

BALIKESİR SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

BALIKESİR HEALTH SCIENCES JOURNAL



BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ISSN:2146-9601

CİLT | 8 SATI | 1
VOLUME | ISSUE

NİSAN | 2019
APRİL

YAYIN KURULU VE İLETİŞİM

SAHİBİ / OWNER

Balıkesir Üniversitesi adına Rektör:
Prof. Dr. İlder KUŞ
On behalf of Balıkesir University

EDİTÖRLER / EDITORS

Prof. Dr. İzzet KARAHAN
Doç. Dr. Ersoy BAYDAR
Dr. Öğr. Üyesi Celalettin ÇEVİK

EDİTÖRLER KURULU/ EDITORIAL BOARD

Prof. Dr. Şükrü Hakan ATALGIN, Balıkesir Üniversitesi
Prof. Dr. Cengiz CEYLAN, Balıkesir Üniversitesi
Prof. Dr. Mehmet Şükrü GÜLAY, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Prof. Dr. İzzet KARAHAN, Balıkesir Üniversitesi
Prof. Dr. Tunay KARLIDERE, Balıkesir Üniversitesi
Prof. Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU, Uludağ Üniversitesi
Prof. Dr. Gül Ece SOYUTEMİZ, Uludağ Üniversitesi
Prof. Dr. M Tevfik YAVUZ, Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Prof. Dr. Özlem YAVUZ, Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Prof. Dr. Zekeriya GÖKTAŞ, Balıkesir Üniversitesi
Doç. Dr. Sibel ERGÜN, Balıkesir Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan KORKUT, Balıkesir Üniversitesi
Doç. Dr. Ömür KARACA SAYGILI, Balıkesir Üniversitesi

İLETİŞİM ADRESİ / CORRESPONDENCE ADDRESS

Prof. Dr. İzzet KARAHAN
Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Çalış Yerleşkesi 10145 BALIKESİR
Faks: (0266) 612 10 09
e-posta: izzetkarahan@hotmail.com
bsbd@balikesir.edu.tr
Web: www.baun-sbdergisi.com

Bu Sayıda Hakemlik Yapanlar / Referees in This Issue
(Alfabetik sırayla / In alphabetical order)

Dr. Öğr. Üyesi, Ayşe ÖZKARAMAN, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Türkiye
Dr. Öğr. Üyesi, Fatma GENÇ, Giresun Üniversitesi, Türkiye
Dr. Öğr. Üyesi, Ferah TUNCEL DALOĞLU, Mersin Üniversitesi, Türkiye
Prof. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Türkiye
Doç. Dr. Melek Serpil TALAS, Hacettepe Üniversitesi, Türkiye
Doç. Dr. Murat BAŞBUĞ, Balıkesir Üniversitesi, Türkiye
Dr. Öğr. Üyesi, Nazike DURUK, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Türkiye
Dr. Öğr. Üyesi, Neşe ERDEM, Adnan Menderes Üniversitesi, Türkiye
Dr. Öğr. Üyesi, Özlem TEKİR, İzmir Demokrasi Üniversitesi, Türkiye
Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA, Balıkesir Üniversitesi, Türkiye
Prof. Dr. Yaşar Meriç TUNCA, Yakın Doğu Üniversitesi, Türkiye
Dr. Öğr. Üyesi, Yeliz MERCAN, Kırklareli Üniversitesi, Türkiye

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi / Balıkesir Health Sciences Journal

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Sayfa Numarası	ORJİNAL ARAŞTIRMALAR / ORIGINAL RESEARCH ARTICLES
1-6	Ameliyathane Çalışanlarının Skopi Kullanımı Ve Güvenliğine Yönelik Uygulamalarının İncelenmesi <i>Examination of Operating Staff's Practice About Scopy Use And Safety</i> Asiye Gül, Işıl Işık Andsoy, Rabia Görücü, Bayram Özen
7-14	Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi* <i>Determination The Tendency Of The Nurses To Make Medical Mistake</i> Sibel Karaca Sivrikaya, Ayşe Şimşek Kara
15-20	Acil Kliniğe Başvuran İhmal Ve/Veya İstismar Tanısı Alan 0-18 Yaş Grubu Çocukların Özelliklerinin İncelenmesi <i>Evaluation Of Futures A Group Of Children With The Age Of Within 0-18 Who Admitted To The Emergency Department With In Attention And/Or Diagnosis Of Abuse</i> Ahsen Ulukuş, Merve Ezen, Dilek Şayık, Ahmet Musmul, Ayfer Açıköz
21-26	Hemşirelik Öğrencilerinin Bütüncül Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutumlarının Değerlendirilmesi <i>The Attitudes Of Nursing Students Towards Holistic Complementary And Alternative Medicine</i> Nurdan Şahin, Diler Aydın, Berna Akay
	DERLEMELER / REVIEW ARTICLES
27-32	Opioid İlaç Kullanan Hastalarda Gelişen Konstipasyonun Yönetimi <i>Opioid-Induced Constipation Management</i> Dilek Yıldırım, Gülbeyaz Can
33-40	Psikiyatri Ve Diş Hekimliği: Eksik Yaklaşılan Bağlantı <i>Psychiatry And Dentistry: A Incomplete Connection</i> Hasan Hatipoğlu, Berceste Güler, Müjgan Güngör Hatipoğlu
41-48	Troidektomi Sonrası Hipoparatiroidizm Ve Etkileri <i>Hypoparathyroidism After Thyroidectomy And Effects</i> Azime Karakoç Kumsar, Feride Taşkın Yılmaz
49-54	Evde Bakım Çalışanlarında Mesleki Riskler Ve Önleme Stratejileri <i>Occupational Risks To Home Healthcare Workers And Prevention Strategies</i> Ayşe Beşer, Sevcan Topçu

AMELİYATHANE ÇALIŞANLARININ SKOPİ KULLANIMI VE GÜVENLİĞİNE YÖNELİK UYGULAMALARININ İNCELENMESİ

EXAMINATION OF OPERATING STAFF'S PRACTICE ABOUT SCOPY USE AND SAFETY

Asiye Gül¹, Işıl Işık Andsoy², Rabia Görücü³, Bayram Özen⁴

¹İstanbul Kültür Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
ORCID ID: 0000-0002-4440-5769
²Karabük Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
ORCID ID: 0000-0002-6063-2136
³İstanbul Üniversitesi
Florance Nightingale Hemşirelik Fakültesi
ORCID ID: 0000-0001-8272-7710
⁴İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
ORCID ID: 0000-0002-1773-4970

Yazışma Adresi:

İstanbul Kültür Üniversitesi
Şirinevler Yerleşkesi E5 Karayolu Üzeri,
No: 22
Bahçelievler, İstanbul, Türkiye 34191

Gönderim tarihi: 21 Eylül 2018

Kabul Tarihi: 12 Aralık 2018

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi
ISSN: 2146-9601
e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr
www.bau-sbdergisi.com

ÖZ

GİRİŞ: Ameliyathanelerde sıklıkla tanı ve tedavi için kullanılan görüntüleme cihazlarının hasta ve ameliyathane çalışanları açısından birçok zararlı etkileri bulunmakta olup, koruyucu önlemlerin alınması önemlidir. Çalışmanın amacı, ameliyathane çalışanlarının skopi kullanımı ve güvenliğine yönelik uygulamalarının incelenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Araştırmanın evrenini çalışmaya katılmayı kabul eden 95 ameliyathane çalışanı oluşturdu. Veriler, araştırmacılar tarafından skopi güvenliğine yönelik sorulardan oluşturulan bir anket formu ile toplandı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı.

BULGULAR: Çalışmada katılımcıların %43.2'si skopiye günde birden fazla maruz kaldıklarını, %67.4'ü radyasyon güvenliği ile ilgili eğitim almadıklarını, %48,4'ü radyasyon tehlike uyarı işareti bulunduğunu, %70.5'i koruyucu ekipmanların işlevselliğinin kontrol edilme sıklığını bilmediklerini bildirdi. Katılımcıların %67.4'ü skopi kullanımı sırasında radyasyondan korunmak için cihaza uzak mesafede durduklarını, %74.7'si skopinin zararlarını bildiklerini ve %27.4'ü skopinin kansere neden olduğunu belirtti.

SONUÇ: Bu sonuçlar ışığında, skopi cihazı kullanılan ameliyathanelerde radyasyon güvenliği konusunda gerekli prosedürlerin yapılması, hasta ve çalışan güvenliğine yönelik olarak düzenli eğitim programlarının oluşturulması ve belirli aralıklarla güncellemelerin yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ameliyathane, güvenlik, radyasyon, skopi

ABSTRACT

INTRODUCTION: There are many harmful effects of the imaging devices used for diagnosis and treatment in the operating room in terms of patients and operating room staff, and it is important to take preventive measures. The aim of the study is to examine the practices of operating room staff about scopy use and safety.

MATERIALS AND METHODS: The universe of study consisted of 95 operating room staff who were willing to participate in this study. The data were collected by a questionnaire formed by researchers aimed at scopy safety. Descriptive statistics, number, percentage, mean, standard deviation was used for analysis of data.

RESULTS: In the study, 43.2% of the participants were exposed more than once per day, 67.4% were not trained in radiation safety, 48.4% had a radiation hazard warning sign, and 70.5% did not know how controlling the functionality of protective equipment. Of them 67.4% stated that they stopped at a distance from the device during the use of the scopy, 74.7% knew the damage of the scopy and 27.4% said that caused cancer.

CONCLUSION: In the light of these results, it is recommended that should have necessary procedures for radiation safety in the operating room, make regular training programs for patient and staff and have this training programs updates periodically.

KEYWORDS: Operating theater, safety, radiation, scopy

GİRİŞ

Günümüzde ameliyathane çalışanları; kesici delici alet yaralanmaları, enfeksiyon, alerji, stres, radyasyon vb. gibi farklı risklerle karşı karşıya kalmaktadır.^{1,2} Ameliyathanelerde tanı ve tedavi girişimleri radyasyon eşliğinde sık olarak uygulanmaktadır.³ Radyasyon, radyoaktif maddelerin çıkardığı ışınlardır ve iyonize radyasyon içeren tanısall radyolojik tetkiklerin temelini X ışınları oluşturur.⁴ Bin sekiz yüz doksan beş yılında keşfedilen iyonize radyasyonun, bilim ve tıba sayısız yararları olmakla birlikte, hastalara ve sağlık çalışanlarına bir dizi geriye dönüşümsüz biyolojik etkileri bulunmaktadır.⁵ Radyasyonun kanser ile ilişkisi bilinmekle fakat düşük radyasyon dozlarına uzun süreli maruz kalmanın etkileri ve bilinen güvenli dozu bilinmemektedir.^{5,6} Radyasyona uzun bir süre düşük dozda maruz kalma sonucu etkiler yıllar sonra ortaya çıkabilmektedir.⁴ Over, testis, kemik iliği ve göz özellikle retina, kornea ve lens radyasyona en hassas dokulardır.^{3,7} Radyasyon maruziyetini azaltmak için dünyada ve ülkemizde tavsiye edilen önlemlerde ALARA (As Low As Reasonably Achievable) uygulanmaktadır.³ “Mümkün olan en düşük doz alınmasının başarılması” ilkesi olarak bilinmektedir.⁸

Ameliyathaneler; tanı ve tedavi amaçlı görüntüleme cihazlarının portatif olarak kullanıldığı alanlardır. Bu cihazlardan C kollu skopi cihazı sıklıkla; ortopedi, üroloji, beyin cerrahisi ve genel cerrahi ameliyatları sırasında yaygın olarak kullanılmaktadır.⁹⁻¹¹ C kollu skopinin kullanımı personelin ve hastaların yüksek dozda radyasyona maruz kalmasına neden olmaktadır.^{9,12}

Skopi kullanımı sırasında ameliyathane çalışanlarının radyasyon maruziyetini engellemek amacıyla koruyucu ekipman kullanmaları ve radyasyon güvenliğine uymaları gerekmektedir.^{11,13} Temel olarak radyasyonun etkilerini azaltmanın kanıtlanmış üç yolu vardır: koruyucu ceket ve tiroid koruyucu siperlikler, radyasyon kaynağından uzak durmak ve maruz kalma süresini azaltmak.⁵ Ameliyathanelerde C-kollu skopi vb. gibi radyasyon yayan cihazlar kullanıldığı sırada, sağlık personelinin yeterli korunma önlemlerini almadıkları bildirilmektedir.¹⁴ Radyasyonun en yüksek dozunu hasta almakla birlikte; çalışan personelin, aldığı dozun hastanın aldığı doz ile orantılı olduğunu bilerek davranması gerekir.¹⁵ Hasta yalnızca tedavi süresince radyasyona maruz kalırken, personel her uygulamada radyasyona maruz kalmaktadır.¹⁶ Radyasyon güvenliğinin, sadece doza maruz kalan hasta için değil, bu ortamda çalışan radyasyon görevlisi için de sağlanması gereken bir zorunluluktur.¹⁵

Sağlık hizmetlerinde iyonlaştırıcı radyasyon kaynakları ile çalışan personelin radyasyon doz limitleri ve çalışma esasları hakkında 05.07.2012 tarihli Resmi Gazete’de 28344 sayılı “Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği” yayınlanmıştır. Bu yönetmelikte doz sınırları, radyasyon alanlarının sınıflandırılması, çalışma esasları, hasta ve çalışanların güvenliği konularına yer verilmiştir.¹⁷

Bu konu ile ilgili yapılan ulusal çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir.¹³ Günümüzde, ameliyathanede radyasyon maruziyetini en aza indirmek için evrensel olarak kabul edilen bir kılavuz bulunmamaktadır.¹⁸ Radyasyonla çalışan bireylerin temel düzeyde radyasyon güvenliğine bilmesi, hem kendi sağlığı hem de günlük uygulamalar sırasında karşılaşılabilecekleri sorunların çözümünde önemlidir.¹⁵ Bu bağlamda, ameliyathane çalışanlarının skopi kullanımı ve güvenliği ile ilgili bilgi sahibi olmasının önemi büyüktür. Ameliyathane çalışanlarında bilgi eksikliğinin, radyasyona maruz kalmayı azaltmada gerekli önlemlerin alınmamasına neden olduğu bildirilmektedir.¹⁸ Bu çalışmanın amacı ameliyathane çalışanlarının skopi kullanımı ve güvenliğine yönelik bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel olan araştırmanın evrenini, İstanbul’da bir devlet hastanesi, Batı Karadeniz’de bir ilimizde yer alan biri devlet, diğeri üniversite hastanesi olmak üzere üç hastanede çalışan toplam 170 hemşire, anestezi uzmanı, anestezi teknisyeni ve ameliyathane personeli oluşturdu. Örnekleme, çalışmaya katılmayı kabul eden 95 kişi alındı. Çalışma için ilgili kurumlardan izin ve etik kurul onayı alındı. Veriler, 1 Eylül-30 Ekim 2017 tarihleri arasında katılımcıların tanıtıcı bilgileri ve literatür doğrultusunda oluşturulan skopi kullanımı ve radyasyon güvenliğine ilişkin soruların bulunduğu bir form aracılığı ile yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı (2,7,9,11). Radyasyon ve skopi güvenliği ile ilgili sorular; radyasyona maruz kalma sıklığı, bu konuda eğitim alıp almadıkları, koruyucu ekipmanların kullanımı ve muhafazası, dozimetre kullanımı ve radyasyonun zararları ile ilgiliydi. Bireysel özellikler formunda ise katılımcıların yaş, cinsiyet, meslek ve çalışma sürelerinin sorgulandığı sorular yer aldı. Araştırma için katılımcıların sözlü onayı alındı. Ameliyathane ortamında iş yoğunluğunun fazla olması, bu nedenle çalışmaya katılmak istememeleri ve araştırmanın yalnızca üç merkezde yapılması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturdu.

Veriler, SPSS 20 (Statistical Package for Social Science for Windows) paket programında tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması 33.20 ± 7.58 (Min= 21, max= 55), %51.6'sı (n=49) erkek, %49.5'i (n=47) ameliyathane hemşiresi, %88.4'ü (n=84) eğitim ve araştırma hastanesinde çalışmaktadır. Grubun tanıtıcı özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 1'de yer almaktadır (Tablo1).

Tablo 1. Katılımcıların tanıtıcı özellikleri

Yaş	Ort±SD (Min-Max)	n	%
	33.20±7.58 (Min=21, max=55)		
Cinsiyet			
Erkek		49	51.6
Kadın		46	48.4
Meslek			
Anestezist		3	3.2
Ameliyathane Hemşiresi		47	49.5
Anestezi Teknisyeni		19	20.0
Ameliyathane Hizmetli/Personeli		26	27.3
Çalışılan Hastane			
Eğitim ve Araştırma Hastanesi		84	88.4
Devlet Hastanesi		11	11.6
Meslekte Çalışma Süresi			
0-4 yıl		34	35.8
5-9 yıl		19	20.0
10-14 yıl		12	12.6
15 yıl ve üzeri		30	31.6
Ameliyathanede Çalışma Süresi			
0-4 yıl		40	42.1
5-9 yıl		21	22.1
10-14 yıl		17	17.9
15 yıl ve üzeri		17	17.9

Katılımcıların %6.3'ü (n=6) skopiye maruz kalmadığını, %43.2'si (n=41) ise skopiye günde birden fazla maruz kaldıklarını, %67.4'ü (n=64) radyasyon güvenliği ile ilgili eğitim almadıklarını belirttiler. Grubun %48.4'ü (n=46) çalışma alanında radyasyon tehlike uyarı işareti bulunduğunu, %43.2'si (n=41) koruyucu ekipmanların talimatlara uygun şekilde muhafaza edildiğini, %37.9'u

(n=36) koruyucu ekipmanların işlevselliğinin kontrol edildiğini ve %70.5'i (n=67) kontrol edilme sıklığını bilmediklerini bildirdiler (Tablo 2).

Tablo 2. Radyasyon güvenliği ile ilgili bilgi ve skopiye maruz kalma durumu

Maruz Kalma Sıklığı	n	%
Hayır	6	6.3
Günde 1'den fazla	41	43.2
Haftada 1'den fazla	32	33.7
Ayda 1'den fazla	16	16.8
Radyasyon Güvenliği ile İlgili Eğitim		
Alan	31	32.6
Almayan	64	67.4
Çalışma Alanında Radyasyon Tehlike Uyarı İşareti		
Var	46	48.4
Yok	41	43.2
Bilmiyor	8	8.4
Koruyucu Ekipmanların Kullanım Talimatına Göre Muhafaza Edilme Durumu		
Evet	41	43.2
Hayır	35	36.8
Bilmiyor	19	20.0
Koruyucu Ekipmanların İşlevselliğinin Kontrol Edilme Durumu		
Evet	36	37.9
Hayır	27	28.4
Bilmiyor	32	33.7
Kontrol Edilme Sıklığı		
Ayda Bir	4	4.2
6 Ayda Bir	24	25.3
Bilmiyor	67	70.5

Skopi kullanımı sırasında %91.6'sı (n=87) ameliyathanede radyasyondan koruyucu ekipmanın kullanıldığını, %98.9'u (n=94) kurşun önlük ve %72.6'sı (n=69) tiroid koruyucu kullandıklarını belirttiler. Koruyucu ekipmanlardan kurşun gözlüğün ise hiç kullanılmadığı saptandı. Katılımcıların %91.6'sı (n=87) koruyucu ekipmanların askılığa asılarak muhafaza edildiğini, %67.4'si (n=64) skopi kullanımı sırasında radyasyondan korunmak için cihaza uzak mesafede durduklarını, %17.9'u (n=17) dozimetri takibi yapıldığını, %74.7'si (n=71) skopinın zararlarını bildiklerini ve %27.4'ü (n=26) skopinın kansere neden olduğunu belirttiler (Tablo3).

Tablo 3. Skopi ve radyasyon güvenliğine yönelik uygulamalar

	n	%
Skopi Kullanımı Sırasında Radyasyondan Koruyucu Ekipman Kullanma Durumu		
Evet	87	91.6
Hayır	8	8.4
Kullanılan Ekipmanlar*		
Kurşun Önlük	94	98.9
Gonad Koruyucu	9	9.5
Tiroid Koruyucu	69	72.6
Kurşun Gözlük	0	100
Koruyucu Ekipmanların Muhafaza Edilmesine Yönelik Uygulamalar*		
Cihazın Üzerine Brakılır	17	17.9
Askılığa Asılır	87	91.6
Tek Çivi ile Duvara Asılır	9	9.5
Katlanarak Cihazın Üzerine Konulur	15	15.8
Fikrim Yok	4	4.2
Skopi Kullanımı Sırasında Cihaza Uzak Mesafede Durma Durumu		
Evet	64	67.4
Hayır	31	32.6
Dozimetre Takibi Yaptırma Durumu		
Evet	17	17.9
Hayır	78	82.1
Skopi Cihazının Zararlarını Bilme Durumu		
Evet	71	74.7
Hayır	24	25.3
Cevap 'Evet' ise zararları (n=71)		
Kansere sebep olması	26	36.6
Dermatolojik,tiroid,üreme sistemi ve akciğer hastalıklarına sebep olması	13	18.3
Genetik bozukluklara sebep olması	10	14.1
Hormonları etkiliyor ve infertiliteye neden olması	12	16.9
Gözde katarakt, saç dökülmesi, baş ağrısı, yorgunluk ve halsizliğe neden olması	10	14.1

*Yüzdeler n üzerinden alınmıştır

TARTIŞMA

Ameliyathaneler sağlık çalışanları için riskli koşulların (sıcak, soğuk, nem, hava akımı, sık sıcaklık değişimi, gürültü, alçak ya da yüksek basınç, radyasyon) bulunduğu alanlardır.¹⁹ Bu riskli koşullardan birisi de radyasyondur ve özellikle cerrahi birimlerde hem hasta hem de çalışan güvenliği için tehlike yaratmaktadır.^{19,20}

Nöroşürji, ortopedik müdahaleler, vasküler ve kalp ameliyatları gibi girişimlerin yapıldığı cerrahi birimlerde C-kollu skopi ve X-ray cihazları yaygın olarak kullanılmaktadır.²⁰ Ancak bu cihazların yaygın kullanımı, ameliyathanedeki tüm çalışanları iyonize radyasyonun zararlı etkilerine maruz bırakmaktadır.¹² Ameliyathanede çalışan anestezi uzmanı, anestezi teknikeri, hemşire ve ameliyathane personelinin skopi kullanımı ve güvenliğine yönelik uygulamalarının incelendiği bu çalışmada, günde birden fazla skopiye maruz kaldığını bildirenlerin oranı fazladır. Vural ve ark. çalışmalarında ameliyathane çalışanlarının %90'ının son bir yıl içinde skopiye maruz kaldıklarını ve bunların %44'ünün haftada birden fazla olduğunu belirlemişlerdir.²¹ Ameliyathane çalışanlarında radyasyona maruziyetin fazla olduğu görülmektedir. Bu nedenle, radyasyonun olumsuz etkilerinden korunabilmek için radyasyon riski ve korunma önlemleri konusunda eğitim gereklidir.¹² Vural ve ark. çalışma grubunun %94'ünün floroskopi kullanılırken alınması gereken önlemler konusunda eğitim almadıklarını belirlemişlerdir.²¹ Çalışanların eğitilmesi kendilerinin ve hastaların güvenliğini sağlama açısından önemlidir.¹⁹ Radyasyon güvenliği yönetmeliğinde, potansiyel radyasyon tehlikelerine karşı personeli uyarmak için radyolojik cihazların kullanıldığı birimlerde ve ameliyathanelerde tehlike uyarı işaretleri konulmalıdır.²² Grubun yaklaşık yarısı çalışma alanında radyasyon tehlike uyarı işareti olduğunu belirtmiştir. Devlet düzenlemeleri gereği radyolojik cihazların kullanıldığı alanlarda radyasyon tehlikelerine karşı ikaz işaretleri bulunmalıdır.²² Çalışmada uyarı işareti bulunmadığını bildirenlerin oranının fazla olması da dikkat çekicidir. Çalışmada koruyucu ekipmanların kullanım talimatına göre muhafaza edildiğini ve işlevselliğinin kontrol edildiğini belirtenlerin oranı yarıdan azdır. Radyasyondan korunmak için kullanılan koruyucu ekipmanlar; yırtık, delinme ve incelme gibi durumlar için en az yılda bir kez incelenmelidir. Uygun olmayan katlama veya depolama nedeniyle korucu ekipmanlarda oluşan çatlaklar x ışınlarının geçmesine neden olabilir.¹⁸ Kurşun önlükler ve tiroid kalkanları düz bir yüzeyde saklanmalı veya tercihen dikey olarak asılmalıdır. Kırılmayı önlemek için asla katlanmamalıdır.

Temizlik cihazlarına yönelik öneriler arasında soğuk su ve hafif bir deterjan kullanılması ancak naylon kumaşı etkileyecek ağartıcı dahil olmak üzere çözücüler kullanılmaması önerilmektedir.²³ Olası enfeksiyon kaynağı olan tiroid kalkanları her kullanımdan sonra temizlenmelidir.¹⁸ Şahiner ve ark. kullanılan kurşun önlüklerin askıda tutulması yerine katlandığını ve katlantı yerlerinden kırıldığını tespit etmiştir.⁹ Koruyucu ekipmanların bakımı, kontrolü ve saklanması konusunda eğitim ihtiyacı olduğu görülmektedir. İyonlaştırıcı radyasyonun yaygın kullanılmasına ve zararlı etkilerine rağmen, radyasyondan korunmak için yeterli önlemlerin alınmadığı bildirilmektedir.²⁴ Radyasyon dozunun 0.001 rad gibi çok düşük dozlarda bile kanserojen olduğu; cilde, gözlere, gonadlara ve kan hücrelerine olumsuz etki yarattığı bilinmektedir.¹² Radyasyona maruz kalacak personeli korumak için mümkün olduğunca koruyucu ekipman kullanılmalıdır.²⁵ Her ne kadar koruyucu giysilerin ağır olmasından kullanıcılar şikayetçi olsa da,²⁴ personele uygun tüm koruyucu ekipmanlar bulundurulmalıdır.²² Çalışmada en fazla kurşun önlük ve tiroid koruyucu kullanılmakla birlikte, kurşun gözlüğün hiç kullanılmadığı saptanmıştır. Kronik radyasyon maruziyetinin ilk etkileri gözlerde katarakt oluşmasıdır.¹⁸ Kurşunlu gözlükler; katarakt, korneal ülser gibi yaralanmaları önlemek için gereklidir.¹⁵ Kurşun gözlüklerin, gözlere maruziyeti %90'a kadar azaltabileceği bildirilmektedir.¹⁸ Vural ve ark. ameliyathanelerde %66 kurşun önlük, %30 tiroid koruyucu ve %4 gözlük ve eldivenin kullanıldığını bildirmişlerdir.²¹ Tiroid papiller karsinomlarının %85'inin radyasyona bağlı olduğu düşünülmektedir.¹⁸ Kurşun önlük giymenin radyasyona karşı önemli bir koruyucu olduğu, 0.5 mm kurşun kalınlığının radyasyon maruziyetini %97-99 oranında azalttığı belirtilmektedir.¹² Genel olarak, çalışanın vücudunun herhangi bir bölümü doğrudan radyasyon almamalıdır.²² Radyasyondan korunmada fiziksel olarak uzaklaşma çok önemlidir.²¹ Grubun yarısından fazlası skopi kullanımı sırasında uzaklaştığını bildirmiştir. Işın kaynağından 1.5 metre uzaklaşma radyasyon dozunun %88 oranında azalmasına neden olmaktadır.²¹ Çeçen ve ark. ortopedi ameliyatlarında radyasyon seviyesini ölçtükleri çalışmalarında, en yüksek radyasyon seviyesinin masa ayak ucu tarafında, en düşük miktarı ise masanın baş kısmına 200 cm mesafede ölçmüşlerdir.¹² Radyasyon

kaynağından uzak durmanın önemli olduğu görülmektedir. Radyasyon korunmasında temel güvenlik standartlarını uygulamanın yanısıra dozimetre takiplerinin yapılması önerilmektedir.¹⁹ Radyasyona maruz kalan çalışanların, aldıkları dozun yıllık ortalaması 1-5 mSv arasında olmalıdır.¹⁵ Floroskopi makineleri ile çalışan ve radyasyon koruma yöntemlerini kullanan bireylerin, radyasyon dozlarını yılda 1 mSv'den az veya daha azına kadar koruyabildikleri bildirilmektedir.¹⁸ Grubun çoğunluğu dozimetre takibinin yapılmadığını ve skopin zararlarını bildiğini belirtmişlerdir. Yılmaz ve ark. tanısıl amaçtan ödün vermeden mümkün olduğunca az iyonize radyasyon kullanılmasını ve zaman sınırlayıcının bulunması gerektiğini bildirmektedir.²⁶ Ameliyathanelerde radyasyon güvenliği çalışmalarının ve uygulamalarının yetersiz olduğu gözlenmektedir. Önerilen koruyucu tedbirler alındığı zaman radyasyon maruziyeti de azalacaktır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Ameliyathanede çalışan sağlık personelinin skopi cihazı kullanımı, yaydığı radyasyon ve radyasyondan korunma yöntemleri konusundaki bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı görülmektedir. Ameliyathanelerde radyasyondan korunma için gereken uygulamaların yerleştirilmesi, çalışan ve hasta güvenliği açısından önemlidir. Çalışanların radyasyon güvenliğine yönelik yeterli bilgiye sahip olmaları, zararlı etkilerinden korunmak için gerekli önlemleri almalarına neden olacak bu durum hasta güvenliğini de olumlu yönde etkileyecektir. Skopi cihazı kullanılan ameliyathanelerde radyasyon güvenliği konusunda gerekli politika ve prosedürler yazılmalı, radyasyon ölçümlerinin yapılması, koruyucu giysilerin kullanılması, hasta ve çalışan güvenliğine yönelik olarak düzenli eğitim programlarının oluşturulması ve belirli aralıklarla güncellemelerin ve denetimlerin yapılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aslan FE, Öntürk ZK. Güvenli ameliyathane ortamı; biyolojik, kimyasal, fiziksel ve psikososyal riskler, etkileri ve önlemler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010; 4(1): 133-140.
2. Fencil JL. Guideline implementation: radiation safety *AORN J* 2015; 102(6): 630-636.

3. Dilek A. Radyasyon. 2.Uluslararası 10.Ulusal Türk Ameliyathane ve Cerrahi Hemşireliği Kongresi Kitabı. 2-5 Kasım 2017, s. 176-177.
4. Yaşar S, Saygın M, Çetinkaya G, Parpar T. Girişimsel radyolojideki sessiz tehlike. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2014; 21 (4): 151-157.
5. Huhn A, de Oliveira Vargas MA, de Melo JAC, Gelbcke FL, Ferreira ML, Lança L. Implementation of a radiation protection program: opinion of the health team working in a radiology service. *Texto and Contexto-Enfermagem*. 2017; 26 (1): 1-10.
6. La Salvia JC, de Moraes PR, Ammar TY, Schwartzmann CR. Fluoroscopy duration in orthopedic surgery. *Rev Bras Ortop*. 2011; 46 (2): 136-138.
7. Chaffins JA. Radiation protection and procedures in the OR. *Radiol Technol*. 2008;79 (5): 415-428.
8. Zeyrek CT. İyonize radyasyon uygulamaları için güvenlik ve korunmaya yönelik genel kavramlar. *Süleyman Demirel Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2013; 17 (3) :1-9.
9. Şahiner T, Gül SS, İlçe HT, Devenci EK, Erdem AF, Kurt M, Eker S. C-Kollu skopi cihazları için radyasyon yönetimi. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2014; 6 (2): 101-109.
10. Bozbıyık A, Özdemir Ç, Hancı İH. Radyasyon yaralanmaları ve korunma yöntemleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2002; 11 (7): 272-274.
11. Ege Üniversitesi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Radyasyon Güvenliği El Kitabı. 2014: 1-52.
12. Çeçen GS, Gülabi D, Pehlivanoğlu G, Bulut G, Bekler H, Asil K. Ortopedi ameliyathanesinde radyasyon. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2015;49(3):297-301.
13. Türkiye Atom Enerjisi Kurumu. <http://www.taek.gov.tr/radyasyon-guvenligi-sss/681-radyoloji-unitelerinde-koruyucu-giyisi-kullanilmasi-zorunlu-mudur.html> Erişim tarihi: 16.06.2018
14. Togay E. Radyasyona maruz kalan ameliyathane çalışanlarının güvenliği. <http://www.trkd.org.tr/yararli-bilgiler/makaleler/636-radyasyona-maruz-kalan-ameliyathane-calisanlarinin-guvenligi.html> Erişim tarihi: 16.06.2018
15. Gökharman FD, Aydın S, Koşar PN. Radyasyon güvenliğinde mesleki olarak bilmemiz gerekenler. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2016; 7 (2): 35-40.
16. Söylemez A. Ameliyathanede radyoloji çalışan güvenliği. 2.Ulusal Sterilizasyon Ameliyathane Dezenfeksiyon Kongresi Kitabı. 6-9 Kasım 2014, s.299-300.
17. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Sağlık hizmetlerinde iyonlaştırıcı radyasyon kaynakları ile çalışan personelin radyasyon doz limitleri ve çalışma esasları hakkında yönetmelik. 05.07.2012; *Resmî Gazete* sayı: 28344.
18. Kaplan DJ, Patel JN, Liporace FA, Yoon RS. Intraoperative radiation safety in orthopaedics: a review of the ALARA (As low as reasonably achievable) principle. *Patient Safety in Surgery*. 2016; 10:27.
19. Aren A. Ameliyathanede Hasta ve Çalışan Güvenliği. *İstanbul Tıp Dergisi*. 2008: 3; 141-145.
20. Querido FM, de Brito Poveda V. Exposure of nursing staff to radiation in the operating room: a descriptive study. *Rev Sobecc Sao Paulo*. 2015; 20 (1): 2-8.
21. Vural F, Fil Ş, Çiftçi S, Dura AA, Yıldırım F, Patan R. Ameliyathanelerde radyasyon güvenliği; çalışan personelin bilgi, tutum ve davranışları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012; 1 (3): 131-136.
22. Çakmak N. Ameliyathanede güvenli radyasyon uygulamaları. 3.Sterilizasyon, Ameliyathane Dezenfeksiyon Kongresi Kitabı. 13-16 Ekim 2016, s.22-24.
23. Association of Surgical Technologists. AST Standards of Practice for Ionizing Radiation Exposure in the Perioperative Setting. Association of Surgical Technologists. <http://www.ast.org> Erişim tarihi: 08.06.2018.
24. Kara Ü, Kara Y, Akkurt İ. A study on radiation in operating room in Suleyman Demirel University. *Acta Physica Polonica A*. 2016: 130: 401-403.
25. Öğce F. Radyasyon-Laser cerrahi duman ve güvenlik. 2.Ulusal Sterilizasyon Ameliyathane Dezenfeksiyon Kongresi Kitabı. 6-9 Kasım 2014, s.223-227.
26. Yılmaz B, Çapuroğlu C, Tabakçioğlu K, Pala FS, Özcan M, Çiftdemir M. Ameliyathanede maruz kalınan floroskopik radyasyon etkisinin biyolojik doz değerlendirilmeleri. *JAREM*. 2018; 8: 19-24.

HEMŞİRELERİN TIBBİ HATA YAPMA EĞİLİMLERİNİN İNCELENMESİ*

DETERMINATION THE TENDENCY OF THE NURSES TO MAKE MEDICAL MISTAKE

Sibel Karaca Sivrikaya¹, Ayşe Şimşek Kara²

¹Balıkesir Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
ORCID ID: 0000-0001-5271-7757

²Balıkesir Dursunbey Devlet Hastanesi,
ORCID ID: 0000-0002-2632-7824

Yazışma Adresi:

Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü, Balıkesir, Türkiye.
E-mail: skaracakaya35@hotmail.com

Gönderim tarihi: 20 Aralık 2018

Kabul Tarihi: 3 Ocak 2019

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr

www.bau-sbdergisi.com

*Bu çalışma 12-14 Ekim 2017 tarihinde Yozgat'ta düzenlenen Uluslararası III. Adli Hemşirelik II. Adli Sosyal Hizmet I. Adli Gerontoloji Kongresi'nde özet sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Öz

GİRİŞ: Araştırma hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerini ve bunu etkileyebilecek faktörlerin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan çalışma Ekim 2016-Nisan 2017 tarihleri arasında batıda bulunan bir ilde bir devlet ve bir üniversite hastanesinde, araştırmaya katılmayı kabul eden 434 hemşire ile yapılmıştır. Verilerin toplanmasında "Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ)" ve Kişisel Bilgi Formu kullanılmıştır. Çalışma yüzdelik, Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinden alınan toplam puan ortalamasının 230.30±15.59 olduğu ve hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin alt boyutlara ilişkin aldıkları en düşük puanın "Düşmeler" (22.89±2.57) ve "İletişim" (23.16±2.57) alt boyutuna, en yüksek puanın ise "İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları" (86.42±4.84) alt boyutuna ait olduğu saptanmıştır. Katılımcıların eğitim durumu, çalışma şekli ve mesleği sevmeye durumlarına göre tıbbi hataya eğilim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($p<0.05$); yaş grupları, cinsiyetleri, medeni durumları ve çalışma yıllarına göre tıbbi hataya eğilim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

SONUÇ: Çalışma sonucunda, hemşirelerin tıbbi hatalara eğilim düzeyinin düşük olduğu saptanırken, mesleğini sevmeyen hemşirelerin tıbbi hataya eğiliminin anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Tıbbi hata, hemşire, tıbbi hata eğilimi.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The research was carried out to determine the tendency of the nurses to make a medical mistake and the factors that might affect it.

MATERIALS AND METHODS: The descriptive and sectional study was carried out with 434 nurses who accepted to participate in a study in a public hospital and a university hospital in a province in the west between October 2016 and April 2017. In order to collect the data "Medical Error Trend Scale in Nursing" and Personal Information Form were used. The study was made by using percentiles Kruskal Wallis and Mann-Whitney U tests.

RESULTS: The mean total score taken from the Medical Error Tendency Scale in Nursing was 230.30±15.59, and the tendency of the nurses to make a medical mistake was found to be low. The lowest score of the nurses for the subscales was determined as "Falls" (22.89±2.57) and "Communication" (23.16±2.57) sub-dimension and the highest score was from the sub-dimension of "Drug and Transfusion Applications" (86.42±4.84). There was a statistically significant difference between the medical error tendency scores of the participants according to their educational status, manner of working and liking the profession ($p<0.05$) while there was no statistically significant difference between age, sex, marital status and medical error trend scores ($p>0.05$).

CONCLUSION: As a result of the study, it was found that the level of tendency of nurses to medical errors was low, while the tendency of medical error of nurses who did not like their job was found to be significantly higher.

KEYWORDS: Medical error, nurse, medical error trend

GİRİŞ

Tıbbi hata; planlanan bir işin amaçlandığı şekilde tamamlanamaması veya amaca ulaşmak için yanlış plan yapılması ve uygulanması, hastaya bakım sürecinden

sapma olarak tanımlanmıştır. Tıbbi hatalar önemli bir halk sağlığı sorunudur ve hasta güvenliği için ciddi bir tehlike oluşturmaktadır¹.

Yapılan çalışmalar her yıl birçok kişinin, sağlık kuruluşlarında aldıkları bakım sırasında tıbbi hatalar ile karşılaştıklarını ve buna bağlı ölüm, yaralanma veya ömür boyu sakat kalma gibi sonuçların meydana geldiğini göstermektedir². Tıbbi hatalar, sağlık alanında her geçen gün büyüyen bir problemdir ve yapılan çalışmalarda gerek ülkemizde gerekse yurtdışında elde edilen bulgular konunun önemini ortaya koymaktadır³. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) Tıp Kurumu (The Institute of Medicine) raporunda, tıbbi hatalar nedeniyle ABD hastanelerinde yılda 44,000 ile 98,000 arasında kişinin öldüğü bildirilmiştir¹. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), çoğunlukla Avrupa Birliği üye devletlerinden gelen verilere göre hastaneye yatışların %8 ile %12'sinin tıbbi hatalar ve sağlıkla ilgili olumsuz olaylar nedeniyle meydana geldiğini belirtmektedir. Avrupa Birliği vatandaşlarının %23'ü tıbbi hatadan doğrudan etkilendiğini iddia ederken, %18'i hastanede ciddi bir tıbbi hata ile karşılaştığını, %11'i de kendisine yanlış ilaç reçete edildiğini ifade etmiştir⁴. Ayrıca tıbbi hataların gelir kaybı, engellilik ve ilave sağlık masrafları ile yılda 17 milyar ABD doları ve 29 milyar ABD doları arasında bir maliyeti olduğu da tahmin edilmektedir¹.

Ülkemizde de tıbbi hataların boyutlarının dünya ülkeleri ile paralellik gösterdiği düşünülmektedir. 1931-2004 yılları arasında Yüksek Sağlık Şurasında tıbbi hatalarla ilgili olarak incelenen yaklaşık 10 bin dosya sonucunda, son beş yıldaki vakaların yaklaşık yarısında sağlık personelinin az veya çok kusurlu olduğu belirlenmiştir. Yüksek Sağlık Şurası'nda 2002-2008 yılları arasında değerlendirilen 219 olgu dosyasında da tıbbi uygulama hatası iddiasının %21'inin hemşirelerden kaynaklandığı belirtilmektedir⁵. Türkiye' de sağlık çalışanlarının hatalarının belirlenmesi için oluşturulan Güvenlik Raporlama Sistemi' ne göre de en çok hata yapan sağlık çalışanlarına bakıldığında cerrahi işlemlerde %31.19, ilaç hatalarında %33.38 ile hemşireler ilk sırada yer almaktadır⁶.

Tıbbi hatalar tüm sağlık çalışanları için önemli bir konudur. Fakat hemşirelerin, görevlerinin niteliğinden dolayı hasta bakımında kilit rol oynamaları, bağımlı ve bağımsız görevlerinin çokluğu gibi nedenlerle diğer sağlık meslek gruplarına göre daha sık tıbbi hata yapma riski ile karşılaştıkları ifade edildiği için bu konu hemşireler açısından daha büyük bir önem taşımakta, tıbbi hataların önlenmesinde de hemşirelere daha fazla sorumluluk düşmektedir^{5,7,8}. Hemşirelerin yaşadıkları tıbbi hatalar; bakım standartlarını uygulama yetersizliği, hasta güvenliği ve koruyuculuğu ile ilgili uygulamalarda yetersizlik, kayıt tutmada yetersizlik, dikkatsizlik, tedbirsizlik, emir ve yönetmeliklere uymamak, hemşire başına düşen hasta

sayısının fazla olması, aşırı iş yükü, vardiya sistemiyle çalışma, meslekte acemilik, hemşire sayısının yetersizliği ve iletişim yetersizliği gibi durumlardan kaynaklanmaktadır⁵. Hemşireler hata kaynaklarını ve hataların potansiyel olarak artabileceği durumları bilmeli, hastalara ve hasta yakınlarına zarar vermeyi önlemenin yanı sıra kendilerini de korumak için gerekli tedbirleri almalıdırlar⁸. Bu çalışmada, hemşirelerin görev yerlerinde en sık karşılaştıkları veya yol açtıkları tıbbi hata türlerinin belirlenmesi ve bu bağlamda hata oranlarının azaltılabilmesi için hemşirelerin hangi tür hatalara karşı eğilimlerinin olduğunun saptanması ve bu doğrultuda gerekli önlemlerin alınabilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve zaman açısından kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ekim 2016-Nisan 2017 tarihleri arasında Balıkesir ilinde bulunan bir devlet ve bir üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evreni söz konusu hastanelerde görev yapan tüm hemşirelerdir (594). Araştırmanın örneklemini ise belirlenen tarihler arasında izinli, görevli, raporlu olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 434 hemşire (%73) oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Veriler Kişisel Bilgi Formu ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ) kullanılarak toplanmıştır. Kişisel Bilgi Formu; araştırmacılar tarafından hazırlanan, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu v.b.), mesleki özelliklerini (çalışma yılını ve çalışılan birimi v.b.) sorgulayan toplam 19 sorudan oluşmaktadır. Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği; Özata ve Altuncan (2009) tarafından hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ölçekte hemşirelerin hasta bakımında günlük rutin olarak yerine getirdikleri faaliyetleri içeren 49 madde ve 5 alt boyut yer almaktadır. Ölçek likert tipindedir ve 5 kategoriden oluşmaktadır. 1: hiç, 2: çok nadir, 3: zaman zaman, 4: genellikle, 5: her zaman şeklinde belirtilmiştir. Özata ve Altuncan tarafından ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı (Cronbach Alpha) 0.95 olarak hesaplanmıştır⁹. Bu araştırmada ise ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı (Cronbach Alpha) 0.95 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları ise "İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları" alt boyutu için 0.89, "Enfeksiyonların Önlenmesi" alt boyutu için 0.91, "Hasta İzlemi ve Malzeme Cihaz Güvenliği" alt boyutu için 0.86, "Düşmelerin Önlenmesi" alt boyutu için 0.84, "İletişim" alt boyutu için 0.75 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar ölçeğin ve alt boyutların yeterli güvenilirlikte olduğunu (Cronbach Alpha>0.70) göstermektedir.

Verilerin Toplanması

Veriler Ekim 2016-Nisan 2017 tarihleri arasında, Kişisel Bilgi Formu ve Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği kullanılarak, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygun bir ortamda uygulanmıştır. Anket formları, hemşirelere araştırmanın amacı ve formların içeriği hakkında bilgi verilip onayları alındıktan sonra dağıtılmıştır. Araştırmaya katılmak isteyip zaman bulamayan hemşirelere anket formu bırakılıp uygun oldukları zaman doldurmaları istenmiştir. Cevaplandırmalar tamamlandıktan sonra anket formu araştırmacı tarafından toplanmıştır. Veri toplama formlarının doldurulması, yaklaşık 15-20 dakika arası sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 22.0 programında değerlendirilmiş; sayı, yüzde, HTHEÖ ve 5 alt boyutun madde puan ortalamaları, standart sapmaları, ölçeğin ve alt boyutların iç tutarlılık katsayıları (Cronbach Alpha) hesaplanmıştır. Shapiro-Wilk testi ile normal dağılım göstermediği için verilerin analizinde non-parametrik testlerden Kruskal Wallis Testi ve Mann-Whitney U Testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sonuçları sadece söz konusu olan hastanelerde görev yapan hemşireler ile sınırlıdır. Bu sebeple araştırmanın sonuçları genellenemez, ancak genellemeye katkı sağlayabilir.

Çalışmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce söz konusu hastanelerden gerekli izinler alınıp, çalışmaya katılan hemşirelere, çalışmanın amacı, yöntemi ve yararları açıklanarak çalışmaya katılmaya istekli olup olmadıkları sorulmuş ve sözlü onamaları alınmıştır.

BULGULAR

Araştırma grubunun %52.8'i 35 yaş üzeri, %93.5'i kadın, %42.6'sı önlisans mezunu, %79.7'si evli, %47.7'si 16 yıl ve

üstü çalışma yılına sahiptir. Hemşireler haftada ortalama 45 saat çalışmakta olup %76.9'u mesleğini sevmekte, %5.8'i çalıştığı ortamda tıbbi hataya yol açtığını, bunun da %1.2'sinin yanlış ilaç uygulaması olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin %89.4'ü tıbbi hataları azaltmak için hizmet içi eğitim verilmesini istemekte, %48.8'i tıbbi hatalarda kurumun izlediği politika hakkında fikri olmadığını belirtmiştir.

Tablo 1. Hemşirelerin Bazı Demografik ve Mesleğe İlişkin Durumlarına Göre Yüzdeleri ve HTHEÖ Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (n=434)

	n	%	Sıra Ortalaması	Test değeri	p
Yaş Grubu					
20-24	48	11.1	206.05	$\chi^2 = 1.77$	0.77**
25-29	57	13.1	221.01		
30-34	100	23.0	209.28		
35-39	111	25.6	216.57		
40 ve üstü	118	27.2	228.31		
Cinsiyet					
Kadın	406	93.5	214.78	$z = -1.73$	0.08*
Erkek	28	6.5	256.96		
Eğitim Durumu					
Sağlık Meslek L.	67	15.4	257.34	$\chi^2 = 8.65$	0.03**
Önlisans	185	42.6	213.64		
Lisans	173	39.9	205.65		
Yüksek Lisans	9	2.1	227.94		
Çalışma Yılı					
1-5 Yıl	94	21.7	203.46	$\chi^2 = 2.44$	0.65**
6-10 Yıl	69	15.9	220.83		
11-15 Yıl	64	14.7	215.23		
16-20 Yıl	88	20.3	214.99		
21 ve Üzeri	119	27.4	229.74		
Çalışılan Kurum					
Devlet Hastanesi	340	78.3	213.61	$z = -1.23$	0.21*
Üniversite Hastanesi	94	21.7	231.56		
Medeni Durum					
Bekar	88	20.3	216.19	$z = -0.11$	0.91*
Evli	346	79.7	217.83		
Kadro Durumu					
Kadrolu	409	94.2	215.02	$z = -1.68$	0.09*
Taşeron	25	5.8	258.14		
Çalışma Şekli					
Gündüz	280	64.5	205.39	$z = -2.73$	0.00*
Nöbet	154	35.5	239.52		
Mesleğini Sevme					
Çok Seviyorum	67	15.4	257.13	$\chi^2 = 20.77$	0.00**
Seviyorum	267	61.5	224.07		
Kararsızım	64	14.7	177.50		
Sevmiyorum	26	6.0	156.63		
Hiç Sevmiyorum	10	2.3	190.85		

*Mann Whitney U Testi

**Kruskall Wallis Test

Katılımcıların eğitim durumu, çalışma şekli ve mesleği sevme durumlarına göre tıbbi hataya eğilim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bunun yanında hemşirelerin yaş grupları, cinsiyetleri, çalıştıkları kurumlar, medeni durumları, kadro durumları ve çalışma yıllarına göre tıbbi hataya eğilim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 1).

Tablo 2. HTEHÖ Toplam ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n=434)

Tıbbi Hata Ölçeği Alt Boyutları	Madde Sayısı	X	SS	Cronbach Alfa Katsayısı
İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları	18	86.42	4.84	0.89
Hastane Enfeksiyonları	12	57.03	4.66	0.90
Hasta izlemi ve Malzeme Güvenliği	9	40.78	4.74	0.86
Düşmeler	5	22.89	2.57	0.84
İletişim	5	23.16	2.57	0.74
Ölçek Toplamı	49	230.30	15.59	0.94

Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerine ilişkin toplam ölçek ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde; HTEHÖ toplam puanının 230.30 ± 15.59 , "İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları" puanının 86.42 ± 4.84 , "Hastane Enfeksiyonları" puanının 57.03 ± 4.66 , "Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği" puanının 40.78 ± 4.74 , "Düşmeler" puanının 22.89 ± 2.57 , "İletişim" puanının 23.16 ± 2.57 olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları ile hemşirelerin yaş, çalışma yılı ve medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hemşirelerin cinsiyetleri ile ölçeğin "İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları" ve "İletişim" alt boyutları; eğitim durumları ile "İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları", "Düşmeler" ve "İletişim" alt boyutları;

çalışma şekilleri ile "Hastane Enfeksiyonları", "Düşmeler" ve "İletişim" alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca hemşirelerin mesleğini sevme durumları ile tüm alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hemşirelerin "İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları" alt boyutundaki cevapların ortalamaları incelendiğinde; en yüksek puanın "İlaç doğru hastaya yaptığımdan emin olurum" ($x=4.94\pm 0.25$) ve "Hastaya doğru ilaç yaptığımdan emin olurum" (4.94 ± 0.28) maddelerine, en düşük puanın "İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım" (4.54 ± 0.67) maddesine ait olduğu bulunmuştur. "Enfeksiyonların Önlenmesi" alt boyutunda en yüksek puan "Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim" (4.86 ± 0.40) maddesine, en düşük puan ise "Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim" (4.59 ± 0.65) maddesine verilmiştir. Ölçeğin "Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği" alt boyutundaki yanıtlar incelendiğinde en yüksek puanın "Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiyaya değişiminde ve vardiyaya arasında paylaşılmasına dikkat ederim" (4.76 ± 0.47) maddesine, en düşük puanın "Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim" (4.16 ± 1.08) maddesine verildiği görülmüştür. "Düşmelerin Önlenmesi" alt boyutunda en yüksek puan "Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım" (4.70 ± 0.53) maddesine, en düşük puan ise "Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm" (4.44 ± 0.75) maddesine verilmiştir. "İletişim" alt boyutunda bulunan sorulara verilen yanıtlar incelendiğinde ise en yüksek puanın "Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrularım" (4.79 ± 0.52) maddesine, en düşük puanın "Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim" (4.33 ± 1.01) maddesine ait olduğu görülmüştür.

TARTIŞMA

Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi amacı ile yapılan bu çalışmada, araştırmaya katılan hemşirelerin %5.8'inin çalıştığı ortamda tıbbi hataya yol açtığı belirlenmiştir. Er ve Altuntaş⁵ tarafından yapılan bir çalışmada da araştırmaya katılan hemşirelerden %13.7'si mesleki çalışma süresinde tıbbi hata yaptığını belirtmiştir. Yine benzer bir çalışmada da araştırmaya katılan hemşirelerin %28.5'i çalışma hayatı boyunca tıbbi hata yaptığını ifade etmişlerdir¹⁰.

Bu sonuçlar hemşirelerin hata oranlarının düşük olduğunu gösterse de, tıbbi hatalar nedeniyle zarar görmeleri engellemek ve yasalar karşısında hemşirelerin kendilerini korumalarını sağlamak amacıyla bu oranın daha da azaltılması amaçlanmalı, hasta güvenliği ve tıbbi hatalara yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir³. Çalışmamızda hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeylerini etkileyebileceği düşünülen bazı değişkenlerle yapılan analizler sonucunda çalışmaya katılan hemşirelerin eğitim durumu, çalışma şekli ve mesleği sevme durumu ile ölçek toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Özata¹¹ tarafından hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada ise eğitim durumu ve çalışma şekli arasında anlamlı fark bulunmazken mesleğini sevme durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur. Demir Dikmen ve arkadaşları³ tarafından yapılan çalışmada da hemşirelerin eğitim düzeylerine göre tıbbi hataya eğilim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular incelendiğinde HTHEÖ toplam puan ortalaması 230.30 ± 15.59 olup, ölçekten alınabilecek puan aralığı 49-245 olduğu için hemşirelerin tıbbi hata yapmaya eğilimlerinin düşük düzeyde olduğu söylenebilir. Elde edilen bu sonuç, hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin belirlenmesine yönelik yapılan diğer çalışma bulguları ile uyum göstermektedir^{3,7,12}. Ölçeğin “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutunda 18 madde bulunmaktadır ve toplam puan ortalaması 86.42 ± 4.84 'dür. Elde edilen bu sonuç, hemşirelerin ilaç ve transfüzyon uygulama hatası yapma eğilimlerinin düşük olduğunu göstermektedir. İlaç hatası; hasta güvenliğini etkileyen en yaygın hata tipi olmasının yanında tıbbi hatalar arasında da en sık karşılaşılan hata tipidir¹³. İlaç uygulamaları hemşirelerin sorumlulukları arasında önemli bir yer tutmaktadır ve uygulama sürecinde yapılabilecek hatalar bireylerin yanlış tedavilerine ve hatta ölüm gibi kötü sonuçlara sebep olabilmektedir¹⁴. Avrupa’da yapılmış olan çalışmalar hastanede yatan hastaların %19-28’inin ilaç uygulama hatalarıyla karşılaştığını göstermiştir. Amerika Birleşik Devletleri’nde de her yıl 48,000-98,000 hastanın tıbbi hatalar nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. Üstüner ve Çam¹⁵ tarafından kliniklerde çalışan hemşirelerin ilaç uygulama hatalarının görülme sıklığını belirlemek ve katkıda bulunan ana faktörleri tanımlamak amacıyla yapılan çalışmada, 181 hemşirenin yaklaşık yarısının ilaç uygulama hatalarını gerçekleştirdikleri görülmüştür. İş deneyimi, hasta sayısı ve vardiyalı çalışmanın da ilaç uygulama hatalarına katkıda bulunan önemli faktörler olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik yönetiminin, sistem yerine kişiye odaklanması ve kişilerin olumsuz

sonuçlardan korkması ilaç hatalarının bildirilmemesinde birincil nedenler olarak belirlenmiştir. İlaç hatalarının eksiksiz bildirim için hem kişisel hem de sistematik önlemlerin alınması gerekmektedir¹⁶. Hemşirelerin “İlaç ve Transfüzyon Uygulamaları” alt boyutuna ilişkin verdikleri cevapların ortalamaları incelendiğinde; en yüksek puanın “İlacı doğru hastaya yaptığımdan emin olurum” ($x=4.94 \pm 0.25$) ve “Hastaya doğru ilacı yaptığımdan emin olurum” (4.94 ± 0.28) maddelerine, en düşük puan ortalamasının ise “İlaçların yan etkilerini bilirim ve ona göre uygulama yaparım” (4.54 ± 0.67) maddesine ait olduğu bulunmuştur. Vural ve arkadaşları¹⁷ tarafından güvenli ilaç uygulamalarında eksikliklerin araştırılması amacıyla yapılan çalışmada da, araştırmaya katılan hemşirelerin yaklaşık yarısının, ilaç yan etkileri, kontrendikasyonları, ilaç reaksiyonları, etki süresi hakkında orta düzeyde bilgi sahibi oldukları belirlenmiştir. İlaçların uygulanmasında hemşirenin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumluluklar; verilen ilaç konusunda bilgi sahibi olma, ilaçları hatasız ve güvenli bir şekilde verme, ilaç yan etkilerine karşı bireyi gözleme ve yorumlama, ilaç tedavisi konusunda bireyi eğitmedir¹⁸. Hemşireler en fazla paranteral ilaç uygulamalarında yapılan hatalar nedeniyle dava edilmektedirler. Ayrıca ilaç hatalarında doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman ve doğru teknik konularının ihlal edildiği de belirlenmiştir¹⁹. Hemşirelerin; ilaçlar hakkında bilgi sahibi olması, yapılması gereken girişimler konusunda karar verebilecek düzeyde olması, aldığı önlem veya girişimlerin sorumluluğunu üstlenebilmesi gerekir. Hemşire ilaçların verilmesi ve uygulanmasında üzerine düşen rol ve sorumluluklarını yerine getirerek hata olasılığını en aza indirecektir¹⁸. Ölçeğin “Enfeksiyonların Önlenmesi” alt boyutunda 12 madde bulunmaktadır ve toplam puan ortalaması 57.03 ± 4.66 'dir. “Enfeksiyonların Önlenmesi” alt başlığında bulunan sorulara verilen yanıtlar incelendiğinde en yüksek puanın “Malzemenin güvenliğinden şüphe duyduğumda kullanmamaya dikkat ederim” (4.86 ± 0.40) maddesine, en düşük puanın ise “Kateter takılı hastaları her gün kontrol ederim” (4.59 ± 0.65) maddesine verildiği görülmektedir. Enfeksiyonlar hastanelerdeki bakım kalitesinin en önemli göstergesidir ve hastanın hastanedeki yatış süresinin uzamasına, morbidite, mortalite ve tedavi maliyetinin artmasına neden olmaktadır²⁰. Enfeksiyon kaynaklarının sebeplerine bakıldığında da bunların başında sağlık hizmeti sunanlar gelmektedir²¹. Yapılan çalışmalar hemşirelerin çalışma saatlerindeki ve hemşire başına düşen hasta sayısındaki artışın hastane enfeksiyonlarında ki sıklığın artmasına neden olduğunu göstermektedir^{22,23}.

Enfeksiyon kontrolünün sağlanması ve enfeksiyonların önlenmesi sağlık uygulamalarının en zor alanlarından biridir ve enfeksiyonların görülme sıklığındaki artış, sağlık personeli ve hastalar için büyük bir endişe kaynağıdır¹². Enfeksiyon kontrolü için gerekli olan hasta bakım uygulamalarının uygulanması, hemşirelerin görevidir. Hemşireler enfeksiyon oluşumunu ve yayılmasını önlemek için uygulamalara aşina olmalı ve hastanede kalış süresince tüm hastalar için uygun uygulamaları sürdürmelidir. El yıkama, eldiven kullanımı, izolasyon stratejileri, sterilizasyon ve dezenfeksiyon uygulamalarına dikkat edilmeli, enfeksiyon için çevresel riskler kontrol edilmeli, invaziv girişimler en aza indirgenerek enfeksiyon riski azaltılmalı, hastalar enfeksiyon belirtileri açısından gözlenmeli, hasta bakımı uygulamalarını güçlendirmek için personel eğitimi sağlanmalıdır²⁴. Ölçeğin "Hasta İzlemi ve Malzeme Güvenliği" alt boyutunda 9 madde yer almaktadır ve toplam puan ortalaması 40.78±4.74'tür. Bu alt başlıktaki sorulara verilen yanıtlar incelendiğinde en yüksek puanın "Hastanın bakım ve bakım sonuçları ile bilgileri vardiya değişiminde ve vardiya arasında paylaşılmasına dikkat ederim" (4.76±0.47) maddesine, en düşük puanın "Serviste tüm cihazları çalışır durumda olması için her gün kontrol eder ve bozuk olanları rapor ederim" (4.16±1.08) maddesine verildiği görülmektedir. Bu sonuç, Demir Dikmen ve arkadaşlarının³ yapmış olduğu çalışma sonucu ile paraleldir. Sağlık hizmeti veren kurumlarda, malzemelerin yanlış ya da yanlış kişilerce kullanılması tanı ve tedavide hata nedeni olabilmektedir. Bu nedenle bireye hizmet sunulmadan önce kullanılacak araç gereçlerin çalışır durumda olduğu kontrol edilmeli ve bu araç gereçlerin uzman, deneyimli kişiler tarafından kullanılması gerekmektedir²⁵. Gelişmiş birçok ülkede, hatalı uygulamalara ilişkin davaların en sık karşılaşılan nedeni yetersiz hasta izlemidir⁴. Yetersiz izlemin sebep olduğu hataları en aza indirmek veya önlemek için: izlem sıklığının belirtilmiş olduğundan emin olunmalı, hasta, durumunun gerektirdiği şekilde ve istenilenlere dikkat edilerek izlenmeli, hastaya ilişkin tüm izlemler zaman belirtilerek kaydedilmelidir²⁵. Ölçeğin "Düşmelerin Önlenmesi" alt boyutunda 5 madde yer almaktadır. Ölçeğin genel puan ortalaması 22.89±2.57'dir. Bu çalışmada "Düşmelerin Önlenmesi" alt boyutu en düşük genel puan ortalamasına sahiptir (Tablo 2). Alt başlıkta bulunan sorulara verilen yanıtlar incelendiğinde en yüksek puanın "Hasta nakillerinde gerekli tedbirlerin alınmasını sağlarım" (4.70±0.53) maddesine, en düşük puanın ise "Hasta ve yakınlarına düşme nedenleri ve alınabilecek önlemler hakkında bilgi veririm" (4.44±0.75) maddesine verildiği görülmektedir. Bu sonuç, Cebeci ve arkadaşlarının¹² yapmış oldukları çalışma sonucu ile

paralellik göstermektedir. Düşmeler, tüm Dünya'da sağlık kurumlarında önemli bir hasta güvenliği sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır²⁶. Hastaneye yatan her 1000 hastadan en az 3-6'sının düştüğü tahmin edilmektedir²⁷. Düşme sonucunda da bireyde yaralanma ve fonksiyon kayıpları dolayısı ile hastanede yatış süresinin uzamasına, yaşam kalitesinin azalmasına aynı zamanda hasta, bakım verenler ve hastane personelinin anksiyete ve korku yaşamasına sebep olmaktadır²⁶. Düşmelere neden olan faktörlere bakıldığında; mental durum değişiklikleri, görüşün azalması, kas iskelet sistemi hastalıkları, düşme öyküsü, hipotansiyon, baş dönmesi, demans ve görme bozukluklar, çevrenin uygunsuzluğu (ıslak zemin, kapı eşiği, yatağın yüksekliği, kötü aydınlatma, uygun olmayan ayakkabı kullanımı...), sedatifler, vazodilatör ilaçların kullanımı sayılabilmektedir²⁷. Hasta düşmelerinin önlenmesi için düşmelere neden olabilecek risk faktörlerinin belirlenmesi, düşme risklerinin skorlama sistemlerinden yararlanarak belirlenmesi ve gerekli koruyucu önlemlerin zamanında alınması gerekmektedir²⁸. Ölçeğin en düşük genel puan ortalaması olan bir diğer boyut ise (23.16±2.57) "İletişim" alt boyutudur. "İletişim" alt başlığında bulunan sorulara verilen yanıtlar incelendiğinde en yüksek puanın "Açık olmayan, sorun oluşturacak istemleri hekime doğrulattırım" (4.79±0.52) maddesine, en düşük puanın ise "Hastanın bakımına ilişkin bilgileri, hastayla beraber yatak başında teslim ederim" (4.33±1.01) maddesine verildiği görülmektedir. Sağlık sektöründe hizmeti alan hasta ile hizmeti sunan sağlık personelinin yoğun bir iletişim içerisinde olduğundan, sağlık personelinin yapacağı küçük bir hata, telafisi mümkün olmayan sonuçlar doğurabilmektedir²⁹. ABD'de 2009 yılında meydana gelen 40,000 'den fazla tıbbi hatanın temel nedeninin %60-80 oranında etkisiz iletişim ve ekip çalışması yetersizliği olduğu bildirilmiştir³. Kumcağız ve arkadaşlarının³⁰ yaptığı çalışmada da hemşirelerin iletişim beceri düzeylerinin bazı alt boyutlara göre düşük olduğu belirlenmiştir. İletişim kaynaklı hataları engelleyebilmek için hemşirelere iletişim becerileri konusunda eğitimler verilmeli ve tüm personelin katılımını sağlanmalıdır²⁹.

SONUÇ

Bu çalışma sonucunda, hemşirelerin tıbbi hatalara eğilim düzeyinin düşük olduğu gözlenmektedir. Tıbbi hatalara eğilim düzeyinin düşük çıkmasının sebebi araştırma yapılan hastanelerde belirli aralıklarla hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi olabilir. Ancak katılımcıların hataları gizleyerek sorulara olumlu cevaplar verebileceği de unutulmamalıdır.

Yapılan analizler sonucunda mesleğini sevmeyen hemşirelerin tıbbi hataya eğiliminin anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Ortaya çıkan diğer bir önemli sonuçta, tıbbi hata türlerinden düşmeler ve iletişim boyutlarında, diğer boyutlara göre hataya eğilim düzeyinin daha yüksek olmasıdır. Bu bulgulara dayanarak çalışma yapılan hastanelerde, hasta düşmeleri için risk oluşturan faktörler ve düşmeleri önleme stratejileri, iletişim becerileri konularında kapsamlı hizmet içi eğitimler düzenlenerek, tüm personelin katılımı sağlanmalıdır. Çalışmanın farklı kurumlarda tekrarlanması ve daha büyük bir örneklem grubu ile yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Grober ED, Bohnen JMA. Defining Medical Error. *Canadian Journal of Surgery*. 2005; 48 (1): 39-44.
- Öztürk YE, Özata M. Hemşirelerde Örgütsel Vatandaşlık Davranışı İle Tıbbi Hataya Eğilim Arasındaki İlişkinin Araştırılması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2013; 18 (3): 365-381.
- Demir Dikmen Y, Yorgun S, Yeşilçam N. Hemşirelerin Tıbbi Hatalara Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014; 44-56.
- World Health Organization. Patient Safety-Data and Statistics. Erişim Adresi: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics>. Erişim Tarihi: 07.04.2017.
- Er F, Altuntaş S. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Durumları ve Nedenlerine Yönelik Görüşlerinin Belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2016; 3 (3): 132- 139.
- TC. Sağlık Bakanlığı. Güvenlik Raporlama Sistemi. Erişim Adresi: http://grs.saglik.gov.tr/Stat_G03.aspx. Erişim Tarihi: 09.04.2017.
- Avşar G, Atabek Armutçu E, Karaman Özlü Z. Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilim Düzeyleri ve Tıbbi Hata Türleri: Bir Hastane Örneği. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2016; 3 (2): 115-122.
- Küçükkoğlu S, Ası Karakaş S, Çelebioğlu A. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. 2016; 8: 88-102.
- Özata M, Altuncan H. Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlilik Güvenirlilik Analizinin Yapılması. II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bilimsel Araştırma & En İyi Uygulama Ödülleri Kitabı, Sağlık Bakanlığı Yayınları, ed: Ertem Kırılmaz, Ankara. 2010; 3-20.
- Akgün Şahin Z, Kardeş Özdemir F. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2015; 12 (3): 210-214.
- Özata M. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapmaya Eğilimlerinin ve Hasta Bakımında Gösterdikleri Öznenin Belirlenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*. 2009; 12 (1-2).
- Cebeci F, Gürsoy E, Tekingündüz S. Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimlerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012; 15: 3.
- Aygin D, Cengiz H. İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirenin Sorumluluğu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2011; 45 (3).
- Uzun Ş, Arslan F. İlaç Uygulama Hataları. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*. 2008; 28 (2): 217-22.
- Üstüner Top F, Çam HH. Hastanede Çalışan Hemşirelerin İlaç Uygulama Hataları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016; 15 (3).
- Stratton KM, Blegen MA, Pepper G, Vaughn T. Reporting of Medication Errors by Pediatric Nurses. *Journal of Pediatric Nursing*. 2004; 19 (6): 385-392.
- Vural F, Çiftçi S, Vural B. Sık Karşılaşılan İlaç Uygulama Hataları ve İlaç Güvenliği. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 5 (4).
- Aştı T, Madenoğlu Kıvanç M. Ağız Yolu İle İlaç Verilmesine İlişkin Hemşirelerin Bilgi ve Uygulamaları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2003; 6 (3).
- Demir Zencirci A. Hemşirelik ve Hatalı Tıbbi Uygulamalar. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*. 2010; 1; 67-74.
- Yüceer S, Güler Demir S. Yoğun Bakım Ünitesinde Nozokomiyal Enfeksiyonların Önlenmesi ve Hemşirelik Uygulamaları. *Dicle Tıp Dergisi*. 2009; 36 (3): 226-232.
- Ulutaşdemir N, İpekçi N, Dokur M, Dağlı Ö. Hemşirelik Öğrencilerinin Hastane Enfeksiyonlarından Korunmaya Yönelik Bilgilerinin ve Sağlık İnanç Kuramına Göre Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2008; 3 (9).
- Özçetin M, Ulaş Saz E, Karapınar B, Özen S, Aydemir Ş, Vardar F. Hastane Enfeksiyonları; Sıklığı ve Risk Faktörleri. *Çocuk Enfeksiyonları Dergisi*. 2009; 3: 49-53.
- Archibald LK, Manning ML, Bell LM, Banerjee S, Jarvis WR. Patient Density, Nurse-To-Patient Ratio and Nosocomial Infection Risk İn A Pediatric Cardiac Intensive Care Unit. *The Pediatric Infectious Disease Journal*. 1997; 16 (11); 1045-1048.
- World Health Organization. Prevention of Hospital-Acquired Infections. A Practical Guide, 2nd Edition, 2002.
- Aştı T, Acaroğlu R. Hemşirelikte Sık Karşılaşılan Hatalı Uygulamalar. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2000; 4 (2).
- Özden D, Karagözoğlu Ş, Kurukız S. Hastaların İki Ölçeğe Göre Düşme Riskinin Belirlenmesi ve Bu Ölçeklerin Düşmeyi Belirlemedeki Duyarlılığı: Pilot Çalışma. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012; 15: 1.
- Avcı K, Aktan T. Bir Sistem Sorunu Olarak Tıbbi Hatalar ve Hasta Güvenliği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2015; 5 (2): 48-54.
- Mollaoglu M. Dahili Kliniklerde Yatan Bireylerin Düşme Riski ve Alınan Önlemlerin İncelenmesi, *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013; 12 (1), 27-34.

29. Karadağ M, Işık O, Cankul İH, Abuhanoğlu H. Hekim ve Hemşirelerin İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2015; 17 (1); 160-179.
30. Kumcağız H, Yılmaz M, Balcı Çelik S, Aydın Avcı İ. Hemşirelerin İletişim Becerileri: Samsun İli Örneği. *Dicle Tıp Dergisi*. 2011; 38 (1): 49-56.

ACİL KLİNİĞE BAŞVURAN İHMAL ve/veya İSTİSMAR TANISI ALAN 0-18 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARIN ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

EVALUATION OF FUTURES A GROUP OF CHILDREN WITH THE AGE OF WITHIN 0-18 WHO ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT WITH IN ATTENTION AND/OR DIAGNOSIS OF ABUSE

Ahsen Ulukuş¹, Merve Ezen², Dilek Şayık³, Ahmet Musmul⁴, Ayfer Açıkgöz⁵

¹Eskişehir Devlet Hastanesi,
Hemşire

ORCID ID:0000-00031981-5632

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D,
Araş. Gör.

ORCID ID: 0000-0003-0363-4642

³Eskişehir Devlet Hastanesi,
Hemşire

ORCID ID:0000-0003-4277-3960

⁴Eskişehir Osmangazi Üniversitesi,
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Tıbbi Hizmetler

ORCID ID:0000-0003-3669-7017

⁵Eskişehir Osmangazi Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D,
Dr. Öğr. Üyesi

ORCID ID:0000-0002-3803-9678

Yazışma Adresi:

Merve EZEN

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A.D.
e-mail: ckrli.mrv@gmail.com

Gönderim tarihi: 30 Ekim 2018

Kabul Tarihi: 28 Aralık 2018

Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr

www.bau-sbdergisi.com

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre çocuk istismarı ve ihmali olarak da adlandırılabilen çocuğa yönelik kötü muamele; çocuğun sağlığına, gelişimine veya haysiyetine fiili veya potansiyel olarak zarar verebilen, fiziksel ve duygusal kötü muamele, cinsel taciz, ihmal ve sömürü türlerini içeren bir

ÖZ

GİRİŞ ve AMAÇ: Bu araştırma 0-18 yaş arası acil kliniğe başvuran hastalardan, ihmal ve istismar tanısı alanların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Retrospektif bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini 09.11.2013-09.12.2014 tarihleri arasında, Eskişehir'deki bir hastanenin çocuk acil, erişkin acil ve kadın doğum acil kliniklerine başvuran 0-18 yaş arası 193.743 çocuk acil olgusundan, ihmal ve/veya istismar tanısı konulan 1528 çocuk (tam sayım) oluşturmuştur. Veriler hastane bilgi işlem sistemindeki istatistik programından (FONET-İstatistik) alınmıştır. Veri değerlendirilmesi SPSS 21.0 programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdellik ve ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmamızda istismar ve/veya ihmal tanısı konulmuş çocukların %51.7'si (n=790) erkek, %58.6'sı (n=896) 0-5 yaşlar arasındadır. Olguların %75.9'unun fiziksel ihmale (n: 1160), %23.3'ünün duygusal ihmale (n: 356) maruz kaldığı belirlenmiştir. Çocukların %0.13'ü fiziksel istismara, %0.52'si cinsel istismara, %0.19'u ise duygusal istismara maruz kalmıştır.

SONUÇ: Çocukların acil kliniklerine başvuru nedenleri arasında çocuk istismarı ve/veya ihmali önemli bir yer tutmaktadır. Erkek ve 0-5 yaş arası çocuklarda risk daha fazladır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, istismar, ihmal, acil

ABSTRACT

INTRODUCTION: This research, Eskişehir State Children's Hospital, Emergency, Adult Emergency and Emergency Obstetric Clinics referring patients aged 0-18, abuse and neglect of the body identifier for the purpose of determination of their properties.

METHODS: Research is a retrospective study. The sample of the research 09.11.2013-09.12.2014 between the dates of Eskişehir State applied to the Clinics Hospital Emergency 193.743 emergency cases, children from neglect and/or abuse is diagnosed 1528 children (full count). Data from the statistical program in hospital information systems (FONET-statistics) are taken. Data assessment was conducted in SPSS 21.0. Percentage and chi-square test were used to evaluate the data.

RESULTS: Of cases 75.9% physical neglect (n: 1160), 23.3%, emotional neglect (n: 356) has been exposed. 51.7% (n=790) male, 58.6% (n=896) between the ages of 0-5. 0.13% of children from physical abuse, sexual abuse 0.52's%, 0.19% were exposed to emotional abuse.

CONCLUSION: Consequently, among the reasons submitted to the emergency clinic of child abuse and / or neglect holds an important place. Male gender and children between 0-5 years of age are more at risk.

KEYWORDS: Child, abuse, neglect, emergency

kavramdır¹. Çocuk, doğduğu andan itibaren bulunduğu her ortamda (evde, okulda, sokakta ve oyun alanlarında) çeşitli sebeplerle ihmal ya da istismarla karşılaşabilir². DSÖ (2017) verilerine göre kadınların yaklaşık %20'si ve erkeklerin %5-10'u çocukken cinsel istismara uğradığını bildirirken, tüm çocukların %25-50'si fiziksel olarak istismar edildiğini ifade etmiştir¹.

Yapılan bir araştırma³ Türkiye’de yaşayan 7-18 yaşlar arasındaki çocukların %56’sının fiziksel istismara, %49’unun duygusal istismara ve %10’unun cinsel istismara tanık olduğunu göstermektedir. Yine aynı çalışmada çocukların %25’inin ihmale maruz kaldığı, her iki çocuktan biri için duygusal istismar gerçekleştiği belirlenmiştir. Fiziksel istismara maruz kaldığını belirtenlerin oranı ise %45’tir.

Araştırma kapsamında, cinsel istismara rastlanma oranı diğer istismar türlerine göre daha düşüktür. Çocukların %1’i son bir yıl içinde izlemek ya da bakmak istemediği halde cinsel içerikli bir film izlettirildiğini, bir dergi ya da bilgisayardaki cinsel içerikli resimlere bakmaya zorlandığını ifade etmiştir. Binde 5’i ise, herhangi birinin kendisine istemediği halde, dokunmak kendine dokundurtmak gibi cinsel içerikli başka bir davranışta bulunduğunu belirtmiştir³. Tüm bunların sonucunun çocuğa olumsuz yansması ise kaçınılmazdır. Bu çocuklarda çok çeşitli bilişsel ve duygusal rahatsızlıklar, uyuşturucu ve alkol bağımlılığı ile ilgili sorunlar, riskli cinsel davranış, aşırı kilolu olma eğilimi, suçluluk eğilimleri⁴ ve ölüm görülebilir. Bu nedenle istismarı ve ihmali önlemek akut bir öneme sahiptir⁵. Çocuk istismarına bağlı ölümlerin %61’i önlenemez bulunmuştur⁶. Korunma önlemleri birincil, ikincil ve üçüncül koruma olarak 3 basamakta ele alınabilir. Birincil koruma şiddetin ortaya çıkmasını önlemeye yönelik çalışmaları, ikincil koruma erken tanı ve tedavi çalışmalarını, üçüncül koruma ise şiddete maruz kalmış kişinin rehabilitasyonu çabalarını kapsar⁷. İstismara maruz kalan bireye yönelik müdahaleler kadar istismar uygulayanın da rehabilite edilmesi gerekliliği unutulmamalıdır⁸. İstismar ve ihmalin önlenmesi, tanı ve tedavisinde multidisipliner yaklaşım esastır^{4,5,9}.

Çocuklara hizmet götüren eğitim, sağlık gibi kuruluşlarda çalışanların, yönetimlerin, sivil toplum kuruluşlarının ve medyanın bu konuda duyarlılığının artırılması önemlidir⁸. Özellikle çocuklarla pek çok ortamda karşılaşma şansına sahip hemşire ve öğretmenlere bu konuda önemli sorumluluklar düşmektedir. Ülkemizde istismarı önlemek ve tedavi etmek adına hizmet veren kuruluşlardan birisi Çocuk İzlem Merkezi’dir. Bu merkezler, cinsel istismar şüphesi olan çocuğun öyküsünün alınması, muayenesinin yapılması, aile ile görüşülmesi ve raporunun hazırlanması için gereken tüm personel ve ekipmanın bulunduğu, işlemlerin her aşamasının çocuğun yüksek yararı gözetilerek yürütüldüğü yerlerdir. Merkezde oluşturulacak güvenli ve çocuk dostu ortam ile çocuktaki travmanın etkilerinin azaltılması, korunma altına alınması

gereken olgularda, çocuğun kalabileceği uygun bir ortam sağlanıncaya kadar barınma, beslenme, giyim, sağlık ve güvenlik gereksinimlerinin karşılanması amaçlanmaktadır. Merkezde 24 saat çalışan ekipte adli tıp uzmanı, hemşire, çocuk psikiyatristi, çocuk hekimi, psikolog, psikolojik danışman ve sosyal hizmet uzmanı bulunmaktadır¹⁰. Tüm bu girişimlere rağmen çocuklara yönelik ihmal ve istismar tüm dünyada halen önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Bir sorunu çözmenin ilk adımı ise sorunun büyüklüğünün ve özelliklerinin tespitidir. Araştırmamız Eskişehir’deki bir hastanenin acil kliniklerine başvuran 0-18 yaş arası olgulardan, ihmal veya istismar tanısı alanların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı, retrospektif bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini 09.11.2013-09.12.2014 tarihleri arasında çocuk acil, erişkin acil ve kadın doğum acil kliniklerine başvuran 0-18 yaş grubu 193.743 olgu arasından, çocuk istismarı ve ihmali tanısı konulan 1527 olgunun tamamı oluşturdu. Çalışma kapsamına erişkin acil ve kadın doğum acil kliniklerinin de dahil edilmesinin nedeni; hastane protokolü olarak yaşa bakılmaksızın travma ve/veya cinsel istismar ile gelen vakaların erişkin acil ve kadın doğum acil kliniklerinde bakılıyor olmasıdır. Çalışmaya başlamadan önce gerekli etik kurul izni ve kurum izni Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eskişehir Devlet Hastanesi’nden (10.12.2014 tarih-22205031/21 sayı) alınmıştır. Veriler hastanenin kullanmış olduğu bilgi işlem sistemindeki istatistik programından (FONET-İstatistik) alınmıştır. 0-18 yaş grubu acil olgu teşhisleri ise hastanenin bilgisayar sistemindeki ICD-10 Tanı Kodları kullanılarak gruplandırılmıştır. Veriler SPSS 21.0 paket programında analiz edilmiştir (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.). Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler ve ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Acile başvuran 0-18 yaş grubu olgulardan (N=193.743) %0,8’ine (n=1528) istismar veya ihmale ait bir tanı konulmuştur. Tablo 1’de olguların tanımlayıcı özellikleri verilmiştir.

Tablo 1. Olguların Tanımlayıcı Özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kız	738	48.3
	Erkek	790	51.7
Yaş	0-5	896	58.7
	6-11	193	12.6
	12-18	439	28.7
İhmal veya istismar türleri	Fiziksel istismar	1	0.1
	Tanı: Dayak sonrası muayene ve gözlem	1	0.1
	Cinsel istismar	8	0.5
	Tanı: Primer destekleyici grubun dışındaki kişi tarafından çocuğun cinsel suistimaliyle ilgili problemler tanısı	5	0.3
	Tanı: Cinsel kötüye kullanım	3	0.2
	Duygusal istismar	3	0.2
	Tanı: Psiko-sosyal durumla ilgili problemler	3	0.2
	Fiziksel ihmal	1160	75.9
	Tanı: Kimyasallar ve diğer tanımlanmış zararlı maddelere maruz kalma	13	0.8
	Tanı: Tanımlanmamış etkene maruz kalma, diğer ve tanımlanmamış yaralanmaya sebep olan	6	0.4
	Tanı: Beslenme Eksiklikleri	13	0.9
	Tanı: Elektrik akımına maruz kalma	4	0.3
	Tanı: Çocuğun fiziksel suistimaliyle ilgili problemler	3	0.2
	Tanı: Yanık	1121	73.3
	Duygusal ihmal	356	23.3
	Tanı: Alkol kullanımı	25	1.6
Tanı: İlaçlar, haplar ve biyolojik maddelere maruz kalma ve kazayla zehirlenme	330	21.6	
Tanı: Uçucu çözücü kullanımına bağlı zararlı kullanım	1	0.1	
TOPLAM		1528	100.0

Tablo 2'de olguların yaş grupları ile cinsiyetlerinin karşılaştırılması verilmiştir. Çocukların cinsiyetleri ile yaş grupları arasında ileri derecede farklılık vardır.

Bu farkın 0-5 yaş arası erkek çocuklardan kaynaklandığı bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 2. Olguların Cinsiyetleri ile Yaş Gruplarının Karşılaştırılması

	0-5 yaş		6-11 yaş		12-18 yaş		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kız	386	52.3	79	10.7	273	37.0	738	100.0
Erkek	510	64.6	114	14.4	166	21.0	790	100.0
TOPLAM	896	58.7	193	12.6	439	28.7	1528	100.0

$p<0.001$ ki-kare: 47.87 Sd:2

Tablo 3'te olguların cinsiyetleri ile istismar-ihmal türlerinin karşılaştırılması verilmiştir. Fiziksel, cinsel ve duygusal istismar oranlarının düşük olduğu, fiziksel ve duygusal ihmal düzeylerinin ise yaklaşık olarak %99'a ulaştığı görülmüştür. İhmallerin içerisinde fiziksel ve duygusal ihmellere baktığımızda toplam 1528 vaka içerisinde 1160'ının fiziksel ihmal olduğu, bunun %43,4'ünün kız ve %56,6'sının erkek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3. Olguların Cinsiyetleri ile İstismar-İhmal Türlerinin Karşılaştırılması

	Kız		Erkek		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Fiziksel istismar	1	100.0	0	0.0	1	100.0
Cinsel istismar	8	100.0	0	0.0	8	100.0
Duygusal istismar	1	33.3	2	66.7	3	100.0
Fiziksel ihmal	503	43.4	657	56.6	1160	100.0
Duygusal ihmal	225	63.2	131	36.8	356	100.0
TOPLAM	738	48.3	790	51.7	1528	100.0

$p<0.001$

ki-kare: 52.890

Sd:4

Tablo 4'te olguların yaşları ile istismar-ihmal türlerinin karşılaştırılması verilmiştir. 1528 vakadan 1160'ının fiziksel ihmale uğradığı ve bunların %65,3'ünün 0-5 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Çocukların yaşları ile istismar-ihmal türleri arasında ileri derecede farklılık vardır. Bu farkın fiziksel ihmalde erkek çocuklardan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0.001$).

Tablo 4. Olguların Yaş Grupları ile İstismar-İhmal Türlerinin Karşılaştırılması

	0-5 yaş		6-11 yaş		12-18 yaş		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fiziksel istismar	1	100.0	0	0.0	0	0.0	1	100.0
Cinsel istismar	0	0.0	0	0.0	8	100.0	8	100.0
Duygusal istismar	0	0.0	1	33.3	2	66.7	3	100.0
Fiziksel ihmal	757	65.3	159	13.2	244	21.5	1160	100.0
Duygusal ihmal	138	38.8	33	9.2	185	52.0	356	100.0
TOPLAM	896	58.7	193	12.6	439	28.7	1528	100.0

$p<0.001$ Kikare: 150.28 Sd:8

TARTIŞMA

Çalışmamızda acile başvuran 0-18 yaş grubu olgulardan (N=193,743) %0,8'ine (n=1528) istismar veya ihmale ait bir tanı konulmuştur. Leventhal ve arkadaşları¹¹ (2012) yaptıkları bir çalışmada ABD'de 2006 yılında hastaneye yatan 18 yaş altındaki tüm hastaları incelemiş ve %0,18'inin çocuk istismarı nedeniyle yatırıldığını, bunların %6,56'sının ise ölümle sonuçlandığını bildirmiştir. Korkmaz ve arkadaşlarının¹² (2014) yaptığı benzer bir çalışmada da olguların %4'ünün fiziksel istismara maruz kaldığı belirlenmiştir. Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada ise 17 yaş altı yoğun bakımda yatarak izlenen adli olgulardan yalnızca 1'inde cinsel istismar

saptanmıştır¹³. Bu sonuçlar ülkemizde yeterince bildirim yapılmaması ve farklı öykü verilmesine bağlı var olan vakaların çok az bir kısmının tanılanması ile bağlantılı olabilir.¹⁴ İstismara uğramış çocuklar belirlenemediğinde ya da yeterli önlemler alınmadan evlerine geri gönderildiklerinde ilerleyen dönemde %5-10'unun öldürüldüğü, %35-50'sinin ise ciddi bir şiddete maruz kaldığı gözlenmiştir⁹. Bu nedenle gelen vakaların öykü, fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri ile ayrıntılı bir şekilde incelenmesi ve şüphelenilen durumlarda gerekli bildirimlerin yapılması önemlidir. Özellikle öz kıyım girişimi, iş kazası, düşme gibi adli olayların birçoğunun arkasında çocuk istismarı ve ihmali olabileceği unutulmamalıdır.¹² Çalışmamızda ihmal-istismar tanısı erkek çocuklarda (%51,7) kız çocuklara (%48,3) oranla daha yüksektir. Leventhal ve arkadaşlarının¹¹ (2012) çalışmasında da bizim sonucumuza benzer şekilde erkek çocuklarda (%58,8) ihmal-istismar olgusunun daha fazla olduğu belirtilmiştir. Ayaz ve arkadaşlarının¹⁵ (2012) çalışmasında ise bu sonuçların aksine istismar olgularının %81'inin kız çocuklarda, %19'unun erkek çocuklarda görüldüğü bildirilmiştir. Cinsiyetin ihmal-istismar üzerine etkisinin değerlendirilmesinde daha net bir sonuca ulaşabilmek için bu konuda yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamızda ihmal-istismar vakalarının en sık 0-5 yaş aralığında (%58,7) olduğu belirlenmiştir. Literatürde¹⁶ ise son zamanlarda 0-2 yaş aralığında oranın artmasına rağmen, ihmal istismar vakalarının en fazla 6-8 yaş aralığında görüldüğü belirtilmektedir. İstismara uğrama olasılığının 12 yaşından sonra belirgin bir şekilde azaldığı bildirilmektedir. Yalçın ve arkadaşları¹⁷ (2014) çalışmamıza benzer şekilde çocuğun yaşı ne kadar küçükse istismar olasılığının o kadar arttığını belirtmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (2002)'de çocukların istismar ve ihmal nedeniyle ölüm oranının küçük yaşlarda daha fazla olduğunu bildirmektedir.¹⁸ Tüm bu bilgiler göz önüne alındığında okul öncesi dönemin çocukların istismar ve ihmal davranışlarına maruz kalmaları açısından riskli bir dönem olduğu söylenebilir. Çalışmamızda çocukların %75,9'una fiziksel ihmal, %23,3'üne duygusal ihmal, %0,5'ine cinsel istismar, %0,2'sine duygusal istismar, %0,1'ine ise fiziksel istismara ait bir tanı konulmuştur. Güler ve arkadaşlarının¹⁹ (2002) yapmış oldukları çalışmada; annelerin %93'ünün çocuklarına duygusal istismar/ihmal, %87,4'ünün fiziksel istismar/ihmal davranışında buldukları görülmüştür (12). Altıparmak ve arkadaşlarının²⁰ (2013) yapmış oldukları çalışma sonucuna göre de çocukların %64,8'i fiziksel istismar, %63,3'ü duygusal istismar, %36'sı fiziksel ihmal, %7'si ise duygusal ihmale maruz kalmaktadır.¹⁷

Başka bir çalışmada²¹ da annelerin çocuklarına en fazla fiziksel istismarda buldukları belirlenmiştir. Çalışmamızda ise ihmal vakaları istismar vakalarından daha fazladır. Tablo 2’de olguların cinsiyetleri ile yaş grupları karşılaştırılmış hem kız çocuklar hem de erkek çocuklar arasında ihmal-istismar davranışına maruz kalmanın en çok 0-5 yaş aralığında olduğu ve özellikle erkek çocuklarda 0-5 yaş aralığında riskin daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda olguların cinsiyetleri ile ihmal-istismar türleri karşılaştırıldığında ise kızlarda fiziksel istismar, cinsel istismar ve duygusal ihmal oranlarının, erkeklerde ise duygusal istismar ve fiziksel ihmal oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Erkek çocuklarda fiziksel ihmal oranı oldukça yüksektir ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.001) (Tablo 3). Amerikan Sağlık ve İnsan Hizmetleri Kurumu Çocuk İstismarı ve İhmali (2016)²² verilerine göre 2016 yılında çocuk istismarı ve ihmali yüzünden ölen çocukların %70’inin üç yaşın altında olduğu ve ölen erkek çocukların oranının kız çocukların oranından fazla olduğu bulunmuştur. Birçok ülkede kızlar cinsel istismara, eğitimsel ve beslenme yönünden ihmale, bebek ölümlerine daha fazla maruz kalırken, erkekler ise fiziksel istismara daha fazla maruz kalmaktadırlar.¹⁸ Ayaz ve arkadaşlarının çalışmasında¹⁵ (2012) cinsel istismar olgularından %86,4’ünün kız, %13,6’sının erkek olduğu, fiziksel istismar olgularından ise %63,6’sının erkek, %36,4’ünün kız olduğu belirlenmiştir. Khoury-Kassabri (2009)’nin çalışmasında²³ erkeklerin kızlardan daha çok fiziksel ve duygusal istismara uğradığı bulunmuştur. Literatürde çalışmamıza benzer şekilde kız çocukların daha fazla cinsel istismara maruz kaldığı^{24,25} erkek çocukların da daha fazla fiziksel istismara maruz kaldığı²⁶ görülmektedir. Bu durum cinsiyetin yaşanan ihmal-istismar türü üzerinde etkili olabildiği anlamını taşımaktadır. Çalışmamızda yaş gruplarına göre ihmal-istismar türlerine bakıldığında, fiziksel istismar ve fiziksel ihmalin en sık 0-5 yaş aralığında, cinsel istismar, duygusal istismar ve duygusal ihmalin ise en sık 12-18 yaş aralığında olduğu bulunmuştur. Fiziksel ihmal 0-5 yaş arasında oldukça yüksektir ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır. Taner ve Gökler²⁷ (2004) ise fiziksel istismarın en çok 4-8 yaşları arasındaki çocuklarda meydana geldiğini belirtmiştir. Fiziksel ihmal/istismar olguları için çalışma sonuçlarında farklı yaş grupları belirtilmesine karşın genellikle küçük yaş grupları ifade edilmektedir. Bu durum küçük yaşlardaki çocukların daha savunmasız oldukları için fiziksel ihmal/istismara daha fazla maruz kalmaları anlamına gelmektedir. Çöpür ve arkadaşlarının²⁸ (2012) çalışmasında sonucumuza benzer şekilde 12 yaş üzeri çocukların cinsel istismara uğrama oranı (%62,2) 12 yaş altı çocuklara göre daha yüksek

bulunmuştur. İmren ve arkadaşlarının²⁹ (2013) çalışmasında da cinsel istismara uğrayan kızların çoğunluğunun 13 yaş üzerinde, erkeklerin çoğunluğunun ise 13 yaşın altında olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda 12 yaş üzeri kız çocukların cinsel istismar açısından riskli grupta yer aldığı söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda ihmal-istismar vakalarının daha fazla erkeklerde ve 0-5 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Çocuklar en çok fiziksel ihmale maruz kalmaktadır. Cinsiyetler ile ihmal-istismar türleri karşılaştırıldığında ise kızlarda fiziksel istismar, cinsel istismar ve duygusal ihmal oranlarının, erkeklerde de duygusal istismar ve fiziksel ihmal oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Önerimiz özellikle aile hekimliklerinde çalışan hemşirelerin, çocukları ve ailelerini ev ortamında izlemelerinin sağlanması ve çocukların toplu olarak bulunduğu okul gibi yerlerde riskli gruplarının belirlenmesine yönelik taramaların yapılmasıdır. Bu sayede erken dönemde çocuğun zarar görmesini engellemeye yönelik girişimlerde bulunularak, çocukta akut veya kronik dönemde gelişebilecek olumsuzlukların önüne geçilebilir.

KAYNAKLAR

1. WHO 2017, http://www.who.int/topics/child_abuse/en/ Erişim Tarihi: 20.09.2018.
2. Turan A, Traş Z: Çocuk İhmal ve İstismarı, “Sargın N, Avşaroğlu S, Ünal A (eds): Eğitimden Psikolojik Yansımalar”, s. 37-58, Çizgi Kitabevi, Konya (2016).
3. T.C. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, UNICEF-Türkiye, Türkiye’de “Çocuk istismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması” (2010) <http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf>, s.32-5, Erişim Tarihi:20.09.2018
4. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child abuse and neglect: diagnosis and management. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2010; 107(13): 231-39.
5. Bahadır Yılmaz E. Çocuk istismarının önlenmesinde kullanılan programlar ve özellikleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 16(4): 255-9.
6. Rimsza ME, Schackner RA, Bowen KA, Marshall W. Can child deaths be prevented? The Arizona Child Fatality Review Program experience. *Pediatrics*. 2002; 110: 110-1.
7. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2006; 15: 153-7.
8. “İMDAT” Şiddeti Önleme ve Rehabilitasyon Derneği, “ASUMA” Acıbadem Üniversitesi Suç ve Şiddetle Mücadele Uygulama ve Araştırma Merkezi. Çocuk istismarına yönelik rapor. 2016. <http://imdat.org/wpcontent/uploads/2016/05/%C3%87OCUK%C4%B0ST%C4%B0SMARINA-Y%C3%96NEL%C4%B0K-RAPOR.pdf> Erişim Tarihi: 20.09.2018

9. Kara B, Biçer Ü, Gökalp A. Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2004; 47: 140-51.
10. Bağ Ö, Alşen S. Çocuğun cinsel istismarının değerlendirilmesinde yeni model: çocuk izlem merkezleri. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*. 2016; 6(1): 9-14
11. Leventhal JM, Mart'in KD, Gaither JR. Using US data to estimate the incidence of serious physical abuse in children. *Pediatrics*. 2012; 129: 458-64.
12. Korkmaz T, Erkol Z, Kahramansoy N. Acil servise gelen pediatrik adli olguların değerlendirilmesi: retrospektif bir çalışma. *Haseki Tıp Bülteni*. 2014; DOI: 10.4274/haseki.1712
13. Bursal Duramaz B, Yıldırım H M, Kılıç H S, Yeşilbaş O, Şevketoğlu E. Çocuk yoğun bakım birimimizde yatan adli olguların değerlendirilmesi. *Türk Pediatri Arşivi*. 2015; 50: 145-50.
14. Vatansver Ü, Duran R, Yolsal E ve ark. Pediatrik acilde çocuk istismarı ve ihmali olasılığını akılda tutalım. *Türk Pediatri Arşivi*. 2004; 39: 120-4.
15. Ayaz M, Ayaz AB, Soylu N. Çocuk ve ergen adli olgularda ruhsal değerlendirme. *Klinik Psikiyatri*. 2012; 15: 33-40.
16. Sedlak AJ, Mettenburg J, Basena M et al. Fourth National Incidence Study of child abuse and neglect (NIS-4). Washington, DC: US Department of Health and Human Services. 2010.
17. Yalçın H, Koçak N, Duman G. Anne babaların çocuk istismarıyla ilgili tutumlarının incelenmesi. *Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 2014; 16 (Özel sayı I): 137-43.
18. World Health Organization. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization. 2002. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/ Erişim Tarihi: 20.09.2018
19. Güler N, Uzun S, Boztaş Z et al. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*. 2002; 24: 128-34.
20. Altıparmak S, Yıldırım G, Yardımcı F et al. Annelerden alınan bilgilerle çocuk istismarı ve etkileyen etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2013; 14: 354-61.
21. Ezen M, Açıkgöz A. Çocukların örselenmesine annelerin örselenme yaşantısının etkisi. *Kocaeli Medical J*. 2017; 6(3): 13-21.
22. U.S. Department of Health & Human Services. Child Maltreatment. 2016. <https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/cb/cm2016.pdf#page=67> Erişim Tarihi: 20.09.2018.
23. Khoury-Kassabri M. The relationship between staff maltreatment of students and bully-victim group membership. *Child Abuse & Neglect*. 2009; 33: 914-23.
24. Dönmez YE, Soylu N, Özcan ÖÖ ve ark. Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergen olgularımızın sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*. 2014; 21(1): 44-8.
25. Gencer Ö, Özbek A, Özyurt G, Kavurma S. Çocuk ve ergenlerde aile dışı ve aile içi cinsel istismar olgularının karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2016; 17(1): 56-64.
26. Bulut S. Öğretmenden öğrenciye yönelik olan fiziksel şiddet: Nicel bir araştırma. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2008; 8(1): 106-18.
27. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2004; 35: 82-6.
28. Çöpür M, Üneri ÖŞ, Aydın E ve ark. İstanbul ili örnekleminde çocuk ve ergen cinsel istismarlarının karakteristik özellikleri. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2012; 13: 46-50.
29. İmren SG, Ayaz AB, Yusufoglu C, Rodopman Arman A. Cinsel istismara uğrayan çocuk ve ergenlerde klinik özellikler ve intihar girişimi ile ilişkili risk etmenleri. *Marmara Medical Journal*. 2013; 26: 11-6.

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN BÜTÜNCÜL TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIBBA KARŞI TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

THE ATTITUDES OF NURSING STUDENTS TOWARDS HOLISTIC COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE

Nurdan Şahin¹, Diler Aydın², Berna Akay³

¹Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
ORCID ID: 0000-0003-1554-0635

²Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
ORCID ID: 0000-0003-4043-0411

³Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
ORCID ID: 0000-0002-8316-6545

Yazışma Adresi:

Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Kurtuluş Caddesi No.98 Bandırma/Balıkesir

Gönderim tarihi: 22 Ocak 2019

Kabul Tarihi: 17 Şubat 2019

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi
ISSN: 2146-9601
e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr
www.bau-sbdergisi.com

Bu araştırma; BAP-18-SBF-1009-032 nolu proje olarak 1st INTERNATIONAL HEALTH SCIENCE AND LIFE CONGRESS 02-05 May 2018, Burdur/TURKEY Sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZ

GİRİŞ: Çalışma hemşirelik öğrencilerinin bütüncül tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapıldı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan araştırmanın örneklemini, 2017-2018 öğretim yılında bir üniversitenin Hemşirelik Bölümü'nde öğrenim gören ve çalışmaya katılmaya istekli toplam 280 öğrenci oluşturdu. Araştırma verileri araştırmacılar tarafından geliştirilen kişisel bilgi formu ve Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği (BTATÖ) kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

BULGULAR: Araştırmaya alınan öğrencilerin yaş ortalamaları 20.79±2,54 olup, %76,1'inin kız öğrenci olduğu belirlendi. Hemşirelik öğrencilerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği puan ortalamaları 28.46±5.04 olarak belirlendi. Tutum ölçek puanlarının cinsiyete göre değerlendirilmelerinde anlamlılık görülürken; sınıf, anne ve babanın öğrenim durumu, gelir durumu ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanma durumuna göre ise anlamlılık görülmedi (p>0.05).

SONUÇ: Çalışmamızda hemşirelik öğrencilerinin tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutumlarının pozitif ve orta düzeyde olduğu belirlendi. Hemşirelik öğrencilerinin lisans eğitiminden itibaren tamamlayıcı sağlık yaklaşımları konusunda eğitimler ile desteklenmesi büyük önem taşımaktadır.

ANAHTAR KELİMELE: Hemşirelik, tamamlayıcı tıp yöntemleri, tutum, alternatif tedavi

ABSTRACT

INTRODUCTION: The study was conducted to assess the attitudes of the nursing students towards holistic complementary and alternative medicine.

MATERIALS AND METHODS: This descriptive and cross-sectional study had a sample consisted of 280 students who studied in the Nursing Department of a university in 2017-2018 academic year and who were willing to participate in the study. The data were collected by a personal information form which was developed by the researchers and face to face interview method using the Attitudes towards Holistic Complementary and Alternative Medicine Scale (ICAMS).

RESULT: The mean age of the students who were included in the study was 20.79 ± 2.54; 76.1% of them were female. The mean score of the nursing students on the Attitudes towards Holistic Complementary and Alternative Medicine Scale was 28.46 ± 5.04. While there was a significant difference between the students' scores on the scale according to gender, there was no significant difference between the students' scores on the scale according to the educational status, income level and the use of complementary medicine approaches (p>0.05).

CONCLUSION: In the study, it was found that the nursing students' attitudes towards complementary and alternative medicine were positive and moderate. It is very important that nursing students should be supported with the trainings on complementary medicine approaches since their undergraduate education.

KEYWORDS: Nursing; complementary medicine approaches, attitude, alternative treatment

GİRİŞ

Son yıllarda küresel olarak bir sağlık hizmeti seçeneği olarak değerlendirilen tamamlayıcı ve bütüncül sağlık yaklaşımı (Complementary and Integrative Medicine-CIM) toplum ve sağlık çalışanları tarafından kabul görmeye başlamış ve

giderek dünyada yaygın olarak kullanılabilir hale gelmiştir.^{1,2} Tüm dünyada ve ülkemizde son yıllarda gündemde olan geleneksel-tamamlayıcı-alternatif tıp uygulamalarının isimlendirilmesi konusunda farklılıklar bulunmaktadır.

Tamamlayıcı tıp, konvansiyonel tıp ile birlikte kullanılan yaklaşımları; alternatif tıp, konvansiyonel tıbbın yerine kullanılabilen yaklaşımları anlatan ifadelerdir.³⁻⁵ İntegratif (bütünsel) tıp ise, Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Sağlık Birimi (National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH)) tarafından, modern tıbbın bir parçası olarak değerlendirilmeyen, çeşitli ve birbirinden farklı özelliklere sahip uygulama, ürün ve yöntemler bütünü şeklinde tanımlanmaktadır.^{4,6} Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre ise modern tıp dışındaki tedavi yaklaşımları tamamlayıcı ve alternatif tıp olarak tanımlanmaktadır.^{7,8} Ülkemizde ise geleneksel ve tamamlayıcı tıp olarak "fiziksel ve ruhsal hastalıklardan korunma, bunlara tanı koyma, iyileştirme veya tedavi etmenin yanında sağlığın iyi sürdürülmesinde de kullanılan, farklı kültürlere özgü teori, inanç ve tecrübelerle dayalı, izahı yapılabilen veya yapılamayan bilgi, beceri ve uygulamaların bütünü olup, modern tıp uygulamalarını destekleyici ve tamamlayıcı yöntemler" olarak tanımlanmaktadır.⁹ Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Sağlık Birimi (NCCIH) tarafından bu yaklaşımlar Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımları (TSY) olarak tanımlanmakta ve doğal ürünler (bitkiler, vitaminler ve mineraller, probiyotikler, diyet takviyeleri), zihin ve beden uygulamaları (akupunktur, gevşeme teknikleri, tai chi, qi gong, hipnoterapi, Feldenkrais yöntemi, Alexander tekniği, Pilates, vb) ve diğer yöntemler (Ayurveda tıbbı, geleneksel Çin tıbbı, homeopati, naturopati vb) olarak gruplandırılmaktadır.⁴ Ülkemizde ise, 27 Ekim 2014 tarih ve 29158 sayılı Resmî Gazete'de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği yayınlanarak 15 geleneksel tamamlayıcı alternatif tıp uygulaması tanımlanmıştır (Akupunktur, Apointerapi, Fitoterapi, Hipnoz, Sülük uygulamaları, Homeopati, Karyopraktik, Kupa uygulaması, Larva uygulaması, Mezoterapi, Osteopati, Ozon uygulaması, Refleksoloji ve Müzik Terapi).^{9,10} Tamamlayıcı sağlık yaklaşımları yöntemleri dünyada ve ülkemizde başta onkolojik hastalıklar olmak üzere tedavisi bilinen ve bilinmeyen pek çok hastalıkta kullanılmakta ya da denenmektedir.¹¹ Dünyada tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının kullanım oranları %9-76 arasında değişim gösterdiği belirtilmektedir.² Geleneksel sağlık sisteminin oldukça iyi kurulduğu Singapur ve Kore gibi ülkelerde, kullanım oranları %76-86 arasında iken Amerika'da yetişkinlerde kullanım oranının %38.3 olduğu bildirilmektedir.^{12,13} Ülkemizde ise literatürde bu oranın %12.6-76 arasında olduğu belirtilmektedir.¹⁴ Sağlık çalışanlarının tamamlayıcı sağlık yaklaşımları konusundaki bilgi, tutum ve yaklaşımları tüm yaşam boyunca ve sağlığı iyileştirmek, hastalıkları önlemek ve tedaviye destek olmak için farklı vakalarda

büyük öneme sahiptir.² Günümüzde insan sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların oluşmasının önlenmesi ve iyileşme sürecinde ve mevcut tıbbi tedaviye destek olarak tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarına talep doğrultusunda sağlık profesyonellerinin ve özellikle optimal ve bütüncül sağlık bakımını destekleyen hemşirelerin de tamamlayıcı sağlık yaklaşımları uygulamalarında yer almalarını ve hemşirelik uygulamalarında kullanımını kaçınılmaz kılmıştır.^{2,7,15} Bu durum, sağlık profesyonellerinin tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının etkileri, yan etkileri ve güvenilirliği hakkında bilgi sahibi olmaları ve sağlıklı-sağlıksız olma durumlarına göre hasta ve hasta yakınlarına rehberlik yapabilmeleri açısından bilgi sahibi olmalarını gerekli kılmaktadır.^{2,15,16} Hemşirelerin, toplumda tamamlayıcı terapilerin kullanımının yaygınlığına ilişkin farkındalıklarının artması ve yapılan bu uygulamalar konusunda birey ve ailesi ile sağlık çalışanları arasında iletişimi sağlamaları önemlidir.^{7,16-18} Literatürde hastaların ve özellikle hemşirelerin tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını olumlu etkileri nedeniyle sıklıkla kullandıkları fakat hem hasta hem de hemşirelerin konuya ilişkin bilgi kaynaklarının etkin ve yeterli olmadığı belirtilmektedir.³ Ayrıca ülkemizde halk arasında ve sağlık profesyonelleri tarafından çok çeşitli yöntemler kullanılmakla beraber bu yöntemlerin ne olduğu, ne sıklıkta kullanıldığı ve sağlık personelinin bu konudaki yaklaşımının nasıl olduğuna dair yeterli veri bulunmamaktadır.¹⁸ Bu yöntemlerin klinik kullanımı ve modern tedavi yöntemleri ile birlikte kullanımında ortaya çıkabilecek yararlı ve zararlı etkilerinin sağlık personeli tarafından bilinmesi önemlidir.¹⁹ Bu bilgiler doğrultusunda çalışma, hemşirelik öğrencilerinin bütüncül tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutumlarını değerlendirmek amacıyla planlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi: Hemşirelik öğrencilerinin bütüncül tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutumlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlandı.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı: Araştırma ilçe merkezindeki bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Mart-Nisan 2018 tarihlerinde toplandı.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini 2017-2018 eğitim-öğretim yılında bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde öğrenim gören 356 öğrenci oluşturdu. Araştırmada gönüllülük esas alınmış olup araştırmanın örneklemi ise araştırmaya katılmaya istekli toplam 280 öğrenci oluşturdu.

Veri Toplama Araçları: Araştırmada veriler, “Kişisel Bilgi Formu” ve “Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği (BTATÖ)” kullanılarak toplandı.

Kişisel bilgi formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda^{1,6,20} hazırlanan kişisel bilgi formu kullanıldı. Kişisel Bilgi Formu, öğrencilerin yaşı, sınıfı, ebeveynine yönelik sosyodemografik bilgiler ile birlikte öğrencilerin tamamlayıcı ve alternatif tedaviler hakkındaki bilgilerini ve bu bilgilerinin nereden elde ettiklerini değerlendiren toplam on beş sorudan oluşmaktadır.

Bütüncül tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutum ölçeği (BTATÖ): Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği, Hyland ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiş ve ülkemizde geçerlilik güvenilirliği 2003 yılında Erci tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 11 maddeden oluşan likert tipi bir ölçek olup, ölçekten en az 11, en fazla 66 puan alınabilmektedir. Ölçeğin puanı düştükçe tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı pozitif tutum artmaktadır.²⁰ Ölçeğin güvenilirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri 0.72 olup, bu çalışma için Cronbach Alpha değeri 0.67 olarak hesaplandı.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmanın yapılabilmesi için kurumdan yazılı izin ve Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (2018/66) etik kurul izni alındı. Kurum izni alındıktan sonra öğrencilerden gönüllülük ilkesi doğrultusunda bilgilendirilmiş onamları sağlandı.

Verilerin Toplanması: Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile öğrencilerin teorik derslerinin olduğu saatlerde sınıf ortamında öğrenciye ulaşılabilirdiği zamanlarda toplandı.

Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde bir istatistiksel paket programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler dağılımı, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testleri kullanılmış olup, anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edildi.

BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen öğrencilerin yaş ortalamaları 20.79 ± 2.54 olup, %76,1'inin kız öğrenci olduğu belirlendi. Öğrencilerin %70'inin gelirinin giderine eşit olduğu, %48,5'inin en uzun yaşadığı yerleşim yerinin il merkezi olduğu, %48,6'sının annesinin eğitim durumu ve %31,8'inin babasının eğitim durumunun ilköğretim mezunu olduğu belirlendi.

Tablo 1. Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği (BTATÖ) puan ortalamalarının dağılımı

Değişkenler	Min	Max	X ± SD
BTATÖ Toplam Puan	13	44	28.464 ± 5.046

Hemşirelik öğrencilerinin Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği puan ortalamaları 28.46 ± 5.04 olarak belirlendi (Tablo 1). Öğrencilerin tamamlayıcı sağlık yaklaşımı yöntemlerine karşı tutumlarının pozitif ve orta düzeyde olduğu saptandı.

Tablo 2. Öğrencilerin bazı tanıtıcı özelliklerine göre Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği (BTATÖ) puan ortalamalarının dağılımı

		n	X ± ss	Test değeri	p
Cinsiyet	Kız	213	27.82±4.84	-3.148 ^a	0.002 [*]
	Erkek	67	30.50±5.16		
Sınıf	1.Sınıf	73	28.90±5.04	5.942 ^b	0.114
	2.Sınıf	67	27.35±5.02		
	3.Sınıf	63	28.22±4.98		
	4.Sınıf	77	29.20±5.03		
Aile gelir durumu	Gelir Giderden Az	33	27.51±6.39	0.440 ^b	0.803
	Gelir Gidere eşit	196	28.58±4.91		
	Gelir Giderden çok	51	28.62±4.58		
Yaşadığı yer	Köy	43	30.02±4.92	3.899 ^b	0.142
	Kasaba/İlçe	101	28.06±5.08		
	İl/Büyükşehir	136	28.26±5.00		
Yöntem kullanma durumu	Hiç kullanmadım	109	28.11±5.63	5.112 ^b	0.078
	Bir kez kullandım	76	29.53±4.47		
	Birden çok kez kullandım	95	28.01±4.67		

* $p < 0,05$ ^a Mann Whitney U ^b Kruskal Wallis

Çalışmada, BTATÖ puanlarının cinsiyete göre değerlendirilmelerinde istatistiksel olarak anlamlılık görülürken ($p < 0.05$); sınıf, anne ve babanın öğrenim durumu, aile gelir durumu ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanma durumuna göre değerlendirildiğinde ise istatistiksel olarak anlamlılık görülmedi ($p > 0.05$).

Tablo 3. Öğrencilerin Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıba ilişkin bilgi düzeyi

Bütüncül Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Yöntemleri	Hiç duymadım	Duydum	Sınırlı bilgim var	Yeterli bilgim var	Yöntemi her yönüyle biliyorum
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Akupunktur	33 (11.8)	81 (28.9)	120 (42.9)	41 (14.6)	5 (1.8)
Aromaterapi	171 (61.1)	75 (26.8)	24 (8.6)	9 (3.2)	1 (0.4)
Refleksoloji	154 (55.0)	81 (28.9)	32 (11.4)	10 (3.6)	3 (1.1)
Fitoterapi	177 (63.2)	73 (26.1)	19 (6.8)	6 (2.1)	5 (1.8)
Terapötik Dokunma	42 (15.0)	118 (42.1)	79 (28.2)	30 (10.7)	11 (3.9)
Müzik Terapi	12 (4.3)	83 (29.6)	99 (35.4)	60 (21.4)	26 (9.3)
Shiatsu	254 (90.7)	17 (6.1)	4 (1.4)	4 (1.4)	1 (0.4)
Homeopati	217 (77.5)	44 (15.7)	12 (4.3)	4 (1.4)	3 (1.1)
Hipnoterapi	82 (29.3)	98 (35.0)	74 (26.4)	19 (6.8)	7 (2.5)
Kayropraksi	257 (91.8)	13 (4.6)	7 (2.5)	3 (1.1)	-
Yoga	6 (2.1)	40 (14.3)	130 (46.4)	87 (31.1)	17 (6.1)
Meditasyon	9 (3.2)	51 (18.2)	131 (46.8)	72 (25.7)	17 (6.1)
Biorezonans	239 (85.0)	31 (11.1)	9 (3.2)	2 (0.7)	-
Diyet desteği	14 (5.0)	48 (17.1)	105 (37.5)	67 (23.9)	46 (16.4)

Çalışmada öğrencilerin %33,9'u tamamlayıcı sağlık yaklaşımı yöntemlerini birden çok kez kullanıyorken, %38,9'unun hiç kullanmadığı belirlendi. Öğrencilerin %82,5'inin tamamlayıcı sağlık yaklaşımları hakkında bilgi kaynağı olarak interneti kullandığı belirlendi. Çalışmada öğrencilerin hiç duymadıkları ilk beş uygulama sırasıyla kayropraksi (%91,8), shiatsu (%90,7), biorezonans (%85,0), homeopati (%77,5), fitoterapi (%63,2) iken; yeterli bilgiye sahip oldukları ilk beş uygulama ise yoga (%31,1), meditasyon (%25,7), diyet desteği (%23,9) müzik terapi (%21,4) ve akupunktur (%14,6) olduğu belirlendi. Öğrencilerin çoğunlukla müzik terapi (%49,6), diyet desteği (%40,4), yoga (%19,3), meditasyon (%18,9) gibi tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını kendileri veya yakın çevreleri için kullandıkları belirlendi. Öğrencilerin tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarını çoğunlukla stresi azaltmak (%52,5), rahat uyku (%37,5), yorgunluğu gidermek (%33,2) ve kilo vermek (%32,5) amacıyla kullandıkları belirlendi. Çalışmada öğrencilerin %94,7'sinin tamamlayıcı sağlık yaklaşımları hakkında eğitim almadığı ve %89,3'ünün tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının hemşirelik eğitim müfredatı içerisinde yer almasını önerdiği belirlendi.

TARTIŞMA

Günümüzde toplumdaki birçok birey gerek tedavi, gerek koruyucu amaçlı, gerekse kültürel olarak tamamlayıcı sağlık yaklaşımları yöntemlerine başvurmaktadır.²¹ Ülkemizde ve dünyada hekim ve hemşirelerin, hastaların etkin tedavi, ilaç kullanımı ile tamamlayıcı sağlık yaklaşımları uygulamaları konusunda önemli bir role sahip olmalarına karşın kullanılan bu tamamlayıcı sağlık yaklaşımı yöntemlerin neler olduğu, hangi sıklıkta kullanıldığı ve sağlık personelinin bu konudaki yaklaşımının nasıl olduğuna dair yeterli veri bulunmamaktadır.^{2,11} Bu durum, hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin bütüncül bakım verebilme, hasta ve hasta yakınlarına rehberlik edebilmek için bilgi sahibi olmalarını gerekli kılmaktadır. Çalışmada öğrencilerinin bütüncül tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutum ölçeği puan ortalamalarının 28.46 ± 5.04 olduğu ve öğrencilerin tutumlarının pozitif ve orta düzeyde olduğu belirlendi. Aktaş'ın (2017) hemşirelik öğrencilerinin bütüncül tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutumlarının değerlendirildiği çalışmasında toplam ölçek puan ortalaması 20.42 ± 3.14 ; Baltacı ve Koç'un (2018) çalışmalarında toplam ölçek puan ortalaması 28.43 ± 5.05 ; Çınar ve ark.'ın (2016) çalışmalarında hemşirelik öğrencilerinin toplam ölçek puan ortalaması ise 25.41 ± 5.25 olarak belirlenmiştir.^{2,6,7} Ergin ve ark.'ın (2011) tıp fakültesi ve uzmanlık öğrencilerinin bilgi düzeylerini ölçtükleri çalışmada kullanılan Bütünleştirici Tıp Tutum Anketi toplam puan ortalamasının ise $118,3 \pm 14,5$ olduğu ve bilgi düzeylerinin yetersiz bulunmuştur.²² Çalışma sonuçları Aktaş (2017), Baltacı ve Koç (2018), Çınar ve ark.'ın (2016) çalışmaları ile öğrencilerin bütüncül tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutumlarının pozitif yönde olması yönünden benzerlik göstermektedir. Literatürde bireylerin demografik özellikleri ile tamamlayıcı yöntemleri kullanma tutumları arasında farklı sonuçlar olduğu görülmektedir.^{23,24} Aktaş'ın (2017) çalışmasında öğrencilerin cinsiyet, sınıf, anne ve baba öğrenim durumu, yaşanılan yer, kardeş sayısı, sosyoekonomik durum ve alternatif ve tamamlayıcı tıp kullanma durumlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmemiştir.⁷ Çınar ve ark.'ın (2016) çalışmalarında hemşirelik öğrencilerinin sınıf düzeyleri ile tamamlayıcı sağlık yaklaşımı tutumları arasında anlamlılık belirlenirken cinsiyetleri arasında istatistiksel yönden anlamlılık belirlenmemiştir.²

Ergin ve ark.'ın (2011) uzmanlık ve tıp öğrencilerinin tamamlayıcı-alternatif tıp hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumlarını değerlendirdikleri çalışmalarında tutum puanlarının cinsiyete, yaşa, anne ve babanın öğrenim ve çalışma durumuna, aile tipine, kardeş sayısına ve sosyoekonomik duruma göre ortalamalarında anlamlı bir farklılık gözlenmezken en uzun yaşanan yerleşim yerine göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlılık görülmüştür.²² Kavurmacı ve ark.'nın (2018) öğrencilerin tamamlayıcı sağlık yaklaşımı tutumlarını değerlendirdikleri çalışmalarında cinsiyet, sınıf ve bölümlerinin; Baltacı ve Koç'un (2018) çalışmasında cinsiyet ve bölümün ve Radi ve arkadaşlarının (2018) çalışmalarında cinsiyet ve sınıf düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gözlenmiştir.^{1,6,23} Çalışmamızda ise öğrencilerin sınıf, anne ve babanın öğrenim durumu, aile gelir durumu ve tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullanma durumlarına göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlılık görülmezken, cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmiştir. Literatürde günümüzde bireylerin tamamlayıcı yaklaşımları kullanım durumlarının giderek artış gösterdiği ve ülkeler arasında yöntemlerin kullanım durumlarının bu yöntemleri bilme durumlarına göre farklılıklar gösterdiği belirtilmektedir.²⁵ Yapılan çalışmalarda Avrupa'da bireylerin en sık başvurdukları yöntemlerden bazıları masaj tedavisi (%11.9), homeopati (%5.7), osteopati (%5.2), bitkisel tedaviler (%4.6), akupunktur (%3.6), kayropraksi (%2.3) olduğu belirtilmektedir.²⁴ Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi (NCHS) tarafından yürütülen Ulusal Sağlık Röportajı Anketi (NHIS) 2012-2017 yılları verilerine göre ise, Amerika'da 18 yaş ve üstü yetişkinler arasında son 12 ay boyunca en fazla uygulanan yöntemler arasında yoga, meditasyon ve kayropraksi olduğu belirtilmektedir.²⁶ Yapılan çalışmalarda Dünyada tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının kullanım alanları sağlık profesyonelleri arasında da farklılıklar gösterdiği görülmektedir.^{1,6,8,23} Kavurmacı ve ark.'nın (2018) çalışmalarında hemşirelik, ebelik ve diyetetik öğrencilerin en çok bildikleri yöntemler bitkisel tedaviler (%30) ve akupunktur (%15.8) olduğu; Baltacı ve Koç'un (2018) hemşirelik ve ebelik intörn öğrencilerinin en çok bildikleri yöntemler arasında solunum egzersizleri (%94.9), egzersiz (%94.2) olduğu; Doğanay ve ark.'ın (2018) çalışmalarında sağlık bilimleri ve tıp öğrencilerinin en çok bildikleri yöntemlerin dini uygulamalar (%16.0), masaj (%11.8), cupping (%5.0) ve hidroterapi olduğu ve Araz ve ark.'ın (2012) çalışmalarında en fazla bilinen tıp dışı alternatif tedavi yönteminin bitkisel yöntemler (%80,8), en yaygın kullanılan yöntemin ise masaj (%51,2) olduğu belirlenmiştir.^{1,6,18,27} Çalışmamızda ise hemşirelik

öğrencilerinin yeterli bilgiye sahip oldukları uygulamalar arasında yoga (%31.1), meditasyon (%25.7), diyet desteği (%23.9) müzik terapi (%21.4) ve akupunktur (%14.6) olduğu; çoğunlukla kendileri veya yakın çevreleri için kullandıkları yaklaşımların ise müzik terapi (%49.6), diyet desteği (%40.4), yoga (%19.3), meditasyon (%18.9) olduğu belirlendi. Çalışma sonuçlarımızın hemşirelik öğrencilerinin ve tıp fakültesi öğrencilerinin yer aldığı literatürdeki diğer çalışmalar ile öğrencilerin yeterli bilgiye sahip olduğu ve kullandığı yöntemler açısından benzer olduğu görülmektedir.^{1,6,18,25,26,28} Çalışmada öğrencilerin hiç duymadıkları uygulamalar ise kayropraksi (%91.8), shiatsu (%90.7), biorezonans (%85.0), homeopati (%77.5), fitoterapi (%63.2) olduğu ve öğrencilerin bu uygulamalara ilişkin bilgilerinin sınırlı olduğu, bu alanda hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirecek donanıma sahip olmadıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin yeterli bilgiye sahip olduğu yöntemlerin özellikle yazılı ve görsel medyada yer verilen yöntemler olduğu düşünülürken; en az bildikleri yöntemlerin yazılı ve görsel medyada ya da sağlık ile ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin ders müfredatlarında yer almaması olarak düşünülmektedir. Literatürde tamamlayıcı sağlık yaklaşımı yöntemlerinin çoğunlukla kitap/dergi²⁹, aile yakınları/arkadaş^{1,18}, televizyon/gazete^{11,19,25} ve internet²¹ tarafından öğrenildiği belirtilmektedir. Çalışmamızda öğrencilerin %82,5'inin tamamlayıcı sağlık yaklaşımları hakkında bilgi kaynağını internet olarak belirttiği saptandı. Öğrencilerin çoğunlukla bilgi kaynağı yaklaşımı olarak interneti tercih etmelerinin nedeni, teknoloji gelişimi ile birlikte sosyal medya ve internet kullanımındaki artış olarak değerlendirilse de elde edilen bilgilerin doğruluğu ve güvenliği hakkında şüpheler oluşturabileceği düşünülmektedir. Ayrıca eğitim müfredatları içerisinde tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının yer almaması ise önemli bir durum olarak göze çarpmaktadır. Yapılan çalışmalarda günümüzde sıklıkla başvuru alan tamamlayıcı sağlık yaklaşımı yöntemlerinin modern tıp içerisinde yer alması ve özellikle de hemşirelik ve tıp eğitim müfredatları içerisinde yer almasının öğrenciler tarafından talep edildiği belirtilmektedir.^{1,6,11,15,21,23,25,28,30} Çalışmamızda da literatür sonuçlarına benzer olarak öğrencilerin %94.7'sinin tamamlayıcı sağlık yaklaşımları hakkında eğitim almadığı ve %89.3'ünün tamamlayıcı sağlık yaklaşımlarının hemşirelik eğitim müfredatı içerisinde yer almasını önerdiği belirlendi.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın sonuçları hemşirelik öğrencilerinin tamamlayıcı sağlık yaklaşımı yöntemleri tutumlarının pozitif ve orta düzeyde olduğu belirlendi.

Hemşirelik bölümü öğrencilerinin geleceğın sağıık profesyonelleri olarak bütüncül hasta bakımında yer alan ekip üyesi olmaları nedeniyle tamamlayıcı sağıık yaklaşımı yöntemlerine ilişkin bilgi sahibi olmasının bu niteliklerini güçlendireceğı düşünölmektedir. Ölkemizde uygulanan tamamlayıcı sağıık yaklaşımı uygulamaların birçoğunda hemşirelerin uygulayıcı olarak yetkisi olmasa bile, hemşirelik öğrencilerinin tamamlayıcı sağıık yaklaşımı yöntemlerinin endikasyonları, yan etkileri, uygulama yöntemleri, kontrendikasyonları konusunda hasta ve hasta yakınlarına rehberlik yapabilmeleri açısından daha donanımlı olmalarına ihtiyaç vardır. Bu nedenle hemşirelik öğrencilerinin daha lisans eğitim sürecinden itibaren tamamlayıcı sağıık yaklaşımı konusunda temel bilgi ve beceri kazandıracak eğitim ile desteklenmesi büyük önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

- Kavurmacı M, Tan M, Kavurmacı Z. Nursing, Midwifery, and Dietetics Students' Attitudes to Complementary and Integrative Medicine and their Applications. *Bakırköy Tıp Derg.* 2018; 14:300-6.
- Cinar N, Akduran F, Kose D. The attitudes of nursing students regarding the complementary and alternative medicine. *Rev Electr. Enf.* [Internet]. 2016;18: e1174. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.37320>.
- Sözeri E, Kahraman B. Hasta ve Hemşire Perspektifinden Tamamlayıcı Sağıık Yaklaşımları. *Balikesir Sağıık Bilimleri Dergisi.* 2016; 5(1):39-42.
- National Center for Complementary and Integrative Health. Complementary, alternative, or integrative health: what's in a name? 2018; Available from: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>. Erişim tarihi: 12 Ekim 2018.
- Somer P, Vatanoğlu-Lutz EE. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliğı Hukuki ve Etik Açıdan Değerlendirilmesi. *Anadolu Kliniğı.* 2017; 22(1): 58-65.
- Baltacı N, Koç E. İntörn hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin tamamlayıcı ve alternatif tıbbı yönelik bilgisi, kullanımı ve tutumları. *Samsun Sağı Bil Der,* 2018; 3(1):10-16.
- Aktaş B. Hemşirelik öğrencilerinin bütüncül tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutumları. *JAREN* 2017; 3(2):55-59.
- Alzahrani SH, Bashawri J, Salawati EM, Bakarman MA. Knowledge and attitudes towards complementary and alternative medicine among senior medical students in King Abdulaziz University, Saudi Arabia. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2016:9370721.
- Sağıık Bakanlığı. <https://getatportal.saglik.gov.tr/TR,24683/geleneksel-ve-tamamlayici-tip-nedir.html> Erişim tarihi: Ekim 2018.
- Şahin S. Geleneksel, tamamlayıcı, alternatif tıp uygulamalarına genel bir bakış. *Türkiye Aile Hekimliğı Derg.* 2017; 21 (4): 159-162.
- Altan S, Rahman S, Çam S. Tıp fakültesi öğrencilerinin tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri ile ilgili bilgi ve tutumları. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics.* 2014;22(3):81-8.
- Clarke TC, Black LI, Stussman BJ, Barnes PM, Nahin RL. Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002–2012. *National Health Statistics Reports n Number* 2015; 79(10). <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr079.pdf>. Erişim tarihi: 15 Ekim 2018
- World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023 [Internet]. Geneva: WHO; 2013. Available from: http://www.searo.who.int/entity/health_situation_trends/who_trm_strategy_2014-2023.pdf?ua=1. Erişim tarihi: 12 Ekim 2018
- Güngörmüş Z, Kıyak E. Ağrı yaşayan bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *AĞRI.* 2012;24(3):123-9.
- Mohsen A H, Raziéh M. Complementary and alternative medicine and holistic nursing care: the necessity for curriculum 002 Revision. 2018; 5(4): 555-666.
- Çevik K, Bolsoy N, Beler M. Hemşirelerin tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin bilgi ve görüşleri. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi.* 2016; 6:1-15.
- Turan N, Öztürk A, Kaya N. Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: Tamamlayıcı terapi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.* 2010; 3: 93-98.
- Çöl Araz N, Taşdemir HS, Parlár Kılıç S. Sağıık bilimleri fakültesi öğrencilerinin tıp dışı alternatif ve geleneksel uygulamalar konusundaki görüşlerinin değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağıık Bilimleri Dergisi.* 2012; 1(4): 239-51.
- Lafçı D, Kaşıkçı M. Yataklı sağıık kuruluşunda görev yapan sağıık personelinin tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini bilme ve kullanma durumları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağıık Bilimleri Dergisi.* 2014; 3(4): 1-18.
- Erci B. Attitudes towards holistic complementary and alternative medicine: a sample of healthy people in Turkey. *J Clin Nurs.* 2007;16(4): 761-768.
- Sönmez CI, Ayhan Başer D, Küçükdağ HN, Kayar O, Acar İ, Döner Güner P. Tıp fakültesi öğrencilerinin geleneksel ve tamamlayıcı tıp ile ilgili bilgi durumlarının ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi.* 2018;10(3): 276-281.
- Ergin A, Hatipoğlu C, Bozkurt Aİ ve ark. Uzmanlık ve tıp öğrencilerinin tamamlayıcı-alternatif tıp hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumları. *PamMed J.* 2011; 4(3): 136-43.
- Radi R, Isleem U, Al Omari L, Alimoğlu O, Ankaralı H, Taha H. Attitudes and barriers towards using complementary and alternative medicine among university students in Jordan. *Complementary Therapies in Medicine.* 2018; 41:175-9.
- Kemppainen LM, Kemppainen TT, Reippainen JA, Salmenniemi ST, Vuolanto PH. Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. *Scand J Public Health.* 2018; 46(4):448-455.
- Kwame Ameade EP, Amalba A, Helegbe GK, Mohammed BS. Medical students' knowledge and attitude towards complementary and alternative medicine e A survey in Ghana. *J. Trad. and Comp. Medicine.* 2016; 6:230-236.
- Clarke TC, Barnes PM, Black LI, Stussman BJ, Nahin RL. Use of yoga, meditation, and chiropractors among U.S. adults aged 18 and over. *NCHS Data Brief* 2018, 325. <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db325-h.pdf>. Erişim tarihi: 12 Ekim 2018
- Doğanay S, Guzel D, Öztürk D, Tanyeli A. Complementary and alternative medicine: understanding, attitude and usage among Turkish health sciences and medical students. *J Contemp Med.* 2018;8(1):48-54
- Akan, H., Izbirak, G., Kaspar, E.C., et al. Knowledge and attitudes towards complementary and alternative medicine among medical students in Turkey. *Bmc Complementary And Alternative Medicine.* 2012; 12:1-7.
- Çamurdan Ç, Gül A. Complementary and alternative medicine use among undergraduate nursing & midwifery students in Turkey. *Nurse Education in Practice* 2013; 13:350-354.
- Yurtseven E, Vehid S, Bosat M, et al. Assessment of knowledge and attitudes toward complementary and alternative medicine (cam) amongst Turkish medical faculty students. *Afr J Tradit Complement Altern Med.* 2015;12(5):8-13.

OPIOİD İLAÇ KULLANAN HASTALARDA GELİŞEN KONSTİPASYONUN YÖNETİMİ

OPIOID-INDUCED CONSTIPATION MANAGEMENT

Dilek Yıldırım¹, Gülbeyaz Can²

¹İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,
Dr. Öğr. Üyesi,
ORCID ID: 0000-0002-6228-0007

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi,
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
Prof. Dr.
ORCID ID: 0000-0002-5368-0893

Yazışma Adresi:

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye.
E mail: d.atıcı1987@hotmail.com

Gönderim tarihi: 25 Ekim 2018

Kabul Tarihi: 21 Ocak 2019

Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr
www.bau-sbdergisi.com

Öz

Opioidler ağrı tedavisinde sık kullanılmaktadır. Opioidlerin analjezik etkisinin yanında bazı yan etkileri de vardır. En yaygın görülen ve hastalar tarafından tanımlanan en rahatsız edici yan etkisi konstipasyondur. Hastaların yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu olumsuz yönde etkileyen konstipasyon, sağlık bakım maliyetlerini arttırmakta, hastanede kalış süresini uzatmakta, hastane başvurularını arttırmakta, tedavi dozlarının atlanmasına, azaltılmasına hatta tedavinin sonlanmasına neden olabilmektedir. Konstipasyon yönetiminde laksatif, lavman, opioid reseptör antagonistleri gibi farmakolojik yaklaşımlar, hasta eğitimi, sıvı ve lif alımını artırma, egzersiz, abdominal masaj gibi nonfarmakolojik yaklaşımlar önerilmektedir. Ancak literatürde opioid ilişkili konstipasyon yönetiminde etkili bir bakım protokolü tanımlanamamıştır. Literatür verileri ışığında, opioid ilaç tedavisi olan hastalar mutlaka rutin olarak konstipasyon açısından değerlendirilmeli ve opioid ilişkili konstipasyon yönetimine yönelik klinik protokoller oluşturulmalıdır. Sağlık bakım ekibi opioid ilişkili konstipasyon ve yönetimi konusunda bilgilendirilmelidir. Opioid ilişkili konstipasyon yönetiminde yer alan yaklaşımların etkinliğini değerlendirecek randomize kontrollü çalışmalara gereksinim vardır. Bu derleme, sağlık ekibinin opioid ilişkili konstipasyona yönelik bilgi düzeylerinin ve farkındalığının artırılması amacıyla yapılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Opioidler, Opioid ilişkili konstipasyon, Konstipasyon yönetimi.

ABSTRACT

Opioids are frequently used in the treatment of pain. In addition to the analgesic effect of opioids, there are some side effects. The most common and most annoying side effect is constipation. Constipation affecting patients' quality of life and compliance with treatment negatively increases the cost of health care, prolongs hospital stay, increases hospital admissions, decreases treatment doses, reduces treatment, and even leads to cessation of treatment. Pharmacological approaches such as laxatives, enema, opioid receptor antagonists, patient education, enhancement of fluid and fiber intake, exercise, abdominal massage are recommended in constipation management. However, no effective care protocol has been identified in the literature in the management of opioid-related constipation. In the light of literature, patients with opioid drug therapy should be routinely evaluated for constipation and clinical protocols for opioid-related constipation management should be established. Health care team should be informed about opioid-related constipation and management. There is a need for randomized controlled trials to evaluate the effectiveness of approaches involved in opioid-related constipation management. This review was conducted to increase the knowledge and awareness of the health team towards opioid-related constipation.

Keywords: Pain, Opioids, Opioid-induced constipation, Constipation management.

GİRİŞ

Opioidler ağrı yönetiminde Dünya Sağlık Örgütü'nün basamak tedavi protokolüne uygun olarak sıklıkla kullanılmaktadır. Opioidler hem kanser hem de kanser dışı ağrı yönetiminin ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmekte ve ağrı merkezlerinde tedavi alan hastaların yaklaşık %90'ı opioid ilaç tedavisi almaktadır. Opioidlerin analjezik etkisi genellikle yan etkilerle birlikte ortaya çıkmaktadır. Sıklıkla, opioidler bağırsak işlevlerini etkilemektedir. Opioidlerin gastrointestinal sistem

üzerindeki en sık görülen yan etkilerinden biri konstipasyondur¹⁻⁴.

Opioid ilişkili Konstipasyon

Opioid ilişkili konstipasyon en sık görülen yan etkidir ve vücutta çok az tolerans gelişir ya da hiç gelişmez. Opioidlerin gastrointestinal sistemdeki diğer yaygın görülen yan etkileri bulantı, kusma, karın ağrısı, şişkinlik ve abdominal kramplardır.

Hastalar genellikle opiooid ilaç kullanımına bağlı gelişen konstipasyonu, "ilaç alımına başladıktan sonra bağırsak alışkanlıklarındaki değişim" olarak tanımlamakta ve dışkılama sayısında azalma, karında distansiyonun oluşması veya distansiyonun artması, defekasyondan sonra tam boşalamama hissinin olması ve dışkı kıvamının sert olmasından söz etmektedir^{5, 6}. Literatürde, ilişkili konstipasyon belirtileri, haftada üçten daha az dışkılama, ıkınma, sert dışkı ve tam boşalamama hissi olarak tanımlanmaktadır⁷⁻¹⁰.

Patofizyoloji

Enterik sinir sisteminde üç büyük ve farklı sınıfta delta, kappa ve mü olarak adlandırılan opiooid reseptörleri bulunur. Bu üç reseptör sınıfından enterik mü-opiooid reseptörü, sindirim kanalı üzerindeki opiooid agonist etkilerinin başlıca aracısıdır. Dışarıdan verilen opiooid agonistleri bu reseptörlere bağlandığında, eksitator ve inhibitör nörotransmitterlerin salınması engellenir. Bağırsak motilitesi için gerekli koordineli ritmik kasılmaları kesintiye uğratar, ileum ve kolonda peristaltizm azalır ve mukozal sekresyonları, peristaltik hareketleri azaltarak opiooid ilişkili bağırsak disfonksiyonlarına neden olur. Bağırsakta sıvının azalması ve dışkının bağırsak lümeninde uzun süre kalmasıyla bağırsaktan sıvı emiliminin artması ile birlikte kuru, sert kıvamda dışkı oluşur. Sfinkter tonusu ve propulsif olmayan (itici olmayan) kontraksiyonlar artar. Tüm bu etkilerle birlikte hastalarda opiooid ilişkili konstipasyon gelişir^{11, 12}.

Görülme Sıklığı

Konstipasyon düşük dozlarda opiooid alınmasıyla bile ortaya çıkabilmekte ve opiooid tedavisinin başlangıcından hemen sonra veya herhangi bir zamanda ortaya çıkabilmektedir⁹. İleri evre kanser hastalarında opiooid ilişkili konstipasyon görülme oranı yaklaşık %52, terminal dönem kanser hastalarında %87'dir⁵. Yaşlı hastalarda ise bu oran %25-86 arasında değişirken, kronik ağrısı olan hastalarda %87'den fazla görüldüğü bildirilmektedir^{13,14}. Kanser ağrısı dışındaki orta-şiddetli ağrı tedavisinde opiooid alan hastalarla yapılan randomize, kontrollü çalışmaları inceleyen sistematik derlemede 8 haftadır opiooid tedavisi alan hastalarda konstipasyonun en sık görülen yan etki (%42) olduğu belirtilmiştir¹⁵. Oral opiooidlerin yan etkilerini inceleyen 34 randomize, kontrollü çalışmayı kapsayan sistematik derlemede, hastaların %15'inde konstipasyon geliştiği bildirilmiştir.¹¹ Hastalar günlük konstipasyon değerlendirme formlarında

dışkılama esnası boyunca sürekli ıkınmak zorunda kaldıklarını (%83), dışkılama sayısının azaldığı (%75), gaz (%69) ve şişkinlik (%69) yaşadıklarını belirtmektedir¹⁶. Düzenli opiooid kullananlarda, düzenli kullanmayanlara göre konstipasyon daha da sıktır¹³. Literatürde opiooid ilişkili konstipasyonun görülme sıklığı %15 - 95 oranında değişmektedir^{11, 15, 17-22}.

Opiooid ilişkili Konstipasyonun Yönetimi

Opiooid ilişkili konstipasyon yaygın görülen bir semptom olmasına rağmen halen tanılama, klinik bakım ve tedavisi için bir standardının olmaması dikkat çekmektedir. Bakım ve tedavisindeki amaç, konstipasyon oluşumunu önlemek ve konstipasyon ortaya çıktığında da semptomları azaltarak bireyin konforunu sağlamaktır. Tanılanması ayrıntılı olarak yapılmalıdır (Tablo 1). Konstipasyonu önlemeye veya ortadan kaldırmaya yönelik farmakolojik ve nonfarmakolojik yaklaşımlar bulunmaktadır^{15, 23-25}.

Koruyucu Yaklaşımlar

Konstipasyonu önleme opiooid ilişkili konstipasyon yönetiminde anahtardır. Fiziksel aktivitenin artırılması, sıvı alımını artırma, alınan lif miktarını artırma gibi yaşam tarzı değişiklikleri içermektedir. Ayrıca ek olarak dışkı yumuşatıcı veya uyarıcı laksatifler gibi dışkı profilaktiklerinin uygulanması da koruyucu tedavi uygulamaları arasında yer almaktadır^{21, 26-28}.

Tablo 1. Opiooid ilişkili Konstipasyon Tanılaması

- Günlük aktivite düzeyi ve yeterli beslenme alışkanlığı, gıda, lif ve sıvı alımı
 - Çiğneme ve yutma becerisi
 - Tuvalet imkânlarını kullanma becerisi; yeterli mahremiyet koşullarının sağlanmış olup olmadığı
 - Kullandığı ilaçlar,
 - Altta yatan tıbbi durumlar (nörolojik bozukluklar, diyabetes mellitus gibi metabolik veya endokrin bozukluklar, bağırsak tıkanıklığı, dehidrasyon)
 - Konstipasyon süresi ve ilişkili semptomlar (ıkınma, gaz ve şişkinlik, hemorait, tam boşalamama hissi)
- Abdominal ve anorektal muayene (örn., Obstrüksiyon, fissür veya hemoroitlerin değerlendirilmesi)²¹.

Farmakolojik Tedavi

Periferik μ -Opioid Reseptör Antagonistleri

Opioidlerin analjezi etkisini azaltmadan ve opioidlerin semptomlarını indüklemeyen sindirim kanalı üzerindeki etkilerini azaltmak için kullanılan ilaçlardır. Periferik etkili 'mü' opioid reseptör antagonistleri olan alvimopan, metilnaltrekson, naloxegol gibi ilaçlar, opioid ilişkili konstipasyon ya da paralitik ileus tedavisinde kullanılabilir. Bu ilaçlar kan beyin bariyerini geçemezler ve dolayısıyla opioidlerin analjezik etkilerini ortadan kaldırmazlar. Yapılan çalışmalarda bu ilaçların iyi tolere edilebildiği ve opioid ilişkili konstipasyon tedavisinde etkili olduğu belirtilmektedir^{26, 28-30}.

Laksatifler

Defekasyon isteğini uyararak bağırsak peristaltizmini arttıran, bağırsak içeriğini yumuşatarak defekasyonu kolaylaştıran lokal ilaçlardır. Laksatifler, konstipasyonun tedavisinde en sık ve yaygın olarak kullanılan farmakolojik ajanlardır. Günümüzde hacim oluşturan laksatifler, stimulan laksatifler ve osmotik laksatifler, en sık kullanılan laksatif türlerindedir^{27, 31}. Opioid tedavisine bağlı gelişen konstipasyon yönetiminde laksatif kullanımının yetersiz yanıt verdiği yönünde sonuçlar da bulunmaktadır²⁰.

Hacim Oluşturan Laksatifler: Hacim oluşturan laksatifler, uzun süreli kullanımda en güvenilirdir, ancak etkileri bir hafta sonra görülmekte ve obstrüksiyon bulguları varlığında, konstipasyon ve dissinerjik defekasyon bozukluklarında tercih edilmemektedir. Laksatif etkisi 3-5 gün içinde görülmektedir. Ancak hacim oluşturan laksatif kullanımında; abdominal ağrı ve şişkinlik, distansiyon görülebilmektedir. Bundan dolayı tedaviye düşük dozlarda başlanıp daha sonra doz arttırımı yapılmaktadır^{32, 33}.

Stimulan Laksatifler: Stimulan laksatifler, etkileri çabuk başlar ve bu nedenle sıklıkla kullanılmaktadır³¹. İntestinal duvarda direkt mukozaya etki ederek antiabsorbtif-sekretuar ve prokinetik etki göstermektedir. Ayrıca bağırsak peristaltizmini ve mukus salgısını arttırmaktadır. Etkileri saatler içinde başlamakta ve maksimum 12-24 saatte etki etmektedir. Kramp tarzında karın ağrısı, diyare, abdominal ağrı, midede rahatsızlık, baş dönmesi görülmektedir. Akut ve kısa süreli kullanımda oldukça faydalıdır ancak uzun süreli ve yüksek dozda kullanımda, bağırsak dilatasyonu ve konstipasyonla seyreden nörojenik obstrüksiyona yol açabilmektedir^{14, 31, 32}.

Osmotik Laksatifler: Osmotik laksatifler, bağırsaklara osmotik etkiyle su çekerek daha yumuşak ve hacimli dışkı

oluşturup motiliteyi uyarıp güçlendirirler. Abdominal distansiyona bağlı şişkinlik, flatulans, abdominal kramplar, diyare ve elektrolit dengesizlikleri yan etki olarak görülebilmektedir. Aşırı ve uzun süre kullanımda laksatif bağımlılığına yol açabilmektedir^{31, 32}.

Lavmanlar

Bağırsak peristaltizmini harekete geçirmek, dışkıyı yumuşatmak ve çıkışını kolaylaştırmak için rektum ve sigmoid kolon yoluyla kalın bağırsağa belirli ve yeterli kadar sıvının verilmesi ile kolonun temizlenmesi işlemidir. Verilen sıvı, rektum ve bağırsağa girerek yapacağı basınç ile bağırsakların yüzeyindeki kas, sinir uçlarını uyararak bağırsakların hareketini arttırmaktadır. Feçesin yumuşamasını ve parçalanmasını sağlamaktır. Sıvının türü ya da miktarı dışkı kitlesinin rektum duvarının uyarılmasını ve defekasyon refleksini başlatmaktadır. Bağırsakların kontraksiyona geçmesi, kuvvetli peristaltizm hareketleri ile feçesin dışarıya çıkması sağlanmaktadır^{26, 32, 33}.

Supozituarlar

Rektum içine yerleştirildikten sonra eriyerek sistemik ya da lokal etki için absorbe edilen ilaçlardır. Supozituarlar, oral laksatifler ile sonuç alınmadığı durumlarda veya bağırsak hareketlerinin hızlandırılması gerektiğinde kullanılmaktadır. Supozituarlar, yalnız başına veya oral laksatiflerle kombine edilerek/karıştırılarak kullanılabilir^{31, 33}.

Non-farmakolojik yaklaşımlar

Opioid ilişkili konstipasyon yönetiminde nonfarmakolojik yöntemler arasında fiziksel aktivite, sıvı ve lif alımını, abdominal masaj, biofeedback yer almaktadır³⁴.

Sıvı Alımı

Konstipasyonun tedavisinde vücut için alınması gereken sıvı miktarı ile ilgili literatürde farklı bilgiler yer almaktadır. Yalnızca sıvı alımının arttırılmasının konstipasyonun tedavisinde başarı sağladığına yönelik yeterli kanıt yoktur³¹. Dışkının yaklaşık %75'i su olduğundan sıvı alımı da dışkı kıvamını etkileyebilmektedir³³. Dehidratasyon, kan plazması ve su içeriğinde azalmaya yol açmakta ve bağırsak mukozasında kılcıl damarlar arasında osmotik bir fark oluşturmaktadır. İntestinal sıvı arasındaki mukoza hücreleri, neden olduğu suyu intestinal hücre sıvısından, kapillere doğru hareket ettirmektedir. Bu süreç, sıvıyı intestinal hücre sıvısı arasında osmotik fark gelişmesine neden olmaktadır ve bağırsak lümeninde sıvı kalmaktadır. Sıvı bağırsaklardan geri emilince sert, kuru kıvamda dışkı oluşmasına neden olmaktadır. Konstipasyonu ortadan

kaldırmak amacıyla, bireylerin sıvı tüketiminin artırılması ve bu konuda cesaretlendirilmesi, eğitim verilmesi gereklidir³¹. Yeterli hidrasyonun bağırsak motilitesinin sağlanmasında önemli olduğu düşünülmektedir. Bu konudaki kanıtlar yeterli değildir. Azalmış sıvı alımının fekal tıkaçın oluşmasına neden olabilir. Konstipasyonda günlük toplamda en az 1.5-2 lt sıvı alımı tavsiye edilmektedir³⁵.

Lif Alımı

Lif; bitkisel yiyeceklerin çözünebilen veya çözünemeyen kısımlarından oluşan ve sindirilmekten korunarak kolona geçen kısımdır. Tahıl fiberlerinin sindirime dirençli, su tutma özelliğine sahip hücre duvarları vardır. Genellikle günlük ortalama 20-30 gr. lif alınması gerekmektedir³³. Lif alımı haftada 5 gr arttırılarak önerilen doza erişilmelidir. Lifler, enerji yoğunluğu düşük olduğundan ve su çekici özelliklerinden dolayı mide içeriğinin yoğunluğunu arttırarak midenin boşalmasını geciktirmekte, bağırsakta geçiş süresi, kısa zincirli yağ asitleri üretimi, bağırsak yoğunluğu, gaz üretimi, protein sindirimi, kolesterol ve diğer lipid metabolizmaları üzerine de etkili olmaktadır. Diyetle lif alımının artışı ile fekal kitlenin arttığı ve bağırsak geçiş süresinin kıaldığı belirtilmiştir. Aksine diyetle birlikte yetersiz lif alımı konstipasyona neden olabilmektedir. Dışkı miktarındaki artışın nedeni, liflerin su tutma özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Lifler dışkı hacmini ve su miktarını arttırarak rahatlatıcı etkide bulunmaktadır, bu durum konstipasyonun önlenmesine yardımcı olmaktadır. Aynı zamanda artmış lifli diyetin şişkinlik ve gaz problemine neden olabilmektedir^{33, 35}.

Yapılan çalışmalarda günlük lif alımının (20 gr/gün) arttırılması ile subjektif olarak belirtilen konstipasyonun belirti ve bulgularının azaldığı saptanmıştır. Bununla birlikte bu konuda yapılan kanıt düzeyi yüksek çalışmalar sınırlıdır^{26, 31, 36}.

Fiziksel Aktivite

Düzenli egzersiz ile kolon hareketlerinde artma meydana gelmektedir. Aynı zamanda hareketsiz ve egzersiz yapamayan bir bireyde, bağırsak hareketleri yavaşlamakta, konstipasyon, yetersiz defekasyon refleksi, flatulans ve feçesi vücuttan dışarı atmada yetersizlikler görülmektedir^{33, 37}. Bağırsaklar, sabah uandıktan ve yemek yedikten sonra daha hızlı çalışmaktadır. Bundan dolayı genellikle uandıktan ve yemek yedikten sonraki ilk iki saat bağırsak hareketlerinin en hızlı olduğu amandır. Bağırsak hareketini arttıran fizyolojik olaydan yararlanarak, bu süre zarfında egzersiz yapılması konusunda bireyin cesaretlendirilmesi oldukça önemlidir²⁶. Hastalara yatak içi egzersizler önerilebilir. Yapılan çalışmalarda hareket düzeyi arttıkça bağırsak

fonksiyonlarının da artırdığı saptanmıştır^{14, 31}. Konstipasyonu olan 45 yaş üstü hasta grubu üzerinde yapılan 12 haftalık bir çalışmada, yapılan düzenli fiziksel aktivite, total bağırsak ve rektosigmoid transit zamanını önemli oranda azaltarak olumlu sonuçlar göstermiştir. Abdominal kasların güçlendirilmesi ve nefes düzenlemesini daha rahat kontrol edilebilmesi için orta derecede yürüyüşlerin ve egzersizlerin yapılması önerilmektedir. Düşük fiziksel aktivite konstipasyon riskini 2 kat arttırmaktadır^{33, 35}.

Bağırsak Eğitimi

Hastalara defekasyon fizyolojisi, normal defekasyon alışkanlığı, uygun dışkılama zamanı ve pozisyonu hakkında eğitim verilmelidir. Hastalara yemek sonrası kolonik motilitenin arttığı belirtilerek yemek sonrası dışkılamaya çalışmaları önerilmektedir. Özellikle sabahları kolonik motor aktivitenin en yüksek olduğu hatırlatılmalıdır. Ayrıca hastalara genellikle yemeklerden yarım saat sonra dışkılamaya çıkmaları konusunda eğitim verilmeli ancak beş dakikadan daha uzun süre zorlamamaları tavsiye edilmektedir. Defekasyonun başlaması kısmen şartlı reflekslerdir. Düzenli bağırsak alışkanlığı olan hastalar hergün yaklaşık aynı saatte bağırsak boşaltımını sağladıklarını belirtmektedir. Defekasyon için en uygun zaman kolonik aktivitenin en uygun olduğu sabah kahvaltı sonrasıdır. Bu nedenle hastalara, gastrokolik refleksin başladığı sabah kahvaltısından 30 dk. sonra tuvalete gitmeleri önerilmektedir^{26, 33, 35}.

Biyofeedback

Hastaların dışkılama sırasında karın kasları, rektum ve anal sfinkter kasları arasındaki koordinasyon ile rektum duyarlılığının kazanılması için yapılan eğitimidir. Anorektal biofeedback görsel, işitsel ve sözel uyarılarla yapılan nöromüsküler şartlama yöntemidir. Ağrısız, non-invaziv bir yöntemdir. Rektum içine sokulan cihazların defekasyon gayreti ve ıkınma sırasında gösterdiği değerler hasta tarafından görülür. Hasta ekrandan yetersiz ya da yanlış kasılmalarının sonuçlarını izleyebilir. Rektoanal koordinasyon eğitimidir. Biyofeedback dissinerjik dışkılamada etkili iken, yavaş geçişli konstipasyonda etkili değildir^{26,38}. Bu tedavideki asıl amaç hastanın başlangıçta aletlerden aldığı bilgiler sayesinde yapabildiği denetimi, ileri aşamalarda geri bildirim olmadan yapabilir hale gelmesidir. Ulaşılabilir olduğunda özellikle pelvik taban disfonksiyonu ve konstipasyonu olanlarda iyi bir alternatif tedavidir^{14, 26, 35, 39}.

Bakteriyoterapi-Probiyotikler

Probiyotik bakterilerin kronik konstipasyon ve inflamatuvar barsak hastalıklarında kullanımını

desteklemektedir. Bir prospektif çalışmada Bifidobakteryum hipokalorik diyetle eklendiğinde konstipasyon şikâyetlerini geriletmişti görülmüş, yine bir **Abdominal Masaj**

Abdominal masaj, karın içi basıncını değiştirerek peristaltizmi arttırmakta ve bağırsaklar üzerinde mekanik ve refleks bir etki oluşturmaktadır. Peristaltizmin artması ile besinlerin kolondan geçiş süresi azalmakta ve besinlerin sindirim kanalından geçişi hızlanmaktadır. Yapılan masajla birlikte bağırsak hareketleri hızlanmaktadır. Ayrıca abdominal masajla, abdominal kaslar, kalın bağırsaklar etkilenmekte ve abdominal sinir ağı (plexus splanchnicus) uyarılarak bağırsak tonüsü değişmektedir. Bu sayede bireyin ağrı ve rahatsızlık gibi konstipasyona eşlik eden semptomlar azalmaktadır^{31,41}. Abdominal masaj, konstipasyon tedavisinde kabul edilen, sağlıklı/hasta birey tarafından uygulanan, güvenli, non-invaziv ve bilinen hiçbir yan etkisi olmayan nonfarmakolojik bir yöntemdir⁴². Abdominal masaj bağırsak tıkanması ya da tıkanma şüphesi durumunda, abdominal tümör olduğunda, inflamatuvar bağırsak hastalığında, abdominal bölgeye cerrahi girişim ya da radyoterapi uygulandığında, gebelerde abdominal masaj yapılmamalıdır^{43,44}. Farklı hasta gruplarının katılımı ile gerçekleştirilen pek çok çalışmada da 1-8 hafta boyunca, haftada 3-7 gün, günde 1-2 kez uygulanan abdominal masajın farklı nedenler ile ilişkili konstipasyonun yönetiminde etkili bir yaklaşım olabileceği bildirilmiştir^{41,43-50}.

SONUÇ

Opioid ilişkili konstipasyon oldukça sık görülen, primer hastalık yükünü ve maliyeti arttıran bir yan etkidir. Opioid tedavisi olan hastalar mutlaka rutin olarak konstipasyon açısından değerlendirilmeli ve opioid ilişkili konstipasyon yönetimine yönelik farmakolojik tedaviye ek olarak lif alımını arttırma, yatak içi egzersizler, abdominal masaj uygulama, bağırsak eğitimi konusunda hastayı bilgilendirmeyi kapsayan klinik protokoller oluşturulmalıdır. Opioid ilişkili konstipasyon yönetiminde yer alan yaklaşımların etkinliğini değerlendirecek randomize kontrollü çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. Gaertner J, Siemens W, Camilleri M, et al. Definitions and outcome measures of clinical trials regarding opioid-induced constipation: A systematic review. *J Clin Gastroenterol*. 2015; 49:9-16.
2. Sridharan K, Sivaramakrishnan G. Drugs for treating opioid-induced constipation: A mixed treatment comparison network meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *J Pain Symptom Manage*. 2018;55(2):468-479.

başka prospektif çalışmada da Laktobasilyusun etkinliği gösterilmiştir^{26,40}.

3. Prichard D, Bharucha A. Management of opioid-induced constipation for people in palliative care. *Int J Palliat Nurs*. 2015;21(6):272-280.
4. Olufade T, Kong AM, Princic N, et al. Comparing healthcare utilization and costs among medicaid-insured patients with chronic noncancer pain with and without opioid-induced constipation: Aretrospective analysis. *Am Health Drug Benefits*. 2017;10(2):79-86.
5. Boland JW, Boland EG. Pharmacological therapies for opioid induced constipation in adults with cancer. *BMJ*. 2017;2:358: j3313.
6. Webster L, Chey WD, Tack J, Lappalainen J, Diva U, Sostek M. Randomised clinical trial: The long term safety and tolerability of naloxegol in patients with pain and opioid-induced constipation. *Aliment Pharmacol Ther*. 2014;40(7):771-9
7. Camilleri M, Drossman DA, Becker G, Webster LR, Davies AN, Mawe GM. Emerging treatments in neurogastroenterology: a multidisciplinary working group consensus statement on opioid-induced constipation. *Neurogastroenterol Motil*. 2014;26(10):1386-95.
8. Coyne KS, Margolis MK, Yeomans K, et al. Opioid-induced constipation among patients with chronic noncancer pain in the United States, Canada, Germany, and the United Kingdom: Laxative use, response, and symptom burden over time. *Pain Med*. 2014;16(8):1551-65.
9. Nelson AD, Camilleri M. Opioid-induced constipation: Advances and clinical guidance. *Ther. Adv. Chronic Dis*. 2016;7(2):121-34.
10. Kumar L, Barker C, Emmanuel A. Opioid-induced constipation: Pathophysiology, clinical consequences and management. *Gastroenterol Res. Pract*. 2014:141737.
11. Panchal SJ, Müller-Schwefe P, Wurzelmann JI. Opioid-induced bowel dysfunction: Prevalence, pathophysiology and burden. *Int J Clin Pract*. 2007;61(7):1181-7.
12. Yılmaz B: Gastrointestinal fizyoloji, "Çavuşoğlu H, Çağlayan Yeğen B (eds): *Tıbbi Fizyoloji Guyton & Hall*" kitabında, s.771-790, Nobel Matbaacılık, İstanbul (2007).
13. Ducrotté P, Milce J, Soufflet C, Fabry C. Prevalence and clinical features of opioid-induced constipation in the general population: A French study of 15,000 individuals. *United European Gastroenterol J*. 2017;5(4):588-600.
14. Chokhavatia S, John ES, Bridgeman MB, Dixit D. Constipation in elderly patients with noncancer pain: Focus on opioid-induced constipation. *Drugs Aging*. 2016;33(8):557-74.
15. Kalso E, Edwards JE, Moore RA, McQuay HJ. Opioids in chronic non-cancer pain: Systematic review of efficacy and safety. *Pain*. 2004; 112:372-80.
16. Coyne KS, LoCasale RJ, Datto CJ, Sexton CC, Yemans K, Tack J. Opioid-induced constipation in patients with chronic noncancer pain in the USA, Canada, Germany and the UK: Descriptive analysis of baseline patient-reported outcomes and retrospective chart review. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2014;23(6):269-81.

17. Khademi H, Kamangar F, Brennan P, Malekzadeh R. Opioid therapy and its side effects: A Review. *Arch Iran Med.* 2016;19(12):870-876.
18. Drewes AM, Munkholm P, Simrén M, et al. Definition, diagnosis and treatment strategies for opioid-induced bowel dysfunction-recommendations of the nordic working group. *Scand J Pain.* 2016; 11:111–22.
19. Boswell K, Kwong WJ, Kavanagh S. Burden of opioid-associated gastrointestinal side effects from clinical and economic perspectives: A systematic literature review. *J Opioid Manag.* 2010; 6:269-89.
20. LoCasale RJ, Datto C, Margolis MK, Coyne KS. Satisfaction with therapy among patients with chronic noncancer pain with opioid-induced constipation. *J Manag Care Spec Pharm.* 2016;22(3):246-53.
21. McCarberg BH. Overview and treatment of opioid-induced constipation. *Postgrad Med.* 2013;125(4):7-17.
22. Bell TJ, Panchal SJ, Miaskowski C, Bolge SC, Milanova T, Williamson R. The prevalence, severity, and impact of opioid-induced bowel dysfunction: Results of US and European Patient Survey (PROBE 1). *Pain Med.* 2009; 10:35-42.
23. Søndergaard J, Christensen HN, Ibsen R, Jarbøl DE, Kjellberg J. Healthcare resource use and costs of opioid-induced constipation among non-cancer and cancer patients on opioid therapy: A nationwide register-based cohort study in Denmark. *Scandinavian Journal of Pain.* 2017; 15:83-90.
24. Argoff CE, Brennan MJ, Camilleri M, et al. Consensus recommendations on initiating prescription therapies for opioid-induced constipation. *Pain Med.* 2015;16(12):2324-37.
25. Nilsson M, Poulsen JL, Brock C, et al. Opioid-induced bowel dysfunction in healthy volunteers assessed with questionnaires and MRI. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2016;28(5):514-24.
26. Bengi G, Yalçın M, Akpınar H. Kronik kontipasyona güncel yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji.* 2014;18(1):72-88.
27. Weber C. Opioid-induced constipation in chronic noncancer pain. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2016;23(1):11-7.
28. Brenner DM, Stern E, Cash BD. Opioid-related constipation in patients with non-cancer pain syndromes: A review of evidence-based therapies and justification for a change in nomenclature. *Curr Gastroenterol Rep.* 2017;19(3):12.
29. Ford AC, Brenner DM, Schoenfeld PS. Efficacy of pharmacological therapies for the treatment of opioid-induced constipation: systematic review and metaanalysis. *Am J Gastroenterol.* 2013; 108:1566–1574.
30. Webster L, Chey WD, Tack J, Lappalainen J, Diva U, Sostek M. Randomised clinical trial: the long term safety and tolerability of naloxegol in patients with pain and opioid-induced constipation. *Aliment Pharmacol Ther.* 2014;40(7):771-9.
31. Kyle G. Managing constipation in adult patients. *Nurse Prescribing.* 2011;9(10):482-90.
32. Kaya H: Bağırsak boşaltımı ve gastrik entübasyon, "Aştı TA, Karadağ A (eds): Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri," kitabında s.1116-1145, Nobel Kitabevi, Adana (2011).
33. Özkütük, N: Bağırsak boşaltımı. "Uysal N, Çakırcalı E (eds): Hemşirelik Esasları İnsan Sağlığı ve Fonksiyonları, Yedinci Baskıdan Çeviri" kitabında s.1069-1097, Palme Yayıncılık, Ankara (2015).
34. Yu CT, Ko NY. Evidence-based nursing care for cancer patients with opioid-induced constipation. *Hu Li Za Zhi,* 2010;57(4):100-5.
35. Dağlı Ü: Konstipasyon. "Mas R, Işık T, Karan A (eds): Geriatri" kitabında s. 900-909, (2008).
36. Ducas L, Willet WC, Giovannucci EL. Association between physical activity, fiber intake and other lifestyle variables and constipation in a study of women. *American Journal Of Gastroenterology,* 2003;98:1760-1766.
37. Kaya N, Turan N: Hareket ve egzersiz."Aştı TA, Karadağ A (eds): Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı" s.231-389, Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul (2012).
38. Chiarioni G, Salandini L, Whitehead WE. Biofeedback benefits only patients with outlet dysfunction, not patients with isolated slow transit constipation. *Gastroenterology.* 2005; 129:86-97.
39. Rao SS, Seaton K, Miller M, Brown K, Nygaard I, Stumbo P, et al. Randomized controlled trial of biofeedback, sham feedback, and standard therapy for dyssynergic defecation. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2007; 5:331-8.
40. Borody TJ, Warren EF, Leis SM, Surace R, Ashman O, Siarakas S. Bacteriotherapy using fecal flora: toying with human motions. *J Clin Gastroenterol.* 2004; 38:475-83.
41. Lamas K, Lindholm L, Stenlund H, Engstrom B, Jacobsson C. Effects of abdominal massage in management of constipation-a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies.* 2009;46(6):759-67.
42. Sinclair M. The Use of abdominal massage to treat chronic constipation. *Journal of Bodywork & Movement Therapies.* 2010;15(4):436-46.
43. Turan N, Atabek Aştı T. Konstipasyon yönetiminde abdominal masajın önemi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2015;18(2):148-154.
44. Baykal D, Yıldırım D. Nörolojik hastalıklarda uygulanan abdominal masajın etkinliğini değerlendiren çalışmaların incelenmesi. *FNJJ Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi.* 2018;26(1):45-53.
45. McClurg D, Hagen S, Hawkins S, Lowe-Strong A. Abdominal massage for the alleviation of constipation symptoms in people with multiple sclerosis: A Randomized Controlled Feasibility Study. *Multiple Sclerosis Journal.* 2011;17(2):223-233.
46. Kassolik K, Andrzejewski W, Wilk I, et al. The effectiveness of massage based on the tensegrity principle compared with classical abdominal massage performed on patients with constipation. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2015;61(2):202-211.
47. Hanai A, Ishiguro H, Sozu T, et al. Effects of a self-management program on antiemetic-induced constipation during chemotherapy among breast cancer patients: A randomized controlled clinical trial. *Breast Cancer Res Treat.* 2016;155(1):99-107.
48. Ozisler Z, Koklu K, Ozel S, Unsal-Delialioglu S. Outcomes of bowel program in spinal cord injury patients with neurogenic bowel dysfunction. *Neural Regen Res.* 2015;10(7):1153-1158.
49. Turan N, Atabek Aştı T. The effect of abdominal massage on constipation and quality of life. *Gastroenterology Nursing.* 2016;39(1):48-59.
50. McClurg D, Hagen S, Jamieson K, Dickinson L, Paul L, Cunnington A. abdominal massage for the alleviation of symptoms of constipation in people with parkinson's: A randomised controlled pilot study. *Age and Ageing.* 2016;45(2):299-303.

PSİKİYATRİ VE DİŞ HEKİMLİĞİ: EKSİK YAKLAŞILAN BAĞLANTI

PSYCHIATRY AND DENTISTRY: A INCOMPLETE CONNECTION

Hasan Hatipoğlu¹, Berceste Güler², Müjgan Güngör Hatipoğlu³

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Diş Hekimliği Fakültesi / Periodontoloji
Doç.Dr.

ORCID ID: 0000-0002-1709-554x

² Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Diş Hekimliği Fakültesi / Periodontoloji
Dr.Öğr. Üyesi,

ORCID ID: 0000-0003-2440-6884

³ Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi,

Diş Hekimliği Fakültesi / Ağız, Diş ve Çene
Radyolojisi

Doç.Dr.,

ORCID ID: 0000-0003-1177-4012

Yazışma Adresi:

Doç. Dr. Hasan HATİPOĞLU

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi,

Diş Hekimliği Fakültesi/ Periodontoloji AD

Evliya Çelebi Kampüsü, Tavşanlı Yolu 10.km,

Kütahya/Türkiye

E-mail: periohasan@yahoo.de

Gönderim tarihi: 25 Ekim 2018

Kabul Tarihi: 10 Mart 2019

Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr

www.bau-sbdergisi.com

GİRİŞ

Ülkemizde psikiyatrik problem yaşayan hastaların sayısının ciddi derecede olduğu belirtilmiştir¹. Diş hekimliği, hastalarla birebir iletişim halinde olması ve özellikle son dönemlerde sağlık hizmetlerine ulaşımın kolaylaşması nedeniyle toplumun geniş kitlelerine ulaşmaktadır. Diş hekimlerinin bu nedenle psikiyatrik sorunu bulunan kişilerle irtibat halinde olması kaçınılmazdır. Dental-psikiyatri ilişkisi birkaç yönden ele alınmalıdır. Öncelikle diş hekimleri bu psikiyatrik rahatsızlıklar ile kliniklerinde sıklıkla karşılaşabilirler. Diş hekimliği tedavilerinde karşılaşılan problemler kişide mevcut psikiyatrik sorunun büyümesi (anksiyete, fobi vb.) ile sonuçlanabilir^{2,3}. Diş hekimi psikojenik ağrı, yeme bozuklukları, madde bağımlılığı gibi durumlarda hasta ile karşılaşılan ilk kişi olabilir². Bu da diş hekiminin psikiyatrik

ÖZ

Diş hekimliği uygulamaları toplumun büyük bir kısmında yaygın bir şekilde yapılmaktadır. Yapılan değerlendirmelerde kişilerin psikiyatrik bir sorunla karşılaşma olasılıklarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Dolayısıyla psikiyatrik sorunların diş hekimliği kliniklerinde sıklıkla karşılanması ihtimali bulunmaktadır. Psikiyatrik tablolarda kullanılan ilaçlar ve/veya hastalıklara eşlik eden klinik bulgular, hastaların dental tedavilerinde dikkat gerektiren unsurları ortaya çıkarmaktadır. Kronik psikiyatrik rahatsızlığı bulunan hastalarda genel topluma göre daha zayıf bir oral sağlık izlenmektedir. Bu hasta grubunda koruyucu diş hekimliği önlemlerinin özel bir yeri vardır.

Bu derlemedeki amaç toplumda sık izlenen ve diş hekimliği kliniğinde karşılaşılabilecek psikiyatrik hasta gruplarının özelliklerini ortaya koymak ve olası dental bulguları tartışmaktır.

Anahtar Kelimeler: Diş Hekimliği, Psikiyatri, Dental tedavi

ABSTRACT

It's known that facing a psychiatric problem throughout the life is common. Dental treatments and applications are widely used in most of the society. Therefore, such clinical problems may be encountered in dental clinics frequently. Drugs using in psychiatry clinic and/or accompanying clinical findings reveal the need for attention in dental treatment in psychiatric patients. People with chronic psychiatric disease have weaker oral health than the general population. Therefore, it is necessary to enhance preventive dental care in this population.

The aim of this review is to reveal the characteristics of psychiatric patient groups that can be encountered often in the dental clinic and discuss the effect of possible dental treatment processes.

Key words: Dentistry, Psychiatry, Dental Care

teşhis ve tedavi aşamalarında yer almasını sağlar. Özellikle diş hekimliği kliniklerinde temporomandibuler eklem (TME) rahatsızlıkları ve brüksizm sık izlenmektedir. Bu klinik durumların etiyolojisi arzu edilen seviyede bilinmemektedir. TME rahatsızlıkları ve brüksizm ile ilgili psikosomatik komponentlerin de etkili olduğu düşünülmektedir. Bu klinik entiteler ile ilgili iki etiyolojik modelden bahsedilebilir. Birinci modelde (şekilsel) maksillomandibular ilişkinin değişmesi veya maloklüzyon sebep olarak değerlendirilirken, ikinci modelde (fonksiyonel) stres, gerilim ve kişilik özellikleri ön plana çıkmaktadır³. Öte yandan brüksizm, oral distoni ve tükürükteki değişiklikler (kserostomi) psikiyatrik hastaların tedavisinde kullanılan ilaçların yan etkileri olarak ortaya çıkabilir².

Psikiyatri hastaları açısından bakıldığında önemli hususlardan biri de bu hasta grubunda oral problemlerin artmış olmasıdır⁴⁻⁷. Psikiyatrik rahatsızlığı bulunan hastalarda artmış bir tedavi gereksinimi olduğu belirtilmiştir^{7,8}. Sunulan bir çalışmada psikiyatrik tedavi amaçlı hastanede kalan bireylerde yapılan bir değerlendirmede, hastaların genel popülasyona göre oral sağlıklarının kötü olduğu, hastaların %68'inin restorasyon ve endodontik tedavi gereksinimi olduğu, %45'inin protetik rehabilitasyona ihtiyaç duyduğunu ve %49.5'inde periodontal ceplere rastlandığı ortaya konmuştur⁹. Yine yapılan bir çalışmada, 6-17 yaş arasında hastanede müşahade altında olan özellikle stres ile ilişkili rahatsızlığa sahip çocuklarda daha yüksek çürük prevalansı izlendiği bildirilmiştir¹⁰. Benzer şekilde diş hekimliği birimlerine başvuran psikiyatri hastalarında oral sağlığın kontrol gruplarına göre daha kötü olduğu belirtilmiştir^{11,12}. Bu durumlara rahatsızlığı bulunan kişinin genel-oral sağlığa ilgisinin azalması, oral hijyen – genel kişisel bakım alışkanlıklarını değiştirmesi, kötü alışkanlıklar edinmesi (alkol-madde bağımlılığı vb.) ve sosyal ilişkilerinin zayıflaması neden olabilmektedir⁴. Dental tedaviden korkup tedavi yaptırmama, diş fırçalamama gibi oral hijyen alışkanlıkları ihmal etme eğilimi olduğu ve oral sağlığın bu kişiler için bir öncelik taşımadığı önerilmiştir^{9,12}. Öte yandan Gürbüz ve ark.¹³ farklı ülkelerde yapılan çalışmaları derledikleri makalelerinde oral sağlığa yaş, cinsiyet, konulan psikiyatrik teşhis, hastanede kalma süresi ve kullanılan ilaçların da etkili olduğunu bildirmişlerdir. Bu derleme makalesinde, anksiyete-dental anksiyete, obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), duygu durum bozuklukları (depresyon, bipolar bozukluk), yeme bozuklukları, madde kullanımı, şizofreni, hipokondriazis gibi psikiyatrik rahatsızlıklar ve psikiyatride kullanılan başlıca ilaçların diş hekimliği kliniğinde oluşturduğu olası etkiler irdelenecektir.

Anksiyete-Dental Anksiyete

Anksiyete (korku), aslında zor durumlarda ve stres altında gerçekleşen olaylarda “normal” bir cevap olarak karşımıza çıkar ve kişileri olaylara karşı odaklamaya hazırlar. Anksiyete, artarak normal yaşam sürecine engel olması ile “patolojik” hale gelebilir. Kişilerin olaylara farklı tepki göstermesi doğaldır. Ancak aşırı tepki gösterme neticesinde sağlıklı düşünme ve olaylara mantıklı yaklaşım engellenebilir. Bu durumda anksiyete bozuklukları akla gelmelidir². Genel olarak anksiyete bozuklukları durumsal (*state*) ve sürekli (*trait*) anksiyete olarak ikiye ayrılabilir^{2,14,15}. Tehlikeli ve istenmeyen durumlarda durumsal anksiyete ortaya çıkar. Sürekli anksiyete ise bir neden yokken de var olan ve bir

nedenle, durumla karşı karşıya kalındığında uzun süreli ve şiddetli olan anksiyetedir^{2,14,15}. Durumsal anksiyetenin çevresel faktörlerden etkilendiği düşünülmektedir¹⁵. Üzerinde durulması gereken bir terim de “Kaygı”dır. Kaygı ile anksiyete farklı anlamlara gelen iki terimdir¹⁶. Diş hekimliği işlemlerinde hasta tarafından bilinmeyen uygulamaların oral bölgede gerçekleştirilecek olması korkuyu-kaygıyı farklı düzeylerde artırabilir. Geçmiş dental tedavi tecrübelerinin de dental anksiyete ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir¹⁷. Anksiyete, klinik uygulamalarda tedavi zamanının artması – tedavi kalitesinin düşmesi ve teşhiste hatalar gibi istenmeyen etkiler oluşturabilir^{18,19}. Öte yandan dental anksiyete ve kaygı, tükürükte kortizol konsantrasyon seviyesinin artışına neden olmaktadır²⁰. Genel vücut sağlığı açısından bakıldığında sistemik kortizol artışının kardiyovasküler olaylara ve hipertansiyona zemin hazırladığı bildirilmektedir²¹. Diş hekimliğinde anksiyete ülkemizde de çalışılan bir konudur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada dental anksiyetenin, genel anksiyete ile ilişkili olduğunu, gençler ve kadınlarda daha fazla olduğu ortaya konulmuştur²². Akarlan ve ark.²³ tarafından gerçekleştirilen başka bir değerlendirmede, sürekli anksiyete ile dental anksiyete ilişkili bulunmuş ancak incelenen dental parametrelerden “Decay-Missing-Filled Teeth” [(DMFT)- çürük-kayıp-dolgulu diş] indeks değerleri ile ilişkili bulunmamıştır.

Obsesif-Kompulsif Bozukluk

Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), isminden de anlaşılacağı üzere iki ayrı kısımdan oluşmaktadır. Obsesyon, tekrarlayan istemsiz düşünceler ve fikirler normal yaşamı etkilemekte ve rahatsızlığın ikinci kısmı olan kompülsiyonlara zemin hazırlamaktadır. Hasta kompülsiyonlar ile obsesyonlara tepki olarak yerleşmeye başlayan anksiyeteye karşı stereotipik hareketler ile girişimde bulunur. Hastalar bu aşamada uygulanan ritüellerin farkında olabilir veya olmayabilir. Bu bozukluk kişiyi bir düşünce ve davranış döngüsüne hapseder ve kişi kendini kısıtlar^{24,25,26}. Bulaşma obsesyonu ve temizlik kompülsiyonu, kuşku obsesyonu ve kontrol kompülsiyonu, cinsel içerikli obsesyonlar, dini içerikli obsesyonlar, simetri/düzen obsesyon ve kompülsiyonları, dokunma kompülsiyonları, biriktirme ve sayma kompülsiyonları ve batıl itikatlar, uğurlu/uğursuz sayı ve renk gibi durumlar ve ritüeller bu konu başlığı altında irdelenebilir^{25, 26}. Bu ritüellerin oral kavitede de (Ör: belli durumlarda dişlerin belli sayıda birbirine değdirilmesi²⁴ veya aşırı fırçalama²⁷ gibi) veya dental ofiste (Ör: dental ünitenin kişinin gözünün önünde temizlenmesi ve belli bir oturma pozisyonu)²⁸ gerçekleştirilmesi olasılık dahilindedir. Bu hastalık grubuna ait dental literatürün daha çok vaka raporu olduğu göze çarpmaktadır.

Yukarıda da özellikleri değinilen OKB hastalarının oral durumlarının üzerinde çalışılması gereken bir konu olduğunu bu makalenin yazarları olarak düşünmekteyiz.

Duygu Durum Bozuklukları

Duygu durum bozuklukları, kişide işlev bozukluğuna neden olabilen, nöbetler şeklinde seyreden, nöbetler arasında iyilik dönemleri olabilen, döngüsel bir şekilde kişilerin duygularında değışimlere neden olan, tekrarlayan tarzda rahatsızlıklardır. En bilinenleri majör depresif bozukluk ve bipolar bozukluklardır. Depresyon; olumsuz koşullar üzerine bir tepki olarak ortaya çıkar. Benzer şekilde duygularda etkilenir, sürekli olabilen bu durum, günlük yaşamı ve işlevselliği bozabilir^{29, 30}. Bipolar bozukluk [(BPP); manik-depresif bozukluk], kişilerin düşünce, ruh hali ve davranışsal modellerinde (mani-depresyon gibi) farklı dönemsel değışiklikler gözlenen bir rahatsızlıktır. Genel olarak dönemsel değışiklikler önceden kestirilemez ve bu dönemlerin süresi farklı olabilir³¹. Manik dönemler hiperaktif bir dönem ile karakterizedir. Depresif dönemde ise üzüntü, iştah kaybı, ilgisizlik, uykusuzluk ve azalmış enerji gibi bulgular izlenir. Yine bu rahatsızlık çerçevesinde intihar oranlarının arttığı bilinmelidir^{31,32}. Dental açıdan bakıldığında hastanın kullandığı ilaçlar ve genel durumu hakkında doktoru ile temasa geçilmesinde yarar vardır. Kullanılan ilaçların etkisiyle oluşabilen tükürük azlığı, yutkunma güçlüğü oluşması söz konusu olabilir. Depresif safhada olan hastada, dental açıdan istenilen tedavi sonuçlarının (oral hijyen sağlanması vb.) elde edilebilmesi zorlaşacaktır. Öte yandan manik fazda olan hastada aşırı hijyen uygulamaları neticesinde servikal abrazyonların oluşması olasılık dahilindedir³². Geç dönem depresyonunda, diş hekimliği kliniği yönünden bakıldığında karyojenik bir diyet, hızlı çürük oluşumu, artmış periodontal hastalıklar ve ağız kuruluğu izlenebilmektedir³³. Duygu durum bozukluklarında özellikle BPP' da madde kötüye kullanımının arttığı bilinmektedir³¹. Bu durumda oral kavite de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu bireylerde implant ve sabit protez planlamaları vakaya özgün olarak oluşturulmalıdır. Mevcut oral durumları iyice irdelenmeli varsa olumsuz etkiler (ağız kuruluğu, brüksizm vb.) elimine edildikten sonra hasta bu tedaviye aday olmalıdır.

Yeme Bozuklukları

Yeme bozukluklarında genetik, psikolojik, biyolojik, sosyal ve kültürel faktörler önemli yer tutar³⁴. Bu kısımda anoreksiya nervosa ve bulimia nervosa'dan bahsedilecektir. Anoreksiya nervosa da birey zayıflamak, kilo almamak için besin alımını ciddi anlamda kısıtlamaktadır. Bulimia nervosa da mevcut bulgular yemek yemede kontrolsüz davranışlar, isteyerek istifra

etmek, aşırı diüretik, aşırı laksatif kullanımı ve ekzersizlerdir³⁵. Bazı otoriteler iki ana durumu farklı klinik entiteler olarak gözlemlerken, bazı otoriteler ise bulimia nervosa anoreksiya nervosa'nın bir değışik formu olarak görmektedir³⁵. Oral bulgu olarak anoreksiya nervosada ağız kuruluğu, büyümüş parotis bezi ve atrofik oral mukozaya göze çarparken, bulimia nervosada diş erozyonları, diş hassasiyetleri, ağız kuruluğu, diş çürükleri, periodontal hastalıklar, büyümüş parotis bezi ve kötü oral hijyen izlenmektedir. Bulimia nervosada dişlerin erozyon şekli kronik alkol tüketimi ve gastroözofageal reflü hastalarına benzer olup dişlerin lingual-palatal yüzeyleri etkilenmektedir³⁵. Brezilya'da yapılan ve yeme bozukluğu bulunan ile bulunmayan grupların karşılaştırıldığı bir araştırmada, yeme bozukluğu olanlarda özellikle molar dişlerde aşınmaların anlamlı olduğu ve aşınmaların oral alışkanlıklar (bir obje ısırma vb.) ve TME ağrıları ile ilişkili bulunduğu bildirilmiştir³⁶. İstifra sıklığı, istifra süresi ile oral hijyen ve erozyonlar arasında bir ilişkiye rastlanılmamıştır³⁷. Bu tarz bulgular ile karşılaşılmaması durumunda diş hekimi psikiyatrik tedavi basamağına gereken yönlendirmeleri yaparak katkıda bulunabilir. Mevcut yemek yeme bozukluğu düzelmeden dental tedavi planı yapmak zordur. Flor uygulamaları, tükürük yapısını taklit eden gargaraların kullanılması ve protetik restorasyonlar diş yapısının daha fazla etkilenmemesi bakımından gündeme gelebilir.

Madde Kullanım Bozuklukları

Madde kullanım bozukluklarını kısaca madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı olarak değerlendirmek mümkündür. Madde kötüye kullanımının, madde bağımlılığına nazaran daha hafif bir bozukluk olduğu bildirilmiştir³⁸. Kullanımı suistimal edilen başlıca ajanlar alkol, esrar, eroin, kokain, amfetamin, metamfetamin, ketamin, liserjik asid dietilamit (LSD) vb. maddelerdir³⁹. Bu derleme makalesinde bütün kullanımının zararları üzerinde geniş kapsamı nedeniyle durulmayacaktır. Maddelerin kötüye kullanılması ve madde bağımlılığı bulunan bireylerin oral kavitesinde kötü oral hijyen, artmış çürük oluşumu ve ağız kuruluğu sık izlenen değışikliklerdir. Öte yandan dişlerin oklüzal yüzeylerinin aşınması ve brüksizm sıklıkla izlenebilir^{39, 40, 41}. Maksillofasiyal travma madde ve alkol bağımlılarında sık izlenen bir tablodur. Yine tat almada değışiklik bu bireylerde izlenen bir klinik durumdur. Alkol kullanan bireylerde genellikle siroz gelişimi ile yanlış-eksis beslenme durumları, parotis bezlerinin çift taraflı ağrısız büyümesi ve kendine has bir ağız kokusu ortaya çıkabilir. Beslenme bozukluklarına bağılı olarak oral kavitede glossit, dudaklarda chellitis ve dil papillalarında kayıp izlenebilir. Vitamin K yetersizliği, portal hipertansiyon ve

splenomegali dişetlerinde kanamaya, ekimoz ve Öte yandan madde kullanan hastalar artmış Hepatit B, HIV gibi viral ve bakteriyel (Neisseria gonorrhoeae, Treponema pallidum ve Mycobacterium tuberculosis) enfeksiyon riskleri altındadırlar^{39,41}. Alkol ve sigara kullanımının oral skuamöz hücreli karsinomaların oluşumlarında etkili olduğunu unutmamak gerekir⁴².

Şizofreni

Şizofreni alevlenme ve remisyonlar ile karakterize kronik mental bir hastalıktır. Bu hastalık halk sağlığı açısından önemli bir yer tutmaktadır⁴³. Şizofreni semptomları pozitif (gerçekle ile temasın kaybı, halüsinasyonlar, dağınık konuşma ve davranış gibi), negatif (sosyal olarak geri çekilme, anhedoni ve azalmış inisiyatif ve enerji gibi) ve kognitif olmak üzere üç ana başlıkta incelenebilmektedir⁴⁴. Yapılan bir çalışmada, şizofreni hastalarının kontrol grubuna göre daha fazla çürük ve kayıp dişlere sahip olduğu ve tedavi gereksinimlerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir⁴⁵. Şizofreni bulunan bireylerde ilerlemiş yaş, sigara kullanımı, tremor durumu ve daha seyrek diş fırçalaması daha büyük DMFT skorları ile ilişkili bulunmuştur⁴⁶. Periodontal hastalık bakımından şizofreni hastalarının daha büyük bir risk altında olduğunu belirten literatür bilgisi mevcuttur⁴⁷. Uzun süredir şizofreni söz konusu olan hastalarda gingival, plak indeksleri ve cep derinliği ölçümlerinin artmış olduğu bildirilmektedir⁴⁸. Birinci kuşak antipsikotik ve antihipertansif kaynaklı hiposalivasyon tedavi edilen diş çürüğü riskinin artmasıyla ilişkili olarak gözlemlenmiştir⁴⁹. Antipsikotik ilaçlardan kaynak alan ağız kuruluğunun, periodontal hastalığın ve çürükler nedeniyle hastaların dental sağlık hizmeti sunan birimlere başvurması olasılık dahilindedir⁵⁰. Dental tedavi hizmeti sağlayıcıların ağız kuruluğu haricinde yutma zorluğu, çiğneme sırasında spazm, tekrarlayan oral ülserler ve oral kandida ile karşılaşma ihtimali vardır⁵¹.

Hipokondriazis

Hipokondriazis, kişinin zihninin hastalığa yakalanma korkusu veya belirli bir bedensel şikayete-hastalığa sahip olduğu inancı ile sürekli meşgul olmasıdır². Bu durumda olan kişiler altta yatan herhangi bir etiyoloji olmaksızın belli bulgulardan şikâyet edebilir. Diş hekimliği kliniklerine farklı klinik özellikler ile bu tarz hastaların başvurması olasılık dâhilindedir. Bu kişiler gerek tıbbi gerekse diş hekimliği tedavileri aşamasında yanlış yönlendirmelere ve tedavilere sebebiyet verebilmektedir⁵². Bu tarz hastaların dental tedaviye başlamadan önce tespit edilmesi durumunda ilk etapta psikiyatrik yardım için ilgili uzmana yönlendirilmesi önerilmektedir. Zira nedensiz tekrarlanan

peteşilerin izlenmesini sebep olabilir. değerlendirmeler hastalık inançlarını güçlendirecek ve mevcut durumu daha da kötüleştirebilecektir².

Psikiyatride Kullanılan İlaçların Diş Hekimliği Kliniğinde Oluşturduğu Etkiler

Psikiyatride kullanılan ilaçların oral kaviteye etkileri (direk-indirek) vardır. Dental tedavide kullanılan ilaçların, psikiyatride kullanılan ilaçlar ile etkileşme potansiyeli bulunmaktadır. Ağız kuruluğu ilaçların neden olduğu ve en sık izlenen yan etkidir. Ağız kuruluğu ile mukozanın kayganlaşması azalmakta bu da özellikle parsiyel-total protez kullanan bireylerde mukozal yaralanma riskini artırmaktadır^{53, 54}. Psikiyatride kullanım alanı bulan başlıca ilaçlar kısaca şu şekilde sıralanabilir: Sedatif anksiyolitikler (ör: benzodiyapinler), antidepresanlar (monoamin oksidaz inhibitörleri [(MAO inhibitörleri), ör: fenelzin], trisiklik antidepresanlar [(TA), ör: amitriptilin], selektif serotonin geri alım inhibitörleri [(SSRI), ör: fluoksetin, paroksetin, sertralin], atipik antidepresanlar (ör: trazodon, venlafaksin, bupropion, nefazodon), antipsikotik ilaçlar (ör: trifluoperazin, klorpromazin, risperidon, olanzapin), antimanik ilaçlar (ör: lityum) ve antikonvülzan ilaçlar (ör: karbamazepin, gabapentin, pregabalin, lamotrijin, topiramet, valproik asit.)^{55, 56}. Diş hekimliği kliniğinde ve hastalarında dikkat edilmesi gereken hususlar ilaç gruplarına göre aşağıda belirtilmiştir.

-Sedatif anksiyolitikler: Bu grupta olan ilaçlar ağız kuruluğu veya salya artışının izlenmesi en sık gözlenen yan etkilerdir. Tat alma bozuklukları da izlenebilir³². Bu ilaçları (ör. benzodiyazepin) kullanırken özellikle makrolid antibiyotiklerin kullanımında dikkatli davranılmalıdır (yüksek serum düzeyleri-uzamış yarılanma ömrü)⁵⁵.

-Antidepresanlar: Hiposalivasyon bu ilaç grubunda sıklıkla izlenen bir yan etkidir⁵⁷. Bu ilaç grubunun tükürük sekresyonuna etki etmesi ile artmış oral enfeksiyon riskinin ve artmış çürük gelişiminin görülebileceği bilinmektedir. Hiposalivasyon ağız kuruluğu, susama hissi, özellikle gece beliren oral şikâyetler, yanma hissi, artmış periodontal hastalık, ilerleyen çürük gelişimi gibi şikâyetlere sebep olmaktadır⁵⁷. Yine reçete edilen farklı ilaçlar ile antidepresanlar arasında etkileşim izlenmektedir. Örneğin SSRI ile diş hekimliği kliniklerinde sıklıkla reçete edilen non-steroid antienflamatuar ilaçlar (NSAI) arasında ilaç etkileşimi nedeniyle gastrointestinal kanama riskinin arttığı rapor edilmiştir⁵⁵. Parasetamol ile TA arasında olası bir ilişkiden bahsedilmektedir⁵³. Öte yandan TA'lar antikolinergik ve norepinefrinin semptomimetik etkilerini artırmaktadır.

Bu olası etkileşim nedeniyle TA kullanan hastada epinefrin/levonordefrin içeren ilaçların (vazokonstriktör içeren lokal anestezi vb.) kullanımında azami dikkat gösterilmelidir⁵⁵. Antidepresanlarda (ör: paroksetin, sertralin) oral bölgede yan etki olarak izlenen bir diğer durumda diş sıkma alışkanlıklarının oluşması veya şiddetlenmesidir^{58, 59}. Bu durum hastalarda dikkatle bir şekilde izlenmeli ve gerekli önlemler (ör. plak yapımı vb.) alınmalıdır. Yine mandibuler distoninin sertralin kullanımına bağlı olarak geliştiği rapor edilmiştir⁵⁹.

-Antipsikotik ilaçlar: ile ağız kuruluğu, salya artışı, yutma zorluğu, tat duyusunda bozukluk, stomatitis, gingivitis, glossit, dilde ödem, dilde renk değişikliği, brüksizm gibi yan etkilere rastlamak mümkündür³².

-Antimanik ilaçlar: Lityum karbonat alan hastalarda ağız içinde likenoid benzeri lezyonların izlendiği stomatit tablosunun izlenebildiği rapor edilmiştir⁶⁰. Yine nonspesifik stomatit bulguları lityum tedavisi alanlarda gözlenmiştir⁶¹. Lityumun toksisite bakımından NSAİ'lar ve metronidazol ile etkileşimi vardır⁵⁵.

-Antikonvülzan ilaçlar: Bu grupta yer alan ilaçlar (sodyum valproat, karbamazepin) ağız kuruluğu, tat alma bozukluğu ve glossit gibi yan etkiler ortaya koyabilir.³² Diş hekimliğinde özellikle asetaminofen ve makrolid grubu antibiyotik ile toksisite bakımından etkileşim bildirilmiştir⁵⁵. Öte yandan sodyum valproat gibi antikonvülzan ilaçlar dişeti büyümelerine neden olabilmektedir⁶².

Diş hekimleri sistemik rahatsızlıklara verdikleri önemin bir benzerini psikiyatrik rahatsızlıklar için de göstermelidir. Diş hekimliği kliniğinde karşılaşılabilecek psikiyatrik rahatsızlıklar için artmış bir bilgi birikimine ihtiyaç vardır. Bu durum diş hekimliği mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası verilecek eğitimlerle sağlanabilir. Bu rahatsızlığa sahip bireylerden alınan anamnezlerin detaylandırılarak oral kavitenin durumunu ortaya koyan kapsamlı çalışmaların hala önemini koruduğuna inanmaktayız. Psikiyatri hekimleri ile yapılacak görüş alışverişleri ile hastada mevcut psikiyatrik hastalık ve bunlara bağlı semptomların giderilmesine ve tedavisine yardımcı olunabilir.

KAYNAKLAR

1. TC. Sağlık Bakanlığı, Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023), Ankara 2011., http://www.istanbul.saglik.gov.tr/w/sb/halksag/belge/mevzuat/ulusal_ruh_saglik_eylem_plan.pdf Erişim Tarihi: 30.7.2018.
2. Brown S, Greenwood M, Meechan JG. General medicine and surgery for dental practitioners. Part 5-Psychiatry. *Br Dent J*. 2010; 209(1):11-16.
3. Bathla M, Chandna S, Mehta DS, Grover HS. Dentistry and Psychiatry: It's Time to Bridge the Gap. *Delhi Psychiatry Journal*. 2015; 18 (1):20-24.
4. Jovanovic S, Milovanovic SD, Gajic I, Mandic J, Latas M, Jankovic L. Oral health status of psychiatric in-patients in Serbia and implications for their dental care. *Croat Med J*. 2010; 51(5):443-450.
5. Arnaiz A, Zumárraga M, Díez-Altuna I, Uriarte JJ, Moro J, Pérez-Ansoarena MA. Oral health and the symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2011; 188(1):24-28.
6. Chu KY, Yang NP, Chou P, Chiu HJ, Chi LY. Comparison of oral health between inpatients with schizophrenia and disabled people or the general population. *J Formos Med Assoc*. 2012; 111(4): 214-219.
7. Ramon T, Grinshpoon A, Zusman SP, Weizman A. Oral health and treatment needs of institutionalized chronic psychiatric patients in Israel. *Eur Psychiatry*. 2003; 18(3): 101-105.
8. Farhadmollashahi L, Lashkaripour K, Bakhshani NM, Faghihinia M. Dental Health Status in Hospitalized Psychiatric Patients in Sistan and Baluchestan Province, Iran. *Health Scope*. 2014; 3(4):e21626.
9. Teng PR, Su JM, Chang WH, Lai TJ. Oral health of psychiatric inpatients: a survey of central Taiwan hospitals. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011; 33(3): 253-259.
10. Schüller IM, Bock B, Heinrich-Weltzien R Et al. Status and perception of oral health in 6-17-year-old psychiatric inpatients—randomized controlled trial. *Clin Oral Invest*. 2017; 21(9): 2749-2759.
11. Grewal H, Sharma H, Rajpal, Bhatia MS, Choudhary R. Oral Health of Non-Institutionalized psychiatric patients: A Dentist Perception. *Delhi Psychiatric Journal*. 2014;17(1):44-47.
12. Sacchetto MSL, Andrade NS, Brito MHSF, Lira DMMP, Barros SSLV. Evaluation of oral health in patients with mental disorders attended at the clinic of oral diagnosis of a public university. *Rev Odontol UNESP*. 2013; 42(5): 344-349.
13. Gürbüz Ö, Altınbaş K, Kurt E. Psikiyatrik Hastalarda Ağız Sağlığı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011; 3(4):628-646.
14. Karaoglu N, Bulut S, Baydar A, Carelli F. Aile hekimlerinde durumluk ve sürekli anksiyete düzeyi: Bir vaka kontrol çalışması. *Türk Aile Hek Derg*. 2009; 13(3): 119-126.
15. Lau JYF, Eley TC, Stevenson J. Examining the State-Trait Anxiety Relationship: A Behavioural Genetic Approach. *J Abnorm Child Psychol*. 2006; 34(1):19-27.
16. Zafersoy Akarslan Z, Erten H. Diş hekimliği korkusu ve kaygısı, *Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 2009; 33(1):62-68.
17. Brukiene V, Aleksejuniene J, Balciuniene I. Is dental treatment experience related to dental anxiety? A cross-sectional study in Lithuanian adolescents. *Stomatologija*. 2006; 8(4):108-115.

18. Smyth JS. Some problems of dental treatment. Part 1. Patient anxiety: some correlates and sex differences. *Aust Dent J.* 1993; 38(5):354-359.
20. Benjamins C, Asscheman H, Schuurs AH. Increased Salivary Cortisol in Severe Dental Anxiety. *Psychophysiology.* 1992; 29(3):302-305.
21. Whitworth JA, Williamson PM, Mangos G, Kelly JJ. Cardiovascular consequences of cortisol excess. *Vasc Health Risk Manag.* 2005; 1(4):291-299.
22. Pekkan G, Kılıçoğlu A, Hatipoğlu H. Relationship between dental anxiety, general anxiety level and depression in patients attending a university hospital dental clinic in Turkey. *Community Dent Health.* 2011; 28(2):149-153.
23. Akarlan ZZ, Erten H, Uzun Ö, İşeri E, Topuz Ö. Relationship between trait anxiety, dental anxiety and DMFT indexes of Turkish patients attending a dental school clinic. *East Mediterr Health J.* 2010; 16(5):558-562.
24. Herren C, Lindroth J. Obsessive Compulsive Disorder. *J Contemp Dent Pract.* 2001; (2)3: 41-49.
25. Karamustafaloğlu KO. Obsesif Kompulsif Bozukluk. <http://turkishfamilyphysician.com/wp-content/uploads/2016/08/C1-S1-obsesif-kompulsif-bozukluk.pdf> (Erişim Tarihi: 30.07.2018).
26. Türkiye Psikiyatri Derneği, Anksiyete Bozuklukları Bilimsel Çalışma Birimi. Obsesif-Kompulsif Bozukluk, Hastalar ve yakınları için rehber. <http://www.psikiyatri.org.tr/halkayonelik/29/obsesif-kompulsif-bozukluk> (Erişim Tarihi:30.07.2018).
27. Arora L, Shahi N, Sharma A, Philip S, Singh AIP. Dental Manifestations of Obsessive Compulsive Disorder: A Case Series. *Delhi Psychiatry Journal.* 2013; 16(1):115-119.
28. Ahuja R, Shigli AL, Thakur G, Jain U. Juvenile obsessive compulsive disorder in a paediatric dentistry set-up. *BMJ Case Rep.* 2015; 2015. Pii: bcr2015209864.
29. Savrun BM, Depresyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/17/1701ms.pdf> (Erişim Tarihi:30.07.2018).
30. Friedlander AH, West LJ. Dental management of the patient with major depression. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1991; 71(5):573-578.
31. Clark DB. Dental Care for the Patient with Bipolar Disorder. *J Can Dent Assoc.* 2003; 69(1):20-24.
32. Friedlander AH, Friedlander IK, Marder SR. Bipolar I disorder Psychopathology, medical management and dental implications. *J Am Dent Assoc.* 2002; 133(9): 1209-1217.
33. Friedlander AH, Friedlander IK, Gallas M, Velasco E. Late-life depression: its oral health significance. *Int Dent J.* 2003; 53(1):41-50.
34. Steinberg BJ, Medical and Dental Implications of Eating Disorders. *J Dent Hyg* 2014; 88(3): 156-159.
35. Little JW. Eating disorders: Dental implications. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2002; 93(2):138-143.
36. de Carvalho Sales-Peres S, Araújo J, Marsicano J, Bastos J. Prevalence, severity and etiology of dental wear in patients with eating disorders. *Eur J Dent.* 2014; 8(1): 68-73.
19. Eli I. Dental anxiety: a cause for possible misdiagnosis of tooth vitality. *Int Endod J.* 1993; 26(4):251-253.
37. Frydrych AM, Davies GR, McDermott BM. Eating disorders and oral health: A review of the literature. *Aust Dent J.* 2005; 50: (1):6-15.
38. Güleç G, Köşger F, Eşsizöglü A. DSM-5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2015; 7(4):448-460.
39. Drug and Alcohol Abuse,"Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL (eds). Dental Management of the Medically Compromised Patients. 8. baskı." kitabında s.562-574, Mosby, USA (2012).
40. Hamamoto DT, Rhodus NL. Methamphetamine abuse and dentistry. *Oral Dis.* 2009; 15(1):27-37.
41. Epstein JB: Dental Correlations, "Rose LF, Kaye D, (eds): Internal Medicine for Dentistry. editors. 2. baskı" kitabında s.755-770, The C.V.Mosby Company, USA (2012).
42. Hema KN, Smitha T, Sheethal HS, Mirnalini SA. Epigenetics in oral squamous cell carcinoma. *J Oral Maxillofac Pathol.* 2017; 21(2):252-259.
43. Đorđević V, Đukić Dejanović S, Janković L, Todorović L. Schizophrenia and Oral Health - Review of the Literature. *Balk J Dent Med.* 2016; 20: 15-21.
44. Kahn RS, Sommer IE, Murray RM, et al. Schizophrenia. *Nat Rev Dis Primers.* 2015; 1: 15067.
45. Velasco-Ortega E, Monsalve-Guil L, Ortiz-Garcia I, Jimenez-Guerra A, Lopez-Lopez J, Segura-Egea JJ. Dental caries status of patients with schizophrenia in Seville, Spain: a case-control study. *BMC Res Notes.* 2017; 18; 10(1):50.
46. Tani H, Uchida H, Suzuki T Et al. Dental conditions in inpatients with schizophrenia: a large-scale multi-site survey. *BMC Oral Health.* 2012; 12: 32.
47. Eltas A, Kartalci S, Eltas SD, Dündar S, Uslu MO. An assessment of periodontal health in patients with schizophrenia and taking antipsychotic medication. *Int J Dent Hyg.* 2013; 11(2):78-83.
48. Shetty S, Bose A. Schizophrenia and periodontal disease: An oro-neural connection? A cross-sectional epidemiological study. *J Indian Soc Periodontol.* 2014; 18(1):69-73.
49. Hu KF, Chou YH, Wen YH et al. Antipsychotic medications and dental caries in newly diagnosed schizophrenia: A nationwide cohort study. *Psychiatry Res.* 2016; 245: 45-50.
50. Moś DM. Saliva secretion disorder in a schizophrenic patient - a problem in dental and psychiatric treatment: a case report. *Ann Gen Psychiatry.* 2015; 14: 14.
51. Yaltirik M, Kocaelli H, Yargic I. Schizophrenia and dental management: review of the literature. *Quintessence Int.* 2004; 35(4): 317-320.
52. Uguz Ş, Aydın H, Yurdagül E. Monosemptomatik Hipokondriasis: Bir Olgu Sunumu.*Klinik Psikiyatri* 2003; 6:240-243.
53. Lambrecht JT, Greuter C, Surber C. Antidepressants relevant to oral and maxillofacial surgical practice. *Ann Maxillofac Surg.* 2013; 3(2): 160-166.

54. Turner LN, Balasubramaniam R, Hersh EV, Stoopler ET. Drug therapy in Alzheimer disease: An update for the oral health care provider. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2008; 106(4): 467–476.
55. Becker DE. Psychotropic Drugs: Implications for Dental Practice. *Anesth Prog.* 2008; 55(3): 89-99.
56. Attri JP, Bala N, Chatrath V. Psychiatric patient and anaesthesia. *Indian J Anaesth.* 2012; 56(1): 8–13.
57. Peeters FPML, deVries MW, Vissink A. Risks for Oral Health with the use of Antidepressants. *Gen Hosp Psychiatry.* 1998; 20(3): 150–154.
58. Kishi Y. Paroxetine-Induced Bruxism Effectively Treated With Tandospirone. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2007; 19(1):90-91.
59. Uvais NA, Sreeraj VS, Sathish Kumar SV. Sertraline induced mandibular dystonia and bruxism. *J Family Med Prim Care.* 2016; 5(4): 882–884.
60. Hogan DJ, Murphy MD, Burgess WR, Epstein JD, Lane PR. Lichenoid stomatitis associated with lithium carbonate. *J Am Acad Dermatol.* 1985; 13(2 Pt 1):243–246.
61. Bar Nathan EA, Brenner S, Horowitz I. Nonspecific stomatitis due to lithium therapy. *Am J Psychiatry.* 1985; 142(9):1126-1127.
62. Joshipura V. Sodium valproate induced gingival enlargement with pre-existing chronic periodontitis. *J Indian Soc Periodontol.* 2012; 16(2): 278–281.

TROİDEKTOMİ SONRASI HIPOPARATİROİDİZM VE ETKİLERİ

HYPOPARATHYROIDİSM AFTER THYROIDECTOMY AND EFFECTS

Azime Karakoç Kumsar¹, Feride Taşkın Yılmaz²

¹Biruni Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü, İstanbul
ORCID ID: 0000-0001-6178-2147

²Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Suşehri Sağlık Yüksekokulu
Hemşirelik Bölümü, Sivas
ORCID ID: 0000-0003-0568-5902

Yazışma Adresi:

Dr. Öğr. Üyesi Feride TAŞKIN YILMAZ
Cumhuriyet Üniversitesi
Suşehri Sağlık Yüksekokulu, Sivas
E-mail: feride_taskin@hotmail.com

Gönderim tarihi: 02 Kasım 2018

Kabul Tarihi: 22 Ocak 2019

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi
ISSN: 2146-9601
e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr
www.bau-sbdergisi.com

ÖZ

Hipoparatiroidizm, Paratiroid Hormon (PTH) eksikliğinin yol açtığı hipokalsemi, hiperfosfatemi ve hiperkalsiuri ile karakterize endokrin bir bozukluktur. İnsidans ve prevalansı tam tanımlanamayan hastalıklardan olan hipoparatiroidizmin en sık nedeni, tiroid cerrahisi esnasında paratiroid bezlerin çıkartılması ya da paratiroid bezlerinin hasar görmesidir. Hipoparatiroidizm, sık rastlanan santral ve periferik sinir sistemi, kas-iskelet sistemi ve mental fonksiyonları etkileyen geri dönüşü olan nörolojik bulgular ile karşımıza çıkmaktadır. Aynı zamanda, hipokalsemi emptomlarına bağlı kalıcı hipoparatiroidizmde, bireylerin günlük yaşamlarına uyumda önemli sıkıntılar görülebilmekte; genel iyilik hali bu süreçten olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Bu derlemede, hipoparatiroidizmin tanısı, klinik tablosu, güncel tedavisi ve iyilik haline etkisi literatür doğrultusunda incelenmiştir.

Anahtar kelimeler: Paratiroid hormon; hipoparatiroidizm, tiroidektomi.

ABSTRACT

Hypoparathyroidism is characterized by a parathyroid hormone (PTH) deficient leading to hypocalcemia, hyperphosphatemia and hypercalciuria. The most common cause of hypoparathyroidism that is disease the full unidentified of incidence and prevalence, is damage of the parathyroid glands or removing of the parathyroid glands during thyroid surgery. Hypoparathyroidism is a rare endocrine disorder whose incidence and prevalence have not been well defined. Hypoparathyroidism present with reversible neurologic signs and symptoms affecting the central and peripheral nervous system, musculature and mental function. At the same time, depending on hypoparatiroidizm permanent hypocalcemia symptoms, significant problems can be seen in the harmony of people's daily lives; general well-being can be adversely affected by this process. In this review, hypoparatiroidizm the diagnosis, clinical manifestations, effects into line with current treatment and well-being has been investigated in the literature.

Key words: Parathyroid hormone; hypoparathyroidism, thyroidectomy

GİRİŞ

Hipoparatiroidizm, paratiroid bezlerinin zarar görmesi ya da çıkarılması sonucunda, yetersiz Paratiroid Hormon (PTH) salgısına bağlı olarak gelişen; hipokalsemi, hiperfosfatemi ve hiperkalsiuri ile karakterize, nadir görülen bir endokrin bozukluktur¹⁻⁴. Kan ve kemiklerde kalsiyum, fosfat ve D vitamini seviyelerini kontrol eden PTH seviyesinde azalma ya da sıfırlanmasıyla sonuçlanan bu bozukluk, kemik mineral homeostazında bozukluklara, hipokalsemi ve hiperfosfatemiye neden olur^{1,3}. İnsidans ve prevalansı tam tanımlanamayan hastalıklardan olan hipoparatiroidizmin en sık nedeni, tiroid cerrahisi esnasında paratiroid bezlerin çıkartılması ya da paratiroid bezlerinin hasar görmesidir⁵. Daha nadir olarak ise; konjenital, idiyopatik ya da otoimmün bir hastalık (örn. pernisiyöz anemi, Addison's hastalığı) kaynaklı

gelişebilmektedir^{1,2}. Tanı tabanlı bir çalışmada, Amerika Birleşik Devletleri'nde 58.793 kalıcı hipoparatiroidizimli hasta tahmin edildiği rapor edilmiştir¹. Tiroid cerrahisi sonrası hipoparatiroidizm, tüm vakaların yaklaşık %75'inden sorumlu tutulmaktadır⁴. Bu derlemede, yetişkinlerde nadir görülen kronik hastalıklardan biri olan ve sıklıkla tiroidektomi sonrası gelişen hipoparatiroidizmin, kapsamlı bir şekilde ele alınması planlanmıştır. Derlemede, kalsiyum metabolizması, post-tiroidektomi sonrası gelişen hipokalsemi ve hipoparatiroidizm, erken tanı ve ayırıcı tanısı, klinik tablosu, güncel tedavisi ve bakımı ile bireyin günlük yaşamda iyilik haline etkisi literatüre dayalı incelenmiştir. Bu derlemenin amacı, sağlık profesyonellerine hipoparatiroidizm konusunda farkındalık sunmaktır.

Kalsiyum Metabolizması ve Paratiroid Hormonu

Kemik ve böbrekleri etkileyerek vücut kalsiyum metabolizmasını düzenleyen, paratiroid bezlerinden salgılanan bir hormon olan PTH; böbreklerden kalsiyum geri emilimini ve fosfat atılımını artırır. Ayrıca böbrekte 25 hidroksivitamin D (25[OH]D)'nin aktif metaboliti olan 1,25 dihidroksivitamin D3 (1,25[OH]2D3)'e dönüşümünü uyararak, ince barsaktan kalsiyum emilimini artırır. Normal serum PTH değeri 15-65pg/mL'dir^{6,7}.

Serum kalsiyumu, PTH ve D vitamininin kemik, böbrek ve gastrointestinal sistem üzerindeki etkileriyle fizyolojik sınırlar içinde tutulur. Sağlıklı erişkin bireyde kabul edilen normal serum total kalsiyum düzeyi 8.8–10.4mg/dL (2.2–2.6mmol) ve iyonize kalsiyum düzeyi 4.5–5.5mmol/L olarak kabul edilmektedir. Erişkin insan vücudunda bulunan yaklaşık 1000gr kalsiyumun %99'u kemiklerde depolanmakta, kalan %1'i ise kemik dışında bulunmaktadır. Serum kalsiyumu, intrasellüler ve ekstrasellüler sinyal iletimi, sinir uyarısı ve kas kasılması gibi fizyolojik işlemler için gerekli önemli bir element görevi üstlenir. İntrasellüler ve ekstrasellüler alanda dolaşan kalsiyumun yaklaşık %51'i iyonize olarak, %40'ı proteinlere (büyük oranda albümin, bir kısmı globülin) bağlanarak ve yaklaşık %9'u anyonlara (kalsiyum fosfat, kalsiyum karbonat, kalsiyum oksalat gibi) bağlı olarak dolaşmaktadır⁸. Serum iyonize kalsiyum düzeyinde azalma olduğunda, paratiroid bezdeki duyarlı reseptörler (CaR) inaktive olur ve PTH sekresyonu artar. Paratiroid Hormon böbrekteki parathormon reseptörleri (PTHr) üzerine etki ederek; distal tubuluslardan ekstrasellüler alana kalsiyum geri emilimini, proksimal tubulustan fosfor sekresyonunu artırır. Diğer taraftan PTH, kemikte PTHr yoluyla osteoklastik kemik rezorpsiyonunu dakikalar ve saatler içinde arttırarak, kalsiyum ve fosfor mobilizasyonunu sağlar. Ayrıca, böbrekte 1 α -hidroksilaz aktivitesini uyararak 25-OHvitD3'ün, hormonun aktif formu olan 1.25-OHvitD3 (kalsitriol)'e çevrilmesini arttırır. Kalsitriol, vitamin D reseptörleri (VDR) aracılığı ile kalsiyum ve fosforun ince barsaktan emilimini, kemikten kalsiyum ve fosfor mobilizasyonunu arttırır, böbrekte PTH'un distal tubuluslar üzerine etkisini güçlendirir^{4,9}. Hipoparatiroidizmin klinik durumu olan hipokalsemi; total serum kalsiyum düzeyinin 8mg/dL'nin altında olması olarak tanımlanmaktadır¹⁰. Hipokalseminin klinik tablosu, gelişim süresi, şiddeti ve hızına göre değişkenlik göstermekte; tetani, nöbetler, bilinç değişikliği, inatçı konjestif kalp yetmezliği ya da stridor gibi ciddi tabloların nedeni olabilmektedir^{3,11,12}. Uzun süreli hipokalsemi komplikasyonları erken katarakt, psödötümör serebri ve bazal ganglion kalsifikasyonlarını içerir. Ayrıca, kardiyak fonksiyonlar da etkilenebilmektedir. Özellikle, iyonize kalsiyumu uzun

süre düşük seviyelerde olan hastalar asemptomatik olabilmektedir¹². Konvülsiyon, oryantasyon bozukluğu, deliryum, inme gibi nörolojik semptomlar ve elektrokardiyografide QT aralığı uzaması, aritmi, konjestif kalp yetmezliği gibi kardiyak anormallikler gelişebilmektedir⁴. Ayrıca hipokalsemi, bireylerin hastanede yatış sürelerinin uzamasına neden olabilmektedir⁵.

Hipoparatiroidizmin Sınıflandırması

Paratiroid bozukluklarının doğru sınıflandırması, hastalığın tanı ve tedavisine yardımcı olur¹¹. Erişkinlerde hipoparatiroidizmin en sık edinsel nedeni, tiroidektomi sonrası postoperatif gelişen hipoparatiroidizmdir^{3,11,12}. Cerrahi sonraki gelişen hipoparatiroidizmden sonra görülen en sık neden ise, otoimmün hastalıklar olarak düşünülmektedir³. Ayrıca, hipoparatiroidizm bağımsız ya da diğer organ kusurları ile birlikte görülen genetik bir bozukluğa bağlı olabilir. Hipoparatiroidizmin genetik bozuklukları sıklıkla PTH biyosentezi, PTH salgılanması, paratiroid bezi gelişimi ya da paratiroid doku yıkımı süreçlerinde görülen anormalliklere göre tanımlanmış genetik defektlere göre sınıflandırılır. Bu genetik bozukluklar aynı zamanda, diğer organ kusurlarını da içeren kompleks sendromlara bağlı gelişen PTH direnci ya da diğer endokrin bezi anormallikleri ile ilişkili olabilmektedir. Hastaların çoğunda genetik temel net bilinmektedir. Genetik geçiş, otozomal dominant, otozomal resesif ya da X'e bağlı resesif olarak olmaktadır¹¹. Hipoparatiroidizm daha nadir edinsel nedenleri; nadir infiltratif bozukluklar, metastatik hastalıklar, talasemi ya da hemokromatoza nedeniyle paratiroid bezlerinde aşırı demir birikmesi, iyonize radyasyona maruz kalma, alkolizm ve diğer kötü beslenme nedenlerine bağlı gelişen magnezyum eksikliği olarak sıralanmaktadır^{3,7,11}. Geri dönüşümlü nedenlere bağlı olarak da hipoparatiroidizm gelişebilmektedir¹¹.

Tiroidektomi Sonrası Gelişen Geçici ve Kalıcı Hipoparatiroidizm

Günümüzde tiroid cerrahisi kabul edilebilir güvenilirlikte bir tedavi modeli olup; belirli oranda postoperatif komplikasyon gelişme riski taşımaktadır⁴. Dünyada en sık uygulanan cerrahi girişimlerden biri olan, tiroid dokusunun kısmen ya da tamamen çıkartılması anlamına gelen tiroidektomi sonrası en sık gelişen komplikasyon hipokalsemi olarak bildirilmektedir. Postoperatif hipokalseminin en sık sebebi ise, hipoparatiroidizmdir^{6,13-16}. Postoperatif hipoparatiroidizm, genellikle paratiroid bezi ve/veya sinir/kan kaynağının yanlışlıkla hasar görmesi, istenmeden ya da mecburen bezin çıkarılması nedeniyle gelişmektedir^{4,12}.

Hipokalsemi ilk 48 saat içinde semptom vermeyebilir. Semptomatik hipokalsemi %5-30 hastada geçici, %1-4 hastada kalıcı olabilir¹⁷. Literatürde tiroidektomi sonrası hipokalsemi insidansı değişkenlik göstermektedir^{14,18,19}. Genellikle paratiroid bezinin geçici hasarı ile geçici hipoparatiroidizm daha yaygın iken, kalıcı yani kronik hipoparatiroidizm daha nadir görülür. Tiroid cerrahisi sonrası geçici hipoparatiroidizm görülme sıklığı %6.9 ile %46 arasında değişmektedir¹¹. Cerrahi tabanlı bir çalışmada ise, hipoparatiroidizm insidansı %7.6 oranında (%75 geçici ve %25 kalıcı) belirtilmektedir¹. Tiroidektomi ameliyatı sonrasında görülen hipokalseminin sıklığı ve hipokalsemiye etki edebilecek faktörlerin retrospektif olarak incelendiği bir çalışmada, %19.5 oranında geçici hipokalsemi/hipoparatiroidizm, %4.7 oranında ise kalıcı hipoparatiroidizm saptanmıştır. Kalyoncu Gönüllü, Gedik ve ark. çalışmasında geçici hipokalsemi oluşumunu etkileyen faktörler, hipertiroidi nedeniyle ameliyat edilme ve cerrahi yöntem olarak total tiroidektomi uygulanması olarak belirtilmiştir¹⁶. Benign tiroid hastalıkları nedeniyle 2003-2010 arasında total tiroidektomi operasyonu geçiren hastaların dosyalarının retrospektif olarak incelendiği bir çalışmada, %11.53 oranında geçici hipoparatiroidizm ve %0.48 oranında ise kalıcı hipoparatiroidizm saptanmıştır²⁰. Kalıcı hipoparatiroidizm, cerrahiden altı ay sonra bile normokalsemiyi sağlamak için yeterli PTH düzeyinin olmaması olarak tanımlanır. Postoperatif kalıcı hipoparatiroidizm tanısı, ameliyat sonrası altı aylık izlem sonrası kesinlik kazanır. Çünkü hastaların büyük kısmında, birkaç hafta ya da birkaç ay içinde paratiroid bezi fonksiyonlarının geriye döndüğü bildirilmektedir¹¹. Komplikasyon oranını etkilediği ileri sürülen risk faktörleri yaş, cinsiyet, uygulanan cerrahinin genişliği büyüklüğü, tiroid kanseri cerrahisi, geniş lenf nodu disseksiyonu, cerrahin deneyimi, nüks guatr gibi bireysel, tıbbi ve uygulamaya yönelik değişkenlerdir^{10,18}. Postoperatif hipoparatiroidizm bazen boyun cerrahisinden yıllar sonra kalan paratiroid bezi dokusunun yaşa bağlı hipofonksiyonu sonucu da geliştiği gözlenmiştir. Yıllar sonra gelişen bu sürecin mekanizması net değildir, ancak paratiroid bezi kan temininin nihai eksikliği bir olasılık olarak düşünülmektedir¹¹. Tiroid cerrahisi sonrası gelişen kalıcı hipoparatiroidizm insidansının, operasyonun kapsamı ve cerrahi tekniğin yanı sıra cerrahin deneyimine bağlı olarak değiştiği, insidansın %0.5 ile %4 arasında değiştiği bildirilmektedir²¹. Bazı özellikli vakaların yapıldığı endokrin cerrahi merkezlerinde bu oranın %6.6'ya ulaştığı rapor edilmektedir¹². Guatr prevalansı yüksek olan ülkelerde, her yıl bir milyon kişi başına 500 tiroid ameliyatı yapıldığı; bu nedenle bu ülkelerde tiroid

ameliyatı sonrası yılda 500-1000 yeni hipoparatiroidizm hastası beklenmektedir²¹.

Hipoparatiroidizm Ayırıcı Tanısı

Paratiroid hormonu nöromusküler sistem üzerinde çeşitli etkileri nedeniyle, hipoparatiroidizm tablosu sıklıkla santral ve periferik sinir sistemi, kas-iskelet sistemi ve mental fonksiyonları etkileyen geriye dönüşlü nörolojik bulgular ile karşımıza gelmektedir. Hipoparatiroidizmin nöromusküler sistem belirtilerini tarifleyen birey, nöroloji, psikiyatri, fizik tedavi ya da ortopedi kliniklerine başvurabilmekte, eğer uygun tanı konamaz ise hastalar semptomatik tedaviler alabilmektedir. Bu nedenle, bu bulguların varlığında hipoparatiroidizmin de ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerekmektedir². Çalışmalarda, total tiroidektomi ardından gelişebilecek semptomatik hipokalseminin erken tanısında PTH ölçümü kesin ve etkin sonuç verdiği belirtilmektedir⁷. Öncelikle hastanın tıbbi ve aile öyküsü, özellikle tiroid olmak üzere boyun cerrahisi öyküsü, diğer otoimmün endokrin ya da genetik hastalık varlığı dikkatle sorgulanmalıdır¹². Hipokalsemi belirtileri gösteren hasta için laboratuvar testleri; serum total ve iyonize kalsiyum, PTH, fosfor, albümin, magnezyum, kreatinin, 25-OH Vit D düzeylerini içerir^{4,12}. Tanı için düzeltilmiş kalsiyum değeri önemlidir. Düşük albuminde total kalsiyum düşük görülür ama iyonize kalsiyum normaldir. Düzeltilmiş Kalsiyum = Serum Kalsiyum + (4-Serum Albümin) x 0,8 formülü ile hesaplanır⁹. Hipomagnezemi ekarte edildikten sonra, düşük ya da tespit edilemeyen PTH düzeyi ile normalin altında serum total ya da iyonize kalsiyum düzeyleri ile hipoparatiroidizm teşhis edilir. Serum fosfor düzeyleri genellikle yüksek ya da normal aralığın üst sınırında bulunmaktadır¹². Genellikle serum 1,25-OH Vit D düşüktür, ancak alkalen fosfatase aktivitesi normaldir². Tanıya 24 saatlik idrarda üriner kalsiyum, magnezyum, kreatinin değerleri de yardımcı olur¹².

Hipoparatiroidizmde Klinik Tablo

Hipoparatiroidizm belirtileri hipokalsemiye bağlı nöromusküler hiperirritabilite (uyarılabirliklik) ile ilişkilidir^{2,4}. Hipoparatiroidizm olan hastaların sıklıkla tariflediği belirtilerden bazıları; tekrarlayan yorgunluk, irritabilite, sisli beyin aktiviteleri, mental değişiklikler, el ve ayaklarda karıncalanma, distal ekstremitelerde parestezi ya da kas krampları, kemik ağrısı, miyalji ve kaslarda sertlik, yüz kaslarında seğirme, ağız çevresinde uyuşma/hissizlik, baş ağrısı ve uykusuzluk tablosudur. Bu durum karpopedal spazm, yaygın tetani şeklinde tetanik kas krampları, laringospazm, bronkospazm ya da kalp ritim bozukluğu tablosuna kadar ilerleyebilir^{2,4,11,12}.

Hipokalseminin klinik tablosu gelişim süresi, şiddeti ve hızına göre değişkenlik gösterir¹². Özellikle, hipokalsemi ile ilişkili bu son derece değişken ve subjektif değişikliklerin yanı sıra, bireylerde sıklıkla artan üriner kalsiyum atılımı; nefrokalsinozis ve böbrek taşı, hatta kronik böbrek yetmezliğine yol açabilmektedir. Hiperfosfatemi, kalsiyum-fosfat kompleksi birikimi ile hedef organlardaki yumuşak dokularda kalsifikasyon ve sekeller ile ilişkilendirilebilir^{11,22}.

Etiyolojisi ne olursa olsun kronik PTH eksikliğinin insan iskeleti etkileri oldukça derindir. Normal yetişkinlerde kemik kütlesi, kemik rezorpsiyonu ile formasyonu arasındaki bir hassas denge ile yenilenerek düzenlenir. PTH, kemiğin yenilenmesinde önemli regülatörlerden biridir. Düşük PTH seviyesi ya da yokluğu, ilk olarak kemik oluşumunda belirgin bozukluklara ve kemik erimesine yol açar²³. Kalıcı hipoparatiroidizm hastalarında PTH yokluğuna bağlı gelişen bu kronik kemik döngüsündeki bozulma, genellikle aynı yaş ve cinsiyetteki bireylere göre kemik kütlesinde daha yüksek kayıplara yol açar^{3,22}. Kemik ve iskelet yapısı ile ilgili belirti ve bulgular hastalığın etiyolojisi ile de yakından ilişkilidir¹¹.

Hipoparatiroidizmin Güncel Tedavisi ve Bakımı

Hipoparatiroidizm tedavisi, hipokalseminin etkin yönetimi amacına dayalı hiperkalsiüri ve diğer komplikasyonları kontrol altına alacak şekilde önemli ve sürekli terapötik önlemleri içeren, birçok tedavi zorluğunu beraberinde getiren ve standart bir tedavi şekli olmayan kronik bir endokrin hastalıktır^{11,23}.

Akut yönetimi

Hipoparatiroidizmde semptomatik hipokalsemi (karpal ya da pedal spazm, nöbetler, bronkospazm ya da laringospazm gibi) acil tıbbi intravenöz kalsiyum uygulanmasını gerektiren akut ve hayatı tehdit eden bir tablo olarak gelişebilir^{11,22}. Bu tabloda hipokalseminin başlama hızı, derecesi ve semptomların ciddiyetine göre intravenöz kalsiyum gerekebilir⁴. Akut durumlarda genellikle serum kalsiyum seviyesi 7.5mg/dL'nin altına düşmüştür ve belirtiler tedavi kararında önemlidir¹¹. Bu amaçla 1-2 ampul kalsiyum glukonat 100ml %5 dekstroz çözeltisi içinde yavaş infüzyon ile (yaklaşık 10 dakika) intravenöz olarak uygulanmalıdır. Bu uygulama 2-3 saat süre ile serum kalsiyum seviyesinin normal seviyelerde kalmasını sağlar. Bu nedenle uzun süreli tedavi için intravenöz infüzyon devam ettirilmelidir²⁴. Bu gibi durumlarda, serum kalsiyum düzeyinde artma ile hastalar genellikle önemli derecede rahatlar, semptomlar geriler¹².

Kronik yönetimi

Bir endokrinolog ve cerrah içeren bir multidisipliner yaklaşım tiroid cerrahisi sonrası hipoparatiroidizm ile ilişkili morbiditeyi azaltmak için şarttır. Tiroid cerrahisi sonrası PTH ölçümü kalsiyum takviyesi ve vitamin D analog tedavi gerektiren muhtemel hastaların erken belirlenmesini sağlar. Erken tanı ve cerrahi sonrası hipoparatiroidizm uygun yönetimi, hipokalsemiye bağlı komplikasyonları önlemek için önemlidir⁹. Günümüzde hipoparatiroidizm tedavisi klinik tecrübe ve vaka raporlarına dayanmakta, kontrollü klinik çalışma verilerinin yeterli olmadığı belirtilmektedir. Kronik hastalık yönetiminin öncelikli hedefleri, serum total kalsiyum (genellikle düşük ya da normal), serum fosfor (genellikle yüksek ya da normal), 24 saatlik idrar kalsiyum atımı (<7.5mmol/d) ve kalsiyum – fosfat ürünü (55mg/dL'nin altında, 4.4mmol/L) parametrelerini kabul edilebilir bir aralık içinde muhafaza etmeyi içerir²². Hipoparatiroidizm standart tedavisi, oral kalsiyum ve D vitamini (ya da D vitamini analogları) ile kombine tedaviye dayanır, ancak bu tedavi yetersiz olan gerçek hormon tedavisi değildir^{11,12,21}. Bu durum, diğer hormonal eksiklik sonucu gelişen hastalıkların (örn. adrenal yetmezlik ya da hipotiroidi) tedavisinde kullanılan fizyolojik replasman tedavileri ile karşılaştırıldığında önemli bir farktır^{21,23}. Kalsiyum ve vitamin D analoglarının oral dozu serum kalsiyum, fosfat ve PTH düzeylerinin başlangıçta her hafta, sonrasında 2-3 haftalık veya aylık yapılan kontrol değerlerine göre bireysel olarak düzenlenmelidir. Hiperkalsemiden kaçınılmalıdır⁴. Özel durumlarda, tiyazid diüretikleri, fosfat bağlayıcı, düşük tuz diyeti, oral düşük fosfat diyeti tedaviye yardımcı olabilir^{21,22}. Kalıcı hipoparatiroidizm gelişen hastalarda uzun vadeli komplikasyonları izlemek için uygun takip ve bakım önemlidir. Uzun süreli izlem çalışmalarında, hastaların 24 saatlik idrar kalsiyum atılımının takibinin böbrek kalsifikasyonuna bağlı komplikasyonların erken saptanması açısından faydalı olacağı vurgulanmaktadır²⁵. Hipokalsemi yönetimi en iyi preoperatif yüksek riskli hastaların belirlenmesi, ameliyat sırasında paratiroid bezi fonksiyonunu koruyarak, hipokalsemiyi erken öngörücüler yoluyla belirleyerek, gerekli ise uygun tedavinin uygulanması yoluyla gerçekleştirilir⁴. Tedavi, kalsiyum (1-2 gr/gün) ve kalsitriol (0.25-1mcg/gün) ile başlatılır. Serum kalsiyum düzeyi ve hastanın semptomlarına göre ilaç dozu ayarlanarak, serum kalsiyumu sık sık izlenir⁹.

Çalışmalarda, hastaların normal kalsiyum seviyesini koruyabilmek için günde 6gr'a kadar kalsiyum ve 2 µg'a kadar D vitamini (ya da D vitamini analogları) ihtiyaç duyabildikleri belirtilmektedir. Ayrıca, standart tedaviye rağmen birçok hastanın düşük yaşam kalitesinden şikayet ettiği, bilişsel işlev bozukluğu şikayetleri bildirdiği belirtilmektedir²³. Günümüzde, vücutta eksik olan PTH'un yerine koyma tedavisinde başarıyla geliştirilmiş yeni yöntemler geliştirilmekte ve uygulama sonuçları değerlendirilmektedir. Yurt dışı örneklerinde Rekombinan insan PTH gibi yeni ilaçlar, henüz kabul edilmiş standart bir tedavi olmamakla birlikte ümit verici tedavi seçenekleri olarak sunulmaktadır. Uygulamanın teriparatide [human PTH(1–34)] ve PTH(1–84) olmak üzere iki türde kullanıma uygun formülasyon PTH bulunmaktadır. Hipoparatiroidizm yönetiminde Rekombinan insan PTH'nun potansiyel avantajları; kalsiyum ve D vitamini gereksinimleri azaltılmış, üriner kalsiyum atılımı azaltılmış, ektopik yumuşak doku kalsifikasyonu azalmış, gelişmiş kemik kalitesi ve artmış yaşam kalitesi şeklinde sıralanmaktadır^{21,23}. Ön çalışmalarda PTH replasman tedavisi halen geçici ve kalıcı hipoparatiroidi tedavisi için değerlendirilmekte, PTH replasman tedavisinin total tiroidektomi sonrası normokalsemiyi korumak için kullanılabilir olduğu belirtmekte; uzun vadeli çalışmalara gereksinim duyulduğu vurgulanmaktadır^{9,26}. Hipoparatiroidizm öyküsü olan 44 bireye PTH(1–84) tedavisi uygulanmadan önce ve uygulandıktan sonra yapılan yaşam kalitesi incelemesinde, hipoparatiroidizmin yaşam kalitesini önemli ölçüde bozduğu, tedavi sonrasında bireylerin fiziksel ve zihinsel fonksiyonlarında iyileşmeler görüldüğü saptanmıştır²⁷. Beş yıllık süreçte PTH(1–84) tedavisi uygulanan 69 bireyde de yaşam kalitesinin iyileştiği tespit edilmiştir²⁸. Ülkemizde, kısa bir süre önce tek merkezde başlatılan paratiroid doku nakli, kalıcı hipoparatiroidizm hastalarının tedavisi için ümit verici bir tedavi seçeneği olarak sunulmuştur. Paratiroid doku nakli (tıbbi terminolojiyle paratiroid allo-transplantasyonu), bulaşıcı hastalığı ve kanseri olmayan bir insandan, kendisinin ya da vasisinin onayı ile alınmış paratiroid hücrelerinin kalıcı hipoparatiroidizm teşhisi konulmuş hastalara naklidir. Hızlı sonuç veren, maliyeti diğer tedavi alternatiflerinden daha düşük olan, uzun verimli, ameliyat ve sürekli vücut savunma sistemini baskılayan ilaç alımı (devamlı immunsupresyon) gerektirmeden yapılan yeni bir tedavi yöntemi olarak tanımlanan paratiroid naklinin, uzun süreli etkileri hakkında çalışmalar devam etmektedir. Hasta tecrübelerine dayalı paylaşımlar ise, olumlu yöndedir²⁹. Donör ve kadavradan paratiroid organ

naklinin, alternatif bir tedavi seçeneği olarak yaygın şekilde kullanılabilir hale getirilmesi, kalıcı hipoparatiroidizm tedavisi için önemli bir aşama olabilir. Uzun vadeli hastalık yönetimi, semptomlar ile baş etme ve hipokalsemi komplikasyonları konusunda hastaların eğitimi, kalıcı hipoparatiroidizm tedavisinde çok önemli bir rol oynamaktadır²². Hipoparatiroidizm epidemiyolojisi, kliniği, tanı ve tedavisi ile tedavi yaklaşımlarında son gelişmeleri tartışmak üzere Kasım 2009 yılında, bir grup uzman tarafından düzenlenen Birinci Uluslararası Hipoparatiroidizm Çalıştayı'nda öncelikle yetişkin hipoparatiroidizmine odaklanılmış ve en son bilgilere dayalı hastalığa yönelik kapsamlı bir rapor sunulmuştur. Bu çalıştayda odaklanılan konuların özetini içeren derlemede, geçtiğimiz 10 yıl içinde hipoparatiroidizmin daha büyük bir anlayış kazandığı, hastalık yönetiminde hastaların daha bilinçli olduğuna dikkat çekilmektedir¹¹. Günümüzde İngiltere, Amerika örneklerinde olduğu gibi, bazı ülkelerde Hipoparatiroidizm Derneklerinin kurulduğu, bu dernekler aracılığı ile hipoparatiroidizm olan hastaların uzman görüşlerine rahatlıkla ulaştıkları, yaşadıkları deneyimleri paylaştıkları ve hastalar arası dayanışmanın kurulduğunu, hastalar için başa çıkma stratejilerinin tartışıldığını görmekteyiz³⁰.

Kalıcı Hipoparatiroidizmin Genel İyilik Haline Etkisi

Kalsiyum ve D vitamini tedavisinin, kalıcı hipoparatiroidizmde yaşamı tehdit eden hipokalseminin önlenmesi ve hastalarda görülen tetanik semptomların hafifletmesi üzerine etkinliğine hiç şüphe yoktur. Ancak, alınan kalsiyum/D vitamini fizyolojik kalsiyum/fosfor dengesini koruyamamaktadır. Ayrıca, kalıcı hipoparatiroidizmde kalsiyum/D vitamini tedavisinin klinik etkinliğinin değerlendirmesi büyük ölçüde ihmal edilmiş ve bu hastalarda hastalığın iyilik hali, ruhsal, bilişsel ve yaşam kalitesi üzerine etkileri yeterli düzeyde çalışılmamıştır^{21,22}. Sadece birkaç çalışmada kalıcı hipoparatiroidizm tedavisinde kalsiyum/vitamin D tedavisinin etkinliği değerlendirilmiş, kalıcı hipoparatiroidinin hastaların iyilik haline ve duyu durumları üzerine etkisi ise daha az sayıda araştırılmıştır. Öyle ki, 2002 yılında Arlt ve ark. tarafından yürütülen çalışmada bu konunun daha önce hiç araştırılmadığı belirtilmektedir²¹. Kesitsel ve deney kontrollü olarak tasarlanan bu çalışmada, tiroid cerrahisi sonrası kalıcı hipoparatiroidizm gelişen ve kalsiyum ve D vitamini (ya da analogları) ile standart tedavisi sürdürülen 25 kadın ile tiroid cerrahisi sonrası sağlam paratiroid ve normal PTH seviyesi gösteren 25 kadın karşılaştırılmıştır.

Çalışmanın sonunda, kalıcı hipoparatiroidizm hastalarının çoğunda serum kalsiyum düzeyinin kabul edilen tedavi edici aralığı içinde olduğu bulunurken; kalsiyum/fosfor dengesinin ise fizyolojik sınırlar içinde olmadığı saptanmıştır. Hipoparatiroidizm hastalarının 11'inde nefrolitiazis ve ikisinde katarakt tespit edilmiştir. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, hipoparatiroidizm hastalarında anlamlı şekilde yüksek şikayet puanı tespit edilmiş; anksiyete, fobik anksiyete ve fiziksel şikayetler alt ölçek puanlarının anlamlı düzeyde artışlar saptanmıştır²¹. Hipoparatiroidinin güncel standart tedavi başarısı sadece serum kalsiyum/fosfor dengesindeki istendik değerler ile ilişkilendirilmektedir, ancak bu çalışmanın sonucu bu hastalarda iyilik hali ve duygu durumunun bozulduğunu göstermektedir. Fong ve Khan'ın derlemesinde de, hipoparatiroidizmli bireylerin yaşam kalitelerinin düşük olduğu vurgusu yapılmıştır²². Yapılan başka bir çalışmada hipoparatiroidizmin intrakranial kalsifikasyonlara yol açması nedeniyle, kognitif fonksiyonların bozulduğu ve buna bağlı günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük yaşandığı belirtilmektedir³¹. Uzan'ın ve Yalçın'ın çalışmalarında da, önlenilecek bir komplikasyon olan kalıcı hipoparatiroidizmin hastaya ömür boyu ilaç kullanma zorunluluğu getirdiği ve bu durumun yaşam kalitesini kötü yönde etkilediği belirtilmiştir^{32,33}. Ayrıca Uzan'ın çalışmasında, hastanın gün içindeki fizyolojik ve psikolojik değişimlerine göre kalsiyum ihtiyacının değişkenlik gösterebildiği ifade edilmektedir³². Literatür incelendiğinde, kalıcı hipoparatiroidizm hastalarının iyilik halleri, duygu durumları ve yaşam kalitelerini inceleyen kısıtlı sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Bu nedenle gelecek çalışmalarda, hipoparatiroidizmli hastaların

yaşam kalitesi ve iyilik hallerini inceleyen, başta fiziksel ve psikososyal olmak üzere bireylerin semptomlarla baş etme stratejilerinin geliştirilmesine odaklanan çalışmalara ihtiyaç vardır. Öncelikle kalıcı hipoparatiroidizm hastasının; hastalık bilgisi, tedavi uyumu, beslenme alışkanlığı, fiziksel aktivite düzeyi, yaşam kalitesi, uyku kalitesi, stres yönetim girişimleri, yorgunluk seviyesi ve günlük yaşam aktivitelerine etkisi, aile ve sosyal destek kaynakları, iş ortamı, semptomların şiddeti ve baş etme stratejileri ile hastalığa yüklediği anlam, bireysel ve eksiksiz bir şekilde tanımlanmalıdır.

SONUÇ

Geçici veya kalıcı hipoparatiroidizm, yetişkinlerde özellikle tiroid veya paratiroid cerrahisi sonrası ciddi morbiditeye neden olabilmektedir. Özellikle önlenilebilir bir komplikasyon olan kalıcı hipoparatiroidizm, hastaların ömür boyu kalsiyum ve D vitamini kullanımı gerektirmekte ve gerek kullanılan ilaçlara gerek hastalığın kronik olmasına bağlı hastaların iyilik hallerini ve yaşam kalitelerini olumsuz düzeyde etkileyebilmektedir. Toplum tarafından belirtileri ve yönetimi çok fazla bilinmeyen, ancak ciddi fiziksel ve ruhsal sıkıntılara yol açan kalıcı hipoparatiroidizm konusunda sağlık profesyonellerinin farkındalığı oldukça önemlidir. Bu bağlamda sağlık profesyonellerinin kalıcı hipoparatiroidizm konusunda bilgi ve farkındalık düzeyinin artması; hipoparatiroidizmli bireylerde tedavinin etkinliği ve komplikasyonların erken saptanması ya da önlenmesi yönünde daha yakın takibi ile hastalığın istendik düzeyde yönetilmesine katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Powers J, Joy K, Ruscio A, Lagast H. Prevalence and incidence of hypoparathyroidism in the United States using a large claims database. *Journal of Bone and Mineral Research*. 2013; 28 (12): 2570-76. doi: 10.1002/jbmr.2004
2. Örük GG, Bahçeci M. Tiroid ve paratiroid hastalıklarında nöromuskuler sistem bulguları. *Pam Med J*. 2013; 6 (2): 108-17.
3. Clarke BL. Bone disease in hypoparathyroidism. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2014; 58 (5): 545-52.
4. Uludağ M. Tiroid ve paratiroid cerrahisi sonrası hipokalsemi ve tedavisi. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni*. 2014; 48 (3): 161-175.
5. Kocatürk S, Beriat GK. Tiroidektomiye bağlı hipoparatiroidi. *Türkiye Klinikleri J E.N.T.-Special Topics*. 2009; 2 (1): 32-41.
6. Kaya T, Nalbant A, Varım C, Tamer A. Paratiroid hormon düşüklüğü: 107 olgunun etiyolojik olarak değerlendirilmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi*. 2013; 5 (1): 1-5.
7. Michels MC, Kelly KM. Parathyroid Disorders. *Am Fam Physician*. 2013; 88 (4): 249-57.
8. Peacock M. Calcium metabolism in health and disease. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2010; 5 (Suppl): 23-30. doi: 10.2215/CJN.05910809
9. Khan MI, Waguespack SG, Hu MI. Medical management of postsurgical hypoparathyroidism. *Endocr Pract*. 2011; 17 (1): 18-25. doi: 10.4158/EP10302.RA
10. Christou N, Mathonnet M. Complications after total thyroidectomy. *J Visc Surg*. 2013; 150: 249-56. doi: 10.1016/j.jvisurg.2013.04.003
11. Bilezikian JP, Khan A, Jr Potts JT, et al. Hypoparathyroidism in the adult: Epidemiology, diagnosis, pathophysiology, target-organ involvement, treatment, and challenges for future research. *Journal of Bone and Mineral Research*. 2011; 26 (10): 2317-37. doi: 10.1002/jbmr.483
12. Shoback DM, Bilezikian JP, Costa AG, et al. Presentation of Hypoparathyroidism: Etiologies and Clinical Features. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016; 101 (6) 2300-12. doi: 10.1210/jc.2015-3909
13. Bhattacharyya N, Fried MP. Assessment of the morbidity and complications of total thyroidectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002; 128 (4): 389-392.

14. Baldassarre RL, Chang DC, Brumund KT, Bouvet M. Predictors of hypocalcemia after thyroidectomy: Results from the nationwide inpatient sample. *ISRN Surg.* 2012; :838614. doi: 10.5402/2012/838614
15. Ritter K, Eifenbein D, Schneider D, Chen H, Sippel RS. Hypoparathyroidism after total thyroidectomy: incidence and resolution. *J Surg Res.* 2015; 197 (2): 348-53. doi: 10.1016/j.jss.2015.04.059
16. Kalyoncu D, Gönüllü D, Gedik ML, Er M, Kuroğlu E, İğdem AA ve ark. Tiroidektomi sonrası gelişen hipokalsemiye etki eden faktörlerin araştırılması. *Ulusal Cerrahi Dergisi.* 2013; 29: 171-176. doi: 10.5152/UCD.2013.2438
17. Düren M, Giray S, Karataş A, Toygarlı H, Düren E. Total tiroidektomi sonrası gelişebilecek hipokalseminin erken tanısında hızlı parathormon ölçümü: Prospektif klinik çalışma. *Ulusal Cerrahi Dergisi.* 2006; 22 (1): 3-6.
18. Bozdağ AD, Çevikel MH, Demirkıran AE, Erpek H, Boylu Ş, Özgün H. Benign tiroid cerrahisinde postoperatif komplikasyonları etkileyen risk faktörleri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi.* 2002; 3 (3): 25-9.
19. Nawrot I, Pragacz A, Pragacz K, Grzesiuk W, Barczynski M. Total thyroidectomy is associated with increased prevalence of permanent hypoparathyroidism. *Med Sci Monit.* 2014; 20: 1675-81. doi: 10.12659/MSM.890988
20. Çıkman Ö, Özkul F, Arık MK, Taş Ş, Çakır C, Karaayvaz M. Endemik bölgede tiroidin benign hastalıklarında total tiroidektomi, 208 hastanın retrospektif analizi. *Van Tıp Dergisi.* 2013; 20 (3): 125-9.
21. Arlt W, Fremerey C, Callies F, et al. Well-being, mood and calcium homeostasis in patients with hypoparathyroidism receiving standard treatment with calcium and vitamin D. *European Journal of Endocrinology.* 2002; 146 (2): 215-22.
22. Fong J, Khan A. Hypocalcemia updates in diagnosis and management for primary care. *Can Fam Physician.* 2012; 58: 158-62.
23. Cusano NE, Rubin MR, Jr Sliney J, Bilezikian JP. Mini-review: New therapeutic options in hypoparathyroidism. *Endocrine.* 2012; 41 (3): 410-4. doi: 10.1007/s12020-012-9618-y
24. Ertürk E: Hipoparatiroidizm, "Sözen T, Gogas DY (eds): Metabolik Kemik Hastalıkları" kitabında s.135,40, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti. (2013).
25. Mitchell DM, Regan S, Cooley MR, et al. Long-term follow-up of patients with hypoparathyroidism. *J Clin Endocrinol Metab.* 2012; 97 (12): 4507-14. doi: 10.1210/jc.2012-1808
26. Cusano NE, Rubin MR, Irani D, Jr Sliney J, Bilezikian JP. Use of parathyroid hormone in hypoparathyroidism. *J Endocrinol Invest.* 2013; 36 (11): 1121-7. doi: 10.1007/BF03346763
27. Cusano NE, Rubin MR, McMahon DJ, et al. The effect of PTH(1-84) on quality of life in hypoparathyroidism. *J Clin Endocrinol Metab.* 2013; 98 (6) :2356-61. doi: 10.1210/jc.2013-1239
28. Cusano NE, Rubin MR, McMahon DJ, et al. PTH(1-84) is associated with improved quality of life in hypoparathyroidism through 5 years of therapy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2014; 99 (10): 3694-9. doi: 10.1210/jc.2014-2267
29. Paratroid nakli nedir? <http://paratirnakil.bezmialemhastanesi.com>, Erişim Tarihi: 28.10.2018
30. Hypoparathyroidism Association, Inc., Web site. HPTH Association, Inc., Idaho Falls, ID, USA; available at: www.hpth.org; accessed 2015.
31. Kumar G, Kaur D, Aggarwal P, Khurana T. Hypoparathyroidism presenting as cognitive dysfunction. *BMJ Case Rep.* 2013; 23: bcr2013009220.
32. Uzan SS. Bilateral subtotal tiroidektomi yapılan hastalarda paratiroid glandların korunmasının postoperatif hipokalsemi gelişimi üzerine etkileri. Uzmanlık Tezi. İstanbul: Sağlık Bakanlığı Dr.Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2005.
33. Yalçın E. Tiroid cerrahisinin sonuçları ve komplikasyonları: 330 vakalık kişisel seri. *Genel Tıp Derg.* 2006; 16 (3): 115-20.

EVDE BAKIM ÇALIŞANLARINDA MESLEKİ RİSKLER VE ÖNLEME STRATEJİLERİ

OCCUPATIONAL RISKS TO HOME HEALTHCARE WORKERS AND PREVENTION STRATEGIES

Ayşe Beşer¹, Sevcan Topçu²

¹ Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı,
Prof. Dr.
ORCID ID: 0000-0003-4039-7439

² Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı,
Dr. Ar. Gör.
ORCID ID: 0000-0002-6228-1720

Yazışma Adresi:

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı,
Dr.Ar. Gör,
E-Mail: sevcan.topcu@hotmail.com
ORCID ID:0000-0002-6228-1720

Gönderim tarihi: 11 Aralık 2018

Kabul Tarihi: 09 Ocak Aralık 2019

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi
ISSN: 2146-9601
e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr
www.bau-sbdergisi.com

GİRİŞ

Evde bakım hizmetleri-yaşlı, özürlü, kronik hastalığı olan veya iyileşme sürecindeki bireyleri kendi ortamında destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, yaşamlarını mutlu ve huzurlu bir biçimde sürdürerek toplumsal entegrasyonlarını gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içermektedir.¹⁻³ Evde Sağlık Hizmeti-Sağlık Bakanlığı'nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönergede ise (2010) "çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil,

ÖZ

Nüfusun yaşlanması, teknolojik gelişmeler, sağlık bakım maliyetlerinin azaltılması ve daha iyi bir enfeksiyon kontrolü sağlanmasına olan gereksinim nedeniyle evde bakım hizmetlerine olan talep giderek artmaktadır. Evde bakım çalışanları, hastaneler ve diğer yataklı tedavi kurumlarındaki sağlık çalışanların maruz kaldıkları mesleki risklerle birlikte ev ortamına özgü birçok riske de maruz kalmaktadır. Bu tehlikeler kas iskelet sistemi sorunları, kesici delici alet yaralanmaları, şiddet, psikososyal riskler, hijyenik olmayan evler, aşırı sıcaklık, güvenli içme suyunun olmadığı evler ve ateşli silahlar olarak ifade edilmektedir. Evde bakım çalışanlarının bu risklerden korunabilmesi için gerekli önleme stratejilerinin kullanılması gerekmektedir. Bu derlemenin amacı evde bakım çalışanlarının maruz kaldığı mesleki risklerin ve önleme stratejilerinin açıklanmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, evde bakım, mesleki riskler.

ABSTRACT

Demand for home healthcare services is increasing due to the aging of the population, technological developments, reduction of health care costs and the need for better infection control. Hospital and inpatient healthcare setting workers are exposed to many occupational risks and home healthcare workers are also exposed to many risks specific to the home environment. These hazards may include musculoskeletal disorders, needlestick injuries, latex allergies, exposure to bloodborne pathogens, increased stress, verbal and other forms of violence, firearms, extremely hot environments, unhygienic home conditions, lack of clean water, and animal attacks. Prevention strategies should be used to protect home care workers from these risks. The purpose of this review is to explain the occupational risks and prevention strategies that home care workers are exposed to

Keywords: Nursing, home health care, occupational risks.

tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri" olarak tanımlanmaktadır.⁴ Nüfusun yaşlanması, teknolojik gelişmeler, sağlık bakım maliyetlerinin azaltılması ve enfeksiyon kontrolünün sağlanması nedeni ile evde bakım hizmetlerine olan talep giderek artmaktadır.⁵ Hekimler, hemşireler, diyetisyenler, fizyoterapistler, konuşma terapistleri, sosyal hizmet uzmanları gibi çeşitli meslek grupları tarafından sunulan evde bakım hizmetleri, günlük yaşam aktivitelerine yardımcı olunmasından tıbbi hizmetlere kadar birçok farklı hizmeti kapsamaktadır.^{4,5} Avrupa'da evde bakım sektörü tüm işgücünün %10'unu oluşturmaktadır⁶, Amerika da 2015 yılında 1.379.000 kişinin evde bakım hizmetlerinde istihdam edildiği ve 2024 yılına kadar bu sayının 3.5 milyona ulaşacağı beklenmektedir.⁷

Evde bakım hizmetleri sağlık hizmetleri içerisinde oldukça önemli bir yer tutmasına ve oldukça hızlı büyümesine karşın literatürde evde bakım çalışanlarının güvenliği ve mesleki maruziyetleri ile ilgili sınırlı sayıda çalışma yer almaktadır.⁸⁻¹² Amerikan İşgücü İstatistikleri Bürosu (2014) verilerine göre evde bakım çalışanlarının yaralanma ortalamasının hastane çalışanlarının yaralanma ortalamasından iki kat fazla olduğu¹³, evde bakım çalışanlarının ev ziyaretleri sırasında biyolojik ajanlara (tükürük, ter, mukus, idrar vb.) maruziyet sıklığının oldukça yüksek olduğu, %45'inin başta bel ağrısı olmak üzere kas-iskelet sistemi sorunları yaşadığı, %35'inin solunum sistemi rahatsızlıkları yaşadığı (KOA, Astım vb.) saptanmıştır.¹⁰ OSHA evde bakım çalışanlarının karşılaştıkları mesleki tehlikeleri kan ve kan ürünleri ile temas, biyolojik tehlikeler, lateks alerjisi, ergonomik tehlikeler, şiddet, hayvan saldırıları, hijyenik olmayan ve sağlığı tehdit eden koşullar olarak sınıflandırmakta eğer birden fazla hastaya bakım sağlanması gerekiyorsa bu tehlikelere taşıt kullanımı ile ilgili tehlikelerin de ilave edilmesini önermektedir.⁵ Bu derlemenin amacı evde bakım çalışanlarının maruz kaldığı mesleki risklerin ve önleme stratejilerinin açıklanmasıdır.

Evde Bakım Çalışanlarının Maruz Kaldıkları Mesleki Riskler

Kas-iskelet sistemi sorunları

İşle ilgili kas iskelet sistemi sorunları evde bakım hizmetlerinde ciddi mesleki risklerden birisini oluşturmaktadır. Tüm sağlık çalışanları hastaların kaldırılması ve taşınması sırasında omurga yaralanmaları ve diğer kas iskelet sistemi rahatsızlıkları ile karşılaşabilmektedir.¹⁴⁻¹⁶ Yürütülen çalışmalarda evde bakım çalışanlarda kas-iskelet sistemi sorunları içerisinde yer alan bel ağrısı sıklığının %33-60, boyun ağrısının sıklığının %20-48, omuz ağrısı sıklığının %35-52 arasında değiştiği saptanmıştır.¹⁷⁻²⁰ Evde bakım çalışanları da tüm sağlık çalışanlarına benzer şekilde kaldırma ve taşıma işlemlerinin çoğunu gerçekleştirmekle birlikte bu görevlerini genellikle yapılan işi çok daha zorlaştıran ev koşullarında gerçekleştirmektedir. Hastaların ayağa kaldırılmasına veya yürütmesine yardımcı olurken hastayı yatağa yatırırken veya kaldırırken kendilerine zarar verebilmektedir.^{5,21} Evde bakım çalışanlarında boyun, omuz, sırt yaralanmaları sıklıkla görülmekte ve çalışma süresi kaybına yol açan en yaygın sağlık sorunlarından birisini oluşturmaktadır.²² Diğer sağlık çalışanları ile karşılaştırıldığında evde bakım çalışanları işle ilgili kas iskelet sistemi sorunlarına bağlı olarak daha sık hastalık izni almaktadır.^{18,23,24} Dellve, Lagerstrom & Hagberg^{xx} (2003) tarafından yapılan çalışmada evde bakım çalışanlarında sık aralıklarla yapılan ağır kaldırmanın,

uygun olmayan postürlerde ağır kaldırmanın ve yardımcı kişi olmadan ağır kaldırmanın mesleki kas iskelet sistemi rahatsızlıklarına sebep olduğu saptanmıştır.²⁵ Markkanen ve ark. (2014) tarafından yapılan çalışmada da evde bakım çalışanlarının en yaygın olarak maruz kaldıkları mesleki risklerin kas iskelet sistemi sorunları ve sözel şiddet olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada kas iskelet sistemi sorunlarının azaltılması için güvenli hasta taşıma cihazlarının, bakım planı geliştirilmesinin ve eğitimin etkili stratejiler olduğu belirtilmiştir.¹² Evde bakım hemşirelerinde ise kas iskelet sistemi sorunlarının en fazla lomber bölgede görüldüğü, lomber bölge şikayetlerinin de önkol duruşu, statik duruş, kol duruşu, kol desteği, iş memnuniyeti ve yardımcı aletler olmak üzere yedi faktörden etkilendiği bulunmuştur.²⁶

Önleme stratejileri

Ulusal İş Sağlığı ve Güvenliği Enstitüsü (NIOSH) (2010) işle ilgili kas iskelet sistemi rahatsızlıklarının önlenmesi için işverenler tarafından ergonomik yardımcı cihazlara gereksinim olup olmadığını belirleyici politikaların geliştirilmesini, gereksinim olduğunda ergonomik yardımcı aletlerin sağlanmasını, yardımcı ergonomik aletler, onların kullanımı, gereksinim olan durumlar ve bakım planlarında nasıl yer alacağı konusunda eğitimlerin sağlanmasını, daha önce yardımcı aletler ve kullanımı konusunda eğitim almış çalışanların yeterliliklerinin değerlendirilmesi için politikaların sağlanmasını önermektedir.⁵ Ergonomi eğitimlerine katılma, eğer mevcut ise ergonomik yardımcı aletleri kullanma, uygun vücut mekaniklerini kullanma ve işyerlerinde meydana gelen herhangi bir yaralanmanın bildirilmesinin de çalışanların sorumluluğunda olduğu ifade edilmektedir.²¹ Evde bakım çalışanları yardımcı aletler kullansalar bile fiziksel olarak hareket etmek durumunda kaldıkları için uygun vücut mekaniklerini kullanmaları daha da önemli hale gelmektedir. Bu nedenle kas iskelet sistemi rahatsızlıklarını önlemede doğru vücut mekanikleri:

- Hastaya bakım verirken yatağın diğer tarafına uzanmak yerine yer değiştirerek diğer tarafa geçme,
- Hastayı hareket ettirirken mümkün olduğunca hastaya yakın durarak, dizleri bükerek ve ayakları yanlara doğru açarak, beli bükmeden hareket ettirme (hafif şekilde sallanma hareketini kullanmak da sarf edilen eforu azaltabilir),
- Hastayı kaldırmak yerine yatağın başı düz veya aşağıda olduğunda hastayı çekme, hastanın dizlerini yükseltme veya eğer mümkünse hastayı kendini itmesi konusunda destekleme şeklinde ifade edilmektedir.^{5,12,21,26}

Kesici delici alet yaralanmaları

Tüm sağlık çevrelerinde olduğu gibi evde bakım alanında da sağlık çalışanları kesici delici alet yaralanmaları açısından oldukça risklidir. Sağlık çalışanları için 30'dan fazla patojen risk oluşturmakla birlikte özellikle Hepatit B, Hepatit C ve HIV virüsü gibi patojenler en riskli patojenler olarak ifade edilmektedir.¹⁶ Bu nedenle kesici delici alet yaralanmalarını önlemede temel strateji evde bakım hizmetlerinde kanla bulaşan patojenlere maruziyet potansiyelini en aza indirmektir.¹⁵ Quinn ve ark. (2009) tarafından evde bakım hemşirelerinin ve hemşire yardımcılarının mesleki risklerini değerlendirmek için yapılan çalışmada hemşirelerin %35'inin ve hemşire yardımcılarının %6.4'ünün evde bakımda çalıştıkları süre içinde en az bir kez kesici delici alet yaralanmasını deneyimledikleri saptanmıştır.²⁷ Çalışmada kesici delici alet yaralanmaları, kan ve diğer vücut sıvıları ile maruziyetin evde bakım çalışanları için önemli tehlikelerden birisi olduğu da ifade edilmiştir.²⁷ Beltrami ve ark. (2000) tarafından yapılan çalışmada evde bakım çalışanlarının kan ve kan ürünlerine maruziyet oranının her 1000 işlemde 2.8 olduğu, perkutan yaralanma oranının enjektör veya lanset gerektiren her 1000 girişim için 0.6 olduğu saptanmıştır.²⁸ Evde bakım çalışanlarında yapılan farklı çalışmalarda son bir yıl içinde kesici-delici alet yaralanmalarına maruz kalma oranının %8-13 arasında değiştiği bulunmuştur.^{29,30,31} Yaralanma sonrası işlemlerin zaman alıcı olması, yaralanma sonrası sürecin yarattığı anksiyete, işveren tarafından sözel şiddete maruz kalma korkusu, hastada enfeksiyon olmadığı düşüncesi, şu anki veya gelecekteki işini etkileme korkusu

Şiddet

Evde bakım çalışanları için bir diğer önemli mesleki risk ise şiddettir. İşyerlerinde şiddet evde bakım hizmetleri alanında oldukça sık ortaya çıkmaktadır ve çalışanlar temel güvenlik kaygılarından birisi olarak şiddeti tanımlamaktadır.^{15,31,33} ABD'de yapılan çalışmalarda evde bakım çalışanlarının %3-45'inin hastalar, aile üyeleri ve komşular tarafından saldırıya uğradıkları veya fiziksel saldırı tehditi ile karşı karşıya kaldıkları saptanmıştır.^{17,31,33,34} Vladutiu ve ark (2016) tarafından evde bakım çalışanlarında şiddetin değerlendirildiği çalışmada 1000 ev ziyareti başına 17.1 oranında şiddet olayının yaşandığı saptanmıştır.³⁵ Evde bakım çalışanları için şiddet riskini arttıran faktörlerin ise denetimsiz veya kontrolsüz ortamlarda çalışma, madde kullanımı potansiyeli, hastaların evlerinde bulunan silahlar, yüksek suç oranları olan bölgelerde çalışma ve demanslı hastalar ile çalışma olduğu ifade edilmiştir.^{5,12,17,31,36}

gibi çeşitli nedenler ile evde bakım çalışanlarının bu yaralanmaları bildirmedikleri de saptanmıştır.¹⁵ Gershon ve ark. (2008) tarafından yapılan çalışmada ise evde bakım hizmetlerinde çalışan hemşirelerin %13'ünün son bir yılda kesici delici alet yaralanmasını deneyimlediği ve bu yaralanmaların yarısının işverenlere bildirilmediği saptanmıştır.³¹

Önleme stratejileri:

Kan ve kan ürünleri ile bulaş ve kesici-delici alet yaralanmalarının önlenmesi için;

- Maruziyet kontrol planının oluşturulması ve her yıl değerlendirilerek güncellenmesi,
- Kan ve kan ürünleri ile bulaş ve kesici delici alet yaralanmalarının örüntülerinin belirlenerek analiz edilmesi, maruziyet sonrası izlem ve değerlendirmelerin yapılması,
- Kan ve kan ürünleri, kontamine materyal ve yüzeyler ile temasta mutlaka eldiven giyilmesi,
- Güvenli ve etkili alternatifler mevcut olduğunda iğneleri kullanmaktan kaçınma,
- Kullanılmış iğnelerin kapaklarının kapatılmaması,
- Standart-etiketli, sızdırmaz, delinmeye karşı dirençli atık kutularının evlere götürülmesi,
- Kullanmadan önce kesici delici alet atıklarının nereye atılacağını ve nasıl taşınacağını planlama stratejileri önerilmektedir.^{5,16,32}

Önleme stratejileri;

İşverenler tarafından tüm şiddet olayları için sıfır toleranslı bir politika oluşturulmalı, şiddetin tanımlanması ve önlenmesi konusunda çalışanlara eğitim sağlanmalı, tüm şiddet raporları araştırılarak özel önlem alınması gerekli olan tehlikeli bölgeler güvenlik güçleri ile birlikte belirlenerek onlarla birlikte hareket edilmeli ve çalışanlar bu konuda bilgilendirilmelidir.^{5,36,37} Çalışanlar tüm şiddet olaylarını işverenlerine bildirmeli, ziyaret sırasında temel güvenlik önlemlerini kullanmalıdır. Temel güvenlik önlemleri:

- Ziyaret yapılacak olan bölgenin ziyaret öncesinde güvenlik güçleri ile birlikte kontrol edilmesi
- Bir sosyal hizmet uzmanının aile ve evin durumunu değerlendirmesi,
- Tehlikeli bölgelere ziyaretlerin gündüz saatlerinde yapılması ve gerekli durumlarda güvenlik desteğinin sağlanması,

- İşverene ev ziyaretinin yerinin ve dönüş zamanının bildirilmesi,
- Araç ile ulaşım sağlanırken camların daima kapalı tutulması, kapıların kilitlenmesi, aracın ışıklandırması olan bir alana bırakılması ve araçtan inmeden önce çevrenin mutlaka kontrol edilmesi,
- Ekipmanların ve kişisel eşyaların daima gözden uzakta ve arabanın bagajında kilitli tutulması
- Ziyaret sırasında dikkatli davranılması, muhtemel şiddet olasılığının değerlendirilmesi ve yaklaşan şiddet saldırısı ihtimaline karşı işaretlerin izlenmesi.
- Ziyaretler sırasında herhangi bir tehdit hissedildiğinde ve durum kontrol altına alınmadığında ziyaretin kısaltılması veya sonlandırılması.^{5,8,37,38}

Psikososyal Riskler

Psikososyal riskler içerisinde yer alan stres ve tükenmişlik evde bakım çalışanlarının en sık maruz kaldıkları mesleki riskler içerisinde yer almaktadır.⁵ Evde bakım çalışanları için başlıca stres ve tükenmişlik yaratan durumlar; hastalar, işyükü ve zaman baskısı, sağlık bakım maliyetlerinde tasarrufa verilen önemin artması, hastaların saldırganlığı, sinirli, oryante olmayan ve işbirliği yapmayan hastalar, yalnız çalışma, güvensiz mahalle ve sokaklara gitmek zorunda kalma, alkol ve uyuşturucu bağımlısı kişilerle karşılaşma, hastanın evinde çalışma, takip sırasında profesyonel olmayan kişilere sorumluluk yükleme, zaman, mesafe ve ulaşım problemleri, sürekli ulaşılabilen kişi durumunda olma, aile ile iletişim halinde olma, güvenlik, dokümantasyon, uzun dönem bakım verme, yalnız çalışma, tehlikeli sokak hayvanları veya trafik sorunudur.^{1,2,5,11,31,39,40} Evde bakım çalışanları bu stresörler ile başa çıkmak zorunda kalmaktadır.

Önleme stratejileri:

Sağlık ve güvenlik programlarının, evde bakım çalışanları için olumlu sonuçların sağlanmasında etkili olduğu ve mesleki yaralanmaları azalttığı bilinmektedir.⁴¹ Bu nedenle evde bakım hizmeti sağlayan kurumların sağlık ve güvenlik programlarını oluşturması ve yürürlüğe koyması önerilmektedir.⁴¹ Evde bakım çalışanlarına işverenler tarafından mesleki yeterliliklerinin geliştirilmesi için sürekli ve kaliteli eğitim olanakları sağlanmalı, çalışanların sorunlarının ve çözüm yollarının tartışılacağı düzenli toplantılar yapılmalı, çalışanlar için danışmanlık desteği sağlanmalı ve aldıkları ücretler hizmet koşullarına uygun şekilde belirlenerek, sigortaları

sağlanmalıdır.^{5,39,42} Çalışanlar da etkili başa çıkma stratejileri oluşturma, zaman yönetimi ve planlama becerilerini geliştirme, işverenlerinden bu konuda eğitim talep etme, iş arkadaşları ve çalışma ortamı dışındaki kişiler ile destekleyici ilişkiler geliştirme gibi stratejileri mutlaka kullanmalıdır.⁴²

Sağlıksız ve Güvensiz Çevre

Evde bakım çalışanları diğer sağlık çalışanlarından farklı olarak merkezi olmayan bir sağlık bakım hizmeti sunmakta, hastane ve diğer yataklı tedavi kurumlarında karşılaşmayan hijyenik olmayan evler, evlerin havalandırılması ve ısıtılması, güvenli içme suyunun olmaması, hayvan saldırıları veya ateşli silahlar gibi mesleki riskler ile de karşılaşmaktadır.^{5,42,43} Sağlıksız evler kemirgenler, böcekler, bitler, akarlar gibi zararlıları barındırabilmekte, bu sağlıksız koşullar hem sağlık çalışanları için risk oluşturmakta hem de tıbbi malzemelerin kirlenmesine, hastalıkların yayılmasına ve enfeksiyona neden olabilmektedir.⁴² Canton ve ark. (2009) tarafından yapılan çalışmada evde bakım çalışanlarının %43'ünün hijyenik olmayan koşullar, %36'sının kaymalar düşmeler gibi güvensiz koşullar, %27'sinin saldırgan hayvan varlığı, %14'ünün kişisel güvenlik korkusu, %9'unun evde ateşli silahların varlığı gibi durumlar ile karşılaştıkları saptanmıştır.⁸ Çalışanlar bu tehlikeler ile karşılaşmalarına rağmen sadece %53'üne işverenleri tarafından cep telefonu sağlanmış, %66'sına ise bir güvenlik görevlisi eşlik etmiştir.⁸ Evde bakım çalışanlarının bu tehlikelerden kendilerini korumak için ev ziyaretlerinin süresini kısaltma, hasta eğitimlerini azaltma, karanlık olduğunda ya da tehlikeli durumlarda tıbbi tedaviyi ihmal etme gibi bakımın kalitesini tehlikeye düşürebilecek davranışları oldukça sık kullandıkları saptanmıştır.³⁸

Önleme Stratejileri:

Öncelikle bakım sunulan alanların sağlık ve güvenlik koşulları değerlendirilerek, risk düzeyi belirlenmeli, belirlenen risklere yönelik olarak güvenlik programları oluşturulmalıdır.^{1,10} Güvenli olmadığı bilinen, belirlenmiş alanlara giderken evde bakım çalışanlarına bir güvenlik görevlisi eşlik etmeli, riskli ziyaretler tamamlandıktan sonra evde bakım çalışanlarına bir kontrol araması yapılmalı, ayrıca çalışanların yaşayabilecekleri tehlikeler ile başa çıkabilmeleri için simülasyona dayalı farkındalık programları yürütülmelidir.^{8,9} Bakım hizmetinin sunulduğu çevre hasta ve çalışanlar açısından riskleri azaltacak ve onları koruyacak şekilde düzenlenmelidir.¹

SONUÇ

Sonuç olarak, evde bakım çalışanları sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları mesleki risklerin birçoğuna maruz kalmakla birlikte ev ortamına özgü risklerle de karşılaşmaktadır. Evde bakımın tek bir merkezde değil de birçok coğrafi bölgede sunulması, çalışanlarının büyük bir çoğunluğunu kadınların oluşturması, haftanın herhangi bir gününde ya da günün veya gecenin herhangi bir saatinde çalışması, iş çevresinin kontrolsüz ve denetimsiz olması bu risklerin artmasına yol açmaktadır.^{5,9} Evde bakım hizmetlerinde çalışanların giderek artmasına ve birçok mesleki riske maruz kalmalarına karşın evde bakım hizmetlerinde çalışanların mesleki risklerinin değerlendirildiği sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu nedenle evde bakım çalışanlarının mesleki risklerinin değerlendirildiği çalışmaların yapılması, yapılan çalışmalar doğrultusunda işverenler ve çalışanlar için sorumlukların belirlenmesi ve çalışanlar için eğitim programlarının oluşturulması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Avcı, K. "Evde sağlık hizmetlerinde hasta ve sağlık bakım sunucuların güvenliği". *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;6(4):181-188
2. Lang A, Edwards N, Fleiszer A. Safety in home care: A broadened perspective of patient safety. *International Journal for Quality in Health Care*. 2008; 20:130-5.
3. Pınar R. Türkiye'de Evde Bakımda Mevcut Durum, Akademik Geriatri Kongresi Kitabı, s.153-156, (2010).
4. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. 2010 İnternet Adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-12133/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-u.html>
5. Centers for Disease Control and Prevention, (CDC). "Centers for Disease Control and Prevention NIOSH hazard review: Occupational hazards in home healthcare CDC", Cincinnati, Ohio. (2010)
6. European Agency for Safety and Health. Risk Assessment for Care Workers. . E-Facts 35. (2008)
7. Bureau of Labor Statistics, United States Department of Labor. Employment projections: occupations with the most job growth, 2014 and projected 2024. Table 1.4, İnternet Adresi: https://www.bls.gov/emp/ep_table_104.htm
8. Canton, A. N., Sherman, M. F., Magda, L. A., Westra, L. J., Pearson, J. M., Raveis, V. H., & Gershon, R. R. Violence, job satisfaction, and employment intentions among home healthcare registered nurses. *Home Healthcare Now*.2009; 27(6):364-373.
9. Wipfli, B., Olson, R., Wright, R. R., Garrigues, L., & Lees, J. "Characterizing hazards and injuries among home care workers". *Home Healthcare Now*.2012; 30(7):387-393.
10. Agbonifo, N., Hittle, B., Suarez, R., & Davis, K. Occupational exposures of home healthcare workers. *Home healthcare now*.2017;35(3):150-159.
11. Widmer, A. G. Stress and burnout in the home health care professional. In I. M. Martinson, A. G. Widmer & C. J. Portillo (Eds.), *Home Health Care Nursing*,2. Baskı, (s.505-518, W.B. Saunders., Philadelphia (2002)
12. Markkanen P, Quinn M, Galligan C, Sama S, Brouillette N, Okyere D.. "Characterizing the nature of home care work and occupational hazards: A developmental intervention study". *Am J Ind Med*.2014; 57(4):445-457.
13. Bureau of Labor Statistics.Table R8. Incidence rates for nonfatal occupational injuries and illnesses involving days away from work per 10,000 full-time workers by industry and selected events or exposures leading to injury or illness, private industry, 2014. (2015). İnternet Adresi: <https://www.bls.gov/iif/oshwc/osh/case/ostb4374.pdf>.
14. Oregon Home Care Commission. 2012. Safety Manual for Homecare Workers. (2012)
15. Markkanen P, Quinn M, Galligan C, Chalupka S, Davis L, Laramie A. "There's no place like home: A qualitative study of the working conditions of home health care providers". *J Occup Environ Med*.2007; 49(3):327-337.
16. European Union. Occupational health and safety risks in the healthcare sector. "Guide to prevention and good practice". Publications Office of the European Union. 2011.
17. Galinsky T, Feng HA, Streit J, Brightwell W, Pierson K, Parsons K, Proctor C. Risk factors associated with patient assaults of home healthcare workers". *Rehab Nurs*.2010; 35(5):206-215.
18. Ono Y, Lagerstrom M, Hagberg M, Linden A, Malke B."Reports of work related musculoskeletal injury among home care service workers compared with nursery school workers and the general population of employed women in Sweden". *Occup Environ Med*.1995;52:686-693.
19. Trinkoff, A. M., Lipscomb, J. A., Geiger-Brown, J., & Brady, B.. Musculoskeletal problems of the neck, shoulder, and back and functional consequences in nurses. *American Journal of Industrial Medicine*.2002; 41(3):170-178.
20. Davis, K. G., & Kotowski, S. E. Prevalence of musculoskeletal disorders for nurses in hospitals, long-term care facilities, and home health care: a comprehensive review. *Human factors*. 2015;57(5):754-792.
21. US National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): Fast Facts Home Healthcare Workers How to Prevent Musculoskeletal Disorders. DHHS Publication No. 2012-120. (2012)
22. Suarez, R., Agbonifo, N., Hittle, B., Davis, K., & Freeman, A. Frequency and Risk of Occupational Health and Safety Hazards for Home Healthcare Workers". *Home Health Care Management & Practice*.2017;29(4):207-215.
23. Brulin C, Goine H, Edlund C, Knutsson A. Prevalence of long-term sick leave among female home care personnel in northern Sweden". *J Occup Rehab*.1998; 8(2):103-111
24. Moens, G. F., T. H. Dohogne, and P. J. Jacques.Occupation and the prevalence of back pain among employees in health care. *Archives of public health*.1994;52:5-6:189-201.
25. Dellve L, Lagerstrom M, Hagberg M. Work-system risk factors for permanent work disability among home-care workers: a case-control study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2003;76(3):216-224
26. Carneiro, P., Braga, A. C., & Barroso, M. Work-related musculoskeletal disorders in home care nurses: Study of the main risk factors. *International Journal of Industrial Ergonomics*.2017; 61:22-28.
27. Quinn, M. M., Markkanen, P. K., Galligan, C. J., Kriebel, D., Chalupka, S. M., Kim, H et al. Sharps injuries and other blood and body fluid exposures among home health care nurses and aides". *American Journal of Public Health*.2009; 99(53): 710-717.
28. Beltrami EM, McArthurMA, McGeer A, Armstrong-Evans A, Lyons D, Chamberland M, Cardo D. The nature and frequency of blood contacts among home healthcare workers. *Infect Control Hosp Epidemiol*.2000;21:765-770.
29. Lipscomb J, Sokas R, McPhaul K, Scharf B, Barker P, Trinkoff A, Storr C. Occupational blood exposure among unlicensed home care workers and home care registered nurses: Are they protected? *Am J Ind Med* 2009; 52:563-570.

30. Trinkoff AM, Le R, Geiger-Brown J, Lipscomb J. Work schedule, needle use, and needlestick injuries among registered nurses. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2007;28(2):156-164.
31. Gershon RR, Pogorzelska M, Qureshi KA, Sherman M. Home health care registered nurses and the risk of percutaneous injuries: a pilot study. *Am J Infect Control.*, 2008;36:165–172
32. NIOSH Fast Facts Home Healthcare Workers How to Prevent Exposure Needlestick and Sharps Injuries. DHHS (NIOSH) Publication No. 2012-123. (2012)
33. Sherman MF, GershonRR, Samar SM, Pearson JM, Canton AN, Damsky MR. Safety factors predictive of job satisfaction and job retention among home healthcare aides". *J Occup Environ Med.* 2008; 50(12):1430–1441.
34. Nakaishi L, Moss H, Weinstein M, Perrin N, Rose L, Anger WK, Hanson GC, Christian M, Glass N. Exploring workplace violence among home care workers in a consumer-driven home health care program. *Workplace Health Saf.* 2013;61(10):441–450.
35. Vladutiu, C. J., Casteel, C., Nocera, M., Harrison, R., & Peek-Asa, C. Characteristics of workplace violence prevention training and violent events among home health and hospice care providers". *American journal of industrial medicine.*2016;59(1):23-30
36. McPhaul K, Lipscomb J, Johnson J. Assessing risk for violence on home health visits. *Home Health Nurse.*2010; 28(5):278–289.
37. NIOSH Fast Facts. Home Healthcare Workers How to Prevent Violence on the Job". DHHS (NIOSH) Publication No. 2012-118. (2012)
38. Fazzone, P. A., Barloon, L. F., McConnell, S. J., & Chitty, J. A. Personal safety, violence, and home health. *Public Health Nursing.*2000; 17:43-52
39. Sarsılmaz, H., Yıldırım, Y., & Fadiloğlu, Ç. "Evde bakım hemşirelerinde tükenmişlik". *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2015;6(1), 13-20
40. Kar Kar, G. Evde bakım hizmeti veren hemşirelerin hizmetlerde yaşadıkları güçlükler ve iş doyumunu düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. (2003).
41. McCaughey, D., McGhan, G., Kim, J., Brannon, D., Leroy, H., & Jablonski, R. Workforce implications of injury among home health workers: evidence from the National Home Health Aide Survey". *The Gerontologist.* 2012;52(4):493-505.
42. NIOSH Fast Facts. Home Healthcare Workers How to Prevent Exposure in Unsafe Conditions. DHHS Publication No. 2012-121. (2012)
43. Çoban S. Evde Bakım Hemşirelerinin Çalışma Alanında Karşılaştıkları Güçlüklerin Ve Bakım Vermede Duyulan Gereksinim Alanlarının Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İzmir. (2014).