

Yayın Yönetmenleri

Yrd. Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

Yayın Kurulu

Dr. Aysun Balseven Odabaşı
Dr. Şamih Demli
Dr. Tolga İnce
Stj. Dr. Berkan Kaplan
Dr. R. Ekrem Kutbay
Dr. Mehmet Özen
Dr. Murat Sincan

Dr. Figen Şahpaz
Dr. Emrah Şeyhoğlu
Prof. Dr. Songül Yalçın
Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin
Dr. Yılmaz Yıldız
Dr. Adnan Yüce

Bilimsel Danışma Kurulu

Adli Tıp

Prof. Dr. Ümit Biçer
Prof. Dr. Hamit Hancı

Aile Hekimliği

Prof. Dr. Hakan Yaman

Çocuk Psikiyatrisi

Prof. Dr. Fatih Ünal

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Ufuk Beyazova (Sosyal Pediatri)
Doç. Dr. Ali Süha Çalikoğlu (Endokrinoloji)
Prof. Dr. Şükür Hatun (Endokrinoloji)
Prof. Dr. Nural Kiper (Göğüs Hastalıkları)

Yrd. Doç. Dr. Esra Önal

Prof. Dr. İmran Özalp

Doç. Dr. Figen Şahin (Sosyal Pediatri)

Prof. Dr. İlhan Tezcan (İmmünoloji)

Prof. Dr. Duygu Uçkan (Hematoloji)

Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi

Doç. Dr. Serdar Kula

Deontoloji ve Tıp Tarihi

Prof. Dr. Berna Arda

Doç. Dr. Nüket Örnek Büken

Enfeksiyon Hastalıkları

Prof. Dr. Murat Akova

Doç. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Serhat Ünal

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Genel Cerrahi

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

Genel Pratisyenlik

Dr. Aylin Sena Beliner
Dr. Alper Büyükkakuş

Dr. Hayati Çakır

Dr. Naciye Demirel

Dr. Sema İlhan

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Fatih Şua Tapar

Halk Sağlığı

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Doç. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Ayşen Bulut

Doç. Dr. Deniz Çalışkan

Doç. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

İç Hastalıkları

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Çetin Turgan (Nefroloji)

Kadın Hastalıkları ve Doğum

Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji

Doç. Dr. Levent İnan

Ortopedi ve Travmatoloji

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri

Prof. Dr. Orhan Öztürk

Tıbbi Farmakoloji

Prof. Dr. Alper İskit

Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Gülden Aykanat

Dr. Sultan Gemalmaz

Dr. Hasan Değirmenci

Dr. Nevruz Gürçeğiz

Dr. Nesrin Erborü

Dr. Mesut Yıldırım

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Dr. Eriş Bilaloğlu

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

Yayın Yönetim Merkezi ve İletişim Adresleri

Türk Tabipleri Birliği Gazi Mustafa Kemal Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. 2 Kat: 4
Maltepe 06570 Ankara

Telefon : (0312) 231 31 79/133 Faks: (0312) 231 19 52-53

E-posta : sted@ttb.org.tr

İnternet : www.ttb.org.tr/STED

Basım İletişim Bilgileri ve Yeri

Elit Ofset Matbaacılık, Ambalaj San. ve Tic. A.Ş.

İktisadi Organize Sanayi Bölgesi İpkas Sanayi Sitesi 3.Etap B 19 Blok No:5

İkitelli - İstanbul

Tel: +90 212 549 88 60 (pbx)

Basım Tarihi: 28 Haziran 2011

Bu Sayıda

Cilt	20
Sayı	1
Ocak	
Şubat	2011

Derleme / Review Article

Vajinal Doğum Ağrısının Azaltılmasına Yönelik Nonfarmakolojik Ebelik Bakım Uygulamaları 1
Dr. Gülseren Dağlar, Neriman Aydemir

Kadınlarda İdrar Kaçırma Korunma ve Tedavide Cerrahi Dışı Yöntemler 7
Dr. Emine Şen

Kadınlarda Sigara Kullanımı ve Cinsiyete Özel Riskleri 14
Dr. Gülnaz Karatay

Çölyak ve Gebelik 21
Selda İldan Çalım, Dr. Emre Yanikkerem

Çalışan Güvenliğinde Psikososyal Bir Dram: Mobbing 26
Dr. Ümit Atman

Kanseri Önlemek Olası mı? 32
Ayla Açıkgöz, Hülya Ellidokuz

Araştırma / Research

Nullipar Gebe Kadınların Doğum Öncesi Eğitime Katılmama Nedenleri 39
Dr. Pınar Serçekeş, Dr. Samiye Mete



Kapak Fotoğrafi "Taştaki Emek" Adalet Çiftçi, Aksaray TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2009 Büyük Ödül

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED) Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sürekli eğitimi için iki ayda bir yayımlanmaktadır. Yıllık abone ücreti 30 TL, öğrenciler için 15 TL'dir



Merhaba,

Dr. Dağlar ve Aydemir "Vajinal Doğum Ağrısının Azaltılmasına Yönelik Nonfarmakolojik Ebelik Bakım Uygulamaları" isimli çalışmalarında fizyolojik bir olay olan doğumun kadınların çoğunda ciddi ağrı hissi oluşturduğunu, bu şiddetteki ağrının başka bir durumda kabul edilemeyeceğini belirtmektedirler. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler gevşeme, ruhsal uyarılma, tensel uyarılma ve solunum teknikleri olmak üzere genelde dört ayrı teknikten oluşmaktadır.

Dr. Şen "Kadınlarda İdrar Kaçırma Korunma ve Tedavide Cerrahi Dışı Yöntemler" başlıklı çalışmasında idrar kaçırma (üriner inkontinans), tüm yaş grubu kadınlarda yaygın olarak görülen ve sosyal, psikolojik, fiziksel, cinsel aktivitelerini ve yaşam kalitesini etkileyen bir sağlık sorunu olduğunu vurgulamakta idrar kaçırmanın tedavisinde ilaç, cerrahi ve cerrahi dışı tedavi gibi birçok yöntem kullanıldığını belirtmektedir. Şen, cerrahi dışı yöntemler arasında uygun diyet, sıvı kısıtlaması, kilo verme, mesane eğitimi, alışkanlık eğitimi, pelvik

taban kas egzersizi, biyogeribildirim ve elektriksel stimülasyon bulunduğunu vurgulayarak mesane eğitimi konusunda ayrıntılı bilgiler vermektedir.

Dr. Karatay "Kadınlarda Sigara Kullanımı ve Cinsiyete Özel Riskleri" isimli çalışmasında günümüzde epidemik bir salgına dönüşen sigara tüketimi, başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere gelecekte daha çok kadınları etkileyen bir sorun olma eğilimi gösterdiğini ortaya koymakta, kadınlarda sigara içme sıklığındaki artışta ekonomik politikaların yol açtığı eşitsizliklerin ve sigara piyasası tarafından yürütülen reklam faaliyetlerinin önemli payı bulunduğunu belirtmektedir.

Dr. Çalım ve Dr. Yanikkerem "Çölyak ve Gebelik" isimli çalışmalarında çölyak hastalığının son zamanlarda yaygın bir sağlık sorunu olarak kabul edildiğini belirtip hastalık tedavi edilmediğinde neden olacağı sağlık sorunlarından söz edilmektedir. Hemşire ya da ebe, çölyak hastalarını, özellikle çölyaklı gebeleri ve onların ailelerini, halk sağlığı perspektifi kapsamında sağlık bakımı ve yaşam kalitesi gelişimi açısından iyi değerlendirerek, bilgilendirebileceği ve destekleyebileceği çalışmada vurgulanmaktadır.

Dr. Atman "Çalışan Güvenliğinde Psikososyal Bir Dram: Mobbing" isimli çalışmasında mobbing - psikolojik yıldırma, iş sağlığı alanında yeni dile getirilen, çalışma çevresinde sık görülen sosyal ve psikolojik çok boyutlu bir eylemler dizisi olduğunu belirtmektedir. Mobbingin çalışanlar üzerindeki etkisini ve çalışma ortamına yansımalarını yazar çalışmasında ortaya koymaktadır.

Dr. Açıkgöz ve Dr. Ellidokuz "Kanseri Önlemek Olası mı?" isimli çalışmalarında kanserlerin çoğunun önlenebileceğini ileri sürmektedirler. Yazarlar kanser insidansının, morbidite ve mortalitesinin düşürülmesi için öneriler getirmekte örneğin tütün kullanımının kontrolünün kanser insidansı ve mortalitesini azaltacak en önemli politika olduğunu ileri sürmektedirler.

Dr. Serçekuş ve Dr. Mete "Nullipar Gebe Kadınların Doğum Öncesi Eğitime Katılmama Nedenleri" isimli çalışmalarında görüşme sırasında eğitime katılmak istemediğini belirten kadınlara katılmama nedenleri sorulmuş, eğitime katılmama nedenleri arasında çalışma, eğitime gerek duymama, eşinin izin vermemesi, zamanının olmaması, eğitim yerinin uzak gelmesi yanı sıra gelmek için yol parasının olmaması dikkat çekmektedir.

Bilimsel ve dostça kalın.



Fotoğraf: "Açılan Kanatlar" Sağ. Mem. Muzaffer Doğan/ STED Fotoğraf Yarışması 2009 Sergi Ödülü



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005 yılı başından beri TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'ndedir. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları, sağlık ocağı ve AÇS-AP merkezi gibi birinci basamak kurum tanıtımları ve hekim günlükleri yayımlanır.

Dergide yayımlanacak makalelerin aşağıda belirtilen özellikleri taşıması gerekmektedir:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır. Konuların işlenme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır. Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalı; Türkçe karşılığı olan yabancı sözcük kullanılmamalıdır. Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da irksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.

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

- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalı, bölümlerin her birine yeni bir sayfa ile başlanmalıdır.

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

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

- **Yazarlar:** Her yazarın en üst akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı, ikinci adı varsa baş harfi ve soyadı belirtilmelidir. Yazar olarak gösterilen herkes yazılığa hak kazanmış olmalıdır. (Bkz, STED Temmuz 2004 ya da www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf)

Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "et al." ya da "ve ark." biçiminde belirtilmelidir.

- Metninle ilgili yazışmadan sorumlu yazarın adı, e-posta ve açık adresi. Mali destek ve diğer kaynaklar. Ana metnin sözcük sayısı. Şekil ve tabloların sayısı.

2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler: İkinci sayfada yer alacak öz ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın amaçları, temel işlemler, başlıca bulgular ve varılan sonuçlar bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 150-250 sözcükten oluşabilir. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır.

Özün altında üç ile 10 anahtar sözcük yer almalıdır. (Index Medicus'un Medical Subjects Headings [MeSH] başlığı altında "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerini kullanınız. MeSH terimleri yoksa, var olan terimler kullanılabilir.)

3. Giriş: Bu bölümde, makale ile ilgili ön bilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir. Bu bölümde ilgili kaynaklar dışında bilgi verilmemeli, çalışmanın veri ve sonuçları bulunmamalıdır. Bu bölümün sonunda çalışmanın amacı ve gerekçesi açıklanmalıdır.

4. Gereç ve Yöntem: Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak yer almalıdır. Diğer araştırmacıların aynı sonuçları elde etmeleri için yöntemleri, aygıtları ve işlemleri açıklayınız. 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. Bu bölümde bulgulara yer vermeyiniz.

5. Sonuçlar: Bulguları metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz. Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulguları, sayı ve yüzde olarak belirtiniz. Verilerin, en uygun tablo, şekil ve grafiklerle gösterilmesi için çaba harcanmalıdır.

6. Tartışma: Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Bulguların ne anlama geldiğine ve bunların sınırlarına yer vermelidir. Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

7. Teşekkür: Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve gereçsel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.

8. 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 (1-2-3) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

Tipik dergi makalesi

Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increasead 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 JL. Care of the elderly. In: Taylor RB, ed. Family medicine: principles and practice. 3rd ed. New York: Springer -Verlang; 1988. p.521-32.

Web Sitesi

Clinical evidence on tinnitus. BMS Publishing group. Accessed November 12, 2003, at [http:// www.clinicalevidence.com](http://www.clinicalevidence.com)

Kaynak göstermede diğer özellikler ve özel durumlar için Bkz,

http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf

9. Tablolar: Her tabloyu ayrı kağıda çift aralıklı olarak yazınız. 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. Kullanılan standart dışı kısaltmaları ve açıklayıcı bilgileri dipnotta veriniz. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler: *, †, ‡, §, ||, **, ††, ??

Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.

10. Şekiller ve Fotoğraflar

Şekiller profesyonelce çizilmiş ve fotoğraflanmış olmalıdır. Özgün çizimler yerine, temiz, parlak, siyah-beyaz fotoğraflar yeğlenmelidir. Fotoğraf arklarında yazar adı, numaraları ve oklarla üste gelecek yön belirtilmeli; şekil ve resim altlarına çift aralıklı açıklayıcı yazılar konmalıdır. Şekiller ana metinde ilk değinildikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için özgün kaynak belirtilmelidir.

Şekil alt yazılarının, ayrı bir sayfaya rakamlarla numaralandırılarak, çift aralıklı listelenmesi gereklidir.

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

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

2. Başlıklar: Yazının ana başlıkları tümü büyük harf, 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.

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 yazılıyla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özetle kısaltma kullanılmamalıdır.

7. Yüzdeler: Yüzde işareti (%) yerine "yüzde" sözcüğü yeğlenmelidir. Yüzde işareti (%) tablo ve şekillerde kullanılabilir.

8. Yazı tipi: Dergiye gönderilen yazılar beyaz A4 kağıdının bir yüzüne, çift aralıklı olarak, bilgisayarda Arial 12 punto ile yazılmalı; üç kopya olarak ve diskette birlikte gönderilmelidir. Yazılar sekiz sayfa aşmamalıdır. Disket, dosya adı ve dosyanın kaydedildiği program formatı yazılarak etiketlenmelidir.

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. (www.ttb.org.tr/STED adresinden **Yayın Hakkı Devir Formu'na erişebilirsiniz.**) Bu yazıya metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştirildiği belirtilmelidir. Yazılar; "STED, TTB, GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalı Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara" adresine postayla ya da sted@ttb.org.tr adresine e-posta ile gönderilebilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'nca 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 e-posta adresinden bilgi istenebilir.

Ayrıntılar için: http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf



*Dr. Gülseren Dağlar** , Neriman Aydemir****

Geliş Tarihi: 24. 03. 2010

Kabul Tarihi: 27. 05. 2011

Öz

Fizyolojik bir olay olan doğum; kadınların çoğunda ciddi ağrı hissi oluşturan ve bu şiddetteki ağrının başka bir durumda kabul edilemeyeceği bir olgudur. Evrensel bir deneyim olan doğum ağrısı akut bir ağrıdır. Anne ve bebeğe ait hormonların, biyokimyasal ve immünolojik etmenlerin etkileşimiyle, uterus kaslarının kasılması ve bu kasılmaların gittikçe şiddetlenmesiyle gebe doğum ağrısı hisseder. Normal bir sürecin parçası olan doğum ağrısının beklenen bir ağrı olması ve hazırlık döneminin bulunması doğum ağrısını diğer ağrılardan ayıran özellikler olmaktadır. Diğer ağrılar bir hastalığı göstermektedir. Doğum ağrıları her ne kadar doğal olsa da, bu ağrıları azaltmak amacıyla doğum ağrısının giderilmesi uzun yıllar araştırmacıların merak konusu olmuş günümüze kadar birçok farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler geliştirilmiştir. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler gevşeme, ruhsal uyarlama, tensel uyarlama ve solunum teknikleri olmak üzere genelde dört ayrı teknikten oluşmaktadır.

Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası gebeye bakım vermekte birinci basamak sağlık hizmetlerinde aktif rol alan ebenin doğum eylemindeki en büyük sorumluluklarından birisi; gebenin psikolojik, fizyolojik ve sosyal gereksinimlerini karşılamak, doğumda ağrıyı gidermeye yönelik yapılan uygulamalar hakkında gebeyi bilgilendirmek ve gebenin doğum ağrısıyla baş etmesini sağlamaktır. Ayrıca gebeyi doğum eylemine katarak doğum eyleminin olabildiğince sorunsuz geçmesini sağlayarak annenin olumlu doğum deneyimi edinmesi ve sağlıklı anne-bebekle sonuçlanması ebenin görev ve sorumluluklarındandır. Bu nedenle ebe, gebeye bakım verirken eğitici, bakım verici ve danışman rollerini kullanmalı ve bu rolleri üstlenirken doğumda uygulanacak ağrı giderici yöntemler hakkında da gerekli bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Ayrıca farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin sınırlılıklarını bilmeli ve yöntemlerin etkin uygulanmasında gebeye yardımcı olmalıdır.

Anahtar sözcükler: Vajinal doğum ağrısı, ebelik bakımı, nonfarmakolojik yöntemler

Abstract

Child birth, a physiological event, causes severe pain in most women and pain of this intensity cannot be tolerated in any other occasion. Pain during birth, which is a universal experience, is a type of acute pain. The interaction of maternal and fetal hormones and of biochemical and immunological factors, the contraction of uterine musculature and the intensification of this contraction causes the pregnant woman to feel pain during delivery. The facts that this pain is part of a normal process, is expected and that it follows a preparatory period discriminate it from other causes of pain. Other types of pain indicate a disease. As natural as birth pain may be, diminishing it has been the focus of researchers for many years and many pharmacological and non-pharmacological methods have been developed. Non-pharmacological methods used in the control of birth pain are formed by four different techniques which are relaxation, psychological stimulation, sensual stimulation and respiratory techniques.

One of the most important responsibilities of the midwife, who plays an active part in primary health care by tending to pregnant women before, during and after birth, is providing the psychological, physiological and social requirements of the pregnant woman, informing her about methods used for pain relief during birth and helping her cope with it. Ensuring that the mother gains a positive birth experience and that the delivery results with a healthy mother and a healthy baby by incorporating the pregnant woman to the delivery process and making sure the delivery progresses with as few problems as possible are also among the duties and responsibilities of the midwife. For this reason the midwife, while caring for the pregnant woman, must undertake the role of care provider and consultant and must possess the necessary knowledge and skill about methods of pain relief during delivery. Also the midwife must know the constraints of the pharmacological and nonpharmacological methods and effectively help the pregnant woman use them.

Key words: Pain of vaginal delivery, midwife care, nonpharmacologic practices

* 20- 22 Haziran 2007 tarihleri arasında düzenlenen I. Ulusal Ebelik Kongresinde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

**Öğr. Gör.; Cumhuriyet Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, sted

Sivas

*** Ebe; Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas

Giriş

Gebelik süreci çoğu kadının düşlediği, günün birinde gerçekleşmesini istediği evrensel bir o kadar da eşlerin ebeveynliğe uyum sağlamalarına, planlama ve hazırlık yapmalarına fırsat tanıyan doğurgan çağdaki her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olaydır. Böyle önemli bir olayda gebenin gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimleri vardır. Gebenin bu süreci sağlıklı ve doyurucu bir deneyim olarak algılamasında ve sağlıklı bir bebek dünyaya getirmesi açısından bu gereksinimlerin karşılanmasında yeterli ve nitelikli bir ebelik bakımı önemlidir. Bunun için ebelik bakımının amacı gebe kadının ve ailesinin sağlığını korumak, geliştirmek ve yükseltmek olmalıdır (1, 2).

Son menstrual periyottan 40 hafta sonra fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atılmasına "doğum eylemi" denir. Normal bir doğum eylemi uterusun daha fazla büyümediği ve fetüsün dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa eriştiği bir zamanda gerçekleşir (1). Normal bir doğum eyleminin üç evresi vardır. Birinci evresi (açılma-dilatasyon); doğuma yakın günlerde başlayan belde çekilmeler, karında gerginlik hissi şeklinde duyulan kontraksiyonlar devamlı ve daha güçlü bir karakter alarak hakiki doğum ağrılarına dönüşürler. Açılma evresi düzenli doğum ağrılarının meydana gelmesi ile başlar ve serviks dilatasyonunun tamamlanması ile sona erer. Bu evre latent, aktif ve geçiş fazı olmak üzere üç fazdan oluşmaktadır. Latent faz primiparlarda ortalama 8-9, multiparlarda ise 5-6 saat sürmekte ve dilatasyon ancak 3 cm olmaktadır. Aktif fazda dilatasyon 9 cm'e kadar ulaşmakta ve geçiş fazında dilatasyon tamamlanmaktadır. Geçiş fazı primiparlarda 3, multiparlarda ise 1 saati geçmemelidir. İkinci evre (itilme, ekspulsiyon); dilatasyonun tamamlanması ve su kesesinin açılması ile başlar bebeğin doğumu ile sonlanır. Primiparlarda 30 dakika ile bir saat kadar sürerken multiparlarda en çok 30 dakika devam eder. Üçüncü evre (kurtulma, halas); bebeğin doğumundan plasentanın ayrılmasına kadar geçen süredir. 30 dakika devam eder (3).

Doğum ağrısı; algılanması bireyden bireye farklılık gösteren bir ağrı türüdür ve ağrı

türleri arasında en şiddetli olanlarındandır. Ağrı; "vücudun içten ve dıştan aldığı bir uyarı karşısında gösterdiği savunma mekanizması" olarak ta tanımlanabilir ve ağrı vücut için koruyucu bir mekanizma olarak düşünülebilir. Bu tanıma göre ağrı bir duyum ve hoş gitmeyen yapıda olduğu için öznelidir. Doğum sırasında yaşanan ağrının algılanması bireysel özellik taşısa da her bireyde ağrının hissedilmesine neden olan fizyolojik, psikolojik ve çevresel etmenler de büyük rol oynamaktadır. Doğum eyleminde meydana gelen fizyolojik yanıt, annenin enerji rezervlerinin kullanılması ve tükenmesine, hatta lohusalık döneminde ölümcül komplikasyonlara yol açabilecek niteliktedir. Ağrının hissedilmeye başlaması, doğum olayına karşı yaklaşan bir tehlike hissi uyandırarak, davranış ve anksiyete arasında karmaşık bir ilişki oluşturur. Meydana gelen davranış değişikliği ise doğum süresini olumsuz etkilerken, komplikasyon riskini de artırır. Annedeki doğum ağrısını etkileyen etmenlerin tanınması bireye uygulanacak yöntemlerin seçimi ve annedeki değişikliklerin göz önünde tutulması açısından önemlidir. Bu etmenler kısaca özetlenecek olursa;

Fizyolojik Etmenler

Birinci Evrede Ağrı;

- Uterusun alt segmentinin gerilmesi
- Serviksin dilatasyonu ve silinmesi
- Uterin kaslarda biriken metabolitlere bağlı kas liflerinde iskemi meydana gelmesi
- Komşu dokulara olan baskı sonucu gelişir.

Birinci evrenin erken döneminde ağrı T11-12 dermatomlarında sızı ve rahatsızlık hissi biçimindedir. Doğum eylemi ilerledikçe ağrının şiddeti de artar. Birinci evrenin aktif fazında T10- L1 arasında yayılır ve daha çok kramp tarzında hissedilir.

İkinci Evrede Ağrı;

- Uterus alt segmentinin ve serviksin mekanik olarak gerilmesi.
- Parietal periton, uterin ligamentleri, üretra, mesane, rektum, lumbosakral pleksus, pelvis tabanındaki kas ve fasyaların gerilerek basınç altında kalmasına bağlı olarak ortaya çıkar. S 2- 3 sinirlerinden iletilir.

Üçüncü Evrede Ağrı;

- Uterus kontraksiyonları
- Plasentanın atılması sırasında serviksin dilate olmasına bağlı olarak ortaya çıkar (1, 2, 4, 5).

Doğumda ağrıya verilen cevap, bireyselliğin yanında bilimsel özellikte taşımaktadır. Çoğu gebe doğum eyleminin başlangıcında ciddi bir rahatsızlık duymamasına karşın bireyde duyulan endişe ve gerginlik ağrı düzeyini yüksek noktalara çıkarabilir. Doğum ağrısının hissedilmesinde fizyolojik etmenler büyük rol oynasa da, ağrı psikolojik ve çevresel etmenlere bağlı olarak daha da şiddetlenebilir. Bu etmenler kısaca özetlenecek olursa;

Psikolojik ve Çevresel Etmenler

- Prenatal eğitim
- Kültür ve etnik özellikler
- Doğum yaşı
- Doğum sayısı
- Gebeliğin istenme durumu
- Fetüsün büyüklüğü ve yerleşimi
- Menstrual siklus düzeni
- Kişilik yapısı, ağrıya ve olaylara verilen tepki
- Gebelikte egzersiz yapma durumu
- Doğum ağrısı sırasında maternal pozisyon
- Annenin dinlenme durumu
- Önceki deneyimleri
- Annenin konsantrasyon durumu
- Sağlık personelinin tutumudur (1, 2, 4).

Ağrı deneyimi değerlendirilirken fiziksel boyutu ve ağrıyı etkileyen etmenlerin yanı sıra öznelliği de göz önünde bulundurulmalı ve bu konuda bireyin ağrı bildirimini esas alınmalıdır. Çünkü ağrı gibi öznel bir sorunda ağrıyı algılama, tanımlama ve ağrıya karşı ortaya çıkan davranışsal tepkiler bireyden bireye değişecektir. Ayrıca ağrı eşiği de doğum ağrısının algılanmasında çok önemlidir. Ağrı eşiği; "verilen bir uyarının ağrı oluşturduğu andır ya da en düşük uyaran şiddetidir". Uykusuzluk, yorgunluk, bitkinlik, anksiyete, korku, üzüntü, depresyon, içe çöküklük, sosyal izolasyon ağrı eşiğini azaltırken; dinlenme, sempati, dışa dönüklük, analjezikler ve antidepresanlar ağrı eşiğini yükseltir.

Ağrının hissedilmeye başlaması, doğum olayına karşı yaklaşan bir tehlike hissi uyandırarak anksiyetenin artmasına yol açar. Anksiyete ve ağrı ile olumlu baş edilememesi ise doğum sürecini olumsuz etkilerken, komplikasyon gelişme riskini de artırır. Ağrıyı gidermeye yönelik uygulanan yöntemler bütün bu risklerin önlenmesi ve annenin doğum eylemi sırasında anksiyete düzeyinin normal seyretmesi yönünde yararlıdır (2, 6, 7).

Doğum eyleminde ebenin gebeye destek olması gebenin olumlu bir doğum deneyimi yaşamasına ve doğum eyleminin daha kısa zamanda sonlanmasına katkıda bulunur, destek azlığı ise olumsuz bir etki oluşturarak doğum eyleminin uzamasına neden olabilir. Doğumda ağrıya baş etmeye yönelik uygulanan farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması doğum eyleminin olumlu bir deneyim olarak sonuçlanması için önemlidir. Bu nedenle ebe, gebeye bakım verirken eğitici, bakım verici ve danışman rollerini kullanmalı ve bu rolleri üstlenirken doğumda kullanılacak ağrı giderici yöntemler hakkında da gerekli bilgi ve beceriye sahip olmalıdır. Ayrıca farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin sınırlılıklarını bilmeli ve yöntemlerin etkin uygulanmasında gebeye yardımcı olmalıdır (1).

Ağrı Kontrol Yöntemleri

Nonfarmakolojik Yöntemler

1. Psikoprofilaksi (gevşeme, zihinsel-mental uyarılma, tensel uyarılma, solunum teknikleri)
2. Hipnoz
3. Akupunktur
4. Transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS)tir (2, 5, 8).

Farmakolojik Yöntemler

1. Sistemik analjezikler (trankilizanlar, sedatifler)
2. İnhalasyon analjezisi
3. Rejyonel analjezi (paraservikal blok, pudental blok, lomber-kaudal epidural blok, spinal blok, kombine spinal-epidural blok, lomber sempatik blok)
4. Lokal analjezi
5. Genel anestezi (2, 5, 9).

Nonfarmakolojik Yöntemler

Yeterli düzeyde ağrı kontrolü sağlayan nonfarmakolojik yöntemler çeşitli avantajlara sahiptir. Anne ve fetüs açısından herhangi bir komplikasyonu yoktur. Doğum eylemini yavaşlatmaz ve risk unsuru taşımaz. Ancak bazı sınırlılıkları vardır. Bu nedenle kadınlara, anestezi uygulanmazsa başaramayacakları izlenimini uyandırmamak gerekir. Nonfarmakolojik yöntemlerin yetersiz kalması durumunda ebe, kadına istediği zaman kendine yardım edileceğini açıklamalıdır.

Eylem ve doğum hakkında annenin bilgilendirilmesi ve doğum ağrısının toleransını artırmaya yönelik verilen eğitimi içeren bir yöntem olan psikoproflaksi analjeziye gereksinim duyulmadan doğal yöntemlerle doğumun gerçekleşmesi olarak tanımlanır. Ağrıyı tamamen gidermez fakat analjezik ihtiyacını azaltır (8, 10). Gevşeme, zihinsel-mental uyarılma ve tensel uyarılma, solunum teknikleri profilaksi uygulamaları olarak ele alınabilir.

Gevşeme

Gevşeme tekniği anksiyete ve iskelet kaslarındaki gerginliğin giderilmesinde kullanılır. Özellikle nonfarmakolojik yöntemlerin temelini oluşturur ve tüm ağrısız doğum için uygulanacak yöntemlerden önce kullanılması gerekir. Aşamalı kas gevşemesi, biyolojik geri bildirim, hareket ve pozisyon, ses çıkarma ve müzik ile gevşeme sağlanabilir.

Aşamalı Kas Gevşemesi; büyük kas gruplarının sırasıyla aktif olarak kasılıp pasif olarak gevşetilmesiyle olup genellikle hayal kurma ile birlikte kullanılır (8,10, 11). Yaratıcı imgelemeyi kullanılırken gevşemek gerekir. Eğer derin bir biçimde gevşemek ya da sessiz, sakin, meditatif bir duruma ulaşmak için kullanılan ve alışılmış belirli bir yöntem varsa rahatlıkla bu kullanılabilir. Yoksa yavaş ve derin soluk alıp vererek, bedendeki her adaleyi sırayla teker teker gevşetmek ve bu arada ağır ağır 10'dan 1'e kadar sayılabilir. Eğer fiziksel olarak gevşemekte zorluk çekiliyorsa, bu konuda yardımcı olabilecek yoga ve meditasyon tekniklerinden yararlanabilir. Ancak, genellikle bir süre pratik yaptıktan sonra gevşeme başarıyla yapılabilir (12).

Biyolojik Geri Bildirim (Biofeedback);

servikal dilatasyon, kontraksiyonlar, kan basıncı gibi fizyolojik değişiklikler hakkında verilen bilgilerin ağrı sırasında kadından geri istenmesi şeklinde olur. Böylece kadının bedenine yönelttiği ilgi farklı yöne çekilerek ağrının daha az algılanması sağlanır.

Doğum ağrılarının hafifletilmesinde kullanılan diğer bir yöntem de hareket ve pozisyonudur. Kadınlar doğum eylemi sırasında vertikal pozisyonda iken, horizontal pozisyona oranla daha az sırt ve karın ağrısı hissetmektedirler.

İnleme ve Ses Çıkarma; kadınların ağrıyı hafifletmede kullandıkları bir yöntemdir. Kadınların eylem sırasında bağırmaları, figan etmeleri ağrıdan korktukları anlamına gelmez tam aksine bedenine yönelmiş olan kadının enerjisini sesli bir ifadeyle dışarı yansıtmıştır. Ancak kontraksiyonlar sırasında bağırarak, figan etmek kadının enerji rezervlerinin boşalmasına ve doğum eylemine aktif olarak katılmamasına neden olabilir. Bu nedenle ebe, bu konuda kadına bilgi vermeli ve diğer rahatlama tekniklerinin yapılması konusunda anneyi teşvik etmelidir.

Müzik; kişiyi hoşla gitmeyen ağrılı uyaranlardan uzaklaştırıp, endorfin salınımını artırarak gevşemeyi sağlar. Müzik terapisinin ağrı yöntemindeki amacı, anneyi rahatlatmak, kişisel kontrol sağlamak ve annenin ağrı yönetimine aktif katılımını sağlamaktır.

Zihinsel Mental Uyarılma

Annenin, dikkatinin ve düşüncelerinin ruhsal uyaranlarla başka yöne çekilmesi durumudur. Ayrıca bu teknik sakin bir hayal kurma ortamı sağlayarak gevşemeye de yardımcı olur. Zihinsel ve mental uyarılma iki biçimde olanaklıdır (8, 10, 11).

Hayal Kurma: Yaşamda olması istenilen şeyleri yaratabilmek için hayal gücünü, düş gücünü kullanma tekniği olan yaratıcı imgeleme tekniğinin önemli adımlarından biridir. İmgeleme, zihinde bir fikir ya da resim yaratma yeteneğidir. Yaratıcı imgelemede, gerçekleşmesi istenen bir şeyin açık ve net görüntüsünü yaratmak için düş gücü kullanılır.

Sonra, düşlenen şey elde edilene dek bu fikir ya da resme düzenli bir biçimde odaklanma ve pozitif enerji verme sürdürülür (12).

Doğum eyleminde anne doğumunu yapmış, bebeğini sağlıklı olarak kucağına almış onu emziriyor, seviyor, oksuyor, bakımını yapıyor olarak hayal kurup bu tabloyu resmederek, doğum ağrıları sırasında bu resme odaklanarak yaratıcı imgeleme tekniğini kullanmış olur. Böylece dikkatin ağrı dışında başka bir noktaya odaklanması sağlanır, ağrı eşiği yükselmiş olur. Eğer kadın gevşemeye odaklanmış ve hayal kurabilmişse bunu her kontraksiyonda kendi düşüncelerine yoğunlaşarak yapabilir ve uzun süre devam ettirebilir.

Odak Nokta: Doğum eylemi sırasında küçük hareketsiz objeler odak nokta olarak kullanılabilir. Odak noktalar bir alan üstünde konsantrasyonun sürdürülmesine yardımcı olabilir. Ağrı odasında önceden var olan hayvan, bebek resimleri, yazılar bazen de içsel bir odak kullanılabilir. Eğer önceden belirlenmiş bir şey yoksa duvardaki saat ya da kapı menteşeleri hatta gebeler evden getirdikleri eşyaları da kullanabilir. Eşyaların yanında göz göze iletişimde (eşi, ebe ya da arkadaşı) kurulabilir. Odak nokta dikkatin dağıtılmasına ve kontrolün sürdürülmesine yardımcı olur.

Tensel Uyarılma

Doğum eyleminde annelere ebeğin sağlayacağı psikolojik destekle birlikte teröpatik dokunma gebenin anksiyete ve dolayısıyla ağrı algısını azaltmaktadır. Tensel uyarılma, masaj, soğuk ve sıcak uygulamalar şeklinde sağlanabilir (8, 10, 11). Masaj el ile derinin uyarılması olarak tanımlanır, endorfin salınımını uyararak ağrının azalmasına yardımcı olur. Ayrıca kan dolaşımını hızlandırarak gevşemeyi sağlar. Sıcak uygulama vazodilatasyona ve kasların gevşemesine yardımcı olarak ağrının hafiflemesini sağlar. Soğuk uygulama ise kas spazmını önleyerek deride duyarlılığı azaltır (8, 10).

Doğum ağrısıyla baş etmede nonfarmakolojik yöntemlerden bir diğeri de yogadır. Prenatal yoga, anne adayları için özel olarak geliştirilmiş bir yoga türü olup gebeliğin

12. haftasından itibaren yapılmaya başlanabilir. Bedenin, zihnin ve ruhun dengeli bir biçimde birleşmesine yardım eden yoga temel duruş biçimleri, doğru nefes alma teknikleri, nefes kontrolü, beyindeki bazı merkezleri uyaran el hareketleri, bilinçte değişiklik yapmak üzere yinelenerek çıkartılan sesler ve imgeleme gibi esaslara dayanır. Doğum öncesi yoga gebelikle birlikte anne vücudunda oluşan fiziksel ve psikolojik değişiklikler sonucunda gebenin yaşadığı yakınmalarla baş etmesinde yardımcı olarak stressiz bir gebelik geçirmesine katkı sağlar, doğumda alınan nefesler hem psikolojik rahatlama sağlar hem de anne oksijeni daha doğru biçimde kullandığı için doğum kolaylaşır, doğum anında gerginliği azaltarak doğum daha kolay ve hızlı olur, doğum sonrasında da annenin vücudunun fiziksel ve ruhsal olarak hızla toparlanmasına yardımcı olduğu gibi annenin öz güveni de destekleyerek, annenin bebeğine daha olumlu yaklaşmasını sağlar (13).

NonFarmakolojik Yöntemlerde Ebelik Bakımı

• Anne adaylarının, doğum hakkında çevrelerinden duydukları deneyimleri dinlemeleri doğum olayını farklı bir biçimde algılamalarına neden olabilir. Doğum eylemi her birey tarafından farklı yorumlanır ve öznel bir olaydır. Bu nedenle ebe, özellikle ilk bebeğini bekleyenlere doğum olayının başkalarının gibi olmayacağını anlatmalı ve korkularının giderilmesini sağlamalıdır. Birden fazla doğum yapanlarda önceki deneyimlerini paylaşarak ne hissettiklerini anlatması için cesaretlendirmelidir. Bu doğumda çok farklı bir deneyim yaşayacakları açıklanmalıdır.

• Tüm gebeler doğum eylemi süresince kendinin ve bebeğinin sağlığı için endişe yaşar. Ebe, bu endişeleri gidermek amacıyla gebeyi eyleme aktif katabilmeli, sakin bir biçimde kendi sorumluluklarını alabilmesi için bilgilendirmelidir.

• Ebe, gebeye verilecek bilgilere doğum öncesi bakım sürecinde başlamalıdır. Bu süreçte normal gebelik süresini, doğumun başladığını gösteren belirtileri, doğum ağrısının fizyolojisini, ağrı eşiğini, korku ve stresin doğumu nasıl etkilediğini öncelikli olarak anlatmalıdır.

• Doğum eylemi sırasında ebe, ağrıyla baş etme yöntemlerinden olan gevşeme ve solunum tekniklerini, amaçlarını, uygulama biçimlerini, olumlu-olumsuz yönlerini, risklerini anlatmalı ve nasıl yapıldığını uygulamalı olarak göstermelidir.

• Ebe, doğum öncesinde kadının bilgi düzeyini ölçmeli, destek stratejilerini ve planlarını belirlemelidir. Gebe planlarını uygularken ebe de uygulama sırasında kadına cesaret vererek destek sistemlerini kullanması yönünde yardımcı olmalıdır.

• Doğum sürecinde ebe, korku ve ağrıyı azaltabilmek için farmakolojik olmayan diğer teknikleri gözden geçirmeli ve kadını uygulaması yönünde teşvik etmelidir. Örneğin odaklanma ve hayal kurma gibi tekniklerde yardımcı olmalıdır.

• Kontraksiyonlar sırasında ebe, gebeye masaj yapma tekniklerini hangi masajın nasıl etki gösterdiğini ve pozisyon şekillerini anlatmalıdır. Kontraksiyonlar sırasında abdominal rahatsızlık efloraj ile azaltılabilir. Eylem sırasında gelişen sırt ağrısı için ebe kadına, pozisyon alırken yardım etmeli ve sakral bölgeye ya da sırtın alt bölgesine basınç uygulayarak rahatlamasına yardımcı olmalıdır. Bunun için bir rulo havlu ya da yastık kullanılması sağlanmalıdır.

• Doğumun ikinci evresinden önce ebe, kadına ıkınmamasını söylemeli ve ne zaman ıkınacağı konusunda bilgi vermelidir. Nasıl ıkınacağını uygulamalı olarak öğretmelidir. Eylem sırasında annenin dudaklarına, yüzüne soğuk uygulama yaparak rahatlamasını sağlamalıdır.

• Eylem sırasında ebe, anneye doğumun ilerleyişi, fetüsün durumu, kendi durumu hakkında bilgi vererek endişelerini gidermelidir. Eylem sonlandığında yeni doğanı anneye göstermeli ve ilk etkileşimin başlamasını sağlamalıdır (1, 8, 11).

Nonfarmakolojik yöntemlerle ağrıyla baş etme yetersiz kaldığında farmakolojik ajanlara başvurulabilir.

Sonuç olarak; doğum eyleminin olumlu duygu, deneyim ve sağlıklı anne-bebekle sonuçlanmasını sağlamak ebenin görev ve

sorumlulukları arasındadır. Doğum eyleminde, ebenin en büyük sorumluluklarından birisi; gebenin psikolojik, fizyolojik ve sosyal gereksinimlerini karşılamak, gebenin doğum ağrısıyla baş etmesinde yardımcı olmak, gebenin işbirliği ve katkılarını sağlayarak doğum eyleminin olabildiğince sorunsuz geçmesini sağlamaktır.

İletişim: Gülseren Dağlar

E-posta: gdaglar@ cumhuriyet.edu.tr

Kaynaklar

1. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2000. p.214-259.
2. Yamaç K, Gürsoy R, Çakır N Gebelik ve Sistemik Hastalıklar, İstanbul: Medikal Nobel Tıp Kitapevleri; 2002.p.776- 799.
3. Şirin A, Kavlak O, editörler. Kadın Sağlığı, İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık; 2008. p. 663–668.
4. Frederickson HL, Haug L. Obstetrik Anestezi. Sorularla Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ankara: Güneş Kitapevleri, 1994.p.277- 283.
5. Göl K. Kadın Hastalıkları ve Doğum, Ankara: Atlas Kitapçılık;2003.p. 397–399.
6. Eti-Aslan F. Ağrı Değerlendirme Yolları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2002; 6(1):9- 11.
7. Okuyan Y. Sağlık Hizmetleri ve Hemşire, Ebe ve Sağlık Memurları. 2. Ulusal Klinisyen Hemşire ve Ebeler Kongresi, İstanbul: Kudret Basın A.Ş; 2002.p.103–124.
8. Yıldırım G, Şahin NH. Doğum Ağrısının Giderilmesinde Hemşirelik Yaklaşımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003; 7(1): 14- 19.
9. Erdine S. Doğum Ağrısı ve Analjezisi, Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü. Ağrı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2002; 2: 136- 142, 713- 716.
10. Gloraleifer MA RN. Physiology Of Pregnancy And It's Relationship To Analgesia And Anesthesia. Maternity & Pediatric Nursing, Elsevier Science, USA, 2003; 4: 165- 175.
11. Wong DL, Perry SE, Hockanberry MJ Nonpharmacologic Management Of Discomfort. Maternal Child Nursing Care, A.H. Health Sciences Company, USA, 2002; 2: 332- 338.
12. Yaratıcı-İmgeleme. Erişim tarihi; Mart 30, 2011, [http:// www.scribd.com](http://www.scribd.com)
13. Yoga-yapmanın-faydalari-nelerdir. Erişim tarihi; Mart 30, 2011, <http://www.paylasimdiyari.com>



Dr. Emine Şen*

Geliş Tarihi: 02. 02. 2011

Kabul Tarihi: 17. 05. 2011

Öz

İdrar kaçırma (Üriner inkontinans), tüm yaş grubu kadınlarda yaygın olarak görülen ve sosyal, psikolojik, fiziksel, cinsel aktivitelerini ve yaşam kalitesini etkileyen bir sağlık sorunudur. İdrar kaçırmanın tedavisinde ilaç, cerrahi ve cerrahi dışı tedavi gibi birçok yöntem kullanılmaktadır. Cerrahi dışı yöntemler arasında uygun diyet, sıvı kısıtlaması, kilo verme, mesane eğitimi, alışkanlık eğitimi, pelvik taban kas egzersizi, biyogeribildirim ve elektriksel stimülasyon yer almaktadır. İdrar kaçırma da diyet, mesane günlüğüne bakılarak düzenlenir. Alkol, kafein, asitli içecekler, domates ve bal gibi gıdaların mesane tahrişine neden olduğu saptanmıştır. Mesane eğitiminde amaç idrar yapma hissini bastırarak mesane kapasitesini artırmak ve olumlu psikolojik gelişmeler sağlamaktır. Pelvik Taban Kas Egzersizleri (PTKE), ilk kez 1948 yılında Arnold Keegel tarafından tanımlanmıştır. Amacı; karın içi basınç artışında kas hacmini ve kasılma gücünü artırmaktır. İdrar kaçırmanın tedavisinde cerrahi dışı yöntemler de diğer tedaviler kadar gereklidir. Hemşireler, bu yöntemlerin uygulanmasında kadınlara eğitim vererek kadın sağlığını geliştirme açısından önemli sorumluluk üstlenmektedirler.

Anahtar sözcükler: İdrar kaçırma, korunma, cerrahi dışı yöntem, kadın sağlığı

Giriş

Uluslararası Kontinans Topluluğu (ICS)'nin tanımına göre; idrar kaçırma (üriner inkontinans), objektif olarak gösterilebilen, sosyal ve hijyenik sorunlara yol açan istemsiz idrar kaçırma durumudur. İdrar kaçırma, tüm yaş grubu kadınlarda yaygın olarak görülen ve sosyal, psikolojik, fiziksel, cinsel aktivitelerini ve yaşam kalitesini etkileyen bir sağlık sorunlarıdır. İdrar kaçırma yaşlanmanın normal bir sonucu ve sosyal bir sorun kabul edilmekte, bu nedenle doktora geç başvurulmakta, sonuçta mevcut bozukluk daha da ağırlaşmaktadır (1).

Prevelansı

Dünyada 200 milyondan fazla insan idrar kaçırma sorunu yaşamakta olup, bu sorun

Abstract

Urinary incontinence is one of the most common health problems seen in women of nearly all ages and affects a wide aspect of daily life, including the social, psychological, occupational, domestic, physical, and sexual lives of women. There are many ways to treatment of incontinence behaviour modifications, pharmaceutical intervention and surgical treatment. Suitable diet, fluid restriction, lose weight, bladder training, habit training, pelvic floor muscle exercise, biofeedback ve electrical stimulation between non-surgical methods. Diet is scheduled according to bladder diary. Alcohol, cafein, acid drink, tomato and honey are found as having irritation effects to bladder. The purpose on bladder training increase bladder capacity by depressing mision feeling and provide positive psycological progresses. PFMT is described by Arnold Keegel in 1948 for the first time. Its aim is to increase muscle volume and contraction force in case of increased intra-abdominal pressure. Non-surgical methods is necessary together with other therapies in UI therapy, too. Nurses undertake important responsibility for improvement of women health by educate women on practice of these methods.

Key words: Urinary incontinence, non-surgical methods, protection, women health

kadınlarda daha fazla görülmekte ve prevalansı % 15-52 arasında değişmektedir (2). Beji'nin (2002) belirttiğine göre; Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institutes of Health (NIH) Amerika'da yaklaşık 10 milyon kişinin idrar kaçırma yakınması olduğunu, İngiltere'de ise kadınlarda idrar kaçırma prevalansının % 40 olduğunu bildirmektedir. Dolan ve arkadaşları (1999) tarafından idrar kaçırma prevalansını saptamak için yapılan çalışmada 43829 kişi olan nüfusta 35-74 yaşlarında rastlantısal olarak seçilen 1050 kadın incelenmiş ve ped kullanımını gerektiren idrar kaçırma oranı % 12 olarak saptanmıştır. İdrar kaçırma prevalansı, yaşlı kadınlarda % 17-55 iken, daha genç kadınlarda % 14-42 arasında değişmektedir (5).



<http://www.medya365.com/haber-129892-kadinlarda-idrar-kacirma-kabusu.html>

Risk Faktörleri

İdrar kaçırma gelişiminde gebelik, doğum, parite, doğum biçimi, çoğul gebelik ve iri bebek doğumu gibi çok sayıda obstetrik risk faktörü vardır. Bu faktörlerin idrar kaçırmayı artırdığına dair araştırma sonuçları çelişkilidir. Bazı çalışmalarda, vajinal doğumu takiben sinir hasarı ve pelvik taban kaslarında güç kaybı-zedelenme geliştiği, doğum sonrası dönemde kas fibrillerinde değişiklik olduğu saptanmıştır. Forseps kullanımı, vakumla çekme ya da fazla doğum ağırlığının pudental sinir hasarına neden olduğu bulunmuştur (6). İlk gebeliğinde stres inkontinansı gelişen kadınlarda doğumun ikinci evresinde uzama, epizyotomi, vakum uygulama, fetal ağırlık ve sfinkter yırtığının doğum sonrası beşinci yılda stres inkontinansı gelişme riskini artırdığı saptanmıştır (7). Doğum şekli de idrar kaçırma gelişiminde etkilidir. Rortveit ve arkadaşları (2003) tarafından 15307 kadın ile yapılan EPINCOT çalışmasında sezaryen doğumla karşılaştırıldığında vajinal doğumda stres inkontinans gelişme riskinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra bazı jinekolojik operasyonlar, menopoz sonrası hormon yetersizliğine bağlı olarak gelişen atrofi ve sarkmalar, kronik öksürük ve şişmanlık

durumları, karın içi basıncı artıran abdominal tümörler, dış sfinkteri zorlayan aşırı egzersiz yapımı da idrar kaçırmanın gelişimine katkıda bulunan risk faktörleri arasında yer almaktadır (9).

Ünsal, Arslantaş ve Tözün (2007) tarafından idrar kaçırma görülme sıklığını belirlemek, idrar kaçırma ile ilişkili bazı risk faktörlerini saptamak ve idrar kaçırmanın yaşam kalitesi üzerine olan etkisini belirlemek için yapılan çalışmada idrar kaçırma prevalansı %46 olarak bulunmuştur. Düşük öğrenim düzeyi, fazla doğum sayısı, yineleyen idrar yolu enfeksiyonu, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, depresyon, çocuklukta noktürnal enürezis öyküsü, menopoz ve obezitenin idrar kaçırma için önemli risk faktörleri olduğu saptanmış, idrar kaçırma olan kadınlarda yaşam kalitesi daha düşük bulunmuştur. Şen ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada (2009) 40-49 yaş arası, okur-yazar olmayan ve okur-yazar olan ve vajinal doğum yapan kadınlarda idrar kaçırmanın daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır.

İnkontinans Tipleri

Stres üriner inkontinans (SUI): Öksürük, aksırma, gülme, zıplama, koşma, ağır yük kaldırma ve seks yapma gibi ani olarak karın içi ve mesane içi basıncın arttığı durumlarda görülmektedir. Stres tipi idrar kaçırma, idrar kaçırmanın en yaygın görülen şeklidir (12).

Urge inkontinans: ani olarak idrar yapma hissi oluşur ve kişi tuvalete ulaşana kadar idrarını kaçırmaz. Bu tip idrar kaçırma özellikle yaşlı kadınlar arasında yaygın olarak görülmektedir (12).

Miks tip üriner inkontinans: bazı kadınlarda stres üriner inkontinans ve sıkışma inkontinans bulgularının her ikisi birlikte bulunmaktadır (12).

Overflow inkontinans: Mesaneden sık aralıklarla idrar kaybı olmasına karşın, mesane normal olarak tamamen boşalamaz, sürekli dolu ve gergindir (12).

Fonksiyonel Tip İnkontinans (Psikojenik İnkontinans): fiziksel olarak herhangi bir sorunun söz konusu olmadığı, Alzheimer gibi

bilişsel bozukluk durumlarında görülebilen idrar kaçırma şeklidir (12).

Son yıllarda güncellik kazanan cerrahi dışı yöntemler, literatürde etkinliği açısından halen tartışmalı olarak bakılan fakat stres üriner inkontinansın tedavisinde öncelikli olarak uygulanması gereken yöntem olarak savunulmaktadır.

Bu makalenin amacı idrar kaçırmanın tedavisinde kullanılan cerrahi dışı yöntemler ve etkileri hakkında bilgi sunmaktır.

Cerrahi Dışı Yöntemler

İdrar kaçırmanın tedavisinde kullanılan davranışsal terapiler %50-90 oranında başarı oranı sağlamaktadır. Cerrahi dışı yöntemler mesane kontrolü, pelvik taban kas egzersizleri ve yaşam biçimi değişikliklerini içermektedir. Çeşitli çalışmalar idrar kaçırma yakınması olan kadınların tedavisinde cerrahi dışı yöntemlerin başarılı olduğunu bildirmektedir (13, 14, 15, 16).

İdrar kaçırmanın tedavisinde kullanılan cerrahi dışı yöntemler invaziv değildirler ve yan etkileri yoktur. Bu nedenle idrar kaçıran çok sayıda kadına uygun bir yöntem olarak önerilmektedir. Cerrahi dışı yöntemler basit, ucuz ve etkilidir. Fakat hastanın ve eğitimi veren kişinin motivasyonu ve zaman sorumluluğunu gerektirmektedir. Cerrahi olmayan diğer yöntemlerle birlikte kolaylıkla kullanılabilir (17).

Cerrahi dışı tedaviye başlamadan önce aşağıda söz edilen geçici idrar kaçırmaya neden olabilecek durumların değerlendirilmesi ve tedavisinin sağlanması önemlidir. Bunlar; delirium, üriner sistem enfeksiyonları, atrofik vaginitis ya da üretrit, farmakolojik ajanlar (antikolinergikler, alkol, analjezikler, sedatifler, diüretikler, kas gevşeticiler, alfa-adrenerjik bloker ajanlar), psikolojik etmenler (depresyon, regresyon), idrar üretiminin fazla olması (aşırı sıvı alımı, diürezise neden olan endokrin bozukluklar), hematüri, aktivite kısıtlaması, kabızlık ve nörolojik bozukluklardır (felç, multiple skleroz, spinal kort yaralanmaları gibi) (18, 19, 20).

Uygun Diyet: Mesane günlüğüne bakılarak uygun diyet düzenlemesi yapılabilir. Kafeinli yiyecek ve içecekler kısıtlanır. Kabızlık sıklıkla idrar kaçırma ile birlikte olduğundan,

lifli gıda ve yeterli sıvının alınması önemlidir. İdrar kaçırma (özellikle urge inkontinans) birçok gıda maddelerinin de mesane tahrişini başlatma ya da artırmada önemli rol oynadığı bilinmektedir. Alkol, kafeinli ve asitli içecekler, domates, bal ve şekerli yiyecekler idrar kaçırma etkili gıda maddelerindedir (21).

Kilo Verme: Obezite stres üriner inkontinans bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Urge ya da miks inkontinans obezite durumunda daha sık olarak meydana gelir. Obezite, kronik karın içi basınç artışına neden olduğundan bir diyet programı yoluyla kilo verilmesi ile de idrar kaçırma azalma ya da iyileşme sağlanabilir (22).

Sıvı Kısıtlaması: Sıvı alımı kesinlikle kısıtlanmamalıdır. Sıvı alımının ortalamasının altında olduğu zaman hidrasyonu sağlamak için en az günlük sekiz bardak sıvı alınmalıdır. Bu kabızlığı önler ve idrarı dilüe eder. İdrar atımı günlük 1200-1600 ml olmalıdır. İdrarı tutabilen bir kişi 4-6 kez gündüz ve bir iki kez gece işeme yapar. Mesaneyi boşaltmak için, her işemede 300 ml kadar idrar yapmak gereklidir. Hasta daha sık ve daha az miktarda tuvalete çıkarsa boşalma olmayabilir (23).

Mesane Eğitimi: Mesane eğitimi ilk kez 1966 yılında Jeffcoate ve Francis tarafından geliştirilmiştir. Mesane eğitimi, yalnızca belirli zamanlarda idrar yapmanın öğretildiği ve kişinin başarılı olduğu takdirde her hafta sürenin (15-30 dk) artırıldığı 6-12 haftalık (genellikle sekiz hafta) formal bir eğitimidir. Amaç idrar yapma hissini bastırarak mesane kapasitesini artırmak ve olumlu psikolojik gelişmeler sağlamaktır. Mesane eğitiminin temel özelliği, hasta eğitimi, boşaltımın planlanması ve pozitif destektir. Tedavi ilk aşama olarak uygulanabildiği gibi diğer cerrahi dışı yöntemlere ya da ilaç tedavisine ilave olarak da uygulanabilir (23, 24). Hasta alt üriner sistemin anatomi ve patofizyolojisi hakkında eğitilir. Mesane günlüğünde günlük işeme aralığına bakarak işeme şeması belirlenir. İlk hafta işeme aralığı 30-60 dakika olabilir (21). İşeme isteği olmasa dahi şemaya göre işemesi için hasta teşvik edilmelidir. Sıkışma (Urgency) varsa hastaya koşmaması öğütlenir. Koştuğunda karın içi basınç artar. Geçmesi olanaklıysa sıkışma geçene kadar

oturmalıdır. Tuvalete gidecekse koşmadan, yavaşça gitmelidir. İdrar kaybı ile karşılaşıldığında, devam eden aktivite durdurulmalıdır. Sıkışmanın geçmesi için pelvik taban kas egzersizi yapılır, perine sıkılır, solunum egzersizi yapılarak abdominal kaslar ve diafragma gevşetilir, matematiksel sorunlar çözülür. Sıkışma bastırılmıyor ve kaçırma kaçınılmazsa işenebilir. Sıkışma geldiğinde başarlarsa şemada sonraki işemeye yazılır. Sıkışma ve gecikmiş işemeler sayılır. İşeme aralığı uzaması hesaplanır. Gelişim belirlenir. Hasta altı ardışık hafta gelir. İşeme aralığı her hafta yaklaşık olarak 30 (15-60) dakika artırılır. Amaç üç-altı saatlik aralığa ulaşmaktır. Hasta uyuma esnasında şemaya uyması için zorlanmaz. Altı hafta sonra mesane günlüğü gözden geçirilir. Kontroller sırasında şemaya uyması teşvik edilir (23).

Planlı Tuvalet Eğitimi (Alışkanlık Eğitimi)

Hastanın işeme alışkanlıklarına uygun olarak planlanan tuvalete gitme programıdır. Programlanmış işeme zamanında hastanın kuru olup olmadığı değerlendirilir. İşeme kayıtlarını tutmak çok zaman alır. Eğer tuvalet alışkanlığı kazanılırsa mesane eğitimiyle işeme aralarının arası açılmaya çalışılır (23).

Tuvalete Gitme Programı Oluşturma

(Zamanlı işeme): Rutin olarak ya da programlanan tuvalete gitme, bakım veren kişilerin uyguladığı belirli aralıklarla belirli zamanlarda tuvalete gitmeyi sağlayan bir tekniktir. Bu uygulama ile her zamanki idrar kaçırma olayından önce hastanın idrarını yapması sağlanarak kuru kalması amaçlanır. Hasta gece de dahil olmak üzere (uyku dışındaki zamanlarda) düzenli aralıklarla (2-4 saat) tuvalete gönderilir. Böylece hastanın düzenli bir işeme programı oluşturması sağlanır. Özellikle yaşlı, yatağa bağımlı ya da Alzheimerli hastalarda nörojenik mesaneye sahip ya da urge inkontinanslı kadınlarda bu yöntem kullanılmaktadır (25).

Pelvik Taban Egzersizleri (PTE)

İlk kez 1948 yılında Arnold Kegel tarafından tanımlanmıştır. PTE'de amaç; pelvik taban kaslarını güçlendirmek, üretral sfinkter fonksiyonunu iyileştirmek ve kişilerde olabilecek pelvik organ prolapsusunu azaltarak

döl yatağını daha stabil duruma getirmektir. Hastaya egzersiz öğretilmeden önce gerekli anatomik bilgiler verilmelidir. Egzersize başlamadan önce hastanın mesanesi boşaltılmalı, rahat hareket edebileceği kıyafet giymesi söylenmelidir. Pelvik taban egzersizleri yaptırılırken hastanın karın, kalça ve uyluk kaslarını kasmaması ve valsava manevrası yapmamasına dikkat edilmelidir. Egzersizlere önce üç tekrarla başlanır, daha sonra kişinin günlük aktiviteler sırasında yapması istenir. Ulaşılmak istenen nokta 10 defa yapılan 10 yavaş kasılma ve bunu takiben on hızlı kasılmadır. Yirmi dört saatte altı ya da sekiz egzersizin yapılması ve her egzersizin 20-30 dakika olması gerekir. Egzersiz programı düzenli biçimde izlemeyi sürdürmelidir. Hastanın motivasyonu ve programın modifiye edilmesi için ayda bir kez kas kuvveti değerlendirmesi yapılmalıdır. Egzersiz programının başarılı olabilmesi için uygun hasta seçimi önemlidir. Kişinin genç ve premenopozal dönemde olması, obez olmaması, mevcut belirtilerinin şiddetinin az ve kısa süreli olması başarı şansını artırır. Yine hasta ile iyi kooperasyonun kurulması başarı şansını artırır. Geçirilmiş cerrahi girişim ve depresyon tedavisi başarı şansını azaltır (21).

Pelvik Taban Egzersizini öğretme yöntemleri, hastanın doğru kasını kullanıp kullanmaması açısından son derece önemlidir.

Bu yöntemler şunlardır:

1) Stop Testi: Yalnızca stres inkontinansında kullanılır. Günün ikinci işemesinde, orta akım süresince, pelvik taban kaslarını kasarak, hastadan istemli olarak idrar akışını durdurması istenir. Tamamen durdurma hatta yavaşlama, uygun kasların kullanıldığını ve kas gücünün iyi olduğunu gösterir. Hasta idrarını ne kadar çabuk durduruyorsa, kas gücü o kadar iyidir. Mesanenin boşalmasını engelleyip enfeksiyon riski oluşturduğu için, bu test egzersiz olarak yapılmamalıdır. Yalnızca egzersizi öğretmek ya da hasta motivasyonu sağlamak için, haftada bir kez yapılmalıdır (26).

2) Dijital Palpasyon: Kişi bacakları hafif ayrı olarak, uyluk ve dizleri desteklenmiş biçimde yatar ya da oturur. Parmağını döl

yatağına yerleştirir, idrar ve gaz çıkışını durdururcasına PTK'nı kasmaı istenir (27).

3) Vajinal Kon Kullanımı: İlk kez 1985 yılında Plewnick tarafından tanımlanmıştır. Pelvik taban kas gücünü artırmak ve PTE öğretmek amacıyla kullanılır. Tedavi yönteminin esası, döl yatağına 20-90 gr arasında değişen konlar yerleştirilerek hastada biyogeribildirim duygusu yaratmaktır. Burada amaç; vajinal konlar ile PTK'ında güçlü izometrik kontraksiyonlar yaratarak konların vaginada durabilmesini sağlamak ve böylece pelvik kas gücünü artırmaktır. Uygulamaya en hafif olan konla başlanır. Günde iki kez, başlangıçta 10 dakika daha sonra 20 dakika süresince konu vajina içerisinde tutması istenir. Hasta bunu başardığında bir üst ağırlığa geçilir. Vajinal konlar aşırı pelvik organ prolapsusu varlığında kullanılmaz (21). Pakkinen ve ark. (2003) SUI'lı kadınlar ile yaptıkları çalışmalarında vajinal kon ile evde yapılan eğitimin başarılı olduğunu tespit etmişlerdir (28).

4) Perineometre Kullanımı: Pelvik taban kaslarının gücünü objektif olarak değerlendiren vajinal bir dinamometredir. Prob vajene doğru 3,5 cm kadar ilerletilir ve hastadan perine kaslarını kasmaı istenir. Egzersizi öğretmek amacıyla kullanılabilir (21, 26).

5) Biofeedback Kullanımı: Bu yöntemle hasta pelvik taban kaslarını belirleyebilmeyi ve abdominal kas kontraksiyonu olmaksızın PTK'nı seçici olarak kullanabilmeyi öğrenir. Pelvik tabanın kasılma ve gevşemesi ekran ve ses aracılığı ile hasta tarafından anlaşılır duruma getirilir. Böylelikle hastanın kendisi tarafından pelvik taban kas fonksiyonlarının düzenlenmesi sağlanır (21, 29). Berghmans ve ark. (1996) 40 SUI'lı kadın üzerinde PTE'nin biyogeribildirim ile birlikte etkinliğini araştırdıkları çalışmada altı haftalık sürede biofeedback ile yapılan PTE'nin yalnızca PTE yapılan gruba göre daha etkin olduğunu ancak istatistiksel olarak gruplar arasında farkın olmadığını bulmuştur. Burgio ve ark. (2002) üriner inkontinanslı 222 kadın üzerinde randomize kontrollü olarak yaptıkları çalışmada biyogeribildirim vajinal palpasyon sağlayarak PTE'in doğru öğretilmesini sağladığını, pelvik taban kas algısını

geliştirdiğini ve bu nedenle cerrahi dışı yöntemlerin temelini oluşturduğunu belirtmektedir (14).

6) Elektriksel Stimülasyon: Pelvik taban kaslarını tanımlayamayan hastalarda uygulanan, bu kas gruplarını uyaran vajinal ya da rektal yoldan düşük doz elektrik akım uygulamasıdır. Hasta üç-dört seanstan sonra hangi kasını kasacağını öğrenebilmektedir (21).

Kasma İşlemi; Hasta pelvik taban kaslarını arkadan öne, anüsten döl yatağına, yukarıdan aşağıya, idrarını ya da gaz-gaita geçişini durduruyormuş gibi kasmalıdır.

Gevşeme; Pelvik taban kaslarını idrar ya da gaita yapıyormuş gibi gevşetmelidir.

Abdominal kasların kasılmadığından emin olmak için eller karına koyulmalı, abdominal kasların kasılma ve gevşemesi sırasında kasılma ve gevşeme hissedilmelidir. Hasta pelvik taban kaslarını kastediği sırada, normal nefes alıp vermeyi devam ettirmelidir. Pelvik taban kas egzersizi yapılırken karın, kalça ve uyluk kasları kasılmamalıdır. Valsalva yapılmamalıdır. Hasta kasılmalar esnasında vücudunun diğer bölgelerini tamamen gevşetmelidir. Hasta her kasılmaya tamamen konsantre olmalı ve zamanının bir kısmını yalnızca egzersizleri için ayırmalıdır. Her on saniyelik kasılmayı takiben genel gevşemeyi sağlamak için en az egzersiz süresinin iki katı kadar bir süre gevşemelidir. Her kasılma için maksimal efor sağlanmalıdır. Her kasılma başladığı gibi sıkı ve sabit tutulmalıdır. Kasılma gevşek ise tamamen gevşemeli ve yeni bir kasılma başlatmalıdır. Hasta pelvik taban kasını doğru kasmaı öğrendikten sonra farklı pozisyonlarda ve günlük aktivitelerle kombine ederek egzersizini yapmalıdır. Otururken, televizyon seyrederken, otobüs beklerken, telefonla konuşurken, egzersizini yapmayı alışkanlık haline getirmelidir. Öksürme, hapsirme, gülme gibi karın içi basıncı artıran olaylardan hemen önce pelvik taban kaslarını kasmalıdır (26).

Aksaç ve arkadaşları (2002) pelvik taban kas (PTK) egzersizlerinin etkinliği ve PTK egzersizlerini öğretmede kullanılan dijital palpasyon ve biyogeribildirim yöntemlerini karşılaştırdıkları çalışmalarında kontrol

grubuna göre biyogeribildirim ve dijital palpasyon grubunda ileri derecede anlamlı bir iyileşme saptamışlardır (31).

Sung ve arkadaşları (2000) 60 kadın üzerinde PTE ve elektriksel stimülasyon-biyogeribildirim tedavisinin etkinliğini inceledikleri çalışmada elektriksel stimülasyon-biyogeribildirim tedavisinin birlikte kullanıldığı grupta pelvik taban kas kasılmasında anlamlı biçimde artış ve idrar kaçırma şiddetinde azalma saptamışlardır.

Uyar ve Şirin (2009)'ın idrar kaçırma yakınması olan romatoid artritli kadınlarda eğitimin etkinliğini inceledikleri çalışmalarında Kegel egzersizinin mesane eğitimine göre daha az etkili olduğu saptanmıştır.

İdrar kaçırmanın erken dönemde saptanması ve bu konuda yeterli rehberlik sağlanarak sorunun ele alınması kadın sağlığının geliştirilmesine önemli katkı sağlayacaktır. Bu kapsamda hemşirelerin idrar kaçırmanın gelişmesini önlemek ve bu sorunu yaşayan kadınların tedavisinde aktif olarak rol almak temel sorumlulukları arasında yer almaktadır. İdrar kaçırmanın önlenmesinde öncelikle gelişiminde etkili olabilecek risk faktörlerinin bilinmesi gerekmektedir. Hemşireler kadınların risk faktörlerine maruz kalmasını önleyerek ya da azaltarak idrar kaçırmadan korunmayı sağlayabilirler. Günümüzde yurt dışında yer alan idrar tutma merkezlerinde bu konuda eğitilmiş hemşirelerin yüzde 93'ü idrar tutma danışmanı olarak çalışmakta ve ekibin vazgeçilmez üyeleri arasında yer almaktadır. Bu merkezlerde çalışan hemşireler biyogeribildirim, mesane eğitimi, pelvik taban kas egzersizleri, elektriksel stimülasyon gibi tedavi yöntemlerini ekiple birlikte ya da tek başına yürütmektedir (33). Ancak ülkemizde bu merkezlerin ve bu konuda eğitilmiş hemşire sayısının yeterli olmadığı düşünülmektedir. Bu nedenle cerrahi dışı yöntemlerin uygulanmasında etkili olacak hemşirelerin pelvik taban anatomisi, fizyolojisi, idrar tutma, idrar kaçırma ve tedavi yöntemleri konusunda kapsamlı eğitilmeleri kadın sağlığı açısından önemli ve gereklidir.

Sonuç olarak idrar kaçırmanın tedavisinde cerrahi dışı yöntemlerin kullanımı giderek artmaktadır ve kadınların bu konuda bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Hemşireler idrar kaçırmanın önlenmesi ve tedavi edilmesinde eğitici rolünü kullanarak kadınları eğitebilirler ve böylece kadın sağlığını geliştirmede etkili olabilirler.

İletişim: Emine Şen

E-posta: emine.sen@ege.edu.tr

Kaynaklar

1. Hampel C, Wienhold D, Benken N et al: Prevalence and natural history of female incontinence. *Eur Urol* 1997; 32 Suppl 2:3-12.
2. Miller KL. Stress urinary incontinence in women: review and update on neurological control. *J Womens Health* 2005; 14: 595-608.
3. Beji NK. Üriner İnkontinans sorunu, epidemiyolojisi ve inkontinanslı hastanın tanı amacıyla değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bülteni* 2002; 13(50).
4. Dolan LM, Casson K, McDonald P, Ashe RG. Üriner İnkontinans in Northern Ireland: A Prevalence Study. *British Journal of Urology*, 1999; 83(7): 760-6.
5. Thom D. Variation in estimates of urinary incontinence prevalence in the community: effects of differences in definition, population characteristics, and study type. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 473-480.
6. Foldspang A, Mommsen S, Djurhuus JC. Prevalent urinary incontinence as a correlate of pregnancy, vaginal childbirth and obstetric techniques. *American Journal of Public Health* 1999; 89.
7. Viktrup L, Lose G. The risk of stress incontinence years after first delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 82-87.
8. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003; 348: 900-907.
9. Scott JR, Diasia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. *Obstetrik ve Jinekoloji*. ed. Erez S. 6.basım, İstanbul: Yüce Yayınları; 1992.
10. Ünsal A, Arslantaş D, Tözün M. Kadınlarda üriner inkontinans prevalansı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 2007; 21(2): 88-95.
11. Şen S, Er S, İldan S, Kavlak O, Şirin A. Retrospective analysis of women with incontinence. 1st International Congress on Nursing Education, Research & Practice. 15 to 17 October 2009 Thessaloniki, Greece. Poster report.
12. Smeltzer SC, Bare BG. *Medical-Surgical Nursing*. 8th ed, New York: Lippincott; 1996. p. 180-203.
13. Nygaard IE, Kreder KJ, Lepic MM, Fountain KA, Rhomberg AT. Efficacy of pelvic floor muscle exercises in women with stress, urge, and mixed incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174(1): 120-5.
14. Burgio KL, Goode PS, Locher JL, Umlauf MG,

- Roth DL, Richter HE, Varner RE, Lloyd LK. Behavioral training with and without biofeedback in the treatment of urge incontinence in older women: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288(18): 2293-9.
15. Salvesen KA, Morkved S. Randomised controlled trial of pelvic floor muscles training during pregnancy. *BMJ* 2004; 329(7462): 378-80.
16. Berghmans LC, Frederiks CM, de Bie RA, Weil EH, Smeets LW, van Waalwijk van Doorn ES, Janknegt RA. Efficacy of biofeedback, when included with pelvic floor muscle exercise treatment, for genuine stress incontinence. *Neurourol Urodyn* 1996; 15(1): 37-52.
17. Rovner ES. Treatment Options for Stress Urinary Incontinence *Rev Urol* 2004; 6 (Suppl 3): S29-S47.
18. Sampsel CM. Behavioral intervention for urinary incontinence in women: Evidence for practice. *Journal of Midwifery and Women's Health* 2000; 45: 94-103.
19. Willis J. Promoting continence control. *Nursing Times* 1998; 94: 59-60.
20. Karaçam Z. Kadınlarda üriner inkontinans: üriner inkontinans gelişimini önlemede ve davranışsal tedavi yöntemlerinin kullanımında ebe ve hemşirenin rolü. *Sendrom* 2003; 15: 112-7.
21. Güler TC, Yağcı N. Urinary incontinence in women and physical therapy. *Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2006; 11: 205-218.
22. Bart S, Ciangura C, Thibault F, Cardot V, Richard F, Basdevant A, Chartier-Kastle E. Stress urinary incontinence and obesity. *Progrès en Urologie* 18(8): 493-498.
22. Demirci N, Coşar F. Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri. *S.D.Ü. Tıp Fak Derg* 2009,16(3): 35-40.
23. Erkan A, H. Acil idrar kaçırma ve sık idrara gitme sorunu olan kadınlarda mesane eğitiminin etkinliğinin belirlenmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003.*
24. Uzun Ö. Yetişkinlerde üriner inkontinans ve hemşirelik yönetimi. *Sendrom* 2001; 6: 108-113.
25. Polat M. Stres üriner inkontinans ve miksi inkontinansı olan kadınlarda fonksiyonel elektrik stimülasyonun tek başına ve biofeedback ile birlikte kullanılmasının etkinliği. *Uzmanlık tezi, İstanbul, 2008.*
26. Norton P, Baker J. Randomized prospective trial of vaginal cones vs. Kegel exercises in postpartum primiparous women. *Neurourol Urodyn* 1990; 9: 434-5.
27. Parkkinen A, Karjalainen E, Vartiainen M, Penttinen J. Physiotherapy for female stress urinary incontinence: individual therapy at the outpatient clinic versus homebased pelvic floor training: a 5-year follow-up study. *Neurourol Urodyn* 2004; 23(7): 643-8.
28. Yalçın ÖT. Ürojinekoloji. In: Kişnişçi ve ark., ed. *Kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. İstanbul: Melisa matbaacılık; 1996. p. 730-47.*
29. Burgio KL, Goode PS, Locher JL, Umlauf MJ, Roth DL, Richter HE, et al. Behavioral training with and without biofeedback in the treatment of urge incontinence in older women. *JAMA* 2002; 288(18): 2293-9.
30. Aksaç B, Akı S, Karan A, Eskiuyurt N, Yalçın Ö, Işıkoglu M. Stres üriner inkontinans rehabilitasyonunda biofeedback ve pelvik taban kas egzersizlerinin kısa dönem etkinliği. *Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi* 2002; 48(5).
31. Sung MS, Hong JY, Choi YH, Baik SH, Yoon H. FES-biofeedback versus intensive pelvic floor muscle exercise for the prevention and treatment of genuine stress incontinence. *J Korean Med Sci* 2000; 15(3): 303-8.
32. Uyar HH, Şirin A. Üriner inkontinansı olan romatoid artritli kadınlarda eğitimin etkinliğinin incelenmesi. *IV. Ulusal Ürojinekoloji Kongresi, 21-24 Ekim 2009, İstanbul.*
33. Zaccardi JE, Cox SB. Evaluation and management. *Female urinary incontinence. AWHONN Lifelines* 2004; 8: 326-32.



Kadınlarda Sigara Kullanımı ve Cinsiyete Özel Riskleri

Cigarette Smoking among Women and Gender-Specific Risks

Dr. Gülnaz Karatay*

Geliş Tarihi: 12. 04. 2009

Kabul Tarihi: 10. 04. 2009

Öz

Günümüzde epidemik bir salgına dönüşen sigara tüketimi, başta gelişmekte olan ülkeler olmak üzere gelecekte daha çok kadınları etkileyen bir sorun olma eğilimi göstermektedir. Sigara tüketimi açısından ülkeler ve bölgelerin içerisinde geçtikleri aşamalar birbirinden farklıdır ve bu farklılık, kadınlardaki sigara kullanma sıklığı açısından da belirleyicidir. Kadınlarda sigara içme sıklığındaki artışta ekonomik politikaların yol açtığı eşitsizliklerin ve sigara piyasası tarafından yürütülen reklam faaliyetlerinin önemli payı bulunmaktadır. Kadınlar, sigara kullanımının yarattığı genel sorunlar dışında cinsiyete özel sorunlara da maruz kalmaktadırlar. Bu nedenle kadınlarda sigara kullanımındaki artışın durdurulması için güçlü sosyal politikalara ve cinsiyete özel ve duyarlı programlara gereksinim duyulmaktadır.

Anahtar sözcükler: Sigara, kadın, risk faktörleri

Abstract

Cigarette consumption, which has nowadays become an epidemic, has been indicating a trend that will commonly affect women primarily in developing countries in the near future. Phases countries and regions pass through with regards to cigarette consumption differ significantly and this difference is a determinant for smoking incidence in women. Inequalities caused by economic policies and advertisements by tobacco companies have considerable effect on the rising incidence of smoking among women. Women are also subjected to special gender-specific risks in addition to the general health risks. Therefore, effective gender-specific and sensitive social and political programmes are needed to impede the rising rate of smoking among women.

Key words: Cigarette, women, risk factors

Dünyada Sigara Epidemisinin Aşamaları ve Yönü

Gerek gelişmekte olan ülkeler, gerekse gelişmiş ülkeler, sigara tüketimi açısından, dört aşamalı modele göre belirli aşamalardan geçmektedirler. Gelişmekte olan ya da az gelişmiş ülkelerin bir çoğu sigara tüketimi açısından birinci ya da ikinci aşamada yer alıp, sigara içme sıklığının erkekler arasında daha hızlı artış gösterdiği bir seyir izlemektedirler (1,7,8). Bu ülkelerde, sigara tüketimi kadınlar arasında oldukça düşüktür. Bu durum, kadınların, sosyal ve dini değerlerin baskısı altında kalması ve ekonomik bağımlılığının sürmesinden kaynaklanmaktadır. Bu aşamadan geçen Afrika, Asya gibi ülkelerde erkeklerin sahip oldukları sosyal güç, kadınlara karşı işleyen cinsiyet temelli normlar, kapalı toplum/aile yapısı gibi etkenler kadınların sigara kullanmasını engellemektedir (9). İran'da (bu kategoride yer alan ülke olmamakla birlikte), erkeklerin %20.9'u sigara kullanırken kadınların yalnızca %2.9'u, Zambia'da erkeklerin %21.3'ünün, kadınların ise %0.3'ünün sigara kullandığı DSÖ'nün 2009 raporunda ifade edilmektedir (10). Ancak

ekonomik yaşam içerisinde yer almaya başlayan eğitilmiş, kentli kadınlar arasında sigara kullanımında artışlar söz konusudur. Sigara, bu kesimlerde, mevcut geleneksel yapıya bir başkaldırı aracı olarak öne sürülmekte ve ekonomik açıdan da bu maddeye ulaşılabilme olanağı artan kadın, rahatlıkla bağımlılık geliştirebilmektedir (7, 11).

Güney Avrupa (Portekiz) ve Batı Pasifik ülkeleri (Japonya) ile Asya ülkeleri sigara tüketiminin ikinci aşamasından geçmektedirler. Sigara içme sıklığı erkekler arasında %50-80 arasında değişmekte, kadınlar arasında ise giderek artma eğilimi göstermektedir (7). Birinci aşama ülkelerinde olduğu gibi ikinci aşama ülkelerinde de kadınlardaki sigara kullanma sıklığı düşük olmakla birlikte, erkeklerdeki sıklığın yüksek olmasından dolayı kadınlar daha fazla pasif sigara içicisi durumuna düşmektedir (5). CEDAW, gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerde yaşanabilen bu etkilenimler dolayısıyla, bir insan hakkı olan sağlık hakkının korunması için, kadınların gerek ev gerekse çalışma ortamlarında pasif içicilikten korunmasıyla ilgili çok sayıda rapor yayınlamıştır (12).

*Yrd. Doç.; Tunceli Ü. Sağlık Yüksek Okulu, Tunceli

Üçüncü aşamadan geçen Güney, Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri (İtalya, İspanya, Yunanistan vb) uzun bir sigara içme geçmişine sahiptirler. Bu ülkelerde erkeklerin sigara kullanma yüzdeleri giderek azalma eğiliminde iken kadınlarda sigara içme sıklığı % 35-45 gibi yüksek düzeylere ulaşmıştır (1, 7,8).

Dördüncü aşama ülkelerinde (ABD, İngiltere, Kanada, Finlandiya vb) sigara kullanma yüzdeleri, hem erkeklerde hem de kadınlarda azalma eğilimindedir. Bu ülkeler, sigara içmeyle ilgili uzun bir geçmişe sahiptirler. Ancak kadın ve erkekler arasındaki sigara içme yüzdeleri birbirine oldukça yakındır. Bazı Avrupa ülkelerinde bu oranlar, kadınlarda daha yüksektir. İsveç’de kadınlarda sigara kullanım oranı % 17 iken, erkeklerde bu oran % 13 düzeyindedir (7, 8).

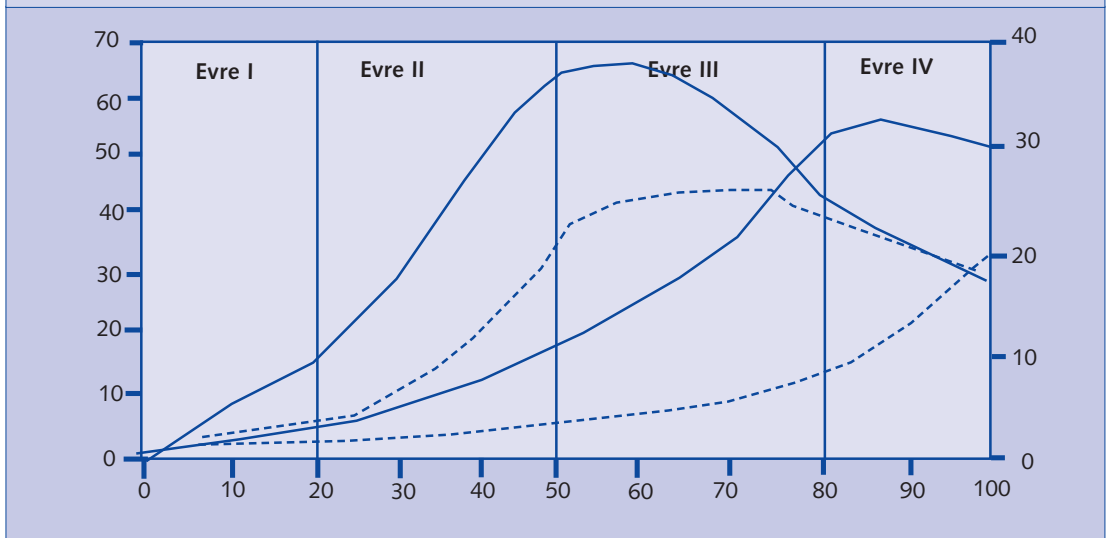
Lüksemburg’da 18-24 yaş arası genç kızların % 40’ı sigara bağımlısıdır (1). Bu aşamada yer alan Avusturya, Danimarka, Finlandiya, Almanya, İsviçre, Amerika gibi ülkelerde ise sigara içme yüzdelerinin genç kızlar arasında daha yüksek olduğu ve bırakma yüzdelerinin de erkeklerden daha düşük olduğu belirtilmektedir. Bu ülkelerde sigarayla ilgili mortalite hızları da kadın ve erkeklerde giderek birbirine yaklaşmaktadır (13). Dördüncü aşama ülkelerinde kadınların, sağlıklı yaşam, zindelik gibi kavramlarla daha fazla ilgilenmeye başlaması, dezavantajlı

gruplar dışında, sigara bırakma eğilimi artırmıştır

Kadınlardaki Sigara Bağımlılığına Eşitsizlikler Temelinde Yaklaşım

Sigara bağımlılığını da kapsayan sağlıkla ilgili davranışlar, sosyo-ekonomik eşitsizliklerin en önemli göstergesidir. Öğrenim durumu, iş/işsizlik, mesleki statü, gelir, ailesel statü, yaşanan yer/bölge göz önünde bulundurulduğunda kadınlarda sigara içiciliği bireysel, ulusal, sosyal, kültürel, ekonomik ve politik yapılardan etkilenmektedir. Dördüncü aşama ülkelerinde sigara tüketimi, özellikle toplumun yoksul ve dezavantajlı kesimleri arasında daha yüksektir (14). İngiltere’de Sosyal Sınıf I’de kadınlarda sigara tüketimi % 14 iken Sosyal Sınıf V’de % 33’e çıkmaktadır (15). Surgeon General 2001 raporuna göre yoksulluk sınır altında yaşayan kadınların % 29.6’sı, yoksulluk sınırının üstünde yaşayan kadınların ise % 21.6’sı sigara bağımlısıdır (16). Kanada, Yeni Zelanda ve Avustralya’da kadınlar arasındaki sigara kullanma oranlarının yoksul yerliler ve Aborjinler arasında daha fazla olduğu bildirilmektedir (8, 17). Bu kesimlerde, sigaraya daha erken yaşlarda başlanmakta ve sigara bırakma ile ilgili hizmetlerden de daha az yararlanıldığı için, sigara daha uzun süre içilmektedir (18). Dolayısıyla uzun süreli ve fazla miktarda sigara içilmesi dezavantajlı sınıflarda morbidite ve mortalite hızlarını diğer

Şekil 1. Dünyada Sigara Epidemisinin Evreleri.



Kaynak: Lopez A, Collishaw N, Piha T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 3: 242-7.

sosyal sınıflara göre 2-3 kat artırarak sağlık alanındaki mevcut eşitsizlikleri daha da derinleştirmektedir. Kadınlarda sigaradan kaynaklanan ölümlerin %75'inin düşük ve orta gelir düzeyinde gerçekleşmesi bunu bir göstergesidir (2).

Sigara kadınların fiziksel ve ruhsal sağlığını bozması yanında sosyal ve ekonomik süreçlerini de bozmaktadır. Sosyo-ekonomik açıdan dezavantajlı konumda olan kadınların sigara tüketmesi, mevcut yoksulluklarını daha da derinleştirmektedir. Gerek sigaranın maliyeti, gerekse sigara içiciliğine bağlı olarak kadınların yaşadığı sağlık sorunları, özellikle yoksul kesimdeki kadınları daha da yoksulluğa itmektedir. Sınırlı aile kaynaklarına sahip kadınlar, sigara içebilmek için diğer temel gereksinimlerden kısmak zorunda kalmaktadır (8, 19,20). DSÖ verilerine göre düşük gelir düzeyine sahip ailelerde aile gelirinin %10'u sigaraya harcanmaktadır (8, 21). Bu durum, kadınlar açısından rastlantısal bir durum değildir.

Sigara şirketleri özellikle, yoksul ya da hızlı sosyal ekonomik değişim geçiren ülkelerdeki kadınları hedef almaktadır. Bu süreçlerden geçen ülkelerde uygulamaya konulan liberal politikalar ve çokuluslu piyasalarla işbirliği, sigara sektörünün faaliyetlerini kolaylaştırmakta ve dolayısıyla sigaraya ulaşılabilirliği de artırmaktadır (16). Örneğin hızlı bir sosyal değişim geçiren Litvanya'da, 1990'lardaki 5 yıllık periyotta, kadınlar arasında sigara kullanma oranlarının ikiye katlandığı bildirilirken (17), benzer süreçlerden geçen Doğu Almanya'da, 1993 ve 1997 yılları arasındaki 4 yıllık periyotta 12-25 yaş arası genç kadınlar arasında sigara kullanımı %27'den %47'ye yükseldiği rapor edilmektedir (22). Tayvan'da, erkekler arasında sigara içme sıklığı %62'den %74'e yükselirken, kadınlar da bu oranın %32'den %98'e yükseldiği rapor edilmiştir (23). Piyasa, pazarlama taktiği olarak cinsiyet stereotipleri üzerinde hareket etmektedir. Kadınlar, toplumsal cinsiyet rollerinden kaynaklanan gereksinimleri doğrultusunda "serbestlik", "özgürlük", "güç" gibi temalar işlenerek sigaraya özendirilmektedirler. Piyasa, örneğin, kilo kontrolünde etkili olduğu, sosyal uyumu artırdığı, özgürleştirdiği gibi yanlış yönlendirmeler ile gereksinim duyduğu kadın tiplemesini yeniden biçimlendirmekte ve

yarattığı bu tüketim nesnesi üzerinden artı-değer pazarlamaktadır (2). Sigara reklamlarında, sigara kullanan kadınlar daha seksi, romantik, rahat, kadınsı, sportif, sağlıklı ve çekici olarak gösterilmektedir. Bu doğrultuda sigaralar da daha uzun, düşük zehir içeren, light, mentollü gibi kadına hitap edebilecek biçimde üretilmeye başlanmıştır. Hatta Virginia Slim, Kim, Capri gibi yalnızca kadınların tercih edebileceği feminize edilmiş sigaralar üretilmiştir (7). Son zamanlarda Virginia Slim reklamlarında yer alan "Kendi Sesini Bul (*Find Your Voice*)" sloganı ile farklı ırk ve etnik kimliklere sahip kadınlara, sigara içmeleri halinde özgürlük ve güç elde edecekleri mesajı verilmektedir (8, 16). Sigarayla ilgili reklam piyasası, yasalarla kısıt altına alınmaya çalışılmasına karşın, değişik biçimlerde gizli reklam faaliyetleri yürütebilmektedirler. Örneğin Philip Morris, sigara ile birlikte alındığı zaman evde kadınlar tarafından yaygın olarak kullanılan ürünlerde (deterjan, içecekler) indirim yapmaktadır. Yine şirketler tarafından kadınlara hitap edebilecek giyim, aksesuar katalogları hazırlanarak arka planda asıl pazarlamak istedikleri ürünün temasına yer vermeye çalışmaktadırlar.

Sigara şirketleri, sigara kullanımını artırmak için sigaranın içeriğiyle ilgili bazı girişimlerde de bulunmaktadır. Bunlar, sigaranın ağızda bıraktığı tadı değiştirme, mukozalarda yaptığı irritasyon hissini azaltma, sigaraların pH'sını değiştirme, içindeki nikotin miktarıyla oynama gibi etik olmayan girişimlerdir. Sigaralara eklenen çiçek kokuları, tatlandırıcılar, meyve ekstreleri sigaranın, özellikle kadınlar ve çocuklar açısından cazibesini artırmaktadır (24). Reklam faaliyetlerinde, yeni dünya düzeninin ortaya koyduğu görsel öğelere dayanan tüketim alışkanlığı oluşturma baskısının kullanılmakta olduğu görülmektedir. Sigaraların adları, logoları, paket renkleri görsel olarak insanların etkilenebileceği biçimde tasarlanmaktadır. Örneğin, "slim" ismiyle kilo kontrolünde etkili olduğuyla ilgili bir imaj yaratılmaya çalışılırken, mavi beyaz renklerle ürünün zararlı olduğu algısı kırılmaya, kırmızı renk ile güç kattığı hissi yaratılmaya çalışılmaktadır. Özellikle bu türden uyarlamalar toplumsal cinsiyet rolleri doğrultusunda kadınların etkilenebileceği tarzda düzenlenmektedir (25).

Genel olarak bakıldığında cinsiyet rollerinin

kadınlara yüklediği düşük öz-güven, sosyal ve ekonomik yaşama entegrasyon sorunları, başta genç kızlar başta olmak üzere kadınları sigara piyasasının hedef kitlesi haline getirmektedir (2). Toplumsal cinsiyete duyarlı araştırmalar ve politikalar yeterli düzeyde olmamakla birlikte, son zamanlarda kadınlarda sigara bağımlılığı sorununa toplumsal cinsiyet ve eşitsizlikler perspektifinden bakılmasının önemi daha fazla anlaşılmıştır. Dolayısıyla, sigarayla mücadele, tek başına çözüm olmasa da, kadınlarda, sağlıkta eşitsizliklerin azaltılmasında önemli bir stratejik alan olarak görülebilir.

Kadınlarda Sigara Bağımlılığının Biyolojik Kökeni

Son zamanlarda sigara bağımlılığının biyolojik kökeni ile ilgili çalışmalar yoğunlaşmıştır. Bazı çalışmalarda, kadınlarda, sigaraya verilen yanıtın, toleransın ve yoksunluk belirtilerinin erkeklere göre daha farklı yaşandığını belirtmektedir. Sigaranın genlerle ilişkisini inceleyen çalışmalar sürmekle birlikte, kadınlarda ve erkeklerde sigara içmeyle ilgili genetik yatkınlığın farklı olduğu açıklanmaktadır. 2003 yılında yapılan bir meta-analize göre genetik yapı kadınlarda sigaraya başlamada etkili olurken, erkeklerde, sigarayı sürdürmede daha etkili olduğu belirtilmektedir (8, 26).

Ancak sigara içme davranışının poligenetik fenotiple ilgili olduğundan, genetik yapıya bakarak, kimlerin daha fazla risk altında olduğunun saptanması güç olmaktadır (1). Sigara kullanımında ırka bağlı genetik yatkınlığın ise daha çok metabolik sorunlarla ilgili olduğu bildirilmektedir. Örneğin; Çinlilerde nikotin daha yavaş metabolize olduğu için daha az içme eğilimleri söz konusudur. Dolayısıyla nikotin tedavi dozlarının ayarlanmasında da bu farklılığın göz önünde bulundurulması gerekir (1).

Nikotin, anne karnında fetal nikotinic reseptörlerde biyolojik değişiklikler yaparak bağımlılık riskini artırmaktadır. Bu durum hayvan deneylerinde de gösterilmiştir. Bu nedenle anne karnında nikotine maruz kalan bebekler, gelecekte sigara bağımlısı olabilmektedirler (27). Yapılan bir çalışmada, gebelikte annesi sigara içen 10 yaş çocuklarının sigara deneme oranları 5.5 kat daha fazla bulunmuştur (28). Ancak sigarayla

genetik yapı arasında ilişki henüz üzerinde çalışılan bir alandır.

Kadınlarda Sigara Kullanımına Bağlı Cinsiyete Özel Riskler

İstatistiklere göre, her yıl 1,5 milyon kadın sigaradan kaynaklanan bir sağlık sorunundan dolayı yaşamını yitirmektedir. Bu artışlardan dolayı, gelecek 30 yıl içerisinde akciğer kanserleri başta olmak üzere, kalp hastalıklarına, paralizilere ve diğer öldürücü hastalıklara bağlı ölümlerin, kadınlar arasında 2 kattan daha fazla artacağı tahmin edilmektedir. Amerika'da 1950'lerden 1997'ye kadar kadınlarda akciğer kanserine bağlı ölümler %600 artmıştır (29).

Sigara tüketiminin hala popülerite aracı olarak algılandığı az gelişmiş toplumlarda ya da gelişmiş toplumların az gelişmiş kesimlerinde kadınlar, büyük oranda sigaranın sağlık üzerine olan etkilerinin farkında değildirler. Gelişmiş ülkeler, kadınlarda yüksek oranlarda seyreden sigara içiciliğinin sonuçlarıyla yüzleşmeye başladığı için, bu ülkelerde farkındalık daha fazladır (29). Dolayısıyla sigaranın kadın sağlığı üzerindeki olumsuz etkileriyle ilgili istatistiksel raporlar gelişmiş ülkelerin verilerine dayanmaktadır (7, 6). Kadın sigara içicileri, tıpkı erkek sigara içicileri gibi kanserler, kardiyovasküler hastalıklar, akciğer hastalıkları açısından risk altındadırlar. Ancak kadınlar, sigaradan kaynaklı üreme sağlığıyla ilgili sorunlarla daha fazla yüzleşmektedirler.

Sigara içen kadınlarda, ağız, özefagus, larenks, mesane, böbrek, serviks, kolon kanserleri yanında meme kanseri, endometrial kanser gibi kadınlarda görülebilen kanser türlerinde de artışlar söz konusudur.

Günümüzde akciğer kanserleri kadınlar arasında en çok ölüme neden olan kanser türüdür. 1950'lerde Amerika'da akciğer kanserleri kadınlardaki toplam kanserlerin %3'ünü oluştururken, 2000'li yıllarda bu rakam %25'e çıkmıştır (30). Sigara içen kadınlarda servikal mukusta sigaraya özgü kanserojenlerin saptandığı belirtilmektedir. Ayrıca sigara, serviksin immün cevabını azaltarak HPV (human papilloma virüsü) yerleşmesini de kolaylaştırarak kanser riskini artırmaktadır (31). Yine yapılan çalışmalarda sigaranın meme kanseri riskini önemli ölçüde artırdığı saptanmıştır (32).

Sigara kronik kalp hastalıkları ve felçlerin

en önemli nedenlerinden biridir. Oral kontraseptiflerin içerdiği östrojen hormonu ile sigara etkileştiği zaman emboli, kalp krizi gibi kardiyovasküler hastalıklar geçirme riski artmaktadır. Oral kontraseptif kullanıp sigara içen kadınlarda kalp krizi geçirme riskinin 20 kat arttığı belirtilmektedir (33). Bu risk yaşla birlikte arttığı için 35 yaşından büyük olan sigara içen kadınların ağızdan kontraseptif kullanmamaları gerekmektedir.

Sigara östrojen düzeyini etkileyerek azalttığı için, kadınlarda düzensiz menstrual siklus, dismenore, sekonder amenore görülebilmektedir (34). Sigara içen kadınlarda dismenore sıklığı, içmeyen kadınlara göre %50 daha fazladır (35). Özellikle 9 yıldan daha fazla bir süre sigara içildiği zaman bu riskin 3.4 kat arttığı Parazzini ve arkadaşlarının çalışmasında belirtilmektedir (36).

BMA (*British Medical Association*)'nın 2004 raporunda sigara içen kadınların menopoza 1-2 yıl daha erken girdiği belirtilmektedir. Bu durum menopoz belirtilerinin daha şiddetli seyretmesine yol açarken, kalp hastalıkları, osteoporoz ve kalça kırığı riskini de artırmaktadır. Sigara bırakıldığında ise erken menopoz riski giderek azaltılmaktadır (35).

Sigara erkeklerde olduğu gibi kadınlarda da infertilite riskini iki kat artırmaktadır. Sigara kadınlarda ovulasyonu geciktirdiği, ovumun ve siliaların hareket etme hızını yavaşlattığı ve cinsiyet hormonlarının metabolizmasını bozduğu için birincil ve ikincil infertiliteyle ilişkili bulunmuştur (35). Ayrıca sigara ovum üzerinde toksik etkilere sahip olduğu için infertilite tedavisini de olumsuz yönde etkilemektedir (37).

Sigara, tüplerde bulunan siliaların normal ritmik hareketlerini yavaşlatarak, ovumun ilerlemesini ve zamanında uterusu ulaşmasını geciktirmektedir. Araştırmalar kadın sigara içtiği zaman dış gebelik riskinin 1.5 ile 3.5 kat arttığını göstermiştir. Yapılan bir çalışmada kadınlar, günde 1 ile 5 tane sigara içseler bile dış gebelik riskinin, içmeyenlere göre %60 arttığı saptanırken (38), diğer bir çalışmada, günde 20 taneden fazla sigara kullanan kadınlarda bu riskin 3.9 kat arttığı rapor edilmektedir (39).

Gebelik esnasında sigara kullanımı, hem anne hem de bebek sağlığına ciddi biçimde zarar vermektedir. Bu dönemde sigara kullanımı perinatal mortalite ve morbiditenin

en önemli önlenilebilir nedenleri arasında gösterilmektedir. Sigaranın olumsuz etkileri, gebeliğin oluşum sürecini bozmakta ve kadının gebeliği komplikasyonsuz bir biçimde sürdürme yeteneğini azaltmaktadır (40, 41).

Gebelikte sigara kullanımı, düşüklere, nöroteratojenik etkilere, fetal ve perinatal ölümlere, düşük doğum ağırlıklı bebeklerin doğmasına, plasental komplikasyonlara, erken doğuma, bebeklik ve çocukluk dönemlerinde solunum yolu hastalıklarına ve ileriki yaş dönemlerinde davranışsal sorunlara yol açabilmektedir (42, 43, 44, 45).

Kadınlarda Sigara Tüketimindeki Artışın Engellenebilmesi İçin Neler Yapılabilir

Ülkemizde öncelikle kadınlarda sigara tüketimi ile ilgili cinsiyet, yaş, sosyo-ekonomik durum ve bölge profilini yansıtan sağlıklı verilere gereksinim duyulmaktadır. Ülkemizde kadınlardaki sigara tüketimi ile ilgili trendin izlenebilmesi ve sorunların doğru saptanabilmesi, daha fazla risk altında olan kesimlerin belirlenebilmesi ve bunlara yönelik çözüm önerilerinin geliştirilmesi ancak sigarayla ilgili kadınların genelini, farklı coğrafik bölgeleri ve sosyal sınıfları ayrıntılı bir biçimde yansıtabilecek verilerle olanaklıdır. Bu yöntemle yıllar içerisinde meydana gelen farklılaşmalar da değerlendirilebilir.

Literatürde, sosyoekonomik düzeydeki eşitsizliklerin, cinsiyet ayrımcılığının ve kadınların toplumsal yaşamdaki dezavantajlı konumunun sigara tüketimini artıran en önemli etmenlerden biri olduğu vurgulanmaktadır. Özellikle kadınların sosyal, kültürel ve ekonomik yaşamın dışında bırakılmaları, kadınlar açısından sigara tüketiminin önemli gerekçelerinden birini oluşturmaktadır. Bu nedenle sosyal, kültürel ve ekonomik yaşamda sosyal adalet ilkesinin uygulanması ve fırsat eşitliğinin sağlanması daha sağlıklı toplumların oluşmasına zemin hazırlayacaktır. Kadınlar gelecek kuşakların yetişmesinde daha fazla sorumluluk üstlenmektedir. Dolayısıyla kadınların bu alanda daha fazla desteklenmeye gereksinim vardır.

Kadınlarda sigara kullanımı genellikle ergenliğin ilk yıllarında başlamaktadır ve büyük oranda kullanım sürdürülerek bağımlılığa dönüşmektedir. Sigara kullanımı, bağımlılık düzeyine ulaştıktan sonra tedavisi oldukça zor olan hastalıklardan biridir. Bu

nedenle genç kızlara yönelik koruyucu önlemlerin alınması, sorunun daha kalıcı biçimde çözülmesini sağlayacaktır.

Popüler inanışların aksine, araştırmalar, düşük gelir düzeyinde yer alan ve sigara içicisi olmayan bireylerin, yüksek gelir düzeyindeki sigara içicilerinden daha uzun yaşadığını göstermektedir. Dolayısıyla topluma dayalı sigara bıraktırma çalışmaları düşük sosyo-ekonomik düzeydeki bireyler için potansiyel yarara sahip olabilir. Ancak kadınların sigarasız bir yaşam sürmelerini sağlayabilmek için cinsiyete duyarlı ve cinsiyete özel programlara gereksinim vardır. Özellikle sigara tüketimi kadınların üreme sağlığını bozduğundan bu programların ana-çocuk sağlığı hizmetleri içerisine entegre edilerek sunulması kadınlara ulaşılabilirlik açısından önemlidir. Sigara sektörünün kadınlara yönelik kullandığı taktiklerin boşa çıkarılması ancak kadınların cinsiyete özel hassasiyetleri üzerine indirgenmiş koruyucu önlemlerle olanaklı olabilir. Çünkü kadın ve erkeklerin sigara içme nedenleri birbirinden farklıdır. Oysa günümüzde sigarayla mücadele programlarına bakıldığında bu programların oldukça genel kaldığı, norm olarak erkeklerin baz alındığı, dolayısıyla kadınlar açısından başarısının sınırlı olduğu görülmektedir.

İletişim: Gülnaz Karatay

E-posta: gkaratay@gmail.com

Kaynaklar

1. Greaves, L., Jategaonkar, N., & Sanchez, S. (Eds.) (2006) Turning a New Leaf: Women, Tobacco, and the Future. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health (BCEWH) and International Network of Women Against Tobacco (INWAT). Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health; 30
2. World Health Organization (2011). 10 Facts on Gender and Tobacco Erişim:02.02.01.2010 http://www.who.int/gender/documents/10facts_gender_tobacco_en.pdf
3. Gajalakshmi C.K., Jha. P., Nguyen, S. ve Yurekli. A.(2000). Patterns of Tobacco Use, and Health Consequences. P. Injha, F. Chaloupka. (Eds.). Tobacco Control Policies in Developing Countries. New York: Oxford University Pres.
4. World Health Organization (2010) Empower Women – Combating Tobacco Industry Marketing in the WHO European Region. Erişim: 06.02.2010 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/128120/e93852.pdf
5. Shafey, O., Dolwick, S., & Emmanuel, G. (2003) Tobacco control country profiles (2nd ed.) Atlanta, GA: American Cancer Society.
6. WHO (2001). Women and Tobacco Epidemic Challenges for the 21st Century, J. M. Samet, S.Y.Yoon (Ed.), The World Health Organization in collaboration with the Institute for GlobalTobaccoControl Johns Hopkins School of Public Health WHO / NMH / TFI/0.1
7. Amos, A. ve Mackay, J. (2004) Tobacco and Women, Tobacco Scence, Policy and Public Health, P. Boyle, N. Gray, J. Henningfield, J. Seffrin, W. Zatonski (Ed.) (p.329-351) New York, Oxford University Press,
8. Karatay, G. (2007) Sigara Bırakma Aşamalarına odaklı Motivasyonel Görüşmelerle Gebelerde Sigara Bıraktırma, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
9. Pampel, F.C. (2006) Global Patterns and Determinants of Sex Differences in Smoking International Journal of Comparative Sociology, 47(6), 476-487.
10. World Health Organization (2009). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2009: Implementing smoke-free environments. Geneva.
11. Nathanson, C. (1995) 'Mortality and the Position of Women in Developed Countries', in A.D. Lopez, G. Caselli and T. Valkonen (eds) Adult Mortality in Developed Countries: From Description to Explanation, pp. 135–57. Oxford: Clarendon
12. Tobacco Use Prevention: NGO Reports on Women and Tobacco, Erişim: 21.01.2007 <http://www.motobaccocontrol.com/tobaccouseprevention/2007/07/ngo-report-on-w.html>
13. United States Department of Health and Human Services (2004). Women, Tobacco and Cancer: An Agenda for The 21st Century Erişim: 27.01.2008 <http://www.inwat.org/pdf/wtobacco.pdf>
14. Wold, B., Holstein, B., Griesback, D. ve Currie, C.(2000) Control Of Adolescent Smoking, University Of Bergen Research Center For Health Promotion, Bergen.
15. Bridgewood A, Lilly R, Thomas M, Bacon J, Sykes W, ve Morris S. (2000). Office for National Statistics. Living in Britain: results from the 1998 General Household Survey. London: The Stationery Office, 2000
16. CDC; 2001 Surgeon General's Report—Women and Smoking, Erişim: 20.01.2008 http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2001/highlight_marketing.htm
17. Amos, A. ve Haglund, M.(2000) From Social Taboo to 'Torch of Freedom' –The Marketing of Cigarettes To Women. Tobacco Control, 9, 3-8.
18. Thomas, S., Fayer, D., Misso, K., Ogilvie, D., Petticrew, M., Sowden, A., Whitehead, M., ve Worthy, G. (2008) Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. Tobacco Control, 17, 230–237. doi:10.1136/tc.2007.023911

19. United States Department of Health and Human Services (2001). Women and Smoking: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD
20. Graham, H. (1994). Gender and Class as Dimensions of Smoking Behaviour in Britain: Insights from A Survey of Mothers. *Social Science and Medicine*, 38, 691-698.
21. World Health Organization (2007). Why is Tobacco a Public Health priority? Erişim Tarihi: 10.07.2007
22. Corrao, M.A, Guidon, G.E., Sharma,N., ve Shokoohi, D.E.(2000) Tobacco Control Country Profiles, American Cancer Society, Atlanta.
23. World Health Organization (2005). List of World No Tobacco Day Awardees – 2005. Erişim: 11.07.2007.<http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2005/awards/en/index2.html>
24. Fowles, J. ve Shusterman, D. (2004). Cigarette Science: Addiction by Design. P. Boyle, N. Gray, J. Henningfield, J. Seffrin, W. Zatonski (Ed.)*Tobacco Science, Policy and Public Health* (s.176), New York, Oxford University Pres.
25. Aswall, J.E. (1997). The Who Wants Governments to Encourage People to Stop Smoking. *BMJ* 314, p. 1688.
26. Li, M.D., Cheng,R., Ma,J.Z. ve Swan,G. (2003). A meta-Analysis of Estimated Genetics and Environmental Effects on Smoking Behaviour in Male and Female Adult Twins. *Addiction*, 98(1), 23-30.
27. Buka, L., Shenassa, E.D, ve Niaura, R.(2003). Elevated Risk of Tobacco Dependence Among Offspring of Mothers Who Smoked During Pregnancy: A 30-Year Prospective Study, *Am J Psychiatr*, 160, 1978–1984.
28. Cornelius,M.D., Leech,S.L., Goldschmidt, L. ve Day, N.L.(2000). Prenatal Tobacco Exposure; It is a Risk Factor for Early Tobacco Experimentation? *Nicotine and Tobacco Research*, 2,45-52.
29. WHO (1999). Report of The WHO International Conference on Tobacco and Health. Kobe-Making A Difference in Tobacco and Health, WHO, Genova.
30. Reedy, N.J. ve Brucker,M.C. (2004). Substance Abuse. H. Varney, J. M. Kriebs, C. L.Gegor(Ed.) *Warney's Midwifery* (s. 32, 321,323), Fourth Editon, London, Jones and Bartlett Publisher.
31. Prokopczyk, B., Cox, J.E., Hoffmann, D., ve Waggoner, S.E. (1997). Identification of Tobacco-Specific Carcinogen in the Cervical Mucus of Smokers and Non-smokers. *Journal of the National Cancer Institute*, 89(12), 868-73.
32. Abergavenny, R.D.(2000) Risk of breast cancer increases with number of years' smoking *BMJ*;325:298 Erişim: 25.01.2008 <http://www.bmj.com/cgi/content/full/325/7359/298/d>
33. WHO (1996). WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steriod Hormone Contraception. *Ischaemic Stroke And Combined Oral Contraceptives: Results of an International, Multicentre, Case-Control Study. Lancet*,348: 498-505.
34. Ortiz MI, Rangel-Flores E, Carrillo-Alarcón LC, Veras-Godoy,H.A.(2009) Prevalence and impact of primary dysmenorrhea among Mexican high school students. *Int J Gynaecol Obstet*, 107, 240-243.
35. British Medical Association (2004). Board of Science and Education and Tobacco Control Resource Centre. *Smoking and Reproductive Life: The impact of Smoking on Sexual, Reproductive and Child Health*. ISBN: 0 7279 1856 7.Erişim: 27.06.2007. http://www.tobaccocontrol.org/tcrc_Web_Site/Pages_tcrc/Resources/tcrc_Publications/Smoking&ReproductiveLife.pdf
36. Parazzini, F., Tozzi, L., Mezzopane, R., Luchini, L., Marchini, M., ve Feldele, L. (1994). Cigarette Smoking, Alcohol Consumption, and Risk of Primary Dysmenorrhea. *Epidemiology*, 5, 469-72.
37. Surgeon General (2001). *Women and Smoking . Patterns of Tobacco Use Among Women and Girls*. Erişim: 30.06.2007 http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2001/highlight_tobaccouse.htm
38. Saraiya, M., Berg, C.J., Kendrick, J.S., Strauss, L.T., Atrash, H.K. ve Ahn, Y.W (1998). Cigarette Smoking as A Risk Factor for Ectopic Pregnancy. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 178, 493-8.
39. Bouyer, J., Coste, J., Shojaei, T., Pouly, J.L., Fernandez, H., Gerbaud, L. ve diğerleri (2003). Risk Factors for Ectopic Pregnancy: A Comprehensive Analysis Based on a Large Case-Control, Population-based Study in France. *American Journal of Epidemiology*, 157, 185-194.
40. Billaud, N. ve Lemarie, P.(2001) Negative Effects of Maternal Smoking During the Course of Pregnancy *Arch Pediatr*,8(8),875-81.
41. CDC (Center for Disease control and Prevention) (2007) *Preventing Smoking and Exposure to Secondhand Smoke Before, During, and After Pregnancy* Erişim;07.02.2010 <http://www.cdc.gov/nccdphp/publications/factsheets/Prevention/pdf/smoking.pdf>
42. Bernstein IM, Mongeon JA, Badger GJ, Solomon L, Heil SH, Higgins ST (2005). Maternal smoking and its association with birth weight. *Obstetrics & Gynecology*,106(5),986-991
43. Dempsey,D.A. ve Benowitz, N.L.(2001) Risks and Benefits of Nicotine to Aid Smoking Cessation in Pregnancy.*Drug safety*, 24(4), 277-322.
44. Handler, A.S., Mason, E.D., Rosenberg, D.L. ve Davis, F.G.(1994), *The Relationship Between Exposure During Pregnancy to Cigarette Smoking and Cocaine Use and Placenta Previa*. *American Journal of Obstetric Gynecology*,170(3), 884-9.
45. Lannero, E., Wickman, M., Pershagen, G. ve Nordvall, L.(2006). Maternal Smoking During Pregnancy Increases the Risk of Recurrent Wheezing During the First Years of Life (BAMSE). *Respir Res.*, 5, 7-3.



Çölyak ve Gebelik*

Celiac Disease and Pregnancy

Selda İldan Çalım**, Dr. Emre Yanıkkörem**

Geliş Tarihi: 12. 04. 2009

Kabul Tarihi: 24. 02. 2009

Öz

Çölyak hastalığı, yetişkin popülasyon taramasında yaklaşık olarak gebe kadınlarda 70'de bir ve genel nüfusta yüzde bir oranında görüldüğü tahmin edilen, genetik olarak yatkın kişilerde ortaya çıkan, gluten intoleransından kaynaklanan otoimmün bir bozukluktur. Gluten, buğday, arpa, çavdar ve yulaf; dolayısıyla pek çok tahıl ürününde ve işlemden geçmiş gıdaların, ilaçların ve vitaminlerin çoğunun içinde katkı maddesi olarak bulunan bir proteindir. Çölyak hastalığı son zamanlarda yaygın bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. Hastalık tedavisi edilmediğinde ishal gibi malabsorbsiyon ile ilgili komplikasyonlara, çocuklukta gelişim bozukluklarına ve ileri yaşlarda depresyon, osteoporoz ve malignitelere neden olmaktadır. Ayrıca, son araştırmalarda çölyak hastalığının adet düzensizliği, infertilite, gecikmiş ergenlik ve erken menapozu sebep olduğu bildirilmiştir. Teşhis edilmemiş çölyak hastalığı, intrauterin gelişme geriliği, düşükler, düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve sezaryen riski ile ilişkilendirilmiştir. Çölyak hastalığı sistemik etkileri sebebiyle maternal ve fetal komplikasyonlara da sebep olabilir. Ancak, gebelik öncesinde tanı konulduğunda ve gebelik boyunca hastalığın uygun yönetimi sağlandığında gebeliğin başarıyla sonuçlanması olanaklıdır. Çölyak hastalığının tek tedavisi glutensiz diyetle tamamen uyumaktır. Ayrıca hemşire ya da ebe, çölyak hastalarını, özellikle çölyaklı gebeleri ve onların ailelerini, halk sağlığı perspektifi kapsamında sağlık bakımı ve yaşam kalitesi gelişimi açısından iyi değerlendirmeli, bilgilendirmeli ve desteklemelidir. Bu nedenle, anne ve bebek sağlığını korumak için, gebelerin çölyak yönünden değerlendirilmesi ve gebeliği boyunca takip edilmesi çok önemlidir.

Anahtar sözcükler: Çölyak Hastalığı, Gluten, Gebelik

Giriş

Çölyak hastalığı, genetik olarak yatkın olan bireylerde, buğday, arpa, çavdar ve yulaf bulunan gluten proteinine karşı, T hücre ilişkili gelişen immün yanıt ile karakterize, enflamatuvar bir hastalıktır (1). İlk olarak 1888 yılında Dr. Samuel Gee hastalığın patogenizinde gluten proteinin bulunduğunu bulmuş ve çölyak hastalığını "tüm yaşlarda

Abstract

Celiac disease is an autoimmune disorder caused by gluten intolerance that appears in genetically predisposed subjects with a prevalence, estimated by adult population screening, of about 1% the general population and in 1 of 70 pregnant women. Gluten is a protein contained in wheat, barley, oats, and rye and is therefore present in many cereals and as an additive in many processed foods, medicines, vitamins. Celiac disease has recently been recognised as a widespread health problem. When the disease is untreated, it is associated with a number of complications related to malabsorption, e.g. diarrhea and growth problems in infancy and depression, osteoporosis and malignancies later in life. Further, Celiac disease has been reported as a cause of irregular menstruation, infertility, delayed puberty and early menopause in recent studies. Undiagnosed celiac disease was associated with an increased risk of intrauterine growth retardation, early pregnancy loss, low birth weight, preterm birth, and caesarean section. It may lead to serious maternal and fetal complications because of the systemic effects of the disease. However, a successful pregnancy outcome is possible when pregestational diagnosis is made and proper management of the disease during pregnancy is achieved. The only treatment for celiac disease is complete adherence to a gluten-free diet. In addition, the nurse or midwife must adequately assess, educate, and support the patients, especially pregnant women, and the patient's family through the incorporation of a health promotion perspective, leading to successful health maintenance and improved quality of life. For this reason, it is very important that pregnant women are assessed in terms of celiac disease and they are followed during pregnancy to protect fetal and maternal health.

Key words: Celiac Disease, Gluten, Pregnancy

görülebilir, özellikle bir ile beş yaş arası çocukları etkileyen kronik bir sindirim bozukluğu..." olarak tanımlamıştır (2,3,4,5). Çölyak hastalığı yaşam boyu süren tek gıda alerjisidir ve günümüzde en sık rastlanan genetik hastalık olarak kabul edilmektedir (3). Yetişkin nüfus'un yaklaşık yüzde birinde çölyak hastalığının olduğu, bu hastaların birinci

*Bu çalışma, 2-4 Kasım 2009, İstanbul 1. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

***Öğr. Gör.; Celal Bayar Ü. Sağlık Meslek Yüksek Okulu, Manisa

***Yrd. Doç.; Celal Bayar Ü. Sağlık YO, Manisa

derece akrabaları arasında çölyak hastalığının görülme oranının yüzde on ile onbeş, tek yumurta ikizlerinde görülme oranının ise yüzde yetmiş olduğu tahmin edilmektedir (6,7,8).

Gluten proteini, ince barsaklardaki villuslara verdiği zarar sonucu malabsorbsiyona neden olarak hem sindirim sistemi yakınmalarında hem de diğer sistemleri ilgilendiren sorunlara yol açmaktadır. Besinlerin çoğu; karbonhidrat, protein, yağ, demir, kalsiyum, çinko, E,D,K, B12 vitaminleri ve folik asit ince barsaklarda duodenumun proksimali ve jejenumda emilir (6). Malabsorbsiyon sonucu oluşan diare, karın ağrısı, kilo verme, yağlı dışkı en tipik çölyak belirtileridir. Çölyak hastalığı teşhis ve tedavi edilmediğinde prognoz diğer tüm sistemleri ilgilendiren komplikasyonlar ve maligniteler ile sonuçlanabilir (6,9,10,11,12). Malabsorbsiyon sonucu diş ve diş eti hastalıkları, endokrinolojik disfonksiyonlar, santral sinir sistemi sorunları, kas- iskelet sistemi hastalıkları (3,11,13) anemi, dermatitis herpetiformis (4,9,13), alerji eğilimi (14), kronik ürtiker (1) maligniteler (10,12), kadın üreme sistemi ilgili sorunlar; düzensiz menstruasyon, amenore, gecikmiş puberte, infertilite, erken menopo, polikistik over sendromu vb. gelişebilmektedir (9, 11,15,16,17,18). Literatürde, çölyak hastalarında infertilitenin görülme oranının normal topluma göre daha yüksek oranda görüldüğü belirtilmektedir. Bununla birlikte, spontan ya da yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan çölyaklı kadınlarda tekrarlayan düşüklerin, intrauterin gelişme geriliğinin, preeklampsinin ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurmanın yüksek oranda olduğu görülmektedir (5,9,11,17, 18,19).

Çölyak Hastalığının Gebelik Üzerine Etkisi

Nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte çölyak hastalığı, kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek oranda görüldüğü (8,20) ve her 70 gebeden birinin çölyak hastası olduğu düşünülmektedir (15,20). Ivarsson'un araştırmasında; İsveç'te 20 yıl boyunca tespit edilen çölyak hastalarının çoğunun kadın olduğu ve yıllara göre çölyak hastalığının prevalansında artış saptanmıştır (8). Çölyak prevalansı üzerine yapılan çoğu çalışmaya göre kolay ve doğru tanı teknikleri ile yakın zamanda çölyak hastalığının teşhis oranında artış beklenmektedir (21).

Çölyak hastalığı başta gastrointestinal sistem olmak üzere diğer birçok sistemi etkilemektedir (9,11,15,22). Çölyak hastalığının, jinekolojik sorunlar (düzensiz menstruasyon, amenore, infertilite, gecikmiş puberte, erken menapo, polikistik over sendromu) (9,11,15,16,17,18) ile obstetrik (yineleyen düşüklerin, intrauterin gelişme geriliğinin, preeklampsinin, düşük doğum ağırlıklı bebek) sorunlara neden olduğu yapılan bir çok araştırmada belirtilmektedir (6,11,17,18,19). Çölyaklılarda gebelikte görülen komplikasyonların bazılarının nedeni tam olarak bilinmemektedir (23).

Çölyak'da ince barsaklarda görülen malabsorbsiyon nedeniyle besinlerin çoğu emilmediği için demir eksikliği anemisi, folik asit eksikliği, azalmış kemik mineral dansitesi ortaya çıkabilmektedir (3,5,7,13). Gebelik döneminde artmış metabolizmaya bağlı gereksinimlerinin karşılanması hem fetal hem de maternal açıdan oldukça önemlidir (11). Glutensiz diyetten sonra klinik belirtiler ve histopatolojik bulgular düzelmesine karşın glutensiz besinlerden yeteri kadar folik asit alınamamaktadır. Çölyak hastalığı olanlar ya da düşük karbonhidratlı diyet yapan gebelerin nöral tüp defektli çocuk doğurma riskinin yüksek olması nedeniyle folik asit takviyesini gebelik öncesi dönemde ve gebelikte artırmak gerekmektedir. İngiltere'de yapılan bir çalışmada, nöral tüp defektli çocuğa sahip olan 60 anne, çölyak yönünden tarandığında, bir annede çölyak hastalığının olduğu saptanmıştır. Bu oran normal popülasyonda çölyak görülme oranından fazladır (20). Çinko eksikliğinin FSH ve LH'nin senteziyle ilişkili olduğu ve infertiliteye; gebelerde abortuslara, konjenital malformasyonlara, ölü doğum, preeklampsi, intrauterin gelişme geriliğine neden olduğu belirtilmektedir (5,11).

Literatürde, tedavi edilmemiş çölyaklı gebelerin diğer gebelere oranla düşük riskinin 8.9 kez, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskinin 5.8 kez daha yüksek olduğu ve emzirme süresinin 2.5 kez daha kısa olduğu belirtilmektedir (5,11,24).

Nedeni bilinmeyen infertilite ve yineleyen düşüklerin nedeninin çölyak yönünden değerlendirilmesi gerekmektedir. Ciacci ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada; iki ve ikiden fazla yineleyen düşüğe sahip olan çölyaklı kadınlar ile hiç düşüğü olmayan



çölyak'lı kadınların genetik taramaları yapıldığında; tekrarlayan düşüğe sahip olan çölyaklı kadınların hiç düşüğü olmayan çölyaklı kadınlara göre genetik etmenlere ilişkili farklılıkları olduğu saptanmıştır (23).

Teşhis konmamış ya da diyetine uymayan çölyak'lı gebelerde, düşükler, intrauterin gelişme geriliği (IUGR) ve düşük doğum ağırlıklı bebek daha yüksek oranda görülmektedir (20,23,24). Sharma ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada; gebeliğin 3. trimestrinde IUGR ve micrositik hipokromik anemi (hemoglobin < 10) teşhisi konan 45 gebe (deney) ile antenatal dönemde hiçbir komplikasyonu olmayan gebeliğinin 3. trimestrinde olan 45 kadın (kontrol) çalışmaya alınmış ve anti-transglutaminaz antikorlarına bakılmıştır. Kontrol grubundaki kadınların hiç birinde pozitif test sonucu görülmezken çalışma grubu kadınların 2'sinde (% 4.4) pozitif test sonucu saptanmıştır. Pozitif test sonucu olan iki kadından birinin daha

önceden bir düşüğünün bulunduğu belirtilmiştir (24).

Tokuçoğlu ve ark.'ı bir olgu örneğinde: Yedi yıl boyunca infertil olan ve çölyak tanısı konulduktan sonra glutensiz diyeti uygulayan kadının spontan gebe kaldığını ve gebeliğin 25. haftasında tekrar çölyak klinik belirtileriyle hastaneye başvurduğunu, gebeliği boyunca takip edilen hastanın gebeliğinin IUGR ile sonuçlandığını saptamışlardır. IUGR'nin nedeninin ya glutensiz diyetle tam uyulmadığıyla ilgili olduğu ya da gebeliğin çölyak hastalığını alevlendirdiği ile ilgili olduğu düşünülmektedir (19).

Sheiner ve arkadaşlarının retrospektif çalışmalarında, çölyak'lı hastaların gebelik sonuçları araştırılmış ve % 1.2 oranında IUGR saptanmıştır. Çölyak'lı kadınlar ile çölyak hastalığı olmayan kadınlar arasında maternal ya da perinatal sonuçlarla ilgili istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (17). Annenin yetersiz beslenmesi ya da tükettiği besinlerin gluten içermesi fetal ağırlığının düşük olmasına ya da IUGR'ye neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda gebelik öncesi çölyak tanısı konulan ve uygun destek tedavisi verilen gebeler ile çölyak hastalığı olmayan diğer gebelerin gebelik komplikasyonlarının aynı oranda görüldüğü saptanmıştır (11,17,19).

Teşhis konulmamış ve tedavi edilmemiş çölyak hastalığı anne ve fetus sağlığını etkileyen sorunlara neden olmaktadır. Çölyaklı gebelerin, gebelik öncesi ve gebelikte gerekli folik asit ve vitamin desteğini alması ve yaşam boyu tamamen glutensiz bir diyetle uyması olası komplikasyonların önlenmesinde büyük önem taşır (9,11,17,20,25).

Klinik Belirtiler ve Tanı

Uzun süreli ishal, abdominal şişkinlik, karın ağrısı, büyüme ve gelişme geriliği, kilo kaybı, kusma, açıklanamayan demir eksikliği, saç dökülmesi, iştahsızlık en çok görülen klinik belirtilerdir. Çölyak hastalığının kesin tanısı ince barsak biyopsi ile konulmaktadır (3,7,22). 1950 yılına kadar çocuklarda ve erişkinlerde çölyak hastalığının tanısı, enfeksiyon yokluğuna karşın görülen malabsorbsiyon ile koyulmuştur. 1960'larda ağız yoluyla ince barsak biyopsi teknikleri tanınmaya başlayınca, malabsorbsiyonu olan hastalarda

normal ve anormal jejunal biyopsi sonuçları saptanmıştır. 1969 yılında ise Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji ve Beslenme Derneği Interlaken Kongresinde (Interlaken Meeting of the European Society of Pediatric Gastroenterology and Nutrition) ince barsak biyopsisi çölyak hastalığının teşhisi için tanı ölçütü olarak önerilmiştir. 2001 yılında Amsterdam'da düzenlenen Birleşik Avrupa Gastroenteroloji Haftasında, gluten içeren gıdaların alınmasıyla villus atrofinin, kript hiperplazinin ve intraepitelyal lenfositozun duodenal histolojide görülmesi ve glutensiz beslenmeyle tüm bu değişikliklerin normale dönmesi, yetişkinlerde görülen çölyak hastalığında tanı ölçütleri olarak tanımlanmıştır (22). Anti-gliadin, anti-endomisyial ve anti-transglutaminaz antikorlar günümüzde çölyak hastalığının tanısında yardımcı olan serolojik testlerdir. Bu testlerin hastalığın tanısındaki değerleri yüksektir (%55-95). Kalsiyum, magnezyum, potasyum, protein, kolesterol, B12 vitamini, A vitamini, folik asit ve demir gibi bu hastalıkta vücutta eksilebilecek bazı maddelerin kandaki seviyelerinin ölçülmesi, tam kan sayımının yapılması önemlidir (11,22).

Tedavi

Çölyak hastalığın tek tedavisi ömür boyu süren glutensiz bir diyetdir (1, 2, 3, 4, 6, 7, 10, 14, 22, 21). Hastaların yaklaşık %70'inde glutensiz diyetten başladıktan sonraki iki haftada klinik bulgulara düzelmeye görülürken, histolojik olarak tam düzelmeye yaklaşık altı ay sonra oluşabileceği bildirilmiştir (3). Glutenle kontamine olmuş gıdaların çok küçük bir miktarı inflamatuvar sürecin başlamasına neden olabilir. Bu nedenle gluten içerebilen ya da çapraz bulaşma olasılığı olan gıdalara, kullanılan ilaçlara, şekerlere, tatlandırıcılara, soslara, kıvam vericilere ve kozmetik ürünlere vb. dikkat etmek gerekmektedir (6,9).

Diyete tam ya da ara sıra uyumsuzluk, özofagus, mide, barsak gibi gastrointestinal sistem kanser riskini genel populasyonun 10-15 katına çıkartırken, daha düşük olasılıkla otoimmün troidit, hepatit, diyabet gibi immün kökenli hastalıklara yol açmaktadır (3,18).

Sonuç

Çölyak hastalığının belirtileri gastrointestinal ve ekstra- intestinal hastalık belirtilerle benzer özellikler gösterdiği için bir

hekim için teşhis zor olabilmektedir. Sahada çalışan hekim, ebe ve hemşirelerin karşılaştıkları vitamin eksiklikleri, anemi, diare, abdominal şişkinlik, yineleyen aftöz ülserler, gelişme geriliği, atopik dermatit gibi belirtiler çölyak hastalığını için kuşku uyandıran ipuçlarıdır (6).

Çölyak hastalığı teşhis ve tedavi edilmediğinde prognozu tüm sistemleri ilgilendiren komplikasyonlarla ve maligniteler ile sonuçlanabildiği için hastalığın erken teşhisi önemlidir. Ayrıca, çölyak hastalığının kadınlarda erkeklere oranla daha çok görüldüğü ve jinekolojik, obstetrik sorunlara neden olduğu literatürlerde belirtilmektedir (9,11,15,16,17,18). Bu nedenle sahada çalışan ebe ve hemşirelerin, çölyak açısından kuşku hastalık belirtileri olan kadınları hekime yönlendirmeleri büyük önem arz etmektedir.

Çölyak hastalarının birinci derece akrabaları arasında çölyak hastalığının görülme oranının %10-15 olduğu tahmin edilmektedir (6, 7, 8). Bu nedenle sağlık çalışanlarının çölyak tanısı alan hastaların birinci derece akrabalarını çölyak yönünden taranması konusunda bilgilendirmesi önemlidir.

Ebe ve hemşireler çölyak hastalarına ve ailelerine tamamen glutensiz bir diyeti yaşam şekline dönüştürmenin önemini anlatmalı, glutensiz yaşama uyum sağlamları için gerekli sosyal ve psikolojik desteği sağlamalıdır.

Çölyak hastalığında glutensiz diyet, bir yaşam biçimidir. Hastaların bu duruma alışabilmesi ve uyumu, birlikte yaşadıkları kişilerin desteği ile daha kolay duruma gelmektedir. Bu nedenle hasta ile birlikte hastanın birlikte yaşadığı kişilerin de glutensiz yaşam konusunda eğitimi gerekmektedir.

İletişim: Selda İldan Çalım

E-posta: seldaildan@gmail.com

Kaynaklar

1. Dinler, G., Kalaycı, A.G., Gün, S. İdiyopatik Kronik Ürtiker Bulgularıyla Gelen Çölyak Hastalığı: Bir Vaka Takdimi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2009; 52: 36-38.
2. Fasano A., Catassi, C. Coeliac Disease in Children. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology, 2005;19(3): 467-478.
3. Aydoğdu S., Tümçör G. Çölyak Hastalığı. Güncel Pediatri Dergisi. 2005;2:47-53

4. Briani, C., Samaroo, D., Alaedini, A. Celiac Disease: From Gluten to Autoimmunity. *Autoimmunity Reviews* 2008; (7): 644–650
5. Ascher, H. Paediatric Aspects of Coeliac Disease: Old Challenges and New Ones. *Digest Liver Dis.* 2002;34:216-224.
6. Thom S, Longo B.M., Running A., Ashley J. A Guide to Successful Diagnosis and Treatment. *The Journal for Nurse Practitioners.* 2009;4:244-253.
7. Baykal, Y. Çölyak: Ömür Boyu Alerji. Son Güncelleme 29 Şubat 2008. <http://www.yavuzbaykal.com/colyak.pdf>
8. Ivarsson, A. The Swedish Epidemic of Coeliac Disease Explored Using an Epidemiological Approach—Some Lessons to be Learnt. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology.* 2005;19(3): 425–440.
9. Trofatter, K.F. Celiac Disease and Pregnancy. November 28, 2008 (http://www.healthline.com/blogs/pregnancy_childbirth/labels/ceeliac%20disease.html)
10. Holmes, G.K.T. Coeliac Disease and Malignancy. *Digest Liver Dis.* 2002;34:229-37.
11. Nas, T., Yılmaz, E., Korucuoğlu, Ü., Özcan, P.K., Poyraz, A. Gürsoy, R. Çölyak Hastalığı ve Gebelik: Olgu Sunumu. *Perinatoloji Dergisi,* 2007;15(1):39-41.
12. Corrao, G., Corazza, G.R., Bagnardi, V., Brusco, G., Ciacci, C., Cottone, M. Et al. Mortality in Patients With Coeliac Disease and Their Relatives: a Cohort Study. *The Lancet,* 2001; 358: 356-360.
13. Guandalini, S., Gupta, P. Celiac Disease A Diagnostic Challenge with Many Facets. *Clinical and Applied Immunology Reviews,* 2002;2: 293–305.
14. Zauli, D., Grassi, A., Granito, A., Foderaro, S., De Franceschi, L., Ballardini, G., Bianchi, F. B., Volta, U. Prevalence of Silent Coeliac Disease in Atopics. *Digest Liver Dis.* 2000;32:775-9.
- 15- Kuşçu, N.K., Akcali, S., Kucukmetin, N.T. Celiac Disease and Polycystic Ovary Syndrome. *International Journal of Gynecology and Obstetrics,* 2002; 79: 149–150.
16. Hernell, O., Ivarsson, A., Persson, L.A. Coeliac Disease: Effect of Early Feeding on the Incidence of the Disease. *Early Human Development,* 2001;65: 153–160.
17. Sheiner, E., Peleg, R., Levy, A. Pregnancy Outcome of Patients with Known Celiac Disease. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2006;129: 41–45.
18. Biagi, F., Corazza, G. R. Clinical Features of Coeliac Disease. *Digest Liver Dis.* 2002;34:225-8.
19. Tokuçoğlu, S., İnan, İ., Kelekçi, S., Tekin, G. Bir Olgu Nedeni ile Gebelik ve Çölyak Hastalığı. *T Klin J Gynecology Obstetric* 1995; 5:103-104.
20. Hancock, R., Koren, G. Celiac Disease During Pregnancy. *Clinical Practice. Canadian Family Physician.* 2004;50:1361-1363.
21. Ciaccia, C., Maiurib, L., Caporasob, N., Buccia, C., Giudiced, L.D. Massardod, D.R. et al. Celiac Disease: In Vitro and in Vivo Safety and Palatability of Wheat-free Sorghum Food Products. *Clinical Nutrition* 2007; 26: 799–805.
22. Mulder, C.J.J., Cellier, C. Coeliac Disease: Changing Views. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology.* 2005;19(3): 313–321.
23. Ciacci, C., Tortoraa, R., Scudierob, O., Di Fioreb, R. Salvatore, F., Castaldo, G. Early Pregnancy Loss in Celiac Women: The Role of Genetic Markers of Thrombophilia. *Digestive and Liver Disease,* 2009;41: 717–720.
24. Sharma, K.A., Kumar, A., Kumar, N., Aggarwal, S., Prasad, S. Celiac Disease in Intrauterine Growth Restriction. *International Federation of Gynecology and Obstetrics. Published by Elsevier, Ireland,* 2007;3:57-59.
25. Wolf, H, Ilsen, A., Maria . Van Pampus, M.G, Sahebdién, S., Pena, S., Von Blomberg, M. E. Celiac Serology in Women with Severe Pre-eclampsia or Delivery of a Small for Gestational Age Neonate. *International Federation of Gynecology and Obstetrics. Published by Elsevier, Ireland,* 2008:175-176.



Çalışan Güvenliğinde Psikososyal Bir Dram: Mobbing

A Psychosocial Drama in Work Safety: Mobbing

Dr. Ümit Atman*

Geliş Tarihi: 10. 03. 2011

Kabul Tarihi: 27. 05. 2011

Öz

Mobbing-psikolojik yıldırma, iş sağlığı alanında yeni dile getirilen bir konu olup, akademi ve iş çevrelerinin dikkatini gittikçe daha fazla çektiği görülmektedir. Mobbing çalışma çevresinde sık görülen sosyal ve psikolojik çok boyutlu bir eylemler dizisidir. Mobbinge hedef olan insanlar, duygusal olarak mutsuz bir iş ortamında çalışmaya maruz kalır. Mobbing, kurbanların sağlığını etkiler ve konsantrasyonlarını düşürür. Ayrıca çalışanlar arasında iletişim ve grup çalışmalarını da kapsayan hoş olmayan ilişkilerin varlığı, genellikle iş verimliliğini de olumsuz olarak etkiler. Psikolojik yıldırma olmadan korunmak için stratejik bir yaklaşım ve işyerlerinde olumlu bir iklim yaratacak organize faaliyetler uygulanmalıdır. Bu derlemede, mobbing-psikolojik yıldırma halk sağlığı bakış açısıyla incelenmiştir.

Anahtar sözcükler: Psikolojik yıldırma, çalışan güvenliği, psikososyal risk.

Abstract

Mobbing, a rising issue in safety in the workplace, has recently received more attention in the academic and business settings. Mobbing is a series of actions with multidimensional social and psychological features, frequently encountered in the workplace. People who have become targets of mobbing often work in an emotionally unhealthy environment. Mobbing affects the victims's health and causes loss of concentration. In addition to unpleasant working relations, including the break down of communication and teamwork, mobbing also has an overall negative impact on productivity. For prevention, there must be an organized intervention including a strategic approach towards mobbing and a positive environment in the workplace. In this review article, mobbing has been examined with the public health perspective.

Key words: Mobbing, bullying, employee safety, psychosocial risk.

Giriş

Son dönemde hasta hakları ve hasta güvenliği çalışmalarının hız kazanması ile çalışan güvenliği kavramı ülkemizde biraz daha ön plana çıkmış durumdadır. Ne yazık ki, çalışan güvenliği deyince birçoğumuzun aklına yalnızca çalışma ortamında maruz kalınan fiziksel, kimyasal ve biyolojik etmenler gelmekte, psikososyal etmenler göz ardı edilmektedir. Bu derlemede çalışma ortamında çok görülen fakat adlandırılmayan sosyal ve psikolojik çok boyutlu bir eylemler dizisi olan Mobbing-psikolojik yıldırma ele alınmıştır.

Mobbing Kavramı

Psikolojik yıldırma...Duygusal saldırı... Ayrımcılık...

Özellikle Amerika ve Avrupa da son yılların en dikkat çeken konularından biri olan "mobbing=yıldırma" kavram olarak; içinde psikolojik yıldırma, psikolojik şiddet, baskı, kuşatma, taciz, rahatsız etme ya da sıkıntı verme gibi anlamlar barındırmaktadır. İsim olarak pek bilinmese de, iş yaşamına atılmış olan hemen hemen herkesin aşına olduğu bir

olgu olan mobbing, İngilizce de "örgütsel baskı" anlamına gelen "mob" kelimesinden gelmektedir. Türkçe de tam karşılığı olmamakla birlikte, rutin kullanımının birine karşı cephe oluşturma, duygusal saldırıda bulunma demek olduğunu söylemek olanaklıdır.

Mobbing terimi ilk olarak hayvan davranışlarını inceleyen Konrad Lorenz tarafından 1960'lı yıllarda kullanılmıştır. Lorenz'in bu kelimeyle tasvir etmeye çalıştığı şey, küçük hayvan gruplarının büyük bir hayvana karşı toplu biçimde atağa kalkma durumudur. Konrad Lorenz'den sonra aynı terimi Peter-Paul Heinemann çocuklardan kurulu bir grubun yalnız bir çocuğa tavır alıp zarar vermesini tanımlamak için kullanmıştır. İki kullanımda da ortak olan şey, grup oluşturan bireylerin tek kalmış bir bireye zarar vermesidir.

Daha sonraları, Amerika odaklı araştırmalarda, örgütsel çalışmaların yürütüldüğü eğitim birimleri, askeri birimler ya da iş yerlerindeki örgütsel saldırılar için başka başka terimler kullanılmaya başlanmış, okullardaki örgütsel şiddet olgularında bullying

terimi kullanılırken, iş yerlerindeki olgulara mobbing denmesi uygun görülmüştür.

Bullying, içinde fiziksel şiddeti de barındırırken, mobbing daha sofistike tavırların takınıldığı, fiziksel değil psikolojik baskı ve mobbing politikalarının benimsendiği iş yeri psikolojilerini tanımlamada kullanılmaktadır (1,2,3).

Mobbing mağdurlarının gözüyle, çekilen acı ve maruz kalınan olumsuz etkiler daha değişik ifadelerle tanımlanabilmektedir. Öyle ki, Avustralya'da 11 mobbing olgusu ile yapılmış bir çalışmada mobbing deneyimi "boğulmak", "mücadele etmek" ve "tuzağa düşmek" olarak ifade edilirken, tacizci "kadın jüponuna sarılmış gaddar bir kalp", "iki başlı oyuncak bir bebek", "başçavuş" ya da yalnızca "düşman" sözcükleri ile tanımlanmaktadır. Kurbanlar kendilerini "bir Salvador Dali resmindeki tek normal karakter", "profesyonel bir okçunun hedef aldığı 12 numara" ya da "bir çöp parçası üzerindeki önemsiz leke" olarak hissettiklerini ifade ederken, mobbinge maruz kaldıkları örgütü de "kafasını kuma gömmüş deve kuşuna" ya da "cinayete tanık olmalarına karşın kafasını çevirip görmezden gelen bir topluluğa" benzetmektedirler (4).

Görülme Sıklığı

Uluslararası Çalışma Örgütü'ne göre işyerlerinde karşılaşılan en önemli sorun mobbing eylemleridir ve günümüzde yeni dile getirilmeye başlansa da, ilk çalışma yaşamının varlığından itibaren süregelen işyeri hastalığıdır ve çalışan güvenliğini tehdit etmektedir. Kuzey Afrika'da çalışanların çok büyük bir kısmı (%78), kariyerlerinde en az bir defa mobbing davranışlarına hedef olmuştur (5). Uluslararası araştırmalar, çalışma yaşamlarının bir döneminde çalışanların yüzde 25-50 arasındaki bölümünün mobbing davranışıyla karşılaştığını göstermektedir. Bu düzey bazı mesleklerde yüzde 95'e ulaşmaktadır. Bunların yüzde 20'si ise son altı ve 12 ay içinde bu eylemlerle karşı karşıya kalmıştır (6). İngiltere'de yapılan bir araştırmaya göre İngiliz işçilerin yüzde 54'ü (yaklaşık 14 milyon kişi) çalışma yaşamlarına en az bir kere zorbalığa maruz kalmıştır. Araştırmaya katılanların çoğu durumun giderek iyileşeceğine daha da kötüleştiği görüşünü taşımaktadır (7). Alman hükümetinin

hazırladığı ilk mobbing raporuna göre çalışanların yüzde 11.3'ü mobbing'in mağduru olmakta ve mağdurların çoğunu kadınlar oluşturmaktadır (8). Danimarka'da 3429 çalışan arasında yapılan bir araştırmada, katılımcıların yüzde 8.3'ü son bir yılda psikolojik yıldırmaya maruz kaldığını ifade etmiştir (9). Bosna da yapılan bir çalışmada da doktorların yüzde 76'sı psikolojik yıldırmayla karşılaştığını bildirmiştir (10).

Mobbing Süreci

Varlığı konusunda fikir birliğine varılmış olmasına karşın, tanım konusunda ortak bir sonuca ulaşılamamış olması, belirtilerin saptanmasında güçlük çekilmesi, dahası mobbing'in ilk evrelerinde yaşananların iş yerlerinde cereyan eden rutin anlaşmazlıklar ya da günlük sorunlar olarak kabul ediliyor olması, örgütsel çalışma ortamlarında mobbing teşhisinin konmasını güçleştirmektedir.

Cinsel taciz ve ayrımcılığın mobbing'e dahil olup olmadığı da akademisyenler arasındaki bir başka tartışma konusudur. Yapılan tanımların ortak üç noktası bulunmaktadır. Bu üç noktaya dikkat edilirse, mobbing teşhisini koymak biraz olsun kolaylaşabilmektedir.

Bunlar;

- Mobbing uygulayan kişinin amacına bakmaksızın gerçekleştirdiği eylemin, kurban üzerindeki etkisi,
- Bu etkinin mağdura verdiği zarar,
- Mobbing'in devam etmesine yönelik ısrarlı davranış.

Yeni bir işe başladınız diyelim. Son zamanların revaçta deyimiyle amiriniz ya da üstünüz pozisyonundaki kişi sizden " olumlu elektrik alamadı". Aranıza gereksiz, abartılı bir mesafe koydu. Toplantılarda size söz vermektense başkalarıyla iletişim kurmayı tercih ediyor, yaptığınız her şey, ortaya attığınız her fikir ona batmaya başladı. Bunu diğer iş arkadaşlarınızla paylaştınız ve sizinle aynı fikirde olanlar olduğunu gördünüz. Dikkat edin... Belki siz de mobbingin infaz grubunun bir parçası olmaya doğru gidiyorsunuz!!! "

Mobbingde en ilginç nokta, bireyi dışlayan grubun verdiği zararın farkında olmaması ve genelde tüm olanların suçlusuz olarak kurbanın "uyumsuzluğunu" görmesidir. Dolayısıyla davranışlarını, sanki onlara karşı takınılan tavır

yüzünden aldıkları bir önlem olarak görmekteyiz. Öte yandan, baştan beri dışlanmış olan kurban, maruz kaldığı şeyleri tanımlamakta ve ifade etmekte genellikle zorlanmaktadır.

Mobbing durumunda pasif saldırganla başa çıkmak aktif saldırganlara göre daha zordur. Çünkü pasif saldırganlar kötü davranışlarını örtmek için uygun ortamlarda anlayışlı ve samimi davranışlar sergilerler. Saldırgan, kişiye yönelik cinsiyet, yaş, din, uyruk, özürlü olmak gibi herhangi bir nedene dayalı belirli bir ayırmıcılıktan çok, kişiyi iş yaşamından dışlamak amacıyla taciz, rahatsız etme ve kötü davranış yoluyla kasıtlı hareketler sergilerler.

Mobbing yapılan kişi, her sabah güne iş stresi ile başlar ve işe gitmek istemez. İçinde bulunduğu çaresiz durum kişinin sağlığını ciddi anlamda tehdit eder. Mağdurları en fazla etkileyen mobbing'in sıklığı, tekrarı ve süresidir. Herkesin dayanma süresi farklı olduğu için vereceği zararın etkisi de kişiye göre değişmektedir.

Yapılan araştırmalar, mobbing'e maruz kalan kişilerin çalışma yaşamlarında zeka, dürüstlük, yaratıcılık, başarı gibi bir çok olumlu özellik gösteren duygusal zekası yüksek kişiler olduklarını ortaya koymuştur. Özellikle yaratıcı insanların ürettikleri yeni fikirlerin diğerlerini rahatsız etmesi ve daha yüksek mevkilerde çalışan kişiler için tehdit oluşturdukları nedeni ile seçilmiş kişilerdir. Bu kişiler işini seven, yaptıkları işle bütünleşen, örgütün hedeflerine ve saygınlığına inanan çalışanlardır.

Mobbing-Psikolojik Yıldırmanın Etkileri

Mobbing öldürmez, süründürür... mü? Mobbing de gelinen aşama; kurbanın ne kadar zarar göreceğini ve bu saldırıdan nasıl bir yarayla kurtulacağını belirler. Bunun için tanımlama ve farkında olma çok önemlidir. Mobbing başlığı altında ele alınacak davranış modelleri ve etkileri beş ana grup altında incelenebilir (2);

1. Grup: İletişim Biçimi ve Etkileri,

- Üstünüz tarafından ifade etme fırsatınız sınırlanması,
- Sürekli sözünüz kesilmesi,
- Meslektaşlarınızca ifade fırsatınız sınırlanması,
- Azarlanmanız ve size yüksek sesle bağırılması,

- İşinizle ilgili olarak yaptığınız her şeyin sürekli eleştirilmesi,
- Özel yaşamınızın sürekli eleştirilmesi,
- Telefonla rahatsız edilmek,
- Sözlü olarak tehdit edilmek,
- Tehdit mektubu almak,
- Yalancı olduğunuzun ima edilmesi.

2. Grup: Sosyal İlişkilere Saldırı

- İnsanların sizinle konuşmaması,
- Kimseyle konuşmanıza meydan, verilmemesi ve görüşme hakkından yoksun kalmanızın sağlanması,
- Diğer çalışanlardan izole edilmeniz sağlanması,
- Sizinle konuşmanın, meslektaşlarınıza yasaklanması,
- Size, yokmuşsunuz gibi davranılması.

3. Grup: İtibara Saldırı

- Arkanızdan kötü konuşulması,
- Asılsız dedikodu çıkarılması,
- Alaya alınmanız,
- Akıl hastasıymış gibi muamele görmeniz,
- Psikiyatrik değerlendirme geçirmeye zorlanmanız,
- Herhangi bir özrünüzle alay edilmesi,
- El kol hareketleriniz, yürüyüşünüz, sesiniz taklit edilerek alaya alınmanız,
- Politik ya da dini inançlarınızla alay edilmesi,
- Özel yaşamınızla alay edilmesi,
- Milliyetinizle alay edilmesi,
- Öz saygınızı etkileyecek bir iş yapmaya zorlanmanız,
- Çaba ve başarınızın haksız bir biçimde değerlendirilmesi,
- Kararlarınızın sürekli sorgulanması,
- Küçük düşürücü adlarla çağırmanız,
- Cinsel imalarda bulunulması.

4. Grup: Yaşam ve İş Kalitesine Saldırı,

- Size önemli görevler verilmemesi,
- Görevleriniz kısıtlanması,
- Anlamsız görevleri yapmanız istenmesi,
- Yeteneklerinizden daha düşük görevler verilmesi,
- Sürekli yeni görevler verilmesi,
- Öz saygınızı etkileyen görevler verilmesi,
- Gözden düşmeniz için niteliğinizin dışında görevler verilmesi,
- Oluşan zararların faturasının size çıkarılması,

- İşyerinize ve evinize hasar verilmesi.

5. Grup: Doğrudan Sağlığı Etkileyen Saldırlar:

- Fiziksel olarak zor bir görev yapmaya zorlanmanız,
- Fiziksel şiddet uygulanması,
- Hafif şiddetle tehdit edilmeniz,
- Fiziksel olarak taciz edilmeniz,
- Cinsel olarak taciz edilmeniz.

Uzun süre bu tür davranışlara maruz kalan kurbanların gelebileceği son aşama, yalnızca istifa ederek işten ayrılmak ve ekonomik olarak zarar görmek değildir maalesef... Fiziksel ve ruhsal olarak da zarar görmek olasılığı vardır. Öyle ki, Mobbingin uygulama biçimi, süresi ve şiddeti ile bağlantılı olarak bir çok psikososyal rahatsızlık görülebilir. Bunlar genel olarak: Hiper atiklik, düşüncelere saplantı ve duygulardaki karışıklıktır. Hiper atiklik olarak gruplanan rahatsızlıklar; kolayca irkilme, ani nöbetler, hemen sinirlenme, konsantrasyon güçlüğü, çabucak heyecanlanma, uyku azlığı ve strestir. İkinci grubu saplantı haline gelen düşünceler ve davranışlar oluşturmaktadır. Mağdurları bu süreçte fazlasıyla etkileyen olaylar, geri dönüşlerle anımsanır ve bu olaylar giderek kabusa dönüşür. Aşırı alışveriş ve aşırı temizlik yapma gibi davranışlar gelişir. Diğer etki ise duygulardaki karmaşadır. Mağdurun normal duygusal tepkileri kaybolur. Travmanın anımsattığı durumdan, düşüncelerden, duygulardan kaçma ihtiyacı hissedilir. Mağdurlarda görülen mobbing sürecinin ilk aşamasındaki etkiler, genellikle her tür durum karşısında nedensiz ağlama, uyku bozuklukları, hemen sinirlenme ve konsantrasyon güçlüğüdür. İkinci aşamada ilk aşamadaki belirtilere yüksek tansiyon, mide yakınmaları, depresyon, işyerine gitmek istememe, işe geç kalma gibi belirtiler de eklenir. Üçüncü aşamada ise depresyonun şiddeti artar, panik atak ve endişe durumu ortaya çıkar. Kazalar ve intihara yönelme, daha çok mobbing sürecinin son aşamasında görülmektedir (11,12).

Mobbing eylemleri mağdurlarda yalnızca psikolojik rahatsızlıklara değil, aynı zamanda büyük ekonomik kayıplara da yol açmaktadır. Almanya'da bu rakamın 15,3 milyar Euro olduğu ileri sürülmektedir (13). Mobbing-yıldırma süreci sonrası hastalanan kişilerin topluma maliyetinin yıllık gelirinden fazla

olduğu uzmanlarca ileri sürülmektedir. Öte yandan mobbing eylemleriyle karşılaşan pek çok kişi ise yaşadığı gerilimi bir hastalık olarak görmediği için tedavi yoluna da gitmemektedir.

Ülkemiz çalışanları yönünden durum biraz daha zordur. Psikolojik açıdan yardım isteme konusu Türk toplumu için henüz çok yeni bir anlayış olduğundan çoğunlukla bu konuda hekime başvurulmamaktadır. Mobbing sürecinde düşmanca ve zorbaca eylemlerle karşılaşan mağdurlar, iş yaşamlarındaki olumsuzlukları gizlemeye çalışarak hiç bir şey olmamış gibi davranma eğilimindedirler. İçinde buldukları zor durumdan yönetimin haberi olduğunda işlerini kaybedecekleri korkusu, yaşadıkları olayı gizlemelerine yol açmaktadır. Bu durumu gizleme çabası ise kişiyi daha fazla strese sokmaktadır (14). Mükemmel bir yönetim arayışı içindeki örgütlerin yöneticileri, mevcut sorunları yokmuş gibi gösterme eğilimindedirler. Çatışmaları ortaya çıkarmaktan ve çatışmaları çözmekten özellikle kaçınırlar. Bu nedenle mobbing eylemlerinin anlaşılması ve ortaya çıkarılması bu anlayıştaki örgütlerde çok zordur. Öte yandan sürece hedef olan bireylerin sağlığının bozulması da bir bakıma bu uygulamaları açığa çıkarabilecektir. Ancak yıldırılan mağdurların hekime başvurmadan çekindiği bir ortamda bu sürecin fark edilmesi oldukça güçleşmektedir.

Mobbing sürecinin örgüt üzerindeki etkileri de son derece önemlidir. Bu süreç, en tepeden en aşağıya kadar örgütün tümünü etkiler ve bir çok huzursuzluğun, çatışmanın ve karışıklığın oluşmasına yol açar.

İş kalitesi ve miktarında azalmaya sebep olur, verimliliği düşürür. Mobbing sürecinden yalnızca hedefler etkilenmez aynı zamanda çalışma grupları da etkilenir. Sonuçta işin iyi bir biçimde başarılması için bir araya gelinemez. Oluşan karmaşa ve huzursuzluklar örgüt imajına yansır ve olumsuz bir biçimde tanınmasına neden olur.

Örgütte iş gücü devri yükselir, giderek artan huzursuzluk ortamından ve çatışmadan kaçmak için arayışlar başlar. Bireylerin, işlerine ve örgütlerine aidiyet duyguları azalır, daha iyi bir çalışma atmosferi olan işyerlerine geçmek için fırsat kollarlar. Yetişmiş bireylerin ayrılması ile örgütte kazanılmış olan tecrübe yitirilir bunun sonucunda da yeniden eğitim maliyeti artar.

Mobbing sürecinin neden olduğu hastalıklar nedeniyle kullanılan izinlerde de artış olacaktır. İzin talep eden bireyler yalnızca sürecin mağdurları olmayacak aynı zamanda örgütün diğer çalışanları da oluşan olumsuz ortamdan izin kullanarak uzaklaşmak isteyeceklerdir. Bu durum da örgütün verimliliğini etkileyecektir.

Mobbing sürecinin örgüte bir başka etkisi de çalışanların tazminat talepleri olacaktır. Ülkemizde henüz bu sürecin yasalarda tanımlanmamış olmasına karşın bazı devletler, işle ilgili stresin neden olduğu fiziksel ve ruhsal hastalıklar için işçilerin tazminat talebini kabul etmiştir. Bu duruma yönelik hukuki süreçler ve yapılacak ödemeler, maliyetleri artıracaktır (15).

Mobbingin örgütler ve bireyler üzerinde yarattığı bunca olumsuz etki, içinde yaşanan toplumu da etkileyecektir. Mobbing mağdurlarının ülkelerine ekonomik maliyeti göz ardı edilemeyecek kadar çoktur. Leymann'ın 1990 yılında yapmış olduğu çalışmalara dayanan verilere göre bir mağdurun yıllık örgütsel maliyeti 30.000 ile 100.000 USD arasında değişmektedir.

Yasal Mevzuat

Dünyada pek çok Avrupa ülkesinde ve Amerika da konuya duyarlılığın artışına paralel olarak mobbing-yıldırma ile ilgili koruyucu ve önleyici mesleki güvenlik yasaları çıkarılmıştır (16,17). Ülkemizde ise 2003 yılında kabul edilen 4857 sayılı iş kanunu, çalışma ortamında psikolojik yıldırma açısından yeterli hükümler içermemektedir (18). Kanun kapsamında yalnızca cinsel tacizle ilgili iki hüküm bulunmaktadır. Son olarak 25 Aralık 2008 tarihinde T. B. M. Meclisi Adalet Komisyonunda görüşülen "Borçlar Kanunu Tasarısının "işçinin kişiliğinin korunması" başlıklı maddesinin cinsel tacizle ilgili kısmı genişletilerek psikolojik taciz (mobbing) eklenmiş ve "işveren, özellikle işçilerin psikolojik ve cinsel tacize uğramamaları ve bu nevi tacizlere uğramış olanların daha fazla zarar görmemeleri için gerekli önlemleri almakla yükümlüdür" ifadesine yer verilmiştir (19).

Sonuç ve Öneriler

Ülkemizde ve hatta dünyada daha tanımı konusunda bile bir anlaşmaya varılmamış ve

fazla araştırma yapılmamış olan bu konu hakkında bir çözüm üretmek oldukça zor görünmektedir. Öncelikle, soruna çözüm olması adına atılan adımların işe yarayabilmesi için, sorunun adının konması ve teşhis edilmesi gerekmektedir. Mobbing'ten kurtulmak için alınabilecek önlemler ve iyileştirici çalışmalar şöyle sıralanabilir:

- Örgüt içi statü ve görev dağılımı gibi hassas konularda belirsizliklere yer verilmemesi, her şeyin tanımının ikilemlere sebep olmayacak biçimde açık yapılması mobbingin doğmasına engel teşkil edecek bir ortam sağlanmasına yardımcı olur.

-Yönetimde saydamlık sağlanmalı, bunu gerçekleştirmek için kararlara katılmaya önem verilmeli ve katılma ortamı yaratılmalıdır.

- Örgütte iletişim sürecinin etkinliği sağlanmalıdır. İyi işleyen bir iletişim için dürüstlük ilkesi temel değer olarak kabul edilmelidir. Dürüstlüğün olmadığı bir örgütte doğru ve sağlıklı bir bilgi akışı da gerçekleşemeyecektir. Öte yandan iyi bir iletişim dedikoduyu da önleyecektir.

- Yakınma ve performans değerlendirme mekanizmalarının olabildiğince sağlıklı çalışmasına özen gösterilmelidir. Böylece adaletsizlik olduğu inancına dayalı mobbing hareketlerinin önüne geçilebilir.

- İşe alım süreçlerinde adayların yeterliliklerine bakılırken, kişilik özelliklerine ve duygusal zekalarına da önem verilmeli, iş ortamında sorun çıkaracak kişilik özellikleri olup olmadığına dikkat edilmelidir (20).

Sonuç olarak; mobbing, örgütler içinde bulaşıcı bir hastalık gibidir. İyileştirici önlemler alınmazsa örgütün bütün yaşamsal organlarına yayılır. Çalışan personelde, işletmeye ve çalışma arkadaşlarına olan güven ve saygı azalır, motivasyon düşer, çalışma ortamı ve çalışanlar ile örgüt arasında uyumsuzluk başlar, iş verimliliği düşer.

Ne yazık ki, gelişmekte olan ülkelerde çok sayıda çalışan benzer durumdadır ve bunun ciddi anlamda psikosomatik rahatsızlıklara neden olabileceğini bilmemektedir.

Mobbing'e maruz kalanlar, yaşadıklarının tanımlanmış bir iş yeri sendromu olduğunu, uğradıkları tacizin kendi suçları olmadığını anlamalı ve bu yönde mücadeleye devam etmelidirler. Aynı zamanda psikolojik yardım almak, onları yaşadıkları sendrom karşısında verecekleri mücadelede daha bilinçli ve güçlü kılacaktır.

Mobbing'in gelecekte çalışan güvenliğini tehdit eden etmenler arasında ilk sırayı almaması dileğiyle...

İletişim: Ümit Atman

E-posta: umitatman@hotmail.com

Kaynaklar

1. Leymann, H.(1990). Mobbing and Psychological Terror at Workplaces. *Violence and Victims*, 5, s.119-126
2. Davenport, N., Schwartz, R.D. & Elliott, G.P.(1999). Mobbing Emotional Abuse in the American Workplace. *Civil Society Publishing*, Ames Iowa, I, s.36-37.
3. Cusack S.(2000). Workplace Bullying: Icebergs in Sight, Soundings Needs. *The Lancet*, Volume:356/9248, s.2118. (<http://sciencedirect.com/science?ob=ArticleURL&-aset=A-WA-A-CY-MsSA...>)
4. Sheenan, M. ve Barker, M.(2000). Analysing Metaphors used by victims of workplace bullying, *Transcending Boundaries: Integrating People, Processes and Systems*, Brisbane: Griffity University, 360-367.
5. Marais-Steinman, S. The changing workplace (<http://www.worktrauma.org/change.htm>) (Erişim Tarihi: 18 Mart 2010).
6. Beyond Bullying Association. (2003). <http://cwpp.slq.qld.gov.au/BBA/facts.html>>at
7. Clark J.(2002). Maymuncuk, İşyerinde İletişim ve Politika, Çev. Zülfü Dicleli, MESS Yayın No:390, İstanbul, s.76.
8. Pasquale vd. Study examines "mobbing" at the workplace. *Baden Eaden Germany*.<http://eurofound.europea.eu/eiro/2002/08/feature/de0208203.f.htm> (erişim tarihi:17.03.2010)
9. Ortega, A., Hogh, A., & Pejtersen, JH.(2009). Prevalence of workplace bullying and risk groups:a representative population study. *Int. Arch. Occup Environ Health.*;82, s.417-426
10. Pranjić, N., Males-Bilic, L., Beganlic, A. & Mustajbegovic, J. (2006). Mobbing, stres and work ability index among physicians in Bosnia and Herzegovina: Survey Study. *Croatian Medical Journal*:47, s.750-758.
11. Namie, G. & Namie, R.(2000). *The Bully at Work:What you can do to stop the hurt and reclaim your dignity on the job*. Sourcebooks, Inc. Naperville, Illinois, s.63.
12. Davenport, N., Schwartz, R.D. & Eliot, G.P.(2003). *Mobbing:İş yerinde duygusal taciz*, İstanbul: Sistem Yayıncılık.
13. <http://dwelle.de/turkish/yasam/270845.html> (Erişim Tarihi:1 Nisan 2010).
14. Deniz, Y., İşyerinde Depresyon, <http://216.239.53.10.../depresyon.htm+mobbing&hl=tr&lr=lang-tr&ie=UTF-8&inlang=t> (Erişim Tarihi: 18 Mart 2010).
15. Yüçetürk, E. (2003). Örgütlerde Durdurulamayan Mobbing Uygulamaları: Düş mü? Gerçek mi?, 11. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı, Afyon Kocatepe Üniversitesi Yayın No:57, s.973-984.
16. Yüçetürk, E. ve Öke MK.(2005). Mobbing and Bullying: legal aspects related to workplace bullying in Turkey. *South-East Europe Review for Labour and Social Affairs*:2, s.61-70.
17. Tınaz, P., Bayram F., Ergin H.(2008). Çalışma psikolojisi ve hukuki boyutları ile işyerinde psikolojik taciz (Mobbing). İstanbul. Beta yayınları.
18. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. 4857 sayılı İş Kanunu. 2003. <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=1.5.4857&MevzuatIlişki=0&sourceXmlSearch=?category-id=5> (Erişim Tarihi: 1 Nisan 2010).
19. Türk Hukuk Sitesi. Psikolojik Taciz Türk hukukuna girdi. 2008. <http://turkhukuk sitesi.com/showthread.php?t=34236> (Erişim Tarihi: 1 Nisan 2010).
20. Miller, K.(2000). They Call It 'Mobbing' - A new kind of workplace harassment or an old one with a new name?, *Newsweek International*, August:14



Kanseri Önlemek Olası mı?

Is It Possible to Prevent Cancer?

Ayla Açıkgöz*, Hülya Ellidokuz**

Geliş Tarihi: 12. 09. 2010

Kabul Tarihi: 20. 12. 2010

Öz

Kanser genetik bilgideki değişikliğin sonucu olarak hücrelerin kontrolsüz çoğalmasıdır. Tütün ve alkol kullanımı, güneş ışınları, iyonize radyasyon, bazı kimyasallar, yetersiz meyve ve sebze tüketimi, fiziksel aktivitede yetersizlik, obezite, hepatit B virüsü, hepatit C virüsü, insan papilloma virüsünün bazı tipleri ve helicobakter pilori gibi bazı virüs ve bakteriler kanserin önde gelen risk etmenleridir. Bu risk etmenlerinin çoğundan kaçınılabilir.

Kanserlerin çoğu önlenir. Kanser önlemenin hedefleri kanser insidansı, morbiditesi ve mortalitesini azaltmaktır. Kanser insidansı, kansere neden olan etmenlerle karşılaşmayı azaltarak ya da ortadan kaldırarak azaltılabilir. Kanser morbidite ve mortalitesi tedavinin olası olduğu bir evrede erken tanıyla düşürülebilir. Erken tanı, tarama yöntemleri kullanılarak gerçekleştirilebilir. Mamografiyle meme kanseri tanınması ve Pap smear yöntemiyle serviks kanseri tanınması tarama yöntemlerine örnektir.

Tütün kullanımı en önemli önlenir kanser nedenidir. Tütün kullanımının kontrolü kanser insidansı ve mortalitesini azaltacak en önemli politikadır. Beslenmenin düzenlenmesi ve alkol kullanımının azaltılması kanseri önlemede önemli yaklaşımlardır. Düzenli fiziksel aktivite kanser riskini azaltır.

Eğitim ve etkin halk sağlığı politikaları kanseri önlemede önemlidir. Özellikle riskli gruplarda halk eğitimi yapılmalıdır. Ulusal politika ve programlar sık görülen kanserlerin riskleri hakkında farkındalığı ve sağlıklı yaşam biçimleri hakkında bilgiyi sağlayacak biçimde yürütülmelidir.

Anahtar sözcükler: Kanser, Erken tanı, Tarama, Kanser önleme.

Giriş

Kanser, sık görülmesi ve öldürücülüğünün yüksek olması nedeniyle günümüzün en önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir. Kanser DNA hasarına bağlı olarak hücrelerin kontrolsüz ya da anormal bir biçimde büyümesi ve çoğalması sonucu ortaya çıkar. Yüzden fazla kanser türü vardır. Kanserlerin %5-10'u kanserle ilişkili genlerin kalıtımına bağlı olarak ortaya çıkar. Geriye kalan %90-

Abstract

Cancer is the uncontrolled cellular proliferation as a result of changes in the genetic information. Tobacco use, alcohol use, sunlight, ionizing radiation, certain chemicals, low fruit and vegetable intake, lack of physical activity, obesity and some viruses and bacteria such as hepatitis B virus, hepatitis C virus, some types of human papilloma virus and Helicobacter pylori are leading risk factors for cancer. Many of these risk factors can be avoided.

The majority of cancers are preventable. The aims of cancer prevention are to decrease the incidence, morbidity and mortality of cancer. Incidence of cancer may be decreased by reducing or eliminating exposure to cancer-causing factors. Morbidity and mortality of cancer may be reduced by early detection at a stage when treatment is possible. Early detection can be achieved by screening methods. Breast cancer screening using mammography and cervical cancer screening using Pap smear are examples of screening methods.

Tobacco use is the most important preventable cause of cancer. Tobacco control is the most important policy that will decrease cancer incidence and mortality. Dietary modification and reduction of alcohol consumption are important approaches to cancer prevention. Regular physical activity reduces cancer risk.

Education and effective public health policies are important in cancer prevention. Public education should be performed, especially in high-risk groups. National policies and programmes should be implemented to raise awareness of the risks of common cancers and to provide information about healthy lifestyles.

Key words: Cancer, Early detection, Screening, Prevention of cancer.

95'i ise zamanla hücrelerin genetik materyalindeki değişiklikler ve hasarların birikimiyle ilişkilidir. Bu hasarın nedenleri hem hücresel hem de çevresel kaynaklıdır. Her kanser türü farklı özelliklere sahip olmakla birlikte, değişmeyen tek özellik hücre çoğalması ve hücre ölümünün kontrol edilememesidir (1).

Kanser Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2005 yılında dünyada 7.6 milyon kişinin kanser nedeniyle öldüğünü belirtmektedir. Tüm ölümlerin %13'ü kanser sonucudur. Her yıl en fazla ölüme neden olan kanser türleri sırasıyla; yılda 1.3 milyon ölümlle akciğer kanseri, 803,000 ölümlle mide kanseri, 639,000 ölümlle kolorektal kanser, 610,000 ölümlle karaciğer kanseri, 519,000 ölümlle meme kanseridir.

DSÖ kanserden ölümlerin %70'inin orta ve düşük gelir düzeyindeki ülkelerde görüldüğünü bildirmektedir. Sık görülen kanserler kadın ve erkekler arasında farklılık göstermektedir. Erkeklerde akciğer, mide, karaciğer, kolorektal, özofagus ve prostat kanserleri, kadınlarda meme, akciğer, mide, kolorektal ve serviks kanserleri en sık görülen kanser türleridir (2). Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde en sık görülen kanser türlerinden ilk beşi erkeklerde sırasıyla akciğer-bronş, prostat, deri, mesane ve mide kanseri, kadınlarda ise meme, deri, tiroid, akciğer-bronş ve mide kanseridir (3).

Eğer önlem alınmazsa 2030 yılında kanserden ölümlerin 12 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (2).

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) tahmini verilerine göre nedenleri bilinen ve önlenebilen kanserlerin başında gelen akciğer kanserinin ülkemizdeki yaşa standardize insidans hızı yüzde 47.7, yaşa standardize mortalite hızı ise yüzde 44.1'dir. Bu veriler ışığında akciğer kanseri erkekler arasında hem ölüm hem de görülme sıklığı bakımından birinci sıradadır. Ülkemizde kadınlarda en sık görülen ve en fazla ölüme neden olan kanser türü meme kanseridir. IARC tahmini verilerine göre ülkemizde meme kanserinin yaşa standardize insidans hızı yüzde 22.0, yaşa standardize mortalite hızı ise yüzde 9.7'dir (4).

Kanser Nedenleri

Kanser ölümlerinin %30'dan fazlası önlenebilir. Kanser, normal bir hücrenin tümör hücresine değişmesiyle oluşan ve pek çok aşaması olan bir süreçtir. Bu süreç,



Kapak Fotoğrafı "Mavi Akşam" Hasan Ali Çevir, Isparta/TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2009 Sergi Ödülü

prekanseröz lezyonun malign tümör haline dönüşmesini kapsayan değişikliklerdir. Bu değişiklikler bireyin genetik etmenleri ve üç sınıftan oluşan dış karsinojen ajanların etkileşimi sonucu oluşur. Bu ajanlar:

- **Fiziksel karsinojenler:** Ultraviyole, iyonize radyasyon.
- **Kimyasal karsinojenler:** Asbest, tütün ve tütün bileşikleri, aflatoksin, arsenik.
- **Biyolojik karsinojenler:** Virüsler, bakteriler, parazitler gibi enfeksiyon ajanları.

Bazı enfeksiyon ajanlarının belirli kanserlerle ilişkisi kanıtlanmıştır. Hepatit B virüsünün karaciğer kanserine, İnsan Papilloma Virüsü'nün (Human Papilloma Virusü, HPV) serviks kanserine, İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü'nün (Human Immunodeficiency Virus, HIV) kaposi sarkomuna neden olduğu, bakterilerden Helikobakter pilorinin mide kanserine, parazitlerden Şistozoma'nın böbrek kanserine neden olduğu kanıtlanmıştır (2, 5).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşam süresinin uzamasıyla kanser sıklığında da artışlar görülmektedir. Yaşam tarzı ve alışkanlıkların da kanser artışında rol oynadığı yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Aktif ve pasif sigara içiciliği, alkol, fazla kilo ve obezite, az sebze ve meyve tüketimi, fiziksel aktivite yetersizliği, cinsel yolla bulaşan HPV enfeksiyonu, hava kirliliği kanser gelişimini artıran nedenler arasındadır (6).

Kanseri önleme yolunda gelişmiş ülkeler sigara, alkol, fazla kilo ve obezite ile mücadele ederken, geri kalmış ve gelişmekte olan ülkeler sigara, alkol, az sebze ve meyve tüketimi, HBV, HCV, HPV ile mücadele etmektedir (5).

Kanserde tarama ve erken tanı

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda hastalıkları ve sağlık sorunlarını erken yakalamanın önemi oldukça büyüktür. Erken yakalama belli bir hastalığı, hastalık sürecinin başlangıcında, hastalığın belirti ve bulguları henüz ortaya çıkmadan önce saptamak amacıyla sağlıklı toplumun bütününe ya da risk altında olduğu kabul edilen bölümünü hedef alarak yürütülen her türlü sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır. Bu tanım erken tanı ve tarama kavramlarını da içermektedir. Erken

tanı hem toplumu hem de tüm sağlık çalışanlarını bilgilendirerek henüz hastalık belirti ve bulguları ortaya çıkmadan bireylerin sağlık kuruluşlarına başvurmalarını sağlamaktır. Tarama sağlıklı görünen, risk altındaki kişilerde uygun yöntemler kullanılarak hastalığın erken dönemde saptanmasıdır (7). Halk sağlığı uygulamaları içinde tarama, toplum tabanlı tarama olarak algılanmalı ve hedef gruptaki bireyler tarafından kabul edilebilir, güvenli ve kolay uygulanabilir bir test olmalıdır.

Bir toplumda kanserden ölümlerin azaltılabilmesi için kanserin erken evrede yakalanabilmesi gereklidir. Kanser erken evrede yakalandığı toplumlarda, kanser mortalitesi daha düşüktür. Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde kanser sıklığı giderek artmakta, bu artış kanser tarama programlarına başlanması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Erken tanı ve tedavi ile kanser insidansı ve mortalitesi yaklaşık üçte bir oranda azaltılabilir. Lokalize ya da in situ evresindeyken erken tanı konabilen kanserlerde daha efektif tedaviler uygulanabilmekte ve tedavi başarısı artmaktadır. Erken tanı için iki temel unsur bulunmaktadır:

a) Eğitim: Bedenin herhangi bir yerinde şişlik, ağrı, uzun süreli hazımsızlık, uzun süreli öksürük, anormal kanamalar gibi kanserin erken belirtileri ve bu belirtiler olduğunda müdahale için başvurabilecekleri klinikler hakkında halk eğitimi yapılmalı.

b) Erken tanı ve tarama: Kanser belirti vermeden pre-kanseröz evrede saptanması için tüm hedef grubu içerecek tarama programları uygulanmalıdır. Meme ve serviks tarama programlarının mortalite ve morbiditeyi düşürmede etkin olduğunu belirtilmiştir (8).

Günümüzde meme, serviks, ağız, larinks, kolon-rektum, prostat ve deri kanserlerine erken tanı konabilmektedir.

Meme Kanseri

Mamografi meme kanserinde en etkin tarama yöntemidir. Gelişmiş ülkelerde 50 yaş

üstü kadın nüfusunun %70'inin mamografi ile taranması sonucu meme kanseri mortalitesinde %20-30 azalma görülmüştür (6, 9). Klinik meme muayenesinin mamografi ile birlikte yapılması önerilmektedir. Yapılan çalışmalarla kendi kendine meme muayenesinin meme kanseri mortalitesini azaltmadığı kanıtlanmış ancak meme farkındalığını artırabileceği öngörüsü ile yöntemin kadınlara öğretilmesi gerektiği ileri sürülmektedir (5, 6, 9-11).

Serviks Kanser

Serviks kanseri insidans ve mortalitesini düşürmede en etkili tarama yöntemi Pap smear testidir. Kuzey yarımküredeki ülkelerde iyi organize olmuş sitolojik tarama programlarıyla serviks kanseri mortalitesinde yaklaşık %60 azalma sağlanmıştır. Bu başarıya ulaşabilmek için fırsatçı tarama değil tüm hedef grubu kapsayan iyi organize olmuş toplum taraması yapılmalıdır (9,12).

Kolorektal Kanser

Sigmoidoskopinin kolorektal kanser taramasında etkili bir tarama yöntemi olarak kullanılabileceği olgu-kontrol çalışmaları ile kanıtlanmıştır (13,14). Tarama amaçlı fleksibl sigmoidoskop ve kolonoskop kullanılması araştırma aşamasındadır (15). 50 yaştan sonra iki yıllık tarama aralığı ile gaitada gizli kan bakılmasıyla kolorektal kanser mortalitesinde %20 azalma sağlanmış ve yıllık taramanın mortaliteyi daha da azaltabileceği ileri sürülmüştür (15 -19).

Ağız Kanser

Ağız kanseri insidansı yüksek olan Bangladeş, Hindistan, Pakistan ve Sri Lanka gibi ülkelerde organize taramalardan farklı olarak ağız içinin gözle muayenesi ile ağız kanserin erken tanısı konabilmektedir (20,21). Güneydoğu Asya'da birinci basamak çalışanlarının toplum tabanlı tarama çalışmaları sonucunda ağız kanserlerinin erken tanısı konarak cerrahi tedavi ile başarı sağlanmıştır (5,9).

Prostat Kanser

Prostat kanseri taraması için rektal tuşe önerilmektedir. Ancak kanseri erken evrede

yakalayabilmek için duyarlı değildir. Diğer prostat kanseri tarama testleri prostat özgül antijen (PSA) ve transrektal ultrasonografidir. Prostat kanseri insidansı hızla artmaktayken birçok ülkede mortalite hızı düşmeye başlamıştır. Mortalitedeki bu azalmanın tamamı PSA taramasına bağlı değildir, tedavi uygulamalarındaki iyileşmeler gibi başka etkenlerin de mortalitedeki azalmaya katkısı vardır (22,23).

Türkiye'de Tarama

Ülkemizde kanser erken tanı ve tarama programları Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı direktifleri doğrultusunda yürütülmektedir. Kanser erken tanı ve tarama hizmetleri tüm sağlık kurumlarında yürütülmekle birlikte ülke genelinde 84 adet kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi (KETEM) kurulmuştur. Bu merkezlerde meme, serviks, prostat ve gastrointestinal sistem kanserleri erken tanı ve tarama programları yürütülmektedir.

Ülkemizde meme kanseri taraması 50-69 yaş grubu kadınlarda, iki yılda bir klinik meme muayenesi ve mamografi çektilerle yapılmaktadır. Serviks kanseri taraması ise 35-65 yaş grubunda beş yılda bir Pap smear testi yaptırılarak uygulanmaktadır. Kolorektal kanser taraması için 50-70 yaş arası kadın ve erkeklere yılda bir gaitada gizli kan testi 10 yılda bir ise kolonoskopi yapılması önerilmektedir (24).

Kanser Öneme

Yaşın ilerlemesi, sigara, alkol, iyonize radyasyon, güneş ışınları, bazı kimyasallar, bazı hormonlar, yetersiz ve dengesiz beslenme, fiziksel aktivite eksikliği, şişmanlık gibi kanser oluşumunda rolü olan risk etmenlerinin bazılarını önlemek olasıdır.

Sigara

Sigara kullanımı kanser için en önemli risk etmenidir. Dünyada her yıl 4 milyon, Türkiye'de ise 100.000 insan sigaraya bağlı hastalıklar nedeniyle ölmektedir. Sigara içenler, içmeyenlere göre on kat daha fazla akciğer kanseri olma riskine sahiptir.

Gelişmekte olan ülkelerde kansere bağlı ölümlerin yaklaşık %30'undan ve akciğer

kanserinin %80-90'ından sigara sorumludur. Ağız, larinks, özofagus, mide, mesane, karaciğer, serviks kanserleri ve lösemi nedenleri arasında sigara olduğu bilinmektedir. Erkeklerde akciğer kanserinden ölümlerin %80'inin, kadınlarda ise %75'inin nedeni sigaradır. Pasif içiciler, sigara içen kişilerin yanında durarak 3000'den fazla kimyasal gazdan zarar görmektedirler. Bunların bir bölümü zehirli ve kanserojendir (25, 26).

Kanseri önlemenin en önemli yolu birincil korumadır. Sigara kullanımının önlenmesi, kullananların sigarayı bırakmaları kanserleri önlemede etkin olacak birincil koruma yöntemlerindedir. Pek çok ülkede sigara reklam ve sponsorluğunun yasaklanması, sigara üretim ve tüketim vergilerinin artırılması sonucunda sigara kullanımı azaltılabilmektedir (26, 27).

"Sigarasız işyerleri" hem içmeyenlerin sigarayla karşılaşmasını önlemekte hem de sigara içenleri azaltmaya ve bırakmaya teşvik etmektedir. Sigara kullanımının önlenmesinde, sigara içenlerin saptanmasında, değerlendirilmesinde ve tedavisinde birinci basamak çalışanları temel görevi üstlenmektedir. Sağlık personelinin sigara mücadelesinde örnek olması da çok önemlidir.

Alkol

Uzun süre günde iki kadehten fazla alkol tüketenlerde ağız, özofagus, larinks, karaciğer ve meme kanseri riski artmaktadır. Alkol ile birlikte sigara kullananlarda risk iki katına çıkmaktadır. Alkol kullanımının zararları konusunda halkı bilinçlendirmede tüm sağlık çalışanlarının birlikte ve aynı duyarlılıkta hareket etmesi gerekmektedir.

Fiziksel aktivite

Tüm dünyada kentleşme ve endüstrileşmeyle birlikte sedanter yaşam tarzı yaygın duruma gelmiştir. Sedanter yaşam tarzı ve obezite kanser riskini artırmaktadır. Düzenli fiziksel aktivite ve normal beden ağırlığının sağlıklı beslenme ile sürdürülmesi kanser riskini önemli ölçüde azaltmaktadır. 1990'lı yıllardan bu yana devam eden çalışmalar fiziksel aktivitenin kolon, meme, özofagus, böbrek ve endometriyum kanserine karşı koruyucu etkisi olduğunu kanıtlamıştır (28).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada sedanter yaşayan ve beden kütle indeksi yüksek olan bireylere göre fiziksel aktivite yapanlarda kolon kanseri gelişme riskinin %30-40 azaldığı bulunmuştur (29). Fiziksel aktivite; kilo kontrolünde, beden yağının azalmasında, erken ölüm ve kalp hastalığı riskinin azalmasında da etkilidir. Uluslararası kuruluşlar haftada beş gün en az yarım saat orta düzeyde fiziksel aktivite (örneğin 6.5 km/saat hızda yürüyüş) yapılması gerektiğini önermektedir (30-32).

Beslenme

Kanser kontrolünde diğer önemli bir etken beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesidir. Yapılan çalışmalarda beslenme ile özofagus, kolorektal, meme, endometriyum ve böbrek kanserlerinin ilişkisi olduğu bulunmuştur. Günlük beslenmede meyve ve sebze tüketimini artırmanın pek çok kanserde koruyucu etkisi olduğu kanıtlanmıştır. Buna karşın kırmızı et tüketimi artışının ve yağdan zengin diyetin kolorektal, uterus ve prostat kanserleri riskini artırdığı kanıtlanmıştır (29). Sağlıklı beslenme alışkanlığı kanser dışında başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere diğer kronik hastalıkların önlenmesinde de etkisi kuşkusuzdur. Kanserden korunmada vitamin, mineral ve lifli gıdalardan zengin diyetle beslenilmelidir. İdeal bir beslenme için günde beş porsiyon sebze ve meyve tüketilmeli, hayvansal yağlar, tam yağlı süt, fast food gıdalar ve kırmızı et gibi ürünlerin tüketimi kısıtlanmalıdır.

Enfeksiyonlar

Enfeksiyon ajanları gelişmekte olan ülkelerde kanserden ölümlerinin %22'sinden, gelişmiş ülkelerde %6'sından sorumludur (5). Kansere neden olan enfeksiyon etkenleri ile savaşımla ve bağışıklama çalışmaları serviks, karaciğer, mide ve böbrek kanserlerinin önlenmesinde önemli bir yere sahiptir.

Güneş

İyonize radyasyon kanser nedenleri arasında sayılmaktadır. Uzun süre güneş altında kalmak, özellikle güneş ışınlarının dik geldiği saatlerde güneşin altında kalmak deri

hasarına neden olduğundan tüm deri kanseri türlerinin riskini artırmaktadır. Deri kanserlerinden korunmada özellikle yaz aylarında güneşin altında uzun süre kalmaktan kaçınmak, güneş kremleri kullanmak ve koruyucu elbiseler giymek etkin yöntemlerdir.

Kimyasal karsinojenler

Akciğer kanseri ve mezotelyoma nedeni olan asbest, böbrek kanseri ile ilişkili olan anilin boyaları ve lösemiye neden olan benzen gibi kimyasal karsinojenlere karşı mesleksel ve çevresel etkilenimlerin azaltılması kanseri önlemede önemli rol oynamaktadır (25).

Kanseri Önlemede Birinci Basamak Kurumlarının Önemi

Ulusal politika ve programlar uygulanarak sigara gibi kanser risk etmenlerinin azaltılmasıyla, toplumun sağlıklı yaşam tarzının geliştirilmesi ve desteklenmesiyle, halk eğitimleri uygulanarak kanser farkındalığının artırılmasıyla, toplum tabanlı tarama programlarının uygulanmasıyla kanser insidansı ve mortalitesini azaltmada başarı sağlanabilir. Özellikle birinci basamak sağlık çalışanları kanseri önlemede önemli görevler üstlenmelidir.

Kanseri önlemede birinci basamak kurumlarda yapılabilecekler:

- Uygun yaş gruplarını erken tanı ve taramaya yönlendirme
- Kanser riskleri konusunda halkı bilinçlendirme
- Rutin hizmet sırasında yaşam tarzı değişikliği konusunda halkı bilinçlendirme
- Riskli gruplara (birinci derece akrabalarında meme kanseri olanlar, birinci derece akrabalarında kolorektal kanser öyküsü olanlar, birinci ve ikinci derecede akrabalarında ya da kendisinde kolorektal adenomatöz polip öyküsü olanlar, ülseratif kolit ve Crohn hastalığı öyküsü olanlar) danışmanlık ve eğitim

Kanseri önlemek için topluma şu iletileri vermek başta kanser olmak üzere kronik hastalıkların çoğunun da insidansını azaltacaktır.

- Sigara ve diğer tütün ürünleri kullanılmamalı
- Aşırı alkol tüketilmemeli
- Sedanter yaşam tarzı terk edilerek fiziksel aktivite artırılmalı
- Sağlıklı ve dengeli beslenilmeli
- Günde en az beş porsiyon meyve ve sebze tüketilmeli
- Tuzlanmış, tütülenmiş, küflenmiş gıdalar tüketilmemeli
- Fast-food gıdalar tüketilmemeli
- Güneşin zararlı etkilerinden korunmalı
- HBV ve HPV aşısı yaptırılmalı
- İş yaşamında karsinojenlere karşı koruyucu malzeme kullanılmalı ve temastan kaçınılmalı
- Korunmasız cinsel ilişkiden kaçınılmalı

İletişim: Ayla Açıkgöz

E-posta: ayla.acikgoz@deu.edu.tr

Kaynaklar

1. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC: AICR, 2007.
2. Cancer. WHO. Accessed March 10, 2010, at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
3. 2005 Yılı Türkiye Kanseri İstatistikleri. Sağlık Bakanlığı Kansere Savaş Dairesi Başkanlığı. <http://www.ketem.org/istatistik.php> Erişim tarihi: 10 Mart 2010.
4. GLOBOCAN 2002. International Agency for Research on Cancer. Accessed March 10, 2010, at <http://www-dep.iarc.fr/>
5. Cancer prevention. WHO. Accessed March 10, 2010, at <http://www.who.int/cancer/prevention/en/index.html>
6. Thompson PA, Lopez AM, Stopeck A. Breast Cancer Prevention. İçinde: Fundamentals of Cancer Prevention, Ed: Alberts DS, Hess LM. Springer, 2005; 255-276.
7. Fidaner C. Kanserde Erken Yakalama: Erken Tanı ve Taramalar. İçinde: Türkiye'de Kanseri Kontrolü, Ed: Tuncer AM, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2007;26: 319-32.
8. Cancer Control Knowledge into the action WHO Guide for Effective Programmes. World Health Organization, 2006.
9. World Cancer Report 2008 IARC/WHO. Ed: Peter Boyle and Bernard Levin Lyon, 2008.

10. Screening Topics. IARC. Accessed March 12, 2010, at <http://screening.iarc.fr/>
11. Cancer Screening, National Cancer Institute (NCI). Accessed March 10, 2010, at <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/screening/overview>
12. Cervix Cancer Screening. IARC Handbooks of Cancer Prevention. IARC Press, 2005.
13. Selby JV, Friedman GD, Quesenberry CP Jr, Weiss NS. A case-control study of screening sigmoidoscopy and mortality from colorectal cancer *N Engl J Med* 1992; 326:700-2.
14. Newcomb PA, Norfleet RG, Storer BE, et al: Screening sigmoidoscopy and colorectal cancer mortality. *J Natl Cancer Inst* 1992; 84:1572-1575.
15. Screening for Colorectal Cancer. WHO. Accessed March 15, 2010, at <http://www.who.int/cancer/detection/colorectalcancer/en/index.html>
16. Selby JV, Friedman GD, Quesenberry CP Jr, Weiss NS. Effect of fecal occult blood testing on mortality from colorectal cancer. A case-control study. *Ann Intern Med* 1993;118:71-2.
17. Hardcastle JD, ChamberlainJO, Robinson MHE, Moss SM, Amar SS, Balfour TW. Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. *Lancet* 1996; 348:1472-77.
18. Towler B, Irwig L, Glasziou P, Kewenter J, Weller D, Chris Silagy C. A systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemocult. *BMJ* 1998; 317: 559-565.
19. Jørgensen O D, Kronborg O, Fenger C. A randomised study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds. *Gut* 2002; 50: 29-32.
20. Sankaranarayanan R, Dinshaw K, Nene BM, Ramadas K, Esmay PO, Jayant K, Somanathan T, Shastri S. Cervical and oral cancer screening in India. *J Med Screen* 2006;13: 35-38.
21. Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thomas G, Muwonge R, Thara S, Mathew B, Effect of screening on oral cancer mortality in Kerala, India: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 365: 1927-33.
22. Screening for Prostate Cancer. WHO. Accessed April 01, 2010, at <http://www.who.int/cancer/detection/prostatecancer/en/index.html>
23. Boyle P, Levin B. Dünya Kanseri Raporu 2008. Çeviri: T.C. Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı.
24. Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi. <http://www.ketem.org/> Erişim tarihi: 29 Mart 2010.
25. Cancer prevention. WHO. Accessed March 23, 2010, at <http://www.who.int/cancer/prevention/en/index.html>
26. Lung Cancer Prevention. NCI. Accessed March 23, 2010, at http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/lung/HealthProfessional/page2#Section_107
27. WHO Framework Convention on Tobacco Control 2003. WHO. Accessed March 23, 2010, at <http://www.who.int/fctc/en/>
28. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. – 2nd ed. World Health Organization 2002.
29. Physical Activity and Cancer. NCI. Accessed March 24, 2010, at <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/physical-activity-qa>
30. Physical Activity. CDC. <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/pdf/> Erişim tarihi: 24 Mart 2010.
31. Obesity and Cancer. NCI. Accessed March 24, 2010, at <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/obesity#ques2>
32. Haskell WL, Lee IM, Pate RR et al. Physical Activity and Public Health Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc* 2007; 39:1423-34.

Nullipar Gebe Kadınların Doğum Öncesi Eğitime Katılmama Nedenleri*

Reasons for Nulliparous Pregnant Women's Nonparticipation in Antenatal Education

Araştırma



Research

Dr. Pınar Serçekuş**, Dr. Samiye Mete***

Geliş Tarihi: 24. 03. 2010

Kabul Tarihi: 30. 09. 2010

Öz

Amaç: Nullipar gebe kadınların doğum öncesi eğitime katılmayı kabul oranını, katılmayı etkileyen sosyo-demografik etmenleri ve katılmayan kadınların katılmama nedenlerini belirlemektir.

Yöntem: Çalışma, tanımlayıcı tipte olup, gebeliğin 24. haftasında olan 140 nullipar gebe ile yapılmıştır. Kişiler, ücretsiz verilen doğum öncesi eğitim programına telefon ile davet edilmiştir. Görüşme sırasında eğitime katılmak istemediğini belirten kadınlara katılmama nedenleri sorulmuş ve kendi ifadeleriyle yanıtları kaydedilmiştir.

Bulgular: Kadınların yalnızca %26.4'ü eğitime katılmayı kabul etmiştir. Kadınların eğitime katılmama nedenleri; çalışma, eğitime gerek duymama, eşinin izin vermemesi, zamanının olmaması, eğitim yerinin uzak gelmesi, şehir dışında gidecek olma, sağlık sorunu yaşama, havanın sıcak olması, öğrenci olup derslerinin olması, hastasına bakmak zorunda olma, yatılı misafirin olması ve gelmek için yol parasının olmamasıdır. Çalışmada kadınların sosyo-demografik özelliklerinden yaş, aylık gelir ortalaması ve eğitim durumunun eğitime katılmayı etkilemediği, yalnızca çalışma durumunun eğitime katılmayı istemede önemli bir etmen olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Türkiye'de doğum öncesi eğitime katılma oranları literatüre göre azdır. Eğitime katılmaya isteklilik ve katılmama nedenleri toplumun kültürel özelliklerine göre değişim gösterebilmektedir. Eğitime katılımın ve devamın sağlanması için katılmama nedenlerinin değerlendirilmesi önemlidir.

Anahtar sözcükler: Doğum öncesi eğitim, gebelik, doğum öncesi bakım

Giriş

Doğum öncesi eğitim, kadının gebelik, doğum ve doğum sonu döneme hazırlığında önemli bir yere sahiptir. Eğitim ile anne adayının bilgisi artar ve yeni durumuyla baş etmesi kolaylaşır (1). Doğum öncesi eğitimin amacı; doğum ağrısıyla baş etmeyi kolaylaştırmak, istedik sağlık alışkanlıkları kazandırma, stres yönetimi, anksiyetenin azaltılması, aile ile ilişkilerin artırılması, kişinin kendisini güçlü hissetmesi, doğuma yönelik öz güveninin ve memnuniyetinin artırılması,

Abstract

Objective: The objective of the study is to determine the ratio of women who accepted to participate in the education, the socio-demographic factors that had influence on the decision to participate and the reasons of nonparticipation.

Method: The study is of a descriptive type and it was conducted on 140 nulliparous pregnant women who were at the 24th week of their pregnancy. Individuals were invited to the free-of-charge antenatal education program via telephone. The women who stated that they did not want to participate in the study were asked their reasons for nonparticipation. Their answers were recorded in their own words.

Findings: Only 26.4% of the women accepted to participate in the education. The reasons of nonparticipation were as follows: They were working, they did not consider the education necessary, their husbands did not allow them to participate, they had no sufficient time, they considered the education venue to be far from them, they had to go out of town, they had health problems, the weather was hot, they had to study (students), they had to look after their sick relatives, they had houseguests and they could not afford to go to the education venue. Socio-demographic characteristics such as age, average monthly income and education status were not found to affect the choice to participate in the education. Only working status was noted to have an important effect on this choice.

Conclusion: The percentage of women who participated in the antenatal education is lower in Turkey than observed in the literature. The reasons of nonparticipation and willingness to participate in the education vary according to the cultural characteristics of the societies. Reasons of nonparticipation should be evaluated in order to increase the ratio of participation and keep it maximum.

Key words: antenatal education, pregnancy, antenatal care

bebeğini başarılı bir biçimde emzirmesi, postpartum dönemde iyileşmeyi artırmak ve aile planlaması hakkında bilgi vermektir (2, 3, 4).

*Bu çalışma, 2-4 Kasım 2009, İstanbul 1. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

**Öğr. Gör.; Pamukkale Ü. Denizli Sağlık Yüksekokulu, Denizli

***Doç. Dr. Dokuz Eylül Ü. Hemşirelik YO, Doğum ve Kadın Hast. Hemşireliği AD, Öğretim Üyesi, İzmir

Ülkemizde kentsel alanda yaşayan kadınların %93.0'ü, kırsal alanda ise kadınların %79.4'ü pratisyen hekim ya da doğum hekiminden doğum öncesi bakım almaktadırlar (5). Ancak doğum öncesi bakımda verilen eğitimde standart bir yaklaşım yoktur. Eğitimin niteliği ve kalitesi eğitim veren kişiye göre değişmektedir. Gürel ve ark. (2006) yaptıkları araştırmada kadınların %65.5' nin gebeliğinde gebelik, doğum ve postpartum dönemle ilgili sağlık personelinden başka kaynaklardan bilgi edinme ihtiyacı duyduğu ve %82.1'inin farklı kaynaklardan bilgi edindiği saptanmıştır (6). Aynı çalışmada kadınların çoğu bilgileri kitap ve dergilerden (%54.0), televizyondan (%40.0), arkadaşları ya da tanıdıkları bir kişiden alırken (%22.4), doğum öncesi hazırlık sınıfına katılıp bilgi alan olmadığı da saptanmıştır. Özbaşaran ve Yanikkerem (2004) çalışmalarında, gebe kadınların en çok beslenme ve tetanoz aşısı konusunda bilgi aldıklarını bulmuştur (7). Bu sonuçlar ülkemizde doğum öncesi bakımın anneyi bilgilendirmede yeterli olmadığını ve doğruluğu şüpheli olan bilgi kaynaklarının da kullanıldığını göstermektedir.

Doğum öncesi eğitime yönelik yapılmış çalışmalarda primipar (20. gebelik haftasından sonra ilk kez doğum yapmış kadın) kadınlarda doğum öncesi eğitim sınıflarına katılma oranlarının oranların %78.0, %93.0 gibi yüksek olduğu görülmektedir (8, 9). Ülkemizde doğum öncesi eğitim sınıflarının sayısı çok azdır. Bu sınıfların çoğu kamu kuruluşu dışında yer alan, ticari amaçlarla açılmış ücretli sınıflardır. Ayrıca kadınların var olan doğum öncesi eğitim sınıflarına katılım oranları yüksek değildir. Bu sorunun nedenlerinin araştırılmasının, anne ve bebek sağlığı açısından önemli yer taşıyan, planlı doğum öncesi eğitimin yaygınlaştırılmasında önem taşıdığı düşünülmektedir.

Doğum öncesi eğitime katılmama nedenlerine ilişkin farklı ülkelerde yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. İsveç'te yapılmış çalışmalarda kadınların eğitime katılmama nedenlerinin davet edilmeme, ilgisini çekmemesi, zamanının olmaması (8, 9), daha önce eğitime katılma, eğitimin uygun olmaması, saatin uygun olmaması, başka yere taşınma, arkadaşlarıyla görüşme, ulaşımında sorunlar, anne ve bebeğin hasta olması olarak

görülmüştür (9). Benzer olarak Berman (2006), ispanyol göçmenlerde yaptığı çalışmada eğitime katılmama nedenlerinin ulaşım, çocuk bakımı, maliyet, çalışma, yeterince zamanının olmaması, eşin katılmayı desteklememesi olduğunu bulmuştur (10). Tighe (2009), İrlanda'da yaptığı çalışmada ise katılmama nedenlerinin gece şiftinde çalışma, ilgilenmeme, ulaşımındaki güçlükler, çalışma yaşamının ağır olması, partnerin katılmaması olduğunu saptamıştır (11).

Çalışmalarda eğitime katılmayı etkileyen etmenlere ilişkin sonuçlara bakıldığında annenin eğitim seviyesinin düşük olması ve gebeliğinde sigara içmenin eğitime katılmama ile ilişkili olduğu saptanmıştır (8,9). Bir çalışmada ise primiparlarda işsizlik, gebelik boyunca sigara içme, doğum öncesi ziyaretlere az katılma, multiparlarda; 35 yaşından büyük olma, eğitim seviyesinin düşük olması, gebeliğin planlı olmaması ve doğum korkusunun eğitime katılmama ile ilişkili olduğu saptanmıştır (8).

Sonuç olarak doğum öncesi eğitime katılma durumu ve katılmama nedenlerinin saptanmasına yönelik yapılan çalışmalar bulunmaktadır ancak bunların çoğu batı kültürünü yansıtmaktadır. Doğum öncesi eğitimde standart yaklaşımın olmadığı, gebe kadınların sağlık personeli dışında bilgi kaynağı aradığı ülkemizde konuya ilişkin yeterli veri bulunmamaktadır. Bu anlamda bu çalışmanın ülkemizdeki kadınların planlı bir eğitime yaklaşımlarını göstermesi açısından önem taşıyacağı düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı, ücretsiz verilen doğum öncesi eğitime davet edilen nullipar (20. gebelik haftasından sonra hiç doğum yapmamış kadın) gebe kadınların eğitime katılma oranının, katılmayı etkileyen sosyo-demografik etmenlerin ve katılmayan kadınların katılmama nedenlerinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi: Tanımlayıcı bir çalışmadır. **Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Örnekleme** Çalışma İzmir İli'nin benzer sosyoekonomik düzeye sahip ilçeleri olan Balçova ve Narlıdere'de yapılmıştır. Bu ilçeler eğitim verilen yere yakın olması nedeniyle seçilmiştir. İlçelerden eğitim verilen yere olan uzaklık araçla en fazla 20 dakikalık

Tablo 1. Eğitime katılan ve katılmayan kadınların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması					
Özellikler	Eğitime Katılma Durumu				p ve t değerleri
	Eğitime Katılan (n: 37) Mean ± SD		Eğitime Katılmayan (n: 103) Mean ± SD		
Yaş	26.0 ± 3.5		25.1 ± 3.8		p:0.10 t: 1.3
Aylık gelir (TL)	1072.9 ± 586.5		900.2 ± 640.1		p:0.10 t: 1.4
Özellikler	Eğitime Katılan (n: 37)		Eğitime Katılmayan (n: 103)		p ve x ² değerleri
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Eğitim durumu					
İlköğretim	16	43.2	59	57.3	x ² = 4.04
Lise	13	35.2	34	33.0	p=0.13
Yükseköğretim	8	21.6	10	9.7	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	5	13.5	38	36.9	x ² = 6.99
Çalışmıyor	32	86.5	65	63.1	p=0.00
Toplam	37	100	103	100	

* Eğitime katılan ve katılmayan kadınların yaş ve aylık gelir durumunun karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, eğitim durumu ve çalışma durumunun karşılaştırılmasında ise ki-kare testi kullanılmıştır.

Tablo 2. Eğitime davet edilen kadınların katılmama nedenleri		
Kadınların Eğitime Katılmama Nedenleri	Sayı	Yüzde
Çalışma	36	35.0
Eğitime gerek duymama	19	18.5
Eşinin izin vermemesi	14	13.6
Zamanının olmaması/zaman ayıramama	8	7.8
Ulaşım sorunu	6	5.8
Şehir dışına çıkma	5	4.9
Sağlık sorunu yaşama	4	3.9
Havanın sıcak olması	4	3.9
Gelmeme nedenini belirtmek istememe	2	1.9
Diğer*	5	4.7
Toplam	103	100.0

*Diğer: Hastasına bakmak zorunda olma, yatılı misafirin olması, yol parasının olmaması, öğrenci olup derslerinin olması.

mesafededir. Araştırmada gelişigüzel örneklem yöntemi kullanılmıştır. Gebelik haftası 24'ün altında olan 142 nullipar gebe kadına ulaşılmış, bu kadınlardan 140'ı araştırmaya katılmayı kabul etmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu etik kurulundan izin alınmıştır. Tüm katılımcılara

çalışmaya katılmanın gönüllülüğe bağlı olduğu ve adlarının saklanacağı, çalışmadan hiçbir biçimde etkilenmeyecekleri açıklanmış, sözlü onamları alınmıştır.

Veri toplama

Veriler telefon ile yapılan görüşme sırasında toplanmıştır. Görüşmelerin tamamı ilk yazar tarafından yapılmıştır. Görüşmede ücretsiz olan eğitime yönelik bilgi verilmiş, kadınlara eğitime

katılıp katılmak istemedikleri, katılmak istemediğini belirten kadınlara ise nedenlerine yönelik sorular sorulmuş ve kendi ifadeleriyle cevapları kaydedilmiştir. Veriler 8 aylık bir dönem içinde toplanmıştır.

Veri analizi

Veriler SPSS 11.5 kullanılarak değerlendirilmiştir. Kadınların eğitime katılma durumları ve katılmama nedenleri yüzdelerle değerlendirilmiştir. Eğitime katılmayı kabul eden ve etmeyen kadınların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılmasında kıkare ve iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır.

Bulgular

Eğitime davet edilen kadınların yaş ortalaması 25.4, aylık gelir ortalaması 945.928 TL'dir. Gebelerin çoğu ilköğretim (%53.6) mezunudur. Eğitime davet edilen kadınların %73.6'sı (103 gebe) eğitime katılmayı kabul etmemiş, %26.4'ü (37 gebe) eğitime katılmayı kabul etmiştir.

Eğitime katılan ve katılmayan kadınların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 1'de görülmektedir. Eğitime katılan ve katılmayan kadınların yaş, aylık gelir ortalaması, eğitim durumu arasında anlamlı fark bulunmazken, çalışma durumu arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p:0.00). Çalışma durumu eğitimi kabul etmede önemli bir etmendir.

Kadınların eğitime katılmama nedenleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Eğitime davet edilen kadınların %35.0'i çalışma, %18.5'i eğitime gerek duymama, %13.6'sı eşinin izin vermemesi, %7.8'i zamanının olmaması/ %5.8'i eğitim yerinin uzak gelmesi (1-2 km uzaklık), %4.9'u şehir dışına çıkma, %3.9'u sağlık sorunu yaşama, %3.9'u havaların sıcak olması nedeniyle eğitime katılmamışlardır. Kadınların %1.9'u gelmeme nedenini belirtmek istememiştir. Gelmemede diğer nedenler ise hastasına bakmak zorunda olma, evde uzun süreli misafirin olması, gelmek için yol parasının olmaması, öğrenci olup derslerinin olmasıdır.

Tartışma

Çalışmada ücretsiz verilen eğitime davet edilen gebelerin %26.4'ünün eğitime katılmayı kabul ettiği, %73.6'sının kabul

etmediği saptanmıştır. Farklı çalışmalarda ise primipar kadınlarda doğum öncesi eğitim sınıflarına katılma oranının %93.0 (8), %78.0 olduğu saptanmıştır (9). Gelişmiş bir ülke olan İsveç'te yapılmış bu iki çalışmadan farklı olarak ülkemizde eğitime katılım oranının düşük olduğu gözlenmektedir.

Yapılan çalışmalarda sosyo-demografik özelliklerden işsizliğin (8), annenin eğitim düzeyinin düşük olması ve gebelikte sigara içmenin (8, 9) eğitime katılmayı etkileyen etmenler olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada farklı olarak kadınların sosyo-demografik özelliklerinden yaş, aylık gelir ortalaması ve eğitim durumunun eğitime katılmayı etkilemediği, yalnızca çalışma durumunun eğitime katılmayı istemede önemli bir etmen olduğu saptanmıştır. Çalışan kadınlarda eğitime katılmayı kabul etme oranı düşüktür. Eğitime katılmama nedenleri incelendiğinde de çalışmanın (%35.0), en önemli neden olduğu görülmüştür. Berman (2006) çalışmasında benzer olarak kadınların %22.0'sinin çalışma nedeniyle eğitime gelmediğini bulmuştur (10). Bu sonuç büyük ölçüde eğitim saatlerinin kadınların çalışma saatleriyle çakışmasından ve işyerlerinden izin almada sorun yaşamalarından kaynaklanabilir.

Çalışmada eşin izin vermemesinin kadının eğitime katılmasında engelleyici bir etmen olduğu saptanmıştır. İspanyol göçmenler üzerinde yapılan farklı bir çalışmada da benzer olarak eşin eğitime katılmayı desteklememesinin (10), İrlanda'da yapılan bir çalışmada ise eşin eğitime katılmamasının kadının eğitime gelmemesinde bir neden olduğu saptanmıştır (11). Bu sonuçlar doğum öncesi eğitime katılmada eş desteğinin önemini olduğunu ortaya koymaktadır. Bu anlamda kadınların eğitime katılımının artmasını sağlamada, eşlerin eğitimin anne ve bebek sağlığına yararları hakkında bilgilendirilmesi önemlidir.

Çalışmada zamanının olmaması- eğitime gerek duymama, ulaşım sorunu (eğitim yerinin uzak gelmesi), şehir dışına çıkma, sağlık sorunu yaşama eğitime katılmama nedenleri olarak saptanmıştır. Yapılmış diğer çalışmalarda da zamanın olmaması (8,9,10), eğitimin ilgi çekmemesi (8,9,11), ulaşımındaki güçlükler (9, 10,11), anne-bebeğin hasta olması (9) eğitime katılmama nedenleri olarak saptanmıştır.

Çalışmada diğer çalışmalardan farklı olarak havanın sıcak olması, hastasına bakmak zorunda olma, yatılı misafirin olması, gelmek için yol parasının olmaması, öğrenci olup derslerinin olması eğitime katılmama nedenleri olarak saptanmıştır. Ülkemizde kadınların geleneksel sosyalizasyonu onları iyi bir eş, anne ve ev kadını olmaya yönlendirmekte olup (13), ev işleri kadının görevi olarak görülmektedir (14). Kadının hasta olan aile üyesine bakma, misafirin ağırlanmasından sorumlu olma nedeniyle eğitime gelmemesi toplumun bu görevleri kadına yüklemesi nedeniyle olabilir.

Sonuç

Türkiye'de doğum öncesi eğitime katılma oranları literatüre göre azdır. Eğitime katılmama nedenleri dikkate alındığında çalışan kadınların da eğitime katılabilmesi için eğitim saatlerinin mesai saatleri dışında ayarlanmasına dikkat edilebilir. Eğitime katılmada eşin desteği önemlidir. Bu anlamda eğitimin öneminin çiftlere birlikte anlatılması ve çiftlerin eğitime birlikte katılmaya özendirilmesi gereklidir. Eğitime katılmaya isteklilik ve katılmama nedenleri toplumun kültürel özelliklerine göre değişim gösterebilmektedir. Eğitime katılımın ve devamın sağlanması için katılmama nedenlerinin eğitim verecek kişilerce değerlendirilmesi önemlidir.

İletişim: Dr. Pınar Serçekuş

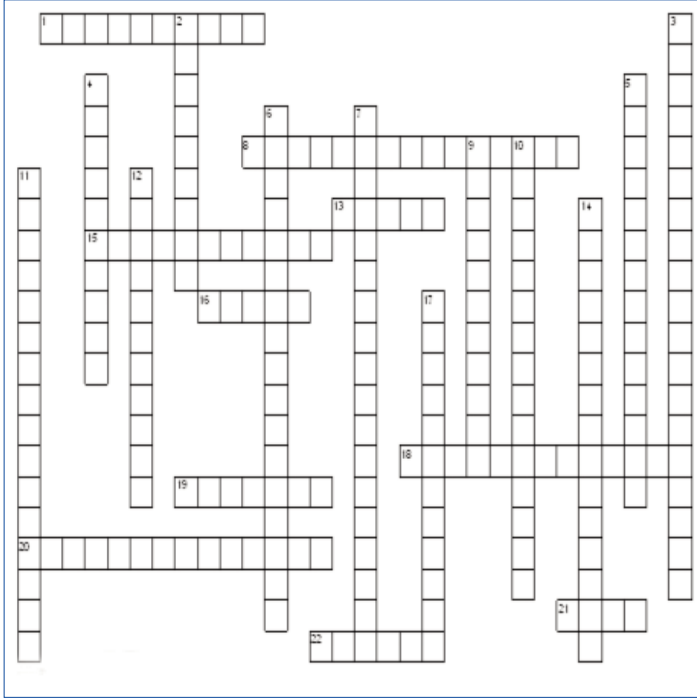
E-posta: pinarsercekus@gmail.com

Kaynaklar

1. London ML, Ladewing PW, Ball JW, Bindler RC. Preparation for parenthood. Maternal- newborn & child nursing family- centered care. America: Pearson Education; 2003. p.132-141.
2. Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J. A. Antenatal education. Guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3rd ed. UK: Oxford University Press; 2000. p.24-28.
3. Reeder S.J., Martin L.L., Koniak-Griffin D. Education for pregnancy and parenthood. Maternity nursing: family, newborn and women's health care. 18th edn. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 1997. p.470-484.
4. Mete S. Antenatal eğitim. 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Konuşma ve Bildiri Özetleri Kitabı. Ankara: 2009.
5. TNSA Türkiye nüfus ve sağlık araştırması ön rapor. Hacettepe üniversitesi nüfus etütleri enstitüsü. 2008, Erişim tarihi: 14.09.2009, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008eng/index.htm>.
6. Gürel SA, Gürel H, Balcan E. Doğum öncesi bakım esnasında gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin bilgi edinme durumu. Perinatoloji Dergisi 2006; 14: 90-95.
7. Özbaşaran F, Yanikkerem E. Doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumlarının değerlendirilmesi. STED 2004; 16: 50-56.
8. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenström U: Characteristics of Swedish Women Who Do Not Attend Childbirth and Parenthood Education Classes During Pregnancy. Midwifery 2004; 20:226-235.
9. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenström U. Characteristics of primiparous women who are not reached by parental education classes after childbirth in Sweden. Acta Paediatrica 2006; 95:1360-1369.
10. Berman R.O. Perceived learning needs of minority expectant women and barriers to prenatal education. J Perinat Educ 2006; 15: 36-42.
11. Tighe SM. Midwifery Article an exploration of the attitudes of attenders and non-attenders towards antenatal education. Midwifery Article In Pres.; 2009.
12. TNSA Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2003, Erişim tarihi: 14.09.2009, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2003/index.htm>
13. İnanç N. Toplumsal Cinsiyet, 3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kongre Kitabı. Ankara: 2003.
14. Eray F. Kadınların Aile İçindeki Konumları, 20. Yüzyılın Sonunda Kadınlar ve Gelecek Konferansı. Türkiye ve Orta Doğu Amme İdaresi Enstitüsü. Ankara: 1997.



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp Dergi'nin postalanma tarihinden sonraki bir ay içinde bize gönderen okuyucularımıza **2 TTB- STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca beş kişiye Türk Tabipleri Birliği'nin hazırladığı "**2011 Seçimlerine Giderken Türkiye'de Sağlık**" adlı kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Mart-Nisan 2011** sayımızda yayımlayacağız.



- 1- Doğumun üçüncü evresinde ağrı nedenlerinden biri,
- 2- İş yaşamında görülen her türlü baskı,
- 3- Genetik olarak yatkın olan bireylerde , buğday, arpa, çavdar ve yulafta bulunan gluten proteinine karşı, T hücre ilişkili bireylerde gelişen immün yanıt ile karakterize, enflamatuvar bir hastalık,
- 4- Vücudun dıştan ya da içten uyarı karşısında aldığı bir uyarı karşısında gösterdiği savunma mekanizması,

- 5- En tipik Çölyak belirtilerinden biri,
- 6- Son menstruel periyottan 40 hafta sonra fetus ve eklerinin dış ortama atılması,
- 7- Pudental sinir hasarına yol açan bir doğum yöntemi,
- 8- Pelvik taban egzersizlerini bulan bilim adamı,
- 9- Çölyak hastalığında kesin tedavi yöntemi,
- 10- Yaşlı kadınlarda sık görülen inkontinans türü,
- 11- Ağrı eşiğini yükselten bir ilaç grubu,
- 12- Pelvik taban kaslarının gücünü objektif olarak değerlendiren vajinal bir dinamometre,
- 13- İstemsiz idrar kaçırma durumu,
- 14- Farmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinden biri,
- 15- Sigaranın erkeklerde olduğu gibi kadınlarda da arttırdığı bir risk,
- 16- Doğumda ikinci evre,
- 17- Çölyak hastalığında kesin tanı,
- 18- Üriner inkontinanstaki kullanılan cerrahi dışı bir yöntem,
- 19- Kişiyi hoşa gitmeyen ağırlı uyarılardan uzaklaştıran bir alternatif yöntem,
- 20- Non-farmakolojik bir ağrı kontrol yöntemi,
- 21- Mobbing mağdurlarında görülen ilk etkilerden biri,
- 22- Doğum ağrısının hissedilmesinde rol oynayan bir psikolojik ve çevresel etmen.

STED Kasım - Aralık 2010 Ödüllü Bulmaca Doğru Yanıtları:

1- Ornitin Dekar Boksilaz, 2- Anemi, 3- Serbest Radikaller, 4- Demir, 5- Uyluk Ayakaçısı, 6- Serebral Palsi, 7- Puerperal Sepsis, 8- Peseki Novarus, 9- Geri Çekme, 10- Baş, 11- Akustiknörinoma, 12- Obezite, 13- Lösemi, 14- Osteotomi, 15- Radar, 16- Versiyon, 17- Femoral Retrotorsiyon, 18- Bin, 19- Torsiyon, 20- Hipofosfatemi Kraşitizm.