

e-ISSN:

# TÜRKİYE SAĞLIK BİLİMLERİ VE ARAŞTIRMALARI TURKISH JOURNAL OF HEALTH SCIENCES AND RESEARCH DERGİSİ

Cild/Volume: 1

Sayı/Number: 1

Yıl/Year: 2018

Chemically, DNA consists of two complementary strands of simple units called nucleotides, which are made up of sugars and phosphate groups. The two strands are joined to each other and are therefore and parallel to each other. One of the four types of nucleotides is called adenine, and the sequence of these four bases along the length of the strand encodes information. This information is read using the genetic code which specifies the sequence of the amino acids within proteins. The process of copying stretches of DNA into the messenger RNA is called transcription.

In eukaryotic cells, DNA is organized into long molecules called chromosomes. These chromosomes are duplicated before cells divide. In a process called DNA replication, eukaryotic organisms (animals, plants, fungi, and protists) store most of their DNA inside the cell nucleus and some of their DNA in organelles, such as mitochondria or chloroplasts. In contrast, bacteria and archaea store their DNA only in the cytoplasm. Within the organelles, circular DNA molecules (mitochondrial and organellar DNA) are found. Within the cytoplasm, the structures called plasmids store genetic information and other proteins, helping to ensure the survival of the DNA and the cell.



ANKARA  
YILDIRIM BEYAZIT  
UNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

**Derginin Sahibi**

Prof. Dr. Aysun BAY KARABULUT

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan V.

**Baş Editör**

Dr. Öğretim Üyesi Nazan TORUN

Ankara Yıldırım Beyazıt Bölümü, Sağlık Yönetimi Bölümü

**Editör Yardımcıları**

Doç. Dr. Sena KAPLAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Banu MÜJDECİ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Odyoloji Bölümü

**Teknik Editörler**

Arş. Gör. Oğuzhan METE, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Taşkın ÖZKAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Çağlar SOYLU, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

**Biyoistatistik Editörleri**

Prof. Dr. Selim Yavuz SANİSOĞLU, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Pervin DEMİR, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

**Yazı İşleri Müdürü**

Dr. Öğretim Üyesi Metin DİNÇER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

**Sekreteryası**

Arş. Gör. Mustafa KARABULUT, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Kürşad KARAKOÇ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

**Redaktörler**

Elmas AKIN ALTINCI, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Sibel PEKSOY, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

### Bilimsel Danışma Kurulu

Prof.Dr. Nazan AKTAŞ, Selçuk Üniversitesi, Konya, Türkiye  
Prof.Dr. Yeşim BAKAR, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu, Türkiye  
Prof.Dr. Mehmet GÜNAY, Gazi Üniversitesi, Ankara, Türkiye  
Prof.Dr. Ayşegül GÜVEN, Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye  
Prof.Dr. İsmail Hakkı DEMİRCİOĞLU, T.C. İçişleri Bakanlığı Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi, Ankara  
Prof.Dr. Sevim SAVAŞER, Biruni Üniversitesi, İstanbul, Türkiye  
Prof.Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU, Atılım Üniversitesi, Ankara, Türkiye  
Doç.Dr. Müdriye YILDIZ BIÇAKÇI, Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye  
Doç.Dr. Tarık TUNCA, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye

### Editör Kurulu

Prof.Dr. Cengiz ÖZBESLER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü  
Prof.Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü  
Prof.Dr. Baki YILMAZ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Spor Bilimleri Bölümü  
Doç.Dr. Sena KAPLAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü  
Doç.Dr. Banu MÜJDECİ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Odyoloji Bölümü  
Dr. Öğretim Üyesi Lale Sariye AKAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü  
Dr. Öğretim Üyesi Metin DİNÇER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü  
Dr. Öğretim Üyesi Fatma Elif KILINÇ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Çocuk Gelişimi Bölümü  
Dr. Öğretim Üyesi Birgül ÖZKAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü  
Dr. Öğretim Üyesi Nazan TORUN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Adres: ‘‘Etlik Doğu Kampsüsü’’ Ayvalı Mahallesi Gazze Caddesi Keçiören Belediyesi Yüzme Havuzu Üstü

Keçiören/ANKARA

E-mail: saglikbilfakulte@ybu.edu.tr

Tel: (0312) 324 1555/ 1908/1909/1910/1911

Belgegeçer (Faks): (0312) 906 2967

*Derginin Bu Sayısında Görev Alan Hakemlerimiz*

Ayten ARIÖZ DÜZGÜN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Keziban AVCI, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Hacı Hüseyin DERE, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Kulak Burun Boğaz Bölümü

Metin DiNÇER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Bahar VARDAR İNKAYA, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Sena KAPLAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Bölümü, Hemşirelik Bölümü

Şule KAYA, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Odyoloji Bölümü

Evrin KIZILER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Ayşegül KOÇ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Sema KOÇAŞLI, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Banu MÜJDECİ, Ankara Yıldırım Beyazıt Bölümü, Odyoloji Bölümü

Birgül ÖZKAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Sevil ŞAHİN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Perihan ŞENEL TEKİN, Ankara Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Nazan TORUN, Ankara Yıldırım Beyazıt Bölümü, Sağlık Yönetimi Bölümü

Meltem TULĞAR, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Odyoloji Bölümü

Gülay YAZICI, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

## ARAŞTIRMA MAKALESİ

## Özel Hastane Yöneticilerinin Yalın Yönetim Yaklaşımına İlişkin Görüşleri; Ankara İli Örneği

*Osman ÖZKAN<sup>1</sup>, Emine ORHANER<sup>2</sup>*

## ÖZ

**Amaç:** Bu araştırma Ankara'daki özel hastane yöneticilerinin yalın yönetim, israf ve hata unsurlarına yönelik görüşlerinin ortaya konulması amacıyla gerçekleştirilmiştir.

**Yöntem:** Araştırmada ilk olarak yalın yönetim kavramı ve yalın sağlık yönetiminden bahsedilmiş, daha sonra ise hastane yöneticilerinin görüş analizleri yapılmıştır. Çalışmada veri toplama yöntemi olarak anket kullanılmıştır. Çalışmada, 17 hastanede 189 katılımcıyla yüz yüze görüşülerek elde edilen verilerin analizi, sıklık ve yüzde yöntemi ile yapılmıştır.

**Bulgular:** Yapılan analiz sonucunda; çalışanların başka hastanelere gitmek üzere ayrılmasının, çalışanların sorumluluğu başkalarına yüklemesinin ve işlerini başkalarına yaptırmasının, doğru prosedürlerin izlenmemesinin hastanelerde en çok yaşanan sorunlar olduğu saptanmıştır. Ayrıca hastanelerde en çok; bekleme, gereksiz insan hareketi ve çalışanların yeteneklerinden faydalanılmamasını ifade eden insan potansiyeli kaynaklı israfların olduğu belirlenmiştir. Yöneticilerin yalın yönetimi, verimliliği artırmaya ve israfları ortadan kaldırmaya yönelik bir düşünce felsefesi ve sürekli iyileştirme faaliyeti olarak algıladığı görülürken; yalın yönetim uygulamalarının faydaları, zamanın daha verimli kullanılması, verimliliğin ve üretkenliğin büyümesi, sürekli iyileştirme açısından fayda sağlaması olarak ifade edilmiştir. Ayrıca yalın yönetimin önündeki en büyük engel; bilgi ve motivasyon eksikliği, değişime karşı direnç ve üst yönetimin desteğinin olmaması şeklinde belirtilmiştir.

**Sonuç:** Hastanelerde yaşanan sorunların ve israfların, yalın yönetim uygulamalarının daha fazla benimsenmesi, yalın yönetimin önündeki engellerin kaldırılması, çalışanlara yönelik eğitimler düzenlenmesi ve üst yönetimin süreçlerde daha fazla aktif olmasıyla ortadan kaldırılacağı düşünülmektedir. Üst yönetimin desteği yalının bir kültür haline gelmesinde kritik bir başarı faktörüdür. Yalın yönetim uygulamalarının değişime açık ve üst yönetim tarafından desteklenen kurumlarda daha kolay uygulanacağı bilinmelidir. Çalışanların yalın yönetim konusunda nitelikli, farkındalık sahibi ve birlikte çalışabilirlik kültürünün gelişmiş olduğu kurumlarda verimli sonuçlar ortaya konulacaktır. Sağlık kurumlarında yalın yönetim algısını artırıcı eğitimler düzenlenmesi ve istihdam politikalarında buna uygun planlamalar yapılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık hizmetleri kalitesi, Sağlık hizmetleri yönetimi, Verimlilik, Yönetim

## Opinions about the Lean Management Approach of Private Hospital Managers; Ankara Province Example

*Osman ÖZKAN<sup>1</sup>, Emine ORHANER<sup>2</sup>*

## ABSTRACT

**Aim:** This research was carried out in order to reveal the opinions of the private hospital administrators in Ankara on lean management, waste and mistakes.

**Method:** In the research, the concept of lean management and lean health management were mentioned first, and then the opinions of the hospital managers were analyzed. Questionnaire was used as data collection method in the study. The data obtained from face to face interviews with 189 participants in 17 hospitals were summarized by frequency and percentage method analysis.

**Results:** As a results of the analysis, it has been revealed that employees are separated to go to other hospitals, employees are burdened by others and their work is done to others, and the lack of proper procedures is the most common problems in hospitals. In addition, it has been determined that most of the hospitals have human potential wastes, which means that they do not use waiting, unnecessary human movement and employees' abilities. While managers seem to perceive lean management as a philosophy of thinking about increasing efficiency and removing wastes and continuous improvement, it has been stated that benefit of lean management practices, the more efficient use of time, the growth of productivity and the continuous improvement. In addition, the biggest obstacle in front of lean management is lack of knowledge and motivation, resistance to change and lack of support fom senior management.

**Conclusions:** It is thought that the problems and wastes experienced in the hospitals will be abolished with more Adoption of lean management practices, removal of obstacles in front of lean management, organization of trainings for employees and more active in processes of senior management. The support of top management is a critical success factor in becoming a lean culture. It should be known that the change in lean management practices will be more easily implemented in organizations supported by open and top management. Effective resultts will be revealed in organizations where employees are qualified, aware and interoperability cultures in the field of lean management. It is suggested that health institutions should organize trainings to increase lean management perception and make appropriate plans in employment policies.

**Key words:** Efficiency, Health services administration, Management, Quality of health care.

<sup>1</sup> Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane İşletmeciliği Bölümü

<sup>2</sup> Gazi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Sorumlu Yazar: Osman ÖZKAN

E-posta adresi: ozkanosman282@gmail.com

Gönderi Tarihi: 08.06.2018

ORCID No: 0000-0002-7979-4039

Kabul Tarihi: 06.07.2018



## GİRİŞ

Yalın yönetim; ürün ve hizmet oluşturma sürecinde müşteri açısından değer yaratmayan tüm unsurların arındırılması ve müşteriye sunulan değer mükemmelliğini esas olan bir tekniktir. Üretim ve hizmet sürecinin her aşamasında yalın yönetim, ortaya çıkabilecek hata, aşırı üretim, gereksiz bekleme süreleri, gerekli olmayan taşıma ve hareketler gibi söz konusu israf türlerine, maliyetleri azaltmak ve kaliteyi yükseltmek adına değer odaklı bir yaklaşım sergilemektir (1).

Womack ve ark. (2) yalın üretime dair en temel eserlerden biri olan *'Dünyayı Değiştiren Makine'* adlı kitapta yalın yönetim felsefesini, yapısında hiçbir gereksiz unsur taşımayan ve hata, maliyet, stok, işçilik, geliştirme süreci, üretim alanı, fire, müşteri memnuniyetsizliği gibi unsurların minimize edildiği üretim sistemi olarak tanımlamaktadırlar.

Yalın yönetimin merkezinde; maliyetlerin düşürülmesi, teslimat sürelerinin azaltılması ve israfların tamamen ortadan kaldırılmasıyla kaliteyi artırmak, müşteriye, topluma ve ekonomiye değer katarak uzun vadeli bir felsefe yaratmak vardır (3).

Son yıllarda yaşanan gelişmeler ve yapılan çalışmalar incelendiğinde yalın sağlık yönetimi kavramının artık küresel bir hareket olarak ele alındığı görülmektedir. Özellikle sağlık kuruluşlarının gelişen ve değişen teknolojik, ekonomik, toplumsal, yasal, politik durumlar karşısında maliyetleri dengelemek, hasta

güvenliğini artırmak, boşa harcanan vakitleri azaltmak, bürokratik verimsizliklerin önüne geçmek gibi sorunlara çözüm arayışı giderek daha hissedilir olmuştur. Bu arayışının bir sonucu olarak sağlık kuruluşlarında yalın yönetim metotlarının uygulanmasının ve bu felsefenin kurum kültürü haline getirilmesinin mevcut süreçlerin iyileştirilmesi noktasında büyük destekler sağlayacağı düşünülmektedir.

Sağlık sektörü açısından yalın yönetim; bir alet çantasından hastanelerin organizasyon yapısına kadar yönetim şeklini değiştiren, tıbbi hataları ve hasta bekleme sürelerini azaltarak hasta bakım kalitesini artıran, çalışan ve hekimlerin gelişimini yükselten, maliyetleri ve riskleri azaltan, kurumun büyümesine katkı sağlayan ve farklı işlevler gösteren hastane servislerinin birlikte çalışmasını sağlayarak tüm paydaşları uzun vadede kuvvetlendiren bir sistem olarak ele alınmaktadır (4-6). Yine de hastanelerin yapısı ve özellikleri gereği yalın bir hastanenin tam olarak ne olduğunu ifade etmek zordur. Çünkü kusursuz şekilde yalın olan bir hastane veya başka bir kurum yoktur. Yalın yönetimin felsefesinde sürekli iyileştirme ve geliştirme yer aldığından ve her zaman çözülmesi gereken bir sorun veya ortadan kaldırılması gereken bir israf yer aldığından yalın bir hastane, yönetmek ve iyileştirmek adına yalın yönetim felsefelerini kullanan bir hastane olarak tanımlanmaktadır (4). Özellikle 2000'li yılların başından itibaren sağlık

sektöründe popüler olmaya başlayan yalın yönetim kavramı, başlangıçta birçok önyargı ve engel ile karşılaşmasına rağmen günümüzde pek çok kurumun kalite, verimlilik, maliyet, güvenlik, erişilebilirlik, hız açısından olumlu sonuçlar ortaya koyduğu bir yapıya bürünmüştür. Bu düşüncenin sağlık sektöründe gerekliliği her ne kadar tartışılan bir konu olarak güncelliğini koruyor olsa da geçmişte yapılan çalışmalara bakıldığında yöntemin olumsuz bir sonuç ortaya koymadığı bilinmektedir. Literatürde, yalın yönetim düşüncesinin sağlık sektöründe uygulanmasına yönelik uygulamaların çoğunun Amerika'da gerçekleştirildiği ve son yıllarda İngiltere kamu sektöründe ve Avustralya'da görülmeye başlandığını ve bu çalışmaların sürdürülebilir sonuçlar verdiğini belirtilmektedir (5-7).

Yalın yönetimin sağlık sektöründe uygulanması konusunda eğilim artış gösterirken; çoğu çalışma uygulamaların başarısında üst yönetimin ve yöneticilerin desteğinin kritik bir başarı faktörü olduğunu ve yalın yönetim kültürü oluşturmak için yönetim desteğinin kurum genelinde olumlu sonuçlar doğuracağını vurgulamaktadır. Yapılan çalışmalar üst yönetim desteğini büyük bir eksiklik olarak görürken benzer şekilde yalın yönetim uygulamalarının önündeki engellerden birinin de bu olduğunu söylemektedir (8-15). Bu bakımdan hastane yöneticilerin yalın yönetim konusunda bilgi ve görüşlerini ortaya koymak amacıyla bu çalışma yapılmıştır. Çalışma evrenini hastanelerin yöneticileri oluşturmaktadır. Çalışma evreni belirlenirken özel ve kamu ayırımına

gidilmiş, yalın yönetim konusunda özel sektörde yapılan çalışmaların fazla olmasından kaynaklı olarak (5-7) özel hastane yöneticileri çalışma kapsamına alınmıştır.

## YÖNTEM

### Araştırmanın alanının tanıtımı

Araştırma Ankara ilinde bulunan özel hastanelerde yapılmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine bakıldığında Ankara'da 36 özel hastane hizmet vermektedir (16). Araştırmanın uygulama alanını bu özel hastaneler oluşturmaktadır.

### Araştırmanın amacı

Bu çalışma özel hastane yöneticilerinin yalın yönetim, israf ve hata unsurlarına yönelik görüşlerinin ortaya konulması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın alt amaçları şöyledir:

Özel hastane yöneticilerinin;

1. Hastanelerde yaşanan hatalar ve israflar ile ilgili görüşlerinin incelenmesi,
2. Yalın yönetim kavramına yönelik bilgi ve deneyimlerinin incelenmesi,
3. Yalın yönetim uygulamalarının önündeki engellere yönelik görüşlerinin incelenmesi,
4. Yalın yönetim uygulamalarının uygulanma nedenlerine yönelik görüşlerinin incelenmesi.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara'daki özel hastanelerde çalışan yöneticiler oluşturmaktadır. Faaliyet gösteren 36 hastaneden katılımcılar, çalışmayı katılmayı kabul eden 17 hastane

arasından basit tesadüfi örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Bu kapsamda araştırma dâhilinde bulunan hastanelerde Mayıs 2018 döneminde tıbbi ve idari birimlerde çalışan yönetici, sorumlu, süpervizör, ekip lideri, müdür, genel müdür, direktör, başhekim, başhemşire vb. unvanlarına sahip olan tüm çalışanlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Kurumlardan elde edilen veriler toplamda 351 yöneticinin çalıştığını gösterirken, anket çalışması araştırmaya katılmayı kabul eden 189 yönetici üzerinde gerçekleştirilmiştir.

#### **Araştırmanın verilerinin toplanması**

Araştırma verileri bu hastanelerde çalışan 189 kişiyle yüz yüze görüşülerek, anket yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmada kullanılan anket 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm katılımcıların demografik özellikleri ve çalıştıkları kurumun büyüklüklerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. Anketin ikinci bölümü ise araştırmacılar tarafından literatür ışığında geliştirilerek (4,17); yalın yönetim, israf ve yaşanan hatalara yönelik soruları kapsayacak şekilde düzenlenmiştir.

#### **Araştırmanın sınırlılıkları**

Araştırma Ankara ili ile sınırlı tutulmuş ve sadece özel hastaneler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışma, Ankara ilindeki bazı özel hastanelerin çalışmaya katılmak istememelerinden dolayı araştırmayı katılmayı kabul eden sadece 17 hastanede 189 yönetici üzerinde uygulanmıştır. Diğer hastanelere ve çalışmaya katılmayan yöneticilere ulaşım, zaman, maliyet, izin

kısıtlarından dolayı ulaşılamamış ve kapsam dışı tutulmuştur.

#### **Araştırmanın verilerinin analizi**

Araştırma kapsamında anket uygulaması yapılan hastanelerin yöneticilerinden elde edilen veriler; sayı ve yüzde yöntemi ile analiz edilmiştir. Tüm bu verilerin analizinde bilgisayar ortamında SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır.

#### **BULGULAR**

Çalışmada katılımcıların çalıştıkları birimler kendi içerisinde ‘yönetim, idari-1, idari-2, hemşirelik hizmetleri ve diğer sağlık hizmetleri’ olarak aşağıdaki şekilde kategorize edilmiştir.

**Yönetim:** Direktör, hastane müdürü, başhekim, başhekim yardımcısı, hastane müdür yardımcısı.

**İdari-1:** Kalite, kurumsal ilişkiler ve pazarlama, tıbbi istatistik ve arşiv, hasta hizmetleri, satın alma, insan kaynakları, finans, halkla ilişkiler ve hasta hakları, medikal muhasebe, bilgi işlem, kurumsal faturalama, uluslararası hasta birimi, iç denetim ve risk yönetimi birimleri.

**İdari-2:** Otelcilik ve yiyecek-içecek hizmetleri, eğitim hizmetleri, teknik servis, güvenlik, iş sağlığı ve güvenliği, çağrı merkezi birimleri.

**Hemşirelik hizmetleri:** Başhemşire, başhemşire yardımcısı, ayaktan ve yatan hasta sorumlu hemşireleri.

**Diğer sağlık hizmetleri:** Laboratuvar, eczane, radyoloji, biyomedikal, evde bakım hizmetleri.



Tablo 1'deki veriler incelendiğinde, katılımcıların %64'ünün kadın, %47.6'sının 30-39 yaş, %49.7'sinin kurumda çalışma süresinin 1-5 yıl ve %37.6'sının mesleki tecrübesinin 11-20 yıl aralığında olduğu görülmektedir. Bu bulgulara ek olarak; katılımcıların %55'inin eğitim düzeyinin lisans, %61.9'unun çalıştıkları birimin 'idari -1' kategorisinde, %78.3'ünün 'müdür / yönetici / sorumlu' pozisyonunda, %52.9'unun orta düzey yönetim kademesinde olduğu saptanmış ve %34.4'ünün ise '200-299' yatak kapasitesine sahip hastanelerde çalıştıkları belirlenmiştir.

**Tablo 1.** Katılımcıların demografik, çalışma ve kurumlarına ilişkin özellikleri (n=189)

Tanıttıcı özellikler	Sayı	%	Tanıttıcı özellikler	Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>			<b>Eğitim düzeyi</b>		
Kadın	121	64.0	Lise	26	13.8
Erkek	68	36.0	Ön Lisans	30	15.9
<b>Yaş</b>			Lisans	104	55.0
20-29	43	22.7	Yüksek Lisans	25	13.2
30-39	90	47.6	Doktora	4	2.1
40-49	44	23.3	<b>Çalışılan birim</b>		
50 yaş ve ↑	12	6.3	Yönetim	14	7.4
<b>Kurumda çalışma süresi</b>			İdari-1	117	61.9
1 yıldan az	19	10.1	İdari-2	13	6.9
1-5 yıl	94	49.7	Hemşirelik hizmetleri	35	18.5
6-10 yıl	35	18.5	Diğer sağlık hizmetleri	10	5.3
11-20 yıl	35	18.5	<b>Görev sınıflandırması</b>		
21 yıl ve ↑	6	3.2	Üst düzey yönetim	25	13.2
<b>Mesleki tecrübe</b>			Orta düzey yönetim	100	52.9
1 yıldan az	8	4.2	Alt düzey yönetim	64	33.9
1-5 yıl	30	15.9	<b>Kurum büyüklüğü</b>		
6-10 yıl	41	21.7	1-49 yatak	39	20.6
11-20 yıl	71	37.6	50-99 yatak	31	16.4
21 yıl ve ↑	39	20.6	100-199 yatak	54	28.6
<b>Pozisyon ünvanı</b>			200-299 yatak	65	34.4
Müdür/Sorumlu	148	78.3			
Müdür/Sorumlu yrd.	41	21.7			

Katılımcıların %50.8'i 'daha önce yalın sağlık kavramıyla karşılaştınız mı?' sorusuna evet cevabı

verilirken, %76.7'si ise 'daha önce yalın sağlık kavramıyla ilgili kongre, eğitim vb. etkinliklere katıldınız mı?' sorusuna hayır cevabı vermiştir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Katılımcıların yalın sağlık deneyimine ilişkin görüşleri (n=189)

Tanıttıcı özellikler	Sayı	%	Tanıttıcı özellikler	Sayı	%
<b>Yalın sağlık kavramıyla daha önce karşılaştınız mı?</b>			<b>Yalın sağlık ile ilgili kongre vb. etkinliklere katıldınız mı?</b>		
Evet	96	50.8	Evet	44	23.3
Hayır	93	49.2	Hayır	145	76.7

Katılımcıların ifade ettiği hastanede yaşanan sorunlar arasında ilk üç sırayı; 'çalışanların başka hastanelere gitmek üzere ayrılması'nın (%53.4), 'çalışanların sorumluluğu başkalarına yüklemesi ve işleri başkalarına yaptırması'nın (%37) ve 'doğru prosedürlerin izlenmemesi'nin (%34.9) aldığı vurgulanmaktadır (Tablo 3).

Hastanede yaşanan israf türleri arasında sıklıkla; katılımcılar 'bekleme' israfının (%39.7), 'gereksiz insan hareketi' israfının (%31.7) ve 'insan potansiyeli' israfının (%30.7) olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4).

Katılımcıların %62.4'ü yalın yönetimin 'verimliliği artırmaya ve israfları ortadan kaldırmaya yönelik bir düşünce felsefesi' olduğunu, %37'si 'sürekli iyileştirme' faaliyeti olduğunu, %37'si 'esneklik, maliyet-etkinliği, verimli süreç yönetimini ifade ettiğini', %31.2'si 'değer oluşturmaya yönelik faaliyetlerin ortadan kaldırılması' olduğunu ifade etmiştir. Yalın yönetime ilişkin diğer ifadeler ise Tablo 5'te verilmiştir.

**Tablo 3.** Katılımcıların hastanelerde yaşanan sorunlara yönelik görüşleri (n=189)

Hastanelerde yaşanan sorunlar*	Sayı	Yüzde
Çalışanların başka hastanelere gitmek üzere ayrılması	101	53.4
Çalışanların sorumluluğu başkalarına yüklemesi, işleri başkalarına yaptırması	70	37.0
Doğru prosedürlerin izlenmemesi	66	34.9
Hastanın mağdur olduğu/olabileceği ya da olmak üzere olduğu olaylar(kimlik doğrulama, etiketleme, hasta karıştırma vb.)	41	21.7
Çalışanların yeni tip ekipmanları kullanma zorluğu	36	19.0
Doğru kullanılmayan sınırlı depolama alanı (yatak takımları ve malzemeler)	36	19.0
Malzemelerin temininde karışıklıklar	26	13.8
Doğru yapılmadıkları için diğer servislerden geri dönen malzeme ve hizmetler	26	13.8
Bildirilmeyen küçük yaralanmalar ya da hastalıklar	25	13.2
Hatalı sipariş yüzünden malzeme teslimatlarında gecikme	22	11.6
Herhangi bir sorun yaşamadım	22	11.6
Kullanılmayan güvenlik donanımı	17	9.0

\*Katılımcılar birden fazla görüş ifade etmiştir.

**Tablo 4.** Katılımcıların hastanelerde yaşanan israflara yönelik görüşleri (n=189)

Hastanelerde yaşanan israf türleri*	Sayı	Yüzde
<b>Bekleme</b> (İş yüklerinin eşit olmamasından kaynaklı bekleyen çalışanlar, randevu için bekleyen hastalar)	75	39.7
<b>Gereksiz insan hareketi</b> (Kötü yerleşim nedeniyle sistemdeki çalışanların birimler arasında gereksiz hareketleri)	60	31.7
<b>İnsan potansiyeli</b> (Çalışanları dinlememek, süreçlere katmamak, doğru pozisyonlarda kullanmamak vb.)	58	30.7
<b>Bilmiyorum</b>	43	22.8
<b>Gereğinden fazla işlem</b> (Hastalar için değer yaratmayan işlemler, formların üstündeki zaman/tarih damgaları)	42	22.2
<b>Fazla stok</b> (Tarihi geçmiş veya ihtiyaçtan fazla ilaç ve malzeme bulundurma)	32	16.9
<b>Gereksiz malzeme hareketi</b> (Kateter laboratuvarlarının acil servisten çok uzak olduğu kötü yerleşim planı)	19	10.1
<b>Hatalar</b> (Hastaya yanlış ilaç verilmesi vb.)	15	7.9
<b>İhtiyaçtan fazla üretim</b> (Gereksiz teşhis prosedürleri uygulamak)	12	6.3

\*Katılımcılar birden fazla görüş ifade etmiştir.

Katılımcıların %67.7'si 'zamanın daha verimli kullanılması' nedeniyle, %59.3'ü 'verimliliğin ve

üretkenliğin büyümesi' nedeniyle, %57.7'si 'sürekli iyileştirme' nedeniyle, %55'i 'israfların minimize edilmesi' nedeniyle yalın yönetimin uygulandığını ifade etmiştir (Tablo 6).

**Tablo 5.** Katılımcıların yalın yönetime yönelik görüşleri (n=189)

Yalın yönetime ilişkin görüşler*	Sayı	Yüzde
Verimliliği artırmaya ve israfları ortadan kaldırmaya yönelik bir düşünce felsefesidir	118	62.4
Sürekli iyileştirmedir	70	37.0
Esneklik, maliyet-etkinliği, verimli süreç yönetimidir	70	37.0
Değer oluşturmaya yönelik faaliyetlerin ortadan kaldırılmasıdır	59	31.2
Müşterinin /hastanın algıladığı değere yönelimdir	48	25.4
Yöntemler, teknikler ve araçlar setidir	27	14.3
Bilmiyorum	22	11.6

\*Katılımcılar birden fazla görüş ifade etmiştir.

**Tablo 6.** Katılımcıların yalın yönetimin uygulanma nedenlerine yönelik görüşleri (n=189)

Yalın yönetimin uygulanma nedenleri*	Sayı	Yüzde
Zamanın daha verimli kullanılması	128	67.7
Verimliliğin ve üretkenliğin büyümesi	112	59.3
Sürekli İyileştirme	109	57.7
İsrafların minimize edilmesi	104	55.0
Kalite iyileştirme/geliştirme	95	50.3
Müşteri memnuniyetinin artırılması	87	46.0
Rekabet gücünün artması	28	14.8
Teslimat süresinin kısaltılması	28	14.8
Envanteri azaltması	27	14.3
Bilmiyorum	10	5.3
Diğer şirketlerin olumlu deneyimleri	9	4.8

\*Katılımcılar birden fazla görüş ifade etmiştir.

Katılımcıların %57.7'si 'bilgi ve motivasyon eksikliğinin', %47.1'i 'değişime karşı direncin', %35.4'ü 'üst yönetimin desteğinin olmamasının' yalın yönetimin uygulanma engelleri arasında olduğunu sıklıkla ifade etmiştir (Tablo 7).

**Tablo 7.** Katılımcıların yalın yönetimin uygulanma engellerine yönelik görüşleri (n=189)

Yalın yönetimin uygulanma engelleri*	Sayı	Yüzde
Bilgi ve motivasyon eksikliği	109	57.7
Değişime karşı direnç	89	47.1
Üst yönetimin desteğinin olmaması	67	35.4
İletişim eksikliği	64	33.9
Kurum kültürünün değişimi teşvik etmemesi	60	31.7
Olumsuz kurumsal yönetim yapısı/olumsuz organizasyon yapısı	56	29.6
Çalışanların olumsuz yaklaşımı	53	28.0
Zaman eksikliği	42	22.2
Uygulamaların yüksek maliyeti	25	13.2
Bilmiyorum	18	9.5

\*Katılımcılar birden fazla görüş ifade etmiştir.

## TARTIŞMA

Literatürde, yalın yönetimin sağlık sektöründe uygulanması gereken ve olumlu sonuçlar veren bir yönetim felsefesi olduğu belirtilmektedir (7-10,18,19). Bu yönetim felsefesinin olumsuz sonuçlar verdiğini gösteren çalışmaya rastlanmamaktadır. İlgili verilere göre yalın yönetim kavramı, kurumların artan maliyetlerini, tıbbi hataları minimize eden, kaliteyi, hasta ve çalışan güvenliğini artıran, bütün iş süreçlerinde çalışan katılımını esas alan, israfı ortadan kaldırarak hasta/çalışan ve yönetim açısından memnuniyeti artıran bir yönetim felsefesi olarak tanımlanabilir.

Yapılan çalışma sonucunda, katılımcılar, ‘yalın sağlık kavramıyla daha önce karşılaştınız mı?’ soruna %50.8 oranında evet cevabını verirken, ‘yalın sağlık ile ilgili toplantı, seminer, eğitimlere katıldınız mı?’ sorusuna %76.7 oranında hayır cevabını vermiştir. Yalın sağlık kavramı her ne kadar katılımcıların yarısı tarafından duyulmuş

olsa da bu alanda yapılmış toplantı, eğitim vb. etkinliklere katılımın düşük olmasının yalın yönetim felsefesinin benimsenmesinde ve bir kültür haline gelmesinde önemli bir eksiklik olduğu düşünülmektedir. Bu bakımdan, yönetsel pozisyondaki kişilerin bu alanda daha bilinçli ve daha bilgili olması için üst yönetimin bu kişileri eğitim alması yönünde destek vermelidir. Yalın sağlık konusunda faaliyet gösteren kuruluşların sağlık sektöründe tanıtım faaliyetlerinde bulunması, eğitimler, kongreler düzenlemesi kavramının bilinirliğini artıracığı, algı seviyesini yükselteceği düşünülmektedir.

Hastanelerde yaşanan sorunların daha çok neler olduğuna yönelik katılımcıların görüşleri ‘çalışanların başka hastanelere gitmek üzere ayrılması’, ‘çalışanların sorumluluğu başkalarına yüklemesi ve işleri başkalarına yaptırması’ ve ‘doğru prosedürlerin izlenmemesi’ olarak ön plana çıkmıştır. Bu konular daha çok insan ve süreç odaklıdır. Yalın yönetim felsefesi insana yatırım yapmak ve mutlu çalışanların olmasını sağlamak üzerine kuruludur. Eğer bu noktada başarı sağlanırsa kurumlarından ayrılmayan, işlerini yapmaktan keyif alan, işlerini başkalarına devretmeyen ve süreçlerde doğru prosedürleri uygulayan çalışanlar var olacaktır. Yalın yönetimin en büyük faydaları arasında herkesin neyi, nasıl yapacağını gösteren standartlaştırılmış iş tanımları ve süreçleri bulunmaktadır. Standartlaştırılmış iş süreçlerinin oluşturulması, doğru prosedürlerin izlenmemesini de ortadan kaldıracaktır. Sisson ve Elshennawy (20) yapmış oldukları çalışmada kurumların çalışanların işten

ayrılmalarının önüne geçecek insan kaynakları politikaları oluşturmaları ve yalın yönetim uygulamaları neticesinde çalışanların işlerine son verilmeyeceğini kurum geneline açıklamaları gerektiğini ifade etmişlerdir. Derin'in (21) yapmış olduğu çalışmada ise katılımcıların %80.6'sı kurumlarının insanlara gereken saygıyı verdiğini ifade etmesine rağmen, katılımcıların %70'inin kurumlarında ömür boyu ve severek çalışmak istemedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Burada önemli olan faktör yöneticilerin yönetim tarzıdır. Yalın yönetim felsefesinin temelinde olan insana saygı ilkesinden hareketle yöneticilerin odak noktasına çalışanların mutluluğunu alması ve faaliyetlerini buna yönelik planlaması gereklidir. Bunu destekleyen sonuçlardan biri de aynı çalışmada (21) yöneticilerin yönlendirici rollerini iyi yaptıkları takdirde çalışanların kurumlarında ömür boyu severek çalışma isteklerinin artacağı bulgusudur. Ayrıca Thor ve ark. (22) yapmış oldukları çalışmada hastanede ön plana çıkan sorunlardan birinin doğru prosedürlerin izlenmemesi olduğunu vurgulamaktadır. Bunun önüne geçmek için Spear (11) standart çalışma prosedürlerine vurgu yapmış, hangi hastanın hangi süreçlerden geçeceğini, işin hangi yönünü kimlerin yapacağını, işin hangi sinyaller ile başlayacağını, her adımın nasıl gerçekleştiğini anlatan standart iş tanımlarının olması gerektiğini ifade etmiştir. Benzer şekilde Sisson ve Elshennawy' de (20) en iyi prosedürlerin tutarlı bir şekilde uygulanması ve daha fazla iyileştirme fırsatı oluşturmak için standart çalışmaların önemini vurgulamıştır.

Çalışmamızda, katılımcıların görüşlerinin alındığı bir diğer konu hastanelerde yaşanan israflara yönelik ne düşündükleridir. Yalın yönetimin tanımlamış olduğu 8 israf türü üzerinden yapılan değerlendirmede katılımcılar hastanelerde en çok 'bekleme israfı', 'gereksiz insan hareketi israfı' ve çalışanların yeteneklerinden faydalanılmamasını ifade eden 'insan potansiyeli israfı' yaşandığını ifade etmiştir. Beklemeler etkili süreç odaklı analizler ile, gereksiz insan hareketleri hastanenin kuruluş aşamasında uygun mimari tasarım ve birimlerin doğru noktalara konumlandırılmasıyla, insan potansiyeli ise çalışanların fikirlerine, önerilerine değer verip kendilerine sorumluluk ve yetki devredildiğinde, birer israf olmaktan uzaklaşıp kurumun tüm paydaşları için değer yaratan unsurlara dönüştürülebilir. Thor ve ark. (22) yapmış olduğu çalışmada bir üniversite hastanesinde ön plana çıkan israf unsurunun beklemeler olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca insan potansiyeli israfı konusunda Worley ve Doolen (23) kurumların insan kaynaklarının geliştirilmesine yönelik yapacakları yatırımların yalın yönetimin geliştirilmesi ve kurumun kısa ve uzun vadeli iyileştirmeler sağlaması noktasında en önemli yatırımlarından biri olacağını ifade etmektedir.

Çalışmamızda, katılımcılar yalın yönetimi 'verimliliği artırmaya ve israfı ortadan kaldırmaya yönelik bir düşünce felsefesi', 'sürekli iyileştirme' ve 'esneklik, maliyet-etkinliği, verimli süreç yönetimi' olarak görmektedir. Yalın yönetimin ne olduğuna yönelik birçok tanım yapılmaktadır. Bu

tanımlamalar incelendiğinde yalın yönetimin bir süreç iyileştirme yaklaşımı ve israfı ortadan kaldıran bir düşünce felsefesi olarak ele alındığını görülmektedir (5,6,8). Ayrıca Ciarniene ve Vienazindiene'nin (17) yapmış olduğu çalışmada yöneticilerin %36'sı yalın yönetimi sürekli iyileştirme, %36'sı esnek, uygun, maliyetli ve verimli süreç yönetimi, %33'ü ise verimliliği artıran ve israfı azaltan bir felsefe olarak algıladığı ifade edilmiştir. Bu bulgular çalışmamızın sonuçlarını desteklemektedir.

Katılımcılar yalın yönetimin neden uygulandığına yönelik 'zamanın daha verimli kullanılması', 'verimliliğin ve üretkenliğin büyümesi', 'sürekli iyileştirme' ve 'israfların minimize edilmesi' yönünde görüş belirtmiştir. Sonuç olarak yalın yönetimin özellikle zaman, verimlilik, üretkenlik, sürekli iyileştirme, israfların azaltılması veya ortadan kaldırılması konusunda fayda sağladığı söylenebilir. Ciarniene ve Vienazindiene'nin (17) yapmış oldukları çalışmada, yöneticiler, yalın yönetim uygulamalarının %42 oranında zamanı daha verimli kullanmak ve verimlilik artışı sağlamak, %39 oranında sürekli iyileştirmeyi sağlamak, %25 oranında ise israfı azaltmak amacıyla yapıldığını ifade etmişlerdir. Bu sonuçlar çalışmamızın bulgularını desteklemektedir.

Yalın yönetim felsefesinin uygulanmasında önem arz eden faktörlerden biri bunu uygularken ortaya çıkan engellerdir. Bu engeller farkındalık oluşması, çıkabilecek sorunlarda proaktif davranıp çözümler oluşturulmasına olanak sağlamaktadır. Çalışmamızda, katılımcılara sorulan 'sizce yalın

yönetimin uygulanmasının önündeki engelleri nelerdir' sorusuna 'bilgi ve motivasyon eksikliği', 'değişime karşı direnç', ve 'üst yönetimin desteğinin olmaması' cevapları verilmiştir. Ciarniene ve Vienazindiene (17) yöneticiler üzerinde yapmış oldukları çalışmada, yalın yönetimin önündeki en önemli engellerin, bilgi ve motivasyon eksikliği (%58), üst yönetimin desteğinin olmaması (%25), değişime karşı direnç (%22) olduğunu ortaya koymuştur. Benzer şekilde De Souza ve Pidd (19) yalın yönetimin önündeki engelleri; hiyerarşik yapılanma, değişime karşı direnç, bilgi ve motivasyon eksikliği olarak kategorize etmiştir. Boyer ve Sovilla (24) ise her ne kadar yalın yönetimin önünde engel teşkil eden birçok değişken olsa da bunlar arasında en önemli olanın üst yönetimin bağlılığı ve liderliği olduğunu vurgulamıştır. Yazarlara göre üst yönetim sadece destek sağlamamalı aynı zamanda uygulamalara ilgi duyulmasını ve değişimin kurum içinde herkese bildirilmesini sağlamalıdır. Yapılan çalışmalara doğrudan üst yönetimin katılımı yalın yönetimin başarısını oldukça iyi duruma getireceği belirtilmektedir. (8-15). Bu sonuçlar çalışmamızın bulgularını desteklemektedir.

## SONUÇ ve ÖNERİLER

Sağlık hizmetleri, yapısı gereği insanlığın varoluşundan beri toplumsal hayatın olmazsa olmaz ihtiyaçlarından biridir. Bu hizmetlerin süreklilik arz etmesi, hata yapma lüksünün olmaması, hastaya göre değişkenlik göstermesi, ikamesinin olmaması, toplumsal kalkınmanın bir



göstergesi olması açısından kaliteli bir yapıda sunulması gerekmektedir. Hizmet kalitesi kuşkusuz ülke genelinde sağlık durumunun göstergesi olarak ön plana çıkmakta ve sağlık hizmetlerindeki ilerlemeler diğer tüm sektörlerle olumlu olarak yansımaktadır. Nitekim sağlık hizmetlerinin alıcısı durumunda olan bireyler günden güne daha fazla kalite, daha iyi sağlık hizmeti gibi isteklerle hem devlet hem de özel kurumlara başvuru yapmaktadır. Artan rekabet ortamında kurumların rakiplerine oranla daha iyi veya daha nitelikli sağlık hizmeti vermek zorunda kalması hizmetin kalitesini olumlu bir şekilde etkilemektedir.

Hizmetin kalitesini artırmaya yönelik ihtiyaç, bir yönetim anlayışı olarak yalın yönetim felsefesini ön plana çıkarmaktadır. Sağlık sektöründe yeni bir kavram olan yalın yönetim anlayışı, dünyada ve ülkemizde sağlık sektöründe son yıllarda giderek artış göstermektedir. Özellikle ortaya çıkan ekonomik krizler, birçok şirketi, krizin olumsuz etkilerini azaltmak amacıyla yalın yönetim uygulamalarına doğru itmiştir. Bu uygulamaların bazen artan maliyetleri azaltmak, bazen yeni bir kurum kültürü yerleştirmek bazen de rekabet ortamında bir adım daha öne çıkmak adına yapıldığı görülmektedir. Bu yüzden yalın yönetim anlayışının, sağlık sektöründe daha fazla yaygınlaşmasının ve daha çok hastane tarafından uygulanarak bilinirliğini artırmasının, kurumlara rekabet, hasta ve çalışan memnuniyeti ve yönetim verimliliği açısından oldukça önemli fırsatlar ve kazanımlar sunması düşünülmektedir.

Yalın yönetim felsefesinin özellikle hastanelerin mimari projesi çıkarılırken dikkate alınması ve hastane birimlerinin buna yönelik düzenlenmesi hem faaliyet süresinde fonksiyonel ilişkilerin verimliliğini artıracaktır, hem de hareket israfının minimize edilmesine veya ortadan kaldırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yalın yönetim uygulamalarının, değişime açık ve değişimin üst yönetim tarafından desteklenip buna uygun kaynakların ayrıldığı ve çalışanların yalın yönetim konusunda nitelikli, farkındalık seviyesinin yüksek ve birlikte çalışabilirlik kültürünün gelişmiş olduğu organizasyonlarda daha kolay uygulanabileceği düşünülmektedir. Bu noktada kurumların bu özelliği artırıcı eğitimler düzenleyebileceği ya da istihdam politikalarında buna uygun planlamalar yapabileceği önerilmektedir. Özellikle sağlık kuruluşları değişime açık bir yönetim anlayışı ve kurum kültürü geliştirebilmeli, sistemli ve planlı bir şekilde konuyu ele alabilmeli, ele alınan uygulamaları zamana doğru bir şekilde yayabilmeli, birey değil sistem odaklı ve sürecin gelişimini esas alarak sonuçları takip edebilmelidir. Ayrıca organizasyonlar içerisinde kalite direktörlükleri ile bağlantılı çalışan yalın yönetim ofislerinin kurulmasını, gününbirlik (süreçlerin gerçekleştiği alanlarda) ve haftalık değerlendirme toplantıları gerçekleştirilmesini, günlük yalın yönetim gelişim ve değişim süreçlerinin izlenmesini sağlayabilmelidir.

Çalışmadan elde edilen bulgular ışığında; yapılması planlanan çalışmalarda, daha fazla üst

seviye yöneticilerine yer verilmesi önerilmektedir. Kamu ve özel sektör arasındaki farklılıklar ve benzerlikler ortaya çıkarılmalı, yalın yönetimin herkes tarafından farklı bir şekilde algılanmaması için ortak bir tanım oluşturmalı, yalın yönetimin başarısız yönleri ele alınmalıdır. Ayrıca sağlık sektörünün politika yapımcılarının görüşleri ele alınmalı, sağlık sektörünün tüm temsilcilerine yalın yönetim eğitimi verilmeli, bu alanda yapılan kongre ve konferansların sayısı artırılmalı, yurtdışından yalın yönetim konusunda uzmanlaşmış kişilerden danışmanlık desteği alınmalı, yalın yönetim felsefesini uygulamak için

gerekliliği niteliklere yönelik faaliyetler teşvik edilmelidir. Tüm bunlara ek olarak insan kaynakları politikaları konusunda yalın yönetim ölçütleri temel alınarak, liyakat seviyesi yüksek çalışanlara yer verilmesinin, yalın yönetim algısını artıracakları bilinmektedir. Yalın yönetimi uygulamak ve bu değişimi gerçekleştirmek her şeyden önce etkili bir kurum kültüründen geçmektedir. Yalın yönetim kültürü hemen oluşmayacaktır, sabır ve uğraş ile değişimlerin kalıcılığı sağlanacaktır. Olması gereken acele değil, kalıcı olan değişimdir.

## KAYNAKLAR

1. T.C. Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı. Yalın düşüncenin gelişimi. Kalkınmada Anahtar Verimlilik Dergisi [İnternet]. 2012 Şubat [3 Mayıs 2018 tarihinde erişildi];278 (24):[yaklaşık 11 sayfa]. Erişim adresi: <http://anahtar.sanayi.gov.tr/news/yalin-dusununcenin-gelisimi/143>.
2. Womack J P, Jones D T, Roos D. Dünyayı değiştiren makine [Çev. Otomotiv Sanayi Derneği]. İstanbul: Panel Matbaacılık; 1990.
3. Wilson L. How to implement lean manufacturing. New York: McGraw-Hill Companies; 2010.
4. Graban M. Yalın hastane [Çev. Pınar Şengözer]. İstanbul: Optimist Yayınları; 2011.
5. Yıldız D, Yalman A. Sağlık işletmelerinde yalın uygulamalar üzerine genel bir literatür taraması. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi [İnternet]. 2015 [3 Mayıs 2018 tarihinde erişildi];1(1):5-20. Erişim adresi: <https://preview.tinyurl.com/ybt4fceu>
6. Poksinska B. The Current state of lean implementation in health care. Quality Management in Health Care [İnternet]. 2010 Oct [3 Mayıs 2018 tarihinde erişildi];19(4):319-329. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20924253>.
7. Brandao De Souza L. Trends and approaches in lean healthcare. Leadership in Health Services [İnternet]. 2009 [3 Mayıs 2018 tarihinde erişildi];22(2):121-139. Erişim adresi: <https://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/17511870910953788>.
8. Mazzocato P, Savage C, Brommels M, Aronsson H, Thor J. Lean thinking in healthcare: A realist review of the literature. Quality and Safety in Health Care [İnternet]. 2010 Oct [5 Mayıs 2018 tarihinde erişildi];19(5):376-382. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20724397>.
9. Jones D, Mitchell A. Lean thinking for the NHS. London: NHS Confederation; 2006.
10. Jimmerson C, Weber D, Sobek D K. Reducing waste and errors: Piloting lean principles at intermountain healthcare. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety [İnternet]. 2005 May [9 Mayıs 2018 tarihinde erişildi];31(5):249-257. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15960015>.
11. Spear S J. Fixing healthcare from the inside, today. Harvard Business Review [İnternet]. 2005 Oct [11 Mayıs 2018 tarihinde erişildi];83(9):78-91. Erişim adresi: <https://preview.tinyurl.com/y8uunkqa>.
12. Miller D. Going lean in health care. Institute for Health Care Improvement [İnternet]. 2005 [13 Mayıs 2018 tarihinde erişildi];White Paper-7:1-20. Erişim adresi: <https://www.entnet.org/sites/default/files/GoingLeaninHealthCareWhitePaper-3.pdf>.
13. Mann D. The missing link: Lean leadership. Frontiers of Health Service Management [İnternet]. 2009 Fall [13 Mayıs 2018 tarihinde erişildi];26(1):15-26. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19791484>.
14. Alavi S. Leaning the right way. Manufacturing Engineer [İnternet]. 2003 June [14 Mayıs 2018 tarihinde erişildi];82(3):32-35. Erişim adresi: [https://www.researchgate.net/publication/293526259\\_Leaning\\_the\\_right\\_way](https://www.researchgate.net/publication/293526259_Leaning_the_right_way).
15. Emiliani M L, Stec D J. Leaders lost in transformation. Leadership & Organization Development Journal [İnternet]. 2005 [15 Mayıs 2018 tarihinde erişildi];26(5):370-387. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1108/01437730510607862>.
16. TÜİK [İnternet]. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2017 [4 Mayıs 2018 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1095](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095).
17. Ciarniene R, Vienazindiene M. An empirical study of lean concept manifestation. Procedia Social and Behavioral Sciences [İnternet]. 2015 Oct [4 Mayıs 2018 tarihinde erişildi];207:225-233. Erişim adresi: <https://tinyurl.com/ycfaxmxo>.
18. D'Andrea Matteo A, Lanni L, Sargiacomo M. Lean in healthcare: A comprehensive review". Health Policy [İnternet]. 2015 Sep [5 Mayıs 2018 tarihinde erişildi];119(9):1197-1209. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25737260>.
19. De Souza L B, Pidd M. Exploring the barriers to lean healthcare implementation. Public Money & Management [İnternet]. 2011 Jan [7 Mayıs 2018 tarihinde erişildi];31(1):59-66. Erişim adresi: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540962.2011.545>.

20. Sisson J, Elshennawy A. Achieving success with lean: An analysis of key factors in lean transformation at toyota and beyond. *International Journal of Lean Six Sigma* [Internet]. 2015 [9 Mayıs 2018 tarihinde erişildi];6(3):263-280. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1108/IJLSS-07-2014-0024>.
21. Derin N. Çalışan algılamalarına göre, yalın yönetimin iç imaja etkisi: Türkiye'deki özel hastanelerde bir araştırma [tez]. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2008.
22. Thor J, Herrlin B, Wittlöv K, Skår J, Brommels M, Svensson O. Getting going together: can clinical teams and managers collaborate to identify problems and initiate improvement. *Quality Management in Health Care* [Internet]. 2004 Apr [11 Mayıs 2018 tarihinde erişildi];13(2):130-142. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15127692>.
23. Worley J M, Doolen T L. Organizational structure, employee problem solving and lean implementation. *International Journal of Lean Six Sigma*, 2015 [11 Mayıs 2018 tarihinde erişildi];6(1):39-58. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1108/IJLSS-12-2013-0058>
24. Boyer M, Sovilla L. How to identify and remove the barriers for a successful lean implementation. *Journal of Ship Production* [Internet]. 2003 May [12 Mayıs 2018 tarihinde erişildi];19(2):116-120. Erişim adresi: <https://trid.trb.org/view.aspx?id=604895>.

## ARAŞTIRMA MAKALESİ

**Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları Alanında Lisansüstü Eğitim Öğrencilerinin İşitme Kayıplı Çocukların Dil, Konuşma ve İletişim Becerilerinin Desteklenmesi ve Eğitimleri Hakkındaki Görüşleri**

*Pelin PİŞTAV AKMEŞE<sup>1</sup>, Nilay KAYHAN<sup>2</sup>, Gülce KİRAZLI<sup>3</sup>, Fatih ÖĞÜT<sup>4</sup>, Tayfun KİRAZLI<sup>4</sup>*

## ÖZ

**Amaç:** Doğuştan veya sonradan meydana gelen bir nedenle, işitme kaybı yaşayan çocuklar için erken dönemde yapılacak olan klinik ve eğitim uygulamaları multidisipliner bir çalışmayı gerektirmektedir. Bu çalışmada, Odyoloji ve konuşma bozuklukları alanında lisansüstü eğitime devam eden öğrencilerin, işitme kayıplı çocukların dil, konuşma ve iletişim becerilerinin desteklenmesi ve işitme gereksinimi alanındaki müdahalelere yönelik klinik uygulamalar ile öğretim düzenlemeler hakkındaki görüşlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Betimsel desende gerçekleştirilen çalışmanın verileri araştırmacılar tarafından hazırlanan görüşme formu ile toplanmıştır. Amaçlı örnekleme yolu ile belirlenen katılımcılara yönelik yaş, cinsiyet, mesleki kıdem, lisansüstü tercih nedeni, gereksinim duyduğu eğitimler gibi 12 farklı demografik bilgi ile 12 görüşme sorusunun yer aldığı veri toplama aracı kullanılmıştır. 15'i Odyoloji, fizik, biyoloji ve lisanslarından mezun ve 2'si KBB uzmanı toplam 17 katılımcı ile lisansüstü eğitim dersleri sonunda araştırmacılar tarafından bilgilendirme oturumları yapılmış, yüz yüze görüşülmüş ve katılımcılar görüşme formlarındaki soruları yanıtlamışlardır. Veriler betimsel analiz tekniği kullanılarak analiz edilmiştir.

**Bulgular:** İşitme kayıplı çocukların tanı, tedavi, eğitimleri, aileleri ile işbirliği, okul çağındaki işitme kayıp çocuklar için yapılacak düzenlemeler, işaret dili ile ilgili uygulamalar ve yasal düzenlemeler, programların niteliğine yönelik bulgular elde edilmiştir.

**Sonuç:** Çalışmada elde edilen bulguların, işitme kayıp çocukların tanı ve değerlendirme süreçleri, aileler ve diğer uzmanlarla işbirliğinin sağlanması, iletişim yaklaşımları, sağlık ve eğitim programlarının hazırlanması, destek eğitim hizmetlerinin ve programın izlenmesi, değerlendirilmesi yoluyla uygulamalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca, bu alanda eğitim alacak personel görüşlerinin çalışanların mesleki yeterliklerinin geliştirilmesi sürecinde lisans ve yüksek lisans eğitim programlarındaki düzenlemelere katkı sağlaması beklenmektedir.

**Anahtar kelimeler:** İşitme kaybı, Konuşma, Odyoloji, Özel eğitim

**Opinions of Graduate Students in Audiology and Speech Pathology regarding Support of Language, Speech and Communication Skills of Children with Hearing Loss**

*Pelin PİŞTAV AKMEŞE<sup>1</sup>, Nilay KAYHAN<sup>2</sup>, Gülce KİRAZLI<sup>3</sup>, Fatih ÖĞÜT<sup>4</sup>, Tayfun KİRAZLI<sup>4</sup>*

## ABSTRACT

**Aim:** Clinical and educational practices in early period for children with congenital or subsequent hearing loss require a multidisciplinary research. This study aims to investigate opinions of students who are continuing their education in the field of audiology and speech disorders about clinical practices and teaching arrangements towards interventions in hearing and the support of language and communication skills of children with hearing loss.

**Method:** The data of the study which was carried out with the descriptive design were collected by the interview form prepared by the researchers. A data collection tool consists of 12 different demographic information and 12 interview questions such as age, gender, vocational seniority, graduate preference reason, trainings required for participants determined by purposive sampling was used. Informative sessions were held by the researchers with 15 participants who were graduated from audiology, physics, biology undergraduate degree and 2 ENT specialists at the end of the post-graduate courses; face-to-face interviews were made and the participants answered the questions in the written form. The data were analyzed using content analysis technique.

**Results:** Findings related to diagnosis, treatment, education of children with hearing loss, co-operation with their families, arrangements for hearing-impaired children in school age, practices related to sign language and legal regulations, quality of programs were obtained.

**Conclusion:** Findings in the study are thought to contribute to the practices by diagnosis and evaluation process of children with hearing loss, provision of cooperation with parents and other specialists, communication approaches, preparation of health and educational programs, monitoring and evaluation of the program and support educational services. It is also expected that the opinions of staff to be trained in this area will contribute to the arrangements in undergraduate and graduate education programs during improvement of the professional qualifications of the employees.

**Keywords:** Audiology, Hearing loss, Speech, Special education

<sup>1</sup> Ege Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Özel Eğitim Bölümü, İzmir

<sup>2</sup> Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Özel Eğitim Bölümü, Gaziantep

<sup>3</sup> Ege Üniversitesi, Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu/KBB AD, Odyoloji Birimi, İzmir

<sup>4</sup> Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, KBB AD, İzmir

**Sorumlu Yazar:** Pelin PİŞTAV AKMEŞE

**E-posta adresi:** pelinakmese@gmail.com

**ORCID No:** 0000-0001-8269-3899

**Gönderi Tarihi:** 08.07.2018

**Kabul Tarihi:** 19.07.2018

## GİRİŞ

Doğuştan işitme kaybı, başta dil olmak üzere tüm gelişim alanlarını etkileyerek bireyin iletişimini olumsuz etkilemektedir (1-3). Bu bakımdan işitme kayıplı çocukların iletişim, dil ve konuşma becerilerinin geliştirilmesi, sosyal gelişimleri ile akademik başarılarının desteklenmesinde erken tanı ve eğitim önem taşımaktadır (2, 4).

İşitme kaybı olan bebeklerin ilk üç ay içinde tanılanıp, altıncı aya kadar cihazlandırılması ve eğitime başlanması ile gelişim alanlarındaki yaşanabilecek olumsuzlukların etkisi azaltılabilir (1, 5-7). Ancak, erken dönemde işitme kaybı tanılama ve eğitime başlanması için ailelerin bu konu hakkında bilgilendirilmesi, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve eğitim hizmetlerine yönlendirilme düzeylerinin de takip edilmesi gerekmektedir (4, 8-10).

Sosyal bir devlet olmanın gereği, kamu kurum ve kuruluşlarının toplumu oluşturan tüm vatandaşların eşit ve adil, tam katılım haklarını maksimum düzeyde kullanarak eğitim, sağlık ve diğer hizmetlere erişimlerini sağlanmaktadır (11). Günümüzde birçok alanda engellilere sunulan hizmetlerin erişilebilirlik, katılım ve destek boyutunda değerlendirildiği göz önüne alındığında, özellikle hizmete erişim, memnuniyet ve sürdürülebilirlik, işbirliği faktörlerinin etkili olduğu belirtilmektedir (12-14).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre engelli bireyler sağlık hizmetlerine daha çok ihtiyaç duymaktadırlar. Özellikle farklı alanlarda

yetersizliği olan bireylerle 51 ülkenin katılımı ile gerçekleştirilen bir araştırmada, engeli olan bireylerin bu alana yönelik ayakta ve yataklı tedavi hizmetlerine daha çok gereksinim duydukları belirtilmiştir (15). Alanyazında, işitme kaybı bulunan çocuklar için eğitim sürecine başlamadan en kritik durumun erken tanı ve cihaz kullanımına başlanması olduğu, özel eğitimle birlikte aile katılımının da önem taşıdığına vurgu yapılmaktadır (9).

İşitme kayıplı çocuklar ülkemizde, kendilerine en yakın olmak üzere üniversite hastaneleri ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı bulunan gerek resmi gerekse özel hastanelerin Kulak Burun Boğaz (KBB) Klinikleri ve Odyoloji ve Konuşma Bozuklukları (OKB) birimlerinden hizmet almaktadırlar. Eğitim hizmetlerini ise, Milli Eğitim Bakanlığı'na bağlı engeli olmayan akranları ile birlikte devam ettikleri genel eğitim okullarından ya da işitme engelliler okullarından almaktadırlar. Genel eğitim sürecine ek olarak, destek eğitimi hizmetlerini ise özel özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi ile özel merkezlerden almaktadırlar. Erken tanı ve koruyucu hizmetlere yönelik yasal düzenlemeler incelendiğinde: Madde 11'de yeni doğan bireylerin, erken çocukluk ve çocukluk döneminin her aşamasını kapsayarak işitsel, duyuşsal, ruşsal, fiziksel, zihinsel gelişimlerinin izlenmesi, genetik geçiş ve engelliliğe yol açabilecek hastalıklarının erken belirlenmesi, tanı almaları ve tanı süreci sonrası izlenmelerinde, önleyici, var olan engele bağlı durumun şiddetinin en az seviyeye çekilmesiyle, ilerlemesinin azaltılmasına yönelik



çalışmaları planlama ve yürütme sorumluluğunun Sağlık Bakanlığı'nda olduğu ifade edilmektedir (16, 17). Öte yandan, sağlık alanında tanı, tedavi süreçlerine dayalı hizmetlerin niteliği kadar ailelerin işitme kayıplı çocuklarının eğitimleri ve tedaviye katılımlarının önemi hakkında da bilgi gereksinimleri bulunmaktadır. Bu nedenle ailelerin bilgi düzeyleri, erken tanı ve müdahaleye ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi için bu konuda beklentilerinin ne derece karşılanıp karşılanmadığına ilişkin çalışmalar önem arz etmektedir. Cankuvvet, Doğan ve Gürgür'ün (8) ebeveynlerin koklear implanta (Kİ) yönelik beklentilerini inceledikleri çalışmada, Kİ öncesi ve sonrası olmak üzere iki ana tema belirlenmiştir. Ebeveynlerin Kİ öncesi beklentilerinde işitme kayıplı çocuklarının akranlarıyla uyum gösteren gelişimleri, işlemcinin açılışı sırasındaki beklentiler ve bir mucize gerçekleşmesi üzerine yoğunlaştığı; Kİ sonrasında ise daha düşük ve yeniden şekillenen beklentiler içerisinde oldukları ifade edilmektedir. Dolayısıyla işitme kayıplı çocukların ailelerinin işitme kaybının tanı, tedavi süreçleri, Kİ kullanımı konusunda gerçekçi hedefler belirlemeleri amacıyla eğitime yönlendirme ve eğitimden maksimum yarar sağlamak amaçlı doğru bilgilendirilmelerinin çok önemli olduğu vurgulanmıştır.

İşitme kayıplı çocuklara yönelik yapılacak sağlık ve eğitim başta olmak üzere tüm düzenlemeler, hak temelli ve bütünleştirmeye dayalı gerçekleştirilmelidir. Nitekim bir ülkenin vatandaşları için sunduğu bu tür hizmetlerin erişilebilir olması, o ülke için gelişmişlik

göstergesidir. Bu nedenle hizmetlerin niteliğini oluşturan kurum, personel, tedavi ve eğitim programları gibi diğer öğelerin de değerlendirilmesi gerekmektedir.

Özel bir gereksinim olarak değerlendirilen işitme kaybı, multidisipliner bir çalışmayı gerektirmektedir. İşitme kaybı tanısı alan çocukların tedavi süreçleri ile rehabilitasyonlarının sağlanması, eğitim ortamlarında gerekli düzenlemelerin yapılması bir bütün olarak ele alınmalı; KBB uzmanları, OKB uzmanları, öğretmenleri ile ailelerin içerisinde yer aldığı multidisipliner bir çalışmayı gerektirmektedir.

Ülkemizde özel gereksinimlere yönelik yapılacak düzenlemelerin, sağlık ve eğitim alanlarındaki personelin ortak görüşleri doğrultusunda ilerlemesinin, hizmetlerin niteliğine katkı sağlayacağı düşüncesi ile gerçekleştirilen bu çalışmada; OKB alanında lisansüstü eğitime devam eden öğrencilerin, işitme kayıplı çocukların dil, konuşma ve iletişim becerilerinin desteklenmesi ve işitme gereksinimi alanındaki müdahalelere yönelik klinik uygulamalar ile öğretim düzenlemeler hakkındaki görüşlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

Betimsel desendeki çalışmada veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan görüşme formu ile toplanmıştır. Amaçlı örnekleme yolu ile belirlenen katılımcılara yönelik yaş, cinsiyet, mesleki kıdem, lisansüstü tercih nedeni, mesleği ile ilgili yasal düzenlemeleri takip sıklığı, gereksinim

duyduğu eğitimler gibi 12 farklı demografik bilgi işitme kayıplı çocukların tanı, tedavi, eğitimleri, aileleri ile işbirliği, okul çağındaki işitme kayıplı çocuklar için yapılacak düzenlemeler, işaret dili ile ilgili uygulamalar ve yasal düzenlemeler, programların niteliğine yönelik 12 görüşme sorusu hazırlanmıştır. 2'si KBB, 15'i fizik, biyoloji ve odyoloji lisanslarından mezun toplam 17 katılımcı ile lisansüstü eğitim dersleri sonunda araştırmacılar tarafından bilgilendirme oturumları yapılmış, yüz yüze görüşülmüş ve katılımcılar görüşme formlarındaki sorularını yanıtlamışlardır. Katılımcıların etik ilkeler çerçevesinde araştırmada isimleri yerine, KBB uzmanları (KBB1 ve KBB2), OKB uzmanları (O1-O2...) şeklinde kod kullanılmıştır. Veriler, katılımcıların sorulara verdikleri yanıtların benzerlikleri ve farklılıkları temel alınarak betimsel analizi tekniği kullanılarak analiz edilmiştir (18, 19).

OKB alanında lisansüstü eğitime devam eden öğrencilerin işitme kayıplı çocukların dil, konuşma ve iletişim becerilerinin desteklenmesi ve işitme gereksinimi alanındaki müdahalelere yönelik klinik uygulamalar ile öğretim düzenlemelere yönelik yanıtlarının betimsel dökümleri yapılarak, kayıtlar üzerinde kodlama işlemi gerçekleştirilmiştir (20). Verilere kendi içerisinde gruplandırma işlemi yapılmış, örüntüler belirlendikten sonra sadeleştirme, birleştirme işlemi gerçekleştirilmiştir. Bu örüntüler de kategoriler şeklinde düzenlenmiş, kategorileri temsil edecek kodlamalar oluşturulmuştur. Analizler sonucunda 3 ana ve 12 alt temaya

ulaşmıştır. Güvenirlilik=[Görüş birliği/(Görüş birliği+Görüş ayrılığı)] x 100 formülü ile (21) hesaplanmış, güvenirlilik %89 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmaya katılan 2 KBB doktoru ve 15'i farklı alanlarda lisans mezunu olan OKB lisansüstü programına devam eden bireylerin demografik bilgilerine Tablo 1'de yer verilmiştir.

Tablo 1 incelendiğinde OKB uzmanlığı yüksek lisans programına devam eden 2'si KBB, 15'i lisans mezunu, 13 kadın 4 erkek katılımcının yaş ortalaması 28.40'tır. KBB uzmanı olarak çalışan (KBB1, KBB2), İngiliz dili edebiyatı (O3), fizik (O10, O12), biyoloji (O7, O14, O15) ve matematik (O9), hemşirelik (O6, O13); 6 katılımcının (O1, O2, O4, O5, O8, O11) ise odyoloji lisans mezunu olduğu dikkati çekmektedir. O7, O10, O11, O13, O15 olmak üzere 5 kişi henüz sürekli bir işte çalışmadığını belirtmiş, çalışanlar arasında 1-5 yıl arası kıdeme sahip 4 katılımcı (O3, O5, O9, O12), 11-15 yıl arası kıdeme sahip ise 2 katılımcı (KBB 2, O4) olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%94) eğitimlerinde özellikle uygulamalı eğitimlerin çok yararlı olduğunu, klinik deneyimlerini artırmak ve vaka temelli çalışmalarını yerinde ve uzman eşliğinde öğrenmek amaçlı yüksek lisans yapmaya karar verdiklerini ifade etmişlerdir. İşaret dili eğitiminin toplumsal ve akademik anlamda önem kazanmasına dayalı olarak mesleki süreçte bir gereksinim alanı olduğunu ve bu nedenle klinik çalışmalarını destekleyeceğini düşünerek eğitim

aldıklarını belirten katılımcıların 10 kişi (KBB 2, O1, O2, O3, O5, O7, O8, O12, O13, O15) en az 15 saat (O8) en çok 120 saat olmak üzere (O3, O5, O15) uygulamalı işaret dili eğitimi aldıklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 1.** OKB alanında lisansüstü eğitim öğrencilerine ait demografik bilgiler

Yaş	Ortalama±SS	MinMaks	Ortanca
	28.41±5.02	23-39	28
	n		%
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	13		76.5
Erkek	4		23.5
<b>Mezuniyet Düzeyi</b>			
Lisans	15		88.2
Tıpta Uzmanlık	2		11.8
<b>Mezun olduğu bölüm</b>			
Tıp Fakültesi	2		11.7
İngiliz Dili	1		5.8
Matematik	1		5.8
Odyoloji	6		35.2
Hemşirelik	2		11.7
Fizik	2		11.7
Biyoloji	3		17.6
<b>Çalışma Durumu</b>			
Çalışıyor	KBB1, KBB2, O1, O2, O3, O4, O5, O6, O8, O9, O12, O14		70.5
Çalışmıyor	O7, O10, O11, O13, O15		29.4
<b>Mesleki Kıdem</b>			
1-5 yıl arası	O3, O5, O9, O12		23.5
6-10 yıl arası	KBB1, O1, O8, O14		23.5
11-15 yıl arası	KBB2, O4		11.7
<b>Lisans döneminde dil gelişimi /iletişim/konuşma dersleri alma durumu</b>			
Evet	KBB 1, KBB 2 O1, O2, O3, O4, O5, O6, O8, O10, O11, O12		76.40
Hayır	O7, O9, O13, O14, O15		23.6
<b>Dil gelişimi/iletişim/konuşma konu hizmet içi eğitime katılma durumu</b>			
Evet	KBB 1, KBB 2, O1, O2, O3, O4, O5, O6, O7, O8, O10, O11, O12, O13		82.35
Hayır	O9, O13, O14, O15		17.65
<b>İşaret dili eğitimi alma durumu</b>			
Evet	KBB2, O1, O2, O3, O5, O7, O8, O12, O13, O15		58.83
Hayır	KBB 1, O4, O6, O9, O10, O11, O14		41.17
<b>Alınan işaret dilini eğitimi süresi</b>			
10-20 saat	O8, O12, O13		17.6
30-40 saat	KBB 2, O1, O2, O7		65.8
120 saat	O3, O5, O15		17.6

İşitme kayıplı çocukların sağlık ve diğer hizmetlerden en üst düzeyde yarar sağlaması için önerileri sorulduğunda, katılımcılar (KBB1,

KBB2, O1, O2, O3, O5, O7, O8, O12, O13) öncelikli olarak "Erken tanı ve tedavi erken eğitimin önemine dikkat çekmiş, (KBB1, O4, O6, O14 hariç); bu alanda aile eğitimi/doğru bilgilendirme cihazlandırma implant uygulamalarının takibi ve niteliği ile işitme kaybı olan çocukların değerlendirmelerinde uygulamaları ve disiplinlerarası işbirliğine ve bütüncül yaklaşıma dikkat çekmişlerdir (KBB2, O1, O2, O3, O11, O12, O13, O15). Ayrıca bu alanda çalışan sağlık ve eğitim personel yeterliklerine de vurgu yapan katılımcılar personelin eğitimi ve uygulama becerilerinin çok önemli olduğunu ifade etmişlerdir (KBB1, KBB2, O1, O2, O3, O4, O11, O12, O14, O15).

İşaret dili kullanımı ve hizmette erişilebilirlik ile ilgili olarak sağlık kurumlarında engeli olan bireylerin daha nitelikli hizmet almaları amacıyla uygulamalı eğitimlerin ve işaret dili eğitimlerinin hasta ile iletişim kurmada, güven sağlamada etkili olduğunu belirtmişlerdir (KBB2, O1, O2, O3, O5, O15).

Katılımcılara yöneltilen sorulardan bazılarına Tablo 2'de yer verilmiştir. Sorular özellikle multidisipliner çalışmalara yönelik verilerin elde edilmesi, OKB alanlarında çalışan/çalışacak olan personelin işitme kayıplı çocukların tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreçleri, işaret dili, sağlık hizmetlerinden yararlanma ve bu hizmetlerin niteliği, personel yeterlikleri ve kurumsal, kişisel işbirliği önerileri ile bu alanda sağlık, eğitim başta olmak üzere yasal düzenlemeler ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır.

**Tablo 2.** Görüşme sorularından örnekler

3	İşitme kayıplı bir çocuk için etkili müdahale sürecini nasıl tanımlarsınız? Müdahale planı nasıl hazırlanmalı ve takibinde nelere dikkat edilmelidir?
5	Okul çağında olan işitme kayıplı öğrenciler için yapılan klinik müdahaleler dışında, eğitim düzenlemeleri ile ilgili görüşleriniz nelerdir?
12	İşitme kayıplı çocuklarla çalışan uzmanlar sizce hangi sorulara yanıt vermelidir? Bu konuda meslektaşlarınıza önerileriniz nelerdir?

## BULGULAR

İşitme kayıplı çocukların tanı, tedavi, eğitimleri, çocukların aileleri ile işbirliği, okul çağındaki işitme kayıplı çocuklar için yapılacak düzenlemeler, işaret dili ile ilgili uygulamalar ve yasal düzenlemeler, programların niteliğine yönelik bulgular elde edilmiştir.

Tablo 3'te 17 katılımcıya ait görüşler 3 ana tema, 12 alt tema ve 192 frekans aralığında betimlenmiştir. Herbir alt tema için hesaplanan yüzde (%) değeri, o temanın en sık görüş belirtilen işitme kayıplı çocukların dil, konuşma ve iletişim becerilerinin desteklenmesi ve eğitimleri ile ilişkili duruma yönelik katılımcıların konu hakkındaki görüş ve önerilerine karşılık gelen durum olduğunu açıklamaktadır.

Katılımcıların temalara ilişkin görüşleri incelendiğinde; büyük çoğunluğunun (%65) her tema ve alt temaya görüş bildirdiği dikkati çekmektedir. Erken müdahale ve ilk yıllar ana

teması için ilk belirleme ve yönlendirme, tanı ve değerlendirmede multidisiplinler yaklaşımının benimsenmesi, tedavide ve doğru müdahaleye ailenin katılımı ile ev ortamının desteklenmesi gerektiğine vurgu yapmışlardır (KBB1, KBB2, O1, O2, O3, O4, O5, O12, O13, O14, O15).

Bu anlamda KBB2 ve O1: *"İşitme kayıplı çocukların işitme kaybına (KBB1), kaybın türü ve derecesine bağlı olarak cihazlandırılma süreci çok önemli (O1). O7: "Ailenin durumu kabul etmesi ve tanı yaşı en önemli etkidir", O2: "Kaç yaşında cihaz/implant takıldı, bu cihaz onun kaybına uygun mu, aile ne kadar ilgili, çocuk rehabilitasyona gidiyor mu?" O6 ise "Ailenin bilgi düzeyi ve çocuğun tanı yaşı gibi etkenlerin hepsi çocuk için hayati öneme sahiptir."* şeklinde görüş bildirirken, KBB1, O1, ve O14 işitme kaybı olan çocukların müdahale planında her şeyden önce, daima ailenin ön planda olan olması gerektiğini; O2: *"Terapi sürecinde kullanılan işitsel sözel terapi aileye öğretilmeli", O3: "Terapi sürecinde aile de odada olmalıdır", O3: "Cihaz/implantın nasıl çalıştığı aileye anlatılmalı, cihaz bozulduğunda anlayabilmeliler, çocuklarının probleminin tam olarak ne olduğu aileye anlatılmalı"* ve O14: *"Aile, cihazın çocukları için ne kadar önemli olduğunun farkına varmalılar."* şeklinde görüş belirtmişlerdir. O8 : *"Yaşamın ilk 4 yılı beyin plastisitesi açısından çok önemlidir.*

*Alıcı ve ifade edici dili desteklenmeli, çocuklar uyaran eksikliğine maruz bırakılmamalıdır.", O6: "Erken tanı ve rehabilitasyon/habilitasyon çalışmalarına hemen başlanması*

gerekmektedir.", O7: "Erken tanı tedavi sürecini ve verimini arttırmaktadır.", O8: "Takip sürecinde aile katılımı ve eğitimcilerle işbirliği, işitme ve konuşma eğitimi için çok önemlidir. Ayrıca, serbest alanda cihazlı-cihazsız test ile cihazdan yarar sağlıyor mu kontrol edilmeli, sonuçlara göre cihaz ayarı yeniden yapılmalıdır. Tüm bunlara ek olarak eğitimlerin aile ve öğretmenle de bilgilendirme yoluyla paylaşımı esastır." şeklinde görüş bildirmişlerdir.

Etkili uygulamalar yönünden görüşleri incelendiğinde; tanı, değerlendirme, personel yeterlikleri, eğitimi, lisans ve lisansüstü programların uygulama ağırlıklı olması, teknolojik gelişmelerin programlara yansıtılması ile ev hastane okul birlikteliğine yönelik görüşlerin ön plana çıktığı görülmektedir (KBB1, O1, O4, O5, O8, O9D, O11, O13, O14).

KBB1, O1, O9, O12 odyolojide en önemli gereksinimin erken tanı, tedavi ve rehabilitasyon süreci olduğunu; O6, O12 ve O15 ise erken tanılanmamış bireyin eğitim sürecinde bireye özgü program oluşturulmasının, bireyin ihtiyaçlarına yönelik eğitim verilmesinin yasal hak olduğuna dikkat çekmişlerdir. KBB1, O3 ise: "Etkili bir uzman olmak için eğitim süresince olabildiğince fazla sayıda vaka görmek (KBB1), vakalar üzerinde uygulama eğitimler ve eşgüdümlü olarak teorik eğitimler almak gerektiğini düşünüyorum (O3). O7 ise "Bilimsel, yeni teşhis ve tedavi yöntemleri ile ilgili eğitimlerin faydalı olabileceği kanısındayım." şeklinde görüş belirtmişlerdir.

Bütünleştirmeye dayalı önerileri ve işaret dili ilgili görüşleri incelendiğinde: O2: "İşitme kayıplılar için en büyük gereksinim iletişimdir. Erken müdahale olursa ve erken cihazlanırsa böylece iletişim kurabilir." ve KBB1: "Dil, işitme ve konuşma insanların iletişimi ve kendini ifade etmek için gereklidir. Çocukluğun erken döneminde işitme gelişiminin eksik kalması konuşma, iletişim ve entellektüel becerilerde azalmaya yol açmaktadır. Özellikle prelingual dönemde işitme duyusunun normal olması bu nedenle önemlidir." şeklinde görüş belirtmişlerdir.

KBB2 "Ne kadar erken müdahale o kadar başarı getirir. Tabii ki çocukların mutlaka kreş, anaokulu ile desteklenmesi gerekli" ve O7 "Erken tanı çok önemli bir faktördür. Tanı konduktan sonra ailenin bu durumu kabul etmesiyle ve gerekli yerlere başvurmasıyla çocukların aynı yaş grubundaki çocukları yakalama oranlarında artışlar oluyor." şeklinde görüş belirtmişlerdir.

KBB uzmanları ve diğer katılımcıların bütünleştirmeye dayalı önerileri incelendiğinde; tüm katılımcıların, özellikle toplumsal anlamda farkındalık yaratılması ve işaret dilinin işitme kayıplı çocukların eğitimlerinde uzmanlık gerektiren bir disiplin olarak aile eğitimciler ve diğer çalışanlar tarafından öğrenilerek kullanılması ve yapılan uygulamaların sorumluluğun alınarak mesleki yeterliklere dayalı gerçekleştirilmesi gerektiği yönünde görüş belirttikleri görülmektedir.

Etkili uygulamalar ana temasına ilişkin görüşler incelendiğinde O2: "Eğer erken tanılanmış ve



işitme, konuşma gelişimi olarak yaşatlarını yakalamışsa müzik eğitimi verilebilir, bu onların müziğe-frekans şiddet değişimlerine alışmasına yardımcı olacaktır. Okul derslerine ailesi veya bir başka öğretmen tarafından yardımcı olunmalıdır. Çünkü, okul çok gürültülü bir ortamdır. Kişi FM sistemi kullanmıyorsa sadece öğretmenin söylediklerini anlamak onun için oldukça zordur. FM sistemin kullanılması hakkında hem aile ve öğretmen hem de çocuk bilgilendirilmeli, bu konuda hassasiyet oluşturulmalıdır.”, O10: “Ailelerin ve öğretmenlerin, işitme kayıplı çocukların eğitimi konusunda bilinçlendirilmelidir. İşitme cihazı ve Kİ konusunda gerekli eğitimler verilmelidir. Kaynaştırma eğitim sürecinde özellikle öğretmenlerin FM sistemini kullanmaları önem taşımaktadır.” ve O14 Mesleki yeterlik ve işbirliği vurgusu yaparken; O2 toplumsal farkındalık boyutunda medyanın etkisine dikkati çekmiştir. O14 ve O15 "Çeşitli alanlardan gelip aynı mesleği yapmaya çalışan bir grup olduğumuz için (O14), eğitimin standart ve yeterli hale gelmesi gerektiğini düşünüyorum (O14, O15). Bireysel olarak mesleki açıdan gelişime yeniliklere açık, ekip olarak çalışmak gerekmektedir (O15)." şeklinde görüş bildirirken O1 ve O2: "Özellikle medyada işitme engelli bireyler düşünülerek işaret dili kullanılarak çekilen klipler, reklamlar ve daha birçok etkinliklerin farkındalık oluşturması bakımından etkili olduğunu düşünüyorum (O1). Medyanın, konuşamayan işitme engellilerle daha çok iletişimde olmamızı ve onları belki de daha iyi anlamamızı sağladığını düşünüyorum (O2)." şeklinde sağlık hizmetlerinin toplum tarafından

yakından takibine bu anlamda da medyanın etkisinin çok önemli olduğuna dikkati çekmişlerdir

**Tablo 3.** OKB Lisansüstü eğitim öğrencilerinin işitme kayıplı çocukların dil, konuşma ve iletişim becerilerinin desteklenmesi ve eğitimleri hakkındaki görüşlerine ilişkin tema ve alt temalar

	n	%
<b>1. Erken Müdahale/İlk yıllar</b>		
1.1.İlk belirleme ve yönlendirmeye ilişkin görüşler	17	100
1.2.Tanı ve değerlendirmede multidisipliner yaklaşıma ilişkin görüşler	17	100
1.3.Tedavide doğru müdahaleler ve ev ortamının desteklenmesi	14	82
<b>2. Etkili uygulamalar</b>		
2.1.Doğru yönlendirme ve işbirliğine ilişkin görüşler	16	94
2.2. Alanda çalışan personelin mesleki yeterliklerinin geliştirilmesi	17	100
2.3.Lisans ve lisans üstü programlarda uygulama gereksinimi (sağlık ve eğitim alanı)	17	100
2.4.Teknolojik gelişmelerin programlara yansıtılması	17	100
2.5.Ev/okul ve hastane ortamındaki uygulamalarda birliktelik	15	88
<b>3. Bütünleştirmeye dayalı öneriler</b>		
3.1.İşitme kayıplı çocukların sağlık ve eğitimleri ile ilgili yasal düzenlemelerle ilgili farkındalık	17	100
3.2. Sağlık ve eğitim alanına yönelik bilimsel dayanağı uygulamalar	17	100
3.3. Sağlık ve eğitim politikaları	12	70
3.4. Uygulamaların sorumluluğu	15	88
<b>Toplam</b>	<b>192</b>	<b>100</b>

## TARTIŞMA

İşitme kayıplı çocukların erken tanı, tedavi ve eğitimleri, sağlık ve diğer alanlarda takiplerinin yapılması onların topluma kazandırılması açısından önemli faktörlerdir. Bu süreçte aile, sağlık çalışanları ve öğretmenlere büyük rol ve sorumluluk düşmektedir. Özellikle aile ile işbirliği yapılarak eve dayalı bir takibin olması tedavilerin doğru ve hızlı ilerlemesini, eğitim ortamlarında

akademik başarının artmasını, çocukların sosyalleşmelerini ve gelişimlerini destekler (15, 22, 23). Diğer yandan ailelerin güçlendirilmesi ve özel eğitim ile ilgili bilgi gereksinimlerinin aile destek grupları oluşturularak etkili müdahale programları ile giderilmesi, çocuklarının özel eğitim hizmetlerinden yararlanmalarına katkı sağlamaktadır (24). Araştırmadan elde edilen bulgularda, katılımcıların görüşlerinin genel olarak erken tanı, değerlendirme, aile eğitimleri ve tedavinin erişilebilir olması konusunda yoğunlaştığı görülmektedir. Literatür incelendiğinde bu bulguyu destekler nitelikte çalışmalara rastlanmaktadır (8, 22, 23). İşitme engelliler öğretmenleri ile odyoloji ve konuşma bozuklukları uzmanlarının işitme engelli çocukların eğitimlerine yönelik görüşlerinin incelendiği çalışmada erken eğitimin önemli olduğu, işitme engelliler öğretmenleri ve odyoloji ve konuşma bozuklukları uzmanlarının işbirliği kurması gerektiği, sağlık ve okul gibi kurumlarda işaret dili bilen personelin görevlendirilmesi gerektiği yönünde görüş bildirmişlerdir (23). Piştav Akmeşe ve Kayhan'ın bir diğer çalışması okul öncesi düzeyde eğitime devam eden işitme engelli çocukların eğitimlerinde kullanılan iletişim yaklaşımları ve öğretimsel düzenlemeler hakkında, okul öncesi öğretmenlerinin görüşlerini inceledikleri çalışmadır (22). Her iki çalışmada da erken tanı, tedavi, işbirliği, işaret dilinin eğitim ve sağlık süreçlerinde kullanımı, odyoloji konuşma bozuklukları uzmanlarının işaret dilini biliyor ve kullanıyor olmaları gerektiği görüşü çarpıcı bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır.

İşitme engelli çocukların sağlık hizmetlerinden yararlanmaları ve ailelerinin beklentileri ile ilgili bir diğer çalışma da Cankuvvet, Doğan ve Gürgür (8) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ailelerin Kİ ile ilgili beklentilerini inceledikleri araştırmalarında; Kİ öncesi ve sonrası olmak üzere beklentilerinin oluştuğunu, kesinlikle ailelerin sağlık hizmetlerine yönlendirme, bu hizmetlerden yararlanma düzeylerinin de takip edilmesinin önemine vurgu yapmışlardır. Benzer şekilde bu çalışmada da katılımcılar ailenin, öğretmenin sürece dahil edilmesi ve multidisipliner çalışılması gerektiğine yönelik görüş belirtmişlerdir.

Araştırmada, OKB alanındaki lisansüstü öğrencilerinin tamamı, sağlık ile ilgili tanı ve tedavi süreçlerinde ailenin ve işitme kaybı olan bireyin doğru bilgilendirilmesi gerektiği ile ailenin farkındalığının artırılması gerektiğine vurgu yapmışlardır. Özellikle KBB uzmanı tarafından hastanın değerlendirmesinin önemine değinen KBB uzmanı katılımcılar, tanı koyma aşamasında var olan işitme kaybının türü, seviyesi, hastanın yaşı ve konuşma gelişiminin değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Genel olarak bakıldığında, katılımcılar tanı aşaması ve bilgilendirme aşamalarının nitelikli yürütülmesi sonucunda, işitme kaybına bağlı gereksinimleri olan çocukların ihtiyaçlarına göre eğitim programlarının hazırlanabileceğini ifade etmektedirler. Öte yandan erken tanı ve erken müdahale programlarının, aile katılımı ile hizmetin niteliği ile ilişkisine değinen katılımcılar; okul programlarının aile eğitimi ile paralel giden bir süreç olmasının, çocuklar için eğitim programına

tam katılımı temel alan aktiviteleri içermesinin önemine ve gerekliliğine dikkat çekmişlerdir.

Tüm katılımcıların yeni doğan işitme taramalarıyla birlikte erken tanı ve tedavi sürecinin artık sağlanabildiği ancak tedavi sürecinin işitme kaybının derecesine ve tipine bağlı olarak düzenlenmesi gerektiği ve mutlaka düzenli cihaz takibinin yapılmasına gerekli durumda Kİ önerilmesi ve mutlaka her aşamada ailenin bilgilendirilmesi konusuna vurgu yapmışlardır. O1, O4, O9, O10, O11, O12 ve O13 ise bu görüşlere ek olarak süreçte dil gelişiminin takip edilmesi gerektiğine, ailenin dil girdisi sağlamanın çok önemli olduğuna ve özel eğitim süreçlerinin devamlılığı ve niteliğinin önemine dikkat çekmişlerdir.

Alan yazında da işitme kayıplı çocukların aile ortamı ile okul yaşamlarında kendilerine zengin bir yaşantı sağlanmaması ve eksik dil girdisinden kaynaklı, dil, konuşma ve bilişsel gelişimlerinin olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (7, 25). Engelli Hakları İzleme Derneğinin engelli bireylerin erişilebilirlik, sağlık, eğitim ve çalışma hayatında aldıkları hizmetler ve tam katılım ilkesine dair hak temelli uygulamalar ile ilgili yayınladığı raporda, engelli bireylerin sağlık hizmetlerine erişiminin çok geniş bir alanı kapsadığı bu alanların hizmete erişim, sağlık kurumunda görev yapan personel ile etkili bir iletişim kurabilme boyutlarını da içerdiği belirtilmektedir (26).

Çalışmanın öne çıkan bir yönü de OKB alanında lisansüstü eğitime devam eden hastanelerin klinik birimlerde görev yapan katılımcıların, işitme kayıplı bireylerin hizmet almak amaçlı başvurularında işaret dili bilen personel sayısı ve hizmete erişim noktasına dikkat çekmiş olmalarıdır. Nitekim katılımcıların çoğu (%41'i) (O1, O2, O4, O5, O11, O12 ve O15) işitme kayıplı bireyler için erken tanı ve erken eğitimin önemine dikkat çekmişler özellikle erken dönemde tedavi hizmetlerinin niteliği ile işitme kayıplı bireylerle doğru iletişim açısından işitsel sözel eğitime ek olarak gerekli durumlarda işaret dili eğitiminin gerekliliğine vurgu yapmışlardır. Buna göre sağlık personellerine işaret dili eğitimleri verilmesi gerektiğini belirten katılımcılar (KBB1, KBB2, O1, O2, O3, O5, O6, O7 ve O8) işaret dili eğitimleri ile sağlık personellerinin odyolojik tanı ve muayene süreçlerinde konuşamayan ve işaret dili bilen hastaya yaklaşımlarını desteklenebileceğini düşündüklerini bu gerekçe ile kesinlikle yaygınlaştırılması, sağlık personelleri tarafından etkili bir biçimde kullanılması gerektiğine vurgu yapmışlardır.

## SONUÇ

Çalışmada elde edilen bulguların, işitme kayıp çocukların tanı ve değerlendirme süreçleri, aileler ve diğer uzmanlarla işbirliğinin sağlanması, iletişim yaklaşımları, sağlık ve eğitim programlarının hazırlanması, destek eğitim hizmetlerinin ve programın izlenmesi, değerlendirilmesi yoluyla uygulamalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca bu alanda

eğitim alacak personel görüşlerinin çalışanların mesleki yeterliklerinin geliştirilmesi sürecinde lisans ve yüksek lisans eğitim programlarındaki

düzenlemelere de işlevsel bir katkı oluşturması beklenmektedir.

## KAYNAKLAR

- Boons T, Raeve LD, Langereis M, Peeraer L, Wouters J, Wieringen A. Expressive vocabulary, morphology, syntax and narrative skills in profoundly deaf children after early cochlear implantation. *Res Dev Disabil*. 2013 Jun; 34(6):2008-2022.
- Turan Z, Taşkıran- Küçüköncü D, Cankuvvet N, Yolal Y. Koklear implant ve işitme cihazı kullanan işitme kayıplı çocukların dil ve dinleme becerilerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Derg* 2012 Jun; 54: 142-150.
- Tüfekçioğlu U. Kaynaştırmadaki işitme engelli çocuklar: Kaynaştırmadaki işitme engelli çocuklar: Eskişehir ilindeki normal okullarda eğitim gören işitme engellilerin durumu. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 1992.
- Piştav-Akmeşe P, Acarlar F. Using narrative to investigate language skills of children who are deaf and with hard of hearing. *Educ Res Rev* 2016 Aug; 11(15):1367-1381.
- Geers AE, Brenner C, Davidson L. Factors associated with development of speech perception skills in children implanted by age five. *Ear Hear* 2003 Feb; 24:24-35.
- Marschark M, Rhoten C, Fabich M. Effects of cochlear implants on children's reading and academic achievement. *J Deaf Stud Deaf Educ* 2007; 12(3):269-282.
- Piştav-Akmeşe P, Kirazlı G. İşitme kayıplı çocukların dil becerilerinin incelenmesi ve normal işiten akranları ile karşılaştırılması. Paper presented at the 8th International Congress on Audiology and Speech Disorders 2016; Oct. Ankara, Turkey.
- Cankuvvet N, Doğan M, Gürgür H. Ebeveynlerin koklear implanta ilişkin beklentileri. *J Qual Res Educ* 2015; 3(1):54-73.
- Estabrooks W. Auditory-verbal therapy and practice. Washington. AGB: Association for the Deaf and Hard of Hearing, 2006.
- Piştav-Akmeşe P, Kirazlı G. Evaluation of receptive and expressive vocabulary development of the children with cochlear implants. Paper presented at the meeting of the 15th The Mediterranean Society of Otolaryngology and Audiology (MSOA) 2016 a Apr. Cappadocia, Turkey.
- EU (European Union). Education, training and youth; 2017. Available from: [http://europa.eu/european-union/about-eu/countries\\_en](http://europa.eu/european-union/about-eu/countries_en).
- Braithwaite J, Mont D. Disability and poverty: a survey of World Bank poverty assessments and implications; 2008 [cited 2018 July 04]. Available from: <http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/280658-1172608138489/WBPovertyAssessments.pdf>
- Coleridge P, Simonnot C, Steverlync D. Study of disability in EC Development Cooperation 2010. Brussels, European Commission.
- Yoshinaga-Itano C, Sedey AL, Coulter DK, Mehl AL. Language of early and later identified children with hearing loss. *Peadiatr* 1998; 102:1161-1171.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Dünya engellilik raporu, T.C Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; 2011 [cited 2018 July 04]. Available from: <https://eyh.aile.gov.tr/data/5480490c369dc57170df34bd/D%C3%BCnya%20Engellilik%20Raporu-basilan.pdf> 4 Temmuz 2018 de alındı.
- Engelliler Hakkında Kanun. 5378 Sayılı Engelliler Hakkında Kanun; 2005. Available from: <https://eyh.aile.gov.tr/mevzuat/ulusal-mevzuat/kanunlar/engelliler-hakkinda-kanun>.
- [TOAH] Toplumsal Haklar ve Araştırmalar Derneği. Mevzuattan Uygulamaya Engelli Hakları İzleme Raporu 2014; 2015. Available from: <http://engellihaklariizleme.org/tr/ehi-haberler/315-ehi-raporlarimiz-yayinlandi-2014.html>
- Bgdan CR, Biklen SK. Qualitative research for education. Boston: MA: Ally ve Bacon, Inc, 2007.
- Creswell J. Educational research, planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research. New Jersey: Pearson Merrill Prentice Hall, 2005.
- Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri [Qualitative research methodss in social sciences]. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2011.
- Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis: An expanded Sourcebook. (2nd ed). Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.
- Piştav Akmeşe P, Kayhan N. Opinions of the Teachers about the Communication MOEs/Approaches Used in the Education Period of the Hearing Impaired Children who are Educated at Pre-School Level. *Ege J Educ* 2016a; 17(2):296-332.
- Hallahan DP, Kauffman JM. Exceptional learners introduction to special education. Boston: Allyn and Bacon, 2003.
- Piştav Akmeşe P, Kayhan N. Opinions of teachers of children with hearing impairment and audiologist and speech pathologists about education of children with hearing loss Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fak Derg 2016b; 40:88-112.
- Göl-Güven M. İşitme engelli olan çocukların Türk İşaret Dili (TİD) edinimini destekleyici eğitim malzemeleri geliştirme çalışması. In: Arık E, Editor. Ellerle konuşmak Türk işaret dili araştırmaları. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları; 2016. p. 445-469.

## ARAŞTIRMA MAKALESİ

**Hekim Adaylarının, AIDS Kavramına İlişkin Alguları; Metafor Analizi Örneği ve Bilişsel Yapıları; Bağımsız Kelime İlişkilendirme Testi Örneği**

*Dilek ÖZTAŞ<sup>1</sup>, Özgür ERDEM<sup>2</sup>, Burak KURT<sup>3</sup>, Muhsin AKBABA<sup>4</sup>*

## ÖZ

**Amaç:** Anlamı, 'bir şeyi daha anlaşılır olanla açıklamak' olan metafor kelimesi başta eğitim olmak üzere pek çok alanda çalışma konusu olmuştur. Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu [Acquired Immun Deficiency Syndrome (AIDS)], kavrama yüklenen toplumsal kimlik açısından irdelendiğinde; farkındalık, önyargı, bilgi eksikliği gibi pek çok alanda aşılması gereken sorunları barındıran bir hastalıktır. Bu çalışmada, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin AIDS kavramına ilişkin sahip oldukları metaforları ortaya çıkarmak ve bilişsel yapılarını tespit etmek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Öğrencilerin her birinin "AIDS ..... gibidir, çünkü ....." ibaresini tamamlamasıyla elde edilen ham veriler, nitel veri çözümleme teknikleri kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin toplanmasında bağımsız kelime ilişkilendirme testi de kullanılmıştır. Elde edilen veriler içerik analizine göre değerlendirilerek kategorilere ayrılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmada, öğrenciler "AIDS" kavramına ilişkin olarak toplam 98 adet geçerli metafor üretmiştir. Bu metaforlar daha sonra ortak özellikleri bakımından irdelenerek 6 farklı kavramsal kategori altında toplanmıştır. Söz konusu bu 6 kavramsal kategori ailede ya da yakın çevrede AIDS hastası bulunma durumları bakımından önemli derecede farklılık göstermemiştir. Analiz sonuçlarına göre, bağımsız kelime ilişkilendirme testiyle toplam 10 kategori belirlenmiştir. Bu kapsamda hekim adaylarının AIDS ile ilgili bilişsel yapılarının en fazla "AIDS'in bulaşma yolları" kategorilerinde yoğunlaştığı tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Elde edilen sonuçlar hekim adaylarının AIDS kavramına yönelik bilişsel yapılarının daha bilinçli ve amaçlı olarak geliştirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Günümüzde, AIDS'in tüm dünyadaki her bireyi tehdit eden bir hastalık olduğu göz ardı edilmeyerek eğitim sürecinin dikkatlice planlanması gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** AIDS, Metafor, Tıp öğrencisi.

**Perceptions of Physician Candidates on AIDS Concept; Metaphore Analysis Example and Cognitive Structures of Physician Candidates; The Sample of Free Word Association Test**

*Dilek ÖZTAŞ<sup>1</sup>, Özgür ERDEM<sup>2</sup>, Burak KURT<sup>3</sup>, Muhsin AKBABA<sup>4</sup>*

## ABSTRACT

**Aim:** The meaning of the metaphor, 'to explain something more clearly' has been the subject of many field work, especially education. AIDS; when the concept is examined in terms of social identity loaded; awareness, prejudice, lack of information, etc. In this study, it was aimed to reveal the metaphors of the students of Ankara Yıldırım Beyazıt University Faculty of Medicine on the concept of AIDS and to determine the cognitive structures.

**Method:** The raw data obtained by completing each of the students' "AIDS is like ..... because ..." was analyzed using qualitative data analysis techniques. Free word association test was also used to collect the data. The obtained data were divided into categories according to the content analysis.

**Results:** According to the findings of the research, students produced a total of 98 valid metaphors regarding the concept of "AIDS". These metaphors were then grouped into 5 different conceptual categories, which were examined in terms of their common features. In particular, these five conceptual categories did not differ significantly in terms of the presence of AIDS patients in the family or in the immediate vicinity. According to the analysis results, a total of 10 categories were determined by free word association test. In this context, it has been determined that the cognitive structures related to AIDS of physician candidates concentrate mostly in the categories of "AIDS transmission routes". At the end of the study, related proposals were mentioned.

**Conclusions:** The results indicate that the cognitive structures of the candidates of AIDS should be developed more consciously and purposefully. Today, AIDS is a disease that threatens every individual in the world. Careful planning of the educational process is necessary.

**Key words:** AIDS, Metaphor, Medical student

<sup>1</sup> Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
<sup>2</sup> Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Toplum Sağlığı Hizmetleri ve Eğitim Daire Başkanlığı  
<sup>3</sup> Kastamonu Merkez Toplum Sağlığı Merkezi  
<sup>4</sup> Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
**Sorumlu Yazar:** Dilek ÖZTAŞ  
**E-posta adresi:** betul9090@hotmail.com **ORCID No:** 0000-0002-8687-7238  
**Gönderi Tarihi:** 04.07.2018 **Kabul Tarihi:** 23.07.2018



## GİRİŞ

Bireylerin öğrenme sonucunda oluşan bilişsel yapılarını açıklamak oldukça zor olup; bu yapı, anahtar kavramlar hakkında düşüncelerin ortaya çıkarılması yöntemiyle oldukça önemli veriler sağlanabilmekte ve bireylerin bilişsel yapıları ortaya çıkarılabilmektedir. Çünkü kavramlar hakkında yapılan araştırmalar bireylerin o kavramla ilgili bilişsel yapılarını ortaya çıkarmaktadır (1).

Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu [Acquired Immun Deficiency Syndrome (AIDS)], İnsan İmmün Yetmezliği Virüsünün [Human Immuno Deficiency Virus (HIV)] bağışıklık sisteminin işlevini yapamaz hale getirerek, çeşitli hastalıklara yol açmasıyla ortaya çıkan bir enfeksiyon hastalığıdır (2,3). HIV ise AIDS'e neden olan virüsün adıdır (2,4).

Çağın vebası olarak ifade edilen AIDS, dünyada ilk defa 1981 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde tespit edilmiştir. Dünya gündeminde tüm ülkelerin dikkatini çeken, aşısı ve tedavisi olmayan/çok sınırlı olan en önemli hastalıklardan biri olan AIDS, hala her yaşta insanın ölümüne neden olan ilk on hastalık arasında yer almaktadır. (5,6).

Her bir bulgunun ayrı bir hastalık olduğuna inanılan bu dönemden başlayarak, insanlığın gelişim aşamaları ve buna paralel olarak ilerleyen tıp bilgisi ile hekimin toplumdaki rolü giderek değişmeye başlamıştır (7).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gelecekte toplumun sorunlarının tanınmasında, izlenmesinde ve çözümünde beş yıldızlı doktorların görev alacağını belirtmektedir (8). “Beş Yıldızlı Doktor” kavramında yıldızların ne anlama geldiğine baktığımızda; geleceğin doktorları hizmet sunucu, karar verici, iletişimci, yönetici ve toplum lideri olarak tanımlanmaktadır (9,10). Hekimlerin hizmet sunucu olarak kalite ilkesi çerçevesinde koruma, tedavi etme ve rehabilitasyon hizmetlerini birleştirmesi istenmektedir. İletişimci yıldızı ile iletişim becerilerini ve iletişim teknolojilerini iyi kullanan doktor tanımlanmaktadır.

Tıp öğrencilerinin AIDS hakkında ne düşündükleri, onların çalışma hayatları üzerinde etkili olmaktadır (11). Hekim ve AIDS algısı ile öğrencilerin AIDS hastalığını ve AIDS'li hastaları nasıl karakterize ettiklerini dolayısıyla çalışma hayatları boyunca AIDS'e yaklaşımlarını etkilemektedir. Ayrıca bu algı öğrenim ve çalışma hayatları boyunca sürekli değişim gösteren zihinsel imgelemelerinde hasta ve hasta yakınlarına karşı nasıl bir yaklaşım içerisinde olacaklarını etkilemektedir (7).

Metafor çalışmaları, bireylerin bir olguya ilişkin sahip oldukları kişisel algılarını anlamada güçlü bir araştırma aracı olarak da kullanılabilmektedir (12). Metafor, “bireylerin kendi dünyalarını anlamalarına ve yapılandırmalarına yönelik güçlü bir zihinsel haritalama ve modelleme

mekanizması olarak” tanımlanmaktadır (13). Dil, düşünce ve eylem de dâhil olmak üzere yaşamın her alanın da yer alan metaforlar, herhangi bir konuyu başka bir konu yoluyla anlatmayı ya da deneyim durumuna dönüştürmeyi ifade etmektedir. Metaforlar bir olgu hakkında düşünmek için zihinsel bir çerçeve sunmaktadır (14). Metafor kavramı ile kastedilen, bir kavram, olgu ya da olayın başka bir kavram, olgu ya da olaya benzetilerek açıklanmasıdır (15).

Bir metafor ilişkisinde, üç temel ögenin varlığından söz edilir (16). Tanımlanan bu üç öge; çalışmada yer alan bir metafor örneğinden yola çıkılarak açıklanmaya çalışılmıştır.

1. Metaforun konusu (“**AIDS canavar** gibidir.” cümlesindeki “AIDS” sözcüğü),
2. Metaforun kaynağı (AIDS **canavar** gibidir.” cümlesindeki “su” sözcüğü)
3. Metaforun kaynağından metaforun konusuna atfedilmesi düşünülen özellikler (“AIDS canavar gibidir. **Çünkü canavarlar insanları öldürürler**”).

Bu çalışma ilk defa tıp öğrencilerinin AIDS hakkındaki algılarını içeren bir metafor çalışmasıdır. Bu araştırma; tıp fakültesi öğrencilerinin “AIDS” kavramına ilişkin sahip oldukları metaforları ortaya çıkarma amacına yönelik olarak gerçekleştirilmiştir. Bu amaç çerçevesinde aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. Öğrencilerinin “AIDS” kavramına ilişkin sahip oldukları metaforlar nelerdir?

2. Bu metaforlar hangi kavramsal kategoriler altında toplanabilir?

3. Bu kavramsal kategoriler yaşanan bölge, çevrede AIDS bulunup bulunmamasına göre anlamlı bir biçimde farklılaşmakta mıdır?

## YÖNTEM

Bu çalışmada karma yöntem kullanılmıştır. Karma yöntemde nitel ve nicel araştırma paradigmasını çeşitli şekillerde birlikte kullanılmaktadır. Bu yöntemde aynı temel olgular ilişkin nitel ve nicel veriler toplanmakta, analiz edilmekte ve yorumlanmaktadır (17).

Araştırmada ayrıca nitel araştırma yaklaşımlarından “Durum Çalışması Deseni” de kullanılmıştır. Durum çalışması, bir olguyu bulunduğu doğal gerçek yaşam çerçevesi içinde belirleyen, durumları çok yönlü, sistemli ve derinlemesine inceleyen bir araştırma yöntemidir (18). Durum çalışmasında verilerin olabildiğince ayrıntılı, doğrudan ve mümkün olduğunca katılımcıların ifadeleriyle desteklenerek sunulması oldukça önemlidir (19). Bu çalışmada ise, hekim adaylarının AIDS kavramına yönelik bilişsel yapılarıyla ilgili veriler mümkün olduğunca detaylı analiz edilmiştir.

## Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubunu Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi 2016-2017 öğretim yılında öğrenimine devam eden Türkçe Tıp öğrencileri (N=215) oluşturmaktadır. Ancak çalışmaya katılmak istemeyen, uygun olmayan ya

da boş olan formların elenmesi sonucu veri analizleri 122 katılımcı üzerinden gerçekleştirilmiştir.

### Verilerin Toplanması

Öğrencilere bu araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre olduğu açıklanmıştır. Öğrencilere belli bir süre verilerek demografik soruları cevaplandırmaları ve AIDS ile ilgili duygu ve düşüncelerini açıklayacak bir metafor yazmaları istenmiştir. Hekim adaylarının “AIDS” kavramına ilişkin algıları “*AIDS .....gibidir, çünkü....*” cümlesini tamamlamaları ile elde edilmiştir. Metaforun konusu ve kaynağı arasındaki ilişki “*gibi*” kelimesi ile belirlenmeye çalışılmıştır. “*Çünkü*” ile bu metafora yüklenen anlam ve nedeni ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

Diğer bir veri toplama aracı ise; katılımcıların “AIDS” kavramıyla ilgili bilişsel yapılarını çözümlenmek amacıyla kullanılan “Bağımsız Kelime İlişkilendirme Testi”dir. Bağımsız Kelime İlişkilendirme Testi uygularken yeterli sürenin verilmesine ve anlamakta zorluk çekilen noktaların açıklanmasına özen gösterilmiştir.

**Bağımsız Kelime İlişkilendirme Testi:** Bu test, özellikle son yıllarda hem fen alanında hem de sosyal alanda yoğun olarak veri toplamak amacıyla kullanılmaktadır (20, 21, 22). Bağımsız Kelime İlişkilendirme Testi kavramlarla ilgili, bireylerin bilişsel yapısını ve bu yapıdaki kavramlar arası bağları, yani bilgi ağını çözümlenmek, uzun dönemli hafızasında bulunan kavramlar arasındaki ilişkilerin yeterli olup

olmadığını tespit etmek amacıyla kullanılan en eski ve yaygın tekniklerden biridir (23). Bu teknik, zihne gelen fikirleri sınırlamadan bağımsız olarak uyarıcı kelimeyle ilişkili cevaplama varsayımına dayanmaktadır (24,25). Bu araştırmada hekim adaylarına bağımsız kelime ilişkilendirme testini tamamlamaları için “AIDS” kavramı uyarıcı kelime olarak sorulmuştur.

### UYARICI KELİME: AIDS

AIDS -1 :.....

AIDS -2 :.....

AIDS -3 :.....

CÜMLE :.....

### Verilerin Analizi

Araştırmada “AIDS” kavramına ilişkin olarak geçerli bulunan toplam 98 metafor analizi tekniği kullanılarak çözümlenmiştir. İçerik analizi, elde edilen nitel veriler içinde yineleyen konu, sorun ve kavramların belirlenmesi, sayılması ve yorumlanması olarak ifade edilmektedir (26,27,28). Tıp Fakültesi öğrencilerinin belirttikleri metafor cümleleri Excel programında A-Z’ye göre sıralanmıştır. Veri girişi sırasında metafor belirtmeyen boş formlar, metafor belirtilmiş olsa da nedeni belirtilmeyen formlar ya da birden fazla metafor belirtilen formlar elenmiştir. Bunun yanı sıra bazı öğrenciler, bir metafor imgesini sunmak yerine, genel olarak, bazıları belli bir metafor imgesini dile getirdiği halde, söz konusu metafora ilişkin herhangi dayanak sunmamıştır. Bu nedenlerle toplam 24

form araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Çalışma grubunda yer alan ve formları analize dâhil edilen öğrencilerin ürettikleri metaforlar, metaforun kaynağı ve konusu arasındaki ilişki açısından incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda her bir metafor, gerekçeleri dikkate alınarak belli bir tema ile ilişkilendirilmiştir. Sonuçta 6 farklı kavramsal kategori belirlenmiştir. Belirlenen kavramsal kategoriler metaforlar ile eşleştirilmiştir. Araştırma sürecinde elde edilen bütün veriler, metaforlar ve geliştirilen kavramsal kategorilere ilişkin sayı (n) ve yüzde (%) değerleri incelenmiştir. Hekim kavramına ilişkin olarak bu araştırmada geliştirilen altı kavramsal kategori ve her bir kategorinin sahip olduğu özellikler, katılımcıların ürettiği örnek metafor imgeleriyle de desteklenerek tanıtılmaktadır. Kategorilerin, aile/yakın çevresinde AIDS'li hasta/hasta yakını bulunup bulunmamasına göre farklılaşp farklılaşmadığı iki değişken için Ki-kare testi kullanılmıştır.

Bağımsız Kelime İlişkilendirme Testiyle toplanan verilerin değerlendirilmesinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır. İçerik analizinde temel amaç, verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmaktır. Bunun için birbirine benzeyen verileri belirli kavramlar ve kategoriler çerçevesinde bir araya getirmiş ve bu kategoriler okuyucunun anlayabileceği biçimde düzenlenmiştir (29, 30). İçerik analizi sözel, yazılı ve diğer materyallerin nesnel ve sistematik bir şekilde incelenmesi ve belli kategorilere göre düzenlenmesine olanak tanıyan bilimsel bir

yaklaşımdır (18, 31). Bu çalışmada ise, hekim adaylarının AIDS kavramı konusunda belirttikleri kavramlar ve cümleler içerik analiziyle birbirine benzeyen veriler belirli kategoriler çerçevesinde bir araya getirilerek düzenlenmiştir.

## BULGULAR

### Bazı sosyodemografik özellikler

Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de sunulmaktadır. Araştırmaya katılanların %59.8'si kadın, %40.2'si erkektir. Bu öğrencilerin ne kadarlık bir kısmının aile/yakın çevresinde AIDS'li hasta/hasta yakını bulunup bulunmadığı sorusuna ilişkin dağılım Tablo 2'de yer almaktadır. Öğrencilerin sadece %1.6'sı aile/yakın çevresinde AIDS'li hasta/hasta yakını bulunduğunu belirtmiştir.

**Tablo 1.** Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyete göre dağılımı

Cinsiyet	n	%
Kadın	73	59.8
Erkek	49	40.2
<b>Toplam</b>	<b>122</b>	<b>100.0</b>

**Tablo 2.** Araştırmaya katılan öğrencilerin aile/yakın çevresinde AIDS'li hasta/hasta yakını bulunması durumuna göre dağılımı

Aile/yakın çevresinin hasta/hasta yakını bulunması	AIDS'li n	%
Evet	2	1.6
Hayır	101	82.8
<b>Bildirilmeyen</b>	<b>19</b>	<b>15.6</b>
<b>Toplam</b>	<b>122</b>	<b>100.0</b>

### AIDS kavramına yönelik üretilen metaforlar

Araştırmada “AIDS” kavramına ilişkin olarak geçerli bulunan toplam 98 metafor okunmuş ve içerik analizi tekniği kullanılarak çözümlenmiştir.

**Tablo 3.1.** Araştırmaya katılan öğrencilerin kullandıkları metaforların kategorilere göre dağılımı

Aile	n	Damgalanma	n	İmmün sistem	n
Aldatma	5	Ayrımcılık	7	Savaş	2
Hayırsız evlat	4	Ön yargı	6	Düşman	1
Sadakatsizlik	4	Kara leke	2	Gargamel	1
Çatısı akan ev	1	Dedikodu	1	Deprem	1
Patlamış tekerlek	1	İftira	1	TUS*	1
Bozuk pusula	1	Stigma	1	Hasan Sabbah	1
Lepra	1			Dert	1
Gonore	1			Hapishane	1
CYBH**	1			Ankara soğuğu	1
Hırsız	1			Steroid	1
İkiyüzlü insan	1			Anestezi	1
İhanet	1			Radyasyon	1
Risk	1				
Toplam	2	Toplam	1	Toplam	1
	3		8		3

Kavramsal kategorilerin oluşturulması sürecinde bir araştırmacı tarafından ilgili alan yazın incelenmiş, bu çalışmalar göz önüne alınarak tıp fakültesi öğrencilerinin ürettikleri metaforlar aşağıda belirtilen kavramsal kategorilere ayrılmıştır.

#### Aile

Adölesan dönemde yaşanan bilinçsiz ve sorumsuz cinsel aktivite, evlilik ve çokeşlilik, cinsel yolla bulaşan hastalık vakası meydana gelmekte,

vakaların üçte birini 25 yaşın altındaki bireyler oluşturmaktadır. Amerika’da 15-19 yaşlarındaki bireylerde diğer yaş gruplarına göre yüksek oranda CYBH olduğu bildirilmektedir. Globalleşme ve modernizasyon süreciyle birlikte

**Tablo 3.2.** Araştırmaya katılan öğrencilerin kullandıkları metaforların kategorilere göre dağılımı

Kronik	n	Ölümcül	n	Sinsilik	n
Kaplumbağa	1	Uyuşturucu	2	Aşk	2
Tıp fakültesi	1	Kör kurşun	2	Sivrisinek	1
Acı	1	Kökü koparılmış bitki	1	Akrep	1
Kara sevda	1	Puzzle	1	Acı yemek	1
Çamur	1	Akbaba	1	Tilki	1
Bahis oynamak		Mum	1	Yarasa	1
Sigara	1	Çernobil	1	Hürrem sultan	1
Huy	1	Zehirli ok	1	Taht oyunları	1
Kaynana dırdırı	1	İntihar	1	Yılan	1
Tren yolculuğu	1	Atom bombası	1	Terör	1
Sincan metrosu	1	Yıldırım düşmesi	1	Gölge	1
Evlilik	1	Kâğıt kesigi	1	Hemşire	1
Diabetes mellitus	1	Canlı bomba	1	Hipertansiyon	1
		Kutu denizanası	1	Katil	1
				Tümör	1
Toplam	1	Toplam	1	Toplam	1
	2		6		6

evlilik öncesi cinsel deneyim olgusuna yönelik bakış açıları ülkeler arasında farklılık göstermekte ve cinselliğe onay veren bakış açısı ile geleneksel/kültürel faktörlerin etkisiyle cinselliğin evlilik dışında yaşanmasını reddeden bakış açıları farklılaştıkça AIDS hastalığı bulaşında da artışlar görülebilmektedir.



### ***Damgalanma***

Sosyal dışlanma ve ayrımcılık AIDS'le yaşayan insanların hayat kalitelerini olumsuz yönde etkileyen iki önemli kavramdır. AIDS'le yaşayan insanların, sadece belirli alanlarda değil bir bütün olarak tüm yaşam alanlarında karşılaştıkları bir sorun olan damgalama ve ayrımcılığın en fazla hissedildiği yerlerden biri çalışma ortamlarıdır. Kişilerin biyolojik ve toplumsal anlamda kendilerini yeniden üretebilmeleri için ihtiyaç duydukları gelirin en önemli kaynaklarından biri olan ücretli çalışmanın, damgalama ve ayrımcılık yoluyla engellenmesi, AIDS gibi kronik bir sağlık sorunuyla yaşamlarını sürdüren insanların sağlıkları üzerinde de olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Stigma yıllardan beri AIDS hastalarının yaşadığı önemli sorunlardan birisidir ve modern dünyanın hala en ciddi problemidir. Toplumların dini veya inanç sistemleri, korkuları ve önyargıları, kültürleri ve gelenekleri damgalama oluşumunda etkili olmaktadır

### ***İmmün sistem***

AIDS hastalığı nedeniyle immün direnç yetmezliği olan bireyler, vücudun doğal savunma mekanizmalarında, kişiyi ciddi ve sıklıkla hayatı tehdit eden infeksiyonlara yatkın kılan bir veya birkaç defektin mevcut olduğu hastalardır. Özellikle ilerlemiş karsinoma ya da sarkoma hastaları, transplant hastaları, akut lösemi, kronik lenfositik lösemi ve AIDS hastaları, immünkompromize hastalar tipik örneklerdir. İmmün sistemi ilgilendiren kongenital veya akkiz hastalıklar dışında, travmaya, malign hastalıklara

ve hatta medikal uygulamalara ikincil olarak gelişen immün yetmezlikler, infeksiyon gelişimi, korunma ve tedavi bakımından ilginç ve önemli özellikler arz ederler.

### ***Kronikleşme***

AIDS hastalığı, tıbbi girişimlerle tedavi edilemeyen, hastalığın derecesini azaltmak ve öz bakımında kişinin işlevini ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak için periyodik izlem ve destek bakım gerektirmektedir. AIDS olan hastalarda üzüntü, öfke, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, bağımlı olma endişesi, beden imajı değişikliği ve yaşam tarzında bozulma, depresif görüntü ve sosyal izolasyon gibi psikososyal problemler ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle AIDS gibi kronik durumların yönetimi, fizyolojik sorunların yönetiminin yanı sıra psikolojik ve sosyal sorunların yönetimini de kapsamaktadır.

### ***Ölümcüllük***

Yaşamın ayrılmaz bir parçası olan ölüm, insanoğlunun çağlar boyunca ilgi duyduğu ve tanımlamaya çalıştığı bir konu olmuştur. Tanımlanması kolay olmayan ölüm olgusu karşısında insanoğlu ona bir takım anlamlar yüklemiştir. Yüklenen anlam doğrultusunda ölüm, kimi için bir stres kaynağı, kimi için ise stresten kurtulmanın yolu olabilmekte, kimine göre bir yok oluş iken, kimine göre de ölümsüz bir yaşamın başlangıcı olarak değerlendirilmektedir. AIDS hastalığının kaçınılmaz sonu olarak görülen

ölüm olgusu, hekimler tarafından da çeşitli şekillerde algılanabilmektedir.

Bu kategori altında yer alan metaforlara ilişkin birkaç örnek aşağıda verilmiştir.

15 no'lu Tıp öğrencisi: “*AIDS çatısı akan ev gibidir, çünkü bu hastalığın girdiği evler sürekli bir sıkıntı içindedirler.*”

42 no'lu Tıp öğrencisi: “*AIDS tıp fakültesi gibidir, çünkü insan bir defa içine girince, ömür boyu kurtulamaz.*”

17 no'lu Tıp öğrencisi: “*AIDS acı yemek gibidir, çünkü başta insana çekici gelir sonra insana acı verir.*”

“**Aile**” kategorisi altında en çok tekrar eden metaforların aldatma (5), hayırsız evlat (4) ve sadakatsizlik (4) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aşağıda bu kategori ile ilgili tıp öğrencileri tarafından verilen metaforlara örnekler bulunmaktadır.

4 no'lu Tıp öğrencisi: “*AIDS aldatma gibidir, çünkü sonucunda aile birliği bozulur.*”

56 no'lu Tıp öğrencisi: “*AIDS hayırsız evlat gibidir, çünkü aileyi çökertir.*”

13 no'lu Tıp öğrencisi: “*AIDS sadakatsizlik, çünkü oluştuğunda her şey yerle bir olur.*”

“**Damgalanma**” kategorisi altında en çok tekrar eden metaforların ayrımcılık (7), ön yargı (6) ve kara leke (2) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aşağıda bu kategori ile ilgili tıp öğrencileri

tarafından verilen metaforlara örnekler bulunmaktadır.

118 no'lu Tıp öğrencisi: “*AIDS ayrımcılık gibidir, çünkü ortaya çıktığında huzuru bozar.*”

77 no'lu Tıp öğrencisi: “*AIDS ön yargı gibidir, çünkü kendisinden çok başkalarının yararına çalışır.*”

111 no'lu Tıp öğrencisi: “*AIDS kara leke gibidir, çünkü kişiye bir kez bulaştı mı bir daha çıkmaz.*”

“**İmmun sistem**” kategorisi altında tekrar eden metaforlara bakıldığında savaş (2) metaforu olduğu belirlenmiştir. Aşağıda bu kategori ile ilgili hekim adayları tarafından verilen metaforlara örnekler bulunmaktadır.

61 no'lu Tıp öğrencisi: “*AIDS savaş gibidir, çünkü her zaman bir taraf yenik düşer.*”

“**Kronik**” kategorisi altında birden fazla tekrar eden metafor bulunmamaktadır.

“**Ölümcül**” kategorisi altında en çok tekrar eden metaforların uyuşturucu (2) ve kör kurşun (2) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aşağıda bu kategori ile ilgili tıp öğrencileri tarafından verilen metaforlara örnekler bulunmaktadır.

1 no'lu Tıp öğrencisi: “*AIDS uyuşturucu gibidir, çünkü sonu ölümdür.*”

7 no'lu Tıp öğrencisi: “*AIDS kör kurşun gibidir, çünkü değdiği insanı öldürür.*”

“**Sinsilik**” kategorisi altında en çok tekrar eden metaforun aşk (2) olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Aşağıda bu kategori ile ilgili tıp öğrencileri tarafından verilen metaforlara örnekler bulunmaktadır.

63 no'lu Tıp öğrencisi: *“AIDS aşk gibidir, çünkü sinsi bir şekilde insanın tüm bedenine yayılır.”*

Hekim adayları tarafından belirlenen metaforların ait olduğu kavramsal kategorilerin hekim adayının ailesi/yakın çevresinde AIDS'li hasta/hasta yakını bulunup bulunmamasına göre farklılık gösterip göstermediğine ilişkin ki-kare analizleri ile yürütülmüştür. Bu kapsamda bazı hekim adaylarının cümle yazmadıkları belirlenirken, çoğunlukla AIDS kavramına yönelik algılarına, AIDS kavramının neden ve sonuçlarına yönelik cümleler belirtildiği tespit edilmiştir. Baskın kategori olan AIDS'in damgalanma ve AIDS'in aile kavramına yönelik algılar boyutlarının vurgulandığı cümlelerin ön plana çıktığı belirlenmiştir.

Tablo 4'de görüldüğü gibi, verilerin analizi sonucunda toplam 4 kategori elde edilmiştir. Bu kapsamda; kategorilerin ve bu kategorilerde yer alan kavramların dağılımları aşağıda belirtildiği gibidir;

Birinci kategoride katılımcılar, “AIDS'in bulaşma yolları” ile ilgili ilişkilendirmeler ortaya koymuşlardır (n=413). Bu kategoride katılımcıların belirttiği ilişkilendirmeler çoğunlukla cinsel ilişki, kan yoluyla, öpüşmek, manikür, enjektör, temas, seks gibi kelimelere odaklandıkları görülmüştür.

İkinci kategori “AIDS'e yönelik algılar” şeklinde oluşturulmuştur (n=354). Katılımcıların, bu kategoriyle ilgili ilişkilendirmeleri çoğunlukla umutsuzluk, çaresizlik, korkunç, çöküntü, karamsarlık, tehlike, pislik, dışlanma kelimeleri olmuştur.

Üçüncü kategori katılımcıların cevap kelimelerinden “AIDS'in tedavisi” kategorisi altında toplanan ilişkilendirmelerden oluşmuştur (n=182). Katılımcıların bu kategoriyle ilişkili olarak belirttikleri kavramların tedavisi yok, ilaç, aşı, kemoterapi, radyoterapi olduğu belirlenmiştir.

Dördüncü kategori katılımcıların cevap kelimelerinden “AIDS'in oluşma nedenleri” kategorisi altında toplanan ilişkilendirmelerden oluşmuştur (n=131). Katılımcıların çoğunluğu virüs kavramına odaklanmışlardır. Katılımcıların diğer bir bölümünün ise, HIV, bakteri ve mikrop yazdıkları belirlenmiştir.

### **AIDS'in bulaşma yolları kategorisine ait örnek cümleler**

*“AIDS cinsel yolla ya da kan yoluyla bulaşabilir, bulaştığında ise artık çok geç ölümcül bir hastalıktır.”*

*“Kandan geçen bir hastalıktır.”(K119)*

*“AIDS'in virüsü HIV virüsüdür. Hastanelerde doktor ya da hemşirelerin sağlık aletlerini AIDS'li insanlardan sonra sağlıklı insanlarda kullanmasıyla da olur.”*

### AIDS'e yönelik algılar kategorisine ait örnek cümleler

“... belalı bir hastalık.”

“İnsanları mutsuz eden sorun olan kötü hastalık.”

**Tablo 4.** Hekim adaylarının “AIDS” kavramıyla ilgili bağımsız kelime ilişkilendirme testiyle elde edilen bilişsel yapılarının kategorilere göre dağılımı

Kategoriler	Kavramlar	Sayı	Toplam
AIDS'in bulaşma yolları	Cinsel ilişki	122	413
	Kan yoluyla	101	
	Öpüşmek	61	
	Manikür	52	
	Enjektör	46	
	Temas	20	
	Seks	11	
AIDS'e yönelik algılar	Umutsuzluk	112	354
	Çaresizlik	73	
	Korkunç	66	
	Çöküntü	52	
	Karamsarlık	23	
	Tehlike	12	
	Pislik	8	
	Dışlanma	8	
AIDS'in tedavisi	Tedavisi yok	52	182
	İlaç	52	
	Aşı	43	
	Kemoterapi	33	
	Radyoterapi	2	
AIDS'in oluşma nedenleri	HIV*	108	131
	Bakteri	22	
	Mikrop	1	

\*Human Immun Virus

“Böyle bir hastalık kaparsam direkt intihar ederim.”

### AIDS'in tedavisi kategorisine ait örnek cümleler

“Tedavisi olup olmadığı araştırılmaya devam eden hastalık.”

“...bulaşıcı hastalıkla başlayan hastane ile ölüm arası koridor.”

“AIDS bulaştığı zaman tedavisi çok zor olan ölümcül bir hastalıktır.”

### AIDS'in oluşma nedenleri kategorisine ait örnek cümleler

“Korunmasız bir şekilde cinsel ilişki sonucunda virüs alımı ile oluşan bağışıklık sistemini çökerten bir hastalık.”

“HIV bulaşıcı bir virüstür ve ölümcül bir hastalıktır.”

“Bulaşıcı virüs hastalığıdır.”

### TARTIŞMA

Bu araştırmaya katılan tıp fakültesi öğrencilerinin büyük bir kısmı AIDS'in “aile” kavramı üzerindeki etkilerini vurgulamışlardır. Bu kategoriyi en yakından takip eden diğer bir kategori ise “damgalanma” olmuştur.

Güney Afrika Cumhuriyeti Cape Town Üniversitesinde tıp fakültesi birinci sınıf öğrencileri ile yapılan hekim ve tıp algısı ile ilgili çalışmada ise öğrencilerin hekimlik mesleğine karşı algıları %97 oranında pozitif bulunmuştur. Öte yandan %55'i hekimlik mesleğini aile hayatını olumsuz etkilemesi ve taşıdığı mesleki riskler (özellikle AIDS) açısından hüsrana uğratmıştır (32). Tıp öğrencilerinin belirttikleri metaforların ait olduğu kavramsal kategoriler hekim adayının ailesi/yakın çevresinde AIDS'li hasta/hasta yakını bulunup bulunmaması bakımından da farklılık göstermediği bunun

nedeninin AIDS'li hasta/hasta yakını sayının çok düşük düzeyde kalmış olması düşünülmüştür.

Hekim adaylarının belirttikleri görüşler yönünde oldukça fazla alternatif kavramlara sahip oldukları görülebilmektedir. Bu alternatif kavramların AIDS'in bulaşma yolları, algılar, tedavisi ve oluşma nedenleri gibi pek çok boyutlarda yoğunlaştığı görülmektedir. Hekim adaylarının alternatif kavramları ve yanlış bilgileri içeren bu cümlelerinin bilinçli bir şekilde nitelikli ve doğru bilgilerle yer değiştirilmesi oldukça önemlidir.

## SONUÇ

Bu çalışmada hekim adaylarının AIDS kavramına ait bilişsel yapılarının yeterli olmadığı, AIDS kavramını tanımlarken daha çok günlük yaşamlarındaki kavramlarla olumsuz algılarını kullanarak ifade ettikleri ve somut olarak gözle görebildikleri boyutlara yönelik kavramlara odaklandıkları görülmektedir. Elde edilen sonuçlar hekim adaylarının AIDS kavramına yönelik bilişsel yapılarının daha bilinçli ve amaçlı olarak geliştirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Günümüzde AIDS'in tüm dünyadaki her bireyi tehdit eden bir hastalık olduğu dikkate alınarak eğitim sürecinin dikkatlice planlanması gerekmektedir (33-35).

## KAYNAKLAR

1. Fitzpatrick R. Society and changing patterns of disease. In: Scambler G, ed. *Sociology as applied to medicine*, 6th ed. London: Saunders; 2008.
2. Krahnke H. AIDS'ten böyle korunurum 300 soru 300 yanıt. (Çev. Ed. Namal AY.). İstanbul: AIDS Savaşım Derneği; 1992.
3. Stine GJ. *Acquired immune deficiency syndrome*. New Jersey: Prentice Hall; 1996.
4. Kökdemir H. Turkish university students' blame attributions and attitudes toward people with AIDS. Ankara: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2001.
5. Green CJ. HIV infection and AIDS. In: Monahan FD, Sands JK, Neighbors M, Marek JF & Green CJ. (Eds.). *Phipps' medical-surgical nursing. Health and illness perspectives* Mosby: St. Louis, Missouri, USA; 2007.
6. Shively M, Smith TL, Bormann J & Gifford AL. Evaluating Self-Efficacy for HIV Disease Management Skills. *AIDS and Behavior*. 2002; 6(4): 371-9.
7. Abay ŞE, Sezer B, Başusta NB. Hekim Adaylarının Hekim Kimliğine İlişkin Algıları: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Metafor Analizi Örneği. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2017; 26 (1): 1-8.
8. Boelen C. The five-star doctor: an asset to health care reform [Internet]. [updated 2018 Jun 21]. Available from: <http://www.who.int/entitmy/hr/en/hrdj>.
9. Özvarış ŞB, Demirel Ö. Öğrenen merkezli tıp eğitimi eğitici rehberi. *TTB ve Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD*; 2002.
10. Aslan D, Sayek İ. Tıp eğitimi içinde "uluslararası sağlık" yaklaşımı. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2005; 36: 135-8.
11. Watmough S, Waddelove C, Jaeger L. First year medical students' perceptions of a career in medicine – How can these inform careers support? *Constructing the future: Career guidance for changing contexts*. Birmingham: Institute of Careers Guidance; 2009.
12. Saban A. Öğretmen adaylarının öğrenci kavramına ilişkin sahip oldukları zihinsel imgeler. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*. 2013; 1(7): 281-326.
13. Arslan M, Bayrakçı M. Metaforik düşünme ve öğrenme yaklaşımının eğitim-öğretim açısından incelenmesi. *Milli Eğitim Dergisi*. 2006; 171: 100-8.
14. Shuell TJ. Teaching and learning as problem solving. *Theory into Practice* 1990; 29(2):102-108.
15. Oxford RL, Tomlinson S, Barcelos A, Harrington C, Lavine RZ, Saleh A, et al. Clashing metaphors about classroom teachers: toward a systematic typology for the language teaching field. *System*. 1998; 26(1): 3-50.
16. Forceville C. The identification of target and source in pictorial metaphors. *Journal of Pragmatics*. 2002; 34: 1-14.
17. Leech NL, Onwuegbuzie AJ. A typology of mixed methods research designs. *Qual Quant*. 2007; 43: 265-75.
18. Cohen L, Manion L, Morrison K. *Research methods in education*. 6th ed. New York: Routledge; 2007.
19. Kuş E. *Nicel-Nitel Araştırma Teknikleri*. Ankara: Anı Yayıncılık; 2003.
20. Çiftçi S. Kelime çağrışımlarının cinsiyet değişkenine göre gösterdiği temel nitelikler üzerine bir deneme. *Turkish Studies*. 2009; 4 (3): 633-54.
21. Ercan F, Tasdere A, Ercan N. Observation Of Cognitive Structure And Conceptual Changes Through Word Association Tests. *Journal Of Turkish Science Education*, 2010; 7(2): 138-54.
22. Isıklı M, Tasdere A, Goz NL. Investigation teacher candidates' cognitive structure about principles of Atatürk through word association test. *Usak University Journal Of Social Science*. 2011; 4(1): 50-72.
23. Atasoy B. *Fen Öğrenimi ve Öğretimi*. Ankara: Asil Yayınevi; 2004.
24. Bahar M, Johnstone AH, Hansell MH. Revisiting learning difficulties in biology. *Journal of Biological Education*. 1999; 33: 84-6.
25. Sato M, James P. "Nature" and "Environment" as perceived by university students and their supervisors. *International Journal Of Environmental Education And Information*. 1999; 18 (2): 165-72.
26. Denzin NK, Lincoln YS. *Collecting and interpreting qualitative material*. Thousand Oaks, CA: Sage; 1998.



27. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis. London: Sage; 1994.
28. Silverman D. Doing qualitative research: a practical handbook. London: Sage; 2000.
29. Bilgin N. Content analysis techniques and case studies in social sciences. Ankara: Siyasal Publication; 2006.
30. Lichtman M. Qualitative research in education. Los Angeles: Sage Publications, Inc.; 2010.
31. Leblebici DN, Kılıç M. İçerik Analizi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2004.
32. Draper C, Louw G. What is medicine and what is doctor? Medical students' perceptions and expectations of their academic and professional career. Medical Teacher. 2007; 29(5): 100-7.
33. Kırıgu SW. Exploring sexuality education and the burdened teacher: a participatory approach in a rural primary school in Kenya Pastoral Care in Education. 2007; 25 (3): 5-15.
34. Kyrychenko P, Kohler C, Sathiakumar N. Evaluation of a school-based HIV/AIDS educational intervention in Ukraine. Journal of Adolescent Health. 2006; 39: 900-7.
35. Ekici G, Kurt H. Öğretmen adaylarının 'AIDS' kavramı konusundaki bilişsel yapıları: Bağımsız Kelime İlişkilendirme Testi Örneği. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2014; 18(3): 267-306.

## DERLEME

**Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavinin Jinekolojik Kanselerde Kullanımı***Sibel PEKSOY<sup>1</sup>, İlknur DEMİRHAN<sup>1</sup>, Sena KAPLAN<sup>1</sup>, Sevil ŞAHİN<sup>1</sup>, Ayten ARIÖZ DÜZGÜN<sup>1</sup>*

## ÖZ

Günümüzde tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) kullanımı kanser hastalarında giderek yaygınlaşmaktadır. Özellikle jinekolojik kanserlerde TAT kullanımı dikkat çekmektedir. Kadın cinsiyetinde olmanın yanında TAT kullanımı yaş, eğitim, kemoterapi uygulanması ve kanserin ileri evresi gibi faktörlerden etkilenmektedir. Jinekolojik kanserli hastalar; tıbbi tedavinin yan etkilerini azaltmak, tedaviye destek olmak, yaşam kalitesini artırmak, bağışıklık sistemini güçlendirmek ve tekrar kanser oluşumunu önlemek gibi nedenlerle TAT kullanımına başvurmaktadır. TAT kullanımı çeşitlilik içermekle birlikte, Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Sağlık Enstitüsü bu yöntemleri "doğal ürünler" ve "beden ve zihin uygulamaları" olarak iki temel gruba indirmiştir. Jinekolojik kanserli hastalarda TAT kullanımında özellikle bitkisel kaynaklı doğal ürünlerin tıbbi tedavi ile birlikte kullanılması ilaç etkileşimlerine ve toksisiteye neden olabilmektedir. Aynı zamanda TAT kullanan birçok kadın, bu yöntemleri kullandığını sağlık ekibi ile paylaşmamaktadır. Bu nedenle kanser hastaları ile çalışan sağlık profesyonelleri TAT kullanımını ayrıntılı sorgulamalı, bu konuda rehberlik yapabilecek bilgiye sahip olmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Alternatif tedaviler, Jinekoloji, Kanser, Sağlık ekibi, Tamamlayıcı tedaviler

**Use of Complementary and Alternative Medicine in Gynecologic Cancers***Sibel PEKSOY<sup>1</sup>, İlknur DEMİRHAN<sup>1</sup>, Sena KAPLAN<sup>1</sup>, Sevil ŞAHİN<sup>1</sup>, Ayten ARIÖZ DÜZGÜN<sup>1</sup>*

## ABSTRACT

Nowadays, the use of complementary and alternative medicine (CAM) is becoming widespread gradually in cancer patients. The use of CAM in gynecological cancers is particularly notable. The use of CAM is influenced by factors such as age, education, application of chemotherapy and advanced stage of cancer, in addition to being a female. Gynecologic cancer patients apply CAM for reducing side effects of medical treatment, supporting treatment, increasing quality of life, strengthening immune system and preventing cancer re-occurrence. Although there are many CAM techniques, in the United States, the National Institutes of Health reduced these to two basic groups as "natural products" and "body and mind practices". In patients with gynecologic cancer, the use of CAM, especially of plant-derived natural products, in combination with medical treatment, may cause drug interactions and toxicity. At the same time, many women who use CAM do not report their use of such methods to the health team. For this reason, health professionals working with cancer patients should interrogate the use of CAM in detail, and have knowledge to provide guidance on this issue.

**Keywords:** Alternative medicine, Cancer, Complementary medicine, Gynecology, Healthcare team

<sup>1</sup> Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD

**Sorumlu Yazar:** Sibel PEKSOY

**E-posta adresi:** sibelpekssoy@gmail.com

**Gönderi Tarihi:** 18.06.2018

**ORCID No:** 0000-0003-1444-2857

**Kabul Tarihi:** 06.07.2018

## GİRİŞ

“Tamamlayıcı tedavi” ve “alternatif tedavi” ifadeleri birbirinden farklı anlamlara sahip olsa da, sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır. Tıbbi tedavilere destek amacıyla tıbbi tedavilerle birlikte uygulanan yöntemler “tamamlayıcı tedavi” olarak adlandırılırken; “alternatif tedavi”, tıbbi yöntemler yerine uygulanan ve etkisi bilimsel olarak kanıtlanmamış yöntemleri içermektedir. İntegratif tıp kavramı ise tıbbi ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını kanıta dayalı rehberlerle bir bütünlük içerisinde kapsamaktadır (1).

Gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerde TAT kullanımına eğilim giderek artış göstermektedir (2-6). TAT dünyada yaygın bir şekilde kullanılmakla birlikte, özellikle kültürel farklılıkların olması TAT çeşitliliğini artırmaktadır (6). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), TAT kullanımının Asya ve Afrika’da %80, Kanada’da %70, Almanya’da %90, İsveçte %50 oranında olduğunu vurgulamaktadır (3). Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) ise üç yetiştikten birisi, tıbbi tedavilerle birlikte TAT kullanmaktadır (1). TAT kullanımı özellikle kanser hastaları arasında en çok merak uyandıran uygulamalardan biridir. Kanser hastaları bu yöntemleri sıklıkla kullanmakla birlikte, TAT kullanımını sağlık ekibinden de gizleyebilmektedir (7). Literatürde, TAT kullanıcılarının çoğunluğunu kadınların oluşturduğu (2,5,8,9) ve TAT kullanımının jinekolojik kanserli kadınlarda yaygın olduğu belirtilmektedir (4,5,9-11).

Avrupa ve Ortadoğu’yu kapsayan çeşitli çalışmalarda, jinekolojik kanserli kadınlarda TAT

kullanım yüzdesi %36 ile %67 arasında dağılım göstermektedir (2,11,12). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise bu oranın %31.6 ile %84.1 arasında değiştiği görülmektedir (4,13,14). Bu çalışma sonuçları dünyada ve ülkemizde jinekolojik onkolojide TAT kullanımının yaygın olduğunu ortaya koymaktadır.

Literatürde kanser hastalarında, özellikle bitkisel kaynaklı TAT kullanımının ilaç etkileşimlerine yol açabileceği ve bu bitkilerin tedavi sürecini olumsuz etkileyebileceği vurgulanmaktadır (7,15-17). Bununla birlikte TAT kullanımında hastalar sağlık profesyonellerini sıklıkla bilgilendirmemekle birlikte (4,8); sağlık profesyonellerinin de TAT kullanım sıklığı ve bu yöntemlerin tedavi sürecine etkisiyle ilgili bilgisi sınırlı olabilmektedir (6,18).

Bu kapsamda bu çalışma; jinekolojik kanserlerde kullanılan TAT yöntemlerinin, etkinliğinin, tedavi sürecinde yaşanabilen olası risklerin ve sağlık profesyonelinin rolünün güncel literatür kapsamında incelenmesi amacı ile hazırlanmıştır.

## JİNEKOLOJİK KANSERLERDE TAT KULLANIM NEDENLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

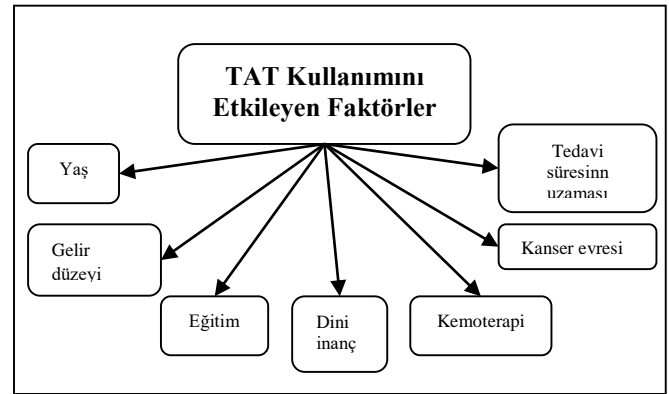
Jinekolojik kanserler, kadınlarda en sık görülen ilk 10 kanser türü arasında yer almaktadır. Dünya genelinde jinekolojik kanserler; serviks kanseri (%7.9), endometrium kanseri (%4.8) ve over kanseri (%3.6) olarak sıralanırken; ülkemizde endometrium kanseri (%5.4) görülüş sıklığı açısından ilk sırada yer almakta, endometrium kanserini ise over kanseri (%3.4) ve serviks kanseri

(%2.4) izlemektedir (19,20). Jinekolojik kanser tanısı konulan kadınlar, tedavi sürecinde fiziksel, psikososyal ve cinsel yönden sorunlar yaşamakta ve bu sorunlar yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (21). Kadınlar, jinekolojik kanserlerin tedavisinde uygulanan tedavilerle birlikte hastalığa ve tedaviye ilişkin semptomları (ağrı, bulantı, yorgunluk gibi) azaltmak, fiziksel ve ruhsal olarak rahatlamak, bağışıklık sistemini güçlendirmek, kemoterapiye destek olmak ve yan etkilerini azaltmak, yaşam kalitesini yükseltmek, kanserin tekrar oluşumunu engellemek ve herhangi bir sorun yaşamamış olsa da kanser tanısı almış olma nedeniyle TAT kullanımına başvurabilmektedir (5,9-12). Bununla birlikte TAT kullanımı jinekolojik kanserli kadınlarda bazı faktörlerden etkilenebilmektedir (Şekil 1).

TAT kullanımını kültürel, sosyodemografik özellikler ve kanserin klinik seyrine ilişkin faktörler etkileyebilmektedir. Yapılan çalışmalar kadın cinsiyetinde olmanın yanında; gelir düzeyinin artması, evli olma, dinsel inancıya sahip olma ve kültürel özelliklerin hastalarda TAT kullanımını artırdığını göstermektedir (2,12,13,22-25). Akyüz ve ark. (13)'nın çalışması ile Molassiotis ve ark. (22)'nin çalışmasında yaş azaldıkça ve eğitim düzeyi arttıkça TAT kullanımının arttığı belirtilmektedir. Bazı çalışmalarda ise eğitim düzeyi düştükçe (4,9) ve yaş arttıkça (6,26) TAT kullanımının yükseldiği vurgulanmaktadır.

Klinik olarak değerlendirildiğinde ise; kemoterapi uygulanması, kanserle tedavi süresinin uzaması,

ileri evre kanser teşhisi TAT kullanımını artırmaktadır (4,9,23,25). Taş ve ark. (25)'nin çalışmasında özellik tekrarlı kemoterapi uygulanan hastalarda TAT kullanımının daha yaygın olduğu vurgulanmaktadır. Kemoterapi alan kadınlar TAT yöntemlerine daha çok tedavinin yan etkileri nedeni başvurmaktadır. İleri evre kanser tanısı alan hastalar ise TAT yönteminden daha fazla beklenti içinde olabilmektedir. Aynı zamanda kanserin ileri evresinde hastalara cerrahi tedavilerin daha sınırlı uygulanması da tedavi seçenekleri azalmaktadır. Bu nedenle hastaların TAT uygulamalarına yönelimi artmaktadır.



**Şekil 1.** TAT kullanımını etkileyen faktörler  
Kaynak: 2,4,12,13,22,23,25.

## JİNEKOLOJİK KANSERLERDE KULLANILAN TAT YÖNTEMLERİ VE SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN ROLÜ

### Jinekolojik kanserlerde kullanılan TAT yöntemleri

ABD'de Ulusal Tamamlayıcı ve İntegratif Sağlık Merkezi [National Center for Complementary and Integrative Health" (NCCIH)] güncel yayınında TAT kullanımı iki ana başlıkta belirtilmiş olup; beden ve zihin tedavileri (derin nefes egzersizleri,

meditasyon, yoga, homeopati, özel diyet, yaratıcı imgeleme, refleksoloji gibi) ve doğal ürünler (ginseng, kantaron otu, zencefil, üzüm çekirdeği gibi bitkisel ürünler; vitamin ve mineraller gibi) olarak gruplandırılmıştır (1). Yapılan çalışmalarda sıklıkla TAT kullanan jinekolojik kanser tanısı alan kadınların beden ve zihin tedavilerini tercih ettiği, bunu biyolojik temelli tedavilerin izlediği vurgulanmaktadır (11,13,14,27). Supoken ve ark. (11)'nin çalışmasında, jinekolojik kanserli kadınlarda TAT kullanma yöntemleri incelendiğinde; dua etme (%92.5), bitkisel tedaviler (%40.3), egzersizler (%37.3), diyet tedavileri (%23.9) ve masaj (%17.9) uygulamalarının yer aldığı belirtilmektedir. Akyüz ve ark. (13) çalışmasında da dua etmenin en sık (%94.7) tercih edilen bir yöntem olduğu vurgulanmaktadır. Chase ve ark. (27) çalışmasında erken evrede over kanseri tanısı almış kadınların TAT kullanımında; dua etme (%79.3) ilk sırada yer alırken; serviks kanser tanısı almış hastalarda ise vitamin desteği (%80.3) ilk sırada kullanılmıştır.

TAT yöntemleri arasında bitkisel ürünlerin sıklıkla tercih edilmesi ise genellikle doğal olması ve yan etkisinin olmaması ile ilişkilendirilmektedir (7). Literatürde, bazı çalışmalar bitkisel ürün kullanımının ilk sırada tercih edildiğini (4,14,26) ve bunlar içerisinde ülkelere özgü farklılıklar olduğunu vurgulamaktadır (11,15). Nazik ve ark. (14) çalışmasında, TAT kullanımında sıklıkla bitkisel tedavilerin (%90.2) tercih edildiği vurgulanmaktadır.

## **Bedens ve zihin uygulamaları**

ABD'de bulunan NCCIH, zihin ve beden tedavilerini; eğitimli bir uygulayıcı tarafından başkalarına verilen veya öğretilen büyük ve çeşitli teknikler grubu şeklinde tanımlamaktadır. Örnek olarak; akupunktur, masaj terapisi, meditasyon, gevşeme teknikleri, spinal manipülasyon, yoga, Tai chi ve gi gong gibi geleneksel Çin uygulamaları gibi uygulamalar bulunmaktadır (1). TAT kullanımında, zihin ve beden uygulamaları ve buna yönelik yapılan çalışmalar aşağıdaki başlıklarda ele alınmıştır.

### **Akupunktur**

Akupunktur, vücutta bulunan özel noktaların iğnelerle uyarılması yöntemiyle vücudun dengesini yeniden bulmasını sağlayan bir tedavi yöntemi olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde fiziksel bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmekte, hem hastalığın hem de tedavilerin yol açtığı sorunların kontrolünde kullanılmaktadır (28). Amerikan İntegratif Onkoloji Derneği [Society for Integrative Oncology (SIO)] tarafından 2017 yılında yayınlanan integratif tıp uygulamaları rehberinde; kemoterapiye bağlı erken bulantı ve kusmalarda antiemetik tedavilere ek olarak akupunktur ve akupresür önerilmektedir. Bu rehberde aynı zamanda akupunktur uygulaması; duygu durum bozuklukları, depresif semptomlar ve stres yönetiminde; tedavi sonra yorgunluğu önlemede; yaşam kalitesini yükseltmede ve tedaviye bağlı sıcak basmalarını azaltmada da önerilmektedir (29). Jinekolojik kanserlerde akupunktur kullanımına yönelik yapılan çalışmalarda



akupunkturun tercih edilme oranı %2-9 arasında olduğu belirtilmiştir (13,14). Kurt ve ark. (30) çalışmasında, TAT kullanan hastalardan, bir hastanın (%1.6) bitkisel yöntemler ve hayvansal gıdalar ile birlikte akupunktur yöntemini de kullandığı belirlenmiştir.

### **Masaj Terapisi**

Masaj terapisi, kas ve yumuşak dokulara uygulanarak, kan ve lenf akımını uyaran, sinir uçlarını harekete geçiren, toksinlerin dışarıya atılmasını kolaylaştıran, gerginliği ve ağrıyı azaltan, dolaşımı arttıran, cilt ısısında artma ve kalp hızında azalma yaparak, vücutta rahatlamayı sağlayan bir tekniktir (31,32). SIO tarafından yayınlanan rehberde masaj; anksiyete, ağrı ve lenf drenajına yönelik onkoloji alanında eğitim almış masaj uzmanlarının yapması koşuluyla önerilmektedir (29). Onkolojide sıklıkla kullanılan masaj yöntemleri; İsveç masajı, refleksoloji, aromaterapi masajı, akupressur olduğu belirtilmektedir (33). Jinekolojik onkoloji hastalarıyla yapılan çalışmalarda masaj terapisinin kullanım sıklığı %5 ile % 28 arasında değişim göstermektedir (13,14). Literatürde masajın, hastaların yaşam ve uyku kalitesini arttırdığı, ağrı, yorgunluk, anksiyete, bulantı ve depresyonunu azalttığı belirlenmiştir (34,35). Dikmen ve Terzioğlu'nun (35) çalışmasında, jinekolojik kanser hastalarına uygulanan refleksoloji ve progresif gevşeme egzersizlerinin kemoterapiye bağlı algılanan ağrıyı ve yorgunluğu azalttığı, aynı zamanda yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır.

### **Meditasyon**

Meditasyon, "derin düşünme" anlamına gelen bir terim olmakla birlikte, bireyi geçmiş ve gelecekle ilgili kaygılarından uzaklaştırarak, huzuru elde etmesini, öz benliğine ulaşmasını sağlamaktadır (17,31). Yapılan çalışmalarda, kanserli hastaların stresini azaltarak immün fonksiyonları arttırdığı, anksiyete ve depresyon düzeyini azalttığı belirtilmektedir (17,36). Akyüz ve ark. (13)'nın çalışmasında meditasyon kullanımı %8.1 iken, Yeşil ve ark. (37)'nin çalışmasında ise %1.4 olduğu görülmektedir.

### **Hipnoterapi**

Hipnoz, sözcükler, bakış ya da bazı yardımcı nesnelere kullanılarak telkin gibi tekniklerle oluşturulan ve dikkatin belirli bir noktaya odaklanmasını ve fiziksel rahatlamayı sağlayan özel bir bilinç durumu olarak tanımlanmakta, tedavi amacıyla kullanımı ise hipnoterapi olarak adlandırılmaktadır (31,38). Akupunktur ve masaj terapisinde de olduğu gibi özel eğitimli uygulayıcılar tarafından yapılması gerekmektedir (17). Kanserli hastalarda kemoterapinin neden olduğu bulantı ve kusmayı azalttığı, ağrı, anksiyete, sıcak basması, depresyon ve uykusuzluk gibi semptomların kontrol altına alınması amacıyla kullanıldığı bildirilmektedir (17,31).

### **Müzik Terapi**

Müzik terapinin kanser hastalarında, anksiyeteyi azalttığı, gevşemeyi sağlayarak konforu arttırdığı, tedavi sürecinde ortaya çıkan stresi, ağrıyı, depresyonu, kan basıncını, bulantı ve kusmayı azalttığı belirtilmektedir (17,39).

Randomize bir çalışmada meme/jinekolojik kanserli hastalarda uygulanan müzik terapiyi takiben, depresif semptomların minimal düzeye indiği bildirilmektedir (40). Over kanseri olan bir olgu çalışmasında ise hastanın kemoterapi sonrası semptomlarla baş etmesine yardımcı olmak için müzik terapiyle hayal kurmasının sağlandığı; terapinin sonunda hastada sırt ve yüz kaslarında gevşeme, solunumunda derinleşme ve omuzlarında düşme gözleendiği ve hastanın rahatladığı belirtilmektedir (41).

### **TAT kullanımında bitkisel yöntemlerin çeşitliliği ve kullanım nedenleri**

Bitkisel ürünlere ilişkin yapılan çalışmalarda sıklıkla ökse otu, sarı kantaron, aloe vera, zakkum, reishi mantarı ginseng, çörekotu, yeşil çay ve sarımsak gibi bitkisel ürünlerin en yaygın kullanılan bitkisel ürünler olduğu belirtilmiştir (7,15,22,42). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise kanserli hastalarda en fazla kullanılan bitkisel tedavilerin; ısırgan otu, üzüm suyu/çekirdeği, yeşil çay, aloe vera, zencefil, safran ve keten tohumu olduğu vurgulanmaktadır (4,10,13,26,42). Bu bitkisel ürünlere ilişkin bilimsel veriler yeterli olmamasına rağmen, bu ürünler dünyada ve ülkemizde yaygın bir şekilde kullanılmakta (7,22,43) ve kanser hastaları için bir umut olarak görülmektedir (43). TAT kullanımında bitkisel yöntemlere ilişkin karşılaşılabilecek sorunlar yapılan çalışmalarla birlikte, ilgili literatür ışığında aşağıdaki başlıklarda ele alınmıştır.

### **Isırgan Otu**

Isırgan otu en sık kullanılan bitkisel ürünler arasında yer almaktadır (4,14,24,25). Taş ve ark. (25)'nin çalışmasında ısırgan otu kullanımı %88 olarak belirtilmiş olup; kullanıcıların %56'sı bu ürünü tek başına kullanırken, %32'si ise diğer bitkisel ürünlerle karıştırmaktadır. Bu çalışmada bitkisel ürünlerle olan karışımların %90'ında da ısırgan otu bulunduğu vurgulanmıştır. Isırgan otu yaşam kalitesini yükseltme, tedavinin yan etkileri ile baş etme ve tedaviye destek olma amacıyla kullanılmaktadır (14). Isırgan otunun antioksidan etkiye sahip olduğu, immun sistemi güçlendirmek için kullanıldığı vurgulanmaktadır (42).

### **Zencefil**

Zencefil özellikle kemoterapi sırasında gelişebilen bulantı ve kusmaya karşı, antiemetik etkisi nedeniyle kullanılmaktadır (44,45). Aynı zamanda bu ürün, kanser tedavisinde bağışıklık sistemini güçlendirmek amacıyla da kullanılabilir (24). Alparslan ve ark. (44)'nin randomize kontrollü çalışmasında, deney grubundaki kişilere standart antiemetik tedaviye ek olarak zencefil kapsülü verilirken, kontrol grubuna antiemetik tedavi uygulanmıştır. Bu çalışmada, kemoterapiye bağlı gelişen bulantı ve kusmanın önlenmesinde zencefilin yararlı olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, Manusirivithaya ve ark. (46)'nin çalışmasında, standart antiemetik tedaviye zencefil ilave edilmesinin kemoterapiye bağlı bulantı ve kusmayı azaltmada etkili olmadığı vurgulanmıştır. Lee ve Oh (45) tarafından yapılan sistematik derleme ve meta-analiz çalışması da,

Manusirivithaya ve ark. (46)'nın çalışmasını destekler nitelikte olup, zencefilin etkili olmadığını belirtmektedir. Bu sonuçların yanında, literatürde bitkisel yöntemlerin ilaçlarla etkileşime girdiği vurgulanmaktadır. Özellikle zencefilin de içinde bulunduğu bazı bitkilerin (sarımsak, ginkgo gibi) tek başına veya antikoagülanlarla birlikte kullanıldığında yaşamı tehdit eden kanamalara yol açabildiği belirtilmektedir (7,16). Bu nedenle ilaç-bitki etkileşimleri açısından, TAT kullanıcılarının, sağlık profesyonellerinden danışmanlık alması önemlidir (12,47).

### **Reishi mantarı**

Reishi mantarı, bağışıklık sistemi üzerinde destekleyici etkileri nedeniyle Asya'da yaygın olarak kullanılan ve tavsiye edilen doğal bir üründür. Bununla birlikte, kanser tedavisinde gerçek faydalarını değerlendirmek için çalışma sayısı ve kanıt düzeyi oldukça sınırlıdır. Dai ve ark. (48)'nin çalışmasında, reishi mantarının over kanserinin oluşumunun önlenmesinde kullanılabileceği belirtilmektedir. Jin ve ark. (49)'nın Cochrane sistematik derlemesinde, kemoradyoterapi ile birlikte reishi mantarı kullanan hastaların tek başına kemoradyoterapiye kıyasla daha olumlu yanıt verebildiği belirtilmektedir. Reishi mantarı kullanan hastaların yaşam kalitesinde nispeten iyileşme olduğu, sınırlı düzeyde yan etki (bulantı ve uykusuzluk) kaydedildiği, hematolojik veya hepatolojik toksisite bildirilmediği vurgulanmaktadır. Bununla birlikte reishi mantarının kullanımını doğrulamak için yeterli kanıt bulunmamaktadır. Aynı zamanda reishi mantarı kullanan kişilerin sağkalm

sürelerine yönelik çalışmalara ihtiyaç olduğu vurgulanmaktadır. Smith ve ark. (17) reishi mantarının çoğu kemoterapötik ilaçla etkileşim olasılığının düşük olduğunu ve bildirilen olumsuz reaksiyonun olmadığını belirtmektedir.

### **Sarı kantaron**

Kemoterapi ilaçlarının büyük çoğunluğu ile etkileşime girmektedir (7,42). Ben-Arye ve ark. (50)'nin çalışmasında; CYP3A4 enziminin induksiyonuna bağlı olarak birçok kemoterapötik ajanın (etoposide, paclitaxel, vinblastine, vincristine, siklofosfamid gibi) etkinliğini azalttığı belirtilmektedir. Metabolizması CYB3A4 enzimi üzerinden gerçekleşen ilaçların (benzodiazepin, siklosporin, diltiazem, atorvastatin, estradiol, sildenafil, indinavir, digoxcin gibi) plazma düzeyini düşürür. Warfarinin metabolizması için önemli olan ve warfarinin antikoagülan etkisini azalan sitokrom P450 2C9 enzimini de indüklediği için pıhtılaşma eğilimini artırmaktadır (15). Sarı kantaron bulantı ve hiperensitivitede artışa neden olabilmektedir (43).

### **Sarımsak**

Sarımsağın antihipertansif, antikoagülan, antimikrobiyal, antilipidemik özellikleri bulunmaktadır. Salisilik asit, warfarin ve düşük molekül ağırlıklı heparinin etkilerini artırabilmektedir (7). Bu nedenle kanamaya neden olabilmektedir (15,43). Sarımsak CYP2E1 enzim inhibisyonuna neden olduğundan dakarbazin ile kullanılmaması önerilmektedir (7,42). Ben-arye ve ark. (50)'nin çalışmasında; sarımsağın CYP3A4 enzimini indüklemesine bağlı olarak bazı

kemoterapik ilaçların (paclitaxel, vinblastine, incristine gibi) etkinliğini azaltabildiği belirtilmektedir. Sarımsağın kullanımına yönelik kanıt temelli verilerin yetersiz olması nedeniyle kemoterapötik ajanlarla birlikte kullanılmaması önerilmektedir (7).

### **Ginseng**

Asya ve Amerikan ginsengi olarak iki farklı çeşidi vardır. Kanserin önlenmesi, immün sistemin güçlendirilmesi, fiziksel ve mental fonksiyonların düzenlenmesi gibi nedenlerle ginseng kullanılmaktadır (7). Farmakolojik etkilerinden ginsenoidler sorumludur. Ginsenoidler aracılığı ile ilaç metabolizmasından sorumlu olan P450 enzim sisteminde; CYP1A1, CYP1A2, CYP2C19, CYP2D6 ve CYP3A4 enzimlerini inhibe etmektedir (15). Tümörün büyümesini uyarması nedeniyle, östrojen reseptörü pozitif meme kanseri ve endometrium kanserinde kullanılmamalıdır. Diyare, baş ağrısı, hipertansiyon, insomnia, bulantı, üriner retansiyon, pıhtılaşma riski, kanamaya eğilim gibi yan etkileri bulunmaktadır (7,42). Warfarinle etkileşimi tartışmalı olmakla birlikte; trombosit agregasyonunu inhibe etmekte, antikoagülan ilaçlar ve trombosit inhibitörleri ile etkileşime girerek kanama zamanını da uzatabilmektedir (7,43).

### **TAT kullanımının güvenilirliği ve kanıt düzeyi**

Kanser tedavisinde beden-zihin terapileri dışında; doğal/bitkisel ürünlerle ilgili etkili, güvenli, kanıt düzeyi yüksek çalışmalar bulunmamaktadır. Bu nedenle bitkisel ürünlere yönelik öneride bulunmak için henüz yeterli kanıt yoktur (17). Özellikle

bitkisel ürünlerin kullanımındaki en büyük sorunlar arasında; kalite kontrolünün yapılamaması ve ürünlerin güvenliğine ilişkin kaygılar bulunmaktadır. Katkı maddesi içermediği belirtilen birçok bitkisel ürünün toksisite durumu, standardizasyonuna ilişkin kanıt temelli yeterli veri bulunmamaktadır. Bu tür ürünlerin mutajenik ve karsinojenik etkileri de olabilmektedir (7). Bitkisel ürünler, uygulanan tıbbi tedaviyle etkileşime geçerek ciddi problemlere yol açabilmektedir (42) (Tablo 1; Tablo 2). Taş ve ark. (25)'nin çalışmasında TAT kullanımında sıklıkla; bulantı (%33), abdominal ağrı (%19), boğaz ağrısı (%10) ve alerjik reaksiyon (%10) gibi yan etkilerin ortaya çıktığı belirtilmektedir. Ülkemizde gıda takviyesi yerine geçen yerli ve yabancı bir çok bitkisel ürün ticari alanda kullanıma sunulmuştur. Bitkisel ürünlerin kullanımına yönelik en önemli sorun denetim mekanizmasının yetersiz olmasıdır. Bu ürünlerin ruhsatlandırılmasının "Tarım, Gıda ve Hayvancılık Bakanlığı" tarafından yapılması nedeniyle, gıda takviyesi olarak pazara sunulması en önemli problemlerden biridir. Bitkisel ürünler, tıbbi tedavide kullanılan farmakolojik ajanlar gibi klinik testlerden geçmediği için potansiyel tehlike oluşturabilmektedir (7,43).

### **TAT kullanımında sağlık ekibi ile işbirliği sağlama**

TAT uygulamalarının çoğu tıbbi tedavilerin bir parçası haline gelmiştir (42). Bununla birlikte, jinekolojik kanser tanısını almış kadınlar, TAT kullanımında çoğunlukla sağlık profesyonellerinden danışmanlık almamaktadır

(4,8). Literatürde, TAT kullanan kadınların medya, internet, arkadaş ve ailelerinin önerisiyle bu yönetime başvurdukları ve çoğu TAT kullanıcısının sağlık çalışanlarını bilgilendirmediği belirtilmektedir (4,9,12-14). Kanserin tıbbi tedavisi ile birlikte bu yöntemlerin kullanımı ilaç etkileşimlerine neden olabilmekte, kadının sağlığını ve tedavi sürecini olumsuz yönde etkilemektedir (4,16). Ayrıca, bilinçsiz TAT kullanımı kanserli hastalarda tedaviyi ve iyileşmeyi geciktirebilmektedir (7). Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin tedavi sürecindeki kanserli hastaların bireysel uygulamalarının sorgulaması, danışmanlık yapabilmeleri önem taşımaktadır (7,42). Bununla birlikte, yapılan çalışmalarda, çalışan veya eğitimi devam eden sağlık profesyonellerinin TAT konusunda bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı vurgulanmaktadır (6,18). Bu nedenle sağlık profesyonellerinin eğitim müfredatının TAT uygulamalarını kapsayacak şekilde düzenlenmesi (10) ve TAT danışmanlığının kanıta dayalı olarak sağlanması önem taşımaktadır (47). Sağlık profesyonellerine yönelik olarak, TAT kullanımında kanıta dayalı öneriler “Integrative Oncology Practice Guidelines”da yer verilmiştir. Bu öneriler arasında; TAT kullanımının sorgulanması, TAT’ın avantajları, dezavantajları, sınırlılıkları hakkında bilgi verilmesi ve rehberliğin sağlanması, gerektiğinde TAT kullanımı açısından multidisipliner yaklaşımın sağlanması, ağrı ve anksiyete durumunda uzman sağlık profesyonellerine başvurulması, bitkisel ürün ve besin takviyesinde ise uzman kişilerden görüş alınması önemli tavsiyeler arasındadır (31).

**Tablo 1.** İlaçlar ve TAT kullanımındaki bazı bitkilerle etkileşimi

Etkileşime geçen ilaçlar	Bitkiler	Etkileşimin olası sonuçları
Warfarin Salisilik asit	Adaçayı Sarımsak Papaya	INR’nın artması sonucu kanama riskinin olması
	Ginseng Sarı kantaron	INR’nın azalması sonucu pıhtılaşma riskinin olması
Siklosporin	Sarı kantaron Greyfurt suyu	CYP3A4 induksiyonu sonucu rejeksiyon riski
Metotreksat	Sarı kantaron	Metotreksat düzeyinin artması sonucu toksisite
Prednizolon	Meyan kökü	Hipopotasemi
	Ginseng	Aditif etki
Proteaz inhibitörü	Sarı kantaron Sarımsak	CYP3A4 induksiyonu sonucu antiviral etkinlik

Kaynak: 7,42.

**Tablo 2.** TAT kullanımının kemoterapi ile potansiyel etkileşimi

TAT yöntemleri	Kemoterapi ile etkileşim	Açıklama
Antioksidan takviyeleri (A, C ve E vitaminleri)	Kemoterapi ile etkileşime girebilir. Radyoterapinin etkinliğini azaltabilir.	Antioksidanların normal hücreleri koruduğu gibi kanser hücrelerini de koruyabileceği şüphesi bulunmaktadır. Vitamin ve antioksidan kullanımı tedavinin etkinliğini azaltabilmektedir. Sigara içenlerde A ve E vitamini mortaliteyi artırmaktadır.
Bitkiler, Çin bitkileri ve bitki çayları	Kanser hastalarında tedavi sırasında görülebilecek beklenmedik toksisiteden sorumlu olabileceği düşünülmektedir. Çin bitkileri yüksek oranda biyolojik olarak aktif olan ve etkileşim şansını artıran birçok farklı bitki özü içermektedir.	Bitki yöntemlerin kullanımının kemoterapi ile hem olumlu hem de olumsuz etkileri için dolaylı kanıt vardır. Kesin tavsiyelerde bulunmak için (özellikle kemoterapi etkileşimleri hakkında) yeterli bilgi bulunmamaktadır.
Reishi mantarı	Kemoterapötik ajanlarla etkileşimi düşüktür.	Negatif etkileşim rapor edilmemiştir.
Mineral takviyeleri	Çok düşük dozlarda minerallerle etkileşim olasılığı düşüktür.	Potansiyel negatif etkileşimler için herhangi bir bilgi veya geçerli kanıt mevcut değildir.

Kaynak: 7,14,15,17,49.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Jinekolojik kanser hastalarında TAT, tıbbi tedavilerle birlikte ve tedavinin bitiminde sıklıkla

kullanılmaktadır. Bununla birlikte TAT kullanımına ve fizyolojik etkilerine yönelik bilgiler sınırlı düzeydedir. Kullanılan bu yöntemlerden özellikle bitkisel kaynaklı ürünler kemoterapi ilaçları ile etkileşime girebilmektedir. Bu yöntemler ilaçların etkileşimi etkileyebilmekte ve toksisiteye yol açabilmektedir. Bu nedenle kanser hastalarında TAT kullanımının sorgulanması gerekmektedir. TAT yöntemlerine yönelik verilen danışmanlık hizmetlerinde TAT kullanımının avantajları, dezavantajları ve sınırlılıkları kanıta dayalı olarak yerini almalıdır.

Hastaların bu zor ve uzun tedavi süreciyle başa çıkabilmeleri multidisipliner bir yaklaşımla sağlanabilir. Bu yaklaşımda tüm sağlık profesyonellerinin değerlendirme, tanı ve tedavi alanlarında mesleklerine özgü rollerini yerine getirmeleri gerekmektedir. Bunun sağlanabilmesi için, sağlık profesyonellerinin TAT kullanımı, yöntemleri ve kullanım nedenleri konusunda bilgi düzeyi ve farkındalığı artırılmalıdır. Bu kapsamda; öncelikle TAT yöntemleri tüm sağlık profesyonellerinin eğitim müfredatına entegre edilmelidir. Mezuniyet sonrası ise hizmet içi eğitim programlarıyla çalışanların farkındalıklarını ve bilgi düzeylerini artırma çalışmalarına devam edilmelidir. Bu sayede, hastaların sağlık çalışanlarıyla TAT kullanımına yönelik paylaşımlarının artırılmasına, bilgilendirilmesine ve sorularına yanıt bulabilmesine destek olunabilecektir. Bununla birlikte, sağlık profesyonellerinin konuyla ilgili dikkatleri artarak



ve bu kapsamda yeni çalışmalar üretilerek literatüre katkı sağlanabilecektir.

## KAYNAKLAR

- National Center for Complementary and Integrative Health [Internet]. Maryland: National Institutes of Health: 2017 [updated 2018 Jun 6]. Available from: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>
- Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, Ozden G, Scott JA, Panteli V, et al. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Ann Oncol.* 2005; 16(4): 655-63.
- World Health Organization. Traditional Medicine. Fact Sheet no. 134. Geneva: World Health Organization; 2008.
- Kav S, Hanoğlu Z, Algier L. Türkiye'de kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: Literatür taraması. *UHOD.* 2008; 1(18): 32-8.
- Özçelik H, Fadiloğlu C. Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. *Türk Onk Derg.* 2009; 24(1): 48-52.
- Frass M, Strassl RP, Friehs H, Müllner M, Kundi M, Kaye AD. Use and acceptance of CAM among the general population and medical personnel: A systematic review. *The Ochsner J.* 2012; 12(1): 45-56.
- Türk Tabipler Birliği Halk Sağlığı Kolu. Tıbbın alternatifi olmaz! Geleneksel ve alternatif tamamlayıcı tıp uygulamaları. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları; 2017.
- Amanak K, Karaoz B, Sevil U. Alternatif / Tamamlayıcı tıp ve kadın sağlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 2013; 12(4): 441-8.
- Küçüköner M, Bilge Z, Işıkdogan A, Kaplan MA, İnal A, Uraçlı. Complementary and alternative medicine usage in cancer patients in southeast of Turkey. *Afr J Tradit Complement Altern Med.* 2013; 10(1): 21-5.
- Özkan İA, Kulakaç Ö. Jinekolojik kanserlerde tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı: Bir literatür incelemesi. *Türkiye Klinikleri, J Med Sci.* 2009; 29(6): 1695-704.
- Supoken A, Chaisrisawatsuk T, Chumworathayi B. Proportion of gynecologic cancer patients using complementary and alternative medicine. *Asina Pasific J Cancer Prev.* 2009; (10):779-82.
- Swisher EM, Cohn DE, Goff BA, Parham J, Herzog TJ, Rader JS, et al. Use of complementary and alternative medicine among women with gynecologic cancers. *Gynecol Oncol.* 2002; 84(3): 363-7.
- Akyüz A, Dede M, Çetintürk A, Yavan T, Yenen MC, Sarıcı SU, et al. Self-application of complementary and alternative medicine by patients with gynecologic cancer. *Gynecol Obstet Invest.* 2007; 64: 75-81.
- Nazik E, Nazik H, Api M, Kale A, Aksu M. Complementary and alternative medicine use by gynecologic oncology patients in Turkey. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2012; 13: 21-25.
- Karadağ MG, Türközü D, Kapucu DT. Bitkiler ve ilaç etkileşimleri. *Göztepe Tıp Derg.* 2013; 28(4): 164-70.
- Zeller T, Muenstedt K, Stoll C, Schweder J, Senf B, Ruckhaeberle E, et al. Potential interactions of CAM with cancer therapy in outpatients with gynecological cancer in a comprehensive cancer center. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2013; 139: 357-365.
- Smith PJ, Clavarino A, Long J, Steadman KJ. What complementary and alternative medicine (CAM) can I safely use with chemotherapy? Evidence-based information for patients [Internet]. Sunshine Coast Hospital and Health Service. Queensland Government: 2016 [updated 2018 Jun 11]. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/be6c/138382ad276347362e08e1ab097f52b5be8e.pdf>
- Aktürk Z, Dağdeviren N, Yıldırım T, Yılmaz AZ, Bulut FG, Subaşı B. What do medical students know about herbs? The recognition of and knowledge on the public use of herbs among phase one and six medical students. *Genel Tıp Derg.* 2003; 16(3): 101-6.
- Ferlay J, Isabelle S, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBACON 2012. *Internal Journal of Cancer.* 2015; 136: E359-86.
- Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kanser İstatistikleri. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2017.
- Ertem G. Jinekolojik kanserlerde evde bakım. *Türk Onk Derg.* 2010; 25(3): 124-32.
- Molassiotis A, Browall M, Milovics L, Panteli V, Patiraki E, Fernandez-Ortega P. Complementary and alternative medicine use in patients with gynecological cancers in Europe. *Int J Gynecol Cancer.* 2006; 16 Suppl 1: 219-24.
- Spadacio C, Barros NF. Use of complementary and alternative medicine by cancer patients: systematic review. *Rev Saude Publica.* 2008; 42(1):1-7.
- Avcı İA, Koç Z, Sağlam Z. Use of complementary and alternative medicine by patients with cancer in northern Turkey: analysis of cost and satisfaction. *JCN.* 2011; 21: 677-88.
- Taş F, Üstüner Z, Gülbeyaz C, Eralp Y, Çamlıca H, Başaran M, et al. The prevalence and determinants of the use of complementary and alternative medicine in adult Turkish cancer patients. *Acta Oncol.* 2005; 44(2): 161-7.
- Yıldırım Y, Tınar S, Yorgun S, Toz E, Kaya B, Sönmez S, et al. The use of complementary and alternative medicine (CAM) therapies by Turkish women with gynecological cancer. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2006; 27(1): 81-5.
- Chase DM, Gibson SJ, Summer DA, Bea JW, Alberts DS. Appropriate use of complementary and alternative medicine approaches in gynecologic cancers. *Curr Treat Options Oncol.* 2014; 15(1): 14-26.
- Ovayolu Ö, Ovayolu N. Evidence-Based Supplementary Methods For Symptom Management. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2013; 1(1): 83-98.
- Greenlee H, DuPont-Reyes MJ, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen MR, Deng G, et al. Clinical practice guidelines on the evidenced-based use of integrative therapies during and after breast cancer treatment. *CA Cancer J Clin.* 2017; 67(3): 195-232.
- Kurt H, Keşkek ŞÖ, Çil T, Canataroğlu A. Meme kanserli hastalarda tamamlayıcı/ alternatif tedavi kullanımı. *Türk Onk Derg.* 2013; 28(1): 10-15.
- Deng G, Frenkel M, Cohen L, Cassileth BR, Abrams DI, Capodice JL, et al. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Integrative Oncology: Complementary Therapies and Botanicals. *J Soc Integr Oncol.* 2009; 7(3): 85-120.
- Zeitlin D, Keller SE, Shiflett SC, Schleifler SJ, Bartlett JA. Immunological effects of massage therapy during academic stress. *Psychosom Med.* 2000; 62: 83- 84.
- Wilkinson S, Barnes K, Storey L. Massage for symptom relief in patients with cancer: systematic review. *JAN.* 2008; 63(5): 430-9.
- Falkensteiner M, Mantovan F, Müller I, Christa T. The use of massage therapy for reducing pain, anxiety, and depression in oncological palliative care patients: a narrative review of the literature. *ISRN Nurs.* 2011; 929868: 1-8.

35. Dikmen HA, Terzioğlu F. Effects of reflexology and progressive muscle relaxation on pain, fatigue and quality of life during chemotherapy in gynecologic cancer patients. *Pain Manag Nurs.* 2018;15: 1-10.
36. Witek-Janusek L, Albuquerque K, Chroniak KR, Chroniak C, Durazo-Arvizu R, Mathews HL. Effect of mindfulness based stress reduction on immune function, quality of life and coping in women newly diagnosed with early stage breast cancer. *Brain Behav Immun.* 2008; 22(6): 969-81.
37. Yeşil H, Kıran B, Alkan H, Ateş B, Kayalı B, Büyükçam S, et al. Afyon Kocatepe Üniversitesi'nde Meme Kanseri Tanısı İle Takip Edilmekte Olan Hastalarda Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Kullanımı. *Kocatepe Med J.* 2018; 19(2): 42-47.
38. Olness K. Helping children and adults with hypnosis and biofeedback. *Cleve Clin J Med.* 2008; 75: 39-43.
39. Bradt J, Shim M, Goodill SW. Dance/movement therapy for improving psychological and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015, Issue 1. Art. No.: CD007103.
40. Freitas NMA, Silva TRMA, Freitas-Junior R, Paula Junior W, Silva DJ, Machado GDP, et al. Music therapy reduces radiotherapy-induced fatigue in patients with breast or gynecological cancer: randomized trial. *Cancer Res [Internet].* 2012 [cited 2018 Jun 9]; 72(24): Abstract nr P2-12-04. Available from [http://cancerres.aacrjournals.org/content/72/24\\_Supplement/P2-12-04](http://cancerres.aacrjournals.org/content/72/24_Supplement/P2-12-04)
41. Teskereci G, Yangın HB. Over kanseri tanısı alan bir kadında aromaterapi ve müzik eşliğinde hayal etme egzersizi uygulaması: olgu raporu. *Spatula DD,* 2015;5(2):79-8.
42. Başgöl Ş, Aslan E. Jinekolojik kanserlerin tedavisinde tamamlayıcı ve alternatif tedavi: Kanıt dayalı yaklaşım. *YBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi.* 2014; 2(3): 51-62.
43. Kalkan Ş. Sempozyum, Tıbbın Alternatifi Olmaz. Geleneksel, Alternatif ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarına Hekim Yaklaşımı [Internet]. İstanbul: Türk Tabipler Birliği; 2016 [updated 2018 Jun 11]. Available from: [http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/GATT\\_Metinleri%20V2%20\(1\)%20\(1\).pdf](http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/GATT_Metinleri%20V2%20(1)%20(1).pdf)
44. Alparslan GB, Özkarman A, Eskin N, Yılmaz S, Akay M, Açıkgoz A, et al. Effect of ginger on chemotherapy-induced nausea and/or vomiting in cancer patients. *J Aust Tradit-Med So.* 2012; 18 (1): 15-8.
45. Lee J, Oh H. Ginger as an antiemetic modality for chemotherapy-induced nausea and vomiting: a systematic review and meta-analysis. *Oncol Nurs Forum.* 2013; 40(2): 163-70.
46. Manusirivithaya S, Sripramote M, Tangjitgamol S, Sheanakul C, Leelahakorn S, Thavaramara T, et al. Antiemetic effect of ginger in gynecologic oncology patients receiving cisplatin. *Int J Gynecol Cancer.* 2004; 14: 1063-9.
47. Münsteid K, Maisch M, Tinneberg HR, Hübner J. Complementary and alternative medicine (CAM) in obstetrics and gynaecology: a survey of office-based obstetricians and gynaecologists regarding attitudes towards CAM, its provision and cooperation with other CAM providers in the state of Hesse, Germany. *Arch Gynecol Obstet.* 2014; 290: 1133-9.
48. Dai S, Liu J, Sun X, Wang N. Ganoderma lucidum inhibits proliferation of human ovarian cancer cells by suppressing VEGF expression and up-regulating the expression of connexin 43. *BMC Complementary & Anterative Medicine.* 2014; 14(434): 1-8.
49. Jin X, Ruiz Beguerie J, Sze DMY, Chan GCF. Ganoderma lucidum (Reishi mushroom) for cancer treatment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; Issue 6. Art. No: CD007731.
50. Ben-Arye E, Samuels N, Goldstein LH, Mutafoglu K, Omran S, Schiff E, et al. Potential Risks Associated With Traditional Herbal Medicine Use in Cancer Care: A Study of Middle Eastern Oncology Health Care Professionals. *Cancer.* 2016; 122(4): 598-610.

## DERLEME

**Günlük Yaşam ve Stres Yönetimi***Yasemin ÖZEL<sup>1</sup>, Aysun BAY KARABULUT<sup>2</sup>***ÖZ**

Stres, insanların yaşamına olumsuz yönde etki eden bir faktör olmakla birlikte günlük yaşamın vazgeçilmez bir parçasıdır. İnsan gelişen, değişen ve gün geçtikçe daha karmaşık bir hal alan yaşam şartlarına uyum sağlarken stresle karşı karşıya kalmakta ve karşılaştığı stresi önlemesi ise neredeyse imkansız hale gelmektedir. Günlük yaşamda maruz kalınan stres durumu kişinin hem fiziksel, duygusal, davranışsal ve ruhsal sorun yaşamasına hem de kalıcı bir hastalığa yakalanmasına neden olabilmektedir. Bunun yanı sıra maruz kalınan strese verilen tepkiler ise bazı zamanlarda bireyin yaşamını tamamen zorlaştırabilmektedir. Son yıllarda sosyal bir sorun haline gelen stres, yaşamın her alanında ve ayrıntısında ortaya çıkabilmesinden ötürü stresin yok olması, yaşamın son bulması anlamına da gelmektedir. Bu nedenle, bireylerin stresle yaşamayı öğrenmeleri ve olumsuz etkilerini en aza indirmeleri için nasıl yöneteceklerini bilmeleri büyük önem arz etmektedir. Stresin yönetilebilmesi için ise, stresin ne anlama geldiğinin, nasıl ortaya çıktığının, belirtilerinin ve sonuçlarının neler olabileceğinin, stresle baş etmek için neler yapılması gerektiğinin bilinmesi de oldukça önemlidir. Etkili bir stres yönetimi, bireyin fiziksel ve ruhsal dengesini korumasına yardımcı olurken; problem çözme ve karar verme yeteneğinin artmasına ve günlük yaşamda verimliliğinin yükselmesine olanak sağlamaktadır. Bu nedenle bu derleme, stres, stresin oluşum mekanizması, belirtileri ve etkili stres yönetimi konularının önemine vurgu yapmak amacıyla yazılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Başa çıkma yöntemleri, Günlük yaşam, Stres

**Daily Living and Stress Management***Yasemin ÖZEL<sup>1</sup>, Aysun BAY KARABULUT<sup>2</sup>***ABSTRACT**

Stress is an indispensable part of everyday life as well as being a factor affecting people's life negatively. As people adapt to the developing, changing, and increasingly complex living conditions of life, they are faced with stress and it is almost impossible to prevent the stress they are facing. The stress situation experienced in everyday life can cause a person to suffer both a physical, emotional, behavioral and psychological problem and a permanent disease. Moreover, the reactions that are exposed to the stress can sometimes make the whole life of the individual difficult. The stress that has become a social problem in the last years means that stress can disappear because life can come out in every area and detail, and that life ends. For this reason, individuals need to learn how to live with stress and how to manage their negative impacts in the least. In order to be able to manage the stress, it is very important to know what meaning of stress, how it occurs, what the symptoms are, what the consequences may be, and what needs to be done to cope with stress. Effective stress management helps to protect one's physical and mental balance, it increases the ability of problem solving and decision-making and increases the efficiency of daily life. For this reason, compilation is written to emphasize the importance of stress, formation mechanism, statements and effective stress management.

**Key words:** Coping skills, Daily living, Stress

<sup>1</sup>Kastamonu Üniversitesi, Tosya Meslek Yüksekokulu

<sup>2</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

**Sorumlu Yazar:** Yasemin ÖZEL

**E-posta adresi:** ykeskin@kastamonu.edu.tr

**ORCID No:** 0000-0002-6114-656X

**Gönderi Tarihi:** 28.05.2018

**Kabul Tarihi:** 09.07.2018

## GİRİŞ

Stres, günlük yaşamın vazgeçilmez bir parçasıdır. Günümüzde, yaşam gün geçtikçe daha karmaşık bir hal almakta ve karşılaşılan stresi önlemek ise neredeyse imkânsız hale gelmektedir (1). İnsanların birbirleriyle ve çevreleriyle sürekli etkileşim halinde olmaları nedeniyle stres yaşamaları kaçınılmazdır (2). Stres, kişisel farklılıklar ve psikolojik süreçlerin çevresel ve toplumsal etkenlere karşı uyum sağlama davranışı olup, kişi üzerinde psikolojik ve fiziksel baskı yaratan herhangi bir çevresel etkenin organizmaya yansımaları sonucu ortaya çıkmaktadır. Bir başka deyişle, organizmanın çevreyle etkileşime girmesi sonucu fizyolojik ve psikolojik uyum halinin bozulmasıyla meydana gelen duygusal gerilim ve gerginlik olarak ifade edilmektedir (3-9). Diğer bir tanıma göre ise stres; günlük yaşam rutininde değişikliğe neden olan, uğraşılması zor bulunan bir duruma tepki olarak içsel yaşanan deneyim olarak da tanımlanmaktadır. Yaşamdaki iyi ya da kötü zihinsel değişiklik ise, stresli durum olarak ifade edilmektedir (1). Herhangi bir bireyde stresin tamamen ortadan kaldırılması mümkün değildir (2). Bu nedenle, günümüzde stres etkenine maruz kalan çoğu insan, karşılaştığı birçok stresle baş etmek ve bunun üstesinden gelmek zorundadır (1,10). Stres çok yönlü bir kavram olmasından dolayı, stres yaratan durumlarla karşılaşıldığında ortaya çıkan duyguların fark edilmesi ve kontrol altına alınmaya çalışılması genellikle zordur. Stresi tanıma, duyguları uygun bir yöntemle yönetmeyi öğrenme ve buna yönelik davranış sergileme

kişisel olarak stresle baş etmede oldukça önemlidir (1).

Stresin her ne kadar dışsal nedenlerden kaynaklandığı algısı hakim olsa da, aslında stres içimizdedir (1). Bireyin yaşamındaki stresli olaylar, sinir ve endokrin sistemini savaş ya da kaç tepkisi oluşturmak için harekete geçiren olumsuz çevresel uyaranlar olarak hizmet etmektedirler. Bu tepki, anormal olarak daha uzun süre devam ettiğinde, sinir ve hormonal aktivitede uzun süreli yükselmeler, anormal vücut dokuları ve sistem işlevine yol açmak için hücrelerin içindeki gelişimsel gen ifadesinin değişmesine neden olmaktadır. Fizyolojik stresin ortaya çıkması sonucu bireyde hastalık, ağrı, hızlı yaşlanma ve ölüm meydana gelebilmektedir (2). Ancak bir kişi için stres yaratan bir durum, başka kişi için stres yaratmayabilir. Çünkü herkesin bir durum karşısında farklı tepki vermesi, insan olmanın doğal bir parçasıdır (1,10). Bu nedenle, her bireyin stresli bir durumu aynı koşullarda deneyimlemediğini bilmek önemlidir. Yeni bir doğum, okul yaşamı, evlilik, boşanma, bir aile üyesinin ya da sevilen birinin kaybı, iş yaşamı vb. deneyimler gibi bireylerin karşılaştığı “yaşam olayları” çoğu kez bireyde stres yaratmaktadır (1,11). Bu tür olayların birey üzerinde yarattığı etki ise kısa ya da daha uzun süreli olabilmektedir.

Son yıllarda sosyal bir sorun haline gelen stres, yaşamın her alanında ve ayrıntısında ortaya çıkabildiği için stresin yok olması, yaşamın son bulması anlamına da gelmektedir (11). Bireyin

yaşam kalitesi ve işlevselliği ise büyük yaşam olaylarından ziyade gündelik olaylardan daha fazla etkilenmektedir (12). Özellikle günümüz toplumlarında küreselleşme ve iktisadi alanda liberalleşme, yoğun bilgi, iletişim ve teknoloji ağı içerisinde kişinin karmaşık yaşam koşullarına uyum sağlamaya çalışması, kendisini baskı altında hissetmesine ve yıpranmasına sebep olmaktadır. Bu bağlamda stres “modern toplumun hastalığı” olarak da ifade edilmektedir (5). Bu yoğunluk insanın tüm yaşamını etkisi altına alarak özsaygısını ve verimini azaltmaktadır. Özellikle bireyin konumu, çevresel faktörlerin durumu, sosyolojik bakış açısı ile stresi tüm yönleriyle değerlendirmek önemlidir. Bu nedenle, bireylerin stresle yaşamayı öğrenmeleri ve olumsuz etkilerini en aza indirmeleri için nasıl yöneteceklerini bilmeleri gerekmektedir. Stresin yönetilebilmesi için ise, stresin hangi anlama geldiğini, nasıl ortaya çıktığını, belirtilerini ve sonuçlarının neler olabileceği, stresle baş etmek için neler yapılması gerektiğinin bilinmesi oldukça önemlidir (1). Çünkü etkili bir stres yönetimi, kişinin fiziksel ve ruhsal dengesini korumasına yardımcı olurken; problem çözme ve karar verme yeteneğinin artmasına ve günlük yaşamda verimliliğinin yükselmesine olanak sağlamaktadır (1,11). Bunun yanı sıra, stresin pek çok hastalığın meydana gelmesinde önemli bir rol oynamasından dolayı, sağlık profesyonellerinin en önemli hedefi, strese neden olan faktörlerin tanımlanması ve genel toplumdaki stresin azaltılmasıdır. Bunun yanı sıra, stres düzeyini en alt seviyeye indirmek, tıbbi araştırma ve eğitimin odak noktası olmalıdır.

Toplumun stresle ilgili bilinçlenmesini sağlamak; hastaneye başvuru sayısını azaltma, yaşam kalitesinde artma, yaşam süresinin uzaması ve ekonomik açıdan ciddi yarar sağlayabilir. Stresi azaltmanın sağlık üzerindeki olumlu etkisinin yanı sıra; daha fazla endüstriyel üretkenlik, daha mutlu insanlar ve çok daha az suç üretebileceği hedeflenmektedir (2). Bu nedenle bu derleme, günlük yaşamda karşılaşılan stres, oluşum mekanizması, belirtileri, günlük yaşamda karşılaşılan stres kaynakları ve etkili stres yönetimi konularının önemine vurgu yapmak ve bu konuda yapılacak diğer çalışmalara katkı sağlamak amacıyla yazılmıştır.

### **STRES OLUŞUM MEKANİZMASI**

Stres, insanın çevresine göre şekillenen ve değişim gösteren bir süreçtir. Stresle karşılaşılan her yeni durumda kişinin ruhsal ve fiziksel sınırlarının zorlanması sonucu ortaya çıkan tepkileri, çevresine uyum sağlamasına ya da uyumsuzluk göstermesine neden olabilmektedir. Organizmanın bu yeni duruma uyum sağlamak için gösterdiği reaksiyonlar, stres tepkisi olarak ifade edilmektedir (13). Kişide strese neden olan etkenler ise stresör olarak tanımlanmaktadır. Kişi hangi stresörle karşılaşarsa karşılaşsın, hoşta giden ya da gitmeyen bu etmene yanıt vermek durumundadır. Bu yanıt, Selye tarafından “genel adaptasyon sendromu (GAS)” ya da “biyolojik stres sendromu” olarak kavramsallaştırılmıştır (5,6,13-15). Strese verilen tepkiler, vücudun yaşamı tehdit eden durumlarla baş etmek için biyolojik bir mekanizma sağlama biçimidir. Başka bir deyişle, hayatta kalma stratejisi olarak ifade edilmektedir (5,11,16).



Biyolojik olarak insan vücudu, adrenalin gibi bir dizi stres hormonu üretmektedir. Bu mekanizma da fiziksel ve zihinsel durumumuzdaki değişiklikleri teşvik ederek; ya durumdan kaçmaya ya da mücadele etmeye yardımcı olmaktadır. Buna “stres yanıtı” denmekte ve “savaş ya da kaç” olarak adlandırılmaktadır. Stres hormonları arasında adrenalin (kaçışla ilişkili), noradrenalin (savaş ile ilişkili) ve kortizol gibi önemli hormonlar yer almakta olup bir tür açma / kapama düğmesi gibi çalışmaktadır (2,11,13).

Stres fiziksel olduğu kadar zihinsel olarak da yaşanmakta ve stres durumunda karmaşık bir dizi fizyolojik değişiklik ortaya çıkmaktadır. Duygular, beyinde amigdala adı verilen yapı içinde başlamaktadır. Bu yapı, sağlığımıza yönelik tehditleri tanımlamaktan sorumlu olan ve tehdit durumunda sinyal gönderen beynin bir parçasıdır. Böylece vücut kendini korumak için gerekli süreci başlatabilmektedir. Amigdala, düşünce ve yargıdan sorumlu olan beynin (korteks) davranışların uygun olup olmadığını kontrol edebilmesinden önce, sık sık tepki verebileceği olası tehditler hakkında uyarı sinyalleri göndermesinde temel rol oynamaktadır. Bu, önce harekete geçme ve daha sonra düşünme gibi bir durum olarak görülebilmektedir. Bu durum, davranışın sonuçlarını dikkate almak için zamanın olmadığı anlamına gelmektedir. Stres halinde vücudun kasları gerilmekte, beynin içinde katekolaminler olarak bilinen nörotransmitter kimyasallar serbest bırakılmakta, böylece birkaç dakika kadar süren bir enerji sarsıntısı yaşanmakta ve vücut bir dizi stres hormonu salgılamaya başlamaktadır. Bu enerji anında, koruyucu

savunma devreye girerek kalp hızı, kan basıncı ve nefes alma oranında artış meydana gelmektedir. Fiziksel belirtiyeye hazırlanırken kan akışı artmakta ve vücut daha fazla enerji vermek için yağ asitlerini salgılamaktadır. Sonuç olarak, beyin nörotransmitterleri ve hormonları (adrenalin ve noradrenalin gibi) serbest bırakılarak; bu da uyarılma durumunu tetiklemekte ve şu anda hem durumda kalmak hem de vücut kendini savunmak (savaşmak) veya mümkün olduğunca çabuk kurtulmak için hazır hale gelmektedir (kaçış) (5,11). Bu aşama aynı zamanda “alarm aşaması” olarak da ifade edilmektedir (5).

Alarm aşamasının ardından “uyum aşaması” başlamaktadır. Bu aşamada stres kaynağı ile uyum sağlama gerçekleşirse her şey normale dönebilmektedir. Kaybedilen bu enerji, yeniden kazanılmaya çalışılarak bedene vermiş olduğu zarar giderilmeye çalışılmaktadır. Bu aşamada, alarm aşamasındaki kadar üst seviyede olmasa da sempatik sinir sistemi hala aktif durumdadır. Stresle başa etmeye başladığında, parasempatik sinir sistemi aktif olmaya başlamakta ve nabız, kan basıncı, solunum gibi yaşamsal fonksiyonlar düzene girerek kas gerilimi azalmaktadır (5,14,16). Eğer bu aşamada uyum gerçekleşmezse ve enerji tamamen tükenmiş ise ölüm, ölümle sonuçlanmasa bile strese bağlı hastalıklar ortaya çıkmaya başlamaktadır (5,13,14,16). Adaptasyon sağlanamadığında stres süreklilik göstermekte ve bir sonraki aşama olan “tükenme aşaması” başlamaktadır. Bu aşamada parasempatik sinir sistemi etkin rol oynamaktadır. Kişi de tükenmişlik vardır ve stres kaynağı hala mevcuttur. Stres



kaynakları ile mücadele edilemez ve böylece kişi başka stres kaynaklarının olumsuz etkilerine açık hale gelmektedir (5,14).

### **Stres faktörleri ve stresin belirtileri**

Strese verilen tepki, ortamda ne olduğuna değil, kişinin duruma karşı verdiği yanıtı bağlı olarak meydana gelmektedir. Aynı olayı yaşayan farklı kişiler, hatta bazen aynı kişi bile farklı zamanlarda farklı tepkiler gösterebilmektedir. Belirli bir uyarana karşı belirli tepkiler verilir şeklinde genelleme yapılması uygun değildir. Çünkü bir olayı algılama biçimi, kişilik özellikleri, yaş, cinsiyet, kültürel özellikler, sosyo-ekonomik faktörler, aile yaşamı, kullanılan baş etme mekanizması ve önceki deneyimlerine bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir (17). Bu nedenle kişilerin verdiği tepkiler ve belirtilerde farklılık görülebilmektedir. Stresin belirti ve bulguları, bireyin kendini yorgun hissetmesi gibi daha hafif belirtiden kalp krizi gibi daha ciddi bulgulara kadar geniş bir yelpazede olabilmektedir. Stresle ilgili daha ciddi sorunlar, yoğun ve uzun süreli stres dönemleri sonucu meydana gelmektedir (18). Bireyin strese verdiği tepki, psikolojik, fizyolojik veya biyokimyasal biçimlerde ya da bu tür tepkilerin bileşimi halinde ortaya çıkabilmektedir (5). Yaygın olarak görülen stres neden olan faktörler ve belirtileri aşağıda verilmiştir.

### **Günlük yaşamda strese neden olan faktörler**

Günlük yaşamda karşılaşılabilen stres faktörleri; parlak ışık, yüksek ses, doğum, ölüm, düğün, maddi sıkıntılar, ödenmeyen faturalar, iş yaşamı, ailevi sorumluluklar, okul yaşamı, sınavlar, kişisel

ilişkilerde çatışma, aldatma, kronik hastalıklar, yaşam tarzı, yaş, beslenme şekli olarak ifade edilebilir (19).

### **Stresin fiziksel belirtileri**

Yorgunluk, uyuşukluk, çarpıntı, nabızın yükselmesi, hızlı ve yüzeysel solunum, kas gerginliği ve ağrıları, titreme, seğirme, tik, mide yanması, hazımsızlık, diyare, konstipasyon, sinirlilik, ağız kuruluğu, aşırı terleme, el ve ayaklarda soğuma, deri döküntüleri, kaşıntı, tırnak yeme, sık idrara çıkma, peptik ülser, kalp hastalıkları, libido seviyesinde azalma, aşırı yemek yeme ya da iştah kaybı, baş ağrısı, baş dönmesi, hareketlerde dengesizlik, konuşma güçlüğü, gürültü, ses ve ışığa duyarlılık, olmasıdır (6,7,16,18,20,21).

### **Stresin psikolojik belirtileri**

Sinirlilik, sabırsızlık, öfke, düşmanlık, endişe, kaygı, panik, huzursuzluk, üzüntü, gerilim, hafızada zayıflık, karar vermede güçlük, aşırı hassasiyet, cinsel yaşamda değişiklik, sık sık hayal kurma, ölüm ve intihar düşüncelerinin sık sık tekrarlanması, uyku bozukluğu, depresyon, alkol ve madde kullanımında artış, benlik saygısı ve verimlilik de azalmadır (5,6,18,20,21).

### **Stresin davranışsal belirtileri**

Aşırı hareketlilik ya da tam tersi davranış sergileme, huzursuzluk, öfke patlamaları, konsantrasyon sorunu, tartışmaya yatkınlık, ağlama krizi, dinleme yeteneğinde bozulma ve donukluk olmasıdır (17,20,21).

## STRES YÖNETİMİ

Stres yönetimi, kişiyi baskı altında bırakan psikolojik stresle karşı karşıya kaldığında uygun ve etkili başa etme yöntemi kullanmasını sağlayarak, stresin en aza indirilmesini sağlayan bir süreç olarak ifade edilmektedir. Bu süreç, olumlu ya da olumsuz çabaların tümüdür. Stres yönetimi, koşulları yönetme, kişisel ve kişilerarası problemleri çözmek için çaba harcama, stres ya da çatışmayı yönetme, küçültme, azaltma ya da tolere etmeyi ve bireyin daha mutlu, sağlıklı, üretken, zihinsel ve davranışsal olarak dengeli, kaliteli yaşam sürmesini sağlayan teknikler içermektedir (12,19). Kişilik özelliklerine göre baş etme yöntemleri değişkenlik gösterebileceğinden dolayı, kişi için en uygun olanı denenmesi ve öğrenilmesi oldukça önemlidir.

Stres ile baş etmede genellikle iki temel yaklaşımdan biri kullanılır: sorun odaklı ya da duygu odaklı başa çıkma (19). Sorun odaklı baş etme, stresin altında yatan nedenler üzerine odaklanan ve diğer yaklaşıma göre daha çok tercih edilen yaklaşımdır (22). Bu yöntemi kullanan kişiler sorunlarının sebebi ile uğraşmaya çalışırlar. Örneğin; bunu hastalık hakkında bilgi edinerek, hastalıklarını yönetmek için yeni beceriler öğrenerek ve hastalığa ilişkin çevresel faktörleri yeniden düzenleyerek yapmaktadırlar (19). Bu yaklaşımı izleyenlerin daha iyimser ve stresle baş etmede daha başarılı olduğu ifade edilmektedir. Duygu odaklı yaklaşım ise, stresin altında yatan nedenlerden çok stresin yarattığı duygu ve düşünce üzerinde değişiklik yaparak stresle baş etmeyi sağlayan bir strateji olarak değerlendirilmektedir

(22). Bu yaklaşımda kişi, düşünce içeriğini değiştirdiği zaman baş etme ortaya çıkar, örneğin: inkâr etme veya problemden uzak durma gibi. Kişiler bir sorun hakkında düşüncelerini, amaçlarını ve değerlerini değiştirerek ya da mizahi bir durum gibi göstererek durumla baş etmeye çalışmaktadır. Kullanılan tüm bu yöntemler yararlı olmakla birlikte; sorun odaklı başa etme yaklaşımını kullananların yaşama daha iyi uyum sağlayacağı öne sürülmektedir (19). Günlük yaşamda stres yönetimiyle ilgili fizyolojik, davranışsal ve psikolojik olmak üzere 3 temel yaklaşımdan söz edilebilir (9).

### *Fizyolojik yaklaşım*

Kişinin, stresin yarattığı olumsuz etkiyi fizyolojik olarak azaltan teknikleri içeren yaklaşımdır. En sık kullanılan yöntem, Edmund Jacobson tarafından geliştirilen kademeli kas gevşetme tekniğidir. Bu gevşetme tekniğinde kişi bilinçli olarak germe ve gevşetme gibi büyük kas gruplarını (alın, çene, ense, omuz, kol, el, sırt, bacak kasları gibi) harekete geçmesini sağlayan bir dizi egzersiz yapmaktadır (9). Bu teknik, sosyal etkileşim ve fiziksel aktivite ile vücudun her gün karşılaştığı birçok stresli olayın ardından kişinin normal fizyolojik ritmine dönmesine yardımcı olmaktadır (2). Bedeni gevşetebilme yolunda atılması gereken ilk adım nefesi kontrol etmektir. Bu nedenle, nefes teknikleri de vücuttaki gerilimden sistematik bir şekilde kurtulmaya yardımcı olan alternatif bir tekniktir. Meditasyon ve yoga da vücudun fizyolojik rahatlığını sağlayan yöntemler arasındadır (9,19). Bu yöntemler hem nefesi kontrol etmemize yardımcı olmakta, hem de huzur

ve rahatlama hissetmeyi sağlamaktadır. Diğer bir yöntem, biyolojik geri besleme tekniğidir. Bu yöntem, kişinin farkında olmadığı tüm fizyolojik tepkilerini eğitim programı ile farkına vararak otonom faaliyetlerini istenilen seviyede düzenlemeyi öğrendiği bir tür davranış tedavisidir (9). Biyolojik geri besleme eğitimi, strese karşı tepkilerin çözümlenmesine yardımcı olan psikoterapiyle birlikte uygulandığında etkisi daha uzun süreli olabilmektedir. Fizyolojik yaklaşımlardan bir diğer yöntem ise, zihinsel gevşeme tekniğidir. Bu teknik, zihinsel imgeleme yoluyla fiziksel rahatlama sağlamak için kullanılan egzersiz türüdür. Bu tekniğin temel amacı, kasların kasılmış ve gevşemiş olma durumu arasındaki farkın fark edilerek rahatlama hissine ulaşma durumudur (23). Bu tekniğin nabız, kan basıncı ve adrenalin akışını azalttığı belirlenmiştir (9).

### ***Davranışsal yaklaşım***

Zaman yönetimi teknikleri, kişilerin stresini kontrol altında tutmaya yardımcı olan ve tavsiye edilen bir yöntemdir (9,19). Etkili organize olma ve dağınıklığın azaltılması, öncelikleri belirleme ve tamamlaması gereken ya da yapılacak bir görev listesi kullanmak kaygıyı azaltmaya yardımcı olurken kişiye kontrol ve başarı hissi verebilir (19). Bunun yanı sıra, sosyal bağları güçlendirmek, öz saygıyı geliştirmek ve günlük yaşam olaylarının nasıl yorumlanacağını öğrenmek için bilişsel davranışçı terapi de kullanılabilir (2). Bilişsel davranışçı terapi, düşüncelerin, duygular ve davranışları yönlendirdiğini vurgulayan bir terapi biçimidir. Bilişsel, davranışsal ve problem çözme

becerilerine yönelik teknikleri içinde barındırmaktadır (24).

### ***Psikolojik yaklaşım***

Kişilerin bir durumu olumlu ya da olumsuz olarak değerlendirmeleri, genellikle bireysel algılama biçimine göre değişkenlik göstermektedir. Kullanılan çeşitli tekniklerle, kişi içinde bulunduğu durumu farklı değerlendirerek, olayı algılama biçimini ve bilişsel süreçlerini değiştirerek stresin yarattığı olumsuz etkiyi azaltabilmektedir (9). Otojenik eğitim, kullanılan bu tekniklerden birisidir. Bu yöntem, konsantrasyon azlığı ve bozukluğu, uykuya dalmada güçlük, sürekli yorgunluk ve iç huzursuzluğun giderebilmesine, zihinsel, bedensel ve sanatsal yeteneklerin geliştirilmesine yardımcı olmaktadır. Yaşamın engelleyici ve zorlayıcı negatif düşüncelerinin pozitif yönde değiştirilmesinde, olaylara ve yaşananlara sınır koymanın ötesinde özgüveni artırarak sorunlarla baş edilebilmede, her türlü strese karşı oldukça elverişli bir yöntemdir (25). Bunun yanı sıra stres yönetiminde kullanılan diğer teknikler: kendini anlama (örneğin A Tipi olarak veya B Tipi kişilik olarak self-identification), öz-yönetim (örneğin daha iyi organize olma), çatışma çözümü, olumlu tutum, kendi kendine konuşma, otojenik eğitim, uyku, dinlenme, stres topları, terapötik masaj ve gülmedir (19). Bu yaklaşımlar, bir bireyin yaşam kalitesini büyük ölçüde geliştirmekte ve bireyin stresli olaylarla pozitif yönde başa çıkmasına yardımcı olmaktadır. Tüm bu stres azaltma teknikleri, bir bireyin kişiliğini ve günlük yaşamda zamanını daha verimli kullanmasına yardımcı olmaktadır.

## SONUÇ

Stres yaşamın olağan ve vazgeçilmez bir parçasıdır. Günlük yaşamda maruz kalınan stres durumu kişinin hem fiziksel, duygusal, davranışsal ve ruhsal alanlarda sorun yaşamasına hem de kronik bir hastalıkla karşı karşıya kalmasına neden olabilmektedir. Stresin iş, aile, okul ve sosyal olmak yaşamın üzere her alanda görüldüğü göz önünde bulundurulduğunda, bu alanlara özgü stresin olumsuz etkilerinin en az seviyeye indirilmesi, kişinin daha kaliteli ve verimli bir yaşam sürmesi için önem arz etmektedir. Bu nedenle, stres iyi yönetildiğinde ve etkili baş etme yöntemleri kullanıldığında, iç ve dış etkenlerden kaynaklardan stres ve çatışma durumu azaltılmış olacaktır. Bu bağlamda; yaşamın daha iyi, kaliteli

ve çalışmaların daha verimli olabileceği böylece toplumun refah düzeyinin de artacağı öngörülebilir. Stres yönetimi, olayların değerlendirilme şekline, algılama biçimlerine, duygulardan, çeşitli davranış biçimlerine kadar pek çok boyuttan oluşmaktadır. Bu bağlamda, stresi yönetmenin en iyi yolu, kişinin kendisinin stres yaratan durumları fark edip, uygun baş etme yöntemi kullanmasında yatmakta olduğu söylenebilir. Bunun yanı sıra, toplumun sağlık seviyesinin yükseltilmesine yönelik, bireylerin daha huzurlu, mutlu, stressiz bir yaşam sürmeleri için stresin fiziksel, sosyal ve psikolojik anlamda yönetilmesine yönelik eğitimler yapılması, politikalar belirlenmesi ve uygulanmasının yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Raber MF, Dyck G. Understanding stress. In: Raber MF., editor. Managing stress for mental fitness, revised edition (previously published as mental fitness). California: A Fifty Minute Series Book; 1993. p.3-25.
2. Piotrowski NA, Holar DW. Stress [Internet]. Magill's Medical Guide (Online Edition); 2013 [cited 2018 May 23]. Available from: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=bd19ba2c209d423194f86522435b87df%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbm9dHlmc2l0ZT1lZHMtbG1Q%3d%3d#AN89093561&db=ers>.
3. Arpacı F. Sekreterlerin çalıştıkları yöneticinin kademesine göre stres kaynaklarının incelenmesi. Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi [Internet]. 2005 [cited 2018 May 23];17:1-17. Available from: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/esef/article/view/5000091977>
4. Aktaş Mavili A. Bir kamu kuruluşunun üst düzey yöneticilerinin iş stresi ve kişilik özellikleri. Ankara Üniversitesi SBF Dergisi [Internet]. 2001 [cited 2018 May 24];56(4):1. Available from: <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/42/474/5453.pdf>
5. Aydın İ. Strese ilişkin genel bilgiler. In: Aydın İ., editor. İş yaşamında stres [Internet]. 4th ed. Ankara: Pegem Akademi; 2016. p. 1-13. Available from: <http://pegem.net/dosyalar/dokuman/22022008102727stres.pdf>.
6. Yıldırım İ. Stres ve Stresle Başa Çıkma Gevşeme Egzersizleri. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi [Internet]. 1991 [cited 2018 May 24];6:175-189. Available from: <http://www.efdergi.hacettepe.edu.tr/yonetim/icerik/makaleler/1425-published.pdf>.
7. Akgemci T. Örgütlerde stres ve yönetimi. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Derg [Internet]. 2001 [cited 2018 May 23];15(1-2):301-309. Available from: <http://e-dergi.atauni.edu.tr/atauniibd/article/view/1025003522>.
8. Aydın Ş. Örgütsel stres yönetimi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi [Internet]. 2004 [cited 2018 May 24]; 6(3): 49-74. Available from: <http://www.sbe.deu.edu.tr/dergi/cilt6.say%C4%B13/6.3%20aydin.pdf>.
9. Durna U. Stres, A ve B Tipi Kişilik Yapısı ve Bunlar Arasındaki İlişki Üzerine Bir Araştırma. Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg [Internet]. 2004 [cited 2018 May 23];11(1):191-206. Available from: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/yonveek/article/view/5000069087>.
10. Güçlü N. Stres yönetimi. G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi [Internet]. 2001 [cited 2018 May 24]; 21(1): 91-109. Available from: <http://www.gefad.gazi.edu.tr/download/article-file/77499>.
11. McMahon G. What is stress?. In: McMahon G., editor. No more stress! be your own stress management coach. London: Karnac Ltd.; 2011. s. 16-79.
12. Akçakaya ÖR, Erden ÇS. Stres ve stresle baş etmede psikiyatrik yaklaşım. Turkish Family Physician [Internet]. 2014 [cited 2018 May 24]; 5(2): 18-25. Available from: <http://turkishfamilyphysician.com/wp-content/uploads/2016/08/C5-S2-stresle-bas-etmede-psikiyatrik-yaklasim.pdf>.
13. Yurdakoş A. Stres Fizyolojisi [Internet]. p. 1-6. [cited 2018 May 24]. Available from: <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/47/4711.pdf>.
14. Kocatürk PA. Strese cevap. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası [Internet]. 2000[cited 2018 May 24];53(1):49-56. Available from: <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/36/863/10959.pdf>
15. Cox T. Definition of stress. In: Cox T., editör. Stress research and stress management: putting theory to work [Internet]. University of Nottingham, Department of Psychology; 1993. p. 8-29. Available from: [http://www.hse.gov.uk/research/crr\\_pdf/1993/crr93061.pdf](http://www.hse.gov.uk/research/crr_pdf/1993/crr93061.pdf).

16. Faulkner G. Stress. In: Bridge, C.&Munro, PZ., editörs. Managing stress with quigong. London and Philadelphia: Singing Dragon; 2014. p. 4-9.
17. Aytaç S. İş stresi: oluşumu, nedenleri, başa çıkma yolları, yönetimi [Internet]. İş stresi yönetimi el kitabı; 2009 [cited 2018 May 24]. s.1-34. Available from: [http://kayseri.aile.gov.tr /data/54785e08369dc54fc832b71e/254c9c10627632335d8b3f78363b7c4.pdf](http://kayseri.aile.gov.tr/data/54785e08369dc54fc832b71e/254c9c10627632335d8b3f78363b7c4.pdf).
18. Elkin A. Getting started with stress management. In: Elkin A., editor. Stress management for dummies. 2nd Ed. Canada: John Wiley & Sons.; 2013. p. 7-49.
19. Parker H. Management of stress. In: Parker H., editor. Stress management. First Ed. Delhi: Global Media.; 2007. p. 1-30.
20. Ellis A, Gordon J, Neenan M, Palmer S. Stress: a rational emotive behaviour perspective. In: Ellis A, Gordon J, Neenan M, Palmer S., editors. Stress counselling a rational emotive behaviour approach. London, Newyork: Continuum; 2001. p. 1-17.
21. Aydın İ. Stresin belirtileri ve sonuçları. In: Aydın İ., editor. İş yaşamında stres [Internet]. 4th ed. Ankara: Pegem Akademi; 2016. p. 79-93. Available from <http://pegem.net/dosyalar/dokuman/22022008102727stres.pdf>.
22. Soysal A. İş yaşamında stres. Çimento İşveren Dergisi [Internet]. 2009 [cited 2018 May 23]:17-40. Available from: <http://www.ceis.org.tr/dergiDocs/makale237.pdf>.
23. Bursa İl Milli Eğitim Müdürlüğü. Nefes ve Gevşeme Egzersizleri [Internet]. Bursa Temel Eğitim Sonrası Kariyer Danışmanlığı Projesi, Kitapçık No: 10. [cited 2018 May 23] Available from: <http://img.eba.gov.tr/275/6f7/97e/86d/a63/0c4/b0a/b15/205/999/ae3/15e/622/d24/026/2756f797e86da630c4b0ab15205999ae315e622d24026.pdf?name=NEFES%20ve%20GEV%20C5%9EEME%20EGZERSC4%B0ZLER%C4%B0.pdf>.
24. Özcan Ö, Çelik GG. Bilişsel davranışçı terapi. Türkiye Klinikleri J. Child Psychiatry- Special Topics [Internet]. 2017 [cited 2018 May 23]; 3(2): 115-120. Available from: <http://psikiyatridizini.net/viewarticle.aspx?articleid=26355>.
25. Akdeniz V. Otojenik eğitim ve otojenik eğitim teknikleri. Kent Kültürü ve Yönetimi Dergisi: Kent Akademisi: Gündem Başlıkları [Internet]. 2010 [cited 2018 May 24]; 3(4). Available from: <http://www.kentakademisi.com/otojenik-egitim-nedir/10426/>.

**DERLEME****Vestibüler Hastalıklarda Koklear Semptomlar ve Odyolojik Bulgular: Gözden Geçirme***Banu MÜJDECI<sup>1</sup>***ÖZ**

İç kulak ve vestibulokoklear siniri etkileyen bozukluklarda dizziness, vertigo, kulak çınlaması ve işitme kaybı görülebilmektedir (1). Koklear ve vestibüler uç organlar arasındaki anatomik ve fizyolojik benzerlikler; işitme kaybı ve vestibüler bozukluklar arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Koklear ve vestibüler sistemin yakın ilişkisi nedeniyle bu sistemlerden birinde görülen bozukluk, diğerinde de hasara neden olabilmektedir (2). Bu gözden geçirme yazısında, vestibüler hastalıklarda görülen koklear semptomların ve odyolojik bulguların, güncel literatür sonuçları doğrultusunda sunulması amaçlanmıştır.

**Anahtar kelimeler:** İşitme kaybı, Semptom, Vertigo, Vestibüler hastalık

**Cochlear Symptoms and Audiologic Findings in Vestibular Disorders: Review***Banu MÜJDECI<sup>1</sup>***ABSTRACT**

Disturbances affecting the inner ear and vestibulocochlear nerve can cause dizziness, vertigo, tinnitus and hearing loss (1). The anatomical and physiological similarities between cochlear and vestibular end organs; explained that there is a relationship between hearing loss and vestibular disorders. Because of the close association of cochlea and vestibular system the disorder seen in one of these systems may cause damage to the other (2). In this review article, it is aimed to present the cochlear symptoms and audiological findings seen in vestibular diseases according to the current literature results.

**Keywords:** Hearing loss, Symptom, Vertigo, Vestibular disease

<sup>1</sup> Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Odyoloji Bölümü

**Sorumlu Yazar:** Banu Müjdecı

**E-posta adresi:** banumujdecı@gmail.com

**ORCID No:** 0000-0002-3660-3650

**Gönderi Tarihi:** 29.06.2018

**Kabul Tarihi:** 16.07.2018



## GİRİŞ

*Dizziness* rotasyonel komponent içermeyen sersemlik hissini ifade ederken, vertigo bireyin kendisinin veya çevresindeki objelerin döndüğünü hissettiği bir hareket illüzyonudur (3). *Dizziness* ve vertigoya neden olan vestibüler hastalıklarda işitme de etkilenebilmektedir. Bu nedenle baş dönmesi/*dizziness* şikayeti ile başvuran hastalarda vestibüler semptomlara ilaveten koklear semptomların sorgulanması, işitmenin uygun testler ile değerlendirilmesi ve test sonuçlarının bir arada yorumlanması gerekmektedir. Bu yazıda, işitmenin etkilenebildiği vestibüler hastalıklarda koklear semptomlar ve odyolojik bulgular konusunda güncel literatür gözden geçirilmiştir. Günümüzden itibaren geriye dönük literatür taraması ile klinik çalışmalar, derlemeler, kitaplar ve internet kaynaklarından faydalanılarak; meniere hastalığı, labirentit, akustik nörinom, superior semisirküler kanal dehissansı, perilenfatik fistül, vestibüler paroksizmi ve vestibüler migrende hastalığa spesifik koklear semptomlar ve odyolojik bulgular sunulmuştur.

## Meniere hastalığı

Meniere hastalığı, fluktuan sensörinöral işitme kaybı, epizodik vertigo, tinnitus ve kulakta dolgunluk semptomlarının görüldüğü periferik vestibüler bir hastalıktır. Meniere hastalığının klasik koklear semptomları; ilerleyici fluktuan sensorinöral işitme kaybı (SNİK), tinnitus, rekrutman ve diplakuzidir (4). Hastalığın erken dönemlerinde, alçak frekanslarda sensörinöral

işitme kaybı, (4-6) rekrutman, yüksek *short increment sensitivity index* skorları, normal akustik refleks eşikleri ve diplakuzi görülmektedir. Rekrutman nedeniyle, hastalar yüksek sesleri tolere edememektedir. Diplakuzi, aynı sesin iki kulakta farklı perdede algılanmasıdır ve genellikle etkilenen kulakta ses daha yüksek algılanmaktadır. Ataklar süresince görülen kulakta dolgunluk ve basınç hissi, atakların sonlanması ile rahatlayabilmektedir. Ataklar arasında işitme düzelmekte veya normale dönmekte (5), fukuasyonla birlikte odyometrik eşiklerde gözlenen iyileşme tanısal önem taşımaktadır. Birçok hastada, yaygın görülen odyometrik konfigürasyon; en iyi işitme eşığının 2000 Hz'de olması ve bu frekansın altında ve üstündeki frekanslarda işitmenin daha kötü olmasıdır (4,6). İlerleyen dönemlerde işitme eşiklerinde flukuasyon gözlenmemektedir (5).

Genellikle işitme kaybına eşlik eden tinnitus hakkında objektif bilgi mevcut olmamakla birlikte; tinnitus frekansının, işitme kaybının en fazla olduğu bölge ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Alçak frekanslı tinnitusun, alçak frekans işitme kaybı ile ilişkili olduğu ve şiddetinin, işitme kaybının şiddeti ile orantılı olduğu bilinmektedir. Hastalığın geç dönemlerinde tinnitus hastayı daha az rahatsız etmekte, tedaviye erken başlanması durumunda, tinnitusun prognozu daha iyi olmaktadır (4).

*Alternate Binaural Loudness Balance* testi, klasik olarak Meniere vakalarında pozitif elde edilmektedir. Teşhisin şüpheli olduğu vakalarda

gliserol testi yapılmaktadır. Meniere'de oral gliserol alımı ile kelime tanıma skorlarında %15 iyileşme veya saf ses işitme eşiklerinde 10 dB'den fazla iyileşme gözlenebilmektedir. Tekrarlanan odyogramlarda fluktuasyon olması veya pozitif gliserol testi, koklear hidropsu desteklemektedir (5).

*Distortion product* otoakustik emisyonun, Meniere hastalarının yaklaşık dörtte birinde normal olduğu gözlenmekle birlikte, hastalığın geç aşamalarında elde edilmemektedir (7). İşitsel beyin sapı yanıtları (ABR) genellikle saf ses işitme eşiklerini yansıtmaktadır (5). İşitsel nöral aksiyon potansiyeli (AP), koklear mikrofonik (CM) ve sumasyon potansiyeli (SP) ölçümlerini içeren (4) elektrokokleografinin (ECochG) Meniere hastalığının tanı, değerlendirme ve monitörizasyonunda yararlı olduğu bilinmektedir (8). Klinik olarak, SP/AP amplitüd oranında artış Meniere hastalığında endolenfatik hidropsun saptanmasında yararlı göstergelerden biri olarak kullanılmaktadır (9,10).

### **Labirentit**

Labirentit, vestibüler ve koklear uç organları etkileyen, membranöz labirentin enflamatuar bir hastalığıdır (11). Otojenik enfeksiyonlar, tipik olarak tek taraflı semptomlara; menenjit ise bilateral semptomlara neden olmaktadır. Labirentitte, hem vestibüler hem de koklear hasarın göstergesi olan semptomlar bir arada görülmektedir (12). Bakterial veya viral labirentitte vestibüler semptomlara ilaveten tinnitus ve işitme kaybı da gözlenmektedir.

Labirentitte, aniden ortaya çıkan vertigoya işitme kaybı eşlik etmekte, işitme kaybı sensörinöral veya orta kulak efüzyonu varlığında mikst tip olabilmektedir. Süpüratif labirentitte vertigo ile birlikte, çok ileri derecede işitme kaybı görülebilmektedir (13). Enfeksiyon kaynağına bağlı olarak, hastalarda ayrıca otitis media, mastoidit veya menenjit ile uyumlu bulgulara da rastlanabilmektedir (11).

### **Akustik nörinom**

Akustik nörinom, serebellopontin köşe tümörlerinin yaklaşık %75'ini oluşturmaktadır. Akustik nörinomda %95 sıklıkla görülen işitme kaybının (14) etiyojisi tam olarak bilinmemekle birlikte; koklear sinire bası, labirentin arterde vasküler etkilenim ve iç kulak sıvılarında biyokimyasal değişikliklerin, işitme kaybına neden olabileceği öne sürülmektedir (15).

Akustik nörinomlu bireylerde progresif, yüksek frekanslarda, unilateral veya asimetric sensörinöral işitme kaybının en yaygın semptom olduğu bilinmektedir (14). Akustik nörinomda tinnitus görülebilmekte (16), ama hastanın fonksiyonelliğini fazla etkilememesi nedeniyle tıbbi açıdan çok dikkate alınmamaktadır. Tinnitusta alta yatan mekanizma, işitme kaybı ile benzer şekilde nöral veya vasküler kompresyon olarak açıklanmaktadır (15). Akustik nörinomda görülen yüksek frekanslı, sürekli ve tümör tarafına lokalize olan tinnitus (17) genellikle işitme kaybı ile birlikte görülmektedir (15). Akustik nörinomda ABR'nin sensitivitesinin, 1,5 cm'den büyük tümörlerde %100 olduğu bilinmektedir (18). İyi bir

prognoz için akustik nörinomun klinik belirtilerinin bilinmesi ve erken teşhis edilmesi gerekmektedir (19). Asimetrik SNİK olan hastalar, retrokoklear lezyon açısından araştırılmalıdır. Saf ses işitme eşikleri ile uyumsuz konuşmayı ayırt etme yüzdesinin, retrokoklear işitme kaybı için kardinal semptom olduğu bilinmektedir. Uyarın şiddetinde artış ile konuşma ayırt etme yüzdesinde %20'den fazla azalma olarak tanımlanan *roll over* fenomeni, retrokoklear işitme kayıplarında görülebilmektedir (17).

### **Superior semisirküler kanal dehissansı sendromu (SSKD)**

Superior semisirküler kanalın apikalinde kemik defektinden kaynaklanan superior semisirküler dehissansı sendromunda (SSKD) (20), vestibüler fonksiyon bozukluğu ve işitsel semptomlar bir arada görülmektedir (21). Bu sendrom, intrakranial basınç artışı veya yüksek ses ile oluşan vertigoya ilaveten kronik dengesizlik, tinnitus ve hiperakuzi ile karakterizedir (11). Superior semisirküler kanal dehissansın akustik etkileri; kemik yolu ile iletilen seslere duyarlılık ve hastaların kendi seslerini yüksek duymasındır (otofoni) (22). Akustik etkilerin bilinmesi, bu hastalarda saf ses odyometride hava-kemik aralığının yorumlanmasında önem taşımaktadır. Kemik yolu işitme eşiklerinde hipersensitivite (0 dB'den küçük olması) nedeniyle tipik olarak alçak frekanslarda iletim komponenti gözlenmekte ve akustik refleksler korunmaktadır (23). Superior semisirküler kanal dehissansı olan hastalar, otofoniden veya koşma gibi aktiviteler

sırasında etkilenen kulakta seslerin *distorsiyonundan* şikayet etmektedir. Bu işitsel semptomlar, dehissansın oluşturduğu üçüncü pencerenin göstergesi olarak yorumlanmaktadır. Hava yolu ile iletilen ses enerjisinde dehissans boyunca shunt etkisi nedeniyle kokleadaki ses iletimi bozulurken, kemik yolu ile iletilen sesler dehissansın etkisi nedeniyle amplifiye edilmektedir (24).

Superior semisirküler kanal dehissansı olan hastalarda gözlenebilen alçak frekanslarda iletim tipi işitme kaybı, otosklerozda görülen odyolojik paterne benzemekte, ayırıcı tanıda akustik refleksler önem taşımaktadır. Otosklerozlu hastalarda akustik reflekslerde etkilenim olmasına rağmen SSKD'de akustik reflekslerin intakt olduğu gözlenmektedir. Bu farklılığın bilinmesi, SSKD nedeniyle iletim tipi işitme kaybı olan hastaların, stapedektomiden fayda görmeyecek olmaları nedeniyle cerrahi karar açısından büyük önem taşımaktadır (24). Odyogramda saptanan hava-kemik aralığına rağmen, normal akustik refleks cevapları olan hastalarda, yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografi ile SSKD'nin araştırılması gerekmektedir (25). Bu hastalarda ECochG'de SP/AP oranında artış görülebilmektedir (23).

### **Perilenfatik fistül (PLF)**

Perilenfatik fistül (PLF), perilenfin patolojik olarak orta kulağa sızmasına yol açan iç ve orta kulak arasındaki anormal bağlantıyı ifade etmektedir. (26). Fluktuan işitme kaybı, kulakta dolgunluk ve tinnitus en yaygın otolojik semptomlar olarak

görülmektedir (23, 27). Saf ses odyometri hastaların çoğunda SNİK saptanmakta (28), işitme kaybı genellikle travma sonrasında ani olarak gelişmektedir (29). Özellikle basınç travması sonrasında gelişen ani işitme kaybında PLF araştırılmalıdır (30). Perilenfatik fistülü olan bireylerde ECoHG'de SP/AP oranında artış gözlemlenmektedir (31).

### **Vestibüler paroksizmi**

Vestibüler paroksizmi, 8. Kranial sinire nörovasküler kompresyon olarak tanımlanmaktadır (32). Pozisyon değişiklikleriyle ve dinlenmede oluşan, saniyeler ya da dakikalar süren sık atakları içermektedir (33) Vestibüler paroksizmidе vertigoya ilaveten, saf ses odyometri orta frekanslarda çentik ve akustik refleks anormallikleri görülmektedir (32, 34). Vestibüler paroksizmili olgularda ABR bulgularında fikir birliği sağlanamamakla birlikte, % 0 ile % 85 arasında ABR anormalliği görülmektedir (32, 35). En belirgin ABR anormalliği, I-III *interpeak* latansında uzamadır (34).

### **Vestibüler migren**

Migren, intrakranial damarlarda vazokonstriksiyon ve vazodilatasyondan kaynaklanan vasküler bir sendromdur (36). Migrenli hastalarda periferik vestibüler disfonksiyon ve işitme kaybı görülebilmektedir (37). Migrende periferik vestibüler ve işitsel semptomlar, labirentin arterin vazospazm teorisi ile açıklanmaktadır (36, 38).

Vestibüler migrenli bireylerin % 38'inde işitme kaybı, kulak çınlaması ve aural basınçtan oluşan işitsel semptomlar bildirilmiştir (39). Vestibüler migrende alçak frekanslarda SNİK görülebilmekte (11), işitme kaybı genellikle hafif derecede ve geçici olmaktadır (40). İşitme kaybında görülen fluktuasyon vestibüler migren ve meniere arasındaki ayrımı zorlaştırmaktadır (11).

Migrenli bireylerde görülen ve sesin neden olduğu rahatsızlık olarak tanımlanan fonofobinin, rekrutmandan ayırt edilmesi gerekmektedir. Fonofobi bilateral görülmekte iken (36) eşik üstü şiddet düzeyinde anormal gürlük artışı olarak tanımlanan rekrutman, işitme kayıplı kulakta görülmektedir (41).

İşitsel beyin sapı cevabı bulguları, hastaların yaklaşık % 65'inde normal elde edilebilmekle birlikte,(42, 43) I, III ve V. dalga mutlak latanslarında hafif uzama ve daha az sıklıkta *interpeak* latanslarda uzama da görülebilmektedir (43).

### **SONUÇ**

İşitme ve vestibüler sistemlerin anatomik, histolojik ve fonksiyonel benzerlikleri nedeniyle, işitme kaybı ve vestibüler bozukluklar arasında ilişki bulunmaktadır (2). Koklear semptomların ve işitme kaybının eşlik ettiği vestibüler hastalıkların bilinmesi, ayırıcı tanıda önem taşımaktadır. Bu nedenle vertigo şikayeti ile başvuran hastalarda gerekli odyolojik değerlendirmelerin yapılması ve yorumlanması; vestibüler hastalıkların tanı ve tedavi sürecinde yol gösterici olmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Newman Toker DE, Della Santina, Blitz AM. *Handb Clin Neurol*. 2016 136;905-21.
2. Santos TGT, Venosa AR, Sampaio ALL. Association between hearing loss and vestibular disorders: A review of the interference of hearing in the balance. *Int J Otolaryngol Head & Neck Surg*. 2015 4; 173-9.
3. vestibular.org [Internet]. Vestibular Disorders Association; Causes of Dizziness; c2014. Available from: <https://vestibular.org/sites/default/files/pagefiles/Documents/causes>.
4. Paparella MM. Methods of Diagnosis and Treatment of Meniere's Disease. *Acta Otolaryngol (Stockh)*. 1991 Suppl 485; 108-19.
5. Gates GA. Ménière's Disease Review 2005. *J Am Acad Audiol*. 2006 17; 16-26.
6. Lopez-Escamez JA, Carey J, Chung WH, Goebeld JA, Magnusson M, Marco Mandalà M et al. Diagnostic criteria for Meniere's disease. *J Vestibular Res*. 2015 25; 1-7.
7. van Huffelen W, Mateijsen N, Wit H. Classification of patients with Meniere's disease using otoacoustic emissions. *Audiol Neurootol*. 1998 3; 419-30.
8. Al-momani MO, Ferraro JA, Gajewski BJ, Ator G. Improved sensitivity of electrocochleography in the diagnosis of Meniere's disease. *Int J Audiol*. 2009 Nov 48(11); 811-9.
9. Baba A, Takasaki K, Tanaka F, Tsukasaki N, Kumagami H, Takahashi H. Amplitude and area ratios of summing potential/action potential (SP/AP) in Meniere's disease. *Acta Otolaryngol*. 2009 Jan 129(1); 25-9.
10. Ferraro J. A, Krishnan G. Cochlear potentials in clinical audiology. *Audiology and Neuro-otology*. 1997 2(5); 241-56.
11. Timothy L. Thompson, MD, Ronald Amedee, MD. Vertigo: A Review of Common Peripheral and Central Vestibular Disorders. *Ochsner J*. 2009 9 (1); 20-26.
12. vestibular.org [Internet]. Vestibular Disorders Association; Vestibular Neuritis and Labyrinthitis; c2013. Available from: <https://vestibular.org/labyrinthitis-and-vestibular-neuritis>.
13. Maranhao AS, Godofredo VR, Penido NdeO. Suppurative labyrinthitis associated with otitis media: 26 years' experience. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2016 Jan-Feb 82(1); 82-7.
14. Selesnick SH, Jackler RK. Clinical manifestations and audiologic diagnosis of acoustic neuromas. *Otolaryngol Clin North Am*. 1992 Jun 25(3); 521-51.
15. Kim LJ, Klopfenstein JD, Porter RW, Syms MJ. Acoustic neuromas: symptoms and diagnosis. *Barrow Quartely*. 2004 20 (4); 7-13.
16. Hardy DG, Macfarlane R, Baguley D, Moffat DA. Surgery for acoustic neurinoma. An analysis of 100 translabyrinthine operations. *J Neurosurg*. 1989 Dec 71(6); 799-804.
17. Kim HN, Jenkins HA. Vestibular schwannomas and other cerebellopontine Angle Tumors. In: Baloh RW, Halmagyi GM, editors. *Disorders of the vestibular system*. New York: Oxford University Press; 1996. p.461-76.
18. Dornhoffer JL, Helms J, Hoehmann DH. Presentation and diagnosis of small acoustic tumors. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1994 111(3 Pt 1); 232-5.
19. Dell'Aringa AH, Sena LF, Teixeira R, Dell'Aringa AR, Nardi JC. The importance of the auditory evoked potential in acoustic neuromas. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2008 Jul-Aug 74(4); 639.
20. Chi FL, Ren DD, Dai CF. Variety of Audiologic Manifestations in Patients With Superior Semicircular Canal Dehiscence. *Otol Neurotol*. 2010 Jan 31 (1); 2-10.
21. Brantberg K, Bergenius J, Mendel L, Witt L, Tribukait A, Ygge J. Symptoms, findings and treatment in patients with dehiscence of the superior semicircular canal. *Acta Otolaryngol*. 2001 121 (1); 68-75.
22. Watson SR, Halmagyi GM, Colebatch JG. Vestibular hypersensitivity to sound (Tullio phenomenon): structural and functional assessment. *Neurology*. 2000 Feb 8 54(3); 722-8.
23. Hamid M, Sismanis A, editors. *Medical Otolology and Neurotology. A Clinical Guide to Auditory and Vestibular Disorders*. New York: Thieme Medical Publishers, Inc; 2006.
24. vestibular.org [Internet]. Vestibular Disorders Association; Superior Semicircular Canal Dehiscence: A cause of balance and hearing problems; c2007. Available from: [https://vestibular.org/sites/default/files/page\\_files/Superior%20Canal%20Dehiscence.pdf](https://vestibular.org/sites/default/files/page_files/Superior%20Canal%20Dehiscence.pdf).
25. Minor LB. Clinical manifestations of superior semicircular canal dehiscence. *Laryngoscope*. 2005 Oct 115(10); 1717-27.
26. vestibular.org [Internet]. Vestibular Disorders Association; Perilymph Fistula; c2014. Available from: <https://vestibular.org/perilymph-fistula>.
27. Brandt T, editor. *Vertigo: Its Multisensory Syndromes*. London: Springer-Verlag London Limited; 1999.
28. Hathiram BT, Khattar VS. A third labyrinthine window: An overview of perilymph and labyrinthine fistulae and superior canal dehiscence. *AIJOC*. May-August 2012 4(2); 100-5.
29. Choi JE, Moon II, Kim H, Lee K, Cho YS, Chung WH. Diagnostic criteria of barotraumatic perilymph fistula based on clinical manifestations. *Acta Otolaryngol*. 2017 Jan 137(1); 16-22. Epub 2016 Aug 26.
30. Jeremy Hornbrook. *Perilymph Fistula: Fifty Years of Controversy*. International Scholarly Research Network ISRN Otolaryngol. 2012; 1-9.
31. Wall III C, Rauch SD. Perilymphatic Fistula. In: Baloh RW, Halmagyi GM Editors. *Disorders of the vestibular system*. New York: Oxford University Press; 1996. p. 396-407.
32. Brandt T, Dieterich M. Vestibular paroxysmia: vascular compression of the eighth nerve? *Lancet* 1994 343; 798-9.
33. Lehnen N, Langhagen T, Heinen F, huppert D, Brandt T, Jahn K. Vestibular paroxysmia in children: a treatable cause of short vertigo attacks. *Dev Med Child Neurol*. 2015 August 57(4); 393-6.
34. Handa KK, editor. *Common vestibulocochlear Disorders III*. New Delhi: Elsevier, 2011.
35. Langhagen T, Schroeder AS, Rettinger N, Borggraeve I, Jahn K. Migraine-related vertigo and somatoform vertigo frequently occur in children and are often associated. *Neuropediatrics*. 2013 44; 55-8.
36. Maslovara S, Butković Soldo S, Pajić-Penavić I, Alkhamis T, Vešligaj T, Soldo A. Vestibular migraine considering new diagnostic criteria. *Neurol Croat*. 2014 63; 1-2.
37. Lee JW, Jung JY, Chung YS, Suh MW. Clinical manifestation and prognosis of vestibular migraine according to the vestibular function test results. *Korean J Audiol*. 2013 17; 18-22.
38. Johnson GD. Medical management of migraine-related dizziness and vertigo. *Laryngoscope*. 1998 108(1 Pt 2); 1-28.
39. Reploeg MD, Goebel JA. Migraine-associated dizziness: patient characteristics and management options. *Otol Neurotol*. 2002 May 23(3); 364-71.
40. Barbosa F, Villa TR. Vestibular migraine: diagnosis challenges and need for targeted treatment. *Arq Neuropsiquiatr*. 2016 74(5); 416-22.
41. Lemperta T, Olesen B J, Furman J, Waterston J, Seemungale B, Carey J et al. Vestibular migraine: Diagnostic criteria. *J Vest Res*. 2012 22; 167-72.
42. Bayazit Y, Yılmaz M, Mumbuç S, Kanlıkama M. Assessment of migraine-related cochleovestibular symptoms. *Revue de Laryngologie - Otologie - Rhinologie* Jan 2001 122(2); 85-8.
43. Tsang BKT, Anwer A, Murdin L, MRCP. Diagnosis and management of vestibular migraine. *JCOM*. 2015 October 22 (10); 458-68.

**DERLEME****Postürün Oral-Motor Yapılar Üzerine Etkisi***Özgü İNAL<sup>1</sup>***ÖZ**

Oral motor beceriler; çiğneme, beslenme, yutma bozukluğu, salya ve konuşma ile ilgili problemler özellikle baş ve gövde kontrolü ile yakından ilişkilidir. Omurga ve pelvis stabilitesi beslenme sırasında oral kontrolün sağlanması açısından önemlidir. Pelvis stabilitesi gövde kontrolünü, gövde stabilitesi baş kontrolünü, baş stabilitesi çene kontrolünü, çene stabilitesi de dil hareketlerinin kontrolünü ve dudak mobilitasını sağlamaktadır. Bu ilişki nedeniyle oral motor fonksiyon bozukluğu da postürü olumsuz etkileyebilmektedir. Oral yapılar ile ilgili fonksiyonların, baş ve gövde stabilitesi ile etkileşimi nedeniyle doğru baş pozisyonu, beslenme sırasında yutmayı kolaylaştırmakta ve aspirasyon riskini azaltmaktadır. Postürün, oral motor fonksiyon üzerinde etkisinin bilinmesi, oral motor problemlere yaklaşımda yol gösterici olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Beslenme, Çiğneme, Postür, Yutma

**Effect of Posture on Oral-Motor Structures***Özgü İNAL<sup>1</sup>***ABSTRACT**

Oral-motor skills, chewing, feeding, swallowing disorders, saliva and speech-related problems are closely related to head and trunk control. Spinal and pelvic stability is important for oral control during feeding. Pelvis stability provides body control, body stability provides head control, head stability provides jaw control and jaw stability also provides tongue movement control and lip mobility. Oral-motor dysfunction can also adversely affect posture. Because of the interaction with the functions of the oral structures, the correct head position facilitates swallowing during feeding and reduces the risk of aspiration. Knowing the mechanism between postural and oral-motor structures will guide the approach to oral-motor problems.

**Key words:** Chewing, Feeding, Posture, Swallowing

<sup>1</sup> Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü

**Sorumlu Yazar:** Özgü İNAL

**E-posta adresi:** inalozgu@gmail.com

**Gönderi Tarihi:** 04.07.2018

**ORCID No:** 0000-0002-0351-1821

**Kabul Tarihi:** 16.07.2018



## GİRİŞ

Postür genel olarak; vücut bölümlerinin, ayakta durma, yatma ve oturma gibi fiziksel pozisyona göre dizilimi ve vücudun destekleyici yapılarını yaralanma veya ilerleyici deformiteye karşı koruyan kas dengesi olarak tanımlanır (1,2). Postür, merkezi sinir sistemi (MSS) tarafından kontrol edilen ve postüral düzenlemelere yol açan kas aktivasyonunu içerir. Postüral düzenlemeler, MSS'ye entegre edilen çoklu sensörial girdiler (görsel, vestibüler ve somatosensor) ile kontrol edilen karmaşık mekanizmaların bir sonucudur (3). Postür, graviteye karşı koyan ekstansör kasların tonik kasılmasıyla sağlanmakta, böylece eklemler vücut ağırlığını destekleyebilmektedir. Tonik postüral sistem yaklaşık 10-12 yaşlarında olgunlaşmakta ve podalik, stomatognatik, işitsel-vestibüler, görsel-oküler, kutanöz, psiko-emosyonel, kraniosakral sistem, eklemler ve kaslar (proprioseptif sistem) arasındaki karşılıklı ilişkilerden oluşmaktadır. Stomatognatik sistem periodental ligament, kas, kemik ve eklemlerde yer alan önemli bir proprioseptif duyuşal sisteme sahiptir. Bu sistem, sadece çiğneme sırasında değil, dilin postürü, emme, yutma, solunum, konuşma ve edinsel postüral reflekslerin oluşumunda görev almaktadır (4,5).

Pek çok çalışma (6-8), uygun postüral dizilimin gelişmiş oral motor yapıların fonksiyonlarını (çiğneme, yutma, konuşma vb) etkileyebildiğini göstermiştir. Postüral kontrolde bozulma; gıda alımı, çiğneme etkinliği, güvenli yutma açısından

bolus oluşumu ve yutmanın başlatılmasında problemlere neden olmaktadır.

Oral yapılar ile ilgili fonksiyonların, baş ve gövde stabilitesi ile etkileşimi nedeniyle doğru baş pozisyonu, beslenme sırasında yutmayı kolaylaştırmakta ve aspirasyon riskini azaltmaktadır (8,9).

Baş pozisyonu gövde kontrolüne bağlıdır (10,11) ve doğru baş postürü için pelvisin stabilizasyonu gerekmektedir. Baş postürünün yutma süreci için önemli etkileri bulunmaktadır. Başın stabil olmaması durumunda, beslenme için gerekli olan çene ve dil hareketleri bozulmaktadır. Örneğin başın öne pozisyonuna neden olan pelvisin, gövdenin, omuz kuşağının anormal postürü, yutma fonksiyonu açısından risk oluşturmaktadır (12). Bu pozisyonda, dil ve çene kasları bireyin boynunu stabilize etmesine yardımcı olmaktadır. Bunun bir sonucu olarak, çene deprese olmakta, besin ve sıvılar genellikle beslenme sırasında dökülmektedir. Bunun nedeni ise nötral bir baş pozisyonu ile karşılaştırıldığında dil ve çenenin oral motor fonksiyon için serbest şekilde hareket edememesidir. Uzun süre uygun olmayan baş pozisyonunun devam etmesi, anterior ve posterior boyun kaslarının uzunluğundaki değişimlere ve servikal omurgada sürekli yüklenme ile kas-iskelet disfonksiyonuna yol açabilmektedir (13,14).

Postürün; görme, trigeminal aferentler, baş-boyun pozisyonu ve proprioepsiyon dahil olmak üzere

çeşitli faktörlerden etkilendiği ve boyundaki sensorimotor sistemden alınan bilgilerin postüral stabiliteyi korumak için önemli olduğu bildirilmiştir (15-17). Yapılan bir çalışmada (18); açık ve kapalı çene pozisyonları, hem açık hem de gözler kapalı olan dinlenme çene pozisyonu ile karşılaştırıldığında, postüral stabilitenin önemli ölçüde azaldığı gösterilmiştir. Aynı çalışma; sağlıklı genç erişkinlerde, istemli statik çene pozisyon değişikliklerinin, görsel uyaran varlığında ve yokluğunda dik duruş sırasında postüral stabilite mekanizmalarını etkileyebileceğini göstermiştir. Araştırmacılar, çenenin duyuşsal motor sisteminin postüral kontrol mekanizmalarını modüle edebildiğini ve postüral instabilitesi olan hastalar için uygun tedavinin planlanmasında bu durumun değeri taşıyabileceğini belirtmişlerdir (18).

Çenenin duyuşsal motor sistemi; vestibüler sistemi (19), boyun pozisyonunu (20), oküler sistemleri ve bu şekilde postüral kontrol sistemini etkileyebilmektedir (21). Vücut postürünün mandibular ve servikal kasların elektromyografi aktivitesini etkilediğini gösteren çalışmalar (22-24) mevcuttur. Saloen (25); maksimal ağız açıklığı mesafesinin azaldığı hastalarda normal duruş pozisyonunda servikal omurganın ekstansiyona geçtiğini bildirmiştir. Ayrıca bu hasta grubunda boynun postüral ve fonksiyonel açıdan etkilenimi de çok sık görülmektedir. Çiğneme sırasında ise mandibular hareketlerin baş hareketlerine neden olduğu gösterilmiştir. Çiğneme, sternokleidomastoid ve trapezius kaslarının çene kasları ile birlikte kasılması başta

ekstansiyona neden olmaktadır (26-28). Kısacası; hem çiğneme hem de baş ve boyun kaslarının uyumlu olmasının, postüral stabilite için önemli olduğu bilinmektedir (29).

Vücudu stabilize eden, baş ve gövdenin uygun postürde olduğu bütüncül bir yaklaşım, besinin daha iyi bir şekilde oral işlenmesine yol açacaktır. Omurga ve pelvis stabilitesi beslenme sırasında oral kontrol açısından önemlidir ve oral-motor beceriler, yutma bozukluğu ve salya problemleri baş ve gövde kontrolü ile yakından ilişkilidir. Pelvis stabilitesi gövde kontrolünü, gövde stabilitesi baş kontrolünü, baş stabilitesi çene kontrolünü ve çene stabilitesi de dil hareketlerinin kontrolünü ve dudak mobilitesini sağlamaktadır (30). Çenenin stabilizasyonu dilin, ağız içinde farklı hareket paternlerinde çalışabilmesine olanak sağlamaktadır. Çene stabilizasyonunun iyi olmaması ise oral kavitede besin manipülasyonunu azaltmakta, besinin ağızdan dökülmesine veya hareket kalitesinin yetersizliğinden dolayı küçük parçaların çiğnenmesinde başarısızlığa yol açmaktadır. Dudaklar ve yanakların birlikte çalışması oral kavitede besinin tutulması için yeterli basıncı sağlamaktadır ve dudakların negatif basınç oluşturması yutma sürecini başlatmaktadır. Oral yapıların tonus ve kassal dengesizliği, dudakları açık pozisyonda bırakarak gıdanın manipülasyonu sırasında yetersizliğe veya ağızdan kaybına neden olabilmektedir (31).

Postürün konuşma üzerine de etkisi bulunmaktadır. İyi bir postüral dizilim, vokal

fonksiyonun optimizasyonu için önemli bir unsurdur (32) ve gövde stabilitesindeki iyileşme, artikülör organların işlevini etkilemektedir (33). Gravite, konuşma esnasında vücuda etkileyen en büyük dış kuvvetlerden biridir. Dil davranışı üzerindeki gravitasyonel oryantasyonun etkilerini incelemek için çeşitli yöntemler kullanılmıştır. Elektromyografi yönteminin kullanıldığı bazı çalışmalarda (34-36), dik ve sırtüstü pozisyonda dil davranışları karşılaştırılmış ve sırtüstü pozisyonda daha fazla genioglossus posterior aktivitesi olduğu gösterilmiştir. Genioglossus posterior aktivasyonunun artması, yukarı doğru olan faringeal pozisyonun korunması, daha anterior veya daha posterior dil pozisyonu dahil olmak üzere çeşitli dil modifikasyonları ile sonuçlanabilmektedir. Vokal efor esnasında postür ve fonasyon arasındaki koordinasyonu inceleyen başka bir çalışma (37); baş hareketinin vokal etkinlik üzerine rol oynadığını bildirmiş ve insan vücudunun bir kas zinciri olarak düşünülmesi ile postür ve vokal düzenlemeler arasındaki sıkı ilişkinin anlaşılabilirliğini belirtmiştir.

Uygun olmayan postürün salya kontrolü üzerine olumsuz etkisi de literatürde gösterilmiştir (38-40). Salya kontrol problemleri; oral ve perioral duyu algısı eksikliği, başın aşağı pozisyonu, yutma sıklığının azalması, yetersiz dudak kapanması, düzensiz dil hareketi ile birlikte yutkunmanın oral fazının disfonksiyonu ile ilişkilidir. Yapılan bir çalışmada (40), Serebral Palsi'de (SP) salya kontrol probleminde

bozukluğun zayıf baş kontrolü ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ayrıca SP'li çocuklarda aspirasyon oluşumunda alttan yatan sebeplerden biri olarak baş, boyun ve gövdede postüral bozukluk olabileceği öne sürülmüştür (8,41,42).

Kötü bir oturma pozisyonu, gövde fleksiyonunda ve tonusunda artışa neden olabilmekte ve tonik ısırma refleksinin ortaya çıkma olasılığını arttırmaktadır (43). Oral sensörimotor fonksiyonları destekleyen optimal oturma postürünün bireye yada aileye öğretilmesi, beslenme ve yutma güvenliği açısından önemlidir. Literatürde (44) pozisyonlamayı da içeren müdahale programının çiğneme ve salya üzerine etkisi gösterilmiştir. Optimal oturma postürü; nötral baş pozisyonu, boynun elongasyonu, simetrik omuz kuşağı stabilitesi ve depresyonu, simetrik gövde elongasyonu, pelvis stabilitesi, kalça-diz-ayak bileklerinin 90 derecede ve nötral abduksiyon ve rotasyonda olmasını ve ayakların desteklenmiş pozisyonda nötralde hafif dorsifleksiyon ile simetrik ve stabil pozisyonda durması parametrelerini gerektirmektedir (41,45).

Beslenme ve yutma problemlerinde farklı vücut pozisyonlarının kullanımı aspirasyonun önlenmesinde bir teknik olarak kullanılabilir (46). Aspirasyonu en aza indiren başlıca vücut pozisyonları, "chin tuck", baş rotasyonu, başın lateral fleksiyonudur. Güvenli beslenme için önerilen "chin tuck" pozisyonunda; baş dik, orta hatta, çene biraz aşağı ve içeri doğru konumda bulunmaktadır (10,11).

“Chin tuck” pozisyonu, besinin hava yolundan uzaklaştırılarak, oral kaviteden farenks yoluyla özefagusa taşınmasını, ayrıca, bebekte emme/yutma için gerekli olan iyi bir mandibular stabiliteyi sağlamaktadır.

## SONUÇ

Postürün oral-motor fonksiyonları etkilediği görüşü kabul edilmektedir. Oral-motor problemlere yönelik müdahaleler bütüncül bir bakış açısıyla planlanmalı, özellikle beslenme ve yutma sırasında en güvenli ve etkili pozisyonlama şekli müdahale planının içinde yer almalıdır. Oral bölgeye yapılacak bir müdahalenin vücudun başka bir bölgesine, vücudun farklı bölgelerine yapılacak müdahalelerin de oral bölgeye etkisi olacağı unutulmamalıdır. Oral-motor problemlere yönelik müdahale stratejilerinin geliştirilebilmesi açısından; postürün oral-motor yapılarla ilişkisinin anlaşılması önem taşımaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Moon, HH, Jang KT. The effect of correction exercise program on primary school students with idiopathic scoliosis. *J Sport Leis Stud.* 2007 31;1033-1041.
2. Peterson Kendall F, McCreary EK, Provance P, et al. *Muscles testing and function with posture and pain.* US: Lippincott Williams & Wilkins Ltd. 2005; 49-118.
3. Cuccia A, Caradonna C. The relationship between the stomatognathic system and body posture. *Clinics.* 2009 64(1); 61-66.
4. Lumbau A, Schinocca L, Chessa G. Influence of posture on swallowing. *Eur J Paediatr Dent.* 2011 12(3); 171.
5. Castro MSJD, Toro AADC, Sakano E, Ribeiro JD. Evaluation of oral functions of the stomatognathic system according to the levels of asthma severity. *J Soc Bras Fonoaudio.* 2012 24(2); 119-124.
6. Gisel EG, Schwartz S, Petryk A, Clarke D, Haberfellner H. “Whole Body” Mobility After One Year of Intraoral Appliance Therapy in Children with Cerebral Palsy and Moderate Eating Impairment. *Dysphagia.* 2000 15(4); 226-235.
7. Kumin L, Bahr DC. Patterns of feeding, eating, and drinking in young children with Down syndrome with oral motor DSQ. 1999 4(2); 1-8.
8. Lamert G, Ekberg O. Positioning improves the oral and pharyngeal swallowing function in children with cerebral palsy. *Acta Paediatr* 1995 84(6); 689-693.

9. Logemann AJ. Evaluation and Treatment of Swallowing Disorder. PRO-ED: 1998 chapter 5; 135-185.
10. Herman JH, Lange ML. Seating and positioning to manage spasticity after brain injury. *NeuroRehabilitation.* 1999 12(2); 105-117.
11. Langley MB, Thomas C, Lombardino LJ. Introduction to the neurodevelopmental approach. *Neurodevelopmental strategies for managing communication disorders in children with severe motor dysfunction.* 1991 1-28.
12. Manno CJ, Fox C, Eicher PS, Kerwin ME. Early oral-motor interventions for pediatric feeding problems: What, when and how. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention.* 2005 2(3); 145.
13. Szeto GP, Straker L, Raine S. A field comparison of neck and shoulder postures in symptomatic and asymptomatic office workers. *Appl Ergon.* 2002 33(1); 75-84.
14. Weon JH, Oh JS, Cynn HS, Kim YW, Kwon OY, Yi CH. Influence of forward head posture on scapular upward rotators during isometric shoulder flexion. *J Bodyw Mov Ther Title.* 2010 14(4); 367-374.
15. Bolmont B, Gangloff P, Vouriot A, Perrin PP. Mood states and anxiety influence abilities to maintain balance control in healthy human subjects. *Neurosci Lett.* 2002 329(1); 96-100.
16. Gangloff P, Perrin PP. Unilateral trigeminal anaesthesia modifies postural control in human subjects. *Neurosci Lett.* 2002 330(2); 179-182.
17. Kantor E, Poupard L, Le Bozec S, Bouisset S. Does body stability depend on postural chain mobility or stability area? *Neurosci Lett.* 2001 308(2); 128-132.
18. Alghadir AH, Zafar H, Iqbal ZA. Effect of three different jaw positions on postural stability during standing. *Funct Neurol.* 2015 30(1); 53.
19. Park SH, Kim HJ, Kim JS, Koo JW, Oh SW, Kim DU, Deriu F. Mastication-induced vertigo and nystagmus. *J Neurol.* 2014 261(3); 480-489.
20. Ehrlich R, Garlick D, Ninio M. The effect of jaw clenching on the electromyographic activities of 2 neck and 2 trunk muscles. *J Orofac Pain.* 1999 13(2).
21. Hellmann D, Giannakopoulos NN, Blaser R, Eberhard, Schindler HJ. The effect of various jaw motor tasks on body sway. *Journal of oral rehabilitation.* 2011 38(10); 729-736.
22. Miralles R, Gutiérrez C, Zucchini G, Cavada G, Carvajal R, Valenzuela S, Palazzi C. Body position and jaw posture effects on supra- and infrahyoid electromyographic activity in humans. *Cranio®.* 2006 24(2); 98-103.
23. Iizumi T, Magara J, Tsujimura T, Inoue M. Effect of body posture on chewing behaviours in healthy volunteers. *J Oral Rehabil.* 2017 44(11); 835-842.
24. Inagaki D, Miyaoka Y, Ashida I, Yamada Y. Activity pattern of swallowing-related muscles, food properties and body position in normal humans. *J Oral Rehabil.* 2009 36(10); 703-709.
25. Salonen MA, Raustia AM, Huggare J, Smith SD. Head and cervical spine postures in complete denture wearers. *Cranio®.* 1993 11(1); 30-35.
26. Eriksson PO, Häggman-Henrikson B, Nordh E, Zafar H. Co-ordinated mandibular and head-neck movements during rhythmic jaw activities in man. *J Dent Res.* 2000 79(6); 1378-1384.
27. Zafar H, Eriksson PO, Nordh E, Häggman-Henrikson B. Wireless optoelectronic recordings of mandibular and associated head-neck movements in man: a methodological study. *J Oral Rehabil.* 2000 27(3); 227-238.
28. Nakayama E, Tohara H, Hiraba H, Sanpei R, Wakasa H, Ohno S, Ueda K. Effects of reclining posture on velopharyngeal closing pressure during swallowing and phonation. *J Oral Rehabil.* 2013 40(6); 450-456.

29. Bracco P, Deregibus A, Piscetta R. Effects of different jaw relations on postural stability in human subjects. *Neurosci Lett.* 2004 356(3); 228-230.
30. Redstone F, West JF. The importance of postural control for feeding. *Pediatr Nurs.* 2004 30(2); 97-100.
31. Alper BS, Manno CJ. Dysphagia in infants and children with oral-motor deficits: Assessment and management. In *Seminars in Speech and Language* Vol. 17, No. 04, Thieme Medical Publishers Inc: 1996 pp. 283-310.
32. Staes FF, Jansen L, Vilette A, Coveliers Y, Daniels K, Decoster W. Physical therapy as a means to optimize posture and voice parameters in student classical singers: a case report. *J Voice Title.* 2011 25(3); e91-e101.
33. Tykalova T, Pospisilova M, Cmejla R, Jerabek J, Mares P, Ruzs, J. Speech changes after coordinative training in patients with cerebellar ataxia: a pilot study. *J Neurol Sci.* 2016 37(2); 293-296.
34. Myamoto K, Ozbek MM, Lowe AA, Fleetham JA. Effect of body position on tongue posture in awake patients with obstructive sleep apnea. *Thorax.* 1997 52; 255-259.
35. Otsuka R, Ono T, Ishiwata Y, Kuroda T. Respiratory-related genioglossus electromyographic activity in response to head rotation and changes in body position. *Angle Orthod.* 2000 70(1); 63-69.
36. No ABR. Functions of tongue-related muscles during production of the five Japanese vowels. *Ann. Bull. RILP No.* 1994 28; 33-40.
37. Lagier A, Vaugoyeau M, Ghio A, Legou T, Giovanni A, Assaiante C. Coordination between posture and phonation in vocal effort behavior. *Folia Phoniatrica et Logopaedica.* 2010 62(4); 195-202.
38. Green JR, Moore CA, Ruark JL, Rodda PR, Morvée WT, Vanwittenburg MJ. Development of chewing in children from 12 to 48 months: Longitudinal study of EMG patterns. *JNeurophysiol.* 1997 77(5); 2704-2716.
39. Gisel EG. Effect of oral sensorimotor treatment on measures of growth and efficiency of eating in the moderately eating-impaired child with cerebral palsy. *Dysphagia.* 1996 11(1); 48-58.
40. Senner JE, Logemann J, Zecker S, Gaebler-Spira D. Drooling, saliva production, and swallowing in cerebral palsy. *Developmental medicine and child neurology.* 2004 46(12); 801-806.
41. Arvedson J, Brodsky L. *Diagnosis and Treatment. Pediatric swallowing and feeding: Assessment and Management.* 2nd ed. Arvedson JC, Brodsky LB, eds. Albany, NY: Singular Publishing Group. 2002 1-468.
42. Alrefai AH, Aburahma SK, Khader YS. Treatment of sialorrhea in children with cerebral palsy: a double-blind placebo controlled trial. *Clin Neurol Neurosurg.* 2009 111(1); 79-82.
43. Morris SE. Development of oral-motor skills in the neurologically impaired child receiving non-oral feedings. *Dysphagia.* 1989 3(3); 135-154.
44. Inal Ö, Serel SA, Demir N, Tunca ÖY, Karaduman AA. Effect of Functional Chewing Training on tongue thrust and drooling in children with cerebral palsy: a randomised controlled trial. *Journal of oral rehabilitation.* 2017 44(11); 843-849.
45. Wolf LS, Glass RP, Carr AB. *Feeding and swallowing disorders in infancy: Assessment and management* Tucson, AZ: Therapy Skill Builders. 1992; 85-147.
46. Kagaya H, Inamoto Y, Okada S, Saitoh E. Body positions and functional training to reduce aspiration in patients with dysphagia. *JMAJ.* 2011 54(1); 35-8.



## OLGU SUNUMU

**Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline Göre Amiyotrofik Lateral Sklerozda Hemşirelik Bakımı:  
Bir olgu sunumu**

Şenay Betül ÜNAL<sup>1</sup>, Birgül GENÇ<sup>2</sup>, Sena KAPLAN<sup>3</sup>, Birgül ÖZKAN<sup>3</sup>

## ÖZ

**Amaç:** Amiyotrofik Lateral Skleroz (ALS) özellikle üst ve alt motor nöronların kalıcı fonksiyon kaybı ile seyreden nörodejeneratif bir hastalıktır. ALS, hasta ve bakım vericilere ekonomik ve sosyal yönden yük getirerek, yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Çalışmada, ALS tanısı alan olguda hastanın gereksinimleri Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeline göre değerlendirilerek, bu kapsamda hemşirelik bakımı planlamak amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Hasta Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeline göre, on bir sağlık fonksiyon alanı açısından değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Bir yıllık ALS tanısı ile izlenen, 43 yaşındaki erkek hasta, solunum sıkıntısı ve el kaslarında güçsüzlük nedeniyle hastaneye başvurmuş olup, yoğun bakım ünitesine yatırılarak izlenmiştir. Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri modeline göre, on bir sağlık fonksiyon alanı kendine zarar verme riski, beslenme gereksiniminden az beslenme, konstipasyon riski, aktivite intoleransı, uyku örüntüsünde bozulma, bilgi eksikliği, ebeveynlik- rol çatışması sorunları belirlenmiş ve uluslar arası hemşirelik girişimleri rehberine göre uygun girişimler planlanmış ve uygulanmıştır.

**Sonuç:** Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre, ALS tanılı hastada en fazla sorun saptanan alanlar: Beslenme, Uyku, Boşaltım, Güvenlik-Korunma, Aktivite-Dinlenme, Kendini Algılama'dır. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ALS'li bireylerin bakım gereksinimlerinin belirlenmesinde ve hemşirelik girişimlerinin uygulanmasında kolay ve kullanışlı bir model olarak kullanılabilir. Bu şekilde elde edilen veriler hemşirelere, tanıya özgü daha kolay bakım verebilecekleri, pratik hemşire kayıt formları geliştirme ve kayıt tutma imkanı sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Amiyotrofik Lateral Skleroz, Gordon Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri, Hemşirelik Bakımı

**According to Gordon's Functional Health Patterns: Nursing Care of The Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis: A Case Report**

Şenay Betül ÜNAL<sup>1</sup>, Birgül GENÇ<sup>2</sup>, Sena KAPLAN<sup>3</sup>, Birgül ÖZKAN<sup>3</sup>

## ABSTRACT

**Aim:** Amyotrophic lateral sclerosis is a neurodegenerative disease which especially involves upper and lower motor neurons. ALS brings burden on the patients and caregivers in social and economical aspects and it affects the quality of life in a negative fashion. In study we aimed to evaluate the requirements of ALS patients according to Gordon's functional health patterns assesment and restructure the nurses's assignments accordingly.

**Method:** The patient was evaluated according to Gordon's functional health assesment tool in respect to 11 different functional patterns.

**Results:** In our study a 43 year old male patient with ALS during 1 year was hospitalized in the intensive care unit due to respiratory distress and weakness of the hand muscles. He was evaluated according to functional health assesment tool in respect to 11 different functional patterns and risk of self harming, activity intolerance, disrupted sleep pattern, information deficiency, parenthood-role conflicts were detected and appropriate interventions were made according to the international nurseing guidelines.

**Conclusions:** According to the Functional Health Patterns Model, the most problematic areas in the patient with ALS are nutrition, sleep, excretion, security-protection, activity-rest, self-perception. Functional Health Patterns Model can be used as an easy and useful model for identifying the care needs of individuals with ALS and implementing nursing interventions. The data obtained in this way will provide the nurses with the opportunity to develop diagnostic nursing record forms and record keeping, which are easier to care for diagnostic-specific.

**Keywords:** Amyotrophic Lateral Sclerosis, Gordon Functional Health Patterns, Nursery

<sup>1</sup> Ankara Numune ve Eğitim Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup> Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>3</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

**Sorumlu Yazar:** Şenay Betül ÜNAL

**E-posta adresi:** betul9090@hotmail.com

**ORCID No:** 0000-0003-3410-8303

**Gönderi Tarihi:** 26.06.2018

**Kabul Tarihi:** 16.07.2018



## GİRİŞ

Amiyotrofik Lateral Skleroz (ALS), nadir görülen bir hastalık olmakla birlikte ekonomik ve sosyal yükü ağır olan bir hastalıktır (1). ALS, diğer adıyla motor nöron hastalığı, özellikle üst ve alt motor nöronların kalıcı fonksiyon kaybı ile seyreden nörodejeneratif bir hastalık olarak bilinmektedir (2,3). Günümüzde ALS'nin etyopatogenezinde oksidatif stres ve glutamat eksitoksisitesi, viral infeksiyonlar, otoimmün mekanizmalar, glial anormal aktivite, trofik faktörlerde azalmanın etkili olduğunu kanıtlayan sonuçlar olmasına rağmen, hâlen hastalığın nedeni bilinmemektedir (4-6).

ALS insidansı ülkelere göre farklılık göstermekle birlikte, Avrupa ve Kuzey Amerika'da 100 bin nüfusta 1.5-2.7 olarak bildirilmiştir. İtalya'da yapılan bir çalışmada ise ALS insidansının 1960 yılında 100 bin nüfusta 0.8 iken, 1990 yılında 1.83'e yükseldiği belirtilmiştir (7). Avrupa'nın çeşitli bölgelerinde yapılan epidemiyolojik çalışmaları içeren sistematik bir derlemesinde ise, Avrupa'da ALS insidansının 100 bin nüfusta 2.08 olduğu bildirilmiştir (1,8). Ülkemizde ise ALS hastalığı ile ilgili bir epidemiyolojik çalışma bulunmamaktadır (9).

ALS'nin klinik tablosu hastadan hastaya farklılık göstermekle birlikte, genellikle ilerleyen kas atrofisi ve kas güçsüzlüğü, konuşmada bozulmaya bağlı iletişim sorunları, ağrı, disfaji, derin ven trombozu, solunum yetmezliği, yorgunluk, uyku bozukluğu, anksiyete ve depresyon semptomları

görülmektedir (10-12). Hastalığın ileri evrelerinde hastalar bağımsızlıklarını kaybetmekte ve bağımlı hâle gelmektedirler (1). Bu bakımdan ALS, hasta ve ailesine ekonomik ve sosyal yönden yük getiren bir hastalık olduğu saptanmıştır (13). Bu nedenle hastaların yaşam kalitesinin artırılmasında; hastanın bağımsızlığının desteklenmesi, güvenliğinin artırılması, fizyolojik ve psikososyal yönden destek sağlanması önem taşımaktadır (14,15). Bu bağlamda sağlık ekibi tarafından hastaların bakım ve izlenmeleri çok önemlidir. Hemşireler bu özellikteki hastalara bakım verirken bütüncül olarak değerlendirme yapmalıdırlar.

ALS hastasına bakım veren hemşirelerin, hastaların genel durumunun izlenmesi, hazırlanan çok yönlü bakımın koordinasyonu ve iletişimin sürdürülmesi, hasta ve bakım verenlere psikolojik destek sağlanması, gereksinimler doğrultusunda eğitimin verilmesi, semptom kontrolü ve yaşam sonu bakımın hazırlanması gibi önemli rolleri bulunmaktadır (16,17,18,19). Bu rollerini yerine getirirken çeşitli kuram ve modellerden yararlanmaktadır. Bu modellerden birisi de Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) modelidir.

Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) modeli, bireylerin gereksinimlerini on bir fonksiyonel alanda ele alarak kapsamlı hemşirelik bakımı verilmesini sağlamaktadır (20). Çalışmada, ALS tanısı alan olguda hastanın gereksinimleri

Gordon'un FSÖ modeline göre değerlendirilerek, bu kapsamda hemşirelik bakım planlaması yapılması amaçlanmıştır.

## OLGU SUNUMU

- **Sosyo-Demografik Özellikler:** 43 yaşında erkek, ilkokul mezunu, simitçi O.A., eşi ve 3 çocuğu ile birlikte yaşamaktadır.

- **Sağlık Hikayesi**

- **Geçmiş Sağlık Hikayesi:** Geçirilmiş ameliyat öyküsü veya sistemik bir hastalığı bulunmamaktadır. 24 yıl önce Kronik Psikotik Bozukluk tanısı almış, kullandığı ilaçlarla ilgili sağlıklı bilgi alınamamış, dört yıl önce başvuru hastanede paxil 20 mg tablet, risperdal 1 mg tablet başlanmış, kontrol muayenesinde paxil stoplanarak risperdal 2 mg planlanmıştır. Yaklaşık bir yıl önce boyun ağrısı şikâyeti ile nöroloji polikliniğine sevk edilen hastanın kontrolünde, boyun hareketlerinde kısıtlılık, el-ayaklara güçsüzlük ve uyuşma şikâyetleriyle, ileri tetkikler sonrası ALS tanısı konularak Riluzol tedavisine başlanmıştır. İlaç, besin alerjisi, alkol ve sigara öyküsü bulunmamaktadır.

- **Mevcut Sağlık Hikayesi:** Şikayetlerinin giderek artması, solunum sıkıntısı, el kaslarında güçsüzlük nedeniyle polikliniğe başvurmuş ve solunum yetmezliği tanısı ile yoğun bakım kliniğine yatırılmıştır. Kan basıncı: 147/85 mmHg, nabız: 126/dakika, solunum: 20/dakika ve ateşi 36.5C0, kan şekeri: 97mg/dl, kan gazı değerleri: SO<sub>2</sub>: 96,2; cHCO<sub>3</sub>: 25,7; pO<sub>2</sub>: 97,4; pCO<sub>2</sub>: 39,5; pH: 7,43'tür. Nörolojik muayenesinde bilinci açık,

koopere, oryante, ışık refleksi ve öğürme refleksi mevcut, konuşmada azalma, sağ taraf ekstremitelerde hiperaktivite belirlenmiştir.

**Tıbbi Tanısı:** ALS tanılı hasta solunum yetmezliği, genel durumda kötüleşme nedeniyle öncelikle CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) modda takip edilmiştir. Ancak solunum yetmezliğinin artması ve kan gazı tablosunda düzelme olmaması üzerine entübe edilmiştir. Yatışının üçüncü günü hastada ilerleyen solunum kasları tutulumu olduğundan trakeostomi açılmıştır. Ventilatör modları planlanarak SIMV (Senkronize Aralıklı Zorunlu Ventilasyon) ile takip edilmiş, trakeostominin sekizinci gününde T tüpe alınmış, ancak CO<sub>2</sub> retansiyonu nedeniyle CPAP moduna geçilmiştir. Kontrol kan gazları normal gözlenmiş ancak anksiyete artışından dolayı SIMV modda takip edilmiştir. Aralıklı olarak CPAP'a alınmış, tolere edememiştir. Yatışının yirmi dördüncü günü ev tipi mekanik ventilatör temin edilmiş, total parenteral beslenme ve enteral yol ile beslenmiştir. Yatışının dokuzuncu günü PEG (Perkütan Endoskopik Gastrostomi) açılarak enteral beslenme, oral alımlar ile desteklenmiştir.

### Hekim İstemi

Hastanın tedavisi, Rilutek 50mg tb 2x1, Risperdal 2mg tb 2x1, Stabina 0.5mg tb 1x1, Quet 25mg tb 1x1, Esram 10mg tb 1x1, Prednol 80mg amp 1x1, Flixair nebül 2x1, Iprasal nebül 4x1 şeklindedir.

## Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Değerlendirme

### *Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi*

O.A. sağlığını "kötü" olarak tanımlıyor. Endişeli yüz ifadesi, PEG pansumanını çıkarma ve trakeostomiden ayırma davranışları gözleniyor. Yürüyerek geldiğini, kısa sürede nasıl makineye bağlandığını, yemeklerden sonra nefes alamadığını, uyursa öleceğini ifade ediyor.

*Hemşirelik Tanısı:* Kendine Zarar Verme Riski

*Amaç:* Kendisine zarar verici davranışları bilecek ve bakım sürecinde bu davranışları azalacak.

*Hemşirelik Girişimleri:* Hastanın kendine zarar verme davranışının nedenini ifade etmesi için cesaretlendirilmesi, olumlu bir olay hatırlatılarak dikkatini başka yöne çekmesinin sağlanması, destek sistemlerinin araştırılması, hasta ile anlaşma yapılması, uygun koşullarda ailesiyle görüşmesinin planlanması, gelecek ile ilgili olumlu düşünmesi, baş etme yöntemlerinden en az iki tanesini uygulaması, duyuşsal yüklenme oluşturan etkenlerin azaltılması.

### **Beslenme ve Metabolik Durum**

O.A. enteral besin alımına ek, üç ana ve iki ara öğün Rejim 2 diyeti alıyor. İştahının stresle azaldığını, ölüm anksiyetesine bağlı yemek yerken veya su içerken nefes borusuna kaçtığını düşünüyor ve yaklaşık 15dk/sa aralıklarla aspirasyon istiyor.

*Hemşirelik Tanısı:* Beslenmede Dengesizlik: Gereksiniminden Az Beslenme

*Amaç:* Günlük metabolik gereksinimleri ve aktivite düzeyine uyumlu gerekli besin alacak.

*Hemşirelik Girişimler:* Malnutrisyon belirti ve bulgularının değerlendirilmesi; besin alımının önemi hakkında bilgilendirilmesi; oral veya enteral beslenirken uygun pozisyon verilmesi; yeme isteğinin oluşturulması için olumsuz düşüncelerin olumlu düşünceler ile değiştirilmesi; anksiyete artışı yüz ifadesi, davranış ve vital bulgular ile değerlendirilmesi; günlük besin alımının takip edilmesi; iştahını arttırmak için 3x1 olacak şekilde ağız bakımının yapılması; beslenme öncesi ortam, çarşaf, ventilatör ara bağlantı sistemi ve nemlendirici temizliğine dikkat edilmesi; aşırı kilo kaybının engellenmesi; ağız içi mukoz membran değişiminin önlenmesi.

### **Boşaltım Biçimi**

Tedavi sürecinde konstipasyon yaşıyor. Yatışının ilk ayı aldığı-çıkarıldığı takibinde sorun yok ancak idrar yapamadığını ifade ediyor ve anksiyete artışı gözleniyor. Şikayetleri nedeniyle yatışının ilk ayı 2 kez foley sonda takılıyor.

*Hemşirelik Tanısı:* Konstipasyon Riski

*Amaç:* Barsak hareketlerini her 1-3 günde yeterli olduğunu ifade edecek.

*Hemşirelik Girişimleri:* Hastanın oral sıvı alımının önemi konusunda cesaretlendirilmesi; uygun diyetin düzenlenmesi; konstipasyon belirtileri eğitimi verilmesi; konstipasyon gelişmesi durumunda uygun laksatif kullanılması; gerekirse fekal tıkaçın manuel olarak çıkarılması.

***Aktivite Egzersiz Biçimi***

Gece uykusu 2 saat, gündüz uykusu 3 saat; kendisini yorgun ve halsiz hissettiğini ifade ediyor.

*Hemşirelik Tanısı:* Aktivite İntoleransı

*Amaç:* Aktivite düzeyini arttıracak.

*Hemşirelik Girişimleri:* Hastanın uygulanan egzersiz ve vücut toleransının vital takip kontrolü ile değerlendirilmesi; bireysel beslenmesi konusunda cesaretlendirilmesi; aldığı-çıkardığı değerlendirmelerinin yapılması; uygun yatak içi egzersiz yap(ıl)ması; uygun oksijen tedavisin planlanması.

***Uyku Dinlenme Biçimi***

Uykuda öleceğini, uyursa kendisinin uyandırılması gerektiğini hatırlatıyor. Uyurken sık sık uyandığı, gündüz uyuduğu ve gün içerisinde anksiyetesinin arttığı gözleniyor.

*Hemşirelik Tanısı:* Uyku Örüntüsünde Bozulma

*Amaç:* Dinlenme ve aktivite arasında minimal denge ifade edecek.

*Hemşirelik Girişimleri:* Uyku/aktivite zamanları belirlenmesi; bakım saatleri hastanın uyku/uyanıklık zamanına göre planlanması; uyku saatlerinde rahatsız edilmemesi; uyumasını kolaylaştırıcı banyo yaptırılması, ölüm anksiyetesini azaltmak için konuşulması, ağrı varlığının değerlendirilmesi, sedatif ilaç uygulanması; dinlendirici, sessiz ve sakin ortam oluşturulması.

***Bilişsel Algılama Biçimi***

Hastanın bilinç düzeyinde değişiklik yok. Kişi, yer, zaman, oryantasyonu var. Duyusal sorun yaşamayan hasta, trakeostomi kaf basınç ayarı düzenli yapıldığında etkili iletişim kurabiliyor. Hastalığına ilişkin sorularını yazarak ifade ediyor.

***Kendini Algılama ve Kavrama Biçimi***

Tedirgin, umutsuz, uyku sorunları nedeniyle güçsüz, ventilatöre bağlı olmak ve boğulacağı düşüncesi ile anksiyetesinin arttığı, hastanede uygulanan girişimler, ALS hastalığı ve prognozu konularındaki bilgi eksikliği ile etkisiz baş etme ve tedaviye uyumsuzluklar gözlenmektedir.

*Hemşirelik Tanısı:* Uygulanan Girişimler ve ALS Hastalığına İlişkin Bilgi Eksikliği

*Amaç:* Bilgi eksikliğine bağlı gelişen anksiyetesinin azaldığını ifade edecek.

*Hemşirelik Girişimleri:* Hasta ve eşinin sağlık durumu, ALS tedavisi, PEG ve oral beslenme bilgi gereksinim düzeyinin değerlendirilmesi; hastalığa uygun video, broşür gibi eğitim materyallerinin kullanılması; planlanan eğitim sürelerinin ve sıklığının hasta ve eşine uygun zamanlarda ayarlanması; PEG ve trakeostomi kullanım nedenleri, günlük ilaç uygulamaları, damar yolu girişimlerinin hastaya gerekli ölçüde açıklanması; evde solunum cihazının kullanılması ve enteral beslenme konusunda danışmanlık yapılması; eğitim sonrası belirli aralıklarla öğrenme etkinliğinin değerlendirilmesi.

### ***Rol ve İlişki Biçimi***

O.A. eşi ve çocuklarıyla aile içi ilişkilerini iyi olarak tanımlıyor. Hastalık sürecinden dolayı makineyle yaşayacak olduğunu ve babalık rolünü yapamayacağını, bir yaşında çocuğu olduğunu, çocuklarıyla ilgilenemeyeceğini, eşinin ise tek gözünün az gördüğünü, psikiyatride tedavi gördüğünü ifade ediyor. Ailesinin maddi durumunu merak ediyor, eşiyile bu konuyu konuşuyor.

### ***Başetme- Stres İle Baş Etme***

O.A., "dua ederek hastalığı ile baş ettiğini" ifade ediyor.

### ***Cinsellik Üreme Biçimi***

Cinsel yaşamı konusunda konuşmaktan kaçıyor, göz teması kurmuyor, konuyu değiştiriyor.

### ***İnanç ve Değerler Biçimi***

Memlekette çobanlık yaptığını, eşinin çobanlığı istemediğini ve Ankara'nın daha iyi olacağını düşündüğü için geldiklerini anlatıyor. Hastalığını bir ceza olarak, Ankara'ya geldiği için yaşadığını belirtiyor.

## **TARTIŞMA**

Hemşirelik süreci, sistematik olarak tanımlanan verilerin düzenlenerek mevcut veya olası sağlık problemlerin belirlenmesi ve doğru hemşirelik tanısı konmasıdır (21). Ancak hemşirelik süreci yapılırken kullanılacak tanı sistemi, bir hemşirelik modeli ile birlikte uygulanırsa bireyin

ihtiyaçlarına uygun bakım alma olasılığı artmaktadır (22).

Çalışmada ele alınan olguda; ALS hastalarının bakım gereksinimlerini tanımlamak amacıyla Gordon'un FSÖ modeline göre değerlendirildiğinde beslenme, uyku, boşaltım, güvenlik-korunma, aktivite-dinlenme, kendini algılama alanlarında sorun yaşadığı belirlenmiştir.

Çalışmadaki bu bulgular literatürle benzerlik göstermektedir (9-12). ALS Derneği, ALS ile yaşamak kategorisinde karşılaşılan sorunları beslenme ve solunum desteği, günlük yaşam ve ebeveyn rol karmaşası şeklinde ele alarak nasıl çözümlenebileceğini açıklamaktadır.

Koç F., Tan E. (2018) Amiyotrofik Lateral Sklerozda Tedavi üzerine yaptığı araştırmada benzer yaşanan sorunlar ve tedavi planına değinmişlerdir. Ayrıca çalışmalarında ALS hastalarında ödem olabileceği vurgulanmaktadır, fakat hastamızda ödem gözlenmemektedir (23).

Bu çalışmada sorun alanlarına yönelik hemşirelik tanıları belirlenerek, uluslararası hemşirelik girişimleri uygulanmıştır (21,24). Cinsellik ve üreme ile ilgili yeterli veri toplanamadığı için tanı konulamamıştır.

Çalışmada O.A. ile sağlığı algılama-sağlığın yönetimine yönelik sözel veya sözel olmayan iletişim kurulduğunda, güvenlik konusunda sorun yaşadığı belirlenmiştir. Bu kapsamda, incelendiğinde kendine zarar verme riski

hemşirelik tanısına ilişkin girişimler sonucunda kendine zarar verme davranışlarının ailesiyle görüştüğü günlerde kısmen azaldığı gözlenmiştir. Diğer günlerde aralıklarla hastanın elleri kısıtlanarak kontrol edilmiştir.

Hastanın beslenme sağlık örüntüsünde, beslenmede dengesizlik tanısına uygun hemşirelik girişimleri sonucunda belirgin kilo değişimi gözlenmemiştir. Aralıklarla bireysel olarak maximum 300 cc/sa sıvı almıştır. Ölüm anksiyetesi düşünceleri kısmen azalmıştır.

Hastanın sağlıklı olduğu zamanlardaki boşaltım öyküsüne göre değişimler gözlenmesi üzerine konstipasyon hemşirelik tanısı planlanmıştır. Tanıya yönelik yapılan hemşirelik girişimleri sonucunda hasta konstipasyon belirtilerini iletmiştir. Oral alımını kabul etmediği için diyeti uygulanamamıştır. Konstipasyon gelişmesi üzerine tedavisi uygulanmıştır.

Aktivite intoleransı tanısına yönelik yapılan girişimler sonucunda O.A. pozisyon değişimini istememiş, dekübit gözlenmemiştir (Sudokrem kullanılıyor). Aralıklarla yatak içinde ayaklarıyla egzersiz yaptığı gözlenmiştir. Egzersizde yaşam bulgularında sorun yaşanmamış, yürütülmeye çalışıldığında tansiyonu 95/59mmHg gözlemlenmiştir.

Hastanın uyku dinlenme uyumunda, uyku örüntüsünde bozulma tanısına yönelik haftada bir banyo yaptırılmıştır. Yapılan girişimler sonucunda tedirgin yüz ifadesi, gece uyanmalarının devam ettiği, uyduğunu ama dinlenemediğini ifade

etmiş, gün içerisinde anksiyete artışı kısmen giderilmiştir.

Kendini algılama ve kavrama örüntüsünde, hastanın bilgi eksikliği tanısına yönelik planlanan girişimler aşırı anksiyete yaşamaması nedeniyle etkili uygulanamamıştır. Ev tipi ventilatörün kullanımı açıklanırken hastada taşikardi, hipertansiyon, aşırı terleme; hastanın eşinde ise telaşlı yüz ifadesi, ellerini kontrol edememe, soruları tekrarlama gözlenmiştir. "Evde 1 yaşında çocuğum var. Ben nasıl kullanacağım." şeklinde ifade etmiştir.

O.A'da hastalık sürecinde gelişen solunum yetmezliğine bağlı aşırı anksiyetesi, antidepresan ve anksiyolitik ilaçlarla azaltılmaya çalışılmış, ev tipi ventilatörle taburculuğu planlanmıştır.

## SONUÇ

ALS Derneği raporlarına göre her yüz bin kişiden yılda 2-6'sı ALS tanısı almaktadır. Giderek artmakta olan ALS'li bireylere ait tüm bilgilerin kaydedilmesi, bakımın kalitesini göstermektedir. Bu çalışma, yeterli deneyimi olan ve gerekli beceri ve bilgiyle donatılmış hemşirelere, yapılan girişimleri kayıt yaparak temel hospitalizasyon süreçlerinin yönetimi için yol gösterici olacaktır. Profesyonellerin hemşirelik sürecini bilmeleri ve süreç doğrultusunda bakıma ilişkin uygulamalarını sürdürmeleri hastada bakım ve yaşam kalitesini arttıracaktır. Ayrıca tanıya özgü daha kolay bakım verebilecekleri, pratik hemşire kayıt formları geliştirme ve kayıt tutma imkanı sağlayacaktır.



## KAYNAKLAR

1. Chio A, Logroscino G, Traynor BJ, Collins J, Simeone JC, Goldstein LA and White LA. Global Epidemiology of Amyotrophic Lateral Sclerosis: a Systematic Review. Published Literature Neuroepidemiology. 2013; 41(2):118-130.
2. Gordon PH. Amyotrophic lateral sclerosis: an update for 2013 clinical features, pathophysiology, management and therapeutic trials. Aging and disease. 2013; 4(5), 295.
3. Özoğuz A, Uyan Ö, Birdal G, Iskender C, Kartal E, Lahut S, et al. The distinct genetic pattern of ALS in Turkey and novel mutations. Neurobiology of aging. 2015; 36(4), 1764-e9.
4. Bruijn L, Miller TM, Cleveland DW. Unraveling the mechanisms involved in motor neuron degeneration in ALS. Annu. Rev. Neurosci. 2004; 27, 723-749.
5. Chio A, Logroscino G, Traynor BJ, Collins J, Simeone JC, Goldstein LA et al. Global epidemiology of amyotrophic lateral sclerosis: a systematic review of the published literature. Neuroepidemiology. 2013;41:118-30.
6. Castaneda-Vazquez D, Bosque-Varela P, Sainz-Pelayo A, Riancho J. Infectious agents and amyotrophic lateral sclerosis: another piece of the puzzle of motor neuron degeneration. Journal of Neurology. 2018; 1-10.
7. Guidetti D, Bondavalli M, Sabadini R, Marcello N, Vinceti M, Cavalletti S, et al. Epidemiological survey of amyotrophic lateral sclerosis in the province of reggio emilia, italy: Influence of environmental exposure to lead. Neuroepidemiology. 1996;15:301-312.
8. Kurt E. Amiyotrofik Lateral Skleroz Hastalarının Deri Biyopsilerinde Epidermal Büyüme Faktörü (Egf) ve Keratinosit Büyüme Faktörünün (Kgf) Ekspresyonunun Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Ankara; 2017.
9. Ülkemizde ALS, ALS-MNH Derneği, Erişim adresi: <https://www.als.org.tr/turkiye-de-als-mnh-hastaligi>, Erişim tarihi:03.06.2018/22.06.2018.
10. Turner MR, Benatar M. Ensuring Continued Progress In Biomarkers For Amyotrophic Lateral Sclerosis. Muscle & Nerve. 2015; 51(1), 14-18.
11. Lee J, Bell M. Articulatory Range of Movement in Individuals With Dysarthria Secondary to Amyotrophic Lateral Sclerosis. American journal of speech-language pathology. 2018; 1-14.
12. Mazzini L, Mogna L, De FM, Amoroso A, Pane M, Aloisio I, Cantello R. Potential Role of Gut Microbiota in ALS Pathogenesis and Possible Novel Therapeutic Strategies. Journal of clinical gastroenterology.2018.
13. Yeşil T, Uslusoy EÇ, Korkmaz M. Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yüğü Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 5(4), 54-66.
14. Toğal T, Aydoğan MS, Karahan K, Şener A, Uçar M, Ersoy MÖ. Amiyotrofik Lateral Skleroz Olgularında Yoğun Bakım Tedavisi. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi. 2009; 16(2).
15. Mutluay FK, Tekeoğlu A, Saip S, Altıntaş A, Siva A. Group Exercise Training Approach To Multiple Sclerosis Rehabilitation. 2008; 20, 26.
16. Alankaya N. Amiyotrofik Lateral Skleroz ve Bakım. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine Nursing-Special Topics. 2016; 2(2), 73-79.
17. Stephens HE, Felgoise S, Young J, Simmons Z. Multidisciplinary ALS clinics in the USA: A comparison of those who attend and those who do not. Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration. 2015; 16(3-4), 196-201.
18. Bassola B, Sansone VA, Lusignani M. Being Yourself and Thinking About the Future in People With Motor Neuron Disease: A Grounded Theory of Self-care Processes. Journal of Neuroscience Nursing. 2018; 50(3), 138-143.
19. Park YJ, Lee J, Kim SH, Ko SH, Shin MJ, Chang JH, et al. Care Status of the ALS Patients With Long-Term Use of Tracheostomy Tube. Annals of rehabilitation medicine. 2015; 39(6), 964-970.
20. Türen S, Kalp Yetersizliğinde Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli Doğrultusunda Hemşirelik Bakımı. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2014;18(2):68-73.
21. Carpenito-Moyet, L.J. (Çeviren: Erdemir, F.) Hemşirelik Tanıların El Kitabı. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. 2012; sf: 45; 120; 136; 258; 288; 481.
22. Babacan Gümüş A, Şıpkın S, Keskin G. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ile Bir Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi Determining the Care Needs of Elderly Individuals Who Live in a Nursing Home According to the Functional Health Patterns Model. 2012; 3(1), 13-2.
23. Koç F, Tan E. Amiyotrofik Lateral Sklerozda Tedavi [İnternet]. TND Nöromüsküler Hastalıklar Bilimsel Çalışma Grubu , <http://www.noroloji.org.tr/menu/99/amiyotrofik-lateral-sklerozda-tedavi> E.T: 22.06.2018.
24. Bulecek GM. ve ark. (Çeviren: Erdemir F, Kav S, Akman Yılmaz A.) Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC). Nobel Tıp Kitabevleri. 2017; 6. Baskı. sf: 107; 135; 252-53; 290-91; 370; 434; 516;.

## OLGU SUNUMU

## Over Kanser Tanısı Alan Bir Olguda Cinsel Sağlık Değerlendirilmesi

*Semra TUNCAY<sup>1</sup>, Zehra CAN<sup>2</sup>, Sena KAPLAN<sup>3</sup>, Sevil ŞAHİN<sup>3</sup>*

## ÖZ

**Amaç:** Günümüzde kanser dünya genelinde ölümlerin en önemli ikinci nedeni olup, küresel olarak yaklaşık altı ölümden biri kanserlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Kadınlarda kanserden kaynaklanan ölümlerde, jinekolojik kanserler, meme kanserinden sonra ilk sırada yer almaktadır. Jinekolojik kanserlerde cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi gibi tedavilere bağlı olarak ortaya çıkan sorunlar, kadının fiziksel, psikolojik ve cinsel sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bunun yanı sıra jinekolojik kanserlerin tedavisinde uygulanan cerrahi girişimlerden sonra kadınlar; kendilerini cinsel eş olarak çekici bulmamakta ve doğurganlıklarını kaybettikleri için kadınlıklarını da kaybettiklerini düşünmektedirler. Bu bakımdan, jinekolojik kanser deneyimi yaşayan kadınların ve eşlerinin cinsel danışmanlık konusunda profesyonel desteğe ihtiyacı artmaktadır. Bu çalışmada, jinekolojik kanser sürecinde olan olgularda cinsel sağlığın değerlendirilmesi ve uygun yaklaşımın geliştirilmesi ve hemşirelik hizmetlerine katkı sağlaması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmada over kanseri tanısı alan bir olguda, yazılı onam alındıktan sonra; sağlığın cinsel alanı değerlendirilmiş olup, bu kapsamda hemşirelik yaklaşımları tartışılmıştır.

**Bulgular:** Over kanseri tanısı alan bu olguda; kanser ve tedavisinin beden imajı, cinsiyet rolü, cinsel fonksiyonlar ve üreme yeteneği olmak üzere cinsel sağlığın dört temel alanının etkilendiği tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Jinekolojik kanser tanısı alan her hastada beden imajı, cinsiyet rolü, cinsel fonksiyonlar ve üreme yeteneği olmak üzere cinsel sağlığın dört temel alanının değerlendirilmesi, sorun alanlarına göre danışmanlık verilerek, ihtiyaçlarına göre yönlendirilmeleri önem taşımaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Cinsel sağlık, Hemşirelik, Jinekolojik kanserler

## Assessment of Sexual Health in A Case Diagnosed with Ovarian Cancer

*Semra TUNCAY<sup>1</sup>, Zehra CAN<sup>2</sup>, Sena KAPLAN<sup>3</sup>, Sevil ŞAHİN<sup>3</sup>*

## ABSTRACT

**Aim:** In today's world, cancer is the second most important cause of death worldwide, and one of six deaths is caused by cancer on the global scale. With regards to the mortality rate for woman with cancer, gynecologic cancers are the first right after the breast cancer. The complications arising out of such treatment procedures of gynecologic cancers like radiotherapy and chemotherapy, lead to negative impacts on the physical, psychological and sexual health of women. Besides, women do not find themselves attractive as a sexual partner, while also thinking to have lost their femininity for losing fertility potential, following the surgical interventions applied in the treatment processes of gynecologic cancers. In this regard, the need for a professional support in sexual counselling starts to increase in women suffering from gynecologic cancer and their partners. In this study, it is aimed at carrying out an assessment on the sexual health of cases diagnosed with gynecologic cancer, developing a proper approach, as well as providing contribution to the nursing services.

**Method:** In the study, the sexual health of the case, who was diagnosed with ovarian cancer, was subjected to an assessment, while discussing the nursing approaches within this scope, after receiving the respective written confirmation.

**Results:** In this case, who was diagnosed with ovarian cancer, it was established that four main areas of sexual health, as the body image, gender role, sexual functions and fertility, were affected by cancer and its treatment process.

**Conclusion:** It is of great importance to carry out an assessment on four main areas of sexual health as the body image, gender role, sexual functions and fertility for every patient, who is diagnosed with gynecologic cancer, as well as providing consultancy services based on the problems, while directing them as per their needs.

**Key words:** Gynecological cancers, Nursing, Sexual health.

<sup>1</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi

<sup>2</sup> Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri

<sup>3</sup> Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

**Sorumlu Yazar:** Semra TUNCAY

**E-posta adresi:** tuncaysemra@windowslive.com

**ORCID No:** 0000-0002-3344-2951

**Gönderi Tarihi:** 26.06.2018

**Kabul Tarihi:** 16.07.2018

## GİRİŞ

Günümüzde kanser; fiziksel, psikolojik ve cinsel sağlığı etkileyen kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Kanser tanısı alma, uygulanan tıbbi ve cerrahi tedaviler yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve yaşama uyumu zorlaştırmaktadır (1,2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre kanser, dünya genelinde ölümlerin en önemli ikinci nedeni olup, küresel olarak yaklaşık altı ölümden biri kanserlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (3). 2015 yılında dünyada 8.8 milyon kişi kanserden hayatını kaybederken, Amerikan Kanser Topluluğu tarafından 2018 yılında yayınlanan bir raporda, Amerika Birleşik Devlet'lerinde 2016 tarihinden bu yana 15.5 milyondan fazla kişinin kanser ile mücadele ettiği belirtilmiştir (3,4).

Ülkemizde ise her beş ölümden biri kansere bağlı meydana gelmekte olup, kansere bağlı ölümler ikinci ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (5,6). Kadınlarda kanserden kaynaklanan ölümlerde jinekolojik kanserler meme kanserinden sonra ilk sırada yer almaktadır (5). Ülkemizi temsil niteliğinde olan Türkiye Kanser Araştırması sonuçlarına göre, ülkemizde kadınlarda en sık görülen kanser türleri içerisinde over, endometrium ve serviks kanserleri başta olmak üzere jinekolojik kanserler önemli yer tutmaktadır (7).

Jinekolojik kanserler ve tedavisinin, kadın sağlığı üzerinde birçok olumsuz etkileri bulunmaktadır. Cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi gibi tedavilere

bağlı ortaya çıkan sorunlar kadının fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden sağlığını olumsuz yönde etkilerken, aile ve iş yaşamı ile ilgili sorunlar yaşamasına ve gelecek yaşama yönelik belirsizliklere neden olmaktadır (8). Yapılan çalışmalar jinekolojik kanser ve tedavisinin kadın cinsel sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olduğunu göstermektedir (9-11). Çünkü üreme organları kadın olma kimliğinin belirleyicilerinden olup, kadının beden imajı ve benlik saygısının şekillenmesinde önemli role sahiptir. Bu organların hastalığı ya da yokluğu kadınlığın kaybı, kadın olarak kendini kusurlu ya da eksik hissetme şeklinde yorumlanabilmektedir (8).

Aynı zamanda yapılan çalışmalar; jinekolojik kanser tanısı alan kadınların çoğunluğunun cerrahi ya da tedavi sonrasında cinsel isteksizlik, orgazm bozuklukları, disparonia ve cinsel ilişki sıklığında azalma gibi cinsel sorunlar yaşadıklarını göstermektedir (12-14). Bunun yanı sıra jinekolojik kanserlerin tedavisinde uygulanan cerrahi girişimlerden sonra kadınlar; kendilerini cinsel eş olarak çekici bulmamakta ve doğurganlıklarını kayb ettikleri için kadınlıklarını da kayb ettiklerini düşünmektedirler (2,8,9,12,14). Bu bakımdan jinekolojik kanser deneyimi yaşayan kadınların ve eşlerinin cinsel danışmanlık konusunda profesyonel desteğe ihtiyacı artmaktadır. Ancak yapılan çalışmalar jinekolojik kanser tanısı alan kadınların çoğunluğunun cinsel disfonksiyon yaşamalarına rağmen, sağlık profesyonellerinden cinsel danışmanlık alma

konusunda çekingen davranış gösterdiklerini ortaya koymuştur (14,15).

Bu çalışmada over kanseri tanısı alan bir olguda yazılı onam alındıktan sonra; sağlığın cinsel alanı değerlendirilmiş olup, bu kapsamda hemşirelik yaklaşımları tartışılmıştır. Çalışmanın jinekolojik kanser sürecinde olan olgularda cinsel sağlığın değerlendirilmesi ve uygun yaklaşımın geliştirilmesinde hemşirelik hizmetlerine katkı sağlaması amaçlanmıştır. Aynı zamanda bu konuda yapılan çalışmaların oldukça sınırlı olduğu göz önüne alındığında, araştırmanın literatüre katkı sağlaması beklenmektedir.

## OLGU SUNUMU

36 yaşında, lisans mezunu ve kendisine ait özel bir iş yeri olan bayan A.K., 10 yıl önce lisans mezun olan ve kendisine ait özel bir iş yerinde işletmeci olarak çalışan eşi ile görücü usulü ile evlenmiştir. 8 yaşında bir çocuğa sahip olan A.K., cinsel yönden aktif olduğunu belirtmektedir. Hasta, eşi ile uyumlu evliliklerinin olduğunu ve cinsel yönden sorun yaşamadıklarını ifade etmektedir. A.K bir yıl önce gecikmiş menstruasyon şikayeti ile jinekoloji polikliniğine başvurmuştur. Yapılan tetkikler ve USG sonucunda her iki overde 3 cm büyüklüğünde kitlesinin olduğu belirlenmiştir. Acil olarak hastaneye yatışı yapılan hastanın patoloji sonucunda birinci evre sağ-sol over kanseri olduğu belirlenmiştir. Bunun sonucunda cerrahi olarak çift taraflı oofektomi ameliyatı uygulanmış ve kemoterapi tedavisi başlanmıştır. Hasta dokuz aydır periyodik olarak kemoterapi tedavisi almaktadır.

Over kanseri tanısı alan bu olguda; kanser ve tedavisinin beden imajı, cinsiyet rolü, cinsel fonksiyonlar ve üreme yeteneği olmak üzere cinsel sağlığın dört temel alanına etkisi ayrıntılı olarak incelenmiştir (9,11,14,16).

## Beden imajı

Hastaya hastalık tanısı almadan önce kendini nasıl algıladığı sorulduğunda, “Ben saç düşkünüm, çok bakımlı biriydim... Çok severdim (saçlarımı) çok uzundu... Her zaman bakımlı olmaya çalışırdım... ” şeklinde kendini ifade etti. Hastaya ameliyat ve kemoterapi sonrası dış görünüşü hakkında ne düşündüğü sorulduğunda, “Hastalık döneminde çok kilo verdim... Ameliyattan çıktığımda karnımda kocaman bir dikiş, insan kendinden bir soğuyor... Sonra saçlarım gitti, kendimi daha da kötü hissettim... Allah sizlere göstermesin gerçekten zor bir şey... Zaten kötü görünüyorsun, ilaç da seni kötü yapıyor, rengin falan kalmıyor.” şeklinde kendini ifade ederken ağladı. Hastaya eşine saçlarını gösterip göstermediği sorulduğunda ise “Hiç açmadım saçlarımı... Kalmadı ki zaten, tek tük böyle.” şeklinde kendini ifade etti.

## Cinsiyet rolü

Hastaya hastalığının ve tedavi sürecinin onu bir kadın, eş/partner ve anne olarak nasıl etkilediği soruldu. Hasta kendini “Oğlum tek çocuk ve özellikle bana düşkündür, bizim oğlumla biraz daha farklı ilişkimiz vardı, birbirimize çok bağlıydık ama son dönemde ilişkimiz çok etkilendi oğlumla... Şimdi oğluma annem bakıyor... Eşim ile olan ilişkimiz de eşimin desteği sayesinde, kendimi kötü bir eş olarak

hissetmedim, eşimle ilişkimiz değişmedi, hâlâ planlarımızı birlikte yaparız...” cümleleri ile ifade etti.

### **Cinsel fonksiyonları**

Hastaya cerrahi sonrası ve kemoterapi sürecinde cinsel yaşamının nasıl etkilendiği sorusu yöneltildi. Hasta “Eşim bana bu dönemde çok yardımcı oldu, hep arkamda, hani şimdi erkeğin de bir ihtiyacı, ben onu ondan sonra yok korkuyorum diye yüz çeviremem ama olur Allah’ın izni ile sıkıntı yaşayacağımı düşünmüyorum. Hastalığımın sonra cinsellikten korkmuyorum ama daha cinsel ilişkimiz olmadı, cinsellikle ilgili ileri duygular hissetmedim... Ama öyle bir ortam olamadı, olacak gibi değil... Çok haliniz olmuyor ama kendimi güçlü hissettiğimde olmayacak gibi değil... Endişem yok açıkçası olur diye düşünüyorum...” cümleleri ile kendini ifade etti.

### **Üreme yeteneği**

Hastaya tekrar anne olamayacağı konusunda neler hissettiği sorusu yöneltildi. Hasta kendisini “İkinci çocuğum olsun çok isterdim ama oğlum var, o benim için şükür sebebi... Oğlum çok istiyor kardeş... Kardeş de çok güzel bir şey, tabii ki bende isterdim.” cümleleri ile ifade etti.

### **TARTIŞMA**

DSÖ cinsel sağlığı; cinsel yönden sadece hastalık, işlev bozukluğu veya sakatlık olmaması değil, aynı zamanda fiziksel, duygusal, mental yönden iyilik halinin olması olarak tanımlanmıştır. Tüm

bunların yanında DSÖ cinsel sağlığı; cinsellik ve cinsel ilişkiye olumlu, saygılı bir yaklaşımın yanı sıra; zorlama, ayrımcılık ve şiddetten uzak güvenli cinsel deneyimler olarak tanımlanmaktadır (36,43). Konu ile ilgili olarak yapılan çalışmalar jinekolojik kanserlerin kadın cinsel sağlığını fiziksel, hormonal, psikolojik ve sosyal yönden olumsuz etkilendiğini göstermektedir (21,31,37-39). Aynı zamanda yapılan çalışmalar jinekolojik kanser tedavi sürecinin, kadınlarda beden imajı, cinsiyet rolü, cinsel fonksiyon ve üreme yeteneği alanlarında sorun yaşanmasına neden olduğunu göstermektedir (21,31,37-40). Pek çok kadın karşılaştığı bu sorunlar ve olumsuz etkiler ile tek başına baş etmeye çalışmaktadır (40). Oysaki jinekolojik kanser tanısı almış bireylerin karşılaştığı sorunlara yönelik birey odaklı danışmanlıkla soruların hızla çözüme kavuştuğu ve olumlu katkısının olduğu bilinmektedir (37).

Beden imgesi bireyi fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkileyen önemli bir olgudur (44). Özellikle jinekolojik kanserli kadınlarda kemoterapi, radyoterapi, brakiterapi ve cerrahi tedaviler beden imgesinde bozulma ve benlik saygısında azalmaya neden olmaktadır (16). Kadınlar üremenin sembolü olarak görülen overlerin ve uterusun işlevini yitirmesini cinsel olarak çekiciliğinin azalması, kadınlık ve üreme kaybı olarak düşünmektedirler (17). Yapılan çalışmalar jinekolojik kanserli kadınların tedavi sürecinde alopesi, kilo artışı, yorgunluk, bulantı ve kusma gibi yaşadıkları sorunların, beden imajlarını ve cinsel çekicilik algılarını olumsuz

etkilediğini göstermiştir (18-22). Aynı zamanda kanser ve tedavi sürecinde ortaya çıkan semptomlar kadın beden algısında memnuniyetsizliğe ve yaşam kalitesinde ise düşmeye neden olmaktadır (23,41). Bunun yanı sıra negatif kişilik özelliğine sahip, ileri hastalık evresinde olan ve erken yaş döneminde tanı alan jinekolojik kanserli kadınların beden algılarının daha düşük olduğuna vurgu yapılmaktadır (24). Çalışmamızda da literatürle benzer olarak A.K.'nın "İnsan, kendinden bir soğuyor, sonra saç gitti, kendimi çok kötü hissettim... Zaten kötü görünüyorsun, ilaç da seni kötü yapıyor rengin falan kalmıyor." ifadesi ile beden imajına yönelik olumsuz duygular yaşadığı belirlenmiştir. Hastaya, beden imajı ve benlik saygısına yönelik duygularının yeniden yapılandırması için birey merkezli biyo-psikososyal destek sağlanmıştır. Hastanın değişen bedeni kabul etmesi için; yaşadığı kriz durumunu anlamasına, değerlendirmesine ve kabul etmesine yardım edildi. Hastanın baş etme ve sosyal destek (aile, arkadaşlar vb. ) mekanizmalarının geliştirilmesi için destek olundu. Hastanın eşine ise; hastanın beden imajının bozulması durumunda eş yaklaşımının önemi anlatıldı. Hastalıkla ilgili olumsuz düşünceleri var ise duygularını ifade etmesine teşvik ederek yeni durumu kabullenmesine yardım edildi. Saçları için peruk kullanımına yönlendirildi. Hasta, destek grupları ya da grup terapilerine katılması için desteklendi.

Jinekolojik kanser tedavisinin olumsuz etkilerinden biri kadınlık kimliğinin önemli unsurlarını oluşturan cinsiyet/kadınlık rolü üzerine

olmaktadır (8). Jinekolojik kanser sonrası histerektomi ya da abdominal cerrahi geçiren kadınların, kadınlık kimliğinin değerlendirildiği bir çalışmada; cinsel fonksiyonlarının bozulduğu, ve cinsiyet rolüne ilişkin olumsuz duygulanımlarının olduğu görülmüştür (25). Yapılan bir nitel çalışmada ise kadının içinde yaşadığı topluma ve kültürel özelliklere bağlı olarak kadın cinsel organlarına verilen anlamın değiştiği, bunun yanı sıra verilen anlam arttıkça üreme organlarının yaralanması, kaybı durumunda cinsiyet/kadınlık rolüne ilişkin olumsuz duygulanımların olduğu görülmüştür (26). Çalışmamızda hasta ile yapılan görüşmede cinsiyet/kadınlık rolüne ilişkin duygularını ifade etmesine imkân sağlandı. A.K. duygularını "Oğlum tek çocuk ve özellikle anne düşkündür, bizim oğlumla biraz daha farklı ilişkimiz vardı, birbirimize çok bağlıydık ama son dönemde ilişkimiz çok etkilendi oğlumla... Şimdi oğluma annem bakıyor... Eşim ile olan ilişkimizde eşimin desteği sayesinde, kendimi kötü bir eş olarak hissetmedim, eşimle ilişkimiz değişmedi, hâlâ planlarımızı birlikte yaparız..." şeklinde ifade etti. Hastanın cerrahi operasyon ve kemoterapi sonrası sürece bağlı olarak eş rolünde sorun yaşamadığı ancak çocuğunun bakımını yerine getiremediği için annelik rolüne ilişkin sorun yaşadığı ortaya çıkmıştır. Hastaya annelik rolüne yönelik duygularını yeniden yapılandırması için danışmanlık sağlanmıştır. Aile terapistine yönlendirilmiştir. Annelik rolünün yeniden kazandırılması için eşi ile birlikte çocuğunun yiyecek, giyecek ve sosyalleşme gibi bazı



bakımlarının üstlenmesi için cesaretlendirilmiştir. Birlikte yorucu olmayan aktiviteler (müzik dinlemek, televizyon izlemek, kitap okumak) yapması önerilmiştir.

Jinekolojik kanserlerde uygulanan tedavi yöntemleri kadında; korku ve endişeye, cinsel istekte azalmaya, cinsel ilişki sırasında ağrı yaşanmasına, cinsel uyarı ve orgazm sorunlarına neden olabilmektedir (27-30). Jinekolojik kanserli kadınlarla cinsel işlev bozukluğunun değerlendirildiği bir meta-analiz çalışmasında; çalışmaya katılan kadınların çoğunun cinsel işlev bozukluğu yaşadığı tespit edilmiştir (31). Bu durum ise kanser ile mücadele eden kadınların hayatında, sağ kalımı süresini etkileyebilen başka bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır (32). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayılması El Kitabı'na (DSM-5) göre, Amerikan Psikiyatri Birliği, cinsel ilgi/uyarılma disfonksiyonları, orgazm ve genito pelvik ağrı/penetrasyon sorunlarını; cinsel sağlık ile ilgili, kadın hayatında karşılaşılan tedavi edilmesi gereken bir sorun olarak ele almıştır (33). Ancak uygulanan tedavi yöntemleri neticesinde karşılaşılan cinsel disfonksiyonların nedeni psikolojik, fizyolojik ve sosyolojik faktörlere bağlı olduğu için tedavisi ve önerileri multifaktöriyel ve disiplinler arası olması kadın cinsel sağlığını olumlu düzeyde etkileyeceği, yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir (34). Çalışmamızda yapılan görüşmede öncelikle A.K.'nın, cinsel yaşam biçimi ve tercihlerini yargılamadan, cinselliğe yönelik inanç, tutum ve değerleri belirlendi. Aynı zamanda kanser

sürecinde cinsel yaşama yönelik korku ve endişeleri belirlendi. Hawkins ve arkadaşlarının jinekolojik hastalar üzerinde yaptığı çalışmada hastaların %71'inin tanıdan sonra cinsel yaşamlarında olumsuz değişiklikler yaşadığını, beden imajındaki değişikliklerden dolayı cinsel aktiviteden uzaklaştığı ve eşler arasında yakınlığın azaldığı saptanmıştır (42). Çalışmamızda ise hasta cinsel yaşamını "Eşim bana bu dönemde çok yardımcı oldu, hep arkamda, hani şimdi erkeğinde bir ihtiyacı, ben onu ondan sonra "yok korkuyorum" diye yüz çeviremem ama olur Allah'ın izni ile. Sıkıntı yaşayacağımı düşünmüyorum, hastalığından sonra cinsellikten korkmuyorum ama daha cinsel ilişkimiz olmadı, cinsellikle ilgili ileri duygular hissetmedim... Ama öyle bir ortam olmadı, olacak gibi değil... Çok haliniz olmuyor... Ama kendimi güçlü hissettiğimde olmayacak gibi değil... Endişem yok açıkçası, olur diye düşünüyorum..." şeklinde ifade etti. Herhangi bir tıbbi yasaklama olmaksızın, tedavi sürecinde yaşanan halsizlik ve cinsel istekte azalmaya bağlı olarak hastanın cinsel yaşamını ertelemesi sebebiyle cinsel fonksiyon alanında sorun yaşadığı tespit edilmiştir. Hastaya cinsel yaşam ve cinsel sağlıklarına ilişkin kendisini rahatça ifade edebildiği bir ortam sağlandı. Hastaya üreme organları ve fonksiyonu, cinsel yanıt döngüsü, kanser ve tedavisinin cinsel fonksiyon üzerine etkisi hakkında bilgi verildi. İçinde bulunduğu kültür özellikleri dikkate alınarak kadın ve erkek cinselliği ile ilgili sahip olduğu yanlış inanışları

tartışılarak düzeltildi. Aynı zamanda kemoterapi sonrası yaşanabilecek olası cinsel sorunların çözümüne yönelik (kayganlaştırıcı jel kullanması, pelvik taban kas egzersizlerini uygulaması vb.) spesifik önerilerde bulunuldu. Eşiyle birlikte profesyonel danışmanlık almaları için rehberlik yapıldı.

Geleneksel kültürlerin, kadın olmaya yüklediği anlam, üreme yeteneğine sahip olmak ve çocuk doğurmakla eşdeğer görülmektedir. Bu nedenle üreme organlarının kaybı kadın rollerinin kaybı olarak değerlendirilmektedir (8). Jinekolojik kanserde yüksek doz radyoterapi ve kemoterapi tedavisi, overlerin işleyişinde bozulmalara yol açabilmekte ve infertiliteye neden olmaktadır (35). Çalışmamızda yapılan görüşmede, A.K. “İkinci çocuğum olsun çok isterdim... Ama oğlum var, o benim için şükür sebebi... Oğlum çok istiyor kardeş... Kardeş de çok güzel bir şey tabii ki, ben de isterdim.” şeklinde kendini ifade etti. Hastanın infertiliteye yönelik korku ve endişelerini ayrıntılı ifade etmesine imkan sağlandı. A.K.’ya geçirmiş olduğu oofektomi ameliyatı hakkında bilgi verilerek, doğurganlığı üzerindeki etkisi açıklandı ve soruları cevaplandırıldı.

## SONUÇ

Çalışmamızda ele alınan olguda over kanser tanısı alma ve tedavi sürecinin; beden imajı, cinsiyet rolü, cinsel fonksiyonlar ve üreme yeteneği olmak üzere cinsel sağlığın dört temel alanını etkilediği belirlenmiştir. Bu kapsamda jinekolojik kanser tanısı alan her hastalarda beden imajı, cinsiyet rolü, cinsel fonksiyonlar ve üreme yeteneği olmak

üzere cinsel sağlığın dört temel alanının değerlendirilmesi, sorun alanlarına göre danışmanlık verilerek, ihtiyaçlarına göre yönlendirilmeleri önem taşımaktadır. Aynı zamanda cinsel sorunlar değerlendirilirken hastanın kültürel parametrelerin göz önünde bulundurulması ve eşlerin aktif katılımının sağlanması önerilmektedir. Tüm bunların yanında danışmanlık hizmetlerinde, biyopsikososyal yaklaşım içerisinde kadının fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden bir bütün olarak alınıp, ekip işbirliği içerisinde etkin tedavisi sağlanmalıdır. Aynı zamanda jinekolojik kanserlerde cinsel sağlığın geliştirilmesine yönelik kanıt temelli rehberlerin hazırlanması ve standardize edilmesi önem taşımaktadır. Literatürde bu alanda yapılan çalışmaların sınırlı olduğu göz önüne alındığında, jinekolojik kanser tanısı alan kadınlara cinsel sağlığın değerlendirilmesine yönelik toplum tabanlı çalışmaların yapılması önerilir.

## KAYNAKLAR

1. Keskin G, Gümüş B. A. Turkish hysterectomy and mastectomy patients - depression, body image, sexual problems and spouse relationships. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2011; 12(2): 425-432.
2. Gilbert E, Ussher JM, Perz J. Sexuality after gynaecological cancer: A review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Maturitas.* 2011;70 (1): 42- 57.
3. World Health Organization:WHO [İnternet].Cancer. [Erişim tarihi: 28.06.2018]. Erişim Adresi: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer/>
4. American Cancer Society [İnternet]. Cancer facts & figures; 2018. [Erişim tarihi: 28.06.2018]. Erişim adresi: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2018/cancer-facts-and-figures-2018.pdf>
5. Türkiye İstatistik Kurumu [İnternet]. Ölüm nedeni istatistikleri, 2016. [Erişim tarihi: 29.06.2018]. Erişim adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572>
6. Türkiye İstatistik Kurumu [İnternet]. Basın odası haberleri. [Erişim tarihi 28.06.2018]. Erişim adresi: [http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2017\\_24\\_20170504.pdf](http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2017_24_20170504.pdf)
7. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. [İnternet]. Türkiye kanser istatistikleri. [Erişim tarihi: 28.06.2018]. Erişim

- adres:[https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2014-RAPOR\\_uzuuun.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/2014-RAPOR_uzuuun.pdf)
8. Reis N. Jinekolojik kanser ve tedavilerinin kadın cinsel sağlığına etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2003;7(2): 35-41.
  9. Parton, C. M., Ussher, J. M., & Perz, J. Women's construction of embodiment and the abject sexual body after cancer. *Qualitative Health Research*. 2016; 26(4): 490-503.
  10. Gershenson, D. M., Miller, A. M., Champion, V. L., Monahan, P. O., Zhao, Q., Cella, D., & Williams, S. D. Reproductive and sexual function after platinum-based chemotherapy in long-term ovarian germ cell tumor survivors: a gynecologic oncology group study. *Journal Of Clinical Oncology*. 2007; 25(19):2792-2797.
  11. Bober, S. L., Recklitis, C. J., Michaud, A. L., & Wright, A. A. Improvement in sexual function after ovarian cancer: effects of sexual therapy and rehabilitation after treatment for ovarian cancer. *Cancer*. 2018;124(1), 176-182.
  12. Ratner ES, Foran KA, Schwartz PE, Minkin MJ. Sexuality and intimacy after gynecological cancer. *Maturitas*. 2010; 66(1): 23-26.
  13. Cleary V, Hegarty J. Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. *European Journal Of Oncology Nursing*. 2011.15(1): 38-45.
  14. Pinar, G., Kaplan, S., Akalin, A., Abay, H., Ayhan, A., & Ayhan, Y.. Evaluation of sexual dysfunction and affecting factors in Turkish women with gynecological cancer. *Sexuality and Disability*. 2016; 34(1), 49-62.
  15. S Catt, L Fallowfield, V Jenkins, C Langridge, A Cox. The informational roles and psychological health of members of 10 oncology multidisciplinary teams in the UK, *Br J Cancer*. 2005 Nov 14; 93(10): 1092-1097.
  16. Pearce G, Ntoumani TC, Duda JL, McKenna J. Changing bodies: Experiences of women who have undergone a surgically induced menopause. *Qualitative Health Research* . 2014;24(6):738-48.
  17. Hubayter Z, Simon JA. Testosterone therapy for sexual dysfunction in postmenopausal women. *Climacteric*. 2008;11(3):181-91.
  18. Green, M. S., Naumann, R. W., Elliot, M., Hall, J. B., Higgins, R. V., & Grigsby, J. H. Sexual dysfunction following vulvectomy. *Gynecologic Oncology*. 2000;77(1):73-77.
  19. Candy, B., Jones, L., Vickerstaff, V., Tookman, A., & King, M. Interventions for sexual dysfunction following treatments for cancer in women.. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2. The Cochrane Collaboration [Internet]. Erişim tarihi: 28.06.2018]. Erişim adresi:[http://discovery.ucl.ac.uk/1474569/1/Candy\\_et\\_al-2016-The\\_Cochrane\\_library.pdf](http://discovery.ucl.ac.uk/1474569/1/Candy_et_al-2016-The_Cochrane_library.pdf)
  20. Bilge, Ç., Kaydırak, M. M., & Aslan, E. Jinekolojik kanserin cinsel yaşam üzerindeki etkileri. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;7(3): 31-38.
  21. Reis N, Beji NK, Coskun A. Quality of life and sexual functioning in gynecological cancer patients: Results from quantitative and qualitative data. *European Journal of Oncology Nursing*. 2010;14(2): 137-146.
  22. Burns M, Costello J, Ryan-Woolley B, Davidson. Assessing the impact of late treatment effects in cervical cancer: an exploratory study of women's sexuality. *European Journal of Cancer Care*, 2007;16(4):364-372.
  23. Sacerdoti RC, Laganà L, Koopman C. Altered sexuality and body image after gynecological cancer treatment: how can psychologists help?. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2010;41(6), 533.
  24. Teo I, Cheung YB, Lim TYK, Namuduri RP, Long V, Tewani K. The relationship between symptom prevalence, body image, and quality of life in Asian gynecologic cancer patients. *Psycho-oncology*, 2018;27(1), 69-74.
  25. Bergmark K, Åvall-Lundqvist E, Dickman P. W, Henningsohn L, Steineck G. Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer. *New England Journal of Medicine*. 2018;340(18), 1383-1389.
  26. Butler L, Banfield V, Sveinson T. Conceptualizing sexual health in cancer care. *Western Journal of Nursing Research*. 1998;20(6): 683-705.
  27. Golbasi, Z., & Erenel, A. S. The quality of sexual life in women with gynecological cancers. *Archives of gynecology and obstetrics*. 2012; 285(6):1713-1717.
  28. Donovan KA, Tahaferro LA, Alvarez EM, Jacobsen PB, Roetzheim RG, Wenham RM. Sexual health in women treated for cervical cancer: Characteristics and correlates. *Gynecologic Oncology*, 2007; 104(2): 428-434.
  29. Lo ST, Kok WM. Sexuality of Chinese women around menopause. *Maturitas* 2013;74(2):190-195.
  30. Pieterse QD, Maas CP, Ter Kuile MM, Lowik M, Van Eijkeren, MA, Trimbos JBMZ, Kenter GG. An observational longitudinal study to evaluate miction, defecation and sexual function after radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy for early-stage cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer*, 2006; 16(3):1119-1129.
  31. Maiorino MI, Chiodini P, Bellastella G, Giugliano D, Esposito K. Sexual dysfunction in women with cancer: A systematic review with meta-analysis of studies using the Female Sexual Function Index. *Endocrine*. 2016; 54(2):329-341.
  32. ZA Alicikus, IB Gorken, RC Sen, S Kentli, M Kinay, H Alanyali, O Harmancioglu. Psychosexual and body image aspects of quality of life in Turkish breast cancer patients: a comparison of breast conserving treatment and mastectomy. *Tumori Journal*. 2009;95(2), 212-218.
  33. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Pub. 2013.
  34. Falk, S. J., & Dizon, D. S. Sexual dysfunction in women with cancer. *Fertility and sterility*. 2013;100(4):916-921.
  35. Schover LR. Sexuality and fertility after cancer. *American Society of Hematology*. 2005;2005(1):523-527.
  36. World Health Organization [Internet]. Defining sexual health. [Erişim tarihi: 30. 05. 2018]. Erişim adresi: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)
  37. Olesen, M. L., Duun-Henriksen, A. K., Hansson, H., Ottesen, B., Andersen, K. K., & Zoffmann, V. A person-centered intervention targeting the psychosocial needs of gynecological cancer survivors: a randomized clinical trial. *Journal of Cancer Survivorship*. 2016;.10(5), 832-841.
  38. Leach CR, Weaver KE, Aziz NM, Alfano CM, Bellizzi KM, Kent EE, Rowland JH. The complex health profile of long-term cancer survivors: prevalence and predictors of comorbid conditions. *Journal of Cancer Survivorship*, 2015; 9(2), 239-251
  39. Portman, D. J., Gass, M. L., & Vulvovaginal Atrophy Terminology Consensus Conference Panel. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Climacteric*. 2014;. 17(5):557-563.
  40. Archer S, Buxton S, Sheffield D. The effect of creative psychological interventions on psychological outcomes for adult cancer patients: a systematic review of randomised controlled trials. *Psycho-Oncology*. 2015;24(1):1-10.
  41. Green MS, Naumann W, Elliot M, Hall JB, Higgins R, Grigsby J. Sexual Dysfunction Following Vulvectomy. *Gynecol Oncology*. 2000; 77 (1): 73-77.

42. Hawkins Y, Ussher J, Gilbert E, Perz J, Sandoval M, Sundquist K. Changes in Sexuality and Intimacy After the Diagnosis and Treatment of Cancer: The Experience of Partners in a Sexual Relationship With a Person With Cancer. *Cancer Nursing*. 2009; 32(4):271-280.
43. World Health Organization [Internet]. Sexual health [Erişim tarihi:30. 06. 2018]. Erişim adresi: [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/en/](http://www.who.int/topics/sexual_health/en/)
44. Kucuk, N., Mecdi Kaydirak, M., Aydın Bilge, C., & Hotun Sahin, N. Evaluation of the effect of obesity on self-respect and sexuality in women. *Anadolu psikiyatri dergisi-anatolian journal of psychiatry*. 2018; 19(2):126-134.

## OLGU SUNUMU

**Guillain-Barre Sendromuna Eşlik Eden İşitme Kaybı: Vaka Sunumu**

*Serpil ALLUŞOĞLU<sup>1</sup>, Sevginar ÖNDER<sup>1</sup>, Mehmet Fatih KARAKUŞ<sup>1</sup>*

**ÖZ**

**Amaç:** *Guillain-Barre Sendromu* (GBS) periferik sinir ve sinir köklerinin akut, enflamatuvar immün bir hastalıdır. GBS genellikle ilerleyici flask paralizi ve derin tendon refleksi azalması ile giden, yaygın duyuşsal, motor ve otonomik semptomlarla karakterize edinsel akut poliradikülönöropatidir. Literatürde, GBS'ye eşlik eden işitme kaybına nadir rastlanmaktadır. Bu nedenle bu raporda, 4 yaşında GBS tanısı almış olan, bilateral orta-ileri derecede sensörinöral işitme kaybı gelişen bir çocuk vaka sunuldu.

**Yöntem:** Hastanın verileri vaka sunumu olarak yazıldı.

**Bulgular:** Makalede hastanın saf ses hava yolu eşikleri, kemik yolu eşikleri, konuşmayı alma eşikleri ( speech reception threshold [SRT] ) ve İşitsel Beyinsapı Cevapları (*Auditory Brainstem Response* [ABR] ) verildi.

**Sonuç:** GBS'li hastalarda multidisipliner takip gerekmektedir. GBS'ye sensorinöral işitme kaybı (SNİK) eşlik eden hastaların ortak nörolojik profili distal ekstremitelerde uyuşukluk ve fasial paralizidir. Özellikle bu bulguların olduğu GBS vakalarında, işitme kaybına rastlanabileceğinden dolayı hastaların odyometrik değerlendirmeye de yönlendirilmesi önemlidir.

**Anahtar kelimeler:** Guillain-Barre sendromu, İşitme kaybı, Odyometrik değerlendirme

**Hearing Loss Associated with Guillain-Barre Syndrome: Case Report**

*Serpil ALLUŞOĞLU<sup>1</sup>, Sevginar ÖNDER<sup>1</sup>, Mehmet Fatih KARAKUŞ<sup>1</sup>*

**ABSTRACT**

**Aim:** Guillain-Barre Syndrome (GBS) is an acute, inflammatory disease of the peripheral nerves and nerve roots. GBS is an acquired acute poliradiculoneuropathy characterized by common sensory, motor and autonomic symptoms, usually accompanied by progressive flask paralysis and deep tendon reflex reduction. In the literature, hearing loss accompanying GBS is very rare. Because of this, we presented a child patient who had bilateral moderately severe hearing loss at the age of 4 and had GBS.

**Method:** The patient's data was written as a case report.

**Results:** In this article pure-tone air-conduction thresholds, bone-conduction thresholds, speech reception threshold (SRT), and Auditory Brainstem Responses (ABR) of the patient were given.

**Conclusions:** Multidisciplinary follow-up is needed in patients with GBS. The common neurological profile of patients with GBS which accompanied by sensorineural hearing loss (SNHL) is numbness in the distal extremities and facial paralysis. Especially for GBS patients with these findings, it is important to direct for audiological evaluation because hearing loss may also be encountered.

**Keywords:** Audiometric evaluation, Guillain-Barre syndrome, Hearing loss

<sup>1</sup>Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**Sorumlu Yazar:** Serpil ALLUŞOĞLU

**E-posta adresi:** serpilallusoglu@gmail.com

**Gönderi Tarihi:** 10.07.2018

**ORCID No:** 0000-0002-8684-8023

**Kabul Tarihi:** 20.07.2018

## GİRİŞ

*Guillain-Barre Sendromu* (GBS), otoimmün bir etyoloji ile meydana gelen kranial sinir; periferik sinir ve sinir köklerinin akut, enflamatuvar edinsel polinöropatisidir. GBS'ye genellikle distalden başlayıp proksimale doğru ilerleyen simetrik kas güçsüzlüğü, derin tendon refleksi azalması, yaygın duysal, motor ve otonomik semptomlar eşlik eder. Çocukluk çağında görülen GBS'de kranial sinir tutulumu yaygındır. Distal pareteziler ve nöropatik ağrı sıklıdır. Etkilenmiş çocukların yaklaşık %45'inde fasial güçsüzlük ve oftalmopleji görülür. Diğer (III, IV, VI) kranial sinirlerin tutulumuna bağlı disfaji, nazal konuşma, pitozis, diplopi ve eksternal göz hareketlerinde bozukluk görülebilmektedir. Yıllık insidansı dünyada 1-4/100.000'dir [1].

GBS'nin tanısı; klinik kriterler, elektromyografi, beyin omurilik sıvısında albuminositolojik disosiasyon varlığı ile konur. Etyopatogenezi tam bilinmemekle birlikte 3-45 gün önce geçirilmiş enfeksiyonlar, cerrahi işlemler, geçici immüsupresyon ve aşılarda, etyolojisinde rol almaktadır. GBS'de virus ya da bakterilerin antijenik uyarısı nedeniyle Schwan hücreleri ve aksonların glikopeptitlerine karşı otoimmün cevap gelişmektedir. GBS'nin farklı klinik alt tipleri mevcuttur. Bunlardan en sık rastlanılanı akut inflamatuvar demyelinizan polinöropatidir (%90). Bunun dışında akut motor aksonal nöropati, akut motor-sensoriyel nöropati, 6. Kranial sinir tutulumunun eşlik ettiği *Miller Fisher Sendromu*, akut pandisotonomi, akut duysal nöronopati

sayılabilir. GBS genellikle iyi prognozlu bir hastalıktır. Hastaların %90'ı bir yıl içinde tamamen ya da hafif bir nörolojik defisit ile iyileşmektedir. GBS nadiren ölümcül bir hastalık olabilmektedir (%1 ile %18 arasında). GBS tedavisinde destek tıbbi bakım, immünoterapi (İntravenöz immünoglobülin (IV Ig) tedavisi ve plazma değişimi) yer almaktadır [2-4].

GBS'de çeşitli motor, duysal ve otonomik semptomlar görülebilmektedir. Literatürde, GBS'ye eşlik eden işitme kaybı olduğuna dair klinik çalışma nadir olup, sınırlı sayıda vaka sunumu mevcuttur. Takazawa ve ark. kendilerinin GBS olan bir vakalarını yayınladıkları çalışmalarında, GBS'ye SNİK eşlik eden literatürdeki diğer vakaları da derlemişlerdir. Bu hastalarda ABR yanıtlarında farklılıklar olduğunu, SNİK prognozunun %90 vakada iyi, %10 vakada ise kötü olduğunu belirtmişlerdir. GBS'ye eşlik eden işitme kaybına nadir rastlandığından dolayı, bu vakada GBS ile birlikte görülen işitme kaybı bulgusuna dikkat çekilmesi hedeflendi [2].

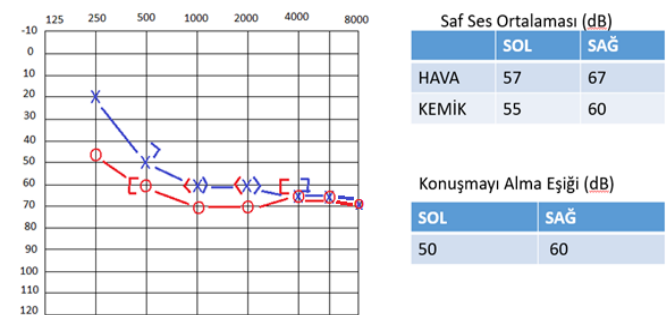
## OLGU SUNUMU

Vaka, 4 yaşına kadar hiçbir sağlık problemi olmayan, 4 yaşında GBS tanısı almış bir kız çocuktur. Hastanın detaylı anamnezinde, 3 yaş 11 aylıkken, annesi doğum yapmak üzere hastaneye yattığı günlerde (2 gün) ateşlendiği öğrenildi. O dönem ateşinin kaç dereceye çıktığına dair net bilgi elde edilemedi. Kardeşinin doğumundan sonra kardeşini kıskanması nedeniyle psikolojik durumu etkilenmiş. Yaklaşık 40 gün çok iştahsız bir süreç



geçirdiğinden dolayı iyi beslenememiş. Kardeşinin doğumundan 40 gün sonra (4 yaşında) bir akşam 37,5 derece ateşi ve karın ağrısı olmuş. Ertesi sabah yürüme güçlüğü gelişmiş. Hastaneye başvurmuşlar. Yatışı yapılarak incelemeleri yapıldığında GBS tanısı almış. Hastanede yattığı süreçte, IVIg tedavisi uygulanmış. 4 gün sonra taburcu edilmiş. Yaklaşık 1,5-2 ay sonra hastaneye tekrar yatırılmış. İkinci yatış sürecinde 2 gün daha IVIg tedavisi uygulanmış. Tedavinin sonunda emekleme ve daha sonra da yürüme gelişmeye başlamış. Yaklaşık 1 yıl sonra, (5 yaşında) çocuğun kendisi az duyduğunu bildirdiği için hastanemizin Kulak-Burun-Boğaz polikliniğine başvurmuşlar. Çocuğun ebeveynleri işitme kaybından hiç şphelenmemiş. Hasta bize ulaştığında odyometrik değerlendirmesi yapıldı. Odyometrik değerlendirmeler sessiz kabinde *Interacoustics* marka AC-40 model odyometre cihazı ile TDH-39 kulaklık kullanılarak gerçekteşirildi. Saf ses hava yolu eşikleri 0.25, 0.5, 1, 2, 4, 6, 8 kHz frekanslarında, saf ses kemik yolu eşikleri ise 0.5, 1, 2 ve 4 kHz frekanslarında tespit edildi. İmmitansmetrik ölçümler *Interacoustics* marka AZ-26 model impedansmetre kullanılarak yapıldı. ABR değerlendirmesi ve *Otoacoustic Emission* (OAE) değerlendirmeleri *Interacoustics Eclipse EP25* marka cihaz ile insert kulaklık kullanılarak gerçekteşirildi. Hastanın işitme eşikleri oyun odyometrisi yöntemi ile güvenilir olarak elde edildi (şekil 1) ancak literatürde GBS'li vakalarda ABR dalgalarında değişiklikler (dalgaların kaybolması, latansın uzaması gibi çeşitli varyasyonlar) olabildiği bildirilmektedir. Bu nedenle her iki

kulakta, 80 dB nHL klik uyaran (alternate polarite, 21.1 uyaran hızı) kullanılarak ABR cevapları değerlendirildi. (şekil 2) Sağ kulak ABR cevapları: I. Dalga: 1.81 msn, III. Dalga:3,76 msn, V. Dalga: 5,73 msn; Sol kulak ABR cevapları: I. Dalga: 1.79 msn, III. Dalga:3,80 msn, V. Dalga: 5,81 msn'de elde edildi. Her iki kulakta *Distortion Product Otoacoustic Emission* (DPOAE) cevapları elde edilemedi. Her iki kulakta Tip A timpanogram elde edildi. Her iki kulakta akustik stapes refleksi (ASR) eşikleri yükselmişti. (Tablo 1). Birbiri ile uyumlu olan saf ses hava yolu eşikleri, kemik yolu eşikleri, SRT, ABR ve OAE cevaplarının bir arada değerlendirilmesi sonucunda bilateral orta-ileri derecede SNİK olduğu saptandı ve her iki kulağında dijital olarak programlanabilen kulak arkası işitme cihazı kullanması önerildi. Hasta 3 yıldır takibimizde olup şu anda 8 yaşındadır. Konuşma hızı yavaştır. Yutma ve salya kontrolü ile ilgili zorlukları vardır. İnce motor ve kaba motor becerilerde zorlanmakta ve çabuk yorulmaktadır. Bu becerilerine yönelik Fizik tedavi ev programı ile takip edilmektedir.



**şekil 1:** 0.25, 0.5, 1, 2, 4, 6 ve 8 kHz frekanslarındaki saf ses hava yolu eşikleri, 0.5, 1, 2, ve 4 kHz frekanslarında saf ses kemik yolu eşikleri ile konuşmayı alma eşiğikleri

İşitme kaybı stabil devam etmekte olup, herhangi bir iyileşme veya artış kaydetmemiştir. Hastanın SRT değerleri cihazsız olarak sol kulakta 50 dB, sağ kulakta 60 dB elde edilmişken (Şekil 1), bilateral işitme cihazlı SRT değeri 10 dB olarak değerlendirilmiştir. (Şekil 3) Halen işitsel algı, dil gelişimi ve artikülasyon becerileri aile eğitim programı ile desteklenmektedir.

**Tablo 1:** Her iki kulaktaki ipsilateral ASR'lerin durumu ve kontralateral ASR eşik değerleri

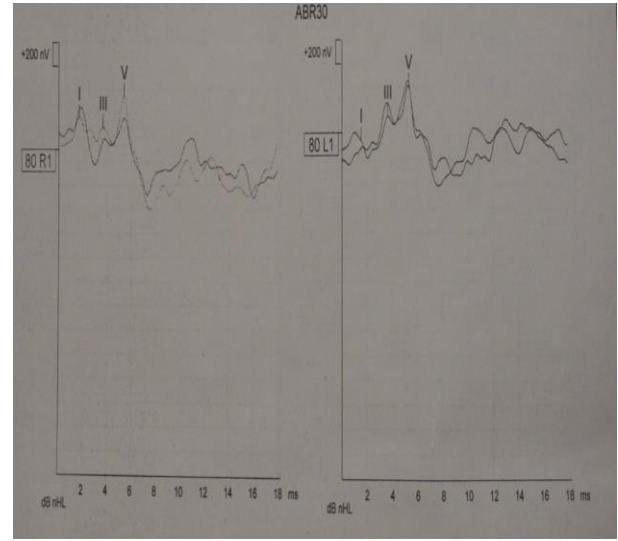
Ipsilateral ASR frekansı	Sol	Sağ
500 Hz	Elde edildi	Elde edildi
1000 Hz	Elde edildi	Elde edildi
2000 Hz	Elde edildi	Elde edildi

Kontralateral ASR frekansı	Sol	Sağ
500 Hz	90	90
1000 Hz	100	105
2000 Hz	100	110
4000 Hz	110	110

## TARTIŞMA

GBS otoimmün bir etyoloji ile meydana gelen kranial sinir; periferik sinir ve sinir köklerinin akut, enflamatuar edinsel polinöropatisidir [1]. Literatürde, GBS'ye eşlik eden işitme kaybına

nadir rastlanmaktadır. Topçu ve ark. GBS olan hastaların VEP ve BAEP'lerini 3 ayrı evrede (akut fazda; 3 hafta sonra; 3 ay sonra) kontrol grubuyla karşılaştırmışlar ve VEP ile BAEP değerlerinde anlamlı fark olmadığını ortaya koymuşlardır. Fakat, sadece birkaç hastanın 1. ve 2. evrede BAEP değerlerinin anormal olduğunu saptamışlardır [5].



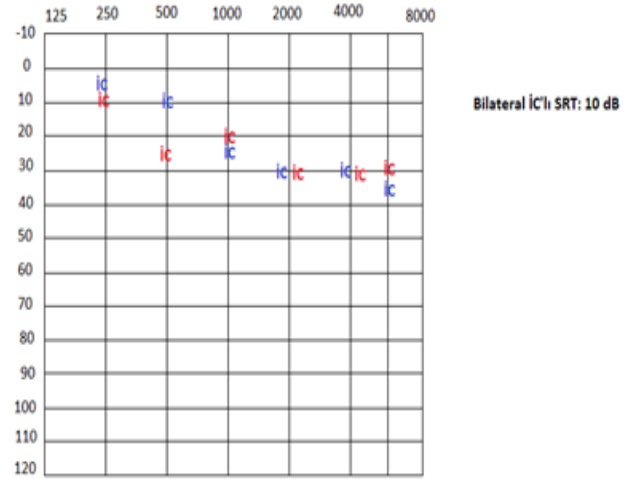
**Şekil 2:** Her iki kulakta 80 dB klik uyarın (alternate polarite, 21.1 uyarın hızı) ile elde edilmiş ABR cevapları. Sağ ABR cevapları: I. Dalga: 1.81 msn, III. Dalga:3,76 msn, V. Dalga: 5,73 msn; Sol ABR cevapları: I. Dalga: 1.79 msn, III. Dalga:3,80 msn, V. Dalga: 5,81 msn

Takazawa ve ark. kendilerinin GBS olan bir vakalarını yayınladıkları çalışmalarında, GBS'ye SNİK eşlik eden literatürdeki diğer vakaları da derlemiştir. Toplam 10 hastanın 8'inin motor ve duyuşal sinir iletim değerlendirme sonuçlarına göre hastaların 4'ünde akut emflamatuar demiyelinizan polinöropati diğer 4'ünde aksonal dejenerasyon saptandığı belirtilmektedir. ABR değerlendirmelerinde, I-V dalgaların tümünün

yokluğu, I. II. ve III. Dalgalara ait mutlak latansların uzaması, veya I-III dalgalar arası latansın uzaması şeklinde sonuçlar ortaya konmuştur [6, 7]. ABR'nin periferel segmentlerine ait bu anormalliklerin düzeldiği belirtilmektedir. Bu çalışmada kendi vakaları dahil 9 erişkin (%90) bireye ait SNİK prognozunun iyi olduğunu ve 1 çocuk vakada ise (%10) prognozun kötü olduğunu bildirmişlerdir [6]. Vakanın ilk değerlendirmesinde bilateral orta-ileri derecede SNİK olduğu ortaya konmuş olup, işitme kaybında 3 yıllık takip süresince herhangi bir değişiklik gözlenmemiştir.

## SONUÇ

GBS'li hastalarda multidisipliner takip gerekmektedir. GBS'ye SNİK eşlik eden hastaların ortak nörolojik profili distal ekstremelerde uyuşukluk ve fasial paralizidir. Özellikle bu bulguların olduğu GBS vakalarında işitme kaybına da rastlanabileceği göz önünde bulundurularak odyometrik değerlendirmeye de yönlendirilmesi önemlidir [6]. Ancak, literatürde GBS tanısı alan vakaların işitme bulgularına ait çalışmalar sınırlı olup bu konuda daha fazla vaka bildirimine ve klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.



**Şekil 3:** Her iki kulağında işitme cihazlı işitme eşikleri ve bilateral işitme cihazlı konuşmayı alma eşiği (SRT). (İC: sol kulak, İC: sağ kulak )

## KAYNAKLAR

1. Akıl, E., et al., *Guillain-Barre sendromunda klinik ve demografik özellikler*. Dicle Tıp Dergisi, 2014. **41**(4).
2. González-Suárez, I., et al., *Guillain-Barré syndrome: natural history and prognostic factors: a retrospective review of 106 cases*. BMC neurology, 2013. **13**(1): p. 95.
3. Mungan, S., et al., *Guillain-Barre sendromunda prognostik faktörler*. Dicle Tıp Dergisi, 2014. **41**(4).
4. Yavaşcan, Ö., et al., *Miller-Fisher sendromu İki vaka takdimi*. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2004. **47**: p. 283-6.
5. Topçu, M., et al., *Evoked potentials in Guillain-Barré syndrome*. The Turkish journal of pediatrics, 1993. **35**(2): p. 79-85.
6. Takazawa, T., et al., *Sudden deafness and facial diplegia in Guillain-Barré Syndrome: radiological depiction of facial and acoustic nerve lesions*. Internal medicine, 2012. **51**(17): p. 2433-2437.
7. Ueda, N. and Y. Kuroiwa, *Sensorineural deafness in Guillain-Barré syndrome*. Brain and nerve= Shinkei kenkyu no shinpo, 2008. **60**(10): p. 1181-1186.