



DÜZCE ÜNİVERSİTESİ

**SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ DERGİSİ**

ISSN: 2146-443X

**Cilt/Vol 8 - Sayı/Issue 3
Eylül/September 2018**

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
**SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ DERGİSİ**

Journal of Duzce University Health Sciences Institute

ISSN: 2146-443X

Cilt/Volume 8 - Sayı/Issue 3
Eylül/September 2018

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

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

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Adına Sahibi
Prof. Dr. Adnan ÖZÇETİN

Baş Editör
Doç. Dr. Şengül CANGÜR

Dahili ve Cerrahi Bilim Alanlarından Sorumlu Editör
Prof. Dr. Adnan ÖZÇETİN

Temel Bilim Alanlarından Sorumlu Editörler
Prof. Dr. Cihadiye Elif ÖZTÜRK
Dr. Öğr. Üyesi Emel ÇALIŞKAN

Biyostatistik Alanından Sorumlu Editör
Doç. Dr. Şengül CANGÜR

Spor Bilimlerinden Sorumlu Editör
Prof. Dr. Hakkı ÇOKNAZ

Hemşirelik Bilimlerinden Sorumlu Editör
Dr. Öğr. Üyesi Nuriye YILDIRIM ŞİŞMAN

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

Editör Yardımcıları
Prof. Dr. Safinaz ATAÖĞLU
Prof. Dr. Şükrü ÖKSÜZ

İletişim
sbedergi@duzce.edu.tr

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

Tarandığı İndeksler
Türkiye Atıf Dizini (Turkey Citation Index)
Türk Medline
Scientific Indexing Services
ResearchBib
Sobiad
Scientific World Index
Google Akademik



Bu eser [Creative Commons Atıf-GayriTicari 4.0 Uluslararası
Lisansı](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) ile lisanslanmıştır.

Editörlerden,

Değerli Okurlarımız,

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisinin 2018 yılının üçüncü sayısı olan 8. cilt 3. sayısını sizlere sunabilmenin heyecanını yaşamaktayız. Bu sayımızda altı orijinal araştırma, iki derleme ve bir olgu sunumu olmak üzere toplam dokuz yazıya yer vermekteyiz. Bu sayımızın da diğer sayılarımız gibi okurlarımıza yararlı olacağını umut ediyoruz.

Saygılarımızla,

Ulusal Danışma Kurulu

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

Dr. Öğr. Üyesi Fatma AVCIOĞLU	Mikrobiyoloji	Bolu
Prof. Dr. Ferhan SOYUER	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Kayseri
Dr. Öğr. Üyesi Filiz SÜZER ÖZKAN	Psikiyatri Hemşireliği	Düzce
Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Ankara
Prof. Dr. Gökhan GÖKTALAY	Farmakoloji	Bursa
Doç. Dr. Gülay RATHFISCH	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	İstanbul
Dr. Öğr. Üyesi Gülay TAŞDEMİR	Psikiyatri Hemşireliği	Denizli
Doç. Dr. Gülbin YALÇIN SEZEN	Anestezi ve Reanimasyon	Düzce
Doç. Dr. Gülcihan AKKUZU	Hemşirelik	Ankara
Dr. Öğr. Üyesi Güleğül MERMER	Halk Sağlığı Hemşireliği	İzmir
Doç. Dr. Güler BALCI ALPARSLAN	İç Hastalıkları Hemşireliği	Eskişehir
Dr. Öğr. Üyesi Güler DURU AŞİRET	Hemşirelik	Aksaray
Doç. Dr. Gülhan OREKİCİ TEMEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Mersin
Dr. Öğr. Üyesi Hacer ALPTEKER	Hemşirelik	Bolu
Prof. Dr. Hacer KARANİSOĞLU	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	İstanbul
Dr. Öğr. Üyesi Hacer SAVAŞ	Ebelik	Düzce
Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	İzmir
Prof. Dr. Handan ANKARALI	Biyoistatistik ve Tıp Bilişimi	İstanbul
Dr. Öğr. Üyesi Hatice KAHYAOĞLU SÜT	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Edirne
Prof. Dr. Hüseyin YÜCE	Tıbbi Genetik	Düzce
Prof. Dr. İdris ŞAHİN	Tıbbi Mikrobiyoloji	Düzce
Doç. Dr. İlkay GÜNGÖR	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları	İstanbul
Doç. Dr. İlker Mustafa KAFA	Anatomi	Bursa
Prof. Dr. İlknur ARSLANOĞLU	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Düzce
Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI	Halk Sağlığı Hemşireliği	Samsun
Prof. Dr. İltar KUŞ	Anatomi	Balıkesir
Prof. Dr. İsmet DOĞAN	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Afyon
Doç. Dr. İsmet ÖZAYDIN	Genel Cerrahi	Düzce
Prof. Dr. İstemi YÜCEL	Ortopedi ve Travmatoloji	Düzce
Dr. Öğr. Üyesi Kadriye ULU GÜZEL	Pedodonti	Aydın
Dr. Öğr. Üyesi Kayıhan KARAÇOR	Histoloji ve Embriyoloji	Düzce
Prof. Dr. Kenan KOCABAY	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Düzce
Prof. Dr. Leyla KARAOĞLU	Halk Sağlığı	Zonguldak
Dr. Öğr. Üyesi Makbule TOKUR	Hemşirelik	Bolu
Doç. Dr. Manolya AKIN	Beden Eğitimi ve Spor	Mersin
Dr. Öğr. Üyesi Meltem KÖKDENER	Sosyal Hizmet	Samsun
Dr. Öğr. Üyesi Mertay BORAN	Göğüs Cerrahisi	Düzce
Dr. Öğr. Üyesi Merve ALPAY	Biyokimya	Düzce
Prof. Dr. Meryem ÇAM	Histoloji ve Embriyoloji	Düzce
Doç. Dr. Muhammet Ali KAYIKÇI	Üroloji	Düzce
Prof. Dr. Muhsin AKBABA	Halk Sağlığı	Adana
Prof. Dr. Mustafa ATASOY	Dermatoloji	Kayseri

Prof. Dr. Mustafa ÖZKAN	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Diyarbakır
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa ŞENGÜL	Tıbbi Mikrobiyoloji	Pamukkale
Dr. Öğr. Üyesi Nazende KORKMAZ YILDIZ	Ebelik	İstanbul
Prof. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği	Eskişehir
Doç. Dr. Nergis CANTÜRK	Adli Tıp	Ankara
Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA	Hemşirelik	Muğla
Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	İstanbul
Dr. Öğr. Üyesi Nihal BOSTANCI	Hemşirelik	Kars
Dr. Öğr. Üyesi Nihal SUNAL	Halk Sağlığı Hemşireliği	İstanbul
Prof. Dr. Nimet OVAYOLU	İç Hastalıkları Hemşireliği	Gaziantep
Doç. Dr. Nurhan DOĞAN	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Afyon
Prof. Dr. Nursan ÇINAR	Hemşirelik	Sakarya
Doç. Dr. Okay Güven KARACA	Kalp ve Damar Cerrahisi	Düzce
Prof. Dr. Orhan ÜNAL	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Ankara
Prof. Dr. Osman CELBİŞ	Adli Tıp	Malatya
Dr. Öğr. Üyesi Osman KAYAPINAR	Kardiyoloji	Düzce
Dr. Öğr. Üyesi Ömür KARACA	Anatomi	Balıkesir
Prof. Dr. Öner BALBAY	Göğüs Hastalıkları	Düzce
Dr. Öğr. Üyesi Özlem BULANTEKİN DÜZALAN	İç Hastalıkları Hemşireliği	Çankırı
Dr. Öğr. Üyesi Özlem CANPOLAT	Hemşirelik	Konya
Dr. Öğr. Üyesi Özlem KARABULUTLU	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Kars
Doç. Dr. Özlem ORSAL	Halk Sağlığı Hemşireliği	Eskişehir
Prof. Dr. Peri ARBAK	Göğüs Hastalıkları	Düzce
Dr. Öğr. Üyesi Pınar SÖKÜLMEZ	Beslenme ve Diyetetik	Samsun
Dr. Öğr. Üyesi Pınar GÖÇ RASGELE	Biyosistem Mühendisliği	Düzce
Dr. Öğr. Üyesi Rabia KEÇİALAN	Hemşirelik	Bolu
Dr. Öğr. Üyesi Seda ÇAĞLAR	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	İstanbul
Dr. Öğr. Üyesi Selda RIZALAR	Hemşirelik	İstanbul
Dr. Öğr. Üyesi Selmin KÖSE	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	İstanbul
Doç. Dr. Sema YILMAZ	Ebelik	Konya
Dr. Öğr. Üyesi Semra ERDOĞAN	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Mersin
Doç. Dr. Serap EJDER APAY	Ebelik	Erzurum
Doç. Dr. Sevdar ARSLAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Düzce
Dr. Öğr. Üyesi Sevgi TÜRKMEN	Hemşirelik	Manisa
Dr. Öğr. Üyesi Sevil ŞAHİN	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Ankara
Prof. Dr. Seyit ANKARALI	Fizyoloji	İstanbul
Dr. Öğr. Üyesi Sezer ERER	Tıp Tarihi ve Etik	Bursa
Doç. Dr. Sinan SARAÇLI	İstatistik	Afyon
Dr. Öğr. Üyesi Şengül YAMAN	Hemşirelik	Ankara
Prof. Dr. Şerif DEMİR	Fizyoloji	Düzce
Dr. Öğr. Üyesi Şule KAYA	Odyoloji	Ankara
Doç. Dr. Teoman ATICI	Ortopedi ve Travmatoloji	Bursa

Dr. Öğr. Üyesi Tuba UÇAR	Hemşirelik	Malatya
Prof. Dr. Tuncer ÖZEKİNCİ	Tıbbi Mikrobiyoloji	Diyarbakır
Doç. Dr. Ufuk ALPKAYA	Beden Eğitimi ve Spor	İstanbul
Dr. Öğr. Üyesi Ülkü ÜŞENTİ	Sosyal Hizmet	Düzce
Dr. Öğr. Üyesi Ümmühan AKTÜRK	Hemşirelik	Malatya
Prof. Dr. Ümran OSKAY	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	İstanbul
Doç. Dr. Vefik ARICA	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İstanbul
Dr. Öğr. Üyesi Yalçın TURHAN	Ortopedi ve Travmatoloji	Düzce
Prof. Dr. Yasin ARİFOĞLU	Anatomi	İstanbul
Prof. Dr. Yavuz SANİSOĞLU	Biyostatistik	Ankara
Doç. Dr. Yıldız DEĞİRMENCİ	Nöroloji	Düzce
Doç. Dr. Yurdanur DİKMEN	Hemşirelik Esasları	Sakarya
Prof. Dr. Yusuf ÇELİK	Biyostatistik ve Tıp Bilişimi	İstanbul
Prof. Dr. Yücel OCAK	Beden Eğitimi ve Spor	Afyon
Dr. Öğr. Üyesi Zekeriya Okan KARADUMAN	Ortopedi ve Travmatoloji	Düzce
Prof. Dr. Zeki AKKUŞ	Biyostatistik ve Tıbbi Bilişim	Diyarbakır

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

ARAŞTIRMA MAKALELERİ

- 104-111 **Doğum Ağrısının Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemlerin Etkinliğini Değerlendiren Lisansüstü Tez Çalışmalarının İncelenmesi**
Birmur YEŞİLDAĞ, Zehra GÖLBAŞI
- 112-114 **Düzce İlinde Çiğ Süt Örneklerinde *Mycobacterium Bovis* Aranması**
Özge KILINÇEL, Onur Efe ÇELİK, Aytulun AYTAN, İlknur ALKAN, İbrahim Bahadır AYVAZ, Cihadiye Elif ÖZTÜRK
- 115-122 **Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddeti Tanımlarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi**
Pınar KARA, Öznur AKÇAYÜZLÜ, Ali Özcan GÜR, Evşen NAZİK
- 123-127 **İlkokul Birinci Sınıf Öğrencilerinde Enürezis Sıklığı, Anne Tutumu ve İlişkili Faktörler: Aydın Örneği**
Pelin KARRATLI, Filiz ADANA
- 128-132 **Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Kliniklerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Erkek Hemşirelere Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi**
Özlem DOĞAN YÜKSEKOL, Mesude DUMAN
- 133-141 **Ebelik Öğrencilerinin Bazı Değişkenler Yönünden Premenstruel Belirtileri**
Elif Tuğçe ÇİTİL, Nurten KAYA

DERLEMELER

- 142-146 **Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ile Mücadele: Anahtar Rol Üstlenen Meslekler**
Ferhan AÇIKGÖZ, Dilek AKKUŞ
- 147-150 **Demanslı Bireylerin Ajitasyon Yönetiminde Aromaterapinin Kullanımı**
Tuğçe TÜRTEN KAYMAZ, Leyla ÖZDEMİR

OLGU SUNUMLARI

- 151-153 **Gök Gürültüsü Korkusu 'Brontophobia': Bir Olgu Sunumu**
Tuğçe TAŞKIN UYAN, Bülent BAHÇECİ, Çiçek HOCAOĞLU



Doğum Ağrısının Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemlerin Etkinliğini Değerlendiren Lisansüstü Tez Çalışmalarının İncelenmesi

Birnur YEŞİLDAĞ¹, Zehra GÖLBAŞI²

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, Türkiye’de nonfarmakolojik yöntemlerin doğum ağrısı üzerindeki etkisini değerlendirmek üzere yapılmış lisansüstü tez çalışmalarının incelenmesi amacıyla doküman analizi yöntemi kullanılarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Lisansüstü tezlere ulaşmak için “doğum ağrısı”, “nonfarmakolojik yöntemler” ve “ağrı yönetimi” anahtar kelimeleri kullanılarak Türkiye Ulusal Tez Veri Tabanı’nda tarama yapılmıştır. Nonfarmakolojik Yöntemlerin doğum ağrısı üzerindeki etkisini değerlendiren 19 teze ulaşılmıştır. Ulaşılan tezler doküman analizi yöntemi kullanılarak incelenmiştir.

Bulgular: Tezler 1996-2017 tarihleri arasında yapılmış olup, 11’i yüksek lisans, yedisi doktora ve biri tıpta uzmanlık tezidir. Tezler çoğunlukla Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında, doçent doktor danışmanlığında, Atatürk Üniversitesi, Marmara Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesinde yapılmıştır. Tezlerin 14’ünün tam metnine ulaşılabilirken beş tezte erişim kısıtlıdır. İncelemeye dâhil edilen tezlerin tümü kontrol gruplu deneysel araştırmalardır. Nonfarmakolojik yöntemler tezlerin tamamında doğum eyleminin birinci evresinde uygulanmıştır. Kullanılan nonfarmakolojik yöntemler incelendiğinde iki tezte sıcak uygulama, iki tezte buz uygulaması, bir tezte masajla birlikte akupressür, üç tezte akupressür, bir tezte aromaterapi, bir tezte ekspresif dokunma, bir tezte TENS, bir tezte refleksoloji, bir tezte nefes egzersizleri ve bir tezte solunum ve tensel uyarılma teknikleri kullanılmıştır. İncelenen tezlerin sonuçlarına göre; sıcak uygulama ile masaj, akupressür, aromaterapi, ekspresif dokunma, TENS, refleksoloji, nefes egzersizleri, solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin doğum eyleminde ağrı algısını azalttığı bulunmuştur.

Sonuç: Doğumda nonfarmakolojik yöntemlerin doğum ağrısı üzerindeki etkisini inceleyen lisansüstü tez çalışmalarının ağırlıklı olarak 2000’li yıllardan sonra, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında, doçent doktor danışmanlığında yapıldığı, tezlerin sonuçlarına göre buz ile masaj uygulaması dışındaki tüm yöntemlerin doğum ağrısını azaltmada etkili oldukları görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Doğum ağrısı; ağrı yönetimi; geleneksel tıp; lisansüstü; araştırma.

Examination of Postgraduate Thesis Studies Assessing the Effectiveness of Non-Pharmacological Methods in the Management of Labor Pain

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to examine postgraduate studies assessing the effect of non-pharmacological methods on labor pain in Turkey by using document analysis method.

Material and Methods: To access postgraduate theses, “labor pain”, “non-pharmacological methods” and “pain management” keywords were used while scanning at the Database of National Thesis Center of Turkey. Nineteen studies assessing the effect of non-pharmacological methods on labor pain were reached. The theses were examined using document analysis method.

Results: The theses were written between 1996 and 2017, 11 of them are master’s thesis, 7 of them are doctoral thesis and 1 of them is medical speciality thesis. The theses were mostly performed in Atatürk University, Marmara University and Istanbul University in the field of obstetrics and gynecology nursing in the counseling of associate professor. The accessibility of the five theses is limited, as the full text of 14 theses can be reached. All the theses examined are experimental studies with control groups. Non-pharmacological methods have been applied in the first phase of labor in all theses. When the non-pharmacological methods used are examined, it has been observed that hot application in two theses, ice application in two theses, acupressure with massage in one thesis, acupressure in three theses, aromatherapy in

1 Cumhuriyet Üniversitesi, Şuşehri Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü

2 Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Zehra Gölbaşı, zehragolbasi@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 16.06.2018 Kabul Tarihi / Accepted: 25.07.2018

one thesis, expressive touch in one thesis, TENS in one thesis, reflexology in one thesis, breathing exercises in one thesis, breathing and tactile stimulation techniques in one thesis have been used. According to the results of theses examined, massage with hot application, acupressure, aromatherapy, expressive touch, TENS, reflexology, breathing exercises, breathing and tactile stimulation techniques have been found to reduce pain perception during labor.

Conclusion: Postgraduate thesis studies examining the effect of non-pharmacologic methods on labor pain have been carried out mainly in the field of obstetrics and gynecology nursing, in the counseling of associate professor after 2000s. According to the results of these theses, it is seen that all methods except ice massage are effective in decreasing the labor pain.

Keywords: Labor pain; pain management; traditional medicine; postgraduate; research.

GİRİŞ

Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olmasına karşın, eylem sürecinde uterus kontraksiyonlarına bağlı ortaya çıkan ağrı en güçlü ağrılar arasında tanımlanmakta ve birçok kadının doğum eyleminden korkmasına neden olan önemli faktörler arasında yer almaktadır (1-4). Bu nedenle doğum ağrısının kontrolü, doğum yapan kadınlara verilen bakımın temel amaçlarından biridir (1). Doğum ağrısının şiddeti ve algılanışı kişiden kişiye değişebilmektedir (5). Şiddetli doğum ağrısı, zor bir deneyim olmasının yanı sıra, kontrol altına alınamadığı durumlarda oluşan stres anne, fetüs ve yenidoğan sağlığını olumsuz olarak etkilemektedir (6,7). Ayrıca doğum ağrısı doğumun negatif algılanmasına, eylemin uzamasına, doğumla ilgili olumsuz deneyimler yaşanmasına, fetal hipoksiye ve memnuniyetin azalmasına neden olmaktadır. Doğum ağrısından duyulan korku kadınların kendilerinin istemesi nedeniyle gerçekleşen sezaryen doğum oranlarını da artırmaktadır (7,8).

Doğumdaki ağrıyı gidermede kullanılan yöntemlerin amacı, anneye ve bebeğe herhangi bir olumsuz etkide bulunmadan doğrudan doğum ağrısını azaltmak ya da onu düzenlemektir (1). Bu amaçla farmakolojik ve nonfarmakolojik olarak iki farklı yöntem kullanılmaktadır. Somatik ağrı üzerine etki eden farmakolojik yöntemler (9), yan etkileri, uygulama sınırlılıkları, kadın üzerinde olduğu kadar fetüs üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle daha fazla dikkat ve maliyet gerektirmektedir (10). Nonfarmakolojik yöntemler ise ağrının bilişsel, duygusal, davranışsal ve sosyokültürel boyutlarına etki etmekte ve tamamen gevşemeyi sağlayarak, kadını ağrısını en düşük düzeyde algılamaya yönlendirmektedir (11). Doğumda uygulanan nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri; gevşeme (biofeedback, hareket/pozisyon, hipnoz, akupunktur, akupress, müzik ve yoga), mental uyarılma (odaklanma, dikkat dağıtma, hayal kurma), tensel uyarılma (masaj, intradermal su enjeksiyonu, transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), yüzeysel soğuk sıcak uygulama, hidroterapi) ve solunum teknikleri (lamaze ve dick read) olmak üzere dört grupta incelenmektedir (7,11,12).

Farklı kültürlerde deneme yanılma yoluyla ortaya çıkan nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri anne ve fetüs açısından zararsızdır. Doğum eylemini yavaşlatmaz, yan

etki ya da alerji riskleri yoktur, oldukça ekonomik, konforlu, güvenilir ve kullanımı kolay uygulamalardır (2,7,13,14). Analjezik etkisi kapı kontrol teorisi ve endorfin teorisi ile açıklanan bu yöntemlerin doğumda anksiyete ve korkuyu azalttığı, ağrı kontrolünü arttırdığı ve konforu desteklediği bilinmektedir (15). Bunun yanında bu yöntemlerin bazı sınırlılıkları vardır. Yapılan çalışmalarda, kadınların çoğunun bu yöntemleri tek başına kullandıklarında doğum ağrısıyla başa çıkmada başarılı olmadıkları görülmüştür. Bu nedenle nonfarmakolojik yöntemler genellikle başka bir farmakolojik ya da nonfarmakolojik yöntemle kombine olarak kullanılmaktadır (16,17). Bu sonuçlar doğrultusunda doğum ağrısını yönetmede nonfarmakolojik yöntemlerin etkisini inceleyen daha fazla çalışmaya gereksinim olduğunu söylenebilir.

Lisansüstü tez çalışmalarının amacı öğrencinin bilimsel araştırma sürecini, her bir aşamasını bizzat kendisi gerçekleştirerek öğrenmesinin yanı sıra, uzmanlığını yaptığı alanın bilimsel temelini zenginleştirerek bilgi üretilmesini sağlamaktır. Doğum ağrının yönetimi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği kapsamında önemli uygulama alanlarından biridir ve en etkili yaklaşımlara yönelik güçlü kanıtlar oluşturmak önemlidir. Bu çalışmada Türkiye’de nonfarmakolojik yöntemlerin doğum ağrısı üzerindeki etkisini inceleyen lisansüstü tez çalışmalarına yönelik bir durum tespiti yaparak, hem klinik uygulamalara hem de bu konuda gelecekte yapılacak çalışmalara ışık tutmak amaçlanmıştır. Böylece konuyla ilgili olan sağlık çalışanlarında da bir farkındalık oluşturulabileceği düşünülmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışma Türkiye’de nonfarmakolojik yöntemlerin doğum ağrısı üzerindeki etkisini değerlendirmek üzere yapılmış lisansüstü tez çalışmalarının incelenmesi amacıyla doküman analizi yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Tezlerin taranması 10-20 Ekim 2017 tarihleri arasında yapılmış olup, arama motoru olarak Türkiye Ulusal Tez Veri tabanı kullanılmıştır. Taramada yıl sınırlaması yapılmadan tüm lisansüstü tezler taranmıştır. Taramada kullanılan anahtar kelimeler Medical Subject Headings (MESH)’ten seçilmiştir. Kullanılan anahtar kelimeler “doğum ağrısı”, “nonfarmakolojik yöntemler” ve “ağrı yönetimi”, kelimelerinin kombinasyonlarından oluşmuştur. Nonfarmakolojik yöntemlerin doğum ağrısının yönetimindeki etkisini değerlendiren 19 teze ilişkin tanımlayıcı bulgular verildikten sonra, bunlar arasından tam metin erişimine izin verilen 14 tez doküman analizi yöntemi ile daha kapsamlı olarak incelenmiştir.

BULGULAR

Tezler 1996-2017 tarihleri arasında yapılmış olup, 11’i yüksek lisans, yedisi doktora ve biri tipta uzmanlık tezidir. Tezler çoğunlukla Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalında, doçent doktor danışmanlığında, Atatürk Üniversitesi, Marmara Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesinde yapılmıştır. Tezlerin 14’ünün tam metnine ulaşılabılırken beş tezde erişim kısıtlıdır (Tablo 1).

Tam metin erişime izin veren 14 tez incelendiğinde (Tablo 2); tümünde ağrı değerlendirme aracı olarak VAS (Visual Analog Skala), bir tezde VAS ile birlikte MASF (McGill

Melzack Ağrı Soru Formu), bir tezde ise VAS ile birlikte Painmatcher (ağrı ölçer cihazı) kullanıldığı görülmüştür. Tezlerin tümünde kontrol grubu kullanılmıştır. Nonfarmakolojik yöntemler tezlerin tamamında doğum eyleminin birinci evresinde uygulanmıştır. Kullanılan nonfarmakolojik yöntemler incelendiğinde iki tezde sıcak uygulama, iki tezde buz uygulaması, bir tezde masajla birlikte akupressür, üç tezde akupressür, bir tezde aromaterapi, bir tezde ekspresif dokunma, bir tezde TENS, bir tezde refleksoloji, bir tezde nefes egzersizleri ve bir tezde solunum ve tensel uyarılma teknikleri kullanılmıştır (Tablo 2).

İncelenen tezlerin sonuçlarına göre; TENS ünitesi ile düşük düzey elektrik akımı uygulamasının doğum ağrısına ilişkin VAS skorunu azalttığı, aromaterapinin kadının doğum ağrısını algılamasını azalttığı, ayak refleksolojisinin doğum ağrısını azaltmaya ve doğum eyleminin II. evresinin süresini kısaltmaya olumlu etkisinin olduğu, LI4 noktasına akupressür uygulamanın doğum ağrısı algısını azaltmada etkili olduğu, doğum ağrısının yönetiminde masaj ve akupressür uygulamalarının etkili olduğu, SP6 noktasına uygulanan akupressürün doğum ağrısı algısını azaltmada etkisi olduğu,

Tablo 1. Doğum ağrısının yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerin etkisini değerlendiren lisansüstü tezlere yönelik tanımlayıcı bilgiler

	Sayı	
	1996	1
	2001	1
	2003	1
	2006	1
Tezin Yapıldığı Tarih	2008	1
	2010	2
	2011	1
	2013	3
	2014	4
	2016	2
	2017	2
Tezin Türü	Yüksek Lisans	11
	Doktora	7
	Tıpta Uzmanlık	1
Tezin Yapıldığı Üniversite	Hacettepe Üniversitesi	2
	Atatürk Üniversitesi	3
	Marmara Üniversitesi	3
	Erciyes Üniversitesi	2
	İstanbul Medipol Üniversitesi	1
	İstanbul Üniversitesi	3
	GATA	1
	Ege Üniversitesi	1
	Çukurova Üniversitesi	2
	Gaziantep Üniversitesi	1
Tezin Yapıldığı Bilim Dalı	Doğum ve Kadın Hastalıkları	14
	Hemşireliği Anabilim Dalı	1
	Aile Hekimliği Anabilim Dalı	2
	Hemşirelik Anabilim Dalı	2
	Ebelik Anabilim Dalı	2
Tez Danışmanı Unvanı	Dr. Öğr. Üyesi	7
	Doç. Dr	9
	Prof. Dr	3
Tam Metin Erişim	Erişime Açık	14
	Erişime Kapalı	5

masaj ve sıcak uygulamanın doğumun aktif ve geçiş fazlarındaki ağrı algısını azalttığı, sıcak uygulamanın ağrıyı azalttığı, ekspresif dokunmanın ağrı duygusu üzerinde olumlu etkileri olduğu ve doğum ağrısını azalttığı, doğum eyleminde uygulanan nefes egzersizleri eğitiminin doğum ağrısı algısını azaltmada ve eylemin süresini kısaltmada etkili olduğu, solunum ve tensel uyarılma hakkında eğitim ve hemşirelik desteği alanların doğum ağrısının şiddetini daha düşük hissettikleri bulunmuştur. LI4 ve SP6 akupunktur noktasına akupunktur kalemi ile akupress uygulamasının doğum ağrısı ve süresi üzerine olumlu etkisi olmakla birlikte istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık bulunmamıştır. LI4 noktasına buz ile masaj uygulaması yapan iki tezdende yöntemin doğumda ağrı algısını azaltmada etkili olmadığı bulunmuş, diğer tezde ise ağrıyı azaltmada 40. dakikada etkili olmadığı ancak 80. dakikada etkili olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

TARTIŞMA

Bu çalışmada incelenen tezlerin birinde doğum ağrısının azaltılmasında ayak refleksoloji uygulaması kullanılmıştır (13). Çalışma sonucunda ayak refleksolojisinin doğum ağrısını azaltmaya ve doğum eyleminin II. evresinin süresini kısaltmaya olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir. Refleksolojinin, ağrıyı, anksiyeteyi ve ajitasyonu azaltmada, uyku kalitesini arttırmada, gevşemeyi ve konforu sağlamada ve yaşam kalitesini iyileştirmede destekleyici bir yöntem olmasının yanında (26), oksitosin salınımının uyarılmasında, doğum sırasındaki kasılmaların düzenlenmesinde ve kasılmalar arasında gevşemenin oluşmasında, ağrı düzeyinin azaltılmasında ve eylemin ilerlemesini kolaylaştırmada etkili olduğu belirtilmektedir (27). Yapılan farklı çalışmalarda refleksoloji uygulamasının ağrı yoğunluğunu azalttığını (3,28), primipar kadınlarda ayak refleksolojisinin doğum ağrısını azalttığı ve bu etkinin eylemin I. evresinde çok daha fazla olduğu bulunmuştur (29).

İncelenen tezlerin birinde doğum ağrısının azaltılması için Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimulasyonu (TENS) kullanılmıştır (2). Çalışma sonucunda TENS ünitesi ile düşük düzey elektrik akımı uygulamasının doğum ağrısına ilişkin VAS skorunu azalttığı belirlenmiştir. Doğumda, çeşitli hastalıkların yol açtığı akut ve kronik ağrı ve birçok cerrahi girişimden sonra kullanılabilen TENS (30), cilde yerleştirilen elektrotlar aracılığıyla, cilt yoluyla sinir sistemine kontrollü ve düşük voltajlı elektrik akımı uygulama yöntemidir (2). Yapılan çalışmalarda benzer şekilde doğum eyleminin aktif fazından itibaren yapılan TENS uygulamasının doğum ağrısını azalttığı belirlenmiştir (31,32). Çalışma sonuçlarından farklı olarak Dowswell ve ark. (33), 1466 kadınla yapılan 17 çalışmadan oluşan sistematik derlemede akupunktur noktalarına TENS uygulamasının doğum ağrısını azaltmada deney ve kontrol grupları arasında çok az fark oluşturduğu görüşüne varmışlardır. O'Sullivan (34), randomize kontrollü çalışmalarını kapsayan meta analizinde TENS'in doğum ağrısını azaltmada etkili olmadığı sonucunu saptamıştır. Bu sonuçlar TENS'in doğum ağrısını azaltmadaki etkinliğine ilişkin kesin bir yargıya varmanın güç olduğunu düşündürmektedir.

İncelenen tezlerin birinde aromaterapi kullanılmış ve aromaterapinin, kadının doğum ağrısı algısını, kaygı ve

Tablo 2. İncelenen tezlere ait bulgular

Yazar/Tarih	Tez Adı	Araştırmanın Tipi	Örneklem Grubu	Ağrı Kontrol Yöntemi	Yöntemlerin Uygulanma Zamanı	Ağrı Değerlendirme Araçları	Araştırma Sonucu
SEVER N, 2011 (2)	Doğum Ağrısının Azaltılmasında Transkutanöz Elektriksel Sinir Uyarımı Uygulamasının Etkinliğinin Değerlendirilmesi	Randomize kontrollü prospektif klinik çalışma	124 gebe -Deney Grubu: 64 -Kontrol Grubu: 60	Transkutanöz Elektriksel Sinir Uyarımı (TENS)	Doğum eyleminin birinci evresinde uygulanmıştır.	*VAS	TENS ünitesi ile düşük düzey elektrik akımı uygulamasının doğum ağrısına ilişkin VAS skorunu azalttığı, eylem süresini kısalttığı, etkinliğinin diğer değişkenlerden bağımsız olduğu ve yan etkisinin olmadığı belirlenmiştir.
KARABULUT H, 2014 (12)	Doğum Eyleminde Aromaterapinin Etkileri	Randomize kontrollü çalışma	60 gebe -Deney Grubu: 30 -Kontrol Grubu: 30	Aromaterapi	Doğum eyleminin bütün evrelerinde uygulanmıştır.	*VAS	Doğumda uygulanan aromaterapinin; kadının doğum ağrısını algılamasını, kaygı ve anksiyete düzeyini azalttığı, kadının ağrıya tahammülünü ve güvenini arttırdığı, doğumun süresini ise azalttığı saptandı. Bunun yanında aromaterapi uygulaması ile ilgili hiçbir maternal ve fetal yan etki ise görülmedi
YILAR Z, 2014 (13)	Ayak Refleksolojisinin Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi	Yarı deneysel kontrol gruplu çalışma	128 gebe -Deney Grubu: 64 -Kontrol Grubu: 64	Ayak Refleksolojisi	Doğum eyleminin latent fazının sonunda (servikal dilatasyon 3-4 cm) uygulanmıştır.	*VAS	Ayak refleksolojisinin doğum ağrısını azaltmaya ve doğum eyleminin II. evresinin süresini kısaltmaya olumlu etkisinin olduğu belirlenmiştir.
HAMLACI Y, 2013 (18)	LI4 Noktasına Uygulanan Akupresürün Doğum Eyleminde Algılanan Doğum Ağrısına Etkisi	Randomize kontrollü deneysel çalışma	88 gebe -Deney Grubu: 44 -Kontrol Grubu: 44	LI4 noktasına akupresür	Servikal dilatasyon 4-5 cm ve 7-8 cm olduğunda uygulanmıştır.	*VAS	LI4 noktasına akupresür uygulamanın doğum ağrısı algısını azaltmada etkili olduğu ve doğum travay süresini kısalttığı saptanmıştır.
GÖNENÇ İM, 2013 (7)	Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj ve Akupresür'ün Algılanan Doğum Ağrısına, Gebenin Anksiyetesine ve Maliyete Etkisi	Randomize kontrollü çalışma	120 gebe -Masaj Grubu: 30 -Masaj ve akupresür grubu: 30 -Akupresür grubu: 30 Kontrol grubu: 30	-Masaj, -Akupresür, -Masaj ve akupresür	Doğum eyleminin latent fazında (servikal dilatasyon 3-4 cm), aktif fazda (servikal dilatasyon 6-7 cm), geçiş fazında (servikal dilatasyon 8-9 cm) uygulanmıştır.	*VAS	Doğumun birinci evresinde doğum ağrısının yönetiminde, gebelerin anksiyetesini azaltmada, doğumun olumlu algılanmasında masaj ve akupresür uygulamalarının her ikisinin de etkili olduğu fakat masaj uygulamasının daha etkin olduğu belirlenmiştir.
YEŞİLÇİÇEK ÇALIK K, 2010 (14)	Doğum Eyleminde SP6 Noktasına Uygulanan Basımın Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi	Randomize kontrollü deneysel çalışma	100 gebe -Deney Grubu: 50 -Kontrol Grubu: 50	SP6 noktasına akupresür uygulaması	Doğumun 1. evresinde SP6 noktasına servikal dilatasyon 2-3cm iken 15 kez (kontraksiyon süresince), 5-6cm iken 10 kez, 9-10 cm iken 10 kez olmak üzere toplam 35 kez akupresür uygulanmıştır	*VAS	Doğum eyleminde SP6 noktasına uygulanan akupresürün doğum ağrısı algısını azaltmada etkisi olduğu ve eylem süresini yaklaşık bir saat kısalttığı ayrıca anne konforunu olumlu yönde etkilediği bulunmuştur

MUCUK S, 2010 (19)	LI4 ve Sp6 Akupunktur Noktasına Yapılan Uyarının Doğum Ağrısı ve Süresine Etkisi	Deneyisel çalışma	120 gebe LI4 Grubu: 40 SP6 Grubu: 40 Kontrol Grubu: 40	LI4 ve SP6 akupunktur noktasına akupunktur kalemi ile akupress uygulaması	Servikal dilatasyonu 3–5 cm iken uygulanmıştır.	*VAS	LI4 ve SP6 akupunktur noktasına akupunktur kalemi ile akupress uygulamasının doğum ağrısı ve süresi üzerine olumlu etkisi olmakla birlikte istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık bulunmamıştır.
YILDIRIM E, 2014 (20)	Doğumun Birinci Evresinde Elde Bulunan Kalın Bağırsak 4 Bölgesine Uygulanan Buz Basısının Doğum Ağrısı ve Süresine Etkisinin Belirlenmesi	Randomize kontrollü deneysel araştırma	72 gebe -Deney Grubu: 36 -Kontrol Grubu: 36	LI4 bölgesine buz uygulaması	Araştırma yöntemi doğum eyleminin aktif fazında uygulanmıştır.	*VAS	Gebelerin ellerindeki LI4 bölgesine uygulanan buz basısının ağrısı azaltmada 40. dakikada etkin olmadığı ancak 80. dakikada etkin olduğu saptanmıştır
ÖZTÜRK H, 2006 (21)	Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi	Randomize kontrollü deneysel çalışma	150 gebe -Silikon uygulama grubu: 50 -Buz uygulama grubu: 50 -Kontrol Grubu: 50	LI4 bölgesine buz uygulaması	Araştırma yöntemi doğum eyleminin aktif fazında uygulanmıştır	*VAS **MASF	Elde bulunan LI4 noktasına yapılan buz uygulamasının doğum ağrısı algısını azaltmada etkisi olmadığını saptamıştır.
İPEK A, 2014 (6)	Doğum Eyleminde Alt Sırt Bölgesine Randomize kontrollü deneysel çalışma Uygulanan Derisel Terapi Yöntemlerinin Doğum Ağrısı Algısına ve Doğumun Süresine Etkisi	Randomize kontrollü deneysel çalışma	120 gebe -Sıcak uygulama grubu: 40 -Masaj uygulama grubu: 40 -Kontrol Grubu: 40	Masaj, Sıcak uygulama	Araştırma yöntemleri doğum eyleminin aktif ve geçiş fazında uygulanmıştır.	*VAS	Derisel terapi yöntemlerinin (masaj ve sıcak uygulama) doğumun aktif faz süresini kısalttığı, doğumun aktif ve geçiş fazlarındaki ağrı algısını azalttığı bulunmuştur.
MAMUK R, 2008 (22)	Vajinal Doğumun İkinci Aşamasında Perineye Sıcak Uygulama Yapmanın Perine Bütünlüğüne ve Ağrıya Etkisi	Deneyisel çalışma	60 gebe -Deney Grubu: 30 -Kontrol Grubu: 30	Sıcak uygulama	Araştırma yöntemi Doğumun 1. evresinin geçiş fazından başlanarak eylemin 2. evresinin sonuna kadar uygulanmıştır.	*VAS	Sıcak uygulamanın ağrısı azalttığı, perineyi 3. ve 4. derece travmalara karşı korumada etkili olduğu ayrıca anne konforunu olumlu yönde etkilediği bulunmuştur.
ERENOĞLU R, 2013 (23)	Ekspressif Dokunmanın Doğum Ağrısı Ve Anne Memnuniyetine Etkisi	Randomize kontrollü deneysel çalışma	80 gebe -Deney Grubu: 40 -Kontrol Grubu: 40	Ekspressif Dokunma	Doğum eyleminin birinci evresinde (aktif fazda) uygulanmıştır.	Painmatcher (Ağrı ölçer cihazı) *VAS	Doğumda uygulanan ekspressif dokunmanın; ağrı duyusu üzerinde olumlu etkileri olduğu ve doğum ağrısını azalttığı, anne memnuniyet düzeyini arttırdığı saptanmıştır.
YILDIRIM G, 2001(24)	Doğum Eyleminde Uygulanan Solunum ve Tensel Uyarılma Tekniklerinin Gebenin Doğum Ağrısını Algılamasına Etkisi	Deneyisel çalışma	40 gebe -Deney Grubu: 20 -Kontrol Grubu: 20	Solunum ve Tensel Uyarılma Teknikleri	Doğum eyleminin birinci evresinde uygulanmıştır.	*VAS	Doğum eylemi ve nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri (solunum ve tensel uyarılma) hakkında eğitim ve hemşirelik desteği alanların doğum ağrısının şiddetini daha düşük hissettikleri belirlenmiştir
ÇAYIR Y, 2016 (25)	Normal Doğumda Nefes Egzersizlerinin Doğum Travmasına Etkisi	Randomize kontrollü deneysel çalışma	250 gebe -Deney Grubu: 125 -Kontrol Grubu: 125	Nefes Egzersizleri Eğitimi	Doğum eyleminin birinci evresinin latent fazında nefes egzersizleri eğitimi verilmiş ve birinci evrenin tümünde uygulanmıştır.	*VAS	Doğum eyleminde uygulanan nefes egzersizleri eğitiminin doğum ağrısı algısını azaltmada ve eylemin süresini kısaltmada etkili olduğu belirlenmiştir.

* Vistüel Analog Skala, ** McGill Melzack Ağrı Soru Form

anksiyete düzeyini azalttığı, kadının ağrıya tahammülünü ve güvenini arttırdığı, doğumun süresini ise azalttığı belirlenmiştir (12). Kişiyi zihinsel, bedensel ve ruhsal olarak tedavi etmek ve dengelemek için bitkisel kaynaklardan elde edilen esansiyel yağların iyileştirici güçlerinden yararlanılması olarak tanımlanan aromaterapi (12), ağrı, deri problemleri, uyku problemleri, madde bağımlılığı, kemik ve kas problemleri, üreme organları, immün sistem, migren, depresyon/anksiyete, sindirim sistemi, solunum sistemi ve sinir sistemi üzerinde etkilidir. Doğum ağrısının ve kemoterapinin yan etkilerinin azaltılması ve kalp hastalarının rehabilitasyonu gibi alanlarda da aromaterapi uygulanmaktadır (35). Yapılan bazı çalışmalarda doğum eyleminde aromaterapi uygulamasının ağrıyı azalttığını belirlenirken (36,37), bazı çalışmalarda aromaterapinin doğum eyleminin süresinin kısaltılmasında etkili olduğunu, ancak farmakolojik analjezi, spontan vajinal doğum, sezaryen doğum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmadığını (38), nullipar kadınlarda aromaterapi uygulaması sonrası ağrı algısı azalırken, multipar kadınlarda algıladıkları ağrıların stabil kaldığı belirlenmiştir (39).

İncelenen çalışmalardan bir tezde masajla birlikte akupressür (7), üç tezde akupressür uygulaması kullanılmıştır (14,18,19). İlgili tezlerin sonuçlarında doğumun birinci evresinde doğum ağrısının yönetiminde, gebelerin anksiyetisini azaltmada, doğumun olumlu algılanmasında masaj ve akupressür uygulamalarının her ikisinin de etkili olduğu fakat masaj uygulamasının daha etkin olduğu, LI4 noktasına akupressür uygulamanın doğum ağrısı algısını azaltmada etkili olduğu, SP6 noktasına uygulanan akupressürün doğum ağrısı algısını azaltmada etkili olduğu, LI4 ve SP6 akupunktur noktasına akupunktur kalemi ile akupress uygulamasının doğum ağrısı ve süresi üzerine olumlu etkisi olmakla birlikte istatistiksel düzeyde anlamlı farklılık bulunmamıştır. Akupressür, akupunktur noktalarına basınç uygulayarak, enerji kanallarının kan dolaşımı gibi düzgün çalışmasını sağlayan bir tedavi yöntemidir (7). Literatürde akupressürün doğum ağrısı üzerine etkisini değerlendiren çalışmalarda SP6 noktasına akupressür uygulamasının doğum ağrısını azalttığını (40,41), doğum eyleminde LI4 ve SP6 noktasına akupressür uygulamasının ağrı yoğunluğunu azalttığı belirlenmiştir (42). Kaviani ve ark. (43), doğum ağrısı ve anksiyete üzerine 30 dakika için LI4 noktasına akupressür ve buz masajının etkilerini inceledikleri deneysel çalışmada uygulama sonrası ağrı yoğunluğunun deney grubunda önemli bir düşüş gösterdiğini saptamışlardır. Selahian ve ark. (44) nullipar kadınlarda SP6 noktasına uygulanan akupressürün uygulama sonrası ağrı yoğunluğunun deney grubunda daha düşük olduğunu ancak 10 cm dilatasyonda kontrol ve müdahale grubunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını saptamışlardır.

İncelenen iki tezde soğuk uygulama (20,21), bir tezde sıcak uygulama (22) ve bir tezde masaj ve sıcak uygulamanın (6) doğum ağrısı üzerine etkisi araştırılmıştır. İlgili tezlerin sonuçlarında, LI4 bölgesine uygulanan buz basısının bir çalışmada ağrıyı azaltmada 80. dakikada etkin olduğu, diğer çalışmada ise etkili olmadığı belirlenmiştir. Sıcak uygulamanın ağrıyı azalttığı ve masaj ve sıcak uygulamanın doğumun aktif ve geçiş fazlarındaki ağrı algısını azalttığı belirlenmiştir. Soğukun ağrı

üzerindeki etkisi doğrudan periferik sinir iletimini yavaşlatması ve indirekt olarak inflamatuvar yanıtın azalmasına bağlı nosiseptif uyarıya yol açan mediatörlerin azalması veya ödemin bölgedeki sinirlere yaptığı baskıyı azaltmasıyla gerçekleşmektedir. Aynı zamanda soğuk uygulama; derideki duyarlılığı azaltmakta, kas spazmını önlemekte, inflamasyonu ve eklem yerlerindeki gerginliği gidermektedir. Buz uygulaması, anne ve fetus açısından zararsız olmasının yanında doğum eylemini olumsuz etkilememekte, yan etki ya da alerji gibi riskleri bulunmamaktadır (20). Sıcak uygulamanın doğum ağrısı algısını azaltması; endorfin düzeylerini artırması, vazodilatasyona yol açarak ağrının olduğu bölgede kan akışını artırması, kas gevşemesini sağlaması ve impulsları stimüle eden hücre metabolitlerinin eliminasyonunu sağlaması ile ağrıyı inhibe etmesi ile oluşur (6). Yapılan çalışmalarda LI4 noktasına buz masajı uygulamasının doğum ağrısını azalttığı (45), LI4 noktasına buz masajı ve akupressür uygulamasının doğum sırasında ağrıyı azalttığı, bununla birlikte buz masajının ağrıyı azaltmada daha kalıcı olduğu belirlenmiştir (46). Sıcak uygulamanın doğum ağrısı üzerine etkinliğini değerlendiren çalışmalarda doğum eyleminin aktif fazında sakrum ve perineye sıcak uygulama yapmanın doğum ağrısını azalttığı (47), doğum eyleminin birinci ve ikinci aşamasında ağrı şiddetinde belirgin bir düşüş sağladığı (48), doğum eyleminin ikinci aşamasında perineye sıcak uygulama yapmanın ağrıyı azalttığı belirlenmiştir (49). Doğum ağrısının azaltılmasında bir tezde solunum ve tensel uyarılma (24) ve bir tezde ekspresif dokunma (23), bir tezde nefes egzersizleri (25) uygulanmıştır. Çalışma sonuçlarında ekspresif dokunmanın, ağrı duyusu üzerinde olumlu etkileri olduğu ve doğum ağrısını azalttığı, solunum ve tensel uyarılma hakkında eğitim ve hemşirelik desteği alanların doğum ağrısının şiddetini daha düşük hissettikleri, nefes egzersizleri eğitiminin, doğum ağrısının kontrol edilmesinde ve doğum eyleminin süresini kısalttığı belirlenmiştir. Ekspresif dokunma, duyguları dokunarak anlatma biçimidir. Ekspresif dokunmada temasın etkisiyle deri yüzeyindeki enerjinin harekete geçirilmesi söz konusudur. Günümüzde doğum sırasında uygulanan terapötik dokunma ile doğumda sevecenlik ve güven duygusunun olduğu iletişim sağlanmaktadır. Doğum sırasında sırta, karına, kalçaya, bacağına, sakruma veya perineye elle uygulanan basıncın uterus kontraksiyonlarının neden olduğu ağrıyı azaltabildiği belirtilmektedir (23). Gebenin doğum ağrıları ile başetmesini kolaylaştıran nefes egzersizleri ağrı anında gebenin dikkatini farklı alanlara yönelterek, ağrı eşliğini yükselterek ve utero-plasental dolaşımı rahatlatarak ağrının algılanmasını azaltmaktadır (50). Ranjbaran ve ark. (51), primipar kadınlarda masaj tedavisinin doğum ağrısı azalmasına etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları meta analiz çalışmasında masajın doğum eyleminin latent, aktif ve geçiş fazında doğum ağrısını azalttığını saptamışlardır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri; basit, maliyet etkili ve yan etkisiz olması nedeniyle yaygın olarak kullanılmaktadır. Son yıllarda doğum ağrısının yönetiminde de kullanım oranları artmıştır. Bu çalışmada değerlendirilen lisansüstü tez çalışmaları nonfarmakolojik

ağrı kontrol yöntemlerinin doğum ağrısını azaltmada etkili olduklarını göstermiştir. Ancak yöntemlerin etkinliğini değerlendirecek daha fazla kanıt düzeyi yüksek randomize kontrollü çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Ayrıca nonfarmakolojik yöntemlerin kendi içinde etkinliğini ve kadınlar tarafından tercih edilme durumlarını karşılaştıran çalışmaların faydalı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Berkiten Ergin A, Kömürcü N. Doğum ağrısında farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2009; 6(2): 29-35.
- Sever N. Doğum ağrısının azaltılmasında transkutanöz elektriksel sinir uyarımı uygulamasının etkinliğinin değerlendirilmesi [Doktora Tezi]. Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
- ElFattah AH, Metwaly S, Khedr N. Outcomes of foot reflexology on the pain and certain features of the labor for the primiparous women. *Life Sci J*. 2015; 12(6): 206-16.
- Uçar T, Gölbaşı Z. Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 4(2): 54-8.
- Rathfisch, G. Doğal doğum felsefesi. Nobel Tıp Kitabevleri; 2012.
- İpek A. Doğum eyleminde alt sırt bölgesine uygulanan derisel terapi yöntemlerinin doğum ağrısı algısına ve doğumun süresine etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
- Gönenç İM. Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden masaj ve akupressür'ün algılanan doğum ağrısına, gebenin anksiyetesine ve maliyete etkisi [Doktora Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.
- Nwanodi OB. Labor pain treated with acupuncture or acupressure. *Chinese Medicine*. 2016; 7(4): 133-52. <http://dx.doi.org/10.4236/cm.2016.74014>.
- Sabuncu N, Akça AF. Klinik Beceriler. Sabuncu N, Akçay AF, editör. *Ağrı Ağrıya Yönelik Uygulamalar ve Hasta Bakımı*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2011.
- Avcıbay B, Alan S. Doğum ağrısı kontrolünde nonfarmakolojik yöntemler. *Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg*. 2011; 4(3): 18-24.
- Karabulutlu Ö. Doğum ağrısı kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *Caucasian Journal of Sciencetley*. 2014; 1(1): 43-50.
- Karabulut H. Doğum eyleminde aromaterapinin etkileri [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
- Yılar Z. Ayak refleksolojisinin doğum ağrısına ve doğum eyleminin süresine etkisi [Doktora Tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
- Yeşilçiçek Çalık K. Doğum eyleminde SP6 noktasına uygulanan basının gebelerde algılanan doğum ağrısına ve doğum eyleminin süresine etkisi [Doktora Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
- Mamuk R, Davas NG. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2010; 44(3): 137-44.
- Taşçı E, Sevil Ü. Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar. *Genel Tıp Dergisi*. 2007; 17(3): 181-6.
- Çalık KY. Doğum eyleminde SP6 noktasına uygulanan basının gebelerde algılanan doğum ağrısına ve doğum eyleminin süresine etkisi [Doktora Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
- Hamlacı Y. LI4 noktasına uygulanan akupressürün doğum eyleminde algılanan doğum ağrısına etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.
- Mucuk S. LI4 ve Sp6 akupunktur noktasına yapılan uyarının doğum ağrısı ve süresine etkisi [Doktora Tezi]. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
- Yıldırım E. Doğumun Birinci Evresinde Elde Bulunan Kalın Bağırsak 4 Bölgesine Uygulanan Buz Basısının Doğum Ağrısı ve Sürecine Etkisinin Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Adana: Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
- Öztürk H. Gebelerde algılanan doğum ağrısının azaltılmasında ele uygulanan buz masajı etkisinin incelenmesi [Doktora Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
- Mamuk R. Vajinal doğumun ikinci aşamasında perineye sıcak uygulama yapmanın perine bütünlüğüne ve ağrıya etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.
- Erenöglü R. Ekspresif dokunmanın doğum ağrısı ve anne memnuniyetine etkisi [Doktora Tezi]. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.
- Yıldırım G. Doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin doğum ağrısını algılamasına etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2001.
- Çayır Y. Normal doğumda nefes egzersizlerinin doğum travayına etkisi [Uzmanlık Tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2016.
- Gök Metin Z, Özdemir L. Romatoid artrit ağrı ve yorgunluğun yönetiminde aromaterapi ve refleksolojinin kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2016; 13(1): 44-9.
- Öztürk R, Sevil Ü. Refleksolojinin kadın sağlığı üzerine etkisi. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*. 2013; 2013(8): 87-100.
- Hanjani SM, Tourzani ZM, Shogh M, Ahmadi G. Effect of foot reflexology on pain intensity and duration of labor on primiparou. *Koomesh*. 2013; 14(2): 166-71.
- Mirzaei FP, Kaviani M, Jafari P. Effect of foot reflexology on duration of labor and severity of first-stage labor pain. *The Iranian Journal of Obstetrics Gynecology and Infertility*. 2010; 13(1): 27-32.
- Yüceer S. Torakotomi sonrası uygulanan transkutan elektriksel sinir stimülasyonunun ağrı üzerine etkisi [Doktora Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.

31. Santana LS, Silva Gallo RB, Jorge Ferreira CH, Duarte G, Quintana SM, Marcolin AC. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) reduces pain and postpones the need for pharmacological analgesia during labour: A randomised trial. *J Physiother.* 2016; 62(1): 29-34. doi: 10.1016/j.jphys.2015.11.002.
32. Chao AS, Chao A, Wang TH, Chang YC, Peng HH, Chang SD, et al. Pain relief by applying transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) on acupuncture points during the first stage of labor: A randomized double-blind placebo-controlled trial. *Pain.* 2007; 127(3): 214-20.
33. Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson JP. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; 15(2): CD007214. doi: 10.1002/14651858.CD007214.pub2.
34. O'Sullivan G. Non-neuraxial analgesia during labour. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine.* 2010; 11(7): 270-3.
35. Kiecolt-Glasera JK, Graham JE, Malarkey WB, Porter K, Lemeshow S, Glaser R. Olfactory influences on mood and autonomic, endocrine, and immune function. *Psychoneuroendocrinology.* 2008; 33(3): 328-39. doi:10.1016/j.psyneuen.2007.11.015.
36. Burns E, Blamey C, Ersser SJ, Lloyd AJ, Barnetson L. The use of aromatherapy in intrapartum midwifery practice an observational study. *Complement Ther Nurs Midwifery.* 2000; 6(1): 33-4.
37. Kaviani M, Maghbool S, Azima S, Tabaei MH. Comparison of the effect of aromatherapy with *Jasminum officinale* and *Salvia officinale* on pain severity and labor outcome in nulliparous women. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2014; 19(6): 666-72.
38. Luo T, Huang M, Xia H, Zeng Y. Aromatherapy for Laboring Women: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Open Journal of Nursing.* 2014; 4(3): 163-8. <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2014.43021>.
39. Burns E, Zoppi V, Panzeri D, Oskrochi R, Regalia A. Aromatherapy in childbirth: a pilot randomised controlled trial. *BJOG.* 2007; 114(7): 838-44
40. Mafetoni RR, Shimo AKK. The effects of acupressure on labor pains during child birth: randomized clinical trial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016; 24: e2738 DOI: 10.1590/1518-8345.0739.2738.
41. Kashanian M, Shahali S. Effects of acupressure at the Sanyinjiao point (SP6) on the process of active phase of labor in nulliparas women. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine.* 2010; 23(7): 638-41.
42. Sehhatie-Shafaie F, Kazemzadeh R, Amani F, Heshmat R. The effect of acupressure on sanyinjiao and hugo points on labor pain in nulliparous women: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences.* 2013; 2(2): 123-9. doi:10.5681/jcs.2013.015.
43. Kaviani M, Ashoori M, Azima S, Rajaei Fard AR, Hadian Fard MJ. Comparing the effect of two methods of acupressure and ice massage on the pain, anxiety levels and labor length in the point LI-4. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences.* 2012; 20(2): 220-8.
44. Salehian T, Safdari Dahchechmeh F, Alavi A, Rahimi Madideh M. Effects of acupressure at the sanyinjiao point (SP6) on labor pain and duration of delivery in nulliparous women. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences.* 2010; 12(4): 8-14.
45. Hamidzadeh A, Shahpourian F, Jamshidi Orak R, Sadat Montazeri A, Khosravi A. Effects of LI4 acupressure on labor pain in the first stage of labor. *Journal of Midwifery & Women's Health.* 2012; 57(2): 133-8.
46. Hajiamini Z, Masoud SN, Ebadi A, Mahboubh A, Matin AA. Comparing the effects of ice massage and acupressure on labor pain reduction. *Complement Ther Clin Pract.* 2012; 18(3): 169-72. doi: 10.1016/j.ctcp.2012.05.003.
47. Taavoni S, Abdolalian S, Haghani H. Effect of Sacrum-Perineum Heat Therapy on Active Phase Labor Pain. Client Satisfaction: A Randomized, Controlled Trial Study. *Pain Medicine.* 2013; 14(9): 1301-6.
48. Fahami F, Behmanesh F, Valiani M, Ashouri E. Effect of heat therapy on pain severity in primigravida women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research.* 2011; 16(1): 113-6.
49. Dahlen HG, Homer CS, Cooke M, Upton AM, Nunn RA, Brodrick BS. Soothing the ring of fire: Australian women's and midwives experiences of using perineal warm packs in the second stage of labor. *Midwifery.* 2009; 25(2): 39-48.
50. Simkin P, Boldig A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal Midwifery Women's Health.* 2004; 49(6): 489-504.
51. Ranjbaran M, Khorsandi M, Matourypour P, Shamsi M. Effect of massage therapy on labor pain reduction in primiparous women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials in Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research.* 2017; 22(4): 257-61.

Düzce İlinde Çiğ Süt Örneklerinde *Mycobacterium Bovis* Aranması

Özge KILINÇEL¹, Onur Efe ÇELİK², Aytulun AYTAN², İlknur ALKAN³, İbrahim Bahadır AYVAZ², Cihadıye Elif ÖZTÜRK³

ÖZ

Amaç: *Mycobacterium bovis* (*M. bovis*) kaynaklı insan tüberkülozu özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunudur. *M. bovis* enfeksiyonları çoğunlukla hayvandan insana, çok nadiren de insandan insana bulaşabilmektedir. Bulaşma kontamine sütlerin çiğ olarak tüketilmesi ve kontamine aerosollerin solunması ile gerçekleşmektedir. Bölgemizde daha önce yapılan bir araştırmada *M. bovis* enfeksiyonlu tüberküloz olguları saptanmıştır. Bu nedenle, çalışmamızda, çiğ sığır sütü örneklerinde *M. bovis* varlığının araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmada, 12-19 Mayıs 2017 tarihleri arasında Düzce ilindeki beş köyde bulunan 100 ayrı sığırdan rastgele olarak toplanan çiğ süt örneği incelenmiştir. Bu örneklerde mikobakteri varlığı Ehrlich-Ziehl-Neelsen boyama yöntemi, Löwenstein-Jensen agar, Middlebrook 7H11 agar ve Mycobacteria Growth Indicator Tube besi yerinde kültür yapılarak araştırılmıştır. Aside dirençli basil görülmesi durumunda konvansiyonel ve moleküler yöntemler ile tiplendirme yapılması planlanmıştır. Ayrıca hayvanların bakım şartları da kaydedilmiştir.

Bulgular: İnkübasyonu tamamlanan besiyerlerinde, 22 ayrı süt örneğinde saptanan kolonilerden Ehrlich-Ziehl-Neelsen ve Gram boyama sonucu hiçbirinde aside dirençli basil saptanmamıştır. Kontaminant olarak değerlendirilen Gram pozitif basil, kok ve maya üremesi saptanmıştır. Hayvanların ahırlarda ortalama 2-5'li olarak genellikle de temiz bir şekilde bakıldığı gözlenmiştir.

Sonuç: Sonuç olarak ilimizde köylerde yetiştirilerek sütü kullanılan sığırların bakımlarının iyi olduğu ve sütlerin de *Mycobacterium* içermediği gözlenmiştir. Bölgede daha önce saptanan *M. bovis* olgularının olmasından dolayı çalışmanın besi hayvanlarında da yapılmasının gerektiği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: *Mycobacterium bovis*; süt; tüberküloz.

The Investigation of *Mycobacterium Bovis* in Raw Milk Samples in Düzce Province

ABSTRACT

Aim: Human tuberculosis caused by *Mycobacterium bovis* (*M. bovis*) is an important public health problem, especially in developing countries. *M. bovis* infections are often transmit from animal to human, rarely human to human. Contamination is achieved by raw consumption of contaminating milk and by the inhalation of contaminant aerosols. Tuberculosis cases caused by *M. bovis* were detected in a previous study conducted in our region. Therefore, it was aimed to investigate the presence of *M. bovis* in raw cattle milk samples in our study.

Materials and Methods: In the study, raw milk sample collected randomly from 100 different cattle from five villages in Düzce province were examined, between 12-19 May 2017. Mycobacteria was investigated by Ehrlich-Ziehl-Neelsen staining method, culture on Löwenstein-Jensen agar, Middlebrook 7H11 agar and Mycobacteria Growth Indicator Tube medium, in these samples. In the case of presence of acid-resistant bacilli, it is planned to classify by conventional and molecular methods. Further, the maintenance conditions of cattle were observed.

Results: When the incubation was complete, no acid-resistant bacilli were found in any of the colonies detected in 22 different milk samples, by Ehrlich-Ziehl-Neelsen and Gram stain. Gram positive bacilli, cocci and yeast were detected as contaminants. It was observed that the cattle in the ranch were in proper conditions.

Conclusion: As a result, it was observed that the maintenance of the cattle was good in the villages in our province and cattle milks did not contain *Mycobacterium*. Because of the *M. bovis* cases previously identified in the region, it was thought that the study should be carried out in the fattening cattle as well.

Keywords: *Mycobacterium bovis*; milk; tuberculosis.

1 Düzce Atatürk Devlet Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Laboratuvarı

2 Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi

3 Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Özge KILINÇEL, ozgekilincel@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 26.06.2018 Kabul Tarihi / Accepted: 29.08.2018

GİRİŞ

Mycobacterium cinsinde yaklaşık 250 tür bulunmakta olup insanlar açısından en sık enfeksiyon etkeni olanlar *Mycobacterium tuberculosis* kompleks (MTBC) içinde yer alır. Bu grupta insanlarda en sık tüberküloz yapan tür *Mycobacterium tuberculosis* subsp. *tuberculosis* ve ikinci sırada ise *Mycobacterium bovis* subsp. *bovis* olduğu bilinmektedir (1). *Mycobacterium bovis* (*M. bovis*) sığırlarda tüberküloza bağlı olarak pnömoni, mastitis, deri altı apseleri, merkezi sinir sistemi ve genital sistem enfeksiyonlarına neden olmaktadır (2). *M. bovis* enfeksiyonları çoğunlukla hayvandan insana, çok nadiren de insandan insana bulaşabilmektedir. Bulaşma kontamine sütlerin çiğ olarak tüketilmesi ve kontamine aerosollerin solunması ile gerçekleşmektedir (3).

Sığır tüberkülozunun hayvanlar arasındaki yaygınlığının araştırılması için planlanan çalışmamızda, Düzce ilinin çeşitli köylerinden toplanan çiğ sığır sütü örneklerinde *M. bovis* varlığının araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışma kapsamında, 12-19 Mayıs 2017 tarihleri arasında Düzce ilinde beş köyde bulunan 100 ayrı sığırdan rastgele olarak toplanan çiğ süt örneği aseptik koşullarda 50 ml'lik steril falcon tüplerine direkt olarak sağılma sırasında alınmıştır. Örnekler soğuk zincirde yaklaşık 2-3 saat içinde Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tıbbi Mikrobiyoloji Laboratuvarı'na getirilerek, 15 dakika 4000xg'de santrifüj edilmiştir. Santrifüj sonrası kaymak ve pellet tabakaları ayrı ayrı %3'lük sodyum hidroksit tri-sodyum sitrat (Salubris, ABD) ile dekontamine edilmiş ve steril fosfat tampon ile nötralizasyon ve homojenizasyon yapılmıştır. Hem pellet hem de kaymak örneklerinden yayma hazırlanmış ve Ehrlich-Ziehl-Neelsen (EZN) yöntemiyle boyanarak aside dirençli basil varlığı aranmıştır. Mikobakterilerin tanısında mikrobiyolojik kültür altın standart kabul edildiği için; izolasyon amacıyla pellet ve kaymak örneklerinin ayrı ayrı gliserinsiz Löwenstein-Jensen agar (Salubris, ABD), gliserinsiz Middlebrook 7H11 agar (HiMedia, Hindistan) ve *Mycobacteria Growth Indicator Tube* (Becton Dickinson, ABD) besiyerlerine ekimi yapılmış ve sekiz hafta boyunca 37°C'de inkübe edilmiştir (4). Haftalık kontrollerle üreme varlığı araştırılmıştır.

Üreme saptanan besiyerlerinden şüpheli kolonilerden EZN ve Gram boyaları yapılmıştır. Aside dirençli basil görülmesi durumunda konvansiyonel ve moleküler yöntemler ile tiplendirme yapılması planlanmıştır. Çalışma sırasında daha önce laboratuvarımızda izole edilmiş olan *M. bovis* suşu da pozitif kontrol olarak aynı koşullarda boyanmış ve kültürü yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar sayı ve yüzde şeklinde belirtilmiştir.

BULGULAR

Homojenizasyon-dekontaminasyon işlemi sonrası hazırlanan kaymak ve pellet yaymalardan EZN yöntemiyle boyama sonucunda hiçbir örnekte aside dirençli basil varlığı tespit edilmemiştir. Örneklerin 12'sinde (%12) Gram pozitif basil, kok ve mayalar görülmüştür. İnkübasyonu tamamlanan besiyerlerinde, 22 (%22) ayrı süt örneğinde saptanan kolonilerden EZN ve Gram boyama sonucu hiçbirinde aside dirençli basil

saptanmamıştır; kontaminant olarak değerlendirilen Gram pozitif basil, kok ve maya üremesi saptanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ

M. bovis, insan tüberkülozunun ana nedeni olmamasına rağmen, bu türün etken olduğu insan enfeksiyonları giderek artmaktadır. İnsanlar esas olarak enfekte sığırlardan elde edilen çiğ sütün tüketimi ile enfekte olmaktadır (5). Dünya çapında 2015 yılında 13.000 vakaya ulaşan global ölüm oranıyla 149.000 zoonotik tüberküloz vakası meydana gelmiştir (6). Türkiye'de ise zoonotik tüberküloz olgu prevalansını gösteren epidemiyolojik veriler yetersiz kalmaktadır.

Thakur ve ark. (7) sığırlarda *M. bovis* kaynaklı tüberküloz prevalansını araştırdıkları çalışmada topladıkları süt örneklerinin hiçbirinde *M. bovis* saptanmamışlardır. Başka bir çalışmada ise örneklerin %16'sında *M. bovis* izole edilmiştir (8). Raffo ve ark. (9) örneklerin %37,6'sında, Srivastava ve ark. (10) %5,2'sinde, Lamuka ve ark. (11) ise %3,6'sında *M. bovis* saptamışlardır. Toplam 805 çiğ süt örneğinin incelendiği bir çalışmada ise örneklerin %0,2'sinde *M. bovis* tespit etmişlerdir (12). Dünya çapında, çiğ sütlerde *M. bovis* varlığının araştırılması üzerine yapılan çalışmalarda oldukça değişken değerler saptandığı dikkat çekmiştir.

Türkiye'deki çalışmalar incelendiğinde ise Ünver ve ark. (13) Kars'ta sığırlarda *M. bovis* prevalansını %6,7 olarak bildirmişlerdir. Konuk ve ark. (14) Afyon'da 35 çiğ süt örneğini inceledikleri çalışmada *M. bovis* saptamazken, 15 adet tüberküloz dışı mikobakteri saptamışlardır. Gümüşsoy ve ark. (15) Kayseri'de 3216 sığırdan, sığır tüberkülozu prevalansını araştırmışlar, burun akıntısı ve süt örneklerinde PCR ile %1,4 oranında *M. bovis* tespit etmişlerdir. Aydın ve ark. (16) Mersin'de 145 çiğ sığır sütünü inceledikleri çalışmada örneklerin %0,6'sında *M. bovis* izole etmişlerdir. Çalışmamızda ise 100 sığıra ait çiğ süt örneğinin hiçbirinde EZN boyama ve kültürde aside dirençli basil tespit edilmemiştir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda sığırlar arasında *M. bovis* prevalansının düşük olduğu gözlenmektedir. Buna paralel olarak çalışmamızda da *M. bovis* saptanmamıştır.

Çalışmamızda *M. bovis* saptanmamış olsak da daha önce bölgemizde yapılan bir çalışmada izole edilmiş olan toplam 220 MTBC suşuna alt tür tayini yapılmış ve MTBC suşlarının 217 (%98,6)'sinin *M. tuberculosis/M. canettii*, üçünün (%1,4) ise *M. bovis* subsp. *bovis* olduğu saptanmış olup hepsinin son üç yıla ait örneklerden izole edildiği vurgulanmıştır (17). Bu da bölgemizdeki çiğ sığır sütlerinin, *M. bovis* kaynaklı tüberküloz için risk taşıdığını göstermektedir. Bu çalışmada köylerde hayvan yetiştiricilerinden elde edilen sütlerin sağlıklı koşullarda saklandığı taktirde güvenli olduğu görülmüştür. Çalışmanın Düzce'de çok sayıda hayvanın birlikte bakıldığı besi çiftliklerinde yapılması gerektiği düşünülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Rastogi N, Legrand E, Sola C. The mycobacteria: An introduction to nomenclature and pathogenesis. Rev Sci Tech. 2001; 20(1): 21-54.
2. Holloway KL, Henneberg RJ, de Barros Lopes M, Henneberg M. Evolution of human tuberculosis: A systematic review and meta-analysis of

- paleopathological evidence. *Homo*. 2011; 62(6): 402-58.
3. Portillo-Gómez L, Sosa-Iglesias EG. Molecular Identification of *Mycobacterium bovis* and the importance of zoonotic tuberculosis in Mexican patients. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2011; 15(10): 1409-14.
 4. de la Rua-Domenech R, Goodchild AT, Vordermeier HM, Hewinson RG, Christiansen KH, Clifton-Hadley RS. Ante mortem diagnosis of tuberculosis in cattle: A review of the tuberculin tests, gamma-interferon assay and other ancillary diagnostic techniques. *Res Vet Sci*. 2006; 81(2): 190-210.
 5. Botsaris G, Slana I, Liapi M, Dodd C, Economides C, Rees C, et al. Rapid detection methods for viable *Mycobacterium avium* subspecies paratuberculosis in milk and cheese. *Int J Food Microbiol*. 2010; 141(suppl 1): 87-90.
 6. World Health Organization. Global tuberculosis report. Geneva: WHO; 2016.
 7. Thakur A, Sharma M, Katoch VC, Dhar P, Katoch RC. A study on the prevalence of bovine tuberculosis in farmed dairy cattle in Himachal Pradesh. *Veterinary World*. 2010; 3(9): 409-14.
 8. Jha VC, Morita Y, Dhakal M, Besnet B, Sato T, Nakai A, et al. Isolation of *Mycobacterium* spp. from milking buffaloes and cattle in Nepal. *J Vet Med Sci*. 2007; 69(8): 819-25.
 9. Raffo E, Steuer P, Monti G, Salgado M. Effect of *Mycobacterium avium* subsp. paratuberculosis (MAP) infection on the diagnostic accuracy for *Mycobacterium bovis* (*M. bovis*) infection under field conditions in cattle belonging to low *M. bovis* prevalence herds. *Trop Anim Health Prod*. 2017; 49(4): 771-5.
 10. Srivastava K, Chauhan DS, Gupta P, Singh HB, Sharma VD, Yadav VS, et al. Isolation of *Mycobacterium bovis* & *M. tuberculosis* from cattle of some farms in North India - possible relevance in human health. *Indian J Med Res*. 2008; 128(1): 26-31.
 11. Lamuka PO, Njeruh FM, Gitao GC, Matofari J, Bowen R, Abey KA. Prevalence of bovine and avian tuberculosis in camel herds and associated public health risk factors in Isiolo country, Kenya. *Trop Anim Health Prod*. 2018; 50(5): 937-45.
 12. Kazwala RR, Daborn JC, Kusiluka LJM, Jiwa SFH, Sharp JM, Kambarage DM. Isolation of *Mycobacterium* species from raw milk of pastoral cattle of the southern highlands of Tanzania. *Trop Anim Health Prod*. 1998; 30(4): 233-9.
 13. Ünver A, Atabay Hİ, Güneş V, Çitil M, Erdoğan HM. Kars yöresinde sığır tüberkülozunun yaygınlığının per ile belirlenmesi. *Kafkas Üniv Vet Fak Derg*. 2007; 13(1): 27-31.
 14. Konuk M, Korcan E, Dülgerbaki S, Altındış M. Isolation and identification of mycobacteria from raw milk samples in Afyonkarahisar district of Turkey. *Int J Food Microbiol*. 2007; 115(3): 343-7.
 15. Gümüşsoy KS, Atasever A, Aydın F, Özcan M, Beyaz L, Hızlısoy H, et al. Prevalence of tuberculosis in cattle in Turkey. *Medycyna Wet*. 2007; 63(3): 305-8.
 16. Aydın FE, Ülger M, Emekdaş G, Aslan G, Günel S. Mersin ilinde çiğ sütlerden *Mycobacterium bovis* ve tüberküloz dışı mikobakterilerin izolasyonu ve tanımlanması. *Mikrobiyol Bul*. 2012; 46(2): 283-9.
 17. Öztürk CE, Şahin İ, Öksüz Ş, Kılıç N, Kılınçel Ö, Aydın L ve ark. Düzce ilinde izole edilen *Mycobacterium tuberculosis* kompleks suşlarında *Mycobacterium bovis* subsp. *Bovis* varlığının araştırılması. *Mikrobiyol Bul*. 2016; 50(3): 392-400.

Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddeti Tanımlarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi

Pınar KARA¹, Öznur AKÇAYÜZLÜ², Ali Özcan GÜR², Evşen NAZİK²

ÖZ

Amaç: Araştırma, aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddeti tanımlarına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Tanımlayıcı kesitsel nitelikteki çalışma, Kasım 2015-Mart 2016 tarihleri arasında Adana'da bir Toplum Sağlığı Merkezine bağlı 20 Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan ve katılmayı kabul eden 135 kişi (13 hemşire, 66 hekim, 56 ebe) ile yapılmıştır. Verilerin toplanmasında; "Kişisel Bilgi Formu" ve "Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlarına İlişkin Ölçek (HEKYŞBTÖ)"; analizinde SPSS 16.0 istatistik paket programı, değerlendirilmesinde; yüzdeler dağılımlar, t testi, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır.

Bulgular: Sağlık çalışanlarının yaş ortalamasının 45.33 ± 7.69 (en düşük-en yüksek: 26-66), %62.2'sinin kadın ve %90.4'ünün evli olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %48.9'unun hekim, %41.5'inin ebe, %9.6'sının hemşire olduğu, %97'sinin 5 yıldan daha fazla süredir çalıştığı saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının %84.4'ünün mezuniyet öncesi, %83.7'sinin mezuniyet sonrası kadına yönelik şiddet konusunda eğitim almadığı bulunmuştur. Katılımcıların %72.6'sının iş yaşamında kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaştığı, %55.1'inin ilgili kurumlara rapor etme/yasal süreçte, %24.5'inin öykü almada zorlandığı saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının HEKYŞBTÖ toplam puan ortalaması 19.06 ± 3.68 , fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalaması 8.07 ± 1.68 , duygusal belirtiler alt boyut puan ortalaması 10.99 ± 2.66 olarak belirlenmiştir. HEKYŞBTÖ ile sağlık çalışanlarının sosyo-demografik ve mesleki özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Sonuç: Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin bilgi düzeylerinin kısmen yeterli olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Şiddet; kadın; hemşire; hekim; ebe.

Determination of Knowledge Levels Associated with Recognition of Violence against Women of Health Professionals

ABSTRACT

Aim: The study was performed to determine of knowledge levels associated with recognition of violence against women of health professionals working in family health centers.

Material and Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted with 135 people (13 nurses, 66 physicians, 56 midwives) working in 20 Family Health Centers in Adana between November 2015 and March 2016. In data collection was used "Personal Information Form" and "Scale of Concerning Nurses and Midwives' Recognition of Violence against Women (NMRVAWS)". In data analysis, SPSS 16.0 statistical package program; evaluating percentile distributions, t test, Mann Whitney U test and Kruskal Wallis H test.

Results: It was determined that average age of health workers was 45.33 ± 7.69 (min-max: 26-66), 62.2% was females and 90.4% was married. It was determined that 48.9% participants' was physicians, 41.5% was midwives, 9.6% was nurses, 97% was working more than 5 years. It was found that 15.6% health workers' was educated on pre-graduation, 16.3% on post-graduation violence against women. It was detected 72.6% had come across violence against women in business life, 51.1% reporting to related institutions / legal process and 24.5% have difficulty in taking women story. The total average score of NMRVAWS was 19.06 ± 3.68 , mean scores of physical symptoms subscale was 8.07 ± 1.68 , mean scores of emotional symptom subscale was 10.99 ± 2.66 . There was not statistically insignificant difference between NMRVAWS and socio-demographic and professional factors ($p > 0.05$).

Conclusion: The level of knowledge health professionals' working in Family Health Centers is partially adequate about identifying violence against women.

Keywords: Violence; woman; nurse; doctor; midwife.

1 Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu

2 Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Pınar KARA, 01pinarkara@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 09.07.2018 Kabul Tarihi / Accepted: 03.09.2018

Bu çalışma, 15. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi, 3. Uluslararası Doğu Akdeniz Hemşirelik Kongresi 'nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur. 26-29 Mayıs 2016 - Adana.

GİRİŞ

Şiddet insan yaşamının her alanında görülebilen ve dünyada hızlı artış gösteren önemli bir toplum sağlığı sorunudur (1). Şiddet genel anlamda, sahip olunan güç veya kudretin bir başka insana, kendine, bir gruba, topluma karşı yaralanma veya kayıpla sonlanma olasılığı yüksek biçimde uygulanmasıdır (2,3). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımıyla şiddet; fiziksel güç ya da kuvvetin, amaçlı bir şekilde kendine, başkasına, bir gruba ya da topluluğa karşı fiziksel zarara ya da fiziksel zararlar sonuçlanma ihtimalini artırmasına, psikolojik zarara, ölüme, gelişim sorunlarına ya da yoksunluğa neden olacak şekilde tehdit edici biçimde ya da gerçekten kullanılmasıdır (4).

Şiddet zamana ve sosyal yapıya göre değişen bir kavram olmasına rağmen, son yıllarda en fazla dikkat çeken konulardan biri olmuştur. En büyük mağduru ise kadınlardır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğine bağlı olarak yaşanan, insan hakları ihlali ve kadınlara yönelik ayrımcılık biçimlerinden biri olan kadına yönelik şiddet, dünya çapında önemli ve sosyal bir sağlık problemi olarak düşünülmektedir. Çağlardır süregelen, kadınla erkek arasında eşit olmayan güç ilişkilerinin bir yansıması olan kadına yönelik şiddet; ağır bir insan hakkı ihlali ve ciddi bir toplumsal sorun olarak, kültürel, ekonomik, coğrafi sınır tanımaksızın tüm dünyada varlığını sürdürmektedir (5). Kadının fiziksel, cinsel veya psikolojik zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanması muhtemel olan, ister toplum önünde, ister özel hayatta meydana gelmiş olsun cinsiyete dayalı her türlü ayrımcılık şiddet olarak kabul edilmektedir (6).

Kadına yönelik şiddet genellikle fiziksel, cinsel, sözel, ekonomik ve duygusal (psikolojik) şiddet olmak üzere 5 grupta kategorize edilmektedir. DSÖ kadınların yaklaşık %35'inin (her 3 kadından 1'inin) fiziksel veya cinsel şiddete maruz kaldığını, kadın cinayetlerinin %38'inin kadınların eşi veya birlikte yaşadığı kişi tarafından işlendiğini belirtmektedir (4). Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2014 yılı Raporunda (6); kadınların %36'sının fiziksel şiddete, %12'sinin cinsel şiddete, %44'ünün duygusal şiddete ve %30'unun ekonomik şiddete maruz kaldığı bildirilmektedir. Ayrıca raporda, eğitim düzeyi düşük olanların, erken yaşta evlenenlerin, gelir düzeyi düşük olanların ve kırsal alanda yaşayanların daha fazla şiddete uğradıkları ifade edilmektedir.

Temel insan hakları ihlali olarak varlığını sürdüren kadına yönelik şiddet, kadınların beden ve ruh sağlığını bozan, sosyal, ekonomik, kültürel konularını ve bu alanlarda yükselmelerini engelleyen ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Şiddet sonrasında her kadın beden, ruhen ve sosyal açıdan son derece olumsuz şekilde etkilenmektedir. Şiddet kadını öz kıyımaya sürükleyebilmekte, cinayete kurban gitmesine neden olabilmektedir. Ayrıca iş yaşamını olumsuz etkilerken veya sona erdirirken, kadını yoksunluğa ve ekonomik bağımsızlığına kaybetmeye de itmektedir (7-10).

Birçok toplum gibi bizim toplumumuzda da erkeklerin lider, kahraman, savaşçı; kadınların değersiz, köle gibi algılanması erkeklerin kadınlardan daha güçlü ve saygın olarak kabul edilmesine neden olmuştur. Bu algı ile oluşturulan eşitsiz güç erkeklerin saldırgan davranışlarına ve kadına yönelik şiddetine gerekçe oluşturmuştur (9,11,12).

Sağlık arayan kadınlar arasında eşi ve/veya sevgilisi tarafından uygulanan şiddet yaygınlığı genel nüfustan daha fazladır (13). Fiziksel şiddete uğrayan kadınların psikiyatri, acil servis, jinekoloji kliniği, hastane, birinci basamak sağlık kurumları ve eczaneleri daha sık kullandıkları görülmektedir (14). Birinci basamakta yapılan bir araştırmada, kadınların %41'inin fiziksel şiddet mağduru olduğu ya da yaşam boyu fiziksel şiddete maruz kaldığı belirtilmektedir (15). Ülkemizde bir Adli Tıp Polikliniği'ne başvuran kadınların %71.7'sine eşi/sevgilisinin (16), 17-59 yaşlar arasındaki evli kadınların %61.4'üne eşinin şiddet uyguladığı belirlenmiştir (17).

DSÖ şiddeti kadın sağlığı sorunları arasında saymaktadır (4). Şiddet mağdurlarına tıbbi bakım, destek ve danışmanlık sunmada sağlık çalışanlarının anahtar konumda olması beklenmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak çalışan Aile Sağlığı Merkezleri (ASM), Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) ve hastaneler kadına yönelik şiddet konusunda hizmet vermektedir (18). Aynı zamanda, Sağlık Bakanlığı'nın 2016-2020 kadına yönelik şiddetle mücadele eylem planında şiddete uğrayan ve uğrama tehlikesi bulunan kadınlara ulaşılabilir koruyucu ve önleyici hizmetlerin daha etkili verilmesi ve yaygınlaştırılması, şiddete uğrayan kadına yönelik sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve uygulanmasının sağlanması temel hedefleri oluşturmaktadır (12). Şiddeti tanımak, bakımını sağlamak, şiddet mağdurlarına uygun hizmetleri sunmak, sağlık çalışanlarının rolleri arasında yer almaktadır (19). Sağlık profesyonellerinin şiddet mağdurlarına toplumda kullanabilecekleri kaynaklar, sosyal destek sistemleri ve iletişim ağları ile ilgili bilgi vermeleri gerekmektedir (12). Bu konuda her sağlık çalışanına ayrı ayrı sorumluluklar düşmektedir. Hekimler, hasta ile karşılaştığında hastanın ve koşullarının durumunu ayrıntılı olarak değerlendirme ve hastanın yararına olan her şeyi yapmakla yükümlü olan sağlık elemanlarıdır (20). Ebe ve hemşirelerin ise savunuculuk, danışmanlık, eğitim ve bakım rollerinin gereği, kadının, ailenin ve toplumun sağlığının korunması ve iyileştirilmesi, gerektiğinde rehabilitasyonunu sağlama işlevleri bulunmaktadır (3). Sağlık merkezlerinde çalışan sağlık personeli şiddet mağdurlarının ilk iletişim kurduğu temel yardım kaynağıdır ve kadına yönelik şiddeti tanılamada önemli bir rol üstlenmelidirler. Özellikle aile içi şiddet çoğunlukla gizli tutulduğu için şiddetin farkına varılması ve şiddet olasılığının değerlendirilmesi durumun ortaya çıkarılmasında önemlidir (1).

Bu çalışma, aile sağlığı merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddeti tanımlarına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu araştırma Kasım 2015-Mart 2016 tarihleri arasında Adana'da bir Toplum Sağlığı Merkezi'ne (TSM) bağlı 20 Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, ilgili tarihler arasında Adana'da bir Toplum Sağlığı Merkezi'ne bağlı 20 Aile Sağlığı Merkezi'nde çalışan 95 hekim, 95 hemşire ve ebe olmak üzere toplam 190 kişi oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş, evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır.

Ancak çalışma araştırmaya katılmayı kabul eden 13 hemşire, 56 ebe ve 66 hekim olmak üzere toplam 135 kişiyle tamamlanmıştır (Katılım oranı=%71).

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan 2015/47 protokol nolu onay ve araştırmanın yapıldığı kurumlardan yazılı izinler alınmıştır. Ayrıca katılımcılara anket uygulaması öncesinde çalışma hakkında bilgi verilmiş ve sözlü onamları alınmıştır. Araştırmanın verileri sağlık çalışanlarının öz bildirimine dayanmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu” ve “Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek (HEKYŞBTÖ)” kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanmıştır (21-23). Bu form hemşire, ebe ve hekimlerin tanıtıcı ve mesleki özellikleri (cinsiyet, medeni durum, yaş, öğrenim durumu), kadına yönelik şiddete ilişkin eğitim alma durumları ve yaklaşımlarına yönelik sorulardan oluşmuştur.

Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek (HEKYŞBTÖ): Arabacı Baysan ve Karadağlı (24) tarafından 2006 yılında geliştirilen ölçek toplam 31 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin, “Fiziksel Belirtiler” ve “Duygusal Belirtiler” olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekteki 1., 2., 25., 27., 28., ile 4-11 arasındaki maddeler ölçeğin “Fiziksel Belirtiler”, 3., 26., ile 12-24 ve 29-31 arasındaki maddeler “Duygusal Belirtiler” alt boyutunu oluşturmaktadır. Ölçekteki maddeler “doğru” ve “yanlış” şeklinde cevaplanmaktadır. Yanıtların değerlendirilmesinde pozitif ifadelerle (1., 3., 4., 5., 7., 10., 12., 16., 17., 18., 20., 21., 22., 24., 25., 26., 27., 28., 29. maddeler) “doğru” seçeneğine “1” puan, “yanlış” seçeneğine “0” puan verilerek, negatif ifadelerde (2., 6., 8., 9., 11., 13., 14., 15., 19., 23., 30., 31. maddeler) tam tersi bir puanlama (“doğru” seçeneğine “0” puan, “yanlış” seçeneğine “1” puan) yapılarak yanıtlar sayısal değerlere dönüştürülmektedir. Ölçekten elde edilecek toplam puan 0-31, fiziksel belirtiler alt boyutu için 0-18 ve duygusal belirtiler alt boyut için 0-13 puanlar arasındadır. Puan yükseldikçe kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımaya ilişkin bilgi düzeyi artmaktadır. Ölçeğin geçerlik güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0.76 olarak belirlenmiştir. HEKYŞBTÖ hemşire ve ebelere yönelik geliştirilen bir ölçek olmasına rağmen, literatürde hekimlere de uygulandığı görülmektedir (21-23). Bu çalışmada Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.70 bulunmuştur.

Veri Toplama Yöntemi

Veriler, araştırmacılar tarafından ASM’lerde çalışan hemşire, ebe ve hekimler ziyaret edilerek toplanmıştır. Anket formlarının uygulanma süresi ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde SPSS 16.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler dağılımlar, t testi, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Sağlık çalışanlarının yaş ortalamasının 45.33 ± 7.69 (min-maks: 26-66), %62.2’sinin kadın ve %90.4’ünün evli olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların % 48.9’unun hekim, %41.5’inin ebe, %9.6’sının hemşire olduğu, %97’sinin 5 yıldan daha fazla süredir çalıştığı saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının %84.4’ünün mezuniyet öncesi, %83.7’sinin mezuniyet sonrası kadına yönelik şiddet konusunda eğitim almadığı bulunmuştur. Katılımcıların %72.6’sının iş yaşamında kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ve %64.4’ünün 1-10 arası olgu ile karşılaştığı, %51.1’inin ilgili kurumlara rapor etme/yasal süreçte, %24.5’inin ise öykü almada zorlandığı belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının %51.1’inin çalışılan kurumda kadına yönelik şiddete ilişkin talimat/prosedür olduğunu belirttiği, %69.6’sının kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yaptığı, bildirim yapmayanların %8.9’u gerekçe olarak mağduru şimdiki bulunduğu durumdan daha kötü duruma sokmaktan korktuğunu belirtmiştir (Tablo 1).

Katılımcıların HEKYŞBTÖ toplam puan ortalamasının 19.06 ± 3.68 , fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortalamasının 8.07 ± 1.68 , duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamasının 10.99 ± 2.66 olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik ve mesleki özellikleri ile HEKYŞBTÖ ve alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 3); erkek sağlık çalışanlarının HEKYŞBTÖ toplam puan ortalaması 19.78 ± 3.66 , fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalaması 8.35 ± 1.67 , duygusal belirtiler alt boyut puan ortalaması 11.43 ± 2.74 olarak bulunmuştur. Hekimlerin HEKYŞBTÖ toplam puan ortalamasının 19.45 ± 3.9 , fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalamasının 8.21 ± 1.69 , duygusal belirtiler alt boyut puan ortalamasının 11.24 ± 2.95 olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin HEKYŞBTÖ toplam puan ortalamasının 18.30 ± 3.85 , fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalamasının 7.84 ± 2.30 , duygusal belirtiler alt boyut puan ortalamasının 10.46 ± 2.14 olduğu saptanmıştır. Meslekte çalışma süresi 5 yıldan az olan sağlık çalışanlarının HEKYŞBTÖ toplam puan ortalaması 20.00 ± 4.24 , fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalaması 7.75 ± 1.50 , duygusal belirtiler alt boyut puan ortalaması 12.25 ± 2.98 olarak bulunmuştur. Mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alanların toplam puan ortalaması 18.76 ± 4.20 , fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalaması 8.23 ± 1.89 , duygusal belirtiler alt boyut puan ortalaması 10.52 ± 3.05 olarak saptanmıştır. Mezuniyet sonrasında kadına yönelik şiddet konusunda sertifikalı bir eğitim alan ve iş yaşamı boyunca kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaşan katılımcıların ölçekten ve alt boyutlarından aldığı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının çalışılan kurumda kadına yönelik şiddete ilişkin talimat/prosedür olduğunu belirtenlerin HEKYŞBTÖ toplam puan ortalaması 19.17 ± 3.90 , fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalaması 8.20 ± 1.77 , duygusal belirtiler alt boyut puan ortalaması 10.97 ± 2.81 olarak bulunmuştur. Kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaştığında bildirim yapacağını belirten katılımcıların HEKYŞBTÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmada sağlık çalışanlarının sosyo-demografik ve mesleki özellikleri ile HEKYŞBTÖ ve alt boyutlarından aldıkları toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 1. Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik ve mesleki özelliklerinin dağılımı

Özellikler (n=135)		n	%
Cinsiyet	Erkek	51	37.8
	Kadın	84	62.2
Medeni Durum	Evli	122	90.4
	Bekâr	13	9.6
Meslek	Hemşire	13	9.6
	Ebe	56	41.5
	Hekim	66	48.9
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	13	9.6
	Ön Lisans	28	20.7
	Lisans ve üzeri	94	69.7
Meslekteki çalışma süresi	5 yıldan az	4	3.0
	5 yıl ve üzeri	131	97.0
Mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alma	Evet	21	15.6
	Hayır	114	84.4
Mezuniyet sonrasında kadına yönelik şiddet konusunda sertifikalı bir eğitim alma	Evet	22	16.3
	Hayır	113	83.7
İş yaşamı boyunca kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaşma	Evet	98	72.6
	Hayır	37	27.4
Karşılaşılan olgu sayısı (n=98)	1-10	87	64.4
	11 ve üzeri	11	8.2
İş yaşamı boyunca kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaşmada zorlanılan veya yetersiz kalınan aşamalar (n=98)	Öykü alma	24	24.5
	Fizik muayene	3	3.1
	Ruhsal muayene	9	9.1
	Kayıt	8	8.2
	İlgili kurumlara rapor etme/Yasal süreç	54	55.1
Çalışılan kurumda kadına yönelik şiddete ilişkin talimat/prosedür olması	Evet	69	51.1
	Hayır	28	20.7
	Bilmiyorum	38	28.2
Kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapma durumu	Evet	94	69.6
	Hayır	41	30.4
Neden bildirim yapılmadığı (n=41)	Sosyal servislerin konuyla ilgilenemeyeceğini düşünme	10	7.4
	Sorunu mağdurun kendisinin daha iyi çözebileceğini düşünme	4	3.0
	Yasal süreçlere ait bilginin olmaması	5	3.7
	Mağduru şimdiki bulunduğu durumda daha kötü duruma sokacağından korkma	12	8.9
	Kime bildireceğini bilmeme	10	7.4

Tablo 2. HEKYŞBTÖ ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı

HEKYŞBTÖ	Alınabilecek En küçük-En büyük Değer	İşaretlenen En küçük-En büyük Değer	Ortalama ± Standart Sapma
Fiziksel Belirtiler	0-18	5-17	8.07±1.6
Duygusal Belirtiler	0-13	3-12	10.99±2.6
Toplam	0-31	11-27	19.06±3.6

TARTIŞMA

Kadına yönelik şiddet, küresel bir sağlık sorunudur. Aynı zamanda kadınların insan haklarını ihlal etmektedir. Özellikle birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan sağlık profesyonelleri sıklıkla ve kimi zaman farkında olmadan şiddet mağduru kadınlarla karşılaşmaktadır (25). Bu nedenle sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımları önemlidir. Belirtilerin tanınabilmesi için yeterli bilgiye sahip olunması gerekmektedir (26). Çalışmamızda sağlık profesyonellerinin çoğunun (%84.4) mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet konusunda eğitim

almadığı görülmektedir. Yapılan bir çalışmada, hemşire ve ebelerin %55.8'inin mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet konusunda eğitim almadığı bulunmuştur (27). Yapılan bir başka çalışmada, hemşire ve ebelerin okulda aldıkları eğitim oranlarının düşük olduğu (%17.4), verilen eğitimin yetersiz olduğunu düşündükleri saptanmıştır (28). Hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %61.7'si ders müfredatı içerisinde kadına yönelik şiddet dersi olmasını, %70.4'ü kadına yönelik şiddet konusunda daha fazla bilgi sahibi olmak istediğini belirtmiştir (29). Kanbay ve ark. (30)'nın çalışmasında, hemşirelik öğrencilerinin

%54.3'ünün daha önce kadına yönelik şiddetle ilgili bir eğitim programına katılmadığı bulunmuştur. Sağlık profesyonelleriyle yapılan başka çalışmalar da araştırma bulgusuyla benzerlik göstermektedir (22,23,31,32). Çalışma bulgusundan farklı olarak Öztürk ve Toprak (8)'in çalışmasında katılımcıların %12.3'ünün mezuniyet öncesi eğitim almadığı saptanmıştır. Frank ve ark. (33)'ün tıp fakültesi öğrencileriyle yaptığı çalışmada katılımcıların çoğu (%91) kadına yönelik eş/sevgili şiddeti hakkında bilgi aldığını bildirmiştir.

Araştırma sonucumuz ve diğer çalışmalar göz önüne alındığında, hemşire, ebe ve hekimlerin çoğunun mesleki eğitim sürecinde kadına yönelik şiddete ilişkin eğitim almadıkları görülmektedir. Şiddet mağduru kadınların birinci basamak sağlık kurumlarına başvurdukları bildirilmektedir (8,13-15). Bu nedenle aile sağlığı merkezlerinde çalışan sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddeti tanımada yeterli bilgi ve donanıma sahip olması için mezuniyet öncesi dönemdeki eğitimde kadına yönelik şiddet konusunun daha fazla yer alması gerektiği düşünülmektedir.

Tablo 3. Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik ve mesleki özellikleri ile HEKYŞBTÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

Özellikler		HEKYŞBTÖ Toplam	Fiziksel Belirtiler Alt Boyut	Duyusal Belirtiler Alt Boyut
Cinsiyet	Erkek	19.78±3.66	8.35±1.67	11.43±2.74
	Kadın	18.63±3.65	7.90±1.68	10.72±2.59
		t=1.770 p=0.078	t=1.504 p=0.135	t=1.496 p=0.137
Medeni Durum	Evli	19.24±3.62	8.17±1.71	11.07±2.60
	Bekâr	17.38±3.96	7.15±0.98	10.23±3.19
		MW-U=523.5 p=0.050	MW-U=481.0 p=0.060	MW-U=593.0 p=0.133
Meslek	Hemşire	18.30±3.85	7.84±2.30	10.46±2.14
	Ebe	18.78±3.36	7.96±1.52	10.82±2.41
	Hekim	19.45±3.90	8.21±1.69	11.24±2.95
		KW=1.429 p=0.489	KW=0.235 p=0.889	KW=2.215 p=0.330
Eğitim Durumu	Sağlık Meslek Lisesi	18.15±2.79	7.23±1.48	10.92±1.75
	Ön Lisans	18.82±3.81	8.10±1.74	10.71±2.62
	Lisans ve üzeri	19.26±3.76	8.18±1.67	11.08±2.79
		KW=1.332 p=0.514	KW=3.129 p=0.209	KW=0.555 p=0.758
Meslekteki çalışma süresi	5 yıldan az	20.00±4.24	7.75±1.50	12.25±2.98
	5 yıl ve üzeri	19.03±3.68	8.08±1.69	10.95±2.65
		MW-U=231.5 p=0.691	MW-U=233.0 p=0.701	MW-U=202.5 p=0.437
Mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddet konusunda eğitim alma	Evet	18.76±4.20	8.23±1.89	10.52±3.05
	Hayır	19.12±3.59	8.04±1.65	11.07±2.59
		MW-U=749.0 p=0.672	MW-U=974.5 p=0.785	MW-U=769.5 p=0.439
Mezuniyet sonrasında kadına yönelik şiddet konusunda sertifikalı bir eğitim alma	Evet	19.34±3.68	8.16±1.68	11.18±2.69
	Hayır	18.32±3.62	7.83±1.69	10.48±2.55
		t=1.444 p=0.151	t=1.000 p=0.319	t=1.359 p=0.176
İş yaşamı boyunca kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaşma	Evet	19.34±3.68	8.16±1.68	11.18±2.69
	Hayır	18.32±3.62	7.83±1.69	10.48±2.55
		t=1.444 p=0.151	t=1.000 p=0.319	t=1.359 p=0.176
Karşılaşılan olgu sayısı (n=98)	1-10	19.26±3.63	8.12±1.62	11.13±2.69
	11 ve üzeri	1.45±3.85	8.27±2.10	11.18±2.60
		MW-U=469.0 p=0.915	MW-U=452.5 p=0.765	MW-U=467.0 p=0.896
Çalışılan kurumda kadına yönelik şiddete ilişkin talimat/prosedür olması	Evet	19.17±3.90	8.20±1.77	10.97±2.81
	Hayır	18.82±4.16	7.53±1.71	11.28±2.99
	Bilmiyorum	19.05±2.90	8.23±1.45	10.81±2.14
		KW=0.078 p=0.962	KW=2.254 p=0.324	KW=0.839 p=0.657
Kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaşıldığında bildirim yapma durumu	Evet	19.15±3.60	8.10±1.60	11.05±2.70
	Hayır	18.55±3.90	8.00±1.87	10.85±2.60
		t=1.442 p=0.659	t=1.336 p=0.738	t=1.399 p=0.691

t: t-testi, MW-U: Mann Whitney U testi, KW: Kruskal Wallis testi, HEKYŞBTÖ: Hemşire ve Ebeğin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek

Çalışmamızda katılımcıların %83.7'sinin mezuniyet sonrası kadına yönelik şiddet konusunda sertifikalı bir eğitim almadığı belirlenmiştir. Yayla (23)'nin çalışmasında, katılımcıların neredeyse tamamının (%98.5) mezuniyet sonrası sertifikalı bir eğitim almadığı saptanmıştır. Othman ve Mat Adenan (34)'in çalışmasında, hekimlerin %80'inin hemşirelerin %93.2'sinin aile içi şiddetle ilgili herhangi bir eğitim programına katılmadığı belirlenmiştir. Kıyak ve Akın (28) ile Orhan ve Gölbaşı (35)'nin çalışması da araştırma bulgusu ile benzerlik göstermektedir. Literatürde araştırma bulgumuzdan farklı olarak sağlık profesyonellerinin mezuniyet sonrası şiddete yönelik eğitime katılma oranlarının yüksek olduğu çalışmalar da bulunmaktadır (21,22,36).

Araştırmamızda sağlık çalışanlarının %72.6'sının iş yaşamı boyunca kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaştığı saptanmıştır. Hemşire, ebe ve hekimlerle yapılan bir çalışmada katılımcıların %71.3'ünün kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaştığı bulunmuştur (22). Yapılan başka çalışmalarda da sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşma oranlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (2,23).

Araştırmamızda sağlık profesyonellerinin iş yaşamı boyunca kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaştığında en fazla "ilgili kurumlara rapor etme/yasal süreç" (%51.1) ve "öykü alma" da (%24.5) zorlandıkları görülmektedir. Yayla (23)'nin çalışmasında, hemşirelerin %90.5'i, ebelerin %87.9'u, hekimlerin ise %91.6'sı kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaştıklarında zorlandıklarını ve kendilerini yetersiz hissettiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca, katılımcıların %24.6'sının rapor etme/yasal süreçte, %34.8'inin öykü almada zorlandığı bulunmuştur. Araştırma bulgumuzun aksine Öztürk ve ark. (8)'nin kadın sağlık personelleriyle (doktor ve hemşire) yaptığı çalışmada, mağdurun ifade etmediği ama kendisinin şüphelendiği durumda katılımcıların %25.5'inin rapor tutacağını ifade ettiği belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada yetersiz kalma ve zorlanmanın hekimlerin %65.6'sında zaman azlığı, %52.5'inde hastaları incitmekten korkmak, %32.8'inde soruları nasıl soracağından emin olamamaktan kaynaklandığı belirtilmektedir (34). Araştırmamızda sağlık çalışanlarının bildirim yapmakta zorlanma nedenlerinin eğitim eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda HEKYŞBTÖ toplam puan ortalamasının 19.06 ± 3.68 , fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalamasının 8.07 ± 1.68 , duygusal belirtiler alt boyut puan ortalamasının 10.99 ± 2.66 olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar ASM'lerde çalışan sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin bilgi düzeylerinin kısmen yeterli olduğunu göstermektedir. Çalışma bulgusuna benzer şekilde Sarıbıyık (22)'in Malatya merkez ASM'lerde çalışan hemşire, ebe ve hekimlerle yaptığı çalışmada, katılımcıların HEKYŞBTÖ toplam puanı 18.6 ± 3.7 olarak bulunmuştur. Yayla (23)'nin çalışmasında hemşire ve hekimlerin HEKYŞBTÖ toplam puan ortalaması 18.83 ± 3.38 olarak saptanmıştır. Arabacı ve Karadağlı (24)'nin hemşire ve ebeler ile yaptıkları çalışmada toplam ölçek puan ortalaması 18.38 ± 5.23 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılmış başka çalışmaların sonuçları da araştırma bulgumuz ile benzerlik göstermektedir (21,23).

Çalışmamızda erkeklerin HEKYŞBTÖ ve alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek bulunsu da aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$). Benzer şekilde hemşire ve ebelerle yapılan bir çalışmada (31), erkek sağlık çalışanlarının HEKYŞBTÖ toplam puan ortalaması ve duygusal belirtiler alt ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğu, ancak cinsiyet farkının kadına yönelik şiddeti tanımda etkili olmadığı belirlenmiştir. Çatak Taşkıran'ın sağlık çalışanlarıyla (hekim, hemşire ve ebe) yaptığı çalışmada (21), ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Araştırmamızda hekimlerin HEKYŞBTÖ toplam, fiziksel ve duygusal alt ölçek puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ancak meslek ile HEKYŞBTÖ ve alt boyut puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$). Sarıbıyık (22)'in çalışmasında, duygusal belirtiler alt boyut puan ortalamasının hekimlerde, toplam puan ortalamasının hemşirelerde en yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Kahyaoğlu Süt ve Akyüz (31)'ün çalışmasında, hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve meslek ile sadece fiziksel belirtiler alt boyut puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$). Çalışmamızda hekimlerin ölçek puan ortalamalarının daha yüksek bulunması, araştırmaya katılan hekimlerin sayısının daha fazla olmasından kaynaklanabilir. Ayrıca tıp eğitimi sırasında hekimlerin adli tıp dersi aldığı ve ders içeriğine bağlı olarak bu konuda farkındalıklarının daha iyi olduğu da düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet konusunda eğitim almadıkları ve ders içeriklerinin kadına yönelik şiddeti tanımları için yetersiz olduğu vurgulanmaktadır (29-31). Meslekte çalışma süresi 5 yıldan az olanların HEKYŞBTÖ toplam ve duygusal belirtiler alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, fiziksel alt boyut puan ortalamasının ise daha düşük olduğu saptanmıştır. Meslekte çalışma süresi ile ölçek toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$). Kıyak ve Akın (28)'in çalışmasında, hemşire ve ebelerin birinci basamakta çalışma süresi fiziksel şiddet belirtilerini tanımda önemli bulunmuş, meslekte çalışma süresi 6-10 yıl olanların fiziksel belirtileri tanıma puanları 11-15 yıl olanlardan yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.01$). Sağlık çalışanlarıyla yapılan bir başka çalışmada (22), 6-14 yıl çalışan katılımcıların toplam puan ortalamaları daha yüksek, aradaki farkın anlamsız olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Araştırmamızda, katılımcıların meslekte çalışma süresi arttıkça kadına yönelik şiddetin fiziksel belirtilerini tanımları artmaktadır. Bu sonuç, çalışma yılı arttıkça karşılaşılan olgu sayısının artmasından ve mesleki deneyimin sağladığı daha profesyonel bir yaklaşım ile kadınların değerlendirilebilmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamızda, mezuniyet öncesi eğitim alan sağlık çalışanlarının ölçek toplam ve duygusal belirtiler alt boyut puan ortalamalarının daha düşük bulunsu da aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$). Bu sonuç mezuniyet öncesi kadına yönelik şiddetle ilgili verilen eğitimin yetersiz olduğunu

düşündürmektedir. Hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir çalışmada (29), öğrencilerin %61.7'si ders müfredatı içerisinde kadına yönelik şiddet dersinin olmasını ve %70.4'ü kadına yönelik şiddet konusunda daha fazla bilgi sahibi olmak istediğini belirtmiştir. Başka bir çalışmada (28), hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddete ilişkin aldıkları eğitim oranlarının düşük olduğu ve verilen eğitimin yetersiz olduğunu düşündükleri bulunmuştur.

Mezuniyet sonrası sertifikalı bir eğitim alanların HEKYSBTÖ toplam, fiziksel ve duygusal belirtiler alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Benzer şekilde Sarıbyık (22)'in çalışmasında, mezuniyet sonrası eğitim alanların ölçek toplam puan ortalamalarının daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur. Bu sonuç mezuniyet sonrası verilen eğitimin ciddi düzeyde fark yaratmasa da etkin olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda, iş yaşamı boyunca kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaşan sağlık profesyonellerinin ölçek puan ortalamalarının daha yüksek ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Yapılan bir çalışmada (22) da, iş yaşamı boyunca kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaşanların toplam puan ortalamalarının daha yüksek olmasına rağmen aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Bu durumun iş yaşamı boyunca kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaşan sağlık personelinin kadına yönelik şiddet belirtilerine yönelik deneyim ve tecrübe sahibi olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmamızda, kadına yönelik şiddet olgusu/şüphesi ile karşılaştığında bildirim yapanların ölçek ve alt boyut toplam puan ortalamalarının daha yüksek olmasına rağmen aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Sarıbyık (22)'in çalışmasında, iş yerinde kadına yönelik şiddet ile ilgili prosedür olduğunu belirtenlerin bildirim yapma oranlarının daha yüksek olduğu (%90.6) belirlenmiştir. Kıyak ve Akın (28)'in çalışmasında, şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığında girişimde bulunmayı mesleki sorumluluk olarak gören sağlık profesyonellerinin toplam ve duygusal belirtiler alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek ve aradaki farkın anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Araştırma sonuçları da çalışma bulgumuzu desteklemektedir. Elde edilen sonuçlara bakıldığında, sağlık profesyonellerinin kurumsal mekanizmaların farkında, toplumsal duyarlılık ve görev bilinci ile sorumluluklarını yerine getirdiği söylenebilir.

SONUÇ

Çalışmamızda Aile Sağlığı Merkezleri'nde görev yapan sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin bilgi düzeylerinin kısmen yeterli olduğu bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının sosyo-demografik ve mesleki özellikleri ile HEKYSBTÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımalarına ilişkin bilgi düzeylerinin kısmen yeterli olduğu göz önüne alınarak, eğitim programlarında kadına yönelik şiddetle ilgili derslere yer verilmesi, şiddet mağduru kadınların belirlenmesi ve bildirimlerin yapılması için sağlık profesyonellerine düzenli ve sürekli hizmet içi eğitimlerin kurumlarda yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Çıkar çatışması

Herhangi bir çıkar çatışması veya anlaşmazlık bulunmamaktadır. "Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddeti Tanımalarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı çalışmamız ile ilgili olarak; Çalışma için aynı katkı veya parasal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Elmalı F, Erten ZK, Zincir H, Özen B, Balcı E. Hemşire ve Ebelerin Aile İçi Fiziksel Şiddete Bakış Açılırları. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011; 20(1): 39-47.
2. Aba Yıldı A, Karadağ Başar F. Sağlık Profesyonellerinin Aile İçi Şiddeti Tanılaması ve Yaklaşımlarının Belirlenmesi. STED. 2015; 24(4): 125-34.
3. Dişsiz M, Şahin NH. Evrensel Bir Kadın Sağlığı Sorunu: Kadına Yönelik Şiddet. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2008; 1(1): 51-8
4. World Health Organization [Internet] Intimate Partner and Sexual Violence against Women [Cited: 2017 June 29]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>.
5. Şenol D, Yıldız S. Türk Tabipler Birliği.org [Internet]. Ankara: Kadına Yönelik Şiddet Algısı-Kadın ve Erkek Bakış Açılırlarıyla. Mutlu Çocuklar Derneği Yayınları [Son güncelleme tarihi: 2013; Erişim tarihi: 30 Ocak 2018]. Erişim adresi: <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/siginmacirpr.pdf>.
6. Hacettepe. edu.tr [Internet]. Ankara: Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması [Son güncelleme tarihi: 2013; Erişim tarihi: Ocak 2018]. Erişim adresi: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/KKSA-TRAnaRaporKitap26Mart.pdf>.
7. Krahe B. Violence against Women. Curr Opin Psychol. 2018; 19: 6-10.
8. Öztürk Ö, Öztürk Ö, Tapan B. Kadına Yönelik Şiddetin Kadın ve Toplum Sağlığı Üzerine Etkileri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi. 2016; 3(4): 139-44.
9. Şimşek H. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi: Türkiye Örneği. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2011; 25(2): 119-26.
10. Tetikcok R, Ozer E, Cakir L, İscanlı MD, Cankaya S, Ozer F. Violence towards Women is a Public Health Problem. Journal of Forensic and Leq Med. 2016; 44: 150-7.
11. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2011; 3(1): 67-99.
12. Kadınınstatusu.aile.gov.tr [Internet]. Ankara: Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı 2016-2020 [Erişim tarihi: 22 Temmuz 2018]. Erişim adresi: <https://kadininstatusu.aile.gov.tr/uploads/pages/dagitimda-olan-yayinlar/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-ulusal-eylem-planı-2016-2020-icin-tiklayiniz.pdf>.
13. Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R, et al. How Far Does Screening Women for Domestic (Partner) Violence in Different Health-Care Settings Meet Criteria for a Screening Programme? Systematic Reviews of Nine UK National Screening Committee Criteria. Health Technology Assessment. 2009; 13(16): iii-iv, xi-xiii, 1-113, 137-347. doi: 10.3310/hta13160.

14. Bonomi AE, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Health Care Utilization and Costs Associated with Physical and Nonphysical-Only Intimate Partner Violence. *Health Serv Res.* 2009; 44(3): 1052-67.
15. Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying Domestic Violence: Cross Sectional Study in Primary Care. *BMJ.* 2002; 324(7332): 274-7.
16. Yavuz S, Aşirdizer, M. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Polikliniği'ne Başvuran Aileçi Şiddete Maruz Kalmış Kadın Olgularının Analizi. *Adli Tıp Dergisi.* 2009; 23(1): 15-23.
17. Şahin EM, Yetim D, Güleç Öyekçin D. Edirne'de Kadına Yönelik Eş Şiddet Yaygınlığı ve Kadınların Şiddete Karşı Tutumları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi.* 2012; 34(1): 23-32.
18. Sağlıkbakanlığı.gov.tr [Internet]. Birimler [Erişim tarihi: 22 Ocak 2018]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/birimler.html>.
19. Gömbül Ö. Hemşirelerin Ailede Kadına Eşi Tarafından Uygulanan Şiddete ve Şiddette Mesleki Role İlişkin Tutumları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi (HEMAR-G).* 2000; 2(1): 19-32.
20. Turktabiplerbirliği.gov.tr [Internet]. Hekimlerin Yasal Sorumlulukları [Erişim tarihi: 23 Ocak 2018]. Erişim adresi: <https://www.ttb.org.tr/eweb/adli/1.html>.
21. Çatak Taşkıran A. dl.handle.net [Internet]. Birinci Basamakta Çalışan Hekim, Ebe ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddeti Tanıma ve Bildirim Konusundaki Tutum ve Davranışları [Son güncelleme tarihi: 2015; Erişim tarihi: 30 Ocak 2018]. Erişim adresi: <http://hdl.handle.net/11499/735>.
22. Sarıbyık M. Malatya Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Hekim, Hemşire ve Ebelerin Şiddet Deneyimleri ve Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum ve Davranış Düzeyleri [Yüksek Lisans Tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı; 2012.
23. Yayla İD. Hekim ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddet İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeyleri [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
24. Baysan Arabacı L, Karadağlı A. Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçek Geliştirme. *Sağlık ve Toplum Dergisi.* 2006; 16(2): 101-12.
25. Garcia-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet.* 2015; 385(9977): 1567-79. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61837-7.
26. Christofides N, Silo Z. How Nurses' Experiences of Domestic Violence Influence Service Provision: Study Conducted in North-West Province South Africa. *Nursing & Health Sciences.* 2005; 7(1): 9-14.
27. Şener N, Uncu F. Knowledge Levels of Nurses and Midwives Working in Family Practice about Violence to Woman. *J Nurs Care.* 2017; 6(4): 103.
28. Kıyak S, Akın B. Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Bilgi ve Tutumları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2010; 12(2): 5-16.
29. Sabancıoğulları S, Taşkın Yılmaz F, Ar E, Çakmaktepe G. Hemşirelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddete ve Şiddette Mesleki Role İlişkin Tutumları, Benlik Saygıları ve Etkileyen Faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.* 2016; 13(1): 35-43.
30. Kanbay Y, Işık E, Yavuzaslan M, Keleş S. Hemşirelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle İlgili Görüş ve Tutumlarının Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2012; 1(2): 107-11.
31. Kahyaoglu Süt H, Akyüz P. Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımaya İlişkin Bilgi Düzeyleri. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi (JACSD).* 2016; 6(2): 1-15.
32. Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN, MacMillan HL. Factors Influencing Identification of and Response to Intimate Partner Violence: A Survey of Physicians and Nurses. *BMC Public Health.* 2007; 7(12): 1-11.
33. Frank E, Elon L, Saltzman LE, Houry D, McMahon P, Doyle J. Clinical and Personal Intimate Partner Violence Training Experiences of U.S. Medical Students. *Journal of Women's Health.* 2006; 15(9): 1071-9.
34. Othman S, Azmi N, Adenan M. Domestic Violence Management in Malaysia: A Survey on the Primary Health Care Providers. *Asia Pacific Family Medicine.* 2008; 7(2): 1-8.
35. Orhan AS, Gölbaşı Z. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Sağlık Personelinin Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Konusundaki Görüş ve Uygulamaları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.* 2011;13(2): 21-32.
36. Moore ML, Zaccaro D, Parsons LH. Attitudes and Practices of Registered Nurses toward Women Who Have Experienced Abuse/Domestic Violence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1998; 27(2): 175-82.

İlkokul Birinci Sınıf Öğrencilerinde Enürezis Sıklığı, Anne Tutumu ve İlişkili Faktörler: Aydın Örneği

Pelin KARRATLI¹, Filiz ADANA²

ÖZ

Amaç: Bu araştırma ilkokul birinci sınıf öğrencilerinde enürezis sıklığı, anne tutumu ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmanın örneklemini Aydın ilindeki 2014-2015 yılında 425 anne oluşturmuştur. Soru formları 16 soruluk anket formunu ve Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeğini (PARI) içermektedir. Araştırma kapsamında annelere sorulan sorularla çocuklar Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-V) kriterlerine göre değerlendirilmiş, bu kriterlere uyan çocuklar enürezisli kabul edilmiştir. Araştırmada elde edilen veriler Pearson Ki-kare ve Student-t testleri ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin %54.1'i (n=230) kız, %45.9'u (n=195) erkek olup yaş ortalaması 6.80±0.48'dir. Öğrencilerin %25.4'ünün (n=108) enürezis problemi olduğu, enürezisi olan çocukların olmayanlara göre daha çok birleşik aileye sahip oldukları ve son bir yılda doğan kardeşe sahip oldukları, anne çocuk ilişkisinde bazen problem yaşadıkları, anne tarafından fiziksel şiddet gördükleri ve çocuğun aktivitelerinde kısıtlama olduğu, annelerinin ve babalarının çocukluğunda enürezis sorunu yaşadıkları bulunmuştur. Enürezis problemi olan çocukların annelerinin olmayanlara göre karı-koca geçimsizliği alt boyut puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Sonuç: Öğrencilerin enürezis yaygınlığı %25.4 bulunmuş ve aile ilişkilerinin enürezisi etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde, İlkokul birinci sınıf öğrencilerinde benzer araştırmaların artırılması ve destek, eğitim ve danışmanlık sağlanması çocukluk çağında görülen önemli bir sorun olan enürezisin azaltılmasında katkı oluşturabilir. Ayrıca özellikle nitel araştırma yöntemleri kullanılarak farklı özellikler taşıyan çocuklarda enürezis ile ilgili daha derin araştırmaların yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk; idrar kaçırma; tutum.

Enuresis Frequency, Mother Attitude and Related Factors in First Class Students: Aydın Sample

ABSTRACT

Aim: This study was conducted cross-sectional to determine the frequency of enuresis, mothers' attitudes and related factors in the first grade primary school students.

Material and Methods: The sample was composed of 425 mothers in Aydın Province Center in 2014-2015. The questionnaire forms consisted questionnaire form of 19 questions and Parents Attitude Research Instruments (PARI). The children were evaluated according to the DSM-V criteria and the children who complied with these criteria were considered to be enuresis. The obtained data was evaluated with Pearson Chi-square and Student-t tests.

Results: It was found that 54.1% of the students were female (n=230), 45% were male (n=195) and the mean age was 6.80±0.48. 25.4% of the students had enuresis problem, children with enuresis had joint families than children without enuresis and that they have a sibling born in the last year, sometimes mother-child relationship problems, physical violence by the mother and that there is a restriction on the child's activities, mothers and fathers were found to have enuresis problems in childhood. Mothers of children with enuresis problems were determine to have significantly higher scores on the scale of wife and husband incapacity than those of children without enuresis problems (p<0.05).

Conclusion: The prevalence of enuresis among the students was found to be 25.4% and the result that family relations affected enuresis. When the results are evaluated in general, increasing the number of similar researches in primary school 1st grade students and providing support, education and counseling may contribute to reducing enuresis which is an important

1 Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi

2 Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Filiz ADANA, filizadana@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received: 19.06.2018 Kabul Tarihi / Accepted: 21.09.2018

Bu çalışma, 1. Uluslararası 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur. 23-26 Nisan 2018 - Ankara.

problem in childhood. In addition, it is suggested that deeper research on enuresis in children with different characteristics, especially using qualitative research methods.

Keywords: Child; enuresis; attitude.

GİRİŞ

Gündüz ya da gece yatağını veya elbiselerini istemsiz olarak ıslatmak olarak tanımlanan enürezis; çocukluk çağında genetik geçişli, en önemli ve en sık görülen sağlık sorunlarından biridir (1,2). Uyku sırasında idrar kaçırma hem çocukların hem de ailelerin duygu, davranış ve sosyal yaşamlarında önemli sorunlar ortaya çıkarabilir (3). Görülme sıklığının dünyada %5-22 arasında olduğu bildirilirken, ülkemizde değişik yaş gruplarında farklı olmakla birlikte enürezis sıklığının %12.4 ile %25 arasında olduğu; 5 yaş grubu çocuklarda ortalama %15-20, 10 yaş grubunda %5-6 ve 15 yaş ve üstü grupta ise %1'in altında oranlarda görüldüğü belirtilmektedir (4-7). Yaşın artışı ile enürezis sıklığı azalma göstermektedir (8). Enürezis erkeklerde kızlara göre daha sık görülmekte olup çevresel, etnik ve sosyokültürel faktörlerin enürezis ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. İlk çocuk olma, ailede enürezis öyküsü, düşük sosyoekonomik düzey ve uyanma güçlüğü'nün bulunması gibi faktörlerin enürezis oluşumunda önemi vurgulanmaktadır (1,4,6).

Gece uykuda idrar kaçırmaya enürezis nokturna, gündüz uyanırken idrar kaçırmaya enürezis diürna denmektedir. Enürezis nokturna; monoseptomatik enürezis ve polisptomatik enürezis olarak sınıflandırılabilirdiği gibi; primer ve sekonder olarak iki ana gruba da ayrılabilir (9). Primer Enürezis Nokturna; Daha önceden hep enürezis nokturna olan hastalardaki durumdur. Sekonder Enürezis Nokturna ise; daha önceden en az 6 ay idrar kaçırmamış ve kuru kalmış fakat daha sonra gece idrar kaçırmaya devam etmiş olan durum olarak tanımlanır (10).

Anne-baba tutumları çocuğun çocukluk döneminde yaşadığı ve daha ilerisi için yaşayabileceği enürezis gibi pek çok sorunun oluşmasına neden olabilir. Anne baba tutumu çocuğun hem beden sağlığını hem de ruh sağlığını etkileyen en önemli faktörler arasındadır. Anne baba tutumları içinde en sağlıklı ve başarılı olanı "güven verici", "kabul edici", "destekleyici", "hoşgörülü" ve "demokratik" anne baba tutumudur. Ancak bu esnek yaklaşım içinde bedensel, zihinsel ve ruhsal açıdan sağlıklı bireyler yetişebilir. Anne baba tutumlarının; özellikle de çocukla daha yakın ilişkiye sahip anne tutumunun çocukluktan başlayarak, kişiliğin ve benlik yapısının gelişmesinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Benzer şekilde anne baba tutumlarının çocukların gelişim dönemlerine özgü davranışlarını etkilediği bilinmektedir (11,12). Okul hemşireleri bu aşamada devreye girmesi gereken en önemli sağlık profesyonellerinden biridir. Öğrencilerin iyilik hallerini geliştirme, başarılarını artırma ve bunu ömür boyu devam ettirmelerini sağlayan uygulamalarda uzmanlaşmış okul sağlığı hemşiresi enürezisli çocukları saptama, enürezisin nedenlerini araştırma ve onlara uygun girişimlerde bulunma konusunda çok önemli bir sağlık profesyoneli.

Bu araştırmanın amacı; ilkököl birinci sınıf öğrencilerinde enürezis sıklığı, anne tutumu ve ilişkili faktörleri belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Kesitsel tipte olan çalışmada, çalışmanın evrenini 2014-2015 öğretim yılında Aydın İl Merkezinde eğitim gören; toplam 3.895 ilkököl birinci sınıf öğrencisinin annesi oluşturmuştur. G-power programı ile etki büyüklüğü 0.25, anlamlılık düzeyi 0.05 ve güç %80 kabul edildiğinde örneklem büyüklüğü 269 olarak hesaplanmıştır; 1.6 desen etkisi de göz önüne alındığında 430 öğrencinin annesine ulaşmak hedeflenmiştir ve araştırma kapsamında 425 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmanın yapıldığı ilde bulunan toplam 55 ilkököl küme olarak kabul edilmiş; örneklem belirleme aşamasında ilköküller arasından kura yöntemi ile dört ilkököl seçilmiş (seçilen okullarda toplam 14 birinci sınıf şubesi ve 457 öğrenci bulunmaktadır) ve anket uygulaması 2014-2015 öğretim yılında tamamlanmıştır. Annelerin araştırmaya katılmaya istekli olması, okuryazar olması ve araştırmanın yönergesini takip edecek zihinsel kapasiteye sahip olması araştırmaya kabul kriteri olarak belirlenmiştir. Araştırma öncesi örneklem grubuna benzer özellik taşıyan araştırma evreni dışında kalan 25 kişilik bir gruba anketin ön uygulaması yapılmış ve soruların anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir. Araştırmanın anket uygulamasına gerekli görülen düzeltmeler yapıldıktan sonra geçilmiştir.

Çalışma ikinci yazarın danışmanlığında tamamlanmış ve Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından ASYO-15007 kodu ile desteklenmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Aydın Milli Eğitim Müdürlüğü'nden, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih: 28.11.2014 Sayı:59989545/010.04-302) resmi izinler alınmıştır. Ayrıca araştırmada kullanılan ölçeklerle ilgili gerekli izinler alınmıştır. Araştırma Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından ASYO-15007 no ile desteklenen yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Anket Formu

Anket Formu, annelerin; çocukları ve kendileri hakkında kişisel bilgi ve düşüncelerini, çocuklarda enürezis varlığını öğrenmek amacıyla, alan yazın çalışmaları incelenerek 19 sorudan oluşturulmuştur. Anket soruları literatür taraması doğrultusunda ve 4 uzman görüşü alınarak (2 doçent, 2 doktor öğretim üyesi) hazırlanmıştır. Uzman olarak belirtilen kişiler en az doktora eğitimine sahip ve alanında en az 15 yıldır çalışan bireylerdir.

Araştırma kapsamında annelere uygulanan anket formunda sorulan sorularla çocuklar DSM-V kriterlerine göre değerlendirilmiş, bu kriterlere uyan çocuklar enürezisli kabul edilmiştir. DSM V tanı kriterlerine göre enürezis, şu şekilde tanımlanır;

A. İstemsiz olarak ya da isteyerek, yatağa ya da giysilerine, yineleyen işeme.

B. Bu davranış, ya ardışık en az üç ay boyunca, en az haftada iki kez olduğu için ya da klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, okulla (işle) ilgili ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmenin varlığı ile kendini gösterdiği için klinik açıdan önem taşır.

C. Kronolojik yaşı en az beştir (ya da gelişimsel düzeyi buna eş değerdir).

D. Bu davranış bir maddenin (örneğin idrar söktürücü, antipsikotik, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun

(örneğin diyabet, spina bifida) fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği (PARI)

Orijinal adı Parental Attitude Research Instrument (PARI) olan Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği, ana-babaların çocuk yetiştirme tutumlarını belirlemek amacıyla Schaefer ve Bell (1958) tarafından geliştirilmiş ve Le Compte, Le Compte ve Özer (1978) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır (13). Anne-babalara, çocuk ve gençlere uygulanabilen, 60 maddeden oluşan ve zaman sınırlaması olmayan ölçek, beş alt boyut içermektedir. Bunlar; Aşırı Annelik Boyutu, Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma, Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme Boyutu, Karı-Koca Geçimsizliği Boyutu ve Baskı-Disiplin Boyutudur. Her alt test puanının yüksekliği, o boyutta yansıtılan tutumun onaylandığını ifade etmektedir. Çalışmada Aşırı Annelik Boyutu Cronbach alfa katsayısı 0.84, Demokratik Tutum ve Eşitlik Tanıma Cronbach alfa katsayısı 0.90, Ev Kadınlığı Rolünü Reddetme Boyutu Cronbach alfa katsayısı 0.74, Karı-Koca Geçimsizliği Boyutu Cronbach alfa katsayısı 0.71 ve Baskı-Disiplin Boyutu Cronbach alfa katsayısı 0.81 bulunmuştur.

Araştırmanın Uygulaması

Araştırma Aralık 2014-Aralık 2015 tarihleri arasında bir yıl sürmüştür. Araştırmada örnekleme dahil edilen şubelerdeki öğretmenler ile işbirliği yapılarak annelere ulaşılmış, anket uygulaması gözlem altında ve sınıf ortamında yapılmıştır. Araştırma öncesi annelere araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve annelerden bilgilendirilmiş yazılı onam alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS 21 programından yararlanılmıştır. Tüm verilerin tanımlayıcı istatistikleri hesaplanmıştır. Nicel değişkenlerin normallik varsayım kontrolü Kolmogorov-Smirnov testi ile yapılmıştır. Nicel değişkenlerin bağımsız grup karşılaştırmalarında Student t

testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırmalarında ise Pearson Ki-kare (post hoc Bonferroni metodu) testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Araştırmanın Varsayımları

Araştırmanın varsayımları “Enürezis ile kişisel değişkenler arasında fark vardır, Anne tutumu ile enürezis arasında fark vardır” şeklinde belirlenmiştir.

BULGULAR

Öğrencilerin %54.1'i (n=230) kız, %45.9'u (n=195) erkek olup yaş ortalaması 6.80 ± 0.48 'dir. Öğrencilerin %71.8'inin (n=305) çekirdek aile, %64.2'sinin (n=273) koruyucu aile yapısına sahip olduğu, %60.2'sinde (n=256) gelirin gidere denk olduğu, %85.4'ünde (n=363) ailede yenidoğan olmadığı, %28.9'unda (n=123) annesinin ilkökul mezunu olduğu, %62.6'sında (n=266) annesinin çalışmadığı saptanmıştır.

Öğrencilerin %25.4'ünün (n=108) enürezis problemi olduğu, %96.5'ine (n=410) ailesi tarafından tuvalet eğitimi verildiği, %60.2'sinin (n=241) tuvalet eğitimine 24 ay ve altı zamanda başladığı bulunmuştur.

Annelerin PARI ölçeği aşırı koruyucu annelik alt boyut puan ortalaması 45.05 ± 9.04 , demokratik davranma ve eşitlik tanıma alt boyut puan ortalaması 28.08 ± 3.65 , ev kadınlığını reddetme alt boyut puan ortalaması 28.48 ± 6.66 , karı-koca geçimsizliği alt boyut puan ortalaması 13.87 ± 4.23 , baskı ve disiplin alt boyut puan ortalaması 39.99 ± 8.88 bulunmuştur.

Birleşik aileye sahip olan (%9.3), son bir yılda doğan kardeşi olan (%23.1), anne-çocuk ilişkisinde bazen sorun yaşayan (%66.7), anneden fiziksel şiddet gören (%10.2), çocuğun aktivitelerinde kısıtlama olan (%39.8), annesi (%37) ve babası (%26.9) çocukluğunda enürezis sorunu yaşayan çocuklarda enürezis sıklığı daha fazla bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Çocukların özellikleri ile enürezis durumlarının karşılaştırılması

Çocuğun Özellikleri	Enürezis Durumu				Test istatistiği ve p değeri	
	Yok (n=317)		Var (n=108)			
	n	%	n	%		
Aile Tipi	Çekirdek Aile	238 ^a	78.0	67 ^b	22.0	$\chi^2=9.394$ p=0.024
	Tek Ebeveynli	11	73.3	4	26.7	
	Geniş Aile	57	67.9	27	32.1	
	Birleşik Aile	11 ^a	52.4	10 ^b	47.6	
Son Bir Yılda Doğan Kardeş	Yok	280 ^a	77.1	83 ^b	22.9	$\chi^2=8.515$ p=0.004
	Var	37 ^a	59.7	25 ^b	40.3	
Çocuk-Anne İlişkisinde Problem Varlığı	Yok	129 ^a	82.2	28 ^b	17.8	$\chi^2=8.359$ p=0.015
	Var	13	61.9	8	38.1	
	Bazen	175 ^a	70.9	72 ^b	29.1	
Çocuğun Anne Tarafından Fiziksel Şiddet Görme Durumu	Hayır	308 ^a	76.0	97 ^b	24.0	$\chi^2=9.694$ p=0.002
	Evet	9 ^a	45.0	11 ^b	55.0	
Çocuğun Aktivitelerinde Kısıtlama	Yok	226 ^a	77.7	65 ^b	22.3	$\chi^2=4.604$ p=0.032
	Var	91 ^a	67.9	43 ^b	32.1	
Annenin Çocukluğunda Enürezis (İdrar Kaçırma) Hikâyesi	Yok	302 ^a	81.6	68 ^b	18.4	$\chi^2=74.619$ p<0.001
	Var	15 ^a	27.3	40 ^b	72.7	
Babanın Çocukluğunda Enürezis (İdrar Kaçırma) Hikâyesi	Yok	301 ^a	79.2	79 ^b	20.8	$\chi^2=40.455$ p<0.001
	Var	16 ^a	35.6	29 ^b	64.4	

a, b: Bonferroni testine göre anlamlı farklılıklar farklı harfler ile gösterilmiştir ($p < 0.05$).

Tablo 2. Enürezis durumuna göre PARI ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması

PARI Ölçeği Alt Boyutları	Enürezis Durumu		Test istatistiği ve p değeri
	Yok	Var	
	X±SS	X±SS	
Aşırı koruyucu annelik boyutu	44.91±9.06	45.44±8.99	t=-0.522 p=0.602
Demokratik davranma ve eşitlik tanıma boyutu	28.28±3.54	27.52±3.93	t=1.035 p=0.301
Ev kadınlığını reddetme boyutu	28.24±6.71	29.19±6.49	t=1.282 p=0.200
Karı-koca geçimsizliği boyutu	13.56±4.22	14.78±4.12	t=2.617 p=0.009
Baskı ve disiplin boyutu	39.65±8.71	41.00±9.33	t=1.359 p=0.175

PARI: Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutumları Ölçeği, X: Aritmetik Ortalama, SS: Standart Sapma

Enürezis problemi olan çocukların annelerinin olmayan çocukların annelerine göre Karı-koca geçimsizliği alt boyut puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 2).

TARTIŞMA

Çocukların kişisel/ailesel özelliklerin ve bu özelliklerin enürezis ile ilişkisinin bilinmesi hem enürezisin nedenini açıklama hem de olası girişimleri oluşturma açısından önem taşır.

Çalışmada her dört öğrenciden birinin (n=108) enürezis problemi olduğu belirlenmiştir. Kürtüncü ve Alkan (8), Penbegül ve ark. (14), Erbay Dünder ve ark. (15) araştırmalarında sırasıyla %18, %25.9, %27.5’inde enürezis noktürna olduğunu saptamışlardır. Alanyazın bulguları çalışma bulgusuna paralellik göstermektedir. Uluslararası alanyazın çalışmalarına bakıldığında ise yaş grubu ve tanı kriterlerindeki farklılıklar göze alındığında diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda sıklık %5-30 arasında değişmektedir. Nijerya’da yapılan bir çalışmada enürezis sıklığı %21.3, Suudi Arabistan’da %15, Kore’de %9.2, İran’da %11.0, Malezya’da %8 olarak bildirilmiştir (16-19).

Çalışmada birleşik ailede yaşayan, son bir yılda doğan kardeşe sahip olan, anne-çocuk ilişkisinde bazen sorun yaşayan, anneden fiziksel şiddet gören, çocuğun aktivitelerinde kısıtlama olan ve ebeveynleri çocukluğunda enürezis sorunu yaşayan çocuklarda enürezis sıklığı daha fazla bulunmuştur.

Fazla geleneksel örüntüler taşıması ve daha otoriter özelliğe sahip olması nedeni ile birleşik aile çocuğun tuvalet alışkanlığını olumsuz etkileyebilir. Ayrıca aileye yeni bir üyenin katılması büyük çocuklarda ilgiyi yeniden kazanma amaçlı regresyonel davranışların oluşmasına neden olabilir. Yine yenidoğanın bakımı büyük çocuğun tuvalet eğitimine harcanan zamanın kısıtlanmasına neden olabilir.

Keten ve ark. (20)’nın, Top ve Alemdar (21)’in çalışmalarında aile tipi ile enürezis arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Şahin ve ark. (22)’nin çalışmalarında ise parçalanmış aile yapısına sahip olan çocuklarda enürezis daha yüksek oranda görülmüştür.

Çalışma bulgumuza göre alanyazın ile farklı şekilde birleşik ailede yaşayan çocuklarda enürezis sıklığı daha fazladır. Bunun nedeni olarak da; geleneksel yapı ve göçün etkisi, yaşam koşullarının zorluğu, ailelerde annenin aile içindeki yük ve rollerinin fazla olması nedeni ile çocuğun tuvalet eğitiminin olumsuz etkilenmesi düşünülmektedir.

Çocukta enürezis durumu anne-çocuk ilişkisinde sorunlara yol açabileceği gibi; anne çocuk ilişkisindeki sorunların da enürezise neden olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca enürezisin sosyal boyutu nedeni ile annenin çocuğun aktivitelerini kısıtlaması, bunun da ilişkilerinde zedelenmeye yol açması beklenen bir durumdur. Aile içinde iletişimsel ve davranışsal sorunların varlığının yanı sıra aileye yeni bir çocuğun dahil olmasının çocuğun tuvalet alışkanlığını olumsuz etkilediği düşünülebilir. Aileye yeni bir üyenin katılması büyük çocuklarda ilgiyi yeniden kazanma amaçlı regresyonel davranışların oluşmasına neden olabilir. Yine yenidoğanın bakımı büyük çocuğun tuvalet eğitimine harcanan zamanın kısıtlanmasına neden olabilir.

Çocukta enürezis durumu anne-çocuk ilişkisinde sorunlara yol açabileceği gibi; anne çocuk ilişkisindeki sorunların da enürezise neden olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca enürezisin sosyal boyutu nedeni ile annenin çocuğun aktivitelerini kısıtlaması, bunun da ilişkilerinde zedelenmeye yol açması beklenen bir durumdur.

Gücük ve ark. (23)’nin çalışmalarında şiddete maruz kalma ile enürezis sıklığı arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu bulgular çalışmamız bulgularına paralel özelliktedir.

Enüreziste genetik yatkınlık en önemli nedenlerden birisi olarak görülmektedir. Enürezis noktürnalı çocukların %65-85’inde pozitif aile öyküsü saptanmış olup; babada enürezis öyküsü varsa, çocukta relatif riskin 7.1 olduğu bildirilmiştir (4,24).

Bolat ve ark. (25)’nin, Özgürhan ve ark. (1)’nin, Şahin ve ark. (22)’nin, Görür ve ark. (5)’nin çalışmalarında anne-babada enürezis olan çocuklarda; Top ve Alemdar (21)’in, Penbegül ve ark. (14)’nin çalışmalarında annede enürezis olan çocuklarda enürezis görülme sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Çalışma bulgusu ve alanyazın bulguları enüreziste genetik geçişi destekler niteliktedir.

Enürezis problemi olan çocukların annelerinin olmayan çocukların annelerine göre karı-koca geçimsizliği boyutu puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Aile içi geçimsizlik çocuklarda ruhsal, bedensel ve sosyal açıdan pek çok soruna neden olmaktadır. Bu nedenle tüm bu boyutlara sahip enürezisin aile içi geçimsizlik durumundan olumsuz etkilendiği ve çocukların yaşına uygun boşaltım davranışını geliştiremediği düşünülmektedir. Ancak konu ile ilgili alanyazın bulgusuna rastlanmamıştır.

SONUÇ

Çalışmada öğrencilerin %25.4’ünün (n=108) enürezis problemi olduğu, birleşik ailede yaşama, son bir yılda doğan kardeşe sahip olma, anne-çocuk ilişkisinde daha çok sorun varlığının, anneden fiziksel şiddet görme, çocuğun aktivitelerinde kısıtlama, ebeveynlerinin çocukluğunda enürezis sorunu yaşaması, anne-baba arasında sorun olması değişkenleri enürezis ile ilişkili bulunmuştur.

Enürezisin ele alınıp önleme ve tedavi yöntemleri belirlenirken bu özelliklerin göz önünde bulundurulması

önerilmektedir. Ayrıca özellikle nitel araştırma yöntemleri kullanılarak farklı özellikler taşıyan çocuklarda enürezis ile ilgili daha derin ve kapsamlı araştırmaların yapılması tavsiye edilmektedir.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışma yapıldığı zaman dilimi ve anket formunda kullanılan sorular ile sınırlıdır.

KAYNAKLAR

- Özgürhan G, Sezgin B, Benzer M, Korğalı EÜ, Samancı N. Enürezis tanısı alan çocuklarda sosyodemografik faktörlerin değerlendirilmesi. *J Kartal TR*. 2013; 24(2): 93-6.
- Gündüz O, Demirdağ H, Güleç C. Primer enürezis nokturnada hipnoterapi ve psikoterapi. *J Tradit Complem Med*. 2018; 1(1): 35-8.
- Büyükbesnili ZU. Enürezis. *Çocuk Cerrahisi Dergisi*. 2016; 30(Ek sayı 6): 575-82.
- Gontard A, Schaumburg H, Hollmann E, Eiber H, Rittig S. The genetics of enuresis: A review. *J Urol*. 2001; 166(6): 2438-43.
- Görür S, İnandı T, Turhan E, Helli A, Kiper AN. Hatay'da 6-18 yaş arası çocuklarda enürezis sıklığı ve risk etkenleri. *Türk Üroloji Dergisi*. 2008; 34(1): 42-50.
- Pashapour N, Golmahammadlou S, Mahmoodzadeh H. Nocturnal enuresis and its treatment among primary-school children in Oromieh, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J*. 2008; 14(2): 376-80.
- Canbulat N, Yıldız S. Enüreziste güncel bilgiler. *Güncel Pediatri Dergisi*. 2009; 7(2): 83-9.
- Kürtüncü M, Alkan I. 6-12 yaş grubu çocuklarda enürezis nokturna prevalansı ve ilişkili faktörler. *Electronic Journal of Vocational Colleges*. 2016; 6(1): 33-7.
- Aktepe E, Altıncılık S, Sönmez Y, Çalışkan AM. Enürezisli çocukların klinik ve sosyodemografik özellikleri. *Yeni Smposium Journal*. 2010; 48(3): 166-71.
- Tekgül S, Riedmiller H, Doğan H, S, Gerharz E, Hoebeke P, Kocvara R, et al. Uroweb.org [Internet]. European Society for Paediatric Urology:espu [Updated: 2013 March; Cited: 2018 September 11]. Available from: https://uroweb.org/wp-content/uploads/22-Paediatric-Urology_LR.pdf.
- Küçük L. Çocuk ve ergenlerde önemli bir sorun olan enürezisin psikososyal yönü. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2010; 3(3): 68-72.
- Demirkaya SK, Karakoç Abalı O. Annelerin çocuk yetiştirme tutumlarının okul öncesi dönem davranış sorunları ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2012; 13(1): 67-74.
- Öner N. Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler. 2. Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1996.
- Penbegül N, Çelik SH, Palancı Y, Yıldırım K, Atar M, Hatipoğlu N, et al. Prevalence of enuresis nocturna among primary school children living in Diyarbakır. *Turkish Journal of Urology*. 2013; 39(2): 101-5.
- Dündar PE, Ergin D, Kurses M, Hekimoğlu CH, Nebi S, Buğa Ş ve ark. Manisa'da bir gecekondu bölgesinde 5-16 yaş grubunda enürezis nokturna sıklığı ve ilişkili faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007; 21(2): 89-95.
- Iduoriyekemwen NJ, Ibadin MO, Abiodun PO. Survey of childhood enuresis in the Ehor community, the EDO State, Nigeria. *Saudi J Kidney Dis Transplant*. 2006; 17(2): 177-82.
- Kalo BB, Bella H. Enuresis: Prevalence and associated factors among primary school children in Saudi Arabia. *ACTA Paediatrica Nurturing the Child*. 1996; 85(10): 1217-22.
- Lee SD, Sohn DW, Lee JZ, Park NC, Chung MK. An epidemiological study of enuresis in Korean children. *BJU International*. 2000; 85(7): 869-73.
- Kanaheswari Y. Epidemiology of childhood nocturnal enuresis in Malaysia. *Journal of paediatrics and child health*. 2003; 39(2): 118-23.
- Keten HS, Ölmez S, Gençoğlu S, Demircioğlu Kılıç B, Ölmez C. Primer enürezis nokturna tanılı çocuk ve ergenlerde anksiyete ve depresyon belirti şiddetinin değerlendirilmesi. *Ankara Med J*. 2014; 14(3): 85-90.
- Top Ü, Alemdar K. 7-11 Yaş arası çocuklarda enürezis sıklığı ve risk faktörleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 3(4): 991-1004.
- Şahin AH, Hatice H, Üstündağ Budak Y, Sancar S, Tatar H. Bursa ili ilköğretim çocuklarında nokturnal enürezis prevalansı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2012; 11(2): 139-44.
- Gücük S, Edirne T, Arıca SG, Edirne Y, Arıca V, Alkan S. Çocuklarda gece idrar kaçırma sıklığı ve ilişkili etkenler: Ankete dayalı kesitsel bir çalışma. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 2011; 15(2): 48-52.
- Dönmez O. Çocuklarda nokturnal enürezis. *J Curr Pediatr*. 2004; 2(3): 134-6.
- Bolat D, Bolat E, Sancak E, Başer A, Zencir M, Sınık Z. Denizli ilinde ilköğretim çağındaki çocuklarda nokturnal enürezis prevalansı ve risk faktörleri. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2013; 6(2): 82-90.

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Kliniklerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Erkek Hemşirelere Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi

Özlem DOĞAN YÜKSEKOL¹, Mesude DUMAN²

ÖZ

Amaç: Bu çalışma kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin erkek hemşirelere yönelik görüşlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini Elazığ il merkezinde bulunan Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi, Harput Kadın-Doğum ve Çocuk hastanesi, Özel Anadolu hastanesi, Özel Medical Park hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde çalışan 86 ebe ve hemşire oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini çalışmaya katılmayı kabul eden 62 kişi oluşturmuş, 24 kişi ise çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Veriler araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan anket formu ile toplanmıştır. Veriler yüzde, frekans hesaplamaları ile Pearson Ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %72.6'sı eğitim alırlarsa erkeklerin de hemşirelik yapabileceğini, %71'i erkek hemşirelerin iyi bakım verebileceğini belirtmelerine rağmen %71'i erkek hemşirelerin erkek hastaların daha çok olduğu alanlarda çalışmalarını gerektiğini, %74.8'i erkek hemşirelerin doğumhanede çalışamayacağını, %54.8'i erkek hemşirelerin sadece güç gerektiren alanlarda çalışabileceğini, %62.9'u erkek hemşirelerin doğum servisinde çalışamayacağını belirtmişlerdir. Jinekoloji kliniğinde çalışanların 'Erkek hemşireler doğum ve süt izni gibi izinleri olmadığı için tercih sebebi olabilir' ifadesini onaylama oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0.022). Mesleki deneyimi 11 yıl ve üstünde olan katılımcıların 'Hemşirelik mesleği kadın mesleğidir' ifadesini onaylama oranları istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur (p=0.037).

Sonuç: Katılımcılar eğitim alırsa erkeklerin de hemşirelik yapabileceğini belirtmiş, ancak erkek hemşirelerin doğumhanede çalışamayacağını, erkek hemşirelerin erkek hastaların yoğunlukta olduğu alanlarda çalışması gerektiğini belirtmişlerdir. Erkek hemşirelerin her klinikte çalışabileceği konusunda eğitim önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Ebe; erkek hemşire; hemşire.

Determination of the Opinions of the Midwives and Nurses Working in Women's Health and Gynecological Diseases about Male Nurses

ABSTRACT

Aim: This study aims to determine the opinions of midwives and nurses working in gynecological diseases and obstetrics clinics about male nurses.

Material and Methods: A descriptive, cross-sectional design was used in this study. The population of the study consisted of 86 midwives and nurses working in the hospital of Fırat University Medical Faculty, the Harput Gynecology-Obstetrics and Children' hospital, Private Anatolian hospital, Private Medical Park hospital located in Elazığ city center. The sample of the study consisted of 62 individuals accepting to participate into the study, other 24 rejected to take part. The data of this study were collected using a questionnaire prepared according to the literature. The data were assessed using percentage, frequency calculations and Pearson Chi-square test.

Results: 72.6% of the participants, said men could also work as nurses if they are educated, 71% said male nurses could provide good care. However, 71% said the male nurses should work in areas in which male patients are in majority, 74.8% said that male nurses could not work in delivery rooms, 54.8% said male nurses could work only in areas requiring strength and 62.9% said male nurses could not work in delivery services. The approval ratio of the participants working in gynecology clinics for the expression that "male nurses could be a reason for preference due to the absence of procedures

1 Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

2 Dicle Üniversitesi, Diyarbakır Atatürk Sağlık Yüksekokulu

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

Geliş Tarihi / Received: 17.06.2018 Kabul Tarihi / Accepted: 25.09.2018

such as maternity and breast-feeding leave” was statistically meaningful and high ($p=0.022$). Participants with professional experience of 11 years or more were found to have a high rate of approval of the 'nursing profession' ($p=0.037$).

Conclusion: The participants stated that the males may perform the nursing profession if they are educated but they think that male nurses cannot work in the delivery room, so male nurses can work in the services in which there are more male patients. It can be offered training on the subject that male nurses can work in each clinic.

Keywords: Midwife; male nurse; nurse.

GİRİŞ

Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını korumak, geliştirmek ve hasta olduğunda iyileştirmek amacıyla yönelik bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini (1). Hemşireliğin sosyolojik özelliklerinin başında cinsiyet faktörü gelir (2). Bu açıdan hemşireliğin tarihsel süreci kapsamında kadının üstlendiği ilk rol olarak annenin şefkatinden kaynaklanan bakım verici ve koruyucu davranışlarına veya zor durumda olan kişilere, düşkünlere, çaresizlere vicdani ve dini duygular içerisinde yaklaşarak bakımlarını üstlenme, iyileştirme ve besleme gibi girişimlerine dayandırılmaktadır (3). Hemşirelik ve bakım kavramları, insanlık tarihinden itibaren günümüze kadar kadın ile birlikte eşleştirilmiş ve toplum tarafından kadınlara özgü bir meslek olarak etiketlenmiştir (4,5). Oysaki hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme, rehabilite etme ve yaşam kalitesini her durumda yükseltmeyi hedefleyen bir meslek olup, cinsiyet ayrımcılığı olmaksızın uygulanabilecek bir meslektir (6). Hasta ve düşkünlere yardım ile başlayan hemşirelikte, erkekler tarihin ilk dönemlerinde rol almış, hatta bu dönemde kadınlar ya erkeklerin gerisinde kalmışlar ya da erkekler ile işbirliği yaparak bu mesleğin uygulayıcıları olmuşlardır (7). Nightingale yazılarıyla da bu algıyı pekiştirmiş ve kadınların tabiatları gereği bakıma ve hemşirelik mesleğine daha uygun olduklarından söz etmiştir (8). Öte yandan dünya tarihinde hasta bakım hizmetlerinde erkek hemşireler kadın hemşirelerin yanında görev yapmışlardır. F. Nightingale de, hasta bakım hizmetlerinde erkek meslektaşları ile beraber çalışmıştır.

Her ne kadar hemşirelik mesleği ve bakım rolü kadına atfedilse de bu rollerin yalnızca kadınlar tarafından değil erkekler tarafından da yerine getirilebileceğini savunan çalışmalar literatürde mevcuttur (9). Ülkemizdeki hemşirelik kanunlarına baktığımızda 1954 yılında çıkarılan kanunda erkeklerin hemşire olmasına izin verilmezken, 2007 yılında çıkarılan kanunla var olan durum değiştirilmiş ve erkeklerin de hemşirelik yapabilmelerine olanak sağlanmıştır (10,11).

Dünyada erkek hemşirelerin mesleğe girdikleri ilk zamanlarda, yoğunlukla mental bozukluklarla ilgili alanlarda ve orduda sağlıkla ilgili hizmetlerde görev yapan erkek hemşireler, günümüzde pek çok sağlık hizmet alanında çalışmaktadırlar (12).

Hemşirelik mesleğini tercih eden erkeklerin sayısı her geçen gün artmakla birlikte, kadın sağlığı ve hastalıkları kliniklerinde erkek hemşirelerin sayısının az olması toplumsal beklentilerin erkek hemşirenin bu kliniklerde

çalışmasına uygun olmadığını göstermektedir. Bu çalışma kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin erkek hemşireler hakkındaki görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma tanımlayıcı tipte kesitsel bir çalışmadır. Araştırma 1-30 Ağustos 2017 tarihleri arasında Elazığ il merkezinde bulunan Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi, Harput Kadın-Doğum ve Çocuk hastanesi, Özel Anadolu hastanesi, Özel Medical Park hastanelerinin kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde çalışan 86 ebe ve hemşire ile yürütülmüştür. Araştırmanın yapıldığı dönemde belirtilen hastanelerin kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 62 hemşire ve ebe araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmanın Etik Yönü

Uygulamaya başlamadan önce, Fırat Üniversitesi etik kurulundan, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Harput Kadın-Doğum ve Çocuk hastanesi, Özel Anadolu hastanesi, Özel Medical Park hastanesinden izin alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş ve katılımları için yazılı onayları alınmıştır. Verilerin doğru olarak elde edilebilmesi için, onam formu hariç diğer veri toplama formunda isim belirtmenin zorunlu olmadığı, her türlü bilginin gizli kalacağı açıklanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan bir form aracılığıyla toplanmıştır. Form, sosyodemografik özellikleri içeren 7 soru ve kadın-doğum kliniklerinde erkek hemşirelerin çalışmasına ilişkin sağlık personellerinin görüşlerini belirleyen 11 soru olmak üzere toplam 18 sorudan oluşmaktadır. Soru formu; yaş, çalışılan klinik ve çalışma yılı gibi sosyodemografik soruların yanında erkek hemşireler eğitim alırlarsa hemşirelik yapabilir, erkek hemşireden bakım alabilirim, erkek hemşireler kadın doğum kliniklerinde çalışabilir gibi erkek hemşirelere yönelik düşüncelerini belirlemek amacıyla hazırlanan sorulardan oluşmuştur. Katılımcıların her bir soruyu doğru veya yanlış olarak işaretlemeleri istenmiştir.

İstatistiksel Analiz

Çalışmadaki verilerin tanımlayıcı istatistikleri hesaplanmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson Ki-kare testi (post hoc Bonferroni testi) ile incelenmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21.0 programı kullanılmıştır. $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılan ebe ve hemşirelerin %59.7'sinin hemşire, %46.8'inin 20-30 yaş grubunda, %62.9'nun evli, %45.1'inin lisans ve üstü mezunu, %56.4'ünün 11 yıldan fazla süredir çalıştığı, %40.3'ünün doğum servisinde çalıştığı, %59.7'sinin şu an çalıştığı klinikte toplam çalışma süresinin 0-5 yıl arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 2'de çalışmaya katılan ebe ve hemşirelerin erkek hemşirelere yönelik görüşleri incelendiğinde, %51.6'sı 'Hemşirelik mesleğinin kadın mesleğidir' ifadesini

reddetmiştir. Ayrıca %72.6'sı 'Erkeklerin eğitim alırlarsa hemşirelik mesleğini yapabilirler', %71'i 'Erkek hemşireler iyi bakım verebilirler' ifadelerini onaylamıştır. Katılımcıların %54'ü erkek hemşirelerin sadece erkek hastalara bakım vermemeleri gerektiğini belirtmiş olmalarına rağmen, %62.9'u erkek hemşirelerin doğum kliniklerinde çalışmaması gerektiğini, %74.2'si ise doğumhanede çalışmaması gerektiğini belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarının %54.8'i erkeklerin sadece güç gerektiren alanlarda çalışması gerektiğini, %71'i erkek hemşirelerin erkek hastaların yoğun olduğu kliniklerde çalışmaları gerektiğini ifade etmişlerdir. Katılımcı sağlıkçıların %56.5'i rahatsızlandıklarında erkek hemşirenin kendilerine bakmasından rahatsız olmayacaklarını ve %67.7'si erkek hemşirelerin hemşirelik mesleğinin otonomi kazanmasında bayan hemşirelere göre daha etkili olmadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcı sağlıkçıların %69.4'ü erkek hemşirelerin doğum ve süt izni gibi izinleri olmadığı için tercih sebebi olabilirler cevabını vermişlerdir (Tablo 2).

Tablo 1. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri (n=62)

		n (%)
Yaş	20-30 yaş	29 (46.8)
	31-40 yaş	21 (33.9)
	41 ve üstü	12 (19.3)
Medeni Durum	Evli	39 (62.9)
	Bekar	23 (36.1)
Eğitim düzeyi	Sağlık meslek lisesi	16 (25.8)
	Ön lisans	18 (29.0)
	Lisans ve üstü	28 (45.1)
Meslek	Ebe	25 (40.3)
	Hemşire	37 (59.7)
Mesleki deneyim (yıl)	0-10 yıl	27 (43.5)
	11 yıl ve üstü	35 (56.4)
Çalışılan klinik	Doğumhane	15 (24.2)
	Doğum servisi	25 (40.3)
	Jinekoloji	22 (35.5)
Çalışılan klinikteki toplam çalışma süresi	0-5 yıl	37 (59.7)
	6 yıl ve üstü	25 (40.3)

Tablo 2. Sağlık çalışanlarının erkek hemşirelere ilişkin bazı ifadeleri onaylama oranları (n=62)

Değişkenler	Evet n (%)	Hayır n (%)
Hemşirelik mesleği kadın mesleğidir.	30 (48.4)	32 (51.6)
Erkekler de eğitimini alırsa hemşirelik yapabilirler.	45 (72.6)	17 (27.4)
Erkek hemşireler iyi bakım verebilirler.	44 (71.0)	18 (29.0)
Erkek hemşireler sadece erkek hastalara bakım vermelidir.	28 (45.2)	34 (54.8)
Erkek hemşireler kadın doğum servislerinde çalışabilirler.	23 (37.1)	39 (62.9)
Erkek hemşireler doğumhanede çalışabilirler.	16 (25.8)	46 (74.8)
Erkek hemşireler sadece güç gerektiren alanlarda (ortopedi gibi) çalışabilir.	34 (54.8)	28 (45.2)
Erkek hemşireler, erkeklerin daha çok olduğu üroloji gibi alanlarda çalışmalıdır.	44 (71.0)	18 (29.0)
Herhangi bir sağlık sorunu ile hastanede yatacak olsam erkek hemşirenin bakımımı üstlenmesinden rahatsız olurum.	27 (43.5)	35 (56.5)
Erkek hemşireler hemşirelik mesleğinin otonomi kazanmasında bayan hemşirelere göre daha etkili olabilir.	20 (32.3)	42 (67.7)
Erkek hemşireler doğum ve süt izni gibi izinleri olmadığı için tercih sebebi olabilir.	43 (69.4)	19 (30.6)

Tablo 3. Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile erkek hemşirelere ilişkin görüşleri arasındaki ilişki

	Çalışılan Klinik			Test istatistiği ve p değeri
	Doğumhane n (%)	Doğum servisi n (%)	Jinekoloji n (%)	
Erkek hemşireler doğum ve süt izni gibi izinleri olmadığı için tercih sebebi olabilir.				
Evet	8 (53.3)	15 (60.0)	20 (90.9)	$\chi^2=7.650$ p=0.022
Hayır	7 (46.7)	10 (40.0)	2 (9.1)	
Mesleki deneyim (yıl)				
	0-10 yıl n (%)	11 yıl ve üstü n (%)		Test istatistiği ve p değeri
Hemşirelik mesleği kadın mesleğidir.				
Evet	9 (33.3)	21 (60.0)		$\chi^2=4.340$ p=0.037
Hayır	18 (66.7)	14 (40.0)		
Erkekler de eğitimini alırsa hemşirelik yapabilirler.				
Evet	24 (88.9)	21 (60.0)		$\chi^2=6.392$ p=0.011
Hayır	3 (11.1)	14 (40.0)		
Erkek hemşireler iyi bakım verebilirler.				
Evet	24 (88.9)	20 (57.1)		$\chi^2=7.456$ p=0.006
Hayır	3 (11.1)	15 (42.9)		

Tablo 3'te görüldüğü üzere jinekoloji kliniğinde çalışanların 'Erkek hemşireler doğum ve süt izni gibi izinleri olmadığı için tercih sebebi olabilir' ifadesini onaylama oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0.022). Mesleki deneyimi 11 yıl ve üstünde olan katılımcıların 'Hemşirelik mesleği kadın mesleğidir' ifadesini onaylama oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuş (p=0.037) iken mesleki deneyimi 0-10 yıl arasında olanların 'Erkekler de eğitimini alırsa hemşirelik yapabilirler' ve 'Erkek hemşireler iyi bakım verebilirler' ifadesini onaylama oranları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (sırasıyla p=0.011, p=0.006, Tablo 3).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmada katılımcıların çoğu hemşireliğin kadın mesleği olmadığını, eğitim alırlarsa erkeklerin de hemşirelik mesleğini yapabileceğini, erkek hemşirelerin iyi bakım verebileceğini belirtmiştir. Bu bulgular Cangöl ve Cangöl (13)'ün kadın doğum kliniklerinde yatan kadınlarla yaptığı çalışmada katılımcıların %49.3'ü hemşireliğin kadın mesleği olmadığını, %69.1'i erkeklerin de hemşirelik yapabileceğini ve %58.1'i erkek hemşirelerin iyi bakım verebileceğini belirtmesi ile benzer bulunmuştur. Araştırmamızın sonuçları literatür ile uyumludur. Bu bulgular toplumun erkek hemşireleri kabullendiğini göstermektedir.

Hemşireliğin kadın mesleği olmadığını belirtmelerine rağmen araştırmaya katılan ebe ve hemşirelerin yarısından fazlası erkek hemşirelerin daha çok erkek hastaların yoğun olduğu yerlerde ve sadece erkek hastaya bakım vermeleri, doğum kliniklerinde ve doğumhanede çalışmamaları gerektiğini belirtmiştir. Literatürde kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin görüşünü sorgulayan çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak ülkemizde Kocaer ve arkadaşlarının (14) bir üniversitenin hemşirelik bölümü öğrenci ve öğretim elemanları ile yaptığı çalışmada öğrencilerin %44.5'i erkek hemşirelerin kadın-doğum kliniklerinde çalışmamalarını istediği belirlenmiştir. Aynı şekilde Arıkan ve arkadaşlarının (15) çalışmasında da öğrencilerin yaklaşık yarısının kadın-doğum kliniklerinde erkek hemşirelerin çalışmasını istememesi çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca Taşçı (16)'nın kadın doğum servislerinde yatan hastaların erkek hemşirelere ilişkin düşüncelerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada da hastaların yarısından fazlası, Cangöl ve Cangöl (13)'ün benzer şekilde yapılmış çalışmasında ise katılımcıların yaklaşık yarısı erkek hemşirelerin sadece erkek hastaya bakım vermesi gerektiğini belirtmişlerdir. Çelik ve arkadaşlarının (7) kadın doğum kliniklerinde yatan hastalar ile yaptığı çalışmada da hastaların yarıdan fazlası erkek hemşirelerin kadın doğum kliniği ve doğumhane dışında bir serviste çalışması gerektiğini ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar araştırma sonucu ile paralellik göstermektedir. Bu bulgular toplumun erkek hemşireyi kabullenmesine rağmen kadın doğum kliniklerinin kadının mahrem konulardaki sağlık sorunlarına yönelik hizmet veren klinikler olarak düşünülmesi nedeniyle belirtilen kliniklerde erkek hemşirelerin bulunmaması gerektiği görüşünün yaygın olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların çoğu erkek hemşirelerin daha çok güç gerektiren alanlarda çalışması gerektiğini ve erkek hemşirenin bakımını üstlenmesinden rahatsız

olmayacağını ifade etmiştir. Çalışma sonucu ile benzer olarak Kocaer ve arkadaşlarının (14) çalışmasında da öğrenciler erkek hemşirelerin genellikle fiziksel güç gerektiren ve erkek hastaların yoğunluk gösterdiği acil, cerrahi servisleri de çalışmalarını gerektiği görüşündedirler. Hotun Şahin ve Bal Demirgöz (17)'ün yapmış oldukları çalışmada, katılımcıların %61.3'ü erkeklerin güç gerektiren servislerde, %74.2'si de erkek hemşirelerin daha çok üroloji servisinde çalışması gerektiğini, %56.5'i herhangi bir sağlık sorunu yaşadığında erkek hemşirenin bakımını üstlenmesinden rahatsız olmayacağını belirtmişlerdir. Çalışmadan farklı olarak Taşçı (16)'nın yapmış olduğu çalışmada kadınların %62'si herhangi bir sorun yaşadığında erkek hemşireye söylemekte sıkıntı yaşayacağını ifade etmişlerdir. Bu farklılık çalışmaya katılan kadınların erkek hemşire kavramına yabancı olmalarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların çoğu erkek hemşirelerin hemşirelik mesleğinin otonomi kazanmasında bayan hemşirelere göre daha etkili olamayacağını belirtmiştir. Alkan Ağaçdıken ve arkadaşlarının (8) üniversite öğrencilerinde erkek hemşire algısını belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada katılımcıların çoğu erkeklerin hemşirelik mesleğinde herhangi bir değişiklik yaratmayacağını ifade etmiştir.

Yapılan bu çalışmada jinekoloji kliniğinde çalışanların 'erkek hemşireler doğum, süt izni gibi izinler olmadığı için tercih sebebi olabilirler' görüşünde olduğu belirlenmiştir. Bu durum katılımcıların bireysel farklılıklarından kaynaklanmış olabilir. Çalışma yılı 11 yıl ve üzeri olanların çoğu hemşireliğin kadın mesleği olduğunu düşünmektedir. Çalışma yılı daha az olanlarla olan farklılığın çalışma yılı 11 yıl ve üzerinde olan katılımcıların okudukları ya da çalışmaya başladıkları dönemde erkek hemşirelerin hasta bakımında yer almamış/yeni yer alıyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yapılan bu araştırmada çalışma yılı ile 'erkeklerde eğitimini alırsa hemşirelik yapabilirler' ve 'erkek hemşirelerde iyi bakım verebilirler' görüşünde etkili olduğu belirlenmiştir. Bu durum çalışma yılı 0-10 yıl arasında olan katılımcıların erkek hemşire kavramı ile karşılaşmış ya da erkek hemşireler ile çalışmış olmasından kaynaklanmış olabilir.

Yapılan çalışmada çalışanların çoğu hemşireliği eğitim alırlarsa erkeklerinde yapabileceğini, erkeklerin iyi bakım verebileceğini, ancak doğumhane gibi kliniklerde erkek hemşirelerin çalışamayacağını, erkek hemşirelerin daha çok güç gerektiren ortopedi gibi servislerde çalışması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu sonuçlar doğrultusunda erkek hemşirelerin her klinikte çalışabileceği, bakıma katkı sunabileceği ile ilgili hizmet içi eğitim önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş.; 2004
2. Demiray A, Bayraktar D, Khorshid L. The reasons for choosing nursing profession and experienced problems of male nursing students. International Journal of Human Sciences. 2013; 10(1): 1440-55.
3. Kulakaç Ö, Özkan İA, Sucu G, O'Lynn C. Nursing: The lesser of two evils. Nurse Education Today. 2009; 29(6): 676-80.

4. Özarslan AD. Hegemonik erkeklik bağlamında erkek hemşireler. *Alternatif Politika Dergisi*. 2015; 7(1): 118-42.
5. Abudari MO, İbrahim AF, Aly AA. Men in nursing” as viewed by male students in secondary schools. *Clinical Nursing Studies*. 2016; 4(2): 41-7.
6. Turan N, Öztürk A, Kaya H, Atabek Aştı T. Toplumsal cinsiyet ve hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2011; 4(1): 167-73.
7. Çelik Sis A, Pasinlioğlu T, Çilek M, Çelebi A. Kadın doğum servisinde yatan hastaların erkek hemşireler hakkındaki düşüncelerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2012; 15(4): 254-61.
8. Arslan A, Alkan SA. Üniversite öğrencilerinde erkek hemşire algısı. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016; 1(1): 1-21.
9. Robert J. Men in nursing: Barriers to recruitment. *Nursing Forum*. 2000; 35(3): 5-12.
10. Mevzuat.com [Internet]. Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü Resmi Gazete, Sayı: 8647. 02.03.1954 tarih ve 6283 no’lu Hemşirelik Kanunu. [Erişim tarihi: 12.05.2017]. Erişim adresi: www.mevzuat.com.
11. Mevzuat.com [Internet]. Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü Resmi Gazete, Sayı: 26510. 02.05.2007 tarih ve 5634 no’lu Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. [Erişim tarihi: 12.05.2017]. Erişim adresi: www.mevzuat.com.
12. Rajapaksa S, Rothstegn W. Factors that influence the decisions of men and women nurse to leave nursing. *Nursing Forum*. 2009; 44(3): 195-6.
13. Cangöl E, Cangöl. Kadın doğum kliniğinde yatan kadınların erkek hemşireler hakkındaki görüşleri. *Osmangazi Journal of Medicine*. 2016; 39(1): 1-5.
14. Kocaer Ü, Öztöp T, Usta N, Gökçek D, Bahçecik N, Öztürk H, Paslı E. Hemşirelik mesleğinde erkek üyelerin yeri. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2004; 7(2): 23-9.
15. Arıkan D, Karaman Z, Yağcı G. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin eğitiminde ve mesleki alandaki hemşire adaylara bakış açısı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2000; 3(1): 36-3.
16. Taşçı KD. Kadın doğum servislerinde yatan hastaların erkek hemşireler hakkındaki düşünceleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007; 10(2): 12-9.
17. Şahin HN, Demirgöz BM, Kadın doğum kliniklerinde yatan kadınların erkek hemşirelere ilişkin görüşleri. *Kadın Sağlığı ve Hemşireliği Dergisi*. 2014; 1(1): 55-67.

Ebelik Öğrencilerinin Bazı Değişkenler Yönünden Premenstruel Belirtileri

Elif Tuğçe ÇİTİL¹, Nurten KAYA²

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinin Ebelik Bölümü öğrencilerinin Premenstruel Sendrom (PMS) belirtilerini bazı değişkenler yönünden incelemek amacı ile tanımlayıcı ilişki arayıcı türde yapıldı.

Gereç ve Yöntemler: Araştırmanın evreni, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinin Ebelik Bölümü öğrencilerinden (N=430), örneklem ise araştırmaya katılmayı kabul eden 361 öğrenciden (evrenin %83.95'i) meydana geldi. Araştırmada yer almayan 69 öğrenci devamsızlık, çalışmada yer almak istememe gibi nedenler ile araştırma kapsamına alınmadı. Veriler öğrenci bilgi formu ve Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) kullanılarak toplandı.

Bulgular: Öğrencilerin PMSÖ puan ortalamalarının depresif duygulanımda 20.00 ± 7.20 (potansiyel dağılım=7-35), anksiyetede 15.05 ± 6.45 (potansiyel dağılım=7-35), yorgunlukta 18.08 ± 6.12 (potansiyel dağılım=6-30), sinirlilikte 14.84 ± 5.96 (potansiyel dağılım=5-25), depresif düşüncelerde 16.63 ± 7.07 (potansiyel dağılım=7-35), ağrıda 8.34 ± 3.26 (potansiyel dağılım=3-15), iştah değişimlerinde 9.81 ± 3.58 (potansiyel dağılım=3-15), uyku değişimlerinde 7.62 ± 3.42 (potansiyel dağılım=3-15), şişkinlikte 9.07 ± 4.00 (potansiyel dağılım=3-15), toplamda 119.45 ± 37.14 (potansiyel dağılım=44-220) olduğu, incelenen değişkenler içinde öğrencilerin okuldaki yılı, sigara kullanma durumu, alkol kullanma durumu, beden kitle indeksi, cinsel yönden aktif olma durumu, anemi varlığı, kronik sağlık sorunu ve ailede PMS sorunu olan kişinin bulunma durumu değişkenlerine göre PMSÖ puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı oldukları saptandı.

Sonuç: Araştırma kapsamına alınan ebelik öğrencileri premenstruel dönemde sağlık sorunları yaşamakta ve bu sorunların gelişimini birçok faktör etkilemektedir. PMS'i etkileyen faktörleri ve bu sorunların görülme sıklığını bilmek, sorunları çözmeye açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ebelik; öğrenci; premenstruel sendrom; faktör.

Premenstrual Symptoms of Midwifery Students In Terms of Some Variables

ABSTRACT

Aim: The research was conducted in descriptive-correlational pattern to investigate Premenstrual Syndrome (PMS) symptoms of midwifery department students of İstanbul University Health Sciences Faculty in terms of some variables.

Material and Methods: Population of the research included students (N=430) from midwifery department students of İstanbul University Health Sciences Faculty and sample of the research included 361 students (83.95% of the population) chosen from the population with cluster sampling method. 69 students could not be included in the research scope due to several reasons such as absence, unwillingness to participate in the research. The data were collected by using student information form and Premenstrual Syndrome Scale (PMSS).

Results: It was identified that the average PMSS scores of the students were 20.00 ± 7.20 (potential distribution=7-35) in depressive affect, 15.05 ± 6.45 (potential distribution=7-35) in anxiety, 18.08 ± 6.12 (potential distribution=6-30) in fatigue, 14.84 ± 5.96 (potential distribution=5-25) in irritability, 16.63 ± 7.07 (potential distribution=7-35) in depressive thoughts, 8.34 ± 3.26 (potential distribution=3-15) in pain, 9.81 ± 3.58 (potential distribution=3-15) in appetite changes, 7.62 ± 3.42 (potential distribution=3-15) in sleeping changes, 9.07 ± 4.00 (potential distribution=3-15) in swelling and 119.45 ± 37.14 (potential distribution=44-220) in total. It was found that the scores of the PMSS were statistically different according to the variables such as age at school, smoking status, body mass index, sexually active status, presence of anemia, chronic health problem, and presence of person with PMS problem in family.

Conclusion: The students were experiencing health problems in the premenstrual period and many factors affect the development of these problems. Knowing the factors which affect PMS and the frequency of these problems is essential to solve the problems.

Keywords: Midwifery, student; premenstrual syndrome; factor.

1 Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

2 İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

GİRİŞ

Ebelik; bilim ve sanatı birleştiren, bilimsel ve etik değerler üzerine temellenmiş bir meslektir (1). Puberteden menopoza kadar kadın sağlığından sorumlu olan ebeler, koruyucu önlemler almak, doğumların sağlıklı sonlanması sağlamak, anne ve bebek ile ilgili komplikasyonları belirlemek ve gerektiğinde konsültasyon istemek, acil bakım dahil tıbbi ve diğer değerlendirmeleri yapmak, kadın, aile ve topluma antenatal dönem, ana-babalığa hazırlık, kadın sağlığı, üreme ve cinsel sağlık ve çocuk bakımı konularında danışmanlık ve eğitim yapmakla yükümlüdür. Bununla beraber kanıt temelli ve bireyselleştirmiş ebelik bakımı, kadın ve ailesinin sağlığının geliştirilmesinde oldukça önemlidir (1,2). Bu kapsamda 15-49 yaş aralığında üreme çağındaki kadınların menstruasyonuna ilişkin bakım girişimlerinin yönetilmesi ve bu konuda sağlığın korunması ve geliştirilmesi ebelerin yetki alanları içerisinde. Öte yandan Premenstruel Sendrom (PMS) en önemli menstruasyon sorunlarından biridir.

PMS; çeşitli semptomlarla kendini gösteren, kadın sağlığını etkileyen bir durumdur. Uzun yıllar “premenstruel sendrom” ya da “premenstruel gerginlik” terimleri ile ifade edilen PMS; kadınlarda menstruel döngünün geç luteal döneminde memelerde şişkinlik, baş ağrısı, halsizlik ve kilo alımı gibi fiziksel ve depresif duyu durum, irritabilite, gerginlik gibi ruhsal belirtilerin ortaya çıkıp bu durumun genellikle menstruasyonun başlamasıyla ortadan kalktığı bir tablodur (3,4).

PMS 1930’lu yıllardan beri tanımlanan bir kavram olmasına karşın nedeni tam olarak anlaşılamamış, çoklu faktörlerin etkili olduğu düşünülmüştür. Günümüzde biyolojik açıdan PMS etiyojisini açıklayan iki önemli kuram vardır. Bunlardan birincisi östrojen-progesteron dengesindeki değişiklikten dolayı progesteron eksikliğinin ortaya çıkması; ikinci ve daha güncel olan açıklama ise merkezi sinir sisteminde duyarlılık hipotezlerine dayalı kuramlardır. İkinci hipotez, üreme bezlerindeki "normal" değişikliklere karşı aşırı duyarlılığın gelişmesi şeklinde belirtilmektedir (5,6).

PMDB (Premenstruel Disforik Bozukluk) ise, PMS’nin şiddetli formudur ve belirgin ruh hali dalgalanmaları, depresif ruh hali, sinirlilik ve anksiyete ile birlikte fiziksel semptomların eşlik edebileceği bazı kombinasyonlarla karakterizedir. Bu semptomlar sadece menstruel siklusun luteal fazı süresince oluşur, menstruasyonun başlamasından sonraki üç gün içinde genellikle geriler (7).

PMDB tanılmasında ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases) ve DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı kriterleri kullanılır. ICD, tüm hastalıkları kapsayan bir sınıflandırma sistemidir ve F’li kodların olduğu beşinci bölümde psikiyatrik hastalıklar içerisinde PMDB tanılanır. DSM-5 ise APA (American Psychiatric Association)’nın yaptığı ve sadece psikiyatrik rahatsızlıkları içeren bir sınıflandırma sistemi olup, PMDB depresyon bozuklukları başlığı altında ele alınmıştır. Ayrıca American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)’e göre PMS tanısının konulabilmesi için belirtilerin menstruasyon başlamadan önceki 5 gün içerisinde görülmesi ve menstruasyonun başlamasıyla 4 gün içinde kaybolması gerekir (8).

PMS, 150 kadar farklı semptom ile kendini gösterebilmektedir. Bu belirtilerde en önemli yeri

duygudurum ve davranış değişiklikleri almaktadır (5,8,9). PMS belirtileri fiziksel, davranışsal ve psikolojik olarak kendini gösterebilir (11-15). Fiziksel belirtiler; memelerde dolgunluk ve hassasiyet, kas ve eklem ağrısı, baş ağrısı, sırt ağrısı, abdominal ağrı, şişkinlik, kilo alma, ödem, ekstremitelerde şişlik, mide bulantısı, akne oluşumu, çarpıntı, terleme, tremorlar, konstipasyon veya diyare, uyuşukluk, üşüme, sıcak basmaları, oligüri, saçlarda kuruma, aşırı susamadır. Davranışsal belirtiler; öfkenin kontrol edilememesi, yorgunluk, aşırı uyuma veya uykusuzluk, baş dönmesi, cinsel istekte değişiklik, iştahta artma veya azalma, ağlama, sosyal geri çekilme, aktivite seviyesinde azalma, günlük aktivitelere ilgide azalma, kazalara eğilim, kavgacı tutumdur. Psikolojik belirtiler ise; huzursuzluk, gerginlik, anksiyete, unutkanlık, huzursuzluk, yalnızlık, şiddete eğilim, konsantrasyonda azalma, irritabilite, kızgınlık, depresif ruh hali, ağlama, konfüzyon, öz saygıda azalma, mod değişimleri, aşırı hassasiyet, işten kaçma, suçluluk, paranoya, negatif tutumdur.

Günümüzde PMS’den yakınan kadın sayısı giderek artmaktadır (11). Farklı ülkelerde yapılmış çalışmaların dâhil edildiği 17 araştırma ile yapılan bir meta analizde PMS prevalansı %47.8 olarak bulunmuştur (15). PMS tanısı olan kadınların tedavisindeki temel hedef, belirtilerin azaltılması ve sosyal, mesleki işlevselliğin düzeltilmesi dolayısıyla da yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Dolayısı ile günümüzde kadın üyelerden meydana gelen ebelik mesleğinde, ebelerin öncelikle kendilerinin PMS sorunları ile baş edebilmesi ve bu bağlamda danışmanlık veya sağlık izlemine yaptıkları kadınlara bakım ve tedavi seçenekleri sunabilmesi gerekmektedir. Söz konusu hedeflere ulaşmanın ilk adımı mevcut durumu analiz etmektir. Bu noktadan hareketle bu araştırma İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinin Ebelik Bölümü öğrencilerinin premenstruel belirtilerinin yoğunluğunu ve derecesini bazı değişkenler yönünden incelemek amacı ile yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evreni, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü öğrencilerinden (N=430), örneklem ise çalışmaya katılmaya istekli 361 öğrenciden (evrenin %83.95’i) meydana geldi. Araştırma verileri, 2016-2017 eğitim öğretim yılının ilkbahar döneminde toplandı. Evrende yer alıp araştırma kapsamına alınamayan 69 öğrenci devamsızlık, kayıt dondurma, çalışmada yer almak istememe gibi nedenler ile araştırmanın dışında kaldı.

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

Öğrenciler çalışmaya istekli olması, herhangi bir iletişim probleminin olmaması, ebelik bölümü öğrencisi olması kriterlerine göre araştırmaya dâhil edildi.

Araştırma Soruları

Tanımlayıcı ilişki arayıcı türde yapılan araştırmada “ilgili fakültenin ebelik öğrencilerinde PMS prevalansı nedir?” ve “ilgili fakültenin ebelik öğrencilerinin PMS durumlarını etkileyen faktörler nelerdir?” sorularına cevap arandı.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaların yürütülmesinde bilimsel ve evrensel etik ilkelere uyulması zorunludur. Çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu’na sadık kalındı.

Araştırma verilerinin toplandığı okulun bölüm başkanlığına ve dekanlığına, çalışmanın amaç ve kapsamını içeren bir bilgi formuyla başvuruldu ve izin alındı. Örneklemi oluşturan öğrencilere çalışmanın amaç ve yararları, çalışmadaki rolleri açıklandı, veri toplama formlarının üzerine isimlerinin yazılmayacağı söylendi, araştırmaya katılmaya isteklilik, gönüllülük ilkesine özen gösterilerek bilgilendirilmiş olurları alındı. Araştırmanın verilerinin toplanmasında kullanılan PMSÖ için Gençdoğan (16)'dan yazılı izin alındı. Ayrıca bu çalışma "Pilates Egzersizlerinin Premenstrüel Sendrom Belirtilerine Etkisi" başlıklı doktora tezinin bir ayağını oluşturmaktadır (Tez projesi için alınan etik kurul izni; Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başkanlığı, Sayı: 10840098-604.01.01-E.11426, Tarih: 22.07.2016).

Veri Toplama Araçları

Veriler Öğrenci Bilgi Formu ve Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) kullanılarak toplandı.

Öğrenci Bilgi Formu: Öğrenci bilgi formu; yaş, yaşadığı yer, cinsel yönden aktiflik durumu, menarş yaşı gibi premenstrüel sendrom prevalansını etkileyebileceği düşünülen bireysel, obstetrik ve jinekolojik özellikleri belirleyen, literatürden yararlanılarak oluşturulan 26 sorudan oluştu (5,9,12,13). Öğrenci bilgi formu öğrencilerin ders bitiminde araştırmacı tarafından uygun bir ortamda uygulandı. Bu formun uygulanması her bir öğrenci için yaklaşık on dakika sürdü.

Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ): PMSÖ, 44 maddelik beş dereceli (Hiç, Çok az, Bazen, Sık sık, Sürekli) likert tipi bir ölçektir (16). PMSÖ'nün uygulanması çok kolay olup ölçeğin başındaki yönergede belirtildiği gibi, madde okunduktan sonra bu durumun "adetten bir hafta önceki süre içinde olma" durumuna göre ilgili maddenin sağındaki ölçek dikkate alınarak işaretleme yapılmaktadır. Ölçeğin puanlanmasında, "Hiç" seçeneği 1 puan, "Çok az" seçeneği 2 puan, "Bazen" seçeneği 3 puan, "Sık sık" seçeneği 4 puan ve "Sürekli" seçeneği 5 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişimleri, uyku değişimleri ve şişkinlik olmak üzere 9 alt boyutu vardır. Ayrıca tüm alt boyutlardan alınan puanlar toplanarak PMSÖ toplam puanı elde edilebilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan ise 220'dir. Ölçek

toplamından 88 ve üstü alanlar şiddetli PMS yaşamaktadır. Gençdoğan (16) ölçeği geliştirme çalışmasında Cronbach alfa değerini 0.75 olarak saptandı. Bu çalışmada PMSÖ'nün Cronbach alfa değeri 0.969 olarak bulundu.

İstatistiksel Analiz

Araştırmada anket formlarından elde edilen veriler, SPSS 21.0 programı kullanılarak oluşturulan veri tabanına kaydedildi ve bu program ile verilerin analizi yapıldı. Sürekli değişkenler aritmetik ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerleri olarak, kategorik değişkenler ise frekans ve yüzde olarak ifade edildi. Elde edilen nicel verilerin normallik varsayım kontrolü için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilk testleri kullanıldı. Dağılımları normal olan verilerde değişkenler arası karşılaştırmalarda Pearson korelasyon testi, iki grup ortalaması arasındaki farkın belirlenmesinde Independent Samples t test, ikiden fazla grubun ortalamaları arasındaki farkın belirlenmesinde Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanıldı ve anlamlı farkın bulunduğu durumlarda Tukey HSD testinden yararlanıldı. Dağılımları normal olmayan verilerde ise iki grubun ortanca veya ortalama rank değerlerinin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, üç veya daha fazla grubun ortanca veya ortalama rank değerlerinin karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Kruskal-Wallis testi sonrası çoklu karşılaştırmada Bonferroni Adjusted Mann-Whitney U testinden yararlanıldı. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Bu çalışmanın bulguları; PMSÖ, öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ve PMSÖ puanları üzerine etkisi, öğrencilerin sağlık özellikleri ve PMSÖ puanları üzerine etkisi ile ilgili bulgular olmak üzere üç başlık altında ifade edildi.

Premenstrüel Sendrom Ölçeği ile İlgili Bulgular

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin PMSÖ'nün genelinden ortalama 119.45 ± 37.14 puan aldıkları; alt boyutlar incelendiğinde ise puan ortalamasının depresif duygulanımda 20.00 ± 7.20 , anksiyetede 15.05 ± 6.45 , yorgunlukta 18.08 ± 6.12 , sinirlilikte 14.84 ± 5.96 , depresif düşüncelerde 16.63 ± 7.07 , ağrıda 8.34 ± 3.26 , iştah değişimlerinde 9.81 ± 3.58 , uyku değişimlerinde 7.62 ± 3.42 ve şişkinlikte 9.07 ± 4.00 olduğu görüldü (Tablo 1).

Tablo 1. Ebelik öğrencilerinin premenstrüel sendrom ölçeği puanlarının dağılımı (n=361)

Premenstrüel Sendrom Ölçeği	Potansiyel Dağılım	Minimum	Maksimum	Medyan	Ort±SS
Depresif Duygulanım	7-35	7.00	35.00	20	20.00±7.20
Anksiyete	7-35	7.00	35.00	14	15.05±6.45
Yorgunluk	6-30	6.00	30.00	18	18.08±6.12
Sinirlilik	5-25	5.00	25.00	15	14.84±5.96
Depresif Düşünceler	7-35	7.00	35.00	16	16.63±7.07
Ağrı	3-15	3.00	15.00	9	8.34±3.26
İştah Değişimleri	3-15	3.00	15.00	10	9.81±3.58
Uyku değişimleri	3-15	3.00	15.00	7	7.62±3.42
Şişkinlik	3-15	3.00	15.00	9	9.07±4.00
Toplam	44-220	44.00	212.00	118	119.45±37.14

Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Öğrencilerin Sosyo-demografik Özellikleri ve PMSÖ Puanları Üzerine Etkisi ile İlgili Bulgular

Tablo 2 incelendiğinde öğrencilerin yaş ortalamasının 20.02±1.98 olduğu, birinci sıradaki çoğunluğu oluşturan gruplar açısından; öğrencilerin %54.6'sının (n=197) 20-22 yaş aralığında, %51.2'sinin (n=185) Anadolu/ Fen/ Öğretmen lisesi mezunu, %29.6'sının (n=107) birinci sınıfta, %67.0'sinin (n=242) yaşamını en fazla geçirdiği Türkiye bölgesinin Marmara bölgesi, %75.1'inin (n=271) yaşamının önemli bölümünü geçirdiği yerin şehir-kent, %83.4'ünün (n=301) aile tipinin çekirdek aile, %63.3'ünün (n=243) kaldığı yerin ev olduğu, %80.3'ünün (n=290) gelirinin giderini karşıladığı görüldü. Öğrencilerin okuldaki yılının ve gelir durumlarının PMSÖ puan ortalamalarını etkilediği, öğrencilerin gelir durumu düştükçe PMS semptomlarını daha yoğun yaşadıkları görüldü (p<0.05). Ayrıca ikinci sınıf öğrencilerinin PMSÖ puan ortalamasının birinci sınıf öğrencilerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı (p<0.05). Öte yandan öğrencilerin yaş gruplarının, mezun oldukları okulun, yaşamlarının önemli

bölmelerini geçirdikleri Türkiye bölgesinin ve yerin, aile tipinin, İstanbul'da kaldıkları yerin PMS semptomlarını etkilemediği bulundu (p>0.05).

Öğrencilerin Sağlık Özellikleri ve PMSÖ Puanları Üzerine Etkisi ile İlgili Bulgular

Öğrencilerin sağlık ile ilgili özellikleri incelendiğinde birinci sıradaki çoğunluğu oluşturan gruplar açısından; %91.4'ünün (n=330) sigara, %93.6'sının (n=338) alkol, %94.7'sinin (n=342) sürekli ilaç kullanmadığı, %72.6'sının (n=262) beden kitle indeksi (BKİ)'nin normal sınırlar içinde olduğu, %91.1'inin (n=329) cinsel yönden aktif olmadığı, %59.8'inin (n=216) anemisinin olmadığı, %92.5'inin (n=334) kronik bir sağlık sorununun olmadığı, %95.6'sının (n=345) jinekolojik bir sağlık sorununun olmadığı, %89.8'inin (n=324) ailesinde jinekolojik hastalığı olan bir bireyin bulunmadığı, %77.0'mının (n=278) ailesinde PMS sorunu olan bir bireyin bulunmadığı, %47.6'sının (n=172) en sık tükettiği besin grubunun sebze-meyve grubu olduğu, %79.2'sinin (n=286) menarş öncesi bilgi aldığı ve düzenli bir egzersiz yapmadığı belirlendi (Tablo 3).

Tablo 2. Ebelik öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerine göre PMSÖ puanlarının dağılımı (n=361)

Sosyo-Demografik Özellikler	n (%)	PMSÖ Ort±SS veya Med (Min-Maks)	Test istatistiği ve p
Yaş grupları (yıl)	17-19	150 (41.6)	$\chi^2=2.603^{\S}$; p=0.272
	20-22	197 (54.6)	
	23 ve ↑	14 (3.9)	
Yaş (Ort±SS) (Min-Maks)	20.02±1.98 (17-42)		r=0.78 ^b ; p=0.141
Mezun olduğu okul	Düz/genel lise	146 (40.4)	$\chi^2=4.909^{\S}$; p=0.179
	Anadolu/fen/öğretmen lisesi	185 (51.2)	
	Meslek lisesi	24 (6.6)	
	Diğer	6 (1.7)	
Okuldaki yılı	1. yıl (a)	107 (29.6)	F=2.973^w ; p=0.032
	2. yıl (b)	102 (28.3)	
	3. yıl (c)	96 (26.6)	
	4. yıl (d)	56 (15.5)	
Yaşamının önemli bir bölümünü geçirdiği Türkiye Bölgesi	İç Anadolu Bölgesi	23 (6.4)	$\chi^2=2.949^{\S}$; p=0.815
	Doğu Anadolu Bölgesi	12 (3.3)	
	Karadeniz Bölgesi	31 (8.6)	
	Güneydoğu Anadolu Bölgesi	14 (3.9)	
	Ege Bölgesi	19 (5.3)	
	Marmara Bölgesi	242 (67.0)	
Yaşamının önemli bölümünü geçirdiği yer	Şehir-kent	271 (75.1)	$\chi^2=2.553^{\S}$; p=0.279
	İlçe-kasaba	81 (22.4)	
	Köy-kırsal	9 (2.5)	
Aile tipi	Çekirdek Aile	301 (83.4)	$\chi^2=0.652^{\S}$; p=0.722
	Geniş Aile	55 (15.2)	
	Parçalanmış Aile	5 (1.4)	
İstanbul'da kaldığı yer	Ev	243 (67.3)	t=-0.13 ^e ; p=0.989
	Yurt	118 (32.7)	
Ekonomik durumu	Gelirim giderimi karşılıyor	290 (80.3)	t=-2.351^o ; p=0.019
	Gelirim giderimi karşılamıyor	71 (19.7)	

^b Pearson Korelasyon testi, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, [§] Kruskal Wallis testi ve ileri analizde Bonferroni Adjusted Mann-Whitney U testi, ^w Tek Yönlü ANOVA ve ileri analizde Tukey HSD testi, PMSÖ: Premenstruel Sendrom Ölçeği, ^o Independent Samples t test

Tablo 3. Ebelik öğrencilerinin sağlık özelliklerine göre PMSÖ puanlarının dağılımı (n=361)

Sağlık Özellikler		n (%)	PMSÖ Ort±SS veya Med (Min-Maks)	Test istatistiği ve p	
Sigara kullanma durumu	Evet	27 (7.5)	145.29±37.05	t= 3.829^a; p<0.001	
	Hayır	330 (91.4)	117.62±36.02		
	Bıraktı*	4 (1.1)			
Alkol kullanma durumu	Evet	23 (6.4)	146.00 (85-209)	Z=-2.754^a; p=0.006	
	Hayır	338 (93.6)	116.00 (44-212)		
Sürekli ilaç kullanma durumu	Evet	19 (5.3)	116.00 (59-186)	Z=-0.584 ^a ;	
	Hayır	342 (94.7)	118.50 (44-212)		p=0.559
Beden kitle indeksi (BKİ) sınıfları	Zayıf (≤18.50)	55 (15.2)	110.00 (50-209)	$\chi^2=4.714^{\$}$;	
	Normal (18.51-24.99)	262 (72.6)	122.00 (44-211)		p=0.194
	Fazla Kilolu (25-25.99)	38 (10.5)	119.00 (47-194)		
	Obez (≥30)	6 (1.7)	160.50 (82-196)		
BKİ (Ort±SS) (Min-Maks)		21.59±3.09 (13.54-35.63)		r=0.109^b; p=0.038	
Menarş yaşı (Ort±SS) (Min-Maks)		13.11±1,16 (10-17)		r=-0.085 ^b ; p=0.105	
Siklus süresi (Ort±SS) (Min-Maks)		28.51±5.14 (19-90)		r=0.135^b; p=0.010	
Menstruasyon süresi (Ort±SS) (Min-Maks)		5.86±1.30 (3-10)		r=0.005 ^b ; p=0.930	
Cinsel yönden aktif olma durumu	Evet	32 (8.9)	133.50±40.25	t=-2.255^a; p=0.025	
	Hayır	329 (91.1)	118.08±36.60		
Anemi sorununun bulunma durumu	Var (a)	58 (16.1)	131.16±37.86 (a>b)	F=4.726^v; p=0.009	
	Yok (b)	216 (59.8)	115.11±37.59 (b>a)		
	Bilmiyor (c)	87 (24.1)	122.40±33.82		
Kronik sağlık sorununun bulunma durumu	Var	27 (7.5)	152.00 (57-199)	Z=-2.815^a; p=0.005	
	Yok	334 (92.5)	116.50 (44-212)		
Jinekolojik sağlık sorununun bulunma durumu	Var	16 (4.4)	124.00 (88-196)	Z=-1.878 ^a ;	
	Yok	345 (95.6)	117.00 (44-212)		p=0.060
Ailede jinekolojik hastalığı olan kişinin bulunma durumu	Var	37 (10.2)	124.97±32.22	t=-0.955 ^a ;	
	Yok	324 (89.8)	118.81±37.65		p=0.340
Ailede premenstruel sendrom sorunu olan kişinin bulunma durumu	Var	83 (23.0)	133.29±33.93	t=3.947^a; p<0.001	
	Yok	278 (77.0)	115.31±37.11		
En sık tüketilen besin grubu	Sebze-meyve	172 (47.6)	120.28±33.27	F=1.927 ^v ;	
	Fast- food gıdalar	73 (20.2)	126.22±37.96		p=0.125
	Kuru baklagiller	58 (16.1)	111.10±42.39		
	Et grubu	58 (16.1)	116.79±40.44		
Menarş öncesi menstruasyon hakkında bilgi alma durumu	Evet	286 (79.2)	120.88±36.39	t=1.436 ^a ;	
	Hayır	75 (20.8)	113.97±39.66		p=0.152
Egzersiz yapma durumu	Evet	75 (20.8)	121.28±36.62	t=0.480 ^a ;	
	Hayır	286 (79.2)	118.97±37.32		p=0.290

*Analize dahil edilmedi, ^b Pearson Korelasyon testi, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Med: Medyan, Min: Minimum, Maks: Maksimum, [§] Kruskal Wallis testi ve ileri analizde Bonferroni Adjusted Mann-Whitney U testi, ^v Tek Yönlü ANOVA ve ileri analizde Tukey HSD testi, PMSÖ: Premenstruel Sendrom Ölçeği, ^o Independent Samples t test, ^a Mann-Whitney U testi

Öte yandan sigara kullanma durumuna göre öğrencilerin PMSÖ puanlarının anlamlı düzeyde farklı olduğu; sigara kullananların PMSÖ puanlarının, sigara kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlendi (p<0.001). Benzer şekilde alkol kullanma durumuna göre PMSÖ puanlarının anlamlı düzeyde farklı olduğu bulundu. Alkol kullananların PMSÖ puanlarının, alkol kullanmayanlarınkinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi (p<0.01). Öğrencilerin BKİ sınıflamasına göre PMSÖ puanları arasında fark olmadığı ($\chi^2=4.714$, p>0.05) fakat istatistiksel anlamlılığın BKİ değeri ile PMSÖ puanları arasındaki korelasyonda olduğu; buna göre BKİ değerleri arttıkça PMSÖ puanlarının arttığı belirlendi (p<0.05). Öte

yandan siklus süresi ile PMSÖ puanları arasında pozitif yönlü doğrusal bir ilişkinin bulunduğu saptandı (p=0.01). Cinsel yönden aktif olan öğrencilerin PMSÖ puanlarının, aktif olmayanlarınkinden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü (p<0.05). Anemisi olan öğrencilerin PMSÖ puanlarının, anemisi olmayanlarınkinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlendi (p<0.01). Kronik sağlık sorunu olan öğrencilerin PMSÖ puanı, kronik sağlık sorunu olmayanlarınkinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptandı (p<0.01). Ailesinde PMS sorunu olan öğrencilerin PMSÖ puanı, ailesinde bu sorunu bulunmayanlarınkinden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görüldü (p<0.001, Tablo 3).

Ayrıca sürekli ilaç kullanma, kendisinde ve ailesinde jinekolojik sağlık sorunu olma durumu, tüketilen besin grubu, menarş öncesi menstruasyon hakkında bilgi alma ve egzersiz yapma durumlarına göre PMSÖ puanları açısından anlamlı düzeyde fark olmadığı, ayrıca PMSÖ puanı ile menarş yaşı ve menstruasyon süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptandı ($p>0.05$, Tablo 3).

TARTIŞMA

PMS sorunu, kadınları birçok konuda olumsuz etkilemektedir. Ebelerin PMS sorununun sıklığını ve bu sorunu etkileyen faktörleri bilmeleri, kadınlarda bu sorunu saptamaları ve gerekli danışmanlığı vermeleri açısından önemlidir. Ebelerin bu önemli rollerini yerine getirebilmeleri için öncelikle kendilerinin PMS sorununu yönetebilmeleri gerekmektedir. Bu çalışmanın bulguları; "Preenstrüel Sendrom Ölçeği ile ilgili bulguların tartışılması", "öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ve PMSÖ puanları üzerine etkisi ile ilgili bulguların tartışılması", "öğrencilerin sağlık özellikleri ve PMSÖ puanları üzerine etkisi ile ilgili bulguların tartışılması" başlıkları altında analiz edildi.

Preenstrüel Sendrom Ölçeği ile İlgili Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada ebelik öğrencilerinin PMSÖ puan ortalaması 119.45 ± 37.14 bulundu ve orta noktanın üzerindeki bu değer öğrencilerin preenstrüel sorunlarının bulunduğunu düşündürdü.

Süt ve ark. (17)'nin yaş ortalaması 29.5 ± 7.1 olan 134 hemşire ile yaptıkları çalışmada PMS prevalansı %38.1 olarak tespit edilmiştir. Yaş ortalaması 20.77 ± 1.90 olan 228 üniversite öğrencisi ile yapılan başka bir çalışmada PMS prevalansı %91.8 olarak bulunmuştur (18). Güvenç ve ark. (19)'nin yaş ortalaması 19.89 ± 1.43 olan 250 hemşirelik öğrencisi ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin %36.4'ünde preenstrüel semptomlar tespit edilmiştir. Yine Kırcan ve ark. (20)'nin çoğunluğunun yaşı 19 ve altı olan 201 hemşirelik öğrencisi ile yaptıkları çalışmada PMS prevalansı %60.1 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yaş ortalaması 20.52 ± 1.65 olan 282 kız öğrenci ile yapılan bir çalışmada PMS prevalansı %57.4 olarak saptanmış, bu öğrencilerin PMSÖ puan ortalamaları 116.56 ± 31.10 olarak belirlenmiştir (12). Erbil ve ark. (21)'nin yaş ortalamaları 31.81 ± 6.68 olan 302 evli kadın ile yaptıkları çalışmada katılımcıların PMSÖ puan ortalamalarının 88.61 ± 30.05 olduğu bulunmuştur. Yücel ve ark. (22)'nin yaş ortalamaları 22.00 ± 1.8 olan 331 öğrenci ile yaptıkları çalışmada PMS yaygınlığı %62.5 olarak tespit edilmiştir. Yurt dışında yapılan bir meta-analizde PMS prevalansının %47.8 olduğu saptanmıştır (15). Yapılan bir başka çalışmada yaş ortalamaları 16.5 ± 1.0 olan öğrencilerin %29.75'inde PMS saptanmıştır (23). Başka bir çalışmada ise yaş ortalaması 18.9 ± 1.6 olan öğrencilerin PMS prevalansı %18.4 olarak saptanmıştır (24). Hussein Shehadeh ve ark. (25)'nin yaptıkları çalışmada yaş ortalaması 22.8 ± 0.27 olan öğrencilerin %92.3'ünde PMS saptanmıştır. Tadakawa ve ark. (26)'nin yaptıkları çalışmada yaş ortalaması 17.00 ± 1.0 olan öğrencilerin PMS prevalansı %9.9 olarak saptanmıştır. Takeda ve ark. (27)'nin yaptıkları çalışmada ise yaş ortalaması 20.2 ± 1.12 olan sporcuların PMS prevalansı %8.6 olarak saptanmıştır. Farrokh-Eslamlou ve ark. (28)'nin yaptıkları çalışmaya

göre çoğunluğunun yaşı 24 ve üzeri olan tıp öğrencilerinin %39.4'ü PMS yaşamaktadır. Hameideh ve ark. (29)'nin yaptıkları çalışmada yaş ortalamaları 23.5 ± 6.1 olan öğrencilerin %80.2'sinin şiddetli PMS semptomlarını gösterdikleri görülmüştür. Firoozi ve ark. (30)'nin yaptıkları çalışmada yaş ortalamaları 21.04 ± 1.59 olan katılımcıların %11.0'ünün şiddetli PMS yaşadıkları saptanmıştır. Qiao ve ark. (31)'nin yaptıkları çalışmada katılımcıların %21.1'inde PMS saptanmıştır. Takeda ve ark. (32)'nin yaptıkları çalışmada katılımcıların %95'inde premenstrüel semptomlar görülmüştür.

İncelenen bu çalışmalar, PMS görülme sıklığının ülkemizde daha fazla olduğunu, bununla birlikte uluslararası çalışmaların da PMS sorununun bulunduğunu vurgulamaktadır. Bu çalışma, söz konusu literatüre ebelik mesleği adaylarının PMS sorunu yaşadıkları yönünde katkı sağlamaktadır.

Öğrencilerin Sosyo-demografik Özellikleri ve PMSÖ Puanları Üzerine Etkisi ile İlgili Bulguların Tartışılması

Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin PMSÖ puan ortalamasına etkisi incelendiğinde; okuldaki yılın PMSÖ puan ortalamalarını etkilediği ve sadece 1. sınıf ve 2. sınıf öğrencileri arasında fark olduğu; ikinci sınıf öğrencilerinin 1. sınıf öğrencilerinden daha fazla PMS sorunu yaşadıkları saptandı. Hussein Shehadeh ve ark. (25)'nin 858 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin üniversitedeki yılının PMS semptomlarını etkilediği görüldü. Elde edilen bu sonuçların örneklem özelliğinden kaynaklandığı ve bu farkın kalitatif çalışmalar ile sentez edilerek sorunu en fazla yaşayan öğrencilere ulaşılması ve sorunun çözülmesi gerektiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada öğrencilerin gelir durumu düştükçe PMS semptomlarını daha yoğun yaşadıkları görüldü. Benzer olarak Erbil ve ark. (21)'nin 302 evli kadın ile yaptıkları çalışmada gelir durumu düştükçe PMSÖ puan ortalamasının arttığı görüldü. Öte yandan Şahin ve ark. (33)'nin 1008 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada gelir durumunun PMS semptomlarını etkilemediği belirlendi. Alpaslan ve ark. (34)'nin 328 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada gelir durumunun PMS semptomlarını etkilemediği saptandı. Gelir durumuyla ilgili yurt dışında yapılan çalışmalara bakıldığında Hamaideh ve ark. (29)'nin 254 Ürdünlü kadın ile yaptıkları çalışmada gelir düzeyi düştükçe PMS semptomlarının arttığı görüldü. Öte yandan Farrokh-Eslamlou ve ark. (28)'nin 142 tıp öğrencisi ile yaptıkları çalışmada gelir durumunun PMSÖ puan ortalamasını etkilemediği görüldü. Sonuç olarak gelir durumunun PMS semptomlarına etkisi çalışmalara göre değişkenlik göstermektedir. Gelir durumu PMS semptomlarında dolaylı bir etkiye sahip olabilir (örneğin yeterli beslenememe, egzersiz yapamama vb.). Dolayısı ile gelir durumunun PMS semptomlarındaki etkisini birincil olarak inceleyen çalışmalar planlamalı ve gerçek yordayıcılar belirlenmelidir.

Bu çalışmada öğrencilerin yaşının, aile yapısının, mezun oldukları okulun, yaşamlarının önemli bölümlerini geçirdikleri Türkiye bölgesinin ve yerin, İstanbul'da kaldıkları yerin PMSÖ puan değerlerini etkilemediği bulundu.

Alpaslan ve ark. (34)'nin 328 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin yaş ortalamalarının PMS belirtilerini etkilemediği görülmüştür. Yurt dışında ise Farrokh-Eslamlou ve ark. (28)'nin 142 tıp öğrencisi ile

yaptıkları çalışmada yaş ortalamasının PMS semptomlarını etkilemediği belirlenmiştir. Diğer yandan Tadakawa ve ark. (26)'nın 901 kız öğrenci üzerinde yaptıkları çalışmada yaş ortalamasının PMS belirtilerini etkilediği saptanmıştır. Hamaideh ve ark. (29)'nın 254 Ürdünlü kadın ile yaptıkları çalışmada yaş ortalamasının PMS belirtilerini etkilediği ifade edilmiştir. Öğrencilerde PMS belirtilerinde yaşın bir yordayıcı olmamasının; öğrencilerin yaş olarak birbirine yakın kişilerden oluşan gruplar olması ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

Öte yandan Erbil ve ark. (21)'nin 302 evli kadın ile yaptıkları çalışmada kadınların aile yapılarının PMSÖ puan ortalamasını etkilemediği görülmüştür. Ayrıca Kırcan ve ark. (20)'nin 201 hemşirelik öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin yaşadıkları yer ve Türkiye bölgesinin PMSÖ puan ortalamasını etkilemediği belirlenmiştir. Şahin ve ark. (33)'nin 1008 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin kaldıkları yerlerin PMS semptomlarını etkilemediği ifade edilmiştir. Farrokh-Eslamlou ve ark. (28)'nin 142 tıp öğrencisi ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin kaldıkları yerin PMSÖ puan ortalamasını etkilemediği görülmüştür. Öte yandan Erbil ve ark. (21)'nin 302 evli kadın ile yaptıkları çalışmada yaşadıkları yer ile olan kadınların PMSÖ puan ortalamalarının arttığı bulgulanmıştır. Şahin ve ark. (33)'nin 1008 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada, ilde yaşayan öğrencilerin PMS semptomlarını daha yoğun yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu çalışmada öğrencilerin aile yapısı, yaşadığı yer gibi değişkenlerin PMS semptomlarında, stres karıştırıcısı yolu ile etkili olabileceği beklenmekteydi. Grubun genç olması nedeni ile örneğin şehir gibi yaşam koşullarının zor olduğu yerlerde stresörlerin henüz distres etkisi ile etkili olmadığı düşünüldü. Ya da elde edilen sonuçlar; stresörlerin bireyler üzerindeki etkisinin kişiden kişiye değişebildiği dolayısı ile bir kişi için distres olan stresörün diğeri için eustres olabileceği nedeni ile söz konusu değişkenlerin PMS semptomlarında etkili olmadığı şekilde açıklanabilir.

Öğrencilerin Sağlık Özellikleri ve PMSÖ Puanları Üzerine Etkisi ile İlgili Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada sigara, alkol kullanan öğrencilerin kullanmayanlara göre PMSÖ puan değerlerinin daha yüksek olduğu görüldü. Benzer şekilde Şahin ve ark. (33)'nin 1008 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada sigara içen öğrencilerin PMS semptomlarının daha yoğun olduğunu ifade etmişlerdir. Alpaslan ve ark. (34)'nin 328 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada sigara kullanımının PMS semptomlarını arttırdığını bulmuşlardır. Göker ve ark. (18)'nin 228 tıp öğrencisi ile yaptıkları çalışmada alkol kullanımının PMS semptomlarını arttırdığı, sigara kullanımının PMS semptomlarını etkilemediğini saptamışlardır. Erbil ve ark. (21)'nin 302 evli kadın ile yaptıkları çalışmada sigara kullanma durumunun PMSÖ puan ortalamasını etkilemediği görülmüştür. Yurt dışı çalışmalardan Hussein Shehadeh ve ark. (25)'nin 858 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada; Hamaideh ve ark. (29)'nin 254 Ürdünlü kadın ile yaptıkları çalışmada sigara kullanımının PMS semptomlarını etkilemediği saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmaların çoğu sigara ve alkol kullanımının PMS semptomlarının yoğunluğunun yordayıcısı olduğunu göstermektedir. Bu sonuç sistematik derlemeler ile kanıt haline getirilmelidir.

Bu çalışmada öğrencilerin BKİ değerleri arttıkça PMS semptomlarını daha yoğun yaşadıkları saptandı. Benzer şekilde Şahin ve ark. (33)'nin 1008 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada BKİ değerleri yüksek öğrencilerin PMS semptomlarının arttığı görülmüştür. Raval ve ark. (24)'nin 489 kolej öğrencisi ile yaptıkları çalışmada BKİ değerlerinin artmasının PMS semptomlarını arttırdığı saptanmıştır. Hamaideh ve ark. (29)'nin yaptıkları çalışmada kadınların BKİ değerlerinin artmasının PMS semptomlarını arttırdığı ifade edilmiştir. Farrokh-Eslamlou ve ark. (28)'nin 142 tıp öğrencisi ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin BKİ değerlerinin artmasının PMSÖ puan ortalamasını arttırdığı belirlenmiştir. Öte yandan Alpaslan ve ark. (34)'nin 328 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada; Hussein Shehadeh ve ark. (25)'nin 858 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada BKİ değerlerinin PMS semptomlarını etkilemediği bulgulanmıştır. İncelenen çalışmaların çoğu ve bu çalışma şişmanlığın PMS semptomlarını etkilediğini göstermektedir. Söz konusu etkinin hormonlarla ilişkili olduğu bilinmektedir (24,39,33).

Anemi, kronik sağlık sorunu olan ve ailesinde PMS'i olan öğrencilerin PMSÖ puan değerlerinin arttığı görüldü. Erbil ve ark. (21)'nin 302 evli kadın ile yaptıkları çalışmada anemi sorunu olan kadınların PMSÖ puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir. Kısa ve ark. (12)'nin 282 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada anneleri PMS yaşayan öğrencilerin PMSÖ puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır. Raval ve ark. (24)'nin 489 kolej öğrencisi ile yaptıkları çalışmada ailesinde PMS sorunu olma durumunu PMS semptomlarını arttırdığı görülmüştür. Farrokh-Eslamlou ve ark. (28)'nin 142 tıp öğrencisi ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin birinci derece akrabalarında PMS sorunu olma durumunun PMSÖ puan ortalamasını arttırdığı bulgulanmıştır. Göker ve ark. (18)'nin 228 tıp öğrencisi ile yaptıkları çalışmada aile PMS sorunu varlığının PMS semptomlarını etkilemediği ifade edilmiştir. İncelenen çalışmaların çoğu ve bu çalışma birinci derece yakında PMS olma durumunun bireydeki PMS yoğunluğunu arttırdığını göstermektedir. Günümüzün en ilgi çeken konularından biri de depresyon gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların sürekli görsel maruz kalma, epigenetik vb. faktörler ile geçişinin olabileceği konusudur. Bu bağlamda ebelerin bu bakış açısı ile bakım verdikleri kadınlarda PMS belirtilerini analiz etmeleri gereği ortaya çıkmaktadır.

Öte yandan sürekli ilaç kullanma, menarş yaşı, menstruasyon süresi, kendisinde ve ailesinde jinekolojik sağlık sorunu olması durumu, menarş öncesi menstruasyon hakkında bilgi alma durumuna göre PMSÖ puanlarının değişmediği görüldü. Şahin ve ark. (33)'nin 1008 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada menarş yaşının ve ilaç kullanımının PMS semptomlarını etkilemediği saptanmıştır. Alpaslan ve ark. (34)'nin 328 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada menarş yaşı ve menstruasyon süresinin PMS semptomlarını etkilemediği belirlenmiştir. Raval ve ark. (24)'nin 489 kolej öğrencisi ile yaptıkları çalışmada menarş yaşı ve menstruasyon süresi değişkenlerinin PMS semptomlarını etkilemediği bulgulanmıştır. Diğer yandan Göker ve ark. (18)'nin 228 tıp öğrencisi ile yaptıkları çalışmada menarş yaşının PMS semptomlarını etkilediği, menarş yaşının erken olmasının PMS semptomlarını arttırdığı ifade edilmiştir. Kısa ve ark.

(12)'nin 282 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada, Kırcan ve ark. (20)'nin 201 hemşirelik öğrencisi üzerinde yaptıkları çalışmada menarş öncesi bilgi alma durumunun PMSÖ puan ortalamasını etkilemediği bulgulanmıştır. Elde edilen veriler PMS belirtilerini söz konusu değişkenler yönünden bireye özgü tanılanmasının gerekliliğini düşündürmektedir.

Tüketilen besin grubunun öğrencilerin PMSÖ puan ortalamalarını etkilemediği görüldü. Öte yandan Göker ve ark. (18)'nin 228 tıp öğrencisi ile yaptıkları çalışmada diyet şeklinin PMS belirtilerini etkilediği, yağdan zengin diyet şeklinin PMS semptomlarını arttırdığı ifade edilmiştir. Tadakawa ve ark. (26)'nin 901 kız öğrenci üzerinde yaptıkları çalışmada tuzlu yiyecekler tercih eden öğrencilerin PMS semptomlarında artış görülürken, tatlı yiyecek ve kafeinli içecek tüketme durumunun PMS semptomlarını etkilemediği saptanmıştır. Farrokh-Eslamlou ve ark. (28)'nin 142 tıp öğrencisi ile yaptıkları çalışmada kahve ve tuz tüketiminin PMSÖ puan ortalamasını etkilemediği belirlenmiştir. Beslenme şekli ve PMS arasında bir ilişkinin bulunduğu beklenen bir sonuçtur. Doğal ürünlerden uzak, kimyasalları içeren bir beslenme şekli; hormonların salınımı etkileyecek, hormonlar ile doğrudan ilişkili olduğu bilinen PMS semptomları böylece daha yoğun yaşanabilecektir. Bu çalışmada ve incelenen bazı çalışmalarda beslenme şeklinin etkisiz bulunması; bu etkinin incelenme şekli ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle beslenmenin PMS üzerindeki etkisinin ayrıntılı incelendiği çalışmalar önem kazanmaktadır.

Bu çalışmada egzersiz yapma durumunun PMSÖ puan ortalamasını etkilemediği saptandı. Benzer şekilde Göker ve ark. (18)'nin 228 tıp öğrencisi ile yaptıkları çalışmada; Alpaslan ve ark. (34)'nin 328 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada; Raval ve ark. (24)'nin 489 kolej öğrencisi ile yaptıkları çalışmada egzersiz yapma durumunun PMS semptomlarını etkilemediği görülmüştür. Farrokh-Eslamlou ve ark. (28)'nin 142 tıp öğrencisi ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin düzenli egzersiz yapma durumunun PMSÖ puan ortalamasını etkilemediği ifade edilmiştir. Öte yandan Şahin ve ark. (33)'nin 1008 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada düzenli egzersiz yapmayan öğrencilerin PMS semptomlarının arttığı ve Tadakawa ve ark. (26)'nin 901 kız öğrenci üzerinde yaptıkları çalışmada düzenli egzersiz yapan öğrencilerin PMS semptomlarında azalma olduğu ifade edilmiştir. Düzenli egzersizin iyilik halini geliştirdiği bilinmektedir (35,36). Bu nedenle düzenli egzersizin PMS semptomlarını azaltması beklenmektedir. Bu çalışmada ve incelenen bazı çalışmalarda beklenen bu etkinin görülmemesi, egzersizin etkisinin incelenme şekline bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle PMS semptomlarında egzersizin etkisini inceleyen deneysel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aslan H, Karahan N, Çam Ç. Ebeliğin Doğası ve Doğum Şekli Üzerine Etkisi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2008; 1(2): 55-9.
2. Internationalmidwives.org [Internet]. The Netherlands: International Confederation of Midwives [Cited: 2016 June 10]. Available from: www.internationalmidwives.org.tr.

3. Akdeniz F. Premenstruel sendrom ve premenstruel disforik bozukluk. Yüksel Ş, Gülseren L, Başterzi DA, editörler. Kadınların Yaşamı ve Kadın Ruh Sağlığı. Ankara: Pelin Ofset Matbaacılık; 2013. s. 366-75.
4. Türkçapar AF, Türkçapar MH. Premenstruel Sendrom ve Premenstruel Disforik Bozuklukta Tanı ve Tedavi: Bir Gözden Geçirme. Klinik Psikiyatri. 2011; 14(4): 241-53.
5. Can HÖ. Menstrüel siklus bozuklukları. Şirin A, editör. Kadın sağlığı. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık; 2008. s. 147-73.
6. Can HÖ, Akmeşe ZB, Durmuş B. Sınıf Öğretmenlerinde Premenstruel Sendrom Görülme Durumu ve Öfke Tarzları. Journal of New World Sciences Academy. 2015; 10(1): 1-13.
7. Grady-Weliky TA. Premenstrual Dysphoric Disorder. N Engl J Med. 2003; 348(5): 433-8.
8. ACOG [Internet]. Washington: The American College of Obstetricians and Gynecologists [Cited: 2016 September 8]. Available from: http://www.acog.org/publications/patient_education/bp057.cfm.
9. Kıvrak AO, Taşgım Ö. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulunda Öğrenim Gören Kız Öğrencilerin Premenstrüel Sendrom Düzeyleri. Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi. 2010; 15(1): 110-9.
10. Indusekhar R, Umsan SB, O'Brien S. Psychological Aspects of Premenstrual Syndrome. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2007; 21(2): 207-20.
11. Öztürk S, Tanrıverdi D. Premenstrual Sendrom ve Başetme. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010;13(3): 57-61.
12. Kısa S, Zeyneloğlu S, Güler N. Üniversite Öğrencilerinde Premenstruel Sendrome Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 1(4): 284-97.
13. Ataollahi M, Akbari SAA, Majob F, Majd HA. The Effect of Wheat Germ Extract on Premenstrual Syndrome Symptoms. Iranian Journal of Pharmaceutical Research. 2015; 14(1): 159-66.
14. Freeman E. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Definitions and diagnosis. Psychoneuroendocrinology. 2003; 28(Suppl 3): 25-37.
15. Direkvand MA, Sayehmiri K, Delpisheh A, Kaikhavandi S. Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)- A Systematic Review and Meta-Analysis Study. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2014; 8(2): 106-9.
16. Gençdoğan B. Premenstruel Sendrom İçin Yeni Bir Ölçek. Türkiye' de Psikiyatri Dergisi. 2006; 8(2): 82-7.
17. Süt KH, Mestoğulları E. Effect of Premenstrual on Work-Related Quality of Life in Turkish Nurses. Safety and Health at Work. 2016; 7(1): 78-82.
18. Göker A, Ülkümen AB, Aktenk F, İkiz N. Premenstrual Syndrome in Turkish Medical Students and Their Quality of Life. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2015; 35(3): 275-8.
19. Güvenç G, Kılıç A, Akyüz A, Üstünsöz A. Premenstrual Syndrome and Attitudes toward Menstruation in a Sample of Nursing Students. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. 2012; 33(3): 106-11.

20. Kırçan N, Ergin F, Adana F, Arslantaş H. Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstruel Sendrom Prevalansı ve Yaşam Kalitesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2012; 13(1): 19-25.
21. Erbil N, Bölükbaş N, Tolan S, Uysal F. Evli Kadınlarda Premenstrual Sendrom Görülme Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2011; 8(1): 429-38.
22. Yücel U, Bilge A, Oran N, Ersoy MA, Gençdoğan B, Özveren Ö. Adolesanlarda Premenstruel Sendrom Yaygınlığı ve Depresyon Arasındaki İlişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2009;10(1):55-61.
23. Buddhabunyakan N, Kaewrudee S, Chongsomchai C, Soontrapa S, Soomboonporn W, Sothornwit J. Premenstrual Syndrome among High School Students. *International Journal of Women's Health*. 2017; 9(1): 501-5.
24. Raval CM, Panchal BN, Tiwari DS, Vala AU, Bhatt RB. Prevalence of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder among College Students of Bhavnagar, Gujarat. *Indian Journal of Psychiatry*. 2016; 58(2):164-70.
25. Hussein Shehadeh J, Hamdan-Mansour AM. Prevalence and Association of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder with Academic Performance among Female University Students. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2018; 54(2):176-84.
26. Tadakawa M, Takeda T, Monma Y, Koga S, Yaegashi N. The Prevalence and Risk Factors of School Absenteeism Due to Premenstrual Disorders in Japanese High School Students. *Biopsychosocial Medicine*. 2016; 10(13): 2-7.
27. Takeda T, Imoto Y, Nagasawa H, Muroya M, Shiina M. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in Japanese Collegiate Athletes. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015; 28(4): 215-8.
28. Farrokh-Eslamlou H, Oshnouei S, Heshmatian B, Akbari E. Premenstrual Syndrome and Quality of Life in Iranian Medical Students. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2015; 6(1): 23-7.
29. Hamaideh SH, Al-Ashram SA, Al-Modallal H. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder among Jordian Women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2014; 21(1): 60-8.
30. Firoozi R, Kafi M, Salehi I, Shirmohammadi M. The Relationship between Severity of Premenstrual Syndrome and Psychiatric Symptoms. *Iranian Journal Psychiatry*. 2012; 7(1): 36-40.
31. Qiao M, Zhang H, Liu H, Lou S, Wang T, Zhang J, et al. Prevalence of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in a Population-Based Sample in China. *European Journal of Obstetrics and Reproductive Biology*. 2012; 162(1): 83-6.
32. Takeda T, Tasaka K, Sakata M, Murata Y. Prevalence of Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in Japanese Women. *Archives of Women's Mental Health*. 2006; 9(4): 209-12.
33. Şahin S, Özdemir K, Ünsal A. Evaluation of Premenstrual Syndrome and Quality of Life in University Students. *Journal of the Pakistan Medical Association*. 2014; 64(8): 915-22.
34. Alpaslan AH, Avcı K, Soylu N, Taş HL. Association between Premenstrual Syndrome and Alexithymia among Turkish University Students. *Gynecological Endocrinology*. 2014; 30(5): 377-80.
35. Kaya N. Hareket Aktivitesi. Babadağ K, Aştı T, editörler. *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık; 2012. s. 301-33.
36. Kaya N, Turan N. Hareket ve Egzersiz. Aştı T, editör. *Hemşirelik Esasları*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2012. s. 321-89.

Ruhsal Hastalıklarda Damgalama ile Mücadele: Anahtar Rol Üstlenen Meslekler

Ferhan AÇIKGÖZ¹, Dilek AKKUŞ¹

ÖZ

Ruhsal hastalığı olan bireyler genellikle normal dışı kabul edilmekte ve toplum tarafından tehlikeli, etrafa zarar veren, nerede ne yapacağı belli olmayan kişiler olarak düşünülmektedir. Toplum tarafından kabul görmeyen bu davranışlar nedeniyle ruhsal hastalığı olan bireylere bir tür damgalama (etiketlendirme) yapılmaktadır. Damgalama; kişinin içinde yaşadığı toplumun normal saydığı ölçülerin dışında sayılması nedeniyle, diğer insanlardan aşağı görülmesi, kusurlu ve gözden düşürülmüş olarak olumsuz değerlendirilmesidir. Damgalama nedeniyle hasta ve hasta yakınları barınma, sağlık hizmetlerine ulaşma, işe başvuru, sosyal ilişkilerin kısıtlanması gibi durumlarla karşı karşıya gelmekte, yaşam kalitesi düşmektedir. Toplumun tutum ve inançları ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini bu denli olumsuz etkilerken damgalama ile mücadele kaçınılmazdır. Toplum lideri meslek gruplarının ruhsal hastalıklar hakkındaki inanç ve tutumlarının bilinmesi hastalıklarının tedavisi ve rehabilitasyonu için önemlidir. Toplumdaki olumsuz tutumlarının daha hızlı ve etkili değişimi açısından topluma liderlik yapan meslek grupları önemli yere sahiptir. Bu derlemenin amacı toplum liderleri mesleklerden öğretmen, sağlık çalışanları, polis, dini lider, muhtar ve medya çalışanlarının damgalama ile mücadelede neden önemli olduğunu literatür doğrultusunda açıklamaktır.

Anahtar Kelimeler: Damgalama; ruhsal hastalık; meslekler.

Fighting Stigmatization in Mental Illnesses: Professional Who Have a Key Role

ABSTRACT

Individuals suffering from mental illness are often regarded as outside of the norm and society is unsure of what to do with such people as they are considered to be dangerous and destructive to those around them. Because these behaviors are unacceptable by society, a form of stigmatization (labeling) is applied to individuals with mental illness. Stigmatization is deemed as the devaluation of a person in society because of his/her maladaptive behaviors inconsistent with social norms and criteria and the evaluation of him/her negatively as imperfect and discredited. As a result of stigmatization, people with mental illness and their family are robbed of the opportunities that define a quality life: housing, use to health care, application, jobs, and limitation of social relations. When society's attitudes and beliefs adversely affect the quality of life of individuals with mental illness, the struggle against stigmatization is unavoidable. Knowing of the beliefs and attitudes of professional leadership groups on mental illness is important both for the treatment and rehabilitation of mental diseases. Professional leadership groups have an important place in society because of their social influence and possibility to change quickly and effectively negative attitudes in society. The purpose of this article is to why the teachers, health workers, police, religious leaders, headmen and media workers are important in the fight against stigmatization in the direction of current literature.

Keywords: Stigma; mental illness; occupations.

GİRİŞ

Ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum tarafından normal dışı kabul edilmekte ve bu bireyler tehlikeli, ne yapacağı belli olmayan, çevresine zarar veren bireyler olarak düşünülmektedir (1,2). Ruhsal hastalığa yönelik olumsuz tutumlar hastanın doğru tanı konularak etkili tedavi edilmesi önünde ciddi bir engel oluşturmakta, hastaların toplumsal uyumunu sınırlamaktadır.

1 Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Ferhan AÇIKGÖZ, ferhanacikgoz@duzce.edu.tr

Geliş Tarihi / Received: 11.06.2018 Kabul Tarihi / Accepted: 29.06.2018

Ruhsal hastalığı olan bireyin damgalama olmadan toplum içinde yaşaması için, o toplumun ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumlarının olumluya dönüştürülmesi önemlidir. Ruhsal hastalıklar konusunda, yanlış ve eksik bilgilerin giderilmesi, tutumların olumluya dönüşmesine yardımcı olabilmektedir. Toplum tutum ve davranışlarına etkisi yüksek meslek gruplarının bilgilendirilmesi toplumdaki önyargı ve olumsuz tutumların hızlı ve etkili değişimi açısından önemlidir (1-3). Bu derlemenin amacı toplum liderleri mesleklerden öğretmen, sağlık çalışanları, polis, dini lider, muhtar ve medya çalışanlarının damgalama ile mücadelede neden önemli olduklarını literatür doğrultusunda açıklamaktır.

Damgalama ve Etkileri

Damgalama; toplumun normal saydığı sınırların dışında görülmesi nedeniyle, diğer insanlardan aşağı, kusurlu ve gözden düşürülmüş olarak olumsuz değerlendirilmesidir (4-6). Ruhsal hastalığı olan bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarında ortaya çıkan değişiklikler genellikle normal dışı kabul edilmekte ve toplum tarafından tehlikeli, etrafa zarar veren, nerede ne yapacağı belli olmayan kişiler olarak düşünülmektedir. Toplum tarafından kabul görmeyen bu davranışlar nedeniyle ruhsal hastalığı olan bireylere bir tür damgalama (etiketlendirme) yapılmaktadır (1,2,7). Ruhsal hastalığı olan bireyler bir yandan hastalıktan kaynaklanan semptomlar ile diğer bir yandan da ruhsal hastalıklara duyulan önyargılar ile karşılaşmaktadır. Her iki durumda güvenli barınma, sağlık hizmetlerine ulaşma, işe alınma, sosyal ilişkilerin kısıtlanması gibi durumlarla karşı karşıya gelmekte, yaşam kalitesi düşmektedir (8).

Toplum ve Damgalama

Ruhsal hastalığa yönelik toplumsal inanç ve tutumların birçok çalışmaya konu olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılan bir sistematik derlemede; ruhsal hastalığı olan bireylerin tehlike algılandığı, ruhsal hastalıkların bireylerde iletişimi bozduğu görüşü ile iş ve sosyal çevrede sorunlar yaşatacağı, bireylerin yaptıkları işlere güvenilmemesi yönünde inançları olduğu saptanmıştır (9). Şizofreni hasta yakınları ile yapılan bir çalışmada katılımcıların dörtte üçü ve daha fazlası, şizofreni hastalığı olan kişilerin saldırgan olduğu, hastaların kendi hayatları hakkında doğru kararlar alamayacağını ve böyle biriyle evlenmeyeceklerini düşünmektedir (10). Yurt dışındaki çalışmalar incelendiğinde ruhsal hasta ve hastalıklara karşı olumsuz tutumlara rastlanmaktadır. Pakistan’ da üniversite öğretim elemanları ve öğrencilerin katıldığı bir çalışmada ruhsal hastalıklara olumsuz tutum sergiledikleri (11), İngiltere’de bir çalışmada şizofreni alkol ve madde bağımlılığına karşı olumsuz görüşün daha fazla olduğu ve bu gruptaki hastaları başkalarına karşı tehlikeli olarak değerlendirdiği belirlenmiştir (12).

Damgalama ile Mücadele

Toplumun tutum ve inançları ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesini bu denli olumsuz etkilerken damgalama ile mücadele kaçınılmazdır. Dünya Psikiyatri Birliği (World Psychiatric Association- WPA) tarafından 1996-1999 yıllarında başlatılan toplam 18 ülke ve ülkemizin de içinde yer aldığı “schizophrenia: open the doors” başlıklı damgalama ile mücadele eğitim programı büyük ses getirmiştir. Toplumda şizofreniyle ilgili farkındalığın artırılması, şizofreni ve tedavisi hakkında bilgilendirmek, toplumun şizofreni hastasına ve ailesine

karşı olumlu tutum geliştirmek, önyargı, damgalama ve buna bağlı ayrımcılığı ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetler başlatmak bu programın amaçları arasında yer almıştır (13). Dünya Sağlık Örgütü, “herkes için sağlık” konusunda Avrupa Bölgesi üyesi olan ülkelerden kendi stratejilerini belirlemelerini istemiş ve Helsinki’de 2005 yılında sağlık bakanlıkları temsilcilerinin yer aldığı toplantı sonucunda Avrupa ülkeleri için bir ruh sağlığı eylem planı açıklanmıştır. Damgalama ve ayrımcılıkla mücadele etmek bu eylem planının ana başlıklarından birisidir (14).

Damgalama ile mücadelede öncelikle bireylerin inanç, tutum ve damgalama durumlarını saptamak, toplumda var olan önyargı, yanlış bilgi ve inançları değiştirmeye çalışmak uygun yaklaşım olacaktır. Çalışmalarda ruhsal hastalıklarla ilgili film/video gösterimi, ruhsal bozukluğu olan bireylerle temas ve eğitim ile toplumun ruhsal hastalıklarda damgalamada olumsuz tutumlarının azaldığı görülmüştür (8,15). Eğitim programlarının ruhsal hastalıkların anlaşılması, damgalama üzerine olumlu etkileri olduğu yapılan çalışmalarda görülmüş, damgalama karşıtı programlarının düzenli olarak sunulması önerilmiştir (8,15-17). Çalışmalarda sağlık çalışanları, polis ve okul çocukları, din adamları, muhtarlar, gazeteciler gibi toplumda liderlik özelliği taşıyan meslek elemanları ile bu tür çalışmaların yapılması ve eğitim müdahalesinde bulunulmasını önermektedir (1,18). Toplumdaki lider meslek gruplarının doğru bilgilendirilmesi damgalama yükünün hafifletilmesinde etkili yöntem olarak görülmektedir.

Bu noktadan hareketle öncelikle topluma liderlik yapan meslek gruplarının ruhsal hasta ve hastalıklara ilişkin tutumlarının ve her bir meslek grubunun damgalama ile mücadelede önemin kavranması önemli yer tutmaktadır.

Damgalama ile Mücadelede Toplum Liderleri Mesleklerin Önemi

Damgalama ile mücadele herkesin sorumluluğunda olup, toplum lideri meslek gruplarının önemi büyüktür. Toplumda kilit kişi ve meslek üyelerinin damgalama ile mücadelede neden yer almalıdır?, sorusunun cevabının bilinmesi önemlidir.

Öğretmen

Damgalama ile mücadelede dünya çapında ergenleri hedef alan müdahaleler önerilmektedir. Ergenlik dönemin damgalamayı önleme müdahalelerinde iki farklı nedenden dolayı önemlidir. Birincisi tutumlar erken çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine kadar uzanan süreçte şekillenmektedir. Ergenlik ruhsal hastalıklara karşı pozitif tutumların oluşturulması için bir fırsattır. Literatürde gençlerin tutumlarını değiştirmenin yetişkinlere göre daha kolay olduğu, ergenlere verilen eğitimlerle ruhsal hastalıklar hakkındaki bilgi düzeylerinin arttığı ve tutumların daha olumlu olduğu belirtilmiştir (19,20). İkincisi ruhsal hastalıklar açısından risk altında bulunan ergenlerin stigma nedeniyle ruh sağlığı hizmetlerine ulaşmaları az olduğu bilinmektedir (21-24). Ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımını artırmak ve damgalamanın azaltılması için okul çalışanlarının ve öğrencilerin ruhsal sorunları anlayabilmesi önemlidir. Ruh sağlığı hizmetlerine daha iyi erişim gençler arasında daha iyi bir ruh sağlığı anlamına gelebilir. Bu nedenle sağlık çalışanları damgalama karşıtı programlarda ergenleri hedef alırken öğrencilerle çok yakın olan öğretmenlerin

aktif rol alabileceği unutulmamalıdır. Öğretmenler hem sınıfta hem de toplumda rol modeli olduğu için onların damgalama eğilimleri önemli sosyal etkiye sahip olabilir (25-28). Başlangıç için öğretmenlerin ruhsal hastalıklara karşı damgalama eğilimlerinin farkında olmaları önemlidir. Bu nedenle okullarda görev yapan öğretmenlerin ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını belirlemek ve müdahalede çalışmalarında işbirliği içinde olunması önemlidir.

Sağlık Çalışanları

Sağlık çalışanları topluma hizmet verdikleri her alanda ruhsal hastalığı olan bireylerle karşılaşma olasılığı yüksektir. Sağlık çalışanlarının olumsuz tutumları hastaların hastalıkla baş etme, tedavi için başvurularında engel teşkil edebilir, aynı zamanda hasta ve ailesinin yaşam kalitesinde olumsuz etkiye neden olabilir (29,30). Sağlık personelinin tutumlarının araştırıldığı bir çalışmada hemşire ve doktorlardan %42.8'i psikiyatri hastalarını saldırgan bulduklarını, %45.1'inin ruhsal sorunlu bir bireyle aynı iş yerinde çalışmak istemediği yanıtını verdikleri saptanmıştır (29). Aker ve arkadaşlarının (31) birinci basamak hekimleri ile yaptığı bir çalışmada hekimlerinin yarısından fazlası şizofren bir komşusu olursa rahatsız olacağını, bir şizofrene evini asla kiraya vermeyeceğini, hastalarının serbest dolaşmaması gerektiğine, saldırgan olduklarına inandıklarını belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarının olumsuz tutumları hasta/ailesine davranış ve yaklaşımları etkileyebilir bunun sonucunda hastalar bakımda güçlük yaşayabilir ya da tedaviden uzak kalabilirler (32). Bu nedenle sağlık çalışanlarının olumsuz tutumlarının değiştirilmesi, olumlu tutum içinde olmaları hem hastanın başvuru/tedavi sürecinde hem de toplumda farkındalık ve rol model olma açısından önemlidir (31-33).

Polis

Polisler "sokak köşesindeki psikiyatrist", (street-corner psychiatrist), "mavili psikiyatristler" (psychiatrists in blue) takma adları olan ruhsal bozukluğu olanlara ilk müdahale eden meslek grupları arasında yer almaktadır. Çoğu zaman hastayı sakinleştirme gibi gayri resmi müdahalelerin yanında hastayı hastane ya da cezaevine götürme gibi resmi müdahalede bulunmaktadırlar (34,35). Polislerle yapılan bir çalışmada; katılımcıların %80'i psikiyatri hastası ile evlenmeyeceğini, %48'i psikiyatri hastası ile çalışmak istemediğini, %50'si psikiyatri hastanesinde çalışmak istemediklerini ifade ettiği belirlenmiştir (36). Lamb ve arkadaşları (34) çalışmasında polis memurlarının ruhsal hastalıkları tanıma, ruhsal bozukluğu olan hastalara müdahale hakkında eğitim almak istediklerini belirtmiştir. Toplumda liderlik yapan meslek grupları arasında yer alan polislerin çalışma saatleri (7/24), kamu güvenliğini sağlama, ruhsal bozukluğu olan bireylerle iletişime geçme, resmi ya da resmi olmayan müdahalede bulunma, rapor tutma gibi rolleri düşünüldüğünde polis memurlarının damgalama yükünün hafifletilmesinde önemli rolü olacağı düşünülmektedir.

Din Görevlileri

Ruhsal hastalığı olan bireylerin toplumdan topluma "tuhaf", "saldırgan", "tehlike" gibi nitelendirilmesi, hastaların damgalama ve kabul görmeme korkusu hastaları tıp dışı çare arama davranışına yönlendirebilmektedir (37,38). Sağlık arama davranışlarını inceleyen çalışmalarda ruhsal bozukluğa

sahip bireylerin tedavi amacıyla tıp dışı tedavicilere ve daha çok din görevlilerine başvurduğu, hocalarla dinsel-büyüsel tedaviler gibi dinsel çare arayışında bulunduğu sonucuna rastlanmıştır (39-41). Bu başvurular göze alındığında hastaların bilgilendirilmesi ve tıbbi başvuruya yönlendirilmelerinde dini liderlerin rolü önemlidir. Eker ve arkadaşlarının (3) din görevlileri ile yaptığı çalışmada din görevlilerinin %33.3'ü şizofreni hastalarının serbestçe dolaşmaması gerektiğini, %41.9'u şizofreni olan bir komşudan rahatsızlık duyacağını, %37.1'i şizofreni hastalarının saldırgan olacağını belirtmişlerdir. Özellikle kırsal alanda rol modeli olan din görevlileri toplumda sözü dinlenen meslek grupları arasında yer almaktadır. Bu rolü göz önüne alındığında din görevlilerinin ruhsal hastalığı olan bireylere olumlu tutum ve davranışları hastaların tıbbi tedaviye yönelme ve toplumda kabul görmeleri ve toplumda önyargıların azaltılmasında önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle din görevlilerinin ruhsal hastalıklarla bilgi ve tutumları önem kazanmaktadır.

Muhtarlar

Muhtarlar köy/mahallede seçildiği kitleyi temsil eden, halka iç içe olan halka buluşan bir birimdir. Muhtarların mahalle sakinleri ile birlikte ortak ihtiyaçların belirlenmesi, mahallenin yaşam kalitesini geliştirilmesi, kamu kurum ve kuruluşlarıyla işbirliği gibi görevleri bulunmaktadır (42). Aynı zamanda muhtarların ruhsal sorunlu bireylerin belirlenmesi, kendi yetki yasaları çerçevesinde çalışma alanındaki kişileri hastanın yakınları dışındaki kişilerce tedavi için hastaneye gönderme yetkileri bulunmaktadır. Halkla iç içe olmaları ve görev-yetkileri düşünüldüğünde temsil ettiği bölgenin lideri konumundaki muhtarların damgalama ile mücadelede aktif rol alabileceği unutulmamalıdır. Muhtarlar ile yapılan bir çalışmada ise muhtarların %33.3'ünün ruhsal hastalığı olan bireyleri konuşmaları ve hareketleri farklı dengesiz tutarsız ve agresif, %27.8'inin bakışları değişik ani ve beklenmeyen hareketleri vardır yanıtını verdiği belirlenmiştir (1). Hindistan'da toplum liderleri ile yapılan bir çalışmada akıl hastalığına karşı karamsar tutum ve ruhsal hastalığı olan bireylerin iş bulmaları konusunda kısıtlayıcı davranış gösterdiklerini bildirmişlerdir (7). Muhtarların halka bağlantıları ve liderlik özellikleri göz önüne alındığında ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını belirlemek ve müdahalede çalışmalarında işbirliği içinde olmaları önemlidir.

Medya Çalışanları

Güçlü bir ikna ve yönlendirme etkisine sahip kitle iletişim araçları damgalama üzerine etkili olabilmektedir. Toplum yazılı ve görsel medya aracılığı ile psikiyatrik bozuklukları tanımaktadır. Bireylerin tutum ve davranışlarının oluşumunda medya önemli rol oynamaktadır. Bu açıdan bakıldığında psikiyatrik hastalıklar üzerine toplumu doğru şekilde bilgilendirmek için değerli ve etkili kaynaktır. Ancak medyada çoğu zaman damgalamaya yol açabilecek yanlış bilgi ve yorumlamaların yer aldığı haberler yayınlanmaktadır. Medyada yer alan haberlerin tarafsız ve dengeli olması beklenmektedir (43,44). Medyanın güçlü ve hızlı etkisi düşünüldüğünde medya çalışanlarının damgalama ile mücadelede yer alması, öncelikle çalışanların kendi tutum ve önyargılarının belirlenmesi oldukça önemlidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Ruhsal hastalığı olan bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi için damgalama ile mücadele kaçınılmazdır. Damgalamanın ortadan kaldırılması herkesin sorumluluğunda olup, toplum liderlerinin mücadelede rolü büyüktür. Toplumdaki olumsuz tutumlarının daha hızlı ve etkili değişimi açısından her meslek grubu önemli yere sahiptir. Bu nedenle öncelikle toplum ve topluma liderlik yapan meslek gruplarının tutumlarının değerlendirilmesi, farkındalığın artırılması ve inançlarının olumluya dönüştürülmesi öncelikler arasındadır ve bu değişimde eğitim etkilidir. Psikiyatri hemşireleri bağımsız rollerinden biri olan eğitim rolünü üstlenerek ruhsal hastalıklara yönelik bilgilendirme eğitimleri planlamalıdır. Topluma liderlik yapan meslek grupları ve psikiyatri hemşireleri işbirliği yaparak ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutumların olumluya yöneltmede birlikte çalışmalarını son derece önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Çam O, Bilge A, Engin E, Akmeşe Baykal Z, Turgut Öztürk E, Çakır N. Muhtarlara verilen ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele eğitiminin etkililiğinin araştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2014; 5(3): 129-36.
2. Yüksel N, Yılmaz M, Temel Örekici G. Öğretim elemanlarının ruhsal hastalıklara ve hastalara ilişkin görüşleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2015; 6(1): 26-32.
3. Eker F, Öner Ö, Şahin S. Din görevlilerinin şizofreniye ilişkin bilgi ve tutumları (Düzce örneği). *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2010; 1(2): 63-70.
4. Çam O, Çuhadar D. Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2011; 2(3): 136-40.
5. Tel H, Ertekin Pınar Ş. Ayaktan izlenen psikiyatri hastalarında içselleştirilmiş damgalama ve benlik saygısı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2012; 3(2): 61-6.
6. Korkmaz G, Küçük L. Internalized stigma and perceived family support in acute psychiatric in patient units. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2016; 30(1): 55-61.
7. Salve HR, Babu S, Rai SK, Sagara R, Kant S. Attitude about mental illness of health care providers and community leaders in rural Haryana, North India. *Indian Journal of Community Health*. 2014; 26(4): 374-8.
8. Patrick W, Corrigan AMY, Watson C. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 2002; 1(1): 16-20.
9. Çam O, Bilge A. Türkiye’de ruhsal hastalığa / hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2013; 4(2):91-101
10. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K, Tamar D. Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001; 12(2): 99-110.
11. Javed Z, Naeem F, Kingdon D, Irfan M, Izhar N, Ayub M. Attitude of the university students and teachers towards mentally ill, in Lahore, Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2006; 18(3): 55-8.
12. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British journal of psychiatry*. 2000; 177(1): 4-7.
13. Kadri N, Sartorius N. The global fight against the stigma of schizophrenia. *PLoS Medicine*. 2005; 2(7): 136.
14. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı 2011-2023. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 847. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı; 2011.
15. Schulze B, Richter Werling M, Matschinger H, Angermeyer MC. Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes towards people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;107(2):142-50.
16. Altındag A, Yanik M, Ucoğ A, Alptekin K, Ozkan M. Effects of an antistigma program on medical students' attitudes towards people with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2006; 60(3): 283-8.
17. Ke S, Lai J, Sun T, Yung MHM, Wang JCC, Austin J. Healthy young minds: The effects of a 1-hour classroom workshop on mental illness stigma in high school students. *Community Ment Health J*. 2015; 51(3): 329-37.
18. Thornicroft G, Brohan E, Kassam A, Lewis-Holmes E. Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions. *International Journal of Mental Health Systems*. 2008; 2(1): 3.
19. Chan JY, Mak WW, Law LS. Combining education and video-based contact to reduce stigma of mental illness: "The Same or Not the Same" anti-stigma program for secondary schools in Hong Kong. *Social Science & Medicine*. 2009; 68(8): 1521-6.
20. Oban G, Küçük L. Damgalama erken yaşlarda başlar. Gençlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayla mücadelede eğitimin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2011; 2(3):141-8.
21. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010; 10: 113.
22. Sakellari E, Leino Kilpi H, Kalokerinou Anagnostopoulou A. Educational interventions in secondary education aiming to affect pupils' attitudes towards mental illness: A review of the literature. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 2011; 18(2): 166-76.
23. Yamaguchi S, Mino Y, Uddin S. Strategies and future attempts to reduce stigmatization and increase awareness of mental health problems among young people: A narrative review of educational interventions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2011; 65(5): 405-15.
24. Huggins A, Weistb MD, McCallb M, Kloosb B, Millerb E, Georgeb MW. Qualitative analysis of key informant interviews about adolescent stigma surrounding use of school mental health services. *International Journal of Mental Health Promotion*. 2016; 18(1): 21-32.
25. Rickwood DJ, Deane FP, Wilson CJ. When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Med J Aust*. 2007; 187(7): 35-9.

26. Yaman E, Güngör H. Damgalama eğilimine ilişkin öğretmen görüşleri. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2014; 7(18): 823-51.
27. Cooke A, King J, Greenwood K. We could end up in a lot of trouble: Teachers' communications with young children about mental health. *Journal of Public Mental Health*. 2016; 15(2):103-14.
28. Mueller J, Callanan MM, Kathryn G. Communications to children about mental illness and their role in stigma development: An integrative review. *J Ment Health*. 2016; 25(1): 62-70.
29. Bağ B, Ekinci M. Sağlık personelinin ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumlarının araştırılması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*. 2005; 3(11): 107-27.
30. Arkan B, Bademli K, Duman Çetinkaya Z. Sağlık Çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumlar: Son 10 yılda Türkiye'de yapılan çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011; 3(2): 214-31.
31. Aker T, Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Uğuz Ş, Tamar D ve ark. Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2002; 3(1): 5-13.
32. Winkler P, Mladá K, Janoušková M, Weissová A, Tušková E, Csémy L, et al. Attitudes towards the people with mental illness: Comparison between Czech medical doctors and general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2016; 51(9): 1265-73.
33. Kukulü K, Ergün G. Stigmatization by nurses against schizophrenia in Turkey: A questionnaire survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2007; 14(3): 302-9.
34. Lamb HR, Weinberger LE, DeCuir WJ. The police and mental health. *Psychiatric Services*. 2002; 53(10): 1266-71.
35. Livingston JD, Desmarais SL, Verdun-Jones S, Parent R, Michalak E, Brink J. Perceptions and experiences of people with mental illness regarding their interactions with police. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2014; 37(4): 334-40.
36. Kimhi R, Barak Y, Gutman J, Melamed Y, Zohar M, Barak I. Police attitudes toward mental illness and psychiatric patients in Israel. *J Am Acad Psychiatry Law*. 1998; 26(4): 625-30.
37. Tang Y L, Seigny R, Mao PX, Jiang F, Cai Z. Help-seeking behaviors of Chinese patients with schizophrenia admitted to a psychiatric hospital. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2007; 34(2): 101-7.
38. Sarıkoç G, Demiralp M, Özşahin A, Açikel C. Ruhsal hastalıklarda yardım arama: Hasta yakınlarının tutumlarına yönelik bir çalışma. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015; 4(1): 32-8.
39. Leavey G, Loewenthal K, King M. Challenges to sanctuary: The clergy as a resource for mental health care in the community. *Social Science & Medicine*. 2007; 65(3): 548-59.
40. Güleç G, Yenilmez Ç, Ay F. Bir Anadolu şehrinde psikiyatri kliniğine başvuran hastaların hastalık açıklama ve çare arama davranışları. *Klinik Psikiyatri*. 2011; 14(3): 131-42.
41. Yalvaç DH, Kotan Z, Ünal S. Şizofreni hastalarında çare arama davranışı ve ilişkili faktörler: Türkiye'nin doğusunda ve batısındaki iki popülasyon arasında karşılaştırmalı bir çalışma. *Düşünen Adam*. 2015; 28(2):154-61.
42. Göküş M, Bayrakçı E, Alptürker H. Mahalle yönetimi ve mahalle muhtarlarının vatandaşlar tarafından değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2013; 18(2): 31-45.
43. Aker S, Dündar C, Pekşen Y. Sokaktakiler, yazılı basın ve damgalama. *Aile ve Toplum*. 2007; 3(11): 83-90.
44. Boke O, Aker S, Aker AA, Sarisoy G, Sahin AR. Schizophrenia in Turkish newspapers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2007; 42(6): 457-61.



Demanslı Bireylerin Ajitasyon Yönetiminde Aromaterapinin Kullanımı

Tuğçe TÜRTEN KAYMAZ¹, Leyla ÖZDEMİR²

ÖZ

Demans hastalığının orta ve ileri evrelerinde bilişsel belirtilere ek psikiyatrik ve davranışsal belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler arasından en sık rastlanılan olan ajitasyon, bakım verende fiziksel, sosyal ve ekonomik kayıplara yol açmaktadır. Bunun sonucu bakım yükü artan bakım veren, öfkeli, sabırsız olabilmekte, bakımdaki sonuçları ile de hastanın ajitasyon davranışı artırmaktadır. Zorlayıcı nitelikte olan bu belirtiler, hastalığın acilen ele alınmasını ve tedavisini gerektirmektedir. Psikiyatrik ve davranışsal belirtilerin farmakolojik tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçların, ciddi ve ölümcül yan etkilerinden korunmak için demans tedavisinde kullanımının sınırlandırılması önerilmektedir. Kılavuzlar, demansa bağlı psikiyatrik ve davranışsal belirtilerin tedavisinde öncelikle farmakolojik olmayan uygulamaların tercih edilmesini önermektedir. Ajitasyon davranışının yönetilmesi ile hastaya ve bakım verene ilişkin sorunların giderilmesi, bakım yükünün, bakımevine yatışların ve hastalık maliyetinin azalması sağlanabilir. Koku ile tedavi anlamına gelen aromaterapi, ajitasyon yönetiminde kullanılan farmakolojik olmayan uygulamalar arasında yer almaktadır. Demans hastalarında ajitasyon yönetiminde aromaterapinin kullanımı, semptomların ve bakım veren yükünün azaltılmasına katkı sağlamaktadır. Aromaterapi konusunda bilgi ve deneyim artışı, hemşirelik literatüründe kanıt temelli kaynakların gelişimi, aromaterapinin klinikte tercih edilirliliğini, güvenli kullanımını ve sağlık ekibi tarafından kabul edilirliliğini etkileyecektir. Bu derlemede, demans hastasında ajitasyon yönetiminde aromaterapinin kullanımı ve önemi hakkında bilgi sağlamak amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ajitasyon; aromaterapi; demans; hemşirelik.

Use of Aromatherapy on Agitation Management of Patient with Dementia

ABSTRACT

In addition to cognitive symptoms, psychiatric and behavioral symptoms such as agitation occur in the moderate and severe stage of dementia. Agitation, the most common of these symptoms, is led to physical, social and economic losses in the caregiver. As a result of the burden of care, the caregiver can be angry and impatient. The results of caregiver burden increases the agitation behavior of the patient. These coercive symptoms require urgent handling and treatment of the disease. To avoid for serious and deadly side effects the use of antipsychotic drugs used in the pharmacological treatment of psychiatric and behavioral symptoms is suggested to limit in the treatment of dementia. The guides firstly suggest non-pharmacological applications for the treatment of dementia-related behavioral and psychiatric symptoms. Managing agitation behavior can help to resolve problems with the patient and caregiver, reduce the burden of care, hospitalization, and cost of illness. Aromatherapy which means treatment with fragrance, is a non-pharmacological application which used agitation management. The use of aromatherapy in agitation management in dementia patients contributes to the reduction of symptoms and caregiving burden. Increased knowledge in aromatherapy and development of evidence-based resources in the nursing literature will be affected the clinical preference of aromatherapy, its safe use, and its acceptability by the health care team. Aim of this review is to provide knowledge about use and importance of aromatherapy in dementia patients for agitation management.

Keywords: Agitation; aromatherapy; dementia; nursing.

1 Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik

2 Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Tuğçe TÜRTEN KAYMAZ, tgctrtn@gmail.com

Geliş Tarihi / Received: 16.02.2018 Kabul Tarihi / Accepted: 27.08.2018

GİRİŞ

Demans hastalığında, bilişsel işlevlerdeki bozulmaya, zamanla davranış bozuklukları eşlik etmektedir (1). Psikiyatrik ve davranışsal demans belirtileri “demans hastalarında sık rastlanan algılama, düşünce içeriği, duygu, durum ve davranış bozukluğu belirtileri” olarak tanımlanmaktadır. Apati, depresyon, hezeyan, halüsinasyon, saldırganlık, ajitasyon, uyku ve yeme bozuklukları gibi belirtileri kapsayan davranışsal ve psikiyatrik belirtiler, her demans hastasında hastalığın bir döneminde ortaya çıkmaktadır (2,3). Demansta psikolojik ve davranışsal semptomlardan ajitasyon %63-70, apati %60-70, iritabilite %65, depresyon %50, anksiyete %46, hezeyanlar %30-50 ve halüsinasyon %25 oranlarında görülmektedir (4-6).

Davranışsal belirtiler arasında en sık karşılaşılan ajitasyon davranışı, hastanın iç sıkıntısı nedeni ile aşırı hareket etmesi anlamına gelmekte ve bir kez başladığında hastalık süresince devam etme eğiliminde olmaktadır (7). Ajitasyon, fiziksel olarak saldırgan olmayan davranışlar (huzursuzluk, adımlama, tekrarlayıcı davranışlar, eşyaları saklama, uygunsuz giyinme-soyunma); fiziksel olarak saldırgan davranışlar (vurma, itme, çekme, ısırma, tekme atma, kavga etme); sözel olarak saldırgan olmayan davranışlar (negativizm, tekrar etmeler, söze karışmalar, sürekli ilgi isteme); sözel olarak saldırgan davranışlar (bağırma, garip sesler çıkarma, küfür etme, öfke patlamaları) olarak kategorilere ayrılabilir (8). Hastalık ilerledikçe artma eğiliminde olan ajitasyonun görülme oranı demansın ileri evrelerinde erken evreye göre 3.5 kat artmaktadır (7). Meziere ve arkadaşlarının (5) çalışmasında ajitasyonu olan hastaların %35’i erken evre, %47’si orta evre ve %56’sı ileri evre; Khoo ve arkadaşlarının (4) çalışmasında ajitasyonu olan hastaların %62.9’u erken evre, %64.6’sı orta evre ve %71.4’ü ileri evre demans hastası olduğu görülmektedir.

Demansın ilerleyen evrelerinde artan ajitasyon davranışının yönetimi, bakım verenler için gittikçe zor bir durum olmaktadır. Demanslı bireyin, fiziksel ajitasyon davranışı sonucu bakım verende fiziksel yaralanmalar; laf atma, küfür etme, fiziksel uygunsuz yaklaşımda bulunması nedeniyle bakım verenin sosyal çevresinin ve desteğinin kaybı; evden habersiz çıkması, kendisine zarar vermesi nedeniyle hastanın devamlı bakımı için bakım verenin işten ayrılması gerekmekte ve ekonomik kayıplar görülebilmektedir. Dolayısıyla, ajitasyonu olan demans hastasına bakım verenlerin yükü artmaktadır. Bakım yükü ve bakımla ilgili sorunlar, bakım verenlerin duyarlı, kırılabilir, fiziksel ve duygusal olarak tükenmiş bir duruma gelmesine neden olmaktadır. Bakım yükü fazla olan bakım verenler, daha sınırlı ve daha sabırsız olabilmekte; bu da hastalarda psikiyatrik ve davranışsal semptomları ortaya çıkarmakta ya da alevlendirebilmektedir (9,10). Bunların sonucunda, hastanın farmakolojik tedavi için hastaneye yatışı gerekmekte ve tedavi maliyetleri artmaktadır. Benzer şekilde, bakım verende fiziksel, psikolojik hastalıklar, ekonomik sorunlar ortaya çıkmakta ve bakım verenin tedavi maliyeti artmaktadır. Bakım verenin ajitasyonu yönetmede yaşadığı zorluklar, hastanın bakımevine yerleştirilmesine neden olmaktadır (7,11).

Demans Psikiyatrik ve Davranışsal Belirtilerin Tedavisi
Psikiyatrik ve davranışsal belirtilerin farmakolojik tedavisinde öncelikle hastanın aldığı asetilkolin esteraz inhibitörü ve n-metil- d-aspartat (NMDA) reseptör antagonisti dozunun yükseltilmesi önerilmektedir. Buna

rağmen, davranışsal belirtilerde gerileme olmadığında tedaviye antidepresanlar, antipsikotikler, antiepileptikler, nöroleptikler, anksiyolitikler ve sedatifler eklenmektedir (12). Ancak, antipsikotiklerin ortostatik hipotansiyon, sedasyon, parkinsonizm, ventriküler aritmi, venöz tromboemboli, inme, miyokard enfarktüsü, enfeksiyon ve pnömoni gibi ciddi yan etkileri olmakta ve bu yan etkiler yaşlıda ölüm riskini arttırmaktadır. Antipsikotiklerin ciddi ve ölümcül yan etkilerinden korunmak için demans tedavisinde kullanımının sınırlandırılması önerilmektedir (7,13).

Demans hastasının ilaç yan etkilerinden korunması için psikiyatrik ve davranışsal belirtilerin tedavisinde, öncelikle farmakolojik olmayan yöntemler tercih edilmelidir. İngiltere National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) demans rehberi, Uluslararası Psikogeratri Derneği (IPA) ve Alzheimer Derneği’nin sağlık çalışanları için demansa bağlı davranışsal ve psikolojik belirtilerin tedavi ve bakımına ilişkin geliştirdiği rehber; davranışsal semptomların yönetiminde, ilk basamak olarak farmakolojik olmayan müdahaleleri önermektedir (14,15). Farmakolojik olmayan girişimler; bilişsel, psikososyal, hareket ve duyuşsal uygulamalar olarak gruplandırılmaktadır. Ajitasyonun kontrolü için en yaygın kullanılan farmakolojik olmayan uygulama, duyuşsal uygulamalar arasında yer alan aromaterapidir (16-19).

Aromaterapi

Aromaterapide, bitkilerin kök, gövde ve çiçek kısımlarından elde edilen konsantre edilmiş uçucu yağlar, sağlığın korunmasında ve hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır (20). Esansiyel yağlar, hastanın sorunlarını çözmenin yanında, özellikle genel bakımı için tıbbi ortamlara entegre edildiğinde klinik aromaterapi olarak adlandırılmaktadır. Klinik aromaterapi, daha çok hemşireler tarafından bakım uygulamalarında kullanılmaktadır (21).

Tipik bir uçucu yağın içerisinde bulunan bileşenler, koklama ve cilt yoluyla harici olarak veya lümen içi, damar içi yoluyla dahili olarak vücut tarafından emilir. Esansiyel yağların içindeki bileşenlerin emilebilmesi için dört temel yol vardır. Bunlar (20):

1. *Topikal*: Masaj, sıcak-soğuk kompres, krem, losyon, merhem ve banyo yoluyla derinin kullanılması
2. *Dahilen*: Gargara, vajinal duş, ovül ve supozituar yoluyla mukozanın kullanılması
3. *Ağız yolu*: Jelatin kapsüller ile veya bal, alkol gibi uygun bir çözücü içinde sulandırma yoluyla oral uygulama
4. *İnhalasyon*: Doğrudan ya da dolaylı olarak, buharlı ya da buharsız olarak diffüzör, fan, aromataşı, aroma lambaları, hava nemlendirme cihazları, burun klipsi, kişisel bant kullanılarak solunum yoluyla uygulamadır.

Aromaterapi uygulamasında en sık inhalasyon ve topikal yol tercih edilmektedir. İnhalasyon, esansiyel yağların vücuda en kolay ve hızlı giriş yoludur. İnhal edilen esansiyel yağlar, beyne ve akciğerlere ulaşmaktadır (20). Topikal uygulamada, yağda çözünebilir (lipofilik) özelliği nedeniyle esansiyel yağlar, geniş bir emilim yüzeyine sahip olan ciltten kolaylıkla emilmektedir. Esansiyel yağların vücuda girerek etki etmesinde en yaygın kullanılan topikal yol masajdır. Masaj yolu ile uygulamada esansiyel yağlar on-yirmi dakika sonra kan dolaşımında görülebilmektedir (20,22).

Aromaterapinin güvenli ve etkili kullanımı sağlamak için esansiyel yağların kullanımı ile ilgili bazı noktalara dikkat etmek gerekmektedir. Öncelikle, kullanılacak esansiyel yağın kalitesini ve orijinalliğini belirleyen gaz likit kromatografi

veya kütle spektrometri test belgelerinin olması gerekmektedir. Ürün etiketinde botanik isim, bitkinin kullanılan kısmı, menşei, kemotipi ve işlenme yöntemleri gibi bilgiler yer almalıdır. Karışım yağlar, ağız sıkı kapaklı koyu renkli cam şişelerde, sabit ısıda, güneş görmeyecek ve hava almayacak şekilde saklanmalıdır. Kullanılan yola ve doza bağlı olarak ilaç-esansiyel yağ etkileşimi, iritasyon, toksisite gibi riskleri en aza indirmek için aromaterapi uygulanacak alana ve uygulama yöntemine özgü doz belirlenmelidir. Topikal uygulamada cilt reaksiyon açısından gözlenmelidir. Hemşire, kullanılan esansiyel yağların bileşenlerinin niteliği, endikasyonları, kontrendikasyonları, uygulama şekli ve yan etkileri konusunda bilgi sahibi olmalıdır (23,24).

Esansiyel Yağların Özellikleri ve Demans Kullanımı

Yan etki riski en az olan, taşıyıcı yağ içinde seyreltilmeden kullanılabilen lavanta, yatıştırıcı, sakinleştirici ve rahatlatıcı etkisiyle, demans hastalarında uyku bozuklukları, anksiyete, ajitasyon semptomlarının yönetimi için en çok tercih edilen esansiyel yağdır (16,17,22,25). Lavanta her ne kadar en sık kullanılan esansiyel yağ olsa da, benzer etkiye sahip farklı esansiyel yağlar da bulunmaktadır. Bunlar arasında yer alan limon çimeni esansiyel yağı (Lemongrass; Cymbopogon citratus) sedatif-hipnotik, anksiyolitik etkisiyle yatıştırıcı, rahatlatıcı ve sakinleştirici özellik göstermektedir (26). Bu özellikleri ile limon çimeni esansiyel yağı da demans hastalarının davranışsal semptomlarının yönetiminde kullanılabilir.

Literatürde esansiyel yağların, demans hastalarının davranışsal ve psikiyatrik semptomlarını azaltmada kullanımına ilişkin çeşitli örnekler rastlanmaktadır. Bu örneklerde, aromaterapi kullanımının yan etkiye yol açmadığı belirtilmiştir (18,19). Ballard ve diğerlerinin (18) günde iki kez demans hastasının elleri ve kollarına melisa esansiyel yağı içeren losyonu uygulayarak yaptığı çalışmada, aromaterapi grubundaki hastaların ajitasyon puanının %35 azaldığı belirlenmiştir. Yang (19)'ın bir ay süresince haftanın beş günü, lavanta esansiyel yağını akupres noktalarına sadece sürerek ve lavanta esansiyel yağı ile akupres uygulayarak yaptığı çalışmada demans hastalarının ajitasyonun azaldığı belirlenmiştir. Fujii (16)'nin çalışmasında günde üç kez dört hafta süresince demans hastasının yakasına damlatılan lavanta esansiyel yağı psikiyatrik ve davranışsal belirtileri azaltmada etkili bulunmuştur. Lin (17)'in difüzör ile gece yatmadan önce bir saat lavanta inhalasyonu yaptığı çalışma, demans hastalarında ajitasyonu azaltmada etkili bulunmuştur. Lin (17)'in çalışmasında, hastaların ajitasyon puanında kontrol grubunda %1'e karşılık müdahale grubunda %7'lik azalma görülmüştür.

Bu çalışma sonuçlarına karşın, benzer uygulama yolları ile yapılan çeşitli çalışmalarda aromaterapinin ajitasyon ve agresif davranışlar üzerine etkisinin olmadığını gösteren sonuçlar da yer almaktadır (22,25,27,28). Fu ve arkadaşlarının (25) demans hastasının eline masaj yaparken %3'lük lavanta esansiyel yağını göğsüne doğrudan spreyle uyguladığı ve sadece göğsüne spray olarak uyguladığı çalışmasında, iki grupta da ajitasyon düzeyinde azalma istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. O'Connor ve arkadaşlarının (22) topikal olarak lavanta esansiyel yağı uyguladığı çalışmada fiziksel ajitasyonu azaltmada lavanta esansiyel yağının plasebo yağına üstünlüğünün olmadığı belirlenmiştir. Snow ve arkadaşlarının (28) üç saatte bir hastanın yakasındaki bir kumaşa iki hafta süresince her gün

lavanta ve devamında iki hafta süreyle kekik uyguladığı çalışmanın ajitasyon üzerine etkisi görülmemiştir. Gray ve Clair (27) üç farklı gruba ilaç saatlerinden 20 dakika önce esansiyel yağ damlatılmış pamuğu hastaların yakalarına iğnelenerek inhalasyon yolu ile aromaterapi (lavanta, tatlı portakal, çay çiçeği) uygulamıştır. Gray ve Clair (27) yaptıkları çalışmanın hastalarda ilaç alma sırasında direnç, sözel ve fiziksel agresiflik, hırçınlık davranışlarına etkisine bakmıştır. Çalışma sonunda aromaterapi, plasebo grubuna göre grupların hiçbirinde etkili bulunmamıştır. Aromaterapi inhalasyonunun ajitasyon davranışlarına etkisinin saptanmadığı bu çalışmaların ortak özelliği, inhalasyonun doğrudan yöntemle uygulanmasıdır.

Aromaterapi ve Hemşirelik

Toplumda tamamlayıcı uygulamalara ilgi gün geçtikçe artmaktadır. Bireyler, ilaç kullanarak tek bir semptomu düzeltmek yerine, tam bir iyilik hali için bütünsel bir bakım modeli çerçevesinde beden, zihin, duygu ve ruh bütünlüğüne etki eden aromaterapiyi tercih etmektedir (29). Toplumun değişen gereksinimleri doğrultusunda, hemşirelerden tamamlayıcı terapilerin kullanımına ilişkin uygulamalarını geliştirmeleri, etkin stratejiler belirlemeleri ve sağlıklı/hasta bireyleri tamamlayıcı terapileri doğru şekilde kullanmaları konusunda yönlendirmeleri beklenmektedir (30).

NICE kılavuzunda, ajitasyonu olan demans hastalarının hemşireler tarafından kapsamlı olarak değerlendirilmesi ve hastanın ihtiyacına, yeteneğine en uygun farmakolojik olmayan yöntemin uygulanması önerilmektedir. Aromaterapi uygulaması, hemşirelerin uygulamaya dahil edebildikleri tamamlayıcı terapilerdendir (31). Hemşireler, aromaterapiyi daha çok anksiyete ve ağrıyı giderme, kusmayı hafifletme, yara bakımı ve ağız bakımı uygulamalarında kullanılmaktadır (21). Ülkemizde henüz aromaterapinin kullanımına ilişkin düzenleme yer almamaktadır. Ancak, Fransa, Almanya, İsviçre'de hemşire oral uygulama dışındaki tüm yolları aromaterapi uygulamalarında kullanabilmektedir (20).

Genel olarak güvenli, ekonomik, uygulaması kolay ve etkili bir yöntem olan aromaterapiye, hemşireler tarafından gösterilen ilgi artmaktadır (29,32). Aromaterapi konusunda bilgi ve deneyim artışı, hemşirelik literatüründe kanıt temelli kaynakların gelişimi, aromaterapinin klinikte tercih edilirliliğini, güvenli kullanımını ve sağlık ekibi tarafından kabul edilirliliğini etkileyecektir (20,29,32).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastanın ve bakım verenin sosyal ve psikolojik olarak desteklenmesi ve bakım verene ciddi yük getiren ajitasyon davranışının yönetilmesi ile hastaya ve bakım verene ilişkin sorunların giderilmesi, bakım yükünün, bakımevine yatışların ve hastalık maliyetinin azalması sağlanabilir. Bu nedenle, demans hastalarında ajitasyonu yönetmek için güvenli ve iyi tolere edilebilir tedavi programları gerekmektedir. Demans hastalarında ajitasyon yönetiminde kılavuzların da önerdiği aromaterapinin bilgilili, deneyimli, tecrübeli hemşireler tarafından kullanımı, hastalığının yönetimini kolaylaştırıp, semptomların ve bakım veren yükünün azaltılmasında önem taşımaktadır (14,15,32). Hemşireler, aromaterapi konusunda bilgi birikimlerini güncellemeli ve sağlıklı/hasta birey ve ailesini, toplumu bu konularda bilgilendirmeli, bu alandaki bilgilerini hemşirelik bakımına entegre ederek hemşirenin bağımsız bakım

fonksiyonunda kullanılmalıdır. Etkili, güvenli, kullanımını hoş ve maliyet etkin bir yöntem olan aromaterapi, hemşirelerin hasta bakımını geliştirmek ve böylece kendilerini de güçlendirmek için kullanabilecekleri etkin bir uygulama olarak demans hastasının bakımına yansıtılması önerilmektedir (29,32).

KAYNAKLAR

1. Eker E. Alzheimer hastalığı. Uğur M, Balcıoğlu İ, Kocabaşoğlu N, editörler. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi; 6-7 Mart 2008; İstanbul. İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi Yayınları; Yayın No: 62; 2008. s. 85-110.
2. Selekler K. Alzheimer ve diğer demanslar (Modern Tıp Seminerleri: 26). Ankara: Güneş Kitabevi Yayınları; 2003.
3. Emilien G, Durlac C, Minaker KL, Winbled B, Gauthier S, Moloteaux JM. Alzheimer Hastalığı: Nöropsikoloji ve farmakoloji. Tanrıdağ O, çeviri editör. İstanbul: Global Publishing; 2005.
4. Khoo SA, Chen TY, Ang YH, Yap P. The impact of neuropsychiatric symptoms on caregiver distress and quality of life in persons with dementia in an Asian tertiary hospital memory clinic. *Int Psychogeriatr*. 2013; 25(12): 1991-9.
5. Meziere A, Blachier M, Thomas S, Verny M, Herbaud S, Bouillanne O, et al. Neuropsychiatric symptoms in elderly inpatients: A multicenter cross-sectional study. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2013; 3(1): 123-30.
6. Sadak TI, Katon J, Beck C, Cochrane BB, Borson S. Key neuropsychiatric symptoms in common dementias: Prevalence and implications for caregivers, clinicians, and health systems. *Res Gerontol Nurs*. 2014; 7(1): 44-52.
7. Cummings JF. Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Demansların Nöropsikiyatrik Özellikleri. Erkol G, Metin B, çeviri editörler. İstanbul: Sigma Publishing; 2007.
8. Cohen-Mansfield J. Conceptualization of agitation: Results based on the Cohen-Mansfield Agitation Inventory and the Agitation Behavior Mapping Instrument. *Int Psychogeriatr*. 1996; 8(Suppl 3): 309-15.
9. Donaldson C, Burns A. Burden of Alzheimer’s disease: Helping the patient and caregiver. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 1999; 12(1): 21-8.
10. Erder MH, Wilcox TK, Chen WH, O’Quinn S, Setyawan J, Saxton J. A new measure of caregiver burden in Alzheimer’s disease: The caregiver-perceived burden questionnaire. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2012; 27(7): 474-82.
11. Gaugler JE, Wall MM, Kane RL, Menk JS, Sarsour K, Johnston JA, et al. Does caregiver burden mediate the effects of behavioral disturbances on nursing home admission? *The Am J Geriatr Psychiatry*. 2011; 19(6): 497-506.
12. Wilcock GK, Ballard CG, Cooper JA, Loft H. Memantine for agitation/aggression and psychosis in moderately severe to severe Alzheimer’s disease: A pooled analysis of 3 studies. *J Clin Psychiatry*. 2008; 69(3): 341-8.
13. Trifiro G, Spina E, Gambassi G. Use of antipsychotics in elderly patients with dementia: Do atypical and conventional agents have a similar safety profile? *Pharmacol Res*. 2009; 59(1): 1-12.
14. nice.org [Internet]. NICE Clinical Guideline 42: Dementia; Supporting People with Dementia and Their Carers in Health and Social Care 2006 [Cited: 15.03.2016]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg42>.
15. sign.ac.uk [Internet]. SIGN National Guideline. Management of Patients with Dementia 2006 [Cited: 15.03.2016]. Available from: <http://www.sign.ac.uk>.
16. Fujii M, Hatakeyama R, Fukuoka Y, Yamamoto T, Sasaki R, Moriya M, et al. Lavender aroma therapy for behavioral and psychological symptoms in dementia patients. *Geriatr Gerontol Int*. 2008; 8(2): 136-8.
17. Lin PW, Chan WC, Fung-leung B, Lam LC. Efficacy of aromatherapy (*Lavandula angustifolia*) as an intervention for agitated behaviours in Chinese older persons with dementia: A cross-over randomized trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22(5): 405-10.
18. Ballard CG, O’Brien JT, Reichelt K, Perry EK. Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia: The results of a double-blind, placebo-controlled trial with Melissa. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63(7): 553-8.
19. Yang MH, Lin LC, Wu SC, Chiu JH, Wang PN, Lin JG. Comparison of the efficacy of aroma-acupressure and aromatherapy for the treatment of dementia-associated agitation. *BMC Complement Altern Med*. 2015; 15: 93.
20. Buckle J. *Clinical Aromatherapy: Essential Oils in Practice*. London: Elsevier; 2015.
21. Micozzi MS. *Fundamentals of Complementary and Alternative Medicine*. U.S.A: Saunders Elsevier; 2015.
22. O’Connor DW, Eppingstall B, Taffe J, van der Ploeg ES. A randomized, controlled cross-over trial of dermally-applied lavender (*Lavandula angustifolia*) oil as a treatment of agitated behaviour in dementia. *BMC Complement Altern Med*. 2013; 13: 315.
23. Balchin ML. *Aromatherapy Science: A Guide for Healthcare Professionals*. London: Pharmaceutical Press; 2005.
24. Martin I. *Aromatherapy for Massage Practitioners*. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
25. Fu CY, Moyle W, Cooke M. A randomised controlled trial of the use of aromatherapy and hand massage to reduce disruptive behaviour in people with dementia. *BMC Complement Altern Med*. 2013; 13: 165-73.
26. Goes TC, Ursulino FR, Almeida-Souza TH, Alves PB, Teixeira-Silva F. Effect of lemongrass aroma on experimental anxiety in humans. *J Altern Complement Med*. 2015; 21(12): 766-73.
27. Gray SG, Clair AA. Influence of aromatherapy on medication administration to residential-care residents with dementia and behavioral challenges. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 2002; 17(3): 169-74.
28. Snow LA, Hovanec L, Brandt J. A controlled trial of aromatherapy for agitation in nursing home patients with dementia. *J Altern Complement Med*. 2004; 10(3): 431-7.
29. Joswiak D, Kinney ME, Johnson JR, Kolste AK, Griffin KH, Rivard RL, et al. Development of a Health system-based nurse-delivered aromatherapy program. *J Nurs Adm*. 2016; 46(4): 221-5.
30. Turan N, Öztürk A, Kaya N. Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: Tamamlayıcı terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*. 2010; 3(1): 103-8.
31. Cole A, Shanley E. Complementary therapies as a means of developing the scope of professional nursing practice. *J Adv Nurs*. 1998; 27(6): 1171-6.
32. Johannessen B. Nurses experience of aromatherapy use with dementia patients experiencing disturbed sleep patterns. An action research project. *Complement Ther Clin Pract*. 2013; 19(4): 209-13.



Gök Gürültüsü Korkusu ‘Brontophobia’: Bir Olgu Sunumu

Tuğçe TAŞKIN UYAN¹, Bülent BAHÇECİ¹, Çiçek HOCAOĞLU¹

ÖZ

Özgül fobi, sosyal fobi ve agorafobi için tanımlanan durumlar dışında kalan durumlar veya nesnelere ait kalıcı ve belirgin korku duyulması ile ilişkili bozukluk türüdür. Özgül fobiler; hayvanlar, yükseklik, fırtına, rüzgâr, karanlık, kapalı dar yerler, uçak, yüzmeye, diş hekimi ya da kan görme gibi özgül durumlar üzerinde odaklanmıştır. Özgül fobili bireyler fobik uyaran olarak tanımlanmış bir durum ya da nesne ile karşılaşınca aşırı korku yaşarlar. Özgül fobi, klinik çalışmalar ve bilimsel yayınlar baz alındığında en fazla ihmal edilen klinik tablolardan biri olarak öne çıkmaktadır. Bu nedenle özgül fobinin alt tipleri, etiyojisi, epidemiyolojisi ve tedavisi tam olarak bilinmemektedir. Bu çalışmada gök gürültüsü fobisi (brontofobi) tanısı ile tedavi edilen 29 yaşında kadın hasta literatür eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Özgül fobi; brontofobi; doğa-çevre tipi.

Fear of Thunder ‘Brontophobia’: A Case Report

ABSTRACT

Specific phobia is a type of fear related anxiety disorder in which individuals have permanent and salient fear of an object or a situation differentiating from criterion of the social phobia and agoraphobia. Specific phobias focus on cases with fear of animals, height, storm, wind, dark, closed tight places, plane, swimming and dentist or on specific conditions such as seeing blood. Individuals with specific phobia react to phobia cued stimuli with extreme fear. Specific phobia emerges as one of the most neglected clinical conditions in clinical practice and academic literature. Therefore, the subtype, etiology, epidemiology and treatment of specific phobia are not known precisely. This study aims to report a 29-year-old female case with diagnosis and treatment of brontophobia via collaborating previous literature.

Keywords: Specific phobia; brontophobia; nature-environment type.

GİRİŞ

Özgül fobiler, belirli bir nesne veya durumla ilgili kayda değer düzeyde korku ve kaygı yaşanması durumu olup; DSM-5’te anksiyete bozuklukları ana başlığı altında sınıflandırılmıştır (1). En önemli özelliği, kişinin korku duyduğu durumun sınırlı ve belirli olmasıdır. Fakat bazen fobik nesne veya durumla karşılaşılmasa bile sözü geçtiğinde anksiyete yaşanabilir (2,3). Anksiyete belirtileri bedensel/otonomik, bilişsel/ duygusal ve davranışsal boyutlarda yaşanabilir. Kişiden kişiye değişmekle birlikte, fobik nesne ya da durumla karşılaşan kişide gerçek korkularda ortaya çıkan nefes daralması, çarpıntı, titreme, terleme, ateş basması, uyuşma, bayılma, baş dönmesi, sık idrara çıkma isteği gibi benzer belirtiler ortaya çıkabilir (4,5). Özgül fobi; her ne kadar psikiyatrik bozukluklar içinde en sık görülenlerden biri olsa da gerek hastaların büyük çoğunluğunun hekimlere başvurmaması gerekse de eş tanımlı diğer anksiyete bozukluklarının bulunması ile tanı konulması güçleşmiştir (6). Bu nedenle özgül fobi ile bilgiler sınırlıdır.

Özgül fobilerin birçoğu erken çocukluk döneminde başladığından, fobik nesne ile ilk karşılaşma anı genellikle hatırlanmaz (7). Özgül fobilerin tedavisinde seçici serotonin geri-alım inhibitörlerinin (SSGI) etkili olduğuna dair çalışmalar mevcuttur (8,9). Daha önceleri psikanaliz ve dinamik psikoterapiler kullanılmakta iken, günümüzde en yaygın olarak bilişsel davranışçı psikoterapi kullanılmaktadır (2).

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

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

Geliş Tarihi / Received: 24.02.2018 Kabul Tarihi / Accepted: 07.06.2018

Durumsal, nesne ve diğerleri özgül fobinin türleri içinde yer alır. Doğa-çevre tipi özgül fobiler içinde sayılan brontofobi, kelime kökeni olarak eski Yunanca bronto (gök gürültüsü) ve fobi (korku) kelimelerinden gelmektedir. Gök gürültüsü, yıldırım ve şimşek gibi atmosferik olaylardan aşırı korkma sıklıkla birlikte görülür. Diğer pek çok özgül fobide olduğu gibi geçmişte fobiyle ilişkili, fobiyi tetikleyen travmatik yaşam olaylarıyla ilişkisi sıktır. Etiyolojisinde bu travmatik yaşam olayları dışında üstünde uzlaşmış bir yapısal, fonksiyonel neden yoktur. Genel olarak doğa-çevre tipi fobiler çocukluk çağında başlar ve kadınlarda sıktır. Biz bu yazıda yetişkinlik döneminde sık rastlanmayan özgül fobi alt tipi olan doğa-çevre tipi içerisinde yer alan gök gürültüsü fobisi olan bir olgunun literatür eşliğinde sunulmasını amaçladık.

OLGU SUNUMU

Yirmi dokuz yaşında kadın hasta, evli, ev hanımı, ortaokul mezunu, eşi ve çocukları ile birlikte Trabzon'a bağlı bir ilçede yaşıyor. Gök gürültüsü ve şimşekli havalarda heyecan ve telaşlanma, çarpıntı, terleme, karın ağrısı, vücudunda kasılma, nefes darlığı, yalnız kalamama şikâyetleri ile polikliniğimize kendi isteği ile yalnız olarak psikiyatri polikliniğine başvurdu.

Öncesinde herhangi bir ruhsal hastalık ve tedavi görme öyküsü bulunmayan hastanın ilk yakınmaları, yaklaşık 4 yıl önce yağmurlu bir gecede dizlerde titreme, karın ağrısı, nefes darlığı, heyecan, sık idrara çıkma, terleme şeklinde aniden başlamış. Gök gürültüsü ve şimşek sesleri bitene kadar çoğunlukla yorganın altında bekliyor, kulaklarını ve gözlerini kapatıyormuş. Bu süre içinde sadece ağladığında ve kustuğunda biraz rahatlayabiliyormuş. Böyle zamanlarda hiç bir şey yapamıyor ve yalnız kalmaktan çok korkuyormuş.

İlerleyen zamanlarda gök gürültüsü olduğunda bu yakınmaları daha da şiddetlenen hasta internetten ve haberlerden her gün hava durumunu kontrol etmeye başlamış. Kapalı ve yağmurlu gözüken havalarda gün boyu süren kaygısı oluyor, açık gözüken havalarda ise rahatlıyormuş. Daha çok yağmurun ve gök gürültüsünün beklendiği kış mevsimine girerken de kaygı durumu artıyor, bu mevsimlerde dışarıda birden hava bozabilir düşüncesiyle daha çok evde vakit geçiriyormuş. Son aylarda yakınmaları daha çok artan, gök gürültüsü şimşek sesi duyabileceği kaygısı ile sürekli kulaklarını kapatan, evin en iç odasında saklanan hastanın bu durumu ailesinin dikkatini çekmiş. Kendisi de bu korkusunun anlamsız olduğunu belirten hasta ailesinin önerisi ile hekime müracaat etmeye karar vermiş.

Kendisiyle yapılan görüşmelerde öz ve soy geçmişinde; 9 çocuklu bir ailenin 4. çocuğu olarak, miadında, normal doğum ile doğduğu, motor ve mental gelişiminin normal olduğu, ek tıbbi hastalığının olmadığı, ailesinde iki halasında mental retardasyon tanılarının olduğu öğrenildi. Okul hayatında okul başarısının orta düzeyde, yaşitlarıyla ilişkisinin iyi olduğu fakat çocukluk yıllarında itibaren kaygılı, çabuk etkilenen, alıngan kırılğan bir kişilik yapısının olduğunu ifade etti. Hastamız 7 yıl önce uzaktan akrabası olan eşi ile görücü usulü ile tanışıp evlenmiş. Eşi 34 yaşında, uzun yol taşımacılığı işinde çalışıyor ve bu nedenle eve kısıtlı zaman ayırabiliyormuş. Hasta eşini sinirli, inatçı ve çabuk öfkelenen biri olarak tanımladı.

Evliliklerin ilk yıllarında sorunsuz bir ilişkileri olduğunu ancak, son 4 yıldır hemen her konuda tartıştıklarını belirten hastanın 6 ve 3 yaşında olan iki kız çocuğu varmış.

Yapılan fizik muayene ve laboratuvar bulgularında; vital bulgular, nörolojik muayene ve diğer sistem muayeneleri, hemogram ve biyokimyasal değerleri normal olarak değerlendirildi.

Psikiyatrik muayenesinde; bilinç açık, oryante ve koopere idi. Kendine bakımı iyi, yaşında gösteren, saygılı tavırlı, görüşmeye istekliydi. Konuşması açık, anlaşılır, amaca yönelik, konuşma hızı ve tonlaması normaldi. Affektü ve duygu durumu anksiyöz, düşünce içeriği ile uyumluydu. Algılamada, zekâ düzeyinde psikopatolojik bulgu saptanmadı. Soyut düşünce, gerçeği değerlendirme ve yargılaması normal olarak değerlendirildi. Çağrışımları düzenli, düşünce içeriğinde gök gürültüsü korkusu ile ilgili düşünceleri mevcuttu.

İlk görüşmede yapılan psikometrik incelemesinde Beck Anksiyete Ölçeği 31 puan, Hamilton Depresyon Ölçeği 10 puan, SCL 90-R Belirti Tarama Testi'nden ise; anksiyete açısından yüksek problem düzeyi, depresyon ve somatizasyonda düşük problem düzeyi saptandı. Hastadan alınan anamnez, yapılan ruhsal durum muayenesi ve psikometrik değerlendirmeler neticesinde DSM-5'e göre; "Özgül fobi" tanısı konuldu. Kaygı düzeyi yüksek olan, sürekli hava durumunu takip eden, yağmurlu gözüken günlerde gök gürültüsü ve şimşek korkusuyla o gün boyunca heyecan, sıkıntı, çarpıntı, ellerde titremesi olan hastaya paroksetin 10 mg/gün tedavisi başlanarak doz kademeli olarak arttırıldı. Sekiz haftanın sonunda kaygı düzeyi, yakınmaları azalan hastanın tedavisine halen paroksetin 20 mg /gün şeklinde devam edildi. Ölçeklerden alınan puanlar da bu durumu destekler nitelikteydi. Eş zamanlı bilişsel ve davranışçı tedavi (BDT) uygulanan hastanın aile görüşmeleri ile ailesi hastanın durumu ve tedavisi konusunda bilgilendirildi. İlk terapi seansında, terapinin yapısı ve gündem oluşturma hakkında bilgi verme, sorunların kısaca gözden geçirilmesi, tedavi amaçlarının belirlenmesi, beklentilerin öğrenilmesi, hastanın rahatsızlığı ve bilişsel model hakkında eğitilmesi (psikoeğitim), özetleme ve geri bildirim olarak belirlendi. Gök gürültüsü korkusu ile ilgili ayrıntılı öykü alınarak, gök gürültüsü korkusunun zamanlaması (seyri, atakların sıklığı ve süresi, daha çok günün hangi saatlerinde olduğu vb.) kaçınma davranışının şiddeti, gök gürültüsü korkusunu kolaylaştıran durumlar, etkileyen etkenler ve korku sonrasında ortaya çıkan düşünceler, duygular üzerinde duruldu. Poliklinik izlemlerinde bir iki kez kaçınma davranışının olduğu ve gök gürültüsü olduğu sıralarda başkalarının yanına giderek, yalnız kalmayarak kaygısıyla baş edebildiği öğrenildi.

TARTIŞMA

Özgül fobilerin nasıl ortaya çıktıklarına dair kanıtlanmış bir görüş olmamakla birlikte, genetik ve çevresel faktörlerin etkin olduğu bilinmektedir. Ortaya çıkmalarında travmatik yaşantıların rol oynadığı söylenece de her özgül fobinin altında travmatik bir olayın olduğu kanıtlanamamıştır (10). Çalışmamızdaki olgumuzda yaklaşık 4 yıl önce başlayan, öncesinde belli travmatik bir yaşantısı olmayan brontofobi durumu mevcuttu. Ancak, brontofobi başlangıcı ile olgunun evlilik içi sorunlarının eş zamanlı olması dikkat çekicidir. Ayrıca, olgunun ergenlik

döneminden bu yana kaygılı bir kişiliğe sahip olması, eşinin işi nedeni ile uzun süre evden uzak kalması ile evin, çocukların tüm sorumluluğunu üstlenmiş olması hastanın kaygısını arttıran bir etken olabilir. Çünkü çok sayıda stresli durumun özgül fobiyi tetikleyebildiği bildirilmiştir (11). Fobik bozuklukların hemen hepsinde ortak olan özellik belirli durum ve nesnelere karşılığında anksiyete belirtilerinin görülmesidir. Anksiyete belirtilerinin bedensel/otonomik, bilişsel/duygusal ve davranışsal boyutları vardır. Kişiden kişiye değişiklikler olmakla birlikte, fobik nesne veya durumla karşılaşan kişide gerçek korkularda ortaya çıkan belirtilerin benzeri olan durumlar ortaya çıkar: kişinin nefesi daralır, kalbi hızlı çarpar, titreme, terleme, uyuşma, bayılma hissi, baş dönmesi ve sık idrara gitme isteği olur (4,5). Olgumuzda benzer yakınmalar tanımlanmıştır. Fobik durumda yaşanacak korku beklentisi ciddi kaçınmaya yol açabilir. Kaçınma, bazı kişilerde anksiyeteyi başarılı biçimde kontrol etmeyi ve nispeten sorunsuz bir hayat sürmeyi sağlayabilir. Bazı durumlarda ise kaçınma yeterli olmaz veya kaçınmanın kendisi aşırı olduğu için yaşam kalitesini ciddi biçimde etkileyebilir (11,12). Çalışmamızda olgumuzun yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz olarak etkileyen beklenti anksiyetesi ve kaçınma davranışının olması bu bulgularla uyumludur. Birçok özgül fobi erken çocukluk döneminde başlar. Hastaların çoğu korkusunun ilk kez ne zaman başladığını hatırlamaz (4,5). Bizim olgumuzda da çocukluk dönemine ait bir özgül fobi tanımlanmamıştır. Özgül fobiler kadınlarda en sık görülen ruhsal bozukluktur ve erkeklerde madde ile ilişkili bozukluktan sonra ikinci sırada gelmektedir. Kadınlarda görülme oranı %14-16 iken, erkeklerde bu oran %5-7'dir. Ancak kan, enjeksiyon ya da yaralanma korkusu için bu oran 1/1'dir (5). Bizim olgumuzun da kadın olması literatürle uyumlu görülmektedir.

Özgül fobilerin sağaltımında; ilaç tedavileri, davranışçı terapiler ve bilişsel terapiler kullanılmaktadır (2,11). Davranışçı terapiler özgül fobilerde en çok çalışılmış ve muhtemelen en etkin tedavi yöntemidir. Karşı karşıya bırakma (exposure) adı verilen yöntem en sık olarak kullanılan davranışçı tekniktir. Bu yöntemde hastalar, fobik uyaranla karşı karşıya bırakılarak duyarsızlaştırılır ve hastalara gevşeme, solunum kontrolü ve bilişsel yaklaşımlar gibi kaygıyla başa çıkmanın değişik yolları gösterilir (5). Çalışmamızdaki olgumuza psikofarmakolojik tedavi ile eş zamanlı olarak BDT uygulanmıştır.

Özgül fobide ilaç tedavisinin genellikle yeri olmadığı düşünülse de, yapılan çalışmalarda özellikle SSGI ile başarılı sonuçlar alınmıştır (8,9). Bizim olgumuzun da sekiz hafta sonunda paroksetin 20 mg/gün tedavisi ile kaygı düzeyinde ve semptomlarında azalma saptanmıştır. Bu durum da SSGI kullanımının özgül fobi tedavisinde etkin olabileceğini göstermektedir.

SONUÇ

Özgül fobiler, hem ruh sağlığı alanında çalışanlar hem de hastalar için büyük bir sorun oluşturmalarına rağmen, özellikle ülkemizde yeterince üzerinde çalışılan bir konu olmamıştır. Yine doğal-çevre fobi türleri çok eski dönemlerden bu yana tanımlanmış olmasına karşın, tanı ve tedavi yaklaşımları tam olarak bilinmemektedir. Bu konudaki çalışmaların yazın taramasına göre yetersiz

olduğu görülmüştür (11,12). Olgumuzun yaşadığı bölge bakımından hayatının büyük bölümünde yağmur ve gök gürültüsüne maruz kalmış olması, yetişkin yaşlarda başlamış olması ve yazındaki ilk brontofobi olgusu olması açısından dikkate değerdir.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5. Amerikan Psikiyatri Birliği. Köroğlu E, çeviri-yayın editörü. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, DSM-5, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. 5. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
2. Sungur MZ. Fobik Bozukluklar. Psikiyatri Dünyası. 1997; 1(2): 5-11.
3. Ceylan ME, Yazan B. Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri: Anksiyete bozuklukları. İstanbul: Altan Matbaacılık; 2000.
4. Locker D, Poulton R, Thomson WM. Psychological disorders and dental anxiety in a young adult population. Community Dent Oral Epidemiol. 2001; 29(6): 456-63.
5. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A, çeviri editörleri. Kaplan & Sadock's Klinik Psikiyatri El Kitabı. 8. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2005.
6. Oğuz A. Özgül Fobi. Anksiyete Monografları Serisi. 1995; 5(2): 193-204.
7. Ost LG. Age of onset in different phobias. J Abnorm Psychol. 1987; 96(1): 223-9.
8. Benjamin J, Ben-Zion IZ, Karbofsky E, Dannon P. Double-blind placebo-controlled pilot study of paroxetine for specific phobia. Psychopharmacology. 2000; 149(2): 194-6.
9. Murphy TK, Bengtson MA, Tan JY, Carbonell E, Levin GM. Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of paediatric anxiety disorders: A review. Int Clin Psychopharmacol. 2000; 15(2): 47-63.
10. Marks IM. Fears, Phobias and Rituals. New York: Oxford University Press; 1987.
11. Aldemir S, Dalbudak E, Topçu M. Rüzgar fobisi (Ancraofobi): Vak'a Sunumu. Literatür Sempozyum. 2014; 1(4): 31-3.
12. Yeloğlu CH, Sezgin H, Hocoğlu C. Rize'de ombrophobia: Bir olgu sunumu. Güncel Psikiyatri ve Psikonorofarmakoloji. 2012; 2(1): 36-8.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ DERGİSİ YAZIM KURALLARI

1. GENEL BİLGİLER

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

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

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

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

Tüm yazarlar benzerlik veya intihal açısından titizlikle kontrol edilir.

2. BİLİMSEL SORUMLULUK

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

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

3. ETİK SORUMLULUK

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

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

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

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

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

4. YAYIN/TELİF HAKKI

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

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

5. YAZI ÇEŞİTLERİ

Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizcedir.

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

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

- Yapısı:**
- Öz (Yapılandırılmış formda olmalı "Amaç (Aim), Gereç ve Yöntemler (Material and Methods), Bulgular (Results), Sonuç (Conclusion)", Ortalama 200-250 kelime, Türkçe ve İngilizce)
 - Giriş
 - Gereç ve Yöntemler
 - Bulgular
 - Tartışma
 - Sonuç
 - Teşekkür
 - Kaynaklar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

g) Cerrahi Teknik: Ameliyat tekniklerinin ayrıntılı işlendiği makalelerdir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. YAZIM KURALLARI

Dergiye yayımlanması için gönderilen makalelerde aşağıdaki biçimsel esaslara uygunluk aranmalıdır.

YAZININ HAZIRLANMASI:

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

ANAHTAR KELİMELER:

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

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

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ DERGİSİ YAZIM KURALLARI

Medical Subject Headings (MeSH) Nedir?

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

Türkiye Bilim Terimleri (TBT) Nedir?

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

Anahtar Kelimeler Neden MeSH ya da TBT Arasından Seçilmelidir?

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

KISALTMALAR:

Kelimenin ilk geçtiği yerde parantez içinde verilmeli ve tüm metin boyunca o kısaltma kullanılmalıdır. Uluslararası kullanılan kısaltmalar için "Bilimsel Yazım Kuralları" (Scientific style and format: the CBE manual for authors, editors, and publishers) kaynağına başvurulabilir.

ŞEKİL, RESİM, TABLO VE GRAFİKLER:

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

TEŞEKKÜR:

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

KAYNAKLAR:

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

Kaynakların metin içindeki gösteriminde Vancouver stili kullanılmalıdır.

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

Örnek:

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

Kaynaklar dizini, metin içinde kaynakların verildiği sıraya göre oluşturulmalıdır.

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

Genel geçerliliği olan bir kaynak yazımında:

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

Kişisel deneyimler ve basılmamış yayınlar kaynak olarak gösterilmemelidir.

DOI tek kabul edilebilir on-line referans olmalıdır.

Kaynak bir Dergi ise;

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

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

Örnek:

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

b) Yazarı mevcut olmayan makaleler için;

Örnek:

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

Kaynak bir Kitap ise;

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

Örnek:

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

a) Yazar ve editörün aynı olduğu kitaplar için;

Örnek:

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

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

b) Kitabın bir bölümü için;

Örnek:

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

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

Kaynak bir Ansiklopedi veya Sözlük ise;

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

Örnek:

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

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

Kaynak bir Tez ise;

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

Örnek:

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

Kaynak Konferans/Kongre/Sempozyum Bildirisi ise;

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

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

Örnek:

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

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

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

Örnek:

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

Kaynak bir Web Sitesi ise;

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

Örnek:

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

7. YAZININ GÖNDERİM AŞAMASINDA DİKKAT EDİLECEK NOKTALAR

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

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

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

Part ® Microsoft word ve EndNote ilgili firmaların tescilli markalarıdır.

