



# Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care

## *Original Research*

Family Life Events in Printed Media

Evaluation of Multiple Drug Using Status by Sociodemographic  
Characteristics of Individuals with Chronic Disease

Should Iodine be Supported in Pregnancy? A Hospital Based Study

Examination of Professional Commitment Level of Social Workers  
According to Some Variables

Awareness, Attitudes and Behaviors of Parents for Child Exposure to  
Tobacco Smoke

Relationship Between Preconception Care and Pregnancy Planning  
Status with Folic Acid and Smoking: A Cross-Sectional Study

## *Review*

Parent-Child Relationships and Bullying

Health Service Delivery Models and Tele-Health for the Elderly  
Living in Rural Areas

## *Case Report*

An Allergic Reaction in the Treatment of Bupropion Hcl: A Case Report

Central Hemangioma Involving the Mandible: A Rare Condition: Case  
Report and Review of Literature

TJFM&PC  
Volume 12  
No 1  
March  
2018

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

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

Electronic Journal (e-ISSN: 1307-2048)

Contact us:

Nafiz Bozdemir  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı  
01330, Balcalı- Sarıçam- Adana  
Türkiye

E mail:

tjfmpe@gmail.com  
tjfmpe@cu.edu.tr

Tel: 90-322-3386060-3087

# Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care

## Editor in Chief

Nafiz Bozdemir, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD. Adana- Türkiye

### Associate Editors in Chief

Sevgi Özcan(Çukurova University, Turkey)  
Hatice Kurdak (Çukurova University, Turkey)

### Editors

Dilek Güldal(Dokuz Eylül University, Turkey)  
M. Mümtaz Mazıoğlu(Erciyes University, Turkey)  
Erkan Melih Şahin(Çanakkale Onsekizmart  
University, Turkey)

### International Editors

Lewis D. Ritchie, (Aberdeen University,UK)  
Michael Weingarten, (Bar-Ilan University,ISR)  
Donald B. Middleton, (University of Pittsburgh,  
USA)  
Valius Leonas, (Kaunas University,Lithuania)

### Statistics Editor

Refik Burgut(Maltepe University, Turkey)  
Cahit Özer(Çukurova University, Turkey)  
İlker Ünal(Çukurova University, Turkey)  
Yaşar Sertdemir(Çukurova University, Turkey)

### Language Editors

#### English Language:

Esra Saatçı (Çukurova University, Turkey)  
Hatice Çubukcu(Çukurova University, Turkey)  
Tolga Günvar(Dokuz Eylül University, Turkey)  
Özden Gökdemir (sağlık Bakanlığı, Isparta, Turkey)

#### Turkish Language:

Hatice Kurdak(Çukurova University, Turkey)  
Yusuf Ziya Halefoğlu(Çukurova University, Turkey)  
Berrin Telatar(İstanbul Bilim University, Turkey)

### Type setting editors

Sevgi Özcan(Çukurova University, Turkey)

### Web Editors

Web Application:  
Yücel Uysal (Mersin University, Turkey)  
Bora Gönen (DNA Arge Engineering, Turkey)  
Onur Sürmegözlüer (Sağlık Bakanlığı, Niğde, Turkey)  
Graphic Design:  
Mustafa Çelik(Çukurova University, Turkey)  
Ömer Tuğrul Çelik (TOBB Eco. And Tech.  
University, Turkey)

### Editorial Assistants

H.Volkan Tekayak (Sağlık Bakanlığı, Ş.urf, Turkey)  
Melike Eraslan(Çukurova University, Turkey)  
İsmail Ekiz (Sağlık Bakanlığı, Giresun, Turkey)  
Ömer Günnar (sağlık Bakanlığı, Ardahan, Turkey)

## Editorial Board

Ahmet Barış Güzel

Ahmet Muhtar Şengül

Ali Batuş

Ali Deniz

Ali Özer

Aliye Mavili

Altan Eşşizoğlu

Anıl Tombak

Arzu Uzuner

Aydan Gülsüm Genç

Ayşe Semra Demir Akca

Ayşegül Yolga Tahiroğlu

Bektaş Murat Yalçın

Berrin Telatar

Bilgin Yüksel

Birol Güvenç

Cahit Özer

Cem Doğan

Cevriye Cansız Ersöz

Cihangir Özcan

Davut Baltacı

Deniz Tuncel

Deniz Koçoğlu

Derya İren Akbıyık

Dilek Toprak

Dilek Çingil

Ediz Yeşilkaya

Elif Gökçearsan

Ercüment Erbay

Erkan Melih Şahin

Ersin Akpınar

Ertan Mert

Esat Veli Karakoç

Esra Çalık Var

Fevziye Toros

Figen Turan

Fikret Bademkiran

Füsün Ersoy

Gamze Özçürümez Bilgili

Gonca Karataş Karakuş

Gökhan Tümgör

Gülcan Arusoğlu

Güzel Dişçigil

Hacer Yapıcıoğlu  
Hacer Bozdemir  
Hakan Kaleađası  
Hakan Özdođu  
Hasan Basri Üstünbaş  
Hatice Kurdak  
Hikmet Pekcan  
Hülya Çakmur  
Hüseyin Avni Şahin  
Hüseyin Per  
İbrahim Başhan  
İbrahim Öztur  
İlhami Ünlüođlu  
İlker Ünal  
İrfan Yurdabakan  
İshak Aydemir  
Kadir Özdel  
Kürşad Akadlı Özşahin  
M. Mümtaz Mazıcıoğlu  
Mehmet Karakaş  
Mehmet Sargın  
Mehmet Uğurlu  
Mehmet Ungan  
Mehtap Evran  
Mehtap Kartal  
Melahat Demirbilek  
Mete Korkut Gülmen  
Mikail Özdemir  
Mustafa Çelik  
Mustafa Erol  
Mustafa Fevzi Dikici  
Nafiz Bozdemir  
Nazan Bilgel  
Nazan Karaođlu  
Neşe Akın  
Nezih Dađdeviren  
Nihal Zekiye Erdem  
Nil Tekin  
Nilgün Özçakar  
Nurcan Yabancı  
Nurşen Düzgün  
Nurver Turfaner Sipahiođlu  
Ođuz Tekin  
Okay Başak  
Orçun Yalav  
Orhan Murat Koçak  
Pemra C. Ünal  
Ramazan Akçan

Recep Erol Sezer  
Refik Burgut  
Rengin Güzel  
Rıza Çıtıl  
Ruhuşen Kutlu  
Seçil Günher Arıca  
Sedat Kuleci  
Sedef Kuran  
Selahattin Gelbal  
Selçuk Mıstık  
Selim Kadıođlu  
Selma Çivi  
Serap Daşbaş  
Serdar Gürel  
Serdar Öztora  
Serkan Kumbasar  
Serpil Aydın Demirađ  
Seval Akgün  
Sevgi Özcan  
Seza Ayşe İnal  
Süleyman Görpeliođlu  
Süleyman Özdemir  
Şebnem Bıçakçı  
Tacettin İnanđı  
Tamer Edirne  
Taşkın Ketenci  
Tolga Günvar  
Tunay Sarpel  
Tunç Ozan  
Turan Set  
Ümit Aydođan  
Veli Duyan  
Vildan Mevsim  
Volkan İzol  
Yasemin Korkut  
Yasemin Çayır  
Yeltekin Demirel  
Yener Aydın  
Yiđit Akın  
Yusuf Karataş  
Yüksel Ersoy  
Yüksel Ufuktepe  
Zeynep Tuzcular Vural  
Zuhal Sađlam

**International Editorial Board**

Afshin Peyrovani- Tehran, Iran  
Alireza Abdollah Shamsirsaz –Huston, USA  
Boonchu Pattama- Bangkok, Tayland  
Arthanari Ganesan- Tamil Nadu, India  
Deepak Chopra, Uttar Pradesh, India  
Ebiringa Blaise Anyanwu- Delta State, Nigeria  
Han Xu, Hefei, China  
Inam Danish Khan, Kolkata, India  
Mahsa Gilanipoor- Tehran- Iran  
Micheal Weingarten, Bar-Ilan, Israel  
Murlean Mills- Sydney, Australia  
Ndifreke Udonwa- Crossriver, Nigeria  
Olabode Alli- Nigeria  
Olanrewaju Jerry-Ijishakin- Liverpool, UK  
P.Pandiyam,Pachimuthu- Tamil Nadu, India  
Sanjay Yadav, Maharashtra, India  
Suneel Pratap Bhatnagar-New Delhi, India  
Tamanna S Sinha-Gujarat, India  
Waris Qidwai- Karachi, Pakistan  
Wendy Barber, Ontario, Canada

TJFMPC; ULAKB M, Turkiye Citation Index, Index Copernicus International, Scopemed, Google Scholar da indekslenmektedir.

TJFMPC is indexed in; ULAKBIM, Turkiye Citation Index, Index Copernicus International, Scopemed, Google Scholar.

## Author Guidelines

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

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

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

### Conflict of interest:

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

### Contributions of authorship

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

### Financial support

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

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

### Copyright

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

### Text Format

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

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

Manuscripts should include the following sections:

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

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

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

### Sub Headings

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

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

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

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

## References

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

**Examples for References** ( please note the punctuation marks ) :

### 1.Articles:

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

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

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

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

### 2.Books:

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

### Books published in a foreign language

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

### Books in Turkish:

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

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

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

### Translated books:

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

### 3.Publications in conference proceedings

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

### 4.Dissertations

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

## Yazarlara Bilgi

### Yayın Politikası

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Yazılar, [www.tjfmpe.gen.tr/](http://www.tjfmpe.gen.tr/) adresindeki, "Submit your manuscript" linki tıklanarak gönderilmelidir.

### Yazı hazırlama kuralları:

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

### Bir yazı şu bölümlerden oluşmalıdır:

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



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

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

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

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

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

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

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

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

**Yabancı dilde yayımlanan kitap:**

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

**Türkçe kitap:**

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

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

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

**Çeviri kitap:**

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

## Table of Contents

### Original Research

#### Family Life Events in Printed Media

*Yazılı Basında Aile Yaşam Olayları*

Gül Karahan, Veli Duyan

TJFMPC, 2018;12(1): 1-12.

DOI: 10.21763/tjfmpe.399937

#### Evaluation of Multiple Drug Using Status by Sociodemographic Characteristics of Individuals with Chronic Disease

*Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Çoklu İlaç Kullanım Durumlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi*

Burcu Kayhan Tetik, Işlay Gedik Tekinemre, Hacer Gözde Gül, Burak Mete, Samima Hassanlı, Wadee Alhuraibi

TJFMPC, 2018;12(1): 13-18.

DOI: 10.21763/tjfmpe.399950

#### Should Iodine be Supported in Pregnancy? A Hospital Based Study

*Gebelikte İyot Desteği Gerekli Midir? Hastane Temelli Bir Çalışma*

Hulya Parıldar, Guldeniz Aksan Desteli, Tevfik Berk Bildacı, Ozlem Cigerli

TJFMPC, 2018;12(1): 19-23.

DOI: 10.21763/tjfmpe.400112

#### Examination of Professional Commitment Level of Social Workers According to Some Variables

*Sosyal Hizmet Uzmanlarının Mesleki Bağlılık Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi*

Semra Saruç, Hüsnür Aslantürk

TJFMPC, 2018;12(1): 24-34.

DOI: 10.21763/tjfmpe.399922

#### Awareness, Attitudes and Behaviors of Parents for Child Exposure to Tobacco Smoke

*Sigaranın Çocuğa Etkileri Konusunda Ailelerin Farkındalıkları, Tutum ve Davranışları*

Seda Topçu, Elanur Akın, Betül Ulukol, Filiz Şimşek Orhon, Sevgi Başkan

TJFMPC,2018;12(1):35-42.

DOI: 10.21763/tjfmpe.399918

#### Relationship Between Preconception Care and Pregnancy Planning Status with Folic Acid and Smoking: A Cross-Sectional Study

*Gebelik Öncesi Bakım Alma ve Gebeliklerin Planlı Olma Durumunun Folik Asit ve Sigara İle İlişkisi: Kesitsel Bir Araştırma*

Ceyhun Yurtsever, Turan Set

TJFMPC, 2018;12(1): 43-48.

DOI: 10.21763/tjfmpe.399914

### Review

#### Parent-Child Relationships and Bullying

*Ebeveyn-Çocuk İlişkisi ve Zorbalık*

Ayşe Özada, Veli Duyan

TJFMPC, 2018;12(1): 49-55.

DOI: 10.21763/tjfmpe.399941

#### Health Service Delivery Models and Tele-Health for the Elderly Living in Rural Areas

*Kırsal Alanda Yaşayan Yaşlılar için Sağlık Hizmeti Sunum Modelleri ve Tele-Sağlık*

Yasemin Demir Avcı, Sebahat Gözüm

TJFMPC, 2018;12(1): 56-67.

DOI: 10.21763/tjfmpe.400067

### Case Report

#### An Allergic Reaction in the Treatment of Bupropion Hcl: A Case Report

*Bupropion Hcl Tedavisinde Gelişen Alerjik Reaksiyon: Olgu Sunumu*

Sebahat Gücük

TJFMPC, 2018;12(1): 68-71.

DOI: 10.21763/tjfmpe.399935

#### Central Hemangioma Involving the Mandible: A Rare Condition: Case Report and Review of Literature

*Mandibulayı İçeren Sentral Hemanjiom: Ender Bir Durum: Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi*

Jasmine Shanthi Kamath, Raghavendra Kini, Sangeetha R., Sivakumar Murukan, Vathsala Naik, Ananya Madiyal

TJFMPC, 2018;12(1): 72-76.

DOI: 10.21763/tjfmpe.400159



Original Research / Özgün Araştırma

# Family Life Events in Printed Media

## Yazılı Basında Aile Yaşam Olayları

Gül Karahan<sup>1</sup>, Veli Duyan<sup>\*2</sup>

### ABSTRACT

**Introduction:** Assuredly, it is not possible for the individuals who form the family and the family to think separately from the social structure they live in. Family is determined by community's political, religious, economic, social and cultural structures and also it affects all these structures. Understanding the family means to understand its subsystems, structure, function, life cycle, development and life events. The media which has an active role in the process of people's perception and interpretation of the world they live in, has a strong effect on the establishment of family perception and determining family life. **Method:** In the study, document analysis method and content analysis technique which are qualitative research methods are used. Family issue topics in national scale newspapers were evaluated by content analysis. Total of 120 day edition of 30 calendar days of 4 national newspapers determined with a precondition for reaching widest audiences and largest social groups are studied. In the first stage, 545 family life events were detected by 11.173 news searches. All family life events news detected in the second phase were analyzed one by one. **Results:** The findings of the study are that the community is sitting on a ground based on unequal, unjust and power relations, just like the community itself. It is observed that violence, harassment, rape, gender discrimination and abuse are declared untouchable and continue to exist within the family as a holly structure, and that they also have a cycle that reproduces itself through mechanisms in the same structure. **Conclusion:** It has been found that the media only make life events such as violence, murder, suicide, and accident visible and even take it one step further and normalize these life events to the same unequal, masculine, masochistic, remote and victimized victim.

**Key words:** Family, family life events, printed media

### ÖZET

**Giriş:** Aileyi ve aileyi oluşturan bireyleri, içinde yaşadıkları toplumsal yapıdan ayrı düşünmek elbette mümkün değildir. Aile içinde bulunduğu toplumun siyasal, dini, ekonomik, sosyal ve kültürel yapısıyla belirlenmekte ve aynı zamanda tüm bu yapıları etkilemektedir. Aileyi anlamak, toplumu anlamak için nasıl bir elzem ise toplumu anlamak da aileyi anlamak için bir ön koşuldur. Çok boyutlu bir kavram olan aileyi anlamak; alt sistemlerini, yapısını, işlevlerini, yaşam döngüsünü, gelişimini, yaşam olaylarını anlamak demektir. Bu çalışma ile, aileyi anlamamanın bir boyutu olarak, ailelerin yaşam olaylarına ilişkin genel toplumsal bakışı anlamaya yönelik bilgi üretmek amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmada, nitel araştırma yöntemlerinden olan doküman analizi yöntemi ve içerik analizi tekniği kullanılmıştır. Toplumsal yaşamın, en etkili güçlerinden birisi olan medyanın güçlü bir kolu olan yazılı basın seçilmiş ve geniş kitlelere ulaşma ve farklı toplumsal kesimlere hitap etme ön koşuluyla belirlenen 4 ulusal gazetenin, 30 takvim gününe ait toplam 120 günlük baskısı üzerinde çalışılmıştır. İlk aşamada, 11.173 haber taramasıyla 545 aile yaşam olayı haberi tespit edilen çalışmada, ikinci aşamada tespit edilen tüm aile yaşam olayı haberleri tek tek analiz edilmiştir. **Bulgular:** Çalışmada karşılaşılan sonuç, ailenin de tıpkı toplumun bizzat kendisi gibi eşitsiz, adaletsiz ve güç ilişkilerine dayalı bir zemin üzerinde oturduğudur. Şiddet, taciz, tecavüz, cinsiyet ayrımı ve istismarın dokunulmaz ilan edilip, kutsanan bir yapı olarak aile içinde varlığını sürdürdüğü ve yine aynı yapı içindeki mekanizmalarla kendini yeniden üreten bir döngüye de sahip olduğu bulunmuştur. **Sonuç:** Medyanın yalnızca şiddet, cinayet, kadın cinayeti, intihar, kaza gibi yaşam olaylarını görünür kıldığı ve hatta bir adım daha ileri götürüp normalleştirdiği ve bu yaşam olaylarını aynı eşitsiz, eril, sorgulamaktan uzak ve mağduru tekrar mağdur eden bir dille verdiği sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Aile, aile yaşam olayı, yazılı basın

Received / Geliş tarihi: 19.08.2017, Accepted / Kabul tarihi: 05.10.2017

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

\*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Veli Duyan, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Ankara-TÜRKİYE, E-mail: [vduyan@health.ankara.edu.tr](mailto:vduyan@health.ankara.edu.tr)

Karahan G, Duyan V. Yazılı Basında Aile Yaşam Olayları. TJFMPC, 2018;12(1): 1-12. DOI: 10.21763/tjfm.399937

## GİRİŞ

Aile ve aileyi oluşturan bireyleri, içinde yaşadıkları toplumsal yapıdan ayrı düşünmek mümkün değildir. Aile, toplumdaki topluma ve tarihsel süreç içerisinde kimi farklılıklar göstermekle birlikte en temel toplumsal kurumdur. Bu temel niteliğinin yanı sıra sahip olduğu çok boyutluluk özelliği, ailenin bir kavram olarak pek çok açıdan ele alınmasını gerekli kılmaktadır. Ailenin üyesi olan bireyler üzerindeki etkisi ve önemi ile bir parçası olduğu toplumun aile üzerindeki etkisi ve önemi iki kopuk alan olarak değil, aynı dizge üzerinde ele alınması gereken süreçlerdir. Toplumun siyasal ideolojisiyle, hukuk kurallarıyla, gelenek ve görenekleriyle, kültürel değerleriyle, gündelik yaşam pratikleriyle aileye atfettiği değer, verdiği rol, çizdiği sınır, ailenin üyelerine atfettiği değer, verdiği rol, çizdiği sınır ile paralel örüntülere sahiptir. Ailenin, toplumsal konumu üzerindeki önemli toplumsal belirleyenlerden biri de medyadır. İnsanların içinde yaşadığı dünyayı algılama ve anlamlandırma sürecinde etken bir role sahip olan medya, toplumsal yaşamın tüm alanlarında olduğu gibi aile yaşamının belirlenmesi ve aile algısının kurulması noktasında da güçlü bir etkiye sahiptir. Aile yaşam olaylarının, gazete haberlerinde nasıl ifade edildiği, verilen mesajlar, kurulan anlam çerçeveleri, her haberde yeniden üretilen söylem, ailelerin ve aile bireylerinin tutumlarında ve davranışlarında belirleyici olabilmektedir. Aileye ve aile yaşam olaylarına yönelik tutumlar tıpkı diğer tutumlar gibi toplumsallaşma sürecinde öğrenilir ve dini kurallar, okul, gelenek-görenekler gibi medya da bu sürecin bir parçasıdır. Göz önünde bulundurulması gereken bir diğer nokta, toplumsal yaşamın aileye ilişkin belirlediği standartlar çerçevesinde haber yaptığı varsayılan medyanın, aslında bu standartları belirleme ve yönlendirme gücüne de sahip olduğudur. Bu bağlamda ailelerin yaşam olaylarına ilişkin haberleri incelemek önem kazanmakta ve medyanın açıkça ya da örtük biçimde ürettiği anlamı çözümlenerek iletişim, sosyoloji, antropoloji, sosyal psikoloji, sosyal hizmet, aile danışmanlığı, aile hekimliği gibi toplum ve insan merkezli bilim dalları için gerekli hale gelmektedir.

Yazılı basının ürettiği anlamı analiz edebilmek için öncelikle yazılı basın bizzat kendisini, toplumsal yaşam içindeki yeri bağlamında tanımlamak gereklidir. Toplum, zihninde neyin önemli olduğu ile medyada hangi konuların yer aldığı arasındaki bağlantı dikkat çekicidir. Medya bir yandan toplumun düşündüğü ve konuştuğu konuları belirlerken, diğer yandan da belirlenen konular hakkında ne düşüneceklerini söylemektedir. Başka bir anlatımla, genelde medya ve özelde medyanın güçlü bir kolu olarak yazılı basın aileyi sadece tanımlamamakta, aynı zamanda tarif etmekte, şekillendirmekte, belirlemekte ve bunu da günlük

hayatta kullanılan dil pratikleriyle gerçekleştirmekte, üstelik aynı dil pratikleriyle sürecin yeniden üretimini de sağlamaktadır. Herhangi bir aile yaşam olayının gazete haberlerindeki sunumu, aynı zamanda o olay ve benzer olaylar için bir anlam çerçevesi sunumu demektir. Gazete haberleri yoluyla medya profesyonellerince iyi ve kötünün tanımı yapılmakta, neyin olumlu neyin olumsuz olduğu belirlenmekte, olması gereken ile olmaması gereken arasındaki sınır çizilmektedir. Burada bu çalışma için temel sorun medyanın bize sunduklarının oluşturduğu anlam çevresini saptamak ve bu çerçevenin olası sonuçlarını anlamaktır.

Basının bugünü ve toplumsal yaşam içindeki yerini saydamlaştıracak bir tanımlama ise basını ancak tarihsel bir çizgi üzerinden ele almakla mümkündür. Dünyanın ilk gazetesi, milattan sonra 5. yy'da Pekin'de yayınlanmaya başlamıştır. Avrupa'da ilk düzenli gazete 1621 yılında yayınlanmaya başlamış, Amerikan basın tarihi ise 1690 yılında başlamıştır.<sup>1</sup> Türkçe yayınlanan ilk gazete ise 1831 yılında yayınlanmaya başlayan ve aynı zamanda resmi gazete niteliği de taşıyan 'Takvim-i Vakayi'dir. Gazetenin haftalık olarak yayınlanması amaçlanmış, ancak yılda en çok 15-20 sayı çıkartılabiliştir. Zaman, zaman çeşitli nedenlerle kapatılan gazetenin yayın hayatı İstanbul hükümetiyle birlikte sona ermiştir. Diğer yandan Türkiye basın tarihi birçok kaynaktan devlet yönetiminde olmayan ilk gazete olan ve Şinasi ile Ağâh Efendi tarafından kurulan 'Tercüman-ı Ahval' ile başlatılır. Gazete 1860'da yayın hayatına başlamış ve 1866'da sona ermiştir. 1862'de Şinasi tek başına 'Tasvir-i Efkâr' gazetesini çıkarmaya başlamış ve gazete 835 sayı yayımlanmıştır.<sup>2</sup> Cumhuriyet döneminde etkin olan gazetelerin kökenleri ise II. Meşrutiyet Dönemine kadar uzanır. Meclisin açılması ile birlikte ulusal basın için de çalışmalar başlamış ve Atatürk 1920'de yayın hayatına başlayan 'Hâkimiyet-i Milliye' gazetesinin isim babası olmuştur. Daha sonra 'Ulus' adını alan gazete, CHP'nin resmi organı olarak işlev görmüştür. Cumhuriyet tarihinin ilk 50 yılına, yani 1980'li yıllara kadar olan döneme Hürriyet, Cumhuriyet ve Milliyet gazeteleri damgalarını vurmuştur. 1948 yılında yayınlanmaya başlayan Hürriyet ve ardından Milliyet ile Türk basınında, gazetelerin belirli partilerin yayın organı olarak yayımlandığı dönem sona ermiş ve kitle gazeteleri dönemi başlamıştır. 1960'lı yıllarda ülkeye modern baskı teknikleri getirilmiş ve yazılı medyanın tipografik baskıdan ofsete, siyah-beyaz fotoğraftan renkli fotoğrafa, mürettephaneden pikaj-montaj setlerine geçişi, gazete yayıncılığına yeni bir ifade kazandırmıştır. Hürriyet, 1960'larda tirajı bir milyonu geçen ilk Türk gazetesi olmuştur.<sup>3</sup> Bu dönem boyunca, medya sektörüne gazetecilik mesleğinden gelen aileler hâkim olmuş, 1980'li yıllara gelindiğinde ise medya sektörü büyük

sermaye gruplarının yönetimine geçmeye başlamıştır. Medyanın holdingleşmesi olarak adlandırabileceğimiz bu dönem, Türkiye basın tarihinde tekelleşme için dönüm noktasıdır. Dev şirketlerin medya pazarına girmesi ve medya patronluğunun Türk ekonomisinin büyük devlerinin eline geçmeye başlamasıyla, gazetecilikten gelen patronlar da iş adamlığına soyunmuş,<sup>4</sup> böylece medya sahipliğinde yeni bir dönem başlamıştır. 1990'larda ise ilk özel TV kanalının yayına başlamasının, görsel yayıncılıkta devlet tekeli kırılması, medya sektöründeki büyüme hızını, plansız ve kontrolsüz bir şekilde artırmıştır. 2000-2001 yıllarında yaşanan ekonomik kriz sektörü büyük değişikliklere yol açmış, krizin ardından pek çok gazetenin bölge sayfaları ve ekleri kapatılmış ve sektörde çalışan binlerce kişi işini kaybetmiştir. Krizin ardından sektöre yeni sermayedarlar girmiş, var olanların bir kısmı güçlerini sağlamlaştırmış ve bu yeni ittifaklar ve cephelemler anlamına gelmiştir.<sup>5</sup> Bu tarihsel çizgiyle günümüze gelen medya sektöründe, bugün sektörünün öncü kuruluşları aynı zamanda ülkenin önde gelen sermaye guruplarıdır.

Gazeteler dünyanın her yerinde baskı tipi, yayın süresi, coğrafi konumu gibi pek çok farklı özelliklerine göre pek çok sınıflandırmaya tabi tutuluyor olmalarıyla birlikte en kapsamlı sınıflandırma yayın ilkelerine göre yapılan sınıflandırmadır. Bu bağlamda gazeteler fikir gazeteleri ve popüler gazeteler olarak iki başlık altında toplanırlar ve içinde yer aldıkları başlıkla doğrudan ilintili olarak birçok farklı türde haber içerirler. Ancak haberin türü ne olursa olsun, her türlü haber söylemi ideolojik kodlar içerir. Klasik Marksizm ile başlayan ideoloji tartışmalarının tümünü hesaba katan bir bakışla, ideolojiye dair söylenebilecek ilk şey ideolojinin dışında olmanın mümkün olmadığıdır. Medya, yalnızca siyasal haberlerle ve yorumlarla değil, aynı zamanda ekonomi, kültür ya da magazin haberleri ve değerlendirmeleriyle de ulaştıkları kitlelerde düşünceler oluşturur. Ekonomi sayfasında yer almayan ya da ekonomi haberi olarak nitelenmeyen bir haberin, satır aralarından hareketle ulusal ekonomi politikalarına ilişkin bilgi edinmek ya da farklı sınıfsal konumlara sahip bireylere/gruplara ilişkin haberlerin sunumunda kullanılan ifade biçimlerini inceleyerek, toplumsal sınıflara dayalı iktidar ilişkilerini çözümlenmek mümkünken, bir magazin haberinden hareketle de, örneğin egemen ideolojinin cinsiyet tutumlarına ilişkin boyutunun kodunu çözümlenmek mümkündür.

Bu çalışmanın amacı, yazılı basında yer alan haberleri inceleyerek, medyanın aile yaşam olaylarına ilişkin açıkça ya da örtük biçimde ürettiği anlamı çözümlenektir.

Çalışmada, aile'nin yaşam olaylarına yönelik haberlerle, medyadaki temsiline ilişkin bir saptamayla birlikte, aile yaşam olaylarının, genel olarak toplumda özel olarak ise aile hayatında idealize edilen yaşama biçimi nasıldır sorusuna cevap aranmıştır. Bu amaçla, yazılı basında aile yaşam olayları araştırılmış, bahsedilen kapsamdaki haberler incelenerek, ailelerin yaşadığı ve gazete haberlerine konu olan olayların neler olduğu saptanmış, yanı sıra çeşitli aile sorunlarına dair nasıl bir toplumsal algı oluşturulduğuna ilişkin genel bir bakış sağlamak da amaçlanmıştır. Ailelerin hangi yaşam olayları, nasıl ve kim tarafından yaşandığında gazeteler için haber değeri taşımakta, bu olaylara yönelik haberlerle gazeteler nasıl bir anlam çerçevesi kurmakta, bu anlam çerçevesiyle hangi ideolojik duruşa eklenmekte ve yeniden üretmektedir sorularıyla yola çıkılmıştır. Medyanın toplum üzerindeki algı oluşturu ve yönlendirici kapasitesi pek çok sosyal bilim araştırmasına konu olmuş, siyaset, söylem, ideoloji, popüler kültür, toplumsal cinsiyet, etik, suç, şiddet... gibi pek çok alanda medyanın olumlu yönleri de tahrip edici etkileri de farklı boyutlarıyla incelenmiştir. Bu çalışma, farklı olarak yazılı basının çizdiği aile profiline ilişkin bir bilgi üretmek ve günümüze ait bakışın fotografik bir betimlemesini yapmak önemine sahiptir.

## YÖNTEM

Çalışmanın yöntemi, bir nitel veri analizi yöntemi olan doküman analizi yöntemi ve içerik analizi tekniğidir. Çalışmada, içerik analizi ile haber taraması yapılmış, önce aile yaşam olayı haberleri belirlenmiş, sonra belirlenen bu haberlerin tümü, araştırma kapsamında belirlenen 7 ayrı kategoride sınıflandırılmıştır. Kategorileştirme sürecinde, içerik analizinin 5 temel kategorileştirme ilkesi, yani kategorilerin kesişmemesi, oluşturulan kategorilerin incelenen tüm materyali kapsamaması, kategorilerin birbirinden bağımsız olması, tüm kategorilerin tek bir sınıflandırma prensibine göre kurulması ve kategorilerin araştırmanın amacını yansıtması<sup>6</sup> temelinde oluşturulmuştur. Haber taraması, bizzat araştırmacılar tarafından ve doğrudan basılmış gazete materyali üzerinden yapılmıştır. İçerik analizi yönteminin seçilmesinin temel nedeni, çalışmaya sistemlilik ve nesnellik kazandırmasıdır.

Yazılı basında, aile yaşam olaylarının temsilini araştırmak üzere kurgulanan bu çalışmada, ulusal ölçekli gazeteler kapsamı oluşturmuştur. Çalışmada, 16 Mart 2015 – 15 Nisan 2015 tarihlerini kapsayan 30 takvim günü esas alınmıştır. Evreni temsil yeteneğine sahip bir örneklem oluşturmak için gazeteler; bir sermaye grubuna dâhil olup olmama, farklı sermaye gruplarına ait olma, yüksek baskı sayısına sahip olma ve farklı siyasal/ideolojik çizgilerde yer alma ölçütleri bağlamında belirlenmiş ve çalışma grubuna dâhil edilmişlerdir.

Çalışmanın yapıldığı tarih itibariyle Türkiye’de yayınlanmakta olan ulusal gazeteler ve bu gazetelerin satış rakamları aşağıdaki gibidir:

Tablo 1. Ulusal gazetelerin 16.03.2015 tarihli satış rakamları												
SN	GAZETE	SATIŞ RAKAMI	SN	GAZETE	SATIŞ RAKAMI	SN	GAZETE	SATIŞ RAKAMI	SN	GAZETE	SATIŞ RAKAMI	
1	ZAMAN	897.555	11	BUGÜN	125.238	21	YENİ ÇAĞ	52.027	31	MİLLİ GAZETE	22.860	
2	POSTA	388.454	12	YENİ ŞAFAK	107.930	22	YENİ MESAJ	49.830	32	DIRİLİŞ POSTASI	11.116	
3	HÜRRİYET	367.258	13	TAKVİM	106.337	23	MİLLET	46.475	33	YURT	10.764	
4	SÖZCÜ	326.980	14	VATAN	103.062	24	TARAF	41.342	34	EVRENSEL	10.369	
5	SABAH	306.590	15	AKŞAM	102.754	25	KORKUSUZ	38.460	35	TODAY’S ZAMAN	10.049	
6	HABER TÜRK	194.040	16	STAR	102.599	26	MİLAT	30.321	36	ORTADOĞU	7.244	
7	PAS FOTOMAÇ	180.521	17	GÜNEŞ	102.281	27	YENİ ASIR	28.199	37	HÜRRİYET DAILY NEWS	6.374	
8	TÜRKİYE	161.800	18	CUMHURİYET	54.067	28	BİRGÜN	27.099	38	İSTANBUL GAZETESİ	5.000	
9	MİLLİYET	157.592	19	AYDINLIK	52.949	29	VAHDET	25.908	39	DAILY SABAH	4.887	
10	FANATİK	148.789	20	YENİ ASYA	50.074	30	ŞOK	25.196	40	HÜRSES	1.211	
<b>Toplam Gazete Satış Rakamı : 4.493.605<sup>7</sup></b>												

Bu verilerden hareketle örneklem grubu 4 gazeteden oluşturulmuştur;

1. gazete ana akım medyanın önemli temsilcileri arasında yer alan, liberal çizgide yayın politikası sürdüren ve bir medya grubuna ait olan bir gazetedir,

2. gazete hükümete karşıt bir çizgide yayın yapan, cumhuriyetçi-laik toplumsal kesimleri hedefleyen ve herhangi bir gruba ait olmayıp bir haber ajansı tarafından çıkartılan bir gazetedir,

3. gazete hükümete karşıt bir çizgide yayın yapan, sağ muhafazakâr toplumsal kesimleri hedef alan ve bir medya grubuna ait olan bir gazetedir,

4. gazete hükümet yanlısı yayın politikası izleyen ve bir medya grubuna ait olan bir gazetedir.

İçerik analizi ile örneklem grubunu oluşturan gazetelerin, ilgili süre boyunca yayınlanan tüm günlük baskıları taranmış ve içinde aile ilintisi olan tüm haberler seçilmiştir. Haberin içinde aile kelimesinin yer almasının yanı sıra eş, anne, baba, kardeş, dede, hala gibi aile içi rollerden herhangi birinin yer alması ya da aile ilişkilerinden bahsedilmesi de yeterli olmuştur. Temel belirleyen konu değil, haber metninin kurgusudur. Somutlaştırılacak olursa; örneğin işsizlik ile ilgili bir haber Uluslararası Para Fonunun (IMF) tahminleri üzerine kurgulanmışsa bir ekonomi haberi olarak değerlendirilmiş ve nicel olarak toplam haber kategorisinde yer almıştır. Ancak aynı haber tek bir ailenin yaşadığı işsizliğe bağlı sorunlar, ailenin kimi üyeleri ya da genel olarak aile olgusu üzerine kurgulanmışsa haber ‘Aile Yaşam Olayı Haber Kategorisi’nde yer almıştır.

Haber sayısı bilgisi için, gazetenin ilgili baskısındaki tüm haberler sayılmıştır, böylece aile yaşam olayı haberlerinin toplam haber sayısına oranını saptamak mümkün olmuştur. Köşe yazıları ise ayrıca sayılmıştır, toplam haber sayısı köşe yazılarının sayısını içermemektedir. Ayrıca seri ilanlar, ölüm ilanları, reklamlar, bulmacalar, kuponlar ve çeşitli sınavlara hazırlık için verilen testler sayılmamıştır. Televizyon (TV) dizilerinin o günkü bölümlerinde neler olacağını anlatan, farklı kanallarda yayınlanacak programların tanıtımlarını yapan, TV kanallarının yayın akışını veren haberler ise tek tek sayılmamış, 1 ünite kabul edilmiş ve toplam haber kategorisine 1 haber olarak eklenmiştir. Aynı şekilde tek bir konu altında verilen haberler de tek tek sayılmamış, ‘26. Ankara Uluslararası Film Festivali’ ya da ‘23 Nisan Kutlamaları’ gibi bir üst başlığın altında verilen ve pek çok alt haber barındıran haber metinleri, tüm alt haberleriyle birlikte 1 birim haber kabul edilmiştir. Gazetelerin ekleri bu çalışmada kapsam dışı bırakılmış, eklerdeki haberler taranmamıştır. Bu kategori altında toplanan veriler bulgular bölümünde “Şekil 1” ile gösterilmiştir.

Gazetelerin belirli haberleri, belirli sayfalarda toplama eğilimi nedeniyle aile haberlerinin hangi sayfalarda, hangi başlıklar altında yer aldığı ya da yoğunlaştığı bilgisi saptanmış böylece aile yaşam olayı haberlerinin gazetelerin hangi sayfasında yer aldığı belirlenmiştir. Daha çok okunma çabasının, gazetelerin vitrini niteliğindeki ilk sayfalarında, polis adliye haberlerinin yer aldığı üçüncü sayfaları ile son sayfalarında, haber değeri taşımayan seks içerikli ya da şiddet yoğun konuların öne çıkmasına yol açtığını gösteren pek çok iletişim bilimleri kökenli akademik yayın olması, çalışmaya

bu verinin eklenmesini gerekli kılmıştır. Ayrıca, bu çalışma için haber türü bilgisi önemlidir. Şöyle ki; ekonomi, toplum, güncel, magazin gibi sayfanın içeriği hakkında doğrudan bilgi veren sayfa isimleri, hangi tür aile yaşam olaylarının haber değeri taşıdığını tespit etmeye yönelik olarak, aile yaşam olaylarına bakışı yorumlama sürecinde anlamlı bir bilgidir. Bu kategori altında toplanan veriler, bulgular bölümünde “Şekil 2” ile gösterilmiştir.

Bir diğer veri, haberin öznesi bilgisini içermektedir. Bu veriyi oluşturabilmek için, habere konu kişilerin cinsiyet dağılımı saptanmış, çocuk özneli haberler ise ayrıca sayılmıştır. Böylece aile üyelerinin habere konu olma dağılımını tespit etmek mümkün olmuştur. Ailelerin her yaşam olayı, tüm bireylerini etkileyen süreçler içerir, konunun kimin üzerinden anlatıldığı bir yandan aile içi ilişkiler diğer yandan toplumsal bakışı saptamak için anlamlı bir bilgidir. Bunun için haber kurgusu temel alınmış ve konu kimin üzerinden anlatılıyor sorusunun cevabı özne olarak tespit edilmiştir. Eylemi gerçekleştiren, etken olan ya da maruz kalan gibi ayrımlar yapılmamış, haber kimin üzerinden anlatılıyorsa o, özne kabul edilmiş ve salt haber başlığına bağlı kalınmamış tüm haber metni değerlendirilmiştir. Somutlaştırılacak olursa, araştırma kapsamında incelenen haberlerden birisi olan “...29 yaşındaki müjde...7 yıl önce...evlenerek...yerleşti..., evlendikten bir süre sonra çocukları olmayınca eşinden şiddet görmeye başladı...” haberinin öznesi kadın olarak belirlenmiş, “...6 ay önce kızları dünyaya geldi, erkek isteyen baba C.T. eşini suçladı. Önceki günde çok ağlıyor diye bebeği duvara fırlattı...gözüne alınan C.T. işlemlerin ardından tutuklandı” haberinin öznesi ise erkek olarak belirlenmiştir. Farklı gazetelerin haber analizlerinde aynı haber için farklı öznelerin yer aldığı örnekler vardır, çünkü gazetelerin haberleri farklı aile üyeleri üzerinden anlattığı örnekler mevcuttur. Şöyle ki; aynı haberin ‘yıllarca şiddete maruz kaldı ve sonunda kocasının kurşunlarıyla öldü’ kurgusunda özne ‘kadın’, ‘yıllarca şiddet uyguladı sonunda da karısını kurşunlayarak öldürdü’ kurgusunda özne ‘erkek’tir. Aynı şekilde tek bir kişiye odaklanmayan haberlerde de belirlenen özne 1 aile, 2 erkek ya da eylemcilerin aileleri gibi net bir şekilde ifade edilmiş “diğerleri” şeklinde bir kategori kullanılmamış, ancak haberin öznesi yok ise haber öznesiz kabul edilmiştir. Çünkü bu çalışmanın amacı var olan durumu tespit etmek, metaforik bir anlatımla dönemin fotoğrafını çekmektir. Bu grupta toplanan nicel verilere ait grafikler hazırlanırken ise erkek, kadın, çocuk ve aile öznesi kullanılan haber sayısı belirtilmiştir. Bu kategori altında toplanan veriler bulgular bölümünde “Şekil 3” ile gösterilmiştir.

Bir sonraki veri, haberin öznesi temel alınarak oluşturulmuş ve ünlü ya da ünsüz olma durumu saptanmıştır. Bu bilginin belirleyeni

öznenin toplumsal konumudur. Ünlü, ünsüz ayrımının belirleyeni ise toplumun büyük çoğunluğudur. Bir mahalle muhtarı ya da yerel radyonun spikeri elbette ki bulunduğu yerde tanınıyor olabilir ancak bu çalışmada ulusal ya da uluslararası ölçekli bir tanınırlık ölçütü alınmıştır. Ayrıca örneğin bir rock şarkıcısını, bir futbolcu ya da pek çok kişinin haritada yerini gösteremeyeceği küçük bir ülkenin kralını da herkes tanımıyor olabilir elbette ancak bu noktada gazetenin atfettiği değer temel kabul edilmiştir. Gazete o kişiye ilişkin habere ünlü olduğu için yer verdi ise ya da adının başında ünlü ifadesini sıfat olarak kullandı ise değerlendirmede ünlü sınıflandırmasına dâhil edilmiştir. Bu kategori altında toplanan veriler bulgular bölümünde “Şekil 4” ile gösterilmiştir.

Diğer veri haberin taşıdığı anlama ilişkindir. Haber konusu değil konunun nasıl verildiği temel alınarak belirlenmiştir. Haber yorumlanmamış, gazetenin verdiği bağlamda kalınmıştır. Şöyle ki; 4 yaşında doğuştan işitme engelli bir çocuğa işitme cihazı takılması ve ilk kez annesinin sesini duymuş olmasını anlatan haber ‘olumlu’ haber kabul edilmiştir. Çünkü haber annenin sevinç gözyaşlarını anlatmaktadır. Yoksa engelli çocuk sahibi olmak olumsuz bir durumdur gibi bir yorumlamaya girilmemiştir. Bu kategori altında toplanan veriler bulgular bölümünde “Şekil 5” ile gösterilmiştir.

Diğer veri haber metnine eklenmiş bir fotoğraf olup olmadığı bilgisini içermektedir. Gazeteler için fotoğrafın önemi, haberin inandırıcılığında oynadığı roldür ve okuyucu fotoğraf aracılığıyla olayın tanığı konumu edinir. Çalışmanın ilk aşamasında içerik analizi ile var olup olmadığı bilgisi saptanmış, ikinci aşamada haber metni ile kullanılan fotoğraf arasındaki ilişki, haberin ürettiği anlam bağlamında analize dâhil edilmiştir. Bu kategori altında toplanan veriler bulgular bölümünde “Şekil 6” ile gösterilmiştir.

Diğer veri haber kaynağı bilgisine yöneliktir. Gazetelerin, verdikleri haberlere kaynak gösterip göstermediği kadar, kaynaklarının çeşitliliği de önemli bir bilgidir. Nitekim bu veri var-yok bilgisi ile sınırlandırılmamış, eğer kaynak gösterildi ise doğrudan gösterilen kaynak saptanmıştır. Bu durum çalışmanın örnekleme oluşturulurken ulusal gazete olma ve yüksek tirajlı olma ön koşulunun yanı sıra farklı siyasal-ideolojik çizgilerde konumlanmış olma ön koşulunun amacına paralel bir hassasiyettir. Gazetelerin kaynak kullanıp kullanmadığının yanı sıra daha çok hangi kaynakları kullandığı bilgisine bulgular kısmında yer verilmiştir. Burada temel amaç, örneğin 10 yıl sonra yapılacak bir çalışmanın günümüzle kıyasını sağlayacak verilere sahip olmasıdır ve gazetelerin sahiplik yapısı ve söylem farklılıkları dönemsel nitelikler kazanabilmektedir.

Bu kategori altında toplanan veriler, bulgular bölümünde “Şekil 7” ile gösterilmiştir.

## BULGULAR

Çalışma kapsamında, örneklem grubunu oluşturan 4 gazetenin, 120 adet günlük baskısında 11.173 haber taranmış ve 545 haber analiz edilmiştir.

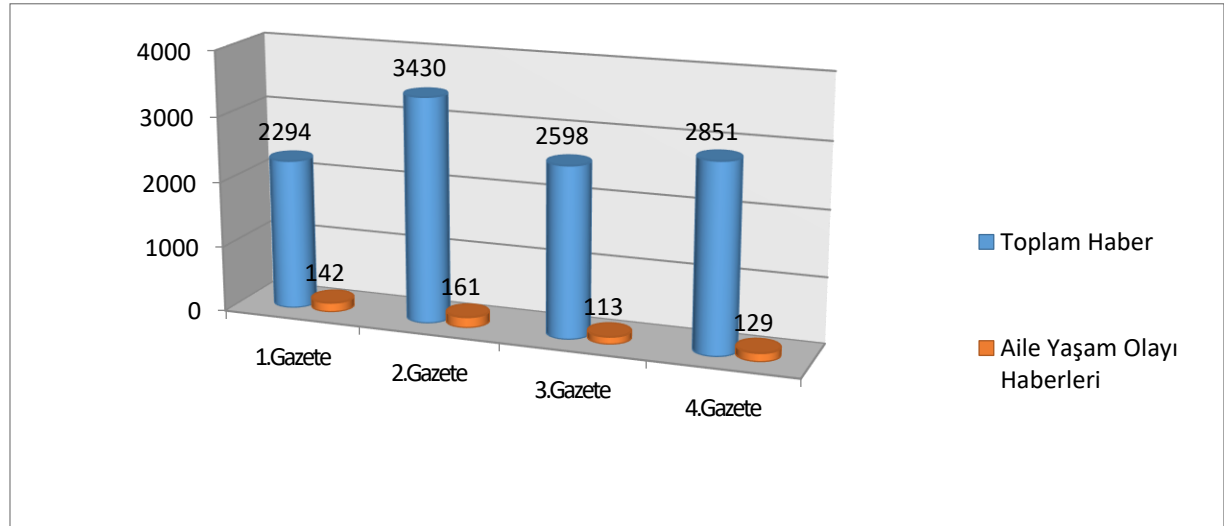
1. gazetenin araştırma kapsamına giren 30 adet günlük baskısında, toplam 2.294 haber taranmış ve bu haberlerin 142 tanesi aile yaşam olayı haberi olarak ayrılmış ve analiz edilmiştir.

2. gazetenin araştırma kapsamında giren 30 adet günlük baskısında, toplam 3.430 haber taranmış ve bu haberlerin 161 tanesi aile yaşam olayı haberi olarak ayrılmış ve analiz edilmiştir.

3. gazetenin araştırma kapsamına giren 30 adet günlük baskısında, toplam 2.598 haber taranmış ve bu haberlerin 113 tanesi aile yaşam olayı haberi olarak ayrılmış ve analiz edilmiştir.

4. gazetenin araştırma kapsamına giren 30 adet günlük baskısında, toplam 2.851 haber taranmış ve bu haberlerin 129 tanesi aile yaşam olayı haberi olarak ayrılmış ve analiz edilmiştir.

Sonuçların gazete bazında benzerliği dikkat çekicidir. Her ne kadar gazeteler farklı ideolojik çizgilerde konumlanmış olsa da, bu haber grubuna verdikleri haber değeri neredeyse aynıdır. Dört gazetenin her birinde yer alan toplam haber sayısı ile aile yaşam olayı haberlerinin sayıları aşağıdaki grafikte ifade edilmiştir.



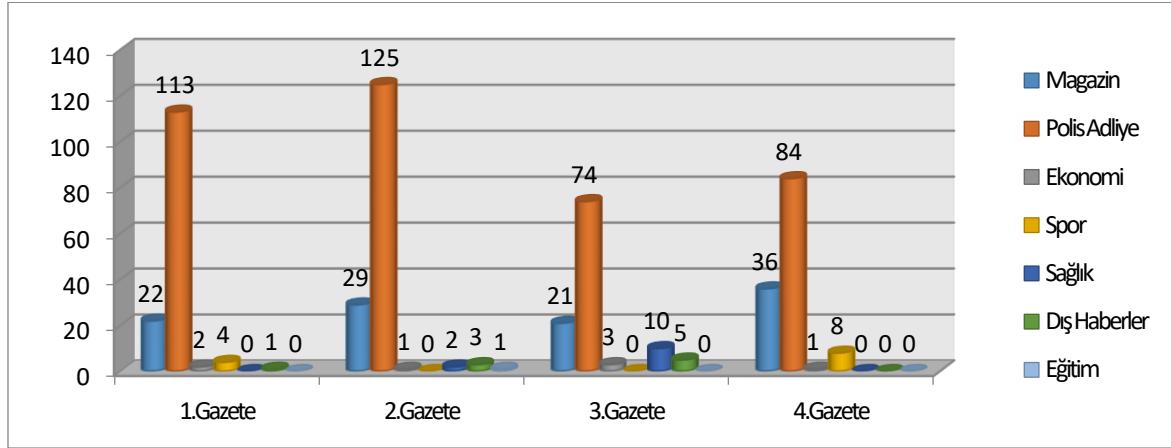
Şekil 1. Aile yaşam olayı haberlerinin gazetelerdeki oranları

Grafikte haber sayısı değişse de, bu haberlere ayrılan oranın değişmediği görülebilmektedir. Örneklem grubunu oluşturan 1. gazete, diğerlerinden daha az sayıda haber içeriyor olarak görünmekle beraber düzenli 2 ek verdiği belirtilmelidir. Ancak bu aynı zamanda şu anlama da gelmektedir, gazete her gün 2 ek gazete vererek aslında okuyucuya diğerlerinden daha çok sayıda haber iletmemektedir.

Saptanan diğer veri, aile yaşam olayı haberlerinin sayfa bazında dağılımına ilişkindir. Bu dağılım bize en çok, ailelerin yaşadığı hangi tür olayların görünür kılındığına ilişkin bilgi vermektedir. Her ne kadar ilk incelemenin sonucu, az sayıda haberle aile yaşam olaylarının, ortaklaşa bir çabayla görünmez kılındığını gösteriyor olsa da bu bulgu, görünür kılınan olayların dağılımını saptama önemini azaltmamış aksine bu dokunulmazlığı nelerin değiştirdiğini de görmemizi sağlayan ek bir bilgi anlamına gelmiştir. Ayrıca, sonuçlarda hiç 1.sayfa olmayışının nedeni hiçbir aile

yaşam olayı haberinin ilk sayfada verilmemesi değil, haberlerin bir bütün olarak ve 1 birim sayılmasıdır. Gazeteler, ilk sayfalarında haberlerin tamamını değil kısa başlıklarını ya da girişlerini verip asıl haberi iç sayfalarda verdikleri için sonuçlarda hiç 1. sayfa ibaresi yer almamıştır. Nicel veriler ifade edilirken de, konuyu daha anlaşılır kılmak için, dağılım ana başlıklar halinde yapılmıştır. Buna göre; Magazin Haberleri: adı Magazin, Yaşam, Aktüel&Magazin olan sayfalar ile son sayfayı kapsar, Ekonomi haberleri adı ekonomi olan sayfaları kapsar; Polis-Adliye Haberleri adı Haber, Toplum, Güncel, Gündem, İnsan, Yakın Plan, Politika, Güzel Hayat olan ve 3. sayfa gibi sayfa ismi olmayan sayfalarda verilen haberleri kapsar; Spor adı spor olan sayfalarda verilen haberleri kapsar; Sağlık adı Aile&Sağlık, Sağlık olan sayfalarda yer alan haberleri kapsar; Eğitim Haberleri adı Eğitim olan sayfalardaki haberleri kapsar; Dış Haberler adı Dünya, Dış Haberler olan sayfaları kapsar. Bu analizle gazetelerdeki aile yaşam olayı haberlerinin sayfa bazında dağılımı aşağıdaki gibidir:



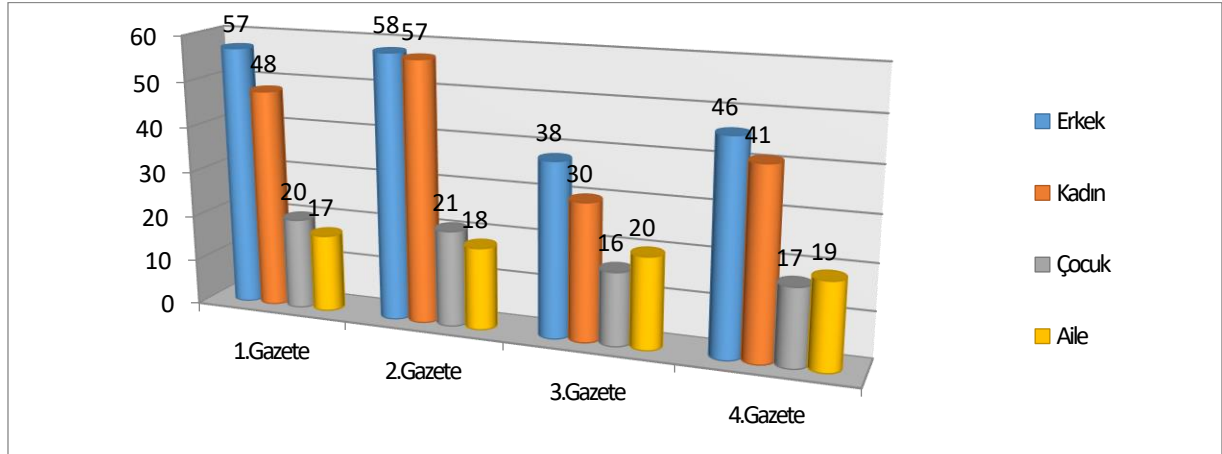


Şekil 2. Aile yaşam olayı haberlerinin gazetelerde sayfa dağılımı

Aile yaşam olayı haberlerinin dağılımında, ilk sırayı polis-adliye haberleri, 2. sırayı ise magazin haberleri almaktadır. Grafikte görülen farklı başlık altındaki haberlerin, aslında benzer nitelikler taşıdığına da bu noktada belirtilmesi gereklidir. Haber analiz tablolarında da açıkça görüldüğü üzere, örneğin spor sayfalarında yer alan az sayıdaki haberin içeriği anne-babası vefat eden sporcular ya da evlenen sporculardır. Ayrıca evlilik ya da bir aile büyüğünün kaybı gibi aile yaşam olayları haber yapılmaya değer bulunan sporcular da yalnızca

futbolculardır. Spor sayfaları diğer sayfalara oranla çok sayıda haber ve yoğun bir biçimde futbol haberi içermektedir.

Aile yaşam olayı haberlerinde aile, erkek, kadın veya çocuk özneli haber olarak kategorileştirilebilecek açık ve net bir özneye sahip olan 523 haber olduğu tespit edilmiştir. Haberlerin tek tek gazeteler bazında özne dağılımı aşağıdaki grafiği vermektedir.



Şekil 3. Aile yaşam olayı haberlerinin gazetelerde özne bazında dağılımı

Sonuçlar, haberlerin daha çok erkek özne üzerinden verildiğini göstermektedir. Bu nicel veriye eklenmesi gereken bir bilgi de habere konu hikâyelerin kadın – erkek öznesine göre anlatım farkı taşıdığıdır. Kadın özneli haberler başına geleni, maruz kalınanı anlatırken; erkek özneli haberler aktif bir yapıya sahiptir. Daha somut bir anlatımla kadın üzerinden anlatılan haber metinleri öldürüldü, kötü yola düşürüldü, kaçırıldı, bıçaklandı gibi pasif yapılar içermektedir; erkek üzerinden anlatılan haber metinleri ise habere konu erkeğin eylemini

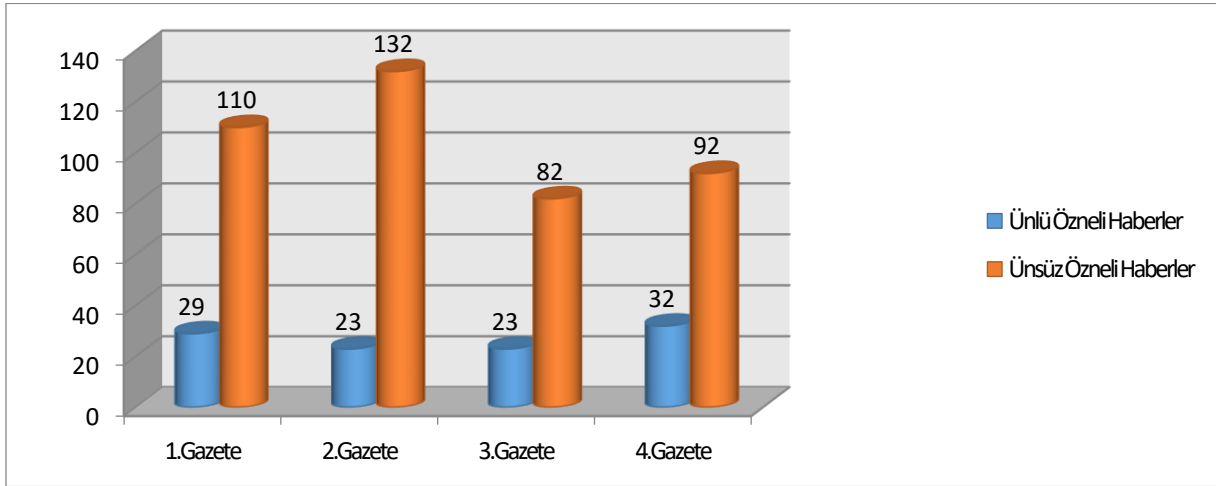
anlatmaya yönelik aktif yapılara sahiptir. Ancak dikkat çekici bir şekilde kadınlar intihar ettiklerinde durum değişmekte ve haber metni öznenin eylemini anlatan aktif yapıya dönüşmektedir. İntihar edene kadar maruz kalan kadın özne, birdenbire seçim yapabilme kabiliyeti kazanmakta, seçeneklerden seçenek beğenmekte ve aniden intiharı seçmektedir. Bu haberlere ilişkin olarak verilmesi gereken önemli bir bilgi, intiharın bir seçim bir seçenek olduğuna dair sunulan ortak anlam çerçevesidir. Örneğin 2. gazetenin 29 Mart 2015 tarihli baskısının 10.

sayfasında yer alan haberde evlendikten bir süre sonra çocukları olmayınca şiddet görmeye başlayan ve evliliğinin 2. yılında kendisini asarak intihar girişiminde bulunan kadının son anda eşinin ailesi tarafından kurtarıldığı ancak yatalak olduğunun anlatıldığı haberin üst başlığı: “kurtulmak isterken yatağa bağımlı oldu” dur. Haberin ürettiği örtük anlam kadının ölünce kurtulacağıdır. 1. gazetede ise 25 Mart 2015 tarihli baskısının 3. sayfasında yer alan bir haber metninde, 5 aydır evli olduğu kocasından ve kocasının kök ailesinden şiddet gören kadının intihar ederek yaşamına son verdiği söylenmekte, intihar şiddete alternatif seçenek olarak kadın tarafından değerlendirilmiş gibi sunulmakta, üstelik kadına seçme şansını kullanmış gibi etken rol atfeden haber metni başka hangi seçenekleri olduğundan bahsetmemektedir. Oysa intihar bir seçenek değil seçeneksizliktir. Haber metinlerinde boşanmayan, kaçmayan, erkeğe karşı çıkmayan

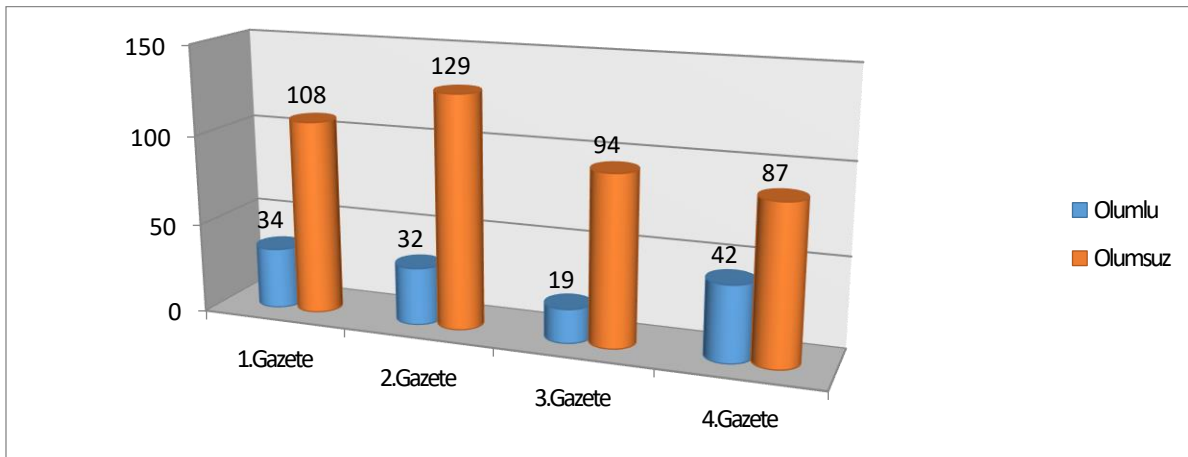
onun yerine illa dayanamıyorsa intihar eden kadın neredeyse takdir edilmiştir. İntihardan başka seçeneği kalmayan kadının içinde bulunduğu toplumsal şartların adı bile anılmamıştır. İntihar eylemi özellikle şiddet sonrası kadın intiharı haberlerinde şaşırtıcı bir şekilde sıradanlaştırılmış, basit bir dizge üzerinde neden sonuç ilişkisiyle anlatılmıştır.

Aile yaşam olayı haberlerinin anlatımında belirli bir öznesi olan, seçilen özneyi belirleyen ve Şekil 3 ile gösterilen 523 habere ilişkin olarak, öznenin ünlü mü ünsüz mü olduğu sorusuyla elde edilen nicel veriler aşağıdaki grafik ile gösterilmiştir.

Gazetelerde yer alan aile yaşam olayı haberlerinin olumlu olumsuz kategorisinde dağılımı ise Şekil 5’deki gibidir.



Şekil 4. Aile yaşam olayı haberlerinin öznelere göre gazetelerde ünlü/ünsüz dağılımı



Şekil 5. Aile yaşam olayı haberlerinin gazetelerde olumlu/olumsuz dağılımı

Haber öznesinin, ünlü ünsüz dağılımını gösteren grafik ile haber kurgusunun olumlu olumsuz dağılımını gösteren grafik arasındaki

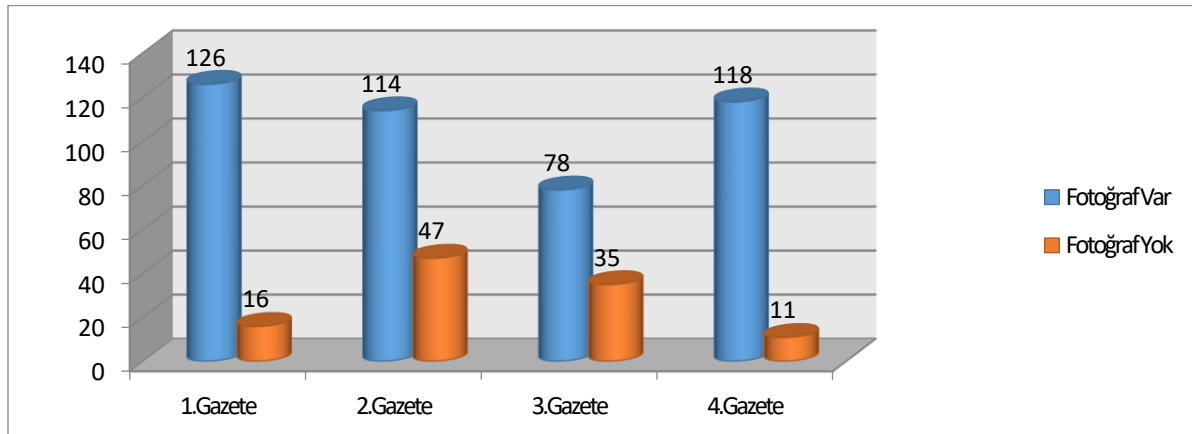
benzerlik haber metni okumalarında da kendini göstermiştir. Ünlü kategorisinde sınıflanmış öznelere ilişkin haberlerin tamamına yakını olumlu

iken, ünsüz kategorisinde sınıflanmış önelere ilişkin haberlerin tamamına yakını olumsuzdur. Örneğin evlenen ünlüler, olumlu haber kategorisinde değerlendirilen bir evlilik haberiyle gazetelerde yer alırken; evlenen ünsüzler düğüne giderken kaza geçirip ölümlere, olumsuz haber kategorisinde değerlendirilen bir kaza haberiyle gazetelerde yer almışlardır. Ünsüz özneli haberler içinde yer alan az sayıda olumsuz haber ise sıklıkla aile büyüklerinin vefat haberidir. Diğer yandan bu ölçüt ekseninde yapılan çözümleme gazeteler için olumsuz olayların haber değeri taşıdığı da göstermektedir.

Nicel verilerdeki uyumun yanı sıra, haberlerin nitel olarak da çok farklı olmadığı, 4 gazetede de oldukça benzer kurgular, neredeyse birbirinin aynı ifadeler kullanıldığı belirtilmelidir. Yapılan değerlendirme, gazetelerin toplumsal sorunların gerçek boyutları yerine yüzeysel konulara yöneldiklerini ve basitçe kurdukları neden-sonuç ilişkileriyle anlamı dar bir çerçevede kurguladıklarını göstermektedir. Bu durumda gazete haberlerinin oluşturduğu kurguya göre olan sadece görünendir, işaret edilen sebep olmadığında yaşanan sonuç da olmayacaktır. Bu indirgenmiş bakış açısı bir yandan gerçeği görmezden gelmeyi sağlarken diğer yandan daha da tehlikeli bir sürece sebep olmakta ve yok saymayı beraberinde getirmektedir. Daha somut bir anlatımla, gazetelerde sıkça yer alan haber kurguları tespit edilmiştir, bu kurguya göre örneğin; erkek kadına mini etek giymemesini söylemiş, kadın giymiş, erkek kadını öldürmüş, ardından devletin kolluk güçleri erkeği hapse atmıştır. Bu bakış açısında şiddet gibi bir toplumsal

sorunsalın bizzat kendisine yönelik bir sorgu yerini ikili ilişkilerdeki basit nedenselliğe bırakmıştır. Suçlu bulunmuş, suç suçun mağduruna pay edilmiş, devlet kolluk güçlerinin edimi üzerinden aklanmış, erkeğin egemenliği yeniden üretilmiş, kadının ikincil konumu pekiştirilmiş, aile'nin kabul edilen tanımı kutsanmıştır. Oysa aile içi şiddet, aile üyeleri arasında var olan güç ilişkilerinin önemli bir göstergesidir. Örneğin 2.gazetenin 21 Mart 2015 günü 'haber' isimli 11. sayfasında verdiği bir kadın cinayeti haberinin üst başlığı "tecavüze uğradı diye katletti" dir. Haber için mevzu, katliam olarak nitelediği cinayetin aslında katliam boyutunda değil sebep noktasındadır. Okura henüz haberin içeriğini bile okumadan belli bir bakış açısı sunulmakta ve okur cinayetin bizzat kendisini değil sebebini sorgulayan bir zeminde düşünmeye yönlendirilmektedir. Benzer bir şekilde 1. gazetenin 24 Mart 2015 tarihli baskısının 3. sayfasında yer alan haber metninde de sevgilisinden hamile kaldığı öne sürülen eşini öldüren adamın yakalanınca mahalleliden helallik istediği anlatılmakta ve mahalleliden "helal olsun" yanıtını aldığı ifadesi tırnak içinde verilmektedir. Gazete bu haberle örtük olarak toplumun bu cinayeti onayladığını ifade etmekte, mahallelinin cevabını tırnak içinde vererek güya yorum katmamakta ve okurun bu hazır kamuoyuna katılımı sağlanmaktadır.

Gazetelerde yer alan aile yaşam olayı haberlerinde fotoğraf kullanımı dağılımına ait nicel verilerin tek tek gazete bazındaki verileri aşağıdaki grafiği vermiştir:



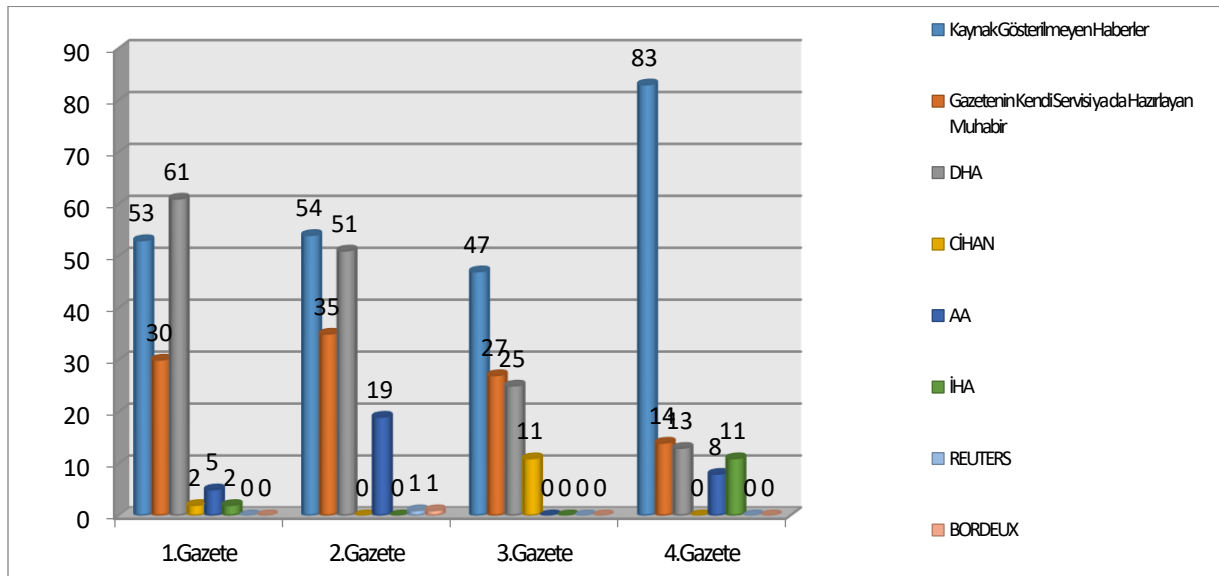
Şekil 6. Aile yaşam olayı haberlerinin gazetelerde fotoğraf kullanımı dağılımı

Fotoğraf kullanımı konusundaki nicel verilere, haber okumaları sırasında saptanan ve bu noktada eklenmesi gereken nitel bilgi ise kaza ve ölüm haberlerinde olay anı ve olay sonrasına ilişkin haber fotoğrafları kullanılırken kadın cinayetleri haberlerinde sıklıkla öldürülen kadına ait daha önceden çekilmiş fotoğrafların kullanılmış olmasıdır. Haber fotoğrafının anlamı habere konu

olayın fotoğrafı olmasıdır, oysa özellikle kadın cinayetleri ve kadına yönelik şiddet haberlerinde, şiddete maruz kalan kadınların olay anına ya da sonrasına ilişkin fotoğrafları yerine daha önce çekilmiş ve olabildiğine kadınsı fotoğraflarına yer verildiğinin tespit edilmiş olması önemli bir bilgidir. Makyajlı, kadınsı giyimli halleriyle, daha çok sosyal paylaşım sitelerinden ya da kimi düğün, toplantı,

yemek aktivitelerinden seçilmiş olduğu anlaşılan bu fotoğraflar haber kurgusundaki eril söylemi meşrulaştırıcı niteliktedir. Örneğin 4. gazetenin 26 Mart 2015 tarihli baskısının 11. sayfasında yer alan haberde; 3 yıl önce kendisine tecavüz eden adamı öldürüp kafasını kesen kadının küçük bir kare içinde verilen genç, güzel yüzlü, sağlıklı ve gülümseyen fotoğrafı; 3 yıldır hapiste olan, kendisine tecavüz eden adamdan hamile kaldığı için doğurduğu çocuğu istemeyen, cinayetin sebebi tecavüz olmasına rağmen henüz sonuçlanan mahkemede hiçbir ceza indirimi almayan birine ait gibi görünmemektedir.

Gazetelerin, aile yaşam olayı haberlerinde kullandığı kaynağa ilişkin toplanan nicel verilerin, kaynak kullanımı ve kaynak dağılımının gazete bazında grafiksel ifadesi aşağıdaki gibidir. Grafikte yer alan haber ajansları gazetelerin en az 1 tanesi tarafından ve en az 1 kez kullanılmış olma ön koşuluyla grafiğe dâhil edilmiştir. Ayrıca birden fazla kaynak gösterilen haberlerde gösterilen tüm kaynaklar sayılmıştır. Bu nedenledir ki grafiği oluşturan veriler, haber sayısından daha fazladır.



Şekil 7. Aile yaşam olayı haberlerinin gazetelerde kaynak kullanımı dağılımı

Grafik incelendiğinde, ilk elde görülen gazetelerin kaynak kullanmama ve tek bir ajansa bağımlı olma eğilimidir. Reuters ve Bordeaux yalnızca 2. gazete tarafından ve yalnızca 1'er kez kullanılmıştır. 3. gazete AA'yı 4. gazete ise İHA'yı hiç kullanmamıştır. Nicel veriler 4. gazetenin kaynak kullanmama konusunda diğer 3 gazeteden açık ara önde olduğunu göstermektedir.

## TARTIŞMA

Türkiye'de, sosyal bilim ve iletişim araştırmaları giderek artmaktadır, ancak gündemde olması gereken önemli konular hem hala çok az yer kaplamaktadır hem de önemli bir kısmı sosyolojik, kültürel, ideolojik karakterden yoksundur. Bu tür araştırmalarda yaygın yönelim, araştırmanın medyanın izleyici/okuyucu tercihleri, yönelimleri, tüketim davranışları, memnuniyeti gibi çeşitli etkileri üzerine odaklanmasıdır.<sup>8</sup> Medyanın topluma, aileye ya da bireye etkilerinin ele alındığı araştırma sayısının sınırlı olmasının yanı sıra aile gibi tek bir olgunun nasıl sunulduğuna ilişkin araştırma olmayışı ise bu çalışmayı hem önemli kılmakta hem de tartışma zeminini zayıflatmaktadır. Diğer yandan

araştırmada saptanan veriler üzerinden gidildiğinde, elde edilen verilerin eleştirel medya çalışmalarıyla elde edilen sonuçlarla paralel olduğu da açıktır. Çalışma sonunda elde edilen ve aşağıda özetlenen bulgular, gazetelerin benzerlikleri hatta aynılıkları noktasını ortaya koymasının yanı sıra, ürettikleri anlam alanının tek, tek sunduklarının toplamından daha kapsamlı yeni bir bütün oluşturduğunu da açıkça ortaya koymaktadır.

Çalışma, gazetelerin toplam 11.173 haberden yalnızca 545'ini, başka bir ifadeyle % 4,88'lik bir kısmını aile yaşam olaylarına ayırdığı, yani büyük oranda hane içini yok sayıp görmezden geldiği, ortaklaşa bir çabayla aile yaşam olaylarının görünmez kılındığı ve böyle olması gerektiğine dair olan egemen söyleme eklemlenerek yeniden ürettiği; gazetelerde yer alan aile yaşam olaylarının %72.66 gibi çok büyük bir kısmının polis-adliye haberlerinden oluştuğu, 2. sırayı ise %19.82 ile magazin haberlerinin aldığı; haber öznesi bazında yapılan değerlendirmede erkek özneli haberlerin %38.34 ile ilk sırada yer aldığı; haberin öznesi bağlamında yapılan değerlendirmelerde vatandaşın sadece cinayet işleyerek, cinayete kurban giderek,

kaza geçirerek, tecavüze uğrayarak habere konu olabildiği; olumsuz haberlerin ezici çoğunluğu oluşturduğu; haberlerin büyük kısmında fotoğraf kullanıldığı ancak bu fotoğrafların duruma göre farklılaştığı, özellikle öldürülen, tecavüze ya da tacize uğrayan kadınlara ilişkin haberlerde, olayın değil olaya konu kişilerin fotoğraflarının verildiği; dört gazetenin de haberleri kaynak göstermeden verme eğiliminde olduğu, kaynak gösterdiği haberlerde ise temelde bir haber ajansına bağımlı olduğu ve farklı haber ve değerlendirmelere kapalı olduğu sonucunu ortaya koymuştur. Çalışmada saptanan son veri ise metaforik bir anlatımla, bu çalışmanın kalbidir. Yola çıkılırken sorulan soruların cevabı ve ulaşılacak istenen amaç, yani habere konu aile yaşam olayının ne olduğudur. Gazetelerde yer verilen aile yaşam olayı haberlerinin, aileye dair çizdiği tabloda, gazete haberlerinde tek ve bir örnek bir aile modeli ve aile yaşamının sunulduğu ve bu modele uymayanların dışlandığı saptanmıştır. Aile her ne yaşıyorsa, kendi alanında yaşayan, yaşaması gereken olarak tanımlanmıştır. Aile kutsanmış, dokunulmaz ilan edilmiş ve tüm yaşanmışlıkların orada kalması gerektiğine dair bir anlam çerçevesi oluşturulmuştur. Gazeteler toplumdan ve hatta geniş ailesinden bile yalıtılmış çekirdek aile modelini beslemiş, öyle ki damadını bıçaklayarak öldüren bir kayınvalidenin anlatıldığı haber kurgusuna göre kayınvalide olayın olduğu gün ve birdenbire var olmuş ve şaşkınlık verici bir şekilde damadı bıçaklamıştır.

İdeal aile olarak tanımlanan aile, cinsiyete dayalı iş bölümü temelinde belirlenen kadın ve erkek rollerini içermiş, kadın ev işleri ve çocuk bakımından sorumlu olarak erkek ise evi geçiren ve aile reisi konumunda kabul edilmiştir. Kadınlar iyi bir anne, iyi bir ev kadını, itaatkâr bir eş olarak idealize edilmiştir. Örneğin bir haberde uzun süre önce boşanmış olmalarına rağmen, katil kocanın, öldürdüğü eski eşi için “beni aldatıyordu” ifadesine yer verilmiştir.

Cinayet, şiddet, tecavüz haberlerinin hiçbirinde toplumsal yaşam ile bağlantılar kurulmamış suçu işleyenler, bizim mükemmel hayatlarımıza suçu işlediği gün aniden dâhil olan “canavarlar” olarak tanımlanmış ve en fazla bu canavarlar arasında ve sadece benzerlik noktasında bir bağlantı kurulmuştur. Canavarın canavar olmadan önceki hayatı, ailesi hiçbir haber kurgusunda yer almamıştır. Çocuk istismarı haberlerinin özellikle ekonomik olanlarında istismarı gizleyen, çocuğun davranışlarını yüceltip olumlamak suretiyle sistemin çarpıklıklarını aklayan bir anlatı yapısı söz konusudur. Örneğin, 3. gazetenin 14 Nisan 2015 tarihli baskısında yer alan ve çorap satarak ailesini geçindiren 13 yaşındaki bir çocuğun anlatıldığı haber kurgusunda, çocuk yüceltilip, okul dışında kalan zamanlarında para

kazanıp ailesine baktığından bahsedilirken, habere konu çocuğun henüz 13 yaşında olduğundan, oyun oynaması gereken zamanlarda sokak satıcılığı yapıyor olduğundan ya da çocuk işçiliğin yasal boyutlarından hiç bahsedilmemiştir. Haber metninin örtük anlamına göre sonuçta çocuk alın teriyle çalışıp para kazanmaktadır, sosyal devlet ona sokakta satıcılık yapma imkânı sağlayarak görevlerini yerine getirmiştir, yoksul aile yoksulluğunun bedelini henüz 13 yaşındaki bir çocuğa ödetmekte ancak onunla gurur duyarak bu durumu fazlasıyla telafi etmektedir. Haber fotoğrafı da ailenin kutsanan tanımını bozmayacak şekilde tercih edilmiş, baba fotoğrafta yer almamıştır. Fotoğraf, annesini ve küçük kardeşini bu çocuğun himayesi altında göstermektedir. Küçük bir çocuğun, kolu altında başı önde duran bir kadın olarak anne, sonuç olarak bir erkeğin koruması altındadır ve mutludur. Haber kurgusuna göre tüm bunların üstüne çocuk büyüklere ders de vermiştir, kardeşi ve ailesi için çalışmakta ve alın teriyle para kazanmaktadır.

Pek çok akademik çalışma, günümüzde medya sektörünün öncü kuruluşlarının aynı zamanda ülkenin önde gelen sermaye gurupları olduğu ve bir iktidar ilişkileri süreci olarak medyanın, günümüzde egemen söylemin bir yandan kendini ifade etme diğer yandan da egemenliğini sürdürmesini istediği anlam çerçevesini yeniden üretme alanı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çalışmayla elde edilen sonuçlar da bu bilgiyi doğrular niteliktedir. Gazetelerde yer alan aile içi şiddet haberlerine ilişkin olarak yapılan bir çalışma, bu haberlerde konunun toplumsal bir sorun olarak değil daha çok bireysel şiddetle ilgili vakalar olarak değerlendirildiği, okuyucuya da öyle yansıtıldığı sonucuna ulaşmıştır.<sup>9</sup> Bu çalışmada da benzer bir bulgu olarak aile içi şiddet olaylarının konu edildiği haberlerin hiçbirinde toplumsal şiddet bağlantısının kurulmadığı, her haberin olayı tek başına var olan tek bir olay olarak ele aldığı, sadece içinde yaşadığı ailenin bir yaşanmışlığı olarak sunduğu ve aile olgusu ile bağlantı kurmadığı saptanmıştır. Konuyla ilgili pek çok çalışmanın vurgusu medyanın şiddete uğrayan kadınları, erkek egemen bir bakış açısıyla suçlayarak verdiği ve şiddeti haklılaştırdığı yönündedir. Aile içinde kadına yönelik şiddet pek çok biçimde gerekçelendirilmekte ve bu yolla meşrulaştırılmaktadır.<sup>10</sup> Bu çalışmada da, kadın cinayeti ve kadına yönelik şiddet haberlerinin cinayeti haklı kılacak bir unsur olarak örneğin aldatma hatta aldatma olasılığı ile gerekçelendirilerek haber metinlerinde yer aldığı saptanmıştır.

Gazeteler, aktardıkları haberleri taşımasını istedikleri anlam bağlamında bir yapı içinde sunarlar; kırmızı ya da siyah bir yazı rengi, büyük ya da küçük puntolu bir üst başlık, alt başlık ya da

başlıklar, büyük ya da küçük bir fotoğraf ve hatta fotoğrafın siyah-beyaz ya da renkli olması veya fotoğraflanan kare ya da fotoğrafın içine ya da dışına yerleştirilen söz dizimi haberin taşıması istenilen anlamı kurar. Bir gazete için fotoğrafın sahip olduğu en önemli özellik, verilen haberin inandırıcılığında oynadığı roldür. Kanıt olarak sunulan fotoğraflarla okuyucular olayın tanığı konumu edinirler. Bu inandırıcılığın en önemli nedeni fotoğrafın teknik olarak üretiliyor olması, başka bir ifadeyle görünürde insan müdahalesi taşıyor olmasıdır. Oysa her fotoğraf yeniden üretilmiş bir gerçek, bir kurgudur.<sup>11</sup> Önemli olan nokta fotoğrafın gerçeği ve hatta bütünü temsil ettiğine dair geliştirilen anlayıştır. Bu çalışma kapsamında taranan aile yaşam olayı haberlerinde kullanılan fotoğraflara ilişkin bulgular bu eleştirel bakışı doğrular niteliktedir. Özellikle kadın cinayeti haberlerinde kullanılan fotoğraflar erkek egemen söylemi pekiştiren, olayı haber metninin kurgusunu oluşturan neden-sonuç ilişkisi içinde anlamlı kılacak şekilde seçilmiş fotoğraflardır.

Son olarak, bu çalışma aile olgusuna ilişkin çalışmaların, neden disiplinler arası olması gerektiğine dair iyi bir açıklama niteliği de taşımaktadır. Disiplinler arası bir bakış, farklı disiplinlere ait bilgi birikimlerini, anlamlandırma yöntemlerini ve uygulama tekniklerini ortak zeminde kullanabilmek anlamına gelmektedir. Aileyi içinde yaşadığı toplumdaki yalıtılmak değil toplumla bir arada ve disiplinler arası bir yaklaşımla anlamaya çalışmak pek çok olguyu doğru bir zeminde anlamlandırmaya hizmet edecektir. Aileye dair yapılan çalışmalar; geniş aileyi, iş hayatını, etnik grupları, modern kent yaşamının insanlara/ailelere sunduklarını ve sunmadıklarını anlamaya yönelik bir çizgide genişletilmelidir. Şiddet, taciz, tecavüz ve istismarın çözüm bulunması gereken gerçek birer problem olarak önümüzde durduğu unutulmamalı ve bu sorunlara uygulanabilir çözüm önerilerini üretecek akademik çalışmalar yapılmalıdır.

## SONUÇ

Bu çalışma, bir iletişim/medya araştırması olarak değil, toplum ve özellikle aile merkezli çalışmalar yapan sosyal bilim okuyucuları, öğrencileri, öğretmenleri, sosyal hizmet uzmanları, sosyologlar, sosyal-psikologlar, aile danışmanları, aile hekimleri gibi alan profesyonellerinin kullanabileceği bir bilgi alanı üretmek amacıyla planlanmıştır. Başka bir anlatımla, ilginin toplanmak istendiği ya da analiz

edilmek istenilen temel mesele yazılı basın üzerinden yapılan bir çalışma ile aile yaşam olaylarına genel toplumsal bakışı ortaya koymaktır. Bu bağlamda, çalışma sonuçları yayınlanırken üzerinde çalışılan gazetelerin ya da sahiplerinin ismi açıklanmamış sadece yürüttükleri yayın politikasına ilişkin kısa bilgiye yer verilmiştir. Bu çalışma için, temel dinamik sistemi oluşturan tek, tek unsurların yarattığı etki değil, sistemin topyekûn oluşturduğu bilgi alanıdır. Bu bağlamda çalışmada, medyanın yalnızca şiddet, cinayet, kadın cinayeti, intihar, kaza gibi yaşam olaylarını görünür kıldığı ve hatta bir adım daha ileri götürüp normalleştirdiği ve bu yaşam olaylarını aynı eşitsiz, eril, sorgulamaktan uzak ve mağduru tekrar mağdur eden bir dille verdiği sonucuna ulaşılmıştır.

## KAYNAKLAR

1. Avcı N. Kitle Kültürü Enformatik Cehalet. Ankara: Rehber Yayıncılık; 1990. p.93-94.
2. Topuz H. 100 Soruda Başlangıcından Günümüze Türk Basın Tarihi. İstanbul: Gerçek Yayınevi; 1996. p.7-13.
3. Tılıç L.D. Utanıyorum Ama Gazeteciyim. İstanbul: İletişim Yayınları; 1998. p.70-80.
4. Tokgöz O. Temel Gazetecilik. Ankara: İmge Kitabevi; 2015. p.55-66.
5. Sönmez M. Türkiye Medyasında Yeni Sahiplik Yapısı. Tılıç L.D., editör. Türkiye'de Gazetecilik Eleştirel Bir Yaklaşım. 1. Baskı. Ankara: ÇGD Yayınları; 2003. p.107-132.
6. Yıldırım B. İçerik Çözümlemesi Yönteminin Tarihsel Gelişimi Uygulama Alanları ve Aşamalar. İletişim Araştırmalarında Yöntemler. 1. Baskı. Konya: Literatürk Academia; 2015. p.105-154.
7. <http://medyatava.com/tiraj> erişim tarihi 16.03.2015
8. Erdoğan İ. Türkiye'de İletişim Araştırmaları. Yüksel E., editör. İletişim Kuramları. 1. Baskı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları; 2013. p.184-219.
9. Altun A ve Gencel Bek M. Haberlerde aile içi şiddetin temsili. Kadın Araştırmaları Dergisi 2013; 13:1-34.
10. Serdar Tekeli E. Kadın cinayetlerinin haberleştirilmesi bağlamında medya etiğini yeniden tartışmak: Habertürk gazetesi örneği. Abant Kültürel Araştırmalar Dergisi (AKAR) 2016; 1:129-142.
11. Derman İ. Fotoğraf ve Gerçeklik. İstanbul: Ağaç Yayınevi; 1991. p.73.



# Evaluation of Multiple Drug Using Status by Sociodemographic Characteristics of Individuals with Chronic Disease

## Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Çoklu İlaç Kullanım Durumlarının Sosyodemografik Özelliklerine Göre Değerlendirilmesi

Burcu Kayhan Tetik<sup>\*1</sup>, Işıl Gay Gedik Tekinemre<sup>1</sup>, Hacer Gözde Gül<sup>1</sup>, Burak Mete<sup>2</sup>, Samima Hassanlı<sup>3</sup>, Wadee Alhuraibi<sup>3</sup>

### ABSTRACT

**Introduction:** The most common belief in traditional medicine is necessarily needed to prescribe a drug. Studies show two-thirds of medical examinations are ended up with the prescription. In this study, our aim is showing the effects and features of polypharmacy on chronic disease patients and assess the sociodemographic properties, create awareness about them. **Method:** This descriptive cross-sectional study is done with 340 patients who admit Inonu University Turgut Ozal Medicine Centre cardiology, pulmonary disease, neurology, family medicine and psychiatry policlinics. Statistical analysis is done with SPSS ver. 22.0 and in all tests  $p < 0.05$  level is accepted as statistically meaningful. **Results:** In our study, there are 333 participants and 154 of them are female (46.2%) 179 of them are male (53.8%) and mean age is 52.37. Eighty participants are 65 years old or over. When we evaluate the chronic disease patients, the most common diagnoses are heart disease which is seen in 177 (52.1%) of participants and hypertension which is seen in 176 of participants (51.8%). 184 of participants (54.1%) are using less than 5 drugs and 149 of participants (43.8 %) are using more than 5 drugs. In the comparison of multi-drug using and suffer from side effects, 50 of less than 5 drugs using participants (27.2%) and 29 of more than 5 drugs using participants (19.5%) had adverse effects, this difference is not statistically meaningful ( $p=0.100$ ). **Conclusion:** We are in thought of family physicians can lower multi-drug using rates collaborating with patients for managing both acute and chronic diseases in our country where the cost of drugs are rising day by day. Because of that sociodemographic properties and drugs should be questioned for all the policlinics appeal of chronic disease patients and the cessation of drugs should be done according to the proper guidelines, they should be warned about drug interaction and how to use it.

**Keywords:** Chronic disease, polypharmacy, patient education

**Giriş:** Geleneksel tıpta en yaygın inanış bir hekim muayenesine gidildikten sonra mutlaka ilaç yazılması gerektiğidir. Yapılan çalışmalarda hekim muayenelerinin yaklaşık üçte ikisi reçete yazılması ile sonuçlanmaktadır. Bu çalışmada amacımız kronik hastalığı olan bireylerde çoklu ilaç kullanımının özelliklerini, bireyin sosyodemografik özelliklerine göre değerlendirmek ve bu konuda farkındalık yaratmaktır. **Yöntem:** Kesitsel tanımlayıcı olan çalışma, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Hastanesi'nin Aile hekimliği, Kardiyoloji, Göğüs hastalıkları, Nöroloji ve Psikiyatri polikliniklerine müracaat eden 340 hastada yapılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi SPSS ver. 22.0 yazılımı ile yapılmış ve tüm testlerde  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. **Bulgular:** Çalışmada toplam 333 katılımcı mevcut olup, 154'i kadın (%46,2), 179'i erkek (%53,8) ve yaş ortalaması 52.37 yıl idi. 80 kişi (%23,5) 65 yaş ve üzerindedir. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıkları sorgulandığında en çok 177 kişi (%52,1) kalp hastalığı ve 176 (%51,8) inde hipertansiyon tanısı mevcuttu. Katılımcıların 184'ü (%54,1) 5'den az ilaç kullanırken, 149'u (%43,8) 5 ve üzeri ilaç kullanmaktaydı. Çoklu ilaç kullanım durumlarıyla yan etki görülme durumları kıyaslandığında 5 ten az ilaç kullananların 50' si (%27,2), 5 ve üzeri ilaç kullananların 29' u (%19,5) yan etki gördüğünü ifade etmiş bu fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ( $p=0.100$ ). **Sonuç:** İlaç maliyetinin her geçen gün arttığı ülkemizde aile hekimlerinin hastasıyla iş birliği yaparak hastasının hem akut hem kronik hastalıklarını aynı anda yöneterek çoklu ilaç kullanım oranlarını düşürebileceği kanaatindeyiz. Bu nedenle kronik hastalığı olan bireylerin polikliniğe her müracaatında sosyodemografik özellikleriyle kullandıkları ilaçlar sorgulanmalı, kılavuzlar eşliğinde gereksiz kullandığı ilaçlar kesilmeli ve etkileşime girebilecek ilaçlar konusunda hasta uyarılarak, ilaçları nasıl kullanacağı hakkında gerekli bilgilendirme yapılmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Kronik hastalık, çoklu ilaç kullanımı, hasta eğitimi

Received / Geliş tarihi: 29.06.2017, Accepted / Kabul tarihi: 08.10.2017

<sup>1</sup>Inönü University Medical Faculty, Department of Family Medicine

<sup>2</sup>Inönü University Medical Faculty, Department of Public Health

<sup>3</sup>Inönü University Medical Faculty, 1. Class Student

\*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Burcu Kayhan Tetik. İnönü University Medical Faculty, Department of Family Medicine, Malatya-TURKEY. E-mail: drburcukayhan@hotmail.com

Tetik BK, Tekinemre IG, Gül HG, Mete B, Samima Hassanlı S, Alhuraibi W. Evaluation of Multiple Drug Using Status by Sociodemographic Characteristics of Individuals with Chronic Disease. TJFMPC, 2018;12(1): 13-18. DOI: 10.21763/tjfm.399950

## INTRODUCTION

Polydrug use can be named as taking two or more drugs at the same time.<sup>1</sup> Drug-using is increasing with age and being the important public health issue. In Ireland 21.9% of the aged population is taking more than 10 drugs are reported and this increase is associated with encouraging the guidelines for polydrug using.<sup>2</sup> Polydrug using cause many problems like drug interaction, adverse effect, elimination difficulties and patient compliance. The human lifespan is much longer because of health improvement, preventive medicine and using modern technologies in nowadays than used to be. So, the population structure of countries is started to change and the ratio of aged individuals in general population is increased. As multidrug using can be needed for treatment of a disease, sometimes it can be because appealing of to the same patient with the same complaint to more than one doctor and so prescription of the similar drug. This situation cause may problems like drug adverse reactions, drug interactions treatment incompatibility. Multidrug using is a big problem especially, in geriatric patients. Because of modern dietary pattern or environmental factors, chronic diseases can come out at early ages, even more than one disease can be at same time. So lowering the drug number of patients who have multi health problems or using combined preparations are emphasized in nowadays.<sup>3</sup>

In this study, our aims are to evaluate the properties of multidrug using individuals with chronic diseases on basis of sociodemographic features and create awareness.

## METHOD

Ethical approval of our study, which is descriptive and cross-sectional, has taken from Inonu University Science Research And Publication Ethics Board by 2017/13--5 decision number. Totally 340 patients who admitted Inonu University Turgut Ozal Medicine Center Cardiology, Pulmonary Disease, Family Medicine, Neurology and Psychiatry Polyclinics at 8-10 June 2017 and were agreed to be part of our study, was taken. A survey which has 19 question was done with face to face technique after took the consents of participants. Individuals with no consent for study, have no chronic disease or has a psychiatric disease which causes not to understand the question in the survey, answered wrong or missing, younger than eighteen years old are excluded form the study. In survey paper there were questions for sociodemographic properties (age, gender, marital status, education level, occupation, monthly income, living alone or with whom he lived) what are the chronic diseases, how many drugs he use, have any child, whether living together

with them, who gives the drugs, whether he goes checks-up regularly and adverse events he has or not. The number of patients' drugs are categorized into two group like less than five and five or more to determine multi-drug using rate by examining the literature. Data are statistically analyzed with SPSS for Windows version 22.0. For qualitative variables, arithmetic mean (X) and standard deviation, for quantitative variables numbers (n) and percent (%) were used. Comparing the quantitative variables Pearson chi-square test was used and in all tests  $p < 0.05$  is accepted as statistically meaningful.

## RESULTS

There are 333 participants in this study and 154 of them (46.2%) are female, 179 of them (53.8%) are male. Mean age was 52.37, and 80 of them are sixty-five years old or over. When education levels are compared 93 of participants (27.4%) are uneducated. And 52 of them (15.3%) are college graduate. On basis of occupation 135 of them are retired (44.3%), 122 of them (35.9%) are housewives. Sociodemographic features of participants are shown in table 1.

When we evaluate the chronic disease patients, the most common diagnoses are heart disease which is seen in 177 (52.1%) of participants and hypertension which is seen in 176 of participants (51.8 %).

184 of participants (54.1%) are using less than 5 drugs and 149 of participants (43.8 %) are using more than 5 drugs.

There was no statistically meaningful difference between with comparing the drug adverse effects on groups one have chronic disease and the other has not ( $p = 0.112$ ). In comparison with the age of 65, there were adverse effects in 68 participants over 65 years old and 14 participants under 65 years old. But it is not statistically significant ( $p = 0.114$ ). 81.9% of patients younger than 65 years and 86.3% of patients older than 65 years went to their examinations regularly. but no statistical difference was found ( $p = 0.590$ ). No statistically significant difference was found when we compared patients older than 65 years with respect to multiple drug use ( $p = 0.166$ ). This situation is shown in table 2.

Table 3 shows multidrug using and sociodemographic data.

Comparing multidrug using and having adverse event, 50 patients (27.2%) of using below 5 drugs and 29 patients (19.5%) of using over 5 drugs mentioned have an adverse event, and this difference is not statistically meaningful. ( $p = 0.100$ ). 150 of using less than 5 drugs (81.5%) mentioned going checkups



**Table 1. Sociodemographic features of participants**

<b>Gender</b>	<b>Number</b>	<b>Percent (%)</b>
Female	154	46.2
Male	178	53.8
<b>Marital Status</b>		
Married	286	85.3
Single	47	14.7
<b>Education Status</b>		
Illiterate	91	27.4
Primary School	104	31.2
Middle School	48	14.4
High School	39	11.8
University	51	15.3
<b>Occupation</b>		
Retired	133	39.7
Housewife	120	35.9
Private Sector	43	13.2
Office Worker	37	11.2
<b>Monthly Income</b>		
1000 TL	139	41.5
1001-3000 TL	152	45.3
3001-5000 TL	33	10.3
Above 5001 TL	4	1.5

**Table 2. Multidrug using situations of below and over age 65 patients**

<b>Age</b>	<b>1-4 medicine n / (%)</b>	<b>5 and average medicine n / (%)</b>
Under 65 years	135/ (53.1)	119/ (46.9)
Over 65 years	49/ (61.3)	31/ (38.7)

regularly. And 157(85.3%)of them mentioned taking drugs themselves. There are no statistically meaningful results in both of two comparisons (regularly of  $p=0.369$ ,  $p=0.718$ ).

## DISCUSSION

In traditional medicine, the most common belief is needs to prescribe drug necessarily. Studies show-report that two third of medical examinations ended up with prescription.<sup>4</sup> Multidrug using can be named as using 2 or more drugs<sup>1</sup>, when literature is checked polypharmacy is named as using 5 or more drugs.<sup>1,2,4</sup>

Polypharmacy rate is reported 13% in a study done in ABD. In studies which are done in our country, drug using rates are reported as 17.2% and 69%.<sup>3,5</sup> In our study, polypharmacy rate is 43.8 %, and this high rate is being associated with this survey has done at the tertiary center were referred more complicated cases and also, included cases based on having chronic disease not to base on age. As a result, polypharmacy can be much more in chronic diseases than the others.

It is found that polypharmacy is more common in man at abroad studies.<sup>6,7,8</sup> In our country Cakmur et al. found polypharmacy is more common in female and this situation is associated with female participants are two folds of male participants,

**Table 3. Multidrug using and sociodemographic data**

<b>Gender</b>	<b>1-4 medicine (n)/(%)</b>	<b>5 and average medicine (n)/(%)</b>	<b>p</b>
		85(48.0)	0.200
Female	92/(59.0)		
Male	92(52.0)		
<b>Marital Status</b>			
Married	153(53.9)	131(46.1)	0.222
Single	31(63.3)	18(36.7)	
<b>Education Status</b>			
Illiterate	54(58.1)	39(41.9)	
Primary School	56(52.8)	50(47.2)	0.229
Middle School	20(43.5)	26(56.5)	
High School	27(67.5)	13(32.5)	
University	27(56.3)	21(43.7)	
<b>Occupation</b>			
Retired	68(51.5)	64(48.5)	
Housewife	72(60.0)	48(40.0)	0.363
Private Sector	27(60.0)	18(40.0)	
Office Worker	17(47.2)	40(52.8)	
<b>Monthly Income</b>			
1000 TL	73(52.5)	66(47.5)	
1001-3000 TL	84(55.6)	67(44.4)	0.255
3001-5000 TL	20(60.6)	13(39.4)	
Above 5001 TL	2(40.0)	3(60.0)	

female lifespan is longer than male's and female patients come doctor's office more often.<sup>3,6,9</sup> In some other studies found polypharmacy is more common in male.<sup>9,10</sup> In our study number of male and female multidrug user participants are nearly equal though in male polypharmacy is found slightly more common.

Drug-using is much more in living alone than living with family is defined by Solmaz et al.<sup>11</sup> But there are also other studies which refer the opposite situation, drug using is more in married the ones who have a child than single.<sup>5,9</sup> In our study it is found that, multidrug using is slightly higher than living with family even statistically not meaningful like Solmaz et al. This situation may be due to married and child having individuals have much more duties on daily life so because of being more careful and following control of diseases better.

When drug using is examined on basis of education status, in studies done at Portugal, Ireland and Sweden decrease the multidrug using as rising the education level is observed.<sup>9,11,12,13,14</sup> In our study like all others there is the inverse relationship between with education level and multidrug use.

Hypertension is found the most common chronic disease in study of Peterson et al.<sup>15</sup> In similar manner Taskin et al. have found hypertension is the most common chronic disease too.<sup>5</sup> Likewise, antihypertension drugs are the number one in studies which are searching for which group of drugs is being used in chronic disease<sup>16,17,18,19,20,21</sup>. The most common chronic diseases are hypertension and chronic heart disease in our study too as support the literature. The reason for being number one drugs are cardiovascular group drugs in our study can be our study has done at tertiary hospital and included the patients who were admitted to cardiovascular outpatient clinics. Multidrug using and an adverse effects of them are more common in patients coming regularly check-up is indicated in national and international studies.<sup>9</sup> In our study only 27.31% of patients going regularly checkup have an adverse effect and this situation is associated with going regularly check-up prevents using over the counter drugs and possible side effects of them.

88% of the participants in Taskın et al. mentioned that they get drugs by themselves but there is no data about what percent of them has an adverse effect.<sup>5</sup> In our study 81% of participants are taking drugs by themselves and only 22.8% of them has adverse effect. This situation is associated with patients who get drugs by themselves are more carefully and follow the control of disease much better, because of no enough data in literature about that.

Multidrug using is more common in chronic disease patients especially at older than age 65. This situation is affiliated with both diseases which are appeared by the age gets older and because of drugs which are added to reduce adverse effects of already using drugs. In a survey it is seen that multidrug using is more common in patients.<sup>22</sup> And in another survey it is found that 44% of discharged patients have been prescribing at least one unnecessary drug.<sup>23</sup> Similarly, chronic disease patients are referring more than one physician and prescribing drugs unaware of another are accepted reason for multidrug using.<sup>22</sup>

In our country, an important reason for multidrug using is habit of drug using without going doctor examination. Family physicians who are the first contact point of patients with the changed system in Turkey, can stop the unnecessary drugs and prevent usage of multidrug while they are making repeated appointments and getting more information.

## CONCLUSION

We are of the opinion that, in our country where the costs of drugs where are gradually increasing, family physicians can reduce the rate of multiple drug use by way of managing both acute and chronic diseases simultaneously through a successful cooperation with their patients. Therefore, the socio-demographic status of patients with chronic diseases as well as the medications they're currently using should be questioned thoroughly during their admittance to the hospital. The physicians should also discontinue unnecessary medications with professional guidance and inform them about adverse effects of the drugs.

## REFERENCES

1. Viktil KK, Blix SS, Moger TA, Reikvam A. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *BJC Pharmacology* 2007;63:187-95.

2. Moriarty F, Hardy C, Bennett K, Smith S, Fahey T. Trends and interaction of polypharmacy and potentially inappropriate prescribing in primary care over 15 years in Ireland: a repeated cross-sectional study. *BMJ Open* 2015;5(9):e008656.
3. Gokce Kutsal Y, Barak A, Atalay A, Baydar T, Kucukoglu S, Tuncer T, et al. Polypharmacy in the elderly: a multicenter study. *J Am Med Dir Assoc* 2009;10(7):486-90.
4. Wettermark B, Godman B, Neovius M, Hedberg N, Mellgren TO, Kahan T. Initial effects of a reimbursement restriction to improve the cost-effectiveness of antihypertensive treatment. *Health Policy* 2010;94(3):221-9. doi: 10.1016/j.healthpol.2009.09.014. Epub 2009 Oct 29.
5. Taskın SC, Aslan Karaoglu S, Evcil Toprak D. Evaluation of polypharmacy and complementary therapy use in patients  $\geq 65$  years, attending to Family Medicine Outpatient Clinic of Sisli Etfal Training and Research Hospital. *Turk Aile Hek Derg* 2014;18(1):35-41.
6. Venturini CD, Engroff P, Ely LS, Zago LF, Schroeter G, Gomes I, et al. Gender differences, polypharmacy, and potential pharmacological interactions in the elderly. *Clinics (Sao Paulo)* 2011;66(11):1867-72.
7. Hofer-Dükelmann C. Gender and polypharmacotherapy in the elderly: a clinical challenge. *Handb Exp Pharmacol* 2012;(214):169-82.
8. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007 Dec;5(4):345-51.
9. Çakmur H. Factors affecting polypharmacy in elderly in two different (Kars-Izmir) cities of turkey. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2014;34(1):71-80. doi: 10.5336/medsci.2013-36059.
10. Dedeli O, Karadakovan A. Investigation of complementary and alternative medicine practice and drug use in the elderly. *Spatula DD* 2011;1:23-32.
11. Solmaz T, Akın B. Medication use and ability of self-medication use in elderly living at home. *Turkish Journal of Geriatrics* 2009;12:72-81.
12. Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JO, Lima-Costa MF. [Influence of income on the association between cognitive impairment and polypharmacy: Bambuí Project]. *Rev Saude Publica* 2008;42(1):89-99.
13. Odubanjo E, Bennett K, Feely J. Influence of socioeconomic status on the quality of prescribing in the elderly a population based study. *Br J Clin Pharmacol* 2004;58(5):496-502.
14. Haider SI, Johnell K, Weitoft GR, Thorslund M, Fastbom J. The influence of educational level on polypharmacy and inappropriate drug use: a register-based study of more than 600,000 older

- people. *J Am Geriatr Soc* 2009;57(1):62-9. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.02040.x. Epub 2008 Nov 14.
15. Patterson SM, Hughes C, Kerse N, Cardwell CR, Bradley MC. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2012 May 16;(5):CD008165.
  16. Esengen S, Seckin U, Borman P, Bodur H, Gokce Kutsal Y, Yucel M. The assessment of functional cognitive impairment and drug consumption in a group of elderly residents of a nursing home. *Turkish Journal of Geriatrics* 2000;3:6-10.
  17. Diker J. Chronic diseases and drug use in elderly over 65 years in the körfez health center 6 as well as in the one at Yüzbasılar in the province of Kocaeli. *Turkish J Geriatrics* 2000;3:91-7.
  18. Ozbek S, Kaya E, Tekin A, Doğan S. Medication compliance in elderly. *Turkish J Geriatrics* 2006;9:177-81.
  19. Akın B, Emiroglu N. Mobility related disability and associated factors in the elderly living at home. *Turkish J Geriatrics* 2003;6(2): 59-67.
  20. Yesilbalkan OU, Karadakovan A. The frequency of falls in elderly individuals living in Narlidere rest home and the evaluation of the affecting factors. *Turkish J Geriatrics* 2005;8:72-7.
  21. Peterson C, Gustafsson M. Characterisation of drug-related problems and associated factors at a clinical pharmacist service-Naive Hospital in Northern Sweden. *Drugs Real World Outcomes* 2017;4(2):97-107.
  22. Yesil Y, Cankurtaran M, Kuyumcu ME. Polypharmacy. *Klinik Gelişim* 2012;3:18-23.
  23. Hajjar ER, Hanlon JT, Sloane RJ, Lindblad CI, Pieper CF, Ruby CM, et al. Unnecessary drug use in frail older people at hospital discharge. *J Am Geriatr Soc*. 2005; 53: 1518–1523.



# Should Iodine be Supported in Pregnancy? A Hospital Based Study

## Gebelikte İyot Desteği Gerekli Midir? Hastane Temelli Bir Çalışma

Hulya Parıldar\*<sup>1</sup>, Guldeniz Aksan Desteli<sup>2</sup>, Tevfik Berk Bildacı<sup>2</sup>, Ozlem Cigerli<sup>1</sup>

### ABSTRACT

**Objective:** Iodine deficiency causes adverse effects in pregnant women and neurological-cognitive disorders in their babies. Our aim was to define the status of iodine deficiency among pregnant women, who attended our hospital outpatient polyclinics. **Materials and Methods:** This cross-sectional and descriptive study was performed in 2014 with 94 pregnant women. Iodine levels in spot urine and serum thyroid hormones have been analyzed. The iodine levels of spot urine less than 150 µg/L were accepted as iodine deficiency. **Results:** The mean age was 30.6±3.92 years, mean gestational age was 18.9±9.64 weeks. Mean urinary iodine concentrations (UIC) were 160.32±5.88 µg/L and the ratio of pregnant women whose UIC less than 150 µg/L was 33% (n=31) and the percentage of the women, who declared iodised salt use was 90.2%. **Conclusion:** In this study, in one-third of pregnant women the urine iodine concentrations were inadequate despite the high rate of iodised salt intake. Nevertheless, most prenatal vitamins and salts do not include adequate iodine, iodine monitoring and supplementation may be recommended before and during pregnancy.

**Key words:** Pregnancy, iodine deficiency

### ÖZET

**Giriş:** İyot eksikliği, gebelerde olumsuz etkilere, bebeklerinde ise nörokognitif bozukluklara neden olmaktadır. Çalışmamızda hastanemiz polikliniklerine başvuran gebe kadınlarda iyot eksikliğinin araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bu kesitsel ve tanımlayıcı çalışmaya, 2014 yılında takip edilen, 94 gebe dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan gebelerin, anlık (spot) idrarda iyot düzeyleri ve tiroid fonksiyon testleri analiz edilmiştir. Spot idrarda iyot düzeyi <150 µg/L ise iyot eksikliği olarak kabul edilmiştir. **Bulgular:** Çalışmamızda ortalama yaş 30,6±3,92 yıl, ortalama gebelik yaşı 18,9±9,64 hafta idi. Ortalama idrar iyot atılımı 160,32±5,88 µg/L olarak saptanmış olup, iyot eksikliği olanların oranı %33 olarak bulunmuştur. İyot katkılı tuz kullandığını belirten gebelerin oranı %90,2 idi. **Sonuç:** İyot katkılı tuz kullanımının yüksek oranda olmasına karşın, gebelerin üçte birinde idrar iyot düzeyleri yetersiz düzeyde saptanmıştır. Bulgularımız, gebelerde iyot eksikliği prevalansının önemli bir düzeyde olduğunu vurgulamaktadır. Ülkemizde prenatal vitaminlerin çoğunda ve tuzlarda yeterli iyot bulunmamaktadır, bu nedenle gebelik sırasında veya öncesinde iyot durumunun değerlendirilmesi ve desteklenmesi önerilebilir.

**Anahtar kelimeler:** Gebelik, iyot eksikliği

Received / Geliş tarihi: 18.04.2017, Accepted / Kabul tarihi: 25.11.2017

<sup>1</sup> Baskent University, Department of Family Medicine, Istanbul Hospital

<sup>2</sup> Baskent University, Department of Gynecology and Obstetrics, Istanbul Hospital

\*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Hulya Parıldar, Baskent University, Department of Family Medicine, Istanbul Hospital Istanbul-TURKEY, E-mail: hulyaparildar@gmail.com

Parıldar H, Desteli GA, Bildacı TB, Cigerli Ö. Should Iodine be Supported in Pregnancy? A Hospital Based Study. TJFMPC, 2018;12(1): 19-23.

DOI: 10.21763/tjfm.400112

## INTRODUCTION

Iodine, which is a trace element, is an essential component of the thyroid hormones (i.e. thyroxine - T4 and triiodothyronine-T3, with iodine comprising 65% and 59% of their weights, respectively)<sup>1</sup>. Thyroid hormones regulate metabolic processes in most cells and are playing a determining role in the process of early growth and development of most organs, especially that of the brain. In humans most of the growth and development of the brain occurs during the fetal period and the first two to three years of postnatal life. Iodine can be obtained by consumption of foods, that naturally contain it (i.e. salt water fish, seaweed, egg yolk, soya milk, soy sauce, and vegetables grown in iodine sufficient soil) and iodized table salt<sup>1,2</sup>. Iodine deficiency is one of the main preventable cause of brain damage and impaired cognitive development in children. Severe iodine deficiency during pregnancy has been associated with miscarriages, stillbirth, preterm delivery, and congenital abnormalities. The spectrum of iodine deficiency disorders (IDD) includes mental retardation, hypothyroidism, goiter, and varying degrees of other growth and developmental abnormalities<sup>2,3</sup>

Approximately 85-90% of the iodine consumed by the body is excreted by urine. The measurement of urinary iodine levels in a specific region is an important criterion, that reflects the iodine status in that region. Iodine deficiency in pregnancy is defined as median urinary iodine concentrations (UIC) less than 150 µg/L (Table 1). Spot UIC correlate well with 24-hour urine collections. A recent survey of all prescription and non-prescription (OTC) prenatal vitamins in USA showed, that only approximately 50% contained any iodine. Since the iodine in prenatal multivitamins was provided in the form of kelp, the amount of daily iodine was dramatically variable<sup>4</sup>. In Europe, only 15-30% of pregnant women use vitamins containing iodine<sup>5</sup>. Therefore the risks of pregnant women and their children should be determined by population screenings, which should be more frequently done even in areas under salt iodisation program. World Health Organization (WHO) stated a broad consensus about the requirement of iodine during the period of pregnancy, lactation and childhood and had published new guidelines. WHO recommends that the daily iodine consuming amount should be 220 µg for pregnant and lactating women. Institute of Medicine (IOM) recommends an upper limit of 1.100 mcg dietary iodine daily during pregnancy<sup>6</sup>. The benefits of preventing iodine deficiency far outweigh the risks of supplementation as long as supplementation is not excessive<sup>7</sup>. As for our country, it has been reported that some regions still

suffered from iodine deficiency and there are no routine practice guidelines regarding this issue<sup>8-10</sup>.

In this study, we aimed to evaluate the iodine status and if necessary to determine the iodine requirement of pregnant women, who attended a university hospital in Istanbul.

## MATERIALS AND METHODS

This was a cross-sectional, descriptive and hospital-based study performed with 94 pregnant women, who attended Başkent University Istanbul Hospital outpatient obstetric clinics in March 2014. We excluded pregnant women with abnormal thyroid function tests, who were uncooperative with physician recommendations, having multiple pregnancies, and with the diagnosis of mental or physical function disorder or organ failure, because these conditions might intervene the study results. Socioeconomic status was similar among the participants of this study. All pregnant women were taking prenatal vitamins without iodine on their initial prenatal visits. Their spot urine samples were collected. The UIC, serum thyroid functions, and basal biochemical laboratory tests were analysed. The iodine status of pregnant women was evaluated on the basis of mean urinary iodine concentrations in spot urine according to WHO criteria. The UIC between 150-249µg /L in pregnancy were accepted as optimal, levels less than 150 µg /L were described as iodine deficiency. The colorimetric urinary analysis was performed by spectrophotometry.

A questionnaire including items on consuming and preservation patterns of household salt was used. The questionnaire included three 'yes or no type' questions about patients' preference on buying iodine fortified salt or not, whether salt was used during the cooking process or afterwards and keeping salt in a dark place or not.

Statistical analysis was performed by using standard SPSS version 11.0. Data were presented as mean and standard deviation when normally distributed. One-way ANOVA followed by Tukey's test was used for between-group comparisons. Correlations were evaluated via Pearson correlations analysis. For non-normal distributions, data were presented as median (range), (standard deviation; SD) and percentage (%) where appropriate.

Informed consent was obtained from each subject following a detailed explanation of the objectives and protocol of the study which was carried out in accordance with the ethical principles stated in the "Helsinki Declaration". This study was approved by Baskent University Institutional

## RESULTS

The mean age of subjects was  $30.6 \pm 3.92$  years (min=21, max=42), mean gestational age was  $18.9 \pm 9.64$  weeks (min=4, max=37). Mean UIC were  $160.32 \pm 50.88$   $\mu\text{g/L}$  (min=20.70, max=260.19) in total. The percentage of the pregnant women whose mean urinary iodine levels less than 150  $\mu\text{g/L}$  was %33 (n=31), 12.8% (n: 12) of them had UIC less than 100  $\mu\text{g/L}$  (Table II). UIC according to gestational age were shown in Table III. The percentage of the women, who declared the usage of iodised table salt was 90.2%.

Mean serum TSH levels for first, second and third trimester were 1.98, 1.45 and 1.89 ( $\mu\text{IU/mL}$ ), respectively. Serum free T3 (fT3) and free T4 (fT4) levels were 2.49/1.42, 3.20/1.03 (ng/dL) and 3.69/0.97 (ng/dL) for the first, second and third trimesters, respectively. No significant differences were observed (one-way ANOVA with Tukey's HSD posthoc analyses) between trimesters for urinary iodine concentrations and serum thyroid hormone (TSH, f T4, f T3) levels. There were no significant correlations between urinary iodine concentrations and gestational ages also no significant correlations were found between thyroid hormone levels and urinary iodine concentrations.

## DISCUSSION

Women, who are pregnant or lactating have increased dietary iodine requirements. Severe iodine deficiency leads to adverse maternal and fetal consequences. Even mild-to moderate iodine deficiency in pregnancy has adverse effects on obstetric and neonatal outcomes. Qian M et al, reviewed the trials that compare intelligent quotient status of totally 12.291 children grown up in different regions with those in severely iodine deficient (ID) areas or children in ID areas born before and after the introduction of iodine supplementation<sup>11</sup>. Unfortunately iodine sufficient control groups were superior socially, economically, and educationally with the study groups. Recent data on the neonatal neurocognitive impacts of early iodine supplementation suggests that adequate iodine intake should be incorporated as part of preconception planning or be started as soon as the patient is aware of her pregnancy. Despite efforts have been made such as mandatory salt iodization, Turkey is estimated to be among over 50 mild iodine deficient areas in the world<sup>3,12,13</sup>. Considering these criteria, most of the women in the world are far behind the goals.

In this study, 33% of pregnant women, who attended to our obstetric outpatient clinics had

iodine deficiency (UIC less than 150  $\mu\text{g/L}$ ); with 12.8% of them below 100  $\mu\text{g/L}$  despite high iodine-fortified table salt use.

Fortified table salt use is another important issue. If salt is added during the time of cooking, heat could be a factor decreasing the bioavailability of iodine. Although our result is much better than the findings of previous Turkish studies, it is known that this ratio is even more higher in some of the regions. A recent study showed that moderate to severe iodine deficiency still exists in 27.8% of general Turkish population (not only in pregnant women), which is much better compared to 1997 and 2002 surveys (58%, 38.9%, respectively)<sup>8</sup>. The percentage of pregnant women with UIC below 100  $\mu\text{g/L}$  was 83.3 in a study from the eastern region<sup>8</sup>. Kut et al found that almost half of the subjects' UIC were less than the median reference limits of 150  $\mu\text{g/L}$  and the rate for iodized salt use among the pregnant women was 95%, which was higher than the percentage found in this study (90.2%) in Ankara<sup>10</sup>. The proportion of iodized salt use was 80.2% in another study in the same city in Turkey and UIC was below 150  $\mu\text{g/L}$  in 72.8% of pregnant women<sup>14</sup>.

There has been a progress in our country about struggling with iodine deficiency. However, there is still deficiency and it differs a lot with gestational age, gender and regions. Most of the prenatal vitamins available in our country or in other countries do not contain adequate iodine<sup>3,4</sup>. This is also the case for prenatal vitamins on the market, which are have no uniform content in their iodine content. The women who had low urinary iodine levels, we recommended routine use of iodised salt and 250  $\mu\text{g}$  /daily iodine intake with iodine containing supplements.

Because the halogen iodide slowly oxidises to metal carbonate and elemental iodine, by exposure to excess oxygen and carbon dioxide and evaporates, iodised table salt may lose its iodine content by exposure to excess air over time and by cooking<sup>15</sup>. This is a very important issue, since little is known about these patterns and the loss of iodine between production and consumption are usually ignored. Since non-iodized salts are still available on the market or iodine content of the salts are not written on food packaging labels, it is not possible to estimate the real consumption. Therefore iodine intake among the population may not be uniform. Poor education or awareness about the medical necessity of using iodized salt during pregnancy is another reason.

The limited size of the study group, lack of thyroid volume screening, and missing of the correlation of maternal iodine status with thyroid volume were the several limitations of our study.

However the urinary iodine concentration indicates current iodine intake, while thyroid size and serum thyroglobulin concentrations reflect iodine status over a couple of months or even years. Only serum thyroid function tests and the medical history of thyroid disease with or without drug therapy, which affect the functions of the thyroid gland was retrieved during this study.

In conclusion, recent studies on the neonatal neurocognitive impact of early iodine supplementation and increased iodine requirements in pregnant and lactating women; adequate iodine intake should be planned pre-conceptionally or started as early as possible during pregnancy. Nevertheless, the content and preservation of iodine in table salt and OTC drugs are very important; prenatal care measures by the health professionals may be the world's simplest and most cost-effective ways available to improve this major public health problem. Common protocols might be developed in order to evaluate the actual iodine deficiency and to promote the consumer awareness.

**Declaration of Interest:**

No author has any potential conflict of interest.

**Table 1. WHO (2007) criteria for assessing iodine nutrition, based on the median or range, in urinary iodine concentrations of pregnant women**

	Median urinary iodine concentration (µg/L)	Iodine intake
Pregnant women	< 150	Insufficient
	150–249	Adequate
	250–499	Above requirements
	≥ 500	Excessive

**Table 2. Iodine concentrations of pregnant women in spot urine (µg/L) (WHO 2007)**

Urinary iodine concentrations	n	%
<100	12	12.8
100-150	19	20.2
>150	63	67

**Table 3. Urinary iodine concentrations according to gestational age (WHO 2007)**

		Age (years)	Gestational age (weeks)	Urinary Iodine Concentrations (µg/L)
1st Trimester (n=36)	Mean	30.3	8.3	160.3
	SD	5.1	2.5	50.8
	Min-max	21-42	4-12	20.7-260.2
2nd Trimester (n=21)	Mean	30.8	18.7	170.0
	SD	3.7	3.2	60.2
	Min-max	23-37	13-24	20.9-240.3
3rd Trimester (n=37)	Mean	30.8	29.3	150.8
	SD	SD	4.1	4.0
	Min-max	21-42	24.5-37	30.20-240.5
Total (n=94)	Mean	30.6	18.9	160.3
	SD	4.4	9.9	50.6
	Min-max	21-42	4-37	20.7-260.2



## REFERENCES

1. Andersson M, Karumbunathan V, Zimmermann MB. Global iodine status in 2011 and trends over the past decade. *Journal of Nutrition* 2012;142: 744–750
2. Zimmermann MB. Iodine deficiency in pregnancy and the effects of maternal iodine supplementation on the offspring: A Review. *Am J Clin Nutr* 2009; 89(2):668-672.
3. Zimmermann MB, Delange F. Iodine supplementation of pregnant women in Europe: A review and recommendations. *Eur J Clin Nutr* 2004; 58(7): 979-984.
4. Yarrington C, Pearce EN. Iodine and Pregnancy. *Journal of Thyroid Research*. 2011;2011:934104.
5. Vitti P, Rago T, Aghini-Lombardi F, Pinchera A. Iodine deficiency disorders in Europe. *Public Health Nutr*.2001;4(2B):529-535.
6. Russel R, Beard J, Cousins R, Dunn J, Ferland G, Hambidge KM et al. Panel on micronutrients. Dietary reference intakes for vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium, and zinc, National Academy Press, Washington, DC, USA. 2001:275-278
7. Braverman LE. Adequate iodine intake—the good far outweighs the bad. *European Journal of Endocrinology* 1998;139(1):14-15.
8. Egri M, Ercan C, Karaoglu L. Iodine deficiency in pregnant women in eastern Turkey (Malatya Province): 7 years after the introduction of mandatory table salt iodization. *Public Health Nutr* 2009;12(6) 849-52.
9. Erdoğan MF, Ağbaht K, Altunsu T, Ozbas S, Yucesan F, Tezel B. et al. Current iodine status in Turkey. *J Endocrinol Invest* 2009;32(7):617-622.
10. Kut A, GURSOY A, Senbayram S, Nilüfer B, Isıl IB, Akgün S. Iodine intake is still inadequate among pregnant women eight years after mandatory iodination of salt in Turkey. *J Endocrinol Invest* 2010;33(7):461-464.
11. Qian M, Wang D, Watkins WE, GebSKI V, Yan YQ, et al. The effects of iodine on intelligence in children: a meta-analysis of studies conducted in China. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2005;14(1):32.
12. Erdoğan MF. The iodine status of Turkey: Where were we? Where are we now? Review. *Türkiye Klinikleri J Endocrin Special Topics* 2008; 1 (3):8-13.
13. Pearce EN, Andersson M, Zimmermann MB. Global iodine nutrition: Where do we stand in 2013? *Thyroid*. 2013;23(5):523-528.
14. Oguz Kutlu A, Kara C. Iodine deficiency in pregnant women in the apparently, iodine-sufficient capital city of Turkey. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2012;77(4):615-620.
15. Katarzyna W, Krystyna SB. Effect of storage conditions on potassium iodide stability in iodized table salt and collagen preparations. *International Journal of Food Science & Technology* 2007;43(5):895 -899.



Original Research / Özgün Araştırma

# Examination of Professional Commitment Level of Social Workers According to Some Variables

## Sosyal Hizmet Uzmanlarının Mesleki Bağlılık Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi

Semra Saruç\*<sup>1</sup>, Hüsnür Aslantürk<sup>2</sup>

### ABSTRACT

**Objective:** This study was conducted to examine work commitment of social workers up to some variables such as gender, age, income level, marital status, working time/duration etc. **Method:** Study was executed with 153 social workers via relational screening model. Personal information form and Professional Commitment Scale developed by Meyer, Allen and Smith (1993) were used in the study. **Findings:** Up to the research results; meaningful differences were found within the sub-dimension of professional commitment scale such as emotional commitment and professional commitment permanency with social workers' income ( $p<0,05$ ). Social workers with lower income than 3000 TL have lower affective professional commitment and continuous professional commitment. In another word, the more social workers' income level arises, affective-professional commitment and continuous professional commitment level increases. According to the variable of organization, there is a meaningful difference found in continuous professional commitment. Therefore, continuous professional commitment of social workers who are working at Ministry of Health were found lower than the participants working for other institutions within the scope of study. **Conclusion:** According to the results of the study, the professional commitment of the social workers differ according to variable of the income and the institution they work. There was no statistically significant relationship between gender, age, marital status, educational status, service years variables of employment and professional commitment of social workers.

**Key Word:** Professional commitment, social work, social worker

### ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma, sosyal hizmet uzmanlarının mesleki bağlılıklarını çeşitli değişkenler açısından (cinsiyet, yaş, gelir durumu, medeni durum, çalışma süresi vb.) incelemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** İlişkisel tarama modelinde planlanan çalışma 153 sosyal hizmet uzmanı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada kişisel bilgi formu ve Meyer, Allen ve Smith (1993) tarafından geliştirilmiş olan Mesleki Bağlılık Ölçeği kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırma sonucunda; sosyal hizmet uzmanlarının gelirleri ile mesleki bağlılık ölçeğinin duygusal mesleki bağlılık ve mesleki devamlılık bağlılığı alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Geliri 3000 TL'nin altında olan sosyal hizmet uzmanlarının duygusal mesleki bağlılığı ve mesleki devamlılık bağlılığı daha düşüktür. Bir başka deyişle sosyal hizmet uzmanlarının aylık geliri arttıkça duygusal mesleki bağlılıkları ve mesleki devamlılık bağlılığı artmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının çalıştıkları kuruluş değişkenine göre mesleki devamlılık bağlılığında anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur. Buna göre araştırma kapsamındaki sosyal hizmet uzmanlarından Sağlık Bakanlığında çalışanların mesleki devamlılık bağlılığı diğer kuruluşlarda çalışanlara göre daha düşüktür. **Sonuç:** Çalışmanın sonuçlarına göre sosyal hizmet uzmanlarının mesleki bağlılıklarının gelir durumu, çalıştıkları kurum değişkenine göre farklılaştığı görülmüştür. Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalıştıkları hizmet yılı değişkenleri ile sosyal hizmet uzmanlarının mesleki bağlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Mesleki bağlılık, sosyal hizmet, sosyal hizmet uzmanı

**Received / Geliş tarihi:** 13.10.2017, **Accepted / Kabul tarihi:** 25.12.2017

<sup>1</sup> Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

\***Address for Correspondence / Yazışma Adresi:** Doç.Dr. Semra Saruç, Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, Eskişehir-TÜRKİYE. E-mail: [semrasaruc@gmail.com](mailto:semrasaruc@gmail.com)

<sup>2</sup> Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

Saruç S, Aslantürk H. Sosyal Hizmet Uzmanlarının Mesleki Bağlılık Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. TJFMPC, 2018;12(1): 24-34.

DOI: 10.21763/tjfm.399922

## GİRİŞ

“Bireyi uygulamaya bağlayan bir güç”<sup>1</sup> olarak tanımlanan bağlılık son elli yıldır literatürde ve iş çevrelerinde önem kazanmış bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.

Mesleki bağlılık kavramını ilk olarak Greenhaus’un kavramsallaştırdığı bilinmektedir.<sup>2</sup> Ancak daha sonraları kavram üzerinde çalışan öncüler tarafından farklı şekillerde ele alınmıştır. Literatür incelendiğinde mesleki bağlılığı tek boyutlu ele alan yazarlarla<sup>2-4</sup> çok boyutlu ele alan yazarlar<sup>5,6</sup> olduğu görülmektedir.

Mesleki bağlılık kavramı, mesleki kimliğin ön plana çıkarılması, mensubu olunan meslek için çaba sarf edilmesi, mesleki hedef, değer, norm ve etik ilkelere bağlılık geliştirilmesi olarak tanımlanmaktadır.<sup>7</sup>

Blau, (1985) mesleki bağlılığı, bireyin mesleğine karşı tutum ve davranış biçimi ve buna verdiği çabalar olarak tanımlamıştır.<sup>3</sup> Meyer ve Allen ise (1991) mesleki bağlılıkla ilgili literatürde oldukça ilgi gören ve bu çalışmanın yöntem kısmında da kullanılan Üç Boyutlu Örgütsel Bağlılık modelini geliştirmiştir.<sup>6</sup> Aynı zamanda “Üç Bileşen Modeli” olarak da tanımlanan bu modele göre bağlılık, çalışanların örgütle olan ilişkilerini ortaya koyan psikolojik bir durum olarak görülmekte ve o örgütte çalışmaya devam edip etmeme konusunda etkili olmaktadır. Meyer ve Allen mesleki bağlılığı, *duygusal*, *devamlılık* ve *normatif* olarak üç boyutlu olarak kavramsallaştırmıştır. Buna göre her bağlılık boyutunun “bireyin meslekte kalma olasılığı” ile ilişkili olduğu savunulmaktadır.

*Duygusal bağlılık*, çalışanların kendilerini çalıştıkları kuruma ne kadar özdeşleştirdikleri ile ilgili duyguları ve bireylerin çalıştıkları işyerine olan ilgilerini göstermektedir. Buna göre duygusal olarak mesleğine bağlı bireyler meslekte kalmayı güçlü bir şekilde arzu etmektedir.<sup>5</sup>

*Devam bağlılığı*, bireylerin çalıştıkları işyerlerinden ayrılmaları halinde ortaya çıkabilecek olan maliyetlerin farkındalıkları ile ilgilidir. Bir başka ifadeyle birey birtakım zorunluluklar nedeniyle mesleğinde kalmaya devam etmektedir.<sup>5</sup> Meyer ve Allen’in modelinin son boyutu ise *normatif bağlılıktır*. Buna göre bireyler ahlaki bir görev duygusuyla meslekte kalmayı bir sorumluluk olarak görmektedirler.<sup>5</sup> İleri derecedeki mesleki bağlılık eğitimsel amaçları başarmaya, yeni roller öğrenip mesleki kimliği geliştirmeye yardımcı olur. Mesleki bağlılık aynı zamanda organizasyona yönelik başarıya, rollerin işlevselliğine ve işyerinde kalınıp kalınmayacağına dair eğilimlere etki eder.

“Sosyal değişim ve gelişim, sosyal tutarlılık ve insanların güçlendirilmesi ve özgürleştirilmesi için çalışan akademik bir disiplin ve uygulamaya dayalı bir meslek” olarak tanımlanan<sup>8</sup> sosyal hizmetin profesyonel bir meslek olarak gelişmesi İkinci Dünya Savaşı sonrasında sosyal devlete ilişkin genel bir anlayışın oluşma süreci ile doğrudan ilişkilidir. Sosyal devletin kurumsallaşması, sosyal hizmetler alanında devlete önemli görev ve sorumluluklar yüklemiş ve sosyal hizmetin bir meslek olarak gelişmesine neden olmuştur.<sup>9</sup> Türkiye’de 1960’lı yıllardan beri var olan sosyal hizmet mesleğinin gelişimi sosyal hizmetin amaçlarıyla doğrudan ilişkilidir. Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği sosyal hizmetin amaçlarını genel olarak “insanların sorun çözmek, baş etmek ve gelişimsel kapasitelerini artırmak; insanları kaynak ve olanak sağlayan sistemlerle bağlantılandırmak; sistemlerin etkili ve insancıl olarak işlev görmesini sağlamak ve sosyal politikaların gelişimi ve ilerlemesi için katkıda bulunmak” olarak sıralamıştır.<sup>8</sup>

Sosyal hizmet mesleğinde bağlılık kavramı incelendiğinde mesleki bağlılığın sosyal hizmette yaşamsal önemde olduğu görülmektedir. Çünkü sosyal hizmet ötekine ilgi ya da ötekine yardım etme arzusu etrafında şekillenmektedir.<sup>10</sup> Bu çerçevede bağlılık eğitim ve uygulama süreciyle başlamaktadır. Hizmet verilen grupların hastalar, engelliler, yaşlılar, hükümlüler, çocuklar, kadınlar gibi genel olarak dezavantajlı olarak değerlendirilen gruplardan oluşması, sosyal hizmet mesleğinin uygulama boyutunda mesleki bağlılığı daha önemli ve öncelikli bir konuma taşımaktadır. Ancak mesleğine karşı bağlılığı olan sosyal hizmet uzmanı, çoğu zaman mevzuatta yer alan görev tanımının ötesine taşıyarak başvurularının yararı için uygulamalarını gerçekleştirebilmektedir. Sosyal hizmette bağlılığın önemli olmasının bir başka nedeni mesleğe, kuruma ve hizmet alanlara derin bir bağlanma içermesidir.

Mesleki bağlılık, mesleki değerleri yansıtan etik kodlara bağlılık ve bunların yürütülmesi, mesleki kimlik taşıyan ve paylaşan topluluk içindeki bireylerle birlikte mesleki kariyer ve kimliğin sürdürülmesi, bunun yanı sıra ise kısmi otonomi veya özerklik vurgusu taşımaktadır. Bu özelliklerin tümü ise sosyal hizmet disipliniyle yakından ilişkilidir.<sup>11</sup> Buna göre ileri derecede bağlılık gösteren meslek elemanı, seçmiş olduğu alana kişisel olarak fazlaca odaklanma ve yatırım yapma konusunda isteklidir.<sup>11</sup>

Sosyal hizmet uzmanlarının bağlılığı üzerinde çalışan Banks, mesleki bağlılığın sosyal hizmet uzmanlarının içinde bulunduğu kimlikleri, güdülerini ve ilgileri çerçevesinde şekillenen ilişkileri

tarafından belirlendiğine dikkat çekmiştir.<sup>12</sup> Bu noktada bireyin bireysel özelliklerinin ön plana çıktığı, mesleki eğitim ve uygulama süreciyle şekillenen güdülerin, ilişkilerin, mesleki bağlılığı belirlemede önemli bir yeri olduğu görülmektedir. Nihayetinde bireyin mesleği kimliğinin önemli bir parçası haline gelmekte, çevresiyle kurduğu ilişkilerde de belirleyici bir özellik taşımaktadır.

Görüldüğü gibi her meslekte olduğu gibi sosyal hizmet mesleğinde de bağlılık gerek çalışılan grubun incinebilir olması gerekse sosyal hizmet mesleğinin bileşenleri açısından önemli bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Bu bağlamda bu çalışmada sosyal hizmet eğitimi almış ve sosyal hizmet uzmanı olarak alanda çalışan kişilerin, mesleki bağlılık düzeylerini bazı değişkenlere (cinsiyet, yaş, gelir durumu vs.) göre incelemek amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

Araştırma genel tarama modelinin bir türü olan ilişkisel tarama modeli ile tasarlanmıştır. Karasar ilişkisel tarama modelini, “iki ya da daha fazla değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modeli” olarak tanımlamaktadır.<sup>13</sup> Araştırmada sosyal hizmet uzmanlarının mesleki bağlılık düzeylerinin cinsiyet, yaş, gelir durumu gibi bazı değişkenlere göre incelenmesi amaçlandığından ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır.

## Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Türkiye genelinde çeşitli kurumlarda çalışan sosyal hizmet uzmanları oluşturmaktadır. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği tarafından 2015 yılında derlenen verilere göre Türkiye genelinde dört yıllık sosyal hizmet bölümlerinden mezun olan sayısı 6150’dir. Kamu kurumlarında sosyal hizmet uzmanı/sosyal çalışmacı olarak görev yapan kişi sayısı 4625’tir. Özel kuruluşlarda ve sivil toplum örgütlerinde görev yapan tahmini 350 kişi bulunmaktadır. Kamu kuruluşları içinde sosyal hizmet istihdamına bakıldığında, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarda 2381, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarda 938, Adalet Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarda ise 449 sosyal hizmet uzmanının görev yaptığı belirtilmektedir. Diğer kamu kuruluşlarında ise tahmini olarak 840 sosyal hizmet uzmanının çalıştığı ifade edilmektedir.

Veriler olasılıksız örnekleme türlerinden kolay ulaşılabilir örnekleme yöntemi ile toplanmıştır. Kolay ulaşılabilir örnekleme, örnekleme oluşturmak için en uygun, en ulaşılabilir öğeleri seçmektir. Ulaşılabilir olma coğrafi yakınlığa, erişim kolaylığına veya bir konferansta bulunma gibi fırsatlara dayalı olabilir.<sup>14</sup> Öncelikle

veri toplama araçları farklı illerdeki (Ankara, Eskişehir, İzmir, Yalova, Antalya, Konya) belirli sosyal hizmet uzmanlarına e-posta yoluyla gönderilmiş ve kendi kurumlarındaki sosyal hizmet uzmanlarına da iletmeleri istenmiştir. E-mail yoluyla 153 sosyal hizmet uzmanına ulaşılmıştır. Verilerin toplanma süreci 2016 Temmuz-Aralık ayları arasındaki altı aylık dönemde gerçekleştirilmiştir.

## Veri Toplama Araçları

Çalışmada kişisel bilgi formu ve Mesleki Bağlılık Ölçeği kullanılmıştır. Kişisel bilgi formu, sosyal hizmet uzmanları ile ilgili birtakım değişkenler hakkında bilgi toplamak amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Kişisel bilgi formunda sosyal hizmet uzmanlarının cinsiyeti, yaşı, aylık geliri, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma yılı, çalıştığı kuruluş, çalıştığı birim ve bu birimdeki çalışma yılı gibi sorular bulunmaktadır.

Mesleki Bağlılık Ölçeği, Meyer, Allen ve Smith (1993) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, mesleki bağlılığı duygusal mesleki bağlılık, mesleki devamlılık bağlılığı ve normatif mesleki bağlılık olarak üç boyutlu olarak ele almıştır.<sup>5</sup>

Duygusal mesleki bağlılık, mesleği severek yapma, onunla özdeşleşmiş olmayı ve meslekte kalmayı istemeyi ifade etmektedir. Buna göre mesleğine duygusal olarak bağlı bireylerin meslekte kalmayı çok güçlü bir biçimde arzu etmesi söz konusudur.<sup>5</sup> Bu bağlılığa sahip birey, mesleğinde ilerleme ve kendini geliştirme şansı da yakalamaktadır.<sup>15</sup>

Mesleki Devamlılık Bağlılığı, bireylerin mesleğinden ayrılmasının maliyetini ya da meslekte kalmasından doğacak faydayı dikkate alarak bağlılık geliştirmesi olarak tanımlanmaktadır.<sup>5</sup> Birey burada mesleğinden ayrılması ile kalmasının maliyet analizini yaparak mesleğinde kalmaya karar verir. Bir başka ifadeyle “mesleğe devam etme isteği” o konuya vazgeçemeyecek kadar yatırım yapmış olmak ve vazgeçmenin yüksek maliyeti ile ilgilidir.<sup>16</sup>

Mesleki bağlılık ölçeğinin son boyutu olarak kavramsallaştırılan normatif mesleki bağlılık ise bireyin meslekte kalmayı bir yükümlülük ya da sorumluluk hissi olarak görmesi olarak tanımlanmaktadır. Buna göre bireyler belirli bir davranış şeklini benimsemeye ilişkin normatif baskıları içselleştirdiklerinde ve bunun sonucunda fayda gördüklerinde mesleklerine normatif nitelikte bir bağlılık geliştirmektedirler.<sup>5</sup>

Ölçek 18 maddeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. İlk 6 soru Duygusal Mesleki Bağlılık

alt boyutunu, 7–12. sorular “Mesleki Devamlılık Bağlılığı” alt boyutunu, 13–18. sorular Normatif Mesleki Bağlılık alt boyutunu oluşturmaktadır. Ölçek özelliği itibarıyla 7’li likert tipi bir ölçektir.

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği çeşitli çalışmalarla sınanmış ve yapılan çalışmalar ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini desteklemiştir.<sup>5,17-19</sup> Ölçeğin özgün çalışmasında örneklem grubu hemşirelerden ve hemşire öğrencilerinden oluşmaktadır.<sup>5</sup>

Literatürde Meyer ve arkadaşlarının geliştirdiği üç boyutlu mesleki bağlılık ölçeğini kullanan Türkçe çalışmalar oldukça sınırlıdır.<sup>11-12,20-22</sup>

Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması ilk olarak Baysal ve Paksoy (1999) tarafından İstanbul’da beş devlet üniversitesinden değişik uzmanlık dallarında görev yapan öğretim üyeleri ile gerçekleştirilmiştir.<sup>16</sup> Bu çalışmanın güvenilirlik analizinde Cronbach alpha katsayısı 0.7467 olarak bulunmuştur. Ölçeğin güvenilirlik ve geçerliği ile ilgili bir başka çalışma Tak ve Çiftçioğlu (2009) tarafından bir üniversite hastanesinde görev yapan 425 hemşire ile gerçekleştirilmiştir.<sup>15</sup>

Bu çalışmada ise örneklem grubu olarak hemşirelerden farklı bir meslek grubu seçildiği için “hemşirelik mesleği/hemşire olmak” gibi ifadeler sosyal hizmet mesleğine uyarlanmış ve bu ifadeler “sosyal hizmet mesleği/sosyal hizmet uzmanı olmak” şeklinde uyarlanmıştır. Meslek grubu ile ilgili ifadelerin değiştirilme konusu ölçeği uyarlayan yazarlara sorulmuş ve onay alınmıştır. Ölçeğin sosyal hizmet uzmanlarından oluşan bir

örneklem grubuna uygulanıp uygulanmayacağı ile ilgili güvenilirlik testi yapılmış ve Cronbach Alpha değeri 0,81 çıkmıştır. Literatür 0,60’ın üzerinde çıkan değerlerin kullanılan örneklem grubu için güvenilir olduğunu söylemektedir.<sup>23</sup>

## Verilerin Analizi

Verilerin analizinde IBM SPSS 20 istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin istatistikî değerlendirmesinde normal dağılıma uygun olup olmadığı ile ilgili Kolmogorov Smirnov testi ve skewness-kurtosis değerlerine bakılmıştır. Veriler normal dağılım gösterdiği için, bağımsız gruplar t testi ve varyans analizleri yapılmıştır. Yapılan varyans analizi sonucunda farklı olan grupların kaynağını bulmak için de Tukey testi yapılmıştır. Ayrıca verilerden aylık gelir, yaş ve çalışılan süre bağımsız değişkenlerinin duygusal mesleki bağlılık, mesleki devamlılık bağlılığı, normatif mesleki bağlılık bağımlı değişkenleri arasındaki ilişkiler Pearson Momentler Korelasyon analizi (korelasyon anlamlılık seviyesi 0,01) tekniği kullanılarak hesaplanmıştır.

## BULGULAR

Araştırma kapsamındaki katılımcıların çeşitli demografik özellikleri tablo 1’de verilmiştir. Buna göre sosyal hizmet uzmanlarının %62,1’i kadın, %72,5’i evli, %77,8’inin lisans mezunu olduğu görülmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının yaş ortalaması 35,59± 7,69 olup en düşük 23 en yüksek 57’dir. Sosyal hizmet uzmanlarının ortalama geliri 3174,82± 538,46 olup en düşük 1750 en yüksek 6000’dir.

Değişkenler	Seçenek	N	%
Cinsiyet	Kadın	95	62,1
	Erkek	58	37,9
Yaş*	23-35	76	49,7
	36 ve üzeri	77	50,3
Aylık gelir**	1750-2950	34	22,2
	3000-6000	119	77,8
Medeni durum	Evli	111	72,5
	Bekâr	42	27,5
Eğitim durumu	Lisans	119	77,8
	Yüksek lisans, Doktora	34	22,2
Sosyal hizmet uzmanı olarak çalışma süresi***	1-5	38	24,8
	6-10	44	28,8
	11-15	32	20,9
	16 ve üzeri	39	25,5
Sosyal hizmet uzmanlarının çalıştığı kuruluş	Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü	57	37,3
	Sağlık Bakanlığı	58	37,9
	Diğer (Adalet Bakanlığı, üniversiteler ve özel bakım merkezleri)	38	24,8
Sosyal hizmet uzmanlarının çalıştığı birim	Tıbbi Sosyal Hizmet, Çocuk İzlem Merkezi	64	41,8
	Aile Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, Sosyal Hizmet Merkezi, Çocuk yuvası, yetiştirme yurtları, sevgi evleri.	54	35,3
	Aile ve Çocuk mahkemeleri, Ceza İnfaz Kurumu.	18	11,7
	Diğer (Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları, özel kuruluşlar)	17	11,1

\* Ort = 35,59; SS = 7,69; En alt - En üst = 23 - 57 \*\* Ort = 3174,82; SS = 538,46; En alt - En üst = 1750 - 6000

\*\*\* Ort = 11,32; SS = 7,12; En alt - En üst = 1 - 33

Sosyal hizmet uzmanlarının çalışma süresine bakıldığında %28,8'inin 6-10 yıldır, %24,8'inin 1-5 yıl arası, %21,0'nin 11-15 yıl arası, %25,5'inin 16 yıl ve üzeri çalıştığı anlaşılmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarının ortalama çalışma süresi 11,32± 7,12 yıl olup en düşük 1, en yüksek ise 33 yıldır.

Çalıştıkları kuruluşa bakıldığında, %37,9'unun Sağlık Bakanlığında, %37,3'ünün Aile Sosyal Politikalar İl Müdürlüğünde, %24,8'inin ise diğer kuruluşlarda çalıştığı anlaşılmaktadır. Diğer olarak belirtilen kuruluşlar; Adalet Bakanlığı (18 kişi), Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı

(SYDV, 6 kişi), Üniversite ve özel bakım merkezleridir (14 kişi).

Sosyal hizmet uzmanlarının çalıştıkları birimler incelendiğinde, %41,8'inin tıbbi sosyal hizmet birimi ve Çocuk İzlem Merkezlerinde, %35,3'ünün Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'ne bağlı Sosyal Hizmet Merkezleri, çocuk yuvası, yetiştirme yurtları, sevgi evleri gibi kuruluşların birimlerinde, %11,7'sinin Aile ve Çocuk Mahkemeleri ile Ceza İnfaz Kurumlarında, %11,1'inin ise diğer (SYDV, özel kuruluşlar) kuruluşlara ait birimlerde çalıştıkları görülmektedir.

Bağımlı değişken	Gelir	N	$\bar{X}$	SS	t	p
Duygusal Mesleki Bağlılık	≥ 3000	119	27,04	6,66	-2,979	,004*
	< 3000	34	30,88	6,61		
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	≥ 3000	119	25,85	7,29	-3,275	,002*
	< 3000	34	29,44	5,05		
Normatif Mesleki Bağlılık	≥ 3000	119	22,89	7,80	,011	,991
	< 3000	34	22,88	7,86		

\*p<0,05

Tablo 2 incelendiğinde mesleki bağlılık ölçeği puanlarına bakıldığında, duygusal mesleki bağlılık ve mesleki devamlılık bağlılığı alt boyutunda geliri 3000 ve üzeri olan katılımcıların puanı, geliri 3000 TL'nin altında olan katılımcılardan yüksek çıkmıştır.

Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, sosyal hizmet uzmanlarının gelirleri ile mesleki

bağlılık ölçeğinin duygusal mesleki bağlılık ve mesleki devamlılık bağlılığı alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05). Buna göre geliri 3000'in altında olan sosyal hizmet uzmanlarının duygusal mesleki bağlılığı (Ort=27,04) ve mesleki devamlılık bağlılığı (Ort=25,85) daha düşüktür. Bir başka deyişle aylık gelir arttıkça duygusal mesleki bağlılık alt boyutu ve mesleki devamlılık bağlılığı alt boyutu artmaktadır.

Bağımlı Değişken	Çalıştığı kuruluş	N	$\bar{X}$	SS	Varyans kaynağı	KT	Sd	KO	F	Anlamlılık düzeyi
Duygusal Mesleki Bağlılık	ASPİM	57	27,50	6,39	Gruplar arasında	161,373	2	80,687	1,750	,177
	Sağlık Bakanlığı	58	27,12	6,24	Gruplar içinde	6914,953	150	46,100		
	Diğer	38	29,65	8,05	Toplam	7076,327	152			
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	ASPİM	57	27,29	5,71	Gruplar arasında	533,723	2	266,862	5,780	,004*
	Sağlık Bakanlığı	58	24,43	7,11	Gruplar içinde	6924,917	150	46,166		
	Diğer	38	29,07	7,72	Toplam	7458,641	152			
Normatif Mesleki Bağlılık	ASPİM	57	22,66	6,89	Gruplar arasında	217,042	2	108,521	1,807	,168
	Sağlık Bakanlığı	58	21,82	7,62	Gruplar içinde	9007,285	150	60,049		
	Diğer	38	24,86	9,04	Toplam	9224,327	152			

\*p<0,05

Tablo 3'te sosyal hizmet uzmanlarının mesleki bağlılık ölçeği alt boyutlarının "ANOVA" testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Varyans analizi sonuçlarına göre sosyal hizmet uzmanlarının duygusal mesleki bağlılık ( $F=1,750$ ,  $p>0.05$ ), mesleki devamlılık bağlılığı ( $F=0.004$ ,  $p<0.05$ ), normatif mesleki bağlılık

( $F=,168$   $p>0.05$ )'dir. Bu durumda mesleki devamlılık bağlılığı alt boyutunda sosyal hizmet uzmanlarının çalıştıkları kuruluş değişkenine göre anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur. Farklılaşmanın kaynağını bulmak için Tukey Testi yapılmış ve sonuçlar tablo 4'te verilmiştir.

Bağımlı değişken	Kuruluş (I)	Kuruluş (II)	Ortalamalar arası fark	Standart hata	p
Mesleki Devamlılık Bağlılığı	Sağlık Bakanlığı	Diğer	-4,64791*	1,41805	,004*

\* $p<0.05$

Tablo 4 incelendiğinde, mesleki devamlılık bağlılığı alt boyutunda, Sağlık Bakanlığında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının puanı diğer (Adalet Bakanlığı, SYDV, üniversite, özel bakım merkezleri) kuruluşlarda çalışanlardan düşüktür. Bir başka deyişle Sağlık Bakanlığında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki devamlılık bağlılığı diğer kuruluşlarda çalışanlara göre daha düşüktür.

Sosyal Hizmet uzmanlarının yaş, gelir, çalışma süresi bağımsız değişkenleri ile mesleki bağlılık alt boyutları arasındaki ilişkinin analizi Pearson Momentler Çarpım korelasyon katsayısı tekniği ile sınınmış sonuçlar Tablo 5'te verilmiştir.

	Duygusal Mesleki Bağlılık Alt Boyutu	Mesleki Devamlılık Bağlılığı Alt Boyutu	Normatif Mesleki Bağlılık Alt Boyutu
<b>Yaş</b>	.101	.128	.045
<b>Gelir</b>	.263	.152**	.022
<b>Çalışma</b>	.095	.071	.053

\*\* ( $p<0,01$ )

Tablo 5 incelendiğinde sosyal hizmet uzmanlarının gelir düzeyi ile mesleki devamlılık bağlılığı alt boyutunda pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=0.152$ ). Yani Sosyal Hizmet uzmanlarının gelir seviyeleri arttıkça mesleki devamlılık bağlılığı alt boyutu da artmaktadır. Yaş, gelir, çalışma süresi bağımsız değişkenlerinin duygusal mesleki bağlılık ve normatif mesleki bağlılık alt boyutu ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırma kapsamında sosyal hizmet uzmanlarının cinsiyet, yaş, çalışma süresi gibi değişkenlerin mesleki bağlılık ölçeğinin alt boyutları ile ilişkili olup olmadığı incelenmiş ve bu değişkenler açısından mesleki bağlılık puanları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma saptanmamıştır. Buna göre sosyal hizmet uzmanlarının cinsiyet değişkenine göre "mesleki bağlılık ölçeği" puanları arasında anlamlı farklılık

olup olmadığı t testi ile sınınmış ve yapılan istatistiksel analizler sonucunda, kadın sosyal hizmet uzmanları ile erkek sosyal hizmet uzmanlarının mesleki bağlılık puanları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Sosyal hizmet uzmanlarının yaş değişkenine göre "mesleki bağlılık ölçeği" puanları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı t testi ile sınınmış ve yapılan istatistiksel analizler sonucunda, 35 yaş altı olan sosyal hizmet uzmanları ile 35 yaş ve üzeri olan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki bağlılık puanları arasında anlamlı düzeyde farklılaşma saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Sosyal hizmet uzmanlarının medeni durum değişkenine göre "mesleki bağlılık ölçeği" puanları arasında anlamlı farklılık olup olmadığı t testi ile sınınmış ve yapılan istatistiksel analizler sonucunda, bekâr sosyal hizmet uzmanları ile evli sosyal hizmet uzmanlarının mesleki bağlılık puanları arasında

anlamli düzeyde farklılaşma saptanmamıştır (p>0,05).

## TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı sosyal hizmet uzmanlarının mesleki bağlılıklarını bazı değişkenler açısından incelemektir. Yapılan analizler sonucu sosyal hizmet uzmanlarının mesleki bağlılıklarının cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalıştıkları hizmet yılı değişkenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Literatürde yapılan benzer çalışmalara bakıldığında incelenen değişkenler açısından benzer ve farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Cihangiroğlu ve arkadaşlarının hemşireler ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin medeni durumları ile mesleki bağlılıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.<sup>24</sup> Yine aynı çalışmada yaş değişkeni açısından ise anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır. Buna göre 41 yaş ve üzeri yaş grubundaki hemşirelerin duygusal bağlılıkları ile toplam örgütsel bağlılıkları ve mesleki bağlılıklarının diğer yaş grubundaki hemşirelerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür.<sup>24</sup>

Sağsan ve Fırtına tarafından profesyonel olmayan kütüphanecilerle yapılan çalışmada kişinin yaşı ile mesleğe yönelik duygusal bağlılığı arasında pozitif yönlü ve bireyin mesleğine devam bağlılığı arasında güçlü düzeyde pozitif yönlü anlamlılık bulunmuştur.<sup>21</sup>

Bu çalışmada incelenen bir başka değişken çalışma süresidir. Yapılan çalışmada sosyal hizmet uzmanlarının çalıştıkları süre ile mesleki bağlılık ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Oysaki literatür incelendiğinde genellikle çalışma süresi ile mesleki ya da örgütsel bağlılık arasında anlamlı ilişkilerin bulunduğu çalışmalar göze çarpmaktadır. Hemşirelerle yapılmış bir çalışmada hizmet süresi 21 yıl ve üzeri olan hemşirelerin örgütsel bağlılıkları ve mesleki bağlılıklarının, diğer hizmet sürelerindeki hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur.<sup>24</sup> Benzer şekilde Sağsan ve Fırtına tarafından yapılan çalışmada da kişinin mesleğindeki kıdemi ile mesleğine karşı hissettiği devam bağlılığı arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur.<sup>17</sup> Buna benzer şekilde bir başka çalışma Arslantürk tarafından ikinci bir işte çalışma durumunun mesleki bağlılığa etkisi üzerinedir.<sup>22</sup> Buna göre turist rehberlerinin ikinci işte çalışma durumuna göre mesleki bağlılık boyutlarından duygusal ve devamlılık bağlılığı alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur.<sup>22</sup> Bir başka ifadeyle ikinci işte çalışmayanların çalışanlara göre

duygusal ve devam bağlılıkları ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Çalışma süresinin mesleki bağlılığa olan etkisi sosyal hizmet alanında yapılan çalışmalarla ele alındığında, çalışılan sürenin mesleki bağlılık geliştirme konusunda etkili olduğu birtakım çalışmalar olduğu görülmektedir. Evans ve Huxley tarafından Galler'de 1000 sosyal hizmet uzmanı ile yapılan çalışmada ortalama on yıl tecrübeli katılımcıların mesleklerinin birçok özelliğini sevdiği, katılımcıların neredeyse tamamına yakınının hizmetten yararlananları sevdiği, yine tamamına yakınının ekip çalışmasını sevdiği ortaya çıkmış, tüm bu özelliklerin yüksek mesleki bağlılık içerdiği gözlenmiştir.<sup>25</sup> Yine McLean ve Andrew'in 1000 sosyal hizmet uzmanı ve idareciler ile İngiltere'de yaptığı çalışmada, hizmetin uzunluğunun, idareci rolü üstlenmenin organizasyona bağlılıkta önemli olduğu, ayrıca çalışanların kuruma bağlılığı ve uzun hizmet süreleri arasında bir ortaklığın olduğu görülmüştür. Bu nedenle uzun süreli çalışan ve kuruma daha çok zaman ve enerji harcayan çalışanların kuruma diğer çalışanlardan daha çok özdeşleştikleri görülmüştür.<sup>26</sup>

Bu çalışmada sosyal hizmet uzmanlarının eğitim durumları ile mesleki bağlılık ölçeği alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumun eğitim durumu açısından verilerin çok homojen bir gruptan oluştuğundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Sosyal hizmet uzmanı unvanına sahip olmak için en az lisans mezunu olmak gerektiği düşünüldüğünde, eğitim durumundaki farklılaşmanın lisansüstü eğitimi kapsadığı görülmektedir. Sosyal hizmet alanında ülkemizdeki lisansüstü eğitimin çok uzun yıllar tek bir üniversitede verilmesi, günümüzde ise sınırlı sayıda üniversitede bu alanda eğitim veren lisansüstü programların bulunması nedeniyle bu eğitim fırsatına erişim konusunda sosyal hizmet uzmanlarının çok avantajlı bir konumda olmadıkları ve çalışmaya dâhil edilen sosyal hizmet uzmanlarının eğitim durumlarına ilişkin çok yüksek oranda bir çeşitlilik göstermediği anlaşılmaktadır. Literatürde ise mesleki bağlılığın eğitim ile birlikte gelişmeye başladığı vurgulanmaktadır. Sosyal hizmette mesleki bağlılığın yine sosyal hizmet kariyerinin ilk yıllarında ya da eğitim ve staj döneminde geliştiği düşünülmektedir. İsrail'de sosyal hizmet eğitimine yeni başlayan 450 sosyal hizmet öğrencisi ile yapılan çalışmada sosyal hizmet mesleğine bağlılığın yüksek olduğu görülmüştür.<sup>27</sup> Bu çalışmada, sosyal değişimi görme arzusu ve mesleki bağlılık arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Mesleki eğitim sürecinin önemli bir parçası olan süpervizyon da mesleki bağlılığın gelişmesinde rol oynayan önemli aktörlerden biridir. Sosyal hizmet uzmanlarıyla



gerçekleştirilen bir başka çalışmada daha az deneyimli çalışanların daha yüksek duygusal yıpranma yaşadıkları ve depresyon hislerinin ek süpervizörlük hizmetleriyle desteklenmesinin önemli bir gereklilik olduğu vurgulanmıştır.<sup>28</sup> Bir başka çalışma ise Clements, Kinman ve Gruppy tarafından yapılmış nitel bir çalışmadır. Bu çalışmayı yazarlar İngiltere’de üç sosyal hizmet akademisyeni ve yedi sosyal hizmet öğrencisi ile gerçekleştirmiştir.<sup>29</sup> Bu çalışmada da katılımcıların mesleki bağlılığının yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu da sosyal hizmet uzmanları tarafından sosyal hizmet programının taleplerle başa çıkabilmesi ve sıkı ilişkiler kurabilmesinin gerekliliği bağlamında mesleki değerlere adanmışlık olarak tanımlanmıştır.

Bu çalışmada incelenen bir başka değişken gelir durumudur. Sosyal hizmet uzmanlarının gelir durumu incelendiğinde, sosyal hizmet uzmanlarının gelirleri ile mesleki bağlılık ölçeğinin duygusal mesleki bağlılık ve mesleki devamlılık bağlılığı alt boyutunda anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Buna göre geliri 3000’in altında olan sosyal hizmet uzmanlarının duygusal mesleki bağlılığı ve mesleki devamlılık bağlılığı daha düşüktür. Bir başka deyişle aylık gelir arttıkça duygusal mesleki bağlılık alt boyutu ve mesleki devamlılık bağlılığı alt boyutu artmaktadır. Yapılan korelasyon analizinde de sosyal hizmet uzmanlarının gelir düzeyi ile mesleki devamlılık bağlılığı alt boyutunda pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yani sosyal hizmet uzmanlarının gelir seviyeleri arttıkça mesleki devamlılık bağlılığı alt boyutu da artmaktadır. Duygusal bağlılık daha önce tanımlandığı gibi çalışanların kendilerini çalıştıkları kuruma ne kadar özdeşleştirdikleri ile ilgili duyguları ve bireylerin çalıştıkları işyerine olan ilgilerini göstermektedir. Devamlılık bağlılığı ise bireylerin çalıştıkları işyerlerinden ayrılmaları halinde ortaya çıkabilecek olan maliyetlerin farkındalıkları ile ilgilidir. Bir başka ifadeyle, birey birtakım zorunluluklar nedeniyle mesleğinde kalmaya devam etmektedir.<sup>5</sup> Buna göre geliri düşük olan sosyal hizmet uzmanlarının duygusal mesleki bağlılığının düşük olması bu bireylerin meslekte kalmayı güçlü bir şekilde arzu etmediklerini göstermektedir. Aynı zamanda mesleki devamlılık bağlılığının da düşük olması bu bireylerin birtakım zorunluluklar nedeniyle mesleğinde kalmaya devam ettiklerini göstermesi açısından önemlidir.

Literatürde duygusal bağlılığın mesleği bırakma niyeti üzerinde olumsuz bir etkisi olduğuna ilişkin çalışmalar bulunmaktadır.<sup>30</sup> Nitekim Tak ve arkadaşlarının hekimler ile yaptığı çalışmada, hekimlerin mesleki bağlılıkları ile meslekten ve örgütten ayrılma niyeti arasındaki ilişkiler incelenmiş, bunun sonucunda sadece duygusal mesleki bağlılığın meslekten ayrılma niyeti üzerinde doğrudan ve negatif yönlü bir etkiye sahip

olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum araştırmacılar tarafından mesleğine duygusal olarak bağlı hekimlerin mesleklerinden ayrılma niyeti içinde olmadıkları şeklinde yorumlanmıştır.<sup>20</sup> Yine buna benzer bir başka çalışma birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin kurumlarına olan destek algılarını ortaya koyabilmek amacıyla yapılmış ve aile hekimlerinin örgütsel destek algılarının örgütsel özdeşleşme ve işten ayrılma niyeti üzerine etkisi araştırılmıştır.<sup>31</sup> Buna göre aile hekimlerinin kurumlarında çalıştıkları süre arttıkça örgütsel destek algılarının azaldığı algılanan örgütsel destek ile örgütsel özdeşleşme arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunduğu sonucuna varılmıştır. Buna göre aile hekimlerinin algılanan örgütsel düzeyi arttıkça örgütsel özdeşleşmeleri de artmaktadır. Bunun yanında aile hekimlerinin örgütsel destek düzeyi arttıkça işten ayrılma niyeti de azalmaktadır.<sup>31</sup>

Sosyal hizmet uzmanlarının çalıştıkları kuruluş değişkeni açısından mesleki devamlılık bağlılığı alt boyutunda anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur. Buna göre Sağlık Bakanlığında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının puanının diğer (Adalet Bakanlığı, SYDV, üniversite, özel bakım merkezleri) kuruluşlarda çalışanlardan düşük olduğu görülmüştür. Bir başka deyişle, Sağlık Bakanlığında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki devamlılık bağlılığı diğer kuruluşlarda çalışanlara göre daha düşüktür. Sağlık Bakanlığı ile diğer kurumlar, özellikle de Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, SYDV gibi kurumlar hizmet verme öncelikleri açısından değerlendirildiğinde Sağlık Bakanlığına bağlı kurumların birincil amacının sosyal hizmetten ziyade teşhis ve tedavi olduğu dikkat çekmektedir. Bu açıdan düşünüldüğünde, sosyal hizmet uzmanları tarafından verilen hizmetler ikincil, hatta üçüncül düzeyde kalmaktadır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının, diğer kurumlarda çalışanlarla kıyaslandığında, kurumda sunulan olanaklar ve kurumda değerli hissetme ve yükselme olanakları açısından daha dezavantajlı oldukları görülmektedir. Sosyal hizmet literatüründe önemli bir yere sahip olan Duyan’ın öncü çalışmaları ile üzerinde sıklıkla çalışılan tıbbi sosyal hizmet alanı, sosyal hizmetin ülkemizde ilk uygulanmaya başlandığı alan olarak önemli bir yere sahiptir.<sup>32</sup> Ancak, bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki bağlılıklarının diğer sosyal hizmet alanlarına kıyasla daha düşük olmasının muhtemel sebepleri incelendiğinde sosyal hizmet uzmanlarının sağlık alanındaki tanınırlığının düşük olması ile karşılaşmaktadır. Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları ile gerçekleştirilen bir çalışmada, çalışma kapsamında görüşme yapılan sosyal hizmet uzmanları tıbbi sosyal hizmet alanının geleceği ile ilgili sağlık alanındaki tanınırlığın azlığına ve mesleki

sınırlarının net olmadığına vurgu yapılmıştır.<sup>33</sup> Özbesler ve İçağasıoğlu Çoban tarafından hastane ortamında çalışan sosyal hizmet uzmanları ile gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise sosyal hizmet uzmanlarından tıbbi sosyal hizmet alanında yaşadıkları en önemli mesleki sorunları sıralamaları istenmiştir. Sosyal hizmet uzmanları bu sorunları, “mesleğin hastanede çalışan diğer personel ve yöneticiler tarafından yeterince tanınmaması; yetki ve sorumlulukların tam olarak belli olmaması; oturmuş bir sistem olmaması; bilgi verilmesine rağmen sosyal hizmet uzmanına yönlendirme yapılmaması yani saygı duyulmaması; yasadaki görev tanımlarının sınırlı olması” şeklinde sıralamışlardır.<sup>34</sup> Yaşanılan bu sorunların mesleki bağlılıkla ilişkisi tartışıldığında özellikle mesleğin tanınma oranının düşük olmasının ve mesleğe yeterince saygı duyulmamasının düşük mesleki bağlılığı, özellikle de mesleki devamlılık bağlılığını açıklayıcı bir veri olarak değerlendirilebilir. Daha önce de ifade edildiği gibi mesleki devamlılık bağlılığı bireylerin çalıştıkları işyerlerinden ayrılmaları halinde ortaya çıkabilecek olan maliyetlerin farkındalıkları ile ilgilidir. Bir başka ifadeyle birey birtakım zorunluluklar nedeniyle mesleğinde kalmaya devam etmektedir. Dolayısıyla Sağlık Bakanlığı çerçevesinde çalışan uzmanların mesleğe devam isteklerinin düşük olduğu söylenebilir. Benzer şekilde bir başka çalışma çocuk koruma alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları ile yapılmış odak grup çalışmasıdır. Amerika Birleşik Devletleri’nde çocuk koruma alanında en az sekiz yıl çalışmış olan 21 sosyal hizmet uzmanıyla yapılan odak grup çalışmasında, hizmet kullananlara bağlılığın ve profesyonel bağlılığın devam edebilme açısından gerekli olduğuna vurgu yapılmaktadır. Değerli görülme hissi, kaliteli çalışmaya verilen geribildirim, çaba, sabır ve başarı bağlılık geliştirme ve mesleği devam ettirme açısından önemli görülmüştür.<sup>35</sup>

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sosyal hizmet uzmanlarının mesleki bağlılık düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesini amaçlayan bu çalışmanın sonuçlarına göre, sosyal hizmet uzmanlarının mesleki bağlılıklarının gelir durumu, çalıştıkları kurum değişkenine göre farklılaştığı görülmektedir. Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalıştıkları hizmet yılı değişkenleri açısından ise sosyal hizmet uzmanlarının mesleki bağlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma sonucunda; sosyal hizmet uzmanlarının gelirleri ile mesleki bağlılık ölçeğinin duygusal mesleki bağlılık ve mesleki devamlılık bağlılığı alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur. Sosyal hizmet uzmanlarının aylık

geliri arttıkça duygusal mesleki bağlılıkları ve mesleki devamlılık bağlılığı artmaktadır. Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanlarının gelirlerini artıracak birtakım çalışmaların yapılması önerilmektedir. Özellikle sosyal hizmet mesleğinin örgütlenme sürecinin halen tamamlanmamış olmasının sosyal hizmet uzmanlarının çeşitli kuruluşlardaki maaş, ek ödeme gibi düzenlemelerin planlanması sürecinde paydaş olarak yer alamamasının sebeplerinden biri olarak değerlendirilebilir. Bu çerçevede meslek yasasının çıkarılması ve sosyal hizmet mesleğinin örgütlenme düzeyinin dernek faaliyetlerinden meslek odası oluşumuna doğru değişimini sağlayacak çalışmaların hızlandırılması önerilmektedir.

Sosyal hizmet uzmanlarının çalıştıkları kuruluş değişkenine göre mesleki devamlılık bağlılığında anlamlı bir farklılaşma bulunmuştur. Buna göre araştırma kapsamındaki sosyal hizmet uzmanlarından Sağlık Bakanlığında çalışanların mesleki devamlılık bağlılığı diğer kuruluşlarda çalışanlara göre daha düşük bulunmuştur. Sağlık ön planda olduğu bir alan olan ve sosyal hizmet uzmanlarının sağlık lisansiyerleri kapsamında görev yaptıkları bir kurum olan Sağlık Bakanlığında görev yapan yöneticiler ve müracaatçı gruplar tarafından tanınırlığını ve saygınlığını artırıcı çalışmalara ihtiyaç duyulduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca bu alanda çalışan diğer meslek elemanlarının mesleki bağlılıklarıyla karşılaştırılabilir verilerin toplanması için mesleki bağlılıkla ilgili çalışmaların sağlık ve sosyal hizmet alanında çalışan doktorlar, hemşireler, aile hekimleri, psikologlar, çocuk gelişim uzmanları gibi meslek gruplarını da kapsayacak şekilde çeşitlendirilmesinin mesleki aidiyeti etkileyen alana özgü özelliklerin belirlenmesi açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada elde edilen bulgular çalışma kapsamındaki sosyal hizmet uzmanlarından elde edilen verilerle sınırlıdır. Dolayısıyla genelleme yapmak açısından oldukça sınırlı verilerle çalışılmıştır. Daha geniş uzman popülasyonlarıyla benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Meyer J, Herscovitch L. Commitment in the workplace: Toward a general model. *Human Resource Management Review*, 2001, 11: 299-326.
2. Greenhouse JH. An investigation of role of career salience in vocational behavior. *Journal of Vocational Behavior*, 1971, 1: 209-16.

3. Blau G. The measurement and prediction of career commitment. *Journal of Occupational Psychology*, 1985, 58:277-88.
4. Aranya N, Ferris KR. A reexamination of accountants organizational-professional conflict. *The Accounting Review*, 1984, 59: 1-15.
5. Meyer JP, Allen NJ, Simith CA. Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 1993, 78, 538-51.
6. Meyer J, Allen N. A three-component reconceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1991, 1 (1): 61-89.
7. Lanchman R, Aranya N. Evaluation of alternative models of commitment and job attitudes of professionals. *Journal of Occupational Behavior*, 1986, 7: 227-43.
8. Duyan V. Sosyal Hizmet Temelleri Yaklaşımları Müdahale Yöntemleri. Ankara, Sosyal Çalışma Yayınları, 2014. p. 8-14.
9. Tufan B, Sayar ÖÖ, Koçyıldırım G. Sosyal bir hak olarak sosyal hizmet, Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu 22-23 Ekim 2009, Antalya, Akdeniz Üniversitesi. 2009. p. 76-86.
10. Collins S. The commitment of social workers in the UK: Committed to the profession, the organisation and service users? *Practice: Social Work in Action*, 2016, 28:3, 159-79, DOI:10.1080/09503153.2015.1074668.
11. Gifford E. An examination of organizational commitment and professional commitment and the relationship to work environment: Demographic and organizational factors. *Journal of Social Work*, 2009, 9(4): 386-404.
12. Banks S. Integrity in Professional life: Issues of conduct, commitment and capacity. *British Journal of Social Work*, 2010, 40(7): 2168-84.
13. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım, 2006.
14. Krysik J.L, Finn J. Etkili Uygulama İçin Sosyal Hizmet Araştırması. Çev.Edit. Ercüment Erbay, Nika Yayınevi, 2015.p.273.
15. Tak B, Çiftçioğlu Aydemir B. Üç boyutlu mesleki bağlılık ölçeğinin Türkçe'de güvenilirlik ve geçerliğinin incelenmesine yönelik bir alan araştırması. *İşletme Fakültesi Dergisi*, 2009, 10(1): 35-54.
16. Baysal AC, Paksoy M. Mesleğe ve örgüte bağlılığın çok yönlü incelenmesinde Meyer-Allen Modeli. *İ.Ü. İşletme Fakültesi Dergisi*, 1999, 28(1):7-15.
17. Snape E, Redman T. An evaluation of a three-component model of occupational commitment: Dimensionality and consequences among United Kingdom human resources specialists. *Journal of Applied Psychology*, 2003, 88(1):152-9.
18. Irving PG, Coleman DF, Cooper CL. Further assessments of a three-component model of occupational commitment: Generalizability and differences across occupations. *Journal of Applied Psychology*, 1997, 82(3): 444-52.
19. Blau G. Testing for a four-dimensional structure of occupational commitment. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 2003, 76(4): 469-88.
20. Tak B, Çiftçioğlu AB, Özçakır A, Divleli A. Mesleki bağlılığın bireylerin mesleklerine ve çalıştıkları örgüte ilişkin tutumlarını nasıl etkilediğini anlamaya yönelik bir alan araştırması. "İş, Güç" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 2009, 11(3):89-102. DOI:10.4026/1303-2860.2009.0120.X.
21. Sağsan M, Fırtına B. Bilgi mesleğine bağlılık ve adanmışlık: Platonik bir ilişkinin gelgitleri ve profesyonellikle imtihanı. *Bilgi Dünyası*, 2015, 16(1):1-22.
22. Arslantürk Y. Mesleki bağlılık: Turist rehberleri üzerine bir inceleme. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 2016, 8(1):186-207.
23. Özdamar K. Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi 1. Eskişehir, Kaan Kitabevi, 1999.
24. Cihangiroğlu N, Teke A, Özata M, Çelen Ö. Mesleki bağlılık ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişkinin analizi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 2015, 57: 367-72.
25. Evans S, Huxley P. Factors associated with the recruitment and retention of social workers in Wales: Employer and employee perspectives. *Health and Social Care in the Community*, 2009, 17(3): 254-66.
26. McLean J, Andrew T. Commitment, satisfaction, stress and control among social service managers and social workers in the UK. *Administration in Social Work*, 2000, 22(3-4): 93-117.
27. Freund A, Blit-Cohen E, Cohen A, Dehan N. Professional commitment in novice social work student: Socio demographic characteristics, motives and perceptions of the profession. *Social Work Education*, 2012, 32(7): 239-53.
28. Dickinson N, Perry R. Factors influencing the retention of specially educated public child welfare workers. *Evaluation Research in Child Welfare*, 2002, 15(3-4):89-103.
29. Clements A, Kinman G, Guppy A. You should damage someone's life: Student and lecturer perspectives on commitment. *Social Work Education*, 2013, 33(1):91-104.
30. Blau G, Holladay EB. Testing the discriminant validity of a four-dimensional occupational commitment measure. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 2006, 79(4):691-704.
31. Fındık M. Algılanan Örgütsel Desteğin, Örgütsel Özdeşleşme ve İşten Ayrılma Niyetine Etkisi Araştırması Konya İli Aile

- Hekimleri Örneği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yönetim Organizasyon Bilim Dalı, 2011.
32. Duyan V. Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut (Tıbbi Sosyal Hizmet). Ankara, 72TFDO, 1996.
  33. Yanardağ U. Tıbbi sosyal hizmet uzmanlarının gözünden tıbbi sosyal hizmet alanı. İçinde: Attepe Özden S, Özcan E, editör, Tıbbi Sosyal Hizmet. 1. Baskı. Ankara, Nobel Yayınevi, 2017, s.91-6.
  34. Özbesler C, İçağasıoğlu Çoban A. Hastane ortamlarında sosyal hizmet uygulamaları: Ankara Örneği. Toplum ve Sosyal Hizmet, 2010, 21(2):31-46.
  35. Westbrook T, Ellis J, Ellett A. Improving retention among public child welfare workers: What can we learn from the experience of committed survivors? Administration in Social Work, 2006, 30 (4):37-62.



Original Research / Özgün Araştırma

# Awareness, Attitudes and Behaviors of Parents for Child Exposure to Tobacco Smoke

## Sigaranın Çocuğa Etkileri Konusunda Ailelerin Farkındalıkları, Tutum ve Davranışları

Seda Topçu<sup>\*1</sup>, Elanur Akın<sup>2</sup>, Betül Ulukol<sup>1</sup>, Filiz Şimşek Orhon<sup>1</sup>, Sevgi Başkan<sup>1</sup>

### ABSTRACT

**Introduction:** Exposure to environmental tobacco smoke has several adverse effects on child health. We aimed to determine awareness, attitudes and behaviors of parents about the effects of tobacco smoke exposure among children. **Method:** A total of 286 parents, whose children admitted to the Social Pediatrics Department, received a survey including questions about adverse effects of smoking on children, attitudes and behaviors of parents for protecting their child from smoking. **Results:** Tobacco using ratio were 16.3% and 46.3% in mothers and in fathers; respectively. Although 96.9% of the parents stated that they prefer to sit in the non-smoking section of public open spaces such as cafes / restaurants, 51% stated that they allow their guests to smoke at home. Smoking incidence was significantly higher in families whose monthly income was below the poverty line ( $p<0.001$ ). In the non-smoking group; providing education ( $p=0.025$ ) and avoid smoking people around ( $p<0.001$ ) were found significantly higher to prevent the child from smoking cigarettes in the future. **Conclusion:** Raising the awareness of parents and to develop attitudes and behaviors against tobacco use carry quiet importance to protect children from smoking.

**Key words:** Awareness, smoking, children, attitudes

### ÖZET

**Amaç:** Sigara dumanına pasif maruziyetin çocuk sağlığı üzerine birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. Amacımız ebeveynlerin sigaranın çocuklara etkileri konusunda bilgi ve farkındalıklarını değerlendirmek, çocuklarını sigaradan korumak adına aldıkları önlemleri ve gelecek stratejilerini belirlemektir. **Yöntem:** Sosyal Pediatri Polikliniğine çocuklarını sağlıklı çocuk izlemine getiren 286 ebeveyn için sigaranın çocuğa etkileri ve ailelerin önlem amaçlı tutumları konusunda sorular içeren anket formu yüz yüze doldurulmuştur. **Bulgular:** Araştırmamızda annelerin %16,3'ü, babaların %46,3'ü halen sigara kullandıklarını belirtmiştir. Ebeveynlerin %96,9'u kafe/restoran gibi kamuya açık alanlarda sigara kullanılmayan bölümde oturmayı tercih ettiklerini belirtmelerine rağmen %51'i eve gelen misafirlerin evde sigara içmelerine izin verdiklerini ifade etmiştir. Yoksulluk sınırının altında aylık geliri olan ailelerde sigara içme sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0,001$ ). Çocuğunun ileride sigaraya başlamasını önlemede, sigara içmeyen grupta eğitim vererek ( $p=0,025$ ) ve etrafında sigara içilmesine engel olarak sigara içilmesini önleme stratejileri sigara içen gruba göre daha etkili bulunmuştur ( $p<0,001$ ). **Sonuç:** Ebeveynlerin çevresel sigara dumanı maruziyeti konusunda bilgileri, günlük yaşantılarına yön vermede öncelikleri ve önlem yöntemleri konusunda yaklaşımları çocukları korumakta etkili faktörlerdir. Çocukları sigara dumanından korumak için anne-babaların bilinçlendirilmesi ve buna yönelik tutum ve davranışlar geliştirmeleri önemlidir.

**Anahtar kelimeler:** Farkındalık, sigara içmek, çocuklar, alışkanlıklar

Received / Geliş tarihi: 19.10.2017, Accepted / Kabul tarihi: 25.12.2017

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Intern Doktor

\*Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Seda Topçu, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı ANKARA/TÜRKİYE, E-mail: mdsedatopcu@gmail.com

Topçu S, Akın E, Ulukol B, Orhon FŞ, Başkan S. Sigaranın Çocuğa Etkileri Konusunda Ailelerin Farkındalıkları, Tutum ve Davranışları. TJFMPC,2018;12(1):35-42. DOI: 10.21763/tjfm.399918

## GİRİŞ

Sigara kullanımı önemli bir toplum sağlığı problemidir ve ülkemizde her yıl 110000 kişi doğrudan sigaranın neden olduğu hastalıklardan hayatını kaybetmektedir.<sup>1</sup> Çevresel sigara dumanı maruziyeti, sigara içmeyen kişilerin aynı ortamda yaşadıkları kimselerin içtikleri sigaranın dumanı ile temasıdır. Çevresel sigara dumanı yalnızca içen kişiyi değil aynı ortamda bulunan diğer insanları da etkilemektedir. Aile yaşantısı içerisinde edinilen çocukluk dönemi deneyimleri çocuğun gelişimini ve yaşam boyu sağlığını belirleyen öncelikli faktörlerdir. Ebeveynlerinden biri sigara içen ailelerde büyüyen çocukların fiziksel sağlığı, sigara dumanının zararlı etkileri nedeniyle tehlike altındadır.<sup>2</sup> Özellikle beş yaş altı çocuklar genellikle anneleri ya da bakım verenleri ile birlikte ev ortamında çok daha fazla zaman geçirdiğinden ev içi hava kirliliğinden daha fazla etkilenirler.<sup>3</sup>

Dünya Sağlık Örgütü, dünya nüfusunun %93'ünün, sigara içilmeyen kamu sağlığı düzenlemeleri kapsamına girmeyen ülkelerde yaşadığını ve ev içi ortamda çevresel sigara dumanına maruz kalmanın hala yaygın olduğunu bildirmiştir. Küresel olarak tüm insanların üçte birinden fazlasının düzenli olarak sigara dumanının etkilerine maruz kaldığı bilinmektedir. Bu maruziyetin, yılda yaklaşık 600.000 ölüme neden olduğu ve dünya çapında küresel hastalık yükünün yaklaşık %1'inden sorumlu olduğu bildirilmiştir.<sup>4</sup>

Tütün maruziyetine engel olmak, dünya genelinde kronik hastalıklar ve erken ölüme neden olan önenebilir en önemli koruyucu faktörlerden biridir.<sup>5</sup> Sigara dumanı sonucu çocuklarda oluşabilecek olumsuz sağlık etkileri olan ani bebek ölümü sendromu, akut solunum yolu enfeksiyonları, kulak problemleri, astım, sinir sistemi gelişim sorunları ve prematüre ölümleri gibi durumlar literatürde sıkça bildirilmiştir.<sup>6-8</sup> Ayrıca çevresel sigara dumanına intrauterin dönemde maruz kalmanın ilk iki yılda çocuğun psikomotor gelişimini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir.<sup>9</sup> Ani bebek ölümü sendromu (SIDS) olan bebeklerin %85'inin intrauterin dönemde sigara dumanına maruz kaldıkları saptanmıştır. Solunumsal ve kardiyovasküler yetersizliğin kardiyak aritmilere neden olarak bebeklerin kaybedildiği belirtilmiştir.<sup>10</sup> Son çalışmalarda da intrauterin maruz kalınan nikotinin, kalp iletim sisteminin gelişimini geciktirerek SIDS' na katkıda bulunabileceği öne sürülmüştür.<sup>11</sup>

Sigara dumanına maruz kalan çocuklar; akciğerlerindeki alveollerin büyük kısmının postnatal dönemde oluşması, hava yollarının küçük ve az gelişmiş olması, dakikadaki solunum

sayılarının daha fazla olması nedeniyle erişkinlere kıyasla solunumsal toksik maddelere daha duyarlıdır. Bu durum akut ve kronik dönemde kardiyopulmoner hastalıklar ve kanser gibi ölümcül seyredebilecek hastalıklara zemin hazırlamaktadır.<sup>12</sup> Bir makalede gebelikleri sırasında sigara içen anneler içmeyenlerle karşılaştırıldığında, sigara içilmesinin çocuklarda hışıltılı bebek riskini anlamlı derecede artırdığı gösterilmiştir.<sup>13</sup> Erken çocukluk döneminde hışıltılı bebek tanısı almak; atopi, azalmış akciğer fonksiyonu ve okul çağındaki çocuklarda havayolunun uyarılara cevap verme yetisinin azalması için bir öncül olabilmektedir.<sup>14</sup> Ayrıca hışıltılı bebek tanısı alanlarda, geç çocukluk döneminde astım riskinin arttığı ve erişkin dönemde astım da dahil olmak üzere takip eden kronik solunum yolu hastalıklarının görülebileceği bildirilmiştir.<sup>15</sup> Çevresel sigara dumanı çocuklarda akut astım atağını da tetiklemektedir. Astım tanısı olan çocuklarda sigara dumanına maruziyetin, solunum fonksiyonlarındaki bozulmayı şiddetlendirdiği, astım semptomları ve ağırlığında artışa yol açtığı bildirilmiştir.<sup>16</sup>

Çocukların bir davranışa karar vermesinde ebeveynleri ve akranlarıyla etkileşimi önemli rol oynamaktadır. Sigara içme davranışları üzerinde hem toplumsal normların hem de çocuğun her iki referansının yani akran ve ebeveyninin etkisi bulunmaktadır. Çocukların davranışlarını, açıklayıcı tedbir niteliğinde gördükleri ve deneyimlerinde rol model aldıkları ebeveynleri ve akranları şekillendirmektedir. Bir çalışmada bu hipotezle erken ergenlik çağındaki çocukların tütün tüketimini önlemek için ebeveyn-çocuk iletişimini hedefleyen önleme programlarının desteklenmesi gerektiği vurgulanmıştır.<sup>17</sup>

Çocukların çevresel sigara dumanına maruz kalmalarının en aza indirilmesi için öncelikle ebeveynlerin farkındalıklarının yüksek olması gerekmektedir.<sup>18</sup> Ayrıca çocukların sigara içmelerinin önlenmesine yönelik ebeveynlerin gelecek stratejilerini belirlemek de önem taşımaktadır. Bu çalışmada polikliniğimize başvuruda bulunan ailelerinin, sigara dumanı ile temas etmenin çocuk sağlığı üzerindeki etkileri konusundaki bilgi ve farkındalıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## YÖNTEM VE ARAÇLAR

Analitik ve tanımlayıcı çalışma niteliğinde olan araştırmaya Nisan- Haziran 2017 tarihlerinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Polikliniğine çocuklarını sağlıklı çocuk izlemine getiren 1150 aileden araştırmaya katılmayı kabul eden 286 ebeveyn dahil edilmiştir. Araştırmada kullanılan anket soruları araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Sosyal Pediatri Polikliniğine

çocuğunu sağlıklı çocuk izlemi için getirmiş olmak ve araştırmaya katılmayı kabul etmiş olanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Anket sorularını yanıtlamak istemeyen ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 864 ebeveyn çalışma dışı bırakılmıştır.

Araştırmada anketi yanıtlayan kişinin anne ya da baba olması şartıyla hem anne hem de babaya ilişkin bilgiler sorgulanmıştır. Ebeveynlere, sosyo-demografik özellikleri, sigara kullanma deneyimleri, kontrole getirdikleri çocuklarının sağlık durumları, sigaranın çocuklar üzerinde olumsuz etkileri konusunda bilgi ve farkındalıklarını değerlendirmek üzere 40 soruluk anket formu yüz yüze aynı anketör tarafından uygulanmıştır. Çalışma için kullanılan anket, araştırma öncesinde 10 ebeveynde denenmiş ve tüm soruların anlaşıldığı ve cevaplanabildiği görülmüştür.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; yoksulluk sınırının altında aylık geliri olmak, ev sahibi olmak, araba sahibi olmak gibi ebeveynlerinin sosyoekonomik durumları ile ilerde çocuğun sigara içmesini önlemeye yönelik stratejilerdir (çocuğun bulunduğu ortamda sigara içilmesinin önlenmesi, sigaranın zararlarını konusunda eğitim vermek, harçlığı kesmek, yasaklar koymak ve arkadaşlarını kontrol etmek). Bağımlı değişken ise ebeveynlerden en az biri sigara içen ve ebeveynlerden ikisi de sigara içmeyen biçiminde iki grup olarak alınmıştır.

## İSTATİK VE ANALİZLER

Veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 17 (IBM Corp, Armonk, NY, USA) istatistiksel paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde ki-kare t testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak  $p < 0.05$  kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Araştırmaya katılan 286 ebeveynden anketi yanıtlayanların 206'sı anne, 80'i baba olmakla birlikte anketi yanıtlayan kişiden hem annelerin hem de babaların tümünün bilgisi alınmıştır. Kontrole getirdikleri çocukların 149'u kız, 137'si erkek cinsiyette olup çocuklar ortalama  $22,2 \pm 20,4$  aylıktır (en küçük: 1 ay- en büyük: 96 ay). Geniş aile yapısında 17 aile bulunmaktadır. 113 ailenin tek çocuklu, 141 ailenin iki çocuklu, 33 ailenin üç ve üzerinde çocuğu olduğu belirtilmiştir.

Araştırmaya dâhil edilen ailelerin tümünün kentsel alanda yaşadıkları, 23 (%8) ailenin açlık sınırının altında gelir düzeyi olduğu, 141 (%49,1) ailenin ise yoksulluk sınırının altında geliri olduğu belirtilmiştir.<sup>19</sup> Kendilerine ait evi olan 179 (%62,4)

aile varken, 224 (%78) aile arabalarının olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 1'de ebeveynlerin yaş ve eğitim durumları ile sigara içme özellikleri görülmektedir. Tabloda da görüldüğü üzere annelerin %16,3'ü, babaların %46,3'ü halen sigara içtiklerini belirtmişlerdir. Annelerin 47'si sigarayı balkonda içerken 11'i mutfakta da içtiğini ifade etmiştir. Evin diğer odalarında ve arabada sigara içen anne yoktur. Babaların 127'si balkonda, 40'ı arabada, 33'ü mutfakta, 4'ü salonda, biri yatak odasında da sigara içtiğini belirtmiştir.

Ebeveynlerin 278'i (%96,9) kafe/restoran gibi yerlerde sigara kullanılmayan alanda oturmayı tercih ettiklerini belirtmelerine rağmen, 147'si (%51) eve gelen misafirlerin evde sigara içmelerine izin verdiklerini ifade etmiştir. Evde kendileriyle birlikte yaşayan akrabalarının da sigara içtiğini belirten 13 aile vardır. Bu ailelerin hepsinde ebeveynlerden en az biri de sigara içmektedir. Ebeveynlerden en az birinin sigara içtiği aile sayısı ise 135 (%47,2)'tir. Tablo 2'de ebeveynlerden en az birinin sigara içtiği ve her ikisinin de sigara içmediği gruplar arasında bazı sosyoekonomik göstergeler karşılaştırıldığında yoksulluk sınırının altında aylık geliri olan grupta sigara içme sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur [95 (%72,5) ile 69 (%46,0),  $\chi^2 = 20,237$ ,  $p < 0,001$ ].

Anketi yanıtlayanlar arasında sigara içen ebeveynlerin sigarayı bırakma konusunda düşünceleri anne ve babalar için benzerken [35 (%74,4) ile 96 (%72,1)  $\chi^2 = 0,092$ ,  $p = 0,762$ ] sigarayı bırakmayı deneyen baba sıklığı [20 (%42,5) ile 90 (%67,6)  $\chi^2 = 9,218$ ,  $p = 0,002$ ] istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Ayrıca sigara bırakmak için profesyonel destek alma sıklığı tüm ebeveynlerde düşük olmasına rağmen annelerde profesyonel destek alma oranı istatistiksel olarak babalara göre anlamlı yüksek bulunmuştur [8 (%17,0) ile 6 (%4,5)  $\chi^2 = 7,577$ ,  $p = 0,006$ ] (Tablo 3). Sigara içen ve içmeyen grupta ileride çocuğunun sigara kullanmasını istememe durumu içen ve içmeyenlerde %90'ın üzerinde olmakla birlikte gruplar arasında fark görülmemiştir [122 (%90,4) ile 138 (%91,4)  $\chi^2 = 0,090$ ,  $p = 0,764$ ] (Tablo 4). Çocuğunun ileride sigaraya başlamasını önleme yöntemleri arasında sigara içmeyen grupta "Önlemek için sigara içmem ve etrafında sigara içilmesine engel olurum" önerisi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur [67 (%49,6) ile 115 (%76,2)  $\chi^2 = 21,678$ ,  $p < 0,001$ ] (Tablo 4).

Ebeveynlerin sigara içme durumu ile çocuklarda görülen bazı hastalıklar (sık üst solunum yolu enfeksiyonu ( $\geq 8$ / yıl), sık aralıklarla otit ( $\geq 2$ / yıl) geçirme, en az bir kez bronşiolit geçirme, solunum yolu hastalığı nedeniyle en az bir kez

<b>Tablo 1. Çalışmaya dahil edilen ebeveynlerin bazı demografik özellikleri ve sigara ile ilişkileri</b>		
	Anne (n:286)	Baba (n:286)
Yaş (yıl)	32,5± 5,4	36,3± 5,7
Eğitim durumu		
Ortaöğretim (n)	141 (%49,1)	165 (%57,9)
Üniversite ve üstü(n)	145 (%50,9)	121 (%42,1)
Geçmişte sigara içen (n)	113 (%39,4)	202 (%70,4)
Halihazırda sigara içen (n)	47 (%16,3)	133 (%46,3)
Son gebelikte sigara içen (n)	18 (%6,3)	122(%42,5)
Evde sigara içen(n)	47 (%16,3)	124 (%43,2)
Çocuğun yanında sigara içen (n)	-	1 (%0,3)

**Tablo 2. Çalışmaya dahil edilen ebeveynlerin sigara içme durumu ile bazı sosyoekonomik göstergelerinin karşılaştırılması**

	Ebeveynlerden en az biri sigara içen(n=135)	Ebeveynlerden ikisi de sigara içmeyen(n=151)	x <sup>2</sup>	P değeri
Aylık geliri yoksulluk sınırının altında olan aile n(%)	95 (72,5)	69 (46,0)	20,237	<0,001
Ev sahibi olan aile n(%)	81 (60,0)	98 (64,9)	0,731	0,393
Araba sahibi olan aile n(%)	102 (75,6)	122 (80,8)	1,152	0,283

p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. x<sup>2</sup>: Bağımsız gruplarda ki-kare testi

**Tablo 3. Sigara içen ebeveynlerin sigarayı bırakma konusunda düşünce ve çabaları**

	Sigara içen anne (n:47)	Sigara içen baba (n:133)	x <sup>2</sup>	P değeri
Sigarayı bırakmayı düşünen, n (%)	35 (74,4)	96 (72,1)	0,092	0,762
Sigarayı bırakmayı deneyen, n (%)	20 (42,5)	90 (67,6)	9,218	0,002
Sigarayı bırakmak için profesyonel destek alan, n (%)	8 (17,0)	6 (4,5)	7,577	0,006

p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. x<sup>2</sup>: Bağımsız gruplarda ki-kare testi

**Tablo 4. Ailelerin ileride çocuklarının sigaraya başlamasını istememe durumu ve bu durumu önlemede verdikleri önerilerin sıklığı**

	Ebeveynlerden en az biri sigara içen (n=135)	Ebeveynlerden ikisi de sigara içmeyen (n=151)	x <sup>2</sup>	p değeri
İleride çocuğumun sigara kullanmasını istemiyorum n (%)	122 (90,4)	138 (91,4)	0,090	0,764
sigara içmem ve etrafında sigara içilmesine engel olurum, n (%)	67 (49,6)	115 (76,2)	21,678	<0,001
Sigaranın zararları konusunda eğitim vererek önlerim, n (%)	119 (88,1)	144 (95,4)	5,019	0,025
Harçlığımı keserek önlerim, n (%)	11 (8,1)	5 (3,3)	3,157	0,076
Yasak koyarak önlerim, n (%)	23 (17,0)	24 (15,9)	0,068	0,795
Arkadaşlarını kontrol ederek önlerim, n (%)	64 (47,4)	86 (57,0)	2,604	0,107



<b>Tablo 5. Ebeveynlerin sigaranın etkileri konusunda soruları doğru yanıtlama sıklığı</b>	
Sorular	Doğru yanıtlanma sıklığı (%)
Sigara kullanılan ortamda büyüyen bebek ve çocuklarda; menenjit gibi hastalıklar daha ciddi seyretmektedir	48
Sigara ortamında büyüyen bebek ve çocuklarda orta kulak iltihabı sık görülür	50
Çocuğun sigara dumanına maruz kalması, lösemi -lenfoma gibi hastalıklara yol açmaz	53
Bebeğin sigara dumanına maruz kalması ani bebek ölümüne yol açmaz	60
Sigara içmek annenin süt miktarını etkilemez	65
Sigara bebek ve çocuklarda büyüme hızlarını etkilemez	77
Sigarayı dışarıda içip eve girsem bebeğe zarar vermez	85
Sigaranın içindeki zararlı maddeler anne sütüne geçer	90
Ailede sigara kullanılması, çocukların sigara kullanımına başlama yaşını etkilemez	90
Sigara dumanındaki zararlı maddeler kıyafetlerde de uzun süre kalarak, çocuklara zarar verebilir	93
Sigara içilen ortamlarda büyüyen çocuklarda astım, solunum güçlüğü gibi sorunlar daha sık olarak görülmektedir	98
Sigara kullanılan ortamda büyüyen çocuklarda bronşit ve zatürre gibi akciğerler hastalıkları çok daha sık görülmektedir	100

oksijen tedavisi alma ve kronik hastalık varlığı) karşılaştırıldığında gruplar arasında fark bulunamamıştır. Ebeveynlerin sigaranın çocuğa etkileri konusundaki soruları doğru yanıtlanma sıklığı Tablo 5'te gösterilmiştir. Sigaranın solunum yollarına etkileri daha yüksek sıklıkta bilinirken, diğer sistemler üzerinde olan etkilerinin daha az sıklıkta bilindiği görülmüştür (Tablo 5).

## TARTIŞMA

Çalışmamızda sağlıklı çocuk polikliniğine başvuran anne- babaların sigaranın çocuğa etkileri konusunda farkındalıkları, tutum ve davranışları araştırılmıştır. Çalışmaya dahil edilen 286 ailede annelerin 47'si (%16,3), babaların da 133'ünün (%46,3) sigara kullandıkları tespit edilmiştir. Aylık geliri yoksulluk sınırının altında olan ailelerde sigara kullanma oranı anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Sigara kullanmayan ailelerde, çocukların etrafında sigara içilmesini önleme ve gerekli eğitimi verme çocukları sigaradan koruma stratejilerinde, sigara kullanan ailelere göre anlamlı olarak daha yüksek tercih edilen yöntemler olarak saptanmıştır.

Ülkemizde Tütün Mamülleri İstatistikleri 2016 yılı verilerinde yılda 105,6 milyar/adet sigara satışı yapıldığı raporlanmıştır.<sup>20</sup> Dünya Sağlık Örgütü'nün 15 yaş üzeri bireylerin tütün ürünü kullanımı 2012 verileri değerlendirildiğinde; Türkiye'de erkeklerin %42,7'si, kadınların %13,5'i; Çin'de erkeklerin %49'u, kadınların %2'si; Amerika Birleşik Devletlerinde erkeklerin %21'i, kadınların %16,3'ü; Rusya'da erkeklerin %60,3'ü, kadınların 22,5'i sigara içmektedir.<sup>21</sup> Türkiye İstatistik Kurumu 2012 yılı verilerinde ise sigara içme sıklığı 25-34 yaş

grubunda %34,9, 35-44 yaş grubunda ise %36,2 olarak rapor edilmiştir.<sup>22</sup> Araştırmamıza dahil edilen annelerin altıda biri, babaların ise yaklaşık yarısı halen sigara içtiğini ifade etmektedir. Verilerimiz Türkiye istatistiklerinin üzerindedir. Bu durum ülkemizde kayıtlara girmemiş verilerin de olabileceğini, gerçekte sigara içme sıklığının daha yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Çin'de yapılan bir çalışmada sigara içen kadınların yaklaşık %83'ünün gebelikte sigarayı bıraktığı belirtilmiştir. Kadınlarda gebelikte sigara içme sıklığı ise %3,8 bulunmuştur.<sup>23</sup> Araştırmamızda ebeveynlere tüm yaşamları boyunca sigara içme durumları sorulduğunda; geçmişte yani çocukları olmadan önce sigara içme durumu hem annelerde hem de babalarda çocukları olduktan sonrasına göre (şuan sigara içme durumu) çok daha yüksek bulunmuştur. Ancak çalışmamızda gebelik sırasında annelerin sigara içme sıklığı oldukça düşmüşken, bu azalma babalarda görülmemektedir. Oysaki yapılan bir çalışmada, sigara içmeyen gebelerin eşlerinin sigara içmesi durumunda, gebelerde çevresel sigara dumanı maruziyetini göstermek için bakılan saç nikotin seviyeleri yüksek bulunmuştur.<sup>24</sup>

Ülkemizde evler haricinde tüm kapalı alanlarda sigara içme yasağı bulunmaktadır.<sup>25</sup> Araştırmamızda ailelerin neredeyse tamamının bu yasağa uyduğu görülmektedir. Ancak ailelerin yarısının evlerinde sigara içilmesine izin verdikleri görülmektedir. Bir araştırmada çocukları çevresel sigara dumanı maruziyetinin olumsuz etkilerinden korumak için; yalnızca ebeveynlerin sigara içmemesi yeterli bulunmamış, aynı zamanda aile bireyleri ve misafirlerin de evde sigara içmesine izin

verilmemesi gerektiği vurgulanmıştır.<sup>26</sup> Araştırmamızdaki ailelerin yarısının evlerinde sigara içilmesine müsaade etmeleri; sigaranın çocuğa etkilerini aslında içselleştirmemiş olduklarını, yalnızca yasaklamalar varlığında çocuklarını sigara dumanından koruduklarını düşündürmektedir.

Araştırmamızda sigara içme sıklığı yoksulluk sınırının altında aylık geliri olan grupta anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Oysa sigara pahalıdır ve hane bütçelerine ek bir yük getirmektedir.<sup>27</sup> Amerika’da yapılan bir araştırmada sigara içen bireylerin sigara içmeyenlere kıyasla ev ihtiyaçlarını daha az karşıladıkları ortaya konulmuştur. Araştırmacılar düzenli sigara kullanım maliyetinin düşük gelirli ailelerde bütçede önemli bir yük oluşturduğunu belirtmektedir.<sup>28</sup> Bir derlemede düşük sosyoekonomik düzey gibi dezavantajlı gruplar arasında sigara içme prevalansı daha yüksek bulunmuştur ve dezavantajlı gruplarda sigara içenlerin tütünün zararlarına daha fazla maruz kalabildikleri belirtilmiştir. Ayrıca, düşük sosyoekonomik statüye sahip olanların, sigarayı bırakma girişimlerinin başarılı olma olasılığının daha düşük olduğu belirtilmiştir. Bu durumun; sosyal yardım desteğinin azalması, sigara bırakmanın düşük motivasyonu, tütün bağımlılığının daha fazla olması, farmakoterapi veya davranışsal destek seanslarının tamamlanamaması, öz yeterlik eksikliği gibi psikolojik farklılıklardan kaynaklanabileceği vurgulanmıştır.<sup>29</sup>

Bir toplum sağlığı sorunu olan sigarayla mücadele, özellikle son on yılda olmak üzere ülkemizde önemli derecede yaygınlaşmıştır.<sup>30</sup> Sigarayla mücadelede asıl hedef özellikle çocuk ve gençlerin sigaraya başlamasının önlenmesi olsa da, sigara içenlerin de büyük kısmının sigarayı bırakmak istediği belirtilmektedir.<sup>31-32</sup> Çalışmamızda sigara kullanan anne ve babalardan dörtte üçü sigarayı bırakmak istediklerini ifade etmişlerdir. Ancak sigara bırakma konusunda profesyonel destek alma sıklığı her iki ebeveynde de düşük bulunmuştur. Bu durum sigarayı bırakmak isteyen ebeveynlerin nasıl ve nerede tedavi olacaklarını bilmemesinden yada sigara bırakma konusunda hekimden yardım alamamasından kaynaklanıyor olabilir. Ülkemizden yapılan bir çalışmada aile hekimlerinin %85’i sigara bağımlılığı tedavisi için eğitim almadıklarını belirtmiştir.<sup>33</sup>

Bir çalışmada sigara içen ebeveynlere, “kendi çocuklarının sigara içmemesini diledikleri” hatırlatıldığında, sigara ile birlikte içki içen ebeveynlerde bile sigarayı bırakma isteğinin arttığı gösterilmiştir.<sup>34</sup> Sigara kullanımı konusunda risk azaltma modelini belirleyen bir çalışmada hem çevresel hem de aile modellemesinin sağlık davranışının gelişiminde önemli bir rol oynadığı vurgulanmış, ebeveynlerin sigara kullanımının

çocuğun sigaraya başlamasında bir risk olduğu belirtilmiştir.<sup>35</sup> Başka bir çalışmada sigara içen ailelerde büyüekte olan çocukların sigara bağımlılığı eğiliminin iki kat daha fazla olduğu belirtilmiştir.<sup>36</sup> Kuşkusuz ki ebeveynlerin çok büyük bir kısmı çocuklarına zarar gelmesini istememektedir. İleride çocuğunun sigara kullanmasına dair ebeveynin düşüncesi sorulduğunda, hem sigara içen hem de içmeyen gruptakilerin yaklaşık %90’ı çocuğunun sigara kullanmasını istemediğini belirtmiştir. Buna önem olarak her iki grup da “sigara içmem ve etrafında içilmesine engel olurum” ifadesini bildirmiştir. Çalışmamızda dikkat çeken ve önemle üzerinde düşünülmesi gereken bulgulardan biri de %10 ebeveynin çocuğunun ileride sigara kullanması konusundaki düşüncesine “fikrim yok/fark etmez” ifadesini belirtmesidir.

Bir çalışmada ebeveynlerin sigara içip içmediğine bakılmaksızın, anne babasının görüşlerine değer veren ergenlerin, son 6 ay içinde sigarayı bırakmayı ciddi olarak düşündükleri belirtilmiştir.<sup>34</sup> Araştırmamızda yasak ve kontrol mekanizmaları ile çocuğunun sigaraya başlamasını önlemenin etkili olduğunu düşünen aile sayısı oldukça azken, çoğunluk eğitimle bu durumun önlenebileceğini belirtmiştir. Literatürde aile ve arkadaşların çocukların sigara içme kararlarını etkiledikleri bilgisiyle, aile odaklı sigara önleme programlarında otoriter ya da ihmalkar ebeveyn yerine kurallar koyan yetkin ebeveyn modelinin başarılı olduğu gösterilmiştir.<sup>37</sup> Bu durum çocukların ebeveynlerini rol model almalarının yanında, etkin ebeveyn- çocuk iletişiminin akılda tutulması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Sigaranın akut ve kronik solunum yolu hastalıkları, orta kulak enfeksiyonu, akut astım atağını tetiklemesi, ani bebek ölümü sendromu, sinir sistemi gelişimsel sorunları ve kanser gibi bir çok hastalığa yol açtığı bilinmektedir. Ayrıca gebelikte annenin sigara içimi ve çevresel sigara dumanı maruziyetinin bebek akciğer gelişimini etkilediği ve çocukluk çağındaki üst ve alt solunum yolu enfeksiyonu, wheezing veya astım ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır.<sup>12</sup> Yapılan bir çalışmada astımı olan ergenlerde günlük çevresel sigara dumanı maruziyetinin atak geçirme riskini 2 kat artırdığı ve bu çocuklarda okul devamsızlığının en sık nedeni olduğu bildirilmiştir.<sup>38</sup> Araştırmaya katılan tüm ebeveynler sigaranın çocuklar üzerine olumsuz etkilerini genel olarak bildiklerini ifade etmiştir. Ancak ebeveynlere sigaranın neden olduğu durumlar tek tek sorulduğunda, çoğunlukla solunum sistemi üzerine olan etkileri bilinirken, ani bebek ölümü sendromu, lösemi, lenfoma gibi ölümcül seyreden hastalıkların etiolojisindeki rolü ebeveynlerin yaklaşık yarısı tarafından bilinmemiştir. Bu durum ebeveynlerin sigaranın etkileri konusunda yeteri

kadar bilgilerinin olmadığını göstermektedir. Oysa ebeveynlerin, çevresel sigara dumanının sağlık riskleri konusunda bilgisini değerlendiren bir çalışmada, bilgi seviyesinin artmasıyla sigara dumanına karşı önlem almanın arttığı belirtilmiştir.<sup>39</sup>

### Çalışmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde Sosyal Pediatri Polikliniğine gelen ailelerin yalnızca %25'inin araştırmaya katılmayı kabul etmiş olması örneklemin temsil gücünü düşürdüğünden araştırmanın en büyük kısıtlılığıdır. Ayrıca araştırmada çocukların sigaranın neden olduğu hastalıklara yakalanma sıklıkları yalnızca ebeveynlerden alınan öyküden öğrenilmiştir. Özellikle sigara içen ebeveynlerin yanlı olma olasılığı göz önüne alındığında bilgilerin hastane kayıtlarından öğrenilememiş olması bu araştırmanın kısıtlılığıdır.

### SONUÇ

Sonuçta araştırmamıza dâhil olan ebeveynlerde çevresel sigara dumanı maruziyetinin farkında oldukları ancak bunu engellemeye yönelik dış mekanlardaki zorunlu “dumansız hava sahası” yaşağı dışında ailelerin çocuklarını korumak adına bu durumu içselleştirmedikleri anlaşılmıştır. Bunun yanında ebeveynlerin, sigaranın çocuklarına olası etkilerini yeterince bilmedikleri de görülmüştür.

Özellikle koruyucu önleyici bakım hizmetleri kapsamında sağlıklı çocuk izlemi ziyaretlerinde “Ebeveynin farkındalık ve düşüncesinden çok, tutum ve davranışının çocuğunun sigaraya başlamasını engelleyeceği” bilgisi de ailelere vurgulanmalıdır. Bunun yanı sıra sigara bağımlılığının sık görüldüğü ülkemizde sigara bırakma polikliniklerinin sayısı artmaya başlasa da, sigarayı bırakma motivasyonunun düşük olduğu unutulmamalı ve bağımlıların sigara bırakma polikliniklerine ulaşmaları desteklenmelidir.

**Etik Kurul Onayı:** Ankara Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan çalışma için etik kurul onayı alınmıştır.

**Hasta Onayı:** Çalışmaya katılan tüm hastalardan onam alınmıştır.

**Finansal Destek:** Yazar tarafından finansal destek almadığı bildirilmiştir.

### KAYNAKLAR

1. Ülkemizde her yıl 30 bin kişi akciğer kanseri oluyor.  
<http://www.toraks.org.tr/halk/News.aspx?detail=2215/> (online erişim: 11.12.2017).
2. Brown N, Lockett T, Davidson PM, Di Giacomo M. Interventions to reduce harm from smoking with families in infancy and early

- childhood: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2015;12:3091-119.
3. Owili PO, Muga MA, Pan WC, Kuo HW. Indoor secondhand tobacco smoke and risk of under-five mortality in 23 sub-Saharan Africa countries: A population based study and meta-analysis. *PLoSOne* 2017;12:e0177271.
4. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data: Second-hand smoke Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2017 June15]. Available from:[http://www.who.int/gho/phe/secondhand\\_smoke/en](http://www.who.int/gho/phe/secondhand_smoke/en). Accessed August 5, 2017.
5. World Health Organization, 2015. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2015. Available from:[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf) Accessed August 6, 2017.
6. Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1997;52:1003-9.
7. Farber HJ, Groner J, Walley S, Nelson K, Section On Tobacco C. Protecting Children From Tobacco, Nicotine, and Tobacco Smoke. *Pediatrics* 2015;136:e1439-67.
8. Jaakkola MS, Jaakkola JJ. Adverse health effects of passive smoking. *Duodecim* 2012;128:1097-106.
9. Polanska K, Krol A, Merecz-Kot D, et al. Environmental Tobacco Smoke Exposure during Pregnancy and Child Neurodevelopment. *Int J Environ Res Public Health* 2017;14(7).pii: E796. doi: 10.3390/ijerph14070796.
10. MacDorman MF, Cnattingius S, Hoffman HJ, Kramer MS, Haglund B. Sudden infant death syndrome and smoking in the United States and Sweden. *Am J Epidemiol* 1997;146:249-57.
11. Ton AT, Biet M, Delabre JF, Morin N, Dumaine R. In-utero exposure to nicotine alters the development of the rabbit cardiac conduction system and provides a potential mechanism for sudden infant death syndrome. *Arch Toxicol* 2017;doi: 10.1007/s00204-017-2006-x. [Epub ahead of print].
12. Vanker A, Gie RP, Zar HJ. The association between environmental tobacco smoke exposure and childhood respiratory disease: a review. *Expert Rev Respir Med* 2017;11:661-73.
13. Tanaka K, Miyake Y, Furukawa S, Arakawa M. Second hand smoke exposure and risk of wheeze in early childhood: a prospective pregnancy birth cohort study. *Tob Induc Dis* 2017; 15:30.
14. Henderson J, Granell R, Heron J, et al. Associations of wheezing phenotypes in the first 6 years of life with atopy, lung function and

- airway responsiveness in mid-childhood. *Thorax* 2008; 63:974–980.
15. Hovland V, Riiser A, Mowinckel P, Carlsen KH, LodrupCarlsen KC. The significance of early recurrent wheeze for asthma outcomes in late childhood. *Eur Respir J* 2013;41:838–845.
  16. Törmänen S, Lauhkonen E, Riikonen R, et al. Risk factors for asthma after infant bronchiolitis. *Allergy* 2017; Nov 4. doi: 10.1111/all.13347. [Epubahead of print].
  17. Scalici F, Schulz PJ. Influence of perceived parent and peer endorsement on adolescent smoking intentions: parents have more say, but their influence wanes as kids get older. *PLoSOne* 2014; 9(7):e101275.
  18. Halterman JS, Fagnano M, Conn KM, Szilagyi PG. Do parents of urban children with persistent asthma ban smoking in their homes and cars? *Ambul Pediatr* 2006;6:115-9.
  19. Türkiye İstatistik Kurumu Yoksulluk İstatistikleri Available from: [www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1013](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1013) Accessed August 8, 2017.
  20. Tütün Mamulleri Piyasası, Tütün Mamülleri İstatistikleri. Available from: <http://www.tapdk.gov.tr/tr/piyasa-duzenlemeleri/tutun-mamulleri-piyasasi/tutun-mamulleri-istatistikleri.aspx> Accessed August 8, 2017.
  21. Global Health Observatory data. Prevalence of tobacco smoking. Available from: <http://www.who.int/gho/tobacco/use/en/> Accessed November 20, 2017.
  22. Küresel Yetişkin Tütün Kullanımı İstatistikleri Available from: [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1042](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1042) Accessed August 8, 2017.
  23. Xu X, Rao Y, Wang L, et al. Smoking in pregnancy: a cross-sectional study in China. *Tob Induc Dis* 2017;15:35.
  24. Yang L, Tong EK, Mao Z, Hu TW. Exposure to second hand smoke and associated factors among non-smoking pregnant women with smoking husbands in Sichuan province, China. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89:549-57.
  25. Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun. Available from: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4207.doc>. Accessed August 8, 2017.
  26. Yousey Y. Family attitudes about tobacco smoke exposure of young children at home. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2007;32:178-83.
  27. Belvin C, Britton J, Holmes J, Langley T. Parental smoking and child poverty in the UK: an analysis of national survey data. *BMC Public Health* 2015;15:507.
  28. Busch SH, Jofre-Bonet M, Falba TA, Sindelar JL. Burning a hole in the budget: tobacco spending and its crowd-out of other goods. *Appl Health Econ Health Policy* 2004;3:263-72.
  29. Hiscock R, Bauld L, Amos A, Fidler JA, Munafò M. Socioeconomic status and smoking: a review. *Ann N Y Acad Sci* 2012;1248:107-23.
  30. Türkiye. Halk Sağlığı Kurumu Tütün Bağımlılığı Eğitimi ve Tedavisi Available from: <http://www.havanikoru.org.tr> (<http://thsk.saglik.gov.tr>) Accessed August 8, 2017.
  31. Jamal A, King BA, Neff LJ, Whitmill J, Babb SD, Graffunder CM. Current Cigarette Smoking Among Adults - United States, 2005-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2016;65:1205-11.
  32. Map of Current Cigarette Use Among Adults, Available from: <https://www.cdc.gov/statesystem/cigaretteuseadult.html> Accessed August 8, 2017.
  33. Üçer H, Keten HS, Ersoy Ö, Çelik M, Sucaklı MH, Kahraman H. Aile hekimlerinin sigara bağımlılığı tedavisi konusundaki bilgi, tutum ve uygulamaları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2014; 2:58-62.
  34. Castrucci BC, Gerlach KK. The association between adolescent smokers' desire and intentions to quit smoking and their views of parents' attitudes and opinions about smoking. *Matern Child Health J* 2005;9:377-84.
  35. DiNapoli PP. Early initiation of tobacco use in adolescent girls: key sociostructural influences. *Appl Nurs Res* 2009;22:126-32.
  36. Hill KG, Hawkins JD, Catalano RF, Abbott RD, Guo J. Family influences on the risk of daily smoking initiation. *J Adolesc Health* 2005;37:202-10.
  37. Thomas RE, Baker PR, Thomas BC, Lorenzetti DL. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2015:CD004493.
  38. Navon L, Fiore B, Anderson H. Asthma and tobacco: double trouble for Wisconsin adolescents. *WMJ* 2005; 104:47-53.39.
  39. Helgason AR, Lund KE. Environmental tobacco smoke exposure of young children--attitudes and health-risk awareness in the Nordic countries. *Nicotine Tob Res* 2001; 3:341-5.



Original Research / Özgün Araştırma

# Relationship Between Preconception Care and Pregnancy Planning Status with Folic Acid and Smoking: A Cross-Sectional Study

Gebelik Öncesi Bakım Alma ve Gebeliklerin Planlı Olma Durumunun Folik Asit ve Sigara İle İlişkisi: Kesitsel Bir Araştırma

Ceyhun Yurtsever<sup>\*1</sup>, Turan Set<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Introduction:** In this study, it was aimed to evaluate preconception counseling and pregnancy planning status and to determine the relationship between these status and knowledge about folic acid (FA), use of FA and smoke exposure in pregnant women. **Methods:** This study was carried out as a cross-sectional study between January-April 2015 among women who applied to Karadeniz Technical University Medical Faculty for pregnancy follow-up (n=199). Participants' demographic characteristics, preconception counseling and pregnancy planning status, knowledge and use of FA, smoking and passive smoking were evaluated by applying a questionnaire face to face interview method. Descriptive statistics, Student t test, Mann-Whitney U test and Chi square test were performed. Statistical significance level was taken as  $p < 0,05$ . **Results:** The mean age of participants was  $30,2 \pm 5,8$  years. Twenty-six percent of the participants had consulted by any doctor for preconception care. The proportion of women who indicated that they planned current pregnancy was 63.8%. While rate of those who stated that they use regular FA was %62,8, ten percent of them started to use it before conception. The rate of those who continued to smoke during pregnancy was 6,5% and 32% of the participants were exposed to smoke. In pregnant with preconception counseling; rate of pregnancy planning, using FA before pregnancy and knowing that FA prevented birth defects were higher ( $p < 0,05$ ). There was no statistically significant relationship between demographic characteristics, regular FA use and smoking exposure and preconception counseling ( $p > 0,05$ ). **Conclusion:** Preconception care services, a very important opportunity in terms of improving the health of women and possible children, have been found to be inadequate in our study. All health workers who serve women in the reproductive age should be encouraged to have preconception counseling.

**Key words:** Folic acid, planned pregnancy, preconception care, primary care, smoke

## ÖZET

**Giriş:** Bu çalışmada, gebelerin, gebelik öncesi danışmanlık alma ve gebeliklerinin planlı olma durumunun; folik asit (FA) hakkında bilgi düzeyi, FA kullanımı ve sigara dumanı maruziyeti ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bu çalışma, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesine, gebelik takibi amacıyla başvuran kadınlar arasında, Ocak-Nisan 2015 tarihleri arasında kesitsel bir araştırma olarak yürütülmüştür (n=199). Katılımcıların demografik özellikleri, gebelik öncesi danışmanlık alma durumu, gebeliğinin planlı olup olmadığı, FA hakkında bilgi düzeyi ve kullanımı, sigara kullanımı ve pasif içicilik durumu, yüz yüze görüşme yöntemiyle bir anket formu uygulanarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, Student t testi, Mann-Whitney U testi ve Ki kare testi yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak alınmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması  $30,2 \pm 5,8$  yıldır. Gebelik öncesi bakım için, herhangi bir doktordan danışmanlık alanların oranı %26,1'dir. Mevcut gebeliğini planladığını belirten kadınların oranı %63,8'dir. Düzenli FA kullandığını belirtenlerin oranı %62,8 iken, bunların sadece %9,9'u gebelik öncesinde kullanmaya başlamıştır. Gebeliği süresince sigara kullanmaya devam edenlerin oranı %6,5 iken, katılımcıların %31,7'si sigara dumanına maruz kaldığını belirtmiştir. Gebelik öncesi danışmanlık alanlarda; gebeliklerini planlama, gebelik öncesi FA kullanmaya başlama ve FA'nın doğumsal anomalileri önlediğini bilme oranı daha yüksek bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Demografik özellikler, düzenli FA kullanımı ve sigara maruziyeti ile gebelik öncesi danışmanlık alma arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ). **Sonuç:** Çalışmamızda, kadın ve olası çocuklarının sağlığını geliştirilmesi açısından çok önemli bir fırsat olan gebelik öncesi bakım hizmetlerinin yetersiz olduğu görülmüştür. Üreme çağındaki kadınlara hizmet eden bütün sağlık çalışanları, gebelik öncesi danışmanlık konusunda bilinçlendirilmeli ve cesaretlendirilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Birinci basamak, folik asit, gebelik öncesi bakım, planlı gebelik, sigara

Received / Geliş tarihi: 03.11.2017, Accepted / Kabul tarihi: 25.12.2017

<sup>1</sup>KTÜ Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

\*Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Ceyhun Yurtsever. KTÜ Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı.TrabzonTÜRKİYE, E-mail: ceyhunyurtsever@hotmail.com

Yursever C, Set T. Gebelik Öncesi Bakım Alma ve Gebeliklerin Planlı Olma Durumunun Folik Asit ve Sigara İle İlişkisi: Kesitsel Bir Araştırma.TJFMPC, 2018;12(1): 43-48. DOI: 10.21763/tjfm.399914

## GİRİŞ

Gebelik öncesi bakım; bir kadının sağlığı veya gebelik sonuçlarına yönelik biyomedikal, davranışsal ve sosyal riskleri tanımlamayı ve değiştirmeyi amaçlayan, maksimum etki için bunun gebelik öncesi ya da erken gebelikte uygulanması gerekliliğini vurgulayan, bir dizi önleme ve yönetim stratejileridir.<sup>1-3</sup>

ABD’de yapılan çalışmalarda, gebelik öncesi bakım alma oranının %32 olduğu gösterilmiştir.<sup>4,5</sup> Birçok ülkede, gebelik öncesi bakım, doğum öncesi ve gebelik kılavuzlarında yer alsa da, tanımlanmış risk faktörleri olmayan kadınlara gebelik öncesi bakım verilmesi ihmal edilmiştir.<sup>6,7</sup> Ülkemizde de benzer şekilde gebelik öncesi bakım hizmetleri, nitelik ve nicelik bakımından beklenenin altında kalmıştır.<sup>8</sup>

Gebelik öncesi bakım, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için en önemli fırsattır.<sup>9</sup> Planlanmış gebeliklerin, daha iyi sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğu açıktır.<sup>10</sup> Plansız bir gebelikte, kadın gebe kaldığını anlayıp ilk prenatal kontrolüne gelinceye dek geçen sürede fetus, organogenez sürecini çoktan tamamlamakta ve ilk doğum öncesi kontrol, perinatal risk faktörlerini gidermek için geç kalmaktadır.<sup>11,12</sup>

Gebelik öncesi bakım, ilk olarak hekimin hastalarına gebelik niyetlerini sorması ve üreme yaşam planı oluşturulmasını teşvik etmesiyle başlar. Gebelik planlanmıyorsa hekim, uygun kontraseptif yöntemin uygulandığından emin olmalıdır. Gebe kalmak isteyenler için ise risk değerlendirilmesi yapılmalı ve buna uygun danışmanlık verilmelidir.<sup>13,14</sup>

Gebelik öncesi bakım; yaşam tarzı faktörlerinin kontrol edilmesi (kilo kontrolü, aktif veya pasif sigara içiciliği konusunda danışmanlık gibi), annede önceden var olan tıbbi bozuklukların yönetimi, kullanılan ilaçların incelenmesi, enfeksiyonların taranması ve belirtilen aşuların sağlanması, folik asit (FA) takviyesini içeren beslenme düzenlemesi, genetik hastalıklar için tarama ve önceki gebelik komplikasyonlarının gözden geçirilmesi gibi bir dizi müdahaleyi içerir.<sup>2,15</sup>

Nöral tüp hasarlarını önlemek amacıyla, günlük 0,4 mg FA takviyesinin konsepsiyon öncesi başlanması ve gebeliğin 3. ayına kadar sürdürülmesi önerilmektedir.<sup>16,17</sup>

Annenin, aktif ya da pasif sigara dumanına maruz kalmasının, intrauterin büyüme geriliği, prematürite, düşük doğum ağırlığı, konjenital malformasyonlar ve ani bebek ölümü sendromuna yol açabileceği gösterilmiştir.<sup>18</sup> Bundan dolayı, sigara dumanı maruziyetinin ortadan kaldırılması, gebelik öncesi bakım açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmada gebelerin, gebelik öncesi danışmanlık alma ve gebeliklerinin planlı olma durumunun; FA hakkında bilgi düzeyi, FA kullanımı

ve sigara dumanı maruziyeti ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

Bu çalışma, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesinde Ocak-Nisan 2015 tarihleri arasında kesitsel bir araştırma olarak yürütülmüştür.

Çalışmaya, kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine gebelik takibi nedeniyle başvuran 18 yaş ve üstü gönüllü kadınlar dahil edilmiştir. Katılımcılara demografik özelliklerini, gebelik öncesi danışmanlık alma durumunu, gebeliğin planlı olup olmadığını, FA hakkında bilgi düzeyini ve kullanımını, sigara kullanımını ve pasif içicilik durumunu sorgulayan bir anket yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulandı. Toplam 199 katılımcının verileri analiz edilmiştir.

Veriler, bilgisayar ortamında SPSS istatistik paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Numerik değişkenlerin normal dağılımı Kolmogorov Smirnov Z testi ile değerlendirildi. Numerik bağımsız değişkenler için, ikili karşılaştırmalarda normal dağılıma uyanlarda Student t testi, uymayanlarda Mann-Whitney U testi yapıldı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırmasında Ki kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak alınmıştır.

## BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması  $30,2 \pm 5,8$  yıldır. Toplam gebelik sayısı ortancası 3 (min:1, max:8), yaşayan çocuk sayısı ortancası 1 (min:0, max:6) idi. Gebe kalmadan önce prekonsepsiyonel bakım için herhangi bir doktordan danışmanlık alanların oranı %26,1’di (n=52). Gebeliğini planladığını belirten katılımcıların oranı %63,8’di (n=127). Düzenli FA kullandığını belirtenlerin oranı %62,8 (n=125) iken, bunların sadece %9,9’u (n=12) gebelik öncesinde kullanmaya başladığını bildirmiştir. FA’nın doğumsal anomalileri önlemesi hakkında bilgi sahibi olanların oranı %43,2’ydi (n=86). Gebe kalmadan önce katılımcıların %14,6’sı (n=29) sigara kullandığını belirtmişlerdir. Bunların 44,8’i (n=13) gebeliği süresince sigara kullanmaya devam ederken, %55,2’si (n=16) gebelik dolayısıyla sigara kullanmayı bırakmıştır. Katılımcıların %31,7’si (n=63) sigara dumanına maruz kaldığını belirtmişlerdir.

Gebelik öncesi bakım alanlar arasında almayanlara göre planlı gebelik oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p < 0,001$ ; Tablo 1).

Yaşı daha büyük ( $p < 0,001$ ), toplam gebelik sayısı ( $p < 0,001$ ) ve yaşayan çocuk sayısı daha fazla olan ( $p < 0,001$ ), eğitim durumu düşük ( $p = 0,009$ ), çalışmayan ( $p = 0,040$ ) ve kırsal kesimde yaşayan

(p=0,009) katılımcılarda gebeliklerinin planlı olma oranı istatistiksel yönden anlamlı olarak daha düşükken, gebelik öncesi bakım alma açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır

(sırasıyla; p=0,694, p=0,683, p=0,275, p=0,957, p=0,186, p=0,833; Tablo 2).

	Planlı gebelikler n (%)	Plansız gebelikler n (%)
<b>Gebelik öncesi bakım alanlar</b>	46 (88,5)	6 (11,5)
<b>Gebelik öncesi bakım almayanlar</b>	81 (55,1)	66 (44,9)
<b>Toplam</b>	127 (63,8)	72 (36,2)

p<0,001 (Ki kare testi; X<sup>2</sup>:18,513)

	Planlı gebelikler	Plansız gebelikler	t*, Z**, X <sup>2</sup> *** (p değeri)	Gebelik öncesi bakım alanlar	Gebelik öncesi bakım almayanlar	t*, Z**, X <sup>2</sup> *** (p değeri)
<b>Yaş, ortalama±SS</b>	29±5,5	32,4±5,8	-4,206* (<0,001)	29,9±5,6	30,3±5,9	-0,394* (0,694)
<b>Toplam gebelik sayısı, ortanca (min-max)</b>	2 (1-8)	3 (1-8)	-6,583** (<0,001)	3 (1-8)	3 (1-8)	-0,409** (0,683)
<b>Yaşayan çocuk sayısı, ortanca (min-max)</b>	0 (0-4)	2 (0-6)	-6,795** (<0,001)	1 (0-3)	1 (0-6)	-1,091** (0,275)
<b>Eğitim durumu, n (%)</b>			9,377*** (0,009)			0,087*** (0,957)
<b>İlköğretim veya altı</b>	53 (41,7)	46 (63,9)		25 (48,1)	74 (50,3)	
<b>Lise</b>	43 (33,9)	17 (23,6)		16 (30,8)	44 (29,9)	
<b>Üniversite veya üstü</b>	31 (24,4)	9 (12,5)		11 (21,1)	29 (19,7)	
<b>Çalışma durumu, n (%)</b>			4,198*** (0,040)			1,752*** (0,186)
<b>Çalışan</b>	46 (36,2)	16 (22,2)		20 (38,5)	42 (28,6)	
<b>Çalışmayan</b>	81 (63,8)	56 (77,8)		32 (61,5)	105 (71,4)	
<b>Yaşadığı yer, n (%)</b>			6,907*** (0,009)			0,044*** (0,833)
<b>Köy ya da ilçe</b>	53 (41,7)	44 (61,1)		26 (50,0)	71 (48,3)	
<b>Şehir</b>	74 (58,3)	28 (38,9)		26 (50,0)	76 (51,7)	

\*Student t testi, \*\*Mann-Whitney U testi, \*\*\*Ki kare testi

Gebeliği planlı olan katılımcıların, düzenli FA kullanımı (p=0,005) ve FA'nın doğumsal anomalileri önlediğini bilme oranı (p=0,003) anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gebelik öncesi bakım almak FA'nın konsepsiyon öncesi başlanması oranını (p<0,001) ve FA bilgi düzeyini (p=0,001) arttırmaktaydı. Ancak düzenli FA kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır (p=0,075; Tablo 3).

Gebeliği planlı olanlarda, sigara kullanmama oranı anlamlı şekilde daha yüksekken (p=0,014), gebelik öncesi bakım almayla sigara kullanımı arasında istatistiksel fark tespit edilmemiştir (p=0,738). Aynı şekilde gebeliğin planlı olma veya gebelik öncesi bakım alma durumuna göre sigara duman maruziyetinde anlamlı bir fark saptanamamıştır (sırasıyla; p=0,484, p=0,393; Tablo 4).

## TARTIŞMA

Bu çalışmada, üçüncü basamak bir sağlık kuruluşuna gebelik takibi amacıyla başvuran kadınların, gebelik öncesi danışmanlık alma ve gebeliklerinin planlı olma durumu değerlendirilmiş, FA hakkında bilgi düzeyi, FA kullanımı ve sigara dumanı maruziyeti ile ilişkisi incelenmiştir.

ABD'de yapılan çalışmalarda, gebelik öncesi bakım alma oranının %32 olduğu, daha genç ve düşük sosyoekonomik statüye sahip olmanın bu oranı azalttığı bildirilmiştir<sup>4,5</sup>. Çalışmamızda ise katılımcıların %73,9'unun gebelik öncesi bakım almadığı ve incelenen demografik özelliklerin bunu etkilemediği tespit edilmiştir. Bu sonuç, ülkemizde gebelik öncesi bakım hizmetlerinin toplumun bütün kesimleri için bir eksiklik olduğunu göstermektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda, planlı gebelik oranının Türkiye'de %74,<sup>19,20</sup> ABD de ise yaklaşık %50 olduğu gösterilmiştir.<sup>21,22</sup> Bizim çalışmamız,

**Tablo 3. Gebelik öncesi bakım ve gebeliklerinin planlı olma durumunun folik asit (FA) hakkında bilgi düzeyi ve kullanımı ile ilişkisi**

	Planlı gebelikler	Plansız gebelikler	X <sup>2*</sup> (p değeri)	Gebelik öncesi bakım alanlar	Gebelik öncesi bakım almayanlar	X <sup>2*</sup> (p değeri)
<b>Düzenli FA kullanımı, n (%)</b>			7,931* (0,005)			3,174* (0,075)
<b>Evet</b>	89 (70,1)	36 (50,0)		38 (73,1)	87 (59,2)	
<b>Hayır</b>	38 (29,9)	36 (50,0)		14 (26,9)	60 (40,8)	
<b>FA başlanma zamanı, n (%)</b>			2,576* (0,108)			22,456* (<0,001)
<b>Gebe kalmadan önce</b>	11 (12,6)	1 (2,9)		11 (28,9)	1 (1,2)	
<b>Gebelik öğrenildikten sonra</b>	76 (87,4)	33 (97,1)		27 (71,1)	82 (98,8)	
<b>FA'nın doğumsal anomalileri önlediğini bilme, n (%)</b>			9,075* (0,003)			11,758* (0,001)
<b>Evet</b>	65 (51,2)	21 (29,2)		19 (63,5)	53 (36,1)	
<b>Hayır</b>	62 (48,8)	51 (70,8)		33 (36,5)	94 (63,9)	

\*Ki kare testi

**Tablo 4. Gebelik öncesi bakım ve gebeliklerinin planlı olma durumu ile sigara maruziyeti ilişkisi**

	Planlı gebelikler	Plansız gebelikler	X <sup>2*</sup> (p değeri)	Gebelik öncesi bakım alanlar	Gebelik öncesi bakım almayanlar	X <sup>2*</sup> (p değeri)
<b>Sigara kullanımı, n (%)</b>			8,552* (0,014)			0,607* (0,738)
<b>Gebelikte devam edenler</b>	4 (3,1)	9 (12,5)		4 (7,7)	9 (6,1)	
<b>Gebelik dolayısıyla bırakanlar</b>	8 (6,3)	8 (11,1)		3 (5,8)	13 (8,8)	
<b>Kullanmayanlar</b>	115 (90,6)	55 (76,4)		45 (86,5)	125 (85,1)	
<b>Sigara dumanına maruziyet, n (%)</b>			0,490* (0,484)			0,730* (0,393)
<b>Evet</b>	38 (29,9)	25 (34,7)		14 (26,9)	49 (33,3)	
<b>Hayır</b>	89 (70,1)	47 (65,3)		38 (73,1)	98 (66,7)	

\*Ki kare testi

biraz daha düşük olsa da (%63,8) Türkiye verileriyle benzer oranları ortaya koymuştur. Daha büyük yaş, daha fazla gebelik ve çocuk sayısı, düşük eğitim durumu, herhangi bir işte çalışmama ve kırsal kesimde yaşama daha fazla plansız gebelik oranıyla ilişkiliydi. Bu durum Gözükara ve Tezel tarafından 2015'de yayınlanan ayrı çalışmalarla paralellik göstermektedir.<sup>23,24</sup> Gebelik planlamasında ortaya çıkan bu sonuç, daha düşük sosyoekonomik statüye sahip bireyler özelinde aile planlaması politikasının gözden geçirilmesi gerekliliğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda beklendiği üzere, gebelik öncesi danışmanlık alanlarda gebeliğin planlı olması oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ülkemizde, gebelik öncesi bakım ve gebeliklerin planlı olması ilişkisini inceleyen benzer herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak bu fark 2014'de ABD'de yayınlanan bir çalışmayla örtüşmektedir.<sup>5</sup> Gebelik öncesi danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesinin plansız gebeliklerin en aza indirgenmesinde büyük öneme sahip olduğu açıktır.

Daha önce Türkiye'de yapılan çalışmalarda, FA'nın doğumsal anomalileri önlediğini bilenlerin oranı yaklaşık %47 olarak bildirilmiştir.<sup>25,26</sup> Bizim çalışmamızda ise, gebelerin %43,2'si FA'nın doğumsal anomalileri önlemesi hakkında bilgi sahibiydi. Gebelik öncesi bakım

alanlarda ve planlı gebeliği olanlarda oran daha yüksek bulunmuştur. Yine çalışmamızda üç gebeden ikisinin düzenli FA kullandığı ancak sadece on gebeden birinin konsepsiyon öncesinde kullanmaya başladığı görülmüştür. Ülkemizde, FA kullanım oranı değişmekle birlikte gebelik öncesi başlama oranları %9-14 arasında değişmektedir.<sup>25,26</sup> Bu da FA kullanımının yaygınlaşmasına rağmen, gebeliklerin büyük çoğunluğunda geç kalındığını göstermektedir.

Yapılan çalışmalarda, gebelik öncesi bakım alan kadınlarda yeterli perikonsepsiyonel FA alım oranı daha yüksek tespit edilmiştir.<sup>6,27</sup> Bizim çalışmamızda da benzer fark mevcuttur. Buna rağmen, gebelik öncesi bakım alanlarda dahi konsepsiyon öncesi FA alım oranının %30'larda kalması gebelik öncesi bakımın niceliksel azlığının yanında niteliksel olarak da yetersiz kaldığını göstermektedir. 2009'da Turgul ve arkadaşları düzenledikleri bir kampanya ile kadınlar arasında FA hakkında bilgi düzeyinin arttığını bildirmiştir.<sup>28</sup> Benzer kampanyaların yapılması bilgi düzeyinin yükselmesi ve FA'nın doğru kullanımını artırabilir.

2014 de yayınlanan bir derlemede; perikonsepsiyonel sigara maruziyetinin konjenital kalp hastalıkları riskini 3 kat arttırdığı ifade edilmiştir.<sup>18</sup> Bundan dolayı konsepsiyon öncesi ve



sonrası sigara maruziyetinin ortadan kaldırılması gebelik öncesi bakım planında büyük öneme sahiptir. Ancak çalışmamızda gebeliği süresince sigara kullanmaya devam edenlerin oranı düşük olsa da (%6,5), plansız gebeliklerde gebelik anlaşılan kadar geçen sürede sigara kullanımı devam etmiştir. Yine her üç gebeden birinin, sigara dumanına maruz kaldığı görülmüştür. Gebelik öncesi danışmanlık almanın da bu duruma etkisi olmamış ve bir diğer açıdan gebelik öncesi bakım hizmetinin yetersizliği ortaya çıkmıştır.

Çalışmamızın kısıtlılığı, üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda ve gebeler üzerinde yürütülmüş olmasıdır. Bu durum sonuçların toplumu yansıtmasına engel olmaktadır.

## SONUÇ

Ülkemizde, doğum öncesi bakım hizmetleri açısından önemli adımlar atılmış ancak gebelik öncesi bakım konusuna yeterince değinilmemiştir.<sup>29</sup> Bizim çalışmamızda bunu destekleyici niteliktedir. Gebelik öncesi bakım hizmetlerinin, kadın ve olası çocuklarının sağlığının geliştirilmesi açısından önemi açıktır. Bu kapsamda, doğru FA kullanımı ve sigara maruziyetinin önlenmesine özellikle dikkat edilmelidir. Birinci basamakta aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının, gebelik öncesi bakım hizmetleri açısından 15-49 yaş evli kadın izlemlerine daha fazla ağırlık vermeleri gerektiği görülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Temel S, van Voorst SF, de Jong-Potjer LC, Waelput AJ, Cornel MC, de Weerd SR, et al. The Dutch national summit on preconception care: a summary of definitions, evidence and recommendations. *Journal of community genetics*. 2015;6(1):107-115.
2. Dickinson JE. Preconception assessment: An opportunity often lost. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2014;54(6):501-2.
3. Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, et al. 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;55(RR-6):1-23.
4. Williams L, Zapata LB, D'Angelo DV, Harrison L, Morrow B. Associations between preconception counseling and maternal behaviors before and during pregnancy. *Maternal and child health journal*. 2012;16(9):1854-61.
5. Oza-Frank R, Gilson E, Keim SA, Lynch CD, Klebanoff MA. Trends and Factors Associated with Self-Reported Receipt of Preconception

- Care: PRAMS, 2004–2010. *Birth*. 2014;41(4):367-73.
6. Beckmann MM, Widmer T, Bolton E. Does preconception care work? *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2014;54(6):510-4.
7. Shawe J, Delbaere I, Ekstrand M, Hegaard HK, Larsson M, Mastroiacovo P, et al. Preconception care policy, guidelines, recommendations and services across six European countries: Belgium (Flanders), Denmark, Italy, the Netherlands, Sweden and the United Kingdom. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2015;20(2):77-87.
8. Şahin M, Yurdakul M. Gebelik öncesi danışmanlık. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2012;20(1):80-5.
9. Moos MK, Dunlop AL, Jack BW, Nelson L, Coonrod DV, Long R, et al. Healthier women, healthier reproductive outcomes: recommendations for the routine care of all women of reproductive age. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(6 Suppl 2):S280-9.
10. Shores SE, Bailey T. Recommendations for women of reproductive age. *N C Med J*. 2009;70(5):432-8.
11. Mook-Kanamori DO, Steegers EA, Eilers PH, Raat H, Hofman A, Jaddoe VW. Risk factors and outcomes associated with first-trimester fetal growth restriction. *JAMA*. 2010;303(6):527-34.
12. van der Zee B, de Beaufort I, Temel S, de Wert G, Denktas S, Steegers E. Preconception care: an essential preventive strategy to improve children's and women's health. *J Public Health Policy*. 2011;32(3):367-79.
13. Wilkes J. AAFP releases position paper on preconception care. *American family physician*. 2016;94(6):508.
14. Callegari LS, Ma EW, Schwarz EB. Preconception care and reproductive planning in primary care. *Medical Clinics of North America*. 2015;99(3):663-82.
15. Lu MC, Kotelchuck M, Culhane JF, Hobel CJ, Klerman LV, Thorp JM. Preconception care between pregnancies: the content of prenatal care. *Maternal and Child Health Journal*. 2006;10(1):107-22.
16. Gavin L, Moskosky S, Carter M, Curtis K, Glass E, Godfrey E, et al. Providing quality family planning services: Recommendations of CDC and the U.S. Office of Population Affairs. *MMWR Recomm Rep*. 2014;63(RR-04):1-54.
17. Wolff T, Witkop CT, Miller T, Syed SB. Folic acid supplementation for the prevention of neural tube defects: an update of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*. 2009;150(9):632-9.

18. Lassi ZS, Imam AM, Dean SV, Bhutta ZA. Preconception care: caffeine, smoking, alcohol, drugs and other environmental chemical/radiation exposure. *Reproductive health*. 2014;11(3):1.
19. Öztaş Ö, Artantaş AB, Tetik BK, Yalçıntaş A, Üstü Y, Uğurlu M. 18-49 yaş grubu evli kadınların üreme sağlığı ve kontrasepsiyon hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. *Ankara Med J*. 2015; 15(2):67-76.
20. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
21. Finer LB, Zolna MR. Declines in unintended pregnancy in the United States, 2008-2011. *N Engl J Med*. 2016;374(9):843-52.
22. Finer LB, Zolna MR. Shifts in intended and unintended pregnancies in the United States, 2001-2008. *Am J Public Health*. 2014;104 Suppl 1:S43-8.
23. Tezel A, Gönenç İ, Akgün Ş, Öztaş Karataş D, Altuntaş Yıldız T. Kadınların aile planlamasına yönelik tutumları ve etkileyen faktörler. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2015;18(3):181-188.
24. Gözükara F, Kabalcıoğlu F, Ersin F. Şanlıurfa İlinde Kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2015;12(1):9-16
25. Köken GN, Derbent AU, Erol O, Saygın N, Ayık H, Karaca M. Awareness and use of folic acid among reproductive age and pregnant women. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*. 2013;14(2):87.
26. Baykan Z, Öztürk A, Poyrazoğlu S, Gün İ. Awareness, knowledge, and use of folic acid among women: a study from Turkey. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2011;283(6):1249-53.
27. Elsinga J, de Jong-Potjer LC, van der Pal-de KM, le Cessie S, Assendelft WJ, Buitendijk SE. The effect of preconception counselling on lifestyle and other behaviour before and during pregnancy. *Women's Health Issues*. 2008;18(6):S117-S25.
28. Turgul O, Anli N, Mandiracioglu A, Bati H, Akkol S. The regional campaign for women on awareness of neural tube defects and folic acid in Narlidere, Izmir: a community-based intervention. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2009;14(1):69-74.
29. Baysoy NG, Özkan S. Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım: Halk sağlığı perspektifi. *Gazi Medical Journal*. 2012;23(3):77-90



Review Article / Derleme

# Parent-Child Relationships and Bullying

## Ebeveyn-Çocuk İlişkisi ve Zorbalık

Ayşe Özada<sup>1</sup>, Veli Duyan<sup>2</sup>

### ABSTRACT

Violence in schools is prevalent problem worldwide. Bullying is thought to be the most prevalent form of violence suffered by children. There are different types of bullying as physical, verbal, cyber and indirect. When the long term effects are examined of bullying, negative consequences effect both bullies and victims. Bullies may experience social and psychological problems as well as have the possibility of committing crime and psychiatric disturbances during adulthood. The causes of the bullying vary and are usually not explained for a single reason. Considering the influence of the parents on the child, it turns out that family relationships are an important determinant of being of a bully or victim. In this regard, it is important to ensure the participation of the parents when developing and implementing interventions to prevent and reduce bullying for healthy identity development.

**Key words:** Parent-child relationship, bullying, intervention

### ÖZET

Okullarda yaşanan saldırgan davranışlar tüm dünyada yaygın bir problemidir. Çocukların maruz kaldığı saldırgan davranışların en yaygın şeklinin zorbalık olduğundan bahsedilmektedir. Zorbalığın fiziksel, sözel, sanal ve dolaylı pek çok türü bulunmaktadır. Uzun dönemdeki etkileri incelendiğinde zorba eylemler hem uygulayan hem de maruz kalan açısından olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Zorbalık uygulayan öğrenciler sosyal ve ruhsal problemler yaşayabileceği gibi, yetişkinlik döneminde zorba eylemlerde bulunmayan kişilere kıyasla daha yüksek oranda suç işleme ve psikiyatrik rahatsızlık yaşama olasılığına sahiptir. Zorbalığın nedenleri çeşitlidir ve genellikle tek bir nedenle açıklanamamaktadır. Ailenin çocuk üzerindeki etkisi düşünüldüğünde aile ilişkilerinin zorba davranışlar uygulama ve zorba davranışlara maruz kalmada önemli bir belirleyici olduğu ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan, sağlıklı kimlik gelişimi için zorba eylemleri önlemeye ve azaltmaya yönelik müdahaleler geliştirip uygularken ailenin katılımının sağlanması önemli görülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Ebeveyn-çocuk ilişkisi, zorbalık, müdahale

Received / Geliş tarihi: 07.07.2017, Accepted / Kabul tarihi: 18.11.2017

<sup>1</sup>Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Lefke-KKTC

<sup>2</sup>Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, ANKARA

\*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Veli Duyan, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Aktaş Mahallesi Plevne Caddesi No:5 PK: 06080 Altındağ / ANKARA

Özada A, Duyan V. Ebeveyn-Çocuk İlişkisi ve Zorbalık. TJFMPC, 2018;12(1): 49-55. DOI: 10.21763/tjfmpe.399941

## GİRİŞ

Zorbalık farklı disiplinlerden pek çok araştırmacının dikkatini çeken bir konudur. Literatür incelendiğinde 1980'ler sonrasında konu ile ilgili araştırmaların hızlı bir şekilde artış gösterdiği görülmektedir. Zorbalık, bir öğrenci ya da bir öğrenci grubu tarafından, başka bir öğrenciye fiziksel ya da psikolojik baskıda bulunma ve zamanla bunu standart bir yapıya kavuşturma olarak tanımlanmaktadır.<sup>1</sup> Akran zorbalığı; fiziksel, zihinsel ya da psikolojik olarak avantajlı bir öğrencinin herhangi bir mantıklı açıklaması olmaksızın daha zayıf olan bir öğrenciyi incitme isteği olarak açıklanmaktadır.<sup>2</sup> Bir eylemin zorbalık olarak tanımlanabilmesi için; eylemin planlı olarak bir başka kişiye yöneltilmesi ve sonucunda bir zararın ortaya çıkması, eylemin tekrarlanması ve eylemi uygulayan ile zorba davranışın yöneltildiği taraflar arasında güç dengesizliğinin bulunması gerekmektedir.<sup>1</sup>

Akran zorbalığının yaygınlığı ile ilgili çalışmalar incelendiğinde genellikle zorbalığın %5 ile %15 arasında değiştiği belirtilmektedir.<sup>3</sup> Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonunun (UNICEF) 18 farklı ülkede 100.000 gencin katılımıyla gerçekleştirdiği bir araştırmada katılımcıların üçte ikisinin zorbalık kurbanı oldukları belirlenmiştir.<sup>4</sup> Zorbalık Türkiye için de yaygın bir sorundur. Lise öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin %44'nün sözel, %30'unun fiziksel, %18'inin duygusal ve %9'unun cinsel zorbalığa maruz kaldığı saptanmıştır.<sup>5</sup> Ayrıca zorba, mağdur ve zorba/mağdur rolünde zorbalığa karışan çocukların toplam oranı %23 olarak belirlenmiştir.<sup>6</sup> Zorbaca davranışlar uygulama ve bunlara maruz kalmaya etki eden unsurlar değişkendir. Aile, okul, arkadaşlar, sosyo-demografik özellikler, kişilik yapısı gibi birbirinden farklı pek çok etken zorbalığa neden olabilmektedir. Literatürde zorbaca eylemler uygulama ya da bu eylemlere maruz kalmada ailenin önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir.<sup>7,8</sup> Sosyalleşme sürecinin en önemli parçası olarak kabul edilen anne-baba, çocukların bilişsel, duygusal ve sosyal gelişimlerini etkilemektedir.<sup>9</sup> Kısaca, bir çocuğun anne-babasıyla erken yaşlarda kurduğu ilişki ve ilişkinin niteliği gelecekteki davranışlarının belirleyicisidir.

Ebeveyn-çocuk ilişkisinin en önemli üç bileşeni; bağlanma, sosyal destek ve aile sistemidir.<sup>10</sup> Ebeveynlerin çocuğu disipline etme tarzları ile aile ortamı da çocuğun davranışları ile ilişkilendirilmektedir.<sup>11</sup> Bağlanma ve erken dönemdeki ebeveyn çocuk ilişkisinin kalitesi ilerleyen yaşlardaki içe dönük ve dışa dönük davranış biçimlerini etkilemektedir.<sup>12</sup> Zorbaca davranışlar uygulayan ergenlerin otoriter aile yapısına sahip oldukları, ebeveynlerin disiplin

sağlamaya yönelik fiziksel cezalandırmaya başvurdukları ve sıklıkla tartışmaların yaşandığı destekleyici olmayan aile ortamlarında büyüdükları belirtilmektedir.<sup>13</sup> Ayrıca 4-6 yaş arası 104 çocuğun katılımıyla gerçekleştirilen bir araştırmada zorbaca davranışlar sergileyen çocukların ebeveynlerine güvensiz bağlandıkları ortaya konulmuştur.<sup>14</sup> Benzer şekilde zorba eylemlerin kurbanı olanlarla ilgili boylamsal bir araştırmada çocukların güvensiz bağlanma yaşadıkları belirlenmiştir.<sup>10</sup> Çeşitli araştırmalarda zorbalığın kurbanı olma ve ebeveynlere bağımlılık arasında da ilişki bulunmuştur.<sup>15</sup> Özellikle ebeveynlerden birinin veya her ikisinin aşırı koruyuculuğu çocuğun zorbalık mağduru olma riskini artırmaktadır. Türkiye'de yapılan çeşitli çalışmalarda da ebeveyn tutumlarının zorbalığa etki ettiği tespit edilmiştir. Otoriter ana-baba tutumunun hâkim olduğu ailelerde yetişen çocuklarda saldırganlık oranının yüksek olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada demokratik ana-baba tutumunun saldırganlık için koruyucu bir faktör olduğundan bahsedilmektedir.<sup>16</sup> Zorbalık uygulayıp aynı zamanda zorbalığın kurbanı olan öğrenciler diğer gruplarla karşılaştırıldığında ebeveynleriyle çatışmalı ilişkilerinin olduğu ve daha düşük ebeveyn desteğine sahip oldukları belirtilmektedir.<sup>17</sup> Bazı anne-babaların çocuklarını aşırı derecede şımartması, hiçbir zaman çocuklarının yanlış yapabileceğini kabullenmemesi zorbalığa yol açabilmekte ve ebeveynleri tarafından aşırı derecede şımartılan çocuklar kronik zorbalılar olabilmektedir.<sup>18</sup>

Zorba davranışlar ve aile ilişkisi incelendiğinde, çocuğun anne-babasını algılayışının da saldırgan davranışlarla ilişkili olduğundan bahsedilmektedir. Konu ile ilgili bir çalışmada çocukların yaklaşık %24'ünün ebeveynlerini katı veya çok katı gördükleri saptanmıştır. Çocukların ebeveynlerine yönelik bu tür algıları yetersizlik hissi, hayal kırıklığı yaşama, evde huzursuz olma ve evden kaçma gibi davranışlara neden olabilmektedir.<sup>19</sup>

Aileye ilişkin önemli faktörlerden biri de ailenin kalabalık olmasıdır. Kalabalık ailede az ilgi gördüğünü, ikinci planda kaldığını, kendisine karşı ilgisiz davranıldığını, ailede kabul edilmediğini düşünen çocuğun, kendisini fark ettirmek için yanlış yollara başvurma girişiminin olabileceğinden bahsedilmektedir. Aile içinde kendini yalnız hisseden bir çocuğun, arkadaş grubunda çeşitli problemler yaşama, akran istismarı uygulama ya da maruz kalma gibi durumlarla karşılaşması olasıdır.<sup>20</sup> Ailenin sosyo-ekonomik durumunun zorba ve zorba/kurban olma durumu üzerinde oldukça etkili olduğu belirtilmektedir. Bir ailedeki ebeveynin tek olması, birinin ya da ikisinin işsizliği, düşük eğitim seviyesi ve erken yaşta çocuk sahibi olmaları gibi durumlar, o ailedeki çocuğun zorba veya zorba/kurban olma riskini artırmaktadır.<sup>21</sup> Bu

çalışmada aile ilişkisinin zorba, kurban ve zorba/kurban davranışları nasıl etkilediği ele alınarak, zorbalığı önlemeye ve azaltmaya yönelik uygulanabilecek üç farklı müdahale programından bahsedilmektedir.

### **Ebeveyn-Çocuk İlişkisinin Zorbalığa Etkisi**

Ailenin en önemli görevi sosyalizasyon sürecinin bir parçası olan çocuğun bakım ve eğitim işlevinin gerçekleştirilmesidir. Bu süreçte çocuk çeşitli davranış ve inanç normlarını öğrenerek bir kimlik oluşturmaktadır. Aile üyeleri bu sosyalleşme süreci içerisinde bir tür grup etkileşimine girerek çeşitli değerler, normlar ve inanışları yeni kuşağa aktarırlar. Kuşkusuz olumlu bir aktarımın söz konusu olabilmesi için aile üyelerinin iyi birer rol model olması, sağlıklı iletişim kurabilmeleri, katılımcı ve etkileşime açık olmaları önemlidir. Saldırgan davranış sergileyen çocukların ebeveynleri ile ilişkilerini araştıran bir araştırmada saldırgan davranışın nedenleri aile içinde sıcak-duygusal bir ilişki kurulamaması, çocuğun reddedilmesi veya aşırı derecede korunması olarak sıralanmaktadır.

Çocuğun uyumsuz ve saldırgan davranışlarına yönelik ailesel faktörler ele alınırken, bağlanma ve sosyal öğrenme kuramları üzerinde durulmaktadır. Bu kuramlar, zorbalığa ilişkin ailesel faktörleri ebeveyn tutumları, ebeveyn-çocuk ilişkisi ve ebeveyn-çocuk iletişimi odaklı ele almaktadır.<sup>22</sup> Kimi yazarlar zorbalığın nedenlerine ilişkin ailesel faktörlere ailenin bulunduğu çevre ve ebeveynlerin katılımını da dahil etmektedir.<sup>23</sup> Aile üyeleri arasında iletişimin kalitesi ebeveyn-çocuk ilişkisini güçlendirmekte ve çocuğun iyi olma durumuna katkı sağlamaktadır.<sup>24</sup> Ebeveyn-çocuk ilişkisinin çocuğun gelişimi ve ruhsal sağlığına etkisi incelendiğinde destekleyici ebeveyn-çocuk ilişkisinden yoksun olma durumunun pek çok sosyal, duygusal ve sağlığa ilişkin olumsuz durumlara yol açtığı belirtilmektedir.<sup>25</sup> Açık ebeveyn-çocuk ilişkisi gençleri psikolojik ve davranışsal sorunlardan koruyan bir faktör olarak değerlendirilmektedir.<sup>26</sup> Ebeveyn çocuk ilişkisi ele alınırken özellikle ergenlik dönemindeki bir gencin olumlu ebeveyn ilişkisine sahip olması riskli davranışlarda bulunmasını engelleyen koruyucu bir etmen olduğu unutulmamalıdır.<sup>27</sup> Ailenin, bir çocuğun zorba davranışlarda bulunmasında, son derece önemli etkilerinin olduğu çeşitli yazarlar tarafından literatürde belirtilmektedir.<sup>12,22</sup> Hatta, zorba davranışlar uygulayan öğrencilerin, uygulamayanlara göre daha fazla aile içi sorunla başa çıkmaya çalıştıklarından bahsedilmektedir.<sup>27</sup> Atık ve Güneri düşük kabul/katılım, yüksek otonomi ve düşük denetim şeklindeki ebeveyn tutumlarının zorba davranışların belirleyicisi olduğunu saptamışlardır.<sup>28</sup> Çocuklar erken dönem ebeveyn-çocuk etkileşimine bağlı olarak duyuşsal ve bilişsel

modeller oluşturmaktadırlar.<sup>29</sup> Ergenlerin saldırgan davranışlarının incelendiği bir araştırmada ergenin yalnızca babaya ilişkin bağıllık duymasının saldırgan davranış sergileme olasılığını artırdığı saptanmıştır.<sup>29</sup> Geleneksel zorbalık ile siber zorbalık eylemleri ebeveyn algısı bağlamında, 10-14 yaşları arasında 1.200 öğrencinin katılımı ile gerçekleştirilen bir araştırmada incelenmiştir. Araştırmada siber zorbalık ile geleneksel zorbalık uygulayan ve maruz kalan kişilerin, zorbalık türü fark etmeksizin benzer özellikler gösterdiklerinden bahsedilmektedir. Hoşgörülü ailelerin çocuklarının zorbalık mağduru olma riskleri, ihmalkâr ailelerin çocuklarından daha düşüktür.<sup>30</sup>

Çocuk ve ergenlerin saldırgan tepkiler oluşturmasında dört ana etken ortaya konulmaktadır:<sup>31</sup>

- (a) Çocuğun bakımını üstlenen kişinin onun yaşamının ilk yıllarında yetersiz ilgi ve sevgiyle belirginleşen olumsuz bir tutum sergilemesi,
- (b) Çocuğun bakımını üstlenen kişi ya da kişilerin çocuğun saldırgan davranışlarına izin verici tutumlar sergilemesi,
- (c) Ailenin çocuğu yetiştirirken güç kullanması,
- (d) Çocuğun mizacının aşırı hareketli olması ve sık öfke nöbetine tutulması.

Yukarıda belirtildiği gibi çocuğun bakımını sağlayan kişilerin çocuğun yetişkinlik döneminde sağlıklı bir kimlik oluşturmasında önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Ebeveynlerin bireysel özellikleri, tutumları, ailenin sosyo-ekonomik durumu, aile ilişkileri, aile yapısı gibi çeşitli faktörler çocuğun gelecekte nasıl bir insan olacağını belirleyen unsurlardan birkaçıdır. Anne-baba çocuğun saldırgan davranışlar sergilemesinde belirleyici olmanın yanında, saldırgan davranışların azaltılması ve önlenmesine ilişkin yapılacak çalışmalara doğrudan katılım göstermelidir. Aksi halde saldırgan davranışların azaltılması ya da önlenmesine yönelik başarı sağlanması mümkün değildir.

### **Zorbalığı Önleme veya Azaltmaya Yönelik Müdahaleler**

Zorbalığı önlemeye yönelik müdahalelerde, zorbalığa karşı bir tutum geliştirilmesi, kurbanlara yönelik empatinin artırılması, kurbanların başa çıkma becerilerinin yükseltilmesi, öğretmenlerin zorbalığa karşı tutum ve davranışlarının geliştirilmesi ve velilerin zorbalıkla ilgili farkındalıklarının artırılarak zorbalık karşısında uygun tepkiler sergilemelerini sağlamaya yönelik eylemler hedeflenmelidir. Zorbaca davranışların görülmesine neden olan faktörler çeşitlidir. Zorba

eylemler bireysel kaynaklı olabileceği gibi aile, okul, arkadaş, sosyo-demografik özellikler gibi pek çok nedenden kaynaklanabilir. Bu nedenle zorbalığı azaltmaya ya da önlemeye yönelik müdahalelerde genellikle ekolojik yaklaşım kullanılmaktadır.<sup>9</sup> Okul ortamlarında karşılaşılabilecek zorbalık eylemlerinde bilişsel davranışçı yaklaşımların etkili olduğu, buna karşın destek sağlayıcı ya da sezgi yönelimli psikoterapi yaklaşımlarının genellikle etkili olmadığından bahsedilmektedir.<sup>1</sup> Zorbalığı azaltmaya yönelik aile odaklı müdahaleler incelendiğinde aşağıdaki unsurların müdahalenin etkisini artırdığı belirtilmektedir:

- (a) Ebeveynlerin sıcak, empatik davranış modellerini arttırmak,
- (b) Ebeveynleri düşmanca olmayan disiplin yöntemlerini kullanmaya teşvik etmek,
- (c) Çocuğun faaliyetlerinin izlenmesi ve buna ilişkin katılımı artırmak.<sup>32,33</sup>

“İyileştirici” tedavi de aile katılımının sağlandığı etkili okul müdahalelerinden sayılmaktadır.<sup>23</sup> Zorbalığın mağduru olan çocukların aileleriyle çalışırken, ebeveynlerin çocuklarına herhangi bir tehdit karşısında kendilerine güvenli ve yapıcı olmaları konusunda aktif olarak yardım etmeleri beklenmektedir. Zorbalığın mağduru olan çocuklara yönelik programlarda, stres yönetimi, kendini sözel olarak savunabilme, akranlarından destek alma gibi becerilerin kazandırılması hedeflenmektedir.<sup>34</sup> Zorbalığı önleme ve azaltmaya ilişkin programlarda okulda zorbalığın kabul edilemez bir durum olduğu mesajının verilmesi gerekmektedir. Sınıf içi aktivitelerde kuralların net olması ve düzenli bir şekilde tekrarlanması gerektiğine dikkat çekilmektedir.<sup>35</sup> Zorbalıkla ilgili okul odaklı çalışılırken, öğrencilerle birlikte okul çalışanlarının da eğitilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Okullarda zorba davranışlara ilişkin aşağıda sıralanan unsurları dikkate alan bir iklim oluşturulmasının, saldırgan davranışları azaltacağı belirtilmektedir.<sup>36</sup>

- (a) Mağdurlara hızlı bir şekilde yardım edilmesi,
- (b) Zorbalık sonrasında net sonuçlar oluşturulması,
- (c) Özellikle boş zamanlarda öğrencilerin daha yakından gözlemlenmesi,
- (d) Öğrencilerin zorbalıkla nasıl baş edeceklerine dair eğitilmeleri,
- (e) Okulda zorbalığa ilişkin politika ve uygulamalarla ilgilenen bir komitenin oluşturulması

### **Olweus Zorbalığı Önleme Programı**

Olweus Zorbalığı Önleme Programı, okul personelinin sıcak, ılımlı ve katılımcı bir okul ortamı

yaratmaya yönlendirmektedir. Böylece onların birer yetişkin olarak, okuldaki onaylanmayan davranışları sınırlandırmada tutarlı olma ve kuralların çiğnenmesine düşmanca olmayan bir tavırla anında karşılık verme gibi özelliklerini geliştirerek hem disiplin sağlayıcı özelliklerini arttırmakta hem de birer rol model olmaya teşvik etmektedir. Programda öncelikle zorbalığın yaygınlığını ve zorbaca davranışların türünü saptamak hedeflenmektedir. Bu tür davranışların genellikle okulun hangi bölgesinde işlendiği, zorba ve mağdur öğrencilerin zorbalığa ilişkin tutum ve inançlarının belirlenmesi, zorbalıkla ne ölçüde mücadele edildiği ve alınan önlemlerin ortaya çıkarılmasının önemi vurgulanmaktadır. Zorbalığa uygun tepki verilmediğinde zorba eylemlerin tekrarlaması olasıdır. Bu nedenle türü ne olursa olsun okulda zorbaca eylemlerin kabul edilemez olduğu vurgulanmalı, bu sorunla etkin bir biçimde baş edebilmek için uygun politikalar geliştirilmelidir. Ayrıca riskli grup olarak ifade edilebilen aile içi şiddete tanıklık eden, şiddete uğrayan, parçalanmış ailede yaşayan çocuklar belirlenmeli, zorbalık döngüsünün (zorba, mağdur ve izleyiciler) değişimi için çalışma grupları oluşturulmalı, zorbalığı önleme programlarına ailelerin katılımı sağlanmalıdır. Olweus Zorbalığı Önleme Programında öğrencilere insan hakları, sosyal beceriler, konuşma-atılmalık, dinleme, beden dili kullanma gibi olumlu iletişim becerileri geliştirme, problemleri şiddet kullanmadan çözme yaklaşımları öğretilmeli, öfke kontrolü, kendini ifade becerileri, benlik saygısını ve kendilik değerini artırmaya yönelik eğitimler, çatışma çözme, sosyal beceri eğitimleri verilmektedir.<sup>37</sup>

### **Okulda Hayatta Kalma Programı**

Okulda hayatta kalma programı önleyici bir uygulamadır. Bu müdahalede okulda davranışsal zorluklar yaşamaya başlayan öğrenciler hedeflenmektedir.<sup>38</sup> Okulda hayatta kalma programının amaçları sosyal hizmet değerleri ile uyumludur. Müdahalede verimsiz okul davranışının altında yatan çarpık sosyal algılardaki farkındalığı artırmak ve okul davranışına yönelik kişisel kontrol derecesi ile ilgili algıyı değiştirmek hedeflenmektedir. Bunlar, müracaatçının farkındalığının artırılması yoluyla güçlendirilmesi, kendi kaderini belirleme ve bilgilendirilmiş onamla uyumludur.<sup>39</sup>

Okulda hayatta kalma grubunun öncelikli hedefi katılımcıların okulda verimsiz davranışlara ilişkin sapmış sosyal algılarına yönelik bilinçli bir farkındalık yaratılmasıdır. Okulda hayatta kalma grubu okul davranışına yönelik kişisel kontrolün derecesine ilişkin öğrencilerin algılarını değiştirmeye odaklanan on oturumdan oluşan bir grup çalışmasından oluşur. Müdahalede grup üyelerine okul arkadaşları ve yetişkinlerle ilgili

yaşanan çatışma durumlarına ilişkin pek çok yolun olduğu ve seçtikleri yolun hem olumlu hem de olumsuz bazı sonuçlarının olduğu aktarılmaktadır. Örneğin, bir grup üyesi, öğretmenin yönlendirmelerini dikkate alarak sınıfta olmaya devam edebilir ya da küfrederek disipline gönderilebilir. Ayrıca okul içinde düşük statü sahibi olan öğrenciler, öğretmenler ve okul yöneticileri ile güç yarışına girdiklerinde her zaman kaybedecekleri vurgulanmaktadır. Sonuç olarak, grup üyeleri “harekete geçmeden önce düşünün” şeklinde düşüncelerini geliştirmektedirler.

### **İnanılmaz Yıllar: Ebeveyn Eğitim Programı**

Ebeveyn Eğitim Programı ebeveynlerin yetkinliklerinin güçlendirilmesi ve çocuğun okul deneyimine aile katılımının sağlanmasına odaklanmaktadır. Müdahalede çocukların akademik, sosyal, duygusal becerilerinin artırılması ve dikkat sorunlarının azaltılması amaçlanmaktadır. Program üç farklı gruba yönelik düzenlenmektedir. Birinci grup 0-12 ay arası bebeklere, ikinci grup 1-3 yaş arası çocuklara ve üçüncü grup 6-12 yaş arası okul çocuklarına yöneliktir. Program kapsamında ebeveynler 12-20 hafta arasında değişen, her biri 2-3 saat süren oturumlara katılmaktadır. Grup oturumlarında ebeveyn-çocuk etkileşimi, katı disiplini azaltma ve çocuğun sosyal, duygusal ve dil gelişimini ile ilgili ebeveyn becerisini artırmaya odaklanılmaktadır.<sup>40, 41</sup>

### **SONUÇ**

Zorba eylemlerin yaygınlığı ortaokul yıllarında en üst noktaya ulaşmaktadır. Bu açıdan, sağlıklı kimlik gelişimi için zorba eylemleri önlemeye ve azaltmaya yönelik etkili müdahalelere ihtiyaç duyulduğu açıktır. Ancak zorba eylemleri azaltmaya ve önlemeye yönelik herhangi bir müdahale programı uygulamaya başlamadan zorbalığın nedenlerinin anlaşılmasında yarar vardır. Zorbalığın nedenleri bireysel kökenli olabileceği gibi, ailesel ve çevresel de olabilmektedir. Gençin ailesi ve aile üyeleriyle etkileşimi zorba davranışı çeşitli yönlerden etkilemektedir. Aile içi şiddet ve buna tanıklık etme veya maruz kalma çocuğun saldırgan davranışı model almasına neden olmakta, karşılaştığı çeşitli olaylara saldırgan davranışla karşılık verebilmektedir. Bunun yanında ebeveynlerin çocuğa sıcaklık göstermemesi, tek ebeveynli aile ve aile üyeleri arasındaki kopukluklar zorba davranış geliştirmeye ya da zorbalığa maruz kalmaya neden olmaktadır.<sup>42</sup> Çocuğun kendini değerli hissettiği ve bir birey olarak kabul edildiği bir aile ortamında anne ve baba çocukla sevgi temeline dayalı sıcak bir ilişki kurar; aralarında eşitlikçi bir ilişki vardır, aile üyeleri birbirlerine sevgisini belli eder. Çocuğuna karşı sevgiden uzak bir ailede ise; çocuk küçümsenir, denetleme, cezalandırma, sinirli davranışlar,

düşmanca tavırlar ön plandadır. Çocuk, reddedilir ve ana-baba ona karşı ilgisiz ve kayıtsızdır. Anne-baba çocuğunu kontrol ederken denetleyici ve kısıtlayıcı ise çocuğa karşı davranışlarında katıdır; onu her an denetleme arzusu duyar ve müdahale eder. Çocukla aşırı ilişki halinde olup onu kendine bağımlı kılmaya çalışır. Düzenli ve itaatkâr olması için baskı yapar, isteklerinin katı bir biçimde yerine getirilmesini ister ve çocuğu çevresinden soyutlar. Öte yandan serbestlik tanıyıcı ve hoşgörülü ana-babalar çocuğa özgürlük tanır. Çocuğunu aşırı biçimde denetlemez ve davranışlarına kısıtlama getirmez; zorlayıcı değildir.<sup>43</sup> Zorba eylemleri azaltmaya ve önlemeye yönelik müdahalelerde yarar sağlanması adına ailenin katılımı sağlanmalıdır. Hem zorba eylemleri gerçekleştirenler hem de zorba eylemlerin mağduru olanlar açısından aile ilişkilerini de içeren çalışmaların barışçıl çözümler bulunmasına yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

### **KAYNAKLAR**

1. Dupper DR. Okul sosyal hizmeti. Özkan Y, Gökçeşlan Çifci E, çev.editörleri.(trans. Eds.) 1. baskı. İstanbul: Kapital; 2013.p.34-35,40.
2. Pontzer DA. Theoretical test of bullying behavior: Parenting, personality, and the bully/victim relationship. *Journal of Family Violence* 2010;25(3):259-273.
3. Mishna F. Learning disabilities and bullying: double jeopardy. *Journal of Learning Disabilities* 2003; 36:1-15.
4. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. School violence and bullying global status report. 2017: 9.
5. Kepenekçi KY, Çınkır Ş. Öğrenciler arası zorbalık. *Eğitim Yönetimi* 2003;34:236-253.
6. Pekel UN, Uçanok Z. Akran zorbalığı gruplarında yalnızlık ve akademik başarı ile sosyometrik statüye göre zorba/kurban davranışı türleri. *Türk Psikoloji Dergisi* 2005;20(56):77-92.
7. Eşkisü M. The Relationship between bullying, family functions and perceived social support among high school students. *Social and Behavioral Sciences* 2014;159:492-496.
8. Akgün S. Akran zorbalığının anne-baba tutumları ve anne-baba ergen ilişkisi açısından değerlendirilmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2005. p. 50-52.
9. Swearer SM, Espelage DL. A social-ecological framework of bullying among youth. Espelage DL ve Swearer SM, editor. *Bullying in American schools: A social-ecological perspective on prevention and intervention* London: Erlbaum; 2004. p.1-12.
10. Nickerson AB, Mele D, Osborne-Oliver KM. Parent-child relationships and bullying. In: *Handbook of bullying in schools*. Jimerson SR,

- Swearer, S M, Espelage DL, editor. *Parent-Child Relationships and Bullying*. 1st ed. New York:Routledge; 2009. p.187-210.
11. Watt R. Attachment, parenting styles and bullying during pubertal years. *Journal of Child Adolescent Health* 2014;26(3):251-261.
  12. Bosmans G, Braet C, Beyers W, Van Vlierberghe L, Van Leeuwen K. Power assertive discipline and internalizing problems in adolescents: The role of attachment. *Parenting: Science and Practice* 2014;11:34-55.
  13. Yerger W, Gehret C. Understanding and dealing with bullying in schools. *The Educational Forum* 2011; 75(4): 315-326.
  14. Monks CP, Smith PK, Swettenham J. Psychological correlates of peer victimisation in preschool: Social cognitive skills, executive function and attachment profiles. *Aggressive Behaviour* 2005;31:571-588.
  15. Bowers L, Smith PK, Binney V. Perceived family relationships of bullies, victims and bully/victims in middle childhood. *Journal of Social and Personal Relationships* 1994;11:215-232.
  16. Eldeleklioglu J. The relationships between aggressiveness, peer pressure and parental attitudes among Turkish high school students. *Social Behaviour and Personality* 2007;35(7):975-986.
  17. Demaray MK, Malecki CK. Perceptions of the frequency and importance of social support by students classified as victims, bullies, and bully/victims in an urban middle school. *School Psychology Review* 2003; 32:471-489.
  18. Elliott M. Bullies and victims. In: Elliott M, editor. *Bullying*. 3rd ed. UK: Pearson; 1997. p.1-11.
  19. Glover D, Gough G, Johnson M, Cartwright N. Bullying in 25 secondary schools: Incidence, impact, and intervention. *Educational Research* 2000; 42:141-156.
  20. Gültekin AG. A study on peer abuse among children at boarding and day schools. *World Applied Sciences Journal* 2010; 10(2):219-224.
  21. Jansen P, Verlinden M, Berkel AD, Mieloo C, Ende J, Veenstra R, et al. Prevalence of bullying and victimization among children in early elementary school: do family and school neighbourhood socioeconomic status matter? *BMC Public Health* 2012; 12:494-504.
  22. Lee SS, Wong DS. School, parents, and peer factors in relation to Hong Kong students' bullying. *International Journal of Adolescence and Youth* 2009; 15 (3):217-233.
  23. Hilton JM, Anngela CL, Wakita J. A cross-cultural comparison of factors associated with school bullying in Japan and the United States. *The Family Journal* 2010; 18 (4): 413-422.
  24. Broberg M. Young children's well-being in Finnish stepfamilies. *Early Child Development & Care*, 2012; 182: 401-415.
  25. Clayton CL 'With my parents I can tell them anything': Intimacy levels within British Chinese families. *International Journal of Adolescence and Youth* 2014;19: 22-36.
  26. Bireda AD, Pillay J. Perceived parent-child communication and well-being among Ethiopian adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 2017:1-9.
  27. Davies SL, Crosby RA, Diclemente RJ: Family influences on adolescent health. In: DiClemente RJ, Santelli JS, Crosby RA, editors. *Adolescent Health: Understanding and Preventing Risk Behaviours*. San Francisco: Jossey-Bass; 2009. p. 391.
  28. Atik G, Güneri OY. Bullying and victimization: Predictive role of individual, parental, and academic factors. *School Psychology International* 2013; 34(6): 658-673.
  29. Gallarin M, Alonso-Arbiol I. Parenting practices, parental attachment and aggressiveness in adolescence: A predictive model. *Journal of Adolescence* 2012; 35: 1601-1610.
  30. Dehue I F, Bolman C, Vollink T, Pouwelse M. Cyber bullying and traditional bullying in relation to adolescents' perception of parenting. *Journal of Cyber Therapy & Rehabilitation* 2012; 5 (1): 125-134.
  31. Güvenir T. *Okulda akran istismarı*. Kök Yayıncılık, Ankara; 2008.
  32. Dishion TJ, Patterson G. Age effects in parent training outcome. *Behaviour Therapy* 1992; 23:719-729.
  33. Kazdin AE. Treatment of antisocial behaviour in children: Current status and future directions. *Psychological Bulletin* 1987;102:187-203.
  34. Sharp S. Self-esteem, response style and victimization: Possible ways of preventing victimization through parenting and school based training programmes. *School Psychology International* 1996; 17:347-357.
  35. Olweus D, Limber SP, Mihalic S. *The Bullying Prevention Program: Blueprints for Violence Prevention*. Boulder, CO: Centre for the Study and Prevention of Violence; 1999. p.3.
  36. Yerger W, Gehret C. Understanding and dealing with bullying in schools. *Educational Forum* 2011;75:315-326.
  37. Astor RA, Rosemond M, Pitner RO, Marachi R, Benbenishty R, Interpersonal conflict, violence, and classroom management best practices and resources, Franklin C, Harris MB, Allen-Meares P, editor. *The School Services Sourcebook: A Guide for School-Based Professionals*. 1st Ed. New York: Oxford University Press; 2006. p.423-441.



38. Dupper D. An alternative to suspension for middle school youths with behaviour problems: findings from a "school survival" group. *Research on Social Work Practice* 1998;8(3):354-366.
39. Short RJ, Short PM. An organizational perspective on student discipline. *Education* 1994; 114:567-569.
40. Brower AM. ve Nurius PS. *Social Cognition and Individual Change: Current Theory and Counselling Guidelines*. 1<sup>st</sup> ed. UK: SAGE; 1993. p.167.
41. Incredible Years Parent, Teacher, and Child Programs. <http://www.incredibleyears.com/programs/parent/> Erişim tarihi: 15.05.2017.
42. Flouri E, Buchanan A. The role of mother involvement and father involvement in adolescent bullying behaviour. *J Interpers Violence* 2003;18:634-44.
43. Schaffer ES. A circumflex model for maternal behaviour. *Journal of Abnormal Social Psychology* 1959;59:226-235.



Review Article / Derleme

# Health Service Delivery Models and Tele-Health for the Elderly Living in Rural Areas

## Kırsal Alanda Yaşayan Yaşlılar için Sağlık Hizmeti Sunum Modelleri ve Tele-Sağlık

Yasemin Demir Avcı\*<sup>1</sup>, Sebahat Gözüm<sup>2</sup>

### ABSTRACT

In Turkey, 12,4 % of population live in rural area. In rural area, the high rate of elderly population, low educational level, lack of social security, poverty and failure to access healthcare services difficulty are significant. When Health Statistics of Turkey are examined, it is observed that health problems such as obesity, diabetes, and hypertension observed at higher rates in elderly population are more common in rural areas. This can be explained by both demographic structure of rural population and insufficient access to health services in the rural area. Obstacles of healthcare in the rural area are lack of healthcare personnel and healthcare services, barrier to access healthcare services, lack of access to means of transportation, telephone services, and social welfare services, unpredictable travel and weather conditions, procedures about healthcare services, failure to understand needs of individuals coming from the rural area by healthcare professionals and their attitudes towards these individuals, and language and cultural barriers. Healthcare services for rural areas in Turkey are carried out by midwives or nurses working in the health houses as subject to family physicians in the very nearest region. Density of elderly population and complex health care needs of this group require nurses working in the rural area to be more competent. The aim of this review is to recognize the health needs of the elderly living in the rural areas, to evaluate the applications made to increase access to health services and to make suggestions for the elderly living in the rural areas in Turkey. For this purpose, the use of healthcare delivery models, mobile healthcare services, tele-health, and information and communication technologies in the rural area was examined. Projects prepared for elderly people living in rural area in Turkey and in the world; improving community based inclusive nursing services and health condition of people living in rural area, the project for supporting rural life in UK, ESAW (European Study of Adult Well-Being), National Tele-health Project for Scotland, OURSES (Offer of Rural Use of Services by Satellite), tele-medicine project in France, FW-MHIP (Western Australia's The Far West Mental Health Integration project), America's CCTH (The Care Coordination Home health), Germany's TEMPiS (Tele-medical Project for Integrative Stroke Care), America' IDEATel (The Informatics for Diabetes Education and Tele-medicine project) and Royal Flying Doctor Service of Australia. Consequently, tele-health and ICT Technologies as well as different health service models are commonly used for especially disadvantaged elderly people in the rural area to access healthcare services.

**Key words:** Rural area, elderly people and health, health service model, tele-health

### ÖZET

Türkiye nüfusunun % 12,4'ü kırsal alanda yaşamaktadır. Kırsal alanda; yaşlı nüfusun fazlalığı, eğitim düzeyi düşüklüğü, sosyal güvencesizlik, yoksulluk ve sağlık hizmetlerine erişim güçlüğü belirgindir. Türkiye Sağlık İstatistikleri incelendiğinde, yaşlı nüfusta daha yüksek oranda görülen obezite, diyabet, hipertansiyon gibi sağlık problemlerinin kırsalda daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durum hem kırsal nüfusun demografik yapısı hem de kırsalda sağlık hizmetlerine yeterince ulaşamama ile açıklanabilir. Kırsal alanda sağlık bakım engelleri; sağlık personelinin ve sağlık hizmetlerinin eksikliği, sağlık hizmetlerine erişim engeli, ulaşım araçları, telefon hizmetleri ve sosyal yardım hizmetlerine erişememe, tahmin edilemeyen seyahat ve hava koşulları, sağlık hizmetleri ile ilgili prosedürler, sağlık personelinin kırsaldan gelen bireylerin gereksinimlerini anlamaması ve onlara karşı tavırları, dil ve kültürel engellerdir. Ülkemizde kırsal alan sağlık hizmetleri, sağlık evlerinde görevli ebe veya hemşireler tarafından en yakın bölgedeki aile hekimlerine bağlı olarak yürütülmektedir. Yaşlı nüfusun yoğunluğu ve bu grubun kompleks sağlık bakım gereksinimleri kırsal alanda görev yapan sağlık evi hemşirelerinin daha yetkin olmalarını gerektirmektedir. Bu derlemenin amacı; kırsal alanda yaşayan yaşlıların sağlık gereksinimlerinin farkına varmak, sağlık hizmetlerine ulaşımı artırmak için yapılan uygulamaları değerlendirmek ve ülkemizde kırsalda yaşayan yaşlılar için önerilerde bulunmaktır. Bu amaçla, kırsal alan sağlık hizmeti sunum modelleri, mobil sağlık hizmetleri, tele-sağlık ve bilgi iletişim teknolojilerinin kullanımı incelenmiştir. Türkiye ve dünyada kırsal alanda yaşayan yaşlılar için yapılan projeler; toplum temelli kapsayıcı hemşirelik hizmetleri ile kırsal bölge halkının sağlık durumunun geliştirilmesi projesi, İngiltere'de kırsal yaşamın desteklenmesi projesi ESAW (European Study of Adult Well-Being) Avrupa yetişkin iyilik hali projesi, İskoçya tele-sağlık projesi, Fransa OURSES (Offer of Rural Use of Services by Satellite) teletıp projesi, Batı Avustralya FW-MHIP (The Far West Mental Health Integration), Amerika CCTH (The Care Coordination Home Tele-health), Almanya TEMPiS (Tele-medical Project for Integrative Stroke Care), Amerika IDEATel (The Informatics for Diabetes Education and Tele-medicine) projeleri ve Avustralya Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan Kraliyet Uçan Doktor Hizmetidir. Sonuç olarak; kırsal alanda özellikle dezavantajlı konumda olan yaşlı bireylerin, sağlık hizmetlerine erişimlerinde farklı sağlık hizmet modelleri ile birlikte tele-sağlık ve Bilgi İletişim Teknolojileri yaygın olarak kullanılmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Kırsal alan, yaşlı ve sağlığı, sağlık hizmet modeli, tele-health

Received / Geliş tarihi: 18.07.2017, Accepted / Kabul tarihi: 28.11.2017

<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı

\*Address for Correspondence/Yazışma Adresi: Yasemin Demir Avcı, Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Antalya/TÜRKİYE, E-mail:yasemin0747@hotmail.com

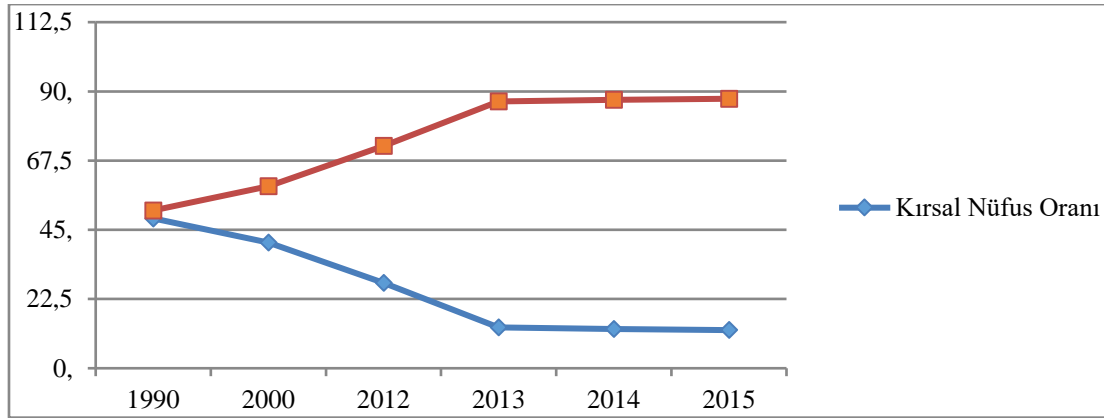
Demir YA, Gözüm S. Kırsal Alanda Yaşayan Yaşlılar için Sağlık Hizmeti Sunum Modelleri ve Tele-Sağlık.TJFMPC, 2018;12(1): 56-67.

DOI: 10.21763/tjfmpe.400067

## GİRİŞ

Nüfusu 20 binden daha az olan yerleşim birimleri kırsal alan olarak kabul edilmektedir.<sup>1</sup> Her ülke, kendi coğrafi yapısı, nüfus yoğunluğu, ekonomik ve sosyal özelliklerine göre kırsal alan tanımı yapmaktadır. Avrupa Komisyonu'na göre kırsal alan, nüfus yoğunluğu kilometre başına 300 kişi ve toplamda en az 5000 kişiden oluşan alandır.<sup>2</sup> Başka bir tanıma göre ise kırsal alan şehir merkezine uzaklığı 32 km (20 mil) ve ulaşımı 30 dakika mesafede olan yerlerdir.<sup>3</sup> Bir başka tanımda ise kırsal alan, tarım topraklarından

oluşan, izole, küçük kasaba ve nüfus yoğunluğunun az olduğu bölgeler olarak sınıflandırılmaktadır.<sup>4</sup> Tüm tanımlar birlikte düşünüldüğünde, kırsal alan, kent merkezine uzak, nüfus yoğunluğunun az, nüfusun genellikle yaşlılardan oluştuğu ve temel ekonominin tarıma dayandığı yerler olarak sınıflandırılabilir. Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015 yılı verilerine göre nüfusun %12,4'ü kırsal alanda yaşamaktadır (Şekil-1). Yıllar içerisinde genç nüfusun kente göçü ile kırsal alanda yaşayanların oranı azalmış ve kırsal alan, yaşlıların yaşadığı yerleşim birimi görünümü kazanmıştır.



Şekil-1: Yıllara Göre Kırsal ve Kentsel Nüfus Oranları, (%), Türkiye (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015)<sup>5</sup>

Kentsel alanda yaşam kalitesini artıran birçok olanak kırsal alanda daha azdır. Özellikle ulaşım, telekomünikasyon, sağlık hizmetleri, iş imkânı, eğitim ve fırsatlar açısından kentler daha avantajlıdır. Bu nedenle, kırsalda yaşayan gençlerin kentsel alanda yaşamayı tercih etmesi, kırsal alanda yaşlı nüfusun artışına neden olmaktadır. Türkiye Aile Yapısı Araştırmasına (2013) göre, yaşlıların %58,5'i kırsalda yaşamaktadır.<sup>6</sup> Yaşlı nüfusun sağlık problemleri, genç nüfusa oranla daha fazladır. Kırsal alanda yaşayan yaşlılarda, kanser, dolaşım ve solunum sistemi hastalıkları gibi kronik sağlık problemleri daha sık görülmektedir.<sup>7</sup> Bu profile sahip yaşlıların, uzman bir sağlık ekibi tarafından takip edilmesi gerekirken, tam tersine, birçok nedenle kırsal alanda yaşlıların sağlık bakım gereksinimlerini karşılayacak kurumlar ve uzman ekip mümkün olmadığı için bu boşluğu kapatacak sağlık hizmet sunum modellerinin geliştirilmesi gerekir.

Yaşlılık, insan yaşamının kaçınılmaz evrelerinden biridir. Bu evrede, kişilerin sağlık durumlarının, iyilik halinin devamını sağlamak ve hayatlarını idame ettirmek önemlidir. Yaşın

ilerlemesiyle bazı fizyolojik ve anatomik değişiklikler meydana gelmektedir. Bu durum yaşlı kişilerin sağlık sorunlarına daha duyarlı olmalarına neden olmaktadır.<sup>8</sup> Yaşlılığın fizyolojik gereksinimlerine, kırsal alanın olumsuz şartları da eklendiğinde yaşlı bireyler beslenme, tuvalet, banyo gibi günlük gereksinimlerini karşılamakta zorlanmaktadırlar. Yaşla birlikte artan engelliliğe, kırsalda yaşamaktan kaynaklanan sorunlarda eklendiğinde, kırsal alanda yaşayan yaşlıların dezavantajlılığı daha da artmaktadır.<sup>9</sup> Kırsal alanlarda yaşayan yaşlı bireyler, sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk yaşamaktadırlar.

Bu derlemenin amacı; kırsal alanda yaşayan yaşlıların sağlık gereksinimlerinin farkına varmak, sağlık hizmetlerine ulaşımı artırmak için yapılan uygulamaları değerlendirmek ve ülkemizde kırsalda yaşayan yaşlılar için önerilerde bulunmaktır. Bu amaçla, kırsal alan sağlık hizmeti sunum modelleri, mobil sağlık hizmetleri, tele-sağlık, bilgi iletişim teknolojilerinin (BİT) kullanımı incelenmiştir.

## Yaşlı Kırsal Nüfusun Özellikleri

Kırsal yaşlılık kavramı, kırsal alanın koşulları, yaşlıların ekonomik olanakları, fiziksel koşulları, beslenme şekilleri, sağlık bakımları, dil sorunları ve diğer psiko-sosyal sorunlarına göre değerlendirilmelidir. Kırsal alanda yaşayan yaşlılar kentlerde yaşayan yaşlılara göre sağlık, bakım ve güvenlik hizmetlerine daha zor erişebilmektedir.<sup>10</sup> Kırsal nüfusun bazı belirgin özellikleri aşağıda açıklanmıştır:

**Yoksulluk:** Bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılayamaması ve temel yaşam standartları için gerekli olan mal ve hizmetleri alamaması ya da bunlara erişememe olarak tanımlanır. Yoksulluk kırsal kesimde yaşayan bireyleri daha çok etkilemektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'na göre yoksulluk oranı, 2014 yılında Türkiye geneli için %21,8 iken, bu oran yaşlı nüfus için %18,3'tür. Yaşlı nüfusun yoksulluğu cinsiyete göre incelendiğinde, yoksul yaşlı erkek nüfus oranı 2012 yılında %17,7 iken, bu oran 2014 yılında %18,3'e yükselmiştir. Yoksul yaşlı kadın nüfus oranı ise 2012 yılında %19,4 iken, bu oran 2014 yılında %18,2'ye gerilemiştir. Sonuç olarak, yoksul erkeklerde artış kadınlarda düşüş olduğu gözlenmiştir.<sup>6</sup>

**Gelir:** Kırsal alanda yaşayan yaşlı nüfusun en önemli ekonomik geçim kaynaklarından biri tarımdır. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, 2014 yılında yaşlı nüfusun işgücüne katılma oranı %11,5'dir. Yaşlı erkek nüfusta bu oran %19,3 iken yaşlı kadın nüfusta %5,4'tür. Yaşlı nüfusun %74,1 tarım %18,9'u ise hizmet sektöründe çalışmaktadır.<sup>11</sup>

**Eğitim:** Eğitim düzeyi, yaşlı nüfusta genç nüfusa göre daha düşüktür. Yaşlı nüfusun yaklaşık yarısı (%42,1) ilkökul mezundur. Üniversite okuyanların oranı oldukça düşüktür.<sup>11</sup>

**Sosyal güvenlik ve yaşlılık maaşı:** Türkiye'de, 65 yaş üstü tüm bireyler sosyal güvenlik çatısı altına alınmakta ve eğer bir geliri yok ise yaşlılık maaşı almaktadır. Yaşlılara yönelik en yaygın sosyal politika uygulaması, yaşlılık sigortası ve yaşlılık maaşıdır. Yaşlılık sigortası, "yaşın ilerlemesi gibi nedenlerden dolayı fiziki gücünü kaybeden dolayısıyla gelir ve kazanç kaybına uğrama tehlikesi ile karşı karşıya kalan kişilerin, bu sosyal riskini karşılama ve onlara emekli aylığı bağlama amacını güden" bir sigorta türüdür. Yaşlılık maaşı olarak bilinen kanun uygulaması 1977 yılından bu zamana kadar devam etmektedir. Çalışma Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü tarafından 2022 Sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması

*Hakkında Kanun* kapsamında ödenen aylıklar, 2012 yılından itibaren 633 sayılı KHK ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından ödenmeye başlanmıştır.<sup>12</sup>

**Kırsal alanda yaşlıların bakımı:** Yaşlıların yaşadığı her yerde olabildiğince bağımsızlığını sürdürmesi, ancak gereksinim duyduğu zaman bakım destek hizmetlerine ulaşabilmesi gerekir. Kentsel alanda gündüz bakım evi, huzurevi, evde sağlık, yerel yönetimlerin evde bakım hizmetleri gibi olanaklar yaşlı ve ailesini desteklerken, kırsal alanda gereksinimi olan yaşlı için bakım, yalnızca aile bireylerinin desteği ile yürütülmektedir. Ayrıca, yaşlıların bakım tercihleri kentte ve kırsalda farklılaşmaktadır. Türkiye Aile Yapısı Araştırması'na (2013) göre, yaşlılara yaşlılığında yaşamayı tercih ettikleri yer sorgulandığında; "huzurevine giderim" yanıtı kentte % 10,9 iken, kırdada %6,2; "çocuklarımla yanında kalırım" yanıtı kentte % 50 iken, kırdada %64,7; "evimde bakım hizmeti alırım" yanıtı kentte % 19,1 iken, kırdada % 15,3 bulunmuştur.<sup>6</sup> Bu sonuçlar kırsal alanda yaşayan yaşlıların toplumda var olan bakım destek hizmetlerinin ya farkında olmadıkları ya da tercih etmedikleri şeklinde yorumlanabilir.

**Kaynaklara ve hizmetlere erişimde sorunlar yaşanması:** Kırsalda yaşayan yaşlıların, köylerin fiziki ve sosyal altyapı yetersizlikleri nedeniyle sağlık ve destekleyici hizmetlere ulaşmada güçlük yaşadığı bilinmektedir. Hastanelerin randevu sistemlerinin telefonla olması, yaşlıların telefonla randevu almada zorlanmaları, var olan evde sağlık hizmetleri ve büyükşehir belediyelerinin sağladığı evde bakım servislerinden nasıl yararlanacaklarını bilmemeleri kırsal alanda yaşayan yaşlılar için önemli bir sorundur.

**Kırsal alanda cinsiyet eşitsizliği:** Ulusal ve uluslararası tüm demografik gelişmelerde yaşlı nüfusun çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Yaşam koşullarında meydana gelen her olumlu değişim (örneğin doğumda beklenen yaşam süresi gibi) kadınların yaşam süresine yıllar eklemektedir. Türkiye'de kırsal alanda yaşayan kadınlar çift taraflı sosyal tehlikeyle karşı karşıyadır. Yaşlılık öncesi alıştıkları kültürel değerler, kadınların sosyal alanlara katılmasına engel oldukça, yaşlılığı çok boyutlu yaşayamamaktadırlar.<sup>13</sup> Kırsal yaşamın tarım ve hayvancılık gibi fiziksel güç gerektiren işleri kırsaldaki yaşlı kadın için zorlayıcı unsurlardır.

## Kırsal Alan Sağlık Sorunları

Kırsalda yaşayan yaşlı nüfus birçok konuda dezavantajlıdır. Kuzey Anadolu Kalkınma Ajansı (KUZYKA)'nın yapmış olduğu, "TR82 Bölgesi Kırsal Yaşlılık Analizi" raporunun sonuçlarına (2015)

göre, köyünde sağlık hizmeti sunan kuruluşlarının oranı %65,9 olarak belirtilmektedir. Yine araştırma sonucunda, yaşlıların, köylerindeki sağlık ocaklarının kapatılmış olması ya da işlevsizleştirilmesinden kaynaklı olarak sıkıntı yaşadıkları vurgulanmaktadır. KUZKA raporunda;

- Köylerin büyük bir kısmında, köyde hizmet veren sağlık merkezinin (sağlık evi, aile sağlığı merkezi) olduğu ancak, tam zamanlı hizmet veren bir doktorun olmadığı,
- Bu nedenle yaşlıların köylerindeki sağlık kurumunu yalnızca ilaç yazdırmak amacıyla kullandığı
- Bazı köylerin sadece 15 günde bir aile hekimi tarafından ziyaret edildiği
- Kırsal kesimde, özellikle dezavantajlı konumda olan yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinde kolaylık sağlanarak ihtiyaç duydukları koruyucu ve tedavi edici hizmetlere erişimlerinin kolaylaştırılması önerilmiştir.<sup>14</sup>

#### **Kırsal Alandaki Sağlık Bakım Engelleri**

- Sağlık personelinin ve sağlık hizmetlerinin eksikliği
- Sağlık hizmetlerine erişim engeli
- Ulaşım araçlarının eksikliği
- Telefon hizmetlerinin eksikliği
- Sosyal yardım hizmetlerine erişim eksikliği
- Tahmin edilemeyen seyahat ve hava koşulları
- Sağlık hizmetleri ile ilgili prosedürler
- Sağlık personelinin kırsaldan gelen bireyleri anlamaması ve onlara karşı tavırları
- Dil ve kültürel engellerdir.<sup>3</sup>

#### **Kırsal Alanda Çalışan Sağlık Personelinin Görevleri**

Sağlık hizmetlerine erişim konusunda, kent ve kır arasında farklılıklar bulunmaktadır. Ayrıca, sağlık hizmetlerine erişim kırsal kesimde daha zor ve maliyetlidir. Kırsal kesimde sağlık hizmeti verilen birimlerde, maliyet etkililik nedeniyle yalnızca en temel araçlar bulundurulmaktadır. Ayrıca, kırsal alanda çalışmak cazip olmadığı için mesleki teşvik uygulamasına rağmen, kırsalda daha az deneyimli ve daha az eğitilmiş kişiler çalışmaktadır. Personelin coğrafi olarak yanlış dağılımı da önemli bir husustur.<sup>15</sup> Kırsal alan nüfusu, birçok ülkede kronik hastalık prevalansı yoğun olan yaşlılardan oluşmaktadır. Yaşlıların, kronik hastalıklarının multidisipliner uzman bir ekip tarafından yönetilmesi gerekir. Kentsel alanda yaşayan yaşlılar, sağlık problemlerinin tanı ve tedavi sürecinde alanında uzman hekimler hatta geriatride uzmanlaşmış geriatri klinikleri tarafından izlenirken,

kırsal alandaki yaşlıların ulaşabileceği tek sağlık çalışanı, sağlık evinde çalışan bir hemşire ya da çoğunlukla ebedir.

Ülkemizde, nüfusu en az 300 ve üzeri olan bölgelerde sağlık hizmeti en yakın birimdeki aile hekimi ile sağlık evinde çalışan bir ebe veya hemşire ile birlikte yürütülmektedir.<sup>16</sup> Sağlık evlerinde çalışan bir hemşire ise, tek başına böyle kompleks sağlık problemlerini yönetmede ciddi anlamda zorlanabilir. Sağlık evinde çalışan bir ebe ise, ebelik eğitim müfredatı yaşlı sağlığı problemlerini içermediği için, durum hem ebe, hem de hizmet alan yaşlı için çok daha zor olacaktır. Bu yönleriyle bakıldığında hizmetlere erişim adil değildir. Kamu sağlığı hizmet ve olanakların planlanarak yeniden yapılandırılması gerekmektedir. Kırsal alanda çalışan sağlık personelinin, eğitimi ve çalışma koşullarının yeterli olmaması, kırsal alanda çalışmak istememesi, kırsalda çalışanların ilk fırsatta şehir merkezine gelmek istemeleri nedenleriyle kırsal alanda sağlık personeli sıkıntısı yaşanmaktadır.

Sağlık evlerinde ebe veya hemşireler görev yapmaktadır. Sağlık evindeki personelin, görev alanları içerisinde bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini ve gezici sağlık hizmeti çalışmaları desteklemek, gerekli malzemeleri ve cihazları hizmete hazır olarak tutmak, sağlıkla ilgili kayıtları tutmak, nüfus hareketlerini toplum sağlığı merkezine ve aile hekimine bildirmek, sağlık ölçütlerini değerlendirerek sorunları ve öncelikleri saptamak, evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireyleri tespit ederek kayıtlı olduğu aile hekimine ve koordinasyon merkezine bildirmek, koordinasyon merkezi tarafından görevlendirildiği takdirde hastalara evde sağlık hizmeti vermek, kronik hastaların izlemelerini yapmak, toplum sağlığı merkezi koordinasyonunda halk eğitimleri yapmak, bulaşıcı hastalık kontrol programlarında görev almak, obezite danışmanlığı hizmetlerinde görev almak, gelişebilecek olası acil durumlar için gerekli malzeme ve ekipman bulundurulması şartı ile enjeksiyon hizmeti vermek, pansuman yapmak ve basit suture atmak, veremli hastalara doğrudan gözetimli tedavi uygulamak, bu hastaları düzenli olarak izlemek, ihtiyaçlarını bağlı olduğu toplum sağlığı merkezine bildirmek, bu konuda halka eğitim vermektir.<sup>17</sup> Görüleceği üzere, sağlık evinde çalışan personelin yetkin olması gerekmektedir. Burada çalışan sağlık personelinin, mesleki gelişimi ve kırsalda yaşayan toplumun sağlık bakımını sürdürebilmesi için sürekli desteklenmesi, gerektiğinde on-line eğitim, danışmanlık ve destek sağlanması önerilmektedir.

Kırsal alanda görev yapan hemşirelerin, eğitime hazırlık algısının incelendiği bir çalışmada, kırsal alanda çalışan bir hemşirenin travma, nöroloji, pediatri, kriz yönetimi, insan kaynakları yönetimi, jinekoloji, teknoloji, değerlendirme, iletişim teknolojileri, kardiyoloji, solunum, farmakoloji,

eleştirel düşünme, geriatri ve liderlik gibi alanlarda rollerinin olması gerektiği belirlenmiştir.<sup>18</sup> Kenny ve Duckett (2003), hemşirelerin kırsal alandaki rollerinin yöneticilik, liderlik, ruh sağlığı ve ileri değerlendirme becerileri olması gerektiğini vurgulamıştır.<sup>19</sup> Kırsal bölgede görev yapan personelin güçlenmesi ve motivasyonunu artırmak için eğitim programları yapılabilir. Personelin maaşı ve çalışma koşulları iyileştirilebilir.<sup>20</sup> Böylece kırsal alanda personel eksikliği yok edilmez ama azaltılabilir. Üniversitelerde eğitim gören öğrencilere, imkan dahilinde kırsal alanda staj yaptırılabilir. Kırsal alan hemşireliği dersi eklenebilir.<sup>21</sup>

Kırsal alanda sağlık hizmetlerinin etkinleştirilmesi için, kırsal nüfusun modern sağlık hizmetlerine sürekli erişiminin sağlanması ve bu hizmetlerden yararlanma ile ilgili alışkanlıkların geliştirilmesi gerekmektedir. Diğer taraftan, yaşlılar ile birlikte dezavantajlı grupların hizmetlere erişimini sağlamak için koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, gezici sağlık ve halk sağlığı hizmetlerinin artırılması gerekmektedir. Kırsalda yaşayan yaşlıların, sağlıklı beslenme alışkanlığı kazanması için gerekli eğitim çalışmaları yapılmalıdır. Sağlık hizmetlerinin etkinleştirilmesinde, ulusal ve yerel düzeyde kamu kesimi, özel kesim ve sivil toplum dayanışmasını sağlamak için tüm sektörlerin işbirliği, halkın katkı ve katılımının sağlanması gerekmektedir. Kırsal yerleşimlerde sağlık personeli açığının giderilmesi için kır-kent arasındaki personel dağılımının dengelenmesi ve hizmet binalarının hizmet sunum kalitesinin artırılması ile sağlanabilir.<sup>22</sup>

### **Kırsal Alanda Hizmet Sunumu**

Kırsal alanda sağlık hizmet sunumunu planlayabilmek için, öncelikle gereksinimlerin ve önceliklerin belirlenmesi gerekir. Kırsal alanda yaşayan yaşlıların sağlığı ile ilgili öncelikler;

- Bakıma erişim
- Kronik hastalıkların yönetimi
- Kanser taramaları
- Diyabete yönelik önleme, tarama ve rehabilitasyon
- Ruhsal hastalıklar
- Beslenme, obezite
- İlaç, alkol ve madde kullanımı
- Bağışıklama ve enfeksiyon hastalıkları
- Acil Bakım
- Acil tıp hizmetleri
- Uzun dönem bakım<sup>3</sup>
- Öz bakım.<sup>35</sup>

Ülkemizde, kırsal alanda sağlık hizmetlerinin sunumundan Halk Sağlığı Müdürlükleri sorumludur. Kırsal alanda sağlık hizmetleri sunumu sağlık evleri ile gerçekleştirilmektedir. Sağlık evleri, Toplum Sağlığı

Merkezi'ne (TSM) bağlı birim olarak tanımlanmıştır ve idari yönden TSM'ye hizmet yönünden aile hekimlerine bağlı olarak çalışan sağlık kuruluşlarıdır. Sağlık evlerinin açılabilmesi için TÜİK (2015) verilerine göre sağlık evinin bağlanacağı (hizmet sunacağı) toplam belde, köy ve mahallelerin nüfusunun 500'ün üzerinde ve merkez nüfusun en az 300 olması, sağlık evine bağlanacak belde, köy ve mahallelerin sağlık evinin bulunduğu merkeze olan uzaklığının 10 kilometreden az olması ve aile hekimlerinin gezici sağlık hizmeti sunduğu yerler olması gerekmektedir.<sup>16</sup> Ülkemizdeki sağlık evi sayısı 5544'tür.<sup>5</sup>

Kırsal alanda sağlık hizmeti, sağlık evi dışında özellikle hava koşulları nedeni ile ulaşım sağlanamayan yerlerde uçak ambulans, ambulans helikopter ve kar paleti ile sağlanmaktadır. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne göre (2015) 3 uçak ambulans, 17 ambulans helikopter ve 265 kar paleti bulunmaktadır.<sup>5</sup> Diğer durumlarda halk, sağlık kuruluşlarına ulaşımı kendi imkanları ile sağlamaktadır.

### **Kırsal Alanda Hizmet Sunum Modeli: Tele-sağlık**

Tele-sağlık web teknolojisine dayalı veri transferi yapabilen, bireylerin sağlık kayıtlarına ulaşma ve bu kayıtları yönetme olanağını veren, hastalık yüküne ve sağlık giderlerine, demografik analizlere ulaşabilen, tek merkezden bilgi olanağı sağlayan ve sağlıkla ilgili olaylarda erken uyarı sistemleriyle bilgiye ulaşmayı sağlayan sistemler olarak tanımlanır.<sup>23</sup> Aile, sağlık profesyoneli, arkadaş ve teknik personel ile destek sağlanarak kırsalda yaşayan yaşlılara basit düzeyde bilgisayar kullanımını öğretilir. Yaşlılar, resimli, renkli ve kısa cümleli broşürler ile bilgisayar ve internet kullanımını öğrenebilirler. Şifre ve kullanıcı adını yanlış girme, internete erişim gibi problemlerini çözmek için telefon aracılığı ile teknik destek alabilirler.<sup>24</sup>

Yaşlının, kendi evinde huzurlu yaşlılık dönemi geçirmesini kolaylaştırmak, yaşam kalitesini artırmak ve gerektiğinde sağlık personeline kolayca ulaşabilmesini sağlamak amacıyla evde bakım hizmetlerinde tele-sağlık kullanılmaktadır.<sup>25</sup> Tele-sağlığın yaşlılar için diğer avantajlarına bakıldığında;

- Bireylerin istediği zaman ve yerde kullanabilmesi,
- Farklı düzeylerde öğrenme seviyesinde kullanılması,
- Fiziksel engellerinden dolayı eve bağımlı olanlar için avantajlı olması,
- Sağlık merkezlerine ulaşamayacak yerde yaşayanlar için, sağlık servislerine ulaşımı sağlaması,

- Yer ve zamanı kısıtlı olanlara zaman ve yer tasarrufu sağlaması,
- Web üzerinden yapılan eğitimlerde, tekrar bakma fırsatı olması sebebi ile hatırlamayı kolaylaştırması,
- Web üzerinden yapılan değişikliklerin kaydedilebilmesi ve ses, görüntü gibi araçların öğrenmeyi artırıyor olması,
- Geniş kitlelere ulaşması gibi nedenlerden dolayı tele-sağlık kullanılabilir.<sup>26</sup>

Tele-sağlık ile özellikle kırsal alanda yaşayan yaşlılar için, fiziksel engellerden kaynaklanan sağlıkla ilgili bazı sorunlarına çözüm bulunabilir. Bakım hizmetlerini koordine etmek için verimli bir sistemdir.<sup>27</sup> Kırsal alanda sağlık bilgisine erişim fırsatı verilerek sağlık eşitsizlikleri azaltılabilir.<sup>28-30</sup> İnternet temelli video konferans sistemleri, dezavantajlı grupların ve yaşlı bireylerin yalnızlığını ve sosyal izolasyonunu azaltmak için kullanılabilir.<sup>31</sup> Yaşlı ve kırsal alanda yaşayan bakım vericiler, bilgi ve iletişim teknolojilerini bilmeseler bile, yeni teknolojiler sağlık profesyonellerinin desteği ile öğretilir. Yaşlı bireylerin, günlük ve enstrümental yaşam aktivitelerinin desteklenmesinde önemli katkı sağlayabilir.<sup>32</sup> Örneğin, yaşlılar kırsal bölgede bulamadıkları ilaç, tıbbi cihaz ve diğer ev gereksinimlerini on-line alışverişle karşılayabilirler. Orta düzeyde depresyonu olan hastaların semptomları azaltmak için, tele-sağlık kullanılarak anksiyete ve depresyon semptomları azaltılabilir.<sup>33</sup> İnternet temelli tele-rehabilitasyon ile özellikle kırsal alanlarda veya uzak bölgelerde yaşayanlar için yüksek kaliteli rehabilitasyon hizmetlerine erişim sağlanabilir.<sup>34</sup> Tele-sağlık yolu ile sunulan hizmetlere ilişkin örnekler Tablo-1'de özetlenmiştir.

### **Kırsal Alanda Uygulanan Sağlık Hizmet Sunum Model Örnekleri**

*Toplum Temelli Kapsayıcı Hemşirelik Hizmetleri İle Kırsal Bölge Halkının Sağlık Durumunun Geliştirilmesi Projesi:* Proje, 14 Mart – 9 Mayıs 2012 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı ve Konya Valiliği İl Sosyal Etüt ve Proje Müdürlüğü ortaklığında Konya ilinde bulunan Karadığın ve Kaşınhanı kırsal alanında (nüfus < 2300) yürütülmüştür. Projede ilköğretim okullarında sağlık taraması, sağlık eğitimleri, risk gruplarına yönelik (bebek, çocuk, adolesan, gebe, loğusa, yaşlı, engelli birey olan) ev ziyaretleri ve bireysel sağlık eğitimi çalışmaları yapılmıştır. Proje kapsamında, 939 öğrencinin boy, kilo, beden kitle indeksi, tansiyon ölçümleri ile görme, duruş bozukluğu ve ağız diş sağlığı taramaları yapılmıştır. Bölge halkına yönelik ise kan şekeri, beden kitle indeksi, bel-kalça oranı ve kan basıncı ölçümleri yapılmış ve 18 yaş üstü toplam 674

birey taramalardan yararlanmıştı. Ayrıca, kısa semptom envanteri ile 190 yetişkinin ruh sağlığı taraması yapılmıştır. Proje kapsamında 104 aileye toplamda 789 ev ziyareti (hane başına ortalama 7,5) gerçekleştirilmiştir. Tarama yapılan grubun % 11,4'ünde diyabet, % 13'ünde hipertansiyon, %36,3'ünde obezite ön tanısı belirlenmiş (daha önce tanı almayanlar arasında) ve tespit edilen vakalar uygun polikliniklere yönlendirilmiştir.<sup>36</sup>

*İngiltere'de Kırsal Yaşamın Desteklenmesi Projesi:* Bu proje özellikle demans, depresyon ve izole yaşlı bireylere yönelik gönüllü bireylerin destek ve yardımı ile gerçekleştirilmiştir. Yaşlı bireylerin evlerinde sağlıklarının geliştirilmesi ve hastaneye başvurularının azaltılması ve sosyal izolasyonun kaldırılması hedeflenmiştir. Gönüllüler, kırsalda yaşayan yaşlılara aktivite ve yeni hobi kazandırmayı ve onlara gerekli eğitimler vermeyi hedeflemişlerdir.<sup>37</sup>

*ESAW (European Study of Adult Well-Being) Avrupa Yetişkin İyi Hali Projesi:* Avusturya, Almanya, Hollanda, Lüksemburg, Birleşik Krallık ve İsveç ile yapılan proje şehir ve kırsalda yaşayan yaşlıların yaşam kalitesini artırarak Avrupa'da yaşlılık modeli geliştirmeyi amaçlamıştır. Projenin ana bileşenleri kişilerin bireysel özellikleri ve kültürleri, öz kaynakları, güvenlik, sosyal destek kaynakları ve yaşamsal etkinlikten oluşmaktadır.<sup>38</sup>

*Argyll&Bute Tele-sağlık Projesi:* İskoçya'da kırsal alanda yaşayan 17 (61-102 yaş) kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve hipertansiyon tedavisi alan bireyin ağırlık, boy, oksijen satürasyonu, nabız ve kan basıncı bir cihaz ile ölçülüp kaydedilmiştir. Cihazda bilgi kişiye özeldir. Proje, evde izleme, medikal izlem ve toplum izlemeden oluşmaktadır. Projede yer alan sistemin bir parçası olan web sitesi, toplum sağlığı hemşiresi tarafından günlük kontrol edilmekte ve hastanın değişen vital bulgularını gözlemlemektedir. Uzun dönemde, hastaların koşulları yönetmesini sağlamak ve hastaneye başvurularını azaltmak amaçlanmıştır.<sup>39</sup>

*OURSES (Offer of Rural Use of Services by Satellite) Tele-tıp Projesi:* Fransa'da, kırsal alanda yaşayan yaşlı bireylere takılan giyilebilir EKG sensörü ile hastanın kalp atım hızı ve wifi aracılığıyla bilgiler uzman doktorlara aktarılmaktadır. EKG sensörü küçük, konforlu ve etkilidir. Bu cihazla hastalar ev, bahçe ve parkta rahatça hareket edebilmektedir. Hastada aritmi olduğunda EKG ile ilgili değerlendirme uzman tarafından yapılabilmektedir. Bu proje ile yaşlı hastalar uzmanlar tarafından takip edilebilmiştir.<sup>40</sup>

*FW-MHIP (The Far West Mental Health Integration Project) Batı Avustralya Projesi:* Bu projede, birincil sağlık bakım modeli esas alınmıştır. Proje, birinci basamaktaki sağlık profesyonelleri ile kırsal alandaki tüm nüfusun ruhsal sağlığını

geliştirmeyi hedeflemiştir. Bireylerin toplum ruh sağlığı ekibine erişimi kolaylaştırılmıştır. Bu süreçte danışmanlık, eğitim hizmetleri artarken, sosyal izolasyon azalmıştır.<sup>41</sup>

*Avustralya Kraliyet Uçan Doktor Hizmeti:* Kraliyet Uçan Doktor Hizmeti, havacılık, tıp ve iletişim teknolojilerini kullanarak, Avustralya genelinde yaşayan, çalışan ve seyahat edenlere kapsamlı birincil sağlık hizmeti ve 24 saat acil servis hizmeti sunmaktadır. Hizmet veren araç sayısı 66 uçak, 23 havayolu üssü, 48 yol hastası aracı ve 71,6 milyon kilometre karelik bir bekleme odası bulunmaktadır. Uçuşların çoğunu bir pilot ve bir hemşireden oluşan ekipler gerçekleştirmektedir. Kazazedelere ve uzak bölgelerde hayatı tehdit eden hastalıklara sahip hastalara 24 saat acil yardım sağlamaktadır. Kırsal sağlık konularında yapılan araştırmaların yanı sıra, tele-sağlık, diş sağlığı, ruh sağlığı, sağlık eğitimi ve hava yolu ile hasta taşıma hizmetleri sunmaktadır. Yalnızca 2015'te 290.000'den fazla hastaya hizmet verilmiştir. Resüsitasyon cihazları ve yeni doğanın kübatörleri gibi tıbbi ekipman taşıyan uçaklar ayrıca, gerektiğinde oksijen ve aspirasyon sistemi sağlamak için ilave bir batarya ile donatılmıştır ve kabinde pilot ve sağlık personeli arasında etkileşim için özel bir iletişim sistemi vardır.<sup>42</sup>

*CCTH (The Care Coordination Home Tele-health):* Amerika'da, kırsal alanda yaşayan yaşlıların sağlık ihtiyaçlarının zamanında tespit edilmesi ve yaşlılara yönelik tele-sağlık hizmetlerinin kullanılması programıdır. Ayrıca, hastalığa dayalı kurumsal temelli sağlık bakım hizmeti sağlamaktadır. Diğer amaçları; birinci basamakta işlemleri kolaylaştırıcı olarak hizmet vermek, semptomları erken teşhis etmek ve yaşlıların bakım planlarına uyumu teşvik etmektir.<sup>9</sup>

*TEMPiS (Tele-medical Project for Integrative Stroke Care)* Bütünleştirici İnme Bakımı için Tele-medikal Projesi: Proje, Münih şehrine 75 km uzaklıkta bulunan hastanede uygulanmıştır ve inmeli hastaların yaşam kalitesini artırmak için tasarlanmıştır. Akut inmeli hastalar için yapılan tele-medikal konsültasyon ve eğitim hizmetidir. TEMPiS uygulaması ile iki inme merkezi ve beş toplum temelli hastane ile işbirliği sağlanmış ve inme kurulları oluşturulmuştur. Multidisipliner inme ekipleri ve izleme sistemi kurulmuştur. Uzman nörologlar, hemşireler ve terapistler kurslar ve standardize sürekli eğitim ile eğitilmiştir. İnme yönetimi için tedavi protokolleri geliştirilmiştir. Bakım kalitesi, düzenli denetimler yoluyla değerlendirilmiş ve 7 gün 24 saat telekonferans sistemi ile iki inme merkezi ile iletişim sağlanmıştır. Projede tam zamanlı nörologlar görev almıştır. Proje, akut inme tedavisinin kalite göstergelerinden olan hızlı beyin görüntüleme, tromboliz hızı, yutma bozukluklarının değerlendirilmesi ve erken rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır. Ayrıca,

hastanın katıldığı bir video sistem muayenesi ve lokal olarak yürütülen CT veya MR cihazları nörologlar tarafından değerlendirilmiştir.<sup>43</sup>

*IDEATel (The Informatics for Diabetes Education and Telemedicine)* Diyabet Eğitim ve Tele-tıp Bilişimi Projesi: New York'ta, 19 federal bölgede kırsal alanda yaşayan 61 diyabetli bireyin, ağırlık, boy, kan basıncı, hemoglobin A1c ve lipid düzeylerinin değerlendirilmesini kapsamaktadır. Girişim hastalara danışmanlık, iletişim, eğitim ve tavsiyelerden oluşmaktadır. Yapılan girişimler fax, mail ve elektronik kayıtlar ile gönderilmiştir. Hastalara verilen eğitim materyali yazılı veya elektronik olarak verilmiştir. Hastalar rutin bakım veya evde tele-tıp uygulaması almışlardır. Hastalardan elde edilen glikoz düzeyi ve kan basıncı evde tele-tıp ünitesi ile uzmanlara gönderilmiştir. Hemşire vaka yöneticisi ve diyetisyen tarafından hastalara video konferans yöntemi ile eğitim verilmiştir.<sup>44</sup>

## SONUÇ

Türkiye'de genç ve erişkin nüfusun, kırdan kente göç etmesi nedeniyle kırsal alanlar daha çok yaşlı bireylerin yaşadığı yerleşim birimleri haline gelmektedir. Kırsal yerleşim birimlerindeki nüfusun azlığı nedeniyle, sağlık hizmeti en yakın yerleşim merkezlerine bağlı olarak sağlık merkezleri tarafından ve mobil sağlık araçları ile verilmektedir. Kırsalda yaşayan yaşlı nüfusun, sağlık bakım gereksinimi, diğer yaş dönemlerine göre daha çok ve karmaşık olmasına karşın, kırsalda verilen sağlık hizmeti temel düzeyde ve genellikle daha az deneyimli ya da temel düzeyde eğitilmiş sağlık personeli tarafından sürdürülmektedir. Birçok ülkede, kırsal alanda yaşayan yaşlılar için tele-sağlık uygulamaları denenmiştir. Bilgi iletişim teknolojilerindeki gelişmeler ve sağlık bilişim sistemleri alt yapısı, tele-sağlık sunumunda ve kırsalda görev yapan sağlık çalışanlarını desteklemede etkin olarak kullanılabilir. Sağlık evlerinde çalışan sağlık personeli, kente göre eğitim düzeyi görece daha düşük, tarım ve hayvancılıkla uğraşan kırsal bölge yaşlılarının tele-sağlık hizmetlerini kullanmasında onların danışmanı, sağlık savunucusu olmalıdır. Tele-sağlık teknolojileri, kırsalda tek başına çalışan sağlık personeli için de iyi bir kaynak ve destek hizmetidir.

## KAYNAKLAR

1. Türkiye İstatistik Kurumu. Yaşam memnuniyeti araştırması mikro veri seti 2012. Erişim:<http://www.tuik.gov.tr/MicroVeri/YMA/2012/metaveri/tanim/index.html>. Erişim Tarihi:15.06.2017



2. Avrupa Birliği Komisyonu. Avrupa'da daha iyi yaşlanma; bölgesel yöneticilerin değişimi 2009-2011.  
Erişim:<http://www.europa.steiermark.at/cms/dokumente/115607032950520/061b1aec/the/challenge/of/ageing/cooperation/inaction/A4.pdf>. Erişim Tarihi:30.05.2017
3. Bushy A. Population-centered nursing in rural and urban environments. In: Stanhope M, Lancaster J, editors. Public health nursing: Population centered health care in the community. 8th ed. USA: Elsevier; 2012. p.427-46.
4. Hart LG, Larson EH, Lishner DM. Rural definitions for health policy and research. Am J Public Health 2005 Jul;95(7):1149-55. doi:[10.2105/AJPH.2004.042432](https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.042432)
5. Sağlık istatistikleri yılı 2015. Erişim: <http://www.saglikistatistikleri.gov.tr>. Erişim tarihi:17.03.2017
6. Aybars Aİ, Çavlin A, Eryurt MA, Koç İ, Özbay F. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Türkiye Aile Yapısı Araştırması: Tespitler, Öneriler. Turğut M, Feyzioğlu S, editörler. 1. Baskı. İstanbul: Araştırma ve Sosyal Politika Serisi 07;2014. p.90-106.
7. Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572>. Erişim Tarihi:31.05.2017
8. Karadakovan A. Yaşlıda fizyolojik değişiklikler ve bakım. Yaşlı sağlığı ve bakım. 1. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014. p.279-295.
9. [Luptak M](#), [Dailey N](#), [Juretic M](#), [Rupper R](#), [Hill RD](#), [Hicken BL](#) et al. The care coordination home tele-health (CCHT) rural demonstration project: A symptom-based approach for serving older veterans in remote geographical settings. [Rural Remote Health](#) 2010 Apr-Jun;10(2):1375.
10. Onuncu kalkınma planı (2014-2018). Erişim: <http://www.kalkinma.gov.tr/Documents/OD%C3%96P-06112014>. Erişim Tarihi:31.05.2017
11. İstatistiklerle yaşlılar 2015. Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21520>. Erişim Tarihi: 03.06.2017
12. Türkiye'de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı uygulama programı 2013. Erişim: <https://eyh.aile.gov.tr/duyurular/turkiyede/yasliolarin/durumu/ve/yaslanma/ulusal/eylem/planiuygulama/programinin/guncel/maddeleri>. Erişim Tarihi:15.06.2017
13. Strasser R. Rural health around the world: Challenges and solutions. Fam Pract 2003 Aug;20(4):457-63. doi: <https://doi.org/10.1093/fampra/cm422>
14. Kuzey Anadolu Kalkınma Ajansı 2014. Erişim: <http://www.kuzka.org.tr/basinda-detay.asp?H/661&Haber/tr82-bolgesi-kirsal/yaslilik/analizi/arastirmasi/sonuclari>. Erişim Tarihi:15.06.2017
15. OECD sağlık sistemi incelemeleri 2008. Erişim: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/OECDKITAP.pdf>. Erişim Tarihi: 15.06.2017
16. Sağlık evi açma ve kapama işlemleri, fiziki koşullar. Erişim: [www.ehsm.gov.tr/wp-content/uploads/SAGLIK-EVLERI/ek/11.03.2015](http://www.ehsm.gov.tr/wp-content/uploads/SAGLIK-EVLERI/ek/11.03.2015). Erişim Tarihi:15.06.2017
17. Resmi Gazete Sayı: 29258. Toplum sağlığı merkezi ve bağlı birimler yönetmeliği. Erişim: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/02/20150205-5>. Erişim Tarihi:15.06.2017
18. Molanari DL, Jaiswal A, Hollinger-Forrest T. Rural nurses: Lifestyle preferences and education perceptions. Online Journal of Rural Nursing and Health Care 2011;11(2):16-26.
19. Kenny A, Duckett S. Educating for rural nursing practice. [J Adv Nurs](#) 2003 Dec;44(6):613-22.
20. Morell AL, Kiem S, Millstead MA, Pollice A. Attraction, recruitment and distribution of health professionals in rural and remote Australia: Early results of the rural health professionals program. Hum Resour Health 2014 Mar;12:15. doi:10.1186/1478-4491-12-15
21. Effken JA, Abbott P. Health IT-enabled care for underserved rural populations: The role of nursing. J Am Med Inform Assoc 2009 Jul-Aug;16(4):439-45. doi: 10.1197/jamia.M2971
22. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı 2006. Ulusal kırsal kalkınma stratejisi. Erişim: [www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/02/20060204-9-2.pdf](http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/02/20060204-9-2.pdf). Erişim Tarihi:15.06.2017
23. Sağlık Bakanlığı sağlık.NET hakkında. Erişim: <http://www.e-saglik.gov.tr/belge/1-33811/sagliknet/hakkinda.html>. Erişim Tarihi:16.06.2017
24. Daus E, Moore J, Smith CA, Puno F, Schaag H. Installing computers in older adults' homes and teaching them to access a patient education web site. [Comput Inform Nurs](#) 2004 Sep-Oct;22(5):266-72;quiz 273-4.
25. Aksu T, Fadiloğlu Ç. Yaşlılıkta evde bakıma güncel yaklaşımlar: "Telefon zinciri yöntemi ve kurtarıcı servisler

- teknolojisi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010;2(3):119-125.
26. Demir Y, Gözüm S. Sağlık eğitiminde yeni yönelimler; web destekli sağlık eğitimi. DEUHYO ED 2011;4(4):196-203.
27. Ertem G. Evde bakımda tele-tıp uygulamaları. Fadiloğlu Ç, Ertem G, Aykar Şenuzun F, editörler. Evde sağlık ve bakım. 1. Baskı. Amasya:Göktaş Yayıncılık; 2013. p.383-87.
28. Schulz P, Zimmerman L, Johansson P, Hertzog M, Barnason S. Physical activity patterns in rural-residing spousal caregivers and cardiac surgery patients in the first 6 months post-surgery. Online Journal of Rural Nursing and Health Care 2014;14(2):123-144.doi:http://dx.doi.org/10.14574/ojrnhc.v14i2.330
29. O'Brien TR, Jenkins C, Amella E, Mueller M, Moore M, Troutman- Jordan M, et al. Perceptions of older rural women using computerized programs for weight. Online Journal of Rural Nursing and Health Care 2014;14(2):80-96. doi:http://dx.doi.org/10.14574/ojrnhc.v14i2.324
30. Berner J, Rennemark M, Jogr us C, Anderberg P, Sk oldunger AA, Wahlberg M, et al. Factors influencing internet usage in older adults (65 years and above) living in rural and urban Sweden. [Health Informatics J](#) 2015 Sep;21(3):237-49. doi: 10.1177/1460458214521226
31. Savolainen L, Hanson E, Magnusson L, Gustavsson T. An internet-based videoconferencing system for supporting frail elderly people and their carers. *J Telemed Telecare* 2008;14(2):79-82. doi: 10.1258/jtt.2007.070601
32. Blusi M, Aslund K, Jong M. Older family carers in rural areas - experiences from using caregiver support services based on information and communication technology (ICT). *European Journal of Ageing* 2013 Sep;10(3):191-199. doi:10.1007/s10433-013-0260-1
33. Bolier L, Haverman M, Kramer J, Westerhof GJ, Riper H, Walbu JA, et al. An internet-based intervention to promote mental fitness for mildly depressed adults: Randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2013 Sep;16;15(9):e200. doi: 10.2196/jmir.2603
34. [Russell TG](#), [Buttrum P](#), [Wootton R](#), [Jull GA](#). Internet-based outpatient tele-rehabilitation for patients following total knee arthroplasty: A randomized controlled trial. *J Bone Joint Surg Am* 2011 Jan;93(2):113-20. doi: 10.2106/JBJS.I.01375
35. Bulucu GD,  nsal A. Sosyoekonomik düzeyi düşük bir bölgede evde yaşıyan yaşılların bakım gereksinimi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; (1):577-587.
36. Koçoğlu D, Cingil D, Akın B, Sari E, Ceylan B, Koçak Uyaroėlu A. Proje deneyimi: Hemşirelik hizmetlerinin kırsal bölge halkının sağlık durumunun geliştirilmesi üzerine etkisi. (Poster) 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2-6.10.2012, Bursa
37. Torridge Gönüllü Hizmet Konseyi İngiltere 2015. Erişim: <http://www.sril.org.uk/about-us.html>. Erişim Tarihi:14.04.2017
38. ESAW projesi 2003. Erişim:<http://www.univie.ac.at/ESAW/Reports/modelfinalreport.pdf>. Erişim Tarihi:14.04.2017
39. Roberts A, Garrett L, Godden D. Can tele-health deliver for rural Scotland? Lessons from the argyll & bute tele-health programme. *Scott Med J* 2012 Feb;57(1):33-7. doi: 10.1258/smj.2011.011288
40. Prieto-Guerrero A, Mailhes C, Castanie F. OURSES: A tele-medicine project for rural areas in France. Telemonitoring of elderly people. Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc 2008;2008:5855-8. doi:10.1109/IEMBS.2008.4650546
41. Perkins D, Roberts R, Sanders T, Rosen A. (2006). Far west area health service mental health integration project: Model for rural Australia? *Aust J Rural Health* 2006 Jun;14(3):105-10. doi:[10.1111/j.1440-1584.2006.00777.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2006.00777.x)
42. Royal flying doctor service 2017. Erişim: <http://www.australia.gov.au/about-australia/australian-story/royal/flying-doctor/service>. Erişim Tarihi:30.05.2017
43. [Audebert HJ](#), [Schultes K](#), [Tietz V](#), [Heuschmann PU](#), [Bogdahn U](#), [Haberl RL](#), et al. Long-term effects of specialized stroke care with tele-medicine support in community hospitals on behalf of the tele-medical project for integrative stroke care (TEMPiS). *Stroke* 2009 Mar;40(3):902-8. doi: 10.1161/STROKEAHA.108.529255
44. [Davis RM](#), [Hitch AD](#), [Salaam MM](#), [Herman WH](#), [Zimmer-Galler IE](#), [Mayer-Davis EJ](#). Tele-health improves diabetes self-management in an underserved community: Diabetes tele-

- care. *Diabetes Care* 2010 Aug;33(8):1712-7. doi: 10.2337/dc09-1919
45. Blusi M, Dalin R, Jong M. The benefits of e-health support for older family caregivers in rural areas. *J Telemed Telecare* 2014 Mar;20(2):63-9. doi: 10.1177/1357633X13519901
46. Morgan D, Kosteniuk J, Stewart N, O'Connell M, Karunanayake C, Beaver R. The tele-health satisfaction scale: Reliability, validity and satisfaction with health in a rural memory clinic population. *Telemed J E Health* 2014 Nov;20(11):997-1003. doi: 10.1089/tmj.2014.0002
47. Russell T, Gillespie N, Hartley N, Theodoros D, Hill A, Gray L. Exploring the predictors of home tele-health uptake by elderly Australian healthcare consumers. *J Telemed Telecare* 2015 Dec;21(8):485-9. doi: 10.1177/1357633X15606264
48. Versleijen M, Martin-Khan M, Whitty J, Smith A, Gray L. A tele-geriatric service in a small rural hospital: A case study and cost analysis. *J Telemed Telecare* 2015 Dec;21(8):459-68. doi: 10.1177/1357633X15611327
49. De Luca R, Bramanti A, De Cola M, Trifiletti A, Tomasello P, Torrisi M, et al. Tele-health-care in the elderly living in nursing home: The first Sicilian multimodal approach. *Aging Clin Exp Res* 2016 Aug;28(4):753-9. doi: 10.1007/s40520-015-0463-8

**Tablo 1. Kırsal alanda yaşayan yaşlılar için tele-sağlık**

Yazar-Yıl-Ülke	Araştırma Tasarımı	Örneklem	Sonuç
O'Brien ve ark. <sup>29</sup> ABD	Kalitatif çalışma	14 yaşlı obez birey ve 10 birey kontrol grubu	Yapılan çalışma sonucunda altı tema belirlenmiştir. Temalar; farkındalık, internet kullanımı, kişisel ilişkiler, öz farkındalık, kişisel destek ve engellerdir. Deney grubunun düşük kalorili yeme konusunda daha farkında olduğu belirlenmiştir.
Berner ve ark. <sup>30</sup> İsveç	Kesitsel araştırma	7181 bireyler (51-100 yaş arasındaki bireyler)	İnternet kullanımını; eğitim düzeyi, evde başka biri ile yaşama, bilişsel fonksiyonlarının iyi olması, yaş (65-80) ve şehirde yaşamak etkilemiştir.
Savolainen ve ark. <sup>31</sup> İsveç	Tanımlayıcı araştırma	8 aile ve 4 profesyonel bakım verici	İnternet temelli video konferans sistemleri dezavantajlı ve yaşlı bireylerin yalnızlığını ve sosyal izolasyonu azaltmak için kullanılabilir.
Blusi ve ark. <sup>32</sup> İsveç	Kalitatif araştırma	31 aile bakım verici	Aile bakım vericilerin yaşam kalitesi, iletişim ve bilgi teknolojileri ile gelişebilir. İnternet ve web kamera yaşlı bakım vericilerin yalnızlığını, sosyal izolasyonunu azaltabilir ve uzakta yaşayan akrabalarla iletişimini kolaylaştırır.
Bolier ve ark. <sup>33</sup> Hollanda	Randomize kontrollü çalışma	143 hasta deney ve 141 hasta kontrol grubu	Depresyonu olan hastaların (orta düzeyde) semptomlarını azaltmak için tele-sağlık uygulamaları kullanılarak anksiyete ve depresyon semptomları azaltılabilir.
Russell ve ark. <sup>34</sup> Avustralya	Randomize kontrollü çalışma	31 tele-rehabilitasyon ve 34 kontrol grubu	İnternet tabanlı bir tele-rehabilitasyon programı altı hafta uygulanmıştır. Program sonucunda hastaların kontrol grubuna göre kaslarında tutulum daha az ve memnuniyet daha fazla bulunmuştur.
Blusi ve ark. <sup>45</sup> İsveç	Karma yöntem (kalitatif ve kantitatif) olarak yapılmıştır.	35 bakım verici deney ve 21 bakım verici kontrol grubu	İnternet desteği alan bakım vericiler bakım ile ilgili problemleri çözme, stresi yönetme ve bakım ile ilgili strateji geliştirme konusunda kontrol grubuna göre daha başarılı olmuşlardır.
Morgan ve ark. <sup>46</sup> Kanada	Metodolojik çalışma	223 hasta	On maddeden oluşan kırsal alanda tele-sağlık

					hizmetlerinden memnuniyet ölçüğünün Cronbach's Alfa Katsayısı=0.90 ve madde puanı 4 üzerinden 3.43 ve 3.72 bulunmuştur. Kırsal alanda kullanımı uygun bulunmuştur.
Russell ve ark. <sup>47</sup>	Avustralya	Tanımlayıcı araştırma	306 birey		Kırsalda yaşayan yaşlıların evlerinde tele-sağlık sistemlerinin kullanımının etkinliği değerlendirilmiştir. Evlerin %73'nin internet bağlantısının olduğu ve erişim için %50'si laptop, %68'i masa üstü bilgisayar, %55'i akıllı telefon ve %36'sının bilgisayar teknolojilerini kullanmıştır. Sonuçta; tele-sağlık teknolojilerine adaptasyonu kronik hastalığa sahip olma ve kişisel özelliklerden etkilediği belirlenmiştir.
Versleijen ve ark. <sup>48</sup>	İngiltere	Vaka çalışması	4 hasta		Çalışmada her hasta için video konferans sisteminin 131 dolar olduğu ve maliyet etkin ve sağlık kaynaklarının etkin kullanıldığı belirlenmiştir. Kırsal alanda çalışan sağlık personelinin bilgi almasını video konferans sistemleri desteklemektedir. Hastaların daha sık merkezdeki hastaneleri kullanımı azalmıştır.
De Luca ve ark. <sup>49</sup>	İtalya	Randomize kontrollü çalışma	31 yaşlı deney ve 20 yaşlı kontrol grubu		Deney grubu haftada üç kez (vital bulguları, nörolojik bakım ve elektrokardiyografi) internet bağlantılı bilgisayar ile izlenmiştir. Girişim sonrası deney grubunun yaşam kalitesi artmış ve depresyon, kan basıncı ve nabızı kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur.



Case Report / Olgu Sunumu

# An Allergic Reaction in the Treatment of Bupropion Hcl: A Case Report

## Bupropion Hcl Tedavisinde Gelişen Alerjik Reaksiyon: Olgu Sunumu

Sebahat Gücük<sup>1</sup>

### ABSTRACT

Smoking leads to cardiovascular diseases, cancers, and respiratory tract diseases. Also, smoking is at the center of the causes of preventable death and disability. Bupropion HCL is an antidepressant and reduces the likelihood of smoking and the intensity of withdrawal complaints. The most common side effect is; mouth dryness, insomnia, sleep divisions, roseola, and itching, and the risk of allergic reactions is 1 / 1000-10000. In patients treated with bupropion HCL, the most common side effect causing treatment discontinuation was reported as tremor and rash. In this article, it is aimed to emphasize how important it is to get a simple history and physical examination in terms of our patients in our health services.

**Key words:** Smoking cessation, bupropion, allergic reaction

### ÖZET

Sigara kullanımı, kalp ve damar hastalıkları, kanserler ve solunum yolu hastalıklarına yol açan, önlenemez ölüm ve sakatlık nedenlerinin başında yer almaktadır. Bupropion HCL bir antidepresan olup sigara içme isteğini ve yoksunluk yakınmalarının şiddetini azaltmaktadır. En yaygın yan etkisi; ağız kuruluğu, uykusuzluk, uyku bölünmeleri, deride kızarıklık ve kaşıntı olup alerjik reaksiyon riski 1/1000-10000'dir. Sigara bırakmada Bupropion HCL ile tedavi olan hastaların tedaviyi yarım bırakma nedenlerinden en sık olumsuz etki tremor ve döküntü olarak bildirilmiştir. Bu makalemizde, hastalarımıza verdiğimiz sağlık hizmetlerinde basit öykü alma ve fizik muayenenin hastalarımız açısından ne kadar önemli olduğu vurgulanmak istenmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Sigara bırakma, bupropion, alerjik reaksiyon

---

Received / Geliş tarihi: 13.09.2017, Accepted / Kabul tarihi: 24.10.2017

<sup>1</sup>AİBÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Gököy, Bolu

\*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Sebahat Gücük, AİBÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Gököy, Bolu-TÜRKİYE, E-mail: sebahatgu@yahoo.com

Gücük S. Bupropion Hcl Tedavisinde Gelişen Alerjik Reaksiyon: Olgu Sunumu. TJFMPC, 2018;12(1): 68-71. DOI: 10.21763/tjfmpe.399935

## GİRİŞ

Kalp-damar hastalıkları, kanserler ve solunum yolu hastalıklarına yol açan sigara kullanımı, önlenebilir ölüm ve sakatlık nedenlerinin başında yer almaktadır.<sup>1</sup> Sigarının bırakılması tercihen bir yıl, ancak en azından altı ay süre ile sigara ve tütün ürünlerinden yoksun kalmak olarak tanımlanmaktadır.<sup>2</sup> Bupropion sigara içme isteği üzerine azaltıcı etkisi olan bir antidepresandır.<sup>3,4</sup> Güvenli ve iyi tolere edilen bir tedavi yöntemidir.<sup>4</sup> Sigara bırakma üzerine etkisi antidepresan etkisinden bağımsız olup<sup>4</sup>, yapılan çalışmalarda sigara içme isteği üzerinde belirgin azaltıcı etkisi<sup>5</sup> ve yoksunluk yakınmalarının şiddetini azaltmasının<sup>6</sup> görülmesi ile sigara bırakma tedavisi için onay almıştır. En yaygın yan etkisi; ağız kuruluğu, uykusuzluk, uyku bölünmeleri, deride kızarıklık ve kaşıntı olup<sup>4</sup>, alerjik reaksiyon riski 1/1000-10000'dir.<sup>3,4</sup>

## OLGU:

47 yaşında erkek hasta, ileride hastalanma korkusuyla ailesinin de desteğiyle sigarayı bırakma konusunda çok istekli olarak polikliniğimize başvurdu. 30 paket/yıl sigara kullanmaktaydı. 17 yaşında arkadaşlarına kendini ispatlamak ve okul ortamında yalnız kalmamak amaçlı sigara içmeye başlamış ve zamanla günlük tükettiği adet sayısı artmış. Daha önce 2007 yılında kendi çabasıyla bırakmayı denemiş ama kendi ifadesiyle “aslında hiçbir neden yokken” sigaraya tekrar başlamış. Bu gelişine kadar sigarayı bırakmayı “başaramayacağı için” düşünmemiş.

Hastamızın geliş özgeçmişinde özellik yoktu. Soy geçmişinde dedesinin adını bilmediği kan kanseri nedeniyle kaybedildiği öğrenildi.

Geliş fizik muayenesi normaldi. Geliş vücut kitle indeksi: 26,3 kg/m<sup>2</sup> tansiyon arteriyel: 120-80 mmHg, nabız: 75/dk olarak ölçüldü. Yapılan tetkiklerinde tam kan ve biyokimya değerleri normaldi. Elektrokardiyogramı normal değerlerdeyken, çekilen ön-arka akciğer filminde bronkovasküler dallanmada artış saptandı. Göğüs Hastalıkları uzmanı tarafından değerlendirilerek takibe alındı.

Fagerstrom Nikotin bağımlılık puanı: 6 puan (yüksek düzeyde) idi. Karbonmonoksit düzeyi 12 ppm idi. Hastamızın daha önce Nikotin replasman tedavisinden cevap alamadığını ifade etmesi ve kendi isteği ile Bupropion HCl ilk 3 gün 150 mg, sonrasında 300 mg olacak şekilde tedaviye başlandı.

Hastamız, 18. günde tüm vücudunda yaygın eritematöz lezyonlar, göz kapaklarında şişlik şikayetleri ile gece acile başvurmuş.

Acilde ilk müdahalede alerjiye yönelik olarak bilmediği sıvı tedavisi verilmiş. Takip eden hekim tarafından kullandığı ilacının böyle bir yan etkisi olmayacağı belirtilmiş ve hastamız taburcu edilmiş. Hastamız bu arada sigara bırakma amaçlı ilacını kullanırken, lezyonlarında gerilememe olmaması nedeniyle 3 gün acile gidiş gelişleri devam etmiş. Verilen oral ve topikal antihistaminik tedaviyle taburcu edilmiş. Uzun resmî tatil nedeniyle de polikliniğimize ulaşamamışlar. En son kendileri internette okudukları bilgilerle ilacı kesmeye karar vermişler. Lezyonlar bu aşamadan sonra hızlı bir şekilde gerilemiş.

Hastamızın geliş tam kan ve biyokimyasal değerleri normal sınırlardaydı ve acilde herhangi bir tetkik yapılmadığı belirtildi. Bu yüzden karşılaştırabileceğimiz bir değerimiz yoktu. Lezyonlarıyla ilgili de sunabileceğimiz bir görsele ulaşamadık.

Hastamız ilaç kesiminden sonraki 7. günde polikliniğimize başvurduğunda sigara içmediğini, ama bunun için çok çabaladığını ve zorlandığını ifade etti. Hastamızın yaşadıklarından dolayı hissettiği güvensizliği ortadan kaldırmaya çalışarak, tedavimizin devamı amaçlı nikotin sakızı başlandı. Hastamızdan çalışmamızla ilgili yazılı izin alındı.

## TARTIŞMA:

Sigara hangi yaşta bırakılırsa bırakılsın yaşam süresinin artması beklenir. Çeşitli solunum dolaşım hastalıkları, kanserler ve sağlık üzerine olan bu olumsuz etkilerine karşı Dünya Sağlık Örgütü önderliğinde sigaraya karşı ciddi mücadele yürütülmektedir. Türkiye, bu savaşta önemli ülkelerden biri olarak sigarayla ilgili birçok başarılı programlar yürütmektedir.<sup>7</sup>

Sağlık çalışanlarımız kendilerine hangi nedenle olursa olsun gelen hastaları sigara açısından sorgulamalıdır. Sigara tedavisi konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları, doğru yönlendirme yapmaları açısından önemlidir.<sup>8</sup> Sigara bırakma polikliniklerinde sigara bırakmaya kararlı olanlara Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) yapılarak bağımlılık durumları belirlenir. Altı sorudan oluşan FNBT'den alınabilecek en küçük puan 0, en büyük puan 10 olup puan yükseldikçe bağımlılık düzeyi artmaktadır. FNBT'den alınan puana göre bağımlılık derecesi; çok düşük (0-2 puan), düşük (3-4 puan), orta (5-6 puan), yüksek (7-8 puan) ve çok yüksek (9-10 puan) olarak sınıflandırılmaktadır.<sup>2</sup>

Tedavinin seçiminde hasta ve doktor birlikte karar vermelidir. Önceki ilaç deneyimleri ve hastamızın özgeçmiş bilgileri tedavi açısından önemlidir.<sup>9</sup>

Sigara bıraktırmanın farmakolojik tedavisinde nikotin replasman tedavisi, bupropion ve vareniklin kullanılmaktadır.<sup>10</sup> Çalışmalarda sık görülen yan etkiler; uykusuzluk (%34.6-42.4), baş ağrısı (%26)<sup>11</sup> olarak saptanırken, 300 mg/gün bupropion kullanan olguların tedaviyi yarım bırakma nedenlerinden en sık olumsuz etki tremor ve döküntü olarak bildirilmiştir.<sup>12</sup> Olgumuzda başlayan yaygın eritematöz lezyonlar, göz kapaklarında şişlik şikayetleri ilk gören hekim tarafından bupropion kaynaklı olmayacağı belirtilerek tedavi edilmeye çalışılmıştır.

Literatürde terapötik dozda yavaş salımlı bupropion kullanımı sonrasında alerjik reaksiyon gösteren olgular bildirilmiştir. Olguların çoğunda ilaç kullanımı kaynaklı olduğu düşünülerek ilaç kullanımının kesilmesini takiben lezyonların gerilediği görülmüştür.<sup>13,14</sup>

İnsanlar bilişim imkânları ölçüsünde kendi sağlıklarıyla ilgili konularda bilgi edinebilmekte ve aldığı sağlık hizmetini bu bilgilerle karşılaştırmaktadır. Bu durumda da hastalar artık eskiye nazaran hastane ve doktor değiştirmeye daha yatkın duruma gelmiştir. Hastanın aldığı hizmetten memnuniyetinin hastanın bağlılığı üzerinde önemli derecede etkili olduğu gösterilmiştir.<sup>15</sup> Hastanın bağlılığı da verilen tedavinin devamı açısından önemli görünmektedir. Olgumuzun diğer olgulardan farklı tarafı, yaşadıklarının sigara bırakma amaçlı verilen ilacın yan etkisi olduğunu düşünerek ilacı kullanmayı kendisinin kesmiş olmasıdır. Bu bir hastamızın aslında yaşamasını hiç istemediğimiz tedaviyi veren kişilere karşı güven eksikliği yaşamasına neden olmuştur.

Özellikle uzun tatiller sırasında fazladan verilen poliklinik hizmetleri de eklenince acil servislerimizde çok sayıda hasta bakılabilmekte, çalışanlarımızın iş yükü artmaktadır. Hastamız uzun bayram tatili nedeniyle bize ulaşamamasından dolayı acile başvurmuş ve acilde verilen tedaviyle birlikte sigarayı da bırakmak istemesinden dolayı aksi belirtilmediği için ilacını kullanmaya devam etmiş. Aynı şikayetlerle acil servise 3 gün gitmiş olması, acil servisin önlenebilir bir nedenden gereksiz meşgul edilmesi ve hastamızın sigara bırakma amaçlı verilen tedaviye güvensiz hale gelmesi nedeniyle önemlidir.

## SONUÇ:

Sigara bırakma amaçlı verilen tedavi sırasında oluşan yan etkiden yola çıkarak, bilgiye ulaşmanın oldukça kolay olduğu günümüzde yaşanan bu olayın yalnızca acil servislerimizde değil birçok yerde yaşanabileceğini belirterek, bütün branşlarda verdiğimiz sağlık hizmetlerinde öykü alma ve fizik muayenenin, hangi yolla olursa olsun bilgilerimizi

güncellenen hastalarımız açısından ne kadar önemli olduğu vurgulanmak istenmiştir.

## KAYNAKLAR

1. Holm KJ, Spencer CM. Bupropion: A review of its use in the management of smoking cessation. *Drugs* 2000; 59(4): 1007-24.
2. I.Campbell. Nicotine replacement therapy in smoking cessation. *Thorax* 2003; 58(6): 464-65.
3. Dale LC, Ebbert JO, Hays JT, Hurt RD. Treatment of nicotine dependence. *Mayo Clin Proc* 2000;75(12):1311-16.
4. Roddy E. Bupropion and other non nicotine pharmacotherapies. *BMJ* 2004; 28;328(7438):509-11.
5. Rennard SI, Daughton DM. Smoking cessation. *Chest* 2000; 117(5 Suppl 2):360S-64S.
6. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Health Education Authority. Thorax* 2000; 55(12): 987-99.
7. Kotz D. Implementation of a new 'opt-out' default for tobacco treatment is urgently needed, but requires free access to evidence-based treatments. *Addiction* 2015;110(3):387-88.
8. Yorgancıoğlu A, Esen A. Sigara bağımlılığı ve hekimler. *Toraks Dergisi* 2000;1:90-95.
9. Faseru B, Turner M, Casey G, Ruder C, Befort CA, Ellerbeck EF, et al. Evaluation of a hospital-based tobacco treatment service: outcomes and lessons learned. *J Hosp Med.* 2011;6(4):211-8.
10. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(1):CD000146. doi: 10.1002/14651858.CD000146.pub3. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;11:CD000146.
11. Ferry LH. Non-nicotine pharmacotherapy for smoking cessation. *Prim Care.* 1999;26(3):653-69.
12. Hurt RD, Sachs DP, Glover ED, Offord KP, Johnston JA, Dale LC, et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med.* 1997 23;337(17):1195-202.
13. Kutlu R , Karademirci MM, KT . Sigara bırakma tedavisi sırasında Bupropion Hcl'e bağlı gelişen Serum Hastalığı benzeri reaksiyon: Olgu Sunumu. *Türk Aile Hek Derg* 2017; 21 (1): 44-48.
14. Polat M, Uzun Ö, Örs I, Boran Ç. Pityriasis rosea-like drug eruption due to bupropion: a case report. *Hum Exp Toxicol* 2014 :33(12):1294-1296.
15. Erdem R, Rahman, S, Avcı L, Demirel B, Köseoğlu S, Fırat G ve ark. Hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisi.



Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler  
Fakültesi Dergisi 2008;31:95-110.



Case Report / Olgu Sunumu

# Central Hemangioma Involving the Mandible: A Rare Condition: Case Report and Review of Literature

Mandibulayı İçeren Sentral Hemanjiom: Ender Bir Durum: Olgu Sunumu ve  
Literatürün Gözden Geçirilmesi

Jasmine Shanthi Kamath\*<sup>1</sup>, Raghavendra Kini<sup>2</sup>, Sangeetha R.<sup>3</sup>, Sivakumar Murukan<sup>4</sup>, Vathsala Naik<sup>5</sup>,  
Ananya Madiyal<sup>1</sup>

## ABSTRACT

Intraosseous hemangiomas are quite a rare condition and those occurring in the mandible often pose a diagnostic dilemma to the Dental surgeon as they present with variable and atypical radiographic manifestations. Biopsy or surgical excision of the lesion can result in severe haemorrhage, leading even to death; therefore accurate clinical and radiographic diagnosis is essential before any surgical intervention is started. In this paper, we discuss a case of central hemangioma of the mandible occurring in a 17-year-old male patient, angiography was used for diagnosis and was treated with surgical excision.

**Keywords:** Central hemangioma, intraosseous hemangioma, mandible, facial artery

## ÖZET

İntraosseöz hemanjiomlar ender görülen bir durumdur ve mandibulada görülen hemanjiyomlar sıklıkla dişhekimleri için değişken ve atipik radyografik bulgularla ortaya çıktığı için tanı ikilemi oluştururlar. Biyopsi ya da lezyonun cerrahi olarak eksizyonu ciddi kanamalara neden olabilir, ölümlerle bile sonuçlanabilir; bu nedenle herhangi bir cerrahi işleme başlamadan önce doğru klinik ve radyolojik tanı gereklidir. Bu yazıda, 17 yaşındaki erkek hastada mandibulanın santral hemanjiyom olgusu tartışılmıştır. Anjiyografi tanı için kullanılmış ve cerrahi eksizyon ile tedavi edilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Santral Hemanjiom, intraosseöz hemanjiom, mandibula, fasyal arter

---

Received / Geliş tarihi: 02.10.2017, Accepted / Kabul tarihi: 25.12.2017

<sup>1</sup>A. B. Shetty Memorial Institute of Dental Sciences, Nitte

<sup>2</sup>A.J.Institute of Dental sciences

<sup>3</sup>Sri Venkateshwara Dental college and hospital

<sup>4</sup>Consultant, The Urban Dentistry

<sup>5</sup>Bangalore Institute of Dental Sciences

\*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Jasmine Shanthi Kamath, A. B. Shetty Memorial Institute of Dental Sciences, Nitte -INDIA  
E-mail: jshanthik@gmail.com

Kamath JS, Kini R, Sangeetha R, Murukan S, Naik V, Madiyal A. Central Hemangioma Involving the Mandible: A Rare Condition: Case Report and Review of Literature. TJFMPC, 2018;12(1): 72-76. DOI: 10.21763/tjfm.400159

## INTRODUCTION

Hemangioma is a common benign congenital lesion affecting humans. Consisting of three phases: proliferating, involuting and involuted phases, they are present at birth and gradually regress. Although its origin has been debated over the years, World Health Organization (WHO) considers them to be true benign vaso-formative neoplasm; whereas, other authors deem them to be a hamartoma. <sup>[1,2]</sup>

Although cutaneous hemangiomas are common, Intraosseous hemangiomas are a rare condition, comprising less than 1% of all intra-osseous tumors. It mainly occurs in the vertebral column and calvaria. Lesions occurring in the Mandible are very rare but when they do occur, they are seen in the body region and often pose a diagnostic dilemma to the Dental surgeons. Biopsy or surgical excision of the lesion can result in severe haemorrhage sometimes leading to death; therefore accurate clinical and radiographic diagnosis is essential before any surgical intervention is started. The following rare case of Intra-osseous hemangioma of the mandible with the facial artery as the feeder artery is being discussed. <sup>[2-4]</sup>

## CASE REPORT

A 17-year old male patient reported to us with the mobility of lower right back teeth since 2 months without any associated symptoms of pain. The patient did not give any history of trauma to that region. Past medical, dental, family and personal history were non-contributory.

Extra-oral examination revealed the presence of a diffuse swelling measuring approximately 2 x 3 cms below the angle of the mandible on the right side (Figure 1). The skin over the swelling was normal with no visible pulsations. On palpation, all inspectory findings were confirmed; the swelling was firm, fixed to the underlying structures and non-tender. Lymph nodes were not palpable. On intra-oral examination, there was obliteration of the lower right buccal vestibule (Figure 2). The surrounding mucosa appeared normal. On hard tissue examination, 47 was supra-erupted with grade III mobility; The tooth also showed a pumping movement when the pressure was applied to it and released.

Intraoral periapical radiograph of right mandibular molars showed an ill-defined radiolucency involving the roots of 46 and 47 (Figure 3a). Panoramic radiograph depicted the presence of ill-defined radiolucency, extending from the mesial root apex of 46 up to mid-ramus area measuring about 2 x 3 cm. Resorption of the distal root of 46 and both the roots of 47 was noted (Figure

3b). A provisional diagnosis of an odontogenic tumour and differential diagnosis of a radicular cyst, solitary bone cyst, and central hemangioma were considered.

Computed Tomography (CT) was advised to further evaluate the lesion. Axial section revealed an expansile osteolytic lesion with septae (Figure 4). Inferior border of mandible showed thinning. CT angiogram was performed by intravenous injection of 60 ml of Iomeron 400 mg, which revealed an expansile lesion with multiple well-defined septae having soap bubble-like appearance involving the angle of mandible on the right side, giving an impression of hemangioma; facial artery was traced to be the feeding vessel (Figure 5). With the above CT angiographic feature, an impression of a hemangioma with facial artery as the feeder vessel was given. The mandible was resected beyond the lesion's radiographic boundaries. Since the loss of blood during surgery was anticipated, a provision was made for rapid replacement of blood in case of massive hemorrhage. After surgical preparation of the patient for general anesthesia, a submandibular incision was made extending from the angle of mandible to the symphyseal area. Enbloc resection of the mandibular lesion—including 1 cm of healthy bone—was performed. The mandibular fragment was sent to surgical pathology for histopathological diagnosis. The results confirmed the pre-surgical diagnosis of central hemangioma. The post-operative period was uneventful and the patient was kept on a 6 month follow-up.

## DISCUSSION

Hemangioma of bone has been classified by Thoma into two types: peripheral type and central / intra-osseous type. Central Hemangiomas can further be classified into cavernous type, capillary type, mixed variant and scirrhus type.<sup>[5]</sup> Most central hemangiomas are of the cavernous type. Cavernous type of central hemangiomas consists of large, thin-walled vessels or sinusoids lined with a single layer of endothelium. These are separated by thin septa of connective tissue whereas capillary type of hemangioma comprises of many small capillaries lined by a single layer of endothelial cells, which are supported in connective tissue stroma. Mixed variant as the name suggests has features of both cavernous and capillary type and scirrhus variant consists of abundant proliferating connective tissue.<sup>[4-6]</sup>

Most commonly central hemangiomas are seen to occur in the vertebral column and calvarium and rarely in the axial skeleton. Our case was seen to occur in the mandible making it a rare case. The female to male ratio is 2:1, unlike our case, which was seen in a male patient. They are mostly seen to occur between the second and fifth decades of life.

Patients report to the clinician with varied manifestations. The patient may be asymptomatic or may present with swelling, bleeding, bluish discoloration, mobile teeth, deranged arch or early dental exfoliation. A very prominent feature is blood oozing from the sulcus. The teeth involved may also show a pumping movement when pressure is applied to it and released as was seen in the case reported here.<sup>[7, 8]</sup>

Being called “The great mimicker”, they also have varied radiologic features. Differential diagnosis based on radiographic picture could include ameloblastoma, odontogenic myxoma, osteosarcoma, fibrous dysplasia, central giant cell granuloma, multiple myeloma, dentigerous cyst and aneurysmal bone cyst. Most commonly this lesion appears as a multilocular radiolucency with small or large loculations giving the appearance of honeycomb or soap-bubble appearance respectively, making the clinician come to a diagnosis of Ameloblastoma, Central giant cell granuloma or Odontogenic myxoma. Phleboliths-like small rounded or sausage-shaped radiopacities with concentric structure and small radiolucent dot in the center may be appreciated. In another variation, it may give a picture of sun-burst or sun-ray appearance resembling osteosarcoma or chondrosarcoma. Sometimes the lesions may also show a unilocular cyst-like radiolucency.<sup>[6-8]</sup>

As central hemangiomas have marked variability in its radiological appearance, based on just plain radiographs a definitive diagnosis cannot be made. Other imaging modalities such as computed tomography (CT), magnetic resonance imaging (MRI), ultrasonography (US) and thermography have been used. Intra-arterial angiography remains the gold standard for evaluating vascular lesions. In this case the diagnosis of the facial artery being the feeder artery was made only by CT angiography.<sup>[9]</sup>

Numerous treatment options depending on the case are recommended; they include injecting sclerosing agents such as sodium morrhuate and absolute ethanol. Radiation and cryotherapy also have been tried but have high-risk side effects including possible malignant transformation and loss of innervation respectively. Temporary relief with embolization using silicone pellets or isobutyl cyanoacrylate has also been tried. Surgical excision with reconstruction of mandible remains the preferred treatment and was done in this case.<sup>[6, 7, 9]</sup>

## CONCLUSION

Central hemangiomas have varied clinical and radiographic manifestations and an incorrect diagnosis and treatment could prove fatal. Hemangiomas must always be considered in the differential diagnosis and proper investigations especially imaging studies must always be carried out prior to any surgical intervention.

## REFERENCES

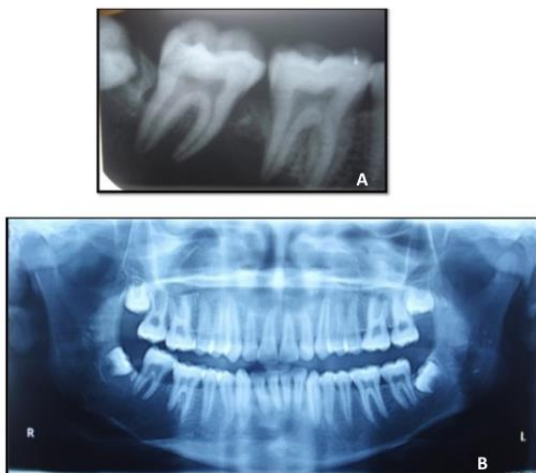
1. Adler CP, Wold L, Vascular tumours. In: Fletcher C, Unni KK, Mertens F, editors. Pathology and genetics of tumours of soft tissue and bone. In: World Health Organization Classification of Tumours. Lyon: IARC Press; 2002. p. 320.
2. Alves S, Junqueira JL, Oliveira EM, Pieri SS, Magalhães MH, Dos Santos Pinto D, Jr, et al. Condylar hemangioma: report of a case and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2006;102(5):e23–e27.
3. Sepulveda I, Spencer ML, Platin E, Trujillo I, Novoa S, Ulloa D. Intraosseous hemangioma of the mandible: case report and review of the literature. *Int. J. Odontostomat.* 2013;7(3):395-400.
4. Cheng NC, Lai DM, Hsieh MH, Liao SL, Chen YB. Intraosseous hemangiomas of the facial bone. *Plast Reconstr Surg* 2006;117:2366–72.
5. Thoma KH, Goldman HM. Bone tumors of the jaws. Thoma's Oral Pathology. In: Gorlin RJ, Goldman HM, editors. 6th ed. St. Louis, Mo: CV Mosby Company; 1971. pp. 564–6.
6. Eliot CA, Castle JT. Intraosseous Hemangioma of the Anterior Mandible. *Head and Neck Pathol.* 2010;4:123–5.
7. Jain S, Singaraju S, Singaraju M. Central hemangioma: A case report and review of literature. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2016;34:87-91.
8. Langlais RP, Langland OE, Nortje CJ. In: Diagnostic imaging of the jaws. Langlais RP, Langland OE, Nortje CJ, editors. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995. pp. 360–63.
9. Kotrashetti SM, Urolagin SB, Kale TP, Baliga SD. Central hemangioma—A case report and review of literature. *Asian J. Oral Maxillofac. Surg.* 2011;23:46–9.



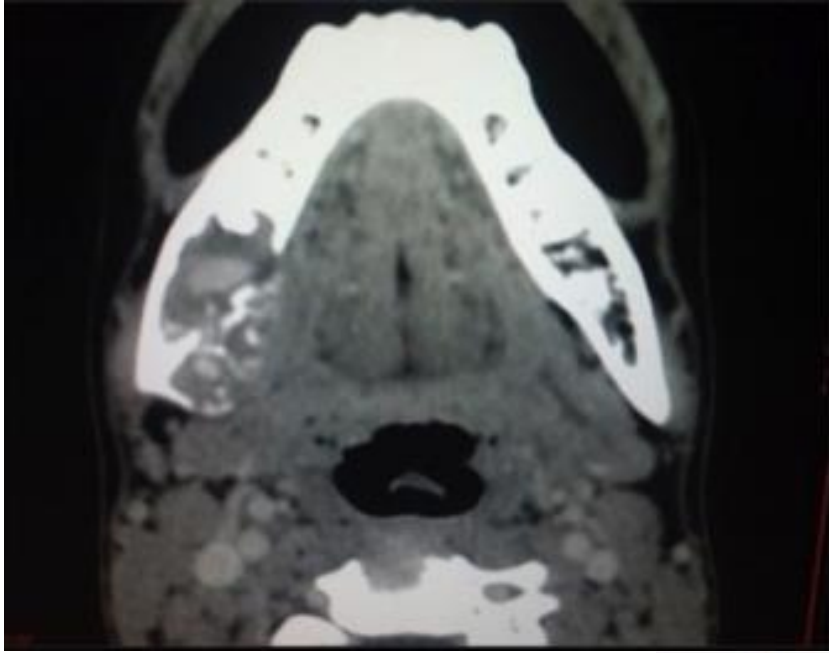
**Figure 1. Extra-oral photograph showing diffuse swelling on the right side of the body and ramus of the mandible**



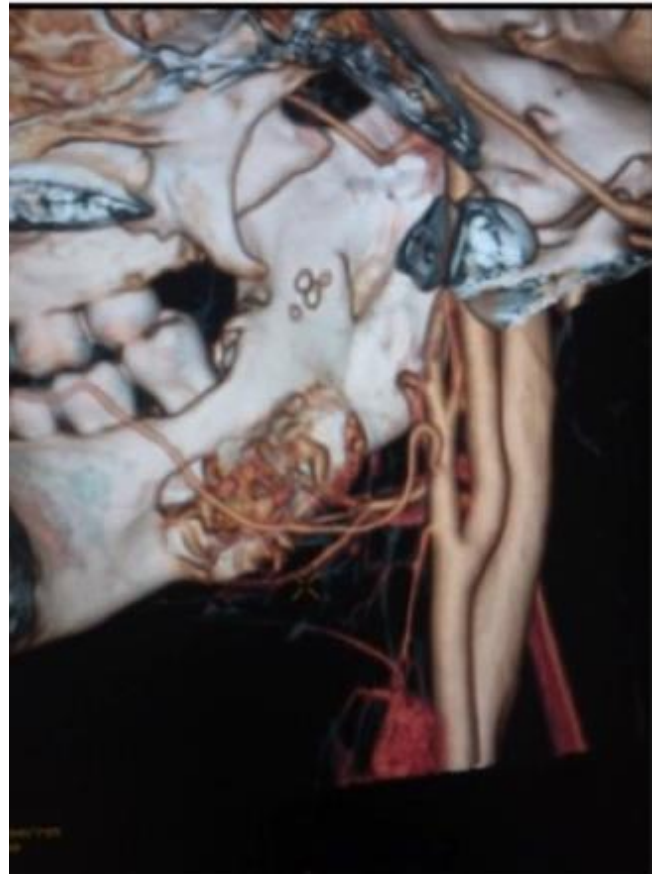
**Figure 2. Intra-oral photograph showing obliteration of the lower right buccal vestibule**



**Figure 3a and 3b. IOPAR and OPG showing ill-defined radiolucency at the apex of 46 and 47. Root apex resorption can be appreciated**



**Figure 4. CT –Axial Section Showing perforation of the cortical plate**



**Figure 5. CT Angiography showing facial artery as the feeder vessel.**