitel Araştırma Yöntemleri. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2008. p.83-98.

When author and editor are the same person: Last name of the author(s)/editor(s), first letter of their first names, title of the section, title of the book, edition number, place of publication, publisher's name, year of publication and the page numbers.

Helmann GC. Cultural aspect of stress and suffering. In: Culture, Health and Illness. 5th ed. Florida: CRC Press Taylor &Francis Group; 2007. p.288-99.

Translated books:

Carr RJ. İdrar inkontinansı. Kut A, Eminsoy MG, çev.editörleri.(trans. Eds.) Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi. 3. baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2014.p.461-71.

3.Publications in conference proceedings

Kurdak H. Bedenimiz, neredeyiz, neler yapabiliriz? Mungan NÖ, editör. Kadında periyodik sağlık muayeneleri. I. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Sempozyumu Kitabı; 10 Mayıs 2013; Adana, Türkiye. Adana: Ergin Yayınevi; 2013. p. 52-5.

4.Dissertations

Yılmaz EE. Adana il merkezindeki lise öğrencilerinin beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2013.

Yazarlara Bilgi

Yayın Politikası

Sağlık ve birinci basamağın gelişmesine ve anlaşılmasına katkı veren yeni bilgiler içeren yazılara dergimiz açıktır. Bu yazılar orijinal makale, olgu sunumu, derleme, editöre mektup, kısa rapor vb. olabilir.

Başvuru için ilk şart yazının başka yerde değerlendirilmediği, başka yerde basılmamış olmasıdır. Yazının başka bir yerde yayınlanmadığı ya da yayınlanmak üzere değerlendirilmediği, herhangi bir çıkar çatışması içinde olup olmadığı ile ilgili bilgileri içeren başvuru mektubu değerlendirilmesi istenen yazı ile birlikte elektronik olarak gönderilmelidir.

Etik konular: Etik kurul onayı gereken yazılar gönderilirken ilgili onay belgesi de elektronik olarak gönderilmelidir. İnsanlarda veya hayvanlarda gerçekleştirilen araştırmalarda ulusal ve uluslararası etik kılavuzlara uyum ve ilgili etik kurullardan izin esastır. Makalelerin etik kurullara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

İnsanlar üzerinde yapılan araştırmalar: Dergi, "İnsan" ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda "Helsinki Bildirgesi", "İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu" ve "İyi Laboratuvar Uygulamaları Kılavuzu"nda belirtilen esaslara ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın ilgili yönetmeliklerine uygunluk ilkesini kabul eder. İnsanlar üzerinde yapılan araştırmalarda, "Klinik Araştırmalar Etik Kurul"undan izin alınması ve ilgili belgenin dergiye gönderilmesi zorunludur. Yazarlar, makalenin YÖNTEM bölümünde ilgili etik kuruldaki çalışmaya katılmış insanlardan imzalı "Bilgilendirilmiş gönüllü olur" (informed consent) belgesini aldıklarını belirtmek zorundadır. **Etik Kurul onayının bir kopyasının dergiye gönderilmemesi durumunda yazı yayınlanmayacaktır.**

Olgu sunumlarında hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan veya gereği durumunda yasal temsilcisinden "Bilgilendirilmiş gönüllü olur" (informed consent) belgesi alınmalı ve makalenin olgu sunumu başlığı altında yazılı olarak ifade edilmelidir. Hastadan veya yasal temsilcisinden alınan "**Bilgilendirilmiş gönüllü olur**" belgesi dergiye yollanmalıdır.

Hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalarda, "Deney Hayvanları Etik Kurul"undan izin alınması ve ilgili belgenin bir kopyasının dergiye gönderilmesi zorunludur. Araştırmanın YÖNTEM bölümünde, deneysel çalışmalarda tüm hayvanların "Laboratuvar Hayvanlarının Bakım ve Kullanımı Kılavuzu"na (Guide for the Care and Use of Laboratory Animals, www.nap.edu/catalog/5140.html) uygun olarak insancıl bir muameleye tabi tutulduğu ve Deney Hayvanları Etik Kurul onay raporu alındığı belirtilmelidir. Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarda ağrı, acı ve rahatsızlık verilmemesi için neler yapıldığı açık bir şekilde belirtilmelidir. **Etik Kurul onayının bir kopyasının dergiye gönderilmemesi durumunda yazı yayınlanmayacaktır.**

Çıkar çatışmaları: Yazarlar, makaleleriyle ilgili çıkar çatışmalarını (varsa) bildirmelidirler. Eğer makalede dolaylı veya dolaysız ticari bağlantı (istihdam edilme, doğrudan ödemeler, hisse senedine sahip olma, firma danışmanlığı, patent lisans ayarlamaları, veya hizmet bedeli gibi) veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma v.b ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu, editöre başvuru mektubunda ve ayrıca makalede kaynaklar bölümünden önce "Çıkar çatışması" başlığı altında bildirmek zorundadır.

Maddi destek: Araştırma için alınmış finansal destek ve bağış varsa açıkça makalenin kaynaklar bölümünden önce bildirilmek zorundadır. Ayrıca yazarlar aşağıda belirtilen alanlarda, varsa çalışmaya sponsorluk edenlerin rollerini beyan etmelidirler: (1) Çalışmanın tasarımı, (2) Veri toplanması, analizi ve sonuçların yorumlanması, (3) Raporun yazılması, (4) Yayın için gönderilmesine karar verilmesi.

Yayın hakkı: Yazı yayına kabul edildikten sonra son haline onay verilmesi için iletişim yazarına gönderilir. Kabulü halinde yazarlarca imzalanan yayın hakkı devir formu elektronik olarak gönderilir. Çok yazarlı makalelerde yazarların araştırmaya katkıları (fikir oluşturma, çalışma tasarımı, deneysel uygulamalar, istatistik, makalenin yazımı, v.b) açıklanmalı ve imzalı olarak editöre (yayın hakkı devir formu kapsamı içinde) sunulmalıdır. Yayın hakkı devir formu tjfmpe@gmail.com e mail adresine gönderilmelidir.

Yazılar, www.tjfmpe.gen.tr/ adresindeki, "Submit your manuscript" linki tıklanarak gönderilmelidir.

Yazı hazırlama kuralları:

- 1) Yazılar, Microsoft Word programı ile hazırlanmalı, metin "Times New Roman" karakteri ile 10 puntoda ve tek satır aralıklı olarak yazılmalıdır. Satır numarası verilmelidir.
- 2) Hazırlanan yazıların bir üst paragrafa belirtilen özellikler çerçevesinde, araştırma makaleleri için 6, derleme yazıları için 10, editöre mektup için 2, kısa raporlar için 3, olgu sunumları için 4 sayfayı geçmemesi önerilir.
- 3) Türkçe yazılarda, Türk Dil Kurumu'nun Türkçe sözlüğü veya <http://tdkterim.gov.tr/bts/> adresi esas alınmalıdır.
- 4) Metin içinde geçen kısaltmalar, kelimenin ilk geçtiği yerde parantez içinde verilmeli ve tüm metin boyunca o kısaltma kullanılmalıdır. Uluslararası kullanılan kısaltmalar için "Bilimsel Yazım Kuralları" (Scientific Style and Format: The CBE Manuel for Authors, Editors, and Publishers, 6th ed. New York: Cambridge University Press, 1994) kaynağına başvurulabilir.

Bir yazı şu bölümlerden oluşmalıdır:

- 1) Başlık; 12 kelimeyi aşmamalıdır
- 2) Türkçe ve İngilizce özet; araştırma yazıları için giriş, yöntem, bulgular, sonuç şeklinde yapılandırılmış, diğer yazılar için bölümsüz olmalı, 300 kelimeyi aşmamalıdır.
- 3) Anahtar kelimeler 2-5 arası, Türkçe ve İngilizce olmalıdır. Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)'ne (Kaynak için www.bilimterimleri.com adresine başvurulmalıdır) ve İngilizce anahtar kelimeler "Medical Subject Headings"e (Kaynak için www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html adresine başvurulmalıdır.) uygun olarak verilmelidir.
- 4) Konu ile ilgili başlıklar
 - a) Araştırma yazıları: Giriş, yöntem, bulgular, tartışma, sonuç, teşekkür, kaynaklar, şekil, resim ve tablolar şeklinde yapılandırılmalıdır.
 - b) Olgu sunumları: Giriş, olgu, tartışma, sonuç, kaynaklar, şekil ve tablolar şeklinde yapılandırılmalıdır.
 - c) Derleme, kısa rapor, editöre mektup: Yazar(lar) tarafından belirlenen başlık ve alt başlıklar içerebilir. Kaynaklar, şekil ve tablolar sıralaması ile tamamlanır.
 - d) Şekil, resim ve tabloların araştırma ve derleme yazıları için 5, diğerleri için 2'yi geçmemesi önerilir. Şekil, resim ve tablolara makalede işleniş sırasına uygun olarak numara verilmelidir. Kullanılan kısaltmalar şekil, tablo ve

grafik altında açıklanmalıdır. Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise, yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak, şekil, resim ve tablo açıklamasında belirtilmelidir. Tüm şekil, resim ve tablolar, metin içinde geçiş sırasına göre, ilgili yerlere yerleştirilmiş olarak metinle birlikte gönderilmelidir. Resim/fotoğraflar ayrıca, ayrı birer .jpg veya .gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm. eninde ve 300 çözünürlükte taranarak) sisteme eklenmelidir.

- e) Kaynakların araştırma makaleleri için 25, derleme yazıları için 50, editöre mektup, kısa rapor, olgu sunumları için 10'dan fazla olmaması önerilir. Kaynaklar, makalede geliş sırasına göre yazılmalı ve metinde cümle sonunda noktalama işaretlerinden hemen sonra "Üst Simge" olarak belirtilmelidir. Kaynak olarak gösterilen makalede bulunan yazar sayısı 6 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 7 veya daha fazla ise ilk 6 isim yazılıp "ve ark", İngilizce makalelerde "et al" eklenmelidir. Sadece on-line yayınlar için; DOI tek kabul edilebilir on-line referanstır.

Kaynakların yazımı için örnekler (Noktalama işaretlerine lütfen dikkat ediniz):

1. **Makale:** Yazar(lar)ın soyadı(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, makale ismi (sadece ilk harf büyük diğerleri küçük), dergi ismi Index Medicus'ta varsa kısaltılarak yoksa tam adı ile, yıl varsa ayı ile birlikte, cilt, sayı, sayfa no'su belirtilmelidir.

Gold D, Bowden R, Sixbey J, Riggs R, Katon WJ, Ashley R, et al. Chronic fatigue. A prospective clinical and virologic study. JAMA 1990;264:48-53.

Özcan S, Bozhüyük A. Sağlığın geliştirilmesi ve aile hekimlerinin rolü. Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2013 Sep;7(3):46-51. doi:10.5455/tjfm.42859

Glaser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology 2002;58(12 Suppl 7):6-12.

2. **Kitap:** Yazar(lar)ın soyadı(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, editörün(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

Yabancı dilde yayımlanan kitap:

Curren W. Youth and health. In: Neinstein LS, editor. Adolescent Health Care a Practical Guide. 4th ed. Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins; 2002. p.1417-31.

Türkçe kitap:

Akturan U, Eren A. Fenomenoloji. Şahinoğlu AH, Türker B, Akturan U, editörler. Nitel Araştırma Yöntemleri. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2008. p.83-98.

Yazar ve editörün aynı olduğu kitap: Yazar(lar)ın/editörün soyadı(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

Helmann GC. Cultural aspect of stress and suffering. In: Culture, Health and Illness. 5th ed. Florida: CRC Press Taylor & Francis Group; 2007. p.288-99.

Çeviri kitap:

Carr RJ. İdrar inkontinansı. Kut A, Eminsoy MG, çev.editörleri. Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi. 3. baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2014.p.461-71.

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care, Volume 18, No 2, June 2024 Table of Contents

Original Research

- 1.S Sleep Quality And Self-Efficacy For Managing Chronic Disease: A Cross-Sectional Study In The Elderly Population In Edirne Province
Kübra İNCİRKUŞ
TJFMPC, 2024; 18 (2):126-132 DOI: 10.21763/tjfm.1387989
- 2.T The Effectiveness of Genital Hygiene Education Given to Secondary School Girls
İlknur GÖKŞİN, İlknur DEMİRHAN
TJFMPC, 2024; 18 (2) :133-138 DOI: 10.21763/tjfm.1381040
- 3.D Determining the Relationship Between Coronavirus Anxiety Levels and Health Literacy of Health Professional Students With Coronavirus Disease (COVID-19) Vaccine
Meryem ÖZTÜRK HANEY, Arda ŞENYİĞİT, Gülbahar ÇELİK, Doğanhan ÇİL, Mehmet Birhan YILMAZ
TJFMPC, 2024; 18 (2) :139-147 DOI: 10.21763/tjfm.1280949
- 4.A Assessment Of The Scale And Reasons Of Violence Towards Family Physicians And Family Health Staff In Edirne Province
Mehmet GÜNEŞ, Gamze DEMİRAY, Galip EKUKLU
TJFMPC, 2024; 18 (2) :148-153 DOI: 10.21763/tjfm.1397254
- 5.S Sleep and Mood Disorders and Related Factors in Epilepsy Patients
Pınar Bengi BOZ, Gülçin ORTAÇ, Derya ÖZDOĞRU, Elif Banu SÖKER, Miray ERDEM
TJFMPC, 2024; 18 (2) :154-161 DOI: 10.21763/tjfm.1404102
- 6.T The Relationship between Job Satisfaction and Burnout in Healthcare Professionals: Meta-Analysis
Hatice MUTLU, Okan Anıl AYDIN
TJFMPC, 2024; 18 (2) :162-170 DOI: 10.21763/tjfm.1382695
- 7.E Evaluation Of The Knowledge Level And Awareness Of Residents About Obstructive Sleep Apnea Syndrome
Bahar Berna GÖKÇE, Özge TUNCER
TJFMPC, 2024; 18 (2) :171-180 DOI: 10.21763/tjfm.1403745
- 8.D Determining Risk Management Priorities and Suggesting Strategies in the Management of Family Health Centres
Yeter Demir USLU, Erman GEDİKLİ, Emre YILMAZ, Yahya ÖZBEY, İlgar ÇAKMAK
TJFMPC, 2024; 18 (2) :181-187 DOI: 10.21763/tjfm.1423587
- 9.A Assessing Health Needs of Earthquake Victims Migrating to Samsun Following the Kahramanmaraş-Centered Earthquakes
Gizem Jülide KALAYCI, Nur ŞİMŞEK YURT
TJFMPC, 2024; 18 (2) :188-195 DOI: 10.21763/tjfm.1431691
- 10.Fa Factors Affecting Sleep Quality In Prisoned Men
Nurettin BULUT, Özge TUNCER
TJFMPC, 2024; 18 (2) :196-203 DOI: 10.21763/tjfm.1432496
- 11.Tr Traditional Beliefs And Practices Related To Puerperium, Neonatal Care And Breastfeeding In The Postpartum Period
Gizem ÇITAK, Burak ŞİRİN, Nermin GÜRHAN
TJFMPC, 2024; 18 (2):204-214 DOI: 10.21763/tjfm.1380579
- 12.Ev Evaluation of Attitudes of Family Physicians towards Occupational Health and Occupational Diseases in Turkey
Gökmen ÖZCEYLAN, Giray KOLCU, Ayşe COŞKUN BEYAN
TJFMPC, 2024; 18 (2) :215-222 DOI: 10.21763/tjfm.1372992
- 13.Ev Evaluation of the Patient Profile and Service Provided Registered to the Healthy Aging Center in Samsun
Erdoğan YAVUZ, Nur ŞİMŞEK YURT, Kübra KADIOĞLU
TJFMPC, 2024; 18 (2) :223-229 DOI: 10.21763/tjfm.1409337

Review

14. The Approach Of Parents To Childhood Vaccinations After COVID-19
Gönül GÖKÇAY, Arzu HUDAYKULYYEVA, Ali UĞURLU, Eda ERSARI ŞEN
TJFMPC, 2024; 18 (2):230-235 DOI: 10.21763/tjfm.1386363



Original Research / Orijinal Araştırma

Sleep Quality And Self-Efficacy For Managing Chronic Disease: A Cross-Sectional Study In The Elderly Population In Edirne Province

Uyku Kalitesi Ve Kronik Hastalık Yönetimi İçin Öz-Etkililik: Edirne İlindeki Yaşlı Popülasyonu Üzerine Kesitsel Bir Çalışma

Kübra İNCİRKUŞ¹

Abstract

Objective: To examine the relationship between sleep quality and self-efficacy for managing chronic diseases in elderly individuals living at home in Edirne province.

Methods: In this cross-sectional study, the data was collected through simple random sampling and home visits from 244 individuals aged 60 years and older between March and December 2018. The Pittsburgh Sleep Quality Index, the Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-Item Scale, and the Interview Form were used in the study. The data was collected using descriptive analysis, t-test, one-way ANOVA, Pearson correlation, and linear regression analysis.

Results: Most of the individuals (86.1%) had poor sleep quality and the mean Pittsburgh Sleep Quality Index total score was 7.16 ± 3.04 . The mean of Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-Item Scale total score was 4.82 ± 1.79 . Sleep quality was worse in individuals who were women, single, retired, perceiving their health as bad, and with comorbidities ($p < 0.05$). There was a negative and significant relationship between the scales in correlation and regression analyses ($p < 0.05$).

Conclusions: Self-efficacy in chronic disease management was an important factor in improving sleep quality. Healthcare professionals must be knowledgeable and experienced in practices that increase self-efficacy in primary care.

Keywords: Chronic disease, disease management, elderly, self-efficacy, sleep hygiene

Özet

Amaç: Edirne ilinde evde yaşayan yaşlı bireylerde uyku kalitesi ile kronik hastalıkların yönetimine öz-etkililik arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntemler: Kesitsel çalışmanın verileri, Mart-Aralık 2018 tarihleri arasında 60 yaş ve üzeri 244 bireyden basit rastgele örnekleme ve ev ziyaretleriyle toplandı. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Kronik Hastalık Yönetiminde 6-Maddelik Öz-Etkililik Ölçeği ve Görüşme Formu kullanılmıştır. Veriler tanımlayıcı analizler, t-testi, tek yönlü ANOVA, Pearson korelasyonu ve doğrusal regresyon analizi kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Bireylerin çoğunun (%86,1) uyku kalitesi kötüydü ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi toplam puan ortalaması $7,16 \pm 3,04$ idi. Kronik Hastalık Yönetiminde 6-Maddelik Öz-Etkililik Ölçeği toplam puan ortalaması $4,82 \pm 1,79$ idi. Kadın, bekar, emekli, sağlığını kötü algılayan ve ek hastalığı olanlarda uyku kalitesi daha kötüydü ($p < 0,05$). Korelasyon ve regresyon analizlerinde ölçekler arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulundu ($p < 0,05$).

Sonuç: Kronik hastalık yönetiminde öz-etkililik, uyku kalitesini artırmada önemli bir faktördü. Sağlık çalışanlarının birinci basamakta öz-etkililiği artırıcı uygulamalar konusunda bilgili ve deneyimli olmaları oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalık, hastalık yönetimi, yaşlı, öz-etkililik, uyku hijyeni

Geliş tarihi / Received: 08.11.2023 Kabul tarihi / Accepted: 14.02.2024

¹İstanbul Kültür University, Faculty of Health Science, Department of Nursing, İstanbul, Turkey

Address for Correspondence / Yazışma Adresi Kübra İNCİRKUŞ. İstanbul Kültür University, Faculty of Health Science, Department of Nursing, Turkey
E-posta: k.incirkus@iku.edu.tr Tel: +90 2124984796

İncirkuş K. *Sleep Quality And Self-Efficacy For Managing Chronic Disease: A Cross-Sectional Study In The Elderly Population In Edirne Province* TJFMPC, 2024; 18 (2):126-132
DOI: 10.21763/tjfm.1387989

Introduction

The population over the age of 60 is increasing all over the world, particularly in developing countries. Reports indicate that this increase will reach 1.5 billion by 2030 and 2.1 billion by 2050.¹ In Turkey, which is a developing country, the proportion of the elderly population is 9.9%.² Sleep quality is the main indicator of well-being and it's important in public health becoming increasingly. The prevalence of sleep disorder, which is one of the most common health problems, in the elderly ranges from 24% to 77.7%.³⁻⁷ Because of the physiological decrease in sleep duration, quality, and continuity with age, the mental and physical health of individuals are adversely affected, and the risks of cognitive dysfunctions, cardiovascular and coronary heart diseases, type 2 diabetes, obesity, cancer, depression, and their mortality increase.^{3-5,8-10} It is reported that identifying the sleep problems co-existing with the disease and treating them simultaneously may improve outcomes in chronic disease management.^{3,11}

Since sleep health is accepted not only as a no-sleep disorder but also as a multidimensional and holistic approach, there is a need to consider modifiable factors related to sleep health.¹² It is stated that self-management interventions and self-efficacy, which are strong predictors of the management of chronic diseases, are effective factors in gaining positive sleep behaviors and increasing sleep quality in elderly individuals.^{3,6,13,14} When the literature was examined; It has been reported that self-efficacy affects sleep quality positively in elderly individuals,⁶ fibromyalgia patients,¹⁵ and healthy adults.⁵ Although chronic disease self-management programs have been widely studied, it has been reported that little is known about the relationship between sleep and self-efficacy.^{3,12,16} It is stated that the relationship between sleep and self-efficacy is generally studied in young adults and the elderly has not yet been extensively evaluated. In addition, it has been reported that the benefit of domain-specific self-efficacy measures, which are generally indicators of better health outcomes compared to general self-efficacy, in the context of sleep has not been directly examined.¹⁷ In this context, this study aimed to evaluate the relationship between self-efficacy in chronic disease management and sleep quality in elderly individuals living at home.

Research Questions

1. Was there any connection between sociodemographic/health variables and sleep quality?
2. What were the sleep quality and self-efficacy levels of elderly with chronic diseases?
3. Was there any correlation between sleep quality and self-efficacy?

Material and Methods

Study design, setting, and participants

The cross-sectional design using surveys was adopted in the study. The study was conducted through home visits to individuals aged 60 and older living in the center of Edirne/Turkey, and receiving healthcare services at primary care. Since the World Health Organization accepts the beginning of elderly as 60, and the sample in similar studies consists of individuals aged 60 and over, the sample of this study was selected similarly.^{1,6,18} The population of the study consists of 9599 individuals 60 years old and older, registered to the primary health care centers (the number of elderly individuals at the time of the study was reached with written permission from the Edirne Public Health Services Presidency). The sample size was calculated with a single group sample formula with a 95% confidence interval (CI), based on the incidence of elderly reporting sleep problems (79.5%) in a previous epidemiological survey in Edirne.¹⁸ Accordingly, data were collected from 244 individuals. The inclusion criteria of the study were: (a) being 60 years old and older; (b) having at least one chronic disease; (c) being literate; (d) living at home; (e) having no visual, auditory, or cognitive problems; (f) getting 24-30 points from the mini-mental test.¹⁹

Data collection and measures

The data was collected through simple random sampling via home visits between March and December 2018. During the home visits, the forms were applied through face-to-face interviews and each interview lasted an average of 10-15 minutes. The following instruments were used to collect data within the scope of the study:

The Interview Form

The socio-demographic (marital and working status, age, gender, education) and health characteristics (chronic diseases, medications, and comorbidity) data were collected with the Interview Form. This form, which was created by the researcher in line with literature,^{6,18,20} provides information based on the self-reports of the participants.

The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

The sleep quality was assessed using the PSQI developed by Buysse et al. (1989)²¹ The PSQI was translated into Turkish by Agargun et al. (1996), and Cronbach's alpha value for original version was 0.83, for the Turkish version was 0.80.²² The index consisted of nineteen subjective questions and seven components (sleep duration, sleep disturbances, subjective sleep quality, use of sleep medications, sleep latency, daytime dysfunction and sleep efficiency). The total and component scores of PSQI were calculated according to the scoring in the article of Buysse et al (1989)²¹. Accordingly, each item is scored as 0-3 points, total of the 7 components scores gives the

total index score (between 0-21). Getting 5 or fewer points is considered "good", getting points above 5 is considered "poor" sleep quality.²¹

The Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-Item Scale (SEMCD-6)

The self-efficacy was evaluated with the SEMCD-6. The Turkish validity and reliability study of the scale, which was developed by Lorig et al. (2001),²³ was carried out by Incirkus and Nahcivan (2020).¹³ It was reported that the alpha value of the scale in Turkish was 0.90 and in the original version was 0.91. Higher scores on the scale indicate a higher level of self-efficacy in chronic disease management.¹³

Statistical analysis

Data analysis was conducted using the SPSS program (Version 21.0, Armonk, NY: IBM Corp). Descriptive data were evaluated with frequency, percentage, mean, and standard deviation (SD). Histogram, variation coefficient, skewness/kurtosis, Q-Q plot, and Kolmogorov-Smirnov tests were used to evaluate the normality of the data. Accordingly, Pearson correlation analysis, one-way ANOVA, and t-test were used to evaluate the relationship between the variables and the scale scores. The interpretation of correlation analysis results followed Akoglu's guide.²⁴ Scheffe test was used to determine the source of the significant difference in one-way ANOVA. Linear regression was used to evaluate the predictiveness of self-efficacy on sleep quality scores. The significance level was regarded as $p < 0.05$.

Ethical approval

The study was carried out in compliance with the ethical principles outlined in the Declaration of Helsinki, and it was approved by the scientific research ethics committee (approval number: TÜTF-BAEK 05/14). Before data collection, each participant was informed about the study and written informed consent was obtained from all of them.

Results

Most of the sample were males (66.4%), between 60-75 years old (82.8%), graduated from primary school (56.6%), married (79.5%), retired (84.8%), and describing their income (76.6%) and health status (59.4%) as "moderate". Most of the sample consisted of hypertensive individuals (67.1%) and 57.2% of them reported that they had no comorbidities. The mean PSQI scale score was significantly higher in females who were between 70-87 years old, single, retired, who perceived their health and income status as bad, with asthma/COPD, and with comorbidities (Table 1).

Table 1. Comparisons of the mean PSQI scores according to sociodemographic and health characteristics of the sample

Variables		n	%	Mean±SD	p*
Gender	Male	162	66.4	6.09±2.39	<0.001
	Female	82	33.6	7.71±3.19	
Age	60-69	163	66.8	7.08±2.79	<0.001
	70-87	81	33.2	7.32±3.50	
Education	Literate	37	15.2	6.30±2.33	0.079
	Primary school	138	56.6	7.30±3.27	
	Middle school	18	7.4	7.78±2.84	
	High school /university	21	8.6	6.14±2.65	
Marital status	Married	194	79.5	6.82±2.97	<0.001
	Single	50	2.5	8.50±2.96	
Working status	Retired	207	84.8	7.27±3.14	<0.001
	Employed	37	15.2	6.40±2.14	
Perceived income	Bad	21	8.6	9.43±2.94	<0.001
	Moderate	187	76.6	6.97±3.15	
	Good	36	14.8	6.83±1.75	
<i>Difference: 1>2, p=0.001, 1>3, p=0.005</i>					
Perceived health	Bad	39	16.0	1.08±3.80	<0.001
	Moderate	145	59.4	6.72±2.35	
	Good	60	24.6	6.33±2.94	
<i>Difference: 1>2, p<0.001, 1>3, p<0.001</i>					
Chronic disease	Hypertension	165	67.1	6.78±2.88	0.003
	Diabetes	36	14.6	8.08±2.97	
	Heart disease	9	3.7	6.00±0.87	
	Asthma/COPD	19	7.7	9.21±4.42	
	Other conditions**	15	6.1	7.33±2.26	
<i>Difference: 4>1, p<0.007</i>					
Comorbidity	No	140	57.2	6.71±2.97	<0.001
	Yes	104	42.6	7.77±3.04	

* t-test and one-way ANOVA and Scheffe test were used, ** hyperlipidemia, osteoporosis, chronic kidney failure, hypothyroidism, etc, PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index, SD: Standard deviation.

The mean age was 65.80±1.81 (minimum 60, maximum 87). The mean number of medications used per day was 2.24±1.48 (minimum 1, maximum 5). The mean PSQI total score was 7.16±3.04. When all the participants were

examined, 86.1% (n=210) had poor sleep quality, while 13.9% (n=34) had good sleep quality. The highest-scoring subscale was *sleeping efficiency* while the lowest-scoring subscale was the *use of sleep medications*. The mean SEMCD-6 total score was 4.82±1.79 (Table 2).

Table 2. The means of SEMCD-6, PSQI total score, and the seven components' scores

Variables	Mean	SD
PSQI total	7.16	3.04
Subjective sleep quality	1.23	0.59
Sleep latency	1.09	0.98
Sleep duration	0.56	0.86
Sleep efficiency	2.05	1.26
Sleep disturbances	1.45	0.68
Use of sleep medications	0.22	0.70
Daytime dysfunction	0.56	0.76
SEMCD-6 total	4.82	1.79

SD: Standard deviation, PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index, SEMCD-6: Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-Item Scale

When the correlations between the scales were examined, a negative ($p<0.05$) and weak correlation was found between the *SEMCD-6 total score* and the *PSQI total score*. There was a significant ($p<0.05$) and negative correlation between the *SEMCD-6 total score* and *sleep latency*, *use of sleep medicine*, and *daytime dysfunction* (Table 3).

Table 3. Pearson correlation *r* values between SEMCD-6 and the PSQI

	SSQ	SL	SDu	SE	SDi	UM	DD	PSQI total
SEMCD-6	-0.112	-0.152*	-0.072	0.031	-0.051	-0.279*	-0.208*	-0.206*
SSQ	-	0.450*	0.328*	-0.222*	0.364*	0.293*	0.528*	0.619*
SL		-	0.328*	-0.235*	0.489*	0.365*	0.398*	0.698*
SDu			-	-0.089	-0.304	0.203*	0.390*	0.551*
SE				-	-0.186*	0.014	-0.271*	0.166*
SDi					-	0.229*	0.276*	0.487*
UM						-	0.577*	0.664*
DD							-	0.673*

* $p<0.05$, PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index, SEMCD-6: Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-Item Scale, SSQ: Subjective sleep quality, SL: Sleep latency, SDu: Sleep duration SE: Sleep efficiency, SDi: Sleep disturbances, UM: Use of medications, DD: Daytime dysfunction.

In the Linear regression analysis, 4% ($R^2=0.042$, $p<0.05$) of the variance in the total score of the PSQI variable was explained by the *SEMCD-6* variable (Table 4).

Table 4. Regression results of SEMCD-6 variable in predicting PSQI total scores

Variable	Unstandardized coefficients		95% Confidence interval for B		Standardized coefficients		R^2	$F_{(1-242)}$
	B	St error	Lower limit	Upper limit	β	t		
(Constant)	8.85	0.55	7.77	9.93	-0.21	16.10*	0.042	1.70*
SEMCD-6	-0.35	0.11	-0.56	-0.14		-3.27*		

* $p<0.05$, PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index, SEMCD-6: Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-Item Scale.

Correlation and regression results showed that as self-efficacy scores increased, sleep quality also improved.

Discussion

In this cross-sectional study, the aim was to examine the relationship between self-efficacy in chronic disease management and sleep quality in elderly individuals residing at home in Edirne province. Most of the sample were males, between 60-69 years old, graduated from primary school, married, retired, hypertensive, having no comorbidities, and describing their income and health status as "moderate". Sociodemographic data were similar to Turkey's elderly statistics in 2022, but in the report 55.6% of the elderly population was female.² The data obtained were similar to other studies examining sleep quality in the elderly.^{6,18,20}

Females exhibited poorer sleep quality in the study. When the literature was examined, it was reported that sleep quality is worse in males,^{6,25} females,²⁶ or there is no gender difference.^{18,20} In the study of Thichumpa et al. (2018),²⁶ it is reported that the low education level of females may be effective in the results and the gender factor alone cannot explain the sleep quality.²⁶ In the study, PSQI scores increased with age. It has been pointed out that the reason for this situation is that the use of medications increases with age and that the use of multiple medications negatively affects sleep.²⁷ It is stated that the PSQI score is significantly higher in those who have used medications for more than 10 years.²⁴ Although it is stated in the literature that low education level negatively affects sleep quality,^{6,20,25} no significant difference was observed in this study. In the study, the sleep quality of individuals who were single, retired, and had bad income perception was worse. Similarly, it has been reported in the literature that sleep quality is poor in individuals who are single, retired, have a low income, and have poor family relationships.^{6,20,26,28} The stress caused by the bad economic situation and the loneliness and depression caused by the lack of family support may be the reason for this result.²⁶ Sleep quality was worse in individuals with asthma/COPD and with comorbidities. Similarly, it is stated that chronic diseases worsen sleep quality.^{6,18,20} In the Fidanci and Iscan study (2016),²⁵ it was also reported that the highest PSQI mean score has been seen in the elderly with lung disease. The reason for this situation may be the use of multiple medications; It has been reported that factors such as night-time symptoms seen in asthma and COPD, poor management of diseases, and the group of diseases may adversely affect sleep quality.²⁹

The mean SEMCD-6 total score was 4.82 ± 1.79 in the study. Although the scale is not the cut-off point, a result of 4.8 out of 10 can be considered as a medium value. This result aligns with the scale mean observed in the Turkish validity and reliability study.¹³ This study's results showed that most of the individuals (86.1%) had poor sleep quality (getting >5 points) and the mean PSQI total score was 7.16 ± 3.04 in the study. Similarly, 69% of the participants had poor sleep quality (7.91 ± 4.99) in the study of Nazari et al. (2014),⁶ 5.5% of the elderly had poor sleep quality (6.21 ± 3.33) in the study of Bilgili et al. (2012),²⁰ 79.5% of the sample had poor sleep quality (9.88 ± 5.63) in the Esenyel's study (2012).¹⁸ It is also reported that 44% and 50% of elderly individuals have PSQI scores above 5.^{12,26} All these results support the result of the study showing that the elderly population has serious problems with sleep quality and emphasize the importance of the issue once again. In the study of Nazari et al. (2014),⁶ the highest PSQI component mean was *sleep duration* (1.66 ± 1.09), while the lowest was the *use of sleep medications* (0.30 ± 0.88). Otherwise, in Esenyel's study (2012),¹⁸ the highest scoring subscale was reported to be *sleep disturbances* (1.93 ± 0.80) and the lowest scoring subscale was the *use of sleep medications* (0.74 ± 1.04). In this study, while the lowest was the *use of sleep medications* (0.22 ± 0.70), similar to other studies, the highest was *sleep efficiency* (2.05 ± 1.26).

There was a negative and weak correlation²⁴ between the PSQI total score, *sleep latency*, *use of sleeping medication*, *daytime dysfunction* components, and the SEMCD-6 total score. In addition, the SEMCD-6 variable also explained 4% of the variance in the total score of the PSQI variable according to the regression result. It shows that an increase in self-efficacy in chronic disease management decreases PSQI total scores, thus sleep quality increases. Although there is no study examining the relationship between self-efficacy on chronic disease management and sleep quality in the elderly, studies have reported that an increase in self-efficacy improves sleep quality.^{5,6,12} In the study of Byun et al. (2020)¹⁶ on adults with subarachnoid hemorrhage, where most of the sample was under 65 years of age, it was reported that SEMCD-6 total scores were associated with PSQI total scores. In the study, self-efficacy was negatively correlated with *sleep latency* and *daytime sleepiness*. However, it was stated that the reason for this situation was that most of the sample consisted of young working adults.¹⁶ Studies have confirmed the effectiveness of chronic illness self-management practices in increasing self-efficacy and improving sleep and health results.^{3,30} It has also been reported that there is an increase in self-efficacy and improvement in sleep quality after nursing interventions are applied to cancer patients.³¹ Interventions increasing self-efficacy and lifestyle changes on chronic disease management may be helpful to improve sleep quality as well as general health.

Study Limitations

The results of the study should be considered within the scope of some limitations. First, the sample of the study consisted of elderly receiving services from primary healthcare in Edirne between the specified dates. The generalization of results is limited. Second, the data on sleep quality were collected based on self-reports of individuals, objective measurements were not made.

Conclusion

The results showed that most of the elderly population had poor sleep quality and that increasing self-efficacy in chronic disease management was an important factor in improving sleep quality. In addition, it was observed that sleep quality worsened as age, comorbidities and deterioration in socio-economic status increased. It is important to increase self-efficacy by supporting practices that increase both effective chronic disease management and sleep quality and include them in routine healthcare programs. It is recommended that all healthcare professionals, especially nurses working in primary care, where elderly individuals with chronic diseases receive service most frequently, should be knowledgeable and experienced in self-efficacy-enhancing practices. In this regard, the outcomes of this study, which reveal the effect of self-efficacy in chronic disease management on sleep quality, will guide health professionals in their practices and research. It is recommended for further studies to include objective measurements in larger sample groups examining affecting factors of sleep quality.

Acknowledgments

The author thanks all participants for their support of the study.

Funding Information

There was no financial support for this research.

Conflict of Interest

The author declares no conflict of interest for the study.

References

1. World Health Organization. Decade of healthy aging 2020-2030. 2020. Accessed from: <https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-fr.pdf>. Accessed: 05 January 2023.
2. Turkish Statistical Institute. Elderly by statistics, 2022. 2023. Accessed from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2022-49667&dil=1>. Accessed: 26 July 2023.
3. Ahn SN, Jiang L, Smith ML, Ory MG. Improvements in sleep problems among the chronic disease self-management program participants. *Family&Community Health* 2014;37(4):327-335. <https://doi.org/1.1097/FCH.0000000000000045>
4. Baser G, Hisar F. Nonpharmacological interventions towards the sleep problems in the elderly: a systematic review. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing* 2021;8(2):178-185. <https://doi.org/1.31125/hunhemsire.966442>
5. Khan S, Totuka N. Self-efficacy in sleep disorder patients. *Asian J Home Sci* 2018;13(2):528-531. <https://doi.org/1.15740/HAS/AJHS/13.2/528-531>
6. Nazari M, Taher M, Keshavarzi, S, Javadpour A. The relationship between sleep quality, self-efficacy, and stages of change among the elderly: a pilot study. *J Health Sci Surveillance Sys* 2014;2(2):72-77.
7. Wu CY, Su TP, Fang CL, Chang MY. Sleep quality among community-dwelling elderly people and its demographic, mental, and physical correlates. *Journal of the Chinese Medical Assoc* 2012;75(2012):75-78. <https://doi.org/1.1016/j.jcma.2011.12.011>
8. Amarnath R, et al. Improving sleep quality through heartfulness meditation technical aspects and benefits. *International Journal of Health Sciences and Research* 2017;7(5):368-381.
9. Vézina-Im LA, Moreno JP, Nicklas TA, Baranowski T. Behavioral interventions to promote adequate sleep among women: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews* 2017;6:95. <https://doi.org/1.1186/s13643-017-0490-y>
10. Kaynak SU, Peker S, Cankurtaran ES, Soygur AH. Sleep problem in the geriatric population. *The Journal of Academic Geriatrics* 2010;2:61-67.
11. Koyanagi A, et al. Chronic conditions and sleep problems among adults aged 50 years or over in nine countries: a multi-country study. *PLoS One* 2014;9(12):e114742. <https://doi.org/1.1371/journal.pone.0114742>
12. Ghose SM, Dzierzewski JM, Dautovich ND. Sleep and self-efficacy: The role of domain specificity in predicting sleep health. *Sleep Health* 2023;9(2):190-195. <https://doi.org/1.1016/j.sleh.2022.09.008>
13. Incirkus K, Nahcivan NO. Validity and reliability study of the Turkish version of the self-efficacy for managing chronic disease 6-item scale. *Turk J Med Sci* 2020;50:1254-1261. <https://doi.org/1.3906/sag-1910-13>
14. Rutledge CM, Guardia ACL, Bluestein D. Predictors of self-efficacy for sleep in primary care. *Journal of Clinical Nursing* 2012;22:1254-1261.
15. Miro E, et al. When is pain related to emotional distress and daily functioning in fibromyalgia syndrome? The mediating roles of self-efficacy and sleep quality. *Br J Health Psychol* 2011;16(4):799-814.
16. Byun E, et al. Self-efficacy is associated with better sleep quality and sleep efficiency in adults with subarachnoid hemorrhage. *J Clin Neurosci* 2020;73:173-178. <https://doi.org/1.1016/j.jocn.2019.12.010>
17. Grah SC, et al. General and domain-specific self-efficacy and sleep in older adults. *Sleep* 2017;40:A315.
18. Esenyel C. Determination of the life and sleep quality of the elderly living in Edirne nursing home. (Unpublished master thesis). Trakya University; 2012.

19. Gungen C, et al. Reliability and validity of the standardized mini mental state examination in the diagnosis of mild dementia in Turkish population. *Turkish Journal of Psychiatry* 2002;13(4):273-281.
20. Bilgili, N, Kitis Y, Ayaz S. Assessment of loneliness, quality of sleep and affecting factors in elders. *Turkish Journal of Geriatrics* 2012;15(1):81-88.
21. Buysse DJ, et al. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 1989;28:193-213.
22. Agargun MY, Kara H, Anlar O. The validity and reliability of the Pittsburgh sleep quality index. *Turkish Journal of Psychiatry* 1996;7(2):107-115.
23. Lorig KR, et al. Effect of a self-management program for patients with chronic disease. *Effective Clinical Practice* 2001;4:256-262.
24. Akoglu H. User's guide to correlation coefficients. *Turkish Journal of Emergency Medicine* 2018;18:91-93. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.08.001>
25. Fidanci I, Iscan G. The assessment of relationship between sleep quality and chronic illnesses and drug usage in elders who applied to family health center. *Medical Journal of Ankara Training and Research Hospital* 2016;49(3):142-147.
26. Thichumpa W, Howteerakul N, Suwannapong N, Tantrakul V. Sleep quality and associated factors among the elderly living in rural Chiang Rai, northern Thailand. *Epidemiol Health* 2018;40:e2018018. <https://doi.org/1.4178/epih.e2018018>
27. Wolkove N, Elkholy O, Baltzan M, Palayew M. Sleep and aging: 1. sleep disorders commonly found in older people. *CMAJ* 2007;176(9):1299-304. <https://doi.org/1.1503/cmaj.060792>
28. Pehlivan S, Karadakovan A, Pehlivan Y, Onat AM. Sleep quality and factors affecting sleep in elderly patients with rheumatoid arthritis in Turkey. *Turk J Med Sci* 2016;46(4):1114-1121. <https://doi.org/1.3906/sag-1506-82>
29. Vukoja M, et al. Sleep quality and daytime sleepiness in patients with COPD and asthma. *Clin Respir J* 2018;12(2):398-403. <https://doi.org/1.1111/crj.12528>
30. Schmutte T, Davidson L, O'Connell M. Improved sleep, diet, and exercise in adults with serious mental illness: results from a pilot self-management intervention. *The Psychiatric quarterer* 2018;89(1):61-71. <https://doi.org/1.1016/j.jocn.2019.12.010>
31. Liu, Y, et al. Analysis of primary nursing intervention for elderly patients with cancer pain on the improvement of potential risk and pain degree. *Am J Transl Res* 2021;13(10):11890-11898.



Original Research / Orijinal Araştırma

The Effectiveness of Genital Hygiene Education Given to Secondary School Girls Ortaöğretim Kız Öğrencilerine Verilen Genital Hijyen Eğitiminin Etkinliği

İlknur GÖKŞİN¹, İlknur DEMİRHAN¹

Abstract

Objective: The study was conducted to examine the effect of genital hygiene education given to adolescent female students on the genital hygiene behaviors of adolescents.

Method: This one-group pre-test post-test quasi-experimental model study was conducted between May 9 - June 7, 2022, with 103 female students who could communicate verbally and who voluntarily agreed to participate in the study. Genital hygiene training was given to the students. Data were collected using a personal information form and genital hygiene behavior scale (GHBS).

Results: The percentage of students who were in the age group of 15-16 years was 64.1%, 75.3% were in the 10th grade, 69.9% had mothers who had completed primary/secondary education, and 50.5% had menarche at the age of 12-13 years. General hygiene, menstrual hygiene, awareness of abnormal findings sub-dimensions and total GHBS scores were found to be statistically significantly higher in the post-test than in the pre-test ($p<0.05$).

Conclusion: As a result of the study, it was determined that students had incorrect, inadequate practices regarding genital hygiene, and the education provided increased the correct hygiene behaviors. In line with these results training should be planned to raise awareness on reproductive health, general hygiene, genital and menstrual hygiene, especially in institutions such as schools, hostels and dormitories where adolescent girls are together collectively.

Keywords: Adolescent, education, genital hygiene

Özet

Amaç: Araştırma adolesan dönemdeki kız öğrencilere verilen genital hijyen eğitiminin adolesanların genital hijyen davranışlarına etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tek gruplu ön test son test yarı deneysel modeldeki çalışma, 9 Mayıs -7 Haziran 2022 tarihleri arasında sözlü iletişim kurabilen ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 103 kız öğrenci ile gerçekleştirildi. Öğrencilere genital hijyen eğitimi verildi. Veriler kişisel bilgi formu ve genital hijyen davranışları ölçeği (GHDÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin %64.1'i 15-16 yaş grubunda, %75.3'ü 10. sınıfta öğrenim görmekte, %69.9'unun annesi ilköğretim mezunu ve %50.5'inin menarş yaşı 12-13 yaşdır. Genel hijyen, adet hijyeni, anormal bulguların farkındalığı alt boyutları ve toplam genital hijyen davranışı ölçeği puanlarının son testte ön teste göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Sonuç: Araştırma sonucunda öğrencilerin genital hijyen konusunda yanlış, yetersiz uygulamalara sahip olduğu, verilen eğitimin doğru hijyen davranışlarını arttırdığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda özellikle adolesan kızların toplu halde bulunduğu okul, pansiyon, yurt gibi kurumlarda üreme sağlığı, genel hijyen, genital ve adet hijyeni konularında farkındalık yaratmaya yönelik eğitimler planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Adolesan, eğitim, genital hijyen

Geliş tarihi / Received: 25.10.2023 Kabul tarihi / Accepted: 16.02.2024

¹ Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: İlknur GÖKŞİN, Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Aksaray, Türkiye
E-posta: :ilknurgoksin@hotmail.com Tel: +90 3822882780

Gökşin İ. Demirhan İ. *The Effectiveness of Genital Hygiene Education Given to Secondary School Girls. TJFMPC, 2024; 18 (2) :133-138*
DOI: 10.21763/tjfm.1381040

Introduction

Adolescence is a unique period of human development between the ages of 10 and 19, between childhood and adulthood, and is an important time for establishing the foundations of health.¹ During this period of change, when crucial biological, physical, and psychosocial developments occur, health-related attitudes and behaviors are acquired that will last a lifetime. During this period, adolescents may experience health problems such as reproductive system infections and pelvic inflammatory disease due to the reasons such as the onset of menstruation, lack of knowledge about genital hygiene, and inadequate and incorrect hygiene behaviors.² Therefore, protecting and improving adolescent health is of great importance in protecting and improving both the physical and psychosocial health of adolescents.^{3,4}

National and international literature reveals that adolescent female students, one of the major target groups in terms of reproductive health services, do not pay enough attention to their genital hygiene, do not have sufficient genital hygiene behaviors and do not have sufficient information about their genital hygiene. It was also found that the adolescents' behaviors to protect and improve their reproductive health are insufficient and they have incorrect practices in genital and menstrual hygiene which indicate an educational need and risk of genital infections.^{2,4-8} Similarly, other studies determined that 74.8% of adolescent girls had itching in the genital area, 36% had ever had a genital infection, and 60.7% did not engage in any health-seeking behaviors for their current complaints.^{6,9} Places such as schools or dormitories, where adolescents spend a significant amount of time during the day, are risky environments that can harm their health.¹⁰ It has been determined that female students, in particular, experience genital infections and hygiene problems due to the shared use of bathrooms and toilets in these environments; therefore, it is necessary to provide training on genital hygiene practices and reproductive health.^{11,12} Previous studies have showed that if adolescent female students benefit hygiene education and acquire correct behaviors.^{4,13-15} It is important to teach adolescents attitudes and behaviors that will protect their physical health. However, since most of the attitudes and behaviors that will last throughout their lives are formed during the school period, it is believed that the education to be given to female students during this period to acquire correct genital hygiene behaviors and the behavioral changes that will be created by the education will contribute to the prevention of genital infections, the protection and development of reproductive health, and will be effective in protecting general health and genital health. For this reason, the study was conducted to examine the effect of genital hygiene education given to adolescent girls on the genital hygiene behaviors of adolescents.

Material And Methods

Study Design

The study was conducted in a quasi-experimental model with one-group measured before and after the intervention to determine the effectiveness of genital hygiene education given to female students in secondary education.

Place and Time of the Study

The study was carried out between May 9 and June 7, 2022, with 103 female students who were in the 9th, 10th, and 11th grades of a Vocational and Technical Anatolian High School in the center of Aksaray in the spring semester of the 2021-2022 academic year.

Data Collection Tools of the Study

A personal information form and the Genital Hygiene Behavior Scale was used in data collection. The personal information form consisted of 17 questions designed to assess students' descriptive characteristics and personal hygiene practices.

The GHBS is a Likert-type scale, developed and validated by Karahan in 2017, comprising 23 statements scored from 5 to 1, from "strongly agree" to "strongly disagree." The scale has three sub-dimensions: general hygiene (statements 1 to 12), menstrual hygiene (statements 13 to 20), and awareness of abnormal findings (statements 21 to 23). While evaluating the scale, the 7th, 14th, 19th, 20th, and 23rd statements are reverse coded. Scale has the lowest score of 23 and the highest score of 115. Scores increase with good genital hygiene behavior.¹⁶ The Cronbach's alpha value of the original scale is 0.80. In this study, the Cronbach's alpha was 0.71 in the pre-test and 0.77 in the post-test.

Implementation of the Study

Before the intervention, the participants were interviewed in person and informed regarding the research objectives. They were also asked to complete a personal information form and the GHBS, which were administered as a pre-test before the planned genital hygiene education. Subsequently, a 60-minute presentation on genital hygiene was delivered in the school's conference room. The content of the education included hand hygiene, perineal hygiene, personal hygiene, and menstrual hygiene. One month after the training, the GHBS was administered once more to the students in order to evaluate the effectiveness of the training. Despite there were 140 students recruited for the study, data from only 103 participants was analyzed following the intervention. Prior to the intervention, the forms of the 20 students were incomplete and following the intervention, 17 students could not be reached, or their forms

were incomplete. The independent variables of the study were the descriptive characteristics of the participants and the dependent variable was the mean score of the adolescents from the genital hygiene behavior scale.

Data Analysis

SPSS 23.0 was used in analysis. The students' personal characteristics were expressed as descriptive statistics such as number, mean, standard deviation and percentage. Participants' scores before and after the intervention were compared with the "paired-sample t- test" (t-table value) if data distributed normally; if not the non-parametric equivalent of the same test, "Wilcoxon test" (Z-table value) was used.

Ethical Considerations

A written permit for the study is obtained from the Provincial Directorate of National Education and Committee of the Aksaray University Human Research Ethics (protocol number: 2022/02-41). Prior to their recruitment, students were informed about the study and verbal consent was obtained. Permission for the use of the genital hygiene behaviors scale was obtained from the author via e-mail. The study was conducted in accordance with the principles outlined in the Declaration of Helsinki.

Results

The percentage of students who were 15 and 16 years of age was 64.1% while 57.3% were in the 10th grade. The majority of the students' mothers were unemployed and had completed primary or secondary education with the rates of 94.2% and 69.9%, respectively. Menarche age of the 50.5% were 12-13 years. The proportion of the participants who had three to four siblings was 45.6% (Table 1).

Table 1. *Distribution of sociodemographic characteristics of students*

Variable (n=103)	n	%
Age groups [$\bar{x}\pm SD=15.82\pm 1.02$ (age)]		
13-14	10	9.7
15-16	66	64.1
17-18	27	26.2
Class		
9th grade	16	15.5
10th grade	59	57.3
11th grade	28	27.2
Number of siblings		
No siblings	4	3.9
1-2	45	43.7
3-4	47	45.6
>4	7	6.8
Mother's education level		
Illiterate	10	9.7
Can only read and write	15	14.6
Primary school/middle school graduate	72	69.9
High school graduate	6	5.8
Mother's employment status		
Yes	6	5.8
No	97	94.2
Father's education level		
Illiterate	4	3.9
Can only read and write	7	6.8
Primary school/middle school graduate	73	70.9
High school graduate	17	16.5
University graduate	2	1.9
Father's employment status		
Yes	90	87.4
No	13	12.6
Menarche age [$\bar{X}\pm SD =13.25\pm 1.06$ (age)]		
10-11	5	4.8
12-13	52	50.5
14-15	46	44.7

Results showed that 94.2% of the female students were able to meet their need for sanitary pads, 84.5% showered standing up, 81.6% did not receive any hygiene education before, 99.0% used soap when washing their hands, 71.8% cleaned their perineum with only water, 57.3% performed genital cleaning more than once from front to back, and 84.5% dried their perineum with toilet paper (Table 2).

Table 2. *Distribution of students' genital hygiene behaviors*

Variable (n=103)	n	%
Meets the need for pads for menstruation		
Yes	97	94.2
No	6	5.8
Bathroom position		
Sitting	16	15.5
Standing	87	84.5
Previous training on genital hygiene		
Yes	19	18.4
No	84	81.6
Use of soap when washing hands		
Yes	102	99.0
No	1	1.0
Perineum cleaning method		
Wet wipes	2	1.9
With water	74	71.8
Water and soap	3	2.9
With toilet paper	24	23.4
Direction of genital cleansing		
Once from front to back	10	9.7
Multiple times from front to back	59	57.3
From back to front	24	23.3
Random	10	9.7
Drying the perineum		
With toilet paper	87	84.5
Cloth	2	1.9
Doesn't dry	14	13.6

A statistically significant difference was found between the pre- and post-test scores for general hygiene, menstrual hygiene, awareness of abnormal findings sub-dimensions, and total GHBS scores ($p < 0.05$). Results showed that general hygiene, menstrual hygiene, awareness of abnormal findings, and total GHBS scores were significantly higher in the post-test than in the pre-test (Table 3).

Table 3. *Comparison of pre-test and post-test mean scores of students' genital hygiene behaviors scale (n=103)*

Variable	Pre-test		Post-test		Statistical analysis *
	$\bar{X} \pm S.D$	Median [Min-Max]	$\bar{X} \pm S.D$	Median [Min-Max]	
General hygiene	45.09 \pm 5.56	45.0 [29.0-58.0]	48.36 \pm 6.06	49.0 [30.0-60.0]	Z=-5.858 p<0.001
Menstrual hygiene	32.99 \pm 3.75	33.0 [24.0-40.0]	34.09 \pm 4.36	35.0 [20.0-40.0]	Z=-3.760 p<0.001
Awareness of abnormal findings	10.23 \pm 2.91	11.0 [3.0-15.0]	11.49 \pm 3.08	12.0 [3.0-15.0]	Z=-4.099 p<0.001
GHBS - Total	88.31 \pm 9.59	89.0 [62.0-106.0]	93.94 \pm 10.61	94.0 [61.0-115.0]	t=-8.439 p<0.001

*The paired-sample test (t-table value) statistic was used to compare the measurements of two dependent groups for normally distributed data. Wilcoxon signed rank test (Z-score) statistics were used to compare measurements between two dependent groups for data that were not normally distributed

Discussion

Hygiene habits acquired during adolescence play a crucial role in the protection and development of lifelong health.¹⁰ Women are particularly in need of information on personal and genital health and hygiene during this period.^{17,18} In our study, it was determined that 81.6% of female students did not receive hygiene education. In Yıldız and Kahraman's (2019) study, it was found that 35% of female high school students had not received information about genital hygiene, similar to another study, which also showed 38.5% of university students did not receive genital hygiene education.^{9,19} It is believed that the establishment of educational programs on genital hygiene during the school period will contribute to both adolescent health and public health in order to form correct hygiene behaviors.

Poor genital hygiene is known to lead to vaginal infections; therefore, proper genital hygiene practices, such as cleaning the perineum by wiping from front to back and by using water after each urination and defecation are important to prevent or reduce the risk of infection.²⁰ Our study results showed that 57.3% of female students performed genital cleansing from front to back more than once. Bilgiç et al. (2019) found in their study that 29.2% of the students staying in a university dormitories applied the wrong technique when cleaning their genital area, and almost half of the students (41.8%) did not wash their hands before entering the toilet.⁶ In similar studies in the literature, it was found that 54.9%, 59.6%, 61.5%, and 80.8% of adolescents were found to perform genital hygiene from front to back.^{9,11,17,19} The prevalence of poor genital hygiene practices nearly half of the students in the literature indicates a clear need for genital hygiene education to be provided during adolescence.

In this study, it was found that although the genital hygiene behaviors of female students were at a moderate level (88.31 ± 9.59), the mean score increased significantly after the training (93.94 ± 10.61). In a study conducted by Göger and Tuncay (2021) on female students residing in a boarding school during adolescence, genital hygiene behavior was found to be at moderate level (85.30 ± 10.10).¹² In different studies, the overall mean score of the GHBS of nursing students was found to be 95.50 ± 9.42 and 87.60 ± 8.97 , and the genital hygiene behaviors were found to be positive.^{18,21}

The results of this study indicate that the provision of genital hygiene education to female students improved the mean scores of general hygiene (45.09 ± 5.56), menstrual hygiene (32.99 ± 3.75), and awareness of abnormal findings (10.23 ± 2.91). Although studies measuring the effectiveness of genital hygiene education given to adolescent female students are limited in the literature, it has been shown that such education has the potential to enhance students' genital hygiene knowledge and the prevalence of correct genital hygiene behaviors. Küçükkeleşçe et al. (2019) demonstrated that the genital hygiene education increased the rate of cleaning the perineum from front to back from 52.4% to 78.1% in secondary school female students. In the study, the students' menstrual hygiene behaviors and awareness of abnormal findings in the genital area were evaluated before the genital hygiene training and in the second month after the training. The results indicated that correct genital hygiene behaviors increased after the training and that the training was effective in protecting and improving reproductive health.⁴ In a study conducted by Gedik and Şahin in 2017, it was found that the genital hygiene education increase the rate of adolescent female students cleaning the genital area from front to back from 16.1% to 90.4% so that the students gained correct habits to ensure genital hygiene with the education.²² In Altundağ's (2022) study, results showed that the rate of cleaning the genital area from front to back, which was 65.4% before the education, increased to 86.5% after the education among female students attending a special education center on genital hygiene.²³ Agbede and Ekeanyanwu (2021) found that menstrual hygiene education given to adolescent girls significantly increased the level of menstrual hygiene behaviors.¹³ Their study was conducted with a sample of 2332 adolescent female students and emphasized the importance of menstrual hygiene education, Alam et al. (2017) highlighted that nearly half of the students are absent from school because they feel uncomfortable during menstruation, therefore there is a need for awareness-raising activities in terms of genital hygiene practices among students.²⁴

The findings of our study are consistent with those of previous research, indicating that training adolescents on the correct methods of genital hygiene can lead to behavioral changes that prevent genital infections, protect reproductive health, and enhance overall well-being.

Limitations

The study was conducted at a single center, the data were obtained from female students at a high school in one province. The study excluded 12th-grade students since they were preparing for university exams. The results of the study cannot be generalized to the whole population, but can be generalized to group of adolescents in which the study was conducted.

Conclusion

The study revealed that students had incorrect and inadequate practices with regard to genital hygiene. In light of these findings, studies with larger sample sizes and different demographic groups should be conducted for longer periods of time to determine the level of general and genital hygiene knowledge of adolescents. Additionally, educational initiatives should be implemented to raise awareness on reproductive health, general hygiene, and

genital and menstrual hygiene, especially in institutions such as schools, hostels and dormitories where adolescent girls reside in close proximity.

Conflict of Interest Statement: There is no conflict of interest.

Statement of Support and Acknowledgments: No financial support was received for this study. We would like to thank all our students who participated in the research.

References

1. World Health Organization. Adolescent health. <https://www.who.int/health-topics/adolescent-health/> Accessed June 23, 2023.
2. Shah SK, Shrestha S, Maharjan PL, Karki K, Upadhyay A, Subedi S, Gurung M. Knowledge and practice of genital health and hygiene among adolescent girls of Lalitpur Metropolitan City, Nepal. *Am J Public Health*. 2019;7(4):151-156.
3. Akbaş E, Yiğitoğlu G. Psychosocial problems in adolescence. *OPUS JSR*. 2021;18(43), 7277-7299.
4. Küçükkeleşçe DŞ, Şahin T, Özkan SA. The effect of genital hygiene education on genital hygiene behaviors of secondary school female students: the approach to protection and promotion of reproductive health. *Sağlık ve Toplum*. 2019;29(3):76-83.
5. Chandra-Mouli V, Svanemyr J, Amin A, Fogstad H, Say L, Girard F, Temmerman M. Twenty years after International conference on population and development: Where are we with adolescent sexual and reproductive health and rights? *J Adolesc Health*. 2015;56(1):S1-S6.
6. Bilgiç D, Yüksel P, Gülhan H, Şirin F, Uygun H. Genital hygiene behaviors and resulting health status of female students staying in a university dormitory. *Acıbadem Univ. Sağlık Bilim. Derg.* 2019;10(3):478-485.
7. Belayneh Z, Mekuriaw B. Knowledge and menstrual hygiene practice among adolescent school girls in southern Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1-8.
8. Topuz Ş, Büyükkayacı Duman N, Güneş A. Genital hygiene practices of female students at first class in the Faculty of Health Sciences. *Türk. clin. lab*. 2015;6(3):85-90.
9. Yılmaz Y, Kahraman S. The knowledge about the adolescent girls' genitals and hygiene who live in Sanlıurfa, applications and factors that affect. *JHS*. 2019;16(3):823-832. doi:10.14687/jhs.v16i3.5678.
10. Özkal N. Sanitation and Hygiene in Curriculum from Preschool to High School: Turkey Sample. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2020;50:191-206.
11. Baş GN, Karatay G, Arıkan D. Genital Health Status among Female Students Staying in a Dormitory of Students Loans and Dormitories Institution and Affecting Factors. *STED*. 2016;25(3):101-109.
12. Göger B, Tuncay B. Investigation of Personal and Genital Hygiene Behaviors of Female Students Who Stayed in Boarding During the Adolesan Period. *Journal of Samsun Health Sciences*. 2021;6(2):255-269. <https://doi.org/10.47115/jshs.902503>.
13. Agbede CO, Ekeanyanwu UC. An outcome of educational intervention on the menstrual hygiene practices among school girls in Ogun State, Nigeria: A quasi-experimental study. *PAMJ*. 2021;40(214): 10.11604/pamj.2021.40.214.30601
14. Kırbaş ZÖ, Kahrman I, Kaşko Arıcı Y. Training female adolescent students with intellectual disabilities about genital hygiene skills using peer training. *Int J Dev Disabil*. 2022;68(3):332-341. <https://doi.org/10.1080/20473869.2020.1774224>
15. Ekong I. Effect of health education on menstrual hygiene and healthseeking behaviour among rural and urban adolescents. *Int J Curr Res Rev*. 2015;7(14):27-34.
16. Karahan N. Development of a genital hygiene behavior scale: Validity and reliability study. *Istanb. Med. J*. 2017;18(3):157-162.
17. Koyun A, Özpulat F, Özvarış ŞB. Training program development and evaluation process: secondary education for girl students "genital hygiene" education program. *Gümüşhane univ. sağlık bilim. derg.* 2013;2(4):443-459.
18. Bulut A, Yiğitbaş Ç, Çelik G. Genital hygiene behaviors from perspective of nursing students. *Ankara Eğitim Araştırma Dergisi*. 2019;52(3):227-232.
19. Türkmen H, Karagüzel E. Factors affecting young people's genital hygiene attitudes. *STED* 2021;30(3):190-199.
20. Yurttaş A, Gültekin Ü, Ejder Apay S. Examination of perineal care practices of women aged 15-49 with urinary tract infection. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018;9(3):297-301.
21. Altıntaş RY, Bakır S, Gül İ, Süer N, Kavlak O. The effect of menstrual attitude on genital hygiene behaviors of nursing students. *TJFPMC*. 2021;15(3):568-575. DOI: 10.21763/tjfmpe.931262.
22. Gedik AS, Şahin S. Determination of the effect on menstruation to hygiene training given to adolescents. *Türkiye Klinikleri J Health Sci*. 2017;2(2):66-75. doi: 10.5336/healthsci.2016-54152.
23. Altundağ S. Imparting genital hygiene skills to adolescents with intellectual disabilities attending a special education Centre: a quasi-experimental study on effect of short education. *Int J Dev Disabil*. 2022;DOI: 10.1080/20473869.2022.2070421.
24. Alam MU, Luby SP, Halder AK, Islam K, Opel A, Shoab AK, ... & Unicomb L. Menstrual hygiene management among Bangladeshi adolescent schoolgirls and risk factors affecting school absence: results from a cross-sectional survey. *BMJ open*. 2017;7(7):1-10.



Original Research / Orijinal Araştırma

Determining the Relationship Between Coronavirus Anxiety Levels and Health Literacy of Health Professional Students With Coronavirus Disease (COVID-19) Vaccine Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) Aşısı Olan Sağlık Profesyoneli Öğrencilerinin Koronavirüs Anksiyete Düzeyleri ile Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Meryem ÖZTÜRK HANEY¹, Arda ŞENYİĞİT², Gülbahar ÇELİK¹, Doğuhan ÇİL², Mehmet Birhan YILMAZ³

Abstract

Aim: The aim of this study is to determine the relationship between coronavirus anxiety and health literacy in health professional students with COVID-19 vaccine.

Method: The cross-sectional study was conducted with 216 students studying in the health sciences departments of a university who received the COVID-19 vaccine and who were doing clinical practice in the hospital. The sample size was determined as 152 using the G Power program. Criteria for inclusion in the study were: being a student of medicine, nursing and physical therapy and rehabilitation departments, agreeing to participate, having been vaccinated against COVID-19 and doing clinical practice in the hospital. Students who filled out the forms incompletely, were under the age of 18, were not vaccinated against COVID-19, were not doing clinical practice in the hospital, were senior students, and students in classes that were not doing clinical practice were not included in the study. Data were collected online using the Coronavirus Anxiety Scale, Health Literacy Scale. Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis H test and Spearman correlation analysis were used in data analysis.

Results: The mean age of the students was 21.22 ± 2.47 , 24.5% were male, 17.1% were medical students, 29.6% were physical therapy and rehabilitation students, and 53.2% were nursing students. The participants' mean total scores for health literacy was 108.23 ± 12.35 , and mean scores for coronavirus anxiety was 2.53 ± 4.01 . 10.2% of students had coronavirus anxiety symptoms. The coronavirus anxiety in those had COVID-19, those with clinical practice anxiety, and females was higher ($p < 0.05$). It was determined that the health literacy of the students who do not have an clinical practice anxiety, who are medical students and who are in the older age group is higher ($p < 0.05$). There was no statistically significant difference between students' health literacy and coronavirus anxiety scores depending on whether they thought the COVID-19 vaccine was effective ($p > 0.05$). An inverse relationship was determined between health literacy and coronavirus anxiety scores ($p < 0.05$).

Conclusion: Although the students' coronavirus anxiety symptoms were low and their health literacy was at a good level, it is determined that students with insufficient health literacy have higher coronavirus anxiety symptoms. It is recommended to include health literacy content in the education curricula of health professional departments and to increase the psychological counseling services that students can easily access.

Keywords: Anxiety, vaccine, coronavirus disease, health literacy, health professional students.

Özet

Amaç: Bu araştırmanın amacı, COVID-19 aşısı olan sağlık profesyoneli öğrencilerinde koronavirüs anksiyetesi ve sağlık okuryazarlığı ilişkisinin belirlenmesidir.

Yöntem: Kesitsel türdeki araştırma, bir üniversitenin sağlık bilimleri bölümlerinde eğitim gören, COVID-19 aşısı olan ve hastanede klinik uygulama yapan 216 öğrenci ile yürütülmüştür. G Power programı kullanılarak örneklem büyüklüğü 152 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya dahil olma kriteri: tıp, hemşirelik ve fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü öğrencisi olmak, araştırmaya katılmayı kabul etmek, COVID-19 aşısı olmak ve hastanede klinik uygulama yapıyor olmaktır. Formları eksik dolduran, 18 yaşından küçük, COVID-19 aşısı olmayan, hastanede klinik uygulama yapmayan, son sınıf öğrencileri ile klinik uygulama yapmayan sınıflardaki öğrenciler araştırmaya dahil edilmemiştir. Veriler çevrimiçi olarak, Koronavirüs Anksiyete Ölçeği, Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile toplanmıştır. Veri analizinde, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis H testi ve Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalaması 21.22 ± 2.47 , %24.5'i erkek, %17.1'i tıp, %29.6'sı fizik tedavi ve rehabilitasyon, %53.2'i hemşirelik bölümü öğrencisi idi. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalaması 108.23 ± 12.35 , koronavirüs anksiyete puan ortalaması 2.53 ± 4.01 olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin %10.2'si koronavirüs anksiyete belirtisine sahipti. COVID-19 geçiren, klinik uygulama endişesi olan ve kadın öğrencilerin koronavirüs anksiyete puanı daha yüksek olarak belirlenmiştir ($p < 0.05$). Klinik uygulama endişesi olmayan, tıp öğrencisi ve büyük yaş grubundaki öğrencilerin sağlık okuryazarlığı puanı daha yüksek olarak belirlenmiştir ($p < 0.05$). Öğrencilerin COVID-19 aşısının etkili olduğunu düşünme durumuna göre, sağlık okuryazarlığı ve koronavirüs anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p > 0.05$). Sağlık okuryazarlığı ile koronavirüs anksiyete puanı arasında ters yönlü bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Sonuç: Öğrencilerin, koronavirüs anksiyete belirtilerinin düşük, sağlık okuryazarlığının iyi düzeyde olmasına rağmen, sağlık okuryazarlığı yetersiz olan öğrencilerin koronavirüs anksiyete belirtilerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık profesyoneli bölümlerinin eğitim müfredatlarına sağlık okuryazarlığı içeriğinin dahil edilmesi ve öğrencilerin rahat erişim sağlayabilecekleri psikolojik danışmanlık hizmetlerinin artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, aşı, koronavirüs hastalığı, sağlık okuryazarlığı, sağlık profesyoneli öğrencileri.

Geliş tarihi / Received: 11.04.2023 Kabul tarihi / Accepted: 22.02.2024

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD. İzmir, Türkiye

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi. İzmir, Türkiye

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji AD. İzmir, Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Meryem ÖZTÜRK HANEY. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 35340 İnciraltı- İzmir, Türkiye

E-posta: meryem.ozturk@deu.edu.tr Tel: +90 232 4126964

Öztürk Haney M. Şenyiğit A. Çelik G. Çil D. Yılmaz MB. *Determining the Relationship Between Coronavirus Anxiety Levels and Health Literacy of Health Professional Students With Coronavirus Disease (COVID-19) Vaccine*
TJFMPC, 2024; 18 (2) :139-147

DOI: 10.21763/tjfm.1280949

Giriş

Büyük bir virüs ailesi olan koronavirüsler, hayvanlarda veya insanlarda hastalığa neden olmaktadır. Koronavirüsler insanlarda, çeşitli solunum yolu enfeksiyonlarına (Orta Doğu Solunum Sendromu-MERS, Şiddetli Akut Solunum Sendromu-SARS) sebep olmaktadır. Koronavirüs hastalığına (COVID-19) SAR-CoV-2 virüsü neden olmuştur.¹ 2019 yılı sonunda Çin’de COVID-19 salgını ortaya çıkmış ve kısa zamanda dünya geneline yayılmıştır. Bunun sonucunda Dünya Sağlık Örgütü 2020 Mart ayında pandemi ilan etmiştir.^{1,2} Türkiye’de COVID-19 pandemisiyle mücadele amacıyla çeşitli tedbirler alınmıştır. Bu kapsamda, Yüksek Öğretim Kurumu tarafından 16 Mart 2020 tarihinde üniversitelerde eğitime ara verilmesine, sonraki günlerde vakalardaki artışın devam etmesi nedeniyle uzaktan eğitime geçilmesine karar verilmiştir.^{2,3} İlerleyen dönemde salgının yayılım hızının devam etmesi nedeniyle, 2020-2021 eğitim yılının da uzaktan eğitimle devam edilmesine karar verilmiştir. Salgın ve uzaktan eğitimin devam ettiği dönemlerde, öğrencilerin eğitim programları, sosyal hayatları, fiziksel ve ruhsal sağlıkları, yaşam tarzları etkilenmiştir.

Salgınlar ruhsal sorunları (anksiyete, depresyon, korku vb.) arttırmaktadır.^{4,5} COVID-19 salgınında insanlar uzun süre evlerinde kaldığı için benzer ruhsal problemlerin yaşanma oranı artmıştır.⁶ Özellikle anksiyete, COVID-19 salgını sırasında sık karşılaşılan bir ruh sağlığı sorunudur.⁷ Bu süreçte yaşanan belirsizlik duygusu, insanların kaygı ve anksiyete düzeyini artırmıştır.^{8,9} Önceki çalışmalar, salgın döneminde gençlerin psikososyal sorunları (anksiyete, depresyon ve korku) deneyimlediğini belirlemiştir.^{7,10,11,12} Başka bir araştırma, hastanede uygulama yapan sağlık profesyoneli öğrencilerinin salgın nedeniyle psikososyal stres ve akut stres reaksiyonu (%11-27) gösterdiğini belirtmiştir.¹³

Sağlık okuryazarlığı (SOY), “Bir bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve sağlığını geliştirici yönde bu bilgiyi kullanması için motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler” olarak tanımlanmaktadır.¹⁴ Bireyin sağlık durumunu ve hastalığını bilmesi, sağlığı ile ilgili uygun kararlar alabilmesi, sağlık hizmetlerinden etkili bir şekilde yararlanabilmesi için sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli olması gerekmektedir.^{15,16} Bu yönüyle bakıldığında sağlık profesyoneli öğrencilerin iyi düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olması beklenir. Salgının başladığı dönemden itibaren öğrencilerin COVID-19 ile ilişkili tutum ve davranışlarını inceleyen çalışmalar yapılmıştır. Salgında aşılama programının başlaması ile eğitim programları öncelikle sağlık kurumlarında klinik uygulama yapması planlanan sağlık profesyoneli öğrencilerinin aşılama programları gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda COVID-19 aşısı olan sağlık profesyoneli öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ile koronavirüs anksiyete düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesine gereksinim vardır. Bu çalışmada, aşılama programları takiben hastanelerde klinik uygulamaya başlayan sağlık profesyoneli öğrencilerinin sağlık okuryazarlıkları ile koronavirüs anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi planlanmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen bilgilerin salgın dönemlerinde sağlık profesyoneli öğrencileri için sağlık eğitim programlarının geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.¹⁷

Bu araştırmanın amacı, koronavirüs aşılama programı başladıktan sonra aşılama hastanede klinik uygulamaya başlayan sağlık profesyoneli öğrencilerinin, sağlık okuryazarlığı ile koronavirüs anksiyeteleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi, Evreni ve Örneklemi

Kesitsel araştırma Haziran-Ekim 2021 tarihinde, Türkiye’nin batısındaki bir üniversitenin sağlık bilimleri bölümlerinde (tıp, hemşirelik, fizik tedavi ve rehabilitasyon) yürütülmüştür. Çalışma, COVID-19 aşılması başladıktan sonraki dönemde üniversite hastanesinde klinik uygulama yapmaya başlayan lisans öğrencileri ile yürütülmüştür. Araştırmanın yürütüldüğü dönemde hastanede yaklaşık 1150 öğrenci klinik uygulama yapmıştır. G Power programı kullanılarak orta etki büyüklüğü ve 0.05 anlamlılık düzeyinde gerekli örneklem büyüklüğü 152 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya dahil olma kriteri: tıp, hemşirelik ve fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü öğrencisi olmak, araştırmaya katılmayı kabul etmek, COVID-19 aşısı olmak ve hastanede klinik uygulama yapıyor olmasıdır. Formları eksik dolduran, 18 yaşından küçük, COVID-19 aşısı olmayan, hastanede klinik uygulama yapmayan, salgında daha aktif rol alan son sınıf öğrencileri ile klinik uygulama yapmayan sınıflardaki öğrenciler araştırmadan dışlanarak toplam 216 öğrencinin verisi değerlendirilmiştir.

Veri Toplama Süreci ve Araçları

Araştırma verilerinin toplanması Google forms kullanılarak çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma ekibi tarafından öğrencilere araştırmanın linki anlık mesajlaşma kanalları ile iletilmiştir. Araştırma formunun başına öğrenciler için gerekli bilgilendirme yapılarak “koronavirüs aşısı oldum ve hastanede klinik uygulama yapıyorum” ifadesi konulmuştur. Örneklem özelliklerini sağlayan ve bilgilendirilmiş onam formunu tamamlayan öğrenciler daha sonra veri toplama formlarını tamamlamıştır. Çalışmada veriler; Tanıtıcı Soru Formu, Koronavirüs Anksiyete Ölçeği ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir.

Tanıttıcı Soru Formu: Öğrencilerin (yaş, cinsiyet, bölüm, kendisi ve ailesinin COVID-19 geçirme durumu, kronik hastalığa sahip olma durumu, COVID-19 bilgi kaynağı, yakınlarıyla temas durumu, ders çalışma süresindeki değişim, kilo ve fiziksel aktivite değişimi, COVID-19 nedeniyle ağır hastalanma konusunda endişe düzeyi, aşının koruyuculuğu hakkındaki düşüncesi, hastanede koruyucu önlemleri uygulama durumu, hastanede klinik uygulama yapma ile ilgili endişesi) özelliklerinden oluşmuştur.

Koronavirüs Anksiyete Ölçeği: Öğrencilerin, koronavirüs anksiyetesini değerlendirmek için kullanılan ölçek öz bildirim dayalı bir tarama aracıdır.¹⁸ Ölçek, koronavirüs ile ilgili anksiyete nedeniyle işlevselliği bozulmuş bireylerin belirlenmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek tek faktörlü (5 maddeli) bir yapıya sahip olup, 5'li yanıtama seçeneğine sahiptir (0=hiç değil, 4=neredeyse her gün). Orijinal ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik katsayıları (Cronbach alfa > 0.90; %90 duyarlılık ve %85 özgülük) yeterlidir. Ölçekten elde edilen toplam puanın 9 ve üzerinde olması koronavirüs ile ilişkili işlevsiz anksiyeteyi göstermektedir. Belirlenen puanın üzerinde puana sahip kişilerin ileri değerlendirme gerektiren sorunlar için risk altında olduğunu göstermektedir. Evren ve ark. tarafından, Türkçe'ye uyarlanan ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.80 dir.¹⁹ Bu araştırmada, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.91 olarak hesaplanmıştır.

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği: Öğrencilerin, sağlık okuryazarlığını değerlendirmek için Sorensen ve ark. tarafından geliştirilen ölçek kullanılmıştır. Ölçek 25 maddelidir ve dört alt ölçekten; bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme/ değerlendirme, uygulama/ kullanma oluşmaktadır.²⁰ Ölçek maddeleri 5'li likert (1= yapamayacak durumdayım – 5= hiç zorluk çekmiyorum) yapıdadır. Ölçekten elde edilen puanlar 25-125 arasındadır. Yüksek puanlar sağlık okuryazarlığının iyi olduğunu, düşük puanlar ise yetersiz sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Orijinal ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.90-0.94 arasındadır. Türkçeleştirilen ölçeğin zamana göre değişmezlik katsayısı $r = 0.74$; madde-toplam puan korelasyonu $r = 0.20 - 0.72$; güvenilirlik katsayısı 0.92 dir.²¹ Bu araştırmada, ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.93 olarak hesaplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 24.0 programı ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın başında Kolmogorov-Smirnov testi ile verilerin normal dağılıma uygun olmadığı belirlenmiştir ($p < 0.05$). Tanımlayıcı veriler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ile hesaplanmıştır. Ölçek puanlarına ait iç tutarlılık Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Bağımsız iki grubun ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grupların ölçek puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. İkiiden çok grup karşılaştırmalarında anlamlı fark bulunması durumunda ikili karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Sağlık okuryazarlığı ve koronavirüs anksiyete puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Etik İlkeler

Çalışmanın yapılabilmesi için Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü COVID-19 Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonundan, araştırmacıların bağlı olduğu üniversitenin etik kurulundan (2021/30-30) ve fakülte yönetimlerinden yazılı izin alınmıştır. Öğrencilerden yazılı onam alınmıştır. Araştırmada ölçeklerin kullanımı için yazarlardan e-posta yolu ile izin alınmıştır.

Bulgular

Katılımcıların Özellikleri

Çalışmaya COVID-19 aşısı olan 216 gönüllü öğrenci katılmıştır. Öğrencilerin yaş ortalaması 21.22 ± 2.47 , %24.5'ü erkek, %17.1'i tıp, %29.6'sı fizik tedavi ve rehabilitasyon, %53.2'i hemşirelik bölümü öğrencisi idi. Öğrencilerin %5.6'sı kronik bir hastalığa sahipti, %23.6'sı kendisi ve %50'nin ailesi COVID-19 geçirmişti. Öğrencilerin %49.5'i COVID-19 ile ilgili bilgileri Sağlık Bakanlığı'ndan, %29.6'i sosyal medyadan, %5.6'sı güncel tıbbi literatürden takip ettiğini bildirmiştir. Öğrencilerin %73.1'i COVID-19 önlemleri nedeniyle yakın çevresiyle temasını azalttığını, %61.6'sı uzaktan eğitim döneminde ders çalışma süresinin azaldığını, %44'ü COVID-19 önlemlerinin uygulandığı dönemde kilo aldığını, %69.4'ü önlemlerin uygulamasında fiziksel aktivitesinin azaldığını bildirmiştir. Öğrencilerin COVID-19 nedeniyle ağır hastalanma konusunda endişe düzeyi 4.90 ± 2.82 (0-10) idi, % 60.2'si COVID-19 aşısının koruyucu ve etkili olduğunu düşündüğünü, %59.3'ü kliniklerde çalışırken COVID-19 bulaşmasını önlemek için gerekli koruyucu önlemleri alabildiğini, % 35.2'ü COVID-19 salgını sürecinde hastanede klinik uygulama yapmaktan endişe duyduğunu belirtmişlerdir.

Öğrencilerin Sağlık Okuryazarlığı ve Koronavirüs Anksiyete Düzeyleri

Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı ve koronavirüs anksiyete puanlarının dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı toplam puan ortalaması 108.23 ± 12.35 idi. Öğrencilerin sağlık okuryazarlığı alt ölçek puan ortalamaları sırasıyla; bilgiye erişim 21.22 ± 3.19 , bilgileri anlama 31.17 ± 3.48 , değer biçme 34.98 ± 4.71 , uygulama 20.85 ± 3.24 idi. Katılımcıların koronavirüs anksiyete puan ortalaması 2.53 ± 4.01 idi. Öğrencilerin %10.2'i koronavirüs anksiyete belirtilerine sahipti.

Tablo 1. Sağlık Okuryazarlığı ve Koronavirüs Anksiyete Puanlarının Dağılımı (n=216)

Sağlık Okuryazarlığı	$\bar{x} \pm SS$	Min.-Max.
Bilgiye erişim	21.22 \pm 3.19	11.00-25.00
Bilgileri anlama	31.17 \pm 3.48	18.00-35.00
Değer biçme	34.98 \pm 4.71	15.00-40.00
Uygulama	20.85 \pm 3.24	10.00-25.00
Toplam	108.23 \pm 12.35	59.00-125.00
Koronavirüs Anksiyetesi	2.53 \pm 4.01	0.00-20.00

Öğrencilerin bazı özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı ve koronavirüs anksiyete puanlarının dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir. Öğrencilerin yaş gruplarına göre sağlık okuryazarlığı toplam, bilgiye erişim, bilgileri anlama ve değer biçme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenirken ($p < 0.05$, $p < 0.001$), koronavirüs anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). 22 ve üzeri yaş grubundaki öğrencilerin bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme ve sağlık okuryazarlığı toplam puanları, 21 ve altı yaş grubundaki öğrencilere göre daha yüksek idi.

Öğrencilerin cinsiyetine göre koronavirüs anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($p < 0.05$), sağlık okuryazarlığı toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel bir fark belirlenmemiştir ($p > 0.05$). Kadın öğrencilerin koronavirüs anksiyete puanları erkeklere göre daha yüksek idi (Tablo 2).

Öğrencilerin eğitim gördükleri bölümlerine göre sağlık okuryazarlığı bilgileri anlama ve değer biçme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenirken ($p < 0.05$, $p < 0.001$), koronavirüs anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Tıp fakültesi öğrencilerinin bilgileri anlama ve değer biçme puanları hemşirelik ve fizik tedavi ve rehabilitasyon öğrencilerine göre daha yüksek idi (Tablo 2).

Öğrencilerin COVID-19 geçirme durumuna göre koronavirüs anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken ($p < 0.05$), sağlık okuryazarlığı toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). COVID-19 geçiren öğrencilerin koronavirüs anksiyete puanları hasta olmayanlara göre daha yüksek idi (Tablo 2).

Öğrencilerin klinikte uygulama yapma endişesine göre sağlık okuryazarlığı bilgileri anlama, değer biçme ve koronavirüs anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p < 0.05$). Klinik uygulama yapma endişesi olmayan öğrencilerin, sağlık okuryazarlığı bilgileri anlama, değer biçme puanları; klinik uygulama yapma endişesi olanların koronavirüs anksiyete puanları daha yüksek idi (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin Özelliklerine Göre Sağlık Okuryazarlığı ve Koronavirüs Anksiyete Puanlarının Dağılımı (n=216)

		Bilgiye erişim			Bilgileri anlama		Değer biçme		Uygulama		SOY Toplam		KA	
Özellik		n	Medyan (min-maks)	Test değeri	Medyan (min-maks)	Test değeri	Medyan (min-maks)	Test değeri	Medyan (min-maks)	Test değeri	Medyan (min-maks)	Test değeri	Medyan (min-maks)	Test değeri
Yaş	21 ve ↓	13 4	21 (11-25)	z=-2.245 p=0.025*	31(18-35)	z =-4.066 p<0.001**	35 (15-40)	z =-3.137 p=0.002*	21 (11-25)	z=-1.076 p=0.282	107.5 (64-125)	z =-2.501 p=0.012*	1 (0-20)	z =-0.234 p=0.815
	22 ve ↑	82	22.5 (12-25)		33(19-35)		37 (16-40)		21 (10-25)		112.5 (59-125)		1 (0-20)	
Cinsiyet	Erkek	53	21(12-25)	z =-1.260 p=0.208	31(19-35)	z =-1.029 p=0.303	36(16-40)	z =-0.230 p=0.818	21(10-25)	z=-0.350 p=0.726	107(59-125)	z =-0.833 p=0.405	0 (0-19)	z =-2.196 p=0.028*
	Kadın	63	22(11-25)		32(18-35)		36(15-40)		21(11-25)		111(64-125)		1 (0-20)	
Bölüm	Tıp	37	22 (15-25)	x ² =0.671 p=0.715	34(26-35)	x ² =20.160 p<0.001**	37(20-40)	x ² =9.958 p=0.007*	21(10-25)	x ² =1.234 p=0.539	112(77-125)	x ² =2.817 p=0.244	0(0-10)	x ² =1.350 p=0.509
	Hemşirelik	11 5	22 (11-25)		31(18-35)		35(17-40)		21(11-25)		109(64-125)		1(0-20)	
	FTR	64	22 (12-25)		32(19-35)		36 (15-40)		21(12-25)		110(59-125)		1(0-20)	
COVID-19 geçirme	Hayır	16 5	22(11-25)	z =-0.127 p=0.899	32(18-35)	z =-1.669 p=0.095	36(15-40)	z =-1.263 p=0.207	21(10-25)	z=-0.610 p=0.542	110(59-125)	z =-0.963 p=0.335	0(0-20)	z=-2.572 p=0.010*
	Evet	51	21(15-25)		33(20-35)		37(17-40)		22(11-25)		111(64-125)		2(0-20)	
COVID-19 aşısı etkili mi?	Hayır	14	19.5(12-25)	x ² =1.772 p=0.412	30.5(19-35)	x ² =4.921 p=0.085	34(16-40)	x ² =4.661 p=0.097	21(12-25)	x ² =1.024 p=0.599	106.5(59-124)	x ² =3.373 p=0.185	1.5(0-10)	x ² =3.934 p=0.140
	Evet	13 0	22(11-25)		32(18-35)		36(15-40)		22(10-25)		111(64-125)		0(0-12)	
	Kısmen	72	21.5(15-25)		31.5(20-35)		36(23-40)		21(13-25)		110(79-125)		1(0-20)	
Klinik uygulama yapma endişesi	Hayır	70	22 (14-25)	x ² =1.825 p=0.402	33(25-35)	x ² =6.626 p=0.036*	37(15-40)	x ² =6.446 p=0.040*	22(14-25)	x ² =3.617 p=0.164	114(75-125)	x ² =5.325 p=0.070	0(0-20)	x ² =11.804 p=0.003*
	Evet	76	21(11-25)		32(18-35)		35(16-40)		21(11-25)		108(59-125)		2(0-20)	
	Kısmen	70	22(15-25)		32(20-35)		36(20-40)		21(10-25)		110(77-124)		1(0-18)	

SOY: Sağlık okuryazarlığı; KA: Koronavirüs anksiyetesi; z: Mann-Whitney U; x² : Kruskal-Wallis H; *p< 0.05 **p< 0.001

Öğrencilerin COVID-19 aşısının etkili olduğunu düşünme durumuna göre sağlık okuryazarlığı ve koronavirüs anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Sağlık Okuryazarlığı ve Koronavirüs Anksiyete İlişkisi

Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı toplam ve alt ölçek puanları ile koronavirüs anksiyete puanları arasındaki ilişki Tablo 3’de gösterilmiştir. Sağlık okuryazarlığı toplam ve değer biçme alt ölçek puanı ile koronavirüs anksiyete puanı arasında negatif yönde, düşük düzey anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($r = -0.160$, $r = -0.182$, $p < 0.05$).

Tablo 3. Sağlık Okuryazarlığı ve Koronavirüs Anksiyete Arasındaki İlişki ($n=216$)

		Bilgiye erişme	Bilgileri anlama	Değer biçme	Uygulama	SOY Toplam
KA	r	-0.128	-0.114	-0.182*	-0.124	-0.160*
Toplam	p	0.060	0.093	0.007	0.068	0.019

SOY: Sağlık okuryazarlığı; KA: Koronavirüs anksiyetesi, r: Spearman korelasyon; * $p < 0.05$

Tartışma

Bu araştırmada, COVID-19 aşılama programı başladıktan sonra aşılanarak hastanede klinik uygulama yapmaya başlayan sağlık profesyoneli öğrencilerinin koronavirüs anksiyete düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki incelenmiştir. Bulgular, öğrencilerin sağlık okuryazarlığının iyi düzeyde (108.23 ± 12.35) ve % 10.2’nin koronavirüs anksiyete belirtilerine sahip olduğunu göstermiştir. Kadın, COVID-19 geçiren ve klinik uygulama yapma endişesi olan öğrenciler daha fazla koronavirüs anksiyete belirtisine sahiplerdi. Yaşı büyük olan, tıp fakültesinde eğitim gören ve klinik uygulama yapma endişesi olmayan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı daha yüksek olarak belirlenmiştir. Ayrıca, öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin artması ile koronavirüs anksiyete belirtilerinin azaldığı belirlenmiştir.

Önceki bir çalışmada, sağlık alanında eğitim gören (tıp, sağlık hizmetleri) öğrencilerin % 34.8’nin yeterli ve %24.2’sinin mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir.²² Sağlık ve sosyal bilimler alanında eğitim gören üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyini karşılaştıran başka bir çalışma, sağlık bilimleri alanındaki öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermiştir.²³ Bulgular, literatür ile benzer şekilde sağlık bilimleri alanındaki öğrencilerin, sağlık okuryazarlığının iyi düzeyde olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmada, tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin hemşirelik, fizik tedavi ve rehabilitasyon bölümü öğrencilerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık bilimleri fakültesinin, farklı bölümlerinde eğitim gören üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyini karşılaştıran bir çalışma, hemşirelik, beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin diğer bölümlerdeki öğrencilere göre daha yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğunu göstermiştir.²⁴ Avustralya’da tıp, hemşirelik ve yardımcı sağlık profesyoneli öğrencileri ile yürütülen bir çalışma, tıp öğrencilerinin daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğunu belirlemiştir.²⁵ Bu çalışmada, öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bölümler arası fark, hastanede klinik uygulama yapan tıp öğrencilerinin hemşirelik, fizik tedavi ve rehabilitasyon öğrencilerine göre daha yüksek yaş ortalaması ve sınıf düzeyine sahip olduğu gerçeğini de yansıtır olabilir. Sağlık profesyonellerinin, sağlık okuryazarlığı yeterliliği ile ilgili sınırlı kanıtlar, tüm sağlık profesyonelleri için sağlık okuryazarlığı eğitiminin artırılmasına ve geliştirilmesine gereksinim olduğunu desteklemektedir.²⁶ Bulgular, sağlık okuryazarlığı müfredatının tüm sağlık profesyoneli eğitim programlarına dahil edilmesi ile ilgili ipuçları sunmuştur. Nitekim, eğitim programlarında yapılacak bu eklemeler öğrencilerin hastalarla iletişim kurma ve sağlık sonuçlarını iyileştirme becerilerine fayda sağlamakla birlikte, öğrencilerin kendi sağlıklarını geliştirme becerilerini olumlu yönde etkileyecektir.²⁵ Bulgular, daha büyük yaş grubundaki öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bir sistematik derleme çalışması, üniversite öğrencilerinde yaşın artması ile sağlık okuryazarlığının arttığını göstermiştir. Yaş ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki, sağlık bakım sistemindeki deneyimin artması ile ilişkilendirilmiştir. Yaş ve deneyim ile birlikte, daha büyük yaş grubundaki öğrenciler sağlık bakım sistemi içinde daha fazla bulunmaktadır ve sağlık bakım profesyonelleri ile daha fazla iletişim kurmaktadır. Bu da onların çevrelerindeki sağlığı geliştirme kaynaklarına ilişkin, daha fazla farkındalık kazanmalarını ve sağlık profesyonelleri ile iletişim kurarken kendilerine daha fazla güvenmelerini sağlamaktadır.²⁷ Bu bulgulardan farklı olarak, üniversite öğrencileri arasında yaş ile sağlık okuryazarlığı arasında negatif yönde bir ilişki olduğunu²⁸ ve ilişki olmadığını ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır.²⁹ Bulgular, öğrencilerin demografik özelliklerine göre sağlık okuryazarlık düzeylerinin değerlendirilmesi gerektiğini doğrular niteliktedir.

Bulgular, kadın öğrencilerin koronavirüs ile ilişkili anksiyete düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğunu göstermiştir. Sonuçlar, kadınlarda COVID-19 ile ilgili korku ve kaygının daha yüksek olduğunu gösteren meta-analiz çalışma bulguları ile benzerdir.³⁰ Kaygı ve korku ile ilgili diğer psikolojik bozuklukların kadınlarda erkeklere göre daha yüksek oranda olduğu bilinmektedir. Kadınların erkeklerden daha anksiyeteli olmasının çeşitli nedenleri

bulunmaktadır.^{7,31} Bu nedenlerinden biri, kadınların cinsiyet rolleriyle olan ilişkilerinden kaynaklanmaktadır.³² Araştırmalar, kadınların COVID-19 risk algısının daha yüksek olduğunu ve salgını toplum için daha tehlikeli olarak gördüklerini ortaya koymaktadır.^{33,34,35} Ayrıca kadınlar duygularını daha kolay ifade ederken, erkekler duygularını bastırma ve güçlü görünme eğilimindedir.³⁶ Diğer bir neden, biyolojik faktörler (hormonal faktörler ve üreme döngüleri) ile ilgilidir.³⁷ Bu çalışma, sağlık profesyoneli öğrencilerin ruhsal sağlıkları ile ilişkili durumları (kaygı, anksiyete vb.) değerlendirilirken cinsiyet faktörünün göz önünde bulundurulması gerektiğini doğrulamıştır. Çalışma bulguları, COVID-19 geçiren öğrencilerin daha fazla anksiyete belirtisine sahip olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, Türkiye’de ve İngiltere’de yapılan önceki çalışmalar, COVID-19 geçirmiş yetişkin bireylerin hastalık geçirmemiş olanlara göre daha fazla anksiyete ve depresyon belirtilerine sahip olduğunu belirtmişlerdir.^{38,39} Çalışmada, klinik uygulama yapma endişesi yaşayan öğrencilerin koronavirüs anksiyete belirtilerinin daha fazla olduğu, buna karşın sağlık okuryazarlığının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Önceki çalışmalar, stajyer öğrencilerin anksiyete düzeyleri ile ilgili farklı sonuçlar ortaya koymuştur.^{40,41} Bulgular, klinik uygulama endişesinin tekrar COVID-19 geçirme korkusuyla ilişkili olabileceğini doğrular niteliktedir. Çalışmada, sağlık okuryazarlığı ile koronavirüs anksiyetesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu ve koronavirüs anksiyetesi yüksek olan öğrencilerin sağlık okuryazarlığının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Uğraş ve ark., öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin artması ile COVID-19 anksiyete belirtilerinin azaldığını göstermiştir.⁴² Bir diğer çalışmada, yüksek sağlık okuryazarlığının, daha düşük COVID-19 korkusu ve daha düşük depresyon ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.⁴³ Bulgular, önceki çalışmalar ile benzer olup, öğrencilerin ruhsal sağlıklarını değerlendirirken sağlık okuryazarlık düzeyinin göz önünde bulundurulması gerektiğini desteklemiştir. Katılımcıların, farklı bölümlerde eğitim gören öğrencilerden oluşması, bu çalışmanın güçlü yönüdür. Buna rağmen, çalışmanın bazı sınırlılıkları vardır. Birincisi, araştırmanın örneklemini sadece çevrimiçi ankete katılan ve klinik uygulama yapan öğrencileri temsil etmektedir. Bu nedenle, bulgular tüm sağlık profesyoneli öğrencileri için genellenemez. İkincisi, çalışmada kullanılan ölçüm araçları, yanıt yanlılığı olasılığıyla sonuçlanan, kendi kendine bildirilen anketlerdi. Üçüncüsü, çalışmanın kesitsel tasarımı nedeniyle sağlık okuryazarlığı ve koronavirüs anksiyetesi arasında nedensel bir ilişki kurmak mümkün değildir.

Sonuç

Bu çalışma, aşılansız olan sağlık profesyoneli öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaş, eğitim alınan bölüm ve klinik uygulama yapma endişesi; koronavirüs anksiyete belirtilerinin cinsiyet, COVID-19 geçirme durumu ve klinik uygulama yapma endişesine göre anlamlı farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. Ayrıca bulgular, sağlık okuryazarlık düzeyi azaldıkça koronavirüs anksiyete belirtilerinin arttığını göstermiştir. Bu nedenle, sağlık profesyoneli öğrencilerinin bulaşıcı bir hastalığın ortaya çıkması sırasında doğru bilgileri bulması, anlaması ve uygulaması çok önemlidir. Sağlık profesyoneli eğitim bölümlerinde, eğitim müfredatlarına öğrencilerin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik programlar dahil edilmesi önerilmektedir. Yanı sıra, üniversitelerin eğitim ortamlarında öğrencilerin sağlık okuryazarlığını geliştirici etkinlikler, bilgilendirici web siteleri dahil bir dizi müdahalenin artırılması önerilmektedir. Bu eğitim programlarının, öğrencilerin sağlık okuryazarlığını geliştirip geliştirmediğini ve anksiyete belirtilerini azaltıp azaltmadığına yönelik izlem çalışmalarının yapılması önerilmektedir. Ayrıca salgın hastalıklar döneminde kaygı ve diğer ruhsal sorunlar bakımından riskli olan öğrencilerin, erken dönemde belirlenmesi ve takiplerinin yapılması için üniversitelerde öğrencilerin rahat erişim sağlayabilecekleri psikolojik danışmanlık hizmetlerinin, yardım, teşvik ve eğitim programlarının daha fazla görünür olmaları önerilmektedir.

Finansal Kaynak

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

Çıkar Çatışması

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

Kaynaklar

1. Sağlık Bakanlığı. COVID-19 bilgilendirme platformu. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66300/covid-19-nedir.html>. Erişim Tarihi:15.03.2023
2. Başer DA, Ağadayı E, Karagöz N. Bir tıp fakültesi öğrencilerinin pandemide uzaktan eğitim ile ilgili davranışları ve sorunları pandemi sürecinde tıp eğitimi. *TJTFP* 2020;11(4):149-158. <https://doi.org/10.15511/tjtfp.20.00449>
3. Sertdemir A. Türkiye'nin koronavirüsle mücadele performansı üzerine değerlendirme. *NIIBFD* 2020;1(1):15-26.
4. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia, JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *Int J Soc Psychiatry* 2020;66(4):317-320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
5. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* 2020;7(4):300-302. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
6. Strewe C, Muckenthaler F, Feuerecker M, Yi B, Rykova M, Kaufmann I. et.al. Functional changes in neutrophils and psychoneuroendocrine responses during 105 days of confinement. *J Appl Physiol* 2015;118:1122-7. <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00755.2014>
7. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS. et. al. 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;17(5):1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
8. de Oliveira Araújo FJ, de Lima LSA, Cidade PIM, Nobre CB, Neto MLR. Impact of Sars-Cov-2 and its reverberation in global higher education and mental health. *Psychiatry Res* 2020; 288:112977. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112977>.
9. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2020;291:113190. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>
10. Chang J, Yuan Y, Wang D. Mental health status and its influencing factors among college students during the epidemic of Covid-19. *Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao* 2020;40(2):171-176. <https://doi.org/10.12122/j.issn.1673-4254.2020.02.06>
11. Liu S, Liu Y, Liu Y. Somatic symptoms and concern regarding COVID-19 among Chinese college and primary school students: A cross-sectional survey. *Psychiatry Res* 2020;289:113070. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113070>
12. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J. et. al. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Res* 2020;287:112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>
13. Li Y, Wang Y, Jiang J, Valdimarsdóttir UA, Fall K, Fang F. et. al. Psychological distress among health professional students during the COVID-19 outbreak. *Psychol Med* 2021;51(11): 1952-1954. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001555>
14. Dodson S, Good S, Osborn RH. Health literacy toolkit for low- and middle income countries: a series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia 2015. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/205244/B5148.pdf?sequence=1>
15. Nutbeam D, Kickbusch I. Health promotion glossary. *Health Promot Int* 1998;13(4): 349-364.
16. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle, G, Pelikan J, Slonska Z. et.al. (HLS-EU) consortium health literacy project European. health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
17. Köktürk N, İtil BO, Altınışık G, Adıgüzel N, Akgün M, Akyıldız L. COVID-19 pandemic and the global perspective of Turkish thoracic society. *Turk Thorac J* 2020; 216:419-432. doi:10.5152/TurkThoracJ.2020.20174.
18. Lee, SA. Coronavirus anxiety scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Stud* 2020;44:393-401. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>
19. 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* 2022;46.5:1052-1058. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1774969>.
20. Sorensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z et.al Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* 2013; 13: 948. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948>
21. Aras Z, Temel AB. Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemsire Derg* 2017; 25(2): 85-94.
22. Gün M, Aslantekin F, Karadağ N. Tıp fakültesi ve sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlık durumu ve etkileyen etmenlerin değerlendirilmesi. *Türkiye Biyoetik Dergisi* 2021;8(1):34-43. <https://dx.doi.org/10.5505/tjob.2021.85547>
23. İnkaya B, Tüzer H. Bir üniversitenin sosyal ve sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı durumunun incelenmesi. *Kocaeli Med J* 2018;7(3):124-129. <https://doi.org/10.5505/ktd.2018.27146>
24. Şahinöz T, Şahinöz S, Kıvanç A. Üniversite son sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018; 7(3):71-79.
25. Mullan J, Burns P, Weston K, McLennan P, Rich W, Crowther S. et al. Health literacy amongst health professional university students: a study using the health literacy questionnaire. *Educ Sci* 2017;7(2):54. <https://doi.org/10.3390/educsci7020054>

26. Coleman CA. Teaching health care professionals about health literacy: a review of the literature. *Nurs Outlook* 2011;59:70–78. doi:[10.1016/j.outlook.2010.12.004](https://doi.org/10.1016/j.outlook.2010.12.004)
27. Kühn L, Bachert P, Hildebrand C, Kunkel J, Reitermayer J, Wäsche H. et.al. Health literacy among university students: a systematic review of cross-sectional studies. *Front Public Health* 2022; 9:2121. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.680999>
28. Çelik S, İstek Z, Kızılcın A, Yiğit MC, Kaçan H. Üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi: Bartın Üniversitesi örneği. *IGUSABDER* 2021; (15): 593-605. <https://doi.org/10.38079/igusabder.976692>
29. Reick S, Hering T. Health literacy of students. Results of an online survey at the Bochum health university (Germany)/Gesundheitskompetenz Studierender–Ergebnisse einer Online-Befragung an der Hochschule für Gesundheit Bochum. *International Journal of Health Professions* 2018;5(1):44–52. <https://doi.org/10.2478/ijhp-2018-0007>
30. Metin A, Erbiçer ES, Şen S. Gender and COVID-19 related fear and anxiety: a meta-analysis. *J Affect Disord* 2022;310(1):384-395. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.036>
31. Rossi R, Socci V, Talevi D, Mensi S, Ntoli C, Pacitti F. et.al. COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. *Front Psychiatry* 2020; 11:790. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00790>
32. Zalta AK, Chambless DL. Understanding gender differences in anxiety: The mediating effects of instrumentality and mastery. *Psychol Women Q* 2012;36(4):488-499. <https://doi.org/10.1177/0361684312450004>
33. Nino M, Harris C, Drawve G. Fitzpatrick KM. Race and ethnicity, gender, and age on perceived threats and fear of COVID-19: Evidence from two national data sources. *SSM Popul Health* 2021;13:100717. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100717>
34. Nguyen HT, Do BN, Pham KM, Kim GB, Dam HTB, Nguyen TT. et.al. Fear of COVID-19 scale—associations of its scores with health literacy and health-related behaviors among medical students. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(11):4164. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114164>
35. Reznik A, Gritsenko V, Konstantinov V, Khamenka N, Isralowitz R. COVID-19 fear in Eastern Europe: Validation of the fear of COVID-19 scale. *Int J Ment Health Addict.* 2021;19:1903-1908. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00283-3>
36. Bakioğlu F, Korkmaz O, Ercan H. Fear of COVID-19 and positivity: mediating role of intolerance of uncertainty, depression, anxiety, and stress. *Int J Ment Health Addict.* 2021;19(6):2369–2382. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00331-y>
37. Pigott TA. Gender differences in the epidemiology and treatment of anxiety disorders. *J Clin Psychiatry* 1999;60 Suppl 18:4-15.
38. Çıbık M, Yılmaz K, Sert ÖA. COVID-19 geçiren ve geçirmeyen bireylerde anksiyete, depresyon ve yorgunluk düzeyi. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2022; 1(1):31-39.
39. Klaser K, Thompson EJ, Nguyen LH, Sudre CH, Antonelli M, Murray B. et.al. Anxiety and depression symptoms after COVID-19 infection: results from the COVID symptom study app. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2021; 92(12):1254-1258. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2021-327565>
40. Sheng X, Liu F, Zhou J, Liao R. Psychological status and sleep quality of nursing interns during the outbreak of COVID-19. *Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao* 2020;40(3):346-350. <https://doi.org/10.12122/j.issn.1673-4254.2020.03.09>
41. Zhang W, Lu X, Kang D, Quan J. Impact of postgraduate student internships during the COVID-19 pandemic in China. *Front Psychol* 2022;12:790640. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.790640>
42. Uğraş S, Sağın AE, Karabulut Ö, Özen G. The relationship between college athletes' health literacy and COVID-19 anxiety levels. *Physical Education of Students* 2021;25(1):36-42. <https://doi.org/10.15561/20755279.2021.0105>
43. Do BN, Nguyen PA, Pham KM, Nguyen HC, Nguyen MH, Tran CQ. et.al. Determinants of health literacy and its associations with health-related behaviors, depression among the older people with and without suspected COVID-19 symptoms: a multi-institutional study. *Front Public Health* 2020; 16;8:581746. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.581746>



Original Research / Orijinal Araştırma

Assessment Of The Scale And Reasons Of Violence Towards Family Physicians And Family Health Staff In Edirne Province

Edirne Merkez İlçede Görev Yapan Aile Hekimleri Ve Aile Sağlığı Elemanlarına Yönelik Şiddetin Boyutu Ve Nedenleri

Mehmet GÜNEŞ¹, Gamze DEMİRAY², Galip EKUKLU³

Abstract

Objective: Violence, according to the World Health Organization, is one of the significant public health issues of today. The purpose of this study is to determine the extent and reasons for violence towards family physicians and family health staff working in Edirne province.

Materials and Methods: Ninety individuals serving as family physicians and family health staff in the central district of Edirne province participated in our descriptive and cross-sectional study. A 52-item questionnaire developed by the researchers was used as the measuring tool. The dependent variable, experiencing violence, was compared with independent variables such as gender, marital status, occupation, and education level.

Results: Out of the 90 healthcare workers participating in the study, 57 (63.3%) stated that they had experienced violence while practicing their professions. All individuals who faced violence experienced verbal abuse, 14 (24.5%) endured physical violence, and 3 (5.2%) encountered sexual violence. Among those who experienced violence, 44 (77.2%) were subjected to violence by patients, and 42 (73.7%) by relatives of patients; 45.6% reported experiencing violence from both genders, 43.9% from males only, and 10.5% from females only. Forty-seven participants who experienced violence (82.4%) believed the cause of the violence was aggressor-related, and 38 (66.6%) thought the incidents of violence were associated with the healthcare system. While 23% of participants stated they did not know where to seek help when facing violence, 34 (59.6%) of those who experienced violence mentioned emergency codes, and 22 (38.6%) cited law enforcement/judicial authorities as the places to report. Twenty participants (22.2%) believed that increasing punitive measures is necessary to reduce violence in the healthcare field. Additionally, 86 (95.5%) indicated that the Ministry of Health, and 68 (75.5%) the Turkish Grand National Assembly (TBMM), should take necessary measures. Exposure to violence was found to be unrelated to gender, education, profession, and marital status ($p>0.05$).

Conclusion: More than half of the participants have experienced some form of violence during their professional careers. Verbal violence is the most common type encountered. The majority of those perpetrating violence are patients and their relatives, with more than half being male. One in every four participants who experienced violence does not know where to seek help in case of violence. Nearly all participants emphasized the need for the Ministry of Health and the TBMM to take necessary measures to reduce violence in the healthcare sector, indicating that legislation is insufficient in preventing violence in healthcare.

Keywords: workplace violences, verbal violence, white code, family physician

Özet

Giriş: Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre günümüzün önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Bu çalışmanın amacı Edirne ilinde görev yapan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına yönelik şiddetin boyutu ve nedenlerinin belirlenmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırmamıza Edirne ilinde merkez ilçede aile hekimi ve aile sağlığı elemanı olarak görev yapmakta olan 90 kişi katılmıştır. Ölçüm aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen 52 soruluk anket formu kullanılmıştır. Bağımlı değişken olan şiddete uğrama durumu cinsiyet, medeni hal, meslek, eğitim durumu gibi bağımsız değişkenlerle karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 90 sağlık çalışanından 57'si (%63,3) mesleklerini uygularken şiddete uğradığını belirtmiştir. Şiddetle karşılaşanların tamamı sözel şiddete, 14'ü (%24,5) fiziksel şiddete, 3'ü (%5,2) cinsel şiddete uğramıştır. Şiddete uğrayanların 44'ü (%77,2) hasta, 42'si (%73,7) hasta yakını tarafından; %45,6'sı hem kadınlardan hem de erkeklerden, %43,9'u erkeklerden, %10,5'i kadınlardan şiddet gördüğünü ifade etmiştir. Şiddete uğrayan katılımcıların 47'si (%82,4) şiddetin nedeninin saldırgan kaynaklı ve 38'i (%66,6) şiddet olaylarının sağlık sistemi ile ilişkili olduğunu düşünmektedir. Katılımcıların %23'ü şiddetle karşılaştığında nereye başvuracağını bilmediğini söylerken, şiddete uğrayan katılımcıların 34'ü (%59,6) Beyaz Kodu, 22'si (%38,6) kolluk kuvvetlerini/ adli makamları başvuru yeri olarak belirtmiştir. Katılımcıların 20'si (%22,2) sağlık alanında şiddetin azalması için cezai yaptırımların artırılması gerektiğini, 86'sı (95,5) Sağlık Bakanlığı'nın, 68'i (%75,5) Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin (TBMM) gerekli önlemleri alması gerektiğini belirtmiştir. Şiddete maruz kalma; cinsiyet, eğitim durumu, meslek ve medeni hal ile ilişkisiz bulunmuştur. ($p>0,05$)

Sonuç: Katılımcıların yarısından fazlası meslek hayatları sürecinde şiddetin herhangi bir türüne maruz kalmıştır. En sık karşılaşılan şiddet türü sözel şiddettir. Şiddeti uygulayanların çoğu hasta ve hasta yakınlarıdır ve yarısından fazlası erkektir. Şiddete uğrayan her dört katılımcıdan biri şiddet durumunda nereye başvurması gerektiğini bilmemektedir. Katılımcıların tamamına yakını sağlık alanında şiddetin azalması konusunda Sağlık Bakanlığı'nın ve TBMM'nin gerekli önlemleri alması gerektiğini ve sağlıkta şiddeti önlemede mevzuatın yeterli olmadığını belirtmiştir.

Anahtar sözcükler: iş yerinde şiddet, sözel şiddet, beyaz kod, aile hekimi

Geliş tarihi / Received: 28.11.2023 Kabul tarihi / Accepted: 22.02.2024

¹ Niğde Merkez Toplum Sağlığı Merkezi, Niğde

² Efeler İlçe Sağlık Müdürlüğü, Aydın

³ Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı,

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Gamze DEMİRAY. Hasanefendi ramazanpaşa mah. Gençlik cad. no:16 Efeler/Aydın / TÜRKİYE

E-posta: gamzedemiray07@gmail.com Tel: +90 507 721 3205

Güneş M. Demiray G. Ekuclu G. *Assessment Of The Scale And Reasons Of Violence Towards Family Physicians And Family Health Staff In Edirne Province. TJFMPC, 2024; 18 (2) :148-153*

DOI: 10.21763/tjfm.1397254

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre şiddet, fiziksel saldırı, cinayet, sözel saldırı, duygusal, cinsel veya ırksal taciz olarak tanımlanmaktadır. Şiddet günümüzde her alanda görülmekle birlikte özellikle iş yerlerinde gittikçe artan bir önem kazanmıştır ve bütün meslekleri etkileyen ciddi bir sorun haline gelmiştir. İş yerinde şiddet "çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında, kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar" olarak tanımlanmaktadır.¹

Sağlık çalışanları Amerika Birleşik Devletleri (ABD) işgücünün yalnızca %13'ünü oluştururken, tüm işyeri saldırılarının %60'ına maruz kalmaktadırlar.² Tüm meslek grupları arasında, zor durumdaki bireylerle doğrudan teması gerektiren sağlık sektöründe çalışanların, iş yeri şiddetinin en önemli hedefi ve kurbanları olduğu giderek daha fazla kabul görmektedir. Sağlık çalışanlarının %8 ila %38'i fiziksel şiddete maruz kalmaktadır.³ Yapılan çalışmalarda, sağlık kurumlarında çalışmanın, şiddete uğrama yönünden diğer işyerlerine göre 16 kat daha riskli olduğu saptanmıştır.⁴ Beyaz Kod verilerinin değerlendirildiği bir çalışmada şiddet olaylarının yıllar içinde arttığı; şiddet olaylarının birim olarak ise en fazla acil serviste olduğu ve meslek grubu olarak da hekimlerin daha yüksek oranda şiddete uğradığı tespit edilmiştir.^{5,6}

Ülkemizdeki durum ise, Sağlık Bakanlığı sağlıkta şiddet verilerine göre; 2012 – 2018 yılları arasında kayıtlara geçen şiddet olgu sayısı 68.375 olmakla birlikte; tespit edilen olguların %30'unda sağlık çalışanlarının fiziki şiddete maruz kaldığı görülmektedir.⁷ Sağlıkta şiddeti önlemek amacıyla uygulamaya konulan Beyaz Kod uygulamasına göre 2012 yılının son 6 ayında 4342 şiddet olgusu raporlanmışken, 2017 yılı sonunda 13.045 şiddet vakasının meydana geldiği ve 2012 yılı başlarına göre şiddet vakalarında %168 oranında artış yaşandığı görülmektedir.^{7,8} Sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları, şiddetin boyutlarının fiziksel şiddetten psiko-sosyal şiddete kadar değişik boyutlarda olduğu söylenebilir.⁵

Bu çalışmanın amacı Edirne ilinde görev yapan aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına yönelik şiddetin nedenlerinin ve boyutlarının belirlenmesidir.

Yöntem

Bu araştırma, Edirne merkez ilçede bulunan 23 Aile Sağlığı Merkezinde çalışan aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarına yönelik şiddetin nedenlerinin ve boyutlarının incelenmesi amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı desende hazırlanmıştır.

Edirne merkez ilçede bulunan 23 Aile Sağlığı Merkezinden 53 Aile Hekimi ve 49 Aile Sağlığı Elemanı olmak üzere toplam 102 sağlık çalışanı araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem seçimine gidilmemiş olup evrenin en az %80'ine ulaşılması planlanmıştır. Etik kurul ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışma izinleri alındıktan sonra 20.05.2019 - 30.07.2019 tarihleri arasında Edirne merkez ilçedeki 102 sağlık çalışanı değerlendirmeye alınmıştır.

Edirne merkez ilçede Aile Sağlığı Merkezlerinde aktif olarak görev yapıyor olmak ve çalışmaya katılmayı kabul etmek araştırmaya dahil olma kriterleri olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanları yazılı olarak bilgilendirilmiş ve onayları alınmıştır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili literatür incelenerek araştırmacılar tarafından 52 soruluk bir anket formu oluşturulmuş ve 102 sağlık çalışanından araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan 90'ına yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcıların sosyodemografik bilgilerine ilişkin sorular bulunurken; ikinci bölümde meslek hayatları boyunca şiddete uğrayıp uğramadıkları, eğer karşılaştılar ise olay hakkında sorular, sağlıkta şiddet nedenleri ve çözüm önerilerine ilişkin çoktan seçmeli ve açık uçlu sorular bulunmaktadır.

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences, version 22) programıyla tanımlayıcı istatistikler ve Ki-kare testi yapılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Araştırma Edirne merkez ilçede bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde görevli aktif olarak çalışan ve çalışmamıza katılmayı kabul eden 64'ü (%71) kadın ve 26'sı (%29) erkek toplam 90 sağlık çalışanı ile yapılmıştır. Evrenin %88,2'sine ulaşılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $42 \pm 9,9$ (min: 20, max: 62) idi. Katılımcıların 38'i (%42,2) hekim, 28'si (%31,1) ebe, 22'si (%24,5) hemşire, 1'i (%1,1) sağlık memuru, 1'i (%1,1) sağlık teknikeridir ve 38'i (%42,2) yüksek lisans, 30'u (%33,3) lisans, 14'ü (%15,6) lise, 7'si (%7,8) ön lisans, 1'i (%1,1) ise doktora mezunudur. Katılımcılar ortalama $19,5 \pm 9,4$ yıldır sağlık çalışanı olarak görev yapmaktadır. Katılımcıların 73'ü (%81,1) evli, 16'sı (%17,8) bekar, 1'i (%1,1) boşanmıştır.

Sağlık çalışanlarının 57'si (%63,3) sağlık sektöründe çalıştıkları süre boyunca herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığını belirtmiştir. İş yaşamı boyunca şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının tamamının sözel şiddete, 14'ünün (%24,5) fiziksel şiddete uğradığı saptanmıştır. Şimdiye kadar maruz kalınan şiddet olaylarında katılımcıların 44'ü (%77,2) hasta, 42'si (%73,7) hasta yakını tarafından şiddete uğradığını belirtmiştir. Katılımcıların %45,6'sı hem kadınlar hem de erkeklerden, %43,9'u erkeklerden, %10,5'i kadınlardan şiddet gördüğünü ifade etmiştir. Katılımcıların 40'ı (%70,1) muayene/müdahale/izlem odasında, 20'si (%35) doktor/hemşire odasında, 17'si (%29,8) bekleme odasında, 16'sı (%28) koridorda, 4'ü (%7) ASM dışında (sokak, cadde, eve giderken vs.), 1'i (%1,7) sağlık evinde şiddete uğradığını belirtmiştir. Katılımcılardan 35'i (%61,4) şiddet olaylarının kişi kuruma geldikten sonra ilk bir saat içinde, meydana geldiğini söylemiş, 17'si (%29,8) şiddet olayının ne zaman gerçekleştiğini hatırlamadığını ifade etmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Maruz Kalınan İşyeri Şiddeti ile İlgili Bulgular

		Sayı (n)	Yüzde(%)
İş yaşamı boyunca şiddete maruz kalma (n=90)	Evet	57	63,3
	Hayır	33	36,7
İş yaşamı boyunca maruz kalınan şiddet türü (n=57)*	Sözel şiddet	57	100,0
	Fiziksel şiddet	14	24,5
	Cinsel şiddet	3	5,2
	Mobbing	1	1,7
Maruz kalınan sözel şiddet türleri (n=57)*	Yüksek sesle konuşma / bağırma	51	89,5
	Hakaret	41	71,9
	Tehdit etme	34	59,6
	Küfretme	25	43,8
Şiddet olaylarında şiddeti uygulayanlar (n=57)*	Hasta	44	77,2
	Hasta yakını	42	73,7
	Sağlık çalışanı	7	12,3
Şiddeti uygulayanların cinsiyeti (n=57)*	Kadın + Erkek	26	45,6
	Erkek	25	43,9
	Kadın	6	10,5
Şiddete maruz kalınan yer (n=57)*	Muayene/müdahale/izlem odası	40	70,1
	Doktor/hemşire odası	20	35,0
	Bekleme odası	17	29,8
	Koridor	16	28,0
	ASM dışında (sokak, cadde, eve giderken vs.)	4	7,0
	Sağlık evi	1	1,7
Şiddet olayının ortaya çıkış zamanı (n=57)	Kişi kuruma geldikten sonra ilk bir saat içinde	35	61,4
	1-4 saat içinde	3	5,3
	5-8 saat içinde	2	3,5
	Hatırlamıyorum	17	29,8

*Bu sorulara katılımcılar birden fazla yanıt verebilmişlerdir.

Şiddete uğrayan katılımcıların 47'si (%82,4) şiddetin nedeninin saldırgandan kaynaklanan problem olduğunu (uygunsuz rapor/reçete isteği, hasta yakınlarının içeri alınmaması, sıra beklemek istenmemesi vs.) belirtmiştir. Şiddet olayından sonra katılımcıların 43'ü (%75,4) öfke, 22'si (%38,6) endişe, 17'si (%29,8) hissettiğini belirtmiş (birden fazla seçenek işaretlenmiştir), 28'i (%49,1) artık daha dikkatli olduğunu ve kendini koruduğunu, 15'i (%26,3) işini eskisi kadar sevmediğini ifade etmiştir. Şiddete uğrayan katılımcıların 41'i (%71,9) şiddet sonrası şikayetçi olmamış, 16'sı (%28,1) şikayetçi olmuştur. Şiddet sonrası şikayetçi olunan durumların 12'sinde (%75) olay mahkemeye taşınmış, 8'inde (%50) güvenlik vasıtasıyla saldırgan uzaklaştırılmış, 7'sinde (%43,7) olay nedeniyle müdahale/muayene yarıda kesilmiş, 3'ünde (%18,7) kişi gözaltına alınmış, 1'inde (%6,2) saldırganın ASM'si değiştirilmiş, 1'inde (%6,2) sağlık personeli emniyet güçlerince şikayetçi olmaması için ikna edilmiştir. Şiddete uğrayan katılımcıların 46'sı (%80,7) şiddet sonrası hiç polis raporu doldurmamıştır. Şiddete uğrayan katılımcıların hiçbirisi şiddet sonrası iş kazası raporu almamıştır (Tablo 2).

Tablo 2. İşyerindeki Şiddet Olayı ile İlgili Düşünceler ve Tepkiler

		Sayı (n)	Yüzde(%)
Şiddetin meydana gelme nedeni (n=57)*	Saldırgandan kaynaklanan problemler	47	82,4
	Hiçbir neden yoktu	19	33,3
	Güvenlik önlemlerinin yetersizliği nedeniyle	16	28,1
	Tıbbi müdahale/muayenenin gecikmesinden kaynaklandı	4	7,0
	Yeterli bilgilendirme yapılmadığı için	1	1,7
Şiddet olayından hissedilen duygu (n=57)*	Öfke	43	75,4
	Endişe	22	38,6
	Korku	17	29,8
	Utanç	6	10,5
	Üzüntü	4	7,0
	Değersizlik	1	1,7
Şiddet olayının katılımcıların saldırgan hasta / hasta yakını ile olan ilişkisi (n=57)*	Artık daha dikkatliyim ve kendimi koruyorum	28	49,1
	İşimi eskisi kadar sevmiyorum,	15	26,3
	Etkilenmedim	13	22,8
	Kurum/ birim değiştirmek istiyorum	9	15,7
	Hasta ile konuşmuyorum	7	12,2
	Endişe duyuyorum	1	1,7
	Korkmuş hissediyorum	1	1,7

*Bu sorulara katılımcılar birden fazla yanıt verebilmişlerdir.

Katılımcıların 70'i (%77,8) şiddete uğrama durumunda nereye başvurması gerektiğini bildiğini belirtmiştir. Şiddete uğrayan katılımcıların 34'ü (%59,6) Beyaz Kodu, 22'si (%38,6) kolluk kuvvetlerini / adli makamları, 5'i (%8,8) il sağlık müdürlüğünü, 1'i (%1,7) eşini başvuru yeri olarak belirtmiştir (birden fazla seçenek işaretlenmiştir).

Katılımcılara son 1 yılda çalışılan kurumda ve ülke genelinde sağlıkta şiddet olaylarındaki artışın nedeni sorulduğunda toplumu (14 kişi, %15,6), yanlış sağlık politikaları ve söylemleri (7 kişi, %7,8), cezai yaptırımların ve güvenlik önlemlerinin yetersizliğini (5 kişi, %5,5) en sık üç neden olarak belirtmişlerdir. Katılımcılardan 80'i (%88,9) kurumlarında şiddeti azaltmaya/önlemeye yönelik özel bir uygulamanın olmadığını, 78'i (%86,7) kurumlarında şiddet olaylarını belirleme / raporlandırmaya yönelik bir uygulama olmadığını, 7'si (%7,8) Beyaz Kod uygulamasının ne olduğunu bilmediğini söylemiştir (birden fazla seçenek işaretlenmiştir).

Katılımcıların 63'ü (%70) sağlık çalışanlarının hiçbir durumda şiddeti hak etmediğini, 23'ü (%25,6) hiç kimsenin hiçbir durumda şiddeti hak etmediğini söylerken, 4'ü (%4,4) ise görevlerini yapmama durumlarında şiddete uğramalarını normal görmekte-dirler.

Katılımcılara sağlıkta şiddetin azalması için önerileri sorulduğunda en sık üç öneri; (20 kişi, %22,2) cezai yaptırımların artırılması, (11 kişi, %12,2) halka eğitim ve bilgilendirme yapılması, (8 kişi, %8,9) sağlık sisteminin ve politikalarının iyileştirilmesi olarak ifade edilmiştir. Katılımcıların 86'sı (%95,5) Sağlık Bakanlığı'nın, 68'i (%75,5) TBMM'nin, 49'u (%54,5) yerel sağlık kuruluşlarının yöneticilerinin, 48'i (%53,3) Türk Tabipleri Birliği (TTB) gibi meslek kuruluşlarının bu konuda gerekli önlemleri alması gerektiğini söylemiştir (birden fazla seçenek işaretlenmiştir).

Katılımcıların 60'ı (%66,6) şiddete uğrayan sağlık çalışanının şiddet uygulayan kişilere sağlık hizmeti sunmamasını doğru bulduğunu, 8'i (%8,9) etik olmasa da bunun kişisel bir tepki olabileceğini, 7'si (%7,8) şiddet uygulayanın aile hekimliğinin başka bir aile hekimine taşınabileceğini, 7'si (%7,8) şiddete uğrayan sağlık çalışanının şiddet uygulayan kişilere sağlık hizmeti sunmamasını uygun bulmadığını, 2'si (%2,2) şiddet uygulayanın hizmet kısıtlaması /Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kapsamından çıkarılması gerektiğini söylemiştir. Şiddete maruz kalma ile cinsiyet, eğitim durumu, meslek ve medeni hal ilişkisine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (p > 0,05)

Tartışma

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarının %63,3'ü meslek hayatları boyunca en az bir kez herhangi bir şiddet türüne maruz kaldığını ifade etmiştir. Şiddete uğrayan katılımcıların tamamı sözel şiddete, %24,5'i fiziksel şiddete, %5,2'si cinsel şiddete, %1,7'si mobinge maruz kaldığını belirtmiştir. Güllalp ve ark.'nın Adana bir acil serviste yapmış olduğu çalışmada katılımcıların tamamı her nöbette en az bir kez sözel şiddete maruz kaldıklarını belirtmiştir.⁹ Türkiye'de yapılmış farklı çalışmalarda, sağlık çalışanlarının benzer oranlarda (%72,6; %74,6; %67,8; %90) şiddet davranışına maruz kaldığı saptanmıştır.^{1,10,11,12} Yine yapılan çalışmalarda en sık maruz kalınan şiddet türünün çalışmamızla uyumlu olarak (%98,5; %88,5; %88,9; %86,4) sözel şiddet olduğu saptanmıştır.^{1,11,13,14} Sağlık çalışanlarına şiddetle ilgili daha önce yapılan çalışmalar incelendiğinde şiddet uygulayanların en fazla hasta veya hasta yakınları olduğu, cinsiyet açısından değerlendirildiğinde ise çoğunlukla erkeklerin şiddet uyguladığı belirlenmiştir.^{8,10,11,12,13,15} Çalışmamızın sonuçları yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Ülkemizde yapılmış 3 farklı çalışmada sağlık çalışanları en sık (%37,7; %23,3; %35,2) muayene odasında şiddete uğramıştır. Araştırmamızda da, yapılan diğer çalışmalara benzer şekilde katılımcılar en sık (%70,1) muayene/müdahale/izlem odasında şiddete uğradığını belirtmiştir.^{10,11,13}

Araştırmamızda şiddet olaylarının en sık (%61,4) kişi kuruma geldikten sonra ilk bir saat içinde gerçekleştiği belirtilmiştir. Çuvadar, 2013 yılında Edirne'de yaptığı bir çalışmada, şiddet olaylarının en sık (%27,3) kişi kuruma geldikten sonra ilk bir saat içinde gerçekleştiğini belirtmiştir.¹⁶

Karaca ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada şiddet olayının nedeni en fazla 'haksız isteklerin reddedilmesi' (%43,9) olarak tespit edilmiş, Dağdeviren ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada şiddetin en sık nedenini 'bekleme nedeniyle muayenenin gecikmesi' (%21,2) olarak tespit etmişlerdir.^{13,14} Çalışmamızda da şiddete uğrayan katılımcıların %82,4'ü şiddetin nedeninin saldırgandan kaynaklanan problem olduğunu (uygunsuz rapor/reçete isteği, hasta yakınlarının içeri alınmaması, sıra beklemek istenmemesi vs.) belirtmiştir. Bizim çalışmamızda uygunsuz rapor ve reçete istekleri kaynaklı şiddet olaylarının daha yüksek olmasının nedeni, çalışmamızın ASM özelinde yapılmasından kaynaklı olabilir.

Dağdeviren ve ark.'nın Edirne'de çalışan hekimlerle yaptıkları çalışmada, hekimlerin şiddet sonrası en çok öfke hissettiklerini (%24,4), %34,3'ünün yaptığı işten keyif almadığını ve %28,8'i daha endişeli olduklarını ifade etmeleri dikkat çekicidir.¹⁴ Bizim çalışmamızda da katılımcılar şiddet sonrası en sık öfke (%75,4) hissettiklerini; %49,1'i artık daha dikkatli olduğunu, %26,3'ü işini eskisi kadar sevmediğini belirtmiştir.

Çuvadar'ın, 2013 yılında Edirne'de yaptığı çalışmasında, katılımcıların %81,1'i şiddet sonrası herhangi bir şikâyette bulunmamıştır.¹⁶ Bizim çalışmamızda benzer şekilde şiddete uğrayan katılımcıların %71,9'u şiddet sonrası şikâyetçi olmamıştır. Bunun sebebi kişilerin uzun adli süreçlerle uğraşmak istememeleri ve yasal açıdan memnun edici bir sonuç alamayacaklarını düşünmeleri olabilir.

Araştırmamızda şiddet olaylarının %80,7'sinde hiç polis raporu doldurulmamıştır ve katılımcıların hiçbiri şiddet sonrası iş kazası raporu almamıştır. Koroğlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada benzer şekilde şiddet olaylarının %88,9'unda polis raporu tutulmazken, katılımcıların %97,8'i iş kazası raporu almamıştır.¹⁷

Çalışmamızda katılımcılardan %88,9'u kurumlarında şiddeti azaltmaya/önlemeye yönelik özel bir uygulamanın olmadığını, %86,7'si kurumlarında şiddet olaylarını belirleme / raporlandırmaya yönelik bir uygulama olmadığını söylemiştir. Çuvadar'ın ikinci ve üçüncü basamakta yürüttüğü çalışmasında katılımcıların %67,5'i kurumlarında şiddeti azaltmaya/önlemeye yönelik özel bir uygulamanın olmadığını söylerken, %51,3'ü kurumlarında şiddet olaylarını belirleme/raporlandırmaya yönelik uygulamaların olduğunu belirtmiştir.¹⁶ Çuvadar'ın çalışmasından farklı sonuçların elde edilmesi, çalışma evrenimizin aile sağlığı merkezi çalışanları olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Sonuç

Şiddet, ister sözel ister fiziksel olsun insanlar üzerinde olumsuz etkiler bırakmaktadır. Şiddet olgusunu sağlıkta her alanda görmek mümkün olduğu gibi, birinci basamak sağlık hizmetlerinde de yaygın olarak görmekteyiz. Bu çalışmanın yukarıda sıralanan bulguları genellikle alanyazında yer alan diğer çalışmalarla paralel sonuçlar vermiştir. Şiddetin önlenmesi için yaptırımların ve cezaların ağırlaştırılması, güvenlik önlemlerinin artırılması, sağlık sisteminin ve politikalarının iyileştirilmesi, halkın eğitilmesi ve sağlık personeline şiddet ve Beyaz Kod konusunda gerekli eğitimlerin verilmesi öncelikli önerilerdir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar aralarında herhangi bir çıkar çatışması bulunmadığını beyan eder.

Finansal Destek

Çalışma sırasında herhangi bir kurumdan finansal destek sağlanmamıştır.

Kaynakça

1. Çamcı O, & Kutlu Y. Kocaeli'nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011;2(1), 9-16.
2. Wax JR, Pinette MG, & Cartin A. Workplace Violence in Health Care-It's Not "Part of the Job". *Obstetrical & gynecological survey* 2016;71(7),427-434. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000000334>
3. World Health Organisation. Violence against health workers, http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/ Erişim tarihi: 11 Mart, 2023
4. Özcan NK, Bilgin H. Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Sistematik Derleme. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2011;31(6):1452-56
5. Polat Ö, Çırak M. Sağlıkta şiddetin beyaz kod verileri ile değerlendirilmesi. *Medical Journal of Bakirkoy* 2019;15(4),393-398.
6. Magnavita N, & Heponiemi T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC health services research* 2012; 12, 108. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-108>
7. İkişik H, Yılmaz FK, Karacanoğlu A, Kadayif A, Güven İ, Özdemir GM, & Maral I. Araştırma görevlisi hekimlerin sağlıkta şiddete maruz kalma durumları ve sağlıkta şiddet konusundaki düşüncelerinin değerlendirilmesi. *Abant Tıp Dergisi* 2021;10(1), 55-64. <https://doi.org/10.47493/abantmedj.2021.33>
8. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. 2013. Syf 159-168.
9. Güllalp B, Karcıoğlu O, Köseoğlu Z, Sarı A. Dangers faced by emergency staff: experience in urban centers in southern Turkey. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2009; 15(3): 239-242.
10. Atan ŞÜ, Dönmez S. Hemşirelere karşı işyeri şiddeti. *Adli Tıp Dergisi* 2011;25(1),71-80.
11. Demiroğlu T, Kılınç E, & Atay E. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: Kilis ili örneği. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;24(1), 49-55.
12. Gökçe T, DüNDAR C. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2008;15(1),25-28.
13. Karaca BK, Aydın B, Turla A, & DüNDAR C. Samsun'da hekimlerin meslekleri nedeniyle yaşadıkları şiddetin özellikleri ve şiddetin önlenmesi konusundaki düşünceleri. *Adli Tıp Bülteni* 2015;20(2), 76-82.
14. Dağdeviren HN, Erten R, Öztora S. Sağlık kuruluşlarında doktorlara yönelik şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2019;23(2):52-63.
15. Zhang X et al. "Trends in workplace violence involving health care professionals in China from 2000 to 2020: a review." *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research* 27 2021: e928393-1. <https://doi.org/10.12659/MSM.928393>
16. Çuvadar A. Edirne Merkez İlçede Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hekim ve Hemşirelere Yönelik Şiddetin Boyutu Ve Nedenleri Edirne/2013 (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü;2017. Syf:32-34.
17. Köroğlu, MÇ., Gülhan, YB., & Danayiyen, ÖGA. Birinci basamak sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: Kağıthane ilçesi aile sağlığı merkezleri örneği. *Polis* 2017;12(13):3.



Original Research / Orijinal Araştırma

Sleep and Mood Disorders and Related Factors in Epilepsy Patients Epilepsi Hastalarında Uyku ve Duygu Durum Bozuklukları ve İlişkili Faktörler

Pınar Bengi BOZ¹, Gülçin ORTAÇ¹, Derya ÖZDOĞRU¹, Elif Banu SÖKER¹, Miray ERDEM¹

Abstract

Introduction: Subjective sleep disorders and psychiatric comorbidities are more common in patients with epilepsy than in the general population, and this negatively affects quality of life. In this study, we aimed to determine sleep and mood disorders and related factors in epilepsy patients.

Method: Seventy-five patients who had been followed up in the epilepsy outpatient clinic of Adana City Training and Research Hospital for at least two years with a diagnosis of epilepsy according to the International League Against Epilepsy diagnostic criteria were included in the study. Demographic data, seizure type, seizure frequency, duration of the disease, number of medications used, history of status epilepticus, and the occurrence of seizures during sleep and wakefulness were recorded. The presence of restless legs syndrome was questioned according to the International Restless Legs Syndrome Study Group criteria. Pittsburgh sleep quality index, Epworth sleepiness scale, Beck depression inventory and Beck anxiety scale were administered. Informed consent form was obtained from all patients.

Results: Of the 75 patients included in the study, 43 (57.3%) were female and 32 (42.7%) were male, with a mean age of 33±13.9 years and a mean disease duration of 12.9±11.2 years. Seizures occurred during sleep in 36 (48%) and during wakefulness in 66 (88%) patients. Restless legs syndrome was noted in 25 (33.3%) patients. Those with a history of nocturnal and frequent seizures and restless legs syndrome findings had poor sleep quality and long-term sleep disturbance ($p<0.05$). There was a positive correlation between Beck depression scale score and restless legs syndrome. In addition, anxiety level was found to be high in the presence of restless legs syndrome and in patients with generalized onset seizures ($p<0.05$).

Conclusion: Our study showed that poor sleep quality may be associated with the presence of seizures, seizure frequency, anxiety and depression symptoms in epilepsy patients. In addition, it was found that the presence of restless legs syndrome findings may contribute negatively to this. A better quality of life should be among our treatment goals in epilepsy patients and sleep quality should be improved with effective seizure control and appropriate treatment alternatives.

Keywords: Epilepsy, sleep, mood disorders, restless legs syndrome

Özet

Giriş: Epilepsi hastalarında subjektif uyku bozuklukları ve psikiyatrik komorbiditeler genel popülasyona göre daha fazla görülmektedir ve bu durum yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu çalışmada epilepsi hastalarında uyku ve duygu durum bozuklukları ve ilişkili faktörleri belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Epilepsi polikliniğinde Uluslararası Epilepsi ile Savaş Ligi tanı kriterlerine göre epilepsi tanısı ile en az iki yıldır takip edilen 75 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, nöbet tipi, nöbet sıklığı, hastalık süresi, kullandığı ilaç sayısı, status epileptikus öyküsü, nöbetlerin uykuda ve uyanıklıkta olma durumları kaydedildi. Huzursuz bacaklar sendromu varlığı Uluslararası Huzursuz Bacaklar Sendromu çalışma grubu kriterlerine göre sorgulandı. Hastalara Pittsburgh uyku kalitesi indeksi, Epworth uykululuk ölçeği, Beck depresyon envanteri ve Beck anksiyete ölçeği uygulandı. Tüm hastalardan bilgilendirilmiş onam formu alındı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 75 hastanın; 43'ü (%57,3) kadın, 32'si (%42,7) erkek olup, yaş ortalamaları 33±13,9 ve hastalık süreleri ortalama 12,9±11,2 idi. Hastaların 36'sında (%48) nöbetler uykuda, 66'sında ise (%88) uyanıklıkta idi. 25 (%33,3) hastada huzursuz bacaklar sendromu kaydedildi. Nocturnal ve sık nöbet öyküsü ile huzursuz bacaklar sendromu bulguları olanların kötü uyku kalitesi ve uzun dönem uyku bozukluğu mevcuttu($p<0.05$). Hastaların Beck depresyon ölçeği puanı ile huzursuz bacaklar sendromu arasında pozitif korelasyon saptandı. Ayrıca huzursuz bacaklar sendromu varlığında ve jeneralize başlangıçlı nöbetleri olan hastalarda kaygı düzeyi yüksek olarak bulundu($p<0.05$).

Sonuç: Çalışmamız epilepsi hastalarında; kötü uyku kalitesinin uykuda nöbet varlığı, nöbet sıklığı, anksiyete ve depresyon semptomlarıyla ilişkili olabileceğini göstermiştir. Ek olarak huzursuz bacaklar sendromu bulguları varlığının buna olumsuz katkıda bulunabileceği saptanmıştır. Epilepsi hastalarında, daha iyi bir yaşam kalitesi tedavi hedeflerimiz arasında olmalı ve bu hastalarda etkin nöbet kontrolü ve uygun tedavi alternatifleriyle uyku kalitesinin artırılması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Epilepsi, uyku, duygu durum bozuklukları, huzursuz bacaklar sendromu

Geliş tarihi / Received: 28.11.2023 Kabul tarihi / Accepted: 22.02.2024

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Nöroloji Anabilim Dalı

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Pınar Bengi BOZ. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Adana Şehir Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Nöroloji Anabilim Dalı. Adana / Türkiye

E-posta: pbengibo@hotmai.com Tel: +90 5327693420

Boz PB, Ortaç G, Özdoğru D, Söker EB, Erdem M. *Sleep and Mood Disorders and Related Factors in Epilepsy Patients*. TJFMPC, 2024; 18 (2) :154-161
DOI: 10.21763/tjfm.1404102

Giriş

Dünyada yaklaşık elli milyon insanı etkileyen epilepsi hastalığı subjektif uyku bozuklukları ve psikiyatrik komorbiditeler ile yaşam kalitesinde düşüşe neden olarak engellilik yükünü artırmaktadır. Epilepsi hastalarının % 20-52'sinde insomnia mevcuttur.^{1,2} İnsomnia ile birlikte uyku bozuklukları, nöbet sıklığının artmasına neden olabilir. Ayrıca; gece nöbetleri, nöbet önleyici ilaç (NÖİ) yan etkileri ve epilepsi ile ilgili psikiyatrik sorunlar uyku kalitesini etkileyebilir.³

Epilepsi hastalarında uyku kalitesinde bozulma, hızlı göz hareketi (REM) uyku süresinin azalması ve uyku evrelerinin kayması, uykuya dalmada gecikme, sık gece uyanmaları ve gündüz aşırı uykululuk normalden daha sık görülmektedir.⁴ Bu durum hastaların tedaviye uyumunu, nöbet kontrolünü daha da güçleştirmektedir.^{5,6} Dirençli epilepsi de uyku kalitesini etkilemektedir.⁷

Biz hekimlerin epilepsi hastalarında yaşam kalitesini değerlendirirken seyrek olarak irdelediğimiz ancak gerçekte sanılan aksine daha sık görülen psikiyatrik bozukluklar da bu grupta uyku bozukluklarını ağırlaştıran bir faktör olabilmektedir. Uyku bozukluklarının ruhsal ve bedensel sağlığı etkilediği bilindiğinden, çalışmamızda epilepsi hastalarında duygu durum bozuklukları ve uyku kalitesini etkileyen faktörleri değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem

Olgular

Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Epilepsi polikliniğinde Uluslararası Epilepsi ile Savaş Ligi (ILAE) tanı kriterlerine göre epilepsi tanısı alan ve en az iki yıldır takip edilen 98 hasta değerlendirildi. İletişim zorluğu yaşanabilecek mental retardasyon ve konuşma bozukluğu olanlar, çalışma prosedürlerini tamamlayamayanlar veya tamamlamak istemeyenler, bilgilendirilmiş onam sağlanamayanlar, seçici serotonin geri alım inhibitörleri, trisiklik antidepressanlar, beta bloker, antidopaminerjik ve antipsikotik ilaç kullananlar, kronik karaciğer ve böbrek hastalığı olanlar, tiroit fonksiyon bozukluğu, elektrolit dengesizliği ve anemisi olanlar, venöz yetmezliği olanlar ve gebeler çalışmaya dahil edilmeyerek kriterleri sağlayan 75 hasta çalışmaya dahil edilirken yukarıda bahsedilen kriterleri sağlamayan 23 hasta çalışma dışı bırakıldı. Hastalara ayrıntılı bilgi verilerek yazılı onamları alındı.

Verilerin Toplanması

Hastaların nöbet sıklığı, nöbet tipi, tanı yılı, eşlik eden hastalıkları, aile öyküsü, kullandığı ilaçlar, status epileptikus öyküsü, uykuda nöbet durumu, tiroit fonksiyon testleri, elektrolit düzeyleri, hemogram değerleri kaydedildi. Hastalarda huzursuz bacaklar sendromu (HBS) varlığı uluslararası HBS çalışma grubu tanı kriterlerine göre sorgulandı.⁸ Hastalara Beck anksiyete ve depresyon ölçeği, Pittsburgh uyku kalitesi indeksi (PUKİ) ve Epworth uykululuk ölçeği uygulandı.

Beck anksiyete ölçeği her parametrede 0-3 arası puanların toplanmasından oluşmakta olup; 8-15 hafif, 16-25 arası orta ve 26-63 arası şiddetli anksiyeteye işaret eder. Beck ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve ark. (1998) tarafından yapılmıştır.^{9,10}

Beck depresyon ölçeği ise hastanın son bir hafta içindeki duygu durumuna göre 0 ile 3 puan arasında değişen 21 sorunun puanlarının toplanmasından oluşur. Buna göre 10-16 puan hafif, 17-29 puan orta ve 30-63 puan şiddetli depresif belirtiler olarak kategorize edilir ve 1988 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.^{11,12}

PUKİ; subjektif uyku kalitesi, latansı, süresi, etkinliği, uyku bozuklukları, son bir ay içerisindeki sedatif ilaç kullanımı ve günlük aktivitelerde azalma olmak üzere 7 alt başlığa göre değerlendirilmekte ve 18 sorudan oluşmaktadır. Toplam 5 ve üzeri puanlama uyku kalitesinin bozulduğunu gösterir ve 1996 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği uygulanmıştır.^{13,14}

Epworth Uykululuk Ölçeği, bir kişinin günlük aktiviteler sırasında ne sıklıkta uyku atağı geçirdiğine dair bir anket olup 1999 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği kabul edilmiştir.^{15,16} 10 veya daha yüksek skorlar için gündüz uykululuk düzeyi patolojik olarak kabul edilir.

Bu değerlendirmeler sonucunda hastaların anksiyete, depresyon, uyku kalitesinde azalma, gün içindeki artmış uykululuk durumları ile status epileptikus öyküsü, nöbet sıklığı, nöbet tipi, uykuda nöbet geçirme ve HBS tanısı arasında ilişki olup olmadığı araştırıldı.

İstatistiksel Yöntem

Çalışma kapsamında toplanan hasta verileri IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Macos 29.0 (IBM Corp., Armonk, NY) paket programı ile analiz edildi. Kategorik veriler için sıklık ve yüzde, sürekli veriler için ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum tanımlayıcı değer olarak verildi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında "Fisher-Freeman-Halton Exact Testi" kullanıldı. Sonuçlar, p değerinin 0.05'ten küçük olduğu durumlarda istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya %57,3'ü (43 kişi) kadın ve %42,7'si (32 kişi) erkek olmak üzere toplam 75 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaşları 18 ila 85 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 33 idi. Hastalık süresi 12.9±11.2 olarak belirlenmiştir. Hastaların %33,3 ünde HBS saptandı. Hastaların sosyodemografik ve klinik bulguları, kullanılan ilaç sayısı ve HBS varlığı kaydedildi (Tablo 1).

Tablo 1. Sosyodemografik ve Klinik Bulgular

	n (%)
Cinsiyet	
Kadın	43 (57.3)
Erkek	32 (42.7)
Nöbet tipi	
Farkındalığın korunduğu fokal başlangıçlı	5 (6.7)
Farkındalığın olmadığı fokal başlangıçlı	20 (26.7)
Jeneralize (absans ve myokloni dahil)	50 (66.7)
Nöbet sıklığı	
1 yıldan uzun süredir nöbetsiz	19 (25.3)
1 yıl içinde 1-3 nöbet	24 (32)
1 ayda 1-3 nöbet	18 (24)
1 haftada 1-3 nöbet	10 (13.3)
1 haftada 4 ve üzeri nöbet	4 (5.3)
Eğitim düzeyi	
Eğitimsiz	3 (4)
Okur-Yazar	3 (4)
İlköğretim	21 (28)
Lise	20 (26.7)
Üniversite	20 (26.7)
Lisans-Yüksek Lisans	6 (8)
Özel Eğitim	2 (2.7)
Medeni durum	
Bekar	36 (48)
Evli	37 (49.3)
Dul-Boşanmış	2 (2.7)
SE öyküsü	20 (26.7)
Uykuda nöbet	36 (48)
Uyanıklıkta nöbet	66 (88)
Ailede epilepsi	21 (28)
Kullandığı ilaç sayısı	
İlaçsız	2 (2.7)
Tek ilaç	44 (58.7)
2 ilaç	18 (24)
3 ilaç ve üzeri	11 (14.7)
HBS	25 (33.3)

Kategorik değişkenler N (%) ile ifade edilmiştir.

SE:Status epileptikus, HBS: Huzursuz bacaklar sendromu

Uykuda ve sık nöbeti olanlar, HBS bulguları olanların kötü uyku kalitesi ve uzun dönem uyku rahatsızlığı lehine PUKİ puanları yüksek saptandı ($p<0.05$) (Tablo2).

Epworth uykululuk ölçek puan grupları ile tüm klinik bulgular arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. SE öyküsü, nöbetlerin uyku veya uyanıklıkta olması, kullanılan ilaç sayısı, nöbet sıklığı ve hastalık süresiyle anksiyete ve depresyon belirtileri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 2).

HBS bulguları olan hastalarda depresyon ve anksiyete oranları yüksek saptandı ($p<0.05$). Nöbet tipi ile depresyon belirtileri arasında anlamlı ilişki saptanmazken, jeneralize başlangıçlı nöbetleri olan hastaların kaygı düzeyleri yüksek saptandı ($p=0,443$ ve $p<0,05$) (Tablo 3).

Hastaların eğitim düzeyleri ile anksiyete ve depresyon belirtileri karşılaştırıldığında ise anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p=0,099$ ve $p=0,253$) (Tablo 3).

Tablo 2. Hastaların Pittsburgh Uyku Ölçeği ve Epworth Uykululuk Ölçek Puanlarına Göre Klinik Bulguların Dağılımı

Değişkenler (N=75)	Epworth uykululuk						Pittsburgh uyku			
	0-5 (normal)	6-10 Artmış gün içi uykululuk (normal)	11-12 ılımlı gün içi uykululuk (artmış)	13-15 Orta gün içi uykululuk (artmış)	16-24 Şiddetli gün içi uykululuk (artmış)	p-değeri*	0-5 puan: Sağlıklı uyku	6-10 puan: Kötü uyku.	10 puanın üstü: Uzun dönem uyku rahatsızlığı	p-değeri*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	
SE öyküsü	11 (20.8)	5 (35.7)	2 (66.7)	1 (33.3)	1 (50)	0.208	9 (21.4)	7 (25.9)	4 (66.7)	0.085
Uykuda nöbet	23 (43.4)	9 (64.3)	2 (66.7)	1 (33.3)	1 (50)	0.632	12 (28.6)	18 (66.7)	6 (100)	<0.001
Uyanıklık nöbet	46 (86.8)	12 (85.7)	3 (100)	3 (100)	2 (100)	1.000	37 (88.1)	24 (88.9)	5 (83.3)	0.886
Kullandığı ilaç						0.184				0.444
İlaçsız	2 (3.8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)		1 (2.4)	1 (3.7)	0 (0)	
Tek ilaç	34 (64.2)	5 (35.7)	3 (100)	2 (66.7)	0 (0)		28 (66.7)	13 (48.1)	3 (50)	
2 ilaç	12 (22.6)	5 (35.7)	0 (0)	0 (0)	1 (50)		8 (19)	7 (25.9)	3 (50)	
3 ilaç ve üzeri	5 (9.4)	4 (28.6)	0 (0)	1 (33.3)	1 (50)		5 (11.9)	6 (22.2)	0 (0)	
HBS	19 (35.8)	4 (28.6)	0 (0)	1 (33.3)	1 (50)	0.838	8 (19)	13 (48.1)	4 (66.7)	0.008
Nöbet tipi						0.150				0.447
Fokal	16 (32.7)	1 (7.7)	2 (66.7)	1 (33.3)	0 (0)		13 (34.2)	5 (19.2)	2 (33.3)	
Jeneralize (absans ve myokloni dahil)	33 (67.3)	12 (92.3)	1 (33.3)	2 (66.7)	2 (100)		25 (65.8)	21 (80.8)	4 (66.7)	
Nöbet sıklığı						0.755				0.001
Uzun süredir nöbetsiz veya yılda 1-3 nöbet	31 (58.5)	7 (50)	1 (33.3)	2 (66.7)	2 (100)		30 (71.4)	13 (48.1)	0 (0)	
Ayda ya da haftada en az bir nöbet	22 (41.5)	7 (50)	2 (66.7)	1 (33.3)	0 (0)		12 (28.6)	14 (51.9)	6 (100)	
Hastalık süresi (yıl)						0.514				0.514
0-5	19 (36.5)	6 (42.9)	2 (66.7)	2 (66.7)	0 (0)		19 (45.2)	8 (30.8)	2 (33.3)	
≥6	33 (63.5)	8 (57.1)	1 (33.3)	1 (33.3)	2 (100)		23 (54.8)	18 (69.2)	4 (66.7)	

* Bu tabloda Fisher-Freeman-Halton Exact testi uygulanmıştır.

PUKİ: Pittsburgh uyku kalite indeksi, Kategorik değişkenler: N (%)

Tablo 3. Hastaların Beck Anksiyete ve Beck Depresyon Ölçek Puanlarına Göre Klinik Bulguların Dağılımı

Değişkenler (N=75)	Beck anksiyete					Beck depresyon				
	0-7 puan (normal)	8-15 puan arası hafif anksiyete belirtileri	16-25 puan arası orta düzeyde anksiyete	26-63 puan arası şiddetle düzeyde anksiyete	p- değeri*	0-9 puan (normal)	10-16 puan = Hafif düzeyde depresif belirtiler	17-29 puan = Orta düzeyde depresif belirtiler	30-63 puan = Şiddetli depresif belirti	p- değeri*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
SE öyküsü	6 (19.4)	6 (30)	5 (35.7)	3 (30)	0.639	6 (20.7)	9 (40.9)	4 (22.2)	1 (16.7)	0.394
Uykuda nöbet	9 (29)	12 (60)	9 (64.3)	6 (60)	0.055	10 (34.5)	12 (54.5)	9 (50)	5 (83.3)	0.146
Uyanıklık nöbet	25 (80.6)	18 (90)	13 (92.9)	10 (100)	0.460	25 (86.2)	19 (86.4)	16 (88.9)	6 (100)	1.000
Kullandığı ilaç					0.254					0.109
İlaçsız	1 (3.2)	1 (5)	0 (0)	0 (0)		1 (3.4)	0 (0)	1 (5.6)	0 (0)	
Tek ilaç	22 (71)	12 (60)	5 (35.7)	5 (50)		22 (75.9)	13 (59.1)	7 (38.9)	2 (33.3)	
2 ilaç	4 (12.9)	6 (30)	5 (35.7)	3 (30)		4 (13.8)	7 (31.8)	5 (27.8)	2 (33.3)	
3 ilaç ve üzeri	4 (12.9)	1 (5)	4 (28.6)	2 (20)		2 (6.9)	2 (9.1)	5 (27.8)	2 (33.3)	
HBS	4 (12.9)	7 (35)	7 (50)	7 (70)	0.002	5 (17.2)	3 (13.6)	13 (72.2)	4 (66.7)	<0.001
Nöbet tipi					0.035					0.443
Fokal	12 (44.4)	2 (10)	2 (15.4)	4 (40)		10 (40)	6 (27.3)	3 (17.6)	1 (16.7)	
Jeneralize (absans ve myokloni dahil)	15 (55.6)	18 (90)	11 (84.6)	6 (60)		15 (60)	16 (72.7)	14 (82.4)	5 (83.3)	
Nöbet sıklığı					0.086					0.201
Uzun süredir nöbetsiz veya yılda 1-3 nöbet	22 (71)	12 (60)	6 (42.9)	3 (30)		21 (72.4)	11 (50)	8 (44.4)	3 (50)	
Ayda ya da haftada en az bir nöbet	9 (29)	8 (40)	8 (57.1)	7 (70)		8 (27.6)	11 (50)	10 (55.6)	3 (50)	
Hastalık süresi (yıl)					0.849					0.302
0-5	10 (33.3)	9 (45)	6 (42.9)	4 (40)		11 (39.3)	11 (50)	4 (22.2)	3 (50)	
≥6	20 (66.7)	11 (55)	8 (57.1)	6 (60)		17 (60.7)	11 (50)	14 (77.8)	3 (50)	
Eğitim Düzeyi					0.099					0.253
Eğitimsiz/Okuryazar/Özel Eğitim	4 (12.9)	2 (10)	1 (7.1)	1 (10)		2 (6.9)	2 (9.1)	4 (22.2)	0 (0)	
İlköğretim	3 (9.7)	8 (40)	7 (50)	3 (30)		4 (13.8)	7 (31.8)	6 (33.3)	4 (66.7)	
Lise	9 (29)	3 (15)	4 (28.6)	4 (40)		10 (34.5)	5 (22.7)	4 (22.2)	1 (16.7)	
Lisans/Yüksek lisans	15 (48.4)	7 (35)	2 (14.3)	2 (20)		13 (44.8)	8 (36.4)	4 (22.2)	1 (16.7)	

* Bu tabloda Fisher-Freeman-Halton Exact testi uygulanmıştır.

SE: Status epileptikus, NÖİ: Nöbet önleyici ilaç, Kategorik değişkenler: N (%)

HBS ile nöbet tipi, nöbet sıklığı ve eğitim düzeyleri arasında da anlamlı ilişki saptanmamıştır (sırasıyla $p=0,084$, $p=0,129$ ve $p=0,462$) (Tablo 4).

Tablo 4. Hastalarda Huzursuz Bacaklar Sendromu Varlığına Göre Nöbet tipi, Nöbet sıklığı ve Eğitim düzeylerinin Dağılımı

	Huzursuz bacaklar sendromu		p-değeri
	Yok	Var	
	n (%)	n (%)	
Nöbet tipi			0,084
Farkındalığın korunduğu fokal başlangıçlı	4 (8)	1 (4)	
Farkındalığın olmadığı fokal başlangıçlı	17 (34)	3 (12)	
jeneralize (absans ve myokloni dahil)	29 (58)	21 (84)	
Nöbet sıklığı			0,129
1 yıldan uzun süredir nöbetsiz	10 (20)	9 (36)	
1 yıl içinde 1-3 nöbet	19 (38)	5 (20)	
1 ayda 1-3 nöbet	12 (24)	6 (24)	
1 haftada 1-3 nöbet	8 (16)	2 (8)	
1 haftada 4 ve üzeri nöbet	1 (2)	3 (12)	
Eğitim düzeyi			0,462
Eğitimsiz/Okuryazar/Özel Eğitim	5 (10)	3 (12)	
İlköğretim	12 (24)	9 (36)	
Lise	16 (32)	4 (16)	
Lisans/Yüksek lisans	17 (34)	9 (36)	

Kategorik değişkenler: N (%),

* Bu tabloda Fisher-Freeman-Halton Exact testi uygulanmıştır

Tartışma

Epilepside uyku bozuklukları sık görülmektedir.¹⁷⁻¹⁹ Kötü uyku kalitesi, epileptik bireylerin yaşam kalitesini ve duyu durumlarını etkilemektedir.²⁰ Epilepsi hastalarının, nokturnal nöbetler nedeniyle sağlıklı yetişkinlere göre daha düşük uyku kalitesine sahip oldukları ve bunun da yaşam kalitesini belirgin şekilde etkilediği belirtilmektedir.²¹ Çalışmamızda hastaların %44'ünün uykusunun kalitesiz, %10,7'sinin gündüz aşırı uyku hali olduğunu saptadık. Kötü uyku kalitesi aynı zamanda anksiyete ve depresyonla da ilişkilidir ve yaşam kalitesini olumsuz etkiler.^{19,22,23} Bu olumsuz etkiler arasında zayıf öz benlik, akademik ve mesleki başarısızlık, düşük evlilik oranları ve nöbetin neden olduğu fiziksel ve psikolojik sonuçlar yer almaktadır. Epilepsi hastalarının %9-37'si depresyondan, %11-25'i ise kaygıdan muzdariptir.²⁴ Yang ve ark. ileri yaş, kadın cinsiyet, çoklu NÖİ kullanımı, tedaviye uyumun düşük olması ve düşük eğitim seviyesinin depresyon ve anksiyete ile sık birliktelik gösterdiğine dikkati çekmiştir.²⁵ Çalışmamızda hastaların %32'sinde orta ve şiddetli depresyon ve anksiyete bulguları saptanmış olup, literatüre göre yüksek olmasının, çalışma grubunun 3. basamak merkezde takip edilen, çoğunluğu ilaca dirençli epilepsi hastaları olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Ayrıca nöbetlerin uykuda veya uyanıklıkta olması, kullanılan NÖİ sayısı, nöbet sıklığı, hastalık süresi ve eğitim seviyesi ile depresyon ve anksiyete semptomları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (sırasıyla $p=0,146$ ve $0,055$, $p=1,000$ ve $0,460$, $p=0,109$ ve $0,254$, $p=0,201$ ve $0,086$, $p=0,302$ ve $0,849$, $p=0,253$ ve $0,099$).

Ek olarak bu çalışmada kötü uyku kalitesi ve uzun dönem uyku bozukluğu olan epilepsi hastalarının klinik özellikleri incelendiğinde nokturnal nöbet, sık nöbet geçirme ve HBS ile istatistiksel olarak anlamlı bulgular saptanmıştır (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,001$ ve $p=0,008$). Birçok nöbet uyku veya uykudan uyanmayla aktive olur. İnteriktal deşarjlar uyku sırasında daha sık görülür ve en büyük aktivasyon REM uykusu sırasındadır. Uyku sadece epileptiform anormalliklerin sıklığını arttırmakla kalmaz, bunların morfolojisini ve dağılımını da değiştirebilir. Uyku yoksunluğu aynı zamanda hem epileptiform anormallikleri hem de nöbetleri kolaylaştırabilir. Öte yandan nöbetlerde uykuyu etkileyebilir. Epileptik hastalar, artan uyku gecikmesi, parçalanmış uyku, artan uyanma ve evre değişimleri ve göz hareketi uykusunun 1. ve 2. evrelerinde artış dahil olmak üzere birçok uyku anormallığı gösterir.²⁶ Bununla birlikte epileptiform deşarjlar ve anti-epileptik ilaçlar uykuyu olumsuz yönde etkileyebilir. Uykunun epilepside beklenmedik ani ölüm (SUDEP) ile önemli bir ilişkisi olduğu bilinmektedir.²⁷ Çalışmamızda nokturnal nöbeti olan hastaların PUKİ puanları yüksek saptanmıştır.

Literatürde epilepsi hastalarında HBS prevalansının, normal popülasyona göre yüksek olduğu belirtilmiştir.^{28,29} Benzer şekilde bizim çalışmamızda da epilepsi hastalarında yüksek oranda HBS saptanmıştır. Ek olarak HBS saptanan epilepsi hastalarında anksiyete ve depresyon belirtileri, kötü uyku kalitesi ile uzun dönem uyku bozukluğu pozitif korelasyon göstermiştir. Farklı bir çalışmada fokal temporal ve sağ temporal lob epilepsisi olanlarda HBS semptomlarının daha sık görüldüğü belirtilmiştir fakat biz çalışmamızda HBS semptomları ile nöbet tipi arasında anlamlı bir ilişki saptamadık.^{30,31} (p=0,084) Bu durum fokal epilepsili hasta sayımızın nispeten az olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızın kısıtlı yönleri örneklemimizin küçük olması, epilepside uyku kalitesine ilişkin ankete dayalı değerlendirmenin tek başına bozuklukları tespit etmek için yeterli olmaması ve uyku kalitesini etkileyebilecek objektif parametrelerdeki değişiklikleri ölçmek için polisomnografi gibi ileri basamak uyku tetkiklerinin olmamasıdır.

Sonuç

Özet olarak; epilepsi hastalarında nokturnal nöbetler ve HBS; kötü uyku kalitesine, depresyon ve anksiyeteye neden olmakta ve yaşam kalitesini azaltmaktadır. Bu nedenle epilepsi hastalarında depresyon, anksiyete, uyku kalitesi ve HBS varlığı sorgulanmalı ve uygun şekilde yönetilmelidir. Özellikle yoğun epilepsi kliniklerinde basit tarama araçları ile duygudurum ve uyku bozukluklarının varlığı sorgulanabilir ve buna yönelik önlemler alınabilir. Epilepsi hastalarının yaşam kalitesini artırmak en önemli hedefdir. Hastalarla birinci basamakta karşılaşan hekimlerin, epilepsi hastalarında basit tarama sorularıyla uyku bozukluğu, psikiyatrik komorbiditeler ve HBS semptomlarının varlığını sorgulayarak hayat kalitesini ve hastalığın seyrini olumsuz etkileyen durumların daha erken farkına varılmasını ve önlem alınabilmesini sağlamaları önem arz etmektedir. Bu sayede epilepsi hastalarını günlük yaşam aktivitelerinde daha az bağımlı hale getirerek engellilik yükünün azalmasını sağlayabiliriz.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Maddi destek

Yazarlar bu çalışma için finansal destek ve bağış almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. Khatami R, Zutter D, Siegel A, Mathis J, Donati F, Bassetti CL. Sleep-wake habits and disorders in a series of 100 adult epilepsy patients--a prospective study. *Seizure*. 2006;15(5):299-306. doi:10.1016/j.seizure.2006.02.018
2. Vendrame M, Yang B, Jackson S, Auerbach SH. Insomnia and epilepsy: a questionnaire-based study. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med*. 2013;9(2):141-146. doi:10.5664/jcsm.2410
3. Jacoby A, Snape D, Lane S, Baker GA. Self-reported anxiety and sleep problems in people with epilepsy and their association with quality of life. *Epilepsy Behav EB*. 2015;43:149-158. doi:10.1016/j.yebeh.2014.09.071
4. Matos G, Andersen ML, do Valle AC, Tufik S. The relationship between sleep and epilepsy: evidence from clinical trials and animal models. *J Neurol Sci*. 2010;295(1-2):1-7. doi:10.1016/j.jns.2010.05.003
5. Manni R, Terzaghi M. Comorbidity between epilepsy and sleep disorders. *Epilepsy Res*. 2010;90(3):171-177. doi:10.1016/j.eplepsyres.2010.05.006
6. Marghalani YO, Aljabri A, Kaneetah AH, Alzahrani SG, Hmoud M, Attar A. Quality of Life in Pediatrics With Intractable Epilepsy at King Abdulaziz Medical City, Jeddah, Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Cureus*. 2023 Jul 25;15(7):e42417. doi: 10.7759/cureus.42417. eCollection 2023 Jul.
7. Öz B, Şahin AK, Türay S, Sungur MA. Evaluation of sleep habits, sleep chronotype, and quality of life in children with drug-resistant epilepsy in Turkey. *Epilepsy Behav EB*. 2022;130:108675. doi:10.1016/j.yebeh.2022.108675
8. Allen RP, Picchietti DL, Garcia-Borreguero D, Ondo WG, Walters AS, Winkelman JW et al. Restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease diagnostic criteria: updated International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) consensus criteria--history, rationale, description, and significance. *Sleep Med*. 2014;15(8):860-873. doi:10.1016/j.sleep.2014.03.025
9. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893-897. doi:10.1037//0022-006x.56.6.893
10. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmén H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cogn Psychother*, 1998;12:163-172.
11. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988;8(1):77-100. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5
12. Hisli N. Beck Depresyon Ölçeği'nin bir Türk örnekleminde geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1988; 6:118-122.

13. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res.* 1989;28(2):193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4
14. Agargun MY, Kara H, Anlar O. The validity and reliability of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Türk Psikiyatri Derg.* 1996;7 (2), 107-115
15. Izci B, Ardic S, Firat H, Sahin A, Altinors M, Karacan I. Reliability and validity studies of the Turkish version of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep Breath Schlaf Atm.* 2008;12(2):161-168. doi:10.1007/s11325-007-0145-7
16. Agargun MY, Çilli AS, Kara H, Bilici M, Telcioğlu M, Semiz ÜB. Epworth Uykululuk Ölçeği'nin Geçerliği Ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 1999;10 (4), 261-267
17. Stauder M, Vogel AC, Nirola DK, Tshering L, Dema U, Dorji C et al. Depression, sleep quality, and social isolation among people with epilepsy in Bhutan: A cross-sectional study. *Epilepsy Behav EB.* 2020;112:107450. doi:10.1016/j.yebeh.2020.107450
18. Chong CS, Tan JK, Ng BH, Lin ABY, Khoo CS, Rajah R et al. The prevalence and predictors of poor sleep quality and excessive daytime sleepiness in epilepsy: A single tertiary centre experience in Malaysia. *J Clin Neurosci.* 2023;118:132-142. doi:10.1016/j.jocn.2023.10.012
19. Im HJ, Park SH, Baek SH, Chu MK, Yang KI, Kim WJ et al. Associations of impaired sleep quality, insomnia, and sleepiness with epilepsy: A questionnaire-based case-control study. *Epilepsy Behav EB.* 2016;57(Pt A):55-59. doi:10.1016/j.yebeh.2016.01.022
20. Shvarts V, Chung S. Epilepsy, antiseizure therapy, and sleep cycle parameters. *Epilepsy Res Treat.* 2013;2013:670682. doi:10.1155/2013/670682
21. Unterberger I, Gabelia D, Prieschl M, Chea K, Hofer M, Högl B et al. Sleep disorders and circadian rhythm in epilepsy revisited: a prospective controlled study. *Sleep Med.* 2015;16(2):237-242. doi:10.1016/j.sleep.2014.09.021
22. Çilliler AE, Güven B. Sleep quality and related clinical features in patients with epilepsy: A preliminary report. *Epilepsy Behav EB.* 2020;102:106661. doi:10.1016/j.yebeh.2019.106661
23. Gümüşyayla Ş, Vural G. Epilepsili Hastalarda Uyku Bozuklukları ve Bunun Yaşam Kalitesine Etkisi. *Kafkas J Med Sci.* 2018;8(1):59-69. doi:10.5505/kjms.2017.93824
24. Cronin W, Kwan P, Foster E. Anxiety and depressive symptoms in adults with new-onset seizures: A scoping review. *Epilepsia Open.* 2023 Sep;8(3):758-772. doi: 10.1002/epi4.12766. Epub 2023 Jun 6.
25. Yang Y, Yang M, Shi Q, Wang T, Jiang M. Risk factors for depression in patients with epilepsy: A meta-analysis. *Epilepsy Behav.* 2020;106:107030. doi:10.1016/j.yebeh.2020.107030
26. Roebber JK, Lewis PA, Crunelli V, Navarrete M, Hamandi K. Effects of Anti-Seizure Medication on Sleep Spindles and Slow Waves in Drug-Resistant Epilepsy. *Brain Sci.* 2022 Sep 24;12(10):1288. doi: 10.3390/brainsci12101288.
27. Moore JL, Carvalho DZ, St Louis EK, Bazil C. Sleep and Epilepsy: a Focused Review of Pathophysiology, Clinical Syndromes, Co-morbidities, and Therapy. *Neurother J Am Soc Exp Neurother.* 2021;18(1):170-180. doi:10.1007/s13311-021-01021-w
28. Dede HÖ, Bebek N, Oğuz Akarsu E, Samancı B, Karbay M, Gürses C et al. Relationship Between Sleep Characteristics and Sudden Unexplained Death Risk in Epilepsy. *The Neurologist.* 2019;24(6):170-175. doi:10.1097/NRL.0000000000000254
29. Khachatryan SG, Ghahramanyan L, Tavadyan Z, Yeghiazaryan N, Attarian HP. Sleep-related movement disorders in a population of patients with epilepsy: prevalence and impact of restless legs syndrome and sleep bruxism. *J Clin Sleep Med JCSM Off Publ Am Acad Sleep Med.* 2020;16(3):409-414. doi:10.5664/jcsm.8218
30. Geyer JD, Geyer EE, Fetterman Z, Carney PR. Epilepsy and restless legs syndrome. *Epilepsy Behav.* 2017;68:41-44. doi:10.1016/j.yebeh.2016.12.010
31. Gammino M, Zummo L, Bue AL, Urso L, Terruso V, Marrone O et al. Excessive Daytime Sleepiness and Sleep Disorders in a Population of Patients with Epilepsy: a Case-Control Study. *J Epilepsy Res.* 2016;6(2):81-88. doi:10.14581/jer.16015



Original Research / Orijinal Araştırma

The Relationship between Job Satisfaction and Burnout in Healthcare Professionals: Meta-Analysis

Sağlık Çalışanlarında İş Tatmini ve Tükenmişlik İlişkisi: Meta-Analizi

Hatice MUTLU¹, Okan Anıl AYDIN¹

Abstract

Aim: The study aims to gather under a single roof a meta-analysis of the relationship between job satisfaction and burnout in healthcare workers, carried out in OECD countries, and to obtain a general result.

Method: Unlike similar methodologies employed in assessing the correlation between job satisfaction and job performance in international literature, the study employed the meta-analysis technique in its methodology. For this aim, the literature was systematically reviewed, and 35 specific studies meeting the established criteria were included. The initial step involved uploading these studies into the Comprehensive Meta-Analysis V3 program and subsequently coding them for analysis. Before commencing the study analysis, the decision was made regarding the model for the effect size calculation, with preference given to the random effects model. Following this, the analysis encompassed effect size determination, examination of publication bias, and execution of subgroup analyses.

Results: Considering the prominent findings of the study, a negative and significant relationship was found between job satisfaction and burnout. The individual studies included in the study do not have publication bias. There exists a statistically significant difference among countries concerning the correlation between job satisfaction and burnout.

Conclusion: The structure and functioning of countries' health systems are unique and different. The effects of this situation are also reflected in the findings of the study. To increase the satisfaction of healthcare professionals, human resources strategies specific to the dynamics of each country should be determined and implemented, and the results should be monitored.

Keywords: Job satisfaction, Burnout, OECD, Meta-Analysis

Özet

Amaç: Çalışma, sağlık çalışanlarında iş tatmini ile tükenmişlik arasındaki ilişkinin OECD ülkelerinde gerçekleştirilen meta-analizini tek çatı altında toplayarak genel bir sonuç elde etmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Uluslararası literatürde yer alan, iş tatmini ile tükenmişlik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde kullanılan metodolojilerden farklı olarak bu çalışmada meta-analiz tekniği kullanılmıştır. Bu amaçla literatür sistematik olarak taranarak belirlenen kriterleri karşılayan 35 spesifik çalışma araştırmaya dahil edilmiştir. İlk adım, bu çalışmaların kapsamlı Meta-Analiz V3 programına yüklenmesini ve ardından analiz için kodlanmasını içermektedir. Çalışma analizine başlamadan önce, etki büyüklüğü hesaplamasında kullanılacak modele karar verilmiş, ardından rastgele etkiler modeli tercih edilmiştir. Bunu takiben analiz, etki büyüklüğünün belirlenmesini, yayın yanlılığının incelenmesini ve alt grup analizlerinin yapılmasını kapsamaktadır.

Bulgular: İş tatmini ile tükenmişlik arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Araştırmaya dahil edilen bireysel çalışmalarda yayın yanlılığı bulunmamaktadır. Araştırmanın bir diğer önemli sonucu ise iş tatmini ile tükenmişlik arasındaki ilişki açısından ülkeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmasıdır.

Sonuç: Ülkelerin sağlık sistemlerinin yapısı ve işleyişi kendine özgü ve farklıdır. Bu durumun etkileri çalışmanın bulgularına da yansımaktadır. Sağlık çalışanlarının memnuniyetini artırmak için her ülkenin dinamiklerine özel insan kaynakları stratejileri belirlenerek uygulanmalı ve sonuçları takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İş tatmini, Tükenmişlik, OECD, Meta-Analiz

Geliş tarihi / Received: 28.10.2023 Kabul tarihi / Accepted: 05.03.2024

¹ Beykent University Institute of Health Sciences. Cumhuriyet Mahallesi, Beykent, Büyüçekmece / İstanbul

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Hatice MUTLU, Beykent University Institute of Health Sciences. Cumhuriyet Mahallesi, Beykent, İstanbul / TÜRKİYE

E-posta: haticemutlu@beykent.edu.tr / haticemutlu@yandex.com Tel: +90 5057559070

Mutlu H. Aydın OA. *The Relationship between Job Satisfaction and Burnout in Healthcare Professionals: Meta-Analysis TJFMPC*, 2024; 18 (2) :162-170

DOI: 10.21763/tjfmpe.1382695

Introduction

Burnout is characterized as a syndrome stemming from prolonged stress within the work environment that remains unaddressed and is distinguished by three key dimensions: feelings of energy depletion or exhaustion, an amplified mental detachment from one's job, and a sense of negativity or cynicism, resulting in reduced professional efficacy.¹ Job satisfaction is expressed as the sum of people's feelings and beliefs about their current job.² These two concepts are part of health professionals' work lives under intense and stressful conditions. The literature suggests that there exists an inverse correlation between job satisfaction and burnout.³ Occupational stress, burnout, absenteeism due to fatigue, high staff turnover, decreased patient satisfaction, increased diagnosis and treatment errors occur due to time pressure, job definition ambiguities, long-term and shift work, and unsupported and moral injury.⁴ In the literature, the causes of burnout in healthcare workers are listed as limited hospital resources, risk of exposure to the virus, long shifts, disruption of sleep patterns, inability to maintain work-life balance, neglect of families due to excessive workload, and lack of communication and information.⁵ One of the reasons for burnout is stated to be low salary and fringe benefits.⁶ In the reports of the World Health Organization (WHO), it is stated that low salaries and dissatisfaction are reasons for the international movement of health workers, and in this context, countries have/should make improvements.⁷ In the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, the factors affecting health workers' job satisfaction and burnout and their results are discussed as research subjects. For instance, according to reports from the WHO, the count of migrant doctors and nurses employed in OECD countries witnessed a 60% surge from 2010 to 2020. This indicates a growing disparity between the availability and economic requirements of healthcare professionals, coupled with the escalating trend of international migration among these workers.⁸ This situation can be expressed as a risk caused by job dissatisfaction and burnout, which may prevent the sustainability of the health system on a global basis and the provision of equitable and equal healthcare services. Job dissatisfaction and burnout are essential factors affecting health service quality. In OECD reports, it was reported that job satisfaction of healthcare professionals is one of the practical tools that improve patient and employee safety culture.⁹ Studies conducted in the USA and Lithuania determined that health professionals' job satisfaction is directly proportional to patient satisfaction and quality of care.¹⁰⁻¹² In studies conducted in Türkiye, Brazil, Japan, Austria, and Switzerland, it was determined that health workers' job satisfaction is affected by factors such as conflict resolution in the workplace, relations with colleagues, job stress, fair promotion, salary, and reward.¹³⁻¹⁶ In this context, it can be stated that job satisfaction and burnout in health workers affect the health service delivery process from end to end. The study seeks to perform a statistical analysis using the meta-analysis method on studies conducted in OECD countries that explore job satisfaction and burnout among healthcare professionals, aiming to contribute as a comprehensive meta-compilation to the existing literature.

Method

In this study, the meta-analysis approach, which is one of the systematic review methods, was employed for analysis. In meta-analysis studies, correlation studies are used continuously, and the average effect size and homogeneity status are determined by bringing together the data related to the correlation. The hypotheses prepared by the purpose of the study are as follows:

H₁: There is a statistically significant negative relationship between burnout and job satisfaction.

H₂: There is a statistically significant difference between burnout and job satisfaction studies according to the years they were published.

H₃: There is a statistically significant difference according to the countries where burnout and job satisfaction studies are conducted.

Table 1. Literature Evaluation Strategy

Literature Review	Inclusion Criteria	Extraction Criteria
Publication language	Full-text articles in Turkish and English	Publications in other languages and non-articles
Publication type	Articles	Other publications
Data Sources	Pubmed, Google Scholar, Web of Science and National Academic Network and Information Center	Publications not in specified sources
Keywords	Job satisfaction, burnout, doctor, nurse, health worker, health.	Other words.
Statistics data	Correlation and sample size are needed for meta-analysis. In addition, the studies were evaluated in the years they were carried out.	Other data that is not needed.
Sample	Doctors, nurses, and other health professionals.	Other occupational groups
Release year	2010 and after	2009 and before

Based on the study's objective, an analysis was conducted on research within the OECD concerning the correlation between burnout and job satisfaction among healthcare professionals. In determining the studies on the subject, the exclusion and inclusion criteria strategies specified in Table 1 were developed to search the relevant literature and obtain results suitable for the study.

All individual studies related to the subject of the study were examined in detail, and the summary parts of those deemed appropriate were ready to use in the analysis. In the first part of the study, 850 individual studies were determined by the literature review strategy. As a result of the deep examination, it was seen that 550 of 850 studies consisted of research repeated on different platforms of the same publications and were excluded. Abstracts of the remaining 300 studies were reviewed, and 250 more were excluded according to the exclusion and inclusion criteria. In the remaining 50 studies, it was deemed appropriate to exclude 15 and analyze 35 studies because they needed to comply with the pertinent data and study criteria fully. In the last stage, burnout and job satisfaction were transferred to the coding form prepared by the authors by the determined standards. The literature review strategy results are presented in the flow diagram of PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) developed by Moher et al.¹⁷

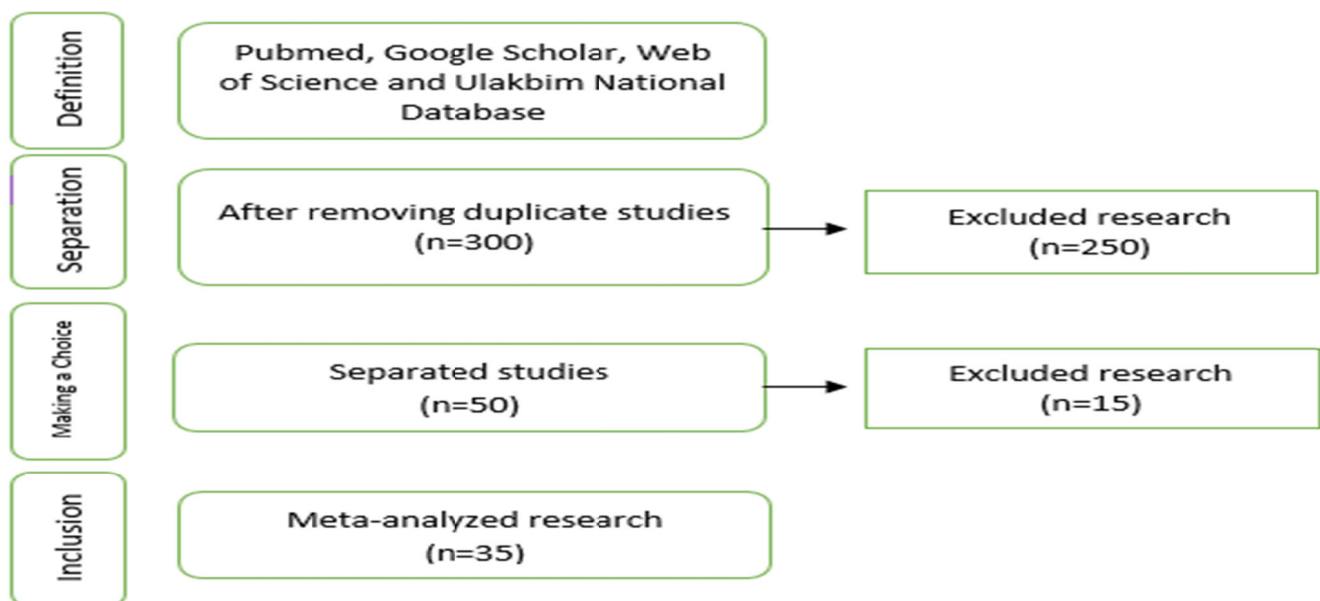


Figure 1. PRISMA flowchart showing the process of literature search and inclusion of accessed individual studies in meta-analysis

The Comprehensive Meta-Analysis v3 (CMA) package program was used to analyze the overall effect size of individual studies that examined the relationship between burnout and job satisfaction. In evaluating the effect size obtained, the effect size threshold values suggested by Cohen et al. for correlation coefficients were taken as a guide.¹⁸ These threshold values are;

0.00< very weak effect <0.10;

0.11< weak effect <0.30;

0.31< moderate effect <0.50;

0.51< strong effect <0.80;

0.81 and above is considered a powerful effect.

The correlation coefficients and sample sizes from the 35 included studies were employed to compute the overall effect size concerning the relationship between burnout and job satisfaction. Initially, individual studies were subjected to homogeneity-heterogeneity analyses, assessing whether the test results surpassed the critical value. According to the results of this analysis, the appropriate effect size model, either fixed effect or random effect models, was chosen. Then, the findings were evaluated and interpreted by looking at the total number of studies dealing with the relationship (k), sample size (N), effect size, lower and upper limits, Q value, Fisher's z value, degrees of freedom (sd), and p-value.

The random effects model was used to test heterogeneity in this study. In this context, Cochran Q statistics and I² tests were performed. In terms of heterogeneity, I² values can be between 0% and 100%, and as the percentage value increases, the heterogeneity also increases. The I² value represents 25% low, 50% medium, and 75% and higher high heterogeneity.

In 35 individual studies that were included in the meta-analysis, the scatter in the funnel plot was first evaluated to examine whether there was a publication bias. Then, by applying Egger's linear regression analysis and Begg and Mazumdar rank correlation test, it is stated that there is no publication bias if the results obtained in the Kendall Tau coefficient are not statistically significant.

Results

Table 2. Description and Analysis of Studies Included in Meta-Analysis

Features of Studies		Burnout and Job Satisfaction Studies	
		N	%
Number of studies		35	100
Total number of samples		10.328	100
Country	USA	6	21
	Australia	2	7
	France	1	3,5
	Netherlands	1	3,5
	Spain	3	10,5
	Canada	1	3,5
	Korea	8	28
	Norway	1	3,5
	Poland	1	3,5
	Türkiye	11	38,5
Total		35	100

Table 2 shows the descriptive features of the individual studies included in the study. It is seen that 35 individual studies, 10,328 samples, and the countries with the highest number of studies included are Türkiye (n= 11), Korea (n= 8), USA (n= 6), Spain (n= 3), Australia (n= 2) and other countries France, Netherlands, Canada, Norway, and Poland (n=1).

Table 3. Heterogeneity Test for Correlation Between Burnout and Job Satisfaction

Model	95% Confidence Interval of Effect Size				Heterogeneity Test				
	Number of studies	Effect size (r)	Lower limit	Upper limit	Q value (x ²)	.05 Confidence level (x ²)	Value of freedom (df)	p	I ²
Fixed	35	-0,499	-0,518	-0,480	349,730	49,802	34	0,000	90,278
Random	35	-0,503	-0,567	-0,440					

First, homogeneity-heterogeneity tests are performed for individual studies that are meta-analyzed. According to the analysis result, whether it is above the critical value or not and whether the significance value is less than 0.05, a fixed or random effect model is selected. If the studies are homogeneously distributed, the fixed effect model should be used, while if they are heterogeneously distributed, the random effect size model should be used. In addition, they stated in the literature that it is necessary to use the random effects model from the structure of data in social sciences.¹⁸

Table 3 shows the heterogeneity test results for the relationship between burnout and job satisfaction. According to the results of the heterogeneity test, it is seen that the studies included in the meta-analysis are heterogeneous because the p-value is 0.000, it is found to be less than 0.05, and the Q value is greater than the value corresponding to the freedom value.¹⁹ The I² statistical value used to determine the level of heterogeneity was defined as 90,278. Considering these results, a random effects model was used to determine the effect size in the study.

Table 4. Average Effect Size of Correlation Between Burnout and Job Satisfaction Forest Plot

Study name	Statistics for each study						Fisher's Z and 95% CI	
	Fisher's Z	Standard error	Variance	Lower limit	Upper limit	Z-Value	p-Value	
Turunc and Ogen,2022	-0,131	0,050	0,003	-0,229	-0,033	-2,612	0,009	
Yucel and Kocak,2018	-0,351	0,057	0,003	-0,463	-0,238	-6,125	0,000	
Atalay and Cakirel,2022	-0,816	0,071	0,005	-0,955	-0,677	-11,514	0,000	
Edis and Keten,2022	-0,467	0,067	0,004	-0,598	-0,336	-6,994	0,000	
Naldan et al., 2019	-0,483	0,104	0,011	-0,687	-0,280	-4,662	0,000	
Celik and Kilic,2019	-0,533	0,077	0,006	-0,685	-0,382	-6,914	0,000	
Kodaman and Kizilkaya,2022	-0,791	0,097	0,009	-0,981	-0,601	-8,144	0,000	
Oral and Kose,2011	-0,532	0,087	0,008	-0,702	-0,362	-6,137	0,000	
Kumas et al.,2019	-0,497	0,118	0,014	-0,728	-0,266	-4,220	0,000	
Baglar and Develi,2021	-0,741	0,071	0,005	-0,881	-0,602	-10,406	0,000	
Cimen et al.,2012	-0,873	0,119	0,014	-1,106	-0,641	-7,358	0,000	
Hazel,2010	-0,829	0,091	0,008	-1,008	-0,650	-9,082	0,000	
Iglesias and Bengoa Vallejo,2013	-0,040	0,119	0,014	-0,273	0,193	-0,337	0,736	
Boamah et al., 2017	-0,618	0,050	0,002	-0,716	-0,521	-12,414	0,000	
Lea et al.,2022	-0,482	0,081	0,007	-0,641	-0,323	-5,945	0,000	
Myhren et al.,2013	-0,440	0,084	0,007	-0,605	-0,276	-5,248	0,000	
Hayes et al., 2015	-0,633	0,049	0,002	-0,729	-0,537	-12,876	0,000	
Meeusen et al.,2011	-0,549	0,034	0,001	-0,615	-0,483	-16,286	0,000	
Munnangi et al.,2018	-0,277	0,118	0,014	-0,508	-0,046	-2,349	0,019	
Senter et al.,2010	-0,532	0,061	0,004	-0,652	-0,412	-8,711	0,000	
Mahoney et al.,2020	-0,756	0,064	0,004	-0,882	-0,631	-11,792	0,000	
Yom,2013	-0,536	0,047	0,002	-0,627	-0,445	-11,510	0,000	
Choi and Han,2013	-0,502	0,057	0,003	-0,614	-0,391	-8,860	0,000	
Galian-Munoz et al.,2014	-0,400	0,026	0,001	-0,451	-0,349	-15,422	0,000	
Chung and Han,2014	-0,758	0,129	0,017	-1,011	-0,505	-5,873	0,000	
Meyer et al., 2015	-0,020	0,066	0,004	-0,150	0,110	-0,302	0,763	
Im Choi and Koh,2015	-0,809	0,055	0,003	-0,917	-0,701	-14,628	0,000	
Lim and Cho,2018	-0,459	0,039	0,002	-0,536	-0,381	-11,649	0,000	
Uchmanowicz et al.,2019	-0,515	0,054	0,003	-0,620	-0,410	-9,597	0,000	
Kim et al.,2017	-0,648	0,034	0,001	-0,714	-0,581	-19,121	0,000	
Portero de la Cruz et al.,2020	-0,040	0,077	0,006	-0,191	0,111	-0,519	0,604	
Rouxel, 2016	-0,412	0,053	0,003	-0,515	-0,309	-7,813	0,000	
Jin et al.,2017	-0,485	0,084	0,007	-0,649	-0,320	-5,776	0,000	
Scanlan and Still,2019	-0,229	0,078	0,006	-0,381	-0,077	-2,949	0,003	
Yoon and Sok,2016	-0,466	0,066	0,004	-0,594	-0,338	-7,114	0,000	
Pooled	-0,503	0,033	0,001	-0,567	-0,440	-15,447	0,000	
Prediction Interval				-0,872	-0,135			

Meta Analysis

The correlation coefficient was used to calculate the effect size of the relationship between burnout and job satisfaction. The effect size value, 95% confidence interval values, and Fisher's z values calculated according to the random effect model are shown in Table 4.

Considering the findings shown in Table 4, when the random effect size of 35 individual studies included in the meta-analysis study is examined, it is seen that the effect size value indicating the level of relationship between burnout and job satisfaction is (-0.503). The effect sizes in the 95% confidence interval of the related studies are between the lower limit (-0.567) and the upper limit (-0.440) values. It is also seen that the results of the Z test (-15,447) for 35 individual studies included in the meta-analysis and the impact of the overall effect size are

significant ($p=0.000<0.005$). When looking at the forest plot (Forest Plot) to see the estimated results with the confidence interval of all individual studies included in the meta-analysis, it is seen that the effect sizes of Cimen et al.'s article²⁰ on the far right and Meyer et al.'s article²¹ on the far left. The obtained effect size value (-0.503) has a strong correlation, according to the study of Cohen et al.¹⁸

In meta-analysis studies, a funnel plot is one of the most used methods in examining and evaluating publication bias. The results of the funnel plot showing the publication bias of the studies included in the meta-analysis are shown in Figure 2. In the funnel plot, the y-axis gives the standard error value of individual studies, while the x-axis shows the effect sizes of these studies. Studies with a high standard error value are towards the bottom of the funnel plot, and studies with a low standard error value are near the mean effect size and at the top of the graph. In meta-analysis studies, the symmetrical spread of the circles showing the individual studies around the vertical line in the middle showing the effect size indicates no publication bias in the meta-analysis study.²²

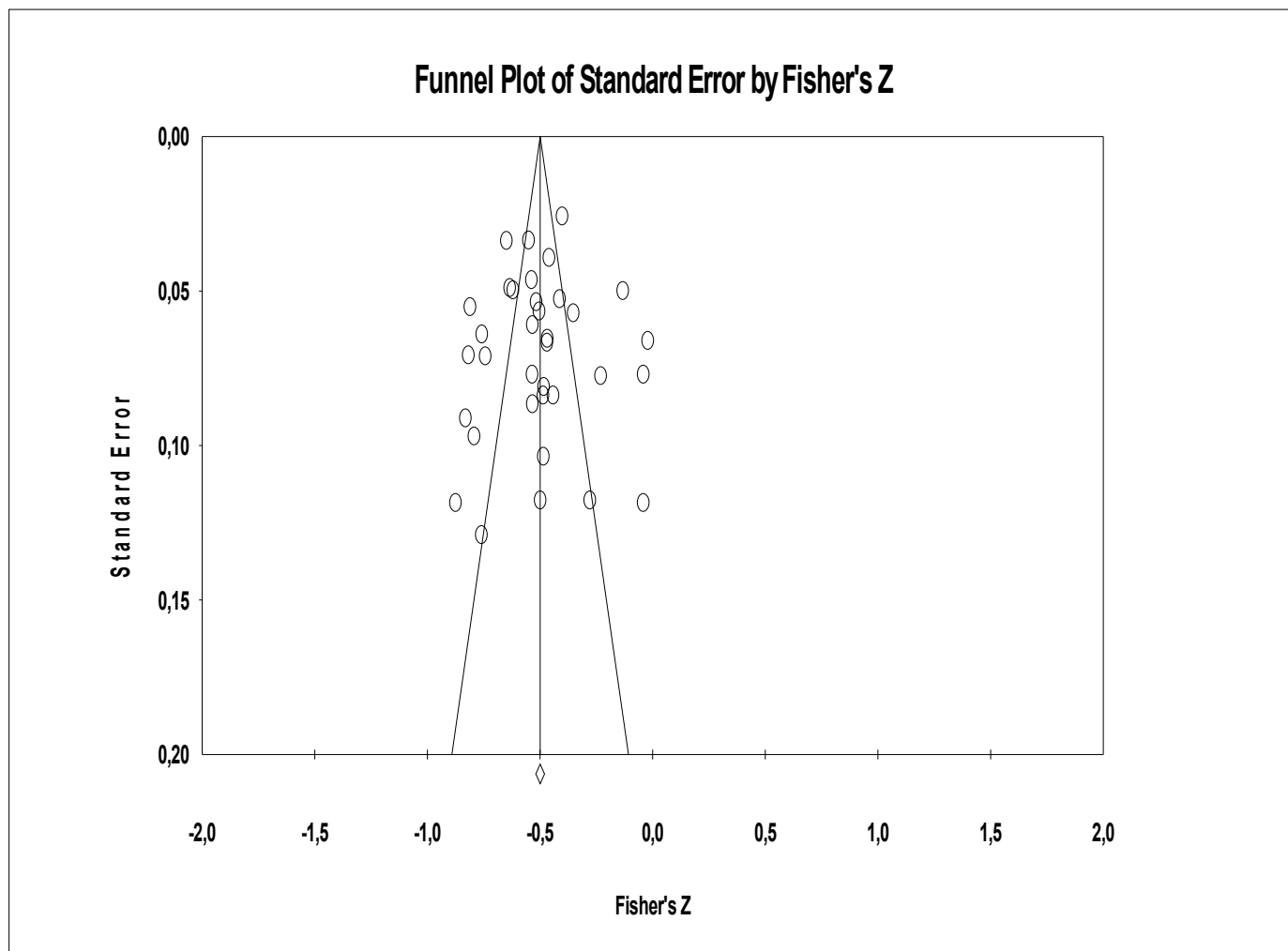


Figure 2. *Funnel Plot of the Relationships Between Burnout and Job Satisfaction*

One of the methods used to evaluate publication bias in meta-analysis studies is Egger's linear regression test. In this meta-analysis study, the result of Egger's linear regression test was determined as Intercept=-0.31202, $t=-0.21914$, $p=0.82789$. Another method used to assess publication bias in meta-analysis studies is the Begg and Mazumdar rank correlation statistics. According to this method, Kendall's tau b coefficient should be close to 1, and the p-value should be greater than 0.05. For this study, Kendall's Tau = 0.01513, $p = 0.89830$, indicating no publication bias in the studies included in the meta-analysis. Another method to look for publication bias is the Classic fail-safe N statistic. Classic fail-safe N statistics show the number of studies that should be included in the meta-analysis study for the p-value to be greater than the alpha value.¹⁹ For example, the number of studies required for burnout and job satisfaction p-value to be greater than 0.05 is 20558. Since it is impossible to reach 20558 studies examining burnout and job satisfaction in OECD countries, this result shows no publication bias. As a result, it can be said that there is no publication bias in the meta-analysis study.

Table 5. Subgroup Meta-Analysis Findings According to Publication Years of Studies Between Burnout and Job Satisfaction

Variable		k	Effect Size	95% Confidence Interval		sd	.05 Confidence Level X^2	Intergroup Homogeneity Value (Q_B)	p
				Lower Limit	Upper Limit				
Broadcast years	2010	2	-0,587	-0,746	-0,365	10	18,307	21,606	0,017
	2011	2	-0,547	-0,543	-0,451				
	2013	4	-0,410	-0,512	-0,249				
	2014	2	-0,557	-0,719	-0,206				
	2015	3	-0,489	-0,723	-0,063				
	2016	2	-0,433	-0,473	-0,339				
	2017	3	-0,611	-0,595	-0,491				
	2018	3	-0,393	-0,455	-0,286				
	2019	5	-0,450	-0,515	-0,320				
	2020	2	-0,400	-0,801	-0,294				
	2022	5	-0,533	-0,668	-0,253				
Total		33	-0,469	-0,495	-0,442				

Table 5 shows the results of the subgroup analysis made according to the years in which the burnout and job satisfaction studies were conducted. The sample number of the years included in the analysis is greater than 1. According to the results of this analysis, the highest effect size values were -0.611 for 2017, while the lowest was -0.393 for 2018. The effect size value for all the years of the research was found to be -0.469. The homogeneity test results aimed at assessing significant differences in effect sizes indicated a statistically significant variation among the research groups conducted in different years ($Q_B=21.606$, $p=0.017<0.05$).

Table 6. Subgroup Meta-Analysis Findings According to Countries Where Studies Between Burnout and Job Satisfaction Studies were Conducted

Variable		k	Effect Size	95% Confidence Interval		sd	.05 Confidence Level X^2	Intergroup Homogeneity Value (Q_B)	p
				Lower Limit	Upper Limit				
Country	USA	6	-0,484	-0,543	-0,424	26	38,885	267,537	0,000
	Australia	2	-0,517	-0,599	-0,436				
	Korea	8	-0,574	-0,609	-0,539				
	Türkiye	11	-0,488	-0,532	-0,443				
Total		27	-0,529	-0,553	-0,505				

Table 6 shows the results of the subgroup analysis according to the countries where the burnout and job satisfaction studies were conducted. The countries included in the analysis are those with a sample number greater than 1. According to the results of this analysis, the effect size values were determined as -0.574 for Korea, -0.517 for Australia, -0.488 for Türkiye, and -0.484 for the USA, respectively. The effect size value for the countries where the research was conducted was found to be -0.529. The results from the homogeneity test, assessing for a notable contrast in effect sizes, confirmed a statistically significant difference among the country groups where the research was conducted ($Q_B=267.537$, $p=0.000<0.05$).

Discussion

The objective of this study is to determine the directional correlation between job satisfaction and burnout through meta-analysis. Within this framework, it was identified that 35 studies met the criteria for inclusion in our current meta-analysis, as per the established research guidelines.

As indicated in Table 4, the effect sizes were calculated by analyzing 35 individual studies that were the subject of the study. The smallest effect size was -0.567, while the largest effect size was -0.440. Therefore, the average effect size of the study was determined as -0.503. As a result of this determined effect size, the H_1 hypothesis that there is a negative relationship between burnout and job satisfaction was accepted. Examining the research explicitly made for the health sector within the scope of OECD countries, we found that similar results were obtained with our study.²³⁻²⁸ Due to working conditions in the health sector, stressful and long working hours and the inability to maintain a work-life balance may occur.²⁹⁻³⁰ In this context, although the countries are different, the negative relationship between job satisfaction and burnout due to the working conditions of the health sector can be expressed as a result of the dynamics of the industry.

Tests for publication bias were carried out to assess the reliability and validity of the findings in the current meta-analysis study. In the study, Funnel Plot, Egger's linear regression test, Begg and Mazumdar rank correlations, and Classic fail-safe N statistics were used to determine publication bias. The test results concluded that the studies included in the current meta-analysis exhibit a very high degree of heterogeneity. The publication bias tests found no findings that could cause publication bias in the present study. In this context, H_2 hypothesis was rejected.

According to the outcomes of the homogeneity test, the study found a statistically significant disparity among the countries from which the study samples included in the analysis were derived. In the literature, when the findings regarding the job satisfaction of the health workers of the countries included in the analysis were examined, it was determined that the rates were measured as 20.2% in Korea, 96% in Australia, 61.91% in Türkiye, and 77.6% in the USA.³¹⁻³⁴ Health systems reflect societies' social, cultural, and traditional expectations, lifestyles, and political systems.³⁵ As a result, each country has a unique health system.³⁶ In this context, it can be said that the health service provision of countries and, accordingly, the working conditions of health workers differ, and this situation causes differences in job satisfaction and burnout levels. In this direction, there is a statistically significant difference between burnout and job satisfaction studies according to the countries where the H_3 hypothesis was accepted.

Conclusion

The research concluded that a substantial and adverse correlation exists between job satisfaction and burnout. The structure and functioning of countries' health systems are unique and different. That's why job satisfaction and burnout levels vary among healthcare professionals as well. In this context, to reduce burnout of healthcare workers and increase job satisfaction, human resources strategies focused on employee satisfaction should be determined and implemented by analyzing the current situation and root cause for each country and the results should be monitored. By adding new variables and expanding the study area in future studies, more generalizable results can be achieved and comparisons can be made on a country basis

Funding

No specific funding was received for this study.

Conflicts of Interest

The authors declare that they have no competing interests.

References

1. World Health Organization. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. 2019. Available from: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>. Access Date: 20.09.2023
2. Aziri B. Job satisfaction: A literature review. *Management Research and Practice* 2011;3(4):77-86.
3. Tsigilis N, Koustelios A, Togia A. Multivariate relationship and discriminant validity between job satisfaction and burnout. *Journal of Managerial Psychology* 2004;19(7):666-75.
4. International Labour Organization. Decent working time for nursing personnel: Critical for worker well-being and quality care. Available from: https://www.ilo.org/sector/Resources/publications/WCMS_655277/lang--en/index.htm. Accessed: October 3, 2022.
5. Raudenská J, Steinerová V, Javůrková A, Urits I, Kaye AD, Viswanath O, et al. Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology* 2020;34(3):553-60.

6. Sarabi RE, Javanmard R, Shahrababaki PM. Study of burnout syndrome, job satisfaction and related factors among health care workers in rural areas of Southeastern Iran. *AIMS Public Health* 2020;7(1):158-68.
7. World Health Organization. Migration of Health Workers: WHO Code of Practice and the Global Economic Crisis. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241507141>. Accessed: December 13, 2022.
8. World Health Organization. WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: <http://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/>. Accessed: October 3, 2022.
9. Khamlub S, Harun-Or-Rashid M, Sarker MAB, Hirosawa T, Outavong P, Sakamoto J. Job satisfaction of health-care workers at health centers in Vientiane Capital and Bolikhamxai Province, Lao PDR. *Nagoya Journal of Medical Science* 2013;75(3-4):233-41.
10. Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction?. *Journal of General Internal Medicine* 2000;15:122-28.
11. Buciuniene I, Blazevičienė A, Bliudziute E. Health care reform and job satisfaction of primary health care physicians in Lithuania. *BMC Family Practice* 2005;6(1):1-6.
12. Friedberg MW, Chen PG, Van Busum KR, et al. Factors Affecting Physician Professional Satisfaction and Their Implications for Patient Care, Health Systems, and Health Policy. *Rand Health Quarterly* 2014;3(4):1.
13. Batu S, Küçükendirici H, Gök T, Güler YR. Determining of Job Satisfaction Level at Health Personnel. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* 2017;13(1):37-66.
14. Ribeiro RBN, Assunção AA, de Araújo TM. Factors associated with job satisfaction among public-sector physicians in Belo Horizonte, Brazil. *International Journal of Health Services* 2014;44(4):787-804.
15. Gu X, Itoh K. A comparative study on healthcare employee satisfaction between Japan and China. *The International Journal of Health Planning and Management* 2020;35(1):171-84.
16. Kinzl JF, Knotzer H, Traweger C, Lederer W, Heidegger T, Benzer A. Influence of working conditions on job satisfaction in anaesthetists. *British Journal of Anaesthesia* 2005;94(2):211-15.
17. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine* 2009;151(4):264-69.
18. Cohen L, Manion L, Morrison K. *Research methods in education* (8th Edition). Abingdon, Oxon; 2018, 532-533.
19. Dinçer S. Eğitim bilimlerinde uygulamalı meta-analiz (2. Baskı). Pegem Akademik Yayıncılık; 2014, 122.
20. Çimen M, Şahin B, Akbolat M, Işık O. A Study on Burnout and Job Satisfaction of Personnel Working in a Special Care Center. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;3(1):21-31.
21. Meyer RM, Li A, Klaristenfeld J, Gold JI. Pediatric novice nurses: examining compassion fatigue as a mediator between stress exposure and compassion satisfaction, burnout, and job satisfaction. *Journal of Pediatric Nursing* 2015;30(1):174-83.
22. Rothstein HR, Sutton AJ, Borenstein M. *Publication bias in meta-analysis: Prevention, Assessment and Adjustments*. Wiley Online Library; 2005.
23. Heidari S, Parizad N, Goli R, Mam-Qaderi M, Hassanpour A. Job satisfaction and its relationship with burnout among nurses working in COVID-19 wards: A descriptive correlational study. *Annals of Medicine and Surgery* 2022;82:104591.
24. Visser MR, Smets EM, Oort FJ, De Haes HC. Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *CMAJ* 2003;168(3):271-75.
25. Jamal M, Baba VV. Job stress and burnout among Canadian managers and nurses: an empirical examination. *Canadian Journal of Public Health* 2000;91:454-58.
26. Jang TU, Choi EJ. Relationships between occupational stress, burnout and job satisfaction of physician assistants. *Journal of Korean Public Health Nursing* 2016;30(1):122-35.
27. Oliveira AD, Silva MT, Galvão TF, Lopes LC. The relationship between job satisfaction, burnout syndrome and depressive symptoms: An analysis of professionals in a teaching hospital in Brazil. *Medicine* 2018;97(49):e13364-e13364.
28. Özer Z, Bölüktaş PR. Effect of compassion level on burnout and job satisfaction in health personnel: Geriatric care center example. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 2002;9(2):104-12.
29. Jennings BM. Work Stress and Burnout among Nurses: Role of the Work Environment and Working Conditions. In *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*; Hughes, R.G., Ed.; Agency for Healthcare Research and Quality (US): Rockville, MD, USA, April 2008; Chapter 26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2668/>; 11-12. Access Date: 22.09.2023
30. Pattnaik T, Rani S, Jitendra M. Work-life balance of health care workers in the new normal: A review of literature. *Journal of Medicinal and Chemical Sciences* 2022;5(1):42-54.
31. Oh YI, Kim H, Kim K. Factors Affecting Korean Physician Job Satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019;16(15):2714.
32. Skinner V, Madison J, Humphries JH. Job satisfaction of Australian nurses and midwives: A descriptive research study. *The Australian Journal of Advanced Nursing* 2012;29(4):19-27.
33. Kundak Z, Taş HÜ, Keleş A, Eğicioğlu H. Job satisfaction and motivation in nursing profession. *Kocatepe Medical Journal* 2015;16(1):1-10.
34. Chang E, Cohen J, Koethe B, Smith K, Bir A. Measuring job satisfaction among healthcare staff in the United States: a confirmatory factor analysis of the Satisfaction of Employees in Health Care (SEHC) survey. *International Journal for Quality in Health Care* 2017;29(2):262-68.
35. Daştan İ, Çetinkaya V. Comparing Health Systems, Health Expenditures and Health Indicators in OECD Countries and Turkey. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi* 2015;5(1):104-34.
36. Tengilimoğlu D, Sur H, Zekioğlu A. Sağlık Sistemlerine Giriş. In: Tengilimoğlu D, Öztürk Z, (Eds) *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*. 1st edition, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2021, 3-4.



Original Research / Orijinal Araştırma

Evaluation Of The Knowledge Level And Awareness Of Family Medicine Assistants In Izmir About Obstructive Sleep Apnea Syndrome

İzmir İlindeki Aile Hekimliği Asistanlarının Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Hakkında Bilgi Düzeyi Ve Farkındalıklarının Değerlendirilmesi

Bahar Berna GÖKÇE¹, Özge TUNCER¹

Summary

Aim: It is very important to know the risk factors of Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS), which is very common in the society, to recognize clinical findings and risky individuals, and to recognize comorbidities and complications early. OSAS, which concerns many specialties, is therefore an important disease that requires awareness among family medicine in primary care. The aim of this study is to examine the level of knowledge and awareness of family medicine residents Izmir about OSAS and to increase this awareness.

Materials and Methods: The research is a cross-sectional, analytical, descriptive, national single center survey study. The place of the research is Izmir province, universe is the family medicine residents working in Izmir. There were 386 family medicine residents in Izmir during the period when the research was conducted. 337 participants who met the inclusion criteria were reached. A test, prepared by scanning the literature, consisting of 36 questions in total was prepared, 11 questions containing sociodemographic data and 25 questions containing knowledge level measurements about OSAS.

Results: The average age of the study group is 29.2 ± 4.6 years. 60.5% of the participants are female. Residents have an average of 2 ± 0.8 years of residency. The average knowledge level of physicians is calculated as 18.28 ± 3.21 points. 96.1% of the participating physicians answered more than half of the knowledge level questions correctly. Residents who previously suspected OSAS in their patients had statistically significantly higher OSAS knowledge levels compared to those who did not suspect ($p=0.001$).

Conclusion: According to the results obtained in our study, it can be said that the knowledge level of residents about obstructive sleep apnea syndrome isn't desired level. We believe that family medicine training at intervals with the aim of increasing awareness and knowledge about OSAS will ensure knowledge of OSAS, which is widely used in the world, at an early stage and prevent its delay.

Keywords: Family practice, sleep apnea, OSAS, knowledge, awareness

Özet

Amaç: Toplumda oldukça sık görülen Obstrüktif Uyku Apne Sendromu'nun (OUAS) risk faktörlerinin bilinmesi, klinik bulguların ve riskli bireylerin tanınması, eşlik eden hastalıklar ve komplikasyonların erken tanınması oldukça önemlidir. Birçok uzmanlık dalını ilgilendiren OUAS, bu nedenle birinci basamakta aile hekimleri arasında farkındalık gerektiren önemli bir hastalıktır. Bu çalışmanın amacı İzmir ilindeki aile hekimliği asistanlarının OUAS hakkındaki bilgi düzeyi ve farkındalıklarını incelemek ve bu farkındalığı arttırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel, analitik, tanımlayıcı, ulusal, tek merkezli anket çalışmasıdır. Araştırma yeri İzmir ili, araştırma evreni İzmir ilindeki tüm aile hekimliği asistanlarıdır. İzmir ilinde araştırma yapıldığı dönemde 386 aile hekimliği asistanı bulunmaktaydı. Dahil edilme kriterlerini karşılayan 337 katılımcıya ulaşıldı. Literatür taranarak hazırlanan; sosyodemografik verileri içeren 11 soru ve OUAS hakkında bilgi düzeyi ölçmeyi hedefleyen 25 soru olmak üzere toplam 36 adet sorudan oluşan anket formu hazırlandı.

Bulgular: Çalışma grubunun yaş ortalaması $29,2 \pm 4,6$ yaştır. Katılımcıların %60,5'i kadındır. Asistan hekimler; asistanlıkta ortalama $2,0 \pm 0,8$ yılındadırlar. Hekimlerin bilgi düzeyleri ortalaması $18,28 \pm 3,21$ puan olarak hesaplanmıştır. Katılımcı hekimlerin % 96,1'i bilgi düzeyi sorularının yarısından fazlasını doğru yanıtlamıştır. Hastalarında daha önce OUAS'tan şüphelenen asistan hekimlerin; OUAS bilgi düzeyleri, şüphelenmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,001$).

Sonuç: Çalışmamızda elde edilen sonuçlara göre aile hekimliği asistanlarının obstrüktif uyku apne sendromu hakkında bilgi düzeylerinin istenilen düzeyde olmadığı söylenebilir. OUAS'a yönelik farkındalığı ve bilgi düzeyini artırmak amacıyla aile hekimlerine belirli aralıklarla eğitimlerin yapılması, toplumda yaygın görülen OUAS'ın erken evrede tanınmasını sağlayacağı ve tedavi gecikmesinin önleneceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, uyku apnesi, OUAS, bilgi, farkındalık

Geliş tarihi / Received: 12.12.2023 Kabul tarihi / Accepted: 20.03.2024

¹ SBU İzmir Tıp Fakültesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Bölümü

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Bahar Berna GÖKÇE. SBU İzmir Tıp Fakültesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Bölümü Bahar Mah., Saim Çıkırıkçı Cd. No:59, 35170 Karabağlar/İzmir Türkiye
E-posta bbsoltekin48@gmail.com Tel: +9 05453565080

Gökçe BB, Tuncer Ö. *Evaluation Of The Knowledge Level And Awareness Of Residents About Obstructive Sleep Apnea Syndrome.*

TJFMPC, 2024; 18 (2) :171-180

DOI: 10.21763/tjfm.1403745

Giriş

Uyku sırasında solunumda patolojik düzeyde ortaya çıkan değişikliklerin neden olduğu, morbidite ve mortalite artışına yol açan klinik tablolar uykuda solunum bozuklukları olarak adlandırılmaktadır. Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OUAS) da uykuda solunum bozukluklarının bir alt sınıfı olarak tanımlanmıştır.^{1, 2} OUAS, uyku esnasında tekrarlayan üst solunum yolu daralması ve sıklıkla kan oksijenizasyonunda azalma ile karakterize olup toplumda sıklığı artan bir sendromdur. OUAS tanı oranı 30-60 yaş erişkin erkeklerde %4, kadınlarda %2 olarak bulunmuştur.³ Farklı toplumlarda yapılan araştırmalarda OUAS prevalansı erkeklerde %3,1-%7,5 aralığında, kadınlarda %2,1-%4,5 aralığında bulunmuştur.² Bir başka deyişle erkek cinsiyet başlıca risk faktörüdür. Üst solunum yolunda darlık veya havayolunun tıkanmasını kolaylaştıran bazı faktörler, eşlik eden hastalıklar, sigara-alkol kullanımı, obezite gibi risk faktörleri OUAS'a eğilimi arttırmaktadır. Özellikle son yıllarda artan metabolik sendrom nedeniyle OUAS'ın görülme sıklığı da artmıştır.

En sık görülen semptomlar horlama, tanıklı apne ve gündüz aşırı uykululuk olup yaşam kalitesini oldukça bozan bir sendromdur. Hastaların klinik durumuna bağlı sürekli halsizlik ve uyku kalitesinde azalma görülür.⁴ Sosyal hayatı da oldukça etkileyen bu sendromun tanınması hayati önem arz etmektedir. Hastalarda risk faktörlerinin bilinmesi ve taranması, klinik bulguların saptanması, eşlikçi hastalıklar ve gelişebilecek komplikasyonların önceden bilinmesi hem erken tanıda hem de tedavi sürecinde oldukça önemlidir.

OUAS oldukça kompleks fizyopatolojisi sebebiyle çok sayıda sistemik hastalıkla ilişkilidir. Bundan dolayı birçok uzmanlık dalını ilgilendiren multidisipliner bir hastalıktır. Yaşam kalitesini bozar ve ciddi morbidite ve mortaliteye neden olur. Tüm bu sebeplerle OUAS, birinci basamak hekimleri arasında da farkındalık gerektiren ve kritik öneme sahip bir sendromdur.² Bu çalışmada İzmir ilindeki tüm aile hekimliği asistanlarının OUAS hakkında bilgi düzeyi ve farkındalıklarının değerlendirilmesini hedeflenmiştir.

Gereç Yöntem

Araştırma analitik, kesitsel, ulusal, tek merkezli anket çalışmasıdır. Çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'nun 2022/91 karar numaralı onayı ile 25.05.2022-01.02.2023 tarihleri arasında uygulanmıştır. İzmir ilinde Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bozyaka EAH, Tepecik EAH ve Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'nde araştırmanın yapıldığı sırada görev yapan 386 aile hekimliği asistanı bulunmaktaydı. Asistan hekimlerin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışma verilerinin toplandığı sırada, yıllık izin ve rapor nedeniyle tüm asistan hekimlere ulaşamamış, çalışmamıza katılmayı kabul eden 337 asistan hekime ulaşılmıştır.

Scotland ve arkadaşları, sağlık çalışanlarının OUAS konusunda bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi için; Obstructive Sleep Apnea Knowledge and Attitudes (OSAKA) adını verdikleri anketi geliştirmişlerdir.⁵ Literatürde bilgi düzeyi ölçmede en çok OSAKA anketi kullanıldığı görülmüştür.⁶ OSAKA anketinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği olmadığı için çalışmamızda literatür tarayarak hazırladığımız 11 sorudan oluşan sosyodemografik veri anketi ve 25 sorudan oluşan obstrüktif uyku apne sendromu hakkında bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik bilgi düzeyi anketi uygulanmıştır. Her doğru cevap 1 puan kabul edilerek analiz edilmiştir. Toplam 36 soru içeren anket yüz yüze ve online ortamda uygulanmıştır.

Çalışmanın analizlerinde SPSS Windows 26.0 versiyon paket programı kullanılmıştır. Çalışmadaki sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ve görsel yöntemlerle incelenmiştir. Veriler Ortalama±Standart Sapma şeklinde sunulmuştur. Bilgi düzeyini ölçen her bir sorunun kategorilerinin sayım verileriyle karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanılmıştır. Bilgi düzeylerini ölçen sorulardan her bir sorunun kategorik verilerle karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, çok düzeyli kategorik verilerle karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak alınmıştır.

Bulgular

Çalışma grubunun yaş ortalaması 29,2±4,6 yaştır. Katılımcıların %60,5'i kadındır. Asistan hekimler, asistanlıkta ortalama 2,0±0,8 yılındadırlar. Asistan hekimlerin %33,8'inin ailesinde veya çevresinde OUAS tanısı alan hasta mevcuttur. %17,8'i klinik pratiğinde OUAS tanısı almış hasta takip etmiştir. Asistan hekimlerin kendisine başvuran hastalar içinde %54,6'sı hastalarında OUAS'tan şüphelenmiştir. Asistan hekimlerin %22,8'i horlama durumunda hastasında OUAS'tan şüphelenerek bir üst basamağa sevk ederken halsizlik semptomu ile hastasını yönlendirenlerin oranı %13,3 olarak ifade edilmiştir. Klinik olarak OUAS'tan şüphelenen asistanların %40,8'i hastalarını göğüs hastalıklarına, %33,8'i kulak burun boğaz (KBB) bölümüne yönlendirirken %4,5'inin dahiliye kliniğine yönlendirdiği saptanmıştır. Asistan hekimlerin %33,5'i hastalarını OUAS şüphesiyle üst basamağa yönlendirmiştir. Yönlendirilen hastaların çoğu OUAS kesin tanısı almıştır. OUAS hakkında bilgi düzeyi sorularından en çok; uykuda gürültülü horlama ve uyku sırasında hasta yakını tarafından gözlenen apnenin tipik olduğu önermesi doğru yanıtlanmıştır (%98,2). Uvulopalatofaringoplasti cerrahi tekniği ile ilgili önerme en az doğru yanıtlanan (%15,7) önerme olmuştur. (Tablo 1).

Tablo 1. *Asistan hekimlerin bilgi düzeyi sorularını doğru yanıtlama oranları*

SORULAR (N=337)	Doğru Yanıtlanma Oranı	
	N	%
OUAS'da uykuda gürültülü horlama ve uyku sırasında hasta yakını tarafından gözlenen apne tipiktir. (Cevap: Doğru)	331	98,2
OUAS, uykuda gözlenen bir solunumsal bozukluk tipidir. (Cevap: Doğru)	328	97,3
Şişmanlık, sigara, alkol ve sedatif kullanımı OUAS eğilimini artırır. (Cevap: Doğru)	316	93,8
OUAS obezite ve hipertansiyon ile ilişkilidir. (Cevap: Doğru)	308	91,4
OUAS'da metabolik sendrom prevalansı düşüktür. (Cevap: Yanlış)	298	88,4
OUAS, ciddi bir morbidite ve mortalite nedenidir. (Cevap: Doğru)	296	87,8
OUAS şüphesi olan hastalarda kraniofasial ve orofaringeal inceleme önemlidir. (Cevap: Doğru)	294	87,2
Trafik kazası, iş kazası ve evlilik sorunları OUAS un sosyoekonomik sonuçlarındandır. (Cevap: Doğru)	283	84
Tekrarlayan hipoksemi ve uyku bölünmesi nedeniyle bilişsel fonksiyonlarda bozulmalar meydana gelebilir. (Cevap: Doğru)	283	84
Gündüz aşırı uykululuk hali OUAS'da nadir görülen bir semptomdur. (Cevap: Yanlış)	282	83,7
OUAS tanısında polisomnografi altın standarttır. (Cevap: Doğru)	281	83,4
OUAS'da altın standart tedavi yöntemi PAP (Pozitif havayolu basıncı) tedavisidir. (Cevap: Doğru)	267	79,2
OUAS'a bağlı hipoksik pulmoner vazokonstriksiyon ve remodelling sonucu pulmoner hipertansiyon gelişebilir. (Cevap: Doğru)	258	76,6
Bir saatlik uykuda 10 ve üstü apne, hipopne ya da diğer obstrüktif solunumsal olaylar, OUAS için tanı koydurucudur. (Cevap: Doğru)	243	72,1
OUAS'lı hastalarda benzodiazapinler ve kas gevşeticilerden kaçınılmalıdır. (Cevap: Doğru)	233	69,1
Erkeklerde 43 cm ve üstündeki yaka ölçüsü, obstrüktif uyku apnesi ile ilişkilidir. (Cevap: Doğru)	224	66,5
OUAS, major depresif bir epizodun semptomlarını taklit edebilir. (Cevap: Doğru)	223	66,2
Overlap Sendromu, OUAS ve diğer solunum sistemi hastalıklarının birlikteliğini ifade eder. (Cevap: Doğru)	22	65,9
OUAS, neden olduğu kalp hızı değişiklikleri, malign aritmiler ve iskemik kalp hastalıkları sebebiyle ani ölüm nedenidir. (Cevap: Doğru)	218	64,7
Antihistaminikler ve beta blokerler OUAS tedavisinde iyileştiricidir. (Cevap: Yanlış)	213	63,2
Çocuklarda OUAS tedavisinde adenotonsillektomi en sık uygulanan cerrahi yöntemdir. (Cevap: Doğru)	209	62
OUAS görülme sıklığı kadınlarda erkeklerden daha yüksektir. (Cevap: Yanlış)	198	58,8
Horlama sonucu işitme kaybı görülebilir. (Cevap: Doğru)	164	48,7
Basit horlamada (Apne Hipopne İndeksi < 5), kilo verme ve pozisyon değişikliği gibi davranışsal değişikliklere yanıt vermeyen hastalarda ağız içi araç kontrendikedir. (Cevap: Yanlış)	136	40,4
Uvulopalatofaringoplasti, OUAS hastalarında halen en çok kullanılan cerrahi tekniktir. (Cevap: Yanlış)	53	15,7

Bilgi düzeyi ölçen her bir sorunun, frekans analizi ile doğru yanıtlanma oranı saptanmıştır.

Asistan hekimlerin bilgi sorularına verdiği her doğru cevap 1 puan olarak kabul edildiğinde bilinen doğru sayısı ortalaması 18,28±3,21 puan (%73,12±12,84) olarak hesaplanmıştır. Katılımcı hekimlerin % 96,1'i bilgi sorularının yarısından fazlasını doğru yanıtlamıştır. Asistan hekimlerin OUAS hakkında bilinen doğru sayılarının yaş gruplarına, cinsiyete ve asistanlık sürelerine göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Asistan hekimlere daha önce hastalarında OUAS'tan şüphelenme durumları sorulduğunda şüphelenen asistanların 10 soruda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha doğru yanıt verdiği saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Asistan hekimlerin OUAS bilgi düzeyi ile hastalarında OUAS'tan şüphelenme durumlarının karşılaştırılması

SORULAR		Hastalarında OUAS'tan şüphelenme durumu				Ki kare değeri	p*
		Evet		Hayır			
		N	%	N	%		
OUAS tanısında polisomnografi altın standarttır.	Yanlış ya da kararsız yanıtlanma	22	12	34	22,2	6,354	0,012
	Doğru yanıtlanma	162	88	119	77,8		
OUAS görülme sıklığı kadınlarda erkeklerden daha yüksektir.	Yanlış ya da kararsız yanıtlanma	66	35,9	73	47,7	4,835	0,028
	Doğru yanıtlanma	118	64,1	80	52,3		
OUAS'a bağlı hipoksik pulmoner vazokonstrüksiyon ve remodelling sonucu pulmoner hipertansiyon gelişebilir.	Yanlış ya da kararsız yanıtlanma	30	16,3	49	32	11,505	0,001
	Doğru yanıtlanma	154	83,7	104	68		
OUAS major depresif bir epizodun semptomlarını taklit edebilir.	Yanlış ya da kararsız yanıtlanma	51	27,7	63	41,2	6,760	0,009
	Doğru yanıtlanma	133	72,3	90	58,8		
OUAS, neden olduğu kalp hızı değişiklikleri, malign aritmiler ve iskemik kalp hastalıkları sebebiyle ani ölüm nedenidir.	Yanlış ya da kararsız yanıtlanma	45	24,5	74	48,4	20,906	<0,001
	Doğru yanıtlanma	139	75,5	79	51,6		
Trafik kazası, iş kazası ve evlilik sorunları OUAS'ın sosyoekonomik sonuçlarındandır.	Yanlış ya da kararsız yanıtlanma	22	12	32	20,9	4,982	0,026
	Doğru yanıtlanma	162	88	121	79,1		
Gündüz aşırı uykululuk hali OUAS'da nadir görülen bir semptomdur.	Yanlış ya da kararsız yanıtlanma	21	11,4	34	22,2	7,147	0,008
	Doğru yanıtlanma	163	88,6	119	77,8		

Tablo 2(Devamı). Asistan hekimlerin OUAS bilgi düzeyi ile hastalarında OUAS'tan şüphelenme durumlarının karşılaştırılması

Bir saatlik uykuda 10 ve üstü apne, hipopne ya da diğer obstrüktif solunumsal olaylar, OUAS için tanı koydurucudur.	Yanlış ya da kararsız yanıtlanma	43	23,4	51	33,3	4,123	0,042
	Doğru yanıtlanma	141	76,6	102	66,7		
Tekrarlayan hipoksemi ve uyku bölünmesi nedeniyle bilişsel fonksiyonlarda bozulmalar meydana gelebilir.	Yanlış ya da kararsız yanıtlanma	16	8,7	38	24,8	16,174	<0,001
	Doğru yanıtlanma	168	91,3	115	75,2		
OUAS'da altın standart tedavi yöntemi PAP (Pozitif havayolu basıncı) tedavisidir.	Yanlış ya da kararsız yanıtlanma	28	15,2	43	28,1	8,343	0,004
	Doğru yanıtlanma	156	84,8	110	71,9		

Bilgi düzeyini ölçen her bir sorunun kategorilerinin sayım verileriyle karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

Hastalarında daha önce OUAS'tan şüphelenen asistan hekimlerin; OUAS bilgi puanları, şüphelenmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,001$) (Tablo 3).

Tablo 3. Asistan hekimlerin OUAS bilgi düzeyleri ile hastalarında OUAS'tan şüphelenme durumlarının karşılaştırılması

Bağımsız değişken	Bağımlı değişken		Test değeri	p*
	Bilgi düzeyi puanı	Ort±SD (Ortanca)		
Hiç OUAS'tan şüphelendiğiniz hastanız oldu mu ?	Evet	18,8±3,1 (19)	10991,5	0,001
	Hayır	17,6±3,1 (18)		

Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ve görsel yöntemlerle incelenmiştir. Veriler normal dağılmadığı için Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

Hastalarını OUAS şüphesiyle yönlendiren asistan hekimler, hiçbir hastasını yönlendirmeyen asistan hekimlere göre Tablo 4'te belirtilen sorulara istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha çok doğru yanıt vermiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Asistan hekimlerin hastalarında OUAS'tan şüphelenerek hastalarını yönlendirme ve kesin tanı alma durumları ile OUAS bilgi düzeylerinin karşılaştırılması.

SORULAR		Yönlendirdiğiniz hastalarınızdan OUAS kesin tanısı alan oldu mu?						Ki kare değeri	p
		Evet		Hayır		Hiçbir hastamı yönlendirmedim			
		N	%	N	%	N	%		
OUAS major depresif bir epizodun semptomlarını taklit edebilir.	Yanlış ya da kararsız yanıtlanma	18	24,7	10	25	86	38,4	6,220	0,045
	Doğru yanıtlanma	55	75,3	30	75	138	61,6		
Trafik kazası, iş kazası ve evlilik sorunları OUAS'ın sosyoekonomik sonuçlarındandır.	Yanlış ya da kararsız yanıtlanma	6	8,2	3	7,5	45	20,1	8,216	0,016
	Doğru yanıtlanma	67	91,8	37	92,5	179	79,9		
Tekrarlayan hipoksemi ve uyku bölünmesi nedeniyle bilişsel fonksiyonlarda bozulmalar meydana gelebilir.	Yanlış ya da kararsız yanıtlanma	4	5,5	3	7,5	47	21	12,284	0,002
	Doğru yanıtlanma	69	94,5	37	92,5	177	79		

Bilgi düzeyini ölçen her bir sorunun kategorilerinin sayım verileriyle karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Tartışma

Hekimler arasında bilgi düzeyi ve farkındalıklarını değerlendirmeyi hedefleyen çalışmalar her geçen gün artmaktadır. Çalışmamızda bilgi düzeyi ölçmek için hazırlanan sorulara verilen her doğru cevap 1 puan kabul edilerek analiz edildiğinde bilgi düzeyi puanı ortalaması $18,28 \pm 3,21$; ortalama yüzdesi $\%73,12 \pm \%12,84$ saptanmıştır. Bilgi düzeyi puanları ile cinsiyet, yaş, asistanlıkta geçirilen süre, deneyim gibi değişkenler arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Literatüre baktığımızda Latin Amerika'da, birinci basamak hekimleri üzerinde, OSAKA anketi kullanılarak yapılan bir çalışmada; hekimlerin anketi doğru cevaplama yüzdesinin ortalaması $\%60$ saptanmıştır. Mezuniyetten itibaren geçen süre ve cinsiyet ile bilgi puanları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır.⁷ Wang ve arkadaşları, benzer bir çalışmayı anesteziistler üzerinde yapmış ve anketin ortalama doğru yanıtlanma yüzdesi $\%62$ olarak bildirilmiştir. Bu oranın, yaş ve cinsiyet ile anlamlı farklılık göstermediğini bildirmişlerdir.⁸ Nijerya'da uzman ve pratisyen hekimler ile yapılan bir çalışmada ortalama bilgi puanı yüzdesi ise $\%59$ olarak bildirilmiştir.⁹ 2019'da Hintli anesteziistler tarafından, yine OSAKA anketi kullanılarak yapılan benzer bir çalışmada ise; doğru yanıt oranı ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ancak yaş, kıdem ve deneyim ile bilgi düzeylerinin anlamlı farklılaştığı bildirilmiştir.¹⁰ Literatürdeki bu çalışmalar 2019 yılı ve öncesine ait olduğu için çalışmamızda doğru yanıtlanma yüzdesinin $\%73,12$ saptanması, yıl geçtikçe OUAS'ın daha sık görülmesi ve tanınması ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Anesteziistler üzerinde yapılan çalışmalardaki doğru yanıt oranları ile çalışmamızdaki oran karşılaştırıldığında,

birinci basamak hekimlerinin hastayı bütüncül değerlendirmesi ile doğru yanıtlanma yüzdelерinin daha yüksek olmasının ilişkili olduğu düşünülebilir.

Asistan hekimlerin %70,4'ü mezuniyet öncesinde tıp fakültesinde OUAS hakkında eğitim alırken, %14,8'i ise hiçbir eğitim almamıştır. 2021'de Tekin ve arkadaşları tarafından asistan hekimler ile yapılan bir çalışmada, hekimlerin %42,6'sı OUAS hakkında eğitim almadığını bildirmiştir.¹¹ Çalışmamızda eğitim alma oranının daha yüksek saptanması, OUAS'ın yıl geçtikçe daha çok tanınması ve eğitim oranlarının artması ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Yine de toplumda bu denli sık görülmeye başlanan bir hastalık olmasına rağmen, halen hekimlerin %14,8'inin OUAS hakkında hiç eğitim almaması, bilgi düzeyi ve farkındalığının yetersiz olmasına neden olmaktadır.

Yaş ilerledikçe OUAS sıklığı artarak her 5 kişiden 1'inde görülür.⁵ Çalışmamızda, ailesinde veya çevresinde OUAS tanısı alan katılımcı hekim oranı %33,8 ile azımsanmayacak bir orandadır. 2021 yılında yapılan 68 asistan hekimin katıldığı bir çalışmada, ailesinde OUAS tanısı alanların varlığı %8,8 olarak bildirilmiştir.¹¹ Çalışmamızdaki bu önemli farklılık, OUAS prevalansının gittikçe artışı ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir. Yine aynı çalışmada hekimlerin hastalarında OUAS'tan şüphelenme oranı %79,4 olarak saptanmıştır.¹¹ Bizim çalışmamızda ise asistan hekimlerin %54,6'sı, hastalarında klinik pratiğinde OUAS'tan şüphelendiğini bildirmiştir. Bu farklılık, 2021'deki çalışmanın aile hekimliği asistanlarının yanı sıra nöroloji, dahiliye, KBB ve göğüs hastalıkları asistanlarını da kapsamı ve buna bağlı farkındalık oranlarının değişebileceğini düşündürmektedir. OUAS hakkında bilgi düzeyi ve farkındalığın artmasıyla bu oranın da artacağı öngörülmektedir.

OUAS, çok çeşitli klinik durumlarla karşımıza çıkabilir. Hastalar; kalitesiz uyku, gece boyu tekrar eden apne atakları ve uykusuzluk nedeniyle sadece halsizlik şikayeti ile de hastaneye başvurabilirler. Hekimlere hastalarında hangi klinik durumlarda OUAS'tan şüphelendikleri sorulduğunda, yalnızca %13,3'ü "halsizlik" bulgusu ile de şüphelenebileceğini bildirmiştir. Literatürde OSAKA anketi ile Latin Amerikalı birinci basamak hekimleri üzerinde yapılan bir çalışmada, ankette yer alan OUAS'lı kadınların yalnızca halsizlik şikayeti ile başvurabileceğine dair önermeyi hekimlerin %91,3'ünün doğru yanıtladığı bildirilmiştir.⁷ Ülkemizde bu farklılığın asistan hekimlerin bu konuda farkındalığının az olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda klinik bulgular ile OUAS'tan şüphelenen asistanların %40,8'i hastalarını göğüs hastalıklarına, %33,8'i KBB'ye ve %4,5'i ise dahiliye kliniğine yönlendirdiğini ya da yönlendireceğini bildirmiştir. Literatüre baktığımızda; Kuala Lumpur'da birinci basamak hekimleri üzerinde yapılan bir çalışmada, hekimlerin OUAS şüphesiyle hastalarını en sık KBB'ye yönlendirdikleri bildirilmiştir.¹² Suudi Arabistan'ın kuzey bölgelerindeki birinci basamak hekimleri üzerinde yapılan başka bir çalışma da bunu destekler niteliktedir.¹³ OUAS; kardiyovasküler hastalıklar, aritmiler, inme, hipertansiyon, diyabet ve insülin direnci gibi endokrin patolojiler, uyku bozuklukları, depresyon gibi çok çeşitli birçok sistemik hastalık ile birlikte görülebilmektedir.¹⁴ Dolayısıyla OUAS, birçok branşı ilgilendiren, multidisipliner bir yaklaşımla ele alınması gereken bir sendromdur. Bu hastalıklardan hipertansiyon ve diyabet gibi bazı hastalıkların takibi ve başlangıç tedavileri Aile Hekimliği Uzmanları tarafından da yapılabileceği için, ilk etapta hastalarını dahiliye bölümüne yönlendirmedikleri düşünülebilir. Ayrıca OUAS'tan şüphelenerek kesin tanı amacıyla üst basamağa sevk edilen hastalarda, tanı için donanımlı bir uyku laboratuvarında polisomnografi (PSG) gerekmektedir.¹⁵ Bu nedenle hekimler, çoğunlukla uyku laboratuvarlarının olduğu göğüs hastalıkları ve KBB branşlarına yönlendirme gereği duymuş olabilirler.

Çalışmamızda, katılımcı hekimlere yönlendirdikleri hastalardan OUAS kesin tanısı alan olup olmadığı sorulduğunda %21,7'sinin kesin tanı aldığı saptanmıştır. Hekimlerin %66,5'i ise hiçbir hastasını OUAS şüphesiyle tanı amaçlı yönlendirmediğini bildirmiştir. Bu bulguyla görüyoruz ki; klinik pratiğinde oldukça az hekim, hastalarında OUAS'tan şüphelenip tanı için onları yönlendirmektedir. Birinci basamak hekimleri tarafından OUAS'ın tanınıp iyi bilinmesi, hastalığın tanı ve teşhisi açısından önem arz etmektedir.^{14, 16} Çalışmamızda hastalarını yönlendiren hekimlerin hastalarının çoğu kesin tanı almıştır. Bu nedenle risk faktörlerini bilip OUAS'ı tanıyan hekimler, hastalarında oluşabilecek komplikasyonları önlemede önemli rol oynamaktadır.

Katılımcılara yöneltilen "OUAS'ta uykuda gürültülü horlama ve uyku sırasında hasta yakını tarafından gözlenen apne tipiktir." önermesi %98,2 oranında en çok doğru yanıtlanan önerme olmuştur. "OUAS, uykuda gözlenen bir solunumsal bozukluk tipidir." önermesi ise %97,3 oranında en çok doğru yanıtlanan 2. önermedir. Bu iki önermeye verilen yanıtlarla, hekimlerin OUAS'ın tanımı ve klinik bulguları hakkında genel bilgi sahibi oldukları görülmektedir. "Uvulopalatofaringoplasti, OUAS hastalarında halen en çok kullanılan cerrahi tekniktir." önermesi ise "yanlış" seçeneği işaretlenerek %15,7 oranında doğru yanıtlanmış ve böylece en az doğru yanıtlanan önerme olmuştur. 2017 yılında İtalyan anesteziologlar üzerinde OSAKA anketi ile yapılan bir çalışmada, uvulopalatofaringoplastinin OUAS'ta küratif bir tedavi yöntemi olduğu ile ilişkili önerme asistan hekimlerin yarısından fazlası tarafından yanlış yanıtlanmıştır.¹⁷ Yine aynı önerme 2017'de Nijerya'da yapılan bir çalışmada %70'ten fazla hekim tarafından yanlış yanıtlanmıştır.⁹ Bu önermenin büyük oranda doğru yanıtlanmaması güncel cerrahi tedavide bilgi eksikliğini göstermektedir.

Literatüre baktığımızda; OSAKA anketi ile yapılan çalışmalarda da, OUAS ve hipertansiyonun ilişkili olduğu ile

ilgili bilgi düzeyi sorusu bulunmaktadır. Bu önemli soruya 2013'te Cherrez ve arkadaşlarının çalışmasında çarpıcı bir şekilde hekimlerin yarısından azı doğru yanıt vermiştir.⁷ 2020 ve 2022 yıllarında yapılan iki çalışmada, hekimlerin yalnızca üçte ikisi doğru yanıt vermiştir.^{13, 18} Bizim çalışmamızda ise bu sorunun doğru yanıtlanma oranı %91,4 saptanmıştır. OUAS hakkında gün geçtikçe yapılan çalışmalar artmakta, hipertansiyon ile OUAS ilişkisi hakkında hekimlerin bilgi düzeyleri de artmaktadır.

Çalışmamızda, asistan hekimlerden ailesinde ya da çevresinde OUAS tanısı olmayanların; risk faktörleri, eşlik eden hastalıklar ve komplikasyonlar hakkındaki bilgi sorularını daha çok doğru yanıtladığı saptanmıştır. Ailesinde ya da çevresinde OUAS tanısı olanlar ise; hem cerrahi tedavi hem de en önemli tedavi yöntemi olan Pozitif Havayolu Basıncı (PAP) tedavisi hakkındaki önermeleri daha çok doğru yanıtlamıştır. Literatüre bakıldığında OSAKA anketi ile yapılan çalışmalarda, PAP tedavisinin özellikle şiddetli OUAS vakalarında önemli bir tedavi yöntemi olduğu ile ilgili önermenin genellikle %50'nin altında doğru yanıtlanma oranına sahip olduğu görülmüştür.^{7, 9, 11} Bu da PAP tedavisi hakkında, hekimler arasında bilgi eksikliği olduğunu göstermekte olup OUAS'ı yakını ya da ailesi sebebiyle deneyimleyen hekimlerin, deneyimleri sebebiyle tedavi konusuna daha hakim olduklarını düşündürmektedir. Bu hekimlerin horlama sonucu işitme kaybının dahi görülebileceği konusunda da daha çok bilgi sahibi olmasının yine deneyim ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

OUAS tedavisinde farmakoterapinin yeri yoktur. Tedavi olarak ilk seçenek kötüleştirici ilaçların seçilmemesidir. Kullanılmaması gereken ilaçların bilinmesi ve tercih edilmemesi gerekir. Sedatif hipnotik ilaçlar, antihistaminikler, beta blokerler ve kas gevşeticilerden kaçınılmalıdır.¹⁹ Çalışmamızda daha önce OUAS tanılı hasta takip eden hekimlerin, takip etmeyenlere göre tedavi konusuna daha hakim olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda OUAS hakkında; görülme sıklığı, klinik bulgular, tanı, risk faktörleri, eşlikçi hastalıklar, tedavi ve komplikasyonlar gibi çeşitli konuları kapsayan sorulara; hastalarında OUAS'tan şüphelenen hekimlerin anlamlı olarak daha çok doğru yanıt verdiği saptanmıştır. Çeşitli konularda bu kadar çok sorunun, şüphelenen hekimlerce daha çok doğru yanıtlanması oldukça önemli bir sonuçtur. Bu sonuç, bilgi düzeyleri yüksek hekimlerin klinik pratiğinde risk faktörlerini sorgulayarak ve OUAS'tan şüphelenerek hastalarının tanı almalarına yardımcı olabileceğini düşündürmektedir. Hastalar böylece daha erken tanınmakta ve komplikasyonlar önlenmektedir.²⁰ OUAS'tan şüphelenen hekimlerin OUAS farkındalığının daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

OUAS'tan şüphelenerek hastalarını tanı amacıyla yönlendiren hekimlerden, hastası OUAS kesin tanısı alan ve almayanlar arasında doğru yanıt oranları benzerdir. Ancak katılımcı hekimlerden hiçbir hastasını OUAS şüphesiyle yönlendirmeyenler, yönlendiren diğer hekimlere göre üç önermede anlamlı şekilde daha az doğru yanıt vermişlerdir. Bu üç önerme; OUAS'ın bilişsel fonksiyonları etkilemesi, depresif bir nöbet gibi klinikte karşımıza çıkması ve gündüz aşırı uyukuluğa bağlı trafik kazası, iş kazası gibi sosyoekonomik sonuçları ile ilgili olup semptom ve klinik bulgular, komplikasyonlar, eşlik eden hastalıklar gibi önemli bilgileri ölçen önermelerdir. Bu önermeler hastalarını yönlendiren hekimler tarafından daha çok doğru yanıtlanmıştır. Literatüre baktığımızda OSAKA anketi ile İtalya'da yapılan çalışmada, tedavi edilmeyen OUAS'ın motorlu araç kazalarının ilk nedenleri arasında yer aldığına dair önerme, %50'den fazla hekim tarafından yanlış yanıtlanmıştır.¹⁷ OUAS'ın sonuçları hakkında bilgi yetersizliği nedeniyle hekimler, hastalarının tanı almasını ve tedavisini geciktirebilmektedir. Bilgi düzeyi yüksek hekimlerin, hastalarını tanı amaçlı yönlendirmesi hastalarının erken tanı almalarına katkıda bulunmaktadır. Böylece hastaların tedavisine erken başlanmaktadır.

Hekimlerin OUAS bilgi düzeyi puanları ile hastalarında OUAS'tan şüphelenme durumları karşılaştırılmıştır. Daha önce klinik pratiğinde; hastalarında OUAS'tan şüphelenen asistan hekimlerin bilgi düzeyi puanları, şüphelenmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Bu, çalışmamızın en önemli sonuçlarından biridir. Bu sonuç bize; OUAS'ı tanıyabilen, semptom ve bulgularına, risk faktörlerine ve komplikasyonlarına hakim olan ve bu hastalığın farkında olan hekimlerin büyük bir çoğunluğunun, klinik pratiğinde OUAS'tan şüphelenerek hastalarında da risk faktörlerini sorgulayabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç

Bu çalışmayla, İzmir ili aile hekimliği asistanlarının OUAS hakkında istenilen bilgi düzeyine sahip olmadığı görülmüştür. Bilgi düzeyi puan ortalamaları ile hastalarında OUAS'tan şüphelenme durumlarının anlamlı farklılık göstermesi diğer önemli sonuçlarımızdandır. Bu sonuç bize; bilgi düzeyi yüksek asistanların klinik pratikte, OUAS'ın farkında olarak risk faktörlerini daha çok sorgulayacağını ve gerekli hallerde hastasını tanı amaçlı yönlendirebileceğini düşündürmektedir. Böylece OUAS hastaları toplumda daha erken fark edilerek tedavilerine daha erken başlanacaktır. Komplikasyonların önlenmesini ya da eşlikçi hastalıkların fark edilmesini kolaylaştıracaktır.

OUAS tanılı hastalar; göğüs hastalıkları, kulak burun boğaz, nöroloji, kardiyoloji, psikiyatri, endokrinoloji ve diğer dahili branşlar, diş hekimliği gibi birçok branşın karşılaşılabildiği hasta grubudur. Bu nedenle hastalara multidisipliner yaklaşılması gerekir. Hastaları henüz ayırışmamışken ele alan birinci basamak hekimleri, sıklığı giderek artan bu hasta grubuyla klinik pratiğinde daha çok karşılaşacaktır. OUAS için risk faktörlerinin bilinerek birinci basamakta riskli hastaların belirlenmesi ve hastaların da farkındalıklarının artırılması gerekmektedir. Bu nedenle aile hekimliği eğitim müfredatında, OUAS için daha fazla eğitim saati planlanabilir. Kongre ve seminerlerde OUAS konusuna daha çok yer verilebilir. Hatta tıp fakültesi müfredatında OUAS konusu daha da zenginleştirilebilir.

Kısıtlılıklar

Çalışmamızın sadece İzmir ilinde yapılması ve sadece aile hekimliği asistan hekimleri üzerinde olması kısıtlılıklarındandır. Türkiye genelinde ve sahada çalışan aile hekimliği uzmanlarını da kapsayan çalışmaların yapılması ihtiyaçtır.

Teşekkür

Desteklerini her zaman hissettiğim ve emeklerini hiçbir zaman ödeyemeyeceğim canım aileme, eşime teşekkür ederim.

Çıkar Çatışması

Yazar, bu makalenin araştırılması, yazarlığı ve/veya yayınlanmasıyla ilgili olarak herhangi bir potansiyel çıkar çatışması beyan etmemektedir.

Finansman

Çalışmanın bir finansmanı bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. American Academy of Sleep Medicine. International classification of Sleep Disorders, 3rded. Darien IL: American Academy of Sleep Medicine. 2014;53-63.
2. Çiftçi TU. Türk Toraks Derneği Obstrüktif Uyku Apne Sendromu Tanı Ve Tedavi Uzlaşısı Raporu. (2012). Türk Toraks Dergisi. 2012;13(1):1-66.
3. Young T, Palta M, Dempsey J, Skatrud J, Weber S, Badr S. The Occurrence of Sleep Disordered Breathing among Middle-Aged Adults. New England Journal of Medicine. 1993;328(17):1230-5.
4. Hacı C, Açıkalin RM, Gezginadam Z, Coşkun SÇ, Yanık HT, Yaşar H. Uyku Apnesi Hastalarında Gündüz Aşırı Uykululuk Halinin Değerlendirilmesi ve Hayat Kalitesi ile Olan İlişkinin Saptanması. Medical Bulletin of Haseki/Haseki Tıp Bulteni. 2019;57:79-84.
5. Schotland HM, Jeffe DB. Development of The Obstructive Sleep Apnea Knowledge and Attitudes (OSAKA) Questionnaire. Sleep Medicine. 2003;4(5):443-50.
6. Karakurt SE, Karakuş MF, Eravci FC, Çolak M, Ensari S, Özcan KM. Kulak Burun Boğaz Polikliniğine Başvuran Bireylerin Tıkayıcı Uyku Apne Sendromu ile İlgili Bilgi Düzeyleri. Akdeniz Tıp Dergisi. 2020;6(2):237-40.
7. Ojeda IC, Jeffe DB, Guerrero T, Mantilla R, Santoro I, Gabino G, et al. Attitudes and Knowledge About Obstructive Sleep Apnea Among Latin American Primary Care Physicians. Sleep Medicine. 2013;14(10):973-7.
8. Wang CL, Li XZ, Cai XL, Pan XL, Min J. Anesthesiologist's Knowledge and Attitudes About Obstructive Sleep Apnea: A Survey Study. Sleep and Breathing. 2012;16:41-6.
9. Ozoh OB, Ojo OO, Iwuala SO, Akinkugbe AO, Desalu OO, Okubadejo NU. Is The Knowledge And Attitude of Physicians in Nigeria Adequate For The Diagnosis and Management of Obstructive Sleep Apnea. Sleep and Breathing. 2017;21:521-7.
10. Solanki SL, Karan N, Parab SY. Obstructive Sleep Apnea and Its Knowledge and Attitude among Indian Anaesthesiologists—A Survey Study. Indian Journal of Anaesthesia. 2019;63(8):648.

11. Tekin S, Nilüfer E. Asistan Hekimlerin Obstrüktif Uyku Apne Sendromu ile İlgili Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Pamukkale Medical Journal*. 2021;14(3):675-83.
12. Devaraj NK. Knowledge, Attitude, and Practice Regarding Obstructive Sleep Apnea among Primary Care Physicians. *Sleep and Breathing*. 2020;24:1581-90.
13. Al-Rasheedi AN, Thirunavukkarasu A, Almutairi A, Alruwaili S, Alotaibi H, Alzaid W et al. Knowledge and Attitude towards Obstructive Sleep Apnea among Primary Care Physicians in Northern Regions of Saudi Arabia: A Multicenter Study. *Healthcare*. 2022;10(12):2369.
14. Levent S, Albayrak L, Sarıkaya P, Yolcu S. Acil Serviste Farkındalığı Artan Bir Tanı: Obstrüktif Uyku Apne Sendromu. A Diagnosis with Increased Awareness in Emergency Service: Obstructive Sleep Apnea Syndrome. *Bozok Tıp Dergisi*. 2018;8:100-3.
15. Demir AU. Uykuda Solunum Bozukluklarında Tanısal Yaklaşım: Polisomnografi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*. 2017;4(1):139.
16. Yanık Barışkan A. Birinci Basamağa Başvuran Hastalarda Obstrüktif Uyku Apne Sendromu ve Kardiyovasküler Hastalık Risklerinin Belirlenmesi Ve Aralarındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2022:31.
17. Corso RM, Sorbello M, Buccioli M, Carretta E, Nanni O, Piraccini E et al. Survey of Knowledge and Attitudes About Obstructive Sleep Apnoea Among Italian Anaesthetists. *Turkish Journal of Anaesthesiology And Reanimation*. 2017;45(3):146.
18. Hodibi M, Aljubran Z, Sattar A. Knowledge and Attitude of Primary Health Care Physicians in Al-Hasa Towards Obstructive Sleep Apnea. *Hypertension*. 2020;77(40):114.
19. Keskin N, Tamam L. Uyku bozuklukları: Sınıflama ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2018;27(2):241-60.
20. Saygın M, Öztürk Ö, Şenel FA, Yalçın A. Aile Hekimlerinin Uyku Bozuklukları Hakkındaki Farkındalık Düzeyleri. *Uyku Bülteni*. 2021;2(2):26-31.



Original Research / Orijinal Araştırma

Determining Risk Management Priorities and Suggesting Strategies in the Management of Family Health Centres

Aile Sağlığı Merkezlerinin Yönetiminde Risk Yönetimi Önceliklerinin Belirlenmesi ve Strateji Önerileri

Yeter Demir USLU¹, Erman GEDİKLİ¹, Emre YILMAZ¹, Yahya ÖZBEY¹, Ilgar ÇAKMAK¹

Abstract

Aim: The purpose of this study is to identify the risks faced by decision-makers in the management of Family Health Center (FHC) and to propose strategies according to their relative importance.

Materials and Methods: Eight different risks were identified as a result of the literature review. In order to evaluate the identified risks, four different physicians with at least ten years of managerial experience in FHCs and two health managers with at least ten years of experience in their field were included in the study. SWARA (Stepwise Weight Assessment Ratio Analysis) method was used to evaluate and analyze the opinions. SWARA method is a weight calculation method based on expert opinions developed for the finalization of decision problems.

Results: According to the results of the analysis, experts ranked financial risks (%27), clinical and patient safety risks (%21), and operational risks (%15) as the most important risks, respectively. Hazard risks (%4) were assessed as the least risky in relative terms. For FHCs to carry out their activities effectively, financial risks should be minimized first.

Conclusions: Additional measures should be taken by the public for the use and rental of FHCs. Diversification of other sources of income can be ensured by expanding the health services provided beyond the resource transfer linked to the public budget. Regional investment and incentives can be developed by municipalities. Strengthening data protection policies to assess the compliance of medical practices with legal standards and to ensure the security of personal patient data can also reduce legal risks. In FHCs, general safety issues, especially patient safety, are also priority issues that should be investigated and legislation should be developed. In addition, management courses/training can be added to the family medicine specialty curriculum to improve the managerial skills of physicians.

Keywords: Primary health care, risk management, operations research

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Aile Sağlığı Merkezi (ASM) yönetiminde karar vericilerin karşılaştığı riskleri tespit etmek ve göreceli önem derecelerine göre öncelikli strateji önerilerinde bulunmaktır.

Gereç ve Yöntem: Literatür taraması sonucu sekiz farklı risk belirlenmiştir. Belirlenen risklerinin değerlendirilmesi için ASM'lerde en az on yıl yönetici görevinde bulunan dört farklı hekim ve alanında en az on yıl tecrübesi olan iki sağlık yönetici çalışmaya dahil edilmiştir. Görüşlerin değerlendirilmesi ve analiz edilmesi için SWARA (Stepwise Weight Assessment Ratio Analysis) yöntemi kullanılmıştır. SWARA yöntemi karar problemlerinin sonuca ulaştırılması için geliştirilmiş uzman görüşlerine dayalı bir ağırlık hesaplama yöntemidir.

Bulgular: Analiz sonuçlarına göre uzmanlar en önemli risk olarak, sırasıyla, finansal riskler (%27), klinik ve hasta güvenliği riskleri (%21) ve operasyonel riskleri (%15) sıralamıştır. Göreceli olarak riski en az olan değerlendirme ise afet riskleri (%4) adına yapılmıştır.

Sonuç: Kamu tarafından ASM'lerin kullanımı ve kiralanması için ek tedbirler alınmalıdır. Kamu bütçesine bağlı kaynak transferinin ötesinde sunulan sağlık hizmetlerinin genişletilmesiyle birlikte diğer gelir kaynaklarının çeşitlendirilmesi sağlanabilir. Belediyeler tarafından bölgesel yatırım ve teşvikler geliştirilebilir. Tıbbi uygulamaların yasal standartlara uygunluğunu değerlendirmek ve kişisel hasta verilerinin güvenliğini sağlamak için veri koruma politikalarının güçlendirilmesi de yasal riskleri azaltabilir. ASM'lerde başta hasta güvenliği olmak üzere genel güvenlik konuları da araştırılması ve mevzuatının geliştirilmesi gereken öncelikli konulardır. Ayrıca hekimlerin yönetsel yeteneklerini geliştirmek için aile hekimliği uzmanlık müfredatına yönetim dersleri/egitimleri eklenebilir.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmeti, risk yönetimi, yöneylem araştırması

Geliş tarihi / Received: 22.01.2024 Kabul tarihi / Accepted: 20.03.2024

¹ İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Erman GEDİKLİ, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Göztepe Mh. Atatürk Cd. No:40 Beykoz/İSTANBUL

E-posta: egedikli@medipol.edu.tr Tel: +90546 799 1300

Uslu YD, Gedikli E, Yılmaz E, Özbey Y, Çakmak İ. *Determining Risk Management Priorities and Suggesting Strategies in the Management of Family Health Centres. TJFMPC, 2024; 18 (2) :181-187*

DOI: 10.21763/tjfm.1423587

Introduction

Primary health care is defined as health promotion, preventive health care, diagnosis, treatment and rehabilitation, easy access, affordable, effective, and widely available health care. The Family Health Centre (FHC) represents a contemporary implementation of primary health care and stands as a cornerstone of the Health Transformation Programme initiated in Türkiye in 2003. FHCs can be set up by one or more family physicians who have been contracted based on population criteria. In addition to doctors, other health professionals are contracted separately to work in other FHCs. In order to provide basic services effectively, the doctors may individually or collectively employ or get additional health personnel such as midwives, nurses, health officers, medical secretaries, security, cleaning, heating, secretarial and similar services. For every three doctor units in FHCs, one additional health worker (such as a midwife, nurse, health officer, or medical secretary) may be assigned by the directorate. Where more than one physician provides services at FHCs, they plan a management organization and appoint a manager. Decisions made by the appointed manager are recorded in the minute book of FHCs. The manager is not only primarily responsible for the operation of the FHC but also for ensuring coordination with the Provincial Directorate of Health and the community health center. However, he/she does not have any administrative duties and responsibilities over other physicians and FHC staff.

The studies conducted for FHCs are generally in the form of effectiveness and evaluation of the system and service coverage, assessment of staff knowledge and satisfaction in specific areas, and assessment of their perceptions and attitudes on critical issues. In addition, some studies have been found to evaluate the health services provided by staff during the pandemic period, to determine the level of satisfaction, knowledge, and attitudes of individuals benefiting from FHCs, etc. Some of the studies conducted in the field have evaluated the effectiveness and inclusiveness of the family medicine system. Studies conducted in some regions of Türkiye have evaluated the efficiency and effectiveness of family health services in terms of general and some specific segments of society.^{1,2} In literature a study was conducted to identify the problems in the provinces where family medicine practice is carried out and to present solution suggestions.³ In another study authors conducted a qualitative study on physicians working as administrators in Health Centres and FHCs in a certain region and made a comparison on issues such as continuity of service, inclusiveness, the first place of application, accessibility, family-centred service, community participation, the versatility of service, priority service, etc.⁴ Some of the studies in the literature focus on burnout, depression, and anxiety, job satisfaction, workaholism, cultural sensitivity, and skills; some of them focused on the opinions of healthcare personnel about the family medicine model, reasons for choosing to work in family medicine, evaluation of the family medicine model and their satisfaction.⁵⁻¹²

Another part of the studies in the field focused on the satisfaction, attitudes, and opinions of patients and their relatives who receive services from family health centers, health literacy, and specific health indicators of patients.¹² Unlike these studies, other authors investigated the perspective of patients receiving family medicine services on violence against healthcare professionals.¹³

Risk in health care and risks identified within the scope of work

Risk management encompasses a corporate and systematic approach to evaluating and managing the impact of risks in an economical way while ensuring the involvement of individuals with the required skills to identify and assess the likelihood of risk occurrence. In the healthcare sector, risk management involves both clinical and administrative systems, processes, and reports utilized for the identification, monitoring, evaluation, mitigation, and prevention of risks. Through effective risk management, healthcare organizations proactively safeguard patient safety as well as the organization's assets, market share, accreditations, reimbursement levels, brand reputation, and societal standing. Within the context of the study, an evaluation was conducted focusing on the risks associated with FHCs. There exists no universally accepted methodology for identifying risks within healthcare facilities and the broader health industry. However, the American Society for Healthcare Risk Management (ASHRM) has formulated a guideline delineating a broad framework for risk management in health facilities, employing the principles of Enterprise Risk Management (ERM). ERM in healthcare introduces an inclusive framework for risk management decisions aimed at optimizing value protection and creation by addressing risk and uncertainty and their impact on overall value. In this framework, risks were analysed and categorized along with detailed explanations:¹⁶

1. **Operational Risks:** The objective of healthcare is to deliver care that is safe, prompt, efficient, effective, and focused on the patient, serves to a wide range of populations. Operational risks typically stem from insufficient or flawed internal processes, staff, or systems. Instances include management of adverse incidents, issues related to authorization and staffing, problems with documentation, challenges in the chain of command, and departures from standard practice.

2. **Clinical and Patient Safety Risks:** Failure to comply with evidence-based practice in the provision of services to employees, patients, and their relatives, medication errors, acclimatization, serious security incidents, etc.
3. **Strategic Risks:** The swift evolution of the external environment introduces a level of uncertainty, leading to strategic risks related to brand image, reputation, competitive dynamics, healthcare policy changes, alignment with legislative requirements, and responsiveness to patient needs. Relationships and partnerships within managed care, conflicts of interest, interactions with the media, mergers and acquisitions, sales, collaborations, affiliations, and other commercial agreements, as well as the management of contracts, are also widely acknowledged as areas susceptible to strategic risks.
4. **Financial Risks:** Decisions affecting the financial sustainability of the organization, access to capital, or the timing and accounting of income and expenses. These risks include misconduct, insurance-related costs, capital structure, credit and interest rate fluctuations, exchange rate fluctuations, capital structure, cash flow, invoicing, and collection. These risks include misconduct, insurance-related costs, capital structure, credit and interest rate fluctuations, exchange rate fluctuations, capital structure, cash flow, invoicing, and collection.
5. **Human Resources Risks:** Risks related to human resources include the recruitment, retention, and dismissal of medical and allied health personnel. These risks include staff selection, staff turnover, absenteeism, on-the-job work-related injuries (workers' compensation), work schedules, and risks associated with fatigue and compensation.
6. **Law and Regulatory Risks:** Risks in this area include failure to identify, manage, and monitor legal, regulatory, and statutory requirements at the local and central levels. These risks often include licensing, accreditation, management responsibility, as well as intellectual property issues.
7. **Technological Risks:** Healthcare has created an intense demand for the use of technology for clinical diagnosis and treatment, education and training, information storage, and utilization. This includes machinery, hardware, equipment, and devices, but also includes techniques, systems, and methods of organization.
8. **Hazard Risks:** The assets of the organization and their values are considered in this scope. Traditionally, it is associated with natural disasters and business interruption. In this scope: facility management, building age, parking (lighting, location, security), valuable assets, earthquakes, windstorms, tornadoes, floods, fires, etc. are assessed.

The purpose of this study is to identify the current problems (managerial, etc.) in FHCs and to develop strategies to solve these problems. A scientific study similar to the purpose of this study was conducted with the research on determining the current problems of family medicine practice.³ Contrary to the studies in the literature, mentioned research purpose for FHCs and suggesting strategies for the solution of these problems is evaluated with current data and findings, which proves the original value of the research.

Materials and Methods

In the study, two academicians with at least ten years of experience in health management and four different staff working as manager physicians in FHCs were contacted for their perspectives. These experts were asked to rank the risks (to adapt the method to the risks, they are referred to by the criterion name) according to their importance in the management of FHCs. SWARA method, which is one of the Multi-Criteria Decision-Making Techniques (MCDM), was used to make a consensus evaluation for the research. SWARA method was developed by Keršulienė, Zavadskas, and Turskis.¹⁷ The process of determining the relative weights of the criteria with the SWARA method can be illustrated precisely as follows:¹⁸

Step 1: The first step in SWARA is to identify the target and the criteria that have the potential to affect the target and to identify the group whose expert judgment will be sought.

Step 2: The second step is to determine the most important criterion by collecting expert opinions. Each member of the expert group is requested to rank the importance of the criteria. Expert judgments can be combined through weighted summation. For this, equation (1) is used.

$$\bar{t}_j = \sum_{k=1}^p t_{jk}/p \quad (1)$$

Step 3: Members are requested to determine the relative importance of other criteria according to the most important criterion (j). The relative importance level value of each criterion is denoted by s_j and expresses the comparative importance of the average value.

Step 4: In this step, calculations are made by taking the most important criterion into account. In this step, criterion coefficients (k_j) are calculated using equation (2) below.

$$k_j = \begin{cases} 1 & j = 1 \\ s_j + 1 & j > 1 \end{cases} \quad (2)$$

After determining the number of criteria, the weight vector is calculated. Equation (3) is used to perform this calculation.

$$q_j = \begin{cases} 1 & j = 1 \\ \frac{k_j - 1}{k_j} & j > 1 \end{cases} \quad (3)$$

Step 5: The weights of the criteria are calculated by normalizing the weight vector.

$$w_j = \frac{q_j}{\sum_{j=1}^n q_j} \quad (4)$$

Aspects of Research Ethics

Istanbul Medipol University Non-Interventional Ethics Committee decided that this study was ethically and scientifically appropriate (Date: 27/08/2022, Decision No: 817, Number: E-10840098-772.02-5756). The study was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. Informed consent was obtained from all participants.

Results

An expert panel comprising six individuals was assembled to assess the risks identified within the study's scope, which were designated as criteria. This group includes four different experts, FHC managers and doctors, and two experts in health management. These experts were asked to rank the risks according to their importance in the management of FHCs. Every expert orders the criteria from highest to lowest priority based on their implicit knowledge, information, and experience. In this approach, the criterion deemed most crucial is assigned the highest rank, while the one considered least significant is placed at the bottom. The collective ranking from the group of experts is established by calculating the average of these individual rankings.¹⁹

The criteria ranking obtained using equation (1) is shown in Table 1.

Table 1. Expert determined the level of significance of attributes

Expert $k = 1, 2, \dots, 6$	Rank values $t_{kj}; j=1, 2, 3, \dots, 8$							
	C_1	C_2	C_3	C_4	C_5	C_6	C_7	C_8
1	2	3	4	1	6	5	8	7
2	3	2	6	1	5	4	8	7
3	7	2	3	1	4	8	6	5
4	4	1	5	2	7	3	6	8
5	2	6	5	4	3	1	7	8
6	2	6	5	4	3	1	7	8
Mean	2.960	2.749	4.561	1.782	4.430	2.798	6.952	7.075
Rank	4	2	6	1	5	3	7	8
Weights	0.147	0.120	0.085	0.202	0.091	0.157	0.038	0.034
Ranks (acc. weights)	3	4	6	1	5	2	7	8

Determination of the overall importance of each variant based on a group approach. For a group containing different decision makers, the overall group importance of each variant s_j calculated using the geometric mean, and other calculations have been completed for final calculations.¹⁹ The results are demonstrated in Table 2.

Table 2. Final results of criteria weighted according to SWARA method

Criterion	Comparative importance of average value	Coefficient	Recalculated weight	Weight
	s_j^*	$k_j = s_j + 1$	$w_j = \frac{k_j - 1}{k_j}$	$q_j = \frac{w_j}{\sum_{j=1}^n w_j}$
C ₄		1	1	0,27
C ₆	0.258	1.258	0.795	0.21
C ₁	0.392	1.392	0.571	0.15
C ₂	0.125	1.125	0.508	0.13
C ₅	0.517	1.517	0.335	0.09
C ₃	0.317	1.317	0.254	0.07
C ₇	0.567	1.567	0.162	0.04
C ₈	0.167	1.167	0.139	0.04

* s_j is based on the average of expert's ideas. The information is gained privately from each expert and the scale is based on multiples of 5%. Based on the relative importance of the higher criterion, the importance of each criterion is calculated. So, 0.258 shows the relative difference between C₄ and C₆. 0.258 is calculated based on the experts' ideas and to illustrate s_j , all six experts' ideas are presented here.¹⁹

According to Table 2, the relatively most important risk factors for managing FHCs are C₄ (Financial Risks) with a weight of 27%, C₆ (Legal and Regulatory Risks) with a weight of 21%, and C₁ (Operational Risks) with a weight of 15%. The least important risk factor is C₈ (Hazard Risks) with a weight of 4%.

Discussion

The most prioritized and important risk factor in the management of FHCs was found to be "Financial Risks". By adopting a comprehensive budget planning and monitoring process in FHCs creating annual budgets, regularly monitoring expenditures, and continuously evaluating actual costs, it may be more possible to identify potential problems in advance and propose solutions. In this context, it is crucial to emphasize the significance of financial management training. In the literature, it is observed that family physicians who have knowledge and experience in the field of financial management manage cash flow at a higher rate, increase income opportunities, make useful analyses in terms of budget, savings, and costs for the future, and perform coding and billing procedures in a better way.²⁰ In a study aiming to determine the technical efficiency of FHCs, one of the primary healthcare institutions in Türkiye, at the provincial level, the importance of continuous monitoring of budget control in terms of ensuring the sustainability of the service by reducing financial risks was mentioned.²¹

"Legal and Regulatory Risks" have been identified as a secondary priority and important risk factor in the management of FHCs. It is important to raise awareness of health laws and regulations by providing regular training to healthcare staff and managers working in FHCs. Strengthening data protection policies to assess the compliance of medical practices with legal standards and to ensure the security of personal patient data can also reduce legal risks. As a matter of fact, in a study conducted to determine the legal, technical, and medical measures to be taken to prevent family health center employees from being harmed due to occupational hazards, the importance of training is emphasized.²² Protection against potential legal risks can also be provided by purchasing appropriate insurance policies, such as civil liability insurance for health professionals and compulsory malpractice insurance. Indeed, policymakers need to take new regulations and measures against risks that will affect the legal and legal liability of FHCs.

"Operational Risks" have been identified as a tertiary priority and important risk factor in the management of FHCs. Effectively reducing the operational risks of FHCs requires a comprehensive approach that includes balanced management and continuous improvement strategies. In this context, firstly, training, and continuous development of personnel should be ensured. Healthcare professionals and support staff should be subjected to regular training on current clinical practice standards, procedures, and ethical rules to prevent operational errors. In a study aiming to determine the frequency of patient safety errors among healthcare providers and the risk factors associated with errors, suggestions that operational risks can be reduced by regular in-service training were emphasized.²³ To enhance the managerial skills of physicians, it is proposed that management courses or training be integrated into the curriculum of family medicine specialization.

Gaining business management skills may minimize operational risks. Indeed, technological solutions such as digital health record systems, appointment scheduling software, and patient tracking systems can optimize business processes, reduce operational risks, and enable more coordinated delivery of healthcare services. In the literature, there are studies supporting the view that digital developments in health services ensure the sustainability of operational processes and minimize risks.^{24,25}

The limitations of this study are a limited group of physicians in specific locations included in the study. And, since a subjective evaluation-based method was used, different results may be obtained at different places and times, by different methods. In addition, the identified risks include structured risks. Detailed risk research may also be necessary for this purpose.

Conclusion

Disruptions in the supply chain or errors in stock management increase financial risks. It is therefore important to maintain optimal levels of critical supplies and medicines, build strong relationships with suppliers, and continuously assess cost-effectiveness. On the other hand, effective use of technology also contributes to reducing financial risks in the long term. One strategy for FHCs could be to diversify other sources of income beyond the transfer of resources linked to the public budget. Regional investment and incentives could be provided by municipalities and provinces. The variety of health services offered can be increased. Centralized bureaucratic decisions taken in unitary states may be at the request of those with high political power. Decisions taken centrally in an all-inclusive manner may not satisfy all regional service users to the same extent. In countries with a state system, there may be more room for flexibility. Different unique solutions can be derived for patient satisfaction in line with regional needs. FHCs can be managed more autonomously. Additionally, to address operational risks encountered during extraordinary circumstances, updating emergency plans can empower personnel to respond promptly and efficiently to such incidents. Moreover, measures can be implemented to mitigate operational risks by establishing an efficient patient feedback evaluation system.

Acknowledgement

Artificial intelligence tools were used in the English translation of the research.

References

1. Özkan Bambal Ö, Lağarlı T, Eser E, et al. Manisa Merkez Yarı Kentsel Bölgede Bir Aile Sağlığı Birimine Kayıtlı Kadınlarda Bazı Birinci Basamak Sağlık Hizmet Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 2010;8(3).
2. Akman M. Strength of primary care in Turkey. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2014;18(2):70-79. doi:10.2399/tahd.14.00070
3. Uğurlu M, Eğici M. T, Yıldırım O, Örnek M, Üstü Y. Aile Hekimliği Uygulamasında Güncel Problemler ve Çözüm Yolları. *Ankara Medical Journal*. 2012;1(2).
4. Çevil C, Kılıç B. Manisa İlinde Sağlık Ocağı ve Aile Hekimliği Dönemlerinde Çalışmış Sağlık Yöneticilerinin Görüşleri. *Sürekli Eğitim Tıp Dergisi*. 2013;22(4).
5. Şerik B, Erdoğan N, Ekerbiçer HÇ, et al. Sakarya'da Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Tükenmişlik Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. *Sakarya Medical Journal*. 2016;6(2):76-82. doi:10.5505/sakaryamedj.2016.00377
6. Muşlu C, Baltacı D, Kutanis R, et al. *Birinci Basamak ve Hastanede Çalışan Hemşirelerde Anksiyete, Depresyon ve Hayat Kalitesi*. Vol 4.; 2012. www.konuraltipdergi.duzce.edu.tr
7. Kaya F, Oğuzöncül AF. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında İş Doyumu ve Etkileyen Faktörler. *Dicle Medical Journal*. 2016;43(2):248-255. doi:10.5798/diclemedj.0921.2016.02.0675
8. Akduman C, Akduman G, Şimşek N, Zeki Y. ASM ' lerde Görev Yapan Çalışanlar Üzerinde Karşılaştırmalı Bir İşkoliklik Araştırması. In: *6. Uluslararası Katılımlı Aile Hekimliği Kongresi*. AHEKON; 2015:3-4.
9. Kurt Yılmaz E. *Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekimlerin Çocuk Ergen Ruh Sağlığı Hastalıkları İle İlgili Deneyimleri Ve Farkındalıklarının Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2017:35.
10. Doğan N, Şensoy N, Temel RF, et al. Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Hekimlerin Akılcı Antibiyotik Kullanımı Konusunda Farkındalıkları ve Etki Eden Faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2021;22(3):156-160.
11. Uysal F, Devebakan N. Aile Sağlığı Merkezi Çalışanlarının Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirmesi: İzmir İlinde Bir Araştırma. *The Journal of Academic Social Science Studies*. 2017;5(58):287-305. doi:10.9761/jasss6972
12. İlğaz A. Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı Seviyesi ve İlişkili Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2021;8(2):151-159. doi:10.31125/hunhemsire.966349
13. Uyar M, Yıldırım Öztürk EN, Şahin TK. Konya İli Meram İlçesi'nde Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 18 Yaş ve Üzeri Erişkin Bireylerin Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddete Bakış Açısının Belirlenmesi. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*. 2020;5(1):113-120. doi:10.35232/estudamhsd.648576
14. NEJM Catalyst. What Is Risk Management in Healthcare? Published 2018. <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.18.0197>
15. Uslu Y, Hancıoğlu Y, Yılmaz E, Gedikli E. Evaluation of Risk Management in Healthcare Organization with the Analytic Hierarchy Process (AHP) Method from the Perspective of Health Managers. *3 Sektör SosyalEkonomiDergisi*. 2022;57(3):1508-1513. doi:10.15659/3.sektor-sosyal-ekonomi.22.07.1805
16. ASHMR. Health Care Enterprise Risk Management Playbook, An ERM Guide for Health Care Professionals. *Enterprise Risk Management*. Published online 2020:20-29.

17. Keršulienė V, Zavadskas EK, Turskis Z. Selection of Rational Dispute Resolution Method By Applying New Step-Wise Weight Assessment Ratio Analysis (Swara). *Journal of Business Economics and Management*. 2010;11(2):243-258. doi:10.3846/jbem.2010.12
18. Hashemkhani Zolfani S, Yazdani M, Kazimieras Zavadskas E. An extended stepwise weight assessment ratio analysis (SWARA) method for improving criteria prioritization process. *Soft comput*. 2018;22:7399-7405. doi:10.1007/s00500-018-3092-2
19. Hashemkhani Zolfani S, Bahrami M. Investment prioritizing in high tech industries based on SWARA-COPRAS approach. *Technological and Economic Development of Economy*. 2014;20(3):534-553. doi:10.3846/20294913.2014.881435
20. Görgün M. *Aile Sağlığı Merkezlerinin Hasta Merkezli Aile Sağlığı Merkezi Ölçütleri Açısından Değerlendirilmesi*. Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2015:37.
21. Keskin Hİ. Türkiye’de Aile Sağlığı Merkezlerini Teknik Etkinliğinin Araştırılması: Veri Zarflama ve Süper Etkinlik Yaklaşımı. *Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2018;5(13):173-185.
22. Ozturk H, Babacan E. The Occupational Safety of Health Professionals Working at Community and Family Health Centers. *Iran Red Crescent Med J*. 2014;16(10):16319. doi:10.5812/ircmj.16319
23. Shaheen H, Mahros O, Hegazy N, Salem S. Health care Providers practice toward Patient Safety in El-Ebor family health centers, Egypt. *The Egyptian Journal of Community Medicine*. 2016;34(4):59-68. doi:10.21608/EJCM.2016.1420
24. Natalia V, Barzylovykh A, Zabolotna A, Boiko M, Rybchych I. Healthcare facilities management in digitalization context. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2021;5(3):429-440. doi:10.53730/IJHS.V5N3.1773
25. Barigela R, Kodali P, Hense S. What is stopping primary health centers to go digital? Findings of a mixed-method study at a district level health system in Southern India. *Indian Journal of Community Medicine*. 2021;46(1):97-101. doi:10.4103/ijcm.IJCM_304_20



Original Research / Orijinal Araştırma

Assessing Health Needs of Earthquake Victims Migrating to Samsun Following the Kahramanmaraş-Centered Earthquakes

Kahramanmaraş Merkezli Depremler Sonrası Samsun İline Göç Eden Depremzedelerin Sağlık İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi

Gizem Jülide KALAYCI¹, Nur ŞİMŞEK YURT²

Abstract

Objective: Our study aimed to evaluate the health needs of earthquake victims who migrated to Samsun after the Kahramanmaraş-centered earthquakes, determined immediately after the disaster.

Methods: Our research is a descriptive study conducted by Samsun İlkadım District Health Directorate mobile teams by examining the data based on records collected because of face-to-face interviews with earthquake victims who came to İlkadım district of Samsun province between 10.02.2023 and 27.02.2023. Created by Samsun Provincial Health Directorate for individuals; the form, in which people's socio-demographic information, chronic diseases, medication use, health conditions such as disability and pregnancy, and health needs that developed immediately after the earthquake were questioned, was administered face to face.

Results: A face-to-face evaluation was conducted with a total of 948 people, 412 of whom (43.4%) were women. The average age was 30.11±20.79 (min:0-max:87). 791 people (83.4%) were staying at home, 145 people (15.3%) were staying in state institutions, and 12 people (1.3%) were staying in hotels. 246 people (26.0%) had chronic diseases. Disability status was determined in 3.1% (n=30). It was stated that 26 of the people whose health needs were examined experienced physical injuries, and 1 person requested a tetanus vaccination due to a metal injury. 312 people (32.9%) needed psychological support. Before the earthquake, 126 people (13.3%) were using glasses. 51 people (5.4%) reported that they lost their glasses and had a request for glasses. While 7 people (0.7%) were pregnant, 3 people requested an examination regarding this situation.

Conclusion: Determining the primary health needs of earthquake victims is predictive of possible disasters in the future. It is thought that taking this situation into consideration is of great importance in service delivery and the measures that need to be taken.

Keywords: Earthquake, earthquake victims, health needs, disaster response, public health, primary healthcare

Özet

Amaç: Çalışmamızda Kahramanmaraş merkezli depremler sonrası Samsun iline göç eden depremzedelerin, afetin hemen ardından belirlenen sağlık ihtiyaçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmamız Samsun İlkadım İlçe Sağlık Müdürlüğü mobil ekipleri tarafından 10.02.2023 ile 27.02.2023 tarihleri arasında Samsun ili İlkadım ilçesine gelen depremzedelerle yapılan yüz yüze görüşmeler sonucunda toplanan kayıtlara dayalı verilerin incelenmesi ile gerçekleştirilmiş tanımlayıcı bir çalışmadır. Bireylere, Samsun İl Sağlık Müdürlüğü tarafından oluşturulan; kişilerin sosyo-demografik bilgileri, kronik hastalıkları, ilaç kullanımları, engellilik ve gebelik gibi sağlık durumları ile depremin hemen ardından gelişen sağlık ihtiyaçlarının sorgulandığı form yüz yüze uygulanmıştır.

Bulgular: Toplam 948 kişi ile yüz yüze değerlendirilme gerçekleştirilmiş olup, 412'si (%43,4) kadındı. Ortalama yaş 30,11±20,79'du (min:0-maks:87). Depremzedelerin büyük bir kısmı (%83,4) ev ortamında konaklıyordu. 145 kişi (%15,3) devlete bağlı kurumlarda, 12 kişi (%1,3) otelerde kalmaktaydı. 246 kişinin (%26,0) kronik hastalığı vardı. %3,1 oranında (n=30) engellilik durumu belirlendi. Sağlık ihtiyaçları incelenen kişilerin 26'sının fiziksel yaralanma yaşadığı, 1 kişinin metalle yaralanma nedeniyle tetanoz aşısı talebinin olduğu belirtildi. 312 kişi (%32,9) psikolojik desteğe ihtiyaç duyuyordu. Deprem öncesinde 126 kişi (%13,3) gözlük kullanıyordu. 51 kişi (%5,4) gözlüğünü kaybettiğini, gözlük talebi olduğunu bildirdi. 7 kişinin (%0,7) gebelik durumu mevcutken, 3 kişi bu durum ile ilgili muayene talep etti.

Sonuç: Depremzedelerin sağlık açısından primer ihtiyaçlarının ortaya konulması, ileride yaşanması muhtemel afetler açısından öngörü niteliğindedir. Bu durumun dikkate alınmasının, hizmet sunumunda ve alınması gereken tedbirlerde büyük önem taşıdığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Deprem, depremzede, sağlık ihtiyaçları, afetlere müdahale, halk sağlığı, birinci basamak sağlık hizmetleri.

Geliş tarihi / Received: 05.02.2023 Kabul tarihi / Accepted: 20.03.2024

¹ Samsun İlkadım İlçe Sağlık Müdürlüğü, Samsun, Türkiye

² Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Samsun, Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Nur ŞİMŞEK YURT: Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, No 199 İlkadım, Samsun 55019, Türkiye
E-posta nursimsekyurt@gmail.com Tel: +9 03623111500-7118

Kalaycı GJ, Şimşek Yurt N. *Assessing Health Needs of Earthquake Victims Migrating to Samsun Following the Kahramanmaraş-Centered Earthquakes*. TJF&M&PC, 2024; 18 (2) :188-195

DOI: 10.21763/tjfmpc.1431691

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre afet; hasar meydana getiren, çevreye zarar veren, ölümlere veya bireylerin sağlıklarının bozulmasına neden olan ve etkilenen bölgede ulusal ya da uluslararası yardım gerektiren olaylardır.¹ Deprem, afetler içinde en çok yıkıma neden olan doğa olayıdır.² Türkiye jeopolitik konumu itibari ile doğal afet oranının yüksek olduğu ülkelerden biridir ve en büyük etkiyi depremler oluşturmaktadır.³

Depremler, insanların hayatlarını, sağlıklarını ve ekonomilerini ciddi şekilde olumsuz etkileyerek, birçok insana büyük acılar ve kayıplar yaşatmaktadır.⁴ 6 Şubat 2023'te Kahramanmaraş merkezli meydana gelen 7,7 ve 7,6 şiddetli iki depremde 15 milyon kişi depremden etkilenmiş, 50 bini aşkın ölüm gerçekleşmiştir.⁵ Yaşanan büyük depremler sonrası, depremin yaşandığı bölgelerde ani nüfus azalmalarının olması, deprem ile göç arasında yakın bir ilişki olduğunu kanıtlar niteliktedir.⁶ Depremin hemen ardından etkilenen bölgelerden Türkiye'nin farklı coğrafik alanlarına göç olayı başlamıştır.⁷ 1 Mart 2023 tarihinde açıklanan resmi sayıya göre bölgeden 3,3 milyon kişinin deprem sonrası göç ettiği bildirilmiştir.⁸ Ülkemizde bu tür doğal afetlerin sıklığının fazla olması ve bunun sonucunda yaşanan fiziksel ve ruhsal travmalar göz önüne alındığında; afet sonrası gelişen ölüm, hastalık, fiziksel engellilik, psikolojik ve sosyal uyumun analiz edilmesi ve yönetimi açısından gerçekleştirilen çalışmaların önemi görülmektedir.⁹ Afet yönetimi oldukça kapsamlı bir alan olup, her afet sonrasında yenilenmesi, güncellenmesi gereklidir. Afete hazırlıklı olma, afetin etkilerini önleme ve erken uyarı, afet öncesi birincil korumanın temel bileşenleridir. İkincil koruma ise afet sırasında ve afetin hemen sonrasında alınan tedbirleri içerir.¹⁰ Marmara ve Van depremlerinden elde edilen deneyimlere dayalı bir araştırma, depremlerin olumsuz etkilerinin depremlerin şiddetinden veya büyüklüğünden ziyade depremlere hazırlık seviyesi ve erken müdahale ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.¹¹

Kahramanmaraş merkezli depremler sonrasında, depremin merkez üssünden yaklaşık 590 km uzaklıktaki Samsun iline göç eden depremzedelerin sağlık durumlarının ve ihtiyaçlarının değerlendirilmesi için mevcut il ve ilçe sağlık müdürlükleri tarafından mobil ekipler kurulmuştur. Depremzedelerin sağlık ihtiyaçları ivedilikle değerlendirilmeye alınarak, ihtiyaç durumlarında bakım ve tedavilerinin aksamadan devam ettirilmesi için çalışılmıştır.¹² Araştırmamızda deprem nedeniyle Samsun iline göç eden depremzedelerin, afetin hemen ardından belirlenen sağlık ihtiyaçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Hasta Popülasyonu ve Verilerin Toplanması

Araştırmamız Samsun İlkadım İlçe Sağlık Müdürlüğü mobil ekipleri tarafından 10.02.2023 ile 27.02.2023 tarihleri arasında Samsun ilinde İlkadım ilçesine göç eden depremzedelerle yapılan yüz yüze görüşmeler sonucunda toplanan kayıtlara dayalı verilerin incelenmesi ile gerçekleştirilen, tanımlayıcı bir çalışmadır. Mobil ekiplerde 8 hekim ve 20 hemşire görev alırken, her bir ekip 1 hekim 2 hemşire 1 şoförden oluşturularak dönüşümlü hizmet sunumu sağlandı. 27.02.2023 tarihinde yüz yüze görüşmeler sonlandırıldı ve oluşturulan telefon hatları ile depremzedelerin il ve ilçe sağlık müdürlüklerine ulaşmaları sağlandı.

Bireylere Samsun İl Sağlık Müdürlüğü tarafından oluşturulan; kişilerin sosyo-demografik bilgileri, hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı, kanser, astım, kronik akciğer hastalığı, depresyon ve diğer belirtmek istedikleri kronik hastalıkları, ilaç kullanımları, engellilik durumları ve gebelik gibi sağlık durumları ile depremin hemen ardından gelişen sağlık ihtiyaçlarının sorgulandığı 28 sorudan oluşan bir form yüz yüze uygulandı. Veriler kişilerin beyanına dayalı olup tespit edilen 962 depremzede ile iletişime geçildi. Sağlık ihtiyaçları adına destek almayı kabul eden 948 depremzedenin tümü çalışmaya dahil edildi. Zihinsel engellilik durumunda kişiye ait bilgiler bireyin yakınlarından alındı.

Etik Beyanı

Bu çalışma Samsun Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilerek, SÜKA EK-2023/20/17 sayılı karar ile etik açıdan çalışılması uygun bulundu. Araştırmamız Helsinki Deklarasyonu ve İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu'na uygun olarak gerçekleştirildi

İstatistiksel analiz

Çalışmada yer alan sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Bireylerin demografik ve klinik verilerine ait değişkenlere yönelik tanımlayıcı veriler frekans (N ve %) tabloları, sürekli değişkenler ise ortalama±standart sapma ve minimum-maksimum şeklinde verildi. Çalışmada veri analizi için SPSS 26.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, ABD) paket programı kullanıldı.

Bulgular

Toplamda 948 kişi ile yüz yüze görüşme gerçekleştirildi. Bireylerin %56,6'sı (n=536) erkekti. Ortalama yaş 30,11±20,79'du (min:0-maks:87). Yaş grupları incelendiğinde, çoğunluğunu 18 yaş altı bireyler (%37,1) oluştururken 65 yaş ve üzeri bireylerin oranı en düşüktü (%6,9). Depremzedelerin büyük bir kısmı (%83,4) ev ortamında konaklıyordu. 145 kişi (%15,3) devlete bağlı kurumlarda (öğretmenevi, polis evi, misafirhaneler vb.), 12 kişi (%1,3) otellerde kalmaktaydı (Tablo 1).

Tablo 1. Depremzedelerin demografik özelliklerinin dağılımı

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	536	%56,6
Kadın	412	%43,4
Yaş Grupları		
18 yaş altı	352	%37,1
18-39 yaş	281	%29,6
40-64 yaş	249	%26,2
65 yaş ve üzeri	66	%6,9
Konaklama Durumu		
Ev	791	%83,4
Devlete Bağlı Kurumlar	145	%15,3
Otel	12	%1,3

Katılımcıların 246'sının (%26,0) kronik hastalığı vardı. Depremzedeler arasında en sık (%9,4) hipertansiyon hastalığı bildirilirken, 47'sinde (%5,0) diyabet, 41'inde (%4,3) kronik akciğer hastalığı, 34'ünde (%3,3) kalp hastalığı mevcuttu. Bireylerin %3,1'inde (n=30) engellilik durumu belirlendi. Engelli kişilerin %33,3'ü (n=10) fiziksel, %30,0'u (n=9) zihinsel engelli idi. Deprem öncesinde 126 kişi (%13,3) gözlük kullanıyordu (Tablo 2).

Tablo 2. Depremzedelerin klinik özelliklerinin değerlendirilmesi

Değişkenler	n	%
Kronik hastalığı olan kişi sayısı	246	%26,0
Kronik hastalıklar		
Hipertansiyon	89	%9,4
Diyabet	47	%5,0
Kronik akciğer hastalığı	41	%4,3
Kalp hastalığı	34	%3,3
Engellilik durumu olan kişi sayı	30	%3,1
Engellilik Durumu		
Fiziksel engelli	10	%1,0
Görme engelli	4	%0,4
İşitme engelli	7	%0,7
Zihinsel engelli	9	%0,9
Gebelik durumu	7	%0,7
Gözlük kullanımı	126	%13,2

Depremzede bireylerin 51'i (%5,4) gözlüğünü kaybettiğini ve gözlük talebi olduğunu bildirdi. Sağlık ihtiyaçları incelenen kişilerin 26'sının fiziksel yaralanma yaşadığı, 8 kişinin (%0,8) fiziksel yaralanmadan ötürü ortopedik muayene talebi olduğu tespit edildi. Katılımcılardan 312 kişi (%32,9) psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu belirtirken, 4 kişi çok acil psikolojik destek alma talebini bildirdi. Bireylerin 22'si (%2,3) şiddetli uyku bozukluğu yaşadığını, bu konuda destek alma talepleri olduğunu belirtti. Depremzedelerin 7'sinin (%0,7) gebelik durumu mevcutken 3 kişi bu durum ile ilgili muayene talep etti. Bireylerin 17'si (%1,8) sürekli olarak kullandıkları ilaçlarını talep ediyordu. Bunların 5'i antihipertansif, 3'ü tiroid, 2'si antidiyabetik ilaçlarının teminini istedi. Depremzedelerin diğer sağlık ihtiyaçları Tablo 3'te özetlendi. Ayrıca 18 yaş altı bireyler için ebeveynlere 'Çocuğunuzun günümüze kadar çocukluk çağı aşıları, aşı takvimine uygun olarak yapıldı mı ve çocuğunuz için yakın zamanda planlanan aşı var mıydı?' diye soruldu. Verilen yanıtlara göre ebeveynler, çocuklarının aşılarını düzenli yaptırmaktaydı.

Tablo 3. Depremzedelerin sağlık ihtiyaçlarının değerlendirilmesi

Sağlık İhtiyaçları	n	%
Psikolojik destek talebi	312	%33,0
Gözlük talebi	51	%5,4
Fiziksel yaralanma tedavi ihtiyacı	26	%2,7
Uyku bozukluğu tedavi ihtiyacı	22	%2,3
Devamlı kullandığı ilaçların talebi	17	%1,8
Ortopedik muayene talebi	8	%0,8
Ağız ve diş sağlığı muayene talebi	6	%0,6
Solunum ile ilgili yakınma ve tedavi talebi	6	%0,6
Acil psikolojik destek talebi	4	%0,4
Gebelik ile ilgili muayene talebi	3	%0,3
İşitme kaybı tedavi talebi	2	%0,2
Tetanoz aşısı ihtiyacı	1	%0,1

Tartışma

Çalışmamızda Kahramanmaraş merkezli depremler sonrası Samsun iline göç eden depremzedelerin, afetin hemen ardından belirlenen sağlık ihtiyaçları değerlendirilmiştir. Depremzedelerin sağlık açısından ihtiyaçlarının ortaya konulması, ileride yaşanması muhtemel afetler açısından öngörü niteliğindedir.

Psikolojik Destek Talebi

6 Şubat Kahramanmaraş depremi, beklenmesine rağmen hazırlıksız yakalanılması ve çok yıkıcı olması sebebiyle ruhsal etkilenmenin yoğun olduğu bir kitlesel travma olarak öne çıkmaktadır.¹³ Afetlerin hemen ardından gerçekleştirilen psikososyal müdahaleler, bütünlük afet yönetim sistemi basamaklarından biri olan iyileştirme evresinde büyük bir öneme sahiptir ve rehabilitasyon sürecine sürekli bir katkıda bulunmaktadır.¹⁴ Zamanında ve doğru bir şekilde sağlanan sağlık hizmetleri, hastaların hem fiziksel hem de ruhsal sağlığını olumlu yönde etkileyerek kritik bir rol oynamaktadır.¹⁵

Çalışmamızın sonuçları, ilimize göç eden depremzedelerin %33'ünün (n=312) psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Toplum temelli araştırmalarda, afetle karşılaşan bireyler arasında psikiyatrik bozukluk yaşayanların oranının %10 ile %30 arasında değişiklik gösterdiği belirlenmiştir.¹³ Afet sonrası bazı bireylerde ilk ay içinde Akut Stres Bozukluğu olarak adlandırılan çok şiddetli belirtiler meydana gelir. Bazı kişilerde de bu semptomlar aylarca yıllarca sürer ve bu durum Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olarak tanımlanır.¹⁶ Doğal afetlerin TSSB başta olmak üzere ruh sağlığı üzerinde birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır.^{17,18} 1999 yılında Marmara Depreminin ardından 4-12 ay içinde gerçekleştirilen bir çalışmada, TSSB görülme oranı %25 olarak belirlenmiştir.¹⁹ Çin'de yürütülen bir araştırmada, depremden doğrudan veya dolaylı olarak etkilenen bireylerde TSSB görülme oranının %21.5 ile %41.0 arasında değiştiği rapor edilmiştir.²⁰ Afetin ardından ruh sağlığı uzmanlarının özellikle risk altındaki bireyleri tespit ederek erken psikolojik müdahalede bulunmaları, TSSB'nin önlenmesi için gereklidir.²¹ Yaş grubuna uygun olarak psikososyal müdahalenin gerçekleştirilmesi, afetlerin olumsuz sonuçlarını hafifletebilir.²¹

Çalışmamızda depremzedelerin %2,3'ü (n=22) ise uyku bozukluğu yaşadıklarını, bu konuda destek alma talepleri olduğunu belirtmişlerdir. Pakistan'da 2005 yılında gerçekleşen 7,6 büyüklüğündeki deprem sonrası, depremzedelerin %60'ında uyku bozukluğu geliştiği bildirilmiştir.²² 2015 yılında Nepal'de yaşanan depremin ardından, yaşlı depremzedeleri kapsayan nitel bir çalışmada, kişiler gece boyunca geçici yerleşim yerlerinde kendilerini güvensiz hissettiklerini, birkaç kez uyandıklarını, uykularında konuştuklarını, kolayca irkildiklerini, baş dönmesi, baygınlık ve baş ağrısından şikayetçi olduklarını belirtmişlerdir.²³ Deprem gibi doğal afetlerin hemen ardından görülen uyku bozukluklarının önemli bir kısmının, güvenlik hissini azaltması ve kaçınma davranışlarıyla ilişkilendirilebileceği belirtilmektedir.¹³

Kronik Hastalıkların Yönetimi, İlaç ve Tıbbi Malzeme Temini

Travmatik bir olayda yaralılarda ruhsal hastalıklara ikincil olarak, bedensel hastalık ve yaralanmaların tedavisine uyum bozulabilir, var olan belirtiler çok daha şiddetli hissedilebilir. Çalışmamızdaki depremzedelerin %26'sının (n=246) kronik hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca kişilerin %1,8'i (n=17) sürekli olarak kullandığı ilaçları yanına alamadığını, ilaçların temin edilmesinde destek istediğini belirtmiştir.

Çalışmamızda depremzedelerin mevcut kronik hastalıkları değerlendirilmiştir. Bu kronik hastalıkların etkileri, afet koşullarında şiddetlenebilir, hastalığın tedavisine uyum bozulabilir. Bu nedenle kronik hastalığı olan bireylerin düzenli olarak takip edilmesi ayrıca ilaçlarının temin edilmesi gerekmektedir.¹⁶ Literatürde orta gelirli ülkelerde doğal afetlerin hemen ardından ortaya çıkan kronik sağlık ihtiyaçlarına odaklanan çok az çalışma var. 2008'de Çin'in 7,9 büyüklüğündeki deprem sonrası 14 günü kapsayan tanımlayıcı, kesitsel çalışmada 182 depremzedenin %70'inde en az bir kronik hastalık mevcut olup kronik sağlık ihtiyaçlarının sıklıkla gözden kaçırıldığı bildirilmiştir. Ayrıca bizim çalışmamızla benzer şekilde, kronik hastalık yükünün çoğunu hipertansiyon ve diyabetin oluşturduğu belirtilmiştir.²⁴ 1994 Northridge depremi sırasında Los Angeles, California ABD'deki Sepulveda Gaziler İşleri Tıp Merkezinde (VAMC) bakım gören erkek gazilerden oluşan bir kohort çalışmada, deprem sonrası gazilerin %10'unun kullandığı ilaçların temin edilmesinde sorun yaşandığı belirtilmiştir.²⁵

Sağlık kuruluşları, olağan dışı durumlar için hazırlık planları oluştururken acil durumlarda kullanılacak tıbbi malzemeler, ekipmanlar, aşular ve ilaçlar için güvenli depolama sistemine önem vermelidir. Bölgesel sağlık depolarının kurulması da bu planlamada yer almalı, depolar düzenli olarak stok takibi yapılmalı ve bu depoların her zaman güncel ve hazır bir durumda olmaları sağlanmalıdır.¹⁰ Japonya'da 1995 yılında gerçekleşen deprem sonrası romatizmal hastalık, diyabet veya kronik solunum yolu hastalığı olan 29 hastanın dahil edildiği nitel bir çalışmada, hastaların öncelikleri ilaçlarının temin edilmesiydi.²⁶ Bizim çalışmamızda ayrıca depremzedelerin % 5,4'ü (n=51) görmeye yardımcı malzeme ihtiyacını belirtmiştir. Basit, günlük kullanım öğelerine erişimin kesintiye uğramasından kaynaklanan olumsuz sonuçlar çoğu zaman hafife alınmaktadır. Kırıldığı veya kaybolduğu için kullanılamaz hale gelen reçeteli gözlükler, kişiyi yaralanmaya karşı savunmasız bırakabilir.²⁵ Sosyal güvenlik kurumunun 10.02.2023 tarihinde yaptığı duyuruda; tıbbi malzeme ihtiyacı olan depremzedelerin Medula kayıtlarındaki veriler dikkate alınarak bu tıbbi malzemelerin ödeme işlemlerinde sağlık raporu, reçete ve tahlil/tetkik gibi sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenecek belgelerin aranmaması karara bağlanmıştır.²⁷

Çalışmamızda depremzedelerin %4,3'ünde (n=41) kronik akciğer hastalığı mevcut olup %0,6'sında (n=6) ise depremin tetiklemiş olduğu solunum ile ilgili yakınma tespit edilmiştir. 1995'teki Büyük Hanshin Depremi'nden bir ay sonra akut ve kronik solunum yetmezliği, bronşiyal astımın akut alevlenmesi gibi solunum sorunları yakınmaları olan hastalar, hastaneye başvuruların %6,8'ini oluşturmuştur.²⁸ Yıkıcı bir deprem sonrası hem akut (pnömoni vb.) hem de kronik (astım vb.) solunum yolu hastalıklarına bağlı morbidite oranlarında artış görülmektedir. 2004'teki Tottoir-Ken Seibu depremi sonrası akut astım ataklarının özellikle ilk 15 gün içinde daha da kötüleştiği bildirilmiştir.²⁹ Afet dönemi etkilenen bölgede aslında afet öncesi dönemde sorunsuz yürütülen birinci basamak sağlık hizmetleri, hasta takibi, bulaşıcı hastalık sürveyans çalışmaları, filyasyon çalışmaları aksayabilir.³⁰ Ayrıca afet öncesi dönemde bölgede, bu konuda görevli sağlık çalışanlarının bölgedeki olağanüstü hal nedeniyle akut sağlık problemleriyle ilgilenmesi gerekmesi sebebiyle kurumlar arası entegrasyon gecikebilir. Bu sebeple bölgeden göç eden kişilerin detaylı sorgulanması önemlidir.

Afetlerde bulaşıcı olmayan hastalığı (BOH) olan kişilerin durumlarının belirlenmesi amacıyla yürütülen sistematik bir incelemede; afetlerde kronik hastalığı olan kişilere yönelik hazırlık ve müdahalenin genişletilmesine acil ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir.³¹ Pakistan'da yaşanan deprem sonrası tüm bölgelerdeki sağlık hizmetlerinde en büyük eksikliğin; akut olmayan, deprem sonrası tıbbi bakım sırasında BOH yönetimi olduğu belirtilmiştir.²² Etkili ve anlamlı müdahalelerin sağlanması için nüfusun önceden mevcut epidemiyolojik profilleri, yerel altyapı ve etkilenen bölgelerdeki uzun vadeli sürdürülebilirlik dikkate alınmalıdır. Sonuçlar, gelişmekte olan ülkelerdeki afet acil durum müdahale ekiplerine BOH yönetiminin karmaşık olduğu konusunda önemli bir hatırlatma görevi görmektedir.³² Kesintisiz olarak devam eden sağlık hizmetleri, bağışıklama ve aile planlaması gibi koruyucu önlemler, kronik hastalıkların etkili bir şekilde bakım ve tedavisiyle birlikte sık rastlanan sağlık sorunlarının başarılı bir şekilde tedavi edilmesine katkı sağlar. Bu unsurlar, sağlıklı bir yaşamın yeniden kurulmasında önemli bir rol oynar.¹⁰

Bağışıklama Durumu

Deprem gibi doğal afetler, doğrudan yıkım ve dolaylı hastalıklar yoluyla ölüme neden olabilir. Bireyler için depremin yaratmış olduğu stres, temiz suya, gıdaya ve sanitoryona erişim eksikliği nedeniyle hijyen eksikliği, çökme nedeniyle temiz havanın bulunmaması, enkaz altında kalma nedeniyle yaralanmalar enfeksiyonların en önemli nedeni sayılabilirken elektrik, su, gaz ve kanalizasyon şebekelerindeki hasarlar ve tedarik zincirinin bozulması enfeksiyon olasılığını artıran nedenler arasında yer almaktadır.³³ Deprem sonrasında karşılaşılma riski artan enfeksiyonlar tetanoz, deri ve yumuşak doku enfeksiyonları, gastroenteritler, Hepatit A ve E hepatiti, viral üst solunum yolu enfeksiyonları, pnömöni, kızamık, menenjit ve tüberküloz olarak bildirilmiştir. Deprem sonrasında bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için hijyen koşullarına uymak, sanitoryona önem vermek, uygun kişisel koruyucu ekipman kullanmak, enfeksiyon etkenlerine yönelik aşılama öncelik vermek ve yerel halk sağlığı otoritelerinin önerileri doğrultusunda hareket etmek gerekmektedir.³⁴ Çalışmamızda deprem sonrası akut dönemde depremedelerin tetanoz aşısı ihtiyacı sorgulanmış olup yalnızca bir kişide tetanoz aşısı ihtiyacı tespit edilmiştir. Çin'in Sichuan eyaletindeki deprem sonrası yürütülen benzer çalışmada tetanoz aşısı açısından acil durum hazırlığı özellikle ileri yaş grubu arasında düşük olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada bölgeden tahliye edilenlerin %60'ından fazlası hiçbir zaman aşılanmamış olup %15'i ise bağışıklama durumlarından emin olmadıklarını belirtmişlerdir.³²

Gebelik durumu

Gebelik döneminde, doğal felaketlere maruz kalan kadınlar özellikle savunmasız hale gelir. Bu, doğrudan bir travma olmasa bile, akut stres ve yetersiz sağlık bakımının anne sağlığına ciddi tehditler oluşturabileceği anlamına gelir.³⁵ Afet döneminde, gebelik ile ilgili temel sağlık hizmetlerine erişimde deprem öncesine kıyasla belirgin bir azalma yaşanmaktadır.³⁶

Zihinsel stres ve fiziksel travmanın anne ve fetus sağlığı üzerinde ciddi etkileri olabilir.³⁷ Bu durum, hamile kadınların depremlerin sağlık sonuçlarına karşı savunmasız hale gelmelerine, stres yaşamalarına ve sınırlı sağlık hizmetlerine erişim sorunlarına neden olur. Sınırlı kanıtlar, depremlere maruz kalmanın olumsuz gebelik sonuçlarıyla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.³⁸ Birçok rapor, stres tepkisinin plasental kortikotropin salgılayan hormonun (CRH) salınması yoluyla uterus kasılmalarını tetikleyebileceğini ve erken doğum ile düşük doğum ağırlığına yol açabileceğini ileri sürmektedir.³⁹ Çalışmalar depremden etkilenen kadınların, kontrol grubuyla karşılaştırıldığında; benzer erken doğum veya düşük doğum ağırlığında bebek doğum oranlarına sahip olduğunu, ancak gestasyon yaşına göre küçük (SGA) bebek doğum oranının daha yüksek olduğunu göstermiştir.³⁸ Çalışmamızda da 7 kadında gebelik durumu mevcuttu. Gebelik takiplerinin düzenli olarak devamı ve gebelere sağlık hizmetlerine erişim açısından ilimizde çalışmalar gerçekleştirildi.

Çalışmanın kısıtlılıkları

Çalışmamız sadece Samsun ili merkez ilçelerinden İlkadım bölgesine göç eden depremedeleri kapsamaktadır. Diğer bölgelerde ve farklı yaşam koşullarında hayatını devam ettiren depremedelerin sağlık ihtiyaçlarına dair farklılıklar mevcut olabilir. Bu nedenle sonuçlar genellenemez. Deprem sonrası akut bir eylem planı oluşturularak depremedelerin sağlık ihtiyaçları hızla belirlenmeye çalışılmıştır. Ancak sonrasında bireylerin üreme sağlığı ile ilgili değerlendirilmelerde eksiklikler olduğu görülmüştür. Ayrıca kişilerin yüz yüze görüşmeler sırasında belirtmiş oldukları bazı klinik semptomların deprem öncesi mevcudiyeti bilinmemektedir. Çalışmamızın mevcut kısıtlılıkları göz önünde bulundurularak daha geniş katılımlı ve farklı bölgeleri kapsayan saha çalışmaları için öncü olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamız, Kahramanmaraş merkezli depremler sonrası Samsun iline göç eden depremedelerin sağlık ihtiyaçlarını inceleyen özgün bir çalışmayı temsil etmektedir. Her yaş grubundan büyük bir örneklemi içermesi nedeni ile primer sağlık ihtiyaçlarına ilişkin sonuç çeşitliliğinin arttığı da tahmin edilmektedir.

Sonuç

Çalışmamızın sonuçları deprem sonrasında Samsun iline göç eden depremedelerin, depremin hemen ardından gelişen sağlık ihtiyaçlarını tanımlamaktadır. Sonuçlar incelendiğinde, psikolojik destek talebi sağlık ihtiyaçları arasında en yüksek oranı oluşturmaktadır. Bu durumu gözlük ihtiyacı, fiziksel yaralanma ile ilgili tedavi talebi, uyku bozukluğuna yönelik tedavi ihtiyacı ve devamlı olarak kullanılan ilaçların temin edilmesi talepleri takip etmektedir. Sağlık sistemlerinin ve ilgili kurumların, depremedelerin ihtiyaçlarına göre sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak ve psikolojik destek sunmak için gerekli kaynakları sağlamaları önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları, kapsamlı sağlık hizmetleri sunarak depremedelerin acil ihtiyaçlarını karşılayabilir, uzun vadeli psikolojik etkileri azaltabilir ve genel iyileşme ile rehabilitasyon sürecine katkıda bulunabilir. Afetlerin kaçınılmaz olduğunu kabul etmekle birlikte, bu olayları yönetmek adına hazırlık çalışmalarını, müdahaleleri, rehabilitasyon hizmetlerini ve hayata yeniden entegrasyonu çözümleyerek afetlerin olumsuz etkileri en aza indirilebilir veya ortadan kaldırılabılır. Doğal afetler çaresizlik durumları yaratır, ancak afet sonrası çaresizlik önlenebilir bir durumdur.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmektedirler.

Maddi destek

Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmektedirler.

Kaynaklar

1. Akpınar NB, Ceran M. Afetlerle ilgili güncel yaklaşımlar ve afet hemşiresinin rol ve sorumlulukları. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2020;1(1):28-40.
2. Saçaklıoğlu F, Sarıkaya Ö. Olağandışı Durumlarla İlgili Temel Kavramlar. In: Karababa AO, ed. *Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri Sağlık Çalışanının El Kitabı*. Türk Tabipleri Birliği; 2002:11-20.
3. Benli H, Bacanlı M, Gündoğdu ŞT, Yaman MM. Türkiye’de Afet Yönetim ve Doğa Kaynaklı Afet İstatistikleri.2018. Accessed 10.01.2024. https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/35429/xfiles/turkiye_de_afetler.pdf
4. Gözükızıl CA, Tezcan S. Cumhuriyet’in Yüzüncü Yılında Türkiye’de Afetler: 06 Şubat 2023 Kahramanmaraş Depremi. *Kent Akademisi*. 2023;16(Türkiye Cumhuriyetinin 100. Yılı Özel Sayısı):97-114.
5. 6 Şubat 2023 Pazarcık-Elbistan Kahramanmaraş (Mw: 7.7 – Mw: 7.6) Depremleri Raporu. Accessed 28.10.2023. https://deprem.afad.gov.tr/assets/pdf/Kahramanmara%C5%9F%20Depremi%20%20Raporu_02.06.2023.pdf. Fırat M. Deprem ve Toplumsal Etkileri. *Tezkire Dergisi*. 2022;80:47-72.
7. Tiryaki Yenilmez D. Deprem ve Göç İlişkisi Üzerine Bir Değerlendirme. *Akademik Düşünce Dergisi*. 2023;(7):39-52.
8. Sağiroğlu AZ, Ünsal R, Özenci F. Deprem Sonrası Göç ve İnsan Hareketlilikleri: Durum Değerlendirme Raporu. AYBÜ-GPM Rapor Serisi-15. 2023. Accessed 10.09.2023. <https://aybu.edu.tr/GetFile?id=89c8b6eb-c9a1-482a-8e22-065eb9b71006.pdf>
9. Farooqui M, Quadri SA, Suriya SS, et al. Posttraumatic stress disorder: a serious post-earthquake complication. *Trends Psychiatry Psychother*. 2017;39(2):135-43.
10. Saka A, Fandaklı S, Ateş FM. Depremlerin Sağlık Organizasyonu Açısından Değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimlerinde Yenilikçi Çalışmalar*. 2023:165-85.
11. Ozucelik DN. Türkiye ‘de 1999 Marmara Depreminden 2011 Van Depremine Aldığımız Dersler. In: Ozucelik DN, ed. *Afetlerde Acil Tıp Hizmetleri*. 2019:17-28.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı Samsun İl Sağlık Müdürlüğü. Psikososyal Destek Hizmetleri Planlama Toplantısı. 2023. Accessed 02.09.2023. <https://samsunism.saglik.gov.tr/TR-272302/psikososyal-destek-hizmetleri-planlama-toplantisi.html>
13. Yıldız Mİ, Başterzi AD, Yıldırım EA, et al. Deprem Sonrası Erken Dönemde Koruyucu ve Tedavi Edici Ruh Sağlığı Hizmeti-Türkiye Psikiyatri Derneği Uzman Görüşü. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2023;34(1):39-49.
14. McFarlane AC, Williams R. Mental health services required after disasters: learning from the lasting effects of disasters. *Depress Res Treat*. 2012;2012:970194.
15. Avcıl S, Aydın K. Kahramanmaraş Depremlerinde Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Organizasyonu Presentation and Organization of Health Services in Kahramanmaraş Earthquakes. presented at: International Congress on Eurasian Economies 19-20 Eylül 2023 2023; İzmir, Türkiye.
16. Yüksel, Ş. Türkiye Psikiyatri Derneği Ruhsal Travma Ve Afet Çalışma Birimi. Psikolojik İlk Yardım: Afet mağdurlarının iyi olmalarını nasıl destekleyebiliriz? Accessed 03.01.2024. <https://psikiyatri.org.tr/uploadFiles/30102020185430-TPD-Afet-Sonrasi-BilgilendirmeBrosuru.pdf>
17. Ando S, Kuwabara H, Araki T, et al. Mental Health Problems in a Community After the Great East Japan Earthquake in 2011: A Systematic Review. *Harv Rev Psychiatry*. 2017;25(1):15-28.
18. Ahmad J, Ahmad MMJJodrr. Assessing the public health impacts of disasters: A retrospective study of the October 2015 Hindu Kush earthquake in Pakistan. 2018;28:555-64.
19. Tural U, Coskun B, Onder E, et al. Psychological consequences of the 1999 earthquake in Turkey. *J Trauma Stress*. 2004;17(6):451-9.
20. Eisma MC, Lenferink LIM, Chow AYM, Chan CLW, Li J. Complicated grief and post-traumatic stress symptom profiles in bereaved earthquake survivors: a latent class analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2019;10(1):1558707.
21. Bulut A. Doğal Afetler ve Ruh Sağlığı İlişkisi. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*. 2023;5(3):265-73.
22. Chan EYY, Griffiths S. Comparison of health needs of older people between affected rural and urban areas after the 2005 Kashmir, Pakistan earthquake. *Prehospital and disaster medicine*. 2009;24(5):365-71.
23. Adhikari RP, Upadhya N, Paudel S, et al. Psychosocial and Mental Health Problems of Older People in Postearthquake Nepal. *J Aging Health*. 2018;30(6):945-64.
24. Chan EYY, Man AYT, Lam HCY. Scientific evidence on natural disasters and health emergency and disaster risk management in Asian rural-based area. *Br Med Bull*. 2019;129(1):91-105.
25. Der-Martirosian C, Riopelle D, Naranjo D, et al. Pre-earthquake burden of illness and postearthquake health and preparedness in veterans. *Prehosp Disaster Med*. 2014;29(3):223-9.
26. Mori K, Ugai K, Nonami Y, et al. Health needs of patients with chronic diseases who lived through the great Hanshin earthquake. *Disaster Management & Response*. 2007;5(1):8-13.

27. Sosyal Güvenlik Kurumu. Afetten Etkilenen Genel Sağlık Sigortalılarının Ayakta Tedavilerinde Kullanılan Tıbbi Malzemeleri Hakkında. 10.02.2023. <https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/Afetten-Etkilenen-Genel-Saglik-Sigortalilarinin-Ayakta-Tedavilerinde-Kullanilan-Tibbi-Malzemeleri-Hakkinda-2023-02-10-05-07-25>
28. Tanaka H, Oda J, Iwai A, et al. Morbidity and mortality of hospitalized patients after the 1995 Hanshin-Awaji earthquake. *Am J Emerg Med.* 1999;17(2):186-91.
29. Tomita K, Hasegawa Y, Watanabe M, et al. The Tottori-Ken Seibu earthquake and exacerbation of asthma in adults. *J Med Invest.* 2005;52(1, 2):80-4.
30. Chan EY, Sondorp E. Medical interventions following natural disasters: missing out on chronic medical needs. *Asia Pac J Public Health.* 2007;19 Spec No(1_suppl):45-51.
31. Ghazanchaei E, Khorasani-Zavareh D, Aghazadeh-Attari J, Mohebbi I. Establishing the Status of Patients With Non-Communicable Diseases in Disaster: A Systematic Review. *Disaster Med Public Health Prep.* 2022;16(2):783-90.
32. Chan EY, Kim J. Chronic health needs immediately after natural disasters in middle-income countries: the case of the 2008 Sichuan, China earthquake. *European Journal of Emergency Medicine.* 2011;18(2):111-4.
33. Berariu R, Fikar C, Gronalt M, Hirsch P. Understanding the impact of cascade effects of natural disasters on disaster relief operations. *International Journal of Disaster Risk Reduction.* 2015;12:350-6.
34. Tuna A. Infection diseases that can be seen post-earthquake. *Intercontinental Journal of Emergency Medicine.* 2023;1(1):4-10.
35. Cordero JF. The epidemiology of disasters and adverse reproductive outcomes: lessons learned. *Environ Health Perspect.* 1993;101 Suppl 2(Suppl 2):131-6.
36. Hirose N, Chen S, Shiba K, et al. Universal health coverage of five essential health services in mothers before and after the Haiti 2010 earthquake: a retrospective cohort study using difference-in-difference. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):1505.
37. Harville EW, Do M. Reproductive and birth outcomes in Haiti before and after the 2010 earthquake. *Disaster Med Public Health Prep* 2016;10:59-66.
38. Aktoz F, Gunes AC, Yakin K. The effect of earthquake experience on pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2023 Oct 7;291:70-75. doi: 10.1016/j.ejogrb.2023.10.002. Epub ahead of print. PMID: 37837936.
39. Hobel C.J. GA, Barrett E.S. Psychosocial stress and pregnancy outcome. *Clin Obstet Gynecol.* 2008;51:333-48.



Original Research / Orijinal Araştırma

Factors Affecting Sleep Quality In Prisoned Men Cezaevinde Kalan Tutuklu Ve Hükümlülerde Uyku Kalitesini Etkileyen Faktörler

Nurettin BULUT¹, Özge TUNCER¹

Abstract

Aim: In this study, it was aimed to determine the depression and sleep quality status of prisoners and convicts in a prison and the parameters affecting sleep quality.

Methods: This cross-sectional study was carried out in Bergama M Type Closed Prison, which is under the responsibility of our Family Medicine Unit, between January 2022 and March 2022. Sociodemographic characteristics of the participants, Beck Depression Scale (BDI) and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) scores were recorded.

Results: In this study, the results of a total of 353 male participants, 75 (21.2%) of whom were imprisoned and 278 (78.8%) were convicted, were evaluated. The mean age of the subjects was 38.16 ± 11.36 years. Thirty-six point five percent of the individuals were married and 9.1% were university graduates. Fifty-two point four percent of the individuals stated that they used alcohol before being imprisoned, 70% smoked, and 20.4% used substance. Thirty-six percent of the participants had at least one chronic disease. Twenty-two point seven percent of the individuals stated that they had received psychological support before. The most common reasons for detention/conviction were 24.6% murder, 21.5% theft/extortion and 17.8% drug dealing. The mean BDI score of the individuals was 16.0 ± 13.73 , and the mean total PSQI score was 7.4 ± 4.43 . It was determined that 39.4% of the participants experienced depression symptoms and 58.1% had poor sleep quality. Being detained (OR: 2.165 [1.177 - 3.981], $p = 0.013$), having a history of substance use (OR: 2.155 [1.117 - 4.160], $p = 0.022$), receiving psychological support (OR: 2.710 [1.414 - 5.197]), $p = 0.003$) and the presence of depression symptoms (OR: 3.602 [2,150 - 6,033], $p < 0.001$) were found to be risk factors for poor sleep quality, independent of other variables.

Conclusion: It was determined that about 2 out of every 5 criminals in prison had symptoms of depression, and about 3 of them had poor sleep quality. It was observed that being detained, substance abuse history, receiving psychological support and depression negatively affected sleep quality.

Keywords: Prisons, depression, sleep wake disorders

Özet

Amaç: Bu çalışmada, bir ceza infaz kurumunda kalan tutuklu ve hükümlülerin, depresyon ve uyku kalitesi durumları ve uyku kalitesini etkileyen parametrelerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tipte olan bu araştırma, aile hekimliği birimi sorumluluk alanında olan Bergama M Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda Ocak 2022- Mart 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara sosyodemografik özellikleri ile ilgili anket, Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) uygulanmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada, 75'i (%21,2) tutuklu, 278'i (%78,8) hükümlü olan toplam 353 erkek katılımcının sonuçları değerlendirilmiştir. Kişilerin yaş ortalaması $38,16 \pm 11,36$ yıldır. Kişilerin %36,5'i evli ve %9,1'i üniversite mezunudur. Kişilerin %52,4'ü ceza infaz kurumuna girmeden önce alkol kullandığını, %70'i sigara içtiğini, %20,4'ü madde kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %36'sında en az bir kronik hastalık vardır. Kişilerin %22,7'si daha önce psikolojik destek aldığı ifade etmiştir. En sık tutukluluk / hükümlülük nedenleri %24,6 cinayet, %21,5 hırsızlık/gasp ve %17,8 uyuşturucu ticaretidir. Kişilerin BDÖ puan ortalaması $16,03 \pm 13,73$, toplam PUKİ puan ortalaması $7,44 \pm 4,43$ 'dür. Katılımcıların %39,4'ünün depresyon semptomu yaşadığı, %58,1'inin ise uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların tutuklu olması (OR: 2,165 [1,177 - 3,981], $p = 0,013$), madde kullanım öyküsü olması (OR: 2,155 [1,117 - 4,160], $p = 0,022$), psikolojik destek alması (OR: 2,710 [1,414 - 5,197], $p = 0,003$) ve depresyon semptomu varlığının (OR: 3,602 [2,150 - 6,033], $p < 0,001$) diğer değişkenlerden bağımsız olarak uyku kalitesinin kötü olması açısından risk faktörleri olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Ceza infaz kurumunda kalan her 5 suçludan yaklaşık 2'sinde depresyon semptomu olduğu, yaklaşık 3'ünde ise uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların tutuklu olması, psikolojik destek alması, madde kullanım öyküsü ve depresyonun olması uyku kalitesini olumsuz etkilediği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Hapishaneler, depresyon, uyku uyanıklık bozukluğu,

Geliş tarihi / Received: 07.02.2024 Kabul tarihi / Accepted: 20.03.2024

¹ İzmir Bergama 2 Nolu ASM

² SBÜ İzmir Bozyaka EAH Aile hekimliği

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Özge TUNCER. SBÜ İzmir Bozyaka EAH Aile hekimliği

E-posta: dr.ozgeucman@gmail.com Tel: +905059311328

Bulut N. Tuncer Ö. *Factors Affecting Sleep Quality In Prisoned Men. TJFMPC, 2024; 18 (2) :196-203*

DOI: 10.21763/tjfm.1432496

Giriş

Uyku, insan organizmasının çevresiyle etkileşiminin geçici bir süreliğine, kısmi ve belirli aralıklarla tekrarlanacak şekilde kaybolması olarak tanımlanabilir. Bu durum belirli düzeyde ve farklı biçimde olan uyaranlarla geri döndürülebilir. Bir insan ortalama olarak hayatının üçte birini uyku halinde geçirmektedir. Uyku sadece günlük hayatla iletişimin kesildiği bir period değil, aynı zamanda bir bireyin iyilik halini korumasını sağlayan, bedenin yenilenmesi ve yaşam süresinin uzamasının temel yapı taşlarından biridir. Uykunun vazgeçilmez olan bu özellikleri, bu konunun halen sağlık çalışmalarının odağı olmasını beraberinde getirmektedir. Uyku kalitesi kişilerin uykularını tamamladıktan sonra kendilerini sonraki yeni güne dinç bir şekilde hazır olarak hissetmeleri durumudur. Uyku kalitesi; uykuya dalma süresi, uykuda geçirilen süre ve uyunan gece boyunca kişilerin uyanma sayıları gibi nicel özellikleri temsil ettiği gibi, daha derin uyku ve uykunun dinlendirici olması gibi subjektif özellikleri de temsil etmektedir.¹

Uyku sorunları bireylerde sosyal ve mental uyumsuzluklara, akademik başarının ve mesleki performansın azalmasına, ev ve çalışma ortamında kaza riskinin artmasına, yaşam kalitesinin bozulmasına ve kişiler arası ilişkilerin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Uyku kalitesinin bozulması; ciddi tıbbi, nörolojik ve mental problemlerin ortaya çıkmasını kolaylaştırabilmektedir. Ayrıca mevcut hastalıkların semptomlarını da alevlendirebilir. Hükümlüler ve tutuklular, genel nüfusa oranla fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarına, alkol ve madde bağımlılığına maruz kalmaktadır. Cezaevi yaşamında, kötü fiziksel koşullar, beslenme sınırlamaları gibi psikolojiyi olumsuz etkileyecek durumların olması, bireylerin fiziksel ve psiko-sosyal sağlığını olumsuz etkilenmektedir.²

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre; kalabalık yaşam, fiziksel ve psikolojik şiddet, yalnızlık, mahremiyet eksikliği, anlamlı etkinliklerin azlığı, sosyal ilişkilerden yoksunluk, barınma, iş ve geleceğe dair umutsuzluk gibi faktörlerden dolayı hükümlüler ve tutuklular ruhsal sağlık sorunları yaşamaktadırlar. Aynı zamanda uyku problemleri, motivasyon eksikliği ve zaman zaman öfke patlamaları gibi şikâyetlerde bulunmaktadırlar. Bu durum tutuklular ve hükümlüler arasında da farklı tepkiler oluşturmaktadır.³ Cezaevi ortamında gruplaşma, can sıkıntısı, fiziksel aktivite eksikliği, gürültü, aşırı kalabalık, uygunsuz ışık düzeyi, sıcaklık ve rahatsızlık hissi gibi nedenlerle oluşan kötü uyku hijyeni sonucu mahkûmların büyük bir kısmının uyku kalitesi olumsuz olarak etkilenmektedir.^{4,5} Buna ek olarak, cezaevi popülasyonunda psikiyatrik hastalık sıklığının yüksek olması nedeniyle de uyku kalitesi olumsuz etkilenmektedir.^{5,6}

Bu çalışmada, Türkiye'de bir ceza infaz kurumunda kalan tutuklu ve hükümlülerin depresyon ve uyku kalitesi durumlarının belirlenmesi ve uyku kalitesini olumsuz etkileyen faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç Ve Yöntem

Kesitsel tipte olan bu araştırma, aile hekimliği biriminin sorumluluk alanındaki Bergama M Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda Ocak 2022- Mart 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihler arasında, Bergama M Tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda tutuklu ya da hükümlü olarak kalan 373 kişi oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçilmemiş olup, bütün evrene ulaşılması hedeflenmiştir. Tahliye işlemleri devam eden 20 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden, soruları eksiksiz cevaplayan bütün kişiler çalışmaya dahil edilerek 353 kişi ile çalışma tamamlanmıştır.

Araştırmada kullanılan veri toplama formunda kişilerin sosyodemografik özelliklerini içeren sorular, ilgili literatür incelenerek, çalışmayı yapan araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Ayrıca Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır. Veri toplama formu katılımcılara bulunduğu ceza infaz kurumu şartları altında uygulanmıştır. Kişilere veri toplama formu dağıtılarak, gözetim altında sorulara cevap vermeleri sağlanmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği

Depresyonda görülen bedensel, duygusal ve bilişsel belirtileri ölçmek üzere oluşturulmuştur. Yirmi bir sorudan oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Her sorunun puanı 0-3 arasında değişmektedir. Sorulara verilen cevaplar toplanarak toplam puan hesaplanmaktadır. Ölçeğin toplam puanı 0-63 arasındadır. Ölçeğin kesim noktası olarak 17 değeri alınmıştır.⁷ Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Nesrin Hisli tarafından 1988 yılında, Ege Üniversitesi'nde Edebiyat Fakültesinde okuyan 259 öğrencinin katılımı ile yapılmıştır.⁸

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)

Bireylerin son bir aylık uyku kalitesini belirlemek için; kendi içinde tutarlılığı olan ve tekrar edilebilen, güvenilir bir test olan PUKİ kullanılmıştır. PUKİ; bireyde uyku kalitesini ve miktarının, uyku bozukluğunun varlığının ve şiddetinin değerlendirilmesini sağlayan 19 soru içermektedir. Subjektif uyku kalitesi, uyku gecikmesi (latansı), uyku süresi, uyku verimliliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlerinde bozulmanın değerlendirildiği yedi öğeden oluşan bir ankettir.⁹ Toplam PUKİ skorunun 5 ve altında olması "iyi uyku kalitesi"ni göstermektedir. PUKİ anketinin Türkçe'ye uyarlaması Agargun ve ark. tarafından yapılmıştır.¹⁰

Çalışmanın yapılabilmesi için, SBÜ İzmir Bozyaka Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan (tarih: 07.09.2021, karar no: 2021/29) ve T.C. Adalet Bakanlığı, Ceza ve Tevkif Evleri Genel Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (tarih: 25.11.2021, sayı: E-57292265-204.06.03-800/122044).

İstatiksel Analiz

Analizler IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Kategorik değişkenler frekans, yüzde, sürekli sayısal değişkenler ise ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerleri ile özetlenmiştir. Kategorik değişkenlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare testi ve Fisher's Exact testi kullanılmıştır. Sürekli sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile kontrol edilmiş ve verilerin normal dağılmadığı saptanmıştır. Bu nedenle iki grup arasında sayısal karşılaştırmalarda non-parametrik bir test olan Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Uyku kalitesinin kötü olmasını etkileyen parametrelerin belirlenmesi amacıyla, tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren parametrelerin dahil edildiği çok değişkenli lojistik regresyon analizi (enter metodu) gerçekleştirilmiştir. Bütün analizler için $p < 0,05$ anlamlı değer olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya katılan 353 kişinin yaş ortalaması $38,16 \pm 11,36$ yıl (min – max: 18 – 87) ve tamamı erkek cinsiyettedir. Kişilerin %36,5'i evli, %9,1'i üniversite mezunu, %41,6'sı tutukluluk öncesi herhangi bir işte çalışmıyor, %57,5'inin gelir düzeyi asgari ücretin altında ve %69,1'inin herhangi bir sağlık güvencesi yoktur (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Değişkenler	Sayı (N)	Yüzde (%)
Öğrenim düzeyi		
Üniversite	32	9,1
Lise	96	27,2
Ortaokul	101	28,6
İlkokul	109	30,9
Okur-yazar değil	15	4,2
Medeni durum		
Evli	129	36,5
Bekar	128	36,3
Boşanmış	88	24,9
Eşi vefat etmiş	8	2,3
Tutukluluk öncesi çalışma durumu		
Çalışmıyor	147	41,6
Bedensel iş	166	47
Masa başı iş	21	5,9
Emekli	19	5,4
Toplam	353	100,0
Gelir düzeyi		
Asgari ücret altı	203	57,5
Asgari ücret	103	29,2
Asgari ücretten fazla	47	13,3
Sosyal güvence		
SGK	69	19,5
Özel sigorta	8	2,3
Diğer	32	9,1
Yok	244	69,1
Toplam	353	100,0

Kişilerin; %52,4'ü ceza infaz kurumuna girmeden önce alkol kullandığını, %70'i sigara içtiğini, %20,4'ü madde kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %36'sında en az bir kronik hastalık, %30'unda uzun süre tedavi gerektiren bir sağlık sorunu vardır. En sık saptanan kronik hastalık ise %9,1 oranı ile hipertansiyondur. Kişilerin %22,7'si daha önce psikolojik destek aldığını ifade etmiştir. Kişilerin %21,2'si tutuklu, %78,8'i hükümlüdür. En sık tutukluluk ya da hükümlülük nedenleri %24,6 cinayet, %21,5 hırsızlık/gasp ve %17,8 uyuşturucu ticaretidir. Katılımcıların %55,8'i geçmişte başka bir suç işlediğini belirtmiştir. Kişilerin BDÖ puan ortalaması $16,0 \pm 13,73$, toplam PUKİ puan ortalaması $7,44 \pm 4,43$ 'tür. Katılımcıların %39,4'ünün depresyon semptomu yaşadığı, %58,1'inin ise uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir.

Uyku kalitesi iyi olan katılımcılarla karşılaştırıldığında, uyku kalitesi kötü olanların ceza infaz kurumu öncesinde madde kullanım öyküsü ($p < 0,001$), uzun süre tedavi gerektiren bir sağlık sorunu olması ($p = 0,002$) ve psikolojik destek alma sıklığı ($p < 0,001$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların sigara, alkol, madde kullanımı, kronik hastalıkları ve psikolojik destek alma durumlarına göre uyku kalitesinin karşılaştırılması

Değişkenler	Uyku kalitesi (PUKİ)				p
	İyi (<5)		Kötü (≥5)		
	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
Ceza infaz kurumu öncesinde alkol					
İçmeyen	72	48,6	96	46,8	0,736
İçen	76	51,4	109	53,2	
Sigara					
Hiç içmeyen	30	20,3	32	15,6	0,505
İçen	101	68,2	146	71,2	
Bırakmış	17	11,5	27	13,2	
Ceza infaz kurumu öncesinde madde kullanımı					
Var	17	11,5	55	26,8	<0,001
Yok	131	88,5	150	73,2	
Kronik hastalık*					
Yok	95	64,2	131	63,9	0,481
Hipertansiyon	14	9,5	18	8,8	
Diabetes mellitus	2	1,4	6	2,9	
Hiperlipidemi	0	0,0	3	1,5	
Astım	5	3,4	7	3,4	
Lumbal herni	6	4,1	3	1,5	
Psikiyatrik	3	2,0	6	2,9	
Koroner arter hastalığı	1	0,7	3	1,5	
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	1	0,7	2	1,0	
Epilepsi	1	0,7	2	1,0	
Tiroid hastalığı	0	0,0	3	1,5	
Diğer	20	13,6	21	10,2	
Uzun süre tedavi gerektiren bir sağlık sorunu					
Var	31	20,9	75	36,6	0,002
Yok	117	79,1	130	63,4	
Psikolojik destek					
Alan	16	10,8	64	31,2	<0,001
Almayan	132	89,2	141	68,8	
Toplam	148	100,0	205	100,0	

Pearson Ki-kare testi ve Fisher's Exact testi

Ceza infaz kurumuna girmeden önce madde kullanım öyküsü olanların %76,4'ünün uyku kalitesi kötüdür. Uyku kalitesi iyi olanlarla karşılaştırıldığında, uyku kalitesi kötü olanların çay içme miktarı (p = 0,016) ve BDÖ skoru (p<0,001) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır (Tablo 3).

Tablo 3. Uyku kalitesi iyi olan ve kötü olan katılımcıların yaş, ceza süresi, alkol, sigara, çay, kahve tüketim miktarları ve BDÖ skorunun karşılaştırması

Değişkenler	Uyku kalitesi (PUKİ)				p
	İyi (<5)		Kötü (≥5)		
	Ort±SS	Median (min - max)	Ort±SS	Median (min - max)	
Yaş (yıl)	39,52±11,8	38,5 (18 - 87)	37,17±10,96	35 (18 - 67)	0,070
Cezaevinde bulunduğu süre (ay)	58,9±59,47	48 (1 - 408)	50,88±49,98	30 (1 - 211)	0,199
Kalan ceza süresi (ay)	80,91±73,01	60 (1 - 324)	94,13±88,42	72 (1 - 447)	0,351
Cezaevi öncesi alkol içme miktarı (bardak/ay)	2,24±4,67	2 (0 - 30)	4,78±10,76	2 (0 - 90)	0,493
Sigara içme miktarı (paket/ay)	17,65±18,32	18 (0 - 120)	22,24±22,67	30 (0 - 150)	0,075
Çay içme miktarı (bardak/gün)	4,79±4,16	5 (0 - 40)	6,14±5,66	5 (0 - 50)	0,016
Kahve içme miktarı (bardak/gün)	2,13±3,6	0 (0 - 30)	2,53±3,24	2 (0 - 20)	0,092
BDÖ toplam puan	10,59±10,94	8 (0 - 55)	19,96±14,21	18 (0 - 58)	<0,001

Mann-Whitney U testi

Uyku kalitesi iyi olanlarla karşılaştırıldığına, uyku kalitesi kötü olanlar istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla sıklıkta tutuklulardan ($p = 0,006$) ve depresyon semptomu olanlardan ($p < 0,001$) oluşmaktadır (**Tablo 4**).

Tablo 4. Katılımcıların tutukluluk / hükümlülük durumu ve nedenine, geçmişte başka suç işleme durumu ve depresyon semptomu varlığına göre uyku kalitesinin karşılaştırılması

Değişkenler	Uyku kalitesi (PUKİ)				p
	İyi (<5)		Kötü (≥5)		
Durumu	Sayı (N)	Yüzde (%)	Sayı (N)	Yüzde (%)	
Tutuklu	21	14,2	54	26,3	0,006
Hükümlü	127	85,8	151	73,7	
Tutuklu/ Hükümlülük nedeni					
Cinayet	39	26,4	48	23,4	0,146
Hırsızlık/gasp	25	16,9	51	24,9	
Cinsel suçlar	22	14,9	24	11,7	
Uyuşturucu ticareti	27	18,2	36	17,6	
Diğer	11	7,5	14	6,8	
Yaralama	9	6,1	15	7,3	
Madde kullanımı	3	2	11	5,4	
Göçmen kaçakçılığı	3	2	2	1	
Yağma	3	2	1	0,5	
Silahlı tehdit	4	2,7	0	0	
Nitelikli dolandırıcılık	2	1,4	3	1,5	
Geçmişte başka suç					
İşleyen	79	53,4	118	57,6	0,435
İşlemeyen	69	46,6	87	42,4	
Depresyon semptomu (BDÖ)					
Yok (<17)	117	79,1	97	47,3	<0,001
Var (>16)	31	20,9	108	52,7	
Toplam	148	100,0	205	100,0	

Pearson Ki-kare testi ve Fisher's Exact testi

Tek değişkenli analizlerde uyku kalitesini etkilediği belirlenen parametrelerin dahil edildiği çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, tutuklu olmak (OR: 2,165 [1,177 - 3,981], $p = 0,013$), madde kullanım öyküsü olması (OR: 2,155 [1,117 - 4,160], $p = 0,022$), psikolojik destek almak (OR: 2,710 [1,414 - 5,197], $p = 0,003$) ve depresyon semptomu varlığının (OR: 3,602 [2,150 - 6,033], $p < 0,001$) diğer değişkenlerden bağımsız olarak uyku kalitesinin kötü olması açısından risk faktörleri olduğu belirlenmiştir. Ayrıca cezaevinde kalınan süre uyku kalitesinin kötü olması ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir (OR: 0,997 [0,993 - 1,001], $p = 0,171$) (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların uyku kalitesinin kötü olmasını etkileyen bağımsız risk faktörleri (çok değişkenli lojistik regresyon analizi, enter metodu)

Parametre	OR [%95GA]	p
Mevcut durumu (referans hükümlü)	2,165 [1,177 - 3,981]	0,013
Sağlık güvencesi varlığı	1,153 [0,694 - 1,913]	0,583
Madde kullanım öyküsü (Referans kullanmayanlar)	2,155 [1,117 - 4,160]	0,022
Uzun süre tedavi gerektiren bir sağlık sorunu	0,714 [0,410 - 1,243]	0,234
Psikolojik destek (Referans almayanlar)	2,710 [1,414 - 5,197]	0,003
Depresyon semptomu (Referans olmayanlar)	3,602 [2,150 - 6,033]	<0,001
Çay içme miktarı (bardak/gün)	1,052 [0,993 - 1,115]	0,088
Constant	0,186	0,015
Bağımlı değişken: Uyku kalitesinin kötü olması, Nagelkerke R2: 0,250		

Çok değişkenli lojistik regresyon analizi GA: Güven aralığı, OR: Odds ratio

Tartışma

İzmir’de Bergama M Tipi Ceza İnfaz Kurumunda kalan tutuklu ve hükümlülerin uyku kalitesinin saptanması ve kişilerde görülen kötü uyku kalitesi için risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, kişilerin yarısından fazlasının (%58,1) uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kişilerin hükümlü olmasıyla karşılaştırıldığında tutuklu olmasının, daha önce psikolojik destek almış olmasının, madde kullanım öyküsü ve depresyon semptomu varlığının kötü uyku kalitesi açısından bağımsız risk faktörleri olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada, kişilerin depresyon durumu BDÖ ile değerlendirilmiş ve katılımcıların BDÖ puan ortalamasının 16,03±13,73 olduğu, %39,4’ünün ise depresyon semptomu yaşadığı belirlenmiştir. Cezaevine girmek birçok açıdan stresli bir olaydır. Bireylerin aile, iş ve sosyal yaşamını önemli ölçüde etkilemektedir. Aynı zamanda cezaevi ortamı da yeni bir yaşam tarzına uyum sağlamayı gerektirmektedir. Bu süreç alışılmış günlük yaşam koşullarından yoksun, zaman ve mekân açısından kısıtlı bir ortama uyum sağlamayı gerektirmektedir. Dolayısıyla bireylerin dışarıda kalan hayatlarındaki sorunlarla baş etmenin yanında, cezaevindeki yeni yaşamlarının yarattığı problemlerle de baş etmesi gerekmektedir.

Özgürlüğünün yanında insanlarla ilişkilerinin de kısıtlanması mahkûmların önemli bir stres kaynağıdır. Bu gibi nedenlerle mahkûmların önemli bir kısmında şizofreni, majör depresyon, zararlı madde kullanımı gibi rahatsızlıklar sıkça görülmektedir.^{11,12} Literatürdeki çok sayıda araştırmaya göre mahkûmlardaki ağır psikolojik sorunların (psikotik hastalıklar, majör depresyon, anti sosyal kişilik bozukluğu, kaygı bozukluğu, intihar eğilimi, kendine ve başkasına zarar verme eğilimi gibi) görülme sıklığı toplum geneline kıyasla daha yaygın görülmektedir.¹² Çalışmamızda saptanan depresyon semptom sıklığının literatürle yakın düzeylerde olduğu ve bu popülasyonda depresyon sıklığının ciddi düzeyde olduğu söylenebilir.^{13,14} Uyku kalitesini de etkileyebilen depresyon gelişimine yönelik müdahaleler hem depresyonu hem de uyku kalitesini iyileştirmeye yönelik uygulamalar arasında öncelikli olarak düşünülebilir.

Çalışmamızın ana amaçlarından birisi kişilerin uyku kalitesinin belirlenmesidir. Buna göre mahkûmların yarısından fazlasının (%58,1) uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir. Daha önce yapılan çeşitli çalışmalarda mahkûmlarda uyku kalitesi değerlendirilmiş ve geniş bir yelpazede dağılan kötü uyku kalite sıklıkları rapor edilmiştir. Mahkûmlarda yapılan uyku kalitesi araştırmalarının genel olarak değerlendirildiği güncel bir sistematik derlemede, kötü uyku kalitesinin tahmini prevalansının çalışmalar arasında kullanılan uyku kalitesine karar verilen araç farklılıkları ve kesim noktası farklılıkları nedeniyle değişken düzeyde olduğu, %42,8 ile %88,2 arasında dağıldığı belirtilmiştir.¹⁵ Genel popülasyonda ise %25-36 oranında kötü uyku kalitesi olduğu gösterilmiş. Mahkûmlarda artan kalitesiz uyku sıklıklarına dikkat çekilmiştir.¹⁵ Kötü uyku kalitesi, insomniadan daha yaygın olan ve öznel bir kavramdır. Bu nedenle kriter olarak kabul edilen değerlendirmelere göre sıklığın farklı olması beklenen bir bulgu olarak yorumlanmıştır.¹⁵ PUKİ kullanılarak yapılan çalışmalarda dahi farklı kesim noktalarının kullanılması, çalışmalar arası karşılaştırmayı güçleştiren bir durumdur. Ancak çalışmamızla uyumlu olarak aynı kesim noktasını kullanan çalışmalarda, mahkûmlarda kötü uyku kalitesi %62,5 ile %88,2 aralığında rapor edilmiştir.^{10,16,17,18} Çalışmamızda saptanan kötü uyku kalitesi sıklığının, önceki çalışmalara göre daha düşük olduğu gözlenirse de halen saptanan bu sıklık oldukça yüksek bir düzeydedir. Cezaevine giren kişilerin yaşantılarının önemli bir parçası olan ve sağlık durumlarını etkileyen uyku kalitelerini iyileştirmeye yönelik çabaların faydalı olacağı kanaatindeyiz.

Ayrıca çalışmamızda, hükümlülerle karşılaştırıldığında tutuklu olanların uyku kalitesinin kötü olma riski daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Tutukluluğun hükümlülük öncesi bir dönem olduğundan yola çıkılarak, bu durumun cezaevinde geçirilen sürenin artması ile mevcut koşulları kabullenmenin uykuya olan olumlu etkisi ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Ek olarak henüz tutuklanan kişiler, hüküm giyene kadar davalarına dair durumları düşünüyor ve uyku kalitesinin bu durumdan etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, kişilerin madde kötüye kullanım öyküsü sorgulanmış ve her beş mahkûmdan birinin (%20,4) daha önce madde kötüye kullanım öyküsünün olduğu belirlenmiştir. Ayrıca madde kötüye kullanım öyküsü olan kişilerin, kötü uyku kalitesi riskinin arttığı gözlenmiştir. Daha önce yapılan birçok çalışmada, madde kötüye kullanımının uyku kalitesine olan olumsuz etkisi gösterilmiştir. Genel toplumda yapılan araştırmalarda da madde kötüye kullanımının uykusuzlukla ilişkili olduğu bulunmuştur.¹⁹ Mahkûmlar ve genel nüfus arasındaki sağlık çıktılarındaki farklılıklar, çeşitli davranışsal ve sosyoekonomik faktörlere bağlanmaktadır. Mahkûmlarda yüksek intravenöz madde kullanımı oranları, artan bulaşıcı hastalık riski, alkolün kötüye kullanılması ve sigara içmenin daha fazla sıklıkta olması ile ilişkilendirilmiştir. Bu durumlar özellikle kardiyovasküler hastalık ve bazı malignitelerin ortaya çıkma riskini artırmaktadır.^{20,21} Çalışmamızla uyumlu olarak erkeklerin %10-48'i ve kadınların %30-60'ı hapsedilirken yasadışı madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı tanısı almaktadır.²² Cezaevine girenlerin büyük bir çoğunluğu, kötü uyku ile ilişkilendirilebilecek madde kötüye kullanıcılarıdır ve uyku kalitesinde azalma da yoksunluk belirtileri arasındadır.²³

Güncel pek çok çalışmada; daha önce madde kötüye kullanım öyküsü, sigara, kahve tüketme ve saldırı suçundan cezaevinde olma parametrelerinin, uyku kalitesinin kötü olması ile ilişkili olduğunu, depresyon, anksiyete ve uyku

problemlerinin birbiriyle etkileşim içerisinde ortaya çıktığını, her üç hasta grubunun da psikolojik destek almasının gerekliliğini ve bir durumun varlığının bir diğerini tetiklediğini, uykusuzluğun mahkumlar arasında psikiyatrik bozukluklarla (kişilik bozukluğu, depresyon ve anksiyete) ve hissedilen acı ile ilişkili olduğunu belirtmiştir.^{5,16,24,25,26} Çeşitli müdahale yöntemleriyle, mahkumların uyku kalitesinin daha iyi bir düzeye getirilebileceğini ileri sürmüşlerdir.¹¹

Çalışmamızda, psikolojik destek almanın ve depresyon semptomu varlığının uyku kalitesinin azalması ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Birçok psikiyatrik hastalık tekrar etme eğiliminde olan, bir diğer psikiyatrik hastalık ile ilişkili olan ve psikolojik destek gerektiren özelliklere sahiptir. Çalışmamızda da, depresyon semptomu olan kişilerin daha önce daha fazla sıklıkta psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu ve bu iki durumun birbiriyle ilişkili olarak kötü uyku kalitesini tetiklediği düşünülmüştür. Çalışmamızla uyumlu olarak daha önce yapılan birçok çalışmada depresyon ile saptanan benzer kötü uyku kalitesi ilişkisi gösterilmiştir.^{1,26,27}

Ceza evi şartlarında uyku ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmalar incelendiğinde ise, uykusuzluk ile çeşitli psikiyatrik sorunlar ve diğer faktörler arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Bu durumlar arasında travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve kumar bağımlılığı, kaygı ve ruh hali değişikliği, sakinleştirici kullanımı ve birden fazla madde kullanımı öyküsü, toplumun daha düşük sosyoekonomik sınıfında yer alma ve daha yüksek düzeyde saldırganlığın yer aldığı gösterilmiştir.^{4,17,28,29} Çalışmamızda, benzer olarak artan depresyon ve kötü uyku kalitesine yönelik müdahalelerin her iki durumunda iyileştirilmesi açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) ağacına göre aile hekimliğinin temel görevleri arasında “kapsamlı yaklaşım” yer almaktadır. Bu kapsamda sağlık ve iyiliğin teşviki; kişilerin sağlıklarının geliştirilmesi ve hastalıklarının önlenmesine yönelik koruyucu stratejilerin uygun şekilde uygulanması oldukça önemlidir.³⁰ Aile hekimliğinin önemli bir parçası olan koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında, özellikle madde kullanım öyküsü olan, daha önce psikolojik destek alan ve depresyon bulguları gösteren kişilere yönelik yapılacak uyku hijyen eğitimleri gibi müdahalelerin, kişilerin ruhsal sağlığını olumlu etkileyebileceği düşünülmektedir.

Sonuç

Bu çalışmada, ceza infaz kurumunda kalan her 5 kişiden yaklaşık 2'sinde depresyon semptomu olduğu, yaklaşık 3'ünde ise uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların, hükümlü yerine tutuklu olması, psikolojik destek alması, madde kullanım öyküsü ve depresyonun olması uyku kalitesini olumsuz etkilediği saptanmıştır.

Kısıtlılıklar

Genel olarak ceza adalet sistemi, güvenlik düzeyi ve uygulamaları, cezaevi kapasitesi ve tesisleri ile ilgili cezaevi koşullarında farklılıklar çalışmaların sonucunu değiştirebilmektedir. Bu tür farklılıkların, kaliteli uyku fırsatı üzerinde doğrudan bir etkisi olabilmektedir. Çalışmamızda bu parametreler değerlendirilmemiştir. Ayrıca birlikte kalınan kişi sayısı, yatak konforu, sıcaklık, ışık ve gürültü gibi uykuyu etkileyen dış çevresel faktörler incelenmemiştir. Bu durumların daha az ya da daha çok etkisi sonuçlarımızın yanlış yorumlanmasına neden olabilmektedir. Çalışmamız sadece erkeklerden oluşan, M tipi bir Ceza evinde yer alan tutuklu ve mahkumların dahil edilmesi ile gerçekleştirilmiştir. Sonuçların genellenebilirliği bu durum göz önünde bulundurularak yorumlanmalıdır. Kadınların ve farklı tipte ceza evlerinde kalan mahkumların dahil edilmesi ile yapılacak çalışmaların sonuçlarının farklılık gösterebileceği düşünülmektedir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar aralarında herhangi bir çıkar çatışması bulunmadığını beyan eder.

Finansal Destek

Çalışma sırasında herhangi bir kurumdan finansal destek sağlanmamıştır.

Kaynaklar

1. Freeman D, Sheaves B, Waite F, Harvey AG, Harrison PJ. Sleep disturbance and psychiatric disorders. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(7):628-637.
2. Pinto J, van Zeller M, Amorim P, Pimentel A, Dantas P, Eusébio E, et al. Sleep quality in times of Covid-19 pandemic. *Sleep medicine*. 2020;74:81-85.
3. World Health Organization and International Committee of the Red Cross. Mental Health and Prisons: Information Sheet. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98989/WHO_ICRC_InfoSht_MNH_Prisons.pdf Erişim: 12.05.2022.
4. Barker LF, Ireland JL, Chu S, Ireland CA. Sleep and its association with aggression among prisoners: quantity or quality? *International Journal of Law and Psychiatry*. 2016;47:115-121.

5. Dewa LH, Kyle SD, Hassan L, Shaw J, Senior J. Prevalence, associated factors and management of insomnia in prison populations: an integrative review. *Sleep Medicine Reviews*. 2015;24:13-27.
6. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23,000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*. 2002;359:545–50.
7. Beck AT, World CH, Mendelson M, et al. An Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.
8. Hisli N. A study on the validity of the Beck Depression Inventory. *Turk Psychol J* 1988;6:118-123.
9. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, et al. Quantification of subjective sleep quality in healthy elderly men and women using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). *Sleep* 1991;14:331-338.
10. Agargun MY, Kara H, Anlar O. The validity and reliability of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *Türk Psikiyatri Derg* 1996;7:107-115.
11. Griffiths C, Hina F. Prisoner’s insomnia prevalence, insomnia associated factors and interventions with sleep as an outcome: a review and narrative analysis. *International Journal of Prisoner Health*. 2022;18(1):27-42.
12. Bedaso A, Ayalew M, Mekonnen N, Duko B. Global estimates of the prevalence of depression among prisoners: a systematic review and meta-analysis. *Depression research and treatment*. 2020:3695209.
13. Meydan HN. Gümüşhane E Tipi Açık ve Kapalı Ceza İnfaz Kurumunda bulunan erkek hükümlülerin depresyon düzeyleri ve saldırgan davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi] Üsküdar Üniversitesi, İstanbul. 2019:98.
14. Necho M, Belete A, Tsehay M, Zenebe Y. A meta-analysis of depressive symptoms among Ethiopian prisoners and a narrative description of its associated factors: a country based systematic review and meta-analysis study. *BMC Psychiatry*. 2020;20:281.
15. Sheppard N. I Can’t Get No Sleep: An Exploration of Sleep Quality in Stigmatised Groups. [Doktora Tezi]. Prifysgol Bangor University. North Wales Clinical Psychology Programme. 2021:18.
16. Getachew Y, Azale T, Necho M. Poor sleep quality and associated factors among prisoners of the Diredawa correctional facility in eastern Ethiopia. 2020;19(1):1-9.
17. Acar ÖF, Öğülmüş S, Boysan M. Associations between circadian preferences, sleep quality, dissociation, post-traumatic cognitions, and posttraumatic stress disorder (PTSD) among incarcerated offenders. *Sleep and Hypnosis*. 2019;21(3):201–219.
18. Harner HM, Budescu M. Sleep quality and risk for sleep apnea in incarcerated women. *Nursing Research*. 2014;63(3):158–169.
19. Mahfoud Y, Talih F, Strem D, Budur K. Sleep disorders in substance abusers: how common are they? *Psychiatry*. 2009;6(9):38-42.
20. Wallace C, Mullen P, Burgess P, Palmer S, Ruschena D, Browneet C. Serious criminal offending and mental disorder: case linkage study. *Br J Psychiatry*. 1998;172:477–84.
21. Fazel S, Yu R. Psychotic disorders and repeat offending: systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2011;37(4):800-10.
22. Goff A, Rose S, Purves D. Does PTSD occur in sentenced prison populations? A systematic literature review. *Crim Behav Ment Health*. 2007;17:152–62.
23. Cuellar AE, Kelleher KJ, Kataoka S, Adelsheim S, Coccozza J. Incarceration and psychotropic drug use by youth. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2008;162(3):219-224.
24. Elger BS. Prevalence, types and possible causes of insomnia in a Swiss remand prison. *Eur J Epidemiol*. 2004;19(7):665-677.
25. Elger BS, Sekera E. Prospective evaluation of insomnia in prison using the Pittsburgh Sleep Quality Index: which are the factors predicting insomnia? *J Psychiatry Clin Pract*. 2009;13(3):206-217.
26. Arenas DJ, Thomas A, Wang JC. A systematic review and meta-analysis of depression, anxiety, and sleep disorders in US adults with food insecurity. *Journal of general internal medicine*. 2019;34(12):2874-2882.
27. Deng J, Zhou F, Hou W, Silver Z, Wong CY, Chang O, et al. The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2021;1486(1):90-111.
28. Geng F, Wang J, Wen C, Shao Y, Wu J, Fan F. Prevalence and correlates of sleep problems among Chinese prisoners. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2020;56:4.
29. Chinichian M, Alemohammad ZB. Sleep quality in prisoners with substance use disorder (Sud) in Iran – a cross-sectional study. *Journal of Substance Use*. 2020;10:412-415.
30. Oztek Z. Koruyucu Sağlık Hizmetleri. Bozdemir N, Kara İH. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. Adana Nobel Kitapevi.2010:47-53.



Original Research / Orijinal Araştırma

Traditional Beliefs And Practices Related To Puerperium, Neonatal Care And Breastfeeding In The Postpartum Period

Postpartum Dönemde Lohusalık, Yenidoğan Bakımı Ve Emzirme İle İlgili Geleneksel İnanç Ve Uygulamalar

Gizem ÇITAK¹, Burak ŞİRİN², Nermin GÜRHAN²

Abstract

Objective: In this research, we aimed to determine the traditional beliefs and implemented practices of women in postpartum period regarding puerperium, neonatal care, and breastfeeding.

Method: The study was cross-sectional and descriptive and consisted of 618 women living in seven regions of Turkey between December 12, 2022 and January 15, 2023. The data were collected through a personal information form created by the researchers and snowball sampling method was used. Mean, standard deviation, number, percentage, and chi-square tests were used to evaluate the data.

Findings: The average age of the women participating in the study was between 38.15±10.62, and the duration of the marriage was 16.59±11.54 years. Of the women, 33.3% are primary school graduates, 73% are not working, 54.4% have an income equivalent to expenses, and 86.9% have a nuclear family structure. Of them, 59.7% stated that they resorted to traditional practices related to puerperal care, 61.8% to neonatal care, and 47.9% to breastfeeding. The traditional practices that women use the most are abstinence from sexual intercourse for forty days in puerperium (66.8%), swaddling in neonatal care (75.9%), consuming hot milk, soup, etc., and increasing milk consumption during breastfeeding (62.6%). It was found that there is a significant difference between the traditional methods applied for puerperal care, neonatal care, and breastfeeding when compared by region (p<0.05).

Conclusions and recommendations: It was determined that the women participating in the study applied many traditional methods related to puerperium, neonatal care, and breastfeeding. Although these methods show regional differences, they are often used. It is proposed to increase the awareness of society and health professionals specialized in their field about traditional methods and to create policies for health organizations to identify and inform, considering that these traditional methods may create differences in individuals.

Keywords: Postpartum, Breastfeeding, Neonatal, Traditional Practices

Özet

Amaç: Bu araştırma doğum yapmış kadınların lohusalık, yenidoğan bakımı, emzirmeye yönelik geleneksel inanç ve uygulamalarını saptamak amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı tipte tasarlanmış olup, 15 Aralık 2022 ve 15 Ocak 2023 tarihleri arasında Türkiye'nin yedi bölgesinde yaşayan 618 kadından oluşmuştur. Veriler, araştırmacılar tarafından oluşturulan kişisel bilgi formu aracılığıyla toplanmış ve kartopu örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, sayı, yüzde ve ki kare testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 38.15±10.62 ve evlilik süresi 16.59±11.54 yıldır. Kadınların %33.3'ü ilköğretim mezunu, %73'ü çalışmıyor, %54.4'ünün geliri giderine denk, %86.9'u çekirdek aile yapısına sahiptir. Kadınların %59.7'si lohusalık, %61.8'si yenidoğan bakımı, %47.9'u emzirme ile ilgili geleneksel uygulamalara başvurduğunu belirtmiştir. Kadınların en fazla uyguladıkları geleneksel uygulamalar lohusalarda (%66.8) kırk gün cinsel ilişkiye girilmemesi, yenidoğan bakımında (%75.9) kundaklama, emzirme döneminde (%62.6) sütü artırmak için sıcak süt, çorba vb. içirilmesi şeklinde sıralanmaktadır. Lohusalık, yenidoğan bakımı ve emzirmeye yönelik uygulanan geleneksel yöntemlerin bölgelere göre bakıldığında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Sonuç ve öneriler: Araştırmaya katılan kadınların lohusalık, yenidoğan bakımı ve emzirme ile ilgili birçok geleneksel yöntemi uyguladıkları belirlenmiştir. Bu yöntemler bölgesel farklılıklar göstermekle birlikte, sıklıkla kullanılmaktadır. Toplum ve alanında uzman sağlık çalışanlarının geleneksel yöntemler konusunda farkındalığının artırılması ve sağlık kuruluşlarının bu geleneksel yöntemlerin bireylerde farklılık oluşturabileceği göz önünde bulundurularak tespit ve bilgilendirme yapması konusunda politikalar oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Postpartum, Emzirme, Yenidoğan, Geleneksel Uygulamalar

Geliş tarihi / Received: 24.10.2023 Kabul tarihi / Accepted: 22.03.2024

¹ Tokat Gaziosmanpaşa University, Faculty of Health Sciences, Midwifery Department

² Tokat Gaziosmanpaşa University, Faculty of Health Sciences, Psychiatric Nursing Department

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Gizem ÇITAK. Tokat Gaziosmanpaşa University, Faculty of Health Sciences, Midwifery Department, Tokat/ Turkey E-posta: gizem.citak@gop.edu.tr Tel: +90 (544) 201 10 98

Çıtak G. Şirin B. Gürhan N. Traditional Beliefs And Practices Related To Puerperium, Neonatal Care And Breastfeeding In The Postpartum Period *TJF&PC*, 2024; 18 (2):204-214

DOI: 10.21763/tjfm.1380579

Introduction

Although culture and society are inseparable, societies' health practices, due to a cultural perspective, are defined as "traditional health practices".¹ In all cultures, some traditional practices have been developed to reflect society's thoughts about life and passed down from generation to generation.^{2,3,4} Regardless of where they live, whether in urban or rural areas, cultural and traditional ethnic origin norms affect attitudes toward neonatal care in the postpartum period.⁵ Traditional practices for the neonatal in the postpartum period are observed in many cultures and consist of practices for breastfeeding and nutrition during neonatal care.⁵

Traditional practices for the neonatal are caused by many reasons, such as difficult access to health services, the economic situation of society, distrust of health personnel, and lack of health assurance.⁶ Traditional practices are also included in most countries of the world and our society. Postpartum mothers in Iran pray to protect the newborn from evil eyes; in Mangalore, mothers use cold water to speed up the drying process of the newborn's umbilical cord during the postpartum period, engage in spiritual activities and apply herbal medicines, in Tanzania for 6-7 days after childbirth (until the newborn's umbilical cord falls off), newborns are not shown to people other than the baby's family members in order to protect them from the evil eye; these can be listed amongst the traditional practices for newborns worldwide.^{7,8,9} In Turkey, on the other hand, it is found that we have practices such as "not to breastfeed before three adhan times after the baby is born, not to breastfeed without reciting the adhan in the ear of the baby, not to give colostrum to the newborn" for newborn nutrition; whereas there are some other practices such as "covering the baby's face with a yellow muslin to protect him/her from jaundice, swaddling, salting, not cutting his/her nails before 40 days, singing a lullaby, applying olive oil to prevent diaper rash".^{10,11,12} Although some traditional practices applied to the newborn are rational, some are risky practices that may negatively affect the newborn's health.¹² For these reasons, it is aimed to determine the traditional beliefs and practices applied by women who had given birth at least once in the study about puerperal, neonatal care, and breastfeeding process

Method

The objective and type of the research:

This is a descriptive cross-sectional research conducted to determine the traditional beliefs and practices applied by women who had given birth at least once about puerperal, neonatal care, and breastfeeding process.

Place, Time, and Sample of the Research

The general population of the study consists of women living in seven regions of Turkey between December 15,2022 and January 15,2023. We aimed to reach the sample group with the snowball sampling technique, and the data collection process was terminated when the sample size to represent the study population was reached. The number of participants according to regions is 95 in Central Anatolia, 52 in Eastern Anatolia, 158 in Southeastern Anatolia, 180 in the Black Sea Region, 63 in the Mediterranean Region, 11 in the Aegean Region, and 59 in the Marmara Region.

The G*Power 3.1.9.7 program was used to determine the study sample.¹³ The study sample was calculated by considering Cohen's medium effect size suggestion (1988).¹⁴ Accordingly, the confidence interval was 95% ($1-\beta=0.95$), and the margin of error was 5% in the medium effect size. As a result of the calculations, it was concluded that there should be a total of 556 women, and taking into account possible data losses (10% data loss), 618 women were reached. According to the posthoc analysis conducted at the end of the research, 96% power ($1-\beta=0.96$) and medium effect size were reached with 618 women.

Data Collection Tools

In order to collect data, a questionnaire prepared by the researchers per the literature was used.^{15,16} The questionnaire form consisted of 74 questions, including 8 questions about the socio-demographic characteristics of mothers, 9 questions about obstetric characteristics, and 57 about the methods she has heard and applied for the puerperal period, neonatal care, and breastfeeding. The survey questions were sent to the participants. **Inclusion**

Criteria:

Women who lived in Turkey had given birth at least once and agreed to participate in the study were included.

Collection of Data

After obtaining the permits of the ethics committee and the institution, the study data were collected between December 15,2022 and January 15,2023 by online connection after receiving their consent.

Research Strengths

In the literature, there are generally studies covering a region or a city. Our study was conducted throughout Turkey. Our study results show regional differences from the literature.

Limitations of the Research

The regional distribution should have been more homogeneous, but the respondents who agreed to participate in the research show a more irregular distribution.

The Ethical Dimension of the Research

In order to conduct the research, ethics committee permission was obtained from the Social and Humanities Ethics Committee of a University (Decision No: 14-27, Decision Date: 17.10.2022), and official written permissions were obtained from the institutions where the research was conducted. In the research process, the principles of research and publication ethics and the Helsinki Declaration on Human Rights were adhered to since using the human phenomenon requires the protection of individual rights.

Analysis of the data

The analysis of the data was carried out with SPSS 23.0 package program (firme ve ülke bilgisinin eklenmesi gerekir). Categorical variables, number (n), percentage (%), mean and standard deviation calculations and numerical variables were analyzed using the chi-square test.

Results

The current research was conducted with 618 women from seven regions of Turkey. Amongst the women included in the research, 33.3% are primary school graduates, 73% are not working, 54.4% have an income equivalent to their expenses, and 86.9% have a nuclear family structure. While 15.4% of women live in the Central Anatolia Region, 8.4% in the Eastern Anatolia Region, 25.6% in the Southeastern Anatolia Region, 29.1% in the Black Sea Region, 10.2% in the Mediterranean Region, 1.8% in the Aegean Region, and 9.5% in the Marmara Region. The average age is 38.15 ± 10.62 (min 18-max 80), and the year of marriage is 16.59 ± 11.54 (min 1-max 64). According to the obstetric characteristics of women, the average number of births is 2.56 ± 1.49 (min 1-max 14), the average number of pregnancies is 2.81 ± 1.81 (min 0-max 14), the average number of living children is 2.52 ± 1.81 (min 0-max 30), the average number of stillbirths is 0.13 ± 0.46 (min 0-max 4), the average number of miscarriages is 0.33 ± 0.709 (min 0-max 4), the average number of abortions are 0.18 ± 0.62 (min 0-max 9) (Table 1).

Table 1. Sociodemographic and obstetric data of the participants

Personal information		Frequency (F)	Percent (%)
Education status	Literate	53	8.6
	Primary education	206	33.3
	High school	185	29.9
	License	164	26.5
	Postgraduate	10	1.6
Employment status	Working	167	27.0
	Not working	451	73.0
Income status	Income exceeds expenses	109	17.6
	Income equals to expenses	336	54.4
	Income less than expenses	173	28.0
Family type	Nuclear family	537	86.9
	Extended family	81	13.1
Region of residence	Central Anatolia Region	95	15.4
	Eastern Anatolia Region	52	8.4
	Southeastern Anatolia Region	158	25.6
	Black Sea Region	180	29.1
	Mediterranean Region	63	10.2
	Aegean Region	11	1.8
	Marmara Region	59	9.5

Table 1(continued). Sociodemographic and obstetric data of the participants

Gender of the last baby born	Girl	319	51.6
	Boy	299	48.4
The place of the most recent birth	Hospital	589	95.3
	Home	29	4.7
Source of knowledge on traditional practices	No	28	4.5
	Family	230	37.2
	Health personnel	132	21.4
	Internet/Television	20	3.2
	All of them	208	33.7
Are there any traditional methods you use for puerperium?	Yes	369	59.7
	No	249	40.3
Is there a traditional method you use with a newborn baby?	Yes	382	61.8
	No	236	38.2
Do you have a traditional method for breastfeeding?	Yes	296	47.9
	No	322	52.1
	Mean±SD		
Age	38.15±10.62 (min 18-max 80)		
Year of marriage	16.59±11.54 (min 1-max 64)		
Number of births	2.56±1.49 (min 1-max 14)		
Number of pregnancies	2.81±1.81 (min 0-max 14)		
Number of living children	2.52±1.81 (min 0-max 30)		
Number of stillbirths	0.13±0.46 (min 0-max 4)		
Number of miscarriages	0.33±0.709 (min 0-max 4)		
Number of abortions	0.18±0.62 (min 0-max 9)		

The traditional practices that women practice the most during the puerperal period are not having sexual intercourse for forty days (66.8%). 62.8% of puerperal women consume plenty of water and sugary foods. eat whatever they desire. 42.9% stated that they practice putting a Quran, mirror, broom, onion, garlic, and evil eye beads by the bedside of puerperal women (Table 2).

Table 2. *Traditional practices related to the puerperium*

Traditional methods in the puerperium	Yes n (%)	No n (%)
Burial or cremation of the placenta	85 (13.8)	533 (86.2)
Preparing a puerperal bed with red cover and ornaments	136 (22.0)	482 (78.0)
Putting a red cloth on the head of the puerperant	180 (29.1)	438 (70.9)
Putting combs, cutting instruments and gold near the puerperant	168 (27.2)	450 (72.8)
Placing a Quran, mirror, broom, onion, garlic and evil eye bead on the head of the puerperant	265 (42.9)	353 (57.1)
During puerperium, the mother should consume plenty of water and sugary foods, eat onions green vegetables, and whatever she craves	388 (62.8)	230 (37.2)
No sexual intercourse for forty days	413 (66.8)	205 (33.2)
Putting a moxibustion on the waist of the puerperant	60 (9.7)	558 (90.3)
Raising the puerperant's feet	95 (15.4)	523 (84.6)
Warming a tile under the puerperant	54 (8.7)	564 (91.3)
Not leaving the puerperant alone)	174 (28.2)	444 (71.8)
Keeping the puerperant indoors for forty days	226 (36.6)	392 (63.4)
Staying with the puerperant day and night for three days and leaving the lights on at night	172 (27.8)	446 (72.2)
Not taking menstruating women with the puerperant	136 (22.0)	482 (78.0)
Not taking women whose children have died with the puerperant	72 (11.7)	546 (88.3)
Not keeping two women who have just given birth in the same room during the puerperium	124 (20.1)	494 (79.9)

The most traditional practices are specific to the newborn applied by women are swaddling the newborn (75.9%), covering the newborn's face with yellow muslin and dressing their clothes in yellow 55.3%, and making a 40th-day ceremony for the newborn 52.9% (Table 3).

Table 3. *Traditional practices related to the newborn*

Traditional methods in the newborn period	Yes n (%)	No n (%)
Not breastfeeding until three adhan times have passed	59 (9.5)	559 (90.5)
Swaddling the baby	469 (75.9)	149 (24.1)
Bathing the newborn with salt water or rubbing the body directly with salt	261 (42.2)	357 (57.8)
Laying the newborn in the ground	83 (13.4)	535 (86.6)
Covering the newborn's face with yellow cheesecloth and wearing yellow clothes	342 (55.3)	276 (44.7)
Burying the newborn's fallen umbilical cord in mosques, schools, etc.	312 (50.5)	306 (49.5)
Giving the newborn sugar water, olive oil, herbal tea	174 (28.2)	444 (71.8)
Applying soot on the invisible parts of the newborn	52 (8.4)	566 (91.6)
Not leaving the newborn's laundry out after noon	164 (26.5)	454 (73.5)
Wearing amulets and evil eye beads on the newborn	300 (48.5)	318 (51.5)
Rubbing honey on a newborn's tongue	88 (14,2)	530 (85,8)
Celebrating forty days for a newborn	327 (52,9)	291 (47,1)
Performing mawlūt at the forty days celebration	229 (37,1)	389 (62,9)
Taking a forty-day-old baby to visit relatives	214 (34,6)	404 (65,4)

Among breastfeeding practices, consuming hot milk, soup, etc. to increase milk is the most traditional practice with 62.6%, followed by drinking or eating sweet foods with 57.8%. Of the women, 50.2% do not consume gas-forming foods such as beans, chickpeas, grapes and milk because they are considered objectionable (Table 4).

Table 4. *Traditional practices during breastfeeding*

Traditional practices during breastfeeding	Yes n (%)	No n (%)
Not breastfeeding until three adhan times have passed	54 (8.7)	564 (91.3)
Not giving the first milk to the baby	98 (15.9)	520 (84.1)
Drinking hot milk, soup, etc. to increase milk	387 (62,6)	231 (37,4)
Gathering wheat and giving it to the shepherd	24 (3,9)	594 (96,1)
Another woman breastfeeding your baby	79 (12.8)	539 (87.2)
Woman or baby uses sugar water	219 (35.4)	399 (64.6)
Not breastfeeding the foremilk	82 (13.3)	536 (86.7)
Not eating foods that are considered contraindicated, such as beans, chickpeas, grapes, milk	310 (50.2)	208 (49.8)
Drinking puerperal sherbet	226 (36.6)	392 (63.4)
Sitting on the ground, which is referred to as the practice of “höllük”	53 (8.6)	565 (91.4)
Drinking light and sweet tea	276 (44.7)	342 (55.3)
Eating sweet foods	357 (57.8)	261 (42.2)

A significant difference was found between the traditional methods most used by women during the puerperal period among regions, such as preparing ornamental bedding with red, covering the head of the puerperal with a red veil, putting a Quran, broom, mirror, etc. at the bedside of the puerperal, consuming plenty of water and sugary foods, putting combs, cutting tools next to the puerperal, not having sexual intercourse for 40 days ($p<0.005$) (Table 5).

A significant difference was found between the traditional methods among regions most commonly used by women for the newborn period and washing the newborn with salty water or rubbing it with salt, covering the newborn's face with yellow muslin, dressing in yellow, burying the newborn's umbilical cord in places such as mosques, schools, giving sweet water, olive oil, herbal tea to the newborn, making 40th-day ceremony to the newborn ($p<0.005$) (Table 5).

A significant difference was found among regions between the traditional methods most used by women for breastfeeding to make a woman or baby drink sweet water, not eating foods such as beans, chickpeas, grapes, milk that are considered objectionable, making puerperal sorbet drink, making the mother drink sweet and weak tea, making them consume sweet foods ($p<0.005$) (Table 5)

Table 5. Distribution of participants' traditional practices for puerperium, newborn and breastfeeding by region

The most traditional method during the puerperium		Central Anatolia n (%)	Southeastern Anatolia n (%)	Eastern Anatolia n (%)	Marmara n (%)	Black Sea n (%)	Mediterranean n (%)	Aegean n (%)	Test χ^2 (p)
Prepare a fancy bed with a red coverlet	Yes	16 (16.8)	46 (29.1)	9 (17.3)	11 (18.6)	30 (16.7)	22 (34.9)	2 (18.2)	16.309 (0.012)
	No	79 (83.2)	112 (70.9)	43 (82.7)	48 (81.4)	150 (83.3)	41 (65.1)	9 (81.8)	
Covering the puerperant's head with a red cloth	Yes	30 (31.6)	63 (39.9)	12 (23.1)	12 (20.3)	31 (17.2)	30 (47.6)	2 (18.2)	35.678 (0.000)
	No	65 (68.4)	95 (60.1)	40 (76.9)	40 (76.9)	149 (82.8)	33 (52.4)	9 (81.8)	
Putting a Quran, mirror, broom, onion, garlic, and evil eye bead on the head of the puerperant	Yes	37 (38.9)	71 (44.9)	13 (25.0)	20 (33.9)	94 (52.2)	26 (41.3)	4 (36.4)	16.275 (0.012)
	No	58 (61.1)	87 (55.1)	39 (75.0)	39 (66.1)	86 (47.8)	37 (58.7)	7 (63.6)	
The puerperant consumes plenty of water and sugary foods	Yes	60 (63.2)	110 (69.6)	32 (61.5)	38 (64.4)	93 (51.7)	44 (69.8)	11 (100)	20.651 (0.002)
	No	35 (36.8)	48 (30.4)	20 (38.5)	21 (35.6)	87 (48.3)	19 (30.2)	-	
Putting combs, cutting instruments, gold next to the puerperant	Yes	20 (21.1)	61 (38.6)	13 (25.0)	10 (16.9)	45 (25.0)	15 (23.8)	4 (36.4)	16.733 (0.010)
	No	75 (78.9)	97 (61.4)	39 (75.0)	49 (83.1)	135 (75.0)	48 (76.2)	7 (63.6)	
40 days without sexual intercourse	Yes	71 (74.7)	110 (69.6)	39 (75.0)	40 (67.8)	99 (55.0)	45 (71.4)	9 (81.8)	17.904 (0.006)
	No	24 (25.3)	48 (30.4)	13 (25.0)	19 (32.2)	81 (45.0)	18 (28.6)	2 (18.2)	
The most common traditional practices for the newborn									
Washing the newborn with salt water or rubbing with salt	Yes	30 (31.6)	83 (52.5)	24 (46.2)	25 (42.4)	66 (36.7)	27 (42.9)	6 (54.5)	14.597 (0.024)
	No	65 (68.4)	75 (47.5)	28 (53.8)	34 (57.6)	114 (63.3)	36 (57.1)	5 (45.5)	
Covering the newborn's face with yellow cheesecloth. dressing in yellow	Yes	55 (57.9)	113 (71.5)	38 (73.1)	21 (35.6)	78 (43.3)	33 (52.4)	4 (36.4)	45.238 (0.000)
	No	40 (42.1)	45 (28.5)	14 (26.9)	38 (64.4)	102 (56.7)	30 (47.6)	7 (63.6)	
Burying the newborn's falling umbilical cord in places like mosques and schools	Yes	48 (50.5)	100 (63.3)	30 (57.7)	19 (32.2)	76 (42.2)	32 (50.8)	7 (63.6)	25.014 (0.000)
	No	47 (49.5)	58 (36.7)	22 (42.3)	40 (67.8)	104 (57.8)	31 (49.2)	4 (36.4)	
Newborn drinking sugar water, olive oil, herbal tea	Yes	21 (22.1)	78 (49.4)	14 (26.9)	9 (15.3)	28 (15.6)	21 (33.3)	3 (27.3)	56.723 (0.000)
	No	74 (77.9)	80 (50.6)	38 (73.1)	50 (84.7)	152 (84.4)	42 (66.7)	8 (72.7)	
Celebrating forty days for a newborn	Yes	58 (61.1)	89 (56.3)	31 (59.6)	27 (45.8)	84 (46.7)	29 (46.0)	9 (81.8)	13.119 (0.041)
	No	37 (38.9)	69 (43.7)	21 (40.4)	32 (54.2)	96 (53.3)	34 (54.0)	2 (18.2)	
The most common traditional practices for breastfeeding									
Making the mother or the baby drink sugar water	Yes	27 (28.4)	72 (45.6)	22 (42.3)	19 (32.2)	54 (30.0)	21 (33.3)	4 (36.4)	12.928 (0.044)
	No	68 (71.6)	86 (54.4)	30 (57.7)	40 (67.8)	126 (70.0)	42 (66.7)	7 (63.6)	
Not eating foods such as beans, chickpeas, grapes, milk, which are thought to be contraindicated	Yes	49 (51.6)	111 (70.3)	23 (44.2)	25 (42.4)	70 (38.9)	25 (39.7)	7 (63.6)	40.468 (0.000)
	No	46 (48.4)	47 (29.7)	29 (55.8)	34 (57.6)	110 (61.1)	38 (60.3)	4 (36.4)	
Drinking puerperal sherbet	Yes	30 (31.6)	72 (45.6)	17 (32.7)	25 (42.4)	59 (32.8)	16 (25.4)	7 (63.6)	15.711 (0.015)
	No	65 (68.4)	86 (54.4)	35 (67.3)	34 (57.6)	121 (67.2)	47 (74.6)	4 (36.4)	
Drinking light and sweet tea	Yes	35 (36.8)	91 (57.6)	28 (53.8)	25 (42.4)	72 (40.0)	21 (33.3)	4 (36.4)	20.104 (0.003)
	No	60 (63.2)	67 (42.4)	24 (46.2)	34 (57.6)	108 (60.0)	42 (66.7)	7 (63.6)	
Eating dessert-type foods	Yes	56 (58.9)	112 (70.9)	34 (65.4)	24 (40.7)	86 (47.8)	39 (61.9)	6 (54.5)	27.351 (0.000)
	No	39 (41.1)	46 (29.1)	18 (34.6)	35 (59.3)	94 (52.2)	24 (38.1)	5 (45.5)	

Discussion

Discussion of Traditional Practices Related to Puerperant

Traditional practices are carried out in most parts of the world for treatment and protection. These practices may differ within the same society according to region, territory, family structure, and personal beliefs.¹² According to the distribution between regions by the traditional methods used most by the women, it was determined that there is a significant difference between preparing an ornamental bed with a red cover, covering a red cover on the head of the puerperal, putting a Quran, broom, mirror, etc. on the bedside of the puerperal, consuming plenty of water and sugary foods, putting comb and cutting tools next to the puerperal, not having sexual intercourse for forty days ($p < 0.005$).

In many studies conducted in the literature about the puerperal period, it has been stated that the tradition of not having sexual intercourse for forty days is applied.^{17,18} In a study conducted in 2014, this rate was found to be 82.5%.¹⁹ Our study revealed similar results to the literature and showed interregional differences. Not having sexual intercourse during the postpartum period for forty days is among the traditional practices that are beneficial for health because the anatomical and physiological changes that occur in a woman's body during pregnancy return to their former state during the six-week postpartum period. Additionally, lacerations may occur during childbirth, the risk of infection during the postpartum period increases due to the episiotomy wound or the open blood vessels in the separation area of the placenta, and sexual intercourse may be painful as a result of decreased tone in the perianal muscles.¹⁸

In a study conducted by Altuntuğ et al. (2018), it was stated that 92.4% of puerperants consumed juicy and 87.3% consumed sweet foods.¹⁹ Among the applications made to have plenty of milk throughout Turkey so that the newborn can grow and develop with full of enjoyment, there are practices such as drinking puerperal sorbet by 47%, feeding the puerperant with everything she wishes so that she does not suffer from lack of anything she desires by 54.4%.^{20,21,22,23} Our research results are similar to the literature, and considering that 2500-3000 ml of liquid should be consumed during the puerperal period and 600-700 more calories should be added to the daily requirement during the puerperal period, it can be said that these applications are beneficial.

Ergün et al. (2018) conducted a study in which 24.2% of women during the puerperal period resorted to applications such as putting a Quran, broom, mirror, etc., at the bedside of puerperal.¹⁸ It is observed that this application is performed frequently in the literature.^{24,25} Our study result supports the literature and suggests that these traditional applications are harmless for health and can be made according to the grade of people's belief.

Discussion of Traditional Practices for the Newborn

In the current research, it was determined that there is a significant difference between the most commonly used traditional methods for the newborn period by women and "washing the newborn with salty water or rubbing with salt," "covering the newborn's face with yellow muslin," "dressing in yellow," "burying the newborn's umbilical cord in places such as mosques, schools," "giving the newborn sweet water, olive oil, herbal tea," "making 40th-day ceremony to the newborn" ($p < 0.005$). In a study conducted by Inci et al. (2019) in Batman, it was concluded that the practice of "washing the newborn with salty water or rubbing with salt (salting)" is excessive in the Southeastern Anatolia Region.²⁶ In different studies conducted in Tokat, Karaman, Kayseri, Şanlıurfa, Nevşehir, and Erzurum regions, the salinity ratios of the salty water used in washing the newborn are determined to be 64%, 58.9%, 44.4%, 25.7%, 39%, 17.5%, and 14.4%, respectively.^{27,28,29,30,31,32} The interregional differences observed in our research also support this result. Salting of the newborn is among the harmful traditional practices. Due to the sensitivity of the newborn's skin and dehydration from salting, this application should be avoided, and families should be informed about it.

In our country, traditional practices specific to the newborn are widely performed, such as keeping the newborn's umbilical cord, burying it, or making it fall early. Our research has also determined that practices such as burying a newborn's umbilical cord in places such as mosques and schools differ between regions. A 2012 study found that 48.2% of the respondents said that the newborn's umbilical cord should be buried in a mosque courtyard to give the child the wisdom of religious beliefs or in a schoolyard for a good education. The results of many studies in the literature show variability at the same rate.^{27,33} Storing or burying a newborn's umbilical cord is not a harmful practice that endangers the newborn's health. According to the transcultural approach, there are no disadvantages in applying such practices that are not harmful.

One of the mainly applied practices in the first rank for preventing the newborn from jaundice in our country is putting a yellow muslin on the face of the newborn.^{15,25,27,28,29,31,32,33} When jaundice occurs in a newborn, and it is necessary to be taken to a health institution to determine the bilirubin level in the blood and to decide on the treatment to be performed.^{29,32}

Our research results support that the yellow muslin tradition shows interregional variability and is often preferred in traditional practice. This application, which is applied at different frequencies in different regions, is not dangerous

for the health of a newborn. However, it is also not an effective method to treat jaundice. For this reason, it is important to inform women about neonatal jaundice before discharge.

Discussion of Traditional Practices for Breastfeeding Period

A significant difference was found between the traditional methods most commonly used by women for breastfeeding in the distribution between regions that are to make the mother or baby drink sweet water, not eating foods such as beans, chickpeas, grapes, milk that are considered objectionable, making mother drink puerperal sorbet, weak tea, and eat sweet foods ($p<0.005$). One of the traditional practices for increasing breast milk is making the puerperal consume plenty of fluid.³⁴ In the current study, 62.6% of women applied the traditional practice they do the most during breastfeeding: consuming hot milk and soup, etc. to increase breast milk. In a study by Myint et al. (2019), 29.8% of the participants stated that they drank milk to increase breast milk.³⁵ In a study conducted by Sarı et al. (2023) in Van and Istanbul, it was determined that 61.4% of women in Van consume bulgur rice to increase breast milk, while 58.8% of women in Istanbul consume apricot smoothies.³⁶ Although our research results are similar to the literature, it is thought that such applications may differ according to cultural changes between countries, regions, and cities, and the goal in all of them is to increase breast milk.

Of the women 50.2% participating in the current study did not eat such food considering eating beans, chickpeas, grapes, etc., objectionable. In the study of Ünver (2014), it is stated that an increase in the consumption of legumes by mothers increases breast milk at the highest rate of 90%.³⁶ It is thought that the differences between the regions of the current research may be due to the level of culture, access to health services, belief level in traditional practices, health literacy level, and differences in the number of participants between regions. Newborn feeding takes place with breast milk. As a result of the idea that colic pain may occur in the newborn when the mother consumes pulses or gas-producing food and beverages, it is believed that the women participating in the study expressed that these foods are objectionable.

Conclusions And Recommendations

Women who have given birth can resort to many traditional methods related to puerperal, breastfeeding, and newborn care during the postpartum period. However, some traditional practices may carry risk factors that may cause physical and mental adverse effects on the mother and the baby. In order to prevent the adverse effects of these practices to ensure the increase of positive practices, it is recommended to raise awareness of health professionals specialized in their field on this issue to determine the attitudes of individuals in traditional practices in pregnant and post-pregnancy training and to plan training for these practices. Raising the awareness of society and health professionals about traditional practices related to the puerperal period, breastfeeding, and newborn care has an important role.

References

1. Çalbayram Çakırer, N., Gönenç, İ. M., & Topuz, N. Traditional beliefs and practices of women from preconceptional period to postpartum period. *Journal of Health Sciences and Professions*, 2019;6(2), 237-246.
2. Walton, L. M., & Brown, D. Cultural barriers to maternal health care in rural Bangladesh. *Journal of Health Ethics*, Fall, 2012;9(1). 1-12.
3. Douglas, M. K., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D. F., Callister, L. C., Hattar-Pollara, M., Lauderdale, J., Purnell, L. Guidelines for implementing culturally competent nursing care. *Journal of Transcultural Nursing*, 2014;25(2), 109-121.
4. Shamaki, M. A., & Buang, A. Sociocultural practices in maternal health among women in a less developed economy: An overview of Sokoto State, Nigeria. *Geografia*, 2014;10(6).
5. Zeyneloğlu, S., & Kısa, S. Traditional practices for maternal and newborn care among Turkish postpartum women. *Applied Nursing Research*, 2018;39, 148-153.
6. Tanrıverdi, G., & Gülyenli, N. Traditional practices applied during pregnancy in Turkey: Systematic review. In J. Akgöl (Ed.), *Different Dimensions of Health* (pp. 35-45). Rating Academy Publications, 2020.
7. Ozsoy, S. A., & Katabi, V. A comparison of traditional practices used in pregnancy, labour and the postpartum period among women in Turkey and Iran. *Midwifery*, 2008;24(3), 291-300. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2006.06.008>.
8. Ohnishi, M., Oishi, K., & Leshabari, S. Customs and practices during pregnancy, childbirth, and the postpartum period in the Kilimanjaro area, Tanzania. *Health Science Research*, 2015;(27), 85-90.
9. Egelioglu, N., Muslu, G. K., Şen, S., Güneri, S. E., Bolışık, B., & Saruhan, A. Traditional practices applied in the postpartum period in the Aegean region. *International Journal of Refereed Nursing Research (UHD)*, 2014;1(1),22-35.
10. Akman, G. Gözüyeşil E. Examination of research on traditional practices in the postpartum period. *International Refereed Journal of Obstetrics and Maternal and Child Health*, 2018;12, 92-125.
11. Çevik, A., & Alan, S. Traditional practices in the postpartum period. *Mersin University Faculty of Medicine Lokman Hekim Journal of Medical History and Folkloric Medicine*, 2020;10(1), 14-22.
12. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 2007;39(2), 175-191.

13. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences, 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum. 1988, 25-27.
14. Işık, T., Akçınar, M., Kadioğlu, S. Traditional Practices for Mother and Newborn in Pregnancy, Birth and Puerperium Periods in Mersin Province, *International Journal of Human Sciences*, 2010;7 (1), 63-84
15. Yiğitalp, G., & Gümüş, F. Traditional Practices Related to Infant Care of Women Aged 15-49 in Diyarbakır. *Journal of Pediatric Disease/Cocuk Hastalıkları Dergisi*, 2017;11(3).
16. Sivri, B. B., & Karataş, N. Traditional Practices for Maternal Care in the Postpartum Period. *Bozok Medical Journal*, 2015;39.
17. Ergün, S., Kaynak, S., Karadaş, A., & Çevik, C. Investigation of traditional practice preferences of women in an ASM region in the postpartum period. *Journal of Continuing Medical Education*, 2019;37-47.
18. Egelioglu, N., Muslu, G. K., Şen, S., Güneri, S. E., Bolışık, B., & Saruhan, A. Traditional practices applied in the postpartum period in the Aegean region. *International Peer-reviewed Journal of Nursing Research (UHD)*, 2014;1(1), 22-35.
19. Altuntuğ, K., Anık, Y., & Ege, E. Traditional practices of mothers in the postpartum period: Evidence from Turkey. *African Journal of Reproductive Health*, 2018;22(1), 94-102.
20. Biltekin, Ö., Boran, Ö.D., Denkli, M.D., Yalçınkaya, S. Traditional Practices in Prenatal Period and Infant Care of Mothers with 0-11 Month Old Babies in Naldöken Health Center Region, *STED*,2004;13 (15), 166-168
21. Dinç, S. Traditional Practices Applied in the Care of Children by Mothers with 0- 1 Year Old Children Registered in Health Center No. 4 in the Center of Şanlıurfa, *Journal of Research and Development in Nursing*, 2005;1 (2), 53- 63
22. Şenol, V., Ünalın, D., Çetinkaya, F., Öztürk, Y. Traditional Practices Related to Folk Midwifery in Kayseri Province, *Clinical Development*, 2004;17 (3/4), 47- 55
23. Çevirme H., Sayan, A. Alkarısı Beliefs and Science, *Milli Folklor*, 2005;17 (65), 67-72
24. Egelioglu Cetişli, N., Karayağız Muslu, G., Şen, S., Güneri, S., 4 Bolışık, B., Saruhan, A. Traditional Practices Applied in the Postpartum Period in the Aegean Region. *International Refereed Journal of Nursing Research*, 2014; Issue: 02 Volume: 01 Spring Summer Id:11 K:35 www.khsdergisi.com.
25. Pekyigit, A., Yıldız, D., Fidancı, B. E., Bağrıyanık, B. Ç., Dehmen, Ö., Koçak, T., & Altıntaş, S. Intergenerational dimension of traditional practices used by mothers in infant care. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2020;14(3), 443-451.
26. Eğri, G., Gölbaşı, Z. Traditional Practices of 15-49 Age Group Married Women for Baby Care in the Postpartum Period, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2007;6 (5), 313-320.
27. Yalçın, H. Traditional Practices Related to Pregnancy, Birth, Puerperium and Baby Care (Karaman sample), *Journal of Pediatrics*, 2012;55, 19-31
28. Şenol, V., Ünalın, D., Çetinkaya, F., Öztürk, Y. Traditional Practices Related to Folk Midwifery in Kayseri Province, *Clinical Development*, 2004;17 (3/4), 47- 55
29. Arısoy, A., Canbulat, N., Ayhan, F. Traditional Methods Applied by Mothers in Karaman Province in the Care of Their Babies, *Anatolian Journal of Nursing and Health Sciences*, 2014;17 (1), 23-31
30. Çalışkan, Z., Bayat, M. Infant Care Practices of Mothers and Affecting Factors: Cappadocia Sample *Anatolian Journal of Nursing and Health Sciences*, 2011;14 (2), 23-30
31. Sis, Çelik, A., Çapık, A., Engin, R. Determination of Traditional Practices in Pregnancy and Postpartum Period in Erzurum, *Anatolian Journal of Nursing and Health Sciences*, 2012;15 (4), 262-267
32. Çetinkaya, A., Özmen, D., Cambaz, S. Traditional Practices Related to Neonatal Health in the Postpartum Period of 15- 49 Year Old Women with Children in Manisa, *Cumhuriyet University Journal of School of Nursing*, 2008;12 (2), 39-46
33. Tanrıverdi, S., Köroğlu, Ö. A., Kültürsay, N., & Egemen, A. Mothers' opinions and approaches about the factors that increase breast milk. *The Journal of Pediatric Research*,2014;1(2), 84-6.
34. Myint, M. H. , Najimudeen, M., Rao, S., & Win, M. M. C. Traditional Practices during Postpartum Period among Women in Ampang, Malaysia. *Journal of Management & Science*, 2019;17(1), 8-8.
35. Sarı, E., Tandoğan, Ö., Satılmış, İ. G., & Yılmaz, N. Traditional Practices of Mothers Related to Breastfeeding: Istanbul and Van Sample. *Dokuz Eylül University Faculty of Nursing Electronic Journal*, 2023;16(2), 141-155.
36. Ünver, Z. Traditional practices of mothers with 0-24 month old children towards increasing breast milk. (Master's thesis).T.C. İnönü university health sciences institute nursing department, Malatya, 2014,30-32.



Original Research / Orijinal Araştırma

Evaluation of Attitudes of Family Physicians towards Occupational Health and Occupational Diseases in Turkey

Türkiye'de Aile Hekimlerinin Çalışan Sağlığı ve Meslek Hastalıklarına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi

Gökmen ÖZCEYLAN¹, Giray KOLCU^{2,3}, Ayşe COŞKUN BEYAN⁴

Abstract

Introduction: The attitudes of family physicians towards occupational health and diseases are influenced by many factors. Among the most significant of these factors are the knowledge levels and awareness of family physicians about occupational diseases and worker health. This study aims to evaluate the knowledge levels, education, and attitudes of family physicians in Turkey towards occupational health and occupational diseases.

Method: The study was designed as a cross-sectional descriptive study in a quantitative research design. The dependent variable was the "Attitude Scale for Physicians on Worker Health and Occupational Diseases" score. Independent variables included age, gender, duration of work in family medicine, regional distribution, specialization status, possession of an occupational medicine certificate, and active practice in occupational medicine. Participants were selected from family physicians in various regions using a "stratified random sampling" method (n=379). Jamovi, SPSS, and JASP software were used for statistical analysis of the study. Means and frequency distributions were calculated for descriptive data. Correlation analyses, t-tests, and ANOVA tests were conducted for comparisons between groups. The results of these analyses were considered statistically significant at p<0.05.

Findings: Among the family physicians, 128 (33.8%) were specialists in family medicine. 38.8% (n=147) had an occupational medicine certificate. Only 24.5% (n=93) were actively practicing occupational medicine. It was determined that the attitudes of family physicians and specialists towards worker health and occupational diseases were independent of gender, age, duration of work as a family physician, and working region (p>0.05). Those with a certificate and those actively practicing occupational medicine had significantly higher average total scale scores (p<0.006 and p<0.001, respectively). General practitioners working in family medicine had significantly higher average total scores than specialists working in family medicine (p<0.046).

Conclusion: Approximately three-quarters of family physicians in Turkey do not practice occupational medicine. The scale scores of family physicians actively practicing occupational medicine were significantly higher. There was no difference in the scale scores of family physicians working in industrial regions, and the scale scores of specialists in family medicine were significantly lower than those of general practitioners working in family medicine.

Keywords: family practice, occupational health, occupational diseases

Özet

Giriş: Aile hekimlerinin çalışan sağlığı ve meslek hastalıkları hakkındaki tutumlarını birçok faktör etkilemektedir. Bu faktörlerin en önemlilerinden biri, aile hekimlerinin meslek hastalıklarına ve çalışan sağlığına yönelik bilgi düzeyleri ve farkındalıklarıdır. Bu çalışma ile Türkiye'deki aile hekimlerinin çalışan sağlığı ve meslek hastalığına yönelik bilgi düzeylerinin, eğitimlerinin ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Çalışma nicel araştırma deseninde kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olarak tasarlandı. Çalışmada bağımlı değişken olarak "Hekimler için Çalışan Sağlığı ve Meslek Hastalıklarına Yönelik Tutum Ölçeği" puanı belirlendi. Bağımsız değişken olarak ise; yaş, cinsiyet, aile hekimliğinde çalışma süresi, bölgesel dağılım, uzmanlık durumu, işyeri hekimliği sertifikasına sahip olma ve aktif işyeri hekimliği yapma durumu olarak belirlendi. Katılımcılar bölgelerdeki aile hekimleri içerisinde "tabakalı rastgele örneklem" yöntemi ile belirlendi (n=379). Araştırmanın istatistiksel analizleri için Jamovi, SPSS ve JASP yazılımları kullanıldı. Tanımlayıcı veriler için ortalama ve frekans dağılımları hesaplandı. Gruplar arasındaki karşılaştırmalar korelasyon analizleri, t-testi ve ANOVA testleri ile gerçekleştirildi. Bu analizlerin sonuçları p<0,05 anlam düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Aile hekimlerinin %33,8'i (n=128) aile hekimliği uzmanıydı. %38,8'nin (n=147) işyeri hekimliği sertifikası vardı. Katılanların sadece %24,5'i (n=93) aktif olarak işyeri hekimliği yapıyordu. Çalışmada aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlarının çalışan sağlığı ve meslek hastalıklarına yönelik tutumlarının cinsiyetten, yaştan ve aile hekimi olarak çalışma sürelerinden, çalışma bölgelerinden bağımsız olduğu tespit edildi (p>0,05). Sertifika sahibi olanların ve aktif işyeri hekimliği yapanların ölçek genel toplam puan ortalamaları anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla p=0,006, p<0,001). Pratisyen hekim olup aile hekimliği yapanların, aile hekimliği uzmanı olup aile hekimliği yapanlara ölçek ortalama puanları anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,046).

Sonuç: Türkiye'de aile hekimlerinin yaklaşık dörtte üçü işyeri hekimliği yapmamaktadır. Aktif işyeri hekimliği yapan aile hekimlerinin ölçek puanları daha yüksekti. Sanayi bölgelerinde çalışan aile hekimlerinin ölçek puanlarının farklılık göstermediği, aile hekimliği uzmanlarının pratisyen hekim olarak çalışan aile hekimlerinden ölçek puanları daha düşüktü.

Anahtar Sözcükler: aile hekimliği, iş sağlığı, meslek hastalıkları

Geliş tarihi / Received: 08.10.2023 Kabul tarihi / Accepted: 24.03.2024

¹ Tekirdağ Tekirdağ Dr. İsmail Fehmi Cumaloğlu Şehir Hastanesi, Palyatif Bakım Servis Sorumlusu, Tekirdağ, Türkiye

² Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye

³ Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta, Türkiye

⁴ Dokuz Eylül Üniversitesi İş ve Meslek Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Gökmen ÖZCEYLAN. Dr. İsmail Fehmi Cumaloğlu Şehir Hastanesi, Tekirdağ, Türkiye

E-posta: gokmenozceylan01@hotmail.com Tel: +90 5424474605

Özceylan G. Kolcu G. Coşkun Beyan A. *Evaluation of Attitudes of Family Physicians towards Occupational Health and Occupational Diseases in Turkey* TJFPMC, 2024; 18 (2) :215-222

DOI: 10.21763/tjfm.1372992

Giriş

Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1950 yılında iş sağlığını “Bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik durumlarının en üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmaları” olarak tanımlamıştır. İş sağlığındaki iyilik durumunun karşılanamamasının bireysel ve toplumsal düzeylerde etkileri bulunmaktadır. Bireysel düzeyde etkiler; meslek hastalıkları ve iş kazaları iken, toplumsal düzeyde ise UÇÖ tarafından “gizli epidemiyoloji” tanımı kullanılarak, toplumsal iş gücü kaybı ve halk sağlığı sorunlarına dikkat çekilmek istenmiştir. Meslek hastalığı tanı ve bildirimlerinin halen beklenenin çok altında olduğu ve bu bildirim eksikliğinin de bu etkileri arttırdığı bildirilmiştir.^{1,2} İş sağlığı ve güvenliği (İSG) alanındaki bu yaygın etkinin değerlendirilmesi için çeşitli göstergelerin kullanılması önerilmektedir. Bu göstergeler çalışan popülasyonun sağlıklılık durumunu, işle ilgili kazalarını, hastalık ve ölümlerindeki değişimi ifade etmektedir. Ayrıca İSG alanında öncelikli sorunlu alanların tahmin edilmesi, önlenabilir hastalık ve kazaların belirlenmesinde, sunulan hizmetin sonuçlarının değerlendirilmesinde göstergelerin önemi vurgulanmaktadır.³ Bu amaçla İSG alanında farklı kurum ve kuruluşlar tarafından uzlaşıya varılmış bazı İSG göstergeleri tanımlanmıştır. Örneğin DSÖ temel ve genişletilmiş İSG göstergeleri kullanılmasını önermiş ve bu göstergelerin en önemli bileşeni olarak da ‘meslek hastalığı tanısı koymayı’ belirlemiştir.⁴ Yine benzer kapsamda Ulusal ve Bölgesel Epidemiyologlar Konseyi- Council of State and Territorial Epidemiologists (CSTE) İSG alanında 24 gösterge tanımlamış ve bildirilen meslek hastalığı sayısının bu göstergelere göre kullanılmasını önermiştir.⁵ UÇÖ ise İSG göstergeleri için bildirilen meslek hastalığı tanısı sayısının önemine dikkat çekmiştir. Bütün bu kurumların ve göstergelerinin de belirttiği ortak nokta meslek hastalıklarının tanısını koymanın önemidir.⁶

Türkiye’de Toplum Sağlığı Merkezlerinin (TSM) İSG alanında hizmet sunması ile ilgili yasal düzenlemelerin yapılmış olması iş sağlığı ve güvenliği için önemli bir gelişmedir. Bu düzenlemeler ile 2010 yılının sonunda 1000’e yakın TSM, İSG hizmeti sunabilmesi için yetkilendirilmiştir. Yasal olarak az tehlikeli işletmeler için 50 ve daha az çalışanı olan işyerlerinde işe giriş muayenesi kısmi zamanlı iş yeri hekimliği yapan aile hekimleri tarafından yapılabilmektedir.⁷ Ayrıca aile hekimleri, Sosyal Sigortalar Kurumu (SGK) tarafından yetkilendirilmiş sağlık hizmet sunucularına meslek hastalığı ön tanısı ile hastalarını sevk edebilmektedir. Bu düzenleme ile aile hekimleri, SGK tarafından yürütülen meslek hastalığı tanı ve bildirim akışında önemli bir bileşene dönüşmüştür.⁸ 2017 yılında birinci ve ikinci basamak sağlık hizmet sunucularında mesleki maruziyetlerin erken tespit edilmesini sağlamak amacıyla 269 numaralı Mesleki Maruziyet Veri Paketi (MMVP), Sağlık Yönetim Sistemine (SYS) eklenmiştir. Şubat 2018 tarihinde ise Mesleki Maruziyet Sorgulama Ekranı (MMSE) Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) uygulamalarına eklenmiştir. Uygulamadan gelen veriler ise Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler (SİNA) platformunda önceden belirlenmiş değişkenler kullanılarak sınıflandırılmıştır. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çalışan Dairesi Başkanlığı 2021 yılında eğitim faaliyetleri kapsamında aile hekimlerinin meslek hastalığı farkındalığı için eğitim modülleri oluşturmuştur.⁹

İş sağlığı alanındaki bu gelişmeler doğrultusunda aile hekimlerinin meslek hastalığı tanı ve bildiri ile ilgili tutumlarının değerlendirilmesi gereksinimi ortaya çıkmıştır. Bu çalışma ile ulusal İSG politikasında önemli bir bileşen olan aile hekimlerinin çalışan sağlığı ve meslek hastalıklarına yönelik tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Aile hekimlerinin çalışan sağlığı ve meslek hastalıkları hakkında tutumlarını birçok faktör etkilemektedir. Faktörlerin belki de en önemlilerinden biri aile hekimlerinin meslek hastalıklarına ve çalışan sağlığına yönelik bilgi düzeyleri, farkındalıkları ve bu iki düzeyin davranışlarına nasıl yansıdığını analiz edebilmektir. Bu çalışma ile Türkiye’deki aile hekimlerinin çalışan sağlığı ve meslek hastalığına yönelik bilgi düzeylerini, eğitimlerini ve tutumlarının geçerliliği ve güvenilirliği ispatlanmış bir ölçek ile değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem

Çalışma nicel araştırma deseninde kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olarak tasarlandı. Çalışma için, tasarımından sonra Süleyman Demirel Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul’undan 20.09.2022 tarih ve 18/254 numaralı etik kurulu onayı alındı.

Çalışmada bağımlı değişken olarak “Hekimler için Çalışan Sağlığı ve Meslek Hastalıklarına Yönelik Tutum Ölçeği” puanı belirlendi. Bağımsız değişken olarak ise; yaş, cinsiyet, aile hekimliğinde çalışma süresi, aile hekimlerinin çalıştıkları yerlerin bölgesel dağılımı, uzmanlık durumu, işyeri hekimliği sertifikası sahip olma durumu ve aktif işyeri hekimliği yapma durumu olarak belirlendi.

Çalışmanın evreni olarak 2020 yılında Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan aile hekimleri olarak belirlendi (n:26594).¹⁰ Örnek büyüklüğü; %5 kabul edilebilir hata payı ile %95 güven aralığında 379 olarak hesaplandı (n:379). Katılımcılar bölgelerdeki aile hekimleri içerisinde “tabakalı rastgele örneklem” yöntemi ile belirlendi. Aile hekimleri bölgelere göre tabakalamadan sonra her tabakadan aynı oranda örnek seçildi.

Türkiye’de her coğrafik bölgede aile hekimliği birimine 1’den başlanarak bir numara verildi. Bu numaralardan her yirmide biri (tabakalı örneklem oranı) çalışmaya dahil edildi. Örn: (1,21,41,61, vs.). Telefonla ulaşılan aile hekimine çalışmaya katılmaya gönüllü olma durumu soruldu. Ölçek, çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlere

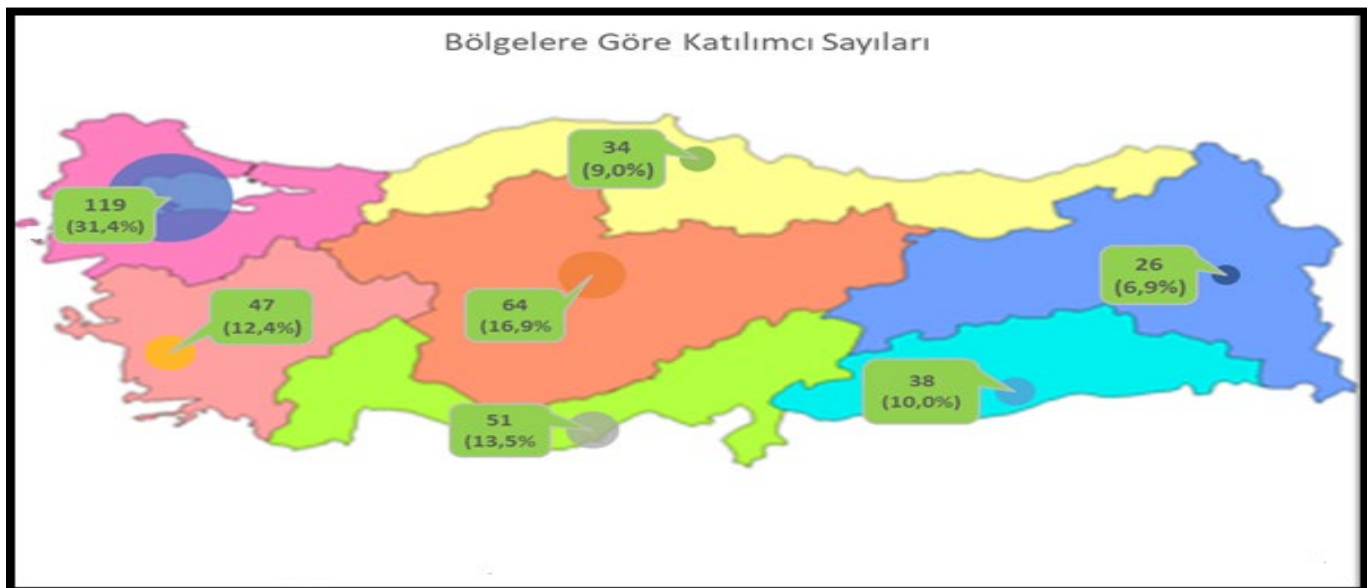
çevrimiçi ulaştırıldı. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hekimlerin yerine bir sonraki birimin aile hekimi aranarak sonraki aile hekimi çalışmaya dahil edildi.

Çalışmada aile hekimlerinin çalışan sağlığı ve meslek hastalıkları ile ilgili tutumlarını ölçmek için 2022 yılında Kolcu ve arkadaşları tarafından geliştirilen ‘Hekimler için Çalışan Sağlığı ve Meslek Hastalıklarına Yönelik Tutum Ölçeği’ kullanıldı.¹¹ Ölçekte hekimin çalışan sağlığı ve meslek hastalıkları ile ilgili tutumunu öz-değerlendirme ile ifade etmesi hedeflenmektedir. Maddeler 5’li Likert ölçeği ile puanlanmaktadır (hiç katılmıyorum 1 puan, katılmıyorum 2 puan, orta derecede katılıyorum 3 puan, katılıyorum 4 puan ve tamamen katılıyorum 5 puan). Ölçekte negatif soru bulunmamaktadır. Ölçek toplam 19 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten en az 19 ve en çok 94 puan alınabilmektedir. Ölçek puanları ile ilgili bir kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçeğin halihazırda kullanılmış örneği olmadığı için ölçek toplam puanı ve alt boyutları için ölçeğin uygulandığı popülasyonun puanının aritmetik ortalamasının medyan değerinin üzerinde olması tutumu destekler yönde, altında olması desteklemediği yönde değerlendirilmektedir. Ölçeğin güvenirlik katsayısı (Cronbach’s α) değeri 0,94 olarak hesaplanmıştır. (Alt boyutların güvenirlik katsayıları: öz yeterlik alt boyutu: 0,92, hazır bulunuşluk alt boyutu: 0,92, farkındalık alt boyutu: 0,87 ve katkı alt boyutu: 0,83)

Ölçek, hekimlerin çalışan sağlığı ve meslek hastalıklarına yönelik tutumlarını konu alan uzmanlarının görüşlerinin değerlendirildiği “Delphi yöntemi” ile belirlenmiş olan 4 alt boyutta (öz yeterlik alt boyutu, hazır bulunuşluk alt boyutu, farkındalık alt boyutu ve katkı alt boyutu) ölçmektedir. Öz yeterlilik alt boyutu ile hekimin kendi davranışsal standartlarına ve hedeflerine ne kadar ulaştığı 7 soru ile değerlendirilmektedir ve bu alt boyuttan en az 7, en çok 35 puan alınabilmektedir. Hazır bulunuşluk alt boyutu ile çalışan sağlığı ve meslek hastalıkları ile ilgili davranışı sergilemesi için gerekli donanımına sahip olması 4 soru ile değerlendirilmektedir ve bu alt boyuttan en az 4, en çok 20 puan alınabilmektedir. Farkındalık alt boyutu ile hekimlerin çalışan sağlığı ve meslek hastalıkları ile ilgili bilinç düzeyleri 4 soru ile değerlendirilmektedir ve bu alt boyuttan en az 4, en çok 20 puan alınabilmektedir. Katkı alt boyutu ile hekimlerin çalışan sağlığı ve meslek hastalıkları ile ilgili koruyucu tedbirlerinin bilimsel ve ekonomik katkıları 4 soru ile değerlendirilmektedir ve bu alt boyuttan en az 4, en çok 20 puan alınabilmektedir. Araştırmanın istatistiksel analizleri için Jamovi, SPSS ve JASP yazılımları kullanıldı. Tanımlayıcı veriler için ortalama ve frekans dağılımları hesaplandı. Gruplar arasındaki karşılaştırmalar korelasyon analizleri, t-testi ve ANOVA testleri ile gerçekleştirildi. Bu analizlerin sonuçları $p<0,05$ anlam düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya toplam 379 aile hekimi katıldı . Çalışmaya katılanların yaş ortalamaları $37,77\pm 8,96$ (min:27, maks:65) idi. Bu hekimlerin 247 (%65,2) si erkekti. Hekimlerin, aile hekimi olarak çalışma süresi ortalaması $7,18\pm 4,71$ yıl olarak hesaplandı (min:1 yıl, maks:16 yıl). Çalışmaya katılan hekimlerin 182’si (%48,0) 5 yıl ve altı, 69’u (%18,2) 6-10 yıl arası ve 128’i (%33,8) 11 yıl ve üzeri yıldır aile hekimi olarak çalışmaktaydı. Hekimlerin 128’i (%33,8) aile hekimliği uzmanı, 251’i (%66,2) aile hekimiydi. Hekimlerin 147’si (%38,8) işyeri hekimliği sertifikası vardı, 232’sinin (%61,2) sertifikası yoktu. Hekimlerin sadece %24,5’i (n=93) aktif olarak işyeri hekimliği yapıyordu. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin bölgesel dağılımı harita üzerinde gösterilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin bölgesel dağılımı

Aile hekimlerinin ölçekte aldıkları toplam puan ortalaması $66,51 \pm 14,56$ (min:23, maks:95) olarak hesaplandı. Aile hekimlerinin ortalama puanlarının sadece “katkı” alt boyutunda medyan değer üzerinde olduğu, diğer alt boyutlar ve toplam puanları ortalamalarının medyan değer altında olduğu görüldü (Tablo 1).

Tablo1. Aile hekimlerinin ölçeğin alt kategorilerine göre puan ortalamaları

	Min	Maks	Ort (mean)	±	St. Sapma	Median
Özyeterlilik	7,00	35,00	21,68	±	6,56	22
Hazır bulunuşluk	4,00	20,00	14,73	±	4,01	15
Farkındalık	4,00	20,00	13,57	±	4,02	14
Katkı	4,00	20,00	16,52	±	3,24	16
Toplam	23,00	95,00	66,51	±	14,56	66

Çalışmada aile hekimlerinin aldığı toplam ortalama puanlarının ve alt kategorilerinin yaş ile ilişkisinde; yaş arttıkça alt kategorilerinden sadece farkındalığın arttığı ($p=0,043$; $r=0,104$), diğer alt kategoriler ve ölçekten aldıkları genel ortalama toplam puanların ise aile hekimlerinin yaşıyla ilişkisinin olmadığı tespit edildi ($p>0,05$).

Çalışmada ölçeğin alt kategorileri ve toplam ortalama puanlarının cinsiyete göre ilişkisinde ise erkek aile hekimlerinin toplam ortalama puanları kadınlardan çok az yüksek olmasına rağmen, alt kategorilerde ve toplam ortalama puanda cinsiyete göre anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Çalışmada aile hekimlerinin aldığı genel toplam ve alt kategorilerinin ortalama puanlarının, aile hekimlerinin çalışma süreleriyle (5 yıl ve altı, 6-10 yıl ve 11 yıl ve üzeri) ilişkisinde; ölçek genel toplam ortalama puanları ve alt boyut puanları ile aile hekimlerinin çalışma süresi arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü ($p=0,183$).

Çalışmada aile hekimlerinin Türkiye’de çalıştıkları bölgelere göre çalışan sağlığı ve meslek hastalığı bilgi düzeyleri ve davranışları açısından ölçek toplam puanları ve alt kategorilerinde anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Çalışmada uzmanlık eğitimi almış aile hekimliği uzmanı sayısı 128 (%33,77)’di. Aile hekimlerinin (herhangi bir uzmanlık eğitimi almamış genel pratisyen hekim) genel ortalama toplam puanları ve hazır bulunuşlukları aile hekimliği uzmanlarından anlamlı olarak daha yüksekti (Tablo 2).

Tablo 2. Aile hekimlerinin uzmanlık eğitimi almış olma durumlarının çalışan sağlığı ve meslek hastalıkları tutum düzeyine etkisi

	A H uzmanlığı	N	Ort.(mean)	±	Std.Sapma	P	Etki büyüklüğü (Cohen’s d)
Özyeterlilik	Evet	128	20,91	±	6,73	0,101	0,179
	Hayır	251	22,08	±	6,45		
Hazır bulunuşluk	Evet	128	14,14	±	4,35	0,040*	0,224
	Hayır	251	15,04	±	3,79		
Farkındalık	Evet	128	13,76	±	4,13	0,193	0,142
	Hayır	251	13,20	±	3,97		
Katkı	Evet	128	16,70	±	3,33	0,142	0,160
	Hayır	251	16,18	±	3,19		
Genel Toplam	Evet	128	67,57	±	15,44	0,046*	0,217
	Hayır	251	64,42	±	14,01		

Bağımsız gruplarda t testi

Çalışmaya katılan aile hekimlerinden işyeri hekimliği sertifikası olanların oranı %38,79 ($n=147$) idi. Sertifika sahibi olanların olmayanlara göre katkı alt kategorisi hariç, ölçek genel toplam puanı ve diğer alt kategorilerin tümünde puan ortalamaları anlamlı olarak yüksekti (Tablo 3).

Tablo 3. Aile hekimlerinin işyeri hekim sertifikasına sahip olma durumunun ölçek toplam ve alt kategori puanlarıyla karşılaştırılması

	İşyeri hekimliği sertifikası	n	Ort.(mean)	±	Std.Sapma	P	Etki büyüklüğü (Cohen's d)
Özyeterlilik	Evet	147	22,52	±	6,26	0,046	0,211
	Hayır	232	21,15	±	6,71		
Hazır bulunuşluk	Evet	147	15,40	±	3,69	0,027	0,235
	Hayır	232	14,37	±	4,17		
Farkındalık	Evet	147	14,37	±	3,74	0,002	0,326
	Hayır	232	13,10	±	4,13		
Katkı	Evet	147	16,88	±	3,03	0,090	0,179
	Hayır	232	16,30	±	3,36		
Genel Toplam	Evet	147	69,07	±	13,44	0,006	0,290
	Hayır	232	64,88	±	15,04		

Bağımsız gruplarda t testi

Aktif olarak kısmi zamanlı işyeri hekimliği yapanlarının oranı %24,54' idi (n=93). Aktif olarak kısmi zamanlı işyeri hekimliği yapan aile hekimlerinin yapmayanlara göre ölçek genel ortalama ve tüm alt kategorilerdeki ortalama puanları anlamlı olarak yüksekti (Tablo 4).

Tablo 4. Aktif olarak kısmi zamanlı işyeri hekimliği yapan aile hekimlerinin yapmayanlara göre ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Aktif kısmi işyeri hekimliği yapma durumu	n	Ort.(mean)	±	Std.Sapma	p	Etki büyüklüğü (Cohen's d)
Özyeterlilik	Evet	93	23,04	±	6,30	0,021	0,277
	Hayır	286	21,24	±	6,60		
Hazır bulunuşluk	Evet	93	15,96	±	3,17	<0,001	0,410
	Hayır	286	14,34	±	4,17		
Farkındalık	Evet	93	15,05	±	3,43	<0,001	0,498
	Hayır	286	13,09	±	4,09		
Katkı	Evet	93	17,44	±	2,73	0,002	0,380
	Hayır	286	16,22	±	3,34		
Genel Toplam	Evet	93	71,49	±	12,29	<0,001	0,462
	Hayır	286	64,89	±	14,89		

Bağımsız gruplarda t testi

Tartışma

Çalışmada aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlarının çalışan sağlığı ve meslek hastalıklarına yönelik tutumlarının cinsiyetten, yaştan ve aile hekimi olarak çalışma sürelerinden, çalışma bölgelerinden bağımsız olduğu tespit edildi. İş yeri hekimliğini kısmi zamanlı olarak yapma durumu, süresi, işyeri hekimliği sertifikasına sahip olma durumu ise hem aile hekimlerinde hem de aile hekimliği uzmanlarında bilgi düzeylerini, davranış olarak farkındalıklarını ve bu alana dair katkılarını arttırdığı tespit edildi. Sahada aile hekimi olarak çalışan aile hekimliği uzmanlarının ölçek puanlarının genel pratisyen olarak çalışan aile hekimlerinden düşük puan aldığı saptandı. Ülkelerin meslek hastalıkları tanı ve bildirim sistemlerinde aile hekimlerinin rolü oldukça önemlidir. Birinci basamak temel sağlık hizmetinin sunumu ve gözetimi, İSG hizmet sunumu için de büyük bir fırsattır. Örneğin Hollanda'da Türkiye'deki SGK uygulamalarının aynısını yürüten Hollanda İşçi Sigortalar Kurumu (UWV) eğitim birimi, aile hekimleri için eğitimler ve çalışmalar yürüterek, meslek hastalıkları konusunda güncel kalmalarını ve sistemde aktif rol almalarını teşvik eden bir sistem yürütmektedir. Hollanda Halk Sağlığı ve Koruma birimi (Public Health and Healthcare) verilerine göre Hollanda'da aile hekimleri tarafından 430.000 meslek hastalığı bildirim yapılmıştır. Bu sistem yani, aile hekimleri bildirim sistemi, benzer şekilde Belçika'da da meslek hastalığı bildiriminde oldukça aktiftir. Yıllık ort. 20.000 yazılı meslek hastalığı bildirimini aile hekimleri yapmaktadır. Belçika Aile Hekimleri kayıt arşivleri (Records of Family Physicians Archive) (NZR) olarak adlandırılmaktadır ve aile hekimlerinin meslek hastalığı bildirimleri, ülkedeki tüm meslek hastalığı bildirimlerinin en önemli kısmını oluşturmaktadır.^{12,13}

Carder ve ark, İş sağlığı kamu politikalarını iyileştirmek ve meslek hastalığı insidansını düşürmek için Avrupa Birliği içerisinde koordineli araştırmayı kolaylaştırmak için ülkelerde hangi meslek hastalığı sürveyan sistemlerinin mevcut olduğunu ve nasıl karşılaştırıldıklarını değerlendirmişlerdir.¹⁴ Pek çok ülkede birinci basamak hekimlerinin meslek hastalığı bildirimlerinin, ülkelerin meslek hastalığı bildirim sistemlerinin önemli bir paydaşı olduğundan bahsetmişlerdir. Finlandiya’da meslek hastalığı şüphesi bulunan bir hastaya bakan herhangi doktor, vakayı bölge iş sağlığı ve güvenliği genel müdürlüğüne bildirmekle yasal olarak yükümlüdür. Çek Cumhuriyeti’nde bir meslek hastalığı şüphesi bulunan bir hastaya bakan herhangi bir doktor, hastayı 15 yetkili meslek hastalığı merkezinden birisine yönlendirmekle ve bu durumun bildirimini yapmakla yasal olarak yükümlüdür. Gelişmiş ülkelerde meslek hastalığı sürveyan sistemleri üzerine bir inceleme başlıklı çalışmada, Carder ve ark Litvanya’da en az 36 saatlik ‘‘İşyerinde zorunlu sağlık kontrolleri ve koruyucu sağlık hizmetleri’’ tıbbi eğitimini tamamlayan ve programı Litvanya Sağlık Bakanlığı tarafından uygun bulunan aile hekimleri, iş yeri hekimlerine danışarak, bu hizmetleri yürütebilmektedir.¹⁴ Türkiye’de, 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’na göre meslek hastalığı ‘‘Sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal özürlülük halleridir.’’¹⁵ 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanununa göre; ‘‘Mesleki risklere maruziyet sonucu ortaya çıkan hastalık’’ olarak tanımlanmıştır.¹⁶ Türkiye’deki aile hekimleri ise tam zamanlı çalıştıkları aile hekimliği birimine ek olarak belirli bir eğitimden sonra sertifikalandırılarak kendi bölgelerinde işyeri hekimliği yapma hakkı kazanıp haftada 30 saat işyeri hekimliği yapabilmektedir.¹⁷ Bu durumun sonucu olarak, Türkiye’de işyeri hekimliği yapan işyeri hekimlerinin önemli bir kısmını, aynı zamanda aile sağlığı merkezlerinde de çalışan aile hekimleri oluşturmaktadır. Aile hekimleri, çalıştıkları aile hekimliği birimlerinde veya iş yerlerinde bu sorunun önemli bir çözüm gücü olabileceken birçok faktörün etkisiyle bu alanda yetersiz kalmaktadırlar. Bu faktörlerden birisi de aile hekimlerinin meslek hastalığı ve çalışan sağlığı konusunda bilgi düzeylerinin eksikliği ve buna bağlı ilgilerinin yetersizliğidir.¹⁸ Çalışmada kullanılan ölçek sayesinde aile hekimlerinin bu alanda hangi alt başlıklarda yeterli/yetersiz tutuma sahip oldukları değerlendirildi. Çalışmada kullanılan ölçeğin ilk kez kullanılıyor olması ve bir kesme noktası olmadığı için alınan sonuçlar tam bir bilgi düzeyi yeterlilik /yetersizliği veremese de aile hekimlerinin verdiği cevapların, ölçekte beklenen en yüksek puan olan 94 puana ulaşamaması, tüm alt kategorilerde aldıkları ortalama puanların medyan değerlerin altında kalması literatüre de uyumlu olarak, aile hekimlerinin bilgi, tutum, davranış ve bu alana katkılarının yetersiz kaldığını bize düşündürmektedir. Bu durumun da Türkiye’de meslek hastalığı bildirim yetersizliğinin diğer nedenlerinin yanında önemli bir nedeni olabileceğini düşündürmektedir. Bu ölçeğin daha fazla kullanılarak bir kesme noktası oluşturulup ve daha fazla çalışma üretilmesinin önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Uluslararası literatürde işyeri hekimlerinin ve aile hekimlerinin meslek hastalığı ve çalışan sağlığı hakkında bilgi düzeylerini ve tutumlarını ölçen yeterli çalışma bulunmamakla beraber bu alandaki tutumlarının yaş ve cinsiyetle değişmediğini gösteren Delphi anketlerini inceleyen bir çalışmada bu tutum ve davranışların cinsiyete göre farklılık göstermediği ve hekimlerin davranışlarının yaş gruplarıyla değişmediğini göstermektedir.¹⁹ Türkiye’de yapılan çalışmalarda da yaşın ve cinsiyetin bu alanda etkili olmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur.^{20,21} Bu çalışmada da literatüre uygun olarak aile hekimlerinin meslek hastalığı ve çalışma sağlığı hakkında bilgi düzey ve davranışlarının; yaştan, cinsiyetten ve aile hekimi olarak çalışma süresinden bağımsız olduğu sadece ölçeğin farkındalık alt boyutunun yaşla birlikte arttığı saptandı. Farkındalığın yaşla birlikte artması aile hekimlerinin meslek hastalığı ve çalışma sağlığı ile ilgili sorunlarla sahada sık karşılaştıklarını bize düşündürmektedir. Fakat çalışmada aile hekimlerinin sahada işyeri hekimi olarak çalışmasının ise ölçeğin genel puan ortalamalarının ve tüm alt boyut ortalamalarını anlamlı olarak yükselttiği de saptandı. Bu durum zamanla farkındalığı artan aile hekimlerinin çalışma alanı olarak bu alanın eğitimini alıp, bu alanda çalışmaya başlamasıyla sahada hem bilgi düzeylerini hem de bu alana dair davranışlarında pozitif yönde anlamlı bir artış sağladığını bize düşündürmektedir. Bu yüzden aile hekimlerine işyeri hekimliği sertifikası eğitimlerini almayı ve bu alanda kısmi zamanlı çalışmalarını teşvik edici düzenlemeler yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

UÇÖ verileri temel alındığında dünya genelinde bir iş kazası sonucu ölüme karşılık 5,6 meslek hastalığı sonucu ölüm beklendiği görülmektedir. Kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalık kaynaklı ölümlerin %5-10’unun, kronik solunum sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin %10’unun mesleki kaynaklı olduğu saptanmıştır. İstatistikler yaklaşık olarak her 10 ölümden birinin meslek kaynaklı olduğunu ve bu ölümlerin ve hastalıkların özellikle sanayi bölgelerinin yakınlarında daha sık gözlendiğini göstermektedir.²² Türkiye’de de benzer bölgesel dağılımı gösteren çalışmalar mevcuttur. Hem makalelerde hem de SGK istatistiklerine göre özellikle sanayi bölgelerinde iş kazalarının ve meslek hastalıklarının arttığı raporlanmaktadır.²³⁻²⁵ Çalışmada da özellikle sanayi bölgelerinde çalışan aile hekimlerinin ölçek puan ortalamalarının alt kategorileriyle beraber daha yüksek olması beklenirken sanayi bölgelerinde çalışan aile hekimlerinin diğer bölgelerde çalışan aile hekimlerinden anlamlı bir farkı olmadığı saptandı. Bu durumun özellikle meslek hastalığı tanısı koymadaki yetersizliğin bir sebebi olabileceğini düşünmekteyiz. Sanayi bölgelerinde ve yakınlarında çalışan aile hekimlerinin işyeri hekimliği sertifikası eğitimini

alması ve aktif işyeri hekimliği yapmasını özendirici çalışmalar yürütülmesi gerektiğini düşünüyoruz. Uluslararası tıp eğitiminde aile hekimliği ile işyeri hekimliği eğitimleri arasında boşluklar bulunmaktadır. Aslında bu iki alan çok yakın ilişkilidir. Tanısı koyulacak veya yaklaşımda bulunulacak her hastada mesleki durum göz önüne alınmalı ve hastalığa bu ilişki üzerinden yaklaşılmalıdır. Tüm dünyada bu alanda eksiklikler yaşanmaktadır.²⁶ Türkiye’de de benzer bir durum mevcuttur. Tıp fakültelerinin hem eğitim döneminde hem de mezuniyet sonrası dönemlerinde iş sağlığı/meslek hastalıkları konusunda standart ve yapılandırılmış bir eğitim programı bulunmamaktadır. Mevcut eğitim programlarının süresi ve niteliği yetersiz görünmektedir.²⁷ Çalışmada aile hekimliği uzmanı olarak genel pratisyen hekimlerden daha fazla süre tıp ve branş eğitimi alan aile hekimlerinin ölçek puanları daha düşük bulunmuştur. Bu durum bize aile hekimliği uzmanlığı eğitiminde meslek hastalığı ve çalışma sağlığına dair yeterli eğitim verilemediğini düşündürmektedir. Özellikle aile hekimliği uzmanlık eğitimlerinde daha fazla yapılandırılmış ve aile hekimliği uzmanlarının, hastalıkların meslekle ilintisini kurabilmelerini sağlayacak, farkındalıklarını, özyeterliliklerini arttıracak eğitim programları geliştirmek gerektiğini düşünmekteyiz.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak bu çalışma, hekimlerin çalışan sağlığı ve meslek hastalığına yönelik bilgi düzeylerini, eğitimlerini ve tutumlarının ölçülmesini amaçlayan bir ölçeğin Türkiye’de aile hekimlerine yönelik ilk uygulamasıdır. Ölçeğin geliştirilmesinden sonra ilk uygulama olması, ölçek puanlarının kesme noktalarının daha belli olmaması nedeniyle kesin sonuçlar vermektense uzaktır. Ancak bu çalışmada elde edilebilen kesin sonuçlar ise şunlardır; Türkiye’de aile hekimlerinin sahada çalışırken alacakları bir sertifika eğitim programıyla aynı zamanda aktif işyeri hekimliği yapma koşulları mevcut olmasına rağmen aile hekimlerini yaklaşık dörtte üçü işyeri hekimliği yapmamaktadır. İşyeri hekimliği sertifika programına dahil olup aktif işyeri hekimliği yapanların ölçek puanlarının tüm alt boyutlarıyla anlamlı olarak yükseldiği sonucuna ulaşılmıştır. Önerimiz aile hekimlerine bu alanda çalışmalarını özendirerek uygulamalar yapılması olacaktır. Sanayi bölgelerinde çalışan aile hekimlerinin ölçek puanları diğer bölgelerde çalışan aile hekimlerine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Önerimiz özellikle sanayi bölgeleri ve yakınlarında çalışan aile hekimlerinin daha fazla bu alana katkı sağlayacağı politikalar geliştirilmesidir. Aile hekimliği uzmanlarının genel pratisyen hekim olarak çalışan aile hekimlerinden ölçek puanları anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Önerimiz aile hekimliği uzmanlık eğitiminde yapılandırılmış bir müfredat ile bu alanda dair daha güçlü eğitim programı uygulanmasıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar aralarında herhangi bir çıkar çatışması bulunmadığını beyan eder.

Finansal Destek

Çalışma sırasında herhangi bir kurumdan finansal destek sağlanmamıştır.

Kaynaklar

1. World Health Organisation. Joint ILO/WHO committee on occupational health:Second report[Internet].(1953) Erişim: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40212/WHO_TRS_66.pdf?sequence=1&isAllowed=y Erişim tarihi: 30.07.2023
2. International Labour Organization The prevention of occupational diseases. ILO, Geneva (Switzerland) [Internet] (2013) Erişim: http://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_208226 Erişim tarihi: 29.07. 2023
3. Rokho K, Lehtinen S, Rantanen J. National Profile of Occupational Health System in Finland. [Internet]. (2012) Erişim: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/160522/e96482.pdf Erişim tarihi: 29.07. 2023
4. Elms J, O’Hara R, Pickvance S, Fishwick D, Hazell M, Frank T, et.al.The perceptions of occupational health in primary care , Occupational Medicine 2005;55:523–7
5. Council of State and Territorial Epidemiologists (CSTE). The 24 Occupational Health Indicators (OHI) [Internet]. (2000) Erişim: <https://www.cste.org/page/OHIndicators>. Erişim tarihi: 29.07. 2023
6. ILOSTAT. Statistics on safety and health at work [Internet]. (2020) Erişim: <https://ilostat.ilo.org/topics/safety-and-health-at-work/> Erişim tarihi: 29.07. 2023
7. TTB Aile Hekimliği Kolu. İşe giriş raporlarında aile hekimlerinin sorumlulukları. [Internet]. (2017) Erişim: https://www.ttb.org.tr/kutuphane/ise_giris_rpr.pdf Erişim tarihi: 29.07.2023
8. Kurt B, Sakallı M, Güven HNR, Çelik İ, Özden M, Güler A, et al. Meslek Hastalıkları Bildirim Rehberi:52. [Internet]. (2020) Erişim: <http://isg.ankara.edu.tr/wp-content/uploads/sites/160/2020/01/Meslek-Hastalıkları-Bildirim-Rehberi.pdf> Erişim tarihi: 29.07.2023
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü. Meslek hastalığı farkındalık eğitimi [Internet]. Erişim: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/calisansagligi-mesleki-hast/meslek-hastaliklarında-farkındalık-egitimi.html> Erişim tarihi: 29.07.2023

10. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü SBSG. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 Haber Bülteni. [Internet]. (2020) Erişim: <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/41611/0/haber-bulteni-2020pdf.pdf> Erişim tarihi: 29.07.2023
11. Kolcu G, Coşkun Beyan A, Özceylan G. Physicians occupational health and occupational diseases attitude scale development. *J Basic Clin Heal Sci*. 2022;(1):627–36.
12. Ahmet Ö. A Report on the comparative study of occupational diseases registration practices and surveillance in Türkiye, Belgium and The Public Health Institution of Türkiye. (Internet) (2020) Erişim: [file:///C:/Users/gokme/Downloads/Attachment_0%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/gokme/Downloads/Attachment_0%20(1).pdf) 2020;(692188). Erişim tarihi: 29.07.2023
13. Şen S, Barlas G, Yakıştıran S, Derin İG, Şerifi BA, Özlü A, et al. Prevention of occupational diseases in Turkey: Deriving lessons from journey of surveillance. *Saf Health Work* [Internet]. 2019;10(4):420–7. Erişim: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2093791118304682> Erişim tarihi: 29.07.2023
14. Carder M, Bensefa-Colas L, Mattioli S, Noone P, Stikova E, Valenty M, et al. A review of occupational disease surveillance systems in Modernet countries. *Occup Med (Chic Ill)*. 2015;65(8):615–25.
15. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (5510) [Internet]. Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5510-20120101.pdf>. Erişim tarihi: 29.07.2023
16. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu (6331) [Internet]. Erişim: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6331.pdf>. Erişim tarihi: 29.07.2023
17. Fazıl A. Avrupa Birliğinde İş Sağlığı ve Güvenliği. Ankara. Sayfa 107-109. [Internet] (2014). Erişim: <https://www.csgb.gov.tr/media/1334/avrupa-birli%C4%9Finde-i%C5%9F-sa%C4%9F%C4%B1%C4%9F%C4%B1-ve-guevenli%C4%9Fi.pdf>. Erişim tarihi: 15.02.2024
18. Mathias CG. Contact dermatitis and workers' compensation: criteria for establishing occupational causation and aggravation. *J Am Acad Dermatol*. 1989 May;20(5 Pt 1):842–8.
19. Demou, E., Lalloo, D. & Macdonald, E.B. Differences in opinions of occupational physicians on the required competencies by field of practice: results of an international Delphi study. *BMC Med Educ* 18, 62 (2018). Doi:10.1186/s12909-018-1139-9
20. Atalı G, Açar A, Tuğrul İ, Acar M. N. İşg profesyonellerinin (İşyeri hekimi, İş uzmanı, diğer sağlık personeli) Depresyon düzeyleri ve iş tatmin düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sosyal Güvence* 2023;(23): 969-987. Doi:10.21441/Sosyalgüvence.1359015
21. Osmanoğlu V, Uğraş Dikmen A. (2022). Tıp fakültesi öğrencilerinde iş sağlığı ve güvenliği bilgi düzeyi ve etkileyen faktörler. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Dergisi*. 2022;3 (3): 144-152.
22. Cohen RA, Go LHT, Rose CS. Global trends in occupational lung disease. *Semin Respir Crit Care Med*. 2023;44(3):317-26. Doi: 10.1055/s-0043-1766117. Epub 2023 Apr 18. PMID: 37072021.
23. İlman EZ. Türkiye'de meslek hastalıkları. *USAYSAD*. 2015;1(1):21-36.
24. Hamzaoğlu O, Etiler N.Y, Işık C, Çağlayan Ç. "The causes of deaths in an industry-dense area: example of Dilovası (Kocaeli)," *Turkish Journal of Medical Sciences*. 2011;(41)3. Doi:10.3906/sag-1007-943
25. Sosyal Güvenlik Kurumu. SGK İstatistik yıllıkları [Internet] (2019). Erişim: <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4/> Erişim tarihi: 29.07.2023
26. Sng J, Lee SM, Koh D. Bridging the gap between occupational medicine and family medicine. *Ann Acad Med Singap*. 2008;37(2):158-61. Doi: PMID: 18327354.
27. Cımrın A, Albayrak S, Tabak L. Türkiye'de tıp eğitiminde iş sağlığı konusunun ağırlığı [Position of occupational diseases in medical education in Turkey]. *Tuberk Toraks*. 2010;58(2):142-6. Turkish. PMID: 20865566.



Original Research / Orijinal Araştırma

Evaluation of the Patient Profile and Service Provided Registered to the Healthy Aging Center in Samsun

Samsun ilinde Sağlıklı Yaş Alma Merkezi'ne (YAŞAM) Kayıtlı Hasta Profiline ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi

Erdinç YAVUZ¹, Nur ŞİMŞEK YURT¹, Kübra KADIOĞLU¹

Abstract

Objective: In our study aimed to evaluate the people registered in Healthy Aging Center (YASAM), which was opened in a training and research hospital, in terms of disease profile, polypharmacy and services provided, after the YASAM regulation was published by the Ministry of Health.

Methods: Our research is a cross-sectional, descriptive study that includes all patients aged 80 and over registered in the YASAM unit between 01.05.2023 and 30.11.2023. Participants' age, gender, existing chronic diseases, regular daily medication use, nutritional supplement use, and all medical care services performed at YASAM were evaluated and recorded in the study form. SPSS 26.0 package program was used for data analysis, and $p < 0.05$ was considered significant.

Results: All 355 patients registered in the YASAM unit were included in the study. 74.9% (n=266) were women. The mean age was 86.53 ± 5.07 . 81.1% (n=288) of individuals had hypertension, 60.6% (n=215) had cardiovascular disease, 34.4% (n=122) had anxiety-depressive disorders, 29.6% (n=105) were diagnosed with diabetes, and 26.5% (n=94) were diagnosed with dementia. 13.0% (n=46) of individuals were using nutritional support products. 51.0% (n=181) had polypharmacy. The total number of patient visits was 663. 545 examinations (82.2%) were performed. The number of examinations performed at home was 219 (33.0%). The number of patients referred to the YASAM outpatient clinic in the hospital for medication and supply reports was 78 (21.9%). 84 patients (23.6%) were consulted by different medical units in the hospital for further evaluation.

Conclusion: At YASAM, the medical needs of all individuals aged 80 and over are determined at home or on-site, facilitating their access to health services. Timely, appropriate, and effective solutions are produced for the health problems of the elderly, and long-term follow-ups are carried out with periodic evaluations and appropriate scales.

Keywords: Healthy Center, aged, delivery of health care

Özet

Amaç: Çalışmamızda, Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıklı Yaş Alma Merkezi (YAŞAM) yönetmeliğinin yayınlanmasından hemen sonra, bir eğitim araştırma hastanesinde açılan YAŞAM'da kayıtlı kişilerin hastalık profili, polifarmasi ve verilen hizmetler açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmamız, 01.05.2023 ile 30.11.2023 tarihleri arasında YAŞAM birimine kaydedilen 80 yaş ve üzeri tüm hastaların dahil edildiği, kesitsel, tanımlayıcı bir çalışmadır. Merkeze kayıtlı tüm bireylerin yaş, cinsiyet, mevcut kronik hastalıkları, günlük düzenli ilaç kullanım durumları, beslenme destek ürün kullanımları ile YAŞAM'da gerçekleştirilen tüm tıbbi bakım hizmetleri değerlendirilerek çalışma formuna kaydedilmiştir. Veri analizi için SPSS 26.0 paket programı kullanılmış olup, $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: YAŞAM birimine kaydedilen 355 hastanın tamamı çalışmaya dahil edildi. Hastaların %74,9'u (n=266) kadındı. Yaş ortalaması 86.53 ± 5.07 'ydi. Bireylerin %81,1'inde (n=288) hipertansiyon, %60,6'sında (n=215) kardiyovasküler hastalık, %34,4'ünde (n=122) anksiyete-depresif bozukluklar, %29,6'sında (n=105) diyabet, %26,5'inde (n=94) demans tanısı mevcuttu. Bireylerin %13,0'ü (n=46) beslenme destek ürünü kullanıyordu. %51,0'inde (n=181) polifarmasi mevcuttu. Gerçekleştirilen toplam hasta ziyaret sayısı 663'tü. 545 muayene (%82,2) gerçekleştirildi. Evde gerçekleştiren tetkik sayısı 219'du (%33,0). İlaç ve malzeme raporları için hastanedeki YAŞAM polikliniğine yönlendirilen hasta sayısı 78'di (%21,9). 84 hasta (%23,6) ileri değerlendirme amacıyla, hastanede farklı tıbbi birimlere konsülte edildi.

Sonuç: YAŞAM'da, 80 yaş ve üzerindeki tüm bireylerin evinde veya yerinde tıbbi ihtiyaçları belirlenerek, sağlık hizmetlerine erişimleri kolaylaştırılmaktadır. Yaşlıların sağlık problemlerine zamanında, uygun ve etkili çözümler üretilmekte, periyodik değerlendirmeler ve uygun ölçeklerle uzun vadeli izlemleri gerçekleştirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlıklı Merkezi, yaşlı, sağlık hizmetlerinin sunumu

Geliş tarihi / Received: 25.12.2023 Kabul tarihi / Accepted: 29.03.2024

¹ Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun. TÜRKİYE

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Erdinç YAVUZ, Samsun Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun. TÜRKİYE.

E-posta: erdincyavuz@gmail.com Tel: +90 5052102881

Yavuz E. Şimşek Yurt N. Kadioğlu K. *Evaluation of the Patient Profile and Service Provided Registered to the Healthy Aging Center in Samsun TJFMPC, 2024; 18 (2) :223-229*

DOI: 10.21763/tjfmpe.1409337

Giriş

Teknolojik ve bilimsel gelişmelerle birlikte erken tanı ve tedavi yöntemlerindeki yenilikler sayesinde hastalıklara bağlı ölümler azalmakta, beklenen yaşam süresi ise uzamaktadır.¹ Tüm dünyada 80 yaş ve üstü kişi sayısının 2020-2050 yılları arasında üç katına çıkarak 426 milyona ulaşması öngörülmektedir.² Ülkemizde 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı 2017 yılında %8,5 iken, 2022 yılında %9,9'a yükselmiştir.³ Yaşlı bireylerin çoğu, en az bir kronik hastalıktan etkilenmektedir. Artan kronik hastalık yükü, küresel nüfusun yaşlanmasına bağlı olarak önemli bir sorun haline gelmiştir. Sağlık harcamalarının yarısından fazlasının, kronik rahatsızlıkların tedavisiyle ilgili olduğu görülmektedir.⁴

Demografik dönüşümün beraberinde getirdiği mevcut koşullar, sağlık hizmet sunumunda da değişimlere yol açmıştır. İlerleyen yaşla birlikte bireylerin yaşam boyu tedavi ve tıbbi bakım ihtiyacının artması, bu kişilere kendi alanlarında bakım ihtiyacını ortaya çıkarmıştır.⁵ Bu kapsamda, ülkemizde ilk resmi düzenleme 2005 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" ile gerçekleştirilmiş, 2010 yılında yayınlanan "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" ile kamu kurum ve kuruluşlarında Evde Sağlık Hizmetleri (ESH) verilmeye başlanmıştır.^{6,7} ESH, kronik ya da malign hastalıklar nedeni ile yatağa ya da eve bağımlı hale gelmiş hastalara ev ortamında muayene, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin profesyonel bir sağlık ekibi tarafından verilmesi olarak tanımlanmıştır.⁷ Bireylerin yaşam beklentilerini artırmak, eşlik eden kronik hastalıkları kontrol altına almak, yaşlı bireylerin fiziksel ve zihinsel değişimlerinin sağlık ve sosyal açılarından takibini yapmak; etkili ve koordineli sağlık hizmetleri açısından önemlidir. Buna ek olarak, yaşlanmanın etkilerini ve bir başkasına bağımlı olma durumlarını en aza indirmek, sağlıklı yaşam süresini artırmak amacı ile yaşlı sağlığı uygulamalarını geliştirme ihtiyacı hala devam etmektedir.⁸

Sağlık Bakanlığı, Anayasa ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Kanunu kapsamında, yaşlılık nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimde zorluk çeken bireyler için, koruyucu sağlık hizmetlerini içeren tıbbi bakım hizmetlerinin izlenmesi ve koordinasyonu amacıyla Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri'nin (YAŞAM) kurulmasını ve hizmet sunulmasını uygun bulmuştur.⁸ 80 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak, evlerinde ve yerlerinde tıbbi bakım ihtiyaçlarını belirleyip desteklemek, uzaktan sağlık hizmetleriyle muayene ve danışmanlık sunmak, hastaneye ulaşımı ve hastane içindeki tıbbi bakımı koordine etmek amacıyla YAŞAM birimlerinin kurulması 30 Mart 2023 tarihinde yayımlanan genelge ile kararlaştırılmıştır. YAŞAM'da 80 yaş üstü tüm bireylere hizmet sunulurken hem evde muayene, tetkik, izlem ve rehabilitasyon hem de sağlık tesisinde hizmet koordinasyonu hedeflenmektedir.

Bu genelge ile birlikte, Samsun ilinde merkez ilçelere (İlkadım, Atakum, Canik, Tekkeköy) hizmet sunulması planlanarak, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi merkez binasında YAŞAM birimi kurulmuştur. Samsun merkez, ilk etapta YAŞAM 1 ve YAŞAM 2 olarak iki coğrafi bölgeye ayrılmıştır. İhtiyaca göre, ileri dönemde ekip sayılarının artırılması tasarlanmıştır. Her ekipte aile hekimliği uzmanı olan bir hekim, bir hemşire, bir yaşlı sağlık bakım personeli bulunmaktadır. Mevcut ekipler arasında koordinasyonu sağlamak üzere merkezde görevli bir koordinatör olarak aile hekimliği uzmanı hekim görev almaktadır. Ayrıca YAŞAM biriminde görevli bir tıbbi sekreter ve bir gerontolog bulunmaktadır. Merkezin açıldığı tarih itibarı ile 80 yaş ve üzeri hizmet talep eden tüm bireyler YAŞAM'a kaydedilmiştir. Saha hekimi, ekibi ile birlikte, yaşlı bireyi yerinde veya evinde ziyaret etmektedir. Yaşlı bireyin tıbbi değerlendirmesi yapılarak tıbbi bakım gereksinimleri belirlenmektedir. Hekim, kronik hastalıkları (hipertansiyon, diyabet, böbrek yetmezliği, kalp yetmezliği, vb.) ilgili kılavuzlara uygun olarak izlemekte, gerekli periyodik sağlık bakım hizmetini vererek sonuçları eksiksiz olarak hasta dosyasına işlemektedir. Ziyaret sonrası hastanın ilaç reçete işlemlerini gerçekleştirmekte, hastaya ya da yakınına bildirmektedir. Hemşire tarafından ziyaret sırasında bakım ve takip planı oluşturulmaktadır. Bu plan, ekip sorumlusu hekim tarafından onaylanmaktadır. Yaşlı bakım veya sağlık bakım teknikleri, ev ziyaretlerinde yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerine destek olurken, yakını veya yardımcısı bulunmayan yaşlıların evden hastaneye nakil sürecinde refakat etmektedir. Ayrıca, sağlık tesisine gelen yaşlıları karşılamakla beraber, merkezin koordinasyonu ile gerçekleştirilen tıbbi işlemler sırasında ilgili birimlere nakillerini sağlamaktadır. Tıbbi sekreter, haberleşme ve yazışmaları sağlayarak yaşlı bireyin kabul işlemini yapmakta ve diğer birimlerden randevularını oluşturmaktadır. Ayrıca, yaşlı bireyin takip dosyasını oluşturmada ve arşivleme işlemlerini yapmaktadır. Yaşlı bireyin merkeze kayıt ve değerlendirilmesi sırasında hekim veya gerontolog geriatrik değerlendirme kapsamında şu ölçekleri uygulamaktadır:

- Klinik Kırılabilirlik Ölçeği
- Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği
- Lawton-Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktivitesi Ölçeği
- Mini COG ve Mini Mental Test
- Geriatrik Depresyon Ölçeği
- Hasta Sağlık Anketi -2 (PHQ-2)

- Mini Nutrisyonel Değerlendirmesi (MNA)
- Denge ve Yürüme Testi

YAŞAM'a kayıtlı 80 yaş üstü bireylerin klinik özelliklerinin tanımlanması, sağlık profesyonellerinin hizmet yönetimi ile tedavi ve genel bakım planlamasında etkilidir. Polifarmasi, yaşlılar arasında yaygın bir durumdur.⁹ 80 yaş üstü bireylerin klinik özelliklerini ve polifarmasi durumunu anlamak, yaşam kalitesini en üst düzeye çıkararak riskleri en aza indiren ve sağlıklı yaşlanmayı teşvik eden uygun ve etkili sağlık hizmetinin sağlanması için esastır. Çalışmamızın amacı, Samsun'da Sağlıklı Yaş Alma Merkezi'ne (YAŞAM) kayıtlı kişilerin hastalık profili, polifarmasi ve verilen hizmetler açısından değerlendirilmesidir.

Gereç ve Yöntem

Hasta Popülasyonu ve Verilerin Toplanması

Araştırmanın evrenini Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi YAŞAM birimine kayıtlı bireyler oluşturmaktadır. 01.05.2023 ile 30.11.2023 tarihleri arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi YAŞAM birimine kaydedilen, 80 yaş ve üzeri, hasta dosyalarında ve hastane otomasyon sisteminde verileri eksiksiz olan tüm kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş, cinsiyet, mevcut kronik hastalıkları, günlük düzenli ilaç kullanım durumları ve beslenme destek ürün kullanımları incelenerek çalışma formuna kaydedilmiştir. Günlük 5 ve üzeri ilaç kullanımı polifarmasi olarak kabul edilmiştir.⁹ Bu süre içerisinde YAŞAM saha ekipleri tarafından gerçekleştirilen toplam ziyaret sayısı, muayene, üriner kateter takip ve değişimi ile tetkikler için gerçekleştirilen ziyaret sayıları, YAŞAM polikliniğine yönlendirilen hasta sayısı, YAŞAM polikliniğinden diğer branşlara yönlendirilen (konsülte edilen) hasta sayısı ve evde sağlık hizmetlerine devredilen hasta sayısı değerlendirilmiştir.

Araştırma Türü

Çalışmamız tek merkezli, kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır.

Etik Beyanı

Bu araştırma, Samsun Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş, SÜKA EK-2023/20/13 sayılı karar ile etik açıdan çalışılması uygun bulunmuştur. Araştırmamız Helsinki Deklarasyonu ve İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu'na uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

İstatistiksel analiz

Çalışmada, veri analizi için SPSS 26.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, ABD) paket programı kullanılmıştır. Çalışmada yer alan sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Kategorik grupların karşılaştırılmasında Pearson Ki-kare testi, normal dağılmayan iki grup ortalamasını değerlendirmek için Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. Bireylerin demografik ve klinik verilerine ait değişkenleri ile sunulan hizmetlere yönelik tanımlayıcı veriler frekans (N ve %) tabloları ile sunulmuş, sürekli değişkenler ise ortalama \pm standart sapma şeklinde ifade edilmiştir. Sonuçlar $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında değerlendirilmiştir.

Bulgular

01.05.2023 ile 30.11.2023 tarihleri arasında YAŞAM birimine kaydedilen 355 hastanın tamamı çalışmaya dahil edildi. %74,9'u (n=266) kadındı. Yaş ortalaması 86.53 ± 5.07 (min:80-max:118), ortanca yaş 86'ydı. Bireylerin %81,1'inde (n=288) hipertansiyon, %60,6'sında (n=215) kardiyovasküler hastalık, %34,4'ünde (n=122) anksiyete-depresif bozukluklar, %29,6'sında (n=105) diyabet, %26,5'inde (n=94) demans tanısı mevcuttu. Hastaların günlük ortalama ilaç kullanım sayısı $4,61 \pm 2,48$ (min:0-max:15) olup, ortanca değer 5'ti. %51,0'inde (n=181) polifarmasi mevcuttu. Bireylerin %13,0'ü (n=46) beslenme destek ürünü kullanıyordu. Klinik özellikler kadın ve erkek cinsiyete göre incelendiğinde, hipertansiyon, diyabet ve osteoporoz kadınlarda erkeklere göre anlamlı derecede yüksek oranda saptandı (sırasıyla; $p=0,001$, $p=0,012$, $p<0,001$). Kronik akciğer hastalıkları görülme oranı, erkeklerde kadınlara göre anlamlı derecede yüksekti ($p<0,001$). Araştırmaya dahil edilen erkek bireyler %22,5 oranında beslenme destek ürünü kullanırken kadınlarda bu oran %9,8'di ($p<0,002$) (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi

Değişkenler	Total (n=355) n (%)	Kadın (n=266) n (%)	Erkek (n=89) n (%)	p
Yaş ortalaması (min-max)	86.53±5.07 (80-118)	86.71±5.34 (80-118)	85.98±4.15 (80-96)	0,259*
Kronik hastalıklar				
Hipertansiyon	288 (81,1)	226 (85,0)	62 (69,7)	0,001**
Diyabet	105 (29,6)	88 (33,1)	17 (19,1)	0,012**
Böbrek yetmezliği	22 (6,2)	14 (5,3)	8 (9,0)	0,207**
Kardiyovasküler hastalık	215 (60,6)	160 (60,2)	55 (61,8)	0,783**
Kronik akciğer hastalığı	54 (15,2)	22 (8,3)	32 (36,0)	<0,001**
Serebrovasküler hastalık	66 (18,6)	46 (17,3)	20 (22,5)	0,277**
Demans	94 (26,5)	71 (26,7)	23 (25,8)	0,875**
Parkinson hastalığı	36 (10,1)	27 (10,2)	9 (10,1)	0,992**
Onkolojik hastalık	22 (6,2)	17 (6,4)	5 (5,6)	0,793**
Anksiyete-depresif bozukluklar	122 (34,4)	95 (35,7)	27 (30,3)	0,355**
Tiroid hastalıkları	28 (7,9)	24 (9,0)	4 (4,5)	0,170**
Osteoporoz	81 (22,8)	75 (28,2)	6 (6,7)	<0,001**
Diğer***	171(48,2)	128 (48,1)	43 (48,3)	0,922**
Polifarmasi	181(51,0)	135 (50,8)	46 (51,7)	0,879**
Beslenme Destek Ürün Kullanımı	46 (13,0)	26 (9,8)	20 (22,5)	0,002**

*Mann Whitney-U testi

**Pearson Ki-kare testi

***Epilepsi, glokom/göz hastalıkları, periferik damar hastalıkları, romatolojik hastalıklar, karaciğer hastalıkları, prostat hastalıkları

YAŞAM biriminin açılması itibari ile geçen 7 aylık süre içerisinde gerçekleştirilen hasta ziyaret sayısı 663'tü. 545 muayene (%82,2) gerçekleştirildi. Evde gerçekleştiren tetkik sayısı 219'du (%33,0). 16 hasta INR değeri açısından takibe alındı. Toplam 82 kez (%12,3) evde INR ölçümü yapıldı. 8 hasta üriner kateteri ile takiliydi ve tümü erkek hastalardan oluşuyordu. 17 kez (%2,5) evde üriner kateter takıldı. Evde değerlendirilerek ilaç ve malzeme raporları için hastanedeki YAŞAM polikliniğine yönlendirilen hasta sayısı 78'di (%21,9). 84 hasta (%23,6) sağlık problemleri nedeni ile ileri değerlendirme amacıyla farklı tıbbi birimlere konsülte edildi. Evde ziyaret edilen 22 hastaya (%6,2) yeni beslenme destek ürünü başlandı. Erkeklere, kadınlardan daha fazla beslenme ürünü başlandığı tespit edildi (p=0,043). 19 hasta (%5,3) takip eden süreçte eve veya yatağa tam bağımlı hale geldiği için evde sağlık hizmetlerine devredildi (Tablo 2).

Tablo 2. YAŞAM'da gerçekleştirilen tıbbi hizmetlerin değerlendirilmesi

Yapılan İşlemler	Total (n=355) n (%)	Kadın (n=266) n (%)	Erkek (n=89) n (%)	p*
Ziyaretlerde gerçekleştirilen tetkik sayısı	219 (61,6)	167 (62,7)	52 (58,4)	0,545
Üriner kateterli hasta sayısı	8 (2,2)	-	8 (8,9)	<0,001
INR takibi yapılan hasta sayısı	16 (4,5)	11 (4,1)	5 (5,6)	0,773
İlaç veya malzeme raporu için YAŞAM polikliniğine yönlendirilen hasta sayısı	78 (21,9)	57 (21,4)	21 (23,5)	0,780
Yeni beslenme destek ürünü başlanan hasta sayısı	22 (6,2)	12 (4,5)	10 (11,2)	0,043
Evde sağlık hizmetlerine devredilen hasta sayısı	19 (5,3)	11 (4,1)	8 (8,9)	0,137
Diğer bölümlere konsülte edilen hasta sayısı	84 (23,6)	61 (22,9)	23 (25,8)	0,678

*Pearson Ki-kare testi

Tartışma

Çalışmamızda bir eğitim araştırma hastanesindeki YAŞAM biriminin açıldığı tarih itibari ile yedi aylık süreci değerlendirilmiştir. Samsun ili merkez ilçelerdeki 80 yaş ve üzeri bireylere hizmet veren bu merkezde, kayıtlı hastaların %74,9'unu kadınlar oluşturmaktadır. Ankara'da bir hastane bünyesindeki evde sağlık hizmetlerinin değerlendirildiği çalışmada hizmetten faydalanan kadınların oranı daha yüksektir.⁵ Kayseri'de evde sağlık hizmetlerinin değerlendirildiği çalışmada kadınların oranı %53,4 olarak bildirilmiştir.¹⁰ Kanada'da ESH'nin değerlendirildiği kohort analizde kadınlar erkeklere göre daha ileri yaşta ve evde bakım ile ilgili hizmetlere daha fazla başvurduğu görülmüştür.¹¹ İspanya'da gerçekleştirilen bir çalışmada evde bakım alan kadınlar daha fazla kronik hastalığa sahiptir ve daha fazla hekim ziyareti talep etmektedir.¹² Kadınların yaşam sürelerinin erkeklere göre daha uzun olduğu bilinmektedir.¹³ Merkezimizde 80 yaş üstü kadınların YAŞAM hizmetlerinden daha fazla faydalanması literatür ile uyumlu, beklenen bir sonuçtur.

YAŞAM'da hizmet sunumu gerçekleştirilen bireylerde en sık görülen kronik hastalıklar hipertansiyon (%81,1), kardiyovasküler hastalık (%60,6), anksiyete-depresif bozukluklar (%34,4) ve diyabet (%29,6) olarak belirlenmiştir. Hipertansiyon, diyabet ve osteoporoz kadınlarda daha sık görülürken, kronik akciğer hastalıkları erkeklerde daha yüksek oranda mevcuttur. Hipertansiyon en sık görülen kronik hastalıklardan biridir ve küresel bir halk sağlığı sorunudur.¹⁴ Ülkemizde evde sağlık ile ilgili gerçekleştirilmiş çalışmalarda Aslaner ve ark.¹⁰ ile Çatak ve ark.¹⁵, hizmetten faydalanan bireylerde en sık görülen kronik hastalığın hipertansiyon olduğunu bildirmiştir. 71.303 kişiyi içeren kohort analizde kadınlarda osteoporoz, erkeklerde kronik akciğer hastalığı, diyabet, kanser ve kardiyovasküler hastalıklar daha sık görülmektedir.¹¹ Ülkemizde yapılan evde sağlık ile ilgili çalışmalarda nörolojik ve ortopedik hastalıkların görülme oranının yüksek olduğu bildirilmiştir.^{10,16,17} ESH'de hastaların ziyaretinde günlük yaşam aktiviteleri değerlendirilerek, cihaz bağımlılığı ve ek hizmet talebi olmadığında, tam bağımlı veya ileri bağımlı bireylere hizmet sunumu gerçekleştirilmektedir. YAŞAM'da ise 80 yaş üstü mobilize tüm hastalar hizmete dahil edilmektedir. Bu nedenle, ESH'de önde gelen tanıların serebrovasküler hastalıklara bağlı plejiler, ortopedik hastalıklar gibi mobilizasyonu kısıtlayan klinik durumların yüksek oranda olması beklenen bir sonuçtur. YAŞAM'da hastaların günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan hastalık tanıları, üriner kateter ile takip edilen hasta oranı son derece düşük belirlenmiştir. Hastaların hiçbirinde bası yarasına rastlanmamıştır.

Araştırmamızda hastaların günlük ortalama ilaç kullanım sayısı 4,6 olup, %51,0'inde polifarmasi mevcuttur. Sonuçlarımız literatürde yaşlı bireyleri kapsayan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. İtalya'da yaşlı bireylerin hastaneye yatışı sırasında %52 oranında polifarmasi saptanmış olup, taburculukta bu oran %67'ye çıkmaktadır.¹⁸ İngiltere'de 60 yaş üstü 5213 bireyin değerlendirildiği çalışmada polifarmasi oranı %30,9'dur.¹⁹ Qato ve ark.'nın ortalama yaşın 71 olduğu katılımcıları içeren araştırmasında, %36 oranında beş ve üzeri ilaç kullanımı mevcuttur.²⁰ Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 65 yaş üstü bireylerde yapılan çalışmalarda %49,1 ve %62,3 oranında polifarmasi bildirilmiştir.^{21,22} Yaşlanma ile birlikte gelişen fonksiyonel kayıplar ve kronik hastalıklar, polifarmasi uygulamalarını zorunlu hale getirmektedir. Mevcut hastalık kılavuzları, kronik hastalıkların yönetiminde çoğunlukla birden fazla ilaç kullanımını önermektedir. Kalp yetmezliği ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi en az iki hastalığa sahip olan yaşlı bir hastanın dahi, genellikle beş veya daha fazla ilaç kullanması muhtemeldir.²³ Yaşlılarda polifarmasi; ilaç etkileşimlerine, advers ilaç reaksiyonlarına ve ilaç rejimlerine uyumsuzluk gibi çeşitli komplikasyonlara yol açabilmektedir.⁹ Bireylerin çoklu ilaç kullanım durumlarını bilmek, sağlık hizmeti sağlayıcılarının ilaç kullanımının uygunluğunu değerlendirmesine, ilaçla ilgili olası sorunları belirlemesine ve riskleri en aza indirip sonuçları iyileştirecek şekilde ilaç rejimlerini optimize etmesine olanak sağlamaktadır.

Araştırmamızda bireylerin %13,0'ünün beslenme destek ürünü kullandığı belirlenmiştir. %6,2'sine YAŞAM'da beslenme desteği başlanmıştı. Erkeklerde beslenme ürün kullanımı kadınlara göre anlamlı derecede yüksektir. Yaşlılık dönemindeki beslenme durumu, hastalıkların gelişimi ve seyri açısından önemli bir role sahiptir. Malnütrisyon geriatrik popülasyonda yaygın olarak görülen ve morbidite ile mortalite üzerine etkisi kanıtlanmış klinik bir durumdur.²⁴ Toplum içinde yaşayan yaşlılarda malnütrisyon prevalansı %2-32 arasında değişirken, geriatri merkezlerinde %25-60, hastanede yatan yaşlılarda %35-65 oranında malnütrisyon saptanmıştır. Tüzün ve ark. tarafından ESH hastalarında gerçekleştirilen çalışmada %28,8 oranında malnütrisyon saptanmıştır.²⁵ Ülkemizde evde bakım alan erkeklerde malnütrisyon oranının yüksek olduğunu belirten çalışmalar²⁶ olduğu gibi, kadınlarda daha yüksek olduğunu belirten²⁷ veya cinsiyete göre anlamlı farklılık saptamayan çalışmalar^{24,25} da mevcuttur. YAŞAM'da hizmet sunumu sağlanan hastalar ileri yaşlı olması nedeni ile malnütrisyon riski altındadır. Ziyaret edilen her hastanın beslenme açısından değerlendirmesi gerçekleştirilmekte, malnütrisyon veya malnütrisyon riski gelişen durumlarda uygun girişim ve eğitimlerle beslenme durumlarına müdahale edilmektedir. Merkezin açılmasından itibaren gerçekleştirilen ziyaretlerin %82,2'si muayenelerden oluşuyordu. YAŞAM'da ekip doktoru tarafından değerlendirilerek diğer branşlara konsülte edilen hasta oranı %23,6, ilaç veya malzeme raporu için YAŞAM polikliniğine yönlendirilen hastaların oranı %21,9'du. Merkezimizde muayene oranının yüksek olması, çeşitli nedenlerle sağlık kuruluşuna başvurmakta zorlanan kişilere daha rahat ve hızlı bir şekilde

değerlendirilme imkânı sunulduğunu göstermektedir. 80 yaş üstü bireylerin evde ilk değerlendirmelerinin yapılması ve YAŞAM koordinasyonu ile ilgili bransa getirilmesi, kronik hastalıklar ile ilgili ilaç ve medikal raporlarının YAŞAM polikliniğinde rahat bir şekilde yenilenmesi, hastanede yaşanabilecek aksaklık ve yoğunlukları minimum düzeye indirme açısından önemlidir. Ev ziyaretlerinde muayene, tetkik ve izlemleri gerçekleştirilen hastalar için; ihtiyaç olması halinde sağlık tesisinde diğer branşlar ile koordinasyon sağlanarak poliklinik randevuları oluşturulmakta, yaşlı bakım tekniklerinin desteği ile hastanedeki poliklinik ve ileri tetkik işlemleri sağlanmaktadır. Hastaların klinik ihtiyaçlarına göre hastanede yer alan tüm branşlara konsültasyon işlemi sağlanabilmektedir. İlgili branştaki uzman hekimler hastanın klinik durumuna göre tedavi planını, reçete ve rapor işlemlerini yenilemekte ve gerekli durumlarda hastanın yatışını sağlayarak takip etmektedir. Merkezimizde, hasta ziyaretlerinin üçte birinde tetkik alındığı belirlenmiştir. Evde yapılan tetkikler, hastalara tanı konulması ve sağlık kuruluşuna başvuramayan yaşlıların kontrol amaçlı değerlendirilmesi açısından faydalıdır. Pandemi döneminde kronik hastalıkların ilaç rapor süreleri uzatılarak²⁸ çok sayıda hasta, uzun süredir değişmeyen tedavi seçenekleri ile yaşamını devam ettirmektedir. YAŞAM'da 80 yaş üstü tüm hastaların mevcut tedavileri, değerlendirilerek ve gerektiğinde ilgili branşların desteği alınarak güncellenebilmektedir.

Çalışmanın kısıtlılıkları

Araştırmamız, tek merkezli olması ve hizmet sunumu gerçekleştirilen hastalara ait çok detaylı bilgiler içermemesi nedeni ile bazı kısıtlılıklara sahiptir. Ancak, bu çalışma, bir eğitim araştırma hastanesinde yönetmeliğin yayınlanması itibarı ile hemen açılan YAŞAM'da kayıtlı hasta profili ve verilen hizmeti değerlendirerek, bu merkezlerin yaygınlaşmasında ve hizmet içeriğinin geliştirilmesinde yeni planlara, fikirlere katkı sunmaktadır.

Sonuç

YAŞAM'da, 80 yaş ve üzerindeki tüm bireylerin evinde veya yerinde tıbbi ihtiyaçları belirlenerek, sağlık hizmetlerine erişimleri kolaylaştırılmaktadır. YAŞAM'da yaşlı sağlığının üst düzeyde korunması, sağlık problemlerine zamanında, uygun ve etkili çözümler oluşturulması, yaşlanmanın etkilerini ve fonksiyonel açıdan başkalarına bağımlı olma durumlarının azaltılması amaçlanmaktadır. Hastaların periyodik değerlendirmeleri ve uygun ölçeklerle izlemleri gerçekleştirilmekle beraber, yaşlılığın kronik problemleri dönemsel değerlendirmeler yerine; sürekli, uzun vadeli izlem ile takip edilmektedir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmektedirler.

Maddi destek

Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmektedirler.

Kaynaklar

1. Celik Guzel E. Türkiye'de Evde Sağlık Hizmetleri. Klinik Tıp Aile Hekimliği. 2018;10(5):15-9
2. Xi JY, Lin X, Hao YT. Measurement and projection of the burden of disease attributable to population aging in 188 countries, 1990-2050: A population-based study. J Glob Health. 2022;12:04093.
3. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar. 17.03.2023. Accessed 17.12.2023. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-2022-49667>
4. Huang FH. Explore home care needs and satisfaction for elderly people with chronic disease and their family members. Procedia manufacturing. 2015;3:173-9.
5. Artantaş AB, Köroğlu FT. Bir hastane bünyesindeki evde sağlık birimi tarafından verilen hizmetlerin değerlendirilmesi: 2018 yılı istatistikleri. Ankara Med J. 2019;19(1):170-7.
6. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik. T.C.Resmi Gazete, Sayı 25751. 2005. Accessed 16.12.2023. <https://khgmstokyonetimdb.saglik.gov.tr/TR,43734/evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonetmelik-10032005-tarihli-ve-25751-sayili-resmi-gazete.html>
7. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. 2010. Accessed 10.10.2023. <https://khgmstokyonetimdb.saglik.gov.tr/TR,43828/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge-01022010.html>
8. Sağlıklı Yaş Alma Merkezlerinin Kurulmasına Dair Genelge 2023. Accessed 18.10.2023. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-96308/saglikli-yas-alma-merkezlerinin-kurulmasına-dair-genelge-yayimlandi.html>
9. Hoel RW, Connolly RMG, Takahashi PY. Polypharmacy anagement in older patients. Elsevier; 2021:242-56.
10. Aslaner H, Gokcek MB, Çetin A, et al. Evde Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Kayseri Örneği. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;31(3):383-9.

11. Gruneir A, Forrester J, Camacho X, Gill SS, Bronskill SE. Gender differences in home care clients and admission to long-term care in Ontario, Canada: a population-based retrospective cohort study. *BMC Geriatr.* 2013;13:48.
12. Redondo-Sendino Á, Guallar-Castillón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health.* 2006;6(1):1-9.
13. Zarulli V, Barthold Jones JA, Oksuzyan A, et al. Women live longer than men even during severe famines and epidemics. *Proceedings of the National Academy of Sciences.* 2018;115(4):E832-E40.
14. Aydođdu S, Güler K, Bayram F, et al. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2019. *Türk Kardiyol Dern Ars.* 2019;47(6):535-46.
15. Çatak B, Kilinc A, Badıllıoğlu O, et al. Burdur’da evde sağlık hizmeti alan yaşı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. *Türk J Public Health.* 2012;10(1):13-21.
16. Tasdemir RA, Oğuzöncül FA. Evde sağlık hizmeti verilen bireylerin hastalık durumlarının ve sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi.* 2020;17(2):11-28.
17. Oğuz I, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C. Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.* 2016;19(2)
18. Nobili A, Licata G, Salerno F, et al. Polypharmacy, length of hospital stay, and in-hospital mortality among elderly patients in internal medicine wards. The REPOSI study. *Eur J Clin Pharmacol.* 2011;67:507-19.
19. Dhalwani NN, Fahami R, Sathanapally H, et al. Association between polypharmacy and falls in older adults: a longitudinal study from England. *BMJ Open.* 2017;7(10):e016358.
20. Qato DM, Wilder J, Schumm LP, Gillet V, Alexander GC. Changes in prescription and over-the-counter medication and dietary supplement use among older adults in the United States, 2005 vs 2011. *JAMA internal medicine.* 2016;176(4):473-82.
21. Arslan M, Keskin Arslan E, Koç EM, Sözmen MK, Kaplan YC. Altmış beş yaş ve üzeri kişilerde kırılgnalık ile ilaç kullanımı ve polifarmasi arasındaki ilişki. *Med Bull Haseki.* 2020;58(1):33-41.
22. Ozturk GZ, Ardic C, Toprak D. Frequency of Polypharmacy and Use of Potentially Inappropriate Medications in the Elderly *Türk J Geriatr.* 2017;20(4):296-305.
23. Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert opinion on drug safety.* 2014;13(1):57-65.
24. Dişli E, Samancıoğlu S. Geriatrik hastalarda malnütrisyon ve düşme riski arasındaki ilişki. *Karya J Health Sci.* 2018;3(1):24-9.
25. Tüzün S, Hacıađaođlu N, Dabak MR. Malnutrition in Home Care Patients. *Türk J Fam Med Prim Care.* 2019;13(2):159-66.
26. Şimşek Yurt N, Çubukçu M. Evaluation of Malnutrition in Geriatric Patients Receiving Home Care Services. *Ankara Med J.* 2023;23(2):176-86.
27. Akan H, Ayraler A, Hayran O. Nutritional status of elderlies admitted to home health care service. *Türk J Fam Pract.* 2013;17(3):106-12.
28. Sosyal Güvenlik Kurumu. Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü. Kronik Hastalığı Nedeniyle Sağlık Raporu Olan Hastaların İlaç Ve Tıbbi Malzeme Temini Hakkında Duyuru. 2023. Accessed 18.12.2023. <https://www.sgk.gov.tr/Duyuru/Detay/Kronik-Hastaligi-Nedeniyle-Saglik-Raporu-Olan-Hastalarin-Ilac-Ve-Tibbi-Malzeme-Temini-Hakkinda-Duyuru-2023-06-23-09-55-16>



Renew / Derleme

The Approach Of Parents To Childhood Vaccinations After COVID-19 COVID-19 Sonrasında Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarına Yaklaşımı

Gönül GÖKÇAY¹, Arzu HUDAYKULYYEVA², Ali UĞURLU³, Eda ERSARI ŞEN⁴

Abstract

Parents may have various reasons for not vaccinating their children, including neglect or vaccine refusal. Some parents may be concerned about the effects of COVID-19, lack of trust in the companies producing the vaccine, and worries about the vaccine's contents, leading them to prefer not to vaccinate their children. This situation can be addressed by health authorities providing accurate information and increasing confidence in vaccines within the community. The aim of this review is to examine how parents' approach to childhood vaccinations has changed post-COVID-19 in the light of current literature. The literature review was conducted between October 1 and October 31, 2023. During the study, searches were performed on Google Scholar, Medline, Pubmed, and Scencedirect using the keywords "Parents" and "Childhood Vaccinations" and "COVID-19" and "Vaccine Hesitancy" and "Public Health Nursing" or "Childhood Vaccinations" and "COVID-19" and "Parental Attitude" in both English and Turkish. A significant portion of parents reportedly encounter misinformation or misleading information about vaccines through media and the internet. Similarly, regarding the COVID-19 vaccine, a majority of participants are reported to obtain information from social media, and negative information is associated with increased vaccine hesitancy. These findings underscore the importance of informed vaccine campaigns and access to accurate information from scientific sources. Health authorities and experts should focus on such informative efforts to correct misconceptions and boost public confidence in vaccines. Combatting vaccine hesitancy and refusal emphasizes the significance of health authorities, media, and healthcare professionals. Accurate and reliable visual materials prepared by the Ministry of Health and the General Directorate of Public Health can help counteract the negative impact of the media. Media can be a powerful tool in delivering accurate information to the public. Additionally, the role of nurses in this matter is crucial.

Keywords: Vaccine, Vaccine Hesitancy, Vaccine Refusal, Parental Attitude, COVID-19

Özet

Ebeveynlerin çocuklarına aşı yaptırmama nedenleri arasında ihmal veya aşı reddi gibi etkenler yer alabilir. Bazı ebeveynler, COVID-19'un etkileri, aşırı üreten şirketlere duyulan güvensizlik ve aşının içeriği konusunda endişelenebilir ve çocuklarını aşılatmamayı tercih edebilirler. Bu durum, sağlık otoritelerinin doğru bilgi sağlaması ve toplumda aşıya güvenin artırılmasıyla ele alınabilir. Bu derlemenin amacı ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına COVID-19 sonrası yaklaşımın nasıl olduğunu güncel literatür ışığında incelemektir. Literatür taraması 01-31 Ekim 2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışma sırasında "Ebeveynler" ve "Çocukluk Çağı Aşıları" ve "COVID 19" ve "Aşı Tereddüdü" ve "Halk Sağlığı Hemşireliği" veya "Çocukluk Çağı Aşıları" ve "COVID 19" ve "Ebeveyn Tutumu" anahtar kelimeleri ve bu kelimelerin İngilizce - Türkçe tercümelemeleri kullanılarak Google Akademi, Medline, Pubmed ve Scencedirect arama motorlarında tarama yapılmıştır. Ebeveynlerin büyük bir kısmının, medya ve internet aracılığıyla aşılarla ilgili yanlış veya yanıltıcı bilgilere maruz kaldığı bildirilmektedir. Aynı şekilde, COVID-19 aşısıyla ilgili de katılımcıların büyük bir kısmının sosyal medyadan bilgi aldığını ve negatif bilgilerin aşı konusundaki tereddütleri artırdığı raporlanmaktadır. Bu veriler, bilinçli aşı kampanyalarının ve bilimsel kaynaklardan gelen doğru bilgiye erişimin önemini vurgulamaktadır. Sağlık otoriteleri ve uzmanlar, yanlış inançları düzeltmek ve toplumun aşılarına güvenini artırmak için bu tür bilgilendirme çabalarına odaklanmalıdır. Aşı tereddütü ve reddiyle mücadelede sağlık otoriteleri, medya ve sağlık profesyonellerinin önemini vurgulamaktadır. Sağlık Bakanlığı ve Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan doğru ve güvenilir görsel materyaller, medyanın olumsuz etkisini olumlu bir yöne dönüştürebilir. Medya, topluma doğru bilgileri ulaştırmada güçlü bir araç olarak kullanılabilir. Ayrıca, hemşirelerin konu hakkında rolü büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aşı, Aşı Tereddütü, Aşı Reddi, Ebeveyn tutumu, COVID-19

Geliş tarihi / Received: 05.11.2023 Kabul tarihi / Accepted: 01.03.2024

¹Kafkas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği, Kars

²Kafkas Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Kars

³Kafkas Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Kars

⁴Zübeyde Hanım Mesleki Ve Teknik Anadolu Lisesi, İzmit Kocaeli

Address for Correspondence / Yazışma Adresi Gönül GÖKÇAY, Kafkas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği, Kars

E-posta: gokcaygonul22@gmail.com Tel: +90 5447915549

Gökçay G. Hudaykulyeva A. Uğurlu A. Ersari Şen E. *The Approach Of Parents To Childhood Vaccinations After COVID-19*

TJFMPC, 2024; 18 (2):230-235

DOI: 10.21763/tjfm.1386363

Giriş

Aşılar her yıl milyonlarca çocuğun hayatını kurtarmakta ve hastalıkların ve sakatlıkların önlenmesine büyük katkı sağlamaktadır. Aşılamaya ayrıca, enfeksiyon hastalıklarından korunmanın yanı sıra, enfeksiyon hastalıkları nedeni ile oluşan ciddi sakatlıkların veya ölümlerin azaltılmasında da en etkin yöntemlerden biridir. Buna rağmen “aşı tereddütü” endişe vericidir çünkü aşılamadaki gecikmelere aşı reddine ve aşıyla önlenemez hastalıkların tekrar ortaya çıkmasına veya salgınlara yol açma potansiyeline sahiptir. Aşı tereddütünün nedenleri kişiden kişiye ve gruplardan gruplara göre değişebilmektedir.¹⁻⁵ Ancak, son yıllarda ebeveynler arasında aşı tereddütü ve reddi giderek artmaktadır. Bu durum, aşılamaya oranlarının düşmesine ve bulaşıcı hastalıkların yeniden ortaya çıkmasına yol açmaktadır.⁶

Türkiye’de de aşı tereddütü ve reddi önemli bir sorundur. Bulaşıcı hastalıkların dolaşımını durdurmak için toplumsal bağışıklığın %95’in üzerinde olması gerektiği vurgulanmaktadır.⁷⁻⁹ Dünya genelinde aşılanma oranları BCG için %87, kızamık birinci ve ikinci dozu da istendik düzeyde olmayıp %83 ve % 74 düzeyindedir.¹⁰ Türk Tabipler Birliği (2018) verilerine göre; 2011 yılında 183 olan aşı reddi oranı, 2016 yılında 12.000, 2017 yılında ise 23.000 seviyelerine ulaşarak, 2012-2019 yılları arasında aşı reddi oranı 125 kat artmıştır.^{11,12} Aynı zamanda COVID- 19 sürecinde ebeveynlerin çocuklarını aşılatmada düşüş görüldüğü ve ebeveynlere aşı denemelerinin çocukları da kapsayacak şekilde genişletilmesi çağrısında bulunulmuştur.¹³

Pediyatrik popülasyonun çoğunluğu COVID-19’dan göreceli olarak etkilenmemiş gibi görünse de çocukların toplum temelli viral bulaşmada rol oynadığı, yüksek riskli çocukların alt popülasyonları, ciddi hastalık için gerçek risk (örneğin, koenfeksiyon) oluşturduğu dikkate alınması gereken önemli faktörlerdendir.¹⁴

Bununla birlikte, farklı popülasyonlarda birçok nedenden dolayı aşı olma konusunda çeşitli düzeylerde tereddütlerin olduğu da iyi bilinmektedir. Yakın zamanda yayınlanan araştırmalara göre beş ebeveyninden biri COVID-19 aşısına karşı aşı konusunda tereddütlüdür.¹³⁻¹⁵

Amaç

Bu derlemenin amacı COVID-19 sonrasında ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına yaklaşımının nasıl olduğunu güncel literatür ışığında incelemektir.

Yöntem

Literatür taraması 01-31 Ekim 2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışma sırasında “Ebeveynler” ve “Çocukluk Çağı Aşıları” ve “COVID- 19” ve “Aşı Tereddütü” ve “Halk Sağlığı Hemşireliği” veya “Çocukluk Çağı Aşıları” ve “COVID -19” ve “Ebeveyn Tutumu” anahtar kelimeleri ve bu kelimelerin İngilizce -Türkçe tercümelemleri kullanılarak Google Akademi, Medline, Pubmed ve Sciencedirect arama motorlarında tarama yapılmıştır.

Literatür Bulguları

Uzun yıllar boyunca insanlık tarihini derinden etkileyen ve şu anda yeni neslin belki de hiç duymadığı çiçek hastalığını yenmek için 18. yüzyılda Avrupa’da ilk kez aşılar yapılmaya başlanmıştır. Geçmişte de günümüzde de insanların aşuya karşı önyargısı hep olmuştur; fakat son yıllarda dünya çapında artan aşı tereddütü, küresel bir sağlık sorunu haline gelmiştir ve gelecekte de böyle olacağı düşünülmektedir.¹⁶⁻¹⁸ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), aşılanmanın önemini vurgulamak için her yıl dünya çapında kampanyalar, programlar ve etkinlikler düzenlerken Avrupa ve Amerika’da ortaya çıkan aşı tereddütü ile bağlantılı olan bir diğer önemli konu olan aşı reddi konusu, son zamanlarda ülkemizde de giderek yaygınlaşan ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak uzmanlar tarafından endişe ile takip edilmektedir.^{19,20}

Ebeveynlerin aşıları reddetmesinin nedenleri üzerinde pek çok çalışma yapılmıştır. Aşı reddi, çocukların aşıyla önlenemez hastalıkların görülme sıklığının artması nedeniyle büyüyerek risk haline gelen bir dizi çalışmanın sonucudur. Bu nedenlerle ebeveynler arasında büyük bir farklılık gösterir, ancak bunlar dört genel kategoride toplanabilir. Bu dört kategori; dini nedenler, kişisel inançlar veya felsefi nedenler, güvenlik kaygıları ve sağlık hizmetleri sağlayıcılarından daha fazla bilgi alma isteğidir.²¹

Birçok ciddi sorunlara yol açabilecek olan aşı tereddütü,²² kitle iletişim araçlarından bilgi aldıktan sonra çocuklarına aşı yaptırmamaya karar veren ebeveynlerde, zorunlu aşıları kabul etmeyenlerde ve aşuya karşı çıkan siyasi liderlerle aynı fikirde olanlarda daha yaygındır. Aşı yapmayı reddeden/geciktiren ebeveynler genellikle bebeklikte uygulanan aşılarının öncelikle ilaç şirketlerinin ekonomik bir işi olduğunu kabul eden ve anaokuluna erişimin yalnızca aşılanmış çocuklara izin verilmesi gerektiği fikrine katılmayan ebeveynlerdir.²³

Ebeveyn aşı tereddütü, Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) de giderek halk sağlığını tehdit eden önemli bir unsur haline gelmiştir. Mart 2020’de, Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi, Ulusal Aşılamaya Araştırması verilerinin değerlendirilmesi, 19 ila 35 ay arasındaki ABD’li çocukların üçte birinden fazlasının önerilen erken çocukluk aşılamaya programını takip etmediğini ortaya çıkardı.²⁴ Ayrıca, 2019 yılında yapılan ulusal bir anket, yaklaşık 4 ebeveyninden birinin, çocuklarına aşı yaptırmaya konusunda ciddi endişeler bildirdiğini ortaya çıkardı. Aşı tereddütü artık aşı kapsamının azalması ve ABD’de aşıyla önlenemez hastalık salgınlarının ve salgın hastalıkların artmasıyla ilişkilendirilmektedir.²⁵

Ebeveynlerin aşı tereddüdünü etkileyen faktörler arasında ebeveynlerin aşılardaki inançları ve değerleri, bilgi ve farkındalıkları, aşılara erişimin güçlüğü ve sosyoekonomik durum olarak sayılabilir.²⁶

Çocukluk çağı aşılarını reddeden 25 ebeveyn ile yapılan bir çalışmada bireylerin dörtte üçü aşının hastalık kaynağı olduğunu ve içeriğinin zararlı olduğunu, aynı zamanda yarından fazlası ise aşının yararının olmadığını ifade etmişlerdir. Aşı reddi/tereddütünü etkileyen faktörlerden biri de bireylerin aşı hakkında bilgiyi nereden aldıklarıdır. Aşı reddi olan ebeveynlerin %70,5'inin aşılarda ilgili bilgilere medya ve internetten ulaştıkları görülmüştür. COVID-19 aşısı ile ilgili yapılan bir çalışmada da katılımcıların %79,4'ünün en çok sosyal medyadan bilgi aldıkları bulunmuştur. Katılımcıların %31,9'u medyadan duydukları/okudukları negatif bilgilerin aşı tereddütü/reddine sebep olduğunu bildirmişlerdir.²⁷

Çocukluk çağında aşılama, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde çok önemli bir nokta olmuştur. Yüksek gelirli ülkelerde bile aşıyla önenebilir bazı hastalıkların tekrar ortaya çıktığı görülmektedir ve bu durum bireysel ve toplumsal seviyelerde riskler oluşturmaktadır. Dünya genelinde aşı programlarının önemli başarılarına ve pek çok hastalığı eradike edecek duruma getirmesine rağmen insanların hala aşılamaı reddettiğine veya geciktirdiğine dair önemli veriler kayda geçmiştir. Kızamık, kabakulak, difteri gibi onlarca yıl üzerinde çalışılmış, toplumsal hedeflere ulaşılmış ve yıllarca çok az vakada görülen bu hastalıklar Avrupa'da beklenilmedik şekilde görülmeye başlanmıştır. Kızamık için, 2016'da 5000, 2017'de 24000 ve 2018'de 41000 gibi ürkütücü rakamlar kayda geçmiştir.^{17,28}

Aşı uygulamalarının geciktirilmesi, yalnızca aşıyla önenebilir hastalıklara duyarlılığı artırmakla kalmamakta, aynı zamanda toplumun bağışıklığa ulaşmasını da engelleyerek aşılamaı engelleyen çocukların korunmasını daha da zorlaştırmaktadır. Aşı tereddütü, DSÖ, Stratejik Danışma Uzmanlar Çalışma Grubu (DSÖ, SAGE) tarafından "aşı hizmetlerinin mevcut olmasına rağmen aşının kabul edilmesinin gecikmesi veya reddedilmesi" olarak tanımlanmaktadır. Ancak mesele sadece aşılara güven meselesi değildir. DSÖ SAGE belirleyiciler modelinde açıklandığı gibi aşı tereddütü, psikolojik durum, aşılarda ve inançlarla tek değil birçok faktörden etkilenen bir davranıştır. Grup, bu durumun karmaşıklığını kabul ederek aşı tereddütü içindeki faktörleri ve durumun yüksek seviyede karmaşık olmasını toplamak ve düzenlemek adına "3C" modeli olarak adlandırılan güven, kayıtsızlık ve rahatlık modelini sunmuştur.²⁹

Ulusal temsili bir internet sitesi Şubat 2021 ile Mart 2021 tarihleri arasında, yaklaşık 9000 ebeveyn üzerinde çocuklarına COVID-19 aşısı yaptırmaya niyetleri, çocuklara yönelik COVID-19 aşısıyla ilgili bilgileri, tutumları ve aşılara duyulan güveni araştıran bir anket çalışması yapmıştır. Bu anket 1745 ebeveyn tarafından yapılan çalışmada; çocuklarına COVID-19 aşısı yaptırmaya olasılıkları [çok muhtemel (%28), biraz muhtemel (%18), biraz muhtemel değil (%9), çok düşük ihtimal (%33) ve emin değilim (%12)] şeklinde bulunmuştur. Sonuç olarak, sadece %28 oranında "çok muhtemel" yanıtı alınmış ve aynı çalışmada ebeveynler aşı hakkındaki endişelerinin aşı güvenliği ve yan etkiler olduğunu ifade etmişlerdir.^{30,31}

Navin ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir çalışmada eğitim programı düzenlenmiş ve eğitim sonrası ebeveynlerin reddettikleri bir aşığı %39,2 oranında çocuklarına yaptırmaya yüzdesine sahip oldukları bulunmuştur.³² Ayrıca, sonuçlar eğitim oturumlarının bazı durumlarda aşı reddinin üstesinden gelebileceğini ve farklı ret nedenlerinin, ebeveynlerin aşı seçimlerine ilişkin motivasyonlarındaki gerçek farklılıklara işaret ettiğini göstermektedir. Ebeveyn motivasyonlarındaki bu farklılıklar, potansiyel aşılama yanlısı müdahaleler için farklı alanların varlığına işaret edebilmektedir.³²

Aşılamaı yaygınlaştırmak için ulusal anlamda programlar geliştirilmektedir. Mevcut aşılama programları ise tamamen 12 yaş ve üzerindeki de kapsayacak düzeyde genişletilmiştir. Aşı tereddütünde ve reddinde potansiyel olarak rol oynayan faktörler; siyasi eğilim, algılanan COVID-19 tehdidi, aşının kendisine güven ve aşı üretimi ve dağıtımında yer alan kamu kurumlarına güven hem devam eden COVID-19 salgını, hem gelecekteki halk sağlığı krizlerine verilen yanıtları, hem de ebeveynlerin çocuklarına bakımı, sağlıkçı ve eğitimci insanların halkı bilinçlendirilmesi de etkilemektedir.^{32,33} Hundson ve Montelpare (2021) yaptıkları çalışmada aşı reddi ve tereddütünün nedenlerini yaş, sosyo-ekonomik durum, eğitim ve sağlık okuryazarlığı, ebeveynlik durumu, kırsallık, otoriteye güvensizlik, iğrenme hassasiyeti, riskten kaçınma, sınırlamalar ve gelecek yönergeler olarak belirtmişlerdir.³⁴

Aşılarda birçok ciddi hastalığa karşı etkili bir koruma sağlar. Aşılara erişimin kolaylaştırılması, aşılama oranlarını artıracak ve sonuç olarak bu hastalıkların yayılmasını engellemede yardımcı olacaktır. Aşılara erişimin ve erişilebilirliğinin artırılması, aşılama oranlarını artırarak bu hastalıkların yayılmasını önlemeye yardımcı olabilir.³⁵⁻³⁷

Türkiye'de, bazı aşılarda genellikle ücretsiz veya düşük maliyetli olarak sağlanmaktadır. Bu durum, Türkiye'de aşılama oranlarının yüksek olmasına yardımcı olmaktadır. Ancak, bazı durumlarda, özellikle özel hastanelerde yapılan aşılarda oldukça pahalı olabilir. Bu durum, bazı ebeveynlerin çocuklarını aşılamaı geciktirmesine veya tamamen kaçınmasına yol açabilmektedir.^{38,39}

Sonuç

Aşılar, sağlığı korumada temel bir araç olup, yaygın olarak kullanıldıklarında büyük başarılar elde edilmiştir. Ancak, her ülkenin aşılarla ilgili tarihsel ve kültürel geçmişi, toplumsal yapısı ve sağlık politikaları farklı olduğundan, zorunlu aşı politikaları konusunda farklı yaklaşımlar benimsemektedirler. Gelişmiş ülkeler genellikle zorunlu aşı politikalarını desteklerler ve bu politikalar sayesinde çocukluk çağı hastalıklarının önlenmesinde büyük başarılar elde edilmiştir. Ancak, bazı bölgelerde aşı tereddütü veya aşı karşıtlığı gibi faktörler nedeniyle aşılanma oranlarında düşüşler yaşanabilmektedir. Bu durum, toplum sağlığı açısından ciddi riskler oluşturabilir ve hastalıkların yeniden yayılmasına neden olabilir. Zorunlu aşı politikalarının uygulanması, bireylerin ve toplumun sağlığını korumak için önemlidir. Ancak, aynı zamanda bireylerin hakları ve özgürlükleriyle de dengelenmelidir. Bu nedenle, aşı politikalarının oluşturulması ve uygulanması sürecinde dengeli bir yaklaşım benimsenmelidir.⁴⁰ Başarılı bir aşılanma, hem yeterli aşı üretimine hem de yüksek düzeyde aşı ihtiyacı duymaktadır.⁴¹ Ebeveynlerin aşılanma konusundaki endişelerini ele almak için eğitim ve destek sağlamak, ebeveynlerin aşılanma konusundaki tutumlarını ve kararlarını olumlu yönde etkileyebilir. Ebeveynlerin aşılanma konusundaki endişelerini ele almak için, ebeveynlere aşılar hakkında bilgi verilmesi, aşılanma konusundaki güvenlerini artırmaya yardımcı olabileceğini söyleyebiliriz.^{42,43}

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Kapsamında Öneriler

Bu çalışma, ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına COVID-19 sonrası yaklaşımı incelemektedir. Ebeveynlerin aşı tereddütü ve reddinin arttığı ve çocuklarını aşılatmama eğiliminde oldukları belirtilmektedir. Aşı tereddütü ve reddinin nedenleri arasında dini inançlar, kişisel felsefi görüşler, güvenlik kaygıları ve sağlık hizmetlerine olan güvensizlik ve aşının içeriği konusundaki endişeler gibi faktörler bulunmaktadır. Medya ve internet, ebeveynlerin aşılar hakkında yanlış veya yanıltıcı bilgilere maruz kalmalarına yol açarak aşı tereddütü ve reddini artırabilir. Sağlık otoriteleri ve uzmanlar, bu yanlış inançları düzeltmek ve toplumun aşılarına güvenini artırmak için doğru ve güvenilir bilgi sağlamaya odaklanmalıdır. Sağlık otoritelerinin doğru bilgi sağlaması ve toplumda aşıya güvenin artırılması konusundaki çalışmaları önemli görülmektedir. Aşı tereddütü ve reddiyle mücadelede sağlık otoritelerinin, medyanın ve sağlık profesyonellerinin rolü büyüktür. Ayrıca, eğitim programları ve destek sağlanarak ebeveynlerin aşılanma konusundaki endişeleri ele alınabilir. Aşılanma oranlarının artırılması, toplum sağlığının korunması açısından önemlidir ve bu amaçla tanımlayıcı ve deneysel çalışmalar yapılarak, kanıt temelli çalışmalarla desteklenmesi gerekebilir.

Finansal Kaynak

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

Çıkar Çatışması

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

Kaynaklar

1. Erkekoğlu P, Köse SBE, Balcı A, & Yürün A. Aşı kararsızlığı ve COVID-19'un etkileri. *Literatür Eczacılık Bilimleri Dergisi*. 2020;9(2):208-220.
2. CDC, (2024). <https://www.cdc.gov/vaccines/parents/FAQs.html> Erişim Tarihi: 11.02.2024
3. Facciolo A, Visalli G, Orlando A, Bertuccio MP, Spataro P, Squeri R, ... & Pietro AD. Vaccine hesitancy: An overview on parents' opinions about vaccination and possible reasons of vaccine refusal. *Journal of Public Health Research*. 2019;8(1).
4. Shen SC, & Dubey V. Addressing vaccine hesitancy: Clinical guidance for primary care physicians working with parents. *Canadian Family Physician*. 2019;65(3):175-181.
5. DSÖ, (2024). https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1 Erişim Tarihi: 11.02.2024
6. Mercan Y, Öztemel Ç, Bulut S. 48 ay ve daha küçük çocuğu olan ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2023;17(2):313-323.
7. Gür, E. (2019). Vaccine hesitancy-vaccine refusal. *Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi*. 2019;54(1):1-2.
8. Satılmış Ö, Albayrak A, Çöl M. Dünyada ve Türkiye'de kızamık salgınları, aşılama son durum. *Community & Physician/Toplum ve Hekim*. 2023;38(6).
9. Arın V, Akalın D, Güngör S. Ebeveynlerin çocuklarına aşı uygulanmasına karşı düşünce ve tutumları: Kahramanmaraş Örneği. *Sağlık Akademisi Kastamonu*. 2022;7(2):300-313.
10. DSÖ, (2024). <https://immunizationdata.who.int/> Erişim Tarihi: 15.02.2024
11. Özceylan G, Toprak D, Esen ES. (2020). Vaccine Rejection and Hesitation in Turkey. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 16(5):1034-1039.
12. Turkish medical association- press briefing; 2018
<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydijiv1pdf.pdf?> Erişim Tarihi:
13. Zimmermann P, Pittet LF, Finn A, Pollard AJ, Curtis N. Should children be vaccinated against COVID-19?. *Archives of Disease in Childhood*, 2022;107(3):e1-e8.
14. Cruz AT, Zeichner SL. COVID-19 in children: Initial characterization of pediatric disease. *Pediatrics*. 2020;145(6):e20200834.
15. Santibanez TA, Nguyen KH, Greby SM, Fisher A, Scanlon P, Bhatt A, et al. Parental vaccine hesitancy and childhood influenza vaccination. *Pediatrics*. 2020;146(6):e2020007609.
16. Lee CH, Sibley CG. Ethnic disparities in vaccine safety attitudes and perceptions of family doctors/general practitioners. *Vaccine*. 2020;38(45):7024-7032.
17. Luyten J, Bruyneel L, Van Hoek AJ. Assessing vaccine hesitancy in the UK population using a generalized vaccine hesitancy survey instrument. *Vaccine*. 2019;37(18):2494-2501.
18. Shapiro GK, Tatar O, Dube E, Amsel R, Knauper B, Naz A, et al. The vaccine hesitancy scale: Psychometric properties and validation. *Vaccine*. 2018;36(5):660-667.
19. Domek GJ, O'Leary ST, Bull S, Bronsert M, Contreras-Roldan IL, Ventura GAB, et al. Measuring vaccine hesitancy: Field testing the WHO SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy survey tool in Guatemala. *Vaccine*. 2018;36(35):5273-5281.
20. Gunes NA. Parents' perspectives about vaccine Hesitancies and vaccine rejection, in the West of turkey. *Journal of Pediatric Nursing*. 2020;53:e186-e194.
21. McKee C, Bohannon, K. Exploring the reasons behind parents' refusal of vaccines. *Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics*. 2016;21(2):104-109.
22. Çevik C, Güneş S, Eser S, Eser E. Ebeveynlerin çocukluk aşılarına yönelik tutumları (PACV) ölçeğinin Türkçe sürümünün psikometrik özellikleri. *Güncel Pediatri*. 2020;18(2):153-167
23. Bianco A, Mascaro V, Zucco R, Pavia M. Parental perspectives on childhood vaccination: How to deal with vaccine hesitancy and refusal? *Vaccine*. 2019; 37(7):984-990.
24. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC, 2017). Vaccination Coverage Among Children Aged 19–35 Months — United States, 2017. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6740a4.htm> Erişim tarihi: 31.10.2023
25. Olson O, Berry C, Kumar N. (2020). Addressing parental vaccine hesitancy towards childhood vaccines in the United States: a systematic literature review of communication interventions and strategies. *Vaccines*, 2020;8(4):590.
26. Montuori P, Gentile I, Fiorilla C, Sorrentino M, Schiavone B, Fattore V, et al. (). Understanding Factors Contributing to Vaccine Hesitancy in a Large Metropolitan Area. *Vaccines*. 2023;11(10): 1558.
27. Akgül E, Ergün A. Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşıları ile COVID-19 Aşısına Yönelik Tutumları Arasındaki İlişki. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2023;5(1):64-75.
28. Holt E. 41 000 measles cases in Europe since the beginning of 2018. *The Lancet*. 2018;392(10149):724.
29. DSÖ, (2021). SAGE working group dealing with vaccine hesitancy (March 2012 to November 2014). https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/how-do-vaccines-work?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=Cj0KCCQjwqP2pBhDMARIsAJQ0CzqSnbClidXG4BXoteLhLhAuVaOdM7Ay8xSofiPnDrhYYDOyKV47fkuQaAjRmEALw_wcB Erişim Tarihi: 31.10.2023
30. Bertonecello C, Ferro A, Fonzo M, et al. Socioeconomic determinants of vaccine hesitancy and vaccine refusal in Italy. *Vaccines*. 2020;8(2):276.
31. Szilagyi PG, Shah MD, Delgado JR, Thomas K, Vizueta N, Cui Y, et al. Parents' intentions and perceptions of COVID-19 vaccination for their children: results from a national survey. *Pediatrics*. 2021;148(4):e2021052335.

32. Navin MC, Wasserman JA, Ahmad M, Bies S. (2019). Vaccine education, reasons for refusal, and vaccination behavior. *American Journal of Preventive Medicine*. 2019;56(3):359-367.
33. Bagasra AB, Doan S, Allen CT. Racial differences in institutional trust and COVID-19 vaccine hesitancy and refusal. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1-7.
34. Hudson A, & Montelpare WJ. Predictors of vaccine hesitancy: implications for COVID-19 public health messaging. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(15):8054.
35. Bedford H, Attwell K, Danchin M, Marshall H, Corben P, Leask J. et al. (2018). Vaccine hesitancy, refusal and access barriers: The need for clarity in terminology. *Vaccine*, 2018;36(44):6556-6558.
36. Evran M, Bozkurt HB. Kars' ta devlet ve üniversite hastanesi çocuk polikliniğine başvuran çocukların annelerinin güncel çocukluk aşıları hakkındaki bilgi durumu ve etkileyen etmenler. *Kafkas Journal of Medical Sciences*. 2020;10(3):173-179.
37. Teleb N, Hajjeh R. Vaccine preventable diseases and immunization during humanitarian emergencies: challenges and lessons learned from the Eastern Mediterranean Region. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*. 2016;22(11):775-777.
38. Balçık PY, Demir H. Aşı karışıklığı ve ekonomisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2021;24(2):375-398.
39. Özata FZ, Kapusuz S. Aşı kararsızlığı ve aşı reddi konusuna sosyal pazarlama bakış açısından çözüm önerileri. *Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2019;20(1):65-83.
40. Doğan MB, Aksucu G, Güney H. Çocuk aşıları karışıklığı ve tereddüdünün dünyadaki aşı politikaları ve Türkiye'deki mevzuat bağlamında değerlendirmesi: Geleneksel derleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law & History*. 2023;31(2):127-139.
41. Chen F, He Y, Shi Y. Parents' and guardians' willingness to vaccinate their children against COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Vaccines*. 2022;10(2):179.
42. Gökçay G, Bağış KO, Uğurlu A. Health professionals' attitudes to HPV and vaccines. 4th International Black Sea Modern Scientific Research Congress. 2023;1133-1142.
43. Yıldız M, Yolcu B, Bıdık NÜ, Gökçay G, Şengan A. The relationship between individuals' knowledge about Human Papilloma Virus, beliefs, and vaccination status: Analysis with data mining. *Journal of Public Health*. 2023;1-11.