

ISSN 1308-531X

Turkish Journal of Family Practice

# Türkiye Aile Hekimliği

Cilt  
Volume **26** | Sayı  
Issue **3** | Eylül  
September **2022**

Dergisi



Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır  
[www.turkailehekderg.org](http://www.turkailehekderg.org)



ISSN 1308-531X

# Türkiye Aile Hekimliği Dergisi

*Turkish Journal of Family Practice*

**Yıl / Year 2022**

**Cilt / Volume 26**

**Sayı / Issue 3**

**İmtiyaz Sahibi / Owner**

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD)  
adına  
Yönetim Kurulu Başkanı  
Prof. Dr. Esra Saatçı

**Baş Editör / Editor in Chief**

Prof. Dr. Esra Saatçı  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği  
Adana, Türkiye  
esra.saatci@gmail.com  
ORCID: 0000-0003-4881-5906

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü /  
Responsible Managing Editor**

Prof. Dr. Serdar Öztora  
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği  
Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye  
droztora@yahoo.com  
ORCID: 0000-0001-9336-6009

**Yayının Türü / Publication Type**

Yaygın Süreli Yayın /  
International peer-reviewed journal

**Yayıncı / Publisher**

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği /  
Turkish Association of Family Physicians

**Yayıncı Adres / Publisher Address**

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Genel  
Merkezi, Güzeltepe Mah. Ahmet Rasim Sok.  
No:44/3, Çankaya/Ankara  
E-posta: tahud@tahud.org.tr  
Tel: +90 312 222 99 30  
Web: www.tahud.org.tr

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği yayın organıdır.

Dergi üç ayda bir (Mart, Haziran, Eylül, Aralık) olarak yayımlanan  
açık erişim, ücretsiz ve hakemli bir dergidir.

Türkiye Atıf Dizini, Index Copernicus, EBSCOHost,  
TÜBİTAK TR Dizin tarafından dizinlenmektedir.

The journal is published quarterly (March, June, September, December)  
TJFP is an open access, free and peer-reviewed journal.

Turkish Journal of Family Practice is indexed by  
Turkey Citation Index, Index Copernicus, EBSCOHost, TÜBİTAK TR Index.

© Bu dergide yer alan yazı, makale, fotoğraf ve illüstrasyonların elektronik ortamlarda dahil olmak üzere kullanma ve çoğaltılma hakları Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'ne aittir. Yazılı ön izin olmaksızın materyallerin tamamının ya da bir bölümünün çoğaltılması yasaktır.

© Rights to the use and reproduction, including in the electronic media, of all communications, papers, photographs and illustrations appearing in this journal belong to Turkish Association of Family Physicians. Reproduction without prior written permission of part or all of any material is forbidden.

**Yayıncılık Hizmetleri / Publishing Services**

Akdema Bilişim Yayıncılık ve Dan. Tic. Ltd. Şti.  
E-posta: bilgi@akdema.com  
Tel: 0533 166 80 80  
Web: www.akdema.com



#### **Baş Editör / Editor in Chief**

Prof. Dr. Esra Saatçı  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği  
Adana, Türkiye  
esra.saatci@gmail.com  
ORCID: 0000-0003-4881-5906

#### **Editörler / Editors**

Prof. Dr. Serdar Öztora  
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği  
Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye  
droztora@yahoo.com  
ORCID: 0000-0001-9336-6009

Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural  
Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi  
Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye  
zeynepvural@mynet.com  
ORCID: 0000-0001-6131-7085

Doç. Dr. Ümit Aydoğan  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye  
uaydogan06@gmail.com  
ORCID: 0000-0003-4114-3473

Doç. Dr. Mustafa Kürşat Şahin  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile  
Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye  
m.kursatsahin@yahoo.com  
ORCID: 0000-0002-3490-6009

Doç. Dr. Umut Gök Balcı  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi  
Tepecik SUAM, İzmir, Türkiye  
dr\_ugb@yahoo.com  
ORCID: 0000-0002-5048-204x

#### **İstatistik Editörü / Statistics Editor**

Doç. Dr. Selçuk Korkmaz

## **Ulusal Bilimsel Danışma Kurulu / National Scientific Advisory Board**

Prof. Dr. Nezih Dağdeviren  
*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı / Edirne*

Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu  
*Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği / Ankara*

Prof. Dr. Mehmet Ungan  
*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı / Ankara*

Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu  
*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı /  
Eskişehir*

## **Uluslararası Bilimsel Danışma Kurulu / International Scientific Advisory Board**

Prof. Dr. Thomas Freeman  
*The Schulich School of Medicine and Dentistry, The University of Ontario /  
Ontario, Canada*

Prof. Dr. Michael Kidd  
*Faculty of Health Sciences, Flinders University / Adelaide, Australia*

Prof. Dr. Jan De Maeseneer  
*Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Ghent / Ghent, Belgium*

Prof. Dr. Waris Qidwadi  
*Aga Khan University / Karachi, Pakistan*

Prof. Dr. Richard G. Roberts  
*School of Medicine, and Public Health, University of Wisconsin / Madison,  
WI, USA*

Prof. Dr. Moira Steward  
*The Schulich School of Medicine and Dentistry, The University of Ontario /  
Ontario, Canada*

Prof. Dr. Nabil D. Sulaiman  
*College of Medicine, University of Sharjah/ Sharjah, United Arab Emirates*

Prof. Dr. Chris van Weel  
*Nijmegen Medical Centre, Radboud University / Nijmegen, The Netherlands*



## İçindekiler / Contents

### Derleme / Review

#### **Bir Gebeliğe Hazırlanmak: Prekonsepsiyonel-interkonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık**

*Getting Ready for A Pregnancy: Preconception-interconception Care and Counseling*

Işık Gönenç, Emine Zeynep Tuzcular Vural..... 77

### Orijinal Araştırmalar / Original Research

#### **Altmış Yaş ve Üzeri Hastaların İlaç Uyuncu Konulu Bir Eğitim Çalışması**

*An Education Study on the Medication Compliance of 60 Years and Older Individuals*

Müge Yüksel Güner, Melike Kara, Nurtaç Kavukcu, Murat Çevik, Yasemin Gören, Dilber Kocaarslan, Tijen Şengezer, Dilek Aslan..... 88

#### **Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunumunda Algılanan Sosyal Destek ile Psikiyatrik Belirtiler Arasındaki İlişkinin Araştırılması**

*Investigation of The Relationship Between Perceived Social Support and Psychiatric Symptoms In Primary Health Care Delivery*

Ferit Şahin, Murat Çakmak..... 95

#### **Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Sağlık İnanış Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması**

*Turkish Validity and Reliability Study of the Traditional and Complementary Medicine Health Belief Questionnaire*

Süleyman Görpelioğlu, Fadime Uslu, Canan Emiroğlu, Cenk Aypak..... 102

#### **Anaokulu Çocuklarının Teknolojik Alet Kullanımı, Ebeveynlerinin Tutum ve Davranışları**

*Use of Technological Devices and Their Parents' Attitude and Behavior Among Kindergarten Children*

Hüsniye Yıldız, Serdar Öztora, Hamdi Nezih Dağdeviren..... 108

#### **Aile Hekimlerinin Görüşme ve İlişkisel Empati Becerisinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyine Etkisi**

*The Effect of Family Physicians' Consultation and Relational Empathy Skills on the Level of Satisfaction with Primary Health Care*

Furkan Şakiroğlu, Yasemin Çayır ..... 116

#### **Hastanede Yatan COVID-19 Tanılı Hastalarda Yoğun Bakım Gereksinimini Etkileyen Faktörler**

*Factors Associated with Admission to the Intensive Care Unit in Hospitalized Patients with a Diagnosis of COVID-19*

Filiz Baran Akpınar, Merve Tuncer, Elifnur Yazıcı, Akın Dayan ..... 124



## Yayın Kuralları / Instructions for Authors

### AMAÇ KAPSAM

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi / Turkish Journal of Family Practice (e-ISSN 1308-531X) Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin (TAHUD) resmi yayın organıdır. Ulusal süreli yayın türünde olan dergi elektronik olarak üç ayda bir yayımlanır. Derginin yayın dili Türkçe'dir. Yabancı yazarlardan gelen yazılar İngilizce yayınlanabilir. Derginin içeriği, aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetlerini ilgilendiren tüm konulardan oluşmaktadır. Dergide; başmakale, araştırma ve derleme makale, olgu sunumu, sürekli tıp eğitime katkıda bulunacak yazı, kısa rapor, editöre mektup, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayın tanıtımları, yerli ve yabancı makale özetleri ve aile hekimliğinden haberler yer alır.

### YAZILARIN HAZIRLANMASI

Yazılar, çift satır aralıklı, alt-üst ve her iki yandan 2,5 cm boşluk bırakarak, 12 punto Times New Roman karakteri kullanılarak Word dokümanı olarak hazırlanmalıdır. Yazılarda sadece standart kısaltmalar kullanılmalı, bunun dışındaki ifadeler kısaltılacak ise yazı içinde ilk geçtiği yerde parantez içinde belirtilmelidir.

Türkçe karşılığı olan yabancı kelimelerin kullanımından kaçınılmalıdır. İlaçların jenerik ya da kimyasal isimleri kullanılmalıdır.

### ETİK İLE İLGİLİ KONULAR

Yazar(lar), insanlar üzerinde yapılan çalışmalarda katılımcı bireylerden Bilgilendirilmiş Onam Formu alındığını yazılarında belirtmeli ve çalışmanın yapıldığı kurumun Etik Kurulu veya eşdeğeri bir kurultan alınan onay belgesini yazıyla birlikte göndermelidir(ler). Olgu sunularında, her olgunun kendisine ait bilgilerin yayın amacıyla kullanılacağına dair bilgilendirildiğini gösterir bir belgenin sunulması gerekir. Tüm çalışmalar, Helsinki Deklarasyonu'nun son değişiklikleri ile uyumlu şekilde uygun yapılmış olmalıdır. Hasta bilgileri, 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uygun olarak alınmış olmalıdır.

Hayvanlar üzerindeki sonuçları bildiren deneysel çalışmaların, Hayvan Hakları Evrensel Bildirgesi, Deneysel ve Diğer Bilimsel Amaçlarla Kullanılacak Omurgalı Hayvanların Korunması Hakkındaki Avrupa Konvansiyonu (European Convention for the Protection of Vertebrate Animals Used for Experimental and Other Scientific Purpose), T.C. Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı'nın Deneysel ve Diğer Bilimsel Amaçlar İçin Kullanılan Deney Hayvanlarının Üretim Yerleri ile Deney Yapacak Olan Laboratuvarın Kuruluş Çalışma Denetleme Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik, Laboratuvar Hayvanları Biliminin Temel İlkeleri (Principles of Laboratory Animal Science), laboratuvar hayvanlarının bakım ve kullanılmasıyla ilgili el kitaplarında yer alan kural ve ilkelere uygun olarak ve çalışmanın yapıldığı kurumda mevcut ise, Deney Hayvanları Etik Kurulu'ndan alacakları onay sonrasında yapılmış olması gerekir. Etik Kurul onayı, yazı ile birlikte sunulmalıdır. Yazılarda, insan ve hayvanlarda yapılan çalışmalarda kullanılan ameliyat sonrası ağrı giderici tedavi yöntemleri hakkında da bilgi verilmelidir.

Yazarlar ayrıca, çalışma ile ilgili bilinmesi gereken herhangi bir mali ilişkiyi ya da çıkar çatışması (conflict of interest) veya rekabet (competing interest) alanlarını açıklamakla yükümlüdürler. Çalışmaya yapılan tüm mali katkılar ya da sponsorluklar, çalışmayla ilgili olabilecek mali ilişkiler ya da kişisel çıkarımların yayının gönderildiği sırada başvuru mektubunda belirtilmelidir. Derginin Çıkar Çatışması Politikası ile ilgili ayrıntılı bilgiyi de içeren ve olası çıkar çatışması durumunda kullanılacak "Çıkar Çatışması Beyan Formu"na PDF dokümanı olarak erişilebilir.

Dergimiz bilimsel yayını etğinin kötüye kullanımını ya da ihlali ile ilgili olası durumlarda Committee on Publication Ethics (COPE) akış şemalarını temel almaktadır. Bu konudaki ayrıntılı bilgi için bkz. [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org)

### YAZI ÇEŞİTLERİ

**Özgün Araştırmalar:** Özet, Giriş ve Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Sonuç bölümlerinden oluşur. Özet bilgileri için bkz. Yazı Kuralları.

**Giriş** bölümünde; çalışma konusu, konunun seçilme nedeni, konunun bilinen ve bilinmeyen ya da tartışmalı olan yönleri ve araştırmanın bu alanlardan hangisine odaklandığı ulusal ve uluslararası araştırmalara atıfta bulunularak açıklanmalıdır. Ayrıca çalışmanın aile hekimliği bilgi birikimine ve aile hekimliği uygulamasına beklenen katkısı ifade edilmelidir. Buradan hareketle araştırma soruları ve hipotezleri sunularak araştırmanın amacı açık bir şekilde tanımlanmalıdır.

**Gereç ve Yöntem** bölümünde; çalışmanın türü, evreni, örnekleme, örneklem büyüklüğüne nasıl karar verildiği, örneklem seçiminin nasıl yapıldığı, çalışmanın yeri ve zamanı belirtilmelidir. Ayrıca kullanılacak olan araçlar (anket, tanı yöntemi vb.) ayrıntılı olarak tanımlanmalı ve ölçeklerin geçerlik ve güvenilirlik durumları bildirilmelidir. Çalışmada elde edilen verilerin hangi yöntemle toplanacağı, nasıl analiz edileceği ve istatistiksel değerlendirmesi konusunda bilgi verilmelidir. **Bulgular** bölümünde; araştırma sonucu elde edilen bulgular ayrıntılı ve sistematik olarak verilmelidir. Tüm şekil, tablo ve resimler bu bölümde kullanılmalıdır. Bulguların sunumu ya metinde ya da tablo ve şekillerde yapılmalı, tamamı her ikisinde birden yinelenmemelidir. **Tartışma** bölümünde; araştırmada elde edilen bulgular yorumlanmalı, önemi vurgulanmalı, başka yazarların bulguları ile karşılaştırılarak tartışmalı, çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yanları belirtilmelidir. Bu alanda yapılması gereken ileri çalışmaların neler olabileceği de eklenmelidir. **Sonuç** bölümünde; araştırmadan elde edilen temel bulgular vurgulanmalı, araştırma bulgularından hareketle bazı temel sonuçlar çıkarılmalı, araştırmanın aile hekimliğine katkısı açıklanmalı ve özgün öneriler sunulmalıdır. Burada tüm sonuçların ve tartışmanın kısa bir tekrarıyla sonuçlandırılmalıdır.

Özgün araştırma yazıları özet, kaynaklar ve tablolar dışında 3000 sözcüğü geçmemelidir.

**Kısa Araştırma Raporları:** Araştırma konusu, amaçları ve elde edilen bulgular itibarıyla sınırlı kapsamı olan ve tam bir özgün araştırma yazısı gerektirmeyen durumlarda başvurulması uygun olan makale türüdür. Bir yazının kısa rapor olarak yayımlanması daha düşük kalitede olduğunu yansıtmaz. Hazırlanmasında özgün araştırmalarla aynı kurallara tabidir, ancak özetlerin yapılandırılmış olma zorunluluğu yoktur. Kaynak sayısı 6'ya, şekil ve tablo sayısı 2'ye geçmemelidir. Özetlerin 100 ve metnin 1000 sözcüğü geçmemesine dikkat edilmelidir.

**Olgu Sunumu:** Aile hekimliği alanında bilimsel bilgi birikimine özgün katkı veren özellikli durum, olgu ya da olgu serilerine ilişkin bildirim ve tartışmalardır. Aile hekimliği uygulaması ve eğitimi süreçlerinde karşılaşılan ve yaşanan durum ve olgular öncelikli olarak tercih edilir. Hastane ortamlarında karşılaşılan olgu ve durumların sunumunun, mutlaka aile hekimliği disiplini ve aile hekimliği uygulaması ile ilişkilendirilmesi gerekir. Giriş, olgu sunumu ve tartışma bölümlerinden oluşmalıdır. Yazının uzunluğu başlık, özet ve kaynaklar dışında 1000 sözcüğü geçmemelidir.

**Derlemeler:** Bir konu üzerinde geniş bir literatür taraması yapılarak tartışılan ana görüşleri ortaya koyan, bu görüşlere dayanarak bazı sonuçlara varan yazılardır. Yazar(lar)ın konuyla ilgili kendi araştırma, gözlem ve deneyimlerinin olması ve bunları literatür bilgileri ile birlikte ele alması ve tartışması beklenir. Belli bir biçim izlenmesi zorunluluğu yoktur; konunun özelliğine göre bölümler içerebilir. Derlemeler; başlık, özetler, tablolar ve kaynaklar dışında 4000 sözcük ile sınırlandırılmalıdır. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde yalnızca davet üzerine hazırlanan derlemeler yayınlanır.

**Yorum Yazıları ve Editöre Mektuplar:** Dergide yayınlanmış makalelerle ilgili yorumda bulunmak, araştırmalar hakkında bilgi vermek, aile hekimlerini geliştirmelerden haberdar etmek, Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi ile ilgili bilgileri ya da anıları aktarmak ya da belli konulara dikkat çekmek gibi amaçlarla editöre mektup ya da yorum yazıları gönderilebilir. Yorum ve mektuplarda isteğe bağlı olarak başlık, tablo ya da kaynak bulunabilir. Bu yazılar 1000 sözcüğü geçmemelidir.



## Yayın Kuralları / Instructions for Authors

**Siz Olsaydınız Ne Yaptınız?:** Aile hekimliği uygulamaları sırasında karşılaşılan durum ve olguların biyopsikososyal yaklaşım ile irdelenerek tartışıldığı kısa yazılardır. Gerekliğinde resim (hasta ya da kişi resimlerinde sahibinden izin alınarak) eklenebilir. Başlık, olgu ya da olayın tanımlanması, tartışma soruları ve yanıtlardan oluşur. Bir başka yazarın daha önce gönderdiği durum ve olgular için de kısa yazılar yazılabilir. Bunun için hakkında yazı yazılan olgu ya da olayın yer aldığı dergi sayısı belirtilerek görüşler bildirilebilir. Bu tür yazılar 1000 sözcüğü geçmemelidir.

**Ulusal ve Uluslararası Raporlar:** Aile hekimliği alanında ulusal kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme ve rehberler ile uluslararası kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme ve rehberlerin çevirilerine yer verilebilir. Bu konuda çalışmaya başlanmadan önce Dergi Editörler Kurulu ile bağlantı kurulması önerilir. Çevirinin yayınlanabilmesi için orijinal yazının sahibinden izin alınması çeviri yapanın sorumluluğundadır.

**Dergilerden Seçmeler:** Aile hekimliği alanındaki ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanan makalelerden özet bilgiler içeren yazılar yer alabilir. Bu yazılar 500 sözcüğü geçmemelidir.

**Haberler:** Aile hekimliğini ve aile hekimliği uygulamalarını geliştirmek ve iyi uygulamaları yaygınlaştırmak amacı ile uygulamada yaşananları ve kullanılan yenilikleri vb. ele alan yazılardır. Yazım biçimi serbesttir; 1000 sözcüğü geçmemelidir.

**Tanıtım Yazıları:** Aile hekimliği ile ilgili ulusal ya da uluslararası kurul çalışmalarını ve önemli projeleri tanıtmak amaçlı yazılardır. TAHUD çalışma gruplarının etkinliklerini tanıtmak amacıyla da yazılabilir. Bu yazılar gerektiğinde daha uzun olabilmekle birlikte 1000 sözcüğü geçmemesi önerilir.

**Başmakale (Editöryal):** Dergi yayın politikası ve yayın ilkeleri hakkında bilgi vermek ve Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde yayınlanmış başlıca makaleler hakkında görüş bildirmek, önerilerde bulunmak, güncel konulara dikkat çekmek, Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi ile ilgili bilgi, öngörü ya da anıları aktarmak ve bu konuları tartışmak amacıyla yazılan yazılardır. Esas olarak Editörler Kurulu üyeleri tarafından yazılır. Özel durumlar dışında başmakalenin 2000 sözcüğü geçmemesine özen gösterilmelidir. Gerek görüldüğünde başlık ve kaynak içerebilir.

### YAZI KURALLARI

Dergimize gönderilecek yazılar çift satır aralıklı, alt-üst ve her iki yandan 2,5 cm boşluk bırakarak, 12 punto Times New Roman karakteri ile Word dokümanı olarak hazırlanmalıdır. Yazılarda yalnızca standart kısaltmalar kullanılmalı, bunun dışındaki ifadeler kısaltılacak ise yazı içinde ilk geçtiği yerde parantez içinde belirtilmelidir.

Türkçe karşılığı olan yabancı sözcüklerin kullanımından kaçınılmalıdır. İlaçların jenerik ya da kimyasal isimleri kullanılmalıdır.

Dergiye gönderilecek yazılar aşağıdaki bölümlerden oluşmalıdır:

- Başlık
- Özet ve abstract
- Metin
- Kaynaklar
- Tablo, şekil ve resimler

**Başlık:** Bu bölümde önce makalenin başlığı yer alır. Makale başlığı, yazının içeriğini açıklayıcı ve anlaşılır olmalı, kısaltma içermemeli ve zorunlu durumlar dışında en çok 10 sözcükten oluşmalıdır. Başlık bölümünde ayrıca varsa makalenin daha önce sunulduğu kongre vb. bilimsel etkinlikler açıklanır. Yazarların ad ve soyadları, akademik unvanları, bağlı oldukları kurumlar ve uzmanlık alanları ile yazışma yapılacak yazarın adı-soyadı, posta adresi, telefon ve faks numaraları, e-posta adresi makale kabul sistemine ayrıca yüklenir; bu bilgiler başlık sayfasında yer almaz.

**Özet:** Türkçe ve İngilizce başlıkları izleyen Türkçe ve İngilizce özetler, biri diğerinin çevirisi olan en az 150, en çok 350 sözcükten oluşmalıdır. Özgün araştırma özetleri şu altbaşlıklar ile yapılandırılmalıdır: Amaç

(Objective), Yöntem (Methods), Bulgular (Results) ve Sonuç (Conclusion). Diğer yazı türlerinin özetleri alt başlık gerektirmez. Özetlere, Türkçe ve İngilizce en az üçer anahtar sözcük eklenmelidir. Türkçe anahtar sözcükler, Türkiye Bilim Terimleri'ne (TBT) (Kaynak için www.bilimterimleri.com adresine başvurulmalıdır) ve İngilizce anahtar sözcükler "MedicalSubjectHeadings"e (Kaynak için www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html adresine başvurulmalıdır) uygun olarak verilmelidir.

**Metin:** Makale içeriğinin tamamından oluşur. Her bir yazı türü (özgün araştırma, olgu sunumu, derleme vb.) için farklı yapılandırılır. Makale metni, Dergi elektronik makale kabul sistemine yazar ve kurum adları olmadan Türkçe ve İngilizce makale başlığı, Türkçe ve İngilizce özetler, Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler, kaynaklar ve tablo/şekil/resim/grafikler ile birlikte yüklenmelidir.

**Kaynaklar:** Kaynak numaraları, metin içinde cümle sonunda noktadan sonra ara vermeksizin köşeli parantez içinde üst simge olarak, cümle içinde ilgili sözcük sonrasında ara vermeden köşeli parantez içinde üst simge olarak gösterilmelidir.

Kaynaklar, makale metninin ardından ayrı bir bölüm olarak makale içinde geçiş sırasına göre dizilmelidir. Yazar sayısı altı veya daha az ise tüm yazarlar, altıdan fazla ise yalnızca ilk üç yazar, en sona "ve ark." (yabancı yayın ise "et al.") eklenerek sunulmalıdır. Dergi adları Index Medicus'ta kullanıldığı şekilde kısaltılmalıdır. Dergimizin adının Türk Aile Hek Derg olarak kısaltılması uygundur.

Kaynakların yazımında VANCOLIVER Reference Style Guide'a uyulmalıdır. Ayrıntılı bilgi için linke tıklayabilirsiniz>>>

Makale için: Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Makalenin adı (ilk harf dışında bütünü küçük harflerle) (nokta). Derginin kısaltma ile belirtilen adı (boşluk), yayınlandığı yıl (noktalı virgül), cilt (iki nokta üst üste), başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasınıniki ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

**Örnek:**

Başak O, Güldal D. Akademik aile hekimliği bölümlerinin 20 yılı: Gelişimsel süreç üzerine bir değerlendirme. Turk Aile Hek Derg 2014; 18(1): 16-24.

Tomasik T, Windak A, Seifert B, Kersnik J, Jozwiak J. Treatment targets in patients with type 2 diabetes set by primary care physicians from Central and Eastern Europe. Eur J Gen Pract 2014; 20(4): 253-9.

Bildirici için: Dergiye gönderilen makalelerde, kongre kitapçığında yayınlanan sözel ya da poster bildirileri de kaynak gösterilebilir. Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Bildirinin adı (ilk harf dışında bütünü küçük harflerle) (nokta). Sunulan kongre/bilimsel toplantının adı (virgül), yapıldığı yer (virgül), yapıldığı tarih (noktalı virgül), başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasınıniki ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

**Örnek:**

Mansuroğlu YE, Arıca S, Yengil E, Taner M, Özer C. Gebelik beslenmesinin ve vücut kitle indeksi değişikliklerinin makrozomi ile ilişkisi. 13. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Antalya, 23-27 Nisan 2014; 103.

Kitap için: Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Kitabın adı (her sözcüğün baş harfi büyük) (nokta). (Varsa kaçınıcı baskı olduğu) (nokta). (Varsa) cilt sayısı (nokta). Yayınlandığı şehir (virgül), Yayınevi (virgül), Yayınlandığı yıl (noktalı virgül); başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasınıniki ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

**Örnek:**

Bozdemir N, Kara İH. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. Birinci baskı. Adana, Nobel Kitabevi, 2010; 95-7.

Başka bir örnek verelim.

Kitap bölümü için: Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Bölümün adı (ilk harf dışında bütünü küçük harflerle) (nokta). Kitabın adı (her sözcüğün baş harfi büyük ve sonuna 'de/'da yazılarak) (nokta). Ed. yazıldıktan sonra editör ad(lar)ı (soyadı ve adlarının baş harfleri)



## Yayın Kuralları / Instructions for Authors

(nokta). (Varsa kaçınıcı baskı olduğu (nokta). (Varsa cilt sayısı (nokta). Yayınlandığı şehir (virgül), yayınevi (virgül), yayınlandığı yıl (noktalı virgül); başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasının ki ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

**Örnek:**

Rakel RE. The family physician. Textbook of Family Practice'de. Ed. Rakel RE. 5. Baskı. Philadelphia, W.B. Saunders, 1995; 3-19.

İnternet sayfası için: (Varsa) yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Sayfanın ya da yazının başlığı (nokta). Tarayıcının adres satırında görünen internet sayfasının tam adresi (boşluk) adresinden gg/aa/yyyy tarihinde erişilmiştir (ya da indirilmiştir) (nokta).

**Örnek:**

WONCA Ad Hoc Task Force on Tobacco Cessation. An International Benchmarking Study of Family Medicine Organisations. <http://www.globalfamilydoctor.com/tobacco/> adresinden 29/09/2002 tarihinde indirilmiştir.

**Şekil, Tablo ve Resimler**

Şekil, tablo ve resimler her biri en çok 6 adet olmak üzere toplam 18'i geçmemelidir. Kısa araştırma raporları için bu sayı ikişerden 6'dır. Her bir kategori kendi içinde Arap rakamlarıyla (1, 2, 3...) numaralandırılmalıdır. Tablolarda tablo numarası ve başlığı üstte, şekillerde ise altta yer almalıdır. Her bir şekil ve tablo ayrı sayfada yer almalıdır. Şekil, tablo ve resimlerde standart dışı kısaltma kullanılması gerektiğinde bu durum ilgili başlıkta açıklanmalıdır. Tablo, şekil ve resim/grafikler metin içinde verilmesinin yanı sıra ayrı dosya halinde makale kabul sistemine yüklenmelidir.

### KONTROL LİSTESİ

Hazırlanan yazıların dergiye gönderilmeden önce aşağıdaki kontrol listesine göre gözden geçirilmesi önerilir:

Yazının uzunluğu (özgün araştırmalar en fazla 3000, kısa araştırma raporları ve olgu sunumları en fazla 1000, derlemeler en fazla 4000 sözcük)

Metin stili (Çift satır aralıklı, her yandan 2.5 cm boşluk bırakılmış, 12 punto Times New Roman karakteri kullanılarak yazılmış Word dokümanı)

Başlık sayfası (Kısaltma kullanmaksızın en fazla 10 sözcük)

Özetler (Türkçe ve İngilizce; araştırma yazılarında yapılandırılmış; en az 150, en fazla 350 sözcük; kısa raporlarla en fazla 100 sözcük)

Anahtar sözcükler (En az 3'er adet)

Temel metin (İç başlıklar)

Kaynaklar (Vancouver stiline uygunluk)

Şekil, tablo ve resimler (Her biri en çok 6 adet olmak üzere en fazla 18; kısa araştırma raporlarında ikişerden en fazla 6 adet; numaralandırma; gerektiğinde özgünlük/izin yazısı)

İntihal Raporu (ithenticate, Turnitin)

Yayın Hakkı Devir Formu (tüm yazarlar tarafından imzalanmış)

Çıkar Çakışması Beyan Formu

Yazar Katkı Formu

### GENEL KURALLAR

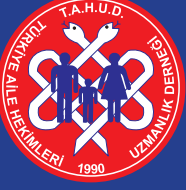
Yayımlanmak üzere gönderilen yazıların daha önce başka bir dergide basılmamış olması ve yayın için değerlendirme aşamasında bulunmaması gerekir. Bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler, toplantının yeri ve tarihi belirtilmek koşuluyla yayımlanabilir.

Dergiye gönderilen yazılar, Yayın Kurulu tarafından incelenir. İnceleme sonucunda derginin yayın amacına uygun bulunmayan yazılar Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulmadan reddedilebilir ya da yayın amacına ve yayın kurallarına uygun hale getirilmesi istenebilir. Editöre mektuplar, başmakaleler, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayın tanıtımları, yerli ve yabancı makale özetleri gerek görülmedikçe Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulmazlar. Araştırma makaleleri, kısa raporlar, olgu sunumları, sürekli tıp eğitimi yazıları ve derlemeler ise her durumda Yayın Kurulu incelemesi aşamasının ardından Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulur.

Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulacak yazılar en az biri aile hekimliği uzmanı olmak üzere birbirinden habersiz iki ayrı hakeme, kapak sayfaları olmaksızın gönderilir. Hakemlere gönderilmeden önce yazı metninde geçen ve yazarların kimliği hakkında bilgi verebilecek yer adları okunmaz hale getirilir. Her iki hakemden gelen yanıtlar da aynı doğrultuda ise sonuçlar ve varsa revizyon istekleri yazışma yapılacak yazara bildirilir. Hakemlerden birisi yazının reddedilmesine karar vermiş, diğeri farklı bir karara varmışsa makale önceki incelemelerden habersiz üçüncü bir hakeme gönderilebilir. Bu durumda üçüncü hakemden gelen yanıtla göre karar verilir.

Dergimiz, derneğimiz ve yayıncı, yayımlanan yazıların fikirlerine resmen katılmaz, dergideki hiçbir ürün veya servis reklamı için güvence vermez. Yayımlanan yazı ve resimler derginin malı olur (bkz. Telif Hakları). Dergiden yapılacak her türlü alıntının, bilinen standartlarda kaynak olarak gösterilmesi gereklidir.

Toplam 20 basılı sayfayı geçen bir yazı ya da yazı serisi, dergi ek sayısı (supplementum) olarak yayımlanmak üzere kabul edilebilir. Bu durumda bütün masrafların yazar(lar) tarafından karşılanması istenir. Ayrı baskı talepleri ücret karşılığı yerine getirilir.



## Editörden / Editorial

---

Değerli Okurlarımız,

Sonbaharın gelmesi, okulların açılması, yeni bir akademik yıla başlamanın heyecanı ile yeni sayımızı sizlere sunmanın mutluluğunu yaşıyoruz. Bu sayımızda; “Bir Gebeliğe Hazırlanmak: Prekonsepsiyonel -interkonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık” başlıklı derleme makale ve “Altmış Yaş ve Üzeri Hastaların İlaç Uyuncu Konulu Bir Eğitim Çalışması”, “Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunumunda Algılanan Sosyal Destek ile Psikiyatrik Belirtiler Arasındaki İlişkinin Araştırılması”, “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Sağlık İnanış Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”, “Anaokulu Çocuklarının Teknolojik Alet Kullanımı, Ebeveynlerinin Tutum ve Davranışları”, “Aile Hekimlerinin Görüşme ve İlişkisel Empati Becerisinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyine Etkisi” ve “Hastanede Yatan COVID-19 Tanılı Hastalarda Yoğun Bakım Gereksinimini Etkileyen Faktörler” başlıklı orijinal araştırma makaleleri yer almaktadır.

Bu sayının yayına hazırlanmasındaki katkıları için yazarlarımıza, çok yoğun iş tempolarında hakemlik için zaman ve emek sarf eden ve dergimizin sürdürülebilirliğine büyük katkıları olan hakemlerimize, büyük bir titizlik ve özveri ile çalışan, dergimizin her sayısını ilmek ilmek oluşturan editör yardımcılarımıza ve dergimize hak ettiği ilgiyi göstermeye devam eden siz okurlarımıza çok teşekkür ederiz.

Aralık 2022 sayısında tekrar buluşuncaya kadar sağlık, mutluluk ve başarı dolu günler dileriz.

Editörler Kurulu adına  
Prof. Dr. Esra Saatçı



# Bir Gebeliğe Hazırlanmak: Prekonsepsiyonel-interkonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık

## Getting Ready for A Pregnancy: Preconception-interconception Care and Counseling

Işık Gönenç<sup>1</sup>, Emine Zeynep Tuzcular Vural<sup>2</sup>

**Atf/Cite as:** Gönenç I, Tuzcular Vural EZ. Bir gebeliğe hazırlanmak: prekonsepsiyonel-interkonsepsiyonel bakım ve danışmanlık. Türk Aile Hek Derg. 2022;26(3):77-87.

### ÖZ

Birinci basamak yaklaşımının en önemli bileşenlerinden biri olan bütüncül yaklaşım, prekonsepsiyonel ve interkonsepsiyonel bakım tanımının içinde kendini bulur. Dar planda yalnızca bir kadının gebelik öncesi dönemde sağlık durumunun değerlendirilmesi ve sağlıklı bir gebelik geçirmesi gibi görünse de prekonsepsiyonel-interkonsepsiyonel bakım, kadının, çiftlerin, toplumun ve gelecek nesillerin sağlığını, geleceğini etkileyecek, yaşamın her yönünü kapsayabilecek konuların üzerinden geçilmesi için çok iyi bir fırsattır. Bu fırsatın en iyi değerlendirileceği ortam, başta birinci basamak sağlık hizmetleri olmak üzere, her ne nedenle olursa olsun kişilerin sağlık hizmetlerine başvurduğu bütün ortamlardır.

**Anahtar kelimeler:** Prekonsepsiyonel bakım, gebelik, danışmanlık

### ABSTRACT

The holistic approach, one of the most important components of the primary care delivery, falls into the definition of preconception and interconception care. From a narrow point of view, it may seem like it is limited to assessing merely a woman's health status to plan and provide a healthy pregnancy before conception, however, preconception-interconception care offers a good opportunity to go over the issues regarding every aspect of life that could affect the health and future of women, couples, society, and posterity. The ideal setting to seize this opportunity can be all the settings where people apply for health services for any reason and primary healthcare services in particular.

**Keywords:** Preconception care, pregnancy, counseling

### GİRİŞ

Bir kadının yaşamında en önemli dönemlerden biri olan gebelik dönemi, aslında kadının sağlık durumunun bir göstergesi olan yaşam dönemeçlerinden biridir. Kadın bu döneme, temelde bir aile hekiminin ilgi alanları arasında olan belki de gizli kalmış sağlık sorunları, gebeliğinin ve doğacak bebeğin sağlık durumunu etkileyebilecek yaşam tarzı özellikleri, genetik hastalık yükleri ve var olan kronik rahatsızlıklar veya yalnızca gebelikte ortaya çıkabilecek sağlık risklerinin yanı sıra pek çok sosyoekonomik belirtecin etkisi altında girmektedir.

### TANIM

Kadın sağlığına gebelik bağlamında baktığımızda, iki önemli terim özellikle son yıllarda sıkça karşımıza

çıkmakta, prekonsepsiyonel (gebelik öncesi) ve interkonsepsiyonel (gebelikler arası) bakım ve bu konuların içeriğinin paralelliğinde verilecek danışmanlık; kadının bu günkü sağlığını iyileştirmekle kalmayıp, doğan bebeklerin ve gelecekteki gebeliklerin hatta eşlerin de iyilik hâlinin sağlanmasını hedeflemektedir.

[1-4]

Gebelik öncesi bakım, gebelik henüz oluşmadan kadınlar ve çiftlerin hâlihazırdaki sağlık durumlarını iyileştirmek, kısa ve uzun vadede anne ve çocuk sağlık çıktılarında iyileşme sağlamak amacıyla bireysel ve çevresel kaynaklı biyomedikal, davranışsal ve sosyal riskleri belirlemeyi ve değiştirmeyi hedefleyen sağlık müdahaleleri olarak tanımlanmaktadır.<sup>[2,4,5]</sup>

Oluşabilecek gebeliği etkileyebilecek tüm risklerin değerlendirilmesi, sağlık eğitimi ve sağlığın

**Received/Geliş:** 12.11.2021  
**Accepted/Kabul:** 29.08.2022  
**Publication date:** 28.09.2022

**Corresponding Author:**  
**I. Gönenç**  
**ORCID:** 0000-0003-4615-688X  
İstanbul Haydarpaşa Numune  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile  
Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye  
✉ gonenc68@yahoo.com

**E. Z. Tuzcular Vural**  
**ORCID:** 0000-0001-6131-7085  
İstanbul Haydarpaşa Numune  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile  
Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye

iyileştirilmesi, gebelik başlamadan önce kadınlara ve eşlerine, çiftin belirli tıbbi sorunlarına ilişkin, onlara özgü risklere odaklanarak, danışmanlık vermek, gebelik öncesi danışmanlığın ve müdahalelerinin temelini oluşturan bakış açısı olarak karşımıza çıkmaktadır.<sup>[2,3]</sup>

## TARİHÇE

Prekonsepsiyonla ilgili ilk yazılı metinlerde, antik Spartalıların genç kızlara gebeliklerinin daha sağlam tutunması ve bebeklerinin daha sağlam ve sağlıklı olmaları için güreş ve koşunun yanı sıra atletik oyunlar oynamaları, eski ahitte de doğurganlık çağındaki kadınlara, dikkatli olmaları, şarap ve kuvvetli içkiler içmemeleri ve temiz gıdalarla beslenmeleri ile ilgili önerilere rastlanmıştır.<sup>[4]</sup>

Son elli yıldır prekonsepsiyonel bakım modern tıbbın daha fazla ilgisini çeker olmuş ve kadının üreme çağı boyunca genel iyilik hâlinin korunması şeklinde algılanmaya başlanmıştır. Prekonsepsiyonel bakım kadının ilk gebelik öncesindeki ve herhangi bir gebeliğin oluşmasından önceki yakın dönem genel sağlık durumu ve risklerini kapsarken, interkonsepsiyonel bakım ise daha çok gebelik aralıklarının düzenlenmesi ve planlı gebelikler üzerinde yoğunlaşarak prekonsepsiyonel bakım unsurlarını gebelikler arası döneme entegre eder.<sup>[3-5]</sup>

1980'li yıllarda iyice popülerleşen ve özellikle düşük doğum ağırlığını hedef alan prekonsepsiyonel bakım kavramı, 1989'daki "The Expert Panel on the Content of Prenatal Care" panelinde ele alınmış, yalnızca anne ve doğacak bebeğin ele alındığı geleneksel bir bakış açısından çok ailesel, psikososyal ve çevresel unsurlara dikkat çekilmiş ve prekonsepsiyonel bakımın genel koruyucu sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak veya birinci basamak sağlık hizmeti ziyaretleri sırasında sürekli olarak uygulandığında en etkili sonuçları vereceği ve gebelik çıktıları açısından en önemli hizmet olduğu, bu nedenle bu hizmeti vermek için her türlü fırsatın değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir.<sup>[4,6]</sup>

2013 yılında DSÖ tarafından yayınlanan konsensus raporunda, prekonsepsiyonel bakımın, anne sağlığını, perinatal ve neonatal sağlığı iyileştireceği, buna bağlı olarak maternal ve neonatal mortalite ve morbiditede azalma olacağı, erken yaş gebeliklerini, istenmeyen gebelikleri ve kürtajları azaltmanın yanı sıra gebelik aralıklarının da çok sık olmamasına olumlu etki edeceği öngörülmüştür.<sup>[2]</sup> Prekonsepsiyonel bakım

ve danışmanlıkların özellikle anne adayının var olan veya gizli kalmış kronik hastalıklarının tespiti ve tedavisini sağlayarak kişinin tüm yaşamı boyunca sağlamlık durumunun iyileştirileceği ve beslenmesini hedeflemesiyle de beslenme bozuklukları ve eksikliklerinin yanı sıra obeziteyle mücadele konusunda da iyi bir fırsat yakalanacağı belirtilmiştir.<sup>[3]</sup>

## BAKIM ve DANIŞMANLIK: YARARLAR-RİSKLER

Tütün, alkol, madde kullanımı ile ilgili müdahaleler gibi elde edilecek daha kişisel yararların yanı sıra nesiller boyu elde edilecek olumlu sağlık çıktıları ve istenmeyen sağlık sonuçlarının engellenmesi ile toplumsal ve ailesel ekonomik katkı sağlanabileceği, bu konuda yapılacak çalışmalar ve danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaşmasının kadınların toplumsal değerinde ve sosyal statüsünde artış, aile içi denge ve iletişimde iyileşme sağlayarak erkeklerin ve diğer aile bireylerinin de bu konudaki farkındalıklarının artması ve bu konunun tüm toplum tarafından kavranmasına yarar sağlayacağı düşünülmektedir.<sup>[2,3]</sup>

Prekonsepsiyonel bakım sayesinde kadınların ve eşlerinin bilgi sahibi olmalarının yanı sıra folik asit kullanımı, sigara içiminin azaltılması, emzirmenin artması ve doğum öncesi kontrollere daha düzenli gidilmesi gibi daha iyi sağlık davranışları gösterdikleri belirtilmektedir. Prekonsepsiyonel bakım vizitleri, değiştirilebilir riskleri daha iyi değerlendirmemizi sağlayan önceki gebeliklerle ilgili ayrıntılı bilgi almamıza yarayacak fırsatlara dönüştürülmelidir.<sup>[1-3]</sup>

DSÖ prekonsepsiyonel bakımın pek çok yararını vurgularken, erkeklerin kolaylıkla gözden kaçırabileceğini, koruyucu hekimlik üzerinde çok fazla yoğunlaşılırken var olan sağlık sorunlarının yeterince üzerinde durulmayıp, uzman hekimlere yeterince yönlendirme yapılmayabileceği ve kadınlar üzerinde etiketlenme, suçlayıcılık ve mahremiyet ihlali gibi sorunlar yaratabileceği uyarılarını yapmıştır.<sup>[3]</sup>

Bu konudaki çabaların, bütün beklentileri, karşılamaını beklemek ne yazık ki hâlihazırda olası görünmemektedir. Örneğin, sağlık harcamalarına hatırı sayılır bir pay ayıran Amerika Birleşik Devletleri'nde bile son on yıldır bebek ölümü rakamlarında iyileşme sağlanamadığı gibi, son yirmi yıla kıyasla anne ölümlerinde artış olduğu belirtilmektedir. Gelişmiş ülkeler arasında bu durumda olan tek ülke olduğu ve bu ölümlerin yaklaşık 1/3'ünün gebelik dışı nedenlerden kaynaklandığı, bu

nedenle gebelik öncesi dönemde değiştirilebilir risk faktörlerine yönelik gerekli müdahalelerin yapılması gerektiği vurgulanmaktadır. Anne ölümlerindeki bu artış kadınların prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamamalarına bağlanmıştır.<sup>[7]</sup>

Oysa DSÖ, 2000-2017 yılları arasında dünya çapındaki anne ölümlerinde %38'lik bir azalma olduğunu açıklamıştır.<sup>[8]</sup>

TNSA-2018 ana raporunda da ülkemizde 1990'lı yıllardan itibaren bebek ölümlerinde belirgin azalma olduğu belirtilmekle birlikte, en önemli bebek ölümü risklerinin 18 yaşından genç anne yaşı ve dörtten fazla doğum sayısı ile ilişkili olduğu, özellikle plansız gebeliklerin bir göstergesi olabilen sık doğum aralığı ile riskin katlandığı belirtilmektedir.<sup>[9]</sup>

CDC 2016 yılına ait raporunda, kadınların yaklaşık %24'ünün önerilen zamandan daha geç prenatal bakım servisine başvurduğunu belirtmiştir.<sup>[10]</sup> Kadınların gebeliklerinin ortalama 11. haftasında, yani organogenez ve embriyogenezin tamamlanmasından sonra ilk kez gebelik muayenesine gittikleri belirtilmekte, bu durum oluşmakta ve büyümekte olan gebelik ürününün, anne adayının maruz kaldığı risklerden zaten etkilenmiş olmasına, önlem alma fırsatının kaçmasına neden olmaktadır. Bu nedenle her vizitte, ziyaret nedeni ne olursa olsun doğurganlık çağındaki kadınlara gebelik planları kesinlikle sorulmalı ve prekonsepsiyonel bakımın önemi ve yararları anlatılmalı, antenatal-prenatal bakımdan farkları vurgulanmalıdır.<sup>[7]</sup>

TNSA-2018 verilerine göre son beş yılda gerçekleşen doğum veya devam eden gebeliklerin %15'inin istenmeden olduğu, %11'inin ise istenenden daha erken bir dönemde gerçekleştiği görülmektedir. Çalışmaya katılan kadınların %28'inin ileride çocuk sahibi olmak istediği ve bu kadınların %14'ünün iki yıldan önce çocuk sahibi olmak istemediği gözlenmiştir. Bu rakamlar ülkemizde önemli sayıda kadının prekonsepsiyonel bakıma gereksinim duyacağını göstermektedir.<sup>[9]</sup>

Prekonsepsiyonel dönemde doğru beslenme alışkanlıklarının edinilmesi, fiziksel aktivite ve uygun vücut ağırlığının korunması gibi sağlıklı davranışlar oluşturmak, değiştirilebilir en önemli risk faktörlerinden biri olan istenmeyen veya erken gelen gebeliklerin önlenmesinin yanı sıra erken veya geç anne yaşı, beslenme bozuklukları ve eksiklikleri, folik asit ve vitamin replasmanları, var olan kronik hastalıkların

değerlendirilmesi, aşılama durumu, ilaçlar, toksinlere maruziyet, sigara, alkol ve madde kullanımı gibi risk faktörlerinden korunmak sağlıklı bir gebelik ve sağlıklı yeni nesiller için gerekli önemli adımlar olabilir.<sup>[1,7,11]</sup>

## DESTEKLER

### Folik Asit Desteği

En yerleşmiş ve kabul gören prekonsepsiyonel bakım öğelerinden biri olan folik asit desteğinin, nöral tüp defekti, preeklampsi, anemi, otizm gelişimi ve fetal büyüme geriliğini önlemede olumlu etkilerinin olduğu, ancak diyetle alınan folik asidin serum folat düzeylerini yeterince yükseltmediğinin anlaşılmasından dolayı ve özellikle anne veya baba adayında nöral tüp defekti öyküsü, daha önce nöral tüp defekli bebek doğumu olması, anne adayının sigara içimi veya dumanına maruziyeti, obez, diyabetik, orak hücre anemisi, talasemi veya çölyak hastası olması, karbamazepin, valproik asit gibi antiepileptiklerin kullanımı, antifolat etkisi olan ilaçların veya oral kontraseptif kullanımı, folik asit emilimini engelleyen metabolik, genetik nedenler gibi özellikle nöral tüp defekti açısından riskli kadınlarda, 4-5 mg dozunda, diğer tüm kadınlarda en az 0,4 mg folik asit olması önerilmektedir.<sup>[1,12-15]</sup> Folik asit kullanımı ile meme ve kolorektal kanser insidansı arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak üzere bazı çalışmalar yapılmış, ancak folik asit kullanımı ile maligniteler arasında nedensellik ilişkisi ortaya konamamıştır.<sup>[15]</sup>

Geniş çaplı plasebo kontrollü, çift kör, randomize kontrollü bir çalışmada da gebelik sırasında yüksek doz folik asit alımının ileri yaşlarda meme kanseri nedeniyle ölüm riskini iki kat, tüm nedenlere bağlı ölüm riskini ise yaklaşık beş kat arttırdığı belirtilmiştir.<sup>[16]</sup>

Ayrıca folik asit desteğinin özellikle gebeliğin son dönemlerinde ve 0,4 mg'dan fazla alınmasının çocukluk dönemi alerjileri ve astımıyla ilişkili olup olmadığı gösterilmeye çalışılmaktadır.<sup>[17]</sup>

Folik asidin ikiz ve çoğul gebeliklere neden olduğu ile ilgili yine çelişkili çalışmalar yayınlanmıştır.<sup>[15,18]</sup>

Yüz yetmiş yedi bin kırk iki kadına ait kayıtların incelendiği bir çalışmada, folik asit desteği ile ikiz-çoğul gebelik ilişkisinin aslında yardımcı üreme teknikleri ile bebek sahibi olmak isteyenlere zaten işlemler öncesinde folik asit başlanmış olması ile veya çoğul gebeliği olanlara folik asit desteği başlanmış olması ile ilişkili olabileceği vurgulanmıştır.<sup>[19]</sup>

Prekonsepsiyonel dönemde danışmanlık verirken folik asit desteğine gebelik oluşmadan en az bir ay öncesinden başlanması gerektiği vurgulanmalıdır.<sup>[20]</sup>

Daha önceki gebeliklerinde NTD öyküsü olan 1.817 kadınla yapılmış randomize çift kör çalışmada kadınlar folik asit, A, D, B1, B2, B6, C vitaminleri ve nikotinamid, folik asit ve A, D, B1, B2, B6, C vitaminleri ve nikotinamid ve destek almayan grup şeklinde dört grupta incelenmiş, gebeliğini tamamlamış 1.195 kadında, folik asitin NTD için koruyuculuğunun %72 olduğu gösterilmiştir.<sup>[21]</sup>

2014 yılına ait bir Cochrane derlemesinde folik asit desteğinin hem NTD oluşumu hem de nüksünü önlemede etkili olduğunun tespit edildiği belirtilmiş, ancak diğer doğumsal anomaliler ile ilgili kanıt rastlanmadığı ve kısa vadede folik asit desteği ile ilişkilendirilebilecek olumsuz sonuçlara rastlanmadığı belirtilmiştir.<sup>[22]</sup>

### **D Vitamini Desteği**

Prekonsepsiyonel dönemde ve gebeliğin son trimesterinde düzenli multivitamin kullanan kadınlarda bile sıklıkla düşük 25-hidroksi-Vitamin D (25(OH)D) seviyeleri tespit edilebilmektedir.<sup>[23]</sup>

Düşük 25(OH)D seviyeleri gebelerde preeklampsi, gestasyonel diyabet, bakteriyel vajinoz, sezaryen doğum, kemik mineral yoğunluğunda azalma, miyopati ve fetüste raşitizm, kranio tabes; ayrıca düşük doğum ağırlığı, spontan düşüklükler ve erken doğum eyleminin yanı sıra otoimmün hastalık, kalp hastalığı, kanserler, ile ilişkilendirilmiş, gebelik öncesi dönemde 25(OH)D düzeyinin 30 ng/mL, gebelik boyunca ise 20 ng/mL'nin altına düşmemesi önerilmiştir.<sup>[24-27]</sup>

Prekonsepsiyonel dönemde 105 gün süreyle günde 2000 IU vitamin D kullanılmasının istenilen D vitamini seviyelerini sağladığı belirtilmiştir.<sup>[28]</sup>

D vitamininin fertilité üzerine etkisini göstermek üzere yapılan çalışmalarda, D vitamini alımı yeterli olan veya yeterli 25(OH)D düzeyine sahip olan kadınlarda gebelik oluşma şansının daha fazla olduğu<sup>[29]</sup>, infertilite tedavisi gören kadınlarda plazma 25(OH)D seviyesinin >20 ng/mL olduğu kadınlarda <20 ng/mL olanlara kıyasla klinik gebelik oluşma durumunun anlamlı düzeyde daha fazla olduğu ve en yüksek gebelik oluşma şansının plazma 25(OH)D seviyesinin >30 ng/mL olan kadınlarda görüldüğü tespit edilmiştir.<sup>[30]</sup>

Özellikle uzun süreli kapalı ortamlarda bulunanlar, esmer cilde sahip olan kadınlar, kapalı giyim tarzı olan kadınların düşük 25(OH)D seviyelerine sahip olabilecekleri akla getirilmeli, prekonsepsiyonel görüşme sırasında uygun idame veya tedavi yaklaşımının yanı sıra öğlen saatlerinde kısa süreli güneşlenme önerilerinde bulunmalıdır.<sup>[24,31]</sup>

### **Demir Desteği**

Folik asit desteği verirken anne adayının sağlığını doğrudan etkileyen, doğacak bebek açısından da bebek ölümleri, erken doğum eylemi, düşük doğum ağırlığı ve entelektüel kapasitede düşüklüğe neden olabilecek anemi durumu da değerlendirilmeli, folik aside ek olarak demir takviyesi de yapılmalıdır.<sup>[3]</sup>

Üreme çağındaki kadınların menstrüel kanama dönemleri nedeniyle demir eksikliği ve buna bağlı oluşabilecek anemi riskiyle karşı karşıya olabilecekleri akıld tutulmalı, her iki durumun da anne adayında azalmış fizik kapasiteye neden olabileceği ve doğacak bebekte de bilişsel ve fizik gelişimin olumsuz etkileneceği ön görülerek gebelik öncesi dönemde beslenme, emilim bozuklukları, kan kayıplarına neden olabilecek ek sağlık durumlarının değerlendirilmesinin yanı sıra koruyucu ve tedavi edici yaklaşımlarda bulunulmalıdır.<sup>[23]</sup>

## **YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİ ve KORUYUCU YAKLAŞIMLAR**

### **Sigara, Alkol, Kafein Kullanımı**

Genellikle ergenlik döneminde başlayıp fark edilmeyen bir gebeliğin ilk aylarına kadar devam eden sigara, alkol, kafein veya madde kullanımı, bağımlılık yapıcı özelliklerinden dolayı, hekim tarafından baş edilmesi, anne adayı için bırakması zor durumlardan bazılarıdır.<sup>[32]</sup>

Gebelerin sigara içmesi veya ikincil dumana maruz kalması konjenital malformasyon, ölü doğumlar, erken doğumlar ve bebek ölümleri ile ilişkiyken, "dumansız tütün" denilen tütün ürünlerinin çiğnenmesi veya mukozadan emiliminin sağlanması da nikotin bağımlılığına neden olmasının yanı sıra artmış ölü doğum, erken doğum veya düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski ile ilişkili bulunmuştur.<sup>[33,34]</sup>

Gebelik sırasında nargile içmenin de bebeğin, boyu, baş ve göğüs çevresi gibi antropometrik ölçümleri üzerinde olumsuz etkiler yaratacağı gösterilmiştir.<sup>[35]</sup> Bu nedenle üreme çağındaki tüm kadınlara ve eşlerine birincil ve ikincil tütün dumanı başta olmak üzere tüm

tütün ürünlerinin gebelik öncesinde bırakılmasının önemi anlatılmalıdır.

Alkol ve tütün kullanımının anne sağlığı üzerinde yarattığı kronik zararların yanı sıra alkolün teratojenik özellikleri, tütünün de özellikle plasenta dolaşımında yarattığı olumsuz etkiler nedeniyle kesinlikle her hekim görüşmesinde üzerinde durulması gereken konulardandır. Kafein alımı her ne kadar masum görünse de düşük doğum ağırlığı, ölü doğum ve spontan düşüklere ilişkilendirilmiştir.<sup>[32-37]</sup>

Daha önce yaklaşık 1/3'ünde spontan abortus öyküsü olmayan 15.590 kadınının incelendiği kohort bir çalışmada, gebelik öncesi dönemde kafein tüketimi ile spontan abortus ilişkisi araştırılmış, kafein içeriğinden bağımsız olarak gebelik öncesi dönemde kahve tüketiminin spontan abortus ile pozitif yönlü lineer bir ilişki gösterdiği, gebelik öncesi dört fincan ve daha fazla kahve tüketenlerin hiç tüketmeyenlere kıyasla %20 daha fazla artmış spontan abortus riskine maruz kaldıkları, kafein içeren çay, kafeinli veya kafeinsiz kolalı içeceklerin ise spontan abortus üzerine etkisi olmadığı belirtilmiştir. Kafeinli olsun veya olmasın kahve içiminin spontan abortus riskini artırması kahve içindeki kafeinden farklı bir maddenin risk artışına neden olabileceği yorumu yapılmıştır.<sup>[38]</sup>

### **Aşılama-Bağışıklama**

Gebelik öncesi dönem kadının aşılama-bağışıklama durumunu konuşmak ve gerekli antikör taramalarını yapmak için ideal bir dönemdir. DSÖ tarafından kızamıkçık, hepatit B ve tetanos aşılması önerilmektedir.<sup>[3]</sup> Konjenital rubella sendromu, ölü doğum ve düşüklere neden olan kızamıkçığa karşı bağışıklık oluşturmak amacıyla uygulanan kızamıkçık aşısı türevleri canlı aşı olduğu için DSÖ kızamıkçık aşısı sonrası gebelik için en az 1 ay beklenmesi gerektiğini bildirmiştir.<sup>[3,39]</sup> Bu nedenle bu süreçte kısa dönem aile planlaması yöntemlerinin danışmanlığı gerekecektir. Hepatit B ve tetanos hem anne hem de bebekte yaratacağı enfeksiyon, komplikasyon ve ölüm riskleri nedeniyle önlenabilir enfeksiyon hastalıkları arasında kabul edilmiş ulusal aşılama programlarına alınmışlardır.<sup>[3]</sup> Özellikle gebelerde daha olumsuz sağlık sonuçları doğuran ve daha ölümcül seyredabilen influenza enfeksiyonuna karşı inaktif aşı olmak koşuluyla influenza aşısı gebeliğin her dönemi dâhil olmak üzere prekonsepsiyon döneminde de uygulanabilir. İnfluenza aşısı ile ilgili yumurta alerjisi sorgulanmalı, daha önceki aşılamalarda anafaksi öyküsü varsa aşılanmanın kesinlikle

acil müdahalenin yapılabileceği bir sağlık kuruluşunda yapılması planlanmalıdır.<sup>[40]</sup>

Aşılama geçmişinde eksikler olan veya antikör testleri ile bağışıklığın olmadığı tespit edildiği durumlarda uygun aşılama programı düzenlenmelidir.<sup>[3,39]</sup>

### **Kontrasepsiyon Gereksinimi**

Prekonsepsiyonel ve interkonsepsiyonel danışmanlık sırasında konuşulması gereken en önemli konulardan birisi de kontrasepsiyon gereksinimidir. Tüm dünyada istenmeyen zamansız ve planlanmamış gebeliklerin sıklığı göz önüne alındığında ve bazı klinik durumlara özgü gebeliğin ertelenmesi gerektiği durumlarda aile planlaması konularını kesinlikle çiftlerle konuşmamız gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Böyle bir zorunluluk olmadığı durumlarda da iki gebelik arasında eğer canlı doğum olmuşsa 18-24 ay, düşük ile sonlanmışsa 6 ay ara verilmesi önerilmektedir.<sup>[3,41]</sup>

Burada karar verilmesi gereken en önemli konulardan biri, gebeliğin ne zamana planlandığıdır. Örneğin, 3 ay sonra gebelik planlayan ancak eşi bariyer yöntem kullanmak istemeyen bir kadına 10 yıl süreyle koruma sağlayan bakırlı rahim içi araç önerilmesi uygun olmayacaktır. Bu nedenle her yöntemin yararları, istenmeyen etkileri, kontrendikasyonları, kullanım süreleri çok iyi bilinmeli, var olan medikal durumlar, yöntemlere özgü kontrendikasyonlar, emzirme durumu ve çiftlerin tercihleri de kesinlikle gözden geçirilmelidir.<sup>[1,3,41]</sup>

## **KRONİK HASTALIKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ**

### **Obezite**

Dünyanın en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olan obezite, ülkemiz için de çok önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. 2016 yılı DSÖ verilerine göre, Türkiye'de obezite prevalansı %29,5 olarak bildirilmiş ve Avrupa'nın en şişman ülkesi olduğumuz görülmüştür.<sup>[24]</sup>

Türkiye Sağlık Araştırması, 2019 verileri kadınların %24,8'inin obez, %30,4'ünün ise fazla kilolu olduğunu göstermektedir.<sup>[25]</sup> Avrupa ülkeleri arasında kadın obezitesi açısından da ilk sırada yer almamız nedeniyle prekonsepsiyonel bakım açısından önümüzde çözülmesi gereken önemli bir konu bulunmaktadır.<sup>[26]</sup>

Kadınlarda gebelik öncesi olan ve gebelik boyunca süregelen obezite, uzamış gebelik, gestasyonel

diyabet, gebeliğe bağlı hipertansiyon, preeklampsi, tromboemboli gibi yaşamsal riskleri yüksek olan gebelik komplikasyonlarının yanı sıra makrozomik bebek, ölü doğum, uzamış doğum eylemi, omuz distozileri ve sezaryen gibi kadın ve bebek açısından riskli doğum eylemi sonuçlarının arttığı ve beraber görülebilen PKOS'un da olumsuz etkilerinin eklenmesiyle infertilite riskinde ve spontan abortuslarda artış bildirilmektedir.  
[27-29]

Anne obezitesi fetüs ve yenidoğanda NTD, kardiyovasküler anomaliler, ekstremitte eksiklikleri, yarık damak, hidrosefali, çocukta obezite görülme riskini artırmanın yanı sıra çocukluk ve daha ileri yaşlarda obezite görülme şansını arttırarak kalp ve metabolizma hastalıklarına davetiye çıkarmaktadır.<sup>[30,31]</sup>

Gebelik sırasında ve gebelikler arasında alınan kiloların verilemediği durumlarda her gebelik epizodu, kadın obezitesini olumsuz yönde etkileyeceğinden obezite konusu interkonsepsiyonel bakımın da önemli konularından biri olup, kadınlar uygun gebelik aralığı, beslenmenin düzenlenmesi ve hareketli yaşam konusunda uyarılmalıdır.<sup>[3,23]</sup> Almanya ve ABD'de, gebe kadınların yaklaşık yarısının gebeliğe başlarken fazla kilolu veya obez olduğu ve yine ABD'de yaklaşık %40'ın gebelik boyunca aşırı kilo aldığı gözlenmiştir.  
[42,43]

Vücut kitle indeksinde %10'luk bir azalmanın preeklampsi, gestasyonel diyabet erken doğum, makrozomik bebek ve ölü doğum sıklığını %10 oranında azalttığı yönündeki bulgular DSÖ'nün bu konuyu öncelikli konular arasına almasını sağlamıştır.  
[3,44]

Prekonsepsiyonel dönemde çiftler obezite ve fazla kiloluluk açısından değerlendirilmeli ve fazla kilolarını vermeleri desteklenmelidir.<sup>[1,11,31]</sup>

Obezite kadar düşük vücut ağırlığı da dikkate alınmalı, gebe adayı kesinlikle uygun vücut ağırlığı aralığına yaklaştırılmalı, dengeli ve kaliteli beslenme öğretilmelidir. Anne adayının zayıf olmasının, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, bebeğin entelektüel kapasitesinde düşüklüğe neden olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.<sup>[1,45,46]</sup>

### **Diyabet**

Gebelikte hem anne hem fetüs üzerinde olumsuz sonuçlar doğurabilecek olan diyabet, obeziteyle paralellik içinde tüm dünyada hızla yaygınlaşmakta

ve 2025 yılında 192 milyon kadının diyabetik olacağı öngörülmektedir.<sup>[47]</sup>

Tip 2 diyabet (T2DM) prevalansının 2050 yılına kadar kadınlarda %19,7'ye ulaşacağı, obezite artmazsa T2DM prevalansında yaklaşık %4'lük bir azalma olabileceği öngörülmektedir.<sup>[48]</sup>

Uluslararası Diyabet Federasyonu 2021 yılında 20-49 yaş arası kadınların %16,7'sinin hiperglisemik olduğunu, bunların %10,6'sının gebeliği başladığında zaten diyabetik olduğunu, her altı gebelikten birinde hiperglisemi olduğunu belirtmektedir.<sup>[49]</sup>

TURDEP-II çalışması, ülkemizde erişkin nüfusun %42'sinin diyabetik ya da prediyabetik olduğunu belirlemiştir.<sup>[50]</sup>

Pregestasyonel diyabet, idrar yolu enfeksiyonu, hipertansiyon, erken doğum eylemi, omuz distozisi, sezaryen, kürtaj, özellikle organogenez sırasında maruz kalınan hiperglisemiye bağlı oluşan kardiyovasküler sistem, üriner sistem ve nöral kanal başta olmak üzere konjenital malformasyonlar, polisitemi, makrozomi, ölü doğum, yenidoğan ölümleri, Erb felci ve düşük Apgar skoru gibi hem anneye hem de bebeğe ait gebelik komplikasyonları ile ilişkili bulunmuştur.<sup>[51]</sup>

İlk trimesterde Hemoglobin A1c (HbA1c)'nin  $\geq 6,5$  olması artmış anomali ve konjenital malformasyon gelişme riski ile ilişkili bulunmuş ve HbA1c değeri yükseldikçe anomali gelişme riskinin de arttığı gösterilmiştir.<sup>[52,53]</sup>

HbA1c'deki her %1'lik artışın, kötü gebelik sonuçlarını %5,5 arttırdığı<sup>[54]</sup>, HbA1c'deki her %1'lik düşüşün de ilk trimester komplikasyonlarında iyileşme sağladığı<sup>[55]</sup> belirtilmektedir. Kan şekerinin ciddi bir şekilde takip edilip kontrol altında tutulmasının erken doğum, düşük, konjenital anomali riskini düşürmenin yanı sıra bebeğin doğum ağırlığı ile ilgili sorunları azalttığı gösterilmiştir. Diyabetik bir kadının alacağı prekonsepsiyonel danışmanlık ve prekonsepsiyonel bakımın bütün elemanlarının yanı sıra iyi kan şekeri kontrolü, özellikle gebelik öncesi ve ilk trimesterde normogliseminin sağlanmaya çalışılması, HbA1c normal aralıkta tutulmaya çalışılırken hipogliseminin engellenmesi, diyabet komplikasyonlarının araştırılması ve gerekli konsültasyonların yapılması ve tabii ki bu süreçte kadını istenmeyen bir gebelikten korumak amacıyla uygun aile planlaması hizmetlerinin verilmesi hedeflenmelidir.<sup>[56]</sup>

## Hipertansiyon

Prekonsepsiyonel bakım sırasında var olan kronik hastalıkların taranması ile ilgili çok önemli yaklaşımlardan biri de hipertansiyonun sorgulanması ve değerlendirilmesidir. Hipertansiyonun anne ve fetüs sağlığı açısından olumsuz sonuçlar doğurduğu ve preeklampsi riskini artırdığı bilinmektedir. Hipertansiyon aynı zamanda plasenta perfüzyon bozuklukları nedeniyle intrauterin gelişme geriliği, perinatal ölüm, plasenta ayrılması, erken doğum eylemi, prematürite gibi ciddi feto-maternal komplikasyonlarla ilişkilendirilmiştir.<sup>57,58</sup>

Türkiye’de erişkin popülasyonda yapılan PatenT2 Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmasında, hipertansiyon prevalansı kadınlarda %32,3, erkeklerde %28,4, genel popülasyonda %30,3 sıklığında bulunmuştur.<sup>159</sup>

Anne adayının hipertansiyon farkındalığı, sekonder nedenlerin varlığı, yaşam tarzı özellikleri, diyeti ve özellikle dört yıldan daha uzun süredir hipertansiyon tanısı almış olan kadınlarda hedef organ hasarı ile ilgili risk durumunun belirlenmesi prekonsepsiyonel değerlendirmede hipertansiyon açısından önemli konu başlıklarından bazılarıdır.<sup>157</sup>

Anne adayında var olan hipertansiyon tedavisi için kullanılan antihipertansiflerin sorgulanmasını gerekir. Tüm dünyada hipertansiyon tedavisinde sıklıkla reçete edilen tiyazid ve tiyazid benzeri diüretiklerin yanı sıra anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerlerinin fetotoksik ve teratojenik özelliklerinden dolayı gebelik sırasında kullanılmalarının konjenital anomali veya yenidoğan komplikasyonları oluşturabilecekleri gözden kaçırılmamalıdır. İdeal olarak gebelik öncesi dönemde kesilmelidirler.<sup>160</sup> Gebelik sırasında labetalol en tercih edilen antihipertansif olup, nifedipin ve metildopa diğer güvenilir seçenekler olarak sıralanmaktadır.<sup>161,162</sup>

Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerlerinin doğurganlık çağındaki kadınlara sıklıkla yazıldığı ve çoğunun da güvenilir bir kontraseptif yöntem kullanmadığı düşünülürse tehlikenin boyutu daha net ortaya çıkacaktır.<sup>130</sup>

Bu nedenle hipertansiyonu olan veya antihipertansif ilaç tedavisine gereksinim duyan doğurganlık çağındaki bütün kadınlara gebelik planları sorulmalı, sekonder hipertansiyon nedenleri araştırılmalı ve kan basıncının kontrol altında olduğundan emin olunmalıdır.<sup>157,160</sup>

## Epilepsi

Epileptik annelerden doğan çocukların ya genetik predispozisyon ya da kullanılan antiepileptikler nedeniyle konjenital anomaliler açısından risk altında oldukları, %9,85 sıklığında konjenital anomali ile doğdukları, annenin kullandığı antiepileptik sayısı arttıkça konjenital anomali riskinin de arttığı ve en sık kardiyak anomaliler, yarık damak, ürogenital anomaliler ve nöral tüp defekti tespit edildiği bildirilmiştir.<sup>163,164</sup> Bu çocukların aynı zamanda epileptik olma olasılıklarının da daha fazla olduğu bildirilmektedir.<sup>163</sup>

Antiepileptik ilaç kullanan kadınların yaklaşık 1/3’ünün doğurganlık çağındaki olmaları ve gebelikleri sırasında ilaç kullanmaya devam etme durumları nedeniyle bu kadınlara gebelik öncesi dönemde konjenital anomali riskleri, kötü gebelik sonlanımlarının yanı sıra fetomaternal morbidite ve mortalite risklerinin arttığı bilgisi de dâhil olmak üzere çok kapsamlı bir danışmanlık verilmeli ve kesinlikle uygun ilaç ve uygun dozajın belirlenmesi amacıyla uzman görüşü alınmalıdır.<sup>163,165</sup>

## Derin Ven Trombozu

Gebelik ile ilişkili derin ven trombozu, gebe olmayan kadınlara göre yaklaşık dört-beş kat daha fazla sıklıkta görülmekte, daha önce derin ven trombozu öyküsü olan gebe kadınlarda ise gebelik sırasında %2-10 sıklıkla yineleyebildiği bildirilmektedir.<sup>166-168</sup> Daha önce herhangi bir zamanda derin ven trombozu geçirmiş kadınlarda preeklampsi, gebelik yaşına göre küçük doğan bebek, plasenta ayrılması, ölü doğum gibi plasenta kaynaklı komplikasyon riskinde artış olduğu ve gebelik hipertansiyonu ve preeklampsinin doğum sonrası 13 yıla kadar uzayabilen dönemde derin ven trombozu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.<sup>169,170</sup>

Kişisel veya aile öyküsü olan kadınlara prekonsepsiyonel danışmanlık verilmeli, hangi hastalara profilaksi uygulanacağına karar verilmesi için uzman görüşü alınmalı ve genetik uzmanına yönlendirilmelidirler. Varfarinin teratojenik olduğu, plasentayı geçtiği ve hem düşüklere hem de fetal kanamalara yol açabileceği unutulmamalı, prekonsepsiyonel dönemde varfarin tedavisi kesilmelidir. Varfarin kullanan ve antikoagulan tedaviye gereksinim duyan hastalara alternatif olarak fraksiyone olmayan veya düşük molekül ağırlıklı heparin ile tromboprofilaksi uygun tedavi seçeneği olarak sunulmaktadır.<sup>168-171</sup>

## TİROİD FONKSİYON BOZUKLUKLARI

Aşikar tiroid fonksiyon bozuklukları düşükler, ölü doğum ve hem anne hem de fetüs üzerindeki etkilerinin yanı sıra başlı başına bir infertilite nedeni olabilir ve menstrüel düzensizliklerle de kendini gösterebilir.<sup>[72-74]</sup> Tedavi edilebilir infertilite nedenlerinden biri olan aşikar tiroid fonksiyon bozukluklarının ve subklinik hipotiroidinin ve özellikle ilk trimesterdeki tiroid fonksiyon bozukluklarının fetüsün nörolojik gelişimi üzerindeki olumsuz etkileri düşünüldüğünde gebe kalmadan önce TSH <2.5 mU/L sağlanacak şekilde ilaç dozunun ayarlanarak ötiroidinin sağlanması ve gebelik boyunca yakın takip yapılması gerekliliğinin bilgisinin verilmesi çok önemlidir.<sup>[73]</sup> Hafif veya subklinik hipotiroidizmin bile fetal beyin gelişimini bozduğu, subklinik hipotiroidizmin de plasenta dekolmanı, erken doğum eylemi ve düşük doğum ağırlığı gibi istenmeyen sonuçlar doğurabildiği belirtilmektedir.<sup>[73,75]</sup>

Tiroid otoimmünitesi ve subklinik hipertiroidininin fertilite ve düşük riski ile bağlantısını veya tedavinin yararını kesin olarak kanıtlayan yeterli çalışma henüz yoksa da gebelik öncesinde kesinlikle araştırılmalıdır.<sup>[76]</sup> Hipertiroidi daha ender görülse de özellikle Graves hastalığının tespiti, cerrahi veya radyoaktif iyot tedavisi seçeneklerinin gebelik olmadan önce planlanabilmesi açısından büyük önem taşır. Metimazol veya karbimazol kullanan kadınların propil tiourasil tedavisine gebelik öncesi dönemde geçmesi önerilmektedir.<sup>[77]</sup> Ötiroidi sağlanana kadar yine kısa dönem kontraseptif seçenekler çiftlerle konuşulmalıdır.<sup>[78]</sup>

## SONUÇ

Şimdiye kadar önemli ve sık görülebilecek tıbbi durumları birkaç başlık altında prekonsepsiyonel bakış açısıyla aktarmaya çalıştığımız derlememizde, daha üzerinde durulması gereken, yaşamın bir yansıması olan prekonsepsiyonel ve interkonsepsiyonel dönem ile ilgili anne adayları ve eşini ilgilendiren pek çok medikal, psikososyal, çevresel, mesleki, ekonomik konu mevcuttur. Hiçbir anne adayını eşiyile, ailesiyle ve çevresiyle olan ilişkilerinden, çalışıyorsa iş ortamı stresinden, mesleki veya çevresel kaynaklı maruziyetlerden, örneğin evinin yakınındaki bir fabrikanın bacasından çıkan dumandaki toksinlerden veya çok yakından geçen bir yüksek gerilim hattının etkilerinden, günümüzde yaşadığımız gibi bir epidemiy veya pandemiyin yaşattığı sıkıntılardan, aile içi ve dışı şiddetten, ev içi ve ev dışı kazalardan, evde bakmakla yükümlü olduğu çocuklardan veya yatağa bağımlı

bir demans hastasını kaldırırken yaşayacağı bir bel ağrısından veya tükenmişlik duygusundan, depresyon veya anksiyete bozukluğu nedeniyle kullanmakta olduğu antidepresan veya benzodiyazepinlerin istenmeyen etkilerinden, oto immün hastalıklardan, ekonomik parametrelerden ayrı düşünebilmek olası değildir. Prekonsepsiyonel ve interkonsepsiyonel bakım pek çok sorunun üzerinden geçilebildiği ve birinci basamak hekiminin çekirdek yeterlikleri kapsamında yapması gereken en önemli görevlerden birisidir. Kadının gebe olmadığından emin olduğumuz her vizitte kadına ve eşine gebelik planı sorularak, hem kadının hem de gelecek nesillerin sağlık kalitesini değiştirebilecek bu önemli konuya biz birinci basamak hekimlerinin gereken önemi vermesi gereklidir.<sup>[1,3,7,32,42]</sup>

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

## KAYNAKÇA

1. Dorney E, Black KI. Preconception care. Australian Journal of General Practice 2018; 47(7): 424-9.
2. World Health Organization. Preconception care: Maximizing the gains for maternal and child health. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-MCA-13.02> adresinden 28.06.2022 tarihinde ulaşılmıştır.
3. World Health Organization. Meeting to Develop a Global Consensus on Preconception Care to Reduce Maternal and Childhood Mortality and Morbidity World Health Organization Headquarters, Geneva 6–7 February 2012 Meeting report. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241505000> adresinden 28.02.2020 tarihinde ulaşılmıştır.
4. Freda MC, Moos MK, Curtis M. The History of preconception care: Evolving guidelines and standards. Matern Child Health J 2006; 10: S43–S52.
5. Johnson K, Posner SF, Biermann J, et al. CDC/ATSDR Preconception Care Work Group; Select Panel on Preconception Care. Recommendations to improve preconception health and health care—United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. MMWR Recomm Rep 2006; 21;55(RR-6):1-23.
6. Rosen MG, Merkatz IR, Hill JG. Caring for our future: a report by the expert panel on the content of prenatal care. Obstet Gynecol. 1991;77(5):782-7.
7. Frayne DJ. A paradigm shift in preconception and interconception care: using every encounter to improve birth outcomes. Zero to three Journal 2017; 37 (4):4-12.
8. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Sexual and reproductive health. Maternal mortality: Levels and trends 2000 to 2017. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal-mortality-2000-2017/en/> adresinden 17.04.2020 tarihinde ulaşılmıştır.



9. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, 2019, Ankara.
10. Osterman MJK, Martin JA. Timing and adequacy of prenatal care in the United States, 2016. *National Vital Statistics Reports* 2018; 67 (3): 1–14.
11. Lang AY, Harrison CL, Boyle JA. Preconception life style and weight-related behaviors by maternal body mass index: across-sectional study of pregnant women. *Nutrients* 2019;11(4): 759-71.
12. Chitayat D, Matsui D, Amitai Y, et al. Folic acid supplementation for pregnant women and those planning pregnancy: 2015 update. *J Clin Pharmacol.* 2016;56(2):170-5.
13. World Health Organization, Department of Nutrition for Health and Development Evidence and Programme Guidance Unit. Periconceptional daily folic acid (400 µg) supplementation for prevention of neural tube defects. [https://www.who.int/selection\\_medicines/committees/expert/20/applications/Folic\\_acid.pdf](https://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/20/applications/Folic_acid.pdf) adresinden 17.04.2020 tarihinde ulaşılmıştır.
14. Lamers Y, MacFarlane AJ, O'Connor DL, Fontaine-Bisson B. Periconceptional intake of folic acid among low-risk women in Canada: summary of a workshop aiming to align prenatal folic acid supplement composition with current expert guidelines. *Am J Clin Nutr.* 2018; 108(6): 1357–1368.
15. Moussa HN, Nasab SH, Haidar ZA, Blackwell SC, Sibai BM. Folic acid supplementation: what is new? Fetal, obstetric, long-term benefits and risks. *Future Sci OA* 2016; 2(2): FSO116.
16. Charles D, Ness AR, Campbell D, Davey Smith G, Hall MH. Taking folate in pregnancy and risk of maternal breast cancer. *BMJ* 2004; 329:1375.
17. Sharland E, Montgomery B, Granell R. Folic Acid in Pregnancy: Is there a link with childhood asthma or wheeze. *Australian Family Physician* 2011; 40(6): 421–424. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.051906753349231> adresinden 24.09.2021 tarihinde ulaşılmıştır.
18. Levy T, Blickstein I. Does the use of folic acid increase the risk of twinning? *Int J Fertil Womens Med.* 2006;51(3): 130-5.
19. Vollset SE, Gjessing HK, Tandberg A, et al. Folate supplementation and twin pregnancies. *Epidemiology.* 2005;16(2):201-5. doi: 10.1097/01.ede.0000152914.84962.13.
20. Centers for Disease Control and Prevention. Folic Acid Homepage. <https://www.cdc.gov/ncbddd/folicacid/about.html> adresinden 15.08.2022 tarihinde ulaşılmıştır.
21. MRC Vitamin Study Research Group Prevention of neural tube defects: results of the Medical Research Council Vitamin Study. *Lancet.* 1991;338(8760):131–7.
22. De-Regil LM, Fernández-Gaxiola AC, Dowswell T, Peña-Rosas JP. Effects and safety of periconceptional folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; (10): CD007950. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4160020/> adresinden 15.08.2022 tarihinde ulaşılmıştır.
23. United Nations System Standing Committee on Nutrition. 6th Report On The World Nutrition Situation <http://www.unscn.org/files/Publications/RWNS6/html/index.html> adresinden 25.08.2022 tarihinde ulaşılmıştır.
24. World Health Organization. WHO fact sheet on overweight and obesity. Updated October 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> adresinden 28.02.2020 tarihinde ulaşılmıştır.
25. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması, 2019. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2019-33661> adresinden 24.09.2021 tarihinde ulaşılmıştır.
26. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Obezite, Lipid Metabolizması, Hipertansiyon Çalışma Grubu. TEMD Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara, Miki Matbaacılık San ve Tic. Ltd. Şti, 2019.
27. Davies GA L, Maxwell C, McLeod L, et al. Obesity in Pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2010; 32(2): 165–173. doi:10.1016/s1701-2163(16)34432-2
28. Gaillard R. Maternal obesity during pregnancy and cardiovascular development and disease in the offspring. *Eur J Epidemiol* 2015; 30: 1141–1152.
29. Leddy MA, Power ML, Schulkin J. The Impact of Maternal Obesity on Maternal and Fetal Health. *Rev Obstet Gynecol.* 2008; 1(4): 170–178.
30. Cha E, Smart MJ, Braxter BJ, Faulkner MS. Preconception Care to Reduce the Risks of Overweight and Obesity in Women of Reproductive Age: An Integrative Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(9):4582. doi: 10.3390/ijerph18094582.
31. Gaillard R. Maternal obesity during pregnancy and cardiovascular development and disease in the offspring. *Eur J Epidemiol.* 2015; 30: 1141–1152.
32. Lassi ZS, Imam AM, Dean SV, Bhutta ZA. Preconception care: caffeine, smoking, alcohol, drugs and other environmental chemical/radiation exposure. *Reproductive Health* 2014; 11(Suppl 3): S6.
33. World Health Organization 2021. Tobacco control to improve child health and development: thematic brief <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022218> adresinden 28.07.2022 tarihinde ulaşılmıştır.
34. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Smokeless tobacco and some tobacco-specific N-nitrosamines. *IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum.* 2007;89:1-592.
35. Hamadneh S, Hamadneh J. Active and Passive Maternal Smoking During Pregnancy and Birth Outcomes: A Study From a Developing Country. *Ann Glob Health.* 2021; 3;87(1):122. doi: 10.5334/aogh.3384.
36. Chen L, Wu Y, Neelakantan N, Foong-FongChong M, Pan A, van Dam RM. Maternal caffeine intake during pregnancy is associated with risk of low birth weight: a systematic review and dose-response meta-analysis. *BMC Med* 2014; 12:174.
37. James JE. Maternal caffeine consumption and pregnancy outcomes: a narrative review with implications for advice to mothers and mothers-to-be. *BMJ Evidence-Based Medicine* 2021;26:114–115.
38. Gaskins AJ, Rich-Edwards JW, Williams PL, et al. Pre-pregnancy caffeine and caffeinated beverage intake and risk of spontaneous abortion. *Eur J Nutr.* 2018 Feb;57(1):107-117.
39. Coonrod DV, Jack BW, Boggess KA, et al. The clinical content of preconception care: immunizations as part of preconception care. *American Journal of Obstetrics&Gynecology* 2008; 199 (6), SUPPLEMENT B:290-5.

40. American College of Obstetricians and Gynecologists. Influenza Vaccination During Pregnancy. ACOG Committee Opinion CO No. 732. *Obstet Gynecol* 2018; 131:e109-14.
41. Lassi ZS, Dean SV, Mallick, Bhutta ZA. Preconception care: delivery strategies and packages for care. *Reproductive Health* 2014; 11(Suppl 3): S7.
42. Dudenhausen JW, Grunebaum A, Kirschner W. Prepregnancy body weight and gestational weight gain recommendations and reality in the USA and in Germany. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2015;213:591–592.
43. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines Rasmussen KM, Yaktine AL, editors. *Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines.* Washington, DC: National Academies Press; 2009.
44. Schummers L, Hutcheon JA, Bodnar LM, Lieberman E, Himes KP. Risk of adverse pregnancy outcomes by prepregnancy body mass index: a population-based study to inform prepregnancy weight loss counseling. *Obstet Gynecol.* 2015 Jan; 125(1):133-143.
45. Li C, Zhu N, Zeng L, Dang S, Zhou J, Pei L, et al. Effect of maternal pre-pregnancy underweight and average gestational weight gain on physical growth and intellectual development of early school-aged children. *SciRep* 2018; 8: 12014.
46. Sebire NJ, Jolly M, Harris J, Regan L, Robinson S. Is maternal underweight really a risk factor for adverse pregnancy outcome? A population-based study in London. *BJOG* 2001;108(1):61-6.
47. van Dierena S, WJ Beulensa J, van der Schouwa YT, Grobbee DE, Neal B. The global burden of diabetes and its complications: an emerging pandemic. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2010; 17 (Suppl 1):S3–S8.
48. Anakök GA, Awad SF, Çağlayan Ç, et al. Impact of trends and gender disparity in obesity on future type 2 diabetes in Turkey: a mathematical modelling analysis. *BMJ Open* 2022;12:e053541. doi:10.1136/bmjopen-2021-053541 <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/12/5/e053541.full.pdf> adresinden 20.08.2022 tarihinde ulaşılmıştır.
49. IDF Diabetes Atlas 2021 – 10th edition | [www.diabetesatlas.org](http://www.diabetesatlas.org) adresinden 28.08.2022 tarihinde ulaşılmıştır.
50. Satman I, TURDEP-II Çalışma Grubu. “TURDEP-II Sonuçları.” *Türk Endokronoloji ve Metabolizma Derneği*, 2011.
51. Ornoy A, Becker M, Weinstein-Fudim L, Ergaz Z. Diabetes during Pregnancy: A Maternal Disease Complicating the Course of Pregnancy with Long-Term Deleterious Effects on the Offspring. *A Clinical Review. Int J Mol Sci.* 2021; 15;22(6):2965.
52. Nakanishi K, Kanagawa T, Fujikawa K, Ishii K, Waguri M. Congenital malformation and hemoglobin A1c in the first trimester among Japanese women with pregestational diabetes. *J Obstet Gynaecol Res.* 2021 Dec;47(12):4164-4170.
53. Martin RB, Duryea EL, Ambia A, Ragsdale A, Mcintire D, Wells CE, Spong CY, Dashe JS, Nelson DB. Congenital Malformation Risk According to Hemoglobin A1c Values in a Contemporary Cohort with Pregestational Diabetes. *Am J Perinatol.* 2021 Oct;38(12):1217-1222.
54. Nielsen GL, Moller M, Sorensen HT. HbA1c in early diabetic pregnancy and pregnancy outcomes: a Danish population-based cohort study of 573 pregnancies in women with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2006; 29: 2612-2616.
55. Inkster ME, Fahey TP, Donnan PT, et al. Poor glycated haemoglobin control and adverse pregnancy outcomes in type 1 and type 2 diabetes mellitus: Systematic review of observational studies. *BMC Pregnancy Childbirth* 2006; 6(1):30. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-6-30>
56. Nekuei N, Kohan S, Kazemi A. Preconception care in diabetic women. *J Educ Health Promot.* 2015; 4: 8.
57. Lu Y, Chen R, Cai J, Huang Z, Yuan H. The management of hypertension in women planning for pregnancy. *British Medical Bulletin*, 2018; 128:75–84.
58. Lecarpentier E, Tsatsaris V, Goffinet F, et al. Risk factors of superimposed preeclampsia in women with essential chronic hypertension treated before pregnancy. *PLoS ONE* 2013; 8(5): e62140.
59. Sule Sengul, Tekin Akpolat, Yunus Erdem, et al, on behalf of the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *Journal of Hypertension* 2016, 34:1208–1217.
60. Martin U, Foreman MA, Travis JC, Casson D, Coleman JJ. Use of ACE inhibitors and ARBs in hypertensive women of child bearing age *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 2008; 33: 507–511.
61. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management NICE guideline [www.nice.org.uk/guidance/ng133](http://www.nice.org.uk/guidance/ng133)
62. Easterling T, Mundle S, Bracken H, et al. Oral antihypertensive regimens (nifedipine retard, labetalol, and methyl dopa) for management of severe hypertension in pregnancy: an open-label, randomised controlled trial. *Lancet.* 2019; 394(10203):1011-1021.
63. Brundage SC. Preconception health care. *Am Fam Physician* 2002; 65:2507-14,2521-2.
64. Riol Lozano JM. Congenital Malformations in Children of Epileptic Mothers with Intrauterine Exposures to Antiepileptic Drugs and Comparison with a Control Group. Update from Pinar del Rio Epilepsy Pregnancy Multicenter Study, Experience 1996–2016. *Neurology Apr* 2017, 88 (16 Supplement) P6.237.
65. Winterbottom JB, Pulman J, Greenhalgh J, Smyth RMD, Marson AG. Preconception counselling for women with epilepsy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 3. Art. No.: CD011007. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011007/full> adresinden 28.02.2020 tarihinde ulaşılmıştır
66. Pomp ER, Lenselink AM, Rosendaal FR, Doggen CJ. Pregnancy, the postpartum period and prothrombotic defects: risk of venous thrombosis in the MEGA study. *J Thromb Haemost* 2008; 6(4): 632-7.
67. Heit JA, Kobbervig CE, Andra H, James, et al. Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: A 30-Year Population-Based Study *Ann Intern Med.* 2005;143:697-706.
68. Devis P, Knuttinen MG. Deep venous thrombosis in pregnancy: incidence, pathogenesis and endovascular management. *Cardiovasc Diagn Ther* 2017; 7 (Suppl 3): S309–S319.
69. Hansen AT, Schmidt M, Horváth-Puhó E, et al. Preconception venous thromboembolism and placenta-mediated pregnancy complications. *J Thromb Haemost* 2015; 13(9):1635-41.

70. Scheres LJJ, Lijfering WM, Groenewegen NFM, et al. Hypertensive complications of pregnancy and risk of venous thromboembolism. *Hypertension*. 2020; 75:781–7.
71. VA Rosenberg, Lockwood CJ. Thromboembolism in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2007; 34(3): 481-500, xi.
72. Okosieme OE, Khan I, Taylor PN. Preconception management of thyroid dysfunction. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2018; 89(3): 269-279.
73. Aghajanian P. Preconception counseling for thyroid disorders. *Ann Thyroid* 2018; 3:16.
74. Poppe K, Velkeniers B. Female infertility and the thyroid. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2004; 18(2): 153-65.
75. Casey BM, Dashe JS, Wells CE, et al. Subclinical Hypothyroidism and Pregnancy Outcomes. *ObstetricsandGynecology* 2005;105(2):239-45.
76. Kuharic M, Rozic D, Karner I. Thyroid autoimmunity and infertility. *South eastern European Medical Journal*, 2017; 1(2):1-10.
77. El Baba KA, Azar ST. Thyroid dysfunction in pregnancy. *Int J Gen Med* 2012; 5: 227–30.
78. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum. *Thyroid*. 2017;27:315-389.

# Altmış Yaş ve Üzeri Hastaların İlaç Uyuncu Konulu Bir Eğitim Çalışması\*

## An Education Study on the Medication Compliance of 60 Years and Older Individuals

Müge Yüksel Güner<sup>1</sup>, Melike Kara<sup>2</sup>, Nurtaç Kavukcu<sup>3</sup>, Murat Çevik<sup>4</sup>, Yasemin Gören<sup>5</sup>, Dilber Kocaarslan<sup>6</sup>, Tijen Şengezer<sup>7</sup>, Dilek Aslan<sup>8</sup>

**Atf/Cite as:** Yüksel Güner M, Kara M, Kavukcu N, et al. Altmış yaş ve üzeri hastaların ilaç uyuncu konulu bir eğitim çalışması. Türk Aile Hek Derg. 2022;26(3):88-94.

### ÖZ

**Amaç:** Yaşlılık döneminde hastalık sıklığı ve kullanılan ilaç sayısı artmaktadır. Bu dönemde ilaç uyuncunun istenilen düzeyde olması yaşlı bireylerin sağlık ve iyilik hâllerine katkı sağlamaktadır. Bununla birlikte, yaşlıların ilaç uyuncunun istenildiği düzeyde olmadığı bilinmektedir. Bu çalışmada, sağlık kurumuna başvuran 60 yaş ve üzeri hastalara yönelik verilen bir eğitim sonrası ilaç uyuncunun belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma, Mart-Temmuz 2019 döneminde iki kamu hastanesinde yapılmıştır. Araştırmaya 60 yaş ve üzeri 315 kişi katılmıştır. Katılımcıların 161'i rutin hizmetlerin sürdüğü (ilaç uyuncunu artırmaya yönelik eğitim verilmeyen) Grup 1'de ve 154'ü ilaç uyuncunu artırmaya yönelik eğitim verilen Grup 2'de yer almıştır. Araştırma kapsamında eğitim "öğrenileni geri anlatma tekniği" ile yapılmıştır. Veri girişi ve analizi için SPSS 23.0 istatistiksel paket programı kullanılmıştır. Analizlerde p değerinin 0.05'in altında olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Eğitim alan katılımcılar arasında ilaçların uzun süreli yararını öğrenme, yan etkilerini bilme, saklama koşullarını öğrenme, ilaçların ne zaman alınmayacağını bilme, kullanılan ilaçlarla ilgili bilgileri tekrarlama kapasitelerinde istatistiksel olarak anlamlı iyileşme kaydedilmiştir (p<0.05).

**Sonuç:** Bu araştırma, sağlık kurumlarında "öğrenileni geri anlatma tekniği" gibi uygun bir eğitim yöntemi kullanılarak yaşlı bireylerin ilaç uyuncunun geliştirilebileceğini ortaya koymuştur. Sağlık çalışanının bu konuya ayıracağı yeterli süre yaşlıların bu konudaki gereksinimlerine yanıt verebilir. Bu gibi tekniklerin rutin sağlık hizmet modellerine entegre edilmesi önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Yaşlı, tedavi, uyuncu, ilaç uyuncu, eğitim

### ABSTRACT

**Background:** In old age, taking medications in the desired dosage contributes to health and well-being and is therefore an essential component of the effectiveness of treatments and ultimately the desired impact on public health and reduction of health care budgets. However, it is known that medication compliance among older persons is frequently not at the desired level. Therefore, this study aimed to determine the medication compliance after patient education was applied among 60 years of age and over individuals in two healthcare facilities in Ankara, Turkey.

**Methods:** This study was conducted in two public hospitals between March and July 2019. 315 people aged 60 and over participated in the study. One hundred and sixty-one participants who received regular health services (without medication compliance education) were in Group 1, and 154 participants who received medication compliance education were in Group 2. The education tool was the "teach-back" method. SPSS 23.0 program was used for data entry and analysis. P values less than 0.05 were indicated for statistical significance.

**Results:** Participants who received education showed a statistically significant improvement in their capacity to understand the long-term benefits of drugs, their side effects, and storage conditions, as well as their knowledge of when the drugs should not be taken and their ability to repeat information about the drugs used (p<0.05).

**Conclusion:** This study has revealed that medication compliance among older individuals can be increased with appropriate communication and training method like the "teach-back" method in healthcare settings. Time allocated by health workers in this regard has the potential to respond to compliance-related needs. It is recommended that such techniques be integrated into routine health service models.

**Keywords:** Aged, medication, medication compliance, education

**Received/Geliş:** 17.11.2021  
**Accepted/Kabul:** 15.08.2022  
**Publication date:** 28.09.2022

**Corresponding Author:**  
**T. Şengezer**

**ORCID:** 0000-0002-3200-8926  
Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara, Türkiye  
✉ tjisengezer@hotmail.com

**M. Yüksel Güner**

**ORCID:** 0000-0003-2734-1780  
Güddül İlçe Devlet Hastanesi, İdari Birim, Ankara, Türkiye

**M. Kara**

**ORCID:** 0000-0002-4983-9996  
Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Müdürlüğü, Ankara, Türkiye

**N. Kavukcu**

**ORCID:** 0000-0003-0046-7797  
Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara, Türkiye

**M. Çevik**

**ORCID:** 0000-0003-4451-177X  
Güddül İlçe Devlet Hastanesi, Aile Sağlığı Merkezi, Ankara, Türkiye

**Y. Gören**

**ORCID:** 0000-0001-9735-075X  
Büyüyük Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Bilecik, Türkiye

**D. Kocaarslan**

**ORCID:** 0000-0003-2054-3208  
Güddül İlçe Devlet Hastanesi, Aile Sağlığı Merkezi, Ankara, Türkiye

**D. Aslan**

**ORCID:** 0000-0002-4053-2517  
Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı, Ankara, Türkiye

\*Makaleye konu olan araştırmanın bazı bulguları, 10-12 Kasım 2021 tarihleri arasında düzenlenen 14th European Public Health Conference etkinliğinde poster olarak sunulmuştur.

## GİRİŞ

Doğum ve ölüm hızlarının giderek düşmesiyle dünya nüfusu yaşlanmaktadır.<sup>[1]</sup> Türkiye’de de nüfusun yaşlanmakta olduğu görülmektedir.<sup>[2]</sup> Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre; 31 Aralık 2021 tarihi itibarıyla 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı %9,7 olmuştur.<sup>[3]</sup> Dünyada da benzer bir eğilim söz konusudur.<sup>[4]</sup> Yaşamın doğal bir parçası olan yaşlılıkla ilgili farklı tanımlar bulunmaktadır.<sup>[5]</sup> Her yaşta olduğu gibi yaşlılık döneminde de sağlıklı olmak<sup>[6]</sup> temel bir amaç olmalıdır. Bu amaca yönelik sağlık eğitiminin önemli bir araç olduğu bilinmektedir.<sup>[7,8]</sup>

Sağlık eğitimi, her yaşta önemli olmakla beraber, yaşlılık döneminde de özellikle sık görülen sorunlarla mücadele için kullanılabilir. Yaşlılık döneminde kronik ve dejeneratif hastalıkların yükünde de bir artış meydana gelmiştir ve yeti yitimi büyük ölçüde bu hastalıklara bağlı olarak görülmektedir.<sup>[1]</sup> Bu dönemde artan kronik ve dejeneratif hastalıklara bağlı olarak ilaç kullanımı da artmaktadır. Yapılan araştırmalarda, yaşlı nüfusun %90’ında 1, %35’inde 2, %23’ünde 3, %15’inde ise 4 veya daha fazla kronik hastalığın bir arada olduğu, ilaç harcamalarının da genç nüfusa göre 3-4 kat daha fazla olduğunu ortaya koyulmuştur.<sup>[9,10]</sup> Farmakolojik etkinin yanı sıra hasta-doktor iletişimi, yaşlıların ilaçlarını tanımları, temin edebilmeleri, doktora gitme sıklıkları, ilaç bilgi düzeyleri, önerilen dozlara uyup uymama ile yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik durum gibi faktörler de oldukça önemlidir.<sup>[11]</sup> Hastanın farklı doktorlara gidip farklı ilaçlar alması, ilaç talebinin yüksek olması, çoğunlukla semptomaya yönelik ilaç kullanılması, doktorların eski ilacı kesip yeni ilaca başlama eğilimi, reçetesiz ilaç kullanma eğilimlerine bağlı olarak da birtakım sorunlar yaşanmaktadır.<sup>[10]</sup> Dolayısıyla çoklu ilaç kullanımının getirdiği bazı göz ardı edilmemesi ve çok yönlü değerlendirilmesi gereken noktalar vardır. Türkiye’de çok merkezli olarak planlanmış ve huzurevlerinde yürütülmüş olan bir araştırmada yaşlı nüfusun en sık kardiyovasküler sistem ilaçları ve analjezikleri kullandığı dikkati çekmiş, çoklu ilaç kullanımı ile ilaç yan etkileri arasında da pozitif ilişki saptanmıştır.<sup>[10,12]</sup>

Polifarmasinin yanında uygunsuz ilaç kullanımı da yaşlıda yan etki riskini artıran temel faktörlerdendir. Bunun dışında, hekimin bilgisi dışında reçetesiz satılan

ürünlerin kullanımı da yan etki artışında etkindir.<sup>[9]</sup> Önlenebilir advers olayların önüne geçmenin en etkili yolu akılcı ilaç kullanımudur. Akılcı ilaç kullanımı süreci, sorunun tanımlanması, tedavi beklentilerinin belirlenmesini gerektirir. Ardından değişik seçenekler içinden en etkili, güvenilir ve olabiliyorsa en basit kullanımlı tedavinin seçilmesi; seçilen tedavinin hastaya anlaşılır bilgiler ve talimatlar verilerek başlanması, sonuçlarının yakından takip ve değerlendirilmesini gerektiren bir yaklaşımdır.<sup>[9,13]</sup> Bu yaklaşımın en önemli parçalarından olan bilgilendirme ve eğitim, ilaç uyuncuyla ilgili istenilen seviyeye erişmek için önemlidir.<sup>[9,10]</sup>

Yukarıda tanımlanan gerekçeler nedeniyle bu araştırmada, iki kamu hastanesine başvuran 60 yaş ve üzeri bireylerin sosyodemografik özelliklerinin ve sağlıkla ilgili bazı riskli davranışlarının belirlenmesinin yanı sıra ilaç kullanımına ilişkin bazı özelliklerinin, ilaç kullanma durumlarının saptanması ve sağlık çalışanları tarafından yapılan bir eğitim çalışması sonrasında eğitim alan grubun ilaca uyuncu konusundaki farkındalıklarının ortaya konulması amaçlanmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

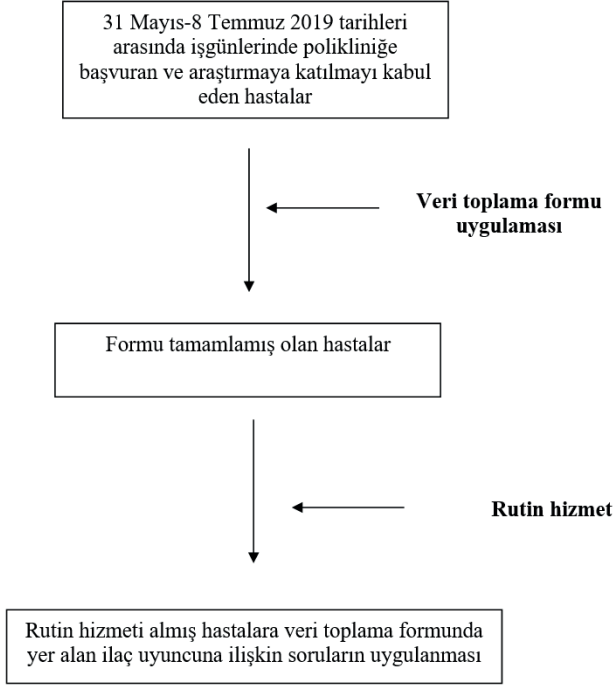
### Araştırmanın yeri ve zamanı

Araştırma, bir İlçe Entegre Devlet Hastanesi, Aile Sağlığı Merkezi (Kurum 1) ve bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Semt Polikliniği’nde (Kurum 2) 26 Mart-8 Temmuz 2019 tarihleri arasında yapılmıştır.

### Araştırmanın katılımcıları, kapsamı ve tasarımı

Araştırmanın evrenini her iki kuruma başvuran ve Alzheimer Hastalığı, demans tanısı almamış karşılıklı iletişim sağlanabilen (işitme ve görme kaybı olmayan) 60 yaş ve üzeri yaşlılar oluşturmaktadır. Rutin hizmetlerin sunulduğu, ilaç uyuncunu artırmaya yönelik eğitim verilmeyen Grup 1 (n=161) ve ilaç uyuncunu artırmak amacıyla eğitim verilen Grup 2 (n=154) kişidir (toplam 315 kişi).

Grup 1, kliniklere 31 Mayıs-8 Temmuz 2019 tarihleri arasında işgünlerinde başvuran hastalardır. Grup 1 ile ilgili akış şeması Şekil 1’de sunulmuştur. Grup 1’de yer alan hastalar ilaç uyuncu ile ilgili herhangi bir eğitim almamıştır.



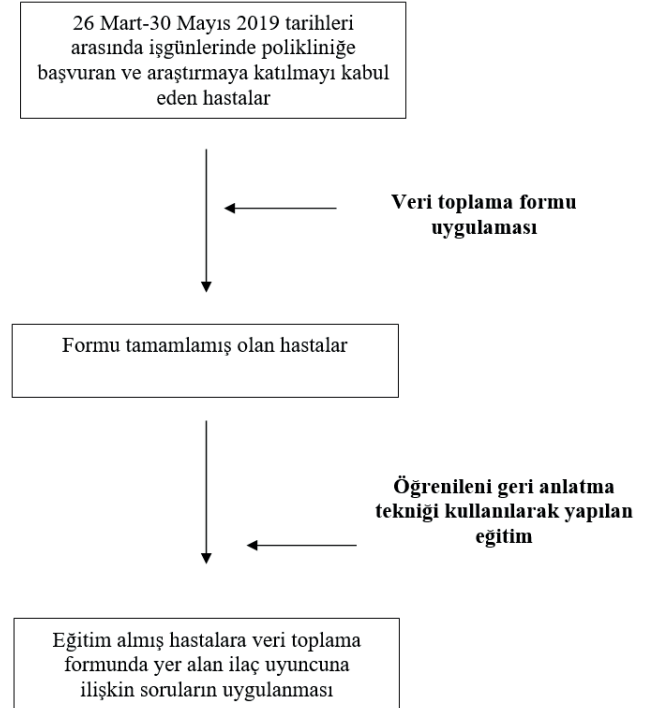
Şekil 1. Grup 1 ile ilgili akış şeması

Grup 2, kliniklere 26 Mart-30 Mayıs 2019 tarihleri arasında iş günlerinde başvuran hastalardır. Araştırmada ilaç uyuncunu artırmak amacıyla “öğrenileni geri anlatma tekniği” kullanılarak araştırmacılar tarafından eğitim verilmiştir. Eğitim veren araştırmacılar eğitim vermeden önce kendi aralarında standart yaklaşımı geliştirdikleri bir hazırlık aşamasını tamamlamışlardır. “Öğrenileni geri anlatma tekniği”, hastanın sağlık okuryazarlığı düzeyine bakılmaksızın, sağlık personeli tarafından hastaya verilecek bilgilerin sade bir dille, tıbbi terimler kullanmadan aktarılması ve ardından hastanın kendi sağlığıyla ilgili bilmesi gereken şeyleri kendi söylemleri ile yinelemelerinin sağlanmasıdır. Bu sayede, verilen bilgilerin daha iyi anlaşılması sağlanarak tedavi uyuncuna katkı sağlanması amaçlanırken, aynı zamanda verilen bilginin eğitim verilen kişi tarafından anlaşılıp anlaşılmadığı kontrol edilebilir.<sup>[14]</sup>

Grup 2 ile ilgili akış şeması Şekil 2’de sunulmuştur.

### Araştırmanın değişkenleri

Tedaviye uyuncu ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeyi araştırmanın bağımlı değişkenidir. Sosyodemografik özellikler (cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durum, ekonomik düzey, yalnız ya da birlikte yaşama vb.), kronik hastalık tipi ve sayısı, sağlıklı/riskli yaşam davranışları araştırmanın bağımsız değişkenleri arasındadır.



Şekil 2. Eğitim sürecine ilişkin akış şeması

### Araştırmanın insan gücü

Araştırmaya sekiz araştırmacı farklı aşamalarda katkı sunmuştur.

### Araştırmaya dâhil olma, araştırmaya almama ve araştırmadan çekilme kriterleri

Altmış yaş ve üzeri olmak, en az bir kronik hastalığı nedeniyle doktor tarafından ilaç yazılmış ve kullanıyor olmak, çalışmaya katılma konusunda gönüllü olmak araştırmaya dâhil edilme kriterleridir. Birincil ve ikincil bilişsel sağlık sorunu olmak, karşılıklı iletişim sağlanamaması (işitme ve görme kaybı olan) dışlanma kriteri olarak belirlenmiştir.

### Verilerin analizi

Verilerin analizi SPSS 23.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Frekans dağılımları, eğitim verilen grubun değişimleri ile ilgili karşılaştırmalar yapılmıştır.

### İzinler

Araştırmanın yapılabilmesi için kurumsal izinlerin yanı sıra Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul izni alınmıştır. Araştırmaya katılım konusunda katılımcıların onamları alınmıştır.

## BULGULAR

Katılımcıların sosyodemografik bazı özellikleri Tablo 1’de sunulmuştur. Grup 1’de yer alan katılımcıların %40,4’ü 65-74 yaş grubunda (n=65), %70,8’i kadın (n=114), %72,0’i evli (n=116), %34,4’ü ilkokul mezunudur (n=56) ve %93,8’i çalışmamaktadır (n=151). Grup 2’de yer alan katılımcıların 45,5’i 65-74 yaş grubunda (n=70), %53,9’u kadın (n=83), %72,5’i evli (n=111), %41,6’sı ilkokul mezunudur (n=64) ve %93,5’i çalışmamaktadır (n=144). Grup 1 ve 2, cinsiyet ve öğrenim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır (p<0.05).

Katılımcıların bazı sağlıklı/riskli davranışları Tablo 2’de sunulmuştur. Grup 1’de yer alan katılımcıların, %75,1’i kendisini sağlıklı algılamakta (n=121), %65,8’i beslenme alışkanlıklarını sağlıklı olarak algılamakta (n=106), %56’5’i düzenli olarak bedensel etkinlik yapmamakta (n=91) ve %7,5’i hâlen tütün ürünü kullanmaktadır (n=12). Grup 2’de yer alan katılımcıların, %74,0’i kendisini sağlıklı algılamakta (n=114), %61,7’si beslenme alışkanlıklarını sağlıklı olarak algılamakta (n=95), %51,3’ü düzenli olarak

bedensel etkinlik yapmamakta (n=79) ve %11,2’si hâlen tütün ürünü kullanmaktadır (n=17). Grup 1 ve 2 katılımcıları tütün ürünü kullanma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır (p<0.05).

Katılımcıların hekim önermeden, “kendi kendine” ilaç kullanım durumları Tablo 3’te sunulmuştur. Grup 1’de yer alan katılımcıların %10,6’sı (n=17) ve Grup 2’de yer alan katılımcıların %16,3’ü (n=25) hekim tarafından önerilmeden ilaç kullanmaktadır. Grup 1 ve 2 arasında hekim önermeksizin ilaç kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Rutin hizmet verilen ve eğitim yapılan gruplara ilaç uyuncu ile ilgili bazı sorular sorulmuştur. Eğitim verilen grup tarafından uyuncu işaret eden sorulara verilen “evet” yanıtlarının yüzdesi yalnızca bir kategori (“Zamanı geldiğinde ilacımı/ilaçlarımı düzenli olarak yazdıracağım.”) dışında bütün başlıklar için rutin hizmet sunulan grubun verdiği yanıt yüzdelerinden daha yüksek bulunmuştur. İki grup arasında ilaç kullanımı konusunda görüş/yaklaşımlar açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark; “İlacımın/ilaçlarımın

**Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Bazı Özellikleri**

Özellik	Grup 1 (Rutin hizmetler)		Grup 2 (Rutin hizmetler ve uyuncu eğitimi)		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>Yaş</b>					0,7
60-64	46	28,6	42	27,2	
65-74	<b>65</b>	<b>40,4</b>	<b>70</b>	<b>45,5</b>	
75-84	40	24,8	36	23,4	
85 ve üzeri	10	6,2	6	3,9	
Ortalama	70,16±7,97		70,27±7,47		
Ortanca	69		70		
Alt-üst değer	60-92		60-100		
<b>Cinsiyet</b>					<b>0,02</b>
Erkek	47	29,2	71	46,1	
Kadın	114	70,8	83	53,9	
<b>Medeni durum</b>					0,11
Evli	<b>116</b>	<b>72,0</b>	<b>111</b>	<b>72,5</b>	
Evli değil	1	0,6	6	3,9	
Eşi ölmüş/eşinden ayrılmış	44	27,3	36	23,5	
<b>Öğrenim durumu</b>					<b>0,009</b>
Okumaz yazmaz	45	28,0	25	16,2	
Okur-yazar	29	18,0	22	14,3	
İlkokul	<b>56</b>	<b>34,8</b>	<b>64</b>	<b>41,6</b>	
Ortaokul	9	5,6	6	3,9	
Lise	16	9,9	17	11,0	
Üniversite	6	3,7	20	12,9	
<b>Çalışma durumu</b>					0,9
Çalışıyor	10	6,2	10	6,5	
Çalışmıyor	<b>151</b>	<b>93,8</b>	<b>144</b>	<b>93,5</b>	
<b>Toplam</b>	<b>161</b>	<b>100,0</b>	<b>154</b>	<b>100,0</b>	

**Tablo 2. Katılımcıların Bazı Sağlık/Riskli Davranışları**

Davranış	Grup 1 (Rutin hizmetler)		Grup 2 (Rutin hizmetler ve uyunc eğitimi)		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>Sağlık durumu ile ilgili algı</b>					0,528
Çok sağlıklı	10	6,2	16	10,4	
<b>Sağlıklı</b>	<b>121</b>	<b>75,1</b>	<b>114</b>	<b>74,0</b>	
Fikri yok	9	5,6	10	6,5	
Sağlıksız	18	11,2	11	7,1	
Çok sağlıksız	3	1,9	3	1,9	
<b>Beslenme alışkanlıkları ile ilgili algı</b>					0,239
Çok sağlıklı	30	18,6	37	24,0	
<b>Sağlıklı</b>	<b>106</b>	<b>65,8</b>	<b>95</b>	<b>61,7</b>	
Fikri yok	14	8,6	7	4,5	
Sağlıksız	10	6,2	15	9,7	
Çok sağlıksız	1	,6	-	-	
<b>Düzenli olarak bedensel etkinlik yapma</b>					0,207
Evet	70	43,5	75	48,7	
<b>Hayır</b>	<b>91</b>	<b>56,5</b>	<b>79</b>	<b>51,3</b>	
<b>Tütün ürünü kullanma</b>					<0,05
Hiç kullanmadı	115	71,4	75	49,3	
Daha önce kullandı, bıraktı	34	21,1	60	39,5	
Halen kullanıyor	<b>12</b>	<b>7,5</b>	<b>17</b>	<b>11,2</b>	
<b>Toplam</b>	<b>161</b>	<b>100,0</b>	<b>152</b>	<b>100,0</b>	

**Tablo 3. Katılımcıların Hekim Önermeden, “Kendi Kendine” İlaç Kullanım Durumları**

Davranış	Grup 1 (Rutin hizmetler)		Grup 2 (Rutin hizmetler ve uyunc eğitimi)		p
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
<b>Hekim önermeden kendi kendine ilaç kullanma</b>					0,09
Evet	<b>17</b>	<b>10,6</b>	<b>25</b>	<b>16,3</b>	
Hayır	144	89,4	128	83,7	
<b>Toplam</b>	<b>161</b>	<b>100,0</b>	<b>153</b>	<b>100,0</b>	

uzun süreli yararlarını/etkilerini öğrendim.”, “İlacımın/ilaçlarımın yan etkilerini öğrendim.”, “İlacımı/ilaçlarımı nasıl saklayacağımı öğrendim.”, “İlacımı/ilaçlarımı ne zaman almamam/kesmem gerektiğini öğrendim.” ve “İlacım/ilaçlarım ile ilgili bana anlatılanları yineleyebilirim /anlatabilirim.” kategorilerinde olmuştur (p<0,05).

## TARTIŞMA

Yaşlılık döneminde ilaç uyuncunun geliştirilmesine yönelik olarak yapılmış olan bu çalışma, uygun eğitimlerin planlanması durumunda olumlu sonuçlar alınabileceğini göstermiştir (Tablo 4). Bununla birlikte, sonuçların ihtiyatlı yorumlanması uygun olur. Araştırmaya katılan grupların cinsiyet ve öğrenim durumu açısından istatistiksel açıdan farklı olması (Tablo 1) grupların ilaç uyuncuna ilişkin temel düzeylerinin farklı olmasına ve bu farklılığın da eğitim sonucunu

etkilemiş olma olasılığı bulunmaktadır. Öte yandan, eğitim öncesi gruplar arasında “hekime yazdırmadan ilaç kullanma” durumunun benzer (Tablo 3) olması bu olasılığın düşük olduğuna dair bir bulguyu da ortaya koymaktadır. Gruplar arasında sağlık durumunun algı düzeyinde de olsa benzer olması (Tablo 2), kullanılan ilaçların birbirinden çok farklı olmama olasılığını desteklemektedir. Eğitim verilen grup için tespit edilen uyunca ilişkin verilerin bu bilgiler dikkate alınarak yorumlanmasında yarar vardır. İlaç uyuncunun artmasının özellikle polifarmasinin sık görüldüğü yaşlı bireyler arasında istenmeyen etkilerin önlenmesi açısından da önemli<sup>[9,13]</sup> olduğu düşünüldüğünde, yapılan eğitim çalışmalarının rutin hizmetler içinde yer almasının yararlı olacağı öngörülebilir. İlaçlarla ilgili bilgi düzeyinin ilaç uyuncunu etkileyen önemli bir faktör olduğu Wakui N ve ark. (2022) tarafından ortaya konulmuştur.<sup>[15]</sup>



**Tablo 4. Grup 1 ve Grup 2'nin İlaç Uyuncunu Değerlendiren Sorulara "Evet" Olarak Verdikleri Yanıtlar (%)**

Uyuncu ile ilgili temel eğilimler	Grup 1	Grup 2	p
İlacımı/ilaçlarımı zamanında almaya dikkat ederim/edeceğim.	97,5	98,7	0,05
İlacımı/ilaçlarımı almayı unutmamak için önlemler alacağım.	98,1	99,4	0,372
Kendimi iyi hissettiğimde ilaçlarımı almaya devam edeceğim.	98,8	99,4	0,225
Bazen kendimi kötü hissettiğimde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünürsem ilacı almayı kesmeden önce doktora danışacağım.	99,7	100,0	0,5
Zamanı geldiğinde ilacımı/ilaçlarımı düzenli olarak yazdıracağım.	98,8	98,1	0,308
İlacımın/ilaçlarımın uzun süreli yararlarını/etkilerini öğrendim.	80,1	97,4	<0,05
İlacımın/ilaçlarımın yan etkilerini öğrendim.	70,8	98,1	<0,05
İlacımı/ilaçlarımı ne zaman alacağımı öğrendim.	99,4	100,0	0,5
İlacımı/ilaçlarımı nasıl alacağımı öğrendim.	99,4	99,4	0,7
İlacımı/ilaçlarımı nasıl saklayacağımı öğrendim.	90,1	100,0	<0,05
İlacımı/ilaçlarımı ne zaman almamam/kesmem gerektiğini öğrendim.	74,5	98,1	<0,05
Hekime ne zaman gelmem gerektiğini (acil durumlar, kontrol zamanı vb.) öğrendim.	95,0	98,7	0,160
İlacım/ilaçlarım ile ilgili bana anlatılanları tekrarlayabilirim/anlatabilirim.	72,7	98,7	<0,05

İlaç uyuncunu artırmak için eğitimin yanı sıra farklı konuları da düşünmek yararlı olur. Çünkü, uyuncu gerileten bilgi eksikliği dışında nedenler de bulunmaktadır. Örneğin, depresyon gibi ruhsal hastalıkların varlığının ilaç uyuncunu olumsuz etkilediği belirtilmektedir.<sup>[16]</sup> Bu konuda başka faktörler de etkili olabilmektedir. Yap ve ark., yaşlılık döneminde ilaç uyuncunu etkileyen durumları hastalara ilişkin faktörler, ilaçlardan kaynaklanan nedenler, hekimden kaynaklanan durumlar, sistem temelli nedenler olarak kategorize etmişlerdir.<sup>[17]</sup> Bu faktörlerin bir kısmı bu çalışmada olduğu gibi eğitimler aracılığıyla çözülebilirken, bir kısmı da sistem temelli değişikliklere gereksinim duyabilir. Örneğin, ilaca erişimle ilgili sorun yaşayan birey, en üst düzeyde eğitim de olsa kendisi için gerekli olan ilacın sağlanamamasından kaynaklı olarak önerilen şekilde ilacını kullanamayabilir. Bu gibi örnekleri çoğaltmak olanaklıdır.

Araştırmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Gruplar arasında cinsiyet ve öğrenim düzeyi açısından farklılıklar olması, araştırmanın verilerinin sözel bildirimle dayalı olarak toplanmış olması, değerlendirmenin kısa süreli olması, araştırmanın izleme bileşeninin olmaması ve sonuçların topluma genellenememesi başlıca kısıtlılıklar arasındadır.

Sonuç olarak, yaşlılara yönelik eğitim çalışmalarının bu dönemde sık görülen sorunların çözülmesine katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu gibi çalışmaların sürekli olarak yapılabilmesi, sağlık çalışanlarının yaşlılara yönelik olarak kullanabilecekleri eğitim teknikleri ile ilgili eğitilebilmesi gelecek için öneriler arasındadır. Bununla birlikte, eğitim süreçlerinin rutin hizmetlere entegre edilmesi daha kalıcı ve sürekli bir çözüm için daha da önem kazanmaktadır.

**Etik Kurul Onayı:** Bu araştırma için Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15.09.2019 tarihinde onay alınmıştır.

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Ethics Committee Approval:** The study was approved by Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee on September 15, 2019.

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

## KAYNAKÇA

1. Fişek HN. Halk Sağlığına Giriş. Ankara, HÜ-DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2, 1983.
2. Türkiye Cumhuriyet Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistik Yıllığı 2020. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022.pdf.pdf?0> adresinden 4.7.2022 tarihinde erişilmiştir.
3. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2021-45500> adresinden 4.7.2022 tarihinde erişilmiştir.
4. WHO Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health. Geneva. World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, 2017.
5. Beğzer T, Yavuzer H. Yaşlılık ve yaşlılık epidemiyolojisi. Klinik Gelişim 2015; 25:1-3.
6. WHO (World Health Organization). Constitution of the World Health Organization, 1946. [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) adresinden 3.5.2021 tarihinde erişilmiştir.
7. Gökkoca ZU. Sağlık eğitimi açısından temel ilkeler. STED 2001; 10: 371-374.

8. Golinowska S, Ricciardi W, et al. Health Promotion for Older People in Europe. Cracow: Jagiellonian University, 2017.
9. Güneş D. Yaşlıların ilaç kullanımı konusundaki bilgileri ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. İç Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi -20149.
10. Kutsal YG. Yaşlılarda Çoklu İlaç Kullanımı. Geriatrik Bilimler Araştırma Merkezi-GEBAM, Ankara, 2006.
11. Topbaş M, Yarış F, Çan G. Yaşlılar kullandıkları ilaçlarla ilgili yeterli bilgiye sahipler mi?: Trabzon'da bir Sağlık Ocağı bölgesindeki araştırma sonuçları. Ege Tıp Dergisi 2003; 42 (2): 85-90.
12. Bıyık A, Özgür G, Özsoy SA, Erefe İ, Emeç-Uysal A, Özer M ve ark. Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilaç kullanma davranışları. Türk Geriatri Dergisi 2002; 5(2): 68-74.
13. Akıncı, A. Akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda yaşlılarda reçete yazma ve Türkiye'de yaşlılarda ilaç kullanımının boyutları. Türk Geriatri Dergisi 2006; Özel Sayı: 19-27.
14. Brega AG, Barnard J, Mabachi NM, Weiss BD, Dewalt DA, Brach C, Cifuentes M, Albright K, West DW, AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit, 2nd Edition <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/healthlittoolkit2-tool5.html> adresinden 30.04.2018 tarihinde erişilmiştir.
15. Wakui N, Ozawa M, Yanagiya T, Endo S, Togawa C, Matsuoka R, Shirozu S, Machida Y, Kikuchi M. Factors associated with medication compliance in elderly patients with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study. Front Public Health. 2022 Jan 11;9:771593.
16. Acharya T, Agius M. Poor Compliance as a sign of depression. why might an elderly man stop his medication?. Psychiatr Danub. 2018;30(Suppl 7):630-632.
17. Yap AF, Thirumoorthy T, Kwan YH. Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults. Geriatr Gerontol Int. 2016;16(10):1093-1101.

# Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunumunda Algılanan Sosyal Destek ile Psikiyatrik Belirtiler Arasındaki İlişkinin Araştırılması

## Investigation of The Relationship Between Perceived Social Support and Psychiatric Symptoms In Primary Health Care Delivery

Ferit Şahin<sup>1</sup>, Murat Çakmak<sup>2</sup>

**Afif/Cite as:** Şahin F, Çakmak M. Birinci basamak sağlık hizmet sunumunda algılanan sosyal destek ile psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkinin araştırılması. Türk Aile Hek Derg. 2022;26(3):95-101.

### ÖZ

**Amaç:** Son yıllarda psikiyatrik belirtilerle ilişkili önemli bir faktör olarak “algılanan sosyal desteğin” önemi üzerinde durulmaktadır. Ülkemizde bu konuyu birinci basamakta araştıran bir çalışma yoktur. Bu çalışmanın temel amacı, bir aile sağlığı merkezine başvuran bireylerde algılanan sosyal destekle psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

**Yöntem:** Bu çalışma, 20 Mayıs 2021-16 Temmuz 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini bir aile sağlığı merkezine herhangi bir nedenle başvuran, ölççeklerle ilgili yönergeleri okuyup anlayabilecek bilişsel yeterliliğe sahip ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 18-65 yaş arası erişkin bireyler oluşturmuştur. Toplamda 210 hasta çalışmayı tamamlamıştır. Katılımcılardan sosyodemografik veri formu, belirti tarama listesi 90-R ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinde yer alan soruları yanıtlamaları istenmiştir. Tek değişkenli analizler için bağımsız örneklem t testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Algılanan sosyal destek ve psikiyatrik belirtiler arasındaki özgün ilişkiyi incelemek için çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan 210 katılımcının %52,4’ü (n=110) kadın, %47,6’sı (n=100) erkektir. Lise ve altı eğitim düzeyine sahip hastaların oranı %59 (n=124), üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip hastaların oranı ise %41’dir (n=86). Evli olanların oranı %55,2 (n=116), bekâr olanların oranı ise %44,8 (n=94)’dir. Pearson korelasyon analizi, algılanan sosyal destek puanları ile genel psikopatoloji puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve zıt yönlü bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur (r=-0.314, p<0.001). Çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre de algılanan sosyal destekle psikiyatrik belirtiler arasında zıt yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (β=-0.223, p<0.001).

**Sonuç:** Bu çalışmanın sonuçlarına göre, algılanan sosyal destek düzeyi düşük olan bireylerde psikiyatrik belirtiler daha fazla görülmektedir. Bu nedenle algılanan sosyal desteğin, hastaların ruh sağlığını korumayı ve iyileştirmeyi amaçlayan sağlık çalışanları için önemli bir terapötik hedef olduğu akıldta tutulmalı ve hastaların sosyal destek algılarını iyileştirmeye yönelik stratejiler belirlenmeli ve klinik uygulamada kullanılmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Birinci basamak sağlık hizmeti, sosyal destek, psikiyatrik belirtiler

### ABSTRACT

**Objective:** In recent years, the importance of “perceived social support” has been emphasized as an important factor associated with psychiatric symptoms. However, no study has yet examined this issue in primary care in Turkey. The main purpose of this study is to investigate the relationship between perceived social support and psychiatric symptoms in individuals applying to a family health center.

**Methods:** This study was conducted between 20 May 2021 and 16 July 2021. The study sample consisted of individuals aged 18-65 years who had registered with a family health center, were cognitively able to read and understand the instructions related on the scales, and volunteered to participate in the study. A total of 210 patients completed the study. Participants were asked to answer questions on the sociodemographic data form, the Symptom Checklist 90-R, and the Multidimensional Perceived Social Support Scale. Independent sample t-test and Pearson correlation analysis were used for univariate analyses. Multiple regression analysis was used to examine the unique association between perceived social support and psychiatric symptoms.

**Results:** Of the 210 participants who participated in the study, 52.4% (n=110) were female, and 47.6% (n=100) were male. The rate of patients with high school or lower education levels was 59% (n=124), while the rate of patients with university or higher education levels was 41% (n=86). The rate of married people was 55.2% (n=116), while the rate of those who are single was 44.8% (n=94). Pearson correlation analysis yielded a statistically significant inverse relationship between perceived social support scores and general psychopathology scores (r=-0.314, p<0.001). According to the results of multiple regression analysis, it was determined that there was a significant inverse relationship between perceived social support and psychiatric symptoms (β=-0.223, p<0.001).

Telif hakkı © 2022 Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği.

Bu dergide yayınlanan bütün makaleler Creative Commons 4.0 Uluslararası Lisansı (CC-BY) ile lisanslanmıştır.

Copyright © 2022 Turkish Association of Family Physicians.

Licensed by Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY)

Received/Geliş: 21.11.2021

Accepted/Kabul: 28.07.2022

Publication date: 28.09.2022

Corresponding Author:

F. Şahin

ORCID: 0000-0003-2686-3990

İzmit Devlet Hastanesi, Psikiyatri

Bölümü, Bursa, Türkiye

✉ feritsahin.dr@gmail.com

M. Çakmak

ORCID: 0000-0003-1010-4172

Yerköy 4 No’lu Aile Sağlığı Merkezi,

Yozgat, Türkiye

**Conclusion:** According to the results of this study, psychiatric symptoms are less common in individuals with high perceived social support levels. As a result, healthcare professionals aiming to protect and improve patients' mental health should keep in mind that perceived social support is an important therapeutic target, and strategies to improve patients' perceptions of social support should be determined and used in clinical practice.

**Keywords:** Primary health care, social support, psychiatric symptoms

## GİRİŞ

Son yıllarda psikiyatrik belirtilerin oluşumunda biyolojik faktörlerin yanında psikososyal etkenlerin de incelenmesine olan ilgi her geçen gün artmıştır. 1977 yılında George Engel tarafından öne sürülen biyopsikososyal modele göre hastalıklar biyolojik, psikiyatrik ve sosyal etkenlerin karmaşık etkileşimi ile şekillenmektedir.<sup>[1]</sup> Buna göre, her bir etkendeki bozulma diğer etkenleri de olumsuz yönde etkilemektedir. Aile hekimliği hizmetleri de biyopsikososyal model rehber alınarak bütüncül bir yaklaşımla hastaların değerlendirilmesini gerektirir. Bu amaçla, ülkemizde 2017 yılında hazırlanan ve devam eden birinci basamakta ruh sağlığı hizmetlerini güçlendirme eğitimleri, güncel psikiyatrik yaklaşımlar konusunda birinci basamak sağlık uygulamalarını güçlendirip aile hekimlerinin, ruh sağlığına yönelik tıbbi tedavinin yanında psikososyal destek müdahale yöntemleri hakkında farkındalıklarının artırılmasını amaçlamaktadır.

Psikososyal girişimlerin etkili bir şekilde yürütülebilmesi sosyal destek kavramının bilimsel temelde anlaşılmasıyla olasıdır. Sosyal destek, bireyin sosyal çevresinden sağlanan her türlü maddi ve manevi destek olarak tanımlanmakta olup, hem bireyler üzerindeki direkt olumlu etkileriyle genel iyilik hâlinin sürdürülmesinde hem de stresli durumlarda bir tampon görevi görerek ruh sağlığının iyileştirilmesine önemli bir katkıda bulunmaktadır.<sup>[2]</sup> Sosyal destek ve ruh sağlığı ilişkisini araştıran çalışmalarda, sosyal desteğin alınan ve algılanan sosyal destek olmak üzere iki başlık altında ele alındığı görülmektedir. Alınan destek başkaları tarafından sağlanan her türlü maddi ve manevi desteğe karşılık gelirken algılanan destek, gerektiğinde bu tür yardımcı davranışların sağlanacağı inancını gösterir.<sup>[3]</sup> Sosyal çevreyle bireylerin algıları, yorumlamaları ve değerlendirmeleri arasındaki karmaşık etkileşimin bir sonucu olarak ortaya çıkan algılanan sosyal destek, alınan sosyal desteğe göre ruh sağlığıyla daha güçlü bir ilişkiye sahiptir.<sup>[4]</sup>

Algılanan sosyal destek ve ruh sağlığı arasındaki ilişkinin iki yönlü olduğu düşünülmektedir. Çünkü algılanan sosyal destek, çevrenin bireysel algılanması, yorumlanması ve değerlendirilmesi sonucunda ortaya

çıkılmaktadır. Ruhsal bozukluklarda bilişsel çarpıtmalar nedeniyle bireyler çevrelerinde gelişen olayları hatalı bir şekilde algılama ve yorumlama yoluna gidebilir.<sup>[5]</sup> Bilişsel çarpıtmalar sonucunda ortaya çıkan olumsuz düşünceler, duygular ve davranışlar ise kişiler arası ilişkilerde bozulmalara yol açabilmektedir.<sup>[6]</sup> Diğer yandan, sosyal destek kaynaklarının çeşitli nedenlerle azalmış olması da bireylerin ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Çünkü sosyal desteğin bireylerin karşılaştıkları sorunlarla ve stresle baş edebilmesinde önemli bir başa çıkma mekanizması olduğu bilinmektedir.

Ülkemizde algılanan sosyal desteğin genel psikopatolojiyle ilişkisi araştırılırken genellikle üniversite öğrencileri, bakım verenler, sağlık çalışanları, genel toplum gibi klinik olmayan örneklem üzerinde araştırmalar yapılmıştır. Diğer yandan, birinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarının psikiyatrik belirtileri olan bireylerle sık sık karşılaştığı göz önünde bulundurulduğunda, sosyal destek ve psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişkinin aile sağlığı merkezine başvuran bireylerde araştırılmasının önemli olduğu düşünülmüştür. Bu çalışmada, bir aile sağlığı merkezine başvuran bireylerde psikiyatrik belirtilerle algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

### Örneklem

Bu araştırma, bir aile sağlığı merkezinde 20 Mayıs 2021-16 Temmuz 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Bu tarihler arasında aile sağlığı merkezine başvuran, ölçek formlarını doldurabilecek düzeyde bilişsel yeterliliği olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaş aralığındaki bireyler çalışmaya alınmıştır. Tüm katılımcılar, çalışmaya katılmadan önce aydınlatılmış onam formunu okuyup imzalamışlardır. Çalışmanın öncesinde gerekli minimum örneklem sayısı belirlenirken G\*Power 3.1.9.2 programı kullanılmıştır. Orta düzeyde bir etki büyüklüğü beklendiğinden orta etki büyüklüğünde gereken minimum katılımcı sayısı %95 güç ve 0.05 anlamlılık düzeyinde 74 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya toplamda 210 katılımcı katılmıştır.

### Veri Toplama Araçları

Araştırmanın amacı doğrultusunda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve kronik hastalık varlığı gibi temel bilgilerin sorulduğu sosyodemografik veri formunun yanı sıra belirti tarama listesi (BTL 90-R) ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ) kullanılmıştır.

Belirti tarama listesi Derogatis ve ark. (1976) tarafından bireylerde psikiyatrik belirtilerin belli alt tiplerini ve bunların düzeylerini ölçmek için geliştirilmiştir.<sup>[7]</sup> Öz bildirime dayalı 5'li Likert tipi bir ölçektir. Toplam 90 maddeden oluşmaktadır. Her maddeye 0-4 arasında puan verilir. Her bir maddenin puanlarının toplamı 90'a bölünerek toplam ölçek puanı elde edilir. Somatizasyon (12 madde), obsesif-kompulsif (10 madde), depresyon (13 madde), kaygı (10 madde), kişiler arası duyarlılık (9 madde), düşmanlık (6 madde), fobik kaygı (7 madde), paranoid düşünce (6 madde), psikotizm (10 madde) olarak belirlenmiş 9 alt ölçeği vardır. Diğer 7 madde ise alt ölçeklerin dışındadır.<sup>[8]</sup> Alt ölçek puanları, ilgili maddelerin puanlarının ortalaması alınarak elde edilir. Ölçeğin tamamından veya alt ölçeklerinden alınan puanlar 0-4 arasında değişmektedir. Ölçek puanı arttıkça psikiyatrik belirtilerin düzeyi de artmaktadır. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir olduğu bildirilmiştir.<sup>[9]</sup>

Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (ÇBASDÖ)'nin orijinali Amerika Birleşik Devletleri'nde Zimet ve ark. (1988) tarafından algılanan sosyal destek düzeyini ölçmek için geliştirilmiştir.<sup>[10]</sup> Ölçekte "kesinlikle katılmıyorum" ve "kesinlikle katılıyorum" şeklinde 1'den 7'ye kadar derecelendirilmiş 12 madde bulunmaktadır. Ölçek, her biri 4 maddeden oluşan "aile", "arkadaş" ve "diğer önemli kişiler" alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Toplam ölçek puanı, her bir maddenin toplanmasıyla elde edilmektedir. Toplam ölçekten alınan minimum puan 12, maksimum puan 84'tür. Ölçek puanı arttıkça algılanan sosyal destek düzeyi de artmaktadır. Alt ölçek puanları 4 ile 28 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonu farklı örneklerde yapı geçerliliği açısından farklılıklar göstermekle birlikte, özellikle medikal ve psikiyatrik örneklerde geçerli ve güvenilir olduğu bildirilmiştir.<sup>[11,12]</sup> Ölçek, son 25 yılda ülkemizde yapılan, algılanan sosyal destek düzeylerini ve bunun çeşitli değişkenlerle ilişkisini değerlendiren çalışmalarda yaygın olarak kullanılmıştır.

### İstatistiksel Analiz

Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma olarak sunulmuştur. Çarpıklık ve basıklık değerleri (-1,5) ile (+1,5) arasında olan numerik verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir.<sup>[13]</sup> Numerik veriler bağımsız değişkenler arasında normal dağılım gösterdiği için bağımsız değişkenlerin genel belirti düzeyiyle ilişkisinin tek tek incelenmesinde bağımsız örneklem t testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Bunlardan anlamlı farklılık olduğu saptanan bağımsız değişkenlerin hangilerinin genel belirti düzeyini etkilediğinin tespit edilmesinde çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. Çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmadan önce testle ilgili varsayımların sağlanıp sağlanmadığı kontrol edilmiştir. Bağımlı değişkenle bağımsız değişkenler arasında doğrusal bir ilişki olup olmadığı saçılım grafikleriyle, veri setlerinde önemli uç değerler olup olmadığı casewise diagnostics tablosuyla incelenmiştir. Casewise diagnostics tablosunda 3 tane uç değer tespit edilmiş, ancak veri setine önemli bir etkisi olmadığı düşünülerek bunlar analizden dışlanmamıştır. Hataların tesadüfi olup olmadığını gösterilmesinde yani rezidüel (kalıntı) değerler ile bağımsız değişkenler arasında bir ilişki olup olmadığını test edilmesinde Durbin Watson testi sonucunun 1,5-2,5 arasında olması kriteri kullanılmıştır. Buna göre Durbin Watson değeri 2.010 olarak bulunduğu hata rastlantısal olduğu varsayımının sağlandığı düşüncesine varılmıştır. Rezidüel (kalıntı) değerler ile standart değerler arasındaki saçılım grafiklerinin incelenmesi sonucu varyansların eşitliği varsayımının sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır. Kalıntı değişkenlerin yaklaşık olarak normal dağıldığının test edilmesinde Shapiro Wilk testi kullanılmıştır. Çoklu doğrusallık sorununun olup olmadığını tespit edilmesinde VIF (Variance Inflation Factor) değerlerine bakılmış ve buna göre VIF değerlerinin 10'dan küçük olması durumunda çoklu doğrusallık sorunu olmadığı düşüncesine varılmıştır. Bu çalışmada da VIF değerlerinin her bir bağımsız değişken için 1-2 aralığında olduğu bulunmuştur. Tüm varsayımlar sağlandıktan sonra çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Tüm ilişki testleri <0.05 anlamlılık düzeyinde ve %95 güven aralığında, veri analizleri, IBM SPSS Statistics for Windows, sürüm 22.0 kullanılarak yapılmıştır.

### Etik Kurul İzni

Çalışmanın öncesinde 17.02.2021 tarihinde Bozok Üniversitesi, Etik Araştırma Komisyonu'ndan gerekli etik izinler alınmıştır (Karar No. 19/24).

## BULGULAR

Çalışmaya katılan toplam 210 katılımcının %52,4'ünü (n=110) kadınlar, %47,6'sını (n=100) erkekler oluşturmuştur. Lise ve altı eğitim düzeyine sahip hastaların oranı %59 (n=124), üniversite ve üstü eğitim düzeyinde olanların oranı ise %41'dir (n=86). Evli olanların oranı %55,2 (n=116), bekâr olanların oranı ise %44,8'dir (n=94). Çalışanların oranı %51 (n=107), herhangi bir işte çalışmayanların oranı ise %49 (n=103) olarak bulunmuştur. Katılımcılardan %27,1'inin (n=57) en az bir kronik hastalığı vardır. Tüm katılımcılar arasında hipertansiyonu olanların oranı %10 (n=21), diyabeti olanların oranı %3,3 (n=7), astımı olanların oranı %4,3 (n=9), hipotiroidisi olanların oranı %2,4 (n=5), migreni olanların oranı %1,4 (n=3), koroner arter hastalığı olanların oranı ise %1,9 (n=4) olarak bulunmuştur. Katılımcıların %11,9'u (n=25)

çalışmaya katıldıkları dönemde psikiyatrik ilaç tedavisi almaktaydı. Yaşamında en az bir defa psikiyatrik tedavi almış olanların oranı ise %14,3'tür (n=30).

Belirti tarama listesinden elde edilen sonuçlara göre, kadınlardan, eğitim düzeyi lise ve altında olanlarda, bekâr olanlarda, kronik bir hastalığı olanlarda ve çalışmayan bireylerde psikiyatrik belirtiler anlamlı olarak daha yüksektir. Bunun yanında, algılanan sosyal destek düzeyi düşük olanlarda psikiyatrik belirtilerin anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ( $r=-0.314$ ,  $p<0.001$ ) (Tablo 1).

Tek değişkenli analizler sonucunda psikiyatrik belirti skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanan değişkenlerin psikiyatrik belirtiler üzerindeki özgün etkilerini incelemek için çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır. ANOVA testi

**Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin ve algılanan sosyal destek düzeylerinin genel belirti skorlarıyla ilişkisini gösteren tek değişkenli analizler**

Değişkenler	Belirti Tarama Listesi (BTL 90-R)				
	Tanımlayıcı istatistik	Ortalama±ss	Test istatistiği	Anlamlılık	
<b>Yaş (yıl)</b>	ort±ss	33.90±11.79	r=-0.13	p=0.053	
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	S(%)	110 (52.4)	1.03±0.71	df:193.9, t=6.08	p<0.001
Erkek	S(%)	100 (47.6)	0.51±0.49		
<b>Eğitim durumu</b>					
Lise ve altı sayı	S(%)	124 (59)	0.89±0.71	df:208, t=2.78	p=0.006
Üniversite ve üstü	S(%)	86 (41)	0.63±0.56		
<b>Medeni durum</b>					
Evli	S(%)	116 (55.2)	0.67±0.54	df=161.5, t=2.58	p=0.011
Bekar	S(%)	94 (44.8)	0.92±0.77		
<b>Kronik Hastalık varlığı</b>					
Var	S(%)	57 (27.1)	0.97±0.76	df=208, t=-2.51	p=0.013
Yok	S(%)	153 (72.9)	0.71±0.62		
<b>Çalışma durumu</b>					
Çalışıyor	S(%)	107 (51)	0.54±0.48	df=173.3, t=5.74	p<0.001
Çalışmıyor	S(%)	103 (49)	1.03±0.74		
<b>ÇBASDÖ</b>	ort±ss	65.2±16.8	r=-0.314	p<0.001	

Sürekli değişkenler ortalama ± standart (ort±ss) sapma olarak, kategorik değişkenler ise S(%)=sayı (yüzde) olarak tabloda sunulmuştur. Sürekli değişkenler olan ÇBASDÖ ve yaş değişkenlerinin belirti tarama listesi skorlarıyla ilişkisini incelemek için Pearson korelasyon analizi, kategorik olan diğer tüm değişkenlerin belirti tarama listesi skorlarıyla ilişkisini incelemek için bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır.

**Tablo 2. Bağımsız değişkenlerin genel belirti düzeyi üzerindeki etkilerini gösteren çoklu lineer regresyon analizinin sonuçları**

Bağımsız Değişkenler	Belirti Tarama Listesi		
	B (95% CI)	β	Anlamlılık
Algılanan sosyal destek	-0.009(-0.014,-0.004)	-0.223	p<0.001
Cinsiyet <sup>a</sup>	0.344(0.176,0.512)	0.257	p<0.001
Eğitim durumu <sup>b</sup>	-0.010(-0.187,0.168)	-0.007	p=0.915
Medeni Durum <sup>c</sup>	0.119(-0.047,0.285)	0.089	p=0.158
Kronik Hastalık varlığı <sup>d</sup>	0.185(0.004,0.367)	0.123	p=0.045
Çalışma durumu <sup>e</sup>	0.3(0.118,0.483)	0.224	p=0.001

Adjusted R<sup>2</sup>=0.267, F(6,203)=13.674, p<0.001

a: Erkek=0, Kadın=1, b:Lise ve altı=0, Üniversite ve üstü=1, c: Evli=0, Bekar=1

d: Kronik hastalık yok=0, Kronik hastalık var=1, e: Çalışıyor=0, Çalışmıyor=1

B: Standardize edilmemiş katsayı, β: Standardize edilmiş katsayı, CI: Güven aralığı

sonuçlarına göre regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F(6,203)=13.674$ ,  $p<0.001$ ). Bağımsız değişkenler arasında algılanan sosyal desteğin psikiyatrik belirtiler üzerinde istatistiksel olarak negatif anlamlı etkiye sahip olduğu bulunmuştur ( $\beta=-0.223$ ,  $p<0.001$ ). Diğer bağımsız değişkenler incelendiğinde ise, kadın olmak ( $\beta=0.257$ ,  $p<0.001$ ), işsiz olmak ( $\beta=0.224$ ,  $p=0.001$ ) ve kronik hastalık varlığı ( $\beta=0.123$ ,  $p=0.045$ ) psikiyatrik belirtiler üzerinde istatistiksel olarak pozitif anlamlı etkiye sahiptir (Tablo 2).

## TARTIŞMA

Ülkemizde ilk defa yapılan bu çalışmada, birinci basamağa başvuran kişilerde algılanan sosyal destekle psikiyatrik belirtiler arasındaki ilişki araştırılmıştır. Çalışmanın bulguları, algılanan sosyal destekle psikiyatrik belirtiler arasında ters yönde anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Diğer bir deyişle, algılanan sosyal destek düzeyi düşük olan bireylerde psikiyatrik belirtiler daha fazla görülmektedir. Bu bulguların literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Türkiye’de, üniversite öğrencileri üzerinde kısa semptom envanteri ve çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada, algılanan sosyal desteğin psikiyatrik belirtilerin önemli bir yordayıcısı olduğu bildirilmiştir.<sup>[24]</sup> Özellikle 2019 yılı sonlarından itibaren Çin’in Wuhan kentinde başlayan ve tüm dünyayı etkisi altına COVID-19 pandemisi sonucunda ortaya çıkan karantina ve izolasyon gibi önlemler sonucunda sosyal desteğin önemini vurgulayan araştırmalar artış göstermiştir.<sup>[25-27]</sup> Ülkemizde klinik olmayan bir örnekleme yapılan 1.032 erişkinin değerlendirildiği bir çalışmada, algılanan sosyal desteğin depresyon, anksiyete, stres ve uykusuzlukla ilişkili olduğu bildirilmiştir.<sup>[28]</sup> Nijerya’da birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran bireylerde düşük sosyal desteği olanlarda depresyonun daha sık olduğu bildirilmiştir.<sup>[29]</sup> Amerika’da 2014 yılında yapılan bir çalışmada, birinci basamakta depresyon ve anksiyete bozukluğu tedavisinde algılanan sosyal desteğin tedaviye yanıtta önemli bir faktör olduğu bildirilmiştir.<sup>[30]</sup>

Bu çalışmada da olduğu gibi, algılanan sosyal destek düzeyinin azalmış olmasının ruhsal sorunlarla önemli bir ilişkisinin olduğu düşünüldüğünde birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda algılanan sosyal destek düzeyini artırma yönündeki girişimlerin ruh sağlığı sorunlarını önlemede ve var olan ruhsal sorunları iyileştirmede önemli bir yer tuttuğu düşünülmektedir. Ülkemizde yapılan birçok çalışmada, aile sağlığı

merkezlerinin hastaların en sık başvurduğu sağlık birimleri olduğu görülmektedir.<sup>[31,32]</sup> Bunun yanında, aile hekimleri kendilerine bağlı ve kayıtlı bir nüfusa hizmet vermektedirler.<sup>[33]</sup> Bu yüzden hastaların psikososyal değerlendirmeleri için aile sağlığı merkezleri potansiyel olarak elverişli bir durumdadır. Örneğin, Bursa ilinde 150 aile hekimi örneklemeyle yapılan bir çalışmada, aile hekimlerinin yüzde 92,7’sinin kısıtlı bir sürede hasta görmelerine rağmen, hastalarına psikososyal sorunlarını da sorduğu bildirilmiştir.<sup>[34]</sup>

Mevcut bilimsel kanıtlara dayanarak, algılanan sosyal desteği artırmanın üç yolu vardır. Bunlardan birincisi, bireylere sosyal destek sağlamak, ikincisi, olumsuz bireysel algıları değiştirmek, üçüncüsü, insanlara daha iyi sosyal destek sağlayan ortamları keşfetme becerisi kazandırmaktır.<sup>[35]</sup> Hastalara sosyal destek sağlamak için devletin ilgili kurumlarıyla iş birliği içinde olunmalı, gerekli yönlendirmeler yapılmalı ve gelişmeler hasta bazında takip edilmelidir. Bunun yanında hekimlerin destekleyici yaklaşımlarıyla hastalarının algıladıkları sosyal destek düzeylerini değiştirebileceği ve böylece hastalarının ruh sağlığının geliştirilmesine önemli katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir.

Çalışmanın diğer bulgularına bakıldığında, kadın cinsiyetin, işsiz olmanın ve kronik hastalık varlığının da psikiyatrik belirtilerle ilişkili olduğu bulunmuştur. Diğer yandan yaş, eğitim durumu ve medeni durumun tek başlarına genel psikiyatrik belirtiler üzerinde anlamlı etkilerinin olmadıkları saptanmıştır. Daha önce yapılan araştırmalarda, kadınların, işsiz bireylerin ve kronik hastalığı olan bireylerin daha çok ruh sağlığı sorunları yaşadığı ortaya konulmuştur.<sup>[14-17]</sup> Diğer yandan eğitim durumu, yaş ve medeni durumunun ruh sağlığı üzerindeki etkisi konusunda yapılan araştırmaların sonuçları birbirinden farklılık göstermektedir. Pandemi sırasında özbildirim ölçekleriyle belirti tarama yoluyla yapılan araştırmaların çoğunda genç erişkinlerin daha yaşlı olanlara göre yüksek oranda ruh sağlığı sorunları bildirilmiş olsa da bunun tersi yönünde bulgular elde edilen çalışmalar da vardır.<sup>[18]</sup> Çalışmamız pandeminin gölgesinin ortadan kalkmaya başladığı, sosyal kısıtlamaların büyük ölçüde sona erdiği, sosyal yaşamın yeniden canlandığı bir dönemde yapıldığı için psikiyatrik belirtiler yaşla ilişkili bulunmamış olabilir. Eğitim durumu ve medeni durum açısından tek değişkenli analizlerde anlamlı farklılıklar bulunmuş olsa da çoklu regresyon analizinde farklılık bulunmaması da bu iki değişkenin net bir etkisinin olmadığını araya giren birçok faktörden etkilenebileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle eğitim düzeyi ve medeni durum açısından ilgili literatür

incelendiğinde, bu değişkenlerle psikiyatrik belirtiler arasında kesin bir ilişki kurulamadığı görülmektedir.<sup>[19-21]</sup>

<sup>21)</sup> Yine de eğitim düzeyi düşük olanlarda ve bekâr olan bireylerde psikiyatrik belirtilerin daha sık görülebileceği yönünde genel bir düşünce olduğu görülmektedir.<sup>[22,23]</sup>

Çalışmanın kısıtlılıklarından söz edecek olursak, bu çalışmada, yaşlı bireylerin ve okuma-yazma bilmeyen bireylerin çalışmada yer almamış olmasıdır. Veri toplama aşamasında ölçek doldurabilecek düzeyde yeterlilik gösteren yaşlı hastalara ulaşmakta güçlük çekildiği için 65 yaş üstü hastalar çalışmada yer almamıştır. Bu çalışmada, psikiyatrik belirtilerin genel bir taraması yapılmış olup, spesifik bir psikopatoloji varlığı araştırılmamıştır.

## SONUÇ

Sonuç olarak, bu çalışmada, bir aile sağlığı merkezine başvuran bireylerde psikiyatrik belirtilerin algılanan sosyal destekle yakından ilişkili olduğu saptanmıştır. Bundan hareketle, algılanan sosyal desteğin ruh sağlığını koruma ve iyileştirme amacı güden sağlık çalışanları için önemli bir terapötik hedef olduğu düşünülmektedir. Çünkü hastaların sosyal destek algısı geliştirebilir ve değiştirilebilir bir psikolojik çerçevede sunmaktadır.

Ruh sağlığı alanında çalışan sağlık çalışanlarının hastalarının sosyal destek algılarını artırmaya yönelik girişimlerinin hastalarının ruh sağlığının korunmasında ve iyileştirilmesinde yararlı olduğu kuşkusuzdur. Bu nedenle, birinci basamak sağlık çalışanlarına yönelik ruh sağlığını güçlendirmeye yönelik verilen eğitimlerde psikososyal müdahaleler anlatılırken algılanan sosyal desteğin psikolojik semptomlarla ilişkisi, nasıl artırılabilir ve bu vesileyle hastaların ruh sağlığının iyileştirilmesinde nasıl yarar sağlanabileceği anlatılmalıdır.

**Etik Kurul Onayı:** Yozgat Bozok Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan onay alındı (17.02.2021 - 19/24).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Ethics Committee Approval:** The study was approved by the Yozgat Bozok University Ethics Committee (17.02.2021 - 19/24).

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

## KAYNAKÇA

1. Korucu KS, Söylemez ŞÇ, Oksay A. Biyopsikosozal Yaklaşım ve Gelişim Süreci. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi. 2021;12(30):689-700.
2. Alyüz SBA. Sosyal Desteğin Birey Yaşamında Önemi ve Sosyal Hizmet. Talim. 2020;4(1):115-34.
3. Norris FH, Kaniasty K. Received and perceived social support in times of stress: a test of the social support deterioration deterrence model. Journal of personality and social psychology. 1996;71(3):498-511.
4. Eagle DE, Hybels CF, Proeschold-Bell RJ. Perceived social support, received social support, and depression among clergy. Journal of Social and Personal Relationships. 2018;36(7):2055-73.
5. İdris K. Akademik başarıya ilişkin bilişsel çarpıtmalar ölçeğinin (ABİBÇÖ) geliştirilmesi. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2018;14(3):1082-98.
6. Başbuğ S, Cesur G, Batigün AD. Perceived Parental Styles and Adult Separation Anxiety: The Mediating Role of Interpersonal Cognitive Distortions. Turkish Journal of Psychiatry. 2017;28(4).
7. Derogatis LR, Spitz KL. The SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment, 2nd ed. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 1999. p. 679-724.
8. Prinz U, Nutzinger DO, Schulz H, Petermann F, Braukhaus C, Andreas S. Comparative psychometric analyses of the SCL-90-R and its short versions in patients with affective disorders. BMC Psychiatry. 2013;13(1):104.
9. Dağ I. Reliability and validity of the Symptom Check List (SCL-90-R) for university students. Turkish Journal of Psychiatry. 1991;2(1):5-12.
10. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. Journal of Personality Assessment. 1988;52(1):30-41.
11. Eker D, Arkar H. Perceived social support: psychometric properties of the MSPSS in normal and pathological groups in a developing country. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 1995;30(3):121-6.
12. Eker D. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001;12:17-25.
13. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. Boston: Pearson Education; 2013.
14. Rosenfield S, Mouzon D. Gender and mental health. Handbook of the sociology of mental health: Springer; 2013. p. 277-96.
15. Kaya B. Depresyon: Sosyo-ekonomik ve kültürel pencereden bakış. Klinik Psikiyatri. 2007;10(6):11-20.
16. Kılıç M, Uzunçakmak T. Aile Sağlığı Merkezine başvuranların ruh sağlığı düzeyi ve etkileyen faktörler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2016;20(3):115-21.
17. Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A, Uslu S. Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2010;9(3):209-16.
18. Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, et al. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. F1000Research. 2020;9:636.
19. Dahmann SC, Schnitzlein DD. No evidence for a protective effect of education on mental health. Social Science & Medicine. 2019;241:112584.



20. Strohschein L, Ram U. Gender, marital status, and mental health: A test of the sex role hypothesis in India. *Journal of Family Issues*. 2017;38(13):1899-922.
21. Toprakçı E, Meşe ÖF. Türkiye’de Bireylerin Eğitim Düzeyi ile Sağlığı Arasındaki İlişkisi: Ulusal Veriler Işığında Bir Analiz. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2019(51):118-43.
22. Chevalier A, Feinstein L. Sheepskin or Prozac: The Causal Effect of Education on Mental Health. *SSRN Electronic Journal*. 2007.
23. Williams K, Frech A, Carlson DL. Marital status and mental health. *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems*. 2010:306-20.
24. Doğan T. Psikolojik belirtilerin yordayıcısı olarak sosyal destek ve iyilik hali. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*. 2008;3(30):30-44.
25. Grey I, Arora T, Thomas J, Saneh A, Tohme P, Abi-Habib R. The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*. 2020;293:113452.
26. Corno G, Villani D, de Montigny F, Pierce T, Bouchard S, Molgora S. The role of perceived social support on pregnant women’s mental health during the COVID-19 pandemic. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2022:1-15.
27. Szkody E, Stearns M, Stanhope L, McKinney C. Stress-Buffering Role of Social Support during COVID-19. *Family Process*. 2021;60(3):1002-15.
28. Sahin F, Karadağ F, Kucukkarapinar M. A Cross-Sectional Study Investigating Mental Health Among Turkish Citizens During The COVID-19 Pandemic: The Importance of Perceived Social Support. *Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2022;12(1):14-25.
29. Adewuya AO, Oladipo O, Ajomale T, Adewumi T, Momodu O, Olibamoyo O, et al. Epidemiology of depression in primary care: Findings from the Mental Health in Primary Care (MeHPriC) project, Lagos, Nigeria. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2022;57(1):6-20.
30. Dour HJ, Wiley JF, Roy-Byrne P, Stein MB, Sullivan G, Sherbourne CD, et al. Perceived Social Support Mediates Anxiety And Depressive Symptom Changes Following Primary Care Intervention. *Depression and Anxiety*. 2014;31(5):436-42.
31. Elkin N, Barut AY. Bir aile sağlığı merkezine başvuran bireylerin genel sağlık anketine göre ruhsal durumlarının değerlendirilmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017(3):221-38.
32. Hatipoğlu S, Özyurt BC. Manisa ilindeki bazı aile sağlığı merkezlerinde akılcı ilaç kullanımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15(4):1-8.
33. Yardımcı Y, Akbiyik D, Aypak C, Yikilkan H, Görpelioğlu S. Türkiye’de aile hekimliği uygulaması ve sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık eğitimi. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care*. 2016;10(2):81-90.
34. Güneş T, Güneş N. Aile Hekimlerinin Psikososyal Sorunu Olan Birey Ve Ailelere Yönelik Müdahale Yaklaşımları (Bursa Örneği). *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;6(1):111-20.
35. Brand EF, Lakey B, Berman S. A preventive, psychoeducational approach to increase perceived social support. *American Journal of Community Psychology*. 1995;23(1):117-35.

# Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Sağlık İnanış Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

## Turkish Validity and Reliability Study of the Traditional and Complementary Medicine Health Belief Questionnaire

Süleyman Görpelioğlu<sup>®</sup>, Fadime Uslu<sup>®</sup>, Canan Emiroğlu<sup>®</sup>, Cenk Aypak<sup>®</sup>

**Atf/Cite as:** Görpelioğlu S, Uslu F, Emiroğlu C, Aypak C. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp sağlık inanış ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması. Türk Aile Hek Derg. 2022;26(3):102-107.

### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, tıp öğrencilerinin geleneksel ve tamamlayıcı tıp konusundaki tutum/ inançlarını ölçmek için Lie ve Boker tarafından geliştirilmiş olan "Complementary and Alternative Medicine Health Belief Questionnaire" in Türkçeye çevrilmesi, geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılmasıdır.

**Yöntem:** Bu çalışma, Ankara'daki tıp fakültelerinde, 5. ve 6. dönemde eğitim-öğretim gören 155 öğrenci ile yapılmıştır. Çalışmada, doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Ölçeğin geçerliği "geçerlik katsayısı", güvenirliği ise "Cronbach alfa güvenirlik katsayısı" ile değerlendirilmiştir. Karşılaştırmalar, Tamamlayıcı, Alternatif ve Geleneksel Tıp Tutum Ölçeği ile yapılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya 74'ü erkek (%47,7), 81'i kadın (%52,3), toplam 155 öğrenci dâhil edildi. Çalışmaya alınan öğrencilerinden 108'i 5. (%69,7), 47'si (%30,3) 6. dönem öğrencisi idi. Çalışmamızda, "Complementary and Alternative Medicine Health Belief Questionnaire- Türkçe Formu" ölçeğinin toplam güvenirlik alfa katsayısı 0,833 olarak bulunmuştur. Ölçeğin geçerliğini ölçmek için ilk olarak "Complementary and Alternative Medicine Health Belief Questionnaire-Türkçe Formu" ölçeğinin her başlığının ayrı ayrı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği toplam skoruyla aralarındaki korelasyon hesaplandı. İkinci olarak, toplam "Complementary and Alternative Medicine Health Belief Questionnaire-Türkçe Formu" ölçeği skoruyla toplam Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Tutum Ölçeği skorunun korelasyonu hesaplandı. İki ölçek arasında 0.05 anlamlılık düzeyinde anlamlı korelasyon bulundu.

**Sonuç:** Çalışmamızın sonuçlarına göre, "Complementary and Alternative Medicine Health Belief Questionnaire-Türkçe Formu" ölçeği 5. ve 6. sınıf tıp fakültesi öğrencilerinin geleneksel ve tamamlayıcı tıp konusundaki tutum/inançlarını ölçmek için kullanılabilir uygun ve yeterli bir ölçektir. Bu nedenle tıp eğitimi ve sağlık politikalarının toplumun değerlerine ve gereksinimlerine göre şekillendirilmesinde, bir veri toplama aracı olarak kullanılabilir.

**Anahtar kelimeler:** Geleneksel tıp, tıp eğitimi, inançlar, ölçek

### ABSTRACT

**Objective:** This study aims to translate the "Complementary and Alternative Medicine Health Belief Questionnaire" which was developed by Lie and Boker into Turkish, and to conduct a validity and reliability study.

**Methods:** This study was conducted with 155 students studying in the 5th and 6th terms of the faculties of medicine in Ankara. Confirmatory factor analysis was performed in the study. The validity of the scale was measured with by the "validity coefficient" and its reliability by the "Cronbach alpha reliability coefficient". Comparisons were made with the Complementary, Alternative and Traditional Medicine Attitude Scale.

**Results:** A total of 155 students, 74 male (47.7%) and 81 female (52.3%), were included in the study. Among them, 108 (69.7%) were 5th term, and 47 (30.3%) were 6th term students. In our study, the total reliability alpha coefficient of the "Complementary and Alternative Medicine Health Belief Questionnaire- Turkish Form" was found to be 0.833. To measure the validity of the questionnaire, firstly, the correlation between each item of the "Complementary and Alternative Medicine Health Belief Questionnaire-Turkish Form" separately and the total score of the Traditional and Complementary Medicine Attitude Scale was calculated. Secondly, the correlation between the total score of the "Complementary and Alternative Medicine Health Belief Questionnaire- Turkish Form" scale and the total score of the Traditional and Complementary Medicine Attitude Scale was calculated. A significant correlation was found between the two scales at a significance level of 0.05.

**Conclusion:** According to the results of the study, "Complementary and Alternative Medicine Health Belief Questionnaire- Turkish Form" is an appropriate and sufficient scale to be used to measure the attitudes/beliefs of fifth and sixth-grade students in the medical schools about traditional and complementary medicine. For this reason, it can be used as a data collection tool in shaping medical education and health policies.

**Keywords:** Traditional medicine, medical education, beliefs, scale

Telif hakkı © 2022 Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği.

Bu dergide yayınlanan bütün makaleler Creative Commons 4.0 Uluslararası Lisansı (CC-BY) ile lisanslanmıştır.

Copyright © 2022 Turkish Association of Family Physicians.

Licensed by Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY)

Received/Geliş: 28.12.2021

Accepted/Kabul: 14.09.2022

Publication date: 28.09.2022

Corresponding Author:

S. Görpelioğlu

ORCID: 0000-0003-4579-5970

SBÜ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt

EAH Aile Hekimliği Kliniği,

Ankara, Türkiye

✉ sgorpelioğlu@yahoo.com

F. Uslu

ORCID: 0000-0003-4643-7913

Keçiören Yeşiltepe Aile Sağlığı

Merkezi, Ankara, Türkiye

C. Emiroğlu

ORCID: 0000-0003-2543-4246

SBÜ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt

EAH Aile Hekimliği Kliniği,

Ankara, Türkiye

C. Aypak

ORCID: 0000-0002-8381-790X

SBÜ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt

EAH Aile Hekimliği Kliniği,

Ankara, Türkiye

## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü 2005 yılında yayınladığı bir raporda, Tamamlayıcı/alternatif tıbbi (TAT), “*Genellikle bir ülkenin kendi geleneğinin parçası olmayan ve baskın sağlık sistemine entegre edilmemiş geniş bir sağlık hizmetleri kümesini ifade eder. Bu sağlık uygulamalarını tanımlamak için bazen kullanılan diğer terimler arasında ‘doğal tıp’, ‘geleneksel olmayan tıp’ ve ‘bütünsel tıp’ yer alır.*” şeklinde tanımlamıştır.<sup>[1]</sup> Daha farklı bir uygulama olarak gördüğü geleneksel tıbbi ise, “*Farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve deneyimlere dayalı, açıklanabilir olsun veya olmasın, sağlığın korunması, fiziksel ve ruhsal hastalıkların önlenmesi, teşhisi, iyileştirilmesi veya tedavisinde kullanılan bilgi, beceri ve uygulamaların toplamıdır.*” şeklinde açıklamıştır. <sup>[1]</sup> Ülkemizde ise bu uygulamaların adlandırılması “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp” şeklinde ve her iki uygulamayı da kapsayacak biçimde yapılmasına rağmen, bu kendine özgü durumun bir tanımlaması henüz yapılmamıştır.

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) uygulamaları yalnızca sağlık hizmetlerine erişimin zor olduğu az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde değil, gelişmiş ülkelerde de giderek daha fazla uygulanmaktadır.<sup>[2,3]</sup>

Dünya Sağlık Örgütü, hastalıkların önlenmesi ve hastaların rahatlatılması için GETAT uygulamalarının son yıllarda dünya genelinde arttığını bildirmiştir. <sup>[4]</sup> ABD gibi gelişmiş ülkelerde genel nüfusta GETAT uygulamalarının görülme sıklığı %42, Kanada’da %50, Fransa’da ise %75’tir. Benzer şekilde, Asya ve Afrika ülkelerinin %90’ı birinci basamak sağlık hizmetlerinde GETAT uygulamalarını kabul etmiştir.<sup>[5,6]</sup> Hekimlerin GETAT uygulamaları hakkındaki tutumları da bu yöntemlerin kullanım sıklığının artmasında önemli bir etkidir.<sup>[7]</sup>

GETAT kullanan kişiler çoğunlukla hekimlerine bu konuda bilgi vermekten çekinmekte, ancak bu bilgilendirmeme sonuçta verilen tedavinin aksamasına ve verilen tedaviyle etkileşerek hekimin önerdiği neden olabilmektedir.<sup>[8,9]</sup> Bu nedenle hekimlerin hastalarını yargılamadan bu konuda anamnez almaları ve hastalarına danışmanlık verebilecek düzeyde bilgi sahibi olmaları oldukça önemlidir.

Bu çalışmanın amacı, tıp öğrencileri arasındaki tutum/ inançları ölçmek için kısa ve pratik bir araç olarak Lie ve

Boker tarafından geliştirilmiş olan “CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ)” Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılarak uyarlanmasıdır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma, Ankara’daki devlet üniversiteleri tıp fakültelerinin Türkçe bölümlerinde okuyan, 5. ve 6. sınıf öğrencilerinden çalışmaya katılmayı kabul edenlerle yapılmış, Lie ve Boker tarafından geliştirilmiş olan “CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ)” Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasıdır. Çalışma için yerel klinik araştırmalar etik kurulunun 09.09.2019 tarih ve 71/09 sayılı etik onayı alınmıştır. Çalışma bir geçerlik-güvenirlik çalışması olduğundan bir örneklem hesabı yapılmamış evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır. Yabancı uyruklu öğrenciler dil sorunları ve kültürel farklılıklar olabileceği düşünülerek hariç tutulmuştur. Çalışmanın veri toplama aşaması etik kurul onayının alınması sonrası üç aylık bir sürede tamamlanmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak:

- Araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik veri formu
- Tamamlayıcı, Alternatif ve Geleneksel Tıp Tutum Ölçeği (BTTA)
- Complementary and Alternative Medicine Health Belief Questionnaire (CHBQ) Türkçe formu (GETAT Sağlık İnanış Ölçeği-GSİA) kullanılmıştır.

**Sosyodemografik veri formu** katılımcıların sosyodemografik bilgilerini ve daha önce GETAT yöntemi kullanımlarıyla ilgili durumlarını sorgulayan toplam 12 sorudan oluşuyordu.

**Bütünleştirici Tıp Tutum Ölçeği (BTTA):** Orijinali McFadden, Hernandez ve Ito tarafından 2010 yılında geliştirilmiş, tamamlayıcı tıbbi düşünsel bakış, modern tıbbi karşı memnuniyetsizlik ve sağlığa bütüncül bakış alt gruplarını sorgulayan bir ölçektir. Yirmi ikisi pozitif, 5’i negatif ifadeler içeren toplam 27 maddeden oluşmuştur. Türkçeye uyarlanma çalışması Köse, Ekerbiçer ve Erkorkmaz tarafından 2018 yılında yapılmıştır.<sup>[10]</sup>

**Complementary and Alternative Medicine Health Belief Questionnaire (CHBQ):** Orijinali Lie ve Boker tarafından 2004 yılında geliştirilmiş 10 sorudan oluşan bir ölçektir.<sup>[11]</sup>

Ölçeğin çalışmada kullanılması amacıyla çeviri ve adaptasyon süreci için Beaton'nın tanımladığı prosedür izlenmiştir.<sup>[12]</sup> Bu süreç dâhilinde aşağıdaki sıra izlenmiştir:

#### **Ölçeğin çevirileri: (çeviri-tekrar çeviri)**

CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ) öncelikle ana dili Türkçe olup, iyi derecede İngilizce bilen ve ilgili ölçeğin terminolojisine hâkim olan iki kişi tarafından Türkçeye çevrildi. Her iki çeviri karşılaştırılarak ortak çeviri taslağı elde edildi. Oluşturulan ilk taslak ana dili İngilizce olan iki çevirmen tarafından yeniden İngilizceye çevrildi. Oluşturulan İngilizce metin orijinal ölçekle karşılaştırıldı ve pilot çalışma öncesi taslak oluşturuldu.

Oluşturulan GETAT Sağlık İnanış Ölçeği (GSİÖ)'nin taslak sürümünde kişilerin anlamakta zorlanabilecekleri, kafa karıştırabilecek ifadeleri belirlemek için on birey üzerinde pilot çalışma yapıldı.

Yukarıdaki aşamalar sonunda Health Belief Questionnaire (CHBQ)'nin Türkçe sürümü GETAT Sağlık İnanış Ölçeği (GSİÖ) elde edildi.

#### **Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri**

GSİA'nın Türk toplumuna uyumunu değerlendirmek için geçerlik ve güvenirlik analizleri yapıldı.

#### **Geçerlik**

Geçerlik, bir test veya ölçeğin ölçülmek istenen şeyi ölçebilme derecesidir. Ölçümün geçerli oluşu, ölçme aracının ölçmeyi planladığı özellikleri gerçekten ölçüyor olması anlamına gelir. Geçerli olabilmesinin ilk koşulu güvenilir olmasıdır. Geçerli bir test güvenilirdir ama güvenirliliği yüksek bir test geçerli olmayabilir.<sup>[13]</sup> Çalışmamızda, geçerlik düzeyini geçerlik katsayısının hesaplanmasıyla belirledik. Geçerlik katsayısı, ölçekten elde edilen ve ölçeğin kullanım amacına göre belirlenen kriter ya da kriterler grubu arasındaki ilişki katsayısıdır ve bu katsayı -1.00 ile +1.00 arasında değerler alır. İlişki katsayısının +1'e yaklaşması ölçeğin amaca hizmetinin arttığının göstergesi olarak kabul edildi.

#### **Güvenirlik**

Soruların birbirleriyle tutarlılığını ve yeterliliğini değerlendirmek için güvenirlik analizlerini kullandık. İç tutarlılık için Alpha güvenirlik katsayısı kullanıldı. 0,0 ile 0,40 güvenilir değil 0,40 ile 0,60 arası düşük güvenilir; 0,60 ile 0,80 oldukça güvenilir ve 0,80 ile 1,00 arası yüksek güvenilir olarak referans alındı.

#### **Verilerin analizi**

Ölçeğin Türkçe versiyonunun Türk insanlarına uygulanabilirliğini belirlemek için ölçeğin geçerliliği ve güvenirliliği değerlendirildi. Analizlerde; IBM SPSS, Inc, Chicago ver21.0 programı kullanıldı. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri ile test edildi ve dağılım özelliklerine göre uygun test seçilerek analizler yapıldı. 0.05'ten düşük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Ölçeğin geçerliliği, ölçüt ya da ölçüt grupları arasındaki ilişkiyi gösteren geçerlik katsayısı ile belirlendi. Sorular arasındaki tutarlılığı değerlendirmek için güvenirlik analizleri kullanıldı. İç tutarlılık için alfa iç tutarlılık katsayısı. Sıfır ile 0,4 arasındaki değerler güvenilir olmayan; 0,4 ve 0,6 arası değerler düşük güvenilirlik olarak; 0,6 ve 0,8 oldukça güvenilir ve 0,8 ve 1 çok güvenilir olarak kabul edildi.

#### **BULGULAR**

Ankara'daki tıp fakültelerinde eğitim gören 5. ve 6. sınıf öğrencilerinden oluşan 155 kişilik çalışma grubunun 108 kişi (%69,7) beşinci, 47 kişi (%30,3) altıncı sınıf, 74'ü (%47,7 erkek), 81'i (%52,3) kadın öğrenciden oluşmuştur.

#### **Ölçeğin Geçerlik Güvenirlik Analizleri**

GSİA 155 tıp öğrencisine uygulanmıştır ve ölçeğin toplam güvenirlik alfa katsayısı 0.833 olarak bulunmuştur. GSİA'nın maddelerinin güvenirlik alfa katsayıları Tablo 1'de verilmiştir.

Çalışmamızda, BTTA ölçeğinin toplam güvenirlik alfa katsayısı 0,786 olarak bulunmuştur. BTTA'ne ait Madde İstatistikleri Tablo 2'de verilmiştir.

Ölçeğin geçerliliğini ölçmek için ilk olarak her bir GSİA maddesinin BTTA toplam skoruyla aralarındaki korelasyon hesaplandı. Yedinci madde haricinde tüm ölçeklerle BTTA toplam skoru arasında 0.05 düzeyinde anlamlı korelasyon bulundu (Tablo 3).

İkinci olarak, toplam GSİA skoruyla toplam BTTA skorunun korelasyonu hesaplandı. İki ölçek arasında 0,05 anlamlılık düzeyinde anlamlı korelasyon bulundu (Pearson Korelasyon Katsayısı=0,713; p<0,01).

**Tablo 1. GSİA'nın Maddelerinin Güvenirlik Alfa Katsayıları**

	Madde çıkarıldığında ölçeğin ortalaması	Madde çıkarıldığında ölçeğin varyansı	Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu	Madde çıkarıldığında Cronbach's Alpha değeri
GSİA1	36,2516	88,449	0,619	0,808
GSİA2	36,6387	91,986	0,538	0,817
GSİA3	37,0968	95,984	0,415	0,830
GSİA4	36,0968	95,750	0,541	0,817
GSİA5	35,7613	99,676	0,427	0,827
GSİA6	37,2452	94,082	0,562	0,814
GSİA7	39,2710	105,757	0,281	0,837
GSİA8	38,0258	96,701	0,529	0,818
GSİA9	36,5484	90,600	0,637	0,806
GSİA10	36,9355	90,814	0,677	0,803

**Tablo 2. BTTA Madde İstatistikleri**

	Madde çıkarıldığında ölçeğin ortalaması	Madde çıkarıldığında ölçeğin varyansı	Düzeltilmiş Madde-Toplam Korelasyonu	Madde çıkarıldığında Cronbach's Alpha değeri
BTTA1	105,0774	293,721	-0,130	0,798
BTTA2	106,1290	260,503	0,416	0,773
BTTA3	104,2129	272,480	0,393	0,777
BTTA4	104,4774	294,836	-0,156	0,798
BTTA5	107,4903	258,511	0,485	0,770
BTTA6	105,7161	299,283	-0,241	0,803
BTTA7	106,8387	250,344	0,610	0,762
BTTA8	105,2387	295,248	-0,164	0,799
BTTA9	106,8323	311,257	-0,409	0,815
BTTA10	105,8774	252,459	0,580	0,764
BTTA11	108,3290	269,482	0,379	0,777
BTTA12	105,1161	262,441	0,509	0,770
BTTA13	105,9355	252,243	0,596	0,763
BTTA14	107,8194	269,681	0,295	0,780
BTTA15	105,1355	260,650	0,488	0,770
BTTA16	108,1677	273,413	0,295	0,780
BTTA17	107,3613	263,167	0,419	0,774
BTTA18	107,1290	252,594	0,633	0,762
BTTA19	107,3548	251,555	0,668	0,761
BTTA20	107,1355	266,430	0,380	0,776
BTTA21	106,6903	249,514	0,682	0,759
BTTA22	105,6645	252,198	0,624	0,762
BTTA23	104,8323	296,050	-0,162	0,803
BTTA24	108,2581	261,868	0,564	0,768
BTTA25	104,2774	271,695	0,404	0,776
BTTA26	104,8129	296,361	-0,185	0,800
BTTA27	107,1484	267,608	0,277	0,782

**Tablo 3. GSİA Maddelerinin BTTA Toplam Skoruna Göre Korelasyonları**

	BTTA Toplam	GSİA1	GSİA2	GSİA3	GSİA4	GSİA5	GSİA6	GSİA7	GSİA8	GSİA9	GSİA10
BTTA Toplam Pearson Korelasyonu	1	0,550**	0,561**	0,480**	0,523**	0,466**	0,256**	0,078	0,296**	0,567**	0,633**
Sig. (2-değerli)		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,332	0,000	0,000	0,000
Madde Sayısı	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
<b>GSİA1</b>											
Pearson Korelasyonu	0,550**	1	0,675**	0,234**	0,518**	0,367**	0,351**	0,087	0,356**	0,375**	0,476**
Sig. (2-değerli)	0,000		0,000	0,003	0,000	0,000	0,000	0,280	0,000	0,000	0,000
Madde Sayısı	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
<b>GSİA2</b>											
Pearson Korelasyonu	0,561**	0,675**	1	0,352**	0,424**	0,257**	0,228**	0,058	0,240**	0,318**	0,422**
Sig. (2-değerli)	0,000	0,000		0,000	0,000	0,001	0,004	0,473	0,003	0,000	0,000
Madde Sayısı	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
<b>GSİA3</b>											
Pearson Korelasyonu	0,480**	0,234**	0,352**	1	0,364**	0,231**	0,165*	0,175*	0,238**	0,310**	0,349**
Sig. (2-değerli)	0,000	0,003	0,000		0,000	0,004	0,040	0,029	0,003	0,000	0,000
Madde Sayısı	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
<b>GSİA4</b>											
Pearson Korelasyonu	0,523**	0,518**	0,424**	0,364**	1	0,247**	0,310**	0,099	0,296**	0,372**	0,381**
Sig. (2-değerli)	0,000	0,000	0,000	0,000		0,002	0,000	0,221	0,000	0,000	0,000
Madde Sayısı	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
<b>GSİA5</b>											
Pearson Korelasyonu	0,466**	0,367**	0,257**	0,231**	0,247**	1	0,270**	0,096	0,201*	0,380**	0,400**
Sig. (2-değerli)	0,000	0,000	0,001	0,004	0,002		0,001	0,233	0,012	0,000	0,000
Madde Sayısı	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
<b>GSİA6</b>											
Pearson Korelasyonu	0,256**	0,351**	0,228**	0,165*	0,310**	0,270**	1	0,359**	0,555**	0,548**	0,485**
Sig. (2-değerli)	0,001	0,000	0,004	0,040	0,000	0,001		0,000	0,000	0,000	0,000
Madde Sayısı	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
<b>GSİA7</b>											
Pearson Korelasyonu	0,078	0,087	0,058	0,175*	0,099	0,096	0,359**	1	0,395**	0,203*	0,240**
Sig. (2-değerli)	0,332	0,280	0,473	0,029	0,221	0,233	0,000		0,000	0,011	0,003
Madde Sayısı	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
<b>GSİA8</b>											
Pearson Korelasyonu	0,296**	0,356**	0,240**	0,238**	0,296**	0,201*	0,555**	0,395**	1	0,439**	0,354**
Sig. (2-değerli)	0,000	0,000	0,003	0,003	0,000	0,012	0,000	0,000		0,000	0,000
Madde Sayısı	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
<b>GSİA9</b>											
Pearson Korelasyonu	0,567**	0,375**	0,318**	0,310**	0,372**	0,380**	0,548**	0,203*	0,439**	1	0,655**
Sig. (2-değerli)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,011	0,000		0,000
Madde Sayısı	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155
<b>GSİA10</b>											
Pearson Korelasyonu	0,633**	0,476**	0,422**	0,349**	0,381**	0,400**	0,485**	0,240**	0,354**	0,655**	1
Sig. (2-değerli)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,003	0,000	0,000	
Madde Sayısı	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155	155

\*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

\*\*Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır.

**SONUÇ**

Lie ve Boker tarafından geliştirilen CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ) ölçeğini Türkçeye çevirip geçerlik ve güvenilirlik testleri uygulayarak tıp öğrencilerinin GETAT yöntemlerine karşı tutumunu değerlendirdik.

Hekimlerin ve hekim adaylarının GETAT hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları, hastalara yaklaşımları açısından ve tedavi planlarını yaparken, bütüncül bir değerlendirme sağlamalarına yardımcı olacaktır. Bilimin ışığında yapılan bu bilgilendirmeler ve çalışmalar, hastalıkların tedavisinde yeni kapılar açacak, yeni ufakların gelişmesini sağlayacaktır.

Çalışmamızda Türkçeye uyarlamasını yaptığımız GETAT Sağlık İnanış Ölçeği'nin (GSİÖ) 5. ve 6. sınıf tıp fakültesi öğrencilerinin geleneksel ve tamamlayıcı tıp konusundaki tutum/inançlarını ölçmek için kullanılabilir uygun ve yeterli bir ölçek olduğu sonucuna vardık. Bu nedenle tıp eğitimi ve sağlık politikalarının toplumun değerlerine ve gereksinimlerine göre şekillendirilmesinde veri toplama aracı olarak yardımcı olabileceğini düşündük.

Çalışmamızın Ankara'daki tıp fakültelerinde okuyan öğrencilerle yapılması bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir. GETAT Sağlık İnanış Ölçeği'nin (GSİÖ) Türkiye'de sosyokültürel ve sosyoekonomik açıdan farklılık gösteren bölgelerde ve tıp fakültesinin daha küçük sınıflarında okuyan öğrenci popülasyonunda da geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi gerekmektedir.

**Etik Kurul Onayı:** T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (09.09.2019 - 71/09).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Ethics Committee Approval:** The study was approved by the Republic of Turkey Ministry of Health Health Sciences University Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital Clinical Research Ethics Committee (09.09.2019 - 71/09).

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

## KAYNAKÇA

1. Health W, Geneva O. National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines Report of a WHO Global Survey. 2005
2. Şahin S. An overview of traditional, complementary and alternative medicine. *Türk Aile Hekim Derg.* 2017;21(4):159-162. doi:10.15511/tahd.17.00459
3. Posadzki P, Watson LK, Alotaibi A, Ernst E. Prevalence of use of complementary and alternative medicine (cam) by patients/consumers in the uk: Systematic review of surveys. *Clin Med J R Coll Physicians London.* 2013;13(2):126-131. doi:10.7861/clinmedicine.13-2-126
4. WHO | WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. WHO. 2015. [http://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm\\_strategy14\\_23/en/](http://www.who.int/medicines/publications/traditional/trm_strategy14_23/en/). Accessed May 20, 2021
5. Ashraf M, Saeed H, Saleem Z, et al. A cross-sectional assessment of knowledge, attitudes and self-perceived effectiveness of complementary and alternative medicine among pharmacy and non-pharmacy university students. *BMC Complement Altern Med.* 2019;19(1):95. doi:10.1186/s12906-019-2503-y
6. Astin JA, Marie A, Pelletier KR, Hansen E, Haskell WL. A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians. *Arch Intern Med.* 1998;158(21):2303-2310. doi:10.1001/archinte.158.21.2303
7. McFadden KL, Hernandez TD, Ito TA. Attitudes toward complementary and alternative medicine influence its use, *EXPLORE November/December 2010, Vol. 6, No. 6, p:380-388*
8. Kara MA. Sparing Space for Weed: On Traditional Medicine and Patient-Physician Relationship. *Anadolu Klin Tıp Bilim Derg.* 2019;24(1):32-37. doi:10.21673/anadoluklin.462893
9. Ünal M, Dağdeviren HN. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Yöntemleri. *Euras J Fam Med.* 2019;8(1):1-9. doi:10.33880/ejfm.2019080101
10. Köse E, Ekerbiçer HÇ, Erkokmaz Ü, Complementary, Alternative and Conventional Medicine Attitude Scale: Turkish Validity Reliability Study, *Sakarya Tıp Dergisi,* 2018, Cilt 8, Sayı 4, Sayfalar 726 – 736, <https://dx.doi.org/10.31832/smj.478148>
11. Lie, D., Boker, J. Development and validation of the CAM Health Belief Questionnaire (CHBQ) and CAM use and attitudes amongst medical students. *BMC Med Educ* 4, 2 (2004). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-4-2>
12. D E Beaton, C Bombardier, F Guillemin, M B Ferraz. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976).* 2000 Dec 15;25(24):3186-91. doi: 10.1097/00007632-200012150-00014
13. Çakmur H. Araştırmalarda Ölçme-Güvenirlik-Geçerlilik [Measurement-Reliability-Validity in Research]. *TAF Prev Med Bull.* 2012;11(3):339-344. doi:10.5455/pmb.1-1322486024

# Anaokulu Çocuklarının Teknolojik Alet Kullanımı, Ebeveynlerinin Tutum ve Davranışları

## Use of Technological Devices and Their Parents' Attitude and Behavior Among Kindergarten Children

Hüsniye Yıldız<sup>ORCID</sup>, Serdar Öztora<sup>ORCID</sup>, Hamdi Nezh Dağdeviren<sup>ORCID</sup>

**Atf/Cite as:** Yıldız H, Öztora S, Dağdeviren HN. Anaokulu çocuklarının teknolojik alet kullanımı, ebeveynlerinin tutum ve davranışları. Türk Aile Hek Derg. 2022;26(3):108-115.

### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmada, Edirne il merkezindeki anaokullarına kayıtlı çocukların teknolojik alet kullanımları ve ebeveynlerinin bu konudaki tutum/davranışlarının değerlendirilmesi ve ebeveynlerin çocuğun teknolojik aletleri kullanımları üzerindeki etkilerine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya, Edirne İl Millî Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı, Edirne il merkezinde bulunan tüm resmi ve özel anaokullarıyla ilkokullar bünyesindeki anasınıfları olmak üzere 30 okulun tamamı dâhil edildi. Evreni 1.892 çocuğun ebeveyni oluşturmakla birlikte tamamına ulaşılması hedeflendi. Elli dokuz sorudan oluşan anket formu tüm ebeveynlere ulaştırıldı. Ebeveynlerin 942'si anketi doldurdu (%49,7).

**Bulgular:** Çalışmamızda, 3-6 yaş arasındaki çocukların %96,1'inin televizyon izlediği (n=905), %40,4'ünün bilgisayar (n=381), %54,7'sinin tablet (n=515) ve %84,5'inin akıllı telefon (n=787) kullandığı saptandı. Çocukların %5,7'sinin bilgisayar (n=54), %7,5'inin tablet (n=71), %12,2'sinin akıllı telefon (n=115) kullanmaya, %47,6'sının (n=449) televizyon izlemeye 2 yaşından önce başladığı saptandı. Çocukların %42,1'inin günlük toplam ekran zamanının bir saatten fazla olduğu saptandı.

Evde televizyonun açık kalma süresi (p<0,001) ve ebeveynin televizyon izleme süresi (p=0,010) arttıkça çocuğun günlük ekran zamanının arttığı saptandı. Akıllı telefon kullanmayan çocukların ebeveynlerinin akıllı telefonu daha kısa süre kullandığı belirlendi (p=0,021). Ebeveynin akıllı telefon kullanma süresi arttıkça çocuğun ekran zamanının arttığı saptandı (p<0,001).

**Sonuç:** Çalışmamızda, 3-6 yaş arasındaki çocukların büyük bir kısmının günde bir saatten fazla vaktini ekran karşısında geçirdiği saptanmıştır. Çocukların 2 yaşından önce ekran kullanımlarında cihazlara göre farklılık görülmekle birlikte, çocukların büyük kısmının özellikle televizyon izlemeye 2 yaşından önce başladığı saptanmıştır. Ebeveynlerin teknolojik aletlerle ilgili davranışlarının çocuğun ekran zamanı ve teknolojik aletleri kullanmaya başlama yaşı üzerinde etkili olduğu saptanmıştır. Ebeveynlerin çocukların ekran kullanımı ile ilgili bilinçlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Çocuk, okul öncesi, ebeveynler, internet, ekran zamanı

### ABSTRACT

**Objective:** This study aimed to evaluate the use of technological devices and the attitudes and behaviors of the children registered in kindergartens in Edirne Provincial Center and to draw attention to the effects of parents on the use of technological devices on their children.

**Methods:** The study included all 30 schools, including official and private kindergartens in the city center of Edirne, and kindergartens within primary schools, affiliated to the Edirne Provincial Directorate of National Education. The population of the study consists of the parents of 1892 children educated in these schools. An effort was made to reach the entire population. The questionnaire, consisting of 59 questions, was sent to all parents. 942 parents completed the questionnaire (49.7%).

**Results:** In our study, 96.1% of children aged 3-6 were watching television (n=905), 40.4% were using computers (n=381), 54.7% were using tablets (n=515) and 84.5% were using smartphones (n=787). 5.7% of children had started using computer (n=54), 7.5% tablet (n=71), 12.2% smartphone (n=115), and 47.6% (n=449) watching television before the age of 2. It was found that 42.1% of the children had more than one hour of screen time per day.

It was found that the child's daily screen time increased as the TV stayed on at home (p<0.001) and the parent's television viewing time (p=0.010) increased. Parents of children who did not use smartphones were found to use the smartphone for a shorter period of time (p=0.021). It was found that the child's screen time increased as the parent's smartphone usage time increased (p<0.001).

**Conclusion:** Our study found that a large proportion of children between the ages of 3-6 spend more than one hour a day in front of the screen. When looking at children's exposure to screens before the age of 2, researchers found that, although the age at which children began watching television varied depending on the type of screen used, a significant number of children began doing so before the age of 2. It has been determined that parents' behaviors related to technological devices significantly affect the screen time of the child and the age of starting to use technological devices. It was concluded that parents should be made aware of their children's screen use.

**Keywords:** Child, preschool, parents, internet, screen time

Telif hakkı © 2022 Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği.

Bu dergide yayımlanan bütün makaleler Creative Commons 4.0 Uluslararası Lisansı (CC-BY) ile lisanslanmıştır.

Copyright © 2022 Turkish Association of Family Physicians.

Licensed by Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY)

Received/Geliş: 08.03.2022

Accepted/Kabul: 06.09.2022

Publication date: 28.09.2022

Corresponding Author:

H. Yıldız

ORCID: 0000-0001-7097-6517

Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Edirne, Türkiye

✉ drhsny.yldz@gmail.com

S. Öztora

ORCID: 0000-0001-9336-6009

Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Edirne, Türkiye

H. N. Dağdeviren

ORCID: 0000-0001-5428-4377

Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Edirne, Türkiye



## GİRİŞ

Teknoloji, insanın maddi çevresini denetlemek ve değiştirmek amacıyla geliştirdiği araç gereçlerle bunlara ilişkin bilgilerin tümü olarak tanımlanmaktadır.<sup>[1]</sup> Bu tanıma göre, teknoloji bilgisayar, tablet, televizyon, küçük ev aletleri, buzdolabı gibi cihazları, fotoğraf makinesi, kamera ve cep telefonu gibi çok çeşitli cihazları kapsar. Akıllı telefon, tablet, televizyon ve bilgisayar gibi teknolojik aletler literatürde “elektronik medya”, “ekran”, “ekran tabanlı medya”, “dijital teknoloji” ve “dijital medya” gibi kavramlarla anılmaktadır.<sup>[2-6]</sup>

Çağımızda teknolojik aletlere erişimin kolaylaşmasıyla aile içinde bu cihazların kullanılması artmış, buna bağlı olarak da çocukların bu cihazlara sahip olma ve bunları kullanma sıklığı da artmıştır.<sup>[2]</sup> Türkiye İstatistik Kurumu, 2013 yılı verilerine göre çocuklar, ortalama 8 yaşında iken bilgisayar kullanmaya, ortalama 10 yaşında iken cep telefonu kullanmaya başlamaktadırlar. 6-15 yaş grubundaki çocukların %60,5'i bilgisayar, %50,8'i internet, %24,3'ü cep telefonu veya akıllı telefon kullanmaktadır<sup>[7]</sup> ve günümüzde bu cihazların kullanımının daha küçük yaşlara indiği görülmektedir.<sup>[8-11]</sup>

Akıllı telefon, tablet, bilgisayar ve televizyon gibi teknolojik aletlerin çocuklar üzerinde olumlu ve olumsuz pek çok etkisinden söz edilmektedir. Ebeveyn kontrolünde ve bilinçli olarak kullanıldığında çocukların sorun çözme becerilerinin gelişmesi, bilgi kazanımı, toplumsal değer ve davranışların öğrenilmesi gibi olumlu etkilerinden söz edilebilir.<sup>[12]</sup> Bunların yanında, fazla ekran maruziyeti sağlıksız beslenme alışkanlıklarına, obeziteye ve uyku sorunlarına yol açmaktadır.<sup>[3,13]</sup> İnternet ve teknolojik aletlerin fazla kullanımı çocuklarda özgüven düşüklüğü, paylaşma, işbirliği yapma gibi sosyal becerilerin gelişmesinde sorunlara, göz kuruluğu, miyopi gibi görme sorunlarına, dil gelişiminde geriliğe, postür bozuklukları, boyun ağrısı, karpal tünel sendromu gibi kas iskelet sistemi sorunlarına, depresyon, anksiyete, saldırganlık, bağımlılık, travma sonrası stres bozukluğu ve dikkat eksikliği gibi psikiyatrik sorunlara yol açabilmektedir.<sup>[3,14-16]</sup> Ayrıca çocuklar internette yalnız bırakıldıklarında şiddet, pornografi içeren ve kötü alışkanlıklara özendirilen yayınlara maruz kalabilmekte, siber zorbalık gibi tehlikelerle karşılaşabilmektedir.<sup>[12,17]</sup>

Ebeveynlerin teknolojik aletleri kullanımı ve bu aletlerle ilgili tutumları, bu aletlerin kullanımı ile ilgili koydukları ev kuralları çocukların teknolojik alet

kullanımını etkilemektedir.<sup>[2]</sup> Çocuk için birer rol model olan ebeveynlerin bu teknolojik aletleri kontrolsüz kullanımı, çocuk tarafından da bu aletlerin daha fazla değer görmesine neden olabilir. Teknolojik aletleri daha kontrollü kullanan anne-babaların çocukları ise bu aletleri daha az önemser ve daha az kullanır.<sup>[18]</sup> Ebeveynlerin, çocuğun bu aletleri kullanması ile ilgili tutum ve davranışları da çocuğun bu aletlerle ilişkisinde etkili olmaktadır. Teknolojik aletlerin çocuk tarafından kontrolsüzce ve aşırı kullanımı karşısında ebeveynlerin kuralsız ve duyarsız bir tutum sergilemesi, çocuğun bu araçlarla ilişkisinin sorunlu gelişmesine yol açabilir. Buna karşın, anne-babanın çok sıkı tutumu ve katı kurallar koyması da çocuğun merak duygusunu tetikleyebilir ve onu bu araçları gizli gizli kullanmaya dolayısıyla yine sağlıklı olmayan davranışlar geliştirmesine neden olabilir. Anne-babanın bu konudaki tutumları eğitim ve çalışma durumu, yaş, cinsiyet, sağlık durumu ve yaşam şartları gibi pek çok faktörden etkilenebilir.<sup>[19]</sup>

Amerikan Pediatri Akademisi, 2016 yılı politikasında 2 ile 5 yaş arasındaki çocukların ekran tabanlı medya kullanımının 1 saat ile sınırlandırılmasını önermektedir. Ebeveynler tarafından bu cihazların kullanımına çocuğun beslenme, uyku gibi sağlığı ve gelişimi için önemli olan davranışlarını etkilemeyecek şekilde sınırlar konulması gerektiği, çocuğun ulaştığı içeriklerin ebeveyn tarafından seçilmesi gerektiğini belirtmektedir.<sup>[20]</sup>

Bu çalışmada, Edirne il merkezindeki anaokullarına kayıtlı çocukların teknolojik alet kullanımları, anne babalarının bu konudaki tutum/davranışlarının değerlendirilmesi ve ebeveynlerin çocuğun teknolojik aletleri kullanımları üzerindeki etkilerine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

Çalışmamız kesitsel bir anket çalışması olup, çalışmaya Edirne il merkezindeki tüm resmi/özel anaokulları ve anasınıflarına Ekim 2019-Kasım 2019 tarihlerinde kayıtlı bulunan çocukların ebeveynleri dâhil edildi. Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ve Edirne İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındı.

Araştırmanın evrenini toplam 30 anaokulu ve anasınıfına kayıtlı 1.892 öğrencinin ebeveyni oluşturmaktadır. Tüm evrene ulaşılması hedeflendi. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve bu anaokulları veya anasınıflarından birisine kayıtlı çocuğu olmayan ebeveynler çalışmaya dâhil edilmedi. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile literatür taranarak hazırlanan, ebeveynlerin/

çocukların teknolojik aletler ve internet ile ilgili tutum ve davranışlarının sorgulandığı 59 sorudan oluşan anket formunun ilk sayfasında yer alan onam metni ile velilerden onam alındı. Anket formları okul müdürleri ve öğretmenler aracılığıyla ebeveynlere elden ulaştırıldı. Okulda birden fazla çocuğu bulunan ebeveynlerden her çocuğu için ayrı bir anket doldurmaları istendi. Sonuçta, 942 çocuğun velisi tam olarak doldurdıkları anketleri tarafımıza ulaştırdı (%49,7).

Çalışmamızda elde edilen veriler SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, Version 19, Seri No. 10240642) istatistik programı ile analiz edildi. Verilerin normal dağılıma uymamasından dolayı nonparametrik testler kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiklerle birlikte Fisher's exact testi, ki-kare analiz testi, Kruskal Wallis testi ve Mann-Whitney U testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p \leq 0,05$  olarak kabul edildi.

## BULGULAR

Çalışmamıza 942 çocuğun ebeveyni dâhil edildi. Çocukların yaş ortalaması  $4,91 \pm 0,68$  yıl (min=3, maks=8), annelerinin ortalama yaşı  $33,63 \pm 4,93$  (min=21, maks=48), babalarının ortalama yaşı  $36,95 \pm 5,16$  (min=22, maks=56) olarak hesaplandı. Gelir düzeyi sorusuna yanıt veren 869 kişinin (%92,3) ortalama aylık gelirinin  $5318,33 \pm 3375,91$  TL (min=0, maks=50.000) olduğu saptandı. Diğer sosyodemografik özellikler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Araştırmaya katılan ebeveynlerin gün içinde, teknolojik aletler arasından  $2.19 \pm 1.66$  saat ile en fazla televizyon ile vakit geçirdiği saptandı. Katılımcıların evlerinde televizyonun günlük ortalama  $5.03 \pm 3.13$  saat (min=0, maks=24, ortanca değer=4.5) açık kaldığı belirlendi. Televizyonu  $1.94 \pm 1.84$  saat ile akıllı telefon,  $0.20 \pm 0.58$  saat ile tablet ve  $0.26 \pm 0.84$  saat ile bilgisayar kullanımı izliyordu.

Çocukların ise %42,1'inin (397 çocuk) teknolojik aletlerle günde bir saatten fazla vakit geçirdiği, %1,9'unun (18 çocuk) ise bu teknolojik aletlerle hiç vakit geçirmediği saptandı. Çocukların en sık televizyon (%96,1) ve akıllı telefonla (%84,5) vakit geçirdiği belirlendi.

Çocukların ekran zamanı bazı değişkenlerle karşılaştırıldığında, erkeklerin kızlardan daha fazla sıklıkla günde bir saatten fazla ekran kullandığı ( $p=0,001$ ; Pearson  $\chi^2=19,726$ ), babasının öğrenim durumu ilkökul ve altı olan çocukların toplam ekran zamanının çoğunlukla 120 dk.'dan fazla olduğu görülürken, babası

**Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler**

		n	%
Çocuğun cinsiyeti	Kız	478	50,7
	Erkek	464	49,3
Yaş	3	23	2,4
	3,5	7	0,7
	4	164	17,4
	4,5	64	6,8
	5	488	51,8
	5,5	49	5,2
Ankete katılan ebeveyn	6	147	15,7
	Anne	769	81,6
	Baba	173	18,4
Medeni durum	Evli	908	96,4
	Bekar	34	3,6
Annenin çalışma durumu	Çalışıyor	457	48,5
	Çalışmıyor	481	51
	Yanıtız	4	0,5
Babanın çalışma durumu	Çalışıyor	896	95,1
	Çalışmıyor	31	3,2
	Yanıtız	15	1,7
Annenin öğrenim durumu	Okuryazar değil	3	0,3
	Okuryazar	7	0,7
	İlkokul mezunu	104	11,1
	Ortaokul mezunu	103	11
	Lise mezunu	341	36,3
	Üniversite mezunu	382	40,6
Babanın öğrenim durumu	Okuryazar değil	4	0,4
	Okuryazar	4	0,4
	İlkokul mezunu	81	8,7
	Ortaokul mezunu	129	13,9
	Lise mezunu	351	37,7
	Üniversite mezunu	362	38,9
Okulda olmadığı zamanlarda çocuğa bakan kişi	Anne	568	60,3
	Baba	41	4,4
	Büyükanne/dede	310	32,9
	Bakıcı	21	2,2
	Diğer	2	0,2

n: sayı, %: yüzde

üniversite mezunu olan çocukların ekran zamanının 30-60 dk. arasında olduğu ( $p=0,019$ ; Pearson  $\chi^2=24,220$ ), ekran kullanmayan çocukların ailelerinin aylık gelir miktarının kullananlardan daha düşük olduğu, ekran kullananlar arasında ise ekran zamanı 120 dk.'dan fazla olanların aylık gelir miktarının daha düşük olduğu saptandı ( $p=0,019$ ). Diğer değişkenlerle çocuğun ekran zamanı arasında anlamlı bir ilişki belirlenmedi (Tablo 2, Tablo 3).

Ebeveynin teknolojik aletleri kullanım süresinin çocuğun ekran zamanına etkisi değerlendirildiğinde, gün içinde toplam ekran zamanı 120 dk.'dan daha fazla olan çocukların ebeveynlerinin daha az ekran kullanan çocukların ebeveynlerine göre daha fazla televizyon izlediği ( $p=0,010$ ), ekran zamanı bir saatten fazla olan çocukların ebeveynlerinin gün içinde akıllı

**Tablo 2. Ekran Zamanının Bazı Kategorik Değişkenlerle Karşılaştırılması**

		Hiç kullanmaz		< 30 dk		30-60 dk		60-120 dk		>120 dk		İstatistik
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kız	8	44,4	65	52	229	57	144	48	32	33	p=0,001 Pearson $\chi^{2**}$ =19,726
	Erkek	10	55,6	60	48	173	43	156	52	65	67	
Baba öğrenim durumu	Okuryazar değil + okuryazar + ilkökul mezunu	6	33,3	15	12,3	29	7,3	26	8,7	13	13,7	p=0,019 Pearson $\chi^{2**}$ =24,220
	Ortaokul mezunu	1	5,6	15	12,3	55	13,9	50	16,7	8	8,4	
	Lise mezunu	5	27,8	46	37,7	145	36,5	119	39,8	36	37,9	
	Üniversite mezunu	6	33,3	46	37,7	168	42,3	104	34,8	38	40	
Annenin öğrenim durumu	Okuryazar değil + okuryazar + ilkökul mezunu	4	22,2	23	18,4	37	9,2	37	12,4	13	13,4	p=0,185 Pearson $\chi^{2**}$ =16,133
	Ortaokul mezunu	3	16,7	16	12,8	40	10	31	10,4	13	13,4	
	Lise mezunu	5	27,8	40	32	146	36,3	110	36,9	40	41,2	
	Üniversite mezunu	6	33,3	46	36,8	179	44,5	120	40,3	31	32	
Annenin çalışma durumu	Çalışmıyor	12	66,7	61	48,8	195	48,8	154	51,7	59	60,8	p=0,159 Pearson $\chi^{2**}$ =6,594
	Çalışıyor	6	33,3	64	51,2	205	51,2	144	48,3	38	39,2	

**Tablo 3. Ekran Zamanının Bazı Sürekli Değişkenlerle Karşılaştırılması**

		Hiç kullanmaz		< 30 dk		30-60 dk		60-120 dk		>120 dk		İstatistik
		n	$\bar{X} \pm SS$	n	$\bar{X} \pm SS$	n	$\bar{X} \pm SS$	n	$\bar{X} \pm SS$	n	$\bar{X} \pm SS$	
Çocuğun yaşı		18	4,917 ± 0,88	125	4,82 ± 0,80	405	4,89 ± 0,68	301	4,99 ± 0,71	97	5,02 ± 0,61	p=0,080 Kruskal Wallis* = 8,348
Anne yaşı		18	34,28 ± 6,37	125	32,63 ± 5,23	402	33,51 ± 4,70	299	34,09 ± 4,98	97	33,93 ± 4,91	p=0,086 Kruskal Wallis* = 8,153
Baba yaşı		18	37,39 ± 5,75	122	36,56 ± 5,54	399	36,60 ± 4,87	299	37,32 ± 5,23	95	37,74 ± 5,43	p=0,176 Kruskal Wallis* = 6,322
Ebeveynin bilgisayar kullanım süresi		18	0,28 ± 0,57	125	0,38 ± 0,96	405	0,24 ± 0,76	301	0,36 ± 0,88	97	0,26 ± 0,96	p=0,071 Kruskal Wallis* = 8,628
Ebeveynin tablet kullanım süresi		18	0,58 ± 1,22	125	0,21 ± 0,50	405	0,19 ± 0,59	301	0,20 ± 0,57	97	0,20 ± 0,54	p=0,197 Kruskal Wallis* = 6,652
Televizyonun açık kalma süresi		18	3,97 ± 4,06	124	4,09 ± 3,49	401	4,55 ± 2,64	299	5,43 ± 2,80	97	7,27 ± 4,03	p<0,001 Kruskal Wallis* = 92,666
Ebeveynin televizyon izleme süresi		18	2,44 ± 3,75	125	1,83 ± 1,37	402	2,03 ± 1,51	300	2,31 ± 1,46	97	2,96 ± 2,29	p=0,010 Kruskal Wallis* = 35,227
Ebeveynin akıllı telefon kullanma süresi		18	2,39 ± 3,70	125	1,76 ± 1,81	402	1,73 ± 1,54	300	2,13 ± 1,84	97	2,45 ± 2,34	p<0,001 Kruskal Wallis* = 21,327

$\bar{X}$ : Ortalama; SS: Standart sapma; \*Kruskal Wallis H Testi

telefon kullanma süresinin, ekran zamanı 30-60 dk. olan çocukların ebeveynlerinden daha fazla olduğu ( $p<0,001$ ) saptandı. Ayrıca gün içinde ekran karşısında 120 dk.'dan fazla vakit geçiren çocukların evlerinde gün içinde televizyonun açık kalma süresinin daha fazla olduğu belirlendi ( $p<0,001$ ).

Çocukların teknolojik aletleri kullanmaya başlama yaşları değerlendirildiğinde, çocukların teknolojik aletler arasında en erken televizyon izlemeye başladığı (13-24 ay) saptandı (Tablo 4).

Çocukların en sık ebeveynleri başka bir işle meşgulken teknolojik aletlerle vakit geçirdiği, bu vakitlerde en sık akıllı telefon kullandıkları ve televizyon izledikleri belirlendi (Tablo 5).

Çocukların uykuya geçerken ve yemek yerken tablet kullanması ile ebeveynin gün içinde tablet kullanma süresi arasında anlamlı ilişki saptanmazken (sırasıyla  $p=0,427$ ,  $p=0,761$ ), çocuğuna ödül/ceza olarak teknolojik aletleri daha fazla kullanan ve meşgul olduğunda çocuğuna tablet kullandıran ebeveynlerin daha fazla tablet kullandığı saptandı (sırasıyla  $p=0,033$ ,  $p=0,002$ ). Çocuğunu uyuturken veya meşgul olduğunda çocuğuna akıllı telefon kullandıran ve çocuğuna sıklıkla ödül veya ceza olarak teknolojik aletleri kullanan ebeveynlerin gün boyu daha uzun süre akıllı telefon kullandığı belirlendi (sırasıyla  $p=0,002$ ,  $p=0,001$ ,  $p=0,0012$ ). Gün içinde televizyon izleme süresi daha fazla olan ebeveynlerin teknolojik aletleri çocuklarına ödül ceza olarak daha fazla kullandığı görüldü ( $p=0,004$ ) (Tablo 6, Tablo 7).

**Tablo 4. Çocukların Teknolojik Aletlerle Vakit Geçirmeye Başlama Yaşları**

	Akıllı telefon		Bilgisayar		Tablet		Televizyon	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kullanmaz	155	%16,5	561	%59,6	427	%45,3	37	%3,9
0-12 ay arasında	13	%1,4	8	%0,8	8	%0,8	32	%3,4
13-24 ay arasında	102	%10,8	46	%4,9	63	%6,7	138	%14,6
25-36 ay arasında	226	%24	124	%13,2	124	%13,2	279	%29,6
37-48 ay arasında	214	%22,7	95	%10,1	135	%14,3	264	%28
49-60 ay arasında	153	%16,2	78	%8,3	132	%14	118	%12,5
60 aydan sonra	79	%8,4	47	%5	53	%5,6	74	%7,9

n: sayı; %: yüzde

**Tablo 5. Çocukların Ebeveynleri Meşgulken, Yemek Yerken ve Uykuya Geçerken Teknolojik Aletleri Kullanma Durumları**

	Televizyon		Akıllı Telefon		Tablet		Bilgisayar		Kullanmıyor	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Meşgul olduğunda	291	30,9	323	34,2	158	16,8	15	1,6	155	16,5
Yemek yerken	81	8,6	151	16,0	58	6,2	1	0,1	651	69,1
Uykuya geçerken	25	2,7	37	3,9	16	1,7	2	0,2	862	91,5

n: sayı; %: yüzde

**Tablo 6. Ebeveynin Teknolojik Aletleri Kullanma Süresi ile Çocuğuna Bu Cihazları Kullandırması Arasındaki İlişki**

Ebeveyni meşgul olduğunda çocuğun teknolojik aletleri kullanma durumu		Kullanmıyor	Televizyon	Tablet	Bilgisayar	Akıllı telefon	İstatistik
Ebeveynin tablet kullanım süresi	n	155	293	159	15	324	<b>p=0,002</b> Kruskal Wallis= <b>16,558</b>
	Ortalama	0,210	<b>0,125</b>	<b>0,302</b>	0,267	0,231	
	SS	0,6929	0,4328	0,6137	0,5936	0,6323	
Ebeveynin bilgisayar kullanım süresi	n	155	293	159	15	324	<b>p&lt;0,001</b> Kruskal Wallis= <b>30,110</b>
	Ortalama	0,248	0,142	0,274	<b>1,333</b>	0,335	
	SS	0,7589	0,5081	0,7930	2,0325	1,0129	
Ebeveynin akıllı telefon kullanım süresi	n	155	293	159	15	324	<b>p=0,001</b> Kruskal Wallis= <b>18,378</b>
	Ortalama	<b>1,774</b>	<b>1,814</b>	1,855	1,867	<b>2,208</b>	
	SS	2,1360	1,7193	1,3965	1,9036	1,9559	
Ebeveynin televizyon izleme süresi	n	155	293	159	15	324	p=0,024 Kruskal Wallis= 11,251
	Ortalama	<b>1,916</b>	2,213	2,233	1,867	2,309	
	SS	1,8179	1,6995	1,4471	1,5751	1,6596	
<b>Çocuğun yemek yerken teknolojik aletleri kullanma durumu</b>							
Ebeveynin tablet kullanım süresi	n	655	81	58	1	151	p=0,761 Kruskal Wallis= 1,861
	Ortalama	0,189	0,185	0,293	0,000	0,268	
	SS	0,5598	0,4838	0,6756	*	0,7066	
Ebeveynin bilgisayar kullanım süresi	n	655	81	58	1	151	p=0,318 Kruskal Wallis= 4,718
	Ortalama	0,262	0,136	0,172	0,000	0,394	
	SS	0,7964	0,4109	0,5344	*	1,2296	
Ebeveynin akıllı telefon kullanım süresi	n	655	81	58	1	151	p=0,052 Kruskal Wallis= 9,400
	Ortalama	1,873	2,049	2,293	1,000	2,109	
	SS	1,7979	2,0866	2,1461	*	1,7368	
Ebeveynin televizyon izleme süresi	n	655	81	58	1	151	p=0,391 Kruskal Wallis= 4,114
	Ortalama	2,141	2,185	2,207	0,500	2,440	
	SS	1,6083	1,4988	1,4174	*	2,0428	
<b>Çocuğun uykuya geçerken teknolojik aletleri kullanma durumu</b>							
Ebeveynin tablet kullanım süresi	n	866	25	16	2	37	p=0,427 Kruskal Wallis= 3,850
	Ortalama	0,195	0,280	0,188	0,500	0,446	
	SS	0,5587	0,6782	0,4031	0,7071	1,0460	
Ebeveynin bilgisayar kullanım süresi	n	866	25	16	2	37	p=0,114 Kruskal Wallis= 7,439
	Ortalama	0,267	0,000	0,375	1,000	0,338	
	SS	0,8530	0,0000	0,8851	1,4142	0,9056	
Ebeveynin akıllı telefon kullanım süresi	n	866	25	16	2	37	<b>p=0,002</b> Kruskal Wallis= <b>17,342</b>
	Ortalama	1,927	<b>1,220</b>	3,469	1,500	<b>2,351</b>	
	SS	1,8153	1,1554	2,7777	2,1213	1,9288	
Ebeveynin televizyon izleme süresi	n	866	25	16	2	37	p=0,104 Kruskal Wallis= 7,685
	Ortalama	2,174	2,180	2,000	5,500	2,608	
	SS	1,6654	1,0194	1,4142	2,1213	1,9584	

n: sayı, SS: Standart sapma

\*Örneklem sayısı yeterli olmadığından değerlendirilemedi.

**Tablo 7. Ebeveynin Teknolojik Aletleri Kullanma Süresi ile Çocuğuna Bu Cihazları Ödül-Ceza Olarak Kullandırması Arasındaki İlişki**

		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her zaman	İstatistik
<b>Ebeveynin tablet kullanım süresi</b>	<b>n</b>	354	340	225	24	3	<b>p=0,033</b> <b>Kruskal Wallis=</b> <b>10,487</b>
	<b>Ortalama</b>	0,178	0,185	0,242	0,438	<b>1,667</b>	
	<b>SS</b>	0,5702	0,4913	0,6497	0,8762	2,0817	
<b>Ebeveynin bilgisayar kullanım süresi</b>	<b>n</b>	354	340	225	24	3	p=0,199 Kruskal Wallis= 6,001
	<b>Ortalama</b>	0,247	0,257	0,233	0,792	1,833	
	<b>SS</b>	0,7558	0,7342	0,8128	2,2646	2,3629	
<b>Ebeveynin akıllı telefon kullanım süresi</b>	<b>n</b>	354	340	225	24	3	<b>p=0,012</b> <b>Kruskal Wallis=</b> <b>12,898</b>
	<b>Ortalama</b>	<b>1,886</b>	<b>1,878</b>	2,031	<b>3,188</b>	1,833	
	<b>SS</b>	1,8961	1,7483	1,7832	2,4174	0,2887	
<b>Ebeveynin televizyon izleme süresi</b>	<b>n</b>	354	340	225	24	3	<b>p=0,004</b> <b>Kruskal Wallis=</b> <b>15,210</b>
	<b>Ortalama</b>	<b>2,119</b>	2,112	2,351	<b>3,083</b>	1,833	
	<b>SS</b>	1,7633	1,6400	1,4703	2,1145	0,2887	

n: sayı, SS: Standart sapma

Ebeveynlerin %10,2'sinin (102 kişi) çocuğunun teknolojik aletleri kullanımına süre açısından, %7,4'ünün (70 kişi) de içerik açısından herhangi bir kısıtlama getirmediği saptandı. Çalışmamıza göre, ebeveyni tarafından teknolojik aletleri kullanımı süre veya içerik açısından kısıtlanan getirilen çocuklar çoğunlukla 30-60 dk. arasında ekran kullanırken, kısıtlanmayan çocuklar çoğunlukla 120 dk.'dan fazla ekran kullanıyordu (sırasıyla  $p < 0,001$ ; Pearson  $\chi^2 = 37,103$ ,  $p = 0,047$ ; Pearson  $\chi^2 = 9,622$ ).

Ebeveynlerin, teknolojik aletleri çocuğuna ödül veya ceza olarak ne sıklıkla kullandıkları sorgulandığında, 353 kişinin (%37,5) hiçbir zaman kullanmadığı, diğer ebeveynlerin (n=589; %62,5) ise ender de olsa kullandığı saptandı.

## TARTIŞMA

Çalışmamızda, çocukların %42,1'inin günde 1 saatten fazla ekran kullandığı, erkeklerin kızlardan daha fazla ekran kullandığı, çocuğun ekran zamanının ebeveynin eğitim düzeyi ve ailenin toplam aylık gelir miktarından etkilendiği belirlendi. Ebeveynlerin kendi kullarımlarının ve çocuğunun bu cihazları kullanımı ile ilgili tutum ve davranışlarının çocuğun bu cihazları kullanma davranışlarını da etkilediği görüldü.

Çalışmamızda, önceki çalışmalarla benzer olarak çocukların büyük bir kısmı günlük 1 saatten fazla ekran kullanıyor, en sık televizyon izliyor ikinci sırada akıllı telefon kullanıyorlardı.<sup>[21]</sup> Çalışmamızda ayrıca, çocukların çoğunluğunun günde 30-60 dk. (%42,7) ekran kullandığı saptandı. Çalışmamızın bu sonuçları mevcut literatürle paraleldir.<sup>[22,23]</sup>

Çalışmamızda, literatürle uyumlu olarak gün boyu 120 dk.'dan daha uzun süre teknolojik aletleri kullanan çocukların ebeveynlerinin daha fazla televizyon izlediği ve evde televizyonun daha uzun süre açık kaldığı saptandı.<sup>[6]</sup> Çalışmamızda ayrıca, ebeveyni daha uzun süre akıllı telefon kullanan çocukların gün boyu daha uzun süre ekran kullandığı belirlendi. Literatürde de çalışmamızla uyumlu olarak ebeveynlerin ekran zamanının artmasıyla çocuğun da daha fazla ekran kullandığını gösteren çalışmalar mevcuttur.<sup>[24-27]</sup> Bu sonuçlar okul öncesi dönemdeki çocukların davranışlarında büyük oranda anne ve babalarını örnek almasından kaynaklanmaktadır. Ayrıca çalışmamızda, meşgul olduğunda çocuğuna tablet kullandıran ebeveynlerin gün içinde daha uzun süre tablet kullandığı, çocuğunu uyuturken ve meşgul olduğunda çocuğuna akıllı telefon kullandıran ve çocuğuna sıklıkla ödül veya ceza olarak akıllı telefonu kullanan ebeveynlerin gün boyu daha uzun süre akıllı telefon kullandığı saptandı. Bu araçları daha fazla kullanan ebeveynler çocuklarını da teknolojik aletleri kullanmaya daha fazla yönlendirmektedir.

Çalışmamızda, gelir düzeyi düşük olan ailede yaşayan çocukların ekran karşısında daha fazla vakit geçirdiği belirlendi. Bu sonuçlar literatürle paralellik göstermektedir.<sup>[6,27,28]</sup> Literatürde çocuğun toplam ekran zamanı ile ebeveynlerin öğrenim durumu arasında da bir ilişki olduğu görülmektedir. Ebeveynin eğitim seviyesi arttıkça çocuğun ekran zamanının azaldığı görülmektedir.<sup>[6,27-29]</sup> Çalışmamızda da benzer şekilde babasının öğrenim durumu üniversite olan çocukların ilkökul ve altı olan çocuklara göre daha kısa süre ekran kullandığı saptandı. Öğrenim seviyesinin artmasıyla anne babaların bu konuda daha bilinçli olduğu ve çocuklarının ekran kullanımını daha iyi kontrol edebildiği düşünülmektedir.

Çalışmamızda ayrıca, çocukların televizyon izlemeye çoğunlukla 13-24 ay ve 25-36 aylarda, bilgisayarla ve akıllı telefonla vakit geçirmeye çoğunlukla 25-36 ay ve 37-48 aylarda, tabletle vakit geçirmeye çoğunlukla 25-60 aylarda başladığı saptandı. Televizyon izlemeye diğer cihazlardan daha erken başladığı görüldü. Bu sonuçlar literatürle de uyumludur.<sup>[9,25]</sup> Televizyonun diğer teknolojik aletlere göre evlerde daha yaygın olarak kullanıyor olmasından dolayı çocuklar televizyon izlemeye daha küçük yaşlarda başlıyor olabilirler.

Araştırmamızda, ebeveynlerin %83,6'sının meşgul olduğunda, %30,9'unun çocuğuna yemek yedirirken, %8,5'inin onu uyuturken teknolojik aletleri kullandığı ve en sık akıllı telefonu ve televizyonu tercih ettiği saptandı. Literatürde de çalışmamızla benzer şekilde ebeveynlerin bu amaçlarla çocukları bu cihazları kullanmaya yönlendirdikleri gösterilmiştir.<sup>[22,30]</sup> Ayrıca çalışmamızda, literatürle uyumlu olarak ebeveynlerin %36'sının teknolojik aletleri hiçbir zaman çocuğuna ödül veya ceza olarak kullanmadığı, diğerlerinin ender de olsa kullandığı belirlendi.<sup>[26,28]</sup> Ebeveynlerin çocuklarını kontrol edebilmek için bazı durumlarda kendilerinin çocuğu bu cihazları kullanmaya yönlendirdiği görülmektedir. Ayrıca ebeveynlerin çok büyük bir kısmının başka bir işle meşgul olduğunda bu cihazları kullanmaya yönlendiriyor olması çocuğun bu sırada bu cihazları kontrolsüz bir şekilde kullanıyor olabileceğini de düşündürmektedir.

Çalışmamızda, literatürle uyumlu olarak ebeveynlerin büyük bir kısmı çocuğunun teknolojik aletleri kullanımına süre ve içerik açısından kısıtlama getirdiğini belirtmiştir.<sup>[19,25,31]</sup> Bir çalışmada, ebeveynler çocuklarının bu araçları kullanmasına kısıtlama getirmesi gerektiğini düşünmelerine rağmen, çocuklarının istekleri karşısında direnemeyip teknolojik aletleri kullanmasına izin verdiklerini belirtmişlerdir.<sup>[11]</sup> Çalışmamızın sonuçlarına göre de ebeveynlerin büyük bir kısmının kısıtlama getirdiğini belirtmesine rağmen, bir o kadar fazla ebeveynin de meşgul olduğunda ve çocuğunu kontrol edebilmek için bazı durumlarda çocuğunu bu cihazları kullanmaya yönlendiriyor olması, ebeveynlerin kısıtlama konusunda tutarsız davrandığını ve bu durumun çocukların bu cihazlarla sağlıklı sınırlar içerisinde bir ilişki kurmasını zorlaştırabileceğini düşündürmektedir.

Yine çalışmamızda, literatürle uyumlu olarak ebeveyninin çocuğunun teknolojik aletleri kullanımına kısıtlama getirmesiyle çocuğun ekran zamanının azaldığı saptanmıştır.<sup>[32]</sup> Doğru ve uygulanabilir

sınırlamalar çocukların bu cihazları kullanımı konusunda etkili olabilmektedir.

Çalışmamız Edirne'de bu konuda yapılmış ilk çalışmadır. Çalışmamızın bir anket çalışması olması ve geçmişe dönük sorular içermesi nedeniyle bellek faktörü dolayısıyla katılımcıların sorulara yanlış yanıt vermiş olmaları ve durumu olduğundan daha iyi gösterme çabasına girmiş olmaları olasıdır. Ayrıca çalışmamız Edirne il merkezinde, sınırlı bir bölgede yapılmıştır ve sonuçları genellenemez.

## SONUÇ

Çalışmamızda, çocukların çoğunun 1 saatten az ekran kullandığı görülse de 1 saatten fazla ekran kullanan çocukların oranının da oldukça fazla (%42,1) olduğu saptanmıştır. Ebeveynin kendisinin bu cihazları kullanım durumunun, çocuğu uyuturken, ona yemek yedirirken, meşgul olduğunda, ödül ya da ceza olarak çocuğunun bu cihazları kullanmasına izin verme durumunun ve çocuğunun bu cihazları kullanımına kısıtlama getirmesinin çocuğun ekran zamanını etkilediği görüldü.

Çalışmamızın sonuçları, ebeveynlerin hem kendilerinin hem de çocuklarının teknolojik aletleri kullanımı açısından bilinçlendirilmeleri gerektiğini düşündürmektedir. Bunun için ebeveynlere yönelik seminerler, dijital medya okuryazarlığı eğitimleri verilebilir. Ayrıca aile hekimleri koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında prekonsepsiyondan başlayarak ebeveynlere bu konuda danışmanlık verebilir. Bebek ve çocuk izlemelerini fırsat bilerek çocuğun bu cihazları kullanımını sorgulayıp, uygun kullanımın nasıl olması gerektiği, olası yararları ve zararları, neden olabileceği sağlık sorunları ve evde alınabilecek önlemler ile ilgili bilgilendirebilirler.

**Etik Kurul Onayı:** Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (27.05.2019 - 10/21).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Ethics Committee Approval:** The study was approved by the Trakya University Faculty of Medicine Scientific Research Ethics Committee (27.05.2019 - 10/21).

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

## KAYNAKÇA

1. Türk Dil Kurumu. Güncel Türkçe Sözlük. <https://sozluk.gov.tr/> adresinden 07/09/2020 tarihinde erişilmiştir.
2. Arumugam CT, Said MA, Farid NDN. Screen-based media and young children: Review and recommendations. *Malays Fam Physician* 2021;16(2):7.
3. Akçay D. Çocuk ve Adölesanların Elektronik Medya Kullanımının Obezite ve Uyku Sorunlarına Etkisi. *JCP* 2017;15(2):67-72.
4. Keskindemirci G, Gökçay G. Dil gelişimi gecikmiş olan çocuklarda ekran maruziyeti: Ön çalışma sonuçları/Screen exposure in children with language delay; results of pilot study. *J Ist Faculty Med* 2020;83(1):30-35.
5. Mustafaoğlu R, Zirek E, Yasacı Z, Özdiñçler AR. Dijital teknoloji kullanımının çocukların gelişimi ve sağlığı üzerine olumsuz etkileri. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions* 2018;5(2):1-21.
6. Toksoy K. Dijital Medyanın 18 Ay-3 Yaş Arasındaki Çocukların Gelişimine Etkisi (tez): Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.
7. Türkiye İstatistik Kurumu. 06-15 Yaş Grubu Çocuklarda Bilişim Teknolojileri Kullanımı ve Medya, 2013. [www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15866](http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15866) adresinden 12/03/2020 tarihinde erişilmiştir.
8. Gökçe A, Arslan İ, Ülgen Öz ve ark. S. 0-7 yaş arası çocuklarda mobil ekran maruziyetinin değerlendirilmesi. *Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg* 2021 ; 54(2) : 188-193.
9. Aral N, Doğan Keskin A. Ebeveyn bakış açısıyla 0-6 yaş döneminde teknolojik alet kullanımının incelenmesi. *Addicta: The Turkish Journal on Addiction* 2018;5(2):317-48.
10. Işın Ö. İzmir il merkezindeki 13-60 ay arası çocukların kitle iletişim araçlarını kullanma prevalansının belirlenmesi. 2020.
11. Cengiz Saltuk M, Erciyes C. Okul öncesi çocuklarda teknoloji kullanımına ilişkin ebeveyn tutumlarına dair bir çalışma. *eJNM* 2020;4(2):106-20.
12. Yılmaz D, Güney R. Medyanın çocuklar üzerindeki etkileri ve kullanımına ilişkin öneriler. *DEUHFED* 2021;14(4):486-94.
13. Sourtiji H. The Associations between screen time and sleep duration, and body mass index (BMI) in under five year-old children. *Preprints* 2018, 2018050482.
14. Liu W, Wu X, Huang K et al. Early childhood screen time as a predictor of emotional and behavioral problems in children at 4 years: a birth cohort study in China. *EHPM* 2021;26(1):1-9.
15. Ergüney M. İnternetin okul öncesi dönemdeki çocuklar üzerindeki etkileri hakkında bir araştırma. *Ulakbilge* 2017;5(17):1917-38.
16. Pınar Y, Ünal F, Pınar NK. Impact of excessive screen-based media use on early childhood development: A short review. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi* 2018;2(4):297-305.
17. Yücel V. Zararlı dijital oyunlar ve çocuklar. *ASEAD* 2019;6(7):340-53.
18. Lauricella AR. Çocukların medya katılımı. 1. Türkiye Çocuk ve Medya Kongresi, İstanbul Türkiye, 2013; 117-31.
19. Güngör M. Okul öncesi dönem çocuklarının televizyon izleme alışkanlıkları ve anne baba tutumları. *MKÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2014;11(28):199-216.
20. American Academy of Pediatrics. American Academy of Pediatrics Announces New Recommendations for Children's Media Use 2016. <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/Pages/American-Academy-of-Pediatrics-Announces-New-Recommendations-for-Childrens-Media-Use.aspx> adresinden 20/02/2020 tarihinde erişilmiştir.
21. Rathnasiri A, Rathnayaka H, Yasara N, Mettananda S. Electronic screen device usage and screen time among preschool-attending children in a suburban area of Sri Lanka. *BMC pediatrics* 2022;22(1):1-8.
22. Kabali HK, Irigoyen MM, Nunez-Davis R et al. Exposure and use of mobile media devices by young children. *Pediatrics* 2015;136(6):1044-50.
23. Topakkaya ÖK. Okul öncesi çocuklarda ve ebeveynlerinde teknolojik cihaz kullanımı. *MKÜ Tıp Dergisi* 2019;10(36):14-9.
24. Rai J, Kuzik N, Carson V. Demographic, parental and home environment correlates of traditional and mobile screen time in preschool-aged children. *Child: Care, Health and Development*. 2022.
25. Çelik E. Okul öncesi çocukların ekran kullanım sürelerinin ebeveyn ekran kullanım alışkanlıkları ve aile işlevleri ile ilişkisi. *Cukurova Med J* 2021;46(1):343-351.
26. Kaya İ. Anne babaların çocuklarının bilgi/iletişim teknolojileri (BİT) kullanımına yönelik yaklaşımları ile çocukların bu teknolojileri kullanım alışkanlıkları arasındaki ilişki. *Turkish Studies* 2017;12(23):173-86.
27. Nikken P, Schols M. How and why parents guide the media use of young children. *J Child Fam Stud* 2015;24(11):3423-35.
28. Turan I. 36-72 ay arası çocuklarda televizyon izleme alışkanlıkları ve bu alışkanlıklara etki eden faktörlerin incelenmesi (tez). Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi 2016.
29. Mineshita Y, Kim H-K, Chijiki H et al. Screen time duration and timing: effects on obesity, physical activity, dry eyes, and learning ability in elementary school children. *BMC Public Health* 2021;21(1):1-11.
30. Akkuş S, Yılmazcaer Y, Şahinöz A, Sucaklı İ. 3-60 ay arası çocukların televizyon izleme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *H. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2015;1(Suppl2):351-360.
31. Bentley GF, Turner KM, Jago R. Mothers' views of their preschool child's screen-viewing behaviour: a qualitative study. *BMC Public Health* 2016;16(1):1-11.
32. Brindova D, Pavelka J, Ševčíkova A, et al. How parents can affect excessive spending of time on screen-based activities. *BMC Public Health* 2014;14(1):1-8.

# Aile Hekimlerinin Görüşme ve İlişkisel Empati Becerisinin Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyine Etkisi

## The Effect of Family Physicians' Consultation and Relational Empathy Skills on the Level of Satisfaction with Primary Health Care

Furkan Şakiroğlu<sup>✉</sup>, Yasemin Çayır<sup>✉</sup>

**Atf/Cite as:** Şakiroğlu F, Çayır Y. Aile hekimlerinin görüşme ve ilişkisel empati becerisinin birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyine etkisi. Türk Aile Hek Derg. 2022;26(3):116-123.

### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmada, aile hekimlerinin görüşme ve ilişkisel empati becerisinin birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyine olan etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışma, Atatürk Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı Eğitim Aile Sağlığı merkezlerine kayıtlı hastalarla yapılan kesitsel özellikte bir araştırmadır. Katılımcıların yaş, cinsiyet, meslek, eğitim düzeyi, medeni durum, başvuru nedeni, başvuru sıklığı, aile hekimine kayıtlı olunan süre, bekleme süresi gibi verileri kaydedildi. Daha sonra Consultation and Relational Empathy (CARE) ölçeği ile hastaların hekimlerinden algıladığı empati düzeyi ölçüldü. Hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri ise yedi alt boyuttan oluşan (ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsayıcılık, eşgüdüm, hizmet memnuniyeti, hekimin kişisel yaklaşımı ve güven) Primary Care Assessment Survey (PCAS) ile ölçüldü. Verilerin analizleri SPSS 22 programı kullanılarak yapıldı. Student-t testi, ANOVA testi, Post Hoc karşılaştırmalarda Tukey's B testi, Pearson korelasyon testi, ki-kare testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 341 gönüllü katıldı. Yaş ortalamaları  $35,2 \pm 14,3$  yılıdır. Katılımcıların %67,2'si ( $n=229$ ) kadındır. CARE puan ortalaması  $38,0 \pm 8,9$  idi. CARE puanı ile PCAS alt boyut puanlarının tamamı arasında pozitif korelasyon tespit edildi ( $p < 0,05$ ). Hekim ile görüşmeden önceki bekleme süresi arttıkça CARE ve PCAS alt boyutlarının tamamında puan ortalamalarının anlamlı bir şekilde düştüğü görüldü ( $p < 0,05$ ). Ayda bir aile hekimine başvuran katılımcıların yılda bir başvuran katılımcılara göre PCAS skorlarının istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu saptandı ( $p < 0,05$ ).

**Sonuç:** Bu çalışmada, hastalar tarafından algılanan aile hekimlerinin görüşme ve ilişkisel empati becerisi ile hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri arasında korelasyon olduğu görüldü. Hastaların bekleme süresi arttıkça memnuniyet düzeyi ve algılanan empati düzeyi azalmaktaydı. Ayda bir aile sağlığı merkezine başvuranların yılda bir başvuranlara göre daha memnun olduğu görüldü. Buna göre, hekimlerin empati düzeyini artıracak eğitimlerden geçmesi, randevulu hasta kabulü yapılarak bekleme sürelerinin kısaltılması ve sürekliliğin sağlanması birinci basamak sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyeti artıracaktır.

**Anahtar kelimeler:** Empati, hasta memnuniyeti, aile hekimliği, CARE, PCAS

### ABSTRACT

**Aim:** It was aimed to investigate the effect of family physicians' consultation and relational empathy skills on the level of satisfaction with primary health care services.

**Methods:** This study is a cross-sectional study conducted with patients enrolled in Education Family Health Centers affiliated with Atatürk University Department of Family Medicine. Data were collected on age, gender, profession, education level, marital status, application reason, application frequency, registered time, and waiting time. Consultation and Relational Empathy (CARE) scale was used to measure the empathy that patients perceive from their physicians. Primary Care Assessment Survey (PCAS) with seven sub-dimensions (accessibility, continuity, inclusiveness, coordination, service satisfaction, physician's personal approach, and trust) was used to measure satisfaction with primary health care services. Data analyzes were performed by SPSS 22 program. Student-t test, ANOVA test, Tukey's B test, Pearson correlation test, and chi-square test were used in Post Hoc comparisons. The significance level was accepted as  $p < 0,05$ .

**Results:** 341 volunteers participated in the study. Their mean age was  $35,2 \pm 14,3$  years. 67,2% of the participants ( $n=229$ ) were women. The mean CARE score was  $38,0 \pm 8,9$ . A positive correlation was found between the CARE score and all the PCAS sub-dimension scores ( $p < 0,05$ ). As the waiting time before consultation with the physician increased, it was observed that the mean scores in all CARE and PCAS sub-dimensions decreased significantly ( $p < 0,05$ ). It was found that the PCAS scores of the participants who applied to the family physician once a month were statistically significantly higher than the participants who applied once a year ( $p < 0,05$ ).

Received/Geliş: 14.04.2022  
Accepted/Kabul: 05.09.2022  
Publication date: 28.09.2022

Corresponding Author:

Y. Çayır

ORCID: 0000-0001-9133-5460  
Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi,  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,  
Erzurum, Türkiye  
✉ dryasemincayir@yahoo.com

F. Şakiroğlu

ORCID: 0000-0002-7163-5658  
Şerif Efendi Aile Sağlığı Merkezi,  
Erzurum, Türkiye



**Conclusion:** It was observed that there was a correlation between the consultation and relational empathy skills of family physicians perceived by the patients and the level of satisfaction of the patients with primary health care services. As the patients' waiting time increased, the satisfaction and perceived empathy decreased. Participants who visit the family health center once a month are more satisfied than those who visit once a year. Accordingly, physicians' training to increase their empathy level, shortening the waiting times by making appointments of patients and ensuring continuity will increase satisfaction in primary health care services.

**Keywords:** Empathy, patient satisfaction, family medicine, CARE, PCAS

## GİRİŞ

Hasta-hekim ilişkisi sağlık hizmetlerinin merkezinde bulunmaktadır ve bu ilişkinin en önemli parçası etkili iletişimidir. Gelişen teknoloji ile hastalar hakkındaki objektif veriler (görüntüleme yöntemleri, tanı testleri, ölçümler vb.) kolayca elde edilebilmektedir. Ancak, subjektif verilerin hastadan alınması iletişim ile olasıdır. Yapılan çalışmalar, etkili bir hasta-hekim iletişiminin hem sunulan sağlık hizmetinin kalitesini iyileştireceğini hem de hasta memnuniyetini, ilaç uyumunu ve verilen tedavinin başarısını artıracığını bildirmiştir.<sup>[1]</sup>

Sağlık hizmeti sırasında hasta-hekim iletişimin en önemli bileşenlerinden biri empatidir. Empati, iletişim sırasında kişinin kendini iletişim kurulan kişi yerine koyarak onun gibi duygulanmayı ve onun gibi düşünmeyi anlayabilmesi ve bunu karşı tarafa hissettirmesidir.<sup>[2]</sup> Empatinin değerlendirilmesinde öz bildirim ölçekleri, gözlemci derecelendirmeleri, insan yüzlerini doğru adlandırma, oluşturulan senaryolara verilen empatik yanıtın fizyolojik açıdan ele alınması gibi yöntemler kullanılmaktadır.<sup>[3]</sup> En sık kullanılan ve daha kullanışlı olan yöntem öz bildirim ve gözlemci derecelendirme ölçekleridir. Bunlardan uluslararası kabul gören ve ülkemizde de geçerlik-güvenirlilik araştırması yapılmış gözlemci derecelendirmesi niteliğindeki Görüşme ve İlişkisel Empati Ölçeği (CARE) en sık kullanılanlardandır.<sup>[4,5]</sup>

Sağlık hizmetlerinden memnuniyeti etkileyen faktörler arasında hekimin iletişim becerisinin en önde yer aldığı bildirilmiştir. Hekimler, hastaların endişelerini ortaya çıkarmalı, hastaları dinlemeli ve sağlıkla ilgili karar alma sürecinde aktif katılımı özendirmelidir. Zayıf iletişim, hekimin önerisine uymamanın yaygın bir nedenidir. Hastaların bireysel özellikleri, sosyal ve kültürel ortamı tanınmalı ve anlaşılmalıdır.<sup>[6]</sup>

Aile hekimliği yaş, cinsiyet, hastalık ayırt etmeksizin sağlık hizmeti sunar ve sağlık sisteminin giriş noktasında bulunmaktadır.<sup>[7]</sup> Aile hekimlerinden beklenen

hastaların sorunlarını, isteklerini, kaygısını anlamak ve önerilerde bulunarak doğru sağlık hizmeti almasına yardımcı olmaktır.

Aile hekimliğinde çekirdek yeterlilikler; birinci basamak yönetimi, kişi merkezli bakım sunma, özgün sorun çözme becerisine sahip olma, toplum yönelimli olma ile bireylere sunulan sağlık hizmetinin bütüncül ve kapsamlı olması şeklinde sıralanmıştır.<sup>[8]</sup> Birinci basamak yönetiminde hastalarla ilk teması yönetmek, birey merkezli bakımda hasta ile etkili bir iletişim kurarak öncelikleri belirleyip ortak hareket etmek, anamnez, fizik muayene ve tetkikler ile amaca yönelik bilgi toplayarak özgün sorun becerisini kullanmak, hastanın birden fazla hastalığının, akut ve kronik durumların beraber yönetiminde kapsamlı yaklaşım göstermek, bireyin ve toplumun sağlık gereksinimleri arasındaki dengeyi kurmak, bireyi bilişsel duygusal sosyal ve kültürel açıdan bütüncül yaklaşımla değerlendirebilmek etkin bir iletişim ile olasıdır.<sup>[7]</sup>

Hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyetini pek çok faktör etkileyebilir. Birinci basamak sağlık hizmetinin merkezinde yer alan aile hekimlerinin gösterdiği iletişim becerilerinin hastalar tarafından nasıl algılandığı ve bunun hasta memnuniyeti ile ilişkisi konusunda çalışmalar kısıtlıdır. Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık hizmeti sunulan aile hekimliği birimlerinde verilen sağlık hizmetinden memnuniyet ile aile hekimlerinin görüşme ve ilişkisel empati becerisi arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamız, Atatürk Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı hizmet veren Eğitim Aile Sağlığı Merkezi (EASM) aile hekimliği birimlerine kayıtlı hastalarla yapılan kesitsel özellikte bir araştırmadır. Araştırma verileri Mart-Mayıs 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmamız planlanırken zaman faktörüne dayalı örneklem hesabı yapıldı. Son bir yılın ortalaması alındığında bir aylık süre içerisinde EASM'deki beş

birime toplam 2.500 hasta başvuruyordu. Ortalama başvuru sayısı 2.500 ve anlamlılık düzeyi  $p<0.05$  olarak kabul edilerek yapılan örneklem hesabına göre çalışmanın en az 333 katılımcı ile yapılması planlandı.

Çalışmamıza düşünce içeriğini etkileyecek herhangi bir psikiyatrik ya da nörolojik hastalığı bulunmayan, son üç aydır aynı aile sağlığı merkezi birimine kayıtlı olan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve onam veren 18 yaş üzerindeki bireyler dâhil edildi. Çalışmadan dışlanma kriterleri ise 18 yaş altında olmak ve misafir hasta olmak idi. Çalışmaya başlamadan önce yerel etik kuruldan onay alındı (B.30.2.ATA.0.01.00/73). Çalışmanın verileri Mart-Nisan 2021 tarihleri arasında dahil edilme kriterlerini sağlayan 402 kişi ile yüz yüze toplandı. Tüm katılımcılardan bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alındı. Tüm katılımcılardan tanımlayıcı özellikleri alındıktan sonra CARE ve Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS) ölçekleri uygulandı.

### Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan ve hastaların tanımlayıcı özelliklerine dair verileri toplamaya uygun 9 sorudan oluşan bir formdu. Bu form ile katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim seviyesi ile çalışma durumu, aile hekimine başvuru nedeni, aile hekimine yıllık başvuru sıklığı, aile hekimine ne zamandır kayıtlı olduğu ve muayene için beklediği süre kaydedildi.

### Görüşme ve İlişkisel Empati Ölçeği (CARE)

CARE hastalar tarafından uygulanabilen, hasta-hekim ilişkisinde hasta tarafından algılanan empatiyi ölçmek için geliştirilmiş bir ölçektir. Mercer ve ark. tarafından 2004 yılında Glasgow ve Edinburgh Üniversiteleri, Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda geliştirilmiştir.<sup>[5]</sup> Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması 2019'da Bozdemir ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonu için Cronbach alfa değeri 0.943 olarak bulunmuştur. On maddeden oluşan anket soruları bir (kötü) ile beş (mükemmel) arasında puanlanmaktadır. Ölçekten en az 10 puan en fazla 50 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puan ne kadar yüksekse empati düzeyi de o kadar yüksektir.<sup>[9]</sup>

### Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeği (PCAS)

PCAS hastalar tarafından uygulanabilen yapısal ve hekim-hasta ilişkisi boyutlarıyla birinci basamak sağlık hizmetlerini değerlendirmek için geliştirilmiş bir ölçektir. 1998 yılında Safran ve ark. tarafından geliştirilmiştir.<sup>[10]</sup> Ölçeğin Türkçe sürümünün geçerlik

ve güvenilirlik çalışması Lağarlı ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçek orijinali 11 alt boyuttan oluşmaktadır, Türkçe geçerlilik çalışmasında ise 7 alt boyuta indirgenmiştir. Yedi boyuttan oluşan ölçeğin boyut ve iç tutarlılık cronbach alfa değerleri 1-Ulaşılabilirlik: 0.62; 2-Süreklilik: 0.47; 3-Kapsayıcılık: 0.56; 4-Eşgüdüm: 0.84; 5-Hizmet memnuniyeti: 0.89; 6-Kişisel yaklaşım: 0.90 ve 7-Güven: 0.90 olarak bulunmuştur.<sup>[11]</sup> Bu alt boyutlardan ulaşılabilirlik, süreklilik, kapsayıcılık ve eşgüdüm yapısal özet boyutunu verirken; hizmet memnuniyeti, kişisel yaklaşım ve güven alt boyutları ise hasta-hekim ilişkisi özet boyutunu vermektedir. Boyut puanları önerildiği gibi her boyut için en düşük 0 en yüksek 100 olacak şekilde dönüştürülerek hesaplamalar yapıldı. Yapısal özet ve hasta-hekim ilişkisi özet boyutları da ayrıca değerlendirildi.

### İstatistiksel Analizler

Katılımcılardan toplanan veriler SPSS 22 paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra CARE ölçeği ve PCAS puanı açısından karşılaştırmalarda Student-t testi ve tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanıldı. Post Hoc karşılaştırmalarda Tukey's B testi kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler sunulurken; ortalama±standart sapma (SS) ve n (%) kullanıldı. Numerik verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Skewness ile incelendi. Numerik veriler arasındaki korelasyonun değerlendirilmesinde Pearson korelasyon testi uygulandı. Kategorik verilerin kıyaslanmasında ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık seviyesi  $p<0.05$  olarak kabul edildi.

### BULGULAR

Çalışmamız 402 katılımcı ile tamamlandı. Bunlardan anketleri eksik dolduran 61 kişinin verileri analizlere dâhil edilmedi. Toplam 341 kişi ile çalışma tamamlandı. Katılımcının tanımlayıcı özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Katılımcıların başvuru yaptığı birime ortalama kayıt süresi  $3,4\pm 2,4$  yıl; muayene olmak için bekleme süresi ortalama  $8,5\pm 8,7$  dk. idi. Kadınlar muayene ve kontrol için daha fazla başvururken, erkeklerin rapor ve aşı olmak için daha fazla başvurduğu saptandı ( $p=0.007$ ). Haftada bir ve ayda bir başvuran katılımcılar kontrol için daha fazla başvururken, altı ayda bir ve yılda bir başvuranlar rapor ve aşı olmak için daha fazla başvuruda bulunduğu tespit edildi ( $p=0,02$ ).

### CARE Ölçeği Puanlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların CARE ölçeğinden aldıkları puanın ortalaması  $38,0 \pm 8,9$  iken, bu puan ortalaması ile katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu, eğitim seviyesi, aile hekimine başvuru nedeni veya yıllık aile hekimine başvuru sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ). CARE puanı ile kayıtlı olunan süre ve bekleme süresi (dk.) arasında negatif korelasyon saptandı (sırasıyla  $p = 0,002$  ve  $r = -0,189$ ;  $p = 0,002$  ve  $r = -0,163$ ).

### PCAS Puanlarının Değerlendirilmesi

Katılımcıların PCAS puanları ile PCAS alt boyutları ve sosyodemografik verilerin karşılaştırılması Tablo 2 ve Tablo 3'te verilmiştir. Analizlerde 65 yaş üstü katılımcıların, 30-44 yaş grubu katılımcılara göre ulaşılabilirlik boyut puanlarının daha yüksek olduğu saptandı ( $p = 0,013$ ). Çalışmamıza katılan 65 yaş üstü bireylerin diğer katılımcılara göre süreklilik boyut puanını daha fazla değerlendirdiği görüldü ( $p = 0,009$ ,  $p = 0,002$ ,  $p = 0,018$ ). Ayda bir kere aile hekimliği birimine başvuranlar ile altı ayda bir başvuranların eşgüdüm boyutuna verdikleri puanlar arasında anlamlı farklılık tespit edildi ( $p = 0,021$ ).

PCAS'ta mevcut olan, puanlamaya dâhil edilmeyen ve katılımcıların hekimlerinden ortalama memnuniyet düzeyini ölçen yedili likert tipi "Bunların hepsini dikkate aldığınızda, düzenli hekiminizden memnuniyetinizi nasıl değerlendirirsiniz?" sorusu ayrıca değerlendirildi ve memnuniyet düzeyi ortalaması  $5,61 \pm 1,14$  olarak hesaplandı. Memnuniyet düzeyi cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, başvuru nedeni faktörlerine göre fark göstermedi ( $p > 0,05$ ). Katılımcıların memnuniyet seviyesi ile bekleme süresi ve kayıtlı olunan süre arasında negatif bir korelasyon ilişkisi tespit edildi ( $r = -0,159$ ,  $p = 0,003$ ) ( $r = -0,114$ ,  $p = 0,036$ ). Ayda bir aile hekimine başvuranların memnuniyet düzeyi yılda bir başvuranlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ( $p = 0,008$ ).

Katılımcıların CARE toplam puanı ile PCAS ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanları arasında korelasyon olup olmadığı değerlendirildi (Tablo 4). CARE ölçek puanı ile PCAS'a ait tüm alt boyutların puanlarının pozitif korelasyon gösterdiği saptandı. ( $p < 0,05$ ). En yüksek korelasyon katsayısı kişisel yaklaşım ( $r = 0,762$ ) ve hekim-hasta ilişkisi ( $r = 0,775$ ) alt boyutu oldu. En düşük korelasyon katsayısı ise süreklilik ( $r = 0,287$ ) boyutunda saptandı.

**Tablo 1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri**

Özellikler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	229	67,2
Erkek	112	32,8
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
İlköğretim	89	26,1
Lise	94	27,6
Üniversite	158	46,3
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar	140	41,1
Evli	191	56,0
Boşanmış/Dul	10	2,9
<b>Meslek</b>		
Ev Hanımı	99	29,0
Emekli	25	7,3
Memur	83	24,3
İşçi	26	7,6
Öğrenci	71	20,8
İşsiz	18	5,3
Diğer	19	5,6
<b>Başvuru Nedeni</b>		
Muayene	161	47,2
Kontrol	109	32,0
Enjeksiyon/ Pansuman	16	4,7
Aşı	27	7,9
Rapor	25	7,3
Aile planlaması	2	0,6
Sevki	1	0,3
<b>Başvuru Sıklığı</b>		
Haftada bir veya daha sık	15	4,4
Ayda bir	106	31,1
Altı ayda bir	122	35,8
Yılda bir veya daha az	98	28,7

**Tablo 2. Katılımcıların PCAS Puanları**

Boyutlar	En Düşük	En Yüksek	Ortalama	SS
1.Ulaşılabilirlik	15,00	100,00	60,77	14,71
2.Süreklilik	0,00	100,00	62,84	18,14
3.Kapsayıcılık	5,00	100,00	56,65	19,09
4.Eşgüdüm	0,00	100,00	57,61	21,13
5.Hizmet memnuniyeti	14,29	100,00	69,06	18,17
6.Kişisel yaklaşım	8,00	100,00	68,49	21,27
7.Güven	21,88	93,75	67,43	14,39
8.Yapısal Özet	15,83	98,17	59,22	13,75
9.Hasta-hekim ilişkisi Özet	15,22	97,83	68,34	16,10

PCAS: Primary Care Assessment Survey; SS: standart sapma

**Tablo 3. PCAS Yapısal Boyutun Tanımlayıcı Verilerle Karşılaştırılması**

Özellikler	Ulaşılabilirlik		Süreklilik		Kapsayıcılık		Eşgüdüm		Yapısal	
	Ort.±SS	p	Ort.±SS	p	Ort.±SS	p	Ort.±SS	p	Ort.±SS	p
<b>Cinsiyet</b>										
Kadın	60,59±14,17	0,768*	63,41±17,20	0,441*	56,27±18,78	0,607*	58,06±20,76	0,558*	59,27±12,92	0,672*
Erkek	61,16±15,84		61,67±19,95		57,44±19,78		56,67±21,93		59,14±15,38	
<b>Yaş aralığı</b>										
18-29	61,26±14,56	<b>0,010**</b>	62,80±17,47°	<b>0,006**</b>	55,63±19,32°	<b>0,006**</b>	57,55±21,48	0,289**	59,15±13,61	<b>0,004**</b>
30-44	57,69±14,72°		60,54±18,05°		53,61±18,03°		56,63±21,50		56,83±12,92	
45-64	62,28±14,29		63,04±18,73°		60,78±19,79		56,95±20,88		60,57±14,60	
65 üstü	70,00±14,17 <sup>β</sup>		78,09±16,96 <sup>β</sup>		68,93±13,11 <sup>β</sup>		67,78±13,78		70,18±11,63	
<b>Eğitim düzeyi</b>										
İlköğretim	60,51±14,05	0,557**	59,71±19,78	0,121**	56,69±18,93	0,954**	57,94±19,21	0,982**	58,82±13,14	0,895**
Lise	62,15±16,42		62,77±20,28		57,12±19,13		57,34±22,18		59,75±15,36	
Üniversite	60,11±14,05		64,65±15,52		56,36±19,27		57,57±21,64		59,13±13,14	
<b>Medeni durum</b>										
Bekar	60,16±14,85	0,640*	64,49±17,05	0,099*	54,95±18,94	0,155*	57,31±22,03	0,905*	58,74±13,41	0,686*
Evli	60,93±14,71		61,14±18,98		57,97±19,16		57,59±20,44		59,36±14,14	
Boşanmış/Dul	-		-		-		-		-	
<b>Meslek</b>										
Ev hanımı	61,04±14,50	0,640**	60,75±18,77	0,399**	57,02±18,69	0,469**	58,15±20,38	0,338**	59,28±13,20	0,489**
Emekli	64,50±14,14		67,14±19,34		60,52±18,99		58,13±23,43		62,17±15,78	
Memur	59,25±14,47		62,56±16,94		54,62±19,89		53,17±20,63		56,94±13,90	
İşçi	58,37±15,38		59,89±18,96		58,65±17,01		61,28±19,42		59,43±11,93	
Öğrenci	61,23±14,72		63,28±19,29		54,07±18,19		59,11±20,63		59,27±13,37	
İşsiz	59,58±14,93		69,44±11,44		61,00±17,17		56,11±19,84		60,22±12,61	
Diğer	63,95±17,17		65,41±17,54		61,26±24,83		64,21±27,93		63,59±17,63	
<b>Başvuru Nedeni</b>										
Muayene	61,58±14,70	0,533**	63,84±17,23	0,891**	56,29±18,54	0,739**	56,75±21,06	0,452**	59,33±13,31	0,741**
Kontrol	60,67±14,72		61,73±18,86		57,27±20,22		57,73±19,90		59,22±14,12	
Enjeksiyon	56,56±14,77		62,50±23,40		56,50±21,45		63,96±25,01		59,35±16,08	
Aşı	62,87±12,48		61,38±19,94		60,30±16,82		61,60±22,43		61,74±12,58	
Rapor	58,10±16,81		63,71±16,49		53,12±19,91		53,33±23,61		56,37±15,47	
<b>Başvuru Sıklığı</b>										
Haftada bir	63,67±19,75	0,515**	54,29±22,56	0,171**	55,20±21,93	0,087**	54,22±20,18	<b>0,033**</b>	57,92±17,14	0,144**
Ayda bir	62,17±15,53		62,53±20,17		60,23±19,95		62,26±21,69		61,80±14,98	
Altı ayda bir	59,96±14,56		64,81±14,81		56,27±18,95		54,21±20,27		58,15±13,04	
Yılda bir	59,85±13,13		62,03±18,68		53,48±17,45		57,31±21,07		57,97±12,44	

PCAS: Primary Care Assessment Survey; SS: standart sapma; \* Student t testi; \*\*ANOVA; <sup>β</sup>Post-hoc Tukey testi; ° Fark bulunanlar

**Tablo 4. CARE Puanı ile PCAS Alt Boyutları Puanları Arasındaki Korelasyon**

	Ulaşılabilirlik	Süreklilik	Kapsayıcılık	Eşgüdüm	Hizmet memnuniyeti	Kişisel yaklaşım	Güven	Yapısal özet	Hekim-hasta ilişkisi özet
CARE									
r	0,429	0,287	0,593	0,603	0,755	0,762	0,569	0,661	0,775
p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

## TARTIŞMA

Araştırmamızda, hastaların aile hekimlerinden algıladığı görüşme ve ilişkisel empati becerisi arttıkça birinci basamak sağlık hizmetinden memnuniyet derecelerinin de arttığı görüldü. Aile hekimlerinden algılanan empati becerisi ile en fazla korelasyon gösteren PCAS alt boyutlarının ise hizmet memnuniyeti, kişisel yaklaşım ve hekim-hasta ilişkisi olduğu tespit edildi.

Çalışmamızın sonuçlarına göre, bekleme süresi arttıkça hem hastaların aile hekiminden algıladığı empati derecesi hem de hasta memnuniyeti düzeyi azalmaktaydı. Literatürde de bekleme süresi ile hasta memnuniyeti arasında olumsuz bir ilişki olduğu gösterilmiştir.<sup>[12,13]</sup> Beklenen sürenin gerçekte olandan daha az algılanması bile hasta memnuniyetini artırmaktadır.<sup>[14]</sup> Türkiye’de yapılan başka bir çalışmada, bekleme süresi ile hasta memnuniyeti arasında ilişki

olmadığı, ancak bu durumun katılımcıların bekleme sürelerinin kısa olmasından kaynaklanabileceği vurgulanmıştır.<sup>[15]</sup> Bekleme sürelerinin uzunluğu Aile Sağlığı Merkezlerindeki (ASM) yoğunluk ile açıklanabilir. ASM'lere hastalar muayene, kontrol, çeşitli sağlık raporları, enjeksiyon, pansuman, aşılama vb. çok çeşitli sebeplerle başvurmaktadır. Randevu sisteminin ülkemizde oturmaması nedeniyle de özellikle belli saatlerde, bazı ASM'lerde tam gün yoğunluk oluşabilmektedir. Bu yoğunluk sağlık çalışanlarında tükenmişliğe neden olmaktadır. Tükenmişliğin bir sonucu olarak hekimlerin empati becerisini kullanma yetisi azalmaktadır.<sup>[16]</sup> ASM'lerdeki yoğunluk, bekleme süreleri birim başına düşen nüfus azaltılarak ve etkin bir randevu sistemine geçilerek düşürülebilir. Böylece hastanın hekiminde algıladığı empati, aldığı sağlık hizmetinden memnuniyeti ve hekimin empati yeteneği de artırılabilir.

Elde ettiğimiz bulgulara göre, aile hekimliği birimine kayıtlı olunan süre arttıkça hastaların hekimlerinde algıladığı empati ve memnuniyet azalmaktaydı. Literatürde ise çalışmamızın aksine süreklilik ile memnuniyet ve algılanan empati arasında olumlu bir ilişki olduğu gösterilmiştir.<sup>[17,18]</sup> Çalışmamızdaki bu farklılıkta katılımcıların bağlı olduğu birimlerin EASM olması nedeniyle altı ayda bir aile hekiminin değişmesinin rolü olduğunu düşünmekteyiz. Aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerinden olan sürekli bakımın kişiler arası süreklilik alt boyutunun yetersizliği buna neden olabilir. Ayda bir başvuran katılımcıların memnuniyet düzeyi yılda bir başvuranlara göre daha yüksek bulundu. Yılda bir başvuranlar her başvurusunda başka bir hekimle tanışmaktadır. Ayda bir başvuran katılımcılar bir süre aynı hekimi gördüğu için memnuniyetin daha yüksek olmasının nedeni yine süreklilik olabilir. Kayıtlı olunan süre uzadıkça memnuniyetin azalması CARE ve PCAS puanlarındaki azalmayı açıklayabilir.

Altmış beş yaş üstü katılımcılar diğer yaş gruplarına göre, birinci basamak sağlık hizmetlerindeki sürekliliği daha yüksek olarak değerlendirdi. Bu grupta kronik hastalıkların olması ve kontrol muayenelerinin aylık veya üç aylık olması bu durumu etkileyebilir. EASM'lerde hekimlerin altı aylık çalışma sürelerinde daha sık başvuru ile süreklilik daha yüksek algılanıyor olabilir. Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada da 65 yaş üstü bireylerin daha fazla birinci basamak sağlık hizmeti için başvuruda bulunduğu gösterilmiştir.<sup>[19]</sup> Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada, 60 yaş üzeri hastalarda memnuniyeti

etkileyen en önemli unsurlardan biri süreklilik olarak belirtilmiştir.<sup>[20]</sup> Lağarlı ve ark. yaptıkları çalışmada da 65 yaş üstü bireylerin sürekliliğe daha yüksek önem verdiklerini bildirmiştir.<sup>[21]</sup>

Ülkemizde yapılan bir çalışmada, PCAS süreklilik boyutuna kadınlar tarafından daha fazla puan verilmesine rağmen, çalışmamızda boyut puanları ile cinsiyet arasında bir ilişki bulunmamıştır.<sup>[21]</sup> Aynı çalışmada, yaş arttıkça tüm boyut puanlarında artış varken çalışmamızda ulaşılabilirlik, kapsayıcılık, süreklilik, yapısal özet puanlarında artış mevcuttu. Söz edilen çalışmada, aile fertlerinin aynı aile hekimine kayıtlı olma durumunun verilen puanlara olumlu etkisi olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda bu durum sorgulanmamıştır.

Çalışmamızda, kayıtlı olunan süre, bekleme süresi, başvuru sıklığının, memnuniyet düzeyine etkisi olmasına rağmen, benzer çalışmalarda bu faktörler değerlendirilmemiştir. Aile hekimliği sisteminde randevulu hasta kabulü ile hastaların bekleme süreleri kısaltılarak hasta-hekim görüşmesini olumsuz etkileyebilecek faktörler elimine edilebilir. Algılanan empati düzeyini artırmanın diğer yolu ise hastaların bekleme sürelerini kısaltmaktır.

2011 yılında yapılan bir çalışmada, PCAS alt boyutlarından kapsayıcılık ve eşgüdüm puanları diğer boyutlara göre düşük bulunmuştur.<sup>[21]</sup> Çalışmamızda bu iki boyut puanları diğer boyutlarla eşit ya da yüksekti. Bu durum diğer çalışmanın Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin yayınlanmasından bir yıl sonra yapılmasıyla açıklanabilir.<sup>[22]</sup> Yeni geçilen sistemde aile hekimliği uzmanlarının olmayışı, sahadaki hekimlerin henüz yeterli bilgi, beceri ve donanıma sahip olması için gerekli eğitimi almamış olması kapsayıcılık puanındaki düşüklüğe neden olmuş olabilir. 2015 yılından itibaren kullanılmaya başlanan e-nabız elektronik sağlık platformu ile hekimler arasındaki eşgüdümün arttığını söyleyebiliriz. Bu durum önceki çalışmadaki eşgüdüm puanı düşüklüğünü açıklayabilir.

Sonuçlarımız; hastaların algıladığı aile hekiminin ilişkiyel empati becerisi ile sunulan sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyi arasındaki pozitif ilişkiyi göstermektedir. Empati, PCAS boyutlarından en çok hekim-hasta ilişkisi, kişisel yaklaşım, hizmet memnuniyeti ile uyum göstermektedir. Bu durum empatinin diğer boyutlardan çok hekim-hasta ilişkisinde

daha önemli olduğunu göstermektedir. Kim ve ark. ile Lelorain ve ark. daha önce yaptıkları çalışmalarında da hastaların hekimlerinden algıladığı empati düzeyi ile hasta memnuniyeti arasında olumlu ilişki olduğunu göstermişlerdir.<sup>[23,24]</sup>

Tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda da verilen hizmetin kalitesi ve bildirilen memnuniyet hasta-hekim ilişkisinden etkilenmektedir.<sup>[11]</sup> Aile hekimleri de empati becerilerini geliştirerek bu sürece olumlu katkı verebilir. Bu durum hekimlerin empati becerisini artırmakla veya hekimlerin empati becerisini kullanabileceği bir ortam hazırlamakla olası olabilir. Empati bilgi, beceri ve donanımını artırmak için eğitimler içerisinde empati ve iletişim ile ilgili programlar gerek tıp fakültesi müfredatı gerek uzmanlık eğitimi içinde daha fazla yer almalıdır.

Çalışmamızın güçlü yönleri; zaman bağımlı örneklem hesabı yapılarak uygun sayıda katılımcı ile çalışmamızın tamamlanması, katılımcıların aile hekimliği asistanlarının hizmet verdiği beş özdeş aile hekimliği birimlerinde yürütülmesidir. Çalışmamızın kısıtlılıkları; eğitim aile sağlığı merkezlerinde altı ay süreyle çalışması nedeniyle süreklilik boyutunun güvenilirliğinin düşük olmasıdır.

Sonuç olarak, çalışmamızda hastaların algıladığı aile hekimlerinin görüşme ve ilişkisel empati becerisi ile sunulan sağlık hizmetlerinden memnuniyet seviyesi arasında pozitif bir korelasyon ilişkisi olduğu saptandı. Dolayısıyla aile hekimlerinin hasta-hekim ilişkisinde önemli bir yere sahip olan empati becerilerini artıracak eğitimlere gereksinimleri vardır. Hastaların muayene için bekledikleri sürenin artması hem memnuniyet düzeyini hem de algılanan empati düzeyinin azaltılmakta olup, randevulu hasta kabulü yapılarak bekleme sürelerinin kısaltılması yerinde olacaktır. Bu da ancak aile hekimliği birimleri başına düşen nüfus azaltılarak, randevu sistemleri daha aktif kullanılarak, aile hekimliği birimlerindeki iş yükü azaltılarak olası olacaktır.

**Etik Kurul Onayı:** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (04.03.2021 - 01/48).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Ethics Committee Approval:** The study was approved by the Ataturk University Faculty of Medicine Clinical Research Ethics Committee (04.03.2021 - 01/48).

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

## KAYNAKÇA

1. Taştan K, Çayır Y, Gürsoy PG, Küçük MÖ. İletişim Türleri. İletişim Temel Prensipleri. Ed. Taştan K. Birinci Baskı. İstanbul, Eğitim Yayınevi, 2021;22-25.
2. Dökmen Ü. İletişim Çatışmaları ve Empati. Birinci baskı. İstanbul, Sistem Yayıncılık, 1994; 5-25.
3. Ismail K. The psychological care of medical patients: a practical guide. Second edition. London, Clin Med. 2004;4(2):187.
4. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Gonnella JS. The Jefferson Scale of Empathy (JSE): An update. Population Health Matters (Formerly Health Policy Newsletter). 2011;24(2):5.
5. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt G. The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. Family practice. 2004;21(6):699-705.
6. Stock MK, Green L, Kahn N, Phillips R, McCann J, Fryer G. What people want from their family physician. American family physician. 2004;69(10):2310.
7. Dikici MF, Kartal M, Alptekin S, Çubukçu M, Ayanoglu AS, Yarış F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2007;27(3):412-8.
8. Aktürk Z, Dağdeviren N. Aile hekimliğinin kilometre taşları: Millis ve Willard raporları. Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları, İstanbul. 2004;188.
9. Anıl OÖ. Görüşme (Konsültasyon) ve İlişkisel Empati Ölçeğinin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Adana, Çukurova Üniversitesi; 2019.
10. Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, Rogers WH, Taira DA, Lieberman N, et al. The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. Medical care. 1998;728-39.
11. Lağarlı T, Eser E, Baydur H. Birinci Basamak Değerlendirme Ölçeğinin (Primary Care Assessment Tool) hizmetten yararlananlar için Türkçe erişkin sürümünün psikometrik özellikleri. Turk J Public Health 2014;12(3):162-77.
12. Eilers GM. Improving patient satisfaction with waiting time. Journal of American College Health. 2004;53(1):41-8.
13. Pala T, Ergin S. İnönü sağlık ocağı bölgesinde hizmet alan kesimin hoşnutluk ve beklentileri. Sağlık ve Toplum. 1999;9(4):3-8.
14. Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. Annals of Emergency Medicine. 1996;28(6):657-65.
15. Tezcan D, Yücel MH, Ünal UB, Edirne T. Üçüncü basamak sağlık kuruluşunda hasta memnuniyeti. Pamukkale Tıp Dergisi. 2014(1):57-62.

16. Şahin S, Özgen D, Özdemir K, Ünsal A. Bir hastanede çalışan hemşirelerin empati ve tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2018;10(3):318-25.
17. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal continuity of care and patient satisfaction: a critical review. *The Annals of Family Medicine*. 2004;2(5):445-51.
18. Amador JA, Flynn PM, Betancourt H. Cultural beliefs about health professionals and perceived empathy influence continuity of cancer screening following a negative encounter. *Journal of behavioral medicine*. 2015;38(5):798-808.
19. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(1):49-56.
20. Mahfouz A, Al Sharif A, El Gamal M, Kisha A. Primary health care services utilization and satisfaction among the elderly in Asir region, Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2004;10 (3), 365-71.
21. Lağarlı T, Eser E, Akdeniz M, ve ark. Bazı aile hekimliği pilot uygulama birimlerinde birinci basamak değerlendirme ölçeği (BDÖ) (Primary Care Assessment Survey) ile sağlık hizmet özelliklerinin değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Public Health*. 2011; 9(1): 16-32.
22. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> adresinden 05/05/2022 tarihinde indirilmiştir.
23. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the health professions*. 2004;27(3):237-51.
24. Lelorain S, Brédart A, Dolbeault S, Sultan S. A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-Oncology*. 2012;21(12):1255-64.

# Hastanede Yatan COVID-19 Tanılı Hastalarda Yoğun Bakım Gereksinimini Etkileyen Faktörler

## Factors Associated with Admission to the Intensive Care Unit in Hospitalized Patients with a Diagnosis of COVID-19

Filiz Baran Akpınar<sup>1</sup>, Merve Tuncer<sup>2</sup>, Elifnur Yazıcı<sup>3</sup>, Akın Dayan<sup>4</sup>

**Atf/Cite as:** Baran Akpınar F, Tuncer M, Yazıcı E, Dayan A. Hastanede yatan COVID-19 tanılı hastalarda yoğun bakım gereksinimini etkileyen faktörler. Türk Aile Hek Derg. 2022;26(3):124-130.

### ÖZ

**Amaç:** Sağlık hizmetleri gereksiniminin arttığı pandemi döneminde risk altındaki grupların belirlenmesi mortalite ve morbiditenin önlenmesinde, ihtiyaç olacak hasta ve yoğun bakım yatağı, ekipman ve personel organizasyonunda önemlidir. Çalışmamızda, hastanede yatan yoğun bakım gereksinimi olan ve olmayan COVID-19 tanılı hastalar arasında kronik hastalıklar, demografik veriler ve laboratuvar tetkikleri yönünden farkın değerlendirilmesini ve yoğun bakım gereksinimini etkileyen faktörleri araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Çalışma retrospektif kesitsel bir araştırma olup, çalışmaya 01.11.2020-31.12.2020 tarihleri arasında eğitim ve araştırma hastanesi pandemi servisinde yatan COVID-19 tanılı 256 hasta dâhil edilmiştir. Hastalar yoğun bakım gereksinimi olan ve olmayan olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Yoğun bakım gereksinimi ile demografik veriler, kronik hastalıklar ve laboratuvar verileri arasındaki ilişki ve gruplar arası farklar incelenmiştir. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) kullanılmıştır.  $p < 0,05$  istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması  $63.36 \pm 14.18$  (22-94) yıl olup, %60,5'i erkektir. Yoğun bakım gereksinimi olanlarda erkek cinsiyet, yaş ortalaması, kan üre azotu (BUN), kreatinin, Aspartat aminotransferaz (AST), C-Reaktif Protein, uluslararası düzeltme oranı (INR), Laktat dehidrojenaz (LDH), ferritin, D-dimer değerleri yoğun bakıma gitmeyenler göre istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek, lenfosit sayısı daha düşük saptanmıştır. Astım-KOAH, yaş, cinsiyet, LDH yoğun bakım gereksinimini pozitif yönde, lenfosit ve hastanede kalış süresi ise negatif yönde yordamaktadır.

**Sonuç:** Çalışmamızda, ileri yaş, erkek cinsiyet, Astım-KOAH varlığı, trombosit sayısı ve laktat dehidrojenaz artışı, lenfosit sayısının azalması yoğun bakım gereksinimi açısından risk faktörü olarak saptanmış olup, yatan riskli hastaların genel durumu ve laboratuvar verilerinin daha yakın takibi ile yoğun bakım gereksinimi azalabilir.

**Anahtar kelimeler:** SARS-CoV-2, yoğun bakım, kronik hastalık

### ABSTRACT

**Aim:** Identifying at-risk groups during the pandemic period, when the need for health services increases, is important for preventing mortality and morbidity and for organizing the patients and intensive care beds, equipment, and personnel that will be needed at that time. In our study, we aimed to evaluate the difference in chronic diseases, demographic data, and laboratory tests between patients with a diagnosis of COVID-19 who need and do not need intensive care in the hospital, and to investigate the factors affecting the need for intensive care.

**Methods:** The study is a retrospective cross-sectional study and included 256 patients with a diagnosis of COVID-19. They were hospitalized in the pandemic service of the training and research hospital between 01.11.2020 and 31.12.2020. The patients were divided into two groups: those who needed intensive care and those who did not. The relationship between the need for intensive care and demographic data, chronic diseases and laboratory data, and the differences between the groups were examined. IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) was used for statistical analyzes and calculations.  $p < 0.05$  was accepted as the statistical significance level.

**Results:** The mean age of the patients participating in the study was  $63.36 \pm 14.18$  (22-94) years, and %60,5 were male. In those who need intensive care, male gender, mean age, blood urea nitrogen (BUN), creatinine, Aspartate aminotransferase (AST), C-Reactive Protein, International Normalized Ratio (INR), Lactate dehydrogenase (LDH), ferritin, D-dimer values are intense. Statistically significantly higher, lymphocyte count was found to be lower than those who did not go to care. Asthma-COPD, age, gender, and LDH positively predicted the need for intensive care, whereas lymphocytes and length of hospital stay negatively predicted.

**Received/Geliş:** 25.05.2022  
**Accepted/Kabul:** 29.07.2022  
**Publication date:** 28.09.2022

**Corresponding Author:**  
**F. Baran Akpınar**

**ORCID:** 0000-0001-7796-6098  
Üsküdar Devlet Hastanesi,  
İstanbul, Türkiye  
✉ filizzbaran@gmail.com

**M. Tuncer**

**ORCID:** 0000-0002-6034-6172  
Tuzla Devlet Hastanesi,  
İstanbul, Türkiye

**E. Yazıcı**

**ORCID:** 0000-0002-7879-6331  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi,  
Samsun, Türkiye

**A. Dayan**

**ORCID:** 0000-0002-5839-9689  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi,  
Haydarpaşa Numune Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
İstanbul, Türkiye



**Conclusion:** In our study, advanced age, male gender, the presence of asthma and COPD, increased platelet counts, and decreased lymphocyte counts were determined as risk factors for the need for intensive care, and with the general condition of risky patients and closer monitoring of laboratory data, intensive care may be reduced.

**Keywords:** SARS-CoV-2, intensive care, chronic disease

## GİRİŞ

Çin’de, 2019 yılının sonlarında benzer klinik ve radyolojik özellikler gösteren, etiyojisi bilinmeyen pnömoni olguları saptanmış olup, bu olgulara yeni bir koronavirus (CoV) türünün neden olduğu gösterilmiştir.

[1] Virüs, SARS CoV’e benzediği için SARS-CoV-2 ve 2019-nCoV hastalığı COVID-19 olarak adlandırılmıştır.

[1]

Öksürük, ateş, dispne ve miyalji en sık bildirilen COVID-19 semptomlarıdır.[2] COVID-19 semptomsuz geçirilebileceği gibi, pnömoni, ağır akut solunum yetmezliği sendromu (ARDS), multiorgan tutulumu ve mortaliteye kadar geniş bir klinik seyir de gösterebilmektedir.[3,4]

Hasta sayısının artmasıyla hangi hastaların daha riskli olduğu ve yoğun bakım hizmetine gereksinim duyacağıın tespit edilmesi sağlık hizmetlerinin doğru planlanması için önem kazanmıştır. İleri yaş (>60 yaş), diabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT), maligniteler, kronik renal yetmezlik (KRY), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAHA)-astım, kardiyovasküler hastalıklar (KVH) gibi kronik hastalıkların COVID-19’un morbidite ve mortalitesini arttırdığını ya da etkilemediğini gösteren farklı çalışmalar mevcuttur.[5-8] Yoğun bakım gereksinimi olan COVID-19 hastalarında yoğun bakım gereksinimi olmayan hastalara göre lenfopeni, uzamış protrombin zamanı (PT) ve yüksek laktat dehidrojenaz (LDH) düzeyi görülmektedir.[9] Çalışmamızda, pandemi servisinde yatan yoğun bakım gereksinimi olan ve olmayan COVID-19 tanılı hastalar arasında demografik veriler, kronik hastalıklar ve laboratuvar tetkikleri yönünden farkın değerlendirilmesi, COVID-19’dan dolayı yoğun bakım gereksinimini etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmaktadır.

## YÖNTEM

### İzinler ve Etik Beyanı

Çalışma için Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Platformu’ndan izin alınmış olup, eğitim ve araştırma hastanesi klinik araştırmalar etik kurulundan 07.06.2021 tarihli KAEK 2021/169 karar numarası ile onay alınmıştır. Araştırmamız Helsinki Deklarasyonu ve İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu’na uygun olarak yapılmıştır.

### Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmamız retrospektif kesitsel bir çalışmadır. Çalışma bir eğitim ve araştırma hastanesi pandemi servisinde 01.11.2020-31.12.2020 tarihleri arasında yapılmıştır. 01.11.2020-31.12.2020 tarihleri arasında COVID-19 tanısı ile pandemi servisinde yatan 659 hasta evren kabul edildiğinde  $\alpha=0.05$  düzeyinde %95 güç aralığında alınması gereken minimum hasta sayısı 179 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmaya 18 yaş ve üzeri, COVID-19 PCR testi pozitif hastalar veya COVID-19 PCR testi negatif fakat bilgisayarlı toraks tomografisi COVID-19/viral pnömoni ile uyumlu olarak raporlanmış, kan üre azotu (BUN), Kreatinin, ALT, AST, C-Reaktif Protein (CRP), Lökosit, Nötrofil, Lenfosit, Hemogloblin, Trombosit Sayısı (PLT), D-dimer, uluslararası düzeltme oranı (INR), LDH, Fibrinojen, Ferritin tetkikleri mevcut olan yaş, cinsiyet demografik verileri eksiksiz olup, hastaneye yatışı yapılmış hastalar dâhil edilmiştir. Verileri tam olan 256 hasta basit rastlantısal örnekleme yöntemi ile değerlendirmeye alınmıştır. İki yüz elli altı hastanın pandemi servisine yatırıldıkları ilk günkü verileri geriye dönük olarak incelenmiştir. Hastaların yoğun bakım gereksinimi T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü COVID-19 Erişkin Hasta Yönetimi ve Tedavi Rehberi’ne göre belirlenmiş olup, hastalar yoğun bakım gereksinimi olan ve olmayan olarak iki gruba ayrılmıştır. Yoğun bakım gereksinimi olan 87 olmayan 169 hasta mevcuttur. Çalışmada, demografik veriler, kronik hastalıklar ve laboratuvar verilerinin iki grup arasındaki farkları ve yoğun bakıma yatışı ile olan ilişkisi incelenmiştir.

### İstatistiksel Analiz

Çalışmada, sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu grafiksel olarak ve Shapiro-Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde Ortalama±Standart Sapma değerleri kullanılmıştır.

Ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerde Bağımsız Örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerde Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin

karşılaştırılmasında çapraz tablolar oluşturulmuş, sayı (n), yüzde (%) ve ki-kare ( $\chi^2$ ) test istatistiği verilmiştir.

Yoğun bakıma gitme durumu ile ilişkili potansiyel risk faktörleri çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile incelenmiştir. Sonuçlar Odds oranı (Exp(B)) ve %95 güven aralığı olarak verilmiştir. Yoğun bakıma gitme durumu üzerine etkisi araştırılan cinsiyet, kronik hastalık durumu, Astım-KOAH varlığı, yaş, serviste yatış süresi, BUN, kreatinin, AST, CRP, lenfosit, PLT, INR, LDH, ferritin, D-dimer değişkenleri çok değişkenli lojistik regresyon modeline dâhil edilmiştir. Modelin açıklayıcılığı Cox&Snell ve Nagelkerke R2 ile değerlendirilmiştir.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması  $63.36 \pm 14.18$  (min: 22; maks: 94) yıl olup, %60,5'i (n=155) erkektir. Hastaların %34,0'ünün (n=87) yoğun bakıma alındığı belirlenmiştir. Ayrıca bireylerin %93,0'nün (n=238) PCR testi pozitifdir. Bilgisayarlı toraks tomografisi sonuçlarına göre ise hastaların %3,5'inde (n=9) pnömoni bulgusunun olmadığı, %92,6'sında (n=237) COVID-19/ viral pnömoninin mevcut olduğu, %3,9'unda (n=10) COVID-19/viralpnömoni açısından bulgularının şüpheli

olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin %76,6'sının (n=196) kronik hastalığı bulunurken, %23,4'ün (n=60) kronik hastalığı yoktur.

Yoğun bakıma giden ve gitmeyen iki grup karşılaştırıldığında, bireylerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $t=6.018$ ,  $p < 0.001$ ). Yoğun bakıma giden bireylerin yaş ortalamasının yoğun bakıma gitmeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1).

Yoğun bakıma giden ve gitmeyen iki grup arasında BUN, kreatinin, AST, CRP, lenfosit, PLT, INR, LDH, ferritin, D-dimer ölçüm değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). Yoğun bakıma giden bireylerin BUN, kreatinin, AST, CRP, INR, LDH, ferritin, D-dimer değerleri yoğun bakıma gitmeyenlere göre daha yüksek; lenfosit sayısının daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Yoğun bakıma gitmeyen bireylerin %7,1'inde (n=12) Astım-KOAH hastalığı var iken, yoğun bakıma giden bireylerin %19,5'inde (n=17) Astım-KOAH hastalığı mevcut olup, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=8.848$ ,  $p=0.003$ ). Bireylerin yoğun bakıma gitme durumuna göre cinsiyet, PCR testi, Toraks BT ve kronik hastalıklarının dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Yoğun bakıma gitme durumu üzerine etkisi araştırılan cinsiyet, kronik hastalık durumu, Astım-KOAH varlığı, yaş, serviste yatış süresi, BUN, kreatinin, AST, CRP,

**Tablo 1. Yoğun Bakıma Gitme Durumuna Göre Parametrelerin Karşılaştırılması**

	Yoğun Bakıma Gitmeyen	Yoğun Bakıma Giden	Test İstatistiği
	Ort±SS	Ort±SS	P
Yaş(yıl)	59,77±13,18	70,32±13,51	<0,001 <sup>t</sup>
Serviste Yatış Süresi(gün)	9,67±3,78	5,56±3,33	<0,001
BUN(mg/dL)	19,72±12,40	32,28±26,17	<0,001
Kreatinin(mg/dL)	1,14±0,96	1,63±1,95	<0,001
ALT(IU/L)	33,11±49,44	32,62±26,31	0,422
AST(IU/L)	35,46±34,12	42,41±32,43	0,019
CRP(mg/L)	7,74±5,44	10,76±7,13	0,001
WBC(/mcl)	6533,90±2700,79	7192,18±4476,07	0,648
Lenfosit(/mcl)	1219,64±582,95	875,72±458,23	<0,001
Nötrofil(/mcl)	4896,74±2582,37	5917,13±4368,36	0,099
HB(g/dl)	12,39±1,96	12,34±2,14	0,933
PLT(/mcl)	214159,76±85883,67	187409,20±106634,56	0,001
INR	1,06±0,22	1,17±0,58	0,004
Fibrinojen(mg/dL)	573,07±137,12	557,41±126,21	0,375 <sup>i</sup>
LDH(IU/L)	301,93±121,39	355,85±139,98	0,001 <sup>z</sup>
Ferritin(ug/L)	560,11±617,35	798,07±724,82	<0,001 <sup>z</sup>
D-dimer(ug/L)	1110,46±1076,46	1801,61±2026,68	<0,001

z: MannWhitney U Test İstatistiği, t: Bağımsız Örneklem t Testi

**Tablo 2. Bireylerin Yoğun Bakıma GİRME Durumuna Göre Demografik Özellikler ve Kronik Hastalıklarının Dağılımı**

	Yoğun Bakıma Gİtmeyen n (%)	Yoğun Bakıma Gİden n (%)	Test İstatistiği	
			$\chi^2$	P
<b>Cinsiyet</b>				
Erkek	88 (52,1)	67 (77,0)	14,956	<0,001
Kadın	81 (47,9)	20 (23,0)		
<b>PCR Testi</b>				
Negatif	11 (6,5)	7 (8,0)	0,208	0,649
Pozitif	158 (93,5)	80 (92,0)		
<b>Toraks BT</b>				
Pnömoni Yok	6 (3,5)	3 (3,4)	1,190	0,552
Covid ile Uyumlu	158 (93,5)	79 (90,8)		
Şüpheli	5 (3,0)	5 (5,8)		
<b>Kronik Hastalık Durumu</b>				
Yok	45 (26,6)	15 (17,2)	2,820	0,093
Var	124 (73,4)	72 (82,8)		
<b>DM</b>				
Yok	115 (68,0)	63 (72,4)	0,517	0,472
Var	54 (32,0)	24 (27,6)		
<b>HT</b>				
Yok	82 (48,5)	33 (37,9)	2,603	0,107
Var	87 (51,5)	54 (62,1)		
<b>KAH</b>				
Yok	138 (81,7)	68 (78,2)	0,447	0,504
Var	31 (18,3)	19 (21,8)		
<b>Malignite</b>				
Yok	159 (94,1)	76 (87,4)	3,451	0,063
Var	10 (5,9)	11 (12,6)		
<b>KRY</b>				
Yok	159 (94,1)	77 (88,5)	2,480	0,115
Var	10 (5,9)	10 (11,5)		
<b>Astım-KOAH</b>				
Yok	157 (92,9)	70 (80,5)	8,848	0,003
Var	12 (7,1)	17 (19,5)		
<b>KVH</b>				
Yok	158 (93,5)	78 (89,7)	1,173	0,279
Var	11 (6,5)	9 (10,3)		
<b>SVO</b>				
Yok	160 (94,7)	79 (90,8)	1,387	0,239
Var	9 (5,3)	8 (9,2)		
<b>HİPERLİPİDEMI</b>				
Yok	157 (92,9)	85 (97,7)	2,562	0,109
Var	12 (7,1)	2 (2,3)		
<b>Nörolojik Hastalıklar</b>				
Yok	163 (96,4)	80 (92,0)	2,408	0,121
Var	6 (3,6)	7 (8,0)		
<b>Diğer (hipotiroidi, hipertiroidi, şizofreni, bipolar, transplantasyon, hidrosefali)</b>				
Yok	156 (92,3)	76 (87,4)	1,657	0,198
Var	13 (7,7)	11 (12,6)		

 $\chi^2$ :Ki kare Test İstatistiği

lenfosit, PLT, INR, LDH, ferritin, D-dimer değişkenlerinin bulunduğu çok değişkenli lojistik regresyon modeline ilişkin sonuçlar Tablo 3'te verilmiştir. İki grup arasında diyabet (DM), koroner arter hastalığı (KAH), hipertansiyon (HT), kanser, kronik renal yetmezlik (KRY),

diğer kardiyovasküler hastalıklar (KVH), serebrovasküler hastalıklar (SVO), hiperlipidemi ve nörolojik hastalıklar yönünden anlamlı bir fark saptanmadığından hastalıklardan sadece anlamlı fark saptanan Astım-KOAH regresyon analizine dâhil edilmiştir.

**Tablo 3. Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modelinde Yoğun Bakıma Gitme Durumu ile İlişkili Potansiyel Risk Faktörleri**

Değişkenler	B	StandartHata	Wald	p	Exp(B)	Exp(B) için 95% güvenaralığı	
						Alt	Üst
<b>(Başlangıç modeli)</b>							
Sabit	-5,720	1,909	8,978	<b>0,003</b>	0,003		
Cinsiyet	1,284	0,480	7,163	<b>0,007</b>	3,610	1,410	9,244
KronikHastalıkDurumu	0,517	0,558	0,857	0,355	1,676	0,561	5,006
Astım-KOAH	2,065	0,841	6,025	<b>0,014</b>	7,887	1,516	41,030
Yaş	0,083	0,021	15,861	<b>&lt;0,001</b>	1,086	1,043	1,131
ServisteYatışSüresi	-0,494	0,078	39,769	<b>&lt;0,001</b>	0,610	0,523	0,711
BUN	0,032	0,020	2,411	0,120	1,032	0,992	1,074
Kreatinin	0,083	0,283	0,086	0,769	1,087	0,624	1,892
AST	-0,006	0,007	0,688	0,407	0,995	0,982	1,008
CRP	0,047	0,042	1,230	0,267	1,048	0,965	1,138
Lenfosit	-0,001	0,001	4,906	<b>0,027</b>	0,999	0,998	1,000
PLT	0,001	0,001	4,321	<b>0,038</b>	1,000	1,000	1,000
INR	1,173	1,085	1,169	0,280	3,232	0,385	27,097
LDH	0,006	0,002	6,655	<b>0,010</b>	1,006	1,001	1,010
FERRİTİN	0,001	0,001	0,284	0,594	1,000	0,999	1,001
D-DİMER	0,001	0,001	0,138	0,710	1,000	1,000	1,000

**Tablo 4. Çok Değişkenli Lojistik Regresyonda Açıklayıcılık Katsayıları**

Model	-2 Loglikelihood	Cox&SnellR <sup>2</sup>	NagelkerkeR <sup>2</sup>	Ki kare	Serbestlik Derecesi	P
Başlangıç modeli	153,747	0,494	0,684	174,410	15	<b>&lt;0,001</b>

Çok değişkenli lojistik regresyon analizinin sonuçlarına göre, erkeklerin kadınlara göre yoğun bakıma gitme riskinin 3.61 kat, Astım-KOAH hastalığı olanların olmayanlara göre yoğun bakıma gitme riskinin 7.89 kat daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaşın yoğun bakıma gitme riskini 1.09 kat, LDH değerinin ise 1.01 kat arttırdığı tespit edilmiştir (Tablo 3).

PLT yoğun bakım riskini pozitif yönde yordarken, lenfosit sayısı ve serviste yatış süresi negatif yönde yordamaktadır.

Modelin açıklayıcılığı Cox&Snell veya NagelkerkeR<sup>2</sup> değerleri ile değerlendirilmiştir NagelkerkeR<sup>2</sup> değerinin 0.684 bulunması çok değişkenli modelin yanıt değişkeni (yoğun bakıma gitme durumu) iyi düzeyde açıkladığını göstermektedir (Tablo 4).

## TARTIŞMA

Çalışmamızda, COVID-19 tanısı ile hastaneye yatırılan yoğun bakım gereksinimi olan hastaların yaşı yoğun bakım gereksinimi olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksektir. Erkeklerde yoğun bakım gereksiniminin kadınlara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Yoğun bakım gereksinimi olan ve olmayan hastaların laboratuvar tetkikleri karşılaştırıldığında yoğun bakım gereksinimi olan hastaların hastaneye ilk

başvurusunda yapılan tetkiklerinden BUN, kreatinin, AST, CRP, Fibrinojen, LDH, ferritin ve D-dimer yüksekliği ve lenfosit sayısında düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Astım-KOAH varlığı yoğun bakım gereksinimi olan hastalarda olmayanlara göre daha yüksektir. İleri yaş, erkek cinsiyet, KOAH/Astım varlığı ve LDH yüksekliği yoğun bakım gereksinimini en çok arttıran faktörlerdir.

Çin'de 29 Ocak 2020'ye kadar 552 hastaneden COVID-19 tanılı yatan 1099 hasta ile yapılan bir çalışmada, hastalığın şiddeti ve mortalitesi için erkek cinsiyet risk faktörü olarak tanımlanmıştır.<sup>[10]</sup> Çalışmada, yoğun bakıma giden hastaların da %77'si erkek olup, cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmıştır. Tek merkezli, retrospektif yapılan bir çalışmada, COVID-19 tanılı yatan 710 hastadan 52'sinde yoğun bakım gereksinimi olup, yoğun bakım gereksinimi olan hastalarda erkek cinsiyet daha fazladır.<sup>[3]</sup> Çin'in Wuhan kentinde 02.01.2021 tarihine kadar COVID-19 nedeniyle hastaneye yatırılan 41 hasta ile yapılan bir çalışmada, hastaneye yatış ve yoğun bakım ihtiyacında erkek cinsiyetin risk faktörü olduğu gösterilmiştir.<sup>[16]</sup> Kadınların X'e bağlı genlerdeki bağışıklık tepkisi, gen dozu ve seks hormon düzeylerinin farklılığından dolayı enfeksiyonlara karşı erkeklerden daha fazla bağışıklık tepkisi gösteren çalışmalar mevcuttur.<sup>[11]</sup> Diğer çalışmalarla uyumlu olarak çalışmamızda da erkeklerde yoğun bakım gereksiniminin kadınlara göre daha fazla

olduğu, erkek cinsiyetin kadınlara göre yoğun bakıma gitme riskinin 3.61 kat arttığı saptanmıştır.

H. Salje ve ark.'nın Fransa'da, 7 Mayıs 2020 tarihine kadar COVID-19 tanısı ile hastanede yatan 95120 hasta ile yaptığı çalışmada, ortalama yaş 68 olup, yaş ile hastaneye yatış ve yoğun bakıma gidişin arttığı gösterilmiştir.<sup>[12]</sup> Amerika Birleşik Devletleri'nde, 12 Şubat-16 Mart 2020 tarihleri arasında tanı alan 4.226 COVID-19 olgusu incelendiğinde, hastaların %31'i, hastaneye yatışların %45'i, yoğun bakım ünitesine yatışların %53'ü ve COVID-19 ile ilişkili ölümlerin %80'i 65 yaş ve üstüdür.<sup>[13]</sup> Çalışmamızda da yoğun bakım gereksinimi olanların yaş ortalaması olmayanlara göre daha yüksektir.

S. Piano ve ark.'nın yaptığı COVID-19 tanılı 565 yatan hastanın dâhil edildiği çok merkezli retrospektif bir çalışmada, yoğun bakım gereksinimi olan hastalarda ALT, AST, ALP, GGT, CRP, LDH, nötrofil, prokalsitonin, ferritin düzeyleri yoğun bakım gereksinimi olmayan hastalara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.<sup>[14]</sup> C.Huang ve ark.'nın yaptığı retrospektif çalışmada, nötrofil sayısı, D-dimer, LDH artışı ve lenfopeni yoğun bakım gereksinimi olan hastalarda anlamlı bulunmuşken, ALT, AST, kreatinin, hemoglobin, trombosit sayısı yoğun bakım gereksinimi açısından anlamlı bulunmamıştır.<sup>[15]</sup> Bu çalışmada, yoğun bakım gereksinimi olan bireylerin BUN, kreatinin, AST, CRP, INR, LDH, ferritin, D-dimer değerleri yoğun bakıma gitmeyenlere göre daha yüksek lenfosit değerleri düşük bulunmuş olup, bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Hemoglobin, trombosit sayısında iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır.

İtalya'da, 08.02.2020-10.04.2020 tarihleri arasında yoğun bakım gereksinimi olan COVID-19 tanılı 40 hasta ile yapılan bir çalışmada, hastaların fibrinojen, D-dimer değerleri yüksek bulunmuştur.<sup>[16]</sup> Luca Spiezia ve ark. tarafından yapılan bir başka çalışmada da yoğun bakıma kabul edilen hastaların yoğun bakıma kabul edildikleri gün fibrinojen ve D-dimer değerleri yüksek bulunmuştur.<sup>[17]</sup> Çalışmamızda, yoğun bakım gereksinimi olanlarda olmayanlara kıyasla D-dimer değeri daha yüksek bulunup, fibrinojen değerlerinde anlamlı fark olmaması hastaların hastaneye başvurdıkları ilk günkü verilerini değerlendirmemizden dolayı olabilir. Ayrıca çalışmamızda, serviste yatış süresinin yoğun bakıma giden hastalarda daha kısa olması ve yoğun bakıma gidişi negatif yordamasının nedeni hastaların ortalama

5.56 gün sonra servisten yoğun bakıma geçmeleri, yoğun bakıma gitmeyen hastaların ise serviste yatışa devam etmelerinden kaynaklanmaktadır.

Amerika Birleşik Devletleri'nde, COVID-19 tanılı 463 yatan hastanın dâhil edildiği bir çalışmada, 141 hastanın yoğun bakım gereksinimi olduğu saptanmıştır. Bu hastalarda en sık görülen kronik hastalıklar HT (%78,7), obezite (%61,7), KRY (%58,9), DM (%51,8) ve Astim-KOAH (%26,3)'tür. Yoğun bakım gereksinimi olan hastalarda obezite ve KRY'nin yoğun bakım gereksinimi olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu bulunmuştur.<sup>[18]</sup> Kronik hastalıklar ile yoğun bakım gereksinimi arasında ilişki olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur. Şangay'da COVID-19 tanılı 249 hastanın dâhil edildiği bir çalışmada, 22 hastanın yoğun bakım ünitesine gereksinimi olup, kronik hastalıklarla yoğun bakım gereksinimi arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır.<sup>[8]</sup> W. Liu ve ark.'nın COVID-19 tanılı 78 hasta ile yaptığı retrospektif bir çalışmada, yoğun bakım gereksinimi olan ve olmayan hastalar arasında kronik hastalıklar açısından anlamlı fark yoktur.<sup>[19]</sup> J.S. Alqahtani ve ark.'nın COVID-19 tanılı 2.473 hastanın dâhil edildiği 15 çalışmayı inceleyerek yaptıkları meta-analizde, KOAH varlığının hastalığın şiddeti ve yoğun bakım gereksiniminde artış ile ilişkili olduğu saptamışlardır.<sup>[20]</sup> Çalışmamızda, kronik hastalıklardan Astim-KOAH'da yoğun bakım gereksinimi olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı fark saptanmıştır. İki grup arasında DM, KAH, HT, malignite, KRY, KVH, SVO, hiperlipidemi, ve nörolojik hatalıklar yönünden anlamlı bir fark saptanmamıştır. Astim-KOAH varlığı yoğun bakıma yatışı 7.89 kat arttırmıştır.

## SONUÇ

Bu çalışmada, COVID-19 tanılı hastaların yaşı, cinsiyeti, Astim-KOAH hastası olması, hastaneye yatışında yapılan tetkiklerden PLT ve lenfosit sayısı ile LDH değeri yoğun bakım gereksiniminin olup olmayacağını ön gördüreceğini düşündürmektedir. Bu durum hastaların risk faktörlerine bağlı olarak daha yakın takip edilmesini gerektirebilir.

Sağlık hizmetlerine ihtiyacın arttığı pandemi döneminde risk altındaki grupların belirlenmesi gereksinim olacak servis ve yoğun bakım ünitesi, cihaz, ekipman ve personel organizasyonunda önemlidir. Yoğun bakım gereksinimi olabilecek risk faktörleri olan hastaların serviste takibi daha önem kazanmaktadır. Bu çalışma,

hastaların pandemi servisinde takipleri süresince hangi verilerin daha yakın takip edileceği hakkında ve ilk gün yapılan tetkikleri ile ileride olabilecek yoğun bakım gereksinimini öngörmede fikir verebilir. İleri yaş erkek hastalarda LDH artışı, lenfosit sayısında azalma gibi risk faktörlerinin erken tespit edilmesi, uygun destekleyici tedavinin sağlanması ile yoğun bakıma gidiş ve mortalite azaltılabilir.

Astım-KOAH gibi kronik hastalıkları bulunan riskli gruplara sokağa çıkma kısıtlaması, evden çalışma, idari izinler, aşılama ve aşılamada ek doz gibi enfeksiyon kontrol çalışmalarında öncelik sağlanabilir.

### KISITLILIK

Çalışmamızın retrospektif ve tek merkezli olması çalışmayı kısıtlamaktadır. Bu çalışma, yoğun bakım gereksinimi açısından riskli grupları belirlemek için obezite varlığı, sigara içme durumu, glukoz, prokalsitonin gibi verileri değerlendirmemiştir.

### TEŞEKKÜR

Çalışmaya katkılarından dolayı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği eğitim ve idari sorumlusu Doç. Dr. Memet Taşkın EĞİCİ'ye ve Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği eğitim ve idari sorumlusu Prof. Dr. Serpil EROL'a teşekkür ederim.

**Etik Kurul Onayı:** Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (07.06.2021 - KAİK 2021/169).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Ethics Committee Approval:** The study was approved by the Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital Clinical Research Ethics Committee (07.06.2021 - KAİK 2021/169).

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

### KAYNAKÇA

1. Wu F, Zhao S, Yu B, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*, Mart 2020;579(7798):265-9.
2. Yang X, Yu Y, Xu J, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *The Lancet Respiratory Medicine*, 01 Mayıs 2020;8(5):475-81.

3. Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı [İnternet]. [a.yer 24 Ocak 2021]. Erişim adresi: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66337/genel-bilgiler-epidemiyoloji-ve-tani.html>
4. Ge H, Wang X, Yuan X, et al. The epidemiology and clinical information about COVID-19. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 14 Nisan 2020;1-9.
5. Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical Characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*, 17 Mart 2020;323(11):1061-9.
6. Li K, Wu J, Wu F, et al. The clinical and chest CT features associated with severe and critical COVID-19 pneumonia. *Invest Radiol* [İnternet], 2020 [a.yer 27 Ocak 2021]
7. Zhang J, Wang X, Jia X, et al. Risk factors for disease severity, unimprovement, and mortality in COVID-19 patients in Wuhan, China. *Clin Microbiol Infect*. Haziran 2020;26(6):767-72.
8. Chen J, Qi T, Liu L, et al. Clinical progression of patients with COVID-19 in Shanghai, China. *Journal of Infection*, 01 Mayıs 2020;80(5):e1-6.
9. Ghahramani S, Tabrizi R, Lankarani KB, et al. Laboratory features of severe vs. non-severe COVID-19 patients in Asian populations: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Med Res* [İnternet], 03 Ağustos 2020 [a.yer 27 Ocak 2021];25
10. Guan W jie, Ni Z yi, Hu Y, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*, 28 Şubat 2020;NEJMoa2002032.
11. Haitao T, Vermunt JV, Abeykoon J, et al. COVID-19 and sex differences. *Mayo Clin Proc*, Ekim 2020;95(10):2189-203.
12. Salje H, Tran Kiem C, Lefrancq N, et al. Estimating the burden of SARS-CoV-2 in France. *Science*, 10 Temmuz 2020;369(6500):208-11.
13. CDCMMWR. Severe outcomes among patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) — United States, February 12–March 16, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [İnternet]. 2020 [a.yer 25 Kasım 2021];69.
14. Piano S, Dalbeni A, Vettore E, et al. Abnormal liver function tests predict transfer to intensive care unit and death in COVID-19. *Liver Int*. Ekim 2020;40(10):2394-406.
15. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*, 2020;395(10223):497-506.
16. Pavoni V, Gianesello L, Pazzi M, Stera C, Meconi T, Frigieri FC. Evaluation of coagulation function by rotation thromboelastometry in critically ill patients with severe COVID-19 pneumonia. *J Thromb Thrombolysis*, 11 Mayıs 2020;1-6.
17. Spiezia L, Boscolo A, Poletto F, et al. COVID-19-Related severe hypercoagulability in patients admitted to intensive care unit for acute respiratory failure. *Thromb Haemost*, Haziran 2020;120(6):998-1000.
18. Suleyman G, Fadel RA, Malette KM, et al. Clinical characteristics and morbidity associated with coronavirus disease 2019 in a series of patients in Metropolitan Detroit. *JAMA Netw Open*. 16 Haziran 2020;3(6):e2012270.
19. Liu W, Tao ZW, Wang L, et al. Analysis of factors associated with disease outcomes in hospitalized patients with 2019 novel coronavirus disease. *Chin Med J (Engl)*, 05 Mayıs 2020;133(9):1032-8.
20. Alqahtani JS, Oyelade T, Aldahir AM, et al. Prevalence, severity and mortality associated with COPD and smoking in patients with COVID-19: A Rapid Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*, 11 Mayıs 2020;15(5):e0233147.