



DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

**SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ DERGİSİ**

ISSN: 2146-443X

**Cilt/Vol 7 - Sayı/Issue 3
Eylül/September 2017**

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
**SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ DERGİSİ**

Journal of Duzce University Health Sciences Institute

ISSN: 2146-443X

Cilt/Volume 7 - Sayı/Issue 3
Eylül/September 2017

**Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi
(DÜ Sağlık Bil Enst Derg)**

**Journal of Duzce University Health Sciences Institute
(J DU Health Sci Inst)**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adına Sahibi
Prof. Dr. Adnan ÖZÇETİN

Baş Editör
Doç. Dr. Şengül CANGÜR

Dahili Bilim Alanlarından Sorumlu Editör
Prof. Dr. Adnan ÖZÇETİN

Temel Bilim Alanlarından Sorumlu Editör
Prof. Dr. Seyit ANKARALI

Cerrahi Bilim Alanlarından Sorumlu Editör
Doç. Dr. Davut AKDUMAN

Biyostatistik Alanından Sorumlu Editör
Prof. Dr. Handan ANKARALI

Spor Bilimlerinden Sorumlu Editör
Prof. Dr. Recep ÖZMERDİVENLİ

Hemşirelik Bilimlerinden Sorumlu Editör
Yrd. Doç. Dr. Nuriye YILDIRIM ŞİŞMAN

Yazı-Tasarım İşlerinden Sorumlu Editörler
Doç. Dr. Serdar ÇOLAKOĞLU
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Ali SUNGUR

Editör Yardımcıları
Prof. Dr. Safinaz ATAÖĞLU
Prof. Dr. Şükrü ÖKSÜZ
Yrd. Doç. Dr. Emel ÇALIŞKAN

İletişim
sbedergi@duzce.edu.tr

Hakemli bir dergidir.
Yılda üç sayı yayımlanır.
Yayın dili Türkçe ve İngilizcedir.

Tarandığı İndeksler
Türkiye Atıf Dizini (Turkey Citation Index)
Türk Medline
Google Akademik

Editörlerden,

Değerli Okurlarımız,

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi Dergisinin 2017 yılının son sayısı olan 7. cilt 3. sayısını sizlere sunabilmenin mutluluğunu yaşamaktayız. Bu sayımızda yedi orijinal araştırma, beş derleme ve iki olgu sunumu olmak üzere on dört yazıya yer vermekteyiz. Bu sayımızın da diğer sayılarımız gibi okurlarımıza yararlı olacağını umuyoruz.

Saygılarımızla,

Ulusal Danışma Kurulu

Prof. Dr. Ahmet ATAÖĞLU	Psikiyatri	Düzce
Yrd. Doç. Dr. Ahmet Tanık EMİNLER	İç Hastalıkları	Sakarya
Prof. Dr. Ali ANNAKAYA	Göğüs Hastalıkları	Düzce
Doç. Dr. Ali Rıza ÇETİN	Restoratif Diş Tedavisi	Konya
Prof. Dr. Ali TEKİN	Üroloji	Düzce
Yrd. Doç. Dr. Ali YAVUZCAN	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Düzce
Doç. Dr. Alpaslan DAYANGAÇ	Biyoloji	Kırşehir
Doç. Dr. Anzel BAHADIR	Biyofizik	Düzce
Prof. Dr. Atilla Senih MAYDA	Halk Sağlığı	Düzce
Doç. Dr. Ayden ÇOBAN	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Aydın
Yrd. Doç. Dr. Ayfer AÇIKGÖZ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Eskişehir
Doç. Dr. Ayla KEÇECİ	Hemşirelik Esasları ve Yönetimi	Düzce
Doç. Dr. Ayla ÜNSAL	Hemşirelik	Kırşehir
Yrd. Doç. Dr. Aysel KARACA	Psikiyatri Hemşireliği	Düzce
Prof. Dr. Aysun BARANSEL	Adli Tıp	Gaziantep
Prof. Dr. Ayten ERDOĞAN	Çocuk Psikiyatrisi	İstanbul
Yrd. Doç. Dr. Bedriye AK	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Bolu
Prof. Dr. Belgin AKIN	Halk Sağlığı Hemşireliği	Konya
Yrd. Doç. Dr. Birsen ALTAY	Halk Sağlığı Hemşireliği	Samsun
Prof. Dr. Bora BÜKEN	Adli Tıp	Düzce
Doç. Dr. Bülent ÇELİK	Biyoistatistik	Ankara
Prof. Dr. Bülent ERGUN	Kadın Hastalıkları ve Doğum	İstanbul
Yrd. Doç. Dr. Cemil KAHRAMAN	Beslenme ve Diyetetik, Tıbbi Biyokimya	Düzce
Yrd. Doç. Dr. Çetin YILMAZ	Sosyal Hizmet	Düzce
Yrd. Doç. Dr. Deniz KOÇOĞLU	Halk Sağlığı Hemşireliği	Konya
Prof. Dr. Derya ÖZÇELİK	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	Sakarya
Doç. Dr. Dilek AYGİN	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Sakarya
Yrd. Doç. Dr. Dilek CİNGİL	Halk Sağlığı Hemşireliği	Konya
Yrd. Doç. Dr. Dilek KONUK ŞENER	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Düzce
Doç. Dr. Ege GÜLEÇ BALBAY	Göğüs Hastalıkları	Düzce
Doç. Dr. Elif ATICI	Tıp Tarihi ve Etik	Bursa
Yrd. Doç. Dr. Elif DİRİMEŞE	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Zonguldak
Prof. Dr. Elif Cihadiye ÖZTÜRK	Tıbbi Mikrobiyoloji	Düzce
Yrd. Doç. Dr. Emin ÖZLÜ	Dermatoloji	Düzce
Prof. Dr. Emine Didem EVCİ KIRAZ	Halk Sağlığı	Aydın
Prof. Dr. Ercan ABAY	Psikiyatri	İstanbul
Prof. Dr. Erhan BÜKEN	Adli Tıp	Ankara
Yrd. Doç. Fatma BAŞAR	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Kütahya
Prof. Dr. Faruk YORULMAZ	Halk Sağlığı	Edirne
Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN	Tıbbi Biyokimya	İstanbul
Prof. Dr. Ferhan SOYUER	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Kayseri

Yrd. Doç. Dr. Filiz SÜZER ÖZKAN	Psikiyatri Hemşireliği	Düzce
Prof. Dr. Gökhan GÖKTALAY	Farmakoloji	Bursa
Doç. Dr. Gülay RATHFISCH	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	İstanbul
Doç. Dr. Gülbin YALÇIN SEZEN	Anestezi ve Reanimasyon	Düzce
Doç. Dr. Güler BALCI ALPARSLAN	İç Hastalıkları Hemşireliği	Eskişehir
Yrd. Doç. Gülelgül MERMER	Halk Sağlığı Hemşireliği	İzmir
Doç. Dr. Gülhan OREKİCİ TEMEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Mersin
Prof. Dr. Hacer KARANISOĞLU	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	İstanbul
Yrd. Doç. Dr. Hacer SAVAŞ	Ebelik	Düzce
Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	İzmir
Yrd. Doç. Hatice KAHYAOĞLU SÜT	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Edirne
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce
Prof. Dr. İdris ŞAHİN	Tıbbi Mikrobiyoloji	Düzce
Doç. Dr. İLKAY GÜNGÖR	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları	İstanbul
Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI	Halk Sağlığı Hemşireliği	Samsun
Prof. Dr. İlknur ARSLANOĞLU	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Düzce
Prof. Dr. İlder KUŞ	Anatomi	Balıkesir
Prof. Dr. İstemi YÜCEL	Ortopedi ve Travmatoloji	Düzce
Prof. Dr. İsmet DOĞAN	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Afyon
Doç. Dr. İsmet ÖZAYDIN	Genel Cerrahi	Düzce
Yrd. Doç. Dr. Kadriye ULU GÜZEL	Pedodonti	Aydın
Yrd. Doç. Dr. Kayıhan KARACOR	Histoloji ve Embriyoloji	Düzce
Prof. Dr. Kenan KOCABAY	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Düzce
Prof. Dr. Leyla KARAOĞLU	Halk Sağlığı	Zonguldak
Doç. Dr. Mehtap KAVURMACI	İç Hastalıkları Hemşireliği	Erzurum
Doç. Dr. Melahat AKGÜN KOSTAK	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Edirne
Yrd. Doç. Dr. Meltem KÖKDENER	Sosyal Hizmet	Samsun
Yrd. Doç. Dr. Meltem ŞİRİN GÖK	Hemşirelik Esasları	Erzurum
Yrd. Doç. Dr. Mertay BORAN	Göğüs Cerrahisi	Düzce
Prof. Dr. Meryem ÇAM	Histoloji ve Embriyoloji	Düzce
Doç. Dr. Muhammet KAYIKÇI	Üroloji	Düzce
Prof. Dr. Muhsin AKBABA	Halk Sağlığı	Adana
Prof. Dr. Mustafa ATASOY	Dermatoloji	Kayseri
Prof. Dr. Mustafa ÖZKAN	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Diyarbakır
Yrd. Doç. Dr. Mustafa ŞENGÜL	Tıbbi Mikrobiyoloji	Pamukkale
Yrd. Doç. Dr. Nazende KORKMAZ YILDIZ	Ebelik	İstanbul
Prof. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Eskişehir
Doç. Dr. Nergis CANTÜRK	Adli Tıp	Ankara
Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA	Hemşirelik	Muğla
Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	İstanbul
Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL	Halk Sağlığı Hemşireliği	İstanbul
Prof. Dr. Nimet OVAYOLU	İç Hastalıkları Hemşireliği	Gaziantep

Doç. Dr. Nurhan DOĞAN	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Afyon
Prof. Dr. Nursan ÇINAR	Hemşirelik	Sakarya
Yrd. Doç. Dr. Okay KARACA	Kalp ve Damar Cerrahisi	Düzce
Prof. Dr. Orhan ÜNAL	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Ankara
Prof. Dr. Osman CELBİŞ	Adli Tıp	Malatya
Yrd. Doç. Dr. Osman KAYAPINAR	Kardiyoloji	Düzce
Yrd. Doç. Dr. Ömür KARACA	Anatomi	Balıkesir
Prof. Dr. Öner BALBAY	Göğüs Hastalıkları	Düzce
Yrd. Doç. Dr. Özlem BULANTEKİN DÜZALAN	İç Hastalıkları Hemşireliği	Çankırı
Yrd. Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Kars
Doç. Dr. Özlem ORSAL	Halk Sağlığı Hemşireliği	Eskişehir
Prof. Dr. Peri ARBAK	Göğüs Hastalıkları	Düzce
Yrd. Doç. Dr. Pınar SÖKÜLMEZ	Beslenme ve Diyetetik	Samsun
Yrd. Doç. Dr. Sevil ŞAHİN	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Ankara
Yrd. Doç. Dr. Selda RIZALAR	Hemşirelik	İstanbul
Doç. Dr. Sevda ARSLAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Düzce
Yrd. Doç. Dr. Sezer ERER	Tıp Tarihi ve Etik	Bursa
Yrd. Doç. Dr. Semra ERDOĞAN	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Mersin
Yrd. Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA	Hemşirelik	Balıkesir
Yrd. Doç. Dr. Seher YURT	Hemşirelik	Ankara
Doç. Dr. Sinan SARAÇLI	İstatistik	Afyon
Doç. Dr. Sema YILMAZ	Ebelik	Konya
Prof. Dr. Şerif DEMİR	Fizyoloji	Düzce
Prof. Dr. Tahsin TURUNÇ	Üroloji	Ankara
Doç. Dr. Teoman ATICI	Ortopedi ve Travmatoloji	Bursa
Prof. Dr. Tuncer ÖZEKİNCİ	Tıbbi Mikrobiyoloji	Diyarbakır
Yrd. Doç. Dr. Ülkü ÜŞENTİ	Sosyal Hizmet	Düzce
Prof. Dr. Ümran OSKAY	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	İstanbul
Doç. Dr. Vefik ARICA	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İstanbul
Yrd. Doç. Dr. Yalçın TURHAN	Ortopedi ve Travmatoloji	Düzce
Prof. Dr. Yasin ARİFOĞLU	Anatomi	İstanbul
Prof. Dr. Yavuz SANİSOĞLU	Biyoistatistik	Ankara
Doç. Dr. Yıldız DEĞİRMENCI	Nöroloji	Düzce
Doç. Dr. Yurdanur DİKMEN	Hemşirelik Esasları	Sakarya
Prof. Dr. Yusuf ÇELİK	Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi	İstanbul
Yrd. Doç. Dr. Zekeriya Okan KARADUMAN	Ortopedi ve Travmatoloji	Düzce
Prof. Dr. Zeki AKKUŞ	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Diyarbakır

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

ARAŞTIRMA MAKALELERİ

122-132 **Üniversite Öğrencilerinin Türkiye'deki Suriyeli Sığınmacılara Bakış Açısı**
Handan ANKARALI, Özge PASİN, Büşra KARACAN, Mehdi TOKAR, Merve KÜNÜROĞLU, Muhammed ÇAÇA, Muhammed Enes ÖZİSLAM, Nur Banu ŞAHİNGÖZ

133-136 **Seroprevalence of Toxoplasma gondii among Pregnant Women in Isparta Province, Turkey**
Orhan AKPINAR, Hatice AKPINAR, Esra ŞENDİL KESKİN

137-142 **Fiziksel Egzersiz Düzeylerinin Menstrual Siklusa Etkileri**
Esra GÜNEY, Hacer ÜNVER, Yeşim AKSOY DERYA, Tuba UÇAR

143-147 **Bir Üniversite Hastanesi Diyabet Polikliniğine Başvuran Hastaların İzlem Sonuçlarının Değerlendirilmesi**
Attila ÖNMEZ, Ali TAMER

148-155 **Tarımda Çalışan Bir Grup Kadın İşçinin Omaha Sistemi'ne Göre Sağlık Problemlerinin Belirlenmesi**
Keziban TAŞÇENE, Deniz KOÇOĞLU, Belgin AKIN

156-160 **Hemşirelik Öğrencilerinin Doğum Algısı**
Özge KAPISIZ, Aysel KARACA, Filiz SÜZER ÖZKAN, Hacer GÜLEN SAVAŞ

161-164 **Bir Üniversitenin Ebelik Bölümü Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom**
Özlem DOĞAN YÜKSEKOL

DERLEMELER

165-169 **Kalp Hastaları Cinsel Aktiviteden Uzak Durmalı mı?**
Afitap ÖZDELİKARA, Ebru BABA

170-175 **Şizofreninin Aile Üzerine Olan Etkisi**
Ayşe KÖROĞLU, Çiçek HOCAOĞLU

176-181 **Psikiyatri Hastalarında Zorunlu Yatış ve Zorla Tedaviye Bir Bakış Açısı**
Nevin ŞEN, Filiz SÜZER ÖZKAN

182-186 **Kolorektal Cerrahi Uygulanan Hastalarda Bakım Paketleri Cerrahi Alan Enfeksiyon Riskini Azaltır mı?**
Didem KANDEMİR, Ezgi SEYHAN AK, Tuluha AYOĞLU

187-190 **Sigaranın Yara İyileşmesi Üzerine Zararlı Etkileri**
Ayşegül BAYKAN, Halit BAYKAN

OLGU SUNUMLARI

191-194 **Savaş ve Göç Yollarındaki Minik Bedenler: Olgu Sunumu**
Semih PETEKKAYA, Zerrin ERKOL, Bora BÜKEN

195-196 **Epidermal Kist ile Karışan Travmatik Süperfisial Temporal Arter Anevrizması: Olgu Sunumu**
Halit BAYKAN, Ayşegül BAYKAN, Ali İhsan TEKİN

Üniversite Öğrencilerinin Türkiye'deki Suriyeli Sığınmacılara Bakış Açısı

Handan ANKARALI¹, Özge PASİN², Büşra KARACAN³, Mehdi TOKAR³, Merve KÜNÜROĞLU³, Muhammed ÇAÇA³, Muhammed Enes ÖZİSLAM³, Nur Banu ŞAHİNGÖZ³

ÖZ

Son yıllarda en büyük göç dalgasına neden olan Suriye iç savaşı nedeniyle ülkesi karışan Suriyeliler başta Türkiye olmak üzere çevre ülkelere sığınmıştır. Yaşanan kargaşanın büyümesi sonucunda ise ülkemizin sınır bölgelerinde hareketlilik yaşanmıştır. Yaklaşık olarak ülkemizde 3.5 milyona yakın göçmen yaşamaktadır. Bu sayı ise Türkiye nüfusunun çok önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Suriyeli sığınmacıların gerçekleştirdikleri göç bir takım sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu sorunların ekonomik, sosyal, siyasi ve toplumsal etkileri söz konusudur. Dil, kültür ve yaşam biçimi farklılıkları toplumsal açıdan uyumu zorlaştırmakta, çarpık yapılaşmalar artmaktadır. Ayrıca ekonomik anlamda da örneğin, sağlık harcamalarında önemli artışlar olmuştur. İstihdam yönünden de sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu çalışmada, oluşan sorunlar çerçevesinde günümüzün güncel konusu arasında yer alan Suriyeli sığınmacılar konusu araştırılmaktadır. Çalışmanın amacı gençlerin sığınmacılara bakış açılarını değerlendirmektir. Bunun için Düzce Üniversitesinde eğitim gören belli fakültelerdeki öğrencilerden tabakalı örnekleme yardımıyla anket yoluyla veriler toplanarak ilgili sorunlara bakış açıları incelenmiştir. Çalışmadaki amaç, ülkemizde genç nüfusun Suriyeli sığınmacılara olan bakış açılarını yansıtmaktır. Sonuç olarak araştırmadan elde edilen bulgulara göre kadınların göçmenlere yönelik tutumlarının erkeklerden daha olumlu olduğu görülmektedir. Ailenin ve akrabaların görüşlerinin bireyin tutumlarını etkilediği ortaya çıkmaktadır. Araştırmamız fiziksel yakınlıktan ötürü göçmenlerle daha sık ilişki içerisinde bulunan Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinden gelen öğrencilerin göçmenlere yönelik daha olumlu tutumlar içerisinde olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Sığınmacı; mülteci; Suriye; savaş; toplumsal etki.

Perspective of University Students towards Syrian Refugees in Turkey

ABSTRACT

In recent years, Syrians whose country have chaos due to Syrian civil war that caused the biggest wave of immigration, have taken refuge in neighboring countries, especially to Turkey. As a result of the growth of the chaos, there has been activity in the border regions of our country. Nearly 3.5 million immigrants live in our country. This number is very important in terms of Turkey population. This immigration brings some problems. Immigration problems are economic social, political implications. In the light of the problems, in this study we examined Syrian refugees which is today's current issues. The differences of the language, culture and lifestyle make social adjustment difficult and distorted structures are increasing. Also in the economic sense, for example, there have been significant increases in health expenditures. There are also difficulties in terms of employment. Issue of Syrian refugees which are among the contemporary issues in the framework of the problems that arise is investigated in this study. The purpose of the study is to evaluate the perspective of young people to refugees. For this, data gathered by questionnaire with the help of stratified sampling from the students studying certain faculties at Duzce University and is examined their points of view on the related problems. The aim of the study is to reflect the perspectives of young people in our country to the Syrian refugees. As a result, it was seen that the attitudes of women towards refugees are more positive than men. Also it was seen that the opinions of family and relatives affected the attitudes of individuals. Our study shows that the students from Eastern Anatolia and Southeastern Anatolia regions, which are more closely related to immigrants due to their physical proximity, are in a more positive attitude towards refugees.

Keywords: Defector; refugee; Syria; war; social impact.

GİRİŞ

Mültecilerle ilgili ilk düzenleme Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin 1951 Cenevre Sözleşmesidir. Bu sözleşmede "İrki, dini, tabiiyeti, belli bir toplumsal gruba mensubiyeti veya siyasi düşünceleri yüzünden zulme uğrayacağından haklı sebeplerle korktuğu için vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve bu ülkenin korumasından yararlanamayan ya da

¹ İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi Anabilim Dalı

² İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı

³ Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Özge PASİN, ozgepasin90@yahoo.com.tr

Geliş Tarihi / Received: 26.07.2016 Kabul Tarihi / Accepted: 03.08.2017

söz konusu korku nedeniyle, yararlanmak istenmeyen; yahut tabiiyeti yoksa ve bu tür olaylar sonucu önceden yaşadığı ikamet ülkesinin dışında bulunan, oraya dönemeyen veya söz konusu korku nedeniyle dönmek istemeyen her şahıs mülteci olarak tanımlanmaktadır (1-5). Sığınmacılar ile birlikte toplumsal sorunlarda artmaktadır. Sığınmacılardan dolayı çok eşliliğin ortaya çıkması ve buna bağlı boşanmaların artması, kadın ve çocuk istismarı, çarpık yapılaşma gibi problemler de giderek artmaktadır. Suriyelilerin yoğun yaşadıkları illerde demografik yapıyı değiştirmeleri, en ciddi toplumsal etkilerden biri olarak kabul edilmektedir. Bu durum, kimi zaman etnik ve mezhepsel boyutlu kutuplaşmaların doğmasına ya da var olan gerginliklerin körüklenmesine yol açabilmektedir. Sığınmacılara karşı önceleri oldukça sıcakkanlı olan halkımız, ikametlerin uzaması dolayısıyla çeşitli huzursuzluklar göstermeye başlamıştır. Temel sorunlar arasında; sığınmacı nüfusunun yoğunluğu nedeniyle ev kiralalarının yükselmesi, düşük ücretle çalışmaları nedeniyle işverenlerin yerli halk yerine sığınmacıları tercih etmeye yönelmesi, mültecilerin il merkezinde işyeri açmaya başlamaları sıralanabilir. Diğer sorunlar arasında ise Mültecilerin Çadır Kent'e rahatlıkla giriş çıkışı yaptıklarından kaynaklanan belirsizlikler, güvenlik veya asayişin yetersiz kalması, doğal yaşam alanlarının işgali, çalışmaları sınırlandırılmışken birçok işyerinde yaygın olarak çalışmaya başlamaları, hastaneler başta olmak üzere kurumların mültecilere hizmet sunmalarıyla yerli halkın beklentilerinin yeterince karşılanamaması gündem oluşturmaktadır. Sığınmacıların büyük çoğunluğu Türkçe konuşamamakta ve olumsuz durumda karşısında nereye başvuracağını bilmemektedir. Yaşadıkları il ve ilçelere göre değişiklik gösteren sorunlarla yüz yüze olan sığınmacıların ortak sorunları yeterli barınma, sağlık ve beslenme olanaklarına sahip olmamaları, kültürel uyumsuzluk ve çocukların eğitimlerine devam edememeleri ve sosyal dışlanmaya maruz kalmalarıdır (6-10).

Türkiye'ye misafir tanımıyla gelen Suriyeli sığınmacıların misafirlikleri 2015 yılında bitmediği gibi hala misafirlikten de öte bir yapıda devam edeceği anlaşılmaktadır. Türkiye'deki Suriyeliler konusu son üç yılın en önemli gündem maddesi haline gelmiştir. Ekim 2014 itibariyle sayıları 1 milyon 565 bini bulan Suriyelilerin yüzde 86'sından fazlası Türkiye'nin bütün bölgelerine yayılmış durumdadır. Nisan 2011'den bu yana ülkelerinde ortaya çıkan çatışma ortamından kaçarak 'açık kapı politikası' çerçevesinde Türkiye'ye sığınan sığınmacıların sayısı sürekli artmakta, aynı zamanda kalma süreleri de uzamaktadır. İçişleri Bakanlığı yetkilileri, sadece 9 ilde Suriyeli bulunmadığını, bunun dışında 72 ilde Suriyelinin yaşadığını belirtmektedir. Suriyelilerin Türkiye'deki etkileri en fazla toplumsal alanda hissedilmektedir. Sığınmacılar ile yerel halk arasında, farklı dil, kültür ve yaşam tarzından kaynaklanan sorunlar yaşanmaktadır. Türkiye'deki bu son dönemde ortaya çıkan toplumsal sorunu araştırmak için yaptığımız bu araştırmada üniversitemizde eğitim görmekte olan öğrencilerin Suriyeli sığınmacılara bakış açısını değerlendirilmiştir (11-14).

Mülteci ve Sığınmacı Kavramları

Mülteci ve sığınmacı kavramları çok eski tarihlerden itibaren mevcuttur. Ancak bu iki kavram aynı anlama gelmemekte, aralarında farklılıklar vardır. Türk hukuk sisteminde yer alan protokollere göre mülteci, Avrupa'da meydana gelen olaylar sebebiyle ırkı, dini, milliyeti, belirli bir toplumsal gruba üyeliği veya siyasi düşünceleri nedeniyle takibata uğrayacağından haklı olarak korktuğu için vatandaşı olduğu ülke dışında bulunan ve vatandaşı

olduğu ülkenin himayesinden istifade edemeyen veya korkudan dolayı istifade etmek istemeyen ya da uyuğu yoksa ve önceden ikamet ettiği ülke dışında bulunuyorsa oraya dönmeyen veya korkusundan dolayı dönmek istemeyen yabancı anlamına gelirken, sığınmacı terimi ise; ırkı, dini, milliyeti, belirli bir toplumsal gruba üyeliği veya siyasi düşünceleri nedeniyle takibata uğrayacağından haklı olarak korktuğu için vatandaşı olduğu ülke dışında bulunan ve vatandaşı olduğu ülkenin himayesinden istifade edemeyen veya korkudan dolayı istifade etmek istemeyen ya da uyuğu yoksa ve önceden ikamet ettiği ülke dışında bulunuyorsa oraya dönmeyen veya korkusundan dolayı dönmek istemeyen yabancı anlamına gelmektedir. Dolayısı ile mülteciler hukuken statüsü kabul edilmiş bir yabancıyı ifade ederken sığınmacılar ise mültecilik statüsü incelenen ve bu sebeple kendisine geçici koruma sağlanan kişiyi ifade etmektedir (15-17).

Türkiye ve Sığınmacılar

Savaş, siyasi, dini ve ekonomik karışıklıklar sebebiyle ülkemize gelen sığınmacıların sayısı oldukça fazladır ve gün geçtikçe artmaktadır. Özellikle yaklaşık 2012 yıllarından itibaren ülkemize gelen Suriyeli sığınmacıların sayısı oldukça fazladır. Nisan 2011'den bu yana ülkelerinde ortaya çıkan çatışma ortamından kaçarak 'açık kapı politikası' çerçevesinde Türkiye'ye sığınan sığınmacıların sayısı sürekli artmakta, aynı zamanda kalma süreleri de uzamaktadır. İçişleri Bakanlığı yetkilileri, sadece 9 ilde Suriyeli bulunmadığını, bunun dışında 72 ilde Suriyelinin yaşadığını belirtmektedir. Suriyelilerin Türkiye'deki etkileri en fazla toplumsal alanda hissedilmektedir. Ekim 2014 itibariyle sayıları 1 milyon 565 bini bulan Suriyelilerin yüzde 86'sından fazlası Türkiye'nin bütün bölgelerine yayılmış durumdadır. Türkiye'ye misafir tanımıyla gelen Suriyeli sığınmacıların misafirlikleri 2015 yılında bitmediği gibi hala misafirlikten de öte bir yapıda devam edeceği anlaşılmaktadır. Türkiye'deki Suriyeliler konusu son üç yılın en önemli gündem maddesi haline gelmiştir (18,19).

Ülkemizde Suriyeli sığınmacılarda meydana gelen bu artış halkımız ile sığınmacılar arasında dil, kültür ve yaşam tarzlarından kaynaklanan çatışmaların oluşmasına sebep olabilmektedir. Sığınmacılardan dolayı çok eşliliğin ortaya çıkması ve buna bağlı boşanmaların artması, kadın ve çocuk istismarı, çarpık yapılaşma gibi problemler de giderek artmaktadır. Suriyelilerin yoğun yaşadıkları illerde demografik yapıyı değiştirmeleri, en ciddi toplumsal etkilerden biri olarak kabul edilmektedir. Bu etnik durum, kimi zaman ve mezhepsel boyutlu kutuplaşmaların doğmasına ya da var olan gerginliklerin körüklenmesine yol açabilmektedir. Sığınmacılara karşı önceleri oldukça sıcakkanlı olan halkımız, ikametlerin uzaması dolayısıyla çeşitli huzursuzluklar göstermeye başlamıştır. Özellikle sığınmacıların ülkemize gelmesi ile birlikte ev kiralalarının yükselmesi, düşük ücretle çalışmaları ile işverenlerin yerli halk yerine sığınmacıları tercih etmeye yönelmesi, sığınmacıların il merkezlerinde işyeri açmaya başlamaları ülkemiz insanı tarafından oldukça sorun oluşturmaktadır. Ayrıca sığınmacıların yaşadıkları Çadır Kent'e rahatlıkla giriş çıkışı yapmalarından kaynaklanan belirsizlikler, güvenlik veya asayişin yetersiz kalması, doğal yaşam alanlarının işgali, çalışmaları sınırlandırılmışken birçok işyerinde yaygın olarak çalışmaya başlamaları, hastaneler başta olmak üzere kurumların sığınmacılara hizmet sunmalarıyla yerli halkın beklentilerinin yeterince karşılanamaması halkımızın tepkisini çekmektedir. Sığınmacılar açısından bakıldığında ise, onlar da ülkemizde büyük sıkıntılar ile karşı karşıya kalmaktadır. Örneğin, en

büyük ülkemizde karşılaştıkları en büyük sorunlardan biri sığınmacıların büyük çoğunluğunun dilimizi konuşamaması ve maruz kaldıkları olumsuz durumlarda ne yapacaklarını bilmemeleridir. Yaşadıkları il ve ilçelere göre değişiklik gösteren sorunlarla yüz yüze olan sığınmacıların ortak sorunları ise yeterli barınma, sağlık ve beslenme olanaklarına sahip olmamaları, kültürel uyumsuzluk ve çocukların eğitimlerine devam edememeleri ve sosyal dışlanmaya maruz kalmalarıdır. Suriyeli genç erkeklerde uyuşturucu kullanımı artarken, kadınlar fuhuş tehdidine maruz kalmaktadır. Bir başka toplumsal etkisi ise sığınmacıların çarpık yapılaşmalara sebep olmalarıdır. Gelir düzeyi düşük olduğu için kaçak, sağlıksız konutlar yaparak çarpık yapılaşmanın olması söz konusudur. Buna ek olarak sığınmacılar maddi imkânsızlar sebebiyle küçük yaştaki çocuklarını okula gönderememekte onun yerine çalışıp para kazanmaları gerektiği şekilde bir yönlendirme yapmaktadırlar. Tabi bu durumda doğal olarak toplumsal yapıyı olumsuz olarak etkilemektedir (14-17).

Suriyeli Sığınmacıların Türkiye'ye Toplumsal Etkileri

Toplumsal etkilerin en başında dil, kültür ve yaşam tarzlarından kaynaklanan farklılıklar yer almaktadır. Bu farklılıklara ek olarak çok eşlilik artarak, dini nikâh kıyma oranları aşırı derecede artmaktadır. Buna bağlı olarak da boşanmalar artarak toplumun yapısı bozulmaktadır. Yaşlı genç erkekler Suriyeli sığınmacıların ailelerine belirli bir miktar para ödeyerek ailelerindeki kızlarla dini nikâh kıyma hakkını sahip olmaktadır. Böylece sığınmacılar hem para kazanacak hem de kızlarının hayatlarının kurulacağını düşünmektedirler. Böylece çok sayıda çocuk istismarı ortaya çıkmaktadır (1).

Suriyeli Sığınmacıların Türkiye'ye Toplumsal Etkileri

Sınır bölgelerde sığınmacıların sayısı oldukça fazla olduğu için ve talep git gide arttığı için kira fiyatları oldukça yükselmektedir. Bu durum tabi ki ev sahibi açısından olumlu bir durum iken, kiracı bakımından olumsuz bir durumdur. Dolayısıyla sığınmacıların talebi ev sahipleri bakımından bir fırsat haline gelmiştir (1).

Suriyeli sığınmacıların artması nedeni ile sınır bölgelerde çalışan işçilerin çoğu işinden atılmaktadır. Bunun sebebi ise işverenlerin sığınmacıları daha az ücret ile çok çalıştırmalarıdır. İşlerinden ayrılan işçilerin çoğu iş kaybetmelerinin nedenini büyük çoğunluğunu sığınmacılara bağlamaktadır. Dolayısıyla sığınmacıların kaçak yollarla ucuz iş gücü ile çalışmaları yerel halkı önemli derecede etkilerken, günümüz piyasasında ise hem olumlu hem olumsuz yanları mevcuttur. Makroekonomik açıdan bakıldığında, Suriyelilerin genel bütçe ve işsizlik rakamlarına etkisi olduğu görülmektedir. Türkiye bütçesinden Suriyeliler için harcanan para 4,5 milyar doları bulmuştur. Bunun yanı sıra 2014 Kasım ayı içinde açıklanan rakamlar ile işsizlik oranı 10,1 ile çift haneye ulaşmıştır. Bu yükselişte Suriyelilerin iş- gücü piyasasına girişinin etkisinin olması ihtimal dâhilindedir (1).

Suriyeli Sığınmacıların Türkiye'ye Siyasi ve Güvenlik Etkileri

Sığınmacıların siyasi ve güvenlik etkilerinin en başında yerel halk ile sığınmacılar arasında ortaya çıkabilecek çatışma riskidir. Bu durum yerel halkın güvenlik kaygısının artmasına sebep olmakta ve ileri derecede siyasi olarak fikirlerin ayrışmasına sebep olmaktadır.

Ülkemizdeki insanların bazıları ise sığınmacıların provokasyon çıkartma riskine karşı oldukça tedirgin olduğu görülmektedir. Birçok kişinin en büyük korkusu terör saldırılarına karşı ülkemizi açık hissetmeleri ve Türkiye düşmanı kişilerce ülkemizin karışacağını düşünmektedirler. Bu ise ülke güvenliği açısından büyük tehdit

oluşturmaktadır (1).

Suriyeli Sığınmacıların Türkiye'deki Temel Hizmetler Üzerine Etkileri

Suriyeli sığınmacılar eğitim alma ve sağlık hizmetleri açısından sıkıntı çekmemektedir. Kayıt yaptırılmaları halinde hastane hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanabilmektedirler. Ancak yerel halkında bu hastanelerden yararlanması hastanelerde yer ve kapasite sorunlarının ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Bu durum ise yerel halkın tepisini oluşturmaktadır. Yerel halk hastane hizmetlerinden verimli bir şekilde yararlanmadıklarını düşünmektedirler.

Sınır bölgelerde artan sığınmacılar nedeni ile de ülkemizde hiç rastlanmayan aşısı dahi kaldırılan hastalıklar bile görülmeye başlanmıştır. Bu çocuklar açısından büyük tehdit oluşturmaktadır. Özellikle çocuk felci hastalığının ciddi derecede görüldüğü gözlenmiştir (1).

Eğitim açısından değerlendirildiğinde ise sığınmacıların yaklaşık %10'u eğitim gördüğü için eğitim hizmetlerinde herhangi bir aksama veya yetersizlik söz konusu olmamaktadır. Sığınmacıların Türkçeyi de bilmemeleri bu duruma neden olmaktadır. Dolayısıyla öncelikle Suriyelilerin Türkçe kursuna gitmeleri ve gerekli eğitimleri almaları sağlanmalıdır. Böylece adaptasyon süreçleri oldukça kısalmaktadır. Ancak gerçek şudur ki, Suriyeli sığınmacıların eğitim almaması şu anda ülkemiz için bir tehdit oluşturmaya da ilerleyen dönemlerde uzun vadede önemli sorunlara yol açabilme ihtimali oldukça yüksektir (1).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Veriler Düzce Üniversitesinde eğitim gören belli fakültelerdeki öğrencilerden 2014-2015 yılları arasında anket yoluyla toplanmıştır. Oluşturulan örneklem grupları tabakalı örnekleme yardımıyla oluşturulmuştur.

İstatistiksel Analiz

Sorulara ait tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Sorular arasındaki ilişkiler Pearson ki-kare ve Fisher exact testleri ile incelenmiştir. İstatistiksel değerlendirmelerde p değeri <0.05 ise sonuç istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Hesaplamalarda PASW (ver.18) programı kullanılmıştır.

BULGULAR

Daha önce hiçbir sığınmacı ile iletişime geçtiniz mi? (Soru 15), sığınmacı ile iletişime geçtikten sonra bakış açınız değişti mi? (Soru 16), sığınmacılara herhangi bir yardımda bulundunuz mu? (Soru 17) sığınmacıların size karşı tepkileri ne oldu? (Soru 18), sığınmacıların ülkemize gelmesini nasıl karşılıyorsunuz? (Soru 19), ülkemize gelen Suriyeli sığınmacılar hakkında hiç empati kurdunuz mu? (Soru 20) sığınmacılar için barınma olanağı nasıl sağlanmalı? (Soru 23), sığınmacıların halkın içine karışması sizi rahatsız ediyor mu? (Soru 24), sığınmacıların var olan toplum düzenini bozup, toplumunuzda kültür çatışmasına sebep olduğunu düşünüyor musunuz? (Soru 25), devletin sığınmacılara uyguladığı ekonomik politikalar sizce yeterli mi? (Soru 26), sığınmacılara yeterince iş imkânının sağlandığını düşünüyor musunuz? (Soru 27), sığınmacılara düşük ücretlerle ve daha ağır koşullarda çalıştırılmasını nasıl karşılıyorsunuz? (Soru 28), maddi yardım isteyen sığınmacılara nakdi yardım edilmesini doğru buluyor musunuz? (Soru 29), sizce sığınmacıların basında çıkan haberlerde yeteri kadar yer aldığını düşünüyor musunuz? (Soru 30), basın sizce sığınmacılar hakkında yaptığı haberlerde yeterli ve doğru bilgi veriyor mu sorusuna basının bu haberleri yeterli ve tarafsız olarak

verdiğini düşünüyorum, basın tarafı olarak haber aktardığını düşünüyorum, verilen bilgiler doğru değil, eksik veya yanlış, doğruluğu veya yanlışlığı hakkında fikir sahibi değilim cevaplarını verenlerin sıklığı ve sığınmacılar Suriye’den değil de Avrupa’dan gelselerdi bakış açımı yine aynı olur muydu?, Ailenizde sığınmacılara olan tutum ve davranışlar nelerdir? (Soru 34), çevrenizde mültecilere olan tutum ve davranışlar nelerdir? (Soru 35), Suriyeli bir sığınmacı sizinle konuşmaya çalışsa ona karşı tavrınız nasıl olurdu? (Soru 36), Suriye’deki iç karışıklık sona erdiğinde sığınmacıların ülkelerine geri dönmeleri gerektiğini düşünüyor musunuz? (Soru 37), sorularına verilen cevapların dağılımı kadın ve erkekler arasında anlamlı farklılık göstermemiştir.

Buna karşın tablo değerlendirildiğinde, ülkenizde benzeri bir durum söz konusu olsa ülkenizde kalmayı mı yoksa sığınmacı olmayı mı tercih ederiniz sorusuna cevap verenlerin sıklığı açısından kadın ve erkek cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Soru 21) ($p<0.001$). Ülkemde kalmayı tercih ederim seçeneği erkeklerde, kararsızım seçeneği kadınlarda daha yüksek oranda bulunmuştur. Buna karşın her iki cinsiyetin de mülteci olmayı benzer oranda tercih ettiği görülmüştür.

Tablo 1 incelendiğinde, ülkenizde kalan mültecilerin yaşam koşulları hakkında bilginiz var mı sorusuna cevap verenlerin sıklığı açısından kadın ve erkek cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Soru 22) ($p=0.035$). Bu soruya yeterli bilgiye sahibim diyenlerin oranı erkeklerde yüksek bulunmuş iken, yeterli bilgiye sahip değilim diyenlerin oranı kadınlarda daha yüksek çıkmış, ilgilenmiyorum seçeneği her iki cinsiyette de benzer oranda bulunmuştur. Siyasi ve dini görüşün mültecilere bakış açısını değiştirdiğini düşünüyor musunuz sorusuna cevap verenlerin sıklığı açısından kadın ve erkek cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Soru 32; $p=0.019$). Kadınların daha fazla evet cevabını verdiği, erkeklerin ise hayır cevabını daha yüksek oranda verdiği belirlenmiştir. Ancak kararsızlar kadın ve erkeklerde benzer orandadır. Sorulara verilen yanıtların yaşlar bakımından farklılık gösterip göstermediği incelenmiş ve sonuçlar Tablo 2’de gösterilmiştir. Tablo 2 incelendiğinde, soru 16, 17, 18, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 35 ve 36. sorulara verilen yanıtların dağılımı yaşa göre farklılık göstermemiştir (her biri için $p>0.05$).

24 yaş ve üzeri kişilerin daha önce sığınmacılar ile karşılaşma oranı anlamlı derecede yüksek iken (Soru 15), sığınmacıların ülkemize gelmesini anlamlı derecede olumsuz karşılamaktadır (Soru 19) ($p<0.001$). Ayrıca 24 yaş altı bireylerin mültecilerin yaşam koşulları hakkında bilgi sahibi olma oranları anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Soru 22; $p<0.001$). Bunun dışında mültecilerin barınma olanakları ile ilgili sorulara verilen yanıtlar değerlendirildiğinde ise, 24 yaş altı bireyler mülteciler için özel sitelerin kurulması gerektiğini düşünürken, 24 yaş üstü bireyler mültecilerin halkın içine karışmasını desteklemektedir. Bir anlamda bu sonuç yaş grupları arasında bu açıdan bir fikir ayrılığını göstermektedir (Soru 23).

24 yaş ve üzeri bireylerin sığınmacıların ağır koşullarda çalıştıklarını düşünme oranları anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Soru 28; $p<0.001$). Bu konuda herhangi bir fikrim yok seçeneğini işaretleyenlerin oranı benzer olduğu görülmüştür.

Basında yer alan haberler açısından sonuçlar değerlendirildiğinde ise 24 yaş üstü bireyler basında yer alan haberlerin yeteri kadar yer almadığını düşünme oranları anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (Soru 30;

Tablo 1. Sığınmacılara bakış açısını ölçen sorulara verilen cevapların cinsiyetlere göre dağılımı

		Kadın	Erkek	p
S15	Evet	131 (34.9)	115 (40.2)	0.164
	Hayır	244 (65.1)	171 (59.8)	
S16	Olumlu	79 (58.1)	56 (46.3)	0.133
	Olumsuz	22 (16.2)	29 (24.0)	
S17	Hiç etkilenmedi	35 (25.7)	36 (29.8)	0.403
	Evet	85 (63.0)	70 (57.9)	
S18	Hayır	50 (37.0)	51 (42.1)	0.438
	Olumlu	84 (61.8)	71 (58.7)	
S19	Olumsuz	16 (11.8)	21 (17.4)	0.387
	Herhangi bir tepkim yok	36 (26.5)	29 (24.0)	
S20	Olumlu karşılıyorum	115 (31.3)	89 (31.4)	0.298
	Kararsızım	114 (31.0)	88 (31.1)	
S21	İlgilenmiyorum	32 (8.7)	35 (12.4)	<0.001
	Kararsızım	107 (29.1)	71 (25.1)	
S22	Evet	274 (73.3)	199 (69.6)	0.298
	Hayır	100 (26.7)	87 (30.4)	
S23	Ülkemde kalmayı tercih ederim	179 (47.9)	199 (70.1)	<0.001
	Mülteci olmayı tercih ederim	42 (11.2)	19 (6.7)	
S24	Kararsızım	153 (40.9)	66 (23.2)	0.220
	Yeterli bilgiye sahibim	137 (36.4)	124 (43.5)	
S25	Yeterli bilgiye sahip değilim	179 (47.6)	107 (37.5)	<0.001
	İlgilenmiyorum	60 (16.0)	54 (18.9)	
S26	Kamplarda kalmalı	110 (29.5)	103 (36.8)	0.465
	Halkın içine karışmalı	61 (16.4)	45 (16.1)	
S27	Mülteciler için özel site kurulmalı	122 (32.7)	76 (27.1)	0.670
	Diğer	80 (21.4)	56 (20.0)	
S28	Evet rahatsız ediyorum	187 (51.7)	149 (54.6)	0.439
	Hayır etmiyor	175 (48.3)	124 (45.4)	
S29	Evet düşünüyorum	213 (57.1)	151 (53.7)	0.364
	Hayır düşünmüyorum	102 (27.3)	81 (28.8)	
S30	Hiçbir fikrim yok	58 (15.5)	49 (17.4)	0.786
	Yeterli	91 (24.2)	69 (24.5)	
S31-1	Yetersiz	111 (29.5)	72 (25.5)	0.725
	Gereğinden fazla	90 (23.9)	82 (29.1)	
S31-2	Bilmiyorum	84 (22.3)	59 (20.9)	0.423
	Evet düşünüyorum	127 (33.8)	110 (39.1)	
S31-3	Hayır düşünmüyorum	128 (34.0)	87 (31.0)	0.154
	Bilmiyorum	121 (32.2)	84 (29.9)	
S31-4	Uygun	31 (8.3)	30 (10.7)	0.473
	Uygun değil	284 (75.7)	193 (68.7)	
S32	Herhangi bir fikrim yok	60 (16.0)	58 (20.6)	0.583
	Evet edilmeli	132 (35.6)	106 (38.0)	
S33	Hayır edilmemesin	103 (27.8)	77 (27.7)	0.786
	Kararsızım	136 (36.7)	96 (34.4)	
S34	Evet basında yeterince haber yapıyor	155 (41.3)	110 (39.1)	0.725
	Hayır gerektiği kadar bu haberlere yer verilmiyor	103 (27.5)	85 (30.2)	
S35	Basını çok fazla takip etmiyorum	117 (31.2)	86 (30.6)	0.423
	Evet	63 (16.8)	41 (14.5)	
S36	Hayır	311 (83.2)	241 (85.5)	0.154
	Evet	166 (44.4)	141 (50.0)	
S37	Hayır	208 (55.6)	141 (50.0)	0.473
	Evet	98 (26.2)	81 (28.7)	
S38	Hayır	276 (73.8)	201 (71.3)	0.583
	Evet	122 (32.6)	86 (30.6)	
S39	Hayır	252 (67.4)	195 (69.4)	<0.001
	Evet	228 (61.5)	143 (51.1)	
S40	Hayır	96 (25.9)	99 (35.4)	0.122
	Bilmiyorum	47 (12.7)	38 (13.6)	
S41	Evet	284 (76.5)	195 (71.2)	0.952
	Hayır	87 (23.5)	79 (28.8)	
S42	Olumlu	128 (34.4)	99 (35.6)	0.967
	Olumsuz	78 (21.0)	59 (21.2)	
S43	İlgisizim	80 (21.5)	61 (29.9)	0.967
	Kararsızım	86 (23.1)	59 (21.2)	
S44	Olumlu	78 (21.0)	58 (20.9)	0.154
	Olumsuz	151 (40.7)	109 (39.2)	
S45	İlgisizim	58 (15.6)	47 (16.9)	0.350
	Kararsızım	84 (22.6)	64 (23.0)	
S46	Onu dinlerim ve yardımcı olmaya çalışırım	258 (69.2)	183 (65.1)	0.154
	Onunla konuşmaktan kaçınırım	29 (7.8)	16 (5.7)	
S47	Şu an bir fikrim yok	86 (23.1)	82 (29.2)	0.350
	Evet	336 (91.6)	244 (89.4)	
S48	Hayır	31 (8.4)	29 (10.6)	0.350

Tablo 2. Sığınmacılara bakış açısını ölçen sorulara verilen cevapların yaş gruplarına göre dağılımı

		<24 yaş	>24 yaş	p
S15	Evet	211 (35.8)	35 (49.3)	<0.001
	Hayır	379 (64.2)	36 (50.7)	
S16	Olumlu	116 (53.0)	19 (50.0)	0.271
	Hiç etkilenmedi	63 (28.8)	8 (21.1)	
S17	Evet	129 (59.2)	26 (68.4)	0.282
	Hayır	89 (40.8)	12 (31.6)	
S18	Olumlu	135 (61.6)	20 (52.6)	0.076
	Herhangi bir tepkim yok	57 (26.0)	8 (21.1)	
S19	Olumsuz	27 (12.3)	10 (26.3)	0.076
	Olumlu karşılıyorum	169 (29.1)	35 (49.3)	
	Kararsızım	185 (31.9)	17 (23.9)	
S20	Evet	422 (71.6)	51 (71.8)	0.974
	Hayır	167 (28.4)	20 (28.2)	
S21	Ülkemde kalmayı tercih ederim	336 (57.2)	42 (59.2)	0.701
	Mülteci olmayı tercih ederim	53 (9.0)	8 (11.3)	
S22	Kararsızım	198 (33.7)	21 (29.6)	<0.001
	Yeterli bilgiye sahibim	229 (38.8)	32 (45.1)	
S23	Yeterli bilgiye sahip değilim	266 (45.1)	20 (28.2)	<0.001
	İlgilenmiyorum	95 (16.1)	19 (26.8)	
S24	Kamplarda kalmalı	193 (33.2)	20 (28.2)	<0.001
	Halkın içine karışmalı	87 (14.9)	19 (26.8)	
S25	Mülteciler için özel site kurulmalı	185 (31.8)	13 (18.3)	0.201
	Diğer	117 (20.1)	19 (26.8)	
S26	Evet rahatsız ediyor	304 (53.8)	32 (45.7)	0.312
	Hayır etmiyor	261 (46.2)	38 (54.3)	
S27	Evet düşündürüyor	327 (56.1)	37 (52.1)	0.052
	Hayır düşündürüyor	158 (27.1)	25 (35.2)	
S28	Hiçbir fikrim yok	98 (16.8)	9 (12.7)	0.823
	Yeterli	137 (23.3)	23 (32.4)	
S29	Yetersiz	158 (26.9)	25 (35.2)	0.188
	Gereğinden fazla	159 (27.1)	13 (18.3)	
S30	Bilmiyorum	133 (22.7)	10 (14.1)	<0.001
	Evet düşündürüyor	209 (35.7)	28 (39.4)	
S31-1	Hayır düşündürüyor	193 (32.9)	22 (31.0)	0.823
	Bilmiyorum	184 (31.4)	21 (29.6)	
S31-2	Uygun	49 (8.4)	12 (17.1)	0.052
	Uygun değil	433 (73.9)	44 (62.9)	
S31-3	Herhangi bir fikrim yok	104 (17.7)	14 (20.0)	0.823
	Evet edilmeli	206 (35.6)	32 (45.1)	
S31-4	Hayır edilmesin	160 (27.6)	20 (28.2)	0.188
	Kararsızım	213 (36.8)	19 (26.8)	
S32	Evet basında yeterince haber yapıyor	236 (40.3)	29 (40.8)	<0.001
	Hayır gerektiği kadar bu haberlere yer verilmiyor	159 (27.2)	29 (40.8)	
S33-1	Basını çok fazla takip etmiyorum	190 (32.5)	13 (18.3)	<0.001
	Evet	84 (14.4)	20 (28.2)	
S33-2	Hayır	501 (85.6)	51 (71.8)	0.757
	Evet	275 (47.0)	32 (45.1)	
S33-3	Hayır	310 (53.0)	39 (54.9)	0.459
	Evet	157 (26.8)	22 (31.0)	
S33-4	Hayır	428 (73.2)	49 (69.0)	<0.001
	Evet	194 (33.2)	14 (20.0)	
S34	Hayır	391 (66.8)	56 (80.0)	0.388
	Evet	336 (57.8)	35 (50.0)	
S35	Hayır	172 (29.6)	23 (32.9)	0.538
	Bilmiyorum	73 (12.6)	12 (17.1)	
S36	Evet	438 (76.2)	41 (58.6)	<0.001
	Hayır	137 (23.8)	29 (41.4)	
S37	Olumlu	198 (34.1)	29 (41.4)	0.330
	Olumsuz	124 (21.4)	13 (18.6)	
S38	İlgisizim	125 (21.6)	16 (22.9)	0.273
	Kararsızım	133 (22.9)	12 (17.1)	
S39	Olumlu	117 (20.2)	19 (27.1)	0.004
	Olumsuz	237 (40.9)	23 (32.9)	
S40	İlgisizim	91 (15.7)	14 (20.0)	0.004
	Kararsızım	134 (23.1)	14 (20.0)	
S41	Onu dinlerim ve yardımcı olmaya çalışırım	397 (68.0)	44 (62.9)	0.273
	Onunla konuşmaktan kaçınırım	37 (6.3)	8 (11.4)	
S42	Şu an bir fikrim yok	150 (25.7)	18 (25.7)	0.004
	Evet	524 (91.8)	56 (81.2)	
S43	Hayır	47 (8.2)	13 (18.8)	0.004

p<0.001). Basında yeterince haber veriliyor seçeneğini işaretleyenlerin oranı ise her iki yaş grubunda da yüksek olup birbirine benzerdir, basını çok fazla takip etmiyorum seçeneğini işaretleyenlerin oranı ise 24 ve altı yaş grubunda anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır. Basının yaptığı haberlerin yeterli ve doğru bilgi verdiğini düşünenlerin 24 yaş ve üzeri bireylerde anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (p<0.001).

Sığınmacılara bir başka bakış açısını değerlendirmek için sorgulanan 33. soruda ise Avrupalı ve Suriyeli sığınmacılar açısından bakış açılarının aynı olup olmadıkları yaş bakımından değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler sonucunda 24 yaş ve üstü bireylerin bakış Avrupalı ve Suriyeli sığınmacılara olan bakış açılarının anlamlı derecede aynı olmadığı sonucuna varılmıştır (p<0.001).

Suriye'deki iç karışıklık sona erdiğinde sığınmacıların ülkelerine geri dönmeleri gerektiğini düşünüyor musunuz sorusuna cevap verenlerin sıklığı açısından 24 yaş altı ve üstü kişiler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Soru 37; p=0.004). Evet cevabını verenlerin 24 yaş altı kişilerde anlamlı derecede daha yüksek çıkmıştır.

Öğrencilerin okudukları bölümler arasında sorulara verilen yanıtların dağılımları bakımından karşılaştırılması sonucunda elde edilen sonuçlar Tablo 3'te gösterilmiştir. Tablo 3 değerlendirildiğinde, Soru 15, 16, 17, 18, 19, 27, 29, 30, 31 ve 34'e verilen cevapların dağılımı kadın ve erkeklerde benzerdir (her biri için p>0.05). Eğitim fakültesinde okuyan öğrencilerin Suriyeli sığınmacılar ile empati kurma oranı anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bu aslında beklenmeyen bir durumdur (Soru 20; p<0.001). Bu soruya "evet" cevabını verenlerin çoğunluğu tıp ve hemşirelik öğrencilerinin olduğu görülmüştür. Ülkenizde benzeri bir durum söz konusu olsa ülkenizde kalmayı mı yoksa sığınmacı olmayı mı tercih ederiniz sorusuna cevap verenlerin sıklığı açısından fakülteler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Mühendislik öğrencilerin büyük oranı ülkemde kalmayı tercih etmektedir (Soru 21) (p<0.001). Mühendislik fakültesinde eğitim gören öğrencilerin mültecilerin yaşam koşulları hakkında yeterli bilgiye sahip olmama oranı, tıp fakültesi öğrencilerinde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Soru 22; p<0.001). Sığınmacılar için barınma olanağı nasıl sağlanmalı sorusuna cevap verenlerin sıklığı açısından fakülteler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Soru 23; p=0.007). Mühendislik öğrencilerin büyük çoğunluğu kamplarda kalmalarını tercih derken, sosyal hizmet öğrencilerinin büyük oranı ise sığınmacıların halkın içine karışmalıydılar demiştir. Eğitim fakültesinde okuyan öğrencilerin, sığınmacıların halkın içine karışmasını rahatsız etmediğini düşünme oranı anlamlı derecede yüksek iken, diğer bölümlerde bu oran benzer bulunmuştur (Soru 24; p<0.001). Ayrıca bunlara ek olarak sığınmacıların toplumda kültür çatışmasına sebep olduğunu düşünenlerin oranı eğitim fakültesi anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Soru 25; p<0.001). Devletin sığınmacılara uyguladığı ekonomik politikaların yeterli olduğunu düşünenlerin oranı eğitim fakültesinde okuyan öğrencilerde anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (Soru 26; p<0.001). Sığınmacıların düşük ücretlerle ve daha ağır koşullarda uygun bulmayanların oranı tıp-hemşirelik fakültesinde okuyan öğrencilerde anlamlı derecede yüksek bulunmuşken, eğitim fakültesinde okuyanlarda anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Soru 28; p<0.001). Ayrıca tıp-hemşirelik fakültelerinde eğitim gören öğrenciler basının yaptığı haberleri yeterli ve tarafsız verdiğini düşünme oranları anlamlı derecede düşük çıktığı gözlenmiştir (Soru 31_1; p<0.001). Basın sizce sığınmacılar hakkında yaptığı haberlerde yeterli ve doğru

Tablo 3. Sığınmacılara bakış açısını ölçen sorulara verilen cevapların Düzce Üniversitesi bölümlerine göre dağılımı

		Sosyal Hizmet	Tıp-Hemşirelik	Mühendislik	Eğitim Fakültesi	p
S15	Evet	61 (40.9)	77 (35.0)	66 (41.8)	42 (31.3)	0.193
	Hayır	88 (59.1)	143 (65.0)	92 (58.2)	92 (68.7)	
S16	Olumlu	29 (46.8)	38 (46.9)	41 (58.6)	27 (61.4)	0.196
	Hiç etkilenmedi	12 (19.4)	17 (21.0)	17 (24.3)	5 (11.4)	
S17	Evet	34 (55.7)	55 (67.9)	42 (60.0)	24 (54.5)	0.377
	Hayır	27 (44.3)	26 (32.1)	28 (40.0)	20 (45.5)	
S18	Olumlu	36 (58.1)	51 (63.0)	41 (58.6)	27 (61.4)	0.280
	Olumsuz	9 (14.5)	8 (9.9)	16 (22.9)	4 (9.1)	
S19	Herhangi bir tepkim yok	17 (27.4)	22 (27.2)	13 (18.6)	13 (29.5)	0.071
	Olumlu karşılıyorum	43 (29.3)	67 (31.6)	42 (26.8)	52 (38.5)	
	Kararsızım	51 (34.7)	63 (29.7)	53 (33.8)	35 (25.9)	
	İlgilenmiyorum	12 (8.1)	28 (12.8)	16 (10.2)	5 (3.7)	
S20	Evet	110 (73.8)	179 (82.1)	115 (72.8)	69 (51.1)	<0.001
	Hayır	39 (26.2)	39 (17.9)	43 (27.2)	66 (48.9)	
S21	Ülkemde kalmayı tercih ederim	78 (52.7)	105 (48.2)	111 (70.7)	84 (62.2)	<0.001
	Mülteci olmayı tercih ederim	12 (8.1)	28 (12.8)	16 (10.2)	5 (3.7)	
S22	Kararsızım	58 (39.2)	85 (39.0)	30 (19.1)	46 (34.1)	<0.001
	Yeterli bilgiye sahibim	56 (37.6)	72 (32.9)	75 (47.5)	58 (43.0)	
S23	Yeterli bilgiye sahip değilim	69 (46.3)	121 (55.3)	58 (36.7)	38 (28.1)	<0.001
	İlgilenmiyorum	24 (16.1)	26 (11.9)	25 (15.8)	39 (28.9)	
S24	Kamplarda kalmalı	47 (32.0)	67 (31.0)	58 (37.4)	41 (30.4)	<0.001
	Halkın içine karışmalı	30 (20.4)	29 (13.4)	22 (14.2)	25 (18.5)	
S25	Mülteciler için özel site kurulmalı	50 (34.0)	75 (34.7)	46 (29.7)	27 (20.0)	<0.001
	Diğer	20 (13.6)	45 (20.8)	29 (18.7)	42 (31.1)	
S26	Evet rahatsızsız ediyor	75 (52.1)	124 (60.8)	92 (60.5)	45 (33.3)	<0.001
	Hayır etmiyor	69 (47.9)	80 (39.2)	60 (39.5)	90 (66.7)	
S27	Evet düşünüyorum	83 (56.1)	134 (62.6)	93 (59.2)	54 (40.0)	<0.001
	Hayır düşünmüyorum	44 (29.7)	46 (21.5)	45 (28.7)	48 (35.6)	
S28	Hiçbir fikrim yok	21 (14.2)	34 (15.9)	19 (12.1)	33 (24.4)	<0.001
	Yeterli	28 (18.9)	38 (17.5)	45 (28.5)	49 (36.3)	
S29	Yetersiz	43 (29.1)	70 (32.3)	35 (22.2)	35 (25.9)	<0.001
	Gereğinden fazla	39 (26.4)	62 (28.6)	54 (34.2)	17 (12.6)	
S30	Bilmiyorum	38 (25.7)	47 (21.7)	24 (15.2)	34 (25.2)	0.236
	Evet düşünüyorum	46 (31.1)	74 (34.1)	69 (43.9)	48 (35.6)	
S31	Hayır düşünmüyorum	53 (35.8)	76 (35.0)	47 (29.9)	39 (28.9)	0.132
	Bilmiyorum	49 (33.1)	67 (30.9)	41 (26.1)	48 (35.6)	
S32	Uygun	15 (10.1)	9 (4.2)	22 (13.9)	15 (11.1)	<0.001
	Uygun değil	110 (74.3)	177 (82.3)	111 (70.3)	79 (58.5)	
S33	Herhangi bir fikrim yok	23 (15.5)	29 (13.5)	25 (15.8)	41 (30.4)	0.364
	Evet edilmeli	53 (36.3)	72 (34.0)	63 (40.1)	50 (37.0)	
S34	Hayır edilmesin	44 (30.1)	65 (30.7)	43 (27.4)	28 (20.7)	0.132
	Kararsızım	49 (33.6)	75 (35.4)	51 (32.5)	57 (42.2)	
S35	Evet basında yeterince haber yapıyor	58 (39.2)	90 (41.7)	69 (43.9)	48 (35.6)	0.132
	Hayır gerektiği kadar bu haberlere yer verilmiyor	51 (34.5)	49 (22.7)	46 (29.3)	42 (31.1)	
S36	Basım çok fazla takip etmiyorum	39 (26.4)	77 (35.6)	42 (26.8)	45 (33.3)	<0.001
	Evet	19 (12.9)	21 (9.7)	35 (22.3)	29 (21.5)	
S37	Hayır	128 (87.1)	196 (90.3)	122 (77.7)	106 (78.5)	0.355
	Evet	71 (48.3)	107 (49.3)	75 (47.8)	54 (40.0)	
S38	Hayır	76 (51.7)	110 (50.7)	82 (52.2)	81 (60.0)	<0.001
	Evet	51 (34.7)	56 (28.5)	49 (31.2)	23 (17.0)	
S39	Hayır	96 (65.3)	161 (74.2)	108 (68.8)	112 (83.0)	0.028
	Evet	50 (34.0)	82 (38.0)	38 (24.2)	38 (28.1)	
S40	Hayır	97 (66.0)	134 (62.0)	119 (75.8)	97 (71.9)	<0.001
	Evet	85 (58.2)	149 (69.0)	83 (53.9)	54 (40.0)	
S41	Hayır	38 (26.0)	52 (24.1)	57 (37.0)	48 (35.6)	<0.001
	Bilmiyorum	23 (15.8)	15 (6.9)	14 (9.1)	33 (24.4)	
S42	Evet	112 (77.8)	171 (80.7)	115 (74.7)	81 (60.0)	<0.001
	Hayır	32 (22.2)	41 (19.3)	39 (25.3)	54 (40.0)	
S43	Olumlu	52 (35.4)	67 (31.3)	53 (34.4)	55 (40.7)	0.706
	Olumsuz	29 (19.7)	45 (21.0)	37 (24.0)	26 (19.3)	
S44	İlgisizim	31 (21.1)	52 (24.3)	35 (22.7)	23 (17.0)	<0.001
	Kararsızım	35 (23.8)	50 (23.4)	29 (18.8)	31 (23.0)	
S45	Olumlu	18 (12.2)	42 (19.7)	36 (23.4)	40 (29.6)	<0.001
	Olumsuz	62 (42.2)	92 (43.2)	69 (44.8)	37 (27.4)	
S46	İlgisizim	32 (21.8)	31 (14.6)	24 (15.6)	18 (13.3)	<0.001
	Kararsızım	35 (23.8)	48 (22.5)	25 (16.2)	40 (29.6)	
S47	Onu dinlerim ve yardımcı olmaya çalışırım	106 (72.1)	169 (77.9)	104 (67.1)	62 (45.9)	<0.001
	Onunla konuşmaktan kaçınırım	13 (8.8)	10 (4.6)	13 (8.4)	9 (6.7)	
S48	Şu an bir fikrim yok	28 (19.0)	38 (17.5)	38 (24.5)	64 (47.4)	<0.001
	Evet	138 (95.8)	203 (96.7)	142 (93.4)	97 (72.4)	
S49	Hayır	6 (4.2)	7 (3.3)	10 (6.6)	37 (27.6)	<0.001

Tablo 4. Sığınmacılara bakış açısını ölçen sorulara verilen cevapların ankete katılanların geldikleri bölgenin idari yapısına göre dağılımı

		Köy	Kasaba-İlçe	Küçük Şehir	Büyük Şehir	p
S15	Evet	17 (37.0)	36 (32.1)	65 (39.6)	128 (37.8)	0.640
	Hayır	29 (63.0)	76 (67.9)	99 (60.4)	211 (62.2)	
S16	Olumlu	9 (52.9)	21 (56.8)	39 (54.9)	66 (50.0)	0.954
	Olumsuz	4 (23.5)	8 (21.6)	13 (18.3)	26 (19.7)	
S17	Hiç etkilenmedi	4 (23.5)	8 (21.6)	19 (26.8)	40 (30.3)	<0.001
	Evet	14 (82.4)	17 (47.2)	34 (47.9)	90 (68.2)	
S18	Hayır	3 (17.6)	19 (52.8)	37 (52.1)	42 (31.8)	0.482
	Olumlu	10 (58.8)	20 (54.1)	38 (53.5)	87 (65.9)	
S19	Olumsuz	4 (23.5)	5 (13.5)	12 (16.9)	16 (12.1)	0.137
	Herhangi bir tepkim yok	3 (17.6)	12 (32.4)	21 (29.6)	29 (22.0)	
	Olumlu karşılıyorum	17 (37.0)	31 (28.4)	39 (23.9)	117 (35.1)	
	Kararsızım	8 (17.4)	41 (37.6)	60 (36.8)	93 (27.9)	
S20	İlgilenmiyorum	6 (13.0)	10 (9.2)	17 (10.4)	34 (10.2)	0.767
	Kararsızım	15 (32.6)	27 (24.8)	47 (28.8)	89 (26.7)	
S21	Evet	33 (71.7)	76 (67.9)	117 (71.3)	247 (73.1)	0.369
	Hayır	13 (28.3)	36 (32.1)	47 (28.7)	91 (26.9)	
S22	Ülkemde kalmayı tercih ederim	26 (56.5)	70 (63.1)	92 (56.4)	190 (56.2)	<0.001
	Mülteci olmayı tercih ederim	2 (4.3)	6 (5.4)	14 (8.6)	39 (11.5)	
S23	Kararsızım	18 (39.1)	35 (31.5)	57 (35.0)	109 (32.2)	0.853
	Yeterli bilgiye sahibim	13 (28.3)	33 (29.5)	66 (40.5)	149 (43.8)	
S24	Yeterli bilgiye sahip değilim	21 (45.7)	60 (53.6)	62 (38.0)	143 (42.1)	0.679
	İlgilenmiyorum	12 (26.1)	19 (17.0)	35 (21.5)	48 (14.1)	
S25	Kamplarda kalmalı	18 (39.1)	36 (33.0)	52 (31.7)	107 (32.0)	0.648
	Halkın içine karışmalı	9 (19.6)	17 (15.6)	29 (17.7)	51 (15.3)	
S26	Mülteciler için özel site kurulmalı	12 (26.1)	38 (34.9)	47 (28.7)	101 (30.2)	0.304
	Diğer	7 (15.2)	18 (16.5)	36 (22.0)	75 (22.5)	
S27	Evet rahatsız ediyor	21 (47.7)	62 (57.4)	85 (53.5)	168 (51.9)	0.106
	Hayır etmiyor	23 (52.3)	46 (42.6)	74 (46.5)	156 (48.1)	
S28	Evet düşünüyorum	25 (54.3)	71 (64.0)	88 (54.3)	180 (53.7)	0.709
	Hayır düşünmüyorum	13 (28.3)	27 (24.3)	45 (27.8)	98 (29.3)	
S29	Hiçbir fikrim yok	8 (17.4)	13 (11.7)	29 (17.9)	57 (17.0)	0.946
	Yeterli	12 (26.1)	25 (22.3)	46 (28.2)	77 (22.8)	
S30	Yetersiz	17 (37.0)	25 (22.3)	37 (22.7)	104 (30.9)	0.335
	Gereğinden fazla	8 (17.4)	36 (32.1)	41 (25.2)	87 (25.8)	
S31-1	Bilmiyorum	9 (19.6)	26 (23.2)	39 (23.9)	69 (20.5)	0.715
	Evet düşünüyorum	16 (34.8)	36 (32.4)	68 (41.7)	117 (34.7)	
S31-2	Hayır düşünmüyorum	15 (32.6)	34 (30.6)	40 (24.5)	126 (37.4)	0.121
	Bilmiyorum	15 (32.6)	41 (36.9)	55 (33.7)	94 (27.9)	
S31-3	Uygun	3 (6.5)	15 (13.4)	16 (9.8)	27 (8.1)	0.638
	Uygun değil	33 (71.7)	77 (68.8)	118 (72.4)	249 (74.3)	
S31-4	Herhangi bir fikrim yok	10 (21.7)	20 (17.9)	29 (17.8)	59 (17.6)	0.515
	Evet edilmeli	17 (37.0)	44 (40.0)	57 (35.4)	120 (36.0)	
S32	Hayır edilmemesin	14 (30.4)	31 (28.2)	42 (26.1)	93 (27.9)	0.048
	Kararsızım	15 (32.6)	35 (31.8)	62 (38.5)	120 (36.0)	
S33	Evet basında yeterince haber yapıyor	15 (32.6)	45 (40.5)	79 (48.5)	126 (37.5)	0.357
	Hayır gerektiği kadar bu haberlere yer verilmiyor	15 (32.6)	32 (28.8)	39 (23.9)	102 (30.4)	
S34	Basım çok fazla takip etmiyorum	16 (34.8)	34 (30.6)	45 (27.6)	108 (32.1)	0.739
	Evet	10 (21.7)	18 (16.2)	25 (15.4)	51 (15.1)	
S35	Hayır	36 (78.3)	93 (83.8)	137 (84.6)	286 (84.9)	0.041
	Evet	17 (37.0)	52 (46.8)	67 (41.4)	171 (50.7)	
S36	Hayır	29 (63.0)	59 (53.2)	95 (58.6)	166 (49.3)	0.002
	Evet	15 (32.6)	34 (30.6)	43 (26.5)	87 (25.8)	
S37	Hayır	31 (67.4)	77 (69.4)	119 (73.5)	250 (74.2)	0.285
	Evet	17 (37.0)	38 (34.2)	55 (34.0)	98 (29.2)	
S38	Hayır	29 (63.0)	73 (65.8)	107 (66.0)	238 (70.8)	0.357
	Evet	24 (53.3)	62 (56.4)	88 (54.3)	197 (59.0)	
S39	Hayır	10 (22.2)	35 (31.8)	45 (27.8)	105 (31.4)	0.357
	Bilmiyorum	11 (24.4)	13 (11.8)	29 (17.9)	32 (9.6)	
S40	Evet	31 (68.9)	79 (72.5)	119 (73.9)	250 (75.8)	0.357
	Hayır	14 (31.1)	30 (27.5)	42 (26.1)	80 (24.2)	
S41	Olumlu	13 (28.3)	40 (36.0)	48 (29.4)	126 (38.2)	0.041
	Olumsuz	8 (17.4)	29 (26.1)	31 (19.0)	69 (20.9)	
S42	İlgisizim	17 (37.0)	17 (15.3)	36 (22.1)	71 (21.5)	0.002
	Kararsızım	8 (17.4)	25 (22.5)	48 (29.4)	64 (19.4)	
S43	Olumlu	11 (23.9)	14 (12.6)	31 (19.0)	80 (24.3)	0.002
	Olumsuz	18 (39.1)	54 (48.6)	36 (22.1)	138 (41.9)	
S44	İlgisizim	12 (26.1)	18 (16.2)	48 (29.4)	42 (12.8)	0.357
	Kararsızım	5 (10.9)	25 (22.5)	31 (19.0)	69 (21.0)	
S45	Onu dinlerim ve yardımcı olmaya çalışırım	28 (60.9)	71 (64.0)	111 (68.1)	231 (69.2)	0.357
	Onunla konuşmaktan kaçınırım	6 (13.0)	10 (9.0)	13 (8.0)	16 (4.8)	
S46	Şu an bir fikrim yok	12 (26.1)	30 (27.0)	39 (23.9)	87 (26.0)	0.285
	Evet	40 (87.0)	101 (94.4)	141 (88.1)	298 (91.1)	
S47	Hayır	6 (13.0)	6 (5.6)	19 (11.9)	29 (8.9)	0.285

bilgi veriyor mu sorusuna verilen doğruluğu veya yanlışlığı hakkında fikir sahibi değilim cevabını verenlerin sıklığı açısından fakülteler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (S31_4; $p=0.028$). Eğitim fakültesinde evet cevabını verenlerin oranı en azken bilmiyorum cevabını verenlerin oranı diğer bölümlere göre daha fazladır. Evet cevabını verenlerin oranı tıp-hemşirelik bölümünde daha fazla iken hayır cevabını verenlerin oranı mühendislik bölümünde diğer fakültelere göre daha fazladır. Tıp-Hemşirelik fakültelerinde okuyan öğrencilerin, kişilerin siyasi ve dini görüşlerinin sığınmacılara bakış açısını değiştirdiğini düşünenlerin oranı anlamlı derecede daha yüksektir (Soru 32; $p<0.001$). Sığınmacılar Suriye'den değil de Avrupa'dan gelseydi bakış açımız yine aynı olur muydu sorusuna cevap verenlerin sıklığı açısından fakülteler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Soru 33; $p<0.001$). Evet cevabını verenlerin oranı eğitim fakültesinde azken, tıp-hemşirelik bölümlerinde evet cevabını verenlerin oranı diğer bölümlere göre daha fazla çıkmıştır. Bunun yanı sıra eğitim fakültesinde okuyan öğrenciler mültecilere karşı halkın tutum ve davranışlarının olumsuz olduğunu düşünenlerin sayısı anlamlı derecede diğer bölümde okuyanlara göre düşük bulunmuştur (Soru 35; $p<0.001$). Suriyeli bir sığınmacının soruna karşı yardımcı olmaya çalışanların oranı ise Tıp ve Hemşirelik fakültelerinde eğitim gören öğrencilerde anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (Soru 36; $p<0.001$). Ülkemize sığınan sığınmacıların kendi ülkelerindeki karışıklıklar sona erdiğinde Suriye'ye dönmeleri gerektiği düşünme oranı eğitim fakültesinde okuyan öğrencilerde anlamlı derecede düşük çıktığı görülmüştür (Soru 37; $p<0.001$).

Ankete katılanların geldikleri bölgenin idari yapılarına göre (köy, kasaba-ilçe, küçük şehir, büyükşehir) sorulara verdikleri cevapların oranları bakımından karşılaştırmaların incelenmesi sonucunda elde edilen Tablo 4 değerlendirildiğinde 15, 16, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 36 ve 37 sorularına verilen yanıtlar bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (her biri için $p>0.05$).

Sığınmacılara yardımda bulunma durumu bakımından gruplar karşılaştırıldığında ise, kasaba-ilçe ve küçük şehirlerde yaşayanların diğer bölgelerde yaşayanlara göre anlamlı derecede daha az yardım ettiği görülmüştür (Soru 17; $p<0.001$). Bu sonuçlara benzer olarak büyükşehirde yaşayan öğrencilerin mültecilerin yaşam koşulları hakkında bilgi sahibi olma oranı anlamlı derecede diğer bölgelere göre yüksek çıkmıştır (Soru 22; $p<0.001$). İlgilenmeyenlerin yoğunluğu ise genel olarak köylerde yoğunlaşmaktadır. Siyasi ve dini görüşün mültecilere bakış açısını değiştirdiğini düşünüyor musunuz sorusuna cevap verenlerin sıklığı açısından yaşanan yerler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Evet diyenler küçük şehir ve büyükşehirde yoğunlaşırken, hayır diyenler köy ve kasaba-ilçelerde yoğunlaşmıştır (Soru 32; $p=0.048$). Ailenizde sığınmacılara olan tutum ve davranışlar nelerdir sorusuna cevap verenlerin sıklığı açısından yaşanan yerler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Olumlu cevap verenler kasaba-ilçe de yoğunlaşırken olumsuz cevap verenler köy ve küçük şehirlerde yoğunlaşmıştır. İlgisizim cevabını verenler diğer yerlere nazaran köylerde yoğunlaşırken, kararsızım cevabını verenler küçük şehirlerde yoğunlaşmıştır (Soru 34; $p=0.041$).

Mültecilere olan tutum ve davranışların değerlendirilmek istenildiği Soru 35 de ise, cevapların dağılımları bakımından bölge yapıları arasında anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Olumlu cevap verenler büyük şehirlerde yoğunlaşırken olumsuz cevap verenlerin oranı ise kasaba-

ilçelerden gelenlerde anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (Soru 35; $p=0.002$).

Tablo 5'te ankete katılan kişilerin geldikleri bölgeler arasında sorulara verilen yanıtlar bakımından farklılık olup olmadığını incelemesi sonucunda elde edilen sonuçlar yer almaktadır. Tablo 5 değerlendirildiğinde, Soru 16, 17, 21, 25, 26, 29, 32 ve 37 sorularına verilen cevapların dağılımları bakımından bölgeler arasında anlamlı farklılık gözlenmemiştir (her biri için $p>0.05$). Doğu Anadolu Bölgesinden gelen öğrencilerin sığınmacılar ile iletişime geçme oranları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Soru 15; $p=0.001$). Benzer olarak bu bölgeden gelenlerin sığınmacılara karşı tepkilerinin diğer bölgelerden gelenlere göre anlamlı derecede olumsuz olduğu saptanmıştır (Soru 18; $p=0.001$). Benzer şekilde sığınmacıların ülkemize gelmelerine olumsuz bakan, sığınmacılar ile empati kuranların oranı Güney Doğu ve Doğu Anadolu bölgelerinden gelenlerde anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (Soru 19; $p<0.001$; Soru 20; $p=0.014$). Sığınmacıların yaşam koşulları hakkında bilgi sahibi olma oranı bakımından sonuçlar değerlendirildiğinde ise, bilgi sahibi olan bireylerin çoğunluğunu Güneydoğu Anadolu bölgesinin oluşturduğu göze çarpmaktadır (Soru 22; $p<0.001$). Akdeniz Bölgesinden gelenler sığınmacıların barınma olanağının kamplarda sağlanması gerektiğini düşünme oranları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Soru 23; $p=0.047$). Güneydoğu bölgesinden gelenlerin sığınmacıların halkın içine karışmasının rahatsız edici olmadığını düşünenlerin oranı anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (Soru 24; $p=0.041$). Sığınmacıların düşük ücretlerle ve daha ağır koşullarda çalıştırılmasını nasıl karşılıyorsunuz sorusuna cevap verenlerin sıklığı açısından yaşanan bölgeler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Soru 28; $p=0.021$). Bu durumu uygun gören birey yüzdesi oldukça düşük olmakla birlikte bu yüzdenin en yüksek olduğu bölge İç Anadolu bölgesidir. Uygun olmadığı konusunda en çok yüzdeye sahip bölge ise Marmara bölgesidir. Sığınmacıların basında çıkan haberlerde yeteri kadar yer almadığını düşünenlerin oranı Güneydoğu Anadolu bölgesinde anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (Soru 30; $p=0.020$). Basın sizce sığınmacılar hakkında yaptığı haberlerde yeterli ve doğru bilgi veriyor mu sorusuna basının bu haberleri yeterli ve tarafsız olarak verdiğini düşünmeyenlerin oranı Güneydoğu Anadolu bölgesinde anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (Soru 31; $p=0.004$). Sığınmacılar Suriye'den değil de Avrupa'dan gelmeleri durumunda bakış açılarının değişebileceğini düşünenlerin oranı Güneydoğu Anadolu bölgesinden gelenler anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Soru 33; $p=0.041$). Ailenizde sığınmacılara olan tutum ve davranışlar nelerdir sorusuna cevap verenlerin sıklığı açısından bölgeler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Doğu Anadolu bölgesinde yüzdelik bakımından olumlu olarak cevaplama oranı en yüksek olarak tespit edilmiştir. Bu durumda aile bakış açısı en olumsuz bölge ise Akdeniz Bölgesidir (Soru 34; $p=0.001$). Çevrenizde mültecilere olan tutum ve davranışlar nelerdir sorusuna cevap verenlerin sıklığı açısından bölgeler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Olumlu tepki verildiği seçeneğini en çok işaretleyen bölge Güney Doğu Anadolu bölgesi iken, en olumsuz tepkiler verildiği seçeneğini işaretleyen bölge ise Akdeniz Bölgesidir (Soru 35; $p=0.003$). Doğu Anadolu bölgesi sığınmacılara karşı yardımcı tutum sergileyeceğini ifade edenlerin oranı anlamlı derecede yüksek iken, Ege bölgesi ise bunun aksi sonuçlarını vermiştir (Soru 36; $p=0.001$).

Tablo 5. Sığınmacılara bakış açısını ölçen sorulara verilen cevapların ankete katılanların geldikleri bölgelere göre dağılımı

		Marmara	Ege	Güneydoğu Anadolu	İç Anadolu	Karadeniz	Doğu Anadolu	Akdeniz	p
S15	Evet	77 (33.0)	28 (32.6)	31 (55.4)	44 (35.2)	22 (29.3)	23 (62.2)	20 (45.5)	0.001
	Hayır	156 (67.0)	58 (67.4)	25 (44.6)	81 (64.8)	53 (70.7)	14 (37.8)	24 (54.5)	
S16	Olumsuz	45 (56.3)	10 (34.5)	22 (68.8)	19 (43.2)	12 (48.0)	16 (66.7)	10 (47.6)	0.091
	Hiç etkilenmedi	10 (12.5)	10 (34.5)	5 (15.6)	9 (20.5)	7 (28.0)	3 (12.5)	7 (33.3)	
S17	Evet	52 (65.0)	18 (62.1)	20 (62.5)	23 (53.5)	11 (44.0)	17 (70.8)	12 (57.1)	0.464
	Hayır	28 (35.0)	11 (37.9)	12 (37.5)	20 (46.5)	14 (56.0)	7 (29.2)	9 (42.9)	
S18	Olumsuz	57 (71.3)	13 (44.8)	19 (59.4)	22 (50.0)	12 (48.0)	19 (79.2)	11 (52.4)	<0.001
	Herhangi bir tepkim yok	9 (11.3)	12 (41.4)	2 (6.3)	6 (13.6)	4 (16.0)	1 (4.2)	3 (14.3)	
S19	Olumlu karşıyorum	14 (17.4)	4 (13.8)	11 (34.3)	16 (36.4)	9 (36.0)	4 (16.6)	7 (33.3)	<0.001
	Kararsızım	70 (31.1)	23 (26.4)	29 (52.7)	31 (25.2)	17 (22.7)	17 (45.9)	13 (29.5)	
	İlgilenmiyorum	50 (22.2)	36 (41.4)	11 (20.0)	53 (43.1)	25 (33.3)	7 (18.9)	19 (43.2)	
	Kararsızım	30 (13.3)	11 (12.6)	1 (1.8)	10 (8.1)	6 (8.0)	3 (8.1)	6 (13.6)	
S20	Evet	75 (33.4)	17 (19.6)	14 (25.5)	29 (23.6)	27 (36.0)	10 (27.1)	6 (13.6)	0.014
	Hayır	181 (78.0)	51 (58.6)	38 (67.9)	82 (65.6)	53 (71.6)	29 (78.4)	34 (77.3)	
S21	Ülkemde kalmayı tercih ederim	51 (22.0)	36 (41.4)	18 (32.1)	43 (34.4)	21 (28.4)	8 (21.6)	10 (22.7)	0.121
	Mülteci olmayı tercih ederim	121 (81.2)	43 (81.1)	30 (90.9)	81 (90.0)	44 (84.6)	22 (91.7)	34 (97.1)	
S22	Yeterli bilgiye sahibim	28 (18.8)	10 (18.9)	3 (9.1)	9 (10.0)	8 (15.4)	2 (8.3)	1 (2.9)	<0.001
	Yeterli bilgiye sahip değilim	90 (38.6)	28 (32.6)	33 (58.9)	47 (37.6)	22 (29.3)	16 (43.2)	22 (50.0)	
	İlgilenmiyorum	110 (47.2)	32 (37.2)	14 (25.0)	51 (40.8)	44 (58.7)	18 (48.6)	16 (36.4)	
	Kamplarda kalmalı	33 (14.2)	26 (30.2)	9 (16.1)	27 (21.6)	9 (12.0)	3 (8.2)	6 (13.6)	
S23	Halkın içine karışmalı	63 (27.8)	26 (29.9)	15 (26.8)	52 (41.6)	23 (30.7)	13 (36.1)	21 (48.8)	<0.001
	Mülteciler için özel site kurulmalı	39 (17.2)	14 (16.1)	8 (14.3)	22 (17.6)	11 (14.6)	5 (13.9)	5 (11.6)	
	Diğer	82 (36.1)	20 (23.0)	18 (32.1)	29 (23.2)	30 (40.0)	9 (25.0)	8 (18.6)	
S24	Evet rahatsız ediyor	43 (18.9)	27 (31.0)	15 (26.8)	22 (17.6)	11 (14.6)	9 (25.0)	9 (21.0)	0.041
	Hayır etmiyor	117 (53.9)	43 (50.6)	18 (33.3)	74 (60.2)	41 (55.4)	16 (44.4)	25 (59.5)	
S25	Evet düşünüyorum	100 (46.1)	42 (49.4)	36 (66.7)	49 (39.8)	33 (44.6)	20 (55.6)	17 (40.5)	0.218
	Hayır düşünmüyorum	119 (52.0)	55 (63.2)	22 (40.7)	78 (62.4)	41 (54.7)	20 (54.1)	28 (65.1)	
	Hiçbir fikrim yok	67 (29.3)	19 (21.8)	22 (40.7)	28 (22.4)	23 (30.7)	13 (35.1)	8 (18.6)	
S26	Yeterli	43 (18.7)	13 (15.0)	10 (18.6)	19 (15.2)	11 (14.6)	4 (10.8)	7 (16.3)	0.235
	Yetersiz	51 (22.0)	21 (24.1)	13 (23.6)	34 (27.2)	14 (18.7)	13 (35.1)	12 (27.9)	
	Gereğinden fazla	65 (28.0)	24 (27.6)	24 (43.6)	33 (26.4)	15 (20.0)	12 (32.4)	10 (23.3)	
	Bilmiyorum	59 (25.4)	24 (27.6)	8 (14.5)	34 (27.2)	24 (32.0)	7 (18.9)	14 (32.6)	
S27	Evet düşünüyorum	57 (24.6)	18 (20.7)	10 (18.3)	24 (19.2)	22 (29.3)	5 (13.6)	7 (16.2)	0.068
	Hayır düşünmüyorum	72 (31.2)	36 (41.4)	11 (20.0)	53 (42.4)	28 (37.3)	12 (32.4)	22 (51.2)	
S28	Bilmiyorum	86 (37.2)	22 (25.3)	24 (43.6)	37 (29.6)	22 (29.3)	15 (40.5)	9 (20.9)	<0.001
	Uygun	73 (31.6)	29 (33.3)	20 (36.4)	35 (28.0)	25 (33.3)	10 (27.1)	12 (27.9)	
	Uygun değil	11 (4.8)	12 (13.8)	6 (10.9)	20 (16.0)	4 (5.3)	2 (5.6)	6 (14.0)	
S29	Herhangi bir fikrim yok	185 (80.1)	54 (62.1)	39 (70.9)	84 (67.2)	54 (72.0)	27 (75.0)	31 (72.0)	0.065
	Evet edilmeli	35 (15.1)	21 (24.1)	10 (18.2)	21 (16.8)	17 (22.7)	7 (19.4)	6 (14.0)	
	Hayır edilmesin	91 (40.1)	24 (27.6)	28 (50.9)	38 (30.6)	24 (32.9)	17 (45.9)	14 (32.6)	
S30	Kararsızım	54 (23.8)	31 (35.6)	8 (14.5)	43 (34.7)	24 (32.9)	6 (16.2)	14 (32.6)	0.020
	Evet basında yeterince haber yapılıyor	82 (36.1)	32 (36.8)	19 (34.6)	43 (34.7)	25 (34.2)	14 (37.9)	15 (34.8)	
	Hayır gerektiği kadar bu haberlere yer verilmiyor	77 (33.5)	38 (43.7)	15 (27.3)	62 (49.6)	37 (49.3)	13 (35.1)	21 (48.8)	
S31-1	Basını çok fazla takip etmiyorum	74 (32.2)	21 (24.1)	24 (43.6)	34 (27.2)	13 (17.3)	11 (29.7)	11 (25.6)	0.004
	Evet	79 (34.3)	28 (32.2)	16 (29.1)	29 (23.2)	25 (33.4)	13 (35.1)	11 (25.6)	
S31-2	Evet	24 (10.4)	22 (25.3)	3 (5.5)	27 (21.6)	14 (18.9)	6 (16.2)	8 (18.2)	0.052
	Hayır	206 (89.6)	65 (74.7)	52 (94.5)	98 (78.4)	60 (81.1)	31 (83.8)	36 (81.8)	
S31-3	Evet	124 (53.9)	31 (35.6)	29 (52.7)	53 (42.4)	30 (40.5)	19 (51.4)	19 (43.2)	0.100
	Hayır	106 (46.1)	56 (64.4)	26 (47.3)	72 (57.6)	44 (59.5)	18 (48.6)	25 (56.8)	
S31-4	Evet	59 (25.7)	24 (27.6)	23 (41.8)	28 (22.4)	17 (23.0)	12 (32.4)	16 (36.4)	0.181
	Hayır	171 (74.3)	63 (72.4)	32 (58.2)	97 (77.6)	57 (77.0)	25 (67.6)	28 (63.6)	
S32	Evet	70 (30.4)	31 (35.6)	11 (20.0)	44 (35.2)	26 (35.1)	7 (19.4)	17 (38.6)	0.244
	Hayır	160 (69.6)	56 (64.4)	44 (80.0)	81 (64.8)	48 (64.9)	29 (80.6)	27 (61.4)	
S33	Evet	139 (61.0)	40 (46.0)	30 (54.5)	74 (59.2)	38 (51.4)	23 (63.9)	23 (54.8)	0.041
	Hayır	67 (29.4)	27 (31.0)	16 (29.1)	37 (29.6)	25 (33.8)	8 (22.2)	15 (35.7)	
S34	Bilmiyorum	22 (9.6)	20 (23.0)	9 (16.4)	14 (11.2)	11 (14.8)	5 (13.9)	4 (9.5)	0.001
	Evet	177 (78.7)	58 (67.4)	36 (65.5)	90 (72.6)	49 (67.1)	28 (77.8)	37 (88.1)	
	Hayır	48 (21.3)	28 (32.6)	19 (34.5)	34 (27.4)	24 (32.9)	8 (22.2)	5 (11.9)	
	Olumlu	76 (33.8)	21 (24.1)	31 (55.4)	40 (32.0)	21 (28.4)	21 (58.3)	15 (34.9)	
S35	Olumsuz	45 (20.0)	23 (26.4)	6 (10.7)	32 (25.6)	14 (18.9)	4 (11.1)	12 (27.9)	0.003
	İlgisizim	51 (22.7)	26 (29.9)	8 (14.3)	24 (19.2)	14 (18.9)	5 (13.9)	13 (30.2)	
	Kararsızım	53 (23.5)	17 (19.6)	11 (19.6)	29 (23.2)	25 (33.8)	6 (16.7)	3 (7.0)	
S36	Olumlu	42 (18.8)	13 (14.9)	21 (37.5)	29 (23.2)	12 (16.2)	11 (30.6)	7 (16.3)	0.001
	Olumsuz	90 (40.2)	34 (39.1)	20 (35.7)	49 (39.2)	29 (39.2)	14 (38.9)	22 (51.2)	
	İlgisizim	31 (13.8)	26 (29.9)	4 (7.1)	16 (12.8)	13 (17.6)	5 (13.9)	10 (23.3)	
S37	Kararsızım	61 (27.2)	14 (16.1)	11 (19.7)	31 (24.8)	20 (27.0)	6 (16.6)	4 (9.2)	0.423
	Onu dinlerim ve yardımcı olmaya çalışırım	173 (75.9)	48 (55.2)	34 (60.7)	72 (57.6)	53 (71.6)	31 (83.8)	27 (62.8)	
S38	Onunla konuşmaktan kaçınırım	7 (3.1)	11 (12.6)	3 (5.4)	14 (11.2)	6 (8.1)	2 (5.4)	2 (4.7)	0.001
	Şu an bir fikrim yok	48 (21.0)	28 (32.2)	19 (33.9)	39 (31.2)	15 (20.3)	4 (10.8)	14 (32.5)	
S39	Evet	207 (92.8)	71 (84.5)	49 (87.5)	112 (91.8)	67 (91.8)	32 (88.9)	38 (90.5)	0.423
	Hayır	16 (7.2)	13 (15.5)	7 (12.5)	10 (8.2)	6 (8.2)	4 (11.1)	4 (9.5)	

TARTIŞMA VE SONUÇ

Suriye'den gelen göçmenlerin savaştan kaçan mazlum ve Müslüman olmaları gibi durumları Türkiye'de kabul görmelerini pekiştiren bir durumdur. Ancak son dönemlerde özellikle ekonomik nedenlerin kaynaklık ettiği ve sosyal çatışmalar sonucu bazı gerginlikler ortaya çıkmaktadır.

Yapılan araştırma sonucunda öğrencilerin farklı özellikleri dikkate alınarak sorulara verilen yanıtların dağılımları bakımından grup özellikleri arasındaki farklılıklar incelenmiştir. Araştırma sonucunda, cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde kız öğrencilerin erkek öğrencilere kıyasla göçmenlere yönelik tutumları daha olumlu olduğu görülmektedir.

Araştırmada yaş değişkenlerine göre Suriyeli Göçmenlere yönelik tutumlarda anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Alanla ilgili yürütülen çalışmalara bakıldığında verilen cevaplar tutarlı olmakla birlikte çalışmaların çoğunda gençlerin yaşlılara oranla daha ılımlı oldukları gözlenmiştir. Ancak yürütülen çalışmada 24 yaş üstü katılımcı sayısının diğer kategorideki katılımcı sayısından düşük olmasının gruplar arasında anlamlı bir farklılığın tespit edilememesinde etkili olduğu söylenebilir.

Öğrencilerin tutumlarını yaşadıkları coğrafi bölgeye göre değerlendirildiğinde göçmenlere yönelik tutumlarda gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Suriye ile fiziki yakınlıktan ötürü sık ilişkiler içerisinde olan Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinden gelen öğrenciler sığınmacılara karşı daha olumlu tutumlar içerisindeydi. Bu durum insanların yabancı olmadıkları gruplara karşı daha pozitif tutum içerisinde olduklarını göstermektedir.

Belirlenen yaş kategorisine göre değerlendirildiğinde ise yalnız 24 yaş ve üstü öğrenciler göçmenlerin daha ağır koşullarda çalıştırılmasını onaylama bakımından 24 yaş ve altı öğrencilere göre daha büyük bir orana sahiptir. Bu durumda iş hayatına daha fazla girmiş olmalarından ve ekonomideki oluşan yedek işçi ordusunun kendilerini zora sokacaklarına olan inançlarından doğuyor olabilir.

Öğrencilerin okudukları bölüm açısından değerlendirildiğinde öğrencilerin anket sorularına verdikleri cevaplar sorulara göre değişmektedir. Bazı sorularda anlamlı bir fark elde edilmişken bazı sorularda bu anlamlı fark elde edilmemiştir. Bu durum öğrencilerin bireysel düşüncelerinin okudukları bölümlerden çok fazla etkilenmediğini veya en azından henüz etkilenmediğini göstermektedir. Zira bazı öğrenciler henüz birinci sınıfta olup bölümlerinin kendilerinin düşüncelerini etkileyecek kadar uzun bir süre okulda bulunmamışlardır.

Sonuç olarak araştırmadan elde edilen bulgulara göre kadınların göçmenlere yönelik tutumları erkeklerden daha olumlu olduğu görülmektedir. Bu durum, kadınların erkeklere oranla daha ılımlı olduğuna yönelik diğer çalışmalarla da tutarlıdır. Literatürde bu durumun sebebi olarak erkeklerin daha kapalı ve baskıcı yetiştirildiği gösterilmektedir. Katılımcılarının üniversite öğrencileri olduğu çalışmamızın bulgularından yola çıkarak Türkiye'nin geneliyle ilgili bir yorum yapmak zordur. Eğitim, geleneksellik, cinsiyet gibi değişkenler göz önünde bulundurulursa göçmenlere yönelik tutumun ülke genelinde daha olumsuz olduğu tahmininde bulunabiliriz. Ötekileştirme olgusunun temelinde "öteki" olarak kabul edilenlerin küçümsenmesi yatmaktadır. İnsanların küçümsediği birey veya gruplara karşı olumsuz tutumlara girmesini yetiştirilme tarzları ve aldıkları eğitimle açıklamak mümkündür. Bunlara ek olarak araştırmada göçmen tanıdığına olmasının veya bir göçmenle diyaloga girmiş olmanın göçmenlere yönelik tutumları olumlu

olarak etkilediği saptanmaktadır. Bu durumda göçmenlere yönelik tutumların kültürel kodlarla ve toplumun genelinin kabul ettiği doğrularla alakalı olduğu kanısına varılır. Araştırmamda ailenin ve akrabaların görüşlerinin bireyin tutumlarını etkilediği ortaya çıkmaktadır. Araştırmamız fiziksel yakınlıktan ötürü göçmenlerle daha sık ilişki içerisinde bulunan Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinden gelen öğrencilerin göçmenlere yönelik daha olumlu tutumlar içerisinde olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu çalışma genç kuşağın yabancılara karşı daha tepkisel durduğunu da göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. unhcr.org[Internet]. Türkiye: ORSAM, [Son güncelleme tarihi: 29 Aralık 2015; Erişim tarihi: 26 Mayıs 2015]. Erişim adresi: <http://www.unhcr.org/3ebf5c054.html>.
2. Antropoloji Sözlüğü. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları; 2009.
3. Sosyoloji Sözlüğü. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları; 1999.
4. Somersan S. Sosyal Bilimlerde etnisite ve ırk. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi; 2004.
5. Kümbetoğlu B. Göçmenlik Mültecilik, Yeni Bir Yaşam ve Sonrası. 2. Ulusal Sosyoloji Kongresi; 20-22 Kasım 1996; Mersin.
6. Sipahi E. Küresel İklim Değişikliği ve Çevresel Güvensizlik Kıskaçında İklim Mültecileri. Küresel İklim Değişikliği ve Çevresel Etkileri Konferansı; 18-20 Kasım 2007; Konya.
7. Margesson R. Dünyanın Durumu-Küresel Güvenliği Yeniden Tanımlamak. İstanbul: Tema Vakfı Yayınları; 2005.
8. Kirisci K. Legal Status of Asylum Seekers in Turkey: Problems and Prospects. The. Int'l J. Refugee L. 1991; 3(1): 510.
9. Pehlivan A. Mülteciler ve İltica Hakkı. Toplum ve Hukuk Dergisi. 2004; 3(9): 291.
10. Sztucki J. Refugee Rights and Realities. Cambridge: Cambridge University; 1999.
11. Seydi AR. Türkiye'nin Suriyeli Sığınmacıların Eğitim Sorununun Çözümüne Yönelik İzlediği Politikalar. SDÜ Sosyal Bilimler Dergisi. 2014; 31(1): 267-305.
12. Odman T. Mülteci Hukuku. Ankara: A.Ü. SBF İnsan Hakları Merkezi; 1995.
13. Peker B, Sancar M. Mülteciler ve İltica Hakkı Ankara: İnsan Hakları Derneği İktisadi İşletmesi; 2005.
14. Buz S. Zorunlu çıkış zorlu kabul: mültecilik. 5. Baskı. Ankara: Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği Yayınları; 2004.
15. anayasa.gov.tr[Internet].Türkiye: Davutoğlu A. [Son güncelleme tarihi: 29 Aralık 2015; Erişim tarihi: 29 Aralık 2003]. Erişim adresi: http://www.anayasa.gov.tr/files/pdf/anayasa_yargisi/anyarg20/davutoglu.pdf.
16. Çavuşoğlu H. Yugoslavya-Makedonya'dan Türkiye'ye 1952-67 Kitleli Göçü ve Bursa'daki Göçmen Kesimi. Karadeniz Araştırmaları. 2006; 10(10): 107-47.
17. unhcr.org[Internet]. İsviçre: UNHCR, [Son güncelleme tarihi: 29 Aralık 2015; Erişim tarihi: 26 Mayıs 2015]. Erişim adresi: <http://www.unhcr.org/research/working/3ebf5c054/irregular-migration-asylum-turkey-celia-mannaert.html>.
18. Günal P. Türkiye'de Mülteci ve Sığınmacılara Yönelik Yardımlar. SYDV Yayın Organı Dayanışma Dergisi. 2008; 1(1): 73-7.
19. Karadağ Ö, Altıntaş KH. Mülteciler ve Sağlık. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2010; 9(1): 55-62.

Ek. Suriyeli Mültecilere Genel Bakış

S1. Cinsiyetiniz?

1. Kadın () 2. Erkek ()

S2. Kaç yaşındasınız?

1. 24 ve altı () 2. +24 ()

S3. Bölümünüz ?

1. Sosyal Hizmet () 2. Tıp-Hemşirelik ()
-
3. Mühendislik () 4. Eğitim Fakültesi ()

S4. Yaşamınızın büyük bir kısmını nerede geçirdiniz?

1. Köy () 2. Kasaba-İlçe () 3. Küçükşehir () 4. Büyükşehir ()

S5. En uzun süre yaşadığınız yer ülkemizin hangi bölgesindedir?

1. Marmara Bölgesi () 2. Ege Bölgesi () 3. Güneydoğu Anadolu Bölgesi ()
-
4. İç Anadolu Bölgesi () 5. Karadeniz Bölgesi ()
-
6. Doğu Anadolu Anadolu () 7. Akdeniz Bölgesi ()

S6. Şu an nerde kalıyorsunuz?

1. Yurt () 2. Ev ()

S7. Daha önce hiç yurt dışında bulundunuz mu?

1. Evet () 2. Hayır ()

S8. Kaç yıldan beri Düzce'de yaşıyorsunuz?

1. 0-1 yıl () 2. 1-2 yıl () 3. 2-3 yıl () 4. 3-4 yıl () 5. 4+ ()

S9. Herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı mısınız?

1. Bağ-Kur () 2. SSK () 3. Emekli Sandığı ()
-
4. Hiçbirine bağlı değilim ()

S10. A) Ailenizin aylık ortalama geliri ne kadardır?

1. 500 TL'den az () 2. 500-1000 TL () 3. 1001-1500 TL ()
-
4. 1501-2000 TL () 5. 2001-3000 TL () 6. +3000 TL üzeri ()

B) Kendinize ait aylık ortalama geliriniz ne kadardır?

1. 0-100 2. 101-200 3. 201-300 4. 301-400 5. +400

S11. Siz dahil olmak üzere ailenizde sürekli kalan toplam kaç kişi vardır?

1. Yalnız yaşıyorum () 2. İki () 3. Üç () 4. Dört () 5. Beş+ (Belirtiniz).....

S12. Maddi durumunuzu genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Çok iyi () 2. İyi () 3. Kötü () 4. Çok kötü () 5. Bilmiyorum ()

S13. Dini inançlarınızı genel olarak nasıl değerlendiriyorsunuz?

1. Çok güçlü () 2. Güçlü () 3. Güçsüz ()
-
4. Çok güçsüz () 5. Dini inancım yok ()

S14. Aşağıda sıralanmış kişilik özelliklerinden, kendinizde bulunduğunu düşündüğünüz özellikleri işaretleyiniz. (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

1. Yardımsever () 2. Lider () 3. Girişimci ()
-
4. Sosyal () 5. Asosyal () 6. Diğeri ()

S15. Daha önce bir mülteciye iletişim kurdunuz mu?

1. Evet () 2. Hayır ()
-
15. sorunun cevabı hayır ise 19. soruya geçiniz.

S16. İletişime geçtikten sonra mültecilere bakış açınız ne yönde değişti?

1. Olumlu () 2. Olumsuz () 3. Hiç etkilenmedim ()

S17. Herhangi bir yardımda bulundunuz mu?

1. Evet () 2. Hayır ()

S18. Mültecilerin size karşı tepkileri ne yönlü oldu?

1. Olumlu () 2. Olumsuz () 3. Herhangi bir tepkileri yok ()

S19. Mültecilerin ülkemize gelmesini nasıl karşılıyorsunuz?

1. Olumlu karşılıyorum. () 2. Olumsuz karşılıyorum. ()
-
3. İlgielenmiyorum. () 4. Kararsızım ()

S20. Ülkemize gelen Suriyeli mülteciler hakkında hiç empati kurdunuz mu?

1. Evet () 2. Hayır ()

S21. Ülkenizde savaş veya benzeri bir durum söz konusu olursa ülkenizde kalmayı mı yoksa mülteci olmayı mı tercih edersiniz?

1. Ülkemde kalmayı tercih ederim. ()
-
2. Mülteci olmayı tercih ederim. ()
-
3. Kararsızım ()

S22. Ülkemizde kalan mültecilerin yaşam koşulları hakkında bilginiz var mı?

1. Yeterli bilgiye sahibim. ()
-
2. Yeterli bilgiye sahip değilim. ()
-
3. İlgielenmiyorum. ()

S23. Mülteciler için barınma olanağı nasıl sağlanmalı?

1. Kamplarda kalmalı. ()
-
2. Halkın içine karışmalı. ()
-
3. Mülteciler için özel site kurulmalı. ()
-
4. Diğer ()

S24. Mültecilerin halkın içine karışması sizi rahatsız ediyor mu? Neden?

1. Evet, rahatsız ediyor. () Çünkü;.....
-
2. Hayır, etmiyor. () Çünkü;.....

S25. Mültecilerin var olan toplum düzenini bozup, toplumunuzda kültür çatışmasına sebep olduğunu düşünüyor musunuz?

1. Evet, düşünüyorum. ()
-
2. Hayır, düşünmüyorum. ()
-
3. Hiç bir fikrim yok. ()

S26. Devletin mültecilere uyguladığı ekonomik politikalar sizce yeterli mi?

1. Yeterli () 2. Yetersiz () 3. Gereğinden fazla () 4. Bilmiyorum ()

S27. Mültecilere yeterince iş imkanının sağlandığını düşünüyor musunuz?

1. Evet, düşünüyorum () 2. Hayır, düşünmüyorum () 3. Bilmiyorum ()

S28. Mültecilerin daha düşük ücretlerle ve daha ağır koşullarda çalıştırılmasını nasıl karşılıyorsunuz?

1. Uygun () 2. Uygun değil () 3. Herhangi bir fikrim yok ()

S29. Maddi yardım isteyen mültecilere nakdi yardım edilmesini doğru buluyor musunuz?

1. Evet, edilmeli () 2. Hayır, edilmesin () 3. Kararsızım. ()
-
- Gerekçe:.....

S30. Sizce mültecilerin basında çıkan haberlerde yeteri kadar yer aldığını düşünüyor musunuz?

1. Evet, basında yeterince haber yapıyor. ()
-
2. Hayır, gerektiği kadar bu haberlere yer verilmiyor. ()
-
3. Basını çok fazla takip etmiyorum. ()

S31. Basın sizce mülteciler hakkında yaptığı haberlerde yeterli ve doğru bilgi veriyor mu? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. Basının bu haberleri yeterli ve tarafsız olarak verdiğini düşünüyorum. ()
-
2. Basının taraflı olarak haber aktardığını düşünüyorum. ()
-
3. Verilen bilgiler doğru değil, eksik veya yanlış. ()
-
4. Doğruluğu ya da yanlışlığı hakkında fikir sahibi değilim. ()

S32. Siyasi ve dini görüşün mültecilere bakış açısını değiştirdiğini düşünüyor musunuz?

1. Evet () 2. Hayır () 3. Bilmiyorum ()

S33. Mülteciler Suriye değil de Avrupa'dan gelselerdi bakış açınız yine aynı olur muydu? Neden?

1. Evet () Çünkü;.....
-
2. Hayır () Çünkü;.....

S34. Ailenizde mültecilere olan tutum ve davranışlar nelerdir?

1. Olumlu () 2. Olumsuz () 3. İlgisizim () 4. Kararsızım ()

S35. Çevrenizde mültecilere olan tutum ve davranışlar nelerdir?

1. Olumlu () 2. Olumsuz () 3. İlgisizim () 4. Kararsızım ()

S36. Suriyeli bir mülteci sizinle konuşmaya çalışsa ona karşı tavrınız nasıl olurdu?

1. Onu dinlerim ve yardımcı olmaya çalışırım. ()
-
2. Onunla konuşmaktan kaçınırım. ()
-
3. Şu an bir fikrim yok. ()

S37. Suriye'deki karışıklık sona erdiğinde mültecilerin ülkelerine geri dönmeleri gerektiğini düşünüyor musunuz?

1. Evet () Çünkü;.....
-
2. Hayır () Çünkü;.....



Seroprevalence of *Toxoplasma gondii* among Pregnant Women in Isparta Province, Turkey

Orhan AKPINAR¹, Hatice AKPINAR², Esra ŞENDİL KESKİN³

ABSTRACT

Toxoplasmosis infection is a common zoonotic disease caused by the compulsory intracellular parasite *Toxoplasma gondii*. Infection is generally asymptomatic. It can cause congenital anomaly when infected during pregnancy, it can also cause stillbirth, miscarriage, and preterm labor. The aim of this study is detection of *Toxoplasma* IgG and *Toxoplasma* IgM prevalence in first-trimester pregnant women. Pregnant women admitted to the obstetrics and gynecology clinic of Isparta Obstetrics and Pediatrics Hospital between January 2013 and December 2013 have been included to this study. Results of *Toxoplasma* IgM and IgG were analyzed retrospectively. Serum specimens were studied by the method of macroelisa. Frequency, percentage, mean±standard deviations of data were calculated with SPSS 18.0, and the relationships between variables were evaluated by Chi-square test. In our study, 3140 serum specimens in total have been analyzed. A total of 1937 serum specimens were analyzed for *Toxoplasma* IgM and positivity was detected in 1.8% (n=34). For *Toxoplasma* IgG also 1213 serum specimen were analyzed in total and the ratio of seropositive cases were detected as 28.4% (n=344). *Toxoplasma gondii* seropositivity has been detected at a considerable level in the region where we did our study. Pregnant women and mothers who consider planned pregnancy should be evaluated for Toxoplasmosis. Serology in pregnancy should be tested, and acute infection should be diagnosed and treated. Seronegative pregnant women should be controlled periodically and appropriate treatment should be given in congenital toxoplasmosis.

Keywords: *Toxoplasma gondii*; IgG; IgM; seropositivity; pregnant.

Isparta Bölgesinde Gebe Kadınlarda *Toxoplasma gondii* Seroprevalansı

ÖZ

Toksoplazmoz enfeksiyonu, zorunlu hücre içi paraziti *Toxoplasma gondii*'nin neden olduğu, sık görülen zoonotik bir hastalıktır. Enfeksiyon genellikle asemptomatik seyrederek gebelik döneminde geçirildiğinde konjenital anomali yapabileceği gibi, ölü doğum, erken doğum ve düşüklere sebep olabilir. Çalışmada hamile kadınların ilk trimesterinde *Toxoplasma* IgG ve *Toxoplasma* IgM prevalansının saptanması amaçlanmıştır. Ocak 2013-Aralık 2013 tarihleri arasında Isparta Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran gebe kadınlar araştırmaya dahil edildi. Toksoplazma Ig M ve Ig G sonuçları retrospektif olarak incelendi. Serum örnekleri makroeliza yöntemi ile çalışıldı. Veriler için SPSS 18.0 programı kullanılarak frekans, yüzde, ortalama±standart sapma değerleri hesaplandı ve değişkenler arasındaki ilişkiler Ki-kare testi ile incelendi. Araştırmamızda, toplam 3140 serum örneği değerlendirilmiştir. Toksoplazma IgM için toplam 1937 serum örneği incelenmiş ve %1.8 (n=34) oranında pozitiflik saptandı. Toksoplazma IgG için ise toplam 1213 serum örneği incelendi ve seropozitif olguların oranı %28,4 (n=344) olarak tespit edildi. Çalışma yaptığımız bölgede Toksoplazma gondi seropozitifliğinin dikkate değer düzeyde olduğu gözlenmiştir. Gebe kadınlar ve planlı gebelik düşünen anne adayları Toksoplazmozis açısından mutlaka değerlendirilmelidir. Gebelikte serolojik test yapılarak akut enfeksiyon teşhis ve tedavi edilmelidir. Seronegatif gebeler periyodik olarak kontrol edilmeli ve konjenital toksoplazmozda uygun tedavi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: *Toxoplasma gondii*; IgG; IgM; seropozitiflik; gebelik.

INTRODUCTION

Toxoplasmosis is a protozoal infection caused by *Toxoplasma gondii*. It is a compulsory intracellular zoonosis affecting human and animals, seen commonly throughout the World (1). It is a multisystemic disease. Toxoplasmosis can occur

¹ Suleyman Demirel University, Institute of Health Sciences, Medical Microbiology Department

² Süleyman Demirel University, Department of Anesthesiology and Reanimation, Faculty of Dentistry

³ Trabzon Health Sciences University, Ahi Evren Thoracic and Cardiovascular Surgery Training and Research Hospital

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Orhan AKPINAR, orhanakpnr@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 10.10.2016 Kabul Tarihi / Accepted: 30.01.2017

as a generally slight upper respiratory infection, or asymptomatic in people with an uncompromised immune system (2,3). Transmission to human occurs by eating uncooked or insufficiently cooked meat containing tissue cysts of protozoa or by taking water or food contaminated with oocysts discarded by infected cat stool. The trophozooid form is responsible for transmission to the fetus (1). More rarely, it can be transmitted by organ transplantation, blood transfusion, inoculation of factor accidentally (e.g., laboratory workers) (4). In risk groups like newborn and the immuno compromised, it can cause a severe and life-threatening disease. It also can cause congenital infections with the parasite transmitted by placenta if the pregnant woman gets infected with it for the first time during pregnancy (5). Congenital toxoplasmosis by this method leads to very serious conditions like mental retardation, seizures, and blindness. The classical triad of it in the fetus is hydrocephaly, intracranial calcifications, and ocular lesions (6). Primary infections during pregnancy can lead to still birth, spontaneous miscarriages, and major ocular and neurological problems according to the immune system condition of the mother, virulence of parasite, and pregnancy period (5,7). The most effective way of protection from congenital disease is to avoid the factors of contamination during pregnancy (8). The severity of disease is related to virulence of *T. gondii* and personal bodily resistance to the factor. The most important risk groups are patients with malignancy (lymphoma and leukemia), patients on immunosuppressive treatment because of solid organ transplantation, bone marrow transplantation, collagen vascular diseases, AIDS patients, and pregnant women. Toxoplasmosis should be considered and investigated in these groups if probable symptoms are present (9). It has been reported that serological tests are important for diagnosis, because clinical findings are not specific to infection (10). Different tests like Sabin–Feldman Dye, Immunofluorescence Antibody (IFA), Indirect Hemagglutination (IHA), Complement Fixation and Enzyme Linked Immunosorbent Assay (ELISA) are used to make a diagnose for disease. Although Sabin–Feldman Dye test is very sensitive and specific, ELISA is preferred mostly by laboratories because it is an easy and trusted method (2,5). It is reported that avidity levels of anti-*Toxoplasma gondii* is effective to discriminate between new and old infection in the first trimester of pregnancy (11). Toxoplasmosis seropositivity has been reported to vary according to occupational groups, climate and environmental conditions, socioeconomic situation, prevalence of contact with cats, regional eating habits, and regions in our country and throughout the World (9). Toxoplasma IgG and IgM seroprevalence has been detected in pregnant women admitted to obstetrics and gynecology department of “Isparta obstetrics and pediatrics hospital” between January 2013 and December 2013. We aimed to compare data collected in this study in Turkey with other studies done in the world.

MATERIALS AND METHODS

Pregnant women admitted to the obstetrics and gynecology clinic of Isparta Obstetrics and Pediatrics Hospital between

January 2013 and December 2013 have been included in this study. The result of Toxoplasma Ig M and Ig G was analyzed retrospectively. Serum specimens were studied by the method of macroeliza (Siemens IMMULITE 2000 XPi immunoassay system). Blood samples were collected in the first trimester. All positive test results were re-evaluated and controlled. As a routine, patients with positive IgM were sent to the research hospital for further tests. Comparative analyses were done by investigating studies done in different regions of Turkey and various countries around the world for Toxoplasma seropositivity in pregnant women.

Statistical Analysis

Frequency, percentage, mean±standard deviations were calculated with an SPSS 18.0 program (Chicago, Illinois, USA) for statistical data, and the relationships between variables were evaluated by Chi-square test. A p level below 0.05 has been accepted as statistically significant.

RESULTS

In total, 3.140 serum specimens have been evaluated in our study. Of those, 1.937 serum specimen were studied for Toxoplasma IgM, and 1.8% of them (n=34) were detected as seropositive. Additionally, 1.213 serum specimens were evaluated for Toxoplasma IgG, and the rate of seropositive cases were detected as 28.4% (n=344) (Table 1). The Pearson Chi-Square test was used to compare between age groups and antigen positivity. Test result was not statistically significant ($X^2=9.185$ p=0.102). Looking at the distribution for age groups, Toxoplasma IgM was detected as the least common among the age group of under 20 years and between 31-35 years; the most common among the age group of 26-30 years and positivity was not detected among women aged 36 years and more (Table 2). Findings are summarized in (Table 3), and associated literatures reported in Turkey have been evaluated.

Table 1. The distribution of case by test results

Test result	Toxoplasma IgM	Toxoplasma IgG
	n (%)	n (%)
Positive	34 (1.8)	344 (28.4)
Negative	1903 (98.2)	869 (71.6)
Total	1937 (100)	1203 (100)

Table 2. The distribution by age groups of seropositive patients

Test result	Toxoplasma IgM	Toxoplasma IgG
	n (%)	n (%)
20 years under	4 (11.7)	26 (7.5)
20-25 years	10 (29.5)	91 (26.4)
26-30 years	16 (47.1)	106 (30.9)
31-35 years	4 (11.7)	81 (23.5)
36-40 years	0 (0)	28 (8.2)
40 years and over	0 (0)	12 (3.5)
Total	34 (100)	344 (100)

Tablo 3. Comparison of studies evaluating *Toxoplasma gondii* seroprevalences from different regions of Turkey

Researches	Region	IgG (%)	IgM (%)	Study Group	Methods
Our study	Isparta	28.4	1.8	Pregnant women	Elisa
Ocak et al. (19)	Hatay	52.1	0.5	Pregnant women	Elisa
Tamer et al. (20)	Kocaeli	48.3	0.4	Pregnant women	Elisa
Karabulut et al. (21)	Denizli	37.0	1.4	Pregnant women	Elisa
Ertug et al. (22)	Aydın	30.1	0.0	Pregnant women	Elisa
Toklu et al. (23)	Uşak	18.3	3.0	Pregnant women	Elisa
Gunes et al. (24)	Isparta	26.9	2.5	Pregnant women	Elisa

DISCUSSION

Toxoplasmosis is a common zoonosis seen all over the world. Cats are the main source for infection. One percent of cats around the world discharge oocyst. Ten *T. Gondii* protozoa are enough to infect (9). Toxoplasmosis is generally asymptomatic or causes unspecific symptoms. Though primary infection can cause serious fetal defects in pregnancy, it can be treated to reduce fetal effects if diagnosed (2,8). Toxoplasmosis seropositivity has been reported to vary according to occupational groups, climate and environmental conditions, socioeconomic situation, prevalence of contact with cats, and regional eating habits (11). Seropositivity increases by age. Seropositivity begins in the first year, when children start to play with contaminated soil, and it rises to 50–75% in adolescents (9). In America, toxoplasmosis prevalence is detected as 15.1% in fertile women by III. National Health and Nutrition Control Research (1988–1994) (12). In another study investigating the risk factors for *T. gondii* in Brasil, prevalence of *Toxoplasma* was found in 65.8% in fertile women, and previous pregnancy contributes to a higher risk of infection with toxoplasma by 1.74% compared to environmental factors (13). *Toxoplasma* seropositivity in France has been reported as 43.8% (14). Low prevalence rates have been reported in the UK (15) and Norway (7) 7.7–9.1% and 10.9%, respectively. *Toxoplasma* seroprevalence is 62.2% in Lebanon and 78% in Nigeria (16,17). *Toxoplasma* IgG seropositivity in Turkey varies between 30.1 and 61.3% in the studies, only in pregnant women (Table 3). In our study of only pregnant women, this rate has been detected as 28.4%. Related to various factors such as geographic place, it has been reported that climate conditions, socioeconomic situations, eating habits, different calculation methods, and data usage of the university hospital or state hospital can contribute to differences in similar studies done in cities in the same region or even in the same city. In studies, *Toxoplasma* seropositivity has shown a statistically significant increase at middle age. There has been also reported an increase in prevalence with an increase in age in different countries (13,14,17). In our country, seroprevalence of *Toxoplasma*

gondii in pregnant women increases with age in different regions. In our study, it is also increased by age, similar with the literature, especially in that the age group of 26–30 years is the most effected group (47.1%) (Table 2). This is an expected result due to contact with the factor of increased age. Looking at the studies in various regions of Turkey, rates of *Toxoplasma* IgG and IgM have been found by Bayman et al. (18), 61.3–0.9% in Diyarbakır, Ocak et al. (19), 0.54–52.1% in Hatay, Tamer et al. (20), 0.4–48.3% in Kocaeli, Karabulut et al. (21), 37.0–1.4% in Denizli, Ertug et al. (22), 30.1–0.0% in Aydın and Toklu et al. (23), 18.3–3.0 in Uşak. Seroprevalence shows geographical differences due to differences of hygiene conditions and eating habits. In our study also, the rate was found to be 28.4–1.8% respectively. Gunes et al. (24), found *Toxoplasma* IgG (26.9%) and *Toxoplasma* IgM (2.5%) positive in their research in 2008. Compared to the results of our study, the other studies seems to be similar, but because these studies have been done at the university hospital and were all done on women of childbearing age, there are minor differences despite using the same serological method.

CONCLUSIONS

Toxoplasma gondii seropositivity was found to be in remarkable levels in the region of our study. Pregnant women and mothers who plan pregnancy should be evaluated for Toxoplasmosis. We think that due to the high proportion of seronegativity, the protection of mothers and babies from the risk of *Toxoplasma* infection will be achieved by investigating toxoplasmosis in pregnant women in the initial examination, giving education to seronegative pregnant women. In addition, the planning of studies to determine the seroprevalence of parasite, especially in areas with high prevalence, the evaluation of *Toxoplasma gondii* positivity in pregnant women or women planning pregnancy should be investigated routinely. Serology in pregnancy should be tested, and acute infection should be diagnosed and treated. Seronegative pregnant women should be controlled periodically and appropriate treatment should be given in congenital toxoplasmosis. It is very important to give information about the parasite during education of pregnant women, and to give public health education about protection against the parasite. Working collaboratively with state hospitals and university hospitals can contribute to the accurate detection national and regional seropositivity of toxoplasmosis. Evaluation and interpretation of the data obtained about the parasite will guide the researchers.

ACKNOWLEDGEMENT

Thank you for contributing to Isparta Obstetrics and Pediatrics Hospital's managers and laboratory workers.

REFERENCES

1. Kravetz JD, Federman DG. Toxoplasmosis in pregnancy. *Am J Med.* 2005; 118(3): 212-6.
2. Montoya JG, Kovacs JA, Remington JS. *Toxoplasma gondii*. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Principles and Practice of Infectious Diseases.* 6th ed.

- Philadelphia: Churchill Livingstone; 2005. p. 3170-98.
3. Montoya JG, Liesenfeld O. Toxoplasmosis. *The Lancet*. 2004; 363(4925): 1965-76.
 4. Tenter AM, Heckeroth AR, Weiss LM. *Toxoplasma gondii*: from animals to humans. *Int J Parasitology*. 2000; 30(12): 1217-58.
 5. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 9th ed. St. Louis: Mosby; 2009. p. 361-3.
 6. Jones J, Lopez A, Wilson M. Congenital Toxoplasmosis. *Am Fam Phys*. 2003; 67(10): 2131-8.
 7. Jennum PA, Stray-Pedersen B, Melby KK, Kapperud G, Whitelaw A, Eskild A, et al. Incidence of *Toxoplasma gondii* infection in 35,940 pregnant women in Norway and pregnancy outcome for infected women. *J Clin Microbiol*. 1998; 36(10): 2900-6.
 8. Havelaar AH, Kemmeren JM, Kortbeek LM. Disease burden of congenital toxoplasmosis. *Clin Infect Dis*. 2007; 44(11): 1467-74.
 9. Buzgan T, Erkoç Y, Çom S, Irmak S, Pelitli S. Zoonotik hastalıklar hizmet içi eğitim modülü. The Ministry of Health of Turkey. Ankara: Başak; 2011.
 10. Wong SY, Remington JS. Toxoplasmosis in pregnancy. *Clin Infect Dis*. 1994; 18(6): 853-61.
 11. Wailand G. Serology and immunodiagnostic methods. In: Mehlhorn H, editor. *Parasitology in Focus*. Springer: Verlag; 1998. p. 679.
 12. Jones JL, Kruszon-Moran D, Wilson M, McQuillan G, Navin T, McAuley JB. *Toxoplasma gondii* infection in the United States: Seroprevalence and risk factors. *Am J Epidemiol*. 2001; 154(4): 357-65.
 13. Avelino MM, Campos Jr D, Parada JCB, Castro AM. Risk Factors for *Toxoplasma gondii* Infection in Women of Childbearing Age. *Braz J Infect Dis*. 2004; 8(2): 164-74.
 14. Berger F, Goulet V, Le Strat Y, Desenclos JC. Toxoplasmosis among pregnant women in France: Risk factors and change of prevalence between 1995 and 2003. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2009; 57(4): 241-8.
 15. Nash JQ, Chissel S, Jones J, Warburton F, Verlander NQ. Risk factors for toxoplasmosis in pregnant women in Kent, United Kingdom. *Epidemiol Infect*. 2005; 133(3): 475-83.
 16. Bouhamdan SF, Bitar LK, Saghir HJ, Bayan A, Araj GF. Seroprevalence of *Toxoplasma* antibodies among individuals tested at hospitals and private laboratories in Beirut. *J Med Liban*. 2010; 58(1): 8-11.
 17. Onadoko MO, Joyson DH, Payne RA. The prevalence of *Toxoplasma* infection among pregnant women in Ibadan, Nigeria. *J Trop Med Hyg*. 1992; 95(2): 143-5.
 18. Bayman G, Suay A, Atmaca S, Yayla M. Gebelerde toksoplazma seropozitifliği. *T Parazitoloj Derg*. 1998; 22(4): 359-61.
 19. Ocak S, Zeteroğlu S, Ozer C, Dolapcioglu K, Gungoren A. Seroprevalence of *Toxoplasma gondii*, rubella and cytomegalovirus among pregnant women in southern Turkey. *Scand J Infect Dis*. 2007; 39(3): 231-4.
 20. Tamer GS, Dundar D, Caliskan E. Seroprevalence of *Toxoplasma gondii*, rubella and cytomegalovirus among pregnant women in western region of Turkey. *Clin Invest Med*. 2009; 32(1): 43-7.
 21. Karabulut A, Polat Y, Turk M, Isik BY. Evaluation of rubella, *Toxoplasma gondii*, and cytomegalovirus seroprevalences among pregnant women in Denizli province. *Turk J Med Sci*. 2011; 41(1): 159-64.
 22. Ertug S, Okyay P, Turkmen M, Yuksel H. Seroprevalence and risk factors for *Toxoplasma* infection among pregnant women in Aydin province, Turkey. *BMC Public Health*. 2005; 5(1): 60-6.
 23. Toklu GD. Antibodies Frequency against Toxoplasmosis, Rubella Virus and Cytomegalovirus in Pregnant Women. *J Clin Anal Med*. 2013; 4(1): 38-40.
 24. Güneş H, Kaya S, Çetin ES, Taş T, Demirci M. Reprodüktif çağıdaki kadınlarda toksoplazmosis seroprevalansı. *SDÜ Tıp Fak Derg*. 2008; 15(2): 21-4.

Fiziksel Egzersiz Düzeylerinin Menstrual Siklusa Etkileri

Esra GÜNEY¹, Hacer ÜNVER¹, Yeşim AKSOY DERYA¹, Tuba UÇAR¹

ÖZ

Bu araştırmanın amacı fiziksel egzersiz düzeylerinin menstrual siklus üzerine etkisini değerlendirmektir. Tanımlayıcı karşılaştırmalı nitelikte olan araştırma İnönü Üniversitesi'nde yürütülmüştür. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu'nda okuyan ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketine göre "fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan (>3000 MET-dk/hf)" 82 kız öğrenci, Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümünde okuyan ve "fiziksel aktivite düzeyi düşük olan (<600 MET-dk/hf)" 82 kız öğrenci ile karşılaştırılmıştır. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi ve Premenstrual Sendrom Ölçeği aracılığı ile elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılım, ki-kare ve bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan öğrencilerin ortalama menstruasyon süresinin ve günlük ped sayısının fiziksel aktivite düzeyi düşük olan öğrencilerden daha az, dismenore ve polimenore görülme oranının ise daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0.05). Fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan öğrencilerde premenstrual sendrom görülme oranı %46.3 iken, fiziksel aktivite düzeyi düşük olan öğrencilerde bu oranın %47.6 olduğu belirlenmiştir. Premenstrual sendrom yaşayan öğrenciler arasında Premenstrual Sendrom Ölçeği alt boyutlarından depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik ve depresif düşünceler belirtilerinin fiziksel aktivite düzeyi düşük olan öğrencilerde daha fazla yaşandığı saptanmıştır (p<0.05). Premenstrual sendrom yaşayanlarda Premenstrual Sendrom Ölçeği puan ortalamalarının fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan öğrencilerde 127.34±12.83, fiziksel aktivite düzeyi düşük olan öğrencilerde 139.33±22.37 olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Yüksek fiziksel aktivite düzeyinin ortalama menstruasyon süresini, dismenore ve polimenore görülme oranını ve premenstrual sendromu azalttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Düzenli fiziksel egzersiz; menstrual siklus; premenstrual sendrom.

Effects of Physical Exercise Levels on Menstrual Cycle

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate the effect of physical exercise levels on menstrual cycle. This descriptive comparative study was conducted in Inonu University. 82 female students studying at School of Physical Education and Sports and having a "high level of physical activity (>3000 MET-mins/w)" according to the International Physical Activity Questionnaire were compared with 82 female students who studied at the Sociology department in the Faculty of Science and Letters and had a "low level of physical activity (<600 MET-mins/w)". The data were obtained through Personal Information Form, International Physical Activity Questionnaire and Premenstrual Syndrome Scale. Percentage distribution, chi-square and t test for independent groups were used in evaluation of data. It was found that students with high level physical activity had a shorter menstrual period and less daily pads than students with low level physical activity, and the ratio of dysmenorrhea and polymenorrhea was lower (p<0.05). Rate of premenstrual syndrome was 46.3% in students with high physical activity level, whereas it was 47.6% in students with low physical activity level. Among students with premenstrual syndrome, it was determined that symptoms of depressive mood, anxiety, irritability, and depressive thoughts which are subscales of Premenstrual Syndrome Scale were experienced more in students with low level physical activity (p<0.05). Mean scores of Premenstrual Syndrome Scale for those with premenstrual syndrome were 127.34±12.83 in students with high physical activity level and 139.33±22.37 in students with low physical activity level (p<0.05). It was concluded that high level physical activity reduced the average menstruation period, rate of dysmenorrhea and polymenorrhea, and premenstrual syndrome.

Keywords: Regular physical exercise; menstrual cycle; premenstrual syndrome.

GİRİŞ

Menstrual siklus; menarştan menapoza kadar üremeye yönelik her ay tekrarlayan hormonal değişiklik ve menstrual

¹ İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Tuba UÇAR, tuba.ucar@inonu.edu.tr

Geliş Tarihi / Received: 10.08.2016 Kabul Tarihi / Accepted: 14.07.2017

kanama ile karakterize edilen, tüm organizmayı etkileyen siklik değişikliklerdir. Ovarian foliküller ve korpus luteumdan salgılanan hormonlar (östrojen ve progesteron) endometriyumda bazı siklik değişikliklere neden olur. Uterusun duvarındaki değişiklikler endometriyal siklusu oluşturur ve burada menstruasyon açıkça gözlemlendiği için menstrual siklus ya da menstrual periyot adını almıştır (1). Normal menstrual siklus 21-34 günde bir olup, 3-7 gün sürer ve ortalama 35 ml (5-80 ml arasında) kan kaybı ile sonuçlanır (2). Menstrual siklus kişiye, organizmaya, çevreye, iklime göre değişiklik göstermektedir (3). Stres, bazı tip egzersizler veya günlük hayattaki bazı değişiklikler menstrual siklusu değiştirebilir (4).

Egzersizler ve antrenmanlar vücut ağırlığında, vücut yağ oranında, vücut ısısında, emosyonel durumda ve hormonal sekresyonda belirgin değişiklikler yaratır (5). Bu değişikliklerin sonucunda endokrin sistemin kontrol mekanizması olan hipotalamus, hipofiz ön lobu ve ovaryumlar etki altında kalarak menstrual siklusa değişiklikler görülebilmektedir (6). Küçük yaşlarda spora başlayanlarda ve ağır spor yapanlarda egzersize bağlı menstrual düzensizlik, daha belirgindir (7). Kadın sporcularda görülen menstrual düzensizlikler kadınların katıldıkları spor dallarına göre farklılık gösterir. Yürüyüş ve düşük tempolu koşu gibi hafif ve orta düzeydeki fiziksel egzersizlerde menstrual bozukluklar daha az görülmektedir. Antrenman yükü arttıkça menstrual düzensizliklerin görülme oranı da artar (6,7). Örneğin haftada 50 km'den fazla koşu antrenmanı yapan kadınlarda çeşitli düzensizlikler görülebilir. Bu düzensizliklerin en ağırı amenore şeklinde belirir (8). Bunun yanı sıra spor aktivitesi ile stresin birlikte neden olduğu menstruasyon düzensizlikleri arasında; dismenore, menoraji, oligomenore, polimenore, düzensiz periyotlar veya bunların karışımları vardır (9). Ancak tüm bu menstrual düzensizliklerden tek başına fiziksel egzersiz sorumlu olmayabilir (7). Fiziksel egzersizle birlikte vücuttaki yağ dokusu miktarının az olması, uzun süreli, yoğun egzersiz baskısı sonucu akut ve kronik hormonal değişimlerin ortaya çıkması, aşırı enerji harcaması ve psikolojik stresin var olması menstrual düzensizliklere neden olur (8).

Fiziksel egzersizin etkilediği menstrual faktörlerin bir diğeri ise premenstrual sendromdur (10-12). Premenstrual sendrom (PMS); menstrual siklusun luteal fazında ortaya çıkan ve kadınlar için birçok probleme yol açan fiziksel, davranışsal ve ruhsal semptomlar bütünüdür (13,14). İnsanlar arası iletişimi ve normal günlük aktiviteyi engelleyecek derecede davranış bozuklukları ile ortaya çıkan, fiziksel ve psikolojik bulguları kapsayan ve her luteal fazda siklik olarak görülen bir sendromdur (15,16). Günümüzde PMS'nin tedavi yöntemleri konusunda tam bir fikir birliği sağlanabilmiş değildir. Tedavide kullanılan bazı medikal ve non-medikal yöntemler bulunmakla birlikte, egzersizin doğal endorfin yapımını arttırdığı için PMS'nin tedavisinde etkili olduğu tanımlanmıştır (12). Bununla beraber yüksek düzeyde fiziksel aktivite ile düşük düzeyde fiziksel aktiviteye sahip kadınların PMS ve menstrual siklus düzenini karşılaştıran çalışmalar sınırlıdır. Bu araştırma ile fiziksel aktivite düzeylerinin menstrual siklus düzensizlikleri ve premenstrual sendrom ile de bağlantısı olup olmadığını ortaya koymak amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Tanımlayıcı ve karşılaştırmalı tipte olan araştırma, Aralık 2011-Ocak 2012 tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi (FEF) Sosyoloji Bölümünde ve Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu'nda (BESYO) yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İnönü Üniversitesi BESYO ve FEF Sosyoloji bölümünde öğrenim gören kız öğrenciler oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde BESYO'daki toplam kız öğrenci sayısı 95 olup, araştırmaya katılmayı kabul eden ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketine göre "fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan (>3000 MET-dk/hafta)" 82 kız öğrenci olduğu belirlenmiştir. Karşılaştırma grubuna aynı tarihler arasında FEF Sosyoloji Bölümünde öğrenim gören, araştırmaya katılmayı kabul eden ve Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketine göre "fiziksel aktivite düzeyi düşük olan (<600 MET-dk/hf)" 82 kız öğrenci alınmıştır. Karşılaştırma grubu olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme seçilmiştir.

Verilerin Toplanması

Araştırma verilerinin elde edilmesinde, "Kişisel Bilgi Formu", "Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi" ve "Premenstrual Sendrom Ölçeği" (PSÖ) kullanılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere, ders saatleri içerisinde ilgili formlar dağıtılmış ve kendileri tarafından okunarak cevaplamaları istenmiştir.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan ve iki bölümden oluşan bu formun ilk bölümünde öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini (yaş, sınıf, gelir durumu, boy, kilo) belirleyebilecek nitelikteki sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde öğrencilerin menstrual özelliklerini (menarş yaşı, menstruasyon süresi, kullanılan ped sayısı, dismenore, oligomenore, polimenore, sekonder amenore varlığı) belirlemek amacıyla sorular sorulmuştur.

Araştırmada dismenore menstruasyon kanamaları sırasında ağrı olması olarak tanımlanmıştır (2). Menstruasyonun 30-35 günden daha uzun aralıklarla gerçekleşmesi oligomenore (2,17), 21 günden daha kısa aralıklarla gerçekleşmesi polimenore olarak değerlendirildi (2,18). Sekonder amenore, en az bir normal menstruasyondan sonra üç veya daha fazla ardışık menstrual kanamanın olmaması olarak kabul edildi (18).

Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA): Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi bireylerin fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek amacıyla Craig ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (19). Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öztürk tarafından yapılmıştır (20). UFAA anketi uzun ve kısa form olmak üzere iki şekilde tasarlanmıştır. Araştırmada UFAA kısa anket formu kullanılmıştır. Kısa form toplam 7 sorudan oluşmakta ve yürüme, orta-şiddetli ve şiddetli aktivitelerde harcanan zaman hakkında bilgi sağlamaktadır. Oturmada harcanan zaman ayrı bir soru olarak değerlendirilmektedir. Kısa formun toplam skorunun hesaplanması yürüme, orta-şiddetli aktivite ve şiddetli aktivitenin süre (dakikalar) ve sıklık (günler) toplamını içermektedir. Bu hesaplamalardan, MET-dakika olarak bir skor elde edilmektedir. Aktiviteler için gerekli olan enerji MET-dakika skoru ile hesaplanır. Bu aktiviteler için standart MET değerleri oluşturulmuştur.

Bunlar;

- Yürüme = 3.3 MET,
- Orta Şiddetli Fiziksel Aktivite = 4.0 MET,
- Şiddetli Fiziksel Aktivite = 8.0 MET,
- Oturma = 1.5 MET

Bu değerler kullanılarak günlük ve haftalık fiziksel aktivite seviyesi hesaplanır. Örneğin; 3 gün 30 dakika yürüten bir kişinin yürüme MET-dk/hafta skoru:

$3.3 \times 3 \times 30 = 297$ MET-dk/hafta olarak hesaplanmaktadır.

- Yürüme MET-dk/hafta = $3.3 \times$ yürüme dakikası \times yürüme gün sayısı
- Orta şiddetli MET-dk/hafta = $4.0 \times$ orta şiddetli aktivite dakikası \times orta şiddetli aktivite yapılan gün sayısı
- Şiddetli MET-dk/hafta = $8.0 \times$ şiddetli aktivite dakikası \times şiddetli aktivite yapılan gün sayısı
- Toplam, MET-dk/hafta = (yürüme + orta şiddetli + şiddetli + oturma) MET-dk/hafta

Bu skorlamanın toplamından elde edilen sayısal verilere göre sınıflandırma yapılmaktadır. Buna göre 3 aktivite seviyesi vardır (19,20):

- Düşük düzey: < 600 MET-dk/hf
- Orta düzey: $600 < - < 3000$ MET-dk/hf
- Yüksek düzey: > 3000 MET-dk/hf

Premenstrual Sendrom Ölçeği (PSÖ): Premenstrual belirtileri ölçmek ve şiddetini belirleyebilmek amacıyla Gençdoğan tarafından geliştirilip geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek, beşli likert tipinde 44 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.75 olarak hesaplanmıştır. PSÖ'nün uygulanmasında her bir madde cevaplanırken "adetten bir hafta önceki süre içinde olma" durumuna göre işaretleme yapılmaktadır. Ölçeğin puanlanmasında, "Hiç" seçeneği 1 puan, "Çok az" seçeneği 2 puan, "Bazen" seçeneği 3 puan, "Sık sık" seçeneği 4 puan ve "Sürekli" seçeneği 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin, 1. Depresif Duygulanım, 2. Anksiyete, 3. Yorgunluk, 4. Sinirlilik, 5. Depresif Düşünceler, 6. Ağrı, 7. İştah Değişimleri, 8. Uyku değişimleri ve 9. Şişkinlik olmak üzere toplam dokuz alt boyutuna ilişkin puanlar ve tüm alt boyutlardan alınan puanların toplamından oluşan "PSÖ toplam puanı" elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan ise 220'dir. Puan yükseldikçe premenstruel sendrom belirtilerinin yoğunluğu fazla olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin sonuçları değerlendirilirken alınan toplam puanın, alınabilecek en yüksek puanın %50'sini geçme durumuna göre premenstrual sendromun "var" ya da "yok" olduğuna karar verilmektedir. Toplam puan için alınabilecek en yüksek puan 220 olup bunun %50'si 110 puandır. Bu nedenle 111 ve üstünde puan alanlar PMS toplam puan açısından PMS "var" demektir (21).

İstatistiksel Analiz

Araştırmanın verileri, SPSS 16.0 for Windows yazılımı (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov-Smirnov testi, çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) katsayı değerleri ile incelenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılım, ki-kare ve bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır (22). Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın uygulamasında Helsinki Deklarasyonu

ilkelerine uyulmuştur. Araştırmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu ile Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyoloji Bölümünden yazılı izin alınmıştır. Ayrıca, araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce katılımcı haklarının korunması amacı ile "Özerklik" ilkesi doğrultusunda öğrencilere araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek "Bilgilendirilmiş Olur Formu" imzalatılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıklarından biri araştırma sonuçlarının sadece uygulamanın yapıldığı İnönü Üniversitesi BESYO ve FEF öğrencilerini temsil etmesidir. Ayrıca araştırmada premenstrual sendrom belirtileri geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış bir ölçek ile incelenirken, menstrual sıklusa ilişkin bilgiler katılımcıların subjektif yanıtları doğrultusunda retrospektif olarak incelenmiştir. Araştırmanın diğer bir sınırlılığı ise örnekleme orta düzeyde fiziksel aktiviteye sahip bir grubun örnekleme yer almamasıdır.

BULGULAR

Fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan öğrencilerin yaş ortalaması 21.38 ± 3.26 yıl, boy ortalaması 161.30 ± 28.93 cm ve kilo ortalaması 53.55 ± 11.02 kg olup, öğrencilerin %30.5'inin 3. sınıfta öğrenim gördüğü ve %85.4'ünün gelirinin giderine denk olduğu saptanmıştır. Fiziksel aktivite düzeyi düşük olan öğrencilerin yaş ortalaması 20.14 ± 4.38 yıl, boy ortalaması 161.05 ± 18.90 cm ve kilo ortalaması 55.21 ± 16.62 kg olup, öğrencilerin %26.8'inin 2. sınıfta öğrenim gördüğü ve %80.5'ünün gelirinin giderine denk olduğu belirlenmiştir. Fiziksel aktivite düzeyi yüksek ve düşük olan öğrencilerin yaş, boy, kilo, öğrenim gördüğü sınıf ve gelir durumu açısından aralarında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı belirlendi ($p > 0.05$) Tablo 1'de fiziksel aktivite düzeyi yüksek ve düşük olan öğrencilerin menstrual hikâyelerine ait bulguların dağılımı verilmektedir. Fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan öğrencilerin ortalama menarş yaşı 13.33 ± 1.68 yıl, ortalama menstruasyon süresi 4.94 ± 1.02 gün ve menstruasyon süresince kullanılan günlük ortalama ped sayısı 2.48 ± 0.77 olarak belirlenmiştir. Fiziksel aktivite düzeyi düşük olan öğrencilerde bu oranlar sırası ile; 13.23 ± 6.61 yıl, 5.76 ± 1.64 gün ve 3.18 ± 1.36 olduğu saptanmıştır. Menstruasyon süresi ve menstruasyon süresince kullanılan ped sayısının fiziksel aktivite düzeyi düşük olan öğrencilerde daha fazla olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 1. Fiziksel aktivite düzeyi yüksek ve düşük olan öğrencilerin menstrual hikâyelerine ait bulguların dağılımı

Menstrual Hikâye	Fiziksel Aktivite Düzeyi		Test
	Yüksek (n=82) Ort ± SS	Düşük (n=82) Ort ± SS	
Menarş Yaşı	13.33 ± 1.68	13.23 ± 6.61	$t = -0.130$ $p = 0.897$
Menstruasyon Süresi (gün)	4.94 ± 1.02	5.76 ± 1.64	$t = 3.898$ $p = 0.001^*$
Ped Sayısı (günlük)	2.48 ± 0.77	3.18 ± 1.36	$t = 4.089$ $p = 0.001^*$

* $p < 0.05$, Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma

Tablo 2'de fiziksel aktivite düzeyi yüksek ve düşük olan öğrencilerin menstrual sorunlarına ait bulguların dağılımı verilmektedir. Fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan

öğrencilerden %14.6'sının oligomenore, %3.7'sinin polimenore, %11'inin sekonder amenore ve %39'nun dismonore yaşadığı saptanmıştır. Fiziksel aktivite düzeyi düşük olan öğrencilerde bu oranlar sırası ile; %8.5 oligomenore, %13.4 polimenore, %7.3 sekonder amenore ve %58.5 dismenoredir. Polimenore ve dismenore yaşayan öğrenci oranının fiziksel aktivite düzeyi düşük olan öğrencilerde daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$; Tablo 2).

Tablo 3'te fiziksel aktivite düzeyi yüksek ve düşük olan öğrencilerin PSÖ'ye göre premenstrual sendrom yaşama durumlarının karşılaştırılması verilmektedir. Fiziksel

Tablo 2. Fiziksel aktivite düzeyi yüksek ve düşük olan öğrencilerin menstrual sorunlarına ait bulguların dağılımı

		Fiziksel Aktivite Düzeyi		Test
Menstrual Sorun		Yüksek (n=82) n (%)	Düşük (n=82) n (%)	
Oligomenore	Evet	12 (14.6)	7 (8.5)	$\chi^2=1.488$ $p=0.222$
	Hayır	70 (85.4)	75 (91.5)	
Polimenore	Evet	3 (3.7)	11 (13.4)	$\chi^2=4.998$ $p=0.025^*$
	Hayır	79 (96.3)	71 (86.6)	
Sekonder Amenore	Evet	9 (11.0)	6 (7.3)	$\chi^2=0.660$ $p=0.416$
	Hayır	73 (89.0)	76 (92.7)	
Dismenore	Evet	32 (39.0)	48 (58.5)	$\chi^2=6.248$ $p=0.012^*$
	Hayır	50 (61.0)	34 (41.5)	
Toplam		82 (100.0)	82 (100.0)	

* $p<0.05$

Tablo 3. Fiziksel aktivite düzeyi yüksek ve düşük olan öğrencilerin Premenstrual Sendrom Ölçeğine göre premenstrual sendrom yaşama durumlarının karşılaştırılması

		Fiziksel Aktivite Düzeyi		Test
Premenstrual Sendrom		Yüksek (n=82) n (%)	Düşük (n=82) n (%)	
Evet		38 (46.3)	39 (47.6)	$\chi^2=0.024$ $p=0.876$
Hayır		44 (53.7)	43 (52.4)	
Toplam		82 (100.0)	82 (100.0)	

Tablo 4. Fiziksel aktivite düzeyi yüksek ve düşük olan öğrencilerden premenstrual sendrom yaşayanların Premenstrual Sendrom Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

		Fiziksel Aktivite Düzeyi		Test
Alt Boyutlar		Yüksek (n=38)* Ort ± SS	Düşük (n=39)* Ort ± SS	
Depresif Duygulanım		21.23 ± 4.84	23.64 ± 5.24	$t=2.090$ $p=0.040^{**}$
Anksiyete		14.71 ± 2.95	17.43 ± 5.45	$t=2.736$ $p=0.008^{**}$
Yorgunluk		19.47 ± 4.12	20.17 ± 4.54	$t=0.713$ $p=0.478$
Sinirlilik		12.10 ± 2.29	17.58 ± 4.00	$t=7.393$ $p=0.001^{**}$
Depresif Düşünceler		18.44 ± 4.80	21.38 ± 5.58	$t=2.478$ $p=0.016^{**}$
Ağrı		9.92 ± 2.54	10.41 ± 3.43	$t=0.709$ $p=0.481$
İştah Değişimleri		10.18 ± 2.50	8.97 ± 2.96	$t=-1.934$ $p=0.057$
Uyku Değişimleri		11.07 ± 3.06	9.87 ± 2.85	$t=-1.789$ $p=0.078$
Şişkinlik		10.18 ± 2.91	9.84 ± 3.34	$t=-0.473$ $p=0.638$
Ölçek Toplam Puan		127.34 ± 12.83	139.33 ± 22.37	$t=2.894$ $p=0.005^{**}$

*Sadece premenstrual sendrom yaşayan öğrencilerin puan ortalamaları

** $p<0.05$, Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma

aktivite düzeyi yüksek olan öğrencilerden %46.3'ünün, fiziksel aktivite düzeyi düşük olan öğrencilerden ise %47.6'sının premenstrual sendrom yaşadığı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$; Tablo 3).

Tablo 4'te fiziksel aktivite düzeyi yüksek ve düşük olan öğrenciler arasından sadece premenstrual sendrom yaşayan öğrencilerin PSÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının dağılımı verilmektedir. Premenstrual sendrom yaşayan öğrenciler arasında PSÖ alt boyutlarından %depresif duygulanım, %anksiyete, %yorgunluk, %sinirlilik, %depresif düşünceler ve ağrı belirtilerinin fiziksel aktivite düzeyi düşük olan öğrenciler arasında daha fazla yaşandığı saptanmıştır ($p<0.05$). PSÖ toplam puan ortalaması fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan öğrencilerde 127.34±12.83, fiziksel aktivite düzeyi düşük olan öğrencilerde 139.33±22.37 olduğu ve gruplar arasındaki farklılığının istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4).

TARTIŞMA

Fiziksel egzersiz düzeyinin menstrual siklus ve premenstrual sendrom belirtilerine etkisini incelediğimiz çalışmada; fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan öğrencilerde bazı menstrual siklus bozukluklarının daha az görüldüğü ve premenstrual sendrom belirtilerinin daha hafif yaşandığı belirlendi.

Fiziksel egzersiz ve menstrual siklus

Spor yapan ve yapmayan kadınların karşılaştırıldığı çalışmalarda, sporcularda menarş yaşının geciktiği gösterilmiştir (6,23). Ancak çalışmamızda menarş yaş ortalamasının fiziksel aktivite düzeyi yüksek (13.33±1.68 yıl) ve fiziksel aktivite düzeyi düşük (13.23±6.61 yıl) olan öğrenciler arasında farklılık göstermediği belirlendi ($p>0.05$). Benzer olarak Keleş ve Kin-İşler, Türk voleybolcularında ortalama menarş yaşının 13.32±1.42 olduğunu ve kontrol grubu ile vaka grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirlemiştir (24). Buna ek olarak, araştırmalar menarş geciken olguların, henüz cinsel olgunluğa ulaşmadan fiziksel egzersize başlayanlar olduğunu göstermektedir. Menarş başlamadan önce yapılan düzenli ağır egzersiz hipotalamus-hipofiz-over eksen fonksiyonlarını değiştirerek menarş geciktirmektedir (18,25). Çalışmamızda ise fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan öğrenciler fiziksel egzersize pubertadan sonra başlamışlardı. Dolayısıyla ilk menstruasyonun başladığı yıllarda her iki grup benzer fiziksel aktivite düzeylerine sahiptir. Bu nedenle fiziksel aktivite düzeyinin menarş yaş ortalamasını etkilemediği düşünülmektedir. Araştırmada ortalama menstruasyon süresi fiziksel aktivite düzeyi düşük olan öğrencilerde 5.76 ± 1.64 gün, fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan öğrencilerde 4.94 ± 1.02 gün bulundu ($p<0.05$). Benzer olarak bayan voleybolcularla yapılan bir çalışmada ortalama menstruasyon süresi 5.08 ± 1.38 gün bulunmuştur (25). Bayram'ın yaptığı çalışmada sporcu ve sedanter bayanlar karşılaştırılmış, sedanter bayanlarda menstruasyon süresinin daha uzun olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (12). Bu sonuçlar araştırma bulgumuzla benzerlik göstermektedir.

Menstrual kanama miktarının yoğunluğunu belirlemek için öğrencilere menstruasyon sırasında günlük kullanılan ped sayısı soruldu. Fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan

öğrencilerde günlük kullanılan ped sayısının fiziksel aktivite düzeyi düşük olan öğrencilere göre daha az olduğu belirlendi ($p<0.05$). Salehzadeh, sekiz hafta boyunca fiziksel aktivite programına aldığı öğrenciler ile kontrol grubunu karşılaştırmıştır (26). Çalışma sonunda deney grubunun menstruasyonda kullandıkları ped sayısının kontrol grubuna göre daha az olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bunun aksine, Hahn ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, fiziksel aktivite düzeyi yüksek olanlarda menstrual kanama miktarının kontrol grubuna göre daha fazla olduğu ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (27). Czajkowska ve arkadaşları da, orta ve uzun mesafe koşan atletler ve kontrol grubunu karşılaştırdıkları çalışmada, atletlerin menstruasyon kanamalarının daha çok olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (28). Menstrual kanama miktarının yüksek fiziksel aktivite düzeyine sahip olanlarda yoğun olduğunu gösteren her iki çalışmaya atletlerle yapılmıştır. Bizim çalışmamızda ise katılımcılar arasında atlet bulunmamaktadır. Ayrıca menstrual kanamanın miktarını etkileyen en önemli faktörlerden biri obezitedir. Altta yatan hiperandrojenemi gibi hormonal düzensizlikler kilolularda daha sık görülür. Bu durum menstrual kanamanın miktarının artmasına neden olur (27).

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaşadığı menstrual siklus sorunları arasında polimenorenin fiziksel aktivite düzeyi düşük olan öğrencilerde daha fazla görüldüğü, ($p<0.05$) diğer menstrual siklus sorunlarının (oligomenore, sekonder amenore) ise her iki grupta benzer olduğu belirlendi ($p>0.05$). Benzer olarak Torstveit ve Sundgot-Borgen, Norveçli sporcularla kontrol grubunu karşılaştırdıkları çalışmada menstrual disfonksiyonun (primer ve sekonder amenore, oligomenore ve kısalmış luteal faz) her iki grupta benzer olduğunu bulmuşlardır (18). Türkiye’de Bayram, basketbol oynayan sporcu bayanlarla sedanter grubu karşılaştırmış, oligomenore her iki grupta benzer bulunmuştur (12). Bu sonuçların aksine fiziksel aktivitenin menstrual siklus sorunlarına neden olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur (29-31). Literatürdeki farklı sonuçların nedeni örnekleme alınan sporcuların farklı branşlardan olmasından kaynaklanmaktadır. Yapılan çalışmalar menstrual düzensizliklerin sporcular arasında bayan koşucularda daha fazla görüldüğünü göstermiştir (7). Diğer spor dalları ile uğraşanlarda (yüzme, bisiklet gibi) ise menstrual siklus sorunları daha az görülmektedir. Bunun nedeni fiziksel aktiviteyle birlikte düşük enerji alımı olduğunda, üreme sistemi cevap olarak daha az östrojen üretmektedir. Bu durum uzun süreli yaşandığında ise menstrual siklus sorunları yaşanabilir (5,7). Bu nedenle egzersizin tek başına menstrual siklus düzensizliklerine neden olmadığı söylenebilir.

Literatürde ve bazı çalışmalarda fiziksel egzersizin dismenorenin azalmasında olumlu etkisi olduğu belirtilmektedir (12,26). Fiziksel egzersizle birlikte yükselen sistolik kan basıncı endojen opioid sistemi aktive eder ve sonuçta, endorfinlerin “egzersiz sebepli analjezik etkisi” ortaya çıkar (32). Araştırmamızda fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan öğrencilerin daha az dismenore yaşadığı belirlendi ($p<0.05$). Sporcu ve sedanter bayanların karşılaştırıldığı pek çok çalışmada bizim bulgumuzu destekleyen sonuçlar bulunmaktadır (12,24,26,33-35).

Fiziksel egzersiz ve premenstrual sendrom

Çalışmamızda öğrencilerin Premenstrual Sendrom Ölçeği puan ortalamalarına göre premenstrual sendrom yaşama durumları arasında istatistiksel olarak önemli fark olmadığı belirlendi. Premenstrual sendrom yaşayanlar karşılaştırıldığında fiziksel aktivite düzeyi düşük olan öğrencilerde (139.33 ± 22.37) fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan öğrencilere (127.34 ± 12.83) göre premenstrual sendrom belirtilerinin daha yoğun yaşandığı saptandı. Benzer olarak depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik ve depresif düşünceler gibi alt boyut puanlarının fiziksel aktivite düzeyi düşük olan öğrencilerde daha yüksek çıktığı belirlendi ($p<0.05$). Teixeira ve arkadaşlarının, fiziksel aktivite düzeyi ve premenstrual sendrom sıklığı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, fiziksel aktivite düzeyi arttıkça premenstrual sendrom belirtilerinin azaldığı bulunmuştur. Aynı çalışmada katılımcılar premenstrual yaşayan ve yaşamayan şeklinde ikiye ayrıldığında premenstrual sendrom yaşamayanların düzenli fiziksel egzersiz yaptığı belirlenmiştir (10). Benzer olarak, Haghghi ve arkadaşları da, fiziksel aktivite düzeyinin arttıkça premenstrual sendromun azaldığını göstermiştir (11). Türkiye’de, Bayram’ın sedanter ve sporcu bayanları karşılaştırdığı çalışmada, menstrual dönemde sedanter grubun premenstrual sendrom belirtilerini daha çok yaşadığını, özellikle negatif duygulanımın sedanter grupta daha şiddetli olduğunu belirlemiştir (12). Tüm bu araştırma sonuçları elde ettiğimiz sonuçlarla benzerlik göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, fiziksel aktivite düzeyi düşük olan öğrencilerde menstruasyon süresi ve kanama miktarının daha az olduğu; dismenore ve polimenore görülme oranının azaldığı ve PMS’ye ait yaşanan sıkıntılardan özellikle depresif duygulanım, anksiyete, sinirlilik ve depresif düşüncelerin arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda; PMS yaşayan ya da menstrual sıklusa ait sorunların bazılarında kadınlara düzenli fiziksel egzersiz yapmaları konusunda danışmanlık verilmesi, farklı branşlarda fiziksel egzersiz yapanlarda menstrual siklusun değerlendirildiği ve geniş örneklem gruplarını içeren çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Dalçık H, Yıldırım M. Klinik yönleri ile insan embriyolojisi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002.
2. Rigon F, Sanctis V, Bernasconi S, Bianchin L, Bona G, Bozzola M, et al. Menstrual pattern and menstrual disorders among adolescents: An update of the Italian data. Italian Journal of Pediatrics. 2012; 38(1): 1-8.
3. Çakmakçı E, Sanioğlu A, Patlar S, Çakmakçı O, Çınar V. Menstruasyonun anaerobik güce etkisi. Spor metre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi. 2005; 3(4): 145-9.
4. Sevim Y. Antrenman bilgisi. Ankara: Gazi Büro Kitabevi; 1997.
5. Koca C, Koşar ŞN, Güngör TN, Güzel Y, Öztürk P. Kadın sporcu üçlemesi el kitabı. Hacettepe üniversitesi bilimsel araştırma projeleri koordinasyon birimi. Ankara: Sim Matbaası; 2014.
6. Klentrou P, Plyley M. Onset of puberty, menstrual

- frequency, and body fat in elite rhythmic gymnasts compared with normal controls. *Br J Sports Med.* 2003; 37(6): 490-4.
7. Goodman LR, Warren MP. The female athlete and menstrual function. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology.* 2005; 17(5): 466-70.
 8. Kalyon TA. Spor Hekimliği. Ankara: Gata Basımevi; 2000.
 9. Hekim M. Kadın sporcularda görülen menstrüel düzensizlikler. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi.* 2016; 7(3): 42-57.
 10. Teixeira ALS, Oliveira ECM, Dias MRC. Relationship between the level of physical activity and premenstrual syndrome incidence. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2013; 35(5): 210-4.
 11. Haghighi ES, Jahromi MK, Daryano Osh F. Relationship between cardiorespiratory fitness, habitual physical activity, body mass index and premenstrual symptoms in collegiate students. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness.* 2015; 55(6): 663-7.
 12. Bayram GO. Sporcuların premenstrual sendrom yönünden sedanter bayanlarla karşılaştırılması. *Bakırköy Tıp Dergisi.* 2007; 3(3): 104-10.
 13. Ussher JM, Perz J, Read JA. Evaluating the relative efficacy of a self-help and minimal psychoeducational intervention for moderate premenstrual distress conducted from a critical realist standpoint. *Journal of Reproductive and Infant Psychology.* 2006; 24(4): 347-62.
 14. Vichnin M, Freeman EV, Lin H, Hillman J, Bui S. Premenstrual syndrome in adolescence (PMS): Severity and impairment. *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology.* 2006; 19(6): 397-402.
 15. Raval CM, Panchal BN, Tiwari DS, Vala AU, Bhatt RB. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among college students of Bhavnagar, Gujarat. *Indian Journal of Psychiatry.* 2016; 58(2): 164-70.
 16. Mooney SJ, Perz J, Ussher JA. Complex negotiation: Women's experiences of naming and not naming premenstrual distress in couple relationships. *Women & Health.* 2008; 47(3): 57-77.
 17. Onat Bayram G, Aktaş A. Menstruasyon sporcularda günlük yaşam aktivitelerini nasıl etkiler? *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi.* 2008; 24(1): 113-21.
 18. Torstveit MK, Sundgot-Borgen J. Participation in leanness sports but not training volume is associated with menstrual dysfunction: A national survey of 1276 elite athletes and controls. *Br J Sports Med.* 2005; 39(3): 141-7.
 19. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine Science and Sports Exercise.* 2003; 35(8): 1381-95.
 20. Öztürk M. Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde uluslararası fiziksel aktivite anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
 21. Gençdoğan B. Premenstruel sendrom için yeni bir ölçek. *Türkiye'de Psikiyatri.* 2006; 8(2): 81-7.
 22. Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı. Ankara: Pegem Yayıncılık; 2007.
 23. Parmigiano TR, Zucchi EV, Araujo MP, Guindalini CS, Castro RA, Di Bella ZI, et al. Pre-participation gynecological evaluation of female athletes: a new proposal. *Einstein.* 2014; 12(4): 459-66.
 24. Kelecek S, Kin-İşler A. Voleybolcularla sedanter üniversite öğrencilerinin menstruasyon özelliklerinin incelenmesi. 10th International Sport Sciences Congress; 23-25 Ekim 2008; Bolu, Türkiye; s. 658-9.
 25. Wodarska M, Witkoś J, Drosdzol-Cop A, Dąbrowska J, Dąbrowska-Galas M, Hartman M, et al. Menstrual cycle disorders in female volleyball players. *Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2013; 33(5): 484-8.
 26. Salehzadeh K. The effects of professional sports on menstrual irregularities in elite swimmers. *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences.* 2015; 5(1): 4323-9.
 27. Hahn KA, Wise LA, Riis AH, Mikkelsen EM, Rothman KJ, Banholzer K, et al. Correlates of menstrual cycle characteristics among nulliparous Danish women. *Clinical Epidemiology.* 2013; 5(2): 311-9.
 28. Czajkowska M, Drosdzol-Cop A, Galazka I, Naworska B, Skrzypulec-Plinta V. Menstrual cycle and the prevalence of premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder in adolescent athletes. *J Pediatric Adolesc Gynecol.* 2015; 28(6): 492-8.
 29. Chang PJ, Chen PC, Hesieh CJ, Chiu L. Risk factors on the menstrual cycle of healthy Taiwanese college nursing students. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2009; 9(6): 689-94.
 30. Thein-Nissenbaum JM, Rauh MJ, Carr KE, Loud KJ, Mcguine TA. Associations between disordered eating, menstrual dysfunction, and musculoskeletal injury among high school athletes. *Journal of Orthopaedic Sports Physical Therapy.* 2011; 41(2): 60-9.
 31. Raymond-Barker P, Petroczi A, Quested E. Assessment of nutritional knowledge in female athletes susceptible to the female athlete triad syndrome. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology.* 2007; 10(2): 1-11.
 32. Çavlıca B, Bereket Yücel S, Darçın N, Mirzai İT, Erbüyün K. Profesyonel kadın voleybolcularda ağrı duyumunun menstrüel döngü ile ilişkisi. *Ağrı Dergisi.* 2009; 21(1): 29-35.
 33. Şahin FN, Ağaoğlu SA. Farklı branşlardaki kız sporcuların spora başlama yaşı, menarş yaşı ve üreme hormon seviyelerinin analizi. *Türkiye Klinikleri J Sports Science.* 2011; 3(2): 47-55.
 34. Shahr-jerdy S, Hosseini RS, Eivazi M. Effects of stretching exercises on primary dysmenorrhea in adolescent girls. *Biomedical Human Kinetics.* 2012; 4(1): 127-32.
 35. Azima S, Bakhshayesh HR, Abbasnia K, Kaviani M, Sayadi M. Effect of isometric exercises on primary dysmenorrhea: A randomized controlled clinical trial. *GMJ.* 2015; 4(1): 26-32.

Bir Üniversite Hastanesi Diyabet Polikliniğine Başvuran Hastaların İzlem Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Attila ÖNMEZ¹, Ali TAMER²

ÖZ

Diabetes Mellitus dinamik süreçleri olan bir hastalıktır. Poliklinik takipleri tedavinin en önemli basamaklarından biridir. Hastanın başvuru anındaki ve takiplerindeki durumu iyi bilinmelidir. Bu çalışmada, diyabet polikliniğine başvuran ve düzenli olarak poliklinik kontrolüne gelen diyabet hastalarının; sosyodemografik ve biyokimyasal verilerinin, ilaç tedavi modalitelerinin ve komplikasyon oranlarının incelenmesi amaçlandı. Diyabet polikliniğine başvuran kontrol hastalarının dosyaları geriye dönük olarak taranarak tip 1, tip 2 ve gestasyonel diyabet tanısı konulan toplam 375 hasta çalışmaya alındı. Hastalar diyabet polikliniğine başvuru zamanına göre ilk başvuru ve 12. aydaki poliklinik başvuruları olarak incelendi. Başvuran hastaların yaş ortalaması 53 (18-93) yılı ve kadın cinsiyet daha sık (%55,7) gözlemlendi. Olguların başvuru anındaki ortalama HbA1c değerleri %9,1 ve 12. ayda %8 olarak saptandı. Tüm diyabet tipleri içinde hastalarda en fazla görülen mikrovasküler komplikasyon diyabetik nöropati (%14,9), en az görülen ise diyabetik nefropati (%2,1) idi. En fazla eşlik eden ek hastalığın hipertansiyon olduğu görüldü (%50,7). Başvurudaki hastaların tedavide yüksek oranda metformin ve sülfonilüre kombinasyonu (%34,9) kullanıldığı; 12. ayda ise hastaların daha çok metformin ve insülin kombinasyonu (%37,6) kullandığı görüldü. Multisistemik yaklaşım gerektiren diyabet hastalığının tedavisinde hekim, diyabet hemşiresi ve diyetisyen bir takım halinde çalışmalıdır. Kontrolde gelen hastaların kontrol parametrelerinin başvuru anındaki parametrelerinden daha iyi durumda olması poliklinik kontrollerinin önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Tip 2 diyabet; diyabetik komplikasyonlar; diyabetik tedavi modaliteleri.

The Evaluation of Patients Following Results Applying Diabetes Mellitus Outpatient Clinic in a University Hospital

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a disease with a dynamic course. Polyclinic follow-up visits are one of the most important issues in the treatment. Disease status of patients, should be known well both at admission and in the follow up visits. In this study, sociodemographic and biochemical data, medical treatment modalities and complication rates of diabetes patients who admitted the diabetes polyclinic and had regular follow up visits. A total of 375 patients with diagnosis of type 1, type 2 and gestational diabetes included in the study by analyzing retrospectively medical records of patients admitted to diabetes polyclinic. Patients were analyzed as first visit and 12th month according to the admission time to diabetes polyclinic. Mean age of patients was 53 (18-93) years and the most common gender was female (55.7%). The mean HbA1c levels were 9.1% in the first admission group, and 8% in 12th month. The most common microvascular complication was diabetic neuropathy (14.9%), the least complication was nephropathy (2.1%), among all diabetes types. The most common disease concomitant to diabetes was hypertension (50.7%). It was observed that the most common medical treatment option was metformin and sulfonylurea combination (34.9%) in the first admission group patients while patients were use metformin and insulin combination in the 12th month group (37.6%). Physician, diabetes nurse and dietician should work as a team, in management of diabetes treatment requiring multisystem approach. The case that the control parameters of the patients coming to the control are better than the parameters of the admission time, shows the importance of follow up controls.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus; diabetic complications; diabetic treatment modalities.

¹ Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD

² Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Attila ÖNMEZ, attilaonmez@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 07.09.2016 Kabul Tarihi / Accepted: 21.09.2016

GİRİŞ

Diabetes Mellitus (DM), insülin hormon sekresyonunun ve insülin etkisinin mutlak ve rölatif azlığına bağlı meydana gelen hiperglisemi ve bunun sonucunda karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasının bozukluğuna neden olan kronik bir metabolizma hastalığıdır (1,2,4). DM, en yaygın görülen endokrin hastalıktır ve hastalığın prevalansı, gelişmekte olan ülkelerde % 2–5, gelişmiş ülkelerde %5–10 düzeyinde görülmektedir. Dünyada 2010 yılında dünyada diyabetik hasta sayısı 220 milyon iken 2025 yılında ise 300 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (1-3). Tip 2 DM, genellikle erişkin yaşta, daha az sıklıkla çocuklukta başlar, tip 2 diyabet prevalansı yaşla birlikte artar ve erkeklerde 65–69, kadınlarda 70–74 yaşları arasında yükselişe geçer. DM, komplikasyonlarla seyreden morbidite ve erken mortalite riski yüksek bir hastalık olup uzun süren hiperglisemi başta göz, böbrek, sinir, kalp ve kan damarları olmak üzere çeşitli organların hasarı, disfonksiyonu ve yetmezliğine sebep olmaktadır (1-3,4). Hiperglisemiye bağlı gelişen genel semptomlar arasında poliüri, polidipsi, kilo kaybı, bazen polifaji, görmede bulanıklık, enfeksiyona eğilim ve büyüme geriliği sayılabilir (1-5). Diyabetin akut metabolik komplikasyonları yanı sıra kronik komplikasyonları zemininde gelişen diyabetik ayak hastanın yaşam kalitesini belirgin şekilde azaltırken, aynı zamanda yaşamını da tehdit eden, sosyoekonomik maliyeti artıran önemli bir halk sağlığı sorunudur. Birçok ülkede ölüme neden olan hastalıklar içinde diyabet beşinci sırada yer almaktadır (5,6). Tüm bu komplikasyonlar, ülkeler için önemli tıbbi sonuçlar ve ekonomik kayıplara sebep olur. Diyabet tedavisinin en önemli parçası düzenli poliklinik kontrolleridir. Hekim, hemşire ve diyetisyenden oluşan ekip hastaların takiplerine gelmesini teşvik etmelidir böylece olası komplikasyonlar erkenden önlenmektedir. Bu çalışmada; diyabet polikliniğinde düzenli poliklinik takiplerine başvuran hastaların takipteki demografik, klinik ve biyokimyasal parametreleri ile tedavi modalitelerinin, poliklinik dosyalarından geriye dönük tarayarak verilerinin analiz edilmesi amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Eğitim Araştırma Hastanesi (SÜEAH) Diyabet Polikliniği'ne 2012-2013 yılları arasında başvuran tip 1, tip 2 ve gestasyonel DM tanısı olan ve düzenli poliklinik takiplerine gelen toplam 375 hasta rasgele olarak çalışmaya alındı ve bu hastalar başvuru zamanına göre ilk başvuru grubu ve 12. ayda poliklinik muayenesine gelen hasta grubu olarak gruplandırıldı. Veriler diyabet polikliniğine başvuran diyabetik hastalar için özel hazırlanmış dosyalardan retrospektif olarak kayıt edildi. Çalışmamızda, kontrole gelen hastaların yaşı, cinsiyeti, diyabet tipi, kullandığı ilaçlar, diyabetin kronik komplikasyonları, eşlik eden kronik hastalıkları ve bunlar için kullandığı ilaçlar hasta dosyalarından çıkarıldı. Aynı zamanda hastaların, biyokimyasal parametrelerden açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri, HbA1c, LDL-kolesterol ve ALT düzeyleri kaydedildi. Elde edilen veriler; düzenli olarak kontrol muayenelerine gelen hastaların sosyodemografik, klinik,

biyokimyasal parametreler ve diyabetik tedavi modaliteleri olarak gruplandırılarak, incelenmesi amaçlandı.

İstatistiksel Analiz

Araştırmada istatistiksel analizler IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20 (Armonk, NY: IBM Corp.) kullanılarak yapıldı. Normal dağılım gösteren sayısal değişkenler ortalama±standart sapma, normal dağılmayanlar ortanca (minimum-maksimum), oranlar ise n (%) olarak ifade edildi. Oranların karşılaştırılması Mc Nemar testiyle, normal dağılmayan iki bağımlı grubun karşılaştırılması ise Wilcoxon testi ile incelendi. p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya, Sağlık Bakanlığı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Diyabet Polikliniğine düzenli aralıklarla kontrole gelen toplam 375 DM' li hasta çalışmaya alındı. Hastalardan %53,7'si kadın, %47,3'ü erkekti. Hastaların yaş ortalaması 53 (18-93)'tü. Hastaların 36'sı (%9,6) tip 1, 337'si (%89,9) tip 2,2'si (%0,5) gestasyonel DM idi. Diyabet polikliniğine başvuran hastaların başvuru anındaki verileri incelendiğinde; şehir merkezinde yaşayanların daha yüksek oranda (%65) diyabet polikliniğine başvurduğu, %28,3'ünün aktif çalıştığı, eğitim düzeylerinin ilköğretim (%52,3) ağırlıklı olduğu saptandı. Eşlik eden kronik hastalıklar açısından

Tablo 1. Olguların demografik verileri (n=375)

Parametreler	n (%)
Yaş (yıl)	53 (18-93)
Cins (K/E)	209/166
Şehir Merkezi	244 (65,0)
İlçe Merkezi	96 (25,6)
Köy	35 (9,4)
Okuryazar Değil	43 (11,4)
İlkokul Mezunu	196 (52,3)
Ortaokul Mezunu	51 (13,6)
Lise Mezunu	53 (14,1)
Üniversite Mezunu	31 (8,3)
Aktif Çalışmayan	269 (71,7)
Aktif Çalışan	106 (28,3)
Tip 1 DM	36 (9,6)
Tip 2 DM	337 (89,9)
Gestasyonel DM	2 (0,5)
Aile Öyküsü	217 (57,9)
Koroner Arter Hastalığı	40 (10,7)
Hipertansiyon	190 (50,7)
Hiperlipidemi	118 (31,5)
Serebrovasküler olay	6 (1,6)
Malignite	6 (1,6)
Antihipertansif	158 (42,1)
Antihiperlipidemi	139 (37,1)
Asetilsalisilik asit	92 (24,5)
Antidepresan	4 (1,1)
Retinopati	29 (7,7)
Nöropati	56 (14,9)
Nefropati	8 (2,1)
DM ayak	7 (1,9)

incelendiğinde en çok 190 hasta (%50,7) ile hipertansiyonun 2. en sıklıkla 118 hasta ile (%31,5) hiperlipidemisinin eşlik ettiği gözlemlendi. Hastaların soygeçmişini sorgulandığında %57,9'unda aile öyküsünün olduğu görüldü. Hastalarda gözlenen mikrovasküler komplikasyonlardan en sık 56 hasta ile (%14,9) nöropatinin 2. sıklıkla 29 hasta (%7,7) ile retinopatinin en az da 8 hasta (%2,1) ile nefropatinin eşlik ettiği gözlemlendi. Olguların demografik verileri Tablo 1'de özetlendi.

Olguların başvuru anındaki ortalama HbA1c değerleri %9,1 iken 12. ayda ölçülen değerlerinin 8'e düştüğü gözlemlendi bu azalma istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$). Açlık ve tokluk kan şekeri takipte anlamlı olarak azaldı ($p<0,05$). LDL değerinde anlamlı bir değişiklik gözlenmedi ($p<0,05$). ALT değerinin takipte anlamlı olarak azaldığı görüldü ($p<0,05$). Biyokimyasal parametreler Tablo 2'de özetlendi.

Tablo 2. Olguların laboratuvar verileri

Parametreler	Başvuru	12. ay	p
AKŞ	183 (42-689)	157 (35-480)	<0,001
TKŞ	289 (66-693)	218 (78-562)	<0,001
HbA1c	9,1 (4,5-18,7)	8 (5,7-17)	<0,001
LDL	121 (28-330)	124 (10-359)	0,249
ALT	23 (10-312)	22 (6-150)	<0,001

AKŞ: Açlık Kan Şekeri, TKŞ: Tokluk Kan Şekeri, LDL: Düşük Dansiteli Lipoprotein, ALT: Alanin Transaminoferraz

DM'li başvuru hasta grubunda monoterapide en sık metforminin kullanıldığı (%12,8) en az kullanılan monoterapinin ise dipeptidil peptidaz 4 inhibitörleri (DPP4) (%0,3) olduğu görüldü. En sık kombinasyon tedavisinin başvuruda metformin ve sülfanilüre (SU) (%34,9). 12. ayda ise metformin ve insülin tedavi rejimlerinin kombinasyonlarıydı. Metformin ve SU kombinasyonu takipte anlamlı olarak azalırken ($p<0,05$), Metformin ve DPP4 kombinasyonu anlamlı olarak artmıştır ($p<0,05$). İnsülin ile metformin kombinasyonunun kullanımı da anlamlı olarak artmıştır ($p<0,05$). Tip 2 DM hasta gruplarında ilaç kullanım oranları, Tablo 3'te özetlendi.

Tablo 3. Olgularda kullanılan bazı antidiyabetik ilaç oranları

İlaçlar	Başvuru	12. ay	p
Tek başına Metformin	48 (12,8)	68 (18,1)	0,005
Tek başına DPP4-i	1 (0,3)	4 (1,1)	0,375
Tek başına SU	6 (1,6)	7 (1,9)	1,000
Tek başına intensif	66 (16,6)	1 (0,3)	<0,001
Tek başına uzun etkili	4 (1,1)	1(0,3)	0,375
Tek başına Karışım İnsülin	23 (6,1)	11 (2,9)	0,012
Metformin+SU	131 (34,9)	12 (3,2)	<0,001
Metformin+DPP4-i	9 (2,4)	30 (8,0)	<0,001
DPP4-i +insülin	1 (0,3)	4 (1,1)	0,375
Metformin+insülin	63 (16,8)	141 (37,6)	<0,001

DPP4-I: Dipeptidil peptidaz-4 inhibitörleri, SU: Sülfanilüre

TARTIŞMA

Diyabet, toplumda sık görülen, kronik, komplikasyonları ve tedavi maliyetinin yüksek olmasından dolayı sadece hastayı değil, tüm toplumu ilgilendiren bir halk sağlığı sorunudur. Diyabetin komplikasyonları nedeniyle de birçok tıp dalını da ilgilendirmektedir. Diyabetin, erken dönemde

tedavisi çok önemlidir. Tedavi edilmediğinde veya yetersiz tedavi uygulandığında hastanın yaşam kalitesini düşürmekte, iş gücü ve ekonomik kaybına sebep olmakta ve geriye dönüşü olmayan sekeller bırakarak hastanın yaşam standartlarını düşürmekte ve ömrünü kısaltmaktadır. Diyabet dinamik süreçleri olan bir hastalıktır Hastanın başlangıcını ve sonraki konumu iyi bilinmelidir. Hastanın eğitim düzeyi, sosyo-kültürel durumu, aile hikayesi, antropometrik verileri ve alışkanlıkları mutlaka ilk muayenede not edilmelidir (7). Tanıdan sonra da kronik ve akut komplikasyonların varlığı ve riskleri takip sürecinde araştırılmalı hastaların bu yüzden düzenli kontrole gelmesi yönünde motive edilmesi gerekmektedir. Mollaoğlu ve ark. yaptığı bir çalışmada diyabet polikliniği kontrolüne gitme sıklığını %50 olarak saptamışlardır (8). Acemoğlu ve arkadaşlarının çalışmalarında düzenli doktor kontrolünü gitme oranını %54,8 ve Aktaş ise %55 olarak belirtmişlerdir (9,10). İlaç kullanımı olan diyabet hastaların en az her 6 ayda bir kullanmayanların ise en az yılda 1 poliklinik kontrolüne gelmesi önerilmektedir (11). Diyabet polikliniğimizde 2012-2013 yılları arasında toplam 898 olgu başvurmuş olup düzenli kontrole gelen olgu sayımız ise 375 (%41,7)'dir. Literatürün altında olan bu değer hastaların polikliniğe ulaşımındaki zorluklar ve hastaların aynı doktorlar ile takiplerine devam etmek istemesi nedeni ile olduğu düşünülmüştür.

Diyabet riski yaş ile birlikte artmaktadır. Ülkemizde, Tip 2 diyabet hastaları ile yapılan bir epidemiyolojik çalışmada hastaların yaş ortalaması 59,4±10,7 olarak izlenmiştir (12). Bizim çalışmamızda başvuru anındaki tüm hastaların (diyabet tipi ayırmadan) yaş ortalaması 53 (18-93) idi bu verinin literatürdeki tip 2 DM'li hastalara göre düşük olmasının nedeni daha küçük yaşlarda tanı konan tip 1 DM'li hastaların da olmasıdır. Dünya'da diyabet prevalansı erkeklerde daha yüksek olmakla birlikte diyabetik kadın sayısı daha fazladır. Bunun nedeni, birçok toplumda yaşlı kadın sayısının erkeklerden fazla olması ve diyabetin yaşla birlikte görülme sıklığının artması olarak açıklanmaktadır (13). Ülkemizde İ. Satman ve TURDEP Çalışma Grubunun 2010 yılı sonuçlarına göre erkeklerde diyabet sıklığı %16 iken kadınlarda bu oran %17,2 olarak gözlemlenmiştir (14). Çalışmamızda, diyabet polikliniği kontrole gelen hastaların 209'u kadın (%53,7), 166'sı erkek (%47,3) olarak saptanmıştır. Çalışmamız literatür ile uyumludur.

Diyabet hastalarının yaşadıkları yerlere göre değerlendirildiğinde, Türkiye'de yapılan büyük çaplı çalışmalardan olan TURDEP-I çalışmasına göre kentsel bölgede diyabet oranı biraz daha yüksek olmakla birlikte, TURDEP-I' in devamı niteliğinde olan TURDEP-II çalışmasına göre kentsel ve kırsal diyabet sıklığı arasında çok anlamlı bir fark kalmamıştır (63). Bizim çalışmamızda ise diyabetik hastaların yerleşim oranlarına bakıldığında, şehir merkezinde 244 (%65), ilçe merkezinde 96 (%25,6) ve köyde 35 (%9,4) hasta saptandı. Çalışmamızda diyabet polikliniğine ulaşım zorlukları nedeniyle merkezde oturan hastalar ağırlıkta olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda hastaların birinci derece yakınlarının yaklaşık yarısında diyabet olduğu görülmüştür (15). Bizim çalışmamızda da oran %57,9 olup literatür ile uyumluydu (12). Diyabetli bireylerin %71,8'inde diyabete eşlik eden bir kronik

hastalık mevcut olup, bu hastalıklardan ilk üçü sırasıyla hipertansiyon, hiperlipidemi ve koroner arter hastalığıdır (11). Çalışmamızdaki hastalar değerlendirildiğinde %10,7' sinde koroner arter hastalığı, %50,7'sinde hipertansiyon, %31,5'inde hiperlipideminin diyabete eşlik ettiği saptandı. Diyabetin kronik etkileri sonucunda mikrovasküler (retinopati, nöropati, nefropati) ve makrovasküler komplikasyonları (ateroskleroz) oluşabilmektedir. 20 yıl boyunca takip edilen 549 Tip 1 diyabet hastası ile yapılan bir çalışmada hastaların %85'inde retinopati (yarısı proliferatif), %52'sinde persistan proteinüri (>500 gr/gün protein), %74'ü periferik ya da otonomik nöropatisinin olduğu, %19'unun ise büyük damar hastalığı olduğu gözlemlendi (16). Diyabetik retinopati (DRP), diyabetin sık görülen ve tedavi edilebilir, kronik bir komplikasyondur. Diyabetin başlamasından 20 yıl sonra Tip 2 diyabetli olguların %60'ında çeşitli oranlarda retinopati gelişmektedir. DRP için risk faktörlerinin diyabetin süresi, muayene anında ilerlemiş yaş, yüksek glikolize hemoglobin seviyesi ve proteinüri olduğu ileri sürülmüştür (17). ABD'de yapılan çok merkezli bir çalışmada retinopati sıklığını %20 düzeyinde saptamıştır (18). Türkiye'de DRP'nin epidemiyolojisi hakkında Taş ve ark.'nın 2000 yılında, 2362 hastayı inceledikleri, çok merkezli, kesitsel çalışmada DRP prevalansı %30,5 olarak bulunmuştur (19). Bizim çalışmamızda Tip 2 DM hastalarında başvuruda DRP oranı %7,7 saptandı. Diyabetik nöropati, diyabetin bir diğer mikrovasküler komplikasyondur. Nöropatinin prevalansında ve gelişiminde birçok faktör etkilidir. Bunlar diyabet süresi, HbA1c düzeyi, sigara ve erkek cinsiyetidir. Nöropati diyabet hastalarının %50'sini uzun dönemde etkileyen en önemli komplikasyonlarından biridir ve çoğunlukla da asemptomatiktir (20). Klinik ve subklinik diyabetik nöropati diyabet hastalarının %10'unda görülmektedir (21). Bizim çalışmamızda tip 2 DM hastalarında nöropati sıklığı başvuruda %14,9'du bulgumuz literatüre yakındı. Diyabetik nefropati, diyabetin bir diğer mikrovasküler komplikasyonu olup kontrol edilemediğinde artan sıklıkla son dönem böbrek yetmezliği gelişmesinden dolayı önemli bir halk sağlığı sorunudur. ABD'de yeni gelişen Son dönem böbrek yetmezliği hastalarının %40'ını diyabetik hastalar oluşturmaktadır (22). Dünyada diyabetik nefropati prevalansı % 4-8 (tip 1 ve tip 2 DM) 20 yılın üzerine diyabeti olan tip 2 DM'li hastalarda nefropati görülme oranı ise %30-40 olduğu gösterilmiştir (21). Çalışmamızda, nefropati oranı %2,1'di. Diyabetik ayak problemi günümüzde diyabetin önemli komplikasyonlarından birini oluşturmaktadır. Tüm diyabetik hastalarda diyabetik ayak öyküsü yaklaşık %7,4 yaşam boyu diyabetik ayak gelişme riski yaklaşık %4-10 olarak bildirilmiştir (23). Bizim çalışmamızda DM hastalarında diyabetik ayak sıklığı 7 (%1,9) idi. Glikolize hemoglobin son dönemdeki glisemik kontrolün en iyi ölçüm yöntemi olarak kabul edilmekte, hastaların klinik takibinde kullanılmakta ve diyabetin kronik komplikasyonlarını göstermede iyi bir gösterge olduğu bilinmektedir (24). HbA1c'nin %6,5'ten düşük olması diyabetik hastaların çoğu için istenen bir hedeftir (11). Ne var ki yoğun diyabet bakımına rağmen glisemik kontrol açısından az sayıda hastada hedef değere ulaşabilmektedir

(%40,5) ortalama HbA1c değeri ise 7,6'dır (25). Çalışmamızda ise başvuru anında HbA1c değeri ortalama 9, 1, 12. ayda ise %8'di. Takiplere gelen hastalarda HbA1c düzeyinin hedefe yaklaştığı tespit edilmiştir ancak HbA1c değerinin 6,5'in altına çekilemediği görülmektedir. ALT değerinde takipte anlamlı olarak azalma gözlenmiş olup ($p<0,05$) bunda iyi glisemik kontrol ile hastalarda daha az sıklıkla hepatosteatoz görülmesine bağlı olduğu düşünülmüştür.

Diyabetik hastalarda diyet ve egzersiz gibi nonfarmakolojik tedavi biçimlerinin başarılı olamadığı durumlarda oral antidiyabetik (OAD) ilaçlar kullanılmaktadır. Tüm diyabetik hastaların %60-70'i OAD ilaç kullanılmaktadır (26). Bununla birlikte insülin tedavisi Tip 2 diyabet hastaların yönetiminde giderek artan öneme sahip olmaktadır. Özellikle insülin tedavisi bir veya daha fazla OAD olarak yeterli kontrolün sağlanamadığı durumlarda kullanılmaktadır (27). Uluslararası Diyabet Çalışma Enstitüsünün (1999-2001) verilerine göre diyabet hastalarının %53'ü yalnız OAD, %19'u insülin, %12'si insülin ve OAD, %15'inin de diğer tedavi yöntemleri kullandığını göstermiştir (28). TURDEP 2 çalışmasında; daha önce diyabet tanısı olan hastaların %85'inin antidiyabetik ilaç kullandığı ve bunların OAD kullanımının %71,9, insülinin %2,2, insülin ve OAD'nin ise %11,4 olduğu saptanmıştır (14). Çalışmamızda hastalar başvuru grubunda en çok metformin ve SU kombinasyonu kullanılmıştır (%34,9) takiplerde bu kombinasyonun (%3,2) anlamlı olarak azaldığı görülürken ($p<0,05$); metformin ve DPP4 kombinasyonunun kullanımı anlamlı olarak arttığı görüldü ($p<0,05$). Bunda SU'nun hipoglisemi yan etkisinden dolayı daha az yan etkisi olan tedavi rejimleri tercih edildiği düşünüldü. Tek başına intensif insülin tedavisi alan hastaların takiplerinde intensif tedavinin anlamlı olarak azaldığı ($p<0,05$) görüldü. Bunun nedeni, diyabet tedavisinin ilk basamağı olan metforminin takiplerde tedaviye eklendiğinden dolayı olduğu düşünüldü. Hastaların, takiplerinde metformin ve insülin kombinasyonunun kullanım sıklığının anlamlı olarak arttığı görüldü ($p<0,05$). Bu durumun da diyabet süresi uzadıkça hastalarda diyabet komplikasyonların artması ile birlikte ek hastalıklarının artması sonucu, ön planda insülin tedavi seçeneğinin kullanıldığı düşünüldü.

SONUÇ

Multisistemik yaklaşım gerektiren diyabet hastalığının tedavisinde hekim, diyabet hemşiresi ve diyetisyen bir ekip halinde çalışmalıdır. Diyabet olgularının takibinin bir ekip işi olduğu düşünülürse eğitim hemşireliğinin ve diyetisyenlik hizmetlerinin yeterli kalitede yapılabilmesinin sağlanması gerektiği görülmektedir. Bu konuda gerekli adımların atılması önem arz etmektedir. Çalışmamızda, kontrol muayenelerine başvuru oranlarının az olması; sağlık yöneticilerinin il merkezinde diyabet merkezi ihtiyacını değerlendirmesini ve diyabet polikliniğimize ulaşımdaki aksaklıkların giderilmesinin gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Kontrolde gelen hastaların kontrollerindeki parametrelerin başvuru anındaki parametrelerinden daha iyi durumda olması poliklinik kontrollerinin önemini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Yazıcı H, Hamuryudan V, Sonsuz A. Cerrahpaşa İç Hastalıkları. 2. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2011.
2. Büyüköztürk K. İç Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2007.
3. Büyükdevrim S, Yılmaz MT, Satman İ, Dinççağ N, Karsıdağ K, Altuntaş Y. Diyabetolojiye Giriş, Laboratuvar ve Klinik Tanı Kriterlerinin Standardizasyonu. 5. Baskı. İstanbul: Fatih Ofset; 1996.
4. Kahn CR, Weir G, King G, Jacobson A, Smith R, Moses A. Joslin's Diabetes Mellitus. 14th edition. Boston, MA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
5. Unwin N, Gan D, Whiting D. The IDF Diabetes Atlas: providing evidence, raising awareness and promoting action. Diabetes research and clinical practice. 2010; 87(1): 2-3.
6. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care. 2004; 27(5): 1047-53.
7. Altun BU. Poliklinikte Diyabet Hasta Takibi. Trakya Univ Tıp Fak Dergisi. 2010; 27(1): 19-25.
8. Mollaoglu M, Fertel KT, Çelik Z. Diyabet eğitim programının diyabetik hastaların tutumları üzerine etkisi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2010; 5(13): 95-104.
9. Acemoğlu H, Ertem E, Bahçeci M, Tuzcu A. Tip 2 diyabetes mellituslu hastaların sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyleri. Eurasian Journal of Medicine. 2006; 38(3): 89-95.
10. Aktaş A. Tip 2 Diyabet Hastalarda Kapsamlı Diyabet Tedavisi Eğitimi ve Uygulamalarının Glisemik Kontrolün Sağlanmasına Etkileri [Tıp Uzmanlık Tezi]. İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü; 2008.
11. Satman İ, İmamoğlu Ş, Yılmaz C, Akalın S, Salman S. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzleme Kılavuzu. 6. Baskı. Ankara: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Yayınları; 2013.
12. Nural N, Hindistan S, Gürsoy AA, Bayrak N. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Tip 2 Diyabetes Mellitus Tanılı Hastaların Epidemiyolojik Özellikleri ve Prognozu. TAF Prev Med Bull. 2009; 8(4): 297-306.
13. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes care. 27(5): 1047-53.
14. Satman İ, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. European Journal of Epidemiology. 2013; 28(2): 169-80.
15. Kartal A, Çağırğan M, Tıgılı H, Güngör Y, Karakuş N, Gelen M. Tip 2 diyabetli hastaların bakım ve tedaviye yönelik tutumları ve tutumu etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2008; 7(3): 223-30.
16. Hauner H, Schubert J, Pfeiffer EF. Prevalence of secondary complications in patients with type I diabetes mellitus. Results of a retrospective analysis of 549 type I diabetic patients of the Ulm University clinic. Med Klin (Munich). 1990; 85(12): 690-5.
17. Jerneld B. Prevalence of diabetic retinopathy. Acta Scand Ophthalmol. 1988; 188(3): 3-32.
18. Klein R, Klein BE, Moss SE, Davis M D, DeMets DL. The Wisconsin Epidemiologic Study of Diabetic Retinopathy II Prevalence and risk of diabetic retinopathy when age at diagnosis is less than 30 years. Arch Ophthalmol. 1984; 102(4): 520-6.
19. Taş A, Bayraktar MZ, Erdem U, Sobacı G, Uçar M, Tarihi GT. Türkiye'de diyabetik hastalarda retinopati prevalansı ve risk faktörleri. Gulhane Tıp Dergisi. 2005; 47(3): 164-74.
20. Dyck PJ, Litchy WJ, Lehman KA, Hokanson JL, Low PA, O'Brien PC, et al. Variables influencing neuropathic endpoints: the Rochester Diabetic Neuropathy Study of Healthy Subjects. Neurology. 1995; 45(6): 1115-21.
21. Amos AF, McVarty, Zimmot P. The rising global burden of diabetes and its complications: Estimates and projections to the year 2010. Diabetic Medicine. 1997; 14(5): 7-85.
22. Hostetner TH. The principles and practice of nephrology. Philadelphia: BCC Decker; 1991.
23. Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. JAMA. 2005; 293(2): 217-28.
24. Okosun IS, Annor F, Dawodu EA, Eriksen MP. Clustering of cardiometabolic risk factors and risk of elevated HbA1c in non-Hispanic White, non-Hispanic Black and Mexican-American adults with type 2 diabetes. Diabetes Metab Syndr. 2014; 8(2): 75-81.
25. Spann SJ, Nutting PA, Galliher JM, Peterson KA, Pavlik VN, Dickinson LM, et al. Management of Type 2 Diabetes in the Primary Care Setting: A Practice-Based Research Network Study. The Annals of Family Medicine. 2006; 4(1): 23-31.
26. Gözaydın M, Duygun T, Saygırları İ. Tip 2 Diyabetes Mellituslu Hastalarda Glisemi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Medikal Network Klinik Bilimler & Doktor. 2003; 9(6): 670-4.
27. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Lancet. 1998; 352(9131): 837-53.
28. Bethesda M. National diabetes information clearinghouse, National Diabetes Statistics. NIH publication. 2004; 99(4): 39-45.

Tarımda Çalışan Bir Grup Kadın İşçinin Omaha Sistemi'ne Göre Sağlık Problemlerinin Belirlenmesi

Keziban TAŞÇENE¹, Deniz KOÇOĞLU², Belgin AKIN²

ÖZ

Bu araştırma tarımda çalışan kadınların çevresel, psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışlarına yönelik sağlık problemlerinin belirlenmesini amaçlamıştır. Tanımlayıcı türdeki çalışmanın evrenini bir ilçede havuç işletmelerinde çalışan 46 kadın oluşturmaktadır. Araştırmada sosyodemografik değişkenler ve Omaha sistemi bileşenlerinden Problem Sınıflama Listesine göre oluşturulan 146 soruluk anket kullanılmıştır. Çalışmada veriler anket formunun doldurulması, yüz yüze görüşme ve fiziksel muayene yöntemi ile toplanmıştır. Veriler SPSS 15.0 istatistik programında sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile özetlenmiş ve frekans tabloları oluşturulmuştur. Çalışmada Problem Sınıflama Listesine göre toplamda 1096 (23.8±4.3) sağlık sorunu gösteren belirti-bulgu belirlenmiştir. Omaha sistemi kullanılarak belirlenen 1096 belirti-bulgunun %7.02'sini çevresel alan, %31.5'ini psikososyal alan, %41.14'ünü fizyolojik alan ve %20.34'ünü ise sağlık davranışları alanındaki belirti-bulgular oluşturmaktadır. Kadın işçilerin sağlık sorunu gösteren belirti ve bulgularının en çok yer aldığı sağlık sorunu, çevresel alanda gelir (n=72); psikososyal alanda mental sağlık (n=86); fizyolojik alanda ağız sağlığı (n=78) ve sağlık davranışı alanında beslenme (n=54) sorunlarıdır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar kırsal alanda tarım işçisi olarak çalışan kadınların sağlık sorunlarının oldukça çeşitli ve çok sayıda olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak tarım işçisi kadınlar arasında fizyolojik alan sağlık sorunlarının yaygın görüldüğünü; tarım işçisi kadınların olumsuz sağlık davranışlarına sahip olduklarını, sağlık sorunları için etkin ve yeterli bakım almadıklarını ve ruhsal sorunların kentsel alana benzer şekilde ortaya çıktığını söyleyebiliriz.

Anahtar Kelimeler: Tarım işçileri hastalıkları; kadın; hemşirelik; Omaha sistemi; tarım; problem sınıflama listesi.

The Identification of Health Problems of a Group of Women Working in Agriculture According to Omaha System

ABSTRACT

This study aims to determine the health problems including environmental, psychosocial, physiological and health behaviors of women working in agriculture. The research population of descriptive study is consisted of 46 women working in carrot enterprises in a district. In the study a survey of 146 questions was used consisting of demographic variables and Problem Classification List from Omaha system component were used. Data were collected by filling in the questionnaire, face-to-face interviews and physical examination. Data were summarized in frequency, percentage, mean and standard deviation and frequency tables were composed using the SPSS 15.0 statistical program. A total of 1096 nursing diagnoses (average 23.8 per person) were determined according to the Problem Classification List. From the 1096 symptoms-signs determined by using Omaha system, 7.02% were environmental diagnoses, 31.5% were psychosocial diagnoses, 41.14% were physiological diagnoses, and 20.34% were the area of health behaviors. The most observed health problem in which symptoms-signs indicated health problem of female workers was income (n=72) in environmental area, mental health in psychosocial area (n=86), oral health in physiological area (n=78), and diet in the area of health behaviors (n=54). The results obtained from the study showed that women working in agriculture had a large number of and quite a variety of health problems. As a result, we could say that physiological field health problems are widespread among women agricultural workers; women agricultural workers have negative health behaviors, do not receive effective and sufficient care for their health problems, and their mental problems are arising similar to urban areas.

Keywords: Agricultural workers' diseases; woman; nursing, Omaha system; agriculture; problem classification list.

¹ Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı

² Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Deniz KOÇOĞLU, denizkocoglu@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 26.08.2016 Kabul Tarihi / Accepted: 13.01.2017

GİRİŞ

Günümüzde, Türkiye’de nüfusun önemli bir bölümü halen kırsal kesimde yaşamaktadır (1). Kırsal kesimde yaşayanların önemli bir bölümü tarımla uğraşmakla birlikte tümüyle verimli bir istihdam içinde olduklarını ya da geçimlerini sağlayacak ölçüde kazanç elde edebildiklerini söylemenin mümkün olmadığı, bu nüfusun sosyal sorunlarının çoğunlukla olduğu ve bu sorunların giderek arttığı belirtilmektedir (2,3). Ülkemiz genelinde iş gücüne katılma oranı %49.9 olup, bu oran kadınlarda oldukça düşük (%21.1)’tür. Kırsalda iş gücüne katılma oranı ise önceki yıllara oranla artarak %54.9 seviyesine ulaşmıştır ve tüm Türkiye’de ise istihdam edilen kişilerin %25.5’i tarım sektöründe çalışmaktadır (4). Yurt dışında özellikle Amerika Birleşik Devletlerinde kadınların tarım sektöründe bulunma oranının %56.7-%79.8 arasında değiştiğini gösteren araştırma bulguları ve istatistikler bulunmaktadır (5,6). Ülkemiz nüfusunun %51’ini 15-49 yaş grubu kadınlar oluşturmakta ve kadınların sırasıyla ücretsiz aile işçisi, ücretli ve daha küçük oranda kendi hesabına çalışmakta olduğu gözlenmektedir (7). Kadın nüfusunun oranı düşünüldüğünde kadın sorunlarının ülkenin toplumsal yaşamını olumsuz etkilemesinin olası olduğu belirtilmektedir (8). Kasımoğlu (8) bu sorunları kırsal alan için, üretim ve ev işlerinin birlikte yapılması, eğitim düzeyinin ve toplumsal statünün düşüklüğü, örgütlenmenin sağlanamaması, kendisinin kullanabileceği ücretli çalışma olanaklarının bulunmaması ve başta sosyal güvenlik olmak üzere çalışma yaşamı ile ilgili yasal mevzuattaki eksiklikler olarak tanımlamıştır.

Literatürde tarım işçilerinin sorunları; yaşam koşullarının uygunsuzluğu (temiz içme-kullanma suyunun olmayışı), işin niteliğine bağlı olarak maruz kalınan riskler (tarım ilacı, tozlar, güneş, gürültü, ısı etkisi), bazı sağlık sorunları (kazalar ve yaralanmalar, böcek sokmaları, güneş çarpması vb.) ve temel insan hakkı olan hizmetlere (sağlık, eğitim ve sosyal hizmetler) ulaşamama gibi problem başlıkları altında yer almaktadır (9-11). Kırsal alanda yaşayan kadınların sağlıkla ilgili sorunları da bu başlıklara benzemekle ancak sıralamasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. Bu sorunlar sağlık hizmetlerine erişiminin sınırlı olması, ulaşılabilir hizmetler hakkında bilgi eksikliği, sağlık problemleri ve riskleri hakkında algı eksikliği, geleneksel uygulamaların tercih edilmesi, gerekli tedavinin ertelenmesi yanı sıra kadınların gündelik iş yüklerinin getirdiği sağlık riskleri olarak belirtilmektedir (12,13). Kadın tarım işçileri, cilt hastalıklarına ya da yaralanmalarına neden olan pek çok çevresel ve mesleki risk faktörlerine (hava, mekanik aletler, kimyasallar, bitkiler, organik ve inorganik tozlar ve mantar) maruz kalmaktadırlar (14). Tarımsal ortamda yoğun stres, uzun süre çalışma ve yorgunluk, ergonomik olmayan araç ve aletler, uygunsuz hava koşulları, yetersiz eğitim ya da hiç eğitimin olmaması gibi pek çok faktör yaralanma ve hastalık riskini arttırmaktadır (15,16).

Halk sağlığı hemşireliğinin çalışma alanlarından biri olan kırsal alan hemşireliği, halk sağlığı hemşireliğinin diğer alanlarına göre daha az araştırmanın yapıldığı ve bilimsel bir yaklaşımla daha az değerlendirilen bir alan olarak kabul edilmektedir (17). Evrensel düzeyde yapılan bu saptamanın yanı sıra ülkemizde kırsal alan hemşireliği ve iş sağlığı

hizmetlerinin kırsal alanda nasıl olması gerektiğine ilişkin oldukça az ilginin olduğunu söyleyebiliriz. Bu nedenlerden dolayı tarımda çalışan kadınların sağlık sorunlarının belirlenmesi, kırsal alan hemşireliği ile ilgili ülkemizde bir tartışma ve araştırma ortamının oluşturulmasında önem taşımaktadır. Özellikle hizmette öncelik taşıyan sorunlara göre hemşirelik girişimlerinin planlanabilmesi için bu sorunların tanımlanması önemlidir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmanın Tipi

Araştırma tarımda çalışan kadınların çevresel, psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışlarına yönelik sağlık problemlerinin belirlenmesi amacıyla yönelik tanımlayıcı türde yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Konya ili Kaşınhanı ilçesinde yapılmıştır. Konya Kaşınhanı ilçesinde orta-küçük ölçekte 12 havuç işletmesi bulunmaktadır. Bu işletmelerde havucun tarladan sökülmesi, paketlenmesi ve taşınması gibi görevlerde çoğunlukla kadın işçiler çalışmaktadır. Paketlemede çalışan kadınlar sabah saat yedide çalışmaya başlamakta, günlük hedeflenen paket sayısı tamamlanana kadar çalışmaya devam etmektedir. Havuç paketleme işi tarladan sökülen, yıkanan ve kötü mahsul yönünden seçilen ürünlerin belli kilolar halinde taşımak ya da satılmak üzere naylon poşetlere doldurulma sürecidir. Bu süreçte havuçların istiflendiği bir platformun önünde bazen ayakta ancak çoğunlukla oturarak ya da dizden/belden eğilerek çalışmaktadırlar. Havuç sökülmesinde çalışanlar ise sabah yedide tarlalara gitmekte ve akşam saat yedide çalışmaya son verilmektedir. Çalışan kadınların ücretleri gün bazında hesaplanmaktadır ve kadınlar çalışmayı istedikleri gün sayısına ve gün içindeki zamana kendileri karar vermektedir. Tarlada ve havucun paketlenmesinde çalışanlara her gün 12:30-13:30 arasında yemek molası verilmektedir ve genel olarak düzensiz bir çalışma şekli mevcuttur. Düzenli bir çalışma şekli aylık gelirin stabil olduğu, çalışma düzeninin hafta ya da aylara göre farklılaşmadığı, haftalık çalışma saatinin 45-54 saat arasında değiştiği, hafta sonu gibi tatil olan günlerin sabit olarak belirli olduğu çalışma şeklidir bu nedenle bu işletmelerdeki çalışma şekli esnek ya da düzensiz olarak adlandırılabilir. Bu bölgede sağlık hizmetleri aile sağlığı merkezi tarafından bir hekim ve bir hemşirenin oluşturduğu ekip tarafından yürütülmektedir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Konya Kaşınhanı ilçesinde havuç işletmelerinde çalışan 300 kadın çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiştir. 12 Nisan-9 Mayıs 2012 zaman kesitinde bölgede bulunan işletmeler ziyaret edilmiş ve çalışmada yer almayı kabul eden 12 işletmede çalışan 46 kadın araştırmanın çalışma grubunu oluşturmuş, örnek seçiminde geliş güzel örneklem metodu kullanılmıştır. Çalışmaya katılan kadınlarda tek aranan kriter bu işletmelerde en az iki havuç sezonu çalışmış olmalarıdır.

Veri Toplama Tekniği ve Araçlar

Araştırmada veriler araştırmacılar tarafından hazırlanmış sosyodemografik bilgi formu ve yine araştırmacılar

tarafından Omaha sistemi Problem Sınıflama Listesinde yer alan tanımlar için belirlenen belirti ve bulguları belirlemeye yönelik oluşturulan veri toplama formu ile toplanmıştır. Araştırmada sosyo-demografik özellikler; yaş, medeni durum, çocuk sayısı, öğrenim düzeyi, en uzun süre yaşanan yer, katılımcının göçebelik durumu, iş yerindeki görevi, sağlık güvencesi varlığı, çalışma süresi bilgilerinden oluşmaktadır. Araştırmada kullanılan Omaha Sistemi 1970'li yıllarda, Omaha Ziyaretçi Hemşireler Birliği (Visiting Nurses Association-VNA of Ohama) ve ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Departmanı-Halk Sağlığı Hizmetleri Hemşirelik Bölümü tarafından yapılan araştırma-geliştirme çalışmalarının sonucunda geliştirilmiştir. Omaha sistemi problem sınıflama listesi, problem değerlendirme ölçeği ve hemşirelik girişim şeması olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır.

Problem Sınıflama Listesi (PSL): Hemşirelik tanısını (problem / birey-hasta gereksinimi) belirleyen 4 problem alanı, 42 problem ve her probleme ilişkin sağlığı geliştirme/potansiyel risk / aktüel belirti bulgu tanımlamaları yapılmaktadır. Problemler (1) çevresel, (2) psiko-sosyal, (3) fizyolojik ve (4) sağlıkla ilgili davranışlar bölümleri kapsamında gruplanmıştır. Formun ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erdoğan ve Esin (18) tarafından yapılmıştır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Omaha Sistemi'nin bütün bileşenleri çeviri-geri çeviri tekniği ile Türkçe'ye çevrilmiştir. İçerik geçerliği farklı hemşirelik alanlarında uzman olan 10 akademisyen hemşireden alınan geri bildirimler sonucu değerlendirilerek 0.91 olarak bulunmuştur. Güvenirlik değerlendirilmesinde ise kappa değeri kullanılmış ve kappa değeri problemler için 0.81, girişim kategorisi için 0.75, hedefler içinse 0.70 olarak bulunmuştur. Sonuç olarak Omaha sisteminin Türk toplumunda hemşirelik bakım sürecinde uygulanmasının etkili olduğu araştırmacılar tarafından belirtilmiştir.

Omaha sisteminde tanı belirlemek için oluşturulan veri toplama formunda Problem Sınıflandırma Listesine uygun olarak çevresel alan verileri; aylık gelir, sosyal güvence durumu, çalışma ortamının temizlik koşulları, çalışma ortamında alerjik madde varlığı, böcek/kemirici hayvan varlığı, temiz su varlığı, günlük çalışma ve dinlenme saati, iş yerinde tehdit ve şiddete maruz kalma, iş kazası bilgilerini içermektedir. Psikososyal alan; toplum kaynaklarından memnun olma, boş zaman aktiviteleri, rol değişimi, batıl inanç varlığı, üzüntü varlığı, mental sağlık, cinsel yaşantı, ihmal edilme, şiddet durumu, fizyolojik alan; işitme, görme, konuşma, ağız, algılama, ağrı, deri, sinir-kas-iskelet fonksiyonlarını, solunum dolaşım, sindirim-hidrasyon, bağırsak fonksiyonu, üriner fonksiyon, üreme fonksiyonu, bulaşıcı/enfeksiyon durumu, sağlık davranışları alanı ise beslenme, uyku ve dinlenme düzeni, fiziksel aktivite, madde kullanımı, aile planlaması, sağlık bakım denetimi, tedavi rejimiyle ilgili bilgilerle incelenmiştir. Bu veri toplama formundan elde edilen veriler Omaha sistemi problem sınıflama listesine yer alan problemlere göre sınıflandırılmıştır.

Çalışmada veri toplama aşamasında anket formunun doldurulması kişilerin öz bildirimine dayalı, yüz yüze görüşme ve fiziksel muayene yöntemi ile olmuştur. Kadınların boy, kilo, nabız, tansiyonları araştırmacı

tarafından ölçülmüştür. Her işletme için bir ya da iki iş günü ayrılmıştır.

Ön Uygulama

Araştırmanın ön uygulaması 12 Nisan 2012 tarihinde beş kişi ile yapılmıştır. Ön uygulama sonunda veri toplama formunun kadın tarım işçisi sorunlarını belirlemede yeterli olduğu görülmüş, bu beş kişi araştırmanın çalışma grubuna dahil edilmiştir. Omaha Sistemi daha önce araştırmacılar tarafından hem başka çalışmalarda hem de halk sağlığı hemşireliği lisans programında bir dönem kullanılmıştır.

İstatistiksel Analiz

Çalışmanın verileri SPSS 15.0 istatistik programında sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma ile özetlenmiş, frekans tabloları oluşturulmuştur.

Araştırmanın Etiği

Araştırmanın yürütülmesi için Konya Valiliği'nden gerekli uygulama izinleri ve araştırmaya katılan işletmelerden ve kişilerden sözlü olarak onam alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 32.8 ± 12.04 olup %84.8'i evli ve ortalama çocuk sayısı 3 ± 1 'dir. Kadınların %60.9'u ilköğretim mezunu ve %86.9'u araştırmanın yapıldığı bölgede yaşamaktadır. Tarımda çalışan kadınların %95.7'si köyde yaşayan çiftçi ya da tarım işçisidir, göçebe mevsimlik işçi oranı ise %4.3'tür ve %95.7'si havuç paketlemede çalışmaktadır. Ortalama bu işte çalışma süreleri 10.6 ± 10.3 aydır.

Tarımda çalışan kadınlara Omaha problem sınıflandırma listesi (PSL)'ne göre toplam 1096 belirti-bulgu belirlenmiş ve kişi başına ortalama belirti-bulgu sayısı ise 23.8 ± 4.3 'tür. Bu belirti-bulguların %7.0'si çevresel alan, %31.6'sı psikososyal alan, %41.1'i fizyolojik alan ve %20.3'ü ise sağlık davranışları alanında yer almaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Tarımda çalışan kadın işçilerde Omaha sistemi'ne göre problem alanlarının dağılımı

Tanı Alanları	n (%)
Çevresel alan	77 (7.0)
Psikososyal alan	345 (31.6)
Fizyolojik alan	451 (41.1)
Sağlık davranışları alanı	223 (20.3)
Toplam	1096 (100)

Tablo 2. Kadın işçilerde çevresel alan problemleri

Problem	Belirti/Bulgu	n (%)
Gelir	Gelirin düşük olması / hiç olmaması	37 (48.0)
	Sağlık güvencesinin olmaması	19 (24.7)
	Gereksinimlerini satın alma güçlüğü	16 (20.8)
Toplam		72 (93.5)
Sanitasyon	Temiz su sağlamada yetersizlik	1 (1.3)
	Toplam	1 (1.3)
Yaşam Alanı / İş ortamı	Fiziksel tehlikeler	4 (5.2)
	Toplam	4 (5.2)
Güvenliği	Çevresel Alan Toplamı	77 (100)

Tanı alanlarına göre ayrı ayrı incelendiğinde ise çevresel alanda belirti-bulgu sayısı 77 olarak belirlendi ve bu alanda en çok gelir ile ilgili (n=72, %93.5) sorun olduğu görülmektedir. Gelir ile ilgili belirti/bulgular gelirin düşük olması (%48.0), sağlık güvencesinin olmaması (%24.7) ve gereksinimlerini satın alma güçlüğü şeklinde belirlenmiştir. Bu tanıyı yaşam alanı/iş ortamı güvenliği (%5.2) ve sanitasyon yetersizlikleri (%1.3) izlemektedir (Tablo 2). Psikososyal alanda belirti-bulgu sayısı 345'ti ve bu alanda mental sağlık (%24.9) sorunları temel sorun alanını oluşturmaktadır. Bu alanda en sık belirti-bulguya sahip diğer sorunlar ise sosyal ilişki (%16.8), toplum kaynakları ile iletişim (%16.5), kişiler arası ilişkiler (%13.9) ve ihmal (%12.8) olarak sıralanmaktadır. Psikososyal alanda

Tablo 3. Kadın işçilerde psikososyal alan problemleri

Problem	Belirti/Bulgu	n (%)
Toplum kaynakları ile iletişim	Hizmetlerden nasıl yararlanacağını ve haklarını bilmeme	10 (2.9)
	Hizmet sunanların görevlerini ve rolleri bilmeme	7 (2.0)
	Hizmet sunanlarla iletişim kuramama	3 (0.9)
	Hizmetlerden memnun olmama	6 (1.7)
	Ulaşım engelleri	10 (2.9)
	Hizmetlere ulaşmada yetersizlik	21 (6.1)
	Toplam	57 (16.5)
Sosyal İlişki	Sınırlı sosyal ilişki	21 (6.1)
	Dış uyaranların /boş zaman aktivitelerinin çok az olması	37 (10.7)
	Toplam	58 (16.8)
Rol Değişimi	İstenmeyen rol değişimi	2 (0.6)
	Toplam	2 (0.6)
Kişilerarası İlişkiler	İlişkiye başlama/ sürdürmede güçlük	3 (0.9)
	Paylaşılan aktivitelerin az olması	6 (1.7)
	Uzun süren düzelmeyen gerginlik	23 (6.7)
	Gereksiz şüphe / manipülasyon / kontrol	8 (2.3)
	Partnere duygusal ve fiziksel olarak kötü davranma	3 (0.9)
Toplam	48 (13.9)	
İnanç	Tıbbi/ sağlık bakımı uygulamaları ile dini inançların çatışması	14 (4.1)
	Toplam	14 (4.1)
Üzüntü	Üzüntü ya da iyileşme sürecinin aşamalarını fark edememe	3 (0.9)
	Üzüntü tepkileri ile baş etmede güçlük	7 (2.0)
	Üzüntü tepkilerini ifade etmede güçlük	5 (1.4)
	Toplam	15 (4.3)
Mental Sağlık	Üzüntü /umutsuzluk / azalmış özgüven	13 (3.8)
	Endişe / tanımlanmamış korkular	15 (4.3)
	Öz bakım ve günlük aktiviteleri sürdürmede ilgi kaybı	1 (0.3)
	Odaklanmada / dikkati toplamada sınırlılık	8 (2.3)
	Duygularda küntleşme	4 (1.2)
	Huzursuz / ajite/ saldırgan	9 (2.6)
	Stres yönetiminde güçlük	15 (4.3)
	Öfke yönetiminde güçlük	13 (3.8)
	Duygu durumunda dalgalanma	8 (2.3)
Toplam	86 (24.9)	
Cinsellik	Cinsel davranışların sonuçlarını fark etmede güçlük	3 (0.9)
	Özelini ifade etmede güçlük	8 (2.3)
	Cinsel değerlerde karmaşa	6 (1.7)
	Toplam	17 (4.9)
İhmal	Duygusal bakım / destek eksikliği	7 (2.0)
	Uygunsuz bir şekilde yalnız bırakılma	6 (1.8)
	Yetersiz / gecikmiş tıbbi bakım	31 (9.0)
Toplam	44 (12.8)	
İstismar	İzler / morartı / yanıklar / diğer yaralar	1 (0.3)
	Sözlü saldırı	2 (0.6)
	Şiddet içeren çevre	1 (0.3)
	Toplam	4 (1.2)
Genel Toplam	345 (100)	

Tablo 4. Kadın işçilerde fizyolojik alan problemleri

Problem	Belirti/Bulgu	n (%)
İşitme	Normal konuşma ses tonunu duymada güçlük	2 (0.4)
	Kalabalık ortamlarda konuşmalarını duymada güçlük	2 (0.4)
	Toplam	4 (0.8)
Görme	Küçük karakterli yazıları görmeye güçlük	4 (0.9)
	Uzaktaki cisimleri görmeye güçlük	7 (1.6)
	Yakındaki cisimleri görmeye güçlük	3 (0.7)
	Şaşılık / göz kırpması / gözlerde sulanma / bulanık görme	7 (1.6)
Toplam	21 (4.8)	
Konuşma ve Dil	Konuşma ve ses çıkarabilme yeteneğinde anormallik / konuşamama	1 (0.2)
	Toplam	1 (0.2)
Ağız Sağlığı	Dişlerde şekil bozukluğu / kırık/ kayıplar	16 (3.5)
	Çürükler	26 (5.8)
	Yaralı / şiş / kanayan dişeti	24 (5.3)
	Sıcak ya da soğuğa hassasiyet	12 (2.7)
Toplam	78 (17.3)	
Algılama	Yakın zamandaki olayları hatırlamada sınırlılık	10 (2.2)
	Uzun zaman öncesindeki olayları hatırlamada sınırlılık	7 (1.6)
	Konsantrasyonda sınırlılık	7 (1.6)
Toplam	24 (5.4)	
Ağrı	Rahatsızlık/ağrı ifade etme	23 (5.1)
	Nabız / solunum sayısı / kan basıncında yükselme	1 (0.2)
	Ağrıyan bölgenin desteklenmesi / korunması	18 (4.0)
	Toplam	42 (9.3)
Deri	Döküntü	3 (0.7)
	Aşırı kuru	29 (6.4)
	Enflamasyon	5 (1.1)
Toplam	37 (8.2)	
Sinir-İskelet	Duyuda azalma	1 (0.2)
	Dengede bozukluk	4 (0.9)
	Yürüme hareket etme güçlüğü	2 (0.4)
	Titreme / ataklar	7 (1.6)
Toplam	14 (3.1)	
Solunum	Öksürme	14 (3.1)
	Burun akıntısı / nazal konjesyon	4 (0.9)
	Anormal solunum sesleri	1 (0.2)
	Toplam	19 (4.2)
Dolaşım	Ödem	3 (0.7)
	Ekstremitelerde ağrı / kramp	31 (6.9)
	Deride renk değişikliği / siyanoz	5 (1.1)
	Damarlarda varis oluşması	4 (0.9)
	Senkop atakları (bayılma) / baş dönmesi	19 (4.2)
	Anormal kan basıncı ölçümleri	7 (1.6)
	Kalp ritminde düzensizlik	1 (0.2)
	Kalp hızında aşırı artış	1 (0.2)
Toplam	71 (15.8)	
Sindirim-Hidrasyon	Bulantı /kusma	11 (2.4)
	Hazımsızlık	4 (0.9)
	İştahsızlık	3 (0.7)
	Anemi	3 (0.7)
	Dudak çatlaması / ağız kuruluğu	4 (0.9)
Toplam	25 (5.5)	
Bağırsak Fonksiyonu	Defekasyon sıklığında / dışkı kıvamında anormallik	4 (0.9)
	Kramp/karın bölgesinde rahatsızlık	2 (0.4)
Toplam	6 (1.3)	
Üriner Fonksiyon	İdrar yaparken yanma / ağrı	12 (2.6)
	İdrar kaçırma	3 (0.7)
	Sıkışma hissi / sık idrara gitme	7 (1.6)
	İdrar yapmada güçlük	1 (0.2)
Toplam	23 (5.0)	
Üreme Fonksiyonu	Anormal akıntı	12 (2.6)
	Anormal menstruasyon şekli	32 (7.1)
	Üreme organlarında veya memede anormal	3 (0.7)
Toplam	47 (13.4)	
Bulaşıcı / Enfeksiyon	Yetersiz bağışıklama	29 (6.4)
	Toplam	50 (11.1)
Genel Toplam	451 (100)	

belirlenen belirti/bulgular ise dış uyaranların/boş zaman aktivitelerinin çok az olması (n=37, %10.7); yetersiz/gecikmiş tıbbi bakım (n=31, %9.0); hizmetlere ulaşmada yetersizlik (n=21, %6.1); sınırlı sosyal ilişki (n=21, %6.1); uzun süren, düzelmeyen gerginlik (n=23, %6.7) olarak saptandı (Tablo 3).

Tüm tanı alanları bir bütün olarak değerlendirildiğinde Omaha PSL'ye göre belirti ve bulguların en çok yer aldığı sağlık sorunları sırasıyla mental sağlık (%7.84), ağız sağlığı (%7.11), gelir (%6.56), dolaşım (%6.47), sosyal ilişki (%5.29), toplum kaynakları ile iletişim (%5.20) ve beslenme (%4.92)'dir.

Fizyolojik alanda belirlenen belirti-bulgu sayısı 451'dir ve bu alanda belirti-bulguların en çok yer aldığı sağlık sorunu ağız ve diş sağlığı (17.3) ile ilgili olmuştur. Bu sorunu dolaşım (n=71, %15.8), üreme fonksiyonu (n=50, %11.1) ve ağrı (%9.3) izlemektedir. Buna göre en sık görülen belirti/bulgular ise anormal menstruasyon şekli (%7.1); ekstremitelerde ağrı/kramp (%6.9); aşırı kuru deri (%6.4); yetersiz bağışıklama (%6.4); çürükler (%5.8); yaralı/şiş/kanayan dişeti (%5.3); rahatsızlık/ağrı ifade etme (%5.1) olarak belirlenmiştir (Tablo 4).

Sağlık davranışları alanında belirlenen belirti-bulgu sayısı 223'tür. Bu alanda en sık beslenme ile ilgili (n=54, %24.3) belirti-bulgu yer almaktadır. Fiziksel aktivite (%20.6), uyku

ve dinlenme düzeni (%17.1), sağlık bakım denetimi (%14.7) ve aile planlaması (%13.4) bu alanda yer alan diğer önemli sorunlardır. Sağlık davranışları alanında en çok görülen belirti/bulgular ise sedanter yaşam biçimi (n=40, %17.9), dengesiz beslenme (%12.6), fazla kilo (%11.7), yaşa/ fiziksel duruma göre yetersiz uyku/dinlenme (%7.2), düzensiz/ etkisi sınırlı bir yöntem kullanma (%6.7), aile planlaması yöntemleri hakkında yanlış/yetersiz bilgi (%4.5), rutin/koruyucu sağlık bakımını yaptırmama (%4.5)'dir (Tablo 5).

TARTIŞMA

Tarımda çalışan kadınların çevresel, psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışlarına yönelik sağlık problemlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma tarım işçisi kadınların önemli sağlık problemleri olduğunu, gerçek bir sağlık sorununu gösteren çok sayıda belirti-bulguya sahip olduklarını göstermektedir.

Türkiye'de iş gücüne katılma oranı %49.9 olup, bu oran kadınlarda %21.1'dir. Kırsal alanda ve çoğunlukla tarım sektöründe iş gücüne katılma oranı ise %54.9 olarak bildirilmiştir (4). Türkiye'de istihdam edilen kişilerin %25.5'i tarım sektöründe çalışmakta ve kadın işgücünün önemli bir kısmı tarımsal alanda istihdam edilmektedir (15). Araştırmaya katılan tarımda çalışan kadınların yaş ortalaması 32.3±0.8 ve %84'ü evlidir. Yapılan bir araştırmada tarımda çalışan kadınların yaş ortalaması 36.56 ve %80'inin evli olduğu bulunmuştur (15). Çalışma grubunun %60.9 ilkökul mezunu olup, ilkökul üzerinde eğitim alanların oranı ise %29.1 olarak belirlenmiştir. Şanlıurfa'da erişkin göçebe mevsimlik tarım işçisi kadınlarda; ilkökul ve üzerinde eğitim alanlar %7.1 ile %13.4 arasında bulunmuştur (19). Araştırma grubunun eğitim düzeyinin daha iyi olmasının temel nedeni tarımda çalışan bu kadınların mevsimlik göçebe işçi niteliğinde olamamaları, bu bölgede kalıcı olarak ikamet etmelerinden kaynaklanabilir. Bu bölgede yaşayan kadınların bir yerde yıl boyunca düzenli yaşamaları nedeniyle öğretim hayatlarına devam etme yönünde bir şansa sahip olma olasılıkları daha yüksektir. Bölgenin kentsel alana yakın olması da öğretim hayatının devamı üzerinde olumlu bir etkisi olabilir. Çalışmamız da sağlık güvencesi olmayanların oranı %24.7'dir. Türkiye İstatistik Kurumu (4) verilerine göre tarım sektöründe çalışıp sosyal güvenliği olmayanların oranı %81.8 iken, Özbekmezci ve Sahil (2)'in araştırmasında ilgili oran %91.59 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada sağlık güvencesi olmayanlar diğer araştırmalara göre daha iyi durumdadır. Bu durum bölgede yaşayan erkeklerin kente yakınlık nedeniyle kent merkezinde sigorta kapsamında yer alan bir işte çalışmaları nedeniyle ortaya çıkmış olabilir.

Bu çalışmada kadınların sağlık sorunlarını gösteren belirti-bulguların sırasıyla fizyolojik alan, psikososyal alan, sağlık davranışları ve çevresel alanda yer aldıkları görülmektedir. Literatürde de tarım alanında çalışan işçilerde fizyolojik sorunların daha sık tanımlandığı görülmektedir (16,20-24). Bunun nedeni, tarım sektöründe hem işin doğası gereği fizyolojik sorunların daha fazla yaşanması hem de fizyolojik sorunların bireylerin kendisi ya da sağlık personeli tarafından fark edilmesinin ve tanımlanmasının

Tablo 5. Kadın işçilerde sağlık davranışları alanındaki problemler

Problem	Belirti/Bulgu	n (%)
Beslenme	Fazla kilo	10 (2.9)
	Dengesiz beslenme	7 (2.0)
	Toplam	3 (0.9)
Uyku ve Dinlenme Düzeni	Uyku ve dinlenme düzeninin aileyi rahatsız etmesi	6 (1.7)
	Gece sık sık uyanma	10 (2.9)
	Kâbus görme	21 (6.1)
	Yaş/ fiziksel duruma göre yetersiz uyku/ dinlenme	57 (16.5)
	Horlama	21 (6.1)
	Toplam	37 (10.7)
Fiziksel Aktivite	Sedanter yaşam biçimi	58 (16.8)
	Yetersiz/ düzensiz egzersiz	3 (0.9)
	Toplam	6 (1.7)
Madde Kullanımı	Reçeteli/ reçetesiz ilaçların kötüye kullanımı	23 (6.7)
	Sigara/ tütün ürünlerinin içimi / kullanımı	8 (2.3)
	Sigara-puro dumanına maruz kalma	3 (0.9)
	Toplam	5 (1.4)
Aile Planlaması	Aile planlaması yöntemleri hakkında yanlış/ yetersiz bilgi	48 (13.9)
	Düzensiz/ etkisi sınırlı bir yöntem kullanma	14 (4.1)
	Kullandığı yöntemden memnun olmama	14 (4.1)
	Aile planlaması seçimi hakkında başkalarının tepkilerinden korkma	3 (0.9)
	Toplam	7 (2.0)
Sağlık Bakım Denetimi	Rutin / koruyucu sağlık bakımını yaptırmama	5 (1.4)
	Değerlendirme / tedavi gerektiren semptomlar için bakım almama	15 (4.3)
	Sağlık randevularına gitmeme	13 (3.8)
	Birden fazla randevuyu / tedavi planını koordine edememe	15 (4.3)
	Sağlık bakım kaynaklarının sürekliliğinin olmaması	1 (0.3)
	Sağlık bakım kaynaklarının yetersiz olması	8 (2.3)
	Toplam	9 (2.6)
Tedavi Rejimi	Önerilen doz/ tedavi programına uymama	15 (4.3)
	Yan etki / istenmeyen tepkilerin olması	13 (3.8)
	Yardım almadan ilaç alamama	8 (2.3)
	Toplam	86 (24.9)
	Genel Toplam	345 (100)

kolay olması olabilir. Bu alanda yapılan çalışmalarda da fiziksel sağlıkla ilgili sorunlara dikkat çekmektedir. Araştırmalarda işçiler arasında sırt ağrısı ve üst ekstremité ağrıları ile (19,20) açık havada ve olumsuz iklim koşullarında (aşırı sıcak) çalışmaya bağlı gözlerde kızarıklık, batma, bulanık görme sorunları sıklıkla belirlenmiştir (16). Diğer bir sık rastlanan fiziksel sağlık sorunu ise cilt olayları olarak belirtilmiş ve en sık görülen cilt olayları; küçük enfeksiyonlar (tinea pedis, tırnak mantarı, siğil), inflamatuvar hastalıklar (akne, kontakt dermatit, melezma) ve travmatik olaylar (travmatik deri lezyonları gibi) olarak özetlenmiştir (22-24). Çevresel alandaki sağlık sorunlarının daha az tanımlanmasının en önemli sebebi de; tarım sektöründe endüstriyel alanlara göre çevresel risk analizlerinin tam olarak yapılmamasından dolayı tanınması ve sınıflandırılması daha güç sorunlar olarak karşımıza çıkmasıdır. Ayrıca çevresel alanda veri toplarken işçilerin konut gibi iş dışı yaşam ortamları değerlendirilmemiş işçilerin yaşadığı ortam olarak işyeri değerlendirilmiştir (Tablo 1).

Çevresel alanda tanımlanan sorun başlıklarından büyük bir kısmı gelir sorunları ile ilgili olarak belirlenmiştir. Bu sorunlar, gelirin düşük olması/hiç olmaması, sağlık güvencesinin olmaması, gereksinimlerini satın alma güçlüğü” bulgularıyla saptanmıştır. Kırsal alan yoksulluğu ülkemiz özelinde de son dönemlerde tartışılan bir konu olmaya başlamış (24) ve bu yoksulluğun sağlık hizmetleri kullanımını olumsuz boyutta etkilediği belirtilmektedir (26). Gelir sadece sağlık hizmeti boyutuyla düşünülmemesi gereken bir özelliktir, düzenli ve yeterli bir gelir sağlıklı olmanın ve sağlığı geliştirmenin önemli bir ön şartıdır. Bu nedenle gelirle ilgili sorunlar önemli kabul edilmeli ve kamu politikaları ile çözümlenmelidir. Kutlu (15) yaptığı çalışmada kadınların büyük bir çoğunluğunun aylık geliri asgari ücretin altında bulmuş ve bu bulgu kadınlar arasında yoksulluğun boyutu ile ilgili bilgi vermesi açısından önemlidir. Ülkemiz dışında da sorunun benzer olduğunu söyleyebiliriz. Olhan (27) kırsalda yoksulluk oranını %29.8 olarak tanımlanmış ve bu durumun olumsuz etkilerinin bireylerin sosyal güvenlik primlerini ödeyememeleri nedeniyle karşılaştıkları sorunlar olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

Psikososyal alanda ise önemli sorun başlıklarının mental sağlık, sosyal ilişki ve toplum kaynakları ile iletişim alanında yer aldığı görülmektedir. Ruh sağlığı ile ilgili çalışmaların çoğunluğunun kentsel alanda yoğunlaşması, kırsal alan ruh sağlığı sorunlarının yeterince değerlendirilmemesi literatürün önemli bir eksikliğidir. Bu alanda yapılan bir değerlendirmede de kırsal alanda da ruh sağlığı sorunlarının kentsel alana benzer özellikte ve yaygın olarak görüldüğüne ilişkin bilgiyi içermektedir (27). Kuzey Carolina’da yapılan araştırmada tarım işçilerinin %51’inin ruhsal problem yaşadığı belirtilmiştir (29). Sosyal ilişkiler, kişiler arası ilişkiler, toplum kaynakları ile iletişim gibi sorun başlıkları bir arada düşünüldüğünde kırsal alan tarım işçilerinin önemli bir danışmanlık ve rehberlik hizmetlerine gereksinim duyduklarını söyleyebiliriz. Ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından; bu grupta ruhsal bozuklukların sıklığı ile risk ve koruyucu faktörlerin saptanması, ruh sağlığı sürveyans sistemlerinin

geliştirilmesi, risk faktörlerinin kontrol altına alınması için önleme çalışmaları, erken tanı ve tedavi amaçlı tarama çalışmalarının yapılması gerekmektedir. Araştırmadan elde edilen önemli sonuçlardan bir tanesi de ihmalle ilgili sorunların belirlenmesidir. Çalışmada ihmal davranışı duygusal bakım/destek eksikliği, uygunsuz bir şekilde yalnız bırakılma ve yetersiz/gecikmiş tıbbi bakım alma bulguları ile tanımlanmıştır. İhmal davranışı çoğunlukla kentsel alanda çocuk ve yaşlı nüfus üzerinde önemle durulan bir konudur. Ancak bu çalışmadan elde edilen bulgular kırsal alanda kadınların özellikle tıbbi gereksinimlerinin karşılanması yönünde ihmal yaşadıkları ile ilgili sonuçları içermektedir. Bu nedenle kırsal bölgede çalışan sağlık personelinin savunuculuk rollerini kullanmaları ve bu sorunların farkında olmasının önemli bir gereklilik olduğu söylenebilir.

Fizyolojik alanda belirlenen sorunlar sıklıkla ağız sağlığı, dolaşım ve üreme sağlığı alanında yer almaktadır. Ağız sağlığı ülkemiz için sadece kırsalda ve kadınlar arasında görülen bir sorun başlığı değildir. Ülke genelinde ve her yaş grubunda sıklıkla karşımıza çıkan bir sorundur (30,31). California Tarım İşçileri Sağlık Araştırmasında, işçilerin üçte ikisinden fazlasında, tedavi edilmemiş çürükler, periodontal hastalıklar, kırık ya da kaybedilmiş diş hastalıklarından en az birinin bulunduğu belirtilmiştir (32). Dolaşım sorunları ise bölgede kardiyovasküler sağlık sorunlarına yönelik erken tanı girişimlerinin ve tanı alan bireylerin düzenli kontrolünü öngörmektedir. Bu alanda tanımlanan bulgulardan biri ekstremitelerde ağrı kas-iskelet sistemine ait sorunlar olarak düşünülmelidir. Yapılan çalışmalarda kas-iskelet sistemi ağrıları tarım işçileri arasında önemli sorun olarak tanımlanmaktadır (20,21). Üreme sağlığı sorunları kadınlar arasında üreme çağı boyunca süregelen bir şekilde devam eden sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Üreme sağlığı yönünden kadınların tedavi edilmesi, tekrarının önlenmesi için sağlık eğitimlerinin planlanması kırsal alanda yapılması gereken önemli sağlık hizmetleri arasında sayılabilir. Burada dikkat çeken bir başka sağlık problemi ise tetanoz yönünden bağışıklanması olmayan bir grubun yer almasıdır. Doğurganlık çağındaki tüm kadınlar için önemli olsa da çalışmaya katılan kadınların tarım sektöründe çalışması nedeniyle tetanoz bağışıklanması ayrıca bir önem göstermektedir. Koruk ve Şimşek (19) çalışmalarında, tarımda çalışanların %55.7’sinin tetanoz aşısı yaptırmadığını belirlemişlerdir. Kırsal alanda kadınların tetanoz bağışıklamalarının yetişkin aşı takvimine uygun bir şekilde düzenli olarak yapılmasının sağlanması önemli bir hemşirelik hizmetidir. Bu çalışmada belirlenen fizyolojik sağlık sorunlarına benzer olarak yapılan bir çalışmada tarımda çalışan kadınlar arasında yaygın görülen hastalık ve rahatsızlıkların bel ağrısı, romatizma, baş ağrısı, baş dönmesi, güneş çarpması, soğuk algınlığı, ishal, tifo, sıtma ve kadın hastalıklarının olduğu belirlenmiştir (10). Sağlık davranışları alanında ise sağlığı geliştirme ve korumaya ilgili çoğu alanda sorun olduğu görülmektedir. Kırsal alanda kadınların sağlığı geliştirme ve korumaya yönelik davranışlarını yaşam alışkanlıkları haline dönüştürmeleri için yapılacak hemşirelik girişim ve aktiviteleri üzerine düşünülmesi gerekmektedir. En önemli

sorun alanının beslenme ve daha sonra sırasıyla fiziksel aktivite, uyku dinlenme, sağlık bakım-denetim ve aile planlanması alanlarında yer aldığı görülmektedir. Arcury ve ark (23) yaptığı araştırmada kadınların %76'sının obez ya da aşırı kilolu olduğu bulunmuştur. Kasımoğlu (8) tarafından yapılan araştırmada tarımda çalışan kadınların %64'ünün etkili aile planlaması yöntemi kullanmadığı belirtilmektedir. Mevsimlik tarım işçilerinin gittikleri yerlerde çalışma ortamlarına ilişkin yaşadıkları sorunların yanı sıra beslenmeyle ilişkin ciddi sorun yaşadıkları görülmektedir (33). Tarım işçisi kadınların mevcut sağlık sorunlarının (ekstremitte ağrısı gibi) yönetimi, günlük yaşamlarının kalitesinin artırılması, ruh sağlığı sorunları ile baş etmelerinin sağlanması, kronik hastalıklar ve yaşlılık dönemi yeti yitimlerinin önlenmesinde olumlu sağlık davranışlarının geliştirilmesi en önemli hizmet sunum stratejileri arasında yer almaktadır.

SONUÇ

Çalışmadan elde edilen sonuçlar kırsal alanda tarım işçisi olarak çalışan kadınların sağlık sorunlarının oldukça çeşitli ve çok sayıda olduğunu göstermektedir. Tarım işçisi kadınlar arasında fizyolojik alan sağlık sorunlarının yaygın görülmesi yanı sıra olumsuz sağlık davranışlarına sahip oldukları, sağlık sorunları için etkin ve yeterli bakım almadıkları, ruhsal sorunların kentsel alana benzer şekilde ortaya çıktığını gösteren bulgular çalışmadan elde edilmiştir. Gerçek sağlık sorununu gösteren Omaha Sistemi PSL'e göre belirlenen sağlık problemleri çevresel alanda en sık gelir; psikososyal alanda mental sağlık; fizyolojik alanda ağız sağlığı; sağlık davranışı alanında beslenmedir. Bu çalışmayla yapılabilecek başka bir değerlendirmede kırsal alanda yaşayan kadınların sağlığı geliştirmeye yönelik davranışların kazandırılmasına yönelik faaliyetler ile üreme sağlığı ve bağışıklama hizmetlerinde karşılanması gereken gereksinimlerinin olduğu sonuçlarıdır.

Bu araştırmada elde edilen sonuçlar kırsal alan hemşireliği ve işçi sağlığı açısından bilgi üretmektedir. Özellikle kırsal alanda yaşayan ve tarım sektöründe istihdam edilen kadınların sağlık gereksinimlerine dikkat çekilmek istenmektedir. Hem ülkemizde hem de diğer ülkelerde hemşirelik eğitimi çoğunlukla kentsel alanda ve kent insanına ait sorunlara odaklanarak içeriğini oluşturmaktadır. Ancak hemşirelerin hangi alanda ve nerde çalışırlarsa çalışsınlar kırsal alanda yaşayan bireylere hizmet sunması gerekmektedir. Bu nüfusun sağlık özelliklerinin ve yaşadığı sorunların bilinmesi hizmetin kalitesi açısından önemlidir. Bunun yanı sıra çalışmada kullanılan Omaha sisteminin özelliğinden dolayı en sık kullanılan belirti ve bulgular tanımlanmış ve kırsal alan tarım işçileriyle çalışırken hangi belirti ve bulguların değerlendirilmesi gerektiğine ilişkin veriler üretilmiştir. Bu alanda çalışan hemşirelerin tüm bu sorun ve gereksinimlerin farkında olması, hizmetini ekonomik, kültürel ve mesafe anlamında bölge halkına ulaşılabilecek şekilde şekillendirmesi gerekmektedir. Ülkemizde de kırsal alan hemşireliğine yönelik bilgilerin üretilmesi, bu alanda hemşire istihdamının sağlanması ve kırsal alan hemşireliğinin organize edilmesine gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. Türkiye İstatistik Kurumu. Tarım istatistikleri sorularla resmi istatistikler dizisi-5. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası; 2008.
2. Özbekmezci Ş, Sahil S. Mevsimlik tarım işçilerinin sosyal, ekonomik ve barınma sorunlarının analizi. Gazi Üniversitesi Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi Dergisi. 2004; 19(1): 261-74.
3. Türk NK. Kilis ili Elbeyliği ilçe merkezindeki kadın tarım işçilerinin sosyal ve ekonomik yapıları [Yüksek Lisans Tezi]. Fen Bilimleri Enstitüsü: Ankara Üniversitesi; 2006.
4. Türkiye İstatistik Kurumu, Hane halkı işgücü istatistikleri. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası; 2012.
5. Mull LD, Engel LS, Outtersen B, Zahm SH. National farmworker database: establishing a farmworker cohort for epidemiologic research. American Journal of Industrial Medicine. 2001; 40(1): 612-8.
6. Snipes SA, Thompson B, O'Connor K, Duncan BS, King D, Herrera AP, et al. Pesticides protect the fruit, but not the people: using community-based ethnography to understand farmworker pesticide-exposure risks. Am J Public Health. 2009; 99(1): 616-21.
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK Yayınları; 2009.
8. Kasımoğlu E. Tarımda çalışan kadınların sorunları [Yüksek Lisans Tezi]. Diyarbakır: Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
9. Coughlin SS, Wilson KM. Breast and cervical screening among migrant and seasonal farmworkers: a review. Cancer Detection and Prevention. 2002; 26(3): 203-9.
10. Yıldırak N, Gülçubuk B, Gün S, Olhan E, Kılıç M. Türkiye'de gezici ve geçici kadın tarım işçilerinin çalışma ve yaşam koşulları ve sorunları [Son güncelleme tarihi: 2002, Erişim tarihi: 9 Temmuz 2012]. Erişim adresi: <http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/publ/kadintarim.pdf>.
11. Weathers AC, Garrison HG. Children of migratory agricultural workers: the ecological context of acute care for a mobile population of immigrant children. Clin Ped Emerg Med. 2004; 5(2): 120-9.
12. Castaneres T. Migrant health issues: outreach services, 2001; [Updated: 2012; Cited: 2012 March 10]. Available from: <http://www.ncfh.org/docs/05%20-%20outreach.pdf>.
13. Fazlıoğlu A. Kadının kırsal kalkınmadaki yeri - GAP örneği. [Erişim tarihi: 03.04.2012]. Erişim adresi: <http://www.gap.gov.tr/proje-ve-faaliyetler/insani-ve-sosyal-gelisme-genel-koordinatorlugu/sosyal-projeler/makaleler/kadinin-kirsal-kalkinmadaki-yeri---gap-ornegi#>.
14. Villarejo D, Baron SL. The occupational health status of hired farm workers. Occup Med: State Art Rev. 1999;

- 14(3): 613-35.
15. Kutlu S. Erişkin göçebe mevsimlik tarım işçilerinin yaşam kalitesi düzeyi ve etkileyen faktörler [Yüksek Lisans Tezi]. Şanlıurfa: Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
16. Quandt SA, Elmore RC, Arcury TA, Norton D. Eye symptoms and eye protection use by seasonal and migrant farmworkers. *South Med J*. 2001; 94(3): 603-10.
17. Bushy A. Community and public health nursing in rural environments. In: Stanhope M, Lancaster J, editors. *Community public health nursing*. United States of America: Mosby; 2011. p.165-7.
18. Erdoğan S, Esin MN. The Turkish version of the Omaha System: Its use in practice-based family nursing education. *Nurse Education Today*. 2006; 26(2): 396-402.
19. Koruk İ, Şimşek Z. Göçebe mevsimlik tarım işçisi olan ve olmayan kadınlarda tetanoz aşılama durumu ve ilişkili diğer faktörler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 2010; 8(1): 3-7.
20. Cameron L, Lalich N, Bauer S, Booker V, Bogue HO, Samuels S, et al. Occupational health survey of farm workers by camp health aides. *J Agric Saf Health*. 2006; 12(2): 139-53.
21. Yazgan P. Tarım kesiminde çalışanlarda kas iskelet sistemi hastalıkları. 1. Tarım Sağlığı ve Güvenliği Sempozyumu; 6-7 Nisan 2012; Şanlıurfa.
22. Manwaring KJ, Schulz MR, Feldman SR, Vallejos QM, Quandt SA, Rapp SR, et al. Skin disease among Latino farmworkers in North Carolina. *J Agric Saf Health*. 2006; 12(1): 155-8.
23. Arcury AT, Feldman SR, Schulz MR, Vallejos Q, Verma A, Fleischer AB Jr, et al. Diagnosed skin diseases among migrant farmworkers in North Carolina: Prevalence and risk factors. *J Agric Saf Health*. 2007; 13(3): 407-11.
24. Feldman SR, Vallejos QM, Quandt SA, Fleischer AB, Schulz SR, Verma A, et al. Health care utilization among migrant latino farmworkers: the case of skin disease. *The Journal of Rural Health*. 2009; 25(1): 98-5.
25. Öztürk Ş. Rural poverty and Neo-Liberal economy policies. *The Journal of International Social Research*. 2008; 1(5): 605-34.
26. Asan A, Can M, Fazlıoğlu A. Kırsal alanda yoksulluğun gerçek yüzü: kadınlar, Ankara: Strateji Geliştirme Başkanlığı; 2012.
27. Olhan E. Türkiye’de kırsal istihdamın yapısı. Ankara: FAO Türkiye Temsilciliği; 2011.
28. Dıġrak E, Akın B, Koçoğlu D. Konya'da yetişkinlerde ruhsal sorunların belirlenmesi. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; 2-6 Ekim 2012; Bursa.
29. Kim-Godwin YS, Bechtel GA. Stress among migrant and seasonal farmworkers in rural southeast North Carolina. *J Rural Health*. 2004; 20(2): 271-7.
30. Gökalp S, Güçiz - Doğan B, Tekçiçek M, Berberođlu A, Ünlüer Ş. The oral health profile of adults and elderly, Turkey-2004. Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi. 2007; 31(4): 11-8.
31. Gökalp S, Güçiz - Doğan B, Tekçiçek M, Berberođlu A, Ünlüer Ş. Beş, on iki ve on beş yaş çocukların ağız diş sağlığı profili, Türkiye-2004. Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi. 2007; 31(4): 3-10.
32. Lukes SM, Simon B. Dental decay in southern Illinois migrant and seasonal farmworkers: an analysis of clinic data. *J Rural Health*. 2005; 21(2): 254-8.
33. Benek S, Ökten Ş. Mevsimlik tarım işçilerinin yaşam koşullarına ilişkin bir araştırma: Hilvan ilçesi (Şanlıurfa) örneği. Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2011; 10(2): 653-76.

Hemşirelik Öğrencilerinin Doğum Algısı

Özge KAPISIZ¹, Aysel KARACA², Filiz SÜZER ÖZKAN², Hacer GÜLEN SAVAŞ²

ÖZ

Doğum biyolojik, psikolojik ve kültürel süreçleri içinde barındıran doğal bir süreç olmakla beraber kadına heyecan, mutluluk ve aynı zamanda korku veren bir deneyimdir. Doğum olayının algılanması, kişiden kişiye göre değişmektedir. Hemşirelik mesleğine adım atmamış ve daha yolun başında olan öğrencilerin, Doğum ve Kadın Hastalıkları dersini almadan önce doğuma ilişkin algılarının toplumdaki bireylerle benzerlik gösterdiği tahmin edilmektedir. Sağlık çalışanları tarafından gebe kadınların ve ailelerinin yeterli düzeyde ve doğru bilgilendirilmesi ve danışmanlık yapılması durumunda gebelerin doğum sürecinde daha uyumlu ve daha az stresli oldukları görülmüştür. Hemşirenin bu desteği verebilmesi için önce doğuma ilişkin kendi algılarını bilmesi ve duygularını tanınması gerekmektedir. Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinin doğum ile ilgili duygu, düşünce, algı ve kültürel bakış açılarını ortaya çıkarmak amacıyla planlanmıştır. Araştırma kalitatif yöntemlerin kullanıldığı tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın verileri sosyodemografik bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu ile üç ayrı odak grup oturumu yapılarak toplanmıştır. Görüşme ile elde edilen veriler, tümevarım analizi tekniğiyle, nitel olarak değerlendirilmiştir. Araştırmaya 28 kız ve 8 erkek öğrenci katılmıştır. Nitel verilerin değerlendirilmesi sonucunda öğrencilerin doğum algısı ve bu algıyı etkileyen faktörlere ilişkin 2 ana tema (doğum algısı ve doğum algısını etkileyen faktörler) ortaya çıkmıştır. Öğrencilerin doğum ile ilgili bakış açılarının genellikle olumlu olmakla birlikte doğum ile ilgili korkularının da olduğu görülmüştür. Öğrencilerin hemen hepsi doğum ve kadın sağlığı hemşireliği dersleriyle birlikte doğuma daha gerçekçi bir bakış açısı geliştirdiklerini ifade etmiştir. Doğum deneyimi yaşama veya çocuk sahibi olma (anne-baba olma) isteklerinin kültürle şekillendiğini belirtmişlerdir.

Anahtar Kelimeler: Doğum algısı; hemşirelik; öğrenci.

Perceptions of Nursing Students Regarding Childbirth

ABSTRACT

Birth, as well as being a natural process that includes biological, psychological, and cultural processes, is an experience that gives excitement, happiness and fear at the same time. The perception of birth changes from person to person. It is presumed that the birth perceptions of students who have not experienced the profession of nursing and at the beginning of their journey, to be similar to those of individuals in the society, before taking the course of Obstetrics and Gynecology. It has been observed that the pregnant women are more harmonious and less worried during birth when the pregnant women and their families are informed accurately and sufficiently and are advised by the health care workers. The nurse must firstly know his/her own feelings about birth and recognize his/her emotions to be able to give this assistance. This study was designed to reveal feelings, thoughts, perceptions and cultural perspectives of the nursing students regarding childbirth. This is a descriptive study using qualitative methods. Data of the study were collected by sociodemographic information form and semi-structured interview forms after performing three focus group discussions. Data obtained with the interviews were qualitatively evaluated by using inductive analysis. Twenty-eight female and 8 male students were included in the study. At the end of the assessment of qualitative data, 2 main themes were emerged regarding childbirth perceptions of the students and the factors affecting these perceptions. It was found that children's perspectives regarding childbirth were generally positive, but they also had fears regarding childbirth. Almost all of the students stated that they developed a more realistic perspective for childbirth after taking the course of childbirth and women health nursing. They also indicated that their willing for experiencing childbirth or having a child (being parents) was shaped with the culture.

Keywords: Childbirth perception; nursing; student.

GİRİŞ

Doğum biyolojik, psikolojik ve kültürel süreçleri içinde barındıran doğal bir süreç olmakla beraber kadına heyecan, mutluluk ve aynı zamanda korku veren bir deneyimdir. Doğum olayının algılanması, kişiden kişiye göre değişmektedir. Farklı algılanmasında ağrı, bebeğin doğum sırasında fiziksel olarak zarar görmesi ya da ölmesi, konjenital anomaliye

¹ Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

² Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Özge KAPISIZ, ozgekapisiz@sakarya.edu.tr

Geliş Tarihi / Received: 08.06.2017 Kabul Tarihi / Accepted: 19.10.2017

sahip bebeğin doğması, doğumda meydana gelebilecek yaralanmalar, ölüm, acil sezaryen olma durumu, doğumda çaresiz kalma, doğum yapabilecek yetenekte olmadığını düşünme, doğumda panik yaşama, kontrolsüz çığlık atma, kontrol kaybı yaşama, personele güvenmeme, hastanede sağlık ekibinden alacakları bakım, doğumun nasıl olacağını bilmeme ve cinselliğe ilişkin korkular gibi birçok neden bulunmaktadır (1-3).

Doğum eyleminin en primitif kültürlerde bile çok şiddetli ağrı verici bir olay olarak ele alınması kadınların doğum korkusu yaşamalarına neden olmaktadır (2-5). Doğum korkusu gebelerin %20'sini etkiler (4). Yapılan çalışmalarda doğuma yönelik korkuların en temel nedenlerinin; önceden doğum deneyiminin olmaması, doğuma ilişkin olumsuz hikâyeler duyma, olumsuz doğum deneyimi olan bir kişiyi tanıma, olumsuz doğum deneyimini izleme, doğuma ilişkin medyadan alınan bilgiler, bilgi eksikliği, fazla bilgi almak, sahip olunan inançlar, hastalıklar, doğuma yönelik yaşanan belirsizlik, ağrı eşiğinin düşük olması, olumsuz hastane ortamı, sağlık personeline güvenmeme ve önceden sağlık personeliyle olumsuz deneyimler olduğu tespit edilmiştir (2-4,6).

Doğum ve kadın hastalıkları hemşireleri ile ebeler doğum süreci boyunca kadınlarla en fazla vakit geçiren ve süreçte yanlarında olan sağlık personelleridir. Sağlık çalışanları tarafından gebe kadınların ve ailelerinin yeterli düzeyde ve doğru bilgilendirilmesi ve danışmanlık yapılması durumunda gebelerin doğum sürecinde daha uyumlu ve daha az stresli oldukları görülmüştür. Bu süreçte hemşirelerin, kadına verdikleri bakım ve sosyal desteğin doğum deneyimine ilişkin olumlu duyguları ve kadının başa çıkma çabalarını artırdığı belirlenmiştir (7). Hemşirenin bu desteği verebilmesi için önce doğuma ilişkin kendi algılarını bilmesi ve duygularını tanıması gerekmektedir (8,9). Hemşirelik mesleğine adım atmamış, daha yolun başında olan öğrencilerin Doğum ve Kadın Hastalıkları dersini almadan önce doğuma ilişkin algılarının toplumdaki bireylerle benzerlik gösterdiği tahmin edilmektedir.

Doğum ve Kadın Hastalıkları dersi, kadın hastalara bakım verilmesi, öğrencilerin doğum olayı gibi kaygı yaratan bir durumda etkin rol almalarının beklenmesi, yeni doğan bakımı ve hastaların kanama, perine hijyeni, meme bakımı, emzirme vb. bakım gereksinimlerinin karşılanmasının beklendiği bir derstir. Bu durum öğrencilerin zaman zaman kaygı yaşamasına neden olmaktadır. İlk kez doğumhane stajına çıkacak olan öğrenciler yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %75'inin korkulu ve heyecanlı olduklarını ifade ettikleri belirtilmiştir (10). Bir başka çalışmada da, öğrencilerin klinik eğitimin başlangıcında kaygılarının yüksek olduğu belirtilmiştir (11). Bir diğer çalışma da, klinik deneyimin hemşirelik öğrencileri için en önemli kaygı etkenlerinden biri olduğu belirtilmiştir (12).

Öğrencilerin eğitim süreci doğuma ilişkin olumsuz algıların değiştirilmesi için önemli bir fırsattır. Olumlu bir doğum algısı olan hemşirelerin doğum sürecinde gebenin kaygılarını azaltma ve cesaretlendirme konusunda daha etkili müdahaleler geliştirebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışma doğum ve kadın sağlığı hemşireliği dersi almış olan öğrencilerin doğuma ilişkin algılarını tespit etmek amacıyla yapılmıştır. Bu doğrultuda olumsuz algıların değiştirilmesine yönelik girişimlerde bulunulması hedeflenmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kalitatif yöntemlerin kullanıldığı tanımlayıcı bir çalışmadır. Bu çalışmada amaca uygun olarak, hemşirelik öğrencilerinin doğum algılarını ve bunun altında yatan tutum, inanç ve davranışlarıyla ilgili derinlemesine bilgi edinebilmek için kalitatif yöntemlerden biri olan odak grup görüşmesi (OGG) tercih edilmiştir.

Örneklem

Araştırmada bir üniversitenin hemşirelik lisans programı 3. sınıfında okuyan ve "Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği" dersini alan tüm (n=46) öğrenciler çalışma grubu olarak seçilmiştir. OGG için ideal katılımcı sayısının 6-8 arasında değişebileceği ancak araştırmanın amacına göre bu sayının 15'e kadar çıkabileceği bildirilmektedir (13,14). Bu çalışmada üç ayrı odak grup oturumu yapılmış, gruplar sırasıyla 14, 8, 14 kişiden oluşmuştur. Katılımcıların 28'i kız, 8'i erkek, yaş ortalamaları 20,63±1,09'dur. Bütün katılımcılar bekâr ve büyük bir çoğunluğu Türkiye'nin farklı illerinde şehir merkezinde yaşayan, yarısına yakını daha önce bir doğuma şahit olmuş kişilerdir.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri sosyodemografik bilgi formu ve yarı yapılandırılmış OGG formu ile toplanmıştır. Sosyodemografik bilgi formunda; yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, ailede kaçınıcı çocuk olduğu, en uzun süre yaşadığı yer, partner bilgisi, medeni durum, daha önce herhangi bir doğum görüp görmemeleri, kadın doğum hemşireliği dersi almadan önce doğumla ilgili bilgisi olup olmadığı gibi özellikleri içeren toplam 11 soru bulunmaktadır. OGG için hazırlanan yarı yapılandırılmış soru formu öğrenci görüşlerinin nedenleri, onların araştırma konusuna ilişkin ve kendi bakış açılarını sorgulayan 4 soru hazırlanmıştır. Öğrencilere görüşmenin yeri ve saati hakkında bilgi verilmiş ve görüşmenin yapılacağı salon görüşmeye uygun bir şekilde düzenlenmiştir (bütün öğrencilerin birbirlerini görebileceği oturma düzeni, bölümler için önlemler, katılımcıların rahat oturacağı şekilde masanın ve sandalyelerin düzenlenmesi, her katılımcının isimlerinin olduğu yaka kartı takmaları sağlanması vb.). Görüşme sırasında öğrencilerin video kaydı kullanımında kendilerini rahat ifade edemeyeceklerini belirtmeleri üzerine ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Öğrencilere araştırmanın amacı, tartışma sürecine ilişkin bazı temel uyulması gereken kurallar ve görüşmenin yaklaşık süresi açıklanmıştır. OGG bir moderatör ve bir gözlemci tarafından yürütülmüştür. Her bir OGG, araştırma konusu ile ilgili yeni bir kavram, farklı bir görüş/açıklama çıkmayana kadar ve her öğrencinin söz almasına olanak sağlayacak şekilde toplam 1,5 saat sürmüştür.

Düzce Üniversitesi Sağlık Yüksel Okulu Müdürlüğü'nden 10.12.2014 tarih ve 88606300/605.01 sayılı kurum izni ve araştırmaya katılan öğrencilerden bilgilendirilmiş olur alınmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırma öğrencilerin doğum algısı ile ilgili duygu düşünceleri, algı ve kültürel bakış açılarını ortaya çıkarmak amacıyla içerik analizi uygulanmıştır.

Verilerin analizinde izlenen aşamalar:

- OGG'de öğrencilerin orijinal görüşleri ve OGG sırasında tutulan gözlem notları değiştirilmeksizin bilgisayar ortamında yazıya aktarılmıştır.
- Görüşlerin ve notların araştırmanın amacına uygun olup

olmadığı kontrol edilmiş ve araştırmanın amacı dışında herhangi bir görüş belirtilmediği saptanmıştır.

- Görüşler, anlamsal olarak benzerliklerine göre birleştirilmiş ve bu görüşleri temsil edebilecek kod isimleri oluşturularak her bir kod altında birleştirilen görüşlerin yazılı sıklığı belirtilmiştir.
- Kodlar anlam bütünlüğüne göre gruplandırılmış ve bu kodları temsil edebilecek, tema isimleri oluşturulmuştur.
- Verilerin analizinin güvenilirliğini arttırmak için, araştırmacılar kodların ve temaların oluşturulmasında birbirinden bağımsız çalışmıştır. Daha sonra bir araya gelerek, yapılan analizler tartışılmıştır. Verilerin analizinin geçerliğini sağlamak için, bir uzman ve araştırmaya katılan beş öğrenci ile görüşülmüştür. Onlara araştırmacılar tarafından belirlenen kodların ve temaların uygun olarak belirlenip belirlenmediği sorulmuştur. Uzman ve öğrenci görüşü alınarak tablolara son şekli verilmiştir.
- Araştırmaya katılan her bir öğrencinin anket formuna bir numara verilmiştir. Böylece daha sonra gerektiğinde orijinal görüşlere dönüş yapılabilmesi için verilerin takibi sağlandığı gibi, nitel verilerin analizinde de bu numaralar kullanılmıştır. Bu çalışma ile aynı zamanda analiz sürecinde araştırmacıların öğrencilerle ilgili sahip olabilecekleri pozitif ya da negatif düşüncelerin etkisi azaltması amaçlanmıştır.
- Araştırmanın dış güvenilirliğini sağlamak için, verilerin analiz aşamaları ayrıntılı biçimde açıklanmıştır. Bu ayrıntılı açıklama, araştırma sonuçlarının, öznel varsayımlardan ve önyargılardan etkilenme olasılığını azaltmakta ve benzer araştırmaları yapanlara yol gösterici olmaktadır (14).

BULGULAR

Katılımcılar

Bu çalışmaya 28 kız (yaş ortalamaları 20,39±0,95), 8 erkek (yaş ortalamaları 21,5±1,20) öğrenci katılmıştır. Bütün öğrenciler bekâr ve çocuksuzdur, 14 öğrenci ilçe ve köyde, diğer öğrenciler de ülkenin farklı bölgelerinde il merkezinde yaşamaktadır. Katılımcıların büyük bir çoğunluğunun kız/erkek arkadaşı bulunmamaktadır. Hangi doğum şekliyle dünyaya geldikleri sorulduklarında büyük bir çoğunluğu hastanede normal doğum yolu ile dünyaya gelip (n=23), daha önceden doğum eylemiyle ilgili genellikle dergi, televizyon, aile ve arkadaşlarından bilgi aldıklarını belirtmişlerdir.

Tema 1. Doğum Algısı

Alt Tema 1. Doğuma Olumlu Bakış

Yapılan OGG'lerde öğrencilerin doğum ile ilgili bakış açılarının genellikle olumlu olduğu görülmüştür. Öğrencilerin büyük bir kısmının doğum ile ilgili duygu ve düşüncelerini çocuğa verdikleri anlamlarla açıkladıkları görülmüştür. Doğumu mucizevi, en değerli en kıymetli varlığa kavuşma, kendinden olan bir canlıya sahip olma, anne baba olma gibi kavramlarla açıklamıştır. Kız öğrencilerin bir kısmı, doğum ile ilgili annelerinden ve yakın çevrelerinden duydukları olumsuz hikâyelere ve bazı öğrenciler de stajda karşılaştıkları olumsuz doğum deneyimlerine rağmen doğumu olumsuz değerlendirmediklerini ifade etmiştir. Öğrencilerin büyük bir çoğunluğu doğumun ne kadar ağrılı, zor ve korkunç olsa da sonunda erişilecek mutluluğun (çocuğa sahip olmanın) vazgeçilmez olduğunu ve mutlaka yaşanması gereken bir deneyim olduğunu savunmuştur (Tablo 1). Aşağıda

öğrencilerin doğuma bakış açıları ile ilgili ifadeler yer almaktadır.

Doğuma hep olumlu bakıyorum, asla olumsuz bir şey düşünmedim. Görüyoruz aslında çok ağrıları oluyor; doğumdan sonra kanamaları oluyor; onlar biraz ürkütücü geliyor ama ne biliyim. Bence çok güzel bir duygu (Bayan S). Ben doğumun tamamıyla fizyolojik bir olay olduğunu düşünüyorum ve doğuma çok olumlu bakıyorum. Küçük bir canlıya sahip oluyorsun, senden bir parça. Doğum sırasında acı olmayacak mı, muhakkak olacak. İlla acıya odaklanmamak lazım. Nasıl olması gerekiyorsa bize de aynısı olacak, çünkü geçmişte de aynısı olmuş. Böyle düşünüyorum (Bayan K). İlk ağlamaya başlıyor; sesini çıkartıyor ya anne bitmiş artık o kadar rahatlamış ki bütün çektiği acılar bitmiş. Hani sonucunda da bir bebeği var yani. Elinde bir şey var, çektiği acılara rağmen (Bayan F).

Tablo 1. Temalar ve Kodlar

Tema 1. Doğum Algısı

Alt Tema 1. - Çocuk mucizedir, vazgeçilmezdir, en değerli varlıktır, kendinden bir parçadır, mutluluktur, aile olmaktır gibi çocuğa verilen olumlu anlamlar
Doğuma Olumlu - Doğum olayı ne kadar ağrılı, zor olursa olsun sonunda mutluluk var.

Alt Tema 2. - Doğumda aşırı ağrı/acı çekme korkusu
Doğum - Yalnız ve çaresiz kalma korkusu
Olayı ile - Bebeğe zarar geleceği korkusu
ilgili - Anneye zarar geleceği korkusu
- Ben yapamam, beceremem korkusu
Endişe/ - Eşinin acı çekeceği zarar göreceği korkusu
Korkular - Bedensel değişimlerden korkma
- Ölme, hayattan kopma korkusu

Tema 2. Doğum Algısını Etkileyen Faktörler

- Ders sayesinde doğum olayına daha gerçekçi bakma
- Ders doğum tercihlerinin değişmesi

Alt Tema 1. - Doğum olayını ilk dersten sonra düşünme
Kadın - Ders sayesinde hayatın planlanması gerektiğine karar verme
Doğum - Erkekler için çevreden hiç duymadıkları doğum olayı hakkında gerçekçi bilgiler edinme
Dersinin Etkisi - Stajların doğum olayı ile ilgili korkuları tetikleme
- Doğum olayına bakış açısını etkilemesi
- Kadına olan olumlu bakış açısını destekleme

- Kültürel olarak mutlaka her çiftin çocuğu olmalıdır bakış açısı
Alt Tema 2. - Cinsellik/ilk gece ile ilgili olumsuz söylemler
Kültürel - Kadınlik içgüdüsi
Etkiler - Kültürün çocuk sahibi olmaya bakış açısı (çocuksuz ev olmaz, çocuk evin huzurudur, çocuk neslin devamıdır)

Alt Tema 2. Doğum ile ilgili Endişe/Korkular

Öğrencilerin doğumu genellikle mutlaka yaşanması gereken bir deneyim olarak ifade etmelerinin yanında doğum ile ilgili korkularının da olduğu görülmüştür. Öğrencilerin korkularının genellikle vajinal doğum ile ilgili olduğu belirlenmiştir. Bu korkular; vajinal doğum sırasında bebeğin veya kendisinin/eşinin zarar göreceği endişesi, vajinal doğumu yapacak gücü ve becerisinin olmadığını düşünme, doğum sırasında yaşanan ağrıdan, acıdan ve hatta ölmekten korkma, doğum sırasında yalnız kalma korkusu, doğum sonrası bedensel değişimler yaşama korkusu olarak sıralanabilir. Öğrenciler, aldıkları doğum ve kadın sağlığı hemşireliği dersinin uygulamasında karşılaştıkları doğum eylemlerinin korkularını arttırdığını hatta dehşete kapıldıklarını ifade etmiştir. Bazı öğrenciler korkularının sadece doğum ile sınırlı olmadığını, hamilelik sürecinden de aynı şekilde korktuklarını ifade ederken iki kız öğrenci de cinsellikten korkmaya başladıklarını ifade etmiştir. *O ilk doğum beni çok korkutmuştu. Çünkü gerçekten çok zor bir doğumdu. Hani kadının karnına çöktüler dirsekle, bebeği çıkaramadılar; çok zorlandı (Bayan B).*

Şimdi doğumdan sonra vajinası çok kötü oluyor. Vajinasında epizyo açılıyor. Gerçekten çok kötü. Nasıl ifade edeceğim bilmiyorum ama zaten doğumdan sonra bir bayan kendisini beğenmiyor. Kendisini kötü hissediyor. Bence o halinden sonra eşinin de ona bakış açısı değişecektir. O, kendisini kötü hissetmesini sağlar diye düşünüyorum (Bayan K).

Kadın hani ağrısından başka bir şeyde düşünmüyor. Onu başka yöne çekebilecek hiçbir şey yok orada. O yüzden bende çok korktum. Benim başım ağrımaya başladı, kaskatı kesildim. Yani çok dehşete düştüm ben onları gördükten sonra (Bayan M).

Tema 2. Doğum Algısını Etkileyen Faktörler

Alt Tema 1. Kadın Doğum Dersinin Etkisi

Öğrencilerin hemen hepsi doğum ve kadın sağlığı hemşireliği dersiyse birlikte doğuma daha gerçekçi bir bakış açısı geliştirdiklerini ifade etmiştir. Özellikle erkek öğrenciler sosyal yaşamda doğum olayı ile hiç bilgi sahibi olmadıkları için doğumu derste öğrenmekten dolayı çok mutlu olduklarını ifade etmiştir. Öğrencilerin bir kısmı ders ile birlikte doğum tercihlerinin değiştiğini, bir kısmı da doğum olayının ne kadar zor olduğunu fark ettiklerini bildirmiştir. Öğrencilerin yarısından fazlası dersin stajında olumsuz yönde etkilendiğini ve doğum ile korkularının tetiklendiğini belirtmişlerdir. Özellikle erkek öğrenciler Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği dersi kadınların ne kadar değerli ve güçlü varlıklar olduğunu hatırlatması açısından önemli olduğunu ifade etmiştir. Aynı zamanda öğrencilerin yaklaşık üçte biri bu dersle birlikte hayatın gerçekleriyle karşı karşıya kaldıklarını, gelecek planları yapmaya (evlilik, çocuk vb.) başladıklarını ifade etmiştir (Tablo 1).

.....mesela vajinal doğum daha kötü gibi geliyordu bana ama dersi anladıktan sonra, dersi dinledikten sonra vajinal doğum bir adım daha önde benim için (Bayan D).

Bu dersi aldıktan sonra kadına daha fazla değer verilmesini daha fazla önemsedim. Bir gecelik ilişkiden sonra kadın bütün yükü kendi kaldırıyor. Dokuz ay karnında taşıyor sonra doğum yapıyor. Bebek öyle bir şey ki kadında erkekte mutlu oluyor. Ama erkek tamam o bir ay boyunca kadına psikolojik olarak destek çıkabilir ama en fazla yükü kadın taşıyor (Bay H).

Alt Tema 2. Kültürel Etkiler

Öğrencilerin büyük bir çoğunluğu OGG sırasında şu anki doğum algılarının kültürle şekillendiğini fark ettiklerini belirtmiştir. Öğrenciler yaşadıkları kültürün çocuğa verdiği güçlü anlamların, kadınların anne olarak görülmesinin, çocuk sahibi olmakla ilgili sosyal baskıların, anne-baba olmanın kültürel boyutlarını tartıştılar. Sonuç olarak, doğum deneyimi yaşama veya çocuk sahibi olma (anne-baba olma) isteklerinin kültürle şekillendiğini belirtmişlerdir. Özellikle kız öğrenciler çevrelerinden cinsellik ve doğumla ilgili duydukları abartılı olumsuz deneyimlerin doğum ile ilgili algılarını olumsuz etkilediğini ifade etmiştir (Tablo 1).

Cinsellik tabii ki ürkütüyor, yani birçoğumuz ürkütürüzdür. Birde genellikle anlatılan ilk gece hikâyeleri ürkütüyor. Ama çok korkmuyorum, doğumdan daha çok korkuyorum. Bebeği olmayan kadınlar diğerleriyle karşılaştırıldığı zaman kendilerini eksik hissediyorlar. Sanırım bende öyle hissedirim. Toplumumuzda böyle bir yargı oluştuğu için kesinlikle çocuğumun olmasını isterim. Çevreye karşı eksiksiz ve tam bir kadın olarak görünmenin yolu buradan geçiyor. Çünkü bizim kültürümüzde kadın olmak ve anne olmak eşdeğer. Erkeklerde sorun varsa kabul görmüyor (Bayan F).

Çocuk sahibi olmak istememde ki önemli unsurlardan biri kültür ama bence en önemli şey; benden sonra en güzel şey

benim çocuğum kalacak. Ne bileyim onun çocuğu olacak, onun çocuğu ve ben aslında onlar için hiç ölmeyeceğim. Hep onlarla yaşayacağım. Yani neslin devamı ve benim hiç ölmeyecek olmam (Bayan V).

TARTIŞMA

Doğumdan önce, doğum sırasında ve doğum sonrasında yaşanan korku olarak tanımlanan "Doğum korkusu" sadece gebe olanları değil aynı zamanda gebe olmayanları da etkileyen bir durumdur (15). Ülkemizde doğumun görsel medyada korkutucu, zarar veren, ağrıya sebep olan bir durum olarak anlatılması, yaşanan olumsuz deneyimlerin kulaktan kulağa yayılması herhangi bir deneyimi olmayan kişilerin doğum ile ilgili olumsuz düşüncelere sahip olmasına neden olmaktadır. Nullipar kadınlarla yapılan çalışmalarda vajinal doğum ile ilgili bilgilerinin olmaması, olumsuz doğum hikayelerini dinlemelerinin yüksek düzeyde doğum korkusu yaşamalarına sebep olduğu bildirilmiştir (2,16,17). Serçekuş (2) çalışmasında doğuma yönelik korkuların en temel nedeninin; önceden doğum deneyiminin olmaması, doğuma ilişkin olumsuz hikâyeler duyma, olumsuz doğum deneyimi olan bir kişiyi tanıma, olumsuz doğum deneyimini izleme gibi önceki deneyimlerin olduğunu saptamıştır. Doğuma ilişkin medyadan alınan bilgiler, bilgi eksikliği, fazla bilgi almanın korku oluşmasında önemli nedenler olduğunu belirtmiştir (2). Çalışmamızda öğrencilerin doğumu genellikle mutlaka yaşanması gereken bir deneyim olarak ifade etmelerine rağmen doğum ile ilgili korkularının olduğu, doğum ve kadın sağlığı hemşireliği dersinin uygulamasında karşılaştıkları doğum eylemlerinin korkularını arttırdığı belirlenmiştir. Utkuallp ve Ogur (18) çalışmalarında uygulamada ilk vajinal doğumu gören öğrencilerin %63'ünün doğum eylemini zor bir süreç olarak tanımladıklarını belirtmiştir.

Doğum ile ilgili korkunun nedenleri değişebilmektedir. Çalışmalarda korkunun nedenleri bebeğin zarar görmesi, ölümü, annenin zarar görmesi ölümü, personele güvenmeme, kontrol kaybı, doğum anında panik olma, kontrolünü kaybetme gibi sıralanabilir (2,3).

Çalışmamızda öğrencilerin korkularının genellikle vajinal doğum ile ilgili olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin vajinal doğum sırasında bebeğin veya kendisinin/eşinin zarar görmesinden, doğum sırasında ağrı, acı duymaktan, hatta ölmekten, eylemde yalnız kalmaktan, doğum sonrası bedensel değişimler yaşamaktan korktukları belirlenmiştir. Seller (19) araştırmasında gebelerin çoğunluğunun doğum sırasında kendisini son derece korkmuş (%77,7), yalnız (%62,3), yüzüstü bırakılmış (%61,7), terk edilmiş (%62,7) hissedeceğini ve doğumlarının son derece korkunç olacağını, kendilerini güvende hissetmeyeceğini, doğumun ve sancıların aşırı ağrılı olacağını beklediklerini, doğum sırasında bebeğinin öleceğine ilişkin düşünceleri olduğunu saptamıştır.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda hemşirelik öğrencilerinin çoğunun doğal ve sağlıklı olduğunu düşündükleri için vajinal doğumu tercih ettikleri belirlenmiştir (17,20,21). Serçekuş ve ark. (22) Nullipar kadınların çoğunun (%90,8) ve eşlerinin daha sağlıklı olduğu için vajinal doğum tercih ettiğini sezaryen tercih edenlerin doğumdan korktukları ve bebek için risk oluşturduğu için sezaryen doğum tercih ettiğini belirlemiştir. Çalışmamızda öğrencilerin ders ile birlikte doğum tercihlerinin değiştiği, uygulamada olumsuz yönde etkilendiği ve doğum ile

korkularının arttığı belirlenmiştir. Duran ve ark. (19) ise araştırmada ebelik ya da hemşirelik bölümünde okumanın kız öğrencilerin doğum şekli tercihlerini doğum şekli tercihini etkilemediğini saptamıştır.

Özellikle erkek öğrenciler Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği dersi kadınların ne kadar değerli ve güçlü varlıklar olduğunu hatırlatması açısından önemli olduğunu ifade etmiştir. Öğrencilerin cinsiyete bakış açısının değişmesi ve kadının daha değerli olduğunu düşünmeye başlamaları açısından Utkualp ve Ogur (18)'un yaptığı çalışmanın sonuçları çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Aynı zamanda öğrencilerin yaklaşık üçte biri bu dersle birlikte hayatın gerçekleriyle karşı karşıya kaldıklarını, gelecek planları yapmaya (evlilik, çocuk vb.) başladıklarını ifade etmiştir.

Farklı toplumlarda, gebelik ve çocuk sahibi olma farklı anlamlara sahiptir. Türk toplumunda çocuk, ekonomik, psikolojik ve sosyal değerler boyutları olan bir unsurdur. Doğum, kadının çocuk sahibi olma isteğinden başlayarak, yüzlerce adet, gelenek, görenek, inanç, töre ve tören tarafından yönetilmektedir (19). Çalışmamızda öğrencilerin doğum deneyimi yaşama veya çocuk sahibi olma (anne-baba olma) isteklerinin kültürle şekillendiğini belirlenmiştir.

SONUÇ

Çalışmanın sonucunda Doğum Algısı ve Doğum Algısını Etkileyen Faktörler olmak üzere 2 ana tema ve 4 alt tema belirlenmiştir. Öğrencilerin doğum ile ilgili bakış açılarının genellikle olumlu olmakla birlikte doğum ile ilgili korkularının da olduğu görülmüştür. Öğrencilerin hemen hepsi doğum ve kadın sağlığı hemşireliği dersiyle birlikte doğuma daha gerçekçi bir bakış açısı geliştirdiklerini ifade etmiştir. Doğum deneyimi yaşama veya çocuk sahibi olma (anne-baba olma) isteklerinin kültürle şekillendiğini belirtmişlerdir.

Öğrencilerin olumlu bir doğum algısı geliştirmeleri için duygu ve düşüncelerini dile getirmeleri, öğrencilerin klinik ortamda yaşadıkları güçlükleri paylaşabilmeleri amacıyla düzenli olarak okul-hastane işbirliği ile birlikte klinik değerlendirme toplantıları yapılması önerilebilir. Bu paylaşım toplantılarında kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe/hemşireler öğrencilerle klinikte yapılan uygulamalar konusunda deneyimlerini paylaşmaları, öğrencileri uygulama konusunda motive etmeleri, başarılı olduklarında desteklemeleri öğrencilerin olumlu bir algı geliştirmelerinde ve çalışma hayatlarına başladıklarında gebelere daha profesyonel bir bakım vermeleri, onları rahatlatıcı yönlerinin gelişeceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Hofberg K, Ward MR. Fear of childbirth, tocophobia, and mental health in mothers: The obstetric-psychiatric interface. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2004; 47(3): 527-34.
- Serçekuş P. Nullipar Kadınlarda Normal Spontan Doğuma İlişkin Korkular ve Nedenlerinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2005.
- Şahin N, Dinç H, İşsiz M. Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2009; 40(2): 57-62.
- Goodin M, Griffiths M. Caesarean section on demand. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. 2012; 22(12): 368-70.
- Köksal Ö, Duran ET. Doğum Ağrısına Kültürel

- Yaklaşım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2013; 6(3): 144-8.
- Sayiner DF, Özerdoğan N, Giray S, Özdemir E, Savcı A. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Perinatoloji Derg*. 2009; 17(3): 104-12.
- Kızılkaya N. Kadınların Doğum eylemindeki destekleyici hemşirelik davranışlarına ilişkin görüşleri. *Perinatoloji Derg*. 1997; 3(4): 30-42.
- Karakuş S. Psikolojiye Giriş. 8. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü Yayınları; 1991.
- Igu. ac. ok [Internet]. Using research on student learning to enhance educational quality [Cited: 2016]. Available from: <http://www.lgu.ac.ok/deliberations/ocdspubs/is/tp.ramsd.en.html>.
- Şirin A, Kavak O, Ertem G. Doğumhane stajına çıkan öğrencilerin durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2003; 7(1): 27-32.
- Bell ML. Learning a complex nursing skill: student anxiety and the effect of preclinical skill evaluation. *Journal of Nursing Education*. 1991; 30(5): 222-8.
- Audet MC. Caring in nursing education reducing anxiety in the clinical setting. *Journal of Nursing Education*. 1995; 8(3): 21-8.
- sru.soc. [Internet]. "Focus groups", Social Research [Cited: 2016 August 19]. Available from: <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU19.html>.
- Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 7. Basım. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2008.
- Çiçek Ö, Mete S. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2015; 8(4): 263-8.
- Serçekuş P, Okumuş H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*. 2009; 25(2): 155-62.
- Fenwick J, Toohill J, Creedy DK, Smith J, Gamble J. Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: A qualitative investigation. *Midwifery*. 2015; 31(1): 239-46.
- Utkualp N, Ogur P. Öğrencilerin Doğum Kadın Hastalıkları ve Hemşireliği Dersi Alan Uygulamasına İlişkin Duygu ve Düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2010; 3(1): 45-54.
- Seller A. Gebelerin doğuma ilişkin korku ve beklentileri [Yüksek Lisans Tezi]. Mersin: Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2002.
- Duran ET, Atan ŞÜ. Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *Genel Tıp Derg*. 2011; 21(3): 83-8.
- Doğaner G, Doğaner A, Duran Ö, Tuna M, Tezcan Ş, Turan G. Sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerin doğum şekli tercihlerine yönelik düşüncelerinin belirlenmesi. *J Turk Soc Obstet Gynecol*. 2013; 10(1): 31-6.
- Serçekuş P, Cetisli NE, İnci FH. Birth preferences by nulliparous women and their partners in Turkey. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2015; 6(3): 182-5.



Bir Üniversitenin Ebelik Bölümü Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom

Özlem DOĞAN YÜKSEKOL¹

ÖZ

Premenstruel sendrom en sık ergenlik döneminde görülen, genç kızların yaşamını, derslere devam etme durumunu, okul başarısını ve sosyal yaşamını olumsuz etkileyen bir sağlık sorunudur. Bu çalışma Elazığ Sağlık Yüksekokulu Ebelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin premenstruel semptomlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikteki çalışmanın evrenini 2010-2011 eğitim öğretim yılında Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Ebelik bölümü 1., 2. ve 3.sınıflarında öğrenim gören toplam 182 öğrenci oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş evrenin tamamı çalışmaya alınmıştır. Ancak verilerin toplandığı günde 10 öğrencinin derste olmamaları, çalışmaya katılmayı reddetmeleri nedeniyle araştırmaya 172 öğrenci alınmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür taranarak geliştirilen anket soruları ve Premenstrual Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Veriler SPSS 15.0 paket programında değerlendirilmiş ve ilk olarak ortalama, standart sapma, yüzde hesaplanmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek için Pearson Ki-kare testi kullanılmıştır. Öğrencilerin Premenstrual Değerlendirme Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 112.6±32.0'dır. Araştırma sonuçlarına göre öğrencilerin %60.5'i depresif duygulanım, %51.2'sinin yorgunluk, %43.6'sının depresif düşünce, %32'sinin sinirlilik, %19.8'inin anksiyete, %8.1'inin iştah değişiklikleri, %7'sinin şişkinlik, %5.2'sinin ağrı yaşadığı saptanmıştır. Öğrencilerin %92.4'ü sigara kullanmadığını, %61.6'sı çayı sık tükettiğini, %79.7'si kahveyi nadir olarak kullandığını, %93'ü ara sıra egzersiz yaptığını, %87.8'i herhangi bir kronik hastalığının olmadığını belirtmiştir. Çalışmada menstruasyon süresi, oral kontraseptif kullanma ve menstruasyon düzeni ile premenstrual sendrom yaşama arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. **Anahtar Kelimeler:** Öğrenci; premenstrual semptom.

Premenstrual Syndrome in Midwifery Students of a University

ABSTRACT

Premenstrual syndrome is a health problem that is most commonly seen adolescence, which negatively affects lives of girls, their attendance at classes, school success, and social life. This study was carried out in order to determine premenstrual symptoms of the students in Elazığ Health High School Midwifery Department. The universe of the descriptive and relationship-seeking study consisted of 182 students who were attending to Elazığ Health School Midwifery Department 1st, 2nd, 3rd grades in 2010-2011 academic year. No sampling was made, all of research universe was included in study. On the day of collection of data, 172 students were taken to investigation because 10 students were not in class and didn't accept participating in study. As data collection tool, questionnaire developed by researcher using literature scanning and Premenstrual Evaluation Scale were used. Data were evaluated with SPSS 15.0, and mean, standard deviation and percentage were calculated. Pearson Chi-Square test was used to examine relations between categorical variables. The average Premenstrual Evaluation Scale score of students was 112.6±32.0. According to results of the research, it was detected that of the students 60.5% experienced depressive mood, 51.2% were fatigue, 43.6% were depressive thinking, 32% were irritability, 19.8% had anxiety, 8.1% had appetite changes, 7% had bloating, 5.2% suffering from pain. 92.4% of the students stated that they did not use cigarettes, 61.6% drank tea frequently, 79.7% drank coffee rarely, 93% made occasional exercise, 87.8% stated that they had no chronic disease. There was no significant relationship between duration of menstruation, oral contraceptive use, and menstruation scheme with premenstrual syndrome in the study.

Keywords: Student; premenstrual symptom.

¹ Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Özlem DOĞAN YÜKSEKOL, ozlem193523@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 20.10.2016 Kabul Tarihi / Accepted: 07.11.2017

GİRİŞ

Genç kızların yaşamında önemli yeri olan menarşla birlikte adet dönemi sorunları ortaya çıkmakta, premenstrual ve menstruasyon dönemini kapsayan perimenstrual dönemde ortaya çıkan şikâyetler genç kızların yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir (1). Sosyal ilişkileri ve günlük aktiviteleri bozacak düzeyde önemli değişikliklere sebep olmaktadır.

Birçok döngüde tekrarlayan (tekrarlayan şekilde görülen) ve menstruasyonun başlamasından sonra birkaç gün içinde kaybolan cinsel olgunluk yaşındaki kadınlarda menstrual siklusun geç luteal fazında görülen psikolojik, fiziksel ve davranışsal semptomların birleşimi olan premenstrual sendrom (PMS) ilk kez 1931'de Frank tarafından tanımlanmıştır (2). Premenstrual sendrom hem fiziksel hem duygusal belirtilerle karakterizedir (3). Fiziksel belirtiler baş ağrısı, göğüslerde hassasiyet, karında şişkinlik, periferik ödem ve genel yorgunluğu, duygusal belirtiler ise sinirlilik, sosyal geri çekilme, anksiyete ve depresyonu içermektedir (4).

PMS'nin etiyolojisi kesin olarak bilinmemektedir (5). Literatürde PMS'nin belirtilerinin ortaya çıkmasında etkili olduğu düşünülen faktörler; hormon dengesizliği, tiroid fonksiyon bozukluğu, hipoglisemi, sıvı retansiyonu, genetik faktörler, stres ve psikolojik olarak sıralanmaktadır. Progesteron düzeylerindeki düşüklük, östrojenin yüksek veya düşük düzeyleri, östrojen progesteron oranlarında değişiklikler, aldesteron, renin-angiotensin ve adrenal bez aktivitesindeki artışlar, endojen endorfinlerin düşüklüğü, merkezi katekolamin değişiklikleri, prolaktin salınımının artışı, karbonhidrat intoleransı, stres dahil olmak çevresel etkenler olarak ifade edilmiştir. Ancak yapılan çalışmalarda PMS'nin ortaya çıkmasında sadece hormon değişikliklerinin değil aynı zamanda bireyin yaşadığı kültürün, annenin çalışma ve eğitim durumunun, menstruasyona ilişkin bilgi alma durumu ve tutumunun, dismenore gibi diğer menstrual problemler yaşama durumunun etkili olabileceği belirtilmektedir (6-8).

Günümüzde PMS'nin etkili bir tıbbi tedavisi bulunmamaktadır (8). Premenstruel sendrom belirtilerini hafifletmek için farklı yöntemler ifade edilmiştir. Amerika Birleşik Devletlerinde yaygın olarak vitaminler, egzersiz, diyet ve ilaçlar kullanılmaktadır. Japonya ve Tayland'da ise yaygın tedaviler; dinlenme, sıcak su içme, egzersiz, yoga ve karın bölgesine masajdır (7). Premenstruel semptomların azaltılmasında veya önlenmesinde bireyin kendi bakımı konusunda sorumluluk alması ve katılımı önem taşımaktadır (2). Genç kızlar aile, okul eğitimi, sosyal ilişkilerde sıkıntılara neden olan bu belirtilerle kendi geliştirdikleri yöntemlerle baş etmeye çalışmaktadırlar. Literatürde öğrencileri etkileyen belirtilerin azaltılması ve etkin baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi için biyo-psiko-sosyal bir yaklaşımın sağlık personeli tarafından multidisipliner yönden değerlendirilmesi gerekmektedir (6).

Literatürde Premenstrual Sendrom ile ilgili birçok çalışmanın kadınlar üzerinde yapıldığı, adölesanlar üzerinde yapılan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir (9,10). Ebelik eğitimi alan genç kızların bu konuda farkındalıklarının artırılması, baş etme yöntemleri

geliştirmeleri açısından konu önem arz etmektedir.

Bu çalışma Elazığ Sağlık Yüksekokulu'nda okuyan ebelik bölümü öğrencilerinin premenstrual semptomlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma Türü, Evreni ve Örneklemi

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde olan bu araştırmanın evrenini Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Ebelik bölümü 1., 2., 3. sınıfta okuyan toplam 182 öğrenci oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş evrenin tamamı çalışmaya alınmıştır. Ancak verilerin toplandığı günde 10 öğrencinin derste olmamaları, çalışmaya katılmayı reddetmeleri nedeniyle araştırmaya 172 öğrenci alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı okulda 4. sınıfta intörlük uygulaması olması nedeniyle intörn öğrenciler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan soru formu ve Gençdoğan (11) tarafından geliştirilen 44 maddelik, beş dereceli (hiç, çok az, bazen, sık sık, sürekli) likert tipi ve dokuz alt gruplu Premenstrual Sendrom Ölçeği kullanılarak öğrencilerle birebir görüşülerek toplanmıştır. Hiç seçeneğine "bir puan" sürekli seçeneğine "beş puan" verilmiştir. Alt ölçeklerin her birinden alınabilecek en düşük ve en yüksek toplam puan sırasıyla; depresif duygulanım için 7-35, anksiyete için 7-35, yorgunluk için 6-30, sinirlilik için 5-25, depresif düşünce için 7-35, ağrı için 3-15, iştah değişimi için 3-15, uyku değişimi için 3-15 ve şişkinlik için 3-15'tir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 44 ve en yüksek puan ise 220'dir. Puanların yükselmesi PMS'nin yoğunluğu göstermektedir. Toplam ve alt ölçek puanlarının alınabilecek en yüksek puanın %50'sini geçme durumuna göre PMS'nin varlığının olup olmadığı yönünde değerlendirme yapılmaktadır. Bu çalışmanın verileri de bu doğrultuda değerlendirilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenirliği 0.75'tir.

Etik

Anket ve ölçek formları uygulanmadan önce Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu müdürlüğünden yazılı izin ve katılımcılardan sözlü izin alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Veriler SPSS 15.0 paket programında değerlendirilmiş ve ilk olarak betimsel istatistikleri (ortalama, standart sapma, yüzde) hesaplanmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek için Pearson Ki-kare testi kullanılmıştır.

Sınırlılıklar

Örneklem çalışmanın yapıldığı sınıflarla sınırlı olduğu için genelleme yapılamaz.

BULGULAR

Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalamaları 20.3 ± 2.2 'dir. Öğrencilerin %42.4'ü 1. sınıfta, %21.5'i 2. sınıfta, %15.1'i 3. sınıfta, %20.9'u dördüncü sınıfta okumaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerden %96.5'i bekâr, %3.5'i evlidir (Tablo 1). Öğrencilerin üreme sağlığına ilişkin özellikleri incelendiğinde; adet görme oranının %72.7 olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 1. Öğrencilerin bazı tanımlayıcı özellikleri

Tanımlayıcılar		n (%)
Sigara Kullanma	Kullanmıyor	159 (92.4)
	Düzenli içici	13 (7.6)
Çay tüketme durumu	Nadiren	66 (38.4)
	Sık sık	106 (61.6)
Kahve tüketme durumu	Nadiren	137 (79.7)
	Sık sık	35 (20.3)
Egzersiz	Ara sıra	160 (93.0)
	Düzenli	12 (7.0)
Kronik hastalığa sahip olma	Evet	21 (12.2)
	Hayır	151 (87.8)
Toplam		172 (100)

Tablo 2. Öğrencilerin üreme sağlığı ile ilgili bazı özellikleri

Üreme Sağlığı ile İlgili Özellikler		n (%)
Menstruasyon Süresi	1-7 gün	161 (93.6)
	8-10 gün	11 (6.4)
Oral Kontraseptif Kullanma Durumu	Kullanıyorum	15 (91.3)
	Kullanmıyorum	157 (8.7)
Menstruasyon Düzeni	Düzenli	125 (72.7)
	Düzensiz	47 (27.3)
Toplam		172 (100)

Tablo 3. Öğrencilerin premenstrual semptomlarının dağılımı (n=172)

Alt ölçekler	n (%)
Depresif duygulanım	104 (60.5)
Yorgunluk	88 (51.2)
Depresif düşünceler	75 (43.6)
Sinirlilik	55 (32.0)
Anksiyete	34 (19.8)
İştah değişimleri	14 (8.1)
Şişkinlik	12 (7.0)
Uyku değişimleri	10 (5.8)
Ağrı	9 (5.2)

Öğrencilerin PMS ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 112.6±32.0'dır. Premenstrual sendrom yaşama oranı %48.8'dir. Öğrencilerin premenstrual semptom ölçeği alt gruplarına ilişkin belirtileri yaşama durumları Tablo 3'te verilmiştir.

Öğrencilerin üreme sağlığı özelliklerine göre premenstrual sendrom yaşama durumları incelendiğinde menstruasyon süresi 1-7 gün arasında değişenlerin %50.9 oranında, menstruasyon süresi 8-10 gün değişenlerin ise %54.5 oranında premenstrual sendrom yaşadıkları saptanmıştır (p>0.05) (Tablo 4).

TARTIŞMA

Bu çalışmada öğrencilerin PMS ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 112.6±32.0 olarak bulunmuştur. Erbil ve arkadaşlarının (12) yapmış olduğu çalışmada PMS puan ortalaması 112.27±31.24; Tanrıverdi ve arkadaşlarının (13) yaptığı çalışmada ise 121.94±31.27 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir.

Öğrencilerin premenstrual dönemde en sık deneyimledikleri şikâyetler sırasıyla depresif duygulanım, yorgunluk, depresif düşünceler, sinirlilik, anksiyete, iştah değişimleri, şişkinlik, uyku değişimleri ve ağrı olarak bulunmuştur. Kısa ve arkadaşları (7) 2012'de yapmış oldukları çalışmada en sık deneyimlenen şikâyeti depresif duygulanım (%68.1) olarak bulmuşlardır. Benzer şekilde Aşçı ve arkadaşları (15) 525 üniversite öğrencisi ile yapmış oldukları çalışmada en sık deneyimlenen semptomun depresif duygulanım olduğunu saptamışlardır. Bu sonuç çalışmamızı destekler niteliktedir.

Bu çalışmada, ebelik öğrencilerinin %51.2'si yorgunluk deneyimlediklerini ifade etmişlerdir. Kıvrak ve arkadaşlarının (15) Beden Eğitimi ve Spor bölümü kız öğrencilerinin premenstrual sendrom düzeylerini belirlemek için yapmış oldukları çalışmada araştırmaya katılanların %34.2'si, Kaya ve Gölbaşının (16) hemşirelik ve ebelik öğrencilerinde yapmış oldukları çalışmada ise %46.7'si premenstrual semptom olarak yorgunluk deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Araştırma sonuçları yapılan bu çalışmayla benzerdir.

Öğrencilerin %43.6'sı premenstrual dönemde depresif düşünceler yaşadıklarını belirtmişlerdir. Tanrıverdi ve arkadaşlarının (13) premenstrual sendrom prevalansını belirlemek için yaptıkları çalışmada depresif düşünceler görülme oranını %61.1 olarak bulmuşlardır. Bu sonuç, araştırma bulgumuzla paralellik göstermektedir.

Çalışmada öğrenciler %32 oranında sinirlilik yaşadıklarını belirtmişlerdir. Selçuk ve arkadaşlarının (17) 184 hemşirelik öğrencisi ile yapmış oldukları çalışmada premenstrual dönemde sinirlilik deneyimleme oranını %63.6 olarak saptamışlardır. İki çalışma arasındaki farklılığın premenstrual semptomların bireysel algılanma farklılığından kaynaklandığı şeklinde düşünülebilir.

Öğrenciler %19.8 oranında anksiyete deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Tanrıverdi ve arkadaşlarının (13) üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansını belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada anksiyete deneyimleme oranını %29.6 olarak bulmuşlardır. Aynı çalışmada iştah değişimleri görülme sıklığı %82, Selçuk ve arkadaşlarının (17) çalışmasında %64.1, Kısa ve arkadaşlarının (6) çalışmasında %70.2 olarak bulunmuştur

Tablo 4. Öğrencilerin üreme sağlığı özelliklerine göre premenstrual sendrom yaşama durumları

Premenstrual Sendrom Yaşama Durumu					
		Evet n (%)	Hayır n (%)	X ²	p
Menstruasyon Süresi	1-7 gün	82 (50.9)	79 (49.1)	0.054	0.817
	8-10 gün	6 (54.5)	5 (45.5)		
Oral Kontraseptif Kullanma Durumu	Kullanıyorum	8 (53.3)	7 (46.7)	0.031	0.860
	Kullanmıyorum	80 (51.0)	77 (49.0)		
Menstruasyon Düzeni	Düzenli	66 (52.8)	59 (47.2)	0.491	0.484
	Düzensiz	22 (46.8)	25 (53.2)		

(6,13,17). Bu çalışmada iştah değişimleri görülme sıklığı %8.1 olarak saptanmış olup belirtilen çalışmalardan farklılık göstermektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %7'si şişkinlik yaşadığını belirtmiştir. Kıvrak ve arkadaşlarının (15) yapmış oldukları çalışmada öğrencilerin şişkinlik yaşama oranı %26.3 olarak bulunmuş olup, iki çalışma bu yönden farklılık göstermektedir. Araştırma sonuçları arasında görülen bu farklılığın premenstrual dönemde bireylerin beslenme alışkanlıkları, egzersiz ve bireysel farklılıklarından kaynaklandığı şeklinde düşünülebilir. Aynı çalışmada ağrı yaşama oranı %61.7 iken yaptığımız çalışmada %5.2 olarak bulunmuştur. İki çalışma arasındaki farkın ağrı eşliğinin bireyselliğinden kaynaklandığı düşünülebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan bu çalışmada öğrenciler premenstrual dönemde en sık depresif duygulanım, yorgunluk, depresif düşünceler, sinirlilik, anksiyete, iştah değişimleri, şişkinlik, uyku değişimleri ve ağrı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Araştırma sonucumuz yapılan birçok araştırma bulgusu ile farklılık göstermekte olup bu farklılıkların bölgesel, kültürel ve bireysel farklılıklardan kaynaklandığını düşündürmektedir. Sonuçlara göre en yaygın yaşanan yakınmalar depresif duygulanım, yorgunluk, depresif düşünceler ve sinirliliktir. Bu doğrultuda üniversite öğrencilerine yönelik multidisipliner bir yaklaşımla sağlık eğitimi, danışmanlık ve rehberlik programları düzenlenebilir. Bu programlar üniversitenin sağlıkla ilgili yüksekokul, fakülte ve toplulukları ile akran eğitimleri biçiminde planlanarak gerçekleştirilebilir. Ayrıca PMS'yi etkileyen faktörlere yönelik multidisipliner ve çok boyutlu çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Oskay Ü, Can G, Taş D, Sezgin Ö. Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinde görülen perimenstruel sorunlar. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2008; 16(63): 157-64.
- Pınar G, Çolak M, Öksüz E. Premenstrual syndrome in Turkish college students and its effects on life quality. Sexual & Reproductive Healthcare. 2011; 2(1): 21-7.
- Chandraratne NK, Gunawardena NS. Premenstrual syndrome: the experience from a sample of Sri Lankan Adolescents. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2011; 24(5): 304-10.
- Karaca İ, Kurt S, Toz E, Adiyeye M, Canda MT. Treatment of premenstrual syndrome with progesterone in women with polycystic ovary syndrome. Gynecol Obstet. 2013; 3(3): 151-5.
- Bastani F, Hashemi S. Effects of a web based lifestyle education on general health and severity of the symptoms of Premenstrual Syndrome (PMS) among female students: a randomized controlled trial. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2012; 46: 3356-62.
- Kısa S, Zeyneloğlu S, Güler N. Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 1(4): 284-98.
- Butsripoom B, Hanucharunkul S, Arpanantikul M, Choktanasiri W, Vorapongsathorn T, Sinsuksai N. Premenstrual syndrome among Thai Nurses: prevalence, impact and self-management strategies. Thai J Nurs Res. 2009; 13(4): 285-301.
- Arıöz A, Ege E. Premenstrüel sendrom sorunu olan üniversite öğrencilerinde, semptomların kontrolü ve yaşam kalitesinin artırılmasında eğitimin etkinliği. Genel Tıp Dergisi. 2013; 23(3): 63-9.
- Derman O, Kambur NO, Tokur TE, Kutluk T. Premenstrual syndrome and associated symptoms in adolescent girls. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2004; 116(2): 201-6.
- Kırcan N, Ergin F, Adana F, Arslantaş H. Hemşirelik öğrencilerinde premenstrüel sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2012; 13(1): 19-25.
- Gençdoğan B. Premenstrual sendrom için yeni bir ölçek. Türkiye'de Psikiyatri. 2006; 8(2): 81-7.
- Erbil N, Karaca A, Kırış T. Investigation of premenstrual syndrome and contributing factors among university students. Turk Med Sci. 2010; 40(4): 565-73.
- Tanrıverdi G, Selçuk E, Okanlı A. Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 13(1): 52-7.
- Aşçı Ö, Süt Kahyaoğlu H, Gökdemir F. Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansı ve risk faktörleri. DEUHFED. 2016; 9(3): 79-87.
- Kıvrak AÖ, Taşgın Ö. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulunda öğrenim gören kız öğrencilerin premenstrual sendrom düzeyleri. Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi. 2010; 15(2): 110-9.
- Kaya D, Gölbaşı Z. Hemşirelik/Ebelik öğrencilerinde premenstrual sendrom yaşama sıklığı ve premenstrual sendromun sigara içme davranışı ile ilişkisi. Taf Prev Med Bull. 2016; 15(4): 305-11.
- Selçuk KT, Avcı D, Yılmaz FA. Hemşirelik öğrencilerinde premenstrual sendrom prevalansı ve etkileyen faktörler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2004; 5(2): 98-103.

Kalp Hastaları Cinsel Aktiviteden Uzak Durmalı mı?

Afitap ÖZDELİKARA¹, Ebru BABA²

ÖZ

Kalp hastalıklarının genç yaşlarda ortaya çıkması; cinsellik ile ilgili konuların daha fazla konuşulmasını ve kalp hastalığı tanısı alan bireylerin cinsel fonksiyon yönünden değerlendirilmesini gündeme getirmiştir. Cinsellik, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin birleşimi” şeklinde tanımlanmaktadır. Yaşamın bir parçası olan cinsel aktivite, kişilere yaşama zevkini verir. Kalp hastalarında cinsel disfonksiyonun olabileceği düşüncesi yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir. Cinsellik ile ilgili konular; kültürel özellikler, utanma, çekinme gibi nedenlerden dolayı çoğu toplumda dile getirilememektedir. Herhangi bir sorun ile karşılaşıldığında tedavisi gecikmektedir. Kalp hastaları cinsel ilişkinin istenmeyen kardiyovasküler durumlara sebep olabileceği endişesi ile cinsel aktiviteden uzak durmaktadır. Ancak cinsel aktivitenin çoğu safhasında kalp üzerine olan etkisi günlük yaşam aktivitelerinden ve emosyonel durum değişikliklerinden farksızdır. Sağlıklı cinsel aktivite için kalp hastalığı olan bireylerin kardiyak risk açısından değerlendirilmeleri gerekmektedir. Hastaların düşük-orta-yüksek risk grubundan hangisine girdiği belirlendikten sonra uygun cinsel aktiviteyi sağlamak amacıyla hastalar kardiyak ve cinsel rehabilitasyon programlarına alınmalıdır. Cinsellik ile ilgili konuların sağlık hizmetleri alanında konuşulabilmesi için hastalar ile sağlık çalışanları arasında iletişim güçlendirilmelidir. Bu derlemede, kalp problemi olan hastaların cinsel aktivitelerini sağlıklı ve güvenli bir biçimde yürütebilmesi için hemşirelerin üzerinde durması gereken ve gerekli durumlarda hastaları bilgilendirmesi gereken durumlar ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Cinsel aktivite; hemşirelik; kalp hastalıkları; miyokard infarktüsü.

Must Patients with Cardiac Disease Avoid from Sexual Activity?

ABSTRACT

The emergence of heart disease at a young age; sexuality-related matters to be spoken more of individuals with heart disease and evaluation in terms of sexual function. Sexuality, identified as "combination of effects of physical, emotional, intellectual and social aspects on enriching the personality, communication and love" by the World Health Organization. Sexual activity that is part of life, gives the joy of living to the people. The thought of sexual dysfunction in cardiac patients may adversely affect the quality of life. Sexuality-related topics; are not expressed in most of society due to reasons like cultural property, being ashamed, being hesitated. When faced with any problem treatment is delayed. Heart patients stay away from sexual activity with the concern that sexual intercourse can cause unwanted cardiovascular states. However, the effect on the heart at most stages of sexual activity is no different from the activities of daily living and emotional state changes. Individuals with heart disease should be evaluated for healthy sexual activity, in terms of cardiac risk. Patients get into cardiac and sexual rehabilitation programs in order to provide appropriate sexual activity, after they are identified which of the low-to-high-risk groups. Communication between patients and health professionals should be strengthened in order to provide sexuality-related issues can be discussed in the field of health care services. In this review, it has been dealt with situations in which nurses should emphasize and should inform patients when necessary in order to ensure that patients with heart problems can perform their sexual activities in a healthy and safe manner.

Keywords: Sexual activity; nursing; cardiac diseases; myocardial infarction.

GİRİŞ

Kardiyovasküler olayların genç yaşta görülmeye başlaması ve kalp hastaları için geliştirilen tedavi yöntemleri sayesinde ortalama yaşam süresinin artması cinsel fonksiyonların değerlendirilmesini ve tedavisini önemli kılmaktadır (1-3).

¹ Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları AD

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun Eğitim Araştırma Hastanesi, Dahili Yoğun Bakım Hemşiresi

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Afıtap ÖZDELİKARA, afitapozdelikara@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 10.11.2016 Kabul Tarihi / Accepted: 22.03.2017

Dünya genelinde 2012 yılında Bulaşıcı Olmayan Hastalıklara bağlı ölümlerin %46,2'si (17,5 milyon) kalp ve damar hastalıkları sebebiyledir. Bu oranın 2030 yılında 22,2 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Ölümlerin 7,4 milyonu miyokard infarktüsüne (MI) bağlıdır (4,5). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) kalp hastalıklarından ölümlerin giderek artma eğiliminde olduğuna dikkat çekmektedir. Dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle yaşanan ölümlerin 2014 yılında %40,4'ü ve 2015 yılında %40,5'i iskemik kalp hastalığı nedeniyle gerçekleşmiştir (6).

Amerika'da 20 yaş üzerindeki koroner kalp hastalığı prevalansı kadınlarda %6,1, erkeklerde %8,3'tür (7). İngiltere'de ise 2006 yılında 16 yaş üzerindeki popülasyonda anjina prevalansının kadınlarda %3,3, erkeklerde %4,8 olduğu bildirilmiştir (8). TÜİK tarafından 2012 yılında 15 yaş üstü 28055 kişi ile yapılan ulusal sağlık araştırmasında koroner kalp hastalığı insidansı kadınlarda %4,2, erkeklerde ise %4 olarak belirlenmiştir (9).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) cinselliği; fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyal yönlerin kişiliği, iletişimi ve aşkı zenginleştirici etkilerinin birleşimi olarak tanımlamaktadır (5). Dünya Sağlık Örgütü'nün, "cinsel yaşamda var olan; kişilik, iletişim ve sevginin katkısı ile zenginleştirilen, somatik, duygusal, entelektüel ve sosyal görüşlerin bütünü" biçiminde tanımladığı cinsel sağlık, çok yönlüdür. Hastalık, duygusal ve kültürel faktörler, bu dengeyi bozabilir (10). Cinsel açıdan aktif olan kişilerin çoğu için seks yaşamındaki en keyifli, tatmin edici bir etkinliktir. Cinsel fonksiyonların kardiyovasküler hastalıklar, cerrahi girişimler, depresyon gibi çeşitli nedenlerle gerçekleştirilememesi yaşam kalitesini etkiler. Erkeklerde ve kadınlarda miyokard infarktüsü (MI) sonrası cinsel aktivite sıklığında ve doyumunda azalma olduğu bildirilmiştir (11,12). Kalp hastalığı olan bireylerde cinsel disfonksiyonun olması her iki cinsiyette de yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (13,14).

Cinsellik olgusu için kültürel farklılıklar söz konusudur(15,16). Bizim ülkemizde olduğu gibi çoğu ülkede cinsellik ile ilgili konularda konuşamama, çekinme, utanma duygusu, gizlenme davranışları, sorunun ortaya konması ve saptandığında bu konuda ilgili kişilerden yardım almayı zorlaştırır (1,12). Cinsel fonksiyonların ve aktivitenin sorgulanmasının ve konuşulmasının sevilmediği ve yapılmadığı bilinmektedir (17).

Kalp Hastalıkları ve Cinsel Disfonksiyon

Cinsel aktivite, yaşam kalitesinin önemli bir bölümünü oluşturmada ve kalp hastaları için pek çok sıkıntının meydana gelmesine neden olmaktadır. Kalp hastaları, istenmeyen durumlara sebep olacağı düşüncesi ile cinsel aktiviteden kaçınmaktadır (1). Azalmış cinsel aktivite ve cinsel ilişki sırasında meydana gelen kardiyak semptomlar nedeniyle kalp hastalığı olan bireyler ve eşleri psikolojik olarak etkilenmektedir. Ancak kalp hastalığı olan hastalarda seksüel aktivite ile ilişkili veriler göreceli olarak eksik bulunmaktadır (18). MI geçiren erkek hastaların %44'ünde erektil disfonksiyon olduğu belirlenmiş ve bunun nedenleri arasında %53 oranında arteriyel hastalıkların bulunduğu bildirilmiştir (2). Miyokard infarktüsü sonrası cinsel

disfonksiyon prevalansı %50-75 olarak saptanmıştır (19). MI sonrası erkeklerin %37'sinde, kadınların ise %80'inde cinsel disfonksiyon görüldüğü ve hastaların %25'inin cinsel aktiviteyi bıraktığı ve cinsel işlev bozukluğunun kadınlarda erkeklerden daha çok görüldüğü bildirilmiştir (12).

Cinsel aktivite sırasındaki fizyolojik etkiler incelendiğinde enerji harcanması ve oksijen gereksinimindeki artış orgazm sırasında maksimum seviyelere ulaşır (1,2). Bu artan gereksinimleri karşılamak için kardiyorespiratuar sistem uyarılarak solunumda ve hemodinamik sistemde değişiklikler meydana gelir. Cinsel aktivitenin intramasyon safhası dışında diğer safhalarında harcanan enerji ve kardiyak değişiklikler günlük rutin uygulamalardan olan aktivite ve emosyonel değişikliklerle (yürüme, koşma, korku, kızgınlık vb.) karşılaştırıldığında benzer olduğu belirlenmiştir (20). Cinsel aktivitenin intramasyon safhası cinsel uyarılma safhasına göre (koitus dışı aktiviteyi içeren safha) kalp atımını, kan basıncını ve kalbin oksijen tüketimini biraz daha fazla arttırmaktadır. Cinsel aktivitenin kalp üzerine etkisini belirlemek için yapılan araştırmalarda bireylerden elde edilen bilgiler sınırlı düzeydedir (21). 1932'de Boas ve Goldochimalt (22); cinsel birleşme sırasında kalp hızı değişikliklerini ilkel bir kardiyotakometre kullanarak elde etmeye çalışmışlardır. Kartal ve ark (2006) bildirdiğine göre; 1956'da Barlett tarafından yapılan çalışmada (23) yaşları 22-30 olan 3 evli çift, çeşitli elektrokardiyografik bağlantıların yerleştirilmiş olduğu bir odada cinsel ilişkiye girmişler ve denekler cinsel ilişkinin çeşitli bölümlerinde yanlarında bulunan düğmelere basmışlardır. Çalışma sonucunda cinsel ilişki esnasında kadın ve erkekte gözlemlenen en yüksek kalp hızı orgazm sırasında meydana geldiği (170/dk) ve kan basıncında ortalama 80/50 mmHg artış olduğu tespit edilmiştir (24). Kalp hastalığı olan hastalar, kalp rahatsızlığının cinsel sağlık üzerine olumsuz etkisi olacağını düşünmekte ve ayrıca psikolojik ve emosyonel olarak sıkıntı yaşamaktadırlar. Bu nedenle erektil işlev bozuklukları ya da libido kaybı ortaya çıkmaktadır (18). Kardiyovasküler hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlara bağlı impotans, libido ve orgazm problemleri, jinekomasti ve menstruasyon bozuklukları oluşabilmektedir (2,25). Özellikle de beta blokerler ve tiazid grubu diüretikler erektil disfonksiyona neden olmaktadır (18). Ko ve ark. yaptığı çalışmada; yaş ortalaması 60 olan 14,897 birey dahil edilmiş ve beta bloker alan hastalarda cinsel işlev bozukluğu görülme sıklığı %21,6 olarak belirlenmiştir. Plasebo kullanan grupta ise bu oran %17,5 olarak bulunmuştur (26).

Koroner arter bypass greft operasyonu geçiren hastalar üzerine yapılan bir araştırmada işlem sonrasında olguların %46'sında cinsel aktivitede herhangi bir değişiklik görülmemiş, %36'sında cinsel ilişkiye girme sıklığında azalma, %10'unda artma, %8'inde ise işlem sonrası cinsel aktivitelerinin olmadığı saptanmıştır (25).

Kalp nakli operasyonu yapılan ve kalp pili takılan hastalar da cinsel aktivite yönünden incelenmiş; kalp nakli olan yaşları 45-67 arasında toplam 62 hastanın %48'inde herhangi bir değişiklik olmadığı, %29'unda nakil sonrasında cinsel aktivitelerinde iyileşme olduğu ve %23'ünde cinsel aktivite açısından öncesine göre kötüye

gidiş olduğu tespit edilmiştir. Kalp pili takılan ve yaşları 20-60 arasında olan toplam 72 hastanın yaklaşık %74'ünün cinsel aktivitelerinde öncesine göre bir değişiklik olmadığı, %8'inde cinsel aktivitede olumlu gelişme ve %8'inde olumsuz yönde bir gelişme olduğu tespit edilmiştir (27,28). Bir kalp hastalığı tanısı aldıktan sonra, MI gibi önemli bir kardiyovasküler olay ya da kalple ilgili girişimsel bir işlem geçirdikten sonra hem kadınlarda hem de erkeklerde cinsel aktiviteyi azaltma yönünde bir eğilim söz konusudur. Bu hastaların cinsel kaygıları göz önüne alındığında en güçlü belirleyicileri kalp hastalığı ve eşlik eden anksiyete, emosyonel stres gibi psikolojik hastalıkların varlığıdır (11,14,29).

Kalp Hastalarında Cinsel Aktivite ve Ölüm İlişkisi

Ani olarak meydana gelen kardiyak ölümler bir halk sağlığı sorunudur. Uyku sırasında ya da orta şiddette egzersiz esnasında kardiyak ölümler gerçekleşebilir. MI sonrası cinsel ilişki sıklığında azalma nedenlerine arasında; reinfarktüs korkusu (%85,5), reinfarktüs korkusu ile birlikte anjina atağı (%9,1) ve anjina (%5,5) olduğu görülmüştür (14). Cinsel aktivite sırasındaki ölümler tüm egzersize bağlı gelişen ölümlerden %2 oranında daha azdır (30). Muller'in yapmış olduğu bir çalışmada ani ölümlerde; cinsel aktivite, psikolojik stres ve öfke ile tetiklenen durumlar ile karşılaştırıldığında daha az etkili olduğu bulunmuştur (31). Parzeller ve ark. yaptığı bir çalışmada cinsel aktivite sırasındaki ani kardiyovasküler ölümlerin yıllık insidansı erkeklerde %1,9 kadınlarda %0,16 olduğu

Tablo 1. Kardiyovasküler hastalığı olan kişilerde cinsel aktivite için risk stratifikasyonu (Princeton kılavuzu) (35)

Düşük risk	Orta risk	Yüksek risk
Asemptomatik, KAH için <3 risk faktörü	Cinsiyet dışında >3 majör KAH risk faktörü	Kararsız veya dirençli angina pektoris
Kontrollü hipertansiyon	Orta derecede stabil angina pektoris	Kontrolsüz hipertansiyon
Hafif, stabil angina pektoris	Post MI erken dönem(2-6 hafta arası)	Sol ventrikül bozukluğu/ New York Heart Association sınıflandırması III/IV seviyesinde kalp yetersizliği
Başarılı koroner revaskularizasyon	Sol ventrikül bozukluğu/ New York Heart Association sınıflandırması II seviyesinde kalp yetersizliği	Post MI erken dönem veya inme(<2 hafta)
Komplikasyonsuz post-MI(>6-8 hafta)	Aterosklerozun kalp dışı sekelleri(inme, periferik arter hastalığı)	Yüksek riskli aritmiler
Hafif kapak hastalığı		Hipertrofik, obstrüktif ve diğer kardiyomyopati
Modifiye edilmiş sol ventrikül bozukluğu/ New York Heart Association sınıflandırması I seviyesinde kalp yetersizliği		Orta/ciddi kapak hastalığı

tahmin edilmektedir (32). Cinsel aktivitenin MI'yı tetikleyebileceği düşünülmektedir ancak risk %1'den azdır (1,12). Müller ve ark. yaptığı çalışmada, sadece %0,9 MI'nin direkt nedeni olarak cinsel aktivite olabileceği ve bu riskinde düzenli egzersiz yapmakla azaldığı belirlenmiştir (31). Kalp hastalığı olan ve MI için yüksek riski bulunan kişilerde MI görülme oranı %10'dur ve seksüel aktivite mevcut riski sadece %0,01 oranında arttırmaktadır (1). Ancak riskin düşük görülmesine rağmen cinsel aktivite sırasında MI geçirme olasılığı benzer enerji tüketimine sebep olan durumlarla karşılaştırıldığında 3 kat daha riskli olduğu da bildirilmiştir (33).

Kalp hastalığı olan bireylerde cinsel aktivitenin MI'yı tetikleme riski; çeşitli fiziksel aktiviteler ya da emosyonel stresin etkisinden çok da fazla değildir. Ancak kalp hastalığının semptomlarının ağır seyrettiği hastalarda cinsel aktivitenin güvenli olup olmadığını değerlendirmek için daha çok araştırmaya gereksinim vardır. Egzersiz testi, ilgili bilgileri tespit etmek ve riski belirlemek için kullanılabilir (24). Yine hastaların cinsel aktivite esnasında kardiyovasküler olay (anjina, miyokard infarktüsü veya kardiyak ölüm) yaşamaması için kardiyovasküler değerlendirmeye tabi tutulması gerekir. Kalp hastalığı olan hastalarda cinsel aktivite ile ilgili danışmanlık sağlamak için düşük, orta ve yüksek riskli olarak sınıflandırma yapılmıştır (34). Princeton kılavuzu'na göre bu sınıflandırma şekli Tablo 1'de verilmiştir (35).

Düşük risk grubundaki hastalarda cinsel aktiviteyi kısıtlamayı gerektiren bir durum söz konusu değildir (18,34). Orta riskli grupta olan hastalarda, cinsel aktivite ve erektil disfonksiyon tedavisine başlamadan önce hastalar kardiyak açıdan değerlendirilmelidir. Altta yatan problemin klinik kontrolü sağlanana kadar cinsel ilişkiden uzak durulmalıdır (36). Yüksek riskli hastaların, ciddi ve stabil olmayan kardiyak hastalıkları vardır. Cinsel aktivite, var olan kardiyak hastalığı kötüleştirebilir ve istenmeyen kardiyovasküler olaylara neden olabilir (34).

Bakım Önerileri

Kalp hastalıklarının tedavisi için gerçekleştirilen girişimsel işlemlerden sonra, MI sonrası ve kardiyovasküler semptomları olan bireylerin tedavilerinde taburculuk öncesi verilecek eğitimin sağlıklı bir cinsel aktivitenin yaşanmasında önemli rolü vardır (12). Sağlık çalışanlarının %60'ı cinsel konuların hastalarla konuşulması gerektiğini savunurken bunların sadece %6'sı bu konuyu gündeme getirmektedir. Çünkü sağlık personelinin utanma, toplumsal tabu, önemsememe, danışmanlık için yeterli bilgiye sahip olmadıklarına düşünmesi gibi nedenlerle bu konuda soru sormadan kaçındıkları, hastaların da cinsel sorunlarını utanma, çekinme vb. gibi nedenlerle ifade etmedikleri çeşitli çalışmalarda ortaya konulmuştur (37). Sağlık çalışanları, cinsellik ile ilgili konuların sağlık hizmetlerinde yer alması gerektiğini düşünmektedir. Ancak tedavi için başvuran hastaların yaşı, fiziksel konumu, karşıt cinsiyetten olması, var olan ilişkileri sağlık çalışanlarının bu konuda konuşmalarını etkiler. Bu engelleri aşmak için ise potansiyel stratejiler tartışılmalı, eğitim, politika geliştirme, hastalar ile sağlık çalışanları arasında iletişimi güçlendirme çalışmaları yapılmalıdır. Konu ile ilgili yapılan araştırmaların artması ile birlikte hastalara verilen

bakımın kalitesi ve hastaların yaşam kalitesinde artış sağlanmış olacaktır (37).

Kalp problemi olan hastaların cinsel aktivitelerini sağlıklı ve güvenli bir biçimde yürütebilmesi için hemşirelerin şu noktalarda titizlikle durması ve gerekli durumlar için hastaları bilgilendirmesi gerekmektedir.

- MI sonrası hastanın 2 hafta içinde cinsel aktiviteden uzak durması, stabilize olduktan 3-6 hafta sonra cinsel ilişkiye başlanması önerilmektedir (1). Hastaya, seksüel aktivitenin 2 kat merdiven çıkmakla eşdeğer olduğu belirtilmeli, gerekirse özgüven kazanması adına efor testi önerilmelidir (13).
- Cinsel aktivitede performans anksiyetesi ve başarısızlık korkusunun azaltılması, çiftler arasında güven duygusunun artırılması, cinsel aktivite sırasında kardiyak problemlerin gelişeceği korkusunun ortadan kaldırılması ön planda olması gereken konulardır. Bu kapsamda hasta ile konuşarak endişelerini gidermek gerekmektedir (38).
- Seksüel aktiviteye olan fizyolojik cevaplar bazı faktörlerden etkilenmektedir (cinsel uyarılmanın tipi, partneri önceden tanıyıp tanımama vb.). Yabancı bir ortamda, farklı bir partner ile cinsel ilişkide bulunma strese, katekolamin düzeyinde ve miyokardın oksijen tüketiminde artmaya neden olur (39).
- Cinsel ilişki sırasında eşlerin yan yana olacağı daha rahat pozisyonların tercih edilmesi kalbin iş yükünü azaltabilir. Cinsel eylemden önce hastalar iyice dinlenmiş olmalıdır. Ön sevişme döneminin uzun tutulması hastanın heyecanının azalması ve adaptasyonu açısından yararlı olabilir (38).
- İlişkiden 3 saat öncesine kadar egzersiz, aşırı yemek ve alkol alımından kaçınılmalıdır (38).
- Hastalara sinirli ya da stres altında oldukları bir durumlarda değil, dinlenmiş, rahat, günlük yaşamın getirdiği gerilimlerden uzak, cinsel ilişkinin kesintiye uğramayacağı bir yerin cinsel ilişki için tercih edilmesi önerilmelidir (40).
- İletişimde hemşirenin açık, yargılayıcı ve etiketleyici bir yaklaşımdan uzak olması iletişim sürecinin güçlenmesini sağlayacaktır (17).
- Cinsel konulardaki iletişim sürecinde hasta ve aile bireylerinin anlayabileceği bir dilin kullanımı önemlidir. Hemşire çoğu zaman konuya ilişkin bilgi eksikliğini gizlemek ve hastanın olası sorularından kaçmak amacıyla tıbbi terminoloji kullanarak süreci etkisiz yönetebilir (41).
- Hasta ve eşi egzersiz, diyet, sigarayı bırakma, kilo verme ve cinsel yaşamla ilgili danışmanlık konularını içeren geniş kapsamlı bir kardiyak ve cinsel rehabilitasyon programına alınmalıdır (1).
- Kalp hastalığı olan tüm hastalar için sağlıklı cinsel yaşam ve cinsel yönelim tavsiye edilmelidir (18).

KAYNAKLAR

1. Vicdan N, Özer Z. Miyokard İnfarktüsü ve Cinsel İşlev Bozukluğu. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2011; 2(2): 2-6.
2. Boztosun B, Olcay A, Değertekin M. Cinsel Aktivite ve Kardiyovasküler Risk. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2007;

- 7(4): 423-7.
3. Ruigomez A, Johansson S, Wallander MA, Garcia Rodriguez LA. Gender and drug treatment as determinants of mortality in a cohort of heart failure patients. *Eur J Epidemiol*. 2001; 17(4): 329-35.
4. apps.who.int [Internet]: World Health Organization (WHO) Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014 [Update: 2014; Cited: 2017 January 1]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf.
5. apps.who.int [Internet]: WHO Developing Sexual Health Programmes 2010 [Update: 2010; Cited: 2017 January 3]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70501/1/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf.
6. tuik.gov.tr [Internet]: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Ölüm verileri İstatistikleri 2015 [Güncelleme: 2015; Erişim tarihi: 27 Aralık 2016]. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526>.
7. Mensah GA, Brown DW, Craft JB, Greenlund KJ. Major coronary risk factors and death from coronary heart diseases: baseline and follow up mortality data from the second National Health and Nutrition Examination Survey (NHANESII). *Am J Prev Med*. 2005; 29(1): 68-74.
8. natcen.ac.uk [Internet]: National Centre for Social Research. Health Survey for England 2006 [Updated: 2008 January 31; Cited: 2017 January 26]. Available from: <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB1213/heal-surv-cvd-risk-obes-ad-ch-eng-2-006-rep-v3.pdf>.
9. tuik.gov.tr [Internet]: Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni 2016 [Güncelleme: 2016; Erişim tarihi: 5 Ocak 2017]. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526>.
10. Phipps WJ, Cassmeyer VL, Sands JK. *Medical - Surgical Nursing*. Fifty ed. St. Louis: Mosby; 1995.
11. Drory Y, Kravetz S, Weingarten M. Comparison of sexual activity of women and men after a first acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*. 2000; 85(11): 1283-7.
12. Yıldız H, Pınar R. Miyokard İnfarktüsü Hastalarda Cinsel Disfonksiyon. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2004; 4(4): 309-17.
13. tkd.org.tr [Internet]: Türk Kardiyoloji Derneği (TKD) Kalp damar hastalıklarında erektil disfonksiyon ve tedavisi durum raporu 2000 [Güncelleme: 2000; Erişim tarihi: 5 Temmuz 2016]. Erişim adresi: <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k05.htm>.
14. DeBusk R, Drory Y, Goldstein I, Jackson G, Kaul S, Kimmel S, et al. Management of sexual dysfunction in patients with cardiovascular disease: recommendations of the Princeton Consensus Panel. *Am J Cardiol*. 2000; 86(2): 175-81.
15. Yu J. Young people of Chinese origin in western countries: a systematic review of their sexual attitudes and behavior. *Health Soc Care Community*. 2010; 18(2): 117-28.

16. Okazaki S. Influences of culture on Asian Americans' sexuality. *J Sex Res.* 2002; 39(1): 34-41.
17. Gölbacı Z, Evcili F. Hasta cinselliğinin değerlendirilmesi ve hemşirelik: engeller ve öneriler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2013; 16(3): 182-9.
18. Stein R, Sardinha A, Claudio Gil S, Aroujo CG. Sexual Activity and Heart Patients: A Contemporary Perspective. *Canadian Journal of Cardiology.* 2016; 32(4): 410-20.
19. Tardif GS. Sexual activity after a myocardial infarction. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation.* 1989; 70(10): 763-6.
20. Metin A, Kayıgil Ö. Kardiyovasküler problemi olan hastalarda cinsel fonksiyonun sağlanması, Erkek cinsel sağlığı. *Androloji Bülteni.* 2004; 16(1): 10-2.
21. Stein RA. Cardiovascular response to sexual activity. *Am J Cardiol.* 2000; 86(2): 27-9.
22. Boas EP, Goldschmidt EF. *The Heart Rate.* Baltimore: Springfield IL; 1932.
23. Bartlett JR. Physiologic responses during coitus. *J Appl Phys.* 1956; 9(3): 469-72.
24. Kartal Ö, Tatlı E, İnal V, Yamanel L. Kalp Hastalıklarında Cinsel Aktivite. *Anadolu Kardiyol Derg.* 2006; 6(3): 264-70.
25. Papadopoulos C, Shelley SI, Piccolo M, Beaumont C, Barnett L. Sexual activity after coronary bypass surgery. *Chest.* 1986; 90(5): 681-5.
26. Ko DT, Herbert PR, Coffey CS, Sedrakyan A, Curtis JP, Krumholz HMI. Beta-blocker therapy and symptoms of depression, fatigue, and sexual dysfunction. *JAMA.* 2002; 288(3): 351-7.
27. Bunzel B, Wollenek G, Grundbock A, Schramek P. Heart transplantation and sexuality. A study of 62 male patients. *Herz.* 1994; 19(5): 294-302.
28. Mickley H, Petersen J, Nielsen BL. Subjective consequences of permanent pacemaker therapy in patients under the age of retirement. *Pacing Clin Electrophysiol.* 1989; 12(3): 401-5.
29. Hamilton GA, Seidman RN. A comparison of the recovery period for women and men after myocardial infarction. *Heart & lung: the journal of critical care.* 1992; 22(4): 308-15.
30. Reddy PR, Reinier K, Singh T, Mariani R, Gunson K, Jui J, et al. Physical activity as a trigger of sudden cardiac arrest: the Oregon Sudden Unexpected Death Study. *Int J Cardiol.* 2009; 131(3): 345-9.
31. Muller JE. Sexual activity as a trigger for cardiovascular events: what is the risk? *Am J Cardiol.* 1999; 84(5): 2-5.
32. Parzeller M, Raschka C, Bratzke H. Sudden cardiovascular death in correlation with sexual activity - results of a medicolegal postmortem study from 1972-1998. *Eur Heart J.* 2001; 22(7): 610-1.
33. Dahahre IJ, Paulus JK. Association of episodic physical and sexual activity with triggering of acute cardiac events: systematic review and meta analysis. *JAMA.* 2011; 305(12): 1225-33.
34. Ede H, Tarık S, Zengin K. Erektıl Disfonksiyon ve Kardiyovasküler Değerlendirme. *J Clin Anal Med.* 2014; 5(suppl 2): 231-3.
35. Reffelman T, Kloner R. Cardiac Issues Related to Erectile Dysfunction. In: Mulcahy J, editor. *Male Sexual Function: A Guide to Clinical Management.* 2nd ed. Totowa, New Jersey: Human Press; 2006 p. 61-8.
36. Kostis JB, Jackson G, Rosen R, Barrett Connor E, Billups K, Burnett AL, et al. Sexual dysfunction and cardiac risk (the Second Princeton Consensus Conference). *The American Journal of Cardiology.* 2005; 96(2): 313-21.
37. Dyer K, Nair R. Why don't healthcare Professional talk about sex? *Sex Med.* 2013; 10(11): 2658-70.
38. Şahin D, Ertekin E. Fiziksel Hastalıklar ve Cinsel İşlev Bozukluğu. *Klinik Gelişim.* 2009; 22(4): 75-9.
39. Atan A, Delibaşı T. Cinsel Aktivite Kalbi Ne Kadar Zorluyor? *Androloji Bülteni.* 2003; 17: 1-4.
40. Taylor B, Davis S. Using the extended PLISSIT model to address sexual health care needs. *Nurs Stand.* 2006; 21(11): 35-40.
41. Higgins A, Barker P, Bedley CM. Sexuality: the challenge to espoused holistic care. *Int J Nurs Pract.* 2006; 12(6): 345-51.

Şizofreninin Aile Üzerine Olan Etkisi

Ayşe KÖROĞLU¹, Çiçek HOCAOĞLU²

ÖZ

Şizofreni sadece hastalar için değil, aileler için de çeşitli güçlükler neden olan bir hastalıktır. Şizofrenin aileler üzerine genellikle sıkıntı yaratan ve yıkıcı bir etkisi vardır. Şizofrenili hastalara bakım veren aile üyelerinin yüksek düzeyde bakım yükü ve düşük düzeyde aile işlevleri deneyimi söz konusudur. Şizofrenide bakım yükü sıklıkla olumsuz yorumlanan karmaşık bir kavramdır. Bu kavram daha çok bakım verendeki sonuçları ve etkileri açısından tanımlanmaktadır. Bakım verendeki duygusal, psikolojik, fiziksel ve ekonomik etkisi yanında suçlanma, utanma, suçluluk hissi ve kendini suçlama gibi üzüntü verici kavramları da içermektedir. Hasta ve ailelerin bu güçlüklerle baş etmede genellikle yeterli bilgi ve donanıma sahip olmadıkları görülmektedir. Şizofreni hastaları ve aileleri duygusal, sosyal, ekonomik birçok sorunla karşılaşmakta ve bu sorunlarla baş etmede desteklenmeye, bilgilendirilmeye ve işbirliğine gereksinim duymaktadır. Belirtilerin kontrol altına alınması, hastaların sosyal işlevselliklerinin artırılması, hasta yakınlarının anksiyete-depresyon düzeylerini azaltmaya yönelik girişimler, sağlık çalışanı desteğini de içeren sosyal destek ailenin yükünün azaltılmasına yardımcı olacaktır. Hastalar için daha iyi tedavi sonuçlarına ulaşmak amacıyla ailelere yönelik olarak psikososyal girişimlerin; hastalara yönelik olarak da rehabilitasyon programlarının uygulanması bakımdaki yükü kolaylaştırmada önemli temel elementlerdir. Hastaların ve bakım verenlerin ruh sağlıklarını korumak için bakım verenlere sağlanan desteği genişletme, bilgi sağlama ve tedavi planının içeriğine onları da katma zorunluluğu sağlık çalışanlarının ilgi alanı olmalıdır. Bu derlemede, şizofreni hastaları ve bakım verenlerde aile yükünün düzeyi ile sosyodemografik özellikler, klinik bulgular, aile işlevleri ve stresle başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aile; aile işlevleri; aile yükü; şizofreni.

The Effect of Schizophrenia on the Family

ABSTRACT

Schizophrenia is a worrying process, not only for patients but also for the families of the patients. The effect of schizophrenia on family is often distressing and disruptive. Family caregivers of patients with schizophrenia experience high levels of burden and low levels family functioning. Caregivers' burden in schizophrenia is a complex concept often with negative connotations. This concept is mostly defined in terms of the results and effects on caregivers. In addition to the emotional, psychological, physical and economic impact on caregivers, it also includes sad concepts such as accusation, embarrassment, feeling of guilt and self-blame. In coping with this disorder, patients and their families don't have adequate information and experience. They have many problems in terms of social, economic and emotional situations; therefore they need assistance, support and cooperation to cope with these problems. Effective management of symptoms, enhancement of patient social functioning, interventions to reduce the anxiety-depression levels of the caregivers, and social support provided by healthcare professionals will help to reduce the burden of family. In order to achieve better treatment outcomes for patients, psychosocial interventions designed for families and psychosocial rehabilitations programs designed for schizophrenia patients are effective means of easing caregivers' burden. In order to promote mental health of schizophrenia patients along with their caregivers, the mental health workers should strive to find the means of supporting, informing, and cooperating with the family members. In this review, it is aimed to search the relationship between family burden and several variables including sociodemographic features and clinical findings, attitudes of coping with stress, family functions in patients with schizophrenia and their caregivers.

Keywords: Family; family functioning; family burden; schizophrenia.

¹ Sivas Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği

² Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Çiçek HOCAOĞLU, cicekh@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 12.10.2016 Kabul Tarihi / Accepted: 28.03.2017

GİRİŞ

Kronik hastalıklar, hasta ile ailesinin yaşamını önemli derecede etkilemekte ve bu hastalar günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede başkalarının desteğine ihtiyaç duymaktadır (1,2). Birçok toplumda olduğu gibi bizim toplumumuzda da hastalara bu desteği sağlayanlar genellikle birinci derece yakınlarıdır. Kronik psikiyatrik hastalıklar en önemli toplum sağlığı sorunlarından biridir. En sık görülen kronik psikiyatrik bozukluklar, şizofreni ve iki uçlu duygulanım bozukluklarıdır (3). Şizofreni tanılı bireylerin aileleri hastalığın belirtileri ile başa çıkmada önemli güçlüklerle karşılaşmaktadır. Hasta aileleri toplumdan ve diğer yakınlarından uzaklaşmakta ve aile işlevleri bozulmaktadır. Bazen aile üyeleri bu ruhsal hastalık nedeni ile ya da hastalık dönemlerinin ortaya çıkmasında birbirlerini suçlayabilmektedir. Son yıllarda şizofreni tedavisinde pozitif ve negatif belirtilerin antipsikotik ilaçlarla kontrol edilmesinin yanı sıra psikososyal tedavilere yer verilmesi ile aileler de tedavi planlarında yer almaktadır. Çünkü aile bireyleri hastalık ve tedavisi konusunda bilgilendirildiklerinde, hastalıkla nasıl başa çıkabilecekleri konusunda eğitildiklerinde, hastanın tedavisi olumlu olarak etkilenmektedir.

Bu çalışmada, şizofreni tanısı almış hastalara bakım verenlerde algılanan aile yükü, damgalanma, aile işleyişi, duygu dışavurumu ve başa çıkma tutumları konusunda mevcut literatür bilgilerinin değerlendirilmesi ve bu alanda yapılan araştırmalara katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Şizofreni Tanımı, Epidemiyolojisi

Şizofreni düşünce, algı ve davranış bozukluklarının eşlik ettiği, alevlenme-yatışma dönemleri olan kronik seyirli bir ruhsal bozukluktur. Şizofreni dünya nüfusunun yaklaşık %1'ini etkilemektedir. Eğer şizofreni spektrum bozuklukları da dâhil edilirse etkilenen kişi oranı %5'e yükselebilir (4). Şizofreni tüm toplumlarda ve coğrafi alanlarda görülebilir. Sıklık ve yaşam boyu yaygınlık oranları tüm dünyada neredeyse eşittir. Cinsiyetler arasında hastalığın görülme sıklığı açısından fark görülmemekle birlikte, kadınlarda hastalığın başlangıç yaşı daha geç olmaktadır. Erkeklerde 15-25 yaşlarında başlarken, kadınlarda 25-35 yaşlarında başlamaktadır (5). Şizofreni ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar Batı Avrupa ve gelişmiş ülkelerden gelmektedir. Ancak, Türkiye'de günümüze kadar psikoz epidemiyolojisine odaklanan ve hem geçmiş araştırmalarla hem de uluslararası araştırmalarla karşılaştırmalara olanak tanıyacak çok az araştırma yapılmış ve yayınlanmıştır (6-8). Binbay'ın bildirdiğine göre; ülkemizde yaklaşık yatan hastalarda %20'den %60'a yükselen ve özellikle erkek başvurularının belirgin olduğu, psikotik bozuklukların ortalama yaygınlığı 1000 kişide 4.4±2.8 (2.3-7) olarak saptandığı belirtilmiştir (7). Konu ile ilgili ülkemizde yapılan yakın tarihli sistematik gözden geçirmenin sonuca göre ise, Türkiye'de şizofreni yaşam boyu yaygınlığı 1000 kişide 8.9 olarak saptanmış olup, bu sonuç farklı ülkelerde yapılmış araştırmaların sonuçlarından (1000 kişide 4) daha yüksek olduğu bildirilmiştir (8).

Şizofreni Tanılı Bireylerin Ailelerinde Duygu Dışavurumu
Bütün kültürlerde toplumun en küçük ve en temel birimi olan aile, birbirleriyle biyolojik, psikolojik ve sosyal

ilişkiler içinde olan ve sorumlulukları bulunan bireylerden oluşur. Ülkemizde olduğu gibi şizofrenili olguların çoğunluğu aileleri ile birlikte yaşamaktadır. Bu nedenle hasta ve ailesi yaşamlarının önemli bir kısmını birlikte geçirmekte ve duygusal anlamda iletişim içindedirler. Tüm kişilerarası ilişkilerde ve ruh sağlığında duyguların ifadesi önemli olduğu gibi şizofrenili hastanın ailesinin duygu dışavurumu da hastalığın seyrinde çok önemli bir rol üstlenmektedir. Duygu dışavurumu ihtiyaç ve beklentilerimizi başkalarına iletmenin bir yolu olarak tanımlanmaktadır. Duygu dışavurumu kavramı; eleştirel olma, düşmanca tavır alma, aşırı ilgi duyma, müdahaleci olma, yakınlık kurma ve olumlu yorumları kapsamaktadır. Eleştirel olma; eleştiri niteliğinde diğerini suçlama, gücenme, beğenmeme ve onaylamama gibi ifadeleri içermektedir. Düşmanca olma, genelde negatif duygu dışavurumu olarak tanımlanmaktadır. Aşırı ilgi duyma ve müdahaleci olma ise aşırı koruyup kollamayı, kısıtlayıcı, kontrol edici ve dalıcı/müdahaleci davranışları belirtmektedir (9,10). Duygu dışavurumunun yüksek ya da düşük olmasının da şizofreni hastalığının gidiş ve sonlanışında önemli bir etken olduğu kanıtlanmıştır. Duygu dışavurumu düzeyi ile hastadan beklentilerin düzeyi arasında yakın bağ bulunmaktadır. Şizofreni tanılı bireylerin tedavisi büyük oranda ailenin ve toplumun tutumlarına, inançlarına, önyargılarına da bağlıdır. Duygu dışavurumu yüksek olan aileler ile yaşayan şizofreni hastalarının hastalığı, izleyen yıllar içinde daha fazla oranda alevlenme göstermiş ve birçok araştırma da bu bulguları desteklemiştir (11-14). Düşük duygu dışavurumu olan ailelerde hastanın kötüleştiği dönemlerde yüksek duygu dışavurumu gelişebileceği gibi bazen de ailedeki tükenmişlik (burn out) var olan eleştirel ya da aşırı müdahaleci tutumların ortadan kalkmasına yol açmış olabilir. Ayrıca, belirtilerin süregelen ve şiddetli olması, davranış bozuklukları gibi hastalıkla ilgili etmenler de aile içinde sorunların gelişmesine katkıda bulunabilir (15).

Şizofrenide Damgalanma

Damgalanmanın en fazla etkilediği gruplardan biri psikiyatri hastalarıdır. Ruh hastalıkları korkulacak bir durum gibi algılandığı için hastalar dışlanabilmekte ve hastalık konusundaki bilgi eksikliği bu tutumları daha da olumsuz kılmaktadır. Toplumdaki şizofreni tanılı bireyleri damgalama eğilimi hasta ve hasta yakınlarını olumsuz etkilemekte, onların yaşam kalitesini bozmakta ve hastadaki yeti yitimini artırmaktadır (16). Çoğu zaman aileler, bir üyeleri şizofreni tanısı aldığı anda, diğer uzak aile üyeleri veya arkadaşları tarafından dışlandıklarını hissederler. Hastanın hastaneye ilk veya tekrarlayan yatışlarında ailenin evinde güvenlik gücü ya da benzer yöntemlerin kullanılması, ev sahipleri ve komşularda kalıcı bir olumsuz kanaate neden olabilmektedir. Şizofreninin şiddet içeren bir hastalık olduğu korkusu ailenin daha da dışlanmasına neden olmaktadır. Toplumun bu hastalığı duygusal ve maddi destek gerektiren bir hastalık olarak kabul etmemesi, aileleri daha da zedelemektedir. Şizofreni tanılı bireylere karşı tutumların incelendiği bir çalışmada, arkadaşlar ve akrabaların şizofreni ile geçmiş temasları ne kadar fazlaysa bu durumu o kadar az tehlikeli algıladıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada, şizofreni ve şiddet ile ilgili verilerin sunulması, bu hastaların doğal olarak şiddete

başvurdukları görüşünü azaltmıştır. Birebir temas ve doğru bilgilendirmenin insanların tutumunu değiştirmesi, şizofreni tanılı bireylere damgalanmanın azaltılması olasılığını ve toplumla daha iyi bir bütünleşme umudunu sunmaktadır (17).

Ailelerin üzerindeki damga da oldukça önemlidir. Bir yandan hastalıkla ilgili kendilerini sorumlu tutmakta ve suçluluk duymaktadırlar. Bir yandan da sanki yüz kızartıcı bir suç işlemiş gibi, çevrenin gözünde bir şizofreni tanılı bireyin yakını olmanın getirdiklerine göğüs germektedirler (18). Hastaların önemli bir kesimi damgalanma korkusu ve bilim dışı inançlar yüzünden ya da ekonomik nedenlerle kendi evlerinde saklı tutulmakta, muayene ve tedavi için bir hekim ya da sağlık kuruluşuna bile götürülmemektedirler (19).

Şizofreni tanılı bireylere yönelik önyargı sağlık çalışanlarında arasında da yaygındır. Ülkemizde sağlık konusunda eğitim alan öğrencilerin ve kurumlarda çalışan sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara ve hastalara yönelik tutumlarının son 10 yılda bir değişiklik göstermemesi ve hala reddedici ve dışlayıcı olmaları; ülkemizdeki tıp eğitiminin tekrar gözden geçirilerek, psikiyatri eğitim programlarına bilgi, inanç, tutum ve davranış değiştirmeye yönelik konuların eklenmesi ve ruh sağlığı, ruhsal hastalıklar ve damgalanma konularında sağlık personelinin eğitim gereksinimlerinin karşılanmasını ve sağlık çalışanlarının katılacağı damgalamayla mücadelede araştırma programlarının oluşturulmasını zorunlu kılmaktadır (20). Çünkü halen hekimler muayene ya da tedavi ettikleri kişinin şizofreni tanılı birey olmasının mesleki uygulamalarını etkilemeyeceğini bildirmekle birlikte; komşuluk, sosyal ilişkiler gibi alanlarda ve hastayı potansiyel tehlike gibi görme konusunda ciddi sorunlar yaşamaktadırlar (21). Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının şizofreniyi ruhsal bir zayıflık hali olarak gördükleri, şizofreninin tam olarak düzelmediğine inandıkları saptanmıştır (22).

Şizofrenide Aile İşlevleri ve Aile Yükü

Aile işlevleri ruhsal ve fiziksel hastalıkların seyrinde önemli bir role sahiptir (23). Aile çevresi ve psikososyal etkenler hastanın iyilik halini etkileyen en önemli etkenlerdir (24). Psikiyatrik hastalığı olan bir üyeye sahip ailelerde aile işlevlerinin bozulur ve bozulmuş aile işlevleri de hastalığın klinik gidişini olumsuz olarak etkiler (25). Hasta ailesi karmaşık duygular içinde ve ne yapacağını bilemez durumdadır. Nasıl bir süreç yaşayacaklarını bilmeyen ve hastalarındaki değişimi şaşkınlıkla izleyen aile üyeleri tedirginlik, suçluluk ve kimi zaman utanç duygusu yaşarlar. Kendi yaşamındaki derin sarsıntının etkisinde ve şaşkınlık içinde olan hasta ise ailenin bu duygusal atmosferi içinde daha kötü olabilir (26). Aile bireyleri kendini suçlu hissedebilir, geçici bir öfke duyarlar. Hatta hastanın bazı hareketleri onları sürekli öfkeli edebilir. Bu öfke ailenin diğer fertlerine de yansır ve ailenin ruh sağlığını bozabilir. Aile bu durumda güçsüzlük de hissedebilir. Aynı hastalığın kendi başlarına da gelebileceğinden korkabilirler ve çaresiz hissedebilirler. Aileler hastadan utanabilir, hastayı ve hastalığı saklama davranışında bulunabilirler (27). Kronik ruhsal hastalıklar aile içinde evlilik ilişkilerini etkileyen önemli bir yaşam krizidir. Eşlerden birinin hastalanması ailenin dengesini bozar ve hastalık sürecinde

hasta eşin aile içindeki rollerini genellikle sağlıklı olan eş yüklenir. Bakım verme sorumluluğu taşıyan eşlerin iyiliği ve sorunlarla duruma uygun bir şekilde baş edebilmesi, hastalığın seyri açısından önem taşımaktadır. Araştırma bulguları eşlerin, sosyal ilişkilerde azalma, kendine zaman ayıramama, dinlenememe ve maddi gelirden azalma yanında, hastanın bakım ihtiyaçlarıyla kuşatılmış olduğunu göstermektedir (28).

Şizofreni ve aile arasındaki ilişkiye bakıldığında önceleri psikolojik bakış açısıyla anlaşılmaya çalışıldığı görülmektedir. Psikolojik kuramı savunan araştırmacıların çoğu aileyi hastalığın önemli bir nedeni olarak kabul etmişlerdir. “Şizofrenojenik anne” tanımını kullanmışlardır. Bu kuramların bilimsel araştırmalardan çok, az sayıda klinik gözleme dayanmasına rağmen geniş ölçüde kabul görmesi, ruh sağlığı çalışanlarıyla ailelerin ilişkisine günümüzde bile etkisini sürdüreceği ölçüde zarar vermiş, ayrıca ailelerin yükünü de arttırmıştır (29).

Günümüzde şizofreninin etiolojisini açıklamada en çok kabul gören model, ailelere yönelik olarak suçlayıcı olmayan bir tutumu da destekleyen, yatkınlık-stres (vulnerability-stress) modelidir. Buna göre, şizofreniye genetik bir yatkınlık söz konusudur. Belirtilerin ortaya çıkması daha çok çevresel etmenlere bağlıdır. Dolayısıyla, işlevsel olmayan ailelerin şizofreniye neden olmadıkları, sağlıklı ailelerin ise bozukluğun başlamasına karşı koruyucu bir ortam oluşturabildikleri söylenebilir. Böylece aile üyeleri hastalığa neden olduklarını düşünerek suçluluk duymayacak, tersine hastanın düzelmesine yardımcı olmada önemli bir rolleri olduğunun farkına varacaklardır (30). Pek çok aile üyesi, yakınlarında şizofreni olması yüzünden suçluluk duyar ve bu hastalığın kötü ebeveynlik ya da aile üyelerinin yetiştirilme tarzındaki bir eksiklikten kaynaklanmış olabileceğine dair endişe duyarlar. Aileler arasında moral bozukluğu ve depresif yakınmalar da yaygındır. Aile üyeleri, şizofrenili hastalarının refah ve güvenliğinden de endişe edebilirler. İntihar ve saldırganlık konusunda korkular sıkır. Yaşlanan aile üyelerinin, kendileri öldükten sonra geride kalacak olan şizofreni yakınıyla ilgili endişeleri olduğu bildirilmektedir (31). Şizofreni tanılı bireyler diğer insanlardan farklı davrandıkları ve farklı görüldükleri için sıklıkla toplum tarafından dışlanmakta ve izole edilmektedir. Başarısızlık korkusuyla çekinik davranmakta, karar veremedikleri, zayıf yönlerine odaklandıkları için yalnızlık yaşamaktadırlar. Şizofreni tanılı bireyin düşünme sürecindeki bozulma unutkanlık, dikkatsizlik ve motivasyon eksikliğine neden olmanın yanı sıra bireyin bulunduğu ortamda kabul görmesini de engellemektedir. Bu durum, hastanın aile içinde tutulmasına ve aileye bağımlı olmasına neden olmaktadır (32). Toplumumuzda şizofreni tanılı bireylerin çoğunluğu ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Hastaların %67'sinin hiç evlenmemiş olduğu saptanmıştır (33). Sağlık çalışanları hasta ile daha çok hastalığın akut döneminde sınırlı süre birlikteyken, aile tüm günlerini hasta ile geçirmekte, hastanın bakım sorumluluğunu gönüllü veya zorunlu olarak yürütmekte, bunu gerçekleştirirken de hastalık süreci, hastaya yaklaşım konularında bilgi, beceri, duygusal ve sosyal desteğe gereksinim duymaktadır. Aile, hastalıkla baş etmede olumlu katkıları sağlayabilecek en büyük doğal kaynak olarak görülmektedir (33).

Sağduyu ve ark. (34) 98 şizofreni tanımlı bireyin yakınının şizofreniye yönelik tutumlarını incelediği araştırmalarında, hastalığın araştırılması ve ele alınması bakımından topluma göre hasta yakınlarının çok daha olumlu bir tutum sergilemesine karşın, hastalığın tehlikeli olduğu yönündeki önyargı ve inançların hasta yakınları üzerinde etkili olduğunu göstermişlerdir. Sosyodemografik etkenlerin şizofreniye karşı olan inanç ve tutumlar üzerinde etkisinin ise önemli düzeyde olmadığına, ancak eğitim düzeyi yükseldikçe tutumların daha olumsuz olduğuna ve sosyal mesafenin artabildiğine işaret etmektedir.

Günlük yaşamı kısıtlanan, sosyal aktiviteleri azalan aile, öfkelerini hastaya yöneltebilir. Öfkenin açıkça belirtilip belirtilmemesi bile bir ikilem konusu olabilir. Bazı aileler hastayı kırmamak için ya da zarar verecekleri endişesiyle öfkelerini bastırır ve kendilerine yöneltirler. Bazıları ise kızarır, hatta müdahale eder veya suçlarlar. Bu duygusal ortam içinde, aile üyelerinde anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunlar ortaya çıkabilir. Aile ve akraba gruplarının hasta üzerindeki yoğun duygusal baskıları ve hastanın kendi duygusal yetersizliklerinin, hastalığın tekrarlamasına neden olduğu; duygusal tepkilerin az yoğun ve daha tolere edilir olan ailelerde ise hastalığın tekrarında düşme ve prognozun iyi olmasında etken olduğu araştırmalarla saptanmıştır.

Tüm bunların yanı sıra hastaya verilen bakım hizmeti sırasında aile bireylerinin harcadıkları zihinsel ve fiziksel enerji ölçülemeyecek oranda ağırdır. Ruhsal sorunu olan hasta ve ailelerin yaşadığı güçlükler; özbakım, sosyal faaliyetlere katılım, boş zamanlarını değerlendirme, ilaç kullanımı, hastalığın belirtilerini tanıma, bulgulara yönelik ailenin ne yapacağını ve nasıl davranacağını bilmemesi, kontrollere gitmeme, stresle baş etmede yetersizlik, duygularını uygun ifade edememe, sosyal destek eksikliği olarak belirlenmiştir (35). Psikososyal yaklaşımların ve özellikle aile psikoeğitiminin somatik tedaviye eklenmesiyle tedavinin etkinliğinin arttığı, toplumsal uyum ve tedavi işbirliğinin arttığı, depresyona oranlarının düştüğü gösterilmiştir (36-38). Ailelere yönelik psikososyal müdahaleler sonunda hasta yakınlarının bakımda yaşadıkları güçlüklerin azaldığı ve stresle olumlu baş edebildikleri, aile işlevlerinde olumlu değişiklikler olduğu, hastaların ilaç tedavisi ve kontrol randevularına uyumunun arttığı, problem çözme becerilerinin geliştiği saptanmıştır (39). Aile yükü nesnel ve öznel olarak iki grupta incelenir. Hastalık belirtilerinin ve davranışlarının neden olduğu aile rutinlerinde, ailenin sosyal ilişkilerinde, iş alanındaki değişiklikler ve gelir kaybı nesnel yük olarak tanımlanmaktadır. Aile üyelerinin ruhsal durumu ile ilgili değişiklikler ise, öznel yük olarak tanımlanmaktadır (40). Şizofrenideki negatif belirtilerin ailenin yükünü öngörmede önemli olduğu, özbakım ve aktiviteyle ilişkili sorunların ise daha fazla yük getirdiği bildirilmiştir (41,42). Öznel duygusu hem pozitif hem de negatif belirtilerin şiddetiyle ilişkili bulunurken, nesnel yükün yalnızca negatif belirtilerin şiddetiyle ilişkili olduğu yönünde bulgular vardır (43). Bu durum, negatif belirtilerin pozitif belirtilere oranla işlevselliği daha fazla etkilemeleriyle bağlantılı olabilir. Ayrıca negatif belirtilerin kontrol edilemeyecek ya da değiştirilemeyecekmiş gibi algılanması da hasta yakınlarının fazladan sorumluluk almalarına bağlı olarak

yükü arttırabilir. Klinik özelliklerle ailenin yükü arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, pozitif belirtilerin ve yeti yitiminin yükü arttırdığı bildirilmiştir. İyi bir sosyal desteğin ailenin yükünü azalttığı, hastayla geçirilen zamanın fazla olmasının yükü arttırdığı yönünde bulgular da vardır (44). Hastanın sosyal işlevselliğindeki düzelme ailenin yükünü azaltır (45). Yüksek duygu dışavurumu olan aileler daha fazla yük bildirmişlerdir (46).

Günümüzde şizofreni tanımlı bireylerin aileleri hastanın bakımından birinci derecede sorumlu olarak bakımda önemli bir yere sahiptir. Ancak ailelerin yaşadığı sıkıntılarının ve sorumluluklarının artması 'bakım yükü' kavramının araştırılmasını ve bakım yükünü azaltmaya yönelik girişimlerin planlanmasını kaçınılmaz kılmıştır (15). Kronik ruhsal hastalığı olan biriyle yaşamın aileye getirdiği yükün yanı sıra toplumun şizofreniye olumsuz bakışı da aile yükünü arttırmaktadır (47).

Şizofreni Tanımlı Bireylerin Ailelerinde Başa Çıkma Tutumları

"Başa çıkma", bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanabilir. Söz konusu durumlara karşı kişinin kullandığı başa çıkma tutumları yaş, cinsiyet, kültür ve hastalık gibi çok çeşitli etkenlere bağlı olarak değişebilir ve bireye özgü bir nitelik taşımaktadır. Bireyin kendisinden beklenen psikolojik, fiziksel ve sosyal işlevlerini yerine getirememesi, kişinin kendi kültürü ve değerler sistemi içinde hastalığın olumsuz sonuçlarını en aza indirmek ya da tümüyle başa çıkmak için bir takım başa çıkma tutumlarını geliştirmesi ile sonuçlanır. Hastalık ile başa çıkma tutumları özgül bilişsel, duygusal ve davranışsal çabaları içerir.

Şizofreni tanımlı bireylerin yakınlarında başa çıkma tutumlarının güçlendirilmesi, hastalığın oluşturduğu yükü azaltabilmektedir (48,49). Lai ve ark. (46), şizofreni tanımlı bireylerin aile yükü ile başa çıkma tarzları arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Buna göre baskıcı ve boyun eğici tutum, aşırı koruyuculuk, duygusal yönden aşırı müdahale daha fazla düzeyde yükü bağlantılı bulunurken, içten/ sıcak bir tarzı benimseyen hasta yakınlarının yükünün daha düşük düzeylerde olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada şizofreni tanımlı bireylerin yakınlarının aile içi çatışmalar ve duygusal sorunların yanı sıra hastanın bakımı ve tedavisi konusunda maddi yüklerle de karşılaştıkları saptanmıştır (50). Aile üyeleri hastalıkla başa çıkmada işlevsel olmayan yollara başvurabilirler. Örneğin, hastayla daha fazla birlikte olabilmek, hastanın bakımını üstlenmek için sosyal etkinliklerini bırakarak, işlerinden, kariyerlerinden vazgeçip adeta kendilerini feda edebilirler. İşlevsel olmayan yollardan bir diğeri hastanın bağımsızlığını engelleyecek düzeyde aşırı koruyucu davranışlardır. Bu durumda hasta fazlasıyla bağımlı hale gelerek, sosyal işlevselliği bozulabileceği gibi ailenin yükü de artabilir. İşlevsel olmayan tutumların değiştirilmesi konusunda aile eğitilmelidir. Eğitim, hasta yakınlarının hastayla ilgili beklentilerinin daha gerçekçi düzeyde olabilmesini, duygusal ve maddi yükün azaltulmasını sağlar. Destekleyici ve eğitici amaçlı uygulamalar aile üyelerinin anksiyete ve depresyon belirtilerini azaltmada da etkilidir. Hasta yakınlarının hastalık öncesi dönemde sürdürdükleri

etkinliklerinden vazgeçmeleri, izolasyon ve depresyona yol açabilirken hastanın izolasyonu bu durumu daha da arttırabilir. Ailenin hastayla başa çıkmada kullandığı etkin yöntemler, sosyal destek, hastayla olumlu bir ilişki gibi güçlü yönleri de değerlendirilmelidir (15). Tedavi ekibiyle doyurucu bir ilişkinin kurulmasına, profesyonel desteğin sağlanmasına, sosyal destek ağının güçlendirilmesine ve damgalanmanın azaltılmasına yönelik girişimler ailenin yükünü azaltır (42). Ailelerle çalışırken stresle başa çıkmada yardımcı olacak yöntemler, bilişsel-davranışçı yönelimli terapiler uygulanabilir. Yakın zamanda yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının ailelerinde stresle başa çıkma tutumlarının bakım verenin yaşam kalitesini etkilediği ortaya konulmuştur (51). Hastanın davranışları ve hastalıkla ilgili yanlış inançların ya da yorumların değiştirilmesi konusunda aileye yardım edilebilir. Ailede hasta olan kişi anne ya da baba olduğunda çocuklar zorluk yaşamakta, özellikle hastalığın alevlenme dönemlerinde hasta olan üyenin rolünü üstlenecek bir akrabaya gereksinim duyulabilmektedir. Bu nedenle rehabilitasyon programlarına çekirdek aile üyeleri dışında diğer akrabaların da alınması, hastalığa ilişkin olarak çocuklara da eğitim verilmesi yararlı olabilir (52,53).

SONUÇ

Sonuç olarak; şizofrenili hastalar ve aileleri hastalığın tedavisi, seyri sırasında duygusal, sosyal, ekonomik birçok sorunla karşılaşmakta ve bu sorunlarla baş etmede desteklenmeye, işbirliğine gereksinim duymaktadırlar. Şizofreni tanımlı bireylerin tedavileri prensip olarak ülkemizde de toplum temelli olmaya başlamıştır. Son zamanlarda yaygınlaşan Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri sayesinde, hastaların yataklı servislerde yatmadan, günlük hayatları devam ederken tedavilerinin sürdürülmesi amaçlanmaktadır. Bu süreç içinde ailenin rolü çok önemlidir. Bakım sağlayan kişilerin yaşayabilecekleri sorunlar konusunda önceden bilgilendirilmeleri, baş etme stratejileri geliştirmeleri önemlidir. Aile üyelerinin hastalığın her aşamasında yardıma gereksinim duydukları unutulmamalıdır. Biz sağlık ruh sağlığı çalışanlarına düşen görev ise tedavinin yanı sıra, hastalar ve yakınlarının, karşılaşabilecekleri sorunlar konusunda bilgilendirmelerini sağlamak ve doğru yaklaşım ve davranışların geliştirilebilmesi için yönlendirmek olmalıdır. Hastalık belirtilerinin kontrol altına alınması, hastaların sosyal işlevselliklerinin arttırılması, hasta yakınlarına hastalıkla uygun biçimde başa çıkma konusunda eğitim verilmesi aile üyelerinin yükünün azaltılmasına yardımcı olacaktır. Bu konudaki araştırmalar gittikçe önem kazanmaktadır ve sağlanacak bilgiler hastalar ve yakınları için doğru yaklaşımların geliştirilebilmesi açısından yol gösterici olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Yurtsever S. Kronik hastalıklarda yorgunluk ve hemşirelik bakımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2000; 4(1): 6-20.
2. Fortinash MK, Holoday AP. Psychiatric Mental Health Nursing. 5th ed. St. Louis: Mosby; 2012.
3. Canan B. Psikoz Servislerinde Yatan Hastaların ve Yakınlarının Basamaklı Tedavi Sistemi ile İlgili Görüş

- ve Önerileri [Yüksek Lisans Tezi]. Bolu: Abant İzzet Baysal Üniversitesi; 2008.
4. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevi; 2015.
 5. Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: HYB; 1997.
 6. Alptekin K, Ulas H, Akdede BB, Tümöklü M, Akvardar Y. Prevalence and risk factors of psychotic symptoms: in the city of Izmir, Turkey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2009; 44(2): 905-10.
 7. Binbay T, Elbi H, Alptekin K, Aksu TF, Drukker M, Onay H, et al. Psikozlarda gen-çevre etkileşimi için İzmir Akıl Sağlığı Araştırması (TürkSch): Amaç ve Yöntem. Turk Psikiyatri Derg. 2011; 22(2): 65-76.
 8. Binbay T, Ulas H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye'de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemik Bir Gözden Geçirme. Turk Psikiyatri Derg. 2011; 22(1): 40-52.
 9. Brown GW, Birley JL. Crises and life changes and the onset of schizophrenia. J Health Soc Behav. 1968; 9(3): 203-6.
 10. Kışlak TŞ, Göztepe I. Duygu dışavurumu, empati, depresyon ve evlilik uyumu arasındaki ilişkiler. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2012; 3(2): 27-45.
 11. Magliano L, Fadden G, Economou M, Held T, Xavier M, Guarneri M, et al. Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2000; 35(2): 109-15.
 12. Nirmala BP, Vrandan MN, Reddy S. Expressed emotion and caregiver burden in patients with schizophrenia. Indian J Psychol Med. 2011; 33(1): 119-22.
 13. Akdede BBK, Alptekin K, Topkaya ŞÖ, Belkız B, Nazlı E, Özsin E ve ark. Gençlerde şizofreniyi damgalama düzeyi. Yeni Sempozyum Dergisi. 2004; 42(3): 113-7.
 14. Gülseren L. Şizofreni ve aile: Güçlükler, duygular, gereksinimler. Turk Psikiyatri Derg. 2002;13(2):143-51.
 15. Hall MJ, Docherty NM. Parent coping styles and schizophrenic patient behavior as predictors of expressed emotion. Family Process. 2000; 39(4): 435-44.
 16. Hansson L. The relationship of needs and quality of life in persons with schizophrenia living in the community. Nord J Psychiatry. 2001; 57(5): 5-11.
 17. Güvenç C, İlnem C, Ceylan ME, Vardar M. Şizofreni ve östrojen. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2004;17(2): 99-104.
 18. Üçok A. Şizofreni hastası neden damgalanır? Klinik Psikiyatri Dergisi. 2003; Ek 1: 3-8.
 19. Gray AJ. Stigma in psychiatry. J R Soc Med. 2002; 95(1): 72-6.
 20. Arkan B, Bademli K, Duman ÇZ. Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: Son 10 yılda Türkiye'de yapılan çalışmalar. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(2): 214-31.
 21. Yanık M, Şimşek Z, Katı M. Tıp fakültesi öğrencilerinin şizofreniyeye karşı tutumları ve psikiyatri eğitiminin etkisi. Yeni Sempozyum Dergisi. 2003; 41(2): 194-9.

22. Aker T, Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Uğuz Ş, Tamar D ve ark. Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2002; 3(1): 5-13.
23. Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia. The global burden of disease and disability. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2000; 250(15): 274-85.
24. Yıldırım A, Ekinci M. Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2010; 11(2): 195-205.
25. Reine G, Lancon C, Simeoni MC, Duplan S, Auquier P. Caregiver burden in relatives of persons with schizophrenia: an overview of measure instruments. *Encephale.* 2003; 29(2): 137-47.
26. Anderson CM, Reiss D, Hogarty GE. Schizophrenia and the family. New York: Guilford; 1986.
27. Doğan O. Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2002; 3(2): 240-8.
28. Cook J. Marital satisfaction among parents of the severely mentally ill living in the community. *Am J Orthopsychiatry.* 1992; 62(2): 552-63.
29. Corrigan PW, Edwards AB, Green A, Diwan SL, Penn DL. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull.* 2001; 27(2): 219-25.
30. Duman ZÇ, Aştı N, Üçok A, Kuşçu MK. Şizofreni hastalarına ve ailelerine "bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı" uygulaması, izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2007; 8(2): 91-101.
31. Gamble C. Working with schizophrenic clients and their families. *Br J Nursing.* 1993; 2(3): 23-7.
32. Yıldız M. Şizofrenili hastaların ayaktan tedavisinde ruhsal ve toplumsal girişimler neden gereklidir ve nasıl uygulanabilir? *Candansayar S, editör. Neden Nasıl Şizofreni.* Ankara: PEDAY; 2005. s. 237-68.
33. Tel H, Terakye G. Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2000; 1(3): 133-42.
34. Sağduyu A, Aker T, Özmen E. Halkın şizofreniye bakış ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Derg.* 2003; 12(3): 99-110.
35. Danacı AE, Karaca N, Deveci A. Şizofreni hastalarında aile işlevselliği ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türkiye'de Psikiyatri.* 2005; 7(3): 103-8.
36. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2009; 3(1): 251-77.
37. Sellwood J. The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed emotion. *Psychol Med.* 2003; 33(5): 91-6.
38. Ran MS. Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia-A randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003; 38(2): 69-75.
39. Duman ÇZ, Bademli K. Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2013; 5(3): 78-94.
40. Muslu S. Şizofrenide Sosyal Desteğin ve Aile Tutumunun Hastanın Tedaviye Uyumu Üzerindeki Etkisinin Araştırılması [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
41. Dixon L, Adams C, Lucksted A. Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2000; 26(3): 5-20.
42. Provencher HL, Mueser KT. Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophr Res.* 1997; 26(2): 71-80.
43. Magliano L, Fadden G, Fiorillo A, Malangone C, Sorrentino D, Robinson A, et al. Family burden and coping strategies in schizophrenia: are key relatives really different to other relatives? *Acta Psychiatr Scand.* 1999; 99(1):10-5.
44. Magliano L, Fadden G, Madianos M, de Almeida JM, Held T, Guarneri M, et al. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998; 33(9): 405-12.
45. Liu M, Lambert CE, Lambert VA. Caregiver burden and coping patterns of Chinese parents of a child with mental illness. *Int J Ment Health Nurs.* 2007; 16(2): 86-95.
46. Lai YM, Hong CPH, Chee CY. Stigma of mental illness. *Singapore Med J.* 2001; 42(3): 111-4.
47. Ong HC, Ibrahim N, Wahab S. Psychological distress, perceived stigma, and coping among caregivers of patients with schizophrenia. *Psychol Res Behav Manag.* 2016; 16(9): 211-8.
48. Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Maj M. The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand.* 2002; 106(4): 291-8.
49. St-Hilaire A, Hill CL, Docherty NMJ. Coping in parents of schizophrenia patients with differing degrees of familial exposure to psychosis. *Nerv Ment Dis.* 2007; 195(3): 596-600.
50. Yıldız M, Veznedaroglu B, Eryavuz A, Kayahan B. Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: a controlled study in Turkey. *Int J Psych Clin Pract.* 2004; 8(3): 1-7.
51. Doval N, Sharma E, Agarwal M, Tripathi A, Nischal A. Experience of Caregiving and Coping in Caregivers of Schizophrenia. *Clin Schizophr Relat Psychoses.* 2016; 18(2): 27.
52. Lysaker P, Bell M, Milstein R. Insight and psychosocial treatment compliance in schizophrenia. *Psychiatry.* 1994; 57(2): 307-15.
53. Gümüş BA. Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 2006; 78(2): 33-42.

Psikiyatri Hastalarında Zorunlu Yatış ve Zorla Tedaviye Bir Bakış Açısı

Nevin ŞEN¹, Filiz SÜZER ÖZKAN²

ÖZ

Zorunlu yatış terimi bireyleri istemleri dışında hastaneye yatırmak ve orada tutmak anlamını taşımaktadır. Zorla tedavi terimi ise hastaların hastalığı ve tedaviye gereksinimi olduğunu kabul etmemelerine bağlı olarak aydınlatılmış onam veremeyecek durumda olmalarında başvuru durumudur. Zorunlu yatış ve zorla tedavi konusu tüm dünyada ve ülkemizde hukuksal ve etik açıdan sorun yaşanan önemli bir konudur. Bu durum ile psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedavisinde sık karşılaşılmaktadır. Çünkü hasta genellikle davranışları üzerindeki iradesini kısmen ya da tamamen yitirmiş, bazen de hastalığın etkisiyle düşünce ve duyguları kendi yaşamının “normal” gidişatından sapmış bir durumdadır. Nitekim zorla yatırma hastanın rızası dışında kişinin özgürlüğünü kısıtlayıcı bir eylem olarak uygulanmakta olup medeni hukuku, özellikle kişiler hukuku, aile hukuku ve miras hukuku kapsamında geniş olarak değerlendirildiğinde suiistimale açık bir konu olduğu aşikârdır. Hangi nedenle olursa olsun kişinin istemi dışında hastaneye yatırılması, onun özgürlüğünü kısıtlayan ve özerkliğine saldırı anlamına gelen bir uygulamadır. Ülkemizde bu konuyla ilgili araştırmalara fazla rastlanılmamıştır. Bu derlemede konuyla ilgili geçmişten günümüze yapılan gelişmelere değinilmiş ve etik açıdan bir bakış açısı oluşturulmaya çalışılmıştır. Bu çalışmanın amacı gerek zorunlu yatış ve zorla tedavi konusunda ülkemizde ki yasal boşluğa dikkat çekmek gerekse hak ve özgürlüğü kısıtlanmış psikiyatri hastalarının haklarının korunmasında savunuculuk rolü üstlenen hemşire ve hekimlerin yaşadıkları etik sorunlara dikkat çekmektir.

Anahtar Kelimeler: Etik; hemşirelik; zorunlu yatış; zorunlu tedavi.

A Perspective to Compulsory Hospitalization and Treatment of Psychiatric Patients

ABSTRACT

Compulsory hospitalization means hospitalizing individuals and keeping them in the hospital without their will. Compulsory treatment is used when patients cannot give informed consent because they do not accept their illness and their need for treatment. Compulsory hospitalization and treatment are significant issues that lead to legal and ethical problems in Turkey and around the world. This situation is frequently encountered in patients with psychiatric disorders. This is because patients partially or completely lose their will in their behaviors and sometimes their opinions and feelings are abnormal due to the effect of their disease. Thus, compulsory hospitalization is a restrictive act without the consent of the patients, and it is open to exploitation when assessed broadly in terms of civil law and especially the law of persons, family law, and law of inheritance. Hospitalizing individuals without their consent is an act that restricts their freedom and violates their autonomy no matter what the reason is. A limited number of studies have been conducted on this subject in Turkey. In this review, developments about this issue from the past to the present have been evaluated, and an ethical perspective is tried to be created. The aim of this study is draw attention on a legal loophole in Turkey concerning compulsory hospitalization and treatment, and to point out ethical problems that nurses and physicians face as a part of their role of defending psychiatry patients having restricted rights and freedoms.

Keywords: Ethic; nursing; compulsory hospitalization; compulsory treatment.

GİRİŞ

Zorunlu yatış terimi bireyleri istemleri dışında hastaneye yatırmak ve orada tutmak anlamını taşımaktadır. Zorla tedavi terimi ise hastaların hastalığı ve tedaviye gereksinimi olduğunu kabul etmemelerine bağlı olarak aydınlatılmış onam veremeyecek durumda olmalarında başvuru durumudur (1). Bu durum ile psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedavisinde sık karşılaşılmaktadır. Çünkü hasta genellikle davranışları üzerindeki iradesini kısmen ya da tamamen

¹ Düzce Üniversitesi, Araştırma ve Uygulama Hastanesi

² Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Filiz SÜZER ÖZKAN, filizsuzer@duzce.edu.tr

Geliş Tarihi / Received: 04.10.2016 Kabul Tarihi / Accepted: 21.06.2017

yitirmiş, bazen de hastalığın etkisiyle düşünce ve duyguları kendi yaşamının “normal” gidişatından sapmış bir durumdadır (2).

Günümüz psikiyatrisinde zorla tedaviler, tedavi türleri içinde önemli bir yere sahiptir ve bu durum eleştirilmektedir. Toplumun geneline bakıldığında günümüz insanların, ruh hastası kişinin kendisine zarar verme eğilimi taşıdığı kriz zamanlarında ya da yakınlarına çevresindekilere kaldıramayacakları denli yük olmaya, sorun oluşturmaya başladığı zamanlarda psikiyatryi kurtarıcı gibi gördüğü, öte yandan kendi deneyimlerine ya da önyargılarına dayalı olarak psikiyatrinin sağlıklı insanı hasta ettiğini, haksız tedaviler uyguladığını ve tutsaklaştırdığını ileri sürdükleri görülmektedir (3).

Psikiyatrik bozukluğu olan hastaların gönülsüz tedavi edilmelerine yönelik karmaşık düzenlemeler olmakla birlikte, düzenlemelerin temelde iki ana görüşe dayandığı belirtilmektedir. İki görüşte de hastada psikiyatrik bozukluk tanısı şart koşularak; ilk görüş tehlikenin varlığına ve olasılığına, ikincisi tedavi gereksinimine odaklanmaktadır (4).

Bu çalışmanın amacı, zorunlu yatış ve zorla tedavi konusunda ülkemizde ki yasal boşluğa dikkat çekme, hak ve özgürlüğünün kısıtlanmış psikiyatrik hastaların tedavisinde primer olarak sorumlu olan hemşirelerin ve hekimlerin yaşadıkları etik sorunlara dikkat çekmektir.

Zorla Hastaneye Yatırma ve Hukuki Boyutu

Psikiyatri alanındaki uygulamalarda hasta hakları açısından en tartışmaya açık etik konuların başında zorla hastaneye yatırma uygulaması gelmektedir. Hangi nedenle olursa olsun kişinin istemi dışında hastaneye yatırılması, onun özgürlüğünü kısıtlayan ve özerkliğine saldırı anlamına gelen bir uygulamadır. Ancak bazı durumlarda; psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin tedavi amacıyla, kimi zaman toplumun da yararı için, ama her zaman kendi yararları için istemleri dışında hastaneye yatırımları yadsınamayacak bir gereklilik oluşturabilir. Konuyla ilgili ülkemizde yasal düzenlemelere ihtiyaç vardır (5).

“Zorla” yatırılan hastalarla ilgili ilk çalışmalar 1960’ların sonunda ABD’de başlamıştır. Söz konusu çalışmaların amacı “zorla” yatırma konusunda devlete geniş yetkiler verilmesine olanak sağlayan geleneksel “tedaviye duyulan gereksinim” ölçütünü sorgulayarak bu yetkiyi sınırlandırmaktır (6).

Zorla hastaneye yatırma uygulamasında hasta hukuken taraflardan biridir. Kendisini ifade edemeyecek durumda bile olsa bu durum değişmemektedir. Hastanın kendisini ifade edemediği durumlarda ne şekilde temsil edileceği konusunda yapılan tartışmalar henüz sonuçlanmamıştır, ancak bu konuda çeşitli yöntemler önerilmiş, bir bölümü de uygulanmaya başlanmıştır. Aile üyelerinden birinin hastanın temsilciliğini üstlenmesi en sık başvuru yoldur. Ülkemizde de hasta yasal olarak vesayet altında olmasa bile, ailesinden birinin onun hakkında verdiği kararlar hastanın kararını gibi kabul görmektedir. Bazı ülkelerde mahkeme bir savcı ya da avukatı, bir sosyal hizmet uzmanı ya da başka bir sosyal görevliyi hasta temsilcisi olarak atayabilmektedir (1).

Ülkemizdeki uygulamada; hekim hastanın yakınlarından

yatışı ve yatış süresince yapılacak işlemleri kabul ettiklerini gösteren bir imzayı, çoğunlukla yatışı yapan memur aracılığıyla elde ediyorsa da, memur, hemşire, hekim ve hasta yakını bu konuda ne etik ne de hukuk açısından yetkili değildir. Yatış süresince hastanın taburcu olma istekleri tedavi ekibi tarafından değerlendirilmekte ancak bağlayıcı bir değer taşımamaktadır. Ancak hasta yakını, hastasını imza karşılığında çıkarabilmektedir. Yatış süresince vesayet altına alınan hasta sayısı da zorla yatırma sıklığına bakarak oldukça azdır (1).

Ülkemizde istemsiz yatışla ilgili yasal düzenlemeler Türk Medeni Kanununun 432-437’nci maddeleriyle düzenlenmiştir (7). Ancak bu maddeler toplumu ve toplum düzenini koruma bakış açısıyla düzenlendiğinden hasta hakları konusunda oldukça yetersizdir. Bu kanunların nasıl uygulanacağı hakkında gerekli düzenlemeler olmadığından ya hiç uygulanmamakta ya da çok yetersiz uygulanmaktadır. İstemsiz yatışların büyük oranda yapıldığı ruh sağlığı hastalıkları hastaneleri idarecilerinin adli makamlarla kurdukları kişisel ilişkiler sonucu her hastanede ayrı bir prosedür geliştirilmiştir. Ancak uygulama, standartlardan yoksun ve tamamı iyi niyete dayalı olarak yürümektedir. Bu sebeple istemsiz yatışa hangi durumda, kimler tarafından karar verileceği, sürecin nasıl takip edileceği ve taburculuğun nasıl yapılacağı gibi konular hukuki olarak belirlenmelidir (6).

Türkiye’de Türk Medeni Kanununda belirtilmiş hükümler olmasına rağmen, psikiyatri hastalarının hastaneye yatırılmasıyla ilgili bir yasal düzenleme bulunmamaktadır (7). Ancak bu alan, bugüne kadar hiç doldurulmamış da değildir. Bu konuda ilk ve bilinen en geniş yasal metin 6 Mart 1876 tarihli “Bimarhanelere Dair Nizamname”dir. Bu tüzüğün uygulamasını düzenleyen bir yönerge de 13 Aralık 1913’de “Bimarhane ve Müşahedehane Talimatnamesi” adıyla çıkarılmıştır. 6 Mart 1876 tarihli “Bimarhanelere Dair Nizamname” başlıklı tüzük çağının “Ruh Sağlığı Yasası” niteliğinde olup 1853 tarihli Fransız yasasından uyarlanmış, Sultan Abdülaziz imzasıyla yayımlanmıştır. Ancak bu tüzük ve uygulamasını düzenleyen yönerge Cumhuriyet dönemine geçişte iptal edilen yasalar arasındadır. Sonuç itibarıyla günümüzde bu yasal düzenlemeler yürürlükte olmayıp yerine başka bir yasal düzenlemede yapılmamıştır ve yaklaşık seksen yıldır bu alanda bir boşluk bulunmaktadır (8).

Türkiye Psikiyatri Derneği’nin 22 Haziran 2002 tarihli “Psikiyatri Meslek Etiği Kuralları”nın 17. ve 18. maddelerinde hastanın zorla tedavisi, zorla hastaneye yatırılma konularında belli düzenlemeler bulunmaktadır. “İstemsiz Yatış” başlıklı 17. madde, “hastanın ya da temsilcisinin yatırılmaya karşı çıktığı durumlarda, hekim, tıbbi-psikiyatrik gerekçeleri değerlendirerek istem dışı yatış kararını hekimlik bilgisi ve vicdanına göre kendi vermelidir (5). Hasta, ruhsal bir bozukluk nedeniyle uygun karar verme yetisini yitirmişse, istem dışı hastaneye yatırma ve sağaltım uygulama kararında, ülkemizdeki yasalar uyarınca hareket etmek ruh hekiminin görevidir. Hastanın insanlık onurunu ve yasal haklarını güvenceye almak için ruh hekimi aileyle görüşmeli ve gerekiyorsa yasal yollara başvurulmasında rehberlik etmelidir. Hastanın isteği dışında sağaltım uygulanması durumunda önce hastanın

sağlığı düşünülmesi, ancak insan hakları ilkelerine de özen gösterilmelidir.” şeklindedir. “Sağaltımı Reddetme” başlıklı 18. madde ise; “Ruh hekimi, hastanın kendisi ya da çevresi için tehlikelilik hali söz konusu olmadığı durumlarda hastanın sağaltımı reddetme hakkını tanımalıdır” şeklindedir (5).

Türkiye Psikiyatri Derneği tarafından bu alandaki ihtiyaçlar göz önünde bulundurularak hazırlanmış “Ruh Sağlığı Yasa Taslağı” bulunmakta olup ilgili taslak Sağlık Bakanlığına gönderilmiştir. Sağlık Bakanlığının hazırlanmış olduğu “Ruh Sağlığı Eylem Planı”nda da istemsiz yatış bölümünde hukuki boşluğun doldurulması gerektiği vurgulanmıştır (6). Psikiyatri servislerine zorla yatırılma ve zorla tedavi işlemi tüm dünyada uygulanmakta ve etik boyutu konusunda tartışmalar devam etmektedir. Gelişmiş ülkelerde kabul edilen sağlık politikaları, ruh sağlığı yasaları ve meslek etik kodları gibi düzenlemeler, psikiyatrik bozukluğu olan hastaların gönülsüz olarak zorla hastaneye yatırılmaları ve aydınlatılmış onam alınmadan tedavi edilmeleri konusundaki etik sorunların çözümünde yol gösterici olmuştur.

Dünya Tıp Birliği “Akıl Hastalığı Olan Hastalarla İlgili Etik Meseleler Hakkında Bildiri”yi, 1995’te Bali, Endonezya’da gerçekleştirilen 47. Genel Kurul’da kabul etmiş ve metin Ekim 2006’da Pitanesberg, Güney Afrika’daki Genel Kurul’da gözden geçirilmiştir. “Akli dengesi bozuk kişilerin insan hakları ve haysiyetinin korunmasına İlişkin Avrupa Konseyi Bakanlar Kurulu Tavsiyesi” (Tavsiye No: Rec.2004), 10-22 Eylül 2004 tarihli 896’ncı bakan yardımcılar toplantısında Bakanlar Kurulu’na kabul edilmiştir (9).

Amerika, Avustralya, Belçika, Fransa, Almanya, İsrail ve Hollanda’nın ruh sağlığı yasasında psikiyatrik bozukluğu olan hastaların gönülsüz hastaneye yatırılmasında bağlayıcı olan “tehlikelilik kriteri”ne yer verilmektedir (4,10). Bu ülkelerin yasal düzenlemelerinde psikiyatrik bozukluk nedeniyle kendisi ya da toplum için tehlike oluşturma riski bulunanlar, hem tedavi edilmeleri, hem de toplum güvenliğinin sağlanması gerekçeleriyle mahkeme kararıyla zorunlu klinik tedavi için hastaneye gönderilmektedir. Bazı ülkeler sadece halkın tehdit altında olmasını dikkate alırken, diğerleri hastanın kendisine veya başkalarına muhtemel zarar verme olasılığını göz önünde bulundurmaktadır. Hatta İrlanda ve Kıbrıs Rum Kesimi’nde kişinin toplum tarafından kabul edilemeyen davranışlara sahip olması da hastaneye zorla yatırılması için bir kriter olarak kabul edilmektedir (10).

İngiltere, İsviçre, İsveç, Norveç, Japonya, Hindistan, İtalya ve İspanya’da ise psikiyatrik bozukluğu olan hastaların gönülsüz tedavi edilmeleri için birçok ülkede kriter olan tehlikeliliğin zorunlu olmadığı belirtilmektedir. Bağlayıcı tehlikelilik kriterinin olmadığı bu ülkelerde, genellikle hastanın tedavi gereksiniminin değerlendirilmesi zemininde zorla tedavi edilmesine izin verilmektedir. Danimarka, Finlandiya, Yunanistan, İrlanda ve Portekiz’de hem tedavi gereksinimi, hem de tehlikelilik kriterleri kullanılarak hasta gönülsüz olarak tedavi edilmekte veya hastaneye yatırılmaktadır (11).

Zorunlu yatış kriterlerinin ve oranlarının farklı çevrelere göre değişkenlik göstermesi anlaşılabilir bir durumdur. Bu

değişkenlikten sorumlu etkenlerin başında, ülkelerin yasal, kültürel, etik ve ekonomik alanlardaki farklı uygulamalarının geldiği düşünülmektedir. Literatürde Amerika Birleşik Devletleri’nde zorunlu yatış oranları %42 iken, İskandinav ülkelerinde %48 ila %85 arasında değişen oranlar bildirilmiştir. Finlandiya’da ise zorunlu yatışlar %12 oranında bildirilmektedir (12,13).

İstem dışı hastane başvurularının sıklığı ve ülkelerin bu konudaki uygulamaları Avrupa ülkelerinde ülkelerin sosyokültürel özelliklerine göre değişmektedir. Bu konudaki yaklaşımların ulusal ve uluslararası standartlara oturtulması konusundaki çabalar devam etmektedir (4). İstem dışı yatış oranlarının Avrupa ülkeleri arasında da farklılıklar gösterdiği dikkat çekmektedir. Tüm psikiyatrik hastane yatışlarının Belçika’da %5’ini, Fransa’da %12,5’ini, Danimarka’da %4,6’sını, Finlandiya’da %21,6’sını istem dışı yatışların oluşturduğu bildirilmiştir. Zorunlu yatış sayısı Hollanda da 1979 ve 2004 yılları arasında iki katına çıktığı bildirilmiştir (5).

Dünya Sağlık Örgütü’ nün yedi ülkeyi (İsviçre, Federal Almanya, Bulgaristan, Yugoslavya, Türkiye, Sudan, Hollanda) kapsayan bir çalışmada ise, psikiyatrik tedavi görmekte olan hastaların %80-95 oranındaki kısmını bu tedaviyi gönüllü olarak kabul etmiş hastaların oluşturduğu belirtilmiştir. Kalan hastaların bir kısmını ise aile ve çevrelerinin ısrarı ile bu tedaviyi kabul etmiş hastalar oluşturmaktadır. Gene bu çalışmaya göre ilgili ülkelerde zorunlu tedavi için karar verme ölçütü, ülkeden ülkeye bazı farklılıklar söz konusu olmakla birlikte “kendisi ve çevresi için tehlikeli olma riski” üzerine temellendirilmiştir (1).

Ülkemizde Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan araştırmada son 1 yıl içerisindeki zorunlu yatışların oranı tüm yatışlara oranla % 23.11’dir. Zorunlu yatışlı olgular arasında en yaygın psikiyatrik tanı, %39 oranında şizofreni iken bunu %28 oranı ile bipolar bozukluk ve %10 oranı ile başka türlü adlandırılmayan psikoz izlemektedir. Zorunlu yatışlarda en sık üç yatırılma gerekçesi ekstasyon (%31), tedavi düzenlenmesi (%22) ve homisid riski (%21) olarak saptanmıştır. Diğer yatırılma gerekçeleri sırasıyla hostilite (%9), psikotik alevlenme (%7), intihar riski (%6), ilaç reddi (%2) ve yeme reddi (%2) olarak belirlenmiştir. Zorunlu yatışı yapılan hastaların %68’i erkek, %32’si kadın olan yüz olgunun yaş ortalaması 37±8.1 ve yatış süreleri 16±7.8 gündür (12).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda istem dışı yatış ile bazı sosyodemografik değişkenler arasında ilişki bulunduğu yönündeki veriler öne çıkmaktadır. İstem dışı yatışlarla sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmada; işsizlik, bekâr olma, eğitim seviyesi düşüklüğü ile istemsiz yatırılma arasında pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada; istem dışı yatışla klinik değişkenler arasındaki ilişki araştırılmış ve en sık şizofreni tanıli hastalarda istem dışı yatış yapılmış olduğu saptanmıştır (7). Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada belirlenen 6 aylık sürede yatırılan 504 vakanın %13,1’i istem dışı olduğu, erkek hastaların daha sık istem dışı yatırıldığı, istem dışı yatırılan gruptaki kişilerin çoğunun ilköğretim mezunu, bekâr, yatış döneminde çalışmayan kişilerden oluştuğu belirlenmiştir Ayrıca; istem dışı yatan

hastalarda en sık saptanan tanının şizofreni olduğu ve istemli yatış grubuna kıyasla hastanede kalma sürelerinin biraz daha uzun olma eğiliminde olduğu (sırasıyla yaklaşık 24 ve 28 gün) saptanmıştır. İstem dışı yatışı olan hastaların çoğunluğunun sonraki yatış şeklinin de istem dışı olduğu tespit edilmiştir (14).

Zorla Tedavi

Zorla tedavi, hastanın tedaviyi reddetmesine karşın yasal ve ahlaki gerekçelerle tedavinin başlatılması ve sürdürülmesidir. İntihar girişimi olan, bulaşıcı hastalıklar gibi bazı durumlarda hasta tedaviyi reddetse bile zorla tedavi edilmektedir. Bu kararın etik açıdan haklı çıkarılmasındaki en önemli gerekçe ise hastanın, hastalığına bağlı nedenlerle kendine ve/veya topluma yönelik tehdit oluşturmasıdır. Aslında zorla tedavinin temelinde yatan diğer önemli bir durum da, özellikle yeterli olmayan psikiyatri hastalarında, karar verme kapasitesinin geçici ya da kalıcı bir biçimde zarara uğramış olmasıdır. Bu nedenle, oldukça zor olan bu süreçte karar vermek durumunda kalan sağlık çalışanları etik karar verme yaklaşımlarına da başvurmalıdırlar (15).

Şizofreni hastalarında zorunlu yatış ve tedavi oranlarının yüksek olduğu araştırmalarla desteklenmiştir. Bu durum, şizofrenide hastaneye yatışın genellikle kendine veya başkalarına ciddi tehdit oluşturan veya kendilerine bakamayacak derecede dezorganize olmuş ya da sanrıların/varsanıların etkisi altında olan hastalar için endike olmasıdır. Diğer olası endikasyonlar ayakta tedavinin güvenli veya etkili olmamasına neden olabilecek genel tıbbi veya psikiyatrik problemlerin varlığıdır (1). Bazen sürdürüm dönemindeki şizofreni hastalarının psikososyal işlevselliklerini arttırmak ve rehabilitasyon amacıyla da psikiyatri kliniğine yatışı yapılabilir. Psikotik bozukluklardan olan manik hastaların genelde iç görüsü yoktur (hasta olduklarını kabul etmezler). Maddi ve manevi zararları önlemek ve ilaç tedavisinin düzenini sağlamak için hastaneye yatış gerekir. Eğer intihar girişimi riski varsa yine hastaneye yatış gereklidir. Manik ve depresif dönemlerin erken tanı ve tedavisi, hastaneye yatış olasılığını azaltır (16).

Avrupa ülkelerindeki istem dışı yatışların incelendiği bir çalışmada ise, istem dışı yatışların %30-50'sini şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar gibi ciddi ve kronik ruhsal hastalıkların; kalan kısmı demans, duygudurum bozuklukları, madde bağımlılığı ve kötüye kullanımının oluşturduğu bildirilmiştir (5). Zorla tedavi uygulananların demografik ve klinik profilini ortaya koyan literatürü gözden geçiren Jarret ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre; hastaların daha çok 'otuzlarında olan, şizofreni, bipolar ya da psikotik bozukluğu olan ve sıklıkla istem dışı yatırılanlar' olduğunu belirtmişlerdir. Zorla ilaç tedavisi için ise asıl nedenin saldırganlık ya da tehlikesinin bulunmasıdır (17).

Türkiye'de zorla hastaneye yatırma özel bir yasaya dayalı olarak yapılmadığı ve bu nedenle hekimler tarafından bireysel uygulamalar içerdiği için zorla hastaneye yatırma ve zorla tedavi arasında bir fark olmadığı söylenebilir. Zira zorla hastaneye yatırılan her hasta tedavi edilmektedir. Ancak psikiyatride ciddi duygu durum bozukluklarında önemli bir tedavi sistemi olarak uygulanan

"Elektrokonvulsif Tedavisi" (EKT)'nin uygulaması açısından düzenlenen 28.11.2006 tarih 9190 sayılı "Elektro Konvulsif Tedavi Uygulama Yönergesi" kapsamında EKT için zorla tedavinin mümkün olmadığından bahsedebilir. Zira ilgili yönergenin "Elektro Konvulsif Tedavi Uygulama Esasları" başlıklı 4/d maddesinde düzenlenen "EKT ve anestezi uygulamasına onay verildiğini bildirir form ya da formlar hasta, velisi veya vasisi veyahut birinci derece yakınlarından biri tarafından imzalanmış olmalıdır" hükmü ile aydınlatılmış onam olmadan yapılan EKT'lerin hukuka aykırı olduğunu değinilmiştir. Bu nedenle aydınlatılmış onam alınmadan yapılan EKT uygulaması sağlık hukuku kapsamında tıpta yanlış uygulama olacaktır (5).

Ayton ve arkadaşlar, İngiltere'de zorla tutulan hastaların, istemli olarak gelen benzer durumdaki hastalara göre hastane yatışlarının daha çok, hastalık başlangıçlarının daha erken, psikososyal işlevselliklerinin daha kötü ve komorbid depresyon ve intihar davranışı hızlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bir yıllık izlem sonucunda elde edilen verilerde zorla ve istemli yatan gruplar arasında tedavi yanıtları, yeniden başvuru ya da ölüm hızları açısından anlamlı fark olmadığı gösterilmiştir. Zorla tedaviye alınan hastaların biri hariç hepsi sonunda tedaviyi gönüllü olarak tamamlamışlardır (18).

Kallert, psikiyatride zorla tedavilerle ilgili ruh sağlığı araştırmalarında çoğu zaman dikkate alınmayan özel hasta gruplarına giderek artan bir ilgi olduğunu ifade etmiştir (13). Yeme bozukluklarının tedavisinde çok sayıda araştırmanın yapılması ve ergenlerde zorla tedaviye ilişkin yeni bir çalışma ile devam etmiştir. Bu gözden geçirmede değerlendirilen çalışmalarda, anoreksiyanın zorla tedavisinde psikiyatristlerin tutumları deneysel olarak araştırılmış ve klinisyenlerin nasıl ve ne zaman ruh sağlığı yasalarını kullandığı ve yeme bozukluklarında zorla tedavinin sonuçlarının ne olduğu değerlendirilmiştir. Farklı yöntemler kullanılan bu çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşılmıştır. İngiltere'de klinisyen tutumlarını araştıran bir çalışmada anoreksiyada zorla tedavi, şiddetli hastalık durumunda klinisyenler tarafından onaylanmaktadır (12). Carney ve arkadaşları, Avustralya'da özelleşmiş yeme bozukluğu tedavi kliniklerine ait tıbbi kayıtlardan elde ettikleri verilerde, ruh sağlığı yasa hükümlerinin uygulanmasını yordayan faktörlerin, daha önceki hastane yatışlarının sayısı, komorbid psikiyatrik hastalıkların sayısı ve hastanın beden kitle indeksi ve "tekrar yeme sendromu" riski ile belirlenen mevcut sağlık riski olduğunu bulmuşlardır (19).

Zorla hastaneye yatırılan hastayı hastanede tutma süresi de zorla yatırma ve tedavi konusu gibi ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Amerika'da bir yıldan başlayıp daha uzun sürebilirken, İsrail'de ise bu süre 6 aydır (11,20). Hastanın psikiyatrik değerlendirmesinin yapılması ile yasal olarak hastaya zorla tedaviye başlanması arasındaki zaman periyodu da ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Bu süre genellikle kısa olup, en az 24 saat ve en fazla 15 gün arasında değişmektedir. Hastanın ilk zorla tedavi edilmesinin maksimum süresine ilişkin dikkat çekici bir farklılık söz konusudur. Örneğin, İtalya'da hastanın ilk zorla tedavi süresi sadece 7 gün iken, Belçika'da bu süre 2 yıldır. Danimarka, Fransa, Portekiz ve İspanya'da ise böyle

bir süre belirtilmemiş olmakla birlikte, mahkeme veya diğer yetkililer tarafından zorla yatırma süresi 7 günden 12 aya kadar uzatılabilmektedir (10). Literatür bilgisine bakıldığında Türkiye’de ruh sağlığı ile ilgili bir yasa olmadığından zorla hastaneye yatış süresi belirtilmemiştir.

Hemşirelik Boyutu

Hemşirelikte bir üst uzmanlık gerektiren psikiyatri hemşireliği, davranışsal ve zihinsel becerilerin ön plana çıktığı özel bir alandır. Psikiyatri hemşiresi her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun, hemşirelik süreci doğrultusunda ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği girişimleri ile karşılanabilecek sağlık gereksinimlerini tanılayan, planlayan, uygulayan, danışmanlık veren, sonuçları değerlendiren, denetleyen ve hekim tarafından yazılı olarak verilen tedavileri uygulayan görevli ve yetkili sağlık personelidir (21).

Toplumun ve bireylerin sağlığını koruma ile başlayan sorumlulukları, hastalığın iyileştirilmesine ve hastalık sonrası yeniden uyumu sağlamada rehabilitasyon hizmetlerine kadar uzanan, etkili ve güvenilir hemşirelik uygulamaları için kanıta dayalı araştırmalar yapmayı gerektiren geniş bir alanı kapsar. Altuzizm, eşitlik, özgürlük, zarar vermeme, yarar sağlama, insan onuru, adalet, dürüstlük, güvenilirlik, otonomi, sadakat, doğruluk gibi temel hemşirelik değerlerine bağlı olarak, ruh sağlığı ve hastalıkları alanında daha derin bilimsel bilgi birikimini ve karmaşık kişilerarası ilişkilerde analitik düşünme, araştırma, sentezleme ve psikoterapötik müdahalelerde bulunma gibi gelişmiş hemşirelik işlevlerini içerir (3).

Psikiyatri hemşireliğine özgü etik sorunları değerlendirebilmek ve uygulamalara yansıtılabilmek için psikiyatri hemşirelerinin öncelikle bağımsız bir meslek üyesi olarak kendi profesyonel uygulamalarında özgür olmaya gereksinimleri vardır. Profesyonel uygulamaları sırasında etik sorun olduğunu ayırt edebilmek için bilgi ve duyarlılığa, etik sorunu kavrayabilmek için gerekli çözümlenme becerisine, uygun eylemi belirleyebilmek için geniş davranış örtütü seçeneklerine, yapmaya karar verilen eylemi doğru olarak gerçekleştirebilmek için yeterli deneyime sahip olmalıdır (22).

Psikiyatri ekibine hastanın zorla yatırılması konusunda yetki verilirken, hastanın etik ve yasal haklarının korunmasının, en az sınırlama uygulanmasının, insani bakım almasının güvence altına alınması beklenmektedir (11,23). Etik kodlara göre hemşirelerin hasta haklarını koruyucu sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumluluklar altında karar verme yeterliği bulunmayan hastaların haklarını korumak ve bu yeterliğe sahip hastaların hak ihlallerinin engellenmesini sağlamaya çalışmak da yer almaktadır (24).

Karar verme yeterliğinin belirlenmesindeki yaklaşımlar etkili bir hasta-sağlık çalışanı ve iletişimine, hastanın yeterliğinin değerlendirilmesi sürecine hekimle birlikte hemşirenin ve aile üyesinin katılması gerektiğine vurgu yapmaktadır (25,26). Özellikle hemşireler sağlık ekibi içerisinde hasta ile en uzun zaman geçiren kişiler olduklarından, hastanın karar verme yeterliğinin değerlendirilmesinde önemli bir sorumluluğa sahiptirler (26). Bu konuyla ilgili karar durumunda hemşirelere danışılmadığı hali hazırda uygulanan bir yasanın olmadığı ve hastaneler arasında

uygulama birliği olmadığı görülmektedir.

SONUÇ

Zorla hastaneye yatırma ve zorla tedavi konusunun psikiyatri uygulamasının en hassas ve etik açıdan önemli konularından olduğu açıktır. Nitekim zorla yatırma hastanın rızası dışında kişinin özgürlüğünü kısıtlayıcı bir eylem olarak uygulanmakta olup medeni hukuku, özellikle kişiler hukuku, aile hukuku ve miras hukuku kapsamında geniş olarak değerlendirildiğinde suiistimale açık bir konu olduğu aşikârdır. Gerek psikiyatri hastalarının haklarının korunmasında savunuculuk rolü üstlenen hemşirelere ve gerekse hekimlere yüklenen sorumluluk sebebiyle mesleklerini kaygı ve baskı altında sürdürmelerini ve etik ikilem yaşamalarını engellemek adına Türkiye’de bu konudaki yasal boşluğun doldurulması gerekmektedir. Alınan kararın etik ilkelere ve yasal düzenlemelere dayandırılması ise hastayı ve sağlık çalışanlarını ortaya çıkabilecek herhangi bir zarardan koruyacaktır.

KAYNAKLAR

1. Oğuz NY, Başaran D. Hukuki ve etik yönüyle zorla hastaneye yatırma. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*. 1993; 1(4): 367-71.
2. Oğuz NY. Temel yönleriyle psikiyatride hasta hakları. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*. 1993; 3(1): 232-7.
3. Arın N. Psikiyatri Tarihçesi Işığında Ruh Hastalarının Zorla Tedavilerine Etik Açısından Genel Bir Bakış. Namal A, Doğan H, Mahmutoglu FS, editörler. *Türk Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Araştırmaları Yıllığı (Vol 4-5-6)*. İstanbul: Nobel Tıp; 2013. s. 43.
4. Peele R, Chodoff P. The ethics of involuntary treatment and deinstitutionalization. In: Bloch S, Chodoff P, Green SA, editors. *Psychiatric Ethics*. Third Edition. New York: NY: Oxford University; 1999. p. 423-40.
5. Oktay EA. Türk Hukuk Sitesi [Internet]. Psikiyatride Hastanın Zorla Hastaneye Yatırılması ve Tedavisinin Hukuki Boyutu. 06.06.2010 [Erişim tarihi: 18.05.2016]. Erişim adresi: http://www.turkhukuksitesi.com/makale_1210.htm.
6. Alataş G, Kahiloğulları AK, Yanık M. T.C. Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Erkoç E, Çom S, Torunoğlu MA, Alataş G, Kahiloğulları AK, editörler. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; Yayın No: 847; 2011. s. 1-25.
7. Türk Medeni Kanunu [Internet]. Kanun Numarası : 4721, Kabul Tarihi : 22/11/2001, Yayımlandığı R. Gazete Tarihi : 8/12/2001 Sayı : 24607, Yayımlandığı Düstur : Tertip: 5 Cilt, 41 [Erişim tarihi: 18.05.2016]. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr>.
8. Sercan M. Ruh Sağlığı Yasası, Hemen Şimdi. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*. 2006; 9(3): 9.
9. Dalkılıç EE. Türkiye’de zihinsel veya ruhsal engellilerin “zorla” tedavisinin eleştirisi *Türkiye Barolar Birliği Dergisi*. 2015; 27(117): 15.
10. Stefano A, Ducci G. Involuntary admission and compulsory treatment in Europe: An overview. *International Journal of Mental Health*. 2008; 37(3): 10-21.

11. Aydın Er R, Şehiraltı M. Çözümlememiş Bir Konu: Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastanın Gönülsüz/Zorla Tedavi Edilmesi. *Journal of Psychiatric Nurses*. 2010;1(1): 39-42.
12. Yılmaz Y, Saygılı İ, Yanartaş Ö, Baykaran MB, Kesebir S, Yıldız D. Zorunlu Yatışta Psikiyatrik ve Hukuksal Süreç. *Yeni Symposium Dergisi*. 2013; 51(1): 46-50.
13. Kallert TW. Coercion in psychiatry. *Current opinion in psychiatry*. 2008; 21(5): 485-9.
14. Gültekin BK, Çelik S, Tihan A, Beşkardeş AF, Sezer U. Bir Psikiyatri Hastanesinde İstemli ve İstem Dışı Yatışların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. *Noropsikiyatri Arsivi*. 2013; 1(50): 216-21.
15. Yılmaz Bahadır E. Psikiyatride Hastanın Karar Verme Kapasitesi ve Yaşanan Etik Sorunlar. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*. 2013; 21(1): 49.
16. Akdeniz F, Alkan M. Bipolar Bozukluk Hakkında Bilgilendirme Kitapçığı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi. [Erişim tarihi: 18.05.2016]. Erişim adresi: www.bipolarturkiye.org/docs/kilavuz1.doc.
17. Jarrett M, Bowers L, Simpson A. Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2008; 64(6): 538-48.
18. Ayton A, Keen C, Lask B. Pros and cons of using the Mental Health Act for severe eating disorders in adolescents. *European Eating Disorders Review*. 2009; 17(1): 14-23.
19. Carney T, Tait D, Richardson A, Touyz S. Why (and when) clinicians compel treatment of anorexia nervosa patients. *European Eating Disorders Review*. 2008; 16(3): 199-206.
20. Durst R, Teitelbaum A, Bar-El Y, Shlafman M & Ginath Y. Evaluation of compulsory ambulatory treatment in Israel. *Psychiatric Services*. 1999; 50(5): 698-700.
21. Resmi Gazete [Internet]. T.C Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği. 8 Mart 2010. Sayı : 27515 [Erişim tarihi: 18.05.2016]. Erişim adresi: www.resmigazete.gov.tr.
22. Kâhya E. İbn-i Sina'da çocuk psikiyatrisine bir bakış. Namal A, Doğan H, Mahmutoğlu FS, editörler. *Türk Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Araştırmaları Yıllığı (Vol 4-5-6)*. İstanbul: Nobel Tıp; 2013. s.135.
23. Lind M, Kaltiala Heino R, Suominen T, Leino Kilpi H, Valimaki M. Nurses' ethical perceptions about coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2004; 11(4): 379-85.
24. Kropp S, Blanke U, Meiners EH. Involuntary Hospitalisations in 2000 According to German "PsychKG" in the City of Hannover. *Psychiatrische Praxis*. 2005; 32(1): 18-22.
25. Vellinga A, Smit J, Van Leeuwen E, Van Tilburg W, Jonker C. Competence to consent to treatment of geriatric patients: judgements of physicians, family members and the vignette method. *International journal of geriatric psychiatry*. 2004; 19(7): 645-54.
26. Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*. 2007; 357(18): 1834-40.

Kolorektal Cerrahi Uygulanan Hastalarda Bakım Paketleri Cerrahi Alan Enfeksiyon Riskini Azaltır mı?

Didem KANDEMİR¹, Ezgi SEYHAN AK¹, Tuluha AYOĞLU¹

ÖZ

Cerrahi alan enfeksiyonları, morbidite ve mortalitede artma, hastanede yatış süresinde uzama, hastaneye yeniden yatış ve sağlık kaynaklarının aşırı kullanımı gibi nedenlere bağlı olarak ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Cerrahi alan enfeksiyonları yüzeysel insizyonel, derin insizyonel ve organ/alan olmak üzere üçe ayrılır. Yüzeysel insizyonel cerrahi alan enfeksiyonları, cerrahi girişimi izleyen dönemde 30 gün içinde; derin insizyonel ve organ/alan cerrahi alan enfeksiyonları ise cerrahi girişimi izleyen dönemde 30 veya 90 gün içinde gözlenen, cerrahi insizyon ve açılan ya da manipüle edilen alanla ilgili olan enfeksiyonlar olarak tanımlanmaktadır. Kolorektal cerrahi, cerrahi alan enfeksiyonu görülme sıklığı en yüksek olan alanlardan biridir. Kirli bir alan olma özelliği nedeniyle özellikle kolorektal cerrahi sonrasında ortaya çıkan cerrahi alan enfeksiyon insidansının çeşitli çalışmalarda %5-27 arasında olduğu bildirilmektedir. Kolorektal cerrahi uygulanacak hastaların klinik sonuçlarının iyileştirilmesinde etkili olabileceği bildirilen bakım paketleri, bilimsel olarak etkinliği kanıtlanmış girişimlerin bir paket halinde eş zamanlı ve eksiksiz uygulanmasını gerektiren bir yöntemdir. Kolorektal cerrahi uygulanan hastalarda cerrahi alan enfeksiyonlarının önlenmesinde bakım paketlerinin etkinliğinin incelendiği birçok çalışmada; beden sıcaklığının normal sınırlarda korunması, glisemik kontrol, zamanında ve uygun antibakteriyel profilaksi gibi tedavi ve bakım girişimlerinin bakım paketinin temelini oluşturduğu, ancak genel enfeksiyon riskini azaltmada yeterli olmadığı ve oksijen desteği sağlama, yara koruyucular, özel bir yara kapama tepsisinin ve antibakteriyel süturların kullanılması gibi kanıta dayalı girişimlerin de pakete eklenmesi gerektiği belirtilmektedir. Sonuç olarak; bakım paketinin hasta güvenliğini ve sağlanan bakımın kalitesini daha da artırabilmesi için sürekli değerlendirilmesi ve bakım paketine kanıta dayalı yeni uygulamaların eklenebilmesi için sürekli güncellenmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Bakım paketi; cerrahi bakım protokolü; cerrahi alan enfeksiyonları; kolorektal cerrahi.

Does Care Bundles Reduce the Surgical Site Infection Risk on Patients Applied Colorectal Surgical Treatment?

ABSTRACT

Surgical site infections lead to serious problems because of increased morbidity and mortality, prolonged hospitalization, re-admission to the hospital, and overuse of health resources. Surgical site infections are classified into three groups as superficial, deep and organ/space. Superficial surgical site infections are defined as 30 days following the surgical procedure; deep and organ/space surgical site infections are seen within 30 or 90 days after the surgical procedure that is defined as infections related to the surgical incision and the field that is opened or manipulated. Colorectal surgery is one of the areas with the highest incidence of surgical site infection. The incidence of surgical site infections, especially after colorectal surgery due to the fact that it is an unclean area, is reported to be between 5% and 27% in various studies. Care bundles that are reported to be effective in improving the clinical outcomes of patients who undergo colorectal surgery are a method that requires the simultaneous and thorough implementation of scientifically proven procedures in a bundle. It is stated that in many studies examined the effectiveness of care bundles in the prevention of surgical site infections in patients undergoing colorectal surgery; treatment and maintenance interventions such as protection of body temperature from normal limits, glycemic control, timely and appropriate antibacterial prophylaxis are the basis of the care bundle but are not sufficient to reduce the risk of general infections; and evidence-based initiatives such as oxygen support, wound dressers, a special wound closure tray, and the use of antibacterial sutures should also added to the bundle. Consequently, it is important that the care bundle is continuously assessed to ensure patient safety and increase quality of the care provided; and is continuously updated to add new applications that evidence-based to the care bundle.

Keywords: Care bundle; surgical care protocol; surgical site infections; colorectal surgery.

¹ İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Didem KANDEMİR, didem_ztrk@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 11.07.2016 Kabul Tarihi / Accepted: 21.06.2017

GİRİŞ

Cerrahi alan enfeksiyonları (CAE) morbidite ve mortalitede artma, hastanede yatış süresinde uzama, hastaneye yeniden yatış ve sağlık kaynaklarının aşırı kullanımı gibi nedenlere bağlı olarak ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Hastalık Kontrol Merkezi'nin (Centers for Disease Control and Prevention-CDC) 2014 yılında yayınladığı rehberine göre CAE; yüzeysel insizyonel, derin insizyonel ve organ/ alan olmak üzere üçe; yüzeysel ve derin insizyonel CAE ise birincil ve ikincil olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Yüzeysel insizyonel CAE'nin cerrahi girişimi izleyen dönemde 30 gün içinde, derin insizyonel ve organ/ alan CAE'nin ise cerrahi girişimi izleyen dönemde 30 veya 90 gün içinde gözlenen, cerrahi insizyon ve açılan ya da manipüle edilen alanla ilgili olan enfeksiyonlar olarak tanımlanmaktadır (1-6).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 2009 yılında yapılan bir prevalans çalışmasında sağlık bakımı ile ilişkili tüm enfeksiyonların üçte birinin (%31) cerrahi alan enfeksiyonu olduğu ve enfeksiyon kontrolü ile ilgili önlemlere karşın, CAE gelişen hastalarda mortalitenin %75 olduğu ifade edilmektedir (2). Ülkemizde ise Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı (UHESA) 2014 yılı sistem verilerine göre, 509.851 cerrahi girişimin 4.257'sinde CAE saptandığı; bu verilere göre CAE oranının yaklaşık olarak %1 olduğu belirtilmektedir (7,8).

Kolorektal cerrahi uygulanan hastalarda cerrahi sonrası en sık görülen komplikasyon CAE'dir. CAE'nin görülmesi, yaşam kalitesinin azalması, hastanede kalış süresinin uzaması, mortalite olasılığının artması ve maliyetin belirgin şekilde artması ile sonuçlanır. Bu nedenle CAE'yi en aza indirmek için tasarlanmış kanıt dayalı stratejilerin belirlenmesi ve uygulanması oldukça önemli bir adımdır (6). Kirli bir alan olma özelliği nedeniyle özellikle kolorektal cerrahi sonrasında ortaya çıkan CAE, sıklıkla morbiditeye neden olmakta ve insidansın çeşitli çalışmalarda %5-27 arasında olduğu bildirilmektedir (9-15). UHESA (2014) özet raporunda, belirlenen ameliyatlarda ameliyat tipine özgü CAE sürveyansı yapılmış ve 3.742 kolon cerrahisinin 307'sinde, 1.876 rektum cerrahisinin 6'sında CAE saptandığı bulunmuştur (7). Bu derleme, kolorektal cerrahi uygulanan hastalarda cerrahi bakım paketlerinin CAE riski üzerine etkisini belirleyen çalışmaları literatür ışığında incelemek, kolorektal cerrahi deneyimleyecek hastalarda bakım paketlerinin eksiksiz ve doğru bir şekilde uygulanmasının CAE'nin azaltılmasındaki öneminin sağlık profesyonellerince irdelenmesini sağlamak amacıyla yapıldı.

Günümüzde kolorektal cerrahi uygulanan hastanın bakımında, Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (Enhanced Recovery After Surgery-ERAS) protokolleri ve bakım paketleri olmak üzere iki yeni yöntem söz konusudur. Elektif kolon cerrahisi uygulanacak hastalarda cerrahi girişim sonrası iyileşmenin hızlandırılmasını amaçlayan ERAS protokolleri, 2001 yılında Kuzey Avrupa ülkelerinden beş merkezin (İskoçya, İsveç, Danimarka, Norveç ve Hollanda) bir araya gelerek, bir protokol oluşturmasıyla geliştirilmiştir. Bu protokoller, ameliyat öncesi organ fonksiyonlarını korumak ve ameliyat sonrası

stres yanıtı azaltarak cerrahi girişimlerden sonra erken iyileşmeyi sağlamak amacıyla tasarlanmış perioperatif bakım modelidir (16). Bu protokoller, morbiditeyi azaltmak ve hastanede kalış süresini kısaltmak amacıyla geliştirilmiştir. Hasta sonuçlarının iyileştirilmesi açısından yeni bir yaklaşım olarak kullanılan diğer bir yöntem olan bakım paketleri ise, yoğun bakım hastalarında klinik sonuçların iyileştirilmesi amacıyla ilk kez 2001 yılında, Sağlık Bakımı İyileştirme Enstitüsü (Institute for Healthcare Improvement-IHI) tarafından tanımlanmıştır (13). Hasta sonuçlarının iyileştirilmesinde etkili olabileceği bildirilen bakım paketleri, bilimsel olarak etkinliği kanıtlanmış girişimlerin bir paket halinde birlikte uygulanmasını gerektirir (17,18). Bakım paketi yaklaşımı, tek tek uygulanması durumunda iyileşme sürecini ve hasta sonuçlarını olumlu yönde etkilediği bilimsel olarak kanıtlanan birkaç uygulamanın, ayrı ayrı uygulanmalarına oranla daha iyi sonuçlar elde etmek amacıyla bir paket halinde, eş zamanlı ve eksiksiz uygulanmasıdır. Paket içinde yer alan uygulamalardan birine uyulmadığı durumlarda, diğer uygulamalar da uygulanmamış kabul edilir. Bu özelliğinden dolayı bakım paketi "ya hep, ya hiç" standardı olarak da bilinir ve adımları "evet" ve "hayır" şeklinde kontrol listeleri oluşturularak kullanılır (18-20). Ülkemizde bakım paketlerinin pek fazla bilinmemesine karşın, uluslararası alanda kullanımı giderek artan bir uygulamadır. Günümüzde ABD, İngiltere, İskoçya vb. olmak üzere pek çok ülkede ve uluslararası literatürde enfeksiyonların önlenmesinde, bakım paketleri uygulanmakta ve önerilmektedir (17,18). Konuyla ilgili yapılan çok sayıda çalışmada (4-6,21-23) CAE'nin önlenmesine yönelik yapılan uygulamalar kanıt düzeyi yüksek, orta ve düşük olmak üzere 3 grupta ele alınmıştır. Kanıt düzeyi yüksek uygulamalar;

- Ameliyat sırasında ilk 60 dakika içinde antibiyotiklerin intravenöz (IV) olarak uygulanması,
- Oral antibiyotik ile ameliyat öncesi bağırsak hazırlığı,
- Povidon-iyot yerine izopropil alkol içeren %2 klorheksidin gibi klorheksidin veya klorheksidin/ alkol solüsyonları ile cilt hazırlığı,
- Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde kan glukoz düzeyinin normal sınırlarda sürdürülmesi (<200mg/dL),
- Ameliyat sırası ve sonrası dönemde normal beden sıcaklığının sağlanması ve sürdürülmesi,
- Sigarayı bırakma, diyabetin kontrol altına alınması, yeterli beslenmenin sağlanması,
- Açık cerrahi yerine laparoskopik cerrahinin uygulanması,
- Ameliyat sırasında kontaminasyonun önlenmesidir. Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde ek oksijen desteği sağlanması, kanıt düzeyi orta derecede olan uygulamayken; kanıt düzeyi düşük uygulamalar ise;
- Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde antibakteriyellerle duş aldırılması,
- Topikal antibakteriyel ve antiseptik ajanların uygulanması,
- Antibakteriyel kaplı süturların ve antibakteriyel emdirilmiş pansumanların kullanılması,
- Antibakteriyellerle yara irrigasyonunu ve yarannın izolasyonunu içermektedir (4-6,21-23) (Tablo 1).

Bull ve ark.'nın (2011) kolorektal cerrahi uygulanan hastalarda CAE'yi azaltmak amacıyla bakım paketinin uygulanabilirliğini incelediği çalışmada, bakım paketini normal beden sıcaklığının korunması, kan glukoz düzeyinin normal sınırlarda sürdürülmesi, oksijen desteği verilmesi ve uygun antibiyotiklerin kullanılmasını içeren kanıta dayalı uygulamalar oluşturmuştur. Bu çalışmada, hastaların %21'ine bakım paketinde yer alan tüm girişimlerin uygulanabildiğini; bakım paketi uygulanmadan önce enfeksiyon oranı %15 iken; bakım paketi uygulandıktan 12 ay sonra enfeksiyon oranının %7'ye düştüğü saptanmıştır (24). Lutfiyya, Parsons ve Breen'in (2012) kolorektal cerrahi hastalarında yaptıkları çalışmada, CAE'yi azaltmaya yönelik bakım paketi uygulanmadan önce 430 hastanın 91'inde (%21.16) enfeksiyon rapor edilirken; paket girişimleri uygulanmaya başlandıktan sonra 195 hastanın 13'ünde (%6.67) enfeksiyon

saptanmıştır. Bakım paketi uygulanmadan önce ve uygulandıktan sonra enfeksiyon görülme oranında saptanan %14.49'luk azalmanın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.0001$). Yüzeysel insizyonel CAE oranının %15.12'den %3.59'a düştüğü ($p<0.0001$); derin insizyonel ve organ/boşluk CAE oranlarında da bir azalma olduğu; ancak, bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (10).

Cima ve ark.'nın (2013) çalışmada, kolorektal cerrahi uygulanan 198 hastaya CAE'yi azaltmaya yönelik ameliyat öncesi, sırası, sonrası ve taburculuk dönemine ilişkin çeşitli girişimleri içeren bakım paketi uygulanırken; kolorektal cerrahi uygulanan 531 hastaya da rutin tedavi ve bakım uygulanmıştır. Bu çalışmada, rutin tedavi ve bakım uygulanan hastalarda genel CAE oranı %9.8 iken, bakım paketi uygulanan hastalarda %4 olduğu; yüzeysel insizyonel CAE oranlarının ise %5.8'den %1.5'e düştüğü ve bu düşüşlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Aynı çalışmada, organ/alan CAE oranlarının ise %5.8'den %2.5'e düştüğü, ancak organ/alan CAE oranlarındaki bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p=0.10$). Çalışma sonucunda genel ve yüzeysel insizyonel CAE oranlarında önemli bir düşüşün olması, diğer çalışmalara (6) göre bakım paketi uygulanmadan önceki CAE oranlarının daha düşük olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Çalışmada, bakım paketine ilişkin hangi unsurların sonuçları etkilediğinin belirlenememesi ve yıllar içindeki CAE oranındaki azalmanın, sağlık bakım çalışanları arasındaki işbirlikçi yaklaşımdan kaynaklanmış olabileceğine ilişkin görüşler, araştırmanın sınırlılığını oluşturmuştur (23).

Keenan ve ark.'nın (2014) kolorektal cerrahi olan hastalarda uygulanan CAE önleme paketinin enfeksiyon görülme sıklığı üzerine etkisini incelediği retrospektif çalışmada; profilaktik antibiyotik kullanımı, oral antibiyotik ile bağırsak hazırlığı, ameliyat sırasında kan glukoz düzeyinin normal sınırlarda sürdürülmesi, normal beden sıcaklığının korunması ve yara pansumanının ameliyat sonrası ilk 48 saat boyunca yerinde bırakılmasını içeren girişimler, bakım paketinin içinde yer almış; yanı sıra fasiyal kapama öncesinde önlük ve eldivenlerin değiştirilmesi, özel bir yara kapama tepsi kullanımı, ameliyathane trafiğini azaltma gibi uygulamalar ile kanıtlarla yeterince desteklenmeyen mekanik bağırsak hazırlığı, fasiyal yara koruyucuların kullanımı ve pansuman çıkarıldıktan sonra yaranın klorheksidin ile günlük yıkanması da bakım paketine eklenmiştir. Taburculuk öncesi hastalara CAE'den korunmanın önemine ilişkin bilgi verilmiş ve ameliyat sonrası 1 haftaya kadar klorheksidin ile her gün yara yeri temizliği sürdürülmüştür. Bakım paketinde yer alan uygulamalar öncesi ve sonrasında CAE oranları karşılaştırılmış, sonuç olarak, yüzeysel insizyonel CAE oranının %19.3'ten %5.7'ye, ameliyat sonrası sepsis oranının ise %8.5'ten %2.4'e düştüğü ve bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu ($p<0.001$; $p=0.009$), ancak derin insizyonel ve organ/ alan CAE oranlarında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bununla birlikte, yara iyileşmesinde bozulma, hastanede kalış süresi, 30 gün içinde tekrar hastaneye kabul ve maliyet oranlarında, bakım paketi uygulanma öncesi ve sonrası

Tablo 1. Kolorektal Cerrahide Cerrahi Alan Enfeksiyonları Önlemeye Yönelik Örnek Bakım Paketi (10)

Ameliyat Öncesi Dönem	
1	Hastalara CAE'ye yönelik eğitim verilir.
2	Hasta ameliyattan 30 gün öncesinde sigarayı bırakması konusunda cesaretlendirilir.
3	Ameliyattan önceki gece ve ameliyat sabahı klorheksidin ile cilt temizliği sağlanır.
4	Ameliyat öncesi kolonun mekanik temizliği yapılır.
5	Ameliyattan önceki gece ağızdan emilmeyen antibakteriyel ajanların (neomisin ve metronidazol) yönetimi sağlanır.
6	Diyabetik olan ve olmayan hastalarda Hemogloblin A1c (HbA1c) düzeyleri izlenir.
Ameliyathanede Bekleme	
1	Kan glukoz düzeyi kontrolü; kan glukoz düzeyi > 140 mg/dL ise insülin infüzyonu başlatılır.
2	Cerrahi alan makas kullanılarak tüylerden temizlenir.
3	Normal beden sıcaklığını sağlamak ve sürdürmek için sıcak hava giysisi kullanılır.
Ameliyat Sırası Dönem	
1	Uygun antibiyotik tanımlanır.
2	Hastanın ağırlığına göre antibakteriyel ajanın profilaktik dozu belirlenir.
3	IV profilaktik antibakteriyel ajanlar zamanında uygulanır.
4	Cerrahi girişimin süresine göre profilaktik antibiyotik dozu tekrarlanır.
5	Cilt hazırlığında standart antiseptik ajan: Klorheksidin glukonat
6	Hastaya verilen oksijenin en az %80 fraksiyonu sağlanır.
7	Tüm steril cerrahi ekip üyeleri, çift eldiven kullanır.
8	Ameliyat öncesi, sırası ve sonrası dönemde hastanın normal beden sıcaklığı korunur.
9	Tüm hastalarda glukoz kontrolü sağlanır; kan glukoz düzeyi > 140 mg/dL ise insülin infüzyonuna başlanır.
10	Tüm açık ameliyatlarda cilt altı dokuların lavajı için salin solüsyon kullanılır.
Ameliyat Sonrası Dönem	
1	Tüm hastaların kan glukoz düzeylerinin kontrolü sağlanır ve gerekli ise glisemik kontrol ekibine konsülte edilir.
2	Gümüş emdirilmiş ya da poliheksametilen biguanid pansuman materyalleri 5 gün kullanılarak insizyonun birincil yara kapaması sağlanır.
3	Hastaya verilen oksijenin 4 saat boyunca yüksek fraksiyonu sağlanır.
4	Cerrahi girişim sonrası 24 saat içinde profilaktik antibakteriyel ajan kullanımı sonlandırılır.

dönemler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (22).

Keenan ve ark.'nın (2015) 2006-2013 yılları arasında kolorektal cerrahi uygulanan 424 hastada, farklı bakım uygulamalarının hasta sonuçlarına etkisini retrospektif inceledikleri başka bir çalışmada, ERAS protokollerinin rutin bakım girişimlerine oranla CAE oranını azalttığı, ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, buna karşın ERAS protokolleri ile birlikte CAE önlemeye yönelik bakım paketi uygulanmasının, CAE oranını istatistiksel olarak anlamlı oranda düşürdüğü bulunmuştur. Ameliyat sonrası 30 günlük sonuçlar incelendiğinde, hastaneye yeniden yatışta istatistiksel olarak anlamlı bir artış görülmediği; ERAS protokolleri sonrası özellikle ERAS protokolleri ile birlikte CAE'yi önlemeye yönelik bakım paketi uygulaması sonrası yara komplikasyonu ve CAE oranlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir azalma görüldüğü saptanmıştır. ERAS protokolleri sonrası yüzeysel insizyonel CAE oranının %16.1'den %6.3'e ve sepsis oranının ise %11.2'den %1.8'e düştüğü; bu düşüşlerin istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.01$). Bu sonuçlar doğrultusunda, cerrahi tedavi ve bakımda kalite iyileştirme sürecinin süregelen bir çaba olması gerektiği ve çoklu standartlaştırılmış bakım protokollerinin ardışık olarak benimsenmesinin ve uygulanmasının hasta bakımında iyileşme sağlayarak, sağlık bakım maliyetlerini kontrol etmeye yardımcı olduğu belirtilmiştir (25).

İncelenen bu çalışmaların aksine, Anthony ve ark.'nın (2011) CAE'nin önlenmesinde bakım paketinin etkinliğinin değerlendirildiği randomize kontrollü çalışmada, rutin tedavi ve bakım uygulanan hastalarda ($n=97$) CAE oranı %24 iken; bakım paketi uygulanan hastalarda ($n=100$) bu oranın %45 olduğu bulunmuştur ($p=0.003$). Paket girişimleri uygulanan grupta görülen enfeksiyonların çoğunun (%36) yüzeysel insizyonel CAE olduğu; rutin tedavi ve bakım uygulanan grupta ise yüzeysel insizyonel CAE görülme oranının %19 olduğu saptanmıştır ($p=0.004$). Sonuç olarak; kullanılan bakım paketinin standart uygulamaya göre CAE riskini 2.49 kat artırdığı; bu sonuca gruplar arasında yeterli randomizasyonun sağlanamaması, CAE için genel bazı risk faktörlerinin gruplarda dengesiz dağılımı, gözlemsel bazı biasların varlığı gibi araştırma sınırlılıklarının neden olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca, tek başına yararlılığı kanıtlanmış girişimlerin bir kaçının paket halinde uygulanmasının, bazı durumlarda birbirlerini olumsuz etkileyebilecek sonuçlar doğurabileceği ya da girişimler ile hastaların bireysel özellikleri arasında beklenmedik etkileşimlerin olabileceği; yanı sıra paket içinde yer alan ameliyat sırası sıvı kısıtlamasının, beden sıcaklığında artışa neden olarak, dokulara giden kan akımı ve oksijenizasyonu azalttığı, bu durumun da mikroorganizmaların çoğalmasını kolaylaştırmış olabileceği sonucuna varılmıştır (6). Ghuman ve ark.'nın (2015) kolorektal cerrahi uygulanan hastalarda kullanılan cerrahi girişim sonrası cilt kapama paketinin CAE oranlarına etkisini inceledikleri çalışmada, bakım paketi uygulanmadan önce ve uygulandıktan sonra genel CAE oranlarının sırasıyla %25.2 ve %26.6 olduğu; yüzeysel insizyonel CAE oranının %14.4 ve %14.9 olduğu; derin

insizyonel ve organ/boşluk CAE oranlarının ise %10.8 ve %11.7 olduğu; bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$) (21).

Ele alınan bu çalışmaların çoğunda bakım paketini, beden sıcaklığının normal sınırlarda sürdürülmesi, glisemik kontrol, zamanında ve uygun antibakteriyel profilaksiyi içeren "temel" kanıta dayalı girişimler oluşturmaktadır. Bu çalışmaların ortak sınırlılıkları, bakım paketinde yer alan tüm girişimlerin önceden uygulanmamış olması, paket içinde yer alan birden çok girişimin eş zamanlı uygulanması nedeniyle hangi girişim/ girişimlerin yararlı olduğunun belirlenememesi, çalışmanın genellikle tek bir kurumla sınırlı kalması, sağlık profesyonellerinin bakım paketine uyumlarının değerlendirilmemiş olması ve/veya CAE görülme sıklığının belirlenmesinde kullanılan yöntemlerin tutarsızlığıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kolorektal cerrahi sonrası CAE riskini azaltmak için en uygun bakım paketinin ne olduğu konusunda fikir birliği yoktur. Bakım paketinde yer alan temel unsurların genel enfeksiyon riskini azaltmada tek başına yeterli olmadığı ve oksijen desteği sağlama, yara koruyucular, özel bir yara kapama tepsisinin ve antibakteriyel sutureların kullanılması gibi kanıta dayalı girişimlerin de pakete eklenmesi gerektiği belirtilmektedir. İncelenen çalışmalar sonucunda elde edilen ve göz ardı edilmemesi gereken önemli nokta, bakım paketinin başarısı için paket içindeki tüm adımların tutarlı bir şekilde uygulanması ve sağlık profesyonellerinin bakım paketlerine uyumudur (13,24,25). Sonuç olarak; bakım paketinin hasta güvenliğini ve sağlanan bakımın kalitesini daha da artırabilmesi için sürekli değerlendirilmesinin, bakım paketine kanıta dayalı yeni uygulamaların eklenebilmesi için sürekli güncellenmesinin ve bakım paketlerine sağlık profesyonellerince tam bir uyumun sağlanmasında eğitim ve danışmanlığın önemli olduğu söylenebilir.

KAYNAKLAR

1. Aksoy G. Cerrahi enfeksiyonlar. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N, editörler. Cerrahi hemşireliği I. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012. s. 165-8.
2. Soyer T. Cerrahi alan enfeksiyon tanımlarında yenilikler ve profilakside güncel uygulamalar. *Ankem Dergisi*. 2014; 28(Ek 2): 156-61.
3. Uzunköy A. Cerrahi alan enfeksiyonları: Risk faktörleri ve önleme yöntemleri. *Ulus Travma Dergisi*. 2005; 11(4): 269-81.
4. Itani KMF. Care bundles and prevention of surgical site infection in colorectal surgery. *Journal of the American Medical Association*. 2015; 314(3): 289-90.
5. Perez-Blanco V, Garcia-Olmo D, Maseda-Garrido E, Najera-Santos MC, Garcia-Caballero J. Evaluation of a preventive surgical site infection bundle in colorectal surgery. *Cirugia Espanola*. 2015; 93(4): 222-8.
6. Anthony T, Murray BW, Sum-Ping JT, Lenkovsky F, Vornik VD, Parker BJ, et al. Evaluating an evidence-based bundle for preventing surgical site infection: A randomized trial. *Archives of Surgery*. 2011; 146(3): 263-9.

7. saglik.gov.tr [Internet]. Ankara: 2015 [Erişim tarihi: 26.12.2016]. Erişim adresi: <http://hizmetstandartlari.saglik.gov.tr/Eklenti/2815,2014-ulusal-ozet-rapor-1pdf.pdf?0>.
8. Aygin D, Marul F. Cerrahi alan enfeksiyonu tanımlarında yenilikler ve ameliyat öncesi tüy temizliğinde güncel uygulamalar. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016; 1(3): 28-36.
9. Bullard KM, Trudel JL, Baxter NN, Rothenberger DA. Primary perineal wound closure after preoperative radiotherapy and abdominoperineal resection has a high incidence of wound failure. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2005; 48(3): 438-43.
10. Lutfiyya W, Parsons D, Breen J. A colorectal “care bundle” to reduce surgical site infections in colorectal surgeries: A single-center experience. *The Permanente Journal*. 2012; 16(3): 10-6.
11. Smith RL, Bohl JK, McElearney ST, Friel CM, Barclay MM, Sawyer RG, et al. Wound infection after elective colorectal resection. *Annals of Surgery*. 2004; 239(5): 599-607.
12. Taşdelen Fışgın N, Tanyel E, Topgül K, Sarıkaya H, Doğanç L, Tülek T. Kolon cerrahisi uygulanan hastalarda gelişen cerrahi alan enfeksiyonları ve risk faktörleri. *İnfeksiyon Dergisi*. 2008; 22(3): 141-5.
13. Tanner J, Padley W, Assadian O, Leaper D, Kiernan M, Edmiston, C. Do surgical care bundles reduce the risk of surgical site infections in patients undergoing colorectal surgery? A systematic review and cohort meta-analysis of 8,515 patients. *Surgery*. 2015; 158(1): 66-77.
14. Wick EC, Hobson DB, Bennett JL, Demski R, Maragakis L, Gearhart SL, et al. Implementation of a surgical comprehensive unit-based safety program to reduce surgical site infections. *Journal of the American College of Surgeons*. 2012; 215(2): 193-200.
15. Young H, Knepper B, Moore EE, Johnson JL, Mehler P, Price CS. Surgical site infection after colon surgery: National Healthcare Safety Network risk factors and modeled rates compared with published risk factors and rates. *Journal of the American College of Surgeons*. 2012; 214(5): 852-9.
16. Solak Kabataş M, Özbayır T. Kolorektal cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü: sistematik derleme. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016; 5(3): 120-32.
17. İlçe AÖ, Alpteker H, Kurutkan MN. Bakım paketi (Care bundles) kanıta dayalı uygulama örneği. 2. Hemşirelik Sempozyumu; 2012 Şubat 16-19; İzmir.
18. Kurutkan MN. Kanıta dayalı uygulamalar bağlamında bir hasta güvenliği uygulaması: Care bundles (Temel önlem paketi). *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2014; 1(2): 83-8.
19. Marwick C, Davey P. Care bundles: The holy grail of infectious risk management in hospital? *Current Opinion in Infectious Diseases*. 2009; 22(4): 364-9.
20. Çetinkaya Şardan Y. İnfeksiyon kontrolünde paketler. *Yoğun Bakım Dergisi*. 2010; 9(4): 188-92.
21. Ghuman A, Chan T, Karimuddin AA, Brown CJ, Raval MJ, Phang PT. Surgical site infection rates following implementation of a colorectal closure bundle in elective colorectal surgeries. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2015; 58(11): 1078-82.
22. Keenan JE, Speicher PJ, Thacker JK, Walter M, Kuchibhatla M, Mantyh CR. The preventive surgical site infection bundle in colorectal surgery: An effective approach to surgical site infection reduction and health care cost savings. *JAMA Surgery*. 2014; 149(10): 1045-52.
23. Cima R, Dankbar E, Lovely J, Pendlimari R, Aronhalt K, Nehring S, et al. Colorectal surgery surgical site infection reduction programme: A national surgical quality improvement program-driven multidisciplinary single-institution experience. *Journal of the American College of Surgeons*. 2013; 216(1): 23-33.
24. Bull A, Wilson J, Worth LJ, Stuart RL, Gillespie E, Waxman B, et al. A bundle of care to reduce colorectal surgical infections: An Australian experience. *Journal of Hospital Infection*. 2011; 78(4): 297-301.
25. Keenan JE, Speicher PJ, Nussbaum DP, Adam MA, Miller TE, Mantyh CR, et al. Improving outcomes in colorectal surgery by sequential implementation of multiple standardized care programs. *Journal of the American College of Surgeons*. 2015; 221(2): 404-14.

Sigaranın Yara İyileşmesi Üzerine Zararlı Etkileri

Ayşegül BAYKAN¹, Halit BAYKAN²

ÖZ

Sigaranın yara iyileşmesi ve flep yaşamı üzerine zararlı etkileri iyi bilinmektedir. Sigara bu zararlı etkilerini ihtiva ettiği nikotin, karbonmonoksit ve hidrojen siyanid üzerinden oluşturmaktadır. Sigara dumanında katran damlacıkları üzerinde taşınan nikotin, respiratuvar sistemden hızla emilir. Nikotin sakızı çiğneyenlerde oral mukozadan, çıplak elle uğraşanlar ve nikotin bantları kullananlarda deri yolu ile vücuda emilmektedir. Emilen nikotin hızla tüm vücuda dağılır. Akciğer, dalak, karaciğer ve beyinin nikotine olan afinitesi yüksektir. Yağ dokusunun afinitesi düşüktür. Tütün dumanında, insanlar ve hayvanlar için kanserojen olan 4000'den fazla kimyasal madde belirlenmiştir. Çevresel dumanda zararlı maddeler, içe çekilen dumana göre daha fazladır. Pasif olarak sigara dumanına maruz kalan kişiler, hem inhale-ekspire edilen dumana hem de sigaranın kendi kendine yanarken çıkan dumanına maruz kalırlar. Bu durum, pasif içiciliğin de insan sağlığı açısından oldukça önemli olduğunu göstermektedir. Sigara kullanımına bağlı olarak, insan sağlığı önemli ölçüde bozulmaktadır. Başta akciğerler olmak üzere, oral, larinks ve özafagus kanseri ile direk ilişkili iken, böbrek ve mesane kanserleri, mide kanseri, serviks ve hematopoetik sistem kanserlerinde de etken olabilmektedir. Sigaranın sistemik etkilerine bağlı oluşabilecek postoperatif komplikasyonlar da göz önünde tutulmalıdır. Sigara içenlerde postoperatif pulmoner komplikasyon riski yaklaşık 6 kat artmıştır. Bu pulmoner komplikasyonların azaltılması için en az 6-8 haftalık sigarasız bir dönem gerektiği de bilinmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sigara; yara iyileşmesi.

Hazardous Effects of Smoking on Wound Healing

ABSTRACT

The harmful effects of cigarette on wound healing and flap life are well known. Smoking is caused its harmful effects by nicotine, carbon monoxide and hydrogen cyanide that contain. Nicotine carried on tar droplets in cigarette smoke, is rapidly absorbed from the respiratory system. Nicotine is absorbed into the body by the way of oral mucosa in chewing the nicotine gum; by the way of skin in bare handed people and the using nicotine bands. Emitted nicotine is rapidly dispersed throughout the body. The affinity of the lung, spleen, liver and brain for nicotine is high. Affinity of fatty tissue is low. More than 4,000 chemicals that are carcinogenic to humans and animals have been identified in tobacco smoke. Harmful substances in the environmental smoke are more toxic than inhaled smoke. People exposed to cigarette smoke passively, are exposed to both the booster-expiration smoke and the self-burning smoke of the cigarette. This shows that passive smoking is also very important for human health. Due to smoking, human health is deteriorating considerably. While it is directly related to oral, larynx and esophagus cancers, especially lungs, it can also be a cause of cancers of kidney and bladder, stomach cancer, cervix and hematopoietic system cancers. The postoperative complications that may occur due to the systemic effects of cigarette smoke should also be considered. The risk of postoperative pulmonary complications in smokers is increased about 6 times. It is also known that at least 6-8 weeks of smoking-free period is required to reduce these pulmonary complications.

Keywords: Smoking; wound healing.

GİRİŞ

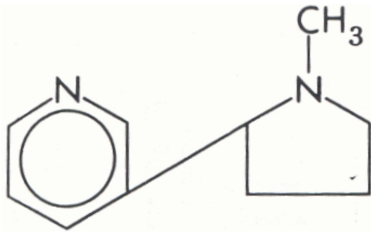
Flep yaşamına ve yara iyileşmesi üzerine (1,2) sigaranın zararlı etkileri, gerek deneysel (3,4), gerekse de klinik (5-7) olarak bilinmektedir. Sigara, bu zararlı etkilerini nikotin, karbonmonoksit ve hidrojen siyanid aracılığıyla oluşturmaktadır. Nikotin, hiperadrenerejik durum oluşturarak, prostaglandin/tromboxan dengesini bozarak, flep damar yapılarında vazospazm meydana getirip iskemik nekroza neden olmaktadır (8,9).

¹ Kayseri Özel Tekden Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

² S.B.Ü. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Halit BAYKAN, halitbaykan@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 20.06.2017 Kabul Tarihi / Accepted: 05.07.2017



Şekil 1. Nikotinin moleküler yapısı

Nikotinin iki stereoisomeri vardır. Bunlar, s-nikotin ve r-nikotindir. Tütünde s-nikotin mevcuttur. Nikotin, piridin ve pirolidin halkası içeren tersiyer bir amindir (Şekil 1).

Nikotinin serbest baz hali suda ve yağda eriyebilir özelliği sahip olduğu için respiratuvar sistemden, mukozalardan ve deriden kolayca emilebilir. Kullanılan tütün cinsine göre değişmekle beraber, bir sigarada ortalama 20 mg nikotin bulunduğu kabul edilmektedir. Bir sigara içildiğinde inhalasyonla vücuda giren nikotin miktarı 1-2,5 mg kadardır. Bu miktar, inhalasyonun çekim derinliği ve dumanı içeride tutma süresi, içe çekme sıklığı ve atılan izmaritin uzunluğuna bağlıdır. Doğal olarak, filtresiz sigara içildiğinde alınan nikotin oranı artmaktadır (10).

Nikotin çoğunlukla karaciğerde yıkılır. Az bir kısmı akciğerde yıkılırken bir kısmı da böbrekten değişmeden atılır. Sigara içimi ile vücuda alınan nikotin beyni, inhalasyon sırasında akciğerleri etkilemektedir. Nikotinin kardiyovasküler sistem (KVS) üzerine birçok etkisi bulunmaktadır; kalp atım hızını, kardiyak aut putu, solunum sayısını, koroner kan akımını ve kan basıncını artırırken, deride vazokonstriksiyon oluşturmaktadır (1).

Sigara dumanında katran damlacıkları üzerinde taşınan nikotin, respiratuvar sistemden hızla emilir. Nikotin sakızı çiğneyenlerde oral mukozadan, çıplak elle uğraşanlar ve

Tablo 1. Tütün dumanında gaz fazındaki önemli zararlı maddeler ve asıl içici ve pasif içicinin maruz kaldığı ortalama miktarları

Gaz Fazı	Ana içici	Pasif içici (ana içicinin katı)
Karbon monoksit	10-20 mg	2,50
Karbon dioksit	20-60 mg	8,10
Metan	1,30 mg	3,10
Asetilen	27 µg	0,80
Amonyum	80 µg	73
Hidrojen siyanid	430 µg	0,25
Dimetil nitrozamin	10-65 µg	52

Tablo 2. Tütün dumanında partiküler fazındaki önemli zararlı maddeler ve asıl içici ve pasif içicinin maruz kaldığı ortalama miktarları

Partiküler Faz	Ana içici	Pasif içici (ana içicinin katı)
Katran	1-40 mg	1,70
Nikotin	1-2,50 mg	2,70
Toluen	108 µg	5,60
Fenol	20-150 µg	2,60
Naftalin	2,80 µg	1,60
Benzopiren	20-40 µg	2,80
Hidrazin	32 µg	30

nikotin bantları kullananlarda deri yolu ile vücuda emilmektedir. Emilen nikotin hızla tüm vücuda dağılır. Akciğer, dalak, karaciğer ve beyinin nikotine olan afinitesi yüksektir. Yağ dokusunun afinitesi düşüktür (11).

Tütün dumanında 50'den fazlası insanlar ve hayvanlar için kanserojen olan 4000'den fazla kimyasal madde belirlenmiştir. Bunların en önemlileri ana içici ve çevresel olarak pasif içici durumlarında alınan ortalama miktarları Tablo 1 ve 2'de gösterilmiştir (12).

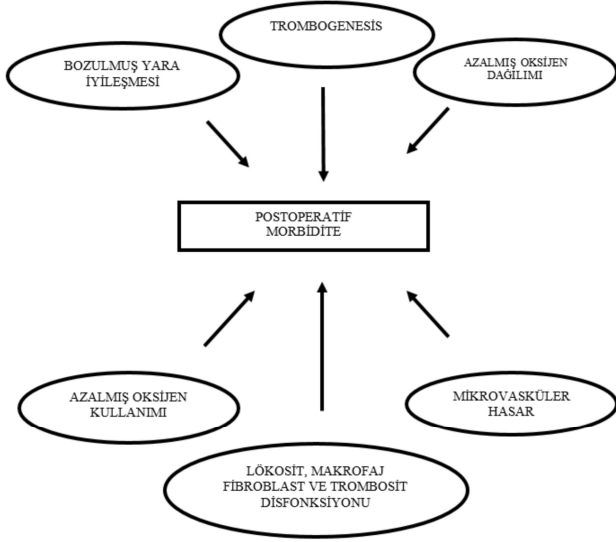
Çevresel dumanda zararlı maddeler, içe çekilen dumanına göre daha fazladır. Pasif olarak sigara dumanına maruz kalan kişilerde, hem inhale-ekspire edilen dumanı hem de sigaranın kendi kendine yanarken çıkan dumanına maruz kalırlar. Bu durum, pasif içiciliğin de insan sağlığı açısından oldukça önemli olduğunu göstermektedir (12). Sigara kullanımına bağlı olarak, insan sağlığı önemli ölçüde bozulmaktadır. Endometrial, meme ve kalın bağırsak kanserlerinde etkinliği net olarak bilinmemektedir. Fakat akciğerler olmak üzere, oral, larinks ve özafagus kanseri ile direkt ilişkili iken, böbrek ve mesane kanserleri, mide kanseri, serviks ve hemapoetik sistem kanserlerinde de etken olabilmektedir. Aort anevrizması, koroner arter hastalıkları, hipertansiyon, periferik vasküler hastalıklar gibi kardiyovasküler sistem hastalıkları ve kronik obstrüktif akciğer hastalıkları ile direkt ilişkilidir. 1989 yılı kayıtlarına göre Amerika Birleşik Devletlerinde her 5 ölümden 1'i sigara ile ilişkilidir (13).

Dolaşımdaki endotel hücre sayısı, iki sigara içimiyle %50 oranında artmaktadır. Vasküler endotel hücrelerde akut intimal hasar ve deskuamasyona neden olan nikotin, adrenal glanddan ve kromaffin hücrelerden epinefrin ve adrenerjik sinapslardan norepinefrin salınımını artırmaktadır. Bunun sonucunda arteriyel basınç artışı ve periferik vazokonstriksiyon ortaya çıkar. Nikotin ayrıca trombosit fonksiyonlarını bozar ve yaşam süresini kısaltır. Sigara kullanımı siklooksijenaz yolun inhibisyonuna neden olur ve prostosiklin (Pgl2) sentez inhibisyonu ve Tromboxan A2 (TxA2) sentez artışı ortaya çıkar, bu da Pgl2/TxA2 oranını bozar (8,9).

Forrest ve ark (8) tarafından yapılan çalışmada, nikotinin vazokonstriksiyon oluşturarak deri fleplerinin dolaşımını bozduğu, trombüze eğilimi artırdığı ve bunun da flep nekrozuna neden olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmaya göre nikotinin deri fleplerinde oluşturduğu zararlı etki 4 muhtemel nedenden kaynaklanmaktadır. Bunlar; Direkt olarak endotel hücre hasar oluşturmaları, Norepinefrinin sempatik sinir uçlarından salınımının artırılması, Katekolamin salınımını adrenal bezlerde artırması ve Lokal olarak prostaglandinlerin salınımını azaltması olarak verilebilir.

İçilen sigaraya bağlı olarak oluşan vasküler zararlı etkilerden nikotin sorumlu iken, yara iyileşmesinin bozulmasından ise nikotinin yanında karbon monoksit ve hidrojen siyanid de rol oynamaktadır. Karbonmonoksitin hemoglobine olan afinitesi oksijenden daha fazladır. Buna bağlı olarak hemoglobinle bağlanıp karboksihemoglobin oluşturur ve dokulara yeterli oksijen sağlanmasını engeller. Hidrojen siyanid ise oksidatif metabolizma ve oksijen transportunu bozarak dokuda hipoksik etki oluşturur. Nikotin ise, periferik vasküler sistemdeki

vazokonstriksiyon sonucu doku iskemisi yapma yanında, trombüse eğilimi artırması ve kan hücreleri üzerindeki kötü etkileri ile yara iyileşmesinin bozulmasına da neden olmaktadır. Sigaranın ortaya çıkardığı yara komplikasyonları ve etiyojileri Şekil 2’de özetlenmiştir (1,2,4,14,15).



Şekil 2. Sigara kullanımı ile ilişkili yara komplikasyonlarının etiyojileri (14)

Sigara içen hastalar, operasyon öncesi mutlaka değerlendirilmeli, elektif rekonstrüksiyon veya estetik cerrahi düşünülen hastalarda operasyon öncesi en az 4 haftalık bir süre sigarasız periyodun olması sağlanmalıdır (15). Hastanın buna uyup uymamasına bağlı olarak plan yapılmalıdır. Hasta önerilere uymamış ise cerrahi ertelenir, hastaya kendine yardım veya grup terapileri ile profesyonel yardım veya farmakoterapi gibi yardımlar önerilir. Acil onarım gerektiren ve bu dört haftalık periyodun beklenemeyeceği durumlarda, nikotinin etkilerini sınırlayabilmek için farmakoterapinin göz önünde tutulması önerilmektedir.

TARTIŞMA

Flep nekrozu üzerine sigaranın etkisi açık olarak bilinmektedir. Sigara zararlı etkisini karbonmonoksit, hidrojen siyanid ve nikotin üzerinden oluşturmaktadır (16). Karbonmonoksit hemoglobine bağlanarak karboksihemoglobin oluşturarak, hidrojen siyanid ise oksijen transport sisteminde blokajla hipoksi oluşturmak suretiyle etki gösterir. Nikotin ise periferik vasküler yapılar üzerine etki ederek vazokonstriksiyon yaparak dokunun beslenmesini bozarak etki göstermektedir (8,9).

Rees (5) yaptığı retrospektif çalışmada, 1186 yüz germe ameliyatında 121 cilt nekrozu olduğunu bildirmiştir. Yüz germe ameliyatında kaldırılan fleplerde görülen nekrozun %74’ü sigara içen hastalarda görülmüştür. İstatistiksel olarak, sigara içenlerde nekroz gelişim oranının %7,5, içmeyenlerde ise %2,7 olduğu rapor edilmiştir (5).

Goldminz ve ark (7) yaptıkları retrospektif çalışmada sigara içen hastalarda, yapılan tam tabaka greft veya flep

uygulamalarında, sigara içmeyen hastalara göre 3 kat daha fazla oranda nekroz izlediklerini, nekroz oranının içilen sigara sayısı ile doğru orantılı olduğunu rapor etmişlerdir. Sigara içen hastalarda mastektomi veya redüksiyon mamoplastilerde oluşturulan cilt fleplerinde beslenme bozuktur ve sigara içen hastalarda yara iyileşme problemleri ve komplikasyon görülme oranı, içmeyenlere göre %30-50 oranında daha fazla izlenmektedir (2).

Mastektomi sonrası serbest transvers rektus abdominus kas-deri (TRAM) flebiyle rekonstrüksiyonu yapılan 718 hastanın incelenmesinde, sigara içen hastalarda serbest TRAM flebi ile ilgili anlamlı nekroz bulunmazken, mastektomi flepleri ve abdominal flepler gibi random patern fleplerde nekroz artışı izlenmiştir (17).

Estetik girişimler öncesi sigarasız geçen dönem sonunda, nikotinin vasküler düzeydeki zararlı etkilerinin geri dönüşümü sağlanabilir. Bu süre kesin olarak belli olmamakla beraber, bir çok plastik cerrah tarafından 4 hafta olarak uygulanmaktadır (15,18,19). Sigaranın sistemik etkilerine bağlı oluşabilecek postoperatif komplikasyonlar da göz önünde tutulmalıdır. Sigara içenlerde postoperatif pulmoner komplikasyon riski yaklaşık 6 kat artmıştır ve bu pulmoner komplikasyonların azaltılması için en az 6-8 haftalık sigarasız bir dönem gerektiği de bilinmektedir (20). Sigaranın deri üzerindeki bu zararlı etkilerini geri döndürebilmek için çeşitli farmakolojik ajanlar denenmiştir. Forrest ve ark (21) nikotinin norepinefrin ve vasküler direnç üzerindeki etkilerini göz önünde tutarak nikotin antagonisti olan heksametanyum, adrenarjik sinir blokörü olan guanetidini ve $\alpha 1$ adreno reseptör antagonisti olan prazosin ile çalışmalar yapmışlardır.

Aker ve ark (22) nikotin etkisi altındaki rat dorsal random patern fleplerinde nekrozun önlenmesi için reolojik bir ajan olan pentoksifilini preoperatif olarak kullanmışlardır. Pentoksifilinin eritrosit deformabilitesini azaltıcı etkisi ve mikrosirkülasyonu düzeltici etkisi yanı sıra, trombosit agregasyonu inhibe edici, prostasiklin seviyesini artırıcı ve tromboksan A2 sentezini azaltıcı etkileri ile nekrozu anlamlı olarak azalttığını rapor etmişler ve özellikle sigarayı bırakamayan hastalarda preoperatif pentoksifilin uygulamasının cilt flep nekrozunun azaltılmasında yararlı olabileceğini bildirmişlerdir.

Davies ve ark (23) sigara içen hastalarda random patern fleplerin canlılığının artırılmasında vazodilatör ajanların faydalı olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Çalışmalarında, fenoksibezamin ve nifedipini enteral olarak, nitroglicerini topikal olarak kullanmışlar ve fenoksibezamin uygulaması ile anlamlı bir etki izlenmediğini, nifedipin ve nitroglicerini ile ise nekrozun anlamlı olarak azaldığını rapor etmişlerdir. Karlen ve ark (24) nikotin etkisi altındaki fleplerde $\alpha 1$ adreno reseptör antagonisti olan terazosini oral ve subkutan olarak kullanmışlar ve oral terazosin ile flep canlılığında artış rapor etmişlerdir.

Tavşanlarda yapılan çalışmada, nikotin verilen tavşanlarda kulak yaralarında, yara kontraksiyonunun azaldığı ve yara iyileşmesinin kontrol grubuna göre geciktiği belirtilmektedir (14).

Nolan ve ark (4) tarafından ratlarda yapılan çalışmada da, sigara dumanının flep yaşamını kötü yönde etkilediği ve daha fazla flep nekrozuna neden olduğu gösterilmiştir.

Reus ve ark (3) da tüysüz farekulaklarında, nikotinin anlamlı arterioller vazokonstriksiyona neden olduğunu, kulakta dolaşımın azaldığını ve yara iyileşmesinin geciktiğini rapor etmişlerdir.

Sonuç olarak sigara, içerdiği nikotin ve binlerce zararlı madde ile insan vücuduna birçok zarar vermektedir. Bunların başında kan damarları gelmektedir. Kan dolaşımı bozulunca elbette yara iyileşmesi de bozulmaktadır. Özellikle cerrahi operasyonlarda bunun önemi oldukça önemlidir. Çünkü cerrahi yapmak vücuda isteyerek yara oluşturmaktır. Sigara içen hastalarda oldukça dikkatli olmak gerekir ve acil ameliyatlarda hastalara yara iyileşmesinin bozulacağı ve kötü etkilebileceği hatırlatılmalıdır. Diğer yandan diyabet gibi kronik hastalıklarda da sigaranın zararlı etkilerinin hastalığın seyrini olumsuz etkileyeceği hatırlatılmalı ve bu hastalar sigaranın zararlı etkileri yönünden uyarılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sherwin MA, Gastwirth CM. Detrimental effects of cigarette smoking on lower extremity wound healing. *J Foot Surg.* 1990; 29(1): 84-7.
2. Silverstain P. Smoking and wound healing. *Am J Med.* 1992; 93(suppl 1A): 22-4.
3. Reus WF, Rabson MC, Zachary L, Hegggers JP. Acute effects of tobacco smoking on blood flow in the cutaneous micro circulation. *Br J Plast Surg.* 1984; 37(2): 213-5.
4. Nolan J, Jenkins RA, Kurihara K, Schultz RC. The acute effects of cigarette smoke exposure on experimental skin flaps. *Plast Reconstr Surg.* 1985; 75(4): 544-9.
5. Rees TD, Liverett DM, Guy CI. The effect of cigarette smoking on flap survival in the face lift patient. *Plast Reconstr Surg.* 1984; 73(6): 911-5.
6. Riefkohl R, Wolfe JA, Edwin BC, McCarthy KS. Association between cutaneous occlusive disease, cigarette smoking and skin slough after rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg.* 1986; 77(4): 592-5.
7. Goldminz D, Benett RG. Cigarette smoking and flap and full thickness graft necrosis. *Arch Dermatol.* 1990; 127(7): 1012-5.
8. Forrest CR, Pang CY, Lindsay WK. Dose and time effects of nicotine treatment on the capillary blood flow and viability of random pattern skin flaps in the rat. *Br J Plast Surg.* 1984; 40(3): 295-9.
9. Forrest CR, Pang CY, Lindsay WK. Pathogenesis of ischemic necrosis in random pattern skin flap induced by long term low dose nicotine treatment in the rat. *Plast Reconstr Surg.* 1991; 87(3): 518-28.
10. Kayaalp SO. Nikotin ve Gangliyonları Stimüle Eden Diğer İlaçlar, Gangliyon Bloke Ediciler. *Tıbbi Farmakoloji.* 9. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2001.
11. Chapter II, Nicotine: Pharmacokinetics, Metabolism, and Pharmacodynamics. In: *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General.* Washington DC: U.S. Government Printing Office; 1988. p. 21-74.
12. Byrd JC. Environmental tobacco smoke. *Med Clin N Am.* 1992; 76(2): 377-98.
13. Newcomb PA, Carbone PP. The Health Consequences of Smoking, Cancer. *Med Clin N Am.* 1992; 76(2): 305-31.
14. Mosely LH, Finseth F, Goody M. Nicotine and its effect on wound healing. *Plast Reconstr Surg.* 1978; 61(4): 570-5.
15. Krueger JK, Rohrich RJ. Clearing the smoke: The scientific rationale for tobacco abstention with plastic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2001; 108(4): 1063-73.
16. Fisher J, Gingrass MK. Basic principles of skin flaps. In: Georgiade GS, Georgiade NG, Riefkohn R, Barwick WJ, editors. *Text book of Plastic Maxillofacial and Reconstructive Surgery.* 3rd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1997. p.19-29.
17. van Adrichem LNA, Hoegen R, Hovius SER, van Strik R, Vuzevski VD, van der Meulen JC. The effect of cigarette smoking on the survival of free vascularized and pedicled epigastric flaps in the rat. *Plast Reconstr Surg.* 1996; 97(1): 86-96.
18. Rohrich RJ. Cosmetic surgery and patients who smoke: should we operate? *Plast Reconstr Surg.* 2000; 106(1): 137-8.
19. Chang DW, Reece GP, Wang B, Robb GL, Miller MJ, Evans GR, et al. Effect of smoking on complications in patients undergoing free TRAM flap breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2000; 105(7): 2374-80.
20. Rohrich RJ, Coberly DM, Krueger JK, Brown SA. Planning elective operations on patients who smoke: Survey of North American plastic surgeons. *Plast Reconstr Surg.* 2002; 109(1): 350-5.
21. Forrest CR, Ning X, Pang CY. Evidence for nicotine induced skin flap necrosis in the pig. *Can J Physiol Pharmacol.* 1994; 72(1): 30-8.
22. Aker JS, Mancoll J, Lewis B, Colen LB. The effect of pentoxifylline on random pattern skin flap necrosis induced by nicotine treatment in the rat. *Plast Reconstr Surg.* 1997; 100(1): 66-71.
23. Davies BW, Lewis RD, Pennington G. The impact of vasodilators on random pattern skin flap survival in the rat following mainstream smoke exposure. *Ann Plast Surg.* 1998; 40(6): 630-6.
24. Karlen RG, Maisel RH. Terazosin blockade of nicotine-induced skin flap necrosis in the rat. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997; 123(8): 837-40.

Savaş ve Göç Yollarındaki Minik Bedenler: Olgu Sunumu

Semih PETEKKAYA¹, Zerrin ERKOL¹, Bora BÜKEN²

ÖZ

Suriye’de devam eden iç savaşta, iki milyondan fazla çocuk ülkeden ayrılmış, binlerce çocuk silahlı çatışmalar sırasında yaralanmış veya hayatını kaybetmiştir. Çalışmamızda sunulan olgu ile silahlı çatışma ortamında kalan masum çocukların maruz kaldıkları yaralanma ve ölümlerine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır. Suriye’de meydana gelen bomba patlaması sırasında yaralanan 13 yaşındaki erkek çocuk, ülkemizde yanık ünitesi bulunan bir hastanede tedavi sırasında kaybedilmiştir. Uygulanan otopside; tüm vücutta %90-95 oranında 3. derece yanık alanı ve sol tibiasında kırık olduğu saptanmıştır. Tüm dünyada savaşın zararları hakkında bilgi-farkındalık düzeyinin artırılması ve yapılacak çalışmalardan elde edilecek sonuçların daha fazla oranda görsel ve yazılı basınla paylaşılmasının fayda sağlayacağı düşüncesindeyiz. **Anahtar Kelimeler:** Savaş; savaş mağduru çocuklar; patlamaya bağlı yaralanmalar; yanık ve komplikasyonları.

Tiny Bodies on the Paths of War and Migration: Case Report

ABSTRACT

More than two million children left their country during civil war still continuing in Syria, thousands of them got wounded, or lost their lives during armed conflicts. It is aimed to draw attention to the injury and deaths of the innocent children who are in the environment of armed conflict with the case presented in our study. A 13-year-old boy who was injured during bomb explosion in Syria exited during treatment in a hospital with a burn unit, in our country. Third degree burn all over 90-95% of body surface, and left tibial shaft fracture were detected in corpse autopsy. We think that increasing the awareness, and knowledge about the harmful effects of war in the whole world, and sharing the results of the studies to be performed more frequently with visual, and written media will confer a benefit.

Keywords: War; war eary children; explosion injury; burns and their complications.

GİRİŞ

Toplumların geleceğini şekillendiren çocukların, doğru tutum ve davranış geliştirmesinde en önemli etken, bu çağda elde ettikleri deneyimlerdir. Ülkemizin de içinde bulunduğu coğrafyada birçok savaş meydana gelmektedir. Bu savaşlarda, insanlık dışı eylemlerin çok sıkça mağduru olan ve sonuçta çok ağır zararlara uğrayanlar, çocuk yaştaki bireyler olmaktadır. Suriye’de, 15.03.2011 tarihinde başlayan halk gösterileri sonrası iç karışıklık ve çatışma ortamı gelişmiş, halk 29.04.2011 tarihinden itibaren kitleler halinde göç etmeye başlamıştır. Halen devam eden bu iç savaşta, iki milyondan fazla çocuk ülkeden ayrılmış, binlerce çocuk silahlı çatışmalar sırasında yaralanmış veya hayatını kaybetmiştir. Savaş ortamında yaralanmış çocuklara, ülkemizdeki hastanelerde ücretsiz tedavi hizmeti verilmektedir. Birçok çocuk tedavi sonucunda fiziksel olarak iyileşebilmekle birlikte, bir kısmında yaralanma nedeniyle fiziksel özür oluşabilmekte, diğer bir kısmı ise hayatını kaybetmektedir (1-6). Çalışmamızda sunulan olgu ile silahlı çatışma ortamında kalan masum çocukların maruz kaldıkları fiziksel ve ruhsal travmalara, yaralanma ve ölümlerine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Adına düzenlenmiş tıbbi belgelere göre, olayın öyküsünde; Suriye’de meydana gelen bomba patlaması sırasında yaralanan 13 yaşındaki erkek çocuk, Ülkemizde yanık ünitesi bulunan bir hastaneye olaydan 2 gün sonra getirilmiştir.

¹ Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı

² Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Semih PETEKKAYA, semihpetekkaya@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 17.05.2017 Kabul Tarihi / Accepted: 12.10.2017

Yapılan muayenesinde genel durumunun kötü ve entübe halde bulunduğu, Glaskow Koma Skalası'nın 5 olduğu, tüm vücutta %90-95 oranında 3. derece yanık alanı ve sol tibiasında kırık bulunduğu saptanmıştır. Yatırılarak tıbbi tedaviye başlanan olguya eskarotomi yapılmış, tibia kırığı olan bacağı alçıya alınmış, ancak tüm tedavi ve müdahalelere rağmen yatışından bir gün sonra kaybedilmiştir.



Resim 1. Vücut bölgesinde bulunan yanık alanları

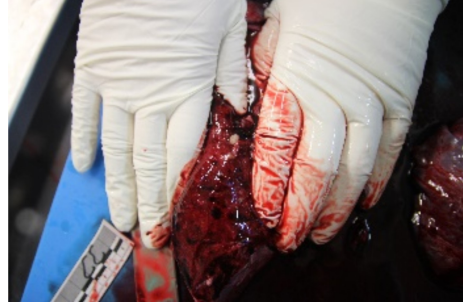


Resim 2. Sol tibiadaki kırık alanı

Uygulanan otopside, dış muayenede; tüm vücutta %95 oranında 2. ve 3. derece yanık alanları olduğu (Resim-1), sol tibiada kırık bulunduğu (Resim-2) ve eskarotomi alanları mevcut olduğu görüldü. İç muayenede; epiglotta is (Resim-3) bulunduğu, vücut boşluklarında seröz sıvı, bronşiolde sarı renkte mukoid sıvı (Resim-4) ve bronşlarda pembe renkte köpüklü sıvı mevcut olduğu, iç organlarda konjesyon bulguları mevcudiyeti tespit edildi. Histopatolojik incelemesinde; iç organlarda konjesyon bulgusu, akciğerlerde ise amfizematöz değişiklikler ve kollaps alanları olduğu görüldü. Toksikolojik incelemede; terapötik dozda tıbbi ilaçlar bulunmuş olup kanda karbonmonoksit saptanmadı. Küçükün ölümünün; sol tibia kırığı ile birlikte seyreden yanık ve yanığa bağlı gelişen komplikasyonlar sonucu meydana gelmiş olduğu kanaatine varıldı.



Resim 3. Epiglotta bulunan is



Resim 4. Bronşiolde sarı renkte mukoid sıvı çıkışı

TARTIŞMA

Savaşın başlamasından itibaren 10,8 milyon Suriyeli bulunduğu yerden ayrılmak zorunda kalmıştır. 4,3 milyon Suriyeli mülteci Türkiye, Mısır, Ürdün ve Lübnan'da yaşamaktadır. Bu mülteci nüfusunun yarısından fazlasını çocuklar oluşturmaktadır (6). Suriyeli çocuklar hayatlarının bu döneminde, sınıflarına, sokaklarına ve evlerine yapılan bombalı saldırılara tanıklık etmiştir. Savaşı ve acılarını yaşamış olan çocuklar; ailesinin geçimini sağlamak için çalışmak, savaşmak, çocuk yaşta evlenmek durumunda kalmıştır (7,8). Savaşın 6. yılında yaklaşık 1 milyon çocuğun kimsesiz kaldığı, bu çocuklarda yaşadıkları travmatik süreçler nedeniyle özellikle post travmatik stres bozukluğu ve majör depresyon başta olmak üzere yüksek oranda psikiyatrik hastalık gelişme riskinin bulunduğu belirtilmektedir (7).

Sınır tanımayan doktorlar derneğinin düzenlediği raporlara göre; 2015 yılında Şam'da savaşa bağlı olarak meydana gelen yaralanmaların %40'ında mağdurlar 15 yaş altı çocuk ve kadınlar olup savaşa bağlı olarak ölenlerin %31'i de çocuktur (9). Sunulan çocuk olgu da Suriye'de meydana gelen bomba patlaması sırasında yaralanmış olarak ülkemize getirilmiş olup tüm tedavilere rağmen kurtarılamamıştır.

Bomba patlamalarında, sıvı-katı-gaz veya karışım olan patlayıcı madde, kimyasal yanma reaksiyonu ile hızla büyük bir gaz kütesine dönüşmekte ve yüksek miktarda basınç artışına neden olmaktadır. Böylece, ortama aşırı miktarda gaz, ısı ve enerji yayılımı olmaktadır (10,11).

Patlamaya bağlı gelişen yaralanmalar; birincil, ikincil, üçüncül, dördüncül ve beşincil yaralanmalar olmak üzere beş başlık altında toplanmaktadır: Birincil yaralanmalar; dokunun (özellikle içi hava veya sıvı dolu organlarda) bulunduğu yerdeki basınç değişimlerinden kaynaklanmaktadır. Bu tür yaralanmalara örnek olarak; timpanik membran rüptürü, pulmoner yaralanma, hava

embolisi ve bağırsak rüptürü gösterilebilmektedir. Şok dalgasına bağlı ölümlerde dış muayenede herhangi bir bulgu bulunmayabilmektedir (10).

İkincil yaralanmalar; penetran yaralanmalara yol açan şarapnel parçalarına bağlı olup birincil yaralanmalardan daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Üçüncül yaralanmalar; patlama rüzgârının etkisi ile kurban yerinden ayrılarak sabit olan cisimlere çarpmakta ve kemik kırıkları, kontüzyon, travmatik amputasyonlar ve travmatik beyin yaralanmaları meydana gelebilmektedir. Dördüncül yaralanma; birincil, ikincil ve üçüncül yaralanmalarla ilgisiz olan diğer yaralanmalardır. Yanıklar (kimyasal veya termal), toksik madde inhalasyonu (siyanid ve karbon monoksit zehirlenmesi) ve asfiksi dördüncül yaralanmalar başlığı altında incelenmektedir. Beşincil yaralanmalar; bomba düzeneği içerisinde bulunan radyoaktif madde, biyolojik tehditler (feçes) veya çevrede bulunan bakterilerin şarapnel parçaları ile vücuda girmesi sonucu oluşmaktadır (10,12-15). Otopsi sırasında, olgumuzun dış muayenesinde penetran cisim yaralanması görülmemiş, iç muayenede de iç organlarda makroskopik düzeyde yaralanma bulgusu gözlenmemiştir. Histopatolojik inceleme için alınan doku örneklerinde konjesyon bulguları, akciğer dokusunda ise amfizematöz değişiklikler ve kollaps alanları olduğu görülmüştür. Alveoller düzeyde pulmoner yaralanma, iç organ perforasyonu ve şarapnel cisim penetrasyonuna bağlı yaralanma bulguları saptanmaması, ölümün birincil veya ikincil yaralanma nedeniyle meydana gelmediğini göstermektedir. Gerek hastane kayıtları gerekse otopsi bulgularına göre; bomba patlaması sonucu açığa çıkan yüksek ısı ve alev etkisi nedeniyle olgumuzun tüm vücudunda %95 oranında 2. ve 3. derece yanık alanları şeklinde dördüncül yaralanma meydana geldiği tespit edilmiştir. Olguda, epiglot bölgesinde is bulunmasına rağmen kanında karbonmonoksit saptanmamasının, maruziyet süresinin kısıllığından kaynaklanabileceği gibi, yoğun bakımda uygulanan yüksek basınçlı oksijen tedavisine ve yaralanma ile ölüm arasında geçen sürede karboksihemoglobinin kandan elimine olmasına da bağlı olabileceği düşünülmüştür. Olgunun patlama sonrasında bulunduğu yerler net olarak bilinmediği için, isi sonradan solumuş olma olasılığı da ekarte edilememektedir.

Bomba patlaması nedeniyle sağ kurtulan kişiler özellikle yanık nedeniyle hastaneye başvuruda bulunuyorsa, düşük yanma hızlı gaz bombası veya yanıcı özelliği bulunan cihaz sebebiyle meydana gelen patlamalardan şüphelenilmesi gerektiği bildirilmektedir (10). Olgumuzda da yanık bulguları ön planda olmakla birlikte patlayan bombanın türü ve çevredeki diğer insanlarda meydana gelen yaralanma türü hakkında herhangi bir bilgi bulunmamaktadır. Olgunun sol tibiasında meydana gelen kırığın; yüksek yanma hızlı bomba patlaması sonrası, patlama rüzgârının etkisi nedeniyle savrulmuş çevrede bulunan cisimlere çarpması sonucu meydana gelebileceği gibi, düşük yanma hızlı bomba patlaması (Molotov kokteyli, gaz bombası vb.) sonrası ortaya çıkan yanma olayı nedeniyle olgunun olay yerinden kaçmaya çalışması sırasında meydana gelen düşme sonucunda da oluşabileceği düşünülmüştür.

İngiltere’de patlamaya bağlı yanık bulgularının geliştiği 42

olgunun incelendiği çalışmada; olguların %73,8’inde alev, %9,5’inde haşlanma, %4,8’inde kimyasal yanık bulunduğu, %2,4’ünde yüzeye temas nedeniyle yanıklar olduğu, en sık etkilenen vücut bölgesinin %69 oranında üst ekstremiteler ve %66,7 oranında baş ve boyun bölgesi olduğu belirtilmiştir (13). İngiltere’deki çalışmaya benzer şekilde olgumuzda da alev yanığı ön plandadır.

Savaşın yarattığı yıkımından çocukların minimum düzeyde zarar görmesi, tüm dünya devletlerinin birinci önceliği olmalıdır. Ülkemizdeki resmi kurumlar, ulusal ve uluslararası sivil toplum örgütleri bu çocukların “kayıp kuşak” haline gelmemesi için çalışmaktadır (8). Çocukların, savaşın ve göçün ruhsal etkilerine karşı psikolojik destek alabileceği, kişisel gelişiminin desteklenebileceği, eğitimine devam edebileceği, yeni yaşamaya başladığı toplumsal yapıya uyum sağlamasında Türk akrabaları ile birlikte oynayabileceği, Türk toplumunun yapısı ve dil özelliklerini anlatan eğitim seminerlerini alabileceği çocuk merkezlerinin kurularak yaygınlaştırılması gerekmektedir.

UNICEF savaş mağduru çocuklara yönelik olarak; ailesini savaş sırasında kaybeden çocuklara sahip çıkılması, askere alınan çocukların rehabilitasyonu, savaşın zihinlerde yarattığı olumsuz etkilerin silinmesi, okul yaşamına tekrar kazandırılması ve barışın önemi konusunda eğitimler verilmesi şeklinde beş temel strateji belirlemiştir (16). Bu stratejilerin hayata geçirilmesinde, tüm dünyada savaşın zararları hakkında bilgi-farkındalık düzeyinin artırılması ve yapılacak çalışmalardan elde edilecek sonuçların daha fazla oranda görsel ve yazılı basınla paylaşılmasının fayda sağlayacağı düşünülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Canyurt D. Suriye gelişmeler sonrası Suriyeli mülteciler: Türkiye’de riskler. Akademik Bakış Dergisi. 2015; 2015(48): 127-46.
2. Doganay M, Demiraslan H. Refugees of the Syrian civil war: impact on reemerging infections, health services, and biosecurity in Turkey. Health Secur. 2016; 14(4): 220-5.
3. afad.gov.tr [Internet]. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı; 2013. [Son güncelleme tarihi: 30.12.2013; Erişim tarihi: 09.09.2016]. Erişim adresi: https://www.afad.gov.tr/upload/Node/3925/xfiles/syrian-refugees-in-turkey-2013_baski_30_12_2013_tr.pdf.
4. ttb.org.tr [Internet]. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2014. [Son güncelleme tarihi ve Erişim tarihi: 10.09.2016]. Erişim adresi: <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacirpr.pdf>.
5. afad.gov.tr [Internet]. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık, Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı; 2014. [Son güncelleme tarihi: 24.04.2016; Erişim tarihi: 11.09.2016]. Erişim adresi: https://www.afad.gov.tr/upload/Node/3932/xfiles/turkiye_deki-suriyeli-kadinlar_-2014.pdf.
6. unicef.org [Internet]. Turkey: UNICEF; 2016. [Updated: February 2016; Cited: 2016 September 9]. Available from: <https://www.unicef.org/appeals/syrianrefugees.html>.

7. Saltaji H, Al-Nuaimi S. Do not forget the orphan children of Syria. *The Lancet*. 2016; 387(10020): 745-6.
8. unicef.org.tr [Internet]. Turkey: UNICEF; 2016. [Son güncelleme tarihi: Temmuz 2016; Erişim tarihi: 09.09.2016]. Erişim adresi: http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/T%C3%BCrkiye'deki%20Suriyeli%20%C3%87ocuklar%20Bilgi%20Notu_Temmuz_2016.pdf.
9. doctorswithoutborders.org [Internet]. Belgium: Doctors without borders; 2015. [Updated: 2016 February 8; Cited: 2016 September 9]. Available from: https://www.doctorswithoutborders.org/sites/usa/files/syria_2015_war-dead_and_war-wounded_report_en.pdf.
10. Westrol MS, Donovan CM, Kapitanyan R. Blast physics and pathophysiology of explosive injuries. *Annals of Emergency Medicine*. 2017; 69(1S): 4-9.
11. Özer MT, Coşkun K, Ögünç Gİ, Eryılmaz M, Yiğit T, Kozak O ve ark. Patlama yaralanmalarının gizli yüzü: Şok dalgaları. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*. 2010; 16(5): 395-400.
12. Wolf SJ, Bonnett CJ, Pons PT, Cantrill SV. Blast injuries. *Lancet*. 2009; 374 (9687): 405-15.
13. Patel JN, Tan A, Dziewulski P. Civilian blast-related burn injuries. *Annals of Burns and Fire Disasters*. 2016; 29(1): 43-6.
14. Zhao Y, Zhou Y. The past and present of blast injury research in China. *Chinese Journal of Traumatology*. 2015; 18(4): 194-200.
15. Yu M, Lv Q, Ding H, Zeng X, Cao J, Liu J et al. Evaluation of blast injury patients from the 2015 Tianjin explosions in China. *Burns*. 2016; 42(5): 1133-40.
16. Hatun Ş. [ttb.org.tr](http://www.ttb.org.tr) [Internet]. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2003. [Son güncelleme tarihi: 10.02.2003 ve Erişim tarihi: 10.09.2016]. Erişim adresi: http://www.ttb.org.tr/eweb/yeni_yayin/savas_cocuklar/3.htm.



Epidermal Kist ile Karışan Travmatik Süperfisyal Temporal Arter Anevrizması: Olgu Sunumu

Halit BAYKAN¹, Ayşegül BAYKAN², Ali İhsan TEKİN³

ÖZ

Epidermal kist insanlarda yaygın olarak skalp, yüz, boyun ve gövdede yerleşmektedir. Çoğunlukla subkutan olarak yerleştiği için tanısı ve tedavisi çok kolaydır. Süperfisyal temporal arter anevrizması nadir görülür, travma öyküsü bulunmaktadır ve yalancı anevrizma şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Özellikle temporal ve frontal bölgede, altta kemik yapının bulunması, üstte ise kas yapısının zayıf olması nedeniyle travmatik temporal arter anevrizması ile karışabilmektedir. Süperfisyal temporal arter travmatik anevrizmalarının etiolojik hikâyesinde birçok farklı etkenler bulunmaktadır. Savaş yaralanmaları, ateşli silah yaralanmaları, künt travmalar, motorlu taşıt yaralanmaları ve spor yaralanmaları sık karşılaşılan nedenlerdir. Bu bölge lezyonlarında operasyon öncesini araştırmadan müdahalede bulunmamak gerekir.

Anahtar Kelimeler: Epidermal kist; anevrizma.

Traumatic Superficial Temporal Artery Aneurysm Mimicking Epidermal Cyst: Case Report

ABSTRACT

Epidermal cysts is placed scalp, face, neck and body widely in humans. Because it is mostly placed subcutaneously, the diagnosis and treatment is very easy. Superficial temporal artery aneurysm is rare, has no trauma history, and emerges as a pseudoaneurysm. Especially in the temporal and frontal regions, it may be confused with the traumatic temporal artery aneurysm because of the presence of bone structure at the bottom and weakness of muscle structure at the top. There are many different factors in the etiology of superficial temporal artery traumatic aneurysms. War injuries, firearm injuries, blunt trauma, motor vehicle injuries and sports injuries are common causes. Interventions should not be performed on these lesions without any examining before the operation.

Keywords: Epidermal cyst; aneurysm.

GİRİŞ

Epidermal kist intradermal olarak yerleşen benign karakterli yumuşak doku tümörüdür. Çoğunlukla skalp, yüz bölgesi, boyun, ön gövde ve sırt bölgesinde yerleşir. %10'dan az oranda ekstremitelerde yerleşim gösterir. Subkutan yerleşimli olduğu için tanısı ve tedavisi çok kolaydır (1).

Bu yazıda, epidermal kist tanısı ile opere edilen hastada travmatik süperfisyal temporal arter anevrizması ile karşılaşılmış sunuldu.

OLGU SUNUMU

18 yaşında erkek hasta dermatoloji polikliniğinden kliniğimize epidermal kist ön tanısıyla gönderildi. Hastanın ultrasound görüntülemesi (USG) vardı. Kist olarak tanımlanmıştı. Hastanın öyküsünde bu lezyonun 3 yıl önce bu bölgeye alınan travma sonrasında yavaş yavaş büyüdüğü öğrenildi. Yapılan muayenede sol temporal bölgede yüzeysel kabarıklık yumuşak kıvamlı 2x1cm çaplı mobil bir lezyon bulunmakta idi. Hastaya preoperatif tahliller yapıp epidermal kist ön tanısı ile lokal anestezi altında operasyona alındı. Cilt altı geçildikten sonra mor renkli, fuluktasyon veren bir şişlikle karşılaşıldı.

¹ S.B.Ü. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Cerrahi Kliniği

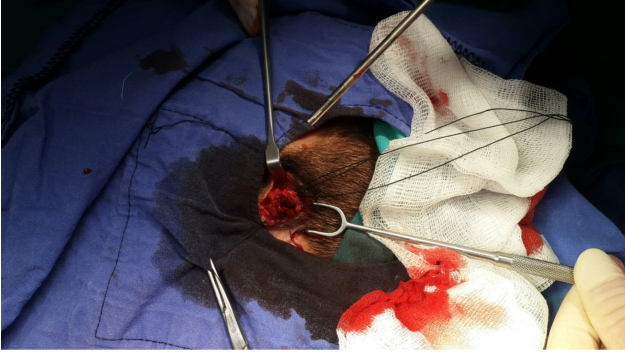
² Kayseri Özel Tekden Hastanesi, Dermatoloji Kliniği

³ S.B.Ü. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi Kliniği

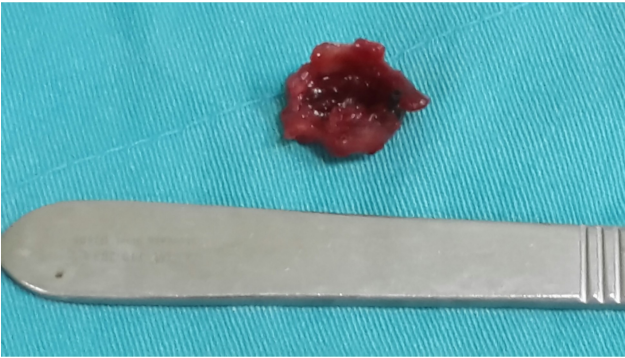
Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Halit BAYKAN, halitbaykan@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 02.05.2017 Kabul Tarihi / Accepted: 30.05.2017

Bunun vasküler bir lezyon olduğu düşünülürdü. Kardiyovasküler cerrahiden (KVC) yardım istendi. Bunun bir anevrizma olduğu anlaşıldı, lezyon distal ve proksimalinden bağlanarak çıkartıldı. Patolojik olarak süperfisyal temporal arter anevrizması olduğu belirlendi (Resim 1, 2).



Resim 1. Operasyon sırasında anevrizma çıkartılmadan önceki halini



Resim 2. Postoperatif anevrizma çıkartıldıktan sonraki halini

TARTIŞMA

Süperfisyal temporal arter (STA) anevrizması nadir görülür ve travma öyküsü bulunmaktadır ve yalancı anevrizma şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Nadirde olsa gerçek anevrizma oluşumu bildirilmiştir. Fasyal arterler içinde travmaya en fazla maruz kalan ve anevrizma gelişimi görülen STA'dır. Bu bölgede altta temporal kemiğin olması, temporal ve frontal bölgede kas yapılarının arterleri desteğinin zayıf kalması, arterlerin travmaya maruz kalmasını artırmaktadır (2).

STA travmatik anevrizmalarının etiyolojik hikâyesinde birçok farklı etkenler bulunmaktadır. Savaş yaralanmaları, ateşli silah yaralanmaları, künt travmalar, motorlu taşıt yaralanmaları ve spor yaralanmaları sık karşılaşılan nedenlerdir (3). İlk olarak Garbana ve ark. (4) tarafından 1974'de travmatik STA anevrizma olgusu bildirilmiştir. Daha sonraları Bukspan ve Rees (5) tarafından savaş yaralanmalarına bağlı 151 anevrizma olgusu bildirilmiştir. Bu lezyonlar ağrılı ve pulsatil olabilirler. Ayırıcı tanıda selim ya da habis tümörler, apse, skalp hematomu sıklıkla

karşılaşılabilecek lezyonlardır. STA üzerine basınç uygulandığında pulsasyonun durması önemli bir bulgudur (3). Bizde tanıda, benign epidermal kist olabileceğini düşündük fakat intraoperatif mor ve siyaha yakın rengin olması anevrizmayı aklımıza getirdi ve KVC'den yardım istedik.

Ameliyat öncesi tanıda selektif anjiyografi ve dopler USG yapılabilir. Bu olguda USG yapılmıştı fakat kist olarak raporlanmıştı ve lezyon üzerinde pulsasyon alınmıyordu. Bu nedenden dolayı anjiyografi ve dopler USG istenmedi. Ayrıca epidermal kistler yaygın olarak yüz ve skalpte geliştiği için anevrizma düşünülmeden kist olarak değerlendirildi.

Ağrı, kozmetik deformite, potansiyel yırtık ile birlikte deri erozyonu cerrahi endikasyonlardır. Travmatik anevrizma lezyonlarında yanlış tanı ve cerrahi, kötü sonuçlara yol açabilir. Bu nedenle özellikle saçlı deri yaralanmalarında travmatik lezyonların anevrizma olabileceği göz önünde bulundurulmalı, tanı, tedavi ve cerrahi strateji bu bilgiler ışığında planlanmalıdır (6).

Sonuç olarak; yüz bölgesindeki bu tür lezyonlarda, özellikle temporal arter trasesine uyan bölgelerde, hastada travma hikayesi de varsa mutlaka anevrizma olabileceği akılda tutulmalıdır. USG'nin bizi yanıltabileceği düşünülerek selektif anjiyografi ve dopler USG yapılması operasyonda sürprizle karşılaşmamak için oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Karadeli E, Kayahan Ulu EM, Özgür AF, Tosun E. Giant Epidermal Cyst of the Forearm. Case report. Marmara Medical Journal. 2009; 22(3): 237-9.
2. Şirin G, Bolcal C, Akat T, İyem H, Tatar H. Traumatic aneurysm of the superficial temporal artery: a case report. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2007; 13(1): 60-2.
3. Oflluoğlu E, Karasu A, Tural S, Toplamaoğlu H. Traumatic aneurysm of the superficial temporal artery: a case report. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2006; 12(4): 318-20.
4. Garbagna P, Poletti P, Pzzotta S. Aneurysm of the superficial temporal artery. Phronesis. 1974; 12: 500-2.
5. Bucksan RJ, Rees RS. Aneurysm of the superficial temporal artery presenting as a parotid mass. Plast Reconstr Surg. 1986; 78(4): 515-7.
6. Conner WC 3rd, Rohrich RJ, Pollock RA. Traumatic aneurysms of the face and temple: a patient report and literature review, 1644 to 1998. Ann Plast Surg. 1998; 41(3): 321-6.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ DERGİSİ YAZIM KURALLARI

1. GENEL BİLGİLER

Dergilerin, uluslararası standartları göz önüne alarak, bir makalenin hazırlanması sırasında uyulması gereken ilkeleri belirlemeleri ve değerlendirmeye alacakları makalelerde bu kurallara uygunluğu kontrol etmeleri, bilimsel yayıncılık standartlarımızın yükseltilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle gönderilecek yazılar Uluslararası Medikal Dergisi Editörleri Konseyi (ICMJE), Dünya Tıbbi Editörler Birliği (WAME) ve Yayın Etik Kuralları (COPE) kriterlerine uygun olarak hazırlanmalıdır.

Değerlendirme sisteminin başlangıcında tüm yazarlar için yazarlar tarafından imzalanmış dergi Telif Hakkı Devir Formunun sisteme yüklenmesi istenir.

Bilimsel dergilere gönderilecek bir makalenin hazırlığı sırasında uyulması gereken, uluslararası tip dergilerinin de kabul ettiği ve uyguladığı standartlar şu şekilde olmalıdır:

- Yayınlanmak için gönderilen çalışmaların daha önce başka bir yerde yayımlanmamış veya yayımlanmak üzere gönderilmemiş olması gerekir.
- Eğer makalede daha önce yayımlanmış; alıntı yazı, tablo, resim vs. mevcut ise makale yazarı, yayın hakkı sahibi ve yazarlarından yazılı izin almak ve bunu makalede belirtmek zorunda olmalıdır. Bu konudaki hukuki sorumluluk yazarlara aittir.
- Bilimsel toplantılarda sunulan yazılar, belirtilmesi koşuluyla, değerlendirmeye alınır.
- Türkçe makalelerde Türk Dil Kurumu'nun Türkçe sözlüğü veya <http://www.tdk.org.tr> adresi ayrıca Türk Tıbbi Derneklerinin kendi branşlarına ait terimler sözlüğü esas alınmalıdır.
- Örnekleme genişliğinin nasıl belirlendiği, örneklemenin nasıl yapıldığı ve veri analizinde hangi biyoistatistiksel yöntem ve prensiplerin kullanıldığı "GEREÇ VE YÖNTEMLER" bölümünün sonunda "İstatistiksel Analiz" alt başlığı altında verilmelidir.

Tüm yazılar benzerlik veya intihal açısından titizlikle kontrol edilir.

2. BİLİMSEL SORUMLULUK

Gönderilen makalede tüm yazarların akademik-bilimsel olarak doğrudan katkısı olmalıdır.

Dergi ile iletişim görevini yapan yazar, tüm yazarlar adına yazının son halinin sorumluluğunu taşır.

3. ETİK SORUMLULUK

"İnsan" ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygunluk ilkesi aranmalıdır. Bu tip çalışmaların varlığında yazarlardan, makalenin GEREÇ VE YÖNTEMLER bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından ve çalışmaya katılmış insanlardan "Bilgilendirilmiş olur" (informed consent) aldıklarını belirtmeleri gerekmektedir.

Çalışmada "Hayvan" ögesi kullanılmış ise yazarlardan, makalenin GEREÇ VE YÖNTEMLER bölümünde Guide for the Care and Use of Laboratory Animals prensipleri doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından onay aldıklarını belirtmelidirler.

Olgu sunularında hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan "Bilgilendirilmiş olur" (informed consent) alınmalıdır.

Eğer makalede direkt-indirekt ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma... ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar), editöre sunum sayfasında belirtmelidirler.

Makalede "Etik Kurul Onayı" alınması gerekli ise; yazarlar etik kurul izni-onayı aldıklarını "Gereç ve Yöntemler" bölümünde beyan etmelidir.

4. YAYIN/TELİF HAKKI

Yayımlanmak üzere kabul edilen yazıların her türlü yayın/telif hakları dergimize aittir. Yazılardaki düşünce ve öneriler tümüyle yazarların sorumluluğundadır.

Her makale için yazarlar, "Telif Hakkı Devir Formu"nu doldurup, makale ile birlikte dergiye göndermelidirler.

5. YAZI ÇEŞİTLERİ

Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizcedir.

Dergilere yayımlanmak üzere gönderilecek yazı çeşitleri aşağıdaki kategorilerde olmalı ve belirtilen yapılarla hazırlanmalıdır.

a) Orijinal Araştırma: Prospektif, retrospektif ve her türlü deneysel çalışmalardır.

- Yapısı:**
- Öz (Ortalama 200-250 kelime, Türkçe ve İngilizce)
 - Giriş
 - Gereç ve Yöntemler
 - Bulgular
 - Tartışma
 - Sonuç
 - Teşekkür
 - Kaynaklar

b) Derleme: Doğrudan veya davet edilen yazarlar tarafından hazırlanmalıdır. Tıbbi özellik gösteren her türlü konu için son tip literatürünü de içine alacak şekilde hazırlanabilir. Yazarın o konu ile ilgili basılmış yayınlarının olması özellikle tercih nedeni olmalıdır.

- Yapısı:**
- Öz (Ortalama 200-250 kelime, Türkçe ve İngilizce)
 - Konu ile ilgili başlıklar
 - Kaynaklar

c) Olgu Sunumu: Nadir görülen, tanı ve tedavide farklılık gösteren makalelerdir. Yeterli sayıda fotoğraflarla ve şemalarla desteklenmiş olmalıdır.

- Yapısı:**
- Öz (Ortalama 100-150 kelime, Türkçe ve İngilizce)
 - Giriş
 - Olgu Sunumu
 - Tartışma
 - Kaynaklar

d) Editöryel Yorum/Tartışma: Yayımlanan orijinal araştırma makalelerinin, araştırmanın yazarları dışında konunun uzmanı tarafından değerlendirilmesidir. İlgili makalenin sonunda yayımlanmalıdır.

e) Editöre Mektup: Son bir yıl içinde dergide yayımlanan makaleler ile ilgili okuyucuların değişik görüş, tecrübe ve sorularını içeren en fazla 500 kelimedenden oluşan yazılardır.

- Yapısı:**
- Başlık ve öz bölümleri yoktur.
 - Kaynak sayısı 5 ile sınırlıdır.
 - Sayı ve tarih verilerek hangi makaleye ithaf olunduğu belirtilmeli ve sonunda yazarın ismi, kurumu ve adresi bulunmalıdır. Mektuba cevap, editör veya makalenin yazar(lar)ı tarafından, yine dergide yayımlanarak verilir.

f) Bilimsel Mektup: Genel tıbbi konularda okuyucuyu bilgilendiren, basılmış bilimsel makalelere de atıfta bulunarak o konuyu tartışan makalelerdir.

- Yapısı:**
- Öz (Ortalama 100-150 kelime, Türkçe ve İngilizce)
 - Konu ile ilgili başlıklar
 - Kaynaklar

g) Cerrahi Teknik: Ameliyat tekniklerinin ayrıntılı işlendiği makalelerdir.

- Yapısı:**
- Öz (Ortalama 100-150 kelime, Türkçe ve İngilizce)
 - Cerrahi Teknik
 - Kaynaklar

h) Ayırıcı Tanı: Güncel değeri olan olgu sunumlarıdır. Benzer hastalıklarla ilgili yorumu içermektedir.

- Yapısı:**
- Öz (Ortalama 100-150 kelime, Türkçe ve İngilizce)
 - Konu ile ilgili başlıklar
 - Kaynaklar (3-5 arası)

i) Orijinal Görseller: Literatürde nadir gözlenen açıklamalı tıbbi resim ve fotoğraflardır.

- Yapısı:**
- Konu ile ilgili 300 kelime metin ve orijinal resimler
 - Kaynaklar

j) Tanınız Nedir?: Nadir görülen, tanı ve tedavide farklılık gösteren hastalıklar hakkında soru-cevap şeklinde hazırlanmış yazılardır.

- Yapısı:**
- Konu ile ilgili başlıklar
 - Kaynaklar (3-5 arası)

k) Tıbbi Kitap Değerlendirmeleri: Güncel değeri olan ulusal veya uluslararası kabul görmüş kitapların değerlendirmeleridir.

l) Soru Cevaplar: Tıbbi konularda bilimsel eğitici-öğreticiliği olan soru ve cevap şeklinde oluşturulan yazılardır.

6. YAZIM KURALLARI

Dergiye yayımlanması için gönderilen makalelerde aşağıdaki biçimsel esaslara uygunluk aranmalıdır.

YAZININ HAZIRLANMASI:

1. Yazılar Microsoft Word® belgesi olarak hazırlanmalıdır.
2. Yazılar **1,5 aralıklı, 12 punto ve sola hizalanmış** olarak, "Times New Roman" karakteri kullanılarak yazılmalıdır. Sayfa kenarlarında 2,5 cm boşluk bırakılmalıdır ve sayfa numaraları her sayfanın sağ üst köşesine yerleştirilmelidir.
3. Editöre sunum sayfasında gönderilen makalenin kategorisi, daha önce başka bir dergiye gönderilmemiş olduğu, varsa çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi ve kuruluşlar ve bu kuruluşların yazarlarla olan ilişkileri belirtilmelidir.
4. Kapak sayfası; yazının başlığını (Türkçe-İngilizce), yazarların adlarını, akademik unvanlarını, çalıştıkları kurum(ları), yazışmaların yapılacağı yazarın adresini, açık adresini, telefon ve faks numaralarını ve e-posta adresini, yanı sıra 40 karakteri geçmeyen bir kısa başlık içermelidir. Yazı daha önce bilimsel bir toplantıda sunulmuş ise toplantı adı, tarihi ve yeri belirtilerek yazılmalıdır.
5. Türkçe özgün araştırma makaleleri İngilizce öz içermelidir. Öz, 250 kelimeyi aşmamalıdır. Özde kısaltma kullanılmamalıdır.

ANAHTAR KELİMELER:

Yayımlanmış bir makaleye, araştırmacıların ulaşabilmesini sağlayan en önemli unsurlardan biri anahtar kelimelerdir. Anahtar kelimenin makale konusuna uygun, yeterli sayıda, standartlaşmış bir terminoloji ile belirtilmesi, makalenin atıf almasında ve bilime katkısının oluşmasında büyük önem taşımaktadır.

1. En az 2 adet olacak şekilde, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır.
2. Kelimeler birbirlerinden noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır.
3. İngilizce anahtar kelimeler "Medical Subject Headings (MESH)"e uygun olarak verilmelidir. Anahtar kelime seçimi için, izleyen bağlantı tıklanarak açılan sayfada, ilgili konuya ait uygun kelime girilerek anahtar kelimelere ulaşılabilir (<http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>).
4. Türkçe anahtar kelimeler "TR Dizin Anahtar Terimler Listesi" ve "Türkiye Bilim Terimleri (TBT)"ne uygun olarak verilmelidir (<http://www.bilimterimleri.com>).

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ DERGİSİ YAZIM KURALLARI

Medical Subject Headings (MeSH) Nedir?

Uluslararası başlıca makale tarama dizinleri ve veri tabanlarında, makalelerin sınıflandırılması için kullanılmakta olan, tıbbi-biyolojik terminolojiye standart getirmeyi amaçlayan ve sürekli güncellenen, İngilizce makalelerin anahtar kelimelerinin seçilebileceği, geniş bir tıbbi-biyolojik terimler dizinidir.

Türkiye Bilim Terimleri (TBT) Nedir?

Ulusal düzeyde tıbbi-biyolojik terminolojiye standart getirmeyi amaçlayan, şimdilik 186.000 tıbbi-biyolojik terim içeren ve sürekli güncellenen, Türkçe makalelerin anahtar kelimelerinin seçilebileceği tıbbi-biyolojik terimler dizinidir.

Anahtar Kelimeler Neden MeSH ya da TBT Arasından Seçilmelidir?

MeSH ve TBT terimleri, ana başlıklar ve alt başlıklardan oluşan, birbiri ile ilişkilendirilmiş hiyerarşik bir yapı ile kodlanmışlardır. Böylece tek bir terim ile yapılan aramada, ana başlıklar yanında terim ilişkilendirildiği tüm alt başlıklar da otomatik olarak aramaya dâhil edilir. Aynı terim, birden çok terminoloji ile tanımlanmış olduğundan, araştırmacının az veriyle, kolay ve hızlı bir şekilde mümkün olduğunca çok makaleye ulaşabilmesini sağlar.

KISALTMALAR:

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 manual for authors, editors, and publishers) kaynağına başvurulabilir.

ŞEKİL, RESİM, TABLO VE GRAFİKLER:

- Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlelerin sonunda belirtilmelidir. Şekil, resim, tablo ve grafiklerin açıklamaları makale sonuna eklenmelidir.
- Resimler/fotoğraflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır. Net baskı elde edilebilmesi için şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer .tif, .png, .jpg veya .gif dosyası olarak (piksel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 dpi çözünürlükte taranarak) dergiye ayrıca iletilmelidir.
- Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada belirtilmelidir.
- Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir.
- Tablo başlıkları tablo üstünde, şekil ve grafik başlıkları şekil ve grafiğin altında, ilk harfleri büyük olacak şekilde yazılmalıdır (Tablo 1. ve Şekil 1.).

TEŞEKKÜR:

Makalelerde, eğer çıkar çatışması/çakışması, finansal destek, bağış ve diğer bütün editöryel (İngilizce/Türkçe değerlendirme) ve/veya teknik yardım varsa, metnin sonunda belirtilmelidir.

KAYNAKLAR:

Dergilerin atf sayılarının sağlıklı olarak tespit edilebilmesi, kaynakların düzgün yazılmasıyla doğrudan ilişkilidir. Düzgün bir kaynak yazılımlında, makaleye ulaşılabilirliği sağlayacak bilgiler tam ve doğru olarak yer almalıdır. Her derginin, kaynak yazım kuralları için uluslararası düzeyde bir standart oluşturarak, makalelerinde bu standartları uygulaması, bu açıdan önemlidir.

Kaynakların metin içindeki gösteriminde Vancouver stili kullanılmalıdır.

Metin içinde kaynaklar kullanım sırasına göre numaralandırılarak cümle sonunda parantez içinde verilmelidir.

Örnek:

- ...olduğu gösterilmiştir (1,2,7-9).
- Smith ve arkadaşları (4)...
- Smith ve ark. (4)...

Kaynaklar dizini, metin içinde kaynakların verildiği sıraya göre oluşturulmalıdır.

Yazıda kullanılan referansların kolay yönetimi için EndNote® ya da benzeri bir program kullanılabilir. Ancak yazı dergiye gönderilmeden önce kaynak listesi düz metin haline getirilmiş olmalıdır.

Genel geçerliliği olan bir kaynak yazımında:

Makalede bulunan yazar sayısı 6 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 7 veya daha fazla ise ilk 6 isim yazılıp "et al" (Türkçe makaleler için "ve ark.") eklenmelidir.

Kişisel deneyimler ve basılmamış yayınlar kaynak olarak gösterilmemelidir.

DOI tek kabul edilebilir on-line referans olmalıdır.

Kaynak bir Dergi ise;

Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i. Makale ismi. Dergi ismi. Yıl; Cilt(Sayı): Sayfa numaraları.

a) Basılı dergi veya internet ortamında bulunan e-dergilerdeki makaleler için;

Örnek:

- Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. Brain Res. 2002; 935(1-2): 40-6.
- Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [Cited: 2002 Aug 12]; 102(6): [about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>.

b) Yazarı mevcut olmayan makaleler için;

Örnek:

- 21st century heart solution may have a sting in the tail. BMJ. 2002; 325(7357): 184.

Kaynak bir Kitap ise;

Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i. Kitap ismi. Kaçınıcı baskı olduğu (ilk baskı değilse). Şehir: Yayınevi; Yıl.

Örnek:

- Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

a) Yazar ve editörün aynı olduğu kitaplar için;

Örnek:

- Dionne RA, Phero JC, Becker DE, editors. Management of pain and anxiety in the dental office. Philadelphia: WB Saunders; 2002.

Not: Türkçe kaynaklarda "editors", "editörler" olarak ifade edilmelidir.

b) Kitabın bir bölümü için;

Örnek:

- Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Not: "In" ifadesi sadece İngilizce kitaplar için kullanılır. Türkçe kaynaklarda "p" ve "editor(s)" sırasıyla "s" ve "editör(ler)" olarak ifade edilmelidir.

Kaynak bir Ansiklopedi veya Sözlük ise;

Ansiklopedi veya sözlük ismi. Kaçınıcı baskı olduğu. Şehir: Basımevi; Yıl. Bölüm; Sayfa numaraları.

Örnek:

- Dorland's illustrated medical dictionary. 29th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000. Filamin; p. 675.

Not: Türkçe kaynaklarda "ed" ve "p" sırasıyla "baskı" ve "s" olarak ifade edilmelidir.

Kaynak bir Tez ise;

Yazarın soyadı ve isminin başharfi. Tez ismi [tez türü]. Şehir: Üniversite veya Kurum ismi; Yıl.

Örnek:

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

Kaynak Konferans/Kongre/Sempozyum Bildirisi ise;

Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i. Bildiri ismi. Editörün(lerin) soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, editör(ler). Konferans/Kongre/ Sempozyum ismi; Yıl; Şehir. Yayın yeri: Yayınevi; Yıl. Sayfa numaraları.

a) Bir kitapta yayınlanmış Konferans/Kongre/Sempozyum Bildirisi için;

Örnek:

- Khalifa ME, Elmessiry HM, ElBahasy KM, Ramadan HMM. Medical image registration using mutual information similarity measure. In: Lim CT, Goh JCH, editors. Icbme2008: Proceedings of the 13th International Conference on Biomedical Engineering; 2008 Dec 3-6; Singapore. Dordrecht: Springer; 2009. p. 151-5.

Not: "In" ifadesi sadece İngilizce kitaplar için kullanılır. Türkçe kaynaklarda "p" ve "editor(s)" sırasıyla "s" ve "editör(ler)" olarak ifade edilmelidir.

b) Bir kitapta yayınlanmamış Konferans/Kongre/Sempozyum Bildirisi için;

Örnek:

- Waterkeyn J, Matimati R, Muringanzia A. ZOD for all: scaling up the community health club model to meet the MDGs for sanitation in rural and urban areas: case studies from Zimbabwe and Uganda. International Water Association Development Congress; 2009 Nov 15-9; Mexico.

Kaynak bir Web Sitesi ise;

Yazarın soyadı ve isminin başharfi (varsa). Web sitesinin ismi [Internet]. Basım yeri: Yayınevi; İlk Yayın Tarihi [Son güncelleme tarihi; ; Erişim tarihi:]. Erişim adresi: URL.

Örnek:

- Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [Updated: 2002 May 16; Cited: 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.

7. YAZININ GÖNDERİM AŞAMASINDA DİKKAT EDİLECEK NOKTALAR

Sorumlu yazar, "Telif Hakkı Devir Formu"nu doldurup, çalışma ile birlikte dergiye göndermelidirler.

Yazarlar, makaleyi değerlendirmek üzere 3 hakemin ismi ve güncel iletişim bilgilerini (açık posta adresleri, e-posta, telefon, faks) ayrı bir kapak sayfasında bildirmelidirler. Editörler, hakemleri seçme hakkını korur.

Yazılar, dergipark.gov.tr den dergi sistemine yüklenerek yapılmalıdır.

Part ® Microsoft word ve EndNote ilgili firmaların tescilli markalarıdır.

