

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care

Original Research

Determination of Medication Use Habits of Adults Living in Rural Area

Current Opinions on Family Medicine Residency
Training: Part-time vs Full-time Education

Evaluation of Medication Adherence in Adults Who Use Multiple
Medications in The Context of Illness Perception,
Acknowledgement and Attitude Characteristics

Hypertensive Individuals' Use of Complementary Health
Approaches and its Effect on Adherence with Antihypertensive
Medication Treatment

Vegetable and Fruit Consumption Behaviours of
Secondary and High School Students

Where Are We Standing on Postpartum Care? A Cross-sectional
Community Based Study

C-Reactive Protein Levels in Women with Polycystic Ovarian
Syndrome and Healthy Controls

Sleep Quality and Related Factors in Medical Residents

Review

Family Counseling and Social Work in the Context of Social
Policy and Family Policies

Case Report

Ganoderma Lucidum Induced Acute Pancreatitis in The Elderly

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 Üstünbař
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
Kürřad Akadlı Özřahin
M. Mümtaz Mazıcıoğlu
Mehmet Karakař
Mehmet Sargın
Mehmet Uđurlu
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
Neře Akın
Nezih Dađdeviren
Nihal Zekiye Erdem
Nil Tekin
Nilgün Özçakar
Nurcan Yabancı
Nurřen Düzgün
Nurver Turfaner Sipahiođlu
Ođuz Tekin
Okay Bařak
Orçun Yalav
Orhan Murat Koçak
Pemra C. Ünal
Ramazan Akçan

Recep Erol Sezer
Refik Burgut
Rengin Güzel
Rıza Çıtıl
Ruhuřen Kutlu
Seçil Günher Arıca
Sedat Kuleci
Sedef Kuran
Selahattin Gelbal
Selçuk Mıstık
Selim Kadıoğlu
Selma Çivi
Serap Dařbař
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
Tařkiner 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 Sağlam

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) and that also the approval report from the Ethical Board For Laboratory Animals has been obtained. Precautions and measures that have been taken to avoid any kind of pain and discomfort during experiments should be clearly explained. The article shall not be published unless an approval report from the Ethical Board has been submitted to the journal.

Conflict of interest:

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

Contributions of authorship

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

Financial support

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

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

Copyright

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

Text Format

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

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

Manuscripts should include the following sections:

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

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

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

Sub Headings

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

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

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

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

References

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

Examples for References (please note the punctuation marks) :

1.Articles:

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

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

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

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

2.Books:

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

Books published in a foreign language

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

Books in Turkish:

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

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

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

Translated books:

Carr RJ. İdrar inkontinansı. Kut A, Eminsoy MG, çev.editörleri.(trans. Eds.) Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi. 3. baskı. Ankara: Güneş Tıp 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) uygun olarak insancıl bir muameleye tabi tutulduğu ve Deney Hayvanları Etik Kurul onay raporu alındığı belirtilmelidir. Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarda ağrı, acı ve rahatsızlık verilmemesi için neler yapıldığı açık bir şekilde belirtilmelidir. **Etik Kurul onayının bir kopyasının dergiye gönderilmemesi durumunda yazı yayınlanmayacaktır.**

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

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

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

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

Yazı hazırlama kuralları:

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

Bir yazı şu bölümlerden oluşmalıdır:

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

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

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

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

1. **Makale:** Yazar(lar)ın soyad(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 soyad(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 soyad(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

Determination of Medication Use Habits of Adults Living in Rural Area

Kırsal Alanda Yaşayan Yetişkin Bireylerin İlaç Kullanma Alışkanlıklarının Belirlenmesi

Meryem Öztürk Haney, Aslı Akdeniz Kudubeş

TJFMPC, 2017;11(4): 213-220.

DOI: 10.21763/tjfm.359661

Current Opinions on Family Medicine Residency Training: Part-time vs Full-time Education

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Üzerine Güncel Kanaatler: Yarı Zamanlı ve Tam Zamanlı Eğitim

Hakan Demirci, Gokhan Ocakoglu, Aykut Ardic, Yusuf Karayurek, Emre Yalcintas, Fatih Ciftci, Nevruz Yildirim Topak, Mehtap Karakulak Gomleksiz

TJFMPC, 2017;11(4): 221-226.

DOI: 10.21763/tjfm.358812

Evaluation of Medication Adherence in Adults Who Use Multiple Medications in The Context of Illness Perception, Acknowledgement and Attitude Characteristics

Çoklu İlaç Kullanan Erişkinlerde Tedaviye Uyumun Hastalık Algısı, Bilgi ve Tutum Bağlamında Değerlendirilmesi

Damla Demiray Kara, Ertan Mert, Yücel Uysal, İbrahim Başhan

TJFMPC, 2017;11(4): 227-234.

DOI: 10.21763/tjfm.359675

Hypertensive Individuals' Use of Complementary Health Approaches and its Effect on Adherence with Antihypertensive Medication Treatment

Hipertansif Bireylerin Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımı Kullanımları ve Bunun Antihipertansif İlaç Tedavi Uyumuna Etkisi

Rabia Hacıhasanoğlu Aşilar, Sebahat Gözüm

TJFMPC, 2017;11(4): 235-244.

DOI: 10.21763/tjfm.359689

Vegetable and Fruit Consumption Behaviours of Secondary and High School Students

Ortaokul ve Lise Öğrencilerinin Sebze ve Meyve Tüketimi Davranışları

Özcan Aygün, Gonca Karayağız Muslu

TJFMPC, 2017;11(4): 245-255.

DOI: 10.21763/tjfm.359809

Where Are We Standing on Postpartum Care? A Cross-sectional Community Based Study

Lohusa Bakımının Neresindeyiz? Kesitsel Tipte Toplum Tabanlı Bir Çalışma

Binali Çatak, Can Öner, Sevinç Sütü, Selçuk Kılınç

TJFMPC, 2017;11(4): 256-264.

DOI: 10.21763/tjfm.359817

C-Reactive Protein Levels in Women with Polycystic Ovarian Syndrome and Healthy Controls

C-reaktif Protein Düzeylerinin Polikistik Over Sendromlu Kadınlar ile Sağlıklı Kadınlarda Değerlendirilmesi

Özgür Yılmaz, Muzaffer Temur, Tuncay Küme, Çiğdem Alper Karas, Sefa Kelekçi, Yasemin Kılıç Öztürk

TJFMPC, 2017;11(4): 265-270.

DOI: 10.21763/tjfm.359835

Sleep Quality and Related Factors in Medical Residents

Asistan Hekimlerde Uyku Kalitesi ve İlgili Faktörler

Ayşe Didem Esen, Gözde Nizamoğlu Mercan, Ezgi Kaçar, Dilek Toprak

TJFMPC, 2017;11(4): 271-277.

DOI: 10.21763/tjfm.359842

Review

Family Counseling and Social Work in the Context of Social Policy and Family Policies

Sosyal Politika ve Aile Politikaları Bağlamında Aile Danışmanlığı ve Sosyal Hizmet

Melahat Demirbilek

TJFMPC, 2017;11(4): 278-287.

DOI: 10.21763/tjfm.359850

Case Report

Ganoderma Lucidum Induced Acute Pancreatitis in The Elderly

Yaşlı Bir Hastada Ganoderma Lucidum Mantarının Yol Açtığı Akut Pankreatit

Arif Yüksel, Emre Gezer, Zeynep Zehra Gümüş, Özge Tuncer

TJFMPC, 2017;11(4): 288-291.

DOI: 10.21763/tjfm.359861



Original Research / Özgün Araştırma

Determination of Medication Use Habits of Adults Living in Rural Area

Kırsal Alanda Yaşayan Yetişkin Bireylerin İlaç Kullanma
Aalışkanlıklarının Belirlenmesi

Meryem Öztürk Haney^{*1}, Aslı Akdeniz Kudubeş¹

ABSTRACT

Aim/Background: Determination of medication use habits of individuals living in rural areas with more limited access to health care is a priority in planning interventions. This study aimed to determine the medication use habits among adults living in rural area. **Method:** Descriptive study was carried out in a village in Izmir province and with a total of 61 adult individuals using at least one medication during last month. Data were collected making home visits to individuals and using a questionnaire. Data were analyzed with descriptive analysis and chi-square test. **Results:** 32,8% of the participants were taking three or more drugs and the most commonly (68,9%) used type of drug was anti-hypertensive drugs. The frequency of using nonprescription medication was 27,9% and frequency of not using medication although with a doctor prescription was 18%. 62,3% of the participants had problems with drug use and individuals who used less medication had more problems in medication use ($p < 0,05$). **Conclusion:** Majority of individuals living in rural areas had problems with medication use. It is recommended that risk groups should be regularly assessed, trained and monitored by primary care health workers.

Key words: Habit, medication use, rural, adult

ÖZET

Amaç/Giriş: Sağlık hizmetlerine ulaşmada, daha kısıtlı olanaklara sahip olan kırsal alanda yaşayan bireylerin ilaç kullanma alışkanlıklarının belirlenmesi, girişimlerin planlanması için önceliklidir. Bu çalışmada, kırsal alanda yaşayan yetişkin bireylerin ilaç kullanma alışkanlıklarının belirlenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı çalışma, İzmir ilinde bir köyde yaşayan ve son bir aydır en az bir ilaç kullanan toplam 61 yetişkin birey ile yürütülmüştür. Veriler, bireylere ev ziyareti yapılarak ve soru formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların %32,8'i üç ve daha fazla sayıda ilaç kullanmaktaydı ve en fazla kullanılan ilaç türü (%68,9) antihipertansif ilaçlardı. Reçetesiz ilaç kullanma sıklığı %27,9 ve reçete edildiği halde ilaç kullanmama sıklığı %18 idi. Katılımcıların, %62,3'ünde ilaç kullanma ile ilgili sorun vardı ve az sayıda ilaç kullanan bireylerin ilaç kullanımında daha fazla sorun olduğu belirlendi ($p < 0,05$). **Sonuç:** Kırsal alanda yaşayan bireylerin büyük çoğunluğu, ilaç kullanımı ile ilgili sorun yaşamaktadır. İlaç kullanma konusunda, riskli grupların birinci basamakta çalışan sağlık çalışanları tarafından düzenli olarak değerlendirilmeleri, eğitilmeleri ve izlenmeleri önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Alışkanlık, ilaç kullanma, kırsal, yetişkin

Received / Geliş tarihi: 21.06.2017, Accepted / Kabul tarihi: 25.07.2017

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İzmir

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Meryem Öztürk Haney, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İnciraltı İzmir-TÜRKİYE E-mail: meryempub@yahoo.com

Haney MO, Kudubeş AA. Kırsal Alanda Yaşayan Yetişkin Bireylerin İlaç Kullanma Aalışkanlıklarının Belirlenmesi. TJFMPC, 2017; 11(4): 213-220.

DOI: 10.21763/tjfmpe.359661

GİRİŞ

Türkiye’de, kırsal alanlar ile kentler arasındaki farklılıkların artması ile birlikte, kırsal alanlarda sağlık, eğitim gibi temel ihtiyaçlar devletin sınırlı olanakları nedeniyle yeterince karşılanamamaktadır. Bu durum, kırsal kesimde yaşayan bireyleri arayışlara itmekte, göç gibi önemli toplumsal, ekonomik ve sağlığa yönelik olumsuz sonuçları olan sorunları ortaya çıkarmaktadır.¹ Kırsal alanlarda kamu sağlığı hizmetleri yetersizdir ve bu alanlarda yaşayan bireylerin büyük çoğunluğu temel sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır. Kırsal kesimde yaşayan insanlar, tıbbi imkânlar kısıtlı olduğu için genelde geç teşhis ve tedaviyi aksatma sonucu zarar görürler.^{2,3}

Bilinçsiz ve reçetesiz ilaç tüketimi, dünyanın her yerinde olduğu gibi ülkemizde de önemli bir halk sağlığı problemidir.^{4,5} Tedavinin başarısını etkileyen faktörlerden en önemlisi, ilaçların doğru ve düzenli olarak kullanılmasıdır. Literatürde, bireylerin %70’inin ilaçlarını düzenli olarak kullanmadığı, %28,6’sının doktorun önerdiği ilaçları kullanılması gereken süreden önce kestiği, %75,5’inin doktora danışmadan ilaç kullandığı, %24,5’inin kendisinin kullandığı bir ilacı başkasına da önerdiği, %34,9’unun prospektüsleri okumadığı, %28,3’ünün ilaçların son kullanma tarihlerine bakmadığı, ilaçların yaklaşık üçte birinin uygunsuz şartlarda korunduğu, ilaçların %21’inin son kullanma tarihlerinin geçtiği belirtilmektedir.^{6,7,8} Diğer bir çalışmada, kırsal alanda yaşayan bireylerin %68’inin kendisine önerilen ilaçların tümünü kullanmadığı ve %30,3’ünün ise iyileştiğini hissedince ilaçların kalanını kullanmadığı belirlenmiştir.³

İlhan ve ark.’larının⁹ Ankara İlinde birinci basamak sağlık merkezine başvuran bireylerle yaptığı çalışmada, evde ilaç bulundurma oranının %78,6, hekim önerisi dışında ilaç kullanma oranının %62 olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada, hekim önerisi dışında ilaç kullanma nedeninin doktora muayeneye gerek duymama (%55,3) olduğu belirtilirken; en sık kullanılan ilaç türlerinin sırası ile ağrı kesiciler, soğuk algınlığı ilaçları, mide ilaçları, antibiyotikler ve vitaminler olduğu belirtilmiştir. Çevrenin önerisiyle ya da kişinin kendi kararıyla, doktora danışmadan savurgan ve hatalı bir şekilde ilaç kullanması sonucunda toplumda birçok zehirlenmeler ya da ilaçlara karşı duyarlılıkta azalmalar görülmektedir. Reçetesiz kullanılan ilaçlar, semptomları gizleme, hastalığın tanınmaması geciktirme gibi olumsuz durumlar oluşmaktadır.¹⁰

Bireylerin ilaç kullanma alışkanlıkları, cinsiyet, öğrenim durumu, gelir durumu, sosyal güvence ve kronik hastalık varlığı gibi birçok faktörden etkilenmektedir. İlaç kullanımı ile ilgili sosyo-demografik özelliklere bakıldığında; erkeklerin, kadınlara göre olumsuz yönde tutum sergilediği görülmektedir. İlaç prospektüslerini okumama, ilaç son kullanma tarihine bakmama ve akraba/arkadaş/komşu tavsiyesiyle ilaç kullanma gibi olumsuz davranışların, erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğu belirtilmektedir.^{6,11} Öğrenim düzeyi yükseldikçe, doktora gitme oranı artmakta, evdeki ilaçları kullanma oranı azalmakta iken, öğrenim düzeyi azaldıkça bilinçsiz ilaç kullanma durumu artmaktadır.^{6,12} Gelir durumu ile ilaçların prospektüsünü okuma arasında ters bir ilişki bulunmaktadır.¹³ İlaç kullanma alışkanlıklarını etkileyen faktörlerden biri olan sosyal güvence varlığı, hasta olunca doktora gitme olasılığını arttırmakta, eczacı tavsiyesiyle ilaç kullanma ve evdeki ilacı kullanma oranını azaltmaktadır. İlaç prospektüslerini okumama, son kullanma tarihine bakmama, arkadaş/akraba/komşu tavsiyesiyle ilaç kullanma ve arkadaş/akraba/komşulara ilaç tavsiye etme sosyal güvencesi olmayanlarda daha yüksek olduğu belirtilmektedir.⁶ Önceki çalışmalarda, kronik hastalığa sahip olan bireylerin ilaç kullanma oranının, kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha fazla olduğu, üç aydan uzun süren hastalığı bulunanlarda arkadaş/akraba/komşu tavsiyesiyle ilaç kullanma oranlarının daha düşük olduğu ortaya konmuştur.^{6,11,13}

Akılcı ilaç kullanma eğitiminde, davranış değişikliği sağlayabilmek için öncelikle hedef grubun ilaç kullanma alışkanlığı belirlenerek gereksinimleri tespit edilmelidir. Bu amaçla, gereksinimlere yönelik bireysel ya da grup eğitimlerinin tercih edilmesi ve eğitimin etkinliğini artırmak için uygun eğitim yöntemleri kullanılarak sürekliliğinin sağlanması önerilmektedir.⁶ Ülkemizde, kentsel alanda yaşayan, farklı yaş gruplarını kapsayan bireylerin ilaç kullanma alışkanlıkları ile ilgili araştırmalar bulunmaktadır.^{10,13,14} Ancak, sadece kırsal kesimde yaşayan bireyler üzerinde yapılmış fazla sayıda araştırmaya rastlanmamıştır.^{11,12} Bu özden yola çıkarak sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda daha kısıtlı olanaklara sahip olan kırsal alanda yaşayan bireylerin ilaç kullanma alışkanlıkları belirlendikten sonra, sorunlara yönelik girişimlerin planlanması ile bu gereksinimin giderileceği düşünülmüştür. Bu çalışmanın amacı, kırsal alanda yaşayan yetişkin bireylerin ilaç kullanımına ilişkin bilgi, beceri ve

gereksinim durumlarını ve ilaç kullanma alışkanlıklarını etkileyen faktörleri belirlemektir.

YÖNTEM

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Tanımlayıcı tipte tasarlanan bu çalışmanın evrenini, İzmir İli Güzelbahçe İlçesine bağlı bir köyde yaşayan 18 yaş ve üstü bireyler oluşturmuştur. Bu köyün kırsal alan olarak seçilmesinin nedeni, köyde sağlık hizmeti sunan kurumun sadece sağlık evi olması, görevli ebenin köyde haftada iki gün çalışması, köyde yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşmak için, yakın köydeki Aile Sağlığı Merkezine başvurmaları ve bireylerin genellikle tarım ve hayvancılık ile geçimlerini sürdürmeleridir. Çalışmanın yürütüldüğü köyün merkezinde yaklaşık beş yüz yetişkin birey yaşamaktadır (2013 yılı ilçe nüfus kayıtları). Bu çalışmada, örneklem seçme yöntemi kullanılmayıp, ev ziyaretlerini ve çalışmaya katılmayı kabul eden 40 ailedeki toplam 65 yetişkin birey araştırmaya dâhil edilmiştir. Çalışmanın yapıldığı dönemde köyde yaşayan, 18 yaş ve üzerinde olan, iletişim problemi yaşamayan ve son bir aydır kullandığı en az bir ilaç bulunan 61 yetişkin birey araştırmanın örneklemi oluşturmuştur. Çalışmaya katılım oranı %93,8'dir. Veriler, Mart-Mayıs 2013 tarihinde toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada, veriler araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelemesi yapıldıktan sonra, oluşturulan soru formu ile toplanmıştır.^{15,16} Soru formu, yetişkin bireylerin tanıtıcı özellikleri, algılanan genel sağlık ve ruh sağlığı durumu (mükemmel, iyi, orta, kötü), hastalık durumu (daha önce hekim tarafından tanı konulmuş hastalıklar), kullandığı ilaçlar, ilaç kullanımına ilişkin bilgi, beceri ve gereksinim durumları ve ilaç kullanma alışkanlıklarını değerlendiren soruları içermiştir. Bireylere ilaç kullanma alışkanlığı ile ilgili beş soru; "ilaç almayı unuttuğunuz olur mu?", "ilacınızı zamanında almadığımız olur mu?", "ilacınızı doktorun önerdiği dozda almadığımız olur mu?", "kendinizi iyi hissettiğinizde doktora danışmadan ilaç almayı bıraktığımız olur mu?", "ilacınızı alınca kendinizi kötü hissederseniz doktora danışmadan ilacı bıraktığımız olur mu?" sorulmuştur. En fazla bir hatalı davranışı olan bireyler, ilaç alma alışkanlığında "sorun yok", iki ve daha fazla hatalı davranışı olanlar "sorun var" olarak değerlendirilmiştir. Soru formları, sorumlu araştırmacılar tarafından bireylere ev ziyareti

yapılarak, yüz-yüze görüşme yoluyla doldurulmuştur. Bireylerin, soru formunu cevaplama süresi yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS 15.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Bireylere ait tanıtıcı özelliklerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde), ilaç kullanma alışkanlığı ve bireysel özellikler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde ki-kare testi, Fisher kesin testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerin değerlendirilmesinde, %95 güven aralığı ve p değeri 0.05 olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülmesi için, köy muhtarlığından yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya katılan bireylere, araştırmanın amacı ve katılımın gönüllük esasına bağlı olduğu anlatıldıktan sonra, istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri söylenmiştir. Gönüllülük ilkesine özen gösterilerek katılımcıların sözel ve yazılı onamları alınmıştır.

BULGULAR

Katılımcıların %47,5'i (n=29) 65 yaş altı grubundandır, %59'u (n=36) kadındır ve %88,5'i (n=54) ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahiptir. Katılımcıların %70,5'i (n=43) evlidir, %83,6'sı (n=51) aile bireyleri ile birlikte yaşamaktadır, %9,8'nin (n=6) sosyal güvencesi yoktur ve %29,5'i (n=18) gelirinin yetersiz olduğunu düşünmektedir.

Katılımcıların %90,2'sinin (n=55) ilaçların kullanma amacını bildiği, ancak %37,7'sinin (n=23) ilaçların yan etkisini bilmediği, %50,8'inin (n=31) kullandığı ilaçların son kullanma tarihini kontrol etmediği, %55,7'sinin (n=34) kullandığı ilacın prospektüsünü okumadığı belirlenmiştir. Yetişkin bireylerin %77'si (n=47) ilaçları alırken, kendisine yardımcı olan birisinin olmadığını ve %91,8'i (n=56) yardıma ihtiyacı olsa bile yardım almadan ilaçlarını alabileceğini belirtmiştir. Yetişkin bireylerin %27,9'unun (n=17) doktor reçetesi dışında ilaç aldığı, %18'inin (n=11) ise reçete edildiği halde ilaçlarını almadığı, %26,2'sinin (n=16) ilaçları almama nedeni olarak unutkanlığı ifade ettiği ve %68,9'nun (n=42) kullandığı ilaca bağlı bir sorun yaşadığında hekime/hemşireye danıştığı belirlenmiştir. Yetişkin bireylerin %19,7'si (n=12) ilaçlarla ilgili en sık yaşadığı yan etki olarak mide rahatsızlıklarını/bulantı belirtmiştir (Tablo 1).

Katılımcıların %29,5'i (n=18) genel sağlık durumunun ve %62,3'ü (n=38) ruh sağlığı

Tablo 1. Katılımcıların ilaç kullanımına ilişkin bilgi, beceri ve gereksinim durumları (n=61)

	N	%
İlaçların kullanım amacını bilme		
Evet	55	90.2
Hayır	6	9.8
Yan etkileri bilme durumu		
Tüm yan etkileri biliyor	7	11.5
Bazı yan etkileri biliyor	31	50.8
Yan etkileri bilmiyor	23	37.7
Son kullanma tarihini kontrol etme durumu		
Evet	30	49.2
Hayır	31	50.8
Prospektüsü okuma durumu		
Evet	27	44.3
Hayır	34	55.7
İlaç kullanırken yardımcı olan kişi		
Var	14	23.0
Yok	47	77.0
Yardıma ihtiyacı olsa bile yardım almadan ilaç alma durumu		
Evet	56	91.8
Hayır	5	8.2
Reçete edilen dışında ilaç kullanma durumu		
Evet	17	27.9
Hayır	44	72.1
Reçete edilen ama kullanılmayan ilaç		
Var	11	18.0
Yok	50	82.0
Reçete edilen ilaçları kullanmama nedeni*		
Unutmak	16	26.2
İşe yaramadığını düşünmek	7	11.5
İlacın bitmesi	7	11.5
İlaç kullanmak istememek	6	9.8
Ekonomik güçlük nedeniyle alamamak	4	6.6
Sorun yaşadığında başvurulan çözüm yolu		
Hekim/hemşireye danışmak	42	68.9
İlacı bırakmak	11	18.0
İlaç kullanmaya devam etmek	8	13.1
İlaçla ilgili yaşanan yan etkiler*		
Mide şikayetleri/bulantı	12	19.7
İshal	5	8.2
Ağrı	4	6.6
Kabızlık	3	4.9
Çarpıntı	2	3.3
Cilt problemleri	2	3.3

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Tablo 2. İlaç kullanma alışkanlığının sağlık durumu göstergelerine göre dağılımı

	Sorun yok (n=23)		Sorun var (n=38)		X ²	p
	N	%	N	%		
Algılanan genel sağlık durumu						
İyi	7	(38.9)	11	(61.1)	.501	.778
Orta	13	(35.1)	24	(64.9)		
Kötü	3	(50.0)	3	(50.0)		
Algılanan ruh sağlığı durumu						
İyi	15	(39.5)	23	(60.5)	.332	.847
Orta	7	(36.8)	12	(63.2)		
Kötü	1	(25.0)	3	(75.0)		
Görme fonksiyonu						
Normal	12	(38.7)	19	(61.3)	.027	.869
Bozulmuş	11	(36.7)	19	(63.3)		
İşitme fonksiyonu						
Normal	18	(36.7)	31	(63.3)	.100	.752
Bozulmuş	5	(41.7)	7	(58.3)		
Günlük yaşam aktivitelerini yapma durumu						
Yapar	20	(37.0)	34	(63.0)	.089	.534*
Yardımla yapar	3	(42.9)	4	(57.1)		
Son altı ayda hastaneye yatma sayısı						
Hiç	20	(37.0)	34	(63.0)	.089	.534*
Bir ve üzeri	3	(42.9)	4	(57.1)		
Son altı ayda doktora başvurma sayısı						
Hiç	6	(26.1)	17	(73.9)	2.122	.145
Bir ve üzeri	17	(44.7)	21	(55.3)		
Doktor tarafından tanı konmuş hastalık sayısı						
Bir	6	(27.3)	16	(72.7)	1.594	.207
İki ve üzeri	17	(43.6)	22	(56.4)		
Kullanılan ilaç sayısı						
Bir	3	(15.0)	17	(85.0)	7.174	.028**
İki	9	(42.9)	12	(57.1)		
Üç ve üzeri	11	(55.0)	9	(45.0)		
İlaçların kullanım amacını bilme						
Evet	21	(38.2)	34	(61.8)	.054	.594*
Hayır	2	(33.3)	4	(66.7)		
İlaçların yan etkilerini bilme						
Tüm yan etkileri biliyor	4	(57.1)	3	(42.9)	4.356	.113
Bazı yan etkileri biliyor	14	(45.2)	17	(54.8)		
Yan etkileri bilmiyor	5	(21.7)	18	(78.3)		
İlaç alırken yardım alabileceği kişi						
Var	4	(28.6)	10	(71.4)	.645	.317*
Yok	19	(40.4)	28	(59.6)		

*Fisher, **p<.05

durumunun iyi olduğunu, %49,2'i (n=30) görme fonksiyonu, %19,7'i (n=12) işitme fonksiyonu ve %11,5'i (n=7) günlük yaşam aktivitelerini sürdürme ile ilgili sorunlar yaşadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %11,5'inin (n=7) son altı ayda en az bir kez hastaneye yattığı ve %62,3' nün (n=38) son altı ay içinde en az bir defa doktora başvurduğu

belirlenmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin, %63,9'u (n=39) iki ve daha fazla sayıda doktor tarafından tanı konmuş hastalığı olduğunu ve %70,5'i (n=43) hipertansiyon tanısı olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %32,8'i (n=20) üç ve daha fazla sayıda ilaç kullandığını ve %68,9'u (n=42) antihipertansif ilaç kullandığını belirtmiştir

Tablo 3. İlaç kullanma alışkanlığının sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı

	Sorun yok (n=23)		Sorun var (n=38)		X ²	p
	N	%	N	%		
Yaş grubu						
64 yaş ve altı	9	(39.0)	20	(69.0)	1.047	.224
65 yaş ve üzeri	14	(43.8)	18	(56.3)		
Cinsiyet						
Kadın	14	(38.9)	22	(61.1)	.052	.819
Erkek	9	(36.0)	16	(64.0)		
Medeni durum						
Evli	16	(37.2)	27	(62.8)	.015	.902
Evli değil	7	(38.9)	11	(61.1)		
Eğitim durumu						
İlkokul ve altı	21	(38.9)	33	(61.1)	.281	.466*
Ortaokul ve üzeri	2	(28.6)	5	(71.4)		
Birlikte yaşadığı kişi						
Yalnız	6	(60.0)	4	(40.0)	2.531	.110*
Aile bireyleri ile	17	(33.3)	34	(66.7)		
Sosyal güvence						
Var	22	(40.0)	33	(60.0)	1.254	.258*
Yok	1	(16.7)	5	(83.3)		
Algılanan ekonomik durum						
Yetersiz	6	(33.3)	12	(66.7)	.880	.644
Kısmen yeterli	10	(45.5)	12	(54.5)		
Yeterli	7	(33.3)	14	(66.7)		

*Fisher kesin testi

Çalışmaya katılan bireylerin, %62,3'ünün (n=38) ilaç kullanma alışkanlığında sorun vardır. İlaç kullanma alışkanlığının, sağlık durumu göstergelerine ve sosyo-demografik özelliklere göre dağılımına bakıldığında (Tablo 2-3), ilaç kullanma alışkanlığı ile sosyo-demografik özellikler arasında ilişki bulunmazken ($p > 0,05$), sağlık durumu göstergelerinden sadece ilaç kullanma sayısı ile ilaç kullanma alışkanlığı arasında ilişki bulunmuştur ($p = 0,028$). Yetişkin bireylerin kullandıkları ilaç sayıları azaldıkça, ilaç kullanma alışkanlığında daha fazla sorun yaşadığı belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, kırsal kesimde yaşayan yetişkin bireylerin önemli bir oranının (%32,8) üç ve daha fazla sayıda ilaç kullandığı belirlenmiştir. Bu sonuç, önceki çalışmalarda belirtildiği gibi çoklu ilaç kullanımının toplumda sık görülen bir sorun

olduğunu doğrularken, çalışmaya katılan bireylerin yarısından fazlasının yaşlı bireyler olması ve yaşlı popülasyonda çoklu ilaç kullanımının yüksek olması ile ilişkilendirilmiştir.^{17,18,19} Bulgular, en yaygın (%68,9) kullanılan ilaç türünün antihipertansif ilaçlar olduğunu göstermiştir ve bu bulgunun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.^{17,20} Bu sonuç, literatürde belirtildiği gibi toplumda hipertansiyon prevalansının ve antihipertansif ilaç kullanımının artması ile ilişkilendirilmiştir.^{21,22} Araştırma kapsamındaki bireylerin kullandıkları ilaçlar ile ilgili yaşadıkları yan etkilerin dağılımı değerlendirildiğinde; ilk sırayı mide şikayetleri/bulantının (%19,7) oluşturduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar ile benzer şekilde önceki çalışmalar da ilaç kullanımına bağlı şikâyetler arasında, mide şikâyetlerinin birinci sırada yer aldığını belirtmiştir.¹⁵ Çalışmada, kırsal kesimde yaşayan bireylerin %27,9'unun doktor reçetesi dışında başkalarının önerisiyle ilaç kullandığı saptanmıştır. Literatürde, hekim reçetesi dışında başkalarının önerisiyle ilaç kullanma sıklığı %26-46

arasında bulunmuştur.^{14,23} Bu sonuç önceki çalışma bulguları ile uyumludur ve reçetesiz ilaç kullanmanın önemli bir sorun olduğunu düşündürmektedir. Katılımcıların önemli bir oranının (%18) reçete edildiği halde ilaçları düzenli kullanmadığı ve reçete edilen ilaçları kullanmamanın ilk nedeninin (%26,2) unutkanlık olduğu belirlenmiştir. Bireylerin reçetesiz ilaçları kullanmaları ya da reçete edilen ilaçları düzenli kullanmamaları yönündeki davranışları hastalığın seyri ve tedavinin sürdürülmesi yönünden olumsuz bir bulgudur. Bu sonuç, sağlık personelleri tarafından bireylerin akılcı ilaç kullanma konusunda bilgilendirilmeleri gerektiği sonucunu vurgularken, bireylerin yaşadığı yerde ve kolaylıkla ulaşabilecekleri birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarına da önemli sorumluluklar getirmektedir.

Kırsal kesimde yaşayan bireylerin ilaç kullanımına ilişkin, bilgi, beceri ve gereksinim durumlarına bakıldığında (Tablo 1); bireylerin %9,8'i ilaçlarının kullanım amacını ve %37,7'si ise ilaçlarının yan etkilerini bilmediğini belirtmiştir. Bu sonuç, literatür ile uyumlu olup, bireylerin kullandıkları ilaçların yan etkilerini bilmedikleri sonucunu doğrulamıştır.²⁴ Çalışmada, katılımcıların %50,8'inin son kullanma tarihini kontrol etmediği ve %55,7'sinin prospektüs okumadığı belirlenmiştir. Literatürde, ilaç prospektüsünü okumama sıklığı %34,9 ve son kullanma tarihine bakmama sıklığı %28,3 olarak gösterilmiştir ve çalışma bulgusuyla benzer olduğu saptanmıştır.⁷ Bu bulgular, bireylerin ilaç kullanımıyla ilgili bilgilerinin yetersiz olduğunu doğrularken, ilaç kullanımıyla ilgili bilgi eksikliğinin hastalığın seyri ve tedavinin etkinliği konusunda önemli sorunlara yol açabileceği düşünülmektedir.

Kırsal kesimde yaşayan bireylerin, ilaç kullanma alışkanlığının sosyo-demografik özellikler ve sağlık durumu göstergeleri ile ilişkisinde (Tablo 2-3); sadece ilaç kullanma sayısına göre anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur (p <0,05). Yetişkin bireylerin kullandıkları ilaç sayıları azaldıkça, ilaç kullanma alışkanlığında daha fazla sorun yaşadığı belirlenmiştir. Önceki çalışmalarda, kronik hastalığa sahip bireylerin ilaç kullanma oranının, kronik hastalığı olmayan bireylere göre daha fazla olduğu, üç aydan uzun süren hastalığı bulunanlarda arkadaş/akraba/komşu tavsiyesiyle ilaç kullanma oranlarının daha düşük olduğu belirtilmiştir.^{11,13} Bu bulguya dayanarak, bireylerin var olan kronik hastalıklarının sayısı ve kullandıkları ilaç sayısı arttıkça, hastalık prognozlarının olumlu seyretmesini

sağlamak amacıyla, ilaç kullanma alışkanlıklarını geliştirdikleri düşünülmektedir.

Bu çalışmanın, önemli bulgularına rağmen bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Birincisi, araştırma, İzmir iline bağlı bir köyde yaşayan yetişkin bireyler ile yürütüldüğü için, sonuçların Türkiye'deki tüm kırsal bölgelere genellenebilirliği sınırlıdır. İkincisi, araştırmanın yürütüldüğü köyde genç yetişkin nüfusun (iş ve eğitim olanakları nedeniyle şehir merkezinde yaşamayı tercih etmesi nedeniyle) az olması nedeniyle çalışmaya katılanların büyük çoğunluğunu orta yaş ve üzerindeki bireyler oluşturmuştur. Bu nedenle, sonuçların tüm yaş gruplarına genellenebilirliği sınırlıdır.

SONUÇ

Kırsal alanda yaşayan yetişkin bireylerin, ilaç kullanma alışkanlığını belirlemek amacıyla yürütülmüş olan bu araştırmanın bulguları değerlendirildiğinde; kırsal kesimde yaşayan yetişkin bireylerin büyük çoğunluğunun, ilaç kullanımını konusunda sorun yaşadıkları saptanmıştır. Kırsal kesimde yaşayan yetişkin bireylerin, ilaç kullanma alışkanlıklarının gelişmesi ve yaşadıkları sorunların en az düzeye inebilmesi için;

•Özellikle kırsal kesimde yaşayan bireylerin, birinci basamakta çalışan hemşire, hekim ve diğer sağlık çalışanları tarafından ilaç kullanma davranışları yönünden periyodik olarak değerlendirilmeleri,

•Özellikle yaşlı, eğitimsiz, sağlık hizmetlerine ulaşma güçlüğü yaşayan ve yeti yitimi olan bireylerin ilaç kullanım hataları yönünden risk grupları olarak izlenmesi, bu bireylere bakım verenlerin bilgilendirilmesi, risk gruplarında ilaç kullanma alışkanlığının değerlendirilmesi,

•İlaç kullanma alışkanlığında sorun olan bireylerin, olumsuz sağlık sonucu yaşama riskleri daha yüksek olduğu için bu bireylerin sağlık durumunun dikkatli bir şekilde izlenmesi önerilmektedir.

Bu çalışma, 2017 yılında Aydın'da yapılan 1.Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Çolakoğlu E. Kırsal kalkınma problemlerine bir çözüm arayışı olarak köy-kent projesi

- Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi 2012;3(6):187-202.
2. Cuellar N, Aycock T, Cahill B, Ford J. Complementary and alternative medicine (CAM) use by African American(AA) and Caucasian American(CA) older adults in a rural setting: A descriptive, comparative study. BMC Complement Altern Med 2003;3: 8.
 3. Kızılcılık, S. Kırsal kesim ve kentsel kesimdeki sağlık sisteminin sosyolojik açıdan karşılaştırmalı olarak incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ankara: 1995:265-266.
 4. Fielding JE, Hamai S, Hassakis PC, Ashton D, Tye G. Halting the illegal sale of prescription medications in Los Angeles Country. J Public Health Manag Pract 2001;7:59-64.
 5. Güngörmüş Z, Sayan A. Bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanımı ile sağlık sorumluluğu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2010;19:56.
 6. Çiçek Z. Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda verilen eğitimin kadınların bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanımı üzerine etkisi, Atatürk Üniversitesi Yayınlanmamış Doktora Tezi. Erzurum:2012:28-40.
 7. De Bolle L, Mehuys E, Adriaens E, Remon JP, Van Bortel L, Christiaens T. Home medication cabinets and self-medication: A source of potential health threats? Ann Pharmacother 2008;42:572-9.
 8. Göçgeldi E, Uçar M, Açıkkel CH, Türker T, Hasde M, Ataç A. Evlerde artık ilaç bulunma sıklığı ve ilişkili faktörlerin araştırılması. TAF Prev Med Bull 2009;8(2):113-8.
 9. İlhan MN, Aydemir Ö, Çakır M, Aycan S. Akılcı olmayan ilaç kullanım davranışları: Ankara'da üç ilçe örneği. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2014;12(3):188-200.
 10. Yılmaz E, Yılmaz E, Karaca F. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin ilaç kullanma durumlarının incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;3(8):59-83.
 11. Özkan S, Özbay OD, Aksakal FN, İlhan MN, Aycan S. Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıkları. TAF Prev Med Bull 2005;4(5):223-37.
 12. Bilgili N, Karatay G. Sait Yazıcı Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan bireylerin ilaç tüketimi ile ilgili bazı uygulamalarının belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;39-48.
 13. Karakurt P, Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Sağlam R. Üniversite öğrencilerinde ilaç kullanımı. TAF Prev Med Bull 2010;9(5):505-12.
 14. Yapıcı G, Balıkcı S, Uğur Ö. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışları. Dicle Tıp Dergisi 2011;38:458-65.
 15. Solmaz B, Akın B. Evde yaşayan yaşlılarda ilaç kullanımı ve kendi kendine ilaç kullanım yetisi. Turk Geriatri Derg 2009;12(2):72-81.
 16. Gee ME, Campbell NRC, Gwadrý-Sridhar F, Nolan RP, Kaczorowski J, Bienek A et al. Antihypertensive medication use, adherence, stops, and starts in Canadians with hypertension. Can J Cardiol 2012;28:383-09.
 17. Erkin G, Gülşen ED, Dülgeroğlu D, Aybay C, Özel S. Kas iskelet sistemi hastalığı olan yaşlı hastaların sistemik hastalıkları ve ilaçlarının değerlendirilmesi. Turk Geriatri Derg 2004;7(3):155-8.
 18. Gökalp O, Mollaoğlu H. Uygun ilaç kullanımı. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2003;10(17):20-51.
 19. Steinman MA, Landefeld CS, Rosenthal GE, Berthenthal D, Sen S, Kaboli PJ. Polypharmacy and prescribing quality in older people. J Am Geriatr Soc 2006;(54):1516-23.
 20. Özbek S, Kaya E, Tekin A, Doğan Ş. Yaşlılarda tedaviye uyum. Turk Geriatri Derg 2006;9(3):177-81.
 21. Center for Disease Control and Prevention Self-reported hypertension and use of antihypertensive medication among adults-United States, 2005-2009. Morbidity and Mortality Weekly Report 2013; 62 (13): 237-244.
 22. Gu Q, Burt VL, Dillon CF, Yoon S. Trends in antihypertensive medication use and blood pressure control among United States adults with hypertension. Circulation 2012;126:2105-14.
 23. Karataş Y, Dinler B, Erdoğan T, Ertuğ P, Saydaoğlu G. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'ne başvuran hasta ve hasta yakınlarının ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012;37(1).
 24. Eski Ö, Pınar R. Kardiyovasküler problemi olan yaşlılarda ilaç kullanım hatalarının incelenmesi. Turk Geriatri Derg 2005;8(3):141-7.



Current Opinions on Family Medicine Residency Training: Part-time vs Full-time Education

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Üzerine Güncel Kanaatler: Yarı Zamanlı ve Tam Zamanlı Eğitim

Hakan Demirci^{*1}, Gokhan Ocakoglu², Aykut Ardic¹, Yusuf Karayurek¹, Emre Yalcintas¹, Fatih Ciftci¹, Nevruz Yildirim Topak¹, Mehtap Karakulak Gomleksiz¹

ABSTRACT

Aim: The implementation of two different types of family medicine residency training program in Turkey, started a discussion among the academicians in our country. We planned this study to compare the opinions of domestic and foreign WONCA - Europe 2015 participants about the family medicine specialty education models based on Turkey example. **Methods:** Survey forms prepared in English and Turkish were submitted to the family physicians who agreed to participate in the study. **Results:** Participants reported two different views on the duality of family medicine residency training in Turkey. Participants from Turkey tended to have more negative opinions about the future and the sufficiency of part-time training and they demonstrated a more positive stance on the exam to select residency trainees and necessity of the scientific research and preparation of theses. **Conclusions:** Part-time training is a new practice for Turkey, but it has been experienced in many countries in the world for a long time. The opinions about the part-time expertise in our country seem to be negative, but it will be possible to evaluate the advantages and disadvantages of this system with the success of the doctors who will become residents with the system.

Keywords: WONCA 2015, postgraduate medical education, primary care, part-time education, thesis

ÖZET

Amaç: Türkiye’de uygulanmakta olan iki farklı aile hekimliği uzmanlık eğitim programı ülkemizdeki akademisyenler arasında tartışmaya yol açmıştır. Bu çalışmayı, yerli ve yabancı WONCA katılımcılarının, Türkiye’yi de örnek vererek aile hekimliği uzmanlık eğitim modelleri konusundaki görüşlerini karşılaştırmak için planladık. **Yöntem:** Araştırmaya katılmayı kabul eden aile hekimlerine İngilizce ve Türkçe hazırlanmış anket formları sunuldu. **Bulgular:** Kendilerine Türkiye’deki tam ve yarı zamanlı uzmanlık eğitimi hakkında kısa bir bilgi verilen katılımcılar, Türkiye’de aile hekimliği meslek eğitiminde karşılaşılan ikilem konusunda farklı görüşler bildirdiler. Yerli katılımcılar yarı zamanlı eğitimin geleceği ve yeterliliğine ilişkin daha olumsuz görüşler bildirirken, uzmanlık sınavı ve bilimsel araştırma ve tez hazırlama gerekliliği konusunda pozitif bir yaklaşım sergilediler. **Sonuçlar:** Dünyada “part-time (yarı zamanlı eğitim)”, ülkemizde bu adla uygulamaya koyulan program ile aynı şekilde tanımlanmamış olmakla birlikte uzun süredir uygulanmaktadır. Ülkemiz için ise daha yeni bir uygulamadır. Ülkemizde bu haliyle yarı zamanlı eğitim ile ilgili olumsuz bir kanaat vardır fakat bu sistemin avantaj ve dezavantajları bu yolla uzman olan hekimlerin mesleki yeterlilikleri ölçülerek değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: WONCA 2015, mezuniyet sonrası tıp eğitimi, birinci basamak, yarı zamanlı eğitim, tez

Received / Geliş tarihi: 16.12.2016, Accepted / Kabul tarihi: 27.07.2017

¹ Family Medicine, University of Health Sciences Bursa Yüksek İhtisas Training and Research Hospital, Bursa, Turkey

² Biostatistics, Uludağ University, Bursa, Turkey

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Hakan Demirci, Family Medicine, University of Health Sciences Bursa Yüksek İhtisas Training and Research Hospital, Bursa-TURKEY, E-mail: drhakandemirci@hotmail.com
Demirci H, Ocakoglu G, Ardic A, Karayurek Y, Yalcintas E, Ciftci F, Topak NY, Gomleksiz MK. Current Opinions on Family Medicine Residency Training: Part-time vs Full-time Education. TJFMPC, 2017;11 (4): 221-226.

DOI: 10.21763/tjfm.358812

INTRODUCTION

Family medicine residency training in Turkey is carried on with two different models. The first of these is the full-time residency training, which continues since 1983.¹ This is a three-years program, and 18 months of it consists of rotations in related departments in the hospital. During the remaining 18 months, the physicians work as family physicians in the units formed within a family practice training center. Their training is thus completed. In Turkey, field training was implemented to the full-time education in 2015.²⁻⁴ Recently, almost all of the family medicine academicians in Turkey have declared that the full-time system is the ideal training.⁵

The part-time assistant training model has been implemented for just two years, and it has not yet produced its first graduates. In this part-time training model, called contracted family medicine residency training, the residents are medical faculty graduates already working in the primary care units as a physician. The name of the primary care service units is “Family Medicine Centers” so physicians working in these units are named “family physicians”, same as the “family medicine residents” will be named when they finish their residency. This concept causes incomprehensibility in the public and also a feeling of disvaluation among the family medicine residents. The time proposed for part-time training is six years. Part-time trainees are obliged to complete hospital rotations of 18 months during this six-year period. These residents also have an obligation to prepare a thesis like all other specialty students.⁶

In Turkey, a central examination system is used in the selection of specialty students in medicine. Full-time family medicine training program has made a noticeable leap as a preference in the last decade regarding the full-time training program preference.⁷

As mentioned above, residents for both models of family medicine education are selected with an examination called TUS (Tıpta Uzmanlık Sınavı – Speciality Examination in Medicine). Even though full-time and half-time resident candidates take same examination, latter subject to a lower passing grade. Some incentive privileges are also provided for post-graduate periods of the half-time residents. Half-time residents who do not change their primary care unit within the first three years of the residency training, have a right to continue in the same unit after graduation at the end of six years.

However, full-time residents are subject to obligatory service for a year in another province after their graduation. For the time being, full-time residency requires higher grades and lasts three years, where as students are selected by a more special examination for half-time residency which lasts six years. Although time seems to be an advantage for full-time residency, the possibility to continue in their units after graduation and their relatively high payment received during their residency are the advantages of half-time assistants.

Family medicine residency training with two different models, causes a debate among the academicians in Turkey. We planned the present study to compare the views of domestic and foreign WONCA participants on family medicine residency models currently being implemented in Turkey.

METHODS

The target population of the study was Turkish and foreign participants of the WONCA 2015 Istanbul Congress (n=3683). People in the convention center, lounge, and presentation hall were invited to fill out a survey. Survey forms prepared in English and Turkish were submitted to the family physicians who agreed to participate in the study. English translation was made in forward translation manner and a native English speaker checked the consistency of the phrases. The participants were asked to fill out the surveys, and those who had difficulty in understanding the questions were given additional information about the study.

In the introduction part of the survey, some preliminary information was given about family medicine education in Turkey. General characteristics of the two residency training models were also explained in this section. Following the introduction section, the participants answered a questionnaire composed of 4 likert style-questions (Table 1). The fifth question was: ‘Do you agree with the opinion that part-time family medicine residency training should become more widespread?’ Finally, the participants were asked if they had any additional suggestions.

Statistical Analysis

Survey results were reported as median (Inter Quartile Range-IQR) values. Mann Whitney U test were used for comparing questions scores between Turkish and foreign participants. Categorical variables were compared by Fisher Freeman Halton and Chi square test. SPSS (IBM Corp. Released

2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) software was used for statistical analysis and $p < 0.05$ was accepted as statistically significant.

RESULTS

One hundred and twenty-three Turkish and 89 foreign people, 212 in total, participated in our study. Only 63 of them declared their academic degrees. Title distribution were as follows among Turkish and foreign respondents respectively: professor: 4 (6.80%)/1 (25%), associate professor: 4 (6.80%)/0, specialist: 25 (42.40%)/2 (50%) and residency trainee: 26 (44.10%)/1 (25%). The responses of the participants to the questions are shown in Table 2.

While the median scores given by the Turkish physicians to Question 1 and Question 4 were higher than foreigners, the median scores given by the foreign physicians to Question 2 and Question 3 were higher than Turkish physicians. Turkish participants reported negative opinions about part-time residency training, but they had a more positive view on the necessity of residency entrance examination and thesis preparation.

When the answers given to the question 'If you were to take the family medicine residency training in Turkey, which model would you prefer?' were analyzed, opinions of Turkish and foreign participants differed significantly. While 87% (107/123) of the native participants chose the full-time family medicine residency training model, 7.3% (9/123) preferred the contracted family medicine residency training model and 5.7% (7/123) preferred both models. The choices of foreign participants and p values for each choice were as follows respectively, 52.8% (47/89), ($p < 0.001$); 32.6% (29/89), ($p < 0.001$) and 14.6% (13/89), ($p = 0.028$). Overall p value was < 0.001 .

One of the participants from Hungary commented as 'No model is yet ideal. I guess we should do more GP time (Family Time). An English participant recommended full time model to himself but part time model for his wife. He also suggested more family time for the trainees. A participant from Turkey suggested that 'The ones who will be academicians should prepare thesis, but there may be a thesis-free alternative' and he also added that 'Part time model may be helpful for reaching the target number of Family Medicine residents'. A family medicine residency trainee from Turkey claimed that part time training was not a training model but it was only a continuation of postgraduate education.

Another resident suggested that continuity of care may be disrupted with the part time training since there is a period of time spent at the hospital every year.

DISCUSSION

Native and foreign participants of WONCA 2015 Istanbul Conference reported different views on the dilemma experienced in family medicine residency training in Turkey. While native participants reported more negative opinions about the future and the sufficiency of part-time training, they demonstrated a more positive stance on the exam to select residency trainees and necessity of the scientific research and preparation of thesis.

Different models of part-time medicine practices have been implemented worldwide since the 1960s in various specialties including Internal Medicine, Gynecology and Obstetrics, Surgery and Pediatrics.⁸ In England, where part-time education is first applied, the model had a rising trend recently. While part-time training was 8% in 2012, this ratio increased to 11.3% in 2014 in UK.⁹ It is stated that this trend is also rising worldwide including Europe, North America, Asia, Australia and Africa.⁹⁻¹⁹ In Switzerland, 44 specialist degrees can be obtained with part-time courses.¹⁰ Increased interest in part-time training is linked to feminization in medical education. Because female physicians who would like to spend more time at home during birth and lactation periods prefer part-time education. One of the participants from UK suggested part time training for his wife. This recommendation is consistent with the literature knowledge. Obstetrics and Gynecology students studying part-time in UK between 1972 and 1993 are examined and it was seen that most of them completed their education about the age of 40 and 73% of them held consultant or academic positions.²⁰ In a survey on part-time residency training, it was found that part-time residency students had better performance than full-time students.¹³ In the same study, part-time trainees were found to be successful in humanistic skills. The part time residency in these examples means not being obliged to study or work in health services all the work day long but have the rest of the day off for personal purposes.

In Turkey, part-time residency training model for family medicine began to be implemented in 2014. But different than the worldwide application the part time residents can go on with their own practice as the full-time residents are not allowed. Still, in Turkey, physicians graduated from medical

Table1. The questionnaire that is asked to the participants

Name Surname (Optional):
 Country & City:
 Affiliation:
 Aim: This survey is planned to evaluate perceptions of a part time family medicine training model carried out in Turkey.

Information on two Family Practice Residency Models in Turkey

A Family Medicine Residency Program is performed in two alternative models:

1. Full time residency model. This lasts 3 years. Half of the training is performed at the hospital and half is spent in family practice offices in the surroundings.
2. Part time residency model. Trainees are already family practitioners. They come to the hospital for rotations three months every year. Their residency lasts 6 years.

Questions	I totally agree	I agree	Tentative	I don't agree	I totally disagree
1. Do you think that part time residency will be the main model in Family Medicine training in the future?					
2. Do you believe that there should be an examination to select residency trainees?					
3. Do you recommend 'scientific research' or 'preparation of Thesis' as a MUST in residency training?					
4. Do you believe that the part time residency model will be as beneficial as the full time residency model?					
5. Which model would you prefer if you were a candidate for residency in Turkey?					
6. Any other comments?					

Table 2. Comparisons of Turkish and foreigner participants' opinions on residency models

	Turkish		Foreigner		p-value
	n	Median (IQR)	n	Median (IQR)	
Question1	122	5(1)	89	3(2)	<0.001
Question2	123	1(1)	89	2(1)	<0.001
Question3	123	1(1)	89	2(3)	<0.001
Question4	123	5(1)	89	3(2)	<0.001

Question1: Do you think that part-time residency will be the main model in family medicine training in the future? Question 2: Do you believe that there should be an examination to select residency training? Question 3: Do you recommend "scientific research" or "preparation of thesis" as a MUST residency training? Question 4: Do you believe that part-time residency model will be as beneficial as the full-time residency model? IQR: Inter Quartile Range

faculty and have no vocational training provide family medicine service. In a study comparing the satisfaction from family physicians in European countries, the satisfaction in Turkey was found to be above average.²¹ The effect of widespread post-graduate residency training on this satisfaction will be a subject for future research. In a study, for the part-time model, the program completion rate was found to be low although the motivation of residents was high.²² In the same study, part-time students stated that their education and research facilities were better or equal to full-time students but their continuity of care was lower. Continuity of care is one of the most important topics for family medicine. It is inevitable that physicians who still practice family medicine in Turkey will have problems about continuity of care during their part-time education. Part-time training is a new practice in Turkey and is implemented only in Family Medicine training, which is slightly different from its counterparts in other countries. The success of the family medicine residency training will probably open the debate on the applicability of this model to other branches. Part-time education is a complicated method for the organizers of the training due to disruption of the service. Part-time training can be implemented as a rotating shift in the daytime, or it can also be applied as one month off and one month on fashion.⁸ There is the problem of finding a partner in both approach. In the part-time education in our country, the family physicians attend rotations in the hospital during three month periods throughout the year. While the ones who can be substituted by a partner in the family medicine unit are lucky, those who can't find a partner face some financial loss because substituent physician is called for duty from the community health center.

In the regulations on specialties in medicine, the students are obliged to prepare a thesis to earn a degree. Thus, at least one scientific research is compulsory. There is an obligation of a thesis in family medicine as in all other specialty branches. In the study, the response of the native physicians to the question of the necessity of scientific research and a thesis was "yes" at a significantly high level. In the WONCA tree, the roots of family medicine are fed from science.²³ Family physicians should be a pioneer in the field of informatics and benefiting from science. thesis and scientific research should be perceived as a chance, not as an obligation in the family medicine residency training course. The comment in the study suggesting thesis-free options for the residency programmes should also be discussed.

When the physicians were asked which model they would prefer if they were a candidate for family medicine training, while Turkish doctors preferred full-time training at a rate of 87%, foreign participants found full-time training appropriate for themselves at a rate of 52.8%. High preference for full-time education by our native physicians can be associated with the fact that they are still in this model but foreigners were neutral on this subject. It has been shown that part-time model was supported by 60-90% of the physicians in abroad.⁸ Similarly, our study suggests that there would not be an absolute rejection of part-time model. It may have gain acceptance in the future.

Limitations

A significant limitation in the survey is the limited number of participants. In a limited time, we have been able to reach small number of volunteers. It can be predicted that the subjects' gender, the time they spent in the field, or the institutions they work and similar details may significantly affect personal evaluations. So, it is not appropriate to make generalizations about the results obtained. In addition, the application of part-time residency is a very new concept in terms of creating a conviction about the subject for our country.

CONCLUSIONS

Two different models of family medicine residency training are still implemented in Turkey. Part-time training is a new practice for Turkey, but it has been experienced in many countries in the world for a long time. The opinions about the part-time residency training in our country seem to be negative, but it will be possible to evaluate the advantages and disadvantages of this system with the success of the doctors who will become residents within the system.

Acknowledgement

The authors thank to Mrs Nazli Demirci (Philologist) for her contribution to the study.

Funding: No funding.

Disclosures: There is no conflict of interest.

REFERENCES

1. Tababet Uzmanlık Tüzüğünde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tüzük. (1983). TC Resmi Gazete 18230, 21.11.1983.

2. Katip Çelebi Aile Sağlığı Merkezleri, Hem Sağlık Hizmeti, Hem Eğitim Veriyor. <http://www.haberler.com/katip-celebi-aile-sagligi-merkezleri-hem-saglik-8322558-haberi>. Accessed: 07.04.2017
3. Konya'da Eğitim Aile Sağlığı Merkezi Açıldı. <http://www.yenimeram.com.tr/konyada-egitim-aile-sagligi-merkezi-acildi-149096.htm>. Accessed: 07.04.2017
4. Asistan doktorlar hem hizmet veriyor, hem eğitim görüyor. <http://www.milliyet.com.tr/asistan-doktorlar-hem-hizmet-veriyor-bursa-yerelhaber-1028767>. Accessed: 07.04.2017
5. Türkiye Aile Hekimliği Akademisyenleri Bildirisi: Yarı Zamanlı Uzmanlığa Hayır. <http://www.tahud.org.tr/guncel/dernek-haber/turkiye-aile-hekimligi-akademisyenleri-bildirisi-yari-zamanli-uzmanliga-hayir-/642>. Accessed: 24.08.2016.
6. Sözleşmeli Aile Hekimlerine Verilecek Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Usul Ve Esasları http://www.thsk.gov.tr/dosya/mevzuat/genel_ni_telikli_yazilar/sahu_yonerge.pdf Accessed: 07.04.2017
7. Uzm Dr Fatih batı: TUS Kontenjanları ve Branşların Puan Analizi <https://hipokratinyeri.wordpress.com/2014/12/23/uzm-dr-fatih-bati-tus-kontenjanlari-ve-branslarin-puan-analizi> Accessed: 24.08.2016.
8. Gordon MB, McGuinness GA, Stanton BF, Brooks S, Chiang VW, Vinci R, Sectish TC. Part-time training in pediatric residency programs: principles and practices. *Pediatrics*, 2008;122(4), e938-e944.
9. Harries, R. L., Gokani, V. J., Smitham, P., & Fitzgerald, J. E. F. (2016). Less than full-time training in surgery: a cross-sectional study evaluating the accessibility and experiences of flexible training in the surgical trainee workforce. *BMJ open*, 6(4), e010136.
10. Heuss LT, Haenggeli C. Open access to part-time specialist training the Swiss experience. *Swiss Med Wkly* 2003;133:263–6.
11. Jerg-Bretzke L, Limbrecht K. Where have they gone? A discussion on the balancing act of female doctors between work and family. *GMS Z Med Ausbild* 2012;29:Doc 19.
12. Kaderli R, Guller U, Muff B, et al. Women in surgery: a survey in Switzerland. *Arch Surg* 2010;145:1119–21.
13. Carling PC, Hayward K, Coakley EH, et al. Part-time residency training in internal medicine: analysis of a ten-year experience. *Acad Med* 1999;74:282–4.
14. Saalwachter AR, Freischlag JA, Sawyer RG, et al. Part-time training in general surgery: results of a web-based survey. *Arch Surg* 2006;141:977–82.
15. Nomura K, Yamazaki Y, Gruppen LD, et al. The difficulty of professional continuation among female doctors in Japan: 6 Harries RL, et al. *BMJ Open* 2016;6:e010136. doi:10.1136/bmjopen-2015-010136 Open Access Downloaded from <http://bmjopen.bmj.com/> on December 13, 2016 - Published by group.bmj.com a qualitative study of alumnae of 13 medical schools in Japan. *BMJ Open* 2015;5:e005845.
16. Mahady SE. Adding flexibility to physician training. *Med J Aust* 2011;194:460–2.
17. Henry A, Clements S, Kingston A, et al. In search of work/life balance: trainee perspectives on part-time obstetrics and gynaecology specialist training. *BMC Res Notes* 2012;5:19.
18. McDonald RE, Jeeves AE, Vasey CE, et al. Supply and demand mismatch for flexible (part-time) surgical training in Australasia. *Med J Aust* 2013;198:423–5.
19. Gardner SV, James MF, Evans NR. Gender issues among South African anaesthetists. *S Afr Med J* 2002;92:732–6.
20. Davies M, Eaton J. Flexible training under the new deal. *BMJ* 2002;324:1111–2.
21. Aktürk Z, Ateşoğlu D, Çiftçi E. Patient satisfaction with family practice in Turkey: Three-year trend from 2010 to 2012. *European Journal of General Practice*, 2015;21: 238-45.
22. Henry A, Clements S, Kingston A, Abbott, J. In search of work/life balance: trainee perspectives on part-time obstetrics and gynaecology specialist training. *BMC research notes*. 2012;5(1), 1.
23. Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P, et al. The Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe. Part 1. Background and methodology1. *The European journal of general practice* 2009;15(4), 243-50.



Evaluation of Medication Adherence in Adults Who Use Multiple Medications in The Context of Illness Perception, Acknowledgement and Attitude Characteristics

Çoklu İlaç Kullanan Erişkinlerde Tedaviye Uyumun Hastalık Algısı, Bilgi ve Tutum Bağlamında Değerlendirilmesi

Damla Demiray Kara^{*1}, Ertan Mert¹, Yücel Uysal¹, İbrahim Başhan²

ABSTRACT

Objective: In this study evaluation of medication adherence in adults who have chronic disease and use multiple medications in the context of illness perception, acknowledgement and attitude characteristics is aimed. **Methods:** For this purpose, Brief Illness Perception Scale (BIPS) and Modified Morisky Scale (MMS) were applied to patients and results were compared with sociodemographic characteristics and medication consumption data. **Results:** The data of 159 patients were collected and data of 146 patients that meet the criteria were included to analysis. Of these 146 patients 90 (61,6%) were female and 56 (38,4%) were male. Average age was 56,1 year ($\pm 8,2$, range 28-66 year). The relation between BIPS and MMS scores and data of patients (gender, age, marital status, education status, people living together status and number of medication used) was searched. It was observed that BIPS scores increased with older ages and this result was statistically significant. Besides, BIPS and MMS-knowledge scores were increased and MMS-motivation scores were decreased with higher number of medication used, and these results were also statistically significant. There was no statistically significant correlation between scale scores and other data of patients in terms of gender, marital status, education, people living together status. In the analysis of correlation between MMS and BIPS scores it was found that; patients who have lower MMS-motivation and MMS-knowledge scores tend to have higher BIPS scores. Although this correlation is not a causal relationship it was found statistically significant. **Conclusion:** It was found that BIPS and MMS introduced useful data especially in patients with chronic diseases during evaluation of medication adherence. Applying these scales routinely and making medication adherence more objective at chronic patients whose target values are unsuccessful would facilitate determination and intervention of weak points of disease management.

Key words: Illness perception, medication adherence, multiple medication use

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, çoklu ilaç kullanan bir grup yetişkin kronik hastada, Kısa Hastalık Algı Ölçeği (KHAÖ) ve Modifiye Morisky Uyum Ölçeği (MMÖ) bağlamında tedavi uyumu ve hastalık algısının etkisini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. **Gereç ve Yöntem:** Bu değerlendirme için, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine Temmuz 2015- Temmuz 2016 tarihleri arasında başvuran vakalara, Kısa Hastalık Algı Ölçeği (KHAÖ) ve Modifiye Morisky Uyum Ölçeği (MMÖ) uygulanmıştır. Sonuçlar, vakaların farklı sosyodemografik özellikleri ile ilaç kullanım verileri bağlamında karşılaştırılmıştır. 18 yaş üstü, birden fazla ilaç kullanan, sözel iletişim kurma konusunda dil veya mental fonksiyon sorunu olmayan vakalar arasından gönüllü olanlar çalışmaya dahil edilmiştir. **Bulgular:** Çalışma süresince, toplam 159 vakanın verileri toplanmış, bu vakalardan kriterleri karşılayan 146'sının sonuçları analizlere dahil edilmiş ve değerlendirilmiştir. Vakaların, 90'ı kadın (%61,6) ve 56'sı erkek (%38,4) idi. Yaş ortalaması 56,1 yıl ($\pm 8,2$, 28-66 yıl aralığında) olarak bulunmuştur. Vakaların cinsiyet, yaş, medeni durumu, eğitim durumu, birlikte yaşadığı kişi varlığı ve kullandığı ilaç sayısı, verilerinin ortalama KHAÖ ve MMÖ skorları (MMÖ-motivasyon ve MMÖ-bilgi alt skorları) ile ilişkisi araştırılmıştır. KHAÖ skorlarının yaş arttıkça azaldığı gözlemlendi ($p < 0,05$) ve bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Ayrıca kullanılan ilaç sayısı arttıkça, KHAÖ ve MMÖ-bilgi skorlarının arttığı ($p < 0,05$), MMÖ-motivasyon skorlarının azaldığı ($p < 0,05$) ve bu sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Vakaların, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, birlikte yaşadığı kişi varlığı ile ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. MMÖ motivasyon ve bilgi düzeyi ile KHAÖ skorları arasındaki ilişkinin analizinde; düşük MMÖ-motivasyon ve düşük MMÖ-bilgi düzeyine sahip vakaların daha yüksek KHAÖ skorlarına sahip olduğu görüldü ve her ne kadar bir sebep sonuç ilişkisini göstermese de bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. **Sonuç:** Özellikle kronik hastalığı olan vakalarda, ilaç uyumunu değerlendirmede KHAÖ ve MMÖ'nin hastalık yönetiminde fikir verebilecek faydalı veriler sunduğu belirlenmiştir. Yaş arttıkça ve kullanılan ilaç sayısı azaldıkça vakaların hastalıktan etkilenme düzeyi ve hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyleri azalmaktadır. Ayrıca kullanılan ilaç sayısı arttıkça vakaların tedaviye uyum bilgi düzeylerinin arttığı ve motivasyon düzeylerinin azaldığı bulunmuştur. Hedef değerlere ulaşmada, sorun tespit edilen kronik hastalıklı vakalarda, bu ölçeklerin rutin olarak uygulanarak tedaviye uyumun objektif olarak ortaya konması, hastalık yönetiminde zayıf noktaların tespit edilmesini ve müdahale edilmesini olanaklı hale getirecektir.

Anahtar kelimeler: Çoklu ilaç kullanımı, hastalık algısı, tedaviye uyum

Received / Geliş tarihi: 05.04.2017, **Accepted / Kabul tarihi:** 27.07.2017

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

***Address for Correspondence / Yazışma Adresi:** Ertan Mert, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Mersin-TÜRKİYE, E-mail: drertanmert@yahoo.com

Kara DD, Mert E, Uysal Y, Başhan İ. Çoklu İlaç Kullanan Erişkinlerde Tedaviye Uyumun Hastalık Algısı, Bilgi ve Tutum Bağlamında Değerlendirilmesi. TJFMPC, 2017; 11(4): 227-234.

DOI: 10.21763/tjfm.359675

GİRİŞ

Günümüzde, bilim ve teknoloji alanlarında kaydedilen ilerlemeler, modern tanı ve tedavi yöntemlerinin yaygınlaşması, mortalite hızının azalması ve koruyucu hekimlik uygulamalarında etkinliğin artması sonucunda, giderek uzayan beklenen yaşam süresine bağlı olarak, kronik hastalıkların insidans ve prevalansı da giderek artmaktadır. Kronik hastalıklar; süreğen tıbbi kontrol, bakım ve tedavi gerektiren sağlık problemleri olup, genellikle çoklu ilaç tedavisi gerektirebilen durumlardır.¹ Yaşın ilerlemesi ile beraber, birden fazla ilaç kullanımını gerektiren kronik hastalık sıklığı da artmaktadır.² Özellikle süreğen ilaç tedavilerinde, tedavi başarısını belirleyen en önemli faktörlerden birisi de tedaviye uyumdur.³⁻⁵ Tedaviye uyum, hem tedavi maliyetini düşüren, hem de hastalığın seyrini etkileyen bir faktör olarak kabul edilmektedir.^{6,7} Kronik hastalıklarda, uzun dönem ilaç tedavisine uyum Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2003 yılı verilerine göre yaklaşık %50'dir. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu oran daha da düşüktür.⁸ Tedaviye uyum, kişinin yaşam tarzını, davranışlarını, ilaç alma şeklini, tedaviye inanmasını ve sahiplenerek sürdürmesini kapsayan algı, tutum ve davranışların bileşkesi ile belirlenir.^{8,9} Hastanın tedaviye uyumunda, hastalık algısının yanı sıra, bilgi, istek ve motivasyonu da önemlidir.⁸

Bireyin, hastalık kavramına yönelik algısı, hastalığı nasıl yorumladığı, ona yüklediği anlamlar, hastalık dönemleri boyunca yaşadığı veya karşılaştığı deneyimler, içeri alınmış bilgiler, duygusal ve davranışsal tepkiler, hastalık süreci, psikopatoloji ve baş etme mekanizmaları ile ilişkilidir.¹⁰ Hastalık algısı, bireyin tedaviye uyumunu doğrudan etkileyen bir faktör olarak gözükmektedir.¹¹ Ancak önemine rağmen, tıbbi görüşme süreçlerinde kişilerin hastalıkları hakkındaki inanışları ve görüşleri nadiren sorgulanabilmektedir.

Bireyin, hastalık hakkındaki bilgi düzeyi ile tedaviye olan istek ve inancı da, tedaviye uyum sürecinde belirleyici rol oynayan faktörler arasındadır. Yeterli bilgi düzeyi, hastalıkla baş etmeyi kolaylaştırarak felaketçi algılamayı engeller ve hastalık hakkındaki tepkileri olumlu yönde etkiler. Bilginin, yetersiz olması ya da bilgi verilmemesi ise hastanın endişe düzeyini artırarak tedavi uyumunu güçleştirebilir.¹²

Tedaviye uyum düzeyini, hastalık algısı, bilgi ve motivasyon bağlamında belirlemeye yönelik

altın standart bir yöntem bulunmamakla beraber, bu amaç doğrultusunda geliştirilmiş anket ve ölçekler ile tedaviye uyumu değerlendirmek mümkündür.¹³

Kısa hastalık algı ölçeği (KHAÖ) dokuz madde içermektedir. KHAÖ ile hastalığı anlama, hastalıktan duygusal olarak etkilenme ve tedaviye inanma düzeyleri saptanarak hastalık algı skorları belirlenmektedir. Hastalık algı skoru ile kişinin farklı parametrelere göre hastalıktan etkilenme ve hastalığı endişe verici olarak algılamaya düzeyleri arasında pozitif bir ilişki vardır.^{14,15}

Türkçe Modifiye Morisky Ölçeği (MMÖ) ise altı sorudan oluşan, kısa, kolay uygulanabilir, ilaç kullanma alışkanlığına yönelik bilgi ve motivasyon düzeylerini ayrı ayrı değerlendirebilen güvenilir bir testtir. MMÖ ile tedavinin yararına inanma durumu, ilaçları zamanında alma alışkanlığı ile ilaç almayı unutmaya ya da bırakma durumu sorgulanmaktadır.¹⁶

Tedaviye uyumu etkileyen faktörlerden; hastalık algısının, tedavi bilincinin, tedavi süreçlerine olan inanç, istek ve motivasyonun, sosyodemografik ve psikososyokültürel özellikler kapsamında değerlendirilmesinin, tedavi uyumunu arttırmaya yönelik bağlamsal ve bireysel stratejiler geliştirmeye katkı sağlayabileceği düşünüldü. Bu amaç doğrultusunda; çalışmamızda çoklu ilaç kullanan erişkinlerde tedaviye uyumu etkileyen faktörlerin, algı, bilgi, tutum, istek ve motivasyon özellikleri bağlamında, KHAÖ ve MMÖ kullanılarak irdelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmamız, prospektif kesitsel bir anket çalışması yapısında planlanmış ve etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmamız, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği polikliniğine başvuran ve birden fazla ilaç kullanan 18-65 yaş arası hastalar ile Temmuz 2015 - Temmuz 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışma süresi içinde, kriterleri karşılayan toplam 159 vaka seçim yapılmaksızın çalışmaya dahil edilmiştir. 159 vakanın, 13'ü çalışmada yer almayı kabul etmemiş veya anketi tamamlamamıştır. Araştırmaya, 90'ı kadın ve 56'sı erkek olmak üzere, toplam 146 hasta dahil edilmiştir. Sözel iletişim kuramayan, anket formunu anlayıp yanıtlayabilecek düzeyde mental kapasiteye sahip olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmada, çoklu ilaç kullanan olguların algı, bilgi, tutum, istek ve motivasyon özelliklerini değerlendirmek için, KHAÖ ve MMÖ kullanılmıştır. Çalışmanın uygulama yöntemi olarak "yüz yüze görüşme

tekniki" benimsenmiştir. Tüm çalışma süreçleri ve veri kayıtları, tek yürütücüsüyle gerçekleştirilmiştir.

Katılımcıların; yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni durumu, evde kaç kişiyle yaşadığı, mevcut hastalıkları, günlük kullandıkları ilaç sayısı, ilaç dozları, ilaç kullanım şekilleri, ilaçların kullanımına ve yan etkilerine ilişkin bilgi alma durumları, ilaç kullanım hataları ile ilaç prospektüslerini okuma ve anlama durumları sorgulanarak kaydedilmiştir.

Daha sonra katılımcıların hastalık algıları KHAÖ ile, tedavi uyumlarını etkileyen bilgi, istek ve motivasyon özellikleri ise MMÖ ile değerlendirilmiştir.^{14,16} KHAÖ dokuz madde içermektedir. Hastalık algı skoru arttıkça, kişinin farklı parametrelere göre hastalıktan etkilenme düzeyi ile hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyi artmaktadır. Ölçeğin likert yapısındaki ilk sekiz sorusu ile; hastalıktan etkilenme, hastalık süresi, hastalığın kontrolünün kendisinde olduğuna inanma, tedaviye inanç, şikayetlerin derecesi, hastalıktan duyulan endişe, hastalığı anlama ve hastalığa verilen duygusal tepki özellikleri değerlendirilmiştir. Bu sekiz maddeye verilen puanlar hesaplanarak, hastalık algı skoru elde edilmiştir. KHAÖ'nin dokuzuncu maddesinde ise, olgulara hastalıklarına sebep olduğuna inandıkları faktörler sorulmuştur.^{14,15} MMÖ ise 6 sorudan oluşmaktadır. "Evet" ya da "Hayır" olarak verilen yanıtların değerlendirmesinde; 2. ve 5. sorularda evet cevabı 1 puan, hayır cevabı 0 puan; diğer sorularda ise evet cevabı 0 puan, hayır cevabı 1 puan olarak hesaplanmıştır. 1.,2. ve 6. sorulardan hastanın aldığı toplam puan, 0 veya 1 ise düşük motivasyon düzeyini, 1 puanın üzerindeki değerler ise yüksek motivasyon düzeyini göstermektedir. 3.,4. ve 5. sorulardan alınan toplam puan, 0 veya 1 ise düşük bilgi düzeyini, 1 puanın üzerindeki değerler ise yüksek bilgi düzeyini göstermektedir.¹⁶

İstatistiksel analizler sırasında, vakaların farklı parametreler bağlamındaki skor değerleri arasındaki ortalamalar ve korelasyon düzeyi, eşleştirilmiş gruplar arasındaki farkların testi (Paired-Samples T Test) ile hesaplanmış, anlamlılık düzeyi olarak; 0,05'in altındaki p değerleri anlamlı kabul edilmiştir. Analizler, SPSS Statistics versiyon 16.0 ile yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya, çoklu ilaç kullanan 146 yetişkin hasta dahil edilmiş olup, çoğunluğu kadın (%61,6) ve yaş ortalaması 56,1 yıldır. Olguların, sosyodemografik

özellikleri ve ilaç kullanım örüntüleri irdelendiğinde; çoklu ilaç kullanan hasta sayısının en fazla 58-66 yaş aralığında (K:%55,6; E:%51,8) bulunduğu, çoğunun evli (K:%78,9; E:%91,1) olduğu, çoğunda birlikte yaşayan kişilerin mevcut olduğu (K:%88,8; E:%89,3), çoğunda algılanan sağlık durumunun orta ve iyi olarak belirtildiği (K:%64,5; E:%57,1) ve olguların yaklaşık yarısının ilaç prospektüsünü okumadığı (K:%46,7; E:%51,8) görüldü. Prospektüs okumama nedenleri sorgulandığında; olguların %39,4'ü gerek duymadığı için, %28,2'si anlamaması sebebiyle, %25,4'ü ise görme problemi nedeniyle okuyamadığını ifade etmiştir. Olguların büyük çoğunluğu (%96) ilaçlarını doktor önerisiyle almaktaydı, ayrıca vakaların yaklaşık yarısı (K:%47,8; E:%51,8) ilaç kullanım etki ve yan etkileri hakkında bilgi aldığını belirtmiştir. Bilgi alınan kaynaklar sorgulandığında; olguların %65,3'ü doktordan, %19,4'ü eczacıdan ve %13,9'u ise diğer sağlık çalışanlarından bilgi aldığını ifade etmiştir. Vakaların, cinsiyetleri ile ilaç kullanım sırasında yan etki sorunu yaşama durumlarına bakıldığında, olguların büyük çoğunluğunun (K:%68,9; E:%78,8) yan etki sorunu yaşamadığı tespit edilmiştir.

Olguların, hastalık algılarını değerlendirmek için KHAÖ uygulandı, bilgi ve motivasyon düzeyleri ise MMÖ ile belirlenmiştir. Olguların, cinsiyet, yaş ve medeni durumları ile KHAÖ, MMÖ motivasyon, MMÖ bilgi skorlarının dağılımı Tablo 1'de gösterilmektedir. Çalışmamızda, cinsiyete göre KHAÖ ortalama skoru kadınlarda 41,9 ± 14,1, erkeklerde 40,4 ± 14,2 olarak bulunmuştur. MMÖ motivasyon skoru, kadınlarda 2,13 ± 0,85, erkeklerde 2,11 ± 0,93 olarak saptandı. MMÖ bilgi skorunun ise kadınlarda 2,19 ± 0,98, erkeklerde 2,23 ± 1,02 olduğu görülmüştür. Sonuçlarımız, vakaların cinsiyetleri ile KHAÖ, MMÖ motivasyon ve MMÖ bilgi skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadığına işaret etmektedir (p>0,05).

Yaş gruplarına bakıldığında, KHAÖ ortalama skorunun 28-37 yaş arasında en yüksek olduğu (45,8 ± 13,5) ve 58-66 yaş arasında ise en düşük olduğu (39,5 ± 15,4) saptanmıştır. Vakalardan bir tanesi 65 yaş üstündeydi. Yaş arttıkça, KHAÖ ortalama skorunun azaldığı ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (p<0,05). Yaş gruplarında, MMÖ motivasyon ve bilgi skorlarının ise birbirine yakın değerlerde olduğu ve aradaki ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0,05). Medeni durum ile KHAÖ, MMÖ motivasyon ve bilgi skorları arasında

Tablo 1. Olguların cinsiyet, yaş ve medeni durumları ile KHAÖ*, MMÖ motivasyon ve bilgi skorlarının dağılımı**

	N	% ⁺	KHAÖ skoru (ortalama±SD ⁺⁺)	MMÖ-motivasyon skoru (ortalama±SD)	MMÖ-bilgi skoru (ortalama±SD)
Cinsiyet			(p>0,05)	(p>0,05)	(p>0,05)
Kadın	90	61,6	41,9 ± 14,1	2,13 ± 0,85	2,19 ± 0,98
Erkek	56	38,4	40,4 ± 14,2	2,11 ± 0,93	2,23 ± 1,02
Yaş aralıkları			(p<0,05)	(p>0,05)	(p>0,05)
28-37 yaş arası	7	4,8	45,8 ± 13,5	1,81 ± 0,95	1,89 ± 1,10
38-47 yaş arası	9	6,2	44,0 ± 7,8	2,11 ± 0,78	2,22 ± 1,09
48-57 yaş arası	51	34,9	43,0 ± 12,7	2,02 ± 0,86	2,27 ± 1,04
58-66 yaş arası	79	54,1	39,5 ± 15,4	2,15 ± 0,74	2,22 ± 0,91
Medeni durum			(p>0,05)	(p>0,05)	(p>0,05)
Evli	122	83,5	41,3 ± 14,1	2,08 ± 0,81	2,25 ± 0,94
Eşi ölmüş	12	8,2	46,4 ± 13,2	2,09 ± 0,90	2,33 ± 0,77
Bekar	9	6,2	37,2 ± 12,4	2,22 ± 0,66	2,00 ± 1,31
Boşanmış	3	2,1	35,0 ± 22,6	2,00 ± 0,57	1,00 ± 1,73

* KHAÖ: Kısa Hastalık Algı Ölçeği, ** MMÖ: Modifiye Morisky Ölçeği, ⁺ sütun yüzdesi, ⁺⁺ SD: standart sapma

Tablo 2. Olguların eğitim durumu, birlikte yaşadığı kişi varlığı ve kullandığı ilaç sayısı ile KHAÖ*, MMÖ motivasyon ve bilgi skorlarının dağılımı**

	n	% ⁺	KHAÖ skoru (ortalama±SD ⁺⁺)	MMÖ-motivasyon skoru (ortalama±SD)	MMÖ-bilgi skoru (ortalama±SD)
Eğitim durumu			(p>0,05)	(p>0,05)	(p>0,05)
Okuryazar değil	2	1,4	47,5 ± 19,0	2,00 ± 0,00	0,50 ± 0,70
İlkokul mezunu	57	39	42,1 ± 14,2	2,05 ± 0,83	2,14 ± 1,00
Ortaokul mezunu	19	13	43,8 ± 10,5	2,05 ± 0,62	2,11 ± 0,93
Lise mezunu	46	31,5	43,0 ± 13,6	2,11 ± 0,76	2,22 ± 1,03
Üniversite mezunu	22	15,1	33,1 ± 15,5	2,14 ± 1,03	2,68 ± 0,56
Birlikte yaşadığı kişi varlığı			(p>0,05)	(p>0,05)	(p>0,05)
Evet	130	89	41,7 ± 14,4	2,10 ± 0,80	2,22 ± 0,93
Hayır	16	11	37,0 ± 11,2	2,00 ± 0,81	2,19 ± 0,96
Kullandığı ilaç sayısı			(p<0,05)	(p<0,05)	(p<0,05)
2-3 ilaç kullananlar	68	46,6	38,1 ± 15,3	2,23 ± 0,82	1,94 ± 0,82
4-5 ilaç kullananlar	47	32,2	42,1 ± 11,8	2,09 ± 0,73	2,18 ± 0,75
6-8 ilaç kullananlar	31	21,2	45,7 ± 13,2	1,84 ± 0,89	2,38 ± 0,86

* KHAÖ: Kısa Hastalık Algı Ölçeği, ** MMÖ: Modifiye Morisky Ölçeği, ⁺ sütun yüzdesi, ⁺⁺ SD: standart sapma

da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Ayrıca, olguların eğitim durumu, birlikte yaşadığı kişi varlığı ve kullandığı ilaç sayısı ile KHAÖ, MMÖ motivasyon ve MMÖ bilgi skorlarının dağılımı da incelenmiştir (Tablo 2).

Vakaların eğitim durumu ile KHAÖ skorlarının dağılımına bakıldığında, KHAÖ ortalama skorunun okuryazar olmayan grupta en yüksek olduğu ($47,5 \pm 19,0$) üniversite mezunu olan grupta ise en düşük olduğu ($33,1 \pm 15,5$) görülmüştür. Ancak, aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Eğitim durumu ile MMÖ skorlarının dağılımına bakıldığında, okuryazar olmayan grupta MMÖ bilgi skoru diğer gruplara göre düşük saptanmış olmakla beraber, aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Vakaların, birlikte yaşadığı kişi varlığı ile KHAÖ, MMÖ motivasyon ve MMÖ bilgi skorlarının dağılımında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Vakaların kullandığı ilaç sayısı ile KHAÖ, MMÖ motivasyon ve MMÖ bilgi skorlarının dağılımına bakıldığında; KHAÖ ortalama skorunun günde 6-8 ilaç kullanan grupta en yüksek ($45,7 \pm 13,2$) olduğu ve 2-3 ilaç kullanan grupta ise en düşük ($38,1 \pm 15,3$) olduğu görülmüştür. Günlük kullanılan ilaç sayısı arttıkça, KHAÖ ortalama skorunun da yükseldiği ve aralarındaki bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). MMÖ motivasyon ortalama skorunun günde 2-3 ilaç kullanan vakalarda en yüksek ($2,23 \pm 0,82$) ve 6-8

ilaç kullanan grupta ise en düşük ($1,84 \pm 0,89$) olduğu bulunmuştur. Günlük kullanılan ilaç sayısı arttıkça, MMÖ motivasyon ortalama skorunun azaldığı ve aralarındaki bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). MMÖ bilgi ortalama skoru ise günde 6-8 ilaç kullanan vakalarda en yüksek ($2,38 \pm 0,86$), 2-3 ilaç kullanan grupta ise en düşük bulunmuştur ($1,94 \pm 0,82$). Günlük kullanılan ilaç sayısı arttıkça, MMÖ bilgi ortalama skorunun da arttığı ve aralarındaki bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Çalışmada, yaş ve kullanılan ilaç sayısının KHAÖ skorlarını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği bulunmuştur. Bu bağımsız parametrelerin, KHAÖ skorları üzerindeki toplu etkisini araştırmak amacıyla yapılan çoklu regresyon analizinde elde ettiğimiz katsayılar göstermiştir ki; kullanılan ilaç sayısı, yaşla kıyasla, KHAÖ skorları üzerinde çok daha yüksek etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

Olguların, MMÖ motivasyon ve bilgi düzeyleri ile KHAÖ skorlarının dağılımına bakıldığında; düşük MMÖ motivasyon ve bilgi düzeyi olanların KHAÖ ortalama skoru ($46,4 \pm 14,5$; $46,7 \pm 15,1$), yüksek MMÖ motivasyon ve bilgi düzeyi olanların KHAÖ ortalama skoruna göre ($40,1 \pm 12,8$; $39,5 \pm 13,3$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Olguların MMÖ* motivasyon ve bilgi düzeyleri ile KHAÖ** ortalama skorlarının dağılımı			
	N	% ⁺	KHAÖ skoru (ortalama \pm SD ⁺⁺)
MMÖ motivasyon düzeyi			
Düşük motivasyon düzeyi (skor \leq 1)	28	19,2	46,4 \pm 14,5
Yüksek motivasyon düzeyi (skor $>$ 1)	118	80,8	40,1 \pm 12,8
MMÖ bilgi düzeyi			
Düşük bilgi düzeyi (skor \leq 1)	37	25,3	46,7 \pm 15,1
Yüksek bilgi düzeyi (skor $>$ 1)	109	74,7	39,5 \pm 13,3

* MMÖ: Modifiye Morisky Ölçeği, ** KHAÖ: Kısa Hastalık algı Ölçeği, ⁺ sütun yüzdesi, ⁺⁺ SD: standart sapma

Uysal ve Akpınar'ın, Tip 2 diyabetli hastalar üzerine yaptığı bir çalışmada ise, yaş ile hastalık algısı arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.²⁵ Belirtilen çalışmada spesifik bir hastalığa odaklanılmasına bağlı olarak, yapılan periyodik sağlık kontrolleri ile, bilgilendirme ve bilinçlendirmede sürekliliğin sağlanmış olabileceği ve sonuçta yaşın ilerlemesi ile hastalık algı skorunda anlamlı bir düşüşün izlenmemiş olabileceği düşünülmüştür.

Çoklu ilaç kullanan ve araştırmamıza katılan olguların medeni durum, eğitim durumu ve birlikte yaşadığı kişi varlığı ile KHAÖ arasındaki ilişki ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir.²⁶

Çalışmamızdaki en somut bulgulardan birisi; kullanılan ilaç sayısı arttıkça KHAÖ ortalama skorunun da arttığı ve kullanılan ilaç sayısı ile KHAÖ skoru arasındaki bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğudur ($p<0,05$). Çoklu ilaç kullanan kişiler, genellikle komplike ve/veya çoklu kronik hastalığı olan bireylerdir. Kullanılan ilaç sayısı arttıkça hastalık algı ölçeği skoru yükselmekte ve bireylerin hastalıktan etkilenme düzeyleri ile hastalığı endişe verici olarak algılama düzeyleri de artmaktadır.

KHAÖ ile hastalığa neden olduğuna inanılan faktörler sorgulandığında; olguların yaklaşık yarısı (%46,5) hastalıklarından stres ve beslenme alışkanlıklarını sorumlu tutmuşlardır. Hasta hekim görüşmelerinde, bireylerin yaşam tarzı özelliklerinin ve sağlık inanışlarının da irdelenmesinin, yaşam tarzı değişiklik önerilerinde bulunulması ve yanlış inanışların düzeltilmesi açısından önemli bir fırsat olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda, çoklu ilaç kullanan olguların tedavi uyumlarını, bilgi ve motivasyon bağlamında değerlendirmek için MMÖ kullanılmıştır. MMÖ ile bilgi düzeyi; hastaların ilacı kesip kesmemesi ve süregelen tedavinin uzun dönem yararlarını anlayıp, anlamaması araştırılarak saptanmıştır. Motivasyon düzeyi ise unutkanlık ve dikkatsizlik sorgulanarak belirlenmiştir.

Olgularımızın, yaş gruplarına göre MMÖ bilgi ve motivasyon skorları incelendiğinde; MMÖ ortalama skorlarının yaş ilerledikçe artma eğiliminde olduğu ancak aradaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Lee ve arkadaşlarının daha geniş hasta sayıları ile yaptıkları bir çalışmada ise, yaşla tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişki bildirilmiştir. Çalışmamızdaki vaka sayısının nispeten düşük olması nedeniyle, bu

ilişkinin istatistiksel olarak anlamlılık düzeyine ulaşmamış olabileceği düşünülmüştür.²⁷

Kullanılan ilaç sayısı ile, MMÖ ortalama skorları arasındaki ilişki irdelendiğinde; MMÖ-bilgi ortalama skorunun günde 6-8 ilaç kullanan olgularda en yüksek olduğu ve 2-3 ilaç kullanan grupta ise en düşük olduğu saptanmıştır. Günlük kullanılan ilaç sayısının artmasıyla, MMÖ-bilgi ortalama skorunun da arttığı ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0,05$). MMÖ-motivasyon ortalama skoru ise günde 2-3 ilaç kullanan olgularda en yüksek, 6-8 ilaç kullanan grupta en düşük bulunmuştur. Günlük kullanılan ilaç sayısı artarken, MMÖ-motivasyon ortalama skoru azalmakta olup, kullanılan ilaç sayısı ile MMÖ-motivasyon ortalama skoru arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Çoklu sayıda ve dozda ilaç kullanılması ve tedaviye yeni ilaçların eklenmesi ile bir yandan hastanın tedavi bilinci artarken, diğer taraftan tedaviyi sahiplenip sürdürme isteği azalıyor olabilir. Bu paradoks literatüre de yansımış olup; bildirilen çalışmaların bir kısmında kullanılan ilaç sayısındaki artışın tedaviye uyumu azalttığı, bazılarında ise tam tersine artırdığı belirtilmiştir.²⁸⁻³¹

Çalışmamızda, vakaların MMÖ skorları ile KHAÖ skorları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (Tablo 3). Bu korelasyon bu iki ölçek arasındaki neden sonuç ilişkisini göstermemekle beraber; düşük MMÖ bilgi ve motivasyon düzeyine sahip vakaların daha yüksek KHAÖ skorlarına sahip olma eğiliminde olduğuna işaret etmektedir. Bu iki bağımlı değişken, kendilerini etkileyen farklı parametreler tarafından farklı yönlere doğru değişim göstermektedirler. Her ne kadar çalışmamızda bu bağımlı değişkenleri etkileyen parametrelerin tamamı araştırılmamışsa da, bu iki ölçek arasındaki kuvvetli ve anlamlı korelasyon göstermektedir ki; tedavi uyumunu bilgi ve motivasyon perspektifinde değerlendirme ölçeği MMÖ ile hastalık algısını inanç, bilgi, endişe ve emosyonel durum perspektifinde belirleme ölçeği KHAÖ arasındaki ilişkileri daha ayrıntılı araştırmanın, tedaviye uyumu daha kapsamlı değerlendirmeye ve tedavi hedeflerine ulaşmaya yönelik bağlamsal stratejiler geliştirmeye katkısı olacaktır.

Çalışmamızın sınırlılıkları; olgu sayımızın spesifik hastalık alt gruplarını irdelenecek yeterlilikte olmaması ve bu nedenle bağımlı değişkenleri etkileyen parametrelerin tamamının araştırılmamış olması şeklinde özetlenebilir. Hastalıklar ile tedaviye uyum arasındaki ilişkinin belirlenebilmesi açısından daha geniş çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

SONUÇ

Düşük örneklem sayısı, hastalık algısını ve tedaviye uyumu etkileme potansiyeline sahip diğer faktörlerin çalışmaya dahil edilememesi, çalışmanın kısıtlılıkları olarak kabul edilmektedir. Sonuç olarak, çalışma verilerimiz; kullanılan ilaç sayısı arttıkça bireylerin hastalığı endişe verici olarak algılama düzeylerinin de arttığına ve kullanılan ilaç sayısı ile tedaviye ilişkin bilgi düzeyleri arasındaki doğru orantılı ilişkiye rağmen, artan ilaç sayısı ile tedaviye inanç, istek ve uyum motivasyonlarının anlamlı düzeyde düştüğüne işaret etmektedir. Bu sebeple; bakımda süreklilik prensibine göre yapılandırılmış periyodik sağlık kontrollerinde, tedaviye uyumun algı, bilgi ve motivasyon bağlamında değerlendirilmesi ve gerekli düzeltici müdahalelerin yapılması, arzu edilen tedavi başarısının sağlanabilmesi açısından önemlidir. Hedef değerlere ulaşmada sorun tespit edilen kronik hastalarda, KHAÖ ve MMÖ'nin rutin olarak uygulanarak tedaviye uyumun objektif olarak ortaya konması, hastalık yönetiminde zayıf noktaların tespit edilerek düzeltilmesini olanaklı hale getirecektir. Ayrıca, verilerimiz tedavi süreçlerinin yönetiminde, hekimin belirleyici ve aydınlatıcı rolünün de, tedaviye uyumu pozitif yönde etkilediğini göstermektedir.

Aile Hekimliğinde öncelikli noktalardan biri olan 'kapsamlı bakım' bağlamında; vakaların hastalıklarının tanısı ve uygun şekilde tedavilerini planlamanın ötesinde, bireylerin hastalık algıları ve onlara önerilen tedaviye ne derece uyum gösterdiklerinin değerlendirilmesi ve takibi, hekimin hastalık yönetim başarısında belirleyici faktörler arasındadır.

KAYNAKLAR

1. Güç MO. İlaç tedavisinin temel ilkeleri. Gökçe Kutsal Y, Çakmakçı M, Ünal S, editörler. Geriatri I. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 1997. p.65-75.
2. Halil M. Yaşlı hastalarda polifarmasi. Arıoğul S, editör. Geriatri ve gerontoloji. MN Medikal & Nobel Tıp Kitapevleri; 2006. p.393-400.
3. Veazie PJ, Cai S. A connection between medication adherence, patient sense of uniqueness, and the personalization of information. Medical Hypotheses 2007;68(2):335-342.
4. Balon R. Managing Compliance. Psychiatric Times. 2002;19(5):1-2. www.psychiatrictimes.com/articles/managing-compliance (erişim: 02.04.2017).
5. Grisel JE, Rasmussen PR, Sperry L. Anxiety and depression: Physiological and pharmacological considerations. The Journal of Individual Psychology 2006;62(4):398-416.
6. Mayskopf JA, David K, Grainger DL, et al. Annual health outcomes and treatment costs for schizophrenic populations. J Clin. Psychiatry 1999;(Suppl 19):14-19.
7. Ozsahin AK, Haydardedeoğlu FE. Barriers to drug adherence. TJFM&PC 2016;10(2):58-62.
8. Guidelines from the Case Management Society of America for improving patient adherence to medication therapies. Case Management Society of America Version 2. June 2006. p. 1-112. www.cmsa.org/portals/0/pdf/cmag2.pdf (erişim: 02.04.2017)
9. Domaç M, Hayran O, Dülger GA, Balta E, Özkan O. Türkiye'de hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyumu ve antihipertansif kullanım özellikleri. Türk Eczacılar Birliği Araştırma Yayınları Dizisi. Ankara, 2000; 3.
10. Küçükbakar, A. Kanser tanısını yeni alan ve hastalığı tekrarlayan bireylerin hastalığı algılamalarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara: Adnan Ötügen İl Halk Kütüphanesi [362.19 KÜÇ 2011] (1).
11. Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2007;8:271-280.
12. Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri 2008;11(Ek 3):3-18.
13. Vik SA, Maxwell CJ, Hogan DB, Patten SB, Johnson JA, Slack LR. Assessing medication adherence among older persons in community settings. Can J Clin Pharmacol 2005;12:E152-E164.
14. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. J Psychosom Res 2006;60(6):631-637.
15. van Oort L, Schröder C, French DP. What do people think about when they answer the Brief Illness Perception Questionnaire? A 'think-aloud' study. Br J Health Psychol 2011;16(2):231-245.
16. Vural B, Teberru Acar Ö, Topsever P, Filiz TM. Modifiye Morisky Ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması. Turkish Family Physician 2012; 3(4):17-20.
17. Esengen Ş, Seçkin Ü, Borman P, Bodur H, Yücel M, Huzur evinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel-kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı. Turkish Journal Of Geriatrics 2000;3(1): 6-10.
18. Arslan GG, Eşer İ. Yaşlıların kendi kendine ilaç kullanımına uyumu ve hemşiresinin rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 21(2):147-157.
19. Carrion PG, Swan A, Cecil HK, et al. Compliance with clinic attendance by outpatients with schizophrenia. Hosp Community Psychiatry 1993;44(8):764-7.

20. Ertemür E, Erdil F. Cerrahi kliniklerinde yatan yaşlı hastaların ilaç kullanımına yönelik bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2012;15(2): 201-207.
21. Arslan S, Şemin S. Sağlık ocağına başvuran hastaların reçetede yazılan ilaçları kullanımı ve bunu etkileyen etmenler. *Sağlık ve Toplum* 2005;15(1):57- 64.
22. Neafsey PJ and Shellmann J. Adverse self-medication practise of older adults with hypertension attending blood pressure clinics: adverse self-medication practices. *The Internet Journal of Mental Health* 2000; 1(1):1-9.
23. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health* 1996; 11:431-445.
24. Alsén P, Brink E, Persson LO, Brändström Y, Karlson BW. Illness perceptions after myocardial infarction: relations to fatigue, emotional distress, and health-related quality of life. *J Cardiovasc Nurs* 2010;25(2):E1-E10.
25. Uysal Y, Akpınar E. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Hastalık Algısı ve Depresyon. *Cukurova Medical Journal* 2013;38(1):31-40.
26. Gündüz F, Karabulutlu EY. Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda hastalık algısı, psikososyal uyum ve glisemik kontrolün değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016;19(2):106-115.
27. Lee GK, Wang HH, Liu KQL, et all. Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky Medication Adherence Scale. *PLoS One* 2013;8(4):62775.
28. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clin Ther* 2001;23:1296-1310.
29. Hassan NB, Hasanah CI, Foong K, et al. Identification of psychosocial factors of noncompliance in hypertensive patients. *J Hum Hypertens* 2006;20:23-29.
30. Al-Mehza AM, Al Muhailije FA, Khalfan MM, Al-Yahya AA. Drug Compliance among Hypertensive Patients; an Area Based Study. *Eur J Gen Med* 2009;6(1): 6-10.
31. Akıcı A. Akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda yaşlılarda reçete yazma ve Türkiye’de yaşlılarda ilaç kullanımı boyutları. *Türk J Geriatr* 2006;Özel Sayı:19-27.



Hypertensive Individuals' Use of Complementary Health Approaches and its Effect on Adherence with Antihypertensive Medication Treatment

Hipertansif Bireylerin Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımı Kullanımları ve Bunun Antihipertansif İlaç Tedavi Uyumuna Etkisi

Rabia Hacıhasanoğlu Aşilar*¹, Sebahat Gözüm²

ABSTRACT

Objective: This study was conducted with the aim of determining the uses of complementary health approaches (CHA) in patients with hypertension and its effect on adherence with antihypertensive medication. **Method:** This descriptive study was conducted at Karaağaç Family Health Center located in the city center of Erzincan. Between June 2013 and December 2013, the individuals who consulted to the center for some reason and received antihypertensive treatment, were included. The data were collected through face-to-face interviews using a questionnaire containing open- and closed-ended questions and the Medication Adherence Self-Efficacy Scale Short Form (MASES-SF). The blood pressure, height and weight measurements were performed. **Results:** It was determined that 42.7% of the hypertensive patients were using natural products for nutrition as part of their CHA, the use of CHA was higher in those under the age of 65 and in women ($p < 0.05$) and using CHA had no significant effect on blood pressure control or the mean MASES-SF score ($p > 0.05$). Medication adherence of the patients was on a good level. The mean MASES-SF scores of the patients whose blood pressure was under control were found higher ($p < 0.001$) than those were not under control. **Conclusion:** It was concluded that approximately one of the two hypertensive patients was using nutrient-based natural products as an adjunctive health care supplement for antihypertensive treatment, however this did not have any impacts on blood pressure control and changing medication adherence. Blood pressures of the patients with a high level of adherence to their antihypertensive therapies have been under control. The healthcare professionals who work at primary care institutions should be aware of that they are advised to use some complementary practices besides medical methods for the purpose of controlling the blood pressure of hypertensive patients.

Key words: Hypertension, complementary health approaches, antihypertensive treatment, medication adherence, family health center

ÖZET

Amaç: Bu araştırma hipertansiyon hastalarının tamamlayıcı sağlık yaklaşımı (TSY) kullanımları ve bunun antihipertansif ilaç tedavisi uyumuna etkisini belirlemek amacı ile yapıldı. **Yöntem:** Tanımlayıcı özellikteki bu araştırma Erzincan il merkezinde bulunan Karaağaç Aile Sağlığı Merkezinde yürütüldü. Haziran-Aralık 2013 tarihleri arasında merkeze herhangi bir nedenle başvuran ve antihipertansif tedavi alan bireyler araştırılmaya alındı. Veriler açık ve kapalı uçlu soru formu ve İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF) kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Kan basıncı, boy ve kilo ölçümü yapıldı. **Bulgular:** Hipertansiflerin % 42,7'sinin TSY olarak besin temelli doğal ürünler kullandığı, TSY kullanımının 65 yaş altındakilerde ve kadınlarda daha fazla olduğu ($p < 0,05$), TSY kullanımının kan basıncı kontrolü ve İBÖS-KF ölçek puan ortalaması üzerinde önemli bir etkisinin olmadığı belirlendi ($p > 0,05$). Hastaların ilaç uyumu iyi düzeydeydi. Kan basıncı kontrol altında olanların İBÖS-KF ortalamaları olmayanlardan daha yüksek bulundu ($p < 0,001$). **Sonuç:** Yaklaşık olarak her iki hipertansif hastadan birisinin antihipertansif tedaviye ek tamamlayıcı sağlık yaklaşımı olarak besin temelli doğal ürünler kullandığı ancak bu durumun kan basıncı kontrolüne ve ilaç uyumlarına bir etkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Antihipertansif tedavi uyumları yüksek olan hastaların kan basınçları kontrol altındadır. Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık profesyonellerinin hipertansif hastalarının kan basıncı kontrolü amacıyla tıbbi yöntemler dışında bazı tamamlayıcı uygulamaları da sorgulamaları önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, tamamlayıcı sağlık yaklaşımları, antihipertansif tedavi, ilaca uyum, aile sağlığı merkezi

Received / Geliş tarihi: 15.03.2017, Accepted / Kabul tarihi: 01.08.2017

¹Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

²Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Rabia Hacıhasanoğlu Aşilar, Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

E-mail: rabia_hhoglu@hotmail.com

Aşilar RH, Gözüm S. Hipertansif Bireylerin Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımı Kullanımları ve Bunun Antihipertansif İlaç Tedavi Uyumuna Etkisi. TJFMPC, 2017; 11 (4): 235-244.

DOI: 10.21763/tjfm.359689

GİRİŞ

Hipertansiyon, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yüksek prevalans gösteren, erken tanı koyularak tedavi edilmezse miyokart enfarktüsü, inme, böbrek yetmezliği ve ölüme neden olan önemli bir sağlık problemidir.^{1,2} Türk Hipertansiyon Prevalans (PatenT2) çalışmasına göre Türkiye’de hipertansiyon prevalansının % 30,3 olduğu bildirilmiştir.³ Ülkemizde yeterince tedavi edilmediği ya da tedaviye karşın kontrol altına alınmadığı için önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam eden hipertansiyonun, başarılı tedavisi bütüncül bir yaklaşımı gerektirmektedir.⁴ Hipertansiyon tedavisinin, antihipertansif ilaçlarla ve yaşam biçimi değişikliği ile yapılması gerektiği, hastanın durumuna ve kan basıncı düzeyine göre değişiklik gösterdiği bilinmektedir.^{1,5} İlaç kullanan hipertansif hastaların yalnızca üçte birinin kan basıncının optimal düzeyde olduğu⁵, ülkemizde yapılan hipertansiyon prevalans çalışmasında (PatenT) antihipertansif ilaç kullanma oranının % 31 olduğu⁶ ve bu oranın PatenT2 çalışmasında % 47,5’e yükseldiği, antihipertansif kullananların % 53,9’unun, tüm hipertansiflerin % 28,7’nin kan basıncının kontrol altında olduğu bildirilmiştir.³ Dolayısı ile hastaların en az yarısının antihipertansif kullanmadığı ve antihipertansif kullananlarda da kan basıncının yeterince kontrol altında olmadığı görülmektedir. Hipertansif hastaların tedaviye uyumunun, uyumunu etkileyen faktörlerin, kan basıncı kontrolünün ve hastaların antihipertansif tedavi dışında kullandıkları uygulamaların bilinmesi önemlidir.

Hipertansiyon yönetiminde ilaç dışı bazı uygulamaların tedavi edici yararların artmasına katkı sağladığı⁴ ve kan basıncının düşürülmesinde ilaçla birlikte kullanılan tamamlayıcı uygulamaların etkisinin önemi bilinmektedir.⁷ Yapılan bir derlemede, hipertansiyon tedavisinde çeşitli tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerinin kanıta dayalı yaklaşımın bir parçası olarak kabul edilebileceği ve bu nedenle ilaç dışı girişimlerin kan basıncını düşürmede dikkate alınması gerektiği bildirilmiştir.⁸ Tıbbi tedaviye ek olarak yapılan her tür uygulama alternatif değil tamamlayıcıdır. Konuya ilişkin son terminolojik yaklaşım tamamlayıcı sağlık yaklaşımları (TSY) olarak kabul edildiği için⁹, bundan sonraki süreçte mevcut tıbbi tedaviye ek olarak yapılan tüm girişimler bu şekilde yazılmıştır. Kanıta dayalı tamamlayıcı sağlık yaklaşımları kardiyovasküler hastalıklar dâhil olmak üzere sağlık hizmetlerinde birçok açıdan önemli rol oynamakta olup¹⁰, bu tür uygulamaların kullanımı hastalar arasında giderek yaygınlaşmakta⁸ ve sağlık personeli tarafından da daha fazla ilgi görmektedir.¹¹

Ülkemizde¹²⁻¹⁴ ve yurt dışında¹⁵ hipertansif hastalarla yapılan çalışmalarda kan basıncını düşürmek için hastaların bazı tamamlayıcı yöntemler kullandığı¹²⁻¹⁵ bildirilmiştir. Kronik hastalığa sahip bireylerin yüksek oranda tamamlayıcı ve/veya alternatif tedavi kullandığı ve bu hastalıklar arasında ilk sırada hipertansiyonun yer aldığı ve hipertansiflerin % 96,2’sinin bitkisel tedaviler kullandığı rapor edilmiştir.¹⁶ Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada da hipertansiflerin % 66,1’inin tamamlayıcı bir yöntem kullandığı ve tedaviye uyumsuz gruptaki hipertansiflerin düzensiz ilaç kullanma nedenlerinden biri olarak, tamamlayıcı ve alternatif yöntemlerin yeterli olduğu düşüncesinin olduğu belirtilmiştir.¹⁷ İngiltere’de yapılan bir çalışmada ise hipertansiflerin % 43,7’sinin geçmiş 12 ay içinde en az bir tamamlayıcı ve alternatif yöntem kullandığı saptanmıştır.¹⁸

Tıbbi tedavilerin dışındaki tamamlayıcı uygulamalar hastalıkların tedavisinde beden-akıl-ruh bütünlüğüne odaklanmaktadır¹⁹. Oldukça geniş bir alanı ve çeşidi kapsamakta olan bu uygulamaların sınıflama sistemi sürekli değişmektedir. Doğal ürünler (bitkiler, vitaminler, mineraller, balık yağ vb.), zihin ve bedene dayalı uygulamalar (meditasyon, akupunktur), el ve bedene dayalı uygulamalar (masaj) ve diğer yöntemler (Çin tıbbi, nöropati, homeopati, pilates, terapötik dokunma) olmak üzere değişik sınıflamalar yapılmaktadır.^{8,20} Bu uygulamalar tıbbi tedavinin yerine kullanıldığı zaman alternatif olarak değerlendirilirken, tıbbi tedavi ile birlikte, onu desteklemek amacıyla kullanıldığında tamamlayıcı, destekleyici uygulama olarak değerlendirilmektedir. Antihipertansif tedaviye ek olarak hastanın kan basıncını düşürmek veya kontrol altına almak için meditasyon yapması, yaşam biçimini düzenlemesi, bazı besinler tüketmesi tamamlayıcı sağlık yaklaşımı kapsamında değerlendirilmektedir. Bu yaklaşımların birçoğu tıbbi tedaviyi destekleyen ve kabul gören uygulamalardır.

Tamamlayıcı uygulamaların kullanım amacı çoğunlukla sağlığın geri kazanımıdır. Bütüncül felsefeye sahip olan hemşireler hastaların bedensel, ruhsal ve akıl sağlıklarının dengede olmasına yardım eden sağlık profesyonelleridir. Bu yüzden hemşireler hastalarını değerlendirirken daha geniş bir bakış açısına sahip olmalı ve bakım verdiği bireylerin hangi TSY kullandığını, nedenini ve sonucunu bilmelidir. Hastalar bu yöntemleri kullanırken ya da bunlara ilişkin bilgi almak isterken sağlık profesyonellerinin bu yöntemlerin kanıt değerlerine ilişkin bilgileri öğrenmeleri ve aktarmaları önemlidir.¹⁹ Hipertansiyon yönetiminde antihipertansif tedaviye uyumun önündeki engelleri azaltmak önemli bir hedef olmalıdır.²¹ Hemşirelerin

yüksek kan basıncının kontrol altına alınması için bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmanın yanında tedaviye uyumlarını artırmada gereksinim duydukları konularda danışmanlık hizmeti vermede önemli sorumlulukları bulunmaktadır.²² Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık profesyonelleri hipertansiyon yönetiminde etkin olabilirler. Sağlık profesyonellerinin hipertansif hastaların kullandıkları tamamlayıcı sağlık uygulamalarını bilmeleri tedavi planının devamını ve etkinliğini sağlaması açısından önemlidir.

Bu araştırma hipertansiyon hastalarının tamamlayıcı sağlık yaklaşımı kullanımları ve bunun antihipertansif ilaç tedavi uyumuna etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır. Ayrıca antihipertansif ilaç tedavisine uyum öz-etkililik düzeyi nedir?, antihipertansif tedavi alan bireylerin tanımlayıcı özellikleri TSY kullanımını etkiler mi? ve kan basıncı kontrol durumu ile antihipertansif ilaca uyum arasında bir bağlantı var mıdır? sorularına da yanıt aranmıştır.

YÖNTEM

Tanımlayıcı özellikte olan bu çalışma Erzincan il merkezinde bulunan Karaağaç Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) Haziran-Aralık 2013 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmada herhangi bir örneklem seçimine gidilmedi. Araştırmacın uygun olduğu haftanın iki günü herhangi bir nedenle ASM'ye başvuran, en az bir yıldır hipertansiyon tanısı almış ve antihipertansif tedaviye başlanmış, 18 yaş ve üzerinde olan, veri toplama araçlarının uygulanmasını etkileyebilecek düzeyde herhangi bir fiziksel (işitme, konuşma bozukluğu) ya da ruhsal engeli (zihinsel engellilik, psikoz vb.) ve gebe olmayan 192 birey araştırma kapsamına alındı. Bu süreçte davet edilen bireylerin tümü çalışmaya katılmayı kabul etmişlerdir.

Veriler, Tanımlayıcı Soru Formu, Antihipertansif İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu kullanılarak araştırmacı tarafından haftanın iki günü yüz yüze görüşme yöntemi ile yaklaşık 10-15 dakikada toplandı. Ayrıca hastaların kan basıncı, boy ve kilo ölçümleri yapıldı.

Tanımlayıcı soru formu: Hastaları tanımlayan 10 (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, ek hastalık olma durumu, hipertansiyon tanı konulma süresi, tedavi süresi ve günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı) ve tamamlayıcı sağlık yaklaşımı kullanımını ölçen beş soru olmak üzere toplam 15 sorudan oluşmuştur. Tamamlayıcı sağlık yaklaşımı

kullanımının ölçümü hastaların hipertansiyonu tedavi etmek, kontrol altına almak için doktor tarafından önerilen tıbbi tedavi dışında tamamlayıcı ya da destekleyici herhangi bir tedavi kullanıp kullanmadıkları "evet" "hayır" seçenekleri ile yanıtlanmıştır. Bu soruya evet yanıtı verenlerden kullandıkları yöntemin ne olduğu, yöntemi ne kadar süredir ve günde kaç kez ve ne amaçla kullandıkları açık uçlu sorularla değerlendirilmiştir. Ayrıca kullanılan bu yöntemi kimin önerdiği de açık uçlu bir soru ile ölçülmüştür. Bu sorulara verilen yanıtlar daha sonra araştırmacılar tarafından sınıflandırılmıştır.

İlaç Tedavisine Bağlılık / Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF): Ogedegbe ve arkadaşları tarafından (2003) geliştirilen²³, Fernandez ve arkadaşları tarafından (2008) revize edilerek geçerlik ve güvenilirlik incelemesi yapılmış olan ölçeğin²⁴ Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hacıhasanoğlu ve arkadaşları tarafından (2012) yapılmıştır²⁵. Hipertansif hastaların kullandıkları antihipertansifleri düzenli kullanmalarını etkileyen faktörleri sorgulayan ölçek 13 ifadeden oluşmakta ve bireyin bu ifadeye katılımındaki öz-etkililik / güven düzeyini değerlendirmektedir. Ölçekte puanlama 1'den 4'e kadar yapılmakta olup en düşük 13, en yüksek 52 puan elde edilmektedir. Puanın yükselmesi bireyin antihipertansif ilaç tedavisine uyumunun iyi olduğunu göstermektedir. Hipertansif hastalarda ilaç tedavisine uyum öz-etkililiği algısını belirlemeyi amaçlayan ölçek, uygulaması kolay ve kapsamlı bilgi sağlayan bir araçtır. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,94 olduğu bildirilmiştir²⁵

Sistolik ve diyastolik kan basınçları hipertansif birey 10-15 dakika dinlendikten sonra, oturur pozisyonda sağ koldan ölçüldü. Ardından 5-10 dakika sonra ikinci ölçüm yapıldı ve iki ölçüm ortalaması kaydedildi. Ölçümden önce hastaların 30 dakika içinde sigara ve kafein (kahve, kola) almamış olmasına dikkat edildi. Kan basınçları ERKA marka civalı tansiyon aleti kullanılarak ölçüldü. Korotkoff sesleri esas alınarak Sistolik Kan Basıncı (SKB) ve Diyastolik Kan Basıncı (DKB) değerleri kaydedildi. Kan basıncı kontrolü SKB < 140 mmHg ve DKB < 90 mmHg olarak tanımlandı.⁵ Bireylerin düz bir zeminde baş, omuz, kalça ve topukları düz bir duvara temas edecek şekilde dik pozisyonda olmaları sağlandı ve boyları mezura ile ölçülüp santimetre (cm) olarak kayıt edildi. Beden ağırlığı elbiseler azami ölçüde çıkarılmış ve çıplak ayak ile olması sağlanarak sert bir zemine düz bir şekilde yerleştirilen standart bir baskülle ölçülerek kilogram (kg) olarak kayıt edildi. Vücut ağırlığının, metre cincinden boyun karesine bölünmesiyle

hesaplanan beden kütle indeksleri (BKİ), Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği obezite sınıflamasına göre 18,5'den az zayıf, 18,5- 24,9 normal, 25-29,9 kilolu, 30 ve üzeri olanlar obez olarak sınıflandırıldı.²⁶

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzdelik, ortalama olarak verildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile değerlendirildi. Veriler normal dağılıma uygunluk göstermediğinden non-parametrik testler, TSY kullanımı ile tanımlayıcı özellikler arasındaki ilişkiyi belirlemede Ki kare testi kullanıldı. İstatistiksel analizler SPSS paket programı 19.0 sürümü ile yapıldı ve anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Tablo 3 ve 4'te verilen analitik testlerin etki büyüklüğü ve gücü G* Power programında post hoc olarak hesaplandı.²⁷ Analizin gücü ve etki büyüklüğü hesaplanırken, hesaplamalar % 95 güven aralığında 0,05 anlamlılık düzeyinde yapıldı. Çalışmaya başlamadan önce Erzincan Üniversitesi Etik Kurul onayı ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığından resmi izin alındı. Ayrıca araştırma kapsamına alma ölçütlerini karşılayan bireylere araştırmanın amacı, planı ve yararları açıklanarak bilgilenmeleri sağlandı. Çalışmaya katılması teklif edilen katılımcılara istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları ifade edilerek özerklik ilkesi, bilgilerin bu araştırma dışında kullanılmayacağı belirtilerek gizlilik ilkesine bağlı kalınacağı ifade edilerek gönüllü olanların yazılı/ sözlü onamları alındı.

BULGULAR

Hipertansif bireylerin tanımlayıcı özellikleri tablo 1'de gösterilmiştir. Hipertansif bireylerin % 42,7'sinin TSY kullandığı ve bunların tamamının TSY olarak besin temelli sarımsak, limon, yoğurt gibi doğal ürünleri kullandığı belirlendi. TSY kullananların % 36,6'sının TSY kullanım süresinin 1-5 yıl olduğu, % 40,3'ünün bu uygulamayı günde 1-2 kez kullandığı, % 34,1'inin bunu bir sağlık çalışanından duyduğu ve kullananların tamamı kullanım amacının kan basıncını düşürme, kendini iyi hissetme olarak belirtmiştir (Tablo 2).

Hipertansif bireylerin İBÖS-KF toplam puan ortalamaları $41,9 \pm 10,5$ olarak bulundu (minimum = 13, maksimum = 52). Ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,97 olarak belirlendi.

Çalışma kapsamında 65 yaş altında olan bireylerin, daha ileri yaş ve kadınların, erkek hipertansif hastalarla karşılaştırıldığında önemli düzeyde yüksek oranda ($p < 0,05$, $p < 0,001$) TSY kullandıkları belirlenmiştir (sırasıyla orta ve büyük etki büyüklüğünde her iki testin gücü yüksek bulunmuştur). Çalışma kapsamına alınan hastaların

TSY kullanımında medeni durumlarının, eğitim düzeylerinin ve BKİ değerlerinin bir etkisi bulunmamıştır ($p > 0,05$). Bu değişkenlere ilişkin analizlerin gücü yüksek bulunmuştur. Tablo 3'de incelenen diğer değişkenlerin (çalışma durumu, gelir düzeyi, ek hastalık durumu, hipertansiyon tanı ve tedavi süresi, günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı ve kan basıncı kontrol durumu) TSY kullanımında etkili olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$) (Tablo 3). Bu değişkenlerin istatistik gücü zayıf bulunmuştur.

Tablo 4'te kan basıncı kontrol altında olan hastaların antihipertansif tedavi uyum öz-etkililik düzeylerinin önemli düzeyde yüksek olduğu görülmektedir ($p < 0,001$). Bu değişkenlere ilişkin yapılan analiz, büyük etki büyüklüğünde ve güçlü bulunmuştur. Tamamlayıcı sağlık yaklaşımı kullanan ve kullanmayan hastaların ilaca uyum öz-etkililik düzeyleri arasında bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4). Bu analizde testin gücü zayıf bulunmuştur.

TARTIŞMA

Bu çalışmada yaklaşık olarak her iki hipertansif hastadan birisinin antihipertansif tedaviye ek olarak kan basıncını düşürme ve kendilerini iyi hissetmelerini sağladığı için sarımsak, limon, yoğurt, nar çayı ve yeşil çay gibi besin temelli doğal ürünleri kullandığı saptanmıştır. Bu sonuç, araştırmanın hastaların TSY kullanım sıklığı nedir sorusuna yanıt vermektedir. Nar çayı, yeşil çay gibi bitkisel ürünler dışında kalan diğer besin maddeleri Türk mutfağında yaygın kullanılan ürünler olup aşağıda anılan diğer çalışmalarda da görüleceği gibi bu ürünlerin halk arasında yüksek kan basıncını düşürmede etkin olduğu inancı yaygındır. Akpınar ve Tezel'in¹² çalışmasında hipertansiflerin % 86,9'unun kan basıncını düşürmek için doğal yöntem kullandığı ve bunların % 44,2'sinin sarımsak, %42,4'ünün limon suyu, Kara ve arkadaşlarının¹⁴ çalışmasında % 40,2'sinin limon suyu veya sarımsak gibi bitkisel ürünler, Anadol ve Dişçigil'in¹⁷ çalışmasında % 66,1'inin tamamlayıcı sağlık uygulaması yaptığı, % 36,5'inin sarımsak, % 31,5'inin limon suyu, % 1'inin elma sirkesi, % 5,5'inin diğer bitkisel yöntemleri kullandıkları belirlenmiştir. Biçen ve arkadaşlarının²⁰ çalışmasında hipertansiyon hastalarının % 34'ü kan basınçları yükseldiğinde bitkisel ürünleri kullandıkları, diğer bir çalışmada hastaların % 59,4'ünün non-farmakolojik yöntemlere başvurduğu ve bunların % 43,3'ü sarımsak-sarımsaklı yoğurt, % 24,6'sının limon-limon suyunu tansiyon düşürücü olarak kullandıkları ve sarımsağın kan basıncını düşürme²⁸ başka bir çalışmada hipertansiyonu

Tablo 1. Hipertansif bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n=192)			
Tanımlayıcı özellikler		Sayı	(%)
Yaş	<65	95	49,5
	≥65	97	50,5
Cinsiyet	Kadın	119	62,0
	Erkek	73	38,0
Medeni durum	Evli	138	71,9
	Bekar/Dul/Boşanmış	54	28,1
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	68	35,4
	Okuryazar/ilkokul	89	46,3
	Ortaokul/lise	22	11,5
	Üniversite	13	6,8
Çalışma durumu	Çalışıyor	15	7,8
	Çalışmıyor	177	92,2
Gelir düzeyi	Geliri giderinden az	62	32,3
	Geliri giderine eşit	118	61,5
	Gelir giderinden fazla	12	6,2
BKİ (kg/m²) göre sınıflama	Normal	22	11,4
	Aşırı Kilolu	75	39,1
	Obez	95	49,5
Ek hastalık	Var	117	60,9
	Yok	75	39,1
Hipertansiyon tanı süresi(yıl)	≤5	66	34,4
	>5	126	65,6
Hipertansiyon tedavi süresi (yıl)	≤5	70	36,5
	>5	122	63,5
Günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı	Bir	165	85,9
	İki ve üzeri	27	14,1
Kan basıncı kontrolü	Kontrol	121	63,0
	Kontrol olmayan	71	37,0
Yaş (yıl) Ort±SS		64,44±10,04	

Tablo 2. Hipertansif bireylerin TSY kullanım özelliklerinin dağılımı			
TSY kullanım özellikleri		Sayı	(%)
TSY kullanımı[£]	Kullanan Besin temelli ürünler*	82	42,7
	Kullanmayan	110	57,3
TSY kullanım süresi[¶]	1 yıldan az	9	11,0
	1-5 yıl	30	36,6
	6-10	23	28,0
	11 ve üzeri	20	24,4
TSY günlük kullanım sıklığı[¶]	Tansiyonum yükseldikçe	18	22,0
	Günde 1-2 kez	33	40,3
	Haftada 1-2 kez	17	20,7
	Ayda 1-2 kez	7	8,5
	Çay içtikçe	7	8,5
TSY önerisini veren[¶]	Sağlık çalışanı	28	34,1
	Sağlık çalışanı değil	54	65,9

*Sarımsak, limon, yoğurt, çay vb. [¶]Yüzdeler TSY kullanım sayısı üzerinden alınmıştır.

[£] TSY kullananların tamamının kan basınçlarını düşürme ve kendilerini iyi hissetmelerini sağladığı için besin temelli ürünler kullandığı belirlenmiş olup bu bulgular tabloda verilmemiştir.

Tablo 3. Hipertansif bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile TSY kullanım durumlarının karşılaştırılması					Test ve p değeri*	Etki büyüklüğü */ Gücü
Tanımlayıcı özellikler	TSY Kullanımı					
		Evet		Hayır		
Yaş grup	S	%	S	%	$\chi^2=6,047$ 0,014**	0,36/0,99
<65	49	51,6	46	48,4		
≥65	33	34,0	64	66,0		
Cinsiyet					$\chi^2=13,394$ p<0,001	0,54/0,99
Kadın	63	52,9	56	47,1		
Erkek	19	26,0	54	74,0		
Medeni durum					$\chi^2=2,567$ 0,109	0,45/0,99
Evli	54	39,1	84	60,9		
Dul/boşanmış	28	51,9	26	48,1		
Eğitim düzeyi					$\chi^2=5,674$ 0,129	0,39/0,99
Okuryazar değil	35	51,5	33	48,5		
Okuryazar/ilkokul	34	38,2	55	61,8		
Ortaokul/Lise	6	27,3	16	72,7		
Üniversite	7	53,8	6	46,2		
Çalışma durumu					$\chi^2=0,049$ 0,825	0,06/0,09
Çalışıyor	6	40,0	9	60,0		
Çalışmıyor	76	42,9	101	57,1		
Gelir düzeyi					$\chi^2=1,962$ 0,375	0,21/0,62
Geliri giderinden az	29	46,8	33	53,2		
Geliri giderine eşit	50	42,4	68	57,6		
Geliri giderinden fazla	3	25,0	9	75,0		
[§] BKİ, kg/m ²					$\chi^2=4,420$ 0,110	0,40/0,99
Normal	6	27,3	16	72,7		
Aşırı kilolu	29	38,7	46	61,3		
Obez	47	49,5	48	50,5		
Ek hastalık					$\chi^2=2,264$ 0,132	0,22/0,73
Var	55	47,0	62	53,0		
Yok	27	36,0	48	64,0		
Hipertansiyon tanı süresi (yıl)					$\chi^2=0,959$ 0,328	0,06/0,01
≤5	25	37,9	41	62,1		
>5	57	45,2	69	54,8		
Hipertansiyon tedavi süresi (yıl)					$\chi^2=0,330$ 0,566	0,08/0,13
≤5	28	40,0	42	60,0		
>5	54	44,3	68	55,7		
Günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı					$\chi^2=0,050$ 0,824	0,04/0,07
Bir	71	43,0	94	57,0		
İki ve üzeri	11	40,7	16	59,3		
Kan basıncı kontrol durumu					$\chi^2=0,257$ 0,612	0,05/0,06
Kontrol	50	41,3	71	58,7		
Kontrol olmayan	32	45,1	39	54,9		

*Etki büyüklüğü χ^2 analizi için; 0.1 küçük, 0.3 orta, 0.5 büyük olarak yorumlanmaktadır.²⁷

**p<0,05 § BKİ sınıflamasına göre zayıf birey yoktur.

Table 4. Hipertansif bireylerin kan basıncı kontrol ve TSY kullanım durumları ile İBÖS-KF puanlarının karşılaştırılması

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	Yüzde	İBÖS-KF [£] Ort.(%25-%75)	Test ve p değeri	Etki büyüklüğü*/Gücü
Kan Basıncı Kontrol Durumu				MW-U=2599,50 p<0,001	0,88/0,99
Kontrol	121	68,7	48,0 (39,0-52,0)		
Kontrol olmayan	71	31,3	37,0 (26,5-49,5)		
Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımı				MW-U=4138,00 p=0,322	0,14/0,16
Kullanan	82	42,7	41,5 (34,0-52,0)		
Kullanmayan	110	57,3	46,0 (37,0-52,0)		

*Etki büyüklükleri MW-U testi için 0.2 küçük, 0.5 orta, 0.8 büyük olarak yorumlanmaktadır. [£] Ortanca değer

iyileştirmeye yönelik olumlu etkilerinin olduğu bildirilmiştir.²⁹Filistin'de yapılan bir çalışmada da, hipertansif hastalar arasında tamamlayıcı ve alternatif tedavinin özellikle de bitkisel tedavi kullanımının çok yaygın olduğu gösterilmiştir. Bu tedavilerin kullanım amacının hastalıkların ilerlemesini yavaşlatmak, tedavi etmek ve kullanılan ilaçların yan etkilerini azaltmak olduğu bildirilmiştir.³⁰ Nijerya'da yapılan bir çalışmada hipertansif bireylerin % 29'unun¹⁵, diğer bir çalışmada % 39,1'inin³¹ tamamlayıcı ve alternatif bir tedavi kullanıldığı ve en yaygın olarak kullanılan tedavinin bitkisel ürünler olduğu bildirilmiştir.

Hipertansif bireylerin TSY kullanımını etkileyen faktörlerin incelendiği (çalışma durumu, gelir düzeyi, ek hastalık durumu, hipertansiyon tanısı ve tedavi süresi, günlük kullanılan antihipertansif ilaç sayısı ve kan basınçlarının kontrol altında olma durumu) analizde testin gücü yeterli bulunamamıştır. Dolayısıyla yorum yapmak hatalı olacağından bu değişkenlerin örneklem gücü yüksek başka çalışmalarda tekrar incelenmesi önerilmektedir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi ve BKİ'ye ilişkin analizlerin gücü yüksek olduğu için bu bulgularımız güvenilirdir. Çalışma kapsamına alınan hipertansifler arasında 65 yaşın altında olanların ve kadın hastaların TSY kullanım oranları daha yüksek bulunmuştur. Medeni durum, eğitim düzeyi ve BKİ değerinin TSY kullanım üzerinde bir etkisi bulunmamıştır. Ülkemizde hipertansif hastalarla yapılan bir çalışmada eğitim durumu dışında, cinsiyet, yaşanılan semt, medeni durum ve gelir durumuna göre TSY kullanımı arasında önemli bir fark bildirilmemiştir.³² Filistin'de hipertansif hastalarla yapılan bir çalışmada TSY kullanımında yaş ve eğitim düzeyinin belirleyici olduğu bildirilmiştir.³⁰ Nijerya'da yapılan bir çalışmada ise hipertansif bireylerde yaş, cinsiyet, kan basıncı düzeyi, kan basıncı kontrolü, hipertansiyon yılı, sosyo-ekonomik

durum ve BKİ'nin TSY kullanımını etkilemediği saptanmıştır.³¹ İngiltere'de yapılan başka bir çalışmada, bitkisel ürün kullanımının kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olduğu, ancak tamamlayıcı ve alternatif kullanımı bakımından cinsiyetin önemli bir fark oluşturmadığı bildirilmiştir.¹⁸ Karşılaştırma yapılan çalışmalarda TSY kullanımını etkileyen faktörlerin farklı olması, örnekleme alınan grubun özellikleri ve kültürüne bağlı olarak sonuçların değişebileceğini düşündürmektedir.

Antihipertansif ilaç tedavisine uyum öz-etkililiğini ölçen ölçüm aracı minimum 13 puan (uyum yok) ve maksimum 52 puan (tam uyum) olarak göre değerlendirildiğinde; çalışmaya alınan hipertansiflerin ortalama 41,95 puan ile tedaviye uyum öz-etkililiğinin iyi düzeyde olduğu görülmektedir. Bu sonuç antihipertansif ilaç tedavisine uyum öz-etkililik düzeyi nedir sorusunu yanıtlamaktadır. Aynı ölçek kullanılarak yapılan bir çalışmada ise ilaç tedavisine uyum öz-etkililik düzeyi daha düşük (puan ortalaması 29,2) bildirilmiştir.³³ Bu sonuçta bireylerin sosyo-kültürel özelliklerinin yanı sıra hastalık yönetimine ilişkin bilgi ve uygulamalarının etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada kan basıncı kontrol altında olan bireylerin ilaca uyum öz-etkililik algılarının kan basıncı kontrol altında olmayan bireylere göre önemli düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Literatürde konuya ilişkin farklı sonuçlar bildirilmektedir. Bazı çalışmalarda, kan basıncı kontrol altında olan bireylerin, ilaca uyumlarının kan basıncı kontrol altında olmayan bireylere göre önemli düzeyde yüksek^{23,25} olduğu bildirilirken, bazı çalışmalarda kan basıncı kontrol durumu ile ilaca uyum düzeyi arasında önemli bir etkileşim olmadığı bildirilmiştir.^{34,35} Uludağ ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptıkları çalışmalarında ise ilaca uyum düzeyi ile sistolik kan basıncı arasında negatif yönde

önemli bir ilişki olduğu rapor edilmiştir.³³ Çalışma sonuçları arasındaki bu farklılık, ilaçların kullanım dozu, sıklığı, uygun ve yeterli dozda ilaç reçete edilmemesi ve hastaların kendilerine önerilen şekilde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yapmamaları gibi birçok faktörden kaynaklanmış olabilir. Nitekim kan basıncı kontrolünü sağlamada ilaç uyumu dışında bu faktörlerin de etkili olduğu bilinmektedir.³⁶

Mevcut çalışmada kan basıncını kontrol etmek amacıyla TSY kullanan ve kullanmayan hipertansif hastaların antihipertansif ilaç tedavi uyum düzeyleri arasında fark bulunmamıştır. Bu sonuç, kullanılan besin destekli ürünlerin tamamlayıcı amaçla kullanıldığı ve hastaların tıbbi tedaviden vazgeçemedikleri şeklinde yorumlanabilir. Hipertansiyon tedavisinde alternatif yöntemlerin sık kullanıldığını gösteren bir çalışmada¹⁷ tedaviye uyumlu ve uyumsuz grup arasında alternatif yöntem kullanımı bakımından önemli bir fark olmadığı, diğer bir çalışmada ise alternatif yöntem kullanımının antihipertansif tedaviye uyumsuzluk nedenlerinden biri olduğu bildirilmiştir.³⁷ Nijerya’da yapılan bir çalışmada da antihipertansif ilaca uyum oranının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanan ve kullanmayan hipertansiflerde benzer olduğu saptanmıştır.³¹ İngiltere’de yapılan bir çalışmada ise tamamlayıcı ve alternatif yöntem kullanan grupta antihipertansif ilaca uyumun kötü olduğu bildirilmiştir.¹⁸ Bildirilen çalışma sonuçları bu çalışma sonucu ile benzerlik farklılık göstermekte olup, bu çalışma sonucunda bireylerin kullandıkları TSY özelliklerinin yanı sıra tedaviye ilişkin birçok faktörün etkili olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada hastaların kullandıkları besin içerikli doğal ürünleri tıbbi tedaviye alternatif olarak değil, tedaviyi desteklemek amacıyla kullanmasının sonuçlar üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada hipertansif bireyler tarafından kullanıldığı belirlenen limon, yoğurt, sarımsak gibi doğal ürünler beslenme kültürümüzde ve mutfağımızda yaygın olarak yer alan sağlıklı ürünler olup sağlıklı beslenme önerileri kapsamında da yer almaktadır. Bu çalışmada hastaların TSY kullanıp kullanmamasının antihipertansif ilaç tedavisine uyumlarına bir etkisi bulunmamasının bir açıklaması da bu kültürel etki olabilir. Ancak analizin gücü zayıf olduğundan kesin yargıya varmak için örneklem gücü yüksek çalışmalarda tekrarlanması önerilmektedir.

Bu çalışma küçük bir örnekleme yapılmasına karşın her analiz için post hoc power kontrolüyle güçlü ya da zayıf olduğunun belirtilmesi üretilen bilginin güvenilirliğini artırmıştır. Bu çalışmada gücü düşük olan analizler için net bir kanıya ulaşılamamıştır. Çalışma bulguları

değerlendirilirken dikkate alınması gereken bir diğer konu; TSY kullanmayan grupta yoğurt, limon, sarımsak gibi besin ürünlerinin tedavi amacı dışında ne sıklıkta kullanıldığının, dolayısı ile TSY kullanan gruptan ne kadar farklı olduğunun bilinmemesidir.

SONUÇ

Çalışma sonucuna göre hipertansif bireylerin antihipertansif ilaç tedavisine uyumları iyi düzeyde olup, kan basıncı kontrol altında olanların ilaç uyum düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Tamamlayıcı sağlık yaklaşımı olarak hastaların besin temelli ürünler kullandığı ancak bunun kan basıncı kontrolüne ve ilaç uyumlarını değiştirmeye bir etkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık profesyonelleri antihipertansif tedavi alan bireylerin tedaviye uyumlarını ve tedaviyi desteklemek amacıyla kullandıkları tamamlayıcı sağlık uygulamalarını değerlendirmeli ve sonuçlarını izlemelidir. İlerde yapılacak çalışmalarda örneklemin gücü önceden belirlenerek net olmayan değişkenlere ilişkin güvenilir veri sağlanması önerilmektedir. Bu çalışmada hipertansiyonu kontrol veya tedavi etmek amacıyla hekim tarafından tanımlanan tıbbi tedaviler dışında yapılan tüm uygulamalar TSY olarak değerlendirilmiştir. Çalışmada, hipertansif hastalar, limon, yoğurt sarımsak gibi gıda maddelerini besin amacı dışında kan basıncını düşürmek veya kontrol etmek amacıyla kullanmıştır. Gelecek çalışmalarda besin temelli TSY kullanan ve kullanmayan hastalarda bu tür ürünlerin kullanım miktarının da sorgulanması yerinde olacaktır.

*Bu çalışma, 2nd International Integrative Nursing Symposium: Creating Compassionate Health Care Systems’de poster bildiri olarak sunulmuştur. (5-7 Nisan 2017, Tucson, Arizona, ABD)

KAYNAKLAR

1. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA 2014;311(5):507-20.
2. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. J Hypertens 2004;22:11-9.
3. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2012. Türk Hipertansiyon Prevalansı

- Çalışması PatenT2.
http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php.Erişim tarihi: 15.04.2016.
4. DeSimone ME, Crowe A. Nonpharmacological approaches in the management of hypertension. *J Am Acad Nurse Pract* 2009 Apr; 21(4):189-96.
 5. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003;289:1206-52.
 6. Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens* 2005;23(10):1818-1823.
 7. Ernst E. Complementary/alternative medicine for hypertension: a mini-review. *Wien Med Wochenschr* 2005; 155/17–18:386–391.
 8. Nahas R. Complementary and alternative medicine approaches to blood pressure reduction: An evidence-based review. *Can Fam Physician* 2008;54(11):1529-33.
 9. National Center for Complementary and Integrative Health. (NCCIH) (2016). Erişim: 03.08.2016
<https://nccih.nih.gov/news/press/12172014>.
 10. Rabito MJ, Kaye AD. Complementary and alternative medicine and cardiovascular disease: an evidence-based review. *Evid Based Complement Alternat Med* 2013;1-8
 11. Chambliss LR Alternative and Complementary Medicine: An Overview. *Clin Obstet Gynecol* 2001;44(4):640–652.
 12. Akpınar RB, Tezel A. Kan basıncını düşürmek için kullanılan doğal yöntemler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003;6 (2):34-39.
 13. Toprak D, Demir S. Treatment Choices of Hypertensive Patients in Turkey. *Behav Med.* 2007;33:5-10.
 14. Kara B, Uzun Ş, Yokuşoğlu M, Uzun M. Hipertansiyon hastalarında ilaç bilgisinin kan basıncını düşürmek için uygulanan yöntemlere etkisi. *TAF Prev Med Bull* 2009; 8(3):231-238.
 15. Osamor PE, Owumi BE. Complementary and alternative medicine in the management of hypertension in an urban Nigerian community. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2010; 10(36):2-9.
 16. Mollaoğlu M, Acıyurt A. Use of complementary and alternative medicine among patients with chronic diseases. *Acta Clin Croat* 2013;52(2):181-8.
 17. Anadol Z, Dişçigil G. Hipertansif Hastalarda Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci* 2009;21(2):184-90.
 18. Gohar F, Greenfield SM, Beevers DG, Lip HY, Jolly K. Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic. *BMC Complement Altern Med* 2008; 8:4:1-9.
 19. Fowler S, Newton L Complementary and alternative therapies: the nurse's role. *J Neurosci Nurs* 2006;38(4):261-4.
 20. Biçen C, Elver Ö, Erdem E, Kaya Ç, Karataş A, Dilek M ve ark. Hipertansiyon hastalarında bitkisel ürün kullanımı. *Journal of Experimental and Clinical Medicine* 2012; 29:109-112.
 21. Vawter L, Tong X, Gemilyan M, Yoon PW. Barriers to antihypertensive medication adherence among adults--United States, 2005. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2008;10(12):922-9.
 22. Hacıhasanoğlu R Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009;4(12): 154-164.
 23. Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegrante JP, Charlson ME. Development and evaluation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *J Clin Epidemiol* 2003; 56:520-9.
 24. Fernandez S, Chaplin W, Schoenthaler AM, Ogedegbe G. Revision and validation of the medication adherence self-efficacy scale (MASES) in hypertensive African Americans. *J Behav Med* 2008; 31:453-62.
 25. Hacıhasanoğlu R, Gözüm S, Çapık C. Validity of the Turkish version of the medication adherence self-efficacy scale-short form in hypertensive patients. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2012;12:241-8.
 26. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. *World Health Organ Tech Rep Ser Geneva* 2000; 894:1-253.
 27. G*Power 3.1 manual March 1, 2017: http://www.gpower.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Mathematisch-Naturwissenschaftliche_Fakultaet/Psychologie/AAP/gpower/GPowerManual.pdf
 28. Türk N, Süner A. Hipertansif olgularda non-farmakolojik yöntem ve antihipertansif ilaç kullanımını analizi. *Göztepe Tıp Dergisi* 2008;23(4):133-142.
 29. Shouk R, Abdou A, Shetty K, Sarkar D, Eid AH. Mechanisms underlying the antihypertensive effects of garlic bioactives. *Nutr Res* 2014;34(2):106-15
 30. Ali-Shtayeh MS, Jamous RM, Jamous RM, Salameh NM. Complementary and alternative medicine (CAM) use among hypertensive

- patients in Palestine. *Complement Ther Clin Pract* 2013;19(4):256-63.
31. Amira OC, Okubadejo NU. Frequency of complementary and alternative medicine utilization in hypertensive patients attending an urban tertiary care centre in Nigeria. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2007;7 (30):1-5.
 32. Bahar Z, Kızılcı S, Beşer A, Besen DB, Gördes N, Ersin F et al. Herbal therapies used by hypertensive patients in Turkey. *Afr J Tradit Complement Altern Med* 2013; 10(2):292-298.
 33. Uludağ A, Sahin EM, Agaoglu H, Gungor S, Ertekin YH, Tekin M. Are blood pressure values compatible with medication adherence in hypertensive patients?. *Niger J Clin Pract* 2016;19:460-4.
 34. Karadağ E, Akkuş Y, Karatay G. Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Öz Etkililik Düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2012;28 (3):85-96.
 35. Hacıhasanoğlu Aşlar R, Gözüm S, Çapık C, Morisky DE. Reliability and validity of the Turkish form of the eight-item Morisky medication adherence scale in hypertensive patients. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 2014;14(8):692–700.
 36. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull* 2009;8(2):167-172.
 37. Busari OA, Olusegun T, Olufemi O, Desalu O, Opadijo OG, Jimoh AG, et al. Impact of Patients' Knowledge, Attitude and Practices on Hypertension on Compliance with Antihypertensive Drugs in a Resource-poor Setting. *TAF Prev Med Bull* 2010;9(2):87-92.



Vegetable and Fruit Consumption Behaviours of Secondary and High School Students

Ortaokul ve Lise Öğrencilerinin Sebze ve Meyve Tüketimi Davranışları

Özcan Aygün¹, Gonca Karayağız Muslu^{*1}

ABSTRACT

Introduction: Individuals should consume at least five portions of vegetables and fruit per day to maintain a healthy diet. Therefore, the factors that affect vegetable and fruit consumption among young people and adolescents should be identified, and the causes of inadequate consumption of vegetables and fruit should be examined. The aim of this study was to determine the daily amount of vegetable and fruit consumption of adolescents studying at secondary and high schools, their distribution according to the vegetable and fruit consumption change stages in the transtheoretical model, and the factors related to the change processes. **Method:** This study used a descriptive research design. It was conducted in 2016 at four secondary schools and three high schools affiliated with the Fethiye District Directorate of National Education. The data were collected from 1,870 students through stratification conducted at each school. An introductory information form, the transtheoretical model vegetable and fruit consumption change stages and change process scales were used to collect the data. Number, percentiles, independent samples t-test and One-way Analysis of Variance (ANOVA) were used for analysis of the data. **Findings:** This study found that the participants were aged from 11 to 17. Of the participants, 59.4% were male, and approximately two thirds of them were secondary school students. According to the change stages of the transtheoretical model, 32.1% of the students were regularly consuming five portions of vegetables and fruit for more than one month. This study also found that there was a statistically significant difference between the sex, age, grade, number of siblings of the students, the economic status of their families, having the support of their families and friends, their access to vegetables and fruit at home and school, and their daily consumption of vegetables and fruit, as well as their fruit and vegetable consumption behaviors ($p<.01$). The change stages of the transtheoretical model and the vegetable-fruit consumption behaviors of the students were found to be related ($p<.05$). **Conclusion:** This study found that the vegetable and fruit consumption of males and adolescents older than 15 years of age was inadequate; factors such as economic status, the influence of family and friends, and access to vegetables and fruit had effects on consumption. The number of portions consumed per day was related to the vegetable and fruit consumption behavior. Considering these results, it is recommended that health improvement practices should be developed, and the support of individuals and institutions should be increased, including the support of family, school, friends, teachers, and health institutions in particular. These health improvement practices should be developed for students who are older, who are in the upper grades, who are male, who suffer from economic insufficiency, and who lack access to vegetables and fruit. Access to vegetables and fruit should be made easier in the areas where these students reside.

Key words: adolescent, student, behavior, vegetable and fruit, transtheoretical model

ÖZET

Giriş: Sağlıklı beslenmenin sürdürülebilmesi için günlük sebze ve meyve tüketiminin en az beş porsiyon olması gerekmektedir. Bu nedenle, gençlerde ve ergenlerde sebze ve meyve tüketimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi, yetersiz tüketimin nedenlerinin araştırılması gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı, ortaokul ve lise düzeyinde öğrenim gören adölesanların günlük sebze ve meyve tüketimi miktarları, transteorik model sebze ve meyve tüketimi değişim aşamalarına göre dağılımları ve değişim süreçleri ile ilişkili faktörlerin belirlenmesidir. **Yöntem:** Fethiye İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı dört ortaokul ve üç lisede 2016 yılında yapılan bu çalışma tanımlayıcı tiptedir. Her okuldan tabakalama yapılarak 1870 kişiden veri toplanmıştır. Araştırmanın verilerinin toplanmasında, tanıcı bilgi formu, transteoretik model sebze ve meyve tüketimi değişim aşamaları ve değişim süreci ölçekleri kullanılmıştır. Verilerin analizinde ise, sayı, yüzdelik dilimler, bağımsız değişkenlerde t testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların yaşları 11-17 arasında, %59.4'ü erkek, yaklaşık 2/3'ü ortaokul öğrencisidir. Transteoretik model değişim aşamalarına göre, bir aydan fazladır düzenli olarak günde beş porsiyon sebze ve meyve tüketen öğrencilerin oranı ise %32.1'dir. Öğrencilerin cinsiyet, yaş, sınıf, kardeş sayısı, ailelerinin ekonomik durumları, aile ve arkadaş desteğine sahip olmaları, evde ve okulda sebze-meyveye erişim durumları ve günlük tüketim miktarları ile sebze ve meyve tüketim davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<.01$). Transteoretik model değişim aşamaları ile sebze-meyve tüketim davranışlarının ilişkili olduğu belirlenmiştir ($p<.05$). **Sonuç:** Çalışma sonucunda, erkeklerin, 15 yaş üzerindeki adölesanların sebze ve meyve tüketiminin yetersiz olduğu; ekonomik durum, aile ve arkadaş etkisi, sebze ve meyveye erişim gibi faktörlerin tüketimde etkili olduğu; günlük tüketilen porsiyon sayısının sebze ve meyve tüketim davranışıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar ışığında, yaşı daha büyük, ileri sınıflarda öğrenim gören, cinsiyeti erkek olan, ekonomik yetersizliği olan öğrencilere yönelik sağlıklı geliştirici uygulamalar ve özellikle aile, okul, arkadaş, öğretmen, sağlık kurumları vb. gibi destekleyici bireysel ve kurumsal çevrenin oluşturulması, öğrencilerin buldukları ortamlarda sebze ve meyveye erişimlerinin kolaylaştırılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Adölesan, öğrenci, davranış, sebze ve meyve, transteoretik model

Received / Geliş tarihi: 12.07.2017, **Accepted / Kabul tarihi:** 16.08.2017

¹ Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Fethiye Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

***Address for Correspondence / Yazışma Adresi:** Gonca Karayağız Muslu, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Fethiye Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Muğla – TÜRKİYE, E-mail: goncamuslu@mu.edu.tr

Aygün Ö, Karayağız GM. Ortaokul ve Lise Öğrencilerinin Sebze ve Meyve Tüketimi Davranışları. TJFMPC, 2017; 11 (4): 245-255.

DOI: 10.21763/tjfm.pc.359809

GİRİŞ

Sebze ve meyve tüketimi yeterli ve dengeli beslenmenin önemli bileşenlerindedir. Yapılan çalışmalar günlük beş porsiyon sebze ve meyve tüketiminin kardiyovasküler hastalıkların ve bazı kanser türlerinin görülme sıklığının azalmasında etkili olduğunu göstermektedir.¹⁻² Sebze ve meyvelerdeki lif oranının yüksek olmasının, kan basıncının dengelenmesine, insülin düzenlemesine, açlık hissinin ve kalori alımının azaltılmasına ve dolayısıyla obezitenin önlenmesine katkı sağladığı belirtilmektedir.³ Ayrıca, sebze ve meyve tüketiminin yetersiz olmasının sonucunda dünyadaki kronik hastalık sıklığının ve buna bağlı ölümlerin artmasına neden olacağı yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur.¹

Bireylere sağlıklı davranışların kazandırılması ve riskli davranışların olumlu yönde değiştirilmesi ve bu değişimin gerçekleştirilmesi için bazı modellerden yararlanılması gerektiği önerilmektedir.⁴ Bu modellerden biri olan Transteoretik Model (TTM) bireylerin neden ve nasıl değiştiklerini, değişime hazır olma süreçlerini belirlemek için kullanılabilir.⁵⁻⁶ Bu model sigara, alkol ve ilaç bağımlılığı gibi riskli davranışların önlenmesinde; güneşten korunma, kilo kontrolü, egzersiz alışkanlığı kazandırma, stres yönetimi gibi pek çok sağlıklı davranışın kazandırılmasında çeşitli araştırmacılar tarafından kullanılmıştır.⁷ TTM sebze ve meyve tüketimini arttırmaya yönelik bazı çalışmalarda da kullanılmıştır.⁸⁻¹¹

TTM riskli davranışların önlenmesi veya sağlıklı bir davranışın kazandırılması sürecini beş ardışık aşamada değerlendirmektedir. Bu aşamalar bireylerin değişime ne zaman hazır olduklarını, davranış değiştirilmesinin sağladığı yarar ve zarar algılarını, davranış değiştirmede kendilerine olan güvenlerini ve davranış değişiminin hangi süreçlerden geçtiğini ortaya koymasından açısından hayati önem arz etmektedir.⁵⁻⁶ TTM'in başarılı olmasının anahtarı davranış değişikliği sürecinde bireylerin içinde buldukları değişim aşamalarına özgü girişimlerin planlanmasıdır. Model ayrıca, bireyin davranış değiştirmede kendine olan güvenini yansıtan "öz yeterlilik ölçeği", davranış değişikliğinin artı ve eksilerini ortaya koyan "karar alma ölçeği" ve bireylerin davranışlarını değiştirirken hangi deneyimlerini kullanarak riskli davranışlarını değiştirebileceklerini anlamayı sağlayan "değişim süreci ölçeği" gibi çeşitli ölçüm araçlarını da barındırmaktadır. Bu ölçeklerden biri olan değişim süreci ölçeği, bireyin problemleri

davranışını anlamasına ve bu davranışa yönelik girişimlerin hazırlanmasına rehberlik etmektedir.⁵⁻⁶ TTM'ye göre sebze ve meyve tüketimiyle ilgili davranış değişikliği dönemleri açıklanabilir. Buna göre; gelecek altı ay içinde günde beş porsiyon sebze ve meyve tüketmeyi düşünmeyen ve bunda da herhangi bir sakınca görmeyen bireyler ilk aşama olan düşünmeme aşamasında; gelecek altı ay içinde günde beş porsiyon sebze ve meyve tüketmeyi düşünenler ama henüz eyleme geçmeyenler düşünme aşamasında; gelecek otuz gün içinde günde beş porsiyon sebze ve meyve tüketmeye başlamayı düşünen ve eyleme hazır olanlar hazırlık aşamasında, bir aydan fazla altı aydan daha az süredir günde beş porsiyon sebze ve meyve tüketenler hareket aşamasında ve en az altı aydır günde beş porsiyon sebze ve meyve tüketenler ve bunu sürdürenler son aşama olan devam ettirme aşamasındadırlar.⁸⁻¹¹ Değişim süreci ölçeği değişimi kolaylaştıran bilişsel ve davranışsal değişkenlerden oluşur. Modelin ilk ve ikinci aşamaları olan düşünmeme ve düşünmede genellikle bilişsel süreçler kullanılmaktadır. Hazırlık, hareket ve devam ettirme aşamalarında ise davranışsal süreçler daha fazla kullanılır. Değişim süreçleri modelin düşünmeme aşamasında çok nadir kullanılmaktadır. Düşünme ve hazırlık aşamalarında ise süreçlerin kullanımlarında artışın olduğu göze çarpar ve hareket aşamasına gelindiğinde değişim süreçlerinin diğer aşamalara göre en yüksek yoğunlukla kullanıldığı görülür. Ancak, bu artış devam ettirme aşamasında azalma eğilimine girebilir.⁵⁻⁶ Sebze ve meyve tüketiminde de değişim aşamaları ile değişim süreçlerinin bu ilişkisi benzerlik taşımaktadır.⁸⁻¹¹

Yapılan çalışmalarda özellikle gençlerde ve adolesanlarda sebze ve meyve alımının günlük tüketilmesi gereken miktardan az olduğu görülmektedir.¹²⁻¹⁴ Türkiye'de yapılan çalışmalarda da sebze ve meyve tüketiminin yetersiz olduğu ortaya konmaktadır.¹⁵⁻¹⁶

Sağlıklı beslenmenin sürdürülebilmesi için günlük sebze ve meyve tüketiminin en az beş porsiyon olması gerekmektedir ve yaşamın erken dönemlerinde sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazanılması önemlidir.¹⁷ Adolesan dönem aile ve arkadaş gruplarının etkisi sonucu bireylerin sağlıklı veya riskli davranışlara yatkınlığı olan bir dönemdir ve bu dönemde kazanılan davranışlar genellikle kalıcı olarak devam ederek yaşamın sonraki yıllarını olumsuz etkileyebilir.¹⁸ Özellikle, okullarda ve adolesan dönemdeki bireylerde sağlıklı beslenme davranışlarının kazanılması hayati önem arz etmektedir. Bu nedenle, genç ve ergenlerde sebze ve meyve tüketiminin etkileyen faktörlerin belirlenmesi,

yetersiz tüketimin nedenlerinin araştırılması gerekmektedir.¹²⁻¹⁶

Bu çalışmanın ilk amacı ortaokul ve lisede öğrenim gören adölesanların günlük sebze ve meyve tüketimi miktarları, TTM sebze ve meyve tüketimi değişim aşamalarına göre dağılımları ve değişim süreçleri ile ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma 2016 yılında Fethiye İlçe Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı dört ortaokul ve üç lisede tanımlayıcı tipte bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir. Evrende birey sayısı biliniyor ise formülü ile yedi okuldan toplam en az 1513 kişi örneklem gerektiği hesaplanmıştır. Ayrıca örneklemdaki bireylerin çalışmaya katılmama durumları göz önüne alınmış ve örneklem artırılarak toplam 1870 kişiden veriler toplanmıştır.

Araştırmaya başlamadan önce Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Etik Kurulundan Etik Kurul Onayı ve yetkili eğitim otoritesinden kurum izinleri alınmıştır. Yapılan araştırmada çalışmadan önce araştırmaya katılan her öğrenciden, okuldan ve ailesinden verilen cevapların gizli tutulacağı söylenip sözel onam alınmıştır.

Araştırmanın verilerinin toplanmasında, araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan yedi kapalı uçlu sorudan oluşan tanıtıcı bilgi formu, altı sorudan oluşan sebze-meyve tüketimine ilişkin bilgi formu, TTM sebze-meyve tüketimi değişim aşamaları ve değişim süreci ölçekleri kullanılmıştır. Tanıtıcı bilgi formu, öğrencilerin yaş, cinsiyet, sınıf, kardeş sayısı, öğrencilerin annesinin ve babasının eğitim durumları ve ailenin ekonomik durumu bilgilerini içermektedir. Literatür doğrultusunda hazırlanan sebze ve meyve tüketimine ilişkin bilgi formu sebze ve meyve tüketiminde aile ve arkadaş motivasyonu, evde ve okulda sebze-meyve bulunma durumu, günlük sebze ve meyve tüketim miktarları gibi altı sorudan oluşmaktadır.

TTM sebze ve meyve tüketimi değişim aşamaları, modelin çekirdek yapısını oluşturan değişim aşamaları beş seçenekli tek bir sorudan oluşmaktadır. Günde beş porsiyon sebze meyve tüketenlerin ne kadar süre ile bunu yaptıkları (bir ay veya altı ay), tüketmeyenlerin ise bu konudaki başlama niyeti ve zamanını değerlendirir. İlk aşama olan düşünmeme aşamasında, günde beş porsiyon sebze meyve yemiyorum, gelecek altı ay içinde de yemeyi düşünmüyorum yanıtını verenler

bulunmaktadır. Düşünmede, günde beş porsiyon sebze meyve yemeyen, fakat gelecek altı ay içinde yemeyi düşünenlerden oluşmaktadır. Hazırlık aşamasında ise günde beş porsiyon sebze meyve yemiyorum, fakat gelecek bir ay içinde yemeyi düşünüyorum cevabını verenler yer almaktadır. Davranış değişiminin başladığı hareket aşamasında, günde beş porsiyon sebze meyveyi bir aydan beri düzenli olarak tüketenler bulunmaktadır. Son aşama olan devam ettirmede ise günde beş porsiyon sebze meyveyi altı aydan daha uzun süredir tüketme davranışına sahip olan bireylerden oluşmaktadır.¹⁰

Sebze ve Meyve Tüketimi Değişim Süreci Ölçeği (DSÖ) “geçen ayı düşünerek aşağıdaki ifadelere ne kadar katıldığınızı belirtiniz?” sorusuna; “Hiç katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Kararsızım”, “Kısmen katılıyorum”, “Tamamen katılıyorum” gibi seçeneklerden oluşan beşli likert tipte bir ölçektir. TTM Sebze Meyve tüketimi Değişim Süreci Ölçeği, Dinoia ve arkadaşları tarafından 2006 yılında geliştirilmiştir. Toplam 19 madde ve iki alt boyuttan oluşan ölçeğin, bilişsel alt boyutunda yedi ($\alpha = 0,77$), davranışsal alt boyutunda ise 12 ifade yer almaktadır ($\alpha = 0,89$). Puanların yüksek olması değişim konusunda başarılı olma şansının yüksek olduğunu gösterir. Sebze ve meyve tüketimi değişim süreci ölçeğinin bilişsel sürecinden alınabilecek en yüksek puan 35, en düşük puan 7’dir. Davranışsal süreçten alınabilecek en yüksek puan 60 iken en düşük puan ise 12’dir.¹⁰ Ölçeğin Türk kültürüne uyarlanması Erol, Ergün ve Kadıoğlu tarafından yapılmış, 2 faktörlü bilişsel ve davranışsal süreçler geçerli ve güvenilir bulunmuştur. Ölçeğin güvenilirlik bulguları; bilişsel süreçler alt boyutu için 0,79, davranışsal süreçler için 0,90 olarak ölçülmüştür.¹⁹

Araştırma verileri okul yönetiminin izin verdiği saatlerde öğrencilerin sınıflarında yüz yüze anket formu ile toplanmıştır. Veri toplama sürecinde araştırmacılar tarafından daha önce iki oturum eğitim verilmiş Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü dördüncü sınıf öğrencileri anketör olarak görevlendirilmiştir. Veri toplama süreci yaklaşık bir ay sürmüştür ve her anketin bir öğrenci tarafından doldurulması için yaklaşık yedi dakika sürmüştür. Verilerin analizinde ise, sayı, yüzdelik dilimler, normallik testi, ikili değişkenlerin analizinde bağımsız değişkenlerde t testi ve üç veya daha fazla değişken olduğunda ise Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. Tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ değeri kullanılmıştır.

BULGULAR

Katılımcıların yaşları 11-17 arasında, % 59,4'ü erkek, yaklaşık 2/3'ü ortaokul öğrencisidir. Ebeveynlerinin eğitim durumları incelendiğinde çoğunluğunun ilköğretim ve lise düzeyinde eğitim aldıkları, katılımcıların yarısından çoğunun iki veya üç kardeşinin olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların aile ekonomik durumları incelendiğinde orta ve iyi düzeyde olanların büyük çoğunluğu oluşturduğu görülmektedir (Tablo 1).

Her beş öğrenciden dördünün sebze ve meyve tüketme konusunda aile, her dört öğrenciden birinin ise arkadaş motivasyonuna sahip olduğu, büyük çoğunluğunun evlerinde sebze ve meyve bulunduğu, ancak öğrenim gördükleri okullarda bu oranın çok düşük olduğu saptanmıştır. Katılımcıların çok küçük bir oranı günlük hiç sebze ve meyve tüketmediğini belirtirken, 2/3'ünün 1-3 porsiyon arası sebze ve meyve tükettikleri görülmektedir. Öğrencilerin dörtte biri gelecek altı ay boyunca günde beş porsiyon sebze ve meyve tüketmeyi düşünmemekte, beşte biri düşünmekte ancak kendini hazır hissetmemekte ve beşte biri ise bir ay içinde günde düzenli olarak beş porsiyon sebze ve meyve tüketimi için kendilerini hazır hissetmektedirler. Transteoretik model değişim aşamalarına göre, bir aydan fazladır düzenli olarak günde beş porsiyon sebze ve meyve tüketen öğrencilerin oranı ise %32,1'dir (Tablo 1).

Öğrencilerin yaşlarına, sınıflarına, ailelerinin ekonomik durumları ile değişim süreci ölçeğinin bilişsel ve davranışsal süreç boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırması sonucunda da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,01$) (Tablo 2). Ayrıca, davranışsal süreçte kardeş sayısına göre yapılan karşılaştırmalarda gruplararası anlamlı farklılık saptanırken ($p=0,011$), bilişsel süreçte kardeş sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Bilişsel süreçte yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda, 11 yaşındakilerin bilişsel süreç puanları 12, 14, 15, 16 ve 17 yaşındakilere, 12 yaşındakilerin bilişsel süreç puanları 14, 15, 16 ve 17 yaşındakilere, 13 yaşındakilerin bilişsel süreç puanları 14, 15, 16 ve 17 yaşındakilere, 14 yaşındakilerin bilişsel süreç puanları 15, 16 ve 17 yaşındakilere göre daha yüksek ve anlamlıdır. Ancak, 15, 16 ve 17 yaşındakilerin bilişsel süreç puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Davranışsal süreçte, yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda, 11, 12 ve 13 yaşındakilerin davranışsal süreç

puanları 14, 15, 16 ve 17 yaşındakilere, 14 yaşındakilerin puanları 16 ve 17 yaşındakilere göre daha yüksek ve anlamlıdır. Ancak, 16 ve 17 yaşındakilerin davranışsal süreç puanları arasında ve 11, 12 ve 13 yaşındakilerin davranışsal süreç puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Öğrencilerin sınıflarına göre bilişsel süreçte yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda 5, 6 ve 7. sınıfların puan ortalamaları 9, 10, 11 ve 12 sınıfların puan ortalamalarına, 8. sınıfların puan ortalamaları 9, 10, 11 ve 12 sınıfların puan ortalamalarına, 9. sınıfların puan ortalamaları 10, 11 ve 12 sınıfların puan ortalamalarına, 10. sınıfların puan ortalamaları 11 ve 12 sınıfların puan ortalamalarına, göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Ancak, 5, 6 ve 7. sınıfların puan ortalamaları arasında ve 11 ve 12. sınıfların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ayrıca, davranışsal süreçte 5-8. sınıfların puan ortalamalarının 9-12. sınıflara göre daha yüksek, 6. sınıfların puan ortalamalarının 8. sınıflara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Ancak, 5, 7 ve 8. sınıfların ve 9, 10, 11 ve 12. sınıfların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Bilişsel süreçte yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda, ekonomik durumu çok iyi ve iyi olanların orta ve kötü ekonomik düzeye göre daha yüksek ve ayrıca, ekonomik durumu orta olanların ve kötü ekonomik düzeye göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ancak, ekonomik düzeyi çok iyi olanlar ile iyi olanların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 2).

Davranışsal süreçte, yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda, ekonomik durumu çok iyi olanların iyi, orta ve kötü ekonomik düzeye göre daha yüksek, ekonomik durumu iyi olanların orta ve kötü ekonomik düzeye göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ancak, ekonomik düzeyi orta olanlar ile kötü olanların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 2). Kardeş sayısı açısından bakıldığında, davranışsal süreçte, yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda, kardeş sayısı dörtten az olanların dört ve daha fazla kardeşi olanlara göre puan ortalamalarının daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Hem bilişsel hem de davranışsal süreç boyutlarında anne ve baba eğitim düzeyi ile sebze ve meyve tüketimi değişim süreci ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda

istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda, anne eğitim düzeyi ilkokula göre ortaokul ve lise; baba eğitim düzeyi ilkokula göre lise ve üniversite olan öğrencilerin hem bilişsel hem de davranışsal süreç puan ortalamalarının yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Katılımcıların cinsiyetleri ile değişim süreci ölçeği bilişsel ve davranışsal süreç puan ortalamaları karşılaştırılmış hem bilişsel ($p < 0,01$) hem de davranışsal süreç ($p < 0,01$) boyutunda kızların puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$) (Tablo 3). Öğrencilerden aile ve arkadaş motivasyonuna sahip olmaları ile değişim süreci ölçeği bilişsel ve davranışsal süreç puan ortalamaları karşılaştırılmış hem bilişsel hem de davranışsal süreç boyutunda aile ve arkadaş motivasyonuna sahip olanların puan ortalamalarının olmayanlara göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 3). Ayrıca, öğrencilerin buldukları ortamlar olan evde ve okulda sebze-meyveye erişme imkanları ile değişim süreci ölçeği bilişsel ve davranışsal süreç puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda da hem bilişsel hem de davranışsal süreç boyutunda hem okulda hem de evde sebze-meyveye erişebilen öğrencilerin puan ortalamalarının evde ve okulda sebzeye erişemeyenlere göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 3).

Günlük sebze ve meyve tüketim porsiyon sayısı ile değişim süreci ölçeğinin bilişsel ve davranışsal süreç boyutlarının karşılaştırılması sonucunda ve öğrencilerin sebze ve meyve tüketimi değişim aşamalarına göre yapılan karşılaştırmalar sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandığı görülmektedir (Tablo 4). Yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda, günlük sebze ve meyve tüketim porsiyon sayısı 3-5 ve 1-2 porsiyon arasında olan öğrencilerin hiç sebze tüketmeyenlere göre, 3-5 porsiyon tüketenlerin de 1-2 porsiyon arası tüketenlere göre hem bilişsel hem de davranışsal süreç puan ortalamalarının daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0,01$).

TTM sebze ve meyve tüketimi değişim aşamaları ile değişim süreci ölçeğinin bilişsel ve davranışsal süreç boyutlarının karşılaştırılması sonucunda da istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Değişim süreci ölçeği ile TTM sebze ve meyve tüketimi değişim aşamaları arasında yapılan çoklu karşılaştırmalar sonucunda,

hem bilişsel ($p = 0,005$) hem de davranışsal ($p = 0,009$) süreçte hareket aşamasının puan ortalamalarının düşünmeme aşamasından daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Ortaokul ve lise öğrencilerinden oluşan 1780 kişi ile yürütülen bu çalışmada, katılımcıların yarısının günde beş porsiyondan az sebze ve meyve tükettiği, kızların erkeklerden, yaşı ve öğrenim gördüğü sınıfı daha küçük olanların yüksek sınıflardan, kardeş sayısı üçten az olanların daha fazla olanlardan, ekonomik düzeyi daha iyi olanların orta ve kötü olanlardan, aile ve arkadaş motivasyonuna sahip olanların olmayanlardan, evde veya okulda sebze ve meyveye erişebilenlerin erişemeyenlerden daha fazla sebze ve meyve tükettiği saptanmıştır. Ayrıca TTM değişim aşamalarına göre katılımcıların düzenli olarak 1/3'ünün sebze ve meyve tükettiği, hareket aşamasındaki öğrencilerin düşünmeme aşamasındakilere göre ileri düzeyde sebze ve meyve tüketim davranışına sahip olduğu, günlük tüketilen sebze ve meyve porsiyon sayısının bu davranışla ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların çok küçük bir oranı günlük hiç sebze ve meyve tüketmediğini belirtirken, %54,9'unun iki porsiyon ve daha az sebze ve %46,1'inin iki porsiyon ve daha az meyve tükettikleri görülmektedir. Bu bilgiler ışığında katılımcıların yarısının günlük beş porsiyondan az sebze ve meyve tükettikleri söylenebilir. Literatürdeki çalışmalarla karşılaştırıldığında çalışmamızdaki önerilen günlük sebze ve meyve tüketiminin daha yüksek oranda olduğu görülmektedir.¹²⁻¹⁶ Bu durum çalışmanın yapıldığı bölgenin tarıma elverişli topraklara sahip olmasına ve bireylerin temel geçim kaynağının tarım ve sera işçiliği olmasına bağlı olabilir.

Literatürdeki çalışmalara paralel olarak bu çalışmada da, günlük sebze ve meyve tüketim miktarının beş porsiyondan daha fazla olmasının hem sebze ve meyve tüketim davranışlarını hem de TTM değişim aşamalarının ileri seviyelerinde olma durumunu pozitif etkilediği görülmektedir.⁸⁻¹¹ Ayrıca, çalışmada TTM sebze ve meyve tüketimi değişim aşamalarından hareket aşamasının hem bilişsel hem de davranışsal süreç puan ortalamalarının düşünmeme aşamasından daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, sebze ve meyve tüketimi ile TTM değişim aşamaları ve değişim süreçleri arasındaki teorik ilişkiyi doğrular niteliktedir.⁸⁻¹¹

Tablo 1. Tanımlayıcı bulgular

Değişkenler	Kategoriler	n	%
Yaş (Yıl)	11	356	19,0
	12	268	14,3
	13	189	10,1
	14	190	10,2
	15	312	16,7
	16	254	13,6
	17	301	16,1
Cinsiyet	Kız	759	40,6
	Erkek	1111	59,4
Sınıf	5.	413	22,1
	6.	403	21,6
	7.	275	14,7
	8.	125	6,7
	9.	222	11,9
	10.	121	6,5
	11.	175	9,4
Kardeş sayısı	12.	136	7,3
	1	221	11,8
	2	875	46,8
	3	576	30,8
Anne eğitim durumu	4 ve üzeri	198	10,6
	Okur-yazar	99	5,3
	İlkokul	760	40,6
	Ortaokul	455	24,3
	Lise	441	23,6
Baba eğitim durumu	Üniversite	115	6,1
	Okur-yazar	63	3,4
	İlkokul	549	29,4
	Ortaokul	469	25,1
	Lise	561	30,0
Ekonomik durum	Üniversite	228	12,2
	Çok iyi	174	9,3
	İyi	863	46,1
	Orta	721	38,6
Aile motivasyonu	Kötü	112	6,0
	Evet	1494	79,9
Arkadaş motivasyonu	Hayır	376	20,1
	Evet	480	25,7
Evde sebze meyve bulunma durumu	Hayır	1390	74,3
	Evet	1547	82,7
Okulda sebze meyve bulunma durumu	Hayır	323	17,3
	Evet	191	10,2
Günlük sebze tüketim miktarı	Hayır	1679	89,8
	Hiç yemiyor	118	6,3
	Bir porsiyon	561	30,0
	İki porsiyon	465	24,9
	Üç porsiyon	314	16,8
	Dört porsiyon	179	9,6
Günlük meyve tüketim miktarı	Beş porsiyon ve üzeri	233	12,5
	Hiç yemiyor	92	4,9
	Bir porsiyon	428	22,9
	İki porsiyon	433	23,2
	Üç porsiyon	386	20,6
	Dört porsiyon	209	11,2
Değişim aşamaları	Beş porsiyon ve üzeri	322	17,2
	Düşünmeme	460	24,6
	Düşünme	427	22,8
	Hazırlık	383	20,5
	Hareket	282	15,1
	Devam Ettirme	318	17,0

Tablo 2. Değişim süreci ölçeği alt boyutları puan ortalamalarının bazı değişkenlere göre karşılaştırılması

Ölçekler	Değişkenler	Kategoriler	n	\bar{X}	SS	F	P
Bilişsel süreç	Yaş (Yıl)	11	356	26,87	5,62	45,56	**<0,001
		12	268	28,27	4,83		
		13	189	27,48	6,07		
		14	190	24,84	5,80		
		15	312	23,17	5,83		
		16	254	22,70	5,95		
		17	301	22,89	6,06		
	Sınıf	5.	413	26,14	6,04	28,64	**<0,001
		6.	403	27,18	4,90		
		7.	275	26,60	6,07		
		8.	125	24,05	5,80		
		9.	222	23,30	5,82		
		10.	121	21,85	6,80		
		11.	175	22,33	5,92		
	Ekonomik durum	12.	136	23,10	6,26	16,67	**<0,001
		Çok iyi	174	26,40	6,30		
		İyi	863	25,78	6,02		
		Orta	721	24,37	5,96		
	Kardeş sayısı	Kötü	112	22,50	6,55	2,44	0,062
		1	221	24,62	7,00		
		2	875	25,24	5,95		
		2	576	25,38	6,00		
	Anne eğitim düzeyi	4 ve üzeri	198	24,20	6,19	15,67	**<0,001
		İlkokul	859	24,12	6,09		
Ortaokul		455	26,36	5,95			
Lise		441	25,73	5,83			
Baba eğitim düzeyi	Üniversite	115	25,04	7,05	7,28	**<0,001	
	İlkokul	612	24,16	6,03			
	Ortaokul	469	25,49	6,15			
	Lise	561	25,58	5,96			
Davranışsal süreç	Yaş (Yıl)	Üniversite	228	25,66	6,51	75,91	**<0,001
		11	356	43,41	9,82		
		12	268	44,31	9,79		
		13	189	42,94	10,50		
		14	190	35,94	11,69		
		15	312	33,19	10,25		
		16	254	32,09	10,46		
	Sınıf	17	301	33,01	11,21	38,15	**<0,001
		5.	413	40,61	11,07		
		6.	403	42,34	9,88		
		7.	275	40,00	11,42		
		8.	125	37,36	12,14		
		9.	222	32,68	10,69		
		10.	121	31,89	11,28		
	Ekonomik durum	11.	175	32,27	10,47	30,92	**<0,001
		12.	136	32,65	11,88		
		Çok iyi	174	42,22	11,76		
		İyi	863	39,51	11,51		
	Kardeş sayısı	Orta	721	35,31	11,18	3,70	*<0,011
		Kötü	112	33,95	11,33		
		1	221	38,72	12,37		
		2	875	37,83	11,58		
	Anne eğitim düzeyi	2	576	38,28	11,54	17,51	**<0,001
		4 ve üzeri	198	35,35	11,36		
İlkokul		859	35,83	11,49			
Ortaokul		455	39,23	11,45			
Baba eğitim düzeyi	Lise	441	40,27	11,24	7,82	**<0,001	
	Üniversite	115	37,62	12,97			
	İlkokul	612	36,01	11,27			
	Ortaokul	469	38,16	11,56			
	Lise	561	39,06	11,69			
	Üniversite	228	38,87	12,35			

\bar{X} = Ortalama, SS= Standart sapma, F= Tek Yönlü Varyans Analizi, **p<0,01 ve *p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

Ölçekler	Değişkenler	Kategoriler	n	\bar{X}	SS	t	P
Bilişsel süreç	Cinsiyet	Kız	759	26,12	5,65	6,01	<0,001
		Erkek	1111	24,40	6,34		
	Aile motivasyonu	Evet	1494	25,83	5,76	10,57	<0,001
		Hayır	376	22,19	6,67		
	Arkadaş motivasyonu	Evet	480	25,85	5,92	3,12	0,002
		Hayır	1390	24,84	6,18		
	Evde sebze-meyve olma	Evet	1547	25,36	6,06	4,06	<0,001
		Hayır	323	23,84	6,33		
	Okulda sebze-meyve olma	Evet	191	25,99	6,21	2,11	0,034
		Hayır	1679	25,00	6,12		
Davranışsal süreç	Cinsiyet	Kız	759	39,28	11,07	4,50	<0,001
		Erkek	1111	36,81	11,96		
	Aile motivasyonu	Evet	1494	39,08	11,30	9,60	<0,001
		Hayır	376	32,77	11,76		
	Arkadaş motivasyonu	Evet	480	40,45	10,61	5,79	<0,001
		Hayır	1390	36,90	11,88		
	Evde sebze-meyve olma	Evet	1547	38,16	11,66	2,84	0,005
		Hayır	323	36,14	11,60		
	Okulda sebze-meyve olma	Evet	191	41,06	11,08	4,07	<0,001
		Hayır	1679	37,44	11,68		

\bar{X} = Ortalama, SS= Standart sapma, t= Bağımsız değişkenlerde t testi, **p<0,01 ve *p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

Ölçekler	Değişkenler	Kategoriler	n	\bar{X}	SS	F	P	
Bilişsel süreç	Günlük sebze tüketim miktarı	Hiç tüketmiyor	118	20,64	6,99	92,99	<0,001	
		1-2 porsiyon	1026	24,15	5,84			
		3-5 porsiyon	726	27,17	5,66			
	Günlük meyve tüketim miktarı	Hiç tüketmiyor	92	20,76	7,37	86,81	<,001	
		1-2 porsiyon	861	23,75	5,79			
		3-5 porsiyon	917	26,81	5,77			
	Değişim aşamaları	Değişim aşamaları	Düşünmeme	460	24,34	5,82	3,29	,011
			Düşünme	427	25,06	5,36		
			Hazırlık	383	25,23	5,75		
			Hareket	282	25,95	6,64		
Devam ettirme			318	25,34	7,31			
Davranışsal süreç	Günlük sebze tüketim miktarı	Hiç tüketmiyor	118	28,32	10,64	93,39	<,001	
		1-2 porsiyon	1026	36,27	11,43			
		3-5 porsiyon	726	41,54	10,77			
	Günlük meyve tüketim miktarı	Hiç tüketmiyor	92	29,23	11,77	98,26	<,001	
		1-2 porsiyon	861	35,05	11,19			
		3-5 porsiyon	917	41,26	10,96			
	Değişim aşamaları	Değişim aşamaları	Düşünmeme	460	36,83	11,75	2,90	,021
			Düşünme	427	37,97	10,93		
			Hazırlık	383	37,82	11,05		
			Hareket	282	39,73	11,21		
Devam ettirme			318	37,31	13,37			

\bar{X} = Ortalama, SS= Standart sapma, F= Tek Yönlü Varyans Analizi, **p<,01 ve *p<,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

Çalışmada, bilişsel ve davranışsal süreç boyutunda kızların puan ortalamaları erkeklerden daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Adölesan dönemdeki kızların erkeklerden daha fazla sebze ve meyve tüketim davranışlarına sahip olduğu literatürdeki çalışmalarda da açıkça ortadadır.^{13,20} Fiziksel görünümün önemli olduğu adölesan dönemde kilo alımını azaltmak için kız öğrencilerin kalori değeri düşük olan için sebze ve meyve tüketimine erkeklere göre daha fazla ağırlık verebilecekleri düşünülmektedir. Sebze ve meyve tüketiminde yaşın etkisi yapılan çalışmalarda da ortaya konmuştur. Özellikle daha küçük yaşlardaki öğrencilerin büyük sınıflara göre sağlıklı beslenme ve düzenli olarak sebze ve meyve tüketim davranışlarına sahip oldukları belirtilmektedir.¹³⁻¹⁶ Çalışmamızda da, yaşı küçük olan öğrencilerin daha ileri yaştakilere, daha alt sınıfta öğrenim gören öğrencilerin üst sınıflardakilere göre daha fazla sebze ve meyve tüketimi davranışına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu durum beslenme konusunda küçük yaşlarda ebeveyn ve öğretmen kontrolünün daha fazla olmasına bağlı olabilir. Yaş büyüdükçe aile ve öğretmenin yerini akranlardan etkilenmenin aldığı söylenebilir.

Yapılan bazı çalışmalarda bireysel ve sosyal faktörlerin sebze ve meyve tüketiminde orta düzeyde etkisi olduğu, ancak ekonomik durumun sebze ve meyve tüketimi miktarı ile ilişkili olduğu ortaya koymaktadır.²¹ Ancak, başka bir çalışmada ise sebze ve meyve tüketimi ile ekonomik durum arasında bir ilişki olmadığı belirtilmektedir.²² Bu çalışmada da, ailesinin ekonomik düzeyi daha iyi durumda olan öğrencilerin özellikle orta ve alt gelir grubundaki öğrencilere göre daha fazla sebze ve meyve tüketimi davranışına sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, çalışmamızda ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça sebze ve meyve tüketimi davranışları da artmaktadır. Ekonomik düzeyin ve ebeveyn eğitim düzeyi gibi sosyal faktörlerin sebze ve meyveye erişmede ve tüketmede önemli birer faktör oldukları ve diğer faktörlerle birlikte öğrencilerin sebze ve meyve tüketimi davranışlarını etkiledikleri söylenebilir.

Aile çevresi, arkadaş etkisi, yaşanılan yer, ekonomik yapı gibi bazı psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlerin sağlığı geliştirme ve sağlıklı beslenme davranışlarında etkili olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmektedir. Bu çalışmalarda sebze ve meyve tüketimi gibi sağlığı geliştirici bir davranışında bu faktörlerden etkilendiği ortaya koymaktadır.²²⁻²³ Çalışmamızda da davranışsal süreç boyutunda aile ve arkadaş motivasyonuna sahip olanların puan ortalamalarının olmayanlara göre

daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Ebeveynlerin sosyokültürel düzeylerinin artması ile birlikte ailedeki tüm bireylerde sağlıklı beslenme konusunda farkındalık artmakta ve ebeveynler çocuklarına iyi birer rol model olmaktadır. Bu sonuçlar ışığında düzenli sebze ve meyve tüketiminde aile ve arkadaş desteği ve katkısının olmasının önemli bir faktör olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda evde ve okulda sebze ve meyve bulunma durumunun tüketim miktarını, tüketim davranışlarını etkilediği önemli bulgularımızdan biridir. Evde sebze ve meyve bulunmasının önemli olduğu, özellikle okullarda sebze ve meyveye erişimin sağlanmasının çocukların tüketimini etkilediği belirtilmiştir.^{24, 25} Çocukların yaşadıkları, öğrenim gördükleri, oynadıkları ve boş zamanlarını geçirdikleri çeşitli alanlarda sebze ve meyve bulunmasının onların davranışlarını önemli derecede etkileyeceği söylenebilir.

SONUÇ

Çalışma sonucunda, erkeklerin, 15 yaş üzerindeki ve liselerdeki adölesanların sebze ve meyve tüketiminin yetersiz olduğu; ekonomik durum, aile ve arkadaş etkisi, sebze ve meyveye erişim gibi faktörlerin tüketimde etkili olduğu; günlük tüketilen porsiyon sayısının sebze ve meyve tüketim davranışıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar ışığında, yaşı daha büyük, ileri sınıflarda öğrenim gören, cinsiyeti erkek olan, ekonomik yetersizliği olan öğrencilere yönelik sağlığı geliştirici uygulamalar ve destekleyici çevrenin oluşturulması önerilmektedir. Bir başka önerimiz ise, özellikle aile, okul, arkadaş, öğretmen, sağlık kurumları gibi destekleyici bireysel ve kurumsal çevrenin oluşturulması, öğrencilerin buldukları ortamlarda sebze ve meyveye erişimlerinin kolaylaştırılmasıdır.

TEŞEKKÜR

Çalışmamızda anketör olarak görev alan öğrencilerimize, işbirliği içinde çalıştığımız okullardaki öğretmen ve yöneticilere, en önemlisi de çalışmamıza katkılarından dolayı katılımcı öğrencilerimize teşekkürlerimizi sunarız.

KAYNAKLAR

1. Boeing H, Bechthold A, Bub A, Ellinger S, Haller D, Kroke A, et al. Critical review: vegetables and fruit in the prevention of chronic

- diseases. *European Journal of Nutrition* 2012; 51: 1-27.
2. Boffetta P, Couto E, Wichmann J, Ferrari P, Trichopoulos D, Bueno-de-Mesquita HB, et al. Fruit and vegetable intake and overall cancer risk in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *Journal of the National Cancer Institute* 2010; 102(8): 529-537.
 3. Hartley L, Igbinedion E, Thorogood M, Clarke A, Stranges S, Hooper L, et al. Increased consumption of fruit and vegetables for the primary prevention of cardiovascular diseases. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6: 1-55.
 4. Redding CA, Rossi JS, Rossi SR, Velicer WF, Prochaska JO. Health behavior models. In *International Electronic Journal of Health Education*, 2010; 3:180-193.
 5. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion* 1997; 12(1): 38-48.
 6. Erol S, Erdoğan S. Sağlık davranışlarını geliştirmek ve değiştirmek için transteoretik modelin kullanılması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2007; 10: 86-94.
 7. Prochaska JO. Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychology* 1994; 13(1): 47.
 8. Hildebrand DA, Betts NM. Assessment of stage of change, decisional balance, self-efficacy, and use of processes of change of low-income parents for increasing servings of fruits and vegetables to preschool-aged children. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 2009; 41(2): 110-119.
 9. Horwath CC, Nigg CR, Motl RW, Wong KT, Dishman RK. Investigating fruit and vegetable consumption using the transtheoretical model. *American Journal of Health Promotion* 2010; 24(5): 324-333.
 10. Di Noia J, Schinke SP, Prochaska JO, Contento IR. Application of the transtheoretical model to fruit and vegetable consumption among economically disadvantaged African-American adolescents: preliminary findings. *American Journal of Health Promotion* 2006; 20(5): 342-348.
 11. Mao C, Xu L, Xu L, Ma H, Liu T, Qu X, et al. Assessment of fruit and vegetable intake behavior among adolescents in Hangzhou, China. *Indian Journal of Pediatrics* 2012; 79 (9):1218-1223.
 12. Gross SM, Pollock ED, Braun B. Family influence: Key to fruit and vegetable consumption among fourth-and fifth-grade students. *Journal of Nutrition Education and Behavior* 2010; 42(4): 235-241.
 13. Lorson BA, Melgar-Quinonez HR, Taylor CA. Correlates of fruit and vegetable intakes in US children. *Journal of the American Dietetic Association* 2009; 109(3): 474-478.
 14. Rieth MA, Moreira MB, Fuchs FD, Moreira LB, Fuchs SC. Fruits and vegetables intake and characteristics associated among adolescents from Southern Brazil. *Nutrition Journal* 2012; 11(1): 95.
 15. Aksoydan E, Cakir N. Adölesanların beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri ve vücut kitle indekslerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergi* 2011; 53: 264-270.
 16. Çavdar S, Sümer EÇ, Eliaçık K, Arslan A, Koyun B, Korkmaz N, ve ark. İzmir'de liseye devam eden ergenlerin sağlık davranışları. *Türk Pediatri Arsivi* 2016; 51: 22-34.
 17. Wang X, Ouyang Y, Liu J, Zhu M, Zhao G, Bao W, et al. Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ* 2014; 349:4490.
 18. Grimm KA, Kim SA, Yaroch AL, Scanlon KS. Fruit and vegetable intake during infancy and early childhood. *Pediatrics* 2014; 134(1): 63-69.
 19. Erol S, Ergün A, Kadioğlu H. Adölesanlarda meyve ve sebze tüketimi değişim süreci ölçeği türkçe forumun güvenilirlik ve geçerliliği. *HSP* 2016; 3(2):106-114.
 20. Lynch C, Kristjansdottir AG, Te Velde SJ, Lien N, Roos E, Thorsdottir I, et al. Fruit and vegetable consumption in a sample of 11-year-old children in ten European countries—the PRO GREENS cross-sectional survey. *Public Health Nutrition* 2014; 17(11): 2436-2444.
 21. Ball K, Crawford D, Mishra G. Socio-economic inequalities in women's fruit and vegetable intakes: a multilevel study of individual, social and environmental mediators. *Public Health Nutrition* 2006; 9: 623-630.
 22. Attorp A, Scott JE, Yew AC, Rhodes RE, Barr SI, Naylor PJ. Associations between socioeconomic, parental and home environment factors and fruit and vegetable consumption of children in grades five and six in British Columbia, Canada. *BMC Public Health* 2014; 14(1): 150.
 23. Peltzer K, Pengpid S. Fruits and vegetables consumption and associated factors among in-

school adolescents in five Southeast Asian countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2012; 9(11): 3575-3587.

24. Wyse R, Campbell E, Nathan N, Wolfenden L. Associations between characteristics of the home food environment and fruit and vegetable intake in preschool children: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2011; 11(1): 938.
25. Terry-McElrath YM, O'Malley PM, Johnston LD. Accessibility over availability: associations between the school food environment and student fruit and green vegetable consumption. *Childhood Obesity* 2014; 10(3): 241-250.



Where Are We Standing on Postpartum Care? A Cross-sectional Community Based Study

Lohusa Bakımının Neresindeyiz? Kesitsel Tipte Toplum Tabanlı Bir Çalışma

Binali Çatak¹, Can Öner^{*2}, Sevinç Sütü³, Selçuk Kılınç³

ABSTRACT

Introduction: Postpartum care is one of the basic interventions to prevent complications that affect mother health. The aim of this study was to evaluate the postpartum care provided by primary health care in terms of quantity and content. **Material and methods:** Eight hundred sixteen women who gave birth between 1 June-31 August 2012 composed the universe of the study. The data was collected after official permissions and verbal consent of women participated in this study. Data collection form includes questions about sociodemographic and biodemographic characteristics of women and postpartum care. To determine the content of postpartum care 16 parameters were determined from Postpartum Care Management Guideline. Data was analysed with SPSS 20 package program. **Results:** All women received postpartum care at least ones and 39.1% of women received more than three times. None of postpartum care parameters were applied to 1.0% and all of the 16 parameters were applied to 1.2% of puerperas. The most frequent parameters in the content postpartum care were breast feeding (89.6%), maintaining iron supplement (81.8%), blood pressure measurement (80.2%) and education of mothers' nutrition (76.1%). On the other hand, the least frequent parameters were perineal (4.7%) and abdominal examination (24.1%) and history taking about palpitations/shortness of breath (28.0%). There was no significant difference between sociodemographic and biodemographic characteristics of women, parameters of healthcare usage and content of postpartum care ($p>0.05$). **Conclusion:** All of the women had taken postpartum care, but the content was insufficient. Women's sociodemographic and biodemographic characteristics and features related to healthcare usage do not have effect on the content of postpartum care. In this context, family physicians and family midwives should be given reminder training according to Postpartum Care Management Guideline periodically.

Key words: Puerperium, puerperal care, postpartum care, primary care, family physician

ÖZET

Giriş: Lohusa bakımı, anne sağlığını etkileyecek komplikasyonların önlenmesinde temel müdahalelerden birisidir. Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık kurumları tarafından verilen lohusa bakımının, nicelik ve içerik açısından değerlendirilmesidir. **Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın evrenini, Burdur'da 1 Haziran-31 Ağustos 2012 tarihleri arasında doğum yapmış 816 kadın oluşturmuştur. Veriler, gerekli izinler ve çalışmaya katılan kadınlardan sözlü onam alındıktan sonra toplanmıştır. Veri toplama formu, kadınların sosyodemografik, biyodemografik özellikleri ve lohusa bakımı ile ilgili soruları içermektedir. Lohusa bakım içeriğini belirlemek için, Doğum Sonrası Bakım Yönetim Rehberinden seçilen 16 parametre belirlenmiştir. Veriler, SPSS 20 paket programında analiz edilmiştir. **Bulgular:** Kadınların tamamı en az bir kez, %39,1'i ise 3 ve daha fazla lohusa bakımı almıştır. Lohusaların, %1,0'ine parametrelerden hiçbirisi, %1,2'sine 16 parametrenin tamamı yapılmıştır. Lohusa bakım içeriğinde en fazla yer alan parametreler; emzirme (%89,6), demir preparatı verilmesi (%81,8), kan basıncı ölçümü (%80,2) ve anne beslenmesi ile ilgili bilgi (%76,1) verilmesidir. Öte yandan en az yer alan parametreler, perine muayenesi (%4,7), karın muayenesi (%24,1) ve çarpıntı/nefes darlığının olup olmadığının sorulmasıdır (%28,0). Sosyodemografik, biyodemografik özellikler ve sağlık hizmeti kullanımına ilişkin değişkenler ile lohusa bakım içeriği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). **Sonuç:** Araştırmada, kadınların tamamı lohusa bakımı almıştır fakat lohusa bakım içeriği yetersizdir. Kadınların sosyodemografik, biyodemografik ve sağlık hizmeti kullanımına ilişkin özellikleri lohusa bakım içeriği üzerinde etkili değildir. Bu bağlamda, Doğum Sonrası Bakım Yönetim Rehberinde belirtilen ilkeler doğrultusunda, aile hekimi ve aile sağlığı ebelerine periyodik olarak hatırlatma eğitimleri yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Lohusa, lohusa bakımı, doğum sonrası bakım, birinci basamak, aile hekimi

Received / Geliş tarihi: 15.06.2017, Accepted / Kabul tarihi: 23.08.2017

¹Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

²Dr Lütfi Kırdar Kartal EAH Aile Hekimliği Kliniği

³Burdur Halk Sağlığı Müdürlüğü

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Can Öner, Dr Lütfi Kırdar Kartal EAH Aile Hekimliği Kliniği, Kartal, İstanbul-TÜRKİYE,

E-mail: trcanoner@yahoo.com

Çatak B, Öner C, Sütü S, Kılınç S. Lohusa Bakımının Neresindeyiz? Kesitsel Tipte Toplum Tabanlı Bir Çalışma. TJFMPC, 2017; 11(4): 256-264.

DOI: 10.21763/tjfm.pc.359817

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü, doğum sonrası dönemi (lohusalık) plasenta ve eklerinin, anne rahminden ayrılmasını takip eden 1 saat ile doğumdan sonraki ilk 6 hafta (42 gün) olarak tanımlamıştır.¹ Bu dönemde, doğum sonrası oluşan kanamalar, enfeksiyonlar, komplikasyonlar ve depresyon nedeni ile anne sağlığı; asfiksi, enfeksiyonlar, anne sütü ile yetersiz beslenme ve bazı yanlış kültürel inanç ve uygulamalar nedeni ile yeni doğanların sağlığı olumsuz olarak etkilenmektedir.^{1,2} Anne ve bebek ölümlerinin önemli bir kısmı bu süre zarfında gerçekleşmektedir.³

Yeterli bir doğum sonrası bakım hizmetinin, bebek ölümlerini antepartum ve intrapartum bakım hizmetlerine göre daha etkin ve düşük maliyetle azalttığı gösterilmiştir.⁴ Bunun yanı sıra, kadın sağlığı üzerine odaklanmış bir doğum sonrası bakım hizmetinin, kadınların fizyolojik ve psikolojik sağlığı üzerine olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir.⁵ Doğum sonrası bakım hizmetleri, anne ve yeni doğanın sağlık sorunlarını belirlemek için sağlık çalışanlarına önemli bir imkan sağlamaktadır.⁶ Doğum sonrası bakım hizmetleri verilirken, emzirme, kişisel hijyen, aile planlaması gibi konularda eğitim verilerek, anne ve bebeğe postnatal demir, A ve D vitamini vs desteği sağlanarak anne ve bebeğin daha optimal sağlık hizmeti de sağlanabilir.⁷

Yapılan ulusal çalışmalarda, ölen annelerin %25,0'inin ve neonatal ölümlerin yarısının doğum sırasında ve doğum sonrası ilk 24 saat içinde gerçekleştiği ve bu oranların doğumdan sonraki ilk haftanın sonunda sırasıyla %60,0 ile üçte ikiye çıktığı bildirilmektedir.⁸ Dünya'nın birçok ülkesinde olduğu gibi, Türkiye'de de anne ölümleri için risk oluşturabilecek faktörler belirlenerek bu faktörlerin eliminasyonuna yönelik ulusal rehberler hazırlanmış ve uygulamaya koyulmuştur (Doğum Sonrası Bakım Yönetim Rehberi: DSB-YR). Bu rehberle birlikte, ülke genelinde doğum sonrası bakım standardize edilmiş ve yapılması gereken parametreler tanımlanmıştır.⁹ Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 (TNSA-2013) verileri dikkate alındığında doğum sonrası bakım alanların oranı % 93,2 olarak bildirilmektedir.⁹ Türkiye'de doğum sonrası bakım hizmetlerinin kapsayıcılığı %90'ların üzerine çıkmış olsa da, verilen hizmetin kalitesinin düşük olduğu bildirilmektedir.^{11,12}

Sağlık politikasını oluşturanlar için güncellenmiş ulusal bilgiler, gelecekte doğum sonrası bakım hizmetlerinin kullanımının artması ve

içeriğinin yeterli kılınması, ana ve çocuk ölümlerini azaltmaya yönelik önemli katkılar sağlayabilir.¹ Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, 2005 yılından itibaren Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde değişikliğe gidilmiş ve aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Bu uygulama ile aile hekimleri kayıtlı olan gebelerin doğum öncesi ve sonrasındaki bakım hizmetlerini ilgili kılavuzlara göre yapmakla görevlendirilmişlerdir. Bu kılavuzda, lohusalara doğum sonrasında hastanede 3 ve taburculuk sonrası 3 olmak üzere, en az 6 lohusa bakımı verilmesi önerilmektedir. Yine, verilen bakım hikâye alınması, fizik muayene, laboratuvar hizmetleri, bilgilendirme- danışmanlık hizmetleri ve profilaksi hizmetlerini kapsamaktadır.⁹

Bu çalışma, aile hekimliği uygulaması sonrası, Türkiye'de doğum sonrası bakım hizmetlerinin kalitesini değerlendiren sayılı çalışmalardandır. Yine bu çalışma, 2 yıl ara ile aynı bölgede verilen doğum sonrası bakım hizmetlerinin kalitesini benzer yöntemlerle değerlendirmektedir ve bu açıdan aile hekimliğine geçişle beraber doğum sonrası bakımla ilgili hizmetlerin kalitesinin, ne yönde evrildiği konusunda fikir verebilir.

Bu çalışmanın temel amacı, birinci basamak sağlık kurumları (aile sağlığı birimleri) tarafından verilen doğum sonrası bakım hizmetlerinin, nicelik ve içerik açısından değerlendirilmesidir.

YÖNTEM

Çalışma, 1 Haziran - 30 Kasım 2012 tarihleri arasında Burdur ilinde yürütülmüştür. Çalışmanın hazırlık aşaması, 1 Haziran - 30 Ağustos 2012, veri toplama ve analiz kısmı ise 3 Eylül - 30 Kasım 2012 tarihleri arasında gerçekleşmiştir. Çalışmanın yapıldığı dönemde Burdur İl'inin toplam nüfusu 254.411'dir. Çalışmanın yürütüldüğü ilde, üçü kamu, biri özel sektöre ait olmak üzere toplam dört tane tam teşekküllü hastane ve 78 aile sağlığı birimi bulunmaktadır. Aile sağlığı birimi başına düşen nüfus yaklaşık olarak 3262 kişidir.

Aile sağlığı birimleri, azami 4000 nüfusa hizmet veren bir hekim ve aile sağlığı ebesinin oluşturduğu birimdir. Türkiye'de sağlıkta dönüşüm reformu kapsamında, 2005 yılından itibaren aile sağlığı merkezleri kurulmaya başlanmıştır. Bu sayede, birinci basamak sağlık hizmetleri tamamen aile hekimleri ve aile sağlığı ebesi tarafından vermeye başlanılmıştır. Aile hekimi ve aile sağlığı ebesi, kendilerine kayıtlı nüfusa birinci basamak

iyileştirici, koruyucu ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini vermekle ve verdiği bu hizmetleri Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bildirmekle yükümlüdür.

Araştırmanın Tipi, Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmada, “Burdur’da Doğum Sonrası Bakım Hizmetleri” adlı kesitsel tipteki alan araştırmasının “lohusa bakımı” ile ilgili kısmına ait veriler kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini, 1 Haziran – 31 Ağustos 2012 tarihleri arasında doğum yapmış 816 kadın oluşturmuştur. Çalışmaya katılan tüm kadınlar lohusalık dönemlerini tamamlamışlardır. Araştırmada örneklem seçilmemiş olup, evrenin tümüne ulaşılması hedeflenmiştir. Görüşme yapıldığı sırada kadınların hepsi lohusalık dönemlerini tamamlamışlardır. Kadınların %93,5’ine (763/816) ulaşılmıştır. Kadınlara ulaşamamanın en önemli nedenleri, kadının evde bulunamaması (19 kadın), çevre illerde (Antalya, Denizli, Isparta, vb.) yaşayan akrabalarının yanına gitmesi (28 kadın) ve il dışı kalıcı göçlerdir (6 kadın).

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın veri toplama formu, DSB-YR ve Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) esas alınarak hazırlanmıştır.^{9,11} Veri toplama formu, kadınların sosyodemografik, biyodemografik özellikleri, lohusa bakımı, bebek bakımı ve bebeklerin sigara dumanından pasif etkilenimi ile ilgili sorulardan oluşturulmuştur. Formun “lohusa bakımı” ile ilgili kısmı, doğum sonu bakım yönetim rehberinde belirtilen ve lohusa izlemlerinde yapılması gereken parametreleri içeren sorulardan oluşturulmuştur.

Araştırmada lohusa bakımı; nicelik, içerik ve içeriği etkileyen faktörler açısından değerlendirilmiştir:

1-Nicelik:

Lohusanın, hastaneden taburcu olduktan sonraki 45 gün içinde, lohusa bakımı alıp almama durumu ve lohusa bakımı aldı ise kaç kez aldığı, bakımın niceliğini oluşturmuştur.

2-İçerik:

DSB-YR’de belirtilen her parametre anne sağlığı açısından vazgeçilmez öneme sahiptir. Bu nedenle lohusa bakımı, içerik olarak rehberde belirtilen tüm parametreleri içermelidir. Ancak çalışmada, rehberde belirtilen her parametrenin verilip verilmediğini sorgulamak araştırmayı yapılabilir

olmaktan uzak kılacaktır. Dolayısı ile lohusa bakım içeriğini ölçülebilir hale getirmek için DSB-YR’de belirtilen öykü, fizik muayene, bilgilendirme/danışmanlık kısımlarının her birinden 5, ayrıca profeksi kısmından (demir preparatı verilmesi) 1 olmak üzere toplam 16 parametre belirlenmiştir.⁹

İçerik için kullanılan parametreler şu şekilde belirlenmiştir; rehberde, hemoglobin ölçümü, idrar tetkiki gibi bazı parametrelerin “gerekliyorsa”, vajinal smear gibi “özel eğitim gerektiren” durumların ise “tüm lohusalara” yapılması istenmektedir.⁹ Ancak, günlük pratiğimiz içinde tüm aile hekimi ve aile sağlığı ebelerinin smear alma, vajinal muayene yapma gibi konularda eğitilmiş olmadığı da bilinmektedir. Parametreler, tüm bu nedenler göz önüne alınarak, aile sağlığı birimi ve/veya ev koşullarında kolaylıkla yapılabilecekler arasından belirlenmiştir.

Hikâyede sorulması istenen parametreler:

Kanama, idrar yaparken yanma veya idrar kaçırma, sırt/göğüs/baş ağrısı, çarpıntı veya nefes darlığı, kabızlık şikâyetinin olup olmadığının sorulması

Fizik muayenede yapılması istenen parametreler:

Kan basıncı ve ateş ölçümü, nabız sayımı, karın ve perine muayenesinin yapılıp yapılmadığı

Bilgilendirme/danışmanlıkta verilmesi istenen parametreler:

Lohusalık döneminde, acilen sağlık kurumuna başvurusunu gerektiren durumlar, emzirme, aile planlaması, meme bakımı ve uygun beslenme konusunda bilgi verilip verilmediği.⁹

3-İçeriği etkileyen faktörler:

Belirlenen her parametreye, yapılmışsa 1, yapılmamışsa 0 (sıfır) puan verilmiştir. Sonra puanlar toplanmış ve “lohusa bakım içerik puanı” oluşturulmuştur. Daha sonra lohusa bakım içerik puanına göre kadınlar, “5 ve daha az”, “6-10” ve “11 ve üzeri” olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır. Kadınların sosyodemografik, biyodemografik özellikleri ile sağlık hizmet kullanımına ilişkin özellikleri bağımsız, lohusa bakım içeriği puanları ise bağımlı değişken olarak alınarak bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir.

Verilerin Toplanması

Veriler, gerekli izinler alındıktan sonra, 3 Eylül – 30 Kasım 2012 tarihleri arasında toplum sağlığı merkezinde görev yapan ebe ve hemşireler tarafından toplanmıştır. Verileri toplama öncesi, standardizasyonu sağlamak için, veri toplayacak ebe ve hemşirelere eğitim programı hazırlanmıştır. Eğitim programı; çalışmanın amacı, hangi değişkenlerle ilgili bilgi toplanacağı ve veri toplama aşamasında dikkat edilmesi gereken durumları içermektedir. Veri toplama formunun ön denemesi 2012 yılında doğum yapmış, ancak 1 Haziran–31 Ağustos tarihleri arasında doğum yapmamış ve il merkezinde yaşayan 7 kadın ile görüşülerek yapılmıştır. Toplanan formlar incelenmiş ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

Etik Onay Ve İzinler

Veriler, Burdur Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındıktan sonra, 3 Eylül – 30 Kasım 2012 tarihleri arasında, toplum sağlığı merkezinde görev yapan ebe ve hemşireler tarafından, kadınlar sözlü onam alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Görüşülen kadınların tamamı araştırmaya katılmayı kabul etmiştir.

Analiz

Veriler, SPSS 20.0 paket programında analiz edilmiştir. Analizlerde, tanımlayıcı ölçütlerden frekans, yüzde; merkezi yığılım ölçütlerinden ortalama ve ortanca, sayısal verilerin değerlendirilmesinde ki-kare analizleri kullanılmıştır.

BULGULAR

Gerçekleşen doğumlardan 2 tanesi ev doğumu olup, diğer tüm doğumlar hastanede gerçekleşmiştir. Kadınların tamamı, hastaneden taburcu olduktan sonraki 45 gün içinde aile hekimi ve/veya aile sağlığı ebesinden lohusa bakımı almıştır. Kadınların, %3,1'ine bir kez, %57,8'ine iki kez, %39,1'ine ise 3 ve daha fazla lohusa bakımı verilmiştir. Kadın başına düşen ortalama lohusa bakım sayısı 2,5 ($\pm 0,8$)'dir.

Lohusaların %30,3'üne hikâye, %18,2'sine fizik muayene, %4,1'ine ise bilgilendirme/danışmanlık kısmından belirlenen parametrelerden hiçbiri verilmemiş iken; lohusaların %17,7'sine hikâye, %3,3'üne fizik muayene ve %32,9'una ise bilgilendirme/danışmanlık kısmında belirlenen tüm parametreler verilmiştir (Tablo 1).

Tüm parametreler birlikte değerlendirildiğinde, kadınların %1,0'ine (8 kadın) parametrelerden hiçbirisi yapılmamış, %1,2'sine (9 kadın) 16 parametrenin tamamı yapılmıştır. Lohusa başına düşen parametre ortalaması 8,5 ($\pm 4,1$) ve ortancası 8 (0–16)'dir.

Tablo 2'de belirlenen parametrelerin, lohusa bakım içeriğinde yer alma durumu görülmektedir. Buna göre, lohusa bakım içeriğinde en fazla yer alan parametreler emzirme (%89,6), demir preparatı verilmesi (%81,8), kan basıncı ölçümü (%80,2) ve anne beslenmesi ile ilgili bilgi verme (%76,1) iken, en az yer alan parametreler perine (%4,7) ve karın (%24,1) muayenesi, çarpıntı/nefes darlığının olup olmadığının sorulmasıdır (%28,0).

Tablo 3'de sosyodemografik özelliklerin, lohusa bakım puanı üzerine dağılımı görülmektedir. Buna göre, sosyodemografik özellikler ile lohusa bakım içeriği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4'de biyodemografik özellikler ve sağlık hizmet kullanımına ilişkin değişkenlerin lohusa bakım puanı üzerine dağılımı görülmektedir. Buna göre, biyodemografik özellikler ve sağlık hizmet kullanımına ilişkin değişkenler ile lohusa bakım içeriği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

TARTIŞMA

Yaptığımız çalışmada, doğum yapan kadınların tümünün ilk 45 gün içinde aile hekimi ve/veya aile sağlığı ebesinden en az bir kez lohusa bakımı almış olduğu belirlenmiştir. Gelişmiş ülkelerde doğum sonrası bakım hizmeti alma oranları %90, gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelerde ise bu oranlar % 45-50 civarındadır.^{6,7,13,14} TNSA 2013 verilerine göre, ülke genelinde en az bir defa doğum sonrası bakım alan kadın oranı %93,1 olarak bildirilirken, aynı yörede 2009 yılında benzer yöntemle yapılan bir saha çalışmasında kadınların %95,2'sinin lohusalık sürecinde aile hekimi ve/veya aile sağlığı ebesinden en az bir defa doğum sonrası bakım hizmeti aldığı belirlenmiştir.^{10,12} Bu açıdan bakıldığında, Türkiye'de doğum sonrası bakım hizmetlerinin kapsayıcılığının gelişmiş ülke verilerine uyum sağladığı söylenebilir.

Çalışmada, nicelik olarak yeterli doğum sonrası bakım olarak kabul edilen 3 ve üstü sayıda doğum sonrası bakım hizmeti almış kadınların oranı %39,1'dir. TNSA 2008 verilerine göre, doğum

Parametrelerin yapıma sayısı	Parametrelerin dâhil olduğu gruplar					
	Hikâye		Fizik muayene		Bilgilendirme	
	Sayı (N=763)	%	Sayı (N=763)	%	Sayı (N=763)	%
0	231	30,3	139	18,2	31	4,1
1	152	19,9	109	14,3	69	9,0
2	109	14,3	149	19,5	96	12,6
3	83	10,9	234	30,7	124	16,3
4	53	6,9	107	14,0	192	25,2
5	135	17,7	23	3,3	251	32,9
Ortalama (standart sapma)	2,0 (±1,8)		2,2 (±1,4)		3,5 (±1,5)	

*Satır yüzdesi

Parametreler	Lohusa bakım içeriğinde			
	Uygulanmış		Uygulanmamış	
	N=763	%	N=763	%
Hikâye				
Kanama	499	65,4	264	34,6
İdrar problemi	291	38,1	472	61,9
Ağrı	272	35,6	491	64,4
Bağırsak faaliyetleri	230	30,1	533	69,9
Çarpıntı/nefes darlığı	214	28,0	549	72,0
Fizik muayene				
Kan basıncı ölçümü	612	80,2	151	19,8
Nabız sayımı	452	59,2	311	40,8
Ateş ölçümü	378	49,5	385	50,5
Karın muayenesi	184	24,1	579	75,9
Perine muayenesi	36	4,7	727	95,3
Bilgilendirme				
Emzirme	684	89,6	79	10,4
AP yöntemleri	576	75,5	189	24,5
Anne beslenmesi	581	76,1	182	23,9
Meme bakımı	450	59,0	313	41,0
Lohusa döneminde acil durumlar	365	47,8	398	52,2
Demir preparatı	624	81,8	139	18,2

Tablo 3. Sosyodemografik özelliklerin lohusa bakım içeriği puanı üzerine dağılımı (Burdur, 2012)

Sosyodemografik özellikler	Lohusa bakım içerik puanı			Toplam	χ^2	p
	5 ve altı	6-10	11 ve üstü			
	N=197 (%) [*]	N=304 (%) [*]	N=262 (%) [*]	N=763 (%) ^{**}		
Yerleşim yeri						
Kır	28,6	41,1	30,3	30,3	0,429	0,807
Kent	34,0	38,0	28,0	69,7		
Kadının yaşı						
19 yaş ve altı	14,0	47,4	38,6	7,5	8,657	0,070
20-34	25,8	40,6	33,6	80,7		
35 ve üzeri	33,3	30,0	36,7	11,8		
Kadının eğitimi						
8 yıl ve altı	26,1	38,4	35,5	57,7	0,954	0,621
9 yıl ve üzeri	25,4	41,8	32,8	42,3		
Eşinin eğitimi^{***}						
8 yıl ve altı	24,5	38,3	37,2	48,5	2,638	0,267
9 yıl ve üzeri	26,8	41,6	31,6	51,5		
Kadının işi						
Çalışan	25,8	45,2	29,0	12,2	1,620	0,445
Çalışmayan	25,8	39,1	35,1	87,8		
Eşinin işi^{***}						
İşsiz	25,0	35,5	39,5	10,1	4,895	0,298
Kendi hesabına	22,9	45,4	31,7	29,9		
Kamu ve özel sektör	27,6	37,9	34,6	60,2		
Sağlık sigortası						
Yok	15,4	42,3	42,3	3,4	1,674	0,433
Var	26,2	39,8	34,1	96,6		
Eve giren toplam gelir&						
Yetiyor	24,5	41,4	34,1	39,6	0,636	0,728
Yetmiyor	26,7	38,9	34,3	43,3		
Aile tipi						
Geniş aile	25,8	33,3	0,8	15,7	3,264	0,196
Çekirdek aile	25,8	41,1	33,1	84,3		
Resmi nikâh						
Var	25,8	39,5	34,7	98,2	2,783	0,249
Yok	28,6	57,1	14,3	1,8		
Eş ile akrabalık						
Var	27,0	32,4	40,5	9,7	2,094	0,351
Yok	25,7	40,6	33,7	90,3		
Evde yaşayan kişi≠						
4 ve altı	25,4	41,6	33,0	69,2	2,001	0,368
5 ve üzeri	26,5	36,3	37,2	30,8		
Toplam[*]	25,8	39,8	34,3	100,0		

*satur yüzdesi, **sütun yüzdesi, ***3 veri eksik, ≠2 veri eksik, &1 veri eksik

Tablo 4. Sağlık hizmeti kullanımı ve biyodemografik özelliklerin lohusa bakım içeriği puanı üzerine dağılımı (Burdur, 2012)

Sağlık hizmeti kullanımı ve biyodemografik özellikler	Lohusa bakım içerik puanı			Toplam	χ^2	p
	5 ve altı	6-10	11 ve üstü			
	N=144 (%)*	N=187 (%)*	N=163 (%)*	N=494 (%)**		
Doğum yeri#						
Kamu hastanesi	24,6	38,3	37,1	68,3	5,259	0,072
Özel hastane	28,2	43,2	28,6	31,7		
Doğum şekli						
Normal	25,9	35,8	38,3	43,5	4,984	0,083
Sezaryen	25,8	42,9	31,3	56,5		
Hastanede yatılan gün#						
Bir günden az	22,2	33,3	44,4	2,4	2,435	0,656
1-2 gün	26,0	38,6	35,4	69,1		
3 gün ve üzeri	25,3	43,3	31,3	28,5		
Gebelik sayısı						
1	19,7	43,5	36,8	35,3	8,676	0,070
2	29,8	38,8	31,4	32,1		
3	28,5	36,9	34,5	32,6		
Toplam*	25,8	39,8	34,3	100,0		
Bu doğum hariç en az bir kez gebelik yaşamış kadınlarda						
Kendiliğinden düşük						
Var	27,1	40,7	32,1	28,3	0,735	0,692
Yok	29,9	36,7	33,3	71,		
İsteyerek düşük						
Var	33,3	26,7	40,0	6,1	1,723	0,423
Yok	28,9	38,6	32,5	93,9		
Ölü doğum						
Var	15,4	30,8	53,8	2,6	2,804	0,246
Yok	29,5	38,0	32,4	97,4		
5 yaş altı çocuk ölümü						
Var	25,0	37,5	37,5	3,2	0,200	0,905
Yok	29,3	37,9	32,8	96,8		
Toplam*	35,6	36,8	27,5	100,0		

*sattır yüzdesi, **sütun yüzdesi, # evde yapılan 2 doğum işleme alınmamıştır

sonrası bakım alanların %28'inin 2-3 defa, %10,0'unun ise 4 ve daha fazla doğum sonrası bakım aldığı görülmektedir.¹¹ 2009 yılında yapılan çalışmada ise, 3 ve üstü bakım alanların oranı tüm bakım alanların %15,1'i dir.¹² Bu bağlamda, kapsayıcılık açısından yıllar içinde istikrarlı bir artışın olduğu söylenebilir. Öte yandan birinci basamakta verilen lohusa bakım sayısı, hali hazırda nicel yeterlilik için öngörülen en az 3 bakımın oldukça altındadır. Ancak kadınların tamamının, en az bir defa doğum sonrası bakım hizmeti almış olması ve 3 ve üstü bakım alanlarının oranının 2009 yılına göre yaklaşık 2 kat artmış olması önemli bir bulgudur. Kapsayıcılıktaki bu artışın, birinci

basamakta çalışan sağlık personelinin, gelinen süreç içinde aile hekimliği uygulamalarına daha iyi uyum sağlamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmada, doğum sonrası bakım sırasında ulusal kılavuzlara göre uygulanması gerekli parametreler ele alındığında, parametrelerin uygulanma oranları oldukça düşüktür. Çalışma sonucunda, lohusaların %30,3'üne hikâye, %18,2'sine fizik muayene ve %4,1'ine bilgilendirme/danışmanlık kısmından belirlenen parametrelerden hiç birisinin vermediği görülmüştür. Tüm parametreler birlikte değerlendirildiğinde ise, kadınların sadece

%1,2'sine 16 parametrenin tamamı uygulanmıştır. Lohusa başına uygulanan parametre ortalaması ise 8,5 parametredir. Bütün bu veriler ışığında, verilen lohusa bakım içeriğinin yetersiz olduğu söylenebilir. Hâlbuki, yapılan araştırmalarda postpartum dönemde, lohusalarda önemli bir kısmında kötü kokulu akıntı, şiddetli vajinal kanama, sırt ağrısı, ateş gibi istenmeyen postpartum komplikasyonlar olduğu belirtilmiş olup, bu komplikasyonların önlenmesinde ise temel müdahalelerden birisinin nitelikli lohusa bakımı olduğu vurgulanmıştır.¹⁵

Araştırmada, nitelik ölçütü olarak belirlenen parametreler tek, tek ele alındığında, hikâye alma bölümünde en az çarpıntı ve nefes darlığı şikayetinin sorgulandığı; fizik muayene kısmında en az yapılan uygulamanın perine muayenesi olduğu ve bilgilendirme-danışmanlık bölümünde ise, en az bilgilendirmenin lohusalık dönemindeki acil durumlarla ilgili yapıldığı belirlenmiştir. 2008 yılında yapılan TNSA çalışmasında, kan basıncı ölçümü, ateş ölçümü, emzirme, gebeliği önleyici yöntemler, gebelikte acil müdahale gerektiren durumlar, annenin beslenmesi, meme bakımı konusunda bilgi ve demir preparatı verilme oranları bu araştırmaya göre daha düşük düzeydedir.¹¹ Yine aynı yörede 2009 yılında yapılan çalışmada, birinci basamak sağlık kurumlarında lohusalarda kan basıncı, ateş ve nabız ölçümü, karın muayenesi ile lohusalarda emzirme, aile planlaması, lohusalıkta acil durumlar ile ilgili bilgi verilme ve lohusaya demir preparatı verilme oranları bu araştırmaya göre daha düşük düzeydedir.¹² Özetlemek gerekirse, lohusa bakım kalitesi zaman içinde artma eğilimi göstermiş olsa da, rehberde öngörülen kalitenin oldukça altındadır. Bu durum sağlık personelinin iş yükünün fazla olmasından kaynaklanabileceği gibi, hizmet içi eğitimlere rağmen lohusa bakımının önemini yeterince içselleştirilememesinden de kaynaklanabilir. Lohusa bakımı alma durumu ve lohusa bakımı alınmasını etkileyen çeşitli kültürel, ekonomik ve biyolojik faktörler ulusal ve uluslararası çalışmalarda belirlenmeye çalışılmıştır.^{6,7,11} Ancak, gelinen süreçte kadınların tamamının lohusa bakımı alması, lohusa bakımını içerik açısından değerlendirmeye yöneltmiş; içeriğin kalitesini etkileyen faktörlere yönelik analitik değerlendirme yapmayı zorunlu kılar hale gelmiştir. Araştırmada, sosyodemografik, biyodemografik ve sağlık hizmet kullanımı ile ilgili bağımsız değişkenlerin lohusa bakım içerik puan kategorisi üzerine etkisi olmadığı, diğer bir deyişle çeşitli kültürel, ekonomik ve biyolojik faktörlerin lohusa bakım içeriğini etkilemediği belirlenmiştir. Bu durumun muhtemel nedeni sağlık hizmet sunucuları ile sağlık hizmet kullanıcıları arasında

lohusa bakım içeriğine ilişkin bilginin asimetric oluşudur. Bu bilgi, asimetrici lohusa bakım içeriğinin kalitesini sağlık personelinin inisiyatifine bırakmaktadır.

SONUÇ

Sonuç olarak araştırmada, kadınların tamamı en az bir defa lohusa bakımı almıştır; ancak nicel açıdan verilen hizmet yetersizdir. Öte yandan verilen lohusa bakım içeriği de, belirlenen parametreler açısından yetersizdir. Ancak aile hekimliği uygulaması sonrasında, zaman içerisinde gerek kapsayıcılık ve gerekse içerik açısından doğum sonrası bakım hizmetlerinde bir gelişme olduğu görülmektedir. İçerik ile ilgili gelişme, kapsayıcılığa göre daha geride kalmıştır. Kadınların sosyodemografik, biyodemografik ve sağlık hizmet kullanımına ilişkin özellikleri lohusa bakım içeriği üzerinde etkili değildir. Bu nedenle, verilen doğum sonrası bakım hizmetlerinin içeriğinin geliştirilmesi için aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına tazeleme eğitimleri verilmesi, aralıklı saha araştırmaları ile hizmetin değerlendirilmesi doğum sonrası bakım hizmetlerinin nicelik ve içeriğini güçlendirecektir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmaya alınan kadınların hepsi "Aile Hekimliği Bilgi Sistemi" ne kayıtlı ve hali hazırda birinci basamak sağlık kuruluşlarından hizmet alan kadınlardır. Herhangi bir aile hekimine kayıtlı olmayan ve birinci basamak sağlık kuruluşlarından doğum sonrası bakım hizmeti almayan kadınların olması çalışmanın önemli bir kısıtlılığıdır. Doğum sonrası bakım hizmetlerinin içeriği ile ilgili verilerin, sadece kadınlarla olan yüz yüze görüşmeye dayanması, kadınların yapılan işlemi hatırlayamaması veya bazı işlemlerin yapılmış olmasına karşın kadınların bu işlemleri bilmemesi ve bu nedenle yapılamamış gibi bildirme ihtimali çalışmanın diğer önemli bir kısıtlılığıdır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization: WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2010.pp:9
2. World Health Organization: Postpartum Care of the Mother and Newborn: A Practical Guide. fourth edition. Geneva: WHO; 1998. WHO/RHT/MSM/983. pp:12
3. Hacettepe University Institute of Population Studies, ICON-ISTITUT Public Sector GmbH and BNB Consulting (2006) National Maternal

- Mortality Study, 2005, Ministry of Health, General Directorate of Mother and Child Health and Family Planning and Delegation of European Commission to Turkey, Ankara.pp:9
4. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S, Adam T, Walker N, de Bernis L. Lancet Neonatal Survival Steering Team: Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save?. Lancet 2005; 365(9463):977-988.
 5. MacArthur C, Winter HR, Bick DE LRJ, Lancashire RJ KH, Braunholtz DA, Henderson C et al. Redesigning postnatal care: a randomised controlled trial of protocol-based midwifery-led care focused on individual women's physical and psychological health needs. Health Technol Assess 2003; 7(37):1-98.
 6. Chen L, Quiong W, van Velthoven MH, Yanfeng Z, Shuyi Z, Ye L, Wang W et al. Coverage, quality of and barriers to postnatal care in rural Hebei, China: a mixed method study. BMC Pregnancy and Childbirth 2014; 14:31.doi:10.1186/1471-2393-14-31.
 7. Khanal V, Adhikari M, Karkee R, Gavidia T. Factors associated with the utilisation of postnatal care services among the mothers of Nepal: analysis of Nepal Demographic and Health Survey 2011. BMC Women's Health 2014; 14:19.doi:10.1186/1472-6874-14-19
 8. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2010) Türkiye'de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara.pp:93.
 9. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi; 2010, Ankara.
 10. Hacettepe University Institute of Population Studies (2014), "2013 Turkey Demographic and Health Survey". Hacettepe University Institute of Population Studies, T.R. Ministry of Development and TÜBİTAK, Ankara, Turkey.pp:153-156.
 11. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.pp:154-159.
 12. Çatak B, Sütü S, Kılınc AS, Badıllıoğlu O, Zencir M. Burdur'da 2009 yılında doğum yapmış kadınların doğum özellikleri ve doğum sonu bakım hizmetleri. TAF Prev Med Bull 2011;10(5):1-8.
 13. Dhakal S, Chapmani GN, Simkhadai P, van Teijlingen ER, Stephens J, Raja AE. Utilisation of postnatal care among rural women in Nepal. BMC Pregnancy and Childbirth 2007;7:19.
 14. Chakraborty N, Islam M, Chowdhury RI, Bari W. Utilisation of postnatal care in Bangladesh: evidence from a longitudinal study. Health Soc Care Comm 2002;10(6):492-502.
 15. Lomoro OA, Ehiri JE, Qian X, Tang L. Mother's perspectives on quality of postpartum care in central Shanghai, China. Int J for Quality Health Care 2002;14(5):393-402.



C-Reactive Protein Levels in Women with Polycystic Ovarian Syndrome and Healthy Controls

C-reaktif Protein Düzeylerinin Polikistik Over Sendromlu Kadınlar ile Sağlıklı Kadınlarda Değerlendirilmesi

Özgür Yılmaz¹, Muzaffer Temur^{*2}, Tuncay Küme³, Çiğdem Alper Karas⁴, Sefa Keleşçi⁵, Yasemin Kılıç Öztürk⁶

ABSTRACT

Aim/background: Although, pathophysiology of polycystic ovarian syndrome has not been fully understood, insulin resistance may have a pivotal role in this condition. It has been suggested that subclinical inflammation is strongly related to both insulin resistance and obesity associated metabolic disorders. In this study, we aimed to evaluate the serum levels of C-reactive protein which has been determined as an insulin resistance related inflammatory marker and investigate to its potential role the polycystic ovarian syndrome in our study population. **Methods:** Forty women with polycystic ovarian syndrome and forty age and body mass index matched healthy controls were retrospectively evaluated in this study. Serum fasting glucose, insulin, C-reactive protein and total testosterone concentrations were assessed. **Results:** Both serum C-reactive protein (1.14 ± 1.86 mg/L vs. 3.56 ± 4.69 mg/L; $p = 0.004$) and total testosterone concentrations ($p = 0.011$) were higher in polycystic ovarian syndrome group. C-reactive protein levels significantly and positive correlated with body weight, body mass index and waist circumference ($p < 0.05$). In the linear regression model, polycystic ovarian syndrome was defined as a dependent variable and hs-CRP was determined as an independent variable. According to this analysis C-reactive protein associated with polycystic ovarian syndrome ($\beta = 0.326$, $R^2 = 0.106$ and $p = 0.003$) **Conclusion:** Several inflammatory molecules associate with both insulin resistance and obesity related cardio metabolic disorders. However, there are some conflicting results in relationship between polycystic ovarian syndrome and inflammatory molecules including C-reactive protein. Therefore, advanced studies need to explain the potential role of the C-reactive protein in polycystic ovarian syndrome.

Key words: Polycystic ovarian syndrome, C-reactive protein, inflammation

ÖZET

Amaç/Giriş: Polikistik over sendromunun (PKOS) patogenezi tam olarak anlaşılammış olmakla birlikte insülin direncinin bu hastalıkta önemli bir role sahip olabileceği bildirilmiştir. Subklinik inflamasyonun insülin direnci ve obezite ile ilişkili metabolik bozukluklarda önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Bu çalışmada incelediğimiz popülasyonda PKOS'lu ve sağlıklı kadınlar arasında bir inflamatuvar belirteç olan C-reaktif protein serum düzeylerini değerlendirerek polikistik over sendromundaki yerini değerlendirmeyi amaçladık. **Yöntem:** Polikistik over sendromu olan 40 kadın ile vücut kitle indeksi ve yaş açısından eşleştirilmiş olan 40 sağlıklı kadın geriye dönük olarak incelendi. Serum açlık glukoz, insülin, C-reaktif protein (CRP) ve total testosteron düzeyleri değerlendirildi. **Bulgular:** Serum C-reaktif protein (1.14 ± 1.86 mg/L'e karşın 3.56 ± 4.69 mg/L; $p = 0.004$) ve serum total testosteron konsantrasyonu ($p = 0.011$) polikistik over sendromlu kadınlarda anlamlı olarak daha yüksekti. Serum C-reaktif protein ile vücut ağırlığı, vücut kitle indeksi ve bel çevresi arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı ($p < 0.05$). Polikistik over sendromunun bağımlı değişken, C-reaktif proteinin ise bağımsız değişken olarak tasarlandığı lineer regresyon modeli'nin sonuçlarına göre C-reaktif proteinin polikistik over sendromu ile istatistiksel olarak anlamlı seviyede birliktelik gösterdiği saptandı ($\beta = 0.326$, $R^2 = 0.106$ ve $p = 0.003$) **Sonuç:** Pek çok inflamatuvar molekül insülin direnci ve obezite ile ilişkili metabolik ve kardiyovasküler bozukluklar ile birliktelik gösterir. Ancak polikistik over sendromu ile C-reaktif proteini de içeren inflamatuvar moleküller arasındaki ilişkiye ait veriler birbirleri ile tam olarak örtüşmemektedir. Bundan dolayı ileri çalışmalarla C-reaktif proteinin polikistik over sendromundaki rolünün aydınlatılması gereklidir.

Anahtar kelimeler: Polikistik over sendromu, C-reaktif protein, inflamasyon

Received / Geliş tarihi: 30.06.2017, Accepted / Kabul tarihi: 06.09.2017

1 Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

2 SBÜ. Bursa Yükses İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

3 Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı

4 İzmir Medical Park hastanesi Kadın hastalıkları ve Doğum Kliniği

5 İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

6 İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

*Address for Correspondence/ Yazışma Adresi: Muzaffer Temur, SBÜ. Bursa Yükses İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bursa / TÜRKİYE, E-mail: drmuzaffer@yahoo.com

Yılmaz Ö, Temur M, Küme T, Karas ÇA, Keleşçi S, Öztürk YK. C-reaktif Protein Düzeylerinin Polikistik Over Sendromlu Kadınlar ile Sağlıklı Kadınlarda Değerlendirilmesi. TJFMPC, 2017; 11(4): 265-270.

DOI: 10.21763/tjfm.359835

GİRİŞ

Polikistik Over Sendromu (PKOS) kadınlarda en sık görülen endokrinopati olup doğurgan yaşdaki kadınların yaklaşık %5 ile 10'unu etkiler. Bu bozukluk klinik veya laboratuvar hiperandrojenizm, kronik oligo-veya anovulasyon ve overlerdeki polikistik yapı ile karakterizedir. İnsülin direncinin PKOS daki önemli bir fizyopatolojik faktör olduğu düşünülmektedir.¹ İnsülin direnci çoğu zaman aterogenez oluşumu ile birliktelik gösterir. PKOS'lu kadınların yarısından fazlasında değişik derecelerde hiperandrojenemi ve insülin direncinin eşlik ettiği obezite mevcut olup; bu durum ateroskleroz ve hiperglisemi gelişimi yönünden ilave bir risk faktörüdür.² Obezite, hipertansiyon, dislipidemi ve ateroskleroz gibi bazı metabolik bozukluklarda birçok subklinik inflamasyon belirteçin düzeylerinde artış olduğu saptanmıştır. Hiperglisemi periferik mononükleer hücrelerden reaktif oksijen türlerinin salınımına yol açmasından dolayı proinflamatuvar etki gösterir.³ PKOS daki obezite ve insülin direnci sıklığındaki artış hipertansiyon, lipid profilinde bozukluklar, insülin direnci, gestasyonel ve tip 2 diabetes mellitus ve nihayetinde artmış kardiyovasküler morbidite riski gibi bir çok hastalığa zemin hazırlar.⁴

Biz bu çalışmada insülin direnci ve kardiyovasküler risk durumunu yansıtan inflamatuvar moleküllerden biri olan C-reaktif protein (CRP)'in^{5,6} serum düzeylerini PKOS'lu kadınlar ile ek sağlık problemi olmayan kadınlar arasında karşılaştırarak PKOS daki yerini incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM

Bu retrospektif çalışma Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran kadınlar arasında hastalara ait veri kayıtlarının bu hastanede kullanılan yazılım sisteminin (Probel Bilgisayar Yazılım Donanım San. Tic. Ltd. Şti, İzmir, Türkiye) geriye yönelik incelenmesi ile elde edildi. 18 ile 38 yaş arasındaki Polikistik over sendromlu kırk, 18 ile 38 yaş arasındaki normal menstrüel sikluslu kırk olmak üzere toplam seksen olgunun kayıtları incelendi. Polikistik Over Sendromu tanısı kronik oligomenore (Yıllık menstruasyon sayısının altı veya daha az sayıda olması), serum total testosteron konsantrasyonundaki yükseklik olarak tanımlanan biyokimyasal hiperandrojenizm, yapılan klinik değerlendirmede hiperandrojenizme yol açacak başka klinik tablonun bulunmaması ve pelvik ultrasonografide polikistik ovarian morfoloji (her iki overde 0.8-1.2 cm büyüklüğünde çevresel yerleşimli on adet ve üzeri kistler) saptanması kriterlerine göre

konuldu.⁷ İnsülin direnci ise insülin direnci homeostatik model değerlendirmesi indeksinin(homeostasis model assessment of insulin resistance – HOMA-IR) belirtilen şu formülüne göre hesaplandı: $HOMA-IR = \frac{\text{serum açlık insülin (mU/mL)} \times \text{serum açlık glukoz (mg/dL)}}{405}$.⁸ Menstrüel siklus düzeni normal, pelvik ultrasonografi değerlendirmesinde overlerde polikistik morfoloji olmayan ve serum total testosteron düzeyi normal sınırlar içinde bulunan olgular yaş ve vücut kitle indeksi (VKİ) kıyaslamalı olarak sağlıklı gruba dahil edildi. Gebe kadınlar, erken menopoz dönemindeki kadınlar, emzirenler, tanı konulmuş hipertansiyon, diabetes mellitus, adrenal gland hastalığı bulunan kadınlar ve anamnezde aktif enfeksiyonu olanlar, antibiyotik tedavisi alanlar çalışmaya dahil edilmedi. Bu retrospektif çalışma etik kurul onayı (Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu; 18.02.2016, Karar no: 2016/05-27) alınmasının ardından gerçekleştirildi.

İstatistiksel analizler SPSS v.15.0 (SPSS Inc.Chicago, IL, ABD) bilgisayar programı kullanılarak yapıldı. Değişkenler ortalama \pm standart sapma (SD), şeklinde ifade edildi. Değişkenlerin kıyaslanması nda bağımsız örneklem t-testi kullanıldı. Değişkenlerin birbirleri arasındaki korelasyonlar Pearson'nun korelasyon analizi ile değerlendirildi. Değişkenlerin birbirleri arasındaki sebep-sonuç ilişkileri ise lineer regresyon analizi ile değerlendirildi. Güç (Power) analizi Windows işletim sistemine uygun G* Power 3.0.10 bilgisayar programı (Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Almanya) kullanılarak yapıldı. P değerinin <0.05 olması anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışma popülasyonuna ait klinik ve laboratuvar bulguları Tablo 1'de gösterilmiştir. Her iki grup arasında yaş (p=0.093), boy (p=0.443), vücut ağırlığı (p=0.174), VKİ (p=0.277), bel çevresi (p=0.629) ve kalça çevresi (p=0.057) yönünden anlamlı fark bulunmadı. Gruplar arasında serum açlık glukoz (p=0.667), ve insülin (p=0.442) ve HOMA-IR (p=0.422) değerleri arasında anlamlı fark saptanmadı. Serum CRP (1.14 \pm 1.86 mg/L'e karşın 3.56 \pm 4.69mg/L; p= 0.004) ve serum total testosteron konsantrasyon'u (0.366 \pm 0.149ng/mL'e karşın 0.467 \pm 0.196ng/mL; p=0.011) ise PKOS' lulara anlamlı olarak daha yüksek saptandı.

PKOS'lu kadınlar, kontrol grubu ve tüm çalışma popülasyonundaki CRP ile klinik ve laboratuvar bulgular arasındaki ilişkiyi inceleyen Pearson'un korelasyon analizi sonuçları tablo 2'de

Tablo 1. Çalışma popülasyonuna ait klinik ve laboratuvar bulguların kıyaslanması

	Kontrol (n=40)	PKOS (n=40)	P değeri
Yaş (yıl)	25.95±5.335	23.58±7.038	0.093
Boy (cm)	160.89±5.498	162.18±9.018	0.443
Vücut Ağırlığı (kilogram)	65.692±11.722	70.57± 19.135	0.174
Vücut Kitle İndeksi(kg/m ²)	25.456± 4.818	26.011± 7.564	0.277
Bel çevresi (cm)	84.675± 10.661	86.175 ±16.372	0.629
Kalça Çevresi (cm)	104 ± 9.438	109.82 ± 16.473	0.057
Serum Açlık Glukoz(mg/dL)	87.425 ± 4.511	88± 7.103	0.667
Serum Açlık İnsülin(μU/ml)	12.772 ± 5.212	13.863± 7.251	0.442
Serum Total Testosteron(ng/mL)	0.366±0.149	0.467 ± 0.196	0.011
HOMA-IR	2.751± 1.106	2.987 ± 1.479	0.422
Serum CRP(mg/L)	1.135 ± 1.86	3.56± 4.69	0.004

Bağımsız örnekler için t-testi kullanıldı. Değişkenler ortalama ± standart sapma şeklinde ifade edildi. P değerinin 0.05'den küçük olması anlamlı kabul edildi. Kısaltmalar: HOMA-IR: homeostasis model assessment of insulin resistance; CRP: C-reaktif protein; PKOS: Polikistik Over Sendromu.

Tablo 2. Kontrol grubu, PKOS grubu ve tüm çalışma popülasyonunda, CRP ile klinik ve laboratuvar verileri arasındaki ilişkileri ayrı ayrı inceleyen korelasyon analizi sonuçları

		Kontrol Grubu	PKOS Grubu	Tüm Çalışma Popülasyonu
Yaş (yıl)	<i>r</i>	-0.068	0.289	0.123
	<i>P</i>	0.675	0.07	0.276
Boy (cm)	<i>r</i>	-0.134	0.084	0.067
	<i>P</i>	0.41	0.606	0.555
Vücut Ağırlığı (kilogram)	<i>r</i>	0.384	0.614	0.574
	<i>P</i>	0.014	<0.001	<0.001
Vücut Kitle İndeksi(kg/m ²)	<i>r</i>	0.41	0.551	0.522
	<i>P</i>	0.009	<0.001	<0.001
Bel çevresi (cm)	<i>r</i>	0.385	0.566	0.507
	<i>P</i>	0.014	<0.001	<0.001
Kalça Çevresi (cm)	<i>r</i>	0.203	0.485	0.466
	<i>P</i>	0.209	0.002	<0.001
Bel/Kalça oranı	<i>r</i>	0.386	0.303	0.216
	<i>P</i>	0.014	0.058	0.055
Serum Açlık Glukoz(mg/dL)	<i>r</i>	0.06	0.061	0.062
	<i>P</i>	0.973	0.709	0.585
Serum Açlık İnsülin(μU/ml)	<i>r</i>	0.18	0.151	0.173
	<i>P</i>	0.266	0.351	0.126
HOMA-IR	<i>r</i>	0.207	0.149	0.177
	<i>P</i>	0.2	0.359	0.116
Serum Total Testosteron(ng/mL)	<i>r</i>	-0.105	-0.216	-0.074
	<i>P</i>	0.52	0.18	0.512

Pearson'un korelasyon analizi kullanıldı. *r*: pearson korelasyon katsayısı. *P* değerinin 0.05'den küçük olması anlamlı kabul edildi.

gösterilmiştir. PKOS'lu kadınlar, kontrol grubu ve tüm çalışma popülasyonunda CRP ile yaş, boy, bel/kalça oranı, serum açlık glukoz, serum açlık insülin, HOMA-IR ve serum total testosteron düzeyleri arasında anlamlı korelasyon saptanmadı ($p>0.05$). Her üç grupta da CRP ile vücut ağırlığı, VKI ve bel çevresi arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı ($p<0.05$).

Tüm çalışma popülasyonunda CRP ile kalça çevresi arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı ($r= 0.466$; $p<0.001$). Gruplar ayrı ayrı incelendiğinde ise PKOS grubunda da CRP ile kalça çevresi arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı ($r= 0.485$; $p=0.02$); kontrol grubunda bu anlamlı ilişki mevcut değildi ($r=0.203$; $p=0.209$).

PKOS ile CRP düzeyleri arasındaki potansiyel birlikteliği incelemek amacı ile lineer regresyon modeli oluşturuldu. Bu modele göre PKOS bağımlı değişken, serum CRP düzeyleri ise bağımsız değişken olarak tasarlandı. Bu analizin sonuçlarına göre CRP düzeyleri PKOS ile anlamlı düzeyde birliktelik gösteriyordu ($\beta= 0.326$; $R^2=0.106$; $p=0.003$). Çalışmamızın retrospektif olarak planlanması; ayrıca olgu ve kontrol gruplarının birbirleri arasında yaş ile VKI eşleşmeli olarak oluşturulmasından ötürü, örneklem büyüklüğümüz toplam olarak 80 kadın ile sınırlı kaldı. Bu sayı ile yapılan power (güç) analizinde çalışmamızın gücü 0.598 olarak hesaplandı (α -hata=0.05;d=0.5).

TARTIŞMA

Bu retrospektif çalışmada PKOS'lu kadınlarda serum CRP düzeyleri yaş ve VKI eşleşmeli kontrol grubuna kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunur iken; CRP düzeyleri ile obezite belirteçleri arasında anlamlı pozitif ilişki saptandı. Ayrıca CRP düzeyleri PKOS ile anlamlı olarak birliktelik göstermekte idi.

PKOS'dan etkilenen kadınlarda insülin duyarlılığı obeziteden bağımsız olarak yaklaşık %35-40 oranında azalır ve bu miktar tip 2 diabetes mellitus'lu hastalardaki insülin duyarlılığındaki azalma miktarına yakındır. Bununla beraber obezitenin oluşturduğu metabolik yükün insülin faaliyetini daha da bozması ile PKOS'lu kadınların yaklaşık %50 ile %70'inde çeşitli düzeylerde insülin direnci mevcuttur. İnflamatuar sürecin ateroskleroz ve diyabet gibi obezite ve insülin direnci ilişkili metabolik bozuklukların altında yatan sebeplerinden biri olabileceği düşünülmektedir. Polikistik over sendromu da insülin direnci ve obezite ilişkili metabolik bozukluklardan birisi olarak kabul edilir.¹⁻
³ Ancak PKOS ile inflamasyon arasındaki ilişkiye ait

sonuçlar tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalıklarda olduğu kadar belirgin farklılıklar sergiler. İlk olarak PKOS'lularda CRP düzeylerinde artış bildiren çalışmaların bile kendi aralarında belirli yönlerden farklılıkları mevcuttur. Örnek olarak El-Mesallamy ve arkadaşları yaş ve obezite düzeyleri benzer olan Mısır'lı PKOS'lu kadınlarda kontrollere kıyasla CRP'nin yüksek olduğunu buldular. Ve bu yükseklik de obeziteden bağımsız olarak insülin direnci ile birliktelik gösterdiğini bildirdiler.⁹ Sumithra ve arkadaşları Hindistan'da yaşları 18-40 arasında değişen VKI eşleşmeli PKOS lu kadınlarda CRP düzeylerini kontrollere kıyasla anlamlı yüksek buldular. Fakat onlar bu durumun PKOS'da artmış olan oksidatif stresden kaynaklandığını bildirdiler¹⁰

Çalışmamızda CRP düzeyleri ile vücut ağırlığı, VKI, bel çevresi, ve bel/kalça oranı gibi obezite belirteçleri arasında anlamlı korelasyon var iken; ilave olarak CRP düzeyleri PKOS ile de anlamlı birliktelik gösteriyordu. Bu bulgular incelediğimiz popülasyondaki hs-CRP düzeylerinin hem obezite hem de PKOS ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Puder ve arkadaşları PKOS'lulardaki CRP ve diğer inflamatuvar belirteçlerin düzeylerindeki yüksekliklerin PKOS durumundan ziyade atılmış santral obezite ile birliktelik gösterdiğini bildirmişlerdir.¹¹ Ganie ve arkadaşları ise adolesanları inceledikleri çalışmalarında PKOS'lular ile yaş ve VKI kıyaslamalı kontroller arasında serum CRP konsantrasyonları yönünden anlamlı fark bulamamışlardır. Bununla beraber CRP düzeyleri ile VKI ve bel çevresi gibi obezite belirteçleri arasında anlamlı pozitif korelasyon olduğunu bildirmişlerdir.¹²

İnterlökin-6 (IL-6) ve aynı zamanda adipoz doku tarafından da fazla miktarda eksprese edilen tümör nekrosis faktör-alfa (TNF- α) gibi bazı inflamatuvar moleküller insülinin hedef dokularındaki akut ve kronik etkileri ile insülin direncini teşvik ederler.³ PKOS ve inflamatuvar belirteçler arasındaki ilişkiye ait farklı sonuçlar sadece CRP için değil aynı zamanda diğer inflamatuvar moleküller içinde mevcuttur. PKOS'lu kadınlar yaş ve VKI eşleşmeli kontrollere karşılaştırıldığında dolaşımdaki TNF- α , IL-6, ve CRP düzeylerinde artış olduğu bildirilmiştir.^{13,14} Ancak başka çalışmalarda ilginç olarak obez PKOS'lular ile obez kontroller arasında TNF- α ile IL-6 yönünden farklılık olmadığı bildirilmiştir.^{15,16}

PKOS'lu hastalardaki metabolik ve kardiyovasküler risklerdeki artışın sebeplerinden birisinin de hastalığın temel bulguları arasında yer alan hiperandrojenizm olabileceği öne sürülmektedir.¹⁷⁻¹⁹ Çalışmamızda hiperandrojenizmi

tanımlamakta kullandığımız serum total testosteron düzeyleri ile CRP arasında anlamlı pozitif korelasyon bulduk. Öte yandan Ganie ve arkadaşları adölesan yaş grubunu inceledikleri çalışmalarında serum CRP ile serum total testosteron düzeyleri arasında anlamlı korelasyon olmadığını ve laboratuvar hiperandrojenizm'in PKOS lu kadınlarda var olan düşük dereceli inflamasyon ile ilişkili olmayabileceğini bildirmişlerdir.¹²

Çalışmamızda bazı kısıtlıklar mevcuttu. İlk olarak olgu ve kontrol gruplarının birbirleri arasında yaş ile VKI eşleşmeli olarak oluşturulmasından dolayı çalışma popülasyonumuz nispeten küçük idi. İkinci olarak çalışmamız geriye yönelik tipte bir çalışma idi. Son olarak ise CRP dışındaki TNF- α ve IL-6 gibi insulin direnci ve obezite ile birlikteliği olan diğer inflamatuvar belirteçlerin serum düzeylerini değerlendiremedik.

SONUÇ

Retrospektif olarak yaptığımız çalışmamızda PKOS'lu hastalarda bir inflamatuvar belirteç olan CRP konsantrasyonlarını yaş ve VKI eşleştirmeli kontrollerle karşılaştırdığımızda anlamlı olarak daha yüksek bulduk. CRP düzeyleri PKOS ile anlamlı birliktelik gösterir iken; obezite belirteçleri ile de arasında anlamlı korelasyon mevcuttu. Aralarında CRP'nin de bulunduğu inflamatuvar moleküller insulin direnci ve obezite ilişkili metabolik bozukluklar ile birliktelik gösterirler. Günlük pratiğimizde özellikle birinci basamak merkezlerde PKOS tanısını desteklemek amacıyla hassas-CRP nin de tetkiklere eklenebileceği ancak bu konuda daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu görüşündeyiz.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

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

KAYNAKLAR

1. Mukherjee S, Maitra A. Molecular & genetic factors contributing to insulin resistance in polycystic ovary syndrome. *Indian J Med Res.* 2010; 131:743-60.
2. Majumdar A, Singh TA. Comparison of clinical features and health manifestations in lean vs. obese Indian women with polycystic ovarian syndrome. *J Hum Reprod Sci.* 2009; 2:12-17.
3. Sathyapalan T, Atkin SL. Mediators of inflammation in polycystic ovary syndrome in

relation to adiposity. *Mediators Inflamm.* 2010; 2010:758656

4. Diamanti-Kandarakis E, Christakou CD, Kandaraki E, Economou FN. Metformin: an old medication of new fashion: evolving new molecular mechanisms and clinical implications in polycystic ovary syndrome. *Eur J Endocrinol.* 2010; 162:193-212.
5. Ridker PM. Clinical application of C-reactive protein for cardiovascular disease detection and prevention. *Circulation.* 2003; 107:363-369.
6. Oemrawsingh RM, Cheng JM, Akkerhuis KM, Kardys I, Degertekin M, van Geuns RJ et al. High-sensitivity C-reactive protein predicts 10-year cardiovascular outcome after percutaneous coronary intervention. *EuroIntervention.* 2016 Jun 20;12(3):345-51
7. Legro RS, Arslanian SA, Ehrmann DA, Hoeger KM, Murad MH, Pasquali R, Welt CK; Endocrine Society. Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2013;12: 4565–4592
8. Matthews DR, Hosker JP, Rudenski AS, Naylor BA, Treacher DF, Turner RC. Homeostasis model assessment: insulin resistance and beta-cell function from fasting plasma glucose and insulin concentrations in man. *Diabetologia* 1985; 28:412–419
9. El-Mesallamy HO, Abd El-Razek RS, El-Refaie. TA. Circulating high-sensitivity C-reactive protein and soluble CD40 ligand are inter-related in a cohort of women with polycystic ovary syndrome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013; 168:178-182.
10. Sumithra NU, Lakshmi RL, Leela Menon N, Subhakumari KN, Sheejamol VS. Evaluation of oxidative stress and hsCRP in polycystic ovarian syndrome in a tertiary care hospital. *Indian J Clin Biochem.* 2015; 30:161-166.
11. Puder JJ, Varga S, Kraenzlin M, De Geyter C, Keller U, Müller B. Central fat excess in polycystic ovary syndrome: relation to low-grade inflammation and insulin resistance. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005; 90:6014-6019
12. Ganie MA, Hassan S, Nisar S, Shamas N, Rashid A, Ahmed I, et al. High-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP) levels and its relationship with components of polycystic

- ovary syndrome in Indian adolescent women with polycystic ovary syndrome (PCOS). *Gynecol Endocrinol.* 2014; 30:781-784.
13. Kelly CC, Lyall H, Petrie JR, Gould GW, Connell JM, Sattar N. Low grade chronic inflammation in women with polycystic ovarian syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2001; 86:2453-2455.
 14. Amato G, Conte M, Mazziotti G, Lalli E, Vitolo G, Tucker AT, et al. Serum and follicular fluid cytokines in polycystic ovary syndrome during stimulated cycles. *Obstet Gynecol.* 2003;101:1177-1182
 15. Gonzalez F, Thusu K, Abdel-Rahman E, Prabhala A, Tomani M, Dandona P. Elevated serum levels of tumor necrosis factor alpha in normal-weight women with polycystic ovary syndrome. *Metabolism.* 1999; 48:437-441.
 16. Escobar-Morreale HF, Villuendas G, Botella-Carretero JI, Sancho J, San Millán JL. Obesity, and not insulin resistance, is the major determinant of serum inflammatory cardiovascular risk markers in pre-menopausal women. *Diabetologia.* 2003; 46:625-633
 17. Chen MJ, Yang WS, Yang JH, Chen CL, Ho HN, Yang YS. Relationship between androgen levels and blood pressure in young women with polycystic ovary syndrome. *Hypertension.* 2007; 49:1442-1447
 18. Luque-Ramírez M, Martí D, Fernández-Durán E, Alpañés M, Álvarez-Blasco F, Escobar-Morreale HF. Office blood pressure, ambulatory blood pressure monitoring, and echocardiographic abnormalities in women with polycystic ovary syndrome: role of obesity and androgen excess. *Hypertension* 2014;63:624-629.
 19. Kim MJ, Lim NK, Choi YM, Kim JJ, Hwang KR, Chae SJ, et al. Prevalence of metabolic syndrome is higher among non-obese PCOS women with hyperandrogenism and menstrual irregularity in Korea. *PLoS One.* 2014 Jun 5;9(6):e99252.



Original Research / Özgün Araştırma

Sleep Quality and Related Factors in Medical Residents

Asistan Hekimlerde Uyku Kalitesi ve İlgili Faktörler

Ayşe Didem Esen^{*1}, Gözde Nizamoğlu Mercan², Ezgi Kaçar³, Dilek Toprak¹

ABSTRACT

Introduction: The aim of this study was to assess the sleep quality and daytime sleepiness of resident doctors, to compare the sleep quality between surgical and medical branch residents and to examine effects of working hours, number of duties, clinical branches and some other daily habits on the sleep quality of resident doctors in a hospital in Turkey. **Methods:** A survey was conducted to gather data on (i) demographics, lifestyle and daily habits as well as to determine (ii) Epworth sleepiness scale (ESS) score and (iii) Pittsburgh sleep quality index (PSQI) scores of the participants. Data collection was based on the use of a self-administered questionnaire. **Results:** Of 138 resident doctors, 45.7% were classified as having good sleep quality based on a cut-off score of 5 in PSQI. The mean ESS and PSQI scores were 6.59 ±3.92 and 6.30 ±3.22, respectively. Significantly positive correlations were found between Epworth score and the number of night duties (p=0.010), working hours per week (p=0.006), total cigarettes per day (p=0.033), and daily tea consumption (p=0.013). Also, there were statistically significant positive correlations between PSQI scores and the number of night duties (p<0.001), working hours per week (p=0.007), total cigarettes per day (p=0.013) and daily coffee consumption (p=0.002). Surgical residents had significantly poor sleep quality (p=0.015). ESS score was higher in female residents and surgical residents, with a significant difference in these two sub-groups (p=0.018, p=0.008 respectively). **Conclusions:** Sleep quality and daytime sleepiness of the resident doctors were closely related to lifestyle factors including working hours, number of night duties and branch of residency as well as to certain demographic factors and daily habits.

Keywords: Sleepiness, sleep deprivation, lifestyle

ÖZET

Giriş: Bu çalışmanın amacı bir hastanede çalışan asistanların uyku kalitesini ve gün içi uykululuk durumunu değerlendirmek, cerrahi ve medikal branşlar arasında uyku kalitesini karşılaştırmak ve haftalık çalışma saatleri, nöbet sayıları, bazı günlük alışkanlıklar ve yaşam tarzının uyku kalitesi üzerine etkisini araştırmaktır. **Yöntem:** Çalışma üç bölümden oluşan veriler ile yapılmıştır; (i) demografik özellikler, günlük yaşam tarzı ve alışkanlıklarla ilgili bilgiler, (ii) Epworth uykululuk ölçeği (ESS) skoru, (iii) Pittsburgh uyku kalitesi ölçeği (PSQI). Veriler katılımcılardan anket yoluyla ve etik kurallara uygun olarak alınmıştır. **Bulgular:** 138 asistan doktorun % 45.7'sinin uyku kalitesi PSQI kesme puanı olan 5'e göre uyku kalitesi iyi olarak değerlendirildi. Ortalama ESS ve PSQI puanları sırasıyla 6.59 ±3.92 ve 6.30 ±3.22 olarak bulundu. Epworth skoru ile gece nöbet sayısı (p=0.010), haftalık çalışma saatleri (p=0.006), günlük içilen sigara sayısı (p=0.033), günlük çay tüketimi (p=0.013) arasında anlamlı pozitif korelasyon bulundu. PSQI skorları ile, gece nöbeti sayıları (p<0.001), haftalık çalışma saatleri (p=0.007), günde içilen sigara sayısı (p=0.013), günlük kahve tüketimi (p=0.002) arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı. Cerrahi bölüm asistanlarının uyku kalitesi daha düşük rapor edildi (p=0.015). ESS skorları kadın asistanlarda ve cerrahi bölüm asistanlarında daha yüksek gözlemlendi ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulundu (sırasıyla p=0.018, p=0.008). **Sonuç:** Asistan doktorların uyku kalitesi ve gün içi uykululuk durumu, demografik faktörler ve günlük alışkanlıklarla ilgili olduğu kadar, haftalık çalışma saatlerinin uzunluğu, nöbet sayıları ve asistanlık yapılan bölüm gibi yaşam tarzı faktörleriyle de yakından ilişkilidir.

Anahtar sözcükler: Uykululuk, uyku yoksunluğu, yaşam tarzı

Received / Geliş tarihi: 18.04.2017, Accepted / Kabul tarihi: 18.09.2017

¹Department of Family Medicine, SBU Okmeydanı Training and Research Hospital

²Kağıthane Merkez Family Medicine Center

³Şenkaya County Hospital, Erzurum

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Ayşe Didem Esen, Department of Family Medicine, SBU Okmeydanı Training and Research Hospital, İstanbul-TÜRKİYE, E-mail: didem_esen@hotmail.com

Esen AD, Mercan GN, Kaçar E, Toprak D. Sleep Quality and Related Factors in Medical Residents. TJFMPC, 2017; 11(4): 271-277.

DOI: 10.21763/tjfm.359842

INTRODUCTION

Common sleep disorders are insomnia, hypersomnia, parasomnia and sleep-related breathing disorders such as obstructive sleep apnea (OSA). In a study by Christopher L. Drake et al. "shift work sleep disorder" was reported in almost 10% of the individuals who have night and rotating shift work, and this was defined as a risk factor for behavioral and health-related morbidity.¹ and sleep quality is linked with physical and mental health in many ways. Poor sleep quality may be an important symptom of many organic and psychiatric disorders.² Several factors have been investigated as being caused by, or being risk factors for, sleep disturbances. Among medical students, high levels of stress have been associated with sleep problems.³ Medical residency is intensive training within a specific branch of medicine, and most residency programs involve prolonged working hours, which is a part of medical training in almost all clinical specialties. Prolonged working hours can be associated with adverse health consequences as a result of sleep deprivation. Sleep deprivation affects residents performance and safety.⁴

In view of the clinical significance of the sleep quality, this study was undertaken to assess the effects of working hours, number of the duties some other daily habits on the sleep quality and daytime sleepiness of resident doctors and to compare the results between surgical and medical branch residents in our hospital.

MATERIALS AND METHODS

This study was carried out between November 2013 and December 2013 in Istanbul Okmeydani Training and Research Hospital. The target population was the resident doctors in all medical departments at all seniority stages. In this time period, there were about 240 resident doctors in 22 clinical departments in the hospital. The study sample consisted of 138 resident doctors in these medical departments from their first to the last year. The medical departments were categorized as surgical and medical branches. We used a convenient sampling method. The volunteers were informed about the study and their verbal consents were taken in accordance with national and international medical ethical rules.

Participants completed a self-administered questionnaire including 60 questions and consisting of three parts: (A) a general questionnaire gathering data on demographics such as age and gender, lifestyle and daily habits (38 questions); (B) Epworth

sleepiness scale (ESS) (8 questions); and (C) Pittsburgh sleep quality index (PSQI)(24 questions). Recruitment and collection of data continued for four weeks. We could not achieve all the resident doctors in the hospital in the time period of the study. There were 12 drop-outs in the study; we couldn't get 9 questionnaires back and 3 questionnaires were not completed fully.

In our study, we chose ESS because it is widely used and reliable predictor of daytime sleepiness. Also, we used PSQI because it is a validated and frequently used scale which assesses sleep quality. We selected these specific scales because we aimed to assess sleep quality and daytime sleepiness of resident doctors. These scales were validated and appropriate for our study.

ESS was originally developed by Dr. Murray Jones of Epworth Hospital, Australia in 1991, with the intent to measure daytime sleepiness through the use of a very short questionnaire.⁵ ESS is a self-administered questionnaire with 8 questions that provides a measure of daytime sleepiness or average sleep propensity in a day. Over time, it has become the gold standard method for assessing daytime sleepiness. Participants are requested to rate on a 4-point scale (0-1-2-3) for 8 situations of daily activities. A score between 0 and 9 is considered normal, while a score of 10-24 warrants medical intervention.⁵

PSQI is a self-rate questionnaire that assesses sleep quality and disturbances over a 1-month period. Nineteen distinct items generate seven scores; Sleep duration (PSQIDURAT), sleep disturbances (PSQIDISTB), sleep latency (PSQILATEN), daytime dysfunction due to sleepiness (PSQIDAYDYS), habitual sleep efficiency (PSQIHSE), use of sleeping medication (PSQIMEDS), and subjective overall sleep quality (PSQISLPQUAL). The sum of scores for these seven components produces one total score.⁶ Scores ≥ 5 indicated poor sleep quality and < 5 considered good sleep quality.

In addition sleep assessment tools, Pittsburgh sleep quality index and Epworth sleepiness scale, study data were collected from the following areas: working years as a resident, number of night duties in a month, weekly working hours, having kids or not, number of persons living in the house, time spent in traffic during a day, daily hours of television watching and computer use, daily coffee, tea, cigarette and alcohol consumption, use of medicines, and physical activity level.

Furthermore, information was gathered on sleep hygiene like watching TV for sleeping, leaving lights on while sleeping, eating something and drinking coffee or tea before sleep, sleep time variation between days.

Study data were analyzed with Statistical Package for Social Sciences (SPSS) statistical software package version 17.0 using correlation analysis, independent sample t-test, chi-square test and regression analysis as the statistical methods. Statistical significance was set at $p \leq 0.05$ value.

RESULTS

Medical residents ($n=138$) from 22 different specialties participating in our study. The clinics were categorized as surgical and medical branches.

The mean age of the participants was 28.10 ± 2.86 years, mean working years as a medical resident was 2.19 ± 1.14 , mean weekly working hours was 67.74 ± 24.14 , and the mean number of night duties was 5.82 ± 4.08 days/month. The mean PSQI and ESS scores were 6.30 ± 3.2 , 6.59 ± 3.92 respectively.

Certain variables tested in the study were found to influence PSQI and ESS scores, although some only had minor effects on PSQI sub-scores, while others had no effect on sleep quality and daytime sleepiness. Statistical analysis revealed statistically significant positive and weak correlations between Epworth score and the number of night duties ($r=0.218$, $p=0.010$), working hours per week ($r=0.231$, $p=0.006$), total cigarettes per day ($r=0.182$, $p=0.033$), and daily tea consumption ($r=0.211$, $p=0.013$) (Table 3).

Also, there were statistically significant positive correlations between PSQI and the number of duties ($r = 0.399$, $p < 0.001$), the working hours/week ($r = 0.229$, $p = 0.007$), total cigarettes/day ($r = 0.211$, $p = 0.013$) and the amount of daily coffee consumption ($r = 0.260$, $p = 0.002$). Total duration of daily TV watching negatively correlated with PSQI ($r = -0.192$, $p = 0.024$). (Table 3). The correlation between the Epworth score and PSQI was also positive and statistically significant ($r=0.302$, $p<0.001$). In PSQI sleep quality was poorer than residents of medical branches among residents of surgery ($p=0.015$) (Table 4).

In t-test group-wise comparison of sleep quality group, PSQI scores were significantly different between residents who had poor or good

sleep quality in terms of the average number of duties ($p<0.001$), the average working hours ($p=0.011$), and the average daily coffee consumption ($p=0.025$).

In group-wise comparison tests regarding scores the Epworth scale score was significantly higher in females than in males, and in residents of surgery than in residents of non-surgical medical branches ($p=0.018$ and $p=0.008$ respectively) (Table 1). Variation in sleep time was associated with higher Epworth ($p=0.001$), PSQI ($P=0.003$), PSQIDURAT ($p=0.012$) and PSQISLPQUAL scores ($p=0.001$). Also, coffee intake was associated with higher PSQIMEDS score ($p=0.001$).

Two regression analyses were conducted where PSQI and ESS were considered to be independent variables. In the PSQI regression model, independent variables were number of night duties ($p=0.002$), number of persons living in the house ($p<0.001$), daily cups of coffee consumed ($p=0.009$), and daily number of cigarettes smoked ($p=0.065$) and those variables explained 25% of the total variability in PSQI scores (Table 5) and the regression model was statistically significant with $p<0.001$ (Table 5). In the regression model of ESS working hours ($p=0.037$), clinical branch (surgical vs. non-surgical) ($p=0.010$), gender ($p=0.010$) and drinking coffee or tea before sleep ($p=0.022$) were independent variables and 19% of the total variability in ESS scores was explained by those variables and the regression model was statistically significant with $p<0.001$ (Table 5).

DISCUSSION

In our study, we compared the results between surgical and medical branch residents. In correlation analysis, both the number of night duties and weekly working hours emerged as significant determinants of sleep quality and daytime sleepiness. In the study by Mota et al.⁷ subjective sleep measures in resident doctors were investigated with dietary patterns and metabolic markers. They also used ESS and PSQI as subjective sleep measures, but in our study, we didn't investigate any metabolic markers. In this study using subjective sleep measures in resident physicians, mean PSQI score was 6.2 ± 2.5 , a figure closely resembling our findings. In our survey mean PSQI score of the participants was 6.3 ± 3.22 , and a PSQI score greater than >5 indicates poor sleep quality. However, despite significant gender differences in PSQI scores (5.9 for women and 7.5 for men $p=0.01$) in that study, no gender difference observed for PSQI scores in our study.

	Number (n)	Percent (%)	ESS (mean±SD)	PSQI (mean±SD)
Gender				
Female	53	38.4	7.58±4.03	6.68±3.51
Male	85	61.6	5.98±3.74	6.06±3.03
Specialty				
Medical	103	74.6	5.98±3.37	6.04±3.19
Surgical	35	25.4	8.40±4.81	7.06±3.23

Mean ESS and PSQI scores of female and male residents; medical and surgical residents

SLEEP QUALITY	Number (n)	Percent (%)
Good	63	45.7
Poor	75	54.3
Total	138	100

Medical residents, 45.7% were classified as having good sleep quality as assessed by a PSQI cut-off score of 5 (i.e., ≥5: poor sleep quality and <5: good sleep quality)

	PSQI	ESS
Number of duties/month	r= 0.399 p<0.001**	r=0.218 p=0.010*
Working hours/week	r=0.229 p=0.007**	r=0.231 p=0.006**
Cigarettes/day	r=0.211 p=0.013*	r=0.182 p=0.033*
Coffee consumption cup /day	r=0.260 p=0.002**	r=0.96 p=0.261
Tea consumption cup/day	r=-0.008 p=0.926	r=0.211 p=0.013*
TV watching duration hour/day	r=-0.192 p=0.024*	r=-0.151 p=0.077

(*) Significant at p≤0.05

(**)Significant at p≤0.01

Clinical specialty	Sleep quality				Total	
	Good		Poor		n	%
	n	%	n	%		
Medical	53	51.5	50	48.5	103	100
Surgical	10	28.6	25	71.4	35	100
Total	63	45.7	75	54.3	138	100

PSQI scores were higher and sleep quality was poor in surgical branches. PSQI cut-off score of 5 (i.e., ≥5: poor sleep quality and <5: good sleep quality)

Table 5. Model summary of regression analyses in PSQI and ESS			
Model	R Square	Std. Error of the Estimate	Regression Significance(p)
PSQI	0.253	2.82930	<0.001
ESS	0.193	3.57316	<0.001

Regression model was statistically significant with $p < 0.001$ in PSQI and ESS scores

The mean ESS score reported by Mota et al. , i.e. 11.0 ± 3.9 , was prominently higher, but the mean ESS score did not show any gender differences. Our mean ESS score was 6.59 ± 3.91 . Daytime sleepiness in female residents was higher by the statistically significant difference in mean ESS scores between females (i.e. 7.6) and males (i.e. 5.9) ($p=0.018$).

A study by Siddigua at al.⁸ investigated sleep patterns and predictors of poor sleep quality among medical students in King Khalid University in Saudi Arabia by using PSQI. In this study the overall mean sleep quality score was 6.79 with a standard deviation of 3.06. Poor sleep quality was reported by 74.2% students. Significantly high mean sleep quality scores were observed for students with very poor subjective sleep quality (mean = 10.50, SD = 2.58) . In our study the mean PSQI score was 6.30 ± 3.2 and poor sleep quality was reported 54.3% among residents. The recommended limits for the PSQI values are below 5. Both studies indicate poor sleep quality in participants using same scales. Our study was involving medical residents while other study was among medical students.

In a study by Giri PA et al.⁹ investigating sleep habits and sleep problems of medical students, ESS and PSQI were used like current study. Sleep quality was better among females than males. No gender difference observed in sleep quality in our study. Factors identified as adversely affecting the sleep quality in the study by Giri PA et al. included excessive coffee intake, alcohol intake, and use of mobile phones and laptops, while regular exercise seemed to lessen the severity of sleep disturbances.⁹ In our study, the number of cigarettes smoked per day correlated positively with both PSQI and ESS scores. In addition, coffee consumption positively correlated with the PSQI score and tea consumption positively correlated with the ESS score. No such correlations could be determined for both scores with mean hours of using computer per day. Another result in group-wise comparisons was the absence of a significant effect of regular exercise and alcohol consumption on sleep quality.

Nojomi M et al.¹⁰ in a study to determine the prevalence of sleep disorders in medical students and residents by using questionnaire based on DSM-IV criteria and Pittsburg on sleep patterns compared groups. They reported higher mean insomnia scores in females than in males and lower mean scores person who did exercise both for medical students and residents. In our study in ESS daytime sleepiness were higher in female and exercising regularly was not a significant factor in sleep quality. Objectives and scales used were different in two studies.

In the study of Murthy at al.¹¹ to evaluate the association of sleep quality with satisfaction with life and daytime sleepiness, PSQI and ESS and Satisfaction with life scale (SWLS) were also used. Association between sleep quality and sleepiness and satisfaction with life was evaluated. From the data collected, comparisons were made between the clinical and para-clinical department residents. A significant number of residents belonging to the clinical faculty were poor sleepers; reported high levels of abnormal daytime sleepiness compared to residents in para-clinical faculties. In our study clinics were classified as surgical and clinical branches and we didn't use Satisfaction with life scale. We can say that in the previous study clinical department also includes surgical branches. In our study, 54.3% of the participants had poor sleep quality and surgical branch residents were poor sleepers.

Medical residents from surgical branches were found to have poorer sleep quality than those in non-surgical branches in our hospital, as seen by PSQI and ESS results. Factors that were associated with scores indicating poor sleep quality in PSQI were the higher number of night duties, longer working hours, and coffee intake, while longer working hours and tea intake were associated with ESS scores indicating daytime sleepiness.

Therefore, it was observed weekly working hours and number of night duties had the most dramatic impact on the sleep quality in our sample. Also, daily intake of coffee and tea seemed to have an adverse effect.

Many studies have shown an association between the occurrence of medical errors and injuries and long working hours of resident doctors. For instance, Harvard Work Hours Health and Safety Group found that interns with extended shifts were more likely to cause medical errors.¹² In a randomized control trial, medical errors were found to be more common on a schedule with frequent extended shifts.¹³ Again, a systematic review of interventions to reduce shifts over 16 hours reported 64% improved safety and quality.^{14,15} In contrast, others found no significant effect of sleep deprivation on the quality of patient care.¹⁶ In a review by Ellman and colleagues examining 6751 cardiac surgeries, mortality and surgical complication rates were not significantly different in procedures performed by surgeons who had been awake the previous night from those that were performed by surgeons who had slept the previous night.¹⁷

Limiting medical residents' working hours may be associated with interruptions in the course of residency training. Some educators hold the view that reduced working hours for residents should be compensated by the additional duration of residency.¹⁸ In USA resident working hours are limited to 80 hours per week and not more than 24 hours of continuous work. In emergency departments, shifts of residents' working hours are limited to 12 hours. However, in many other countries, resident working hours are well above 80 hours per week. Also, several reports suggest that restriction of working hours alone is insufficient to avoid the effects of sleep deprivation.⁴ Several limitations of our study should be mentioned. Firstly, the study duration was limited to one month, which may have diminished our ability to fully show the general sleep quality of the participants. Secondly, the participants might have had an inclination to provide "acceptable" answers rather than "honest" answers to the questions. And thirdly, considering the wide range of factors that may influence the sleep quality, a certain amount of bias would always remain. In addition, PSQI and ESS were used for sleep quality assessments in our study; and use of other tools to measure the sleep quality in other studies makes comparisons challenging.

CONCLUSION

Sleep deprivation adversely affects mental and physical health and cognitive performance of the medical, residents, and poor sleep quality is

associated low clinical performance and medical errors. Sleep disturbances of medical residents are largely affected by excessive working hours and the number of night duties. Medical residents in surgical branches generally have lower sleep quality than in other branches. Also, daily coffee and tea consumption may have an unfavorable effect on sleep quality.

ACKNOWLEDGEMENTS

Authors wish to thank Halil Ertürk Esen, MSc (engineer) for his help in statistical analysis and to all resident participants of this study for their valuable contribution.

REFERENCES

1. Drake CL, Roehrs T, Richardson G, Walsh JK, Roth T. Shift work sleep disorder: prevalence and consequences beyond that of symptomatic day workers. *Sleep* 2004;27:1453-62.
2. Website of American Sleep Association [accessed March 25, 2017], <http://www.sleepassociation.org/patients-general-public/what-is-sleep/>
3. Mohammed A. Alsaggaf, Siraj O. Wali, Roah A. Merdad, Leena A. Merdad. Sleep quantity, quality, and insomnia symptoms of medical students during clinical years. *Saudi Med J*. 2016 Feb; 37(2): 173–182. doi: 10.15537/smj.2016
4. Veasey S, Rosen R, Barzansky B, Rosen I, Owens J. Sleep loss and fatigue in residency training: a reappraisal. *JAMA* 2002;288:1116-24.
5. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep* 1991;14:540-5.
6. Buysse DJ, Reynolds CF, 3rd, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989;28:193-213.
7. Mota MC, De-Souza DA, Rossato LT, et al. Dietary patterns, metabolic markers and subjective sleep measures in resident physicians. *Chronobiol Int* 2013;30:1032-41.
8. Siddiqui AF, Al-Musa H, Al-Amri H, Al-Qahtani A, Al-Shahrani M, Al-Qahtani M. Sleep Patterns and Predictors of Poor Sleep Quality among Medical Students in King Khalid University, Saudi Arabia. *Malays J Med Sci*. 2016 Nov;23(6):94-102. doi: 10.21315/mjms2016.23.6.10. Epub 2016 Dec 7.

9. Giri PA, Bavishar MP, Phalke DB. Study of Sleep Habits and Sleep Problems Among Medical Students of Pravara Institute of Medical Sciences Loni, Western Maharashtra, India. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 2013 Jan;3(1):51-4. Doi: 10.4103/2141-9248.109488.
10. Nojomi M, Ghalhe Bandi MF, Kaffashi S. Sleep pattern in medical students and residents. *Arch Iran Med* 2009;12:542-9.
11. Murthy VS, Nayak AS. Assessment of sleep quality in post-graduate residents in a tertiary hospital and teaching institute. *Ind Psychiatry J*. 2014 Jan-Jun; 23(1): 23–26.
12. Blum AB, Shea S, Czeisler CA, Landrigan CP, Leape L. Implementing the 2009 Institute of Medicine recommendations on resident physician work hours, supervision, and safety. *Nat Sci Sleep* 2011;3:47-85.
13. Barger LK, Ayas NT, Cade BE, et al. Impact of extended-duration shifts on medical errors, adverse events, and attentional failures. *PLoS Med* 2006;3:e487.
14. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med* 2004;351:1838-48.
15. Lockley SW, Cronin JW, Evans EE, et al. Effect of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. *N Engl J Med* 2004;351:1829-37.
16. Comodore VR, Wenner JB, Ayas NT. The impact of sleep deprivation in resident physicians on physician and patient safety: Is it time for a wake-up call? *BCM J* 2008;50:560-4.
17. Ellman PI, Law MG, Tache-Leon C, et al. Sleep deprivation does not affect operative results in cardiac surgery. *Ann Thorac Surg* 2004;78:906-11.
18. Saultz JW, David AK. Is it time for a 4-year family medicine residency? *Fam Med* 2004;36:363-6.



Review Article/ Derleme

Family Counseling and Social Work in the Context of Social Policy and Family Policies

Sosyal Politika ve Aile Politikaları Bağlamında Aile Danışmanlığı ve Sosyal Hizmet

Melahat Demirbilek*¹

ABSTRACT

The institution of family which finds an important role at every culture and is universal can be affected from other systems. The fast improvements and changes in social, economic, cultural structure and information technologies affect family and can cause certain changes in the functionality of this institution. The contemporary families who are exposed to those rapid improvements and changes are having tough times to protect the united cohabitation amongst its members. In order to develop the healthy family relations which turned today into a social necessity rather than being an individual issue, certain policy implementations are needed. In general, policy is considered to be a set of precautions aiming at a specific purpose in a society. Issues regarding the individuals who are a part of the society are connoting the "social" and thus it is believed to be evaluated under the confines of social policies. The institutions like education and family – which the individual is a member of – are considered to be under the scope of social policies. Family policies which embrace the institution of family absolutely can be evaluated within the social policies. Family policies as a set of applications developed by the state aiming to strengthen the family, increase welfare and enable well-being of the family; develops deterrent and protective applications for: protecting the existence of family, protecting the family against potential risks, assisting the family to solve domestic issues, developing the self-assisting skills of families, obviating malfunctions in family functioning. As one of its main objectives is to increase the welfare of the individual and society, social work with its applications on family counseling, in line with the objectives of social policies and family policies serves to strengthen the family, orienting to changing conditions and maintaining its good existence.

Key words: Family counseling, family policies, social work, social policies

ÖZET

Her kültürde bulunan sosyal ve evrensel bir kurum olan aile diğer sistemlerden etkilenmektedir. Sosyal, ekonomik, kültürel yapıda ve bilişim teknolojisi alanındaki hızlı değişimler aileyi etkilemekte, ailenin işlevlerinde bazı değişimlere yol açmaktadır. Hızlı değişime maruz kalan günümüz ailesi, üyeleri arasındaki uyumlu birlikteliği sağlamakta zorlanmaktadır. Bireysel sorun olmaktan çok toplumsal bir ihtiyaç olan sağlıklı aile ilişkilerinin geliştirilmesi için politikalara ihtiyaç duyulmaktadır. Politika genel olarak bir toplumda belirli bir amaca yönelik önlemler bütünü olarak ele alınmaktadır. Toplum yapısı içinde yer alan bireye ilişkin konular "sosyal" olana ifade ettiğinden sosyal politikanın kapsamı içinde değerlendirilmektedir. Bireyin üyesi olduğu aile, eğitim gibi sosyal kurumlar sosyal politikanın kapsamı içinde düşünülmektedir. Aileyi bir bütün olarak ele alan aile politikaları sosyal politikaların içinde değerlendirilebilir. Aileyi güçlendirmek, ailenin refah düzeyini artırmak ve ailenin esenliğini sağlamak amacıyla devlet tarafından geliştirilen uygulamalar bütünü olarak aile politikaları; ailenin varlığını koruma, aileyi potansiyel risklerden koruma, aile içi ilişkilerdeki sorunların çözümüne yardım etme, ailelerin kendine yardım becerilerini geliştirme, aile işlevlerindeki aksamaların giderilmesi için önleyici ve koruyucu uygulamalar geliştirmektedir. Temel hedeflerinden biri bireyin ve toplumun refahını artırmak olan sosyal hizmet, sosyal politikalar ve aile politikalarıyla uyumlu olan amaçları doğrultusunda aile danışmanlığındaki uygulamalarıyla, ailenin güçlenmesine, değişen koşullara uyum sağlamasına ve varlığını sağlıklı şekilde devam ettirmesine yardımcı olmaktadır.

Anahtar kelimeler: Aile danışmanlığı, aile politikaları, sosyal hizmet, sosyal politika

Received / Geliş tarihi: 29.08.2017, Accepted / Kabul tarihi: 23.09.2017

¹Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

*Adres for Correspondence/Yazışma Adresi: Doç.Dr. Melahat Demirbilek. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü. Aktaş Mahallesi, Plevne Caddesi No:5 P.K.06340 Altındağ/ANKARA

Demirbilek M. Sosyal Politika ve Aile Politikaları Bağlamında Aile Danışmanlığı ve Sosyal Hizmet. TJFMPC, 2017; 11(4): 278-287.

DOI: 10.21763/tjfmpe.359850

GİRİŞ

Her toplumda ve kültürde bulunan sosyal ve evrensel bir kurum olan aile genellikle anne-baba ve çocuklardan oluşan bir birim olarak tanımlanabildiği gibi, daha kapsayıcı olarak "...kadın, erkek ve çocuklardan oluşan bir birlikteliğin ötesinde bireyin fiziki, sosyal ve psikolojik bakım ve donanımının (konuşma, anlaşma, rekabet, çatışma vb.) sağlandığı ya da temin edildiği en yakın ve en uzun ilişkilerin sürdürüldüğü bir ortam..." olarak ta tanımlanabilmektedir.^{1,2} Ancak evrensel bir kurum olmakla birlikte, ailenin tüm biçimlerini içine alacak geniş bir tanım oluşturmak kolay değildir.³ Çünkü farklı kültürlerde farklı aile yapıları görülmektedir. Bununla birlikte aileyi, biyolojik ve psikolojik bağları olan ve aralarında tarihsel, duygusal ve ekonomik bir birliktelik olan ve kendilerini aynı evin üyeleri olarak hisseden bireylerin oluşturduğu birliktelik olarak tanımlamak farklı aile türlerini de (çekirdek aile, tek ebeveynli aile, çocuksuz aile, yaşlı aile, geniş aile vb.) kapsayan daha geniş bir tanım olarak düşünülebilir.⁴

Ailenin bütünlüğünü koruyarak varlığını sürdürebilmesi için sahip olması gereken işlevleri vardır.⁵ Bunlar arasında nüfusun yeniden üretimi, çocuk bakımı, cinsel davranışların düzenlenmesi, üyelerin sevgi ihtiyacının karşılanması, toplumsal kuralları ve değerleri bireylere aktarma (toplumsallaşma), bireyleri diğer toplumsal kurumlara bağlama, başka kurumlara devredilemeyecek (cinsellik, sevgi vb.) yükümlülükleri yerine getirme, güvenlik, üyelerin denetimi, kadın ve erkek arasındaki ekonomik işbirliği, boş zamanları değerlendirme, paylaşma gibi işlevleri⁷ yer almaktadır.^{1,3,6,7}

Ancak her ailenin tüm işlevlerini eksiksiz ve sağlıklı olarak yerine getirdiğini ifade etmek kolay değildir. Araştırmalar neredeyse her kültürde sağlıklı ailelerin değişime uyum sağladığını, uygun sınırlar koyduğunu, ilişkilerini açık iletişim üzerine kurduğunu, sorumluluk almayı desteklediğini, eşlerin kendilerine ve çocuklarına güven ifade ettiğini ve gelecek hakkında iyimser olduğunu göstermektedir. Sağlıklı aileler bir grup olarak ortak özellikler taşırlar. Başarılı, mutlu ve güçlü olan aileler dengelidirler. Hangi sorunları nasıl ele alacaklarını bilirler. Aşırı bilişsel veya aşırı duygusal işleyişleri yoktur. Sorunları yeterli enerjiyle ele alıp gerçekçi planlar yaparlar.^{4,8}

Ailenin işlevlerini ne düzeyde yerine getirdiği aile sağlığı açısından belirleyicidir. Sağlıksız aileler dengede durmayı başaramazlar, aile rolleri ve sınırları zayıf ya da belirsizdir, üyeler arasındaki iletişim yetersizdir, üyelerin ihtiyaçları yeterli düzeyde karşılanmaz. Ailelerin işlevlerini sağlıklı olarak yerine

getirebilmelerini olumsuz yönde etkileyen bazı faktörler vardır. Bunlardan birisi sosyal, ekonomik, eğitim, bilişim teknolojisi vb. alanlarda yaşanan hızlı değişimdir. Günümüzün değişen ve gelişen ailesi, üyeleri arasındaki uyumlu birlikteliği sağlamakta zorlanmaktadır. Özellikle aile üyelerinin kentli ana-baba, çalışan anne olma gibi hızla değişen rollerine uyum sağlayamamaları, akıllı telefonlar, bilgisayar, sosyal medya gibi bilgi teknolojilerinin aile içindeki yoğun kullanımı aile içindeki iletişim ve etkileşimi bozmaktadır. Aile üyelerinde sıkıntıya yol açan bu tür engellemeler genelde ailenin varlığını korumasını güçleştirirken, özelde aile üyelerinin sosyal ve ruhsal varlığını bozmaktadır. Bu durumda bazen aile toplumsal sistem içinde hasta bir kurum niteliğini kazanabilmektedir.⁹ Her ne kadar teknolojik, ekonomik, politik değişimler ailenin işlevlerinde değişikliğe yol açsa da ailenin toplumsal işlevi önemini korumaya devam etmektedir.⁷

Toplumda çok sayıda birey ya da aileyi ilgilendiren sorunlar, bireysel olmaktan çıkıp "sosyal" alan içinde değerlendirilmektedir. Sosyal olan sorunlar aynı zamanda sosyal hizmetin çalışma alanı içinde yer almaktadır. Sosyal sorunlar benzer şekilde sosyal politikaların konusunu da oluşturmaktadır. Bu nedenle aile danışmanlığı, aile politikaları, sosyal hizmet ve sosyal politika birbirleriyle ilişkileri bağlamında ele alınacaktır.

Sosyal Politika

Politika genel olarak bir toplumda belirli bir amaca yönelik önlemler bütünü ifade etmektedir. Toplum ya da sosyal gruplar içinde yer alan bireye ilişkin her konu sosyal'i ifade ettiğinden, bireyler de sosyalin konusu olmaktadır. Bireyin içinde yer aldığı aile, eğitim gibi sosyal kurumlar da sosyal alanı (sosyal politikayı) ilgilendirmektedir.¹⁰ Sosyal politikaları genel olarak devletin eğitim, sağlık, konut, sosyal güvenlik, sosyal yardım ve sosyal hizmetleri içeren planlamaların ve hizmetlerin bütünü olarak ele almak mümkündür. Bu anlamda sosyal politikanın iki amacından biri sosyal hizmetler ve sosyal refahın sağlanması, diğeri ise sosyal sorunların giderilmesi için hükümetlerin bazı eylemlerde bulunmasıdır.¹¹ Sosyal politika ortaya çıktığı dönemdeki dar anlamından giderek uzaklaşmış ve günümüzde genişleyerek sosyal yaşamın birçok alanını kapsamaya başlamıştır. Bu açıdan dar anlamda sosyal politika işçiler ve işverenler arasında ortaya çıkan çıkar çatışmalarını, dengesizlikleri gidermek sınıflar arasında uyum sağlamak amaçlarıyla sınırlıyken, geniş anlamda sosyal sosyo-ekonomik hak ve özgürlüklere dayalı bir politika olarak bütün sosyal alanlar ve bütün

sosyal grupların sorunlarıyla ilgilenerek ve çözümler üreterek sosyal eşitlik ve sosyal adalet amacına yönelmiştir.^{11,12} Başka bir ifadeyle geniş anlamda sosyal politika bireyler, gruplar, topluluklar ve sosyal kurumlar arasındaki ilişkileri düzenleyen ve müdahalelere rehberlik eden sosyal faaliyetler ve ilkeler bütünü olarak tanımlanabilir.^{12,13} Bu şekliyle sosyal politika insanların durumları ile ilgili geniş bir içeriğe sahip¹⁴ olmuş ve sosyal politikanın kapsamındaki genişleme ilgi alanına giren konuları da çeşitlendirmiştir. Böylece sosyal politika çalışma yaşamı ile sınırlı olmaktan çıkmış ve toplumdaki tüm bireylerin ve ailelerin karşılaşılabilecekleri sorunları (işsizlik, yoksulluk, sosyal dışlanma, sosyal içerme, sosyal koruma, ayrımcılık, kişisel sosyal hizmetler, konut, sağlık, eğitim, aile ilişkileri) içine alacak şekilde genişlemiştir.¹³

Toplumsal yapıdaki değişimin dinamizmi sonucu ortaya çıkan çatışmaların çözümü için alınan tedbirler olarak sosyal politika sosyal sorunlara devletin müdahalesini ifade etmekte, sosyal barış ile genel refah ve mutluluğu sağlama amacı taşımaktadır. Sosyal politika kamusal niteliğe sahiptir. Sosyal devlet ilkesi gereği devlet tarafından uygulanır ve denetlenir.^{10,11} Günümüzde sosyal devletten ve sosyal politikalardan beklentiler farklılaşmaktadır. Gençlerin eğitim ihtiyaçları farklılaşmakta, eğitim ve iş arasındaki ilişkiler değişmektedir. Yaşlı nüfus arttıkça sağlık sorunları arttığı için bakımlarını sağlamak amacıyla ayrı bir düzenlemeye ihtiyaç duyulmaktadır. Kadınlar bir yandan kadın-erkek eşitliğini isterlerken, diğer yandan çalışma saatlerinin düzenlenmesinden çocuk bakımına kadar uzanan bir dizi ihtiyaçlarının karşılanmasını beklemektedirler.¹²

Sosyal politikayı diğer politikalardan bağımsız düşünmek zordur, diğer politikalardan etkilendiği gibi, onları etkileme gücüne de sahiptir. Bu bağlamda sosyal politika ekonomi politikalarıyla ilişkilidir. Ekonomi sosyal politikanın ortaya çıkışı ve gelişimi üzerinde etkide bulunduğu gibi sosyal politika da ekonomiyi etkilemektedir.¹³ Sosyal politikayı (dolayısıyla aile politikalarını) etkileyen faktörlerden biri de sosyo-kültürel faktörlerdir. Sosyal politikanın kapsamı ülkelere ve aynı ülkede zamana göre farklılık gösterebilmektedir.¹¹ Her toplumun kendine özgü değerleri, normları, kültürel kodları, o toplumun geliştirdiği sosyal politika anlayışını etkilemektedir. Benzer şekilde sosyal politikaların uygulandığı kişilerin sahip olduğu sosyal ve kültürel değerler de sosyal politikayı şekillendirmektedir.¹³ Aynı zamanda politikaların değişimi sosyal yaşamda da değişikliklere yol açmaktadır.¹⁵ Sosyal politikanın amaçlarından olan

insanların iyilik halleri sosyal yaşam içindeki ihtiyaçlarla ilgilidir.¹³ İnsanların ihtiyaçlarını karşılamak ve iyilik hallerini yükseltmek aynı zamanda sosyal hizmetin ilgi alanı içinde yer aldığından sosyal politika ve sosyal hizmet arasındaki ilişkiyi ele almak gerekli görülmektedir.

Sosyal Politika ve Sosyal Hizmet

Sosyal politika ve sosyal hizmet arasındaki ilişkiye ikisinin ortak noktası olan “sosyal” den bakmak ilişkinin gücünü ortaya koyacaktır. Çünkü pek çok bireysel uyumsuzluğun altında aslında toplumsal ekonomik yapının özellikleri yatmaktadır. Bir sorun çok sayıda insanı etkilediği zaman toplumsal bir sorundur artık. Bireysel gibi görünen sorunlar altında toplumsal ekonomik yapıdaki özellikler yattığı ve çok sayıda insanı etkilediği için toplumsal bir nitelik kazanırlar.¹⁶ Kavram, meslek ve hizmet olarak sosyal politika ve sosyal hizmet sanayi devriminin getirdiği sorunların çözümüne yönelik olarak aynı tarihsel dönemlerde ortaya çıkmış olup benzer amaç ve hedefleri taşımaktadırlar.¹⁷

Sosyal hizmet, sosyal politika ve refah devleti arasında önemli bir bağ vardır. Sosyal politika eğitim, sağlık, konut gibi insan ihtiyaçlarıyla ilgili hükümet politikalarına işaret eder.¹⁸ Sosyal politika ve sosyal hizmet arasındaki ilişkiye bakıldığında sosyal politikanın devlete ait sosyal alandaki tüm politikaları belirlediği, sosyal hizmetin ise bu politikaları toplumda dezavantajlı grupların ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla uygulamaya koyduğu söylenebilir. Sosyal hizmetlerin nasıl uygulanacağı sosyal politikayla doğrudan bağlantılıdır. Sosyal hizmet uygulamalarında sosyal politikanın belirlediği yasalar çerçevesinde geliştirilmiş yöntemler kullanılarak çalışmalar yürütülür. Ayrıca sosyal hizmetin amaçları arasında sosyal politikanın belirlenmesine ve uygulanmasına katkı vermek vardır.¹⁷ Sosyal hizmet genel toplumsal politika değişmelerine yönelmedikçe işsizlik, yoksulluk gibi toplumsal sorunlara cevap bulamayacağı kabul görmektedir.¹⁶ Buradan hareketle sosyal hizmet ve sosyal politika arasındaki ilişkinin oldukça güçlü olduğu ve birbirlerini etkileyerek yönlendirmede buldukları ifade edilebilir.

Sosyal politika meslek elemanlarının çalışmalarında mesleki çerçeveyi belirlediği için önemlidir. Başka bir anlatımla sosyal hizmet uzmanları sosyal politikanın belirlediği sınırlar içinde çalışmalarını yürütürler.¹⁹ Sosyal hizmet uygulamasının temellerini yasalar (yazılı mevzuat) oluşturur. Sosyal Hizmet Uzmanları (SHU) çalışmalarını yasalara dayalı olarak gerçekleştirirler,

bu anlamda yasalar mesleki uygulama için gereklidir ancak sosyal hizmet yasaları uygulamaktan daha fazlasıdır ve SHU'ları insanların çeşitli sorunları üstünde çalışırken sosyal bilimlerin geniş perspektifinden yararlanırlar¹⁴. Politika uygulama düzeyi ile yasal düzey arasında yer alır. Sosyal politika muğlak bir terimdir. Bu kavram hem sosyal sorunlara yönelik politikaları içermekte hem de bu politikaların gelişmesi ve etkileri üzerine çalışan akademik disiplini ifade etmektedir. Geleneksel anlamda sosyal politika düzenli gelir, barınma, eğitim, sağlık, bireye yönelik sosyal hizmetler olarak beş temel alana ayrılır. Bu alanların her biri sosyal sorunların oluşmasını önlemek, oluştuğu takdirde de çözüm bulmak bulmaya yönelik politikaları içerir. Sosyal hizmet bu alanların hepsinde yer alır.^{14,20} Sosyal hizmet disiplinine konu olan müracaatçıların önemli bir yüzdesi yoksul olanlardır. Yoksulluk aile ilişkilerinin bozulması, ruh sağlığı sorunları gibi pek çok sorunu tetikler.

Sosyal politika sosyal hizmetlerden yardım isteyen ya da sosyal hizmetlere yönlendirilen birçok insana etki eder. Sosyal politikanın yaşam standartları, iyilik halleri ve başa çıkma becerileri açısından tüm hizmet alanları ile ilgisi vardır.¹⁹

Sosyal politika toplumda sosyal refah, sosyal barış ve mutluluğu sağlamaya çalışır. Temel amacı sosyal gelişme ve kalkınmanın sağlanması, sosyal bütünleşme ve sosyal barışın sağlanarak sağlıklı bir toplum oluşturulması olan sosyal politika bu amacını gerçekleştirmek için bazı araçlar kullanır. Bu araçlar arasında sosyal güvenlik, işsizlik sigortası, istihdam programları, sosyal hizmet projeleri gelmektedir. Sosyal güvenlik sosyal politikanın temel bir bileşeni ve aracıdır. Sosyal güvenlik sisteminin yöntemlerinden biri olan sosyal hizmet sosyal politikayla yakından ilişkilidir ve sosyal politikanın asli hedeflerine ulaşmasına katkı sağlamaktadır.¹⁰

Sosyal hizmet ve sosyal politika arasında karşılıklı etkileşim vardır. Sosyal hizmet; sosyal politikanın sosyal adalet, sosyal barış, sosyal gelişme, sosyal denge, sosyal bütünleşme hedeflerine ulaşmasına bazı müdahale ve uygulamalarla katkıda bulunur. Toplum düzeyindeki bu müdahale ve uygulamalar sosyal değişmeyi, yoksul, işsiz, ayrımcılık mağduru, eşitsizliklerle karşılaşmış bireyler ve gruplar lehine geliştirmek; hem müracaatçı sistemi ve toplum hem de örgütler kadar bireyler, aileler ve grupların ihtiyaçlarına cevap aramak biçimindedir. Sosyal hizmet belirtilen katkılarını gerçekleştirirken sosyal politikanın temel ilke, kural ve yöntemlerinden etkilenir. Bir toplumda sosyal hizmet uygulamaları, o toplumda var olan sosyal sorunlar ve sosyal politika düzenlemeleri

doğrultusunda şekillenmekte ve sosyal politikanın amaçlarının gerçekleştirilmesine destek olmaktadır.¹⁰

Sosyal Politika ve Aile Politikası

Aile politikalarının kaynağı refah devletlerinin sosyal politikalarıdır.²¹ Toplumun en önemli kurumlarından olan ailenin işlevlerini yerine getirebilmesi ve gelişiminin sağlanabilmesi için sosyal, ekonomik, hukuki, kültürel açılardan korunması ve desteklenmesi ihtiyacından dolayı aile politikaları ortaya çıkmıştır.¹¹ Aile politikaları sosyal politikaların önemli bir parçasıdır. Ancak aile politikaları sosyal politikalarından farklı olarak özellikle aile yaşamına etki etmeyi amaçlayan devlet tarafından geliştirilen planlamaları ifade etmektedir. Sosyal devlet anlayışında aile temel bir toplumsal kurum olarak ele alınmaktadır. Sosyal politika bağlamında çalışanların sosyal güvenceleri sosyal güvenlik sistemleri içinde ele alınırken, çalışanlara yönelik sosyal yardım programlarında aile refahının artırılması hedeflenmektedir.²² Örneğin yoksulluk ile suç, barınma sorunları, sağlıksız yaşam vb. konular arasında bağlantı vardır²⁰. Bu sorunlar aynı zamanda sosyal hizmetin ilgi alanı içinde yer almaktadır. Ailenin yoksullaşması, ailenin toplumsal konumunu, aile içi rolleri, toplumsal yaşama katılımını etkilemektedir. Ailedeki ekonomik kriz aile içi iletişim sorunlarının yaşanmasına, ev içi rollerin değişmesine ve güç ilişkilerinin farklılaşmasına neden olabilmektedir. Ekonomik sorunlar eşler arası ilişkileri bilişsel, duygusal, davranışsal açıdan etkilemektedir.²³ Yoksulluk ya da diğer nedenlerle aile içi yaşanan sorunlar tek tek ailelerin sorunu olmaktan çıkmakta, çözüm bekleyen toplumsal sorun haline gelmektedir. Bu nedenle aile sosyal politika ve sosyal hizmetin kapsamına girmekte ve ailelere dönük politikaların geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Aile politikaları aile kurumunu desteklemek, korumak ve güçlendirmek amacı taşımaktadır. Aile politikası en genelde toplumun sosyal korunma alanına müdahalesi olarak tanımlanmaktadır. Aile politikaları ailelerin tercihleri çerçevesinde şekillenen bir sosyal politikadır denilebilir. Bu açıdan toplumdan topluma ve zaman içinde değişiklik gösteren sosyal politikaların bir parçası olarak aile politikaları da değişkenlik göstermektedir.¹¹ Çünkü ailenin dinamik yapısı toplumsal süreçlerden etkilendiği gibi toplumun kendisini de etkilemektedir. İnsanın sosyal bir varlık olması ve ilk sosyal ortamının aile olması nedeniyle toplumdaki değişimlerden etkilenir ve üyesi olduğu aile aracılığı ile de toplumu, dolayısıyla politikaları da etkiler. Aile politikaları, ekonomi politikaları, ve

sosyal politikalar gibi diğer politikalarla etkileşim halindedir.^{5,24} Başka bir ifade ile aile politikaları toplumsal özellikler ve kurumlar çerçevesinde şekillenmektedir¹¹. Örneğin Türkiye’de aile neslin devamı, üyeler arası ve kuşaklar arası psikososyal ve ekonomik yardımlaşmayı sağlayan bir kurum olarak algılanmakta ve aile üyelerinin biyolojik bağı, kurumun kutsiyeti ve mahremiyeti ile biçimlenmektedir. Avrupa ülkelerinde ise tek ebeveynli aileler, marjinal kabul edilen hemcinsler arasındaki evlilikler, evlilik dışı birliktelikler ve evlilik dışı doğan çocuklar aile kavramı içine dahil edilmektedir.²¹

Sosyal politikalar (eğitim, sağlık, konut vb.) aile politikalarının belirleyicilerinden olmakla birlikte, aile politikası denildiğinde daha çok doğum artış hızı, aile büyüklüğü, çocuk ve yaşlı bakımı, koruyucu aile programları gibi konular öne çıkmaktadır. Dumon (1991) üç tür aile politikası uygulamasından bahsetmektedir: (i) Aileyi güçlendirmeye yönelik olarak aileyi sürekli gelir sahibi yapacak ekonomik önlemlerdir. Gelir sağlama ve istihdam politikalarını da içermektedir. (ii) Ailenin yerine ikame edilebilecek, aile üyelerinin ayrı ayrı ya da yarı zamanlı olarak yaptığı işleri devralacak hizmetler (kreşler, yaşlı ve engelli bakımı vb.). (iii) Aile hayatını geliştirmeye yönelik eğitim ve danışma hizmetleri.²² Bu çerçevede aile danışmanlığı, aile politikalarının eğitim ve danışma hizmetleri içinde yer alan psiko sosyal hizmetler kapsamında değerlendirilebilir.

Aile politikaları açık ve kapalı aile politikaları olarak iki grupta ele alınmaktadır. Aile politikalarında doğrudan aileyi ilgilendiren, açıkça belirtilen hedeflerin gerçekleştirilmesi amacıyla düzenlenen politikalara “*açık aile politikaları*” adı verilmektedir. Aileyi dolaylı olarak ilgilendiren, doğrudan ve öncelikli olarak aileyi ele almayan ancak aile üzerinde dolaylı sonuçları görülen uygulamalar, politika ve programlara “*kapalı aile politikası*” adı verilmektedir. Açık aile politikalarına örnek olarak aile hukuku, çocuklara gündüz bakım evleri yer alırken, kapalı aile politikalarına anne, çocuk, yaşlı, engelli aile üyelerine yönelik tedbirler ile eğitim, sağlık, ekonomik kalkınmaya ilişkin uygulamalar örnek olarak verilebilir.^{21,24,25} Açık ya da kapalı aile politikalarının temel hedefi ortaktır. Her ikisinin de hedefi ailenin genel iyilik hallerinin artması, aile üyelerinin sorunlarının aşılması, ihtiyaç ve isteklerinin giderilmesidir.²⁵ Bu çerçevede *aile politikalarının temel amaçları* arasında ailelere zarar verme potansiyeli taşıyan ve sonuçları da zararlı olabilecek politikaları kontrol etmek, aile ve aile

üyelerini, özellikle çocukları olumsuz olarak etkilemesi muhtemel durumlara karşı korumak, aile içi ilişkileri ilgilendiren sorunları gidermek, ailelerin kendine yardım becerilerini geliştirmek, aile işlevlerinin yerine ikame edebilecek ve aileyi destekleyecek önlemler almak yer almaktadır. Aile politikalarının kapsamı içinde ise ailenin ihtiyaçlarını karşılamayı amaçlayan yasalar yapılması, programlar oluşturulması ve uygulanması yer almaktadır.²⁴

Aile politikalarının oluşturulması ve uygulanması

Bir konudaki politika o alandaki sorunlarla ilgili elde edilen veri ve bilgilerle bağlantılı olarak şekillenir. Aile politikalarındaki etkililiğin artırılabilmesi için alandaki sorun ve ihtiyaçlar göz önünde tutularak kısa, orta, uzun vadede bu sorunlara hangi yollarla çözüm getirileceği kararlaştırılmalı, öncelikler, mevcut kaynaklar belirlenmelidir. Politikaların uygulanmasını güçleştiren bazı faktörler vardır. Bunlar arasında amaçlara işlevsellik kazandırmayan, amaçların gerçekleşmesine katkıda bulunmayan hedeflerin ortaya konulması, insani, mali, kurumsal olanakların sınırlılığı, kurumlar arası eşgüdüm olmaması, yöneticiler, ilgi ve hedef grupların ilgisiz kalması, ihtiyaçların karşılanmasında yeterli seçenek oluşturulamaması, örf adet, geleneksel değerler yer alır. Aile politikalarının biçimlenmesi ve uygulanmasında bu politikadan etkilenenlerin katılımı üzerinde durulan bir konudur. Katılım aile ve toplulukların sorununun tanımlanması, kaynak sağlanması, önceliklerin sıralanması süreçlerine katılımı ile politikanın saptanması, uygulanması ve değerlendirilmesi yönündeki bilinçlenmeye katkıda bulunmalarını ifade etmektedir. Bu anlamda katılımın sağlanması politikaların uygulanma başarısını artırmak için önemlidir.²⁴

Politika yapıcıları, politika oluştururken çeşitli sorunlarla karşılaşabilmektedir. Örneğin politika oluşturmanın ortak özelliklerinden biri olan veri ve kaynak yetersizliği, ihtiyaçlar, eğilimler, kaynaklar ve öncelikler konusunda belirsizliğe yol açabilmektedir. Aile ve aile çevresinin sürekli değişim içinde olması bu durumu daha da güçleştirmektedir. Ayrıca aile yapısında hangi eğilimlerin fonksiyonel olduğu konusundaki belirsizlikler, ailelere sağlanan destek ve müdahalelerin aile fonksiyonlarının yerini alması nedeniyle ailenin zayıflayıp zayıflamadığı konusundaki belirsizlikler önem taşımaktadır. Değer farklılıkları da başka bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır.²⁴

Aile politikasının amaçları

Aile politikalarında farklı görüşler vardır. Bunun nedenlerinden biri (i) aile türlerinin farklılaşmasıdır. Aile yaşamı ve ilişkileri yapısal ve fonksiyonel olarak değişmeye devam etmektedir. (ii) Ailenin özel yaşam alanına devlet müdahalesinin kabul edilebilir sınırları konusunda farklı görüşler olması aile politikalarını tartışmalı alan haline getirmektedir. (iii) Aile ilişkileri ve aile destek hizmetlerinde erkeklerin yeterince temsil edilememesi görüş farklılıklarının bir diğer nedenidir. Yardım arama konusundaki damgalamalar ailelere destek vermenin önünde engel teşkil etmekte, bundan da erkekler daha fazla etkilenmektedir.²⁶ Sonuçta birbirinden farklı olan ulusal aile politikaları, ailedeki çatışma ve sorunların çözümünde farklılıkları beraberinde getirebilir.²⁷ Bu nedenle politika belirleyicilerinin aile politikalarına ilişkin amaç ve hedeflerinde farklılık görülebilmektedir.

Farklı toplumlarda aile politikalarında öne çıkan amaçlarda farklılık görülmekle birlikte aile politikalarının amaçları temel olarak dört grupta ele alınmaktadır. *Birinci* grup amaçta aile politikaları çocuklar üzerinden yürütülmektedir. Aile politikalarını etkileyen *ikinci* grup amaç aileleri etkileyen daha geniş sosyal ve ekonomik (örneğin eğitim, sağlık, konut, çalışma, aile planlaması vb.) tedbirlerle ilişkilidir.²⁴ Aileyi sürekli gelir sahibi yapacak ekonomik önlemler ve istihdam politikalarını içeren aileyi güçlendirici politikalar bu grup amaçlar içinde yer almaktadır.²² *Üçüncü* grup amaç aile içi ilişkilerle ilgilidir. Örnek olarak ailenin işlev, ilişki ve rollerini yerine getirmesini güçleştiren, yoksulluk gibi ailenin toplumsal yapıdan kaynaklanan sorunlarını çözümleyici tedbirler almak, aile içinde kadın ve erkek arasında daha dengeli rol paylaşımını gerçekleştirmek, boşanma durumunda kadın ve erkeğe eşit haklar sağlamak gibi amaçlar verilebilir.²⁴ Aile danışmanlığı, aile politikalarının bu grup amaçları arasında değerlendirilebilir. Ayrıca eğitim ve danışma hizmetleri gibi aile hayatını geliştirmeye ve rahatlatmaya yönelik hizmetler yer almaktadır. Bu tür eğitimlerin koruyucu ve önleyici olduğu söylenebilir. Örneğin evlenme aşamasında olan çiftler için, eşler arası iletişim, sorun çözme becerileri, çocuk yetiştirme, aile planlaması, ailenin yasal ve sosyal hakları gibi konularda danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin olması aileyi daha güçlü kılabilir. Ailenin kurulmasından sonra ortaya çıkan sorunların çözümünde de aileyi güçlendiren ve destekleyen bu tür hizmetler önemli bir işlev yerine getirmektedir.²² *Dördüncü* grup amaçları ailenin

yerini tutacak veya onun yerini alabilecek, aile bireylerinin ayrı ayrı ya da yarı zamanlı olarak yaptığı işleri devralacak hizmetler (kreş, çocuk yuvası, yaşlı bakımı vb.) oluşturmaktadır. Bu gruptaki amaçlar genel olarak ailenin fonksiyonlarının başka kurumlara devredilmesinden çok, ailenin güçlendirilerek işlevlerini yerine getirilmesine yönelik amaçlardır. Örneğin düşük gelirli çok çocuklu ailelere yardım ederek işlevselliklerini artırmak destekleyici amaçlardır.. Diğer amaçlar çeşitli tiplerdeki ailelerin gelişmesini sağlamak olarak özetlenebilir.²⁴

Farklı toplumlarda uygulanan aile politikaları birkaç başlık altında ele alınabilir. Bunlar arasında

- 1) Ekonomik refah programları,
- 2) Temel sağlık problemleri
 - a) Beslenme Programları
 - b) Ana sağlığı programları
 - c) Çocuk sağlığı ve bakımı programları
- 3) Psiko sosyal hizmetler
 - a) *Aile danışma programları*
 - b) Gündüz bakım hizmetleri
 - c) Aile Planlaması programları
 - d) Özel ihtiyacı olan aileler için programlar
 - e) Engelli çocuklarla ilgili programlar
 - f) Tek ebeveynli, herhangi bir destekten yoksun çocuklarla ilgili programlar
 - g) Madde kullanımının önlenmesine ilişkin adımlar yer almaktadır.²⁴

Bu sınıflama açısından bakıldığında aile danışmanlığı, aile politikaları uygulamalarının psikososyal hizmetler başlığı altında verilen hizmetleri ifade etmektedir. Dolayısıyla aile politikaları kapsamında aile danışmanlığı ve sosyal hizmet arasında yakın bir ilişki olduğu ifade edilebilir.

Aile Danışmanlığı ve Sosyal Hizmet

Günümüzün değişen ve gelişen aile yapısındaki üyeler uyumlu birlikteliği sağlamakta zorlanmaktadır. Toplum yapısında meydana gelen değişimler ailelerin sorun çözme arayışlarını da değiştirmeye başlamıştır.⁵ Teknolojinin gelişmesi toplum yaşamını etkileyerek aile yapısının değişmesine, ailenin ana-baba ve çocuklardan oluşan çekirdek aileye dönüşmesine hatta tek ebeveynli ailelerin yaygınlaşmasına yol açmaktadır. Günümüzün değişen ve gelişen ailesi, üyeleri arasındaki uyumlu birlikteliği sağlamakta zorlanmaktadır. Özellikle aile üyelerinin kentli ana-baba, çalışan anne olma gibi hızla değişen rollerine uyum sağlayamamaları, aile içindeki iletişim ve

etkileşimi bozmaktadır. Aile üyelerinde sıkıntıya yol açan bu tür engellemeler genelde ailenin varlığını korumasını güçleştirirken, özelde aile üyelerinin sosyal ve ruhsal varlığını bozmaktadır. Bu durumda bazen aile toplumsal sistem içinde hasta bir kurum niteliğini kazanabilmektedir.⁹ Bu nedenlerden dolayı modern topluma geçiş sürecinde, toplum yaşamında yalnız kalan ailelere destek sağlamak üzere bazı hizmetlerin geliştirilmesi gereği kendini göstermiştir. Aile danışmanlığı bu gereklilik üzerine ortaya çıkmıştır.

Aile danışmanlığı ailenin işlevlerinin aksamaması durumunda başvurulacak hizmetlerden biridir. Aile danışmanlığının amacı aile üyeleri arasında yaşanan ve tüm aileyi etkileyen sorunların çözümünde aileye destek vermektir⁵. Başka bir ifade ile aile danışmanlığında amaç ailelerin işlevlerinde, aile üyelerinin birbirleriyle ilişki ve etkileşimini geliştirmektir.²⁸ Bu açıdan aile danışmanlığı; aileyi bir bütün olarak ele alan, ailede ortaya çıkan işlev bozukluklarının ele alınmasına dayanan, aralarında sağlıklı bir iletişim ortamının yaratılması için aile bireylerine yapılan psikolojik bir terapi tekniğidir.^{5,29,30} Sorun çözme sürecine tüm aileyi katmayı amaçlayan yeni bir yaklaşımdır. Daha önceki yaklaşımlar hedef olarak bireyin davranışlarını değiştirmeyi ele almışlar ve sorunların nedenini bireyin kişilik yapısında aramışlardır. Aile danışmanlığı ise sorunu çözümlerken doğrudan aile üyeleri arasındaki etkileşimlerin incelenmesini ve soruna katkısının değerlendirilmesini öngörmektedir.³¹

Birçok ülkede yürütülen aile danışmanlığı programları ailenin bütünlüğünü koruyucu, devam ettirici, eğitici nitelikteki uygulamaları içermektedir. Bu hizmetler içinde eşlerin ayrılıp ailenin çözülmesi ve dağılmasına yol açan boşanma ve uyumsuzluk sorunları öne çıkmaktadır. Aynı zamanda aile üyeleri arasındaki ilişkileri geliştirmek, güçlük ve huzursuzlukları giderip sorunlarını çözümlenmede onlara yardımcı olabilmek için öneriler getirmek ve tartışmak suretiyle rehberlik edici danışmanlık hizmeti vermek, aile yaşamı ve aile planlaması eğitim programları oluşturmak ile aile danışma hizmetleri kapsamındadır.²⁴

Gelişmiş ülkelerde genellikle aile terapisine ve aile üyelerinin birbirleriyle ilişkilerinin iyileştirilmesine yönelik aile danışma programları uygulanmaktadır. Buna karşılık gelişmekte olan ülkelerde de ailenin sosyal, ekonomik, kültürel, psikolojik sorunlarının bir bütün olarak ele alınması, ailenin temel ihtiyaçlarının karşılanıp güçlü kılınması için hizmetlerin geliştirilmesi önem

kazanmaktadır. Ailenin yaşam düzeyinin yükseltilmesi için üretim faaliyetlerine katılımlarının etkili bir hale getirilmesi, bu yönde bilgi-beceri-motivasyonlarının geliştirilmesi, bu yolla aile biriminin güçlenmesi ve ülke kalkınmasının hızlandırılması açısından öne çıkmaktadır. Bu nedenle çok yönlü sosyo-ekonomik içerikli faaliyetleri kapsayan aileye yönelik bu tür programların gelişmekte olan ülkelerde gerçekleştirilmesi önemli görülmektedir.²⁴

İnsanların yaşamları boyunca karşılaştıkları sorunların büyük bir bölümü içinde buldukları aile yaşamından doğrudan etkilenir. Aile üyelerinden herhangi birinde meydana gelen değişim diğer aile üyelerini de etkiler. Bu nedenle aile bağımsız bir sistem olan aile sosyal hizmet uygulamalarının odağında yer alır. Ailelerle sosyal hizmet risk altındaki ailelerle çalışma için bir şemsiye kavramdır. Ailelerle sosyal hizmetin temel amacı; aile üyelerinin gelişimsel ve duygusal gereksinimlerini yetkin bir şekilde karşılamayı öğrenebilmesi için onlara yardımcı olmaktır. Ailelerle sosyal hizmet değişim ya da müdahale için ailenin güçlerini pekiştirir, etkin bir şekilde işlev görebilmesi için destek sağlar ve günlük yaşamını doyurucu bir şekilde sürdürebilmesi için aile işlevselliğinde somut değişiklikler gerçekleştirir.³² Toplumun güçlenmesi ve varlığını sürdürebilmesi, ailenin her türlü tehlikeden korunması, aile birliğinin sağlıklı devamı için çeşitli önlemlerin alınması gerekir. Sosyal hizmet alanında aile hizmetleri olarak tanımlanan aile danışmanlığı sürekli değişen ve gelişen sosyal politikalara ve çevre koşullarına uyum sağlamak zorlanan aileye sorunlarının çözümünde destek olmak üzere sunulan hizmet türüdür.³³

Aile danışma programları çeşitli alan ve konularda uzmanlaşmış kişilerin işbirliği içinde çalışmasına bağlıdır. Bu programlara ilişkin hizmetlerin yürütülmesinde sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, psikiyatristler, aile hekimliği uzmanları ve diğer sağlık elemanları görev alır.²⁴ Sosyal hizmet aynı anda hem birey hem de bireyin çevresi ile ilgilenir. Hem bireyin hem de çevresinin sürekli değişim içinde olması, uyum sağlama ve alışmanın devamlı olma zorunluluğu nedeniyle bireyin çevresi (ailesi) sosyal işlevselliğinin etkin olmasında engelleyici ya da destekleyici olabilir. Bundan dolayı sosyal hizmet uzmanları bireyin sosyal programlar ve politikalar tarafından şekillendirilen çevresinin (ailenin) durumu hakkında tetikte olmalıdırlar. Sosyal hizmet mesleğinin çevresi-içinde-insan üzerinde odaklanması, sosyal hizmet uzmanının birbirleriyle bağlantılı birçok boyut ile ilgilenmesini gerektirir.³⁴ Aile çalışması sosyal hizmet alanında sıklıkla kuruma başvuran kişiyle (genellikle kadın) yürütülür. Bu süreçte aile üyelerinden önemli olan diğer

kişiler de görüşmeye çağrılır veya işyeri ve ev ziyareti ile sürece katılmaya teşvik edilir. Aileyle ilgili bilgilendirme ve tanıma başlangıçta görüşme yapılan kişinin ailenin içinde bulunduğu durumu anlatması yoluyla elde edilir. Süreç ilerledikçe elde edilen bilgilerde veya diğer üyelerle yapılan görüşmelerde yeni ve önemli bilgiler elde edilebilir. Özellikle diğer aile üyelerinin problemin tanımlanması ve çözümüne ilişkin katılımlarına yer verildiğinde uzmanın belirlediği ihtiyaçlar değişebilir.²

Toplumsal yapı içinde örgütlenmeler, kurumlaşmalar, uzmanlaşmalar yer almaktadır. Toplumsal bilimler içinde yer alan her bir disiplin, birey-grup-toplumun farklı yönlerini ele almakta ve ilişkiler sistemini açıklamaya çalışmaktadır. Aile danışmanlığı, bir sistem olarak aileyi kendi işleyişi içinde ele aldığı gibi aynı zamanda sistemdeki diğer parçalarla etkileşimi üzerinde de durur. Sağlıklı aile, sağlıklı toplumun temeli olarak kabul edilir. Bu bağlamda aile danışmanlığı sosyal hizmetin uygulama alanları içine giderek artan oranda girmektedir.

Aile Danışmanlığı ve Aile Hekimliği

“Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlü...” aile hekimleri aile danışmanlığı uygulamalarında etkin rol üstlenebilirler.³⁵ Aile hekimi sağlık ve rahatsızlık durumlarını değerlendirirken fiziksel, psikolojik ve toplumsal etkenleri dikkate alır ve bütünleştirir. Aile hekimliği tüm disiplinlerin hizmetini belirli bir düzeyde içine alan kapsamlı bir hizmettir. Aile hekimleri birinci basamakta diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışarak hasta adına üstlendiği savunuculuk göreviyle diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yöneterek yapar.^{36,37} Taştan, Işık, Set ve Cansever (2016, s.138) tarafından yapılan araştırmada aile hekimliğinin çoğunun aile danışmanlığı eğitimi almadığı ancak hastaların aile danışmanlığı konusunda aile hekimlerine sık başvurdukları saptanmıştır. Birincil bakım hekimi bir aile terapisti olmamakla birlikte hasta ve ailesi ile oluşturduğu güven ilişkisi ile birey ve aileyi daha iyi değerlendirme olanağına sahip olacaktır.^{38,39}

Kişilere aileleri, toplumları, kültürleri bağlamında ve yaşam süreleri boyunca kapsamlı bakım sunan aile hekimleri psikososyal sorunların saptanmasında ve yönetiminde en uygun konumda olan hekimlerdir. Ancak aile hekimlerinin çoğunun psikososyal sorunların çözümü için yeterli donanımı

veya zamanı yoktur. Aile hekimliği uygulamalarında kapsamlı sağlık hizmeti verilebilmesi için bir ekibe ihtiyaç vardır ve SHU bu ekipte yer almalıdır. Aile hekimleri ve SHU işbirliğinin hastaların bakıma daha çok katılmasını sağladığı, birey, çift ve ailelere kapsamlı bakım sunma fırsatlarını arttırdığı görülmektedir.⁴⁰ Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan SHU'ları, ekibin bir üyesi olarak aile hekimleri ile birlikte aile sorunlarını çok yönlü değerlendirerek aile danışmanlığı uygulamalarındaki etkinliklerini daha da artırabilirler.

SONUÇ

Sosyal bir varlık olan insan toplumsal yapı içinde diğer insanlarla bağ kurarak ve belli kurumsal yapılar içinde varlığını sürdürür. Bu kurumsal yapıların en önemlilerinden biri de ailedir ve aile üyelerine sağladığı işlevler nedeniyle toplumun temeli olarak kabul görmektedir. Ancak aile ve diğer kurumsal ve sosyal yaşam içinde çeşitli sorunlar görülmekte, çok sayıda bireyi ilgilendiren bu sorunlar sosyal boyut kazanmakta, kamusal olarak politikalar üretilerek çözüm yolları aranmaktadır. Sosyal politika ve sosyal hizmet insanların yaşadıkları sorunlara çözüm üretme amacıyla olan iki yaklaşım olarak birbirlerini etkilemektedirler ve aralarında güçlü bir bağ vardır. Sosyal politika yasalar oluşturarak sosyal hizmetin sınırlarını belirlerken, sosyal hizmet ise uygulamadan elde ettiği verilerle sosyal politikayı yönlendirici etkiye sahiptir.

Günümüz toplumlarında teknolojik gelişmelerle birlikte sanayileşme, modernleşme, kentleşme ve geleneksel rollerde yaşanan değişimler aile kurumunu büyük ölçüde etkilemektedir. Bunun sonucunda ailenin türleri ve işlevleri de değişimden etkilenmektedir. Aile kurumu toplumsal yapı içinde siyaset, ekonomi, din, eğitim, sağlık, hukuk, boş zamanları değerlendirme kurumlarıyla birlikte yer almaktadır. Bu kurumların birinde meydana gelen değişim diğerlerini de etkilemektedir.¹ Bu değişime ayak uydurmakta zorlanan aile ilişkileri zedelenmekte ve aileler aile danışmanlığına ihtiyaç duymaktadırlar. Bu durumda aileyi ayakta tutacak, varlığını güçlendirecek, sağlıklı işleyişini artıracak, koruyacak aile politikalarının geliştirilmesi, sosyal ve ekonomi politikalarının daha etkin bir parçası haline gelmesi ve ailenin ekonomik, sosyal, biyolojik işlevlerinin sağlıklı olarak sürdürülebilmesi için ailenin güçlenerek devam etmesini sağlayıcı politikaların ve uygulamaların ağırlıklı kazanması önemli hale gelmektedir.¹¹ Çünkü ailede

sorunların ve çatışmaların azaltılmasında aile politikaları kolaylaştırıcı etkiye sahiptir.²⁷

Aile işlevlerindeki sorunların giderilmesi noktasında politikalar üretilmesi, bu politikaların aileyi etkileyen toplumsal ve teknolojik yapıdaki değişimi göz önünde bulundurarak geliştirilmesi, bu kapsamda aile danışmanlığı uygulamalarının genişletilmesi ve sosyal hizmetin aileye yönelik görev ve sorumluluklarında yeni roller üstlenmesini önemli hale getirmektedir.

KAYNAKLAR

1. Zeybekoğlu DÖ. Değişen ve değiş(e)meyen yönleriyle aile: yapısı, türleri, işlevleri. Adak N. Editör. Değişen Toplumda Değişen Aile Sosyolojik Tartışmalar. 2.baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2016.p.39-62.
2. Mavili Aktaş A. Aile danışmanlığı ve hizmet yaklaşımı. Acar H, Negiz N, Akman E. Editör. Sosyal Politika ve Kamu Yönetimi Bileşenleriyle Sosyal Hizmet Temelleri ve Uygulama Alanları. Ankara: Maya Akademi; 2013. p.181-194.
3. Zastrow C. Sosyal hizmete giriş. Çiftçi D B, kitap editörü. Aykara A, Beyazova A, Yakut Çakar B, Karaca Ç, Çiftçi DB, Yıldırım E, Bahşi E, Albayrak G, Özen H, Birdal MS, Yağcıoğlu S, Kurukafa S, Yılmaz V. 2. baskı: Ankara. Nika Yayınevi; 2014. p.256-261.
4. Gladding ST. Aile terapisi: tarihi, kuram ve uygulamaları. çev. editörleri. Keklik İ, Yıldırım İ, çev. Editörleri. 2. baskı. Ankara: Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği Yayınları; 2012. p.5.
5. Duyan V, Adıgüzel C. Aile danışmanlığının amacı ve kapsamı. Baran G, editör. Aile Yaşam Dinamiği. 1. baskı. Ankara: Pelikan Yayıncılık; 2016. p.333-361.
6. Özgüven İE. Ailede iletişim ve yaşam. Ankara: PDREM yayınları; 2001. p.3
7. Baran G, Yurteri Tiryaki A. Aile yaşam döngüsü. Baran G, editör. Aile Yaşam Dinamiği 1. baskı. Ankara: Pelikan Yayıncılık; 2016. p.1-32.
8. Özgüven, İE. Evlilik ve aile terapisi. 2. baskı. Ankara: PDREM Yayınları; 2009. p.71-72.
9. Nazlı S. Aile danışmanlığı. 2.baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2001.p.4-28.
10. Demirbilek S. (2009). Sosyal politika bağlamında sosyal hizmet. 1. baskı. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yayınları; 2009.p.66-139.
11. Aslan S. Değişen dünyada aile politikaları. Adak N. editör. Değişen Toplumda Değişen Aile Sosyolojik Tartışmalar. 2. baskı. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2016. p.261-279.
12. Koray M. Sosyal politika. 4. baskı. Ankara: İmge Kitabevi; 2012.p.27-32.
13. Taşçı F. Sosyal politikalarda can simidi sosyal yardım. 1. baskı. Ankara: Nobel;2010. p.9-12.
14. Adams R. Social policy for social work. First Published. New York: Palgrave McMillan; 2016.p.4.
15. Vitus K. Policy and identity change in youth social work: from social-interventionist to neoliberal policy paradigms. Journal of Social Work 2017;17(4):470-490. Doi: 10.1177/1468017316648636.p.484.
16. Kongar E. İnsanı yönlendirme ve sosyal hizmetler: Sosyal Çalışmaya Giriş. 2. baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 1978.p.9-10.
17. Oral M. Güncel sosyal politikalar, sosyal hizmet ve sosyal yardımlar. Cılgı İ, Erkul E, Yıldırım B, Adıgüzel İB, editörler. Sosyal Çalışma ve Sosyal Politika Yazıları 1. baskı. Ankara: Bellek Yayınları; 2016. p.115-136.
18. Green L, Clarke K. Social policy for social work: placing social work in its wider context. first published. Cambridge: Polity Press; 2016 (e kitap) <http://ebookcentral.proquest.com/lib/ankara/reader.action?docID=4497568> (Erişim: 10.08.2017).
19. Walker C, Walker A. Sosyal politika, yoksulluk ve sosyal hizmet. Tuncay T, çev. editörü, Sever M, çev. Sosyal Hizmet: Temel Alanlar ve Eleştirel Tartışmalar 1. baskı. Ankara: Nika Yayınevi; 2015. p. 111-125.
20. Thompson N. Kuram ve uygulamada sosyal hizmeti anlamak. Ö.C.Öntaş ÖC, B.H. Eren BH, editörler. 2. baskı. Ankara: Dipnot; 2014.p. 66-167. (Orijinal Künye: Understanding Social Work: Preparing for Practice, Third Edition, Palgrave Macmillan, 2009)
21. Tuncay T. Avrupa birliği ülkelerinde aile politikaları ve türkiye. Sosyal Hizmet (Journal of Social Work) 2010:1-8.
22. İçağasıoğlu Çoban A, Özbesler C. Türkiye’de aileye yönelik sosyal politika ve hizmetler. Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi; 2009 Temmuz-Ağustos-Eylül.p.31-41.
23. Avşar Kurnaz Ş. Yoksulluk ve aile üzerindeki etkileri. V. Aile Şurası “Aile Destek Hizmetleri” Bildirileri. Ankara: T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları; 208.p.184-191.
24. Kut S, Koşar N, Aydınlgil S, Çitçi O, Danışoğlu E, Lokmanoğlu Ö ve ark. Aile ve devlet politikaları (sosyal güvenlik politikaları dahil) özel ihtisas komisyonu raporu. 1994 Uluslararası Aile Yılı Özel İhtisas Komisyon Raporları. Ankara: T.C. Başbakanlık Kadın ve

- Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları; 1994.p.13-25.
25. Arıkan Ç. Türkiye’de aile politikalarına ilişkin genel bir değerlendirme. Aile Danışmanlığı El Kitabı. Ankara: SHÇEK Genel Müdürlüğü ve Hacettepe Üniversitesi Aile Hizmetleri Araştırma Uygulama Merkezi (AHUM) Ortak Yayını; 2005. p.117-123.
26. Marjoribanks D, Davies K. Family policy: integrated approach?. People, Place and Policy 2016;10(3):239-252. DOI: 10.3351/ppp.0010.0003.0005.
27. Notten N, Grunow D, Verbakel E. Social policies and families in stress: gender and educational differences in work-family conflict from a european perspective. Soc Indic Res 2017; (132):1281-1305. Doi: 10.1007/s11205-016-1344-z.
28. Kahramanoğlu E. Aile danışmanlığında disiplinlerarası işbirliği ve vaka yönetimi. Ankara: Başkent Üniversitesi Eğitim ve Danışmanlık Hizmetleri Merkezi BEDAM Aile Danışmanlığı Sertifika Programı; 2007.p.155-158.
29. Kuzgun Y, Ozankaya Ö, Arı M, Bülbül S, Ecevit Y, Tezcan M, Akdoğan Nİ, Çelebi N. Aile ve eğitim özel ihtisas komisyonu raporu. *Uluslararası Aile Yılı Özel İhtisas Komisyon Raporları*. Ankara: T.C. Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları; 1994.p.299-424.
30. Öztürk Kılıç E. Aile tedavilerinin tarihçesi. Kerimoğlu E, editör. Aile Tedavileri. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi; 1996.p.1.
31. Turan N. Birey ve ailelerle sosyal hizmet. Duyan V, editör. 1. baskı. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi. Ekim 2012.p.291.
32. Duyan V. Sosyal hizmet temelleri, yaklaşımları, müdahale yöntemleri. 2. baskı. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayınları; 2012.p. 263-290.
33. Duyan V, Sayar Ö.Ö, Özbulut M. Sosyal hizmeti tanımak ve anlamak sosyal hizmet uzmanları ve sosyal hizmet alanında çalışanlar için bir rehber. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayınları; 2008.p.86.
34. Sheafor B.W, Horejsi C.J. sosyal hizmet uygulaması: temel teknikler ve ilkeler. Çiftçi DB, editör. 1. baskı. Ankara: Yayınevi; 2014.p.27.
35. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (Madde 3/1-a). 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazete.
36. Dikici MF, Kartal M, Alptekin, Çubukçu M, Ayanoğlu AS, Yarış F. Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi. Türkiye Klinikleri J.Med.Sci 2007; (27):412-418.
37. İncecik Y, Kurdak H, Özcan S, Akpınar E, Saatçi E, Bozdemir N. Eş şiddeti ve aile hekimliği. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. March 2009 3 (1):1-7.
38. Taştan K, Işık M, Set T, Cansever Z. Aile hekimlerinin aile danışmanlığı hakkındaki görüş ve önerileri. Konuralp Tıp Dergisi 2016; 8(2):137-140.
39. Yaman H, Akdeniz M. Sistemik aile hekimliği. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2011; 15(2):77-80. doi:10.2399/tahd.11.77.
40. Özcan S. Aile hekimliği uygulamalarında sosyal hizmetlerin önemi. Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2013 December;7(4):65-68.



Case Report / Olgu Sunumu

Ganoderma Lucidum Induced Acute Pancreatitis in The Elderly

Yaşlı Bir Hastada Ganoderma Lucidum Mantarının Yol Açtığı Akut Pankreatit

Arif Yüksel^{*1}, Emre Gezer¹, Zeynep Zehra Gümüş², Özge Tuncer³

ÖZET

Ganoderma lucidum (Japoncada'da Reishi, Çince'de Lingzhi) popüler bir tıbbi mantardır ve Çin tıbbında yaklaşık 2.000 yıldır kullanılmaktadır. Son 30 yılda, bu mantarlar, modern farmakologlar tarafından incelenmiştir. Pek çok çalışma, G. lucidum'un immün fonksiyonları düzenlediği ve tümör büyümesinin engellenmesinde etkili olduğunu göstermiştir. Bu etkilerin dışında G. lucidum ayrıca hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet, nefrit, astım, arterit, iltihaplı bağırsak hastalıkları ve diğer hastalıkların tedavisinde de kullanılabilir olduğu gösterilmiştir. Bu etkilerin belli mekanizması hala belirsizdir. Bu nedenle, G. lucidum bir terapötik madde olarak tavsiye edilmez. Çoğunlukla, bir bağışıklık artırıcı ve sağlık için ek gıda olarak kullanılır. Bu olgu sunumunda, farklı klinik bulgularla kliniğimize başvuran akut pankreatitli bir olgu sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Akut pankreatit, ganoderma lucidum

ABSTRACT

Ganoderma lucidum (Lingzhi in Chinese and Reishi in Japanese) is a popular medicinal mushroom and has been used for about 2.000 years in Chinese medicine. In the last 30 years, this fungi has been investigated by modern pharmacologists. Several studies showed that G. lucidum is effective in modulating immune functions and inhibiting tumor growth. Other than these effects, G. lucidum has also been demonstrated that it can be used in the treatment of hypertension, hyperlipidemia, diabetes mellitus, nephritis, asthma, arthritis, inflammatory bowel diseases and many other diseases. The certain mechanism of these effects is still unclear. So, G. lucidum is not suggested as a therapeutic agent. It is utilized mostly as an immune enhancer and a health supplement. In these paper, we report a case with acute pancreatitis presenting with different clinical findings.

Key words: Acute pancreatitis, ganoderma lucidum

Received / Geliş tarihi: 27.10.2016, Accepted / Kabul tarihi: 17.08.2017

¹Izmir Bozyaka Training and Research Hospital, Internal Medicine Department, Izmir

²IzmirAtaturk Training and Research Hospital, Internal Medicine Department, Izmir

³Izmir Bozyaka Training and Research Hospital, Family Medicine Department, Izmir

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Arif Yüksel, Izmir Bozyaka Training and Research Hospital, Internal Medicine Department, IzmirE-mail: ayuksel1968@gmail.com

Yüksel A, Gezer E, Gümüş ZZ, Tuncer Ö. Ganoderma Lucidum Induced Acute Pancreatitis in The Elderly. TJFMPC, 2017;11(4): 288-291.

DOI:10.21763/tjfm.359861

INTRODUCTION

Ganoderma lucidum (Lingzhi in Chinese and Reishi in Japanese) is a popular medicinal mushroom and has been used for about 2.000 years in Chinese medicine¹. Many possible mechanisms and bioactive constituents such as polysaccharides, some peptides, triterpenoids, nucleosides, fatty acids, ergosterols and many others forming this fungus have been considered to be responsible for the effects of *G. lucidum*². *G. lucidum* has also been demonstrated that it can be used in the treatment of hypertension, hyperlipidemia, diabetes mellitus, nephritis, asthma, arthritis, inflammatory bowel diseases and many other diseases³.

Acute pancreatitis is an acute inflammatory process of the pancreas⁴. Many factors are known to induce this disorder; however, the number of cases diagnosed as "idiopathic" is still needs to get decreased. A number of conditions known to cause acute pancreatitis are listed in Table 1. To determine the etiology, all patients should have a detailed history, full physical examination, laboratory evaluation (serum amylase or lipase, triglyceride level, calcium level, and liver biochemistries), and abdominal ultrasound (repeated, if initially negative for gallstones). If they don't yield an etiology, a few more imaging techniques such as magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) and endoscopic ultrasound (EUS) need to be performed. Among all described causes of acute pancreatitis, medicinal herbs are not mentioned and no known diagnostic test is available for this possible cause. Although many clinical researches on *G. lucidum* have been reported, knowledge about the side effects or intoxication due to this fungus has not been mentioned before in English language literature. Here, we presented a case who had acute pancreatitis after frequent use of *G. lucidum*.

CASE

A 69 year-old female patient admitted to emergency with upper abdominal pain, nausea and vomiting. She reported no alcohol consumption nor recently used medicine. On the physical examination, she had abdominal tenderness and distention with hypoactive bowel sounds. Initially biochemical tests including elevated levels of amylase and lipase, are listed in Table 2. Abdominal ultrasound revealed normal biliary tree and gall bladder. With these findings, she was diagnosed as non-alcoholic and non-biliary acute pancreatitis. She was hospitalized and examined for the other reasons of pancreatitis. Laboratory tests showed

normal calcium (9.4 mg/dL) and triglycerides (84 mg/dL) levels and no leukocytosis (WBC: 5.490/L). No sign for any infection was found. She also had no history for trauma. Her family history was normal. A magnetic resonance cholangiopancreatography scanning and an endoscopic ultrasound imaging revealed normal biliary tree, gall bladder and pancreatic duct anatomy.

We used Ranson's criteria (non-gallstone pancreatitis) for assessing prognosis in early acute pancreatitis and the score was 1. Right after beginning iv hydration treatment and cessation of enteral feeding, the clinical findings disappeared. Therefore, there was no need for computed tomography. To eliminate autoimmune pancreatitis, serum IgG4 was studied and found normal. When the medical history of the patient was deepened, she reported that she had regularly drunk a kind of herbal tea including 0.5 gr *G. lucidum* for the past one week to heal the pain of her knees. She drank 1 teaspoon of herbal tea per day for week. There is an average of 0,5 gr *G. lucidum* in a teapot bag. Since no other reason was demonstrated, she was diagnosed as *G. lucidum* induced acute pancreatitis. After recovery, she was discharged with the recommendations not to use the same herbal tea again.

DISCUSSION

Ganoderma lucidum is known with remarkable health benefits in many disorder and diseases. *G. lucidum* is a Basidiomycetes fungus belonging to polypore family of mushrooms and possessing the therapeutically potent lanosteroidal skeleton, terpenoids are upheld for their invariable participation in therapeutically diverse bioactivities^{5,6}. There are some evidences claimed that *G. lucidum* increases glycogen synthesis and cholesterol homeostasis, decreases gluconeogenesis, TNF- α and other pro-inflammatory cytokines. *G. lucidum* can also inhibit pro-invasive gene replication^{7,8,9}. Other than the diseases mentioned above, *G. lucidum* is also used to treat hepatopathy, chronic hepatitis, neurasthenia, insomnia, bronchitis, gastric ulcers, atherosclerosis, leukopenia, anorexia and cancer³.

Despite of the wide range benefits, there is no data about the side effects of the fungi. Pytochemical studies over the last 40 years led to the isolation of 431 secondary metabolites from various *Ganoderma* species. Secondary metabolites isolated from *Ganoderma* and their biological significance are unclear. In fact, there is a recent study revealing

Mechanical	Gallstones, biliary sludge, ascariasis, periampullary diverticulum, pancreatic or periampullary cancer, ampullary stenosis, duodenal stricture or obstruction
Toxic	Ethanol, methanol, scorpion venom, organophosphate poisoning
Metabolic	Hyperlipidemia (types I, IV, V), hypercalcemia
Drugs	Didanosine, pentamidine, metronidazole, sibogluconate, tetracycline furosemide, thiazides, sulphasalazine, 5-ASA, L-asparaginase, azathioprine, valproic acid, sulindac, salicylates, calcium, estrogen
Infection	Viruses-mumps, coxsackie, hepatitis B, CMV, varicella-zoster, HSV, HIV Bacteria-mycoplasma, Legionella, Leptospira, salmonella Fungi-aspergillus Parasites-toxoplasma, cryptosporidium, Ascaris
Trauma	Blunt or penetrating abdominal injury, iatrogenic injury during surgery or ERCP (sphincterotomy)
Congenital	Cholodochocoele type V, pancreas divisum
Vascular	Ischemia, atheroembolism, vasculitis (polyarteritis nodosa, SLE)
Miscellaneous	Post ERCP, pregnancy, renal transplantation, alpha-1-antitrypsin deficiency
Genetic	CFTR and other genetic mutations

5-ASA: 5-aminosalicylic acid; CMV: cytomegalovirus; HSV: herpes simplex virus; HIV: human immunodeficiency virus; ERCP: endoscopic retrograde cholangiopancreatography; SLE: systemic lupus erythematosus; CFTR: cystic fibrosis transmembrane conductance regulator.

	Lab results	Normal range		Lab results	Normal range
P.Urea (mg/dL)	20	17-43	AST (IU/L)	107	0-50
P.Creatinine(mg/dL)	0.7	0.81-1.44	ALT (IU/L)	77	0-50
P.Albumin (g/dL)	3.76	3.5-5.2	T.Bilirubin (mg/dL)	2.05	0.3-1.2
T.cholesterol (mg/dL)	168	0-200	Blood Glucose (mg/dL)	118	74-106
TG (mg/dL)	84	0-150	LDH (U/L)	190	0-248
HDL (mg/dL)	44	40-60	CRP (mg/L)	27	0-5
LDL (mg/dL)	116	89	WBC	5480	4000-10000
P. CA (mg/dL)	9.4	8.8-10.6	Hemoglobin (g/dL)	13.3	11-16
Amilase(U/L)	3110	22-80	Hematocrit (%)	38	37-54
Lipase (U/L)	955	0-60			

attenuating effect of *G. lucidum* polysaccharides on diethyldithiocarbamate (DDC)-induced chronic pancreatitis (CP) in mice¹⁰. Koukou Li et al found out that Polysaccharides of Ganoderma lucidum strain S3 (GLPS3) have antioxidative and immunomodulatory activities. The total sugar content of GLPS3 is consisted of three parts, named GLPS3-I, GLPS3-II and GLPS3-III. The antioxidative activity of GLPS3-II from cultured fungus in vitro was revealed higher than other two polysaccharides. The superoxide dismutase (SOD) and glutathione peroxidase (GSH-Px) in serum were increased and the malondialdehyde (MDA) levels were reversely decreased by GLPS3 treatment. In addition to this, interleukin-1beta (IL-1β) and interferon-gamma (INF-γ) levels were decreased most by GLPS3-II.

In our case, no other reason but *G. lucidum* was found for the etiology of acute pancreatitis. Medical literature has no case reported, so far, on the side effects of this fungus. Since there are not sufficient clinical researches on the complications of *G. lucidum*, new studies are needed to understand the mechanism of acute pancreatitis due to *G. lucidum*. Related to this, the age of our patient which makes her belonged to geriatric population, may contribute the occurrence of *G. lucidum* based treatment's side effects; however, this mechanism and its effect on younger population is not known, yet. As we emphasize the importance of detailed anamnesis, we suggest considering that *G. lucidum*, a medicinal fungi with countless benefits, can cause negative complications.

REFERENCES

1. [Benzie IFF](#), [Wachtel-Galor S](#). Herbal Medicine: Biomolecular and Clinical Aspects.2011;9(2):1-111.
2. Lin ZB. Cellular and Molecular Mechanisms of Immuno-modulation by Ganoderma lucidum. J Pharmacol Sci 2005;99: 144 – 153.
3. [Batra P](#), [Sharma AK](#), [Khajuria R](#). Probing Lingzhi or Reishi medicinal mushroom Ganoderma lucidum (higher Basidiomycetes): a bitter mushroom with amazing health benefits. [Int J Med Mushrooms](#). 2013;15(2):127-43.
4. [Sarles H](#). Revised classification of pancreatitis-Marseille 1984. [Dig Dis Sci](#) 1985; 30:573-4.
5. [Wang F](#), [Zhou Z](#), [Ren X](#), [Wang Y](#), [Yang R](#), [Luo J](#), [Strappe P](#).Effect of Ganoderma lucidum spores intervention on glucose and lipid metabolism gene expression profiles in type 2 diabetic rats. [Lipids Health Dis](#). 2015; May 22;14(1):49.
6. Gill BS, Sharma P, Kumar R, Kumar S. Misconstrued versatility of Ganoderma lucidum: a key player in multi-targeted cellular signaling. [Tumour Biol](#) 2016 Mar;37(3):2789-804.
7. Baby S, Johnson AJ, Govindan B. Secondary metabolites from Ganoderma. [Phytochemistry](#). 2015 Jun;114(1):66-101.
8. [Liu C](#), [Dunkin D](#), [Lai J](#), [Song Y](#), [Ceballos C](#), [Benkov K](#), [Li XM](#).Anti-inflammatory Effects of Ganoderma lucidum Triterpenoid in Human Crohn's Disease Associated with Downregulation of NF-κB Signaling. [Inflamm Bowel Dis](#). 2015 Aug;21(8):1918-25.
9. [Loganathan J](#), [Jiang J](#), [Smith A](#), [Jedinak A](#), [Thyagarajan-Sahu A](#), [Sandusky GE](#), [Nakshatri H](#), [Sliva D](#). The mushroom Ganoderma lucidum suppresses breast-to-lung cancer metastasis through the inhibition of pro-invasive genes .[Int j Oncol](#). 2014 Jun;44(6):2009-15.
10. Koukou Lia, Min Yub, Yang Hua, Guangming Rena, Tingting Zanga, Xiuhong Xua, Juanjuan Qua. Three kinds of Ganoderma lucidum polysaccharides attenuate DDC-induced chronic pancreatitis in mice. [Chemico-Biological Interactions](#). 2016 Mar 5;247:30-8.