

E-ISSN 2148-5348  
ISSN 1300-0853

# sted

'Bilimsel  
ve Dostça'

SÜREKLİ TIP EĞİTİMİ DERGİSİ | JOURNAL OF CONTINUING MEDICAL EDUCATION  
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINI | THE PUBLICATION OF TURKISH MEDICAL ASSOCIATION

Eylül | SEPTEMBER  
Ekim | OCTOBER  
2019 | 2019  
CİLT 28 | VOLUME 28  
SAYI 5 | ISSUE 5

# 5





**Kurucu Editörler / Founding Editors**

Dr. Füsün Sayek

Prof. Dr. Şükrü Hatun

**Editör/ Editor**

Prof. Dr. Orhan Odabaşı

**Yardımcı Editör / Assistant Editor**

Dr. Aylin Sena Beliner

**Hakem Kurulu / Advisory Board**

**Acil Tıp / Emergency Medicine**

Doç. Dr. Bülent Erbil

**Deri Hastalıkları / Dermatology**

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

**İç Hastalıkları / Internal Medicine**

Prof. Dr. Erdal Akalın

**Adli Tıp / Forensic Medicine**

Prof. Dr. Ümit Biçer

Dr. Durmuş Evcüman

Prof. Dr. Hamit Hancı

Prof. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

**Tıp Tarihi ve Etik / Medical History and Ethics**

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

Prof. Dr. Murat Akova

Prof. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Çetin Turgan

Prof. Dr. Serhat Ünal

**Aile Hekimliği / Family Medicine**

Dr. Mehmet Özen

**Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon / Physical Medicine and Rehabilitation**

Doç. Dr. Deniz Erdoğan

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

**Kadın Hastalıkları ve Doğum / Gynaecology and Obstetrics**

Prof. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Dr. Görker Sel

**Beslenme ve Diyetetik / Nutrition and Dietetics**

Prof. Dr. Gülden Pekcan

Doç. Dr. Hülya Yardımcı

**Genel Cerrahi / Surgery**

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Dr. Naki Bulut

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

**Kulak Burun Boğaz Hastalıkları / Otorhinolaryngology**

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

**Çocuk Cerrahisi / Paediatric Surgery**

Prof. Dr. Onur Özen

**Genel Pratisyenlik / General Practice**

Dr. Binnaz Başaran

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Hakan Şen

Dr. Fatih Şua Tapar

**Ortopedi ve Travmatoloji/ Orthopaedics**

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatrics**

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Dr. Ali Süha Çalikoğlu

Prof. Dr. Zelal Ekinci

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Prof. Dr. Nural Kiper

Prof. Dr. Serdar Kula

Prof. Dr. Fiğen Şahin

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Prof. Dr. S. Songül Yalçın

Dr. Yılmaz Yıldız

Dr. Adnan Yüce

**Halk Sağlığı / Public Health Medicine**

Doç. Dr. Özen Aşut

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Doç. Dr. Özen Aşut

Prof. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Sibel Sakarya

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Prof. Dr. Özlem Sarıkaya

**Psikiyatri / Psychiatry**

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

**Tıbbi Farmakoloji / Medical Pharmacology**

Prof. Dr. Alper İskit

**Tıp Bilişimi / Medical Informatic**

Dr. Öğr. Üyesi Arif Onan

**Tıp Eğitimi / Medical Education**

Prof. Dr. Melih Elçin

**Tıp Hukuku / Medical Law**

Av. Mustafa Güler

**Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor**

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

**Hazırlık ve Tasarım / Preparation and Design**

Yeter Canbulat

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sürekli eğitimi için iki ayda bir yayımlanmaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is published bimonthly by the Turkish Medical Association for the continuing education of the physicians working at the primary health care services.

**Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini ve Türkiye Atıf Dizini** içinde yer almaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is indexed by **TUBITAK Turkish Medical Database and Citation Index of Turkey**.

**Yayın İdare Merkezi ve İletişim Adresi**

Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi

GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalgil Sok. No: 2 Kat: 4, 06570 Maltepe/Ankara

Tel: 0 (312) 231 31 79 (pbx) | Faks: 0 (312) 231 19 52 - 53

<http://www.ttb.org.tr/STED/> | [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr)

**Basım Yeri:** Ömür Matbaacılık A.Ş.

Beysan Sanayi Sitesi Yakuplu Mah. Birlik Cad. No:20/1

35424 Beylikdüzü / İstanbul

Tel: 0 (212) 422 76 00

**Baskı Tarihi:** Ekim 2019



## Merhaba,

Türkiye'de tıp doktorları 6 yıl, 5500 saatlik mezuniyet öncesi tıp eğitimi sonrası tıp doktoru diplomasıyla mezun oluyorlar. Zorunlu hizmet kısıtlılığını bir yana bırakırsak tıp fakültesi diploması ile tıp doktorları sağlık hizmeti üretmeye başlıyorlar. Diğer bir deyişle hasta muayene edip reçete düzenlemeye başlıyorlar. Genç mezunlar "sudan çıkmış balık" gibi bir kaç ay çok zorlanarak ve çoğunlukla tek başlarına meslek yaşamlarına başlıyorlar. Belki de telafisi olmayan durumların tanıklığını istemeden – bilmeden – fark etmeden yaşıyorlar. Ne denli dolu dolu geçse de intörlük dönemi bir ekibin içinde, danışılan bir organizasyonun içinde geçiyor. Oysa mesleğin ilk ayları koşulların sınırlı olduğu tek başına hekimlik yapılan bir dönem oluyor. Oysa bu gerekçelerle başka meslek gruplarından örneğin serbest avukatlık için bir avukatın yanında bir süre staj yapmak ve başarılı olmak gerekiyor.

Tıp fakülteleri birinci basamakta sağlık alanında çalışacak, hizmet üretecek tıp doktorları yetiştirmeyi Çekirdek Eğitim Programlarında hedef olarak belirliyorlar. Oysa son sınıf intörlük dönemi, bir çok fakültede farklı uzmanlık alanlarının birinci yıl asistanı gibi çalışarak geçiyor. Tıpta uzmanlık sınavını bir başarı ölçütü olarak gören fakülteler ise intörn hekimlerini kimi adı konulmamış işlere (çokça yakınılan kayıt işleri, kan taşıma vb.) yardım etmeleri karşılığında öğrencilerine sınava hazırlanmaları için göz yumuyor.

İntörlük döneminde kazandırılması istenen mezun yetkinliklerinin çoğu özellikle dördüncü ve beşinci sınıfta alınan stajların staj süresince ve yapılandırılmış birinci basamak sağlık hizmetleri için uygulamalı öğrenilmesi için kullanılabilir. İntörlük dönemi hatta 5. yılın bir bölümü birinci basamak için, birinci basamakta birinci basamak hekimlerinin yanında geçirilebilir. Avukatların yanında yapılan staj gibi mesleğe başlamadan önce en azından 6 ay üniversitedeki halk sağlığı, aile hekimliği gibi ilgili anabilim dallarının eşgüdümünde yürütülebilir.

Ülkemizin temel sağlık sorununun hastaneler, üniversitelerle çözülemeyeceği, koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığı geliştirici (hareket, beslenme, ruh sağlığı hizmetleri) programlarla çözüleceği gün gibi ortada dururken uzmanlığı, daha ileri uzmanlığı özendirilen mezuniyet öncesi tıp eğitiminden, birinci basamak sağlık hizmetlerini ve hekimliğini teşvik eden bir tıp eğitimi değişimine gereksinim vardır. Bu değişim, son yıllarda sağlıkta yaşananlar sonrası liselerdeki başarılı öğrencilerin tıp fakültelerinden uzaklaşmalarına, yeniden daha bilinçli tıp fakültelerini tercih etmeleri için de bir fırsat olabilir.

Tıp fakültesi eğitimi uzun sürmekte, 6 yılın önemli bir bölümü 6 yıl sonrasında bir 4 yıl da uzmanlık eğitim almak için tıpta uzmanlık sınavına hazırlanmakla geçmektedir. Tıp fakültesi mezunundan beklenen yeterlikleri akılcı ve ülke koşullarına uyumlu tanımlamakla ilk aşamada 6 yıllık eğitimin 5 yıla indirilmesi son derece olanaklıdır. Hatta bu 5 yılın önemli bir bölümünün (6 – 12 ay) birinci basamak sağlık kuruluşlarında geçirilmesi, sağlıklı bireylerle – başvuranlarla, hastalarla erken dönemlerde karşılaşılması tıp fakültesi öğrencilerinde de önemli bir motivasyona neden olacaktır. Öğrencilerin ilk üç yıl boyunca sürdürülen kuramsal ağırlıklı eğitimden ne denli yakındığı yıllardır bilinen, ancak yeterince önlem alınamayan bir gerçekliktir. Çünkü 3. basamak sağlık kuruluşlarında karmaşık, tanı almış, tedavi güçlükleri ile bezenmiş hastalar öğrencilere katkı sunmamakta her iki taraf için de riskler barındırmaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetinde çalışmalarını için genç meslektaşlarımıza neler sunabiliriz? Neden ülkenin temel sağlık sorunu için sorumluluk alsınlar? Neden pratisyen hekim olmayı seçsinler? Bu soruları yanıtlayan fakültelere acil gereksinim var!

Pratisyen hekimliği (genel pratisyenliği – aile hekimliği) seçmek için bir kaç nedeni yinelemekte yarar var: Hekimlik aslında hasta etmeme, sağlığı koruma, geliştirme sanatıdır. Bu fırsat pratisyen hekimliğin felsefesinde vardır. Birinci basamak hekimliğini tercih etmeleri için yapılacak düzenlemelerle mezuniyet öncesi tıp eğitimi 6 yerine 5 yılda tamamlanabilir. Hatta bu beş yılın bir dönemi fakültede ilgili anabilim dalları eşgüdümü ile aile hekimlerinin yanında alan çalışması ile geçirilebilir. Bu sürenin tatmin edici bir ücretle ödüllendirilmesi, bu süreçte başarıları ile öne çıkanların mezuniyet sonrası birinci basamak sağlık hizmetleri ağı içinde öncelikle görevlendirilmeleri için girişimler yapılabilir. Zorunlu hizmetin kaldırılması dile getirilmese de hekim istihdamında azalmaya neden olacaktır. Bu mesleğimizin tercih edilmemesinde gizli nedenler arasındadır.

Temel soru mezuniyet öncesi tıp eğitimi mezununun hangi düzey sağlık hizmeti için hazırlandığıdır. Tüm fakültelerin bu soruyu gecikmeden, gerçekçi, kimseden çekinmeden, hatta öğretim üyelerinin tepkilerini göze alarak açıklıkla yanıtlaması, gerçekçi bir yol haritası çizmesi / yolların çeşitlendirilmesi gerekmektedir.

**Bilimsel ve dostça kalın...**

## Araştırma / Research

- Lepradan Etkilenen Kişilerin Sosyo-Ekonomik ve Engellilik Durumlarının Değerlendirilmesi 305  
*The Evaluation of Disability and Socio-Economic Status among People Affected by Leprosy*  
İzzet Çeleğen, Ayşe Yüksel
- Savaş, Yanık ve Çocuk: Suriye Savaşının Hastanemiz Yanık Ünitesine Yansımaları 312  
*War, Burns and Children: The Reflections of Syrian War on our Hospital's Burn Unit*  
Hakan Akelma, Ebru Tanıkçı Kılıç
- İşitme Engelli Kadınlara Verilen Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi 320  
*The Evaluation of the Effectiveness of Breast Self-Examination (BSE) Training Provided for the Women with Impaired Hearing*  
Melike Koçak, Sultan Çelik, Selda İldan Çalım, Seval Cambaz Ulaş, Arzu Karadal
- Sağlık Çalışanlarına Şiddet Haberleri: Basının Kritik Rolü 327  
*The News on Violence Against Healthcare Workers: Critical Role of the Press*  
Cemal Hüseyin Güvercin
- Gebelerde Anksiyeteye Etkisi Bulunan Faktörler 334  
*The Factors Having an Impact on Anxiety among Pregnant Women*  
Görker Sel, Aykut Barut, Seda Solak, Semih Uslu, Yağmur Gedik, Seda Uzunoğlu, Zeynep Sümeyye Barut
- Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 30-70 Yaş Grubu Kadınların 340  
Ulusal Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışları: Karadeniz Bölgesi'nde Bir İl Örneği  
*Knowledge of and Attitudes and Behaviours towards National Cancer Screening Program among Women Aged 30-70 Years Who Have Visited Family Health Centres: A Province Example from the Black Sea Region*  
Hacer Gök Uğur, Yeşim Aksoy Derya, Ayten Yılmaz Yavuz, Muhammet Furkan Şilbir, Aylin Öner
- Doğru ve Zamanında Tıbbi Biyokimya Laboratuvar Sonuçları, Preanalitik Hatalar 353  
*Accurate and Timely Medical Biochemistry Laboratory Results and Pre-analytical Errors*  
Saliha Aksun, Huriye Erbak Yılmaz
- Hepatit B Taşıyıcıların Hastalık Hakkındaki Bilgi, Düşünce ve Tutumları 361  
*Knowledge, Opinions and Attitudes of Hepatitis B Carriers about the Disease*  
Mehmet Özen

## Derleme / Review Article

- Depolama, Dondurma ve Çözdürmenin Anne Sütüne Etkileri 372  
*The Effects of Storage, Freezing and Thawing on Breast Milk*  
Nursan Çınar, Özge Kaya

## Olgu Sunumu / Case Report

- Sülük Terapisine Bağlı Kutanöz Lenfoid Reaksiyon 377  
*Lymphoid Reaction due to Medicinal Leeches*  
Dr. Ayşe Mıdık Özpak, Emine Vildan Şahin

## Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



### Doç. Dr. Kemal Göl: "Bakış" STED Fotoğraf Yarışması 2018 Galeri Sanat Yapım Ödülü

"Fotoğrafçılıkla, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitimim sırasında 1983 yılında ilgilenmeye başladım. Çoğunlukla doğa ve insan fotoğrafı çekiyorum. Cennet Anadolu'nun her köşesini fırsat buldukça adım adım yürüyerek gezmeye, sahip olduğumuz kadim kültüre ait eserleri belgelemeye çalışıyorum. Fotoğraf çekerken, insanların gözünde her ne durumda olursa olsun bir yerlerde "umudun" var olduğunu göstermeye çalışıyorum kendimce. İlk kişisel fotoğraf sergimi 2013 yılında açtım. Çeşitli yarışmalarda aldığım ödüller ve sergilenen fotoğraflarım ve 3 adet kişisel sergim var. Halen Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı olarak serbest hekimlik yapmaktayım."



İzzet Çeleğen<sup>1</sup>, Ayşe Yüksel<sup>2</sup>

DOI: 10.17942/sted.623512

Geliş/Received : 23.06.2019

Kabul/Accepted : 21.08.2019

### Öz

**Amaç:** Çalışmanın amacı, Van ilinde yaşayan lepradan etkilenen insanların engelliliği, sosyal ve ekonomik durumunun değerlendirilmesidir. Materya Metod: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır. 24 Haziran 2013 ile 24 Aralık 2013 tarihleri arasında Van ilinde lepradan etkilenmiş 102 kişi çalışmaya katılmıştır. Çalışmaya katılanların sosyo-ekonomik durumunu değerlendirmek için literatürden derlenen anket formu ve sakatlık durumlarını değerlendirmek için Wagner sakatlık derecelendirmesi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılanların yaş ortalaması  $62,02 \pm 12,35$ 'dir. Kadınların %86,4 (n=19)'ü, erkeklerin de %63,8 (n=51)'i okuma yazma bilmemektedir. Yüzde 19,6 (n=20)'sının yaşadıkları evin durumu yetersiz olarak değerlendirilmiştir. Yüzde 81,4 (n=83)'ü her hangi bir işte çalışmamaktadır. Hane halkı ortanca gelir durumu, erkeklerde aylık 300 TL, kadınlarda 230 TL'dir. Yüzde 75,6 (n=65)'sının aylık geliri asgari ücretin altındadır. Erkeklerin %61,3 (n=49)'ü, kadınların %59,1 (n=13)'i devletten yardım almaktadır. En sık görülen hastalık tipi Lepromatöz lepra'dır. Her iki cinsten de ikinci derece sakatlığı bulunanların sayısı daha fazladır. Yaşla birlikte sakatlık derecesi artmaktadır. Eğitim düzeyi yükseldikçe sakatlık derecesi azalmaktadır. Sakatlık derecesi arttıkça stigma(damgalanma) sayısı azalmaktadır. Sakatlık derecesi arttıkça, aylık gelir miktarı ve çalışanların sayısı azalmakta, devletten destek alanların sayısı artmaktadır.

**Tartışma Sonuç:** Lepranın erken tanı konulmadığında sakatlık, deformite, psikolojik rahatsızlıklar, ekonomik bağımlılık ve sosyal dışlanmaya neden olabileceği unutulmamalıdır. Her hekimin lepra semptomlarını bilmesi gerekmektedir. Sakatlıkları nedeniyle çalışmayan kişilerin gereksinimleri belirlenmeli, yaşam koşulları iyileştirilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Lepra, Sosyoekonomik durum, Sakatlık değerlendirilmesi

### Abstract

**Objective:** The aim of this study was to evaluate the disability, social and economic status among the people, who were affected by leprosy and living in Van.

**Materials and Method:** This is a descriptive and cross-sectional study. 102 people affected by leprosy in Van participated in the study between June 24, 2013 and December 24, 2013. The questionnaire compiled from literature and Wagner's Disability Rating Scale were used to assess socio-economic status and disability status of the participants, respectively.

**Findings:** The mean age of the participants was  $62,02 \pm 12,35$  years. 86,4% of the women (n=19) and 63,8% of the men (n=51) were illiterate. The houses, which 19,6% (n=20) of them lived were assessed to be in poor conditions. 81,4% (n=83) were unemployed. The median monthly household incomes were 300 TL for men and 230 TL for women. The monthly income of 75,6% (n=65) was below the minimum wage. 61,3% (n=49) of the men and 59,1% (n=13) of the women were receiving help from the government. The most common type of the disease was Lepromatous leprosy. The number of patients with a second-degree disability was higher among both genders. The degree of disability increased with age. As the education level increased, the degree of disability decreased. As the degree of disability increased, the number of stigma experiences, the amount of monthly income, the number of employees decreased and the number of persons receiving government support increased.

**Discussion and Conclusion:** It should be kept in mind that leprosy may cause disability, deformity, psychological disorders, economic dependence and social exclusion if it is not diagnosed early. Every physician should know the symptoms of leprosy. The needs of people who cannot work due to their disabilities should be identified and their living conditions should be improved.

**Key words:** Leprosy, Socio-economic status, Disability evaluation

\*İzzet Çeleğen'in Tıpta Uzmanlık tezinden üretilmiştir

1 Dr. Öğr. Üyesi, Van Yüzüncü Yıl Ü. Halk Sağlığı AD, Van (Orcid No: 0000 0002 2749 953X)

2 Prof. Dr., İstanbul Arel Ü. Sağlık Bilimleri YO Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul (Orcid No: 0000-0001-9937-2581)

## Giriş

Lepra, düşük mortalite oranlarına rağmen, fiziksel sakatlık, deformite, psikolojik rahatsızlıklar, ekonomik bağımlılık ve sosyal dışlanmaya neden olan morbiditesi nedeniyle öne çıkan Mycobacterium lepra'nın neden olduğu enfeksiyöz bir hastalıktır (1).

Hastalık deri lezyonlarına ve nöropatiye neden olur. İkincil komplikasyonlar nöropati, deformite ve sakatlık ile sonuçlanabilir. Lepra engellilik gelişmeden önce etkili bir şekilde tedavi edilmelidir (2). Engelliliğin önlenmesi, programın başarısı için kritik öneme sahiptir (3).

Lepra, tedavi edilebilen bir hastalık olmasına karşın sosyal bir sağlık problemidir (4).

Lepra ve yoksulluk arasındaki bağlantı olduğundan uzun süredir şüphelenilmektedir (5). Brezilya'da lepra prevalansının yüksek olduğu bir bölgede yapılan bir çalışma, yüksek seviyelerdeki eşitsizliğin ileri evre lepra ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Yoksulluğa bağlı hastalıkların portföyüne lepra da dahil edilmelidir (3).

Lepra günümüzde azalmış olmakla beraber, Afrika, Asya ve Latin Amerika'daki bazı ülkelerde halen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Endemik ülkelerde Sağlık Bakanlıklarından elde edilen resmi verilere dayanarak, dünya genelinde lepraların tespit edilmesi 2001'den bu yana düşüş eğilimine girmiştir. Yeni olgu tespiti 2004 yılında 407.791 iken 2010 yılına kadar 228.474'e ve 2011'de 219.075'e düşmüştür. %46'nın üzerinde azalmıştır (6).

Lepra hastalık yükünü azaltmak için geliştirilmiş küresel strateji 100.000 kişi başına düşen yeni olgulardaki ikinci derece sakatlık oranını 2015 yılı sonuna kadar en az %35 oranında azaltmayı hedeflemiştir (7). İki milyon insanın şu anda hastalıkların sonucu olarak fiziksel yetersizliği ile yaşadığı tahmin edilmektedir (8). Lepra, önlenabilir engelliliğin önemli bir nedenidir (9).

Küresel lepra yükünün geleceğe yönelik tahminleri, 2000 ve 2020 yılları arasında 5 milyon yeni olgunun ortaya çıkacağını ve 2020'de 2. derece sakatlığı olan tahmini 1 milyon insan olacağını göstermektedir (10). 2016'da DSÖ,

Küresel Lepra Stratejisi 2016-2020: Leprasız bir dünyaya doğru hızlanma'yı başlatmıştır. DSÖ özellikle endemik ülkelerde hastalıktan etkilenen çocuklar arasında leprayı önleme çabalarını yeniden canlandırmayı hedeflemektedir (11).

Türkiye'de lepra hastalığı bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar kapsamında olup halen "Lepra Eradikasyon Programı" uygulanmaktadır. DSÖ lepra için eliminasyonu, hastalık prevalansının 10.000'de 1 olgunun altına indirilmesi olarak tanımlamış olup, ülkemizde de hastalık prevalansı 10.000'de 1 olgunun altındadır. Ülkemizde 2017 yılı itibarıyla kayıtlı lepra hasta sayısı toplam 605 olup, 2017 yılında tespit edilen yeni olgu sayısı ikidir (12).

Türkiye'de lepradan etkilenmiş kişilerin çoğunluğu Van ilinde yaşamaktadır. Çalışmada, Van ilinde yaşayan lepradan etkilenen insanların engelliliği, sosyal ve ekonomik durumunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## Materyal Metod

Çalışma, tanımlayıcı-kesitsel tiptedir. Yerel etik kurulundan onay alınmıştır. Çalışma 24 Haziran 2013 ile 24 Aralık 2013 tarihleri arasında Van il merkezi ve bağlı olan 10 ilçe ile 62 köyde yaşayan lepradan etkilenmiş kişiler ziyaret edilerek gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya kayıtlarda bulunan toplam 154 kişi alınmıştır. Başka yere göç eden 29 kişi ile vefat etmiş 23 kişi çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya katılanların sosyo-ekonomik durumunu değerlendirmek için literatürden derlenen anket formu, sakatlık durumlarını değerlendirmek Wagner sakatlık derecelendirmesi kullanılmıştır. Verinin analizlerinde lisanslı SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Ortanca, Standart sapma) yanı sıra, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. %95 güven aralığında çalışılmıştır.

## Bulgular

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması  $62,0 \pm 12,3$ ' dir. Çoğunluğun (%92,4) yaşı 40 ve üzerindedir. Medeni durumlarına bakıldığında %80,4 (n=82)' ünün evli olduğu görülmektedir. Eğitim durumu incelendiğinde okuma yazma bilmeyenlerin her iki grupta da çoğunlukta olduğu görülmektedir. Kadınların %86,4

(n=19)'ü, erkeklerinde %63,8 (n=51)'i okuma yazma bilmemektedir. Erkeklerde çekirdek aile tipinin(%52,5) kadınlarda ise geniş aile tipinin(%68,2) daha fazla olduğu görülmektedir. Çocuk sayısı ortalaması  $4,8 \pm 3,5$ 'dir. Her iki grupta 7-10 arası çocuğu olanların sayısı daha yüksektir. Kardeş sayısı ortalaması  $5,1 \pm 3,6$ 'dır. Her iki grupta 1-5 arası kardeşi olanların sayısı daha yüksektir (Tablo 1).

Akrabalarında lepra görülme durumu incelendiğinde, anne ya da babasında lepra hastalığı olmayanların (%85,0, n=85) daha fazla olduğu görülmektedir. Anne ya da babasında lepra hastalığı bulunanlar arasında, babasında lepra hastalığı olanların (%66,7, n=10) sayısı daha fazladır. Kişilerin %94,8 (n=92)'inin eşi lepradan etkilenmemiştir.

Çoğunun (%60,8, n=62) ailelerinde lepradan etkilenmiş kişi bulunmamaktadır; ancak ailesinde lepradan etkilenmiş kişi bulunanlarında (%39,2, n=40) daha çok ikinci derece akrabalarının (%70,0 n=28) lepradan etkilendiği görülmektedir. Akraba derecelendirilmesi, birinci derece akraba olarak anne, baba ve çocukları, ikinci derece akraba olarak kardeş, torun, dede ve nine, üçüncü derece akraba olarak amca, dayı, hala, teyze, yeğen olarak belirlenmiştir.

Ev özellikleri değerlendirilmiştir. Değerlendirme yapılırken ev içinde mutfak, banyo, tuvalet, akan su, ısınma şekli gibi özelliklere göre değerlendirilme yapılmıştır. Kişilerin %19,6 (n=20)'sının ev durumu yetersiz olarak değerlendirilmiştir.

**Tablo 1.** Sosyo-Demografik özelliklerin cinsiyete göre dağılımı

Demografik Özellikler	Erkek (n=80) n (%)	Kadın (n=22) n (%)	Toplam (n=102) n (%)	p
<b>Yaş Grupları</b>				
40 yaş altı	5 (6,3)	3 (13,6)	8 (7,8)	p>0,05
41-60 yaş	33 (41,2)	4 (18,2)	37 (36,2)	
61-80 yaş	40 (50,0)	13 (59,1)	53 (52,0)	
80 yaş üstü	2 (2,5)	2 (9,1)	4 (4,0)	
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	10 (12,5)	10 (45,5)	20 (19,6)	p<0,05
Bekar	70 (87,5)	12 (54,5)	82 (80,4)	
<b>Eğitim Durumu</b>				
Okuma-yazma bilmiyor	51 (63,7)	19 (86,4)	70 (68,6)	p>0,05
Okuryazar	11 (13,8)	1 (4,5)	12 (11,8)	
İlkokul veya üzeri	18 (22,5)	2 (9,1)	20 (19,6)	
<b>Aile Tipi</b>				
Çekirdek aile	42 (52,5)	7 (31,8)	49 (48,0)	p<0,05
Geniş aile	38 (47,5)	15 (68,2)	53 (52,0)	
<b>Çocuk Sayısı</b>				
Hiç çocuğu yok	13 (16,2)	6 (27,3)	19 (18,6)	p>0,05
1-3 çocuk sayısı	16 (20,0)	2 (9,1)	18 (17,6)	
4-6 çocuk sayısı	22 (27,5)	6 (27,3)	28 (27,5)	
7-10 çocuk sayısı	25 (31,3)	7 (31,8)	32 (31,4)	
10 dan fazla çocuk sayısı	4 (5,0)	1 (4,5)	5 (4,9)	
<b>Kardeş Sayısı</b>				
Hiç kardeşi yok	6 (7,5)	2 (9,1)	8 (7,8)	p>0,05
1-5 kardeş sayısı	39 (48,7)	14 (63,7)	53 (52,0)	
6-10 kardeş sayısı	28 (35,0)	5 (22,7)	33 (32,4)	
10 dan fazla kardeş sayısı	7 (8,8)	1 (4,5)	8 (7,8)	
Yaş ortalamaları	$61,6 \pm 11,0$	$63,5 \pm 16,6$	$62,0 \pm 12,3$	
Çocuk sayısı ortalamaları	$4,9 \pm 3,5$	$4,4 \pm 3,6$	$4,8 \pm 3,5$	
Kardeş sayısı ortalamaları	$5,3 \pm 3,8$	$4,8 \pm 3,1$	$5,2 \pm 3,6$	

**Tablo 2.** Demografik özelliklere göre sakatlık derecesi

Demografik özellikler	Sakatlık derecesi				Toplam n (%)	p
	Normal n (%)	1. derece n (%)	2. derece n (%)	3. derece n (%)		
<b>Yaş grupları</b>						
40 yaş altı	4 (23,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (5,0)	6 (6,5)	0,006
41-60 yaş	8 (47,0)	3 (42,8)	14 (50,0)	9 (22,5)	34 (37,0)	
61-80 yaş	5 (29,5)	4 (57,2)	14 (50,0)	29 (72,5)	52 (56,5)	
<b>Cinsiyet</b>						
Erkek	13 (76,4)	6 (85,7)	22 (78,5)	34 (85,0)	75 (81,5)	0,837
Kadın	4 (23,6)	1 (14,3)	6 (21,5)	6 (15,0)	17 (18,5)	
<b>Eğitim Durumu</b>						
Okuma-yazma bilmiyor	9 (53,0)	3 (42,8)	17 (60,7)	34 (85,0)	63 (68,5)	0,003
Okuryazar	2 (11,8)	0 (0,0)	7 (25,0)	1 (2,5)	10 (10,8)	
İlkokul ya da üzeri	6 (35,2)	4 (57,2)	4 (14,3)	5 (12,5)	19 (20,7)	
<b>Stigma(damgalanma) yaşıyor mu?</b>						
Evet	9 (52,9)	0 (0,0)	1 (3,5)	4 (10,0)	14 (15,2)	0,000
Hayır	8(47,1)	7 (100,0)	27 (96,5)	36 (90,0)	78 (84,8)	

**Tablo 3.** Çalışma ve gelir durumuna göre sakatlık derecesi

Demografik özellikler	Sakatlık derecesi				Toplam n (%)	p
	Normal n (%)	1. derece n (%)	2. derece n (%)	3. derece n (%)		
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	8 (47,1)	1 (14,2)	5 (17,9)	3 (7,5)	17 (18,5)	0,006
Çalışmıyor	9 (52,9)	6 (85,8)	23 (82,1)	37 (92,5)	75 (81,5)	
<b>Gelir kaynağı</b>						
Hiçbir gelir kaynağı yok	5 (29,4)	1 (14,3)	7 (25,0)	3 (7,5)	16 (17,4)	0,000
Emek karşılığı elde edilen gelir	7 (41,2)	4 (57,2)	6 (21,5)	1 (2,5)	18 (19,6)	
Devlet desteği alan	5 (29,4)	2 (28,5)	15 (53,5)	36 (90,0)	58 (63,0)	
<b>Aylık Gelir durumu</b>						
Asgari ücretin altında gelir	7 (53,8)	3 (50,0)	20 (87,0)	30 (81,0)	60 (75,9)	0,041
Asgari ücretin üstünde gelir	6 (46,2)	3 (50,0)	3 (13,0)	7 (19,0)	19 (24,1)	

Kişilerin %81,4 (n=83)'ü her hangi bir işte çalışmamaktadır. Çalışanların %52,4 (n=10)'ü kendi işlerinden gelir elde etmektedir. Çalışanların %68,4 (n=13)'ü sürekli bir işte, %78,9 (n=15)'u iş yerlerinde tam zamanlı olarak çalışmaktadırlar. Çalışmayan bireylerin %66,3 (n=53)'ü çalışamaz haldedir.

Hane halkı gelir durumu incelendiğinde, %18,6 (n=19)'nin hiçbir gelir kaynağı bulunmamakta, %60,8 (n=62)'i devlet desteği almaktadır. Asgari ücrete\* göre gelir durumu incelendiğinde, katılanların %75,0 (n=60)'in aylık geliri asgari ücretin altında bulunmuştur. (\*Asgari ücrete gelir durumu 2012 yılı ikinci altı ay için belirlenen net

asgari tutara göre hesaplanmıştır. İkinci 6 ay için belirlenen ücret 804,70 TL'dir) (13).

Türkiye'de olduğu gibi Van'da da hastalık tipi olarak kişilerin %58,8 (n=60) 'inde Lepromatöz lepra görülmektedir.

Tanı konulma şekli incelediğinde kendiliğinden yada aile bireylerinin öngörüsü ile tanı konulanların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Tanı konulmasında günümüze kadar geçen süre ortalaması 39,0±10,2 yıldır. Kişilerin %75,5 (n=77)'in de BCG aşı skarı bulunmamaktadır.

Sakatlık derecelendirilmesi Wagner sakatlık derecelendirilmesine göre yapılmıştır.



40 yaş altı grupta sakatlığı olmayanların, 41-60 yaş grubunda 2. derece sakatlığı olanların, 61-80 yaş grubunda 3. derece sakatlığı olanların sayısı daha fazladır. Cinsiyet ile sakatlık arasında istatistiki olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Okuma yazma bilmeyenlerde 2. ve 3. derece sakatlıklar daha fazla görülmektedir. Sakatlık derecesi artıkça stigma yaşayanların sayısı azalmaktadır (Tablo 2).

Sakatlık derecesi artıkça bireylerin çalışma durumu azalmaktadır. Sakatlık derecesi artıkça devletten destek alanların sayısı artmaktadır. Sakatlık derecesi azaldıkça kendi emeği ile gelir elde edenlerin sayısı artmaktadır. Asgari ücretin altında geliri olanların sakatlık derecesi daha fazla, asgari ücretin üstünde aylık geliri olanların sakatlık derecesi daha azdır (Tablo 3).

### Tartışma

Lepra, birçok toplumda günümüzde bile, hastaların erken tedavi olamamaları nedeni ile kazandıkları sakatlıklardan dolayı korkulacak bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Geç tanı konup erken tedavi edilemeyen lepra hastalarında,



fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlar görülebilir (14).

Çalışmaya katılan 102 kişinin yaş ortalamaları  $62,0 \pm 12,3$ 'dür. Yaş ortalamasının yüksek oluşu, hastalık süreleri ortalamaları ile uyumludur. Lepra öldürücü bir hastalık olmadığından kişiler ileri yaşlara ulaşabilmişlerdir. Yüzdelerin orta yaş ve yukarısında toplanması Türkiye'deki lepralı hastaların orta yaş ve yukarısında olduğunu bildiren literatür bulgusunu doğrulamaktadır (15)

Çalışmaya katılan lepradan etkilenmiş kişilerin %21,6 (n=22)'si kadın, %78,4 (n=80)'ü erkektir. Dünya Sağlık Örgütü, 2011 yılı verilerine göre çeşitli ülkelerdeki kadın lepralı hastaların oranları şu şekildedir: Mali %20,1, Burkina Faso %48,4, Arjantin %24,8, Dominik Cumhuriyeti %46,5, Mısır %35,7, Sudan %42,9, Sri Lanka %44,3 (16).

Çalışmaya katılanların %68,6 okuma yazma bilmemektedir (Kadınlar: %86,4, Erkekler: %63,8). Dünyanın farklı bölgelerinde yapılan çalışmalara göre de lepradan etkilenmiş kişilerin eğitim durumları iyi değildir. Çin'de yapılan çalışmada kadınların %74,0'ı, erkeklerin %70,4'ü okuma yazma bilmemektedir (14). Bangladeş'te lepradan etkilenmiş kişilerin %61,3'ü (17), Nepal'de %58,6'sı (18), Hindistan'da %46,0'ı, okuma yazma bilmemektedir (19). Hastalık tipinin %58,8'i LL, %23,5'i BL'dir. İstanbul'da yapılan çalışmada, LL %43,6, BL %41,6 bulunmuştur (15). Bulgular Türkiye'de LL ve BL olgularının daha fazla olduğunu doğrulamaktadır.

Kişilerin %81,4'ü herhangi bir işte çalışmamaktadır. Hane halkı üyelerinin ortanca gelir durumu aylık olarak, erkeklerde 300 TL, kadınlarda 230 TL'dir. Aylık gelirin, %60,8'nin devletten alınan yaşlılık ya da sakatlık maaşı olması önemlidir. Kişiler yalnızca sahip oldukları sakatlık nedeni ile değil, ayrıca topluma katılımda yaşadıkları sorunlar nedeniyle de ekonomik sıkıntı çekmektedir. Bu durum, ekonomik rehabilitasyona gereksinimi göstermektedir. Çin'de yapılan çalışmada, kadınların %71,5'inin, erkeklerin %74,4'ünün, aylık geliri 122 doların altında bulunmuştur. Çalışmaya alınanların %61,6'sında yaşam standartları, ortalamanın altındadır (14). Çalışmada kişilerin %75,5'inde BCG aşı skarı

bulunmamaktaydı. BCG aşısı lepraya karşı değişken düzeyde koruma sağlamaktadır. BCG aşısı lepranın endemik ülkelerde yaygın olarak kullanıldığından, BCG'nin rutin kullanımı DSÖ'nün anti-lepra stratejisinin bir parçası olabilir (3).

Çalışmada kişilerin % 15,2'si stigma yaşamaktadır. Stigma yaşayanlar daha çok erkeklerdir. Sakatlık derecesinin yüksek olduğu olgular, yıllardır sakatlıkları ile yaşadıkları çevrede geçmişe göre daha az stigma yaşamaktadırlar. Bangladeş'te yapılan kohort çalışmasında stigma yaşayan kişi oranı %50 olarak bulunmuştur (20). Lepradan etkilenmiş 344 kişiyle yapılan çalışmada, %26,4'i, bir ya da daha fazla sayıda stigma şekillerinden birini yaşamıştır. Bu kişilerin %42,8'i, stigmatı komşuları tarafından yaşamıştır. Yüzde 62,6'ü dokunma stigmatı yaşamıştır yani başkaları kendisine dokunmaktan kaçınmıştır. Erkekler kadınlara göre daha fazla stigma yaşamıştır (21). Lepradan etkilenmiş kişilerin yaşadıkları stigmatın belirlenmesi ve ölçülmesi zordur. Kişinin hissettiği ya da kabul ettiği stigmatın varlığının tespiti önlem açısından çok önemlidir. Şöyle ki; hissedilen stigmada ayrımcılığa uğrama korkusu vardır, gizlenmeye yol açar, kabul edilen stigma ise, gerçek bir ayrımcılığa neden olur.

Lepra, vücutta başlıca göz, el ve ayak sakatlıkları oluşturmaktadır. DSÖ, 2011 yılı verilerine göre çeşitli ülkelerdeki lepralı hastaların 2. derece sakatlık oranları şu şekildedir: Madagaskar %21,6, Paraguay %13,0, Nepal %2,8, Tayland %14,8, Sudan %22,8, Çin %22,5, Yemen %7,3'dür (16). Çalışmada kişilerin %30,4'ünde 2.derece, %43,5'inde 3. derece sakatlık bulunmaktadır. Sakatlık görülme sıklığı, dünyanın diğer bölgelerine göre daha yüksek bulunmuştur. Çakiner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, bunun nedenleri arasında, çok basilli hastalık yüzdesinin fazla olması, erken tanı ve tedavi için, o yıllarda, sağlık ocağı personelinin yetersizliği, mevcut sağlık personelinin lepraya çok aşına olmaması ve yaşam koşullarının batı bölgelerinde ikamet edenlere göre doğu da daha zor olması olarak gösterilmiştir (22).

Yüksek sakatlık oranları, genellikle iş göremezlik derecesinde sakat olanları belirttiğinden, lepralıların ekonomik açıdan bağımlı oldukları göstermektedir. Eğitim durumu da dahil olmak

üzere birçok sosyo-ekonomik faktör, erken tanı ve tedavi olanaklarını engellemekte sakatlıkların görülmesine neden olmaktadır. Ayrıca, hastaların yüksek sakatlık derecesi, yüksek işsizlik oranı ile sonuçlanmaktadır. Yüksek işsizlik oranı da sosyo-ekonomik durumun daha çok bozulmasına sebep olmaktadır. Hastalığın erken tanın ve etkin tedavisi, hastanın sosyo-ekonomik ve kültürel yapısının yükseltilmesi ile lepra sakatlıklarının en aza indirilebilir ya da tamamen önenebilir. Sosyal ve ekonomik durumla lepralı hastaların sakatlıklarının ve toplumdan dışlanmalarının önlenmesi birbirine çok bağlıdır ve başarılı bir lepra kontrol programında önemle üzerinde durulmalıdır

Lepranın erken tanı konulmadığında sakatlık, deformite, psikolojik rahatsızlıklar, ekonomik bağımlılık ve sosyal dışlanmaya neden olabileceği unutulmamalıdır. Geçmişte yapılan çalışmalar sayesinde ülkemizde lepra prevalansı 10 000' de birin altına düşürülmüştür. Ülkemizde lepradan etkilenmiş kişilerin önemli bir kısmı Van ilinde yaşamaktadır. Van ilinde yaşayan lepradan etkilenmiş kişilerin çoğunun eğitim düzeyi düşük, sosyo-ekonomik durumları kötü, ikinci derece ya da üzeri sakatlığı bulunanların sayısı yüksektir. Bu nedenlerle de, bir işte çalışmamakta ve devlet yardımıyla geçinmektedirler. Sakatlıkları nedeniyle çalışamayan kişilerin gereksinimleri belirlenmeli, yaşam koşulları iyileştirilmelidir.

**İletişim:** Dr. İzzet Çeleğin

**E-posta:** icelegen@hotmail.com

#### **Kaynaklar**

1. Meima A, Richardus JH, Habbema JD. Trends in leprosy case detection worldwide since 1985. *Lepr Rev* 2004; 75:19-33.
2. Lockwood DNJ. Leprosy. In: Burns DA, Breathnach SM, Cox NH, Griffiths CEM (eds). *Rook's Textbook of Dermatology*, 7th edn, Vol. 2. Oxford: Blackwell Publishing, 2004; 29.1-(29):21.
3. Lockwood, Diana NJ, and Sujai Suneetha. "Leprosy: Too complex a disease for a simple elimination paradigm." *Bulletin of the World Health Organization*, 2005; 83: 230.
4. Budel AR, Raymundo AR, Costa CF, Gerhardt C, Pedri LE: Profile of patients affected by Hansen's disease seen at the Outpatient Clinic of Dermatology at Hospital Evangelico de Curitiba. *An Bras Dermatol* 2011; 86: 942.

5. Lockwood, Diana NJ. "Commentary: Leprosy and poverty." *International Journal of Epidemiology*, 2004; 33 (2): 269.
6. World Health Organization. Leprosy elimination; New case detection. [http://www.who.int/lep/situation/new\\_cases/en/](http://www.who.int/lep/situation/new_cases/en/) Erişim tarihi:18.11.2018
7. World Health Organization. Global leprosy situation, 2012. *Wkly Epidemiol Rec* 2012; 87: 317. Erişim tarihi:18.08.2018
8. World Health Organization. Global leprosy situation, 2004. *Wkly Epidemiol Rec* 2005; 80: 118. Erişim tarihi:18.08.2018
9. Britton WJ, Lockwood DN. Leprosy. *Lancet* 2004; 363: 1209-19.
10. Van Brakel, Wim H., et al. Disability in people affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination. *Global health action*, 2012, 5.1: 18394.
11. World Health Organization. The Global leprosy Strategy. <https://www.who.int/lep/strategy/en/> Erişim tarihi:15.07.2018
12. Ayvacık Devlet Hastanesi; 28 Ocak Dünya Lepra Günü. <http://www.ayvacikdh.saglik.gov.tr/TR,94572/lepra-hansen-hastaligi-cuzzam.html> Erişim tarihi:15.09.2018
13. Asgari Ücret Tespit Komisyonu Kararı (2012), <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/12/20121229-19.htm> Erişim tarihi:22.08.2018
14. Shumin C., Diangchang L., Bing L., Lin Z. and Xioulu Y.: Assessment of disability, social and economic situations of people affected by leprosy in Shandong Province, People's Republic of China, *Lepr Rev*, 2003; 74: 215.
15. Yüksel A., İstanbul'da Yaşayan Lepralı Hastaların Mediko-Sosyal Değerlendirilmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1985.
16. World Health Organization, The Weekly Epidemiological Record (WER), <https://www.who.int/wer/2011/wer8636/en/>, (Erişim Tarihi:08.08.2018).
17. WITHINGTON, S. G., et al. Assessing socio-economic factors in relation to stigmatization, impairment status, and selection for socio-economic rehabilitation: A 1 year cohort of new leprosy cases in north Bangladesh. *Leprosy review*, 2003, 74.2: 120.
18. KUMAR, R. B., et al. Gender differences in epidemiological factors associated with treatment completion status of leprosy patients in the most hyperendemic district of Nepal. *The Southeast Asian journal of tropical medicine and public health*, 2004, 35.2: 334.
19. ALAM, Mahjabeen, et al. Study of Socio-economic Factors in Relation to Leprosy. *Indian Journal of Community Medicine*, 1998, 23.2: 77.
20. WITHINGTON, S. G., et al. Assessing socio-economic factors in relation to stigmatization, impairment status, and selection for socio-economic rehabilitation: A 1 year cohort of new leprosy cases in north Bangladesh. *Leprosy review*, 2003, 74.2: 120.
21. KUSHWAH, S. S., et al. A study of social stigma among leprosy patients attending leprosy clinic in Gwalior. *Leprosy in India*, 1981, 53.2: 221.
22. ÇAKINER, T., et al. Women and leprosy in Turkey. *Indian journal of leprosy*, 1993, 65.1: 59.

DOI:10.17942/sted.558676

Geliş/Received : 28.04.2019  
Kabul/Accepted : 04.05.2019

### Öz

İç savaşlar inanılmaz tahribata yol açmakta olup, çoğunlukla sivilleri etkilemektedir. Yıkımın etkisi çocuklar ve kadınlar için daha belirgindir. Bu çatışmalar ise mülteci sorunu olarak ortaya çıkar. Mülteciler kaybedecek bir şeyi olmayan ve geri dönmek üzere evlerini terk edenlerdir. Savaşın bu sivil etkisi bölgenin merkezinde daha yoğun hissedilmekle beraber bölgeden uzaklaşan siviller için de başka farklı sorunlar ortaya çıkarmaktadır.

Suriye'deki iç savaş nedeniyle 400000'den fazla insan yaşamını yitirmiş, yaklaşık 6,5 milyon kişi evden ayrılmak zorunda kalmıştır. Türkiye, çoğu sınır kamplarında yaşayan 4 milyon mülteciye ev sahipliği yapan en başta gelen ülkedir. Türkiye'deki Suriyeli mülteciler ise yeterli yiyeceğe ulaşamama, uygunsuz barınak, kötü hijyen konularında sıkıntı yaşamaktadırlar.

Pek çok ülkede, başta çocuklar olmak üzere mültecilerin yerel halktan daha ciddi sağlık sorunları yaşadığı ve daha sık travmaya maruz kaldıkları ve bu nedenle acil servisleri daha sık kullandıkları bildirilmiştir. Travmaların içinde yanık en ciddi olanlarından biridir.

Hastanemizin yanık ünitesi her yıl yüzlerce Suriyeli çocuk, kadın ve erkeğe tedavi sağlamaktadır. Bu çalışmamızda hastanemiz yanık biriminde tedavi gören Suriyeli mültecilerin demografik verilerini, klinik durumlarını ve tedavi yöntemlerini incelemeyi amaçladık.

**Anahtar sözcükler:** Savaş, Yanık, Çocuklar

### Abstract

Civil wars, civil strife due to civil uprising cause irreparable destruction and affect mostly civilians. The impact of destruction is more pronounced for children, seniors and women who need adults for their needs. These conflicts emerge as a refugee problem. Refugees consist of people who have nothing to lose, and often permanently leave their country. While the influence of war resulting from civilian influx is felt more intensely in the regions near the war zone, further problems arise later on for civilians who could move away from the war zone.

Due to the civil war in Syria, more than 400 thousand people have lost their lives and approximately 6.5 million people have had to leave their homes and become refugees. According to the United Nations Refugee Agency's data, Turkey has become a country hosting the largest number of refugees. Turkey, with almost 4 million refugees, is home to the largest Syrian refugee population and most of the refugees live at the camps near the borders. The number of Syrians babies only, who have been born in Turkey is close to 180 thousand. Syrian refugees in Turkey, who have quite large families face problems such as lack of access to sufficient food, inappropriate housing, living in narrow and single room houses and bad hygiene. The group that mostly affected by these problems consists of children.

It is reported that, in many countries of the world, all refugees, especially children, have more serious health problems than the local population has and are exposed to trauma at a higher rate, therefore they use emergency rooms for traumas resulting from several causes. One of the most serious traumas is burning. Our hospital's emergency room and burn unit provides hundreds of Syrian children, women and men with the treatment opportunities every year. In this study, we aimed to examine the clinical status of the patients who were hospitalized at the burn unit of our hospital due to the burns occurred during the Syrian civil war.

**Key words:** War, Burn, Children

1 Dr.; Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Bölümü, Diyarbakır (Orcid No: 0000-0002-0387-8738)

2 Dr. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, İstanbul (Orcid No: 0000-0002-5377-1090)

## Giriş

Savaşlar, sivil kalkışmalar nedenli iç çatışmalar telafisi mümkün olmayan yıkımlara neden olup, en çok da sivilleri etkilemektedir. Yıkımın etkisi başta gereksinimleri için erişkinlere ihtiyaç duyan çocuklar, yaşlılar ve kadınlar için daha belirgindir (1,2). Bu çatışmalar ortaya mülteci sorunu diye bir kavram çıkarmaktadır (3). Savaşın bu sivil akım etkisi savaş bölgesine yakın yerlerde daha yoğun hissedilirken, savaş bölgesinden uzaklaşabilen siviller için ileride daha başka sorunlar ortaya çıkarmaktadır.

Suriye'de iç savaş nedeniyle şu ana kadar 400 binden fazla insan yaşamını yitirmiş ve yaklaşık 6,5 milyon insan evlerini terk etmek zorunda kalıp mülteci durumuna düşmüştür. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği verilerine göre Türkiye en fazla mülteci barındıran ülke konumuna gelmiş olup yaklaşık 4 milyon mülteci ile en çok Suriyeli ağırlayan ülke konumundadır. Mültecilerin çoğu Türkiye sınırında bulunan kamplarda yaşamaktadırlar. Resmi verilere göre yalnızca Türkiye'de doğan Suriyeli bebeklerin sayısı 180 bine yakındır (4). Aile nüfusu oldukça kalabalık olan Türkiye'deki Suriyeli mülteciler yeterli gıdaya ulaşamama, uygunsuz barınma, dar ve tek odalı evlerde yaşama ve kötü hijyen gibi birçok sorun ile beraber yaşamaktadırlar (5,6). Bu sorunlardan en çok etkilenen grubu ise maalesef çocuklar oluşturmaktadır (6).

Dünyanın pek çok ülkesinde başta çocuklar olmak üzere tüm mültecilerin yerel halktan daha ciddi sağlık sorunları yaşadığı ve daha yüksek oranda travmaya maruz kaldıkları bu nedenle acil servisleri ve yanık ünitelerini çok nedenli travma nedeniyle kullandıkları bildirilmektedir (7). Yaşanan bu travmaların içinde en ciddi olanlardan birisi de yanıktır. Hastanemiz acil servis ve yanık ünitesi, her yıl yüzlerce Suriyeli çocuk, kadın, erkek hastaya bu nedenle tedavi imkanı sağlamaktadır.

Bu çalışmamızda Suriye iç savaşında yanan ve bu nedenle yanık merkezimize başvuran hastaların, klinik durumları hakkında bilgi vermeyi amaçladık.

## Gereç ve Yöntem

Yanık ünitemiz yılda yaklaşık olarak ayaktan poliklinik ve yatan hasta olmak üzere 3500 civarında hastaya hizmet vermektedir. Hastanemize başvuran tüm hastaların demografik

verilerine ek olarak uyruk bilgileri de kayıt altına alınmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumunun veri kayıt sisteminde Suriye vatandaşları için ayrılan bölümden yanık ünitesine başvuran hastalar seçilerek incelendiğinde mevcut tarihler arasında (01.11.2012-21.05.2018) 43850 sosyal güvencesi olan Suriyeli mülteci başvurusu olduğu görülmüştür.

Hastanemiz yerel etik kurulundan 06.07.2018 tarih ve 118 sayılı kararıyla etik kurul onayı alındıktan sonra hastanemiz Yanık Ünitesi'ne 01.11.2012-21.05.2018 tarihleri arasında başvuran 65 Suriyeli mülteci hasta çalışmaya dahil edildi. Anestezi kayıtları ve servis dosyaları geriye dönük incelendi. Hastaların demografik verileri, anestezi türü, ağrı için Vizüel Analog Skala (VAS), premedikasyon yapılıp yapılmadığı, yanık bölgesi, türü, yüzdesi, derinliği, hastanede kalış süresi, ayakta takip edilen hastaların poliklinik başvuru sayısı, albümin-total protein-hemoglobin değerleri, yanığın oluştuğu mevsim ve ay, kampta kalma durumu, geçici koruma statüsü durumu (Bu statü ile kamp dışında yaşayan mültecilere ücretsiz sağlık ve ilaç hizmeti sunulmaktadır) (6) ve kaldığı evin oda sayısı kaydedildi.

## İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler hastanemiz veri tabanı Windows paket programı ile yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, standart sapma, median, minimum-maksimum) kullanıldı.

## Bulgular

Hastaların dosyaları geriye dönük incelendiğinde hastaların yaş ortalaması  $6,48 \pm 7,26$  yıl olup, 39'u erkek (60%), 26'sı (40%) kadındı (**Tablo 1**). 13 hastada (20%) 2. ya da 3.derece karma yanık varken, 50 hastada (76,9%) 2.derece yanık, iki hastada da 3.derece (3,1%) yanık mevcuttu. Yanık yüzdesi ortalaması 11,02% olarak bulundu. Mültecilerden yanığa maruz kalmış olanların yanık derinliğine bakıldığında 2.derece yanık oranının yüksek olduğunu gördük. Yatarak tedavi gören 30 hastanın yatış gün sayısı ortalama 2,20 gün idi. Taburcu olan ve polikliniğe başvuran hastaların başvuru sayısını incelediğimizde ortalama 3,65 kez olduğu görüldü (Tablo 2).

Yanık türleri incelendiğinde en fazla yanık türünün sıcak su yanığı olduğu görüldü. 47 hasta (72,3%)

sıcak su yanığına maruz kalmıştı. Yanık türleri Şekil 1 ve Şekil 2'de gösterilmiştir. Hastaların yanık kazasının olduğu aylar incelendiğinde 13 olgu Ocak (20%), 13 olgu Şubat (20%), sekiz olgu Aralık(12,3%), 10 olgu Mart (15,4%), sekiz olgu Haziran (12,3%) idi. Geriye kalan dört olgu Ağustos, iki olgu Temmuz, iki olgu Nisan, üç olgu Mayıs, bir olgu Eylül, bir olgu Ekim idi. Kış mevsimi aylarında bu tür kazaların daha sık yaşandığını gördük. Mevsimsel dağılıma bakıldığında 35 olgunun Kış mevsiminde (53,8%) 15 olgunun İlkbahar mevsiminde (23,1%) 14 olgunun Yaz mevsiminde (21,5%) kalanın sonbahar mevsiminde olduğu görüldü. (Tablo 1). Yanık ünitemizde tüm hastalara düzenli olarak rehber eşliğinde sosyal hizmetli ve psikolog tarafından ziyaretler yapılmaktadır. Dil sorunu

yaşayanlar için hastanemizde bulunan tercüman aracılığı ile iletişim sağlanmaktadır. Dosyalar incelendiğinde yanık nedeni ile yatan hastaların yanık ünitesinde bulunan Sosyal hizmetli ve Psikolog tarafından düzenli olarak ziyaret edildikleri görüldü. Bu hastaların çoğunluğunun iletişim sorunu yaşamadığı tespit edildi (Tablo 1). Ayrıca ünitemize yatan tüm hastalara hemşireler tarafından düzenli olarak ilk gün ve sonraki günler VAS (Tablo 2) bakılmakta ve kayıt altına alınmaktadır. Hastaların geliş VAS skoru değerlendirildiğinde ortalama  $7,43 \pm 2,02$  olarak bulundu. Hastaların geliş ağırlık skorlarının yüksek olduğu görüldü. Hastaların geçici koruma statüsü durumu, kamp durumu, ev oda sayısı Tablo 1'de özetlenmiştir. Tedavi sonucunda hiçbir hastada skar gelişmediği ve greftlemeye ihtiyaç duyulmadığı görüldü.

Tablo 1. Hekimlik Mesleği Tutum Ölçeği'nin DFA modeline ilişkin uyum parametreleri	
Demografik veriler	N(%)
<b>Cinsiyet</b>	
Erkek	39 (60)
Kadın	26 (40)
<b>Yaş Grupları</b>	
1-5 yaş	44 (67,69)
5-18 yaş	14 (21,53)
≥18 yaş	7 (10,76)
<b>Hasta Grupları</b>	
Ayaktan	35 (53,8)
Yatan	30 (46,2)
<b>İletişim Sorunu</b>	
Var	0 (0)
Tercüman ile İletişim Var	60 (92,3)
Belirtilmemiş	5 (7,70)
<b>Başvuru Zamanı ay olarak</b>	
Aralık, Ocak, Şubat	34 (52,3)
Mart, Nisan, Mayıs	15 (23,07)
Haziran, Temmuz, Ağustos	14 (21,5)
Eylül, Ekim, Kasım	2 (3,07)
<b>Oturduğu Mesken Oda Sayısı</b>	
1 oda	36 (55,4)
2 oda	25 (38,5)
3 oda	4 (6,2)
<b>Kamp Durumu</b>	
Var	65 (100)
Yok	0 (0)
<b>Geçici Sigorta Durumu</b>	
Var	59 (90,8)
Yok	6 (9,2)

Yatarak tedavi olan 30 hastaya ameliyatta yapılacak işlem için preoperatif sedasyon amaçlı midazolam verildi. Yatarak tedavi olan 30 hastanın 18'ine maske anestezisi ile sedoanaljezi altında anestezi, 12'sine ise Larengal Maske (LMA) ile anestezi uygulanmıştır (Tablo 2). Sedoanaljezi için 1mg/kg ketamin, 0,05-0,2 mg/kg midazolam ve 1mcg/kg fentanyl kullanılıp 2-3 MAK (Minimum Alveoler Konsantrasyon) sevofloran kullanıldığı görüldü. LMA uygulanan hastalara ise 0,05-0,2 mg/kg midazolam, 1-3mg/kg propofol, 1mcg/kg fentanyl kullanıldıktan sonra 2-3 MAK sevofloran ile idame anestezi yapıldığı görüldü. Postoperatif analjezi olarak da 12 yaşından küçük olan hastalara parasetamol 10mg/kg infüzyon şeklinde, 12 yaşından büyük hastalara ise tramadol 1mg/kg intravenöz + parasetamol 10mg/kg infüzyon şeklinde verildiği görüldü.

### Tartışma

Silahlı çatışmaların sivil halklar için oluşturduğu tehdit her geçen gün artmaktadır. Savaşlara bağlı ölümlerin yalnızca beşte biri doğrudan travmalara bağlı oluşmaktadır. İlk yıkıcı etkiden kurtulabilen siviller daha birçok ikincil sorunlarla yüzleşmek zorunda kalmaktadırlar. Bu yıkımdan en çok ailelerine bağımlı olan çocuklar etkilenmektedir. Özellikle kadın ve çocuklar yiyecek, su, barınma ve yaşam için gerekli diğer gereksinimleri karşılamakta oldukça zorluk çekerler. Günümüzde birçok bölgedeki iç savaşların varlığını sürekli olarak devam ettirmesiyle birlikte, mülteci sorunu tüm dünyada gittikçe artmaktadır. 15 Mart

**Tablo 2.** Yanık dağılımı ve özellikleri

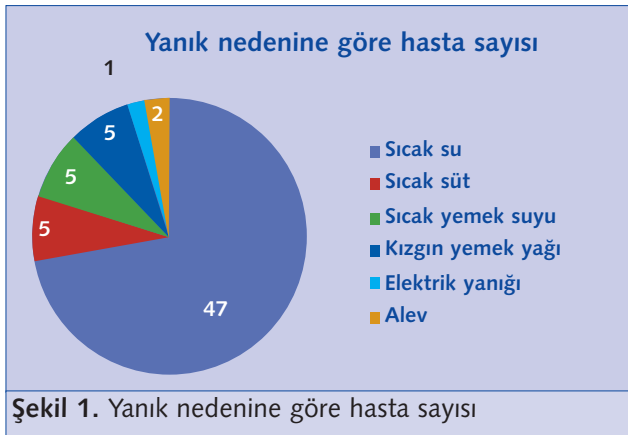
	N (%)	Mean±SD
<b>Yanık Yüzdesi</b>		
5-8 %	30 (46,1)	11,02±5,88
10-15%	25 (38,5)	
20-30%	10 (15,4)	
<b>Yanık Derinliği</b>		
2°	50 (76,9)	1,26±0,509
2-3°	13 (20)	
3°	2 (3,1)	
<b>Poliklinik Başvuru Sayısı</b>		
2-4 defa	42 (64,6)	3,65±1,19
5-6 defa	23 (35,4)	
<b>Yatan Hastaların Hastane Kalış Süresi (N=30)</b>		
1-5 gün	18 (60)	2,20±3,37
5-10 gün	10 (33,33)	
≥10 gün	2 (6,66)	
<b>VAS*</b>		
2-4	7 (10,7)	7,43±2,02
4-6	18 (27,6)	
6-8	24 (36,9)	
8-10	16 (26,6)	
<b>Anestezi Türü</b>		
Sedoanaljezi	18 (27,7)	
LMA**	10 (15,4)	
Anestezi yok	37 (56,9)	

\*\* VAS (Vizüel Analog Skala), \*\*LMA (Larengeal Maske)

2011’de patlak veren Suriye iç savaşı sonrası Türkiye’deki Suriyeli mülteci sayısı her geçen gün artış göstermiştir. Türk hükümeti, çadır ve konteyner kentlerde/kamplarda kalan sığınmacılara, ‘barınma’, ‘sağlık’, ‘eğitim’, ‘güvenlik’ ve ‘beslenme’ vb. hizmetleri sunmaktadır. Sunulan hizmetler, hizmetlerin niceliği ve niteliği, kampların kuruluş süresi, fiziki alt yapı, personel kaynağı dikkate alındığında kampların başarılı olduğu söylenebilir. Ancak

dünyanın başka pek çok ülkesinde yaşayan mülteciler gibi Türkiye’deki Suriyeli mülteciler de ağır yaşam koşullarıyla yaşamak zorunda kalarak, fiziksel ve psikolojik birçok sağlık sorunu yaşamaktadırlar (8,9,10). Barınma ve beslenme sorunları, tıbbi bakım olanaklarının kısıtlı olması Türkiye’ye gelmek zorunda kalmış mülteciler için sorun haline dönüşmüştür (5,6,7,9). Türkiye’deki 4 bin Suriyelinin 1058 ‘ini dokuz yaş altı çocuklar oluşturur. Gıda, soğuk, sıcak ve barınma sorunları bu grup üzerinde çok olumsuz etkilere neden olmaktadır. Diyarbakır ilinde resmi kaynaklardan yapılan açıklamalara göre 31000 civarında Suriyeli mülteci yaşamaktadır. Bunların yarıya yakınının çocuk ve gençlerden oluştuğu belirtilmiştir. Çalışmamızı incelediğimizde yaş ortalaması 6,48 yıl idi. Yaş ortalamasının düşük olması yanık travmasından en çok çocuk nüfusunun etkilendiğini göstermektedir.

Mülteci çocuklarda en önemli sağlık sorunlarının başında enfeksiyon hastalıkları gelmektedir. Toplum kaynaklı pnömoniler genel popülasyona





2a. Kaynar su yanığı



2b. Elektrik yanığı



2c. Alev yanığı



göre bu grupta daha sık görülmektedir (10,11). Acil servise başvuruların çoğunu bunlar oluşturmakla beraber travma ciddiyeti ve ölümcül etkinliğine bakıldığında akut yanık travmaları da ciddi sağlık sorunu haline gelmektedir.

Zinc M ve arkadaşlarının (5) hazırladığı raporda, Diyarbakır'da ve Batman'da sığınmacı kampı bulunmadığı, bu kentlerdeki mültecilerin daha çok sosyo-ekonomik düzeyi düşük semtleri tercih ettiği ve ayrıca çoğu ailenin dar tek odalı evlerde birkaç ailenin bir arada yaşadığını belirtmişlerdir. Yaşanılan evlerin fiziksel olarak kötü koşullarda olduğunu ve özellikle kalabalıkların oturduğu tek odalı evlerde yemeğin oda içinde pişirilmesinin yangın ve yanık kazası riskini artırdığını ve bu çocukların yanık için ciddi tehdit oluşturduğunu rapor etmişlerdir. Çalışmamızda gelen hastalardan alınan bilgiler doğrultusunda yanık hastalarının çoğunluğunun (36 olgu) tek odalı, 25 olgunun iki odalı evlerde yaşadıklarını tespit ettik. Ayrıca yanıkların oluştuğu aylara da baktığımızda yanık olgularının ağırlıkta kış mevsimi aylarında (Aralık-Ocak-Şubat) gerçekleştiğini tespit ettik. Bu da bize gösterdi ki; kış aylarında tek ya da iki odalı evlerde çok nüfuslu olarak yaşamak zorunda kalan mültecilerin ısınma aracı olarak soba kullanımı ve yemek pişirme aracı olarak da küçük piknik tüpü kullanmaları yanık kazaları riskini artırmaktadır. Bu sonuç Zinc ve arkadaşlarının yaptığı çalışmayı desteklemektedir.

Yanık ünitesine yatırılan hastaların yanık derinliği ilişkisine baktığımızda Demirel ve arkadaşları (13) yanık servisinde yatan 227 hastayı incelediklerinde hastaların 60,8% 'inde 2.derece yanık, 39,2% 'sinde 3.derece yanık olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışmamızda kliniğimize başvuran mültecilerin 35'ü ayaktan, 30'unun yatarak tedavi aldığını gördük. 50 hastada (76,9%) 2.derece yanık, iki hastada da 3.derece (3,1%) yanık mevcut idi. Çalışmamızdan elde ettiğimiz verilerde, 2.derece yanıkların daha sık olması Demirel ve arkadaşlarının (13) yayını ile paralellik göstermektedir.

Aytaç ve arkadaşlarının (12) yanık ünitesine kabul ettikleri 622 olgu analizinde en fazla görülen yanık nedenleri sırasıyla sıcak sıvı yanığı (128 olgu - 68,8%) ve alev yanığı (40 olgu- 21,5%) idi. Ortalama yanık alanları yüzdesi % 13 idi. Bizim

çalışma grubumuzdaki hastalarda en sık yanık nedeni (72,3%) sıcak su yanığı idi. Ortalama yanık yüzdesi 11,02 % bulundu. Bulgularımız Aytaç ve arkadaşları (12) ile benzerlik göstermektedir.

Ülkemizdeki Suriyeli mültecilerin acil servise yanık dahil birçok travmanın da içinde olduğu dahili ve cerrahi başvuruları, toplam başvuruların % 10'unu geçmektedir (9). Mültecilerin yaşadığı yerlerdeki zorlu yaşam, maddi sorunlar, birçoğundaki ebeveyn yokluğu ve çok çocuklu olmak ister istemez sağlık sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Yaptığımız çalışmada hastanemiz yanık ünitesine yıllık yaklaşık 3500 yanık travması ile başvuran yanık hastalarının 65'inin Suriyeli mülteci başvurusu olarak gerçekleştiğini gördük (1,85%). Bu oran Suriye sınırındaki şehirlere göre daha düşüktür. Bunu şehrimizin sınıra olan uzaklığından kaynaklandığını düşünüyoruz. Ancak savaşın hala devam ediyor olması, sınır şehirlerindeki mülteci nüfusunun artması sonucu kalabalıklaşmanın artması ve Avrupa Birliği ülkelerine geçişin her geçen gün daha da zorlaşması nedeniyle daha uzak şehirlere göçün her geçen gün artacağını ve bunun sonucunda ilimiz hastanelerine travma (özellikle yanık) nedeni ile başvuranların artacağını düşünüyoruz.

Yanık yaralanması, bir çocuğun yaşayabileceği en travmatik kazalardan biridir (14). Yanık hasarı beklenmedik, ağrılı ve yaşamı değiştiren bir yaralanmadır. Bu durum çocukta acı, korku ve anksiyete duygularına neden olabilir (15). Bunların tümü bu çocukları psikiyatrik bozukluk riski altına sokabilir (16). Çalışmamızda dosyalar incelendiğinde hastaların ilk geliş VAS skorlarının ölçüldüğünü gördük. Hastaların ortalama VAS skoru değeri  $7,43 \pm 2,02$  olarak bulundu. Skorun yüksek oluşu oluşan ağrının düzeyini göstermektedir. Ebeveyn anksiyetesi, yanık anksiyetesi, dil olarak anlaşamama ve kendini bulunduğu yerde yabancı görme anksiyete ve ajitasyonu daha da artırmaktadır. Hastalara bu dönemde doğru yaklaşım sonradan oluşacak posttravmatik stres bozukluğunu ortadan kaldıracaktır. Yanıklı hastalarda postoperatif bakımda; hemodinamik stabilitenin ve ağrı kontrolünün sağlanması esastır. Kliniğimizde yanık oluşan olgulara preoperatif değerlendirme sırasında, korku, anksiyete ve ağrı varlığı

nedeniyle, operasyon odasına transporttan önce uygun bir premedikasyon yapılmaktadır. Hastaların yanık servisteki bakımları sırasında ve ameliyat şartlarında yanık bakımı gereken hastalara ameliyat sırasında analjezi ve sedasyon sağlanması postoperatif olarak yara iyileşmesini, korku ve endişeyi ve posttravmatik stres bozukluğunu azaltmaktadır (17).

Yanık ağrısını tedavi etmek için debridman sırasında opioid kullanılır (18). Anksiyolitik ajanlar, yanıklı hastalarda yalnız başına kullanılabilirler gibi, opioidler ya da diğer ajanlarla (ketamin, propofol, inhaler anestezi vb.) da kombine edilerek kullanılabilir (19). Propofol analjezik etkisi olmayan bir hipnotik olduğu için gününbirlik cerrahilerde kısa etkili bir opioidle ya da ketaminle birlikte kullanılması önerilmektedir. Kısa süreli cerrahi işlemlerde sedoanaljezi sağlamak amacıyla propofol ve ketaminin birlikte kullanımı popülerite kazanmıştır (20). Yanıklı hastalarda, etkisinin daha kısa sürede başlaması, eliminasyon yarı ömrünün daha kısa olması ve derlenme de çok daha kısa sürede olması nedeniyle anksiyolitik ajan olarak en uygunu midazolamdır (21). Postoperatif ağrı kontrolünde nonsteroid anti-inflamatuvar gibi ilaçların nefrotoksik etkileri ve antiplatelet etkileri nedeniyle ağrı tedavisinde asetaminofen ve tramadol gibi analjeziklerin kullanımı önerilmektedir.

Hastaların anestezi dosyalarını incelediğimizde yanık ünitemizde yatan çocuklara preoperatif anksiyeleri ve korkuları için rutin intravenöz midazolam 0,05-0,2 mg/kg dozunda uygulandığı görüldü. Bu hastalardan korku ve anksiyetesi azalmayan ve ajitasyon gösteren küçük yaşta olan ( $\leq 12$  yaş) hastalara midazolam ek olarak ketamin 1mg/kg intravenöz uygulandığını gördük. Dosyaları incelediğimizde yatan 30 yanıklı mülteci hastanın tedavilerinin ameliyathanede LMA ve sedoanaljezi altında yapıldığını ve bu amaçla midazolam, fentanyl, ketamin, propofol ve maske sevofloran kullanıldığını gördük. Tüm hastalarda rutin postoperatif analjezi amaçlı asetaminofen ve tramadol kullanıldığını tespit ettik. Bunun sonucu olarak hastalarda ameliyat gibi steril bir ortamda uygulanan tedavinin hastalara hızlı bir şekilde yapılmasının iyileşme süreleri üzerinde etkili olduğunu ek olarak preoperatif anestezi ve postoperatif analjezinin hastanede kalış süresini kısalttığını gördük (Ortalama hastanede kalış süresi 2-20 gün).

Mültecilerin yaşadığı bir diğer önemli sorun da dil nedeni ile olmaktadır. Dil farklılıkları sağlık hizmetine ulaşmada kısıtlayıcı faktörler arasındadır (22,23). Dil farklılıkları ağızdan tedavilerde yanlış doz verilmesine ve tedavi planının yanlış yapılmasına neden olabilmektedir (24). Dil farklılıkları nedeni ile sağlık hizmeti sunan ve alacak kişi arasında uygun bir iletişim kurulamamaktadır. Dil sorununun mülteci çocukların ebeveynlerinde kaygıya neden olduğu ve bu nedenle çocuklarını hastaneye getiremedikleri vurgulanmıştır (5). Çalışmamızda olguların önemli bir kısmının dosyasına bu durum kaydı olumlu yönde idi. Hastanemizde Yabancı Hasta Sağlık Turizmi adı altında başta mültecilere ve diğer yabancı uyruklu hastalara hizmet veren rehber çalışanlarımız mevcuttur. Yanık ünitemizde buna ihtiyaç duyulduğunda bu hizmetten faydalanılmıştır. Hasta ve hasta ebeveynleri ile bu iletişim sağlanıp uygun tedavi ve rehabilitasyon sağlanmıştır. Bu durum hasta ve ebeveynlerde de anksiyete üzerine ciddi etkide bulunmuştur. Bunun sonucu olarak, hastalar ile sağlık sunanlar arasındaki iletişim sorunlarının çözülmesi hasta bakım kalitesini artıracaktır inancındayız.

Savaş sonucu ciddi bir travma sonrasında ülkemize göç etmek zorunda kalan mülteci çocuk ve ailelerinin yanık hasarı sonrası durumları, psikolojileri üzerine eklenen ciddi bir travma haline gelir. Bu durumun üstesinden gelmek donanımlı yanık ünitelerinde oldukça kolaydır. Hastanemiz yanık ünitesinde bu tür mülteci hastaların durumu ile ilgilenen rehber, sosyal hizmetler uzmanı ve psikolog bulundurulmaktadır. Hastaların her türlü travma ile baş etmeleri için sistemik bir yaklaşım gösterilmektedir. Çalışmamıza dahil ettiğimiz tüm hastaların yanık travmaları 100% şifa ile sonuçlanmıştır. Hastaların skar ya da greftleme için tedavi almadıkları görüldü. Bunun sebebini hastalarımızda görülen 3. derece yanığın azlığı, yanık yüzdelilerinin düşük olması ve yapılan tedavide derin yanıklarda yapay deri eşdeğeri kullanmasından kaynaklandığını düşünüyoruz. Ayrıca hastaların post travmatik streslerle baş edebilmesi için sosyal hizmetler uzmanı ve psikoloğumuzun rehber eşliğinde aile ve yetişkinlerin kendilerine pansuman eğitimleri, beslenme eğitimleri verilmiş, taburcu olmadan evvel sosyal çalışma birimlerine bildirimleri yapılarak yaşam ortamlarının düzenlenmesi sağlanmıştır.

Sonuç olarak bu çalışma, savaşın, çatışma ortamından oldukça uzak bir hastane acil servisine yanık travmalarına maruziyet nedeniyle başvuran ve hemen yanık ünitesine yönlendirilen ve çoğunluğunu çocukların oluşturduğu Suriyeli mültecilerin genel özelliklerini değerlendirmiştir. Bu hastaların bir kısmı ayaktan yanık ünitesi polikliniğinde, durumu ciddi olanları ise yanık ünitesinde yatarak tedavi edilmişlerdir. Anksiyete ve korkularını azaltmak için yanık ünitemizdeki tedavileri sırasında anestezi ilaçlarla debridmanlarını sağlamak hedeflenmiştir. Bu hasta grubu ile Suriyeli olmayan hasta grupları arasındaki farkları değerlendiren çalışmalar ile karşılaştırma yapılabilir, sonucunda daha anlamlı ve objektif sonuçlara ulaşılabilir. İlimiz sınırından 230 km uzakta olmasından dolayı, Suriyeli mültecilerin daha yüksek oranda yaşadıkları illerde yapılacak çok merkezli ve ileriye yönelik çalışmalar sorunu daha doğru ortaya koyabilir inancındayız.

### Limitasyon

Çalışmamızın bazı önemli kısıtlılıkları vardır. Geriye dönük ve tek merkez verileri ile yapılması en önemli kısıtlılığıdır. Diğer bir kısıtlılığı ise olgu sayısıdır. Olguların triaj bilgilerine ulaşamamıştır. Yabancı uyruklu hastalar olduğundan dil sorunundan kaynaklı VAS gibi görsel ağrı ölçümü dışında hasta ve ebeveyn anksiyetesini ölçen ileri testler yapılmadığından dosyalarda bu verilere rastlanmamıştır. Ayrıca veriler bilgi işletim sistemi aracılığı ile alındığından sonuçları etkileyecek bazı olguları kaçırmış olabiliriz.

**İletişim:** Ebru Tarıkçı Kılıç

**E-posta:** ebru.tarkc@yahoo.com

### Kaynaklar

1. Joshi PT, O'donnell DA. Consequences of child exposure to war and terrorism. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2003;6(4):275-92.
2. Çelikel A, et al. A series of civilian fatalities during the war in Syria. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi* 2014;20(5):338-42.
3. Deniz O, et al. Van City in Terms of Refugee Mobilities and The Demographic Profile of Refugees. *Doğu Coğrafya Dergisi* 2009;sayı:22. e-dergi.atauni.edu.tr
4. <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php>. erişim tarihi:15.01.2016
5. Zinc M, Davas A. Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri Raporu. *Türk Tabipler Birliği Yayınları* 2014.
6. Orhan O, Gündoğar SS. Suriyeli Sığınmacıların Türkiye'ye Etkileri. *ORSAM Raporu*. 2015
7. Pedgore JK, Rene A, Sandhu R, Marshall M. A health assessment of refugee children from former Yugoslavia in Tarrant County. *Tex Med* 2003;99:50-3.
8. Danielsson N, Ericsson A, Ericsson M, Kallen B, Zetterstrom R. Hospitalization in Sweden of children born to immigrants. *Acta Paediatr* 2003;92:228-32.
9. Korkmaz AÇ. Sığınmacıların Sağlık ve Hemşirelik Hizmetlerine Yarattığı Sorunlar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2014;1:37-42.
10. Turner C, Turner P, Carrara V, Burgoine K, Tha Ler Htoo S, et al. High rates of pneumonia in children under two years of age in a South East Asian refugee population. *PLoS One*. 2013;8:e54026.
11. Turner C, Turner P, Carrara V, Eh Lwe N, Watthanaworawit W, et al. A high burden of respiratory syncytial virus associated pneumonia in children less than two years of age in a South East Asian refugee population. *PLoS One*. 2012;7:e50100.
12. Selçuk A, Güzin YÖ, Selçuk A, Ramazan K, Serhat Ö, Mesut Ö. Güney Marmara Bölgesindeki Çocuklarda Yanık Epidemiyolojisi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004;30(3):145-9.
13. Demirel Y, Çöl C, Özen M. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi yanık servisinde bir yılda izlenen hastaların değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2001;23(1):15-20.
14. Landolt MA, Grubenmann S, Meuli M. Family impact greatest: predictors of quality of life and psychological adjustment in pediatric burn survivors. *J Trauma* 2002;53:1146-51.
15. Maskell J, Newcombe P, Martin G, Kimble R. Psychosocial functioning differences in pediatric burn survivors compared with healthy norms. *J Burn Care Res* 2013;34:465-76.
16. Stoddard FJ. Care of infants, children and adolescents with burn injuries. In: Lewis M, editor. *Child and adolescent psychiatry, a comprehensive textbook*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. p. 1188-208
17. Arellano R, Cruise C, Chung F. Timing of the anesthetist's preoperative outpatient interview. *Anesth Analg* 1989;68:645-8.
18. Ashburn MA. Burn pain: The management of procedure related pain. *J Burn Care Rehabil* 1995;16:365-71.
19. Wilson GR, Tomlinson P. Pain relief in burnshow we do it. *Burns* 1988;14:331-2.
20. Willman EV, Andolfatto G. Prospective Evaluation of "Ketofol" (Ketamine/Propofol Combination) for Procedural Sedation and Analgesia in the Emergency Department. *Ann Emerg Med* 2007;49:23-30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2006.08.002>
21. Greenblatt DJ, Locniskar A, Ochs HR, Lauren PM. Automated gas chromatography for studies of midazolam pharmacokinetics. *Anesthesiology* 1981;55:176-9.
22. Flores G, Tomany-Korman SC. The language spoken at home and disparities in medical and dental health, access to care, and use of services in US children. *Pediatrics* 2008;121:1703-14.
23. Flores G, Abreu M, Olivar MA, Kastner B. Access barriers to health care for Latino children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:1119-25.
24. Samuels-Kalow ME, Stack AM, Porter SC. Parental language and dosing errors after discharge from the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 2013;29:982-7.

# İşitme Engelli Kadınlara Verilen Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) Eğitiminin Etkinliğinin Değerlendirilmesi\*

The Evaluation of the Effectiveness of Breast Self-Examination (BSE) Training Provided for the Women with Impaired Hearing

Araştırma



Research

Melike Koçak<sup>1</sup>, Sultan Çelik<sup>2</sup>, Selda İldan Çalım<sup>3</sup>, Seval Cambaz Ulaş<sup>4</sup>, Arzu Karadal<sup>5</sup>

DOI: 2019-10-04 11:49:02

Geliş/Received : 29.06.2018  
Kabul/Accepted : 07.04.2019

## Öz

Ülkemizde, meme kanseri kadınlarda görülen kanserler arasında birinci sıradadır. Meme kanserinin erken tanınması ve tedavide başarılı sonuçlar elde edilmesinde kendi kendine meme muayenesi (KKMM) önemlidir. Bu araştırma, işitme engelli kadınlara verilen KKMM eğitiminin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Araştırma eğitim müdahale çalışması olup, Manisa Sağır Spor Kulübü ve Sağır Derneği'ne üye işitme engelli kadınlarla yürütülmüştür (N:24). Kadınlara eğitim öncesi sosyo-demografik ve KKMM ile ilgili sorular işaret dili bilen araştırmacılar tarafından anlatılarak cevaplandırılmıştır. KKMM eğitimi, her kadına birebir, resimli anlatım ve meme maketi kullanılarak işaret dili ile yapılmıştır. Eğitimden altı hafta sonra, kadınlara maket üzerinde meme muayenesi yaptırılarak eğitimin etkinliği değerlendirilmiştir. Yaş ortalaması  $21.00 \pm 1.38$  olan kadınlar lise mezunu olup, çalışmaktadır. Kadınların eğitim öncesinde KKMM değerlendirme basamaklarından hiçbirini bilmediği ve yapamadıkları saptanmıştır. Eğitim sorası kadınların KKMM becerileri değerlendirildiğinde uygulama basamaklarının neredeyse tümünü yapabildikleri gözlenmiştir. Tüm kadınların memenin dış görünümünü inceleyip değişiklikleri fark ettiği, memenin çaprazında kalan elin orta üç parmağının iç kısımlarını kullandığı ve koltuk altı muayenesini yapabildikleri belirlenmiştir. Çalışma sonucunda, işitme engelli kadınlara özel yapılandırılmış eğitim materyalleri kullanılarak, araştırmacılar tarafından işaret diliyle anlatılan ve birebir yapılan KKMM eğitiminin etkin olduğu bulunmuştur.

**Anahtar sözcükler:** İşitme engelli, Kendi kendine meme muayenesi (KKMM), Eğitim

## Abstract

Breast cancer occupies the first place among cancers affecting women in our country. Breast self-examination (BSE) is important for early diagnosis of breast cancer and obtaining successful treatment results. This study was conducted to evaluate the effectiveness of the breast self-examination (BSE) training provided for women with impaired hearing. This training intervention study was conducted among hearing-impaired women members of Manisa Deaf Sports Club and the Deaf Association (N: 24). The survey questions regarding socio-demographic characteristics and BSE were answered through the explanations provided to the women before the training by the researchers who can speak in sign language. One-on-one BSE training was performed in sign language using a breast model and pictorial representation. Six weeks after the training, its efficacy was assessed by having women make a breast examination on a model. The women with a mean age of  $21.00 \pm 1.38$  years were high school graduates and actively working. It was seen that the women have not known and could not perform any of the BSE steps before the training. After the training, when the BSE skills of women were assessed, it was observed that they could perform almost all steps of the practice. All the women inspected the appearance of the breast and noticed the changes, used the pads of three middle fingers of the hand opposite to the breast to be examined and could perform the examination of the armpits. As a result of the study, it was found that the one-on-one BSE training, which was provided in sign language by the researchers using structured educational materials specially designed for women with impaired hearing was effectual.

**Key words:** Hearing Impaired, Breast Self-Examination (BSE), Training

\*Bu araştırma, Çukurova Üniversitesi'nde düzenlenen (2016), 3.Uluslararası 7. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi'nde sözel bildiri ikincilik ödülü almıştır.

1 Manisa Celal Bayar Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Yüksek Lisans Programı, Manisa (Orcid No: 0000 0002 1182 6401)

2 Manisa Celal Bayar Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Yüksek Lisans Programı, Manisa (Orcid No: 0000 0002 8380 8384)

3 Dr., Öğr. Üyesi Manisa Celal Bayar Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü Uncubozköy Sağlık Kampüsü, Manisa (Orcid No: 0000-0001-8500-4251)

4 Dr. Öğr. Üyesi Manisa Celal Bayar Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü Uncubozköy Sağlık Kampüsü Manis (Orcid No 0000 0002 1580 850X)

5 İşaret Dili Tercümanı (Usta Öğretici) Atatürk Gençlik Merkezi Manisa (Orcid No: 0000 0002 1599 1359)

## Giriş

Son yıllarda, insan sağlığını tehdit eden önemli sağlık sorunların başında yer alan kanser; aynı zamanda bireyleri fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden olumsuz yönde etkilemektedir (1-3). Ülkemizde, meme kanseri kadınlarda görülen kanserler arasında birinci sıradadır ve sıklık oranı %24,9'dur (3,4). Meme kanserinin erken tanınması, tedavide başarılı sonuçlar elde edilmesinde büyük önem taşımaktadır (5). Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM); kadının muayeneyi kendisinin yapması, herhangi bir masraf gerektirmemesi ve kolay olması nedeniyle erken tanıda kullanılmaktadır (6). Kadınların KKMM'ni ne zaman ve nasıl yapması gerektiği ile ilgili en önemli bilgi kaynakları sağlık kurum ve kuruluşlarında çalışan sağlık personelidir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık elemanlarının sağlığı koruma ve geliştirilme için KKMM muayenesi hakkında tüm kadınlara eğitim vermesi meme kanserlerinin erken tanınması için oldukça önemlidir (2-6). Meme kanseri tanısı alan kadınların büyük çoğunluğu KKMM yaparak hastalıklarını erken dönemde tespit edebilmektedir (7). KKMM'i 20 yaşından sonra her ay menstruasyondan sonra; menopoz döneminde olan kadınların ise her ayın belli bir gününde yapması önerilmektedir (2-6). Kendi kendine meme muayenesinin üç ayrı aşaması vardır: öncelikle memeler gözle değerlendirilerek memelerde belirgin şişlik, meme ucu ve meme cildinde içe doğru çekilme, renk değişiklikleri, yüzeysel damarlarda önceden varolmayan bir belirginleşme hali, ciltte "portakal kabuğu" manzarası ve ciltte pullanma gibi bulguların olup olmadığına bakılır. Daha sonra ayakta, memeler elle muayene edilir. Meme dokusunun normal yapısı ile olmaması gereken oluşumlar bu muayene ile ayırt edilebilir. Meme dokusunun muayenesi, memenin koltukaltından göğüs kemiğine, köprücük kemiğinden memenin alt sınırına kadar tüm alanların parmaklarla dikkatlice hissedilerek taranmasını içerir. Aynı muayenenin yatar pozisyonda da tekrarlanması önerilir. Her bir aşama, meme dokusu hakkında çok değerli bilgiler verir ve mutlaka uygulanmalıdır (3).

Meme kanserinin erken tanısında KKMM'nin yanı sıra klinik muayene ve mamografi de önemli yere sahiptir. Amerikan Kanser Birliği, 20 yaşından sonra kadınların her ay düzenli olarak KKMM

yapması gerektiğini, 20-40 yaş arası kadınlarda üç yılda bir, 40 yaşından itibaren yılda bir kez klinik meme muayenesi ve mamografi çektirmesi gerektiğini vurgulamıştır (3,8). Mamografi; yoğunlukları birbirine yakın olan kas, yağ ve memenin glandüler yapılarını ve memenin patolojik değişikliklerini incelemek amacıyla kullanılan bir yumuşak doku radyografisidir. Mamografi, fizik muayenede saptanamayacak kadar küçük kitlelerin erken evrede tanı konulmasında kullanılan önemli bir yöntemdir (1-3,9-11).

Sağlık bakımı hizmetlerinin tüm insanlara eşit olarak sunulması anayasal bir hak olup; dezavantajlı konumda olan bireyler göz ardı edilmemelidir. Özellikle, toplumda kadın olarak yaşanan zorluklara engelli olma durumu eklendiğinde dezavantajlı olma durumu artmaktadır. Engellilerin en önemli sorunları arasında eğitim kısıtlılığı, tıbbi bakım ve rehabilitasyon hizmeti alamama, iletişim kuramama, toplumda ayrımcı tutum ve davranışlar yer almaktadır. Özellikle sağlık kurum ve kuruluşları, engelliler için mekansal olarak ulaşılabilmemesi, bununla birlikte tıbbi bakım ile ilgili bilgilere erişmek genellikle kolay olmamakta ve sağlık eğitiminde engelli kişiler genellikle göz ardı edilebilmektedir (12,13). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün verilerine göre, dünya nüfusunun yaklaşık %10'unu engelli insanlar oluşturmaktadır (14). Devlet İstatistik Enstitüsü Türkiye Özürlüler Araştırması (2002) sonuçlarına göre, toplam nüfus içindeki engelli oranı %12,3'tür (15).

Engelliler kanununda; fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duysal yetilerinde çeşitli düzeyde kayıplarından dolayı topluma diğer bireyler ile birlikte eşit koşullarda tam ve etkin katılımını kısıtlayan tutum ve çevre koşullarından etkilenen birey, engelli olarak tanımlanmıştır (13). Kıрман (2011), işitme engelini, her iki kulakta birden, konuşmayı anlayamayacak seviyede işitme kaybı olma hali olarak tanımlamıştır (16). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırmasında (2010) işitme engelli bireylerin oranı %5,9 olarak bulunmuştur. İşitme engelli bireylerin sözdizimi, anlam, sesbilgisi, metin yapısı kurallarını analiz ve sentez etmeleri zordur. Bu nedenle, sağlık kurum ve kuruluşlarına ulaşma dahi

iletişim problemi nedeniyle sorunlarını anlatma, anlama, tıbbi bakım ve tedavi alma gibi pek çok sorun yaşayabilmektedirler (12). Kadınlarda oldukça sık oranda görülen meme kanserinin erken teşhisi için KKMM'nin işitme engelli kadınlara anlatılması, öğretilmesi ve KKMM yapması için teşvik edilmesi yaşamsal öneme sahiptir. İletişim nedeniyle sağlık bakım hizmetlerinden yeteri kadar faydalanamayan işitme engelli kadınlara ulaşmak, onların anlayabileceği şekilde eğitim materyalleri geliştirmek ve kullanmak, işaret dili bilen sağlık personellerinin sayısını artırmak; eşit sağlık bakımı sunumu için elzemdir ve acilen çözülmesi gereken sorunlardır. Bu araştırma, toplumda dezavantajlı grupta yer alan işitme engelli kadınlara özel olarak yapılandırılmış KKMM eğitimi verilerek, eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

### **Gereç ve Yöntem**

**Araştırmanın Tipi:** Araştırma eğitim müdahale çalışmasıdır.

**Araştırmanın Yeri ve Zamanı:** Araştırma Manisa Sağır Spor Kulübü ve Sağırlar Derneğinde 01.01.2016-20.04.2016 tarihinde yürütülmüştür.

### **Araştırmanın Evreni ve Örnekleme:**

Araştırmanın evrenini Manisa Sağır Spor Kulübü ve Sağırlar Derneğine kayıtlı işitme engelli kadınlar oluşturmuştur (N:24). Herhangi bir örneklem seçme yöntemi kullanılmadan evrenin tamamına ulaşılmaya çalışılmıştır (n:24).

**Veri Toplama Araçları:** Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda, işaret dili eğitimcisi danışmanlığında, işitme engeli bireylerin anlayabileceği şekilde düzenlenerek hazırlanmıştır. Veriler anket formu ve KKMM değerlendirme formu ile toplanmıştır. Anket formu iki bölümden oluşmuştur. Birinci bölüm sosyo-demografik özellikler, eş ve evlilik özellikleri, obstetrik özellikleri içeren 20 sorudan oluşmuştur. İkinci bölüm ise; meme muayenesi, meme kanseri öyküsü, KKMM duyma ve bilgi alma soruları olmak üzere toplam 16 sorudan oluşmuştur. Anket formu eğitim öncesinde doldurulmuştur. KKMM basamaklarına uygun olarak, KKMM değerlendirme formu 9 madde (başlık) şeklinde hazırlanmıştır. KKMM değerlendirme formu

yapıyor, kısmen yapıyor ve yapamıyor şeklinde üç gruba ayrılarak değerlendirilmiştir. Bu form eğitim öncesi ve sonrası tüm katılımcılara doldurulmuştur. Tüm formlar işaret dili eğitimi almış araştırmacılar tarafından doldurulmuştur.

**Eğitim Süreci:** Araştırmada KKMM eğitimi her kadına birebir olarak, işaret dili bilen araştırmacılar tarafından verilmiştir. KKMM eğitimi işaret dili, resimli anlatım ve meme maketi kullanılarak yapılmıştır. Bir kadının eğitim süresi yaklaşık olarak 1 saat sürmüştür. Eğitimler Manisa Sağır Spor Kulübü ve Sağırlar Derneğinde verilmiştir. Eğitim sonrası her kadına işitme engeli bireylerin anlayabileceği şekilde KKMM uygulama broşürü hatırlatıcı olması amacıyla verilmiştir. Eğitimler tamamlandıktan 6 hafta sonra araştırmacılar tarafından her kadına maket üzerinde meme muayenesi yaptırılarak, KKMM değerlendirme formu doldurulmuştur.

**Verilerin Değerlendirilmesi:** Veri analizinde SPSS 15.00 for Windows programı kullanılarak, sayı yüzde dağılımı, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

**Araştırmanın Etik Yönü:** Araştırma için gerekli yasal izinler Manisa Sağır Spor Kulübü ve Sağırlar Derneğinden, araştırmaya katılan bireylerden de gönüllü bilgilendirilmiş onam formu ile alınmıştır.

### **Bulgular**

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması  $21,00 \pm 1,4$ 'tür. Kadınların tümü lise mezunu, bekar ve fabrikada işçi olarak çalışmaktadır. Çalışmaya katılan kadınların hepsi gelir durumlarının giderleriyle eşit olduğunu belirtmiştir. Kadınların 19'unda işitme engelinin doğuştan olduğu, 5'inde ise sonradan geliştiği bulunmuştur. Kadınların beşinin ailesinde başka engelli de bulunmaktadır. Kadınların tümü işaret dilini bildiklerini, ailelerinde ve çevresinde meme kanseri hikayesi olan kimse olmadığını belirtmiştir. Herhangi bir meme sorunu yaşamadıklarını ve klinik meme muayenesini yaptırmadıklarını ifade eden kadınlar, daha önce KKMM'sini, mamografiyi hiç duymadıklarını ve bu konuda bilgi almadıklarını ifade etmiştir.

Kadınların eğitim öncesinde KKMM değerlendirme basamaklarından hiçbirini bilmediği ve yapamadıkları saptanmıştır. Eğitim

sorası kadınların KKMM'si değerlendirildiğinde ise kadınların tümü ya da çoğunun KKMM'ini yapabildikleri gözlenmiştir. Kadınların tümünün memenin dış görünümünü inceleyip değişiklikleri fark ettiği, memenin çaprazında kalan elin orta üç parmağının iç kısımlarını kullandığı ve koltuk altı muayenesini yapabildikleri bulunmuştur. Kadınların %91,7'si meme muayenesini dikey, dairesel ya da ışınsal şekilde yaptığı ve memelerin tamamını kontrol ettikleri; %33,3'ü muayene sırasında parmaklarını birbirine yapışık ve göğüs duvarına paralel tuttuğu gözlenmiştir. Meme başını ve memede akıntı olup olmadığını kontrol eden kadınların oranı %25,0'dır. Kadınlar, KKMM'sinin dokuz basamağından yalnızca birini "Köprücük kemiği çıkıntısını kontrol etmeyi" uygulayamadıkları, diğer sekiz maddeyi tamamen ya da kısmen uyguladıkları belirlenmiştir (Tablo 1).

### Tartışma

Kadınların KKMM'ni yapabilmesi için öncelikle bu muayene ile ilgili bilgisi ve muayenenin önemi hakkında farkındalığı olmalıdır (17-21). Ülkemizde işitme engelli kadınların KKMM bilgi ve uygulamalarına dair çalışmalara ulaşamamıştır. Fakat işitme engeli olmayan kadınların KKMM bilgi ve uygulamaları ile ilgili çalışma sonuçları şöyledir; Güner ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada kadınların KKMM bilgi durumu sorgulandığında %50,2'sinin bilgi sahibi olmadığı bulunmuştur (19). Aynı şekilde KKMM bilgi durumu sorgulanan Beydağ ve ark.'nın (2009) yapmış oldukları çalışmada KKMM hakkında bilgi sahibi olmayanların oranı %58,0 (20), Sönmez ve ark.'nın (2012) yapmış oldukları çalışmada bu oran %60,8 (21), Özkahraman ve ark.'nın (2006) çalışmasında %54,4 (7), Koç ve Sağlam'ın (2009)

yapmış oldukları çalışmada kadınların %65,0'ünün KKMM'ni bilmediği bulunmuştur (22). Malezya'da, Al-Dubai ve ark.'nın (2012) yapmış oldukları bir çalışmada katılımcıların %79,8'inin KKMM hakkında bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir (23). Suudi Arabistan da Al-Sharbatti ve ark.'nın (2012) üniversite öğrencileri ile yapmış oldukları bir çalışmada katılımcıların %77,3'ünün KKMM uygulamadığı saptanmıştır (8). Kutlu ve ark.'nın (2008) Manisa ilinde yapmış oldukları çalışmada, katılımcıların %61,0'ünün KKMM'ni bilmedikleri bulunmuştur (9). Ayrıca Göçgeldi ve ark.'nın (2008) yapmış oldukları bir çalışmada "yaşamı boyu en az bir kez KKMM yapmış olma" durumu sorgulandığında %33,5'inin hiç KKMM yapmadığı belirlenmiştir (10). Sohbet ve Karasu'nun (2017), yaptıkları çalışmada kadınların %48,5'inin KKMM yapmayı bilmediği bulunmuştur (24). Çalışmamızda kadınların KKMM bilgi durumu sorgulandığında, kadınların hiçbirinin (%100) bu konuda bilgi sahibi olmadığı görülmüştür. Herhangi bir işitme engeli olmayan kadınların %50,2 ile %89,0 gibi değişen oranlarda KKMM ile ilgili bilgisi yoktur. Çalışmamızdaki lise mezunu işitme engelli kadınların ise bu konuda hiçbir bilgiye sahip olmaması oldukça dikkat çekicidir. Örneklem sayısının az olması (n=24) ve yaş ortalamasının (21.00±1.4) düşük olması nedeniyle KKMM'ni bilme oranının etkileneceği düşünülse bile, işitme engelli bireylerin hiçbirinin KKMM hakkında bilgi sahibi olmaması sağlık hizmetlerinin sunumunda engelli bireylere ulaşım ile ilgili sorunlar olduğunu düşündürmüştür.

Kadınların meme kanserinin erken teşhisi konusunda bilgilendirilmesi oldukça önemlidir. Aker ve ark.'nın (2015), Samsun ilinde geniş

**Tablo 1.** Kadınların eğitim sonrası meme muayenesini uygulayabilme durumları

Uygulama	Yapabiliyor %	Kısmen yapıyor %	Yapamıyor %
1. Memenin dış görünümünü inceliyor; görünümündeki değişiklikleri fark ediyor	100,0	-	-
2. Memenin çaprazında kalan elin orta üç parmağının iç kısımlarını kullanıyor	100,0	-	-
3. Parmaklarını birbirine yapışık ve göğüs duvarına paralel tutuyor	33,3	54,2	12,5
4. Meme muayenesini dikey, dairesel ya da ışınsal şekilde yapıyor	91,7	9,3	-
5. Memeleri tamamını kontrol ediyor	91,7	9,3	-
6. Meme başlarını kontrol ediyor	25,0	58,3	16,7
7. Koltuk altlarını kontrol ediyor	100,0	-	-
8. Köprücük kemiği çıkıntısını kontrol ediyor	-	-	100,0
9. Meme başlarını hafifçe sıkarak akıntı olup olmadığını kontrol ediyor	25,0	58,3	16,7

örneklemler yaptıkları çalışmada özel bir engellilik durumu olmayan kadınların %80,5'inin KKMM'ni bildiğini ifade etmesi oldukça önemli bir sonuçtur. Bu kadınların %28,0'ı KKMM muayenesinin nasıl yapıldığını da bildiğini belirtmiştir. Fakat düzenli olarak ayda bir kez yapan kadınların oranı %12,6'dır (25). Babuş ve Eser'in (2017) Manisa'da kentsel ve yarı-kentsel iki farklı bölgede yürüttükleri çalışmada, KKMM'nin her ay uygulama sıklığı oldukça yüksek bulunmuş (kentsel: %52,9 yarı-kentsel: %59,1); ancak çalışmada KKMM'nin doğru zamanda ve doğru şekilde yapılıp yapılmadığının sorgulanmadığı belirtilmiştir (26). KKMM bilgisi ile bunu davranışa dönüştürme arasındaki bu büyük farklılık, konunun önemiyle ilgili farkındalığın artırılması ve uygulama engellerinin tespit edilerek çözülmesi gerekliliğini düşündürmüştür. Bireylerin en rahat ulaşabilecekleri birinci basamak hizmetlerindeki sağlık çalışanları tarafından KKMM hakkında bilgilendirmenin yapılması; konuyla ilgili farkındalığın artırılmasına yönelik çalışmaların yapılması önemli bir koruyucu sağlık hizmetidir (11,27). Yapılan çalışmalarda, kadınların çoğu KKMM hakkında bilgiyi sağlık çalışanlarından aldıklarını ifade etmiştir: Koçyiğit ve ark.'nın çalışmasında, kadınların %23,4'ü KKMM'ni sağlık çalışanlarından öğrendiklerini ifade etmiştir ve sağlık çalışanlarından bilgi aldıklarını ifade eden kadınların KKMM bilgi puanları diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur (28). Keten ve ark.'nın (2014) yaptıkları çalışmada kadınların %38,5'i; Koç ve Sağlam'ın (2009) çalışmasında kadınların %47,7'si KKMM hakkındaki bilgiyi en fazla oranda sağlık çalışanlarında aldıklarını belirtmiştir (22,27). Berman ve ark.'nın (2013) Kaliforniya'da işitme engelli kadınların meme kanseri bilgi ve uygulamalarını araştırdığı çalışmada, kadınların çoğunun meme kanseri ile ilgili bilgiyi sağlık çalışanlarından aldıkları bulunmuştur (29).

Engellilik durumuna uygun iletişim kanallarının kullanılması direkt engelli bireylere ulaşılabilirlik için en önemli adımdır. Bu çalışmada işaret dili bilen araştırmacılar işaret dilini kullanarak katılımcılara ulaşmış; grubun özelliği göz önünde bulundurularak uygun söz dizimi ve anlam içeren eğitim materyalleri hazırlamıştır. Birebir işaret dili, maket ve resimli anlatımlarla verilen eğitimlerden sonra çalışmamıza katılan kadınların KKMM bilme durumları eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde

farklılık göstermiştir. Katılımcıların neredeyse tamamı KKMM'ni uygulamıştır. Kadınların eğitim öncesinde KKMM değerlendirme maddelerinden hiç birini yapamadıkları, ancak işaret dili ile birebir olarak verilen eğitim sonrasında 9 maddeden oluşan muayene basamaklarından yalnızca "Köprücük kemiği çıkıntısını kontrol etmeyi" uygulayamadıkları diğer sekiz maddeyi ise tamamen ya da kısmen uyguladıkları bulunmuştur (Tablo 1). Kadınların meme muayenesinde köprücük kemiğini kontrol etmeyi unutmalarının nedeninin, muayenede yalnızca meme dokusunu odaklanmalarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. İşitme engelli kadınların KKMM muayenesi eğitiminin etkinliğine dair çalışmalara ulaşamadığı için engelli olmayan kadınlara yapılan KKMM eğitimlerinin etkinliği incelendiğinde; Koç ve Sağlam (2009), kadınların kendine meme muayenesi uygulamasına ilişkin eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi ve uygulamalarının karşılaştırdığında eğitimden sonra kadınların tümünün KKMM yapabildiği ve eğitim öncesi ve sonrası istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (22). Gölbaşı ve arkadaşlarının yaptığı (2007) KKMM eğitim çalışmasında, kadınların eğitim sonrası bilgi düzeyleri eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (1). Özkahraman ve ark.'nın (2006) KKMM becerisini geliştirmek amacıyla yaptıkları eğitimden iki hafta sonra eğitimin etkinliği değerlendirildiğinde, kadınların KKMM becerilerini tam olarak uygulayanların oranı %63,6 bulunmuştur (7). Çalışmamızdaki işitme engelli kadınların eğitimden altı hafta KKMM becerileri değerlendirildiğinde, muayene basamaklarını tam olarak uygulamaya da bu becerilerinin çoğunu yapabildiği ve eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Eğitim sonrası KKMM becerilerinin değerlendirme zamanının kadınların uygulama basamaklarını tam olarak yerine getirebilmesini etkileyebileceği düşünülmüştür. Çalışma sonuçları incelendiğinde kadınların KKMM hakkında bilgilerini artırmaya ve beceri kazandırmaya yönelik aktif eğitim programlarının etkili olduğu bulunmuştur.

### **Sonuç ve Öneriler**

Çalışma grubunun sayısının çok az olması bu çalışmanın sınırlılığıdır ve araştırma sonuçları yalnızca derneğe kayıtlı 24 engelli kadın için



genellenebilir. Bununla birlikte, çalışma sonucunda işitme engelli kadınlara özel yapılandırılmış eğitim materyalleri kullanılarak, araştırmacılar tarafından işaret diliyle anlatılan ve birebir yapılan KKMM eğitiminin etkin olduğu bulunmuştur. Daha önce KKMM'ni hiç bilmeyen kadınların eğitim sonrası tümünün KKMM bilgisine sahip olduğu ve KKMM uygulama basamaklarının çoğunu uygulayabildikleri saptanmıştır. Engelli bireylerin engellilik durumu her ne olursa olsun, sağlık bakım hakkı gibi en temel hakka diğer insanlarla eşit ulaşabilmesi için tüm kamu kurum ve kuruluşlarına, özellikle sağlık kurumları ve çalışanlarına önemli sorumluluklar düşmektedir. Öncelikle, engelli bireylerin sağlık hizmetlerinden yeteri kadar faydalanamamasının nedenlerine yönelik çalışmaların yapılması, sorunların çözümüne yönelik eylemlerin planlanmasında yol gösterici olacağı düşünülmüştür. Engelli bireylerin, sağlık hizmetlerinde karşılaştıkları sorunların çözümünde, bireylere hizmet ulaşımını sağlayacak engelleri ortadan kaldırmaya yönelik çalışmalara ve politikalara ihtiyaç vardır.

### Teşekkür

Manisa Sağır Spor Kulübü ve Sağırlar Derneği'nin tüm değerli üyelerine, Dernek Başkanı Sayın Bilal Cansu'ya, çalışmamıza büyük bir isteklilikle katkı sunan tüm kadınlara en derin teşekkürlerimizi ve saygılarımızı sunuyoruz.

**İletişim:** Dr. Selda İldan Çalım

**E-posta:** seldaidan@gmail.com

### Kaynaklar

1. Gölbaşı Z, Çetin R, Kalkan S, Durmuş T. Üniversite öğrencisi kızların meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve davranışları. *Türkiye Meme Sağlığı Derg.* 2010;6(2):69-73.
2. Babacan Gümüş A. Meme kanserinde psikososyal sorunlar ve destekleyici girişimler. *Meme Sağlığı Derg.* 2006;2(3):108-114.
3. Koca B. Kendi Kendine Meme Muayenesi Bilmenin Kadın Sağlığı Açısından Önemi, *Yeni Tıp Derg.* 2010;27:10-14. URI: <https://slidex.tips/download/kendi-kendine-meme-muayenesini-bilmenin-kad-n-sa-l-a-s-ndan-nemi#>
4. Gölbaşı Z, Kutlar Z, Akdeniz H. Öğrenci hemşireler tarafından bir halk eğitim merkezinde verilen eğitimin kadınların meme kanseri / kendi kendine meme muayenesine yönelik bilgi ve uygulamalarına etkisi. *Meme Sağlığı Derg.* 2007;3(2):53-57.
5. Karakuş F. Malatya il merkezinde bulunan birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin meme kanseri erken tanı uygulamaları konusunda bilgi, tutum ve davranışları. T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2008. URI: <http://hdl.handle.net/11616/1013>
6. Sohbet R, Karasu F. Kadınların meme kanserine yönelik bilgi, davranış ve uygulamalarının incelenmesi. *GÜRSBD* 2017;6(4):113-121.
7. Özkahraman Ş, Vural BK, Bayık A. Halk eğitim merkezi kursiyerlerinde kendi kendine meme muayene becerisi geliştirme. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg.* 2006;9(4):1-9. URI: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/29329>
8. Al-Sharbatti SS, Shaikh RB, Mathew E, Salman Al-Biate MA. Breast self examination practice and breast cancer risk perception among female university students in Ajman. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2013;14(8):4919-23. (DOI: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.8.4919>)
9. Kutlu KA, Yılmaz E, Çeçen D. Manisa ili halk eğitim merkezlerine devam eden kursiyerlerin kendi kendine meme muayenesi konusunda bilgi düzeylerine ve konuya ilişkin uygulamalarına eğitimin etkisi. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Derg.* 2008;4(13):107-120.
10. Göçgeldi E, Açıkkel CH, Hasde M, Aygüt G. Çelik S. Gündüz İ. Karadeniz Y. Ayas R. Şahin E. Deniz C. Ankara- Gölbaşı ilçesinde bir grup kadının kendi kendine meme muayenesi yapma konusundaki tutum ve davranışlarının belirlenmesi, *Fırat Tıp Derg.* 2008;13(4):261-5.
11. Ersin F, Bahar Z. Sağlığı geliştirme modellerinin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: Bir literatür derlemesi. *DEUHYO ED.* 2012;5(1):28-38.
12. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu. Özürlülerin sorun ve beklentileri araştırması 2010, 7 Nisan 2011; 71.
13. Engelliler Hakkında Kanun. Resmi gazete, Kanun no:5378, Tarih:7/7/2005, Sayı: 25868, Birinci bölüm: Madde 3-c. URI: <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5378.pdf>
14. WHO Library Cataloguing-in-publication Data. World Report on Disability 2011. ISBN 978 92 4 068521 5 (PDF): 2; 25-28.
15. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı, T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. Türkiye Özürlüler Araştırması, 2002; Yayın numarası: 2913. <https://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf/0014899.pdf>
16. Kırman A, Yıldırım Sarı H. İşitme engelli çocuk ve adölesanların sağlık durumları. *J Curr Pediatr* 2011;9:85-92.
17. Timur S, Ege E, Bakış E. Engelli kadınların üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Derg. 2006;10(1):51-8.

18. Parlar S, Bozkurt Al, Ovayolubir N. Ana çocuk sağlığı merkezine başvuran kadınlara verilen meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili eğitimin değerlendirilmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Derg. 2004;8(2):9-15.
19. Güner Çİ, Tetik A, Gönener DH. Kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Gaziantep Tıp Derg. 2007;13(2):55-60.
20. Beydağ KD, Karaoğlan H. Kendi kendine meme muayenesi eğitiminin öğrencilerin bilgi ve tutumlarına etkisi. Kor Hek 2007; 6(2):106-111.
21. Sönmez Y, Nayir T, Köse S. Gökçe B. Kişioğlu NA. Bir sağlık ocağı bölgesinde 20 yaş ve üzeri kadınların meme ve serviks kanseri erken tanısına ilişkin davranışları, S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 2012;19(4):124-130.
22. Koç Z, Sağlam Z. Kadınların meme kanseri, koruyucu önlemler ve kendi kendine meme muayenesi ile ilgili bilgi ve uygulamalarının belirlenmesi ve eğitimin etkinliği, Meme Sağlığı Derg. 2009;5(1):25-33.
23. Al-Dubai SA, Ganasegeran K, Alabsi AM, Abdul Manaf MR, Ijaz S, Kassim S. Exploration of barriers to breast-self examination among urban women in Shah Alam. Malaysia: A cross sectional study. Asian Pac J Cancer Prev 2012;13(4):1627-32.
24. Sohbet R, Karasu F. Kadınların meme kanserine yönelik bilgi, davranış ve uygulamalarının incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi (GÜSBD). 2017;6(4):113-121.
25. Aker S, Öz H, Tunçel EK. Practice of breast cancer early diagnosis methods among women living in Samsun, and factors associated with this practice. J Breast Health 2015;11:115-22.
26. Babuş S, Eser E. Manisa'da seçilmiş iki bölgede meme kanseri ve erken tanı yöntemleri açısından bilgi tutum ve davranış araştırması. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), 2017;26 (6):221-230.
27. Keten HS, Yıldırım F, Ölmez S, Üçer H, Çelik M. Kahramanmaraş Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi'ne başvuran kadınların meme kanseri konusunda bilgi, tutum ve davranışları. Gaziantep Med J 2014;20(3):212-6.
28. Koçyiğit O, Erel S. Kısmet K. Kılıçoğlu B. Sabuncuoğlu MZ. Akkuş MA. Polikliniğe başvuran kadınların meme kanseri, meme muayenesi ve mamografi hakkında bilgi düzeyi: il merkezinde yapılan bir çalışma, Nobel Medicus 2011;07(2):19. 25.
29. Berman BA, Jo A, Cumberland WG, Booth H, Britt J, Stern C, et al. Breast cancer knowledge and practices among deaf women. Disability and Health Journal 2013;6:303-16.



Cemal Hüseyin Güvercin<sup>1</sup>

DOI: 10.17942/sted.575603

Geliş/Received : 11.06.2019

Kabul/Accepted : 17.09.2019

### Öz

**Amaç:** Basında sağlık çalışanlarına şiddet haberlerinin bazı epidemiyolojik özellikler ve haber içeriği açısından incelenmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Türkiye'nin yüksek tirajlı gazetelerinden birinin 2018 yılı arşivinden web sayfası aracılığıyla taranan, sağlık çalışanlarına şiddet haberlerinin değerlendirildiği retrospektif tanımlayıcı bir çalışmadır.

**Bulgular:** Erişilen 156 haberin %27'si yaşanan şiddet olayını, %40'ı şiddet sonrası tepkileri, %33'ü de şiddetle ilgili diğer haberleri konu etmektedir. Haberlerde görsel öge kullanımı (%93) yüksektir. Şiddet olgularının %83'ü kamu kurumlarında, %74'ü poliklinik ve acil servislerde yaşanmaktadır. Haberlerin 3/4'ünde şiddet uygulayıcısı hasta/hasta yakını olarak nitelenmektedir. Haberlerin 4/5'ünde saldırı, şiddetin oluş biçimine, kullanılan silaha ya da yaralanma biçimine vurgu yapılarak verilmiştir. Haberlerin 3/4'ünde şiddetin nedeni olarak memnuniyetsizlik, ilgisizlik, rapor ya da ilaç istemi gibi saldırgan kaynaklı bir gerekçe gösterilmiştir. Şiddete verilen tepki konusunda Türk Tabipleri Birliği/tabip odaları, Sağlık Bakanlığında yaklaşık 10 kat daha fazla basında yer almıştır.

**Sonuç:** İncelenen sağlık çalışanlarına şiddet haberleri, özenli olmayan bir yaklaşımla ve magazinleştirilerek verilmiştir. Bu haberler, olayın olumsuzluğuna vurgu yapan, kişisel hakları koruyan ve toplumsal sorumluluğu gözetken, bilgilendirici ve önleyici bir anlayışla verilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Basın, Sağlık çalışanlarına şiddet haberleri, Türk Tabipleri Birliği, Etik

### Abstract

**Objective:** To examine the news on violence against healthcare workers, appearing in the press in terms of certain epidemiological features and news content.

**Materials and Method:** This is a retrospective and descriptive study, evaluating the news on violence against healthcare workers, which were searched through 2018 archives of one of the most widely circulated newspapers of Turkey via its web page.

**Findings:** Of the 156 news accessed, 27% were about violence, 40% covered post-violence reactions and 33% were about other news on violence. The visual elements were widely used (93%) in the news. 83% of the cases of violence were experienced at public institutions and 74% occurred in outpatient clinics and emergency rooms. In 3/4 of the news, the person who has committed the violence was described to be a patient or a patient's relative. In 4/5 of the news, the attack was covered with emphasis on the form of violence, the weapon used or the mode of the injury. The attacker-driven reasons such as dissatisfaction, claims of poor care, inappropriate request for a medical report or medication were presented to be the causes of violence in 3/4 of the news. Concerning the reactions to violence, the Turkish Medical Association/Medical Chambers appeared in the press about 10 times more than the Ministry of Health did.

**Conclusion:** The news on violence against healthcare workers that we examined were presented with a rigorous approach and by magazineization. This kind of news should be covered in an informative and preventive manner that emphasizes the negativity of the incident, defends individual rights and pays regard to social responsibility.

**Key words:** Press, News on violence against healthcare workers, Turkish Medical Association, Ethics

<sup>1</sup> Öğr. Gör. Uzm. Dr., Dokuz Eylül Ü. Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik AD, İzmir (Orcid No: 0000 0003 0850 6340)

## Giriş

Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre şiddet: "Kişinin kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidinin amaçlı olarak uygulanmasıdır." (1).

Şiddetin özel bir türü olan sağlık alanındaki şiddet, "hasta, hasta yakınları ya da diğer bireyler tarafından uygulanan, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, ekonomik istismar, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum" olarak tanımlanmaktadır (2). Yalnızca sağlık kurumlarında değil, şiddet hastanın olduğu her yerde (yolda, çarşıda, hastanın evinde) acil sağlık hizmeti çalışanlarına karşı da gerçekleşebilmektedir.

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin özellikle gelişmekte olan, geçiş dönemindeki ve endüstrileşmiş ülkelerde yaygın bir sorun olduğunu belirtmektedir. Ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde, sağlık çalışanlarına yönelen şiddetin hem ulusal, hem de küresel bir sorun olduğu ve son yıllarda da artış gösterdiği anlaşılmaktadır (3). Sağlık çalışanlarının şiddete uğrama riskinin diğer hizmet sektörü gruplarına göre 16 kat daha fazla olduğu bilinmektedir. ILO 2002 raporuna göre; sağlık sektöründe mesleki şiddet tüm şiddet olaylarının %25'ini oluşturmaktadır (4). Dünya Sağlık Örgütü de sağlık çalışanlarının fiziksel şiddete uğrama riskinin diğer meslek gruplarından yüksek olduğunu, farklı ülkeler dikkate alındığında tüm dünyada sağlık çalışanlarının %8-38'nin meslek yaşamlarında şiddete uğradığını belirtmektedir. Dünyada her dört sağlık çalışanından biri meslek yaşamları boyunca fiziksel şiddeti yaşamaktadır. Uluslararası Hemşireler Konseyi, sağlık çalışanlarının işyerinde fiziksel şiddete uğrama riskinin hapisli gardiyanlarından ya da polislerden daha yüksek olduğunu ve kadın hemşirelerin en fazla risk altında bulunduğunu belirtmiştir (5). ABD'de 2011 ile 2013 yılları arasında her yıl 15-20 bin sağlık çalışanı tedavi almayı gerektirecek düzeyde şiddete uğramıştır. 2013 yılında sağlık ve sosyal hizmetler alanındaki

şiddet düzeyi 10.000 de 7,8 iken, inşaat, imalat, perakende gibi sektörlerde 10.000 de 2 den azdır. Diğer bir ifade ile sağlık alanında şiddet 4 kat daha fazladır (6).

Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık çalışanlarına şiddeti önlemek amacıyla devreye sokulan Beyaz Kod uygulamasına göre, 2012 yılının ilk 6 ayında 5.050 şiddet olgusu rapor edilmişken, 2017 yılı sonunda şiddet olgularında yüzde 168 oranında artış yaşanmış ve 13.045 şiddet olgusu meydana gelmiştir. 2013-2017 yılları arasında her saat başında bir hekimin şiddete uğramıştır. 2018 yılının henüz ilk 4 ayında kayıtlara geçen şiddet olgusu 2.934'tür. 2012-2018 arasındaki 6 yıllık dönemde 68.375 sağlık çalışanı şiddete uğramıştır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin her geçen yıl katlanarak sürdüğü görülmektedir (7).

Günümüzde şiddet / saldırganlık olayları ya da suçları; biyoloji, psikoloji, psikiyatri, sosyoloji gibi farklı disiplinler tarafından analiz edilmektedir. Şiddet ya da saldırganlığın bu disiplinlerin her biri tarafından ayrı ayrı çözümlenmesi, şiddet davranışının çok boyutlu ve karmaşık bir karakteristiğe sahip olduğunu göstermektedir (8). Şiddet aynı zamanda etik açıdan da incelenen bir olgudur. Şiddet etik açıdan incelendiğinde "araçsallaşma" sorunu ortaya çıkmaktadır. Kant'a göre insan olmak değerlidir ve her insan bir amaçtır, hiç kimseye bir araçmış gibi davranılamaz. Ancak şiddet eylemleri, insanı bir "araç" olarak görmektedir. İnançlar, ideolojiler, çıkarlar gibi unsurların, insandan daha değerli görülmesi, insanın bunların aracı haline getirilmesidir (9). İnsanın araçsallaşması, insan onuruna yapılan bir saldırıdır. İnsanın değerinin korunmasında, şiddetin bir sorun çözme yöntemi olmaması önemlidir. Eski Yunan'da sorunlara şiddetsiz çözüm bulma, diyalog ile karşdakini ikna etme çok önem verilen bir niteliktir ve iknanın bir tanrıçası bulunmaktadır. Peitho, ikna tanrıçası olarak aynı zamanda güzel konuşma, cazibe ve baştan çıkarmanın da kişileştirilmiş halidir. İkna, şiddete başvurmadan, savaşmadan sorun çözme, karşdakinin fikrini değiştirebilme, inandırma becerisidir (10).

Toplumumuzda adaletin birey eliyle gerçekleştirilme yöntemi olarak, karşı tarafın doğrudan cezalandırılması ya da öç alma yaygın bir davranış biçimi olarak dikkat çekmektedir.

Bireyler aralarındaki sorunları, bazen kamunun ilgili merci ve kurumlarının dışında, kendi güç ve olanaklarıyla, yani şiddet yoluyla çözmeye çalışmaktadırlar (8). Sağlık çalışanlarına şiddetin de gerisindeki dinamiklerden biri olan bu tutum, devlet düzeni içinde meşru görülmez. Devlet şiddet uygulama tekeli de elinde bulunduran bir yapıdır (11).

Sağlık çalışanlarına şiddet son yıllarda medyanın en önemli gündemlerinden biri olmuştur. ITS Medya ve Ajans Press'in konuyla ilgili gerçekleştirdiği medya incelemesinde, yazılı basına yansıyan haber sayılarındaki artış dikkat çekicidir. Buna göre tüm ulusal yazılı basında "sağlık" başlığı altında çıkan haberler incelendiğinde 2013'te 341 bin 934 haber yer almışken, 2018 yılında haber sayısı %175 artarak 598 bin 886'ya ulaşmıştır. Bu haberler arasında sağlık çalışanlarına şiddet konusu, sağlıkla ilgili harcamalar, büyük şehirlerde yaşanan yoğunluk problemi, sağlık sektörüne yapılan yatırımlar, şehir hastaneleri ve sağlık personelinin yaşadığı sorunlarla birlikte en çok konuşulan başlıklardan biri olmuştur (12).

Medyanın sağlıkta alanında yaşanan şiddeti haberleştirirken, kişi ve toplum açısından bazı olumsuz sonuçlara da yola açabileceği kabul edilmektedir. Konuyla ilgili 2013'te hazırlanan Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM) Araştırma Raporunda, şiddet haberlerinin medyada sıkça verilmesinin, sağlık çalışanlarının itibarını zedelediği, toplumu şiddete karşı duyarsızlaştırdığı hatta saldırganlığa karşı hoşgörüyü artırdığı belirtilmektedir. Raporda, bu haberlerin, şiddetin sorunları çözmeye bir "araç" olarak algılanmasını güçlendirdiği, şiddeti medyada izlemenin saldırgan davranışlar üzerinde nedensel bir rol oynayarak, sonuçta şiddeti özendirdiği ifade edilmektedir (13). Bu bağlamda medyanın sağlık çalışanlarına şiddet haberlerini hem biçimsel hem de içerik olarak nasıl yansıttığının, haberde kullanılan dil, tarafsızlık, bireysel hakların korunması ve toplumsal sorumluluk bakımından ve temelde etik açıdan incelenmesi önem taşımaktadır. Gazetecilik etik kodlarında yer alan; gerçekleri aktarmak, nesnellik, tarafsızlık, dengelilik, doğruluk, kesinlik, tamlık gibi ilkeler özellikle şiddet haberlerini yansıtırken daha da önemli olmaktadır (14). Basın Konseyi'nin

benimsediği Basın Meslek İlkeleri'nin 13. maddesinde "şiddet ve zorbalığı özendirici, insani değerleri incitici yayın yapmaktan kaçınılması" gerektiği belirtilmektedir (15).

Genel olarak şiddet ve ayrımcılık içeren olayların haberleştirilmesine ilişkin dört ilke önerilmektedir: Haberde dilin dikkatli kullanılması, Kamunun haber alma hakkı ile mağdur ya da zanlının kişilik haklarının dengelenmesi, Şiddet ve ayrımcılığı özendirmekten kaçınıp olumsuzluğa dikkat çekilmesi, Mağdur ya da zanlıya ilişkin olayla doğrudan ilgili olmayan, şiddet ve ayrımcılığı körükleyebilecek bilgilerin verilmemesi (14).

Basın, sağlık çalışanlarına şiddet konusunda yukarıdaki ilkelere uygun davrandığında, şiddetin önlenmesi, konuyla ilgili farkındalığın artması anlamında olumlu ya da tam tersine olumsuz bir rol de oynayabilir. Bu çalışmada ulusal bir gazetede 2018 yılında çıkan sağlık alanında şiddet haberleri belli özellikler açısından incelenmiştir.

### Yöntem

Bu çalışma Türkiye'nin gazetelerinden biri olan Hürriyet gazetesinde 2018 yılında yer alan ve gazetenin internet sitesinden ulaşılan sağlık çalışanlarına şiddet haberlerinin incelenmesini amaçlayan retrospektif, tanımlayıcı bir çalışmadır. Haberler bazı epidemiyolojik özellikler, haberin başlığı ve verilme biçimi, dili, şiddetin gerçekleştiği yer ve zaman, şiddetin nedeni olarak gösterilen gerekçeler, saldırganın haberdeki nitelenmesi, şiddete gösterilen tepkiler gibi özellikler bakımından incelenmiştir.

### Bulgular

Hürriyet gazetesinde 2018 yılı içinde sağlık çalışanlarına şiddet ile ilgili 156 habere ulaşılmıştır. Bu haberlerden 42'si (%27) yaşanan bir şiddet olayını verirken, 62'si (%40) şiddet sonrası tepkileri haberleştirmiştir. Sağlık çalışanlarına şiddeti konu alan (yasal düzenlemeler, eğitim, toplantı vs.) diğer haberlerin sayısı ise 52'dir (%33). Şiddet ile ilgili 146 (%93) haberde fotoğraf ya da görsel kullanılmış, 10 haberde ise (%7) görsel öğe bulunmamaktadır (Tablo 1). Haberlerde, şiddete uğrayan tüm hekimlerin isimleri, çalıştıkları birim ve uzmanlıkları açıkça belirtilmiştir.

**Tablo 1.** Bir gazetede sağlık çalışanlarına şiddet haberlerinin konu ve görsel kullanımına göre dağılımı (2019)

	Haber sayısı	Yüzde
<b>Haberlerin Niteliği</b>		
Sağlık çalışanlarına şiddet olayı	42	27,0
Şiddet sonrası tepkiler	62	39,7
Şiddeti konu alan diğer haberler	52	33,3
Toplam	156	100,0
<b>Haberlerde Fotoğraf/Görsel Kullanımı</b>		
Görsel Öğe Var	146	93,0
Görsel Öğe Yok	10	7,0
Toplam	156	100,0

**Tablo 2.** Bir gazetede haberlerde sağlık çalışanlarına şiddetin nedeni olarak gösterilen gerekçelerin dağılımı (2019)

	Sayı	Yüzde
Hastane kurallarını kabul etmeme	6	14,3
Usulsüz ilaç veya rapor istemi	6	14,3
Hastanın hastanede ölmesi	5	11,9
Hastaya ilgi gösterilmediğini iddia etme	5	11,9
Muayeneden memnun olmama	4	9,5
Diğer (Hastaya geç müdahale, psikolojik sorunlar)	5	11,9
Belirtilmemiş	11	26,2
Toplam	42	100,0

**Tablo 3.** Bir gazetede haberlerde sağlık çalışanlarına şiddet uygulayanın nitelenmesi (2019))

	Sayı	Yüzde
Hasta Yakını	19	45,2
Hasta	6	14,3
Alkollü hasta	6	14,3
Saldırgan	4	9,5
Diğer (maganda, mahkum, hekim, hemşire)	7	16,7
Toplam	42	100,0

Şiddet haberlerinin şehirlere göre dağılımında İstanbul 19 (%12), İzmir 16 (%10), Antalya 12 (%8), ilk üç sırada gelirken, Şanlıurfa ve Giresun 6 (%4) onları takip etmektedir. Bölgelere göre dağılımı da paralel olarak Marmara 28 (%18), Ege 22 (%14) ve Akdeniz 16 (%10) ile ilk üç sırada yer almaktadır.

Sağlık çalışanlarına şiddet haberlerinin aylara göre dağılımında Temmuz ayı 45 haber (%29) ile ilk sırada iken, Ekim 27 (%17), Kasım 21 (%13) ve Aralık ayı da 13 (%8) haber ile sıralanmaktadır.

Şiddetin en fazla olduğu aylar ve olgu sayılarına bakıldığında; Temmuzda 9, Aralıkta 9, Haziranda

7 ve Ağustosta ise 4 olgu görülmüştür. Toplamda 29 olgu (%70) bu dört ayda gerçekleşmiştir. Şiddete uğrayan toplam 34 hekim ve 11 sağlık çalışanı, 42 habere konu olmuştur, üç haberde hekimler ve diğer sağlık çalışanları aynı olayda şiddete uğramıştır. Şiddete uğrayan hekimlerin çoğunluğu aile hekimidir 13 (%38), bunu sırayla acil tıp uzmanı 5 (%15), çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı 4 (%12), göz hastalıkları uzmanı 3 (%9), kadın doğum uzmanı 3 (%9) ve diş hekimi 3 (%9) izlemektedir.

Şiddet olgularından 35'i (%83) kamu sağlık kurumlarında meydana gelirken, 7 (%17) haber özel sağlık sektöründeki şiddeti konu etmiştir.

Şiddetin uygulanan birimler incelendiğinde poliklinik ve muayenehaneler 17 (%43), hastane acil üniteleri ve 112 acil servisler 13 (%31), yoğun bakım birimleri 3 (%7) olgu ile ilk üç sıradadır.

Şiddet uygulayanın cinsiyeti 30 (%71) olgu da erkek, 5 (%12) olgu da kadın, 2 (%5) olguda erkek ve kadın birlikte iken diğer beş haberde cinsiyet belirtilmemiştir.

Şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının cinsiyetine bakıldığında 28 (%67) olgu erkek, 9 (%21) olgu kadın, 5 (%12) olguda kadın ve erkek birlikte şiddete uğramıştır. Şiddet zamanı 22 (%52) olgu gündüz, 10 (%24) olgu gece, 10 (%24) olguda zaman belirtilmemiştir.

Haberde şiddet uygulayanın nitelendirilmesinde; 19 olgu hasta yakını (%45), 6 olgu alkollü hasta/hasta yakını (%14), 6 olgu hasta (%14) olarak nitelenmişken, yalnızca 4 olguda şiddet uygulayan saldırgan (%10) olarak belirtilmiştir (Tablo 3).

Haberde şiddeti tanımlarken 16 olguda (%38) "dövdü, dayak yedi, darp etti" gibi ifadeler kullanılmıştır, saldırı ifadesi 8 haberde (%19) kullanılırken, 4 (%10) haberde silah/cisim ile saldırıyı anlatmak için "bıçakla saldırdı, bıçak çektik, başında parke taşı parçaladı, silahla tehdit" ifadeleri kullanılmıştır. Beş haberde (%12) mağdurun yaralanma durumunu anlatmak için "kolunu ısırıldı, parmağını ısırıldı, kafa travması geçirdi, bu hale getirdi (yaralı mağdurun fotoğrafıyla birlikte), sen misin rapor vermeye itiraz eden (yaralı mağdurun fotoğrafıyla birlikte)" gibi haber başlıkları kullanılmıştır. İki haberde de "öldürdü" ifadesi kullanılmıştır. İki haberde hakaret ve saldırganın ifadesinin aynısını "Eşek gibi bakacaksın" kullanılmıştır. Bir haberde de mağdur kadın doktorun ifadesi aynen kullanılmıştır: "Kırılan yüzüm değil, doktorluk onurum!"

Çalışmamızda, şiddet sonrası tepkiler, protesto içerikli eylem ve basın açıklamaları 62 habere konu olmuştur. Şiddete verilen tepki konusunda, 34 haberde (%55) hekimlik meslek örgütü Türk Tabipleri Birliği (TTB) ya da bölge tabip odasının eylem ve basın açıklamaları yer almaktadır. İzmir Tabip Odası, bu konuda basında 11 kez (%18)

yer almıştır. TTB ve İstanbul Tabip Odası 4'er, Kayseri Tabip Odası 3, Antalya ve Sivas Tabip Odaları 2'ser habere konu olmuştur. Bir haberde de Türk Eczacılar Birliği'nin tepkisi yer almıştır.

Şiddete tepki konusunda aile hekimliği dernekleri ve uzmanlık dernekleri 17 haberde (%27) yer almıştır. Aile Hekimleri Federasyonu (AHEF) 5, İstanbul Aile Hekimliği Elemanları Derneği (İSAHED) 4, Türk Toraks Derneği 3 kez habere konu olmuştur. Sağlık alanında faaliyet gösteren sendikaların şiddete karşı etkinlikleri de 13 haberin (%21) konusu olmuştur. Sağlık-Sen 5, Türk Sağlık Sen 3, SES 3 ve Birlik ve Dayanışma Sen 2 haberde yer almıştır.

Sağlık Bakanlığı ve il sağlık müdürlükleri sağlık çalışanlarına şiddete karşı basın açıklamalarıyla yalnızca 4 kez habere (%6) konu olmuşlardır.

### Tartışma ve Sonuç

Hürriyet gazetesinde 2018 yılı boyunca hemen hemen her iki günde bir sağlık çalışanlarına şiddet ile ilgili haber yayınlanmıştır. Bu oldukça yüksek bir orandır ve sağlık alanında şiddetin yaygınlığını göstermesi açısından önemlidir. Aynı zamanda sağlık çalışanlarına şiddetin rutinleştiği ve basında sıradan bir haber olarak yer aldığı da söylenebilir. Metropol kentler ve o kentlerin bulunduğu coğrafi bölgelerin şiddet haberlerine daha fazla konu olması, oralardaki nüfusun, hasta, hastane ve sağlık çalışanı sayısının fazla olması gibi etmenlere bağlı olabilir.

Sağlık çalışanlarına şiddetle ilgili tüm haberlerin neredeyse yarısının, temmuz ayında olması çarpıcıdır. Sağlık çalışanlarına şiddet olgularının yaklaşık yarısı benzer şekilde yaz aylarında meydana gelmiştir. Bu durumun o aylarda hasta sayısında göreceli artış ya da sağlık çalışanlarının yıllık izin kullanımı nedeniyle çalışan sayısının azalması gibi nedenleri olabilir.

Sağlık çalışanlarına şiddet olgularının büyük çoğunluğu Sağlık Bakanlığı'nın verileriyle uyumlu olarak, kamuya ait sağlık kurumlarında ve gündüz vakitlerinde meydana gelmiştir (16). Kamu sağlık kurumlarının aşırı iş yükü ve yetersiz güvenlik önlemlerinin bu sonuca katkısı olabilir. Gazetede haberler şiddetin yaşandığı birim açısından incelendiğinde, ilk sırada poliklinikler ve

muayenehaneler, ikinci olarak da acil hizmet birimleri gelmektedir. Her ikisi de sağlık hizmetlerine ulaşmanın ilk basamağıdır. Şiddete en fazla maruz kalan sağlık çalışanları hekimlerdir. Hizmete ulaşmada yaşanan sorunların şiddeti tetikleyici bir unsur olduğu kabul edilmektedir (13). Bu saptama, sağlık çalışanlarına şiddet ile sağlık sisteminin ilişkisini de gündeme getirmektedir. Sağlık sisteminin, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti doğuran ya da artıran yönleri sorgulanmalıdır. Basının da, sağlık çalışanlarına şiddet olgularını haberleştirirken, yalnızca “münferit olgular” olarak ele almak yerine, sağlık sistemi ile ilişkisini de gündeme getirmesi, nesnellik, tarafsızlık, doğruluk gibi ilkeler açısından gerekli görünmektedir.

Şiddeti uygulayanlar ile şiddete uğrayan sağlık çalışanları büyük oranda erkektir. Her beş şiddet olgusundan birinde mağdur kadındır ve bu bulgular Sağlık Bakanlığı verileriyle uyumludur (16).

Çalışmamızda basına yansıyan haberlerde her dört şiddet uygulayıcısının üçü, hasta yakını ya da hasta olarak tanımlanmış, az sayıda olguda “saldırgan” ifadesi yer almıştır. Sağlık Bakanlığı istatistiklerinde de büyük oranda aynı nitelermeler kullanılmıştır (16). Bu kişilerin şiddet uygulayıcısı olma özelliği yerine, hasta ya da hasta yakını olma kimliğinin vurgulanması, şiddetin “kabul edilebilir bir eylem” olarak algılanmasını kolaylaştırabilir. Zira şiddetin olması ile başlangıçta kurulan hasta-hekim ilişkisi artık bitmiş ve neredeyse bir fail-mağdur ilişkisi başlamıştır. Burada şiddet uygulayıcısı özne, artık yalnızca “hasta” değil, yeni durumda bir “şiddet uygulayan” ya da “saldırgan”dır. Basının ve Sağlık Bakanlığı'nın bu değişimi gözden kaçırmaması önemli bir eksiklik olarak değerlendirilebilir.

Haberlerde şiddet olayını tanımlarken kullanılan ifadelerin genel olarak özenli olmadığı söylenebilir. Her beş haberden yalnızca birinde şiddet için “saldırı” ifadesi kullanılırken, haber başlıklarının çoğunda şiddetin oluş biçimi, saldırının yapıldığı silah/cisim ya da mağdurun yaralanma biçimi görsel öğelerle ve çoğunlukla magazinleştirilerek verilmektedir. Haberde yaralı bir mağdurun fotoğrafının verilmesi, yalnızca o bireyin kişilik haklarının ihlal edilmesiyse sınırlı

değildir, şiddet görüntülerinin toplumda yaratacağı travmanın da dikkate alınması gerekir. Haberin kendisi şiddeti besleyen, şiddete hak veren bir unsura dönüşebilir. Haber başlıklarında özenli ve olayın olumsuzluğuna vurgu yapan ifadelerin kullanılmaması, okuyucuda şiddetin sıradanlaşması, şiddete duyarsızlaşma hatta kabul edilebilir eylem olması yönündeki algıyı güçlendirebilir.

Çalışmamızda gazetede yer alan haberlerin dörtte birinde sağlık çalışanlarına şiddetin nedeni olarak herhangi bir gerekçe belirtilmemişken, dörtte üçünde saldırgan kaynaklı bir gerekçeye yer verilmiştir (Tablo 2). Saldırgan tarafından iddia edilen ve haberde yer alan gerekçe, -okuyucunun sağlık sistemi ya da hastalık süreçlerine ilişkin olası olumsuz deneyimleriyle de birleşince- şiddetin somut ve geçerli bir gerekçesi olarak algılanabilmektedir. Çalışmamızda şiddet nedeni olarak, mevcut düzenlemelere uymayan istem ve davranışlar gerekçelerin çoğunluğunu oluşturmaktadır. Bunu, yine hasta ya da yakınları tarafından ileri sürülen muayene ve bakımdan öznel hoşnutsuzluklar izlemektedir. Hastanın ölümü de, şiddetin diğer bir gerekçesi olarak gösterilmektedir. Basında yer alan haberlerde şiddetin öne sürülen gerekçelerinin sorgulanmadan doğrudan verilmesi, istemlerin haksız ve kurallara aykırı olduğunun vurgulanmaması, ilgili etik ve yasal düzenlemeler konusunda okuyucunun bilgilendirilmemesi, şiddet konusundaki toplumsal algıyı olumsuz yönde etkileyebilir. Kişilerde, başvurdukları sağlık çalışanlarına “belli özne koşullar oluştuğunda şiddet uygulanabilir” algısı oluşabilir. Bu nedenle şiddet haberleri verilirken, yalnızca fail ya da sağlık çalışanının bireysel niteliklerini öne çıkarmak değil, olayın toplum sağlığı açısından da değerlendirilmesi önemlidir. Böyle bir yaklaşım hem şiddete karşı toplumsal duyarlılık yaratmaya, hem de önlemeye yönelik bir bakış açısı geliştirilmesine yardım edebilecektir.

Sağlık çalışanlarının, şiddeti protesto etmesi ve bu haberlerin basında yer alması, şiddetin meşru bir eylem olmadığı vurgulanması, mesleki dayanışma ve toplumsal duyarlılık oluşturması açısından önemlidir. Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının uğradığı şiddete karşı tepki, eylem ve basın açıklamalarında, hekimlik meslek örgütü



TTB ve bölge tabip odalarının başat bir rol üstlendiği ve diğer oluşumlardan daha fazla çaba gösterdiği anlaşılmaktadır. Basında bu konuda görünürlüğü en yüksek olan kurum İzmir Tabip Odası olmuştur. TTB'yi, uzmanlık dernekleri ve sağlık işkolunda faaliyet gösteren sendikalar izlemektedir. Sağlık Bakanlığı ya da taşra teşkilatının basına yansıyan açıklamaları ise en az sayıdadır. Şiddete tepki konusunda TTB ve tabip odalarının yaptığı etkinliklerin haberleri, Sağlık Bakanlığının aynı konudaki haberlerinin yaklaşık 10 katı düzeyindedir. Sağlık hizmeti üretenlerin, sağlık alanını yönetenlere göre, bu konudaki duyarlılık ve etkinliğinin oldukça yüksek olduğu görülmektedir.

Basında sağlık çalışanlarına şiddet haberleri, reyting veya başka bir kaygı olmadan, bireysel hakları koruyacak, şiddetin olumsuzluğunu ön planda tutacak ve toplumsal sorumluluğu dikkate alarak bilgilendirici ve şiddeti önleyici biçimde sunulmalıdır. Basın çalışanlarının bu konuda duyarlılığını artırmak için sağlık haberciliğinde etik eğitimi verilmesi önem taşımaktadır.

**İletişim:** Dr. Cemal Hüseyin Güvercin

**E-posta:** cemalcin@yahoo.com

#### Kaynaklar

1. World Health Organization. World report on violence and health: summary. Violence: A Global Public Health Problem. Geneva. 2002. Chapter 1. p:5. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf;jsessionid=38317B85592F02F7BDB55C066C708C1C?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf;jsessionid=38317B85592F02F7BDB55C066C708C1C?sequence=1) Erişim tarihi: 17.Eylül.2019
2. Saines J C. Violence and aggression in A & E: recommendations for action. Accid Emerg Nurs. 1997 Jan; 7(1): 8-12.
3. Adaş E B, Elbek O, Bakır K. (2008). Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı, Sağlık Sektöründe Şiddet Raporu-I, Gaziantep Kilis Tabip Odası Yayını. [https://www.academia.edu/1061344/SA%C4%9ELIK\\_SEKT%C3%96R%C3%9CNDE\\_%C5%9E%C4%B0DDET\\_RAPORU-I](https://www.academia.edu/1061344/SA%C4%9ELIK_SEKT%C3%96R%C3%9CNDE_%C5%9E%C4%B0DDET_RAPORU-I) Erişim tarihi:17.Eylül.2019
4. Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. Int Nurs Rev. 2001 Sep; (48): 129-30.
5. Vize R. Rise in assaults on staff reveals intolerable pressure on NHS. The Guardian, 2018. <https://www.theguardian.com/healthcare-network/2018/apr/20/rise-in-assaults-on-staff-reveals-intolerable-pressure-on-nhs> Erişim tarihi: 17.Eylül.2019.
6. OSHA, Preventing Workplace Violence: A Road Map for Healthcare Facilities OSHA (Occupational Safety and Health Administration) December 2015. <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3827.pdf> Erişim tarihi 17.Eylül.2019.
7. Son 6 yılda 68 bin 375 sağlık çalışanı şiddet mağduru oldu. T24. <https://t24.com.tr/haber/son-6-yilda-68-bin-375-saglik-calisanlari-siddet-magduru-oldu,671357> Erişim tarihi: 17.Eylül.2019
8. Kızmaz Z. Şiddetin Sosyo - Kültürel Kaynakları Üzerine Sosyolojik Bir Yaklaşım. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Fırat University Journal of Social Science 2006; 16 (2): 247-267.
9. Tepe H. Pratik Etik. Ankara. Bilgesu Yayınları; 2016. s 179
10. Foley M. Peitho And Bia: The Force of Language. Symplokē. 2012; 20 (1-2): 173-181. <https://www.jstor.org/stable/pdf/10.5250/symplok.e.20.12.0173.pdf?refreqid=excelsior%3A9f1a6c85ab2fc3bc4f11cff3ebedd783> Erişim tarihi: 17.Eylül.2019
11. Kelce SN, Aktay Hİ. Devletin Şiddet Tekeli - Meşruiyet Sorgusu. <http://www.umut.org.tr/userfiles/files/PDFler/S%C4%B1la%20Nazl%C4%B1%20Kelce%2C%20Halil%20I%CC%87brahim%20Aktay.pdf> Erişim tarihi: 17.Eylül.2019
12. Sağlık harcamaları son 5 yılda 56 milyar 257 milyon TL arttı. Hürriyet 2018. <http://www.hurriyet.com.tr/ekonomi/saglik-harcamalari-son-5-yilda-56-milyar-257-milyon-tl-artti-41026057> Erişim tarihi: 17.Eylül.2019
13. TBMM Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. Ocak 2013. [https://www.tbmm.gov.tr/arastirma\\_komisyonlari/saglik\\_calisanlari/docs/ss454.pdf](https://www.tbmm.gov.tr/arastirma_komisyonlari/saglik_calisanlari/docs/ss454.pdf) Erişim: 17.Eylül.2019.
14. Duğan Ö. (2015) Sağlık çalışanlarına şiddet Haberlerinin Basına Yansıması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler Ve Tanıtım Anabilim Dalı Halkla İlişkiler Bilim Dalı Yayınlanmamış Doktora Tezi. 52-56.
15. Basın Konseyi Basın Meslek İlkeleri. <http://basinkonseyi.org.tr/basin-meslek-ilkeleri/> Erişim tarihi 17.Eylül.2019.
16. Sağlık Bakanlığı. (2017) Beyaz Kod. [https://issuu.com/vuralegemensarigoz/docs/istatistik\\_beyaz\\_kod\\_.25.07.2017](https://issuu.com/vuralegemensarigoz/docs/istatistik_beyaz_kod_.25.07.2017) Erişim tarihi: 17.Eylül.2019.



Görker Sel<sup>1</sup>, Aykut Barut<sup>2</sup>, Seda Solak<sup>3</sup>, Semih Uslu<sup>4</sup>, Yağmur Gedik<sup>5</sup>,  
Seda Uzunoğlu<sup>6</sup>, Zeynep Sümeyye Barut<sup>7</sup>

DOI: 10.17942/sted.501474

Geliş/Received : 24.12.2018  
Kabul/Accepted : 11.08.2019

### Özet

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, gebe polikliniğine başvuran gebelerin sosyodemografik özelliklerini belirleyerek, bunların anksiyete ile ilişkisini araştırmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Gebe Polikliniği'nde Şubat-Nisan 2018 tarihleri arasında başvuran 90 gebe alınmıştır. Çalışmaya alınan gebelere sosyodemografik anket formu ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) uygulanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmamızda BAÖ'ye göre gebelerin % 70'inde anksiyete saptanmıştır. Araştırdığımız sosyodemografik verilerden yalnızca gebeliğin plansız olması, hastalardaki anksiyeteyi istatistiksel olarak artırmıştır.

**Sonuç:** Gebelerde anksiyete yüksek bir oranda görülmektedir. Ayrıca gebelerin büyük bir çoğunluğu da kontrasepsiyon kullanılmamasına rağmen plansız olduğu hastalarca ifade edilmekte ve bu durum da gebelerdeki anksiyeteyi en anlamlı şekilde artıran öge olmaktadır. Gebelerin planlı olmasına yönelik çiftlerin daha bilinçli olması ayrıca gebelik ile ilgili genel bir bilgisizliğin de anksiyeteyi olumsuz yönde artırdığını düşünmekteyiz. Bununla ilişkili etkenlerin saptanması, gebelerin sağlığına önemli bir katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

**Anahtar sözcükler:** Anksiyete, Sosyodemografi, Gebelik

### Abstract

**Objective:** The aim of this study was to identify the sociodemographic characteristics of pregnant women who have visited the pregnancy clinic and to investigate their relationship with anxiety.

**Materials and Methods:** 90 pregnant women who visited the Pregnancy Clinic of Bülent Ecevit University Health Application and Research Center between February-April 2018 were included in the study. The sociodemographic questionnaire and Beck Anxiety Inventory (BAI) were conducted among the pregnant women included in the study.

**Findings:** In our study, anxiety was detected in 70% of pregnant women according to BAI scores. Among the sociodemographic data that we investigated, only unintended pregnancy statistically increased the anxiety in the patients.

**Conclusion:** A high prevalence of anxiety is seen among pregnant women. Besides, despite the lack of contraceptive use, the majority of pregnant women reported that their pregnancies have been unplanned and this situation is the most significant factor that increases anxiety among pregnant women. We think that the couples should be more conscious about planned pregnancies, general ignorance about pregnancy increases anxiety and determination of associated factors will make an important contribution to the health of pregnant women.

**Key words:** Anxiety, Sociodemography, Pregnancy

1 Dr.; Zonguldak Bülent Ecevit Ü. Tıp Fak. Kadın Hast. Doğum AD, Zonguldak (Orcid No: 0000 0001 8653 5687)

2 Dr.; Zonguldak Bülent Ecevit Ü. Tıp Fak. Kadın Hast. Doğum AD, Zonguldak (Orcid No: 0000 0002 6454 6120)

3 Dr.; Zonguldak Bülent Ecevit Ü. Tıp Fak. Kadın Hast. Doğum AD, Zonguldak (Orcid No: 0000 0001 6784 955X)

4 Dr.; Zonguldak Bülent Ecevit Ü. Tıp Fak. Kadın Hast. Doğum AD, Zonguldak (Orcid No: 0000 0002 3769 1357)

5 Dr.; Zonguldak Bülent Ecevit Ü. Tıp Fak. Kadın Hast. Doğum AD, Zonguldak (Orcid No: 0000 0001 7632 6443)

6 Dr.; Zonguldak Bülent Ecevit Ü. Tıp Fak. Kadın Hast. Doğum AD, Zonguldak (Orcid No: 0000 0002 3065 7383)

7 Dr.; Zonguldak Bülent Ecevit Ü. Tıp Fak. Kadın Hast. Doğum AD, Zonguldak (Orcid No: 0000 0002 4240 2847)

## Giriş

Gebelik risk potansiyeli yüksek olan bir süreçtir. Gebelik, gebelerin biyolojik durumunu etkilediği gibi psikolojik ve sosyal durumunu da etkilemektedir (1). Ruh sağlığı alanındaki gelişmelerle çeşitli ruhsal sorunların da gebelikte görülebileceği bilinmektedir. Bu sorunların başında depresyon ve anksiyete bozuklukları gelmektedir. Son 30 yılda yapılan çalışmalarda bildirilen gebelikte depresyon ve anksiyete bozuklukları oranları farklılıklar içermektedir ancak genel olarak bildirilen oranlar toplum oranlarından yüksektir. Aslında, önceki düşüncelerin aksine, depresyon ve anksiyete bozuklukları gebelik sırasında postpartum döneme kıyasla daha yaygın görünmektedir (2-4). Ülkemizde yapılan çalışmalarda gebelerde depresyon ve anksiyetenin oldukça sık olduğu gözlenmektedir (% 27,9, % 27,3, % 12) (5-7). Yapılan birçok çalışmada gebelikte görülen depresyon ve anksiyetenin gebelerin yaşları, medeni durumları, çocuk sayıları, eğitim seviyeleri, sigara, alkol ve madde kullanımı, gebeliğin kaçınıcı trimesterde olduğu, gebeliğin istemli olup olmadığı gibi sosyodemografik özelliklerle ilişkili olabileceği gösterilmiştir (3,7-10).

Bu çalışmanın amacı gebelikteki anksiyete durumunun sosyodemografik etkenlerle ilişkisini araştırmak ve anlamlı bulguların saptanarak gebelere gebelik sürecinde psikolojik destek sağlanabileceğini göstermektir. Beck anksiyete ölçeği (BAÖ) gebelerle birebir doldurularak sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

## Gereç ve Yöntemler

'Gebelerde anksiyete durumunun değerlendirilmesi' isimli araştırma projesi 03.01.2018 tarih ve 2018-12-03/01-13 karar no ile Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi etik kurulu tarafından onaylanmıştır. Araştırma; Bülent Ecevit Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Merkezi Gebe Polikliniği'nde 16 Kasım 2017 ile 24 Mayıs 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi; Batı Karadeniz'in merkezinde yer alması, tüm Zonguldak ili ve çevre iller hakkında bilgi sağlayacağı gibi, farklı sosyoekonomik düzeyleri de temsil etmektedir. Çalışma kesitsel

tipte analitik bir araştırmadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden, anketi okuyup yanıt verecek sosyal düzeyde olan ve gönüllü onam formunu imzalayan 90 gebe çalışmaya alınmıştır.

Araştırmaya belirtilen tarihlerde Gebe Polikliniğine başvuran gebeler yaş farkına bakılmaksızın alınmıştır. Gebe olmak, testleri okuyup yanıt verebilmek ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmak çalışmanın temel kabul kriterleri olarak kabul edilmiştir. Ankete katılım oranı, gebe polikliniğine başvuran hastaların %90'ı olarak gerçekleşmiştir.

Çalışmaya alınan gebelere; gebelik durum değerlendirme anketi ile birlikte BAÖ uygulandı. Gebe değerlendirme anketinde sosyodemografik veriler, planlı gebelik olup olmadığı, infertilite sonrası gebelik olup olmadığı, eğitim düzeyi, mesleği gibi 21 maddelik Beck anksiyete ölçeği kullanılmıştır. BAÖ, 1988 yılında Beck ve ark'nca (11) oluşturulmuş ve Ulusoy ve ark (15) tarafından Türkçe 'ye çevrilerek kullanılmaya başlanmıştır. BAÖ bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan, kendini değerlendirme ölçeğidir. 21 maddeden oluşan, "hiç", "hafif derecede" "orta derecede", "ciddi derecede" seçeneklerini içeren ve 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçektir (11). Puan aralığı 0-63 olup, toplam puanın yüksekliği bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini gösterir (12). Ölçeğin puanlandırılması ise 0-7 arası normal, 8- 15 arası hafif düzeyde anksiyete, 16-25 arası orta düzeyde anksiyete, 26-63 arası şiddetli düzeyde anksiyete varlığı olarak tanımlanmıştır (11).

Çalışmanın istatistiksel analizi SPSS 19.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, ABD) paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, kategorik değişkenler frekans ve yüzde ile gösterilmiştir. Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarda Pearson Ki-kare, Yates ki-kare ve Fisher kesin ki-kare testleri kullanılmıştır. Çalışmadaki tüm istatistiksel karşılaştırmalarda p değeri 0,05'in altındaki karşılaştırmalar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## Bulgular

Araştırmaya 90 gebe katılmış olup, çalışmaya katılan gebelerin sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Çalışmaya katılan gebelerin sosyodemografik özellikleri		
	Sayı	%
<b>Yaş</b>		
Ortalama	28	
Minimum	20	
Maksimum	45	
<b>Doğum sayısı</b>		
İlk gebelik	29	32,2
2+ gebelik	61	67,7
<b>Düşük/küretaj</b>		
Var	28	31,1
Yok	62	68,8
<b>Sosyoekonomik durum</b>		
Düşük	10	11,1
Orta	80	88,8
<b>Sosyal güvence</b>		
Var	81	90
Yok	9	10
<b>Eğitim</b>		
İlkokul	20	22,2
Ortaokul	23	25,5
Lise	29	32,2
Üniversite	18	20
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek	74	82,2
Geniş	15	17,7
<b>Planlı gebelik</b>		
Evet	62	68,8
Hayır	28	31,1
<b>Trimester</b>		
1	33	36,6
2	19	21,1
3	38	42,2
<b>Gebelik sonrası çocukta sorun</b>		
Evet	5	7,04
Hayır	66	92,9
<b>İnfertilite sonrası gebelik</b>		
Evet	9	10,3
Hayır	78	89,6
<b>Önceki doğum şekli</b>		
İlk gebelik	29	32,2
Normal	27	30
Sezaryen	34	37,7

Buna göre çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 28 (min 20- maks 45) olarak saptanmış, %32,2'sinin (29 gebenin) ilk gebeliği olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan gebelerin %11,1'inin sosyoekonomik durumunun düşük olduğu ve %10'unun sosyal güvencesi olmadığı

saptanmıştır. Gebelerin %31,1'inin düşük veya küretaj öyküsü olup, %7,04'ünde önceki doğumlarından sonra bebeklerinde fiziksel ve/veya mental sorun saptandığı gebe tarafınca ifade edilmiştir. Gebelerin %68,8'inin gebeliklerinin planlı olduğu ve %10,3'ünün ise infertilite sonrası yardımcı üreme tekniği kullandığı saptanmıştır.

BAÖ'ye göre gebelerin %70'inde anksiyete olduğu görülmüştür. Gebelerin sosyodemografik verileri anlamlılık yönünden anksiyete puanları ile değerlendirildiğinde; planlı gebelik durumu ile anksiyete puanı arasında anlamlı farklılık gözlemlendi; planlı gebeliği olmayanlarda anksiyete puanları daha yüksek bulunmuştur ( $p = ,029$ ) Doğum sayısı, sosyoekonomik durum, eğitim durumu, aile tipi, trimester, gebelik sonrası çocukta sorun görülmesi, infertilite sonrası yardımcı bir gebelik yöntemi kullanılması, önceki doğum şekli gibi özelliklerin anksiyete üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı gözlemlendi.

Diğer sosyodemografik özellikler ve anksiyete ilişkisinin istatistiksel verileri Tablo 2'de gösterilmiştir.

### Tartışma

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 28 olarak bulunmuştur. TNSA-2013 verilerine göre en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda gözlemlenmiştir (13). Benzer araştırmalarda da yaş grupları ve yaş ortalaması benzerlik göstermiştir.

Çalışmamıza katılan gebelerin eğitim durumuna bakıldığında çoğunluğun (%32,2) lise mezunu olduğu görülmüştür. TNSA-2013 verilerine göre Batı Karadeniz bölgesindeki 15-49 yaş arasındaki kadınların lise ve üzeri eğitim durumunda olmaları %30,3 olarak gözlemlenmiştir (13).

BAÖ'ye göre çalışmamıza katılan gebelerin %70'inde anksiyete saptanmıştır (>8 puan). Lee ve arkadaşları çalışmalarında, gebelerin %54'ünde anksiyete saptamışlardır (14). Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan başka bir çalışmada hastane anksiyete ve depresyon ölçeği uygulanarak gebelerin %28,8'inde anksiyete semptomları gözlemlenmiştir (15). Bizim çalışmamızda ise anksiyete

**Tablo 2.** Sosyodemografik özellikler ile anksiyetenin ilişkisinin istatistiksel verileri

	Anksiyetesi olanların sayısı	Anksiyetesi olanların yüzdesi	Anksiyetesi olmayanların sayısı	Anksiyetesi olmayanların yüzdesi	P*
<b>Doğum sayısı</b>					
Primipar	18	62,1	11	37,9	0,253
Multipar	45	73,8	16	26,2	
<b>Düşük/küretaj öyküsü</b>					
Var	17	60,7	11	39,3	0,196
Yok	46	74,2	16	25,8	
<b>Sosyoekonomik durum</b>					
Düşük	8	80	2	20	0,464
Orta	55	68,8	25	31,3	
<b>Sosyal güvence</b>					
Var	55	67,9	26	32,1	0,192
Yok	8	88,9	1	11,1	
<b>Eğitim durumu</b>					
İlkokul	14	70	6	30	0,679
Ortaokul	21	60,9	9	39,1	
Lise	14	72,4	8	27,6	
Üniversite	14	77,8	4	22,2	
<b>Aile tipi</b>					
Çekirdek	50	67,6	24	32,4	0,340
Geniş	12	80	3	20	
<b>Planlı gebelik</b>					
Evet	39	62,9	23	37,1	0,029
Hayır	24	85,7	4	14,3	
<b>Trimester</b>					
1.	22	66,7	11	33,3	0,853
2.	14	73,7	5	26,3	
3.	27	71,1	11	28,9	
<b>Önceki Gebeliklerde bebekte sorun görülmesi</b>					
Evet	3	60	2	40	0,596
Hayır	47	71,2	19	28,8	
<b>İnfertilite sonrası gebelik</b>					
Evet	7	77,8	2	22,2	0,546
Hayır	53	67,9	25	32,1	
<b>Önceki doğum şekli</b>					
İlk gebelik	15	68,2	7	31,8	0,873
Normal	16	66,7	8	33,3	
Sezaryen	24	72,7	9	27,3	

\*P<0,05 olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

semptomları gebelerin daha büyük bir kısmında gözlenmiştir, bu araştırmamızın üniversite hastanesinde yapılmasına bağlanabilir. Çünkü üniversite hastanesi, adında geçen araştırma hastanesi sözü ile hastalarda kimi zaman endişe yaratabildiği bireysel olarak hastalarca ifade edilmektedir. Bununla beraber yıllar geçtikçe

gebelik süreci ile ilgili menfi haberlerin artması, kadın programlarında da kimi zaman yer alması, hastaların anksiyete düzeyini etkileyebilmektedir.

Araştırmamıza katılan gebelerin infertilite sonrası yardımcı bir üreme tekniği kullanma oranı % 10,3 olarak bulunmuştur, Arslan ve arkadaşlarının

yaptığı çalışmada bu oran %7,3 olarak saptanmıştır (15). Bu da son yıllarda yardımcı üreme teknikleri almada çiftlerin daha istekli olmalarından, ayrıca bu tekniklerin başarı oranının da artması nedeniyle toplam gebe popülasyonu içindeki oranlarını artırmaktadır.

Çalışmamızda, beklenenin aksine, ilk gebeliği olmayanların (%73,8) ilk gebeliği olanlardan (%62,1) daha yüksek anksiyete saptanmıştır, ancak bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı değildir. Dr. L. Çakır ve Dr. H. Can'ın yaptığı çalışmada ise bizim çalışmamıza tezat şekilde, ilk gebeliği olanlarda anksiyetenin daha sık olduğu belirlenmiştir (16). Bunun nedeni olarak multiparların önceki gebeliklerinde doğumun etkisiyle annenin psikolojik travma yaşamış olabileceği, annede doğum korkusu gelişmiş olabileceği, gebelik hakkında da gebe okulları gibi bilgi alabileceği yerlere ulaşamaması nedeniyle bu hususlarda eğitimsiz kalmış olması ve yakın aralıklarla plansız gebeliklerin de bunu artırabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte ilk kez bebek sahibi olacakların bunun pozitif heyecanı ile beraber anksiyetelerini multiparlara nazaran daha kolay bastırabileceği de düşünülebilir. Ayrıca geçim sıkıntısı, gelecek kaygısı duyma da daha fazla çocuğu olacaktakilerdeki yani multiparlardaki anksiyetenin daha fazla olmasını açıklayabilir.

Gebelerdeki düşük ya da küretaj öyküsü ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yapılan bir çalışmada ise çalışmaya katılan gebelerin düşük sayısı ile anksiyete puanı arasında anlamlı ilişki gözlenmiştir (15). Bizim çalışmamızda düşük ve küretaj öyküsü olmasının anksiyetede fark yaratmamış olması, bu durumun gebeler için hastalarda var olan anksiyete puanlarını etkilemede diğer saydığımız sebepler kadar önem haiz etmediği sonucuna varabiliriz.

Çalışmamızda var olan gebeliğin planlı olup olmamasının gebedeki anksiyete ilişkisinde anlamlı farklılık gözlenmiştir. Planlı gebeliği olanların %62,9'unda anksiyete görülürken, plansız gebeliği olanların %85,7'inde anksiyete görülmüştür (p: 0,029). Çakır ve Can'ın yaptığı çalışmada istemeden ve plansız gebe kalanların %34,2'sinde anksiyete saptanmış ve gebeliği isteme durumu ile anksiyete puanı arasında

anlamlı farklılık gözlenmemiştir (16). Sonuç olarak çalışmamızda yer alan gebelerin %70 gibi yüksek bir oranında anksiyete gözlenmiştir. Anksiyete oranı bu kadar yüksek olan bir popülasyonun varlığı, gebelerin ayrıca psikolojik destek almaları konusunda bir halk sağlığı girişimi olması gerekliliğini akla getirmektedir.

Bununla beraber; çalışmamıza göre, gebelerde anksiyete oranları açısından tek anlamlı farklılık yaratan durum gebeliğe önceden hazır olup olmamalarıdır, yani gebeliğin planlı olup olmaması olmuştur (%85,7-62,9; p: 0,029). Bilindiği üzere ülkemizdeki gebeliklerin büyük bir kısmı plansızdır. Aslında plansız gebeliği olanlara sorduğumuzda neredeyse hiçbirinde kontrasepsiyon başarısızlığı sebep değildir, aslında korunmamaktadırlar. Fakat korunmamış olmanın gebeliğe yol açacağı farkında değilmiş gibi, çiftler gebeliklerini planlamamaktadırlar. Bu konuda çiftleri bilinçlendirmek de ayrıca önemlidir. Bununla birlikte gebelikler planlı olmadığından; gebelik öncesi folik asit kullanımı, bir sistemik hastalık nedeniyle ilaç kullanıyorlarsa bunun düzenlenmesi gibi hazırlıkların da yapılmamış olduğu görülmektedir. Psikolojik olarak çiftlerin gebeliğe hazır olmaması da elbette anksiyete miktarını artırmaktadır.

**İletişim:** Dr. Görker Sel

**E-posta:** gorkersel@gmail.com

#### **Kaynaklar**

1. Gender issues in the treatment of mental illness. In "Clinical manual of women's mental health." (eds) Burt VK, Hendrick VC. 1st ed. London: American Psychiatric Publishing Inc. 2005;147-180.
2. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. Acta Obstet Gynecol Scand 2001Mar;80(3):251-255.
3. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. BMJ 2001Aug;323(7307):257-260.
4. Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Åström M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. Acta Obstet Gynecol Scand 2006;85(8):937-944.
5. Altınay S. Gebelikte depresyon prevalansı, sosyodemografik özellikler, obstetrik risk faktörleri,

kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. Uzmanlık tezi. T.C.Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği,1999.

6. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery* 2009Aug;25(4):344-356.
7. Caliskan D, Oncu B, Kose K, Ocaktan ME, Ozdemir O. Depression scores and associated factors in pregnant and non-pregnant women: A community based study in Turkey. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2007Dec;28(4):195-200.
8. Orr ST, Blazer DG, James SA, Reiter JP. Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. *J Womens Health* 2007;16:535-542.
9. Alberque C, Bianchi-Demicheli F, Andreoli A, Epiney M, Irion O. Management of severe antepartum depression: an update. *Rev Med Suisse* 2008Feb;4(144):392-397.
10. Cornelius MD, Goldschmidt L, DeGenna N, Day NL. Smoking during teenage pregnancies: effects on behavioral problems in offspring. *Nicotine Tob Res* 2007Jul;9(7):739-750.
11. Beck AT, Epstein N, Brown G, Ster RA An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56(6):893-7.
12. Ulusoy M, Şahin N, Erkman H. Turkish version of the beck anxiety inventory: psychometric properties. *J Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly*, 1998;12:28-35.
13. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye
14. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM. Prevalance, course and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetric Gynecol* 2007; 110:1102-12.
15. Arslan B, Arslan A, Kara S, Öngel K, Mungan M.T. Gebelik Anksiyete ve Depresyonunda Risk Faktörleri: 452 Olguda Değerlendirme. *Tepecik Eğitim Hast Derg* 2011; 21 (2): 79-84
16. Çakır L, Can H. Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi: *Turkish Family Physician* cilt:3 sayı:2.



Hacer Gök Uğur <sup>1</sup>, Yeşim Aksoy Derya <sup>2</sup>, Ayten Yılmaz Yavuz <sup>3</sup>, Muhammet Furkan Şilbir <sup>4</sup>, Aylin Öner <sup>5</sup>

DOI: 10.17942/sted.529150

Geliş/Received : 19.02.2019

Kabul/Accepted : 01.09.2019

## Öz

**Amaç:** Bu çalışma aile sağlığı merkezlerine başvuran 30-70 yaş grubu kadınların ulusal kanser taramalarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Çalışma tanımlayıcı olarak Nisan-Aralık 2015 tarihleri arasında Karadeniz Bölgesinde bulunan bir ildeki kadınlar üzerinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini il genelinde yaşayan tüm kadınlar, örnekleme ise ulusal standartlar kapsamında taraması yapılan meme, serviks ve kolorektal kanser tarama aralığını kapsayan 30-70 yaş aralığındaki kadınlar oluşturmuştur. Evreni belli olan gruplar için kullanılan formül ile örneklem büyüklüğü belirlenerek, ilçelerden tabakalı örnekleme yöntemi ile 466 kadın örnekleme alınmıştır. Araştırmanın verileri literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan "Anket Formu" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ve ki kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmada kadınların %42.1'inin 30-39 yaş aralığında olduğu, %87.8'inin evli, %35.8'inin ilköğretim mezunu, %63.9'unun ev hanımı ve %47.9'unun ilçede yaşadığı bulunmuştur. Araştırmada kadınların %27.5'i her ay düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yaptığını, %41.4'ü klinik meme muayenesi yaptırdığını, %45.6'sı mamografi çektiğini, %42.3'ü smear testi yaptırdığını ve %17'si kolorektal kanser taraması yaptırdığını belirtmiştir.

**Sonuç:** Araştırmada kadınların çoğunun meme, serviks ve kolorektal kanserlere yönelik erken tanı uygulamalarının yetersiz olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda; sağlık profesyonelleri tarafından kadınların tarama programları konusunda bilgilendirilmesi ve taramaları önemsemeleri için algıladıkları kanser taramalarıyla ilgili sağlık inançlarının artırılması önerilir.

**Anahtar sözcükler:** Kadın kanserleri, Kanser taraması, Erken tanı, Meme kanseri, Serviks kanseri, Kolon kanseri

## Abstract

**Objective:** This study was conducted to determine the knowledge of and attitudes and behaviours towards the National Cancer Screening Program among women aged 30-70 years who have visited the Family Health Centres.

**Material and Method:** This descriptive study was conducted among the women in a province of Black Sea region between April and December 2015. The study population consisted of all women living in the province, the sample of the study was composed of the women in the age group 30-70 years, which is the age range for breast, cervical and colorectal cancer screening as per national standards. The sample size was determined through the formula used for groups with a specific universe and 466 women from the districts were included in the study using the stratified sampling method. The data of the study were collected through a "Questionnaire" prepared by the researchers in line with the literature. Descriptive statistics and Chi-square test were used in the assessment of data.

**Findings:** In the study, it was found that, of the women, 42.1% were between the ages of 30 and 39, 87.8% were married, 35.8% were primary school graduates, 63.9% were housewives and 47.9% were living in a district. Of the women, 27.5%, 41.4%, 45.6%, 42.3% and 17% stated that they have performed monthly breast self-exams regularly, have had clinical breast exams, have had a mammogram, have had Pap smear test and have undergone colorectal cancer screening, respectively.

**Conclusion:** It was found in the study that the practices for early diagnosis of breast, cervical and colorectal cancers among most of the women have been inadequate. In line with these results, it is recommended that women should be informed by health professionals about screening programs and their perceived health beliefs about cancer screening should be improved so that they care about these programs.

**Key words:** Women cancers, Cancer screening, Early diagnosis, Breast cancer, Cervical cancer, Colon cancer

1 Ordu Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Ordu (Orcid No: 0000 0002 0371 0556)

2 İnönü Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Ordu (Orcid No: 0000 0002 3140 2286)

3 Recep Tayyip Erdoğan Ü. Sağlık YO Hemşirelik Böl. Rize (Orcid No: 0000 0002 5861 4254)

4 Ordu Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Böl., Ordu (Orcid No:0000-0003-0807-1279)

5 Ordu Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Böl., Ordu (Orcid No: 000-0001-9036-3662)



## Giriş

Kanser, dünya genelinde meydana gelen ölümlerin önde gelen nedenlerinden biridir (1). Avrupa Birliği üye devletlerinde her yıl bir milyondan daha fazla ölüme neden olan kanser, halk sağlığı sorunlarından önemli bir tanesi olarak kabul edilmektedir (2). Dünya nüfusunun 2020 yılına kadar yaklaşık 7.5 milyon olacağı ve ortalama 12 milyon insanın kanser nedeni ile yaşamını yitireceği tahmin edilmektedir (3). Kansere yönelik yapılacak olan planlı stratejiler ile meydana gelebilecek ölümlerin büyük bir bölümünün önlenilebileceği belirtilmektedir. Bu kapsamda verimli ve maliyet açısından uygun müdahalelerden birisi sistematik topluma dayalı tarama programlarıdır (2). Bu tarama programlarının ulusal ve uluslararası düzeyde kanıta dayalı, uygulanabilir ve etkili stratejiler ile yürütülmesi önemlidir (2,4). Dünya Sağlık Örgütü 2005 yılında ülkelere, "Kanser Kontrol Programları" nı yürütülmekte olan sağlık sistemlerine entegre etmelerini yönünde tavsiyede bulunmuştur. Türkiye'deki kanser tarama programları yaygın olarak "Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM)" tarafından yürütülmektedir (5-6). Toplumun eğitim yoluyla kanser hakkındaki farkındalığını artırmak, erken tanı ve kanser taramasını yaygınlaştırmak, önlenilebilir kanserleri ortadan kaldırmak ve taranabilir kanserlerin ölüm oranını azaltmak için ülke genelinde KETEM'ler kurulmuştur (6). Bu merkezlerde meme, serviks ve kolorektal kanserler ile ilgili tarama programları yürütülmektedir. Taraması yapılan bu kanserlerden yalnızca erkeklere yönelik olarak kolorektal kanser taraması uygulanırken kadınlar için meme, serviks ve kolorektal kanser taramaları yürütülmektedir (7).

Dünya genelinde kadınlarda görülen ilk üç kanser türü meme, kolorektal ve uterus serviksi kanseri iken Türkiye'de meme, tiroit ve kolorektal kanserlerdir (8). Ülkemizde kadınlar arasında meme ve kolorektal kanserlerin ilk 3 sırada yer alıyor olması tarama açısından ne kadar önem arz ettiğini göstermektedir. Taraması yapılan bir diğer kanser türü olan serviks kanseri ise ülkemizde kadınlar arasında en sıklıkta görülen kanserler arasında "Meme, tiroit, kolorektal, uterus korusu, akciğer, mide, over, Non-Hodgkin lenfoma ve beyin kanserleri"nden sonra yer alarak 10. sıradadır (7). Kadınlar arasında en sık

görülen kanserlerden olan "meme, serviks ve kolorektal" kanserlerine yönelik tarama yöntemlerinin yaygın ve etkin kullanılması olguların erken dönemde yakalanabilmesini ve mortalite oranının azaltılmasına yönelik önemli katkılar sağlamaktadır (4). Bu kapsamda ülkemizde kadınlara ulusal standartlar kapsamında, meme kanseri için 40-69 yaş arasında iki yılda bir mamografi, serviks kanseri için 30-65 yaş arasında beş yılda bir HPV ya da Pap-smear testi ve kolorektal kanser için iki yılda bir gaitada gizli kan testi ve 10 yılda bir kolonoskopi taraması uygulanmaktadır (9). Araştırmanın uygulandığı il özelinde ise kanser taramaları 3 KETEM, ASM, TSM ve İlçe Sağlık Müdürlükleri aracılığı ile yürütülmektedir.

Bir toplumda kanser tarama programının etkin olabilmesi için toplumsal farkındalığa gereksinim duyulmaktadır (10). Ayrıca tarama programlarının yararlı olması için toplum tarafından kabul görmesi ve toplum katılımının yüksek olması gerekmektedir (4,7). Toplumdaki riskli grupları kapsayacak toplum temelli taramaların yapılması için süreklilik arz eden farkındalık artırıcı eğitimlerin planlanması temel hedefler arasında olmalıdır (10). Bu nedenle çalışmanın kadınların ulusal standartlar kapsamında taraması yapılan kanserlere yönelik erken tanı, bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi ve bu konudaki yetersizliklerin giderilmesi açısından oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada, aile sağlığı merkezlerine başvuran 30-70 yaş grubu kadınların ulusal kanser taramalarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve Ülkemizde Karadeniz Bölgesi'ndeki bir il örneğinin sunulması amaçlanmıştır.

## Araştırma Soruları

1. Kadınların ulusal kanser taramalarına yönelik erken tanı, bilgi, tutum ve davranışları nasıldır?
2. Kadınların ulusal kanser taramalarına yönelik erken tanı, bilgi, tutum ve davranışlarını sosyo-demografik özellikleri etkiler mi?

## Materyal ve Metot

Araştırma tanımlayıcı tipte Nisan-Aralık 2015 tarihleri arasında Karadeniz Bölgesinde bir ildeki Aile Sağlığı Merkezlerine (ASM) başvuran kadınlar üzerinde yürütüldü. Araştırmanın evrenini il

genelinde yaşayan tüm kadınlar, örnekleme ise 30-70 yaş arasında olan kadınlar oluşturdu. Erken tanı çalışmalarında taramanın etkinliği açısından tüm nüfus yerine risk altındaki gruplar üzerinde çalışılmasının daha uygun olduğu belirtilmektedir (11). Bu nedenle çalışmada ulusal standartlar kapsamında taraması yapılan meme, serviks ve kolorektal kanserler için tarama yaş aralığında olan kadınlar alındı. Ülkemizde ulusal standartlar kapsamında kadınlarda meme kanseri için (40-69 yaş), serviks kanseri için (30-65 yaş) ve kolorektal kanser için (50-70 yaş) aralıklarında tarama yapılmaktadır (12). Bu nedenle çalışmada tüm kanser taramalarını kapsaması için 30 alt yaş sınırı ve 70 üst yaş sınırı alınarak, 30-70 yaş arasındaki kadınlar çalışmaya dâhil edildi. Çalışmada tabakalı oransal küme örnekleme yöntemi kullanıldı. Bu yöntem ile toplam örneklem sayısı belirlendi ve ilçelere göre oransal dağılım yapıldı. Araştırmanın uygulandığı ilde 19 ilçe bulunmaktadır. Örnekleme belirlemede "evrendeki eleman sayısı biliniyorsa" da uygulanan formül kullanıldı (13). TÜİK 2015 yılı verilerine göre il genelinde 30-70 yaş aralığında olan kadın sayısı 177.913'dür (14). Bu nedenle evreni belli olan gruplarda örnekleme belirlemek için kullanılan formül ile örneklem büyüklüğü hesaplandı ve 383 kişi olarak bulundu. Bulunan örneklem sayısı tüm ilçelerin 30-70 yaş aralığı kadın nüfusuna göre tabakalı örnekleme yöntemi kullanılarak tabakalara ayrıldı ve orantısız olarak tüm ilçelerden alınması gereken örnek sayısı belirlendi (Şekil 1).

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

#### Formülde;

- N= Evrendeki birey sayısı=177.913  
n= Örnekleme alınacak birey sayısı=383  
p= İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı)=0,5  
q= İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı (1-p)=0,5  
t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer=1,96  
d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen + sapma olarak simgelenmiştir. =0,04" (12)

Şekil 1. Örneklem tablosu

	Evren	Oran	Örneklem	Örnek sayısı
1. İlçe	8.428	0.05	18	22
2. İlçe	5.641	0.03	12	14
3. İlçe	49.016	0.28	106	129
4. İlçe	5.437	0.03	12	14
5. İlçe	2.501	0.01	5	6
6. İlçe	3.303	0.02	7	9
7. İlçe	2.933	0.02	6	8
8. İlçe	26.099	0.15	56	68
9. İlçe	7.371	0.04	16	19
10. İlçe	2.202	0.01	5	6
11. İlçe	3.965	0.02	9	12
12. İlçe	3.472	0.02	7	9
13. İlçe	1.991	0.01	4	5
14. İlçe	2.846	0.02	6	8
15. İlçe	6.678	0.04	14	17
16. İlçe	7.032	0.04	15	18
17. İlçe	4.513	0.03	10	12
18. İlçe	5.369	0.03	12	14
19. İlçe	29.116	0.16	63	76
	177.913	1.00	383	466

Veri kaybı düşünülerek her ilçede orantısız olarak fazla anket uygulandı ve çalışma 466 kişi ile tamamlandı. Araştırmaya alınma kriterleri; çalışmanın yapıldığı ilde ikamet eden, ulusal standartlar kapsamında tarama yaş aralığında olan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar çalışmaya dâhil edilmiştir. Ulusal standartlar kapsamında tarama yaş aralığında olmayan ve çalışmanın yapıldığı ilde ikamet etmeyen kadınlar araştırmaya dâhil edilmedi. Etik açıdan araştırmaya başlamadan önce Halk Sağlığı Müdürlüğünden ve Valilikten yazılı izin ve araştırmaya katılan kadınlardan sözel onam alındı.

#### Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri literatür doğrultusunda (6,15-21) araştırmacılar tarafından geliştirilen "Anket Formu" ile toplandı. Anket Formu; 4 bölüm ve 40 sorudan oluşmaktadır. Birinci bölümde; kadınların sosyo-demografik özelliklerini içeren 9 soru, ikinci bölümde kadınların meme kanseri belirtileriyle ilgili bilgi düzeylerini belirleyen 9 soru ve üçüncü bölümde kadınların serviks kanseri riski ve belirtileri ile ilgili bilgi düzeylerini belirleyen 5 soru ve dördüncü bölümde ise kadınların erken tanı uygulamalarını belirleyen 17 soru yer almaktadır. Anket Formu

anlaşılabilirlik açısından il merkezinde çalışmanın uygulanmadığı Aile Sağlığı Merkezlerinden (ASM) birisine başvuran kadınlar üzerinde 25 kişide pilot olarak uygulandı ve anketlere son hali verildi.

### Verilerin Toplanması

Veriler oluşturulan Anket Formu ile il merkezinde ve birden fazla ASM'nin olduğu ilçelerde kura yöntemi ile belirlenen ASM'lerde toplandı. Tek bir ASM'nin bulunduğu ilçelerde ise, söz konusu ASM'ye başvuran kadınlardan 30-70 yaş bandından çalışmaya katılmayı kabul edenler araştırmaya alındı. Anket formları, kadınlara verilerek doldurmaları istendi ve özellikle okur-yazar olmayan kadınlara formlar araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak 15-20 dakikalık sürede uygulandı.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 20.0 paket programında yapıldı. Kadınların sosyo-demografik özelliklerini, meme ve serviks kanseriyle ilgili bilgi düzeylerini ve erken tanı bilgi görüş ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma) kullanıldı. Kadınların sosyo-demografik özellikleri ile erken tanı uygulamalarını karşılaştırmak için ki kare testi kullanıldı. Araştırmada önemlilik düzeyi 0.05 olarak alındı.

### Bulgular

Araştırmada kadınların %42.1'inin 30-39 yaş aralığında, %87.8'inin evli, %35.8'inin ilkököl mezunu, %63.9'unun ev hanımı, %14.2'sinin

**Tablo 1.** Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

Tanıtıcı özellikler		N	%
Yaş	30-39 yaş arası	196	42.1
	40-49 yaş arası	117	25.1
	50-59 yaş arası	95	20.4
	60-69 yaş arası	47	10.1
	70 yaş	11	2.4
Medeni durum	Evli	409	87.8
	Bekâr	57	12.2
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	63	13.5
	Okur -yazar	23	4.9
	İlkokul	167	35.8
	Ortaokul	37	7.9
	Lise	80	17.2
Mesleği	Üniversite	96	20.6
	Ev hanımı	298	63.9
	Emekli	22	4.7
	İşçi	35	7.5
	Serbest meslek	18	3.9
Sosyal güvence	Devlet memuru	93	20.0
	Yok	66	14.2
	Var	400	85.8
Gelir durumu	Geliri giderinden az	176	37.8
	Geliri giderine eşit	251	53.9
	Geliri giderinden fazla	39	8.4
Yaşanılan yer	İl merkezi	137	29.4
	İlçe	223	47.9
	Kasaba	9	1.9
	Köy	97	20.8
Ailede kanser tanısı almış birey varlığı	Evet	197	42.3
	Hayır	269	57.7
Akrabalık derecesi (n=197)	Birinci derece	127	64.5
	İkinci derece	59	29.9
	Üçüncü derece	11	5.6

sosyal güvencesinin olmadığı, %53.9'unun gelirinin giderine eşit olduğu ve %47.9'unun ilçede yaşadığı bulundu. Kadınların %42.3'ünün ailesinde kanser tanısı alan birey olduğu ve ailede kanser tanısı alan bireylerin %64.5'inin birinci derece yakını olduğu belirlendi (Tablo 1).

Kadınların %86.5'i memede ele gelen şişliğin, %85'i koltuk altında ele gelen şişliğin, %79.8'i meme başından gelen kanlı akıntının, %73.8'i meme başında içeri çekilmenin, %75.1'i memede şekil bozukluğunun, %70.6'sı memede yaranın, %59.7'si meme derisinde buruşukluğun, %71'i memede ağrının ve %59.7'si memede gerginlik hissinin meme kanseri belirtisi olabileceğini düşünmektedir (Tablo 2).

Kadınların %74.2'si eşlerin geçmişte ya da halen birden fazla cinsel partneri (eşi) olmasının, %48.1'i serviks (rahim ağzı) kanserini önleyen aşının olduğunu, %50.9'u sigara dumanının rahim ağzı kanseri için risk olduğunu, %55.2'si erken yaşta cinsel ilişkiye başlayanların serviks kanserine yakalanma riski olduğunu ve %56.7'si cinsel ilişki sonrası vajinal kanamanın kanser belirtisi olabileceğini düşünmektedirler (Tablo 3).

Araştırmada kadınların %90.8'si kanserde erken tanının önemli olduğunu düşündüğünü, %57.3'ü KETEM'i bildiğini ve %19.3'ü KETEM'e başvuru yaptığını belirtti. Kadınların %68'i KKMM hakkında bilgi aldığını, %27.5'i her ay düzenli olarak KKMM yaptığını ve KKMM yapmayanların

**Tablo 2.** Kadınların meme kanseri belirtileriyle ilgili bilgi düzeylerinin dağılımı

Meme kanseri belirtileri ile ilgili bilgileri		Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
Memede ele gelen şişlik meme kanseri belirtisi olabilir	n	403	16	47
	%	86.5	3.4	10.1
Koltuk altında ele gelen şişlik meme kanseri belirtisi olabilir	n	396	17	53
	%	85.0	3.6	11.4
Meme başından gelen kanlı akıntı meme kanseri belirtisi olabilir	n	372	12	82
	%	79.8	2.6	17.6
Meme başında içeri çekilme meme kanseri belirtisi olabilir	n	344	13	109
	%	73.8	2.8	23.4
Memede şekil bozukluğu meme kanseri belirtisi olabilir	n	350	17	99
	%	75.1	3.6	21.2
Memede yara meme kanseri belirtisi olabilir	n	329	25	112
	%	70.6	5.4	24.0
Meme derisinde buruşukluk meme kanseri belirtisi olabilir	n	278	43	145
	%	59.7	9.2	31.1
Memede ağrı meme kanseri belirtisi olabilir	n	331	38	97
	%	71.0	8.2	20.8
Memede gerginlik hissi meme kanseri belirtisi olabilir	n	278	42	146
	%	59.7	9	31.3

**Tablo 3.** Kadınların serviks kanseri riski ve belirtileri ile ilgili bilgi düzeylerinin dağılımı

Serviks kanseri riski ve belirtileri		Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
Eşlerin geçmişte ya da halen birden fazla cinsel partneri (eşi) olması rahim ağzı kanseri için risktir	n	346	12	108
	%	74.2	2.6	23.2
Serviks (rahim ağzı) kanserini önleyen aşı vardır	n	224	22	220
	%	48.1	4.7	47.2
Sigara dumanı rahim ağzı kanseri için risktir	n	237	64	165
	%	50.9	13.7	35.4
Erken yaşta cinsel ilişkiye başlayanların serviks kanserine yakalanma riski yüksektir	n	257	25	184
	%	55.2	5.4	39.5
Cinsel ilişki sonrası vajinal kanama kanser belirtisi olabilir	n	264	37	165
	%	56.7	7.9	35.4

%69.7'si KKMM yapmayı bilmediği için yapmadığını belirtti. Kadınların %41.4'ü KMM yaptırdığını, KMM yaptıranların %41.5'i devlet hastanesinde yaptırdığını ve yaptırmayanların %43.2'si önemsemediği için yaptırmadığını ifade ettiği bulundu. Kadınların %45.6'sı mamografi yaptırdığını, yaptırmayanların %38.7'si bu konuda bilgisi olmadığı için yaptırmadığını ve mamografi yaptıranların %56.3'ü düzensiz yaptırdığını belirttikleri bulundu. Kadınların %42.3'ü smear testi yaptırdığını, yaptırmayanların %37.1'i bilgisi olmadığı için yaptırmadığını, yaptıranların %30'u yılda bir yaptırdığını ve yaptıranların %35.1'inin özel hastanede yaptırdığını bulundu. Kadınların %17'sinin gaitada gizli kan testi yaptırdığını belirtildi (Tablo 4).

Araştırmada kadınların KKMM yapma durumu ile yaşı, eğitim durumu, mesleği ve yaşadığı yer arasında, KMM yaptırmama durumu ile yaşı ve yaşadığı yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ( $p<0.05$ ). Kadınların mamografi yaptırmama durumu ile yaşı, eğitim durumu, mesleği, gelir durumu ve yaşadığı yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ( $p<0.05$ ) (Tablo 5). Kadınların smear testi yaptırmama durumu ile yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi ve yaşadığı yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulundu ( $p<0.05$ ). Kadınların gaitada gizli kan testi yaptırmama durumu ile yaşı ve mesleği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ( $p<0.05$ ) (Tablo 6).

### Tartışma

Aile sağlığı merkezlerine başvuran 30-70 yaş grubu kadınların ulusal kanser taramalarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları bu bölümde; meme, serviks ve kolorektal kanserlerde erken tanı uygulamaları ele alınarak tartışılmıştır. Araştırmada kadınların %66.8'inin KKMM yaptığı ancak %27.5'inin her ay düzenli olarak KKMM yaptığı belirlenmiştir. Benzer şekilde yapılan çalışmalarda kadınların %51.8-%72.6 arasında KKMM yaptığı ancak %10.2-%28.3 oranında düzenli KKMM yaptığı bulunmuştur (16,18-19,22). Açıkgöz ve ark., (2015) kadınların %35.4'ünün (17) ve Koçyiğit ve ark., (2011) kadınların %24.6'sının aklına geldikçe KKMM'isi yaptığını (21) ve Erkal Aksoy ve ark., (2015) kadınların %11.3'ünün düzenli KKMM yaptığını

belirtmiştir (15). Araştırmada kadınların %41.4'ünün KMM yaptırdığı belirlenmiştir. Literatürü incelediğimizde; Gök Uğur ve Aydın Avcı (2015) KETEM'e başvuran kadınların %54.7'sinin KMM yaptırdığını (18), Erkal Aksoy ve ark., (2015) kadınların %42.4'ünün KMM yaptırdığını (15) ve Açıkgöz ve ark., (2015) ise, hastanede çalışan kadınların %37.3'ünün KMM yaptırdığını belirtmiştir (20). Araştırmada kadınların %45.6'sının mamografi yaptırdığı ve mamografi yaptırmayanların %56.3'ünün düzensiz yaptırdığı bulunmuştur. Yapılan pek çok çalışmada kadınların %12.3 -%37.5 arasında mamografi yaptırdığı tespit edilmiştir (3,6,15-21). Ülkemizde ise, fırsatçı ve toplum tabanlı meme kanseri tarama oranlarının %30-35 arasında olduğu belirtilmektedir (22). Araştırmada literatürle benzer şekilde meme kanseri erken tanı uygulamalarına yönelik olarak; kadınların çok az bir kısmının düzenli KKMM yaptığı, çoğunun KMM ve mamografi yaptırmadığı görülmektedir. Araştırmada kadınların meme kanseri belirtilerini %59.7-%86.5 arasında doğru bildiği belirlenmiştir. Benzer şekilde Açıkgöz ve ark., (2011) ve Isik Andsoy ve Gul (2014) kadınların meme kanseri konusunda bilgi düzeylerinin %32.9-%93.8 arasında olduğunu (17,19) ve Azeem et al., (2015) ise, sistematik derleme çalışmasında sağlık çalışanlarının meme kanseri konusundaki bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğunu belirtmiştir (24). Diğer taraftan Ketten ve ark., (2014) ve Bora et al. (2016), kadınların meme kanseri konusunda bilgi düzeyinin %0.6-%70.8 arasında değiştiğini bulmuştur (23,25). Bizim çalışmamızda kadınların çoğunun meme kanseri belirtileri konusunda bilgili olmalarına rağmen meme kanseriyle ilgili erken tanı uygulamalarını yetersiz yaptıkları görülmektedir. Araştırmada kadınların meme kanserine yönelik erken tanı uygulamalarını (KKMM, KMM ve Mamografi) yapmama nedenlerinin; önemsememe, bilgi eksikliği, korku, kadın sağlık personeli kaygısı ve gerekli olduğunu düşünmeme olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde benzer şekilde meme kanseri erken tanı uygulamalarının; bilgi eksikliği, kitle bulmaktan korkma, erken tanıyla ilgili yanlış algılar, üşengeçlik-ihmal, gerekliliğine inanmama, ağrı, radyasyon, utanma, kültürel inançlar ve tarama faaliyetlerinin yetersizliği nedeniyle uygulanmadığı bulunmuştur (15-16,19-20,26-27). Araştırma bulgumuz literatürle benzerlik

**Tablo 4.** Kadınların erken tanı bilgi tutum ve davranışlarının dağılımı

Erken Tanı Bilgi Tutum ve Davranışları	N	%
<b>Kanserde erken tanının önemli olduğunu düşünme</b>		
Evet	423	90.8
Hayır	43	9.2
<b>KETEM'i bilme</b>		
Evet	267	57.3
Hayır	199	42.7
<b>KETEM'e başvuru yapma</b>		
Evet	90	19.3
Hayır	376	80.7
<b>KKMM hakkında bilgi alma</b>		
Evet	317	68.0
Hayır	149	32.0
<b>KKMM yapma</b>		
Evet, her ay düzenli olarak yapıyorum	128	27.5
Evet, ama her ay düzenli olarak yapmıyorum	183	39.3
Hayır yapmıyorum	155	33.3
<b>KKMM yapmama nedenleri (n=155)</b>		
KKMM yapmayı bilmiyorum	108	69.7
Gerekli olduğunu düşünmüyorum	40	25.8
Diğer	7	4.5
<b>KMM yaptırma</b>		
Evet	193	41.4
Hayır	273	58.6
<b>KMM yaptırdığı yer (n=164)</b>		
Aile sağlığı merkezi	30	18.3
Toplum sağlığı merkezi (TSM)de	2	1.2
Kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi (KETEM)	24	14.6
Devlet hastanesi	68	41.5
Özel hastane	40	24.4
<b>KMM yaptırmama nedenleri (n=95)</b>		
Önemsemedim	41	43.2
Bu konuda bilgim yok	17	17.9
Korktuğum için başvuru yapmadım	14	14.7
Kadın sağlık personeli kaygısı	4	4.2
Diğer (ulaşım vd.)	19	20.0
<b>Mamografi çekirme (n=259 kişi tarama aralığında yaşı olan)</b>		
Evet	118	45.6
Hayır	141	54.4
<b>Mamografi çekirmeme nedenleri(n=31)</b>		
Önemsemedim	5	16.1
Bu konuda bilgim yok	12	38.7
Korktuğum için	7	22.6
Diğer (ulaşım vd.)	7	22.6
<b>Mamografi çekirme sıklığı (n=71)</b>		
Yılda bir çektiyorum	21	29.6
İki yılda bir çektiyorum	10	14.1
Düzensiz aralıklarla çektiyorum	40	56.3
<b>Smear testi yaptırma</b>		
Evet	197	42.3
Hayır	269	57.7
<b>Smear testi yaptırmama nedenleri (n=70)</b>		
Önemsemedim	16	22.9
Bilgim yok	26	37.1
Korktum	14	20.0
Kadın sağlık personeli kaygısı	3	4.3
Diğer (ulaşım vd.)	11	15.7
<b>Smear testi yaptırma sıklığı (n=100)</b>		
Yılda bir	30	30.0
İki yılda bir	22	22.0
3-5 yılda bir	20	20.0
5 yıldan fazla aralıklarla	28	28.0
<b>Smear testini yaptırdığı yer (n=188)</b>		
ASM	30	16.0
TSM	8	4.3
KETEM	20	10.6
Devlet hastanesi	54	28.7
Özel hastane	66	35.1
Diğer	10	5.3
<b>Gaitada gizli kan testi yaptırma (n=153 tarama aralığındaki kişi sayısı)</b>		
Evet	26	17.0
Hayır	127	83.0

KETEM: Kanser erken teşhis ve tarama merkezi; KKMM: Kendi kendine meme muayenesi; KMM: Klinik meme muayenesi

**Tablo 5.** Kadınların tanıtıcı özellikleri ile meme kanseriyle ilgili erken tanı uygulamalarının karşılaştırılması

Tanıtıcı özellikler	KKMM yapma			KMM yaptırma			Mamografi çekirme			
	Düzenli N (%)	Düzensiz N (%)	Hayır N (%)	Evet N (%)	Hayır N (%)	Evet N (%)	Hayır N (%)	Evet N (%)	Hayır N (%)	
Yaş	30-39 yaş	83(42.3)	63(32.1)	60(30.6)	136(69.4)	9(4.6)	187(95.4)	9(4.6)	187(95.4)	
	40-49 yaş	40(34.2)	52(44.4)	25(21.4)	58(49.6)	59(50.4)	5(4.3)	112(95.7)	5(4.3)	
	50-59 yaş	24(25.3)	35(36.8)	36(37.9)	50(52.6)	45(47.4)	12(12.6)	83(87.4)	12(12.6)	
	60-69 yaş	11(23.4)	12(25.5)	24(51.1)	22(46.8)	25(53.2)	10(21.3)	37(78.7)	10(21.3)	
	70 yaş	3(27.3)	1(9.1)	7(63.6)	60(30.6)	136(69.4)	4(36.4)	7(63.6)	4(36.4)	
<b>X<sup>2</sup>/ p değeri</b>	22.063/0.005									
Medeni durum	Evli	119(29.1)	155(37.9)	135(33.0)	172(42.1)	237(57.9)	130(31.8)	279(68.2)	130(31.8)	279(68.2)
	Bekâr	9(15.8)	28(49.1)	20(35.1)	21(36.8)	36(63.2)	15(26.3)	42(73.7)	15(26.3)	42(73.7)
<b>X<sup>2</sup>/ p değeri</b>	4.895/0.087									
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	7(11.1)	16(25.4)	40(63.5)	27(42.9)	36(57.1)	24(38.1)	39(61.9)	24(38.1)	39(61.9)
	Okur -yazar ilkököl	2(8.7)	7(30.4)	14(60.9)	6(26.1)	17(73.9)	8(34.8)	15(65.2)	8(34.8)	15(65.2)
	Ortaokul	53(31.7)	59(35.3)	55(32.9)	73(43.7)	94(56.3)	66(39.5)	101(60.5)	66(39.5)	101(60.5)
	Lise	9(24.3)	14(37.8)	14(37.8)	17(45.9)	20(54.1)	9(24.3)	28(75.7)	9(24.3)	28(75.7)
	Üniversite	26(32.5)	37(46.3)	17(21.3)	26(32.5)	54(67.5)	16(20.0)	64(80.0)	16(20.0)	64(80.0)
<b>X<sup>2</sup>/ p değeri</b>	56.375/0.000									
Mesleği	Ev hanımı	80(26.8)	103(34.6)	115(38.6)	123(41.3)	175(58.7)	100(33.6)	198(66.4)	100(33.6)	198(66.4)
	Emekli	7(31.8)	9(40.9)	6(27.3)	13(59.1)	9(40.9)	13(59.1)	9(40.9)	13(59.1)	9(40.9)
	İşçi	5(14.3)	18(51.4)	12(34.3)	14(40.0)	21(60.0)	7(20.0)	28(80.0)	7(20.0)	28(80.0)
	Serbest meslek	3(16.7)	11(61.1)	4(22.2)	6(33.3)	12(66.7)	6(33.3)	12(66.7)	6(33.3)	12(66.7)
	Devlet memuru	33(35.5)	42(45.2)	18(19.4)	37(39.8)	56(60.2)	19(20.4)	74(79.6)	19(20.4)	74(79.6)
<b>X<sup>2</sup>/ p değeri</b>	20.229/0.01									
Gelir durumu	Geliri giderinden az	47(26.7)	67(38.1)	62(35.2)	79(44.9)	97(55.1)	67(38.1)	109(61.9)	67(38.1)	109(61.9)
	Geliri giderine eşit	74(29.5)	104(41.4)	73(29.1)	103(41.0)	148(59.0)	72(28.7)	179(71.3)	72(28.7)	179(71.3)
	Geliri giderinden fazla	7(17.9)	12(30.8)	20(51.3)	11(28.2)	28(71.8)	6(15.4)	33(84.6)	6(15.4)	33(84.6)
<b>X<sup>2</sup>/ p değeri</b>	8.106/0.088									
Yaşanılan yer	İl merkezi	48(35.0)	54(39.4)	35(25.5)	73(53.3)	64(46.7)	61(44.5)	76(55.5)	61(44.5)	76(55.5)
	İlçe	62(27.8)	97(43.5)	64(28.7)	89(39.9)	134(60.1)	60(26.9)	163(73.1)	60(26.9)	163(73.1)
	Kasaba	2(22.2)	3(33.3)	4(44.4)	3(33.3)	6(66.7)	2(22.2)	7(77.8)	2(22.2)	7(77.8)
	Köy	16(16.5)	29(29.9)	52(53.6)	28(28.9)	69(71.1)	22(22.7)	75(77.3)	22(22.7)	75(77.3)
<b>X<sup>2</sup>/ p değeri</b>	26.733/0.000									
KETEM: Kanser erken teşhis ve tarama merkezi; KKMM: Kendi kendine meme muayenesi; KMM: Klinik meme muayenesi										

göstermektedir. Meme kanseri erken tanı uygulamalarının yaygınlaştırılması ve benimsenebilmesi için kadınların sağlık sorumluluğunu üstlenmeleri konusunda cesaretlendirilmesi gerektiği açıktır.

Araştırmada kadınların %42.3'ünün smear testi yaptırdığı bulunmuştur. Benzer şekilde Büyükkayacı Duman ve ark., (2015) kadınların %33.9'unun pap smear testi yaptırdığını ve %59.2'sinin yılda bir kez yaptırdığını, Isık Andsoy ve Gul (2014) hemşirelerin %12.8'inin düzenli smear testi yaptırdığını, Açıkgöz ve ark., (2011) kadınların %55.9'unun pap smear testi

yaptırdığını ve %23'ünün yılda bir yaptırdığını, Guvenc ve ark., (2012) kadınların %32.8'inin, Gök Uğur ve Aydın Avcı (2015) kadınların %26.4'ünün ve Sönmez ve ark., (2012) kadınların %72.5'inin smear testi yaptırdığını belirtmiştir (6,16-19). Diğer yandan Ramaiah ve Jayarama (2018) kadınların %90.5'inin ve Enjezab (2016) %64.2'sinin servikal kanser taraması yaptırdığını bulmuştur (3,28). Ülkemizde ise, hedef kadın nüfusun %20'sinin tarama programı kapsamında tarandığı bildirilmektedir (22). Bu araştırmada da literatürle benzer şekilde kadınların çoğunun smear testi yaptırdığı görülmüştür. Araştırmada kadınların

**Tablo 6.** Kadınların tanıtıcı özellikleri ile serviks ve kolorektal kanserle ilgili erken tanı uygulamalarının karşılaştırılması

Tanıtıcı özellikler		Smear testi yaptırma		Gaytada gizli kan testi yaptırma	
		Evet N (%)	Hayır N (%)	Evet N (%)	Hayır N (%)
Yaş	30-39 yaş	79(40.3)	117(59.7)	9(4.6)	187(95.4)
	40-49 yaş	67(57.3)	50(42.7)	5(4.3)	112(95.7)
	50-59 yaş	36(37.9)	59(62.1)	12(12.6)	83(87.4)
	60-69 yaş	14(29.8)	33(70.2)	10(9)	37(187)
	70 yaş	79(40.3)	117(59.7)	5(4.6)	95.4(112)
X <sup>2</sup> / p değeri		19.032/0.001		29.202/0.000	
Medeni durum	Evli	187(45.7)	222(54.3)	34(8.3)	375(91.7)
	Bekâr	10(17.5)	47(82.5)	6(10.5)	51(89.5)
X <sup>2</sup> / p değeri		16.277/0.000		0.312/0.576	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	14(22.2)	49(77.8)	8(12.7)	55(87.3)
	Okur -yazar	10(43.5)	13(56.5)	1(4.3)	22(95.7)
	İlkokul	72(43.1)	95(56.9)	17(10.2)	150(89.8)
	Ortaokul	17(45.9)	20(54.1)	0(0.0)	37(100.0)
	Lise	30(37.5)	50(62.5)	5(6.3)	75(93.8)
	Üniversite	54(56.2)	42(43.8)	9(9.4)	87(90.6)
X <sup>2</sup> / p değeri		19.078/0.002		6.533/0.258	
Mesleği	Ev hanımı	116(38.9)	182(61.1)	25(8.4)	273(91.6)
	Emekli	12(54.5)	10(45.5)	8(36.4)	14(63.6)
	İşçi	13(37.1)	22(62.9)	2(5.7)	33(94.3)
	Serbest meslek	6(33.3)	12(66.7)	0(0.0)	18(100.0)
	Devlet memuru	50(53.8)	43(46.2)	5(5.4)	88(94.6)
X <sup>2</sup> / p değeri		8.724/0.068		24.927/0.000	
Gelir durumu	Geliri giderinden az	68(38.6)	108(61.4)	13(7.4)	163(92.6)
	Geliri giderine eşit	116(46.2)	135(53.8)	27(10.8)	224(89.2)
	Geliri giderinden fazla	13(33.3)	26(66.7)	0(0.0)	39(100.0)
X <sup>2</sup> / p değeri		3.829/0.147		5.494/0.064	
Yaşanılan yer	İl merkezi	66(48.2)	71(51.8)	16(11.7)	121(88.3)
	İlçe	105(47.1)	118(52.9)	12(5.4)	211(94.6)
	Kasaba	2(22.2)	7(77.8)	2(22.2)	7(77.8)
	Köy	24(24.7)	73(75.3)	10(10.3)	87(89.7)
X <sup>2</sup> / p değeri		17.770/0.000		7.089/0.069	



smear testi yaptırmama nedenlerinin bilgi eksikliği, önemsememe, korku ve kadın sağlık personeli kaygısı olduğu belirlenmiştir. Isik Andsoy ve Gul (2014) hemşirelerin gerekli görmeme, ağırlı bir işlem olması, kötü sonuçtan korkma ve utanma nedeniyle smear testi yaptırmadıklarını ve Büyükkayacı Duman ve ark., (2015) kadınların bilgisizlik, utanma-çekinme ve korku nedeniyle smear testi yaptırmadıklarını belirtmiştir (16,19). Kaya ve ark., (2017) sağlık çalışanlarının kanser taraması yaptırmama nedenlerini; zaman bulamama, sağlıklı olduğunu düşünme, kolay ve ulaşılabilir olmaması, ailesinde kanser olmaması, kanser tarama testlerinin yeterliliğine inanmama, korku ve utanma olarak bulmuştur (27). Araştırmada kadınların %48.1 ile %74.2 arasında serviks kanseri belirtilerini bildiği belirlenmiştir. Sönmez ve ark., (2012) tarafından yapılan çalışmada kadınların %66.6'sı düzenli pap-smear testi yaptırması gerektiğini ve %59.5'i serviks kanserine karşı geliştirilen aşı duyduklarını belirtmişlerdir (29). Yapılan bazı çalışmalarda kadınların serviks kanseri belirtileriyle ilgili bilgi düzeylerinin %1 ile %81.4 arasında değiştiği bulunmuştur (17,19,25,28,30-31). Araştırmamızda kadınların çoğunun serviks kanseri belirtileri konusunda bilgili olmalarına rağmen smear testi yaptırmama oranının düşük olmasında önemsememe, korku ve kadın sağlık personeli çekincesinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada kadınların %17'sinin gaitada gizli kan testi yaptırdığı belirlenmiştir. Açıkgöz ve ark., (2011) kadınların %9.9'unun kolonoskopi yaptırdığını, Guvenc ve ark., (2012) kadınların %5.8'inin kolorektal kanser taraması yaptırdığını, Enjezab (2016) orta yaş üstü kadınların kolorektal kanser taraması yaptırmama oranının %10.2 olduğunu, Al-Thafar et al. (2017) katılımcıların %19.1'inin kolorektal kanser taraması yaptırdığını ve Mosli et al., (2017) doktorların %55'inin kolorektal kanser taraması yaptırmadığını belirtmiştir (1,3,6,20,32). Ülkemizde ise, kolorektal kanser tarama oranının %20-30 arasında olduğu belirtilmektedir (22). Araştırmada literatürle benzer şekilde kolorektal kanser tarama oranının çok düşük olmasında; ülkemizde kolorektal kanser taramalarına ulusal standartlar kapsamında yeni başlanmasının ve bu konuda toplumun farkındalığının eksik olmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada kadınların KKMM yapma durumunu yaş, eğitim, meslek ve yaşanılan yerin, KMM yaptırmama durumunu yaş ve yaşanılan yerin etkilediği belirlenmiştir. Ceber ve ark., (2013) kadınların yaşı, eğitimi, medeni durumu, çalışma durumu ve gelir düzeyinin KKMM ve KMM yapmayı etkilediğini, Balaman ve ark., (2010) ve Büyükkayacı Duman ve ark., (2015) kadınların yaşı ve eğitim düzeyinin KKMM yapmayı etkilediğini, Açıkgöz ve ark., (2015) hastanede çalışan kadınların sosyo-demografik özelliklerinin KKMM yapmayı etkilemediğini, fakat kadınların yaşının KKM yapmayı etkilediğini belirtmiştir (16,20,33). Erkal Aksoy ve ark., (2015) tarafından yapılan çalışmada kadınların sosyo-demografik özelliklerinin KKMM ve KMM yapmayı etkilemediği bulunmuştur (15). Enjezab (2016) KKMM ve KMM yapmayı kadınların eğitimi, çalışma durumu ve algılanan gelir düzeyinin etkilediğini, Abu Salem ve Abdulla Hassan (2007) KKMM yapmayı yaş ve iş deneyiminin etkilediğini ve Akhigbe ve Omuemu, (2009) kadın sağlık çalışanlarında KKMM yapmayı yaşın etkilediğini bulmuştur (3,34-35). Kadınların mamografi çekirme durumunu yaş, eğitim, meslek, gelir durumu ve yaşanılan yerin etkilediği belirlenmiştir. Ceber ve ark., (2013) kadınların yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, çalışma durumu, aile tipi ve gelir düzeyinin, Erkal Aksoy ve ark., (2015) kadınların medeni durumu ve sosyal güvenceye sahip olma durumunun ve Enjezab (2016) kadınların yaşı, eğitimi, çalışma durumu ve algılanan gelir düzeyinin mamografi yaptırmayı etkilediğini belirtmiştir (3,15,36). Diğer taraftan Açıkgöz ve ark., (2015) kadınların yaşı, eğitim durumu ve medeni durumunun mamografi çekirmeyi etkilemediğini bulmuştur (20). Bununla birlikte Pace et al. (2015) eğitim seviyesinin, Mbuka-Ongona ve Tumbo, (2013) yaşanılan yerin, Balogun ve Owoaje, (2005) yaş ve eğitimin, Pillay (2002) eğitim ve yaşanılan yerin ve Okobia et al. (2006) eğitimin meme kanseri erken tanı uygulamalarını etkilediğini belirtmiştir (37-41). Araştırmada kadınların yaş arttıkça hastalık algılarının değişmesinin, eğitim arttıkça farkındalıklarının artmasının, yaşanılan yerin ve gelir düzeyinin ulaşılabilirlik açısından ve tarama çalışmalarının belirli saatlerde yapılması nedeniyle ev hanımlarının daha kolay tarama hizmetlerine ulaşabildiği düşünülmektedir. Kadınların smear testi yaptırmama durumunu yaş, medeni durum, eğitim ve yaşanılan yerin etkilediği bulunmuştur.

Ramaiah ve Jayarama, (2018) kadınların yaş, eğitim, medeni durum ve gelir düzeyinin, Sönmez ve ark., (2012) kadınların yaş, medeni durum ve çalışma durumunun, Büyükkayacı Duman ve ark., (2015) kadınların yaşı, eğitimi, medeni durumu ve sosyal güvencesinin ve Enjazab (2016) kadınların yaşı, eğitimi ve algılanan gelir düzeyinin smear testi yaptırmayı etkilediğini belirtmiştir (3,16,28-29). Bununla birlikte Bora et al. (2016) kadınların yaş, yaşadığı yer ve mesleğinin serviks kanseri konusundaki farkındalıklarını etkilediğini bulmuştur (25). Diğer taraftan Erkal Aksoy ve ark., (2015) kadınların sosyo-demografik özelliklerinin smear testi yapmayı etkilemediğini belirtmiştir (15). Kadınların yaş arttıkça hastalık algılarının değişmesinin, smear testinin cinsel aktif olan kişilerde yapılmasının, eğitimle birlikte farkındalığın artmasının ve yaşanan yerin ulaşılabilirlik açısından etkilediği söylenebilir. Kadınların kolorektal kanser taraması yaptırmama durumunu yaş ve mesleğinin etkilediği bulunmuştur. Enjazab (2016) kadınların yaşı, eğitimi ve çalışma durumunun ve Al-Thafar et al. (2017) yaş ve eğitimin kolorektal kanser taraması yapmayı etkilediğini belirtmektedir (1,3). Araştırmada kadınların kolorektal kanser taramalarının ileri yaşlarda 50-70 yaş arasında yapılması ve çalışan kadınlarda farkındalığın yüksek olması nedeniyle etkilediği söylenebilir.

Araştırmanın sınırlılıkları: Bu çalışma bazı sınırlılıklar içermektedir. İl genelinde yapılan çalışmada birden fazla ASM'nin olduğu ilçelerde kura yöntemiyle belirlenen ASM'lere başvuran kadınlar çalışmaya alınmıştır. Dolayısıyla araştırmanın il genelindeki tüm ASM'lerde yapılmamış olması çalışmanın en önemli sınırlılığıdır. Ayrıca çalışmanın ASM'lere başvuran 30-70 yaş grubu kadınlar üzerinde yapılmış olması da sonuçların il bazında genellenebilirliği açısından sınırlılık içermektedir.

### Sonuç ve Öneriler

Araştırma kapsamındaki 10 kadından 9'unun kanserde erken tanının önemli olduğunu düşündüğü bununla birlikte meme ve serviks kanseri konusunda çoğunun bilgi düzeylerinin iyi olduğu ancak meme, serviks ve kolorektal kanserlere yönelik erken tanı uygulamalarının yetersiz olduğu belirlendi. Kadınların erken tanı uygulamalarının yetersizliğinde; önemsememe,

bilgi eksikliği, farkındalık eksikliği, korku ve kadın sağlık çalışanı olmadığı düşüncesiyle başvuru yapılmaması ve ulaşım gibi faktörlerin etkili olduğu belirlendi. Bu sonuçlar doğrultusunda; sağlık profesyonelleri tarafından kadınların tarama programları konusunda bilgilendirilmesi, taramaları önemsemeleri için algıladıkları kanser taramalarıyla ilgili sağlık inançlarının artırılması, korkularının giderilmesi, özellikle tarama programlarında çalışan sağlık profesyonellerinin kadınlardan seçilmesi ve taramaların ulaşılabilir olmasının sağlanması önerilir. Özellikle Karadeniz coğrafyası gibi dağlık bölgelerde ve ulaşımın zor olduğu yerlerde kanser taramalarında mobil araçların daha aktif kullanılması tarama oranlarının artırılması açısından önemli olacaktır.

### Teşekkür

Araştırmanın veri toplama aşamasında bize destek olan Halk Sağlığı Müdürlüğü, Aile Sağlığı Merkezleri ve Toplum Sağlığı Merkezleri çalışanlarına çok teşekkür ederiz.

**İletişim:** Hacer Gök Uğur

**E-posta:** hancer32@gmail.com

### Kaynaklar

1. Al-Thafar, A.K., Al-Naim, A.F., Albges, D.S., Boqursain, S.K., Aldhafar, A.S., Ghreiz, S.M., Ibrahim, S. Knowledge Attitude and Practice of Colorectal Cancer among School Teachers in Al-Ahsa Saudi Arabia. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2017; 18 (10), 2771-2774. DOI:10.22034/APJCP.2017.18.10.2771.
2. International Agency for Research on Cancer. (2017). *Cancer Screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening*, May 2017.
3. Enjazab B. Cancer Screening Practice among Iranian Middle-aged Women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2016; 4(4): 770-778. DOI: 10.22038/jmrh.2016.7558
4. Tuzcu A, Sümen A, Demir Avcı Y. (2018). Kanser Tarama Programlarına Katılımı Artırmada Bir Sağlık Davranış Değişim Modeli. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2018;15 (2): 123-130.
5. Bodur S, Eryılmaz MA, Civcik S, Durduran Y. (2011). Kanserlerin toplumdaki dağılımının belirlenmesi ve insidansın tahmininde KETEM kayıtlarının katkısı: Konya örneği. *Genel Tıp Derg* 2011;21(4); 144-151.
6. Güvenç G, Seven M, Kılıç A, Aygül A, Gülçin A. (2012). Breast, Cervical, and Colorectal Cancer

- Screening Status of a Group of Turkish Women. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 13 (9), 4273-4279.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018.
  8. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri, Ankara 2017.
  9. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Dairesi Başkanlığı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/485-meme-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>. Erişim Tarihi:26.06.2019.
  10. Kozan R, Tokgöz VY. Türkiye'de Meme Kanseri Farkındalığı ve Tarama Programı. *ACU Sağlık Bil Derg* 2016(4):185-188
  11. Kanbur, A., Çapık, C. Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* (2011) 61-72.
  12. T.C. Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Kanser Dairesi Başkanlığı. Ulusal Kanser Tarama Standartları. 2019. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/484-kolorektal-kanser-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>.
  13. Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, N. (2014). Hemşirelikte Araştırma Süreci, Uygulama ve Kritik. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul.
  14. TÜİK, 2015. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18578>
  15. Erkal Aksoy, Y., Çeber Turfan, E., Sert, E., Mermer, G. Barriers on Breast Cancer Early Detection Methods. *J Breast Health* 2015; 11: 26-30 DOI: 10.5152/tjbh.2014.2296.
  16. Büyükkayacı Duman, N., Yüksel Koçak, D., Albayrak, S.A. Topuz, Ş., Yılmazel, G. Kırk Yaş Üstü Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları. *JAREN* 2015;1(1):30-38.
  17. Açıkgöz, A., Çehreli, R., Ellidokuz, H. Kadınların Kanser Konusunda Bilgi ve Tutumları ile Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Davranışları. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2011;25(3):145 -154.
  18. Gök Uğur, H., Aydın Avcı, İ. Kanser Tarama Merkezine Başvuran Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Erken Tanı Bilgi ve Uygulamalarına Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*: 2015;4(2):244-258.
  19. Isik Andsoy, I., Gul, A. Breast, Cervix and Colorectal Cancer Knowledge among Nurses in Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2014; 15 (5), 2267-2272.
  20. Açıkgöz, A., Çehreli, R., Ellidokuz, H. Hastanede Çalışan Kadınların Meme Kanseri Konusunda Erken Tanı Yöntemlerine Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi, Uygulanan Planlı Eğitimin Etkinliğinin İncelenmesi. *J Breast Health* 2015; 11: 31-8. DOI: 10.5152/tjbh.2014.2322.
  21. Koçyiğit, O., Erel, S., Kısmet, K., Kılıçoğlu, B., Sabuncuoğlu, M.M., Akkuş, M.A. Polikliniğe Başvuran Kadınların Meme Kanseri, Meme Muayenesi ve Mamografi Hakkında Bilgi Düzeyi: İl Merkezinde Yapılan Bir Çalışma. *Nobel Med* 2011; 7(2): 19-25.
  22. Keskin, B., Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G, Zayıfoğlu Karaca M, Şimşek Utku E, Hacıkamiloğlu E, Turan H, Dede İ, Dündar S. Türkiye kanser kontrol programı. 1. Baskı. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını;2016.
  23. Ketten, H.S., Yıldırım, F., Ölmez, S., Üçer, H., Çelik, M. Knowledge, attitudes and behavior about breast cancer in women presenting to Early Cancer Diagnosis, Screening and Education Centre in Kahramanmaraş, Turkey. *Gaziantep Med J* 2014;20(3):212-216.
  24. Azeem, E., Gillani, S.W., Siddiqui, A., HA, A.S., Poh, V., Sulaiman, S.A.S., Baig, M. Knowledge, Attitude and Behavior of Healthcare Providers towards Breast Cancer in Malaysia: a Systematic Review. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2015: 16 (13), 5233-5235. DOI: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.13.5233>
  25. Bora, K., Rajbongshi, N., Mahanta, L.B., Sharma P, Dutta, D. Assessing the awareness level of breast and cervical cancer: a cross-sectional study in northeast India. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 2016;5(10):1987-1994.
  26. Akuoko, C.P., Armah, E., Sarpong, T., Quansah, D.Y., Amankwaa, I., Boateng, D. Barriers to early presentation and diagnosis of breast cancer among African women living in sub-Saharan Africa. (2017). Barriers to early presentation and diagnosis of breast cancer among African women living in sub-Saharan Africa. *PLoS ONE* 12(2): e0171024. doi:10.1371/journal.pone.0171024
  27. Kaya, C., Üstü, Y., Özyörük, E., Aydemir, Ö., Şimşek, Ç., Demirci Şahin, A. Sağlık Çalışanlarının Kanser Taramaları Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Ankara Med J*, 2017;(1):73-83
  28. Ramaiah, R., Jayarama, S. Knowledge, attitude and practices about cervical cancer among rural married women: a cross sectional study. *Int J Community Med Public Health*. 2018 Apr;5(4):1466-1470. DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20181218>.
  29. Sönmez, Y., Keskin, Y., Lüleci, E. Kadın ve aile sağlığı merkezine başvuranların serviks kanseri erken tanı yöntemleri konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Maltepe Tıp Dergisi*, 2012;4(2):15-21.

30. Al Sairafi M, Mohammed FA. Knowledge, attitudes and practice related to cervical cancer screening among Kuwaiti women. *Med Princ Pract*. 2009;18:35-42.
31. Saulle, R., Miccoli, S., Unim, B., Semyonov, L., Giraldi, G., De Vito, E., Ficarra, M.G., Firenze, A., Gregorio, P., Boccia, A., Torre, G.L. Validation of a questionnaire for young women to assess knowledge, attitudes and behaviors towards cervical screening and vaccination against HPV in Italy. *Epidemiology Biostatistics and Public Health* - 2014, Volume 11, Number 2
32. Mosli, M., Alnahdi, Y., Alghamdi, A., Baabdullah, M., Hadadi, A., Khateery, K., Alsulami, I., AlHoqail, A., Almadi, M., Jawa, H., Aljahdli, E., Bazarah, S., ... Qari, Y. (2017). Knowledge, attitude, and practices of primary health care physicians toward colorectal cancer screening. *Saudi journal of gastroenterology : official journal of the Saudi Gastroenterology Association*, 23(6), 330-336.
33. Balaman, P., Pehlivan, E., Güneş, G. Malatya İl Merkezinde 18 Yaş Üzeri Kadınların Kansere İlgili Bazı Tutumları ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamaları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 17 (2) 107-112 (2010).
34. Abu Salem, O., Abdulla Hassan, M. Breast self-examination among female nurses. *Rawal Med J* 2007;32:31-33.
35. Akhigbe AO, Omuemu VO. Knowledge, attitudes and practice of breast cancer screening among female health workers in a Nigerian urban city. *BMC Cancer*. 2009; 9:203 doi: 10.1186/1471-2407-9-203 PMID: 19555506
36. Ceber, E., Mermer, G., Okcin, F., Sari, D., Demireloz, M., Eksioğlu, A., Ogce, F., Cakır, D., Ozentürk, G. Breast Cancer Risk and Early Diagnosis Applications in Turkish Women Aged 50 and Over. *Asian Pac J Cancer Prev*, 2013;14 (10), 5877-5882.
37. Pace LE, Dusengimana JV, Hategekimana V, Habineza H, Bigirimana JB, Tapela N, et al. Benign and Malignant Breast Disease at Rwanda's First Public Cancer Referral Center. *Oncologist*. 2015; 20 (7): 780±788. doi: 10.1634/theoncologist.2014-0493 PMID: 26032138
38. Mbuka-Ongona D, Tumbo JM. Knowledge about breast cancer and reasons for late presentation by cancer patients seen at Princess Marina Hospital, Gaborone, Botswana. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*. 2013; 5: 1-7.
39. Balogun MO, Owoaje ET. Knowledge and practice of breast self-examination among female traders in Ibadan, Nigeria. *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine*. 2005; 3(2): 52-56.
40. Pillay AL. Rural and urban South African women's awareness of cancers of the breast and cervix. *Ethnicity & Health*. 2002; 7(2):103-114.
41. Okobia MN, Bunker CH, Okonofua FE, Osime U. Knowledge, attitude and practice of Nigerian women towards breast cancer: A cross-sectional study. *World Journal of Surgical Oncology*. 2006; 4:11. doi: 10.1186/1477-7819-4-11 PMID: 16504034.



DOI: 10.17942/sted.621019

Geliş/Received : 17.04.2019

Kabul/Accepted : 12.09.2019

## Öz

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışmada, bir üniversite hastanesi Tıbbi Biyokimya Laboratuvarına gönderilen örneklerde preanalitik hataların analizinin yapılması amaçlanmıştır. İkincil amaç, bu evredeki hataların, hasta sonuçlarını etkilediği konusunda bir farkındalık oluşturmak, doğru tetkik istemi ve uygun numune alınmasının, doğru ve hızlı test sonucu için gerekliliğine değinmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Hastane tıbbi biyokimya laboratuvarında 18 ay boyunca kabul ve red edilmiş olan tüm örnekler retrospektif olarak incelenmiştir. Reddedilen örneklerin dağılımı; preanalitik hata kategorileri ve çalışma gruplarına göre sınıflandırıldı. Laboratuvar alışma gruplarındaki hata tipi ve sıklığı yüzde olarak gösterilmiştir.

**Bulgular:** En fazla görölen red nedeni, rutin biyokimya testleri için test isteminde eksik ya da yanlış bilgi (%80,6) ve eksik parametre (%42,1)'dir. Hemogram örneklerinde pıhtılı numune (%66,9), koagülasyon testlerinde yetersiz miktarda örnek alınması (%100,0), hormon isteklerinde uygun olmayan numune sık görölen iptal nedenleri (%57,1) olarak bulunmuştur. İptal edilen toplam numune oranı, örneklerin %0,5'idir.

**Sonuç:** Toplam test sürecindeki hatalar içerisinde preanalitik hatalar en büyük bölümü oluşturmaktadır. Bu hataların azaltılabilmesi ve hasta sonuç güvenliğinin sağlanabilmesi için konuya dahil olan tüm birimler işbirliği içinde çalışmalıdır. Laboratuvarda görev yapan kişiler ile birlikte laboratuvara örnek gönderen birimlerde çalışan doktor, hemşire ve transferi sağlayan personele sürekli eğitim verilmesinin gerekli olduğu görölmüştür. Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde, özellikle tıp faköltesinin son sınıfında, klinik biyokimya dersleri yer almalıdır. Tetkiklerin hastanın fizyolojik değişkenleri gözetilerek istenmesinin, biyolojik varyasyonların gözönünde bulundurulmasının, doğru etiketlemenin, tüm numunelerin doğru olarak elde edilmesinin, kan örneklerinde hemolizden kaçınılmasının ve uygun transfer koşullarının sağlanabilmesinin analiz öncesi evredeki hataları azaltacağı düşünölmüştür. Hata bildirim sürecinde numune red nedenlerini monitörize edebilmenin ve hastane enformasyon sistemi aracılığı ile geri bildirim vermenin, preanalitik hataların azaltılmasına katkıda bulunacağı düşünölmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Hemoliz, Biyokimya, Sürekli eğitim, Preanalitik hata, Numune red hızı

## Abstract

**Objective:** In this study, it was aimed to examine pre-analytical errors in samples sent to Medical Biochemistry Laboratory of a university hospital. The secondary objective was to raise awareness that the errors made in this phase affect patient outcomes and to address the need for correct analysis request and appropriate sampling in order to obtain accurate and rapid testing results.

**Materials and Method:** All the samples that have been accepted and rejected at medical biochemistry laboratory of the hospital throughout 18 months were examined retrospectively. The distribution of rejected samples was classified by pre-analytical error categories and working groups. The type and frequency of errors in laboratory working groups were expressed as percentages.

**Findings:** The most common reasons for rejection were incomplete or incorrect information (80,6%) and missing parameter (42,1%) in analysis request for routine biochemistry testing.

Clotted specimens for hemogram (66,9%), an insufficient amount of samples for coagulation tests (100,0%), inappropriate specimens provided with the requests for hormone tests were found to be the common causes of cancellation (57,1%). The total sample cancellation rate is 0,5% of the samples.

**Conclusion:** Pre-analytical errors constitute the largest part of the errors occurring in the total testing process. In order to reduce these errors and ensure patient outcome safety, all units involved in the process should cooperate. It was seen that continuing education should be provided to the physicians and nurses working in the units that send samples and the personnel performing specimen transfer, as well as the people working at the laboratory. Clinical biochemistry courses should be included in undergraduate medical education, especially in the final year of medical school. It was thought that requesting the tests considering the physiological variables of the patient, taking biological variations into consideration, correct labelling, obtaining all samples correctly, avoiding hemolysis in blood samples and providing appropriate transfer conditions would reduce the errors in the pre-analysis phase. We believe that ensuring the monitoring of causes of sample rejection during the error reporting process and providing feedback through the hospital information system will contribute to the reduction of pre-analytical errors.

**Keywords:** Hemolysis, Biochemistry, Continuing Education, preanalytical error, Sample Rejection Rate

1 Dr. Öğr. Üyesi.; İzmir Katip Çelebi Ü. Tıp Fak. Tıbbi Biyokimya AD, İzmir (Orcid No: 0000-0002-7991-1645)

2 Uzm. Dr.; İzmir Katip Çelebi Ü. Atatürk Eğitim ve Araç. Hast. Tıbbi Biyokimya Kliniği İzmir (Orcid No:0000-0002-8995-5561)

## Giriş

Klinik biyokimya laboratuvarının toplam test süreci, preanalitik, analitik ve postanalitik (analiz sonrası) evre olarak üç ayrı bölümde incelenebilmektedir (1,2). Tıbbi laboratuvarlarda, analiz öncesi evre (Preanalitik evre), hasta güvenliğinin laboratuvara ait bölümünün önemli bir bileşenidir. Çok sayıda değişken analiz öncesi evreyi ve hasta sonucunu etkilemektedir. Preanalitik evre; doktorun hastasından testi istemesi ile başlar, örneklerin hastadan alınma biçimi, laboratuvara ulaştırılıncaya kadar saklanma şekli ve uygun koşullarda transferi, laboratuvara ulaştıktan sonra ise analiz öncesinde, laboratuvarında bekleme, saklama ve ön işlem süreçlerini içerir. Bu bileşenlerden herhangi birinde yapılacak olan hatalı bir işlem preanalitik hatanın oluşmasına neden olur. Total laboratuvar hatalarının %65-70 kadar olan bölümü preanalitik evreye, %30-35'i analiz evresinde yapılan hatalara, %5 kadar olan bölümü de postanalitik evredeki hatalara atfedilmektedir (1). Diğer taraftan hastanın yaşam biçimi, yaşı, cinsiyeti, hamilelik, menstruasyon gibi fizyolojik durumu preanalitik evreyi etkileyen biyolojik değişkenlerdir. Bunun dışında hastanın test sonuçlarına etki edebilecek olan kullandığı ilaçlar, beslenme biçimi, açlık, tokluk durumu yine bu evreyi etkileyen değişkenlerdir (2). Preanalitik sürece, laboratuvar dışı birimler de dahil olduğundan, standardize edilmesi diğer süreçlere göre nispeten daha zordur (3-5). ISO 15189:2012 Tıbbi laboratuvarlar kalite ve yeterlilik için özel şartlar standardı tüm laboratuvar süreçlerindeki hataların kaydedilmesini ve düzeltici iyileştirici önlemler alınmasını gerekli kılmaktadır (6).

Preanalitik evredeki hataların azaltılması için, öncelikle bu evrede yer alan hata kaynaklarını belirleyebilmek gereklidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin uygulandığı aile hekimliği polikliniklerinde, ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde numunenin alınması, transferi saklanması sırasında örneğin özelliğinin bozulmasına neden olabilecek yanlış uygulamalar yapılabilmektedir.

Bir laboratuvar sonucunu etkileyebilecek preanalitik hatalar başlıca şu şekildedir:

1. Klinisyen tetkik istemiyle ilişkili hatalar (Doğru hastadan, doğru zamanda, doğru tetkiklerin istenmemesi).
2. Kimliklendirme hataları.
3. Uygun hasta hazırlığı yapılmaması.
4. Doğru zamanda örnek alınmaması (Açlık tokluk durumunun gözardı edilmesi, diurnal varyasyona uyulmaması).
5. Doğru numunenin alınmaması (İntravenöz mayi giden koldan kan alınması, mastektomili koldan kan alınması, uzun süreli turnike uygulamaları, hemolizli numune alınması).
6. Numunenin uygun olmayan tüpe koyulması.
7. Tüpten tüpe aktarım yapılması.
8. Yetersiz / Fazla numune alınması (Antikoagulan madde içeren tüplerde, antikoagulan madde ve alınan kanın oranlarının doğru olabilmesi için tüp üzerinde belirtilmiş olan çizgiye kadar kan alınması gereklidir).
9. Antikoagulan madde kullanılan tüplere alınan kanların koagülasyonu önleyecek olan madde karışmasını sağlamak için yeterince alt üst edilmemesi.
10. Tüp barkodlarının doğru tüplere ve doğru şekilde yapıştırılmaması.
11. Alınan numunelerin bekleme koşullarına uygun olarak bekletilmemesi, sıcaklık ve ışık etkisi ile bozulacak olan örneklerin bozulması.
12. Alınmış olan numunelerin analizin doğruluğunu bozacak kadar uzun süre bekletilmiş olması.
13. Numunelerin, laboratuvara transportunun uygun bir şekilde sağlanamaması.
14. Laboratuvara ulaşan numunenin analiz aşamasından önce bekleme, saklama, ön işlem koşullarının uygun olmaması.

Laboratuvar bilgi sistemlerine (LBS) ve hastane bilgi sistemine kayıtlı olan numune reddetme nedenleri ve sayıları, preanalitik hatanın en azından bir bölümünün sıklığını saptamak için güvenilir veri elde etme yolu olarak gösterilmektedir (7-9).

Preanalitik evrede yer alan bileşenlerin herhangi birinde yapılan hatalı uygulama numunenin reddine ya da hatalı test sonuçlarına yol açacaktır. Hatalı örneğin reddi ya da çalışılması ile alınan sonuç, hasta güvenliğini olumsuz etkileyebilecek, sonuç alma süresinin uzamasına neden olabilecek ya da daha fazla işgücü kaybına ve ekonomik harcamaya sebep olacaktır. Bu nedenle preanalitik evrede yer alan gerek numune alma koşullarının ve numune alma yöntem seçiminin, gerekse hastanın fizyolojik, biyolojik koşullarının uygunluğunun denetimi ve gözetilmesi önemlidir (1).

### Amaç

Tıbbi Biyokimya Laboratuvarında son 18 ay içerisinde preanalitik hata nedeni ile iptal edilen numune sayısı ile objektif kanıtlar sunarak, analizden önceki evrede oluşabilecek olan hata nedenlerini değerlendirmek ve bir farkındalık yaratmaktır.

### Gereç ve Yöntem

Bu çalışmaya, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Biyokimya Laboratuvarına 01.01.2018-

30.06.2019 tarihleri arasında ön kabulü yapılan ve çeşitli hata nedenleri ile kabulünden sonra iptal edilen hasta örnekleri dahil edilmiştir. Kayıtlar hastane bilgi sistemi programından retrospektif olarak incelenmiştir. Tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmıştır. Sonuçlar, üç aylık dönemlerde reddedilen numune sayısının laboratuvara gelen toplam numune sayısına oranı olarak analiz edilmiştir. Ayrıca numuneyi iptal etme nedenine göre, reddedilen numune sayısının toplam ret sayısına bölünmesi ile elde edilen değerler numune red oranları olarak verilmiştir (2,7).

### Bulgular

Laboratuvarımızda 18 aylık dönemde toplam 13 340 adet numune iptal edilmiştir (Tablo 1). İptal edilen numune oranı, laboratuvara gelen örneklerin toplamının %0,5'idir.

Çalışma gruplarına göre, numune red sayıları değerlendirildiğinde rutin biyokimyasal testlerde en fazla görülen red nedeni, yataklı servisler için eksik parametre kodlanmış olmasıdır (%42,1). Rutin biyokimya poliklinik istemlerinde ise test isteminde eksiklik olması ya da yanlış bilgi verilmesi en sık görülen iptal nedenleridir (%80,6). Hormon testlerinde uygun olmayan örnek başlığı altında numune iptalleri ilk sırada görünmektedir (%57,0). Uygun olmayan örnek; genellikle hemolizli örnekler ve yanlış tüpe alınan kanlar için kullanılmaktadır. Hemogram örneklerinde en sık görülen hata pıhtılı numune

**Tablo 1.** Toplam 18 ay içinde yapılmış olan genel numune red oranımız. Üçer aylık dönemler olarak verilmiştir

İnceleme yapılan dönem (3 aylık periyotlar)	Laboratuvara gönderilen toplam numune sayısı	Reddedilen numune sayısı	Reddedilen numune oranı (Hedef değer <%1)
2018 1. Dönem	426 849	2 239	0,5
2018 2. Dönem	395 349	2 263	0,6
2018 3. Dönem	385 234	2 607	0,7
2018 4. Dönem	427 230	2 054	0,5
2019 1. Dönem	486 005	2 143	0,4
2019 2. Dönem	439 899	2 034	0,5
18 aylık dönemin toplamı	2 560 566	13 340	0,5

**Tablo 2.** Numune red nedenleri ve oranları

Hata nedenleri	Prenatalite hataların, hata nedenlerine ve laboratuvar test gruplarına göre dağılımı Laboratuvar Test Grupları (Prenatalite hata nedeni her grupta sayı ve yüzde olarak verilmiştir (Test sayısı ve %))									
	Rutin biyokimya testleri poliklinik	Rutin biyokimya testleri yataklı servis	Hormon	Hemogram	Sedimentasyon	hHbA1c	İdrar		Koagülasyon	
Barkodsuz örnek	4 (%1,5)	3 (%0,5)					Poliklinik	Servis		
Eksik parametre	14 (%5,1)	229 (%42,1)	106 (%15,4)				20 (%3,2)	22 (%12,9)		
Etiketleme hatası	4 (%1,5)	7 (%1,3)	2 (%0,3)		2 (%15,4)	2 (%0,9)	20 (%3,2)	22 (%12,9)		
Hatalı kimliklendirme	4 (%1,5)	4 (%0,7)	2 (%0,3)							
Hatalı numune	0 (%0)	18 (%3,3)	11 (%1,6)	31 (%1,3)		11 (%5,2)	1 (%0,2)	4 (%2,4)		
Kayıbolan numune	3 (%1,1)	24 (%4,4)	2 (%0,3)					1 (%0,6)		
Pihltılı numune				1648 (%66,9)	9 (%69,2)	1 (%0,5)				
Uygun olmayan örnek	18 (%6,6)	78 (%14,3)	392 (%57,1)	279 (%11,3)	2 (%15,4)	183 (%86,7)	40 (%6,5)	4 (%2,4)		
Test isteminde eksik ya da yanlış bilgi	220 (%80,6)	124 (%22,8)	93 (%13,5)	70 (%2,8)			34 (%5,5)	29 (%17,1)		
Uygun olmayan şartlarda saklanmış örnek			30 (%4,4)			1 (%0,5)	1 (%0,2)			
Uygun olmayan transfer koşulları		1 (%0,2)	19 (%1,3)							
Yanlış hastadan örnek alınması	2 (%0,7)	2 (%0,4)	5 (%0,7)							
Yetersiz örnek	4 (%1,5)	54 (%9,9)	25 (%3,6)	435 (%17,7)		13 (%6,2)	501 (%81,2)	88 (%51,8)	88 (%100,0)	
Çalışma grubunun toplam red sayısı	273 (%100,0)	544 (%100,0)	687 (%100,0)	2463 (%100,0)	13 (%100,0)	211 (%100,0)	617 (%100,0)	170 (%100,0)	88 (%100,0)	88 (%100,0)



**Tablo 3.** Preanalitik hata türüne göre numune red sayıları ve oranları

Preanalitik Hata Nedenleri Nedenleri	Preanalitik hata nedenine göre red edilen numune sayısı n	Preanalitik hata nedenine göre red edilen numune sayısının toplam red sayısına oranı %
Barkodsuz örnek	49	% 1,0
Eksik parametre	391	% 7,7
Etiketleme hatası	17	% 0,3
Hatalı kimliklendirme	10	% 0,2
Hatalı numune	76	% 1,5
Kaybolan numune	30	% 0,6
Pıhtılı numune	1658	% 32,7
Uygun olmayan örnek	996	% 19,7
Test isteminde eksik ya da yanlış bilgi	570	% 11,3
Uygun olmayan şartlarda saklanmış örnek	32	% 0,6
Uygun olmayan transfer koşulları	20	% 0,4
Yanlış hastadan örnek alınması	9	% 0,2
Yetersiz örnek	1208	% 23,8
Toplam red edilen numune sayısı	5066	% 100,0

alınmış olmasıdır (%66,9). HbA1c testinde yanlış kan tüpü kullanma nedeni ile uygun olmayan örnek (%74,4), koagülasyon testlerinde ise yetersiz miktarda örnek alınması (%100,0) en fazla numune iptal nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (Tablo 2).

### Tartışma

Laboratuvarın numune red oranının %1'in altında olması kalite hedeflerimiz içindedir. Üçer aylık dönemler halinde incelendiğinde, nedenine bakılmaksızın genel numune red oranının, kalite hedefini sağladığı, toplam 18 aylık numune red oranının %0,5 olduğu görülmektedir (Tablo 1). Özcan ve arkadaşları hastanelerindeki numune red nedenlerini inceledikleri bir çalışmada, sekiz aylık dönemde toplam numune red oranını %0,8 olarak bildirmişlerdir (2). Diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında, red oranının düşük olmasının nedeni Hastane laboratuvarında uzun yıllardır sağlıkta kalite ve akreditasyon standartlarına göre sürekli eğitimlerin veriliyor olmasıdır. Bu eğitimler rutin olarak periyodik zaman dilimlerinde laboratuvar içi uzman doktorlara, laboratuvar teknisyenlerine ve yataklı servis birimi hemşirelerine, kan alma biriminde çalışan hemşire ve transfer personelimize verilmektedir. Bir diğer taraftan aile hekimliği uzmanlık öğrencileri başta olmak üzere, acil servis hekimleri, cerrahi ve dahili birimlerde çalışan uzmanlık öğrencilerine de preanalitik evre ve test

sonuçları ile ilgili önce ön testler ve anketler sunulmuş ve sonrasında eğitimler yapılmıştır. 2018 yılı temmuz ayında kabul iptal nedenlerimizin normalden yüksek olması (2105 test) nedeniyle kök neden analizi yapılmış ve intörn öğrencilerin başlama zamanı olması nedeniyle red edilen numune oranının yükseldiği tespit edilmiştir. Bu nedenle son sınıf öğrencisi uyum eğitimi içine klinik biyokimya numune alma ve gönderme eklenmiş ve reddedilen numune sayısı, Agustos 2018 (980 test) analizlerinde normal seyrine dönmüştür. Ve her yıl intörnlük dönemi başında oryantasyon eğitimleri kapsamında, laboratuvar analiz öncesi evre konusunda bilgilendirme toplantıları ve eğitimlerinin rutin olarak yapılması planlanmıştır. Eğitimin red oranları üzerine etkisini inceledikleri bir çalışmada, Arslan ve arkadaşları laboratuvarlarındaki red oranını eğitim öncesi ve sonrasında değerlendirmişler ve sırası ile %0,6 ve %0,5 bulmuşlardır. Onların çalışmalarında da eğitim sonrası red oranlarının bizimki ile benzer olduğu görülmektedir (10). Arslan ve arkadaşlarının anket temelli çalışmalarında flebotomistlere verilecek olan eğitimin preanalitik hatayı azaltmadaki etkisi ölçülmek istenmiştir. Ankette yer alan sorular kan alma sırasında turnike uygulaması, hemolizden etkilenen test parametreleri, kan alma sırasında tüp sıralaması, kan alındıktan sonra hangi tüplerin altüst edilmesi gerektiği ve alınan kan örneğinin laboratuvara

ulaştırılması gerekli zaman ile ilgili farkındalığı ölçmek üzere planlanmıştır (10).

Eğitimin preanalitik hatayı azaltmadaki rolü büyüktür, bu konuda Özcan ve arkadaşları da yaptıkları bir çalışmada preanalitik fazı konu alan eğitimler sonrası hata oranlarının azaldığını göstermişlerdir (2). İkinci ve arkadaşları çalışmalarında laboratuvarlarının preanalitik numune reddi analizini yapmış ve eğitimin numune reddi üzerindeki etkilerini ölçmüşlerdir. Yılın ilk altı ayındaki red oranlarını % 1,2 olarak belirlemişler sonrasında, klinik sorumlu hemşireleri, kan alma ve laboratuvar personellerine eğitim vermişler ve eğitimi takip eden altı aydaki numune red oranlarını % 1,3 olarak hesaplamışlardır. Eğitimlere rağmen numune red oranlarında istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir artış olduğunu bildirmişlerdir (7).

Hemoliz çok önemli bir preanalitik hata kaynağıdır, laboratuvarımızda hemoliz indeksi ölçülerek hemoliz derecesi hasta sonuç raporlarında belirtilmektedir. Hemolizli örnek tamamen iptal edilmemekte yalnızca hemolizden etkilenen parametreler iptal edilmektedir. Bu nedenle çalışmamızda, hemolizle ilgili red oranımız belirtilememiştir. İkinci ve arkadaşlarının çalışmasında da hemoliz nedeni ile red oranı oldukça düşük verilmiştir. Onlar da otomatik analizörlerde, bizim laboratuvarımızda kullanıldığı gibi, hemoliz, lipemi, ve ikterik indeks ile ilgili ölçümler yer aldığından hemolizli numune iptal oranının azaldığını vurgulamışlardır (7). Hemolizli örneklerin en büyük sebebi enjektörle kan alınması ve iğne ucu çıkarılmadan kanın enjektörden tüpe püskürtülmesidir. Bu durumu önlemek için vakuteiner ile kan alınmalı ya da iğne ucu çıkarılmış enjektörden kan sızdırılarak tüpe aktarılmalıdır (11).

Hastanemizde, rutin biyokimya tetkikleri için en fazla red nedeni, poliklinik hastaları için %80,6 oranla test isteminde eksik ya da yanlış bilgi girilmesi olarak görünmektedir (Tablo 2). Yataklı servis istemlerinde ise %42,1 ile eksik parametre ilk sırada yer almaktadır. LDL kolesterol, globulin, direkt bilirubin gibi, sonucu diğer sonuçlar üzerinden hesaplama ile bulunan bazı parametrelerin sonuçlarını alabilmek için, hesapta

kullanılacak olan ilgili diğer parametrelerin tamamının test isteminde yer alması gereklidir. Bunun tersi durumda, hesaplanacak olan parametre için sonuç verilemeyecektir. Bu da diğer testlerin ya da numunenin iptaline neden olacaktır. Bu durumda test istemleri sırasında hangi parametrelerin hesapla yapıldığının bilinmesi ve isteklerin bu doğrultuda yapılması gereklidir. Bu konudaki red oranını azaltmak için biyokimya sonuç raporlarının altına, hesaplanan parametrelerin her seferinde otomatik olarak belirtilmesi genel bir alışkanlığı sağlayabilir.

Hormon testleri için en fazla red nedeni %57,1 oranı ile uygun olmayan örnek olarak hesaplanmıştır (Tablo 2). Santrifüjden sonra serumda gözle görülebilir oranda yoğun hemoliz görülmesi, immün yöntemle çalışılacak olan hormon testi analizini etkileyecek kadar çok miktarda, gözle görünür krema tabakasının oluşumuna neden olan lipeminin bulunması red nedeni olabilmektedir. Hastanın kanının açlık durumunda yeniden alınması önerilerek geri bildirim yapılmaktadır. İmmün yöntemle çalışılan testlerde, antijen antikor birleşmesi esasına dayanılarak oluşan reaksiyonun yaptığı ışığa ile orantılı olarak sonuç verilmektedir. Lipemik örneğin neden olduğu bulanıklık ya da serumda bulunan hemoglobinin antikorla oluşturabileceği çapraz reaksiyonlar yanlış test sonuçlarına neden olabilecektir. Hastanın kanının hemoliz oluşturulmadan alınması ve lipemiden kaçınmak için açlık koşullarında kan alınmasına dikkat edilmesi bu sorunu ortadan kaldıracaktır. Hasanato ve arkadaşlarının hemoliz, ikter ve lipeminin hormon testlerinin analiz sonuçları üzerine etkisini araştırdıkları bir çalışmada, hemoliz arttıkça B12 vitamini analiz değerlerinin düştüğü, kortizol ve parathormon düzeylerinin ise hemolizle orantılı olarak yanlış yüksek değerde analiz edildiği, lipemiye bağlı olarak ise, progesteron analiz sonuçlarının lipemi etkisi ile anlamlı olarak düştüğü, prolaktin ve B12 vitamini düzeylerinin lipemi ile negatif korele olarak sonuçlandığı, folik asit ve beta HCG değerlerinin lipemi ile pozitif korele olarak yanlış yüksek sonuç verdiği bildirilmiştir (12). Hasanato ve arkadaşlarının bulguları hormon testleri için hemoliz ve lipemiden kaçınmamız gerektiği ile ilgili düşüncemizi desteklemektedir.

Hemogram örneklerinde en fazla red nedeni, %66,9 oranla pıhtılı örnek olarak saptanmıştır. Öz ve arkadaşları da laboratuvarlarının red neden ve oranlarını bildirdikleri bir çalışmada, hemogram testleri için pıhtılı örnek nedeni ile red oranının %65,4 oranı ile ilk sırada yer aldığını belirtmişlerdir (13). Hemogram testinde tek tek hücre sayımı yapılarak sonuç verilmektedir ve pıhtılı bir örnekte tam kan sayımı yapmak olanaksızdır. Benzer şekilde pıhtılı bir örnekle, eritrositlerin çökme hızı ile ilgili bir test olan eritrosit sedimentasyon hızı testinin sonucu verilemez, pıhtılaşma testleri de pıhtılı örnek ile çalışılırsa uzamış koagülasyon olarak yanlış sonuçlanacak ve hastadan tekrar kan alınması istenecektir (14). Kan alınması sırasında, antikoagulan madde içeren kan tüplerinin kan alımı sonrası iyice altüst edilmesi ve kanın pıhtılaşmayı önleyici madde ile tam olarak karışması pıhtılı numune hatasını düzeltecektir.

HbA1c testi ile ilgili en sık hata nedeni, yanlış tüpe kan alma nedeni ile test numunesinin iptal edilmesi olarak görülmüştür. Laboratuvarımızda kullanılan HbA1c çalışma yöntemi için tam kan örneği kullanılmalıdır. Serum elde etmeye uygun olan düz tüplerle kan alınarak tetkik istenmesi durumunda bu analiz yapılamamaktadır. Poliklinikten gelen idrar örneklerinin %81,2'si yataklı kliniklerde alınan idrar örneklerinin ise %51,8'i yetersiz idrar örneği alınması nedeni ile iptal edilmektedir (Tablo 2). Özellikle hasta sayısının çok olduğu hastanelerde otomatik idrar cihazları ile analiz yapılmaktadır ve analizörle çalışabilmek için en az 20 ml idrar örneği alınmış olmalıdır.

Koagülasyon testlerinde en sık preanalitik hata nedeni yetersiz örnek miktarı olarak görülmüştür (Tablo 2). Koagülasyon, hemogram ve eritrosit sedimentasyon hızı çalışılan tüplerde antikoagulan madde vardır. Pıhtılaşmayı önleyici bu madde sayesinde kan pıhtılaşmaz ve tam kan olarak kalabilir ya da santrifüjle plazması ayrılır. Ancak alınan kanın bu antikoagulan madde ile belirli oranda karışması gereklidir (15,16). Yetersiz ya da fazla alınan kan miktarı bu oranı bozacaktır ve test sonucu olumsuz etkileyecektir. Bu nedenle bu türlü yetersiz ya da fazla miktar kan alımında numune red edilir. Kan tüpündeki çizgiye kadar kan alınması gereklidir (17). İkinci ve

arkadaşlarının numune red oranlarını bildirdikleri çalışmalarında da koagülasyon örneklerinde en yaygın numune iptal nedeni yetersiz örnek miktarı olarak belirtilmiştir (7).

Çalışma grubuna bakılmaksızın, reddedilen tüm örnekler için, laboratuvarımızda görülen en fazla görülen genel red nedeni %32,7'lik bir oranla pıhtılı numune alınmış olmasıdır, bunu %23,8 ile yetersiz numune miktarı takip etmektedir (Tablo 3).

Bu çalışmada hastanemizdeki kliniklerden ve hastanemize bağlı olarak çalışan semt polikliniklerimizden bize gönderilen numuneler değerlendirilmiş ve düzeltici önleyici faaliyetler planlanmıştır. Özellikle büyük hastanelerde mesai içinde, günün her saatinde hastadan her türlü tetkik için numune alınmaktadır. Oysa bazı testler için açlık tokluk, sirkadiyen ritm, egzersiz ve yorgunluk gibi faktörler önemlidir. Tetkik yapan laboratuvarın belli saatlerden sonra bazı numune tiplerini almaması gereklidir. Diğer yandan, tetkiki isteyen hekimin hastasının numuneyi hangi koşulda vermesi gerektiğini hastasına belirtmesi ve tembihlemesi önemlidir. Ancak pratik uygulamada yoğunluk nedeni ile bazen bu detaylı bilgilendirmenin uygulanmadığı görülmektedir. Şanslı bir uygulama olarak, birinci basamakta genellikle tetkiki isteyen doktor, sonuçlar çıktığında tekrar hastasını görür ve sonuçları değerlendirir. Ancak ikinci ve üçüncü basamak hastanelerde bazen durum böyle olmayabilmektedir ve poliklinikte görevli bir başka doktorun hastadan daha önce istenmiş olan tetkikleri değerlendirmesi gerekli olabilmektedir. O halde hastanın kan ve diğer numuneleri verme sırasında, açlık tokluk, menstruasyon gibi fizyolojik bir durumunun, ilaç alıp almadığının ve preanalitik olan diğer değişkenlerin bilgi işlem sistemine işlenebilmesi önemlidir.

### Sonuçlar

Hasta hizmeti veren tıbbi laboratuvarlar ve bu laboratuvarlardan hizmet alan birimler arasında, hasta ve tetkik güvenliğinin sağlanabilmesi için sürekli iletişim olabilmelidir. İyi laboratuvar uygulamaları ve hasta yararına doğru analiz sonuçları için, analiz öncesi evrenin gözetilebilmesi ve bu konudaki farkındalığın oluşturulabilmesi değerlidir.

Numuneler kan ve numune alma klavuzlarına uygun olarak alınmalı (18), hastane dışında alınıp, bir süre sonra transferle laboratuvara ulaştırılan kan numuneleri arasında, serumda çalışılacak analitler için alınan kanlar mutlaka santrifüj edilerek gönderilmeli, transfer sırasında soğuk zincir gerektiren testlerde soğuk zincir uygulanmalı, örnekler ısı ve ışık etkisinden korunmalı, hastanın kimlik bilgisi numune kabında yer almalı, her numune için belirlenmiş olan, uygun numune kaplarına ya da tüplerine örnek alınmalıdır.

Çalışmanın sonuçlarına göre, numune red nedenlerinin tartışılacağı ve daha çok görünür olabileceği düzenlemeler planlanmıştır.

**İletişim:** Saliha Aksun

**E-posta:** salihaaksun@yahoo.com

### Kaynaklar

1. Narayanan S. The Preanalytic Phase; An important Component of Laboratory Medicine. *Am J Clin Pathol* 2000;113:429-52.
2. Özcan O, Güreşer S. Analiz öncesi (preanalitik) hata kaynakları ve eğitimin hata önlemedeki rolü. *Dicle Tıp Dergisi*. 2012; 39(4):524-30.
3. Lippi G, Guidi GC, Mattiuzzi C, Plebani M. Preanalytical variability: The dark side of the moon in laboratory testing. *ClinChem Lab Med* 2006; 44(4):358-65.
4. Lippi G, Guidi GC. Risk management in the preanalytical phase of laboratory testing. *ClinChem Lab Med* 2007; 45(6):720-7.
5. Nar R, İren Emekli D, Güçlü K, İlanbey B. Biyokimya laboratuvarında prepreanalitik hata kavramı. Editöre mektup. *Ahi Evran Tıp Dergisi*. 2017;1:23-4.
6. TSE EN ISO 15189:2012 Tıbbi Laboratuvarlar- Kalite ve Yeterlilik için Şartlar.
7. Ekinci A. Laboratuvarımızın Preanalitik Numune Red Analizi ve Eğitimin Etkisi. *Van Tıp Derg*. 2019;26(1):79-84. DOI: 10.5505/vtd.2019.03521.
8. West J, Atherton J, Costelloe SJ, Pourmahram G, Stretton A, Cornes M. Preanalytical errors in medical laboratories: a review of the available methodologies of data collection and analysis. *Ann Clin Biochem* 2017;54(1):14-9.
9. Atay A, Demir L, Çuhadar S, Sağlam G, Ünal H, Aksun S, Arslan B, Özkan A, Sütçü R. Clinical biochemistry laboratory rejection rates due to various types of preanalytical error. *Biochemica Medica* 2014;24(3):376-82.
10. Arslan FD, Karakoyun I, Basok BI, Aksit MZ, Celik E, Dogan K, Duman C. The Effects of Education and Training Given to Phlebotomists for Reducing Preanalytical Errors. *J Med Biochem*. 2018 Apr 1;37(2):172-180. doi:10.1515/jomb-2017-0045.
11. Satılmış ÖK, Macit Y, Serteser M, Ünsal İ. Tıbbi Laboratuvarlarda Pre-analitik Hatalar-Örnek Alımı. *Sağ. Perf. Kal. Derg*. 2015(9):19-26.
12. Hasanato R, Brearton S, Alshebani M, Bailey L, Aldugashim S, Alothaim A, Tamimi W. Effects of serum indices interference on hormonal results from the Abbott Architect i2000 immunoassay analyser. *Ann Clin Biochem*. 2017 Jan;54(1):14-19. doi: 10.1177/0004563216669384.
13. Öz L, Koçer D, Buldu S, Karakükcü Ç. Analysis of pre-preanalytical errors in the clinical biochemistry laboratory of Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi. *Türk Klinik Biyokimya Derg* 2016;14(1): 6-11.
14. Banfi G, Salvagno GL, Lippi G. The role of ethylene diamine tetraacetic acid (EDTA) as invitro anticoagulant for diagnostic purposes. *Clin Chem Lab Med* 2007;45:565-76.
15. Dasgupta A. Tıbbi laboratuvarlarda doğru sonuç. *Palme Yayıncılık*. 2013.
16. Simundic AM, Cornes M, Grankvist K, Lippi G, Nybo M, Kovalevskaya S, et al. Survey of national guidelines, education and training on phlebotomy in 28 European countries: An original report by the European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (EFLM) working group for the preanalytical phase (WG-PA). *Clin Chem Lab Med* 2013;51(8):1585-93.
17. Carraro P, Plebani M. Errors in a stat laboratory: Types and frequencies 10 years later. *Clin Chem* 2007;53(7):1338-42.
18. "Türk Biyokimya Derneği Preanalitik Evre Çalışma Grubu. 2015, Ankara. Venöz Kan Alma (Filebotomi) Kılavuzu. Aksungar FB, Albayrak N, Coşkun C, Çınaroğlu İ, Çolak A, Demirtaş C, Eker P, Güçel F, Haklıgör A, İnal BB, Orhan B, Sönmez Ç, Şeneş M, Taneli F."

Dr. Mehmet Özen<sup>1</sup>

DOI: 10.17942/sted.631170

Geliş/Received : 09.04.2019

Kabul/Accepted : 09.10.2019

### Öz

Yaygın bir sağlık sorunu olan hepatit B (HBV) enfeksiyonunun neden olduğu kronik hepatit, siroz ve hepatosellüler karsinoma (HSK) yol açarak milyonlarca ölüme neden olmaktadır. Bu enfeksiyonun sosyal, psikolojik ve ekonomik sonuçları da vardır. Hepatit B taşıyıcılarının durumunu çeşitli yönleriyle belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada yapılan HBsAg testi sonucu pozitif çıkan 130 taşıyıcı olgu çalışma grubunu oluşturdu. Yüzyüze görüşme yapılarak sosyodemografik özellikleri, bilgi düzeyi, tutumları araştırıldı; ELISA testi kayıtları incelendi. Serolojik durumları, hepatit B bulaşmasında etkili risk etmenleri değerlendirildi. Hepatit B hakkında bilgi verildi; bulaşma ve korunma yolları anlatıldı. Çalışmada bulunan HBsAg pozitifliği oranı %9.6, HBV seroprevalansı %41.1'dir. Diğer laboratuvar bulguları ile risk etmenleriyle karşılaşma durumları diğer çalışmalarla benzerdir. Hepatit B taşıyıcılarının hastalık hakkındaki bilgileri yetersiz ve yanıltıcı. Taşıyıcı olduğu belirlenen kişilere hastalık hakkında sağlık çalışanları tarafından yeterli bilgi verilmediği, taşıyıcılar tarafından başkalarına hepatit B bulaşmaması için yeterli önlemler alınmadığı saptandı. Hastalığın tedavisi hakkında bilgiler yetersizdir ve yararsız, hatta zararlı yöntemler hastalarca tedavi amacıyla uygulanmaktadır. Taşıyıcılar aşılama yöntemine sıcak bakmaktadır, ancak gereksinimi olanların aşı maliyetini karşılama gücü yoktur. Sağlık kuruluşlarında hepatit belirteçleri incelenirken anti-HBs ve anti-HBc de bakılarak durumu uygun olanlar hepatit B'ye karşı aşılanmalıdır. HBsAg pozitifliği saptananlarla aile bireylerine ayrıntılı bilgi verilmesi, bulaşma yollarının ve alınacak önlemlerin anlatılması, taşıyıcıların düzenli izlenmesi gerekmektedir. Viral hepatitlerin izleminde; biyokimyasal, serolojik ve radyolojik özelliklerin yanında psikolojik yönleri de değerlendirilip, desteklenmelidir. Enfeksiyonun yayılmasını önlemek için risk gruplarından başlayarak hepatit B aşılması yaygınlaştırılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Aile sağlığı, Bulaşıcı hastalıklar, Hepatit B, Taşıyıcı

### Abstract

Chronic hepatitis, cirrhosis and hepatocellular carcinoma (HCC) resulting from the hepatitis B (HBV) infection, which is a common health problem, cause millions of deaths. There are also social, psychological and economic consequences of this infection despite the decrease in its incidence. In this study that aimed at investigating the status of hepatitis B carriers in various aspects, the sample was composed of 130 carriers tested positive for HbsAg. Their sociodemographic characteristics, knowledge levels and attitudes were investigated through face-to-face interviews; ELISA test records were examined. The serological status and the risk factors having influence on hepatitis B transmission were evaluated. The information about hepatitis B was provided; the modes of transmission and prevention were explained.

HBsAg positivity rate was found to be 9.6% and the seroprevalence of HBV was 41.1%. Other laboratory findings and status of exposure to risk factors were similar to those found in other studies. The knowledge of Hepatitis B carriers on the disease were insufficient and inaccurate. It was ascertained that the persons who have been confirmed to be carriers were not provided with sufficient information about the disease by the health workers and that the carriers did not take adequate precautions to prevent the transmission of hepatitis B to other ones. The information about the treatment of the disease was insufficient and useless, and even harmful methods were practiced by the patients for treatment. The carriers leaned towards the vaccination method, but those who needed vaccination could not meet the cost. Anti-HBs and anti-HBc should also be tested during the analysis of serological markers of hepatitis at health care facilities, and suitable ones should be vaccinated against hepatitis B. The persons, who are found to be HbsAg-positive and their family members should be informed in detail, the modes of transmission and the precautions to be taken should be explained and the carriers should be monitored regularly. During the follow-up of the persons with viral hepatitis; the psychological state should be evaluated as well as biochemical, serological and radiological aspects and the patients should be supported. In order to prevent the spread of infection, hepatitis B vaccination coverage should be improved starting from high-risk groups.

**Key words:** Family health, Infectious diseases, Hepatitis B, Carrier

<sup>1</sup> Uzm. Dr.; Sağlık Bilimleri Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hast. Aile Hekimliği Kli., Antalya  
(Orcid No:0000-0002-6075-1733)

## Giriş

Hepatit, enfeksiyon etkenleri ya da başka nedenlerle karaciğerde kalıcı ya da geçici olarak ortaya çıkan yangıyı (inflamasyon) tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Enfeksiyöz hepatitlerin başlıca etkeni olan viral hepatitler bütün dünyada görülen ve özellikle ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkelerin önemli bir sağlık sorunudur. Gelişmekte olan ülkelerde diğer enfeksiyon hastalıklarıyla birlikte, viral hepatitlerin de sık görülmesine ortam hazırlayan başlıca etmenler; yeterli ve temiz su kaynaklarının olmaması, insan dışkısının uygun yöntemlerle uzaklaştırılmaması, ekonomik ve toplumsal sorunlar, yetersiz eğitim, kültür düzeyinin düşüklüğü ve kontrol mekanizmalarının çalıştırılmamasıdır.

Viral etkenlerden hepatit B virüsüne karşı uzun zaman önce aşı üretilmiş, neden olduğu hastalıkların bazılarında karşı tedavi geliştirilmiş olmasına rağmen Dünya Sağlık Örgütü'nün 2015 yılı verilerine göre dünya üzerinde 257 milyon insan kronik HBV enfeksiyonu ile yaşamaktadır ve 1 milyon 340 bin kişi de viral hepatitlere bağlı nedenlerle ölmüştür (1). Hepatit B virüs enfeksiyonunun parenteral, perinatal, horizontal (yetersiz hijyenik durumlar) ve cinsel temas gibi bulaşma yolları vardır ve bulaştırıcılığı oldukça yüksektir (2).

Ülkemizde 2009'da 18 yaş üstü kişilerde yapılan bir çalışmada, HBsAg pozitifliği % 4 ve antiHbc pozitifliği % 30,6 saptanmıştır. Buna göre 18 yaş üstü her üç kişiden biri HBV ile karşılaşmış durumdadır ve erişkin yaş grubunda 2 milyondan fazla HBsAg pozitifliği olduğu tahmin edilmektedir. Bu kişilerden yalnızca yaklaşık % 12'sinin durumunun farkında olduğu belirlenmiştir (3).

Türkiye'de hepatit B aşısı 1998 yılında Ulusal Bağışıklama Programı kapsamında bebeklere uygulanmaya başlanmış 1999'da % 64 olan aşılama hızları aşı kapsayıcılığının giderek artmasıyla 2016 yılında % 98'e yükselmiştir. Bunun sonucunda çocuklarda HBV enfeksiyonu görülme oranı hızla düşerek beş yaş altı hepatit B hastalığı insidansı yüzbinde 1'in altına düşmüştür. Ancak hepatit aşısının yetişkinler için sosyal güvence kapsamında uygulanma olanağı olmaması nedeniyle aynı düşüş sağlanamamıştır.

HBV enfeksiyonları siroz olgularının % 30-40'ından, karaciğer kanserinin % 40-50'sinden sorumlu olan önemli bir sağlık sorunu olmayı sürdürmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre Türkiye'de 2012-2016 yılları arasında gerçekleştirilen karaciğer transplantasyonu olgularının yaklaşık yarısından fazlasını viral hepatitlerin oluşturduğu bildirilmekte, HBV aşısının yaygın biçimde kullanılması ile yeni HBV enfeksiyonu olgularında ve HBV'ye bağlı siroz ya da karaciğer kanseri gelişiminde azalma olduğu belirtilmektedir (4).

Bu derecede yaygın ve ciddi sonuçları olan HBV enfeksiyonunun Türkiye'deki epidemiyolojisini izleyebilmek, morbidite hızındaki artış ya da azalış eğilimini saptayabilmek, hastalığın toplumumuzdaki kronikleşme oranını belirleyebilmek ve hastalığın eradikasyonunda gerekli önlemleri bir an önce alabilmek için hepatit B konusunda ayrıntılı çalışmalara gereksinim vardır. Akut ve kronik viral hepatitlerin yalnızca organik bozukluklar ve değişiklikler oluşturmakla kalmayıp aynı zamanda psikolojik yönden de kişileri önemli ölçüde etkilediği, özellikle ülkemiz gibi kişiler arası ilişkilerin çok yoğun olduğu toplumlarda bu hastalıkların sosyal yönünün kesinlikle göz ardı edilmemesi gerektiği bildirilmektedir (5). Bu çalışmada bir eğitim ve araştırma hastanesine ayaktan başvuran ve yatarak tedavi almakta olan hastalardan hepatit belirteçleri incelemesi yapılanların test sonuçları incelenerek HBsAg sonucu pozitif olanların klinik özellikleri ile hepatit hastalığı hakkındaki düşünceleri, bilgi düzeyleri ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

## Gereç ve Yöntem

Çalışma Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ANEAH) ELISA Laboratuvarı ile Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Polikliniği'nde 2000 yılında yürütüldü. Çalışmanın yapıldığı dönemde hastanenin ELISA ölçümleri Abbot AXSYM System cihazında Mikropartikül Enzim Immuno Assay (MEIA) yöntemiyle yapılmaktaydı. Her çalışma başlangıcında üç negatif ve iki pozitif kontrol ölçümü yapıp üç negatif değerlerin ortalamalarına; her test için belirli sabit değerler eklenerek cut-off değerleri elde edilmekte ve cut-off değerinin üzerindeki sonuçlar pozitif kabul edilmiştir.

ELISA Laboratuvarında test sonuçları incelenerek HBsAg testi sonucu pozitif çıkan 302 hastanın sonuç formuna; "Yapılan kan incelemesinde hepatit B mikrobu saptandığı, bu mikrobu bulaşıcı olduğu, önlem alınabilmesi için kendisinin ve aile bireylerinin Hastanenin İntaniye Polikliniği'ne gelmelerini" bildiren bir çağrı pusulası eklendi. Sonuç ve istem formlarındaki hasta ile ilgili bilgiler not edildi. Aynı dönemde yapılan tüm ELISA testi kayıtları incelenerek HBsAg, Anti-HBs, HBeAg, Anti-HBe, Anti-HBc IgG, Anti-HBc IgM, Anti-HAV IgG, Anti-HAV IgM, Anti-HCV ve Anti-HIV için pozitiflik oranları saptandı. Sonuç formuna çağrı pusulası eklenenlerden ve kendiliğinden polikliniğe başvuran HBsAg pozitif 130 taşıyıcı hazırlanan formlara kaydedilerek izlendi. Katılımcılar araştırma hakkında bilgilendirilerek sözlü onamları alındı. Çalışma formlarına taşıyıcının kişisel ve sosyodemografik bilgileri, başvuru nedenleri, laboratuvar sonuçları kaydedildi.

Başvuranlarla yüz yüze görüşme yapılarak Hepatit B hakkında bilgi düzeyleri ile tutum ve davranışlarını belirlemeye yönelik; "hepatit (sarılık) hakkında bilgileri olup olmadığı, varsa bu bilgileri nereden edindikleri", "hepatit B'nin önemli bir hastalık olup olmadığı", "hepatit B taşıyıcısı olduğu belirlendiğinde kendisine bu konuda bilgi verilip verilmediği", "hepatit B'nin bulaşma yollarından hangilerini bildikleri", "hepatit B'den nasıl korunulacağını bilip bilmedikleri", "kendisinde hepatit B saptandıktan sonra başkalarına/yakınlarına bulaştırmamak için önlem alıp almadıkları", "hepatit B'nin tedavisi olup olmadığı" soruları soruldu, yanıtları formlara kaydedildi. Hepatit B hakkında taşıyıcılara durumlarına uygun bilgi verildi; bulaşma ve korunma yolları, alınması gereken önlemler ve dikkat edilmesi gereken kurallar anlatıldı. Taşıyıcılara, yakınlarına kan testi yaptırarak durumu uygun olanların aşılınmaları önerildi. Durumlarına uygun olan kontrol zamanları belirtilerek, İntaniye Polikliniği'nde kontrollerini

sürdüremelerinin önemi açıklandı. Elde edilen bilgiler bilgisayara aktarılarak, SPSS 10.0 for Windows istatistik programıyla değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde bağımsız örnekler için t testi (independent samples t test) ve ki kare ( $\chi^2$ ) testleri kullanıldı. 0.05'ten küçük olan p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## Bulgular

Çalışmada elde edilen laboratuvar bulguları ile taşıyıcıların risk etmenleriyle karşılaşma durumlarına ilişkin olarak bu konuda daha önce yapılmış olan çalışmalardan önemli bir farklılık tespit edilmediği dikkate alınarak sonuçlar genel özellikleriyle kısaca belirtildi. Korunma önlemlerinin alınmasındaki önemi gözetilerek; taşıyıcıların hepatit B hakkındaki bilgi düzeyi ile tutum ve davranışları daha ayrıntılı değerlendirildi. Buna göre çalışmanın yürütüldüğü süre içerisinde ELISA laboratuvarında yapılan testlerin sayıları, pozitif sonuç sayıları ve oranları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Yapılan incelemede, HBsAg pozitif olan 302 sonucun 28'inin (%9.3) aynı hastadan tekrarlanan istemler olduğu saptandı. Bunlar çıkarıldığında, sonuç formuna çağrı pusulası eklenen HBsAg pozitif kişi sayısı 274 kaldı. Bunlardan yalnızca 78'inin (%28.5) çalışma grubumuzda yer alan 130 olgu arasında yer aldığı saptandı. Diğer 196 kişiden dokuzu (%3.3) izlediğimiz taşıyıcıların yakınları olup istemleri tarafımızdan yapılmıştı. Bunların dışında kalan 187 (%61.9) kişi Polikliniğe başvurmadı.

İncelenen 130 hepatit B taşıyıcısının 40'ı (%30.8) kadın, 90'ı (%69.2) erkek; yaşları 9-80 arasında, ortalama yaş 38.6+15.0 idi. Taşıyıcıların 28'i (%21.5) bekar, 93'ü (%71.5) evli, dokuzu (%6.9) dul ya da ayrı yaşıyordu. Olguların 101'i (%77.7) Ankara'dan, 29'u (%22.3) Ankara dışından başvuruyordu. Olguların başvuru nedenleri ve tanılarına göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir. En çok başvuru nedeninin hepatit B taşıyıcılığı olduğu görülmektedir.

**Tablo 1.** ANEAH ELISA laboratuvarında çalışma süresince yapılan testlerin sonuçları

Belirteç	HBsAg	Anti-HBs	HBeAg	Anti-HBe	Anti-HBc IgG	Anti-HBc IgM	Anti-HAV IgG	Anti-HAV IgM	Anti-HCV	Anti-HIV
Test sayısı	8416	1950	821	789	343	227	203	538	8245	7259
Pozitif sayısı	807	686	40	300	157	7	141	9	329	55
Pozitiflik oranı (%)	9.6	35.2	4.9	38.0	45.8	3.1	69.5	1.7	3.9	0.76

Başvuru nedeni	Sayı	Oran (%)
Hepatit B taşıyıcısı	73	56.2
Kan donörü	5	3.8
Hepatit B hastalığı	5	3.8
Diğer hastalıklar	47	36.2
Toplam	130	100.0

Yüz otuz taşıyıcıdan 119'u (%91.5) ile yüz yüze görüşme yapılarak; hepatit hastalığı hakkındaki bilgi düzeyleri, risk etmenleriyle karşılaşma durumları, hepatit B taşıyıcısı olarak tutum ve davranışları belirlenmeye çalışıldı. "Hepatit (sarılık) hakkında bilgileri olup olmadığı, varsa bu bilgileri nereden edindikleri" sorulduğunda 119 taşıyıcının altısı (%5.0) daha önce bu hastalığı hiç duymadığını, 113'ü (%95.0) bir, 30'u (%25.2) iki, yedisi (%5.9) üç farklı kaynaktan bilgi edindiğini belirtti. Taşıyıcıların hepatit hakkında bilgi edindikleri kaynaklar Tablo 3'te verilmiştir.

Taşıyıcılara, "hepatit B taşıyıcısı olduğu belirlendiğinde kendisine bilgi verilip verilmediği" ve bilgi verilenlere "neler söylendiği" soruldu. Görüşülen 119 kişiden 22'sine (%18.5) hiç bilgi verilmediği, 97'sine (%81.5) bir, 93'üne (%78.2) iki, 67'sine (56.3) üç, 51'ine (%42.9) dört, 26'sına (21.9) beş konuda bilgi verildiği öğrenildi. Olguların kendilerine söylenenlerden anımsadıklarına göre verilen bilgilerin dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir.

Taşıyıcılara "hepatit B'nin bulaşma yollarından hangilerini bildikleri" sorulduğunda; 119 taşıyıcıdan 28'i "Bilmiyorum" yanıtı verirken, 91'i bir, 77'si iki, 35'i üç, 20'si dört ve 4'ü beş bulaşma yolu saydı. En çok (%53.0) bilinen bulaşma yolu cinsel ilişki olarak bulundu (Tablo 5).

Taşıyıcılara "hepatit B'den nasıl korunulacağını bilip bilmedikleri" soruldu; 119 taşıyıcıdan 45'i (%37.8) "Bilmiyorum" yanıtı verirken, 74'ü (%62.2) bir, 43'ü (%36.1) iki, 14'ü (%11.8) üç, 1'i (%0.8) dört ve 1'i (%0.8) beş korunma yolu belirtti. En fazla (%27.7) bilinen korunma yolunun aşı olduğu saptandı (Tablo 6).

Görüşme yapılan olgulara "kendisinde hepatit B saptandıktan sonra başkalarına/yakınlarına bulaştırmamak için önlem alıp almadıkları" sorulduğunda; 47 (%39.5) kişi önlem almadığını, önlem aldığını belirtenlere "ne gibi önlemler aldığını" sorulduğunda, 72'si (%60.5) bir, 48'i (%40.3) iki, 17'si (%14.3) üç önlem aldığını söyledi. Alınan önlemler ve dağılımı Tablo 7'de gösterilmiştir.

Taşıyıcılardan görüşme yapılanlara "hepatit B'nin tedavisi olup olmadığı" sorulduğunda; 29'u (%24.4) "bilmediğini", 29'u (%24.4) "hepatit B'nin tedavisi olmadığını", 61'i (%51.3) "tedavisi olduğunu" belirttiler. Hepatit B'nin tedavisi olduğunu söyleyenlerden; ilaç, interferon, aşı, hastaneye yatmak gibi tıbbi yöntemleri bilenlerin sayısı 9 (%12.0), kesme-kestirme (hacamat), ocak-okutma, yöresel şifalı su, çamur sürmek, hasta kişinin kendisinin ya da sarılıklı bir bebeğin idrarını içmesi gibi tıp dışı yöntemleri bilenlerin sayısı 19 (%25.3), iyi beslenmek, dinlenmek, üzülmemek, tatlı (şeker, bal, pekmez) yemek, meyve-sebze (kayısı, erik, dut, üzüm, kuşburnu, ısırgan otu, çörekotu, marul, pancar yaprağı) yemek, ekşi gıdalar yemek, karaciğeri yoran gıdalardan kaçınmak gibi beslenmeyle ilgili geleneksel yöntemleri tedavi olarak niteleyenlerin sayısı 47 (%62.7) idi.

**Tablo 3.** Taşıyıcıların hepatit konusundaki bilgileri edinme yolları

Bilgi kaynağı	Bir kaynak bildirenler		İki kaynak bildirenler		Üç kaynak bildirenler		Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Duymadım	6	5.0	-	-	-	-	6	3.9
TV – radyo – gazete	31	26.1	-	-	-	-	31	19.8
Sağlık çalışanları	2	1.7	4	13.3	-	-	6	3.9
Arkadaş - akraba - tanıdık	33	27.7	9	30.0	3	42.9	45	28.8
Kendisinde saptanması	42	35.3	13	43.3	-	-	55	35.2
Yakınında saptanması	5	4.2	3	10.0	3	42.9	11	7.1
Okul	-	-	1	3.3	1	14.2	2	1.3
Toplam	119	100.0	30	25.2	7	5.9	156	100.0



**Tablo 4.** Taşıyıcılık saptanan olgulara verilen bilgilerin dağılımı

Verilen bilgi	Verilen bilgilerden hatırlananların sayısı										Toplam	
	Bir		İki		Üç		Dört		Beş			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bilgi verilmeyen	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	22	18.5
Taşıyıcısın	74	62.2	–	–	–	–	–	–	–	–	74	62.2
Kanında sarılık var	15	12.6	–	–	–	–	–	–	–	–	15	12.6
Hepatit / başlangıcı var	3	2.5	–	–	–	–	–	–	–	–	3	2.5
Kontrole git	2	1.7	13	10.9	10	8.4	7	5.9	1	0.8	33	27.7
Bulaşma yolları	2	1.7	10	8.4	9	7.6	3	2.5	–	–	24	20.2
Korunma yolları	1	0.8	2	1.7	6	5.0	15	12.6	6	5.0	30	25.2
Altı ayda bir kontrol	–	–	5	4.2	3	2.5	3	2.5	3	2.5	14	11.8
Uyulacak kurallar	–	–	11	9.2	17	14.3	12	10.1	9	7.6	49	41.2
Yakınlarına kontrol	–	–	18	15.1	10	8.4	6	5.0	3	2.5	37	31.1
Ortak eşya kullanma	–	–	1	0.8	–	–	2	1.7	2	1.7	5	4.2
Önemli bir hastalık	–	–	6	5.0	–	–	–	–	–	–	6	5.0
Önemli değil	–	–	2	1.7	–	–	–	–	–	–	2	1.7
Bulaşıcıdır	–	–	10	8.4	3	2.5	1	–	1	0.8	15	12.6
Bulaşıcı değil	–	–	2	1.7	–	–	–	–	–	–	2	1.7
Tehlikeli	–	–	4	3.4	6	5.0	2	1.7	–	–	12	10.1
Tehlikeli değil	–	–	7	5.9	2	1.7	–	–	–	–	9	7.6
Aşı gerekli değil	–	–	2	1.7	–	–	–	–	–	–	2	1.7
Düzelince aşı yapılacak	–	–	–	–	–	–	–	–	1	0.8	1	0.8
Cinsel ilişkiye girme	–	–	–	–	1	0.8	–	–	–	–	1	0.8
Toplam	97	81.5	93	78.2	67	56.3	51	42.9	26	21.9	–	–

**Tablo 5.** Bildikleri bulaşma yolu sayısı ve bulaşma yollarına göre taşıyıcıların dağılımı

Bulaşma yolu	Bilinen bulaşma sayısı										Bilinme durumu	
	Bir		İki		Üç		Dört		Beş			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bilmiyorum	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	28	23.5
Anneden bebeğe	2	1.7	–	–	–	–	–	–	–	–	2	1.7
Cinsel ilişki	60	50.4	2	1.7	–	–	–	–	–	–	62	53.0
Tıbbi uygulamalar	5	4.2	6	5.0	1	0.8	–	–	–	–	12	10.1
Kan yoluyla	13	10.9	39	32.8	5	4.2	–	–	–	–	57	47.9
Yakın temas	3	2.5	2	2.6	3	2.5	3	2.5	–	–	11	9.2
Kişisel eşyaların ortak kullanılması	2	1.7	6	5.0	13	10.9	3	2.5	1	0.8	25	21.0
Ev eşyalarının ortak kullanılması	4	3.4	9	7.6	4	3.4	4	3.4	1	0.8	22	18.5
Nefes, öksürük, hava	1	0.8	4	3.4	4	3.4	–	–	–	–	9	7.6
Tuvalet / kirli sular	1	0.8	6	5.0	1	0.8	–	–	–	–	8	6.7
Yiyecek – içeceklerle	–	–	2	1.7	1	0.8	3	2.5	–	–	6	5.0
Hayvanlar	–	–	–	–	1	0.8	–	–	–	–	1	0.8
Sivrisinekle	–	–	–	–	–	–	–	–	1	0.8	1	0.8
Enfekte para / eşya	–	–	1	0.8	–	–	–	–	–	–	1	0.8
Vücut sıvıları	–	–	–	–	2	1.7	7	5.9	1	0.8	10	8.4
Toplam	91	76.5	77	64.7	35	29.4	20	16.8	4	3.4	–	–

**Tablo 6.** Bildikleri bulaşma yolu sayısı ve bulaşma yollarına göre taşıyıcıların dağılımı

Korunma yolu	Bilinen korunma yolu sayısı										Toplam	
	Bir		İki		Üç		Dört		Beş			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bilmiyorum	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45	37.8
Aşı	23	19.3	10	8.4	-	-	-	-	-	-	33	27.7
Korunmalı cinsel ilişki	20	16.8	1	0.8	-	-	-	-	-	-	21	17.7
Temizlik	16	13.4	4	3.4	2	1.7	-	-	-	-	22	18.5
Ortak eşya kullanmama	11	9.2	17	14.3	1	0.8	-	-	-	-	29	24.4
Yakın temastan kaçınma	2	1.7	3	2.5	6	5.0	-	-	-	-	11	9.2
Tek eşlilik	1	0.8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.8
Karşılaştığı kişileri bilgilendirme	1	0.8	-	-	1	0.8	-	-	1	0.8	3	2.5
Cinsel Perhiz	-	-	2	1.7	1	0.8	-	-	-	-	3	2.5
İğne batmamasına dikkat	-	-	1	0.8	-	-	-	-	-	-	1	0.8
İyi beslenme	2	1.7	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1.7
Kan bulaşmasını önleme	3	2.5	1	0.8	1	0.8	1	0.8	-	-	6	5.0
Hayvanlarla temastan kaçınma	1	0.8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.8
Gereksiz ilaç kullanmama	1	0.8	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.8
Toplam	74	62.2	43	36.1	14	11.8	1	0.8	1	0.8	-	-

**Tablo 7.** Taşıyıcıların yakınlarına yönelik aldıkları önlemler

Alınan önlem	Bir önlem alanlar		İki önlem alanlar		Üç önlem alanlar		Toplam	
	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)	Sayı	(%)
Önlem almayanlar	-	-	-	-	-	-	47	39.5
Yakınlarına kontrol	41	34.5	2	1.7	-	-	43	36.1
Yakınlarına aşı	-	-	22	18.5	-	-	22	18.5
Yakın temastan kaçınma	1	0.8	7	5.9	-	-	8	6.7
Ortak eşya kullanmama	15	12.6	5	4.2	4	3.4	24	20.2
Özel eşyalarını ayırma	4	3.4	-	-	2	1.7	6	5.0
Kendisine ayrıntılı kontrol	3	2.5	-	-	-	-	3	2.5
Cinsel ilişkide kondom kullanma	2	1.7	2	1.7	1	0.8	4	3.4
Cinsel perhiz/ ilişki sayısını azaltma	1	0.8	2	1.7	-	-	3	2.5
Kan bulaştırmaktan sakınma	2	1.7	4	3.4	2	1.7	8	6.7
Çevresini ve ilgilileri bilgilendirme	1	0.8	1	0.8	2	1.7	4	3.4
Temizliğe özen gösterme	1	0.8	-	-	4	3.4	5	4.2
Beslenmeye yönelik önlemler	1	0.8	2	1.7	1	0.8	4	3.4
Ortak sigara içmeme	-	-	1	0.8	-	-	1	0.8
Bilgi edinme	-	-	-	-	1	0.8	1	0.8
Toplam	72	60.5	48	40.3	17	14.3	-	-

Taşıyıcılar arasında yer alan Ankara dışından gelen bir kadın hastada; Göz Kliniğinde ameliyatı öncesi HBsAg pozitif saptanmış, ameliyat sonrası Enfeksiyon Hastalıkları Polikliniğine yönlendirilmişti. Hastaya gerekli açıklamalar yapılarak, "aile üyelerine yaşadıkları şehirde test yaptırarak sonuçlarını ameliyat sonrası kontrolüne

geldiğinde getirmesi" istendi. Bir ay sonra hasta geldiğinde "birkaç gün önce aile büyüklerinin ısrarı ile kesme denilen işleminin kendisine uygulandığını" söyledi. Yapılan incelemede kadının alnında ve her iki kulak arkasında iyileşmekte olan, çevresi eritemli, deriden kabarık kesi izleri saptandı (Şekil 1, 2).



Şekil 1. Alında 'kesme' sonrası oluşan yara



Şekil 2. Kulak arkasında 'kesme' sonrası oluşan yara

### Tartışma

Çalışmanın yürütüldüğü dönemde ANEAH bir referans hastanesi olup, polikliniklerine pek çok farklı gruptan ve bölgeden hasta başvurmakta, yatan hastaların büyük bir bölümünde girişim yapılacak olması nedeniyle hepatit belirteçleri incelenmekte, Kan Merkezi'nde kan bağıışı kabul edilmekte, yatan hastalara kullanılmak üzere kan ve kan ürünlerinde gerekli testler yapılmakta idi. Bu özellikleriyle Türkiye'de viral hepatitlerin sıklığını belirlemede önemli bir veri olacağını düşüncesiyle Hastanenin ELISA Laboratuvarından elde edilen sonuçlar V. Viral Hepatit Sempozyumu'nda sunulmuştur (6).

Hastanede daha önce de hepatit B sıklığını belirlemeye yönelik araştırmalar yapılmıştır. Dağlı tarafından 1999'da yapılan ve 1007 cerrahi hastasının incelendiği çalışmada 45 (%4.5) hasta HBsAg pozitif bulunmuştur (7). Dirimeşe tarafından 2000 yılında yapılan retrospektif bir araştırmada 2500 cerrahi hastasının 121'i (%4.8) pozitif bulunmuştur (8). Ancak bu çalışmalarda anti-HBs ya da anti-HBc antikorları saptanmadığından gerçek seropozitiflik oranını belirlemede yetersiz kalmaktadır. Çalışmada bulunan %9.6'lık HBsAg pozitifliği, diğer sonuçlarla karşılaştırılınca yüksek görünmektedir. Ancak sözü edilen çalışmalarda yalnızca cerrahi hastaları değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise ELISA Laboratuvarı'na hastanenin tüm birimlerinden gelen örneklerin sonuçları değerlendirilmiştir. Ayrıca bazı hastalardan birden fazla kez HBsAg testi istendiği ve bunun

Laboratuvar'da saptanan pozitiflik oranını artırdığı da dikkate alınmalıdır. Çalışmamızda bulunduğumuz HBsAg pozitif hastalardaki %9.3'lük test tekrarlanma oranı dikkate alınırca HBsAg pozitifliğinin normalde olması gereken oran;  $[9.6 - (9.6 \times 9.3)]$  %8.7 olarak hesaplanabilir. Hepatit B ile gerçek karşılaşma sıklığını belirlemede kullanılan HBsAg+Anti-HBs oranı çalışmamızda %44.8 bulunmuş olup, Türkiye'de yapılan diğer çalışmalardan hesaplanan ortalama değerden (%29.9) yüksektir (6). Bunun nedeninin aşılardan bireylerin sayısının gün geçtikçe artması ve laboratuvarlardan tekrar istenen HBsAg testlerinin olabileceği değerlendirilmiştir.

Ülkemizde hepatit taşıyıcısı olduğu saptanan bir kişi ile ilgilenme şekli genellikle hastanın serolojik ve biyokimyasal tetkiklerinin istenmesi, batın ultrasonu, karaciğer biyopsisi ve benzeri tetkiklerin yaptırılması, belirli aralıklarla bu tetkiklerin yinelenmesi; gereken hastalara interferon ya da uygun diğer tedavilerin başlanması şeklinde olmaktadır. Hastalara psikolojik açıdan yaklaşıp; hastalığını kabul etmesi ve onunla yaşamayı öğrenmesi için yapması gerekenlerin üzerinde durulmamakta, bazen hastalığın tanı ve izlemi için kesinlikle gerekli olan tetkikler bile yaptırılmaksızın yalnızca hastanın taşıyıcı olduğu kendisine bildirilmekte ve hasta ilk kez karşılaştığı bu durumla kendi kendine baş etmeye çalışmaktadır. Toplumumuzda viral hepatitler, etkenleri, korunma yolları, hastalığa yakalandıktan sonra iyileşmeyen ve taşıyıcı kalanların daha sonraki seyrinin ne

olacağına ilişkin bilgi düzeyi oldukça düşük olup çoğu taşıyıcı ya da hasta bu gruptaki hastalıklar hakkında herhangi bir fikir sahibi değildir. Bu konuda bilgisi olanların büyük kısmının da çoğunlukla ailesinde ya da yakın çevresinde bir kronik hepatitli hasta vardır ve bu yolla konuyla ilgili bilgileri kısmen de olsa öğrenmektedirler. Durum böyle olunca kişiler bu hastalık hakkında önceden herhangi bir fikir sahibi değilken ve çoğu kez rastlantı sonucu (sağlık kontrolü, kan bağıışı, başka bir hastalığın tetkikleri sırasında ya da aşı öncesi tetkik yaptırılınca) daha önceden hepatit virüsleriyle karşılaştıklarını ve bu hastalıkların taşıyıcısı olduklarını öğrenmektedirler. Bu kişiler hastalıkları ve sonuçları hakkında yeterli ve doğru bilgileri edinemezlerse yakınları ile birlikte büyük huzursuzluk yaşamaktadırlar (5).

Çalışmamızda taşıyıcılara hepatit B hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek için çeşitli sorular soruldu: "Hepatit (sarılık) hakkında bilgileri olup olmadığı, varsa bu bilgileri nereden edindikleri" sorulduğunda 119 taşıyıcının 6'sı (%5.0) "daha önce bu hastalığı hiç duymadıklarını" söyledi. 113'ü (%95.0) bir, 30'u (%25.2) iki, 7'si (%5.9) üç farklı kaynaktan daha önce hepatit hakkında bilgi edindiklerini belirttiler. Taşıyıcıların hepatit B hakkındaki bilgileri en fazla (%35.2) kendisinde saptanınca edindikleri saptandı. İlk bilgi edinme kaynağı olarak sağlık çalışanları %1.7 oranında bildirildi. Bu oranların çok düşük olması, sağlık kuruluşları tarafından topluma yönelik sağlık eğitimi çalışmalarının yetersizliğini göstermektedir. Sağlık konularında toplum eğitimi sağlık çalışanları tarafından yapılmayınca insanlar başka kaynaklardan edindikleri ve çoğunluğu doğru olmayan, eksik ya da yanlış bilgiler edinmektedirler. Nitekim çalışmamızda hepatit B hakkında ilk edinilen bilgilerin kaynağı olarak bildirilen TV, radyo, gazete gibi kamu iletişim araçlarıyla, arkadaş, akraba ve tanıdıkların toplam oranı %56.3 gibi yüksek bir değere sahiptir. Medyanın bu gibi hastalıkları sansasyonel biçimde aktardığı ve kulaktan dolma bilgilerin ne kadar sağlıklı olabileceği düşünülürse, sağlık çalışanlarının günlük uygulamalarında halkın bilinçlendirilmesi ve eğitimi konularında daha özenli olmaları gereği ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamızda yer alan taşıyıcılardan hepatiti ilk kez kendisinde saptanınca duyduğunu belirtenlerin büyük bir çoğunluğu (%57.4) donör

olarak kan verince durumlarını öğrendiklerini belirtmişlerdir. Ayrıca %10.6'sı ameliyat öncesi kontrolde, %17.0'si başka bir nedenle yapılan incelemede hepatit B taşıyıcısı olduklarını öğrenmiştir. Güner ve ark. tarafından yapılan benzer bir çalışmada olguların %20'si kan bağıışı sırasında, %16.2'si ameliyat öncesi yapılan rutin tetkiklerinde, %14.3'ü ise kendi isteği ile yapılan tetkikler sırasında hepatit B hastası olduğunu öğrenmişti (9). Oranlar farklı olmakla birlikte her iki çalışmada da öğrenme yollarının en fazla olandan daha az olana doğru sıralaması benzerdir.

Çalışmamızda görüşülen kişilere taşıyıcılık ilk kez saptandığında hepatit B hakkında kendilerine hangi bilgiler verildiği sorulunca; 119 taşıyıcıdan 22'si (%18.5) kendilerine hiçbir bilgi verilmediğini söylediler. Bu durum yapılabilecek pek çok şey olmasına karşın bu insanların durumlarını saptayan sağlık çalışanlarınca kaderlerine terk edildiklerini göstermektedir. Aslında kendisine bilgi verildiğini söyleyenlerin durumu da çok farklı değildir. Bazı taşıyıcılara yalnızca durumları söylenmekle yetinilmiş, hepatit B'nin bulaşma ve korunma yolları ile alınacak önlemler anlatılmamıştır. Bazıları ise "kontrole git" denilerek başka birimlere yönlendirilmiştir. Bazı taşıyıcılara gerçeğe uymayan bilgilerin verilmiş olması ise düşündürücüdür. Örneğin; "önemli bir durum değil", "tehlikeli değil", "bulaşıcı değil" gibi bilgiler verildiğini belirten kişilerin sayısı 14'ü bulunmaktadır. Hepatit B hakkında genel bilgilerin, bulaşma ve korunma yollarıyla, alınacak önlemlerin anlatıldığı tam bilgilendirilmiş kişi sayısı 26'dır (%21.9). Bu oranın düşüklüğü sağlık çalışanlarının hastaların bilgilendirilmesine verdiği önemin yanı sıra, belki de kendi bilgi düzeylerinin bir göstergesi olarak da değerlendirilebilir.

Güner ve ark.'nın çalışmasında hastalar hepatit B virüs enfeksiyonunun en çok kan yolu (%90,5), cinsel temas (%76,2) ve diş tedavisi (%70,5), enjektör batması (%56,2), Doğum sırasında anneden bebeğe geçiş (%52,4) ile bulaştığını düşündükleri belirlenmiştir (9). Bizim çalışmamızda ise taşıyıcılara hepatit B'nin bulaşma yollarından hangilerini bildikleri sorulunca; %23,5'inin bulaşma yollarından hiç birini bilmedikleri, %76,5'inin bir, %64,7'sinin iki, %29,4'ünün üç, %16,8'inin dört, %3,4'ünün beş bulaşma yolu sayabildiği saptandı. Ancak bulaşma

yolu olarak söylenenler arasında hepatit B'nin kesinlikle bulaşmadığının bilimsel olarak kanıtlandığı yollarla, bulaşmasının şüpheli kabul edildiği yolların büyük bir yer tutması dikkat çekicidir. Örneğin; ev eşyalarının ortak kullanılması, nefes, öksürük, hava, tuvalet, kirli sular, yiyecek-ışecekler, hayvanlar ve sivrisinekleri gibi bulaşmanın kesinlikle olmayacağı yolları söyleyenlerin oranı %39.4'tür. Bulaşma olabilmesi için çok özel koşulların gerekli olduğu; kişisel eşyaların ortak kullanılması, yakın temas, enfekte para/eşya, vücut sıvıları (tükürük, ter, idrar) gibi düşük riskli durumları bulaşma yolu olarak belirtenlerin oranı da %39.4'tür.

Hepatit B için başlıca bulaşma yollarından; cinsel ilişkinin taşıyıcılar tarafından bilinme oranı %53.0, kan yoluyla bulaşmanın bilinme oranı %47.9, anneden bebeğe bulaşmanın bilinme oranı %1.7'dir. Tıbbi uygulamalar sırasında hepatit B bulaşı olabileceğini bilen taşıyıcıların oranı %10.1'dir. Bu yolla bulaşma olacağını bilmeyen taşıyıcılar sağlık ekibine durumları hakkında bilgi vermemekte ya da bilenler ayrıcalıklı uygulama görme, iyi bakım alamama kaygılarıyla durumlarını belirtmekten kaçınmaktadırlar. Nitekim çalışmamızda hepatit B'den korunma yolları sorulduğunda "karşılaştığı kişileri ve sağlık çalışanlarını durumu hakkında bilgilendirme" yanıtını verenlerin sayısı yalnızca dördüttür (%1.9). Bu nedenle sağlık çalışanları bütün başvuranların ve hastaların hepatit B'nin yanı sıra diğer bilinen ve henüz bilinmeyen tüm bulaşıcı hastalıklar yönünden potansiyel kaynak olabileceğini dikkate alarak, tüm tıbbi uygulamalarda evrensel önlemlere uymalıdır. Hepatit B'den korunmada en etkili korunma yolu, henüz bu hastalıkla karşılaşmamış kişilerin aşılmasıdır. Ancak çalışma grubumuzda yer alan kişilerin yaklaşık %40'ünün korunma yollarından hiçbirini bilmemesi ve yalnızca dörtte birinin aşı ile korunma yolunu biliyor olması bu alandaki bilgi ve bilgilendirme eksikliğinin önemli göstergeleridir.

Güner ve ark.'nın çalışmasında HBV enfeksiyonundan korunma yolu olarak hastalar tarafından; diş fırçası, tırnak makası gibi kişisel eşyaların ayrılması (%75.2), aşı olmak (63.8), tek eşli cinsel yaşam (%63.8), prezervatif kullanmak (%58.1), enfekte kişilerin kan ve vücut sıvılarından korunma (%53.3) ve gıdaları bol su ile yıkamak (%33,3) gibi önlemlerin belirtildiği

saptanmıştır (9). Bizim araştırmamızda hepatit B'den korunma yolları hakkında varolan bilgilerin taşıyıcılar tarafından uygulanma durumunu belirlemek için "kendisinde hepatit B saptandıktan başkalarına/yakınlarına bulaştırmamak için önlem alıp almadıkları" sorulduğunda; %39.5'i hiçbir önlem almadığını söyledi. Taşıyıcı olup olmadığının belirlenmesi için yakınlarının da kontrol edildiğini belirtenlerin oranı %36.1, yakınlarına aşı uygulananların oranı ise %18.5 idi. Cinsel ilişkide kondom kullanma, cinsel perhiz, cinsel ilişki sayısını azaltma gibi önlemler alan taşıyıcıların oranı %5.9, yakın temastan kaçınma, ortak eşya kullanmama, kişisel eşyalarını ayırma, kan bulaştırmaktan sakınma, karşılaştığı kişileri bilgilendirme gibi önlemleri alanların oranı %42.0, temizliğe özen gösterme, iyi beslenme, ortak sigara içmeme, kendisine ayrıntılı kontrol ve bilgi edinme yoluyla önlem aldığını belirtenlerin oranı %11.7 idi.

Taşıyıcılar tarafından alındığı belirtilen bu önlemlerin çoğunun etkisiz yöntemler olması, kişilerin bu konuda yeterli bilgi sahibi olmadıklarının bir başka göstergesidir. İnsanlar daha çok kişisel olanaklarıyla önlemler almaya çalışmışlar, sağlık kuruluşlarına başvurma yolunu seçmemişlerdir. Oysa taşıyıcılara "Yakınlarınız için ücretini ödeyerek hepatit B aşısı yaptırmak ister misiniz?" diye sorulduğunda aşı yaptırmak istemeyen çıkmamıştır. Bu soruya; taşıyıcıların %63.0'ü yaptırabileceğini, %20.2'si "ekonomik yönden zorlanacağını, ancak gerekli ise 'mecburen' yaptıracağını", %16.8'i "pahalı olduğu için kesinlikle yaptıramayacağını" söyleyerek yanıt verdiler. Bu durumda hepatit B aşısının sosyal güvence kurumlarının ödeme kapsamında olmaması koruyucu hekimlik yaklaşımına uygun değildir. Uzun erimli düşünüldüğünde risk altındaki grubun aşı ile korunması ileride hepatit B ve komplikasyonlarına yakalanacak kişilerin tedavisinden daha ekonomik ve daha insancıl bir yaklaşımdır.

Taşıyıcıların %38.6'sı hepatit B'nin gebelikle ilişkisi olup olmadığını bilmiyordu. Bir gebede hepatit B bulunması durumunda bebeğin etkilenebileceğini bilen taşıyıcıların oranı %59.7'dir. Taşıyıcıların %1.7'si gebede hepatit bulunmasının bebeği etkilemeyeceğini düşünüyorlardı. Bebeğin etkilenebileceğini söyleyenlerin büyük çoğunluğu bunun bebeğe de hepatit bulaşması biçiminde

olacağını, çok az bir bölümü ise bebeğin sakat ya da ölü doğacağını belirttiler. Bu sonuçlar hepatit B'nin bulaşma yollarından biri olan anneden bebeğe (vertikal) geçiş yolunun hepatit B taşıyıcıları tarafından bilinmediğini ya da önemsenmediğini ve dolayısıyla tamamlanması gereken önemli bir bilgi eksikliğini göstermektedir. Benzer bulgular Viral Hepatitle Savaşım Derneği tarafından 19 ilde yürütülen ve toplumda HBV enfeksiyonu ile ilgili bilgi düzeyinin araştırıldığı çalışmada da elde edilmiştir. Bu çalışmada 13873 kişiye ulaşılmış ve katılımcıların büyük çoğunluğunun hastalığın bulaş yolları, risk faktörleri ve korunma yolları ile ilgili bilgi düzeylerinin çok yetersiz olduğu saptanmıştır (10).

Güner ve ark.'nın çalışmasında "HBV enfeksiyonu tedavi edilebilir bir hastalık mıdır?" sorusunu yanıtlayanların %72.9'u, "HBV enfeksiyonunun tedavisinde diyet uygulanmalıdır" ifadesine %53.9'u, "HBV enfeksiyonu kendiliğinden düzelebilir" ifadesine %16.1'i, "bitkisel ilaçlar hastalığa çözüm olabilir" ifadesine %13.8'i "Evet" yanıtını vermiştir (9). Bizim çalışmamızda da taşıyıcıların hepatit B tedavisi hakkındaki bilgileri yetersiz, olan bilgilerin çoğunluğu yanlış ve geçersiz idi. Taşıyıcılardan %24.4'ü, hepatit B'nin bir tedavisi olup olmadığını bilmediğini belirttiler. Hepatit B'nin tedavisi olmadığını söyleyen taşıyıcı oranı %24.4'tür. Bunların dışında kalanların hepatit B tedavisi olarak belirttikleri yöntemlerin %12.0 gibi çok küçük bir bölümü günümüzde hepatit B tedavisinde uygulanmakta ya da denenmekte olan yöntemlerle, bir korunma yöntemi olan aşı idi. Tedavi olarak belirtilen diğer yöntemler ya geleneksel uygulamalar (%25.3) ya da beslenme ile ilgili çoğu (%62.7) yanlış ve gereksiz uygulamalardı.

Bir enfeksiyon hastalığı olan hepatit B'nin geleneksel yöntemlerle tedavi edilmeye çalışılmasının yaygınlığı dikkat çekici boyutta idi. Pek çok taşıyıcı, tedavi için başvurulan çeşitli yollar duyduklarını belirttiler. Bunlardan "kesme" ya da "kestirme" diye bilinen işlem; "bazı yörelerde bu konuda deneyimli olduğu bilinen kişiler tarafından sarılık hastasının dil altı (frenulum linguae), alın, kulak arkası gibi bölgelerinin sıklıkla jilet gibi kesici bir aletle kesilerek ya da çizilerek kanatılması" olarak

anlatıldı. Bu ve buna benzer yöntemlerin çok uzun zamandır Anadolu'da uygulandığı çeşitli yayınlarda belirtilmektedir.

Örneğin Eren tarafından Ordu İli Ulubey İlçesinde geleneksel tedavi yöntemlerinin kaynak kişilere başvurularak araştırıldığı bir çalışmada; sarılık hastalığından kurtulmak için Ören Köyü'nde çocuğun başına sarı çember örtülerek yakasına altın yüzük takıldığı, Sayaca'da, dilin altından ya da burnun altına yakın yerinden jiletle sarılık kesildiği, hasta korkunca sarılığın geçtiğine inanıldığı, Kızılen'de sarılık olan çocuğun dilinin altından et kesildiği, Koççukuru mahallesinde ise sarılık olan çocuğun iki kaşının arasının biraz altı kızgın eyiş (ucu düz soba küreği) ile yakıldığı, Perşembe Güzelyurt Köyünde, ebe gömeci kaynatıp içirildiği, Damarlı'da sarılık olan çocuğa camış yoğurdu yedirildiği, sarı eşarp, sarı elbise giydirildiği, diğer yerlerin bazılarında, sarılık olan kişi yaşlı ağaçların kökünden geçirildiği, sarılık olan kişinin damağı bir miktar kesilip kan akıtıldığı, yayla çiçeği kaynatılıp suyunun içirildiği, sarılık olan bebeğe kendi idrarının içirildiği belirtilmektedir (11).

Benzer şekilde sarılığın tedavisi için yöresel şifalı su içilmesinin bir örneğinin Evliya Çelebi'nin Seyahatnamesinde Yer Alan Tedavi Yöntemlerinden biri olduğu Eskişehir'in kuzeyinde bağlar içinde yer alan bir ılıcanın güzel suyundan içenlerin sarılık hastalığından, uyuz ve cüzzamdan kurtulduğu aktarılmaktadır (12).

Konu hakkında halkın bilgisi yeterli olmadığı ve varolan bilgileri bilimsel verilere dayanmayıp çoğunlukla kulaktan dolma olduğu için uygun önlemler alınamamakta, hepatit taşıyıcısı olduğunu öğrenen kişiler ve yakınları pek çok yararsız hatta sağlık açısından zararlı uygulamalara başvurumaktadırlar. Taşıyıcı grubumuzda yer alan ve ayrıntılı olarak bilgilendirilen bir hastanın bir ay sonraki kontrolünde sözü edilen "kestirme" işlemini aile büyüklerinin ısrarı ile yaptırmış olarak gelmesi; sağlığın yalnızca biyolojik bir kavram olmayıp, sosyal ve kültürel etmenlerden önemli ölçüde etkilendiğinin yaşanan bir göstergesi olarak değerlendirildi. Anlatılan olguda yaşanan olanaksızlık, olgunun ailesinin başka bir şehirde yaşaması nedeniyle görüşülememiş olması ve

yalnızca olguya bilgi verilmesiydi. Bu durum topluma sağlık eğitimi verilirken; bireyin tek başına bilgilendirilmesinin yeterli olmayacağını, ailesi ve çevresi ile birlikte ele alınmasının önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

### Sonuçlar

Tıp tarihin ilk zamanlarından beri bilinen sarılık hastalığının en yaygın nedenlerinden biri olan hepatit B günümüzde de yüksek rastlanırlığını sürdürmekte ve toplum sağlığı yönünden önemini korumaktadır. Hepatit B taşıyıcılarının hastalık hakkındaki bilgileri yeterli ve geçerli değildir. Taşıyıcı olduğu belirlenen kişilere hastalık hakkında sağlık çalışanları tarafından ayrıntılı bilgi verilmemektedir. Taşıyıcı ve yakınları tarafından hepatit B bulaşmasına karşı etkili önlemler yeterince alınmamaktadır.

Sağlık çalışanları HBsAg pozitifliği saptadıkları kişiye ve bu kişinin ulaşılabilen aile bireylerine saptanan hastalık hakkında ayrıntılı bilgi vermeli, bundan sonra yapılması gerekenleri anlatmalı, taşıyıcının düzenli olarak uzun süre izlenmesi gerektiğini, hastalığın hangi aşamalara kadar gidebileceğini açık bir biçimde belirtmeli, hastalığın bulaşma yollarını ve başkalarına bulaştırmamak için alınacak önlemleri ayrıntılı olarak açıklamalıdır. Ayrıca sağlık kuruluşlarına başvuranlardan herhangi bir nedenle ELISA istemi yapılırken; yalnızca HBsAg, anti-HCV ve anti-HIV istemekle yetinilmemeli, hepatit B yönünden bağışıklık durumunun göstergesi olan anti-HBs ve Anti-HBc belirteçlerine de bakılarak, HBsAg'nin negatif bulunması durumunda hepatit B'ye karşı aşılama önerilmelidir. Etkili bir aşılama gerçekleştirilebilmesi için sağlık güvencesi kapsamından çıkarılan hepatit B aşısının yeniden ödeme kapsamına alınması toplum sağlığı açısından yararlı olacaktır.

**Açıklama:** Bu makale yazarın Sağlık Bakanlığı Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yaptığı Tıpta Uzmanlık Tezinden türetilmiştir. Seroprevalansa ilişkin verilerin bir bölümü 9-11 Kasım 2000 tarihinde Ankara'da yapılan V. Ulusal Viral Hepatit Simpozyumu'nda poster bildiri olarak sunulmuştur.

**Teşekkür:** Katkı ve destekleri için Dr. Ömer Cengiz, Dr. Önder Ergönül, Dr. Başak Dokuzoğuz ve Dr. Neriman Balaban'a teşekkür ederim.

**İletişim:** Dr. Mehmet Özen

**E-posta:** ozenmehmet@isnet.net.tr

### Kaynaklar

1. WHO. Global Hepatitis Report 2017. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Kırsacıoğlu CT. Hepatit B. In: Bocchini JA, Brady MT, Maldonado YA, Orenstein WA, Bradley JS, Schutze GE, et al (Eds). Red Book, 29th ed. American Academy of Pediatrics, Philadelphia, USA, 2012: 369-91.
3. Tozun N, Ozdogan O, Cakaloglu Y, Idilman R, Karasu Z, Akarca U, et al. Seroprevalence of hepatitis B and C virus infections and risk factors in Turkey: a fieldwork TURHEP study. Clin Microbiol Infect 2015; 21:1020-6.
4. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programı 2018-2023. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1102, Ankara, 2018; 5-7.
5. Yegane-Tosun S. Kronik hepatitli olgulara sosyal yaklaşım. Viral Hepatitle Savaşım Derneği V. Ulusal Viral Hepatit Simpozyumu Program ve Kongre Kitabı, Ankara, 2000: 54-63.
6. Özen M, Ergönül Ö, Balaban N. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ELISA laboratuvarında saptanan hepatit A, B, C seroprevalans değerleri. Viral Hepatitle Savaşım Derneği V. Ulusal Viral Hepatit Simpozyumu, 9-11 Kasım 2000, Ankara, Program ve Kongre Kitabı: 185.
7. Dağlı Z. Genel Cerrahi Hastalarında HBsAg Prevalansı. Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, 1999.
8. Dirimeşe V. 4. Genel Cerrahi Kliniği Hasta Popülasyonunda HBsAg ve Anti-HCV Sıklığı. Aile Hekimliği Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, 2000.
9. Güner R, Kalem AK, Hasanoğlu İ, Keske Ş, Güven T, Yılmaz GR. Hepatit B virüsü ile enfekte hastaların hastalık hakkında bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Viral Hepatit Derg, 2012; 18:29-33.
10. Öztoprak N, Tosun S, Balık İ, Tabak F, Saltoğlu N, Örmeci N ve ark. Toplumda hepatit B virüs enfeksiyonu ile ilgili bilgi düzeyinin araştırılması. X. Ulusal Viral Hepatit Kongresi 1-4 Nisan 2010, Antalya, 2010, Bildiri Kitabı: 123-4.
11. Eren M. Ordu İli Ulubey İlçesi Geleneksel Tedavi Yöntemleri. Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, 2018; 8(3):651-63.
12. Kahraman SA, Dağlı Y. Evliya Çelebi Seyahatnamesi: Konya-Kayseri-Antakya-Şam-Urfa-Maraş-Sivas-Gazze-Soyfa-Edirne, C.3, Kitap 1, Yapı Kredi Yayınları, İstanbul, 2006: 11.

Nursan Çınar<sup>1</sup>, Özge Kaya<sup>2</sup>

DOI: 10.17942/sted.618282

Geliş/Received : 10.03.2019  
Kabul/Accepted : 01.08.2019

#### Öz

Anne sütü; içerdiği vitamin, mineral, protein, karbonhidrat ve lipitlerin miktarı, özellikle biyoyararlanımının üstünlüğü ile bebeklerin tüm gereksinimlerini ilk altı ay tek başına karşılayabilen mucizevi bir besindir. Anne sütünün bebeklere taze olarak verilmesi önerilmektedir. Ancak bazı durumlarda saklanmış anne sütü vermekte gerekebilmektedir. Anne sütünün uygun saklanması, dondurulması ve çözündürülmesi sütün besleyicilik ve immünolojik özelliklerinin korunabilmesi için önemli bir konudur. Bu derlemenin amacı anne sütünün depolanması, dondurulması ve çözündürülmesinin anne sütüne etkilerini, konuya dair güncel literatür doğrultusunda incelemek ve öneriler sunmaktır.

**Anahtar sözcükler:** Anne sütü, Depolama, Dondurma, Çözdürme

#### Abstract

Breast milk alone, with its high vitamin, mineral, protein, carbohydrate and lipid content and particularly due to its superior bioavailability, is a miraculous source of nutrition that can fulfil the needs of a baby for the first six months of his/her life. It is recommended to feed the babies on fresh breast milk. However, in some cases, it may be necessary to give stored breast milk. To preserve the nutritional and immunologic features of breast milk, it is of high importance to store, freeze and thaw it properly. The aim of this review is to investigate how storing, freezing and thawing affect breast milk in accordance with the literature and to provide relevant advice.

**Key words:** Breast milk, storage, freezing, thawing

<sup>1</sup> Prof. Dr.; Sakarya Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Esentepe Kampüsü Sakarya (Orcid No: 0000-0003-3151-9975)

<sup>2</sup> Yüksek Lisans Öğr.; Sakarya Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Esentepe Kampüsü Sakarya (Orcid No:0000-0001-7127-6600)



Anne sütü; içerdiği vitamin, mineral, protein, karbonhidrat ve lipidlerin miktarı, özellikle biyoyararlanımının üstünlüğü ile bebeklerin tüm gereksinimlerini ilk altı ay tek başına karşılayabilen mucizevi bir besindir (1). Altı ay boyunca yalnızca anne sütü ve uygun tamamlayıcı besinlerle birlikte iki yıl ya da daha uzun bir süre devam eden emzirmenin, çocuğun yaşamda kalmasını ve refahını artırmak için en güçlü uygulamalardan biri olduğunu UNİCEF bildirmektedir (2).

Anne sütünün bebeklere taze olarak verilmesi önerilmektedir. Ancak bazı durumlarda saklanmış anne sütü vermekte gerekebilmektedir. Annenin çalışması ya da anne ve bebeğin bir arada olamadığı durumlarda bebeğin anne sütü ile beslenmesine devam edilmesi gereksinimi anne sütünün saklanması konusunu gündeme getirmektedir. Ayrıca sağlık sorunları nedeniyle özel bakım altında annelerinden ayrı tutulan bebekler için de anne sütü en uygun besin kaynağı, vazgeçilmez antimikrobiyal madde ve diğer koruyucular yönünden karşılaştırılmaz bir kaynaktır (3).

Emzirme, anne ile bebeğin yakın beden temasında olmasını ve anne bebek etkileşimini artırmaktadır. Ancak emzirmenin mümkün olmadığı durumlarda sağma işlemi elle ya da bazı cihazlar kullanılarak yapılabilmektedir. En uygun sağma yöntemi, sağma işleminin doğumdan sonra ne zaman, ne için yapılacağı ve anne/bebek ikilisinin bireysel özelliklerine göre değişkenlik gösterir. Hangi yöntemin daha üstün olduğunu gösterecek kanıt düzeyi yüksek çalışmalara halen gereksinim olduğu çalışmalarda vurgulanmaktadır (4,5).

Süt sağmadan önce eller sabun ve su ile yıkanmalıdır. Sabun ve su mevcut değilse, en az %60 alkol içeren alkol bazlı bir dezenfektan kullanılmalıdır. Göğüslerde ek temizlik gerekli değildir. Sağma esnasında kullanılan pompanın steril edilmesi gerekmez. Kullanılan pompanın bütün parçaları sıcak sabunlu su ile yıkanmalı ve durulanmalı ya da bulaşık makinesinde yıkanmalıdır. Yıkama sonrasında mutlaka kurulanmalıdır (6,7). Hastanede cihazın ortak kullanımı durumunda çapraz enfeksiyonu önlemek adına her anneye steril set verilmelidir.

Setlerin karışmaması için üzerine kimlik bilgileri yazılmalıdır. Bu setler anneler tarafından talimata uygun temizlenerek tekrar kullanılabilir. Setlerin temizliğinde en uygun yöntem; her kullanımdan sonra göğüs pompası setleri parçalara ayrılıp ılık su ve sabunla yıkanmalı ardından soğuk suyla durulanmalıdır. Daha sonra bakteri üremesini önlemek için kurutulmalıdır. Pompa cihazının ise her kullanımdan sonra dış yüzeyinin uygun şekilde temizlenmesi sağlanmalıdır (8,9).

Anne sütünün toplanacağı ve saklanacağı kabın yapısı da önem taşımaktadır. Sütün hücresel içeriği cam toplayıcılara yapışmaktadır fakat polietilen ya da polipropilen toplayıcılarda bu sorun yoktur (10). Uzun süreli depolamada ise yumuşak polietilen torbalar sert polipropilen kapların yerini alabilir (11). Depolamada kullanılan torbalar sağlam olmalı, uygun şekilde kapatılmalı ve torbanın zarar görmeyeceği bir alanda saklanmalıdır (6).

The Royal Children's Hospital Melbourne (RCH) politikasına göre; anne sütünün hastaneye taşınması, süt sağıldıktan sonra 24 saat içerisinde yalıtımlı soğuk bir torbada ya da buz aküleriyle gerçekleştirilmelidir (12). Centers for Disease Control and Prevention (CDC) anne sütünün, seyahat ederken 24 saate kadar donmuş buz paketleriyle izole edilmiş bir soğutucu çantada saklanabileceğini bildirmektedir. (7) Dondurulmuş sütün taşınması esnasında ise sütte çözülme meydana geldiyse, dört saat içerisinde tüketilmesi sağlanmalıdır (13).

Depolama sonrası çözdürme ve ısınmanın anne sütüne etkileri ile ilgili 11 farklı çalışma incelenmiştir (Tablo 1). İncelemeler sonucunda anne sütünün depolama süresi arttıkça; gram pozitif koloni sayımı, pH, beyaz kan hücresi sayısı, toplam protein oranı, antioksidan kapasitenin azalmış olduğu ve serbest yağ asidi konsantrasyonunun ise artmış olduğu gözlenmiştir. Serbest yağ asidi konsantrasyonu artışı anne sütünde yetişkinler için acı-sert bir lezzet ortaya çıkarmıştır. Ortaya çıkan bu lezzet değişikliği bebeklerde de redde neden olabileceğinden anne sütünün yedi günden daha az süre depolanması önerilmektedir.

Anne sütünün taze olarak tüketilmesi bebek için en sağlıklı yoldur. Taze tüketilemediğinde depolanması gerekir ve sütün özünü koruyabilmesi adına ABM (The Academy of

**Tablo 1.** Depolama sonrası çözündürme ve ısınmanın anne sütüne etkileri ile ilgili çalışmaların özeti

Yazarlar	Yayınlandığı Yıl	Depolama Koşulları (°C)	Depolama Süresi	Örneklem	Sonuçlar
Spitzer ve ark. <sup>14</sup>	2010	-19°C	2 ay	5 farklı anne sütü örneği	Dondurulup saklanan sütler çözülüp koku-tat yönünden yetişkinlerce değerlendirildiğinde; balık ve ter kokusuna benzer metalik tadın olduğu bildirilmiştir.
Slutzah ve ark. <sup>15</sup>	2010	4°C	0,24,48, 72 ve 96 saat	36 farklı anne sütü örneği	Depolama süresi arttıkça gram-pozitif koloni sayımı, pH, beyaz kan hücreleri sayısı ve toplam protein oranlarının azaldığı gözlenmiştir.
Takci ve ark. <sup>16</sup>	2012	-20°C ve -80°C	1 ay 3 ay	48 farklı anne sütü örneği	Anne sütünü -20°C'de bir ay dondurmak bakterisit etkide anlamlı değişikliğe neden olmazken, üç ay saklamak bakterisit etkiyi önemli ölçüde düşürmüştür, -80°C'de saklandığında ise bakterisidal etkinin korunduğu gözlenmiştir.
Sarı ve ark. <sup>17</sup>	2012	-80°C	2 ay	Kolostrum,geçiş ve olgun süt örnekleri (doğumdan sonraki 3,8 ve 30. günlerde sağılan süt)	Analizler sonucunda hem taze hem de depolanmış anne sütü örneklerinde laktasyon günü ilerledikçe antioksidan kapasitenin azaldığı gözlenmiştir. Kolostrum örneğinde ise -80°C'de iki ay depolanmanın sonucunda antioksidan kapasitede değişiklik olmamıştır.
Spitzer ve ark. <sup>18</sup>	2013	4°C	3 gün	33 farklı anne sütü örneği	Anne sütünün depolanması sonrasında yetişkinler tarafından yapılan duyuusal değerlendirmede nahoş bir tat ve tere benzer koku ortaya çıkmıştır. Ayrıca serbest yağ asidi konsantrasyonu bir günlük depolama sonrasında bile artış göstermiştir.
Hung ve ark. <sup>19</sup>	2013	-13°C	>5 gün	18 farklı anne sütü örneği	Depolanıp çözülmüş sütle beslendiklerinde; prematüre bebeklerin kalp atım hızı ve oksijen saturasyon seviyelerinde istatistiksel olarak anlamlı değişiklikler olduğu gözlenmiştir.
Handa ve ark. <sup>20</sup>	2014	-20°C	7 gün	40 farklı anne sütü örneği	Süt buzdolabında çözüldüğünde, pH ve bakterilerde daha büyük düşüşlere ve serbest yağ asitlerinde artışlara neden olmuştur. Oda sıcaklığında bekletildiğinde bakteriyel koloni sayısı ve serbest yağ asidi sayısı artışı sürmüştür.
Lozano ve ark. <sup>21</sup>	2014	4°C 40°C	30,60,90 gün 5,15,30,60 gün	72 farklı anne sütü örneği	Anne sütünün depolanması sonrasında askorbik asit ve C vitamini konsantrasyonları her iki sıcaklıkta da önemli ölçüde azalırken, antioksidan kapasite yalnızca 40°C'de düşmüştür.
Aksu ve ark. <sup>22</sup>	2015	4°C -20°C	72 saat 14 gün	54 farklı kolostrum ve olgun süt örneği (doğumdan sonraki ilk 7 gün ve 14 gün sonra sağılan süt)	Taze sütlerin analizinde interlökin (IL-10) seviyesinin kolostrum ve olgun sütte benzer olduğu ancak antioksidan kapasitenin kolostrumda olgun süttten yüksek olduğu gözlenmiştir. Depolama sonrasında ise interlökin (IL-10) seviyesinde bir değişiklik olmamış, antioksidan kapasite 72 saat ve 14 gün sonra yarıya inmiştir.
Ahrabi ve ark. <sup>23</sup>	2016	-20°C	1,3,6 ve 9 ay	40 farklı anne sütü örneği	Dondurma ile süt pH'ı, total bakteriyel koloni sayısı ve gram-pozitif koloni sayıları anlamlı derecede azaldığı görülmüştür.
Hung ve ark. <sup>24</sup>	2018	-15°C -18°C	7 ve 30 gün	10 farklı anne sütü örneği	Depolama süresi arttıkça anne sütünde asit değeri ve toplam serbest yağ asitleri de önemli ölçüde artmıştır. Bu artış yetişkinler için sütte acı-sert bir lezzet oluşturmuştur.

Breastfeeding Medicine) klinik protokolü ve Centers for Disease Control and Prevention (CDC) kılavuzuna göre anne sütünün depolanması ve depolanan sütün kullanılmasında dikkat edilecek noktalar şunlardır:

- Sağılmış anne sütü torbaya koyulurken soğuduğunda genleşeceği göz önünde bulundurulmalı, torba ağzına kadar doldurulmamalıdır (25).
- Anne sütünün 15-60 ml gibi küçük porsiyonlarda depolanması israfı önlemek için uygun bir yoldur. Saklama kaplarına bebeğin adı ve tarih yazılmalıdır (6).
- Önceden soğutulmuş ya da dondurulmuş süte yeni sağılmış süt ilave edilmemelidir Çözünen sütün bebeğe verildiği kap/biberonun temiz olması gereklidir. Temizliğinde su ve sabun yeterlidir. Sterilize etmeye gerek yoktur (6).
- Dondurulmuş sütü çözmenin en iyi yolu; yağ kaybı daha az olduğundan dolayı bir gece önceden buzdolabı rafında bekletmektir. Diğer çözme yöntemleri, dolaptan çıkarıp ılık akan suyun altında tutmak ya da ılık su dolu bir kabın içinde bekletmektir (Benmari). Mikrodalga ile çözme anne sütündeki antienfektif özellikleri ortadan kaldırdığından önerilmez (6).
- Dondurulmuş olan sütlerden eski tarihli olan süt önce çözündürülmelidir (25).
- Çözünmüş olan süt tekrar dondurulmamalıdır. (25).
- Süt benmari yönteminde uygun sıcaklığa (su sıcaklığı en fazla 40°C) 20 dakikada ulaşır (6).
- Anne sütü bebeğe verilmeden önce el bileğine birkaç damla damlatılarak sıcaklığı test edilmelidir. (25).

- 24 saat önce çözülen anne sütü oda sıcaklığında iki saatten fazla bekletilmemelidir (6).
- Bebeğin içtiği ancak bitiremediği süt kontaminasyon riski nedeniyle tekrar verilmemelidir. Kalan sütün bir-iki saat sonra atılması makul görünmektedir (6).
- Sağılan anne sütünde kötü koku ya da pürülan bir görünüm varsa atılmalıdır (6).

Sonuç olarak; bebeğin anne sütünden mümkün olduğunca taze bir şekilde yararlanması sağlanmalıdır. Bebeğe taze olarak verilemediği durumlarda anne sütünün depolama koşullarının ve çözme yönteminin uygunluğunun sağlanması önem taşımaktadır. Sütün besleyici ve immünolojik özelliklerinin korunabilmesi için rehberler doğrultusunda ailelerin özellikle annelerin bilgilendirilmesi bebek açısından faydalı olacaktır. Depolama, dondurma ve çözme yönteminin anne sütüne etkileri ile ilgili kanıt düzeyi yüksek çalışmalara gereksinim vardır. Konuyla ilgili protokollerin oluşturulması ve uygulamadaki farklılıkların giderilmesi de önemlidir. Ayrıca anne sütünün güvenli depolanması anne sütü bankacılığı konusuna da dayanak oluşturmaktadır. Anne sütü bankalarında da enfeksiyon vb. risklere özen gösterilerek depolama sağlanabilir. Bu konuda da gerekli çalışmalar yapılmalı ve bilgilendirmeler sağlanmalıdır.

*"Bebek mümkün olduğunca anne sütü ile beslenmelidir. Çünkü o, bebeği büyüten, kana en yakın ve doğal olarak gelişip büyüme için en uygun olan besindir. Annenin göğsünde kan süte dönüşür. Bebek için yararlıdır ve onun yapısı için cazip ve kabul edilebilir özelliktedir." (Ibn-i Sina/ El-Kanun fi't-Tıbb)*

**Tablo 2.** Anne sütünün saklanması (6,25,26)

	ABM Klinik Protokolü	CDC Kılavuzu	Sağlık Bakanlığı
Oda ısısı (16-29 °C)	4 saat (temiz ortamda 6-8 saat)	4 saat	3 saat
Buzdolabı rafı (+4°C)	4 gün (temiz ortamda 5-8 gün)	4 gün	3 gün
Derin dondurucu (-18°C altı)	6 ay (12 ay da kabul edilebilir)	6 ay (12 ay da kabul edilebilir)	3 ay

ABM: The Academy of Breastfeeding Medicine  
CDC: Centers for Disease Control and Prevention

**İletişim:** Dr. Nursan Çınar

**E-posta:** ndede@sakarya.edu.tr

## Kaynaklar

1. Çınar ND, Sözeri CU, Altınkaynak S. Başarılı nesiller için anne sütü. *Sağlıkla Aylık Sağlık Dergisi* 2009; 12: 20-1.
2. Unicef, Breastfeeding a mothers gift for every child, Accessed November 3,2019,at. <https://www.unicef.org/>
3. Çan G, Topbaş M. Anne sütünün saklanması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007;6:375-9.
4. Bilgen H, Kültürsaray N, Türkyılmaz C. Türk Neonatoloji Derneği sağlıklı term bebeğin beslenmesi rehberi. *Türk Pediatri Arşivi* 2018; 53: 128-37.
5. Köse D, Çınar N, Altınkaynak S. Yenidoğanın Anne ve Baba ile Bağlanma Süreci. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2013; 22: 239-45.
6. Eglash A, Simon L, The Academy of Breastfeeding Medicine. *ABM Clinical Protocol #8: Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants*, Revised 2017. *Breastfeeding Medicine* 2017; 12: 390-5.
7. Centers for Disease Control and Prevention, Breastfeeding, Accessed November 3, 2019,at. <https://www.cdc.gov>
8. Price E, Weaver G, Hoffman P, Jones M, Gilks J, O'Brien V, Ridgway G. Decontamination of breast pump milk collection kits and related items at home and in hospital: guidance from a Joint Working Group of the Healthcare Infection Society and the Infection Prevention Society. *Journal of Infection Prevention* 2016; 17:53-62.
9. Engür D, Çetinkaya Çakmak B, Kaynak Türkmen M, Telli M, Eyigör M, Güzünler M. A Milk Pump as a Source for Spreading *Acinetobacter baumannii* in a Neonatal Intensive Care Unit. *Breastfeeding Medicine* 2014; 9: 551-4.
10. Goldblum RM, Garza C, Johnson CA, Harrist R, Nichols BL, Goldman AS. Human milk banking I. effects of container upon immunologic factors in mature milk. *Nutrition Research* 1981; 1: 449 -59.
11. Janjindamai W, Thatrimontrichai A, Maneenil G, Puwanant M. Soft Plastic Bag Instead of Hard Plastic Container for Long-term Storage of Breast Milk. *The Indian Journal of Pediatrics* 2013; 80:809-13.
12. The Royal Children's Hospital Melbourne, Breastfeeding a baby in hospital, Accessed November 3,2019,at. <https://www.rch.org.au/home/>
13. National Health and Medical Research Council(NHMRC), Infant Feeding Guidelines:Information for health workers, Accessed November 4, 2019,at. <https://www.nhmrc.gov.au/>
14. Spitzer J, Doucet S, Buettner A. The influence of storage conditions on flavour changes in human milk. *Food Quality and Preference* 2010; 21: 998-1007.
15. Slutzah M, Codipilly CN, Potak D, Clark RM, Schanler RJ. Refrigerator Storage of Expressed Human Milk in the Neonatal Intensive Care Unit. *The Journal of Pediatrics* 2010; 156:26-8.
16. Takci S, Gülmez D, Yiğit S, Doğan O, Dik K, Hasçelik G. Effects of Freezing on the Bactericidal Activity of Human Milk. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2012;55:146-9.
17. Sarı FN, Akdağ A, Dizdar EA, Uras N, Erdeve O, Erel O, Dilmen U. Antioxidant capacity of fresh and stored breast milk: is -80°C optimal temperature for freeze storage?. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 2012; 25: 777-82.
18. Spitzer J, Klos K, Buettner A. Monitoring aroma changes during human milk storage at +4° C by sensory and quantification experiments. *Clinical Nutrition* 2013;32:1036-42.
19. Hung HY, Hsu YY, Su PF, Chang YJ. Comparison of Physiological and Behavioral Responses to Fresh and Thawed Breastmilk in Premature Infants—A Preliminary Study. *Breastfeeding Medicine* 2013;8:92-8.
20. Handa D, Ahrabi AF, Codipilly CN, Shah S, Ruff S, Potak D, Williams JE, McGuire MA, Schanler RJ. Do thawing and warming affect the integrity of human milk?. *Journal of Perinatology* 2014; 34:863-6.
21. Lozano B, Castellote AI, Montes R, López-Sabater MC. Vitamins, fatty acids, and antioxidant capacity stability during storage of freeze-dried human milk. *International Journal of Food Sciences and Nutrition* 2014; 65:703-7.
22. Aksu T, Atalay Y, Türkyılmaz CI, Gülbahar Ö, Hirfanoğlu Hızlı, Demirel N, Önal E, Ergenekon E, Koç E. The effects of breastmilk storage and freezing procedure on interleukin-10 levels and total antioxidant activity. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2015; 28: 1799-802.
23. Ahrabi AF, Handa D, Codipilly CN, Shah S, Williams, JE, McGuire MA, Potak D, Aharon GG, Schanler RJ. Effects of Extended Freezer Storage on the Integrity of Human Milk. *The Journal of Pediatrics* 2016;177:140-3.
24. Hung HY, Hsu YY, Su PF, Chang YJ. Variations in the rancid-flavor compounds of human breastmilk under general frozen-storage conditions. *BMC Pediatrics* 2018;18:94.
25. Centers for Disease Control and Prevention, Storage and Preparation of Breast Milk, Accessed November 9, 2019,at. <https://bit.ly/2dxVYLU>
26. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Anne Sütünün Sağlanması, Erişim Tarihi 3,2019. <https://sagligim.gov.tr/>.



## Sülük Terapisine Bağlı Kutanöz Lenfoid Reaksiyon Cutaneous Lymphoid Reaction Due to Leech Therapy; Case Presentation

Dr. Ayşe Mıdık Özpak<sup>1</sup>, Emine Vildan Şahin<sup>2</sup>

DOI: 10.17942/sted.431617

Geliş/Received : 17.04.2019  
Kabul/Accepted : 12.09.2019

### Öz

Medikal sülük tedavisi eskiden beri çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Günümüzde popüler hale gelen bu tedavi konusunda zaman zaman hastalar kendi hastalıklarının tedavisi için kullanıp kullanamayacakları konusunda klinisyenlerden tavsiye istemektedir. Medikal sülük tedavisi yararlı olduğu kadar bu terapinin çeşitli komplikasyonları da olabilir. Bu komplikasyonlar ve yan etkiler konusunda hastalara muhakkak bilgi verilmelidir. Hastalardan mutlaka aydınlatılmış onam alınmalıdır. Bu olguda hashimato tiroiditine yararlı olacağına inanarak sülük terapisi yaptıran bayan hasta tartışılacaktır. Hastanın sülük yapışma yerlerinde aylardır geçmeyen dermatit yakınması vardır ve bu yakınma için çeşitli merkezlere başvurmuş onlarca ilaç kullanmış ancak sonuç alamamıştır. Bu süreçte psikolojisi bozulan hasta şu an psikiyatrik tedavi görmektedir. Bu olgu sunumunun amacı sülük terapisinin yan etkileri ve komplikasyonları ile ilgili farkındalık yaratmaktır.

**Anahtar sözcükler:** Alternatif tıp, Dermatopatoloji, Hirudoterapi

### Abstract

Medical leech therapy has long been used in the treatment of various diseases. From time to time, the patients ask the clinicians for advice on whether they may use this therapy, which has today become popular, for the treatment of their own diseases. Medical leech therapy may be useful, however, it may also involve several complications. Patients should absolutely be informed about these complications and side effects. Informed consent must be obtained from the patients. In this case, a female patient who has had leech therapy believing it would be beneficial for Hashimoto's thyroiditis will be discussed. The patient complaining of dermatitis at the areas of leech attachment that have not been cured for months sought for medical advice at various centers for this complaint and used tens of medicines, but could not achieve an improvement. The patient who fell into a depression during this period is currently undergoing a psychiatric treatment. The purpose of this case report is to raise awareness about the side effects and complications of leech therapy.

**Key words:** Alternative medicine, Dermatopathology, Hirudotherapy

## Giriş

Medikal sülük tedavisi ya da hirudoterapi pek çok alanda başarıyla uygulanmaktadır. Eskiden beri bilinen bu yöntem günümüzde oldukça ilgi görmektedir. Sülükler tatlı suda yaşayan segmentli hermafrodit kurtlardır. Genellikle sülüklerin beslenmesi 40 dakika alır ve her sülük ortalama 10-15 ml kan emer. Kanı sindirmeleri için çeşitli enzimler taşır, ayrıca salgılarında *Aeromonas hydrophila* *Pseudomonas hirudinia* bakteriler bulunabilir (1-2) Medikal sülükler günümüzde plastik ve rekonstruktif cerrahide, mikrocerrahide, çeşitli kardiyovasküler hastalıklarda, derin ven trombozlarında, tinnitusta, akut ve kronik otitis mediada, diyabetin komplikasyonlarında ve osteoartritte başarıyla kullanılmaktadır (3-4) Yapılan çalışmalarda sülüklerin salgılarında 20'den fazla biyoaktif maddeler bulunduğunu ve bu maddelerin analjezik, antiinflamatuvar ve antikoagülan etkileri olduğu saptanmıştır (5). Bütün bu faydalarına karşın yan etkileri de göz ardı edilmemelidir. Medikal sülük tedavisinin en sık görülen yan etkisi sülüklerin yapışma

yerlerinde kaşınma ve kanama olmasıdır. Enfeksiyon ve alerjiler ise daha ender görülen ancak daha ciddi komplikasyonlardır (2). Bu olguda sülük tedavisi sonrası geçmeyen dermatiti olan bir hasta irdelenecektir. Bu olgunun amacı sülük tedavisinin yararlarının yanı sıra yan etkileri olabileceğine dikkat çekmek ve hastalara sülük tedavisi tavsiye edilmeden önce bu tarz yan etkilerin de göz ardı edilmemesi gerektiğine dikkat çekmektir.

## Olgu Sunumu

44 yaşında bayan hasta hashimato tiroiditi nedeniyle izleniyor ve bunun için hergün levotiroksin 25 mcg kullanıyor. Hasta hashimato tiroiditine yararlı olacağına inanarak alternatif ve tamamlayıcı tıp kliniğine başvurmuş burada kendisine sülük tedavisi yapılmış. Tiroid bezi üzerine bu merkezde sülük konmuş işlemden sonra hastanın sülük konulan yerlerinde yanma ve kaşıntı ortaya çıkmış. Bunu izleyen sülük yapışma yerlerinde iltihaplı cerahatler oluşmuş tedavi için başvurduğu sağlık merkezinde



Fotoğraf: Hashimato tiroiditi için sülük tedavisi yapılan 44 yaşındaki bayan hastanın boyun bölgesinde multiple papüllerin görünümü

kendisine sülüklerin alerji yapmış olabileceği söylenmiş ve hastaya 60 mg prednizolon ve feniramin 45.5mg/2ml ampul intravenöz uygulanmış. Yakınmaları gerilemeyen hastaya azitromisin, rifampisin, sefalekssin, amoksisilin ve klavulanik asit, siprofloksasin gibi antibiyotikler ve lokal etkili antibiyotik içeren merhemler farklı zamanlarda reçete edilmiş ve hastaya sülükden mikrop kapmış olabileceği söylenmiş. Ancak bunların hiçbiri iyileşmesine yardımcı olmamış. Hastaya lokal etkili steroidler ve lokal etkili anti-alerjik merhemler de yararlı olmamış. Sülük tedavisinin üzerinden altı ay geçmiş olmasına karşın hastanın sülük yapışma yerlerindeki döküntüleri hala geçmemiş. İki kez biyopsi yapılmış. Birinci biyopsi eozinofilden zengin diffüz dermatit olarak raporlanırken ikinci biyopsi eozinofiliyle giden lenfomatoid doku reaksiyonu olarak raporlanmış. Hastanın total IgE düzeyi yüksekliği dışında kan değerleri tamamen normal bulunmuş. Bu geçmeyen yakınmalar nedeniyle hastanın psikolojik durumu bozulmuş ve kendisine sertralin 50 mg başlanılmış. Aile hekimliği kliniğine bu yakınmalarla başvuran hastadan detaylı öykü alındı ve durumu incelendi. Hastanın boynunda 6-10 mm büyüklüğünde deriden kabarık papüller tarzda pembe renkli lezyonlar olduğu görüldü (Fotoğraf).

Bu lezyonlar tek seans sülük tedavisinden beri altı aydır varmış. Yukarıda sayılan tedaviler denenmiş ancak geçmemiş. Hastanın kutanöz psödolenfoma olabileceği düşünüldü. Biyopsi raporunun lenfositler ve eozinofillerden zengin diffüz dermatit olarak raporlanması bu ön tanımımızı güçlendirdi. Bunun için histolojik inceleme yapılması gerekmektedir. Hastaya bu lezyonlar için lazer ya da cerrahi tedavi önerildi. İntralezyoner ya da topikal steroidlerin ve interferonların da yararlı olabileceği belirtildi. Hasta plastik cerrahi ve dermatoloji polikliniklerine yönlendirildi. Bu olgu sunumu için hastadan izin alınmıştır.

### Tartışma

Sülük tedavisi çeşitli hastalıklarda faydalı olsa da bu olgu sunumunun amacı çeşitli kişilerde sülüklerin bu tarz yan etkiler yapabileceği konusunda farkındalık yaratmaktır. Hirudoterapi sonrası kutanöz psödolenfoma olgusu ilk kez Polonya'dan bildirilmiş olup dünya literatüründe

bu biçimde bildirilen dört olgu vardır (6-9). Topikal ya da intralezyoner steroidler, ultraviyole B fototerapi, siklosporin A, interferon 2, lazer tedavisi ve cerrahi tedaviler bu lezyonların tedavisinde başarıyla uygulanmaktadır (10). Sülük tedavisi planlanan hastalara enfeksiyon, kanama ya da lokal irritasyon olabileceği konusunda bilgi verilmeli ve onamları alınmalıdır. Klinisyenler son günlerde popüler bu konuya dikkatli yaklaşmalıdır.

**İletişim:** Uzm. Dr. Ayşe Mıdık Özpak

**E-posta:** aysemidik@hotmail.com

### Kaynaklar

1. Herlin C., Bertheuil N., Bekara F., Boissiere F., Sinna R., Chaput B. Leech therapy in flap salvage: systematic review and practical recommendations. *Ann Chir Plast Esthet.* 2016;62:1–13
2. Gileva O.S., Mumcuoglu K.Y. Hirudotherapy. In: Grassberger M., Sherman R.A., Gileva O.S., Kim C.M.H., Mumcuoglu K.Y., editors. *Biotherapy-history, principles and practice: a practical guide to the diagnosis and treatment of disease using living organisms.* Springer Science & Business Media; London: 2013. pp. 31–76.
3. Cherniack E.P. Bugs as drugs, part two: worms, leeches, scorpions, snails, ticks, centipedes, and spiders. *Altern Med Rev.* 2011;16:50–58.
4. Abdulkader A.M., Ghawi A.M., Alaama M., Awang M., Merzouk A. Leech therapeutic applications. *Indian J Pharm Sci.* 2013;75:127–137
5. Abdullah S., Dar L.M., Rashid A., Tewari A. Hirudotherapy/leech therapy: applications and indications in surgery. *Arch Clin Exp Surg.* 2012;1:172–180.
6. Altamura D, Calonje E, Liau JI, Rogers M, Verdolini R. Diffuse cutaneous pseudolymphoma due to therapy with medicinal leeches. *JAMA Dermatol.* 2014 Jul; 150(7):783-4.
7. Choi Y, Kim SC. Cutaneous pseudolymphoma induced by *Hirudo medicinalis* therapy. *J Dermatol.* 2012; 39:195–7.
8. Smolle J, Cerroni L, Kerl H. Multiple pseudolymphomas caused by *Hirudo medicinalis* therapy. *J Am Acad Dermatol.* 2000; 43:867–9.
9. Tupikowska M1, Woźniak Z2, Wojciechowska-Zdrojowy M1, Maj J1, Jankowska-Konsur A. Hirudotherapy - a rare cause of pseudolymphoma. *Postepy Dermatol Alergol.* 2018 Apr;35(2):225-226
10. Tomar S, Stoll H, Grassi M, et al. Treatment of cutaneous pseudolymphoma with interferon alfa-2b. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60: 172–4.



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla iki ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergidir. STED, 2012 yılında TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'ne girdi. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları yayımlanır.

#### Yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır. Konuların işlenme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır. Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalıdır. Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.

- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.

- Etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel çalışmalar için ayrı etik kurul kararı alınmış olmalı, kararlar metin içinde belirtilmeli ve belgelendirilmelidir. Ulusal ve uluslararası geçerli etik kurallara uyulmalıdır (Bakınız, [www.ulakbim.gov.tr](http://www.ulakbim.gov.tr)). Sözü edilen özellikte çalışmalar, etik onaylar olmadan değerlendirmeye alınmayacaktır.

- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

#### 1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa (en fazla 90 karakter), yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.

- **Yazarlar:** Her yazarın akademik derecesi, çalıştığı kuruluş, ili, adı soyadı ve ORCID numarası (<https://orcid.org/>) belirtilmelidir. Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "ve ark." biçiminde belirtilmelidir.

- Metinle ilgili yazımdan sorumlu yazarın adı, e-posta ve açık adresi, mali destek ve diğer kaynaklar, ana metnin sözcük sayısı, şekil ve tabloların sayısı belirtilmelidir.

**2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler:** İkinci sayfada yer alacak öz ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın amacı (objective), gereç ve yöntem (material and method), bulgular (results), ve sonuç (conclusion) bölümleri ayrı ayrı bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 175-200 sözcükten oluşmalıdır. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır. Özün altında üç ile beş anahtar sözcük yer almalıdır. Anahtar sözcüklerin, Index Medicus'un Medical Subjects Headings (MeSH) başlığı altındaki "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerinden seçilmesi gerekmektedir. Türkçe anahtar sözcükler için, bu amaçla hazırlanmış MeSH - Medical Subject Headings terimlerinin Türkçe karşılıklarını içeren anahtar sözcükler dizini olan Türkiye Bilim Terimleri kullanılmalıdır. (<http://www.bilimterimleri.com>)

**3. Giriş:** Bu bölümde, makale ile ilgili ön bilgiler, amaç, gereç belirtilmelidir.

**4. Gereç ve Yöntem:** Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak yer almalıdır. Yöntemler için kaynak gösteriniz. Yeni olan yöntemleri tanımlayınız. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işleri ve uyulan belgeleri belirtiniz. Kullanılan istatistik yöntemlerini, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız.

**5. Bulgular:** Bulguları metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz. Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulguları, sayı ve yüzde olarak belirtiniz.

**6. Tartışma:** Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Bulguların ne anlama geldiğine ve bunların sınırlarına yer verilmelidir.

**7. Sonuçlar:** Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

**8. Teşekkür:** Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımcı olanlara, mali ve gereç destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.

**9. Kaynaklar:** Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt

yazılardaki kaynakları rakamlarla (1,2,4-7) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. En fazla otuz (30) kaynak kullanılabilir (30 kaynaktan fazla kullanımda çalışmalar değerlendirmeye alınmayacaktır).

#### Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

**Tipik dergi makalesi:** Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996;124:980-3. ya da 1996 Jun 1;124(11):980-3.

**Kitap:** Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany: Delmar Publishers;1966.

**Kitap bölümü:** Murray IL. Care of the elderly. In: Taylor RB, ed. Family medicine: principles and practice. 3rd ed. New York: Springer - Verlag;1988. p.521-32.

**Web Sitesi:** Clinical evidence on tinnitus. BMS Publishing group. Accessed November 12, 2003, at <http://www.clinicalevidence.com>

**10. Tablolar:** Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyunuz. Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.

**11. Şekiller ve Fotoğraflar:** Fotoğraf, şekiller ana metinde ilk değinildikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için kaynak belirtilmelidir.

#### Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

**1. Sayfa numaraları:** Sayfalara başlık sayfasından başlayarak, sırayla numara verilmeli, sayfa numaraları her sayfanın sağ alt köşesine yazılmalıdır.

**2. Başlıklar:** Yazının ana başlıkları ve ara başlıkların baş harfleri büyük olmalıdır.

**3. Birimler:** Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmamalıdır: 3,5 mmol/L, 11,6 mg/kg gibi. Tüm hematolojik ve klinik kimya ölçümleri "Uluslararası Birimler Sistemi" ile (SI) uyumlu olarak metrik sistemde bildirilmelidir.

**4. Rakamlar:** Bir ile dokuz arası rakamları yazıyla yazınız. 10 ve üstünü sayıyla yazınız. İstisna: Dozaj, yüzde, sıcaklık derecesi ve metrik ölçümleri her zaman sayıyla belirtiniz. "Tam sayılardan sonra ondalık değerleri nokta ile değil, virgül ile ayırarak belirtiniz."

**5. İlaç adları:** Tüm ilaçların jenerik adlarını kullanınız. Ticari adlar, ilacın metinde ilk geçişinde parantez içinde verilebilir.

**6. Kısaltmalar:** Standart kısaltmalar ve ölçüm birimleri dışında, kısaltmadan olanak ölçüsünde kaçınılmalıdır. Kısaltma, metindeki ilk geçişinde açık yazılışıyla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özetinde kısaltma kullanılmamalıdır.

**7. Yüzdeler:** Yüzde işareti (%) ile belirtilebilir.

**8. Sözcük sayısı:** Yazıların sözcük sayısı en az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır (4500 sözcükten fazla kullanımda çalışmalar değerlendirmeye alınmayacaktır).

**9. Çeviri:** Çeviri yazılarda çeviriyi yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

**Metinlerin Gönderilmesi:** Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir. Yazılar; <http://dergipark.gov.tr/sted> adresi üzerinden gönderilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'na yapılabilir.

Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. **Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır.** Etik kurulun bulunmadığı yerler için [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) e-posta adresinden bilgi istenebilir.

Yazarların Yayın Hakkı Devir Formu ile birlikte çalışmalarını göndermeleri gerekmektedir. Yayın Hakkı Devir Formu olmayan çalışmalar değerlendirmeye alınmayacaktır.