



Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care

Year 2024 / December / Volume 18 / Issue 4 / 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; Prof. Dr. Okay Başak'a aittir. Destekleri için teşekkür ederiz.

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care

Owner:

Prof. Dr. Okay Başak, Chairman of the Academy of Family Medicine Association

Editor-in-Chief

Prof. Dr. Nafiz Bozdemir Cukurova University, Retired Faculty Member, Adana-Turkey

Deputy Editors-in-Chief

Prof.Dr. Sevgi Özcan, Department of Family Medicine, Çukurova University Faculty of Medicine, Adana- Turkey

Prof.Dr. Hatice Kurdak, Department of Family Medicine, Çukurova University Faculty of Medicine, Adana- Turkey

Assoc. Prof. Dr. Özden Gökdemir, Department of Family Medicine, Izmir University of Economics Faculty of Medicine, Izmir-Turkey

Assoc. Prof. Dr. Olgu Aygün, Department of Family Medicine, Izmir City Hospital, Izmir-Turkey

Prof. Dr. Zeliha Yelda Özer, Çukurova University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Adana- Turkey

Editor-in-Chief Advisory Board

Prof. Dr. Okay Başak (Adnan Menderes University Retired Faculty Member, Turkey)

Prof. Dr. Recep Erol Sezer (Professor Emeritus, Cumhuriyet University, Turkey)

Prof. Dr. Dilek Güldal (Dokuz Eylül University, Turkey)

Field Editors

Prof. Dr. Sevgi Özcan (Çukurova University, Turkey)

Prof.Dr. Okay Başak (Adnan Menderes University, Turkey)

Prof. Dr. Hatice Kurdak (Çukurova University, Turkey)

Prof. Dr. Dilek Güldal (Dokuz Eylül University, Turkey)

Prof. Dr. Erkan Melih Şahin (Çanakkale Onsekiz Mart University, Turkey)

Prof. Dr. Ruhuşen Kutlu (Necmettin Erbakan University, Turkey)

Prof. Dr. Ümit Aydoğan (University of Health Sciences, Turkey)

Prof. Dr. Rıza Çıtlı (Tokat Gaziosmanpaşa University, Turkey)

Assoc. Prof. Dr. Nil Tekin (University of Health Sciences, Turkey)

Prof. Dr. Tamer Edirne (Pamukkale University, Turkey)

Prof. Dr. Derya İren Akbıyık (Hitit University, Turkey)

Assoc. Prof. Dr. Tolga Günvar (Dokuz Eylül University, Turkey)

Assoc. Prof. Dr. Özden Gökdemir (Izmir University of Economics, Turkey)

Assoc. Prof. Dr. Yusuf Çetin Doğaner (SBÜ Gülhane Faculty of Medicine, Turkey)

Assoc. Prof. Dr. Yücel Uysal (Mersin University Faculty of Medicine, Turkey)

Language Editors

English Language:

Assoc. Prof. Dr. Tolga Günvar (Dokuz Eylül University, Turkey)

Assoc. Prof. Dr. Özden Gökdemir (Izmir University of Economics, Turkey)

Assoc. Prof. Dr. Yusuf Çetin Doğaner (University of Health Sciences, Turkey)

Assoc. Prof. Dr. Çiğdem Gereklioğlu (Başkent University, Turkey)

Turkish Language:

Prof. Dr. Hatice Kurdak (Çukurova University, Turkey)

Assoc. Prof. Dr. Yusuf Ziya Halefoğlu (Çukurova University, Turkey)

Prof.Dr. Onur Dursun (Çukurova University, Turkey)

Assoc. Prof. Dr. Filiz Yıldız (Çukurova University, Turkey)

Assoc. Prof. Dr. Aslı Korur (Başkent University, Turkey)

Prof. Dr. Faculty Member. Zeliha Yelda Özer (Çukurova University, Turkey)

Prof. Dr. Faculty Member. Ayşe Nur Topuz (Çukurova University, Turkey)

International Editors

Prof. Dr. Lewis D. Ritchie (Aberdeen University, UK)
Prof. Dr. Donald B. Middleton (University of Pittsburgh, USA)
Prof. Dr. Valius Leonas (Kaunas University, Lithuania)
Prof. Dr. Mehmet Urgan (WONCA Europe, President Elect)
Assoc. Prof. Dr. Radost Assenova (University of Plovdiv, Bulgaria)
Prof. Dr. Shlomo Vinker (Tel Aviv University, ISR)
Prof. Dr. Eleni Jelastopulu (University of Patras, Greece)
Prof. Dr. Roberto Volpe (National Research Council (CNR) of Italy)

Statistics Editors

Prof. Dr. Refik Burgut (Maltepe University, Turkey)
Prof. Dr. Cahit Özer (Mustafa Kemal University, Turkey)
Assoc. Prof. Dr. İlker Ünal (Çukurova University, Turkey)
Assoc. Prof. Dr. Yaşar Sertdemir (Çukurova University, Turkey)
Assoc. Prof. Dr. Gökçe İşcan (Süleyman Demirel University, Turkey)
Prof. Dr. Faculty Member. Mehmet Göktuğ Kılınçarslan (Onsekiz Mart University, Turkey)

Graphic Editors

Mustafa Celik (SBU. Ankara E.A. Hospital, Ankara, Turkey)
Ömer Tuğrul Çelik (Freelance Graphic Designer, Germany)

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care

Sahibi:

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

Baş Editör

Prof.Dr. Nafiz Bozdemir Çukurova Üniversitesi, Emekli Öğretim Üyesi, Adana-Türkiye

Baş Editör Yardımcıları

Prof.Dr. Sevgi Özcan, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana- Türkiye

Prof.Dr. Hatice Kurdak, Çukurova Üniversitesi Tıp fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana- Türkiye

Doç.Dr. Özden Gökdemir, İzmir Ekonomi Üniversitesi Tıp fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir- Türkiye

Doç.Dr. Olgu Aygün, İzmir Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir-Türkiye

Dr. Öğretim Üyesi Zeliha Yelda Özer, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana- Türkiye

Baş Editör Danışma Kurulu

Prof.Dr. Okay Başak (Adnan Menderes Üniversitesi Emekli Öğretim Üyesi, Türkiye)

Prof.Dr. Recep Erol Sezer (Cumhuriyet Üniversitesi Emekli Öğretim Üyesi, Türkiye)

Prof.Dr. Dilek Güldal (Dokuz Eylül Üniversitesi Emekli Öğretim Üyesi, Türkiye)

Alan Editörleri

Prof.Dr. Sevgi Özcan (Çukurova Üniversitesi, Türkiye)

Prof.Dr. Okay Başak (Adnan Menderes Üniversitesi, Türkiye)

Prof.Dr. Hatice Kurdak (Çukurova Üniversitesi, Türkiye)

Prof.Dr. Dilek Güldal (Dokuz Eylül Üniversitesi, Türkiye)

Prof.Dr. Erkan Melih Şahin (Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Türkiye)

Prof.Dr. Ruhuşen Kutlu (Necmettin Erbakan Üniversitesi, Türkiye)

Prof.Dr. Ümit Aydoğan (Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Türkiye)

Prof.Dr. Rıza Çıtıl (Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Türkiye)

Doç.Dr. Nil Tekin (Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Türkiye)

Prof.Dr. Tamer Edirne (Pamukkale Üniversitesi, Türkiye)

Prof.Dr. Derya İren Akbıyık (Hitit Üniversitesi, Türkiye)

Doç.Dr. Tolga Günvar (Dokuz Eylül Üniversitesi, Türkiye)

Doç.Dr. Özden Gökdemir (İzmir Ekonomi Üniversitesi, Türkiye)

Doç.Dr. Yusuf Çetin Doğaner (SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi, Türkiye)

Doç.Dr. Yücel Uysal (Mersin Üniversitesi Tıp fakültesi, Türkiye)

Dil Editörleri

İngilizce Dili:

Doç.Dr. Tolga Günvar (Dokuz Eylül Üniversitesi, Türkiye)

Doç.Dr. Özden Gökdemir (İzmir Ekonomi Üniversitesi, Türkiye)

Doç.Dr. Yusuf Çetin Doğaner (Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Türkiye)

Doç.Dr. Çiğdem Gereklioğlu (Başkent Üniversitesi, Türkiye)

Türkçe Dili:

Prof.Dr. Hatice Kurdak (Çukurova Üniversitesi, Türkiye)

Doç.Dr. Yusuf Ziya Halefoğlu (Çukurova Üniversitesi, Türkiye)

Prof.Dr. Onur Dursun (Çukurova Üniversitesi, Türkiye)

Doç.Dr. Filiz Yıldız (Çukurova Üniversitesi, Türkiye)

Doç.Dr. Aslı Korur (Başkent Üniversitesi, Türkiye)

Dr. Öğretim Üyesi. Zeliha Yelda Özer (Çukurova Üniversitesi, Türkiye)

Dr.Öğretim Üyesi. Ayşe Nur Topuz (Çukurova Üniversitesi, Türkiye)

International Editors

Prof.Dr. Lewis D. Ritchie (Aberdeen University,UK)
Prof.Dr. Donald B. Middleton (University of Pittsburgh, USA)
Prof.Dr. Valius Leonas (Kaunas University, Lithuania)
Prof.Dr. Mehmet Ungan (WONCA Europe, President Elect)
Doç.Dr. Radost Assenova (University of Plovdiv, Bulgaria)
Prof.Dr. Shlomo Vinker (Tel Aviv University, ISR)
Prof.Dr. Eleni Jelastopulu (University of Patras, Greece)
Prof.Dr. Roberto Volpe (National Research Council (CNR) of Italy)

Statistics Editors

Prof.Dr. Refik Burgut (Maltepe Üniversitesi, Türkiye)
Prof.Dr. Cahit Özer (Mustafa Kemal Üniversitesi, Türkiye)
Doç.Dr. İlker Ünal (Çukurova Üniversitesi, Türkiye)
Doç.Dr. Yaşar Sertdemir (Çukurova Üniversitesi, Türkiye)
Doç.Dr. Gökçe İşcan (Süleyman Demirel Üniversitesi, Türkiye)
Dr.Öğretim Üyesi. Mehmet Göktuğ Kılınçarslan (Onsekiz Mart Üniversitesi, Türkiye)

Graphic Editors

Mustafa Çelik (SBÜ. Ankara E.A. Hastanesi, Ankara, Türkiye)
Ömer Tuğrul Çelik (Serbest Grafiker, Almanya)

Information for Authors

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC) is an open access international peer-reviewed medical journal published 4 times a year (March, June, September, December) online only.

TJFMPC, which was the periodical of Çukurova University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine between 2007-2022, continues its publication life as the official periodical of the Academy of Family Medicine Association as of 03.02.2022.

The aim of the journal is to provide new information on medical decision-making, health service delivery, medical education and research methodology for the improvement of primary care.

The focus of the journal is on articles produced in the primary care setting that support, provide new evidence for, or discuss the day-to-day work of family physicians and the primary care team, but articles from other disciplines that contribute to the delivery of primary care are also welcomed.

The journal accepts original research articles, invited review articles, case reports and letters to the editor in Turkish and English.

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care applies a double blind peer review policy.

Ethical Principles and Publication Policy

Ethical Principles

As Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, the development and dissemination of scientific knowledge in a fair, objective and reliable manner is one of our primary values. In our publication processes, ethical principles and responsibilities established by taking into account the guidelines and policies determined by the Committee on Publication Ethics (COPE) should be meticulously implemented by all stakeholders. These stakeholders include authors, reviewers, editors, editorial board members and readers.

The journal follows the European Code of Conduct for Research Integrity in its scientific research and publication processes. This code is recognized as an international reference to ensure integrity and transparency in research. For detailed information;

(https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/hi/h2020-ethics_code-of-conduct_en.pdf).

Ethical Responsibilities of Authors

- Originality and Citation: The manuscripts submitted to the journal must be original and the sources used must be cited correctly and completely. In the absence of citation, the article cannot be published.
- Authorship Criteria: Individuals who do not make an intellectual contribution to the study should not be listed as authors. Authors should be listed in accordance with internationally recognized authorship criteria.
- Conflicts of Interest: Authors should clearly declare any potential conflicts of interest in their manuscript.
- Raw Data Presentation: Authors are required to share raw data with editors and reviewers when necessary during the review process.
- Copyright Transfer Form: All authors must sign a copyright transfer form at the time of manuscript submission. This form confirms the transfer of all copyrights to the journal.
- Plagiarism Check: All submitted manuscripts are checked with anti-plagiarism software and manuscripts with a similarity rate of less than 15% are included in the evaluation process. This practice is mandatory to ensure the originality of the study.
- Ethics Committee Approval and Informed Consent: Ethics committee approval must be obtained for research on humans and an informed consent form must be obtained from the participants. These documents should be specified in the Methods section of the article and sent to the journal. For studies conducted on animals, the approval of the relevant experimental animal ethics committee must be obtained and this document must be submitted to the journal.
- Errors and Corrections: Authors should immediately notify the editors and make the necessary corrections when they notice errors in published or under review manuscripts.
- Republishing: The same manuscript cannot be submitted to more than one journal, and a manuscript already published in another journal cannot be submitted to TJFMPC.
- Changing Author Order and Responsibilities: Once the review process has started, the author order cannot be changed, authors cannot be added or removed.
- Use of Commercial Products and Names: Any commercial product or brand name used in the studies should not be included. Studies should be presented in an unbiased manner without making comparisons based on products or brands.

Authors should contribute in accordance with the transparency and accountability criteria developed by Noask et al. These criteria aim to ensure that the authors' contributions to the work are clearly stated and that integrity in scientific publication is ensured. (https://www.researchgate.net/publication/279302015_Promoting_an_Open_Research_Culture)

Ethical Duties and Responsibilities of Editors

- Independence and Transparency: Editors are responsible for every published work and should make decisions with independence. Publication processes should be independent of economic or political pressures.
- Evaluation Processes: All manuscripts are evaluated by a double-blind peer review system. Editors should make fair decisions by taking into account the scientific value, originality and contributions of the articles.
- Feedback: An open and informative feedback process should be conducted with authors and reviewers.
- Conflicts of Interest: Editors should carefully manage conflicts of interest that may arise between authors, reviewers, and other editors.

While ensuring the journal's compliance with ethical rules, editors act in accordance with the “scientific research and publication ethics rules determined by the Council of Higher Education (YÖK)”. In this context, the standards of accuracy and integrity of scientific research are carried out according to the guidance of YÖK.

Ethical Responsibilities of Reviewers

Expertise and Impartiality: Reviewers should only evaluate manuscripts within their area of expertise and should act impartially.

The evaluation process of the articles submitted to the journal is carried out with a “double-blind refereeing system”. The double-blind review process is a system in which the referees and authors are not aware of each other's identities and in which impartiality and confidentiality are essential. The aim of this method is to evaluate the scientific quality and originality of the study without prejudice and to ensure that the process operates in an objective and fair environment.

Functioning of the Double Blind Review System:

1. Anonymity: In the double-blind system, the identities of authors and reviewers are kept confidential throughout the manuscript evaluation process. Author information is not added to the article or is anonymized. Reviewers also remain anonymous and cannot contact the author directly. All communication and feedback is provided through the editor via the journal management system.
2. Evaluation and Impartiality: Reviewers participate in the evaluation process by accepting only papers that fall within their area of expertise. Since the identity of the author is not known, the evaluation is based solely on the content, methodology and scientific contribution of the work. This system ensures a fair evaluation process based on the scientific quality of the work.
3. Confidentiality Obligation: Reviewers are obliged to keep all information obtained during the evaluation process confidential. Any information or ideas obtained about the manuscripts are destroyed at the end of the process and are not shared with third parties. Failure to observe the principle of confidentiality is considered a serious ethical violation.
4. Conflict of Interest Disclosure: Reviewers should immediately notify the editor if they recognize a conflict of interest during the review process. In case of conflict of interest, the reviewer should withdraw from the review process. This is important to ensure that the reviewer performs the review with complete impartiality.
5. Feedback and Constructive Criticism: During the double-blind review process, the reviewers' feedback should be instructive and constructive for the authors. Reviewers are obliged to address only the scientific rigor and methods of the manuscript. It is important for scientific ethics that the language used in the feedback process is respectful and constructive. Referee feedback is taken into account by the author for corrections to be made on the manuscript and helps to improve the manuscript.

The double-blind review system ensures unbiased evaluation of the work by concealing the identities of the authors. This method prioritizes scientific objectivity by reducing bias in the manuscript evaluation process and supports the creation of high quality scientific publications in accordance with the ethical principles of TJFMPC.

Reviewers should check whether the study complies with ethical guidelines for the protection of human and animal rights. If an ethical violation is detected, reviewers are obliged to report it to the editor.

Ethical Responsibilities of the Publisher

- Publication Time Limit and Delay: It is aimed to complete the publication process of the articles submitted to the journal within a maximum of 6 months. Corrections requested by the referee or author are not included in this timeframe.
 - Withdrawal and Correction Procedure: Articles cannot be retracted once the refereeing process has begun; however, if a serious error is detected in a published article, the editors may publish corrections or expressions of concern. However, retraction is only by editorial decision.
- Articles published in the journal are licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License. This license permits the sharing of published content for non-commercial purposes and requires attribution to the authors.

Informed Consent Policy

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care strictly adheres to the requirement of informed consent in all research conducted on humans and animals. Our informed consent policy is carried out in accordance with the principles set out by the “Declaration of Helsinki 2024” and the “International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)”. Consent and ethics committee approval must be obtained for clinical studies on human or animal samples and must be clearly stated in the methodology section.

In studies conducted with human volunteers, participants must be informed about the research procedures and a written consent form must be signed. In all studies using human data, relevant permissions should be obtained and authors should keep these documents for legal cases.

For studies based on animal experiments, approval from the relevant ethical institutions should be obtained and this information should be stated in the materials and methods section of the article.

Transparent Reporting of Artificial Intelligence Use

Authors must clearly indicate the use of artificial intelligence (AI) technologies in content submitted to TJFMPC if:

- (a) In any content made available to us,
- (b) Content related to other works of the authors,
- (c) In the cited sources.

The use of AI should be transparently disclosed with the following information:

- Statement of Contribution: The use of AI technologies should be clearly stated in the “Acknowledgments” section of the article.
- Methods Section: If AI is included in the research process, a detailed explanation should be provided in the methodology section.

Information on the Use of AI

Authors should provide the following information on the use of AI technologies:

- AI Technology Used: The name of the AI technology used should be clearly stated.
- Reason for Use: The purpose for which artificial intelligence is used should be explained.

Evaluation of the Use of AI

The journal assesses whether the use of AI technologies and transparent reporting of this use is in accordance with journal policies. In case of insufficient disclosure or inappropriate use of AI, the manuscript may be rejected.

This text clearly presents the TJFMPC journal's ethical principles and transparency policy regarding the use of AI.

Plagiarism Policy

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care is extremely sensitive to plagiarism. All submissions are screened by a similarity detection software at any point during the peer review and/or production process. The text should not have an unacceptable similarity to previously published data, even if you are the author of the phrases or sentences.

Manuscripts with a similarity rate of more than 15% in total (>5% from a single source) will be returned to the author for correction. References section and similarities of less than 3 words will not be considered. In some manuscripts, similarities in the materials and methods sections may be disregarded at the editor's discretion.

In case of alleged or suspected research misconduct such as plagiarism, citation manipulation, and data falsification/fabrication, the Editorial Board will follow the COPE (CC BY-NC-ND) guidelines and act accordingly.

Copyright Policy

By signing the Copyright License Agreement, the authors agree that the article will be licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial-Non-Derivative 4.0 International (CC BY-NC-ND) if accepted for publication by TJFMPC. Authors agree to assign their copyrights to TJFMPC if the article is accepted for publication.

Authors have the right to use and reuse their articles under the CC-BY-NC-ND license.

The Publication Rights Form must be completed, signed by all authors and uploaded to the journal's online review system.

All articles published by TJFMPC are subject to the Creative Commons Attribution-NonCommercial-Non-Derivative 4.0 International License (CC BY-NC-ND). This License permits use, distribution and reproduction in any medium, provided that the article is properly cited, the use is non-commercial, and no modifications or adaptations are made.

For more information about the license terms, please see: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

CC BY-NC-ND includes the following elements:

- BY - Appropriate credit should be given to the creators.
- NC - Only non-commercial uses of the work are allowed
- ND - Derivatives or adaptations of the study are not allowed

Open Access Policy

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care is an open access journal, which means that all content is freely accessible to the user or his/her institution. It means that “scientific literature can be accessed, read, saved, copied, printed, scanned, linked to the full text, indexed, exported as data to software, and used for any lawful purpose without financial, legal, or technical barriers through the Internet” without prior permission from the publisher or author. This is in line with the Budapest Open Access Initiative's (BOAI) definition of open access.

http://www.budapestopenaccessinitiative.org/list_signatures/

<https://www.budapestopenaccessinitiative.org/translations/turkish-translation>

Refereeing Process

All manuscripts submitted to the Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care undergo double-blind peer review. Both authors and reviewers do not know each other. At least three referee recommendations are mandatory at the time of manuscript submission. The journal may use these suggested reviewers to expand the pool of reviewers. However, this does not mean that the evaluation of the proposed reviewers will always be ensured.

The primary purpose of peer review is to decide whether to publish an article (based on quality and suitability for the journal) and to make the article the best it can be before publication. All submissions first go through an internal peer review process. In this review, an appointed field editor makes the initial decision to accept or reject the paper (e.g. the topic is beyond the scope of the journal, there are significant flaws in scientific validity, etc.). If the editor thinks the article may be of interest, it is sent for external peer review. Reviewers are selected according to their specialization. Preference is given to reviewers who provide high-quality reviews within the required timeframe. Once qualified peer reviews are obtained, the editor makes a decision, taking into account other factors such as the reviewers' criticisms, recommendations, relevance to the journal's objectives, usefulness to clinicians or researchers.

Peer Reviewer Selection

Referees are selected based on their work and experience in the subject of the article. The reviewers selected for manuscript evaluation are those who identify the strengths and weaknesses of the submitted manuscript and analyze it from different perspectives. Reviewers are asked to review the assigned manuscript, determine its relevance to the purpose and scope of the journal, and provide a written opinion on its suitability for publication in TJFMPC. Reviewers should not only analyze and comment on the manuscript, but also comment on issues such as the clarity and quality of the writing, the validity of the scientific approach, and whether the article provides new information. Reviewers are also expected to make suggestions to help the authors improve the manuscript.

Code of Ethics for Journal Peer Reviewers

When the selected reviewer accepts a peer review assignment, the reviewer accepts in advance the ethical standards commonly accepted in biomedical publishing. The ethical responsibilities of reviewers are detailed under “Ethical Principles and Editorial Policy”.

Reviewers for the Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care should accept the following:

- Review as carefully and objectively as possible.
 - Meet the editor's deadline.
 - Keep an open mind and consider innovations or approaches different from your own.
- Provide a balanced critique that aims not only to identify the strengths and weaknesses of the paper, but also to provide useful feedback to the authors to improve their paper without being overly critical of minor points.
- Avoid scientific misconduct such as misuse of intellectual property.
 - Treat each article as a highly confidential document.
 - The confidentiality of authors' opinions must be guaranteed at all times.
 - Confidentially forward comments on ethical concerns to the editors.
 - Contacting the author with questions about the article is not permitted.
 - All criticism should be reported in writing.
 - Inform the editor of any identified conflict of interest (real or perceived) before the end of the review. Not every potential conflict requires rejection of the manuscript.
 - Reviewers are encouraged to discuss potential conflicts with the editors if they believe they can provide a fair review.
 - Decline the proposed assignment if the following conflicts exist: Financial interests, significant professional or personal relationships or rivalries, antipathy to the study question/approach, political or special interest relationships.

Reviewer Guidelines

Potential referees are contacted via e-mail with the title of the article, abstract and submission date. The selected referee candidate accepts or rejects the refereeing assignment sent to him/her within two weeks. Failure to respond within the specified period will be considered a rejection. If the given deadline (usually four weeks from the date of acceptance) cannot be met, an extension deadline is proposed. Reviewers are usually selected from among experienced faculty members and researchers in the field. Sometimes reviewers from other related fields may be selected to contribute to some aspects of the paper.

Writing Guidelines

Rules for preparing articles:

1. Writing style: Manuscripts should be prepared with the Microsoft Word program, and the text should be written in "Times New Roman" in 10 font size and single-spaced. Line numbers should be given.
2. Word limit: It is recommended that manuscripts should not exceed 3000 words for research articles, 4000 words for qualitative studies, 4000 words for review articles, 750 words for letters to the editor, and 2500 words for case reports.
3. Abbreviations, symbols and units: Abbreviations should be written in parentheses at the first occurrence and then used as abbreviations in the text. Genus and species names should be in Latin and italicized. All measurements should be indicated according to the International System of Units. (<https://www.bipm.org/en/measurement-units>)
4. Tables and figures: No more than seven for all fonts and no more than two for letters to the editor. All views (photographs, drawings, diagrams, charts, graphs, maps, etc.) that do not contain tables should be called figures. Each table and figure should be placed where it belongs in the text and should be cited in the text. References in the text should be given in parentheses and with the number of the relevant image. If more than one image is to be referred to, the relevant numbers should be separated by hyphens (e.g. Table 1-2). All tables and figures should be numbered consecutively in the text. Abbreviations used should be explained under figures and tables. Illustrations/photographs should be in color, with enough contrast and clarity to see the details. In order to ensure clear printing, figures, images/photographs should be submitted to the journal as separate tif, .png, .jpg or .gif files (scanned at a resolution of at least 300 dpi).

A manuscript should consist of the following sections:

1. Title (Turkish and English): It should preferably specify the study population or setting and the study design. The study design (sub) should be clearly indicated in the title. For other types of articles, the title should be a concise description of the main message of the article.
2. Abstract (Turkish and English): It should be structured as introduction, method, findings, and conclusion for research articles, and without sections for other types of articles, and should not exceed 250 words.
3. Keywords (Turkish and English): There should be between 2-5 keywords. Turkish keywords should be given in accordance with Turkish Scientific Terms (<https://www.bilimterimleri.com/>) and English keywords should be given in accordance with Medical Subject Headings (<https://meshb.nlm.nih.gov/search>).
4. Subheadings according to font:
5. a. Research papers: Introduction, method, findings, discussion, conclusion,
6. b. Case presentations: Introduction, case, discussion, conclusion,
7. c. Review, letter to the editor: May include title and subheadings determined by the author(s).
8. Financial Support: Financial support for the conduct of the research should be indicated. If there is no funding source, this should be reported as "This research has not received a grant from any funding organization/sector."
9. Ethical Statement: "This study Ethics Committee (Date, number no) approved this study."
10. Conflict of Interest: If the authors have no conflict of interest, it should be written as "The authors declare that there is no conflict of interest."
11. Acknowledgments: Those who did not meet the criteria for authorship but contributed to the study should be included in the acknowledgments section of the study. Acknowledgements to individuals, grants, funds, projects, etc. should be kept short, and names should be written clearly and completely.
12. Additional Information: If the study was produced from a medical specialty, master's or doctoral thesis or presented at scientific meetings, information about its previous use should be given according to the following conditions.
13. - If the study was published as an abstract; the title of the abstract, the name of the event, date and place should be written.
14. - If the study is derived from a thesis, the name of the thesis, the name of the advisor, the university and institute where it was done, the date and place of completion should be written.
15. - For articles produced from studies presented outside the specified conditions and some of which have been published, the event information should be written in a distinctive way.

16. References: It is recommended not to exceed 30 for research articles, 50 for review articles, 20 for case reports, and 10 for letters to the editor. References should be written in the order in which they appear in the article and should be cited in the text or at the end of a sentence as a superscript immediately after the punctuation mark. The author(s) is responsible for the accuracy of the references.
17. The reference style uses an ANSI standard style adapted by the National Library of Medicine (NLM). Journal names should be abbreviated as they appear in the NLM Catalog (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)
18. Examples of commonly used references are provided below (special attention to punctuation is important). For other citation examples, the author(s) may refer to https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Authors are encouraged to follow the CONSORT guidelines for randomized trials, STROBE for observational studies, STARD for diagnostic/prognostic studies, PRISMA for systematic reviews and meta-analyses, ARRIVE for preclinical studies with experimental animals, TREND for non-randomized behavioral and community health interventional studies, and CARE for case reports. These reporting guidelines are available from the EQUATOR network (www.equator-network.org/home/) and the National Library of Medicine-NLM "Research Reporting Guidelines and Initiatives" website (www.nlm.nih.gov/services/research_report_guide.html).

Excerpt from the articles

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med*. 2002 Jul 25;347(4):284-7.

Meneton P, Jeunemaitre X, de Wardener HE, et al. Links between dietary salt intake, renal salt handling, blood pressure, and cardiovascular diseases. *Physiol Rev*. 2005; 85:679-715.

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension*. 2002;40(5):679-86.

Ellingsen AE, Wilhelmsen I. [Disease anxiety among medical students and law students]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2002 Mar 20;122(8):785-7. Norwegian.

Journal article (author name not specified): Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Licensure of a meningococcal conjugate vaccine (Menveo) and guidance for use--Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2010;59(9):273.

Book excerpt:

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.

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.

Online/eBook: Bowden F. *Gone Viral: The Germs that Share Our Lives*. Sydney, Australia: NewSouth; 2011. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/stkate-ebooks/reader.action?docID=731512&ppg=1>. Accessed May 23, 2017.

Online/eBook chapter: Dwyer J. Nutrient requirements and dietary assessment. In: Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 19th ed. New York, NY: McGrawHill; 2015. <http://accessmedicine.mhmedical.com/bookid=1130>. Accessed August 23, 2017

Excerpt from the thesis

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002. p. 5-12.

Excerpt from the congress proceedings

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. *Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming*; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

Excerpt from their website

StatePublicHealth.org [Internet]. Washington (DC): ASTHO; [cited 2007 Feb 23]. Available from: <http://statepublichealth.org/>

American Medical Association [Internet]. Chicago: The Association; c1995-2016 [cited 2016 Dec 27]. Office of International Medicine; [about 2 screens]. Available from: <https://www.ama-assn.org/about/office-international-medicine>

Yazarlara Bilgi

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC) dergisi, Aile Hekimliği Akademisi Derneğinin süreli yayınlarından olup, yılda 4 kez (Mart, Haziran, Eylül, Aralık) sadece online olarak yayınlanan açık erişimli uluslararası hakemli bir tıp dergisidir.

2007-2022 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalının süreli yayını olan TJFMPC, 03.02.2022 tarihinden itibaren yayın hayatına Aile Hekimliği Akademisi Derneğinin resmi süreli yayını olarak devam etmektedir.

Derginin amacı, birinci basamağın geliştirilmesi için tıbbi karar alma, sağlık hizmeti sunumu, tıp eğitimi ve araştırma metodolojisi konularında yeni bilgiler sağlamaktır.

Derginin odağı, birinci basamak ortamında üretilmiş, aile hekimlerinin ve birinci basamak ekibinin günlük çalışmalarını destekleyen, yeni kanıtlar sağlayan veya tartışan makaleler olsa da diğer disiplinlerden gelen ve birinci basamak sağlık hizmet sunumuna katkı sağlayan makaleler de memnuniyetle karşılanmaktadır.

Dergi orijinal araştırma makalelerini, davetli derleme makalelerini, olgu sunumlarını ve editöre mektupları Türkçe ve İngilizce dillerinde kabul etmektedir.

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, çift kör hakem değerlendirme politikası uygular.

Etik İlkeler ve Yayın Politikası

Etik İlkeler

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care olarak, bilimsel bilginin adil, nesnel ve güvenilir bir şekilde geliştirilmesi ve yayılması öncelikli değerlerimizdir. Yayın süreçlerimizde, Committee on Publication Ethics (COPE) tarafından belirlenen rehberler ve politikalar dikkate alınarak oluşturulmuş etik ilkeler ve sorumluluklar tüm paydaşlar tarafından titizlikle uygulanmalıdır. Bu paydaşlar arasında yazarlar, hakemler, editörler, yayın kurulu üyeleri ve okuyucular yer alır.

Dergi, bilimsel araştırma ve yayın süreçlerinde Avrupa Araştırma Dürüstlüğü Davranış Kuralları'nı (European Code of Conduct for Research Integrity) takip etmektedir. Bu kurallar, araştırmalarda dürüstlüğü ve şeffaflığı sağlamak adına uluslararası bir referans olarak kabul edilmektedir. Detaylı bilgi için;

(https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/hi/h2020-ethics_code-of-conduct_en.pdf).

Yazarların Etik Sorumlulukları

- Özgünlük ve Atıf: Dergiye sunulan çalışmaların özgün olması ve kullanılan kaynaklara doğru ve eksiksiz atıf yapılması zorunludur. Atıf yapılmadığı durumlarda, makale yayımlanamaz.
- Yazarlık Kriterleri: Çalışmaya entelektüel katkı sağlamayan kişiler yazar olarak listelenmemelidir. Yazarlar, uluslararası geçerli yazarlık kriterlerine uygun şekilde sıralanmalıdır.
- Çıkar Çatışmaları: Yazarlar, makalelerinde olası çıkar çatışmalarını açıkça beyan etmelidir.
- Ham Veri Sunumu: Değerlendirme sürecinde gerektiğinde yazarlar, ham verileri editörler ve hakemler ile paylaşmak durumundadır.
- Telif Hakkı Devir Formu: Yazarların tümü, makale gönderimi esnasında telif hakkı devir formunu imzalamalıdır. Bu form, eserin tüm telif haklarının dergiye devrini onaylar.
- İntihal Denetimi: Tüm gönderilen makaleler, intihal önleyici yazılımlar ile kontrol edilir ve %15'in altındaki benzerlik oranına sahip çalışmalar değerlendirme sürecine alınır. Bu uygulama, çalışmanın özgünlüğünü sağlamak için zorunludur.
- Etik Kurul Onayı ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur: İnsanlar üzerinde yapılan araştırmalar için etik kurul onayı alınmalı ve katılımcılardan bilgilendirilmiş gönüllü olur formu temin edilmelidir. Bu belgeler makalenin Yöntem bölümünde belirtilmeli ve dergiye gönderilmelidir. Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarda da ilgili deney hayvanları etik kurul onayı alınmalı ve bu belge dergiye sunulmalıdır.
- Hata ve Düzeltme: Yazarlar, yayımlanmış ya da değerlendirme aşamasındaki çalışmalarda hata fark ettiklerinde, bunu derhal editörlere bildirip gerekli düzeltmeleri yapmalıdır.
- Tekrar Yayınlama: Aynı çalışma birden fazla dergiye gönderilemez ve başka bir dergide yayımlanmış olan çalışma TJFMPC'ye gönderilemez.
- Yazar Sırası ve Sorumlulukların Değiştirilmesi: Değerlendirme süreci başladıktan sonra yazar sırası değiştirme, yazar ekleme veya çıkarma işlemi yapılamaz.
- Ticari Ürün ve İsimlerin Kullanımı: Çalışmalarda kullanılan herhangi bir ticari ürün veya marka adı yer almamalıdır. Çalışmalar, ürün veya markalar üzerinden karşılaştırma yapılmadan tarafsız bir şekilde sunulmalıdır. Yazarlar, Noack ve arkadaşları (2015) tarafından geliştirilen şeffaflık ve sorumluluk kriterlerine uygun olarak katkı sağlamalıdır. Bu kriterler, yazarların çalışmalarındaki katkılarının açıkça belirtilmesini ve bilimsel yayında dürüstlüğü sağlanmasını hedefler.

(https://www.researchgate.net/publication/279302015_Promoting_an_Open_Research_Culture)

Editörlerin Etik Görev ve Sorumlulukları

- Bağımsızlık ve Şeffaflık: Editörler, yayımlanan her çalışmadan sorumludur ve bağımsızlıklarını koruyarak karar almalıdır. Yayın süreçleri, ekonomik ya da politik baskılardan bağımsız şekilde yürütülmelidir.
- Değerlendirme Süreçleri: Tüm makaleler, çift kör hakemlik sistemi ile değerlendirilir. Editörler, makalelerin bilimsel değerini, özgünlüğünü ve katkılarını dikkate alarak adil kararlar vermelidir.
- Geri Bildirim: Yazar ve hakemlerle açık ve bilgilendirici bir geri bildirim süreci yürütülmelidir.
- Çıkar Çatışmaları: Editörler, yazarlar, hakemler ve diğer editörler arasında oluşabilecek çıkar çatışmalarını dikkatlice yönetmelidir.

Editörler, derginin etik kurallara uyumunu sağlarken “Yükseköğretim Kurulu (YÖK) tarafından belirlenen bilimsel araştırma ve yayın etik kurallarına” uygun hareket ederler. Bu kapsamda, bilimsel araştırmaların doğruluk ve bütünlük standartları YÖK’ün rehberliğine göre yürütülür.

Hakemlerin Etik Sorumlulukları

Uzmanlık ve Tarafsızlık: Hakemler, yalnızca uzmanlık alanlarına giren çalışmaları değerlendirmelidir ve tarafsız hareket etmelidir.

Dergiye gönderilen makalelerin değerlendirme süreci, “çift kör hakemlik sistemi” ile yürütülmektedir. Çift kör değerlendirme süreci, hakemlerin ve yazarların birbirlerinin kimliklerinden haberdar olmadığı, tarafsızlık ve gizliliğin esas alındığı bir sistemdir. Bu yöntemin amacı, çalışmanın bilimsel niteliğini ve özgünlüğünü önyargısız bir şekilde değerlendirmek, sürecin objektif ve adil bir ortamda işlenmesini sağlamaktır.

Çift Kör Hakemlik Sisteminin İşleyişi:

1. Kimlik Gizliliği: Çift kör sistemde, makale değerlendirme süreci boyunca yazarların ve hakemlerin kimlikleri gizli tutulur. Yazar bilgileri, makaleye eklenmez veya anonimleştirilir. Hakemler de aynı şekilde anonim kalır ve yazarla doğrudan iletişime geçemezler. Tüm iletişim ve geri bildirim süreci, dergi yönetim sistemi üzerinden editör aracılığıyla sağlanır.
 2. Değerlendirme ve Tarafsızlık: Hakemler, yalnızca uzmanlık alanlarına giren çalışmaları kabul ederek değerlendirme sürecine katılır. Yazarın kimliği bilinmediğinden, değerlendirme sadece çalışmanın içeriği, metodolojisi ve bilimsel katkısı üzerinden yapılır. Bu sistem, çalışmanın bilimsel kalitesine dayalı adil bir değerlendirme süreci sağlar.
 3. Gizlilik Yükümlülüğü: Hakemler, değerlendirme sürecinde elde ettikleri tüm bilgileri gizli tutmak zorundadır. Çalışmalar hakkında elde edilen bilgiler veya fikirler, sürecin sonunda yok edilir ve üçüncü şahıslarla paylaşılmaz. Gizlilik ilkesine riayet edilmemesi, ciddi bir etik ihlal olarak kabul edilir.
 4. Çıkar Çatışması Bildirimi: Hakemler, değerlendirme sürecinde çıkar çatışması olduğunu fark ederlerse bu durumu derhal editöre bildirmelidir. Çıkar çatışması durumunda, hakem değerlendirme sürecinden çekilmelidir. Bu durum, hakemin değerlendirmeyi tam bir tarafsızlıkla gerçekleştirmesini güvence altına almak için önemlidir.
 5. Geri Bildirim ve Yapıcı Eleştiri: Çift kör değerlendirme sürecinde, hakemlerin geri bildirimleri yazarlar için yönlendirici ve yapıcı olmalıdır. Hakemler, yalnızca çalışmanın bilimsel yeterliliğini ve yöntemlerini ele almakla yükümlüdürler. Geri bildirim sürecinde kullanılan dilin saygılı ve yapıcı olması, bilimsel etik açısından önemlidir. Hakem geri bildirimleri, makale üzerinde yapılacak düzeltmeler için yazar tarafından dikkate alınır ve makalenin geliştirilmesine yardımcı olur. Çift kör değerlendirme sistemi, yazarların kimliklerinin gizlenmesiyle çalışmanın tarafsız değerlendirilmesini sağlar. Bu yöntem, makale değerlendirme sürecinde önyargıları azaltarak bilimsel nesnellığı ön planda tutar ve TJFMPC’nin etik ilkelerine uygun olarak, yüksek kalitede bilimsel yayınların oluşturulmasını destekler.
- Hakemler, çalışmada insan ve hayvan haklarının korunmasına yönelik etik kurallara uyulup uyulmadığını kontrol etmelidir. Etik ihlal tespit edilmesi durumunda, hakemler bunu editöre bildirmekle yükümlüdür.

Yayıncının Etik Sorumlulukları

- Yayın Zaman Sınırı ve Gecikme: Dergiye gönderilen makalelerin yayın sürecinin maksimum 6 ay içinde tamamlanması hedeflenir. Hakem ya da yazar tarafından talep edilen düzeltmeler, bu zaman dilimine dahil değildir.
 - Geri Çekme ve Düzeltme Prosedürü: Hakem süreci başladıktan sonra makaleler geri çekilemez; ancak yayınlanmış bir makalede ciddi bir hata tespit edilirse editörler düzeltme veya kaygı ifadeleri yayımlayabilir. Bununla birlikte, geri çekme yalnızca editör kararı ile yapılır.
- Dergide yayımlanan makaleler, Creative Commons Atıf-GayriTicari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmaktadır. Bu lisans, yayımlanan içeriklerin ticari olmayan amaçlarla paylaşılmasına izin verir ve yazarların eserlerine atıf yapılmasını zorunlu kılar.

Bilgilendirilmiş Onam Politikası

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, insan ve hayvanlar üzerinde gerçekleştirilen tüm araştırmalarda bilgilendirilmiş onam gerekliliğine titizlikle uyar. Bilgilendirilmiş onam politikamız, "Helsinki Bildirgesi 2024" ve "Uluslararası Tıp Dergisi Editörleri Komitesi (ICMJE)" tarafından belirlenen ilkelere uygun olarak yürütülür. İnsan veya hayvan örnekleri üzerinde yapılan klinik çalışmalar için onam ve etik kurul onayı alınmalı ve yöntem bilim bölümünde açıkça belirtilmelidir.

İnsan gönüllülerle yürütülen çalışmalarda, katılımcılar araştırma prosedürleri hakkında bilgilendirilmeli ve yazılı onam formu imzalanmalıdır. İnsan verileri kullanılarak yapılan tüm çalışmalarda ilgili izinler alınmalı ve yazarlar bu belgeleri yasal durumlar için saklamalıdır.

Hayvan deneylerine dayalı çalışmalarda, ilgili etik kurumlardan onay alınmalı ve bu bilgi makalenin gereç ve yöntem bölümünde belirtilmelidir.

Yapay Zeka Kullanımının Şeffaf Raporlanması

Yazarlar, TJFMPC'ye gönderilen içeriklerde yapay zeka (YZ) teknolojilerinin kullanıldığını şu durumlarda açıkça belirtmelidir:

- (a) Bize sunulan herhangi bir içerikte,
- (b) Yazarların diğer çalışmalarıyla ilişkili içeriklerde,
- (c) Atıfta bulunulan kaynaklarda.

Yapay zeka kullanımı şeffaf bir şekilde şu bilgilerle açıklanmalıdır:

- Katkı Beyanı: Yapay zeka teknolojilerinin kullanımı, makalenin "Teşekkür" bölümünde açıkça belirtilmelidir.
- Yöntemler Bölümü: Eğer YZ, araştırma sürecine dahil edilmişse, yöntem bölümünde detaylı bir açıklama yapılmalıdır.

YZ Kullanımıyla İlgili Verilmesi Gereken Bilgiler

Yazarlar, YZ teknolojilerinin kullanımıyla ilgili aşağıdaki bilgileri sağlamalıdır:

- Kullanılan YZ Teknolojisi: Kullanılan yapay zeka teknolojisinin adı açıkça belirtilmelidir.
- Kullanım Nedeni: Yapay zekanın hangi amaçla kullanıldığı açıklanmalıdır.

YZ Kullanımına Yönelik Değerlendirme

Dergi, YZ teknolojilerinin kullanımının ve bu kullanımın şeffaf bir şekilde raporlanmasının dergi politikalarına uygun olup olmadığını değerlendirir. Yeterli açıklama yapılmadığında veya YZ'nin uygunsuz şekilde kullanıldığı tespit edildiğinde, makale reddedilebilir.

Bu metin, TJFMPC dergisinin etik ilkelerini ve YZ kullanımına ilişkin şeffaflık politikasını açık bir şekilde sunmaktadır.

İntihal Politikası

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care intihal konusunda son derece hassastır. Tüm başvurular, hakem değerlendirmesi ve/veya üretim süreci sırasında herhangi bir noktada bir benzerlik tespit yazılımı tarafından taranır. İfadelerin veya cümlelerin yazarı siz olsanız bile, metin daha önce yayınlanmış verilerle kabul edilemez bir benzerliğe sahip olmamalıdır.

Benzerlik oranı toplamda %15'in üzerinde olan (tek kaynaktan > %5) makaleler düzeltilmek üzere yazarına geri gönderilecektir. Kaynaklar bölümü ve 3 kelimedenden az olan benzerlikler dikkate alınmayacaktır. Bazı yazılarda, gereç ve yöntem bölümlerindeki benzerlikler editör kararına göre dikkate alınmayabilir.

İntihal, alıntı manipülasyonu ve veri tahrifatı/uydurma gibi iddia edilen veya şüphelenilen araştırma suiistimali durumunda, Yayın Kurulu COPE (CC BY-NC-ND) yönergelerini izleyecek ve buna göre hareket edecektir.

Telif Politikası

Yazarlar, Telif Hakkı Lisans Sözleşmesini imzalayarak, makalenin TJFMPC tarafından yayınlanmak üzere kabul edilmesi durumunda Creative Commons Alıntı-Gayri Ticari-Türetilemez 4.0 Uluslararası (CC BY-NC-ND) kapsamında lisanslanacağını kabul ederler. Yazarlar, makalenin yayına kabul edilmesi halinde telif haklarını TJFMPC dergisine devretmeyi kabul ederler.

Yazarlar makalelerini CC-BY-NC-ND lisansı altında kullanma ve yeniden kullanma hakkına sahiptirler.

Yayın Hakları Formu doldurulmalı, tüm yazarlarca imzalanmalı ve derginin çevrimiçi değerlendirme sistemine yüklenmelidir.

TJFMPC tarafından yayınlanan tüm makaleler, Creative Commons Alıntı-GayriTicari-Türetilemez 4.0 Uluslararası Lisansına (CC BY-NC-ND) tabidir. Bu Lisans, makalenin uygun şekilde belirtilmesi, kullanımın ticari olmaması ve herhangi bir değişiklik veya uyarılama yapılmaması koşuluyla, herhangi bir ortamda kullanıma, dağıtılmasına ve çoğaltılmasına izin verir. Lisans koşulları hakkında daha fazla bilgi için lütfen şu adrese bakın:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

CC BY-NC-ND aşağıdaki unsurları içerir:

BY – Oluşturanlara uygun referans verilmelidir.

NC – Çalışmanın yalnızca ticari olmayan kullanımlarına izin verilir

ND – Çalışmanın türevlerine veya uyarlamalarına izin verilmez

Açık Erişim Politikası

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, açık erişimli bir dergi olup, tüm içeriğin kullanıcıya veya kurumuna ücretsiz olarak erişilebilir olduğu anlamına gelir. Dergideki makalelerin tam metinlerini yayıncı veya yazardan önceden izin almaksızın "bilimsel literatürün İnternet aracıyla finansal, yasal ve teknik bariyerler olmaksızın, erişilebilir, okunabilir, kaydedilebilir, kopyalanabilir, yazdırılabilir, taranabilir, tam metne bağlantı verilebilir, dizinlenebilir, yazılıma veri olarak aktarılabilir ve her türlü yasal amaç için kullanılabilir olması"dır. Bu, Budapeşte Açık Erişim Girişimi'nin (BOAI) açık erişim tanımına uygundur.

http://www.budapestopenaccessinitiative.org/list_signatures/

<https://www.budapestopenaccessinitiative.org/translations/turkish-translation>

Hakemlik Süreci

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care'e gönderilen tüm makaleler çift kör hakem değerlendirmesinden geçirilir. Hem yazarlar hem de hakemler birbirlerini tanımazlar. Makale başvurusu sırasında en az üç hakem önerisi zorunludur. Dergi, hakem havuzunu genişletmek için bu önerilen hakemleri kullanabilir. Ancak bu, her zaman önerilen hakemlerin değerlendirmesinin sağlanacağı anlamına gelmez.

Akran değerlendirmesinin birincil amacı, bir makalenin yayınlanıp yayınlanmayacağına karar vermek (kaliteye ve dergiye uygunluğuna göre) ve makaleyi yayınlanmadan önce olabilecek en iyi haline getirmektir. Tüm başvurular önce dahili bir akran değerlendirme sürecinden geçer. Bu değerlendirmede atanan bir alan editörü, makaleyi kabul etme veya reddetme konusundaki ilk kararı verir (örneğin, konu derginin kapsamı dışındadır, bilimsel geçerlilikte önemli kusurlar vardır, vb.). Editör, makalenin ilgi çekici olabileceğini düşünürse, dış hakem değerlendirmesi için gönderilir. Hakemler uzmanlık alanlarına göre seçilir. İstenen süre içinde yüksek kaliteli incelemeler veren hakemler tercih edilir. Nitelikli hakem incelemeleri elde edildikten sonra editör, hakemlerin eleştirileri, tavsiyeleri, derginin amaçlarına uygunluğu, klinisyenlere veya araştırmacılara yararlılığı gibi diğer faktörleri de göz önünde bulundurarak bir karar verir.

Akran Hakem Seçimi

Hakemler, makalenin konusuyla ilgili çalışma ve deneyimlerine göre seçilir. Makale değerlendirmesi için seçilen hakemler, gönderilen makalenin güçlü ve zayıf yönlerini belirleyen ve farklı bakış açılarından analiz eden hakemlerdir. Hakemlerden kendilerine atanan makaleyi incelemeleri, derginin amaç ve kapsamıyla ilişki düzeyini belirlemeleri ve TJFMPC'de yayınlanmaya uygunluğu hakkında yazılı bir görüş bildirmeleri istenir. Hakemler sadece makaleyi analiz etmek ve yorum yapmakla kalmamalı, aynı zamanda yazının netliği ve kalitesi, bilimsel yaklaşımın geçerliliği ve makalenin yeni bilgiler sağlayıp sağlamadığı gibi konular hakkında da görüş bildirmelidir. Hakemlerin ayrıca yazarlara makaleyi geliştirmede yardımcı olacak önerilerde bulunmaları da beklenir.

Dergi Akran Hakemleri için Etik Kurallar

Seçilen hakem bir akran değerlendirmesi görevini kabul ettiğinde, gözden geçiren kişi biyomedikal yayıncılıkta yaygın olarak kabul edilen etik standartları peşinen kabul eder. Hakemlerin etik sorumlulukları "Etik İlkeler ve Yayın Politikası" başlığı altında ayrıntılı olarak verilmiştir.

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care için hakemler şunları kabul etmelidir:

- Mümkün olduğunca dikkatli ve objektif bir inceleme yapın.
- Editörün son teslim tarihine uyun.
- Açık fikirli yenilikleri veya kendinizinkinden farklı yaklaşımları da değerlendirin.

Yalnızca makalenin güçlü ve zayıf yönlerini belirlemeyi değil, aynı zamanda küçük noktaları aşırı derecede eleştirmeden yazarlara makalelerini geliştirmeleri için faydalı geri bildirim sağlamayı hedefleyen dengeli bir eleştiri sağlayın.

- Fikri mülkiyetin kötüye kullanılması gibi bilimsel suistimallerden kaçının.
- Her yazıyı son derece gizli bir belge olarak ele alın.
- Yazarların fikirlerinin gizliliği her zaman garanti edilmelidir.
- Etik kaygılarla ilgili yorumları gizlilik içinde editörlere iletin.
- Makaleyle ilgili sorular için yazarla iletişime geçilmesine izin verilmez.
- Tüm eleştiriler yazılı olarak rapor edilmelidir.
- İncelemenin bitiminden önce editöre belirlenen herhangi bir çıkar çatışması varsa (gerçek veya algılanan) bildirin. Her potansiyel çatışma yazının reddedilmesini gerektirmez.
- Hakemler, adil bir inceleme sağlayabileceklerine inanıyorlarsa, potansiyel çelişkileri editörlerle tartışmaya teşvik edilirler.
- Aşağıdaki çelişkiler mevcutsa önerilen görevi reddedin: Mali çıkarlar, önemli mesleki veya kişisel ilişkiler veya rekabetler, çalışma sorusuna/yaklaşımına karşı antipati, siyasi veya özel çıkar ilişkiler.

Hakem Yönergeleri

Potansiyel hakemlerle, makale başlığı, özet ve teslim tarihini içeren e-posta yoluyla iletişime geçilir. Seçilen hakem adayı, kendisine gönderilen hakemlik atamasını iki hafta içinde kabul veya reddeder. Belirtilen süre içinde yanıt verilmemesi, bir ret olarak değerlendirilecektir. Verilen son teslim tarihi (genellikle görev kabul tarihinden itibaren dört hafta) karşılanamadığında, bir son uzatma tarihi önerilir. Hakemler genellikle konu ile ilgili deneyimli öğretim üyeleri ve araştırmacılar arasından seçilir. Bazen konuyla ilişkili diğer alanlardan çalışmanın bazı yönlerine katkıda bulunabilecek hakemler de seçilebilir.

Yazım Kuralları

Yazı hazırlama kuralları:

1. Yazı stili: Yazılar, Microsoft Word programı ile hazırlanmalı, metin "Times New Roman" karakteri ile 10 puntoda ve tek satır aralıklı olarak yazılmalıdır. Satır numarası verilmelidir.
2. Kelime sınırlaması: Hazırlanan yazıların, araştırma makaleleri için 3000, nitel çalışmalar için 4000, derleme yazıları için 4000, editöre mektup için 750, olgu sunumları için 2500 kelimeyi geçmemesi önerilir.
3. Kısaltmalar, semboller ve birimler: Kısaltmalar ilk geçtiği yerde parantez içinde yazılmalı ve daha sonra metinde kısaltma olarak kullanılmalıdır. Cins ve tür adları Latince ve italik olarak belirtilmelidir. Tüm ölçümler Uluslararası Birimler Sistemine göre belirtilmelidir. (<https://www.bipm.org/en/measurement-units>)
4. Tablolar ve şekiller: Tüm yazı tipleri için yediyi, editöre mektup için ikiyi geçmemesi önerilir. Tablo içermeyen bütün görünüm (fotoğraf, çizim, diyagram, grafik, harita vs.) şekil olarak adlandırılmalıdır. Her bir tablo ve şekil, metin içinde bulunması gereken yere yerleştirilmelidir ve metin içinde gönderme yapılmalıdır. Metin içindeki göndermeler parantez içinde ve ilgili görselin sayı numarası ile verilmelidir. Birden fazla görsele gönderme yapılacak ise ilgili numaralar tire ile ayrılarak belirtilmelidir (Örn. Tablo 1-2). Bütün tablo ve şekiller metin içinde ardışık olarak numaralandırılmalıdır. Kullanılan kısaltmalar şekil ve tablo altında açıklanmalıdır. Resimler/fotoğraflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır. Net baskı elde edilebilmesi için şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer tif, .png, .jpg veya .gif dosyası olarak (en az 300 dpi çözünürlükte taranarak) dergiye ayrıca iletilmelidir.

Bir yazı aşağıdaki bölümlerden oluşmalıdır:

1. Başlık (Türkçe ve İngilizce): Tercihen çalışma popülasyonunu veya ortamını ve çalışma tasarımını belirtmelidir. Çalışma tasarımı (alt) başlıkta açıkça belirtilmelidir. Diğer makale türleri için, başlık makalenin ana mesajının özlü bir açıklaması olmalıdır.
2. Özet (Türkçe ve İngilizce): Araştırma yazıları için giriş, yöntem, bulgular, sonuç şeklinde yapılandırılmış, diğer yazılar için bölümsüz olmalı, 250 kelimeyi aşmamalıdır.
3. Anahtar kelimeler (Türkçe ve İngilizce): 2-5 adet arası olmalıdır. Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimlerine (<https://www.bilimterimleri.com/>) ve İngilizce anahtar kelimeler Medical Subject Headings'e (<https://meshb.nlm.nih.gov/search>) uygun olarak verilmelidir.
4. Yazı tipine göre alt başlıklar:
 - a. Araştırma yazıları: Giriş, yöntem, bulgular, tartışma, sonuç,
 - b. Olgu sunumları: Giriş, olgu, tartışma, sonuç,
 - c. Derleme, editöre mektup: Yazar(lar) tarafından belirlenen başlık ve alt başlıklar içerebilir.
5. Finansal Destek: Araştırmanın yürütülmesi için finansal destek belirtilmelidir. Hiçbir fon kaynağı yoksa, bu durum "Bu araştırma herhangi bir fonlama kuruluşu/sectöründen hibe almamıştır." şeklinde bildirilmelidir.
6. Etik Beyan: "Bu çalışma Etik Kurulu (Tarih, sayı no) tarafından onaylanmıştır."
7. Çıkar Çatışması: Yazarların herhangi bir çıkar çatışması yoksa, "Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmektedir." şeklinde yazılmalıdır.
8. Teşekkür: Yazarlık kriterlerini karşılamayan ancak araştırmaya katkıda bulunanlara çalışmanın teşekkür bölümünde yer verilmelidir. Kişilere, hibelere, fonlara, projelere, vb. yapılan teşekkür kısa tutulmalı, isimler açık ve eksiksiz olarak yazılmalıdır.
9. Ek Bilgi: Çalışma tıpta uzmanlık, yüksek lisans veya doktora tezinden üretilmişse veya bilimsel toplantılarda sunulmuşsa daha önceki kullanımına yönelik bilgiler aşağıdaki koşullara göre verilmelidir.
 - Çalışma özet bildiri olarak yayınlanmış ise; bildiri başlığı, etkinliğin adı, tarihi ve yer bilgisi yazılmalıdır.
 - Çalışma tezlerden üretilmiş ise; tezin adı, danışmanın adı, yapıldığı üniversite ve enstitü bilgileri ile birlikte tamamlanma tarihi ve yer bilgisi yazılmalıdır.
 - Belirtilen koşullar dışında sunulmuş ve bir kısmı yayınlanmış çalışmalardan üretilmiş makaleler için etkinlik bilgileri ayırt edici şekilde yazılmalıdır.
10. Kaynaklar: Araştırma makaleleri için 30, derleme yazıları için 50, olgu sunumları için 20, editöre mektup için 10'dan fazla olmaması önerilir. Kaynaklar makalede geliş sırasına göre yazılmalı, metin içinde veya cümle sonunda üstsimge olarak noktalama işaretinden hemen sonra belirtilmelidir. Kaynakların doğruluğundan yazar(lar) sorumludur.

Kaynak stili olarak Amerikan Ulusal Tıp Kütüphanesi (National Library of Medicine, NLM) tarafından uyarlanmış olan bir ANSI standart stili kullanılmaktadır. Dergi isimleri NLM Catalog'daki şekilleriyle

kısaltılmalıdır. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)

Yaygın kullanılan kaynaklar için örnekler aşağıda sunulmuştur (noktalama işaretlerine özellikle dikkat edilmesi önemlidir). Diğer kaynak atıfta bulunma örnekleri için yazar(lar)

https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html sitesine başvurabilir(ler).

Yazarların; randomize çalışmalar için CONSORT, gözlemsel çalışmalar için STROBE, tanısal/prognostik çalışmalar için STARD, sistematik derleme ve meta-analizler için PRISMA, deney hayvanları ile yapılan prelinik çalışmalar için ARRIVE, non-randomize davranışsal ve toplum sağlığı girişimsel çalışmaları için TREND ve olgu sunumları için CARE kılavuzlarına uymaları önerilir. Bu raporlama kılavuzlarına EQUATOR ağından (www.equator-network.org/home/) ve National Library of Medicine-NLM "Research Reporting Guidelines and Initiatives" başlıklı web sitesinden (www.nlm.nih.gov/services/research_report_guide.html) ulaşılabilir.

Makalelerden alıntı

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med.* 2002 Jul 25;347(4):284-7.

Meneton P, Jeunemaitre X, de Wardener HE, et al. Links between dietary salt intake, renal salt handling, blood pressure, and cardiovascular diseases. *Physiol Rev.* 2005; 85:679–715.

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension.* 2002;40(5):679-86.

Ellingsen AE, Wilhelmsen I. [Disease anxiety among medical students and law students]. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2002 Mar 20;122(8):785-7. Norwegian.

Dergi makalesi (Yazar ismi belirtilmemiş): Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Licensure of a meningococcal conjugate vaccine (Menveo) and guidance for use--Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2010;59(9):273.

Kitaptan alıntı:

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.

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.

Online/e-Kitap: Bowden F. *Gone Viral: The Germs that Share Our Lives.* Sydney, Australia: NewSouth; 2011.

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/stkate-ebooks/reader.action?docID=731512&ppg=1>. Accessed May 23, 2017.

Online/e-Kitap bölümü: Dwyer J. Nutrient requirements and dietary assessment. In: Kasper DL, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL Loscalzo, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine.* 19th ed. New York, NY: McGrawHill; 2015. <http://accessmedicine.mhmedical.com/bookid=1130>. Accessed August 23, 2017

Tezden alıntı

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002. p. 5-12.

Kongre bildirisinden alıntı

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. *Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming;* 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

Web sitelerinden alıntı

StatePublicHealth.org [Internet]. Washington (DC): ASTHO; [cited 2007 Feb 23]. Available from:

<http://statepublichealth.org/>

American Medical Association [Internet]. Chicago: The Association; c1995-2016 [cited 2016 Dec 27]. Office of International Medicine; [about 2 screens]. Available from: <https://www.ama-assn.org/about/office-international-medicine>

Original Research

1. Evaluation of the Eating Behavior of Healthcare Professionals with the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)
Sema SONER KARANFİL, Günter DİLSİZ, Nejat DEMİRCAN
TJFMPC, 2024; 18 (4):388-396 DOI: 10.21763/tjfm.1383675
2. Determination of Primary Healthcare Use and Health Care Needs Among University Students: Cross-Sectional Research
Gizem LİMNİLİ, Tolga GÜNVAR, Vildan MEVSİM, Nilgün ÖZÇAKAR
TJFMPC, 2024; 18 (4):397-405 DOI: 10.21763/tjfm.1448407
3. Knowledge and Behaviors of Family Physicians and Internal Medicine Physicians Regarding the Use of Magnesium for Supplementation and Treatment
Berfin BABAOĞLU, İzzet FİDANCI, Hilal AKSOY, Duygu AYHAN BAŞER
TJFMPC, 2024; 18 (4):406-415 DOI: 10.21763/tjfm.1485280
4. The Relationship between Midwives' Professional Values and Their Happiness and Professional Belongings
Nuray KURT, Ayşe Nur YILMAZ, Sümeyye ALTIPARMAK
TJFMPC, 2024; 18 (4):416-425 DOI: 10.21763/tjfm.1419439
5. The Relationship Between Women's Menstrual Attitudes Levels and Menstruation Symptoms
Gamze FİŞKİN SİYAHTAŞ, Beyza Nur ALTAY, Mihriban ERDEM
TJFMPC, 2024; 18 (4):426-432 DOI: 10.21763/tjfm.1430026
6. A Review of One-Year Patient Records in Home Health Services of Adana City Training and Research Hospital
Ali İhsan ÇABUK
TJFMPC, 2024; 18 (4):433-440 DOI: 10.21763/tjfm.1473592
7. Evaluation of Primary Care Physicians' Approaches to Mental Health and Diseases
Ayten KARTAL TAŞ, Tamer EDİRNE
TJFMPC, 2024; 18 (4):441-446 DOI: 10.21763/tjfm.1301011
8. How Does Birth-Related Content in Mass Media Affect Pregnant Women?
Gülen SÖNMEZ, Esra SARI
TJFMPC, 2024; 18 (4):447-455 DOI: 10.21763/tjfm.1453256
9. Factors Affecting the Level of Loneliness Among Elderly Receiving Home Care Services
Ece ALAGÖZ, Vildan YANIK
TJFMPC, 2024; 18 (4):456-465 DOI: 10.21763/tjfm.1477431
10. The Effect of Health Literacy Knowledge of Parents with Children aged 0-5 years on Their Attitudes about Childhood Vaccines
Eda GÜLBETEKİN, Fatma GÜL CAN, Ayşe KARACALI TUNÇ
TJFMPC, 2024; 18 (4):466-475 DOI: 10.21763/tjfm.1474245
11. Factors Affecting the Healthcare Facility Preferences of Patients with Type 2 Diabetes and Their Effects on Compliance with Treatment
Serhat FİGEN, Sibel TUNÇ KARAMAN, Okcan BASAT
TJFMPC, 2024; 18 (4):476-484 DOI: 10.21763/tjfm.1509958
12. Examination of Variables Related to Disease Adaptation of Adults Diagnosed with Non-communicable Diseases
Betül BEKTAŞ, Ayla TUZCU İNCE
TJFMPC, 2024; 18 (4):485-493 DOI: 10.21763/tjfm.1461219

Review

13. Multidisciplinary Approach Practices in Health Services: Family Medicine and Occupational Therapy
Gönül GÖKÇAY, Arzu Muhammed İNAN, Gonca BUMİN, Cenk AYPAK
TJFMPC, 2024; 18 (4):494-502 DOI: 10.21763/tjfm.1447896
14. Earthquake Related Post-Traumatic Stress Disorder from a Family Medicine Perspective
Zeliha Yelda ÖZER, Sevgi ÖZCAN
TJFMPC, 2024; 18 (4):503-509 DOI: 10.21763/tjfm.1494673
15. The Role of E-health in COPD Monitoring: A Narrative Review for a New Perspective
Oğulcan ÇÖME, Volga KAYMAKÇI, Yasemin ÖZKAYA, Genco GÖRGÜ, Vildan MEVSİM
TJFMPC, 2024; 18 (4):510-517 DOI: 10.21763/tjfm.1342323



Original Research / Orijinal Araştırma

Evaluation of the Eating Behavior of Healthcare Professionals with the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)

Sağlık Çalışanlarının Yeme Davranışlarının Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) ile Değerlendirilmesi

Sema SONER KARANFİL¹, Günter DİLSİZ², Nejat DEMİRCAN²

Abstract

Aim: This is cross-sectional study aims to investigate the prevalence of obesity and eating attitudes and behaviors among medical doctors and nurses at Zonguldak Bülent Ecevit University Health Practice and Research Hospital, while assessing the interrelationships between these factors.

Methods: A total of 260 healthcare professionals participated in this study. Sociodemographic data were collected using a structured questionnaire, and eating attitudes and behaviors were assessed using the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ). Data analysis was performed using SPSS 20.0 Statistical Package Program.

Results: The prevalence of obesity among participants was found to be 9.2%. Of the obese individuals, 62.5% reported having a chronic disease, and 83.3% had previously underwent a weight loss diet program. Participants with a history of dieting exhibited higher scores in emotional eating, restrictive eating, and external eating factors. Significant associations were observed between emotional eating behavior and Body Mass Index (BMI) classification. Moreover, individuals with elevated emotional eating scores demonstrated higher levels of restrictive and external eating behaviors.

Conclusion: The study highlights a higher prevalence of chronic diseases among obese healthcare professionals, underscoring the negative impact of inadequate and unbalanced nutrition on health. Promoting healthy lifestyle behaviors among healthcare professionals is essential. Compulsory educational programs and in-service trainings should be implemented to empower healthcare professionals as role models for their patients and society, fostering the adoption of healthy lifestyles and behaviors.

Keywords: Health worker, Eating behavior, Obesity, Body mass index, DEBQ

Özet

Amaç: Bu çalışmada, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi (ZBEÜN) Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan doktor ve hemşirelerin obezite sıklığı ile yeme tutum ve davranışlarının incelenmesi ve birbirleri arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Bu araştırma, 260 sağlık çalışanı üzerinde gerçekleştirilen kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmada veri toplama aracı olarak sosyodemografik veri formu ve Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 20 Programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Doktor ve hemşirelerin obezite sıklığı %9,2 olarak saptanmıştır. Obez bireylerin %62,5'inde kronik hastalık olduğu ve %83,3'ünün daha önce zayıflama diyeti yaptığı gözlemlenmiştir. Katılımcılardan diyet öyküsü olanların duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme faktörlerinin ortalaması daha yüksek saptanmıştır. Duygusal yeme davranışı ile Beden kitle indeksi (BKİ) sınıflaması arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Duygusal yeme puanları yüksek olanlarda kısıtlayıcı ve dışsal yeme puanlarının da yüksek olduğu görülmüştür.

Sonuç: Obez olan sağlık çalışanlarının kronik hastalık varlığının daha yüksek olduğu, yetersiz ve dengesiz beslenmenin sağlığı olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Hastalarına ve içinde yaşadıkları topluma rol model olan sağlık çalışanlarına; kendi sağlıklarını korumak ve geliştirmek, sağlıklı yaşam biçimini benimsemeleri ve davranış haline getirebilmeleri için öğrencilik dönemindeki eğitimlerin zorunlu hale getirilmesi, hizmet içi eğitimlerin yapılması ve bu eğitimlerin devamlılığı sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanı, Yeme davranışı, Obezite, Beden kitle indeksi, DEBQ

Geliş tarihi / Received: 31.10.2023 Kabul tarihi / Accepted: 28.06.2024

¹ Kastamonu Hanönü İlçe Devlet Hastanesi

² Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Sema SONER KARANFİL, Kastamonu Hanönü İlçe Devlet Hastanesi

E-posta: semasoner.92@gmail.com Tel: +90 505 203 52 68

Soner Karanfil S. Dilsiz G. Demircan N. *Evaluation of the Eating Behavior of Healthcare Professionals with the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)*. *TJFMPC*, 2024; 18 (4):388-396

DOI: 10.21763/tjfmpe.1383675

Giriş

Sağlıklı ve üretken olma durumu, kişinin bedensel, zihinsel ve ruhsal olarak sağlıklı bir vücut ve sosyal yönden iyilik hali ile sürdürülebilir. Beslenme, bir organizmanın yaşamını sürdürmesi, büyümesi, gelişmesi ve sağlığını koruması için besinlerin alınıp kullanılması sürecidir. Her yönden iyilik hali için besinlerin yeterli ve dengeli tüketilmesi gereklidir.^{1,2} Yeterli beslenme, vücudun fonksiyonel işlevlerini sürdürebilmesi için gerekli olan enerjinin sağlanması iken dengeli beslenme, bireyin ihtiyacı kadar olan besin öğelerini almasıdır. Vücudun ihtiyacından daha fazla besin alınması ile vücut yağ kütlesinin artması sonucunda obezite, koroner kalp hastalığı, diyabetes mellitus (DM), kanser gibi birçok sağlık sorunu görülebilmektedir.³ Obezitenin görülme sıklığı giderek artmaktadır ve tüm dünyada en sık görülen sağlık sorunlarından biri olmuştur. NCD-RisC Grubu tarafından yetişkinler üzerine yapılan araştırmada, 2014 yılında obezite prevalansı 1975 yılına göre daha yüksek saptanmıştır. 1975 yılında erkeklerde oran %3,2 iken 2014 yılında %10,8, kadınlarda %6,4 iken %14,8 olduğu görülmüştür.⁴ Türkiye’de 1997-1998 yıllarında yürütülen TURDEP-I çalışmasında, toplumda obezite sıklığı %22,3, 2010 yılında yürütülen TURDEP-II çalışmasında %35 olarak saptanmıştır.⁵ Özellikle son 50 yılda obezite prevalansındaki artışın temel nedenleri, teknolojinin gelişmesi ile yaşam biçiminin kolaylaşması ve buna bağlı olarak daha hareketsiz bir yaşam biçiminin benimsenmesi ve hazır gıdalar ile beslenmenin artması sonucu enerji alımının artmış, tüketiminin azalmış olmasıdır. Yapılan çalışmalar sonucu obez bireylerde bazı hastalıkların daha fazla görüldüğü bilinmektedir. Obezitenin, prediyabet, tip 2 DM, hepatik steatoz, kardiyovasküler hastalıklar, dislipidemi, hipertansiyon, safra yolları hastalığı, osteoartrit, uyku apnesi ve diğer solunum sorunları, bazı kanser çeşitleri (endometriyal, yumurtalık, meme, karaciğer, kolon, safra kesesi, prostat, böbrek), gastroözofajial reflü, depresyon, polikistik over sendromu ve infertilite gibi birçok sağlık problemine neden olduğu bilinmektedir. Ayrıca obezite önlenemez ölümlerin sigara kullanımından sonra gelen ikinci nedenidir. Obezite sadece birey ve halk sağlığı için değil aynı zamanda sosyal ve ekonomik kalkınmayı da etkileyen ciddi bir sağlık sorunudur. Obezitenin sebep olduğu doğrudan maliyet, Amerika Birleşik Devletleri’ndeki sağlık harcamalarının yaklaşık %7’sini, Avrupa’da ise yaklaşık %6’sını oluşturduğu düşünülmektedir.⁶⁻⁸ Yeme bozuklukları (YB), yeme davranışı ve alışkanlıklarındaki bozuklukları ve rahatsızlıkları bir araya toplayan genel bir tanımdan oluşur. Kültürel, biyolojik ve psikolojik etmenler gibi birçok faktör etiyojisinde rol oynamaktadır. YB bulunan kişilerde, gerekenden az veya fazla yeme nedeniyle bedensel ve bilişsel sorunlar görülebilmektedir. YB, ciddi komplikasyonlara hatta ölüme yol açabilen ve beden sağlığı üzerinde etkinin en açık şekilde görüldüğü ruhsal bir hastalık grubudur.^{9,10} Kişinin stres, anksiyete, üzüntü ve endişe gibi duygularına cevap olarak yemek yeme davranışı, duygusal yeme olarak tanımlanmaktadır. Kaplan ve arkadaşları tarafından 1957’ de, ilk kez fazla yeme tutumunun psikosomatik açıdan değerlendirilmesiyle tanımlanmıştır. Dışsal yeme davranışı, açlık ve tokluk hissinden bağımsız olarak yemeğin görüntüsü, kokusu, başkalarının yemesi gibi dış etkenlere göre yemek yeme olarak tanımlanmıştır. Kısıtlayıcı yeme davranışı ise 1975’te Herman ve Mack tarafından tanımlanmıştır ve bilinçli olarak besin alımını kısıtlama eğilimidir. Kilo alma kaygısı ile yapılan aşırı kısıtlayıcı diyetin, ruhsal durumda bozukluk oluşturup aşırı yemeye yol açma riski de bulunmaktadır. Duygusal, dışsal ve kısıtlayıcı yeme davranışlarının depresyon ve kilo ile bağlantılı olduğu gözlenmiştir. Ancak depresif duygular nedeniyle kilo almadaki en büyük etken duygusal yeme davranışıdır.¹¹⁻¹⁷

Toplumda sağlıklı yaşam biçiminin geliştirilmesi, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite alışkanlığı edinilmesi, sigara ve alkol kullanımının önlenmesi ve azaltılması ile mümkündür. Hastalıkların önlenmesi ve yaşam kalitesini arttırmak için sağlıklı beslenmenin yaşam biçimine dönüştürülmesi gereklidir. Yaşam kalitesinin artması ile ekonomik yönden gelişmek de mümkündür. Bu araştırmada, yoğun çalışan ve topluma rol model olan sağlık çalışanlarının obezite sıklığının belirlenmesi, yeme tutum ve davranışlarının incelenmesi ve bu davranışların gelişiminde rol oynayan faktörler ile bu davranışların ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmamız kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Bu araştırmanın evrenini 15 Nisan ve 15 Ekim 2021 tarihleri arasında ZBEÜN Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapmakta olan 346 doktor ve 500 hemşire oluşturmaktadır. Örnekleme ise belirtilen tarihlerde görev yapan, aydınlatılmış onam belgesini onaylayarak çalışmaya katılmayı kabul eden 163 doktor ve 97 hemşire oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak sosyodemografik veri formu ve Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) kullanılmıştır. Çalışmanın etik kurul onayı, ZBEÜN Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Komisyonu’nun 07.04.2021 tarih ve 2021/07 numaralı toplantısında alınmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu: Demografik bilgiler, katılımcıya ilişkin diyet öyküsü ve genel bilgilerin sorgulandığı (yaş, öğrenim, beden kitle indeksi, sağlık durumları, alkol ve sigara kullanımı vb.) açık uçlu ve çoktan seçmeli sorulardan oluşan soru formudur. Antropometrik ölçümler, beyana dayalı olarak vücut ağırlığı ve boy uzunluğu sorularak kaydedilmiştir. Beden Kütle İndeksi (BKİ); kişinin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun metre cinsinden karesine (m²) bölünmesi ile bulunmuştur.

Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ): Otuz üç (33) maddeden oluşan bu anket; duygusal, dışsal ve kısıtlanmış yeme davranışlarını ölçen üç ölçekten meydana gelmektedir. Anketteki maddeler, beşli Likert skalası ile değerlendirilmektedir (hiçbir zaman: 1, nadiren: 2, bazen: 3, sık: 4, çok sık: 5).¹⁸ DEBQ'nun orijinal çalışmasında Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları duygusal, dışsal ve kısıtlanmış yeme davranışları alt ölçekleri için sırasıyla; 0,95, 0,81, 0,95 olarak bulunmuştur.¹⁹ Hollanda Yeme Davranışı Anketinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Bozan tarafından 2009 yılında yapılmıştır.²⁰

Verilerin İstatistiksel Olarak Değerlendirilmesi: Elde edilen verilerin analizi SPSS 20.0 Programı kullanılarak yapılmıştır. Elde edilen parametrik veriler aritmetik ortalama (\bar{x}), standart sapma (S), minimum ve maksimum değerleri bulunarak, niteliksel veriler ise dağılımlar (%) olarak değerlendirilmiştir. Niteliksel veriler ve gruplar arası farklar incelenirken Ki-kare testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) ile incelenmiştir. İki bağımsız grubun bağımlı değişkenler ile ilişkisini değerlendirmek için normal dağılıma uygunluk durumunda ANOVA testi, normal dağılıma uymuyor ise Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır. İleri analizlerde farklılık ve değişkenler arasında homojenlik durumlarında Post-hoc ve Tukey testi kullanılmıştır. En az biri normal dağılmayan ya da ordinal olan değişkenler arası ilişkiler için korelasyon katsayıları ve istatistiksel anlamlılıklar Spearman testi ile hesaplanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak " $p<0,05$ " kabul edilmiştir.

Bulgular

Katılımcıların %76,9'u kadın, %23,1'i erkektir. Medeni durumlarına göre %42,3'ü bekar, %57,7'si evlidir. Meslek gruplarına göre % 62,7'si doktor, %37,3'ü hemşire olarak görev yapmaktadır. Araştırmanın yapıldığı dönem içerisinde, ZBEÜN Tıp Fakültesi bünyesinde görev yapan 346 doktorun %47,1'i, 500 hemşirenin ise %19,4'ü çalışmamız için gönüllü olmuştur. Kadınların yaş ortalaması 32.4 ± 6.7 , erkeklerin yaş ortalaması 34.5 ± 10.0 olarak bulunmuştur. Katılımcıların çoğunluğu 25-34 (%64,2) yaş aralığındadır (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Özellik	N	%	
Yaş	18 - 24	10	3,8
	25 - 34	167	64,2
	25 - 44	56	21,5
	≥ 44	27	10,4
Cinsiyet	Kadın	200	76,9
	Erkek	60	23,1
Medeni Durum	Bekar	110	42,3
	Evli	150	57,7
Eğitim Durumu	Lise	3	1,2
	Ön lisans	20	7,7
	Lisans	67	25,8
	Yüksek lisans / Doktora	170	65,4
Meslek	Doktor	163	62,7
	Hemşire	97	37,3
Toplam	100	100	

† Ki-Kare testi uygulanmıştır.

Katılımcıların %20,4'ü sigara kullandığını belirtmişlerdir. Sigara içme oranları hemşirelerde doktorlardan yüksek bulunmuştur ($p=0,002$). Alkol kullanma durumları incelendiğinde, katılımcıların %20'sinin alkol kullandığı görülmüştür. Yaş gruplarına göre alkol alanların %73,1'inin 25-34 yaş aralığında oldukları tespit edilmiştir. Alkol kullanma oranları meslek gruplarına göre incelendiğinde, doktorların (%25,8) alkol tüketme oranlarının hemşirelerden (%10,3) daha yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0,03$) (Tablo 2). Katılımcıların meslek gruplarına göre demografik özellikleri ve genel bilgileri Tablo 2'de detaylı gösterilmiştir.

Tablo 2. Bireylerin demografik özellikler bakımından meslek gruplarına göre karşılaştırılması

		Doktor n(%)	Hemşire n (%)
Yaş	M±S	32.4 ± 7.9	33.6 ± 7.1
	Median	29	33
	Min	24	11
	Max	61	55
Cinsiyet‡	Kadın	112 (68,7)	88 (90,7)
	Erkek	51 (31,3)	9 (9,3)
Medeni Durum‡	Bekar	76 (69,1)	34 (30,9)
	Evli	87 (58,0)	63 (42)
Sigara İçme Durumu‡	Kullanıyorum	21 (12,9)	32 (33,0)
	Kullanmıyorum	142 (87,1)	65 (67,0)
Alkol Alma Durumu‡	Var	42 (25,8)	10 (10,3)
	Yok	121 (74,2)	87 (89,7)
Bilinen Kronik Hastalık‡	Var	60 (36,8)	29 (29,9)
	Yok	103 (63,2)	68 (70,1)
Toplam‡		163 (100,0)	97 (100,0)

M±S; ortalama+standart sapma, Median; ortanca, Min; alınan en düşük puan, Max; alınan en yüksek puan

‡Ki-Kare testi uygulanmıştır

Katılımcıların %65,8'i kronik bir hastalık durumu belirtmezken, %34,2'si kronik bir hastalığının olduğunu beyan etmiştir. Yaş gruplarına göre, 44 yaş ve üzeri bireylerde kronik hastalık varlığı daha yüksek tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan kadın ve erkek çalışanların BKİ sınıflamasına göre dağılımları incelendiğinde, her iki grupta da bireylerin büyük çoğunluğu normal aralıktaki BKİ değerine (≥ 18.5 - < 24.99 kg/m²) sahiptir (kadın %68,0 ve erkek %50,0). Erkeklerde fazla kiloluluk ve obezite (BKİ ≥ 25 kg/m²) oranı, kadınlardan daha yüksek (sırasıyla %50,0 ve %29,5) tespit edilmiştir. Katılımcıların BKİ dağılımlarına göre kronik hastalık varlığı incelendiğinde, fazla kilolu ve obez kişilerde kronik hastalık varlığı (sırasıyla %40 ve %62,5) daha yüksek oranda saptanmıştır (p=0,006).

Katılımcıların %48,5'inin daha önce zayıflama diyeti yapmış olduğu saptanmıştır. BKİ değeri, 30 ve üzeri olanların %83,3'ünün, fazla kilolu sınıfında yer alanların ise %61,5'inin diyet yaptığı gözlenmiştir. Spearman'ın Sıralama Korelasyon Katsayısı analizi sonucuna göre hem duygusal yeme davranışı ile dışsal yeme davranışı skorları arasında ($r_{\text{spearman}} = ,394$; p<0,001) hem de duygusal yeme davranışı ile kısıtlayıcı yeme davranışı ($r_{\text{spearman}} = ,302$; p<0,001) skorları arasında anlamlı ve olumlu bir ilişki olduğu saptanmıştır. Duygusal yeme skorları yüksek olanların hem kısıtlayıcı hem de dışsal yeme skor ortalamaları daha yüksektir (Tablo 3).

Tablo 3. DEBQ anketinin duygusal, kısıtlayıcı ve dışsal yeme faktörleri arasındaki korelasyon değerlendirmesi

Değişkenler	n	M	S	Değişkenler		
				1	2	3
1. Duygusal Yeme	260	2,41	1,14	1	,302**	,394**
2. Kısıtlayıcı Yeme	260	2,68	0,80	,302**	1	,025
3. Dışsal Yeme	260	3,20	0,65	,394**	,025	1

* p<0,005, **p<0,001

M; ortalama, S; standart sapma, r_{spearman} ; spearman korelasyon katsayısı

‡Spearman'ın Sıralama Korelasyon Katsayısı analizi uygulanmıştır.

Duygusal yeme davranışı ile BKİ sınıflaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,001$), ancak kısıtlayıcı ve dışsal yeme faktörlerinin BKİ sınıflaması ile arasında anlamlı istatistiksel bir fark saptanmamıştır ($p=0,230$, $p=0,293$). Fazla kilolu ve obez bireylerin duygusal yeme davranışı skorlarının ortalaması daha yüksek saptanmıştır. Verilerin dağılımlarına baktığımızda; BKİ'ye göre zayıf, fazla kilolu ve obez olanlar ile duygusal yeme faktörü arasında normal dağılım saptanmıştır. Bu kategorilerde One-Way ANOVA Testinde anlamlılık ve homojenlik saptanması üzerine farkın kaynağının belirlenmesi için Post-hoc testlerden Tukey testi kullanılmıştır. Fazla kilolu katılımcılar ile zayıf olan ve normal kilolu katılımcılar arasında fark olduğu görülmüştür (Tablo 4).

Tablo 4. DEBQ anketinin ve duygusal yeme faktörünün, BKİ sınıflamasına göre ileri test ile değerlendirilmesi

BKİ sınıflaması (I) #	BKİ Sınıflaması(J) #	Ortalama Farkları (I-J)	p
<18.5	18.5 – 24.99	-0,897	0,062‡
	25 – 29.99	-1,446	0,029†
	≥30.0	-1,341	0,071†
18.5 – 24.99	<18.5	-0,897	0,062‡
	25 – 29.99	-0,548	0,001‡
	≥30.0	-0,443	0,073‡
25 – 29.99	<18.5	1,446	0,029†
	18.5 – 24.99	0,548	0,001‡
	≥30.0	0,104	0,980†
≥30.0	<18.5	1,341	0,071†
	18.5 – 24.99	0,443	0,073‡
	25 – 29.99	-0,104	0,980†

†One-Way ANOVA Testi, ‡Mann-Whitney U Testi uygulanmıştır.

Daha önce en az bir kez diyet yapma öyküsü olanların duygusal, kısıtlayıcı ve dışsal yeme faktörlerinin ortalaması diyet öyküsü olmayanlara göre daha yüksek saptanmıştır (sırayla $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,008$) (Tablo 5).

DEBQ anketi duygusal, kısıtlayıcı ve dışsal yeme faktör skorları cinsiyet, medeni durum, meslek grupları ve yaş kategorisine göre değerlendirildiğinde anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 5. Duygusal, kısıtlayıcı ve dışsal yeme skorlarının diyet öyküsüne göre değerlendirilmesi

	Diyet Öyküsü	n	M±S	Median	Min	Max
1.Duygusal Yeme	Var	126	2.89±1.16	2.80	1	5
	Yok	134	1.96±0.93	1.76	1	5
2.Kısıtlayıcı Yeme	Var	126	3.00±0.73	3	1.40	5
	Yok	134	2.38±0.74	2.40	1	4.30
3.Dışsal Yeme	Var	126	3.30±0.64	3.40	1.60	5
	Yok	134	3.11±0.64	3.10	1	4

M±S; ortalama+standart sapma, Median; ortanca, Min; alınan en düşük puan, Max; alınan en yüksek puan

†Mann-Whitney U Testi uygulanmıştır.

Tartışma

Kişilerin, sağlıklı olmak, sağlığını korumak ve iyilik hali için yeterli ve dengeli beslenmesi gereklidir. Vücudun ihtiyacından daha fazla besin alınması ile vücut yağ kütesinin artması sonucunda; obezite, koroner kalp hastalığı, DM, kanser gibi birçok sağlık sorunları görülebilmektedir. Dünyada ve ülkemizde yetersiz ve dengesiz beslenme, büyük bir toplumsal sorun oluşturmaktadır.^{2,3} Obezitenin sıklığı giderek artmaktadır ve tüm dünyada en sık görülen sağlık sorunlarından biri olmuştur. Yapılan çalışmalar sonucu, obez bireylerde bazı hastalıkların daha fazla görüldüğü bilinmektedir. Bu araştırma, hastalarına ve içinde yaşadıkları topluma rol model olan sağlık çalışanlarının yeme davranışlarını incelemek amacıyla yapılmıştır.

Literatüre bakıldığında, sağlık çalışanları üzerine yapılan gerek ulusal gerek uluslararası çalışmalarda sigara içme ve alkol kullanma sıklığı ile ilgili çok çeşitli sonuçlar elde edilmiştir. Erbaycu ve arkadaşlarının 2004'te İzmir'de sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları üzerine yaptığı bir çalışmada, sigara içme sıklığı %54,6; Uysal ve arkadaşlarının 2007'de hekimler üzerine yaptığı çalışmada %16; Talay F. ve arkadaşlarının 2007 yılında sigara içme alışkanlıkları üzerine yaptığı bir çalışmada sağlık çalışanlarında sigara içiciliği %49,3; Yıldız ve arkadaşlarının 773 hekimin katılımı ile 2010 yılında yaptığı çalışmada %30,2; Koç ve arkadaşlarının çalışmasında ise %39,7 olarak bulunmuştur. Erbaycu ve arkadaşlarının çalışmasında hekimlerin %40,6'sı, hemşirelerin %59,3'ü, sağlık teknisyenlerinin %60,7'sinin sigara içtiği tespit edilmiştir.²¹⁻²⁴ Bizim çalışmamızda ise katılımcıların büyük çoğunluğunun sigara içmediği görülmüştür. Kadın ve erkeklerin sigara içme oranları arasında anlamlı bir fark saptanmazken, Erbaycu ve arkadaşlarının araştırmasında sigara içme sıklığı yüksekten düşüğe hasta bakıcı, sağlık teknisyeni, hemşire ve doktor olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da benzer nitelikte hemşirelerin sigara içme sıklığı doktorların sigara içme sıklığından daha fazla olduğu gözlenmiştir. Sağlık çalışanları arasında eğitim seviyesinin artması ile farkındalığın artması bu sonuca sebep olmuş olabilir. Sağlık çalışanlarının sigaranın zararları hakkında farkındalıklarının daha yüksek olması, yapılan yasal düzenlemeler ve yürütülen kampanyalar, Zonguldak bölgesinde kömür tozu nedeniyle akciğer kanseri oranlarının fazla olması, Zonguldak bölgesinde çalışan sağlık çalışanlarında daha çok farkındalık yaratmış ve sigara içme oranlarının düşük olmasına sebep olmuş olabilir.

Yalçınkaya ve arkadaşlarının 2007'de 316 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada alkol kullanım sıklığı %9,8; Hassoy ve arkadaşlarının 280 sağlık çalışanı ile yaptığı bir çalışmada %26,8; Yıldız ve arkadaşlarının 2016'da 304 sağlık çalışanı üzerine yaptığı bir çalışmada %14,1 olarak tespit edilmiştir.²⁵⁻²⁷ Özsoy ve arkadaşlarının sağlık çalışanlarında bağımlılık üzerine yaptığı bir çalışmada ise alkol kullanım sıklığı hekimlerde %15,4, hemşirelerde %8,9 olarak bulunmuştur.²⁸ Çalışmamızda ise alkol kullanım sıklığı %20 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da doktorların hemşirelere oranla daha fazla alkol tükettikleri görülmüştür. Bu farklılığın nedenleri arasında; katılımcıların sayısı, demografik özelliklerindeki farklılıklar, yoğun ve stresli çalışma ortamı ve çalışmanın yapıldığı ortam farklılıkları sayılabilir.

Dünyada obezite sıklığı, NCD-RisC Grubu tarafından 18 yaş ve üzeri yetişkin nüfusta, yaşa göre standardize edilmiş obezite prevalansı, 1975 yılında erkeklerde %3,2 iken 2014 yılında %10,8'e; kadınlarda %6,4 iken %14,8'e yükselmiş olarak bulunmuştur.⁴ NHANES'ten elde edilen verilerin yıllara göre karşılaştırılmasına göre; 1999-2000 tarihlerinden 2017-2018 tarihlerine kadar, obezite prevalansı %30,5'ten %42,4'e ve morbid obezite prevalansı %4,7'den %9,2'ye yükseldiği gösterilmiştir.²⁸ Türkiye'de obezite sıklığı incelendiğinde; TURDEP-I'de santral obezite prevalansı genel toplumda %34 (kadın %49, erkek %17) iken; TURDEP-II'de %53'e (kadın %64, erkek %35) yükselmiştir.⁷ Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2019 çalışma raporunda elde edilen verilere göre Türkiye'de obezite sıklığı araştırmaya katılan erkeklerde; 15 ve üzeri yaş grubundakilerin %24,6; 19 ve üzeri yaş grubundakilerin %26,3; 19-64 yaş grubundakilerin %25,1; 65 ve üzeri yaş grubundakilerin %33,9'dur. Kadınlarda 15 ve üzeri yaş grubundakilerin %39,1; 19 ve üzeri yaş grubundakilerin %42,6; 19-64 yaş grubundakilerin %39,3; 65 ve üzeri yaş grubundakilerin %61,1'dir.³⁰ Arslan M.'nin Marmara üniversitesi öğretim üyeleri üzerine yaptığı bir çalışmada; zayıf, normal kilolu, fazla kilolu ve obez katılımcıların oranları sırasıyla; %4,9, %58,6, %29,8 ve %6,7 olarak saptanmıştır.³¹ Dünyada ve Türkiye'de obezite prevalansı kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek gözlenmekte iken; bizim çalışmamızda obezite oranı erkeklerde kadınlara oranla daha yüksek saptanmıştır. Araştırmamızda kadınların sayısının fazla olması bu farklılığı yaratmış olabilir.

Müftüoğlu ve arkadaşlarının 400 vardiyalı işçi üzerine 2018 yılında yaptığı bir çalışmada, diyet yapan bireylerin oranı %7 olarak saptanmış, %3,3'ünün diyet türü olarak zayıflama diyeti yaptığı görülmüştür.³² Alkan ve arkadaşlarının beslenme ve diyetetik bölümünde okuyan öğrenciler üzerine yaptığı bir çalışmada ise diyet uygulamayan öğrencilerin oranı %94,3, zayıflama diyeti uygulayanların oranı ise %4,3 olarak saptanmıştır.³³ Çayır ve arkadaşlarının beslenme ve diyet kliniğine başvuranlar üzerine yaptığı bir çalışmada, kişilerin %33,3'ünün, BKİ değerine göre ise obez bireylerin %47,7'sinin daha önce diyet yaptığı saptanmıştır.³⁴ Çalışmamızda ise bireylerin yaklaşık yarısının daha önce zayıflama diyeti yaptığı, obez bireylerin büyük bir çoğunluğunun, fazla kiloluların ise yarısından fazlasının diyet yapma öyküsü olduğu görülmüştür. Araştırmamıza katılan zayıf kişilerin ise hiç diyet yapmadığı gözlenmiştir. Çalışmamızda diyet yapma oranlarının diğer çalışmalara göre daha yüksek olmasının

nedenleri arasında; sağlık personelinin sağlıklı kilo verme ve sağlıklı beslenme konusunda eğitim almış olması, obezitenin birçok sağlık problemine yol açtığı farkında olması, çalışma yaptığımız kurumda obezite merkezinin aktif çalışıyor olması ve diyetisyene erişimin kolay olması rol oynamış olabilir.

Birçok çalışma bireylerin BKİ değerleri ile yeme tutumları arasındaki ilişkileri incelemiştir ve bununla ilgili sonuçları farklı birçok araştırma mevcuttur. Van Strien ve arkadaşları 2009 yılında 1342 kişi üzerine yaptıkları kesitsel bir çalışmada, duygusal yeme skorları ve kısıtlayıcı yeme skorlarının fazla kilolu bireylerde normal ağırlıktaki bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, dışsal yeme skorlarında ise anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Aynı çalışmada, ortalama BKİ değeri ile kısıtlayıcı ve duygusal yeme davranışı skorları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki saptanmışken, dışsal yeme ile anlamlı bir korelasyon saptanmadığı belirtilmiştir.³⁵ Barthomeuf L. ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise BKİ yüksekliği ile kısıtlayıcı yeme davranışı arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir ($r=0,27$; $p<0,01$).³⁶ Akdevelioğlu ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri üzerine yaptığı bir çalışmada, daha önce diyet yapma öyküsü olan bireylerin duygusal ve kısıtlı yeme davranışı skorları (sırasıyla; $36,4\pm 15,94$ ve $29,9\pm 8,00$), diyet geçmişi olmayan bireylerden (sırasıyla: $29,5\pm 14,03$ ve $22,17\pm 7,8$) daha yüksek bulunmuştur. Cinsiyete göre ise duygusal yeme faktörü ortalamaları kadınlarda erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. BKİ sınıflaması ile duygusal ve kısıtlayıcı yeme davranış skorları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmışken dışsal yeme skoru ile anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Ayrıca bireylerin duygusal yeme ile kısıtlayıcı yeme skorları arasında da pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır.³⁷ Lauzon-Guillain ve arkadaşlarının 466 yetişkin ve 271 adolesan üzerine 2 yıllık bir süre boyunca yeme davranışı ve yağlanma arasındaki ilişkiyi incelediği bir çalışmada, ilk muayenede normal ağırlıktaki yetişkinlerde, BKİ ile kısıtlayıcı yeme tutumu arasında pozitif bir ilişki olduğu ($p<0,001$), kilolu bireylerde ise aralarında anlamlı bir ilişki olmadığı ($p=0,25$) gösterilmiştir.³⁸ Arhire ve arkadaşlarının Rumenceye çevirerek yaptığı DEBQ anketinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, kadınların büyük bir bölümünün (%42,5) kısıtlayıcı yeme ölçeğinde, ortalamanın üzerinde puan aldığı gözlenmiştir. Ek olarak hem erkeklerde hem de kadınlarda kısıtlayıcı yeme puanı ile yaş ve BKİ değerleri arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.³⁹ Bizim çalışmamızda ise hem dışsal yeme davranışı hem de kısıtlayıcı yeme davranışı ile duygusal yeme davranışı arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca BKİ değeri ile de duygusal yeme arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. BKİ değeri fazla kilolu olanların duygusal yeme faktörü ortalamalarının zayıf ve normal olanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bireylerin diyet öyküsüne göre daha önce diyet yapmış olan katılımcıların diyet öyküsü olmayanlara göre duygusal yeme, kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme faktörlerinin ortalaması daha yüksek saptanmıştır Cinsiyet, medeni durum, meslek grubu ve yaş kategorisine göre yeme faktörleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Sonuç

Sağlık çalışanları üzerine yapılan bu çalışmada, obez olan sağlık çalışanlarının kronik hastalık varlığının daha yüksek olduğu, yetersiz ve dengesiz beslenmenin sağlığı olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Fazla kilolu ve obez kişilerde duygusal yeme davranışının daha fazla olduğu saptanmıştır. Duygusal yeme davranış skorları yüksek olan kişilerin kısıtlayıcı yeme ve dışsal yeme davranışlarının da yüksek olduğu izlenmiştir. Obez bireylerin daha fazla zayıflama diyeti yaptığı ve diyet yapan kişilerin diyet yapmamış kişilere göre duygusal, kısıtlayıcı ve dışsal yeme davranışlarının daha fazla olduğu görüldü. Hastalarına ve içinde yaşadıkları topluma rol model olan sağlık çalışanlarına, kendi sağlıklarını korumak ve geliştirmek, sağlıklı yaşam biçimini benimsemeleri ve davranış haline getirebilmeleri için öğrencilik dönemindeki eğitimlerin zorunlu hale getirilmesi, hizmet içi eğitimlerin yapılması ve bu eğitimlerin devamlılığı sağlanabilir. Bu yaklaşımlar ile sağlık çalışanlarının da daha sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürmelerinde ve aktif olarak sağlık hizmeti veren çalışanların iş verimliliğinin de artmasında etkili olabileceği düşünülmektedir.

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. Baysal A. Genel Beslenme. Ankara: Hatiboğlu Yayınları; 1997. p.2–9.
2. Baysal A. Beslenme Kültürümüz. Ankara: Kültür Bakanlığı Yayınları, Levent Ofset Matbaacılık ve Yayıncılık; 1993. p.1–5.
3. Garibağaoğlu M, Budak N, Öner N, Sağlam Ö, K. N. Üç farklı üniversitede eğitim gören kız öğrencilerin beslenme durumları ve vücut ağırlıklarının değerlendirmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences - JOHS). 2006;15(3):173–80.
4. NCD-RisC. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19·2 million participants. Lancet. 2016 Apr;387(10026):1377–96.
5. Satman I, Yılmaz T, Sengül A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey. Diabetes Care. 2002 Sep 1;25(9):1551–6.
6. Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. Nat Rev Endocrinol. 2019 May 27;15(5):288–98.
7. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED). Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 8. Baskı. Ankara: 2019. p.11–58.
8. Çopur U. Gıda Teknolojisi. Devlet Kitapları. İstanbul: İlicak Matbaası; 2000. p.10–14.
9. Erbay Gönenir L, Seçkin Y. Yeme bozuklukları. Güncel Gastroenteroloji Dergisi 20/4. 2016;473–7.
10. Toker D, Hocaoglu Ç. Yeme bozuklukları ve aile yapısı: bir gözden geçirme. Düşünen Adam Dergisi. 2009;22(1–4):36–42.
11. Bayrak E, Serter R, Işıklı S. Duygusal, dışsal ve kısıtlayıcı yeme bozukluklarının metabolik sendrom gelişimi üzerine etkisi. Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Dergisi. 2020;53(1):36–43.
12. Kaplan HI, Kaplan HS. The psychosomatic concept of obesity. J Nerv Ment Dis. 1957 Apr;125(2):181–201.
13. Van Strien T, Konttinen H, Homberg JR, Engels RCME, Winkens LHH. Emotional eating as a mediator between depression and weight gain. Appetite. 2016 May;100:216–24.
14. Geliebter A, Aversa A. Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. Eat Behav. 2003 Jan;3(4):341–7.
15. Schachter S, Goldman R, Gordon A. Effects of fear, food deprivation, and obesity on eating. J Pers Soc Psychol. 1968;10(2):91–7.
16. Herman CP, Mack D. Restrained and unrestrained eating I. J Pers. 1975 Dec;43(4):647–60.
17. Polivy J, Herman CP. Clinical depression and weight change: A complex relation. J Abnorm Psychol. 1976 Jun;85(3):338–40.
18. Ouwens MA, van Strien T, van der Staak CP. Tendency toward overeating and restraint as predictors of food consumption. Appetite. 2003 Jun;40(3):291–8.
19. Van Strien T, Frijters JER, Bergers GPA, Defares PB. The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. Int J Eat Disord. 1986 Feb;5(2):295–315.
20. Bozan N. Hollanda Yeme Davranış Anketinin (DEBQ) Türk üniversite öğrencilerinde geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması. Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara: 2009
21. Erbaycu A., Aksel N, Çakan A, Özsöz A. İzmir ilinde sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları. Toraks Derg. 2004;5(1):6–12.
22. Uysal MA, Dilmen N, Karasulu L, Demir T. Smoking habits among physicians in Istanbul and their attitudes regarding anti-smoking legislation. Tüberküloz ve Toraks Derg. 2007;55(4):350–5.
23. Talay F, Altın S, Çetinkaya E. İstanbul'un Gaziosmanpaşa ve Eyüp ilçelerindeki sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları ve sigara içmeye yaklaşımları. Tüberküloz ve Toraks Derg. 2007;55(1):43–50.
24. Koç EM, Başer DA, Döner P, Yılmaz TE, Yılmaz T, Alsancak AD, et al. Determining smoking level of hospital employees and the evaluation of the smoke-free air zone applications. J Clin Exp Investig. 2015 May 10;6(1):33–9. and-the-evaluation-of-the-smoke-free-air-zone-3652
25. Yalçınkaya M, Özer F., Yavuz Karamanoğlu A. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekim Bülteni. 2007;6(6):409–20.
26. Hassoy D, Özvurmaz S. No title health workers and factors affecting. J Nurs Sci. 2009;2(3):27–32.
27. Yıldız A, Çiçek İ, Şanlı M. Sağlık çalışanlarında tükenmişliğin belirleyicileri: sigara ve alkol kullanımına etkisinin incelenmesi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg. 2018;5(3):126–32.
28. Özsoy F, Kulu M. Addiction in healthcare employees: Examining the smoking, alcohol, internet, smartphone addiction, and attention deficit levels. Genel Tıp Derg. 2021;31(1):82–90.
29. Hales CM, Carroll MD, Fryar CD, Ogden CL. Prevalence of obesity and severe obesity among adults: United States, 2017–2018. NCHS Data Brief. 2020 Feb;(360):1–8.
30. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA). Ankara; 2019.p.62–63
31. Arslan M. Beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite düzeylerinin analizi: Marmara Üniversitesi öğretim üyeleri üzerine bir çalışma. Dicle Med J. 2018;45:59–69.
32. Müftüoğlu S, Parlakyiğit A. The determination of the relationship between physical activity, emotional status and eating habits of shift workers. Türkiye Klin J Heal Sci. 2020;5(1):10–21.
33. Alkan ŞB, Solak R, Gürbüz E, Özcan B, Özkan H, Dikici Z., et al. Beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerine yeme davranış bozukluğu ve beden algısı: kesitsel bir çalışma. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg. 2019;2(2):38–44.

34. Çayır A, Atak N, Köse S. Assessment of obesity frequency and related factors on individuals attending to the department of nutrition and dietetics. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2011;64(1):13–9.
35. Van Strien T, Herman CP, Verheijden MW. Eating style, overeating, and overweight in a representative Dutch sample. Does external eating play a role? *Appetite*. 2009 Apr;52(2):380–7.
36. Barthomeuf L, Droit-Volet S, Rousset S. Obesity and emotions: Differentiation in emotions felt towards food between obese, overweight and normal-weight adolescents. *Food Qual Prefer*. 2009 Jan;20(1):62–8.
37. Akdevelioğlu Y, Yrsn T. niversite đrencilerinin yeme tutum ve davranışlarına ilişkin bazı faktörlerin incelenmesi. *Gazi Sağlık Bilim Derg*. 2019;4(1):19–28.
38. de Lauzon-Guillain B, Basdevant A, Romon M, Karlsson J, Borys J-M, Charles MA. Is restrained eating a risk factor for weight gain in a general population? *Am J Clin Nutr*. 2006 Jan 1;83(1):132–8.
39. Arhire LI, Niřa O, Popa AD, Gal A-M, Dumitrařcu O, Gherasim A, et al. Validation of the dutch eating behavior questionnaire in a romanian adult population. *Nutrients*. 2021 Oct 29;13(11):3890.



Original Research / Orijinal Araştırma

Determination of Primary Healthcare Use and Health Care Needs Among University Students: Cross-Sectional Research

Üniversite Öğrencilerinde Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Sağlık Bakımı İhtiyacının Belirlenmesi: Kesitsel Araştırma

Gizem LİMNİLİ¹, Tolga GÜNVAR¹, Vildan MEVSİM¹, Nilgün ÖZÇAKAR¹

Abstract

Aim: Assessing and understanding the health needs of college students is important to create healthy campus communities. Therefore, this study aimed to determine the primary health care use and health care needs of university students.

Materials and Method: In this cross-sectional research, data were collected face to face by the researchers through forms consisting of questions prepared by scanning the literature. This form includes questions about students' socio-demographic and health-related characteristics, questions asking students' where they receive health services and where they obtain health information, and questions about primary health care needs. Data were evaluated with SPSS Version-23; mean, standard deviation and chi-square were used.

Results: Of the 1832 students, 50.9% were women and 70.1% stated that they received primary health care. When asked what their needs are from primary health care services; 84.9% want to be examined when they get sick, 67.4% want medications to be prescribed, and 48.9% want to get a health report. Only 5.4% stated that they needed counseling. When the needs of the participants are compared according to gender, female students have higher rates of writing prescriptions and having tests ($p<0.001$; $p<0.001$, respectively); Male students, on the other hand, have a higher expectation of receiving a health report ($p<0.001$). Those living away from their families used primary health care often ($p<0.001$). The majority of those using primary health care services applied in case of acute illness ($p<0.001$) rather than periodic health examination ($p=0.007$).

Conclusion: Determining the requirements is among the steps taken to determine healthcare needs. In this study, most of students stated that they wanted to receive service regarding their acute problems. The need for health counseling is quite low. However, considering the health problems of the age group, counseling opportunities should be evaluated well.

Key words: university students, health needs assessment, youth friendly health centers

Özet

Giriş: Üniversite öğrencilerinin sağlık ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve anlaşılması, sağlıklı kampüs topluluklarının oluşturulması açısından önemlidir. Bu nedenle bu çalışmada, üniversite öğrencilerinin birinci basamak sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık bakımı ihtiyaçlarını belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel olarak tasarlanan bu araştırmada veriler araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan sorulardan oluşan formlar aracılığı ile yüz yüze toplanmıştır. Bu formda öğrencilerin sosyodemografik ve sağlıkla ilgili özelliklerine ilişkin sorular, öğrencilerin sağlık hizmetlerini nereden aldıkları ve sağlık bilgilerinin nereden edindiklerine dair sorular ve birinci basamak sağlık bakımı ihtiyaçlarına ilişkin sorular yer almaktadır. Veriler SPSS Versiyon-23 ile değerlendirildi; ortalama, standart sapma ve ki-kare kullanıldı.

Bulgular: Toplam 1832 öğrencinin %50,9'u kadın ve %70,1'i birinci basamak sağlık hizmeti aldığı belirtilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarının neler olduğu sorulduğunda; %84,9'u hastalandığında muayene olmak, %67,4'ü ilaçların reçetelenmesi, %48,9'u sağlık raporu almak istemektedir. Yalnızca %5,4'inin danışmanlığa ihtiyacı olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların ihtiyaçları cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadın öğrencilerin reçete yazma ve tahlil yaptırma (sırasıyla $p<0,001$; $p<0,001$); erkek öğrencilerin ise sağlık raporu alma beklentisi daha yüksektir ($p<0,001$). Ailesinden uzakta yaşayanlar birinci basamak sağlık hizmetlerine daha çok başvurmuştur ($p<0,001$). Birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlananların çoğunluğu periyodik sağlık muayenesi yerine ($p=0,007$) daha çok akut hastalık durumunda ($p<0,001$) başvurmuşlardır.

Sonuç: Sağlık hizmeti ihtiyaçlarını belirlemek için atılan adımlar arasında gereksinimlerin belirlenmesi yer almaktadır. Bu çalışmada öğrencilerin çoğunluğu akut sorunlarıyla ilgili hizmet almak istediklerini belirtmiştir. Sağlık danışmanlığı ihtiyacı oldukça düşüktür. Yine de yaş grubunun sağlık sorunları dikkate alındığında danışmanlık fırsatlarının iyi değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Üniversite öğrencileri, sağlık bakım ihtiyacı, ergen dostu sağlık kuruluşu

Geliş tarihi / Received: 07.03.2024 Kabul tarihi / Accepted: 08.07.2024

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği AD

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Gizem LİMNİLİ, Dokuz Eylül Üniversitesi 15 Temmuz Sağlık Ve Sanat Yerleşkesi / İnciraltı 35340-İZMİR

E-posta: gizemkismali@gmail.com Tel: (232) 4124951

Limnili G, Günvar T, Mevsim V, Özçakar N. *Determination of Primary Healthcare Use and Health Care Needs Among University Students: Cross-Sectional Research. TJF&PC, 2024; 18 (4):397-405*

DOI: 10.21763/tjfmpc.1448407

Giriş

Gençlik, çocukluğun bağımlılığından yetişkinliğin bağımsızlığına geçiş dönemidir ve üniversite öğrencileri bu grubun temsilcileridir.¹ Üniversite öğrencisi olmak bir yandan kaygı ve stresle baş etmeyi, bir yandan da dönemin sağlık sorunlarıyla uğraşmayı gerektirmesine karşın sağlıklı bir yaş grubu olarak algılanmaktadır.^{2,3} Bu durum gençlerin sıkça görülen sağlık sorunlarının atlanmasına, göz ardı edilmesine yol açabilir. Diğer yandan yeterli sağlık hizmetine ulaşmamalarının da nedeni olabilir. Bu yönden değerlendirildiğinde genç dostu sağlık kuruluşlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sağlık kuruluşları, gençlerin kendilerini rahat ve anlaşıldıklarını hissettikleri yerler olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin öğrenci ve genç dostu sayılabilmesi için erişilebilir, kabul edilebilir, adil, uygun ve etkili olması gerekir.⁴ Bu durum göz önüne alındığında genç yaş grubunun çoğu sağlık ihtiyacının birinci basamakta karşılanabileceği öngörülebilmektedir. Birinci basamak hekimi, gencin yetişkinliğe geçişini, özerkliğini destekleyip savunuculuğunu yapabilir; ayrıca sağlık bakımının sürekli olmasını sağlayabilir.⁵ Tüm dünyadaki bu ihtiyaçtan dolayı Dünya Sağlık Örgütü genç dostu sağlık kurumlarının artmasını desteklemekte ve bu kuruluşlarda gençlerin sağlıklarıyla ilgili ihtiyaç duyduğu konuların neler olduğunun belirlenmesini ve bu konulara öncelik verilmesini önermektedir.^{4,5}

Sağlık bakımı ihtiyaçlarının değerlendirilmesi, bir nüfusun veya bir grup insanın sağlık sorunlarını belirleme, önceliklendirme ve bunları çözenin en iyi yollarını bulma sürecidir.⁶ Sağlık bakımı ihtiyacı değerlendirmesi, hedef nüfusun karşılanmayan ihtiyaçlarını anlamak ve kaynakların bu ihtiyaçlara uygun şekilde kullanılmasını sağlamak için gereklidir. Aynı zamanda nüfusun ihtiyaçlarının belirlenmesine ve hedeflerin geliştirilmesine de yardımcı olur. Sağlık bakımı ihtiyaçlarının değerlendirilmesi, sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine ve hedef nüfusun sağlık eşitsizliklerinin azaltılmasına yardımcı olabilir. Kişilerin mevcut sağlık sistemi içerisindeki ihtiyaçları ve sağlık arama davranışları sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörlerdir. Sağlık arama davranışı, kendini iyi hissetmeyen, kendini rahatsız hissetmese bile belirli bir hastalığın semptomlarını gösteren veya potansiyel bir hastalığın riskini hisseden ve tıbbi yardım arayan bireylerin sağlıklarıyla ilgili hareket ve faaliyetlerini ifade eder. Başka bir tanıma göre sağlık arama davranışı, kendisinde bir sağlık sorunu olduğunu ya da hasta olduğunu düşünen bireylerin uygun bir tedavi bulmak amacıyla gerçekleştirdikleri faaliyetlerdir.⁷

Türkiye'de herkesin bir aile hekimi bulunmaktadır ancak sevk zinciri bulunmaması nedeniyle temas kısıtlı olabilmektedir.⁸ 2019 yılında yapılan bir çalışmada 18 yaş üstü her üç katılımcıdan birinin aile hekiminin kim olduğunu bilmediği ve son bir yıl içinde hiç aile hekimine başvurmadığı gösterilmiştir.^{9,10} Bunun yanı sıra daha önceki yıllarda yapılan araştırmalara göre de üniversite öğrencilerinin büyük çoğunluğu da aile hekimini tanımamaktadır.^{11,12,13}

Üniversite öğrencilerinin sağlık ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve anlaşılması, sağlıklı kampüs topluluklarının oluşturulması açısından önemlidir. Diğer yandan sürekli ve kapsamlı hizmet veren aile hekimi açısından hastalarıyla bağı nedeniyle verdiği hizmet, sağlığı ilgilendiren pek çok konuyu içerir, bu sayede sağlık bakımının sürdürülmesi sağlanır. Sağlık bakımı ihtiyaçlarının belirlenmesi bu hizmetin neleri kapsayacağını hedeflenmesi açısından önemlidir. Tüm bu nedenlerle bu çalışmada, üniversite öğrencilerinin birinci basamak sağlık bakımı ihtiyaçlarını belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntemler

Araştırmanın türü, evreni ve örnekleme

Kesitsel olarak tasarlanan araştırmanın evrenini verinin toplandığı dönemde Dokuz Eylül Üniversitesi kampüsünde bulunan mühendislik (N=8127), fen-edebiyat (N=5299), mimarlık (N=1203), hukuk (N=3276) ve denizcilik (N=1291) fakültelerinde öğrenim gören öğrenciler (N=19196) oluşturmuştur. Basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örnekleme evreninin bilindiği durumlarda kullanılan en düşük örneklem hacmi hesaplama yöntemi ile %99,9 güven aralığı ile en az 780 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılacak öğrenci sayısı, fakülte mevcutlarına orantılı dağıtılmıştır. Araştırmaya kampüste eğitim gören ve katılmaya gönüllü 1832 öğrenci katılmıştır. Verilerin toplandığı sırada orada olmayan öğrenciler ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen öğrenciler çalışmaya alınmamıştır. Fakültelerin güz dönemi eğitim programı çerçevesinde ders saatleri arasında öğrencilere ulaşılarak hazırlanan soru formu yüz yüze uygulanmış ve verilen cevaplar araştırmacı tarafından kayıt altına alınmıştır. Veri toplanması her katılımcı için yaklaşık 3 ila 5 dakika sürmüştür.

Veri toplama araçları

Ankette, araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan sorular yer almaktadır. Anket iki bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde öğrencilerin sosyo-demografik ve sağlıkla ilgili özelliklerine ilişkin sorular, öğrencilerin sağlık hizmetlerini nereden aldıkları ve sağlık bilgilerinin nereden edindiklerine dair tutumlarını soran ikinci bölümde ise birinci basamak sağlık ihtiyaçlarına ilişkin sorular yer almaktadır.

Veri analizi

Veriler SPSS 22.0 versiyonu kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı analizler sosyodemografik özelliklerin

frekans ve oranlarını içermektedir. Gruplar arası fark ki-kare analiziyle test edilmiş ve $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Tüm çalışma prosedürleri, etik kurallara uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Veriler yüz yüze toplanmış, gönüllü katılımcılardan bilgilendirilmiş ve sözlü onamları alınmıştır. Katılımcılara istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri bilgisi verilmiştir. Çalışma için üniversitenin Etik Kurulundan onay alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin özellikleri Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Öğrencilerin özellikleri

		n	Ort ± SS (min-maks)
Yaş		1832	20.95±1.74 (17-25)
			Yüzde (%)
Cinsiyet			
	Kadın	932	50,9
	Erkek	900	49,1
Öğrenim gördüğü fakülte			
	Mühendislik	693	37,8
	Fen-Edebiyat	397	21,7
	Mimarlık	115	6,3
	Hukuk	566	30,9
	Denizcilik	61	3,3
Öğrenim gördüğü sınıf			
	1	430	23,5
	2	418	22,8
	3	509	27,8
	4	475	25,9
Kiminle yaşadığı			
	Anne baba ile	537	29,3
	Anne baba dışı / yalnız	1295	70,7
Son bir yılda herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru			
	Başvurmamış	649	35,4
	Başvurmuş	1183	64,6
Süreğen hastalık varlığı			
	Var	191	10,4
	Yok	1641	89,6
Periyodik muayene yaptırma durumu			
	Yaptırıyor	235	12,8
	Yaptırmıyor	1597	87,2

Tablo 1(devamı). Öğrencilerin özellikleri

Sağlık hizmeti alma			
	Birinci basamak	1284	70,1
	Birinci basamak dışı	548	29,9
Birinci basamak sağlık bakımı ihtiyaçları*			
	Hastalık durumunda muayene olmak	1555	84,9
	İlaçların reçetelenmesi	1234	67,4
	Tahlil yaptırma	917	50,1
	Sağlık raporu alma	895	48,9
	Hastalık nedeniyle istirahat raporu alma	592	32,3
	Danışmanlık alma	99	5,4
Danışmanlık istenen konular*			
	Genel Sağlık Eğitimi	628	34,3
	Psikolojik danışmanlık	471	25,7
	Beslenme	420	22,9
	Üreme sağlığı	209	11,4
	Sigara bırakma danışmanlığı	194	10,6
Sağlık konusunda bilgi alma*			
	Hekim/sağlık personelinde	1131	60,5
	İnternet/medyadan	702	37,2
	Ebeveynimden/akrabamdan	605	32,0
	Arkadaşımdan	198	10,5

*Öğrenciler birden fazla seçenek işaretleyebilmişlerdir.

Öğrencilerin yaş ortalaması 20.95 ± 1.74 , %50,9'u kadın olup çoğunluğu (%70,7) anne/babadan farklı bir yerde ya da yalnız yaşadıklarını bildirmiştir. Öğrencilerin %35,4'ü (n=649) son bir yılda, herhangi bir sağlık kuruluşuna hiç başvurmadığını belirtmiştir. Öğrencilerin çoğunluğunda süregelen bir hastalık olmayıp (%89,6) periyodik sağlık muayenesi (hastalık olmasa bile herhangi bir nedenle aile hekimine başvurma durumu) yaptırmamıştır (%87,2). Sağlık hizmeti için nereye başvurdukları değerlendirildiğinde %70,1'i birinci basamağa başvurduğunu belirtmiştir. Öğrencilere birinci basamağa başvurduğunda almak istedikleri sağlık hizmetleri sorulduğunda, sağlık ihtiyaçları açısından en çok hastalık durumunda muayene olmak (%84,9) ve ilaçlarının reçete edilmesi (%67,4) olduğunu bildirmişlerdir. Öğrenciler sağlık konusunda en çok hekim/sağlık çalışanı (%60,5)'nden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Sağlık konusunda diğer bilgi kaynakları ise sırasıyla internet/medya (%37,2), ebeveyn/akraba (%32,0) ve arkadaşlar (%10,5) olarak sıralanmıştır. Danışmanlık istenen konular ise sıklık sırasına göre genel sağlık eğitimi, psikolojik danışmanlık, beslenme ve üreme sağlığıdır (%34,3, %25,7, %22,9 ve %11,4).

Tablo 2. Öğrencilerin cinsiyete göre sağlık kurumuna başvuru dağılımları ve birinci basamaktan sağlık hizmeti ihtiyaçları (n=1832)

		Kadın		Erkek		p
		n	%*	n	%*	
Son bir yılda herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru	Başvurmamış	265	40,9	383	59,1	<0,001
	Başvurmuş	667	56,3	517	43,7	
Süreğen hastalık varlığı	Var	127	66,5	64	33,5	<0,001
	Yok	805	49,1	836	50,9	
Periyodik muayene yaptırma durumu	Yaptırıyor	136	57,9	99	42,1	0,022
	Yaptırmıyor	796	49,8	801	50,2	
Birinci basamak sağlık bakımı ihtiyaçları						
Hastalık durumunda muayene olmak	Evet	806	51,8	749	48,2	0,52
	Hayır	126	45,5	151	54,5	
İlaçların reçetelenmesi	Evet	667	54,1	567	45,9	<0,001
	Hayır	265	44,3	333	55,7	
Tahlil yaptırma	Evet	351	59,3	241	40,7	<0,001
	Hayır	581	46,9	659	53,1	
Sağlık raporu alma	Evet	411	44,8	506	55,2	<0,001
	Hayır	521	56,9	394	43,1	
Hastalık nedeniyle istirahat raporu alma	Evet	450	50,3	445	49,7	0,619
	Hayır	482	51,4	455	48,6	
Danışmanlık alma	Evet	52	52,5	47	47,5	0,735
	Hayır	880	50,8	853	49,2	

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Tablo 2’de öğrencilerin cinsiyete göre sağlık kurumuna başvuru dağılımları gösterilmiştir. Son bir yılda sağlık kuruluşuna başvuru oranları kadınlarda daha yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Bununla birlikte araştırmaya katılan öğrencilerin %10,4’ünün sürekli ilaç tedavisi gerektiren bir sağlık sorunu olduğu ve bu sorunun kadın öğrencilerde erkek öğrencilere göre daha yaygın olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Periyodik sağlık muayenesi yaptıran kadın öğrencilerin oranı da erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p=0,022$). Katılımcıların ihtiyaçları cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadın öğrencilerin reçete yazma ve tahlil yaptırma (sırasıyla $p<0,001$; $p<0,001$); erkek öğrencilerin ise sağlık raporu alma beklentisi daha yüksektir ($p<0,001$). Danışmanlık hizmetine olan ihtiyaç düşüktür; kadın ve erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,735$). Bununla birlikte danışmanlık almak isteyenlerin %34,3’ünü ($n=34$) son sınıf öğrencileri oluşturmaktadır ($p=0,048$). Öğrencilerin birinci basamakta sağlık hizmeti alma durumu ve bazı değişkenlerin karşılaştırılması Tablo 3’de yer almaktadır.

Tablo 3. Öğrencilerin birinci basamaktan sağlık hizmeti alma durumlarına göre bazı özelliklerinin dağılımı (n=1832)

		Birinci basamaktan sağlık hizmeti alan		Birinci basamaktan sağlık hizmeti almayan		p	
		N	(%)*	n	(%)*		
Cinsiyet	Kadın	621	66,6	311	33,4	<0,001	
	Erkek	663	73,7	237	26,3		
Sınıf	1	278	64,7	152	35,3	0,045	
	2	297	71,1	121	28,9		
	3	367	72,1	142	27,9		
	4	342	72,0	133	28,0		
Kiminle yaşadığı	Aile	310	57,7	227	42,3	<0,001	
	Aile dışı	974	75,2	321	24,8		
Süreğen hastalık varlığı	Var	128	67,0	63	33,0	0,327	
	Yok	1156	70,4	485	29,6		
Periyodik muayene yaptırma durumu	Yaptırıyor	147	62,6	88	37,4	0,007	
	Yaptırmıyor	1137	71,2	460	29,8		
Birinci basamak sağlık bakımı ihtiyacı	Akut durumlar için muayene olmak	Evet	1058	68,0	497	32,0	<0,001
		Hayır	226	81,6	51	18,4	
	İlaçlarının reçetelenmesi	Evet	827	67,0	407	33,0	<0,001
		Hayır	457	76,4	141	23,6	
	Tahlil yaptırma	Evet	401	67,7	191	32,3	0,129
		Hayır	883	71,2	357	28,8	
	Sağlık raporu alma	Evet	642	70,0	275	30,0	0,943
		Hayır	642	70,2	273	29,8	
	Hastalık nedeniyle istirahat raporu alma	Evet	607	68,7	288	32,2	0,038
		Hayır	677	72,3	260	27,7	
	Danışmanlık alma	Evet	67	67,7	32	32,3	0,590
		Hayır	1217	70,2	516	29,8	

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Ailesinden uzakta yaşayanlar birinci basamak sağlık hizmetlerine daha çok başvurmuştur ($p<0,001$). Birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlananları çoğunluğu periyodik sağlık muayenesi yerine ($p=0,007$) daha çok akut ihtiyaç durumunda ($p<0,001$) başvurmak istemektedir.

Tartışma

Bu araştırmada üniversite öğrencilerinin sağlık hizmeti kullanım durumları ve bakım ihtiyaçlarını belirlemek amaçlanmıştır. Gençler, sadece toplum ve yetişkinler tarafından değil, kendileri ve/ya akrabaları tarafından da sağlıklı bir grup olarak tanımlanmakta ve kabul edilmektedirler. Kendilerini sağlıklı bulan bu nüfusun sağlık kuruluşlarına başvuruları da kısıtlı olabilmektedir. Üniversite eğitimi süresince yaşam, sağlık odaklı değil de eğitim odaklı devam etmekle birlikte gençlerin akut sağlık sorunları da gündem olmaktadır. Böyle olmasına karşın gençlerin bu durumlarda bile sağlık hizmetine başvurmaları genellikle az sayıdadır. Bu araştırmada da gençlerin herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuru oranları düşük bulunmuştur. Bunun nedeni genç nüfusun daha az sağlık hizmeti arama ihtiyacı duyması olabilir. Ancak bu dönemde riskli davranışlar ve bunun sonucunda yaşanabilecek sağlık sorunları açısından dikkatli olunması gerekmektedir.¹⁴ Bu nedenlerle bu konunun ve nedenlerinin ortaya çıkarılması yapılacak sağlık uyarıları açısından önem taşımaktadır. Bu yaş grubundaki gençlerin sağlık arama davranışının düzenlenebilmesi, yaşa uygun taramaların yapılabilmesi amacıyla sağlık kuruluşlarına başvuru oranlarını arttıracak düzenlemeler yapılması da bu farkındalığı artıracaktır. Bu açılardan değerlendirildiğinde benzer konularda yapılan araştırmalar da bu konunun önemine dikkat çekmektedir. Bununla ilgili yapılabilecek farkındalık ve gerekli müdahaleyi sağlayacak çözüm yolları geliştirilmeye çalışılmaktadır.^{15,16}

Yapılan araştırmalarda üniversite öğrencilerinin/gençlerin hekimle sürekli bir ilişki kurması aile hekimlerinin kişisel hekimler olması ve hastayla ilişkisinin sürekliliğine vurgu yapılmaktadır.^{16,17} Araştırmamızda farklı özelliklerine göre öğrencilerin birinci basamağa başvuru durumu da değişmektedir. Örneğin ebeveynleri ile yaşamayan öğrencilerin aile hekimliğine başvuruları fazladır. Son sınıflara doğru geldikçe de birinci basamağa başvuran öğrenciler artmaktadır. Bu oranların daha yüksek olmasında aile hekimlerinin kolay ulaşılabilir olması ya da aile hekimliğinin bilinirliğinin öğrenciler arasında yıllar içinde artması gibi özellikler etkili olabilir. Birinci basamağa başvurunun sınırlı olması konusunda sorun sadece gençlerle ilgili değildir. Aile hekimine başvuru önündeki engeller konusunda yapılan çeşitli çalışmalar mevcuttur. Bu araştırmalarda kişilerin birinci basamağa başvurusunun önündeki engellerin belirlenmesi ve bu engellerin aşılması için yapılması gerekenler hasta ile temas oranlarını arttırabilir denilmektedir.^{18,19} Araştırmamızda periyodik muayenelere katılım oranı düşük bulunmuştur bununla birlikte aile hekimine başvuranlarda bu oranın daha da düşük olduğu gözlenmiştir. Temasın artırılması sadece rakamsal olarak değil içerik olarak da önemlidir. Bu görüşmelerde periyodik muayeneler, sağlığı koruma ve geliştirme için kazanılmış fırsatlar olduğu da gözden kaçırılmamalıdır.

Araştırmamızda da gösterildiği gibi birinci basamak bakım ihtiyaçları sorulduğunda öğrencilerin akut sorunlarının çözülmesi isteği daha fazladır. Öte yandan öğrenciler danışmanlık hizmeti istememektedir. Son sınıf öğrencileri dışında danışmanlık talebi düşüktür. Sağlığın korunmasının önemi açısından sağlık kuruluşuna genel başvurunun sınırlı olduğu bu yaş grubunda danışmanlık hizmeti vermek de zordur. Bu konuda da yine başvuru önündeki sağlık arama tutum ve davranış özelliklerinin gözden geçirilmesi doğru bir yaklaşım olabilir. Bu konunun bileşenlerinden olan sağlık okuryazarlığı oranları ülkemizde üniversite öğrencilerinde de düşüktür. Araştırmalar bu durumun sağlıklı yaşama biçimi ve sağlığı koruma davranışlarını da etkilediğini göstermektedir.^{20,21} Çalışmamızda öğrencilerin sağlık okuryazarlığı durumu belirlenmemesine karşın sağlıkla ilgili ihtiyaçlarının belirlenmesi sağlık arama davranışı ve sağlık okuryazarlığı üzerinde farkındalık oluşturacaktır. Araştırmamızda öğrencilerin en çok talep ettikleri danışmanlık konuları sırasıyla sağlık eğitimi, psikolojik danışmanlık, beslenme, üreme sağlığı ve sigara bağımlılığı olmuştur. Bu konular tüm dünyada gençler için önem arz ettiği düşünülen konulardır.²² Bazı çalışmalarda üniversite öğrencilerinin sağlıkla ilgili bilgi almak için en sık interneti kullandığı; ikinci olarak ebeveynleri ve arkadaşlarından sonra sağlık çalışanlarından bilgi aldıkları belirtilmiştir.^{23,24} Araştırmamızda ise öğrenciler sağlıkla ilgili bilgileri çoğunlukla sağlık çalışanlarından aldıklarını ifade etmiştir. Bu durum bir ölçüde ülkemizde gençlerin sağlık çalışanlarına olan güvenini de ifade etmektedir. Dolayısıyla başvuran gençlere herhangi bir nedenle danışmanlık isteyip istemedikleri daha fazla sorulmalı, sıklıkla danışmanlık almayı istedikleri bu konularda onlara danışmanlık verilebileceği her görüşmede mutlaka vurgulanmalı ve bu hizmetin sağlanması için vakit ayrılmalıdır.

Araştırmamızda genel olarak gençlerin akut durumlar için başvurularının daha fazla olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, cinsiyete göre ihtiyaçlar da değişmektedir. Kadın öğrencilerin reçete yazılması ve laboratuvar muayenesi ihtiyacı daha fazlayken; erkeklerin sağlık raporu alma ihtiyaçları daha yüksektir. Gençlerin ehliyet için sağlık raporu alma gibi taleplerinde riskli davranışlar da dikkate alınmalı ve gerekiyorsa danışmanlık hizmeti sağlanmalıdır. Kadınların erkeklere göre daha fazla sağlık sorunu yaşadıkları ve sağlık kuruluşlarına başvurularının fazla olduğu gösterilmiştir.²⁵ Benzer şekilde çalışmamıza katılan kadınların birinci basamak sağlık hizmeti kullanımı ve periyodik sağlık muayenelerine katılımı daha yüksek bulunmuştur. Bazı araştırmalar erkeklerin özel ve önemli sağlık sorunları yaşayabileceklerinin farkında olmalarına rağmen sağlık merkezlerine başvurularının düşük olduğunu göstermektedir. Akrabaları ve mentorları tarafından sağlık sorunlarına çözüm bulma konusunda motive edilirlse başvuruları artabilir. Ancak sağlık arama davranışlarını inceleyen çalışmalarda bu davranışların

yalnızca cinsiyetle açıklanamayacak kadar karmaşık olduğu görülmekte, etkileyebilecek diğer faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır.^{26,27}

Bu araştırma, üniversite öğrencilerinin birinci basamak bakım ihtiyaçlarını çok sayıda katılımcıyla araştırmaktadır. Öte yandan kesitsel araştırmalarda sebep ve sonucun aynı anda değerlendirilmesi nedeniyle karıştırıcı durumlar söz konusu olabilir. Ayrıca çalışmamızda öğrencilere başvuru önündeki engellerin neler olduğu sorulmaması kısıtlılık olarak değerlendirilebilir. Tek merkezde yapıldığı için çalışmanın sonuçlarını genellemek uygun değildir. Ancak ilk adım olarak öğrencilerin temel sağlık ihtiyaçlarının belirlenmesi ve başvuru özelliklerinin göz önünde bulundurulması önemlidir. Bu konudaki eksik ve gereksinimin karşılanmasına yönelik gelecek çalışmalar planlanabilir.

Sonuç

Gençlerin sağlık arama davranışları ve sağlık hizmeti ihtiyaçları yetişkin nüfustan farklılıklar göstermektedir. Sağlık kuruluşlarına başvurular sınırlıdır ve nadiren sağlık hizmeti aramaktadırlar. Üniversite öğrencileri sağlık sorunları yaşadıklarında çoğunlukla birinci basamak sağlık kuruluşlarını tercih etmektedirler. Başvurunun genel olarak sınırlı olduğu bu yaş grubunda birinci basamaktan beklenti genellikle akut sorunlara çözüm bulmak konusundadır ve danışmanlık hizmetlerine yönelik arayışlar da sınırlıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri yalnızca mevcut hastalıklarda değil aynı zamanda sağlığın teşviki ve geliştirilmesini de gerektirir. Bu nedenle gençlerin herhangi bir nedenle danışmanlık hizmeti alması mutlaka gereklidir. Ayrıca danışmanlık hizmeti almanın önündeki engeller de araştırılmalıdır. Ülkemizde üniversite öğrencilerine yönelik tanımlanmış bir sağlık eğitimi programı bulunmamaktadır. Gereksinimlerin belirlenerek sağlık eğitimi programlarına başlanması sağlığı koruma ve bu konuda duyarlılığı arttırmada yararlı olacaktır.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. United Nations (2013). Definition of youth. <http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf>. Erişim Tarihi:20.02.2024.
2. Colver A, Rapley T, Parr JR, McConachie H, Dovey-Pearce G, Le Couteur A et al. Facilitating the transition of young people with long-term conditions through health services from childhood to adulthood: the Transition research programme. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2019 May.
3. Republic of Turkey ministry of health. Health statistics year book 2021. General directorate of health information systems. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/45317/0/siy2021-ingilizcepdf.pdf> Erişim Tarihi:20.02.2024.
4. Dick B, Ferguson BJ. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. *J Adolesc Health*. 2015 Jan;56(1):3-6.
5. Rigby E, Hagell A, Davis M, Gleeson H, Mathews G, Turner G. Getting health services right for 16-25 year-olds. *Arch Dis Child*. 2021 Jan;106(1):9-13.
6. Rowe A, McClelland A, Billingham K. In: Fawcett-Henesy A, editor. Community Health Needs Assessment An introductory guide for the family health nurse in Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen;2001. p:12-13.
7. Oberoi S, Chaudhary N, Patnaik S, Singh A. Understanding health seeking behavior. *J Family Med Prim Care*. 2016;5(2):463-464.
8. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 2023. Türkiye'de Aile Hekimliği. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tr-aile-hekimligi.html> Erişim tarihi:20.02.2024.
9. Us Ö. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran yetişkinlerin aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi düzeyleri. Aile hekimliği uzmanlık tezi. Ankara; 2019.p.31.
10. Çiçek Gümüş E, Güngörmüş Z. İkinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru yapan hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumlarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020; 23(1): 119-126.
11. Kıvanç A, Şahinöz T. Gümüşhane Üniversitesi Öğrencilerinin Aile Hekimliği Konusunda Bilgi Durumlarının Saptanması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;1(1):41-8.

12. Naldöken N, Üniversite Öğrencilerinin Aile Hekimliği Uygulamasına İlişkin Farkındalık Düzeylerinin ve Hizmetten Yararlanma Durumlarının Belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Örneği, Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2016, Yüksek Lisans.
13. Turner JC, Keller A, Wu H, Zimmerman M, Zhang J, Barnes LE. Utilization of primary care among college students with mental health disorders. *Health Psychol.* 2018;37(4):385-393.
14. World Health Organisation. Adolescent and young adult health. Geneva: WHO, 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>. Erişim Tarihi:20.02.2024.
15. McDonagh JE, Farre A, Gleeson H, Rapley T, Dovey-Pearce G, Reape D, et al. Making health care work for young people. *Arch Dis Child* 2018;103:623.
16. Farre A, Wood V, McDonagh Je, et al. Health professionals' and managers' definitions of developmentally appropriate healthcare for young people: conceptual dimensions and embedded controversies. *Arch Dis Child* 2016;101:628-33.
17. Ahmed A, van den Muijsenbergh METC, Vrijhoef HJM. Person-centred care in primary care: What Works for whom, how and in what circumstances? *Health Soc Care Community.* 2022;30(6):e3328-e3341.
18. Corscadden L, Levesque JF, Lewis V, Strumpf E, Breton M and Russell G. Factors associated with multiple barriers to Access to primary care: an international analysis. *International Journal for Equity in Health* 2018; 17:28.
19. Ozdemir FN, Oner C, Cetin H, Simsek EE. Evaluation of Persons Knowledge About Family Medicine Practice Who Rarely Select It: A Cross Sectional Study. *TJFPMC*, 2022;16(4): 823-829.
20. Dinçer A, Kurşun Ş. Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi. *STED* 2017;26(1):20-26.
21. Arıkan, A. Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Üzerindeki Etkisi: Üniversite Öğrencileri Arasında Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara;2020.p.81-82.
22. Tran DT, Silvestri-Elmore A. Healthcare-seeking behaviours in college students and young adults: a review. *J ResNurs.* 2021 Jun;26(4):320-338.
23. Basch CH, MacLean SA, Romero RA and Ethan D. Health information seeking behavior among college students. *Journal of Community Health* 2018;43(6): 1094-1099.
24. Tran DT, Silvestri-Elmore A. Healthcare-seeking behaviours in college students and young adults: a review. *J ResNurs.* 2021 Jun;26(4):320-338.
25. Cotler J, Katz BZ, TorresC and Jason LA. College student symptoms as assessed by a student health survey, *Journal of American College Health* 2022;70(7): 1953-1958.
26. The Lancet. Raising the profile of men's health. *Lancet* 2019;394(10211):1779.
27. Kıracı R. Sağlık Arama Davranışını Etkileyen Faktörler: Yapısal Eşitlik Modellemesine Dayalı Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya;2019.p.121-124.

Original Research / Orijinal Araştırma

Knowledge and Behaviors of Family Physicians and Internal Medicine Physicians Regarding the Use of Magnesium for Supplementation and Treatment

Aile Hekimleri ve İç Hastalıkları Hekimlerinin Takviye ve Tedavi Amaçlı Magnezyum Kullanımına İlişkin Bilgi ve Davranışları

Berfin BABAĞLU¹, İzzet FİDANCI¹, Hilal AKSOY¹, Duygu AYHAN BAŞER¹

Abstract

Objective: To identify indications for magnesium use and assess physicians' knowledge of different formulations of magnesium in medication and supplements

Method: A descriptive study was conducted online via Google Forms between January 18 and April 20, 2023. The study population consisted of family physicians (general practitioners, residents, and specialists) and internal medicine physicians (residents and specialists) in Ankara. All physicians were attempted to be reached, and no sampling calculation was made. The survey consisted of 15 questions.

Results: A total of 119 physicians completed the survey. The mean age of the physicians who participated in our study was 30.47±4.94 years (min=25, max=48) and 62.2% were female. Of them, 69.7% were family physicians, 30.3% were internal medicine physicians, 77.3% were research assistants and 22.7% were specialists. The most common indications for magnesium treatment were muscle cramps (89.1%) and hypomagnesemia (87.4%); the most commonly used preparations were magnesium oxide (79.8%) and magnesium sulfate (32.8%). The most common indications of using magnesium were cramps (32.4%) and insomnia (13.5%); the most frequently used preparations were magnesium oxide (26.3%), magnesium citrate+malate+glycinate (13.1%), and magnesium biglycinate (13.1%). Physicians who had been practicing for more than 5 years prescribed magnesium more (p=0.010), recommended magnesium supplements more (p=0.020), and used magnesium supplements themselves more (p=0.025) than physicians who had been practicing for 5 years or less. It was found that specialists questioned patients' use of vitamin-mineral supplements more (p=0.044) and recommended magnesium supplements more (p=0.001) than residents. It was found that family physicians prescribed the magnesium used by patients more (p<0.001) and recommended more magnesium-rich nutrition to patients (<0.001) than internal medicine physicians.

Conclusion: The physicians who participated in our study preferred magnesium forms covered by social security institution reimbursement for their patients, whereas they preferred forms with higher bioavailability for their own use. It was observed that family physicians provided more magnesium-rich dietary recommendations and prescribed the magnesium used by the patients than internal medicine physicians.

Keywords: Magnesium, nutrition, dietary supplement

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı, aile hekimleri ve iç hastalıkları hekimlerinin magnezyum kullanım endikasyonlarını ve hekimlerin magnezyum preparatlarının içerdiği magnezyum formlarına ilişkin bilgi ve davranışlarını belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki çalışmamız 18 Ocak 2023 ile 20 Nisan 2023 tarihleri arasında Google-Forms üzerinden online olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini Ankara'daki aile hekimleri (pratisyen, asistan ve uzmanlar) ve iç hastalıkları hekimleri (asistan ve uzmanlar) oluşturmuştur. Araştırmamızda tüm hekimlere ulaşılmaya çalışılmış olup, örneklem hesaplaması yapılmamıştır. Anketimizde 15 soru bulunmaktadır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan hekimlerin yaş ortalaması 30.47±4.94 yıl (min=25, max=48) ve %62.2'si kadındı. Katılımcıların %69,7'si aile hekimi, %30,3'ü iç hastalıkları hekimi, %77,3'ü araştırma görevlisi ve %22,7'si uzman hekimdi. Magnezyum tedavisi için en yaygın endikasyonlar kas krampları (%89,1) ve hipomagnezemi (%87,4), en yaygın kullanılan preparatlar ise magnezyum oksit (%79,8) ve magnezyum sülfat (%32,8) idi. Kendisi magnezyum kullanan hekimler en sık kramp (%32,4) ve uykusuzluk (%13,5) endikasyonları ile, en sık magnezyum oksit (%26,3), magnezyum sitrat+malat+glisinat (%13,1) ve magnezyum biglisinat (%13,1) preparatlarını kullanmaktaydı. Beş yıldan uzun süredir çalışan hekimler, beş yıl veya daha kısa süredir çalışan hekimlere kıyasla hastalara daha sık magnezyum reçete etmekte (p=0,010), hasta ve yakınlarına daha sık magnezyum takviyesi önermekte (p=0,020) ve kendileri daha sık magnezyum takviyesi kullanmaktaydı (p=0,025). Uzman hekimlerin asistan hekimlere kıyasla hastaların vitamin-mineral takviyesi kullanımını daha fazla sorguladığı (p=0,044) ve hastalarına daha fazla magnezyum takviyesi önerdiği (p=0,001) tespit edildi. Aile hekimlerinin hastaların kullandığı magnezyumu, dahiliye hekimlerine göre daha fazla reçete ettiği (p<0,001) ve hastalara magnezyumdan zengin beslenmeyi ile ilgili daha çok bilgi verdiği (<0,001) bulundu.

Sonuç: Çalışmamıza katılan hekimler, hastaları için sosyal güvenlik kurumu geri ödeme kapsamında olan magnezyum preparatlarını tercih ederken, kendi kullanımları için biyoyararlanımı daha yüksek olan formları tercih etmişlerdir. Aile hekimlerinin dahiliye hekimlerine göre hastalarına daha fazla magnezyumdan zengin beslenme önerilerinde buldukları ve hastaların kullandığı magnezyumu daha sık reçete ettikleri görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Magnezyum, beslenme, besin takviyesi.

Geliş tarihi / Received: 25.05.2024 Kabul tarihi / Accepted: 09.10.2024

¹ Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye.

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Berfin BABAĞLU, Hacettepe University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Ankara, Turkey.

E-posta: berfinblgc@gmail.com Tel: +90 5058644725

Babaoğlu B. Fidancı İ. Aksoy H. Ayhan Başer D. **Knowledge and Behaviors of Family Physicians and Internal Medicine Physicians Regarding the Use of Magnesium for Supplementation and Treatment.** TJFMPC, 2024; 18 (4):406-415

DOI: 10.21763/tjfm.1485280

Introduction

Magnesium is a vital element which is involved in various functions almost all organs and systems in the human body. Magnesium has a regulatory role in more than 300 enzyme systems. Some of its important functions in the human body are listed below:

- Synthesis functions: Protein synthesis, DNA-RNA synthesis, glutathione synthesis,
- Muscle and nerve functions by controlling the passage of calcium and potassium across cell membranes,
- Regulation of blood sugar by glycolysis, and oxidative phosphorylation,
- Synthesis and regulation of vitamin D and parathormone,
- Control of bone formation through its role in osteoblast and osteoclast functions,
- Regulation of blood pressure,
- Playing role in neurotransmitter synthesis and release,
- Presence in the structure of ATP.¹

Magnesium is naturally found in green leafy vegetables, unprocessed grains, nuts, and seeds.² Over time, the consumption of magnesium in diets has declined, largely due to poor dietary choices like processed foods and animal products, as well as insufficient intake of vegetables, seeds, and whole grains. Based on the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2013-2016, about 48% of the United States population do not meet the recommended daily magnesium intake.³ Similarly, according to the recent Türkiye Ministry of Health Türkiye Nutrition Guide (TÜBER) 2022, nearly half of the population in Türkiye is unable to fulfill their daily magnesium requirements through dietary intake alone.⁴

The consumption of dietary supplements has surged in recent years, particularly in response to health worries stemming from the COVID-19 pandemic. This increase can be attributed to targeted advertising and social media campaigns. According to a report from the Food Supplement and Nutrition Association, sales of minerals and dietary supplements have risen by 140% on a weekly basis since March 2020.⁵ Before the pandemic, 13% of the population in Türkiye used dietary supplements, but this number increased to 27% during the pandemic period, according to survey studies. The prevalence of supplementary food use in Türkiye has been found to range between 13% and 66% in different studies.⁶ There has been an increase in the use of magnesium supplements, along with other supplements, during this period. Despite the limited level of evidence, magnesium supplements are suggested for various conditions, including insomnia, blood glucose regulation, depression, migraine, restless leg, and premenstrual syndrome. According to a study, physicians were the primary source of information about which supplement to use before and during the COVID -19 pandemic.⁷ In order to uphold physicians as the primary source of information regarding dietary supplements, it is crucial to ensure that they maintain high levels of awareness and knowledge. This is especially vital for internal medicine and family physicians, who regularly engage with the general adult population. With the increasing use of dietary supplements, it is essential for these healthcare providers to remain well-informed and current. Internal medicine and family physicians bear the important responsibility of striking a balance between safeguarding society from potential harms of supplements and ensuring that individuals are not deprived of potential benefits.

This study aimed to identify indications for magnesium use and assess physicians' knowledge of different formulations of magnesium in medication and supplements.

Methods

The descriptive study was conducted with family physicians and internal medicine physicians online via Google Forms between January 18, 2023 and April 20, 2023. The population of the study consisted of family physicians (general practitioners, residents, and specialists) and internal medicine physicians (residents and specialists) in Ankara, Türkiye. The survey link, which included the necessary permissions, was sent to social media groups including general practitioners, family medicine residents, specialists; internal medicine residents and specialists in Ankara.

In our study, all physicians were attempted to be reached, because the correct number of our population (family physicians and internal medicine physicians working in Ankara) could not be reached so we were unable to make a sample calculation. Representativeness was not aimed in this study. Those who engaged with the survey via survey link and agreed to answer were included in the study.

The inclusion criteria were being a family physicians (general practitioner, resident, or specialist) or an internal medicine physician (resident or specialist), actively practicing, and answering all questions in the survey.

Research data were collected online with a 15-question questionnaire. The questions were developed in light of the literature. In the first part of the survey, demographic characteristics of physicians such as age and gender; in the

second part, professional characteristics such as the number of years of professional experience, specialization status, and specialities were questioned. In the last part of the questionnaire, questions were asked to determine the behaviors of physicians regarding magnesium supplementation and treatment.

The questionnaire was conducted via Google Forms. At the beginning of the questionnaire, the informed consent was obtained.

Statistical Analysis

The data obtained in the study were transferred to electronic media (data entry) and statistical analyses of the data were performed by using IBM SPSS Statistics for Windows, version 23.0 (IBM Corp. Released 2015. Armonk, NY: IBM Corp) statistical computer package program licensed by Hacettepe University.

In the analyses, descriptive statistics were expressed as distributions, percentages, means, minimum-maximum values, and standard deviations. For categorical variables, Pearson's Chi-square test was used to evaluate whether there was a difference between the groups, and Fisher's exact test was used when necessary in a 2x2 arrangement. A p value of <0.05 was considered statistically significant.

Ethics committee approval

The ethics committee approval was obtained from Hacettepe University Non-interventional Clinical Research Ethics Committee on March 07, 2023 with decision number of 2023/04-17.

Results

One hundred and nineteen participants were included, the mean age of the physicians was 30.47 ± 4.94 years (min=25; max=48) and 62.2% were female. Other professional characteristics of the participants are shown in Table 1.

Table 1. Occupational characteristics of the physicians

Occupational characteristics		n	%
Years in profession (year)	≤4	58	48.7
	5-9	45	37.8
	10-14	8	6.7
	≥15	8	6.7
Title	Research assistant	92	77.3
	Specialist	27	22.7
Specialty	Family medicine	83	69.7
	Internal medicine	36	30.3

Among the participants, 33.6% used magnesium supplements (Figure 1).

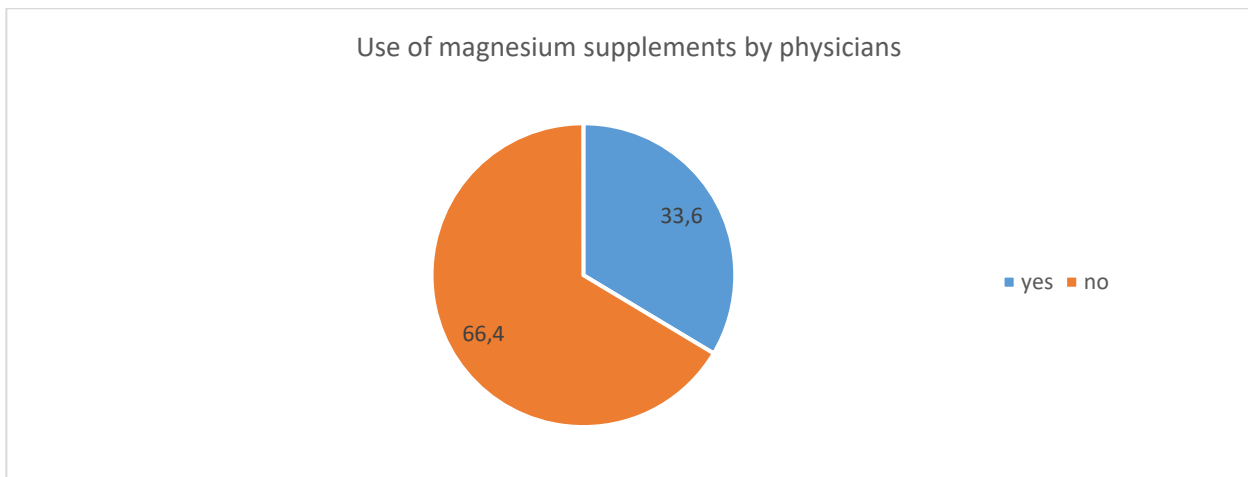


Figure 1. Frequency of magnesium supplement use by physicians

Specialists reported obtaining information on magnesium use from congresses more frequently than other physicians ($p=0.002$). On the other hand, internal medicine physicians mentioned obtaining more information about magnesium use from residency training compared to family physicians ($p<0.001$). Additionally, internal medicine physicians reported using social media and television programs as the sources of information on magnesium use less often than family physicians ($p=0.003$).

Of the physicians, 48.7% believe that people's magnesium intake through their diet is inadequate due to current societal dietary habits. Of them, 37% are unsure about the adequacy of magnesium intake, while only 14.3% believe that it is sufficient. 16% of physicians reported that they do not provide magnesium-rich dietary recommendations to their patients, citing a lack of knowledge on the topic. For those who do offer recommendations for magnesium support, nuts (especially almonds) are suggested 31.1% of the time, followed closely by bananas at 29.4% (Figure 2).

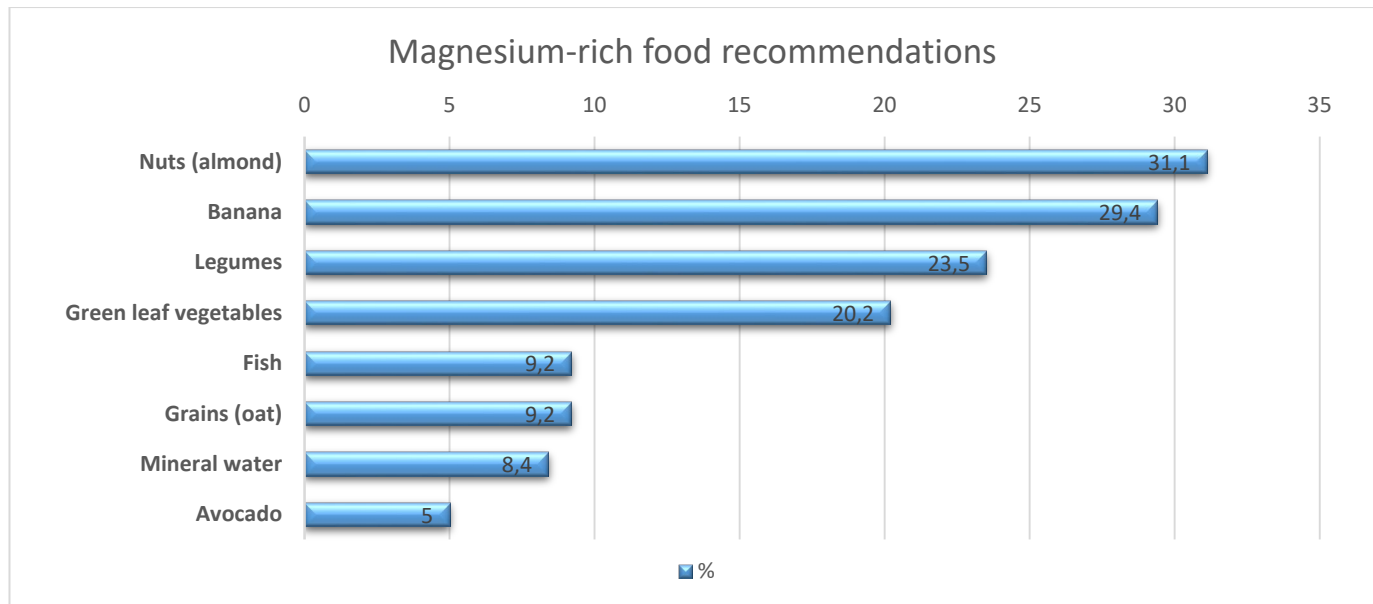


Figure 2. Percentage and distribution of foods recommended by physicians

The data in Table 2 illustrates the prevalence of indications for magnesium use among physicians who prescribed magnesium treatment. The most frequent indications for prescribing magnesium treatment were muscle cramps (89.1%) and hypomagnesemia (87.4%). The most prevalent reasons for recommending magnesium supplementation were increasing exercise capacity (54.6%) and managing insomnia (38.7%). Among physicians who used magnesium supplements themselves, the primary reasons were muscle cramps (32.4%) and insomnia (13.5%).

Table 2. *Distribution of behaviours of physicians related with indications for magnesium*

Indications for magnesium treatment		
Indication	%	n
Muscle cramps	89.1	106
Hypomagnesemia	87.4	104
Constipation	50.4	60
Restless leg syndrome	41.2	49
Migraine	24.4	29
Arrhythmia	16.8	20
Chronic obstructive pulmonary disease	15.1	18
Asthma attack	12.6	15
Eclampsia	9.2	11
Gastroesophageal reflux/ Gastritis	6.7	8
Indications for magnesium supplements		
Indication	%	n
Enhancing exercise capacity	54.6	65
Insomnia	38.7	46
Premenstrual syndrome	37.8	45
Depression	31.9	38
Prevention of osteoporosis	26.1	31
Regulation of hypertension	10.9	13
None	10.9	13
Regulation of blood glucose	5.9	7
Indications for the use of magnesium supplements by doctors for themselves		
Indication	%	n
Muscle cramps	32.4	12
Insomnia	13.5	5
Mood disorder (depression)	10.8	4
Enhancing exercise capacity	10.8	4
Restless leg syndrome	8.1	3
Migraine	8.1	3
Dysmenorrhea	5.4	2
Constipation	2.7	1
Regulation of hypertension	2.7	1
Brain fog	2.7	1
Premenstrual syndrome	2.7	1
More than one answer could be chosen.		

Table 3 shows the distribution of magnesium preparations recommended by physicians to their patients and the preparations used by physicians who themselves take magnesium supplements. It was found that magnesium oxide was the most frequently recommended preparation (79.8%), followed by magnesium sulfate (32.8%), and magnesium carbonate (30.3%). On the other hand, physicians who take magnesium supplements themselves predominantly used magnesium oxide (26.3%) and a combination of magnesium citrate, malate, and glycinate (13.1%).

Table 3. *Distribution of behaviours of physicians related with magnesium preparations*

Distribution of magnesium preparations recommended to patients by physicians		
Magnesium (Mg) preparation	%	n
Mg oxide	79.8	95
Mg sulphate	32.8	39
Mg carbonate	30.3	36
Mg citrate	21.0	25
Mg citrate + pyridoxine	18.5	22
Mg citrate + malate + glycinate	17.6	21
Mg malate + biglycinate + acetyltaurate	14.3	17
Mg L-theronate	7.6	9
Mg-malate	5.9	7
Mg-biglycinate	4.2	5
Mg-aspartate	1.7	2
Distribution of magnesium preparations used by physicians for themselves		
Mg preparation	%	n
Mg oxide	26.3	10
Mg citrate + malate + glycinate	13.1	5
Mg biglycinate	13.1	5
Mg citrate	7.8	3
Mg carbonate + oxide	7.8	3
Mg malate	5.2	2
Mg malate + biglycinate + acetyl taurate	2.6	1
Mg citrate + pyridoxine	2.6	1
Mg carbonate	2.6	1
Not specified	18.4	7
More than one answer could be chosen.		

When analyzing the behaviors of physicians regarding the use of magnesium, it was found that female physicians were more likely to believe that adequate magnesium intake could not be obtained through diet compared to male physicians ($p=0.009$). However, no statistically significant difference was found between genders regarding other magnesium-related behaviors.

Table 4 provides a detailed breakdown of physicians' behaviors regarding magnesium use based on the duration of their practice, their specialty status, and their specialty field.

Regarding the duration of physicians' practice, those who had been practicing for more than 5 years were found to prescribe magnesium more frequently ($p=0.010$), recommend magnesium supplements to their patients and relatives more often ($p=0.020$), and use magnesium supplements themselves more often ($p=0.025$) compared to physicians who had been practicing for 5 years or less.

The study also examined the attitudes of physicians towards the use of magnesium supplements based on their specialty status and specialty field. It was found that specialist physicians were more likely to recommend magnesium supplements compared to residents ($p=0.001$). Additionally, specialist physicians were more likely to question their patients about the use of vitamin-mineral supplements ($p=0.044$) and recommend magnesium supplements to both their patients and their relatives more frequently ($p=0.001$). However, there was no significant difference in the use of magnesium supplements based on the specialty status of the physicians ($p>0.05$).

The study found that family physicians were more likely to prescribe magnesium supplements that the patient was already using ($p<0.001$) and provide more magnesium-rich nutrition recommendations to patients ($p<0.001$) compared to internal medicine physicians. However, there was no significant difference in the use of magnesium supplements based on the branches of physicians ($p>0.05$).

Table 4. Physicians' behaviors regarding magnesium use according to practicing time as a physician, their specialty status, and their specialty field

		Working time as a physician				p	Specialty status				p	Specialty field				p
		≤5 years		>5 years			Residents		Specialist			Family Medicine		Internal Medicine		
		%	n	%	n		%	n	%	n		%	n	%	n	
Status of prescribing the magnesium that the patient is using	No	13.2	10	2.3	1	0.010	10.9	10	3.7	1	0.180	4.8	4	19.4	7	<0.001
	Yes	26.3	20	51.2	22		38.0	35	25.9	7		45.8	38	11.1	4	
	Sometimes	60.5	46	46.5	20		51.1	47	70.4	19		49.4	41	69.4	25	
Status of questioning the vitamin and mineral supplements used by the patient	No	10.5	8	11.6	5	0.317	14.1	13	0.0	0	0.044	12.0	10	8.3	3	0.610
	Yes	38.2	29	51.2	22		38.0	35	59.3	16		44.6	37	38.9	14	
	Sometimes	51.3	39	37.2	16		47.8	44	40.7	11		43.4	36	52.8	19	
Do you think people get enough magnesium from food?	No	44.7	34	55.8	24	0.467	45.7	42	59.3	16	0.377	51.8	43	41.7	15	0.245
	Yes	14.5	11	14.0	6		14.1	13	14.8	4		10.8	9	22.2	8	
	No idea	40.8	31	30.2	13		40.2	37	25.9	7		37.3	31	36.1	13	
Status of recommendation of magnesium supplementation to patients/relatives	No	42.1	32	20.9	9	0.020	42.4	39	7.4	2	0.001	31.3	26	41.7	15	0.276
	Yes	57.9	44	79.1	34		57.6	53	92.6	25		68.7	57	58.3	21	
Status of magnesium supplementation use	No	73.7	56	53.5	23	0.025	69.6	64	55.6	15	0.175	62.7	52	75.0	27	0.190
	Yes	26.3	20	46.5	20		30.4	28	44.4	12		37.3	31	25.0	9	
Status of giving magnesium rich nutrition recommendations to patients	No	18.4	14	11.6	5	0.331	18.5	17	7.4	2	0.167	4.8	4	41.7	15	<0.001
	Yes	81.6	62	88.4	38		81.5	75	92.6	25		95.2	79	58.3	21	

Chi-square test was used.

Discussion

The purpose of the study was to assess the knowledge and practices of family physicians and internal medicine physicians in recommending and using magnesium supplements. The study found that magnesium was commonly used for treating muscle cramps and hypomagnesemia, and the most common reasons for supplementation were increased exercise capacity and insomnia. Physicians who used magnesium supplements themselves also reported using them for muscle cramps and insomnia. The most frequently recommended magnesium preparations were magnesium oxide, magnesium sulphate, and magnesium carbonate. Meanwhile, physicians who personally took magnesium supplements commonly used magnesium oxide and a combination of magnesium citrate, malate, and glycinate.

Our study found that family physicians tend to give their patients more dietary recommendations rich in magnesium compared to internal medicine physicians. The reason for this result might be about the biophysicosocial approach of family physicians, especially the disease management aspects of family physicians include both treatment and lifestyle change recommendations, so in daily practice, they might spend more time for lifestyle recommendations, such as diets. However, 16% of the physicians participating in the study admitted to having no knowledge about magnesium-rich foods and did not discuss the matter with their patients. According to TÜBER 2022, 49% of the population in our country does not receive the daily requirement of magnesium, which is essential for optimum health.⁴ As people age, the rate of not meeting the daily magnesium requirement with diet increases to 67% over the age of 65 and 75% over the age of 75.⁴ This highlights the importance of providing magnesium-rich dietary recommendations and even considering the use of magnesium supplements, particularly among the elderly population. It is crucial for all physicians to have knowledge about this issue and to educate their community, especially in terms of preventive medicine.

According to TÜBER 2022, foods that are high in magnesium include whole grains, dried legumes, nuts, green vegetables, milk, and dark chocolate.⁴ In 2015, the US Food and Agriculture Research Service listed pumpkin seeds (156 mg), chia seeds (111 mg), almonds (80 mg), spinach (78 mg), cashews (74 mg), peanuts (63 mg), and soy milk (61 mg) as the top foods that are rich in magnesium per serving.⁸ Our study found that after nuts (especially almonds), bananas were recommended second most frequently with a 29% recommendation rate. However, one serving of banana with a magnesium content of 30 mg falls in the middle of the list of magnesium-rich foods. In general, 9.2% of the participating physicians in our study recommended fish and seafood as magnesium-rich foods. However, seafood other than salmon is not considered a magnesium-rich diet.⁸ The magnesium-rich dietary recommendations given by the participating physicians in our study align with the aforementioned nutrition guidelines. It is imperative to increase the knowledge of physicians about magnesium-rich foods or to raise their awareness about referring their patients to a dietician for nutrition education.

The physicians who participated in our study reported that they most frequently used magnesium oxide (79.8%) and magnesium sulphate (32.8%) for their patients. These two forms are believed to be more popular among physicians and patients because they are available through government health insurance reimbursement. When the physicians' own magnesium supplements were examined, magnesium oxide was the most commonly used form. Additionally, it was found that physicians preferred preparations containing magnesium biglycinate and magnesium citrate+malate+glycinate combination for their own use, even though they were not covered by insurance, more than those prescribed for their patients.

In our study, we noticed that only a small number of physicians recommended magnesium supplements other than magnesium oxide and sulphate. However, magnesium oxide, which contains the highest amount of elemental magnesium, has low intestinal bioavailability (only 10%) and can cause more laxative side effects.^{9,10} On the other hand, magnesium citrate is affordable and has relatively high bioavailability (25-30%).¹¹ Magnesium forms that are bound to amino acids like magnesium aspartate and taurate are generally more bioavailable than magnesium oxide but less bioavailable than magnesium citrate.¹² Unlike other magnesium supplements, magnesium biglycinate is highly bioavailable because it is absorbed from different areas of the intestines.¹³

While magnesium therapy is commonly used for conditions such as muscle cramps, constipation, restless leg syndrome, it has also been identified as a potential treatment for insomnia,¹⁴ premenstrual syndrome,¹⁵ insulin resistance, and glycemic control. According to a randomized controlled study conducted by El-Derawi et al. in 2018, patients with type 2 diabetes experienced a significant decrease in HbA1c, insulin levels, and HOMA indices after taking 250 mg of oral elemental magnesium daily for 3 months.¹⁶ A meta-analysis conducted by Qu et al. in 2022 also found that oral magnesium replacement improved fasting blood glucose, insulin levels, and oxidative stress markers in patients with gestational diabetes compared to control groups.¹⁷ A meta-analysis conducted by Zhang et al. in 2016 observed a mean decrease of 2 mmHg in systolic blood pressure and a mean decrease of 1.78 mmHg in diastolic blood pressure with 368 mg/day magnesium supplementation for a median of 3 months in 2028 hypertension patients.¹⁸ Magnesium is believed to act as a natural calcium channel blocker, causing vasodilation, and may reduce oxidative stress, thus protecting against cardiovascular diseases.¹⁹ Our study found that the rates of

use of magnesium supplements for the regulation of blood glucose and hypertension were 5.9% and 10.9%, respectively. While routine magnesium use in patients with diabetes and hypertension may not yet be recommended, it's essential to keep in mind that these patient groups, which are frequently encountered in the clinic, may benefit from magnesium supplementation.

Our study has some limitations. Firstly, the number of participants was small. Additionally, the questionnaire was completed on an online platform which might have affected the quality of the responses. However, one of the positive aspects of our study was that we not only investigated the use of magnesium treatment and supplementation but also explored the specific magnesium preparations that internal medicine and family physicians preferred to prescribe.

Conclusion

Our study found that physicians who had more experience and were specialists were more interested in magnesium preparations. We also observed that the physicians preferred magnesium forms that were covered by the government's health insurance reimbursement for their patients. However, they preferred forms that had higher bioavailability for their own use. Furthermore, we found that family physicians provided more magnesium-rich dietary recommendations to their patients and prescribed magnesium supplements more frequently compared to internal medicine physicians. According to our results, training intervention studies could be planned for each group and residency training programs could be restructured about supplements like magnesium.

Acknowledgment:

Our research has not been presented at any congress or in any journal. There has also been no institutional support with regard to the study.

Conflict of interest: No conflict of interest is declared by the authors

References

1. de Baaij JH, Hoenderop JG, Bindels RJ. Magnesium in man: implications for health and disease. *Physiol Rev.* 2015; 95 (1): 1-46.
2. Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2015. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031: 35. Ankara 2016. Website: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/10915,tuber-turkiye-beslenme-rehberipdf.pdf> (accessed 06/11/2023) (in Turkish)
3. United States Department of Agriculture (USDA). Agricultural Research Service. 2019. Usual Nutrient Intake from Food and Beverages, by Gender and Age, What We Eat in America, NHANES 2013-2016. Website: https://www.ars.usda.gov/ARSPUserFiles/80400530/pdf/usual/Usual_Intake_gender_WWEIA_2013_2016.pdf (accessed 10/11/2023).
4. Türkiye Beslenme Rehberi (TÜBER) 2022. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Sağlık Bakanlığı Yayın No:1031: 321. Ankara 2022. Website: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Rehberler/Turkiye_Beslenme_Rehber_TUBER_2022_min.pdf (accessed 11/06/2023) (in Turkish)
5. Food Supplement and Nutrition Association. Food supplement use and nutritional habits measurement survey- December 2020. (Online) Website: <https://gtbd.org.tr/gida-takviyesi-kullanimi-ve-beslenme-aliskanliklari-olcumu-anketi-2/> (accessed 11/06/2023) (in Turkish)
6. Savlak N, Çağında Ö, Dedeoğlu M, İnce C, Köse E. An overview of the dietary supplements in Türkiye and the world. *The Journal of FOOD.* 2022; 47 (4), (in Turkish). <https://doi.org/10.15237/gida.GD22021>
7. Özdemir, D. C., Akarsu, B., Başer, D. A., Fidancı, İ., Aksoy, H., & Cankurtaran, M. Evaluation of Adults' Attitudes, Behaviors and Related Factors on Use of Nutritional Support in the COVID-19 Pandemic: A Descriptive Study. *Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences.* 2022; 7 (2): 307-319. <https://doi.org/10.5336/healthsci.2021-85276>
8. United States Department of Agriculture (USDA). National Nutrient Database for Standard Reference Release 28. Website: <https://ods.od.nih.gov/pubs/usdandb/magnesium-content.pdf> (accessed 11/06/2023)
9. Ranade V, Somberg J. Bioavailability and pharmacokinetics of magnesium after administration of magnesium salts to humans. *American journal of therapeutics.* 2001; 8 (5): 345-57. <https://doi.org/10.1097/00045391-200109000-00008>
10. Blanquaert L, Vervaet C, Derave W. Predicting and testing bioavailability of magnesium supplements. *Nutrients.* 2019; 11 (7): 1663. <https://doi.org/10.3390/nu11071663>

11. Walker AF, Marakis G, Christic S, Byng M. Mg citrate found more bioavailable than other Mg preparations in a randomised, double-blind study. *Magnesium research*. 2003; 16 (3): 183-91. PMID: 14596323.
12. Mühlbauer B, Schwenk M, Coram WM, Antonin KH, Etienne P, et al. Magnesium-L-aspartate-HCl and magnesium-oxide: bioavailability in healthy volunteers. *Eur J Clin Pharmacol*. 1991; 40 (4): 437-8. doi: 10.1007/BF00265863.
13. Schuette SA, Lashner BA, Janghorbani M. Bioavailability of magnesium diglycinate vs magnesium oxide in patients with ileal resection. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 1994; 18 (5): 430-5. <https://doi.org/10.1177/0148607194018005430>
14. Abbasi B, Kimiagar M, Sadeghniaat K, Shirazi MM, Hedayati M, et al. The effect of magnesium supplementation on primary insomnia in elderly: A double-blind placebo-controlled clinical trial. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2012; 17 (12): 1161. PMID: 23853635
15. Quaranta S, Buscaglia M, Meroni M, Colombo E, Cella S. Pilot study of the efficacy and safety of a modified-release magnesium 250mg tablet (Sincromag®) for the treatment of premenstrual syndrome. *Clinical drug investigation*. 2007; 27: 51-8. <https://doi.org/10.2165/00044011-200727010-00004>
16. ELDerawi WA, Naser IA, Taleb MH, Abutair AS. The effects of oral magnesium supplementation on glycemic response among type 2 diabetes patients. *Nutrients*. 2018; 11 (1): 44. <https://doi.org/10.3390/nu11010044>
17. Qu Q, Rong R, Yu J. Effect of magnesium supplementation on pregnancy outcome in gestational diabetes mellitus patients: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Food Science & Nutrition*. 2022; 10 (10): 3193-202. <https://doi.org/10.1002/fsn3.2561>
18. Zhang X, Li Y, Del Gobbo LC, Rosanoff A, Wang J, et al. Effects of magnesium supplementation on blood pressure: a meta-analysis of randomized double-blind placebo-controlled trials. *Hypertension*. 2016; 68 (2): 324-33. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.116.07664>
19. Houston M. The role of magnesium in hypertension and cardiovascular disease. *Journal of Clinical Hypertension*. 2011; 13 (11): 843-7. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2011.00538.x>



Original Research / Orijinal Araştırma

The Relationship between Midwives' Professional Values and Their Happiness and Professional Belongings

Ebelerin Profesyonel Değerlerinin Mutluluk ve Mesleki Aidiyetleri İle İlişkisi

Nuray KURT¹, Ayşe Nur YILMAZ¹, Sümeyye ALTIPARMAK²

Abstract

Introduction: Midwifery is a health discipline based on professional values. Understanding the impact of midwives' professional values on professional happiness and belonging is of great importance in increasing the quality of health services and the sustainability of the midwifery profession. This research was conducted to determine the relationship between midwives' professional values and their happiness and professional belonging.

Material-Method: The sample of this research, designed as a cross-sectional and correlation-seeking study, consisted of 231 midwives working in public hospitals and family health centers in Elazığ city center between August and October 2022. The data were collected with the "Personal Introduction Form", "Midwives' Professional Values Scale (MPVS)", "Oxford Happiness Scale-Short Form (OHS-S)" and "Midwifery Belonging Scale (MBS)". In the analysis of data; descriptive statistics, pearson correlation analysis and regression analysis were used.

Results: It was determined that the average age of midwives was 35.83±6.55 and the total tenure of 45.9% was between 0 and 10 years. It was determined that 48.1% of the midwives worked in family health-community health centers, 32.5% worked in other services, 10.4% worked in the delivery room, 70.1% had undergraduate and 16.0% had postgraduate education. It was determined that there was a positive and very weakly significant relationship between the mean score of MPVS and the mean score of OHS-S, and as the professional values of midwives increased, their happiness increased (p= 0.003). It was determined that there was a moderately significant positive correlation between the mean score of MPVS and the mean score of MBS, and as the professional values of midwives increased, their belongingness increased (p=0.000). In addition, it was determined that there was a positive and weakly significant relationship between the mean score of MPVS and the mean score of MBS sub-dimensions and as the professional values of midwives increased, emotional belonging, fulfillment of professional roles and responsibilities, evaluation of professional development and opportunities, and limits of duties and authority in the profession also increased (p= 0.000). As a result of the regression analysis performed to reveal the effect of happiness level and professional belonging total and sub-dimensions on the professional values of midwives, it was found that there was a significant regression model $F(5,383)= 22.632$, $p<0.001$ and 33% of the variance in the dependent variable ($R^2_{adjusted}=0.335$) was explained by the independent variables.

Conclusion: In the study, it was determined that as the professional values of midwives increased, their level of happiness and professional belonging increased. The professional values of midwives have a positive impact on professional happiness and belonging, and these values play an important role in improving the quality of health services and the sustainability of the midwifery profession. It shows that education and policy studies that will strengthen the professional values of midwives can contribute to the quality of health services by increasing their professional happiness and belonging.

Keywords: Happiness, midwife, professionalism, professional belonging.

Özet

Giriş: Ebelik, profesyonel değerler üzerine temellenmiş bir sağlık disiplindir. Ebelerin profesyonel değerlerinin, mesleki mutluluk ve aidiyet üzerindeki etkisini anlamak, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve ebelik mesleğinin sürdürülebilirliğini artırmak açısından büyük önem taşımaktadır. Bu araştırma, ebelerin profesyonel değerlerinin mutluluk ve mesleki aidiyetleri ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve ilişki arayıcı olarak tasarlanan bu araştırmanın örneklemini, Ağustos-Ekim 2022 tarihleri arasında Elazığ il merkezinde bulunan kamu hastaneleri ile aile sağlığı merkezlerinden çalışan 231 ebe oluşturmuştur. Veriler, "Kişisel Tanıtım Formu", "Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği (EPDÖ)", "Oxford Mutluluk Ölçeği-Kısa Formu (OMÖ-K)" ve "Ebelik Aidiyet Ölçeği (EAÖ)" ile toplanmıştır. Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistikler, pearson korelasyon ve regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Ebelerin yaş ortalamasının 35,83±6,55, %45,9'unun toplam görev süresinin 0 ile 10 yıl arasında olduğu belirlenmiştir. Ebelerin %48,1'inin aile sağlığı-toplum sağlığı merkezinde, %32,5'inin ise diğer servislerde, %10,4'ünün doğum salonunda çalıştığı, %70,1'inin lisans, %16,0'sının lisansüstü eğitim mezunu olduğu belirlenmiştir. EPDÖ puan ortalaması ile OMÖ-K puan ortalaması arasında pozitif yönde, çok zayıf düzeyde önemli bir ilişki olduğu ve ebelerin profesyonel değerleri arttıkça mutluluklarının arttığı belirlenmiştir (p= 0,003). EPDÖ puan ortalaması ile EAÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde orta düzeyde önemli bir ilişki olduğu ve ebelerin profesyonel değerleri arttıkça aidiyetlerinin arttığı belirlenmiştir (p=0,000). Ayrıca EPDÖ puan ortalaması ile EAÖ alt boyutları puan ortalaması arasında, pozitif yönde zayıf düzeyde önemli bir ilişki olduğu ve ebelerin profesyonel değerleri arttıkça duygusal aidiyet, mesleki rol ve sorumlulukları yerine getirme, mesleki gelişme ve olanakları değerlendirme ve meslekte görev ve yetki sınırlarının da arttığı belirlenmiştir (p= 0,000). Ebelerin profesyonel değerleri üzerinde mutluluk düzeyi ile mesleki aidiyet toplam ve alt boyutlarının etkisini ortaya koymaya yönelik olarak yapılan regresyon analizi sonucunda anlamlı bir regresyon modeli $F(5,383)= 22,632$, $p<0,001$ olduğu, bağımlı değişkendeki varyansın %33'ünün ($R^2_{adjusted}=0,335$) bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulunmuştur.

Sonuç: Araştırmada ebelerin profesyonel değerleri arttıkça mutluluk düzeylerinin ve mesleki aidiyetlerinin arttığı belirlenmiştir. Ebelerin, profesyonel değerlerinin mesleki mutluluk ve aidiyet üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu ve bu değerlerin sağlık hizmetlerinin kalitesini ve ebelik mesleğinin sürdürülebilirliğini artırmada önemli bir rol oynamaktadır. Ebelerin, profesyonel değerlerini güçlendirecek eğitim ve politika çalışmalarının, mesleki mutluluk ve aidiyetlerini artırarak sağlık hizmetlerinin kalitesine katkıda bulunabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Ebe, mesleki aidiyet, mutluluk, profesyonellik.

Geliş tarihi / Received: 14.01.2024 Kabul tarihi / Accepted: 28.07.2024

¹ Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Elazığ/Türkiye

² İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Malatya/Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Nuray KURT, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Elazığ/Türkiye

E-posta: nkurt@firat.edu.tr Tel: +90 5313798811

Kurt N. Yılmaz AN, Altıparmak S. *The Relationship between Midwives' Professional Values and Their Happiness and Professional Belongings.*

TJFMPC, 2024; 18 (4):416-425

DOI: 10.21763/tjfm.1419439

Giriş

Ebelik, bilim ve sanatın birleştiği, her dönemde mesleğe özgü ahlaki kuralları olan, profesyonel değerler üzerine temellenmiş bir sağlık disiplindir.^{1,2} Ebelik eğitimi ile profesyonel ebeler değerleri kazanılmaya başlanır. Ebeler, profesyonel değerler ışığında kadın ve aileye bireyselleştirilmiş bakım sunar, yenidoğanın ve bebeğin sağlığını korur ve sağlıklarının gelişmesine katkı sağlar.² Ebelik rollerinin mesleki değerlere göre planlanıp şekillenmesi, hümanist ve bütüncül bakım uygulamalarının niteliğini artırır.¹ Ebelikte, profesyonel değerlerin ve bu değerler çerçevesinde geliştirilen etik kodların bilinmesi; ebeliğin toplumdaki statüsünün artmasını, etik konularda yaşanan sorunların azalmasını sağlamaktadır. Ayrıca ebelerin mutluluk düzeylerini ve mesleki aidiyetlerini olumlu yönde etkilemektedir.^{1,2,3}

Mutluluk, bireyin yaşamına ilişkin bilişsel değerlendirmelerinin sonucu olarak memnuniyet içeren çıkarımlara varması, duygusal olarak hoş hisler bildirmesini içeren bir kavramdır.^{3,4} Ayrıca mutluluk, yaşamdan yüksek düzeyde tatmin alma ve olumsuz duyguların daha az yaşanması şeklinde tanımlanmaktadır.⁵ Bireyi psikolojik, fizyolojik, bilişsel, dinsel vs. tüm yönleriyle çevreleyen bir kavram niteliğinde olan mutluluk, bireyin istek ve beklentileri karşılandıkça artmaktadır.^{6,7} Mutluluk, insanın doğasında var olan güçleri fark etmesi, rol ve sorumluluklarını yerine getirmesi, doğaya karşı saygılı olması, erdemli olması ve özgür iradesiyle kendi yazgısını belirleyebilmesi sonucunda meydana gelen bir yetkinlik halidir.⁶ Mutlu bireyin, genel profilini demografik değişkenlere göre ilk defa belirten Wilson'a göre mutlu birey "genç, sağlıklı, iyi eğitilmiş, iyi ücret alan, dışa donuk, iyimser, kaygısız, dindar, evli, iş erdemi yüksek, makul isteklere sahip olan zeki bireydir".⁸ Bireylerde mutluluğun artması, daha üretken olma, daha sağlıklı bir yaşama sahip olma, rol ve sorumlulukları yerine getirme gibi çok yönlü yararlar sağlamaktadır.^{9,10} Aynı zamanda mutluluk problem çözme becerisini artırır, bireyin kapasitesini geliştirir böylece bireyin sorunlara daha yaratıcı bir şekilde yaklaşmasını sağlayarak, bakış açısının genişlemesine katkı sağlar.¹¹

Mesleki aidiyet kavramı; bireyin mesleğine olan ilgisi, mesleğiyle özdeşleşme ve mesleğini sürdürme çabası kısacası bireyin mesleğiyle arasındaki psikolojik bağ olarak ifade edilmektedir.¹²⁻¹⁴ Mesleki aidiyet derecesi, çalışan bireyin çalışma koşulları, iş arkadaşları, mesleki statüsü, sosyo-kültürel düzeyi, iletişim becerileri, kariyer seçenekleri, toplumun bakış açısı ve yöneticilerin çalışanlarına yönelik yaklaşımları ve davranışları gibi faktörlerden etkilenmektedir.^{12,14,15} Mesleki aidiyeti etkileyen bu faktörler, bireylerin başarı düzeyini ve mesleki performansını da doğrudan etkileyebilmektedir.¹⁵ Mesleki aidiyeti yüksek olan bireylerde iş motivasyonu ile birlikte iş doyumunu ve verimliliği de artmaktadır. Mesleki aidiyet, kanıta dayalı uygulamalar ışığında ilerleyen, bilim ve sanatı içeren, etik değerler üzerine temellenmiş profesyonel bir meslek olan ebeler için de oldukça önemlidir. Özellikle anne ve bebeğe hizmet sunan ebelerin mesleki aidiyet düzeylerinin yüksek olması anne ve bebek sağlığının kalitesi açısından önemli bir yere sahiptir. Görevini severek icra eden, mesleğini benimseyen, yüksek sorumluluk bilincine sahip ebelerin mesleki aidiyetleri yüksektir.^{12,13} Bu bilgiler ışığında ebelerin profesyonel değerler çerçevesinde, mesleğini severek mutluluk içerisinde ve mesleki aidiyet düzeyi yüksek bir şekilde işini icra etmesi önemlidir. Araştırma, ebelerin profesyonel değerlerinin mutluluk ve mesleki aidiyetleri ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmada şu sorulara cevap aranmıştır:

Araştırma Soruları

1. Ebelerin profesyonel değerleri mutluluk düzeyleri ile ilişkili midir?
2. Ebelerin profesyonel değerleri mesleki aidiyetleri ile ilişkili midir?

Yöntem

Araştırmanın Tipi, Evren ve Örneklemi

Kesitsel ve ilişki arayıcı olarak tasarlanan bu araştırma, Ağustos-Ekim 2022 tarihleri arasında Elazığ il merkezinde bulunan kamu hastaneleri ile aile sağlığı merkezlerinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini belirtilen il merkezindeki tüm hastaneler ile aile sağlığı merkezlerinde çalışan 577 ebe oluşturmuştur. Power analizi kullanılarak yapılan hesaplamada örneklem büyüklüğü; 0,05 yanılma düzeyi, % 95 güven aralığı ve %80 evreni temsil etme yeteneği ile en az 231 ebe olarak belirlenmiştir. Belirlenen örneklem grubuna ulaşılan kadar ilgili hastane ve aile sağlığı merkezlerinde görev yapan ve araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan ebeler olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında OpenEpi genel kullanıma açık istatistik yazılımı kullanılmıştır.¹⁶ Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan, online ortamda whatsapp ve e-mail yoluyla veri toplama formlarının ulaştırıldığı ve formları eksiksiz dolduran 237 kişiye ulaşılmış, 6 eksik veri nedeniyle toplamda 6 kişi çalışmadan çıkarılmıştır. Dâhil edilme ve dışlanma kriterlerine uyan ve formları eksiksiz dolduran 231 ebe ile çalışma tamamlanmıştır.

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Şu an aktif olarak görev yapan,
- Tanılanmış herhangi bir psikiyatrik sağlık problemi olmayan tüm ebeler araştırmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- İletişim kurulamayan,
- Araştırmaya katılmak istemeyen ebeler dışlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veriler, “Kişisel Tanıtım Formu”, “Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği”, “Oxford Mutluluk Ölçeği-Kısa Formu” ve “Ebelik Aidiyet Ölçeği” aracılığı ile elde edilmiştir.

Kişisel Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan kişisel tanıtım formu, ebelerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim, gelir durumu, medeni durumu) içeren 4 soru, çalışma şekli (çalışılan birim, toplam görev süresi, çalışılan pozisyon, çalışma şekli vb.) içeren 9 soru olmak üzere toplam 13 soruyu içermektedir.^{17,18}

Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği (EPDÖ)

Ölçek, Demirbaş Meydan ve Kaya (2018) tarafından ebelerin profesyonel değerlerini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir.¹ Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (ICM) etik kodları rehber alınarak geliştirilmiş olup, toplam 30 maddedir. Ölçek likert tipinde olup, her bir ifade 1’den 5’e kadar puanlanmaktadır. Ölçekte bulunan her bir madde için puanlama “1=Önemli değil, 2=Biraz önemli, 3=Önemli, 4=Çok önemli, 5=Son derece önemli” şeklindedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 30-150 arasındadır. Hesaplama “Bireyin Ölçek Puanı = Ölçekten Alınan Toplam Ham Puan X 100 / Ölçek Maksimum Ham Puanı” formülü kullanılmaktadır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması, ebelerin profesyonel değerlerinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,96 olarak belirlenmiştir.¹ Bu araştırmanın Cronbach Alpha değeri ise 0,96 olarak belirlenmiştir.

Oxford Mutluluk Ölçeği Kısa Formu (OMÖ-K)

Hills ve Argyle (2002) tarafından mutluluk düzeyini değerlendirmek için geliştirilmiş tek boyutlu bir ölçektir.¹⁵ Türkçe uyarlaması Doğan ve Akıncı-Çötök (2011) tarafından yapılmıştır. Ölçek olup 5’li likert tipinde olup, 7 maddedir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması mutluluk düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek “hiç katılmıyorum (1)”, “katılmıyorum (2)”, “biraz katılıyorum (3)”, “katılıyorum (4)”, “tamamen katılıyorum (5)” olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin 1. ve 7. Maddesi tersten puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 7-35 arasında değişmektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,74 ve test tekrar test güvenilirlik katsayısı 0,88 olarak hesaplanmıştır.¹⁹ Bu araştırmanın Cronbach Alpha katsayısı ise 0,72 olarak belirlenmiştir.

Ebelik Aidiyet Ölçeği (EAÖ)

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Başkaya ve arkadaşları (2020) tarafından yapılmıştır. Ölçek 5’li likert tipinde olup, 22 maddedir. Ölçek “Duygusal aidiyet”, “Mesleki rol ve sorumlulukları yerine getirme”, “Mesleki gelişme ve olanakları değerlendirme”, “Meslekte görev ve yetki sınırı” olmak üzere 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 22-110 arasındadır. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması ebelik aidiyetinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur.¹³ Bu araştırmanın Cronbach Alpha katsayısı ise 0,91 olarak belirlenmiştir.

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri için, ebelerin çalıştıkları birim sorumluları ile iletişime geçilerek WhatsApp ağı aracılığı ile mobil ağ sistemi aracılığı ile tüm ebelere ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden ebelere öncelikle Google Forms aracılığıyla bilgilendirilmiş olur formu onaylatılmıştır. Yine Google Forms yöntemi kullanılarak veri toplama formları katılımcılara gönderilmiş ve gelen cevaplar dijital olarak arşivlenmiştir. Verilerin cevaplanması her bir katılımcı için yaklaşık 5-10 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS versiyon 22,0 paket programı kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede; tanımlayıcı istatistikler (yüzde, ortalama, standart sapma), cronbach alfa, pearson korelasyon analizi ile regresyon analizi kullanılmıştır. Sonuçlar % 95’lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Fırat Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 06.07.2022 tarih ve 2022/ 09-36 sayılı onay alınmıştır. Veriler, google formlar aracılığıyla gönüllülük ilkesine dayanarak online toplanmıştır. Google Forms’ta, açıklama kısmında bireysel bilgilerin korunacağı konusunda bilgi verilerek “gizlilik ilkesine” uyulmuştur. Araştırmada Helsinki Deklerasyonu ilkelerine uyulmuştur.

Bulgular

Tablo 1’de ebelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Ebelerin yaş ortalamasının $35,83 \pm 6,55$ olduğu, %70,1’inin lisans mezunu olduğu, %58,4’ünün gelirinin gidere eşit olduğu, %78,8’inin evli olduğu, %48,1’inin aile sağlığı merkezinde çalıştığı, %45,9’unun toplam görev süresinin 0 ile 10 yıl arasında olduğu, %77,1’inin ebe pozisyonunda görev yaptığı, %74,0’ının çalışma şeklinin gündüz mesaisi olduğu, %82,3’ünün haftalık çalışma saatinin 40 saat olduğu, %85,3’ünün mesleğini sevdiği, %77,9’unun çalıştığı birimi isteyerek seçtiği, %64,5’inin ebeliği isteyerek seçtiği ve %74,0’ının mesleğini kendine uygun bulduğu belirlenmiştir.

Tablo 1. Ebelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=231)

Tanıtıcı Özellikler	Ort ± SS	
Yaş	35,83 ± 6,55	
	n	%
Eğitim Düzeyi		
Lise mezunu	12	5,2
Ön lisans mezunu	20	8,7
Lisans mezunu	162	70,1
Lisansüstü mezunu	37	16,0
Gelir Durumu		
Geliri giderinden fazla	26	11,3
Geliri giderine eşit	135	58,4
Geliri giderinden az	70	30,3
Medeni Durum		
Bekâr	49	21,2
Evli	182	78,8
Çalışılan Birim		
Doğumhane	24	10,4
Jinekoloji servisi	8	3,5
Postpartum servisi	7	3,0
Poliklinik	6	2,6
Aile sağlığı - toplum sağlığı merkezi	111	48,1
Diğer servisler	75	32,5
Toplam Görev Süresi		
0-10 yıl arası	106	45,9
11-20 yıl arası	77	33,3
21-30 yıl arası	40	17,3
30 yıldan fazla	8	3,5
Çalıştığınız Kurumdaki Pozisyonunuz		
Ebe	178	77,1
Sorumlu ebe	9	3,9
Eğitim sorumlusu	9	3,9
Diğer (Hemşire vb.)	35	15,1
Çalışma Şekliniz		
Nöbet	37	16,0
Gündüz mesai	171	74,0
Nöbet ve gündüz mesai	23	10,0
Haftalık Çalışma Saati		
40 saat	190	82,3
41 saat ve üstü	41	17,7
Mesleği Sevme Durumu		
Evet	197	85,3
Hayır	34	14,7
Çalıştığınız Birimi İsteyerek Seçme Durumu		
Evet	180	77,9
Hayır	51	22,1
Ebelik Mesleğini İsteyerek Seçme Durumu		
Evet	149	64,5
Hayır	82	35,5
Mesleğini Kendine Uygun Bulma Durumu		
Evet	171	74,0
Hayır	60	26,0
Toplam	231	100,0

Ort: ortalama; SS: Standart Sapma

Tablo 2’de Ebelerin EPDÖ, OMÖ-K, EAÖ ve alt boyutlarından aldıkları en düşük-en yüksek puanlar ile araştırmaya katılan ebelerin aldıkları en düşük-en yüksek puanlar ve puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir. EPDÖ puan ortalaması 127,31±19,40, OMÖ-K puan ortalaması 22,79±5,09, EAÖ toplam puan ortalaması 84,44±14,48, EAÖ alt boyutlarından, Duygusal Aidiyet alt boyut puan ortalaması 26,64±5,73, Mesleki Rol ve Sorumlulukları Yerine Getirme alt boyut puan ortalaması 26,64±5,21, Mesleki Gelişme ve Olanakları Değerlendirme alt boyut puan ortalaması 18,10±4,12, Meslekte Görev ve Yetki Sınırı alt boyut puan ortalaması 13,05±1,94 olarak belirlenmiştir.

Tablo 2. Ebelerin profesyonel değerleri ölçeği, oxford mutluluk ölçeği-kısa formu, ebelik aidiyet ölçeği toplam ve alt boyutlarından aldıkları en düşük-en yüksek puanlar ve puan ortalamalarının dağılımı (n=231)

Ölçekler	Alınabilecek Min-Max	Alınan Min-Max	Alınan Ort±SS
EPDÖ	30-150	63-150	127,31±19,40
OMÖ-K	7-35	8-34	22,79±5,09
EAÖ Toplam	22-110	32-110	84,44±14,48
EAÖ Alt Boyutları			
Duygusal Aidiyet	7-35	13-35	26,64±5,73
Mesleki Rol ve Sorumlulukları Yerine Getirme	7-35	7-35	26,64±5,21
Mesleki Gelişme ve Olanakları Değerlendirme	5-25	5-25	18,10±4,12
Meslekte Görev ve Yetki Sınırı	3-15	3-15	13,05±1,94

Min: minimum; Max: maximum; Ort: ortalama; SS: Standart Sapma

EPDÖ: Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği

OMÖ-K: Oxford Mutluluk Ölçeği-Kısa Formu

EAÖ: Ebelik Aidiyet Ölçeği

Tablo 3’de Ebelerin EPDÖ, OMÖ-K, EAÖ ve alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmiştir. EPDÖ puan ortalaması ile OMÖ-K puan ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde çok zayıf düzeyde önemli bir ilişki olduğu ve ebelerin profesyonel değerleri arttıkça mutluluklarının da arttığı belirlenmiştir ($r=0,193$; $p= 0,003$). EPDÖ puan ortalaması ile EAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde orta düzeyde önemli bir ilişki olduğu ve ebelerin profesyonel değerleri arttıkça aidiyetlerinin de arttığı belirlenmiştir ($r=0,524$; $p= 0,000$). EPDÖ puan ortalaması ile EAÖ alt boyutları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde önemli bir ilişki olduğu ve ebelerin profesyonel değerleri arttıkça duygusal aidiyet, mesleki rol ve sorumlulukları yerine getirme, mesleki gelişme ve olanakları değerlendirme ve meslekte görev ve yetki sınırlarının da önemli düzeyde arttığı belirlenmiştir (sırasıyla $r=0,448$, $r=0,487$, $r=0,375$, $r=0,482$; $p= 0,000$).

Tablo 3. Ebelerin profesyonel değerleri ölçeği, oxford mutluluk ölçeği-kısa formu, ebelik aidiyet ölçeği toplam ve alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki ilişki

Ölçekler	r*	p**
EPDÖ - OMÖ-K	0,193	0,003 ***
EPDÖ – EAÖ	0,524	0,000 **
EPDÖ - Duygusal Aidiyet	0,448	0,000 **
EPDÖ - Mesleki Rol ve Sorumlulukları Yerine Getirme	0,487	0,000 **
EPDÖ - Mesleki Gelişme ve Olanakları Değerlendirme	0,375	0,000 **
EPDÖ - Meslekte Görev ve Yetki Sınırı	0,482	0,000 **

Tablo 4’te, ebelerin profesyonel değerleri üzerinde mutluluk düzeyi ile mesleki aidiyet toplam ve alt boyutlarının etkisini ortaya koymaya yönelik olarak yapılan regresyon analizi sonucunda anlamlı bir regresyon modeli $F(5,383)= 22,632$, $p<0,001$ olduğu, bağımlı değişkendeki varyansın %33’ünün ($R^2_{adjusted}=0,335$) bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulunmuştur. Standartlaştırılmış regresyon katsayılarına göre, yordayıcı

değişkenlerin ebelerin profesyonel değerleri üzerindeki görece önem sırası “Ebelikte Aidiyet Ölçeği-Toplam” ($\beta=0,524$), “EAÖ-Meslekte Görev ve Yetki Sınırı” ($\beta=0,308$), “EAÖ-Mesleki Rol ve Sorumlulukları Yerine Getirme” ($\beta=0,264$), “EAÖ-Duygusal Aidiyet” ($\beta=0,222$) ve “OMÖ-K” ($\beta=0,114$)’dir. Regresyon katsayılarının anlamlılık testleri göz önüne alındığında, yordayıcı değişkenlerden sadece “EAÖ - Mesleki Gelişme ve Olanakları Değerlendirme” alt boyutunun ($p>0,05$) ebelerin profesyonel değerleri üzerinde anlamlı yordayıcı olmadığı, diğer tüm değişkenlerin anlamlı yordayıcı olduğu görülmüştür.

Tablo 4. Ebelerin profesyonel değerlerinin mutluluk ile mesleki aidiyetleri toplam ve alt boyutları arasındaki regresyon analizi

Ebelerin Profesyonel Değerlerini Etkileyen Faktörler	B	Std. Error	β	t	Sig.	
OMÖ-K	0,433	0,219	0,114	1,978	0,049*	R=0,578 R ² =0,335 F=22,632 p<0,001
EAÖ Toplam	0,703	0,075	0,524	9,317	0,000**	
EAÖ - Duygusal Aidiyet	0,751	0,264	0,222	2,845	0,005*	
EAÖ - Mesleki Rol ve Sorumlulukları Yerine Getirme	0,982	0,292	0,264	3,357	0,001**	
EAÖ - Mesleki Gelişme ve Olanakları Değerlendirme	-0,794	0,410	-0,169	-1,935	0,054	
EAÖ - Meslekte Görev ve Yetki Sınırı	3,074	0,737	0,308	4,171	0,000**	

B: Standartlaştırılmamış Regresyon Katsayısı, SE: Standart Hata, β : Standartlaştırılmış Regresyon Katsayısı, R: İlişki düzeyi, R²: Belirlilik (Determinasyon) katsayısı, * $p<0,05$, ** $p<0,001$
 EPDÖ: Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği
 OMÖ-K: Oxford Mutluluk Ölçeği-Kısa Formu
 EAÖ: Ebelik Aidiyet Ölçeği

Tartışma

Bu çalışmada, ebelerin profesyonel değerlerinin artmasıyla birlikte, mutluluk düzeylerinin, mesleki aidiyetlerinin, duygusal aidiyetlerinin, mesleki rol ve sorumluluklarını yerine getirme kapasitelerinin, mesleki gelişim ve olanakları değerlendirme becerilerinin ve meslekte görev ve yetki sınırlarının önemli ölçüde arttığı saptanmıştır. Bu bulgular, ebelerin profesyonel değerlerinin güçlendirilmesinin, genel mesleki performanslarını ve tatmin düzeylerini artırmada kritik bir rol oynayabileceğini öne sürmektedir. Ebelerin profesyonel değerlerinin artmasının, yalnızca kişisel mutluluk düzeylerini değil, aynı zamanda duygusal aidiyetlerini, mesleki rol ve sorumluluklarını yerine getirme kapasitelerini, mesleki gelişimlerini ve meslekteki görev ve yetki sınırlarını da olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Yapılan çalışmalarda, ebelerin mesleki değerlerini ve aidiyet duygusunu güçlendirecek stratejilerin, hem bireysel hem de mesleki açıdan önemli faydalar sağlayabileceğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, sağlık kurumlarının ve ilgili eğitim programlarının, ebelerin profesyonel değerlerini destekleyici politikalar geliştirmesi ve uygulaması gerektiği önerilebilir. Bu tür politikaların, ebelik mesleğinin genel kalitesini ve hizmet verdiği toplumların sağlık düzeyini artırmada önemli bir rol oynayabileceği düşünülmektedir. Bu bölümde, ebelerin profesyonel değerlerinin mutluluk ve mesleki aidiyetleri ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmada EPDÖ’den alınan toplam puan ortalamasının (127,31±19,40; Tablo 2), ölçekten alınabilecek puan ortalamasının üstünde olduğu ve ebelerin profesyonel değerlerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Akan (2021), EPDÖ puan ortalamasını 86,19 ± 12,54; Yücel ve arkadaşları (2018) öğrencilerle yaptığı çalışmada EPDÖ puan ortalamasını 87,20±1,00; Demirbaş Meydan ve Kaya (2018) ölçek geliştirirken EPDÖ puan ortalamasını 87,60 ± 10,30 olarak bulmuştur.^{1,22,23} Çalışmamızda, EPDÖ puan ortalamasının yüksek oluşunda katılımcıların çoğunluğunun (%70,1) lisans mezunu olması ve aile sağlığı merkezlerinde çalışıyor olması, yaş, çalışma şekli, mesleği sevmeye, ebelik mesleğini isteyerek seçme, mesleği kendine uygun bulma durumu gibi faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada, eğitim düzeyi yükseldikçe profesyonel değerlerin arttığı belirlenmiştir.²² Genel olarak mesleki profesyonelleşme, beceri odaklı ve deneyimsel bir nitelik taşımakta olup,

meslekte çalışma süresinin arttıkça profesyonel tutum puanlarının arttığı belirtilmektedir.²⁴ Farklı kuşaklardaki hemşirelerin mesleki profesyonel tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada, X kuşağındaki hemşirelerin mesleki profesyonel tutumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.²⁵ Yine yapılan farklı çalışmalarda, ebelerin çalışma şeklinin mesleki profesyonel tutumu etkilediği, sürekli gündüz çalışma şeklinin mesleki profesyonel tutumu artırdığı belirlenmiştir.^{26,27}

Ülkemizde, birinci basamakta çalışan ebelerin bağımsız rollerini (eğitim, danışmanlık gibi) ASM/TSM'de daha çok gerçekleştirebilmeleri, çalışma saatlerinin aylık 160 saatin üzerine çıkmaması ve bu merkezlerde yalnızca gündüz çalışılması ve gece nöbetlerinin olmaması bu merkezlerde çalışan ebelerin mesleki profesyonel tutumlarının yüksek olmasında etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir.

Mesleki değerler, iş deneyimine, hasta beklentilerine değil, aynı zamanda ebelerin, hekimlerin, hemşirelerin iş yaşamından duyduğu memnuniyet ve mutluluğa da dayanmaktadır.²¹ Mutluluk tüm meslekler için önem taşımaktadır, fakat ebelik mesleği için ayrı bir önem ifade etmektedir. Çünkü kendilerini özgecil, kendine güvenen, özverili, yaratıcı, yardımsever ve nazik olmalarını gerektiren bireylere bakım vermek durumundadırlar. Bu niteliklerin tümü doğrudan mutlulukla bağlantılıdır.^{27,28} Yapılan bir araştırmada, mutlu olan kişilerin etraflarına karşı daha hassas ve merhamet duygusu içinde hareket ettiğini ifade edilmiştir.²⁹ Son zamanlarda yapılan araştırmalar, sağlık profesyonellerinde mutluluğun önemine değinmekte ve mutluluğun varlığının hastalara yardım etme yeteneklerini olumlu yönde etkileyebileceğini savunmaktadır.^{30,31} Nitekim, araştırmamızda ebelerin OMÖ-K'dan aldıkları toplam puan ortalamasının (22,79±5,09, Tablo 2), orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Hemşirelerle yapılan benzer çalışmalarda da, hemşirelerin mutluluk düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.^{30,31} Dünya genelinde ebeler, ruhsal durumlarını ve bakım verme yeteneklerini önemli ölçüde zorlayabilecek zor koşullar altında çalışmaktadır.²⁸ Ebelerin mutluluk düzeylerinin orta düzeyde çıkmasında; bireysel faktörler, zorlu yaşam koşulları, ağır iş yükü, vardiyalı çalışma, şiddet, düşük gelir, iş kazası riskleri, çalışma şartlarının olumsuz olması, güvenlik politikaları, pandemi gibi faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte bu çalışma da ebelerin profesyonel değerleri ile mutluluk düzeyleri arasında yapılan analizde pozitif yönde çok zayıf düzeyde önemli bir ilişki olduğu ve ebelerin profesyonel değerleri arttıkça mutluluklarının da önemli düzeyde arttığı belirlenmiştir (Tablo 4). Yapılan araştırma bulgularına göre, profesyonel değerler ışığında bakım veren, hastalar ile samimi, ilgili, pozitif bir yaklaşım ile doyurucu iletişim kurabilen empati düzeyleri yüksek olan ebeler, meslek yaşamlarında kendilerini değerli görerek, daha çok mutlu olmaktadır.^{27,32,33}

Sağlık profesyonelleri için mesleki aidiyet kavramı oldukça önemlidir. Özellikle iki cana sağlık hizmeti sunan ebelerin, mesleki aidiyetinin yüksek olması anne ve bebek sağlığını yakından ilgilendirmektedir. Mesleğini seven ve işini mutlu bir şekilde yapan, sorumluluk bilinci yüksek ebelerin mesleki aidiyeti yüksektir.³⁴ Bu durum, anne ve bebek sağlığını pozitif yönde etkilemektedir.^{13,35} Nitekim yüksek mesleki aidiyete sahip bir ebeğin hastalara karşı daha fazla sabır göstereceği, verdiği hizmette verimliliğin artacağı, sunduğu bakım, destek ve danışmanlıkta daha anlayışlı olacağı bildirilmektedir.^{2,13} Bunun yanı sıra aidiyet duygusuna sahip bireyler, mesleklerine yönelik daha olumlu duygu ve davranışlara sahip olup, iş doyumunu ve iş verimleri yüksektir.^{13,35} Bu araştırmada ebelerin toplam mesleki aidiyet puanının ortalamasının üzerine (84,44±14,48) olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Ancak araştırma bulgumuzun, ebelerde mesleki aidiyet düzeyinin incelendiği farklı araştırma bulgularına göre daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür.^{12,13,35-37} Bu duruma ebelik aidiyetini olumsuz yönde etkileyen bazı faktörlerin neden olduğu düşünülmektedir. Nitekim araştırma bulguları incelendiğinde, ebelerin %30,3'ünün gelirinin giderden az olduğu, %32,5'inin alan dışı servislerde çalıştığı, %14,7'sinin mesleğini sevmediği, % 35,5'inin ebeliği isteyerek seçmediği ve % 26,0'sinin mesleğini kendisine uygun bulmadığı belirlenmiştir. Ayrıca çalışmamızdaki yaş ortalamasının yüksek oluşunun bu durumda etkisinin olduğu düşünülmektedir. Çünkü meslekte geçirilen sürenin artması, ebelerdeki tükenmişlik düzeyini arttırabilmekte, mesleki aidiyet duygularını negatif yönde etkileyebilmektedir. Yine sağlık ekibi içerisinde çok fazla hiyerarşik bir yapının varlığı, ebeliğin doktorluğun ve hemşireliğin altında görülmesi, kariyer olanaklarının pek bilinmemesi, ebelik bağlılığını olumsuz etkileyen nedenler arasındadır.³⁷⁻³⁹ Ebelerin mesleki aidiyetlerinin arttırılmasında; çalışma şartlarının iyileştirilmesi, maaş ile ilgili yasal düzenlemelerin gerçekleştirilmesi, bağımsız rollerini en çok uygulayabilecekleri ve fazla iş doyumuna ulaşabilecekleri alan olan doğumhane gibi yerlerde çalışmalarının sağlanması gibi adımların etkili olabileceği düşünülmektedir.^{2,37,38} Ayrıca ebelerin ödüllendirilmesi ve takdir edilmesi, empati kurma, destekleyici yönetim tarzının benimsenmesi gibi motivasyonu yükselten girişimlerin de yararlı olabileceği düşünülmektedir.⁴⁰

Yapılan korelasyon analizi sonucunda bu çalışmada, ebelerin mesleki değerleri ile mutluluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak pozitif yönde çok zayıf düzeyde bir ilişki olduğu bulunmuştur (r=0,193; p=0,003) ve ebelerin profesyonel değerlerinin arttıkça, mutluluklarının da arttığını göstermektedir (Tablo 3). Sullivan ve arkadaşlarının çalışmasında, ebelerin mesleklerinde kalmalarını sağlayan faktörlerin başında profesyonel değerler ve iş tatmini gelmektedir. Araştırma, ebelerin profesyonel değerleri arttıkça iş tatminlerinin ve dolayısıyla genel mutluluklarının da arttığını ortaya koymaktadır. Bu çalışma, ebelerin mesleki değerleri ve iş tatmini arasındaki pozitif ilişkiyi desteklemektedir.⁴¹ Renfrew ve arkadaşlarının çalışmasında, ebelerin profesyonel değerleri ve bakım kalitesinin,

ebelerin iş tatminini ve genel refahını olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir.⁴² Profesyonel değerlerin sadece mesleki performansı değil, aynı zamanda bireysel mutluluğu da artırdığı vurgulanmaktadır. Birçok çalışma, ebelerin profesyonel değerlerinin ve aidiyet duygularının önemli bir ilişki içinde olduğunu göstermektedir. Türkiye'de yapılan bir araştırmada, ebelerin profesyonel değerleri arttıkça aidiyet duygularının da arttığı bulunmuştur. Bu çalışmada, profesyonel değerler ve aidiyet arasındaki ilişki ($r=0,524$; $p=0.000$) pozitif ve orta düzeyde güçlü bulunmuştur (Tablo 3). Benzer şekilde, ebelik öğrencilerinde yapılan araştırmalarda da profesyonel aidiyetin profesyonel gelişim ve mesleki tatminle ilişkili olduğu belirlenmiştir.⁴³ Demir Yıldırım ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada, ebelerin profesyonel aidiyet seviyelerinin yüksek olduğu ve bu aidiyetin mesleki değerlerin gelişimiyle doğrudan bağlantılı olduğu saptanmıştır. Bu çalışma, ebelik öğrencilerinin profesyonel aidiyet duygularını incelemiş ve bu duygunun, öğrencilerin mesleki kimlik ve bağlılıklarını güçlendirdiğini göstermiştir.⁴⁴ Ocak Aktürk ve arkadaşlarının (2021) yaptığı başka bir çalışmada, ebelik öğrencilerinin profesyonel aidiyet seviyelerinin belirleyici faktörleri araştırılmış ve bu faktörlerin başında profesyonel değerler ve mesleki eğitimdeki deneyimler olduğu bulunmuştur.¹² Bu çalışma da, ebelerin profesyonel değerleri ile ebelik aidiyeti arasında yapılan analizde pozitif yönde orta düzeyde önemli bir ilişki olduğu ve ebelerin profesyonel değerleri arttıkça aidiyetlerinin de önemli düzeyde arttığı belirlenmiştir (Tablo 4). Araştırma bulgumuz bizi profesyonel değerlerin, mesleki aidiyet üzerinde çok önemli bir belirleyici olduğu sonucuna götürmektedir. Benzer çalışmalara baktığımızda, bu bulguların literatürle uyumlu olduğunu görmekteyiz. Hunter ve Warren (2014), profesyonel değerlerin ve iş sevgisinin ebelerin işyerindeki dayanıklılığına önemli katkıda bulunduğunu vurgulamaktadır.⁴⁵ Bu çalışma, yeni adayların sosyalizasyon sürecinde profesyonel değerlerin ne kadar kritik olduğunu göstermektedir. Ayrıca, bu değerlerin ebelerin mesleki kimliklerinin şekillenmesinde ve güçlenmesinde belirleyici olduğunu ifade etmektedir.⁴⁶ Sonuç olarak, profesyonel değerlerin mesleki aidiyet üzerindeki belirleyici rolü, literatürde geniş bir kabul görmektedir. Bu değerlerin güçlendirilmesi, ebelerin mesleki kimliklerini pekiştirmekte ve bu da daha yüksek düzeyde mesleki aidiyet ve tatmin sağlamaktadır. Bu bağlamda, profesyonel değerlerin eğitim ve meslek içi gelişim programlarında daha fazla vurgulanması gerektiği sonucuna varılabilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları vardır. Çalışmanın ilk sınırlılığı sadece şehir merkezinde yapılmış olmasıdır. İkinci sınırlılık, aktif olarak görev yapan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan ebelerin dahil edilmesidir. Diğer kısıtlılıklar ise çalışmanın tek merkezde yürütülmesi ve veri toplama formlarındaki sorulara verilen yanıtların kadın ifadelerine dayalı olmasıdır.

Sonuç

Araştırmada, ebelerin profesyonel değerlerinin artmasının, mutluluk düzeylerinin, mesleki aidiyetlerinin ve duygusal aidiyetlerinin yanı sıra, mesleki rol ve sorumluluklarını yerine getirme kapasitelerinin, mesleki gelişim ve olanakları değerlendirme yetilerinin, meslekte görev ve yetki sınırlarının önemli ölçüde arttığını göstermektedir. Bu sonuçlardan hareketle, profesyonel değerlere sahip bir ebeğin hem mutluluğunun hem de sunduğu bakım hizmetinin kalitesinin orantılı olarak yükseleceği öngörülmektedir. Ebelerin mesleki profesyonel tutum geliştirmesinde, özellikle alınan mesleki eğitimin yeterliliğinin, araştırma ve yayın yapma oranlarının artmasının, hizmet içi eğitimlere katılımın ve kurum içi bilimsel faaliyetlere katılımın, teorik bilgi birikiminin artırılmasının gibi gelişim ve iyileştirmelerin büyük öneme sahip olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda, ebelerin mesleklerine uyum sağlamalarını ve profesyonel sorumluluk almalarını desteklemek amacıyla, mesleki profesyonel tutum geliştirmeye yönelik stratejiler benimsenmelidir. Özellikle ebeler için eğitim aktivitelerinin oluşturulması ve bu aktivitelerle katılımın sağlanması gerekmektedir. Bu tür eğitim programlarının, ebe insan gücü planlamalarında kuşakların özellikleri ve beklentileri dikkate alınarak tasarlanması önerilmektedir. Ayrıca, ebelerin araştırma ve yayın yapma kapasitesinin artırılması, sürekli mesleki gelişimlerinin desteklenmesi, mesleki sorumluluk bilincinin güçlendirilmesi ve meslek içi dayanışmanın teşvik edilmesi, ebelerin profesyonel değerlerini ve iş memnuniyetlerini artırmak için önemli stratejiler olarak değerlendirilebilir. Bu yaklaşımlar, ebelerin hem kişisel mutluluklarını hem de mesleki performanslarını olumlu yönde etkileyecektir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal destek

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

Teşekkür

Çalışmaya katılan tüm ebelere teşekkür ederiz.

** Bu çalışma 2-4 Kasım 2023 tarihlerinde düzenlenen Atatürk Üniversitesi 9. Uluslararası 13. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi'nde (Erzurum) sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Meydan ŞD, Kaya N. Ebelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği'nin geliştirilmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2018; 5(2): 129-138. DOI: 10.17681/hsp.350549
2. Turan İ. Ebelerde mesleki aidiyetin merhamet yorgunluğu ve yaşam kalitesine etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya; 2021, p.3-34.
3. Diener E, Diener C. Most people are happy. Psychological Science. 1996; 7: 181-185. DOI: 10.1111/j.1467-9280.1996.tb00354.x
4. Seligman M, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. American Psychologist. 2000; 55: 5-14. DOI: 10.1037/0003-066X.55.1.5
5. Diener E. Subjective well-being. Psychological Bulletin. 1984; 95: 542-575. DOI: 10.1037/0033-2909.95.3.542
6. Akif K, Çevik A. Happiness as a predictor of attitude towards teaching profession: pedagogical formation case. Bartın University Journal of Faculty of Education. 2018; 7(3): 853-873. DOI: 10.14686/buefad.393207
7. Demir R, Murat M. Öğretmen adaylarının mutluluk, iyimserlik, yaşam anlamı ve yaşam doyumlarının incelenmesi. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi. 2017; 7: 347-378. DOI: 10.26466/opus.347656
8. Diener E, Suh ME, Lucas ER, Smith H. Subjective well-being: Three decades of progress. Psychological Bulletin. 1999; 125(2): 276-302. DOI: 10.1037/0033-2909.125.2.276
9. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?. Psychological Bulletin. 2005; 131(6): 803. DOI: 10.1037/0033-2909.131.6.803
10. Schiffrin HH, Nelson SK. Stressed and happy? Investigating the relationship between happiness and perceived stress. Journal of happiness studies. 2010; 11(1): 33-39. DOI: 10.1007/s10902-008-9104-7
11. Eryılmaz A. Strategies adopted by Turkish adults for increasing happiness in daily life. Mental Health, Religion & Culture. 2014; 17(7): 680-689. DOI: 10.1080/13674676.2014.899332
12. Aktürk SO, Kızılkaya T, Çelik M, Yılmaz T. Ebelik bölümü son sınıf öğrencilerinin mesleki aidiyet düzeyleri ve etkileyen faktörler: Kesitsel bir çalışma. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021; 4(1): 23-33.
13. Başkaya Y, Sayın FD, Filiz Z. How much do I belong to my profession? A scale development study: Midwifery Belonging Scale. Health Care for Women International. 2020; 41(8): 883-98. DOI: 10.1080/07399332.2020.1716765
14. Keskin R, Pakdemirli MN. Mesleki Aidiyet Ölçeği: Bir ölçek geliştirme, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2016; 9(43): 2580-87.
15. Hills P, Argyle M. The Oxford Happiness Questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. Personality and Individual Differences. 2002; 33: 1073-82. DOI: 10.1016/S0191-8869(01)00213-6
16. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, Version. www.OpenEpi.com, updated 2013/04/06, Erişim Tarihi: 02.07.2022
17. Altıparmak S, Yılmaz AN. The effect depression levels in midwives have on burnout and their level of job satisfaction. European Journal of Midwifery. 2021; 5, p.2-4 DOI: 10.18332/ejm/137486
18. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. 13. Baskı. Ankara: Özyurt Matbaacılık; 2016. p. 133-154.
19. Doğan T, Çötök NA. Oxford mutluluk ölçeği kısa formunun Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2011; 4(36): 165-170.
20. Ünver H, Küçükkeleşçe DŞ, Ünver Z. Ebelerde mesleki aidiyetin profesyonel değer tutumuna etkisi. Türk Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Dergisi. 2022; 16(1): 8-15. DOI: 10.21763/tjfmpe.987672
21. Jagminiene R, Aniliene R, Anilius P. Midwives' perception of their professional values: a cross sectional survey in maternity hospitals. Nursing education, research, & practice: NERP. Kaunas: Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. 2021; 11(1).
22. Akan A. Tekirdağ ili ve ilçelerinde çalışan ebelerin tükenmişlik düzeyleri ile profesyonel değerleri arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul; 2021, p.28-67.
23. Yücel U, Ünal İ, Özdemir T, Koyuncu M, Çakmak N. Ebelik öğrencilerinin profesyonel değer algılarının belirlenmesi. Medical Sciences. 2018; 13(4): 95-105. DOI: 10.12739/NWSA.2018.13.4.1B0056
24. Beydağ KD, Arslan H. Kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin profesyonelliklerini etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2008; 3(7): 75-87.
25. Şenol F, Uğurlu Z. Farklı kuşaklardaki hemşirelerin mesleki profesyonel tutumlarının belirlenmesi. Sağlık ve Toplum. 2019; 29(1): 44-53.
26. Sökmen Y, Taşpınar A. Ebelerin mesleki profesyonel tutumları ve etkileyen faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 24(2): 156-66. DOI: 10.17049/ataunihem.615169
27. Toker S. Sivas il merkezinde çalışan ebelerin meslekte profesyonel tutumlarının belirlenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas; 2016, p.20-29.

28. Sharif TJ, Hosseinzadeh M, Mahdavi N, Areshtanab HN, Dickens GL. Happiness and its relationship with job burnout in nurses of educational hospitals in Tabriz, Iran. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2020; 8(4): 295-304. DOI: [10.30476/IJCBNM.2020.83298.1138](https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2020.83298.1138)
29. Erdoğan B. Yetişkinlerde mutluluğun merhamet ve saldırganlıkla ilişkisinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul; 2017, p.76.
30. Mousavi SR, Amini K, Ramezani-Badr F, Roohani M. Correlation of happiness and professional autonomy in Iranian nurses. *Journal of Research in Nursing*. 2019; 24(8): 622-632. DOI: [10.1177/1744987119877421](https://doi.org/10.1177/1744987119877421)
31. Rahigheh F. A descriptive study of nurses' happiness at Shahid Sadoughi Hospital, Iran. *Journal of Mental Disorders and Treatment*. 2015; 1(1): 1-3. DOI: [10.4172/2471-271X.1000102](https://doi.org/10.4172/2471-271X.1000102)
32. Ay F, Keçe M, İnci İ, Alkan N, Acar G. Ebelik öğrencilerinin meslek algıları ve kariyer planlarını etkileyen faktörler. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018; 7(2): 74-82. DOI: [10.5505/bsbd.2018.09815](https://doi.org/10.5505/bsbd.2018.09815)
33. İrmak E. Ebelerde sabır davranışının empatik beceriye etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul; 2019, p.41.
34. St-Amand J, Girard S, Smith J. Sense of Belonging at School: Defining Attributes, Determinants, and Sustaining Strategies. *IAFOR Journal of Education*. 2017; 5(2): 105-19. DOI: [10.22492/ije.5.2.05](https://doi.org/10.22492/ije.5.2.05)
35. Çevik A, Alan S. Ebelik bölümü öğrencilerinin liderlik yönelimleri ile ebelik mesleğine aidiyet durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2021; 7(3): 182-196.
36. Bilgiç FŞ. Ebelerin mesleki aidiyetlerinin incelenmesi: kesitsel bir çalışma. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2022; 7(1): 69-75.
37. Gümüşdaş M, Lazoğlu M, Ejder Apay S. X ve Y kuşağındaki ebelerin mesleki bağlılıklarının karşılaştırılması. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*. 2021; 8(1): 77-85. DOI: [10.5222/SHYD.2021.52385](https://doi.org/10.5222/SHYD.2021.52385)
38. Başkaya Y. Türkiye'deki ebelerin mesleki aidiyeti ve tükenmişlik düzeyleriyle ilişkisi [Doktora Tezi]. Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir; 2018, p.92.
39. Derin N, İlkın ŞN, Yayan H. Hemşirelerde mesleki bağlılığın mesleki prestijle açıklanması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2017; 4(3): 24-37.
40. Aydınol P, Üredi L. Sınıf öğretmenlerinin mesleki aidiyet duyguları ile mesleki doyum düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi: Mersin ili örneği. *OPUS International Journal of Society Researches*. 2020; 16. Eğitim ve Toplum Özel sayısı: 5681-5703. DOI: [10.26466/opus.755487](https://doi.org/10.26466/opus.755487)
41. Sullivan K, Lock L, Homer CS. Factors that contribute to midwives staying in midwifery: a study in one area health service in New South Wales, Australia. *Midwifery*. 2011; 27:331-335. DOI: [10.1016/j.midw.2011.01.007](https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.01.007)
42. Renfrew MJ, Mcfadden A, Bastos MH. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014; 384:1129-1145. DOI: [10.1016/s0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60789-3)
43. Cangöl E, Sögüt SC, Garip S. The relationship between the sense of professional belonging and perceptions of spirituality and spiritual care among turkish midwifery students. *J Relig Health*. 2024; 63:1818–1829 (2024). DOI: [10.1007/s10943-023-01978-2](https://doi.org/10.1007/s10943-023-01978-2)
44. Demir Yıldırım A, Yılmaz Esencan T, Aydın FN, Akıncı A, et al. Ebelik ilk ve son sınıf öğrencilerinin mesleki aidiyetlerinin değerlendirilmesi. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022; 2(3):613-623. DOI: [10.56061/fbujohs.1149620](https://doi.org/10.56061/fbujohs.1149620)
45. Hunter B, Warren L. Midwives' experiences of workplace resilience. *Midwifery*. 2014; 30(8): 926–934. DOI: [10.1016/j.midw.2014.03.010](https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.010)



Original Research / Orijinal Araştırma

The Relationship Between Women's Menstrüel Attitudes Levels and Menstruation Symptoms

Kadınların Menstrüel Tutum Düzeylerinin Menstrüasyon Semptomları ile İlişkisi

Gamze FIŞKIN SİYAHTAŞ¹, Beyza Nur ALTAY¹, Mihriban ERDEM¹

Abstract

Objective: In this study, it was aimed to determine the level of attitudes towards menstruation of women between the ages of 18-49 and to investigate the relationship with menstrüel symptoms.

Methods: The data of this descriptive and correlational research was collected between December 2023 and January 2024 by using online surveys from the most preferred social media platforms across Turkey.

The sample of the study consisted of 402 women between the ages of 18-49, with menstrüel cycles, internet access and no psychiatric diagnosis. Data were collected using a personal information form consisting of 15 questions which was prepared by using the literature, Menstruation Attitude Scale and Menstruation Symptom Scale. The data were analyzed with a computer-aided statistical package program and descriptive statistics such as number, percentage, frequency and median were used. Nonparametric comparison tests were applied and $p < 0.05$ was accepted as statistical significance value. The relationship between the scales and variables were analyzed by Spearman correlation test.

Results: The mean age of the women was 24.37 (± 6.99), 81.1% of them were single and they had a positive attitude towards menstruation with a score of 103.12 (± 10.28). It was determined that women who scored 70.98 (± 15.83) on the Menstruation Symptom Scale experienced severe symptoms and statistically significant results were obtained between various variables and attitudes and symptoms. In the study, a weak positive correlation was found between attitudes towards menstruation and its symptoms ($r = 0.108$, $p = 0.031$).

Conclusion: It was determined that women have positive attitudes towards menstruation, but they commonly show menstrual symptoms and their symptoms become more severe as the level of attitude increases. It may be recommended to conduct comprehensive studies to better understand the relationship between menstrual attitude and symptoms.

Key Words: Menstruation, Attitude, Symptom

Özet

Amaç: Bu araştırmada 18-49 yaş aralığındaki kadınların menstrüasyona yönelik tutum düzeylerinin belirlenmesi ve menstrüel semptomlarıyla ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte planlanan araştırmanın verileri, Aralık 2023-Ocak 2024 tarihleri arasında Türkiye genelinde en çok tercih edilen sosyal medya platformlarından online anketler kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın örneklemi 18-49 yaş aralığında ve menstrüel döngüye sahip 402 kadından oluşmuştur ($n = 402$). Veriler, literatürden faydalanılarak hazırlanan 15 soruluk Kişisel Bilgi Formu, Menstrüasyon Tutum Ölçeği ve Menstrüasyon Semptom Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Bilgisayar destekli istatistik paket programıyla analiz edilen verilerde sayı, yüzde, frekans, medyan gibi tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Nonparametrik karşılaştırma testleri uygulanmış ve istatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir. Ölçekler ve değişkenler arası ilişki ise Spearman Korelasyon Testiyle incelenmiştir.

Bulgular: Yaş ortalaması 24,37 ($\pm 6,99$) olan kadınların %81,1'nin bekâr olduğu ve 103,12 ($\pm 10,28$) puanla menstrüasyona yönelik olumlu tutuma sahip oldukları saptanmıştır. Menstrüasyon Semptom Ölçeği'nden 70,98 ($\pm 15,83$) puan alan kadınların şiddetli semptomlar yaşadıkları belirlenmiş olup çeşitli değişkenlerin tutum ve semptomlarla arasında istatistiksel anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Araştırmada menstrüasyona yönelik tutum ve semptomlar arasında pozitif yönlü zayıf düzeyde ilişki tespit edilmiştir ($r = 0,108$, $p = 0,031$).

Sonuç: Kadınların menstrüasyona yönelik olumlu tutum sergiledikleri ancak yaygın şekilde menstrüel semptom gösterdikleri ve tutum düzeyi arttıkça semptomlarının şiddetlendiği belirlenmiştir. Menstrüel tutum ve semptom arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi için kapsamlı çalışmaların yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Menstrüasyon, Tutum, Semptom

Geliş tarihi / Received: 09.02.2024 Kabul tarihi / Accepted: 29.07.2024

¹ Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Maltepe/İSTANBUL

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Gamze FIŞKIN SİYAHTAŞ, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Recep Tayyip Erdoğan Külliyesi Sağlık Yerleşkesi Başbüyük Mah. Süreyyapaşa Başbüyük Yolu Sk. 4B 34854 Maltepe/İSTANBUL

E-posta: gamzefiskin@gmail.com Tel: +90 332 2236601 - +90216 777 57 19

Fişkin Siyahtaş G. Altay BN. Erdem M. *The Relationship Between Women's Menstrüel Attitudes Levels and Menstruation Symptoms.*

TJFMPC, 2024; 18 (4):426-432

DOI: 10.21763/tjfmpe.1430026

Giriş

Menstrüasyon, kadınların reproduktif dönemi boyunca ortalama 400 defa gerçekleşen doğal bir süreç olup kadının sağlıklılık hali hakkında bilgi veren önemli göstergelerden biridir,¹ ancak kadınların sosyodemografik, kültürel ve inançsal farklılıkları gibi etmenler menstrüel döneme özgü tutumlarını etkilemektedir.² Kimi toplumlarda bu süreç kadının doğal bir yaşam parçası olarak görülürken kimilerinde bu duruma utanç verici bir olay olarak bakılmaktadır. Hatta menstrüasyon süresince kadınların sınırlı faaliyetlerde bulunmasına, sosyal izolasyon yaşamasına bile neden olabilmektedir.³⁻⁵ Bu bakımdan kadınların menstrüasyona ilişkin tutumlarını bilmek, baş etme stratejilerini anlama ve açıklama olanağı tanımaktadır.⁶

Kadınların menstrüasyona yönelik tutumlarını etkileyen bir diğer faktör ise menstrüel semptomların varlığıdır. Semptomların tutumlarla ilişkisi yaşanan ağrı ve rahatsızlıklar, ruh hali değişiklikleri, endometriozis, polikistik over sendromu veya menstrüasyon bozuklukları gibi tıbbi rahatsızlıklar, semptomların günlük faaliyetleri etkileme şiddeti menstrüasyona yönelik kültürel ve sosyal tutumlar ya da aile/arkadaşlarından aldıkları destek ve anlayış düzeyinden etkilenebilmektedir.^{3,4,6-8} Literatürde dismenore, düzensiz menstrüel döngü, farklı miktarlarda görülen disfonksiyonel kanama türleri ya da premenstrüel sendrom gibi semptomların kadınların %20'ye yakınının günlük yaşamlarını etkileyecek derecede güçlü olarak yaşanabildiğini göstermektedir.^{3,5} Fizyolojik bir süreç olarak kabul edilen menstrüasyonun kadınlar üzerinde sadece biyolojik değil aynı zamanda bazı psikolojik değişikliklere de neden olduğu bilinmektedir.² Özellikle aşırı duygusallık, alınganlık, sinirlilik, depresyon, öfke, kaygı, iştahta değişiklik ve sosyal izolasyon gibi bireysel duygu durum bozuklukları sıklıkla yaşanabilmektedir.⁹

Menstrüasyona yönelik tutumların bireysel olduğunu bilmek ve menstrüasyon semptomları olan her kadının olumsuz tutum geliştireceği gibi yanlış bir algıya kapılmamak önemlidir.^{1,2,10} Tüm bu bilgilerden yola çıkarak araştırmada, kadınların menstrüasyona yönelik tutum düzeylerinin belirlenmesi ve yaşadıkları menstrüel semptomlarla ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır. Araştırma kapsamında aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır.

- Kadınların menstrüel tutum düzeyleri nedir?
- Kadınların menstrüasyon semptom düzeyleri nedir?
- Kadınların menstrüel tutum düzeyleri ile menstrüel semptomları arasında ilişki var mıdır?

Yöntem

Araştırmanın türü: Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırmanın evren ve örnekleme: Araştırmanın evrenini Türkiye'de yaşayan 18-49 yaş arası menstrüasyon döngüsüne sahip olan kadınlar oluşturmuştur. Örneklem ise; evreni bilinmeyen örneklem hesabına göre %95 güven aralığı ve %5 hata payıyla 380 olarak hesaplanmıştır. Kayıplar olabileceği öngörüsüyle toplam 402 kadına ulaşılmış ve araştırma veri kaybı olmadan tamamlanmıştır (n=402).

Araştırmanın yeri ve zamanı: Aralık 2023-Ocak 2024 tarihleri arasında Türkiye genelinde en çok tercih edilen sosyal medya platformlarına Google Forms aracılığıyla hazırlanmış anketler online olarak iletilerek veriler toplanmıştır. Araştırmaya 18-49 yaş aralığında, menstrüel döngüye sahip, internet erişimi olan, psikiyatrik bir tanısı bulunmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar dahil edilmiştir.

Veri toplama yöntemi ve araçları

Kişisel bilgi formu: Form, araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup; sosyodemografik, obstetrik ve jinekolojik özellikleri sorgulayan 15 sorudan oluşmaktadır.^{1,2,5}

Menstrüasyon tutum ölçeği (MTÖ): Brooks-Gunn ve Ruble tarafından 1980 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kulakaç ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır.^{11,12} Orijinalinde 7'li likert tipte olan ölçeğin uyarlanmış hali 5'li likert tipte olup 1-5 arasında değişen puanlamaya sahiptir (1-Kesinlikle katılmıyorum, 5-Kesinlikle katılıyorum). Toplam 31 madde bulunan ölçekte "Güçsüz bırakan bir olgu olarak menstrüasyon" (7 madde), "Rahatsız edici bir olgu olarak menstrüasyon" (5 madde), "Doğal bir olgu olarak menstrüasyon" (5 madde), "Menstrüasyon öncesi ve sırasında olan değişiklikleri fark etme/sezinleme" (8 madde), "Menstrüasyonun etkilerini inkâr" (6 madde) olarak 5 alt boyut bulunmaktadır. Alt boyutlardan ya da ölçeğin tümünden alınan puanların ortalamasının yüksek olması menstrüasyona ilişkin tutumun "olumlu" olduğunu göstermektedir.¹² Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı değeri 0,79 olan ölçeğin bu araştırmadaki değeri 0,73 olarak bulunmuştur.

Menstrüasyon semptom ölçeği (MSÖ): 1975 yılında Chesney ve Tasto tarafından geliştirilmiş ölçeğin güncellemesi 2009 yılında olmuştur.^{13,14} Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 2014 yılında Güvenç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.¹⁵ 5'li likert tipte ve 24 maddeden oluşan ölçekten uyarılma sırasında iki madde çıkarılmıştır. Ölçek 22 madde ve toplam 3 boyuttan oluşmaktadır (1= Hiçbir zaman, 5 puan= Her zaman). Ölçeğin negatif etkiler /somatik yakınmalar, menstrüel ağrı belirtileri ve baş etme yöntemleri şeklinde alt boyutları bulunmaktadır. Toplam ve alt boyut puan ortalamalarının artması menstrüel semptomların şiddetinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,74 olup bu araştırma için 0,88 olarak hesaplanmıştır.

Araştırmanın etik yönü: Araştırma öncesinde XXX Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (30/11/2023 tarih 113 sayı) ve ölçeklerin geçerlilik güvenilirlik çalışmalarını yapan yazarlardan ölçek kullanım izinleri alınmıştır. Helsinki Deklerasyonu'na uygun şekilde yapılan araştırmanın öncesinde, katılımcılardan online sistem üzerinden onam verdiğine dair işaretleme yapıları istenmiştir.

Verilerin değerlendirilmesi: Veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20.0 paket programında değerlendirilmiştir. Sayı, yüzde, frekans, medyan gibi tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra Kruskal Wallis ve Mann Whitney U karşılaştırma testleri uygulanmıştır. Ölçekler ve değişkenler arası ilişki ise Spearman Korelasyon Testiyle incelenmiş olup istatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $24,37 \pm 6,99$ olup çoğunluğu çekirdek aile yapısına sahiptir. Yarıdan fazlası ilde doğmuş olan kadınların büyük oranda bekâr olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan kadınların birçoğunun çalışmadığı, gelirin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Kadınların obstetrik ve sosyodemografik diğer bilgilerine ait bulguları Tablo 1'de detaylı şekilde verilmiştir.

Tablo 1. Kadınların Kişisel Bilgilerinin Dağılımı (n=402)

Değişkenler		n	%	Ortalama \pm SS (min-max)
Yaş ^c		402	100	24,37 \pm 6,99 (18-49)
Aile tipi ^a	Çekirdek	316	78,6	
	Geniş	67	16,7	
	Parçalanmış	19	4,7	
Doğum yeri ^b	İl	261	64,9	
	İlçe veya Köy	141	35,1	
Medeni durum ^b	Evli	76	18,9	
	Bekâr	326	81,1	
Eğitim durumu ^b	Lise ve altı	99	24,6	
	Üniversite ve üstü	303	75,4	
Çalışma durumu ^a	Çalışmıyor	232	57,7	
	Öğrenci	50	12,4	
	Memur	32	8,0	
	Özel sektör	88	21,9	
Gelir durumu ^a	Gelir giderden az	133	33,1	
	Gelir gidere eşit	222	55,2	
	Gelir giderden fazla	47	11,7	
İlk menarş yaşı ^c		402	100	13,14 \pm 1,360 (9-17)
Menstrüasyon gün sayısı ^c		402	100	6,17 \pm 1,515 (2-10)
Günlük kullanılan ped sayısı ^c		402	100	3,57 \pm 1,495 (1-12)
Menstrüasyon sıklığı ^c		402	100	28,92 \pm 3,877 (15-45)
Gebelik sayısı ^c		402	100	0,44 \pm 1,135 (0-9)
Yaşayan çocuk sayısı ^c		402	100	0,35 \pm 0,876 (0-5)
Sigara kullanma durumu ^b	Evet	93	23,1	
	Hayır	309	76,9	
Günlük tüketilen sigara adedi ^c		93	100	2,15 \pm 5,022 (0-30)
Alkol kullanma durumu ^b	Evet	54	13,4	
	Hayır	348	86,6	
Tüketilen alkol sıklığı (hafta) ^c		54	100	0,29 \pm 0,941 (0-6)
TOPLAM		402	100	

^a Kruskal Wallis Test. ^b Mann Whitney U Test. ^c Ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

Tablo 2'de araştırmada kullanılan ölçekler ve alt gruplarına ait puan dağılımları gösterilmiştir.

Tablo 2. Ölçeklere ve Alt Gruplarına ait Toplam Puanların Dağılımı

Değişkenler		Min	Max	Ortalama± Standart Sapma	Madde Ortalaması± Standart Sapma
MTÖ ^a	Güçsüz bırakan bir olgu	14	35	23,49±2,504	3,356±0,357
	Rahatsız edici bir olgu	9	25	16,56±3,043	3,312±0,608
	Doğal bir olgu	7	25	17,69±2,937	3,537±0,587
	Sezinleme	18	40	30,51±4,143	3,814±0,517
	Menstrüasyon etkilerini inkâr	6	30	14,86±4,076	2,477±0,679
	Toplam	67	155	103,12±10,286	-
MSÖ ^a	Negatif etkiler/ somatik yakınma	15	65	41,72±10,200	-
	Menstrüel ağrı belirtileri	6	30	21,40±5,513	-
	Baş etme yöntemleri	3	15	7,8582±3,473	-
	Toplam	27	110	70,98±15,836	-

^a Ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. **MTÖ**: Menstrüel Tutum Ölçeği **MSÖ**: Menstrüel Semptomlar Ölçeği

Araştırmada yaş ile MTÖ toplam puan ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Aile tipi ile menstrüasyon etkilerini inkâr alt boyutu arasında anlamlılık belirlenmiş olup bu farkın çekirdek aileye sahip olanlar arasında olduğu görülmüştür ($X^2=11,273$, $p=0,004$). Ayrıca MTÖ toplam puan ve alt boyutları ile doğum yeri, medeni hali, eğitim durumu, aylık geliri gibi demografik özellikleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). MTÖ toplam puanı ile çalışma durumu arasında anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Posthoc Tukey testi sonunda memur olarak çalışan kadınların bu anlamlılığa neden olduğu bulunmuştur ($X^2=8,031$, $p=0,045$). İlk menarş yaşı, menstrüasyon gün sayısı, günlük kullanılan ped sayısı, menstrüasyon sıklığı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı MTÖ toplam puan ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$). Sigara içmeyen kişiler ile MTÖ toplam puanı ($Z=-3,920$, $p=0,000$), doğal bir olgu ($Z=-2,555$, $p=0,011$) ve sezinleme alt boyutları ($Z=-3,397$, $p=0,001$) arasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Tüketilen sigara miktarı ile MTÖ toplam puanı ($r=-0,211$, $p=0,000$), doğal bir olgu ($r=-0,135$, $p=0,007$) ve sezinleme alt boyutları ($r=-0,162$, $p=0,001$) ile aralarında negatif yönde zayıf bir ilişki saptanmıştır. MTÖ toplam puanı ile alkol kullanmayan kişiler arasında anlamlı farklılık tespit edilse de ($Z=-2,444$, $p=0,015$) alkol sıklığı ile bir ilişkisi olmadığı sonucuna varılmıştır ($p>0,05$).

Yaş ile MSÖ toplam puan ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Aile tipi ile MSÖ toplam puanı ($X^2=6,247$, $p=0,044$) ve menstrüel belirtiler alt boyutu ($X^2=8,612$, $p=0,013$) arasında anlamlı farklılık tespit edilmiş olup bu farklılığın geniş aileye sahip kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Doğum yeri ile olan kadınlarla negatif etkiler/somatik yakınma alt boyutu ($Z=-2,102$, $p=0,036$) arasında farklılık gözlemlenirken medeni hali, çalışma durumu, ilk menarş yaşı, menstrüasyon gün sayısı, günlük kullanılan ped sayısı ve menstrüasyon sıklığı gibi değişkenlerin bu ölçek ve alt boyutlarında bir farklılık oluşturmadığı sonucuna varılmıştır ($p>0,05$). Üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip kadınlarla menstrüel ağrı belirtileri alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($Z=-2,138$, $p=0,032$). Gelir düzeyi ile negatif etkiler/somatik yakınma ($X^2=9,069$, $p=0,011$), menstrüel ağrı belirtileri ($X^2=11,755$, $p=0,003$) alt grupları ve MSÖ toplam puanı ($X^2=11,092$, $p=0,004$) arasında istatistiki bir anlamlılık fark edilmiş ve Tukey Posthoc Analizi sonucunda bu farkın geliri giderinden fazla olan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Gebelik sayısı ($r=-0,125$, $p=0,012$) ve yaşayan çocuk sayısı ($r=-0,131$, $p=0,008$) ile negatif etkiler/somatik yakınma alt boyutu arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur. Sigara kullanımı, günlük tüketilen sigara miktarı, alkol kullanımı, tüketilen alkolün sıklığı ile MSÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 3'te ölçekler ve alt gruplarına ait korelasyon bulguları detaylı şekilde verilmiştir. MTÖ toplam puanı ile MSÖ toplam puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür ($r=0,108$, $p=0,031$).

Tablo 3. Ölçekler ve Alt Grupları Arasındaki Korelasyon Bulguları

		Negatif etkiler/ Somatik yakınma	Menstrüel ağrı belirtileri	Baş etme yöntemleri	MSÖ Toplam
Güçsüz bırakan bir olgu ^a	r	0,066	0,025	0,041	0,056
	p	0,190	0,610	0,409	0,262
Rahatsız edici bir olgu ^a	r	0,197*	0,116*	0,259*	0,227*
	p	0,000	0,020	0,000	0,000
Doğal bir olgu ^a	r	-0,080	-0,112*	-0,085	-0,105*
	p	0,107	0,025	0,090	0,035
Sezinleme ^a	r	0,402**	0,203*	0,160*	0,367**
	p	0,000	0,000	0,001	0,000
Menstrüasyon etkilerini inkâr ^a	r	-0,265*	-0,224*	-0,193*	-0,285
	p	0,000	0,000	0,000	0,000
MTÖ Toplam ^a	r	0,134*	0,18	0,060	0,108*
	p	0,007	0,724	0,231	0,031

^aSpearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. MTÖ: Menstrüel Tutum Ölçeği MSÖ: Menstrüel Semptomlar Ölçeği *Zayıf düzeyde anlamlı ilişki, **Orta düzeyde anlamlı ilişki

Tartışma

Kadınların menstrüasyona yönelik tutum ve menstrüel semptomları arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmada MTÖ toplam puan ortalaması 103,12±10,286 (min=67, max=155) olarak bulunmuş ve kadınların olumlu tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. Ayrıca en yüksek puanı sezinleme alt boyutundan (30,51±4,143, min=18, max=40) aldıkları ve madde puan ortalamasının ise 3,81±0,517 olduğu tespit edilmiştir. Bir üniversitenin sağlık bilimleri fakültesinde okuyan 310 birinci sınıf öğrencisiyle yapılan çalışmada MTÖ toplam puan ortalamasının 88,27±11,46 olduğu, öğrencilerin menstrüasyona yönelik olumlu tutum sergiledikleri ve en yüksek puan ortalamasına sahip alt boyutun doğal bir olgu olduğu ifade edilmiştir.¹⁶ Türkiye’de üniversitede öğrenim gören 604 ergen kızla (\bar{x} =18.61±0.90) yapılan başka bir çalışmada da MTÖ toplam puan ortalamasının 103,10±9,84 olduğu ve olumlu tutum sergiledikleri belirlenmiştir.¹⁷ 20-35 yaş aralığında Tayvanlı kadınlarla yapılmış çalışmada ise, güçsüz bırakan bir olgu alt boyutunun madde puan ortalaması 3,28 (±0,450) olarak bulunmuştur.¹⁸ Bu çalışmada kadınların yaşı, doğum yeri, medeni ve eğitim durumu, aylık geliri, sorgulanan jinekolojik ve obstetrik özelliklerinin MTÖ ile arasında istatistiki bir anlamlılık olmadığı görülmüştür. Ancak geniş aileye sahip, memur olarak çalışan, tütün veya alkol kullanmayanlarda tutum puanı ortalamaları yüksek olarak bulunmuştur. Çin’de 11-14 yaş aralığında olan 1349 ergen kızla yapılmış bir çalışmada menstrüel tutumun yaşa, eğitim düzeyine, menstrüasyon durumuna ve menarş yaşına göre olumlu yönde farklılık gösterdiği bildirilmiştir. Ancak aylık gelir, yaşanan yer, aile tipi, menarş yılı veya ped değiştirme sıklığı gibi faktörlerle ilişkisinin olmadığı bulunmuştur.¹⁹ 164 kadınla İran’da yapılan bir başka çalışmada menstrüasyonu doğal bir olgu olarak gördükleri (5,24±1,01), menarş yaşıyla tutum düzeyinin ilişkili olmadığı ve menstrüel kanama miktarı az olanlarda inkâr alt boyutunun yüksek olduğu görülmüştür.²⁰ 276 Nijeryalı ergen kızla (12-19 yaş arası) yapılan bir çalışmada da, güçsüz bırakan bir olgu olan menstrüasyon alt boyutundan (36,96±7,130) en yüksek ortalamaya sahip olduğu ve daha düşük anksiyeteli kızların menstrüasyona karşı olumlu tutum sergiledikleri ifade edilmiştir.²¹ Literatürde yapılan çalışmalarda kadınların menstrüasyona yönelik olumlu tutum sergilemeleri bu çalışmayla benzer özellik göstermiştir. Kadınların menstrüasyona karşı bakış açıları ve tutumlarının değişkenlere göre farklılık göstermesi, incelenen araştırmaların çeşitli sosyokültürel yapıya sahip kadınlarla yapılmış olmasından kaynaklanabilir. Araştırmanın diğer bir önemli bulgusu ise; kadınların 70,98±15,836 (min=27, max=110) MSÖ toplam puan ortalamasıyla yüksek düzeyde menstrüel semptom yaşamaları ve en yüksek puan ortalamasının negatif etkiler/somatik yakınmalar alt boyutunda olmasıdır. Analizler sonucunda geniş ailede yaşayan, doğum yeri il olan, en az lisans eğitimine sahip, gelir düzeyini yüksek olarak nitelendiren, daha önce gebelik geçiren ve yaşayan çocuğu bulunan kadınların MSÖ toplam puanında ve çeşitli alt boyutlarında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Öztürk ve Er Güneri’nin (2021) çalışmalarında üniversite öğrencilerinin MSÖ toplam puan ortalamasının 69,84±15,48 olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar, öğrencilerin belirgin menstrüel belirtilerine rağmen süreci doğal bir olay olarak algıladıklarını göstermesi açısından önemlidir.¹⁷ Çin’de eğitim gören 345 kız öğrenci arasında yapılan çalışmada MSÖ toplam puan ortalamasının 63,78 olduğu ve semptomların şiddetinin stres, sosyokültürel uyum, uyku kalitesi gibi faktörlerden etkilendiği tespit edilmiştir.²² 18-25 yaş arasındaki 30 primer dismenoreli kadınla yapılmış deneysel bir çalışmada deney ve kontrol gruplarının MSÖ toplam puan ortalamaları sırasıyla

68.53±16.26, 68.66±14.61 olduğu ve yaygın şekilde semptomatik belirti gösterdikleri bulunmuştur.²³ İsveç'teki 116 ortaöğretim okulunu kapsayan nüfusa dayalı bir projeden alınan, 1644 kız öğrenciden %93,2'si menstrüasyon semptomları olduğunu ifade etmiş, %81,3'ü en az 1 orta dereceli semptom ve %31,3'ü en az 1 şiddetli semptom gösterdiklerini söylemişlerdir.²⁴ 15-45 yaş aralığındaki 42.879 kadınla yapılan başka bir çalışmada menstrüel semptomların yaygın şekilde yaşandığı ve her 3 kadından birinin bu şiddetli semptomlar nedeniyle günlük aktivitelerini yerine getiremedikleri bildirilmiştir.²⁵ İncelenen araştırmaların bulguları bu araştırmanın sonuçlarıyla paralellik göstermiştir. Ancak yapılan araştırmaların birçoğunda semptomların şiddetinin daha farklı değişkenlere bağlı olduğu görülmüştür.

Araştırma sonucunda MSÖ toplam puan ortalamaları ile rahatsız edici bir olgu olan menstrüasyon ve sezinleme alt boyutundan yüksek puan alanlarla arasında pozitif, doğal bir olgu olarak görenlerle negatif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Ayrıca MTÖ ve MSÖ ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf bir korelasyon tespit edilmiştir. Bu sonuca göre kadınların menstrüasyona yönelik tutum düzeyleri arttıkça menstrüel semptomlarının şiddetinin de arttığı söylenebilir. Kuzeybatı Pasifik'teki küçük bir liberal sanat üniversitesinde okuyan 18-26 yaş arası 127 kadınla yapılan bir çalışmada güçsüz bırakan bir olgu ve sezinleme alt boyutları ile premenstrüel semptom arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişkiler gözlenmiştir. Ayrıca menstrüasyonun rahatsız edici bir olay olduğu tutumunu benimseyen kadınlarda daha fazla premenstrüel ağrı bildirilmiştir.²⁶ 300 kadın üniversite öğrencisiyle yapılan araştırmada da katılımcıların %92'sinin adet görmeyi doğal bir olay olarak algıladığı ve menstrüel semptom yaşayanlarla menstrüasyona yönelik olumlu tutum sergileyenler arasında pozitif korelasyon olduğu sonucuna varılmıştır.²⁷ Öztürk ve Er Güneri'nin (2021) çalışmalarında da öğrencilerin belirgin menstrüel semptom göstermelerine rağmen menstrüasyonu doğal bir olay olarak algıladıkları tespit edilmiştir.¹⁷ Literatürdeki çalışmalar bu araştırmanın bulgularını desteklemektedir.

Sonuç ve Öneriler

Araştırmada kadınların menstrüasyona yönelik olumlu tutum sergiledikleri ancak şiddetli semptomlara da sahip oldukları belirlenmiştir. Verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan en çarpıcı sonuçlardan bir diğeri de olumlu tutum gösteren kadınların semptomlarının aynı oranda şiddetlenmiş olmasıdır. Bu açıdan değerlendirildiğinde literatürle benzer sonuçlar elde edilmiştir. Kadınların menstrüasyona yönelik olan tutumlarının semptomlar üzerindeki etkisini daha iyi anlayabilmek için farklı sosyokültürel yapıya sahip gruplarla daha fazla çalışmalar yapılması önerilebilir.

Araştırmanın sınırlılıkları: Verilerinin online ortamda toplanması, yüz yüze yapılmaması ve tüm kadınlara genellenemez olması araştırmanın sınırlılıkları olarak kabul edilmiştir.

Teşekkür

Araştırmamıza destek olan tüm kadınlarımıza teşekkür ederiz.

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. Critchley HO, Babayev E, Bulun SE, Clark S, Garcia-Grau I, Gregersen PK, et al. Menstruation: science and society. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2020;223(5):624-664.
2. Akbaş T, Sanberk İ. İlk menstrüasyon ve ejakülasyon deneyimi: hazırlık ön yaşantılar ve ön bilgilerin cinsel tutum ve davranışlarla ilişkisinin incelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2012;21(3):323-338.
3. Ansong E, Arhin SK, Cai Y, Xu X, Wu X. Menstrual characteristics, disorders and associated risk factors among female international students in Zhejiang Province, China: a cross-sectional survey. *BMC Women's Health* 2019;19(1):1-10.
4. Gudipally PR, Sharma GK. Premenstrual syndrome, 2020. Erişim Adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32809533/>. Erişim Tarihi: 10.11.2023
5. Yirsaw MT, Wale MZ. Menstrual related discomfort and associated factors among under graduate students in Ambo University, Central Ethiopia. *Sage Open Medicine* 2021;9:20503121211003361. <https://doi.org/10.1177/20503121211003361>
6. Rafique N, Al-Sheikh MH. Prevalence of menstrual problems and their association with psychological stress in young female students studying health sciences. *Saudi Medical Journal* 2018;39(1):67-73.
7. Akin MD, Weingand KW, Hengehold DA, Goodale MB, Hinkle RT, Smith RP. Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstet Gynecol* 2001;97(3):343-349. doi: 10.1016/s0029-7844(00)01163-7.
8. Johnson SR. Premenstrual syndrome, premenstrual dysphoric disorder, and beyond: A clinical primer for practitioners. *Obstetrics & Gynecology* 2004;104:845-859.
9. Ojezele MO, Eduviere AT, Adedapo EA, Wool TK. Mood swing during menstruation: confounding factors and drug use. *Ethiopian Journal of Health Sciences* 2022;32(4):681-688.
10. Sánchez-Borrego R, García-Calvo C. Spanish women's attitudes towards menstruation and use of a continuous, daily use hormonal combined contraceptive regimen. *Contraception* 2008;77(2):114-117.
11. Brooks-Gunn J, Ruble DN. The menstrual attitude questionnaire. *Psychosom Med* 1980;42:503-512.
12. Kulakaç Ö, Öncel S, Fırat MZ, Akcan A. Menstrüasyon tutum ölçeği: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology* 2008;18(6):347-356.
13. Chesney MA, Tasto DL. The development of the menstrual symptom questionnaire. *Behaviour Research and Therapy* 1975;13:237-244.
14. Negriff S, Dorn LD, Hillman JB, Huang B. The measurement of menstrual symptoms; factor structure of the menstrual symptom questionnaire in adolescent girls. *Journal of Health Psychology* 2009;14(7):899-908.
15. Güvenç G, Seven M, Akyüz A. Menstrüasyon semptom ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2014;13(5):367-374. doi: 10.5455/pmb1-1378840527
16. Özdemir F, Tezel A, Nazik E. Adölesanlarda menstrüel tutum ile sağlık öz yeterlik algısının belirlenmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi* 2013;2(3):18-23.
17. Öztürk R, Güneri SE. Symptoms experiences and attitudes towards menstruation among adolescent girls. *J Obstet Gynaecol* 2021;41(3):471-476. doi: 10.1080/01443615.2020.1789962.
18. Lu ZJ. The relationship between menstrual attitudes and menstrual symptoms among Taiwanese women. *J Adv Nurs* 2001; 33:621-628
19. Borjigen A, Huang C, Liu M, Lu J, Peng H, Sapkota C, Sheng J. Status and factors of menstrual knowledge, attitudes, behaviors and their correlation with psychological stress in adolescent girls. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2019;32(6):584-589.
20. Larki M, Salavati A, Azmoude E. The relationship between menstrual patterns and menstrual attitude dimensions among women of reproductive age: cross-sectional survey. *Sultan Qaboos University Medical Journal* 2022; 22(2):241-246.
21. Lawal AM, Idemudia ES, Balogun SK. Menstrual attitude dimensions, anxiety and body esteem in adolescent girls. *Psychology, Health & Medicine* 2020;25(4):418-425.
22. Alkhatib A, Zhou Q, Bajinka O, Pakwan Suwal R, Wiley J, et al. Prevalence of menstrual symptoms change and influencing factors among international female students studying in china during acculturation period. *BMC Women's Health* 2022;22(1): 1-11.
23. Muthulakshmi K, Monesh D, Moses S, Aunselvi J, Cyrus BE, Gunasekar T, et al. Connective tissue mobilization vs. combination of taping with pelvic tilt on primary dysmenorrhea. *Int. J. Life Sci. Pharma Res* 2023;13(5):L349-L356.
24. Gambadauro P, Hadlaczy G, Wasserman D, Carli V. Menstrual symptoms and subjective well-being among postmenarchal adolescents. *AJOG Global Reports* 2024;4(1):100304.
25. Schoep ME, Nieboer TE, van der Zanden M, Braat DD, Nap AW. The impact of menstrual symptoms on everyday life: a survey among 42,879 women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2019;220(6):569-e1.
26. Lustyk MKB, Gerrish WG, Douglas H, Bowen S, Marlatt GA. Relationships among premenstrual symptom reports, menstrual attitudes, and mindfulness. *Mindfulness* 2011;2:37-48.
27. Ghiasi A, Keramat A, Mollaahmadi L. The relationship between attitudes toward menstruation and perimenstrual symptoms among female students of Shahroud University of Medical Sciences, Northeast Iran. *Shiraz E-Medical Journal* 2018;19(8):e65714.



Original Research / Orijinal Araştırma

A Review of One-Year Patient Records in Home Health Services of Adana City Training and Research Hospital

Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetlerindeki Bir Yıllık Hasta Kayıtlarının Gözden Geçirme Çalışması

Ali İhsan ÇABUK¹ 

Abstract

Introduction: As a result of prolonged life expectancy, chronic diseases have increased and the duration of care has lengthened. This situation has increased the importance of home health services. Although there have been previous studies on the characteristics of home health patients in various provinces in our country, there is no such study for Adana province. This study aimed to show the socio-demographic characteristics, chronic and acute diseases of individuals applying to home health services and the health services provided to individuals at home.

Method: The study was conducted with 3881 patients registered to Adana City Training and Research Hospital Home Health Services. It was a descriptive study. Data were obtained by retrospectively reviewing the files of the patients. The patients were questioned about their socio-demographic characteristics, acute and chronic diseases and the services provided.

Results: 63.9% of the participants are women and 76.5% are over 65 years old. The rate of fully dependent patients is 46.1%, feeding solution use is 17% and diaper use is 31.3%. The most common chronic diseases are hypertension, cerebrovascular disease and diabetes Mellitus. The most common acute complaints are; pain, bedsores and upper respiratory tract infections. Patients were mostly provided with general examination and dressing services.

Conclusion: Individuals over 65 years of age and patients with neurologic, cardiovascular and endocrine system diseases frequently apply to home health services. The most common acute complaints of these patients are pain and bedsores. The most common services provided by home health services are general examination and wound dressing.

Keywords: Home Care, Chronic Disease, Elderly

Özet

Giriş: Artan yaşam süreleri sonucunda kronik hastalıklar artmış ve bakım süreleri uzamıştır. Bu durum evde sağlık hizmetlerinin önemini arttırmıştır. Bu çalışmada Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi evde sağlık hizmetlerine başvuran bireylerin sosyo-demografik özelliklerini, kronik ve akut hastalıklarını ve bireylere evde verilen sağlık hizmetlerini göstermeyi amaçlamıştır.

Yöntem: Bu çalışma Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetlerine kayıtlı 3881 hasta ile gerçekleştirilmiş tanımlayıcı bir çalışmadır. Hastaların dosyaları retrospektif taranarak verilere ulaşılmıştır. Hastaların sosyo-demografik özellikleri, akut ve kronik hastalıkları ile hastalara verilen hizmetler sorgulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %63,9'u (n=2480) kadın ve %76,5'i (n=2971) 65 yaş üstündedir. Tam bağımlı hastaların oranı %46,1 (n=1790), beslenme solüsyonu kullanımı %17 (n=665) ve alt bezi kullanımı %31,3 (n=1215)'tür. Katılımcıların en sık karşılaşılan kronik hastalıkları hipertansiyon, serebrovasküler hastalık ve DM'tur. En sık akut yakınmaları; ağrı, yatak yaraları ve üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Hastalara en çok genel muayene ve pansuman hizmeti verilmiştir.

Sonuç: Ünitimize sıklıkla 65 yaş üstü ve nörolojik, kardiyovasküler ve endokrin sistem hastalıklarına sahip bireyler başvurmaktadır. Bu hastaların en sık akut yakınmaları ağrı, yatak yaralarıdır. Evde sağlık hizmetlerinin en sık verdiği hizmet genel muayene ve yara pansumanıdır.

Anahtar Kelimeler: Evde Bakım, Kronik Hastalık, Yaşlılık

Geliş tarihi / Received: 25.04.2024 Kabul tarihi / Accepted: 23.08.2024

¹ T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Ali İhsan ÇABUK. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana, Türkiye E-posta: aliihsn@hotmail.com Tel: +90 5375052841

Çabuk Aİ. *A Review of One-Year Patient Records in Home Health Services of Adana City Training and Research Hospital*. TJFMPC, 2024; 18 (4) : DOI: 10.21763/tjfmpe.1473592

Giriş

Tıp bilimindeki ilerlemeler, teknolojik gelişmeler ve yaşam standartlarının yükselmesi sonucu beklenen yaşam süresi uzamıştır.¹ Bu durum kronik hastalıkların artmasına sebep olmuştur. Kronik hastalığı olan ve uzun süre bakım gerektiren bu hastalar, özellikle gelişmekte ve gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerinde önemli bir sorun olmaktadır. Artan kronik hastalıklar ve uzun süreli bakım maliyetleri, sağlık sunucularını alternatif sağlık sistemleri bulmaya zorlamıştır.¹

Evde bakım hizmetleri; kişilerin sağlığını korumak, sağlıklılık düzeyini yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerinin bireyin yaşadığı ortamda sunulmasıdır. Bu hizmetler hastane yatış sürelerini kısaltan, kurum bakımının yerini alan hizmetler olarak da adlandırılır.² Evde bakım hizmetleri evde sağlık hizmetlerini de kapsamaktadır. Evde sağlık hizmeti; nörolojik hastalıklar, kanser, ortopedik sorunlar gibi nedenlerle sağlık kuruluşlarına gidemeyen kişilere yaşadıkları ortamda sunulan sağlık hizmetidir. Hastalar evlerinde görülüp tedavi planı oluşturulur ve gerektiğinde uzman hekimlere konsültasyonu sağlanır. Hastaların çoğu sorunu evde çözümlenip, mümkün olduğu kadar az sayıda hastane ziyareti yapılması amaçlanır. Bu sayede hastanelerin aşırı kullanımı, uzamış yatış süreleri ve sağlık maliyetlerinin azaltılması amaçlanmıştır. Evde sağlık hizmetleri yardımıyla hastaneye gelemeyen bireylerin tedavi işlemleri kolaylıkla çözüme kavuşturulur.³ Amerika Birleşik Devleti'nde 1970 yılında evde sağlık hizmeti vermeye başlanmıştır.⁴ Ülkemizde de 2005 yılında yayınlanan Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik ile evde sağlık hizmetleri başlanmıştır.⁵ Evde bakım hizmeti 2005 yılında yayınlanan yönetmelikte "Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması" olarak tanımlanmıştır.⁵ Son yayınlanan evde sağlık hizmetleri genelgesi ile evde sağlık hizmetlerinden hangi hastaların faydalanacağı açıklanmıştır. Bu genelgeye göre; 80 yaş üstü hastalar, KOAH (kronik obstrüktif akciğer hastalığı), diyabet, inme, nörodejeneratif hastalıklar, demans, Alzheimer, terminal dönem kanser, kalp yetmezliğine sahip hastalar başlıca evde sağlık hizmeti verilecek bireylerdir.⁶

Dünya genelinde 2050 yılında 60 yaş üstü bireylerin sayısının 2 milyarı aşacağı tahmin edilmektedir. Bu kişilerin %80'i gelişme olan ülkelerde yaşayacağı öngörülmüştür.⁷ Ülkemizin nüfusu gittikçe yaşlanmaktadır. Yaşlanma ile birlikte bireylerin kronik hastalıkları artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 65 yaş üstü bireyler toplumun %9,9'unu oluşturmaktadır. Gelecek yıllar için yapılan projeksiyonda 2030 yılında nüfusun %12,9'unun, 2040 yılında %16,3'ünün, 2060 yılında ise %22,6'sının 65 yaş üstü olacağı öngörülmektedir.⁸ Evde bakım hizmeti olarak yaşamak isteyen bireylerin oranları 2021 yılında %30,7 iken 2022 yılında %31,6 olmuştur.⁸ Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 65 yaş üzeri 1 milyondan fazla birey evde sağlık hizmeti almaktadır.⁹ Sağlık bakanlığının evde sağlık hizmetleri için öngördüğü hedef nüfus, toplam nüfusun %0,2'sidir. Ülke genelinde 2011-2017 yılları arasında ulaşılan hasta sayısı 890.869 ve 2017 yılında aktif hasta sayısı 311.780 kişidir. Kayıtlı hastaların %38'i nörolojik hastalıklara, %24'ü kardiyovasküler hastalıklara, %12'si ortopedik hastalıklara, %10'u da kronik endokrin hastalıklara sahiptir. Evde sağlık hizmeti kapsamında 2012 ve 2017 yılları arasında hasta muayenesi (3.563.826), yara pansumanı (1.471.351), kan alma (788.725), mesane sonda uygulaması (525.925) hizmeti verilmiştir.¹⁰ Evde sağlık hizmeti alan bireyler genellikle 65 yaş üstü bireylerdir.³ İstanbul ilinde yapılan çalışmada ise katılımcıların çoğunluğu kadın cinsiyette olup en sık bulunan kronik hastalıkları hipertansiyon, demans, kardiyovasküler hastalıklar ve Diabettes Mellitus'dur. En sık sağlık problemleri ise konstipasyon, üriner sistem enfeksiyonları ve dekübit ülserleridir.¹¹ Kayseri ilinde yapılan çalışmada ise evde sağlık hizmeti alan bireyler en fazla nörolojik hastalıklara sahiptir. En sık verilen hizmet yara bakımındır.¹²

Aile hekimliği birinci basamak yönetimi ve kişi merkezli olması gibi çekirdek yeterlilikleri ile evde sağlık hizmetlerinde kilit rol oynamaktadır. Aynı zamanda sağlık sisteminin ilk temas noktasıdır. Sağlık hizmetlerine ulaşamayan kişilerin evlerine giderek hastalarla teması sağlar, gerektiğinde hastaları diğer branşlara sevk eder. Bu durumda koordinasyon ve hastaların savunuculuğunu yapar. Hastayı ev koşullarında gözlemleyerek hastaların diğer kişilerle ve yaşadıkları ortamla sorunlarını gözlemlerler.¹³

Nüfusun yaşlanması ile birlikte evde sağlık hizmetlerine yapılan başvuruların da artacağı öngörülmektedir. Ülkemizde ülke çapında ve çeşitli illerde çalışmalar olmasına rağmen Adana ilinde böyle bir çalışma yapılmamıştır. Daha önce yapılan çalışmalar bölgelere ve illere göre değişiklik göstermektedir. Sunulan çalışmada Adana ilinde evde sağlık hizmeti alan bireylerin genel özelliklerini, kronik ve akut problemlerini belirlemeyi amaçladı. Elde edilen veriler ile evde sağlık hizmeti alan hastaların ihtiyaçları saptanıp, hastalara daha iyi bir hizmet sağlanması hedeflendi.

Yöntem

Evren ve örneklem: Çalışma tanımlayıcı, kesitsel bir çalışmadır. Bu araştırma Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi evde sağlık birimine 1.1.2022 ile 31.12.2022 tarihleri arasında ev ziyareti yapılan kişilere yapılmıştır. Evren büyüklüğümüz 4115 kişidir. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksine göre bağımlı olmayan veya az

bağımlı olan (hareket kısıtlılığı olmayan, bağımlı olmayan, kendi bakımını kendisi sağlayabilen) 234 (%5,7) birey çalışmamıza dahil edilmemiştir. Çalışma 3881 (%94,3) kişiyle yürütülmüştür. Örneklem seçilimi yapılmamıştır.

Çalışma Tasarımı: Evde ziyaret edilen her hastaya standart olarak Barthel Günlük Yaşam Aktivite İndeksi uygulanmıştır. Bu ölçeğe göre az bağımlı ve bağımsız olan 234 kişi çalışmadan çıkarılmıştır. Hasta dosyaları retrospektif olarak taranmıştır. Hastaların sosyodemografik özellikleri (yaşları, cinsiyetleri, sigorta durumları) Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, alt bezi ve beslenme solüsyonu kullanma durumları, kronik hastalıkları, akut yakınmaları ve hastalara verilen hizmetler taranmıştır.

Kullanılan Araçlar: Hastaların bağımlılık durumları için 1965 yılında Mahoney ve Barthel tarafından geliştirilmiş Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, Küçükdeveci ve ark. tarafından 2010 yılında inme (Cronbach alfa=0,93) ve spinal kord yaralanmaları için (Cronbach alfa= 0,88) yaptığı çalışmada Türkçe'ye uyarlanmıştır.¹⁴ Bu ölçek; hastaların beslenme, yataktan sandalyeye transfer, banyo, kişisel bakım, giyinme ve soyunma, bağırsak bakımı, mesane kontrolü, tuvalet kullanımı, mobilite, merdiven inme ve çıkma işlemlerini değerlendiren 10 maddeden oluşur. Ölçek sonuçları 0-100 puan arasında değişmekle birlikte, 0-20 puan tam bağımlı, 21-61 puan ileri derece bağımlı, 62-90 orta derece bağımlı, 91-99 hafif bağımlı ve 100 puan bağımsız olarak sınıflanmıştır.

İstatistiksel İşlemler: Elde edilen veriler SPSS 21.0 (IBM Statistic Program, Chicago, IL, USA) paket programı ile analiz edilmiştir. Sürekli verilere ait ortalama ve yüzdelik değerler hesaplanmıştır. Kategorik değişkenlerin arasındaki farkları incelemek için Ki kare testi yapılmıştır. Yaş kategorileri önceki çalışmalarla karşılaştırabilmek için (18-65-80) ayrılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri p<0,05 kabul edilmiştir.

Etik İzinler: Çalışma için Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulundan gerekli izinler alınmıştır (tarih:08.06.2023 karar:2637). Çalışmamız Helsinki Bildirisi çalışma etiğine uygun yapılmıştır. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi kullanımı için izin alınmış ve referans gösterilmiştir.

Bulgular

Bir yıl içerisinde 3881 kayıtlı hastaya evde sağlık hizmeti sunulmuştur. Hastaların yaşları 0 ile 112 arasında olmakla birlikte ortalama 72,22±18 yıldır. Bu süre zarfında 1048 (%27) hasta vefat etmiş, 12 hasta iyileşmiştir. Doksan iki hastanın durumu sağlık personeli gerektirmemektedir. Yirmi yedi hasta adres değişikliği yapmıştır. Bir hastanın tedavi sonlandırma talebi vardır, bir hasta da diğer evde sağlık birimlerine devredilmiştir.

Tablo 1'de hastaların genel özellikleri gösterilmiştir. Hastaların %63,9'u (n=2480) kadın, %36,1'i (n=1401) erkek cinsiyettedir. Kayıtlı hastaların en sık sağlık sigortaları Sosyal Sigortalar Kurumu ve Sosyal Sigortalar Kanunu'nun 60. madde C bendine göre sigortalı sayılan bireylerdir. Hastaların Barthel skorları 0 ile 90 arasında değişmekte ve ortalaması 31,21±26,38'tür. Hastaların %17,13'ü (n=665) beslenme solüsyonu kullanırken %1,85'inin (n=72) gastrostomisi mevcuttur. Hastaların %31,33'ü (n=1215) alt bezi kullanmaktadır.

Tablo 1. Hastaların Genel Özellikleri

Özellikler		N	%
Cinsiyet	Kadın	2480	63,9
	Erkek	1401	36,1
Yaş	<18	13	0,3
	18-64	897	23,1
	65-79	1332	34,3
	>80	1639	42,2
Sağlık Sigortası	SSK*	1788	46,1
	60 c1-c2-c3**	990	25,5
	Bağ-kur	600	15,5
	Emekli Sandığı	404	10,4
	Sosyal güvencesi yok	55	1,4
	Diğer	44	1,1
Barthel Skorları	Orta derece bağımlı	758	19,5
	İleri derece bağımlı	1333	34,3
	Tam bağımlı	1790	46,1
Beslenme Solüsyonu	Var	593	15,2
	Oral PEG***	72	1,85
	Yok	3216	82,8
Alt bezi kullanımı	Var	1215	31,3
	Yok	2666	68,6

*Sosyal Sigortalar Kurumu

**Yeşil kart, sığınmacılar ve 65 yaş üstü bakım aylığı alanlar

*** Perkutan Endoskopik Gastrostomi

Tablo 2’de görüldüğü üzere hastaların en sık kronik hastalıkları sırasıyla hipertansiyon, serebrovasküler hastalık (SVH) ve Diabetes Mellitus’tur. Hipertansiyon, hiperlipidemi, kalp yetmezliği, Diabetes Mellitus, KOAH, astım ve kanser ile cinsiyetler arası anlamlı farklılıklar mevcuttur. ($p<0,001$; $p=0,022$; $p=0,039$; $<0,001$; $<0,001$; $<0,001$). Ölüm oranları ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark yoktur. Akut yakınmaları ise Tablo 3’de görüldüğü gibi ağrı, yatak yaraları, üst solunum yolu enfeksiyonları, kabızlık ve alt solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Hastaların akut yakınmaları ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık yoktur.

Tablo 2. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Kronik Hastalıkları

Kronik Hastalıklar		Kadın n(%)	Erkek n(%)	Toplam n(%)	p
Nörolojik Hastalıklar	Serebrovasküler hastalık	280(%7,2)	173 (%4,5)	453 (%11,7)	,444
	Demans	213 (%5,5)	99 (%2,5)	312 (%8)	,081
	Parkinson	72 (%1,9)	53 (1,4)	125(%3,2)	,161
	Serebral palsi	44 (%1,1)	65 (%1,7)	109 (%2,8)	<,001**
	Epilepsi	45 (%1,2)	50 (%1,3)	95 (%2,5)	,001**
	Amyotrofik lateral skleroz	8 (%0,2)	7 (%0,2)	15 (0,4)	,327
Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	Hipertansiyon	686(%17,7)	264(%6,8)	950(%24,5)	<,001**
	Koroner arter hastalığı	199(%5,1)	94(%7,1)	293(%7,5)	,406
	Hiperlipidemi	250(%6,4)	100(%2,6)	350(%9,0)	,022**
	Kalp yetmezliği	31(%0,8)	92(%2,4)	123(%3,2)	,039**
Endokrin Sistem Hastalıkları	Diabetes Mellitus	344(%8,9)	126(%3,2)	470(%12,1)	<,001**
	Hipotiroidi	39(%1,5)	14(%0,4)	53(%1,4)	,243
	Hipertiroidi	16(%0,4)	6(%0,2)	22(%0,6)	,508
Solunum Sistemi Hastalıkları	KOAH*	20(%0,5)	33(%0,9)	53(%1,4)	<,001**
	Astım	34(%0,9)	6(%0,2)	40(%1)	,011**
Kanser		91(%2,3)	104(%2,7)	195(%5,0)	<,001**
Psikiyatrik Hastalıklar		166(%4,3)	89(%2,3)	255(%6,6)	,854
Ortopedik Hastalıklar		170(%4,4)	91(%2,3)	261(%6,7)	,891
Nefrolojik Hastalıklar	Kronik Böbrek Yetmezliği	47(%1,2)	36(%0,9)	83(%2,1)	,216
Diğer Hastalıklar	Benign prostat hiperplazisi	84(%2,2)	-	84(%2,2)	-
	Epidermolizis büllöza	6(%0,2)	9(%0,2)	15(%0,4)	0,75
Ölüm		684 (%17,6)	364(%9,4)	1048(%27)	,439

Ki-kare testi yapılmıştır. *KOAH: Kronik obstruktif akciğer hastalığı ** $p<0,05$
Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 3. Evde Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Akut Yakınmaları ve Semptomları

Akut Yakınmalar ve Semptomlar	Kadın n(%)	Erkek n(%)	Toplam n(%)	p
Ağrı	297(%7,6)	154(%4,0)	451(%11,6)	,305
Yatak yaraları	265(%6,8)	170(%11,8)	436(%11,2)	,384
Üst solunum yolu enfeksiyonu	226(%9,2)	144(%3,7)	370(%9,5)	,409
Kabızlık	208(%5,4)	108(%2,8)	316(%8,1)	,348
Beslenme bozukluğu	147(%3,8)	84(%2,2)	231(%6)	,899
Uykusuzluk	147(%3,8)	83(%2,1)	230(%5,9)	,799
Üriner sistem yolu enfeksiyonu	135(%3,5)	61(%1,6)	196(%5,1)	,097
Halsizlik	101(%2,6)	44(%1,1)	145(%3,7)	3,74
Alt solunum yolu enfeksiyonu	74(%1,9)	46(%1,2)	120(%3,1)	,736
Kaşıntı	60(%1,5)	23(%0,6)	83(%2,1)	,087
Dispepsi	57(%1,5)	21(%0,5)	78(%2,0)	,071
Akut gastroenterit	44(%1,8)	17(%0,4)	61(%1,6)	,148
Bulantı-Kusma	40(%1,0)	20(%0,5)	60(%1,5)	1,54

Ki-kare testi yapılmıştır. Birden çok seçenek işaretlenebilmektedir. **p<0,05

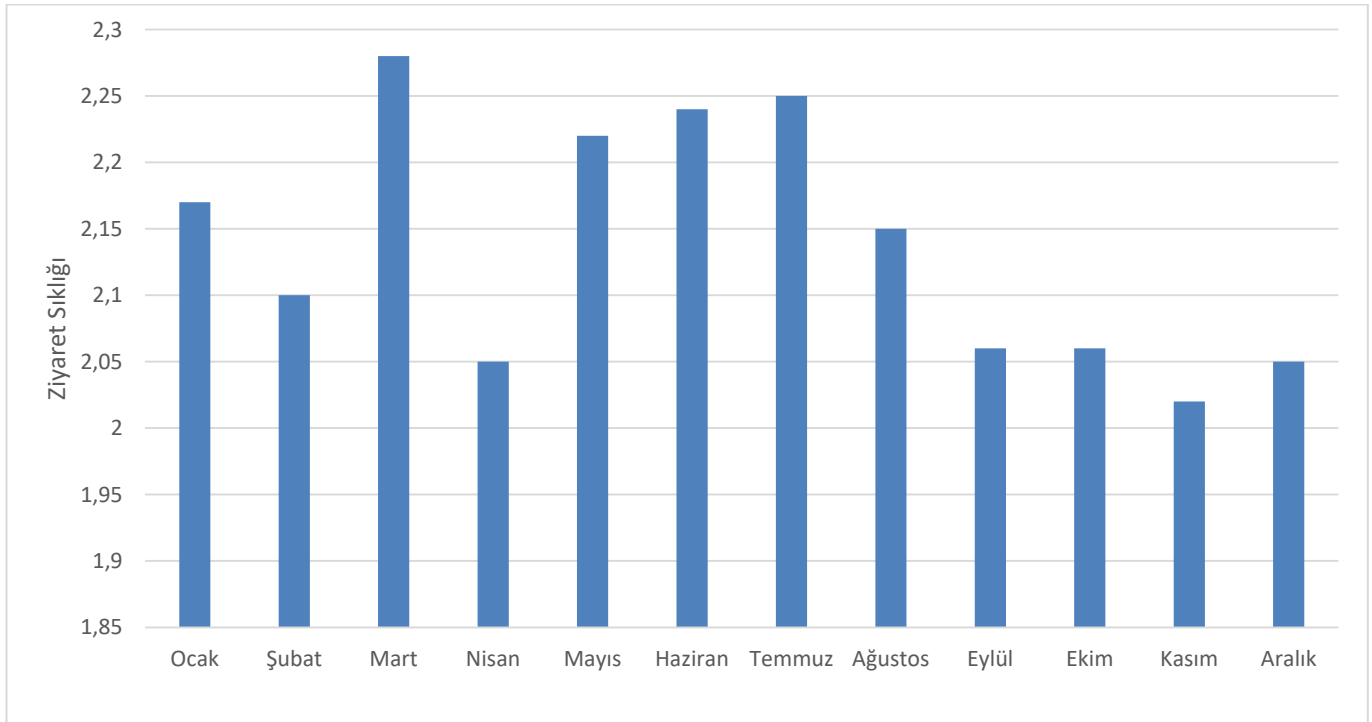
Evde sağlık hizmeti birimi, 20.600 defa ev ziyareti gerçekleştirmiştir. Tablo 4’de gösterildiği gibi ev ziyaretlerinde en sık verilen hizmetler %40,21 (n=8284) genel muayene, %17,17 (n=3537) yara pansumanı, %8 (n=1650) uzman hekim raporu (tedavi), %6,96 (n=1433) diğer bölümlere konsültasyondur. Ek olarak INR (International Normalized Ratio) takibinde olan 53 hasta mevcuttur. Bu hastalara periyodik olarak ziyaretler planlanıp INR değerleri kontrol edilmektedir.

Tablo 4. Evde Sağlıkta Sunulan Hizmetler

Hizmetler	N	%
Genel muayene	8284	40,21
Konsültasyon	1433	6,96
Tedavi raporu	1368	6,64
Uzman hekim raporu	1650	8,01
İM enjeksiyon	751	3,65
Pansuman	3537	17,17
Mesane sondası takımı	913	4,43
Sütür alımı	538	2,61
Fizik tedavi uygulamaları	822	3,99
Tetkik için kan alma	1304	6,33

Çoktan seçmelidir.

Şekil 1’de kişi başı yapılan aylık ziyaret sıklığı gösterilmiştir. Bu tabloya göre evde bakım hizmetlerinin yıllık ziyaret sıklığı 2.17’dir.



Şekil 1: Kişi Başı Aylık Ziyaret Sıklığı

Tartışma

Sunulan bu çalışma, bir hastane bünyesindeki evde sağlık hizmeti alan hastaların genel durumunu göstermektedir. Bu çalışmaya göre evde sağlık hizmeti alan bireylerin büyük kısmı 65 yaş üstü ve kadın bireylerdir. En sık görülen kronik hastalıkları hipertansiyon, SVH ve DM’dir. En sık akut yakınmaları da ağrı, yatak yaraları ve üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Hastalara en sık verilen hizmet ise genel muayenedir. Çalışmanın, diğer illerde yapılan çalışmalarla benzer ve kısmi farklı sonuçları vardır.

Hastaların yaklaşık dörtte üçü 65 yaş üstündedir. Bu ve yapılan diğer çalışmalarda görüldüğü üzere evde sağlık hizmeti alan hastaların çoğunluğunu kadınlar ve 65 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Çalışmalardaki ortalama yaşlar ise 70 ile 80 arasındadır.^{3,11,12,15,16}

Çalışmada ölüm oranı %27’dir. Çalışkan ve Eser’in yaptığı çalışmada da ölüm oranı %24,21 çıkmıştır.¹⁷ Arslaner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise %3,1 olarak ölçülmüştür.¹² Bu farklılığın nedenleri yöresel farklılıklar ve Arslaner ve ark. çalışmasında yatağa bağımlı hasta oranının %2 olmasıyla açıklanabilir.

Sunulan çalışmada, hastaların sosyal güvencesi en sık SSK olarak belirlenmiştir. Samsun ve Zonguldak illerinde yapılan çalışmayla benzerlik gösterirken, Burdur’da yapılan çalışmada katılımcıların %47,2’sinin hiç sağlık güvencesi olmadığı belirtilmiştir.^{16,18,19} Bu farkın Burdur ilindeki çalışmanın az sayıda katılımcıyla yapılması nedeniyle ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Sunulan bu çalışmada %46,1 oranında yatağa tam bağımlı hasta bulunmaktadır. Nutrisyon sınırlarına ihtiyaç duyanlar ise %15 civarındadır. Güdük ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yatağa tam bağımlı hasta oranı %37’dir.¹¹ Aynı çalışmada sunulan çalışmadan farklı olarak nutrisyon solüsyonu kullanan hasta oranları da %32 civarındadır. Güdük ve arkadaşlarının çalışmasının, daha küçük bir popülasyonda ve İstanbul ilinde yapılması sebebiyle farklı sonuçlar elde edildiği düşünülmektedir.¹¹ Arslaner yaptığı çalışmada nutrisyon ürünü kullananlarının oranları %1,4 çıkmıştır.¹² Güdük ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hipertansiyon, Alzheimer, SVH olarak belirlenmiştir.¹¹ Arslaner ve arkadaşlarının Kayseri ilinde yaptığı çalışmada ise en sık kronik hastalıklar nörolojik hastalıklar olarak belirtilmiştir.¹² Bu farklılığın sebebi ise çalışmalarda bütün nörolojik hastalıkların tek bir başlık altında sınıflandırılması olabilir. Balıkesir ilinde yapılan çalışmada ise en sık kronik hastalıklar hemipleji ve kardiyovasküler hastalık olarak (%23,3) saptanmıştır.²⁰ Karaman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise en sık karşılaşılan kronik hastalık nörolojik hastalıklar olduğu belirtilmiştir.¹⁹ Antalya ilinde Çalışkan ve Esen’in yaptığı çalışmada da en sık kronik hastalık nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar olarak belirtilmiştir.¹⁷ Muğla ilinde Yeniçeri ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise en sık saptanan kronik hastalıklar serebrovasküler hastalık, hipertansiyon ve demanstır.²¹ Enginyurt ve Öngel’in Ordu ilinde yaptığı çalışmada en sık görülen hastalıklar serebrovasküler olay ve

Alzheimer'dır.²² Sunulan bu çalışmada da en sık kronik rahatsızlık hipertansiyon, serebrovasküler olay ve Diabetes Mellitus'tur. Farklı yerlerde yapılan çalışmaların sonuçlarında çok az farklılıklar olmasına rağmen, evde sağlık hizmeti alan hastaların en sık kronik rahatsızlıkları Alzheimer, SVH gibi nörolojik rahatsızlıklardır.

Serebral palsi erken yaşlarda tanı konulan ve erkeklerde daha sık görülen bir hastalıktır.²³ Çalışma sonucu geçmiş çalışmayla benzerlik göstermekte ve serebral palsi erkek hastalarda anlamlı olarak daha sık bulunmuştur. Epilepsiler yaşlı popülasyonda demans ve SVH'dan sonra en sık görülen 3. nörolojik hastalıktır.²⁴ Çalışmada epilepsi hastalarının oranı %2,5'dir. Bu farklılığın nedeni, bütün yaş gruplarının alınmış olması ve çalışmanın sadece yatağa bağımlı hastalarda yapılmış olması olduğu düşünülmektedir. Ülke genelinde yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (Patent2) göre hipertansiyon prevalansı kadınlarda %32,3 erkeklerde %28,4 ve genel popülasyonda ise %30,3'tür. Altmış yaşının üstündeki bireylerde bu oran %67,9, 70 yaş üstünde ise %85,2'dir.²⁵ Çalışmada da görülme sıklığı genel popülasyonla uyumlu ve kadın bireylerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Kalp yetmezliği dünya çapında değişik sıklıklarda görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde nüfusun %2,5'u, Almanya'da ise nüfusun %4'ünün kalp yetmezliği olduğu tahmin edilmektedir. Dünya genelinde 64,3 milyon kişinin kalp yetmezliği olduğu tahmin edilmektedir. Kalp yetmezliği tüm yaş gruplarında erkeklerde daha siktir.²⁶ Sunulan çalışmada literatüre benzer olarak erkek hastalarda anlamlı olarak daha sık kalp yetmezliği görülmektedir. Diyabet Mellitus prevalansı ülkemizde %13,7'dir. Kadınlarda %14,6, erkeklerde %12,6 olmak üzere kadınlarda daha fazla rastlanmaktadır.²⁷ Çalışmada da Türkiye'deki verilere benzerlik göstererek kadınlar lehine anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.²⁷ Dünya KOAH raporunda 40 yaş üstü erkek bireylerde KOAH daha fazla görülmektedir.²⁸ Sunulan çalışma dünyadaki verilerle benzerlik göstermektedir.

Hastaların talepleri, çalışma yapılan yerlere göre değişmektedir. Bu çalışmada en çok talepler genel muayene ve pansuman iken, Artantaş ve ark. Ankara ilinde yaptığı çalışmada kan alma, hasta muayenesi olarak saptanmıştır.³ Güdük ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %27'sine yara bakımı, %18'sine evde fizik tedavi egzersizleri imkanı sağlanmıştır.¹¹ Arslaner ve arkadaşlarının çalışmasında ise hastaların %20,5'ine yara bakımı, %8,6'sına üriner kateterizasyon ve %52'sine genel muayene hizmeti verilmiştir.¹² Samsun ilinde yapılan bir çalışmada ise en çok yara pansumanı ve hasta muayenesi hizmeti verilmiştir.¹⁸ Balıkesir ilindeki çalışmada da hastaların en fazla muayene ve laboratuvar tetkiki talepleri olmuştur.²⁰ Burdur, Zonguldak, Muğla ve Antalya illerinde yapılan çalışmalarda da en sık hizmet talebi hasta muayenesidir.^{16,17,19,21}

Çalışmanın kısıtlılıkları

Çalışmanın başlıca kısıtlılığı tek merkezli olmasıdır. Ayrıca çalışmanın retrospektif doğasından ötürü, elde edilen verilerin geçmişe yönelik olarak incelenmesi ve dosyalardan elde edilen bilgilerin güvenilirliği de çalışma sonuçlarını kısıtlamaktadır. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde İstanbul'daki eğitim araştırma hastanesinde 375, Erzurum'da 57, Kırıkkale'de 214, Zonguldak ilinde 1280, Konya'da 173 kişiyle çalışmalar yapılmıştır.^{19,29-32} Sunulan çalışmanın dört bine yakın hasta ile yapılması, hizmet sunulan popülasyon ve hastaların ihtiyaçları hakkında gerekli bilgileri vermesi çalışmamızın güçlü yönleridir.

Sonuç

Evde sağlık hizmeti sayesinde uzayan bakım sürelerinin maliyetleri azaltılmaktadır. Hastane yatış süreleri kısalmaktadır. Evde sağlık hizmetlerinden faydalanan bireyler şehirler arası farklılıklar göstermesine rağmen çoğunlukla 65 yaş üstü, tam bağımlı, en sık Alzheimer, SVH gibi nörolojik hastalıklara sahip bireylerdir. Hastaların en sık talepleri muayene olmak, yara pansumanıdır. Hastaların aynı anda birden çok kronik hastalığı ve akut yakınması beraber olabilmektedir.

Bu bilgiler ışığında evde sağlık hizmetlerinde, hastaları bütüncül olarak değerlendirecek ve hasta tedavi planlamasını yapacak aile hekimlerinin görevlendirilmesi önemlidir. Özellikle evde sağlık hizmetlerinin altyapısının geliştirilmesi, teknolojik destek verilmesi, hastalarda en sık talep açılan nöroloji, dahiliye vb. alanlarda konsültan hekim sayısının artırılması önemlidir. İleri çalışmaların bölgenin ihtiyaçlarını daha detaylı tanımlaması için çok merkezli olarak planlanması önerilir.

Teşekkürler

Çalışma sürecinde yardımlarından dolayı Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimi'nde çalışan bütün çalışma arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması Beyanı

Herhangi bir çıkar çatışması olmadığı beyan edilmiştir.

Kaynakça

1. Kapucu S, Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Canlı Özer Z. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi / Dicle Medical Journal*. 2011;38(1):57–65.
2. Annual Report; Medical Management of the Home Carepatient. 2004.
3. Artantaş AB, Köroğlu FT. Bir hastane bünyesindeki evde sağlık birimi tarafından verilen hizmetlerin değerlendirilmesi: 2018 yılı istatistikleri. *Ankara Medical Journal*. 2019;19 (1),170-7. DOI: 10.17098/amj.542307.
4. Shaughnessy PW, Crisler KS, Schlenker RE, Arnold AG, Kramer AM, Powell MC, et al. Measuring and assuring the quality of home health care. *Health Care Financ Rev*.1994;16(1):35.
5. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik, (2005). Resmi Gazete 10/03/2005, 25751
6. Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik, (2023). Resmi Gazete 2/06/2023, 32209
7. World Health Organization. A strategy for active, healthy ageing and old age care in the Eastern Mediterranean Region 2006-2015. Erişim tarihi 22/07/2024 erişim adresi: <https://applications.emro.who.int/dsaf/dsa542.pdf?ua=1>
8. İstatistiklerle Yaşlılar, 2022 Türkiye İstatistik Kurumu; 2023.
9. Caffrey C, Harris-Kojetin L, Moss A, Sengupta M. Home health care and discharged hospice care patients: United States, 2000 and 2007. *Natl Health Stat Report*. 2011; 27:(38):1-27
10. Kamu Hastaneleri İstatistik Raporu 2017. Ankara; 2017.
11. Güdük Ö, Güdük Ö, Sertbaş Y. Evde sağlık hizmeti alan hastaların sağlık ihtiyaçlarının değerlendirilmesi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2021;8(1):78–83.
12. Aslaner H, Gökçek MB, Çetin A, Mistik S, Karaağaç M, Benli AR. Evde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi: Kayseri Örneği. *Journal of Health Sciences*. 2022;31(3):383-9.
13. Çifçili SS. Aile hekimliği gözü ile evde bakım. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*. 2018 10(1):23–9.
14. Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, Süldür N, Sonel B, Arasil T. Adaptation of the modified barthel index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*. 2000;32(2),87-92.
15. Dağdeviren TS, Dağdeviren M, Demir N, Atatorun M, Özşahin OA, Adahan D. Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinin sosyo-demografik özellikleri. *Ankara Medical Journal*. 2019;19(2),232-43. <https://doi.org/10.17098/amj.578108>.
16. Çatak B, Kılınç A, Badıllıoğlu O, Sütü S, Sofuoğlu AE, Aslan D. Burdur’da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. *Turkish Journal of Public Health*. 2012;10(1),13-21.
17. Çalışkan T, Hatice E. Yaşlanan nüfus gereksinimlerine yönelik: Evde sağlık hizmetleri 2020 yılı değerlendirmesi eğitim araştırma hastanesi örneği. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*. 2021;8(3),514-22.
18. Çubukçu M, Yazıcıoğlu B. (2016). Samsun eğitim ve araştırma hastanesi evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı hastaların değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*. 2016;16(4),325-31. <https://doi.org/10.17098/amj.70290>.
19. Karaman D, Dilek K, Atar NY. Evde sağlık hizmeti verilen bireylerin hastalık durumlarının ve bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi: Zonguldak örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;4(3),347-59.
20. Yörük S, Çalışkan T, Gündoğdu H. Balıkesir devlet hastanesi evde bakım hizmet biriminden hizmet alan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin bakım alma nedenleri ve sağlanan hizmetlerin belirlenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012;1(1),12-5.
21. Yeniçeri EN, Özen BK, Şahin C. Muğla sıtkı koçman üniversitesi eğitim ve araştırma hastanesi evde sağlık hizmetleri birimi'ne kayıtlı bireylerin bakım alma nedenleri ve sağlanan hizmetlerin belirlenmesi. *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2014;1(1),25-9.
22. Enginyurt Ö, Öngel K. Evde bakım hizmeti kapsamındaki hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumları. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2012;2(1),45-8.
23. El Ö, Peker Ö, Bozan Ö, Berk H, Koşay C. Serebral palsy hastalarının genel özellikleri. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007; 21(2):75-80
24. Türk Nöroloji Derneği Epilepsi Çalışma Grubu. *Epilepsi Rehberi 2007*. 2012;18(1):26-38
25. Sengul S, Akpolat Y, Erdem Y, Derici U, Arici M, Sindel S, et al. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *Journal of Hypertension*. 2016; 34(6):1208-17
26. Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, Hoes AW. Epidemiology of heart failure. *Eur J Heart Fail*. 2020;22(8):1342-56
27. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol*. 2013;28(2):169–80.
28. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for prevention, diagnosis and management of COPD: 2024 report. Erişim tarihi:22/07/2024, erişim adresi: <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>
29. Güdük Ö, Güdük Ö, Sertbaş Y. Evde sağlık hizmeti alan hasta ve yakınlarının memnuniyeti. *Bosphorus Medical Journal*. 2020;7(3):82–8.
30. Işık O, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C. Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Araştırma Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2016;19(2):171–86.
31. Çayır Y, Zeynep Avşar Ü, Avşar Ü, Cansever Z, Khan AS. Evde sağlık hizmetleri alan hastaların özellikleri ve bakım verenlerin beklentileri. *Konuralp Medical Journal*. 2013;5(3):9–12.
32. İncesu E, Tombul C, Arkan M, Babuçcu H. Evde sağlık hizmetlerinin erişilebilirlik: Konya Seydişehir devlet hastanesi evde sağlık hizmetleri birimi örneği. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*. Sağlık Bakanlığı; 2014;4:18–25.



Original Research / Orijinal Araştırma

Evaluation of Primary Care Physicians' Approaches to Mental Health and Diseases Birinci Basamak Hekimlerinin Ruh Sağlığı ve Hastalıklarına Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi

Ayten KARTAL TAŞ¹, Tamer EDİRNE²

Summary

Objective: Mental disorders are highly prevalent in the general population and associated with low quality of life. Mental disorders in primary care are common but under-recognized and managed suboptimal. This study aims at assessing primary care physicians' approach to mental disorders and related educational needs.

Methods: This cross-sectional study was performed between July 15, 2015 and August 15, 2015. We aimed to reach the whole population without sample selection. A total of 159 physicians working at family medicine centres in the city centre of Denizli were invited and 151 physicians (95%) agreed to participate. Data were collected via face-to-face interviews by using a questionnaire designed by the investigators.

Results: Family physicians stated to believe that approximately 25% of their patients have psychiatric problems but they think to have only diagnosed 4.6% of them. The most common barrier mentioned in diagnosing and treating mental disorders was lack of time. It was observed that family physicians have positive attitudes towards mental disorders. Among patients with a mental disease diagnosed by family physicians, 50% were prescribed drugs and 25% were referred to a psychiatrist. It was noticed that the majority of the family physicians believed to be partially sufficient in the management of mental disorders. Education in mental disorders was stated to be necessary by 78.8% of the physicians.

Conclusion: It was determined that the majority of family physicians found themselves partially competent in the management of mental illnesses, were aware of their deficiencies in terms of mental illnesses, and were open to training. It could be beneficial to provide training in line with the needs of physicians.

Keywords: Primary care, family physicians, approach, mental disorders, management

Özet

Amaç: Ruhsal hastalıklar toplumda sık görülmekte ve düşük yaşam kalitesine neden olmaktadır. Ruhsal hastalıklar birinci basamakta sık görülmelerine karşın tanı ve tedavileri yeterince yapılamamaktadır. Bu çalışmanın amacı birinci basamakta çalışan hekimlerin ruhsal hastalıklara olan yaklaşımlarını değerlendirmek ve bu hekimlerin eğitim gereksinimlerini belirlemektir.

Yöntem: Çalışmamız kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olup 17 Temmuz 2015 ile 15 Ağustos 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Örneklem seçimi yapılmadan tüm nüfusa ulaşılması hedeflenmiştir. Denizli il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışmakta olan 159 hekim çalışmaya davet edilmiş olup 151 hekim (%95) çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan anketin yüz yüze uygulanması yoluyla elde edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza katılan aile hekimleri hastalarının yaklaşık %25'inde ruhsal hastalık olduğunu düşündüklerini ancak %4,6'sına tanı koyduklarını belirtmiştir. Ruhsal hastalıkların yönetimde aile hekimlerin çoğunlukla karşılaştıkları engelin zaman yetersizliği olduğu tespit edilmiştir. Aile hekimlerinin ruhsal hastalıklara karşı genelde olumlu tutumlara sahip oldukları görülmüştür. Aile hekimleri ruhsal hastalık tanısı koydukları hastalarının ortalama %50'sine ilaç yazdıklarını %25'ini ise psikiyatriye sevk ettiklerini belirtmişlerdir. Aile hekimlerin çoğunluğunun ruhsal hastalıkların yönetimi konusunda kendilerini kısmen yeterli buldukları tespit edilmiştir. Aile hekimlerin %78,8'i ruhsal hastalıklar konusunda eğitim alma gereksinimi duyduklarını belirtmişlerdir.

Sonuç: Aile hekimlerinin çoğunluğunun ruhsal hastalıkların yönetimi konusunda kendilerini kısmen yeterli buldukları, ruhsal hastalıklar konusunda eksikliklerinin farkında oldukları ve eğitime açık oldukları belirlenmiştir. Hekimlerin ihtiyaçları doğrultusunda eğitim verilmesi faydalı olabilir.

Anahtar kelimeler: Birinci basamak, aile hekimleri, yaklaşım, ruhsal hastalıklar, yönetim

Geliş tarihi / Received: 23.05.2023 Kabul tarihi / Accepted: 07.09.2024

¹ Tirebolu Family Health Centre No 1, Giresun / Turkey

² Pamukkale University, Department of Family Medicine, Denizli / Turkey

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Ayten KARTAL TAŞ, Tirebolu Family Health Centre No 1, Giresun / Turkey

E-posta: kartalayten17@gmail.com Tel: +90 5392664687

Kartal Taş A. Edirne T. *Evaluation of Primary Care Physicians' Approaches to Mental Health and Diseases. TJFMPC, 2024; 18 (4):441-446*

DOI: 10.21763/tjfm.1301011

Introduction

The World Health Organization (WHO) defines health as a state of complete physical, mental, and social well-being.¹ According to the WHO, 20% of the burden of disease in Europe is related to mental health problems and one out of every four people has mental problems at any time during in life.² The "Türkiye Mental Health Profile Survey" is an important research conducted with a national sample in Türkiye. In this study, 7479 individuals over the age of 18 were interviewed and 17.2% of them were diagnosed with at least one mental illness according to ICD-10 (the International Classification of Diseases, Tenth Revision). Depression and anxiety disorders were found to be the most common mental disorders and mental illnesses were more common in women than in men.³

A document on Mental Health in the United Nations was published with the WHO-WONCA (World Organization of Family Doctors) joint work. It stated that despite the potential for successful treatment of many mental illnesses, few patients receive the necessary treatment. It was stated that adding mental health services to the primary care (PC) system would guarantee that patients who need treatment receive the necessary healthcare.⁴ Considering that PC is more accessible in terms of treatment of mental illnesses, it has also been emphasized that the investment to be made here will facilitate access to treatment. On the other hand, the PC physician is more effective in providing care to patients and families in mental illnesses. Family physicians evaluate their patients as a whole with a psychosocial approach. With this family and community-oriented approach, family physicians try to solve the problems of society and families. In a study, it was observed that 92% of patients who were treated for mental illness consulted a family physician at least once.⁵ Therefore, most patients with mental illness first consult non-psychiatric physicians, especially primary care physicians. Patients' preferences are influenced by the fact that they think that family physicians have better information about them and will start more appropriate treatment, and that they aim to avoid stigmatization related to mental illness.⁶

Primary care, which is the first entry point of the health system, has an important place in the prevention and treatment of mental illnesses because it is easily accessible and can communicate with more people. Therefore, integration of mental health into primary care is important. In this study, we aimed to determine the approaches of family physicians working in primary care to mental health diseases, the obstacles they encounter in the management of mental health diseases and their educational needs.

Material and Method

Our cross-sectional descriptive study was conducted between July 17, 2015 and August 15, 2015 and it aimed to reach the whole population without sample selection. In total, 151 (95%) of the 159 physicians volunteered to participate in the study from a total of 50 family health centres in Denizli city centre. Data were collected by a questionnaire including 21 closed-ended, open-ended, and Likert-type questions. The first part of the questionnaire included questions about socio-demographic information. Other questions included the number of mental illnesses diagnosed by the physicians, the difficulties they encountered, and how they proceeded with treatment. In addition, there were 4-point Likert-type questions regarding the physicians' self-confidence, psychiatric interviewing, diagnosis, and follow-up of mental illnesses. Data were analysed with SPSS 21 package program (IBM Corp., Armonk, NY, USA) and $p < 0.05$ was considered statistically significant. Ethical approval was granted by the Pamukkale University (PAU) Non-interventional Clinical Research Ethics Committee (date: January 13, 2015 / number:01).

Results

Ninety five percent of the family physicians working in Denizli city centre participated in this study, 31.8% (n=48) were female and 68.2% (n=103) were male. The sociodemographic characteristics of the family physicians are shown in Table 1.

Table 1. Sociodemographic characteristics of the family physicians

Sociodemographic variables		Female n (%)	Male n (%)	Total n (%)
Age	31-40	15 (31.3)	7 (6.8)	22 (14.6)
	41-50	28 (58.3)	65 (63.1)	93 (61.6)
	51 and above	5 (10.4)	31 (30.1)	36 (23.8)
	Total	48 (100)	103 (100)	151 (100)
Marital status	Married	40 (83.3)	98 (95)	138 (91.4)
	Unmarried	5 (10.4)	2 (2)	7 (4.6)
	Widower	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Divorced	3 (6.3)	3 (3)	6 (4.0)
Medical practice experience	Under 10 years	3 (6.2)	5 (4.9)	8 (5.3)
	11-20 years	26 (54.2)	27 (26.2)	53 (35.1)
	20 years and above	19 (39.6)	71 (68.9)	90 (59.6)
Internship duration at psychiatry clinic?	2 months and under	40 (83.3)	81 (78.6)	121 (80)
	3-4 months	6 (12.5)	18 (17.5)	24 (16)
	5 months and over	2 (4.2)	4 (3.9)	6 (4)
Time adequacy	Yes	12 (25)	32 (31.1)	44 (29.2)
	No	36 (75)	71 (68.9)	107 (70.8)

*frequency analysis

The average number of patients seen by male and female family physicians in the last month was the same. The family physicians thought that 25% of the patients admitted to them had mental illness on average and there was no significant difference between female and male physicians in terms of mental illness estimates. There also was no significant difference between the female and male family physicians in terms of the rates of diagnosis of depression, anxiety, and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in the patients they had seen in the last one month ($p = 0.880, 0.627, \text{ and } 0.933$, respectively). When the difficulties encountered by the family physicians in the management of mental illnesses were evaluated; 71.1% ($n=108$) of the physicians stated that they could not allocate enough time to patients, 46.1% ($n=70$) stated that patients had a fear of social stigmatization, 44.1% ($n=67$) stated that patients or their relatives rejected the diagnosis, 42.1% ($n=64$) stated that there was insufficient specialist support, and 31.6% ($n=48$) stated that there were no guidelines suitable for primary care.

Most of the family physicians stated that they would evaluate patients in terms of mental illness who came to be examined frequently in a short period of time and patients who changed physicians frequently. The majority of the family physicians also stated that they would investigate patients with complaints of physical symptoms that could not be explained by a physical illness in terms of mental illness. Beliefs and attitudes and behaviours of the family physicians about mental illnesses are given in Table 2.

Table 2. Beliefs and attitudes of the family physicians about mental illnesses

	Agree n (%)	Disagree n (%)	No idea n (%)
I check for mental disorder (MD) in patients presenting for examination frequently in a short period of time	138 (90.1)	12 (7.2)	5 (2.6)
I check patients complaining of physical symptoms for MD not explained by a physical illness	149 (98)	3 (2)	0 (0)
I think of MD in patients changing many physicians in a short time	132 (86.8)	14 (9.2)	6 (3.9)
MD medications can cause addiction	12 (7.9)	133 (88.1)	6 (4.0)
MDs do not fully recover	26 (17.1)	119 (78.3)	7 (4.6)
PC physicians should be able to treat the most common MDs	143 (94.1)	8 (5.3)	1 (0.7)
Only psychiatrists must manage MDs	12 (7.9)	132 (86.8)	8 (5.3)
MD risk increases in individuals with chronic diseases	146 (96.1)	4 (3.3)	2 (0.7)
MD is associated with environmental factors	146 (96.1)	4 (2.6)	2 (1.3)

*frequency analysis

Family physicians stated to believe that 25% of their patients have mental disorders. While 50% of the family physicians' only prescribed drugs, combined medication, and psychotherapy application was 23% and 25% referred them to a psychiatrist. We found that 39.7% of family physicians does not use any depression scale at all. Female family physicians were significantly more likely to use scales than male physicians ($p=0.041$) and were significantly more likely than the male physicians to apply psychotherapy and drug treatment together ($p=0,020$). The family physicians' treatment preferences for patients with mental illness are shown in Table 3.

Table 3. Family physicians' treatment preferences for patients who were thought to have mental illness.

	Female	Male	Total	
Physicians' treatment preferences	n=47	n=102	n=149	
	median	median	median	<i>P</i>
	(min-max)	(min-max)	(min-max)	value
Just prescribe medicine	30 (0-100)	50 (0-100)	50 (0-100)	0.100
Psychotherapy	0 (0-50)	0 (0-30)	0 (0-50)	0.481
Prescribing medication and psychotherapy	20 (0-80)	7.5 (0-100)	10 (0-100)	0.020
Referral to psychiatry	25 (0-100)	25 (0-100)	25 (0-100)	0.832

*Independent samples t-test.

(Two participants who marked more than one option were not included.)

While 71.5% (n=108) of the family physicians did not provide educational material to patients diagnosed with mental illness, the proportion who mostly provided educational material was 1.3% (n=2). It was determined that 51.3% (n=78) of the family physicians mostly gave information about mental illness to the diagnosed patients. The majority of the family the physicians found themselves partially competent in terms of approach to mental illness, psychiatric interview diagnosis, and treatment. 78.8% of the family physicians stated that they would like to receive training on the approach to mental illnesses. The majority wanted to receive this training from a physician who is an academic in psychiatry (55.3% n=84).

Discussion

Family physicians who agreed to participate in our study estimated that 25% of the patients admitted to them in the last month had a mental illness, a number which is in accordance with the literature.⁷ On the other hand, a diagnosis of mental illness was only made in 4.6%. In a study where one-year records of physicians in the outpatient clinic book were reviewed and diagnoses of 313139 patients were examined, it was observed that these physicians diagnosed 1-2.3% of the patients with mental illness.⁸ In another study, it was found that physicians diagnosed mental illness in 3.7% of the patients admitted in a week at most, but the rate of mental illness in patients admitted was actually 28%.⁹ Similar to previous studies, we found the rate of physicians able to diagnose mental illnesses to be very low.^{9,10}

Although primary care physicians have an important role in the management of mental illness, it is clearly seen that family physicians suspect mental illness but fail to diagnose most patients. The difficulties and obstacles that may cause this have been the subject of many studies.^{11,12,13}

Like the results of previous studies, the majority of primary care physicians (71.1%) in our study stated that they could not spare enough time for their patients.^{11,12,13} Difficulties encountered by family physicians were the fear of social stigmatization and refusal of treatment by patients, similar to the results of the study by Shem et al.¹⁴ In a study conducted by Rijswijk et al., rejection of treatment was also a common response among patients.¹⁵

These results show that there are barriers for family physicians to diagnose and treat medical diseases in primary care. Considering that most of the common mental illnesses in the society can be successfully treated in primary care, primary care physicians should have more responsibility in the control of these illnesses. For this reason, it is necessary to reveal the incapacities encountered in primary care in more detail. However, there are not enough studies on this subject in our country.

In our study, we found that family physicians were generally interested in mental illnesses. Most of the family physicians who participated stated that they believed that common mental illnesses should be treated in primary care, and that the drugs used in treatment were not addictive. These results do not coincide with some previous

studies.^{12,16,17,18} In a study by Glasser et al., similar to our study, the majority of the primary care physicians stated that mental illnesses should be treated in primary care.¹⁹

In the treatment of mental illnesses, the rate of combined medication and psychotherapy was 23%, while the rate of prescribing only medication was higher. We do not know whether this is because physicians consider psychotherapy less effective or if it is due to insufficient knowledge and skills. However, in some studies, most of the physicians stated that they thought that drug treatment was essential.^{20,21,22,23} In our study, similar to other studies, the rate of psychotherapy and drug treatment combined with psychotherapy was higher among the female physicians compared to the male physicians.²¹ This made us think that female physicians were more interested in psychotherapy. Our study found that 28.6% of the physicians referred their patients. While the referral rate of the physicians was higher in the study conducted by Özmen et al., it overlaps with the results in a study conducted in Istanbul.^{17,18} In some studies, primary care physicians stated that only psychiatrists should deal with mental illness.^{20,24} In our study, we found that most of the family physicians did not give educational material to the patients they diagnosed but merely informed the patients. The study by Yıldırım et al., provides results similar to our findings.¹⁸ In contrast to our findings, Glasser et al., found that primary care physicians routinely gave educational material to the patients they diagnosed.¹⁹

In our study, it was found that the family physicians found themselves partially competent in the approach, diagnosis, and treatment of mental illnesses. In a study conducted by Özmen et al., physicians stated that they considered themselves moderately competent.¹⁷ Similarly, in a study conducted by Yıldırım et al., only 19.2% of the family physicians found themselves competent.¹⁸ On the other hand, in studies conducted abroad, physicians were found to be more self-confident.^{21,25} This may be due to insufficient implementation of post-graduation trainings in our country. In our study, the fact that most of the family physicians wanted to receive training is both a suggestive and positive finding. Similarly, in studies conducted in Türkiye and abroad, most of the physicians stated that they wanted to receive further education to improve their knowledge and skills.^{17,18,13,20}

Conclusion

We found that family physicians suspect patients with mental illness but could not diagnose them. However, we observed that family physicians had a positive attitude towards mental illnesses. We determined that the family physicians were aware of their deficiencies in terms of mental illnesses and were open to training.

As a result of our study, we believe that family physicians have a positive attitude towards mental illnesses, have difficulties in diagnosing and treating MD's and are open to education. Our results may support education programs and new researchers on this topic.

Limitations

Our study had some limitations. The data in this study were obtained through a self-administered questionnaire form and no measurement tool was used to objectively assess the clinical behaviour of physicians. Our questionnaire has no validity and reliability. Our study cannot be generalized to physicians in other regions due to the distribution of sociodemographic information of the physicians. The high response rate (95%), the questionnaire being piloted before and a face-to-face conduction are the strengths in our study.

Acknowledgment:

Our research has not been presented at any congress or in any journal. There has also been no institutional support with regard to the study.

Conflict of interest: No conflict of interest is declared by the authors

References

1. WHO. Health Topic Mental Health. Available at: <http://www.who.int/topics/mental-health/en/>,2014. [Accessed 1 October 2015].
2. WHO. Regional Office. Available at: <http://www.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health,2015>. [Accessed 10 October 2015].
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu (1998). Available at: <http://tr.scribd.com/doc/118803955/Türkiye-Ruh-Sağlığı-Profil-Raporu-1998>. [Accessed 6 October 2015].
4. WHO. Integrating Mental Health Into Primary Care: a Global Perspective. Available at: <http://www.who.int/mentalhealth/.../mentalhealthintoprimerycare/.../index.html,2014>. [Accessed 10 October 2015].
5. Watson DE, Heppner P, Roos NP, Pield RJ, Katz A. Population-Based Use of Mental Health Services and Patients of Delivery Among Family Psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry* 2005; 50(7):398-406.
6. Wun YT, Lam TP, Goldberg D, Lam KF, Li KT, Yip KC. Reasons for Preferring a Primary Care Physician for Care if Depressed. *Family Medicine* 2011; 43(5):344-350.
7. WHO. Prevalance of Disorders. Available at: http://www.who.int/whr/2001/chapter_2/en/index_2.html. [Accessed 15 October 2015]
8. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç. Eskişehir İlinde Birinci Basamak Kurumlarında Verilen Ruh Sağlığı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002; 13(2):115-124.
9. Kayaalp L. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İ. Ü . Cerrahpaşa Tıp Fakültesi: Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 2008; 62:147-152.
10. Weyerer S. Detection Psychiatric Diseases in General Practice. Results From Germany. *Gesundheitswesen* 1996; 58(1):68-71.
11. Williams JW, Rost K, Dietrich AJ, Ciotti MC, Zyzonski SJ, Cornell J. Primary Care Pshscians Approach to Depressive Disorders. *Archives of Family Medicine* 1999; 8(1):58-67.
12. Lam TP, Lam KF, Lam EW. Attidues of Primary Care Physicians Towards Patients With Mental İllness in Hong Kong. *Asia Pacific Psychiatry* 2012;5(1):19-28. doi: [10.1111/j.1758-5872.2012.00208.x](https://doi.org/10.1111/j.1758-5872.2012.00208.x)
13. Goldfracht M, Stalit C, Peled O, Levin D. Attitudes of Israeli Primary Care Physicians Towards Mental Health Care. *The Israel Journal of Psychiatry Related Sciences* 2007; 44(3):225-230.
14. Shemo JP. Primary Care Management of Mental İllness: Medication as a Tool. *Southern Medical Journal* 1984; 77(8):1010-1019.
15. Rijswijk E, Hout H, Lisdank E, Zitman F, Weel CV. Barriers in Recognising, Diagnosis and Managing Depressive and Anxiety Disorders as Experienced Family Physicians, A Focus Group Study. *BMC Family Practice* 2009:10-52.
16. Yüksel E.G, Taşkın O. Türkiye’de Hekimler ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ve Bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6(1):113-121
17. Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Tamer D, Boratav C, Aker T. Psikiyatri Dışı Uzman Hekimlerin Ruhsal Bozukluklar Konusunda Bilgi ve Tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4:5-12.
18. Yıldırım A, Gönüllü O G, Eradamlar N, Erkıran M. İstanbul İli Genelinde Görev Yapan Aile Hekimlerinin Antidepresan Reçetelemesini Etkileyen Faktörler. *Düşünen Adam Yayınları*. 2014; 27:242-249.
19. Glasser M, Vogels L, Gravdal J, Geriatric Depression Assessment by Rural Primary Care Physicians. *Rural Remote Health* 2009; 9(4):1180.
20. Aker T, Özmen E. Birinci Basamak Hekimlerinin Şizofreniye Bakış Açısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3(1):5-13.
21. Federia C, Cecilia S, Paola T, Pier VB, Maria B, Niccolo, Clara C et all. Primary Care Physicians Perspective on The Management of Anxiety and Depressive Disorders: a Cross-Sectional Survey in Emilia Romagna Region. *BMC Family Practice* 2013;14(75):1-9
22. Andersson S.J, Troein M, Lindberg O. General Practitioners Conceptions About Treatment of Depression and Factors that may İnfluence Their Practice in this Area Postal Survery. *BMC fam pract* 2005;6(21):1-9 doi:10.1186/1471-2296-6-21
23. Ross S, Moffat K, Mc Connachic A, Gordon J, Wilson P. Sex and Attitudes a Randomised Vignette Study of the Management of Depression by General Practitioners, *British Journal of General Practice* 1999;49(438):17-21.
24. Ghanizadeh A, Zorei N. Are Gps Adeqvately Equipped With The Knowledge For Educating and Counseling of Families With ADHD Children. *BMC Family Practice* 2010;11(5):1-5
25. Richard JC, Riyan P, Mc Cabe MP, Groom G, Hickie IB. Barriers to the Effective Management of Depression in General Practice. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2004;38(10):795-803.



Original Research / Orijinal Araştırma

How Does Birth-Related Content in Mass Media Affect Pregnant Women? Kitle İletişim Araçlarında Yer Alan Doğumla İlgili İçerikler Gebeleri Nasıl Etkiliyor?

Gülen SÖNMEZ¹, Esra SARI²

Abstract

Aim: This study was conducted to identify how content on childbirth in mass media affects pregnant women. In the study, an answer is sought to how the birth content in the mass media affects pregnant women.

Method: The research data were collected through in-depth interviews using an identifying information form and a semi-structured interview guide. In this phenomenological study, conducted between May and July 2022, 15 pregnant women were interviewed. First, a preliminary interview was made with the pregnant women who came to the clinic, and they were informed about the subject. Afterward, in-depth interviews were conducted with the pregnant women who accepted the interview. A descriptive reporting method was preferred in the study. The data obtained were subjected to a thematic analysis and the main themes were revealed. The emerging themes were turned into tables and sub-themes and categories were determined.

Results: The data obtained consisted of seven sub-themes, which were the birth plan, information sources on birth, being affected by the information obtained, encountering content related to birth, thoughts about birth scenes or visuals encountered, the effects of contents on attitude and behaviour and the desired content to encounter.

Conclusion: As a result, it was found that the information obtained from mass media affected pregnant women from various aspects in all themes. Additionally, it was determined that the effects varied depending on the content or information that pregnant women were exposed to.

Keywords: mass media, communication sources, pregnancy, birth, birth preference.

Özet

Amaç: Bu çalışma, kitle iletişim araçlarında yer alan doğumla ilgili içeriklerin gebe kadınları nasıl etkilediğini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma verileri, tanımlayıcı bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme kılavuzu kullanılarak derinlemesine görüşmeler yoluyla toplanmıştır. Mayıs-Temmuz 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilen bu fenomenolojik çalışmada 15 gebe kadınla görüşme yapıldı. Kliniğe gelen gebelerle öncelikle ön görüşme yapılarak kendilerine konu hakkında bilgi verildi. Daha sonra görüşmeyi kabul eden gebelerle derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Araştırmada betimsel raporlama yöntemi tercih edilmiştir. Elde edilen veriler tematik analize tabi tutularak ana temalar ortaya çıkarılmıştır. Ortaya çıkan temalar tablolara dönüştürülerek alt temalar ve kategoriler belirlendi.

Bulgular: Elde edilen veriler; doğum planı, doğumla ilgili bilgi kaynakları, elde edilen bilgilerden etkilenme, doğumla ilgili içerikle karşılaşma, doğum sahnesi veya karşılaşılan görsellerle ilgili düşünceler, içeriklerin tutum ve davranışlara etkisi ve karşılaşılmaması istenen içerik olmak üzere yedi alt temadan oluşmuştur.

Sonuç: Sonuç olarak kitle iletişim araçlarından elde edilen bilgilerin tüm temalarda gebeleri çeşitli yönlerden etkilediği tespit edilmiştir. Ayrıca etkilerin gebelerin maruz kaldığı içerik veya bilgiye göre farklılık gösterdiği belirlendi.

Anahtar Kelimeler: kitle iletişim araçları, iletişim kaynakları, gebelik, doğum, doğum tercihi.

Geliş tarihi / Received: 20.03.2024 Kabul tarihi / Accepted: 11.09.2024

¹ Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü

² Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Gülen SÖNMEZ, Gümüşhane Üniversitesi İletişim Fakültesi Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü

E-posta: gulenle@gmail.com Tel: +90 5058634625

Sönmez G. Sarı E. *How Does Birth-Related Content in Mass Media Affect Pregnant Women?* TJFMPC, 2024; 18 (4):447-455

DOI: 10.21763/tjfm.1453256

Introduction

Mass media have been used as a source of information in society from past to present. Communication through phones, the Internet, and social media has become prominent with the advancements in digital technology in recent years, and these communication sources have become a part of our lives.^{1,2} While informing society, mass media tools, which have become a part of our lives, affect the attitudes and behaviours of the individuals when certain conditions are met.³ The information disseminated by the mass media either acts as a reinforcer to support existing attitudes or leads to the acquisition of new behaviours. The increasing prevalence of communication technologies is important in terms of transferring the developments in the field of health to the society, accessing health data from anywhere, and supporting the connection between patients and physicians.⁴ For example, while women are influenced by many factors, including education, profession, health professionals, and friends, in deciding the mode of delivery, they are also influenced by the media.⁵ It has also been found that pregnant women receive birth-related information from mass media, the internet and printed publications.⁶ Although health professionals share information and opinions through mass media tools, these tools also contain negative aspects along with positive aspects. While mass media tools provide the flow of information, they also expose individuals to a load of information that flows rapidly and is uncontrolled.⁴ Lack of information and support during antenatal care are among the reasons for increased cesarean section ratios. Therefore, pregnant women should be adequately informed by the right sources, guidance should be provided for the appropriate delivery method, and labor should be completed with a healthy mother and baby.⁵ The mother's health is important for her as much as for her children to be born.¹ In this context, the study focused on the effects of the information obtained by pregnant women from the mass media related to birth and was conducted to determine how the contents related to labor in mass media affected them.

Method

Research Type and Setting

This study employed a phenomenological design, one of the qualitative research approaches. A phenomenological study centers on how an individual perceives, describes, and feels about a phenomenon which can be an emotion (love, anger, betrayal), relationship, culture, or an organization.^{7,8} For example, when the phenomenon of school failure is the subject of a phenomenological study, what it means in student life, how it affects various relationships of the student, and what kind of problems it causes can be revealed by investigating what it means. In this context, the focus is on meaning based on experience.⁹ The experiences of pregnant women with mass media, which is a source of information, constitute the focus of this study. A phenomenological pattern was preferred to reveal the experiences of pregnant women regarding mass media and to determine the meaning. In line with the purpose of the study, the experiences of women in their first pregnancy were explored using an online platform.

Population and Sample Size of the Study

Individuals or groups who experience and can reflect a phenomenon constitute phenomenology's data sources, a qualitative research design. Since long interviews and more than one interview may be involved in a phenomenological study, the number of individuals to be included in the sample should not exceed 10¹⁰. Therefore, a small number of purposefully selected participants are included in the study. In this study, criterion sampling, one of the purposive sampling methods, was used. The criteria for the study included "voluntary participation in the study," "being in the age range of 18-49 years", "being in the first pregnancy," "being able to communicate in Turkish," and "following mass media content related to pregnancy and birth." Accordingly, all pregnant women who met the criteria constituted the study population. The participants who came to the birth clinic were contacted and given the necessary preliminary information about the research and invited to participate in the study. Fifteen pregnant women who met the study criteria and agreed to participate were randomly identified, and a study group was formed. Pregnant women were coded as P1, P2, P3, P15. According to the data obtained, participants P4, P8, P12, P14, and P15 were determined to provide insufficient data, and thus, they were excluded from the study. As a result, the study was completed with ten pregnant women as the data saturation was reached with the remaining ten pregnant women. For maximum diversity purposes, pregnant women who were different from each other in terms of family type, education level, and employment status were included in the study.

Data Collection

A form of semi-structured interview was used as the data collection tool. Eight questions were posed to determine the effects of mass media content on pregnant women. The prepared questions are as follows.

1. What kind of birth are you planning? From where
2. What are your sources of birth information?
3. Do you obtain information about birth from mass media (internet, television, cinema, newspaper, etc.)?

4. How did the information you acquired affect you?
5. Have you come across a birth scene or visual about birth in any mass media (internet, television, cinema, newspaper, etc.)?
6. What do you think about the birth scene or visual you encountered?
7. How did the birth scene or visual you encountered affect you? Has there been a change in your thoughts, attitudes, and behavior?
8. What do you think the content of the scenes or visuals you want to encounter should be?

The researchers prepared the questions, and expert opinion was sought for content validity before finalizing the form. Online interviews were conducted with fifteen pregnant women, who constituted the study group, and the responses were recorded. For online interviews, applications such as Zoom or WhatsApp, which allow video calls, have been preferred. Participants who came to the birth clinic were contacted and provided with the necessary preliminary information about the research. Following preliminary information, online interviews were held and recorded within the specified time. Online interviews contributed to the participants being able to hold interviews at their most convenient and comfortable time. All researchers used the same method when collecting data. Then, the interview recordings were transcribed. The statements of pregnant women were presented in italics and quotation marks in the findings section. The codes indicated at the beginning of the statements represent pregnant women.

Data Analysis

The data obtained were analysed using the thematic analysis method, and themes were developed and interpreted. The online recordings of the interviews were transcribed using the Microsoft Word program. The responses of the pregnant women were compiled under the research questions. The responses were read by the researchers several times. Two researchers coded the data, and then the codes were compared. Main themes were developed from the concepts derived as a result of readings by the researchers, and the categories and subcategories constituting the main themes were determined. The resulting themes were organised as main themes and categories, and the findings were reported in tables. Reporting was completed with direct quotes and the themes that were revealed.

Validity-Reliability

One of the most functional ways of establishing reliability in a qualitative study is to describe each step in detail. Accordingly, all phases of the study were described to establish reliability. To ensure the internal reliability of the study, the data collection method, theme development, and the study's analysis processes were described in detail using the audit trail method. For external reliability purposes, an expert was provided with general information about the study and asked to review the results in terms of consistency. More than one researcher in the data collection and analysis processes was included to ensure credibility; thus, the study was conducted by two researchers. For participant confirmation purposes, three pregnant women reviewed and approved the findings. Data saturation methods were used in the data collection processes, and the data collection was concluded when repetitions and similarities were encountered in participant statements. Maximum diversity in sampling and including direct quotes using the detailed description strategy in the analysis were implemented to ensure transferability. However, considering the word count limit of the article, direct quotes from a small number of pregnant women were included.

Research Ethics

Before the study, an ethics committee report was obtained from a university's Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee (numbered 2022/03-09). Verbal consent from the pregnant women was obtained regarding their voluntary participation in the study. Participants were informed that the data obtained would not be shared with anyone. The names of the pregnant women who participated in the study were kept confidential, and the statements of the pregnant women were presented as P1, P2,..., with the letter P referring to the participant and the numbers referring to the interview numbers. The statements of pregnant women were included as direct quotations as much as possible.

Findings

The findings obtained from the interviews held with pregnant women consisted of seven main themes and sub-themes within the framework of the research questions. No personal information of participants was included, and their statements were presented as P1, P2, P3...

Birth Plan

It was found that the birth plans of pregnant women could be compiled together under the themes of vaginal delivery, cesarean delivery, and indecisiveness. Among the reasons for the normal delivery preference of pregnant

women in the theme of vaginal delivery are the perception of a natural, non-interventional, physiological, and biological normal condition and the idea that the mother's recovery after birth will be more comfortable and healthier. Additionally, it is seen that the baby's immunity and the belief that there may be traces of the baby's future life influenced the preference for vaginal birth. For example, P5 justifies her preference for normal delivery by stating, "The type of delivery I want is natural birth. According to my research and the information I obtained from many books, some doctors, and midwives, the way of delivery also affects the baby's future life and leaves traces on it. Likewise, I want a natural, non-interventional birth as much as possible for my health. When there is intervention, the nature of it is disrupted." P7 stated, "I plan for normal birth in the hospital. The hospital staff is more knowledgeable, and I prefer normal delivery to recover quicker; I think it is healthier." It is seen with this statement that she evaluates and prefers a vaginal delivery plan in terms of health. Similarly, P10 states that she considers "birth as a physiological and biological "normal "" and, therefore, wants vaginal delivery. P9 also prefers vaginal delivery based on the risks of cesarean delivery and the idea that vaginal delivery is healthier for the baby.

Table 1. Birth plan theme

Theme	Categories	Sub-categories
Birth Plan	Vaginal birth	<ul style="list-style-type: none"> -Natural -No intervention. -Birth is a "normal" that is physiological and biological -Hospital staff are more knowledgeable -Healthy - Immune system for the baby -The effect of the delivery method on the future life of the baby
	Caesarean delivery	<ul style="list-style-type: none"> -Easier -Painless -Anatomical structure (pelvic distress) -Finding vaginal birth traumatic

Among the reasons for the preference of caesarean delivery under the theme of caesarean section, for example, P1 stated, "I am planning for caesarean delivery. I was actively involved in both delivery types, and I think it is easier and painless." On the other hand, P11 explained the reasons for caesarean delivery preference by stating, "I think caesarean delivery is traumatic." Considering the statements of pregnant women, according to those who prefer vaginal birth, it is more painful and traumatic in which the normality of birth is distanced. Additionally, it is seen that the suitability of the anatomical structure also affects the preference for caesarean delivery in the statement of the pregnant woman coded as P13: "I am planning for a caesarean delivery due to pelvic distress as my anatomical structure is not suitable."

Under the theme of indecisiveness, for example, the pregnant woman coded P2 said, "I have not decided yet what kind of birth I will have. Because the things I heard from my environment and uncertainty created fear in both situations." In this statement, she shares the reason for her indecisiveness as fear. P6 said, "I want a birth according to the preference of my baby, which will conclude with my baby and me being healthy. Regardless of what I want, I know it will be what it wants." In this statement, she believes that the baby's choice will determine the mode of delivery and that her baby will prefer the healthy mode.

Information Sources on Birth

When the study participants were asked what the sources of information related to birth were, the responses included physicians, families, social media, women in the immediate circle, websites, their own experiences, and books. It is seen that websites and social media platforms, which are among the mass media tools, are also actively used as resources. When we examined the examples of websites used as resources, it was determined that they included videos on birth, various pregnancy applications, and several social media platforms

Table 2. *Information sources on birth theme*

Theme	Categories
Information Source on Birth	Social Media Family Women in the immediate circle Websites Personal knowledge Books Doctor Private training from a midwife
Information Source Examples	Acquaintances with children Listening to women on social media, who have given birth, Websites, Pregnancy applications downloaded
Denial of information	Not doing research in order not to be negatively affected

It was also determined that a participant did not find it appropriate to research not to be negatively affected by birth.

Statements of a few participants on the information sources related to birth are presented below.

P2. *My sources of birth information are social media, women in my family and close environment, and websites.*

P7. *Mostly the internet. For example, I listen to the women on YouTube, who have given birth, and take notes of their advice.*

P9. *My resource on normal birth is an application called Happy Mom and some sites on Instagram.*

As stated in the statements, it is seen that pregnant women have a wide range of sources of information. Due to the topic of the study, it is significant that pregnant women indicate various platforms among mass media as sources of information. Thus, it is seen that pregnant women obtained information from mass media and used the Internet and social media more as sources of information. Pregnant women mentioned websites and social media platforms could be interpreted as benefiting more from new communication technologies than traditional media. For example, pregnant women coded as P2 and P5 stated, "Yes. In particular, I get information from the Internet." P9 confirms the statements revealing that mass media tools are used as a source of information by saying, "yes, I get information on birth from social media." Two pregnant women participating in the study shared that they did not obtain information from mass media as it was not appropriate to obtain information under today's conditions.

Being Affected by the Information Obtained from Mass Media

It is seen that the information obtained from mass media is themed as positive, negative, and both positive and negative. According to the positive effect theme, it is seen that participants created solutions with the information they obtained from mass media on issues such as providing relief, decreasing fears, eliminating stress, learning how to act regarding birth, finding answers to questions, and determining the mode of delivery. For example, the pregnant woman with the code P7 states, "It affected me positively, I am less stressed, I am not afraid like before." Similarly, a pregnant woman with the code P5 expresses her way of being influenced by the information she obtained from the mass media with the statement, "I learned many things I did not know, and my fears decreased." In the negative effect theme, participants shared that the information from mass media on birth, in which a sense of fear, anxiety, and uncertainty was experienced, was misleading and increased fear. For example, the pregnant woman P6 states, "I think they do not reflect the birth accurately and show it as a fear element." This statement can be interpreted as the information she obtained from mass media leading to the emotion of fear.

The third theme of both positive and negative developed from participant discourses reveals that having too much information both increased the level of anxiety and raised awareness in pregnant women at the same time. P2 explains this situation by stating, "Sometimes it relieves me. Sometimes it creates a sense of fear, anxiety, and uncertainty." Similarly, while P3 said, "It enabled me to be cautious because I had more information on some issues" P10 responded by saying, "The information I obtained made me conscious as well as worried."

Exposure to Birth-Related Content in Mass Media

Except for one of the participants, others stated that they encountered content related to birth in mass media.

P11, one of the participants who gave details about the contents of birth she encountered, commented that "the woman giving birth is a scene we see often." Another participant, P5, said she watched "videos on giving birth."

P10, on the other hand, suggests the possibility that visual content related to birth is one of the most common types of content in mass media by stating, "I have encountered them on the Internet, TV, cinema, in almost all of them." Additionally, P3 said, "Yes. I saw a photo where I could see the moment of birth."

Birth scenes or visuals encountered in mass media play a determinant role in decision-making. Accordingly, the decision-making process was identified as the main theme, which consisted of the sub-themes of both positive and negative effects, as it was determined from the statements of the pregnant women that they had both positive and negative effects on the decision-making process

The Effect of Birth-Related Content on Attitude and Behavior

Table 3. *Thoughts on the birth scene or the visual encountered and the effect of birth-related content on attitude and behavior*

Theme	Categories	Sub-categories
Thoughts on the birth contents encountered	Positive	<ul style="list-style-type: none"> - Being closer to the decision of caesarean delivery, - Developing a thought on at least one type of birth -The thought that it is miraculous. -Learning, seeing, and having ideas -Psychological preparation for birth - Seeing how and under what conditions birth occurs -More normalisation - Coming across vaginal birth images and feeling happy
	Negative	<ul style="list-style-type: none"> - Being curious about the birth scene but not watching it - Terrifying content that can be traumatic -Exaggerated content
Attitude and behavior change	<ul style="list-style-type: none"> -Supportive -Influential in decision making -Ineffective 	

In the positive effect sub-theme presented under the theme of the decision-making process, P1 stated, "What I watched was a cesarean delivery, which brought me closer to the decision I made regarding cesarean delivery," while the pregnant woman coded P2 shared, "My opinion is that the video I encountered helped me to have thoughts in my mind about at least one type of birth." P7 also commented, "I was afraid at first, but I think I am preparing myself psychologically for birth which is an event that will eventually happen."

On the other hand, considering the negative effect, P6 stated, "If I had not known about birth, it would have been so terrifying that it would have been traumatic for me. An unborn child, a mother-to-be with never-ending pain is like a nightmare," which points out that the contents encountered in mass media could be traumatic. P9, on the other hand, emphasised that there may be a negative psychological effect by stating, "I was curious about the birth scene, but I did not watch it because I thought it would affect me psychologically."

Regarding the effects of mass media content related to birth on pregnant women's attitudes and behaviours, P2 stated that the content had a positive effect and helped make the decision. Another pregnant woman, P10, stated that the mass media normalised the birth process for her while simultaneously stating that "Mass media plays with the subconsciousness of pregnant women regarding the fear they have by presenting birth or giving birth as a supernatural event. The birth they frequently address with the concepts of pain, ache, death, and bleeding is unfortunately presented to the society as it is normal for everyone." This participant's comment is significant as it provides information on the mass media content related to birth.

P1, one of the participants who shared that it was effective in deciding on the type of birth, stated, "The mother under epidural anaesthesia meeting her baby and not feeling pain, etc. confirmed that the decision I made was right." With this statement, it can be said that the mass media content had a supporting role in her decision. The statement of P5 regarding the mode of delivery, "My fear of caesarean delivery increased while my desire and trust increased towards normal delivery." can be interpreted as she was experiencing a change in attitude.

Some pregnant women said that the mass media content related to birth did not affect them. One of those women, P6, stated that "I know the content does not reflect the reality, which is why it did not affect me," while P9 stated, "I did not have any fear or concern as I never looked at those contents," in response to the question. P13, on the other hand, commented, "It does not affect much, but when there is pregnancy, you get sensitive by thinking I wonder how it will be for me..., so you approach it more emotionally". As indicated in the statement, the state of noticing and being affected by mass media content changes when there is pregnancy.

Contents that are Desired to be Encountered

The statements of the pregnant women who participated in the study regarding the mass media content are presented below.

Table 4. *Desired content to be encountered in mass media*

Theme	Categories
Desired Content to be Encountered	<ul style="list-style-type: none"> -Skin-to-skin contact with the baby -A mother who is not in pain -Happy expectant mothers - Not scary - Emphasising the beauty of the moment, - Making happy - Videos and information about natural childbirth -Calmer births, - Things reflecting reality, - Births that are accepted as natural by everyone

P2. *I would like to see mothers and babies who are not in pain or happy expectant mothers.*

P3. *Content that emphasises the beauty of the moment and gives joy should be preferred rather than scary.*

P5. *There should be more videos and information on natural childbirth. Of course, a cesarean section is a life-saving procedure when needed. However, people should be encouraged more for normal delivery and not prefer cesarean delivery unless it is necessary. So there should be informative content on this...*

P6. *I would like to see more natural, private, compassionate, and calm births where the moment's magic is conveyed to us. The content shows that the woman is in pain but seeing content reflecting reality where there is an end to the pain the mother suffers, where there are no easy deliveries with babies coming out quickly, would make women feel better. And seeing content that does not show family members crying out statements such as "poor thing, God help her..." as if they are in a disaster, and instead showing that birth is natural and accepted as natural by everyone.*

P9. *I think it is normal to be curious about normal birth, but I would be scared if I watched it on a website, or I would have other questions in my mind. I think, from a psychological perspective, it would be better to have illustrations in the form of a cartoon for those who are curious.*

P10. *The content should be more constructive and motivating and address the concept of normalisation. Even in a simple TV show or program, the information should contain a message when the topic is covered. The information should be clear, and the message should instill self-confidence.*

P. *It should be more positive, more moderate, and more emotional, and the pain should not be more than joy and excitement.*

In this context, it can be said that there are elements to be considered when creating media content. It is found that when prospective mothers want to use mass media as a source of information, the content they are exposed to can create negative emotions such as fear, anxiety, etc., and increase such emotions if the mothers already have them.

Discussion

Birth plans of pregnant women were grouped under the themes of vaginal delivery, caesarean delivery, and indecisiveness. The data from the literature confirm the themes of birth planning.¹¹ It can be said that the preference for vaginal delivery in pregnant women is based on the perception that birth is natural, does not require intervention, and is healthier for the baby and themselves. It was determined that the positive perception of vaginal delivery affected the women's preference for vaginal delivery and that social media and TV impacted the formation of positive perceptions.^{11,12} When it comes to internalising vaginal delivery as "normal," it can be said that pregnant women prefer vaginal delivery. Therefore, in awareness-raising studies, the mass media content can be shaped for pregnant women to internalise vaginal birth and have a normal perception. Among the dominant reasons for choosing caesarean delivery within cesarean delivery, the theme is the thought that it is easier and pain-free. There are studies in the literature^{11,13} supporting these reasons. Additionally, it can be interpreted that a cesarean section is preferred out of necessity in cases where the anatomical structure does not allow for vaginal delivery. Again, within this theme, it can be said that cesarean section is preferred because vaginal delivery is considered traumatic. In the study of Citak Bilgin, the finding that "the perception that normal birth is painful, unbearable, and scary can lead women to caesarean section by suggesting that they will have a negative experience"¹¹ is supported by the findings of this study. Considering the statements of the pregnant women, it can be said that those who prefer cesarean delivery move away from the normality of birth and view it as a more painful and traumatic situation. Regarding the theme of indecisiveness, it can be said there is a potential for the mode of delivery to

change based on the fear experienced, uncertainty, and the baby's position. In summary, it can be inferred that vaginal delivery is preferred as it is natural. In contrast, caesarean delivery is preferred when there is fear of vaginal delivery and out of necessity due to anatomical problems. The fear component also plays a role in the indecisiveness of pregnant women.

It was determined that the pregnant women participating in the study had a wide range of information sources from their own experiences, family, and immediate circle to physicians and midwives, websites, and social media. It was found in the literature that the information on the birth process was obtained primarily from women who had given birth before and the media.^{14,15,16,17} Additionally, considering that the media and the experiences with birth affect decision-making on the preference of delivery types,¹¹ it is revealed that mass media content affects pregnant women.

It was found that websites and social media platforms, which are among the mass media tools, were also actively used as resources. Mass media tools used as a source include YouTube videos, various pregnancy applications, and various social media platforms. This reveals that the participants used mass media as a resource. It was determined that pregnant women obtained information from mass media, and they particularly used the Internet and social media as sources of information. The literature findings on the use of the Internet for information and help requests⁵ support the findings of this study. The discussion of websites and social media platforms being among the sources of information indicates that pregnant women used new communication technologies more than traditional media. When pregnant women's trust in information sources is evaluated, it is seen that it is not possible to fully trust a source. For example, she compares the information she receives from the health professional with the information she receives from mass media and her social environment.

The information from mass media is themed as positive, negative, and positive and negative. Studies in the literature reports that the media is effective in choosing the mode of delivery and can create positive and negative effects.^{15,18,19} support the findings of this study. Moreover, it was determined that sharing traumatic birth stories through mass media could comfort the people who shared them while negatively affecting the audience.¹⁹ Therefore, a study by Gokoglu, reported that high levels of female health literacy would positively affect child health, prenatal, birth, and postpartum periods.²⁰ In addition, it can be said that different contents related to the birth scene or birth can be encountered in mass media. This can also be evaluated as the search conducted by pregnant women or the selective perception component increases the number of information and visuals encountered.

It was found that the mass media impacted the decision-making process on the mode of delivery both positively and negatively. These effects include playing a supportive role for the decision already made, leading to new thoughts on a mode of delivery by eliminating confusion, leading to the perception of birth as miraculous, preparing pregnant women psychologically for the birth, and normalising birth. Negative effects are described as traumatic and exaggerated, which should not be viewed in order not to be affected psychologically. Studies have reported that painful birth scenes in mass media create a negative birth image of women,^{20,21} which supports the finding of negative effects in this study. However, another study determined that pregnant women engaged in an Internet search for insufficient information about pregnancy, having fast access to information on the Internet, and having difficulty accessing health personnel.¹ Accordingly, pregnant women need access to accurate and reliable sources related to the prenatal and postnatal processes to emphasise the positive effects of mass media.

It can be said that mass media content positively affects the attitude and behaviour change in pregnant women and supports the decision-making process for the mode of delivery. However, a study found that the participants who stated that mass media shaped attitudes towards pregnancy and childbirth had the highest scores of fear of giving birth.²¹ Another study found that the expression of childbirth with fear and pain in mass media created fear of childbirth.²³ Pregnant women who stated that they were not affected by the contents either did not follow the contents in mass media or developed a protection mechanism that the contents did not reflect the truth. When the findings of this study are evaluated with the literature, it can be said that mass media content related to birth leads to fear of giving birth, but that it is influential in deciding on the right mode of delivery.

When the statements of pregnant women regarding the content they would like to see in mass media were examined, it was found that the desired content should center around the mother-baby relationship, where there is no fear. Birth is presented as joy and a natural process reflecting reality. On the other hand, if the content encountered accepts and reflects birth as normal, then it can be said that the content leads to the perception of birth as a miracle.

Conclusion

In conclusion, considering all the themes identified, the information obtained from mass media can be said to have different effects. These effects differ by the content exposed to or depending on the information requested. While it is natural for pregnant women to have fear and curiosity, the quality of the information presented as content by mass media should be addressed and discussed. Additionally, pregnant women should obtain information about media and health literacy, filter the information obtained, and approach all information with a critical perspective.

Thus, mass media content can be used in a more supportive way in terms of reducing fear and anxiety related to birth. A pregnancy support line or a mobile application can be developed where pregnant women can get healthy information and access it at any time during the prenatal period. It can be facilitated for them to reach and communicate with health professionals. Additionally, examining the nature of content and scenes on birth in another study could help with raising awareness of content in pregnant women.

Funding

No specific funding for received for this study.

Conflicts of Interest

The authors declare that they have no competing interests

References

1. Hadımlı A, Demireloz Akyuz M, Tuna Oran N. Pregnant women' frequencies and causes of using the internet. *Life Sciences (NWSALS)* 2018; 13(3): 32-43.
2. Dursunoglu, İ, Komur, G. Mass communication tools during political socialisation: from traditional media to social media. *The Journal of Academic Social Science Studies* 2018; 71: 405-418.
3. Gungor, N. *Communication theory and approaches*. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2018. p.384.
4. Sahin, A. *Critical media literacy*. Ankara: Anı Yayıncılık; 2014. p.16-19
5. Ay F, Ekmekci KA, Batuhan F, Oguz A. What do women share on social media about the normal delivery action? example of (an example from) www.kadinlarkulubu.com. *Acıbadem University Health Sciences Journal* 2019; 10(1): 49-54.
6. Aydın Beşen, M, Seller A. Kadınların Doğum Sürecine Uyumu ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. March 2022;11(1):170-182. doi:10.37989/gumussagbil.714131
7. Merriam SB. *A qualitative research guide to design and implementation* (S. Turan, Trans.). Ankara: Nobel Yayıncılık; 2018. p.24-26
8. Patton CW. *Qualitative research and evaluation methods*. Ankara: Pegem Akademi; 2007. p.3-6.
9. Van Manen M. *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Walnut Creek: Left Coast Press; 2014. p.39.
10. Yıldırım, A, Şimşek H. *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*. İstanbul: Seçkin yayıncılık; 2018. p.71
11. Citak Bilgin N. Nursing students' perceptions of birth: A qualitative study. *Journal of Duzce University Health Sciences Institute* 2020; 10(3): 348-356.
12. Topcu TY. *The effect of women's health literacy level on health behaviours and child health*. [Unpublished master's thesis]. Trabzon: Karadeniz Tecnic University; 2019. p.18.
13. Sercekus P, Egelioglu Cetisli N, İnci, FH. Birth preferences by nulliparous women and their partners in Turkey. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2015; 6(3):182-185. doi: 10.1016/j.srhc.2015.03.002.
14. Sercekus P, Okumus H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery* 2009; 25: 155–162.
15. Aktas S, Erkek ZY. The examination of the reasons why mothers preference to vaginal birth: an example of qualitative study. *Gümüşhane University Journal Of Health Sciences* 2018; 7(1), 111-124.
16. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2000; 21(4), 219-224.DOI: 10.3109/01674820009085591.
17. Fenwick J, Toohill J, Gamble J, Creedy DK, Smith J. Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery* 2014; 31(1), 239-246). <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.09.003>.
18. Sercekus P. *Fears of normal spontaneous delivery in nulliparous women and examination of their causes*. [Unpublished master's thesis]. İzmir: Dokuz Eylül University;2005. p.12-15.
19. Aktas S. Influences of media on women's aesthetics and the role of midwife. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 2014; 17(3), 187-195.
20. Gokoglu AG. The effect of women's health literacy level on health behaviors and child health. *Başkent University Journal of the Faculty of Health Sciences* 2021; 6(2), 132-148.
21. Stoll K, Hall W, Janssen P, Carty E. Why are young Canadians afraid of birth? A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. *Midwifery*, 2014; 30(2), 220-226. doi: 10.1016/j.midw.2013.07.017.
22. Sayiner FD, Ozerdogan N. Natural birth. *Maltepe University Journal of Nursing Science and Art* 2009; 2(3), 143-148.
23. Reiger K, Dempsey R. Performing birth in a culture of fear: an embodied crisis of late modernity. *Health Sociology Review* 2006; 15, 364f-373. <https://doi.org/10.5172/hesr.2006.15.4.364>



Original Research / Orijinal Araştırma

Factors Affecting the Level of Loneliness Among Elderly Receiving Home Care Services

Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlıların Benlik Saygısı ve Yalnızlık Düzeyi Arasındaki İlişki

Ece ALAGÖZ¹, Vildan YANIK²

Abstract

Objective: The primary aim of this study was to identify and understand the factors contributing to loneliness among individuals aged 65 and above receiving home care services.

Methods: This research adopted a cross-sectional descriptive design to investigate the factors influencing loneliness in the elderly population. The study's population comprised individuals aged 65 and above receiving home care services from a municipality in Istanbul. The sample, determined through the convenience sampling method, consisted of 285 older participants who volunteered to take part in the study and were actively receiving home care. Data were collected using three main instruments: The Personal Information Form, The Loneliness Scale for the Elderly, and The Rosenberg Self-Esteem Scale.

Results: The loneliness level among single elderly individuals was significantly higher than that of their married counterparts, with being single explaining 33% of the variation in loneliness ($R^2 = 33$). The engagement in social activities emerged as a crucial factor, as the loneliness levels of socially active elderly individuals were notably lower, contributing to 25% of the variation in loneliness ($R^2 = 25$). The Rosenberg Self-Esteem Scale revealed that as the self-esteem of older adults increased, their loneliness levels decreased, explaining 26% of the variation ($R^2 = 26$). Marital status, social activity, and self-esteem variables collectively explained 23% of the variation in the level of loneliness.

Conclusion: The study's key findings indicate that the level of self-esteem among elderly individuals receiving home care services was moderate. Additionally, single elderly individuals experienced higher levels of loneliness compared to their married counterparts. Socially active older adults exhibited lower loneliness levels, and increased self-esteem corresponded to decreased loneliness. Notably, variables such as age, gender, educational status, and the presence of chronic diseases showed no significant impact on the level of loneliness among the elderly.

Keywords: Public health, social isolation, loneliness, old age

Özet

Amaç: Bu çalışma, evde bakım hizmeti alan 65 yaş ve üzeri bireylerde yalnızlığa katkıda bulunan faktörlerin ortaya çıkarılmasını amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı bir tasarımı benimseyen bu araştırma, yaşlı nüfusta yalnızlığı etkileyen faktörleri araştırmaktadır. Araştırmanın evrenini İstanbul'daki bir belediyeden evde bakım hizmeti alan 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmuştur. Kolayda örnekleme yöntemi kullanılmış ve örnekleme aktif olarak evde bakım hizmeti alan 285 yaşlı birey oluşturmuştur. Veri toplamada Kişisel Bilgi Formu, Yaşlılar İçin Yalnızlık Ölçeği ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Bekar yaşlı bireyler arasındaki yalnızlık düzeyleri, evli olanlara göre önemli ölçüde daha yüksek bulundu; bekarlık, yalnızlık varyasyonunun %33'ünü açıklıyordu ($R^2 = 33$). Sosyal açıdan aktif yaşlı bireylerde, belirgin şekilde yalnızlık seviyeleri daha düşüktü, varyasyonun %25'ine katkıda bulundu ($R^2 = 25$). Yaşlı yetişkinlerin benlik saygısı arttıkça yalnızlık düzeylerinin azaldığı bulundu ve bu varyasyonun %26'sını açıkladığını gösterdi ($R^2 = 26$). Medeni durum, sosyal aktivite ve benlik saygısı değişkenleri toplu olarak yalnızlık düzeyindeki değişimin %23'ünü açıkladı.

Sonuç: Evde bakım hizmeti alan yaşlı bireyler arasında benlik saygısının orta düzeyde olduğu, bekar yaşlı bireylerin yalnızlık düzeylerinin evlilere göre daha yüksek olduğu, sosyal olarak aktif olan yaşlı bireylerin yalnızlık düzeylerinin daha düşük olduğu belirlendi. Benlik saygısı arttıkça yalnızlık düzeyinin azaldığı tespit edildi. Özellikle yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve kronik hastalıklar gibi değişkenlerin yaşlılarda yalnızlık düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görüldü. Bu sonuçlar doğrultusunda, evde bakım hizmeti alan yaşlı bireylerin yalnızlık düzeylerinin azaltılması için sosyal aktivitelere katılımlarının ve benlik saygısının ele alınmasının önemi vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Halk sağlığı, sosyal izolasyon, yalnızlık, yaşlılık

Geliş tarihi / Received: 02.05.2024 Kabul tarihi / Accepted: 11.09.2024

¹ Maltepe University, Istanbul

² Arel University, Istanbul

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Ece ALAGÖZ, Maltepe University, Istanbul

E-posta: alagozece@gmail.com Tel: +90 541449456

Alagöz E.Yanık V. *Factors Affecting The Level of Loneliness Among Elderly Receiving Home Care Services. TJFMPC, 2024; 18 (4):456-465*

DOI: 10.21763/tjfm.1477431

Introduction

Elderly individuals experience various difficulties due to their age and emerging diseases. In this context, home care services provided for elderly people today can be identified as a service model developed to help people who can no longer take care of themselves due to their age or illness. These services may include cleaning, meal preparation and delivery, medication reminders, companionship, and transportation.^{1,2}

According to the 2023 data from the Turkish Statistical Institute (TUIK), the proportion of elderly individuals aged 65 and over in Turkey is 10.2%. The percentage of the elderly population aged 65 and over who require home care support is 12.3%, while 8.3% of the elderly population aged 65 and over received home care support in the last year.³ Home care services provided by municipalities primarily aim to reach individuals who are disabled, elderly, bedridden, or dependent on others for their daily activities, whether they live alone or with their families. Patients who require wound care, catheterization, ongoing treatment through injections, intravenous therapy, chronic disease management, terminally ill care, those discharged from the hospital but still needing home treatment, and those in need of home physiotherapy or psychological counseling can benefit from these services. Individuals who meet the specified criteria can apply by filling out application forms on the municipalities' websites and submitting the required documents.⁴ The home care service team may include a physician or specialist, nurse, midwife, public health technician, health officer, home care technician, elderly care technician, psychologist, social worker, physiotherapist, pharmacist, dietitian, driver, and other professionals as required by the home health service. The home care services provided by municipalities include doctor consultations, pharmacy and medical supplies services, nursing care, nursing follow-up, physiotherapy, psychological counseling, personal care, household cleaning, hospital services, and companionship services.⁵

Home care services are typically provided by municipal teams and are aimed at supporting elderly individuals in their daily living activities. These services include cleaning, meal preparation and delivery, medication reminders, companionship, and transportation. In contrast, the home health services provided by the Ministry of Health are a model of healthcare that focuses on medical care, treatment, rehabilitation, and addressing the medical needs of patients.⁶ The main difference between these two service models is that home care services primarily focus on providing social and daily living support, whereas home health services encompass medical and rehabilitative interventions.⁷ The literature discusses how these two service models impact the quality of life of elderly individuals and in which situations each service model should be preferred.⁸

One of the important psycho-social challenges of old age is loneliness. Loneliness can be defined as the feeling of being alone, lacking companionship and intimacy, or having social isolation. The degree of this feeling can range from mild to severe, depending on the person's situation and circumstances. While some people do not feel lonely at all, others may feel very isolated and disconnected from other people.⁹

Individuals' level of loneliness is affected by several factors. One of the most important factors is age. As individuals get older, they are more likely to feel lonely. This is because as they get older, they tend to lose friends and family members due to death and relocation, resulting in fewer people around to connect with.¹⁰

Physiological changes occurring in old age, the end of work life, the death of spouses, role changes, financial losses, and similar situations make it difficult for individuals to accept themselves. This can lead to difficulties in forming social relationships, a feeling of withdrawal, and a decrease in self-esteem. As a result, elderly people's communication with the environment deteriorates and the feeling of loneliness becomes more intense.^{11,12,13}

Primary care and family medicine play a crucial role in addressing the health and well-being of the elderly population. As the first point of contact in the healthcare system, primary care providers are often responsible for coordinating comprehensive care, including the management of chronic diseases, prevention of health deterioration, and addressing psychosocial issues such as loneliness. Understanding the factors that contribute to loneliness among elderly individuals receiving home care services is essential for family physicians and primary care providers. This knowledge enables them to develop more effective interventions, improve patient outcomes, and enhance the overall quality of life for this vulnerable population.

Our research aimed to determine the factors affecting the loneliness levels of the elderly receiving home care services.

Material and Method

Study Design and Sample

This study was planned to determine the factors affecting the level of loneliness among older people aged 65 years and above who receive home care services. It is a cross-sectional descriptive study. The study was conducted between January and May 2023 with elderly individuals aged 65 years and above who receive home care services provided by Beşiktaş Municipality in Istanbul.

The population of the study consisted of older adults receiving home care services from Beşiktaş Municipality in Istanbul. For the sample, the convenience sampling method, one of the non-probability sampling methods, was

used. The elderly who could be reached during the data collection process, who volunteered to participate in the study, and who received home care were included in the sample. In the literature, it is stated that obtaining a sample 10 times the number of items is sufficient in determining the sample size.¹⁴ This study was conducted with 285 elderly individuals who volunteered to participate in the study after the data collection process. Considering the data collection forms used in the study, it was seen that the sample size obtained was sufficient.

Inclusion Criteria:

"Participants included in the study are elderly individuals aged 65 and above who receive home care services, have not been diagnosed with Alzheimer's or dementia, have no communication problems, and are able to read and write in Turkish."

Exclusion Criteria:

"Participants excluded from the study are those diagnosed with Alzheimer's or dementia, those experiencing communication problems, those who leave the study at any stage, and those who provide incomplete or incorrect answers on the data collection forms."

Instruments

The data collection tools included the Personal Information Form, The Loneliness Scale for the Elderly, and the Rosenberg Self-Esteem Scale. Written permission was received from the scale owners via e-mail regarding the use of the scales.

The Personal Information Form: The form consisted of 8 questions prepared by the researchers to determine the demographic characteristics of the participants such as age, gender, and marital status.

The Loneliness Scale for the Elderly (LSE): The measurement tool developed by Gierveld and Kamphuis (1985) to assess the feeling of loneliness was revised by Tilburg and Gierveld (1999), and adapted to Turkish culture by Akgül and Yeşilyaprak.¹⁵ The scale is based on a cognitive-behavioral approach. It has 11 items in total and consists of two subdimensions. Six items (2, 3, 5, 6, 9, 10) of the scale are negative items measuring emotional loneliness, and five items (1, 4, 7, 8, 11) are positive items measuring social loneliness. To calculate total loneliness, emotional loneliness and social loneliness results should be summed. The sum of these two dimensions constitutes the overall loneliness score.¹⁶ The extent of the individual's experience for each statement in the scale is determined by a 3-point Likert-type rating. The three-point rating is as follows; 0=yes, 1=maybe, 2=no. The scale is answered by marking the option that best expresses the person. Six of the scale items were original and five were reverse coded. Items with positive statements (1, 4, 7, 8, 11) are scored as 0=yes, 1=maybe, 2=no; items with negative statements (2, 3, 5, 6, 9, 10) are scored as 2=yes, 1=maybe, 0=no. The lowest score to be obtained from the scale is 0 while the highest score is 22. In the adaptation study conducted by Akgül and Yeşilyaprak¹⁵, the variance explained by the scale was found to be 64.75. In the adaptation study, Cronbach's α reliability coefficient of the scale was calculated as .79 for emotional loneliness, .81 for social loneliness, and .85 for the overall scale.

The Rosenberg Self-Esteem Scale: Scale was adapted to Turkish culture by Çuhadaroğlu.¹⁷ Rosenberg emphasizes the importance of self-evaluation in the concept of self-esteem. The questions in the scale are oriented towards this theme. The Rosenberg Self-Esteem Scale consists of twelve subscales formed with multiple-choice questions. These are Self-Esteem, Self-Concept Continuity, Trusting People, Sensitivity to Criticism, Depressive Affection, Imagination, Psychosomatic Symptoms, Feeling Threatened in Interpersonal Relations, Participation in Debates, Parental Interest, Relationship with the Father, and Psychic Isolation. In this study, the Self-Esteem subscale was used. There are ten items in the Self-Esteem Subscale. According to the evaluation system within the scale, subjects receive a score between 0 and 6. In comparisons made with numerical measurements, self-esteem is evaluated as high (0-1), moderate (2-4), and low (5-6).¹⁸ Therefore, it can be said that individuals with low Self-Esteem Scale scores have a high level of self-esteem, while those with high scores have a lower level of self-esteem.

The score values of the items are explained below.

Measures

The data of the study were collected by face-to-face interview method in the homes of individuals aged 65 years and above who receive home care services from Besiktas Municipality. The average response time was approximately 15 minutes.

Analytic Strategy

The data of the study were analyzed using the SPSS 26 (Statistical Package for Social Science) package program (firma ve ülke adı eklenmeli). AMOS 23 program was preferred for the construct validity of the measurement tools. Skewness and kurtosis values were examined to determine whether the data were normally distributed, and ± 1.5

was taken into consideration to prove normal distribution. Descriptive statistics such as number, percentage, mean, standard deviation, and minimum-maximum values were used in data analysis. Path analysis, one of the structural equation modeling approaches, was used to analyze the relationships between variables. Cronbach's alpha (Cronbach α) values were analyzed to test the reliability levels of the measurement tools used in the study. $p < .05$ was accepted as statistically significant.

Results

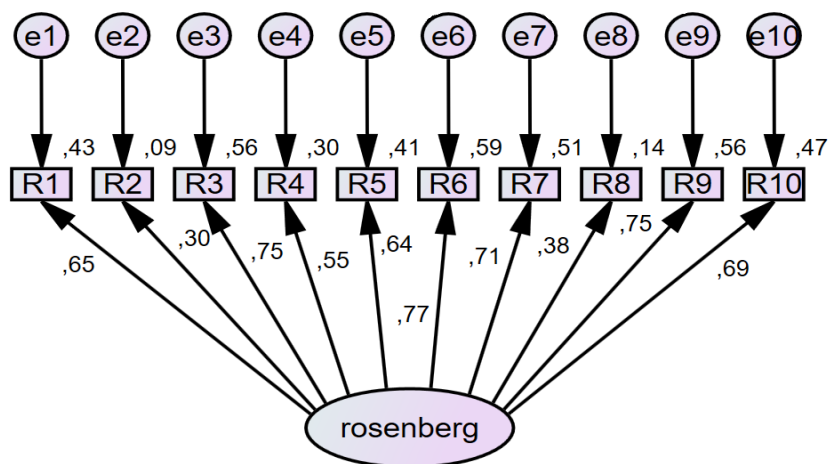
Of the sample, 61.1% consisted of women and more than half (59.3%) were married. When the education level was analyzed, it was seen that most of the participants (41.1%) were primary school graduates, 31.2% were secondary school graduates, and 27.7% had higher education diploma. 75.8% of the elderly receiving home care services had at least one chronic disease. It was determined that 91.2% of the older adults did not receive any social support. 38.6% of elderly individuals engaged in various social activities, but this rate was in the minority compared to those who did not. The average age of the elderly individuals in the sample is 74.3 ± 7.5 years.

The data collection tools in the study, The Rosenberg Self-Esteem Scale and the Loneliness Scale for the Elderly, and the normal distribution of the subdimensions of these scales were evaluated through kurtosis and skewness values. According to the findings obtained, it was observed that the data were normally distributed in both scales and their subscales.

The reliability of the measurement tools was determined by calculating Cronbach's α . For research scales, Cronbach's α value lower than .60 is considered to be unacceptable, between .60 and .65 is undesirable, between .65 and .70 is minimally acceptable, between .70 and .80 is respectable, between .80 and .90 is interpreted to be very good, and if it is much above .90, it is suggested that the researcher should consider shortening the scale.¹⁹ In this study, the Cronbach's α value for the Rosenberg Self-Esteem Scale was found to be .85. The reliability value for the Loneliness Scale for the Elderly was .88 while it was calculated as .80 for the emotional loneliness subdimension and .86 for the social loneliness subdimension.

The "Rosenberg Self-Esteem Scale" scores of the sample ranged between .33 and 2.67 and the mean sample was found to be 1.365 ± 0.392 . This score indicates a moderate level of self-esteem.

The mean score of the Loneliness Scale for the Elderly, the other measurement tool of the study, was 9.723 ± 6.657 points, while the emotional loneliness subdimension mean score was found to be 6.140 ± 3.697 points and the social loneliness subdimension mean score was 3.583 ± 1.654 points.



CMIN=74,472;DF=33;CMIN/DF=2,257;p=.000;RMSEA=.067;CFI=.963;GFI=.951;AGFI=.918;NFI=.936

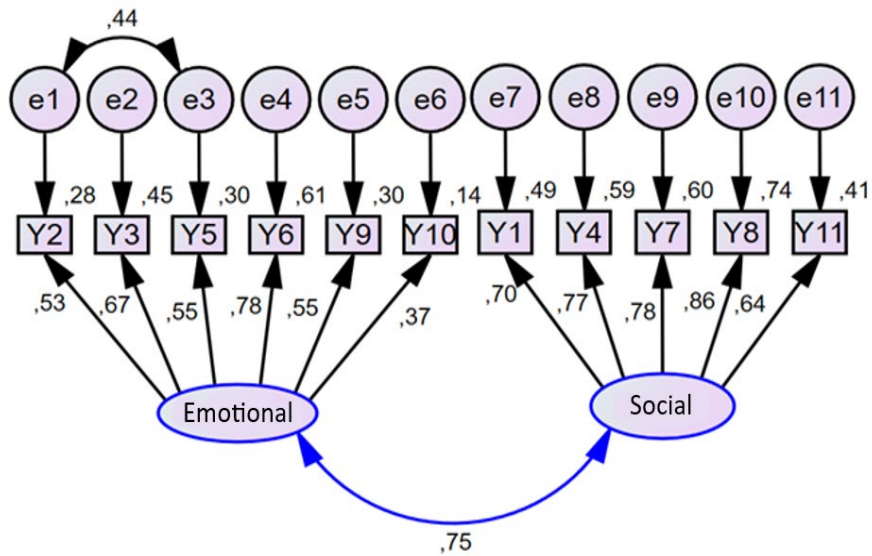
Figure 1.

AGFI: Adjustment Goodness of Fit Index; CFI: Comparative Fit Index; GFI: Goodness of Fit Index; RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation; NFI: Normed Fit Index

Diagram 1. The Validity Results of the Rosenberg Self-Esteem Scale

The model fit of the Rosenberg Self-Esteem Scale, which consists of a single dimension and 10 items, was tested with level I multi-factor CFA. Since the data were normally distributed, the maximum likelihood estimation method was used.

When the goodness-of-fit values of the scale were examined, $\chi^2 / df = 2.26$, AGFI = .92, CFI = .96, GFI = .95, RMSA = .07, NFI = .94 values were found. The obtained goodness-of-fit values were within acceptable limits²⁰⁻²³ In line with these results, it was concluded that the goodness-of-fit values were at the desired level, validating the original version of the scale and providing evidence for the construct validity in this study.



CMIN=103,351;DF=39;CMIN/DF=2,650;p=.000;RMSEA=.076;CFI=.953;GFI=.941;AGFI=.900;NFI=.927

Figure 2.

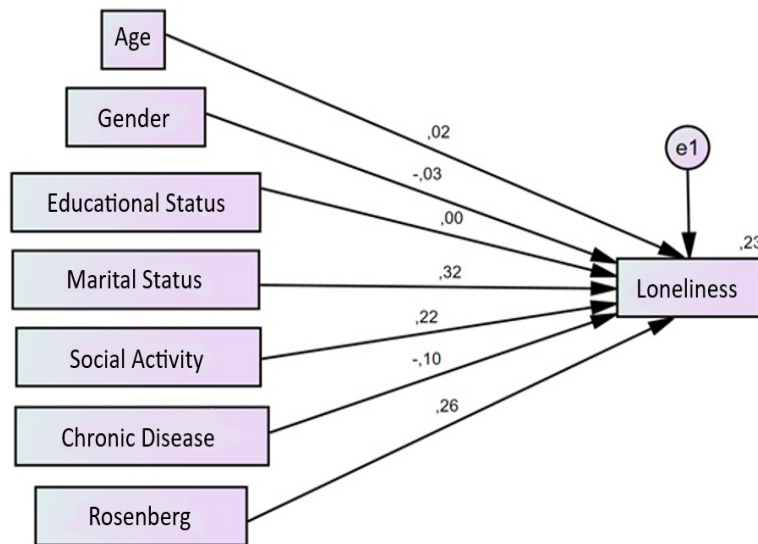
AGFI: Adjustment Goodness of Fit Index; CFI: Comparative Fit Index; GFI: Goodness of Fit Index; RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation; NFI: Normed Fit Index

Diagram 2. The Loneliness Scale Validity Results

The Loneliness Scale for the Elderly consisting of 2 dimensions and 11 items was tested with model fitting. Since the data were normally distributed, the maximum likelihood estimation was used. When the correction indices of the model were examined, it was seen that the covariance of Y2-Y5 items was high and the error terms of these items were combined.

When the goodness-of-fit values of the scale were examined, values of $\chi^2 /df= 2.650$, AGFI= .90, CFI = .95, GFI = .94, RMSA= .07, NFI= .93 were found. The obtained goodness-of-fit values were within acceptable limits. ²⁰⁻²³

These findings showed that the goodness-of-fit values were at the desired level, thus the original version of the scale was validated and its construct validity was provided for this study.



CMIN=160,614;DF=21;CMIN/DF=7,648;p=.000;RMSEA=.153;CFI=.328;GFI=.885;AGFI=.804;NFI=.319

Figure 3.

Diagram 3. The Initial Model Estimating Factors That Affect Loneliness

To estimate the factors affecting the loneliness levels of elderly individuals receiving home care services, an initial structural model was established and the goodness-of-fit values of this model were examined. Variables such as age (scale), gender (female:1; male:2), marital status (married:1; single:2), educational status (primary education:1; secondary education:2; higher education:3), social activity (present:1; absent:2), chronic disease (yes:1; no:2) and Rosenberg Self-Esteem Scale were included in the model. When the goodness-of-fit values of the model were examined, it was seen that the values did not meet the minimum goodness-of-fit value required for a valid model ($\chi^2 / df = 7.648$, $NFI = 0.32$, $CFI = 0.33$, $GFI = 0.86$, $AGFI = 0.80$, $RMSEA = 0.15$). Therefore, t values and significance levels of the variables in the model were analyzed.

Table 1. Significance Levels of the Initial Model Estimating the Level of Loneliness

Observed Variable	Implicit Variable Structure	t	Significance
Age	Loneliness	.367	.714
Gender	Loneliness	-.433	.665
Marital Status	Loneliness	5.584	.000
Educational Status	Loneliness	.006	.996
Social Activity	Loneliness	3.824	.000
Chronic Disease	Loneliness	-1.902	.057
Rosenberg	Loneliness	4.913	.000

When the significance of the contribution of the variables included in the initial estimation model was examined, a significant relationship was found between marital status ($t=5.584$, $p<.000$), social activity ($t=3.824$, $p<.000$), Rosenberg Self-Esteem ($t=4.913$, $p<.000$) variables and the model. On the other hand, it was found that the age, gender, educational status, and presence of chronic disease variables did not contribute sufficiently to the model ($p>.05$) and therefore they were removed and a new model was established.

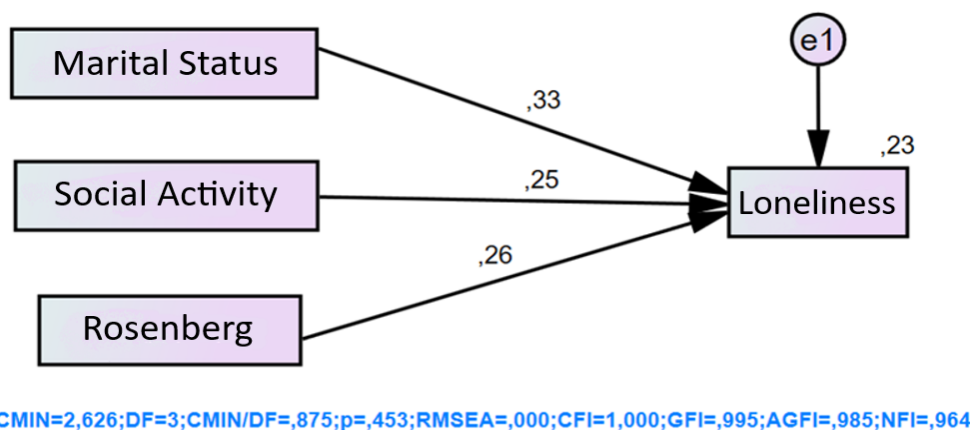


Figure 4.

Diagram 4. The Revised Model Estimating Factors That Affect Loneliness

To estimate the factors affecting the level of loneliness among older adults receiving home care services, an initial structural model was established, but since the goodness-of-fit values of the model were not at the desired level, a new model was established by removing the variables that did not contribute significantly to the model. Marital status, social activity, and Rosenberg Self-Esteem variables that contributed significantly to the initial model were included in this model. When the goodness-of-fit values of the model were examined, it was determined that the minimum goodness-of-fit values required for a valid model were obtained ($\chi^2 / df = .875$, $NFI = 0.96$, $CFI = .98$, $GFI = 1.00$, $AGFI = 0.995$, $RMSEA = 0.00$).

Table 2. *Significance Levels of the Revised Model Estimating the Level of Loneliness*

Variable	Variable	t	Significance
Marital Status	Loneliness	6.261	.000
Social Activity	Loneliness	4.741	.000
Rosenberg	Loneliness	4.903	.000

When the significance of the contribution of the variables included in the revised model was examined, it was determined that marital status ($t=6.262$, $p<.001$), social activity ($t=4.741$, $p<0.001$), and Rosenberg Self-Esteem ($t=4.903$; $p<.001$) variables showed a significant relationship with the model. In addition, the goodness-of-fit values of the revised model as a whole were at an acceptable level. Based on these results, the revised model was accepted as it is.

According to the model obtained, the loneliness level of single elderly was higher than married ones, and being single explained 33% of the variation in loneliness level ($R^2 =33$). The other variable that had a significant contribution to the model was the social activity variable. The loneliness levels of older people who were involved in social activities were found to be lower than those who were not. Social activity variable can explain 25% of the variation in the level of loneliness ($R^2 =25$). Another important variable was self-esteem (The Rosenberg Self-Esteem Scale). As the self-esteem of elderly individuals increased, their loneliness levels decreased. 26% of the variation in loneliness level ($R^2 =26$) can be explained by the self-esteem variable. Marital status, social activity, and self-esteem variables, which significantly contributed to the model, together explained 23% of the variation in loneliness level.

Discussion

With aging, experiencing the loss of a spouse, slowing down of productivity, loss of energy or reluctance to engage in social activities have been identified to increase feelings of loneliness. It is observed that elderly individuals with decreased productivity and limited future expectations experience a decrease in self-esteem, which consequently affects loneliness.

As the self-esteem of older adults increases, their loneliness levels decrease.

In our study, it was found that as the self-esteem of elderly individuals increased, their loneliness levels decreased. In addition, the self-esteem levels of the older people receiving home care services were found to be moderate. In the study conducted by Yılmaz (2017) with the elderly staying in a nursing home, it was established that the majority of them had moderate levels of self-esteem.²⁴ In the study by Alçelik (2013) carried out with 140 people aged between 57-91, the mean self-esteem score was found to be moderate. The study showed that the mean self-esteem scores according to age groups were very close to each other and there was no significant difference.²⁵ In the study conducted by Çelik et al. (2017), it was determined that the level of loneliness (8.5 ± 4.6) was at an acceptable level.²⁶ The study of Dahlberg and McKee (2014) with the elderly found that the loneliness score was at a moderate level.²⁷ In the study carried out by Çalık (2021) with 332 older people, it was established that the loneliness score in the elderly was moderate, they had a positive self-schema and their self-esteem was high.²⁸ It is believed that as the self-worth of individuals increases, they find the power to eliminate the factors that cause them to feel lonely. Therefore, it is thought that as self-esteem increases, the level of loneliness will decrease.

The loneliness level of the single elderly is higher than the married ones.

In our study, loneliness levels of single elderly were found to be higher than married individuals. Ceyhan²⁹ found a significant difference in loneliness mean scores among older adults based on their marital status, and it was determined that widowed individuals had higher loneliness mean scores compared to married ones. The results obtained from Ozvurmaz's (2018) study showed that there was a significant difference between the mean scores of married and single elderly individuals, and singles had higher loneliness scores than married ones.³⁰ In the study carried out by Polat and Geçici (2020), loneliness was found to be significantly higher in older adults who were single and lived alone.³¹ In the study of Ağırman and Gençer (2017), when loneliness levels were compared, the highest sense of loneliness was observed in elderly individuals living alone, followed by those residing in nursing homes, and lastly, in elderly individuals living with their families.³² In the study conducted by Neto (2014) with 1154 participants evaluating the relationship between the level of loneliness and marital status of the individuals, it was found that single participants showed a higher level of loneliness than married ones. In this context, the results showed that there was a significant positive relationship between the loneliness level and marital status.¹ In the literature review, in parallel with our study, it was found that the loneliness level of singles was higher.³³⁻³⁷ The reason for this may be that single elderly may experience intense loneliness after the death of their spouse they

were married to for many years. Older people who have never been married may feel lonely because they feel that they have reached the end of their lives and there is no one to support them in their last days.

Elderly people who engage in social activities have lower levels of loneliness than those who do not.

According to the results of the study, the loneliness levels of the elderly who were involved in social activities were lower. Polat & Kahraman (2013) stated that over time, there is a decrease in the social activities of elderly individuals, leading to concerns about not being able to return to their former lives, a sense of inadequacy, and the emergence of loneliness.³⁸ The study results of Singh and Misra (2009) proved that there was a negative relationship between the level of loneliness and social activity.³⁹ In the study conducted by Dereli et al. (2010) with a sample of 48 elderly people, it was determined that older adults who did not participate in group activities in the nursing home experienced more intense loneliness than those who did. In the same study, it was established that the elderly who did not participate in individual activities felt lonelier than those who did.⁴⁰ Çalık (2021) found that the social loneliness score of the elderly differed according to their participation in social activities. In addition, it was determined that the social loneliness of the elderly who never participated in activities, had no relatives, could not go out, were satisfied with food and rehabilitation services, and were satisfied with the physical conditions of the nursing home was higher.²⁸ With old age, there may be a decrease in the level of social activity due to the presence of chronic diseases, loss of energy, and a decline in the areas where they can engage in social activities. With the reduction of social activities, elderly individuals may experience a more intense sense of loneliness for being inadequate in society, shifting from a productive role to a consumer role and moving away from their old roles.

4.1 Limitations

The results of this study are limited to the sample and the measurement tools used in the study.

Conclusion

According to the findings of this study, which was conducted to determine the factors affecting the loneliness levels of elderly individuals receiving home care services, the following results were obtained.

- The level of self-esteem among the elderly receiving home care services was moderate.
- The loneliness level of the single elderly was higher than the married ones.
- Elderly people who engaged in social activities had lower levels of loneliness than those who did not.
- As the self-esteem of elderly individuals increased, their loneliness levels decreased.
- The variables of age, gender, educational status, and presence of chronic diseases did not affect the loneliness level of the elderly.

Recommendations

Within the scope of the study, planning educational and cultural excursion programs to reduce the level of loneliness among the elderly, and organizing social activities to increase their motivation levels are necessary.

It may be recommended that older individuals should be cared for with a holistic approach. Especially those residing in institutions, experiencing financial difficulties, unable to establish social relationships, who lost their spouses, and who are at risk for loneliness, should be monitored regularly. Treatment care programs should be established by health professionals and the elderly at risk should be evaluated within the scope of community mental health.

Ethical Approval

Ethics committee approval was obtained from the Istanbul Arel University Ethics Committee to evaluate the ethical appropriateness of the study (Date and No: December 30,2022/26). In addition, written and verbal informed consent was obtained from individuals who agreed to participate in the study.

Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the author(s).

Funding Sources

This research did not receive any specific grants from funding agencies in the public, commercial or not-for-profit sectors.

References

1. Neto F. Psychometric Analysis Of The Short-Form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) In Older Adults. *Eur J Ageing*. 2014;11:313-9.
2. Catak B, Kilinc A, Badillioglu O, Sutlu S, Sofuoglu AE, Aslan D. Profile of Elderly Patients Receiving Home Health Services in Burdur and Health Services Provided at Home. *Turk J Public Health*. 2012;10(1):13-21.
3. Union of Turkish Municipalities [Internet]. Available from: <https://www.tbb.gov.tr/Tr/>. Accessed August 27, 2024.
4. Turkish Statistical Institute (TUIK) [Internet]. Available from: <https://www.tuik.gov.tr/>. Accessed August 27, 2024.
5. Istanbul Metropolitan Municipality Health Services [Internet]. Available from: <https://saglik.ibb.istanbul/evde-saglik-hizmeti-2-2/>. Accessed August 27, 2024.
6. Official Gazette [Internet]. Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2023/06/20230602-1.htm#:~>. Accessed August 27, 2024.
7. Kaya M, Demir A. The effects of home health and care services on the quality of life of the elderly. *J Med Health Sci*. 2020;27(4):341-55.
8. Kilinc A, Ozcan E. Comparative analysis of home care and health services. *J Elderly Health Res*. 2021;10(1):75-89.
9. Senol D, Erdem S. Old Age and Older Women's Perception of Nursing Homes: A Qualitative Study. *Kirikkale Univ J Soc Sci*. 2017;7(2):31-50.
10. Korkmaz T, Ummet D. Examination of Loneliness Perception and Quality of Life of Elderly People in Nursing Homes According to Some Variables. *Manas J Soc Res*. 2021;10(1):463-75.
11. Oz F, Swift J. The last stage of life: a psychosocial review of old age. *Crisis J*. 2002;10(2):17-28.
12. Altug F, Yagci N, Kitis A, Buker N, Cavlak U. Factors affecting the quality of life in elderly people living at home. *J Res Elderly Issues*. 2009;2(1):48-60.
13. Erol S, Sezer A, Sisman FN, Ozturk S. Perception of loneliness and life satisfaction in the elderly. *Gumushane Univ J Health Sci*. 2016;5(3):60-9.
14. Akgul A. In SPSS applications of statistical analysis techniques in medical research: Factor analysis. 2nd ed. Ankara: Emek Ofset; 2005. p. 441.
15. Akgul H, Yesilyaprak B. Adaptation of the 'Loneliness Scale for the Elderly' to Turkish Culture: Validity and Reliability Study. *J Elderly Issues Res*. 2015;8(1):34-45.
16. de Jong Gierveld J, van Tilburg TG. Manual of the Loneliness Scale. Amsterdam: VU University; 2011. p. 121-30.
17. Cuhadaroglu F. Self-Esteem in Adolescents [Unpublished Specialization Thesis]. Ankara: Hacettepe University; 1986. p. 56-8.
18. Gun E. Self-esteem in Adolescents Engaged in Sports and Non-Engaged Adolescents [Unpublished Master's Thesis]. Adana: Cukurova University; 2006. p. 78.
19. DeVellis RF. Scale Development. 3rd ed. Ankara: Nobel Academic Publishing; 2014. p. 1-28.
20. Unuvar H. Happiness at Work Scale (HMS): A Scale Development Study and the Mediating Role of Work Life Balance in the Effect of Five Factor Personality Traits on Happiness at Work [Doctoral Thesis]. Tokat: Tokat Gaziosmanpasa University; 2021. p. 89-92.
21. Gurbuz S, Sahin F. Research Methods in the Social Sciences. 5th ed. Ankara: Seckin Publishing; 2018. p. 25-32.
22. Meydan H, Sesen H. Structural Equation Modeling AMOS Applications. Ankara: Detay Publishing; 2011. p. 25-55.
23. Sumer N. Structural Equation Models: Basic Concepts and Example Applications. *Turk Psychol Writings*. 2000;3(6):49-74.
24. Yilmaz E. The Relationship Between Depression and Self-Esteem in Elderly People Staying in Nursing Homes. *Kalem J Educ Human Sci*. 2018;8(2):553-78.
25. Alcelik Z. God Imagination and Self-Esteem in Old Age [Master's Thesis]. Istanbul: Marmara University; 2013. p. 25.
26. Calik S. The Effect of Life Satisfaction, Quality of Life and Self-Esteem on the Feeling of Loneliness of Elderly People Residing in Nursing Homes [Master's Thesis]. Istanbul: Halic University; 2021. p. 28-30.
27. Celik A, Kardas Kin O, Karadakovan A. Loneliness and healthy lifestyle behaviors in elderly individuals living in nursing homes. *Izmir Katip Celebi Univ Fac Health Sci J*. 2017;2(3):17-23.
28. Dahlberg L, McKee KJ. Correlates of social and emotional loneliness in older people: Evidence from an English community study. *Aging Ment Health*. 2014;18(4):504-14.
29. Ceyhan S. Examination of Loneliness Levels of Individuals Aged 65 and Over Living in Kayseri Nuh Naci Yazgan Health Center Region [Master's Thesis]. Kayseri: Erciyes University; 2005. p. 52-5.
30. Ozvurmaz S. The Relationship Between Older Individuals' Loneliness Levels and Perceptions of Social Support. *Adnan Menderes Univ Fac Health Sci J*. 2018;2(3):118-25.
31. Polat F, Gec F. The Relationship Between the Level of Loneliness Perceived by Older Individuals and Depression. *J Inonu Univ Voc Sch Health Serv*. 2020;8(1):72-82.
32. Agirman E, Gencer MZ. Comparison of Depression and Feeling of Loneliness Levels in Elderly Individuals Living in a Nursing Home, at Home with Their Family, and Alone. *J Contemp Med*. 2017;7(3):234-40.

33. Grover S, Avasthi A, Sahoo S, Lakdawala B, Dan A, Nebhinani N, et al. Relationship of loneliness and social connectedness with depression in elderly: A multicentric study under the aegis of Indian association for geriatric mental health. *Official J Indian Assoc Geriatr Ment Health*. 2018;5(2):99-106.
34. Simon MA, Chang ES, Zhang M, Ruan J, Dong X. The prevalence of loneliness among U.S. Chinese older adults. *J Aging Health*. 2014;26:1172-88.
35. Gerst-Emerson K, Shovali TE, Markides KS. Loneliness among very old Mexican Americans: Findings from the hispanic established populations epidemiologic studies of the elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014;59:145-9.
36. Yang K, Victor C. Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing Soc*. 2011;31:1368-88.
37. Loboprabhu S, Molinari V. Severe loneliness in community-dwelling aging adults with mental illness. *J Psychiatr Pract*. 2012;18(1):20-8.
38. Polat U, Kahraman BB. The relationship between healthy lifestyle behaviors and perceived social support of elderly individuals. *Firat Med J*. 2013;18(4):213-8.
39. Singh A, Misra N. Loneliness, Depression And Sociability In Old Age. *Ind Psychiatry J*. 2009;18(1):51.
40. Dereli F, Koca B, Demircan S, Tor N. Examination of the Loneliness Levels of Elderly People Staying in a Nursing Home. *New Med J*. 2010;27:93-7.



Original Research / Orijinal Araştırma

The Effect of Health Literacy Knowledge of Parents with Children aged 0-5 years on Their Attitudes about Childhood Vaccines

0-5 Yaş Çocuğu Olan Ebeveynlerin Sağlık Okuryazarlığı Bilgilerinin Çocukluk Aşılarına İlişkin Tutumlarına Etkisi

Eda GÜLBETEKİN¹, Fatma GÜL CAN², Ayşe KARACALI TUNÇ³

Abstract

Objective: To determine the effect of health literacy knowledge of parents with children aged 0-5 on their attitudes towards childhood vaccines.

Method: In the study using the relational screening model, the sample consisted of 1008 parents with children aged 0-5, living in XXX city between October 2022 and January 2023. Data were collected via Personal Information Form, Health Literacy Index, and Parental Attitudes Towards Childhood Immunizations (PACV).

Results: It was revealed that the variables of education level, place of residence, number of children, children's vaccination status, opinions about vaccines and making the first applications when they get sick affect health literacy knowledge. Their views about vaccines affected parents' attitudes toward childhood vaccines.

Conclusion: In order to improve the health literacy of the parents and reduce their vaccine hesitancy, it is recommended to give general health information and organize trainings on the benefits of vaccines and the consequences of being non-vaccinated.

Keywords: Attitude, child, cross-sectional study, health literacy, parent, vaccine

Özet

Amaç: 0-5 yaş arası çocuğu olan ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı bilgilerinin çocukluk çağı aşılarına ilişkin tutumlarına etkisini belirlemek amaçlanmaktadır.

Yöntem: İlişkisel tarama modelinin kullanıldığı çalışmada, örneklem Ekim 2022 ile Ocak 2023 tarihleri arasında XXX şehrinde yaşayan, 0-5 yaş arası çocuğu olan 1008 ebeveyninden oluşmuştur. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Sağlık Okuryazarlığı Endeksi ve Çocukluk Aşılarına İlişkin Ebeveyn Tutumları (PACV) ile toplandı.

Bulgular: Eğitim düzeyi, yaşanılan yer, çocuk sayısı, çocuklarının aşılanma durumu, aşılarla ilişkin görüşler ve hastalandıklarında ilk uygulamaları yapma değişkenlerinin sağlık okuryazarlığı bilgisini etkilediğini, değişkenlerin ise sağlık okuryazarlığı bilgisini etkilediğini ortaya koymuştur. Aşılanma durumu ve aşılarla ilişkin görüşleri ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına yönelik tutumlarını etkilemiştir.

Sonuç: Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığını geliştirmek ve aşı tereddütlerini azaltmak için genel sağlık bilgilerinin verilmesi ve aşıların yararları ve aşılanmamanın sonuçlarına ilişkin eğitimlerin düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tutum, çocuk, kesitsel çalışma, sağlık okuryazarlığı, ebeveyn, aşı

Geliş tarihi / Received: 26.04.2024 Kabul tarihi / Accepted: 11.09.2024

¹İgdir University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Igdir/ Turkey.

²Ağrı İbrahim Çeçen University Faculty of Health Sciences, Department of Midwifery, Ağrı/ Turkey

³İgdir University Faculty of Dentistry, Igdir/ Turkey

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Eda GÜLBETEKİN Igdir University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Igdir/ Turkey.

E-posta: eda.gulbetekin@igdir.edu.tr Tel: +90 5398612688

Gülbetekin E. Can G. Karacalı Tunç A. *The Effect of Health Literacy Knowledge of Parents with Children aged 0-5 years on Their Attitudes about Childhood Vaccines.* TJFMPC, 2024; 18 (4):466-475

DOI: 10.21763/tjfm.c.1474245

Introduction

Today, health literacy has become a major need for achievement of a lifelong sustainable health. It is a multifaceted concept that addresses individual's capacity to meet detailed health demands in society.¹ It refers to an individual's capacity to assess a range of health-related behaviors and is defined as one's ability to access, comprehend, evaluate and utilize information for the protection and maintenance of health.² The definition of the term is multi-dimensional including the capacity to diagnose illnesses, recognize symptoms, utilize health services, and make informed decisions regarding personal health. The quality, effectiveness, and efficiency of health care are determined by the decisions made by individuals.^{3,4}

Health literacy plays an important role in protecting the individual and their children against diseases. Immunization is a critical component of primary health care and an essential element in the prevention of diseases. It is also a fundamental human right.⁵ The World Health Organization states that immunization prevents approximately three million deaths every year. In particular, immunization against infectious diseases is achieved by vaccination. Vaccination is considered among the greatest public health achievements of the 20th century.⁶ The data from the World Health Organization indicate that immunization results in a reduction in the mortality in children under the age of five, a decline in the maternal mortality rate, and a decrease in the incidence of infectious diseases.^{7,8} Although the impact of vaccines in preventing and eliminating diseases has been proven, the uptake of routine childhood vaccination is decreasing in many countries.^{1,6} Despite solid evidence, temptation to ignore this evidence leads significant reluctance to get vaccinated globally. A combination of suspicion about the effects of vaccines and distrust of governments and healthcare professionals has resulted in lower rates of vaccination uptake. However, recently, there have been indications that anti-vaccine behavior may lead to the reappearance of diseases that are supposed to be almost completely eliminated.⁹ In recent years, there has been a perception that serious infectious diseases are not encountered especially in the young generation all over the world. It has been reported that individuals who are hesitant about vaccination tend to have a high socioeconomic status and high level of income and are educated.¹⁰ Modern parents with high income levels experiencing confusion due to conflicting information on social media and the internet.¹¹ Additionally, some parents are expressing their concerns about deliberate poisoning of children with vaccines, by pharmaceutical companies to create interests, and doctors take advantage of this situation. Such misinformation about vaccines has made it challenging to discuss and communicate the benefits of vaccination.¹²

Therefore, the aim of this study is to determine the effect of health literacy knowledge on attitudes toward childhood vaccination in parents of children aged 0-5 years.

Method

Model of the Study

In this study, correlational survey model was used to examine the effect of health literacy knowledge on attitudes about childhood vaccines in parents with children aged 0-5 years. In a correlational survey model, the objective is to examine the correlation between at least two variables and if there is any correlation, make predictions based on these correlations.¹³

Sample and Population

The study consisted of 1008 parents who had children aged between 0 and 5 years, were residing in the city of XXX between October 2022 and January 2023, and voluntary to participate in the study. The power analysis was performed by G Power 3.1.9.4 reveals that the effect size of the study was 0.44, the power was 100%, and the α -type error estimation was 0.05. This indicates that the sample size is sufficient.¹⁴

Strengths of the Study

Health literacy and vaccine hesitancy are issues with global relevance. This insights gained from this study will contribute to a deeper global understanding of these challenges and may potentially inform international public health strategies.

One of the primary strengths of this study is its methodological robustness, which permits adaptation and implementation of its findings across various demographic and cultural contexts. This versatility ensures that the findings can provide valuable guidance for diverse populations, enhancing the external validity of the study. The participants are parents, who make final decision for immunization of their children. By focusing on this particular group, the study addresses the demographic most critical to improving immunization rates. This enhances the potential impact on public health outcomes. This research will contribute to the existing body of knowledge regarding the factors that influence vaccine hesitancy and the role of health literacy. The objective of this study is to provide a robust empirical foundation for future research and to inform the development of targeted educational and intervention strategies. The findings from this study can significantly inform public health initiatives, including the design and implementation of educational campaigns and interventions aimed at increasing vaccine acceptance.

By improving health literacy among parents, the study has the potential to positively influence immunization rates and, consequently, public health.

Data Collection Tools

In the study, the following data collection tools were utilized: , a personal information form for the participants, the "Health Literacy Index" whose Turkish validity and reliability study was conducted by Aras and Temel (2017), and the "Parent Attitudes About Childhood Vaccines (PACV)" whose Turkish validity and reliability study was conducted by Cevik, Günes, and Eser (2020).^{15,16}

Health Literacy Index

In this study, the 47-item Health Literacy Survey in Europe (HLS-EU) form developed by Sorensen was revised and simplified jointly by Toçi, Bruzari and Sorenson and they renamed the scale as Health Literacy Index and tested its validity and reliability.¹⁵ This form was translated into Turkish as "Health Literacy Index". The scale, whose Turkish validity and reliability study was conducted by Aras and Bayık in 2017, consists of 25 items.¹⁶ Access to Information subscale comprises five items (items 1-5) and the minimum and maximum scores for this subscale are 5 and 25, respectively. The standard deviation in the first prepared scale is 0.95, and the internal consistency coefficients (Cronbach's alpha) determined for the subscales ranged from 0.90 to 0.94.¹⁵

Parent Attitudes About Childhood Vaccines (PACV)

In the study, the 'Parent Attitudes About Childhood Vaccines' scale developed by Opel et al., was used. The scale comprises 3 subscales and 15 items with following dimensions: behavior, attitude, and safety- efficacy. If there is at least one unanswered question or the questions 1 or 2 are answered as 'I don't know' and therefore excluded as missing data, the corrected value is taken for total raw score. For example, if an answer is missing or excluded, total raw score ranges between 0-28; if two answers are missing or excluded, total raw score ranges between 0 - 26.¹⁷ A higher total score signifies an increase in parents' hesitance about childhood vaccines.

Ethical Principles of Research

The necessary ethics committee approval for the study was obtained from the Iğdır University Scientific Research and Publication Ethics Committee. (Dated 12.09.2022 and numbered E-73972246-900-78065)

Data collection

After obtaining the necessary legal permissions, the researchers used Google Forms to design a survey link that would include the following components: Sociodemographic Characteristics Form, "Health Literacy Index" and "Parental Attitudes Towards Childhood Immunizations (PACV)". The created link was distributed to the participants.

Participants were invited to complete the survey via WhatsApp groups set up specifically for this purpose using the snowball sampling method. Participants were asked to share the survey link with other parents via Google Docs settings using the "send once" button to avoid duplicate entries and maintain data integrity. In addition, a form with data collection tools was prepared for face-to-face interviews with the researchers and participants were asked to complete this form. After obtaining permission from the necessary institutions, data were collected by visiting family health centers in the province.

To ensure that the data collection was comprehensive, researchers conducted face-to-face interviews with parents who could not be reached via the online link. As all participants, lived in the same region regardless of the data collection method, there was no difference in our results. This methodological approach ensured the robustness and reliability of the collected data.

The process of filling out the form took approximately 15 minutes.

Data Analysis

The data from this study were analyzed using the statistical software package SPSS 23. In order to ascertain the requisite statistical methodology for data analysis, the normality of the data was evaluated to determine the optimal statistical approach for analysis.

The initial step was to examine the results of the Kolmogorov–Smirnov analysis in order to ascertain whether the data were normally distributed. The results of the analysis indicated that the data were not normally distributed ($p < 0.05$). Subsequently, the skewness and kurtosis values were examined. It was observed that the skewness and kurtosis values were not within the range of -1.5 to +1.5. In light of these findings, it was concluded that the data did not exhibit a normal distribution.

Nonparametric tests are used when the data are not normally distributed. The Mann–Whitney U Test was used for two groups, the Kruskal–Wallis H Test for three or more, and Spearman Rank correlation analysis for scales.

Results

Table 1 shows the demographic characteristics of the participants. Most participants were female and had a college degree. Most were between 25 and 34 years old. Most lived in the city center. A total of 96.8% of the participants stated that they had vaccinated their children while 83.7% stated that vaccination is absolutely necessary. A majority of participants (72.6%) indicated that they sought medical attention at a hospital when they became ill. Additionally, the mean number of children per participant was 1.75.

According to educational status of the participants, significant difference was identified in the scores of "Access to Information" subscale of the "Health Literacy" ($p < .05$). Participants with a bachelor's degree or higher scored lower than those with high school diploma or lower.

Table 1. Frequency and Percentage Distribution of Demographic Characteristics of Participants

		n?	%
Gender	Female	876	86.9
	Male	132	13.1
Educational level	Primary school	40	4.0
	High school	168	16.7
	Bachelor's degree and Higher	800	79.4
Age	18-24 years	28	2.8
	25-34 years	700	69.4
	35 years and over	280	27.8
Place of Residence	City center	856	84.9
	District/Village	152	15.1
Have you had your children vaccinated?	Yes	976	96.8
	No	32	3.2
What do you think about vaccines?	Unnecessary	24	2.4
	Undecided	140	13.9
	Absolutely necessary	844	83.7
What do you do first when you get ill?	I go to the hospital	732	72.6
	I search on the Internet	224	22.2
	I ask my relatives	52	5.2
Number of children (Mean±SD)	1.75±.769		
Total		1008	100.0

Table 2 shows that there's a significant difference in access to information based on where they live ($p < .05$). Participants who lived in the district/village had lower average scores than those who lived in the city center.

A significant difference was found in the "Access to Information" subscale of the "Health Literacy" scale with respect to the vaccination status of their children ($p < .05$). Mean scores of the individuals who did not have their children vaccinated were lower than the mean scores of the individuals who did.

The analysis results indicated a significant difference in the overall "Health Literacy" index and the subscales in terms of views about vaccines ($p < .05$). The significant differences observed in all subscales, indicate that the mean scores of the participants who expressed ambivalence about vaccination were lower than the mean scores of those who viewed vaccination is an absolute necessity. Furthermore, the mean scores of the participants who indicated that vaccination is unnecessary were lower than the mean scores of those who considered that vaccination is absolutely necessary.

A significant difference was observed in the "Understanding Information" sub-dimension of the "Health Literacy" scale according to the initial action taken by individuals upon the onset of an illness ($p < .05$). This significant difference indicated that the mean scores of those who searched on the Internet were lower than the mean scores of the individuals who went to the hospital and consult with their relatives.

Scores of total index and its subscales showed weak correlation with the number of children. Positive and weak significant correlation was found between the total score of the "Health Literacy" index and the number of children [$r_{(1008)}=0.11$ $p < .05$]. Positive and weak significant correlations were also found between the "Access to Information", "Evaluating Information", and "Applying Information" subscales ($p < .05$).

Table 2. Comparison of the Mean Scores of the Participants for the Health Literacy Index and its Subscales in Terms of their Descriptive Characteristics

Variables	Access to Information	Understanding Information	Evaluating Information	Applying Information	Index Total
	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD	X±SD
Gender					
Female	22.86±3.132	31.39±4.142	35.89±4.862	22.18±2.964	112.33±13.257
Male	23.42±2.260	31.51±4.318	35.21±5.606	21.66±3.566	111.81±13.721
TEST	U= 13204.0 p>.05	U= 13946.0 p>.05	U= 14092.0 p>.05	U= 13566.0 p>.05	U= 14320.0 p>.05
Age					
(1) 18-24 years	23.00±2.000	30.00±4.000	36.28±3.074	22.57±2.064	111.85±7.950
(2) 25-34 years	22.80±3.238	31.51±4.316	35.74±5.112	21.98±3.047	112.04±13.795
(3) 35 years and over	23.27±2.549	31.28±3.763	35.90±4.762	22.40±3.134	112.85±12.507
TEST	KW= 1.256 p>.05	KW= 5.244 p>.05	KW= 0.155 p>.05	KW= 3.145 p>.05	KW= 1.194 p>.05
Educational level					
(1) Primary school	24.30±1.301	32.70±2.597	37.20±4.537	22.90±2.125	117.10±7.953
(2) High school	23.59±2.217	31.92±3.445	36.04±4.967	22.50±3.027	114.07±10.999
(3) Bachelor's and higher degree	22.73±3.208	31.23±4.344	35.68±4.984	21.99±3.088	111.64±13.884
TEST	KW=10.529 p<.05 3<1 3<2	KW= 1.977 p>.05	KW=4.583 p>.05	KW= 3.365 p>.05	KW= 3.790 p>.05
Place of residence					
City center	23.08±2.912	31.54±4.081	35.98±4.706	22.16±2.993	112.77±12.739
District/Village	22.10±3.568	30.63±4.539	34.81±6.170	21.84±3.366	109.39±15.927
TEST	U= 13962.0 p<.05	U= 14556 p>.05	U= 15024.0 p>.05	U= 15666.0 p>.05	U= 14986.0 p>.05
Have you had your children vaccinated?					
Yes	22.98±3.027	31.45±4.087	35.84±4.903	22.16±2.960	112.45±13.060
No	21.50±3.055	29.87±5.987	34.50±6.653	20.62±5.031	106.50±19.036
TEST	U= 2438.0 p<.05	U= 3364.0 p>.05	U= 3750.0 p>.05	U= 3586.0 p>.05	U= 3136.0 p>.05
What do you think about vaccines?					
(1) Unnecessary	21.83±4.063	29.50±4.253	34.50±5.616	20.00±4.786	105.83±14.677
(2) Undecided	21.82±3.443	29.57±4.994	32.68±6.277	20.45±3.677	104.54±15.750
(3) Absolutely necessary	23.15±2.890	31.76±3.916	36.36±4.494	22.45±2.758	113.72±12.329
TEST	KW= 10.597 p<.05 2<3	KW= 17.610 p<.05 2<3	KW= 27.800 p<.05 2<3	KW= 20.989 p<.05 2<3	KW= 27.504 p<.05 1<3 2<3
What do you do first when you get ill?					
(1) I go to the hospital	23.02±2.781	31.60±3.954	35.84±4.930	22.16±3.033	112.63±12.849
(2) I search on the Internet	22.58±3.728	30.50±4.798	35.48±5.226	22.08±3.044	110.66±14.831
(3) I ask my relatives	23.23±3.178	32.53±3.523	36.69±4.315	21.46±3.361	113.92±12.594
TEST	KW= 2.434 p>.05	KW= 10.096 p<.05 2<1 2<3	KW= 4.592 p>.05	KW= .873 p>.05	KW= 5.000 p>.05
Number of Children^f	.103*	.037	.103*	.129*	.110*

Note: *= $p<.05$, ^f= Spearman's Rank Correlation, U= Mann Whitney U test, KW= Kruskal Wallis test

Table 3 shows frequency and percentage distributions of the participants for vaccine hesitancy. According to the table, 33.3% of the participants were hesitant about vaccines but 66.7% of them were not. A significant difference was found in the overall PACV in terms of the vaccination status of children ($p<.05$). It was observed that the mean scores of participants who did not have their children vaccinated were higher than the mean scores of those who had their children vaccinated.

Moreover, a significant difference was found in the overall PACV in terms of the views of the participants about the vaccine ($p < .05$). The results demonstrated that the mean scores of participants who indicated that vaccination is unnecessary or undecided about vaccination were higher than the mean scores of participants who considered vaccination to be an essential measure.

Table 3. Vaccine Hesitancy of the Participants

		<i>f</i>	%
Vaccine Hesitancy	Yes	336	33.3
	No	672	66.7

Upon examination of the correlation between the overall scale and the number of children in Table 4, no significant correlation was identified between the number of children and the total score of PACV ($p > .05$).

Table 4. Comparison of Mean Scores of the Participants for Parent Attitudes About Childhood Vaccines (PACV) Scale According to Their Descriptive Characteristics

Variables	Scale Total
	X±SD
Gender	
Female	10.88±5.115
Male	11.93±6.358
TEST	U= 13302.0 p>.05
Age	
(1) 18-24 years	10.85±4.347
(2) 25-34 years	10.83±5.239
(3) 35 years and over	11.52±5.528
TEST	KW= .994 p>.05
Educational level	
(1) Primary school	11.20±5.502
(2) High school	12.42±6.201
(3) Bachelor's and higher degree	10.72±5.044
TEST	KW= 5.053 p>.05
Place of residence	
City center	11.20±5.288
District/Village	10.02±5.283
TEST	U= 14092.0 p>.05
Have you had your children vaccinated?	
Yes	10.86±5.180
No	15.81±6.725
TEST	U= 2271.5 p<.05
What do you think about vaccines?	
(1) Unnecessary	19.83±3.157
(2) Undecided	17.25±4.732
(3) Absolutely necessary	9.74±4.393
TEST	KW= 129.678 p<.05 3<1 3<2
What do you do first when you get ill?	
(1) I go to the hospital	11.12±5.331
(2) I search on the Internet	10.91±5.107
(3) I ask my relatives	10.11±5.757
TEST	KW= 1.369 p>.05
Number of children^r	-.040

Note: *= $p < .05$, ^r= Spearman's Rank Correlation, U= Mann Whitney U test, KW= Kruskal Wallis test

Table 5 shows the results of the Spearman's Rank correlation analysis conducted to determine the correlation between the "Health Literacy" index and its subscales, as well as PACV and its subscales. The results of the

analysis indicated a negative and low-level significant correlation between the total score of the "Health Literacy" index and the total score of PACV [$r_{(1008)} = -.198$; $p < .05$]. Results indicated that as the health literacy level of the participants increased, their attitudes towards childhood vaccines decreased. When the correlation between the subscales of the "Health Literacy" index and PACV was examined, the highest correlation was determined between the "Evaluating Information" subscale and the "Attitude" subscale, and there was a negative significant correlation between the subscales [$r_{(1008)} = -.237$; $p < .05$]. The lowest correlation was observed between the "Understanding Information" subscale and the "Safety/Efficacy" subscale and there was a positive significant correlation between the subscales [$r_{(1008)} = .126$; $p < .05$].

Table 5. Results of the Correlation Test for the Correlation Between the Scales Used in the Study

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
(1) Access to Information	1								
(2) Understanding Information	.615*	1							
(3) Evaluating Information	.558*	.722*	1						
(4) Applying Information	.489*	.546*	.669*	1					
(5) Health Literacy Total	.720*	.866*	.900*	.808*	1				
(6) Behavior	.215*	.077	.154*	.070	.142*	1			
(7) Attitude	-.165*	-.171*	-.237*	-.202*	-.231*	.202*	1		
(8) Safety/Efficacy	.043	.126*	.055	-.009	.061	.272*	.293*	1	
(9) PACV Total	-.138*	-.136*	-.198*	-.190*	-.198*	.482*	.938*	.548*	1

Note: * $p < .05$, PACV = Parent Attitudes About Childhood Vaccines Scale

Discussion

The results of the study, conducted to determine the effect of parental health literacy knowledge on their attitudes towards childhood vaccines, were presented alongside a review of the relevant literature. Health literacy plays an important role in protecting the individual and their children from diseases.⁶ The analysis results indicated no significant difference in the overall "Health Literacy Index" and its subscales according to the gender and age of the participants ($p > .05$). Likewise, in their study, Çatı et al., found no significant correlation between gender and health literacy.¹⁸ Other studies conducted with parents have reported that gender and age do not affect health literacy.^{19,20} Our results were concordant with the literature.

Score of "Access to Information", subscale of the Health Literacy Index showed significant difference with respect to educational level ($p < .05$). Mean scores of the participants with a bachelor's degree or higher were lower than the mean scores of individuals with high school degree or lower. As yet, no study has been identified in the literature that has evaluated the subscales of the index. However, similar to the present study, a study investigating the correlations between maternal health literacy of pregnant women and their antenatal care and pregnancy outcomes reported that the majority of the participating women were high school and university graduates and their health literacy was low.²¹ In another similar study, the difference between parental education and health literacy was found to be insignificant.⁵ Some Turkish studies which found a significant correlation between educational level and health literacy claimed participants with high educational level showed high health literacy.^{2,19,22} In another study, it was found that the health literacy level of individuals with a low educational level was also low.²¹ In light of these findings, it is believed that health literacy is not solely a function of formal education and should be assessed in a manner distinct from that of formal education, given its technical nature.^{21,23}

"Access to Information", score of participants also showed significant relation with respect to their place of residence ($p < .05$). Mean scores of the parents living in the district/village were lower than the mean scores of those living in the city center. A study, found no relation between the longest lived place of residence and health literacy.²³ In other studies evaluating the health literacy of individuals, it was found that the health literacy level of those who spent most of their lives in villages or towns was lower.^{6,24} It is believed that the absence of health centers or healthcare professionals in rural areas, where individuals can obtain information, restricts access to knowledge.

We found a weak, positive correlation between number of children and total and subscale scores of Health Literacy Index. Correlated subscales were "Access to Information", "Evaluating Information" and "Applying Information" ($p < .05$). Contrary to our study, the studies have indicated that as the number of children increased, health literacy levels decreased.^{2,19,25} It is thought that the resulting difference was due to the fact that the study was conducted in different samples.

In the present study, there were significant difference between scores of overall and subscales of "Health Literacy Index" in terms of the views of the participants about vaccines ($p < .05$). m

Mean scores of the participants who have vaccine hesitancy were lower than the mean scores of those who considered that vaccination is absolutely necessary. Furthermore, the mean scores of participants who indicated that vaccination is unnecessary were lower than the mean scores of those who considered vaccination to be essential. Likewise, a study conducted to determine the effect of the health literacy level of the society on the attitudes toward vaccination applications reported that health literacy positively affected these attitudes.²⁶ Furthermore, Johri et al., emphasized that immunization of children would be improved by improving mothers' health literacy.²⁷ The results of this study align with those of the previous one.

Health literacy affects a person's ability to access and use health services, interact with healthcare professionals, and take care of themselves and their children.²⁸ According to the results of the study, significant difference found in the "Health Literacy" in the "Understanding Information" subscale in terms of the first practices that participants used when they became ill. Mean scores of the participants who searched the Internet were lower than the mean scores of those who went to the hospital and asked their relatives. In a similar study, it was found that the first choice of individuals for obtaining health information was healthcare professionals, and the second choice was the internet.²³ Again, in a similar study, the physician took place on the top; whereas, internet use was ranked as the second. Although the initial practices of the participants in the present study when they became ill are similar to the literature, no study examining the effect of health literacy was found in the literature.

In Turkey, the "anti-vaccine" movement has emerged in recent years.²⁹ In the present study, a significant difference was found in the overall "Parent Attitudes About Childhood Vaccines (PACV)" scale according to the vaccination status of the participants' children. Mean scores of the participants who did not have their children vaccinated were higher than the mean scores of those who had their children vaccinated. According to this result, vaccine hesitancy of individuals who did not have their children vaccinated was higher than those of those who had their children vaccinated. Likewise, in the study by Turan, parents who did not have their child vaccinated for any reason or delayed were found to have a high vaccine hesitancy.³⁰ One study found that the likelihood of unvaccination or undervaccination of the child increase 10.5 times with the presence of parental vaccine hesitancy.³¹

In the present study, a significant difference was found in the overall "Parent Attitudes About Childhood Vaccines" scale according to the views of the participants about the vaccine ($p < .05$). Mean scores of the participants who stated that vaccination is unnecessary and are undecided about vaccination were higher than the mean scores of those who considered that vaccination is absolutely necessary. In a study investigating the knowledge and attitudes of parents towards childhood vaccines, the vaccine safety scores of the parents who thought that it is necessary were found to be significantly higher than those of the parents who thought that vaccination is unnecessary. In the same study, vaccine safety scores were also significantly higher among parents who did not support the anti-vaccine movement.. The total vaccine safety score of parents who were in contact with anti-vaccine people in their circle was lower. These results support the findings of this study.³²

In the present study, as individuals' health literacy level increased, their attitudes about childhood vaccines decreased. In other words, as the health literacy level of the parents increased, the vaccine hesitancy decreased. In the study by Dogan, parents' hesitancy about childhood vaccines increased as health literacy decreased.³³ Other studies have found that as parental health literacy increases, vaccine hesitancy decreases..^{34,35}

These findings are consistent with the results of the present study.

Conclusion and Recommendations

In order to improve the health literacy of the parents and reduce their vaccine hesitancy, it is recommended to provide general health information and organize trainings in villages and districts on the benefits of vaccines and the consequences of not-vaccinated. Given that second information source of the parents is internet, it is suggested to increase health literacy especially via the internet and provide to access secure information given by healthcare professionals in particular.

The fact that our study was conducted in a single center and that it was difficult to reach parents in the target age group were identified as limitations of our study.

Key points for policy, practice and/or research

- Patients, family members, and caregivers are experts on the impact of their health conditions and should be involved in health literacy efforts, including the importance of childhood immunizations..
- Nurses can educate families about improving health literacy and diseases that can be prevented by childhood vaccinations.
- The age group discussed is a very sensitive group for development, and they can be protected from infectious diseases with the work done by pediatric nurses.
- Families should be trained by nurses in terms of active use of health literacy.

Source of funding

The authors declare the study received no funding.

Conflict of interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

References

1. Lorini C, Santomauro F, Donzellini M, Capecchi L, Bechini A, Boccalini S, Bonaccorsi G. Health literacy and vaccination: A systematic review. *Human vaccines & immunotherapeutics* 2018; 14(2):478-488.
2. Yıldızeli F, Alabaz D, Gözüyeşil E. Determining the relationship of parents ,knowledge and attitudes and health literacy about the admission or refusal of childhood immunization. *Journal of Pediatric Infection* 2021; 15(2): 91-99.
3. Gökoglu AG. The effect of women's health literacy level on health behaviors and child health. *Baskent University Faculty of Health Sciences Journal* 2021; 6(2).
4. Ertaş H, Göde A. Sağlık okuryazarlığı ile aşı karşıtlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi: üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Journal of Academic Value Studies* 2021; 1: 1-14.
5. Çam C, Ünsal A, Arslantas D, Kılınç A, Emiral GÖ. evaluation of adults' immunization knowledge competency levels, attitudes and behaviors, and health literacy levels. *Osmangazi Medical Journal* 2021; 43(1): 7-19.
6. Ertugrul B, Albayrak S. The relationship of parents' health literacy level with attitudes and behaviors towards childhood vaccines. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing* 2021; 8(2):186-195.
7. Cansever İH. Sustainable development and health: a comparative evaluation with Turkey's 2023 Goals. *Hacettepe Journal of Health Administration* 2021; 24(3): 633-650.
8. WHO. World health statistic 2015. World Health Organization, 2015.
9. Yorulmaz D, Karadeniz H. The growing threat to community health: vaccine denial. *Health and Society* 2022; 32(1): 23-27.
10. Omer SB, Salmon DA, Orenstein WA, Dehart MP, Halsey N. Vaccine refusal, mandatory immunization, and the risks of vaccine-preventable diseases. *New England Journal of Medicine* 2009; 360(19): 1981-1988.
11. Ozceylan G, Toprak D, Esen ES. Vaccine rejection and hesitation in Turkey. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 2020; 16(5):1034-1039.
12. Gunes NA. Parents' perspectives about vaccine hesitations and vaccine rejection, in the West of Turkey. *Journal of Pediatric Nursing* 2020; 53: e186-e194.
13. Fraenkel JR, Wallen NE, Hyun HH. How to design and evaluate research in education (8th ed.). New York: Mc Graw Hill, 2012;395.
14. Çapık C. Use of Confirmatory Factor Analysis in Validity and Reliability Studies. *Anadolu Journal of Nursing and Health Sciences* 2014; 17(3):196-205.
15. Sorensen K. et al. Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC* 2013; 13: 948.
16. Aras Z, Bayık AT. Evaluation of the validity and reliability of the Turkish form of the Health Literacy Scale. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 2017; 25(2):85-94.
17. Opel DJ, Taylor JA, Mangione-Smith R, Solomon C, Zhao C, Catz S, et al. Validity and reliability of a survey to identify vaccine-hesitant parents. *Vaccine* 2011;29(38):6598–605. <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.06.115>.
18. Çatı K, Karagöz Y, Yalman F, Öcel Y. The impact on patient satisfaction of health literacy. *The International Journal of Economic and Social Research* 2018; 14(1): 67-88.
19. Yüksel S. Hopelessness and health literacy in parents with children with congenital heart disease. Unpublished master's thesis, Balıkesir University Institute of Health Sciences, Balıkesir, 2020; 58.
20. Ulusoy E, Yılmaz TE, Çifci A, Yılmaz T, Kasım İ, Özkara, A. The role of parents and health literacy in healthy child follow-up. *Ankara Medical Journal* 2020; 20(3): 588-604.
21. Kohan S, Ghasemi S, Dodangeh M. Associations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy outcome. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2008; 12(4): 146-152.
22. Abacıgil F, Harlak H, Okyay P. Turkish adaptation of the European Health Literacy Scale. Okyay, P. & Abacıgil, F. (Ed.) *Turkish Health Literacy Scales reliability and validity study* in (p. 21-41). Ankara: T.C. Ministry of Health Publication number: 2016; 1025.
23. Yakar B, Gömleksiz M, Pirinççi E. Health literacy levels and affecting factors of patients who applied to a university hospital polyclinic. *Eurasian Journal of Family Medicine* 2019; 8(1): 27-35.
24. Yamashita T, Brown JS. Does cohort matter in the association between education, health literacy and health in the USA?. *Health Promotion International* 2017; 32(1): 16-24.

25. Ilgaz A. Health literacy level in individuals registered to a family health center and related factors. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing* 2021; 8(2): 151-159.
26. Yalman F, Sancar T. Management of community health: the relationship between health literacy and attitude toward vaccination. *Sivas Cumhuriyet University Faculty of Letters Journal of Social Sciences* 2021; 45(2): 259-278.
27. Johri M, Subramanian SV, Sylvestre MP, Dudeja S, Chandra D, Koné GK, Sharma JK, Pahwa S. Association between maternal health literacy and child vaccination in India: a cross-sectional study. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2015; 69 (9): 849-857.
28. Biasio LR. Vaccine hesitancy and health literacy. *Human vaccines & immunotherapeutics* 2017; 13(3): 701-702.
29. Gür E. Vaccine hesitancy-vaccine refusal. *Turkish Archives of Pediatrics* 2019; 54(1):1-2.
30. Turan FD. Attitudes of parents towards childhood vaccinations in the national vaccination program: the case of Aksaray. *Journal of Public Health Nursing* 2022; 4 (3): 239-250. DOI: 10.54061/jphn.1183177.
31. Cakıcı Y. Determining complete vaccination levels of 24-36 months of children living in Zonguldak and their parents attitudes towards vaccination: Community based cross sectional research. Unpublished master's thesis, Karabük University Graduate School of Education, Karabük, 2022; 36.
32. Torun EG, Ertugrul A. Parental attitudes and knowledge towards childhood vaccination. *Journal of Pediatric Infection*, 2022; 16(1): 35-40.
33. Dogan G. The relationship of health literacy, complementary alternative medicine approach and some sociodemographic characteristics and parents' attitudes to childhood vaccines Unpublished master's thesis, Balıkesir University Institute of Health Sciences, Balıkesir, 36; 2021.
34. Dağlı E, Topkara N. The effect of parents' health literacy level on the attitudes and behaviors of childhood vaccinations. *Black Sea Journal of Health Science* 2023; 6(1): 47-56.
35. Onen C, Ocal NU. Parents' perspective on childhood vaccines and the correlation of vaccine hesitancy with health literacy. *Progress in Nutrition* 2022; 24 (1): 1-8.



Original Research / Orijinal Araştırma

Factors Affecting the Healthcare Facility Preferences of Patients with Type 2 Diabetes and Their Effects on Compliance with Treatment

Tip 2 Diyabetli Hastaların Sağlık Kuruluşu Tercihlerini Etkileyen Faktörler ve Tedaviye Uyumuna Etkileri

Serhat FİGEN¹, Sibel TUNÇ KARAMAN¹, Okcan BASAT¹

Abstract

Introduction: The aim of this study is to explore the healthcare facility (HF) preferences of patients with Type 2 diabetes, the factors affecting their preferences, and the relationship between their preferences and compliance with treatment.

Method: This cross-sectional study was conducted with patients diagnosed with type 2 diabetes who applied to the Family Medicine Outpatient Clinic of a tertiary hospital between 20.10.2022 and 17.03.2023 and met the inclusion criteria for the study. Participants' sociodemographic characteristics, medical history, and characteristics regarding their HF preferences were questioned. Their compliance with treatment was evaluated with the Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Fasting plasma glucose (FPG) and HbA1c levels were recorded.

Results: The mean age of the 210 participants included in the study was 59.84±9.45 and 61.4% (n=129) were women. Primary care HF is mostly preferred due to the need to prescribe medication (94.3%) and proximity to home (81%). Tertiary care HF is mostly preferred for diabetes control (76.2%), medication report renewal (85.2%) and complication monitoring (81.4%). According to the MMAS-8, 53.8% (n=113) of the participants were highly compliant with the treatment. Those who preferred primary care and private HF for follow-up had higher compliance with treatment (p=0.001). Those who preferred primary care HF to be examined by the same doctor also have higher compliance with treatment (p=0.033).

Conclusion: Primary care HF is preferred due to prescription of medication and proximity to home. Tertiary care HF is preferred for monitoring diabetes complications and renewing medication reports. Compliance with treatment is high in patients for whom it is important to be followed by the same doctor. It is thought that the rate of preference should be increased by increasing the competence in terms of examination, treatment and follow-up in primary care HF, where patients can be followed by the same doctor, and thus patients' compliance with the treatment will increase.

Keywords: Diabetes mellitus, Health facilities, Medication Compliance, Patient Preference

Özet

Giriş: Bu çalışmanın amacı; Tip 2 diyabetli hastaların sağlık kuruluşu (SK) tercihlerini, tercihlerini etkileyen faktörleri ve tercihleri ile tedaviye uyumları arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışma; üçüncü basamak bir hastanenin Aile Hekimliği Polikliniğine 20.10.2022-17.03.2023 tarihleri arasında başvuran ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan Tip 2 diyabet tanılı hastalar ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik karakteristikleri, tıbbi öyküleri ve SK tercihlerine yönelik özellikleri sorgulanmıştır. Tedaviye uyumları Morisky Tedavi Uyum Ölçeği-8 (MTUÖ-8) ile değerlendirilmiştir. Açlık plazma glukozu (APG) ve HbA1c düzeyleri kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 210 katılımcının yaş ortalaması 59,84±9,45 olup %61,4'ü (n=129) kadındır. İlaç yazdırmak (%94,3) ve eve yakınlık (%81) sebebiyle daha çok birinci basamak SK tercih edilmektedir. Diyabet kontrolü (%76,2), ilaç raporu yenilemek (%85,2) ve komplikasyon takibi (%81,4) için daha çok üçüncü basamak SK tercih edilmektedir. MTUÖ-8'e göre katılımcıların %53,8'i (n=113) tedaviye yüksek düzeyde uyumludur. Takip için birinci basamak ve özel SK tercih edenlerin tedaviye uyumu daha yüksektir (p:0.001). Aynı doktora muayene olmak için birinci basamak SK tercih edenlerin de tedaviye uyumları daha yüksektir (p=0,033).

Sonuç: Birinci basamak SK ilaç yazdırmak ve eve yakınlık sebebiyle tercih edilmektedir. Diyabet komplikasyonlarının takibi ve ilaç raporlarının yenilenmesi için ise üçüncü basamak SK tercih edilmektedir. Aynı doktor tarafından takip edilmenin önemli olduğu hastalarda tedaviye uyum yüksektir. Hastaların aynı doktor tarafından takip edilebildiği birinci basamak SK'da tetkik, tedavi ve takip açısından yetkinliğin artırılması ile tercih edilme oranının artırılması gerektiği ve böylece hastaların tedaviye uyumlarının artacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetes mellitus, Hasta tercihi, Sağlık tesisleri, Tedavi uyumu

Geliş tarihi / Received: 04.07.2024 Kabul tarihi / Accepted: 23.09.2024

¹University of Health Sciences, Gaziosmanpaşa Training and Research Hospital, Department of Family Medicine, Istanbul, Turkey.

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Sibel TUNÇ KARAMAN. Mevlana Mahallesi, 885. Sk., 34255, Gaziosmanpaşa / Istanbul, Turkey

E-posta: drsibeltunc@hotmail.com Tel: +905057154699

Figen S. Tunç Karaman S. Basat O. *Factors Affecting the Healthcare Facility Preferences of Patients with Type 2 Diabetes and Their Effects on Compliance with Treatment.* TJFMPC, 2024; 18 (4):476-484

DOI: 10.21763/tjfmpe.1509958

Giriş

Diyabet; hiperglisemi ile karakterize kronik bir metabolizma bozukluğudur. Diyabet prevalansı giderek artmaktadır. Ülkemizde yetişkin nüfusun yaklaşık %42'sinin diyabet veya prediyabet tanısı olduğu tahmin edilmektedir.¹ Dünya genelinde ise 2021 yılı verilerine göre 537 milyon yetişkinin diyabet hastası olduğu bildirilmiştir.² Diyabet yönetiminde hastaların tedaviye uyumu önemli bir belirleyicidir. Hastanın sosyodemografik özellikleri, hastalığın süresi, ciddiyeti ve kullanılan tedavinin yanı sıra sağlık hizmeti alınan ortam ile ilişkili özellikler tedaviye uyumu etkileyebilmektedir. Önceki çalışmalarda diyabetli hastalarda tedaviye uyumun çoğunlukla yetersiz olduğu gösterilmiştir. Yetersiz tedavi uyumu; kan şekeri düzeylerinde dalgalanmalara, HbA1c düzeyinin yüksek seyretmesine ve komplikasyonların ortaya çıkmasına sebep olmaktadır.³⁻⁶

Yetersiz tedavi uyumunun sebep olduğu bu olumsuz durumlar ciddi miktarda tıbbi kaynak kullanımına ve bakım maliyetine sebep olmaktadır.⁷ Buna bağlı olarak sağlık sistemi üzerinde oluşan yükün azaltılması için optimum metabolik kontrolü hedefleyen tedaviler ve sürekli tıbbi bakımı içeren sağlık hizmetleri uygulanmalıdır. Diyabetli hastalara sunulan sağlık hizmetleri, birinci basamak sağlık kuruluşu (SK) düzeyinde verilen ayaktan tedaviden multidisipliner bir ekip tarafından sağlanan yoğun tedaviye kadar çeşitlilik gösterebilmektedir.^{8,9}

Diyabetli hastaların alacakları sağlık hizmetini başta tıbbi durumları olmak üzere pek çok faktör şekillendirmektedir. Bu bağlamda kişinin sağlık hizmeti alacağı SK ile ilişkili tercihleri kilit rol oynamaktadır.¹⁰ Nitekim Tip 2 diyabet yönetiminde birinci basamak SK çoğu zaman yeterli olsa da bu aşamada sağlık hizmetinin efektif verilmemesi veya sevk sisteminin uygulanmaması nedeniyle hastalar daha üst basamaktaki bir SK'na yönelebilmektedir.¹¹ Bunun yanı sıra kişilerin sosyoekonomik durumları, daha önceki deneyimleri ve hizmet alınacak SK ile ilişkili özellikler (bilinirlik, ulaşılabilirlik, yoğunluk, yetkinlik vb.) de sağlık hizmeti alırken tercihleri etkileyebilmektedir.¹²⁻¹⁵

Diyabetli hastaların sağlık hizmetlerine yönelik tercihlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi bireysel ve toplumsal sağlığın devamlılığı açısından önem arz etmektedir. Bu çalışmada; Tip 2 diyabetli hastaların SK tercihlerinin, bu tercihlerini etkileyen faktörlerin ve tedaviye uyumları ile arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Çalışma dizaynı

Bu kesitsel nitelikteki çalışma; 20.10.2022-17.03.2023 tarihleri arasında İstanbul ilinde bulunan üçüncü basamak bir hastanenin Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran ve çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan Tip 2 diyabetli hastalar ile gerçekleştirilmiştir.

G*Power programı kullanılarak ve literatür verilerine dayanarak yapılan hesaplamada %95 güç, %5 hata payı ve 0,281 etki büyüklüğü ile en az 132 katılımcının yer alması gerektiği belirlenmiştir. Çalışmaya 210 katılımcı dahil edilmiştir.

Çalışma; Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınan onay ile gerçekleştirilmiştir (Tarih: 19.10.2022, No: 133). Tüm prosedürler Helsinki Deklarasyonu'na uygun olarak yürütülmüştür. Katılımcılardan sözlü ve yazılı onay alınmıştır.

Örneklem seçimi

Çalışmaya 18 yaş ve üzeri, en az 1 yıldır Tip 2 diyabet tanısı olan, iletişim sorunu olmayan, okuryazarlığı olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan kişiler dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Tanıttıcı Bilgi Formu

Tarafımızca hazırlanan formun ilk bölümü; katılımcıların sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, gelir durumu) ve diyabet ile ilişkili özelliklerini (süre, tedavi tipi, komplikasyon varlığı) sorgulamaktadır. İkinci bölüm ise SK tercihlerine yönelik çeşitli özellikleri sorgulamaktadır. Açlık plazma glukozu (APG) ve HbA1c düzeyleri ile beden kitle indeksi (BKİ) değerleri kaydedilmiştir.

Aile sağlığı merkezleri (ASM) birinci basamak SK, devlet hastaneleri ikinci basamak SK, eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastaneleri ise üçüncü basamak SK olarak kabul edilmiştir.

Morisky Tedavi Uyum Ölçeği-8

Morisky ve ark. tarafından 1986 yılında geliştirilmiş olan 4 soruluk ölçeğin daha sonra 8 soruluk formu oluşturulmuştur.^{16, 17} 2020 yılında Sayiner ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçekte yedi soru ikili seçenekli (Evet/Hayır) cevaplanmaktadır. 1-4, 6 ve 7 numaralı sorulara verilen "Hayır" cevabının ve 5. soruya verilen "Evet" cevabının karşılığı 1 puandır. Çoktan seçmeli olan sekizinci soruda "Asla/Nadiren" seçeneğine 1 puan verilmektedir. MTUÖ-8'den 6 puan ve üzerinde alınması halinde "tedaviye uyumlu" olarak değerlendirilmektedir.¹⁸

İstatistiksel analiz

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizlerinde IBM SPSS Statistics 22 programı kullanılmıştır. Parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin sunumunda tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, frekans) kullanılmıştır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında gruplar arası karşılaştırmalarda normal dağılım gösteren parametreler için Oneway Anova testi, normal dağılım göstermeyen parametreler için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare Testi ve Fisher Freeman Halton Exact Ki-kare Testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ istatistikçe anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Bu çalışma; yaşları 37 ila 88 arasında değişmekte olan ve %61,4'ü (n=129) kadın olan toplam 210 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların %46,2'si (n=97) diyabet tanısını ikinci basamak SK'da, %11,4'ü (n=24) birinci basamak SK'da almıştır. Tablo 1'de katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi öyküye yönelik özelliklerinin dağılımı (n=210)

		n	%
Cinsiyet	Kadın	129	61,4
	Erkek	81	38,6
Eğitim durumu	Okuryazar	58	27,6
	İlkokul mezunu	85	40,5
	Ortaokul mezunu	28	13,3
	Lise mezunu	22	10,5
	Üniversite mezunu	17	8,1
Gelir seviyesi	Düşük	112	53,3
	Orta	79	37,6
	Yüksek	19	9,0
Diyabet tedavisi	Oral antidiyabetik ilaç	158	75,2
	İnsülin	15	7,1
	Kombine tedavi	37	17,6
Diyabet komplikasyonu	Var	49	23,3
	Yok	161	76,7
Diyabet tanısı alınan SK	Birinci basamak	24	11,4
	İkinci basamak	97	46,2
	Üçüncü basamak	71	33,8
	Özel	18	8,6
Takip için en sık tercih edilen SK	Birinci basamak	49	23,3
	İkinci basamak	23	11,0
	Üçüncü basamak	120	57,1
	Özel	18	8,6
		Min-Max	Ort ± SS
Yaş (yıl)		37-88	59,84 ± 9,45
Diyabet Süresi (yıl)		2-23	8,40 ± 5,55
Açlık kan şekeri (mg/dL)		78-316	139,66 ± 37,27
HbA1c (%)		5,7-12,8	7,23 ± 1,13
Beden Kitle İndeksi (kg/m²)		29,4-43,8	30,62 ± 4,21

Veriler sayı (yüzde), minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri ile sunulmuştur.

Birinci basamak SK en çok ilaç yazdırmak (%94,3), kan şekeri düzeyine baktırmak (%85,2) ve eve yakınlık sebebiyle (%81) tercih edilmektedir. Katılımcılar diyabet kontrolü (%76,2), rapor yenilemek (%85,2), komplikasyon takibi (%81,4) ve aynı doktora muayene olabilmek için (%52,9) sıklıkla üçüncü basamak SK tercih etmektedir. Bu nedenlerle birinci basamak SK tercih edenlerin oranı sırasıyla %23,3, %1,9, %4,8 ve %28,1'dir. Tablo 2'de katılımcıların diyabet ile ilişkili SK tercihlerinin dağılımı verilmiştir.

Tablo-2. Katılımcıların sağlık kuruluşu tercihini etkileyen faktörlerin dağılımları

	Birinci Basamak SK	İkinci Basamak SK	Üçüncü Basamak SK	Özel SK
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
İlaç yazdırmak için	198 (%94,3)	83 (%39,5)	107 (%51)	17 (%8,1)
Kan şekere baktırmak için	179 (%85,2)	96 (%45,7)	143 (%68,1)	17 (%8,1)
Diyabet kontrolü için	49 (%23,3)	108 (%51,4)	160 (%76,2)	21 (%10)
İlaç raporu yenilemek için	4 (%1,9)	121 (%57,6)	179 (%85,2)	70 (%33,3)
Komplikasyon takibi için	10 (%4,8)	103 (%49)	171 (%81,4)	21 (%10)
Aynı doktora muayene olmak için	59 (%28,1)	36 (%17,1)	111 (%52,9)	58 (%27,6)
Evine yakın olduğu için	170 (%81)	23 (%11)	47 (%22,4)	23 (%11)
Beğeni veya tavsiye ile	47 (%22,49)	46 (%21,9)	121 (%57,6)	71 (%33,8)

Veriler sayı (yüzde) olarak sunulmuştur. Cevaplar çoklu seçenekler içerdiğinden n sayısı örneklem hacmini geçebilmektedir.

Katılımcıların MTUÖ-8'den aldıkları total puan ortalama $6,42 \pm 2,11$ 'dir. Buna göre katılımcıların %53,8'i (n=113) tedaviye yüksek uyumlu iken, %31'i (n=65) düşük uyumludur. Tablo 3'te katılımcıların MTUÖ-8'in total skorları ve tedaviye uyum düzeylerine göre dağılımları verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların MTUÖ-8 total skorları ve tedaviye uyum düzeylerine göre dağılımları

	Min-Max	Ort \pm SS (medyan)
Morisky Tedavi Uyum Ölçeği-8 total skoru	0-8	$6,42 \pm 2,11$ (8)
Tedaviye uyum grupları	n	%
Yüksek uyum	113	53,8
Orta uyum	32	15,2
Düşük uyum	65	31,0

Veriler sayı (yüzde), minimum, maksimum, ortalama, standart sapma ve medyan değerleri ile sunulmuştur.

Katılımcıların tedaviye uyum düzeyleri arasında yaş ortalamaları, diyabet tedavisi tipi, komplikasyon varlığı, APG ve HbA1c düzeyleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p=0,019$; $p=0,019$; $p=0,009$; $p=0,001$; $p=0,001$, sırasıyla). Diyabet takibi için tercih edilen SK türü tedaviye uyum düzeyleri açısından anlamlı farklılık oluşturmaktadır. Birinci basamak SK (%79,6) ve özel SK'da (%77,8) takip edilenlerin tedaviye uyumu

anlamli şekilde yuksektir (p=0,001). **Tablo 4'**te katilmcilarin sosyodemografik ve tıbbi ozelliklerine gore tedaviye uyumları değerlendirilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi öyküye yönelik özelliklerine göre tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi

		Yüksek Uyum	Orta Uyum	Düşük Uyum	
		n (%)	n (%)	n (%)	p
Cinsiyet	Kadın	72 (%55,8)	21 (%16,3)	36 (%27,9)	¹ 0,475
	Erkek	41 (%50,6)	11 (%13,6)	29 (%35,8)	
Eğitim durumu	Okuryazar	36 (%62,1)	8 (%13,8)	14 (%24,1)	¹ 0,462
	İlkokul mezunu	46 (%54,1)	13 (%15,3)	26 (%30,6)	
	Ortaokul mezunu	13 (%46,4)	4 (%14,3)	11 (%39,3)	
	Lise mezunu	7 (%31,8)	5 (%22,7)	10 (%45,5)	
	Üniversite mezunu	11 (%64,7)	2 (%11,8)	4 (%23,5)	
Gelir seviyesi	Düşük	66 (%58,9)	19 (%17)	27 (%24,1)	¹ 0,137
	Orta	36 (%45,6)	10 (%12,7)	33 (%41,8)	
	Yüksek	11 (%57,9)	3 (%15,8)	5 (%26,3)	
Diyabet tedavisi	Oral antidiyabetik	92 (%58,2)	22 (%13,9)	44 (%27,8)	¹ 0,019*
	İnsülin	3 (%20)	2 (%13,3)	10 (%66,7)	
	Kombine tedavi	18 (%48,6)	8 (%21,6)	11 (%29,7)	
Diyabet komplikasyonu	Var	17 (%34,7)	11 (%22,4)	21 (%42,9)	¹ 0,009*
	Yok	96 (%59,6)	21 (%13)	44 (%27,3)	
Diyabet tanısı alınan SK	Birinci basamak	14 (%58,3)	3 (%12,5)	7 (%29,2)	¹ 0,821
	İkinci basamak	53 (%54,6)	18 (%18,6)	26 (%26,8)	
	Üçüncü basamak	36 (%50,7)	9 (%12,7)	26 (%36,6)	
	Özel	10 (%55,6)	2 (%11,1)	6 (%33,3)	
Takip için en sık tercih edilen SK	Birinci basamak	39 (%79,6)	4 (%8,2)	6 (%12,2)	¹ 0,001*
	İkinci basamak	10 (%43,5)	7 (%30,4)	6 (%26,1)	
	Üçüncü basamak	50 (%41,7)	20 (%16,7)	50 (%41,7)	
	Özel	14 (%77,8)	1 (%5,6)	3 (%16,7)	
		Ort ± SS (medyan)	Ort ± SS (medyan)	Ort ± SS (medyan)	p
Yaş		59,27 ± 9,16	64,13 ± 10,75	58,72 ± 8,83	³ 0,019*
Diyabet süresi		7,61 ± 5,27 (6)	10 ± 5,98 (8,5)	9 ± 5,66 (8)	² 0,067
Açlık plazma glukozu		128,67 ± 30,92 (122)	148,31 ± 45,36 (135)	154,51 ± 37,3 (152)	² 0,001*
HbA1c		6,98 ± 0,98 (6,8)	7,36 ± 1,38 (6,8)	7,60 ± 1,13 (7,6)	² 0,001*
Beden Kitle İndeksi		30,48 ± 4,27	30,66 ± 4,48	30,84 ± 4,03	³ 0,859

¹Ki-kare test ²Kruskal Wallis Test ³Oneway ANOVA Test *p<0.0

Aynı doktordan muayene olmak için birinci basamak SK ve üçüncü basamak SK tercih edenlerin tedaviye yüksek uyumlu olma oranları anlamlı düzeyde yüksektir (p=0,033 ve p=0,004). Beğeni ve tavsiye ile birinci basamak SK ve üçüncü basamak SK tercih edenlerin de tedaviye yüksek uyumlu olma oranları anlamlı derecede yüksektir (p=0,050 ve p=0,005). İlaç yazdırmak, kan şekeri düzeyine baktırmak ve komplikasyon takibi için tercih edilen SK ile tedaviye uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo-5).

Tablo 5. Diyabet takibi ve tanısı için başvuru durumlarına göre tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi

		Tercih edilen sağlık kuruluşu							
		Birinci Basamak SK		İkinci Basamak SK		Üçüncü Basamak SK		Özel SK	
Tercih sebebi	Tedavi uyumu	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
İlaç yazdırmak için	Düşük	5 (%41,7)	60 (%30,3)	34 (%26,8)	31 (%37,3)	31 (%30,1)	34 (%31,8)	61 (%31,6)	4 (%23,5)
	Orta	3 (%25)	29 (%14,6)	21 (%16,5)	11 (%13,3)	18 (%17,5)	14 (%13,1)	30 (%15,5)	2 (%11,8)
	Yüksek	4 (%33,3)	109 (%55,1)	72 (%56,7)	41 (%49,4)	54 (%52,4)	59 (%55,1)	102 (%52,8)	11 (%64,7)
	p	+0,295		0,264		0,676		0,643	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Kan şekeri baktırmak için	Düşük	10 (%32,3)	55 (%30,7)	33 (%28,9)	32 (%33,3)	18 (%26,9)	47 (%32,9)	60 (%31,1)	5 (%29,4)
	Orta	8 (%25,8)	24 (%13,4)	16 (%14)	16 (%16,7)	8 (%11,9)	24 (%16,8)	31 (%16,1)	1 (%5,9)
	Yüksek	13 (%41,9)	100 (%55,9)	65 (%57)	48 (%50)	41 (%61,2)	72 (%50,3)	102 (%52,8)	11 (%64,7)
	p	0,162		0,595		0,328		0,476	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Aynı doktora muayene olmak için	Düşük	51 (%33,8)	14 (%23,7)	56 (%32,2)	9 (%25)	21 (%21,2)	44 (%39,6)	44 (%28,9)	21 (%36,2)
	Orta	27 (%17,9)	5 (%8,5)	23 (%13,2)	9 (%25)	13 (%13,1)	19 (%17,1)	27 (%17,8)	5 (%8,6)
	Yüksek	73 (%48,3)	40 (%67,8)	95 (%54,6)	18 (%50)	65 (%65,7)	48 (%43,2)	81 (%53,3)	32 (%55,2)
	p	0,033*		0,189		0,004*		0,218	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
İlaç raporu yenilemek için	Düşük	64 (%31,1)	1 (%25)	28 (%31,5)	37 (%30,6)	8 (%25,8)	57 (%31,8)	36 (%25,7)	29 (%41,4)
	Orta	32 (%15,5)	0 (%0)	15 (%16,9)	17 (%14)	2 (%6,5)	30 (%16,8)	26 (%18,6)	6 (%8,6)
	Yüksek	110 (%53,4)	3 (%75)	46 (%51,7)	67 (%55,4)	21 (%67,7)	92 (%51,4)	78 (%55,7)	35 (%50)
	p	+1,000		0,816		0,177		0,029*	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)

Tablo 5.(Devamı) Diyabet takibi ve tanısı için başvuru durumlarına göre tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi

Eve yakın olduğu için	Düşük	15 (%37,5)	15 (%37,5)	57 (%30,5)	8 (%34,8)	47 (%28,8)	18 (%38,3)	55 (%29,4)	10 (%43,5)
	Orta	8 (%20)	24 (%14,1)	24 (%12,8)	8 (%34,8)	26 (%16)	6 (%12,8)	31 (%16,6)	1 (%4,3)
	Yüksek	17 (%42,5)	96 (%56,5)	106 (%56,7)	7 (%30,4)	90 (%55,2)	23 (%48,9)	101 (%54)	12 (%52,2)
	p	0,273		0,010*		0,457		0,189	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Komplikasyon takibi için	Düşük	61 (%30,5)	4 (%40)	34 (%31,8)	31 (%30,1)	8 (%20,5)	57 (%33,3)	58 (%30,7)	7 (%33,3)
	Orta	30 (%15)	2 (%20)	18 (%16,8)	14 (%13,6)	8 (%20,5)	24 (%14)	31 (%16,4)	1 (%4,8)
	Yüksek	109 (%54,5)	4 (%40)	55 (%51,4)	58 (%56,3)	23 (%59)	90 (%52,6)	100 (%52,9)	13 (%61,9)
	p	+0,600		0,725		0,247		0,367	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Beğeni ve tavsiye etkisiyle	Düşük	53 (%32,5)	12 (%25,5)	52 (%31,7)	13 (%28,3)	18 (%20,2)	47 (%38,8)	39 (%28,1)	26 (%36,6)
	Orta	29 (%17,8)	3 (%6,4)	21 (%12,8)	11 (%23,9)	12 (%13,5)	20 (%16,5)	27 (%19,4)	5 (%7)
	Yüksek	81 (%49,7)	32 (%68,1)	91 (%55,5)	22 (%47,8)	59 (%66,3)	54 (%44,6)	73 (%52,5)	40 (%56,3)
	p	0,050*		0,179		0,005*		0,051	

Ki-kare test

Fisher Freeman Halton Exact test.

*p<0.05

Tartışma

Bu çalışmaya göre; Tip 2 diyabet tanılı hastalar tarafından birinci basamak SK daha çok ilaç yazdırmak ve eve yakınlık sebebiyle tercih edilmektedir. Diyabet kontrolü ve komplikasyonlarının takibi, ilaç raporlarının yenilenmesi ve aynı doktora muayene olmak gibi sebeplerle üçüncü basamak SK tercih edilmektedir. Aynı doktordan takip olabilmek isteyen hastaların tedavi uyumu daha fazladır.

Bu çalışmaya göre; hastaların %11,4'ü diyabet tanısını birinci basamak SK'da, %46,2'si ikinci basamak SK'da ve %33,8'i üçüncü basamak SK'da almıştır. Çalışmamız özellikle birinci basamak SK'da tanı alma oranının daha düşük olması açısından literatür ile benzerlik göstermiştir. Nitekim 2010 yılında gerçekleştirilen bir çalışmada hastalara diyabet tanısının en sık devlet hastanelerinde konulduğu saptanmıştır.¹⁹ 2018'de diyabet ön teşhisinde birinci basamağın rolünün incelendiği bir tez çalışmasına göre de hastaların sadece %7,8'i aile hekimliği birimlerinde tanı almıştır.²⁰ Birinci basamak SK'da yetkinliğin yeterli olmamasından ve sevk zincirinin uygun işlememesinden dolayı diyabet tanısı alma oranının daha düşük olması muhtemeldir.

Hastaların SK tercihleri başvuru SK ile ilişkili pek çok faktöre göre şekillenmektedir. Yapılan çalışmalar yakınlığın ve ulaşım kolaylığının oldukça önemli olduğunu göstermektedir.²¹ Bu durum özellikle evlerine yakın olması sebebiyle birinci basamak SK tercihlerinde daha da belirleyici olmaktadır.²²⁻²⁴ Bizim çalışmamızda da katılımcıların çoğunun eve yakın olması sebebiyle birinci basamak SK'na başvurmayı tercih ettiği gözlenmiştir. Literatürden farklı olarak çalışmamızda eve yakınlık sebebiyle üçüncü basamak SK başvurusunun da sık olduğu göze çarpmaktadır. Çalışmamızın gerçekleştirildiği bölgede üçüncü basamak SK sayısının fazla olmasının ve dolayısıyla kolay ulaşılabilir olmasının bu sonuca ulaşmada etkili olduğu düşünülmektedir.

Hastalar SK tercihi yaparken doktorlarının önerilerine ve yakın çevrelerinin tavsiyelerine önem vermektedir.^{21,25} Hastaların doktorları ile iyi ilişkilerinin olması tedaviye uyumu artırmaktadır.^{26,27} Bizim çalışmamıza göre katılımcılar aynı doktora muayene olmak için ve beğeni/tavsiye etkisiyle daha çok üçüncü basamak SK ve özel SK tercih etmektedirler. Bu sebeplerle birinci basamak SK tercih etme oranı beklenenin aksine daha düşüktür. Aynı doktora muayene olmak amacıyla ve beğeni/tavsiye ile birinci ve üçüncü basamak SK tercih eden hastaların

tedaviye uyumları ise daha yüksektir. Hastaların doktorları ile daha sıkı ilişki kurabilecekleri birinci basamak SK tercih etme oranları artırıldığında tedavi uyumları da artacaktır.

Yapılan çalışmalar özellikle birinci basamak SK'nın daha çok kullanılan ilaçları reçete ettirmek amacıyla tercih edildiğini göstermektedir.^{22,24,28} Bizim çalışmamıza göre de katılımcılar çoğunlukla (%94,3) ilaç yazdırmak için birinci basamak SK'na başvurmuştur. İlaç yazdırmak için tercih edilen SK ile hastaların tedaviye uyumları arasında anlamlı bir farklılık yoktur. Hastalar ilaçlarını reçete ettirmek amacıyla genellikle randevu gerektirmeyen ve evlerine yakın olan birinci basamak SK tercih etmektedirler.

Önceki çalışmalarda kronik hastalıkların takipleri için tercihlerin çoğunlukla üst basamak SK yönünde olduğu gösterilmiştir.^{28,29} Diyabet yönetiminde bazen multidisipliner yaklaşım gerekebilse de çoğu hasta için birinci basamak SK yeterlidir. Diyabet kontrolleri için birinci basamak SK tercih eden hastalar daha fazla danışmanlık alabilmektedirler.³⁰ Ancak yine de diyabet takibi için aile hekimliği birimlerini tercih etme oranı düşük kalmaktadır.²⁴ Bunda donanım açısından birinci basamak SK'nın yetersiz bulunması, uzman doktor sayısının az olması ve sevk zincirinin etkin olmaması etkili olmaktadır.³¹

Bizim çalışmamızda da literatürle benzer şekilde diyabet takibi ve ilaç raporu yenilemek gibi sebeplerle katılımcıların büyük çoğunluğu üçüncü ve ikinci basamak SK tercih etmektedir. Bu nedenle birinci basamak SK tercih etme oranı ise oldukça düşük olmakla birlikte bu kişilerin tedaviye uyumları daha yüksektir. Hastaların uzman doktora muayene olmak, daha geniş tetkik ve tedavi imkânı olması gibi sebeplerle üst basamak SK tercih ettikleri kanısına varılmıştır. Ülkemizde birinci basamak SK'da uzman doktor sayısı giderek artmaktadır. Ancak hem artışın yeterli olmaması hem de başta ilaç raporlanmasında yetkilerin kısıtlı olması gibi olumsuzluklar sebebiyle bu sonucun ortaya çıkması kaçınılmazdır.

Bu çalışma, ülkemizde Tip 2 diyabetli hastaların SK tercihlerine yönelik eğilimlerini ve belirleyicilerini anlamamıza katkıda bulunmaktadır. Ancak çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Çalışmanın tek merkezli olması sonuçların topluma genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Çalışmanın yalnızca üçüncü basamağa başvuran hastalar ile gerçekleştirilmesi bir diğer kısıtlılıktır. Tüm basamaklardan hastaların ulaşılacağı araştırmalar ile daha kapsamlı sonuçlar ortaya konabilir. Bununla birlikte yeterli katılımcıya ulaşamayacağı öngörüldüğünden Tip 1 diyabetli hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Farklı diyabet türlerine sahip kişiler için SK tercihlerini etkileyen farklı ilişkiler olabilir. Gelecek çalışmalarda Tip 1 diyabetli hastaların da SK tercihleri incelenerek literatüre katkı sağlanabilir.

Sonuç

Bu çalışmaya göre Tip 2 diyabetli hastalar ilaç yazdırmak için ve eve yakın olduğu için birinci basamak SK tercih etmektedir. Rutin takipler, komplikasyonların izlenmesi ve ilaç raporlarının yenilenmesi için ise daha çok üçüncü basamak SK tercih edilmektedir. Aynı doktor tarafından takip edilmenin önemli olduğu hastalarda tedaviye uyum daha yüksektir. Birinci basamak SK'da tanı, tetkik ve tedavi açısından yetkinliğin ve tercih edilme oranlarının artırılması gerektiği kanısına varılmıştır. Bu sayede hastaların tedaviye uyumları artırılarak bireysel ve toplumsal sağlığa katkıda bulunulabilir.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara; 2022. Erişim Adresi: https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/diabetes-mellitus_2022.pdf Erişim Tarihi: 02.04.2024
2. International Diabetes Federation (IDF) Diabetes Atlas 2021. Accessed from: <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/> Accessed: 01.07.2024
3. Chan JC, Mbanya JC, Chantelot JM, Shestakova M, Ramachandran A, Ilkova H, et al. Patient-reported outcomes and treatment adherence in type 2 diabetes using natural language processing: Wave 8 of the Observational International Diabetes Management Practices Study. *J Diabetes Invest* 2024;15(9):1306-1316. <https://doi.org/10.1111/jdi.14228>
4. Teng CL, Chan CW, Wong PS. Medication adherence of persons with type 2 diabetes in Malaysia: a scoping review and meta-analysis. *J ASEAN Fed Endocr Soc* 2022;37(1):75-82. <https://doi.org/10.15605/jafes.037.01.14>

5. Sharma D, Goel NK, Cheema YS, Garg K. Medication adherence and its predictors among type 2 diabetes mellitus patients: a cross-sectional study. *Indian J Community Med* 2023;48(5):781-785. https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_744_22
6. Sendekie AK, Netere AK, Kasahun AE, Belachew EA. Medication adherence and its impact on glycemic control in type 2 diabetes mellitus patients with comorbidity: a multicenter cross-sectional study in Northwest Ethiopia. *PLoS One* 2022;17(9):e0274971. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274971>
7. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Introduction and Methodology: Standards of Care in Diabetes - 2024. *Diabetes Care* 2024;47(Supplement1):S1-S4. <https://doi.org/10.2337/dc24-SINT>
8. Durcan E, Özkaya HM. Birinci basamakta diyabet hastalarının takibi. Kutan Fenercioğlu A, editör. Birinci Basamakta Kronik Hastalık Takibi ve Kronik Hasta Bakımı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. s.31-38.
9. Kern DH, Mainous AG. Disease management for diabetes among family physicians and general internists. Opportunism or planned care? *Family Medicine* 2001;33:621-625.
10. Teng L, Li Y. Analysis on the willingness and influencing factors of choosing primary healthcare institutions among patients with chronic conditions in China: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2022;12:e054783. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054783>
11. Wan G, Wei X, Yin H, Qian Z, Wang T, Wang L. The trend in primary health care preference in China: a cohort study of 12,508 residents from 2012 to 2018. *BMC Health Serv Res* 2021;21(1):768. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06790-w>
12. Ateş M, Erbaydar T, Demirkıran K, Özhan G, Cevahir E, İşçi E. Gebze halkının sağlık hizmetlerini kullanımı ve sağlık kuruluşlarını tercih etme nedenlerinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2004;7(3):319-341.
13. Hoşgör H, Hoşgör DG. Hastaların hastane seçimini etkileyen faktörler: Sistematik derleme (1996-2017). *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2019;22(2):437-456.
14. Çelik M, Limnili G, Güldal AD. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician* 2019;10(4):163-172.
15. Çakmak İ, Öztürk S. Türkiye’de bireylerin sağlık kuruluşları tercihlerini etkileyen faktörlerin analizi. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2022;40(1):44-57.
16. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986;24(1):67-74. <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>
17. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2008;10(5):348-354. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x>
18. Sayiner ZA, Savaş E, Kul S, Morisky, DE. Validity and reliability of the Turkish version of the 8-Item Morisky Medication Adherence Scale in patients with type 2 diabetes. *Eur J Ther* 2020;26(1):47-52.
19. Çıtıl R, Öztürk Y, Günay O. Kayseri il merkezinde bir sağlık ocağına başvuran diyabetik hastalarda metabolik kontrol durumu ve eşlik eden faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi* 2010;32(2):111-122.
20. Özel Y. Diyabetes mellitus ön teşhisinde aile sağlığı merkezlerinin rolü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi; 2018. p.1-74
21. Yetim B, Çelik Y. Sağlık sektöründe bireylerin hizmet sunucu tercihlerini etkileyen faktörler. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2021;19:173-185.
22. Gümüş Çiçek E, Güngörmüş Z. İkinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru yapan hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumlarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020;23(1):119-126.
23. Liao R, Liu Y, Peng S, Feng XL. Factors affecting health care users' first contact with primary health care facilities in north eastern China, 2008-2018. *BMJ Glob Health* 2021;6(2):e003907. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003907>
24. İlhan ÖA. Üniversite hastanesine başvuran hastaların ilk başvuruda aile sağlığı merkezi veya üçüncü basamak sağlık kuruluşu tercihlerinin incelenmesi. Uzmanlık Tezi. Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi; 2022. s.1-39
25. Leister J, Stausberg J. Why do patients select a hospital? A conjoint analysis in two German hospitals. *J Hosp Mark Public Relations* 2007;17(2):13-31. https://doi.org/10.1300/J375v17n02_03
26. Nordin N, Mohd Hairon S, Yaacob NM, Abdul Hamid A, Hassan N. Effects of familydoctor concept and doctor-patient interaction satisfaction on glycaemic control among type 2 diabetes mellitus patients in the Northeast Region of Peninsular Malaysia. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020;17(5):1765. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051765>
27. Nasir NM, Ariffin F, Yasin SM. Physician-patient interaction satisfaction and its influence on medication adherence and type-2 diabetic control in a primary care setting. *Med J Malays* 2018;73:163-169.
28. Yavuz H, Tuncer Ö. Hipertansiyon hastalarının aile sağlığı merkezini kullanma sıklığı ve tercih nedenleri. *İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi* 2023;27(1):61-70.
29. Vatanserver Balcan M, Elbi H, Özcan F. Hipertansiyon tanılı hastaların izlemlerinde sağlık kuruluşu tercihleri ve etkileyen faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2023;27(1):8-13.
30. Yawn B, Zyzanski SJ, Goodwin MA, Gotler RS, Stange KC. Is diabetes treated as an acute or chronic illness in community family practice?. *Diabetes Care* 2001;24(8):1390-1396. doi:10.2337/diacare.24.8.1390
31. Delican O, Yapakçı A, Yılmaz E, Altun A, Kesen CH, Atal SS. Ailelerin aile hekimliğinden hizmet alımı ve memnuniyeti. *The Journal Of Turkish Family Physician* 2019;10(1):22-38.

Original Research / Orijinal Araştırma

Examination of Variables Related to Disease Adaptation of Adults Diagnosed with Non-communicable Diseases

Bulaşıcı Olmayan Hastalık Tanısı Alan Yetişkin Bireylerin Hastalığa Uyumla İlişkili Değişkenlerin İncelenmesi

Betül BEKTAŞ¹ Ayla TUZCU İNCE²

Abstract

Aim: This study aims to examine the level of adjustment to illness of adults with at least one non-communicable disease (NCD) in Antalya and some socio-demographic characteristics and health history-related factors that may be related to adjustment to illness.

Methods: This descriptive study included 329 individuals diagnosed with at least one NCD. Data were collected using the descriptive characteristics form and the Adaptation to Chronic Illness Scale (ACIS).

Results: The participants' mean age was 58.76 ± 6.79 years; 62.6% were female, and 28.0% had a low-income level. Most participants had cardiovascular disease (71.7%) and diabetes (59.6%), while 26.1% had respiratory diseases and 3% had cancer. Their mean total ACIS score was 100.01 ± 11.08. The level of adjustment to illness of individuals with NCDs was significantly associated with having respiratory disease, regular health checks, regular drug use, and the general status (perceived health, quality of life) and psychological dimensions of the World Health Organization Quality of Life-BREF Turkish Version (WHOQOL-BREF-TR) ($p < 0.05$).

Conclusions: The participants' mean total ACIS score was above average. Healthcare professionals in family health centers should identify at-risk individuals with low adjustment to their NCD and train them according to their needs.

Keywords: Adaptation, noncommunicable diseases, patient, primary health care

Özet

Amaç: Bu çalışmada Antalya'da bir aile sağlığı merkezine (ASM) kayıtlı en az bir bulaşıcı olmayan hastalık (BOH) tanısı olan yetişkin bireylerin hastalığa uyum düzeyi ve hastalığa uyumla ilişkili olabilecek bazı sosyodemografik özellikler ve sağlık öyküsü ile ilişkili faktörleri incelemek hedeflenmiştir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan çalışmaya en az bir BOH tanısı olan 329 birey alınmıştır. Veriler; demografik özellikler, sağlık öyküsü formu ve Kronik Hastalığa Uyum Ölçeği (KHUÖ) ile toplandı.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 58,76±6,79 olup, %62,6'sı kadın, %53,8'i ilkökul mezunu ve %28'inin gelir düzeyi düşüktür. Katılımcıların çoğunda kalp-damar hastalığı (%71,7) ve diyabet (%59,6) bulunurken, %26,1'inde solunum yolu hastalıkları ve %3'ünde kanser vardı. Çalışmamızda KHUÖ toplam puan ortalaması 100,01±11,08'dir. BOH'lu bireylerin hastalığa uyum düzeyi ile solunum yolu hastalığına sahip olma, sağlık kontrollerini düzenli yaptırma, sürekli ilaç kullanıma ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Türkçe Formu (WHOQOL-BREF-TR)'nin genel durum (algılanan sağlık, yaşam kalitesi) ve psikolojik boyutu düzeyleri anlamlı şekilde ilişkilidir ($p < 0,05$).

Sonuç: Katılımcıların hastalığa uyum toplam puan ortalaması ortalamanın üzerindedir. ASM'de görevli sağlık çalışanları tarafından BOH'a uyum düzeyi düşük olan riskli bireylerin belirlenerek, gereksinimlerine uygun eğitim verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Uyum, bulaşıcı olmayan hastalıklar, hasta, birincil sağlık bakımı

Geliş tarihi / Received: 29.03.2024 Kabul tarihi / Accepted: 29.09.2024

¹ Medical Faculty Hospital, Akdeniz University, Antalya, TURKEY

² Public Health Nursing Department, Faculty of Nursing, Akdeniz University, Antalya, TURKEY

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Ayla TUZCU İNCE. Public Health Nursing Department, Faculty of Nursing, Akdeniz University, Antalya/ TURKEY.

E-posta: aylatuzcu@hotmail.com Tel: +90 505 566 16 49

Bektaş B, Tuzcu İnce A. Examination of Variables Related to Disease Adaptation of Adults Diagnosed with Non-communicable Diseases. TJFMPC, 2024; 18 (4):485-493

DOI: 10.21763/tjfm.1461219

Introduction

Non-communicable diseases (NCDs) tend to be long-lasting and are caused by a combination of genetic, physiological, environmental, and behavioral factors. The main types of NCDs are cardiovascular diseases (such as heart attack and stroke), cancers, chronic respiratory diseases (such as chronic obstructive pulmonary disease [COPD] and asthma), and diabetes.^{1,2} NCDs are the leading cause of mortality worldwide, with over three-quarters of global NCD-related deaths occurring in low- and middle-income countries.^{1,3} NCD expenditures constitute the heaviest economic costs to these countries.³

Cardiovascular diseases are the leading cause of NCD-related deaths globally, accounting for 17.9 million, followed by cancer (9.3 million), chronic respiratory diseases (4.1 million), and diabetes (2.0 million). These four disease groups account for >80% of all early NCD-related deaths, and most health expenditures result from the diseases in these groups.¹ NCDs cause 89% of deaths in Türkiye.⁴ Most of these deaths are caused by cardiovascular diseases (36%), followed by cancer (28%), respiratory diseases (7%), and diabetes (6%).⁵

NCDs decrease an individual's independence and restrict their social activities and health perception. They also cause physical, psychological, social, and economic problems for the patient and their families.^{6,7} Therefore, combating NCDs can improve population health and the economy.³ The individual's disease adaptation may affect all factors related to their disease and treatment.⁸ Adaptation problems experienced by patients during the NCD process may prevent managing their NCD effectively and reaching the desired goals, which may increase their frequency of hospitalization, risk of developing complications, and related mortality.^{7,9}

Some studies have shown that the disease adaptation of individuals with NCDs is adversely affected by disease symptoms and treatment, how the individual perceives the disease, inability to perform daily living activities, changes in body image, deterioration of family relationships, and fear of death.¹⁰⁻¹³ Individuals with NCDs are expected to make considerable lifestyle changes to minimize the impact of these factors and control the disease process. Developing and maintaining lifestyle behaviors require long-term support and counseling.^{6,7} It is first necessary to understand a patient's beliefs, attitudes, behaviors, and fears regarding their disease to enable them to adapt to their disease. Understanding difficulties in adapting to a disease, developing appropriate coping strategies, and planning supportive care interventions is vital for the quality of life of individuals with NCDs.¹⁴ Determining the disease adaptation levels of individuals with NCDs, and the influencing factors can guide interventional studies planned to reduce the adverse effects of the disease process, care costs, and comorbid conditions. This study was planned to examine the disease adaptation of individuals with at least one NCD diagnosis registered at an FHC in Antalya province and some variables (demographic and health history) likely to be associated with disease adaptation.

Methods

Study Design

This study used a descriptive cross-sectional design. It was conducted with 329 patients between January and June 2021 at Dt. Selahattin Topçu Family Health Center (FHC) No. 17 in Antalya province, the largest city in the Southwest of Türkiye. This FHC is a primary healthcare institution where individuals with different socioeconomic levels and economic incomes first attend to receive health services.

Study Population and Sample

The research population comprised 8,152 individuals aged 30–70 diagnosed with NCDs and registered at the stated FHC. The inclusion criteria were (i) registered with the FHC, (ii) diagnosed with an NCD at least three months ago (diabetes, COPD, asthma, respiratory allergies, occupational lung diseases, pulmonary hypertension, coronary artery disease, cerebrovascular disease, rheumatic heart disease, peripheral heart disease, congenital heart disease, hypertension, deep vein thrombosis and pulmonary embolism, and cancer), (iii) aged 30–70 years, (iv) ability to understand and speak Turkish, and (v) volunteering to participate in this study. The study's sample size was calculated using the formula in which the incidence of an event is examined and the number of individuals in the population is known¹⁵:

$$n = \frac{N z^2 \sigma^2}{d^2 (N - 1) + z^2 \sigma^2}$$

Therefore, the sample size was calculated to be 320.11 subjects, considering the variance of the mean chronic disease adaptation score in the study by Atik and Karatepe ($\sigma = 7.45$; 14) and a 95% confidence interval ($N = 8.152$, $z = 1.96$, $d = 0.8$). This study included 329 individuals with NCDs who met the study inclusion criteria.

Data Collection Tools

Data were collected using descriptive characteristics form and the World Health Organization Quality of Life-BREF Turkish Version (WHOQOL-BREF-TR).

Descriptive Characteristics Form

This form was designed after reviewing the literature and included questions about participants' demographic characteristics and health history.¹⁶⁻¹⁹ Among the demographic characteristics, age was evaluated as a continuous variable, and sex, marital status, number of children, education level, perceived income, and duration of residence in Antalya were evaluated as categorical variables. Participants' health history was evaluated based on weight and height (body mass index [BMI]), smoking and alcohol use status, physical disability status, presence of an NCD, diagnosis duration, regular medication use, and regular health check status. Weight, height, diagnosis duration, and other open-ended questions were asked categorically. BMI was calculated using the formula "weight (kg) / [height (m)]²".²⁰ BMI was categorized according to the WHO classification.²¹ In this section, patients' quality of life (one question), perceived health (one question), and psychological health (six questions) were evaluated using the domains taken from the WHOQOL-BREF.

The WHOQOL-BREF comprises two questions on quality of life (one question) and perceived health (one question) and four domains elected from the WHOQOL-100 scale, which comprises 100 questions.²² This five-point Likert-type scale, adapted to Turkish by Eser et al.²³, comprises 26 questions. The scale's four domains are physical well-being (seven questions), psychological health (six questions), social relations (three questions), and environmental (eight questions). The scores of the first two general questions (quality of life and perceived health) and the physical, psychological, social, and environmental domains vary from 20% to 100%; as the score increases, the quality-of-life increases. This scale's Cronbach's alpha coefficient was reported as 0.76, 0.67, 0.56, and 0.74 for the physical, psychological, social relations, and environmental domains, respectively.²³

This study used the "quality of life" and "perceived health" items and the psychological domain items (5, 6, 7, 11, 19, and 26) of the WHOQOL-BREF-TR. The scale's psychological domain is used to evaluate positive emotions, thinking, learning, self-esteem, and body image. In this study, the Cronbach's alpha coefficient of the psychological domain was 0.85.

Adaptation to Chronic Illness Scale (ACIS)

Atik and Karatepe developed the ACIS to evaluate the disease adaptation level of patients diagnosed with NCDs.¹⁴ It comprises 25 items and three sub-dimensions: physical adaptation (items 1, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 22, 23, and 24; 11–55 points), social adaptation (items 2, 3, 5, 7, 17, 19, and 25; 7–35 points), and psychological adaptation (items 4, 6, 8, 11, 12, 20, and 21; 7–35 points). It uses a five-point Likert-type scale, and some items are reverse-coded. Its maximum total score is 125. Increases in subscale and/or total scale scores indicate increases in patient disease adaptation levels. The Cronbach's alpha for the total scale was 0.88 in the original study¹⁴ and 0.71 in this study.

Data Analysis

The data of the 329 individuals were analyzed using the IBM SPSS Statistics version 23.0. Percentages and arithmetic mean, minimum, and maximum values were calculated to describe the descriptive data (demographic information and WHOQOL-BREF-TR health history, quality of life, perceived health, and psychological domains). The normality of the variables was examined using the Kolmogorov–Smirnov test and skewness and kurtosis values. The Mann–Whitney U test and the Kruskal–Wallis H-test were used to compare the mean ACIS score and categorical variables. When there was a significant difference in the Kruskal–Wallis H-test, we used pairwise corrected comparisons according to Dunn–Bonferroni. The relationships between the mean adaptation to chronic illness scale score and age and WHOQOL-BREF-TR (quality of life, perceived health, and psychological domains) were evaluated using Pearson's product-moment correlation coefficient (r). The r value was interpreted as weak ($r < 0.3$), moderate ($0.3 < r < 0.7$), and strong ($r > 0.7$).²⁴ The effects of the significant variables in these analyses on adaptation to chronic illness were evaluated using multiple linear regression analysis. The statistical significance level was set as $p < 0.05$.

Ethical Considerations: Before starting this study, it was approved by the Akdeniz University Faculty of Medicine Clinical Research Ethics Committee (approval no: 70904504/512) and the Antalya Provincial Health Directorate. In addition, participants' informed consent was obtained.

Results

The participants' mean age was 58.76 ± 6.79 years; 62.6% were female, 53.8% were primary school graduates, 72% had an equal or greater income than their expenses, 71.7% had cardiovascular disease, 97.6% used medications regularly, and 94.5% underwent regular health checks. The mean total ACIS score of the participants with NCDs was 100.01 ± 11.08 (Table 1).

In our study, a highly significant ($p < 0.001$) but weak negative correlation existed between age and the mean total ACIS score (Table 1). As seen in Table 1, mean ACIS scores were higher among participants with two or fewer children than those with three or more, with equal or greater income than those with less income than their expenses ($p < 0.05$). In addition, mean ACIS scores were higher among participants with high school and above education than those with primary school and below education, and who were civil servants than those with other professions ($p < 0.05$; Table 1). However, the participants' mean total ACIS scores did not differ significantly by marital status, family type, and duration of residence in Antalya ($p > 0.05$; Table 1).

Table 1. The relationship between the participants' demographic characteristics and the ACIS average scores.

Descriptive characteristics		Total sample		ACIS	Statistic
		N	%	Mean \pm SD	
Age (mean \pm SD)		58.76 \pm 6.79		100.01 \pm 11.08	R: -0.196 P: 0.000**
Sex	Female	206	62.6	99.97 \pm 11.90	U: 12112.0 P: 0.504
	Male	123	37.4	100.08 \pm 9.60	
Education status	Primary school	177	53.8	98.03 \pm 11.83	KW: 9.589 ^a P: 0.008**
	Secondary school	75	22.8	101.66 \pm 9.86	
	High school and above	77	23.4	102.97 \pm 9.51	
Marital status	Single or divorced	32	9.7	98.62 \pm 12.58	U: 4536.0 P: 0.672
	Married	297	90.3	100.16 \pm 10.92	
Number of children	≤ 2	181	55.0	100.91 \pm 11.63	U: 11487.0 P: 0.026
	≥ 3	148	45.0	98.91 \pm 10.30	
Profession	Laborer	23	7.0	94.60 \pm 11.94	KW: 8.53 P: 0.036*
	Civil servant	21	6.4	103.57 \pm 11.37	
	Freelance	195	59.3	99.71 \pm 11.25	
	Retired	90	27.4	101.23 \pm 10.01	
Perceived income	Income < expenditure	92	28.0	96.43 \pm 13.31	U: 8841.5 P: 0.008**
	Income = expenditure or Income > expenditure	237	72.0	101.40 \pm 9.77	
Family type	Nuclear family	326	99.1	99.98 \pm 11.12	U: 404.5 P: 0.606
	Extended family	3	0.9	103.66 \pm 6.11	
Duration of living in Antalya	<5 years	31	9.4	100.80 \pm 11.54	U: 4390.5 P: 0.650
	≥ 5 years	298	90.6	99.93 \pm 11.05	

ACIS: the Adaptation to Chronic Illness Scale, KW: Kruskal-Wallis test; U: Mann-Whitney U test; ^aDunn-Bonferroni test, SD: Standard deviation * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

In addition, mean total ACIS scores were higher among participants without respiratory disease, who used medication regularly, and who underwent regular health checks ($p < 0.05$; Table 2). However, participants' mean total ACIS scores did not differ significantly by BMI, tobacco and alcohol use, cardiovascular disease presence, cancer status presence, diabetes presence, disease diagnosis duration, and physical disability ($p > 0.05$; Table 2).

A highly significant moderate positive correlation existed between the mean total ACIS score and the scores of the quality of life ($r=0.445$; $p=0.000$), perceived health ($r=0.405$; $p=0.000$), and psychological domains ($r=0.503$; $p=0.000$) of the WHOQOL-BREF-TR (Table 2).

Table 2. The relationship between the participant's health history and the average of their ACIS scores.

Health history	Total sample		ACIS	Statistic	
	N	%	Mean±SD		
BMI					
Normal weight	37	11.2	98.45±13.56	KW: 5.487 P: 0.064	
Overweight	211	64.1	101.72±8.74		
	81	24.6	96.29±14.06		
Obese					
Yes	42	12.8	98.023±14.12	U: 5640.50 P: 0.502	
No	287	87.2	100.31±10.56		
Alcohol use					
Yes	9	2.7	96.00±14.43	U: 1202.50 P: 0.398	
No	320	97.3	100.13±10.98		
Cardiovascular disease					
Yes	236	71.7	99.77±10.43	U: 9954.00 P: 0.189	
No	93	28.3	100.62±12.63		
Cancer					
Yes	10	3.0	93.40±15.09	U: 1172.00 P:0.153	
No	319	97.0	100.22±10.90		
Respiratory disease					
Yes	86	26.1	96.06±11.93	U:7547.00 P:0.000**	
No	243	73.9	101.41±10.44		
Diabetes					
Yes	196	59.6	100.40±11.56	U:11827.00 P:0.154	
No	133	40.4	99.45±10.35		
Disease diagnosis time					
3 -12 months	12	3.6	98.91±17.70	U:1682.00 P:0.496	
> 1 year	317	96.4	100.05±10.79		
Regular medication use					
Yes	321	97.6	100.33±10.70	U:762.00 P:0.049*	
No	8	2.4	87.37±18.36		
Regular health checks					
Yes	311	94.5	101.33±9.66	U:247.00 P:0.000**	
No	18	5.5	77.27±9.40		
Physical disability					
Yes	23	7.0	101.26±11.09	U:3377.00 P:0.747	
No	306	93.0	99.92±11.09		
WHOQOL-BREF-TR Quality of life			75.74±18.11	100.01±1	R:0.445
Min-max (20-100) (mean ± SD)				1.08	P:0.000**
WHOQOL-BREF-TR Perceived health			73.06±18.82	100.01±1	R:0.405
Min-max (20-100) (mean ± SD)				1.08	P:0.000**
WHOQOL-BREF-TR Psychological dimension			84.90±13.41	100.01±1	r:0.503
Min-max (20-100) (mean ± SD)				1.08	P:0.000**

ACIS: the Adaptation to Chronic Illness Scale, BMI: Body mass index, WHOQOL-BREF-TR: the World Health Organization Quality of Life-BREF Turkish Version, KW: Kruskal-Wallis test; U: Mann-Whitney U test; SD: Standard Deviation, r: Pearson's correlation coefficient; * $p<0.05$; ** $p<0.01$.

The multiple linear regression analysis indicated that the independent variables explained 52.4% of the variance in the ACIS scores in a significant regression model ($p < 0.001$). The mean total ACIS score was affected by having a respiratory tract disease, having regular health checks, and the quality of life, perceived health, and psychological domains of the WHOQOL-BREF-TR ($p < 0.001$). The total ACIS score was also affected by regular medication use at a marginal significance level ($p = 0.052$). The total ACIS score was unaffected by the other variables included in the model ($p > 0.05$; Table 3).

Table 3. Multiple linear regression analysis of factors associated with adaptation to chronic disease.

Variables	β^*	t	P	%95 CI	Statistics
Age	-0.065	-1.548	0.123	-0.24 - 0.02	R =0.735 Adjusted R ² = 0.524 F=33.864 P<0.001*
Having children	-0.033	-0.797	0.426	-2.53- 1.07	
Perceived income	0.053	1.202	0.230	-0.83-3.45	
Respiratory disease	-0.136	-3.445	0.001	-5.39-(-1.47)	
Regular drug use	-0.080	-1.948	0.052	-11.53-0.05	
Regular health checks	-0.277	-6.311	0.001	-17.70-(-9.28)	
Education status	-0.047	-1.147	0.252	-2.85-0.75	
Profession	-0.061	-1.550	0.122	-5.96-0.70	
WHOQOL-BREF-TR Quality of life	0.136	2.552	0.011	0.01- 0.14	
WHOQOL-BREF-TR Perceived health	0.144	2.937	0.004	0.02- 0.14	
WHOQOL-BREF-TR Psychological dimension	0.329	6.027	0.000	0.18-0.36	

WHOQOL-BREF-TR: the World Health Organization Quality of Life-BREF Turkish Version, β : Standartize Beta Coefficient; CI: Confidence Interval; * $p < 0.01$.

Coding variables for analysis: Having children 3 and above =1. 2 and below =0; 1= Income is less than an expense. 0= Income is equal to expense or more than expense; Respiratory diseases having=1. not having=0; Regular drug use yes=0. no=1; Regular health checks yes=0 no=1; Primary school graduates =1. Secondary school =0. High school and above =0; Laborer =1. Self-employment =0. Civil servant =0. Retired=0.

Discussion

Caring for individuals with NCDs requires jointly considering their physical, psychological, and social aspects. Evaluating the disease adaptation of individuals with NCDs in primary care is vital for managing their disease. This study examined the disease adaptation of middle-aged and older individuals with NCDs. It found significant relationships between disease adaptation and having a respiratory tract disease, having regular health checks, regular medication use, and the WHOQOL-BREF-TR perceived health, quality of life, and psychological domains. In this study, patients' adaptation to chronic illness was good, consistent with the study by Atik and Karatepe.¹⁴ In different studies conducted with patients with chronic disease, the total ACIS scores were slightly above average.^{25,26} Another study conducted only with individuals with diabetes found their level of adaptation to chronic illness to be slightly above average.²⁷ No international studies have evaluated the level of adaptation to chronic illnesses; most separately evaluated medication adherence, treatment adherence, and mental status.^{18,28-30} For

example, Bryant et al.²⁸ found that individuals with COPD had a low level of medication adherence. A study in India found that medication adherence was low in 63% of individuals with chronic diseases, moderate in 35%, and high only in 1.66%. A study conducted in primary care found that 55% of individuals with chronic diseases adhered to treatment.²⁹ Another study indicated that the psychosocial adaptation of elderly patients with heart failure was poor and associated with their quality of life.³¹ Studies conducted in Türkiye have observed that patients' adaptation to chronic diseases was good. On the other hand, it was noticed that compliance was at low or moderate levels in international studies on medication adherence.

In this study, the quality of life, perceived health, and psychological domains of the WHOQOL-BREF-TR were found to be at a good level. A study in Türkiye found that the general health and psychological levels of individuals with colorectal cancer were below average.³² In two different studies, the mean scores for the psychological domain of the WHOQOL-BREF-TR were at a good level.^{33,34} A study in Iran showed that the psychological domain level was higher in healthy individuals than in those with diabetes. A study in Saudi Arabia indicated that the quality of life was lower for individuals with than without chronic diseases.³⁵ The WHOQOL-BREF-TR domain scores of the patients in our study are at a better level than those in other studies.

In this study, the level of adaptation to chronic diseases was higher among individuals with a smaller number of children, with a higher level of education and income, who were civil servants, without respiratory disease, who used medication regularly, and who underwent regular health checks. In addition, the correlation analysis showed that as age increased, adaptation to chronic illness decreased, and the scores for the general status (quality of life and perceived health) and psychological domain of the WHOQOL BREF-TR increased. The regression analysis showed that adaptation to chronic illness was affected by having respiratory tract disease, having regular health checks, using medications regularly, and the WHOQOL-BREF-TR quality of life, perceived health, and psychological domains.

This study found that individuals with respiratory diseases had lower adaptation levels than those without respiratory diseases. Obtaining results that differed from the expected outcome in our study suggested that patients' disease adaptation was adversely affected by prolonged administering inhaler drugs with a loud device, the difficulty of moving the device, and its high cost.

Our study found that individuals who underwent regular health checks and used medications regularly had good levels of adaptation to their NCDs indicating that our expected hypothesis was supported. A different study in which the disease adaptation of patients with chronic illnesses was close to a good level found that 68% fully adhered to their treatments.²⁷ It is believed that undergoing health checks more frequently and using medications regularly allowed individuals with NCDs to follow the course of their disease and see the results of their treatment, increasing their disease adaptation.

Limitations

This study had some limitations. First, its sample comprised patients with NCDs who applied to a FHC in the Western Mediterranean region of Türkiye. Therefore, its results cannot be generalized to other populations in this region or elsewhere in Türkiye. Second, it excluded patients applying to secondary and tertiary healthcare institutions. Third, it only included the quality of life, perceived health, and spiritual dimensions of the WHOQOL-BREF-TR scale.

Conclusions

Our study found that most patients used their medications continuously and underwent regular health checks. The participants' mean scores for the full ACIS and the perceived health, quality of life, and psychological domains of the WHOQOL-BREF-TR were at a good level.

Individuals with NCDs who were younger had fewer children, had a higher education level, had a good income, and were civil servants had good adaptation scores. Disease adaptation was positively affected in patients with respiratory disease, who underwent regular health checks, who used medications regularly, and with high scores on the quality of life, perceived health, and psychological domains of the WHOQOL-BREF-TR. At-risk individuals with low disease adaptation (e.g., no long-term medication use, irregular health checks, and mental depression) must be identified in primary healthcare institutions and given an education appropriate for their needs. These patients must be encouraged and monitored for healthy lifestyle behaviors to increase their disease adaptation. It is recommended that researchers plan studies on disease adaptation in individuals with a certain type of chronic disease, examine disease adaptation and its determinants in patients with NCDs presenting to secondary health institutions, and evaluate the relationships of disease adaptation with all WHOQOL-BREF domains.

Acknowledgment: The authors thank all the participants.

Acknowledgment:

Our research has not been presented at any congress or in any journal. There has also been no institutional support about the study.

Conflict of interest: No conflict of interest is declared by the authors

References

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases. [Internet]. [cited 2022 May 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Acar Vaizoğlu S. *New Public Health*. 3rd ed. Ankara: Palme Publishing; 2019. p.272-78.
3. World Health Organization. Investing in noncommunicable disease control generates major financial and health gains. [Internet]. [cited: 2018 May 16]. Available from: <https://www.who.int/news/item/16-05-2018-investing-in-noncommunicable-disease-control-generates-major-financial-and-health-gains>
4. World Health Organization. Total NCD deaths. [Internet]. [cited: 2020 Aug 3]. Available from: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-ncd-deaths-\(in-thousands\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-ncd-deaths-(in-thousands))
5. World Health Organization. Türkiye. [Internet]. [cited: 2023 Apr 12]. Available from: <https://ncdportal.org/CountryProfile/GHE110/TUR>
6. Aydemir T, Şerife Ç. *Chronic Diseases and Psychosocial Care*, JAMER. 2019;109-115
7. Akdemir N, Birol L. *Internal Medicine and Nursing Care*. İstanbul: Vehbi Koç Foundation; 2005. p.193-99.
8. Durna Z. *Chronic Diseases*. In: Durna Z, editors. *Chronic Diseases and Care*. İstanbul: Nobel Medical Bookstores; 2012. p.1-9.
9. Koşar C, Büyükkaya Besen D. Patient Activation in Chronic Diseases: Concept Analysis. *E-Journal of Dokuz Eylül University Nursing Faculty*. 2015;8(1):45-51.
10. Özdemir Ü, Tascı S. Psychosocial Problems and Care of Chronic Diseases. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2013;57-72.
11. Mollaoğlu M. Adaptation Process in Chronic Diseases. In: Durna Z, editors. *Chronic Diseases and Care*. İstanbul: Nobel Medical Bookstores; 2012. p.51-64.
12. Özkan Tuncay F, Fertelli T, Mollaoğlu M. Effects of loneliness on illness perception in persons with a chronic disease. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;(January):1-7. doi:10.1111/jocn.14273
13. Hançerlioğlu S, Fadiloğlu Ç, Yıldırım Y, Şenuzun Aykar F. The Effect of Self-Care Management on Compliance with Chronic Disease. *International Journal of Caring Sciences*. 2019;12(2):877-892.
14. Atik D, Karatepe H. Scale Development Study: Adaptation to Chronic Illness. *Acta Medica Mediterranea*. 2016;32(5):8.
15. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. *Sampling Methods and Sample Size in Clinical and Field Research*. Ankara: Hatipoğlu Publishing; 2005. p.270.
16. Vatansever Ö, Ünsar S. Determination of Medical Treatment Adherence, Self Efficacy Levels of Patients with Essential Hypertension and Affecting Factors. *Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*. 2014;5(8):66-74.
17. Eryılmaz MA, Pekgör S, Aksoy N, Demirgöl R, Karahan Ö. Effects of Sociodemographic Characteristics, Chronic Disease, and Surgery Frequency: Konya Sample. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia*. 2017;(2):117-23.
18. Fernandez-Lazaro CI, García-González JM, Adams DP, et al. Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: a cross-sectional study. *BMC Family Practice*. 2019;20:132.
19. Hsieh Y, Lee F, Chen S, Tang J. Factors associated with the intention to use adult preventive health services in Taiwan. *Public Health Nursing*. 2019;36(5):631-637.
20. Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. Healthy Weight, Nutrition, and Physical Activity [Internet]. [cited: 2020 May 24]. Available from: https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/index.html
21. WHO STEPS Surveillance Manual. [Internet]. [cited: 2020 Jun 07] Available from: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/systems-tools/steps/manuals>
22. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL- BREF quality of life assessment. *Psychol. Med*. 1998;28(3):551-558.
23. Eser E, Fidaner H, Fidaner C, et al. Whoqol-100 and Psychometric Characteristics of WHOQOL-Bref. *3P Dergisi*. 1999;7:23-41.
24. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics* (Sixth ed.). Boston: Pearson; 2013. p.966.
25. Aslan H, Çetkin T, Dikmen RD. Effects of chronic illness adaptation on the healthy lifestyle behaviours of patients in internal services. *Çukurova Medical Journal*. 2021;46(3):1140-1149.
26. Karatepe H, Atik D, Özcan Yüce U. Adaptation with the Chronic Disease and Expectations from Nurses. *Erciyes Med Journal*. 2020;42(1):18-24.
27. Manav Aİ, Atik D, Çapar A. Evaluation of Unconditional Self-acceptance and Adaptation to the Chronic Disease of Individuals with Diabetes Mellitus. *Ordu University Nursing Studies Journal*. 2021;4(2):153-162.

28. Bryant J, McDonald VM, Boyes A, et al. Improving medication adherence in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Respiratory Research*. 2013;14(109):1-8.
29. Duarte-de-Araújo A, Teixeira P, Hespanhol V, Correia-de-sousa J. COPD: understanding patients' adherence to inhaled medications. *International Journal of COPD*. 2018;(13):2767-2773.
30. Mir SA, Muzamil F, Ud M, et al. Assessment of medication adherence among patients with chronic diseases: a descriptive cross-sectional study. *International Journal of Basic & Clinical Pharmacology*. 2019;8(1):115-119.
31. Vural Doğru B, Karadakovan A. Evaluation of The Correlation Between Quality of Life and Psychosocial Adaptation in Elderly Patients with Heart Failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2016;4(August):88-104.
32. Aydın Sayılan A, Yıldızeli Topçu S. The Relationship Between Using Complementary-Alternative Therapies and Quality of Life in Colorectal Cancer Patients. *Journal of Health Sciences*. 2020;29(2):106-113.
33. Çeler HG, Özyurt CB, Elbi H, Özcan F. The Evaluation of Quality of Life and Caregiver Burden for the Relatives of Breast Cancer Patients. *Ankara Med Journal*. 2018;18(2)164-174
34. Savcı C, Akıncı AC, Üşenmez SY, Keleş F. The effects of fear of COVID-19, loneliness, and resilience on the quality of life in older adults living in a nursing home. *Geriatric Nursing*. 2021;42(6):1422-1428.
35. Hassan S, Zahra A, Parveen N, et al. Quality of Life and Adherence to Healthcare Services During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Analysis. *Patient Preference and Adherence*. 2022;16:2533-2542.



Review / Derleme

Multidisciplinary Approach Practices in Health Services: Family Medicine and Occupational Therapy

Sağlık Hizmetlerinde Çok Disiplinli Yaklaşım Uygulamaları: Aile Hekimliği ve Ergoterapi

Muhammed İNAN¹, Gonca BUMİN², Cenk AYPAK¹

Abstract

In health care, teamwork holds critical importance. Effective teamwork shortens patient survival and reduces readmission rates. Furthermore, teamwork effectively addresses challenges faced by health care providers, mitigating issues such as burnout and job dissatisfaction. Occupational therapy is a discipline that aims to improve the health and well-being of individuals through daily activities. This discipline helps people become independent in daily life and increase their social interactions. The integration of family medicine and occupational therapy emerges as a multidisciplinary methodology aimed at enhancing individuals' health and quality of life. The holistic and patient-centered relationship between family medicine and occupational therapy provides an opportunity to enhance the quality of life for individuals by addressing both medical and functional aspects of health. The wider recognition and integration of occupational therapy into healthcare systems could aid in maintaining and enhancing individuals' health.

Keywords: occupational therapy, teamwork, multidisciplinary, health services, family practise

Özet

Sağlık hizmetlerinde takım çalışması, kritik bir öneme sahiptir. Etkili takım çalışması, hastaların hastanede kalma süresini kısaltır ve tekrar hastaneye yatma oranlarını azaltır. Buna ek olarak, takım çalışması sağlık hizmeti sunucularının karşılaştığı zorlukların üstesinden gelmekte ve tükenmişlik sendromu ile işle ilgili memnuniyetsizlik gibi olumsuz durumları hafifletmekte etkili olabilmektedir.

Ergoterapi bireylerin sağlık ve esenliğini günlük aktivitelerle artırmayı amaçlayan bir disiplindir. Bu disiplin, insanların günlük yaşamda bağımsız olmalarına ve sosyal etkileşimlerini artırmalarına yardımcı olur. Aile hekimliği ile ergoterapinin entegrasyonu, bireylerin sağlık ve yaşam kalitesini artırma amacı güden multidisipliner bir metodoloji olarak öne çıkar. Aile hekimliği genel sağlık ihtiyaçlarını ele alırken, ergoterapi bireyin kendine bakım, iş, üretken aktiviteler, oyun ve boş zaman etkinliklerindeki bağımsızlığını destekler. Bu iki disiplinin iş birliği, hastalara kapsamlı bir sağlık bakımı sunulmasını mümkün kılar.

Aile hekimliği ve ergoterapi arasındaki bütüncül ve hasta merkezli ilişki, bireylerin sağlığını hem tıbbi hem de fonksiyonel açıdan ele alarak yaşam kalitesini artırma fırsatı sunar. Ergoterapinin daha geniş bir tanınırlığa kavuşması ve sağlık sistemlerine daha entegre bir biçimde dahil edilmesi bireylerin sağlıklarını koruma ve geliştirme kapasitelerine katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: ergoterapi, takım çalışması, çok disiplinli yaklaşımlar, sağlık hizmetleri, aile hekimliği

Geliş tarihi / Received: 06.03.2024 Kabul tarihi / Accepted: 03.07.2024

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

² Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ergoterapi Bölümü, Ergoterapi Anabilim Dalı

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Muhammed İNAN. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

E-posta: muhammedinan.md@gmail.com Tel: +90 5389647512

İnan M. Bumin G. Aypak C. *Multidisciplinary Approach Practices in Health Services: Family Medicine and Occupational Therapy.* TJFMPC, 2024; 18 (4):494-502

DOI: 10.21763/tjfm.1447896

Giriş

Tıp; bilgi birikimi, teknolojik gelişmeler, sanatsal bir yaklaşım ve iletişim becerilerinin entegre edildiği geniş bir alandır. Hekimlik, bir meslek olmanın ötesinde uygulamalı bir bilim, sanat ve kültürdür. Hekimlik, eğitim ve mesleki faaliyetin ötesinde toplumsal bir konum ve yaşam biçimi olarak da değerlendirilir.¹ Hasta hekim ilişkisini zenginleştiren bu geniş bakış açısı hekimlerin hasta bakımını daha kapsamlı bir şekilde ele almasını gerektirir.

Hekimler, insanı sadece biyolojik açıdan değil aynı zamanda psikolojik ve sosyal boyutlarıyla da kapsamlı bir şekilde değerlendirmekle yükümlüdür.¹ Aile hekimliği ise bireylere ve ailelerine geniş kapsamlı bakım sunmayı amaçlayan biyomedikal, davranışsal ve sosyal bilimlerin entegrasyonu üzerine odaklanan bir tıp dalıdır. Aile hekimleri bireylerin ve ailelerin fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını kapsayan birincil ve sürekli bakım sağlar ve gerektiğinde diğer uzmanlık dalları ile koordinasyon içinde kapsamlı sağlık hizmetleri sunar.²

Sağlık, bireylerin yalnızca hastalık ya da engellilikten uzak durumları değil fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan iyi olma halleri olarak tanımlanmaktadır. Ergoterapi, kişiye odaklı bir sağlık mesleği olup aktiviteler aracılığıyla bireylerin sağlık ve refahını geliştirmeye yöneliktir. Bu mesleğin ana hedefi insanların günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlıklarını ve toplum içindeki katılımlarını desteklemektir.⁴

Sağlık hizmetlerinde çoklu fiziksel ve psikolojik ihtiyacı olan hastalara hizmet vermek üzere çok disiplinli ekipler farklı sağlık ve sosyal bakım alanlarından profesyonellerin iş birliği ile oluşur. Her bir disiplininin hasta bakımına özgü katkılarının ne olduğu hakkında çok disiplinli ekiplerin diğer üyelerinin bilgi sahibi olması kritik önem taşımaktadır.⁵ Bu bağlamda, ergoterapinin önemi ve aile hekimleri arasında bu mesleğe dair farkındalığın artırılması, sağlık hizmetlerinin etkinliğini destekleyici bir unsur olarak görülmektedir.

Sağlık Hizmetlerinde Takım Çalışması

Sağlık hizmetlerinde takım çalışmasının temel bir öge olduğu ve hastaların tedavi sonuçları üzerinde önemli bir rol oynadığı bilinmektedir. Takım çalışmasının etkin olmadığı durumlarda, hastalar farklı sağlık kurumlarında görev yapan birçok sağlık profesyoneline defalarca başvurmaktadır.⁶

Etkili takım çalışmaları hastaların güvenliğinin artmasına, hastanede yatış sürelerinin azalmasına ve yeniden hastaneye yatışların azalmasına yol açar.⁷ Aynı zamanda takım çalışmalarının sağlık hizmeti sağlayıcılarının karşılaştığı zorlukların da üstesinden gelmesini kolaylaştırdığı, örneğin tükenmişlik hissini ve işle ilgili memnuniyetsizliği azalttığı; bunun yanı sıra takım üyeleri arasında oluşan dostluk ve karşılıklı destek duygusunun sağlık hizmeti sağlayıcılarının iş tatminini artırdığını gösterilmiştir.⁸

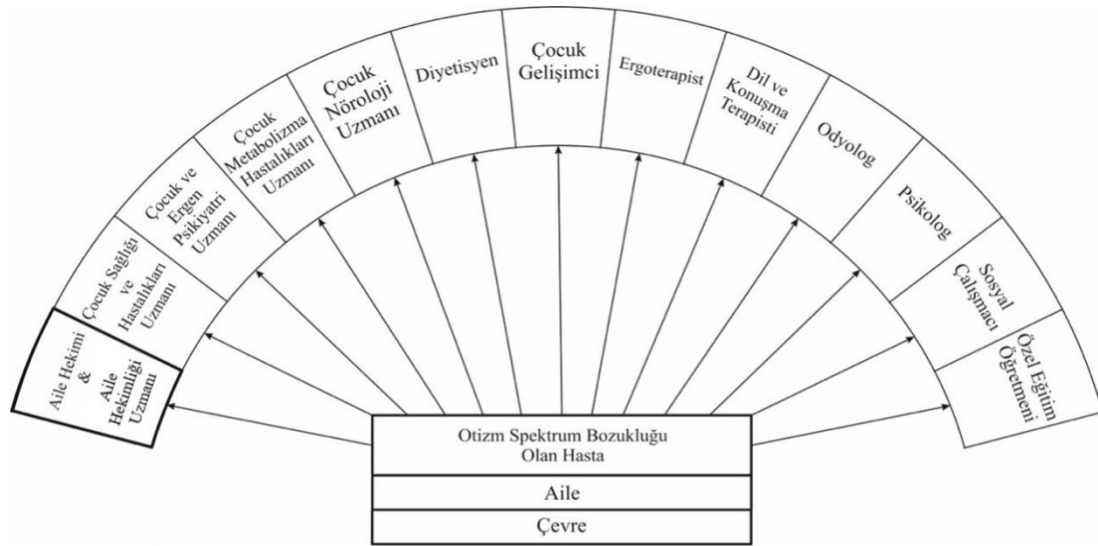
Multidisipliner Takım Çalışmaları

Sağlık hizmetlerinde multidisipliner ekip çalışması, hasta bakımını iyileştirmek için farklı uzmanları bir araya getirir. Her uzman, hastanın bakım planındaki belirli bir alanı kendi uzmanlık ve becerileriyle yönetir. Bu yaklaşım, hasta bakımının bütüncül ve kesintisiz olmasını sağlamak için ekip içinde açık iletişim, koordinasyon ve iş birliğini gerektirir.⁹

Özellikle kanser tedavisi sürecinde multidisipliner ekip çalışması ön plana çıkmaktadır. Onkologlar, cerrahlar, hemşireler, fizyoterapistler, ergoterapistler, eczacılar, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanları gibi birçok farklı profesyonel, tanıdan tedaviye ve takipten destekleyici bakıma kadar kanser hastalarının her bir ihtiyacını karşılamak için koordineli bir şekilde çalışır. Bu tür bir ekip çalışmasının, kanser hastalarının hayatta kalma sürelerini uzattığı, tedavi yan etkilerini minimize ettiği ve genel yaşam kalitelerini iyileştirdiği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir.⁹⁻¹¹

Sağlık hizmetlerinde ekip bazlı yaklaşımlar, otizm spektrum bozukluğu (OSB) gibi karmaşık sağlık ihtiyaçları bulunan bireylerin yönetimi için tercih edilen en etkili model olarak kabul edilir. OSB'de etkilenen bireyler ve aileleri, yeterince karşılanmayan sağlık, eğitim ve destek hizmetleri gibi çeşitli sorunlarla mücadele ederken; aynı zamanda gecikmiş tedavi süreçleri, yetersiz aile odaklı bakım ve sevk işlemleri ile karşılaşabilmektedir. Bu nedenle, bireyin davranışsal, eğitsel, bilişsel ve genel sağlık durumunu iyileştirmeyi amaçlayan, multidisipliner ekip çalışması büyük önem taşımaktadır.¹⁷

Örneğin, OSB tanısı almış bireylerin tedavi süreçlerinde disiplinler arası iş birliği vazgeçilmez bir unsur olmuştur. Çocuk ve ergen psikiyatristleri, çocuk nöroloji uzmanları, ergoterapistler, dil ve konuşma terapistleri gibi farklı alanlardan gelen uzmanların katkısı, OSB'ye sahip bireylerin temel karakteristiklerinin ve bunlara eşlik eden koşulların belirlenmesi ve tedavi stratejilerinin geliştirilmesinde zorunlu hale gelmiştir.^{18,19} Bu disiplinler Şekil 1'de listelenmiştir.



Şekil 1. OSB'li Hastaların Bakımında Multidisipliner Yaklaşım

İnterdisipliner Takım Çalışmaları

İnterdisipliner ekip yaklaşımı, farklı uzmanların hastalar için bütüncül ve entegre sağlık hizmeti sunmak amacıyla birlikte çalıştığı bir modeldir. Bu model, her uzmanın kendi alanında bağımsız çalıştığı multidisipliner ekiplere göre daha entegre bir yaklaşım sunar. Her hasta için ayrıntılı bir tedavi planı oluşturulması hedeflenir. İnterdisipliner ekipler açık iletişim, karşılıklı saygı ve birlikte karar verme süreçleriyle işlerini yürütürler. Ayrıca, interdisipliner takımlarda ekip üyelerinin görüşlerini dikkate alarak destekleyici bir liderlik sağlayacak ve takımın genel yönünü belirleyecek bir ekip lideri bulunur.¹²

İnterdisipliner ekip çalışması, multidisipliner yaklaşımdan farklı olarak, ekip üyeleri arasında daha entegre bir iş birliği ve koordinasyonu öngörür. Her disiplinin kendi içinde bağımsız çalıştığı multidisipliner yapıya kıyasla, interdisipliner ekipler, hastanın tüm sağlık ihtiyaçlarını dikkate alan ve ona göre tedavi planı oluşturmak üzere disiplinler arası bir iş birliği içinde çalışırlar.¹²

İnme sonrası hastaların yönetimi, sağlık hizmetlerinde interdisipliner yaklaşımın önemli bir örneğidir. İnme tedavisinde, nörologlar, rehabilitasyon uzmanları, hemşireler ve sosyal hizmet uzmanları gibi farklı sağlık profesyonellerinden oluşan ekipler, hastanın hem fiziksel hem de psikolojik ve sosyal gereksinimlerini karşılayacak entegre bir bakım planı oluşturmak için bir arada çalışırlar. Ekip, hastanın duygusal ve sosyal destek ihtiyaçlarını değerlendirirken aynı zamanda fizyoterapi, ergoterapi ve dil ve konuşma terapisi gibi rehabilitatif tedavileri içeren kapsamlı bir iyileşme programı tasarlar. İnterdisipliner ekip çalışmasının, inme hastalarının tedavi sonuçlarını ve tedaviyle ilgili memnuniyetlerini artırdığı bilimsel olarak gözlemlenmiştir.¹³

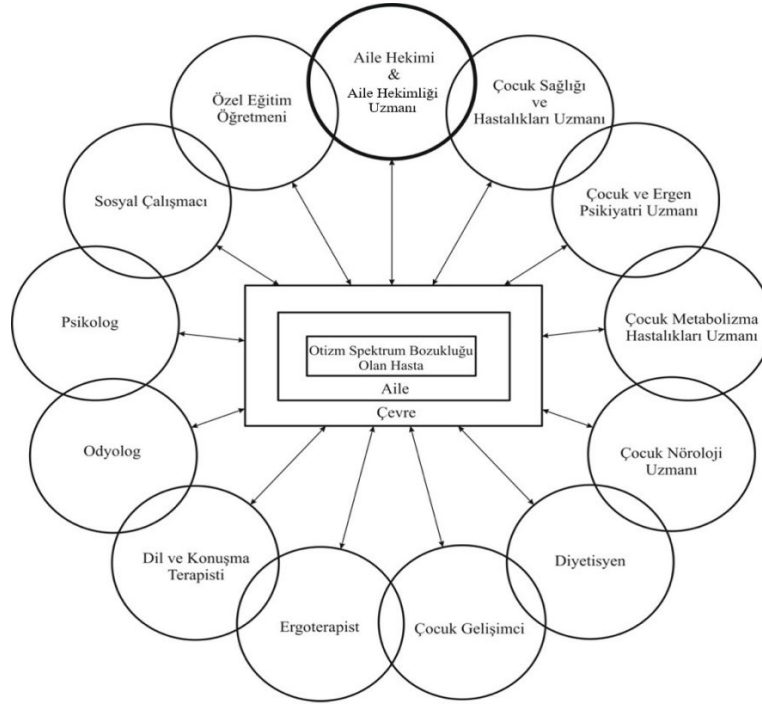
Transdisipliner Takım Çalışmaları

Transdisipliner ekip çalışması, sağlık alanında, hastaların süregelen ve çok yönlü sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için çeşitli disiplinler arası bilgi ve becerilerin bir araya getirildiği bir metodolojidir. Bu yaklaşım, sadece sağlık çalışanlarını değil; hastaları, onların ailelerini, toplumu ve hastaların yaşam ortamlarını da içine alacak şekilde, multidisipliner ve interdisipliner modelleri genişleterek tedavi ve bakım süreçlerine katılım sağlar. Geleneksel sağlık modellerini dönüştürerek sağlık sorunlarını kapsamlı bir bakış açısıyla ele alır ve her bir sağlık durumuna özgü, yenilikçi ve iş birlikçi çözümler üretir. Transdisipliner ekip çalışmasında hastanın ve toplumun gereksinimlerine uygun, bütüncül çözümler geliştirmeye yönelik ortak çalışma kültürünün önemi ön plana çıkar.⁹ Transdisipliner ekip uygulamalarında, hastalar ve aileleri, tedavi sürecine aktif katılımcılar olarak entegre edilir ve tedavi planlaması, onların görüş ve ihtiyaçları göz önünde bulundurularak, ekip ile birlikte yapılır. Böylece oluşturulan tedavi planları, hastanın ve ailenin yaşam kalitesini ve sağlık hizmetlerinden memnuniyetini artırma hedefine yönelik, bütünlük ve kapsayıcı bir nitelik taşır.¹⁴

Transdisipliner yaklaşımda örneğin pediatrik vakalarda vaka yönetiminden sorumlu olan profesyonel, aile ile sıkı bir koordinasyon içerisinde çocuğa yönelik özelleştirilmiş müdahale stratejilerinin uygulanmasına rehberlik eder. Çeşitli uzmanlık alanlarından gelen sağlık profesyonelleri, aile ve çocuğun ihtiyaçlarına yönelik hazırlanan plan çerçevesinde, sorun çözme süreçlerinde birlikte çalışır ve müşterek yükümlülükler üstlenirler. Bu çocuk ve aile merkezli yaklaşım, sürekli bir izleme ve gerekli durumlarda konsültasyon hizmetleriyle desteklenen, kişiye özgü tedavi metodlarının benimsenmesini içerir.¹⁴

Örneğin OSB'li hastaların bakımında transdisipliner yaklaşım Şekil 2'de gösterilmiştir. Multidisipliner metodolojide, her bir sağlık disiplininden uzmanlar hastayı bağımsız olarak değerlendirirken, transdisipliner

modelde hasta bakımı sırasında hastaya ve ailesine ek olarak sosyal ve çevresel etmenler de dikkate alınır. Bu yaklaşımda, tanıdan tedaviye ve sonrasındaki izleme süreçlerine kadar, tüm sağlık ekibi ve diğer ilgili profesyoneller hasta ve ailesi ile birlikte aktif bir rol alarak süreç içerisinde sürekli bir katılım ve etkileşim içindedirler.



Şekil 2. OSB'li Hastaların Bakımında Transdisipliner Yaklaşım

Tablo 1, sağlık hizmeti sunuşundaki ekip çalışması yaklaşımları ile bunların arasındaki ayrımları karşılaştırmalı bir biçimde özetlemektedir.¹⁴

Tablo 1. Sağlık Hizmetlerinde Takım Çalışması Modelleri ve Farklılıkları¹⁴

	Multidisipliner Takım Çalışması	İnterdisipliner Takım Çalışması	Transdisipliner Takım Çalışması
Değerlendirme	Her bir ekip üyesi, hastanın durumunu bağımsız olarak değerlendirir.	Üyeler bağımsız değerlendirme yapar ve sonrasında bulgularını takım ile paylaşır.	Değerlendirme sürecine sağlık profesyonellerinin yanı sıra aile de dâhil edilir.
Planlama	Her disiplin kendi planını ayrı olarak oluşturur.	Her üye kendi alanı için hedefleri belirler ve sonra ekip birleşik bir plan oluşturur.	Hasta ve ailenin endişeleri, öncelikleri ve kaynakları doğrultusunda ortak bir plan yapılır.
Uygulama	Her üye, kendi disiplininin planını bağımsız olarak yürütür.	Her üye, kendi bölüm planını uygular ve diğer disiplinlerle koordinasyon içinde çalışır.	Planın uygulanmasından sorumlu, tüm ekiple iş birliği içinde olan vaka yöneticisidir.
Aile Katılımı	Aile üleriyle her profesyonel bireysel olarak görüşür.	Aile, takım toplantılarına veya liderle görüşmelere katılır.	Aile, takımın bir parçası olarak sürecin her aşamasında etkin rol alır.
Takım Üyeleri Arasındaki Görüşme	Ekip üyeleri arasında genelde resmi olmayan toplantılar yapılır.	Düzenli takım toplantıları ile vakalar tartışılır ve değerlendirilir.	Ekip üyeleri, bilgi paylaşımında bulunmak ve vakaları gözden geçirmek için düzenli toplantılar gerçekleştirir.

Ergoterapi Mesleği

Ergoterapi, bireylerin günlük aktivitelerde bağımsızlığını sağlayarak sağlık ve refahını artırmayı hedefleyen danışan odaklı bir sağlık disiplini. Bu mesleğin temel hedefi, insanların günlük yaşam aktivitelerine aktif olarak katılabilmelerini sağlamaktır. Ergoterapistler, bu amaca ulaşmak için, bireylerin ve toplumların günlük yaşamda gerçekleştirmek istedikleri, ihtiyaç duydukları veya beklenen aktivitelere daha rahat katılabilmeleri için, yaşam becerilerini geliştirecek eğitimler düzenler, ergoterapiye özgü terapi müdahaleleri uygular ve onların bu aktivitelere katılımını kolaylaştıracak şekilde çevresel düzenlemeler yaparlar.²⁰ Sağlık sorunları sebebiyle fiziksel, duysal, bilişsel fonksiyon kaybı yaşayanların yanı sıra sosyal veya kültürel azınlık gruplarının üyeleri gibi psikososyal engellerle karşılaşanlar da dahil olmak üzere, her yaşta farklı tanıya sahip hasta ya da sağlıklı bireylerle çalışma becerisine sahiptirler.²⁰

Ergoterapi mesleği, Birinci Dünya Savaşı esnasında yaralanmış askerlerin yeniden topluma kazandırılması amacıyla geliştirilmiş, ülkemiz için görece yeni bir alandır. 20. yüzyılın ilk çeyreğinde, ergoterapinin odak noktası, fiziksel ve zihinsel engellere sahip bireylerin yaşam kalitelerini artırmak amacıyla, onlara iş ve serbest zaman aktiviteleri sunmak olmuştur. Zamanla ergoterapi mesleği yaşam boyu aktivite, katılım ve bağımsızlığı teşvik eden ve geliştiren çok çeşitli müdahaleleri içerecek şekilde genişlemiştir.²¹

Türkiye'de 2009 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi ergoterapi alanında ilk lisans ve lisansüstü eğitim programlarını hayata geçirmiştir. Bugün itibarıyla ülkemizde çeşitli şehirlerdeki birçok üniversite ergoterapi lisans eğitimlerinin yanı sıra yüksek lisans ve doktora programları sunmakta ve bilimsel araştırmalar yapmaktadır.²¹

Ergoterapinin Amaç ve Kapsamı

Ergoterapi, işlevsel zorlukları saptamak, çözümlenmek ve tanımlamak için klinik ve mesleki değerlendirme süreçlerini içerir; aynı zamanda iş ve aktivitelere yönelik tedavi yaklaşımları geliştirir.⁴

Ergoterapi, bireylerin kaybolmuş veya azalmış beceri ve yeteneklerinin yeniden kazandırılması, geliştirilmesi veya rehabilite edilmesini hedefler. Bu süreçte, kişilerin yeteneklerini artırmaya yönelik çeşitli terapötik müdahalelere ağırlık verilir.²² Hastaların veya danışanların istedikleri aktivitelere daha başarılı bir şekilde katılabilmeleri için yardımcı teknolojik araçların kullanılması, mekânsal/çevresel düzenlemelerin yapılması veya belirli görev ve aktivitelerin kişiye özel olarak uyarlanması gibi yöntemler tercih edilir.²³

Ergoterapinin değerlendirme alanları

Ergoterapide değerlendirme alanları, temel ve enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri, sağlık yönetimi, dinlenme ve uyku, eğitim, çalışma, oyun, serbest zaman ve sosyal katılım gibi çeşitli alanları ve çevresel ve kişisel faktörleri kapsar.²⁴

Kişilerin performans paternleri değerlendirmelerde önemli bir rol oynar. Bunlar, bireyin günlük yaşam aktivitelerine katılım becerilerini destekleyen veya engelleyen alışkanlıkları, rutinleri, rolleri ve ritüelleri içerir. Ergoterapide değerlendirme yaklaşımları ergoterapiye özgü kuramsal ve uygulamalı teori ve modeller çerçevesinde uygulanır. Müdahale yaklaşımlarında hastaya/danışana bütüncül yaklaşım uygulanır. Bu modellerin anlaşılması, bireyin yetenekleri ve kısıtlılıkları hakkında bilgi sağlar ve aktivitelere katılımını etkileyen potansiyel faktörleri belirlemeye yardımcı olur.^{25,26} Bu değerlendirmeler, hastanın veya danışanın motor ve nörolojik fonksiyonları, duyu ve algılama kapasitesi, görsel ve bilişsel yetenekleri, psikososyal durumu ve ağrı düzeyi gibi faktörleri ele alır. Ergoterapinin bütüncül yaklaşımı, aynı zamanda bireylerin değerlerini, inançlarını ve manevi yönlerini de gözetenek tedavi sürecini kişiselleştirir.²⁷

Ergoterapide müdahale yaklaşımları

Ergoterapistler, hastaların farklı sağlık kurumları arasında geçişini ve tedavi sürecinin bütünlüğünü destekleyen kritik roller üstlenirler. Kişisel, grup veya topluluk bazında, oküpyasyonel performansa yönelik spesifik ihtiyaçlar için danışmanlık yaparak hizmetlerini genişletirler.⁴ Ayrıca, tele sağlık ve mobil uygulamalar aracılığıyla, hastalara uzaktan rehabilitasyon hizmetleri sunarak erişimi genişleten çağdaş yöntemleri de uygularlar.²⁸

Ergoterapi, çevresel düzenlemelerin yanı sıra kişisel faktörlerin de göz önünde bulundurulduğu bağlamsal değişiklikler ve ergonomi prensiplerinin entegrasyonunu içeren adaptasyon süreçleri ile de ilgilenir. Ergoterapistler, bireyin gereksinimlerine uygun olarak oturma ve duruş eğitimi, yardımcı teknolojik aletler, uyarlanabilir cihazlar, ortez ve protezler ile ilgili değerlendirme, tasarlama, üretme, uygulama, uyarılma ve bu cihazları kullanma konusunda eğitim sağlar.²⁹ Tekerlekli sandalye ve benzeri hareket destek cihazlarının etkin kullanımı, yönetimi ve bu araçlara ilişkin fonksiyonel mobilite tekniklerinin değerlendirilmesi, tavsiye edilmesi ve kullanıcıya öğretilmesi gibi konularda destekler sunar.²⁹ Görme yetisindeki kusurları azaltacak ve günlük yaşam aktivitelerine adaptasyonu sağlayacak düzenlemelerle görsel rehabilitasyon da ergoterapinin önemli bir parçasıdır. Ayrıca, toplum içindeki bağımsızlığı desteklemek amacıyla sürücü rehabilitasyon programları ve toplumsal mobiliteye yönelik müdahaleler geliştirilir.⁴

Ergoterapistler hastaların veya danışanların beslenme ve yeme yeteneklerinin yönetimi konusunda destek sağlar. Bu kapsamda, güvenli ve verimli bir şekilde yeme ve beslenme becerilerinin geliştirilmesine yönelik spesifik egzersizler ve aktiviteler tasarlar ve uygularlar.³⁰

Ergoterapistler, hastaların veya danışanların günlük aktivitelerdeki performans yeteneklerini artırmak için özel terapötik yöntemler uygularlar. Bunlar arasında yardımcı teknolojik ekipmanların kullanımı, yara yönetimi, duyu ve motor becerileri geliştirme, algılama ve bilişsel yetenekleri destekleme teknikleri ve manuel terapi gibi yöntemler bulunur. Aynı zamanda, kişilerin ve toplulukların sosyal katılımlarını artırmak için çevresel müdahaleler (fiziksel çevre ve erişilebilirlik, sosyal çevre, kurumsal çevre, yasal çevre vb.) ve yaşam süreçlerinin yönetilmesi gibi stratejiler geliştirirler. Ergoterapistler, danışanların günlük yaşam aktivitelerine aktif katılımını sağlamak amacıyla kaynak bulma ve kullanma konusunda onları güçlendirir ve grup etkileşimlerinden faydalanarak öğrenmeyi ve beceri geliştirmeyi teşvik eder.⁴

Aile Hekimliği ve Aile Hekimliği-Ergoterapi İlişkisi

Aile Hekimliği

Aile Hekimliği entegre ve koordine edici özelliği nedeniyle koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerle ilgilenmektedir. Ayrıca hizmet basamakları arasındaki koordinasyonu sağlayan hekimlerdir. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinde çok disiplinli yaklaşımların temel taşı hüviyetindedir.

Aile hekimleri hastalarıyla yakın bir ilişki kurarak geniş bir sağlık yönetimi sorumluluğunu üstlenirler. Bu ilişki aile hekimliğinin temel fonksiyonlarından biri olan hastalıkların önlenmesi ve erken teşhisi ile beraber kronik hastalıkların yönetimine kadar geniş bir spektrumu kapsar. Aile hekimleri, genel tıbbi sorunları yönetme yetkinliği sayesinde bütün sağlık hizmetlerinin koordinasyonunda kilit bir rol oynar ve bu sayede maliyet-etkin sağlık hizmetleri sunulmasını mümkün kılar.¹⁵

Sağlık hizmetlerine olan talebin artması ve doktor randevularının giderek daha zor hale gelmesi geleneksel hekim odaklı bakım modelini aşarak daha kapsayıcı, hasta merkezli ve iyileşme odaklı bir bakım yaklaşımını zorunlu kılmaktadır. Bu değişim ihtiyacı yalnızca artan nüfus yoğunluğunun sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştırmasıyla sınırlı değildir; aynı zamanda kronik hastalıkların artışı, yaşlanan nüfus ve tanı ve tedavi teknolojilerindeki gelişmeler gibi faktörler de sağlık sistemlerinin daha etkin yöntemlere yönelmesini gerektirmektedir. Bu bağlamda aile hekimleri sağlık hizmetlerine erişimi çeşitlendiren ve genişleten bir sağlık profesyonelleri ekibinin oluşturulmasında lider olabilir.¹⁵

Aile hekimliğinin sağlık hizmetleri sunumunda hasta merkezli ve bütüncü bir sağlık hizmeti yaklaşımını ifade eden modellerden biri hasta odaklı tıbbi ev (patient centered medical home) modelidir. Bu metot, takım dinamikleri, koordinasyon, ulaşılabilirlik, kalite ve emniyeti merkeze alarak birinci seviye sağlık hizmetlerinde benimsenen bir modeli temsil etmektedir. Sağlık sisteminde birinci basamakta yaygın bir biçimde benimsenen bu model sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunumunun nasıl optimize edilebileceğini gösterir. En basit tedavilerden en karmaşık sağlık sorunlarına kadar sağlık profesyonellerinin ve bakım ekiplerinin, hastaların gereksinimlerini en etkin şekilde karşılaması için tasarlanmış bir anlayıştır.¹⁶

Hasta odaklı tıbbi ev kavramı, sağlık hizmetlerinin sunumunda ekip çalışmasının önemli bir rol oynadığı bir model olarak öne çıkar. Bu modelde sağlık profesyonelleri koordinasyon içinde hastanın bakım sürecine aktif olarak katılırlar. Bu modelin temel hedefleri; hastaların sağlık durumlarını iyileştirmek, hasta memnuniyetini artırmak, sağlık hizmetlerinin maliyetini optimize etmek ve sağlık çalışanlarının iş doyumunu yükseltmektir. Araştırmalar, doktorlarla beraber hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının, özellikle diyabet, hipertansiyon ve depresyon gibi kronik hastalıkların yönetimindeki ekip çalışmasının hastalık yönetiminde belirgin ilerlemelere sebep olduğunu ortaya koymuştur. Etkin ekip çalışması ve iyi düzenlenmiş bir sağlık ekibi tarafından sunulan bakımın hastaların genel sağlık hizmetlerinden memnuniyetlerini arttırdığı bilinmektedir.¹⁵

Aile Hekimliği ve Ergoterapi İş Birliği

Aile hekimliği, genel sağlık hizmetlerinin koordinasyonunda kritik bir rol oynarken, ergoterapi bireylerin günlük yaşam aktivitelerine katılımını desteklemekte ve bu alanlarda işlevsel bağımsızlıklarını artırmaktadır. Aile hekimliği ve ergoterapi iş birliği, hastaların sağlık hizmetlerinden daha kapsamlı ve bütüncül bir şekilde yararlanmalarını sağlayabilir. Bu iş birliğinin temel amacı hem tıbbi hem de işlevsel ihtiyaçların koordineli bir şekilde ele alınmasıdır.

Kronik hastalık yönetimi aile hekimliği ve ergoterapi iş birliğinin belirgin bir alanıdır. Aile hekimleri diyabet, hipertansiyon ve kronik obstruktif akciğer hastalığı gibi kronik hastalıkların teşhisi, yönetimi ve izlenmesinde hayati bir rol oynarken; ergoterapistler bu hastaların günlük yaşam becerilerini geliştirmelerine, fiziksel aktivitelerini artırmalarına ve semptomlarını yönetmelerine yardımcı olur. Bu iş birliği, enerji koruma teknikleri, adaptif stratejiler ve evde yapılan değişiklikler gibi konularda hastaları destekleyerek hastaların yaşam kalitesini artırır ve sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırır.^{31,32}

Akut bakım sonrası rehabilitasyon bu iki disiplinin bir araya geldiği bir diğer önemli alandır. Aile hekimleri, rehabilitasyonun tıbbi yönlerini denetlerken ergoterapistler terapötik aktiviteler, egzersizler ve çevresel değişiklikler yoluyla hastaların fonksiyonlarını geri kazandırmak ve bağımsızlıklarını teşvik etmek için çalışır. Bu, hastaların fiziksel, bilişsel, duygusal ve psikososyal yönlerini ele alarak kapsamlı bir iyileşme sağlar.^{31, 32}

Ruh sağlığı alanında da önemli bir iş birliği potansiyeli görülmektedir. Aile hekimleri ruh sağlığı sorunları olan hastalar için genellikle ilk başvuru noktasıdır ve başlangıç değerlendirmeleri, yönlendirmeler ve temel ruh sağlığı bakımı sağlarlar. Ergoterapistler ise duygusal düzenleme, başa çıkma stratejileri ve sosyal katılımı iyileştirmek için terapötik aktiviteler kullanarak ruh sağlığı müdahalelerini günlük rutinlere ve aktivitelere entegre ederler. Bu yaklaşım hastaların genel yaşam kalitesini artırır ve ruh sağlığı sorunlarının yönetiminde bütüncül bir yaklaşım sunar.³¹

Geriatrik bakımda ise aile hekimleri yaşlı bireylerde yaygın olan çoklu sağlık sorunlarını yönetirken, ergoterapistler fonksiyonel düşüşleri, evde güvenliği ve yardımcı cihazlara olan ihtiyacı değerlendirir ve ele alırlar. Geriatrik bireylerde düşmeleri önlemek için ev ortamında fiziksel düzenlemeler (Banyo ve tuvalet için tutunma barları, kaymayan zeminler, fiziksel problemi olan yaşlılar için giyinme, beslenme veya hijyen için kendine yardım araçları, bilişsel sorunu olan bireyler için hatırlatıcılar vb.) önerirler. Bu iş birliği yaşlı bireylerin günlük aktiviteleri güvenli ve bağımsız bir şekilde gerçekleştirme yeteneklerini artırarak onların yaşam kalitesini önemli ölçüde iyileştirir.³³

Pediyatrik bakım yönüyle bakıldığında aile hekimleri çocukların büyüme takibi, aşılama ve akut ve kronik hastalıkların yönetimi gibi kapsamlı bakım sağlarlar. Ergoterapistler ise hem tipik gelişim gösteren hem de farklı nörogelişimsel problemi olan çocukların duygusal, bilişsel, duygusal ve psikososyal gelişimsel kilometre taşları, duygusal entegrasyon, ince ve kaba motor beceriler üzerinde çalışarak, çocukların gelişim hedeflerine ulaşmalarını sağlayarak okul ve oyun aktivitelerine katılımlarını artırır.³²

Aile hekimliği ve ergoterapi işbirliği, hasta merkezli tıbbi ev gibi entegre bakım modelleri kullanarak, bakımın koordinasyonunu ve sürekliliğini artırabilir. Bu yaklaşım, hastaların kapsamlı ihtiyaçlarını karşılayan bütüncül bir bakım sağlar, erken müdahale ve önleme stratejileri ile komplikasyonları önler ve hasta ve bakım veren eğitiminin geliştirilmesine yardımcı olur. Bu tür iş birlikleri, hasta sonuçlarını iyileştirir, hasta memnuniyetini artırır ve sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırır, bu da genel olarak sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltir.³¹⁻³³

Sonuç

Sağlık hizmetlerinde takım çalışması ile çeşitli disiplinlerden sağlık profesyonellerinin iş birliği içinde çalışması önemli avantajlar sağlamaktadır. Aile hekimliği, sağlık hizmetlerinde takım çalışmalarının merkezinde yer alır ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin koordinasyonu ve entegrasyonunda önemli bir rol oynar. Aile hekimleri, bireylerin hastalık, yaralanma veya engel nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmedeki yeteneği konusunda endişeler olduğunda hastalarını ergoterapistlere yönlendirebilirler. Aile hekimleri tıbbi sorunları ele alırken, ergoterapistler fonksiyonel yetenekleri ve bağımsızlığı artırmaya odaklanarak birlikte çalışarak bütünsel ve kapsamlı bakım sunabilir.

Aile hekimliği ve ergoterapi arasındaki ilişkinin temel rolü, hasta odaklı bakımı sağlamaktır. Bu, bir durumun sadece tıp ile ilişkili yönlerden değil, bununla beraber bir kişinin günlük yaşamına olan pratik ve fonksiyonel etkilerini ele almayı içerir. Aile hekimleri ve ergoterapistler, temel tıbbi sorunların yanı sıra bu sorunların bireyin anlamlı aktivitelere katılımına olan etkilerini ele alarak hastaların genel iyi olma durumunu iyileştirmek için iş birliği geliştirebilir.

Aile hekimliği ve ergoterapi arasındaki bütünsel ve hasta odaklı ilişki bireylerin sağlığının hem tıbbi hem de fonksiyonel yönlerini ele alarak yaşam kalitesini iyileştirmeye imkân tanır. Ergoterapinin daha geniş bir şekilde benimsenmesi ve sağlık sistemlerinde daha entegre bir şekilde kullanılması, bireylerin sağlıklarını sürdürmelerine ve iyileştirmelerine yardımcı olacaktır.

Beyan

Bu makale aile hekimliği tıpta uzmanlık tezinden üretilmiştir.

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. Atıcı E. Hasta - Hekim İlişkisi Kavramı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007;33(1):45-50.
2. World Health Organization. Family medicine : Report of a regional scientific working group meeting on core curriculum Colombo, Sri Lanka, 9-13 July 2003 [Internet].; [Erişim tarihi: 15 Nisan 2023]. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205063>
3. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization 2006. [Internet]. Erişim tarihi: 15 Nisan 2023. Erişim adresi: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
4. American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process-fourth edition. *Am J Occup Ther* [Internet]. 2020; 74(Supplement_2): 7412410010p1–87. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
5. Alotaibi N, Shayea A, Nadar M, Abu Tariah H. Investigation into health science students' awareness of occupational therapy: implications for interprofessional education. *J Allied Health*. 2015 Spring;44(1):3–9.
6. Rosen MA, Diaz Granados D, Dietz AS, Benishek LE, Thompson D, Pronovost PJ, et al. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am Psychol* [Internet]. 2018;73(4):433–50. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000298>
7. Buljac-Samardzic M, Doekhie KD, van Wijngaarden JDH. Interventions to improve team effectiveness within health care: a systematic review of the past decade. *Hum Resour Health* [Internet]. 2020;18(1):2. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-019-0411-3>
8. Welp A, Manser T. Integrating teamwork, clinician occupational well-being and patients safety – development of a conceptual framework based on a systematic review. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2016;16(1). Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1535-y>
9. Martin AK, Green TL, McCarthy AL, Sowa PM, Laakso E-L. Health care teams: Terminology, confusion, and ramifications. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 2022;15:765–72. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S342197>
10. Cobb M. Transdisciplinary approaches to spiritual care: A chaplain's perspective. *Prog Palliat Care* [Internet]. 2012;20(2):94–7. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1179/1743291x12y.0000000021>
11. Taberna M, Gil Moncayo F, Jané-Salas E, Antonio M, Arribas L, Vilajosana E, et al. The multidisciplinary team (MDT) approach and quality of care. *Front Oncol* [Internet]. 2020;10:85. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.3389/fonc.2020.00085>
12. Strunk J, Leisen M, Schubert C. Using a multidisciplinary approach with children diagnosed with autism spectrum disorder. *J Interprof Educ Pract* [Internet]. 2017;8:60–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.xjep.2017.03.009>
13. Carbone PS, Farley M, Davis T. Primary care for children with autism. *Am Fam Physician*. 2010;81(4):453–60.
14. Bowman KS, Suarez VD, Weiss MJ. Standards for interprofessional collaboration in the treatment of individuals with autism. *Behav Anal Pract* [Internet]. 2021;14(4):1191–208. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40617-021-00560-0>
15. Nancarrow SA, Booth A, Ariss S, Smith T, Enderby P, Roots A. Ten principles of good interdisciplinary teamwork. *Hum Resour Health* [Internet]. 2013;11(1):19. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>
16. Clarke DJ, Forster A. Improving post-stroke recovery: the role of the multidisciplinary health care team. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 2015;8:433–42. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S68764>
17. Carvalho L, de Almeida IC, Felgueiras I, Leitão S, Boavida J, Santos PC, et al. Recommended Practices in Early Childhood Intervention: A guide book for professionals [Internet]. Lüksemburg: EURLY AID — E.A.E.C.I.; 2020. Erişim adresi: <https://www.eurlyaid.eu/eciguidebook-englishversion/>
18. World Federation of Occupational Therapists. Definitions of Occupational Therapy from Member Organisations [Internet]. [Erişim tarihi: 15 Nisan 2023]. Erişim adresi: <https://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>
19. Akı E, Özkan E. Ergoterapiye Giriş. Ankara: Hipokrat Yayıncılık; 2020; p. 9-18
20. Ferrara L, Flammia A. Ergotherapy, the Occupational Therapy as an Aid to Return to Being by Doing. *Hum Journals*. 2018;9(2)
21. Akyurek G, Kars S, Celik Z, Koc C, Cesim ÖB. Assistive Technology in Occupational Therapy [Internet]. Occupational Therapy – Occupation Focused Holistic Practice in Rehabilitation. InTech; 2017. Available from: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.68471>
22. World Federation of Occupational Therapists. About Occupational Therapy [Internet]. [Erişim tarihi: 15 Nisan 2023]. Erişim adresi: <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>

23. Fisher AG, Griswold LA. Performance skills: Implementing performance analyses to evaluate quality of occupational performance. In: Schell BAB, Gillen G, editors. Willard and Spackman's occupational therapy. 13th ed. Philadelphia: WoltersKluwer; 2019. p. 335–350.
24. Fisher AG, Marterella A. Powerful practice: A model for authentic occupational therapy. Fort Collins, CO: Center for Innovative OT Solutions; 2019. p. 1-370
25. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process. 2nd ed. *Am J Occup Ther*. 2008;62:625–683. doi: 10.5014/ajot.62.6.625
26. Robinson M, Fisher TF, Broussard K. Role of Occupational Therapy in Case Management and Care Coordination for Clients With Complex Conditions. *Am J Occup Ther*. 2016 Mar-Apr;70(2):7002090010p1-6. doi: 10.5014/ajot.2016.702001.
27. Pousada García T, Loureiro JP, González BG, Nieto-Rivero L. Assistive technology based on client-centered for occupational performance in neuromuscular conditions. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Jun;98(25):e15983. doi: 10.1097/MD.00000000000015983.
28. Clark GF, Avery-Smith W, Wold LS, Anthony P, Holm SE; Eating and Feeding Task Force; Commission on Practice. Specialized knowledge and skills in feeding, eating, and swallowing for occupational therapy practice. *Am J Occup Ther*. 2007 Nov-Dec;61(6):686-700. doi: 10.5014/ajot.61.6.686.
29. Rakel RE, Rakel D. Textbook of family medicine. 9th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2015; p. 3-16
30. Ortiz MR. Patient-Centered Medical (health) Home: Nursing theory-guided policy perspectives. *Nurs Sci Q* [Internet]. 2020;33(1):91–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/0894318419881795>
31. Donnelly, C., Brenchley, C., Crawford, C. et al. The integration of occupational therapy into primary care: a multiple case study design. *BMC Fam Pract* 14, 60 (2013). <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-60>
32. Geese F, Schmitt K-U. Interprofessional Collaboration in Complex Patient Care Transition: A Qualitative Multi-Perspective Analysis. *Healthcare*. 2023; 11(3):359. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030359>
33. Penelope A. Moyers, Christina A. Metzler; Interprofessional Collaborative Practice in Care Coordination. *Am J Occup Ther* September/October 2014, Vol. 68(5), 500–505. doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.2014.685002>



Review / Derleme

Earthquake Related Post-Traumatic Stress Disorder from a Family Medicine Perspective

Aile Hekimliği Bakışıyla Depreme Bağlı Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Zeliha Yelda ÖZER¹, Sevgi ÖZCAN¹

Abstract

Our country is located in the earthquake zone. Throughout history, earthquakes ranging from mild to severe have occurred. As much as the physical damage caused by earthquakes, psychological damage also negatively affects the health of individuals and society.

Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) is one of the psychiatric diseases with the highest prevalence after earthquakes. Differentiating acute stress disorder and other psychiatric diseases observed after the earthquake and providing early diagnosis and treatment is important to protect the health of individuals. The most common psychiatric disorder accompanying PTSD observed after the earthquake is major depression and is associated with an increased risk of suicide. Research shows that the effects of PTSD continue even years after the earthquake.

Family physicians constitute the first point of contact with the healthcare system in accordance with the principles of the discipline. They offer open and unlimited health services to those who want to receive service. They are of critical importance in effectively managing PTSD observed after earthquake trauma. The purpose of this review is to draw attention to the PTSD observed after the earthquake and the critical importance of primary care-focused family physicians in the management of PTSD.

Key Words: Earthquakes, Post-traumatic Stress Disorder, Family Practice

Özet

Ülkemiz deprem kuşağında yer almaktadır. Tarih boyunca etkisi hafiften şiddetliye kadar değişen birçok deprem meydana gelmiştir. Depremlerin yarattığı fiziksel hasarlar kadar psikolojik hasarlar da bireylerin ve toplumun sağlığını olumsuz etkilemektedir. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), yaşanan depremler sonrası prevalansı en yüksek olan psikiyatrik hastalıklardandır. Deprem sonrası gözlenen akut stres bozukluğu ve diğer psikiyatrik hastalıklardan ayırt edilerek erken teşhis ve tedavinin sağlanması, bireylerin sağlığını korumak için önemlidir. Deprem sonrası gözlenen TSSB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik hastalık majör depresyondur ve artmış intihar riski ile ilişkilendirilmektedir. Yapılan araştırmalarda TSSB'nin etkilerinin depremden yıllar sonra dahi devam ettiği gözlenmektedir.

Aile hekimleri disiplinin ilkeleri gereği sağlık sistemi ile ilk temas noktasını oluştururlar. Hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız sağlık hizmeti sunarlar. Deprem travması sonrası gözlenen TSSB'nin etkili yönetilebilmesi konusunda kritik öneme sahiptir. Bu derlemenin amacı deprem sonrası gözlenen TSSB'ye ve birinci basamak odaklı çalışan aile hekimlerinin TSSB'nin yönetimindeki kritik önemine dikkat çekmektir.

Anahtar Kelimeler: Depremler, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Aile Hekimliği

Geliş tarihi / Received: 03.06.2024 Kabul tarihi / Accepted: 23.07.2024

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sarıçam /ADANA

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Zeliha Yelda ÖZER, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Sarıçam /ADANA

E-posta: z.yeldaozer@gmail.com Tel: +90 532 473 77 53

Özer ZY, Özcan S. *Earthquake Related Post-Traumatic Stress Disorder from a Family Medicine Perspective*. TJFMPC, 2024; 18 (4):503-509

DOI: 10.21763/tjfmpe.1494673

Giriş

Coğrafi konumu nedeniyle doğal afetler açısından riskli bir bölgede yer alan ülkemizde her yıl birçok afet yaşanmaktadır. Doğal afetlerin şüphesiz en zararlı sonucu fiziksel (can kaybı ve yaralanmalar, işyerleri ve konutların hasar görmesi veya yıkılması, barınma, endüstriyel hizmetlere verilen zararlar) yıkımdır. Ancak doğal afetler sonrası gözlenen psikolojik etkilerin de fiziksel etkiler kadar yıkıcı olabildiği bilinmektedir. Doğal afetler sonrasında görülme sıklığı artan hastalıklardan biri olan Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), sosyal, mesleki ve kişilerarası işlev bozukluğuna yol açan; müdahaleci düşünceler, kabuslar ve geçmiş travmatik olayların geri dönüşleri, travmayı hatırlatan şeylerden kaçınma, aşırı uyarılmışlık ve uyku bozukluğu ile karakterize edilmektedir.¹ TSSB komorbid psikiyatrik hastalıklar ve artmış intihar riski ile de ilişkilendirilmektedir.² Deprem sonrası TSSB'yi erken tanıyıp gerekli önlemleri alabilmek, bireylerin ve toplumların sağlığı açısından önemlidir. Bu derlemede deprem sonrası gözlenen TSSB'ye ve birinci basamak odaklı çalışan aile hekimlerinin TSSB'nin yönetimindeki kritik önemine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Deprem ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Doğal afetlerden biri olan deprem “yer kabuğundaki kırılmalar nedeniyle ani olarak ortaya çıkan titreşimlerin dalgalar halinde yayılarak yer yüzeyini sarsması olayı” olarak tanımlanmaktadır.³⁻⁴ Deprem kuşağında yer alan ülkemizde 1900'lerden günümüze kadar meydana gelen depremlerde; her 5-10 yılda bir hafif (yüzlerle ifade edilen yaralı/ölüm), her 50 yılda bir orta (binlerle ifade edilen yaralı/ölüm), her 100-200 yılda bir ise ağır şiddette (on binlerle ifade edilen yaralı/ölüm) depremler gözlenmiştir. Bunlardan bazıları 1939'da Erzincan'da, 1942'de Tokat'ta, 1944'de Bolu'da, 1953'de Çanakkale'de, 1967'de Bolu'da, 1999'da Marmara'da, 2011'de Van'da meydana gelen depremlerdir. Son olarak 06 Şubat 2023 tarihinde Kahramanmaraş'ın Pazarcık ve Ekinözü ilçelerinde yaklaşık 9 saat ara ile meydana gelen ikiz depremlerde (7,8 M_w ve 7,5 M_w büyüklüğünde, 11 ilde hissedilmiştir) yaşanan kayıplar (50.096 ölüm, 107.204 yaralı) dünya çapında tüm doğal afetler nedeniyle yılda ortalama kaybedilen kişi sayısından fazladır (45.000 ölüm, küresel ölümlerin yaklaşık yüzde 0,1'i).⁵⁻⁷

Diğer afet durumlarında olduğu gibi depremlerin de sessiz dönem, alarm dönemi, izolasyon dönemi, dış yardım dönemi ve rehabilitasyon dönemi olmak üzere beş dönemi bulunmaktadır. Sessiz dönem; depremlerin görülmediği süreyi ifade eder. Sessiz dönemlerde depremlerin etkilerinden korunmak için önlemler alınması, hazırlık ve planların yapılması gerekir. Alarm dönemi, afetle ilgili haber alındıktan sonra afetin başlamasına kadar geçen süreyi ifade eder. Depremlerde gerçek bir alarm döneminden bahsedilemez ancak ilk sarsıntılardan sonra halkın riskli binalardan uzaklaştırılması buna örnek verilebilir. İzolasyon dönemi, afete maruz kalan toplumun afetle kendi imkanlarıyla mücadele ettiği dönemi ifade eder. Genellikle 6 ile 72 saat arası sürdüğü varsayılır. Daha önce yapılan eğitim ve hazırlıklarla toplumun bu süreyi en kısa zamanda atlatmasını sağlamak önemlidir. Dış yardım dönemi, afetten dış kaynakların (kurumlar, uluslararası kuruluşlar) haberi olması ve gönderilen dış yardımların bitimine kadar geçen süreyi ifade eder. Depremin büyüklüğüne ve ülkenin depremle baş etme gücüne göre değişmekle beraber genellikle 3 gün ile 3 ay arasında sürer. Rehabilitasyon dönemi, tüm koşulların deprem öncesi haline getirilmesi için geçen süreyi ifade eder. Bu süre depremin şiddeti ve ülkenin sosyoekonomik durumuna göre değişmekle beraber 3 ay ile 3 yıl arasında süreceği öngörülür.⁸ Depremlerin dönemlerini bilmek, alınacak önlemler ve sağlığın korunması için yapılması gereken eğitimleri planlayabilmek açısından önemlidir.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), doğal afetler sonrası gözlenen prevalansı yüksek psikiyatrik hastalıklardandır. Doğal ve insan kaynaklı afetlerden sonra TSSB'yi araştıran bir meta-analizde ilk bir ayın sonunda bireylerin %27'sinde, 3,6,9,12,24. aylarda sırasıyla %17,6, %19,5, %21,4, %16,9, %20,7 oranında TSSB gözlenmektedir.¹ TSSB ve anksiyetenin depremler sonrasında diğer afetlere göre daha yüksek oranda ve daha uzun süreli gözlendiğini bildiren araştırmalar da bulunmaktadır.^{9,10,11} Bunun nedeni depremlerin hem doğal hem de insan kaynaklı olması (depreme dayanıksız binaların inşa edilmesi ve bunlara onay verilmesi, depremlerin sessiz dönemlerinde gerekli hazırlıkların yapılmamış olması vb.) olabilir.¹² Marmara Depremi (1999) sonrasında farklı zamanlarda TSSB'yi araştıran bir çalışmada TSSB oranları %8-63 bulunmuştur.¹³ İlhan ve arkadaşlarının 2023 Kahramanmaraş depreminden 3 ay sonra yaptıkları bir çalışmada da bu oran %51,4 olarak bulunmuştur.¹⁴ Doğal afetler sonrası gözlenen TSSB'ye en sık eşlik eden psikopatoloji majör depresif bozukluktur.¹⁵ Araştırmalar, TSSB'nin anksiyete, depresyon, intihar eğilimi ve işlevsel bozukluklar gibi travmaya bağlı çok çeşitli sekellerle de önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermiştir.¹⁶

Travma kavramı yıllarca fiziksel tanımı olan “bir doku veya organın yapısını, biçimini bozan ve dışardan mekanik bir etki nedeniyle oluşan yara” olarak kullanılmıştır. Uzun zaman stresli yaşam olaylarının kalıcı bir psikiyatrik hastalığa neden olmayacağı görüşü kabul görmüştür. İlk kez 1870 yılında Fransa-Prusya savaşında cepheden dönen askerlerin ruhsal sorunlar yaşaması psikiyatristlerin ilgisini çekmiştir. Psikiyatristler daha önce psikiyatrik rahatsızlığı olmayan askerlerin cepheden döndüklerinde; cephede yaşadıkları olayları tekrar yaşantıladıklarını, tepkilerinde azalma olduğunu ve savaş öncesinde ilgilendikleri olaylarla ilgilenmediklerini tespit etmişler ve bu bulgulara sahip hasta grubuna “travmatik nevroz” tanısını önermişlerdir.¹⁷⁻¹⁹

Travma Sonrası Stres Bozukluğu resmi olarak ilk kez 1980 yılında, kriterlerinin DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III)'de tanımlanmasıyla ruhsal bozukluk olarak kabul edilmiştir.²⁰ DSM-V'de travmatik olaylar ile ilişkili olan bozukluklar, "Örselenme (Travma) ve Tetikleyici Etkenele (Stresörle) İlişkili Bozukluklar" bölümünde yer almaktadır. Bu bölümde travmatik olaylar ile ilgili olan bozukluklar, Akut Stres Bozukluğu (ASB) ve TSSB tanı başlıkları altında ele alınmıştır. Travmatik olayın ardından stres bozukluğunun 3 gün ile 1 ay boyunca sürmesi ASB, 1 aydan uzun sürmesi TSSB olarak tanımlanmaktadır. Travmalar; doğal afetler (sel, deprem, fırtına vb.), insanlar tarafından kaza sonucu meydana gelenler (trafik kazası vb.), insanlar tarafından kasten yapılanlar (tecavüz, terör, savaş vb.) olmak üzere üç ana başlıkta toplanmaktadır. Belirtiler genellikle travmatik olaydan sonraki üç ay içinde başlarken bazen yıllar sonra başlayan "Gecikmeli Başlangıç Gösteren TSSB" de gözlenebilir. DSM-V'te yer alan TSSB tanı kriterleri; (A) travmatik yaşam olayına maruz kalma, (B) yeniden yaşantılama (istem dışı), (C) kaçınma, (D) biliş ve duygudurumda olumsuz değişiklikler ve (E) aşırı uyarılmışlık belirti kümeleri şeklindedir.²¹ Ek kriterler; (F) süre (bir aydan uzun süreli olması), (G) bozukluk (klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda, işlevsellikte düşmeye neden olur), (H) başka bir bozuklukla ilişkilendirilemez (Bu bozukluk bir maddenin örneğin, ilaç, alkol kullanımının ya da başka tıbbi bir durumun fizyolojik etkilerine bağlanamaz) maddelerini içerir.

Maruziyet; ölüm tehlikesi, cinsel şiddet, kaza ya da ciddi yaralanma travmatik durumlarını bireyin doğrudan yaşaması, başkalarının başına geldiğine tanık olması, bir yakınının başına geldiğini öğrenmesi, olayın detaylarına tekrarlayıcı şekilde ve aşırı düzeyde karşı karşıya kalmasını ifade eder. İstem dışı yeniden yaşantılama; travmatik olayla ilgili yineleyici sıkıntı verici anılar, rüyalar, yeniden oluyormuş gibi hissetme, travmatik olayı çağrıştıran ya da simgeleyen uyaranların duygusal sıkıntı yaratması ve fizyolojik belirtilerdir. Kaçınma; travmatik olaylarla ilgili sıkıntı veren anı, düşünce, duygulardan ve bunları hatırlatan dış uyaranlardan kaçınma ve uzak durma çabalarıdır. Biliş ve duygudurumda olumsuz değişiklikler; bireyin travmatik olayın önemli bir yönünü anımsayamamasını, kendisi ve çevresi ile ilgili sürekli olumsuz inanışlarını, kendisini suçlamasını, süreklilik gösteren olumsuz duygusal durumunu, önemli etkinliklere katılım ve ilgisinde azalmayı, diğer insanlardan kopma ve yabancılaşmasını, sürekli olarak olumlu duygular yaşamamasını içerir. Aşırı uyarılma (hipervilijans); uyku bozukluğu, odaklanma güçlüğü, aşırı irkilme tepkisi, her an tetikte olma, sakınmayan ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma, nesnelere ya da bireylere karşı sözel ya da fiziksel saldırganlıkla dışa vurulan kızgın davranışlar ve öfke patlamalarını ifade eder. Bu kriterlerden istem dışı ve kaçınma semptomlarından 1 veya 1'den fazla olması, olumsuz biliş ve ruh hâli ve aşırı uyarılma semptomlarından en az 2'sinin olması ve ek kriterler, TSSB tanısını koymamızı sağlar.

TSSB gelişmesinde özellikle şu üç etmen ön plandadır. Bunlar; travmanın türü ve şiddeti, travmaya maruz kalan bireyin kişilik özellikleri, travmadan sonra hayatını devam ettirdiği çevrenin özellikleridir. Bununla beraber; kadın cinsiyette, bekar, geçmiş travma öyküsü, deprem öncesi psikiyatrik hastalık tanısı, deprem sonrası psikiyatrik destek ihtiyacı, yakın arkadaşlarında tedavi görecekte düzeyde yaralanma, yaşanan evin hasar oranının orta ve üzeri olması ve deprem öncesi ya da sonrası psikiyatrik ilaç kullanmak TSSB ile ilişkili risk faktörleri olarak değerlendirilmektedir.²²

Ayrııcı tanıda; uyum bozuklukları, akut stres bozukluğu, kaygı bozuklukları ve obsesif-kompulsif bozukluk, majör depresif bozukluk, kişilik bozuklukları, disosiyatif bozukluklar, konversiyon bozukluğu, psikotik bozukluklar, travmatik beyin hasarı, diğer travma sonrası bozukluklar ve durumlara dikkat edilmelidir.²¹

Çocukların ve adölesanların çoğunluğu yetişkinliğe ulaştıklarında travmatik bir olay yaşayacaklardır. Travmaya maruz kalma yaygın olmasına rağmen, travmatik bir olay yaşayan çocukların yalnızca küçük bir kısmında TSSB gelişir. TSSB'nin sonuçları arasında diğer zihinsel bozukluklar ve intihar riskinin artması, rol işlevselliğinde önemli bozulma ve başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere kronik hastalıkların daha erken başlaması yer alır.^{23,24} Sel ve deprem felaketinden sonra, 1980 ve 2019 yılları arasında çocuk ve adölesanlarda TSSB oranlarını araştıran bir sistematik derleme ve meta-analizde; deprem ve sel sonrasında hayatta kalan çocuklar ve ergenler arasında TSSB'nin yaygınlığı (sırasıyla 1., 2., 3., 4. ve 6. aylarda) %19,2, %30,0, %24,4, %20,4 oranında bulunmuştur. Etkilenen bölgelerde psikolojik desteğin olmaması, kız cinsiyet, çocuk ve adölesanların savunmasız olmalarının yaşanan doğal afetler sonrasında TSSB'yi arttırdığı çalışmanın sonuçları arasında yer almaktadır.²⁵ Ülkemizde yapılan bir başka araştırmada deprem travmasından üç yıl sonrasında TSSB bulgularının tespit edildiği gösterilmiştir.²⁶ Çocuk ve ergenlerin mümkün olan en kısa sürede günlük rutinlerine dönmelerinin sağlanması onarıcı olmakla beraber TSSB'yi engelleyebilir. Çocuklarla konuşmak, depremle ilgili duygularını dinlemek, gerekirse oyun oynayarak ilişki kurmak, şarkı söylemek, resim çizdirmek ilk yardım için kullanılacak uygun yöntemlerdir.^{27,28} TSSB tanısı alan çocuk ve ergenlerde travma odaklı psikoterapi tercih edilen ilk basamak tedavidir.²⁹

Kadınlar tüm hayatları boyunca farklı biyopsikososyal süreçlerden geçmekte, erkeklere göre daha sık ve çeşitli risk faktörleri ile karşı karşıya kaldıkları için psikiyatrik hastalıklara yatkınları artmaktadır.³⁰ Gebelik dönemi, kadının yaşamında doğal bir süreç olmakla beraber birçok değişimin eş zamanlı yaşanması nedeniyle psikiyatrik hastalık

riskinin de arttığı bir dönem olarak gözlenmektedir.³¹ Doğal afetler sonrası yaşanan maternal stres düzeyinin çocuğun dil ve zeka gelişimini etkilediği, alerjik solunum ve cilt hastalıklarına neden olabildiğini gösteren araştırmalar mevcuttur.^{32,33} Gebeliğin hangi döneminde ve ne düzeyde strese maruz kalındığı da çocukta oluşabilecek hastalıkları etkilemektedir. Yapılan bir araştırmada gebeliklerinde 7.8 M_w şiddetinin üzerinde depresyon yaşayan annelerin çocuklarında depresif belirti gösterme yaygınlığının %13,3 olduğu ve travmanın 2. trimesterde yaşanmış olmasının bu riski arttırdığı tespit edilmiştir.³⁴ Literatürde, gebelikte TSSB'nin anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkilediği ile ilgili çalışmalar da mevcuttur.³⁵

TSSB tanısı alan bir bireyde ilk basamak tedavi travma odaklı psikoterapi ya da farmakoterapidir. Travma odaklı terapiler; bilişsel davranışçı terapileri, maruziyet temelli terapileri ve göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işleme terapilerini içerir. Farmakoterapide tercih edilen ilaç grupları; Selective Serotonin Reuptake İnhibitor (SSRI) ya da Serotonin-Norepinephrine Reuptake İnhibitor (SNRI)'leridir.³⁶

Depreme Bağlı Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Yönetiminde Aile Hekimlerinin Rolü

Aile hekimliği uygulamaları diğer disiplinlerden farklı klinik yöntem ve ortamlara sahiptir. Dünya Aile Hekimleri Örgütü Avrupa kolunun tanımladığı ilke ve yeterlilikler, ülkelerdeki farklı aile hekimliği uygulamalarının standardizasyonu ve kalitesi açısından kılavuzluk etmektedir. Disiplinin temel yeterlilikleri ile sağlık sisteminin belirlediği ve hastaların ihtiyaçlarına/taleplerine göre değişebilen görevler arasında karşılıklı bir etkileşim vardır.³⁷ Aile hekimlerinin TSSB'yi yönetmedeki rolü; ilk destek (psikolojik yardım), erken teşhis, farmakoterapinin başlanması, eşlik eden tıbbi durumların yönetimi, uzman tedavisi için gerektiğinde sevk, kronik durumlar için idame tedavi, uygun eğitime sahip aile hekimlerinin kanıta dayalı psikolojik tedavi uygulaması ve izlemin sağlanmasını içerir.³⁸

Deprem sonrası bireylerde oluşan fiziksel hasarlar TSSB gibi psikolojik hasarların gözden kaçmasına, geç tanınmasına, düşük yaşam kalitesine, mortalite ve morbiditesinin artmasına neden olabilir. Aile hekimleri tanı ve tedavideki gecikmeleri azaltmak için dikkatli olmalı, travmaya maruz kalan tüm bireylerin rutin psikolojik değerlendirmesini yapabilmelidir.³⁸ TSSB açısından riskli ve tekrarlı şekilde spesifik olmayan yakınmalarla başvuran bireyler daha detaylı incelenmelidir.

Travma odaklı terapiden fayda görmeyenlerde ya da eşlik eden başka bir psikiyatrik hastalığı (örneğin depresyon) olanlarda farmakoterapi başlanabilir. Farmakoterapide ilk seçenek SSRI'lardır. Farmakoterapiye 6-12 ay devam edilmesi önerilmektedir. SSRI tedavisine en düşük dozla başlanıp yanıt elde edilene kadar doz artırılır. SSRI tedavisinde en sık kullanılan iki ajan Sertralin ve Paroksetin'dir. Sertralin oral yoldan 25 ya da 50 mg/gün olarak başlanır, 3-4 hafta sonra minimal ya da hiç klinik yanıt elde edilemezse doz artırılabilir. Doz artışları arasında en az 2 haftalık bir süre bulunmalıdır. Paroksetin oral yoldan 20 mg/gün olarak başlanır, yine 3-4 hafta sonra minimal ya da hiç klinik yanıt elde edilemezse doz artırılabilir.³⁶

Bireye özgü tedavi hedefleri belirlenebilmekle beraber tüm bireyler için ortak tedavi hedefleri; hastanın güvenliğini sağlamak (intihar düşüncesi) ve yeniden yaşantılaşma, aşırı uyarılma, kaçınma semptomlarını azaltmaktır.³⁶

Aile hekimleri, deprem sonrasında TSSB tanısı koyup tedaviye başladıkları hastalarında; tedaviye beklenen yanıt alınmadığında ya da direnç olduğunda, hastanın güvenliğinin tehdit altında olduğu durumlarda, komorbid durumların varlığında zaman kaybetmeden psikiyatri uzmanlarına sevk sağlayabilirler.

Bu bölümde, deprem sonrası TSSB'nin yönetiminde ülkemizdeki aile hekimlerinin potansiyel rolleri disiplinin temel yeterlilikleri rehberliğinde tartışılmıştır.

Birinci basamak yönetimi

Aile hekimliği normal şartlarda sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız sağlık hizmeti sunar. Yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Diğer sağlık profesyonelleri ile hizmetin koordinasyonunu sağlayarak, sağlık hizmeti kaynaklarının etkin kullanımını sağlar. Gerekli olduğunda hasta savunuculuğu rolünü üstlenerek diğer uzmanlık alanlarına geçiş birimi olma işlevini yürütür. Ülkemiz sağlık sisteminde sevk zinciri olmaması nedeniyle aile hekimleri her ne kadar ilk tıbbi temas noktası olmasa da şiddetli depresyon sonrasında herhangi bir nedenle birinci basamağa başvuran tüm hastalar TSSB semptomları ve risk faktörleri açısından değerlendirilerek erken tanı almaları sağlanabilir. Gerekliyse koordinasyon ve savunuculuk rolleriyle çocuk veya erişkin psikiyatrisine yönlendirmeleri yapılabilir.

Kişi merkezli bakım

Bu çekirdek yeterlik bireye ve bağlamına özgüdür, süreklilik ve hastanın güçlendirilmesi ilkesini de içerir. Hasta ile etkin ve süreklilik içeren bir iletişimi olan aile hekimi deprem sonrası meydana gelen TSSB semptomlarını bireyin geçmiş tıbbi öyküsüne de (daha önceki travma öyküsü, psikiyatrik hastalık tanısı, ilaç kullanım öyküsü) hakim olduğu için erken dönemde saptayıp komplikasyon gelişmeden yönetebilir. Bireye ve bağlamına özgü tedavi planlayabilir. Hasta tedaviyi/sevki kabul etmese bile konuyla ilgili kısa bilgilendirme hastanın ve yakınlarının daha sonraki yardım arayışları açısından farkındalığı arttırabilir.

Kapsamlı yaklaşım

Bireylerin varsa hem kronik hastalıkları hem de yeni gelişen TSSB saptanıp yönetilebilir. TSSB açısından uygun ve etkin girişimlerle sağlığın ve iyilik halinin devamına yardımcı olunabilir. Deprem travmasının ardından gözlenebilecek psikolojik etkilerin uzun yıllar devam edebileceği öngörüsüyle çocuk, 15-49 yaş kadın ve gebe izlemlerine TSSB taraması da dahil edilebilir.

Toplum yönelimli yaklaşım

Deprem travması sonrası bireylerde meydana gelen TSSB erken tanınıp tedavi edilmezse gelişen komplikasyonlar, eşlik eden hastalıklar sadece bireyleri değil toplum sağlığını da olumsuz yönde etkileyebilir. Aile hekimleri sonuçları intihara kadar gidebilen TSSB'yi etkili bir şekilde yöneterek toplum sağlığını da koruyabilirler.

Özgül problem çözme becerisi

Aile hekimleri disiplinin ilkeleri gereği gelişiminin erken evresinde henüz ayrılaşmamış bir şekilde ortaya çıkan ve ivedi girişim gerektiren rahatsızlıkları yönetirler. Ayrıca hastalıkların toplumdaki insidansına ve prevalansına göre karar verirler. Bu bağlamda özellikle depremden etkilenen bölgelerde yeni başlayan anksiyete, korku veya uykusuzlukla başvuran hastalarda TSSB öncelikli olarak düşünülebilir. Sosyal izolasyon, artan madde bağımlılığı (alkol ve/veya tütün) veya aşırı çalışma yoluyla dikkati dağıtma girişimleri de TSSB'yi düşündürecek semptomlar arasında yer alır.³⁹

Bütüncül yaklaşım

Aile hekimleri sağlığın biyopsikososyal, varoluşsal ve kültürel boyutlarını göz önünde bulundurarak bireyleri değerlendirirler. Deprem sonrası sağlığın tüm komponentleri farklı oranlarda etkilenebilir. Bu nedenle bütüncül yaklaşım çok daha fazla önem kazanır. Bazı bireylerde Travma Sonrası Büyüme (TSB) gözlenebileceği bildirilmiştir. TSB, oldukça stresli veya travmatik bir yaşam deneyimiyle mücadele sonucu yaşanan olumlu yaşam değişiklikleri olarak tanımlanmaktadır.⁴⁰ Deprem sonrası adölesanlarla yapılan bir çalışmada TSB'nin, depremden önce intihar düşüncesi olanlarda bu düşüncüyü %57,4 azalttığı gözlenmiştir.⁴¹ Bir başka çalışmada TSB ve sosyal desteğin, deprem sonrası gelişen TSSB ile intihar eğilimi arasındaki ilişkide önemli rol oynadığı ve bu ilişkinin anlaşılmasına katkıda bulunan önemli faktörler olduğu vurgulanmaktadır.⁴² Deprem sonrası sosyal destek TSB gelişimini artırıp TSSB riskini azaltabilir.⁴³

Sonuç

Ülkemizin deprem açısından yüksek riskli bir bölgede bulunduğu ve deprem sonrası en sık görülen psikiyatrik hastalığın TSSB olduğu gerçekleri göz önüne alındığında depremlerin sessiz dönemlerinde aile hekimlerinin konu hakkında farkındalıklarının artırılması, birinci basamakta yapılabilecek girişimler ve riskli grupların yönetimi konusunda eğitim almalarının sağlanması, deprem sonrası ise travma yaşanan bölgelerde aile hekimliğinde yapılan zorunlu izlemlere TSSB taraması eklenmesi erken tanı ve tedaviyi sağlayarak uzun dönem etkileri azaltabilir. Ayrıca, travmayı deneyimlemiş ve/veya hastaların bildirdiği travmadan dolayı etkilenmiş olabilecek aile hekimlerinin kendileri ve meslektaşları için de TSSB'yi göz önünde bulundurmaları önemlidir.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. Diamond PR, Airdrie JN, Hiller R, Fraser A, Hiscox LV, Hamilton-Giachritsis C, et al. Change in prevalence of post-traumatic stress disorder in the two years following trauma: a meta-analytic study. *European Journal of Psychotraumatology*. 2022;13(1):1-13. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2066456> Erişim Tarihi: 02.06.2024
2. Bisson JI, Cosgrove S, Lewis C, Robert NP. Post-traumatic stress disorder. *BMJ*. 2015;266(5911):h6161. doi: 10.1136/bmj.h6161. Erişim Tarihi: 02.06.2024
3. Kandilli Rasathanesi ve Deprem Araştırma Enstitüsü. Deprem Nedir? <http://www.koeri.boun.edu.tr/sismo/bilgi/depremnedir/index.htm> Erişim Tarihi: 12.04.2024
4. T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. Deprem. <https://deprem.afad.gov.tr/home-page> Erişim Tarihi: 12.04.2024
5. Natural Disasters. Our World in Data. November 2021. <https://ourworldindata.org/natural-disasters#natural-disasters-kill-tens-of-thousands-each-year> Erişim Tarihi: 12.04.2024

6. T.C. İçişleri Bakanlığı Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı. Deprem. <https://deprem.afad.gov.tr/press-release-detail/216> Erişim Tarihi: 12.04.2024
7. Earthquake U.S. Geological Survey. <https://earthquake.usgs.gov/earthquakes/eventpage/us6000jllz/map> Erişim Tarihi: 12.04.2024
8. Akdur R. Afetler ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri. Türkiye Sorunlarına Çözüm Konferansı-3. 21. Yüzyılda Türkiye. 25-27 Ocak 2000, Ankara Basımevi. <https://www.recepakdur.com/media/1782/afetler-ve-afetlerde-saglik-hizmetleri.pdf> Erişim Tarihi: 02.06.2024
9. Newnham EA, Mergelsberg ELP, Chen Y, Kim Y, Gibbs L, Dzidic PL, et al. Long term mental health trajectories after disasters and pandemics: A multilingual systematic review of prevalence, risk and protective factors. *Clin Psychol Rev.* 2022;97:102203.
10. Kuman Tunçel Ö. Deprem, Kitlesel Travma ve Sonrası. *Arch Neuropsychiatry.* 2023;60:97–98.
11. Acharya PR, Chalise P, Khadka S, Chaulagain B, Maharjan B, Pandey J, Nepal J, Pandey C. Post-traumatic stress disorder and its associated factors among survivors of 2015 earthquake in Nepal. *BMC Psychiatry.* 2023;23(1):340. doi: 10.1186/s12888-023-04836-3. Erişim Tarihi: 02.06.2024
12. World Health Organization. Disasters. <https://www.who.int/home/search-results?indexCatalogue=genericsearchindex1&searchQuery=natural%20disaster&wordsMode=AnyWord>
13. Aker A. 1999 Marmara depremleri: epidemiyolojik bulgular ve toplum ruh sağlığı uygulamaları üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2006;17(3):204-212.
14. İlhan B, Berikol GB, Eroğlu O, Deniz T. Prevalence and associated risk factors of post-traumatic stress disorder among survivors of the 2023 Turkey earthquake. *Am J Emerg Med.* 2023;72:39-43. doi:10.1016/j.ajem.2023.07.026. Erişim Tarihi: 02.06.2024
15. Beaglehole B, Mulder RT, Frampton CM, Boden JM, Newton-Howes G, Bell CJ. Psychological distress and psychiatric disorder after natural disasters: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry.* 2018;213(6):716-722. doi:10.1192/bjp.2018.210 Erişim Tarihi: 02.06.2024
16. Özdemir O, Boysan M, Özdemir PG, Yılmaz E. Relationships between posttraumatic stress disorder (PTSD), dissociation, quality of life, hopelessness, and suicidal ideation among earthquake survivors. *Psychiatry Research.* 2015;228(3):598-605. doi: 10.1016/j.psychres.2015.05.045. Erişim Tarihi: 02.06.2024
17. Veith I. Four Thousand Years of Hysteria. In: Horowitz MJ, editor. 1977.p.7-93.
18. Norman M. These Good Men: Friendships Forged From War. Crown New York, 1989. p.139- 141.
19. Özen Y. Psikolojik Travmanın İnsanlık Kadar Eski Tarihi. *The Journal of Social Science.* 2017;1(2):104-117. doi: 10.30520/tjsosci.350160 Erişim tarihi: 02.06.2024
20. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III, USA, 1980.
21. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-V (5th edition). Arlington editör. American Psychiatric Association 2013.
22. Sandro G, Arijit N, David V. The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder after Disasters. *Epidemiologic Reviews.* 2005;27(1):78–91. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxi003> Erişim Tarihi: 02.06.2024
23. www.UpToDate.com. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. https://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-in-children-and-adolescents-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis?search=Post%20traumatic%20stress%20disorder%20children&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2 Erişim Tarihi: 13.04.2024
24. Cohen JA, Bukstein O, Walter H, Scott RB, Chrisman A, Tiffany RF, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2010;49(4):414-430.
25. Rezayat AA, Sahebdel S, Jafari S, Kabirian A, Amir MR, Ramin HF, et al. Evaluating the Prevalence of PTSD among Children and Adolescents after Earthquakes and Floods: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatr Q.* 2020;91(4):1265-1290. doi:10.1007/s11126-020-09840-4. Erişim Tarihi: 02.06.2024
26. Bulut S. Depremi Direk Olarak Yaşayan ve Okulları Yıkılan Çocuklarda Görülen Travma Sonrası Stres Tepkilerinin ve Alt Boyutlarının Üç Yıllık Boylamsal İncelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi.* 2010;25 (66):87-98.
27. Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry.* 1991;148(1):10-20. doi:10.1176/ajp.148.1.10 Erişim Tarihi: 02.06.2024
28. Yıldız İM, Başterzi AD, Yıldırım EA, Yüksel Ş, Aker AT, Semerci B, ve ark. Deprem Sonrası Erken Dönemde Koruyucu ve Tedavi Edici Ruh Sağlığı Hizmeti-Türkiye Psikiyatri Derneği Uzman Görüşü. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2023;34(1):39–49. <https://doi.org/10.5080/u27305> Erişim Tarihi: 14.04.2024.
29. www.UpToDate.com. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: Treatment overview. https://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-in-children-and-adolescents-treatment-overview?search=Posttraumatic%20stress%20disorder%20treatment&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2 Erişim Tarihi:28.04.2024
30. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psychiatry.* 2000;177:486-492. doi:10.1192/bjp.177.6.486. Erişim Tarihi: 02.06.2024

31. De Jesus Silva MM, Peres RCLE, Alves ND, Clapis MJ. Depression in pregnancy. Prevalence and associated factors. *Invest Educ Enferm.* 2016;34(2):342-350. doi:10.17533/udea.iee.v34n2a14. Erişim Tarihi: 02.06.2024
32. Laplante DP, Brunet A, Schmitz N, Ciampi A, King S. Project Ice Storm: Prenatal Maternal Stress Affects Cognitive and Linguistic Functioning in 5 1/2-Year-Old Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2008;47(9):1063-72.
33. Van de Loo KF, Van Gelder MM, Roukema J, Roeleveld N, Merkus PJ, Verhaak CM. Prenatal maternal psychological stress and childhood asthma and wheezing: a meta-analysis. *Eur Respir J.* 2016;47(1):133-146. doi:10.1183/13993003.00299-2015 Erişim Tarihi: 02.06.2024
34. Weinstock M. Intrauterine factors as determinants of depressive disorder. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2010;47(1):36-45.
35. Handelzalts JE, Hairston IS, Muzik M, Matatyahu Tahar A, Levy S. A paradoxical role of childbirth-related posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms in the association between personality factors and mother-infant bonding: A cross-sectional study. *Psychol Trauma.* 2022;14(6):1066-1072. doi:10.1037/tra0000521 Erişim Tarihi: 02.06.2024
36. www.UpToDate.com. Posttraumatic stress disorder in adults: Treatment overview. https://www.uptodate.com/contents/posttraumatic-stress-disorder-in-adults-treatment-overview?search=Posttraumatic%20stress%20disorder%20treatment&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1 Erişim Tarihi: 28.04.2024
37. TAHUD. Aile Hekimliği Avrupa Tanımı, 2011. https://www.tahud.org.tr/file/96f3dfc7-3961-4272-b5b7-e6cbbd7580ef/AH_AVRUPA_TANIMI-2.pdf Erişim Tarihi: 02.06.2024
38. Cooper J. PTSD – an update for general practitioners. *Australian Family Physician* Vol. 43, No.11, page 754-757, November 2014.
39. www.UpToDate.com. Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical features, assessment, and diagnosis. <https://www.uptodate.com/contents/search?search=Posttraumatic%20stress%20disorder%20in%20adults%3A%20Epidemiology%2C%20pathophysiology%2C%20clinical%20features%2C%20assessment%2C%20and%20diagnosis> Erişim Tarihi: 28.04.2024
40. Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J. Traum. Stress.* 1996;9:455-471. <https://doi.org/10.1002/jts.2490090305> Erişim Tarihi: 02.06.2024
41. Yu XN, Lau JT, Zhang J, Mak WW, Choi KC, Lui WW, et al. Posttraumatic growth and reduced suicidal ideation among adolescents at month 1 after the Sichuan Earthquake. *Journal of Affective Disorders.* 2010;123(1):327-331.
42. Guo J, Liu C, Kong D, Solomon P, Fu M. The relationship between PTSD and suicidality among Wenchuan earthquake survivors: The role of PTG and social support. *J Affect Disord.* 2018;235:90-95. doi:10.1016/j.jad.2018.04.030. Erişim Tarihi: 02.06.2024
43. Liang Y, Cheng J, Ruzek JI, Liu Z. Posttraumatic stress disorder following the 2008 Wenchuan earthquake: A 10-year systematic review among highly exposed populations in China. *J Affect Disord.* 2019;243:327-339. doi:10.1016/j.jad.2018.09.047



Review / Derleme

The Role of E-health in COPD Monitoring: A Narrative Review for a New Perspective **E-sağlık KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı) İzlemindeki Rolü:** **Yeni Bir Bakış Açısı için Anlatısal Bir İnceleme**

Oğulcan ÇÖME¹, Volga KAYMAKÇI¹, Yasemin ÖZKAYA², Genco GÖRGÜ³, Vildan MEVSİM¹

Abstract

Background: With the growing number of COPD patients, there is pressure on the quality, accessibility, and affordability of care. Telemedicine approaches, such as tele-monitoring and tele-education, can be effective in initiating an increase in treatment, when necessary, with feedback to healthcare providers about changes in clinical conditions. Tele-monitoring can also facilitate early diagnosis and treatment of accompanying co-morbid exacerbations, resulting in a decrease in the number of emergency room visits and hospital admissions. Digital tools have been shown to effectively support exercise programs in COPD, with positive perceptions and experiences among participants.

Methods: This review focuses on the potential benefits of using eHealth applications in the care of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Results: The review emphasizes the potential benefits of eHealth applications for the care of patients with COPD.

Conclusion: The COVID-19 pandemic has highlighted the importance of remote monitoring and effective self-management for patients with COPD. E-health tools can provide better care, especially for patients who are geographically or socially isolated, patients with time conflicts, or patients who cannot go to regular physician visits due to comorbid diseases. However, there is a need for larger-scale trials of self-management interventions delivered by tele-health, based on explicit self-management theory, linked with an evaluation that includes detailed descriptions of the intervention and the process delivery, intermediate outcomes such as self-efficacy and specific behavior changes, to gain more insight into the optimal combination of in-person care and eHealth-based self-management. To maximize the effectiveness of these tools, further research is needed to assess patient preferences, identify the best platform for patients that is easy to use and evaluating related costs. Pre-defined tags in self-management at a distance are also necessary to continue to evolve and innovate

Keywords: COPD, E-health, Remote monitoring, Chronic respiratory disease, Telemedicine

Özet

Giriş: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) hastalarının sayısı artarken, bakım kalitesi, erişilebilirliği ve uygunluğu üzerinde baskılar oluşmaktadır. Tele-takip ve tele-eğitim gibi tele-tıp yaklaşımları, gerektiğinde tedaviyi takip konusunda etkili olabilir ve klinik durumda değişiklikler hakkında sağlık hizmeti sağlayıcılarına geri bildirim sağlayabilir. Aynı zamanda tele-takip, eşlik eden komorbid alevlenmelerin erken teşhis ve tedavisini kolaylaştırabilir, bu da acil servis ziyaretlerinin ve hastane yatışlarının sayısını azaltabilir. Dijital araçlar, KOAH hastalarının egzersiz programlarını etkili bir şekilde destekleyebilir ve katılımcılar arasında olumlu algılar ve deneyimler ortaya çıkarmıştır.

Yöntemler: Bu inceleme, KOAH hastalarının bakımında e-sağlık uygulamalarının faydalarına odaklanmaktadır.

Bulgular: İnceleme, KOAH hastalarının bakımı için e-sağlık uygulamalarının olası faydalarını vurgulamaktadır.

Sonuç: COVID-19 pandemisi, KOAH hastaları için uzaktan izleme ve etkili kendi kendine yönetimin önemini vurgulamıştır. E-sağlık araçları, coğrafi veya sosyal izolasyon içinde bulunan, zaman çatışması yaşayan veya komorbid hastalıklar nedeniyle düzenli doktor ziyaretlerine gidemeyen hastalar için daha iyi bir bakım sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: KOAH, E-sağlık, Uzaktan izleme, Kronik solunum hastalığı, Tele-tıp

Geliş tarihi / Received: 18.08.2023 Kabul tarihi / Accepted: 28.07.2024

¹ Dokuz Eylül University Faculty of Medicine Department of Family Medicine, Izmir, Turkey

² Tepecik Training and Research Hospital of Family Medicine, Izmir, Turkey

³ Turkish Ministry of Health, Bandırma 1st Family Medicine Center, Balıkesir, Turkey

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Yasemin ÖZKAYA Dokuz Eylül University Faculty of Medicine Department of Family Medicine, Izmir/Turkey

E-posta: yaseminulcay@hotmail.com Tel: +90 5057254916

Çöme O. Kaymakç V. Özkaya Y. Görgü G. Mevsim V. *The Role of E-health in COPD Monitoring: A Narrative Review for a New Perspective. TJFMPC, 2024; 18 (4):510-517*

DOI: 10.21763/tjfmpe.1342323

Introduction

Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is characterized by persistent and typically progressive airflow limitation.^{1,2} It is one of the leading causes of chronic disease-related morbidity and disability worldwide, with an increasing prevalence.³ According to the World Health Organization (WHO), 251 million people in the world were affected by COPD in 2017.³ It is estimated that COPD causes over three million deaths annually, accounting for 6% of all deaths.²

Systematic reviews and meta-analyses have shown that the prevalence of COPD is significantly higher in smokers and ex-smokers compared to non-smokers, in individuals aged ≥ 40 years compared to those < 40 , and in men compared to women.⁴ The estimated COPD-attributable death rate is 42 per 100,000 (4.72% of all-cause deaths) and the estimated disability-adjusted life years (DALYs) rate is 1068.02/100,000.⁵

COPD results from a complex interplay of long-term cumulative exposure to noxious gases and particles, combined with a variety of host factors including genetics, airway hyper-responsiveness, and poor lung growth during childhood.⁶ Often, the prevalence of COPD is directly related to the prevalence of tobacco smoking. However, in many countries outdoor, occupational, and indoor air pollution (resulting from the burning of wood and other biomass fuels) are major COPD risk factors.⁷ The prevalence and burden of COPD are projected to increase over the coming decades due to continued exposure to COPD risk factors and aging of the world's population; as longevity increases more people will express the long-term effects of exposure to COPD risk factors.⁸

Having COPD can significantly reduce the quality of life, and the disease poses a high economic burden on society, affected individuals, their families, and their daily lives.⁹ COPD imposes substantial strain on healthcare budgets, with the largest expenditure on hospitalizations and emergency department (ED) presentations, which are common in the latter stages of the disease.¹⁰ Hospital admissions for exacerbations not only burden the healthcare system but also negatively impact patients, who experience reduced physical activity, decreased exercise performance, and impaired quality of life, even in mild stages of the disease.⁹ While rapid medical intervention can be provided at the early stage of the deterioration in the patient's condition, hospitalizations can be prevented and the cost and time spent on transportation to health centers can be reduced.¹¹

Patients with COPD utilize more healthcare resources than those without the disease. On average, they visit their general practitioners (GPs) 12.7 times per year, with 2.1 of these visits specifically for COPD. In contrast, individuals without COPD visit their GPs 6.1 times per year. In 2005, the total cost for COPD- and asthma-related patient care in the European Union was estimated at €799 million, placing COPD and asthma among the top ten most expensive diseases.¹²

Electronic health

Electronic health (eHealth) is described as the use of information and communication technologies (ICT) for improving health, where health-improving intervention is delivered electronically. E-health; It is important to improve the clinical outcomes of patients, protect healthcare personnel, and support and improve the effectiveness and efficiency of healthcare services¹³. Telerehabilitation includes "the use of ICT to provide rehabilitation services from a distance" and can involve different types of eHealth tools.¹⁴ Telehealth, which is defined as the use of information and communication technologies to provide clinical health care through remote methods, has gained popularity in all fields of actual pandemic-era medicine.¹⁵

This review aims to evaluate the current status, benefits, and challenges of eHealth applications in the management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD).

Increasing Need for E-health

Two critical factors, healthcare costs and a shortage of healthcare workers, are exerting increasing pressure on the healthcare system, compromising its quality, accessibility, and sustainability.¹⁶ To ensure the provision of adequate healthcare, a reorganization of responsibilities is necessary. Traditional care is reactive, primarily focused on treating episodes of disease or derailments. However, evolving care demands necessitate a more proactive approach.¹⁷ This can be achieved through timely disease detection, complication prevention, and continuous structured monitoring of patients to identify care gaps and adverse changes in their condition, thereby ensuring a quicker response to these changes and complications. Additionally, a proactive policy should empower patients to take an active role in managing their illness and well-being.¹⁶

Elements of Consideration for Practicing E-health

Patients' age, education, experience in technological devices, cognitive, motor, and visual abilities or deficits, their families, and home environment play an important role in the use of technologies.¹⁸ A key topic of debate on the

use of digital health interventions also lies around factors driving engagement; as well as the accessibility and availability of the technologies for individuals.¹⁷ The pandemic of COVID-19 has put digital tools and the possibilities of the Internet to the test, but it has been shown that many Internet users have started using digital services more frequently than before or tested them for the first time during this particularly challenging time.¹⁴⁻¹⁹

Benefits of E-health

Implementing flexible telemonitoring systems that are tailored to patients' needs, having adaptable models for various healthcare contexts, and having the ability to identify ideal candidates, timing, and duration is crucial for optimal use.²⁰ The deployment of eHealth enhances healthcare accessibility, leading to better patient understanding of their disease, increased sense of control, and improved willingness to engage in self-management. Innovative self-management solutions like eHealth can promote the independence of chronically ill patients, although the quality and effectiveness of various online platforms and resources may vary.²¹ Telemedicine presents certain challenges but has numerous benefits, including sustained access to healthcare and reduced virus transmission among healthcare workers.¹⁵ Management at a distance has proven to be a promising approach for healthcare professionals to provide support and interact with patients and their families.²²

Current Status of E-health Use

E-health applications encompass the processes of storing data, conducting diagnoses and treatments, and evaluating outcomes of healthcare services as a whole in an electronic environment, presented in a web-based format.²³ Various monitoring systems, such as smartwatches and diabetes monitors, have been developed with the help of advances in technology. These systems can integrate with mobile applications and transfer real-time data to hospital servers, thereby improving the effectiveness of remote monitoring by efficiently managing patients' health information.²⁴ eHealth is an emerging field that refers to the delivery or enhancement of health services and information through the internet and related technologies, at the intersection of medical informatics, public health, and business.²⁵ Effective information management techniques, including real-time monitoring, data storage, transfer, retrieval, and updates, are essential for improved clinical decision-making, which can lead to timely response to chronic conditions and help prevent mortalities and provide quality care to the patients. An eHealth tool comprises the way the information is presented, delivered, and received by the program used (software). Although the eHealth tools used in clinical settings and research studies vary in features, there is no consensus on which feature has the greatest impact on the outcomes.²⁶

Current COPD Patient Follow-up

The frequency of follow-up appointments for COPD patients may vary depending on the patient's clinical condition. Patients with early-stage COPD may require follow-up appointments once or twice a year, while patients with advanced-stage COPD may require more frequent follow-up appointments, such as every 3 months.²⁷ During COPD follow-up appointments, healthcare providers should monitor the patient's exposure to risk factors, disease status, impact on daily life, prognosis factors, disease progression, complications, treatment effectiveness, treatment side effects, physical activity, and comorbidities. Evaluating the patients' inhaler drug use is also necessary at each follow-up. If the patient's symptoms persist despite drug therapy, referral to a rehabilitation center may be necessary.²⁸ Pulmonary rehabilitation can be an effective intervention for COPD patients whose symptoms do not respond to standard treatments. Studies have shown that pulmonary rehabilitation can improve shortness of breath, exercise capacity, and health status in COPD patients.²⁹ Research has also indicated that pulmonary rehabilitation initiated after hospitalizations due to COPD exacerbation can reduce subsequent hospitalizations and the risk of death. Early referral to pulmonary rehabilitation may also be cost-effective.^{30,31}

Aspects To Be Improved in Current Follow Up of COPD Patient

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients are a heterogeneous group with varying physiological parameters, experiencing a general decline in their health status. The decrease in physical, emotional, and social functions following the decline in lung functions in COPD patients causes a deterioration in quality of life. One of the most important issues in the follow-up of patients with COPD is the recognition of the need to improve outcomes following admission due to exacerbation. This has led to the development of discharge packages and new care pathways. Despite developing approaches to acute management, COPD patients are usually re-hospitalized within weeks of discharge.³² Patients with COPD fear hospitalization, and studies have shown that they prefer to treat exacerbations at home.³³ Recognizing this, a holistic approach is required for optimal clinical management of COPD, focusing not only on airway obstruction or the respiratory system but also on the overall well-being of the patient.³⁴ In the integrated

care workshop hosted by the American Thoracic Society in 2012, this holistic approach was defined as "ensuring that [the patient] achieves and maintains independence and functionality in society to reach the optimal daily life and health status aimed for each patient with chronic disease".³⁵

Integrated care in COPD includes management support, clinical information systems, decision support guided by clinical guidelines, and the use of healthcare organization and community resources to address patients' medical, social, psychological, and cognitive needs.³⁵ By providing rapid medical intervention in the early stages of deterioration in the clinical condition of the patient through follow-ups and integrated care, hospitalizations can be prevented, and the cost and time spent on transportation to health centers can be reduced. Furthermore, monitoring the patient with a more holistic model using the opportunities provided by technology can improve the follow-up of patients with COPD.

Self-management on COPD

Electronic health (eHealth) has shown promise in improving self-management and health outcomes in individuals with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).^{36,37} One potential strategy is to optimize self-management by using personalized, time-dependent thresholds or predictive algorithms, as the lack of awareness and timely intervention can lead to exacerbations and hospitalizations. Moreover, the emergence of artificial intelligence and wearable devices in the healthcare industry can revolutionize COPD management.³⁸

Table 1. *Studies that have used various methods of remote self-management and its potential utility in COPD.*

Methods	Studies (n)	Examples of Its Potential Utility
Telemonitoring via wireless or corded medical device	4	<p>Smart mobile health tool for self-management of COPD exacerbations:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobile phone spirometer • Pulse oximeter • Forehead thermometer
Smartphone applications	1	<p>Smartphone application-based self-management program:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Smartphone app (self-monitoring, recording exercise data, symptoms, bronchodilator use, healthcare use due to exacerbations) • Educational materials • Pedometer • Weekly group education and exercise sessions in the first month • Prescribed individualized exercise sessions • Communication via phone or messaging research team and other
Web/Internet-based platforms	9	<p>Home-based PLB re-enforcement sessions via video conference Single exposure to educational materials viewed at the clinic</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clinical video physician-led video, providing clinical information about COPD symptoms and self-management strategies • Lay video included patients' role playing a scenario offering opinions and narratives about COPD self-management multi-component home-based COPD disease management • Components included self-management program, home monitoring, and e-health telephone/web platform • Self-management program was based on "Living Well with COPD" program • Participants completed telephone questionnaire • Participants recorded days they experienced worsening symptoms • E-health telephone/web platform allowed timely participant follow-up for early detection of potential exacerbations and worsening symptoms

Remote monitoring technology is one such example that involves the daily use of a laptop or a tablet with monitoring equipment, with results received by the healthcare professional. The monitoring equipment can include a sphygmomanometer to measure blood pressure and heart rate, a pulse oximeter to measure oxygen levels in the blood, a spirometer to measure lung function, a thermometer, and other devices. Although most interventions involving remote monitoring were not specifically self-management interventions, regular phone calls with healthcare professionals and completion of health questionnaires were used to manage symptoms in some cases.³⁹

Impact of Biomedical Engineering Innovations on COPD Practice

In addition to routine chronic disease follow-up in COPD patients, scientific organizations in the respiratory field have declared that up to 80 percent of acute exacerbations can be managed remotely or in outpatient clinics.⁴⁰ Transcutaneous CO₂ and O₂ measurement, remote cardiac electrical activity monitoring via wireless electrodes, respiratory rate monitoring with a single finger sensor, saturation monitoring with pulse oximeters using photodiodes as a semiconductor, determination of body composition with bioelectrical impedance analysis to evaluate the patient's weight loss and nutritional status, automatic blood pressure monitors working on the oscillometric principle, thermometers and sensors that evaluate the air quality in the work and home environment; all these devices show the impact of innovation in health technologies on human life and medical clinical practice.⁴¹

Although the patient's will and responsibility play a leading role in the patient's self-management in the follow-up of the chronic disease; the patient-physician relationship and the involvement of the caregiver are also important. Therefore, providing continuity of communication between stakeholders in chronic disease management is another advantage of e-health applications. Many smart devices contain measurement, evaluation, and telecommunication infrastructure. Measurement data are updated daily in line with the requirements of chronic monitoring. In addition to this routine process; If sensors detect a low saturation value on pulse oximetry, a measurement in favor of hypertensive crisis, or a possible coronary syndrome on an electrocardiogram, they can alert the patient and healthcare provider.⁴²

Practical applications of all these mobile technological applications are vital; since measurement outputs can be stored and re-evaluated, it allows many procedures such as prescribing and reporting to be performed remotely. Thus, it offers a solution and financial savings opportunity, especially in difficult geographies or in cases where the patient has mobility barriers.⁴³

Patient Monitoring in COPD among Developments in E-health

Using eHealth applications in caring for patients with COPD is an attractive option due to the growing number of patients which places pressure on the quality, accessibility, and affordability of COPD care.⁴⁷ Telemedicine approaches such as telemonitoring and tele-education can help initiate an increase in treatment when necessary, with feedback to healthcare providers about changes in clinical conditions such as increased cough, shortness of breath, and fatigue, especially in patients with frequently exacerbating COPD.²⁷

Furthermore, COPD patients are discharged from the hospital in an average of 6 days, even though clinical exacerbation typically lasts for about 12 days.⁴⁴ This requires the extension of care for a COPD patient who has not yet stabilized in their own home. The long exacerbation recovery time and shortened hospital stays have been reported as reasons why the rate of readmission to the hospital for any reason for 30 days is 20% in COPD patients.⁴⁵ In a study conducted in Turkey, the real-time mobile adaptive monitoring system developed for the diagnosis of asthma or chronic obstructive pulmonary diseases provides improvement in COPD classification accuracy and facilitates the follow-up of chronic lung patients.⁴⁸

A meta-analysis of ten studies on telecare for COPD demonstrated a reduction in the number of emergency room visits and hospital admissions compared to control groups receiving standard care. Telemedicine has also proven effective in increasing physical activity levels in patients with COPD. Established digital tools have already been shown to effectively support exercise programs in COPD.

Participants generally have positive perceptions and experiences using eHealth tools for exercise training, although healthcare staff tend to be more skeptical. However, a study by Rassouli et al. further demonstrated the feasibility and acceptance of a digital pulmonary rehabilitation intervention. Tele-rehabilitation for COPD patients can provide improved care, particularly for those who are geographically or socially isolated, have time conflicts, or are unable to attend regular physician visits due to comorbid conditions.⁴³

Tele-monitoring enables the monitoring of variables such as respiratory rate, cough, dyspnea scores, and pulse oxygen saturation measurements. It also allows for the early diagnosis and treatment of accompanying co-morbid exacerbations such as decompensation of heart failure and daily weight monitoring.²⁷ A meta-analysis of ten studies on telecare for COPD demonstrated a reduction in the number of emergency room visits and hospital admissions compared to control groups receiving standard care.⁴⁶ Telemedicine has also proven effective in increasing physical activity levels in patients with COPD.⁴⁴ Established digital tools have already been shown to effectively support exercise programs in COPD.^{49,50,51}

Participants generally have positive perceptions and experiences using eHealth tools for exercise training, although healthcare staff tend to be more skeptical. However, a study by Rassouli et al. further demonstrated the feasibility and acceptance of a digital pulmonary rehabilitation intervention.⁵² Tele-rehabilitation for COPD patients can provide improved care, particularly for those who are geographically or socially isolated, have time conflicts, or are unable to attend regular physician visits due to comorbid conditions.

Conclusion

With the multiple changes associated with the COVID-19 pandemic era, the development and use of technologies to promote remote monitoring, improve patients' literacy and maintain efficient communication with the patients for more effective self-management is of primary importance. Although more research in this field is needed, a return to the days without telecommunication in health is highly unlikely. Thus, we need to continue to adapt our way of doing things for this new and improving standard of care. Pre-defined tags in self-management at a distance are necessary to continue to evolve and innovate. If we want to make progress, eHealth should be embedded into regular care as an adjunct or enhancement to current self-management interventions with better study quality. Since COPD is a chronic disease, long-term involvement seems crucial.

Finally, there is a need for studies to assess the preferences of various patients and the best platform for patients that is easy to use, as well as the related costs.³⁹ This will help optimize the implementation of eHealth interventions and ensure they are accessible to all patients, regardless of socioeconomic status or geographic location.

In summary, the use of eHealth applications in the care of patients with COPD has shown promise in improving patient outcomes and reducing healthcare costs. Telemedicine approaches such as tele-monitoring and tele-education can help initiate treatment increases when necessary and provide early diagnosis and treatment of accompanying co-morbidities. Additionally, tele-rehabilitation can offer enhanced care for patients who are geographically or socially isolated, have time conflicts, or cannot attend regular physician visits due to comorbid conditions. However, further research is needed to assess the preferences of patients and healthcare providers, optimize the implementation of eHealth interventions, and ensure the long-term involvement of patients in self-management interventions delivered via telehealth.

Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the author(s).

Funding Sources

This research did not receive any specific grants from funding agencies in the public, commercial or not-for-profit sectors.

References

1. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Ministry of Health and Social Policy. COPD Strategy of the National Health System. Spain. Madrid; 2009.
2. Baraldo S, Turato G, Saetta M. Pathophysiology of the small airways in chronic obstructive pulmonary disease. *Respiration*, 2012;84(2), 89-97.
3. Lopez AD, Shibuya K, Rao C, et al. Chronic obstructive pulmonary disease: current burden and future projections. *Eur Respir J* 2006; 27(2): 397-412.
4. Lange P, Celli B, Agusti A, et al. Lung-Function Trajectories Leading to Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med* 2015; 373(2): 111-22.
5. Tashkin DP, Altose MD, Bleecker ER, et al. The lung health study: airway responsiveness to inhaled methacholine in smokers with mild to moderate airflow limitation. The Lung Health Study Research Group. *Am Rev Respir Dis* 1992; 145(2 Pt 1): 301-10.
6. Salvi SS, Barnes PJ. Chronic obstructive pulmonary disease in non-smokers. *Lancet* 2009; 374(9691): 733-43.
7. Agustí, A., Vogelmeier, C., & Faner, R. COPD 2020: changes and challenges. *American Journal of Physiology-Lung Cellular and Molecular Physiology*, 319(5), L879-L883.
8. Carrasco Garrido P, de Miguel DJ, Rejas Gutiérrez J, Centeno AM, Gobartt Vázquez E, Gil de Miguel A, García Carballo M, Jiménez García R. Negative impact of chronic obstructive pulmonary disease on the health-related quality of life of patients. Results of the EPIDPOC study. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:31.
9. Anzueto A. Impact of exacerbations on COPD. *Eur Respir Rev*. 2010;19(116):113-8.
10. Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW, Bandura A, et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Med Care* 2001 Nov;39(11):1217-1223.
11. Yiğitbaş, B. 1. Sınırlar KOAH'ta Teletıp Hizmetinin Çerçevesi. *TÜSAD*, 29.
12. World Health Organization (WHO). Digital Health. https://www.who.int/health-topics/digital-health#tab=tab_1. (accessed September 17, 2023)
13. Eskici, V., & Toraman, R. L. (2022). E-Sağlık Uygulamaları. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 25-31.
14. Lisa M, Koonin B.H, Clarisse A, Leroy T.Z, Farris K, et al. Harris. Trends in the Use of Telehealth during the Emergence of the COVID-19 Pandemic-United States, January–March 2020; US Department of Health and

- Human Services/Centers for Disease Control and Prevention: Atlanta, GA, USA, 2020; Volume 69, pp. 1595–1599.
15. Bourbeau J, Julien M, Maltais F, Rouleau M, Beupré A, et al. Chronic Obstructive Pulmonary Disease axis of the Respiratory Network Fonds de la Recherche en Santé du Québec. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Arch Intern Med* 2003 Mar 10;163(5):585-591.
 16. Thoolen B, De Ridder D, Bensing J, Maas C, Griffin S, et al. Effectiveness of a self-management intervention in patients with screen-detected type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2007 Nov;30(11):2832-2837. doi: 10.2337/dc07-0777.
 17. Ambrosino N, Fracchia C. The role of tele-medicine in patients with respiratory diseases. *Expert Rev Respir Med.* 2017;11(11): 893–900. DOI:10.1080/17476348.2017.1383898
 18. O'Connor S, Hanlon P, O'Donnell C. A. et al. Understanding factors affecting patient and public engagement and recruitment to digital health interventions: a systematic review of qualitative studies,2016, *BMC Med. Inf. Decis. Mak.* 16, 120.
 19. Andersson J, Bäck J. The Swedish Internet Foundation; 2020. <https://svenskarnaochinternet.se/rappporter/svenskarna-och-internet-2020/fakta-om-svenskarna-och-internet-2020/>. (accessed September 17, 2023)
 20. Finkelstein J, Friedman RH. Potential role of telecommunication technologies in the management of chronic health conditions. *Disease Management and Health Outcomes* 2000;8(2):57-63. [doi: 10.2165/00115677-200008020-00001]
 21. Kruis AL, van Schayck OC, in't Veen JC, van der Molen T, Chavannes NH. Successful patient self-management of COPD requires hands-on guidance. *Lancet Respir Med* 2013 Nov;1(9):670-672. [doi: 10.1016/S2213-2600(13)70212-1]
 22. Uribe-Toril J, Ruiz-Real J.L, Nievas-Soriano B.J. A Study of eHealth from the Perspective of Social Sciences. *Healthcare* 2021, 9, 108. [CrossRef]
 23. Çoban, M. (2023). Türkiye'de E-Sağlık Uygulamalarında Mevcut Durum. *Bingöl Üniversitesi Sağlık Dergisi*, 4(1), 197-204.
 24. Wu J, Chang L, Yu G. Effective Data Decision-Making And Transmission System Based On Mobile Health For Chronic Disease Management In The Elderly. *IEEE Syst. J.* 2020, 1–12.
 25. Odei-Lartey E, Prah R, Anane E, Danwonno H, Gyaase S, et al. Utilization Of The National Cluster Of District Health Information System For Health Service Decision-Making At The District, Sub-District And Community Levels In Selected Districts Of The Brong Ahafo Region In Ghana. *BMC Health Serv. Res.* 2020, 20, 514.
 26. Sönnerrfors, Pernilla, et al. "Access to, use, knowledge, and preferences for information technology and technical equipment among people with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Sweden. A cross-sectional survey study." *BMC Medical Informatics and Decision Making* 21.1 (2021): 1-10.
 27. Kocabaş A, Atış S, Çöplü L, Erdiñç E, Ergan B, et al. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA) koruma, tani ve tedavi raporu 2014. *Official journal of the Turkish Thoracic Society*, 15(2), 1-72.
 28. Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, et al; ATS/ERS Task Force on Pulmonary Rehabilitation. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med.* 2013 Oct 15;188(8):e13-64. doi: 10.1164/rccm.201309-1634ST.
 29. Lindenauer PK, Stefan MS, Pekow PS, et al. Association Between Initiation of Pulmonary Rehabilitation After Hospitalization for COPD and 1-Year Survival Among Medicare Beneficiaries. *JAMA.* 2020 May 12;323(18):1813-1823. doi: 10.1001/jama.2020.4437.
 30. Liu S, Zhao Q, Li W, et al. The Cost-Effectiveness of Pulmonary Rehabilitation for COPD in Different Settings: A Systematic Review. *Appl Health Econ Health Policy.* 2021 May;19(3):313-324. doi: 10.1007/s40258-020-00613-5.
 31. Yakutcan U, Demir E, Hurst JR, et al. Operational Modeling with Health Economics to Support Decision Making for COPD Patients. *Health Serv Res.* 2021 Dec;56(6):1271-1280. doi:10.1111/1475-6773.13652.
 32. Kong C. W. & Wilkinson T. M. A. Predicting and preventing hospital readmission for exacerbations of COPD, 2020, *ERJ Open Res.* 6, 00325–02019.
 33. Ram FS, Wedzicha JA, Wright J, Greenstone M. Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;4:CD003573.
 34. Donner CF, ZuWallack R, Nici L. The Role of Telemedicine in Extending and Enhancing Medical Management of the Patient with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Medicina.* 2021; 57(7):726. <https://doi.org/10.3390/medicina57070726> (accessed September 17, 2023)
 35. Nici L, ZuWallack R. Integrated Care in Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Rehabilitation. *COPD: J. Chronic Obstr. Pulm. Dis.* 2018, 15, 223–230.
 36. Elbert NJ, van Os-Medendorp H, van Renselaar W, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of ehealth interventions in somatic diseases: a systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *J Med Internet Res.* 2014;16(4). doi:10.2196/jmir.2790
 37. Lorig KR, Ritter PL, Laurent DD, Plant K. Internet-based chronic disease self-management: a randomized trial. *Med Care.* 2006;44:964–971.

38. Barbosa MT, Sousa CS, Morais-Almeida M, et al. Telemedicine in COPD: An Overview by Topics. *COPD*. 2020 Oct;17(5):601-617. doi: 10.1080/15412555.2020.1815182.
39. Kermelly, Sophie B, Bourbeau J. "eHealth in Self-Managing at a Distance Patients with COPD, 2022, *Life* 12.6 : 773.
40. Tomasic I, Tomasic N, Trobec R, Krpan M, Kelava T. Continuous remote monitoring of COPD patients-justification and explanation of the requirements and a survey of the available technologies. *Med Biol Eng Comput*. 2018 Apr;56(4):547-569. doi: 10.1007/s11517-018-1798z.
41. Rashkovska A, Tomašić I, Bregar K, Trobec R, Remote monitoring of vital functions—proof-of-concept system, 2012, In:Proc. 35th Int. conv. MIPRO. pp 446–450.
42. Trobec R, Tomašić I, Synthesis of the 12-lead electrocardiogram from differential leads, 2011, *IEEE Trans Inf Technol Biomed* 15:615–621. <https://doi.org/10.1109/TITB.2011.2159236>
43. Cruz J, Brooks D, Marques A, Home telemonitoring in COPD: a systematic review of methodologies and patients' adherence, 2014, *Int J Med Inform* 83:249–263. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.01.008>
44. Aaron SD, Donaldson GC, Whitmore GA, et al. Time course and pattern of COPD exacerbation onset. *Thorax*. 2012 Mar;67(3):238-43. doi: 10.1136/thoraxjnl-2011-200768.
45. Goto T, Faridi MK, Gibo K, et al. Trends in 30-day readmission rates after COPD hospitalization, 2006-2012. *Respir Med*. 2017 Sep;130: 92-97. doi: 10.1016/j.rmed.2017.07.058.
46. McLean S, Nurmatov U, Liu JL, Pagliari C, Car J, et al. Telehealthcare for chronic obstructive pulmonary disease: Cochrane Review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2012;62(604):e739–e749. doi:10.3399/bjgp12X658269
47. Lundell S, Holmner Å, Rehn B, Nyberg A, Wadell K. Telehealthcare in COPD: a systematic review and meta-analysis on physical outcomes and dyspnea. *Respir Med*. 2015;109(1):11.26.
48. Işık, A. H., Güler, I., & Sener, M. U. (2013). A low-cost mobile adaptive tracking system for chronic pulmonary patients in home environment. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*, 19(1), 24–30.
49. Chan C, Yamabayashi C, Syed N, Kirkham A. & Camp P. G. Exercise tele-monitoring and telerehabilitation compared with traditional cardiac and pulmonary rehabilitation: a systematic review and meta-analysis. 2016, *Physiotherapie Can*. 68, 242–51.
50. Moy M. L, Collins R.J, Martinez C. H, Kadri R, Roman P. et al. An internet-mediated pedometer-based program improves health-related quality-of-life domains and daily step counts in COPD: a randomized controlled trial, 2015, *Chest* 148, 128–37.
51. Nguyen H. Q, Gill D. P, Wolpin S, Steele B. G, Benditt M, J. O. Pilot study of a cell phone-based exercise persistence intervention post-rehabilitation for COPD, 2019, *Int.J. Chronic Obstr. Pulm. Dis*. 4, 301–13.
52. Rassouli F, Boutellier D, Duss J, Huber S & Brutsche M.H. Digitalizing multi-disciplinary pulmonary rehabilitation in COPD with a smartphone application: an international observational pilot study, 2018, *Int J. Chron. Obstruct Pulmon Dis*. 13, 3831–3836.