



# GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ



ISSN 2146 - 9954

CİLT : 1 / SAYI : 4

2012

## GÜMÜŞHANE UNIVERSITY JOURNAL OF HEALTH SCIENCES



SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Bağlarbaşı Mah. 29100 / GÜMÜŞHANE

Tel : 0456 233 7425 - 248 Fax: 0 456 233 7604

sbd@gumushane.edu.tr

## İÇİNDEKİLER

<b>Hayvan Yetiştiricilerinin İşletme Büyüklüğüne Göre, Brusella Hastalığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Araştırılması</b>	211
Handan ÖZCAN, Mitat ŞAHİN	
<b>Özel Ve Kamu Hastanelerinde Çalışan Tıbbi Sekreterlerin İş Doyumu Ve Örgütsel Güven Düzeylerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Alan Çalışması</b>	225
Serhat SEMERCİOĞLU, Dilaver TENGİLİMOĞLU, Melike Güzin SEMERCİOĞLU	
<b>Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Tıp Dışı Alternatif Ve Geleneksel Uygulamalar Konusundaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi</b>	239
Nilgün ÇÖL ARAZ, Hatice Serap TAŞDEMİR, Serap PARLAR KILIÇ	
<b>Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin İş Güvenliği</b>	252
Havva ÖZTÜRK, Elif BABACAN, Elif ÖZDAŞ ANAHAR	
<b>Hiperemesis Gravidarum'lu Gebelerin Hastalıkları Hakkında Düşünceleri Ve Gereksinimleri</b>	269
Emre YANIKKEREM, Selda İLDAN ÇALIM, Aslı GÖKER, Semra ORUÇ KOLTAN, Faik M KOYUNCU	
<b>Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler</b>	284
Sezer KISA, Simge ZEYNELOĞLU, Nazan GÜLER	
<b>Akut Koroner Sendromu Taklit Eden Apikal Hipertrofik Kardiyomyopati Olgusu</b>	298
Mehmet KAPLAN, Süleyman ERCAN, Muhammed OYLUMLU, Vedat DAVUTOĞLU	
<b>Lokal Prilokaine Bağlı Methemoglobinemi: Olgu Sınımı</b>	304
Afra KARAVELİOĞLU, Tolga Altuğ ŞEN	
<b>Ameliyat Sonrası Ateş Ve Hemşirelik Bakımı</b>	309
Hossein ASGAR POUR	
<b>Perinenin Korunması İçin Intrapartum Girişimler</b>	323
Banu KARAÖZ, Aynur SARUHAN	
<b>Aleksitemi</b>	333
Sevilay HİNTİSTAN	



**Sahibi (Owner)**

Prof. Dr. İhsan GÜNAYDIN

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü  
(Editorial Manager)**

Yrd. Doç. Dr. Turgut ŞAHİNÖZ

**Editörler (Editors)**

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ  
Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ

**Dergi Sekreteryası**

Öğr. Gör. Nurgül KARAKURT  
Öğr. Gör. Gülşah YILDIZ DENİZ  
Arş. Gör. Vildan APAYDIN  
Öğr. Gör. Vildan DEMİR  
Öğr. Gör. Nesibe BURNAZ  
Öğr. Gör. Meltem DEMİR

**Teknik Kurul**

Bil. Müh. Bayram KARAKUŞ  
Grafiker Ayşe YALÇINKAYA  
Öğr. Gör. Sinan ÇAKMAK

**İletişim Adresi**

Sağlık Bilimleri Dergisi  
Gümüşhane Üniversitesi  
Sağlık Yüksekokulu  
Bağlarbaşı Mah.  
29100 / GÜMÜŞHANE  
Tel: 0 456 233 76 37  
Fax: 0 456 233 76 04  
sbd@gumushane.edu.tr  
http://sbd.gumushane.edu.tr

**Yayın Türü:**

Yılda dört kez yayınlanan  
hakemli, süreli yayın

Dergimize Makale  
Göndermek İçin:

[sbd@gumushane.edu.tr](mailto:sbd@gumushane.edu.tr)

**EDİTÖRDEN..**

Merhaba Değerli Bilim İnsanları,

Bir iki derken dergimizin dördüncü sayısına ulaştığımız bu günlerde iki bayramı bir arada kutladık. Öncelikle hepinizin ve tüm bilim camiamızın Kurban Bayramı ve 29 Ekim Cumhuriyet Bayramı kutlu olsun. Bayramlar, dargınlıkların unutulduğu, insanların barıştığı, kardeşçe kucaklaştığı günlerdir. Bayramlar, milli ve dini duyguların, inançların, örf ve adetlerin uygulandığı bir toplumda millet olma şuurunun şekillendiği, kuvvetlendiği günlerdir. Sevgi dolu ve huzurlu nice bayramlar geçirmek dileğiyle...

Sizlerden gelen bilgi ve araştırmaları paylaşmaya devam ediyoruz. Bu sayıda; altı orijinal araştırma makalesi, üç derleme ve iki olgu sunumu yer almaktadır. Birinci araştırmamız Handan ÖZCAN ve Mitat ŞAHİN'in yapmış oldukları "Hayvan Yetiştiricilerinin İşletme Büyüklüğüne Göre, Brusella Hastalığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Araştırılması" adlı araştırmadır. İkinci araştırmamız Serhat SEMERCİOĞLU ve arkadaşlarının yapmış oldukları "Özel ve Kamu Hastanelerinde Çalışan Tıbbi Sekreterlerin İş Doyumu ve Örgütsel Güven Düzeylerinin Karşılaştırılmasına Yönelik Bir Alan Çalışması" adlı araştırmadır. Bu araştırmayı Nilgün ÇÖL ARAZ ve arkadaşlarının yapmış oldukları "Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Tıp Dışı Alternatif Ve Geleneksel Uygulamalar Konusundaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi" adlı araştırma takip etmektedir. Dördüncü makalemiz Havva ÖZTÜRK ve arkadaşlarının yapmış olduğu "Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin İş Güvenliği" adlı araştırmadır. Bu araştırmayı Emre YANIKKEREM ve arkadaşlarının yapmış oldukları "Hiperemesis Gravidarum'lu Gebelerin Hastalıkları Hakkında Düşünceleri ve Gereksinimleri" adlı araştırma takip etmektedir. Altıncı makalemiz Sezer KISA ve arkadaşlarının yapmış oldukları "Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler" adlı araştırmadır. Yedinci makalemiz Mehmet KAPLAN ve arkadaşlarının yapmış oldukları "Akut Koroner Sendromu Taklit Eden Apikal Hipertrofik Kardiyomyopati Olgusu" adlı olgu sunumudur. Bu olgu sunumunu Afra KARAVELİOĞLU ve Tolga Altuğ ŞEN'in yapmış oldukları "Lokal Prilokaine Bağlı Methemoglobinemi: Olgu Sunumu" adlı olgu sunumu izlemektedir. Daha sonra Hossein ASGAR POUR'ın yapmış olduğu "Ameliyat Sonrası Ateş Ve Hemşirelik Bakımı" adlı derleme yer almaktadır. Bu derlemeyi Banu KARAÖZ ve Aynur SARUHAN'ın yapmış oldukları "Perinenin Korunması İçin İntrapartum Girişimler" adlı derleme izlemektedir. Sonra Sevilay HİNTİİSTAN 'ın yapmış olduğu "Aleksitemi" adlı derleme gelmektedir.

Dergimizin beşinci sayısında buluşmak üzere hepinize sağlıklı ve mutlu günler dileriz.

Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ



## DERGİMİZ HAKKINDA

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi ; Temel Tıp Bilimleri , Cerrahi Tıp Bilimleri, Dahili Tıp Bilimleri , Hemşirelik, Beslenme ve Diyetetik , Sağlık Yönetimi , Ebelik, Çocuk Gelişimi, İlk ve Acil Yardım (Paramedik) ,Tıbbi Laboratuvar, Sporcu Sağlığı, Acil Yardım ve Afet Yönetimi, Sosyal Hizmetler, Diş Hekimliği ve Veterinerlik gibi bütün sağlık alanlarındaki bilimsel yazıları yayımlayan hakemli bir dergidir. Dergide önceden yayımlanmış, yayımlanmak üzere kabul edilmiş ve yayımlanmak için değerlendirilmekte olan yazılar değerlendirmeye alınmaz. Yayımlanan yazıların sorumluluğu tümüyle yazar(lara) aittir. Yazardan düzeltme istenilmesi durumunda, düzeltmenin en geç 1 ay içinde yapılarak Sağlık Bilimleri Dergisi sekreterliğine ulaştırılması gerekmektedir. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi'nde aşağıda belirtilen özellikleri taşıyan yazılar yayımlanabilir:

**Derleme:** Belli bir konuda yakın zamana kadar yapılmış bilimsel çalışmaların kapsamlı derlemesi.

**Araştırma Makalesi:** Özgün araştırmaları tanıtan ve sonuçlarını sunan bilimsel formatta yazılmış makale.

**Teorik ve Kuramsal Makaleler:** İlgili bilim dalına katkı yapacak teorik düzlemde hazırlanmış makale

## Kitap Tanıtımı

## YAZIM KURALLARI

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri e-dergisi yılda dört kez (Ocak, Nisan, Temmuz ve Ekim) yayınlanan hakemli bir dergidir. Dergide ; klinik ve deneysel çalışmalar , ilginç olgu bildirimleri, editör tarafından davet edilmiş derlemeler, ve editöre mektuplar yayınlanır.

Dergimizde yayınlanması arzu edilen çalışmaların aşağıda belirtilen yazım kurallarına ve diğer koşullara uygun bir şekilde hazırlanarak dergimiz e-posta adresine ([sbd@gumushane.edu.tr](mailto:sbd@gumushane.edu.tr)) gönderilmesi gerekmektedir. Yayımlanmak üzere dergimize gönderilen çalışmaların tüm sorumlulukları yazarlara aittir.

Dergi kurallarına uygunluğuna karar verilen yazılar Hakem Danışma Kurulundan konu ile ilgili en az iki hakeme gönderilir ve bu üyelerden yayına uygun olup olmadığı konusunda görüşleri alınır. Bu incelemeden geçen yazılar, Yayın Kurulu tarafından tekrar değerlendirilir ve basılacağı yer ve sayı kararlaştırılır. Danışma ve Yayın Kurulları, düzeltme, kontrol ve dizgi aşamasında yayıncı, yazılarda düzeltme yapmak, biçiminde değişiklikler istemek ve yazarları bilgilendirerek kısaltma yapmak yetkisine sahiptir.

Yazarlardan istenen değişiklik ve düzeltmeler için verilen süre en fazla 1 aydır ve düzeltmeler yapıldıktan sonra, söz konusu yazılar yayın programına alınmaz.

Yazım kuralları ile ilgili gerekli görülen düzeltmeler editör ya da hakemler tarafından yapılabilir. Düzeltme için geri gönderilen yazılarda, hakemlerin ve editörün istemleri dışında değişiklikler yapılamaz. Dergide yayınlanan yazılar için yazarlara bir ücret ödenmez. Yayımlanmak üzere dergiye sunulan yazılar yayımlansın yayımlanmasın geri gönderilmez. Ancak düzeltme istenen yazılar düzeltmenin yapılmasını sağlamak amacıyla geri gönderilebilir.

## MAKALE YAZIM KURALLARI

1. Yayımlanmak üzere dergiye gönderilen yazılar daha önce yayımlanmamış yada yayımlanmak üzere başka bir yere gönderilmemiş olmalıdır. Söz konusu araştırma bilimsel bir toplantıda bildiri (sözlü ya da poster) olarak sunulmuşsa yazının başlık sayfasının altında tarihi ve yeri ile birlikte dipnot şeklinde belirtilmelidir.

2. Dergimizde Türkçe, İngilizce ve Almanca dillerinden herhangi biri ile yazılmış yazılar yayınlanır. Yazılar MS Word 2003 veya üzeri sürümlerde, A4 kağıdı boyutunda, "Times New Roman" yazı stili, 12 punto ve 1.5 satır aralığı ile yazılmalıdır. Paragraflarda ilk satır girintisi 1 cm olmalıdır. Paragraf geçişlerinde satır atlanmamalıdır. Yazılarda geçen kısaltmalar yazı içinde ilk kullanımlarında açık olarak yazılmalı ve hemen yanında parantez içinde kısaltılmış şekil verilmelidir.

3. Yazılarda Türkçe ve İngilizce özet verilmelidir. Özetler 10 punto ile yazılmış ve 250 kelimeyi aşmayacak şekilde olmalıdır. "ÖZET" başlığı (10 punto) ortalanarak "kalın" yazılmalıdır. Özette denklem, atıf, standart dışı kısaltmalar yer almamalıdır. Özetlerden sonra çalışmanın alanını tanımlayabilecek en az üç, en fazla beş adet "anahtar kelime" (keywords) bulunmalıdır. Anahtar kelimeler (Index Medicus: Medical Subject Headings ve Türkiye Bilim Terimleri sözlüğü ile uyumlu olmalıdır. Index Medicus MeSH dağarcığına uygun anahtar sözcükler dizgi aşamasında dergimiz tarafından da eklenmektedir. Olgu sunumlarının özetleri kısa ve tek paragraflık olmalıdır. Olgu sunumu özetleri ağırlıklı olarak mutlaka olgu

hakkındaki bilgileri içermelidir.

4. Yazılar, Giriş bölümü ile ikinci sayfadan başlamalı ve uygun bölümlere ayrılmalıdır. Başlık sayfası dışında yazının hiçbir bölümünün ayrı sayfalarda başlatılması zorunluluğu yoktur. Başlıklardan önce bir satır boşluk bırakılmalıdır.

5. Araştırma yazıları TÜRKÇE ÖZET, İNGİLİZCE ÖZET, GİRİŞ, MATERYAL ve METOT, BULGULAR ve TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER (Tartışma içinde yer alabilir) ve KAYNAKÇA bölümlerinden oluşmalıdır. Başlıklarına numara verilmemeli ve paragraf ile hizalı bir şekilde tamamen büyük harflerle



**kalın** yazılmalıdır. Başlık sayfası dışında yazının hiçbir bölümünün ayrı sayfalarda başlatılması zorunluluğu yoktur. Başlıklardan önce bir satır boşluk bırakılmalıdır.

6. Yazıların ana başlığı ortada olacak şekilde, büyük harflerle “**kalın**” ve 12 punto ile yazılmalıdır. Yazarın adı başlığın sağ alt kenarına konulmalı; yazar birden fazla ise adları yan yana yazılmalıdır. Unvan kullanılmaksızın önce isim, sonra büyük harflerle soy isim yazılmalıdır. Yazarların akademik ünvanı, bağlı olduğu kurumu ve e-posta adresi dipnot şeklinde ilk sayfada yer almalıdır. İlk sayfada ayrıca, dipnot olarak aynı yazı karakterinde ve 10 punto ile çalışmayı destekleyen kuruluşlar ve diğer gerekli bilgiler belirtilmelidir.

7. Yazı, çizim veya grafiklerin yazım alanı içinde olmalarına dikkat edilmelidir. Yazılarda sayfa kenar boşlukları ; üstbilgi ve altbilgi 2 cm olmalıdır.

8. Yazılar, şekil ve tablolar dahil 25 sayfayı geçmemelidir.

9. Yazılardaki resim, şekil ve grafikler "Şekil" adı altında gösterilmeli; şekil ve grafikler bilgisayar ortamında çizilmelidir. Tablo, şekil ve denklemlere sıra numarası verilmeli, başlıklar tabloların üzerine, şekillerin ise altına her sözcüğün ilk harfi büyük olacak şekilde ve ortalanarak “kalın” karakterler ile yazılmalıdır. Ayrıca tablo ve şekillere ait kaynaklar hemen altına 8 punto ile verilmelidir. Tablolar her sayfaya bir tablo olacak şekilde yerleştirilmelidir. Yazılardaki tablolar dikey çiziyi içermemeli ve tablolar word programındaki tablo menüsünden yararlanılarak yapılmalı ve tablo sayısı 5’i geçmemelidir. Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlelerin sonunda belirtilmelidir. Net baskı elde edilebilmesi için, şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer jpg veya gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 çözünürlükte taranarak), dergiye ayrıca iletilmesi gerekmektedir. 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.

10. Yazıda yer alan birinci derece başlıklar (I,II, III gibi) Romen rakamlarıyla sınıflandırılmalı, tamamen büyük koyu harflerle ve paragraf ile hizalı bir şekilde yazılmalıdır. İkinci derece başlıklar (A,B,C gibi) büyük harflerle sınıflandırılmalıdır. Bu başlıklar her sözcüğün ilk harfi büyük olacak şekilde kalın harflerle ve paragraf ile hizalı bir şekilde yazılmalıdır. Üçüncü derece başlıklar (1, 2, 3 gibi) rakamlarla sınıflandırılmalıdır. Bu tür başlıklar her sözcüğün ilk harfi büyük olacak

şekilde, kalın ve paragraf ile hizalı yazılmalıdır. Dördüncü derece başlıklar ise (a, b, c gibi) küçük harflerle sınıflandırılmalıdır. Dördüncü derece alt başlıklar küçük harflerle, kalın ve paragraf ile hizalı yazılmalıdır.

#### 11. Kaynaklar

Yazarlar yalnızca doğrudan yararlandıkları kaynakları yazılarında gösterebilirler. Dergimiz, başka çalışmalarda bildirilen kaynakların aktarma şeklinde kullanılmasını kesinlikle uygun görmez. Bir kaynağın aslından yararlanılmamış olduğu düşünüldüğünde, yazarından söz konusu kaynak ya dakaynakların ilk sayfalarının fotokopilerini göndermesi istenir. Yazarlar tarafından doğrulanmayan kaynaklar dizgi aşamasında yazıdan ayıklanmaktadır.

Kaynaklar bölümünde, yayınlanmamış ve sayfa numaralarıyla verilemeyecek kaynak (yayınlanmamış kongre, sempozyum, toplantı, vb. belgeleri) kullanılamaz.

Kaynaklar yazıda kullanılış sırasına göre sıralanmalıdır. Noktalamalara birden çok yazarlı bir çalışmayı tek yazar adıyla kısaltmamaya ve kaynak sayfalarının başlangıç ve bitimlerinin belirtilmesine dikkat edilmelidir. Kullanılacak kısaltmalar Index Medicus'a uygun olmalıdır. Yazar sayısı altıdan fazla ise “ve ark. ya da et al” şeklinde kısaltılabilir.

#### Aşağıda kaynak gösterim örnekleri sunulmuştur:

##### Makale:

1. Şahinöz T, Şahinöz S ve ark. Yurttan kalan üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 23 (4): 159-166.

##### Kongre Bildirileri:

2. Şahinöz S, Şahinöz T, Çolak A, Cengiz S. Gümüşhane Üniversitesi Öğrencilerinin Zararlı Alışkanlıkları. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; 4-7 Ekim 2011, Trabzon. 2011. p 374

##### Kitap:

3. Şahinöz S (ed.), Şahinöz T (ed.), Eker H.H, Kıvanç A, Bodur A.F, Çolak, A. Hasta Bakımı: Sürdürülebilir Kalkınma İçin Kadın Girişimcilik ve Eğitim Merkezi Eğitim Kitabı. 1. Baskı. ISBN: 978-605-87853-0-4 Gümüşhane - 2011. ss: 4-7

##### Tezler:

4. ŞAHİNÖZ T. Uzmanlık Tezi; “Kayseri’de 1985 – 1998 Yılları Arasında Sağlık Durumu ve Demografik Göstergelerdeki Değişim” Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Yusuf Öztürk. Kayseri – 1999.



*Gümüşhane University Journal Of Health Sciences*  
**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ**

Kaynaklara yapılan atıflar, dipnotlar yerine metnin içinde parantez içinde yazıda kullanım sırasına göre rakamlarla yapılmalıdır. Yapılacak atıf bir internet sitesinden alınmışsa ve atfın yazarı belli değil ise, parantez içerisindeki ifadeler şu şekilde sıralanmalıdır; internet sitesinin kurumu, erişim yılı.

.....(www.die.gov.tr, 2007) : internet adresine atıf

.....(Devlet Planlama Teşkilatı, 2005) : kuruma atıf

Yukarıdaki atıf gösterimleri metin dili Türkçe olan makaleler içindir.Yabancı dilde yazılan makalelerdeki atıflarda kullanılan bağlaçlar, metin dili ile uyumlu olmalıdır. Kaynağa yapılan atıf dışında, yapılacak açıklamalar, "Notlar" başlığı altında yazının sonunda ayrı bir sayfada verilmelidir. Kaynakçada yer alan eserler kitap, makale vb. şekilde sınıflandırılmamalıdır.

Yukarıdaki gösterimler metin dili Türkçe olan kaynaklar içindir.Yabancı dilde yayınlanacak çalışmalarda bağlaçlar ve kısaltmalar metin dili ile uyumlu olmalıdır. Örneğin, metin dili İngilizce olan bir çalışmada 've' bağlacı yerine 'and', 'ss.' kısaltması yerine 'pp.'kullanılmalıdır.

## 12. Etik

İnsanlar üzerinde yapılan deneysel çalışmaların sonuçlarını bildiren yazılarda, bu çalışmanın yapıldığı gönüllü ya da hastalara uygulanacak prosedürlerin) özelliği tümüyle anlatıldıktan sonra, kendilerinin bilgilendirilip onaylarının alındığını gösterir bir cümle bulunmalıdır. Yazarlar, bu tür bir çalışma söz konusu olduğunda, uluslararası alanda kabul edilen kılavuzlara ve TC. Sağlık Bakanlığı tarafından getirilen ve 29 Ocak 1993 tarih ve 21480 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik" ve daha sonra yayınlanan diğer yönetmelik ve yazılarda belirtilen hükümlere uyulduğunu belirtmeli ve ilgili Etik Kuruldan aldıkları onayı göndermelidir.

Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar için de gereken izin alınmalı; yazıda deneklere ağrı, acı ve rahatsızlık verilmemesi için neler yapıldığı açık bir şekilde belirtilmelidir.Hasta kimliğini tanıttak fotoğraf kullanıldığında, hastanın yazılı onayı alınmalı ve hastanın gözleri bantla kapalı olmalıdır.

**Yukarıdaki formata uygun olmayan çalışmalar içerik açısından değerlendirilmeye alınmayacak ve editör tarafından yazara iade edilecektir.**

<b>İletişim</b>	<b>Sağlık Bilimleri Dergisi</b>
<b>Adres</b>	<b>Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Bilimleri Dergisi Sekreteryası Bağlarbaşı Mah. 29100 Gümüşhane</b>
<b>Tel</b>	<b>0 456 233 76 37 0 456 233 74 25 - 248</b>
<b>Faks</b>	<b>0 456 233 76 04</b>
<b>e-posta</b>	<b>sbd@gumushane.edu.tr</b>



BİLİMSEL DANIŞMA KURULU / SCIENTIFIC ADVISORY BOARD

Abdülğani TATAR Atatürk Üniversitesi	Erhan ÇAPKIN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Adem KUŞGÖZ Karadeniz Teknik Üniversitesi	Ersan ODACI Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet EROĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi	Ersan KALAY Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet KALAYCIOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi	Esra ERCAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet KARAGÜZEL Karadeniz Teknik Üniversitesi	Ethem ALHAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ahmet MENTEŞE Karadeniz Teknik Üniversitesi	Evrım AKTEPE Süleyman Demirel Üniversitesi
Ahmet TİRYAKİ Karadeniz Teknik Üniversitesi	Evrım ÖZKORUMAK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ali Fuat BODUR Gümüşhane Üniversitesi	Fahri UÇAR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ali GÜNDOĞDU Gümüşhane Üniversitesi	Fatma DEMİR KORKMAZ Ege Üniversitesi
Aliye ÖZENOĞLU 19 Mayıs Üniversitesi	Fatma TAŞ ARSLAN Selçuk Üniversitesi
Asım ÖREM Karadeniz Teknik Üniversitesi	Fehmi Volan AKYÖN 18 Mart Üniversitesi
Aydın KIVANÇ Gümüşhane Üniversitesi	Ferdi BAŞKURT Süleyman Demirel Üniversitesi
Ayhan KANAT Rize Üniversitesi	Fevziye ÇETİNKAYA Erciyes Üniversitesi
Aynur BÜTÜN AYHAN Ankara Üniversitesi	Feyyaz ÖZDEMİR Karadeniz Teknik Üniversitesi
Aysel KÖKSAL AKYOL Ankara Üniversitesi	Figen ÇELEP Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayşe METİN Ankara Çocuk Sağ.ve Has.	Fisun ŞENUZUN Ege Üniversitesi
Ayşe ÇOLAK Gümüşhane Üniversitesi	Gamze ÇAN Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayşe OKANLI Atatürk Üniversitesi	Gökhan YILMAZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayşe Özfer ÖZÇELİK Ankara Üniversitesi	Gökşin ŞENGÜL Atatürk Üniversitesi
Ayşegül BİLGE Ege Üniversitesi	Gülây YEĞİNOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi
Ayşegül İŞLER Akdeniz Üniversitesi	Gülhan ERDEM 18 Mart Üniversitesi
Ayşenur ÖKTEN Karadeniz Teknik Üniversitesi	Gülgün ERSOY Hacettepe Üniversitesi
Bayram KAYMAK Hacettepe Üniversitesi	Gülşah YILDIZ DENİZ Gümüşhane Üniversitesi
Bayram ŞAHİNÖZ Hacettepe Üniversitesi	Gürdal YILMAZ Karadeniz Teknik Üniversitesi
Belgin YILDIRIM Adnan Menderes Ü.	Halil KAVGACI Karadeniz Teknik Üniversitesi
Beyazıt YEMEZ Dokuz Eylül Üniversitesi	Haluk DUMAN Aksaray Üniversitesi
Birgül KURAL Karadeniz Teknik Üniversitesi	Handan GÜLER Cumhuriyet Üniversitesi
Bora CENGİZ Bahçeci Sağlık Grubu	Hasan BOZKAYA Karadeniz Teknik Üniversitesi
Cemalettin BALTACI Gümüşhane Üniversitesi	Hasan EFE Rize Üniversitesi
Cemil ŞAHİN Gümüşhane Üniversitesi	Hasan Hüseyin EKER Gümüşhane Üniversitesi
Cihan ÖREM Karadeniz Teknik Üniversitesi	Havva ÖZTÜRK Karadeniz Teknik Üniversitesi
Çetin AKAR Hacettepe Üniversitesi	Havva TEL Cumhuriyet Üniversitesi
Dilek ÇİLİNGİR Karadeniz Teknik Üniversitesi	Hayri AYDOĞAN Gümüşhane Üniversitesi
E.Edip KEHA Karadeniz Teknik Üniversitesi	Hayriye ÜNLÜ Başkent Üniversitesi
Engin YENİLMEZ Karadeniz Teknik Üniversitesi	Huri İLYASOĞLU Gümüşhane Üniversitesi
Erdem DUMAN Karadeniz Teknik Üniversitesi	Hüseyin DAŞ Gümüşhane Üniversitesi



İbrahim İKİZCELİ İstanbul Üniversitesi  
İbrahim TURAN Gümüşhane Üniversitesi  
İbrahim YILDIRAN Gazi Üniversitesi  
İclal ÇAKICI Yeditepe Üniversitesi  
İhsan KALYONCU Karadeniz Teknik Üniversitesi  
İknur TOSUN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
İmdat AYGÜL Gümüşhane Üniversitesi  
İrfan NUHOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi  
İsmet DURMUŞ Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Kaan KILINÇ Gümüşhane Üniversitesi  
Kurtuluş BURUK Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Lale TAŞKIN Hacettepe Üniversitesi  
Levent TÜMKAYA Rize Üniversitesi  
Lügen CENGİZ Ankara Üniversitesi  
Mehmet GÜNAY Gazi Üniversitesi  
Meltem UÇAR Gümüşhane Üniversitesi  
Merih KUTLU Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Mevlit İKBAL Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Mine BEKAR Cumhuriyet Üniversitesi  
Mine EKİNCİ Atatürk Üniversitesi  
Mualla AYKUT Erciyes Üniversitesi  
Muhammed KIZILTUNÇ Gümüşhane Üniversitesi  
Murat ERSEL Ege Üniversitesi  
Murat KARKUCAK Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Murat S. KESİM Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Musa ÖZATA Selçuk Üniversitesi  
Musa KARAALP Gümüşhane Üniversitesi  
Mustafa GÖKÇE Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Mustafa ÖNCEL Gümüşhane Üniversitesi  
Nazan KARAHAN Karabük Üniversitesi  
Nazlı Hacıoğlu Atatürk Üniversitesi  
Nesrin ERCİYES Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Nesrin NURAL Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Neşe KAKLIKAYA Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Nezihe GÖKHAN Gümüşhane Üniversitesi  
Nurcan YABANCI Ankara Üniversitesi  
Orhan DEĞER Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Orhan BAŞ Rize Üniversitesi  
Özgül KARAKURT Dokuz Eylül Üniversitesi

Ömer ŞENEL Gazi Üniversitesi  
Özlem DURAN Cumhuriyet Üniversitesi  
Özlem ŞAHİN ALTUN Atatürk Üniversitesi  
Pelin BAĞCI Rize Üniversitesi  
Ramazan ERDEM Süleyman Demirel Üniversitesi  
Recep BEDİR Rize Üniversitesi  
Recep DEMİRHAN Kartal Eğitim Araştırma H.  
Saime ŞAHİNÖZ Gümüşhane Üniversitesi  
Sedat BOSTAN Gümüşhane Üniversitesi  
Seher S. KARABUDAK Adnan Menderes Ü.  
Selahattin KIYAN Ege Üniversitesi  
Sevil CENGİZ Gümüşhane Üniversitesi  
Sevilay HİNDİSTAN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Sezer KISA Gazi Üniversitesi  
Suzan YILDIZ İstanbul Üniversitesi  
Süleyman Erhan DEVECİ Fırat Üniversitesi  
Süleyman GÜVEN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Süleyman TÜREDİ Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Şükran ÖZKAHRAMAN Süleyman Demirel Ü.  
Tahsin YILDIRIM Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Tamer TAŞDEMİR Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Tevfik ÖZLÜ Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Turhan ARAN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Turgut ŞAHİNÖZ Gümüşhane Üniversitesi  
Yakup ASLAN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Yasemin K. YILDIRIM Ege Üniversitesi  
Yaşam BARLAK Gümüşhane Üniversitesi  
Yıldıray KALKAN Rize Üniversitesi  
Yılmaz BÜLBÜL Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Yusuf ÇELİK Hacettepe Üniversitesi  
Zahit PAKSOY Gümüşhane Üniversitesi  
Zeliha BAŞKURT Süleyman Demirel Üniversitesi



## HAYVAN YETİŞTİRİCİLERİNİN İŞLETME BÜYÜKLÜĞÜNE GÖRE, BRUSSELLA HASTALIĞI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN ARAŞTIRILMASI\*

Handan ÖZCAN<sup>1</sup>, Mitat ŞAHİN<sup>2</sup>

### ÖZET

Bruselloz, dünyanın birçok ülkesinde görülen, işgücü kaybına ve ülke ekonomisinde büyük kayıplara yol açan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Zoonotik bir enfeksiyon hastalığı olan bruselloz; koyun, sığır yetiştirilen pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de yaygın olarak görülmektedir. Bu araştırma, hayvan yetiştiricilerinin brusella hastalığı hakkındaki bilgi düzeyini ölçmek amacıyla yapılmıştır. İşletme büyüklüğü ile hastalığı bilme durumları karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Genel olarak bakıldığında 51 ve üstü hayvanı olan grubun brusella hastalığının insanlara bulaştığını bilme oranı en yüksek olan grup olmuştur (%92,9). Hayvan yetiştiricilerinin; brusella hastalığını bilme durumları %86; brusella hastalığının insanlara bulaştığını bilme oranları %77, hayvanları korumada % 60,8'i aşının etkili olduğunu, % 45,7'si aşı yaptırdığını, damızlık hayvan alırken hayvanın geldiği yerde salgın hastalık var mı diye araştıranlar % 22,9'unu, atık olduğu zaman herhangi bir yere haber vermeyenler %78,28'ini, hayvan yetiştiricileri yapmış oldukları peynirlerin %41,15'ini taze olarak tükettiğini, doğum sonrası çıkan zar ve sıvıları % 72,2'si dışarı atarak imha ettiğini ve genelde ahırlarını dezenfekte etmedikleri saptanmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin (n=350) neredeyse tamamının hayvanlarını köy sürüsüyle birlik otlattıkları, komşu ve diğer hayvan sürüleriyle bir arada bulundurdukları belirlenmiştir. Bu durum salgın hastalıkların yayılmasını kolaylaştırıcı bir faktör olarak görülmektedir. Özellikle brusellozis gibi çok hızlı yayılan bir enfeksiyon için, köy hanelerinden birine getirilecek enfekte bir sığır veya boğanın kısa bir süre sonra bütün köy hayvanlarını tehdit edeceği bir gerçektir. Bu durumların önüne geçilebilmesi için hayvancılığın yoğun yapıldığı yerlerde her köy bir işletme biçiminde değerlendirilmesi yada modern işletmelerin kurulması için gerekli teşviklerin sağlanması gerekmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Brusella Hastalığı, Eğitim, Hayvan Yetiştiricileri

\*4-7 Ekim 2011 tarihlerinde Trabzon'da düzenlenen 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde P098 numarasıyla poster olarak yayınlanmıştır.

<sup>1</sup>Öğr. Gör. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

<sup>2</sup>Prof. Dr. Kafkas Üniversitesi Veteriner Fakültesi Mikrobiyoloji ABD

**İletişim/ Corresponding Author: Handan ÖZCAN**

**Tel:** 0456 233 76 37e- **posta:**hndnozcn@hotmail.com

**Geliş Tarihi / Received :** 17.02.2012

**Kabul Tarihi / Accepted :** 22.07.2012

## **SIZE OF BUSINESS BY FARMERS, BRUCELLA DISEASE KNOWLEDGE LEVELS**

Brucellosis is an important public health problem causing economical problems in the country and observed in many countries of the world. This zoonotic infection is observed widespread in the country as the others with the husbandry of cattle and sheep. This study aimed to determine the information level of farmers about brucellosis and this was designed. When the animal population and the knowledge about disease was compared, no statistically difference was determined. Overall, the farmer sowing animals 51 and more has the highest rate about the contagiousity of disease to humans (92,9%). When the animal population and the knowledge about disease was compared, no statistically difference was determined. Overall, the farmer sowing animals 51 and more has the highest rate about the contagiousity of disease to humans (92,9%). At the overall look of farmers, the knowledge about disease is 86%, the awareness of contagiousity to humans is 77%, the effectiveness of vaccine for protection in animal care is 60,8%, the performing the vaccine is 45,7%, the investigation about the origin of the used for breeding animals from the area with endemic brucellosis is 22,9%, no informing for the aborted fetuses is 72,82%, consumption of fresh cheese from farmers is 41,15%, extermination of membranes and liquids of aborted fetuses by throwing away is 72,2% and no disinfection of the barns in general. Individual participating in the study (n= 350) with almost all the animals they fed his flock the village, neighbors and other animal herds were kept together. This situation is seen as a factor facilitating the spread of epidemic diseases. Especially for an infection spreads very rapidly, such as brucellosis, will be brought to one of the digits of the village shortly after an infected cow or bull, a fact that will threaten all the village cattle. To avoid these situations in the vicinity of intensive live stock production should be evaluated every village in the form of a business. It should be provided incentives for the establishment of modern enterprises.

**KeyWords:** Brucellosis, Education, Farmers.

## GİRİŞ

Brusella, insan ve hayvanlarda, Brucella genusu mikroorganizmaları tarafından oluşturulan enfeksiyöz, genellikle subakut ve kronik seyirli zoonoz bir hastalıktır (1,2). Brucella cinsi bakteriler, evcil hayvanlarda yavru ve süt miktarı bakımından önemli ekonomik kayıplara neden oldukları gibi, enfekte hayvanların süt ve süt ürünleri, etleri ve vücut sıvıları aracılığıyla insanlara bulaştıklarından dolayı halk sağlığı bakımından da önemli görülmektedir (3,4, 5).

Brusellozis; Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Teşkilatı (FAO), Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Uluslararası Salgın Hastalıklar Ofisi (OIF) tarafından dünyada en yaygın zoonotik hastalık olarak kabul edilmiştir (6).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; dünyada her yıl 500.000 yeni olgu saptanmakta olup, Orta Doğu, Asya'nın batısı, Akdeniz ülkeleri, Afrika ve Latin Amerika'nın bir bölümünde endemik seyir göstermektedir. Türkiye'de bu endemik bölgelerin içinde yer almaktadır. Norveç, Belçika, Hollanda, Finlandiya, Yeni Zelanda, Kanada, İngiltere ve Avustralya gibi bazı ülkelerde hastalık eradike edilmiştir (7, 8). Brusellozis, sınır komşularımız olan Gürcistan, Suriye, İran, Irak ve Ermenistan'da yüksek insidanda görülmektedir. Bu ülkeler son yıllarda, dünyada insan brusellozun en önemli odağı olarak görülmektedir. Bu ülkelerde hastalık kontrol altına alınmaktan çok uzak görünmekte, sürekli artış göstermekte, ciddi bir halk sağlığı problemi olarak görünmektedir. Nüfuslarının çoğu hayvancılıkla uğraştığından dolayı, ülke ekonomilerinde de önemli ekonomik kayıplara neden olmaktadır (9).

Sağlık Bakanlığının 2001 ve 2004 yılları verilerine göre; bruselloz vakaları en fazla Güneydoğu Anadolu Bölgesinde görülürken, 2005-2006 yıllarında ise en fazla vaka, Doğu Anadolu Bölgesinde görülmektedir. Kars ili brusella vakalarının yıllara göre dağılımına bakıldığında; 2005 yılında 51 olası, 111 kesin olmak üzere toplam 162 vaka; 2006 yılında 259 olası, 99 kesin olmak üzere toplam 358 vaka; 2007 yılında 273 olası, 94 kesin olmak üzere toplam 367 vaka; 2008 yılında 108 olası, 267 kesin olmak üzere toplam 378 vaka ve 2009 yılının ilk on ayında ise 132 olası, 92 kesin olmak üzere toplam 224 vaka görülmüştür. Kars ilinde, son 5 yılda 663 kesin, 823 olası olmak üzere toplam 1486 brusella vakası görülmüştür (10).

Ülkemizde genel olarak bruselloz vakalarında, bahar ve yaz aylarında artış söz konusudur. Temmuz ayından sonra ise vaka sayılarında düşüş gözlenmektedir. Bu durum

ülkemizdeki hayvan yetiştiriciliğinin yapısıyla alakalıdır. Türkiye’de hayvancılığın yoğun olarak yapıldığı Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde hayvancılık, meraya dayalı olarak yapılmaktadır. Bahar ve yaz aylarında hayvan hareketleri fazla olmakla beraber hayvansal ürünlerin de miktarlarında artış olmaktadır. Nisan- temmuz aylarında hem hayvan hareketlerinin hem de hayvansal ürünlerin artış göstermesiyle hastalığın insanlara geçişi artmaktadır (10).

Hayvancılığın yoğun yapıldığı, pastörize edilmemiş süt ve süt ürünleri tüketiminin yaygın olduğu ülkemizde ve gelişmekte olan ülkelerde halen önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Ülkemizde Bruselloz morbiditesi yüksek, mortalitesi düşük olan ve yaygın görülen bir enfeksiyon hastalığıdır (11). Brusellozis ülkemizde hem hayvan, hem de insanlarda bildiri zorunlu hastalıktır (12).

Bruselloz bir sürüden diğer bir sürüye enfekte veya enfeksiyöz etkene maruz kalmış hayvanların sürüye sokulmaları, brusellozisten ari bir sürünün hastalıklı sürü ile aynı merada otlatılması, ayrıca köpek ve kediler, kuşlar, yabani hayvanlar atık yavru ve yavru zarlarını bir meradan diğerine taşıyarak dolaylı olarak bulaşmada rol oynarlar (13). Enfekte boğa veya koçların semenlerinde de etken bulunur ve çiftleşme ile bulaşma gerçekleşir. Ayrıca enfekte annelerden yavrularına anne karnında veya doğum sonrası enfekte ağız sütü yada enfekte diğer hayvanların sütleri ile beslenme sonucu bulaşma görülebilir (7). Hayvanlarla direkt temas halinde olan veteriner hekimler, çiftçi, hayvan yetiştiricisi, kasap, çoban, et sanayisinde çalışanlar ve laboratuvar çalışanları da risk grubunu oluşturmaktadır (14).

## **MATERYAL METOD**

Bu araştırma hayvan yetiştiricilerinin brusella hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan kesitsel tipte epidemiyolojik bir çalışmadır. Araştırma yüksek lisans tez çalışmasının iki kısmından, ikinci aşamasını içermektedir. Birinci aşamasında sosyo demografik değişkenler açısından araştırma kapsamına dahil edilen grubun brusella hastalığı hakkındaki bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. İkinci aşamasında ise hayvan yetiştiricilerinin işletme büyüklüğüne göre hastalık hakkındaki bilgi ve davranışları değerlendirilmiştir. Çalışma Mart 2009- Temmuz 2009 tarihleri arasında Kars ili merkezine bağlı brusella vakasının en fazla görüldüğü 5 köyde ve Kars ilinin Kağızman ve Digor ilçelerinin üçer köyünde basit rastgele örneklem yöntemi kullanılmıştır. Çalışma cinsiyet ve yaş ayrımı gözetmeksizin örneklem içinde yer alan 11köydeki tüm hayvan yetiştiricileriyle (350 kişi)

gerçekleştirilmiştir. Örnekleme dahil edilen hanelerin hepsi çalışmanın amacı ve yöntemi konusunda bilgilendirilmiş olup, çalışma katılmayı kabul edenlerin gönüllülüğü esası ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında, yüz yüze anket formu uygulama yöntemi kullanılmıştır. Anket formu iki kısımdan oluşmaktadır. Formun birinci kısmı sosyo-demografik özellikleri belirleyici nitelikte olup, formun ikinci kısmı, hayvan yetiştiricilerinin brusella hastalığı hakkındaki bilgi düzeylerini tanımlayıcı nitelikteki toplam 44 sorudan oluşmuştur. Araştırma verilerinin analizi bilgisayar ortamında SPSS for Windows 15.0 paket programı kullanılarak frekans ve ki kare testi analizi ile yapılmıştır.

## BULGULAR

Araştırma kapsamına giren hayvan yetiştiricilerinin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguları: Hayvan yetiştiricilerinin % 13,1'i okuma yazma bilmeyen, % 23,4'ü okuma yazma bilen, % 45,7'si ilkokul mezunu, % 11,1'i ortaokul mezunu ve % 6,6'sı lise ve dengi okul mezunudur. Araştırma kapsamına girenlerin % 32,6'sı bayanları, % 67,4'ü ise erkekleri oluşturmaktadır. Araştırma kapsamına giren hayvan yetiştiricilerin % 19,7'si 31 yaş altında, % 54,3'ü 31-50 yaş arasında ve % 26,0'ı ise 51 yaş ve üzerindedir. Araştırma kapsamına giren hayvan yetiştiricilerinin bakmış oldukları hayvan sayısı % 75,7'si 21'in altında, % 20,3'ü 21-50 arasında, % 4,0'ı ise 51 ve üzerinde hayvanları olanları oluşturmaktadır.

Yapılan çalışma sonucu ulaşılan 350 hayvan yetiştiricilerinin toplam 6313 hayvanı olduğu ve bunlardan 567'sinin (%9) yavru attığı belirtilmiştir. Küçükbaş hayvan sayısı 789 olup, bunlardan 53'ünün (%6,7), inek sayısının 5524 olup bunlardan da 561'inin (%10,15) yavru attığı saptanmıştır. Bir yılda kısır kalan hayvan sayısının toplamı 657 (%11,89) olup; büyükbaş hayvanlardan kısır kalanların sayısı 627 (%95,43), küçükbaş hayvanlardan kısır kalanların sayısının 30 (%4,57) olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 1.** Hayvan Yetiştiricilerinin İşletme Büyüklüğüne Göre Brusella Hastalığını Bilme Düzeylerinin Değerlendirilmesi

İşletme büyüklüğü	Hastalığı Bilme Durumu					
	Bilen	%	Bilmeyen	%	Toplam	%
1-20 arası hayvanı olan	228	86,0	37	14,0	265	100,0
21-50 arası hayvanı olan	63	88,7	8	11,3	71	100,0
51 ve üzeri hayvanı olan	10	71,4	4	28,6	14	100,0
<b>Toplam</b>	<b>301</b>	<b>86,0</b>	<b>49</b>	<b>14,0</b>	<b>350</b>	<b>100,0</b>
	<b>P= 0,233</b>		<b>X<sup>2</sup>= 2,909</b>			

Hayvan yetiştiricilerinin işletme büyüklüğüne göre brusella hastalığını bilme düzeyleri araştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunulmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 2.** Hayvan Yetiştiricilerinin İşletme Büyüklüğü İle Brusella Hastalığının İnsanlara Nasıl Bulaştığı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

İşletme büyüklüğü	Brusella hastalığı insanlara nasıl bulaşır								Toplam	%
	1	%	2	%	3	%	4	%		
1-20 arası hayvanı olan	16	6,0	150	56,6	29	10,9	70	26,4	265	100,0
21-50 arası hayvanı olan	0	,0	36	50,7	17	23,9	18	25,4	71	100,0
51 ve üstü hayvanı olan	0	,0	9	64,3	3	21,4	2	14,3	14	100,0
<b>Toplam</b>	<b>16</b>	<b>4,6</b>	<b>195</b>	<b>55,7</b>	<b>49</b>	<b>14,0</b>	<b>90</b>	<b>25,7</b>	<b>350</b>	<b>100,0</b>

$P= 0, 032$

$X^2 = 13, 774$

1. Hayvana doğum esnasında müdahale ile
2. Çiğ süt ve süt ürünlerini tüketme ile
3. Hepsi
4. Bilmiyorum

Hayvan yetiştiricilerinin işletme büyüklüğü ile brusella hastalığının insanlara nasıl bulaştığı hakkındaki bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). İşletme büyüklüğü arttıkça yetiştiricilerin hastalığı bilme durumlarının arttığı bulunmuştur.

**Tablo 3.** Hayvan Yetiştiricilerinin İşletme Büyüklüğüne Göre Hayvanlarını Nasıl Otlattıkları Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

İşletme büyüklüğü	Hayvanlarınızın otlatmasını nasıl sağlıyorsunuz?							
	1	%	2	%	3	%	Toplam	%
1-20 arası hayvanı olan	253	95,5	10	3,8	2	,8	265	100,0
21-50 arası hayvanı olan	61	85,9	10	14,1	0	,0	71	100,0
51 ve üstü hayvanı olan	9	64,3	4	28,6	1	7,1	14	100,0
<b>Toplam</b>	<b>323</b>	<b>92,3</b>	<b>24</b>	<b>6,9</b>	<b>3</b>	<b>,9</b>	<b>350</b>	<b>100,0</b>

$P= 0, 00$

$X^2 = 27,597$

1. Sürüyle
2. Merada ayrı olarak
3. Çiftlikte

İşletme büyüklüğüne ile hayvanların nasıl otlatıldığı araştırıldığında, arada önemli derecede anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Hayvan yetiştiricileri genelde küçük

işletmelere sahip olduklarından, hayvanlarının otlatılmasını sürü ile gerçekleştirirken, işletme büyüklüğü arttıkça hayvanların otlatılması merada ayrı olarak ya da çiftlikte sağlanmaktadır.

**Tablo 4.** Hayvan Yetiştiricilerin İşletme Büyüklüğüne Göre Atık Yapan Yavruları İmha Etme Şeklinin Değerlendirilmesi

İşletme büyüklüğü	Atık yapan yavruyu nasıl imha edersiniz?									
	1	%	2	%	3	%	4	%	Toplam	%
1-20 arası hayvanı olan	15	11,9	27	21,4	62	49,2	22	17,5	126	100,0
21-50 arası hayvanı olan	7	15,9	4	9,1	24	54,5	9	20,5	44	100,0
51 ve üstü hayvanı olan	0	,0	3	30,0	5	50,0	2	20,0	10	100,0
<b>Toplam</b>	<b>22</b>	<b>12,2</b>	<b>34</b>	<b>18,9</b>	<b>91</b>	<b>50,6</b>	<b>33</b>	<b>18,3</b>	<b>180</b>	<b>100,0</b>

P= 0, 493       $X^2 = 5,402$

1. Dışarı atarım
2. Köyden uzak yere atarım
3. Köpeklere veririm
4. Toprağa gömerim

Hayvan yetiştiricilerinin işletme büyüklüğüne göre atık yapan yavruların imha edilmiş şeklinin değerlendirilmesi araştırıldığında, arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunulmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 5.** Hayvan Yetiştiricilerinin İşletme Büyüklüğüne Göre Brusella Hastalığından Hayvanlarını Nasıl Korudukları Hakkındaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

İşletme büyüklüğü	Brusella hastalığından hayvanlarınızı nasıl korursunuz?									
	1	%	2	%	3	%	4	%	Toplam	%
1-20 arası hayvanı olan	148	55,8	54	20,4	60	22,6	3	1,1	265	100,0
21-50 arası hayvanı olan	54	76,1	9	12,7	8	11,3	0	,0	71	100,0
51 ve üstü hayvanı olan	11	78,6	1	7,1	2	14,3	0	,0	14	100,0
<b>Toplam</b>	<b>213</b>	<b>60,8</b>	<b>64</b>	<b>18,3</b>	<b>70</b>	<b>20,0</b>	<b>3</b>	<b>0,9</b>	<b>350</b>	<b>100,0</b>

P= 0, 059       $X^2 = 12, 138$

1. Aşılattırırım
2. Tedavi ettiririm
3. Bilmiyorum
4. Korumaya gerek duymuyorum

Hayvan yetiştiricilerinin işletme büyüklüğüne göre brusella hastalığından hayvanlarını nasıl korudukları hakkındaki bilgi düzeyleri araştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunulmamıştır ( $p>0,05$ ).

Araştırma grubuna alınan toplam 350 hayvan yetiştiricisinin %51,42'si ( $n=180$ ) hayvanlarının yavru attığını söylediği saptanmıştır. %51,1'i atık yapan hayvanları sürüde sakladıklarını, %42,8'i sattığını, % 5'i kestiğini, %1,1'i ise kasaba verdiklerini ifade etmişlerdir.

Araştırma grubuna alınan toplam 350 hayvan yetiştiricilerinden % 7,14'ünün ( $n=25$ ), brusella hastalığından dolayı tedavi gördüğü tespit edilmiştir.

Hayvan yetiştiricilerinin, %67,72'si hayvanlarının doğumlarında eldiven giymedikleri, %32,38'inin ise eldiven giydiği saptanmıştır.

Hayvan yetiştiricilerinin %91,72'sinin sürüsüne yeni bir hayvan alırken diğer hayvanlarından ayrı tutmadığı ve hemen sürüye kattığı, %8,28'inin ise hayvanı en az 15 gün ayrı tutup hayvanı gözlemedikten sonra sürüye kattığı saptanmıştır.

Hayvan yetiştiricilerinin %82'si hayvanlarını tohumlarken doğal aşımı tercih ettiği, % 11,42'si suni tohumlamayı, %6,58'i ise hem suni tohumlama hem de doğal aşımı tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Hayvan yetiştiricilerinden doğal aşımı tercih edenlerin; %53,72'si damızlık boğayı komşulardan aldığını, %31,42'si kendi damızlık boğası olduğunu, %14,86'sı köy sürüsüne katarak temin ettiğini belirtmişlerdir.

Hayvan yetiştiricilerinin, %72,57'sinin Kars ilinde brusella aşısının ücretsiz yapıldığını bilmedikleri, %27,43'ünün ise bildikleri saptanmıştır.

## **TARTIŞMA**

Brusellosis, koyun ve sığır gibi evcil hayvanlarda yavru atma ve değişik klinik semptomlarla karakterize, önemli ekonomik kayıplara, aynı zamanda insanlarda da ciddi enfeksiyonlara neden olan zoonotik bir hastalıktır(15, 16). Aynı zamanda hem insan hem de hayvan sağlığını yakından ilgilendiren ve hayvansal üretim üzerine önemli etkileri olan bulaşıcı bir enfeksiyondur (1, 17).

Brucella türlerinin atık sığırlardan izolasyonu ve genotiplendirilmesi amaçlanarak, 62 atık sığır fetusunun 37'sinden *Brucella* spp. izole ve identifiye edilmiştir (18). Abort yapmış süt sığırlarında brusellosis ve leptospirozisin seroprevalansının belirlenmesi için, aşılanmamış



163 örnek toplanmıştır. C-ELISA, CFT, RBPT, SAT testleri ile değerlendirilmiştir (19). Kars ve çevresinde bulunan insan, sığır ve koyunlarda bruselloisin prevalansının serolojik ve kültürel metotlarla araştırılması, Kars ve çevresinde serum örnekleri incelenen bazı hayvanlara ait aborte fötuslar (87 adet sığır ve 42 adet koyuna ait aborte fötus) kültüre edilmesiyle 52 adet *Brucella* suşu izole edilmiştir (20). Kars yöresinde atık yaptığı bilinen ve hastalığa karşı aşılammış 250 inekten elde edilen süt ve vajinal sıvap örnekleri olmak üzere 500 örnek *Brucella* cinsi bakteriler yönünden kültürel olarak değerlendirildi. Bakteriyolojik inceleme sonucunda 250 süt ineğinin 11'inden ve 250 vajinal sıvap örneğinin 16'sından *Brucella spp.* izolasyonu yapılmıştır (21).

Yapılan bilimsel araştırmalardan anlaşıldığı gibi, yörede hayvanlarda yavru kaybında en önemli problemi brusellozis teşkil etmektedir. Anket yöntemiyle hayvan sahipleri ile yüz yüze yapılan görüşmede de bu durum doğrulanmıştır. Hayvancılık ekonomisinde brusella hastalığının büyük kayıplar verdiği anlaşılmaktadır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, işletme büyüklüklerine bakıldığında%75,7 oranını oluşturan hayvan yetiştiricilerinin, 20 veya daha az hayvana sahip oldukları görülmektedir. Bu durumda hayvan yetiştiricileri hayvanlarının bakımını aile bireyleri arasında ortaklaşa yürütmekte, kendileri için istihdam alanı oluşturmaktadırlar. Ancak bu tip işletmelerde geleneksel yöntemlerle istenilen düzeyde gelir elde edilememekte, hayvanlar diğer birimlerde bulunan hayvanlarla aynı mera ve otlaklarda bir arada bulundurulmaktadır. Bu durumda bruselloz gibi birçok salgının önlenmesinde olumsuz bir faktör olarak görülmektedir.

Gelişmiş ülkelerin önemli bir kısmının yok ettiği veya yok etme noktasına getirdiği bu hastalığın özellikle gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerin kronik bir hastalığı olduğu bilinen bir gerçektir. Araştırmanın yapıldığı yörede insanların %38,3'ü, hayvanlarını brusellozisten nasıl koruyacağını bilmediği tespit edilmiştir. Bunun temel nedeni, yetiştiricilerin mesleki bilgilerden yoksun olmalarıyla açıklanabilir.

*Brucella* cinsi bakteriler enfekte hayvanların etleri, süt ve idrar gibi vücut sıvıları, enfekte süt ile hazırlanan süt ürünleri ve enfekte hayvanların gebelik materyali ile insanlara bulaşabilen bir enfeksiyon hastalığıdır (22, 23). Enfekte hayvanlarla direkt temas, derideki çatlak ve çiziklerle teması sonucuyla da gerçekleşir (7, 24). Araştırmamız sonucunda hayvan yetiştiricilerinin %96'sı hayvanlarının doğumlarını kendileri yaptıklarını ve %67,62'sinin ise doğum olayına eldivensiz olarak müdahale ettikleri saptanmıştır.

Brusellozlu ineklerin çoğu aborttan sonra haftalarca, hatta aylarca sütleriyle bakteri çıkarırlar. İneklerde memeye yerleşmiş olan etken devamlı veya zaman zaman dışarı atılır. Doğumdan hemen sonra yani ağız sütü ile takiben 200.000/ml etken atılır. Brusellozdan dolayı yavru atan ineklerde abort tarihinden 30-40 gün sonra etken, uterustan kaybolarak hayvanların memelerine ve uterus yumrularına yerleşir (3). Araştırma grubuna alınan yetiştiricilerin %49,7'sinin atık yapan hayvanı sağlamadıkları, %24,9'unun ayrı kaba sağıp imha ettiği, %19,2'sinin başka buzağıya verdiği, %6,2'sinin ise sütü sağıp yoğurt peynir yaptığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin neredeyse tamamının, hayvanlarını köy sürüsüyle birlikte otlattıkları, komşu ve diğer hayvan sürüleriyle bir arada bulundurduklarını ifade etmişlerdir. Hayvancılığın ailesel boyutta ve meraya dayalı yapılması sonucu, bir köyde bulunan bütün hanelerin hayvanları bir sürüde buluşmaktadır. Bu durum salgın hastalıkların yayılmasını kolaylaştırıcı bir faktör olarak görülmektedir. Özellikle brusellozis gibi çok hızlı yayılan bir enfeksiyon için, köy hanelerinden birine getirilecek enfekte bir sığır veya boğanın kısa bir süre sonra bütün köy hayvanlarını tehdit edeceği bir gerçektir. Bu durumların önüne geçilebilmesi için hayvancılığın yoğun yapıldığı yerlerde her köy bir işletme biçiminde değerlendirilmelidir ya da modern işletmelerin kurulması için gerekli teşvikler sağlanmalıdır.

Hayvan yetiştiricilerininin %91,72'si sürüye yeni bir hayvan alırken diğer hayvanlardan ayrı tutmadıkları ve hemen sürüye kattıkları saptanmıştır. Damızlık hayvan satın alırken geldiği yerde atık ya da salgın hastalık olup olmadığını araştırır mısınız sorusuna, araştırma grubunun %77,1'i araştırmayız cevaplarını vermişlerdir. Hayvan yetiştiricilerininin sürülerine dışarıdan hayvan katarken gerekli özeni göstermedikleri sonucuna varılmıştır. Hayvan yetiştiricileri sürülerine hayvan alırken belli hastalıklardan arı olup olmadığı hakkında bilgiye sahip değillerdir. Aynı zamanda damızlık alımının nereden temin edileceği, sertifikalı damızlık temini gibi bilgilerden yoksun oldukları görülmüştür. Bu durum salgın hastalılarla mücadelede zorluklar çıkaran başlıca faktörler olarak görülmektedir. Hayvan hareketlerinin kontrolsüz oluşu da ayrı bir sıkıntı olarak durmaktadır (24, 25, 26).

Araştırmamız sonucunda hayvan yetiştiricilerininin, %82 gibi büyük bir oranı hayvanlarını tohumlarken doğal aşım yolunu tercih ettiğini ve damızlık boğayı komşularından ya da köy sürüsünden temin ettiklerini belirtmişlerdir. Fakat enfekte bir boğanın enfeksiyonu bütün sürüye kolaylıkla bulaştırabileceği bilinen bir gerçektir. Bu durumun önüne geçilebilmesi için damızlıkta kullanılan boğaların, bruselloz ve diğer abort yapan etkenler yönünden taşıyıcı

olup olmadıklarının tespiti için belli periyotlarla, serolojik taramalarının yapılması gerekmektedir. Ayrıca suni tohumlamanın yaygınlaşması ve kontrollü spermaların suni tohumlamada kullanılması da doğal aşım ile bulaşan hastalıkların önlenmesinde bir tedbir olarak düşünülebilir.

Tarım bakanlığı verilerine göre Kars ilinde sığırlarda seropozitifliğin %20,8 gibi yüksek bir oranda olması ve insan bruselloz vakalarının yıllar içerisinde giderek artması, yörede ve ülke genelinde bruselloza yönelik eradikasyon programları ve uygulamalarının yetersiz kaldığını düşündürmektedir (24, 27). Bütün bu bilgiler brusellozun ülkemizde hem insan sağlığına olumsuz etkisi, işgücü kaybı, hem de hayvancılıktaki olumsuz etkileri nedeniyle önemli bir sorun olmaya devam ettiğini göstermektedir. Bu sorunun bilincinde olarak, brusellozun eradikasyonu konusunda çok sayıda disiplinin bir arada programlı bir şekilde çalışması gerekmektedir (26, 27, 28).

Ahır dezenfeksiyonu yapmak, atık yavru ve materyalleri sürüden uzak yerlerde toprağa gömmek veya yakma yöntemiyle enfekte materyali imha etmek gerekmektedir. Zor iklim koşulları düşünüldüğünde, özellikle kış aylarında atık materyalin gömülmesi oldukça zor bir işlem olarak görülmektedir. Dolayısıyla köylerde hem salgın hastalıklardan ölen hayvanların hem de enfekte materyallerin imhası için, yerleşim yerlerinden, okul, yol ve sulardan uzak yerlerde hayvan mezarlıkları olmalıdır. Diğer bir yöntemde Tarım Müdürlüklerinde taşınabilir yapıda hayvan atık materyallerinin imhası için kullanılan yakma apartları bulundurulabilir, böylece birçok salgınında önüne geçilebilir.

Enfekte sütleri kullanmamak, sağım yapan kişilerin hayvanlar arasındaki geçişlerinde ellerini dezenfektanlarla yıkaması, sağım makinesiyle yapılan her sağımdan sonra makine başlıklarının dezenfektandan geçirilmesi, doğumlara müdahalede eldiven giyilmesi, enfekte hayvanların başka buzağılara emzirilmemesi gibi hijyenik önlemlere dikkat edilmelidir. Hastalıkla mücadelede bir köy bir sürü mantığıyla hareket edilerek, bütün sürülerin programlı bir biçimde sürekli ve uzun yıllar aşılarının yapılmasına özen gösterilmelidir.

Yapılan anket yoklaması sonucu hayvan sahiplerinin, problemlerin farkında olduklarını ve tanımladığını ancak sorunlarını kendi başlarına çözmekten ve çözüm yollarını öğrenmekten uzak oldukları kanaatine varılmıştır. Hayvan yetiştiricilerinin hastalık hakkında eğitilmeleri, hastalıkla mücadeleye gönüllü katılımlarının sağlanması, enfeksiyonun önlenmesinde en önemli faktörlerden biri olarak görülmektedir. Mesleki toplum örgütlerinin, sorunları çözmeye aktif olarak görev almaları, tarım ve hayvancılık politikalarında resmi kurumlara

yardımcı olmalıdırlar. Aslında insan ve hayvanlarda sürekli olarak enfeksiyon oluşturmaya devam eden brusellozla mücadele doktor ve veterinerlerin görevinin çok ötesine gitmektedir. Hastalıkla mücadelede hükümetlerin, mesleki kuruluşların; ilgili otoritelerle işbirliği içerisinde olup, salgına karşı ortak ulusal mücadele programı geliştirmelidirler.

## KAYNAKLAR

- 1.İzgür, M., Akay, Ö., Arda, M., Erdeğer, J. Sığır Brucellosis'inin Teşhisinde EDTA Ve 56°C'de Aglutinasyon Testlerinin Kullanılması. Ankara Üniv. Vet. Fak. Derg. 1992; 39(1-2): 191-200.
2. Anonim.:European commission health& Consumer Protection Girectorate-general. Brucella In SheepandGoats (*Brucella melitensis*), 26-27 November 2001; 2-12.
- 3.Arda M.,Minbay A., Leloğlu N., Aydın N., Karaman M., Akay Ö. et al.Brucella İnfeksiyonları. Özel Mikrobiyoloji 4. Baskı. Medisan Yayınevi 1997; 110-124.
- 4.Baysal B.,Ustaçelebi Ş. Brucella. Temel ve Klinik Mikrobiyoloji. Ankara Güneş Kitabevi 1999; Eylül 571-577.
5. Cutler, SJ.,Whatmore, AM., Commander, N.J.:A. Review Brusellosis- Newaspects Of Andolddiseas. J. Appl. Microbiol. 2005; 98 (6): 1270-1281.
6. Yurtalan S. Türkiye'deki *Brucella abortus* Hastalığı Kontrolünün Ekonomik Önemi. Pendik Vet. Mikrobiyol. Derg. 1999; 30(2): 35-41.
- 7.Şimşek H. Bruselloz. Aylık Epidemiyoloji Raporu. 2004; Nisan-Haziran 3(2): 89-91.
8. Shapiro DS.,Wong JD., Murray PR., Baron EJ., Pfaller MA., Tenover FC. et al. Brucella. Manual of ClinicalMicrobiology. Washington 1999; 625-632.
9. İzgür M. Veterinerlik Yönünden Bruselloz. I. Ulusal Zoonoz Kongresi Kitapçığı Erzurum2007; Aralık. 23-28, 3-6.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009. [ramazan.uzun@saglik.gov.tr](mailto:ramazan.uzun@saglik.gov.tr), 2009.  
Erişim Tarihi: 16.06.2009.
11. Tekkök, I.H., Berker, M., Ozcan, O.E.: Brucellosis of Thespine. Neurosurgery. 1993; 33: 838-44.
12. Hayvansal Üretimde Kamu Destekleri Ve Destekleme Uygulamaları İle Üretimde Değişim.

<http://www.burdur-tarim.gov.tr/tarim15/subeler/haysag/brusellozis.htm> Erişim Tarihi:

17.06.2009

13. Bercovich, Z.: The use of Skin Delayed – Type Hypersensitivity As An Adjunct Test To Diagnose Brusellosis In Cattle. Vet. Quart. 2000; 22(3): 123-30.

14. Young, E.J.: Human brucellosis: Rev Infect Dis. 1983; 5: 321-42.

15. Badur, S.: Brusellozda Serolojik Tanı Ve Seroepidemioloji. Klimik Derg. 1990; 3: 17-20.

16. Bilgehan, H.: Brucella Klinik Mikrobiyoloji Özel Bakteriyoloji Ve Bakteri İnfeksiyonları. Barış Yayınları. 1992; 157-68.

17. Report Of The ‘Sheep&Goats Brucellosis’ Task Force Sub-Group Meeting Held In Mirandela, Portugal, On 26-27 November 2001.

18. Gül, H.C., Coşkun, Ö., Turhan, V., Beşirbellioğlu, A., Bilgetürk, A., Erdem, H., Avcı, İ.Y., Görenek, L., Eyigün, C.P.: Bruselloz, 140 Olgunun Geriye Dönük Olarak İrdelenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007; 6(4): 249-252.

19. Genç, O., Otlu, S., Şahin, M., Aydın, F., Gökce, Hİ.: Seroprevalence of Brucellosis and leptospirosis In Aborted dairy cows. Turk J. Vet. Anim Sci. 2005; 29(2): 359-66.

20. Şahin M., Atabey İ., Otlu S., Ünver A., Çelebi Ö.: VI. Ulusal Veteriner Mikrobiyoloji Kongresi 14-16 Eylül 2004; 132-133.

21. Çelebi Ö. Kars Yöresinde Atık Yapmış İnek Sürülerinden Alınan Süt Ve Vajinal Sıvı Örneklerinden *Brucella* Etkenlerinin Bakteriyolojik Ve Moleküler Tanımlanması. Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. Kars; 2009.

22. Sözen, T.H., Topçu, A.W., Söyletir, G., Doğanay, M.: Bruselloz. İnfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. 2. Baskı Nobel Tıp Kitapevleri. İstanbul, 2002; 636-641.

23. Young, E.J., Mandell, G.L., Bennett, G.E., Dolin, R., Douglas R.G., and Bennett’s J.: Brucella species. Principles and Practice of Infectious Diseases. 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone. 2000; 2386-93.

24. İyisan AS., Akmaz Ö., Düzgün SG., Ersoy Y., ve ark. Türkiye’de Sığır ve Koyunlarda Brusellozisin Seroepidemiolojisi. Pendik Vet. Mikrobiol Derg. 2000; 31(1): 21-75.

25. Büke Ç., Çiçeklioğlu M., ve ark. Ovakent Beldesinde Bruselloz Seroprevalansı İle Hastalık Konusundaki Bilgi Ve Davranışın Saptanması. İnfeksiyon Dergisi. 2006; 20(1): 23-26.

26. Küçükayan U.Sığır Serumlarında Brusella Antikorlarının Konglutinasyon Komplemant Absorbsiyon Testi İle Saptanması Ve Sonuçların Konvansiyonel Testlerle Karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. Ankara; 2000.

27. Şimşek S., Gökteş P., Coşkun D. The İnvitro Effect Of Some Antibiotic Combination Sincluding Ofloxacin And Ciprofloxacin Againts Brucella Melitensis. Marmara Medical. 1998;11 (3): 152-5.

28. Ceylan E., Irmak H., ve ark. Van İline Bağlı Bazı Köylerde İnsan Ve Hayvan Populasyonunda Bruselloz Seroprevalansı. Van Tıp Dergisi. 2003; 10(1).

## ÖZEL VE KAMU HASTANELERİNDE ÇALIŞAN TIBBİ SEKRETERLERİN İŞ DOYUMU VE ÖRGÜTSEL GÜVEN DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASINA YÖNELİK BİR ALAN ÇALIŞMASI

Serhat SEMERCİOĞLU<sup>1</sup>, Dilaver TENGİLİMOĞLU<sup>2</sup>,  
Melike Güzin SEMERCİOĞLU<sup>3</sup>

### ÖZET

Bu araştırmanın amacı, özellikle birbirinden farklı stratejilerle yönetilen özel ve kamu hastanelerinde çalışan farklı branşlardaki, farklı tecrübeye sahip tıbbi sekreterlerin, iş doyum düzeylerinin ve bağlı oldukları örgütlere karşı duydukları güven ya da güvensizlik düzeylerinin karşılaştırılmasıdır. Araştırma, Ankara'da faaliyet gösteren 4 özel ve 4 kamu hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma, hastanelerin poliklinik, klinik, laboratuvar, idari bilimler, yönetici sekreterliği ile diğer sekreterlik branşında çalışan 111 sekreter ile yürütülmüştür. Araştırma sonrasında elde edilen bulgulara göre, iş doyum algısında cinsiyet, bulunduğu kurumda çalışma süresi ve medeni durum değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Kurum, yaş ve iş hayatında çalışma süresi değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür. Örgütsel güven algısında cinsiyet, bulunduğu kurumda çalışma süresi, çalışılan bölüm, eğitim durumu, mezun olunan eğitim alanı, çalışma statüsü ve medeni durum değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmiştir. Yaş ve iş hayatında çalışma süresi değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür. Ayrıca iş doyum ve örgütsel güven arasında pozitif bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Tıbbi Sekreter, İş Doyumu, Örgütsel Güven

---

<sup>1</sup> Öğr.Gör., Gümüşhane Üniversitesi, Torul Meslek Yüksekokulu

<sup>2</sup> Prof.Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU, Gazi Üniversitesi

<sup>3</sup> Y.lisans Öğrencisi M. Güzin SEMERCİOĞLU, Gazi Üniversitesi

**İletişim/ Corresponding Author:** M. Serhat SEMERCİOĞLU

**Tel:** +90 4566113000 **e- posta:** segusem@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received : 17.04.2012

Kabul Tarihi / Accepted : 24.07.2012

## **COMPARASION OF WORKING IN PRIVATE AND PUBLIC HOSPITALS OF MEDICAL SECRETARY EMPLOYEE JOB SATISFACTION AND ORGANIZATIONAL TRUST LEVELS**

### **ABSTRACT**

The aim of the study is to find out and compare the levels of trust and distrust towards the organizations that they belong to, as well as the levels of job satisfaction among medical secretaries from various branches and working at private and public hospitals which are particularly managed by varying strategies. The research study has been carried out at 4 private and 4 public hospitals in Ankara. The study has been carried out with the participation of 111 secretaries, who work at polyclinics, clinics, laboratories, administrative units and executive secretaries, as well as those from other branches. Findings revealed that job satisfaction perception was different according to gender, work duration in organization, working department, graduated department and martial status. However, organisation, age, work duration in business sector and educational background does not statistical important. Findings revealed that organisational trust was different according to gender, work duration in organization, working department, educational background, graduated department, work status and martial status . Age and work duration were not different according to statistical results. Moreover, there was a positif relationship between job satisfaction and organisational trust. In the light of this study, there are some suggestions about the perception of medical secretaries who work either in public or private hospitals on job satisfaction and organisational trust.

**Keywords:** Medical Secretary, Job Satisfaction, Organisational Trust



## GİRİŞ

Son yıllarda Türkiye’de sağlık hizmeti veren özel ve kamu kurumlarının sayıları ve sağlık sektörü için harcanan ücretler giderek artmaktadır (1). Bu kurumlar özellikle çalışma alanlarının önemine bakıldığında, diğer sektör alanlarına göre daha büyük önem taşımaktadır. Ayrıca sağlık hizmeti sunan örgütler, yapı ve işlev açısından da en karmaşık örgütler arasında yer almaktadır.

Ülkemizde ve dünyada bu kadar önem arz eden sağlık örgütleri; yardımcı personelden, başhekime kadar çeşitlilik gösteren her düzeydeki personel; yaşam ve ölümle ilgili faaliyetlerle ilgilendikleri ve bunun sonucu ortaya çıkan özellikler açısından diğer örgütlerden oldukça farklıdır. Sağlık örgütlerinde çalışan diğer personel kadar tıbbi sekreterlerin görevleri de oldukça önemlidir. Hastanelerde; teşhis ve tedavi, hastanın izlenmesi ve gerekli malzeme temini gibi konularda yazışmaları yapmak gibi kritik görevleri yerine getirmektedirler. Ayrıca kurum – hasta – hekim arasındaki iletişim köprüsünü düzenleyen tıbbi sekreterlerin verimli bir şekilde çalışabilmesi için iş doyumlarının ve örgütsel güvenlerinin yüksek olması gerekmektedir.

Örgütsel güven kavramının tanımını yapmadan önce, mesleki örgüt ve güven kavramlarının ayrı ayrı incelenmesi, “örgütsel güven” kavramının tamamının anlaşılması açısından büyük bir öneme sahiptir.

Mesleki örgüt; ücretli emeğin hak ve çıkarlarını koruyup, geliştirmek için oluşturduğu örgütlere denmektedir. Mesleki örgütler çeşitli büyüklüklerde olur ve bir grup insanı gerektirir. Mesleki örgüt bir organizma gibidir. Mesleki örgütün yapısını oluşturan kısımlar arasında ilişkiler bulunmaktadır (2).

Güven kelime anlamı olarak, Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlüğüne göre (2009); “korku, çekinme ve kuşku duymadan inanma ve bağlanma duygusu” şeklinde tanımlanmaktadır. Bu ve buna benzer birçok tanım incelendiğinde araştırmacılar arasında varılan ortak fikir güvenin organizasyonel faaliyetlerin düzenlenmesinde ve takım çalışmasında, liderlik, hedef saptanması, performans yönetimi ve genelde de işbirlikçi davranışlarda önemli yeri olduğudur (3).

Güven, yararlanıldıkça artma eğiliminde olan bir kaynaktır. Güven bireylerde farklı inanç seviyelerinde yer almaktadır. Her ne kadar güven yönetim faaliyetlerinin belirli

alanlarında kaybolabilse de, bir bütün olarak sistemin gerçek değerine karşı duyulan inanç kaybolmamaktadır. Bundan dolayı oldukça derin bir kaynaktır (4).

Mayer ve arkadaşları (1995) yöneticiye duyulan güveni, yöneticinin faaliyetlerinin önemli sonuçlar ortaya koyacağını düşünerek kişinin duyarlı davranması olarak tanımlamıştır. McAllister (1995) kişiler arasındaki güveni, bilişsel ve duygusal olmak üzere iki ayrı boyutta incelemiştir. Bilişsel güven, bir kişinin güvenilirliği, doğruluğu, dürüstlüğü ve bağlılığına ilişkin diğer kişilerin düşünsel modellerini ifade eder. Yöneticilerin karakteristik özelliklerinin çalışanların tutum ve davranışları üzerindeki etkisi bilişsel güven için önemlidir. Duygusal güven ise, kişilere gösterilen özen ve ilgi sonucunda gelişen, duygusal bağımsızlığı güçlü ve özel bir ilişkiyi anlatır (5).

Cook ve Wall (1980)'a göre örgütsel güven, çalışan tarafından algılanan örgütün güvenilirliğidir. Örgütün çalışanın yararında, en azından zararına eylem gösteremeyeceğine yönelik güvenidir (6). Bireyler ve gruplar arasındaki güvenin örgütün uzun vadeli kârlılığı ve örgüt üyelerinin refahı için oldukça önemli bir bileşenidir (7). Örgütsel alanda güven çalışmaları, örgütsel denetim ve özellikle de fiyat ve otoriteye karşı alternatif bir mekanizma olarak ele alınmış ve işlem maliyeti gibi örgütsel ekonomi yaklaşımlarında geçen faydacı birey tartışmalarına yönetsel bir inanç ve felsefe duruşu sergilemiştir (8).

İlgili literatürler incelendiğinde örgütsel güveni etkileyen kavramların başında olan “iş doyumunu” kavramına ait birçok tanıma rastlanmıştır. Hawthorne (1930), iş memnuniyeti ve iş performansı arasındaki ilişkiyi açıklarken, iş doyumuna ulaşmış çalışanları “Mutlu işçi, üreten işçidir” şeklinde tanımlamıştır. Yine aynı şekilde iş doyumuna ulaşmamış kişiyi ise “mutsuz işçi, üretken olmayan işçidir” şeklinde ifade etmiştir (9). Hoppock (1935)'a göre iş doyumunu “insanı ben işimden memnunum, demeye sevk eden psikolojik, fizyolojik ve çevresel faktörlerin kombinasyonu” dur (10). Gudanowski'ye (1995) göre iş doyumunu kavramı; çalışanın işine veya işteki deneyimlerine dayanan mutlu ve olumlu ruh hali, sahip olduğu değerlere göre değişen işten duyduğu haz ve işine karşı tutumunun bir sonucudur (11).

İş doyumunu iki ana unsura bağlıdır (12). Bunlardan ilki bireyin yapısı, duyguları, düşünceleri ve istekleri ile içinde bulunduğu gereksinimler ve bunların şiddet dereceleridir. Bir diğer ifade ile fiziksel, ruhsal ve güvenlik gereksinimleri ile bunların öncelikleridir. İş doyumunu belirleyen ikinci unsur ise, iş koşullarıdır. İşin fiziksel ve ruhsal koşulları iş görenin beklentilerine ne ölçüde cevap verdiği. Bu karşılama ölçüsünün büyüklüğü

oranında, iş doyumunu da yüksek olacaktır. Bir diğer ifadeyle, bireylerin işlerinden aldıkları doyum, geniş ölçüde iş ve onunla ilgili her şeyin gereksinimlerini ve isteklerini karşılama derecesine bağlıdır (13).

Yöneticinin vaatleri ile uygulamaları arasında tutarlılık olduğunda çalışanlar hayalkırıklığına uğramamakta ve olumlu tavır sergilemektedirler. Yöneticinin vaatlerinin önem kazanabilmesi için uygulamalarını net bir biçimde ortaya koymas gerekmektedir. Uygulamaları vaatleri ile örtüşmüyorsa, yönetici ile çalışanlar arasında güvenin gelişmesi için uygun koşullar oluşmamakta ve yerine getirilmeyen vaatler olumsuz durum yaratmaktadır. Diğer bir ifade ile bu durum güven eksikliğine ve iş tatminsizliğine neden olmaktadır (14).

Geçmişte yapılan bir takım çalışmalar çalışanların üzerinde örgütsel güven ve iş doyumunu arasında bir ilişkinin olduğunu ortaya koymuştur (15). Diğer yandan örgütsel güven ve iş doyumunu arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik çalışmalar vardır. Ancak özel ve kamu hastanelerinde çalışan tıbbi sekreterlerin iş doyumunu ve örgütsel güven düzeylerinin karşılaştırılmasına yönelik spesifik bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu araştırmanın temel amacı, özel ve kamu hastanelerinde çalışan tıbbi sekreterlerin iş doyumunu ve örgütsel güven düzeyleri arasındaki farkın belirlenmesinin yanında, herhangi bir ilişkinin var olup olmadığını tespit etmektir. Ayrıca, bu fark veya ilişkinin durumu belirlendikten sonra araştırma sonuçlarına dayanılarak varsa iş doyumsuzluğunu ve örgütsel güvensizliği ortadan kaldırmak için neler yapılabileceğine dair öneriler getirmektir. Bu doğrultuda araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir:

**H1:** Özel ve kamu hastanelerinde çalışan tıbbi sekreterlerin, iş doyumunu ve örgütsel güven düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.

**H2:** Özel ve kamu hastanelerinde çalışan tıbbi sekreterlerin, yaşlarına göre iş doyumunu ve örgütsel güven düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

**H3:** Özel ve kamu hastanelerinde çalışan tıbbi sekreterlerin, cinsiyet durumlarına göre iş doyumunu ve örgütsel güven düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

**H4:** Özel ve kamu hastanelerinde çalışan tıbbi sekreterlerin, çalışma sürelerine (toplam iş hayatında) göre iş doyumunu ve örgütsel güven düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

**H5:**Özel ve kamu hastanelerinde çalışan tıbbi sekreterlerin, çalışma sürelerine (bulunduğu kurumda) göre iş doyumunu ve örgütsel güven düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

**H6:**Özel ve kamu hastanelerinde çalışan tıbbi sekreterlerin, medeni durumlarına göre iş doyumunu ve örgütsel güven düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır.

## **MATERYAL ve METOD**

Çalışmanın amacı kapsamında özel ve kamu hastanelerinde çalışan tıbbi sekreterler üzerinde bir anket çalışması yapılmış ve tıbbi sekreterlerin iş doyumları ve örgütsel güven düzeyleri belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırmada kullanılan örgütsel güven ölçeği Daboval, Conish, Swindle ve Gasterin 1994 yılında hazırladığı güven envanterinin; iş doyumunu ölçeği ise Minnesota İş Doyumu anketinin Pınar Zorlu Yücel (2006) tarafından geliştirilmiş şekliyle izin alınarak uygulanmıştır.

Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin on sorudan oluşurken, ikinci bölümde iş doyumunu belirlemeye yönelik 5'li Likert ölçeği ile hazırlanan 38 ifade, son bölümde ise örgütsel güven düzeyini belirlemeye yönelik 5'li Likert ölçeği ile hazırlanan 43 ifade yer almaktadır. İş doyumunu anketinin güvenilirlik katsayısı  $\alpha = .810$ , örgütsel güven anketinin güvenilirlik katsayısı ise  $\alpha = .947$  bulunmuştur.

Araştırmanın evrenini Ankara'da bulunan özel ve kamu hastaneleri oluşturmaktadır. Araştırmanın evrenini oluşturan bireylerin tümüne ulaşmanın zorluğundan dolayı, belirlenen bu evren üzerinden örneklem seçme yolu tercih edilmiştir. Araştırma rastgele örneklem seçimi yöntemi ile seçilen bu evren üzerinden 111 tıbbi sekreter üzerinde yürütülmüştür.

## **BULGULAR VE TARTIŞMA**

Örnekleme oluşturan çalışanların kurum, yaş, cinsiyet, çalışma süresi ve eğitim durumlarına göre dağılımları Tablo 1.'de verilmiştir.

Araştırmaya katılan örneklem grubunun %61,3'ü özel sektör çalışanı, %38,7'sinin ise kamu sektöründe çalıştığı görülmektedir. Yaş dağılımına göre 45 yaş ve üzeri çalışanların %1,8'lik payla en küçük grubu oluştururken, %48,6'lık bir payla 25 ve 36 yaş arası çalışanların en büyük grubu oluşturdukları gözlemlenmektedir.

Araştırma grubunun cinsiyet dağılımına bakıldığında ise %78,4'lük oranla en büyük grup bayanlardan oluşmaktadır. Diğer yandan çalışma süresi dağılımına bakıldığında %38,7'sinin 2 – 5 yıl arası, %28,8'lik kısmının 6 – 10 yıl arası diğer yılların ise neredeyse ortak dağıldıkları dikkati çekmektedir. Son olarak bölüm değişkenlerine bakıldığında ankete katılan tıbbi sekreterlerin %39,6'sının poliklinik sekreteri olduğu, %24,3'ünün idari sekreter olduğu, %18,9'unun klinik sekreteri olduğu görülmüştür.

**Tablo 1. Örneklem Profiline Sayısal ve Yüzdesele Dağılımı**

<b>Sektöre Göre Dağılımı</b>	<b>Frekans</b>	<b>%</b>
Özel	68	61,3
Kamu	43	38,7
<b>TOPLAM</b>	111	100,0
<b>Yaş Dağılımı</b>	<b>Frekans</b>	<b>%</b>
18 – 25	43	38,7
26 – 35	54	48,6
36 – 45	12	10,8
45 ve üstü	2	1,8
<b>TOPLAM</b>	111	100,0
<b>Cinsiyet Dağılımı</b>	<b>Frekans</b>	<b>%</b>
Bayan	87	78,4
Erkek	24	21,6
<b>TOPLAM</b>	111	100,0
<b>Çalışma Süresi Dağılımı (İş Hayatı)</b>	<b>Frekans</b>	<b>%</b>
0 – 1	10	9,0
2 – 5	43	38,7
6 – 10	32	28,8
11 – 15	14	12,6
16 – 20	9	8,1
21 ve üzeri	3	2,7
<b>TOPLAM</b>	111	100,0
<b>Bölüm Değişkeni Dağılımı</b>	<b>Frekans</b>	<b>%</b>
Poliklinik Sekreterliği	44	39,6
Klinik Sekreterliği	21	18,9
Laboratuvar Sekreterliği	9	8,1
İdari Sekreterlik	27	24,3
Yönetici Sekreterliği	7	6,3
Diğer	3	2,7
<b>TOPLAM</b>	111	100,0

Örneklem grubuna uygulanan anketler analiz edilerek araştırmanın hipotezleri test edilmiştir. Buna göre, iş doyumu ve örgütsel güven düzeyi arasındaki ilişki Tablo 2 'de, yaş değişkeni açısından farklılaşması ve cinsiyet değişkeni açısından farklılaşması Tablo 3 'de, toplam çalışma süresi açısından farklılaşması ve bulunduğu kurumda çalışma süresi açısından farklılaşması Tablo 4 ve çalışma süresinin anlamlı farkını bulmak için yapılan Duncan testi Tablo 5 'de gösterilmiştir.

**Tablo 2.** İş Doyumu Ve Örgütsel Güven Puanları Arasındaki İlişki İçin Pearson Korelasyon Katsayısı

		İş Doyumu	Örgütsel güven
İş Doyumu	Pearson Korelasyon	1	,845
	p		,000
	N	111	111
Örgütsel güven	Pearson Korelasyon	,845	1
	p	,000	
	N	111	111

Pearson korelasyon analizine göre ilişki değeri -1 ile +1 arasında değişecektir. Yukarıda elde edilen tabloya göre iş doyumu ile örgütsel güven arasındaki ilişki değeri “.845” ve  $p < .05$  olarak belirlendiği için pozitif yönlü bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir. Buna göre **H1:**Özel ve kamu hastanelerinde çalışan tıbbi sekreterlerin iş doyumu ve örgütsel güven düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır, hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 3.** İş Doyumu Ve Örgütsel Güven Puanlarının Yaş Grupları Ve Cinsiyet Değişkeni Sonuçları

	Yaş Grupları	n	X	S	F	p
İş Doyumu	18-25	43	3,1126	,80123	1,722	,184
	26-35	54	3,3075	,69112		
	36 ve üzeri	14	3,4925	,58812		
Örgütsel güven	18-25	43	3,1801	1,05457	2,553	,083
	26-35	54	3,4229	,82160		
	36 ve üzeri	14	3,7874	,62187		
	Cinsiyet	n	X	S	t	p
İş Doyumu	kadın	87	3,1621	,75393	-2,630	,010

	erkek	24	3,5932	,51946		
<b>Örgütsel güven</b>	kadın	87	3,1893	,91694	-4,406	,000
	erkek	24	4,0475	,48847		

İş doyumu ve örgütsel güven puanlarının yaş grupları değişkeni ve cinsiyet değişkeni bakımından incelenmesi Tablo 3.'de verilmiştir. Tablo 3'e göre yaş grupları değişkeni incelendiğinde, her iki puanda da en düşük ortalama 18-25 yaş grubunda, en yüksek ortalama ise 36 ve üzeri yaş grubunda olduğu görülmektedir. 36 yaş ve üzeri çalışanlarda iş doyumu ve örgütsel güven düzeylerinin yüksek olmasının sebebinin çalışanların iş değişikliği durumlarının zorlaşması ve mesleki anlamda kendini tatmin etmiş olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. İş doyumu ve örgütsel güven puanlarının yaş grupları değişkeni bakımından incelenmesi için F testi yapılmıştır.

İş doyumu değişkenini açıklayan maddelere verilen yanıtlar ile katılımcıların yaş grupları Anova testi ile karşılaştırıldığında,  $F=1,722$ ,  $p>.05$ , örgütsel güven değişkenini açıklayan maddelere verilen yanıtlar ile katılımcıların yaş grupları Anova testi ile karşılaştırıldığında  $F=2,553$ ,  $p>.05$  olduğundan her iki puanda da yaş grupları değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Bu duruma göre **H2**:Özel ve kamu hastanelerinde çalışan tıbbi sekreterlerin yaşlarına göre, iş doyumu ve örgütsel güven düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır hipotezi reddedilmiştir

Tablo 3.'de iş doyumu ve örgütsel güven puanlarının cinsiyet değişkeni bakımından incelenmesi için t testi yapılmıştır. Yapılan t testine göre iş doyumu değişkeni ile cinsiyet arasında  $t=-2,630$ ,  $p<.05$ , örgütsel güven değişkeni ile cinsiyet arasında  $t=-4,406$ ,  $p<.05$ , olduğundan istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 3. incelendiğinde, her iki puanda da farklılığın erkeklerin ortalamalarının daha yüksek olmasından kaynaklandığı görülmektedir. Bu duruma göre **H3**:Özel ve kamu hastanelerinde çalışan tıbbi sekreterlerin cinsiyet durumlarına göre, iş doyumu ve örgütsel güven düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır, hipotezi kabul edilmiştir.

İş doyumu ve örgütsel güven puanlarının iş hayatında çalışma süresi değişkeni bakımından incelenmesi için Anova testi yapılmıştır. İş doyumu değişkenini açıklayan maddelere verilen yanıtlar ile katılımcıların çalışma süreleri Anova testi ile karşılaştırıldığında  $F=2,402$ ,  $p>.05$ , örgütsel güven değişkenini açıklayan maddelere verilen yanıtlar ile

katılımcıların çalışma süreleri Anova testi ile karşılaştırıldığında  $F=1,911$ ,  $p>.05$  olduğundan her iki puanda da iş hayatında çalışma süresi değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır.

Bu duruma göre **H4**:Özel ve kamu hastanelerinde çalışan tıbbi sekreterlerin çalışma sürelerine (toplam iş hayatında) göre, iş doyumu ve örgütsel güven düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır, hipotezi reddedilmiştir.

İş doyumu ve örgütsel güven puanlarının çalışma süresi (bulunduğu kurumda) değişkeni bakımından incelenmesi tabloda verilmiştir. Tablo 4.'e göre iş doyumu ve örgütsel güven değişkenlerini açıklayan maddelere verilen yanıtlar doğrultusunda her iki puanda da en düşük ortalama 6-10 yıl grubunda, en yüksek ortalama ise 11 ve üzeri yıl grubunda olduğu görülmektedir. Çalışma süreleri en kısa ve en uzun olan çalışanların iş doyumlarının ve örgütsel güven düzeylerinin diğer çalışanlara göre yüksek olmasının sebebinin iş tatmin düzeyindeki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

**Tablo 4. İş Doyumu Ve Örgütsel Güven Puanlarının Çalışma Süresi (Toplam İş Hayatı-Bulunduğu Kurum) Değişkeni Sonuçları**

	Çalışma süresi	n	X	S	F	p
<b>İş Doyumu</b> (Toplam iş Hayatı)	0-1	10	3,5026	,49083	2,402	,054
	2-5	43	3,1383	,80568		
	6-10	32	3,0765	,75916		
	11-15	14	3,5602	,51696		
	16 ve üzeri	12	3,5899	,51744		
<b>Örgütsel güven</b>	0-1	10	3,7465	,75988	1,911	,114
	2-5	43	3,2753	,94723		
	6-10	32	3,1715	1,00439		
	11-15	14	3,4551	,73726		
	16 ve üzeri	12	3,8702	,62271		
	Çalışma süresi	n	X	S	F	p
<b>İş Doyumu</b> (Bulunduğu Kurum)	0-1	22	3,5275	,52578	2,987	,034
	2-5	57	3,1570	,76481		
	6-10	21	3,0476	,83299		
	11 ve üzeri	11	3,6172	,40227		
<b>Örgütsel güven</b>	0-1	22	3,6913	,65762	3,521	,018
	2-5	57	3,2044	,98018		
	6-10	21	3,2004	,94736		



11 ve üzeri	11	3,9577	,50811
-------------	----	--------	--------

İş doyumu ve örgütsel güven puanlarının kurumda çalışma süresi değişkeni bakımından incelenmesi için Anova testi yapılmıştır. Yapılan Anova testine göre iş doyumu değişkenini açıklayan maddelere verilen yanıtlara göre  $F=2,987$ ,  $p<.05$ , örgütsel güven değişkenini açıklayan maddelere verilen yanıtlara göre  $F=3,521$ ,  $p<.05$  olduğundan her iki puanda da kurumda çalışma süresi değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu anlamlı farklılığın nedeninin belirlenmesi için Duncan Testi yapılmıştır. Test sonuçları Tablo 5.'de verilmiştir.

**Tablo 5.** İş Doyumu Ve Örgütsel Güven Puanlarının Çalışma Süresi (Bulunduğu Kurumda) Değişkeni Bakımından Farklılığın Belirlenmesi İçin Yapılan Duncan Testi Sonucu

	Çalışma süresi	n	1	2	3
<b>İş Doyumu</b>	6-10	21	3,0476		
	2-5	57	3,1570	3,1570	
	0-1	22		3,5275	3,5275
	11 ve üzeri	11			3,6172
	Çalışma süresi		1	2	
<b>Örgütsel güven</b>	6-10	21	3,2004		
	2-5	57	3,2044		
	0-1	22	3,6913	3,6913	
	11 ve üzeri	11		3,9577	

Duncan testine göre iş doyumu puanında, 6-10 ve 2-5 yıl grupları kendi aralarında homojen, 2-5 ve 0-1 yıl grupları kendi aralarında homojen, 0-1 ve 11-üzeri yıl grupları kendi aralarında homojen olmak üzere üç grup oluşmuştur. Buna göre farklılığın, 6-10 ve 2-5 yıl gruplarının düşük ortalamaya, 0-1 ve 11-üzeri gruplarının ise yüksek ortalamaya sahip olmalarından kaynaklandığı görülmektedir.

Örgütsel güven puanında ise, 6-10, 2-5 ve 0-1 yıl grupları kendi aralarında homojen, 0-1 ve 11-üzeri yıl grupları kendi aralarında homojen olmak üzere iki grup oluşmuştur. Buna göre farklılığın, 6-10 ve 2-5 yıl gruplarının düşük ortalamaya, 11-üzeri grubunun ise yüksek ortalamaya sahip olmalarından kaynaklandığı görülmektedir.

Duncan testi sonucu şu şekilde de yorumlanabilir; iş doyumu puanında 6-10 ve 2-5 yıl grupları aynı görüşe sahip, 2-5 ve 0-1 yıl grupları aynı görüşe sahip, 0-1 ve 11-üzeri yıl grupları aynı görüşe sahiptir. Örgütsel güven puanında ise 6-10, 2-5 ve 0-1 yıl grupları aynı görüşe sahip, 0-1 ve 11-üzeri yıl grupları aynı görüşe sahiptir.

Bu duruma göre **H5**:Özel ve kamu hastanelerinde çalışan tıbbi sekreterlerin çalışma sürelerine (bulunduğu kurumda) göre, iş doyumu ve örgütsel güven düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır, hipotezi kabul edilmiştir.

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Araştırmanın temel amacı tıbbi sekreterlerin çalıştıkları kurumdaki iş doyumları ve örgütsel güven düzeylerinin belirlenmesi ve karşılaştırılması olduğu için t testi, F testi ve anova testleri sonucunda genellikle hipotezleri destekleyen sonuçlar elde edilmiştir. Diğer bir ifadeyle araştırmaya katılan tıbbi sekreterlerin verdiği cevaplara göre iş doyumu ve örgütsel güven arasındaki ilişki incelenmiş ve bu iki değişken arasında pozitif yönlü, yüksek bir ilişki olduğu görülmüştür.

Ayrıca araştırma sonuçlarına göre, tıbbi sekreterlerin iş doyumu; erkek sekreterlerde, 11 yıl ve üzeri çalışanlarda ve evli olanlarda yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışılan bölümde ise farklılık göstermektedir. Tıbbi sekreterlerin örgütsel güven düzeyleri; kamu sektöründe çalışanlarda, erkeklerde, 11 yıl ve üzeri çalışanlarda ve evli olanlarda yüksek olduğu; çalışılan bölümde ise farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Sonuç olarak örgütsel güven düzeylerini artırmak için özel ve kamu sektöründe çalışan tıbbi sekreterlerin tecrübeleri ve çalışma verimliliği baz alınarak, adaletli bir maaş ve statü dağılımları yapılmalıdır. Her çalışan hak ettiği unvanı almalıdır. İş doyumunu arttırmak için özel sektörde çalışan tıbbi sekterlerin çalışma süreleri ve iş yükleri kamu sektöründe çalışan tıbbi sekreterlerin koşullarıyla eşit olmalıdır. Kamuda çalışan bir sekreter günde ortalama 8 saat çalışırken, özel sektörde çalışan bir tıbbi sekreter günde yoğunluğa bağlı olarak 14 saat çalışmamalıdır. Bu eşitliğin sağlanması için devlet kurumları, ilgili kurumlara denetlemeler yapabilir.

Tıbbi sekreterlerin genel olarak sıkıntılarını dile getirecek ve onların sorunlarıyla ilgilenecek dernekler, vakıflar ve sendikalar Türkiye'nin birçok yerinde kurulabilir. Kurulan

bu kurumların da çalışanların bizzat kendilerinin yönetmeleri, sıkıntılarını dile getirilmesi ve çözüm önerilerinin sağlıklı olması için oldukça önem arz etmektedir.

Lisans mezunları mezun oldukları alanlarıyla ilgili bölümlerde ve kendilerini alanlarında geliştirebilecekleri birimlerde çalıştırılmalıdır. İşsizlik kaygısı yüzünden alanları dışında çalıştırılmamalıdır. Son olarak sekreterlik mesleği gelişime açık bir meslek dalı olabilir ve çalışma şartları (maaşlar, sosyal imkânlar vb.) olabildiğince geliştirilebilir.

## **KAYNAKÇA**

1. TÜİK Sağlık Harcamaları, Dönem:2008, Haber Bülteni 2011. 34 (2):1-2.
2. Tengilimoğlu, D (ed.), Çıtak, N (ed.) Yönetici ve Tıp Sekreterliği. 1.Baskı. ISBN: 975-347697-3 Ankara-2003. ss:179-181
3. Elangovan, A.R., Shapiro, D.L. (1998). Betrayal Of Trust In Organizations. Academy Of Management Review. 23(1): 3-7.
4. Omarov, A. “Yüksek lisans Tezi”; “Örgütsel Güven ve İş Doyumu: Özel Bir Sektörde Uygulama”. Tez Yöneticisi; Doç.Dr. Pınar Süral Özer. İzmir-2009.
5. Arslantaş, C.C., Dursun, M. Etik Liderlik Davranışının Yöneticiye Duyulan Güven Ve Psikolojik Güçlendirme Üzerindeki Etkisine Etkileşim Adaletinin Dolaylı Rolü. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2008; 8 (1):111-128.
6. Günaydın, S.C. “Yüksek Lisans Tezi”; “İşletmelerde Örgütsel Adalet ve Örgütsel Güven Değişkenlerinin Politik Davranış Algısı ve İşbirliği Yapma Eğilimine Etkisini İnceleyen Bir Çalışma”. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tez Yöneticisi; Yrd.Doç.Dr. Nurdan Özarallı. İstanbul-2001.
7. Cook, J., Wall, T. New Work Attitude Measure Of Trust, Organizational Commitment And Personal Need On-Fulfilment. Journal of Occupational Psychology 1980, 53(7):39-52.
8. Tüzün, İ. “Doktora Tezi”; “Örgütsel Güven, Örgütsel Kimlik ve Örgütsel Özdeşleşme İlişkisi; Uygulamalı Bir Çalışma”. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tez Yöneticisi; Doç.Dr. İrfan Çağlar. Ankara-2006.
9. Saari, L., Judge, A. Employee Attitudes and Job Satisfaction. Human Resource Management 2004; 43(4):398

10. Tanner, B.M. Doktora Tezi; “An Analysis of the Relationships Among Job Satisfaction, Organizational Trust and Organizational Commitment In An Acute Care Hospital”. Saybrook Graduate School, Tez Yöneticisi; Nancy Southern 2007-San Francisco.
11. Bozkurt, Ö. ve Bozkurt, İ. İş Tatminini Etkileyen İşletme İçi Faktörlerin Eğitim Sektörü Açısından Değerlendirilmesine Yönelik Bir Alan Araştırması. Doğu Üniversitesi Dergisi 2008; 9(1):1-18.
12. Bingöl, D. (ed.) Personel Yönetimi. 2. Baskı. ISBN: 975-486-521-3 İstanbul-1995. 261-267.
13. Samadov, S. “Yüksek Lisans Tezi”; “İş Doyumu ve Örgütsel Bağlılık: Özel Sektörde Bir Uygulama”. Ege Üniversitesi, Tez Yöneticisi; Prof.Dr. Giray Budak. İzmir-2006.
14. Koç, H. ve Yazıcıoğlu, İ. Yöneticiye Duyulan Güven ile İş Tatmini Arasındaki İlişki: Kamu ve Özel Sektör Karşılaştırılması. Doğu Üniversitesi Dergisi 2011, 12 (1):46-57.
15. Arnold, K.A., Barling, J., Kelloway, E. K. Transformational Leadership Or The Iron Cage: Which Predicts Trust, Commitment And Team Efficacy, Leadership & Organizational Development 2001; (22): 315-320.

## SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİNİN TIP DIŞI ALTERNATİF VE GELENEKSEL UYGULAMALAR KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nilgün ÇÖL ARAZ<sup>1</sup>, Hatice Serap TAŞDEMİR<sup>2</sup>,  
Serap PARLAR KILIÇ<sup>3</sup>

### ÖZET

Çalışma, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin tıp dışı alternatif ve geleneksel uygulamalar hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapıldı. 2009-2010 akademik yılında yapılan tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmaya öğrencilerden anket formunu doldurmayı kabul eden 291 kişi dahil edildi. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler ve ki-kare testi kullanıldı.

Tıp dışı alternatif kullanım sıklığı %61,2 olarak bulundu. Öğrencilerin çoğunluğu (%84,5) bu yöntemleri sağlık problemleri için kullanmaktaydı. Bu yöntemleri %33,3'ünün arkadaşı, %30,2'sinin akraba/komşu ve %27,5'inin ise sağlık personeli aracılığıyla öğrendikleri/duydukları saptandı. En fazla bilinen tıp dışı alternatif tedavi yönteminin %80,8 ile bitkisel çaylar, en yaygın kullanılan yöntemin ise %51,2 ile masaj olduğu belirlendi. Geleneksel tedavi yöntemlerinden en sık kullanılan badem/zeytinyağı uygulaması idi (%61,5). Öğrencilerin cinsiyet ve sınıflarına göre tıp dışı alternatif ve geleneksel uygulamaları kullanmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Sonuç olarak çalışmamızda hemşirelik bölümü öğrencilerinin önemli bir kısmının alternatif tedavi yöntemlerini kullandıkları belirlendi. Son yıllarda genel popülasyonda da tıp dışı alternatif tedavi yöntemleri giderek daha kabul edilebilir ve popüler olmaktadır. Bunun yanında geleneksel yöntemler de kullanılmaya devam edilmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanları riskleri minimize indirmek ve hastaların yanlış anlamaları ve şüphelerini azaltmak için hastalar ile bu yöntemleri tartışmaya hazır olmalıdırlar.

**ANAHTAR KELİMELELER:** Alternatif Tedavi, Geleneksel Tedavi, Hemşirelik

<sup>1</sup> Yrd. Doç. Dr. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

<sup>2</sup> Öğr.Gör. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

<sup>3</sup>Yrd.Doç.Dr. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

**İletişim/ Corresponding Author: Serap PARLAR KILIÇ** Geliş Tarihi / Received : 25.04.2012

**Tel: +90 3423606060-76750 e- posta: serap.parlar@mynet.com** Kabul Tarihi / Accepted : 05.09.2012

## **EVALUATION OF OPINIONS OF THE FACULTY OF HEALTH SCIENCES STUDENTS ABOUT NON MEDICAL ALTERNATIVE AND TRADITIONAL THERAPIES**

### **ABSTRACT**

The aim of this questionnaire-based study was to determine the knowledge, attitudes and behaviors of the nursing department students of the Faculty of Health Sciences towards non medical alternative and traditional therapies. This descriptive study was conducted in academic year 2009-2010 in a sample of 291 students who were asked to complete a questionnaire. The results were analyzed using percentage and Chi-square test.

The use of alternative methods was found to be 61.2%. Majority of students (84.5%) used these methods for health problems. 33.3% of the students learnt/heard these methods from their friends, 30.2% from relatives/neighbours and 27.5% from health personnel. The most-widely known alternative treatment method was found to be herbal tea (80.8%) and most-commonly used treatment to be massage (51.2%). The most commonly used conventional treatment method was almond/olive oil administration (61.5%). No statistically significant difference was found for the use of these methods by/between the students on the basis of sex and classroom grade.

This study shows that a substantial proportion of nursing students use CAM therapies. In recent years, use of CAM therapies in general population is becoming increasingly acceptable and popular. In addition, traditional methods are being used. Therefore health professionals should be prepared to discuss alternative therapies with patients, since talking about CAM may help to minimize the risks and to restrain misconceptions and doubts.

**Keywords:** Alternative Medicine, Traditional Medicine, Nursing

## GİRİŞ

Modern tıp dışındaki tedavi yaklaşımları Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) olarak tanımlanmaktadır. Alternatif tıp konvansiyonel tıbbi uygulamalar yerine kullanılan ve etkisi bilimsel olarak kanıtlanmamış tedavi yöntemlerini içeren bir terimdir (1). Alternatif tedavi yöntemleri, insanı ruh, akıl ve vücuttan oluşan bir bütün olarak kabul ederek insan sağlığı ve hastalıkları üzerinde geleneksel, filozofik ve folklorik tedavi uygulamalarını içerir (2).

Son yıllarda literatürde sağlığı koruma ve kronik hastalığı olanlar arasında sağlık sorunlarının çözümü konusunda alternatif tıp uygulamalarının gittikçe artan miktarlarda kullanıldığından bahsedilmektedir. Çin, Hindistan, Küba gibi ülkelerde yıllardan beri klasik ve alternatif tıp tedavi yöntemleri birlikte uygulanmaktadır (2, 3). Kuzey Amerika gibi bazı ülkelerde ise akademik merkezlerde de alternatif tıp uygulamaları kullanılmaya başlanmıştır. Bu merkezlerde hastalara alternatif tıbbın tanımı yapıp, alternatif tıbbi yöntemler hakkında bilgi verilmektedir (3). Tıp dışı alternatif uygulamaların birçoğunun etkinliğine dair çok sınırlı kanıtlar olmasına rağmen tüm dünyada kullanımı giderek artmaktadır. Türkiye’de de, sağlık bakımında modern tıp temel olmasına rağmen tıp dışı alternatif tedavi önemli derecede popülerdir. Tıp dışı alternatif uygulamalar ile ilgilenen sağlık profesyonellerinin de giderek artması bu tedavi yöntemlerini kullanan hasta sayısındaki artışta önemli rol oynamaktadır (4). Türkiye’de yapılan bir çalışmada sağlıklı bireylerin %60’ının bu yöntemleri kullandığı belirlenmiştir (5).

Tıp dışı alternatif tedavi yöntemleri kullanımındaki artış dolayısıyla sağlık çalışanlarının bu yöntemlerin etkisi ve güvenilirliği konusundaki bilgilerini arttırmaları ve ailelerin bu konu ile ilgili ne gibi uygulamalar yaptıklarını sorgulamaları gerekmektedir. Bu yöntemlerin kullanımının sorgulanması özellikle kronik hastalığı olan ve klasik tedavi yöntemlerinden fayda görmeyen hastalar için oldukça önemlidir. Ayrıca kullanılan bu ürünler aileler tarafından doğal ve güvenli bulunmakla birlikte yan etki ve alerjik reaksiyon yapabilme riskleri göz önünde bulundurulmalıdır (6, 7, 8, 9).

Ülkemizde halk arasında çok çeşitli yöntemler kullanılmakla beraber bu yöntemlerin ne olduğu, ne sıklıkta kullanıldığı ve sağlık personelinin bu konudaki yaklaşımının nasıl olduğuna dair yeterli veri bulunmamaktadır. Bu nedenle bu çalışma; Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencilerinin tıp dışı alternatif ve geleneksel uygulamalar hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

## **MATERYAL VE METOT**

Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma 2009-2010 akademik yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde okuyan öğrencilerle yapılmıştır. Soru formu araştırmanın uygulanacağı günlerde okula gelen 329 öğrenciye dağıtılmıştır. Çalışmaya katılmak istemeyen (16 öğrenci) ve doldurulmayan veya yarım bırakılan anketler (22 öğrenci) çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışma, gönüllü olarak anket formunu doldurmayı kabul eden 291 öğrenciyle tamamlanmıştır. Öğrencilerin araştırmaya katılım yüzdesi %88,4 (291/329).

Araştırmada veri toplama aracı olarak; gerekli literatür taraması sonucunda araştırmacılar tarafından oluşturulan ve 53 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır (10-15). Anket formu 2 bölümden oluşmuştur. Birinci bölümde; öğrencilerin yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, sağlık güvencesi, anne ve babanın eğitim düzeyi ve çalışma durumunu içeren 16 sorudan oluşan sosyodemografik bilgiler elde edilmiştir. İkinci bölümde; öğrencilerin tıp dışı alternatif ve geleneksel uygulamalar hakkındaki görüşlerini, bu uygulamalar hakkındaki bilgilerini ve bu bilgilerini nereden elde ettiklerini ortaya koymaya yönelik 37 soru yer almıştır. Anket formu 2009-2010 akademik yılında uygulanmıştır. Öğrencilere dağıtılan anket formları aynı gün ders bitiminde toplanmıştır. Anket formunun doldurulması yaklaşık 5-10 dakikada tamamlanmaktadır.

Çalışmanın yürütülebilmesi için Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Etik Kurulundan yazılı izin alınmıştır. Öğrencilere araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş ve katılımları için sözlü onamları alınmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi için istatistiksel analizler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 13.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA) istatistik paket programında yapıldı. Tanımlayıcı istatistiklerde yüzde, ortalama±standart sapma, sayımla ifade edilen verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Karşılaştırmalarda  $p<0.05$  olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## **BULGULAR**

Araştırmaya katılan öğrencilerin 195'i (%67,0) kız, 96'sı (%33,0) erkek ve yaş ortalaması  $20,99\pm 1,62$  olarak saptanmıştır. Öğrencilerin 102'si (%35,1) birinci sınıf, 80'i (%27,5) ikinci sınıf, 57'si (%19,6) üçüncü sınıf, 52'si (%17,9) ise dördüncü sınıfta



okumaktaydı. Öğrencilerin %43,3'ünün annesi, %44,3'ünün de babası ilkokul mezunu, %93,4'ünün annesi ev hanımı, %30,2'sinin babası diğer (çiftçi, emekli) ve %24,1'i serbest meslek sahibi idi. Öğrencilerin çoğunluğu (%37,8) yurttan kalmaktaydı, %57,4'ü günlük ihtiyaçlarını karşılayabilecek ekonomik düzeye sahipti ve çoğunluğunun (%77,0) sağlık güvencesi mevcuttu (Tablo 1).

**Tablo 1.** Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	n (291)	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	195	67,0
Erkek	96	33,0
<b>Sınıf</b>		
1. sınıf	102	35,1
2. sınıf	80	27,5
3. sınıf	57	19,6
4. sınıf	52	17,9
<b>Annenin eğitim durumu</b>		
Okuryazar değil	113	38,8
İlkokul mezunu	126	43,3
Ortaokul mezunu	26	8,9
Lise mezunu	22	7,6
Üniversite mezunu	4	1,4
<b>Babanın eğitim durumu</b>		
Okuryazar değil	24	8,2
İlkokul mezunu	129	44,3
Ortaokul mezunu	48	16,5
Lise mezunu	59	20,3
Üniversite mezunu	31	10,7
<b>Annenin çalışma durumu</b>		
Ev hanımı	272	93,4
İşçi	5	1,8
Meslek Sahibi	4	1,5
Serbest	4	1,1
Diğer	6	2,2
<b>Babanın çalışma durumu</b>		
İşsiz	44	15,1
İşçi	69	23,7
Meslek Sahibi	20	6,9
Serbest	70	24,1
Diğer (çiftçi, emekli)	88	30,2
<b>İkamet edilen yer</b>		
Ailesiyle birlikte	71	24,4
Arkadaşları ile birlikte aynı evde	84	28,9
Yurttan	110	37,8
Bir yakınının yanında	12	4,1
Diğer	14	4,8
<b>Ailesinin ekonomik durumu</b>		
Günlük ihtiyaçlar için rahat para harcıyor	44	15,1
Günlük ihtiyaçlarını karşılayabiliyor	167	57,4
Sadece zorunlu ihtiyaçlarını karşılayabiliyor	64	22,0
Zorunlu ihtiyaçlarını bile zor karşılıyor	16	5,5
<b>Sağlık güvencesi</b>		
Var	224	77,0
Yok	67	23,0

Öğrencilerin tıp dışı alternatif uygulamalar hakkındaki görüş ve düşünceleri incelendiğinde; %71,5'i tıp dışı alternatif yöntemlerin insanların doğru tıbbi tedavi almalarını geciktirdiğini, %68,7'si bu yöntemlerin ancak tıbbi tedavinin yetersiz olduğu yerde son seçenek olarak kullanılması gerektiğini, %66,0'sı bu yöntemlerin tedavisi mümkün olan basit hastalıklar için kullanılabilir olduğunu ve tedavisi mümkün olmayan hastalıklar için uygun olmadığını, %60,1'i bu yöntemlerin vücudu savunmaya hazırladığını ve böylece tıbbi tedaviye daha iyi yanıt alındığını, %68,0'i tıbbi tedavi kadar etkili olduğunu, %71,1'i bu yöntemlerin tedavi edici olarak kullanılmadan önce daha çok bilimsel kanıt elde edilmesi gerektiğini ve %80,4'ü ise bu yöntemlerin doktora danışmadan da kullanılabileceğini belirtmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Öğrencilerin Tıp Dışı Alternatif Uygulamalar Hakkındaki Görüş Ve Düşüncelerinin Dağılımı

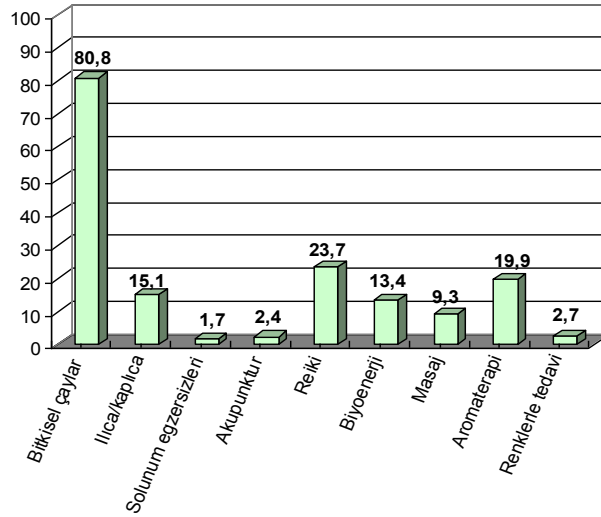
Özellikler	Evet	Hayır
	n (%)	n (%)
Tıp dışı alternatif yöntemler doktora danışmadan kullanılabilir	57 (19,6)	234 (80,4)
Tıp dışı alternatif yöntemler tıbbi tedavi kadar etkilidir	93 (32,0)	198 (68,0)
Tıp dışı alternatif yöntemler vücudu savunmaya hazırlar ve böylece tıbbi tedaviye daha iyi yanıt alınır	175 (60,1)	116 (39,9)
Tıp dışı alternatif yöntemler ancak tedavisi mümkün olan basit hastalıklar için kullanılabilir, tedavisi mümkün olmayan hastalıklar için kullanılamaz	192 (66,0)	99 (34,0)
Tıp dışı alternatif yöntemler ancak tıbbi tedavinin yetersiz olduğu yerde son seçenek olarak kullanılmalıdır	200 (68,7)	91 (31,3)
Tıp dışı alternatif yöntemleri tedavi edici olarak kullanılmadan önce daha çok bilimsel kanıt elde edilmelidir	207 (71,1)	84 (28,9)
Tıp dışı alternatif yöntemler insanların doğru tıbbi tedavi almalarını geciktirir	208 (71,5)	83 (28,5)

Öğrencilerin Geleneksel İnançlar Hakkındaki Görüş Ve Düşüncelerinin Dağılımı Tablo 3 'de verilmiştir.

**Tablo 3.** Öğrencilerin Geleneksel İnançlar Hakkındaki Görüş Ve Düşüncelerinin Dağılımı

Özellikler	Evet	Hayır
	n (%)	n (%)
İnanç hastalıkla mücadelede önemli yer tutar	103 (35,4)	188 (64,6)
Olumlu düşünce hastalıklarla savaşta bedene yardım eder	253 (86,9)	38 (13,1)
Stresli yaşam koşulları olan insanlar daha sık hasta olurlar ve hastalıkları daha uzun sürer	253 (86,9)	38 (13,1)
Dinlenme sağlıklı olmada öncelikli koşullardandır	254 (87,3)	37 (12,7)

Araştırmaya katılan öğrencilerin çoğunluğunun (%80,8) bildiği tıp dışı alternatif tedavi yönteminin bitkisel çaylar, %23,7'nin reiki ve %19,9'nin ise aromaterapi olduğu saptanmıştır (Şekil 1).



**Şekil 1.** Öğrencilerin Bildikleri Tıp Dışı Alternatif Tedavi Yöntemleri

Tıp dışı alternatif tedavi yöntemlerinden en yaygın olarak kullanılanlar sırasıyla masaj (%51,2), kaplıca - ılıca (%25,4), solunum egzersizleri (%10,3) ve akupunktur (%7,6) olarak

saptanmıştır. Geleneksel tedavi yöntemlerinden en yaygın olarak kullanılanlar ise sırasıyla badem/zeytinyağı uygulamak (%61,5), bitkisel çay kullanmak (54,3) ve ot kaynatmak (%33,0) olarak saptanmıştır. Öğrencilerin %38,8'i tıp dışı alternatif ve geleneksel tedavi yöntemlerini hiç kullanmadığını, %40,6'sı en az bir kez kullandığını ve %20,6'sı ise birden fazla ürün kullandığını belirtmiştir. Çoğunluğunun (%84,5) bu yöntemleri sağlık problemi için kullandıkları saptanırken, %33,3'ünün arkadaş, %30,2'sinin akraba/komşu ve %27,5'inin ise sağlık personeli aracılığıyla bu yöntemleri öğrendikleri/duydıkları saptanmıştır. %48,8'i bu yöntemleri yararlı bulurken %30,2'si ise bu yöntemleri yararlı bulmamaktaydı (Tablo 4).

**Tablo 4.** Öğrencilerin Tıp Dışı Alternatif Ve Geleneksel Yöntemleri Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

<b>Tıp Dışı Alternatif Ve Geleneksel Yöntemleri Kullanma Durumu (n:291)</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
Bir kez kullandım	118	40,6
Hayır hiç kullanmadım	113	38,8
Birden fazla farklı yöntem/ürün kullandım	60	20,6
<b>Tıp Dışı Alternatif Ve Geleneksel Yöntemleri Kullanma Nedeni*</b>		
Sağlık problemi için	246	84,5
Saç ve yüz bakımı için	91	31,2
Stresi azaltmak için	70	24,1
Kilo vermek için	66	22,7
Rahat uyku için	57	19,6
Yorgunluğu gidermek için	41	14,1
<b>Tıp Dışı Alternatif Ve Geleneksel Yöntemleri Öğrenme Alanları*</b>		
Arkadaş	97	33,3
Akraba/komşu	88	30,2
Sağlık personeli	80	27,5
İnternet	57	19,6
TV/radyo	49	16,8
Gazete/dergi	46	15,8
<b>Kullanılan Yöntemlerin Yararlı Olma Durumu (n:291)</b>		
Yararlı	142	48,8
Yararlı değil	88	30,2
Kararsızım	61	21,0

\*Öğrenciler, tıp dışı alternatif ve geleneksel yöntemleri kullanma nedenleri ve bu yöntemleri öğrenme alanları için birden fazla yanıt vermiştir.

## TARTIŞMA

Son yıllarda sağlığı koruma ve sağlık sorunlarının çözümü konusunda tıp dışı alternatif tedavi yöntemleri gittikçe artan miktarlarda kullanılmaktadır. Çalışmamızda öğrencilerin çoğunluğu tıp dışı alternatif yöntemlerin insanların doğru tıbbi tedavi almalarını geciktirdiğini (%71,5), bu yöntemlerin ancak tıbbi tedavinin yetersiz olduğu yerde son seçenek olarak kullanılması gerektiğini (%68,7), bu yöntemlerin tedavisi mümkün olan basit hastalıklar için kullanılabilir olduğunu ve tedavisi mümkün olmayan hastalıklar için uygun olmadığını (%66,0) ve tedavi edici olarak kullanılmadan önce daha çok bilimsel kanıt elde edilmesi gerektiğini (%71,1) belirterek bu yöntemler ile ilgili olumsuz görüşler belirtmiştir. Bunun aksine öğrencilerin yine çoğunluğu bu yöntemlerin vücudu savunmaya hazırladığı ve böylece tıbbi tedaviye daha iyi yanıt alındığı, tıbbi tedavi kadar etkili olduğu ve bu yöntemlerin doktora danışmadan da kullanılabilceği şeklinde olumlu görüş ve düşünceler de belirtmiştir. Çoğu öğrencinin geleneksel inançlar hakkında özellikle de olumlu düşünce, inanç, stressiz yaşam ve dinlenme konusunda olumlu görüş ve düşünceye sahip olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda öğrencilerin en çok bitkisel çaylar/ürünleri bildikleri saptanmıştır. Uzun ve arkadaşları da çalışmalarında en çok bilinen ve tercih edilen yöntemin bitkisel ürün olduğunu belirtmişlerdir (15). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Nijerya, Gana, Mali ve Zambiya gibi ülkelerde de bitkisel ürün kullanımı %60'ları bulmaktadır (16). Amerikan Pediatri Akademisi; bitkisel ürün ve diğer diyet takviyelerini bilen ve kullanan adolesanları %75 olarak bildirmektedir (11). Astin tarafından bitkisel ürün kullanımı ise %78 olarak bildirilmiştir (13). Türkiye'de kanserli çocuklarda yürütülen çeşitli çalışmalarda ise bitkisel ürün kullanım oranı %71.4-%90.7 olarak bildirilmektedir (17, 18). Bitkisel tedavilerin kullanım oranının yüksek olmasının önemli nedenleri arasında ulaşımının kolay, ucuz, hatta çoğu zaman ücret ödenmeksizin toplanarak kullanılması olduğu bildirilmektedir (19).

Tan ve arkadaşları tarafından 18 yaş üzeri erişkinlerin %70'inin alternatif tedavi yöntemlerinden en az birini kullandığı belirlenmiştir (20). Bizim çalışmamızda da öğrencilerin çoğunluğu en az bir kez tıp dışı alternatif ve geleneksel yöntemleri kullanmaktadır. Loman tarafından alternatif tedavi yöntemlerinin kullanım oranı %49 olarak bildirilmiştir (21).

Çalışmamızda en çok kullanılan geleneksel yöntemlerin sırasıyla badem/zeytinyağı uygulamak ve bitkisel çay kullanmak olduğu, tıp dışı yöntemlerin ise sırasıyla masaj, kaplıca/ılıca, solunum egzersizleri ve akupunktur olduğu belirlenmiştir. Uzun ve

arkadaşlarının çalışmasında ise masaj kullanımı %55.1, akupunktur kullanımı ise daha azınlıkta %19.9 olarak bulunmuştur (15). Yine Astin ve arkadaşlarının çalışmasında da akupunktur daha az oranda kullanılmaktadır (13). Hemşirelik öğrencilerinin masaj yöntemini daha fazla oranda kullandıklarını ifade etmeleri sürpriz değildir. Tıp dışı alternatif yöntemler içerisinde yer alan masaj zaten Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması'nda (Nursing Interventions Classification) yer almaktadır ve hemşirelerin hasta bakımında kullandıkları bağımsız fonksiyonlarındandır.

Tıp dışı alternatif ve geleneksel yöntemler konusundaki bilginin en çok arkadaş daha sonra ise sırasıyla akraba/komşu, sağlık personeli ve gazete/dergilerden öğrenildiğini ifade etmişlerdir. Tan ve arkadaşlarının çalışmalarında da bu yöntemlerin seçiminde aile ve arkadaş çevresinin (%26,5) ilk sırada yer aldığı bildirilmiştir (20). Gözüm ve arkadaşları tarafından kanserli çocuklarda yürütülen bir çalışmada da ailelerin büyük çoğunluğunun arkadaş ve akraba (%79,1) tavsiyesi ile ürün kullandığı bildirilmiştir (18). Lanski ve arkadaşları ise çalışmasında benzer şekilde hastaların %80'inin bilgiyi arkadaş veya akrabalarından edindiğini belirtmiştir (22). Shakeel ve arkadaşları hastaların alternatif tedavi yöntemleri seçiminde arkadaşlar ve aile (%68) ile sağlık çalışanlarının (% 36) önemine değinmişlerdir (23). Uzun ve arkadaşları tarafından bu yöntemlerin kullanımının büyük çoğunlukla gazete ve televizyon programları (%37,3) aracılığıyla, sonra ise arkadaş ve aile çevresi (%25,0) önerisi ile gerçekleştiği saptanmıştır (15). Bizim çalışmamızda gazete/dergi ve televizyon aracılığıyla bu yöntemleri öğrenme oranının daha düşük oluşu bölgesel olarak okuma oranındaki düşüklüğüne ve öğrencilerin çoğunun yurttan kalması nedeniyle televizyon izleme fırsatı bulamamış olmasına bağlanabilir.

Öğrencilerin büyük çoğunluğu sağlık problemi için bu yöntemleri tercih ederken bunu saç/yüz bakımı ve kilo vermek amacıyla tercih etme izlemektedir. Çalışmalar çeşitli ülkelerde hastalıkları önlemek veya tedavi etmek için tıp dışı alternatif ve geleneksel tedavi yöntemlerinin kullanıldığını göstermektedir (13, 24, 25). Amerikan Pediatri Akademisi ise alternatif tedavi yöntemlerinin kullanım sıklığını sağlıklı çocuklarda %20-40, kronik hastalığı olan çocuklarda ise %50 olarak bildirmektedir (11).

Çalışmamızda öğrencilerin yarısına yakını bu yöntemleri yararlı olarak kabul etmişlerdir. Yıldırım ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da hemşire öğrencilerin çoğunluğu bu tıp dışı alternatif yöntemleri yararlı bulmaktadır. Hemşireler, CAM yöntemlerinden bazılarını bağımsız hemşirelik fonksiyonları olarak hasta bakımında

kullanmaktadırlar. Hemşirelik öğrencileri klinik uygulamalarında hemşirelerle birlikte bu yöntemleri kullanma olanağı bulmalarından dolayı tıp dışı alternatif yöntemlerin yararlılığına daha çok inandıklarını söyleyebiliriz. Başka bir çalışmada da öğrencilerin çoğunun bu yöntemlerin zararlı olmadığına inandıkları halde yinede zararlı etkilerinden emin olmadıkları görülmüştür (26).

Bu çalışmada sağlık bilimleri fakültesi öğrencileri arasında alternatif tedavi yöntemlerinin oldukça yüksek oranda kullanıldığı saptanmıştır. Ancak çalışmamız tek bir üniversiteyi içerdiği ve sadece Türkiye'nin güneydoğusunda eğitim ve öğretim gören hemşirelik öğrencilerini kapsadığı için genelleme yapılamaz. Bu nedenle, sağlık personelinin bu konudaki tutumunu genelleme yapabilecek şekilde belirlemek için daha geniş çaplı araştırmaların yapılması gereklidir.

### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Hastaların önyargısız bir yaklaşımla değerlendirilerek bu uygulamalar konusunda bilgilendirilmeleri gittikçe önem kazanmaktadır. Bu nedenle sağlık profesyoneli olarak hemşirelere; hastaların mevcut tıp dışı alternatif yöntem kullanımını değerlendirmede, bu konudaki sorularını yanıtlamada ve olası etkilerini ve risklerini anlatmada önemli roller düşmektedir. Dünyada bilimsel yönü ile gelişmeye başlamış olan tıp dışı alternatif yöntemlerin, ülkemizde de bilimsel boyutta ele alınıp hemşirelik öğrencilerinin eğitim programlarına dahil edilmesi ve geleceğin sağlık profesyonelleri olacak öğrencilerimizin bilgilendirilmesi önerilmektedir.

### **KAYNAKLAR**

1.Kav S, Hanoğlu Z, Algier L. Türkiye'de Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması. Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi 2008;18 (1):32-38.

2.Ben-Arye E, Frenkel M, Klein A, Scharf M. Attitudes Toward Integration Of Complementary And Alternatice Medicine In Primary Care: Perspectives Of Patients, Physicians And Complementary Practitioners. Patient Education and Counseling 2008; 70:395-402.

3.Vohra S, Feldman K, Johnston B, Waters K, Boon H. Integrating Coplementary And Alternative Medicine Into Academic Medical Centers: Experience And Perceptions Of Nine Leading Centers In North America. BMC Health Services Research 2005; 5:78.

4.National Center for Complementary and Alternative Medicine. What Is Complementary And Alternative Medicine (CAM)? Retrieved September 21, 2010; from <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>

5.Çetin O. Eskişehir’de Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. Sosyo Ekonomi 2007; 2:90-105

6.Cuzzolin L, Zaffani S, Murgia V, Gangemi M, Meneghelli G, Chiamenti G, et al. Patterns And Perceptions Of Complementary /Alternative Medicine Among Paediatricians And Patients’ Mothers: A Review Of The Literature. Eur J Pediatr 2003; 162: 820-827.

7.Kruskal B. “It Couldn’t Hurt ...Could It?” Safety Of Complementary And Alternative Medicine Practices. Acta Paediatr 2009; 98: 628-630.

8.Ernst E. Serious Adverse Effects Of Unconventional Therapies For Children And Adolescents: A Systematic Review Of Recent Evidence. Eur J Pediatr 2003; 162: 72-80.

9.Lanski SL, Greenwald M, Perkins A, Simon HK. Herbal Therapy Use In A Pediatric Emergency Department Population: Expect The Unexpected. Pediatrics 2003; 111:981-985.

10.World Health Organization: WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005. WHO, Geneva 2002Erişim:01.11.2010. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_edm\\_trm\\_2002.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_edm_trm_2002.1.pdf)

11.Kemper KJ, Vohra S, Walls R. The Task Force On Complementary And Alternative Medicine And The Provisional Section On Complementary, Holistic, And Integrative Medicine. The Use Of Complementary And Alternative Medicine In Pediatrics. Pediatrics 2008; 122:1374-1386.

12.Oshikoya KA, Senbanjo IO, Njokanma OF, Soipe A. Use Of Complementary And Alternative Medicines For Children With Chronic Health Conditions In Lagos, Nigeria. BMC Complement Alternative Medicine 2008; 8:66.

13.Astin JA, Marie A, Pelletier KR, Hansen E, Haskell WL. A Rewiev Of The Incorporation Of Complementary And Alternative Medicine By Mainstream Physicians. Arch Intern Med 1998; 158:2303-2310.

14.Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık Davranışları ve Alternatif Tedavi Kullanımı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6 (2):112-122.



15.Uzun Ö, Tan M. Nursing Students' Opinions And Knowledge About Complementary And Alternative Medicine Therapies. Complement Ther Nurs Midwifery 2004; 10(4):239-44.

16.World Health Organization: The Africa Malaria Report 2003. WHO/CDS/MAL/2003. 1093, World Health Organization/UNICEF. 2003. Erişim: 01.11.2010. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO\\_CDS\\_MAL\\_2003.1093.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_CDS_MAL_2003.1093.pdf)

17.Karadeniz C, Pınarlı FG, Oğuz A, Gürsel T, Canter B. Complementary / Alternative Medicine Use In A Pediatric Oncology Unit In Turkey. Pediatr Blood Cancer 2007; 48:540-543.

18.Gözüm S, Arıkan D, Büyükavcı M. Complementary And Alternative Medicine Use In Pediatric Oncology Patients In Eastern Turkey. Cancer Nurs 2007; 30(1):38-44.

19.Ugurluer G, Karahan A, Edirne T, Sahin HA. Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde Tedavi Alan Hastaların Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Uygulamalarına Başvurma Sıklığı Ve Nedenleri. Van Tıp Dergisi 2007; 14: 68- 73.

20.Tan M, Uzun Ö, Akçay F. Trends In Complementary And Alternative Medicine In Eastern Turkey. J Altern Complement Med 2004; 10 (5):861-865.

21.Loman DG. The Use Of Complementary And Alternative Health Care Practices Among Children. J Pediatr Health Car 2003; 17:58-63.

22.Lanski SL, Greenwald M, Perkins A, Simon HK. Herbal Therapy Use In A Pediatric Emergency Department Population: Expect The Unexpected. Pediatrics 2003; 111:981-985.

23.Shakeel M, Little SA, Bruce J, Ah-See KW. Use Of Complementary And Alternative Medicine In Pediatric Otolaryngology Patients Attending A Tertiary Hospital In The UK. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2007; 71:1725-1730.

24.Özkan A. Çocukluk Çağı Kanserlerinde Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp. Klinik Gelişim 2007; 20:179-180.

25.Sirois FM. Provider-Based Complementary And Alternative Medicine Use Among Three Chronic Illness Groups: Associations With Psychosocial Factors And Concurrent Use Of Conventional Health-Care Services. Complementary Therapies in Medicine 2008; 16:73-80.

26.Yeo ASH, Yeo JCH, Yeo C, Lee CH, Lim LF, Lee TL. Perceptions Of Complementary And Alternative Medicine Amongst Medical Students In Singapore- A Survey. Acupuncture In Medicine 2005; 23 (1):19-26.

## HASTANEDE ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELİNİN İŞ GÜVENLİĞİ

Havva ÖZTÜRK<sup>1</sup>, Elif BABACAN<sup>2</sup>, Elif ÖZDAŞ ANA HAR<sup>3</sup>

### ÖZET

Araştırma, devlet hastanelerinde çalışan sağlık personeline yönelik iş güvenliğinin sağlanıp sağlanmadığını saptamak amacı ile planlanmıştır. Çalışma, devlet hastanelerinde çalışan 522 hemşire, 232 hekim ve 271 diğer sağlık personeli ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, demografik özellikler ve iş güvenliğine yönelik 15 soruyu kapsayan anket ve 45 maddelik hastanelerde iş güvenliği ölçeği ile Şubat 2010 tarihinde toplanmıştır. Bulgularda tüm sağlık personeli iş kazası ve meslek hastalıklarının hastanelerinde nadir görüldüğünü belirtmiştir. Ancak geçirdikleri iş kazaları kapsamında hemşirelerin %34'ü, hekim ve diğer sağlık personelinin %30'u hasta ve yakınlarının uyguladığı sözel şiddeti, meslek hastalığı kapsamında hemşirelerin %27'si kanseri, hekim ve diğer sağlık personelinin %21'i uyku bozukluğunu açıklamışlardır. Ölçek toplamında ise tüm sağlık personeli hastanelerinde genel olarak iş güvenliğinin sağlandığını belirtmiş (4.05±1.01), ancak mesleki hastalık ve şikâyetler (3.16±1.31), yönetsel destek ve yaklaşım (3.40±1.35) boyutlarında sağlamadığını açıklamışlardır. Ayrıca hekimler iş güvenliğini daha yetersiz bulmuşlardır (p<0.05). Sonuç olarak, hastanelerde iş güvenliğinin var olduğu belirtilirken mesleki hastalıkların ve şikâyetlerin olduğu, yönetimin yeterince destek sağlayamadığı görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İş Güvenliği; Hastane; Hekim; Hemşire; Sağlık Personeli.

<sup>1</sup> Doç.Dr. Karadeniz Teknik Üniversitesi, SBF, Hemşirelik Bölümü

<sup>2</sup> Uzm. Hemş., İl Sağlık Müdürlüğü

<sup>3</sup> Eğitim. Hemş., Ahi Evren Göğüs Kalp Damar Cerrahi Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

**İletişim/ Corresponding Author: Havva ÖZTÜRK**

Geliş Tarihi / Received : 02.04.2012

**Tel:** +90 462 230 04 76 **e- posta:** havvaoszturk@hotmail. Com

Kabul Tarihi / Accepted : 17.09.2012

## THE OCCUPATIONAL SAFETY OF HEALTH PERSONNEL IN HOSPITAL

### ABSTRACT

This study were planned to determine if the occupational safety of health personnel working in state hospitals was obtained. The study was conducted with 522 nurses, 232 physicians and 271 other healthcare personnel working in state hospitals. Data was gathered in February 2010 with a 45-item occupational safety scale for hospitals and a questionnaire composed of 15 questions regarding demographic characteristics and occupational safety.. In findings, all of the healthcare personnel stated that the occupational accidents and diseases were rare in their hospitals. However, 34% of nurses, 30% of physicians and other healthcare personnel applied to the patient and their relatives verbal violence regarding occupational accidents, and 27% nurses had cancer and 21% physicians and other healthcare personnel experienced sleep disorders regarding occupational diseases. According to the total scale, all of the health personnel stated that the occupational safety was obtained in their hospital ( $4.05\pm 1.01$ ), but occupational diseases and problems ( $3.16\pm 1.31$ ), managerial support and approach level ( $3.40\pm 1.35$ ) was not obtained. In addition, physicians found occupational safety more insufficient ( $p<0.05$ ). In conclusion, occupational safety in hospitals was obtained, whereas there were occupational diseases and problems and managers did not provide enough support as requested.

**Keywords:** Occupational Safety; Hospital; Physician; Nurse; Health Personnel.

## GİRİŞ

İş güvenliği, işin yapılması ve yürütülmesi sırasında oluşan tehlikelerden ve sağlığa zarar verebilecek koşullardan çalışanları korumak ve daha iyi bir çalışma ortamı sağlamak için yapılan sistemli çalışmalardır (1). İş güvenliği ile çalışanların korunması, verilen hizmetin ve kurum güvenliğinin sağlanması amaçlanmaktadır. Bununla birlikte iş güvenliğinin ana ve asıl amacı, çalışanların korunması olarak belirtilmektedir. Çalışanları iş yerinin olumsuz etkilerinden korumak, rahat ve güvenli ortamlarda çalışmalarını sağlamak, iş kazası ve meslek hastalıklarına karşı onları koruyarak ruh ve beden bütünlüğünü ve sağlıklarını sürdürmeleri amaçlanmaktadır (2,3). Ayrıca çalışanların moral yönden güvenli ve sağlıklı olması, böylece uyumlu ve verimli çalışması, psikolojik ve ruhsal yönden sağlıklı ve tatmin olması arzulanmaktadır (2). Bunların yanı sıra iş sağlığı ve iş güvenliği etkinlik ve verimliliği arttırmada rekabet ortamının tanımlayıcılarından kabul edilmiştir (4).

Bir iş yeri olan ve birçok sağlık personelinin yanında otelcilik, restaurant vb. hizmetleri sunan diğer destek hizmet personellerini, hasta ve yakınlarını, ziyaretçileri, öğrencileri bünyesinde bulunduran hastanelerde güvenli ve sağlıklı bir ortam oluşturma eğilimi günümüzde hızla ivme kazanmaya başlamıştır (4).

Amerika Birleşik Devletlerinde Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Kurumu (National Institute for Occupational Safety and Health= NIOSH), sağlıklı ve güvenli bir hastane ortamını “işin yürütülmesi ile ilgili olarak oluşan ve sağlığa zarar veren fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, mekanik tehlikelerin, tehlike ve risklere bağlı meslek hastalıkları ve iş kazalarının olmaması durumu” olarak tanımlamıştır (5,6). Oysa sağlık çalışanları hastanelerde enfeksiyonlar, ilaçlar, malzemelerin yarattığı tehlikeler, atıklar, ergonomik tasarım eksikliği, çalışma koşulları ve malzeme yetersizliği, iş yükü fazlalığı, çalışanların dikkatsiz davranışları vb. nedenlerle birçok tehlike, kaza ve hastalık riskleri ile karşı karşıya kalmaktadır (7,8). Bir çok araştırmada da hekim, hemşire ve diğer sağlık personelinin çalışma ortamının güvenliğinin sağlanmamasından dolayı mekanik (bel, ekstremiteler, sırt ağrıları vb.), fiziki (iğne batması, gürültü vb.), kimyasal (dezenfektan, antiseptikler vb.), biyolojik (virüsler, mantarlar vb.), psikolojik (stres vb.) yaralanmalar ya da iş kazası yaşadığı saptanmıştır (5,9-14). Ayrıca AIDS, hepatit gibi bulaşıcı hastalıklar, dermatit gibi cilt hastalıkları, varis gibi damar hastalıkları ve, kanser gibi meslek hastalıklarından mağdur oldukları belirlenmiştir (8,15-19). Ayrıca bir başka çalışmada sağlık hizmet sektörü içinde iş kazası ve hastalık maliyetlerinin

yüksek olduğu, tüm maliyetlerin %52'si ile hastanelerin en maliyetli sağlık kurumları olduğu belirtilmiştir (20).

Joint Commision International ve Sağlık Bakanlığının çıkardığı hizmet kalite standartları hasta ve çalışan güvenliğine yönelik çıkarılan tebliğ ve ardından çıkarılan yönetmelikle hastanelerde hasta güvenliğinin yanı sıra çalışan güvenliğinin sağlanmasına yönelik faaliyetlere ilişkin kriterlere yer verilmiş, konun önemi ortaya konmuş, kurumsal ve yasal düzenlemelerle hastanelerde iş güvenliği güvenceye altına alınmaya çalışılmıştır (21-24).

Bu nedenle hastanelerde sağlık çalışanlarının iş güvenliğine yönelik yapılacak bu çalışma hastanede iş güvenliğinin sağlanıp, sağlanmadığını, hangi alanlarda iş güvenliğinin yetersiz olduğunu ya da sorun yaşandığını, sık görülen iş kazası/ yaralanmalarının neler olduğunu saptamaya yarayabilir. Ayrıca iş ve iş yerine ilişkin risk ve tehlikelere karşı koruyucu önlemlerin alınmasını, böylece iş kazası ya da meslek hastalıklarının oluşumunun engellenmesine ya da azaltılmasına yardımcı olabilir. Sağlık iş gücü kayıpları ve bu kayıplara bağlı ailede ve çevresinde oluşabilecek sorunların engellenmesine katkı sağlayabilir. Çalışanların daha güvenli, huzurlu, mutlu ve doyumlu çalışması, dolayısıyla hizmet verilen hastaların güvenliğinin sağlanmasını destekleyebilir. İş güvenliği eksikliğinin getireceği tehlikelerin ve zararların neden olduğu maliyetlerin azaltılmasını sağlayabilir.

Araştırmanın amacı; hastanelerde çalışan hekim, hemşire ve diğer sağlık personellerini kapsayan sağlık personeline yönelik iş güvenliğinin sağlanıp sağlanmadığını saptamak ve iş güvenliği için yapılan faaliyetleri değerlendirmektir.

## **MATERYAL ve METOD**

### **I- ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Hastanelerde iş güvenliğinin sağlanıp, sağlanmadığını saptamak ve iş güvenliği için yapılan faaliyetleri değerlendirmek amacı ile yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

### **II- ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini, Trabzon merkez ve ilçe devlet hastanelerinde çalışan toplam 1450 hemşire, 455 hekim, 622 diğer sağlık personeli, örnekleme ise araştırmaya katılan ve izinli olmayan 522 hemşire, 232 hekim ve 271 diğer sağlık personeli oluşturmuştur. Merkez

hastanelerde tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmış, ilçe hastanelerde evrene ulaşılmaya çalışılmıştır.

### III- VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırma için Trabzon İl Sağlık Müdürlüğünden 31 Aralık 2009 tarihinde yazılı izin alınmıştır. Veriler, 8 demografik özellik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, pozisyon, mesleki ve hastanede çalışma deneyimi, çalışılan servis), 7 iş güvenliğine (iş güvenliği uygulamalarından memnuniyet durumu, kurumda iş kazası ve meslek hastalığı görülme olasılığı, iş kazası ve meslek hastalığı geçirme durumu, hasta ve çalışan güvenliği tebliğinin okunma durumu) yönelik sorulardan oluşan anket ve araştırmacılar tarafından geliştirilen 45 maddelik hastanelerde iş güvenliği ölçeği (HİGÖ) ile Şubat 2010 tarihinde elden toplanmıştır.

Ölçek, hastanelerde çalışan sağlık personeli için iş güvenliğinin sağlanıp, sağlanmadığını ve iş güvenliği için yapılan faaliyetleri saptamaya yönelik 45 olumlu maddeden oluşmaktadır. Maddeler “6” tamamen katılıyorum ile “1” kesinlikle katılmıyorum arasında değerlendirilmektedir. Ölçek toplam puan aralığı 45-270 puan aralığındadır. Ölçekten alınan puan ölçek madde sayısına bölüldüğünde puan aralığı 6 ile 1 arasında değer almaktadır. 6'ya yakın puan alınması hastanelerde iş güvenliğinin sağlandığını, 1'e yakın puan alınması iş güvenliğinin sağlanmadığını göstermektedir. Ölçeğin kapsam geçerliliği için CVI (Content Validity Index): %92, güvenilirliği için madde-toplam puan korelasyon değerleri: 0.47-0.74 ve Cronbach Alpha: 0.96 (Cronbach Alpha hemşireler için 0.95, hekimler için 0.97, diğer sağlık personeli için 0.96) dır. Ölçeğin faktör analizi sonuçlarına göre, KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) = 0.95 ve Bartlett test  $\chi^2 = 30368.18$ ;  $p = 0.000$ , Total Varyans = %63, anti-imağ değerleri = 0.97-0.90 arasında bulunmuştur. Ayrıca Mesleki Hastalıklar ve Şikâyetler (F1), Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemleri (F2), Kazalar ve Zehirlenmeler (F3), Yönetmel Destek ve Yaklaşımlar (F4), Malzeme, Araç ve Gereç Denetimi (F5), Koruyucu Önlemler ve Kurallar (F6), Fiziksel Ortam Uygunluğu (F7) başlığında 7 alt faktörü vardır <sup>(25)</sup>.

### IV- VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hemşire, hekim ve diğer sağlık personelinin demografik özellikleri ve iş güvenliğine ilişkin düşüncelerini belirlemek için sıklık, yüzdeler ve ortalama testleri kullanılmıştır. Demografik özellikler ve iş güvenliğine yönelik düşünceler ile ölçek ve alt ölçek puanlarının

karşılaştırılması için öncelikle normal dağılımı test eden Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri kullanılmış, daha sonra t-testi, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis, ANOVA, Korelasyon testleri ile karşılaştırmalar yapılmıştır.

#### **V- ARAŞTIRMANIN SINIRLILIĞI**

Araştırmanın yalnızca devlet hastanelerinde çalışan sağlık personelinin görüşlerini kapsamaması araştırmanın sınırlılığıdır.

#### **BULGULAR**

Sağlık personelinin %51'i hemşire, %23'ü hekim, %26'sı diğer sağlık personelidir (eczacı, röntgen teknisyeni vb.). Hemşirelerin %84'ü kadın ve evli, %65'i ön lisans eğitilmiş, 35,05±6,03 yaşlarında, 14,38±6,99 yıl mesleki deneyime ve 8,57±9 yıl kurumda çalışma deneyimine sahiptir, %45'i servislerde çalışmaktadır. Hekimlerin %67'si erkek, %78'i evli, 37,61±8.14 yaşlarında, 12,34±8.11 yıl mesleki deneyime ve 5,38±6,14 yıl kurumda çalışma deneyimine sahiptir, %33'ü servislerde çalışmaktadır. Diğer sağlık personelinin %57'si kadın, %72'si evli, %51'i ön lisans eğitilmiş, 34,4±7,26 yaşında, 11,81±6,38 yıl mesleki deneyime ve 8,96±6,16 yıl kurumda çalışma deneyimine sahiptir, %64'ü servis/acil vb. dışındaki diğer birimlerde çalışmaktadır (Tablo 1).

İş güvenliğine ilişkin bulgulara bakıldığında, hemşirelerin %54'ü hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına ilişkin tebliği okuduğunu, hekimlerin %63'ü, diğer sağlık personelinin %54'ü haberli olmadığını açıklamıştır (Tablo 1).

Hastanelerde iş güvenliği ölçeği (HIÖG) toplamında tüm sağlık personeli (4.05±1.01) hastanelerinde iş güvenliğinin sağlandığını belirtmiş, ancak meslek hastalığı ve şikâyetler (3.16±1.31), yönetsel destek ve yaklaşımlar (3.40±1.35) boyutunda iş güvenliğini yetersiz bulmuştur. Bunlara ek olarak hekimler, sağlık taraması ve kayıt sistemlerini de (3.49±1.50) yetersiz görmüştür (Tablo 2).

**Tablo 1.** Hastaneler Çalışan Sağlık Personelinin Demografik Özellikleri

Sağlık Personelinin Demografik Özellikleri	Hekim (n=232)		Hemşire (n=522)		Diğ. Sağ. Personeli (n=271)	
	n	%	n	%	n	%
<b><u>Cinsiyet</u></b>						
Kadın	77	33	440	84	154	57
Erkek	155	67	82	16	117	43
<b><u>Medeni Durum</u></b>						
<b>Evli</b>	181	78	438	84	196	72
<b>Bekar</b>	51	22	84	16	75	28
<b><u>Eğitim Durumu</u></b>						
Sağlık Meslek Lisesi	-	-	90	17	71	26
Ön Lisans	-	-	338	65	138	51
Lisans/lisansüstü	232	100	94	18	50	19
Cevapsız	-	-	-	-	12	4
<b><u>Çalışılan Servis</u></b>						
Servis	76	33	234	45	8	3
Yoğun Bakım	8	3	23	5	3	1
Acil	53	23	85	16	40	15
Ameliyathane	21	9	52	10	15	6
Yönetim/idare	14	6	29	6	6	2
Poliklinik	39	17	18	3	27	10
Diğer	21	9	81	15	172	63
	<b>Ort. ± SS</b>		<b>Ort. ± SS</b>		<b>Ort. ± SS</b>	
Yaş	35.05 ± 6.03		37.61 ± 8.14		34.4 ± 7.26	
Mesleki Deneyim Yılı	14.38 ± 6.99		12.34 ± 8.11		11.81 ± 6.38	
Kurumda Çalışma Yılı	8.57 ± 9		5.38 ± 6.14		8.96 ± 6.16	



**Tablo 2.** Hastanelerdeki Sağlık Personelinin İş Güvenliği Ölçek Puan Ortalamaları

Alt Boyutlar	Hemşire	Hekim	Diğer Sağlık Personeli	Toplam
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
F1. Mesleki Hastalıklar ve Şikayetler	3.06 ± 1.30	3.26 ± 1.27	3.28 ± 1.35	3.16 ± 1.31
F2. Sağlık Taraması ve Kayıt Sistemi	3.90 ± 1.61	3.49 ± 1.5	3.50 ± 1.56	3.70 ± 1.58
F3. Kazalar ve Zehirlenmeler	4.61 ± 1.31	4.27 ± 1.32	4.61 ± 1.27	4.54 ± 1.31
F4. Yönetmelik Destek ve Yaklaşımlar	3.49 ± 1.32	3.41 ± 1.33	3.23 ± 1.39	3.40 ± 1.35
F5. Malzeme, Araç ve Gereç Denet.	4.60 ± 1.16	4.17 ± 1.3	4.37 ± 1.31	4.44 ± 1.24
F6. Koruyucu Önlemler ve Kurallar	4.68 ± 1.18	4.22 ± 1.3	4.36 ± 1.22	4.49 ± 1.23
F7. Fiziksel Ortam Uygunluğu	4.82 ± 1.22	4.32 ± 1.31	4.43 ± 1.43	4.60 ± 1.32
Toplam	4.17 ± 0.94	3.88 ± 1.06	3.97 ± 1.07	4.05 ± 1.01

\*Hemşire (n)= 522, hekim (n)= 232, diğer sağlık personeli (n)= 271

Ölçek puanları karşılaştırıldığında, toplamda ( $\chi^2_{KW}=17.62$ ,  $p=0.000$ ), sağlık taraması ve kayıt sistemi ( $\chi^2_{KW}=17.45$ ,  $p=0.000$ ), kazalar ve zehirlenmeler ( $\chi^2=15.82$ ,  $p=0.000$ ), malzeme, araç ve gereç denetimi ( $\chi^2_{KW}=18.27$ ,  $p=0.02$ ), koruyucu önlemler ve kurallar ( $\chi^2_{KW}=27.08$ ,  $p=0.000$ ), fiziksel ortam uygunluğu ( $\chi^2_{KW}=29.73$ ,  $p=0.000$ ) boyutlarında hekimler, meslek hastalıkları ve şikâyetler boyutunda hemşireler ( $\chi^2_{KW}=6.75$ ,  $p=0.034$ ), yönetmelik destek ve yaklaşımlar boyutunda diğer sağlık personeli ( $\chi^2_{KW}=7.83$ ,  $p=0.000$ ) iş güvenliğini daha yetersiz değerlendirmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3.** Sağlık Personelinin İş Güvenliği Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Alt faktörler	Hemşire n=522	Hekim n=232	Diğer Sağlık Personeli n=271	$\chi^2_{K-W}$ değeri
	Median±IR	Median±IR	Median±IR	
<b>F1</b>	2.92±1.92	3.50±1.69	3.15±2.0	6.75**
<b>F2</b>	4.00±2.67	3.25±2.33	3.50±2.67	17.45*
<b>F3</b>	5.00±2.0	4.60±1.8	5.00±2.0	15.82*
<b>F4</b>	3.57±2.0	3.28±2.11	3.14±2.14	7.83*
<b>F5</b>	4.80±1.8	4.20±2.0	4.60±2.0	18.27**
<b>F6</b>	5.00±1.6	4.20±2.0	4.40±2.0	27.08*
<b>F7</b>	5.25±1.75	4.50±2.0	4.75±2.25	29.73*
<b>Toplam</b>	3.81±1.38	4.15±1.36	3.85±1.55	17.62*

\* $p < 0.001$ , \*\* $p < 0.05$

Hemşirelerin %59'u, hekimlerin %63'ü, diğer sağlık personelinin %49'u iş kazalarının, hemşirelerin %46'sı, hekimlerin %53'ü, diğer sağlık personelinin %44'ü meslek hastalıklarının hastanelerinde nadir görüldüğünü belirtmiştir. Ancak geçirdikleri iş kazası/yaralanmalar kapsamında hemşirelerin %34'ü, hekim ve diğer sağlık personelinin %30'u öncelikle hasta ve yakınlarının uyguladığı sözel şiddeti, meslek hastalığı kapsamında hemşirelerin %27'si kanseri, hekim ve diğer sağlık personelinin %21'i uyku bozukluğunu açıklamışlardır.

Ayrıca hastanede iş güvenliğine yönelik olarak hemşirelerin %53'ü hemşire sayısı, %50'si iş yükü ve %49'u iş kazası/meslek hastalığına ilişkin olarak hastanenin sorumluluk alma ve desteğinden memnun değildir. Hekimlerin %54'ü çalışma ortamının donanımı ve dizaynından, %52'si hemşire sayısından, %51'i iş güvenliğine yönelik eğitimlerden memnun değildir. Diğer sağlık personelinin %55'i çalışma ortamının donanımı ve dizaynı, %53'ü çalışan sağlığı ve güvenlik politikaları ve %53'ü kullanılan temizlik malzemelerinin kalitesinden memnun değildir.

Demografik özelliklerle ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşire ( $\chi^2_{KW}=40.32$ .  $p=0.000$ ) ve hekimler ( $\chi^2_{KW}=6.005$ .  $p=0.000$ ) ise iş güvenliğini ölçek toplamında ve alt boyutlarda diğer birimlere (idare, servis, acil, ameliyathane, poliklinik) göre daha yetersiz bulmuşlardır.

Diğer sağlık personelinin kadın olanlar iş güvenliğini, ölçek toplamında ve alt boyutlarda daha yetersiz görmüşlerdir ( $t=-3.652$ .  $p=0.000$ ). Kadın hemşireler de mesleki hastalıklar ve şikayetler ( $U=13232.5$ .  $p=0.000$ ), kaza ve zehirlenmeler ( $U=15228$ .  $p=0.000$ ) boyutunda iş güvenliğinin sağlanamadığını belirtmişlerdir.

Lisans ve lisansüstü eğitime sahip hemşireler ise yönetsel destek ve yaklaşımları ( $\chi^2_{KW}=6.65$ .  $p=0.037$ ), koruyucu önlem ve kuralları ( $\chi^2_{KW}=7.34$ .  $p=0.025$ ), diğer sağlık personelinin de lisansüstü eğitime sahip olanlar yönetsel destek ve yaklaşımları ( $\chi^2_{KW}=9.41$ .  $p=0.024$ ) daha yetersiz bulmuşlardır.

## TARTIŞMA

İş, çalışan insanın sosyal, ekonomik ve kültürel hayatının ağırlık merkezidir. Güvenli ve rahat bir ortamda doyurucu bir iş, sağlık kaynağıdır (15). İnsanlar günün üçte birini işinde, yaşadığı yılların en az üçte ikisini iş hayatında geçirmekte, iş ya da çalışma çevresinin neden olduğu birçok tehlike ile yüzleşmektedirler (10). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)

sınıflamasına göre sağlık iş kolu çalışanları hekimler, hemşireler ve ebeler, diğer sağlık profesyonelleri (diş hekimi, eczacı, biyolog vb.), yardımcı sağlık personeli (sağlık hizmetlerine özel eğitilmiş, tamamlayıcı göreve sahip; laborant vb.), diğer personel (büro, temizlik elemanları vb.) olarak tanımlanmaktadır (26). Bu çalışma ise hastanelerdeki hekim, hemşire, diğer sağlık personelleri ile gerçekleştirilmiştir. Hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin çoğunluğu kadın, evli, ön lisans eğitimine sahipken hekimlerin çoğunluğu erkek ve evlidir. Üç grupta orta yaşlarda ve kurumdaki iş güvenliği uygulamalarını değerlendirecek kadar mesleki ve kurumda çalışma deneyimine sahiptir.

Sağlık personelinin değerlendirmelerine göre devlet hastanelerinde iş güvenliğinin sağlandığı, ancak meslek hastalıkları ve şikâyetler, yönetsel destek ve yaklaşımlar düzeyinde iş güvenliğinin yetersiz olduğu belirtilmektedir. Hastanelerde genel olarak iş güvenliğinin var olması hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına ilişkin tebliğin gerektirdiği faaliyetlerin yürütülmeye başlanmasından ve devlet hastanelerinde başlatılan kalite iyileştirme çalışmalarından kaynaklanabilir. Tebliğ ile sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması, güvenlik kültürünün geliştirilmesi, uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesi, iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılması, personelin farkındalığının ve niteliklerinin artırılması, ilgili raporlama sistemlerinin oluşturulması, hasta ve çalışanların karşılaşılabilecekleri risk ve zararlardan korunması amaçlanmaktadır (23). Oysa hekim ve diğer sağlık personelinin çoğunluğunun bu tebliğinden haberdar olmadığı, hemşirelerin ise yalnızca yarısından biraz fazlasının tebliği okuduğu saptanmıştır. İstanbul'da bir üniversite hastanesi ve JCI (Joint Commission International) akreditasyon belgesi almış özel bir hastanede yapılan çalışmada ise üniversite hastanesindeki hemşirelerin çoğu iş güvenliğinin sağlanmadığını, özel hastanedekilerin çoğu sağlandığını belirtmiştir. İş güvenliğine yönelik önlemlerin ve faaliyetlerin özel hastanede daha iyi olduğu, JCI standartlarının hasta ve çalışan güvenliğini gözettiği açıklanmıştır (8). JCI standartları ile tebliğin uygulama esaslarının birbirleri ile benzer ve uyumlu olması, bu tebliğin uygulanması ve benimsenmesinin önemini daha iyi gözler önüne sermektedir (23,27). Bununla birlikte hastanelerde meslek hastalıkları ve şikâyetler düzeyinde iş güvenliği yetersiz bulunmasına rağmen iş kazası ve meslek hastalıklarının nadir görüldüğü açıklanmıştır. Fakat özellikle kadın hemşireler meslek hastalıkları ve şikâyetlerden, kaza ve zehirlenmelerden daha fazla şikâyetçidir. Kadın diğer sağlık personeli de bu görüşü desteklemekte ve hastanede iş güvenliğini daha yetersiz bulmaktadır. İncelenen çalışmalarda sağlık çalışanlarının ve

hemşirelerin iş kazası ve meslek hastalığı deneyimlediği, kas ve eklem sorunları, damar hastalıkları, mide-barsak şikâyetleri, cilt sorunları, alerji, hepatit, üst solunum yolu enfeksiyonları, depresyon, kesici delici alet yaralanmalarına bağlı yumuşak doku travması vb. sorunları daha sık yaşadığı saptanmıştır (8,12,17,19,20,28,29). Bir diğer çalışmada ise sağlık çalışanlarının karşılaştıkları risk ve sağlık sorunları, sözlü saldırı/tehdit ve fiziksel şiddet, bel, sırt/ boyun ağrısı, kesici delici alet yaralanmaları olarak ilk üç sırada yer almıştır (30). Çalışmaya katılan ve iş kazasına maruz kaldığını belirten yaklaşık her üç hemşireden biri de hasta ve yakınlarından sözel şiddet gördüğünü, meslek hastalığına sahip hemşirelerin ¼'den fazlası kanser hastalığına sahip olduğunu açıklamıştır. Hekimler ve diğer sağlık personeli de yaklaşık aynı oranda sözel şiddet görmekte, 1/5'i uyku bozukluğu çekmektedir. Bu oranlar azımsanmayacak kadar fazladır. İncelenen bazı çalışmalarda, hemşirelere hasta ve yakınları tarafından sözlü şiddet ya da fiziksel şiddet uygulandığı da saptanmıştır (17,28,31,32). İsviçre'de yapılan bir çalışmada hemşirelerin %72'sinin hasta ve ziyaretçilerden sözel şiddet, %42'sinin fiziksel şiddet gördüğü saptanmıştır. Sağlık hizmet sisteminde işle ilgili şiddetin sağlık personeli için önemli bir mesleksi tehlike olduğu, diğer meslek grupları ile karşılaştırıldığında sağlık çalışanlarının işyeri şiddetine ilişkin daha yüksek riske sahip olduğu açıklanmıştır. Hasta ve yakınlarının şiddet uygulama nedenleri ise ağrı, anksiyete, ciddiye alınmadığını hissetmesine bağlı personel-hasta etkileşimi, acil ve psikiyatri koşulları gibi ortamlarda az bilgilendirme yapılması, kimlik kontrolü, uzayan bekleme süresi, olması gereken hekimin yokluğu, hastane politika ve kurallarının uygulanamaması ve taburculuk süreci gibi organizasyonel prosedürler olarak tanımlanmıştır (33).

Bir diğer sorun olarak öncelikle hekim ve diğer sağlık personelinin uyku bozukluğu yaşadığı görülmektedir. Owens'da çalışmasında sağlık çalışanları arasında uykusuzluğun ve aşırı yorgunluğun yol açtığı rahatsızlıkların yaygın olduğunu, akut ve kronik uykusuzluğunun fiziksel, algısal ve emosyonel fonksiyonlara zarar verdiğini belirtmiştir.<sup>13</sup> Bazı çalışmalarda da hemşirelerin çalışma saat ve düzeninden kaynaklanan uyku sorunu olduğu, bunun yorgunluğa yol açtığı ve ruh sağlığını olumsuz etkilediği belirtilmiştir (8,17,34). Ayrıca bulgularda meslek hastalığına sahip her dört hemşireden birinin kanser hastası olduğu görülmüştür. Oysa incelenen çalışmalarda sağlık personeli arasında kanser sık görülen bir hastalık olarak tanımlanmamıştır. Bayık ve arkadaşlarının incelediği çalışmalarda onkoloji hemşirelerinin uzun süre sitositik ilaçları uygulamasına bağlı kanser ve karaciğer harabiyeti yaşadığı açıklanmıştır (32).

Hastanelerde iş güvenliği açısından yönetsel destek ve yaklaşımlarda yetersiz görülmüştür. Özellikle lisansüstü eğitime sahip diğer sağlık personeli ve lisans/lisansüstü eğitime sahip hemşireler bu görüşü daha fazla desteklemektedir. Ayrıca hemşirelerin yarısından biraz fazlası hemşire sayısı ve iş yükünün fazlalığından yakınmaktadır, iş kazası ve meslek hastalığına ilişkin hastanenin sorumluluk alma ve desteğinden memnun değildir. Hekimler ve diğer sağlık personeli de öncelikle çalışma ortamının donanımı ve dizaynından memnun değildir. Oysa hasta ve iş güvenliğine yönelik tebliğ ile hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliğinin sağlanmasına ilişkin hükümlerin yerine getirilmesinde hastane yönetimi hukuksal ve organizasyonel açıdan yükümlü tutulmaktadır (15,27).Çünkü insanları olumsuz yönde etkileyen iş özelliklerinin bilinmesi ve bunların azaltılmaya çalışılması ya da kontrol altına alınması gereklidir ve bunlardan biride iş yükü olarak tanımlanmıştır (35).Bazı araştırmalarda iş yükünün ya da yetersiz personel sayısının ya da hasta sayısının fazla olması ya da iş yüküne bağlı yetersiz dinlenmenin stres, yorgunluk, halsizlik, sırt/bel ağrıları gibi fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunlara neden olduğu ya da sağlığı olumsuz etkilediği açıklanmıştır (5,28,32,34). İş yükünün yanı sıra olumsuz çalışma koşullarının, ergonomik olmayan ortam ve donanımın, bozuk/yetersiz malzeme, araç ve gereçlerinde çalışanlarda hastalık, davranışsal ve psikolojik bazı sorunların yanında iş doyumsuzluğuna yol açtığı belirtilmektedir (5,8,31).

Bulgulara göre de özellikle hekimler sağlık tarama ve kayıt sistemleri başta olmak üzere, malzeme, araç ve gereç denetimini, koruyucu önlem ve kuralları, fiziksel ortam uygunluğunu daha yetersiz bulmakta, kaza ve zehirlenmelerin görüldüğünü belirtmektedir. Oysa İş Kanunu ve ilgili tüzük ve yönetmeliklerle işyerlerinde iş kazası ve meslek hastalıklarının önlenmesi, uygun sağlıklı ve güvenli koşulların hazırlanmasında işe giriş ve aralıklı kontrol muayenelerinin öncelikli olduğu beyan edilmektedir (36-38).Bayık ve arkadaşları da çalışmasında hemşirelerin düzenli sağlık kontrolünden geçirilmesi gerektiğini vurgulamıştır (32).

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşire ve hekimler de iş güvenliğini daha yetersiz bulmaktadırlar. Ameliyathane ve yoğun bakım ünitesi çalışma ortamlarının sorgulanmasına ilişkin bir araştırmada hekimlerin, hemşirelerin, anestezi uzmanlarının çoğunluğunun bu ünitelerde havalandırmayı yetersiz bulduğu, aydınlık ve çok sakın bulmadığı, yarısından azının hoş olmayan kokuyu duyduğu ve kalabalık bulduğu görülmektedir. Ayrıca çalışmaya katılanların bel fitiği, varis, bacak, ayak, sırt ve baş ağrısı, hipertansiyon, hemoroit, hepatit ve

tüberküloz geçirdiği, halsizlik, uyku hali ve kronik yorgunluk hissettiği, stres ve depresyon, mide şikâyetleri, göz, cilt ve solunum şikâyetleri yaşadığı saptanmıştır (39). Bir başka çalışmada yoğun bakım hemşirelerin %10'nun hepatit B taşıyıcısı olduğu ve yoğun bakım gibi ünitelerde hemşirelerin sık sık ağır hasta kaldırma, itme, çekme, pozisyon verme işlemlerini yerine getirdiği açıklanmıştır (9,34). Bu ünitelerde çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinin diğer ünitelerden farklı tutulması ve her açıdan desteklenmesi gerektiği önerilmiştir (31). Bu sonuç ve öneriler iş güvenliğinin bu ünitelerde sağlanmasının önemini ortaya koymaktadır.

### **SONUÇ ve ÖNERİLER**

Sağlık personelinin değerlendirmelerine göre devlet hastanelerinde iş güvenliğinin sağlandığı, ancak meslek hastalıkları ve şikâyetler, yönetsel destek ve yaklaşımlar düzeyinde iş güvenliğinin yetersiz olduğu ve bu durumdan memnun olunmadığı görülmüştür. Ayrıca hekimler sağlık tarama ve kayıt sistemlerine ilişkin iş güvenliğini daha yetersiz bulmaktadır. Bununla birlikte hastanelerde iş kazası ve meslek hastalıklarının nadir görüldüğü belirtilmiştir. Ancak geçirilen iş kazası ve mesleki hastalıklara ilişkin yaklaşık her üç hemşireden biri hasta ve yakınlarından sözel şiddet gördüğünü, her dört hemşireden biri kanser hastası olduğunu açıklamıştır. Hekimler ve diğer sağlık personeli de yaklaşık aynı oranda sözel şiddet görmekte, 1/5'i uyku bozukluğu çekmektedir. Meslek hastalıkları ve yönetsel destek ve yaklaşımların yetersiz görülmesinden dolayı, öncelikle sağlık personelinin belirli aralıklarla sağlık muayenesinden geçirilmesi, kişisel sağlık bilgilerinin kayıt edilmesi, bağışıklama, ergonomik çalışma ortamının, kaliteli, sağlam araç-gereç ve malzeme temininin sağlanması ve kullanımı, periyodik aralıklarla araç-cihaz ve sistem kontrollerinin sağlanması gibi koruyucu önlemler alınmalı, uykusuzluğa neden olan çalışma saat ve düzeni iyileştirilmeli, sekiz saati geçmeyecek çalışma programları düzenlenmeli, şiddete ilişkin güvenlik tedbirleri artırılmalı, hasta ve yakınlarının şiddet gösterme nedenleri saptanmalı ve nedenlere yönelik iyileştirme yapılmalıdır. Ayrıca hastanede yönetimin inandığı, desteklediği, liderlik yaptığı hasta ve çalışan güvenliği kültür anlayışı oluşturulmalı, ilgili yönetmelik/yasal düzenlemelerin esas ve usullerinin uygulanıp uygulanmadığını belirli aralıklarla denetleyecek bakanlık, il ya da hastane bünyesinde mekanizmalar oluşturulmalıdır. Yüksek oranda görülen kanser hastalığı için erken tarama, tanı ve tedavi imkânlarının yanı sıra her hangi iş kazası ya da mesleki hastalık durumunda çalışana sahip çıkılmalı, çalışan ve ailesi desteklenmelidir.

Ayrıca yoğun bakım ünitelerinde de çalışan hekim ve hemşirelerin iş güvenliğini daha yetersiz bulduğu, sağlık personelin hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tebliğinden yeterince haberdar olmadığı saptanmıştır. Bu nedenle özellikle yoğun bakım birimlerinde iş güvenliğine ilişkin koruyucu önlem ve uygulamalar iyileştirilmeli, denetimler zaman kaybetmeden hızla hayata geçirilmelidir. Yoğun bakım gibi birimlerde hasta kaldırma, çekme vb. uygulamalar için talimatlar oluşturulmalı ve kullanımı sağlanmalıdır. Bu birim ve tüm hastane personelinin yararlanabileceği egzersiz, stresle başa çıkma vb., iş güvenliği ve ilgili yasal düzenlemeler hakkında eğitimler düzenlenmelidir.

### **KAYNAKLAR**

1. Dizdar E. İş güvenliği. ABP Yayınevi & Matbaacılık, Ankara- 2002. ss: 98.
2. Sabuncuoğlu Z. İnsan Kaynakları Yönetimi. Ezgi Kitabevi, Bursa- 2000. ss: 263-64.
3. Kaynak T., Adal Z., Ataay İ ve ark. İnsan kaynakları yönetimi. Dönence Basım ve Yayın Hizmetleri, İstanbul- 1998. ss: 396.
4. Abdullah NAC, Spickett JT, Rumckev KB, Dhaliwal SS. Validity And Reliability Of The Safety Climate Measurement In Malaysia. International Review Of Business Research Papers 2009; 5: 111-141.
5. Khorshid L., Demir Y. Ergonomi Ve Hemşirelik. Hastane Yönetimi 2006; 10: 67-75.
6. Özkan Ö. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı/Güvenliği İçin İşyeri Örgütlenme Birimi. 2. Ulusal Sağlık Çalışanlarının Sağlığı Kongresi; 16-18 Kasım 2001, Ankara. 2001. p.50-57.
7. Bektaş G., İşçi E., Haçıroğlu M. Tıbbi Atıkların Çevre Sağlığına Etkileri Ve Haseki Devlet Hastanesi Ve İ.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü'nde Hasta Başına Düşen Tıbbi Atık Miktarının Tespiti İle İlgili Bir Araştırma. Hastane Yönetimi 2005; Temmuz-Ağustos-Eylül: 24-31.
8. Bahçecik N., Öztürk H. The Occupational Safety And Health In Hospital From The Point Of Nurses. Collegium Antropologicum 2009; 33: 1205-14.
9. Yılmaz M. Hemşirelerde Çalışma Koşullarından Kaynaklanan Sırt/Bel Ağrıları Ve Koruma Önlemleri. Sağlık ve Toplum 2003; 13: 30-36
10. Dindar İ., İşsever H, Özen M. Edirne Merkezindeki Hastanelerde Görev Yapan Hemşirelerde İş İle İlgili Rahatsızlıklar Ve Konulan Tanılar. Hemşirelik Forumu Dergisi 2004; 7: 59-63.

11. Dindar İ., İşsever H, Özen M. Edirne Merkezindeki Hastanelerde Görev Yapan Hemşirelerde Travmalar Ve İş Doyumu. Hemşirelik Forumu Dergisi 2005: Temmuz-Ağustos; 18-23.

12. Zontek TL. Doctoral Dissertation; 'Factors Contributing To Occupational Injuries In Direct Care Workers' The University of Nebraska, The Manager of Thesis: Assistant Professor Burton R. Ogle, Lincoln- 2006.

13. Owens JA. Sleep Loss And Fatigue In Healthcare Professional. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing 2007; 21: 92-100.

14. Clarke SP, Schubert M, Korner T. Sharp-Device Injuries To Hospital Staff Nurses In 4 Countries. Infection Control & Hospital Epidemiology 2007; 28: 473-478.

15. Kaçmaz N. 2000 Yılında Herkese Sağlık İçin Çalışma Çevresinin İyileştirilmesi. Hemşirelik Bülteni 1999; 12: 97-106.

16. Aslan C., Küçükkılınç E., Tekgüz B. ve ark. Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasında Kesici Delici Alet Yaralanmasına Karşı Önlem Almanın Önemi. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı; 19-21 Mart 2009, Ankara. 2009. p 34-46.

17. Atasoy A., Aksoy S. Hekim Disi Sağlık Personelinde Mesleki Risklerin Belirlenmesi. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı; 19-21 Mart 2009, Ankara. 2009. p. 110-123.

18. Bi P., Tully P., J- Pearce S et al. Occupational Blood And Body Fluid Exposure In An Australian Teaching Hospital. Epidemiology Infection 2006; 134: 465-471.

19. Rios KA., Barbosa DA., Belasco AGS. Evaluation Of Quality Of Life And Depression In Nursing Technicians And Nursing Assistants. Rev. Lat. Americana de Enfermagem 2010; 18: 413-420.

20. Waehrer G., L PJ, Miller TR. Cost Of Occupational Injury And Illness Within The Health Services Sector. International Journal of Health Services 2005; 35: 343-359.

21. Joint Commission International Accreditation Standards For Hospitals, Standards Lists Version. USA: Joint Commission International, 2010: 193-195.

22. Güler H, Öztürk A, Kapan SH ve ark. Hastanelerde Hizmet Standartları. Çinal A, Demir M (Ed). T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Dair Başkanlığı, Ankara- 2011. ss: 4-11.



23.Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ. Resmi Gazete, 29 Nisan 2009, sayı 27214.

24.Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete, 06 Nisan 2011, Sayı 2789.

25.Öztürk H., Babacan E., Anahar Özdaş E. Hastanede Çalışan Sağlık Personelinin İş Güvenliği. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongre Kitabı. Azim Matbaacılık, Ankara-2011. ss: 136-148.

26.Töz I., Gidener S., Ergör A ve ark. Hastane İşletmelerinde Çalışan Sağlığı Örgütlenmesi Ve Bir Uygulama Modeli. V. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetim Kongresi Bilimsel Kitabı; 19-23 Nisan 2007, İstanbul. 2007. p 98-101.

27.Hakeri H. Sağlık Çalışanı Güvenliği Ve Hukuksal Sorumluluk. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 2010; Ocak: 53-59.

28.Baştuğ Y, Kılıç F. Pasabahçe Devlet Hastanesinde Çalışan Sağlık Personelinin Çalışma Ortamında Karşılaştıkları Sağlık Sorunları Ve Aldıkları Önlemler. II Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı; 28 Nisan-01 Mayıs 2010, Ankara. 2010. p. 512-524.

29.Alçelik A, Deniz F, Yeşildal N. AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sağlık Sorunları Ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005; 4: 55-65.

30.Ergör A., Kılıç B., Gürpınar E. Sağlık Ocaklarında İş Riskleri. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2003; 16: 44-50.

31.Uğurlu N., Yılmaz B., Karabacak F. İki Farklı Hastanede Çalışan Hemşirelerin Mesleki Risk Faktörlerinin Belirlenmesi, İ.Ü. F.N. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2010; 18: 19-25.

32.Bayık A., Erefe İ., Özsoy SA. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Koruyucu Sağlık Davranışları, Sağlık Sorunları Ve Karşılaştıkları Mesleki Riskler. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri; 12-14 Eylül 1990, İzmir. 1992. p. 63-74.

33.Hahn S., Müller M., Needham I. Factors Associated With Patient And Visitor Violence Experienced By Nurses In General Hospitals In Switzerland: A Cross-Sectional Survey. Journal of Clinical Nursing 2010; 19: 3535-3546.

34. Özabacı N., Pektekin Ç. Hemşirelerde Çalışma Koşullarına Bağlı Olarak Oluşan Fiziksel, Ruhsal, Sosyal Sorunlar Ve Nedenleri. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri; 12-14 Eylül 1990, İzmir. 1992. p. 377-385.

35.Tanrıverdi H, Teker Ç. Eğitim Hastanelerinde Asistan Doktorların Klinik İş Yükleri Bakımından Performans Ölçütlerinin Karşılaştırılması. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 2010; Ocak: 114-136.

36.Emiroğlu C. Türkiye’de Kamu Çalışanlarının Sağlık Ve Güvenliği. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 2003; Ocak-Şubat-Mart: 14-22.

37.İş Sağlığı Ve İş Güvenliği Yönetmeliği. Resmi Gazete, 09 Aralık 2003, sayı 25311.

38. 4857 Sayılı İş Kanunu. Resmi Gazete, 10 Haziran 2003, Sayı 25134

39.Özyaral O., Akyurt N., Keskin Y. ve ark. Ameliyathane Ve Yoğun Bakım Ünitesi Çalışanlarının Hasta-Hastane Sendromu Açısından Çalışma Ortamlarının Sorgulanması. Hastane Yönetimi 2005; Temmuz-Eylül: 32-39.

## HİPEREMEZİS GRAVİDARUM'LU GEBELERİN HASTALIKLARI HAKKINDA DÜŞÜNCELERİ VE GEREKSİNİMLERİ

Emre YANIKKEREM<sup>1</sup>, Selda İLDAN ÇALIM<sup>2</sup>, Aslı GÖKER<sup>3</sup>,  
Semra ORUÇ KOLTAN<sup>4</sup>, Faik M KOYUNCU<sup>5</sup>

### ÖZET

Bu çalışmanın amacı Hiperemesis gravidarum (HG) tanısı alan gebelerin yaşadıkları deneyimler ve gereksinimleri, yaşanan semptomların şiddeti, bu hastalığın fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan etkileri ve gebelerin bulantı ve kusma ile baş etme yöntemlerinin belirlenmesidir. Bu tanımlayıcı çalışma Merkez Efendi Hastanesi ve Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesinde Ocak ve Aralık 2011 tarihleri arasında HG tanısı ile hospitalize edilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerde gerçekleştirilmiştir. Çalışma örneklemi 215 gebe kadından oluşmaktadır. Bu araştırmada literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile kadınların odalarında toplanmıştır. İstatistiksel analizlerde SPSS 17.0 versiyonu kullanılarak ve tanımlayıcı analizler ile veriler değerlendirilmiştir. Gebelerin yaklaşık yarısı (%52.6) bulantı ve kusmanın sağlığı için, %47.4'ü bebek için tehlikeli olduğuna, gebelerin %66.5'i bulantı ve kusma yaşayan gebelerin hastaneye yatması gerektiğine inanmaktadır. HG olan gebelerin bulantı ve kusmayı azaltmak için istirahat etmeyi ve tuzlu bir şeyler yemeyi daha fazla tercih ettikleri belirlenmiştir. Gebelerin %87.4'ü kusma bulantının günlük yaşam aktivitelerini, %55.3'ü eşi ile olan ilişkilerini, %67.9'u psikolojik durumunu etkilediğini belirtmiştir. Gebelere hastanede yattığı süre boyunca yaşadıkları sorunlar sorulduğunda, %83.7'si yorgunluk, %82.8'i iştahta azalma, %78.1'i can sıkıntısı, %59.1'i kilo kaybı yaşadığını belirtmiştir. HG kadınların sosyal ve ailevi yaşantılarında olumsuz etkilere yol açan önemli bir sağlık sorunudur. Bu hastalara bakım verenlerin hastanın gereksinimlerinin farkında olmaları ve hastanın konforunu sağlayacak yaşam tarzı değişikliklerini sağlamaları son derece önemlidir.

**Anahtar kelimeler:** Hiperemesis Gravidarum, Kusma, Bulantı

<sup>1</sup> Yrd. Doç. Dr. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu <sup>2</sup>Öğretim Görevlisi Celal Bayar Üniversitesi SYO

<sup>3</sup>Yrd. Doç. Dr. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi <sup>4</sup>Prof. Dr. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>5</sup>Prof. Dr. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi

**İletişim/ Corresponding Author**Aslı GÖKER

**Tel:** +236-2338040 **e- posta:** asligoker@gmail.com

Geliş Tarihi / Received : 23.05.2012

Kabul Tarihi / Accepted : 20.09.2012

## **OPINIONS AND NEEDS OF PREGNANT WOMEN WITH HYPEREMESIS GRAVIDARUM**

### **ABSTRACT**

The objective of this study is to describe the experiences and needs of women with Hyperemesis Gravidarum (HG), to explore severity of symptoms of the condition, to determine the psychological and social dimensions of the condition and to understand how Turkish women deal with nausea and vomiting during pregnancy. This descriptive study was carried out at Merkez Efendi Hospital and Celal Bayar University Faculty of medicine between the dates of January and December 2011 in women who were hospitalized for HG and agreed to participate in the study. The sample of the research is composed of 215 pregnant women. The data was collected by using a questionnaire which was prepared by the researchers. Data was gathered through a face to face interview with the women in their room. Statistical analyses were undertaken using SPSS version 17.0 and descriptive analysis was used for statistical evaluation. Nearly half of the women believed that nausea and vomiting was dangerous for themselves and their baby, respectively (52.6%, 47.4%) and 66.5% believed that they should be hospitalised. Pregnants who had nausea and vomiting symptoms preferred resting and eating something salty to reduce the symptoms. The majority (87.4%) stated that HG affected their daily activities, 55.3% the relations with their spouses and 67.9% were psychologically affected. When the problems during hospital stay were questioned 83.7% were tired, 82.8% had loss of appetite, 78.1% was bored and 59.1% had weight loss. HG is an important health problem that adversely affects the social and family life of women. Health care providers should recognize and validate the need for pregnant women to make changes in lifestyle that will enable them to achieve comfort.

**Keywords:** Hyperemesis Gravidarum, Nausea, Vomiting

## GİRİŞ

Gebelikte bulantı kusma oldukça yaygın görülen gebenin fiziksel, psikolojik durumunu ve yaşam kalitesini oldukça etkileyen bir durumdur (1,2,3). İlk trimesterde olan gebelerin %80-90'ı bulantı kusma semptomunu yaşamakta, şikayetler genellikle gebeliğin dördüncü haftası başlamakta, 16. haftasında kendiliğinden düzelmektedir (1,4,5,6). Gebelikte bulantı kusmanın nedeni bilinmemekle birlikte human koryonik gonodotrop hormonunun (HCG) artmasının neden olduğu düşünülmektedir (5).

Gebelerin %2'sinde bu semptomlar ağırlaşır, kötüleşmekte hiperemesis gravidarum (HG) nedeniyle gebeler hospitalize edilmektedir (1,7,8,9). Hospitalizasyonu gerektirecek beslenme bozukluğuna sebep olabilen inatçı bulantı ve kusmalar ile karakterize; dehidratasyon, ketonüri, elektrolit ve metabolik bozukluklar ve kilo kaybı ile sonuçlanan bir durumdur. (5,7). HG, biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler etkileşimi karmaşık bir psikosomatik bir hastalık olarak kabul edilmektedir (10,11). HG potansiyel olarak yaşamı tehdit eden komplikasyonlar nedeniyle ciddi bir durum olup (12),

nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte endokrinolojik, biyokimyasal ve psikolojik faktörlerin rol oynadığı öne sürülmektedir. Artan  $\beta$ -hCG ve steroidler, çoğul gebelik, beden kitle indeksinin artması, trofoblastik hastalıklar, önceki gebeliklerde HG olması, nulliparite, Helicobacter pylori infeksiyonu ve vitamin eksikliği etiyolojik faktörler arasındadır (7,13). Multifaktöriyel etyoloji HG'un tedavisini güçleştirebilmektedir (12). Dikkatli klinik değerlendirme altta yatan tıbbi hastalıklar ya da şiddetli kusmaya yol açan gebelik ile ilgili olmayan nedenleri dışlamak için gereklidir (6).

Belirgin kilo kaybı olan, elektrolit ve metabolik bozuklukları olan hiperemesisli gebeler, semptomları kontrol altına alınmazsa, annenin yetersiz beslenmesine neden olarak, fetusta düşük doğum ağırlığı, gelişim geriliği, erken doğum, fetal anomaliler ve hatta fetal ölüme neden olabilir (13,14,15,16,17). HG'in fiziksel sağlık risklerine ek olarak, annenin ruhsal sağlığını olumsuz etkileyip anne bebek bağlanmasını da olumsuz etkileyebileceği öne sürülmüştür (18).

HG anne ve bebek için sağlık riski oluşturmaktadır ve gecikmeden tedavi edilmelidir. HG'da tedavi stratejileri hastaya diyet önerisi, antiemetik tedavi, hospitalizasyon ve intravenöz sıvı tedavisine uzanır. Wernicke ensefalopatisi, ozmotik demyelinizasyon sendromu, tromboemboli gibi komplikasyonların önlenmesi için uygulanan destek tedavisi

dehidratasyonun düzeltilmesi ve elektrolit dengesini sağlamaya yöneliktir. HG tedavisinde psikolojik destek de son derece önemlidir (4, 6, 7, 8, 9,12).

HG kontrol edilemeyen stresli ve sıkıntı veren bir durum olup, hastaların tedavi ve bakımdan memnun olmaları zor olabilmekte, kadın gebelik sırasında hastaneye birkaç kez yatabilmektedir (19). HG tanısı ile hospitalize edilen hastaların bakım gereksinimleri, yaşadıkları fizyolojik ve psikolojik sorunların belirlenmesi hastaya bakım veren sağlık çalışanının bakım kalitesini artırması açısından son derece önemlidir.

Öncelikle HG hastalığının olumsuz etkilerinden gebeleri korumak için doğru baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Ülkemizde HG tanısı alan gebelerin hastalıkları hakkında düşünceleri, kullandıkları baş etme yöntemleri ve gereksinimlerine ilişkin çok az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Bu nedenle bu çalışmanın temel amacı HG tanısı almış ve hastanede hospitalize edilmiş gebelerin hastalıkları hakkında düşünceleri ve bakım gereksinimlerinin saptanmasıdır. Bu amaç doğrultusunda HG'li gebelerin yaşadıkları deneyimler ve gereksinimleri, yaşanan semptomların şiddeti, bu hastalığın fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan etkileri ve gebelerin bulantı ve kusma ile baş etme yöntemlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## **MATERYAL METOD**

**Araştırmanın Tipi Ve Zamanı:** Tanımlayıcı tipte planlanan bu araştırma Ocak 2011-Aralık 2011 tarihleri arasında yapılmıştır.

**Araştırmanın Yeri, Evren Ve Örnekleme:** Manisa il merkezinde bulunan Merkez Efendi Devlet Hastanesi Doğum kliniği ile Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi kadın doğum kliniğine HG tanısı ile yatan gebeler araştırma evrenini oluşturmuştur (n=245). Hospitalize eden gebelerde belirgin bulantı kusma şikayeti göz önüne alınmıştır. Spot idrarda en az 1(+) ketonüri saptanan gebeler ve/veya son bir haftada en az 2 kilo kaybı yaşayanlar ve/veya bulantı kusma nedeniyle oral beslenemeyen kişiler HG tanısı olarak belirlenmiş olup araştırmaya katılan gebelerde bu özellikler ortaktır. Araştırma örnekleme seçilmemiş, tüm gebelere ulaşılması hedeflenmiştir. 26 gebe çalışmaya katılmak istememiş, dört gebe anketin tamamına yanıt vermemiş, araştırma örneklemini 215 gebe oluşturmuştur.

**Araştırmada Kullanılan Soru Formu:** Araştırma yüz yüze görüşme tekniği ile anket formu kullanılarak hastaların odalarında gerçekleştirilmiştir. Anket formu literatür incelemesi ile oluşturulmuş ve üç bölümden oluşmaktadır. Anket formunun ilk bölümü gebelerin sosyo-

demografik ve doğurganlık özelliklerini (gebelerin yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, gebelik ve doğum sayısı gibi) içeren sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölüm, gebelerin HG nedeniyle yaşadıkları semptomlar ve bu semptomlar ile nasıl baş ettiklerini içeren sorulardan oluşmaktadır. Üçüncü bölüm HG hastalığının gebelerin günlük yaşamı, aile ve sosyal yaşantısını nasıl etkilediğini ve bakım gereksinimlerini inceleyen soruları içermektedir.

**Araştırmanın Etiği:** Araştırmanın uygulanabilmesi için Celal Bayar Üniversitesi Etik kurul onayı ile Manisa İl Sağlık Müdürlüğünden izin alınmıştır. Araştırmaya katılan gebelere araştırmanın amacı açıklanmış, bilgilendirilmiş onamları alınmıştır.

**Verilerin Değerlendirilmesi:** Veriler SPSS 17.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Gebelerin tanıtıcı özelliklerinin tanımlayıcı yüzde ve sayı olarak belirtilmiştir.

## **BULGULAR**

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması  $26.9 \pm 5.2$  (17-42) olup, %34.9'u 26-30 yaş grubu arasındadır. İlkokul ve altında eğitim alan kadınların oranı %39.5 olup, yaklaşık 10 kadından yedisi çalışmamaktadır (%70.7). Gebelerin büyük çoğunluğunun sosyal güvencesi bulunmakta (%93.5), %63.7'sinin gelir durumu orta düzeyde ve %81.4'ü çekirdek aile yapısına sahiptir. Kadınların %18.6'sı istemeyerek gebe kalmış, yaklaşık 10 kadından biri eşiyile akrabadır (%9.8). Kadınların %39.1'i primipar olur gebelik sayısı ortalaması  $2.0 \pm 1.2$  (1-9)'dir. Araştırmaya katılan gebelerin gebelik haftası ortalaması  $10.8 \pm 5.6$  (4-34)' dir (Tablo 1).

Gebelerin HG ile ilgili yaşadıkları bulantı ve kusma semptomunun nedeni ve HG hakkında düşünceleri Tablo 2'de sunulmuştur. Gebelerin günlük kusma sayısı ortalaması  $5.6 \pm 4.9$  (0-35), günlük bulantı sayısı ortalaması  $10.8 \pm 7.3$  (0-50)'dir. Gebelerin %62.3'ü gebelikte yaşanan bulantı kusmanın hormonal nedenler ile geliştiğini belirtirken, %46.0'sı bulantı kusma yaşadığında uzandığını, %21.4'ü tuzlu bir şeyler yediğini belirtmiştir. Gebelerin %61.1'i önceki gebeliğinde kusma yaşadığını, %70.2'si bulantı yaşadığını belirtmiştir. Gebelerin yaklaşık yarısı (%52.6) bulantı ve kusmanın kendi sağlığı için, %47.4'ü bebek için tehlikeli olduğuna, gebelerin %66.5'i bulantı ve kusma yaşayan gebelerin hastaneye yatması gerektiğine inanmaktadır ( Tablo 2).

**Tablo 1.**Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri

<b>Tanıtıcı özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Kadının yaş grubu</b>		
20 yaş altı	26	12.1
21-25 yaş	64	29.8
26-30 yaş	75	34.9
31-35 yaş	37	17.2
36 yaş ve üzeri	13	6.0
<b>Kadının eğitim durumu</b>		
İlkokul ve altı	85	39.5
Ortaokul	38	17.7
Lise	60	27.9
Üniversite	32	14.9
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışmayan	152	70.7
Çalışan	63	29.3
<b>Sağlık güvencesi olma durumu</b>		
Olan	201	93.5
Olmayan	14	6.5
<b>Gelir durumu</b>		
Düşük	47	21.9
Orta	137	63.7
Yüksek	31	14.4
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek	175	81.4
Geniş	38	17.7
Parçalanmış aile	2	0.9
<b>Sigara içme durumu</b>		
İçen	14	6.5
İçmeyen	201	93.5
<b>Gebeliğin istenme durumu</b>		
İstenen	175	81.4
İstenmeyen	40	18.6
<b>Eşle akrabalık durumu</b>		
Olan	21	9.8
Olmayan	194	90.2
<b>Gebelik sayısı</b>		
Primipar	84	39.1
Multipar	131	60.9
<b>Toplam</b>	<b>215</b>	<b>100.0</b>



**Tablo 2.** Gebelerin HG İle İlgili Yaşadıkları Kusma Ve Bulantı Semptomunun Nedeni Ve HG Hakkında Düşünceleri

	Sayı	Yüzde
<b>Önceki gebeliğinizde kusma yaşadınız mı?</b>		
Evet	80	61.1
Hayır	51	38.9
<b>Önceki gebeliğinizde bulantı yaşadınız mı?</b>		
Evet	92	70.2
Hayır	39	29.8
<b>*Toplam</b>	<b>131</b>	<b>100.0</b>
<b>Yaşadığınız bulantı ve kusmanın nedeni hakkında neler düşünüyorsunuz?</b>		
Hormonal	134	62.3
Psikolojik	7	3.3
Kalıtsal	11	5.1
Stres	16	7.4
Nedenini bilmeyen	47	21.9
<b>Kusma, Bulantınız olduğunda neler yapıyorsunuz?</b>		
Uzaniyorum	99	46.0
Açık havaya çıkıyorum	37	17.2
Tuzlu şeyler yiyorum	46	21.4
İlaç alıyorum	18	8.4
Hiçbir şey yapmıyorum	15	7.0
<b>Bulantı ve kusmalarınız sizin için tehlikeli midir?</b>		
Evet	113	52.6
Hayır	98	45.6
Bilmiyorum	4	1.8
<b>Nasıl tehlikeleri vardır</b>		
Yanıt vermeyenler	114	53.0
Sağlığı bozar	43	20.0
Yemek yiyemediği için çocuk etkilenir	30	14.0
Kilo kaybı halsizlik yapar	16	7.4
Kalp çarpıntısı, Baş ağrısı, baş dönmesi yapar	3	1.4
Boğazda yanma ve tahriş yapar	2	0.9
Düşük tehlikesi yapar	4	1.9
Kasık ağrısı yapar	3	1.4
<b>Bulantı ve kusmalarınız bebek için tehlikeli midir?</b>		
Evet	102	47.4
Hayır	108	50.2
Bilmiyorum	5	2.3
<b>Nasıl tehlikeleri vardır?</b>		
Yanıt vermeyen	128	59.5
Sağlığı bozabilir	29	13.5
Bebek düşebilir ya da ölebilir	24	11.2
Bebek sıkıntıya girebilir	5	2.3
Gelişme geriliği olabilir	29	13.5
<b>Bulantı ve kusmalar hastaneye yatmayı gerektirir mi?</b>		
Evet	143	66.5
Hayır	9	4.2
Bazen	63	29.3

\*Multiplara sorulmuştur

Gebelerin HG hastalığının psiko-sosyal sağlığına ve günlük yaşam aktivitelerine etkisine yönelik verdikleri yanıtlar Tablo 3'de gösterilmiştir.

**Tablo 3.** HG Hastalığının Gebelerin Psiko-Sosyal Sağlığına Ve Günlük Yaşam Aktivitelerine Etkisi

	Sayı	Yüzde
<b>Bulantı ve kusmalar günlük işlerinizi yapmayı engelliyor mu?</b>		
Evet	188	87.4
Hayır	27	12.6
<b>Hangi işlerinizi engelliyor?</b>		
Yanıt vermeyenler	45	20.9
Ev işleri	151	70.2
İşyerimdeki performansımı etkiliyor	9	4.2
Çocuklarıma yeteri kadar zaman ayıramıyorum	10	4.7
<b>Bulantı ve kusmalarınız eşinizle ilişkinizi etkiliyor mu?</b>		
Evet	119	55.3
Hayır	96	44.7
<b>Eşinizle ilişkilerinizi nasıl etkiliyor?</b>		
Yanıt vermeyen	118	54.9
İletişim yetersizliği	55	25.6
Ten ve sigara kokusundan rahatsız olduğum için yanına yaklaşamıyorum	15	7.0
Cinsel isteksizlik	13	6.0
Yeterince vakit ayıramıyorum	14	6.5
<b>Bulantı ve kusma yaşamanız psikolojik durumunuzu etkiliyor mu?</b>		
Evet	146	67.9
Hayır	69	32.1
<b>Psikolojik durumunuzu nasıl etkiliyor?</b>		
Yanıt vermeyen	94	43.7
Kendimi kötü hissediyorum	61	28.4
Umutsuz ve mutsuzum	25	11.6
Sorumluluklarımı yerine getiremediğim için kötüyüm	7	3.3
Yorgun hissediyorum, Sinirli ve stresliyim	28	13.0
<b>Bulantı ve kusma yaşamanız sosyal yaşantınızı etkiliyor mu?</b>		
Evet	172	80.0
Hayır	43	20.0
<b>Sosyal yaşantınızı nasıl etkiliyor?</b>		
Yanıt vermeyen	75	34.9
Dışarı çıkamıyorum	124	57.7
Aile ziyaretlerine katılamıyorum	9	4.2
İş yaşantımı etkiliyor	5	2.3
Egzersiz yapamıyorum	2	0.9
<b>Bulantı ve kusmalarınız olduğunda nelere gereksinim duyuyorsunuz?</b>		
Yanıt vermeyen	49	22.8
Tuzlu gıda, açık hava, bir yere uzanmak istiyorum	81	37.7
Ailemden sevgi, saygı bekliyorum	18	8.4
Dinlenmek ve yalnız kalmak istiyorum	58	27.0
Kusmak istiyorum başka türlü rahatlayamıyorum	9	4.2

Gebelerin %87.4'ü bulantı kusmanın günlük yaşam aktivitelerini, %55.3'ü eşi ile olan ilişkilerini etkilediğini belirtmiştir. Yaklaşık dört gebeden biri (%25.6) eşile iletişim yetersizliği yaşadığını, %7'si ten ve sigara kokusundan rahatsız olduğu için eşinin yanına yaklaşmadığını belirtmiştir. Gebelerin %67.9'u yaşanan bulantı ve kusmanın psikolojik durumunu etkilediğini, %28.4'ü kendini kötü hissettiğini, %11.6'sı mutsuz ve umutsuz olduğunu ifade etmiştir. Sosyal yaşantısının etkilendiğini belirten gebe oranı %80 olup, yarıdan fazlası (%57.7) dışarı çıkamadığını söylemiştir. HG tanısı ile yatan gebelere bulantı kusmanız olduğunda nelere gereksinim duyuyorsunuz diye sorulduğunda %37.7'si tuzlu gıda yemek istediğini, açık havaya çıkmak ve bir yere uzanmak istediğini belirtmiştir. Gebelerin %8.4'ü ailemden sevgi, saygı bekliyorum yanıtını verirken, %27.0'si dinlenmek ve yalnız kalmak istiyorum yanıtını vermiştir ( Tablo 3).

Gebelere hastanede yattığı süre boyunca yaşadıkları sorunlar sorulduğunda, %83.7'si yorgunluk, %82.8'i iştahta azalma, %78.1'i can sıkıntısı, %59.1'i kilo kaybı yaşadığını belirtmiştir. Yaşanan diğer sorunlar Tablo 4'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.** Gebelerin Hastanede Yattığı Süre Boyunca Yaşadıkları Sorunlar

Sorunlar	Yaşayan	Yaşamayan
Uzun süre yatmaya bağlı kaslarda güçsüzlük ve ağrı	113 (52.6)	102 (47.4)
Uzun süre yatakta kalmaya bağlı hareketlerde kısıtlılık	112 (52.1)	103 (47.9)
Hijyen (kişisel temizlik, vs.) eksikliği	100 (46.5)	115 (53.5)
İştahta azalma	178 (82.8)	37 (17.2)
Kilo kaybı	127 (59.1)	88 (40.9)
Mide yanması	134 (62.3)	81 (37.7)
Ağza acı, ekşi şu gelmesi	166 (77.2)	49 (22.8)
Kulak, burun dolgunluğu	72 (33.5)	143 (66.5)
Baş ağrısı	142 (66.0)	73 (34.0)
Uyku problemleri	135 (62.8)	80 (37.2)
Yorgunluk	180 (83.7)	35 (16.3)
Yalnızlık duygusu	99 (46.0)	116 (54.0)
Güçsüzlük duygusu	142 (66.0)	73 (34.0)
Huzursuzluk duygusu	126 (58.6)	89 (41.4)
Korku duygusu	97 (45.1)	118 (54.9)
Öfke ve düşmanlık duyguları	30 (14.0)	185 (86.0)
Kendi yaşamınızla ilgili kontrol kaybı	63 (29.3)	152 (70.7)
Aileden ayrılma nedeniyle üzüntü	114 (53.0)	101 (47.0)
Can sıkıntısı	168 (78.1)	47 (21.9)
Doğum öncesi ya da şu anki durumuyla ilgili bilgi eksikliği	80 (37.2)	135 (62.8)
Doktorunun ilgisinin yetersizliği	36 (16.7)	179 (83.3)
Kendi sağlığı ile ilgili endişelerinin olması	110 (51.2)	105 (48.8)
Bebeğin sağlığı ile ilgili endişelerinin olması	125 (58.1)	90 (41.9)

## TARTIŞMA

Bulantı ve kusma gebeliğin erken dönemlerinde oldukça rahatsız edici bir semptom olup, pek çok gebe kadını etkilemektedir. Araştırmalar, bulantı ve kusmanın sadece patolojik bir sorun olmadığını, psiko-sosyal ve kültürel faktörlerin bu hastalığın etiolojisinde önemli yeri olduğunu belirtmiştir. Kompleks ve karmaşık bir hastalık olan HG gebeler üzerinde bir çok olumsuz etkisi olmasına rağmen ihmal edilen bir hastalıktır (20). Şiddetli bulantı ve kusma yaşayan gebeler HG nedeniyle hospitalize edilmektedir. HG nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların bu süreçte yaşadıkları fiziksel ve psikolojik sorunları anlamak bakım kalitesini arttırmada ve kadının psiko-sosyal sağlığını anlamada son derece önemlidir (21). Bu çalışmada HG nedeniyle hospitalize edilen gebelerin HG hastalığı ile ilgili düşünceleri, bakım gereksinimleri ve yaşadıkları sorunlar incelenmiştir.

HG tanısı alan hastalar bulantı ve/veya kusma nedeniyle yeterli gıda ve sıvı alamamakta; kilo kaybı, dehidratasyon, beslenme bozuklukları, metabolik bozukluklar, günlük yaşam aktivitelerinde zorluk, psikososyal stres ve depresyon yaşayabilmektedirler (22). Bu çalışmada HG tanısı alan gebelerin uzun süre yatmaya bağlı kaslarda güçsüzlük ve ağrı, uzun süre yatakta kalmaya bağlı hareketlerde kısıtlılık, hijyen (kişisel temizlik, vs.) eksikliği, iştahta azalma, kilo kaybı, mide yanması, ağza acı, ekşi su gelmesi, uyku problemleri, yorgunluk gibi fiziksel semptomlar yaşadıkları bulunmuştur. Gebelerin yaşadıkları psikolojik semptomlar ise yalnızlık, güçsüzlük, huzursuzluk, korku, öfke ve düşmanlık duygusu, aileden ayrılma nedeniyle üzüntüdür. Tan ve ark (23) HG tanısı alan kadınların %37.3'ünde anksiyete ve depresyon semptomlarının yaşandığını belirtmiştir. İstanbul'da bir hastanede HG tanısı ile hospitalize edilen 34 gebe ile rutin antenatal kontrole gelen gebeler "Symptom Checklist" (SCL-90-R) doldurularak karşılaştırıldığı bir çalışmada, HG olan hastalarda kontrol grubuna göre daha yüksek stres skorları bulunmuştur. HG hastalığının psikolojik yönleriyle karmaşık bir hastalık olarak belirtildiği bu çalışmada bakım verenlerin bu gerçeği göz önüne alarak hastalara psikolojik destek vermenin önemi belirtilmiştir (11).

Bu çalışmada kadınların yaklaşık yarısı kendi ve bebeğinin sağlığı hakkında endişelendiğini ve HG hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını belirtmişlerdir. HG hastalığının etiolojisi ve bu hastalık hakkında kadınların bilgi, inanç ve tutumlarının belirlenmesi gebelere bu konuda bilgi verilmesi hastanın kaygı ve endişelerini azaltmaya yardımcı olacak ve hasta memnuniyetini arttıracaktır.

Gebelikte bulantı ve kusma kadının bireysel, aile, sosyal ve iş yaşamı üzerinde olumsuz etkileri olan ve yaşamına hükmeden bir durumdur. Bulantı kusma kadının öz bakımını yerine getirmesine engel olmakta, gücünü azaltmakta ve aşırı duyarlı hale getirmektedir. Bu durum kadının benlik saygısının düşmesine neden olmaktadır. Bulantı kusmanın ne zaman duracağı ve bunu nasıl yöneteceğinin bilinmemesi, kadının hayal kırıklığı, umutsuzluk, güçsüzlük ve anksiyete yaşamasına neden olmaktadır. Bu durum kadının bulantı, kusma ile baş etmesine engel oluşturmakta, gebeliğe ve anneliğe uyumunu güçleştirmektedir (24,25). Bu araştırmada kadınların büyük çoğunluğu HG nedeniyle yaşanan bulantı kusma semptomlarının aile, psikolojik ve sosyal yaşamını etkilediğini ve bu alanlarda kısıtlılıklara yol açtığını; dinlenme ve diyet değişikliklerinin semptomları azalttığını belirtmiştir. Yapılan bir çalışmada gebelerin %70'inin bulantı ve kusma semptomu yaşadığı ve kadınların %28'inin bu semptomların günlük yaşam aktivitelerini etkilediği belirtilmiştir. HG'li hastalara bakım verenlerin hastanın gereksinimlerinin farkında olmaları ve hastanın konforunu sağlayacak yaşam tarzı değişikliklerini sağlamaları son derece önemlidir (26). Power ve ark (19) yaptıkları çalışmada HG hastalığının yıpratıcı bir durum olduğunu ve sağlık çalışanlarının bu hasta grubuyla yeterince ilgilenmediklerini ve uygun bakımı vermediklerini belirtmiştir. Şiddetli HG olan kadınlar ile HG tanısı alan tüm kadınların karşılaştırıldığı bir çalışmada, özellikle şiddetli HG olan kadınların gebelikte bilişsel, davranışsal ve duygusal fonksiyon bozukluğu açısından risk altında olduğu; HG tanısı alan kadınların depresyon, anksiyete ve stres puanlarının yüksek bulunduğu belirtilmiştir (27).

Önceki bazı çalışmalarda HG olumsuz psikososyal etkilerinin olduğu belirtilmiştir. Bir çalışmada kadınların büyük çoğunluğunun (%82.8) iş kaybı ya da işte yaşanan zorluklar, gelecekteki gebelikler ile ilgili korku, depresyon ve kaygı duyguları gibi olumsuz psikososyal değişikliklere yol açtığı bulunmuştur. HG tanısı alan gebelerin yaşadıkları bu duyguları sağlık profesyonelleri tarafından yeterince anlaşılmadıkları ve psikiyatrik sekellerin bu kadınlarda yaklaşık iki kat fazla olduğu belirtilmiştir (28). Bulantı ve kusma semptomunu çok şiddetli yaşayan gebelerin fiziksel ve mental sağlığını düzeltmek ve semptom yönetimini sağlamak bu dönemi daha rahat ve stressiz geçirmelerine katkı sağlayacaktır (1).

Bu çalışmada gebelerin %59.1'i kilo kaybı yaşadığını belirtmiştir. 100 kadınla yapılan bir çalışmada 37 kadın önceki gebeliğinde HG yaşadığı için tekrar gebe kalmak istemediğini belirtmiştir. Tekrar gebe kalan 57 kadınının %87'si ikinci gebeliğinde şiddetli derecede kusma bulantı yaşadığını, HG tekrar yaşayan kadınların %98'inde kilo kaybı geliştiği,

%83'ünün iv sıvı tedavisi aldığı, %20'sinin parenteral ya da nazogastrik tüple beslendiği ve %48'inin hospitalize edildiği belirtilmiştir (29). Fejzo ve ark (30) çalışmasında, HG tanısı alan kadınlar arasında yaygın olan aşırı kilo kaybını gebelik öncesi ağırlığının >% 15 kaybı olarak tanımlamış, kadınların %26.1'inde aşırı kilo kaybı yaşandığını belirtmiştir. Aşırı kilo kaybı HG hastalığının ciddiyeti için önemli bir indikatör olup, bu kadınlarda hastanede yatma, parenteral beslenme, safra kesesi ve karaciğer fonksiyon bozukluğu, böbrek yetmezliği, ve retinal kanama gibi gebelik sırasında birçok semptom ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Kadınların bazılarında doğum sonrası belirtilerin devam ettiğini, kas ağrısı, bulantı ve posttravmatik stres gibi bozuklukların yaygın olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmada gebelerin bulantı kusma ile baş etmek için öncelikle açık havaya çıkmayı, istirahat etmeyi tercih ettikleri görülmüştür. Ancak çalışmada alternatif yöntemler olarak belirtilen düzenli uyku, gebelikten önce vitamin takviyesi, protein ağırlıklı gıdaların tercih edilmesi, katı ve sıvı gıdaların bir arada alınmaması gibi yöntemlerin gebeler tarafından tercih edilmemesi ve hiçbir yöntem kullanmayan kadın sayısının çokluğu dikkat çekicidir. Yapılan bir çalışmada gebelik bulantı ve kusmasının yorgunluk ile anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır. Bulantı ve kusması fazla olan gebelerin bulantı ve kusmayı azaltmak için istirahat etmeyi ve uyumayı daha fazla tercih ettikleri görülmüştür (31). Yapılan diğer bir araştırmada gebelerin %82.6'sı yemek kokularının, %41'i halsizlik ve yorgunluğun %30.3'ü ise her ikisinin birlikte bulantı kusmayı artırdığını belirtmiştir (24).

Bu çalışmanın bulguları doğrultusunda; HG tanısı alan gebelerin bu hastalık hakkında bilgilendirilmesi, kullandıkları baş etme yöntemlerinin belirlenip doğru olanların desteklenmesi, yanlış olanların düzeltilmesi ve alternatif baş etme yöntemlerinin eklenmesi, yaşadığı psiko-sosyal ve fizyolojik sorunların belirlenip desteklenmesi son derece önemlidir.

## KAYNAKÇA

1. Ebrahimi N, Maltepe C et al. Optimal Management Of Nausea And Vomiting Of Pregnancy. Int J Womens Health. 2010; Aug 4;2:241-248.
2. Matthews A, Dowswell T, et al. Interventions For Nausea And Vomiting In Early Pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2010; Sep 8;(9):CD007575.
3. Chou FH, Chen CH, et al. Experience Of Taiwanese Women Living With Nausea And Vomiting During Pregnancy. J Midwifery Womens Health. 2006; Sep-Oct;51(5):370-375.

4. Jueckstock JK, Kaestner R, et al. Managing Hyperemesis Gravidarum: A Multimodal Challenge. *BMC Med.* 2010; Jul 15;8:46.
5. Festin M. Nausea And Vomiting In Early Pregnancy. *Clin Evid (Online).* 2009; Jun 3;2009. pii: 1405.
6. Loh KY, Sivalingam N. Understanding Hyperemesis Gravidarum. *Med J Malaysia.* 2005; Aug;60(3):394-9; quiz 400.
7. Tamay AG, Kuşçu NK. Hyperemesis Gravidarum: Current Aspect. *J Obstet Gynaecol.* 2011; Nov;31(8):708-12.
8. Jewell D, Young G. Interventions For Nausea And Vomiting In Early Pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; Sep 8;(9):CD000145.
9. Bottomley C, Bourne T. Management Strategies For Hyperemesis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009; Aug;23(4):549-564.
10. D'Orazio LM, Meyerowitz BE, et al. Evidence Against A Link Between Hyperemesis Gravidarum And Personality Characteristics From An Ethnically Diverse Sample Of Pregnant Women: A Pilot Study. *J Womens Health (Larchmt).* 2011; Jan;20(1):137-144.
11. Pirimoglu ZM, Guzelmeric K, ve ark. Psychological Factors Of Hyperemesis Gravidarum By Using The Scl-90-R Questionnaire. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2010;37(1):56-9.
12. Sonkusare S. The Clinical Management Of Hyperemesis Gravidarum. *Arch Gynecol Obstet.* 2011; Jun;283(6):1183-92.
13. Öztürk F. Uzmanlık Tezi; "Helicobacter Pylori Seropozitifliğinin Hiperemezis Gravidarum Kliniği İle İlişkisi" T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Tez Yöneticisi; Op. Dr. Cemal Ark. İstanbul-2005
14. Veenendaal MV, et al. Consequences Of Hyperemesis Gravidarum For Offspring: A Systematic Review And Meta-Analysis. *BJOG.* 2011; Oct;118(11):1302-13.
15. Roseboom TJ, et al. Maternal Characteristics Largely Explain Poor Pregnancy Outcome After Hyperemesis Gravidarum. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011; May;156(1):56-9.
16. Lamondy AM. Hyperemesis Gravidarum And The Role Of The Infusion Nurse. *J Infus Nurs.* 2006; Mar-Apr;29(2):89-100.

17. Bailit JL. Hyperemesis gravidarum: Epidemiologic Findings From A Large Cohort. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; Sep;193(3 Pt 1):811-814.
18. McCormack D, Scott-Heyes G, et al. The Impact Of Hyperemesis Gravidarum On Maternal Mental Health And Maternal-Fetal Attachment. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2011; Jun;32(2):79-87.
19. Power Z, Thomson AM, et al. Understanding The Stigma Of Hyperemesis Gravidarum: Qualitative Findings From An Action Research Study. *Birth.* 2010; Sep;37(3):237-44.
20. Tzeng YL. Unraveling The Myths About Nausea And Vomiting During Pregnancy. *Hu Li Za Zhi.* 2004; Jun;51(3):89-93.
21. Cohen J, Ducarme G, et al. Psychosomatal Approach To Hyperemesis Gravidarum. *Gynecol Obstet Fertil.* 2007; Jun;35(6):565-569.
22. Jennings-Sanders A. A Case Study Approach To Hyperemesis Gravidarum: Home Care Implications. *Home Healthc Nurse.* 2009; Jun;27(6):347-51; quiz 352-353.
23. Tan PC, Vani S, et al. Anxiety And Depression In Hyperemesis Gravidarum: Prevalence, Risk Factors And Correlation With Clinical Severity. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010; Apr;149(2):153-8.
24. Timur S, Kızılırmak A. Gebelerin Bulantı Kusma ile Baş Etme Yöntemleri. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg* 2011; Cilt 19 - Sayı 3: 129-134
25. Mete T, Karataş T, ve ark.. Bulantı ve kusma gebe kadını nasıl etkiler? 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi; 2009, Bursa, p 454.
26. O'Brien B, Naber S. Nausea And Vomiting During Pregnancy: Effects On The Quality Of Women's Lives. *Birth.* 1992; Sep;19(3):138-43.
27. McCarthy FP, et al Scope Consortium. A Prospective Cohort Study Investigating Associations Between Hyperemesis Gravidarum And Cognitive, Behavioural And Emotional Well-Being In Pregnancy. *PLoS One.* 2011;6(11):e27678. Epub 2011 Nov 18.
28. Poursharif B, Korst LM, et al. The Psychosocial Burden Of Hyperemesis Gravidarum. *J Perinatol.* 2008; Mar;28(3):176-81.
29. Fejzo MS, Macgibbon KW, et al. Recurrence Risk Of Hyperemesis Gravidarum. *J Midwifery Womens Health.* 2011; Mar-Apr;56(2):132-136.



30. Fejzo MS, Poursharif B, et al. Symptoms And Pregnancy Outcomes Associated With Extreme Weight Loss Among Women With Hyperemesis Gravidarum. J Womens Health (Larchmt). 2009; Dec;18(12):1981-1987.

31. Köken G, Coşar E, et al. Erken Gebelikte Bulantı ve Kusmaya Etki Eden Faktörler J Turk Soc Obstet Gynecol. Yıl: 2009; Cilt: 6 Sayı: 2 92-96

## ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE PREMENSTRUAL SENDROM GÖRÜLME SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sezer KISA<sup>1</sup>, Simge ZEYNELOĞLU<sup>2</sup>, Nazan GÜLER<sup>2</sup>

### ÖZET

Bu çalışma üniversite öğrencisi olan genç kızlarda premenstrual sendrom sıklığını belirlemek ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı olan çalışmanın evrenini Gaziantep ili Kredi ve Yurtlar Kurumu'nda kalan 1052 kız öğrenci oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden 282 öğrenci ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışma 12 Kasım- 28 Ocak 2011 tarihleri arasında uygulanmıştır. Veriler 28 sorudan oluşan anket formu ve Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi, ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde kullanılmıştır. Öğrencilerin yaş ortalamalarının 20.52±1.65 ve menarş yaşı ortalamalarının 13.21 ± 1.30 olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin PMSÖ'den aldıkları puana göre PMS prevalansı %57.4 olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin PMSÖ'nden aldıkları puan ortalaması 116.56 ± 31.10 olarak saptanmıştır. Premenstrual dönemde öğrencilerin %70.2'sinde iştah değişimleri, %68.1'inde depresif duygulanım, %65.6'sında yorgunluk, %64.2'sinde sinirlilik, %62.4'ünde şişkinlik, %61.7'sinde ağrı, %50.7'sinde uyku değişimleri, %42.6'sında depresif düşünceler ve %20.6'sında anksiyete yakınmalarının görüldüğü belirlenmiştir. PMS etkileyen faktörler incelendiğinde; menstruasyona ilişkin aldığı bilginin yetersiz olduğu düşünen ( $x^2 = 3.820$ ), menstruasyon görmeye ilişkin olumsuz tepkileri olan ( $x^2 = 3.302$ ), dismenore yaşayan ( $x^2 = 4.162$ ), kendisinin ( $x^2 = 11.032$ ) ve annesinin ( $x^2 = 4.162$ ) premenstrual yakınmalar yaşadığını belirten öğrencilerin PMS yaşadığı belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede değişkenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). PMS'nin olumsuz etkilerinin daha az yaşanması için okul sağlığı hemşirelerinin ve sağlık profesyonellerinin eğitimci ve danışman olarak öğrencilere destek olmaları önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Premenstrual Sendrom, Menstrual Sorunlar, Gençlik, Üreme Sağlığı

<sup>1</sup>Yrd.Doç.Dr., Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü,

<sup>2</sup>Yrd.Doç.Dr., Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü,

<sup>2</sup>Öğr.Gör., Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü.

**İletişim/ Corresponding Author:** Sezer KISA

**Geliş Tarihi / Received :** 06.08.2012

**Tel:** 0 342 3606060-76747 **e- posta:** sezer@gazi.edu.tr

**Kabul Tarihi / Accepted :** 21.10.2012

## **PREVALENCE OF PREMENSTRUAL SYNDROME AMONG UNIVERSITY STUDENTS AND AFFECTING FACTORS**

### **ABSTRACT**

This study was done to determine the prevalence of premenstrual syndrome and affecting factors among university students. The universe of this descriptive study conducted on 1052 female students who are living in the institution of Credit and Dorms in Gaziantep. This study was carried out between 12 November 2011 to 28 January 2012. This study was conducted with 282 students who agreed to participate in the research. A questionnaire consisting of 28 questions and the Premenstrual Syndrome Scale (PAF) were used for data collection. Chi-square test, mean standart deviation, number and percentages were used to evaluate the data. Mean age of the students was  $20.52 \pm 1.65$  and mean age at menarche was determined to be  $13.21 \pm 1.30$ . The prevalence of Premenstrual Syndrome among female students was 51%. Students' average scores on PMS scale was found to be  $116.56 \pm 31.10$ . It was determined that in the premenstrual period, 70.2% students had changes in appetite, 68.1% had depressive mood, 65.6% of cases had fatigue, 64.2% irritability, 62.4% swelling, 61.7% pain, 50.7% had sleep changes, 42.6% of cases had depressive thoughts and 20.6% had anxiety symptoms. When examine the factors affecting PMS, we found that PMS was more common among students who think that they had insufficient information about menstruation ( $\chi^2 = 3.820$ ), who have had negative attitudes towards menstruation ( $\chi^2 = 3.302$ ), have dysmenorrhea ( $\chi^2 = 4.162$ ), have PMS ( $\chi^2 = 11.032$ ) and whose mothers have had PMS ( $\chi^2 = 4.162$ ). A statistically significant difference was found between the variables ( $p < 0.05$ ). In order to decrease the negative effects of PMS, it is recommended to create awareness about PMS and school health nurses or health professionals in the health care institutions to act as a consultant and educator in the support of students about PMS.

**Key words:** Premenstrual syndrome, Menstrual problems, Youth, Reproductive Health

## GİRİŞ

Premenstrual sendrom (PMS) terimi, menstrual siklusun luteal fazında görülen ve menstruasyonun başlamasıyla birlikte düzelen kognitif, duygusal ve bilişsel bozuklukları tanımlamak için kullanılmaktadır (1,2). Ancak farklı kaynaklar PMS'nin bitiş zamanını farklı tanımlamaktadır. Amerikan Obstetrik ve Jinekologlar Birliğine göre, PMS tanısı konulabilmesi için bir kadında menstruasyon başlamadan önceki 5 gün içerisinde belirtilerin görülmesi ve menstruasyon başladıktan sonra 4 gün içinde belirtilerin bitmesi gerekmektedir (3).

PMS, 1931 yılında tanımlanmasına rağmen günümüzde bu sendromun epidemiyolojisi, etiyolojisi ve patofizyolojisi henüz çözümlenememiştir. 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 (4-9). Progesteron düzeylerindeki düşüklük, östrojenin yüksek veya düşük düzeyleri, östrojen-progesteron oranlarında değişiklikler, aldosteron, reninangiotensin ve adrenal bez aktivitesindeki artışlar, endojen endorfinlerin düşüklüğü, merkezi katekolamin değişiklikleri, prolaktin salınımının artışı PMS'nin ortaya çıkmasında sorumlu tutulan hormon değişiklikleri arasında yer almaktadır (4-10). 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 (1,2,11,13,14). Dismenore ağırlı menstruasyon durumu olmakla birlikte literatürde PMS'u etkileyen faktörlerden birisi olarak ele alınmaktadır (12-14). Yapılan çalışmalarda dismenoresi olan genç kızların olmayanlara göre daha fazla PMS belirtileri yaşadığı tespit edilmiştir (12-14).

Premenstrual sendrom (PMS), özellikle genç kızları etkileyen ve yaygınlığı %5-76 arasında değişen önemli bir halk sağlığı sorunudur (11-18). Mestruasyon gören kadınların %85'inde bir ya da birden fazla PMS belirtisi görüldüğü belirtilmektedir. PMS'nin belirtileri hafif, orta ve şiddetli derece yaşanabilmektedir. PMS'de ciddi belirtiler yaşayanların oranının %3-8 arasında değiştiği belirtilmektedir (19). PMS, fiziksel, psikolojik ve davranışsal değişiklikler oluşturmaktadır. En sık görülen belirtiler arasında huzursuzluk, gerginlik, öfkenin kontrol edilememesi, yorgunluk, baş dönmesi, iştahta artma, anksiyete, konsantrasyonda azalma, memelerde dolgunluk ve hassasiyet, kas ve eklem ağrısı gibi

belirtilerdir (1,2,20). Premenstrual dönemdeki bu değişiklikler, genç kızların okul başarısını, derslere devamını, duygusal iyilik halini, sosyal aktivitelerini ve aile ilişkilerini olumsuz etkilemektedir (12,21-23). Bu nedenle PMS'ye ilişkin bilgilerin adölesan dönemde menstruasyona ilişkin bilgilendirme sırasında yapılması, bu konuda farkındalık oluşturulması, PMS belirtisi yaşayanların belirlenmesi ve PMS ile baş etmede kullanılacak farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin öğretilmesi ile genç kızlarda üreme çağı boyunca ortaya çıkacak ekonomik ve psikolojik kayıplar azaltılacaktır (24).

Günümüzde PMS'un etkili bir tıbbi tedavisi bulunmamaktadır. 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 (21,25,26). Biyopsikososyal yaklaşım, bireyin, ailesinin ve çevresinin, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerle ele alındığı çok boyutlu bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, bireyin kaygılarının tümünü bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirme, tanıya yaklaştıracak asıl sorunu bulma, soruna yönelik tedavi planları geliştirebilme, bireyi eğitebilme ve motive edebilmeyi içerir (1). Bu yaklaşıma göre PMS ile baş etmede, genç kızların menstruasyonun fizyolojisi ve menstrual siklus hakkında bilgilendirilmeleri, menstruasyona ilişkin yanlış inanış ve bilgilerin düzeltilmesi, beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi ve egzersiz alışkanlığının kazandırılması, stresle baş etme mekanizmalarını geliştirmelerinin sağlanması gerekmektedir (1,21). Bu nedenle bu çalışma da, genç kızların menstruasyona ilişkin tepkilerinin, menstrual ve premenstrual dönemde yaşadıkları sorunların ve menstruasyona ilişkin bilgilerinin yeterliliğinin belirlenmesine yönelik kanıta dayalı verilerin elde edilmesi düşünülmüştür.

Bu araştırma üniversite öğrencisi olan genç kızlarda PMS sıklığını belirlemek ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

## **MATERYAL VE METOD**

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini Gaziantep İli Kredi ve Yurtlar Kurumu'nda kalan, menstruasyon dönemleri düzenli olan 1052 kız öğrenci oluşturmuştur. Çalışmanın örneklem sayısı, evreni bilinen örneklemi hesaplama formülü ile ( $n=N.t^2.p.q/d^2.(N-1)t^2.p.q$ ) 282 öğrenci olarak belirlenmiştir. Veriler yarı yapılandırılmış 28 adet sorudan oluşan anket formu ve premenstrual sendrom ölçeği (PMSÖ) kullanılarak

toplanmıştır. Anket formunda sosyo-demografik özellikler, premenstrual dönem özellikleri, öğrencilerin ve annelerinin menstrual dönem özellikleri ile ilgili sorular yer almaktadır. PMSÖ'ü 2006 yılında Gençdoğan tarafından geliştirilen 44 maddelik, beşli likert tipi ve dokuz alt boyutlu bir ölçektir (27). Hiç seçeneğine “bir puan”, sürekli seçeneğine “beş puan” verilmiştir. Alt boyutların 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'dir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan ise 220'dir. Toplam ölçek ve alt boyutlardan alınabilecek en yüksek puanın %50'sini geçme durumuna göre PMS'un olup olmadığı yönünde değerlendirme yapılmaktadır. Ölçeğin cronbach alfa güvenirliği 0.75 olup, bu çalışma için cronbach alfa 0.85 olarak bulunmuştur. Çalışmanın yapılabilmesi için ilgili kurumdan yazılı izin, çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden ise bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır. Veri toplama araçları, 12 Kasım- 28 Ocak 2011 tarihleri arasında uygulanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması 30-35 dakika sürmüştür. Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 11.5 version kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare testi, ortalama, standart sapma, sayı ve yüzde kullanılmıştır.

## **BULGULAR**

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo demografik özellikleri incelendiğinde; öğrencilerin yaş ortalamalarının  $20.52 \pm 1.65$  (min = 18, max = 26) ve menarş yaşı ortalamalarının  $13.21 \pm 1.30$  (min = 11, max = 17) olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin %40.4'ünün annelerinin ilköğretim mezunu ve %89.4'ünün annelerinin ev hanımı olduğu, %81.2'sinin çekirdek aileye sahip olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin %3.9'unun sigara ve %7.8'inin alkol kullandığı, %31.6'sının anemisi olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin menstruasyona ilişkin düşünceleri incelendiğinde; öğrencilerin yarısından fazlasının (%50.7) menstruasyonu “kirli kanın dışarı atılması”, %18.1'inin “hormonal denge ve sağlıklı olma” ile ilişkilendirdikleri ve menstruasyona ilişkin tepkilerinin %83.7'sinin olumlu olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin menstruasyona ilişkin bilgi alma durumları incelendiğinde; öğrencilerin %64.2'sinin menarş olmadan önce bilgi aldıkları, yarısından fazlasının (%65.7) bu bilgiyi annelerinden aldıkları, %77.3'ünün aldığı bilgiyi yeterli bulduğu belirlenmiştir

Öğrencilerin %31.6'sının annelerinin, %66.7'sinin kendilerinin premenstrual yakınmalar yaşadıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin %89.9'u soğuk havanın, %22.3'ü ailevi sorunların premenstrual yakınmalarını arttırdığını belirtmişlerdir. Öğrencilerin %80.1'inin dismenore yaşadıkları ve dismenoreyi azaltmak için %48.7'sinin ağrı kesici kullandıkları saptanmıştır (Tablo 1).

**Tablo 1.** Öğrencilerin Menstruasyon, Pms Ve Dismenore İle İlgili Özellikleri  
(Premenstrual Dönem Özellikleri) n=282

<b>Premenstrual Dönem Özellikleri</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Adet Görmenin Anlamı</b>		
Anne olmak için hazırlık	88	31.3
Vücutta kirli kanın her ay dışarı atılması	143	50.5
Hormonal denge ve sağlıklı olma	51	18.2
<b>Adet görmeden önce bilgi alma durumu</b>		
Evet	181	63.9
Hayır	101	36.1
<b>Adet görmeden önce bilgi aldığı kişi*</b>		
Anne	119	65.3
Abla	21	11.2
Arkadaş	16	8.3
Öğretmen	11	6.1
Sağlık Personeli	14	7.1
<b>Adet görme ile ilgili bilgiyi kim vermeli</b>		
Anne	207	73.1
Abla	13	4.6
Arkadaş	3	1.06
Öğretmen	5	1.8
Sağlık Personeli	54	19.1
<b>Premenstrual Sendrom Yaşama Durumu</b>		
Yaşayan*	188	66.7
Yaşamayan	94	33.3
<b>Premenstrual Yakınmaları Arttıran Etmenler (n=188)**</b>		
Soğuk hava**	169	89.9
Ailevi sorunlar***	42	22.3
Sıcak hava	34	18.1
Arkadaşlar ile yaşanan sorunlar	33	17.6
<b>Dismenore Yaşama Durumu</b>		
Yaşayan	226	80.1
Yaşamayan	56	19.9
<b>Dismenoreyi Azaltmak için Kullanılan Yöntemler (n=226)**</b>		
Ağrı kesici kullanma	110	48.7
Yatarak dinlenme	65	28.8
Sıcak uygulama	40	17.7
Herhangi bir yöntem kullanmama	11	4.8

\*Adet görmeden önce bilgi alan kişiler bu soruyu yanıtlamışlardır.

\*\* Bu soruya premenstrual yakınma yaşayan öğrenciler yanıt vermiştir.

\*\*\* Bu soruya dismenore yaşayan öğrenciler yanıt vermiştir.

Öğrencilerin PMS ölçeğinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar kesme noktalarına göre değerlendirilmiştir. Öğrencilerin PMS ölçeğinin kesme noktasına göre %57.4'ünde PMS belirlenmiştir. Öğrencilerin PMS ölçeğinden aldıkları puan ortalaması  $116.56 \pm 31.10$  olarak saptanmıştır (Tablo 2).

**Tablo 2.** Öğrencilerin PMS Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

PMS Ölçeğinin Kesme Noktaları	% (n)	Ortalama $\pm$ SD
$\leq 110$ puan	42.6 (120)	$87.69 \pm 16.22$
$\geq 111$ puan	57.4 (162)	$137.96 \pm 20.31$
<b>Toplam</b>	100.0 (282)	$116.56 \pm 31.10$

n= 282

Öğrencilerin PMS ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları; depresif duygulanım alt boyutu için  $19.90 \pm 6.20$ , anksiyete alt boyutu için  $12.57 \pm 5.06$ , yorgunluk alt boyutu için  $17.80 \pm 5.59$ , sınırlılık alt boyutu için  $15.13 \pm 5.56$ , depresif düşünceler alt boyutu için  $16.40 \pm 6.97$ , ağrı alt boyutu için  $8.45 \pm 2.85$ , iştah değişimleri alt boyutu için  $9.53 \pm 3.35$ , uyku değişimleri alt boyutu için  $7.70 \pm 3.12$  ve şişkinlik alt boyutu için  $9.05 \pm 3.90$  olarak saptanmıştır. Öğrencilerin PMS ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanlar kesme noktalarına göre değerlendirildiğinde; premenstrual dönemde öğrencilerin %70.2'sinde iştah değişimleri, %68.1'inde depresif duygulanım, %65.6'sında yorgunluk, %64.2'sinde sınırlılık, %62.4'ünde şişkinlik, %61.7'sinde ağrı, %50.7'sinde uyku değişimleri, %42.6'sında depresif düşünceler ve %20.6'sında anksiyete yakınmalarının görüldüğü belirlenmiştir (Tablo 3).

Öğrencilerin ve annelerinin menstrual dönem özelliklerine göre PMS yaşama durumları incelendiğinde; menstruasyona ilişkin aldığı bilginin yetersiz olduğu düşünen öğrencilerin çoğunluğunun (%70.7), menstruasyon görmeye ilişkin olumsuz tepkileri olan öğrencilerinin %69.6'sının PMS yaşadığı belirlenmiştir. Araştırmada kendisinin (%64.4) ve annesinin (66.3) premenstrual yakınmalar yaşadığını belirten öğrencilerin yarısından fazlasının PMS yaşadığı belirlenmiştir. Ayrıca dismenore yaşayan öğrencilerin %61.5'inin PMS yaşadıkları belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede değişkenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (Tablo 4).



**Tablo 3.** Öğrencilerin PMS Ölçeği ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları ile Premenstrual Yakınmalarının Dağılımı (n= 282)

PMS Ölçeğinin Alt Boyutları	Ölçeğin Ortalamaları	Puan ve Ölçeğin Alt Üst Puanları	Öğrencilerin Alt ve Üst Ölçek Puanları	Premenstrual Yakınmalar	
				%	n
Depresif Duygulanım	19.90 ± 6.20	7- 35	7- 35	68.1	(192)
Anksiyete	12.57 ± 5.06	7- 35	7- 30	20.6	(58)
Yorgunluk	17.80 ± 5.59	6- 30	6- 30	65.6	(185)
Sinirlilik	15.13 ± 5.56	5- 25	5- 25	64.2	(181)
Depresif Düşünceler	16.40 ± 6.97	7- 35	7- 35	42.6	(120)
Ağrı	8.45 ± 2.85	3- 15	3- 15	61.7	(174)
İştah Değişimleri	9.53 ± 3.35	3- 15	3- 15	70.2	(198)
Uyku Değişimleri	7.70 ± 3.12	3- 15	3- 15	50.7	(143)
Şişkinlik	9.05 ± 3.90	3- 15	3- 15	62.4	(176)
<b>PMS Ölçeği Toplam</b>	<b>116.56 ± 31.10</b>	<b>44- 220</b>	<b>44- 215</b>	<b>57.4</b>	<b>(162)</b>

**Tablo 4.** Öğrencilerin ve Annelerinin Menstrual Dönem Özelliklerine Göre PMS Ölçeği Puanlarının Dağılımı

n= 282

Öğrencilerin ve Annelerinin Menstrual Dönem Özellikleri	PMS Ölçeği Puanları				İstatistiksel Değerler	
	≤110 puan		≥111 puan		X <sup>2</sup>	p*
	n	%	n	%		
<b>Menstruasyona İlişkin Aldığı Bilginin Yeterli Olduğunu Düşünme Durumu</b>						
Yeterli	65	46.4	75	53.6	3.820	0.037
Yetersiz	12	29.3	29	70.7		
<b>Menstruasyona İlişkin Tepkileri</b>						
Olumlu	106	44.9	130	55.1	3.302	0.048
Olumsuz	14	30.4	32	69.6		
<b>Premenstrual Yakınmalar Yaşama Durumu</b>						
Yaşayan	67	35.6	121	64.4	11.032	0.001
Yaşamayan	53	56.4	41	43.6		
<b>Dismenore Yaşama Durumu</b>						
Yaşayan	87	38.5	139	61.5	7.665	0.006
Yaşamayan	33	58.9	23	41.1		
<b>Annelerinin Premenstrual Yakınma Yaşama Durumları</b>						
Yaşayan	30	33.7	59	66.3	4.162	0.042
Yaşamayan	90	46.6	103	53.4		

## TARTIŞMA

Araştırmada öğrencilerin PMS ölçeğinden ve alt boyutlarından aldıkları puanlar kesme noktalarına göre değerlendirildiğinde yarısından fazlasının PMS yaşadığı belirlenmiştir. Araştırma sonucumuz literatürle uyumlu bulunmuştur (23). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, PMS görülme sıklığının %5 ile %79 arasında değiştiği bulunmuştur (13,15-17). Türkiye'nin Karadeniz Bölgesinde yer alan Ordu ili üniversite yurdunda kalan kız öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada da, kızların yaklaşık olarak yarısında (% 49,7) PMS bulunmuştur (28). Amerika'da adolesanların PMS yaşama durumları ve etkileyen faktörleri inceleyen çalışmalar da, PMS yaşama sıklığı %14 ile %43 arasında bulunmuştur (1,2). İngiltere'de 20-34 yaş arası 974 yetişkin kadınla yapılan çalışmada PMS görülme sıklığı %24 ve Sri Lanka'da yapılan bir çalışma da %8.7, Hindistan'da %55.8 olarak bulunmuştur (22,29,30).

Bu çalışma da premenstrual dönemde öğrencilerin en sık yaşadıkları yakınmalar sırasıyla iştah değişimleri, depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, şişkinlik ve ağrı olarak bulunmuştur. Araştırma sonucumuz literatürle uyumlu bulunmuştur (27,31,32). Erbil ve arkadaşlarının üniversite öğrencilerinde PMS ve etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında, kızların yarısından fazlasında iştahta değişiklik, sinirlilik, şişkinlik, ağrı yaşadığı görülmüştür (27). Taiwan'da 20-45 yaş arası 161 hemşire ile yapılan çalışma da, en sık görülen PMS belirtisi olarak iştahta artma ve irritabilite bulunmuştur (31). Amerika'da yapılan bir çalışma da, PMS'nin tanımlanmasında önemli olan 6 belirti anksiyete/gerginlik, ruhsal değişiklikler, ağrı, iştahta değişiklik, kramplar ve aktivite intoleransı olarak belirlenmiştir (32).

Bu araştırmada öğrencilerin üçte birinin annelerinin, yarıdan fazlasının kendilerinin premenstrual yakınmalar yaşadıkları belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar da annesinin premenstrual yakınmalar yaşadığını belirten öğrencilerde PMS yaşama sıklığı daha yüksek bulunmuştur (12,13,27). Genetik faktörlerin PMS ile ilişkisinin olduğunu gösteren çalışmalar bu çalışma sonucunu desteklemektedir (1,6).

Araştırmada öğrencilerin çoğunluğunun (%80.1) dismenore yaşadıkları ve dismenore yaşayan öğrencilerin büyük çoğunluğunun PMS yaşadıkları belirlenmiştir. Nusrat ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma da dismenoresi olan kızların PMS'yi daha sık yaşadıkları bulunmuştur (12). Demir ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma da dismenoresi olan kadınların dismenoresi olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında daha çok PMS yaşadıkları bulunmuştur

(13). Nijerya’da yapılan bir çalışma sonucuna göre, premenstrual belirtiler ve dismenore arasında kuvvetli bir ilişki bulunmuştur (14)

Öğrencilerin tamamına yakını soğuk havanın ve her 5 öğrenciden birisi yaşanan ailevi sorunların premenstrual yakınmaları arttırdığını belirtmişlerdir. Erbil ve arkadaşlarının 302 evli kadın üzerinde yaptıkları çalışma da, kadınların yarıdan fazlası (%53.2) soğuğa maruz kaldıklarında ve %27’si ailevi sıkıntılarda adet öncesi görülen sorunlarda artma olduğunu belirtmiştir (11).

PMS ile baş etmede nonfarmakolojik (yaşam değişiklikleri, diyet, egzersiz gibi) yöntemlerin yanında farmakolojik (serotonine gerialım inhibitör grubu antidepresanlar, gonadotropin-releasing hormone agonistleri , oral kontraseptifler, diüretikler vb) yöntemler de kullanılmaktadır (33,34). Yapılan çalışmalar da sadece yaşam tarzı ve diyetle yapılan değişiklikler ile farmakolojik tedaviye gerek duymadan PMS belirtilerinin tedavi edilebileceği belirtilmektedir (33-35). Ancak PMS ile baş etme de kadınların tercihi birinci sırada farmakolojik yöntemleri içermektedir. Özellikle PMS’nin tedavi edilebilir bir sağlık sorunu olduğunu bilmeyen kadınların tercihinde ağrı kesiciler yer almaktadır. Bu durum kadınların PMS ile baş etmede sağlık profesyonellerinden yardım almasını da engellemektedir. Yapılan çalışmalar, kadınların PMS semptomlarının tedavisi için yardım aramada isteksiz olduklarını göstermektedir (23,35,36). Bu çalışma da öğrencilerin %48.7’sinin PMS ile baş etmede tercih ettikleri yöntem ağrı kesici olarak saptanmıştır. Türkiye’de evli kadınlar üzerinde yapılan bir çalışma da adet öncesi ağrı yaşayan kadınların %32.5’i ağrı kesici kullanarak, %27.5’i istirahat ederek ağrıyı geçirmeye çalıştıklarını ifade etmişlerdir (11). Weisz ve Knaapen’nin 2009 yılında yaptığı çalışma da, Fransa’da PMS tedavisinde en sık hormonal tedavi ve ağrı kesicinin, Almanya’da daha çok bitkisel tedavinin kullanıldığı belirtilmektedir (33). Jeong ve arkadaşlarının Kore’de üniversiteye giden genç kızlarla yaptıkları çalışma da, PMS ile baş etme de genç kızların en sık nonfarmakolojik yöntemi tercih ettikleri bunların arasında egzersiz ve istirahatın birinci sırada yer aldığı bulunmuştur (35).

Araştırmada menstruasyona ilişkin aldığı bilginin yetersiz olduğu düşünen öğrencilerin PMS’yi daha çok yaşadığı belirlenmiştir. Araştırma sonucumuz literatürle uyumsuz bulunmuştur. Türkiye’de ve Hindistan’da yapılan çalışmalar da, menstruasyona ilişkin bilgi aldıklarını belirten öğrencilerin PMS’yi daha sık yaşadıkları belirtilmiştir (27,30). Çalışmamızda menstruasyon görmeye ilişkin olumsuz tepkileri olan öğrencilerinin PMS’yi daha çok yaşadığı belirlenmiştir. Araştırma sonucumuz literatürle uyumlu bulunmuştur (36-

38). Erbil ve arkadaşlarının çalışmasında, adet görme ile ilgili olumlu duyguları olan kadınlarda PMS görülme oranı daha düşük bulunmuştur (11).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonuçlarına göre öğrencilerin yarısından fazlasının PMS yaşadıkları belirlenmiştir. Premenstrual dönemde öğrencilerin en sık yaşadıkları yakınmalar iştah değişimleri, depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik, şişkinlik ve ağrıdır. Ayrıca menstruasyona ilişkin aldığı bilginin yetersiz olduğunu düşünen, menstruasyon görmeye ilişkin olumsuz tepkileri olan, dismenore yaşayan, kendisinin ve annesinin premenstrual yakınmalar yaşadığını belirten öğrencilerin daha çok PMS yaşadığı belirlenmiştir. Araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

- Üniversite okuyan genç kızların yarısından fazlasının PMS yaşadığı belirlenmiştir. Bu nedenle PMS ile baş etme de nonfarmakolojik ve farmakolojik yöntemlere yönelik özel hizmet verecek ünitelerin açılması
- PMS'nin olumsuz etkilerinin daha az yaşanması için toplum tarafından tanınırlığının artırılmasına yönelik farkındalık çalışmaları yapılması,
- Menstruasyona ilişkin aldığı bilginin yetersiz olduğunu düşünen öğrencilerin daha çok PMS yaşadığı belirlenmiştir. Bu nedenle sağlık personelinin özellikle okul sağlığı hemşirelerinin bu durumu göz önünde bulundurarak öğrencilere menstruasyon ve fizyolojisine ilişkin bilgi verilmesinin sağlanması,
- Menstruasyon görmeye ilişkin olumsuz tepkileri olan, dismenore yaşayan, kendisinin ve annesinin premenstrual yakınmalar yaşadığını belirten öğrencilerin belirlenmesi ve PMS konusunda desteklenmelerinin sağlanması,
- PMS tanısı alan öğrencilerin PMS ile baş etmede mutlaka sağlık profesyonellerinden yardım almasının sağlanması,
- Bu çalışmanın farklı yaş gruplarında daha büyük bir örnekleme yapılması önerilir.

## KAYNAKÇA

1. Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter MH. Premenstrual syndrome. American Family Physician 2003; 67(8): 43-52.
2. Parker PD. Premenstrual Syndrome. American Family Physician 1993; 10(6): 1309-1317.

3. The American College of Obstetricians and Gynecologists. (ACOG). Education Pamphlet AP057. 2003; [http://www.acog.org/publications/patient\\_education/bp057.cfm](http://www.acog.org/publications/patient_education/bp057.cfm). Erişim Tarihi: 01/07, 2012.
4. Daley A. Exercise and premenstrual symptomatology: a comprehensive review. *J.Womens Health* 2009;18(6):895-899.
5. Rapkin AJ. The role of serotonin in premenstrual syndrome. *Clin Obstet Gynecol* 1992;35:629-636.
6. Halbreich U. The etiology, biology, and evolving pathology of premenstrual syndromes. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28 (3):55-99.
7. Hourani LL, Yuan H, Bray RM. Psychosocial and lifestyle correlates of premenstrual symptoms among military women. *Journal of Women's Health* 2004;13(7): 812-821.
8. Hawkins J, Roberto DM, Stonky JL. *Protocols For Nurse Practitioners in Gynecologic Setting*. Newyork: The Tiresias Pres - 1997. pp:24-26.
9. Quilligan Z. Çeviren: Güner H. *Obstetrik ve Jinekoloji Çağdaş Tedavi*. Ankara- 1995. ss: 33-35.
10. Angst J, Sellaro R, Stolar M et al. The epidemiology of perimenstrual psychological symptoms. *Acta Psychiatr Scand* 2001;104:110-116.
11. Erbil N, Bölükbaş N, Tolan S, Uysal F. Evli kadınlarda premenstrual sendrom görülme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi* 2011; 8(1):429-438.
12. Nusrat N, Nishat Z, Gulfareen H, Aftab Afroz M, Nisar AS. Frequency, Intensity and Impact of Premenstrual Syndrome in Medical Students. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan* 2008; 18 (8): 481-484
13. Demir B, Algül LY, Güvendağ Güven ES. Sağlık Çalışanlarında Premenstrüel Sendrom İnsidansı ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. *Türk Soc Obstet Gynecol*. 2006; 3 (4): 262-270.
14. Sule ST, Umar HS, Madugu NH. Premenstrual symptoms and dysmenorrhoea among muslim women in Zaria, Nigeria. *Ann Afr Med* 2007;6:68-72
15. Adıgüzel H, Taşkın EO, Danacı AE. The symptomatology and prevalence of symptoms of premenstrual syndrome in Manisa, Turkey. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007; 18: 215-222.

16. Akyılmaz F, Özçelik N, Polat MG. Premenstrual sendrom görülme sıklığı. SSK Göztepe Tıp Dergisi 2003; 18(2): 106-109.
17. Derman O, Kanbur NÖ, Erdoğan T. Premenstrual syndrome and associated symptoms in adolescent girls. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2004; 116: 201–206.
18. Zaafrane F, Faleh R, Melki W. An overview of premenstrual syndrome. European Journal Of Obstetrics, Gynecology And Reproductive Biology 2007; 36: 642-652.
19. Borenstein JE, Dean BB, Endicott J et al. Health and economic impact of the premenstrual syndrome. J Reprod Med 2003; 48:515–524.
20. Indusekhar R, Umsan SB, O'Brien S. Psychological aspects of premenstrual syndrome. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2007; 21(2): 207-220.
21. Çıtak N, Terzioğlu F. Abant İzzet Baysal Üniversitesi'nde öğrenim gören kız öğrencilerin primer dismenoreye ilişkin bilgi ve uygulamaları. Sağlık ve Toplum Dergisi 2002; 12 (3):69-80.
22. Chandraratne NK, Gunawardena NS. Premenstrual Syndrome: The Experience from a Sample of Sri Lankan Adolescents. J Pediatr Adolesc Gynecol 2011; 24: 304-310.
23. Anandha Lakshmi SPM, Saraswathi I, Saravanan A, Ramamchandran C. Prevalence of Premenstrual Syndrome and Dysmenorrhoea among Female Medical Students and its Association with College Absenteeism. Int J Biol Med Res. 2011; 2(4): 1011 -1016.
24. Demirel S, Terzioğlu F. Gaziantep İli Şahinbey İlçesi İlköğretim Okullarında Öğrenim Gören 5. ve 6. Sınıf Kız Öğrencilerin Menstruasyon Fizyolojisine İlişkin Bilgilerinin Belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2003; 5(2) : 47-60.
25. Bölükbaş N, Tiryaki N. Öğrencilerin premenstrual sendrom hakkında bilgi tutum ve davranışları. Hemşirelik Forumu 2003; 6(3): 44-49.
26. Taşçı KD. Hemşirelik öğrencilerinin premenstrual semptomlarının değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2006; 5(6): 434-443.
27. Gençdoğan B. Premenstrual Sendrom İçin Yeni Bir Ölçek. Türkiye'de Psikiyatri 2006; 8(2): 81-87.
28. Erbil N, Karaca A, Kırış T. Investigation of premenstrual syndrome and contributing factors among university students. Turk J Med Sci 2010; 40 (4): 565-573.

29. Sadler C, Smith H, Hammond J, Bayly R, Borland S, Panay N et al. Lifestyle factors, hormonal contraception, and premenstrual symptoms: the United Kingdom Southampton Women's Survey. *Journal of Women's Health* 2010; 19(3): 391-396.

30. Thakre SB, Thakre SS, Ughade S, Thakre AD. Urban-Rural Differences in Menstrual Problems and Practices of Girl Students in Nagpur, India. *Indian Pediatrics* 2012; Erişim: <http://www.indianpediatrics.net/RB%2010.06.2012/RB-23.pdf>. Erişim Tarihi: 18.07.2012

31. Butsripoom B, Hanuclarurnkul 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.

32. Freeman EW, Halberstadt SM, Rickels K, Legler JM, Lin H, Sammel MD. Core symptoms that discriminate premenstrual syndrome. *Journal of Women's Health* 2011; 20(1): 29-35.

33. Weisz G, Knaapen L. Diagnosing and treating premenstrual syndrome in five western nations. *Social Science & Medicine* 2009; 68: 1498–1505.

34. Öztürk S, Tanrıverdi D. Premenstrual Sendrom ve Baş etme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2010; 13: 3, 57-61.

35. Jeong BS, Lee JH, Chang N, Kang BM, Joe SH, Kim CY et al. Treatment-Seeking Behaviors among Korean University Women with Premenstrual Symptoms. *Korean J Psychopharmacol*. 2001;12(3):201-210.

36. Robinson RL, Swindle RW. Premenstrual symptom severity: impact on social functioning and treatment-seeking behaviors. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine* 2000; 9: 757-768.

37. Drosdzol A, Nowosielski K, Skrzypulec V, Plinta R. Premenstrual disorders in Polish adolescent girls: Prevalence and risk factors. *J Obstet Gynaecol Res* 2011;37(9):1216-21.

38. Kırca N, Ergin F, Adana F, Arslantaş H. Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevalansı ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2012; 13 (1), 19-25.

## AKUT KORONER SENDROMU TAKLİT EDEN APİKAL HİPERTROFİK KARDİYOMYOPATİ OLGUSU

Mehmet KAPLAN<sup>1</sup> Süleyman ERCAN<sup>2</sup>  
Muhammed OYLUMLU<sup>3</sup> Vedat DAVUTOĞLU<sup>4</sup>

### ÖZET

Apikal hipertrofik kardiyomyopati, hipertrofik kardiyomyopatinin nadir bir formudur. Tanı akılda tutulmazsa yanlışlıkla akut koroner sendrom olarak tanımlanabilmektedir. Prekordiyal derivasyonlardaki derin dev T dalgaları apikal hipertrofik kardiyomyopatinin tipik elektrokardiyografi bulgusudur. Ekokardiyografik olarak lokalize apikal hipertrofinin gösterilmesi bu hastalık için tanısaldır. Bu yazımızda akut koroner sendromu taklit eden tipik hipertrofik kardiyomyopati olgusunu paylaşacağız.

**Anahtar Kelimeler:** Apikal Hipertrofik Kardiyomyopati, Akut Koroner Sendrom, Elektrokardiyografi, Ekokardiyografi.

### A CASE OF APICAL HYPERTROPHIC CARDIOMYOPATHY MIMICKING ACUTE CORONARY SENDROME

### ABSTRACT

Apical hypertrophic cardiomyopathy is a rare variant of hypertrophic cardiomyopathy. If does not keep in mind it may lead to misleadingly to the diagnosis of acute coronary syndrome. Presence of deep giant T wave inversion in mid precordial lead is typical electrocardiography finding of apical hypertrophic cardiomyopathy. Demonstration of localized hypertrophy in apex by means of echocardiography is diagnostic for this disease. Herein we share a case of typical apical hypertrophic cardiomyopathy mimicing acute coronary syndrome.

**Keywords:** Apical Hypertrophic Cardiomyopathy, Acute Coronary Syndrome, Electrocardiography, Echocardiography

---

<sup>1</sup>Arş. Gör. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>2</sup> Öğr.Gör. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi

<sup>3</sup> Uzm. Dr. Gaziantep Şehitkamil Devlet Hastanesi

<sup>4</sup> Öğr. Gör. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi

**İletişim/ Corresponding Author: Vedat DAVUTOĞLU**

Geliş Tarihi / Received : 21.05.2012

**Tel: 0 342 360 60 60/ 76290 e-posta: vedatdavutoglu@gmail.com**

Kabul Tarihi / Accepted : 02.09.2012

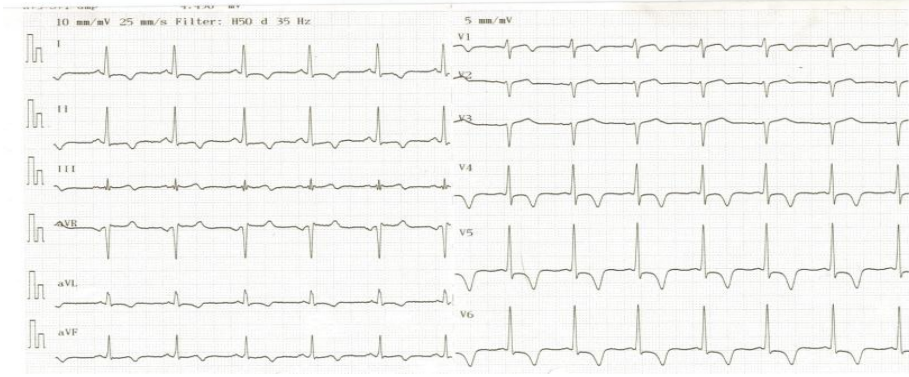


## GİRİŞ

Apikal hipertrofik kardiyomyopati, hipertrofik kardiyomyopatinin nadir bir varyantı olarak kabul edilmektedir. Japon araştırmacılar, hipertrofinin özellikle sol ventrikül apeksine lokalize olduğu; elektrokardiyografide (EKG) prekordiyal derivasyonlarda dev negatif T dalgaları (>10 mm), sol ventrikülografide diyastol sonunda karakteristik maça ası görüntüsünü veren ilk apikal hipertrofik kardiyomyopati olgularını tarif etmişlerdir (1-2) İlk önceleri Asya kökenlilere özgü olduğu düşünülse de ; zamanla dünyanın diğer bölgelerinde de Japon olgulara benzer vakalar bildirilmiştir (3). Hipertrofik kardiyomyopatilerin genel popülasyondaki prevalansı % 0.02-0.2 olarak bildirilmiştir. Apikal hipertrofi sıklığı ise tüm hipertrofik kardiyomyopatiler içerisinde % 1-2 olarak bildirilmekteyken, Japonya'da bu oran % 25'lere ulaşmaktadır (4). Apikal hipertrofik kardiyomyopati nadir görülmekle birlikte, koroner arter hastalığını taklit edebilmesi ayırıcı tanıdaki önemini arttırmaktadır. Apikal hipertrofik kardiyomyopatinin koroner arter hastalığıyla birlikteliği çok nadir görülmektedir (5). Bu yazıda EKG ve klinik bulgular açısından akut koroner sendrom ile karışan apikal hipertrofik kardiyomyopati vakasını sunmayı amaçladık.

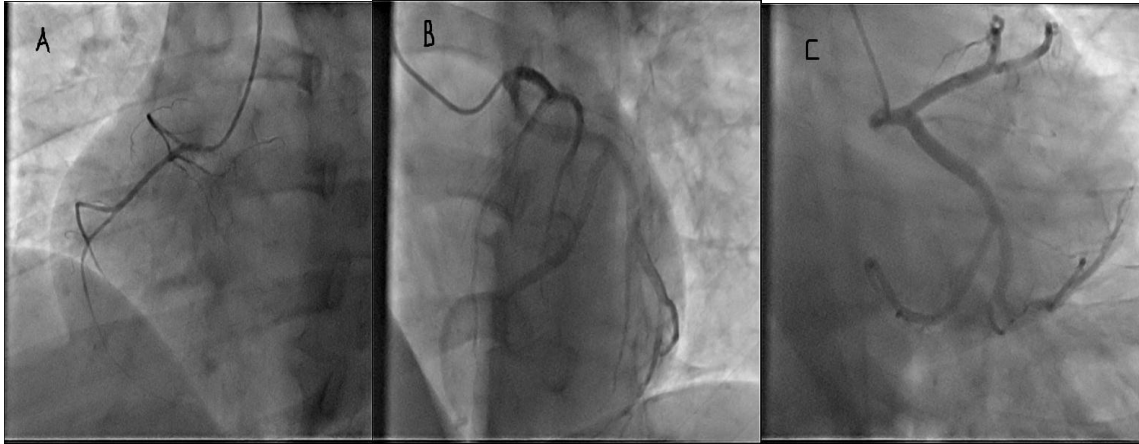
## OLGU

30 yaşında daha önceden bilinen kardiyak öyküsü olmayan erkek hasta, acil servise baskı şeklinde göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde sigara içiciliği dışında özellik yoktu. Hastanın kan basıncı 115/70 mmHg, nabız 76 atım/dakika idi. Fizik muayenesinde sistem muayeneleri normal sınırlarda değerlendirildi. Biyokimyasal tetkiklerinden patolojik değer olarak trigliserid düzeyi 366 mg/dl olarak bulundu. EKG'de ritim sinüs, V4-V6 derivasyonlarında belirgin T dalga inversiyonu, ekstremitte derivasyonlarında T dalga negatifliği bulundu.



**Resim 1:** Elektrokardiyografi (Yaygın T Dalga Değişiklikleri)

Hasta tipik göğüs ağrısı ve iskemik EKG değişiklikleri nedeniyle akut koroner sendrom ön tanısı ile hospitalize edildi. EKG takiplerinde değişiklik olmayan ve kardiyak enzimleri normal olan hastaya unstabil angina tanısı ile koroner anjiyografi yapıldı. Koroner anjiyografide tüm damarlar açıktı.



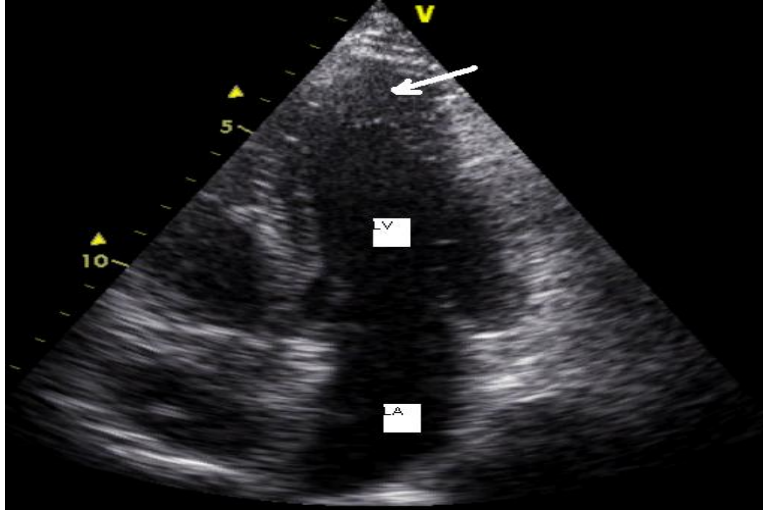
A: Sol Kaudal Görüntü

B: Sol Kranial Görüntü

C: Sağ Kaudal Görüntü

**Resim 2:** Koroner Anjiyografi

EKG bulgusu sebat eden hastanın yapılan transtorasik ekokardiyografisinde standart görüntülemelerde interventriküler septum ve sol ventrikül posterior duvar kalınlığı normal sınırlarda izlenirken apikal segmente lokalize belirgin hipertrofi izlendi.



**Resim 3:** Transtorasik Ekokardiyografi

Ok İşareti: Sol Ventrikül Apeksindeki Hipertrofi, LV: Sol Ventrikül, LA: Sol Atrium

Kalp boşlukları normal genişlikte ve sol ventrikül sistolik fonksiyonu normal sınırlardaydı. Mitral kapakta sistolik öne hareket yoktu ve sol ventrikül çıkış yolunda valsalva manevrası ile de gradyent alınmadı. Hastaya mevcut bulgularıyla apikal nonobstruktif hipertrofik kardiyomyopati tanısı kondu. Yaşam tarzı değişiklikleri önerisi ve beta bloker tedavisiyle hasta taburcu edildi.

### TARTIŞMA

Hipertrofik kardiyomyopati açıklanamayan sol ventrikül hipertrofisi ile kendini gösteren ve kardiyak sarkomerik proteinleri kodlayan genlerdeki mutasyonlardan kaynaklanan genetik geçişli bir hastalıktır. Yaklaşık % 55'i ailesel, kalanı da sporadik olarak ortaya çıkmaktadır. Hipertrofik kardiyomyopatili hastalarda sol ventrikül hipertrofisinin segmental dağılımı ve şiddeti, hastalığın ortaya çıkış yaşı ve klinik özellikleri farklılıklar gösterebilmektedir. Bu fenotipik değişkenlikte, hastalıktan sorumlu gen ve mutasyon sayısındaki farklılıkların yol açtığı genetik heterojenite ve çevresel faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir (6).

Hipertrofik kardiyomyopati hasta populasyonunda apikal hipertrofik kardiyomyopati sıklığı % 1-2 olarak bildirilmiştir. Ekokardiyografi hastalığın tanısında en yararlı tanı yöntemidir. Ekokardiyografinin non-diagnostik olduğu vakalarda sol ventrikül apeksine lokalize hipertrofilerin tespiti için manyetik rezonans görüntülemesi yararlı olabilir. Ayrıca kateterizasyon işleminde sol ventrikülografide apikal segmentin sistolde belirgin biçimde

oblitere olması sonucu izlenen maçı ası görüntüsü apikal hipertrofik kardiyomyopati için karakteristiktir. Prekordiyal derivasyonlarda dev negatif T dalgaları apikal hipertrofik kardiyomyopati için tipiktir (8).

Apikal hipertrofik kardiyomyopatinin prognozu diğer hipertrofik kardiyomyopati tiplerine göre daha iyidir, hastaların büyük bir kısmı klinik olarak stabil seyreder veya asemptomatiktir (7). Ancak hastaların % 30'unda myokardiyal enfarkt, aritmi, konjestif kalp yetmezliği gibi kardiyovasküler komplikasyonlar gelişmektedir. Apikal hipertrofik kardiyomyopatilerin çok az bir kısmında koroner arter hastalığı eşlik ettiğine dair vakalar bildirilmiştir. Apikal hipertrofik kardiyomyopati klinik ve EKG bulguları ile vakamızda olduğu gibi akut koroner sendrom veya miyokardiyal iskemi ile kolaylıkla karışabilir (9).

Sonuç olarak; özellikle kardiyak enzimleri negatif olan göğüs ağrılı hastalarda apikal hipertrofik kardiyomyopati ayırıcı tanıda düşünülmez ise, hastalar yanlışlıkla akut koroner sendrom tanısı alabilir. Göğüs ağrısı ile beraber EKG'de V3-V5 derivasyonlarında dev T dalga negatifliği varsa apikal hipertrofik kardiyomyopati akılda tutulmalı ve ekokardiyografi öncelikle yapılmalıdır.

#### **KAYNAKÇA**

- 1.Sakamoto T, Tei C , Murayama M, et all: Giant T wave inversion as a manifestation of asymmetrical apical hypertrophy of the left ventricle; echocardiographic and ultrasono-cardiotomographic study. Jpn Heart J 1976; 17 ;611-29
- 2.Yamaguchi H, Ishimura T , Nishiyama S, et all: Hypertrophic nonobstruktive cardiomyopathy with negative giant T waves. Am J Cardiol 1979;44;401-12
- 3.Webb JG, Sasson Z, Rakowski H ,Liu P,Wigle ED,et all; Apikal hipertrophic cardiomyopathy; clinical follow-up and diagnostic correlates.JACC 1990; 15; 83-90
- 4.Louie EK,Maron BJ,et all: Apical hipertrophic cardiomyopathy;clinical and two dimensional echocardiographic assessment.Ann Intern Med 1987;106;663-70
- 5.Seneviratne SL, Premawardena AP, Ranasinghe GW, Gunatilake SB, de Silva HJ. Apical cardiomyopathy;an important differential diagnosis in ischemic chest pain. Ceylon Med J 1996; 41;109-110
- 6.Marian AJ, Roberts R,et all; Recent advances in the moleculer genetics of hipertrophic cardiomyopathy; Circulation 1995;92; 1336-37

7.Zack PM,Blausey WL,et all; Symptomatic Japanese-type apical hypertrophic cardiomyopathy non-Asian patient; Favorable response to treatment with verapamil.Am Heart J 1994;128;613-6

8.Douglas Wigle E,et all: The diagnosis of hupertrophic cardiomyopathy; Heart 2001;86; 709-714

9. Eriksson MJ, Sonnenberg B, Woo A,et all: Longterm outcome in patients with apical hypertrophic cardiomyopathy. J Am Coll Cardiol 2002;39;638-645

## LOKAL PRİLOKAİNE BAĞLI METHEMOGLOBİNEMİ: OLGU SINUMU

Afra KARAVELİOĞLU<sup>1</sup>, Tolga Altuğ ŞEN<sup>2</sup>

### ÖZET

Methemoglobinemi konjenital ve edinsel olarak görülmektedir. Edinsel methemoglobinemi en sık ilaca bağlı oluşmaktadır. Nitratlar, klorat, fenitoin, ve lokal anestetik gibi çeşitli kimyasallar ve ilaçlar akkiz methemoglobinemiye neden olabilmektedir. Prilokain tıpta pek çok lokal girişimsel işlemlerde kullanılan bir lokal anestetiktir. Çok yaygın kullanılmakla birlikte fatal seyirli olabilen methemoglobinemiye de neden olabilmektedir. Sünnet için prilokainle dorsal penil blokaj uygulanan 2 aylık erkek bebekte gelişen methemoglobinemi olgusunu sunduk.

**Anahtar Kelimeler:** Prilokain, Methemoglobilin, Sünnet

## METHEMOGLOBINEMIA DUE TO LOCAL PRILOCAINE: CASE REPORT

### ABSTRACT

Methemoglobinemia could occur congenital or acquired. Acquired methemoglobinemia frequently occur due to drugs. Nitrates, chlorates, phenytoin, and various chemicals, such as local anesthetics, and drugs can cause acquired methemoglobinemia. Prilocaine is a local anesthetic which is so common used in local invasive surgery in medicine. Prilocaine which is so common used could cause fatal methemoglobinemia. We report a 2 months infant who became methemoglobinemia after dorsal penil blockage with prilocaine for circumcision.

**Keywords:** Prilocaine, Methemoglobinemia, Circumcision

---

<sup>1</sup> Op.Dr., S.B Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Çocuk Cerrahi Kliniği, Afyonkarahisar

<sup>2</sup>Doç.Dr., Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları ABD, Afyonkarahisar

**İletişim/ Corresponding Author:** Afra KARAVELİOĞLU

Geliş Tarihi / Received : 23.05.2012

**Tel:** +90 462 230 04 76 **e- posta:** afraakdag@hotmail.com

Kabul Tarihi / Accepted : 16.09.2012

## GİRİŞ

Fonksiyonel olmayan bir hemoglobin şekli olan methemoglobin demirin ferro ( $Fe^{+2}$ ) formundan ferrik ( $Fe^{+3}$ ) hale oksidasyonu ile oluşmaktadır. Normal sağlıklı insanlarda methemoglobin düzeyi total hemoglobinin %1-2'si kadardır (1). Bu düzeyi sitokrom b5 redüktaz enzimi sağlamaktadır. Oksidasyon ve redüksiyon arasındaki dengenin oksidasyon lehine bozulması methemoglobinemi oluşumuna neden olmakta ve hafif bulgulardan laktik asidoz, hipoksi ve ölüme kadar olaylara neden olabilmektedir (2). Methemoglobinin %20'ye kadar olan akut yükselmeleri iyi tolere edilebilirken, %70'in üstündeki yükselmeler ölüme neden olmaktadır (1). Methemoglobinemi akiz ve herediter nedenlere bağlı olarak gelişebilmektedir (3). Nitratlar, klorat, fenitoin, ve lokal anestezi gibi çeşitli kimyasallar ve ilaçlar akiz methemoglobinemiye neden olabilmektedir (4).

Prilokain tıpta pek çok lokal girişimsel işlemlerde kullanılan bir lokal anesteziiktir. Çok yaygın kullanılmakla birlikte fatal seyirli olabilen methemoglobinemiye de neden olabilmektedir. Bu yazıda 2 aylık erkek bebekte sünnet öncesi lokal uygulanan prilokaine bağlı nadiren gelişen methemoglobinemi olgusu tartışılmıştır.

## OLGU SUNUMU

Miyadında, normal spontan vajinal yolla doğduğu ve herhangi bir sağlık problemi olmadığı öğrenilen 2 aylık erkek bebeğe dorsal penil blokaj için 1,5 mg/kg prilokain sonrasında sünnet işlemi yapıldı. Sünnet sonrası 1. saatte hastanın dudaklarında ve vücudunda morarmaları başladı. Emme isteğinde azalma ve takipnesi oldu. Fizik muayenesinde huzursuzluk, takipne, peroral ve periferik siyanoz dışında bir bulguya rastlanmadı. Kan basıncı 80/45 mmHg, vücut ısısı 36,7°C, nabız 120/dk, solunum sayısı 52/dk ve puls oksimetre ile oksijen saturasyonu %84 saptandı. Hastanın kan gazında PH:7,37, pCO<sub>2</sub>:31,5 mmHg, pO<sub>2</sub>:51,1 mm Hg ve methemoglobilin düzeyi %23 idi. Tam kan sayımında Hgb: 12,5g/dl, beyaz küre: 8990/mm<sup>3</sup>, Hematokrit: %35 ve Trombosit: 406.000/ mm<sup>3</sup> saptandı. Hastaya askorbik asit 300 mg/kg IV yapıldı ve sıvı desteği verildi. Oksijen ve destek tedavilerle hastaya yakın monitarizasyon yapıldı. Yakın takip ile izleme alınan hastanın periferik ve peroral siyanoz bulguları 6 saat sonra düzeldi. Yatışının 2. günü kontrol methemoglobinemi düzeyi %1,8'e gerileyen ve oksijen saturasyonu %95'in üstüne çıkan hasta şifa ile taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Hem konjenital hem de akkiz nedenlere bağlı görülebilen methemoglobinemi klinikte akut veya kronik olarak bulgu verir. Akkiz methemoglobinemi nedenleri; ilaçlar, nitrat içeren sıvılar, gastrointestinal sistem enfeksiyonları ve sepsistir (5). İlaçlardan ise en sık lokal anestetikler olmak üzere sülfonamidler, dapson, fenasetin, primakin, benzokaindir (6).

Yaygın enjektale ve son zamanlarda lokal krem kullanımı olan prilokainin bir metaboliti olan o-toluidin methemoglobinemi oluşumundan sorumludur (7,8). Prilokainin yarı ömrü yaklaşık 55 dakika olup, ilaç uygulanmasından 20-60 dakika sonra methemoglobinemi oluşmaktadır (1). Bizim olgumuzda klinik bulgular 1 saat sonra görülmeye başlanmıştır. Guay ve ark. 242 olguluk lokal anestetik kullanımına bağlı methemoglobinemi görülen serilerinde kullanılan ilaçlar, prilokain, benzokain, lidokain ve tetrakaindir (6). Bunların içinde çocuklarda en sık methemoglobinemi yapan ilaç %54 ile prilokaindir. Prilokain ile ilişkili methemoglobinemi yaş ve doz bağımlı olup 2-2,5 mg/kg üzeri dozlar predispozan risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Ancak literatürde prilokainin terapötik dozlarda kullanımına bağlı methemoglobinemi gelişimi de bildirilmiştir (9). 6 aydan küçük infantlarda sitokrom b5 redüktaz aktivitesi erişkinlerin yarısından daha az olması nedeniyle methemoglobinemi gelişimine yatkınlık daha fazladır. Bizim olgumuzda 2 aylık olduğundan dolayı methemoglobinemi gelişimine yatkınlığı olabilir.

Methemoglobilin oksijene afinitesi normal hemoglobilinden daha fazla olup kandaki düzeyi arttıkça oksijen disosiyasyon eğrisinde sola kaymaya, hipoksiye ve laktik asidoza neden olur. Kandaki methemoglobilin düzeyi %10'u geçtiğinde en sık karşılaşılan bulgu olan periferik siyanoz, %35'i geçtiğinde yorgunluk, taşikardi, takipne, bulantı ve kusma gibi sistemik bulgular ve %55'i geçtiğinde aritmi, asidoz, letarji, stupor ve senkop görülür (10). Kan methemoglobilin düzeyinin %70 üstü ise fatal seyirlidir. Bizim olgumuzda ise kan methemoglobilin düzeyi %23 olup, huzursuzluk, emmede azalma, periferik-peroral siyanoz ve takipne bulguları mevcuttu.

Tedavide öncelikle neden olan ilacın kesilmesi ve vücuttan uzaklaştırılması gerekir. Methemoglobilin düzeyin %20'inin altında olduğu durumlarda genellikle destek tedavisi ve gözlem yeterlidir. %20 den daha yüksek özellikle %40'ın üzerinde kan methemoglobilin düzeyi olan hastalarda ilk uygulanacak ilaç intravenöz metilen mavisidir. 1-2 mg/kg dozunda %1'lik metilen mavisi intravenöz olarak en az 5 dakika süreyle verilmelidir. Gerekirse 1 saat sonra doz tekrarlanabilir. Maksimum toplam doz 7 mg/kg'dır (11). Metilen mavisinin oral



formu da mevcuttur. Metilen mavisinin Glukoz-6-fosfat dehidrogenaz enzim eksiliğinde methemoglobilin düzeyine karşı herhangi bir etkisi yoktur. Bu durumda methemoglobilini in vitro olarak enzimatik olmayan yoldan indirgeyen ve daha çok kalıtsal methemoglobinemide uzun süreli ve oral olarak da kullanılabilen askorbik asit, bizim olgumuzda olduğu gibi, 100-300 mg/gün olacak şekilde kullanılır (11). Kan methemoglobilin düzeyi %70'in üzerindeyse hiperbarik oksijen veya kan değişimi uygulanabilir (10).

Sonuç olarak methemoglobinemi ölümcül seyredebilen acil bir durumdur. Prilokainin klinik bulgularının 20-60 dk arasında ortaya çıkmasından dolayı, cerrahi pratikte sık olarak lokal cerrahi uygulanan hastaların işlem sonrası en az 1 saat gözlenmesi gerekmektedir.

### KAYNAKÇA

- 1.Behrman RE(ed.), Kleigman RM(ed.), Jenson HB (ed.). Honig GR. Hemoglobin Disorder. Nelson Textbook of Pediatrics. Philadelpiha:Saunders, 2004, ss: 1478–1488.
- 2.Ford M(ed.), Delaney K(ed.), Ling L(ed.), Ford ET(ed.). Osterhoudt KC. Methemoglobinemia. Clinical toxicology. 1. Baskı. Philadelphia:W. B. Saunders Company; 2001. ss: 211-217
- 3.Rehman HU. Methemoglobinemia. West J Med 2001;175: 193-196
- 4.Tobias JD, Ramachandran V. Intraoperative Diagnosis Of Unsuspected Methemoglobinemia Due To Low Pulse Oximetry Values. J Int Care Med 2009;24: 273-277
- 5.Mutlu M, Erduran E, Aslan Y. Acquired Methemoglobinemia In Infants. Turk J Hematol 2011; 28: 131-134
- 6.Guay J. Methemoglobinemia related to local anesthetics: A Summary of 242 Episodes. Anesth Analg 2009;108: 837-845
- 7.Özgencil GE, Hasdoğan M, Can ÖS, Sezer G, Erdoğan P, Ökten F. Lokal Anesteziklere Bağlı Gelişen Methemoglobineminin Dört Olguda Tartışılması. Türk Anest Rean Der Dergisi 2006; 34(5): 327-332.
- 8.Bozaykut A, Güven G, Erkum T, Seren LP, Yıldırım E, Ünver A. Topikal Anestezik Krem Uygulamasına Sekonder Methemoglobinemi:Olgu sunumu. Türk Pediatri Arşivi 2004; 39(2): 88-90.
- 9.Kumar AR, Dunn N, Naqvi M. Methemoglobinemia Associated With A Prilocainelidocaine Cream. Clin Pediatr 1997; 36: 239-240.

10.Karahan MA, Aydoğan H, Nacar H, Yücel T, Yalçın Ş. Prilokain Sonrası Methemoglobinemi: Bir Olgu Sunumu. Harran Tıp Fak Derg 2011;8(3): 123-124

11.Caner İ, Ziraatçi Ö, Taştekin A. Oral Metilen Mavisi İle Tedavi Edilen Prilokaine Bağlı Bir Methemoglobinemi Olgusu. Türkiye Çocuk Hast Derg 2011;5(3): 172-176

## AMELİYAT SONRASI ATEŞ VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Hossein ASGAR POUR<sup>1</sup>

### ÖZET

Hemodinamik parametrelerin izlenmesi ve değerlendirilmesi önemli hemşirelik girişimlerindedir. Fizyolojik işlevlerdeki değişiklikler yaşam bulgularına yansır. Bu nedenle yaşam bulgularının normal değerlerindeki sapmalar homeostazisin bozulduğunu ya da devam etmediğini gösterir. Ameliyat sonrası

dönemde değişik nedenlerle ortaya çıkan ateş (beden iç sıcaklığının yükselmesi), %28-70 oranında görülmektedir. Beden iç sıcaklığı 37°C'den 39°C'ye yükseldiğinde oksijen ve enerji tüketimi %10-25 oranında artmaktadır. Beden iç sıcaklığı artışında oksijen ve enerji tüketilmesinin nedeni, kortizol ve norepinefrin salınması ve buna bağlı arteryel kan basıncı, nabız ve solunum sayısı değişikliği ortaya çıkmasıdır. Yüksek beden iç sıcaklığına bağlı arteryel kan basıncı, nabız sayısı ve arteryel oksijen saturasyon değerlerin incelendiği çalışmalarda, bu parametrelerin doğrudan etkilendiği bildirilmiştir. Günümüzde ateşi düşürmek için nonfarmakolojik (periferik soğuk uygulamalar, konvansiyonel su, hava ve jöle ile kaplanmış battaniyeler, damar içi soğuk sıvı infüzyon sistemleri vb.) ve farmakolojik (antipiretik ilaçlar) yöntemler kullanılmaktadır. Ancak bu yöntemlerin hemodinamik parametrelere etkisine ve komplikasyonları önlemeye yönelik çok az çalışma bulunmaktadır. Bu bilgiler doğrultusunda, ameliyat sonrası ateşin tedavi ve bakımında hastaların genel durumlarının değerlendirilmesi, yaşam bulguları ve hemodinamik parametrelerin doğru ve dikkatli bir şekilde ölçülmesi ve değerlendirilmesi komplikasyonların önlenmesinde önemli rol oynar.

**Anahtar Kelimeler:** Beden İç Sıcaklığı, Ateş, Ameliyat Sonrası Ateş, Hemşirelik Bakımı

---

<sup>1</sup> Öğr. Gör. Dr., Adnan Menderes Üniversitesi-Aydın SYO-Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği A.D.

**İletişim/ Corresponding Author: Hossein ASGAR POUR**

Geliş Tarihi / Received : 14.05.2012

**Tel:** +90 256 213 87 55 **e-posta:** hasgarpour23@yahoo.com

Kabul Tarihi / Accepted : 25.07.2012

## POST-OPERATIVE FEVER AND NURSING CARE

### ABSTRACT

Monitoring and evaluating hemodynamic parameters is important nursing initiatives. Changes in physiological functions are reflected on basic vital signs. Therefore, deviations from the normal values of vital signs indicate the disruption of homeostasis. The incidence of fever (elevation of core body temperature) ranges between 28-75% in critically ill patients with different causes. Core Body temperature increase from 37 to 39 °C has been found to be followed by a 10-25% increase of oxygen consumption and energy expenditure. Oxygen and energy consumption due to the increase in core body temperature, cortisol and norepinephrine release and its arterial blood pressure, pulse and arterial oxygen saturation values of the change. High core body temperature due to the change in arterial blood pressure, pulse rate and arterial oxygen saturation values, directly affected by these parameters have been reported. At the present time nonpharmacological (peripheral cooling application, conventional water, air and gel-coated cooling beds, intravascular cooling liquid infusion systems and etc) and pharmacological methods (antipyretic agents) are used to reduce fever, but little research related to the effects of these methods on hemodynamic parameters and prevention of fever complication have been performed. Based on this information, assessment of patients condition, accurate and careful measurement and evaluation of vital signs and hemodynamic parameters play an important role in prevention of complications in the treatment of fever.

**Keywords:** Core Body Temperature, Fever, Post-operative Fever, Nursing Care

## GİRİŞ

Ameliyat sonrası bakımın temel amacı, hastanın iyileşmesini sağlamakla beraber bu dönemde oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ve tedavi edilmesidir. Bunun için hemodinamik parametrelerin izlenmesi ve değerlendirilmesi önemli hemşirelik girişimleri arasında yer almaktadır (1,2,3). Bireyin fizyolojik işlevlerindeki değişiklikler yaşam bulguları değerlerine yansımaktadır. Bu nedenle yaşam bulgularının normal değerlerindeki sapmalar homeostazisin bozulduğunu ya da devam etmediğini göstermektedir. Ameliyat sonrası dönemde yaşam bulgularının izlemi, hastalığın tanılanmasında ve hastalığın seyrinin belirlenmesinde önemlidir (1,4,5). Yaşam bulgularının ölçülmesi hastanın sağlık durumunun izlenmesinde ve ortaya çıkan sorunların tanımlanmasında hızlı ve etkili bir yöntemdir. Bunun yanında hemşirenin yaşam bulgularını etkileyen değişkenlerin yaşam bulgularına nasıl yansıdığını, aralarındaki ilişkinin ne olduğunu ve yaşam bulgularındaki değişikliklere yönelik hemşirelik girişimlerinin neler olduğunu bilmesi gerekmektedir (1,3).

Amerika Yoğun Bakım ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği (Society of Critical Care Medicine and The Infectious Disease Society of America) tarafından ateş, beden iç sıcaklığının  $\geq 38.3$  °C ( $\geq 101$ °F) olarak tanımlanmıştır (2). Yoğun bakım hastalarının %28-70'inde değişik nedenlerle ameliyat sonrası dönemde ateş ortaya çıkmaktadır. Nöroşirurji hastalarında ateşlerin görülme sıklığı %50 üzerindedir (6,7,8). Beden iç sıcaklığı 37°C'den 38°C'ye yükseldiğinde oksijen ve enerji tüketimi %10 ve 39°C'ye yükseldiğinde enerji ve oksijen tüketimi %25 oranında artar. Ameliyat sonrası ateşle birlikte oksijen ve enerji tüketilmesinin nedeni, kortizol ve norepinefrin salınması ve buna bağlı hemodinamik parametrelerde değişikliklerin ortaya çıkmasıdır (1,2,3). Ateş hemodinamik parametreleri doğrudan etkilemekle birlikte komplikasyonların oluşumuna neden olmaktadır (2,3). Günümüzde ateşi düşürmek için değişik yöntemler kullanılmaktadır, ancak bu yöntemlerin hemodinamik parametrelerin üzerinde etkisi ve komplikasyonların önlemesine yönelik sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (2,3). Bu bilgiler doğrultusunda ateşi düşürmeden önce, düşürme esnası ve sonrası hastaların fiziksel durumlarının değerlendirilmesi, yaşam bulguları ve hemodinamik parametrelerin doğru ve dikkatli bir şekilde ölçülmesi ve değerlendirilmesi kullanılan yöntemin etkisinin belirlenmesinde ve komplikasyonların önlenmesinde önemli rol oynamaktadır (1,2,3,6).

## **I. AMELİYAT SONRASI ATEŞ**

Ameliyat sonrası ateş, bedenın ameliyata karşı normal bir inflamatuvar yanıtı ya da ciddi bir enfeksiyon belirtisi de olabilmektedir. Bu nedenle, ameliyat sonrası ateşli hastalara sistematik bir şekilde yaklaşım çok önemlidir. Ameliyattan sonrası dönemde inflamatuvar yanıtına bağlı olan ateşin başlangıcı erken ve kısa sürelidir. Ateşin nedeni ameliyatın büyüklüğü ve süresine bağlıdır, tedaviye gereksinim yoktur ve kısa bir süre içinde normale döner (9). Yapılan çalışmalara göre ameliyat sonrası ateşin IL-6 sitokine bağlı olduğu bulunmuştur. (2,3). Ameliyat esnası dokuların zedelenmesi sonucu serbest kalan sitokinler ameliyat sonrası dönemde ateşe neden olmaktadır. Başka bir deyişle, ameliyatın büyüklüğü ve süresi ateş yanıtı ile doğrudan ilişkilidir (3,5,10).

Bunlara ek olarak ateş enfeksiyonun erken bir belirtisi olduğu için ameliyat sonrası dönemde beden ısısının düzenli olarak ölçülmesi gerekmektedir (3,5) . Öte yandan ameliyat sonrası ateş ciddi komplikasyonların belirtisi olarak da ortaya çıkabilmektedir (1). Ameliyat sonrası dönemde özellikle nöroşirurji hastalarında beyin içi ve subaraknoid kanamalar, pnömoni, idrar yolları ve cerrahi yara enfeksiyonları ateş nedenleri arasında yer almaktadır (10,11). Ameliyat sonrası ortaya çıkan ateş nedenleri göre beş grupta (5 W) incelenmektedir (1,12,13). Bunlar;

**1- Akciğerlere Bağlı Ateş (Wind):** Ameliyat sonrası ilk 48 saati kapsar. Ameliyattan ilk birkaç saat sonra gelişen ateşin nedeni vücudun ameliyata karşı inflamatuvar yanıtı ve ilerleyen saatler ile ameliyat sonrası ikinci günde atelectazi sonucu olarak ortaya çıkar.

**2- İdrar Yollarına Bağlı Ateş (Water):** Ameliyat sonrası dönemin 2-3. günü kapsar ve en sık nedeni idrar yolları enfeksiyonudur.

**3- Ameliyat İnsizyonuna Bağlı Ateş (Wound):** Ameliyat sonrası dönemin 3-5. günü kapsar ve temel nedeni ameliyat yarası enfeksiyonudur. Nekroze yara enfeksiyonunun nedeni genelde klostridyum ve streptokoklardır.

**4- Hareketsizliğe Bağlı Ateş (Walking):** Ameliyat sonrası dönemin 5-7. günü kapsar ve temel nedeni derin ven trombozudur.

**5- İlaçlara Bağlı Ateş (Wonder):** Ameliyat sonrası 7. günden sonrayı kapsar. En yaygın nedeni ilaçlara bağlı gelişen ateştir (1,12,13).

## II. ATEŞİN PATOFİZYOLOJİSİ

Ateşe neden olan farklı madde ve mikroorganizmalara pirojen adı verilir (9). Pirojenler Prostaglandin E<sub>2</sub>'nin (PGE<sub>2</sub>) serbest kalmasına neden olur. PGE<sub>2</sub>'nin serbest bırakılması arasıdonik asidi aktive eder. Fosfolipaz A<sub>2</sub> enzim (PLA<sub>2</sub>), siklooksijenaz-2 (COX-2) ve PGE<sub>2</sub>'nin sentezi sonucu hipotalamustu etkileyerek beden iç sıcaklığın artışına neden olmaktadır (12). Pirojenler eksojen ve endojen olarak ikiye ayrılmaktadır. Eksojen pirojenler, mikroorganizmalar ve onların ürünleri ya da toksinlerini içerir. Bu tür pirojenler, fizikokimyasal yapılarından bağımsız bir şekilde, hasta hücrelerinden pirojenik sitokinlerin salınmalarına neden olarak ateş patogeneğinde yer almaktadırlar. Endojen pirojenler, başlıca monosit makrofajlardan olmak üzere konağın çeşitli hücreleri tarafından salınan sitokinlerdir. Günümüzde pirojenik özelliği saptanmış olan sitokinler; interlökinler (IL-1a, IL-1β), tümör nekrozu faktörü (TNF-β), IL-6 ve siliyer nörotrofik faktördür (CNTF) (12,13,14).

Ateş bazı hastalıklar, ameliyat ya da ilaçlar sonucu genel bir belirti olarak ortaya çıkar. Bunlar bazı hastalıklar (grip ve influenza virüsü, insan bağışıklık yetmezlik virüsü gastroenterit ve mononükleus enfeksiyonları, bağışıklık sistemi hastalıkları vb), bazı ameliyatlar özellikle büyük ameliyatlar (beyin cerrahisi, laparotomi, koroner arter bypass greft vb) ve nedeni belli olmayan ateşler sayılabilir (1,12,13).

## III. ATEŞİN HEMODİNAMİK PARAMETRELER ÜZERİNE ETKİSİ

Araştırmalara göre ateş hemodinamik parametreleri doğrudan etkilemektedir (2,3). Ateşin enfekte konağa zararlı etkileri ateşlilik halinin sürdürülmesi için gerekli metabolik talebin, konağın metabolik ya da kardiyopulmoner kapasitesini aşmasından kaynaklanır ve dokularda iskemi ile sonuçlanır. Sempatik sinir sisteminin uyarılması sonucu, derideki damarların direncini artmasına neden olmaktadır. Titreme, ateşin devamında metabolizmanın iki hatta üç kat daha fazla, kalp hızı, kalp debisinin artmasına ve buna bağlı arteryel kan basıncı artışına neden olmaktadır. Ateşin azalma aşamasında periferel damarlarda sempatik sistemin aktivitesi azalmakla, pasif vazodilatasyon ortaya çıkmaktadır. Bunun dışında terleme bezleri de uyarılarak aktif vazodilatasyon ortaya çıkar. Vazodilatasyonun ardından, kılcal damarların dolaşımı artarak kanın merkezden çevreye gönderilmesi sağlanır. Derideki perfüzyonun artması damarlardaki direncin azalmasının bir göstergesidir. Ortalama kan basıncı azalması sonucu kalp hızında ve buna bağlı kalp debisinde artışı ortaya çıkmaktadır (3,9). Bu mekanizma sonucu ortalama kan basıncında düşüş ve nabız sayısında artış ortaya çıkar. Beden iç sıcaklığı aniden ve hızlı bir şekilde

arttığı durumlarda taşikardi, taşipne ve buharlaşma sonucu dehidratasyon ve buna bağlı asidoz gelişir. Bu durumda oksijen gereksinimi artmasına bağlı bedende enerji kaynakların kullanılması sonucu metabolik asidoz ortaya çıkmaktadır (1,2,3).

Beden iç sıcaklığı arttığı durumlarda sinir sisteminin uyarılması sonucu, hücre düzeyinde oksijenin hemoglobinden kolayca ayrılması metabolizma artışına karşı telafi edici bir mekanizma olarak ortaya çıkar. Başka bir deyişle beden sıcaklığı artışı oksijen isteğini hücrelerde arttırarak, hücrelerde hemoglobine bağlı olan oksijen kolayca ayrılır. Bu durum  $SaO_2$ 'nin azalmasına neden olur (2,3). Öte yandan, beden iç sıcaklığı yükseldiğinde, metabolizma hızı ve oksijen gereksinimi-tüketimi artışından dolayı, karbondioksit değerinin artışı ortaya çıkar. Bu bilgiler doğrultusunda, beden sıcaklığındaki artışın kan gazları değerlerini doğrudan etkilediği belirlenir (3,15,16)

Panagiotis ve arkadaşlarının dâhili ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde ateşin hemodinamik parametreler üzerinde etkisine yönelik yaptığı çalışmada (2007), beden iç sıcaklığı artmasıyla birlikte arteriyel kan basıncı ve  $SaO_2$ 'da azalma olmakla beraber nabız sayısında artış olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda, beden iç sıcaklığındaki her bir derece artış, nabız sayısında 4,7 oranında sistolik kan basıncında 2,7 mmHg ve  $SaO_2$ 'da %0,4 oranında azalmaya neden olduğu bulunmuştur (2). Asgarpour ve Yavuz tarafından (2010) nöroşirurji hastalarında ameliyat sonrası dönemde ateşin hemodinamik parametrelere etkisine yönelik yapılan çalışmanın sonuçlarına göre, beden iç sıcaklığı yükseldiğinde, sistolik kan basıncı, arteriyel kan basıncı ortalaması ve  $SaO_2$ 'da azalma, diyastolik kan basıncı ve nabız sayısında artış saptanmıştır. Bu çalışmada, her bir derece santigrat ( $1^{\circ}C$ ) beden sıcaklığında artışında; sistolik kan basıncında 4.43 mmHg, arteriyel kan basıncı ortalamasında 0.166 mmHg ve  $SaO_2$ 'da %0.64 azalma, diyastolik kan basıncında 1.61 mmHg ve nabız sayısında 7.46 vuruş/dk artış saptanmıştır (3).

#### **IV. AMELİYAT SONRASI ATEŞİ DÜŞÜRMEDE KULLANILAN YÖNTEMLER**

Ateşi düşürmede farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler kullanılmaktadır. Araştırmaların sonuçlarına göre ateşi düşürmede farmakolojik olmayan yöntemler tercih edilmelidir (3). Bunun yanında farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerin birlikte kullanımı mortaliteyi arttırdığı için önerilmemektedir. Ancak günümüzde beden iç sıcaklığı yükselen hastalarında periferik soğutma yöntemleri (ıslak ya da kuru soğuk uygulamalar) ile birlikte farmakolojik yöntemler de kullanılmaktadır (3,6,17).



## **A. Farmakolojik Yöntemler**

Ateşli bir hastada, altta yatan ciddi bir kalp hastalığı ya da ateşe bağlı bir sıvı-elektrolit dengesizliği yoksa genel olarak ateş düzeyindeki beden iç sıcaklığı yükselmelerine müdahale etmemenin doğru olacağı savunulmaktadır. Yine de her hastanın dikkatli bir biçimde değerlendirilmesi ve hastaya yönelik ateşin semptomatik tedavisine ilişkin karar verilmelidir. Ateş oksijen gereksinimini arttırdığından kalp ve solunum yetersizliği, nörolojik hastalığı ve metabolik durumu bozulmuş olan hastalarda semptomatik olarak tedavi edilmelidir (1,9).

Yapılan çalışmalar sonucu, ateşi düşürmede endojen antipiretik mediatörleri olarak nonapetid arjinin vazopressin (AVP) ve proopiomelanokortin (POMC) geninin ürünleri olan adrenokortikotropik hormon (ACTH) ile alfa ve gama melanosit stimulan hormonları ( $\alpha$ -MSH,  $\gamma$ -MSH) rol oynadıkları saptanmıştır. AVP'nin beyin ventral septal ve medial amigdalayı etkilemektedir. Dolaşımdaki ACTH, adrenallerden antipiretik özellikleri olan glukokortikoidlerin salınımını sağlar. Yerel iltihap alanında ortaya çıkan endojen IL-1 reseptör antagonistinin ve IL-10'un enflamasyonun sınırlandırılmasında, ateşin düşürülmesinde rol aldıkları saptanmıştır. Günümüzdeki en yaygın antipiretik ilaç gurubu nonselektif nonsteroidal anti-inflamatuvarlar(NSAID)'dir. Bunlar hem COX-1 hem de COX-2'yi non-selektif olarak bloke ederler. Örnek ilaçlar aspirin, indometasin, ibuprofen, piroksikam, diklofenak, naproksen, fenoprofen, ketoprofen ve flurbiprofen'dir (2,12).

Cormio ve Citerio (2007) nöroloji kliniğinde yatan hastalarda iki farklı farmakolojik tedavinin beden iç sıcaklığı, ortalama kan basıncı ve kafa içi basıncına etkisini araştırmıştır. Çalışma sonuçlarına göre, diklofenak uygulamalarının daha hızlı bir şekilde beden iç sıcaklığı düşürmede etkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca, düşük doz diklofenak orta doz NSAIDs'lere göre beyin hasarını önlemede daha etkili olduğu saptanmıştır (18).

Steven ve arkadaşları (2008) nöroloji hastalarında, periferik soğuk uygulama esnasında oksijen tüketimi ile fizyolojik değişiklikler arasında ilişki araştırma sonuçlarına göre, akut beyin travmasında ateşin düşürülmesi, oksijen tüketiminin azalmasını anlamlı bir şekilde etkilediği saptanmıştır (19).

## **B- Farmakolojik Olmayan Yöntemler**

**1. Periferik Soğutma Yöntemleri:** Periferik soğutma yöntemleri ateşi düşürmek amacıyla uygulanmaktadır. Periferik soğutma yöntemleri kuru ve yaş soğuk uygulamalar olarak iki grupta incelenir.

A. Kuru soğuk uygulamalar: disposable buz paket ve buz torbası/paketi yöntemlerini kapsar. Bu yöntemde buz paketleri koltuk, diz altı ve kasık bölgelerine uygulanır. Bu uygulamalar vazokonstriksiyona neden olduğundan dolayı travma durumlarında uygulanan bölgede kanamanın durdurulması, metabolizmanın yavaşlaması, enflamasyon sürecinin kısa olması, ödemin önlenmesi ve ağrının giderilmesini sağlar. Ayrıca ateşi olan hastalarda beden sıcaklığının düşmesini de neden olmaktadır. Uzun süre uygulamalar bölgesel hücre ölümüne neden olmaktadır. Bu nedenle işlem sonrası uygulama bölgesi kızarıklık ve yara yönünden değerlendirilmesi gerekir (5,6,20).

B. Yaş soğuk uygulamalar grubunda kompresler, banyolar, ıslak çarşafa sarma, genel ve yüzeysel yaş soğuk uygulamalar yer almaktadır (5,6,19,21).

Periferik soğutma yöntemleri uygulanan bölgede lokal anesteziye, ağrı, ödem, hücre metabolizması ve kas tonusunda azalmaya ve kan viskozitesinde artışa neden olmaktadır (21,22,23). Periferik soğutma yöntemlerini uygulamadan önce, uyguladıktan sonra ve uygulamadan 15-30 dakika sonra hastanın hemodinamik parametreleri ölçülmeli ve kaydedilmelidir (5). Uygulama sırasında ciltte ve muköz membranlarda meydana gelen değişiklikler gözlemlenmelidir. Periferik soğuk uygulama yapılan bölgede kan dolaşımını etkilediği için, o bölge renk değişimi açısından gözlemlenir. Cildi alerjik olanlar, çocuk ve yaşlılar, kan dolaşımını iyi olmayan hastalar, hareketsiz hastalar, traksiyonlu, göğüs tüpü, dreni ve açık yarası olan hastaların ciltleri çok çabuk irrite olur. Hasta bireyin sözel olarak ifade ettiği durumlar gözlemlenir. Uygulama öncesi ve esnası beden iç sıcaklığı düzenli bir şekilde ölçülmesi gerekir. Beden iç sıcaklığı 1°F (0.37 °C) kadar azaldığında, titremeyi önlemek için işlemin durdurulması gerekir. Hemşire uygulama saatini, süresini, gözlemlerini ve uygulama sonucunu hemşire gözlem kâğıdına kaydetmelidir (20,24).

Günümüzde geliştirilen ve periferik soğutma yöntemleri grubunda yer alan soğutucu battaniyeler özellikle nöroloji ve nöroşirurji hastalarında uygulanmaktadır. Soğutucu battaniyeler hava, su ve hidrojel akımlı olmak üzere üç gruptan oluşmaktadır. Bu yöntemde battaniyelerde hava, su veya jöle akımının derecesi 18°C'e ayarlanır ve 3-8 saat süreyle hasta üzerine örtülür (8,22,25). Araştırmalara göre hava akımlı soğutucu battaniyeler daha kısa sürede beden iç sıcaklığını düşürdükleri için, bu tür battaniyelerin kullanılması önerilmektedir (18,24). Hidrojel akımlı battaniyelerde titreme daha fazla görüldüğü için bu tür battaniyeler pek fazla önerilmemektedir (8). Soğutucu battaniyeler açık kalp ameliyatları ve bazı beyin ameliyatlarında metabolizmayı azaltmak amacıyla uygulanmaktadır. Uygulama sırasında hastanın yaşam bulguları takip edilmeli ve doku harabiyeti yönünden gözlenmesi gerekmektedir (5,17,26).

**2. Damar İçi Soğuk Sıvı İnfüzyonu/ Sıcaklık Değişim Sistemi:** Bu yöntemde soğutulmuş sıvılar (normal salin veya ringer solüsyonu), yerleştirilmiş damar içi kateter aracılığıyla uygulanır. Bu yöntem nöroloji ve nöroşirurji kliniğinde yatan hastalarda veya dirençli ateşlerde (diğer yöntemlere yanıt vermeyen ateşler) uygulanır. Bu yöntem, beden iç sıcaklığını sabit tutmak için diğer yöntemlere göre güvenilirdir(9,11,24,27). Bu yöntemde 1500-3000 ml ringer solüsyonu ya da normal salin 30cc/kg soğutularak (4°C) hızla hastaya uygulanır. Uygulamanın hızlı yapılmasının amacı hastada titreme ve metabolik bozukluklarını önlemektir (11,23). Nöroloji/nöroşirurji kliniğinde yatan hastalarda kullanılmakta olan Cool-line Cool-gard sistemde, damar içi soğuk sıvı infüzyonu beden iç sıcaklığını 3-4°C/saatte düşürebilirler. Beden iç sıcaklığın bir derece düşmesi metabolik gereksinimini %10 azaltır (9). Nöroloji/nöroşirurji kliniğinde yatan hastalarda ateşi düşürmede bu yöntemin periferik soğutma yöntemlerine göre daha etkili olduğu saptanmıştır (9,11,27). Subaraknoid kanamalarda, beyin içi kanamalarda, beyin enfarktüsünde yeni tasarlanmış Cool-line Cool-gard aracılığıyla sıcaklığı değiştiren kateterler, %64 oranında ateşi düşürmede ve diğer yöntemlere göre (antipiretikler, soğutucu battaniye ve buz paketleri) daha etkili olduğu saptanmıştır (9,28). Polderman ve ark. (2005) nöroloji kliniğinde yatan hastalarda miyokard ve nörolojik hasarı önlemek soğuk su cereyanlı battaniye ve soğutulmuş normal salin infüzyonu ile (4°C) hafif ile orta derece hipotermi uygulama amaçlı çalışma sonuçlarına göre, ortalama kan basıncında 15 mmHg artış saptanarak hemodinamiği stabile olmayan hastalarda daha fazla artış görülmüştür. Araştırmanın sonuçlarına göre, su cereyanlı battaniyeler ile soğuk sıvı infüzyonunda güvenli ve hızlı bir şekilde hipotermi sağlanabilir (21).

## **V. AMELİYAT SONRASI ATEŞ RİSKİ OLAN HASTALARDA HEMŞİRELİK BAKIMI**

Ameliyat sonrası ateş herhangi bir ameliyatı takiben, enfeksiyona bağlı veya enfeksiyon dışı nedenlerle gelişebilir. Ameliyat sonrası ilk 48 saat içinde ateşin gelişmesi, genellikle enfeksiyon dışı sebeplerle olur. İlaçlar, kan ve kan ürünleri, ameliyat öncesinde bir travma ve ya enfeksiyon olması ameliyat esnasında ve ya ayılma odasında ortaya çıkan ani bir ateşin nedeni olabilir. Ameliyat sonrası ateşi olan bir hastayı değerlendirirken ateşin enfeksiyona bağlı olduğunu var saymadan önce ayrıntılı bir ayırıcı tanı yapılması gerektiği akılda tutulmalıdır (29).

**1. Ameliyatın İkinci Gününde Solunum Komplikasyonlara Yönelik Ateş Riski Olan Hastalarda:** Solunum sistemini değerlendirmek için hastanın tıbbi ve cerrahi

özgeçmişini değerlendirilmeli, solunumu izlenmeli ve saatte dört kez derin solunum egzersizleri yapılmalıdır. Hasta semi-fowler (30-45°) pozisyonunda olmalı ve uyandıktan sonra saatte 10 kez spirometre ile solunum egzersizi yapılmalıdır. Hastanın ameliyat öncesi ağrı ile ilgili deneyimleri ve ameliyat öncesi ağrı durumu kültürel değerler açısından değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir. Ağrı durumunda, ağrı tedavisi yapıldıktan sonra ağrının giderilmesinden emin olmak için hastanın değerlendirilmelidir, ayrıca öksürük ve kafa içi basıncı artan durumlardan (konstipasyon, valsalva manevrası vb) kaçınılmalıdır (3,17,20,30).

**2- Ameliyatın 3-5. Gününde İdrar Yolları Enfeksiyona Yönelik Ateş Riski Olan Hastalarda:** Hasta idrar yolları enfeksiyonu bulguları açısından değerlendirilmeli, kateter varsa en kısa zamanda çıkartılmalı ve yeterli hidrasyon sağlanmalıdır. Bakımlar aseptik ilkelerine uygun yapılmalı, bakımlara yanıtı denetlenmeli ve değerlendirilmelidir (20,30,31).

**3- Ameliyatın 4-6. Gününde Derin Ven Tromboza (DVT) Yönelik Ateş Riski Olan Hastalarda:** Alt ekstremiteler hassaslaşma, kızarıklık ve ağrı yönünden kontrol edilmeli, hasta homans bulgusu (ayak bileğine dorsifleksiyon pozisyon verildiğinde popliteal bölgede ağrı hissin oluşması) açısından değerlendirilmeli ve yatakta ayak egzersizleri yapılmalıdır. Uygulanan antikoagülan tedaviye derhal başlatılmalıdır. Hastanın hemodinamik parametrelerinde değişiklik ve solunum sıkıntısı olduğunda cerraha haber verilmelidir. Hastada DVT'yi önlemek için yapılan işlemlerin sonuçları değerlendirilmelidir (20,30).

**4- Ameliyatın 5-7. Gününde Ameliyat Yeri Enfeksiyona Yönelik Ateş Riski Olan Hastalarda:** Hasta ameliyat öncesi enfeksiyon ve altta yatan diğer hastalıklar açısından değerlendirilmelidir. Ayrıca hastanın kilosu, laboratuvar değerleri ve ameliyat yapılacak bölgede cildin bütünlüğü değerlendirilmelidir. Ameliyat sonrası dönemde, bakımlar dikkatli bir şekilde yapılmalı, hasta enfeksiyon belirti ve bulguları açısından (beden iç sıcaklığında ve nabız sayısında artış, insizyon yerinde kızarıklık ve hassaslaşma, kötü kokulu ve pürülan drenaj) değerlendirilmelidir. Pansuman değiştirirken aseptik tekniğe uygun şekilde yapılmalı ve gerekirse insizyon yerinden kültür alınmalıdır. Antibiyotik tedavisi uygun zamanda başlatılmalı, laboratuvar değerleri dikkatlice cerraha rapor edilmeli, hastanın genel durumu tekrar gözden geçirilmeli ve hasta enfeksiyonu önlemeye karşı yapılan işlemler yönünden değerlendirilmelidir (17,20,30).

**5. Ameliyatın 7. Gününden Sonra İlaça Bağlı Ateşe Yönelik Ateş Riski Olan Hastalarda:** Hastaya verilen ilaçlar (vankomisin, penisilin ve streptomisin vb.) yönünden

değerlendirilmelidir. Hastada inflamatuvar yanıtı yaşam bulgularındaki değişiklik ile belirlenebilir. Hasta ilaçlara karşı alerjisi yönünden değerlendirilmelidir. Hastada alerji ya da inflamatuvar yanıtı görüldüğü zaman derhal cerraha haber verilmelidir (20,30,31).

## **SONUÇ**

Ameliyat sonrası ateş, beden mekanizmalarının travmaya karşı doğal bir yanıtı olmasına karşın başka nedenlerden dolayı da ortaya çıkabilir. Ateş bedende bir savunma mekanizması olarak, enfeksiyonların gelişme durumunda ön belirtisi olarak ortaya çıkmaktadır. Ayrıca bağışıklık sistemini aktive ederek mikroorganizmaların proliferasyonunu önler. Ateşin hasta üzerinde yaralı etkileri olmasına rağmen, zararlı etkilerini önlemek için tedavisi çok önemlidir (28). Ateş kaslarda aminoasitlerin parçalanmasına, kilo kaybına, kemiklerde kalsiyum mobilizasyonunun artışına, idrarda kalsiyum, aminoasit ve albümin artışına, taşikardi nedeniyle kalp ve koronerde yetmezlik oluşumuna, konvülsiyonlar, deliryum ve fetus üzerinde teratojenik etki bırakmakla birlikte arteryel kan basıncında ve SaO<sub>2</sub>-da azalmaya ve nabız sayısında artışa neden olmaktadır (3,12,32). Ateşi düşürmek için farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler kullanılmaktadır. Ancak ateşi düşürmek için uygun tedavi yönteminin seçimi önem taşımakla beraber, uygulama öncesi, esnası ve sonrası hasta durumu ve hemodinamik parametrelerin doğru ve dikkatli bir şekilde ölçülmesi, karşılaştırılması ve değerlendirilmesi komplikasyonların önlenmesinde önemli rol oynar. Ameliyat öncesi hazırlığın kanıta dayalı uygulamalar ile yapılması, altta yatan hastalıkların tedavisi ameliyat sonrası ateşi önlemekte, ayrıca ameliyat sonrası dönemde hastanın genel durumu ve hemodinamik parametrelerin düzenli ve dikkatli bir şekilde ölçülmesi ve değerlendirmesi, komplikasyonların önlenmesinde önem taşımaktadır.

## **KAYNAKLAR**

1. Heydari M. Monitoring Of Hemodynamic Parameters, Introduction To Critical Care Nursing. 1<sup>st</sup> ed, Tehran: Tehran Shahed Publisher, 2000, p.158-214.
2. Panagiotis K, Hero B, Evangelos M. Fever and Standard Monitoring Parameters of ICU Patients: A descriptive study. Intensive And Critical Care Nursing 2007; 23(5): 281-288.
- 3- Asgarpour H, Yavuz M. Vücut Sıcaklığındaki Yükselmenin (ateşin) Hemodinamik Parametrelere Etkisi. Maltepe University Nursing Science and Art Journal 2010; 3(3): 73-79.

4- Shiri H, Nicravan MM. The Anatomy and Physiology Of Respiratory System, Principals Of Intensive Care In CCU, ICU, Dialysis. 3<sup>rd</sup> ed, Tehran, Noor-e-Danesh Medical Publication, 2005; p.197-223.

5- Perry GA, Potter AP. Warm and Cold Therapy. Ruhland MJ, Clinical Nursing Skills & Techniques, 7<sup>th</sup> ed, Lippincott Com 2006; p.1307-1326.

6- Panagiotis K, Brokalaki H, Theodorakopoulou G. Physical Antipyresis In Critically Ill Adults. American Journal Nursing 2008; 108(7): 40-49.

7- Ranier L, Martin G, Andrea K. Hyperthermia During Anaesthesia and Intensive Care Unit Stay. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology 2008; 22(4): 669-694.

8- Laws C, Jallo J. Fever and Infection In The Neurosurgical Intensive Care Unit. JHN Journal 2010; 5 (2): 21-27.

9- Hoedemaekers CW, Ezzahti M, Gerritsen A. Comparison Of Cooling Methods To Induce And Maintain Normo And Hypothermia In Intensive Care Unit Patients: A Prospective Intervention Study. Critical Care 2007; 11(4): 91.

10- Kevin B, Shapori R, Andrew W. Occurrence And Outcome of Fever In Critically Ill Adults. Critical Care Medicine 2008; 36(5): 1531-1535.

11- Hinz J, Rosmus M, Popov A. Effectiveness of An Intravascular Cooling Method Compared With A Conventional Cooling Technique In Neurologic Patients. Journal of Neurosurgery Anesthesiology 2007; 19(2): 130-5.

12- Yenen OS, Altunay H. Ateş ve Nedeni Bilinmeyen Ateş. Wilke-Topçu A, Söyletir G, Doğanay M, Enfeksiyon Hastalıkları Ve Mikrobiyolojisi. 2<sup>nd</sup> ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2002: p.388-398.

13- Rowsey R, Pamela J. Understanding The Pathophysiology Of Fever, Learn About The Clues That Can Help You Identify A Fevers Cause. Critical Care Nursing 2008; 38(8): 56cc1-56cc2.

14- Dalal S, Zhukovsky D. Pathophysiology and Management of Fever. The Journal of Supportive Oncology 2006; 4(1): 9-16.

15- Schutz LS, Oxygen Saturation Monitoring By Pulse Oximetry, Saunders WB, AACN Procedure Manual for Critical Care, 4<sup>th</sup> ed, 2001; p.77-82.

16- Rainer Lenhardt. Monitoring and Thermal Management. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology 2003; 17(4): 569-581.

17- Henker R, Rogers S, Kramer DJ. Comparison of Fever Treatments In The Critically Ill. A Pilot Study, American Journal Of Critical Care 2001; 10(4): 276-280.

18- Cormio M, Citerio G. Continuous Low Dose Diclofenac Sodium Infusion To Control Fever In Neurosurgical Critical Care. *Neurocritical Care* 2007; 6(2): 82-89.

19- Steven HJ, Shelsky R, Hindman B, Smith T, Simmons, Todd M. A Prospective, Observational Clinical Trial of Fever Reduction To Reduce Systemic Oxygen Consumption In The Setting Of Acute Brain Injury. *Neurocritical Care* 2008; 9(1): 37-44.

20- Fernandez R, Riffiths R. A Comparison of An Evidence Based Regime With The Standard Protocol For Monitoring Postoperative Observation: A Randomised Controlled Trial. *Australian Journal of Advanced Nursing* 2005; 23(1): 15-21.

21- Polderman KH, Herold I. Therapeutic Hypothermia and Controlled Normothermia in The Intensive Care Unit: Practical Considerations, Side Effects And Cooling Methods. *Critical Care Medicine* 2009; 37(3): 1172-1173.

22- Mayer SA, Commichau C, Searmeas N. Clinical Trial of An Air-circulating Cooling Blanket For Fever Control In Critically Ill Neurologic Patients. *American Academy Of Neurology* 2001; 56(3): 292-298.

23- Mayer SA, Kowalski RG, Presciutti M. Clinical Trial Of A Novel Surface Cooling System For Fever Control In Neurocritical Care Patients. *Critical Care Medicine* 2004; 32(12): 2508-2515.

24- Polderman KH, Rijnsburger ER, Peerdeman SM, Girbes AR. Induction Of Hypothermia In Patients With Various Types Of Neurologic Injury With Use Of Large Volumes of Ice-cold Intravenous Fluid. *Critical Care Medicine* 2005; 33(12): 2744-2751.

25- Loke A, Chan Y, Helen CL. Comparing The Effectiveness of Two Types Cooling Blankets For Febrile Patients. *Nursing In Critical Care* 2005; 10(5): 247-254.

26- Caruso CC, H Bj, Shukla R. Cooling Effects and Comfort of Four Cooling Blanket Temperatures In Humans With Fever. *Nursing Research* 2004; 41(2): 68-72.

27- Diringer MN. Neurocritical Care Fever Reduction Trial Group. Treatment of Fever In The Neurologic Intensive Care Unit With A Catheter-based Heat Exchange System. *Critical Care Med* 2004; 32(2): 559-564.

28- Lasater M. Intravascular Temperature Modulation in The Neurosurgical Critical Care Unit. *Journal Of Neuroscience Nursing* 2006; 38(5): 379-83.

29- Willke A, Tireli M. Postoperatif Ateş. *ANKEM Dergisi* 2009; 23(2): 86-88.

30- Emmoth U, Mansson ME. Nursing Care in Fever- A Literature Study and Intensive Care Nurses Viewpoint On Nursing Care And Treatment Of Fever. *Vard Nord Utveckl Forsk* 1997; 17(4): 4-8.

31- Fernandez A, Schmidt JM, Claassen J. Fever After Subarachnoid Hemorrhage: Risk Factors and Impact on Outcome. *Neurology* 2007; 68(13): 973-974.

32- Rabinstein A, Sandhu K. Non-infectious Fever in The Neurological Intensive Care Unit: Incidence, Causes and Predictors. *Journal of Neurology Neurosurgery Psychiatry* 2007; 78(11): 1278-1280.



## PERİNENİN KORUNMASI İÇİN INTRAPARTUM GİRİŞİMLER

Banu KARAÖZ<sup>1</sup>, Aynur SARUHAN<sup>2</sup>

### ÖZET

Günümüzde obstetrik uygulamanın temel amacı perinatal ve maternal mortaliteyi mümkün olan en düşük seviyeye indirmektir. Bu amaç ülkenin genel sağlık politikasının ayrılmaz bir parçasıdır. Gebe kadınların % 40'ından fazlasında gebelik, doğum veya postpartum periyotta akut obstetrik problemler ortaya çıkmakta ve gebelerin % 15'inde hayatı tehdit eden komplikasyonlar gelişmektedir. Doğum ve doğumda yapılan tüm girişimler boyutları ve etkileri ile kadının ve ailesinin yaşam kalitesinde farklılıklara yol açabilecek büyük ve önemli bir deneyimdir. Bu durum kadının benlik saygısını, yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve duygusal sıkıntılara neden olmaktadır. Bu makalede, perinenin korunması için kullanabileceğimiz intrapartum girişimler ve metotlar üzerine yapılan çalışmalar incelenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Perinenin Korunması, İntrapartum Dönem, Girişim, Ebelik/Hemşirelik Bakımı

### INTRAPARTUM INTERVENTIONS FOR THE PROTECTION OF PERINEUM

### ABSTRACT

Nowadays, the main objective of obstetric practice is to reduce perinatal and maternal mortality as lowest as possible. This purpose is an integral part of the country's general health policy. Acute obstetric problems arise during pregnancy, delivery or postpartum period in over 40% of the pregnancies and life-threatening complications occur in 15% of the pregnancies. Delivery and all interventions during delivery together with its size and effects are important experiences that can cause changes in life quality of the women and her family. This condition has a negative impact on self-esteem and life quality of the women and causes emotional stress. In this article, studies about intrapartum interventions and methods to protect perineum are investigated.

**Keywords:** Protection of the perineum, Intrapartum period, Interventions, Midwifery / Nursing Care

<sup>1</sup> Öğr. Gör. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

<sup>2</sup> Yard. Doç. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Abd.

**İletişim/ Corresponding Author :** Banu KARAÖZ

Geliş Tarihi / Received : 21.05.2012

**Tel :** +9 534 489 87 56 **e-posta:** banukaraoz@gmail.com

Kabul Tarihi / Accepted: 06.09.2012

## **GİRİŞ**

Bu makalede, perinenin korunması için kullanabileceğimiz intrapartum girişimler ve metotlar üzerine yapılan çalışmalar incelenmiştir. Perineum, vajina ve anüs arasında bulunan doku alanıdır. Kas ve pelvik tabanı birbirine bağlar. Pelvik taban, iki geniş kısma ayrılmakta olup bir hamak biçiminde orta hat boyunca birleşen düz bir kاستır. Bu haliyle pelvik organları desteklemektir (1). Perineal travma ise; doğum anında ve doğumdan sonra kısa veya uzun süreli morbiditeye eşlik eden ve kadınların cinselliğini ve beden imgesini etkileyen bir durumdur (2). Perineum kadınlar için çok önemlidir. Perineumun doğum sırasında gerilmesi ya da yırtılması vajinanın arka duvarından gelen desteği kaldırmakta ve genellikle de uterusun prolapsusuna neden olmaktadır. Zayıf bir pelvik taban mesane ve bağırsaklarda inkontinansa sebep olmaktadır. Perineumda gerçekleşen travma, koitus sırasında rahatsızlığa ve ağrıya yol açmaktadır (3, 4, 5, 6).

Çalışmalar göstermektedir ki, kadınların %85'inden fazlası vajinal doğum süresince herhangi bir derecede perineal yırtığa sahip olmaktadır (7, 8, 9). Özellikle perineal travmaları azaltarak doğum anında daha az kanamanın olması, doğum sonu kanamayı ve perineal bölgede ağrı ızdırabı azaltıp annenin yeni rolüne uyumunu kolaylaştırmak bu çalışmaların temel amacıdır (2). Ülkemizde hastanede meydana gelen tüm doğumların %65'inden fazlasına, primiparların ise 90%'nından fazlasında epizyotomi uygulanmaktadır (10).

## **I-PERİNEAL MASAJ**

Perineumu vajinal doğum boyunca daha kolay esnemesi için hazırlayan bir yöntemdir. Doğum süresince, perineal dokuların bebeğin vajinaya doğru geçişine izin vermesi için yayılması gerekmektedir. Yapılan araştırmalar yaklaşık olarak 35. gestasyonel haftadan itibaren başlanan antenatal perineal masajın onarım gerektiren perineal travmalarını azalttığını göstermektedir. Ayrıca kadınlar doğumdan üç ay sonra diğerlerine göre daha az perineal ağrı şikayeti bildirmektedirler (11).

Perine masajı, vagina ve rektum arasında bulunan perineal bölgeye elle yapılan masajı ifade eder. Masaj, kayganlaştırıcı yağlı bir madde ile vaginanın dışına ve yaklaşık 4 cm vaginanın iç ve dış duvarına yapılmaktadır. Perine masajına başlamadan önce mesane ve rektum mutlaka boşaltılmalıdır. Son zamanlarda prenatal perineal masajın perinenin doğuma hazırlanarak bütünlüğünün korunmasında, yırtıkların sayısını ve şiddetinin azaltılmasında olumlu etkileri olduğunu ifade eden araştırmalar yaygınlaşmaktadır (2).

Ebeler daha çok doğum sancısının ikinci safhasında kadınların perinesini sıklıkla yaş, sıcak kompres kullanarak veya sadece ıkınma ile yavaş kasılmasını sağlayarak korumaya çalışırlar. Zıt olarak doktorlar geleneksel olarak rutin uygulama olarak epizyotomi uygulamaları (2).

### **A-Perineal Masajın Avantajları**

Perineumun elastikiyetini arttırmaktadır. Bu perineuma giden kan akımını ve gerilme kapasitesini arttırarak daha kolay ve acısız doğuma izin vermektedir. Perineumda yırtılma ve epizyotomi gereksinimi daha az gerçekleşmektedir. 1990'lardan bu yana Birleşik Krallıkta (UK) istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde epizyotomi oranları, epizyotominin olumsuz etkileriyle ilişkili kanıtlara yanıt olarak azalmaktadır (7, 12). Perineal masaj, perineumun açılmasına izin vermeye odaklanmaya yardımcı olmaktadır. Doğumdan sonra perineum daha az ağrılı olmaktadır. Eğer perineumda daha önceden oluşmuş dokuda yara izi (skar) ya da rijid bir perineum mevcutsa örneğin; kadın at binicisi ya da enerjik bir dansçı ise kısmen yardımcı olabilmektedir.

Perine masajına gebeliğin 34. haftasından itibaren istenilen bir zamanda başlanabilir. Perineal masaj kadının kendisi ya da partneri tarafından yapılabilmektedir. Başlangıçta gebe kadın kendisi masaja başlayabilir, doğuma yakın ise eşinden yardım isteyebilir. Sadece bunu kendisini uygularken mutlu hissediyorsa yapması önerilmektedir. Yapılması için uygun zamanlardan biri banyo sırası ya da sonrasında. Çünkü perineumda bulunan kan damarları dilate olmakta ve bu perineumu daha yumuşak ve dokunulmasında daha rahat bir hale getirmektedir. Ayrıca kadında kendini daha rahatlamış hissetmektedir. Masaj sırasında kokulu olmayan, organik yapıda yağların, örneğin; zeytinyağı, tatlı badem yağı ya da ayçiçeği yağı gibi bölgenin kayganlaştırılmasında (lubrikasyonunda) ve masajı daha rahat bir hale getirmek için kullanılabilir (5).

### **B-Uygulamayı Kolaylaştıran Ve Rahatlatan Pozisyonlar**

Dizler dışı bükülmüş ve desteklenmiş bir şekilde, yastık kullanılarak yatak ya da koltukta belinden yukarıya doğru desteklenerek, banyoda sırtüstü dinlenerek, bir taraftaki bacak yukarıda tutularak ve bacaklar değiştirilerek, ılık duş altında, bir bacak tabureye kaldırılarak, ayaklar değiştirilerek, tuvalette oturularak uygulanabilmektedir. Eldiven kullanılabilir ve karşıya ayna koyularak daha kolay görme sağlanabilir.

### **C-Uygulama Tekniği**

Rahatlamış ve gevşemiş bir şekilde, kesintiye uğranmayacak, rahat ve güvende hissedilen bir yerde yapılabilir. Bebeğin perineumu doğumda açtığı yönde ve şekilde rahat ve kolay bir şekilde uygulanmalıdır. Vajinanın arka duvarına doğru bir ya da her iki başparmak yerleştirilir, bir ya da her iki işaret parmağı gluteal bölgede kalacak şekilde yerleştirilir. Uygulama sırasında yalnızca tek bir elde kullanılabilir. Az miktarda rektuma bastırılarak, yavaşça baş ve işaret parmakları birlikte yukarıya ve dışa doğru ritmik “U” ya da “sapan” şeklinde hareket ettirilmektedir. Masaj sırasında perineumun mümkün olduğu kadar gevşemesine odaklanılmalıdır. Masajın süresi istenildiği kadar uzatılabilir, ancak beş dakika kadar bir zaman amaçlanmaktadır.

Zaman içerisinde ve uyguladıkça, perinenin elastikleşmesine bağlı olarak, rektuma doğru bakıyı ve gevşetme yeteneğini artırabilmektedir. Ayrıca bu, bebeğin başı doğmak üzereyken yaptığı ve hissedilen baskıda gevşemeye yardım etmektedir. İstenilen sıklıkta tekrar edilebilmektedir. Masajdan en fazla yararı görebilmek için, her gün ya da gün aşırı masaj yapılması amaçlanmalıdır. Geç hamilelik dönemindeki hormonların pelvik kas ve kemiklerin üzerinde gevşetici etkisi bulunmakta olup, bu etkiden perineal masajdan sonra kas tonunu güçlendirmek için birkaç güçlü pelvik taban kasılması yapılarak yararlanılabilmektedir. Bunu gebe kadın idrar akışını ve nefesini tutarak, kaçırmayarak, sıkıştırarak ve pasajın arka ve önünde bulunan kasları kaldırarak durdurmaya çalışıyormuş gibi kendini hayal ederek yapabilmektedir. Kasılmayı 10 saniyeden fazla tutmak, 10 saniye dinlenip tekrar sıkılmak amaçlanmalıdır. Ayrıca, pelvik tabanın sıkılması ve sonra hemen gevşemesi ile birkaç hızlı kasılma yapılması, önerilebilmektedir (13).

Anderson ve Johnson (2005) yaptıkları sistematik review= derleme, obstetride kullanılan perineal tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ile ilgili üç çalışmada 119 perineal masaj yapılan kadın bir önceki vajinal doğumları ile karşılaştırılmıştır. Buna göre, ikinci ve üçüncü derece laserasyon ya da epizyotomi ve enstrümantal doğum oranlarında anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır (14, 15). Ayrıca 30 yaşın üzerinde masaj yapılmayan kadınlar (%81.4), masaj yapılan gruptan (%69.3) daha fazla perineal yırtılma deneyimi yaşamıştır. 10 dakika kendi kendine perineal masaj (%24) perineum bütünlüğünün korunması oranını masaj uygulanmayan gruba (%15) göre artmasına yol açmıştır (16). Epizyotomi kullanım oranlarında ya da üçüncü ya da dördüncü derecede laserasyonların görülme oranında bir farklılık bulunmamıştır. Multipar kadınlar için, perineal masaj sonuçlara herhangi bir etkide

bulunmamıştır. Üç aylık bir takip göstermiştir ki; masaj yapılan grupta fonksiyonel hiçbir değişiklik bulunmamaktadır (17). Bir diğer çalışmada ise kendisi ya da partneri tarafından yapılan günlük perineal masajın epizyotomi ve laserasyon oranlarını azaltıcı ve perine bütünlüğünü arttıran anlamlı bulgular saptanmıştır (18).

Labrecque ve ark. (1996) 34. Gebelik haftasından doğuma kadar tatlı badem yağı ile günlük 5-10 dakika süren perineal masajı değerlendirmiş, ilk vajinal doğumunu yapan kadınlar için perine bütünlüğünün korunmasının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığını ancak bunun daha önce vajinal doğumu olanlarda etkili olmadığını göstermiştir (16).

Labrecque ve ark. (2001) perineal masajı kadınların olumlu olarak değerlendirdiklerini belirtmişlerdir (17). Stamp ve ark. (2001) doğumun ikinci evresinde perineal masajın etkilerini değerlendirmiş ve perine bütünlüğünü arttırmadığını ya da ağrı, disparoni, üriner ya da fekal problem görülme riskini azaltmadığını, ancak zararlı olmadığını saptamıştır (1).

Sayiner ve Demirci'nin (2007) 50 deney, 50 kontrol grubu ile yaptıkları bir araştırmada; gebelere 34. haftasından itibaren haftada 1 ya da 2 kez perine masajı yapıldı ve kendilerine de nasıl yapılacağı öğretilerek yapmaları istenmiştir. Araştırmaya katılan multipar olguların %14'ünün önceki doğumlarını evde, % 86'sının hastanede yaptığı, hastanede doğum yapan gebelerden 1'ine epizyotomi uygulandığı saptanmıştır. Masaj grubunda epizyotomi uygulanma oranı %10, kontrol grubunda %92 olarak saptanmıştır. Masaj uygulanan grupta epizyotomi uygulanma oranı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmıştır ( $X^2 = 62.267$   $p < 0.001$ , güç analiz = 0.91137) (2).

Birleşmiş Krallık'ta (UK) yapılan ulusal bir araştırmada doğumun ikinci evresi boyunca uygulanan perineal masajın %52 oranında maternal ünitelerde uygulandığını göstermektedir (19).

#### **D-Eller Üzerinde Ve Eller Havada Metodu**

Doğumun iyi yönetilmesini neyin sağladığını saptamak amaçlı Mc Candlish ve ark.'nın (1998) 5316 kadın ile yaptıkları çalışmada “eller üzerinde” yani ebenin ellerinin bebeğin başını bastırarak ve perineyi destekleyerek lateral fleksiyondan sonra omuzların doğurtulmasını kolaylaştıran ve “eller havada” yani ebenin ellerini havada ve hazır tutarak perineye ya da başa dokunmaksızın ve omuzların spontan vajinal doğumuna izin vermesi ile karakterize iki yöntem karşılaştırılmıştır. Sonuçlar “eller havada” metodunda 10 günde orta

dereceden daha fazla ağrı saptanmıştır. Ayrıca eller havada metoduyla yaptırılan doğumlarda epizyotomi oranı daha az, plasentanın elle ayrılmasıyla ise daha sık karşılaşılmıştır (8).

Mayerhofer ve ark. (2002) 1076 kadınla yaptığı araştırmada (20) Mc Candlish ve ark.'nın bulgularını onaylamış (8), bulgularında eller havada metodunun perineyi etkili bir şekilde koruyacağı önerilmiştir. Her iki yöntemin kullanımı hem ebelerin becerisi hemde bilgilendirilmiş kadının tercihine bağlı olmalıdır (22).

## **II- Sıcak Ve Soğuk Paket Kullanımı**

Birleşmiş krallıkta (UK) yapılan ulusal araştırmada perineal yaralanmanın ağırlığını azaltma girişimi olarak doğumun ikinci evresinde maternal ünitelerin %33'ünde sıcak ve %21'inde bebeğin kafası taçlanırken yanma hissini azaltmak için soğuk paketler kullanılmaktadır (19). Çok ender olarak, randomize kontrollü çalışmada ılık uygulama paketlerinin doğumun ikinci evresinde nullipar kadınlarda suturlanma gereksinimini azaltmadığı ancak üçüncü ve dördüncü derece laserasyon riskini ve ağrının ağırlığını azalttığı bazı çalışmalarda kanıtlandığı saptanmıştır (21). Doğumun ikinci evresi boyunca soğuk paket kullanımıyla ilgili hiçbir formal değerlendirme bildirilmemiştir.

## **III- Başın Geleneksel Fleksiyon Ve Ekstansiyonu**

Başın geleneksel olarak fleksiyonu ve ekstansiyonunun uygulamada alttan destekleme bilimsel prensibinin eleştirel bir analizinde reddedilmiştir (23). Bu yazarlar bu tekniklerin perineal travma olasılığını arttıracaklarını belirtmiştir.

## **IV- Valsalva Tipi Kapalı Glottis İkinme**

İkinci evrenin erken döneminde kadınların kuvvetlice ıkınmaları konusunda yönlendirilmesi sonucunda epizyotomi ve tamir gerektiren perine yırtıkları oranında bir artış olduğunu rapor edilmiştir. Ayrıca, bu durumda forseps kullanımına da daha fazla ihtiyaç duyulduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada, doğum eyleminin bu istenmeyen sonuçlarının, başın kademeli olarak inişinin engellenmesiyle vaginal doku ve perine kaslarındaki çok hızlı gelişen gerilmeye bağlı olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda, vaginal duvar ve destek yapıları üzerindeki gerilme ve zorlanmanın ileride stres inkontinans ve perineal taravmaların oluşumunda etkili olabileceğini açıklamıştır (24).

Kuvvetli ıkınmaya, pelvis taban kaslarında sıkışma, gerilme ve sonuçta fetal inişte engellenme de eşlik edebilir. Bu nedenle, kadınlar çok korktuğu ve yorgun oldukları için uygun ve yeterli çabayı göstermekte yetersiz kalabilirler. Bunun sonucunda doğumda vakum ya da forseps kullanımına ya da sezaryen ile doğuma ihtiyaç duyulabilir.

Valsalva tipi ıkınmada ise, ıkınma hissi dikkate alınmaksızın kadının aşağıda belirtilen şekilde ıkınması desteklenir: kontraksiyonlar başladığında iki tane normal solunum yapma, derin bir nefes alma ve nefesi tutma, diyafram ve abdominal kaslarla birlikte havayı sıkıştırma, olabildiğince kuvvetli ve uzun ( yaklaşık 10-15sn ) ıkınma, nefes verme, tekrar derin bir nefes alma, nefesi tutma ve tekrar 10-15sn kadar kuvvetlice ıkınma, kontraksiyonlar hafiflediğinde ıkınmayı bırakma, iki ya da üç kez normal solunum yapma, bir sonraki kontraksiyona kadar gevşeme ve dinlenme (25).

Thomson (1993), 32 gebe kadında valsalva tipi (direktif / emir vererek) ve spontan ıkınma tekniklerini kullanarak karşılaştırmıştır. İki grup arasında doğum şekilleri, perineal travma oranı, kan kaybı, doğumda neonatal resusitasyona gerek duyulması, umbilikal ven kan gazları ve asit-baz durumları bakımından fark bulunmamıştır. Ancak aynı çalışmada, ikinci evre uzunluğu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Spontan ıkınan kadınlarda ikinci evre uzunluğu 121.4 dakika iken valsalva tipi ıkınan kadınlarda ikinci evre uzunluğunun 58 dakika olduğu belirtilmiştir (26).

### **V- Lokal Anestezik Sprey**

Doğumun ikinci evresinde, perineal ağrının azaltılması ile ilişkili olmayan lidokain kullanımının az miktarda yüksek düzeyde kanıtta, doğum sırasında perineal travma görülme oranını azalttığını belirtilmektedir. Bu yapılan çalışmada, doğumun ikinci evresinde lidokain sprej kullanılan kadınlarda kullanılmayanlara göre, sırasıyla %28 ve %44.6 oranında perineal travma görülmüştür. Sprej kullanılan kadınlarda koitus sırasında dispareni görülme oranı da daha az bildirilmiştir (27).

### **TARTIŞMA**

Ebelerin, perinatoloji hemşirelerinin prenatal perine masajını yapması ve gebelere öğretmesi, ebelik ve hemşirelik müfredatlarında prenatal perine masajına yer verilmesi, epizyotominin rutin ve yaygın kullanımının sınırlandırılması, doğumun ikinci evresinde lidokainin perineal travmayı azaltmak için kullanılması, mezuniyet sonrası eğitimde bu

konuda hizmet içi eğitimlerinin yapılması, perineal travmaların önlenmesi için daha ileri araştırmaların yapılması gerekmektedir.

### **KAYNAKLAR**

1. Stamp G, Kruzins G, Crowther C. Perineal Massage İn Labour And Prevention Of Perineal Trauma: A Randomised Controlled Trial. *British Medical Journal* 2001; 322: 1277-80.
2. Sayiner FD, Demirci N. Prenatal Perineal Masajın Vaginal Doğumlarda Etkinliği. *İÜFN Hemşirelik Dergisi* 2007; 15(60):146-154.
3. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's Sexual Health After Childbirth. *BJOG: An International Journal Of Obstetric And Gynaecology* 2000;107(2):186-95.
4. Albers L, Garcia J, Renfrew M, Mc Candlish R, Elbourne D. Distribution Of Genital Tract Trauma In Childbirth And Related Postnatal Pain. *Birth* 1999;26(1):11-7.
5. Albers L. Reducing Genital Tract Trauma At Birth Launching A Clinical Trial In Midwifery. *Journal Of Midwifery And Women's Health* 2003; 48: 105-110.
6. Eason E, Labrecque M ve ark. Anal Incontinence After Childbirth. *Canadian Medical Association Journal* 2002; 166(3):326-30.
7. Kettle C, Tohil S. Perineal Care. *BJM Clin* 2008; 24(10):1401.
8. Mc Candlish R, Bowler U ve ark. A Randomised Controlled Trial Of Care Of Perineum During Second Stage Of Normal Labour. *British Journal Of Obstetric and Gynaecology* 1998; 105(12):1262-72.
9. Sleep J, Grant A ve ark. West Berkshire Perineal Management Trial. *BJM* 1984; 298:578-690.
10. Karaçam Z. Epizyotominin Doğum Sonrası Dönemde Cinsel Fonksiyona Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2008; 38-46.
11. Beckmann MM, Garrett AJ. Antenatal Perineal Massage For Reducing Perineal Trauma. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006;1:1-7.
12. Klein MC, Gauthier RJ ve ark. Relationship of Episiotomy to Perineal Trauma And Morbidity, Sexual Dysfunction, And Pelvic Floor Relaxation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1994; 171(3):591-8.



**13.**Carroli G, Belizan J. Episiotomy For Vaginal Birth (Cochrane Review): In: The Cochrane Library. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd. 2004;1.

**14.**Anderson FWJ, Johnson CT. Complementary And Alternative Medicine In Obstetrics. International Journal Of Gynecology and Obstetrics 2005; 91: 116-124.

**15.**Shipman MK, Boniface DR. Antenatal Perineal Massage and Subsequent Perineal Outcomes: a Randomised Controlled Trial. Br. J. Obstet. Gynaecol 1997; 104(7):787-91.

**16.**Labrecque M, Eason E. Randomized Controlled Trial of Prevention of Perineal Trauma by Perineal Trauma by Perineal Trauma by Perineal Massage During Pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol 1996; 180(3):593-600.

**17.**Labrecque M, Eason E. Randomized Trial of Perineal Massage During Pregnancy: Perineal Symptoms Three Months After Delivery. Am. J. Obstet. Gynecol 2000; 182(1): 76-80.

**18.**Avery MD, Burket BA. Effect Of Perineal Massage On The Incidence Of Episiotomy And Perineal Laceration In A Nurse—midwifery Service. J Nurse Midwifery 1986; 31(3):128– 34.

**19.**Sanders J, Peters TJ, Campbell R. Techniques To Reduce Perineal Pain During Spontaneous Vaginal Delivery And Perineal Suturing: A UK Survey Of Midwifery Practice. Midwifery 2005; 21: 154-160.

**20.**Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K. et al. Traditional Care Of The Perineum During Birth. A prospective, Randomised Multicentre Study of 1,076 Women. The Journal of Reproductive Medicine 2002; 47: 477-82.

**21.**Munro J, Jokinen M. Perineum Care. Midwifery Practice Guideline. Royal Collage of Midwifery Evidence Based Guidelines For Midwifery-Led Care In Labour 4th Edition 2008;1-8.

**22.**Dahlen HG, Homer CS ve ark. Perineal Outcomes And Maternal Comfort Related To The Application Of Perineal Warm Packs In The Second Stage Of Labor: A Randomized Controlled Trial. Birth. 2007; 34(4): 282-290.

**23.**Myrfield K, Brook C, Creedy D. Reducing Perineal Trauma: Implications Of Flexion And Extension Of The Fetal Head During Birth. Midwifery 1997; 13: 197-201.

**24.**Beynon CL. The normal second stage of labour: A Plea For Reform In Its Conduct. Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire 1957; 64: 815-820.

**25.**Harwey M (Ed.), Herman AJ ve ark. Preparation for Childbirth A Family Approach. 2.edition. Baptist Memorial Hospital. ISBN: 0-8900-3-058-8 Indianapolis- 1989. 32-56.

**26.**Thomson AM. Pushing Tecniques In Second Stage Of Labour. Journal of Advenced Nursing 1993; 18(2): 171-177.

**27.**Ayton H, Tapisiz OL ve ark. Severe Perineal Lacerations In Nulliparous Women And Episiotomy Type. European Journal of Obstetrics & Gynecology 2005; 121: 46-50.

## ALEKSİTEMİ

Sevilay HİNDİSTAN<sup>1</sup>

### ÖZET

Duygular için kelime yokluğu anlamına gelen aleksitimi, bireyin duygusal işlevlerinde ve kişiler arası ilişkilerinde güçlük çekmesi şeklinde ortaya çıkan bir sorundur. Duyguları fark etme, ayırt etme ve söze dökme güçlüğü; hayal kurma ve düşlem yaşamında kısıtlılık ve dışa dönük düşünme ile kendini gösterir. Aleksitimik özellikler, bireyin strese dayanma gücünü azaltmakta, uyum kapasitesini sınırlandırmakta, duygulara bağlı bedensel duyuları abartmakta ve bedensel belirtiler geliştirmesine neden olmaktadır. Aleksitimi özellikle posttravmatik stres bozukluğu, depresyon, yeme bozuklukları, panik bozukluğu, sosyal fobi ve madde kötüye kullanımı gibi bazı psikiyatrik bozukluklarda sık görülmekle birlikte peptik ülser, psöriyasis, irritable kolon sendromu, mastalji, hipertansiyon, kronik amfizem, bronşit, romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus, diabetes mellitus, koroner arter hastalığı ve kronik ağrı da azımsanmayacak oranda görülmektedir. Aleksitimik özellikler, kadın cinsiyet, artan yaş, düşük eğitim düzeyi ve zayıf sağlık algılaması ile ilişkilidir. Aleksitimik özellikleri tanımak, hastaların etkili ve zamanında tedavi ve bakım alabilmeleri açısından önemlidir. Hastaların sorunlarını doğru ve uygun şekilde tanımlaması ve açıklaması, sağlık yardımı almalarında, sorunlarının zamanında tanınmasında, tedavi ve bakımında kolaylık sağlamaktadır. Aleksitimik özelliklerin sağaltılmasında, aleksitimik bireylerin duygusal farkındalıklarını artırma, bireysel ve grup terapileri işe yaramaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Aleksitimi, Aleksitimik Özellikler, Hastalıklar

---

<sup>1</sup> Yrd. Doç.Dr. Karadeniz Teknik Üniversitesi, SBF, Hemşirelik Bölümü

**İletişim/ Corresponding Author:** Sevilay HİNDİSTAN

Geliş Tarihi / Received : 30.04.2012

**Tel:** +90 462 230 04 76 **e- posta:** sevilayhindistan69@yahoo.com

Kabul Tarihi / Accepted : 19.10.2012

## **ALEXITHYMIA**

### **ABSTRACT**

Alexithymia, which means the absence of words for feelings, is a problem emerging in the form difficulty in the individual's emotional functioning, and interpersonal relationships. It shows that difficulty in recognizing, distinguishing and telling feelings; limitation in imagination and fantasy life; and externally oriented thinking. Alexithymic features are causes to reduce the stress-strength, restricts the capacity of adaptation, exaggerate the bodily sensations connected to feelings and develop the bodily symptoms of the individual's. Alexithymia, especially post-traumatic stress disorder, depression, eating disorders, panic disorder, social phobia, and in some psychiatric disorders such as substance abuse are common but peptic ulcer, psöriyasis, irritable bowel syndrome, mastalgia, hypertension, chronic emphysema, bronchitis, rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, diabetes mellitus, coronary artery disease and chronic pain are also substantial extent. Alexithymic features is also associated with female sex, increasing age, low education level, and poor health perception. Identify alexithymic features is important to take effective and timely treatment and care of patients. The correct and proper identification and description of the problems of the patients, gain in health care, timely identification of problems, treatment and care, providing convenience. Alexithymic features in eliminating, to increase awareness of emotional of alexithymic individuals, individual and group therapy is useful.

**Keywords:** Alexithymia, Alexithymic Features, Diseases

## **I.TANIM**

Aleksitimi, ilk önce psikosomatik belirtilerle ilişkili durumları açıklamaya çalışmak amacı ile ortaya atılmış bir kavramdır. Bu kavram ilk kez 1970’lerde Sifneos tarafından psikosomatik hastalıkları olan hastaların psikolojik özelliklerini tanımlamak için kullanılmıştır (1). Yunanca kökenli bir kelime olan aleksitimi, “duygular için kelime yokluğu” şeklinde dilimize çevrilmiştir (2). Başlangıçta psikosomatik hastalarda görülen belirtileri açıklamak amacıyla ortaya atılmışsa da günümüzde yalnızca bu hastalarda değil diğer ruhsal ve fiziksel hastalıklarda da sıklıkla görüldüğü vurgulanmaktadır (3,4, 5, 6, 7). Bu nedenle fiziksel hastalıklarda psikolojik faktörler araştırılırken aleksitimi de ilgi odağı olmuştur.

Aleksitimi, öncelikle bireyin duygusal işlevlerinde ve kişiler arası ilişkilerinde güçlük çekmesi şeklinde ortaya çıkan bir sorundur ve duygularını açıklama ve ayırt etmede zorlukla karakterizedir (7). Aleksitimi, kişinin duygularını tanıma, tanımlama, söze dökme zorluğu, somut düşünme eğilimi, fiziksel duyumlarla duygusal duyumları ayırt etme güçlüğü ve hayal kurabilme yeteneğinde azalma ile giden kişilik özelliklerini ifade eder (8, 9). Bu kişilik özellikleri, psikosomatik hastaların kişilik özellikleri olarak düşünülüp, oluşan sıkıntıyı bedensel belirti geliştirerek yanıt verme ya da duygulanımın bedensel dilin kullanılarak iletilmesi şeklinde de yorumlanabilmektedir (10).

## **II.ALEKSİTİMİK ÖZELLİKLER**

### **A. Duyguları Fark Etme, Ayırt Etme ve Söze Dökme Güçlüğü**

Aleksitimik kişilerin en belirgin özellikleri “duygularını fark edip ifade etme güçlüğü çekmeleridir” (11). Bu kişilerin bir duyguyu diğerinden ayırt etmekte zorlandıkları, duyguları sorulduğunda kendilerini karışık hissettikleri, genellikle üzgün mü? yorgun mu?, aç mı? yoksa hasta mı? olduklarını anlatamadıkları görülmektedir (12). Bu kişilerin duygularını yaşayabildiği ancak bu duyguların inandırıcı niteliğinin kaybolduğu belirtilmektedir (13). Duygularını çok kabaca “rahatlama ve rahatsız olma” gibi basit kelimelerle ifade edebilmekte veya “gevşeme ve gergin olma” gibi bedensel tepkilerle gösterebilmektedirler (12). Duyguların merkezi bir öneme sahip olduğu toplumsal yaşantıda aleksitimik kişiler yabancı hatta başka bir dünyadan gelmiş izlenimi verirler. Aleksitimik kişiler, çevrelerindeki insanlar

tarafından donuk, sıkıcı, kaba ve duygusuz olarak tanımlanırlar. Oysa bu kişiler, günlük yaşamda iletişim kurabilen, düşünebilen, anlatabilen kişilerdir. Ancak duygu, düşünce ve bedensel duyumları arasındaki farkı ayırt etmede, bağlantı kurmada ve bunları ifade etmede güçlük yaşamaktadırlar (11). Bedensel belirtileri ile duyguları arasındaki farkları kavrayamamaları nedeni ile de konuşmaları sanki ezberlemiş gibi tekrarlayıcı ve ayrıntıcıdır, sık sık bedensel yakınmalardan söz ederler, duygusal yaşamları kısıtlıdır, duruşları donuktur ve duyguları yüzlerinden anlayamamaktadır (12, 14).

### **B. Hayal Kurma, Düşlem Yaşamında Kısıtlılık**

Aleksitimik kişilerin, kendi iç dünyalarından uzak, son derece sade, mekanik yaşantıları vardır. Düşlem ve fantezi yaşamındaki kısıtlılıkları, onların daha çok detaylara dikkat etmesine ve işlemsel düşüncelerine neden olmaktadır. Hayal güçleri oldukça zayıftır ve hatta rüyalarını bile çok nadir hatırlarlar. Kurdukları hayaller genellikle gerçeklik sınırları içindedir. Ancak hayallerini canlı, yoğun, duygu yüklü olarak canlandıramazlar. Çoğu kez de duygularını çağrıştıracak hayallerden uzak durmayı tercih ederler (12). Hayal kurma becerilerindeki eksikliklere bağlı olarak yaratıcı olmakta da zorlanabilmektedirler. Hassas değildirler ve düşünmeden davranma eğilimleri yüksektir. Aynı konu üzerinde ısrarlı ve tekrarlayıcı konuşmaları vardır. Genellikle “kendi bildiğini yapma” şeklinde davranış gösterirler. Eylem ve düşünceleri daha çok dış uyaranlar doğrultusundadır. Ayrıca kendilerini sıradan, zayıf, aciz gösterme çabalarının yanı sıra, gergin ve katı kurallıdırlar (11, 12).

### **C. Dışa Dönük Düşünme**

Aleksitimik kişiler daha çok dışa dönük kişilik özellikleri ile öne çıkarlar ve çevreleriyle olan ilişkilerinde, tutum ve davranışlarına iç etkenler ve onlara bağlı duygular değil daha çok dış uyaranlar yön verir. Çünkü çevrelerine uyum sağlamaya yönelik aşırı istek ve çabaları vardır, çevresel beklentilere ve ayrıntılara çok fazla önem verirler. Sosyal olarak uyum göstermeye ve çatışmalardan kaçınmaya eğilimlidirler. Karşılaştıkları sorunlara ilişkin sorunu en kısa yoldan kapamanın yöntemlerini araştırmaya ve aynı sorunu yeniden yaşamamak için gerekli tedbirleri düşünüp önlem almaya çalışırlar. Bu nedenle sorunsuz, uyumlu ilişkiler kurabilen, çevreleriyle uyum içinde yaşayan kişiler olarak bilinebilirler (12). Ancak bu durumun yalancı normallik olduğu, gerçekte bu kişilerin kendi ruhsal gerçekleriyle pek az ilişki içinde oldukları belirtilmektedir (9). Karşılaştıkları sorunlara somut ve kestirme

çözümler bulmaya yönelirler. Sorunların kökenine inmektense görünen yüzeysel nedenlerle ilgilenmeyi tercih ederler (12). Detaylarla ilgilendikleri için empati yetenekleri sınırlıdır. Yakın sosyal ilişkilerden kaçınmalarına ve kişiler arası ilişkilerinin karmakarışık olmasına rağmen çevreleri ile uyum sağlamaya çalışırlar (15). Bu yüzden daha çok dış kontrollü olup yalnızlığı tercih ederler, bağımlı olma eğilimleri vardır (11, 12).

Aleksitimik kişilerde belirgin olarak görülen bu üç temel özelliğin yanı sıra ikinci derecede önemli bazı özelliklerden de bahsedilmektedir. Aleksitimik kişilerin başkaları ile empati kurma, onları anlama yetenekleri zayıftır. Daha çok bağımlı olma eğilimleri vardır ve bu nedenle de çevresel ayrıntılara çok dikkat ederler. Genellikle birlikteliği seven ve paylaşımına açık bireylermiş gibi görünmeyi tercih etmelerine rağmen bu konuda doğal davranamazlar. Sosyal durumlara uyum sağlıyor gibi görünürler. Fakat diğerleri gibi olmadıklarının da farkında olup bunu gizlemeyi tercih ederler. Aleksitimik kişiler çok nadiren ağlamalarına rağmen yaşanan öfke, üzüntü ve kederlere bağlı olarak da bazen aşırı düzeyde ağlayabilirler (12, 13).

### **III.ALEKSİTİMİNİN ETKİLERİ**

Ciddi ve kronik bir zorlanmayla ortaya çıkan yoksunluklar aleksitimiye zemin hazırlamakta, aleksitimik bireyin korku, öfke, üzüntü gibi duygularının ikna edici özelliklerinin kaybolmasına neden olmaktadır (13). Davranışlarında duyguların rehberliğini kullanma kapasitesinin azalması, bireyin strese dayanma gücünü azaltmakta ve uyum kapasitesini sınırlandırmaktadır (16). Duygularını işlemede zorluk çeken aleksitimik kişiler duygularına bağlı bedensel duyularını abartarak çok ani tepkiler vermekte ve buna bağlı olarak da yeme bozuklukları, psikoaktif madde bağımlılığı geliştirme riskleri artmaktadır (17).

Aleksitimi, duygusal sıkıntı ya da acıya karşı bir savunma düzeneği olarak da ele alınmaktadır (18). Aleksitimik kişilerin normal kişilere göre fiziksel ve psikolojik belirtilerini yaşama, tanıma, anlama veya onlarla ilgilenme konusunda daha sorunlu olduğu belirtilmektedir (19). Bu nedenle bu kişiler fiziksel semptomlarını tanımada zorluk çekmekte ve fiziksel semptomlarını daha yüksek düzeyde algılayabilmektedir (7). Ayrıca aleksitimiklerin duygularını tanıyamama ve söze dökmemesinin, duygusal açıdan sıkıntı içine düştüğü durumlarda, fiziksel belirtiler geliştirmesine yol açacağı belirtilmektedir (8). Yine bu kişilerde duyguların tanınmaması nedeniyle bedenlerinden gelen sinyalleri

düzenleme yeteneklerinin bozulacağı ve bu nedenle de psikiyatri dışı tıp başvurularında artış olabileceği düşünülmektedir (20). Buna ilaveten duygularını tanıma ve tanımlama zorluğu arttıkça, kişinin sosyal anksiyete ile başa çıkması zorlaşmakta ve sosyal desteklerden yararlanmaları azalmaktadır (18,21). Ancak aleksitimik kişilerin ülkemiz kültürüne paralel olarak genellikle çekirdek aile içerisinde yaşamlarını devam ettirdiği ve yalnız yaşama oranlarının çok düşük olduğu belirtilmektedir (12).

#### **IV.ALEKSİTİMİ VE HASTALIKLAR**

Ülkemizde aleksitimi ile ilgili çalışmaların son yıllarda artış gösterdiği gözlenmektedir. Aleksitiminin toplum çalışmalarında bildirilen yaygınlığı %6.7 ile %18.8 arasında değişmektedir (18). Gürkan aleksitimik özelliklere en sık psikiyatrik grupta (%67.9) rastlandığını ve bunu psikosomatik hastalıkların (%57.7) izlediğini belirtmektedir (22). Beştepe ve arkadaşları psikosomatik hastalıklarda %22 oranında aleksitimik özellikler saptadıklarını ifade etmektedirler (23).

Yapılan farklı çalışmalarda peptik ülserde %53.85 (24), psöriyaside %62.2 (25), irritable kolon sendromunda %46 (26), organik patoloji bulunmayan mastalji yakınmalı hastalarda %50 (27), hipertansiyonda %41-47, kronik amfizem ve bronşitte %44 oranında aleksitimi saptanmıştır (5, 24). Vadacco ve arkadaşlarının çalışmasında aleksitimi prevalansı romatoid artritte %54, sistemik lupus eritematozusda %42 olarak bulunmuştur (6). Diabetes mellitusun da aleksitimi ile ilişkili olduğu ve aleksitimik diyabetli bireylerin, bedenlerinden gelen sinyalleri ve duygularını düzenleme yeteneklerinin küntleşerek ileride bozukluklar oluşturmaya ve daha yüksek düzeyde stres algılamaya yatkın olduğu ve bu durumun kötü bir metabolik kontrole eşlik ettiği belirtilmiştir (28). Ayrıca Tip 1 diyabeti olan genç hastalarda aleksitimi prevalansı %48 olarak bulunmuştur (29). Finlandiya'da koroner arter hastalığı olan orta yaşlı erkek hastalarla yapılan çalışmada yüksek aleksitimi puanları alan hastaların egzersiz tolerans testinde daha fazla belirti gösterdikleri gözlenmiştir (30). Ayrıca aleksitimi, tıbbi olarak açıklanamayan fiziksel semptomların patogenezinde de önemli bir faktör olarak ileri sürülmektedir (7).

Hastaların çoğunlukla yakındığı ağrı ile aleksitimi arasında ilişki olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur. Aleksitimik kişilerin duygularını ifade etmede güçlük çekebileceği ve duygularını bedenselleştirerek sıklıkla ağrı ile ortaya koyabilecekleri düşünülmektedir (10). Kronik ağrı hastalarında yapılan çalışmalar, ağrılı hastalarda yüksek aleksitimi yaygınlığı



bildirmektedir (8, 31). Kronik ağrı hastalarında duygularını tanıma ve tanımlama güçlüğü, düşlem gücünün olmaması ve kendilerini ifade edememe ile kendini gösteren aleksitimi normal popülasyondan daha yüksek bulunmuştur (31). Sayar ve arkadaşları kronik ağrı hastalarında aleksitimi %51 (8), Dilbaz ve arkadaşları ise %60 olarak bulmuştur (32). Psikosomatik sindirim sistemi hastalıkları ve kronik sırt ağrısında yüksek aleksitimi puanlarının elde edildiği bildirilmektedir (5, 24). Servikal distoni hastalarında da daha yüksek aleksitimi puanlarının tespit edildiği belirtilmektedir (33).

Aleksitimi travma, alkol yoksunluğu, kronik tıbbi bir hastalık, panik bozukluk gibi duygusal zorlanma ile birlikte bulunan stresli durumlara karşı korunmak üzere geliştirilen bir başa çıkma stili olarak da tanımlanmaktadır. Ancak duygu yönelimli bir sorun çözme tarzı olduğu için uyum sağlamada yeterli olmadığı ileri sürülmektedir (34). Aleksitimik özelliklerin posttravmatik stres bozukluğu, depresyon, yeme bozuklukları, panik bozukluğu ve madde kötüye kullanımı gibi bazı psikiyatrik bozukluklarda da görülebileceği saptanmış ve yeme bozukluklarında aleksitimi %39,6 olarak bulunmuştur (17,18). Honkalampi ve arkadaşları aleksitimi ile depresyon arasında sıkı ilişki olduğunu ve bu nedenle depresyonda aleksitiminin akılda tutulması gerektiğini belirtmektedir (35). Sayar ve arkadaşları depresyonda aleksitiminin bedensel belirtilere katkıda bulunduğunu ifade etmektedir (20). Fukunishi ve arkadaşları aleksitimi yaygınlığını panik bozukluk için %54, sosyal fobi için %58 olarak bildirmişlerdir (36). Solmaz ve arkadaşları da aynı şekilde sosyal fobi hastalarında aleksitimi yaygınlığını %58 olarak bulmuş ve psikiyatrik tedavi sonrası aleksitimik özelliklerin azaldığını ve aleksitiminin sosyal fobinin yıkıcı etkilerine karşı bir kalkan işlevi görebileceğini ifade etmiştir (18).

## **V.ALEKSİTİMİ İLE İLİŞKİLİ ÖZELLİKLER**

Aleksitimi ile ilgili çalışmalar incelendiğinde cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi gibi bazı değişkenlerin önemi vurgulanmaktadır (6, 37, 38, 39). Aleksitimik özelliklerin kadın cinsiyet, artan yaş, düşük eğitim düzeyi, zayıf sağlık algılaması ve depresyonla ilişkili olduğu belirtilmektedir (38). Erkek ve kadınların duyguları işlemelerinde farklılıklar olduğu, kadınlarda duyguların hatırlanmasının daha iyi olduğu, kadınların duyguları anlamada ve empatide erkeklerden daha başarılı olduğu belirtilmektedir (40). Benzer şekilde Salminen ve arkadaşlarının çalışmasında da erkeklerin yaygın olarak dışa yönelik düşünmeye daha eğilimli olduğu ve yüksek aleksitimi puanlarına sahip erkeklerin duygularını kelimelere dökme

yeteneklerinin daha az olduğu, kadınların duygularını açıklamada erkeklerden daha az zorluk yaşadıkları ve düşüncelerinin daha az dış odaklı olduğu belirtilmektedir (41). Kauhanen ve arkadaşları duygularını kelimelere dökme yetenekleri azalan ve yüksek aleksitimik özellik gösteren erkeklerin sıklıkla bekar olduğunu belirtmektedir (13). Mattila ve arkadaşları eğitim düzeyinin aleksitimiyle negatif ilişkili olduğunu ve yüksek eğitime sahip kişilerde aleksitimik özelliklerin %3.3, düşük eğitim düzeyindeki kişilerde %16.5 olduğunu ifade etmektedir. Ayrıca aleksitimik özelliklerin yaşla birlikte arttığı ve aleksitimik özelliklerin gençlerde %4.7, yaşlılarda %29.3 olduğu belirtilmektedir (38). Sağlıklı gönüllülerle yapılan bir çalışmada, aleksitimik özelliklerin yaşlılarda daha fazla olduğu belirtilmiştir (42). Yine Mattila ve arkadaşları 30-64 yaş arası çalışan kişilerle yaptığı aleksitimi çalışmasında, hem hafif hem de şiddetli mesleksi tükenme yaşayan kişilerin %13.0'ünün, mesleksi tükenme yaşamayan kişilerin %2.8'inin aleksitimik özelliklere sahip olduğunu belirtmektedir (39). Japon öğrencilerle yapılan bir çalışmada, çocukluk döneminde anne ilgisini yetersiz algılama ile aleksitimi arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (36). Topsever ve arkadaşları çalışmalarında, kadın diyabetli hastaların aleksitimi puanlarının daha yüksek olduğunu ve aleksitimik diyabetli hastaların, düşük eğitim düzeyi ve kötü glisemik kontrolle karakterize olduğunu belirtmektedir. Ayrıca diyabetli hastalarda kadın cinsiyet, kötü postprandial glisemik kontrol, kombine tedavi (diyet, oral antidiyabetik ve insülin) ve düşük eğitim düzeyi ile aleksitimi arasında pozitif ilişki bulunmuştur (28). Kojima ve arkadaşları da sosyal destek ile aleksitimi ilişkili bulmuşlar ve aleksitimiklerin bireysel yakın ilişki kurma yeteneğinin bozulmuş olması ve duygularındaki bilişsel kayıplar nedeniyle sosyal desteklerinin az olduğunu, diğer insanların duygularını uygun şekilde tanıyıp, yanıtlamada zorluk çekmeleri nedeniyle de sosyal destekten yararlanamadıklarını belirtmişlerdir (21).

## **VI.ALEKSİTİMİK ÖZELLİKLERİ TANIMANIN ÖNEMİ**

Hastalık ve tedavi süresi günlük yaşamı ve duyguları etkilemektedir. Hastalıkların kronik seyri ve zaman içerisinde oluşturduğu fonksiyonel kısıtlılıklar ve tedavisinde kullanılan ilaçlar hastaların zorlanmalarına ve bir takım fiziksel ve psikolojik yakınmaların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Kronik hastalığa özellikle birden fazla kronik hastalığa sahip olan kişiler, hastalıklarına uyum sağlamada, bedenindeki fiziksel ve emosyonel belirtileri tanımada ve bunları açıklamada güçlük çekmektedir. Oysa hastaların etkili ve zamanında tedavi ve bakım alabilmeleri için duygularını tanıyıp,

açıklayabilmelerinin özel bir önemi vardır (43). Mattila ve arkadaşları duygularını tanımada zorluk çeken bireylerin, somatik duygularını yanlış yorumlamaya eğilimli olduğunu belirtmektedir (38).

Hastalıklara bağlı yaşanan ağrı, hareket kısıtlılığı, korku, öfke, üzüntü gibi duygusal ve fiziksel zorlanmalar, hastaların duygularını tanıma ve duygularını sözel ifade etmede güçlük çekmelerine neden olmakta, etkili ve zamanında tedavi ve bakım almalarını engellemektedir. Duygularını tanıma ve açıklamada zorlanan hastaların fiziksel ve psikolojik belirtileri daha da artmakta ve kısır döngü içinde aleksitimik özellikleri beslenebilmektedir. Bu nedenle hastaların psikolojik ve fiziksel semptomları değerlendirilirken, aleksitimik özelliklerin bu semptomlara ne kadar katkı verdiği irdelenmelidir. Kişilerin sorunlarını doğru ve uygun şekilde tanımlaması ve açıklaması sağlık yardımı almalarında, sorunlarının zamanında tanınmasında, tedavi ve bakımında kolaylık sağlamaktadır (44). Ayrıca aleksitimik özelliklerin düşük eğitim düzeyi, yaş, cinsiyet gibi faktörlerle ilişkili olduğunun dikkate alınması hastaların tedavi ve bakımlarında kullanılacak tekniklerin belirlenmesinde yararlı olacaktır. Kronik hastalıkların aleksitimi ile ilişkisi nedeniyle kronik hastalıklarda ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik semptomlar daha gerçekçi değerlendirilebilecektir. Aleksitimik özelliklerin sosyal izolasyona, daha sınırlı bir yaşama ve gecikmiş yardım isteme davranışlarına yol açabileceği de unutulmamalıdır.

## **VII.ALEKSİTİMİK KİŞİLERE YARDIM**

Aleksitimik kişilerin çevresiyle özellikle de yaşamlarındaki önemli kişilerle etkileşimlerini gözlemleyerek desteklerini almak, aleksitimik kişilerin duygularını ifade etmelerinde cesaret verici olmaktadır. Ayrıca bireysel terapinin yanı sıra eş veya aile danışmanlığı yapmak da oldukça yararlı sonuçlar vermektedir. Bireysel terapiler entellektüel öğrenmeyi sağlamakta, içgörü kazandırmakta, grup terapisi ile yaşantılar yoluyla birikimlerin transfer edilmesine, yaşama aktarılmasına yardımcı olmaktadır (12). Bireysel ve grup terapinin birlikte kullanılması aleksitimik kişilerde etkili ve yaratıcı bir psikolojik yardım sağlamaktadır (45). Aleksitimik kişiler grup yaşantısında üyelerden aldıkları geri bildirimlerle sosyal ilişki ve iletişimlerde neden geri kaldıkları konusunda ve yaşadıkları duygusal problemler hakkında içgörü kazanmaktadırlar. Bu kişilerin grup içindeki etkileşimlerinde, duygusal yaşantıları diğer bireylerde de gördüklerinden kendi duygularını fark ederek kolaylıkla ifade eder duruma geldikleri belirtilmektedir (12).

**Ölçüm ve Değerlendirme:** Aleksitimiye geliştirilen bazı ölçekler aracılığı ile tanı konulmaktadır. Aleksitimi için standart bir ölçek geliştirmek amacı ile pek çok girişimde bulunulmuştur. Bugün en yaygın kabul gören ölçüm aracı, üzerinde çok çalışılmış ve geçerlik ve güvenilirliği defalarca gösterilmiş olan Toronto Aleksitimi Ölçeği'dir (TAÖ-20) (46). Bu ölçek likert tipi 1-5 arası puanlanan ve 20 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek, bireyin duygularının ve heyecanlarının farkında olamaması anlamına gelen aleksitimiye araştırmaktadır. TAÖ-20 üç alt başlıktan oluşmaktadır. Birinci alt başlık; duyguları tanımada güçlük (TAÖ-1), "sahip olduğum duygularımı tam olarak tanımlayamıyorum"; ikinci alt başlık; duyguları ifade etmede güçlük (TAÖ-2) "duygularım için doğru kelimeleri bulmak benim için çok zor" ve üçüncü alt başlık; dışa dönük düşünme (TAÖ-3) "insanların duygularından çok onların günlük yaşam aktivitelerini konuşmayı tercih ederim". Bireyden her madde için "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen", "sık sık" ve "her zaman" seçeneklerinden en uygununu işaretlemesi istenir. Toplam puan 20-100 arasındadır. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir. Ölçekte aleksitimi için bir kesme noktası kullanılır ve  $\geq 61$  puan alanlar aleksitimik kabul edilir. Türkiye'de TAÖ-20'nin geçerlik ve güvenilirliği Sayar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (11).

## SONUÇ

Sağlıklı ve dengeli ilişkiler kurmadaki bütünlüğü sağlayan en önemli unsurlardan en önemlisi iç dünyamızın aynası olan duygularımızdır. İnsan duygu ve düşüncelerini fark edip anlamlandırarak, sözel olarak ifade etmesiyle ve kurduğu iletişimle evrendeki diğer canlılardan farklılaşmaktadır. İnsan yaşamında bu denli öneme sahip olan duygularımızı fark etmek ve ifade etmek de bir o kadar önemlidir. Duygularını tanımayan, anlamlandıramayan, söze dökemeyen aleksitimik kişilerin benlik saygısı düşmekte ve daha bağımlı hale gelmektedir. Aleksitimik kişiler, bedenlerindeki fiziksel ve ruhsal belirtileri tam olarak ifade edememeleri nedeniyle somatik yakınmalardan oluşan farklı tepkiler göstermekte ve aleksitimik yatkınlıkları daha da artmaktadır. Ayrıca bu kişiler hastalık durumunda da zamanında etkin tedavi ve bakım alamama riskleri ile de karşı karşıya kalmaktadır. Aleksitimik kişilerin tedavi yaklaşımlarında aleksitimiklerin yaşamlarındaki önemli kişilerle etkileşimlerini gözlemleyerek desteklerini almak, bireysel/grup terapi, eş ve aile danışmanlıkları yapmak yer almaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Sifneos P.E. The Prevalance Of Alexithymia Characteristics In Psychosomatic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1973; 22 (2): 255-262.
2. Batıgün A.D, Büyüksahin A. Aleksitimi: Psikolojik Belirtiler Ve Bağlanma Stilleri. *Klinik Psikiyatri* 2008; 11 (3): 105-114.
3. Blanchard B.E, Arena J.G, Pallmeyer J.P. Psychosometrik Properties Of A Scale To Measure Alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1981; 35 (1): 64-71.
4. Gıl F.D, Weigl M, Wessels T, Irnich D, Baumüller E, Winkelmann A. Parental Bonding And Alexithymia In Adults With Fibromyalgia. *Psychosomatics* 2008; 49 (2): 115-122.
5. Fernandez A, Sriram T.G, Rajkumar S, Chandrasekar A.N. Alexithymic Characteristics In Rheumatoid Arthritis: A Controlled Study. *Psychotherapy And Psychosomatics* 1989; 51 (1): 45-50.
6. Vadacca M, Bruni R, Cacciapaglia F, Serino F, Arcarese L, Buzzolini F. et al. Alexithymia and Immünoendocrine Parameters In Patients Affected By Systemic Lupus Erythematosusu And Rheumatoid Arthritis. *Rheumatismo* 2008; 60 (1): 50-6.
7. Kooiman C.G, Bolk J.H, Brand R, Trijburg R.W, Rooijmans H.G. Is Alexithymia A Risk Factor For Unexplained Physical Symptoms In General Medical Outpatients? *Psychosomatic Medicine* 2000; 62 (6): 768-778.
8. Sayar K, Bilen A, Arıkan M. Kronik Ağrı Hastalarında Öfke, Benlik Saygısı Ve Aleksitimi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi* 2001; 2 (1): 36-42.
9. Özkorumak E, Güleç H, Köse S, Borckardt J, Sayar K. Depresyon Hastalarında Tıp Dışı Yardım Arama Davranışı: Aleksitimi Bir Etken Olabilir Mi? *Klinik Psikiyatri* 2006; 9 (4): 161-169.
10. Aksu G, Hocoğlu Ç. Mastalji Yakınmasıyla Radyolojik İncelemeye Alınan Bir Grup Hastada Aleksitimi, Anksiyete, Kaygı Ve Depresyon Düzeylerinin Araştırılması. *Klinik Psikiyatri* 2004; 7 (2): 95-102.
11. Sayar K, Güleç H, Ak İ. Yirmi Soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin Geçerlik Ve Güvenirliği. 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, İstanbul- 2001, ss: 130.
12. Yurt E. Uzmanlık Tezi; “Şizofreni Hastalarında Aleksitimi; Negatif Belirtiler, İlaç Yan Etkileri, Depresyon Ve İç Görü İle İlişkisi” T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ord. Prof.

Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 6. Psikiyatri Birimi; İstanbul – 2006.

13. Kauhanen J, Kaplan G.A, Julkunen J, Wilson T.W, Salonen J.T. Social Factors In Alexithymia. *Comprehensive Psychiatry* 1993; 34 (5): 330-335.

14. Sifneos P.E Alexithymia And Its Relationship To Hemispheric Specialization Affect And Creativity. *The Psychiatric Clinics of North America* 1988; 11 (3): 287-293.

15. Vanheule S, Desmet M, Meganck R, Bogaerts S. Alexithymia And Interpersonal Problems. *Journal of Clinical Psychology* 2007; 63 (1): 109-117.

16. Parker J.D.A, Taylor G.J, Bagby RM. The Relationship Between Emotional Intelligence And Alexithymia. *Personality and Individual Differences* 2001; 30 (1): 107-115.

17. Taylor J.G, Bagby R.M. New Trends In Alexithymia Research. *Psychotherapy And Psychosomatics* 2004; 73 (2): 68-77.

18. Solmaz M, Sayar K, Özer Ö.A, Öztürk M, Acar B. Sosyal Fobi Hastalarında Aleksitimi, Umutsuzluk Ve Depresyon: Kontrollü Bir Çalışma. *Klinik Psikiyatri* 2000; 3 (4): 235-241.

19. Lumley M.A, Stettner I, Wehmer F. How Are Alexithymia And Physical Illness Linked? A Review And Critique Of Pathways. *Journal of Psychosomatic Research* 1996; 41(6): 505-518.

20. Sayar K, Kirmayer L.J, Taillefer S.S. Predictors Of Somatic Symptoms In Depressive Disorder. *General Hospital Psychiatry* 2003; 25 (2): 108-114.

21. Kojima M, Senda Y, Nagaya T, Tokudome S, Furukawa T.A. Alexithymia, Depression And Social Support Among Japanese Workers. *Psychotherapy And Psychosomatics* 2003; 72 (6): 307-14.

22. Gürkan S.B. Aleksitimi. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 1996; 2: 99-103.

23. Beştepe E, Tüzer V, Önder M.E. Psikiyatrik Ve Psikosomatik Hasta Ve Kontrol Grubunda Aleksitimi: Karşılaştırmalı bir çalışma. *3P Dergisi* 2000; 8 (3): 175-181.

24. Şahin A.R. Peptik Ülser Ve Aleksitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1991; 2 (3): 189-196.

25. Şahin A, Cantürk T, Arık A.C, Özgenç Ü. Psöriyasisli Hastalarda Aleksitimik Özellikler. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp dergisi* 1996; 13 (1): 7-11.

26. Sayar K, Solmaz M, Trablus S, Öztürk M, Acar B. İrritable Kolon Sendromunda Aleksitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11 (3): 190-197.
27. Topçuoğlu V, Kuşçu M.K, Gımsal A, Bez Y, Fıstıkçı N, Çakır T ve ark. Mastalji Hastalarında Aleksitimi, Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri: Kontrollü bir çalışma. *Yeni Sempozyum* 2003; 41 (4): 178-181.
28. Topsever P, Filiz T.M, Salman S, Sengül A, Saraç E, Topallı R. ve ark. Alexithymia In Diabetes Mellitus. *Scottish Medical Journal* 2006; 51 (3): 15-20.
29. Manfrini S, Bruni R, Terminio N, Poterzio F, Ricci S, Sforza S. Alexithymia In Subject With Type 1 Diabetes. *Diabetologia* 2005; 48 (Suppl. 1): 323-324.
30. Kauhanen J, Kaplan G.A, Cohen R.D, Salonen R, Salonen J.T. Alexithymia May Influence The Diagnoses Of Coronary Artery Disease. *Psychomatic Medicine* 1994; 56 (3): 237-244.
31. Güleç C (ed), Köroğlu E (ed), Elbi H. Psikojenik Ağrı Ve Ağrı Bozukluğu. *Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt 1*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, Ankara - 1997. ss: 555-568.
32. Dilbaz N, Özen AR, Ozan G ve Güz H. Ağrı Yakınması Olan Hastalarda Psikiyatrik Morbidite. IV. Ulusal Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi Kongresi Bildiri Kitapçığı, 1996. ss: 226-235.
33. Scheidt C.E, Walker E, Schnock C, Becker-Stoll F, Zimmermann P, Lücking CH et al. Alexithymia And Attachment Representation In İdiopathic Spasmodic Torticollis. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1999; 187 (1): 47-52.
34. Karlıdağ R, Ünal S, Yoloğlu S. Hekimlerde Tükenmişlik Düzeylerinin Aleksitimi Düzeyleriyle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2 (3): 153-160.
35. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamäki H. Depression İs Strongly Associated With Alexithymia In The General Population. *Journal of Psychosomatic Research* 2000; 48 (1): 99-104.
36. Fukunishi I, Kawamura N, Ishikawa N. Mother's Love Care In The Development Of Alexithymia: A Preliminary Study In Japanese College Students. *Psychological Report* 1997; 80 (1): 143-146.
37. Mattila A.K, Saarni S.I, Salminen J.K, Huhtala H, Sintonen H, Joukamaa M. Alexithymia And Health-Related Quality Of Life In A General Population. *Psychosomatics* 2009; 50 (1): 59-68.

38. Mattila A.K, Salminen J.K, Nummi T, Joukamaa M. Age Is Strongly Associated With Alexithymia In The General Population. *Journal of Psychosomatic Research* 2006; 61 (5): 629-635.

39. Mattila A.K, Poutanen O, Koivisto A.M, Salokangas R.K.R, Joukamaa M. Alexithymia And Life Satisfaction In Primary Healthcare Patients. *Psychosomatics* 2007; 48 (6): 523-529.

40. Bradley M.M, Codispoti M, Sabatinelli D, Lang P.J. Emotion And Motivation II: Sex Differences In Picture Processing. *Emotion* 2001; 1 (3): 300-319.

41. Salminen J.K, Saarijärvi S, Äärelä E, Toikka T, Kauhanen J. Prevalence Of Alexithymia And Its Association With Sociodemographic Variables In The General Population Of Finland. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 46 (1): 75-82.

42. Pasini A, Ceripa S, Ciani N. Alexithymia As Related To Sex, Age, And Educational Level: Results Of The Toronto Alexithymia Scale In 417 Normal Subjects. *Comprehensive Psychiatry* 1992; 33 (1): 42-6.

43. Eren İ, Şahin M, Cüre E, İnanlı İ.Ç, Tunç Ş.E, Küçük A. Ankilozan Spondilit Hastalarında Psikiyatrik Belirtilerin Yetiştirilmesi Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkileri. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2007; 44 (1): 1-9.

44. Pehlivan S, Ovayolu Ö, Ovayolu N, Pehlivan Y, Onat A.M. Romatolojik Sorunu Olan Hastalarda Yaşam Kalitesi Ve Bazı Semptomlarla İlişkisi. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2010; 16 (1): 10-14.

45. Swiller H. Alexithymia Utilizing Combined Individual And Group Psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy* 1988; 38 (1): 47-61.

46. Bagby R.M., Parker J.D.A, Taylor G.J. The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-I; Item Selection And Cross-Validation Of The Factor Structure. *Journal of Psychosomatic Research* 1994; 38 (1): 23-32.





*Gümüşhane University Journal Of Health Sciences*

**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ**

<b>İletişim</b>	<b>Sağlık Bilimleri Dergisi</b>
<b>Adres</b>	<b>Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Bilimleri Dergisi Sekreteryası Bağlarbaşı Mah. 29100 Gümüşhane</b>
<b>Tel</b>	<b>+90 456 233 76 37 - +90 456 233 74 25#248</b>
<b>Faks</b>	<b>+90 456 233 76 04</b>
<b>e-posta</b>	<b><a href="mailto:sbd@gumushane.edu.tr">sbd@gumushane.edu.tr</a></b>