



CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



## SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ DERGİSİ

Journal of Health  
Science Institute

2016  
SAYI 9

Hakemli Bilimsel Dergi

Peer - Reviewed Scientific Journal

Saygıdeğer Araştırmacılar,

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün süreli yayını olup 4 ayda bir (Nisan, Ağustos, Aralık aylarında) olmak üzere, yılda üç kez yayınlanır.

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi'nde Sağlık Bilimlerinin çeşitli alanlarında klinik ve deneysel özgün makale, derleme, olgu sunumu, editöre mektup türünde yazılara yer verilmektedir.

Prof.Dr. Zübeyda Akın POLAT  
Cumhuriyet Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

**Prof. Dr. Zübeyda Akın POLAT**

Baş Editör

Chef-Editor

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Parazitoloji AD.

Sivas- TR- Türkiye

**Prof. Dr. Ali ÇETİN**

Editör

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Kadın Doğum AD.

Sivas- TR- Türkiye

**Doç. Dr. Barış Atalay USLU**

Editör

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi

Veteriner Fakültesi

Dölerme ve Sun'i Tohumlama AD.

Sivas- TR- Türkiye

**Prof. Dr. Yalçın KARAGÖZ**

İstatistik Editörü

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi

Tıp Fakültesi Biyoistatistik AD.

Sivas- TR- Türkiye

**Dr. Öğretim Üyesi Gülseren DAĞLAR**

Editör

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi,

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Ebelik Bölümü Ebelik AD

Sivas- TR- Türkiye

**Dr. Öğretim Üyesi Alper KOÇYİĞİT**

Dil Editörü

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi

Veteriner Fakültesi

Dölerme ve Sun'i Tohumlama AD.

Sivas- TR- Türkiye

## DANIŐMA KURULU

### ADVISORY BOARD

Dr. Axel WEHREND  
Justus - Liebig Universitat, Frankfurter Str. 106  
35392 Giessen

Dr. Nikolaos K. PANOUSIS, DVM,  
Aristotle University of Thessaloniki PC 541 24,  
Thessaloniki, Greece

Dr. Maria Luisa MARENZONI  
University of Perugia, via S. Costanzo 4, 06126  
Perugia, ITALY

Dr. Sait ŐENDAĐ  
Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi  
Van-TR Türkiye

Dr. Abuzer ACAR  
Kocatepe Üniversitesi  
Afyon- TR- Türkiye

Dr. Nuri ALTUĞ  
Namık Kemal Üniversitesi  
Tekirdağ TR Türkiye

Dr. Bahat COMBA  
Hitit Üniversitesi  
Çorum-TR Türkiye

Dr. Bahiyar BAKIR  
Gazi Üniversitesi  
Ankara TR Türkiye

Dr. Ü. Bora BARUTÇU  
İstanbul Üniversitesi  
İstanbul- TR- Türkiye

Dr. Erman OR  
İstanbul CerrahpaŐa Üniversitesi  
İstanbul- TR- Türkiye

Dr. Mehmet ÇİTİL  
Kafkas Üniversitesi  
Kars TR Türkiye

Dr. Fetih GÜLYÜZ  
Akdeniz Üniversitesi  
Antalya- TR- Türkiye

Dr. Zafer KARAER  
Ankara Üniversitesi  
Ankara- TR- Türkiye

Dr. Fatih ATASOY  
Ankara Üniversitesi  
Ankara- TR- Türkiye

Dr. Zahid T. AĞAOĞLU  
Cumhuriyet Üniversitesi  
Sivas TR- Türkiye

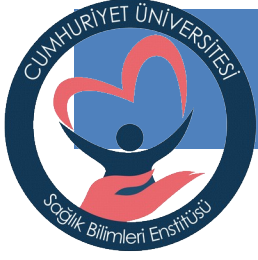
Dr. İbrahim YURDAKUL  
Cumhuriyet Üniversitesi  
Sivas TR- Türkiye

Dr. Onur BAŐBUĐ  
Cumhuriyet Üniversitesi  
Sivas TR- Türkiye

Dr. Sema USLU  
Cumhuriyet Üniversitesi  
Sivas TR- Türkiye

## İÇİNDEKİLER

1. Kanguru Bakımının Düşük Doğum Ağırlıklı ve Prematüre Yenidoğana Etkileri **Ebru GÜLER, Nuran AYDIN ATEŞ, Gözde KÜĞCÜMEN** Sayf  
a  
01-05
2. Hiperbilirubineminin Yenidoğana Etkisi ve Ebelik Yaklaşımı **Beyza Nur DOĞAN, Nuran AYDIN ATEŞ, Asiye AYAR KOCATÜRK** 06-11
3. Derin Doku Masajının Myofasyal Ağrı Sendromunda Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi **Ömer BİNGÖLBALİ** 12-16
4. Hastanede Yatan Hastaların Kendilerine Bakım Veren Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Bakımdan Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi **Tuba KARABEY, Şerife KARAGÖZOĞLU, Nurhayat POLAT, Arzu KESKİN** 7-24
5. Mide Adenokarsinomlarında Primer Tümör ve Karaciğer Metastazlarının FDG PET/BT Parametrelerinin Karşılaştırılması **Sevin AYAZ, Hasan Ali DURMAZ, Mehmet Ercüment DÖĞEN** 25-28
6. Gebelikte Bulantı ve Kusma Yönetimi **Gamze Büşranur TOPÇU, Nuran Aydın ATEŞ, Gözde KÜĞCÜMEN** 29-33
7. Uyku Apne Sendromunun Nadir bir nedeni: Larengeal schwannoma **Gamze ÖZTÜRK, Üstün OSMA, Ömer Tarık SELÇUK, Hülya EYİĞÖR, Erdem Atalay ÇETİNKAYA, Cem SEZER** 34-37
8. Hemşire, Hekim ve Hastaların Hemşirelik İmajına İlişkin GörüşleriScottish Fold Irkı Bir Kedide Feline İnfeksiyöz Peritonitis Olgusu **Meryem YILMAZ, Zehra GÖLBAŞI, Kübra Erturhan TÜRK, Ayşe Topal HANÇER** 38-44
9. İlk Doğumu Olan Lohusaların Epizyotomi Bakımı **Miray KURAK, Nuran Aydın ATEŞ, Gözde KÜĞCÜMEN** 45-49
10. Fruktoz Tüketimi ve Sağlık Üzerine Etkileri **Hatice Kübra YILMAZ, Hande Öngün YILMAZ** 50-57
11. Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Damgalanma **İmran BOYLU, Gülseren DAĞLAR** 58-63



## Kanguru Bakımının Düşük Doğum Ağırlıklı ve Prematüre Yenidoğana Etkileri

Ebru GÜLER<sup>1</sup>, Nuran AYDIN ATEŞ<sup>2</sup>, Gözde KÜĞCÜMEN<sup>3</sup>  
İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

<sup>1</sup>ORCID: 0000-0001-6728-1511

<sup>2</sup>ORCID: 0000-0003-0582-1484

<sup>3</sup>ORCID: 0000-0001-7052-3817

Geliş Tarihi / Received  
31.05.2019

Kabul Tarihi / Accepted  
09.06.2019

Yayın Tarihi / Published  
01.09.2019

**Özet:** Kanguru bakımı, doğumdan hemen sonra bebeğin anne ile ten tene temasının sağlandığı metottur. Bebeğin sakin ve huzurlu olmasını, annesine bağlanmasını sağlayan ekonomik, ön hazırlık gerektirmeyen ve yüksek kaliteli bir bakımdır. Düşük doğum ağırlığı (DDA) ve prematüre yenidoğanlar intrauterin ortamdan dış ortama geçiş yapmak durumunda kalırlar ve bakıma ihtiyaç duyarlar. DDA ve prematüreler de bu bakım yenidoğanın kilo artışı, annesini emmesini, yaşam bulgularının daha hızlı normal değerlere ulaşmasını, enfeksiyonlara rastlama oranlarının düşmesini ve taburculuğun kısa sürede gerçekleşmesini sağlamaktadır. Yenidoğanın gerek zihinsel gerekse fiziksel gelişimi açısından önemli bir yere sahiptir. Bebek dış ortama ancak annesinin kucağında onun kalp sesini, nefesini duyarak ve sıcaklığını hissederek adapte olabilir. Kanguru bakımı, DDA ve prematüre yenidoğanlar da morbidite ve mortalite oranlarının azalması için özel beceri gerektirmeyen, ebe/hemşire, anne ve baba tarafından olumlu algılanan güvenli bir uygulamadır. Çalışmanın amacı, kanguru bakımının DDA ve prematüre yenidoğana etkileri ile ne kadar süredir uygulandığını incelemektir. DDA ve prematüre yenidoğanın gelişimi açısından önemi birçok kaynak tarafından ifade edilmektedir.

**Anahtar Kelime:** Kanguru Bakımı, Düşük Doğum Ağırlığı, Prematüre, Ebelik Yaklaşımı

### Effects of Kangaroo Care on Low Birth Weight and Premature Newborn

**Abstract:** Kangaroo care is a method of contacting the mother and baby with the skin immediately after birth. It is a high quality care that is economical and does not require preparation, which allows the baby to be calm and peaceful and to be attached to his mother. Low birth weight (LBW) and premature newborns needs to switch from intrauterine environment to external environment and need care. In LBW and premature infants, this care helps the newborn to gain weight, to nurse her mother, to achieve normal values of life findings, to decrease the rate of infections and to make discharge possible in a short time. It has an important place in terms of both mental and physical development of newborn. The baby can only adapt to the outer environment with the sound of his heart on his mother's lap, hearing her breath and feeling the warmth. Kangaroo care, LBW, and premature newborns are safe practices that are perceived positively by parents and midwives/nurses and no need special skills to reduce morbidity and mortality rates. The aim of this study was to investigate the effects of kangaroo care on DDA and premature neonates and how long it has been applied. The importance of DDA and premature neonates in terms of development is expressed by many sources.

**Keywords:** Kangaroo Care, Low Birth Weight, Premature, Midwifery Approach

Sorumlu Yazar: Ebru GÜLER

Adres: İstanbul Medipol Üniversitesi, SBF, Ebelik Bölümü

E- mail: [ebruguler@st.medipol.edu.tr](mailto:ebruguler@st.medipol.edu.tr)

### GİRİŞ

Doğumdan sonraki birkaç dakika, anne ve bebek için birçok yönüyle önemlidir. Anne ile bebeği hemen bir araya getirerek Ten Tene Teması (TTT) sağlanmalıdır. Genellikle göbek kordonu buna izin verecek uzunlukta, hatta daha uzundur (11).

Kanguru bakımı, ebeveyn ve bebek etkileşimini sağlayan, bebeğin sadece bezi ve başının kapalı olmasıyla ebeveynin göğsü üzerine yüzüstü, dik olarak yerleştirilmesiyle TTT sağlandığı bir yöntem olarak belirtilmiştir. Erken doğan bebeklerde yinelenen TTT ile daha iyi bir anne ve bebek

bağlanmasının gerçekleştiği, birlikte vakit geçirmenin memnuniyetinin arttığı görülmektedir (6). Kanguru bakımı ilk olarak 1978 yılında Kolombiya Bogota'da ki Dr. Martinez ve Rey tarafından hastanelerindeki personel ve ekipman sıkıntısına yanıt olarak önerilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde yenidoğanın morbidite ve mortalitesinin azaltılması için tercih edilen, her yerde uygulanabilen, özel bir beceri gerektirmeyen, güvenli bir uygulamadır. Hastanede doğan bebekler kuluçka makineleri, radyan ısıtıcıları ve sıcak odalar da tutulurlar.

Bu ülkelerde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yüksek maliyet, yetersiz alet ve ekipman zorluğundan kanguru bakımının nerilmesine sebep olmaktadır (2).

Kanguru bakımı, bebeğin yaşam bulgularının stabilleşmesini, sinir sisteminin gelişimini sağlar; apne ve periyodik solunum ataklarını, yoğun bakımın bebek üzerindeki olumsuz etkilerini azaltır ve erken taburculuğa zemin hazırlar. DDA ve prematüre yenidoğanların yaşam bulgularının kısa bir sürede normal değerlere ulaşması beklenmektedir (5).

DDA ve prematüre yenidoğanlar için ebeveyn ve bebek arasındaki bakımda ebe/hemşireler aktif rol almaktadır. Kanguru tekniği prematüre bebeğe doğumundan sonraki ilk günlerde uygulanamamaktadır. Mesele sadece bebeğin gelişimini tamamlaması olduğunda anneye verilmektedir. Buradaki asıl amaç; bebeğin annesine en çok ihtiyaı olduğu sırada onu yabancı bir ortamda yalnız bırakmayı önlemektir. Böylece kanguru tekniği ile bebek annesinden koparılmamakta ve psikolojik gelişmesi de daha sağlıklı olmaktadır (12). DDA ve prematüre yenidoğanlar için kanguru bakımı son derece değerlidir.

### **Kanguru Bakımı**

Kanguru Bakımı, anne ile bebeğin TTT ile sağlanılan bir yöntemdir. Genellikle prematüre ve DDA bebeğin annesi ile temasta bulunduğu bir uygulamadır. Bu süreçte bebeğin ısısı korunur, emzirilmesi sağlanır ve anne- bebek etkileşimi güçlenir. Kanguru bakımı termde doğmuş bebeklerin bakımında da bebeğin sağlık ve iyilik halinin sürdürülmesinde etkinliğini gösteren kolay bir yöntemdir (1).

### **Kanguru Bakımının eşitleri**

Kanguru bakımı, başlanma zamanına ve uygulama süresine göre iki şekilde ele alınabilir. Uygulamaya başlanma zamanına göre ele alındığında önceleri geç, orta, erken ve çok erken olmak üzere dört genel

kategoriye ayrılmış, 1993'te uzmanlar tarafından doğum kanguru bakımı eklenerek beş kategori olarak kabul edilmiştir (16).

- **Geç Kanguru Bakımı;** Genellikle bebek yoğun bakım dönemini tamamladıktan sonra başlar (16).

- **Orta Kanguru Bakımı;** Genellikle bebekler hala ventilatörde, stabil veya stabil değilken doğumdan sonra yedi gün içinde başlar (16).

- **Erken Kanguru Bakımı;** Sıcak bir kvzde gerektiğinde oksijen ve intravenöz (İV) besleme ile stabil olabilen bebekler için doğum sonu 1. ve 24. saatler arasındaki bir zamanda başlar.

Bebek çıplaktır (bir başlık, bezli/bezsiz), annenin çıplak göğsüne memeleri arasına yüzüstü yerleştirilir. Bebek ve anne için en önemli şey karın-karına, cilt-cilde temas ile bebeğin ısı ve kuruluğunun korunmasıdır (16, 17).

- **Çok Erken Kanguru Bakımı;** Doğum odasında genellikle doğum sonu 30.-40. dakika arasında başlar. Bebek ıplak halde, bir başlıkla ya da başlıksız olarak annenin çıplak göğsüne yüzüstü yerleştirilir. (16, 17).

- **Doğum Kanguru Bakımı;** Bebek doğum sonu ilk dakikadan itibaren annenin göğsüne veya karnına yüzüstü cilt-cilde yerleştirilir. Isı kaybını önlemek için; bebeğin kafasına kuru bir başlık giydirilir ve ısladığında değiştirilir, sıcak ve kuru bir battaniye ile sırtı örtülür. Bebek, annenin göğsü veya karnındayken ilk emzirme gerçekleştirilebilir. İdeal olarak, ağırlık lm, K vitamini uygulaması gibi diğer tüm müdahaleler en azından doğum sonu ilk bir saatin sonuna kadar ertelenir (16, 17).

İkiz bebeklerde ise Kanguru bakımı uygulamaları farklılaşabilir. İkiz bebeklerde bu bakım ayrıık, ardışık ve paylaşılmış olmak üzere üç farklı şekilde uygulanabilir (19).

- **Ayrıık Kanguru Bakımı:** İki ebeveynin aynı anda bebeklere kanguru bakımını uygulamalarıdır. Annenin bebeklerden birine kanguru bakımı vermesi sırasında babanın da diğer bebeğe kanguru bakımı vermesidir (19).

- **Ardışık Kanguru Bakımı:** Aynı ebeveynin bebeklere art arda kanguru bakımı uygulamasıdır (19).

- **Paylaşılmış Kanguru Bakımı:** Tek ebeveyn tarafından iki bebeğe aynı anda kanguru bakımı uygulanmasıdır (19).



**Şekil 1:** Ayrık Kanguru Bakımı.

**Kaynak:** World Health Organization. (2003). Kangaroo Mother Care: A Pratical Guide. Department of Reproductive Health and Research, WHO, Geneva. P.14.

#### **Kanguru Bakımının Basamakları**

Özel tedavi gerektirmeyen ve ciddi bir rahatsızlığı bulunmayan tüm yenidoğanlara kanguru tekniği uygulanabilmektedir. Bebek doğar doğmaz rutin tüm muayeneleri yapıldıktan sonra tekniğin uygulanması için bir sakınca yok ise en erken dönemde anneye bu uygulamayı yapması konusunda yardımcı olunur. Doğum sonrası dönemde kadın kendi gereksinimlerini dahi karşılamakta güçlük çektiğinden dolayı ebe ve hemşirelerin bebek bakımı, sağlık takibi, anne ve baba eğitimi gibi konularda önemli görevleri bulunmaktadır. Kanguru bakımı uygulaması öncesinde bazı işlemlerin gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

iki elini de serbest kullanabilmesini sağlamak için destekleyici bağ kullanılabilmektedir (19).

#### **Kanguru Bakımının Uygulanması**

Anneye bilgilendirilmeler yapıldıktan sonra normal oda ısısında memesi açık olarak hazırlanır. Bebek annenin vücuduna dik şekilde yüz üstü olarak yatırılmalıdır. Bebeğin başı tek bir yöne doğru dönük olmalıdır. Anne ile bebek yakın temas halinde bulunmalıdır. Ve bebek annesinin nefes almasını hissetmeli ona bu eylem bir uyarı olmalıdır(13).

#### **Düşük Doğum Ağırlıklı (DDA) ve Prematüre Yenidoğanlar**

Doğum, bebek ve ailesi için yeni bir başlangıç ve uyum sürecidir. Otuz yedi hafta altı günden önce doğan bebekler prematüre olarak adlandırılmaktadır. Yaşamın ilk 0-28 günlük yenidoğan dönemi bütün bebekler için en önemli uyum zamanıdır ve özellikle prematüre bebekler için hayati önem taşımaktadır (7, 9).

Bunlar;

- Kanguru Bakımı Öncesi Ailenin Bilgilendirilmesi Ve Eğitimi
- Mevcut Çevrenin Hazırlanması Ve Fiziksel Koşulların Sağlanması
- Kanguru Bakımının Uygulanması (8).

#### **Kanguru Bakımı Öncesinde Ailenin Bilgilendirilmesi ve Eğitimi**

Kanguru bakımı için ailenin istekli olması esastır. Annenin hastanede ve evde desteklenmesi gerekmektedir. Kadın bebeğine sağladığı faydaların farkında olarak işlemleri devam ettirmelidir. Bebeğiyle bu şekilde temas halinde olmasının, ısı kontrolünü, ağrı kontrolünü, erken taburculuğu ve maddi kazancın meydana getirdiğini bilmelidir. Kanguru bakımını uygulayacak ebeveynin kendi hijyenine özen göstermesi gerekmektedir (8).

#### **Mevcut Çevrenin Hazırlanması ve Fiziksel Koşulların Sağlanması**

Kanguru bakımında ideal olan ailenin gece gündüz bebekle birlikte kalmasıdır. Bakıma başlamadan önce bu tekniği uygulayacak kişinin mahremiyetine önem gösterilmelidir ve mevcut çevrenin ısı 22- 24 °C olacak şekilde, yöntemin faydalarını bilerek uygulamalıdır. Ayrıca ebeveynin bebeğiyle birlikte kanguru bakımı sırasında rahatça hareket etmesi ve her



**Şekil 2:** Kanguru Bakımı Uygulanması

**Kaynak:** World Health Organization. (2003). Kangaroo Mother Care: A Pratical Guide. Department of Reproductive Health and Research, WHO, Geneva. P.11.

Annenin sıcaklığında bebek huzurla bu pozisyonda istediği sürede kalabilmelidir. Bu pozisyonda bebek hareketleri minimum



seviyede olur ve enerji harcama durumu azalır. Bu bakım anne kitap okurken, yemek yaparken, yatarken kısacası günün her anında yapılabilir. Baba da bu uygulamada aktif rol alabilmektedir (20).

Prematüre bebekler gestasyon yaşlarına ve doğum ağırlıklarına göre sınıflandırılmaktadır. Gestasyon yaşları temel alınarak yapılan sınıflamaya göre, ileri derecede prematüre, orta derecede prematüre ve geç prematüre olmak üzere üç gruba ayrılır.

Doğum ağırlığı temel alınarak yapılan sınıflamaya göre; düşük doğum ağırlıklı bebek, çok düşük doğum ağırlıklı bebek ve aşırı derecede düşük doğum ağırlıklı bebek olarak isimlendirilir (4).

- **İleri Derecede Prematüre:** Gestasyon yaşları 22-32 hafta arası olan bebeklerdir.
- **Orta Derecede Prematüre:** Gestasyon yaşları 32 hafta +1 gün ile 36 hafta +7 gün arası olan bebeklerdir.
- **Geç Prematüre:** Gestasyon yaşları 37 +1 gün ile 37 hafta +7 gün arası olan bebeklerdir.
- **Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek (DDA):** Doğum ağırlığı 2500 gr'ın altında olan bebeklerdir.
- **Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek (ÇDDA):** Doğumda ağırlığı 1500 gr'ın altında olan bebeklerdir.
- **Aşırı Derecede Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek (ADDA):** Doğum ağırlığı 1000 gr'ın altında olan bebeklerdir (4).

#### **Kanguru Bakımının DDA ve Prematüre Yenidoğana Etkileri**

DDA ve prematüre bebekler üzerine yapılan klinik uygulamalar ve araştırmalarla kanguru bakımının; ısı kontrolünü, emzirmeyi ve anne-bebek ilişkisini sağlamada etkili ve faydalı bir yol olduğu ortaya çıkarılmıştır. Aynı zamanda bebek annesinden koparılmadığı için psikolojik gelişmesi de daha sağlıklı olmaktadır (15).

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (YYBÜ)'de kanguru bakımı uygulamaları prematüre bebeklerde fizyolojik stabilite, olumlu bağlanma ilişkileri ve davranışsal organizasyon için önemli destek sağlar. Hem YYBÜ'nün fiziksel ortamında bir koruma, hem de çevresel bozulmadan sonra düzenlemeyle yardım sağlar. Böylece, ebeveynlerin gövdeleri, hassas bebekler için en uygun ortamı sağlamış olur (18).

Prematüre yenidoğanlar ve annelerinin kanguru bakımına gösterdikleri toleransın araştırıldığı çalışmada, kanguru bakımı boyunca yenidoğanların vücut sıcaklığı, kalp hızı, solunum hızı ve serebral doku oksijen saturasyonu stabil kalmıştır (3).

Kanguru bakımının DDA bebeklerde hipotermiyi azalttığı görülmüştür. ÇDDA bebeğin hipotermi yaşamasını önlemek için bebeğin sırtı sıcak bir battaniye ile sarılabilir, başına şapka giydirilebilir ya da anne üzerine yerleştirilen bir ısı kaynağı kullanılabilir (8, 14).

#### **Kanguru Bakımında Ebelik Yaklaşımı**

Ebeveyn iletişimi, sevgisi, sıcaklığı gibi bebeğin önemli ihtiyaçlarını karşılamada etkili bir yöntem olan kanguru bakımı, hastane ortamında tedavi ve bakım alması gereken bebekler için ebeler ve hemşireler gibi sağlık profesyonelleri tarafından kullanılabilir eşsiz bir uygulamadır (10). Ebeler/Hemşireler, yenidoğanın bakım sürecinde yer alan ilk ebeveyn-bebek temasının sağlanmasında, ebeveynlerin bebeğe dokunma, tutma ve bakım vermeye teşvik etmede önemli rol oynamaktadırlar. Ebelerin/Hemşirelerin kanguru bakımı ile ilgili oldukça yüksek oranda bilgi sahibi olduğu ancak kanguru bakımı uygulaması konusunda yeterli klinik deneyime ve yeterlilik algısına sahip olmadığı belirlenmiştir (13).

#### **SONUÇ**

İncelemeler sonucunda ailelerin bebekleriyle etkili bir iletişime girme şansının yanı sıra bebeğin davranışsal ve fizyolojik parametrelerinde de olumlu değişikliklere imkân sağladığı kanguru bakım modelinin yenidoğanlar üzerindeki yararları günümüzde de değer bulmaktadır. Bu yöntemin daha çok YYBÜ'yle yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Ancak termde ve normal doğum ağırlığına sahip yenidoğanlarda az da olsa uygulandığı söylenebilir.

Kanguru bakımının faydaları konusunda aileler ve sağlık çalışanları bilgilendirilmeli bununla birlikte mevcut ortamın fiziksel durumu bu yöntemi uygulamak için olanak sağlamalıdır. Kanguru bakımı için uygun fiziki ortamın ve şartların sağlanması, bebeğin ihtiyacına yönelik bireyselleştirilmiş protokollerin oluşturulması ile kanguru bakımı uygulama oranlarının artacağı düşünülmektedir.

#### KAYNAKÇA

1. Akarsu RH, Tuncay B, Alsaç SY. (2017): Anne- Bebek Bağlanmasında Kanıtı Dayalı Uygulamalar. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 6 (4), 275-279.
2. Ali S, Sharma J, Sharma R, Alam S. (2009): Kangaroo Mother Care As Compared to Conventional Care For Low Birth Weight Babies. Cilt, 36 (3), 155-160. Retrieved from <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/dicletip/article/viewFile/5000104215/5000097337>
3. Browne JV. (2004): Early Relationship Environments: Physiology of Skin to Skin Contact For Parents and Their Preterm Infants. Clin Perinatol. 31; 287-298.
4. Can G, İnce Z. (2010): Preterm Yenidoğanlar, İntrauterin Büyüme Geriliği, Makrazomi, Çoğul Gebelikler. In: Neyzi, O., Ertuğrul, T. (Eds), Pediatri 4.Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 367-385.
5. Çalik C, Işık F, Aslı T. (2015): Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Kanguru Bakımı Uygulama Durumları ve Engeller. Kangaroo Care Practies and Barriers of Neonatal Intensive Care Nurses, 9557 (1), 1-9.
6. Çetinkaya E, Ertem G. (2017): Effects of Skin to Skin Contact on Maternal - Preterm Infant: Systematic Analysis. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 14 (2), 167-175. <http://doi.org/10.5222/HEAD.2017.167>
7. Çoban A, İnce Z. (2012): Tedavi, Girişimler Sık Karşılaşılan Sorunlar, Hastalıklar ve İlaçlar. Neonatoloji 6. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitapevi; 23-30.
8. Davanzo R, Brovedani O, Travan I, Kennedy J, Crocetta, Sanesi C, Strajin T, De Cunto A. (2013): Intermittent Kangaroo Mother Care: A NICU Protokol. Journal of Human Lactation. 29 (3), 332-338.
9. Eroğlu K, Koç GI. (2012): Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği 11. Baskı Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 427-451.
10. Flynn A, Leahy- Warren P. (2010): Neonatal Nurses' Knowledge and Beliefs Regarding Kangaroo Care With Preterm Infants in an Irish Neonatal Unit. Journal of Neonatal Nursing. 16 (5). 221-228.
11. Koç S, Kaya N. (2017): Doğumda Kanguru Bakımının Sağlıklı Yeni Doğanların Fizyolojik Parametrelerine Etkisi \*Effect of Kangaroo Care at Birth on Physiological Parameters of Healthy Newborns,. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 9557 (1), 1-13.
12. Kaya N. (2012): Hemşirelik Süreci Hemşirelik Tanılaması, ed. T. Aşti, A. Karadağ., Hemşirelik Esasları. 1. Baskı, İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, 137-175.
13. Kurt FY, Aytekin A. (2015): Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Kanguru Bakımı İle İlgili Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 4 (1), 5-9.
14. Ludington- Hoe SM. (2010): Chapter 18: Kangaroo Care Is Developmental Care. In T. Verklan, H., McGrath (Eds). Developmental Care of Newborns and Infants 2nd St. Louis, MO: Mosby and National Association of Neonatal Nurses. 245-288.
15. McCall EM, Alderdice FA, Halliday HL, Jenkins JG, Vohra S. (2010): Interventions to Prevent Hypothermia at Birth in Preterm and/or Low Birth Wight Infants. Cochrane Database Syst Rev. (3).
16. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. (2012a): Early Skin to Skin Contact For Mothers and Their Healthy Newborn Infants. Cochrane Database Systematic Reviews. 6 (5). CD003519. [Doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub3](http://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub3)
17. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. (2012b): Early Skin to Skin Contact For Mothers and Their Healthy Newborn Infants. Cochrane Database Syst Rev. (3), 16.
18. Özvarol O, Göksüğü SB, Bekdaş M, Tarakçı N, Altunhan H. (2015): Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Takip Edilen Preterm Yenidoğanların Retrospektif Analizi. Çağdaş Tıp Dergisi. 5 (3). 180-188.
19. Thukral A, Chawla D, Agarwal R, Deorari AK, Vinod KP. (2008): Kangaroo Mother Care-an Alternative to Conventional Care. Indian J Pediatr. 75 (5). 497-503.
20. Toprak F, Erenel A. (2018): Sezaryen Doğumlarda Baba ile Bebek Arasında Kanguru Bakımı Alternatif Bir Uygulama Olabilir mi? Could Kangaroo Care Between Father and Baby be an Alternative Practice For Caesarean Deliveries? Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 15 (2), 75-79.



## Hiperbilirubineminin Yenidoğana Etkisi ve Ebelik Yaklaşımı

Beyza Nur DOĞAN<sup>1</sup>, Nuran AYDIN ATEŞ<sup>2</sup>, Asiye AYAR KOCATÜRK<sup>3</sup>

<sup>1,2,3</sup> İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

<sup>1</sup>ORCID: 0000-0001-6443-2134, <sup>2</sup>ORCID: 0000-0003-0582-1484

<sup>3</sup>ORCID:0000-0003-1423-648X

Geliş Tarihi / Received	Kabul Tarihi / Accepted	Yayın Tarihi / Published
03.06.2019	20.06.2019	01.09.2019

**Özet:** Sarılık, yenidoğanda sık karşılaşılan klinik bulgulardan birisidir. Tıbbi ilgi ve dikkat gerektiren sarılık; vücutta bilirubin yüksekliği yani hiperbilirubineminin neden olduğu bir hastalıktır. Serum total bilirubin düzeyi 5-7 mg/dl'yi geçtiğinde indirekt bilirubin deri ve mukoz membranlarda gözle görülebilir hale gelerek sarılığı meydana getirir. Term yenidoğanların %60'ında, pretermelerin ise %80'inde ilk haftalarda bilirubin yüksekliğine rastlanmaktadır. Bazı gelişmekte olan ülkelerde ciddi neonatal sarılık sıklığı gelişmiş ülkelere yaklaşık 100 kez fazladır. Ülkemizde yenidoğanlarda hiperbilirubinemi sıklığı ile ilgili net veriler bulunmamaktadır. Yapılan bir çalışmada hastanede doğan bebeklerde tedavi gerektiren hiperbilirubinemi oranı term bebeklerde %10,5, terme yakın bebeklerde %25,3 bulunmuştur. Başka bir çalışmada ise hastanede yatırılan yenidoğan bebeklerin %35'i ilk sırada hiperbilirubinemi nedeni olmuştur. Dünyada ise gelişmiş ülkelere; ABD, Kanada, Hollanda, Danimarka, İtalya, İngiltere ve Almanya gibi birçoğak ülke de sarılığın neden olduğu kernicterus vakaları bildirilmektedir. Ülkemizde bu bildirim yapan ülkeler arasında ilk sırada yer almaktadır. Ebeler hiperbilirubinemiye neden olan etmenleri iyi bilmeli, tıbbi ilgi ve dikkatle uygun yöntemleri belirleyebilmelidirler.

**Anahtar kelimeler:** Hiperbilirubinemi, Gebelik, Yenidoğan, Ebelik Yaklaşımı

### The Effect of Hyperbilirubinemia on Newborn and Midwifery Approach

**Abstract:** Jaundice is one of the most common clinical findings is newborns. Medical attention and remarkable jaundice; bilirubin in the body that is caused by hyperbilirubinemia. When serum total bilirubin level exceeded 5 mg/dl, bilirubin becomes visible in leather and membrances and it creates jaundice. Bilirubin seen in 60 percent term of newborns and 80 percent term of week olds. The incidence of severe neonatal jaundice in some developing countries is 100 times higher than in developed countries. No clear data on the frequency of hyperbilirubinemia in newborns is our country. In a study, in babies which were born in hospitals the hyperbilirubinemia ratio that is requiring treatment is %10,5 in term babies ,%25,3 close to term babies. İn other study, 35 percent of newborn babies infante in hospital has been due to hyperbilirubinemia. Kernicterus cases caused by jaudice are known in develop countries such as USA, Canada, Netherlands, Denmark et cetera. Turkey ranks first among the countries that maket his declaration. Midwives should know the factors very-well that cause hyperbilirubinemia and they need to specify suitable methods.

**Keywords:** Hyperbilirubinemia, Pregnancy, Newborn, Midwifery Approach

Sorumlu yazar: Beyza Nur DOĞAN

Adres, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

e-mail: [beyzanr.bd@gmail.com](mailto:beyzanr.bd@gmail.com)

#### GİRİŞ:

Sarılık, bilirubin pigmentinin depolanmasından kaynaklı olarak deride sarı renk değişikliğidir ve yenidoğan döneminin önemli, sık karşılaşılan sorunlarından biridir. Term bebeklerin yaklaşık %60'ında, preterm bebeklerin %80'inde görülmektedir (1). Serum total bilirubin değerı 5-6 mg/dl olduğu zaman gözle görülür hale gelmeye başlar. Hızlı bir şekilde yükselmesi ve uzun süre serum total bilirubin değerinin 20 mg/dl'nin üzerinde kalması halinde sarılık; patolojik olarak

değerlendirilir. İlk haftanın sonunda azalmaya başlaması ve 10 gün içinde kaybolması ile de fizyolojik sarılık olarak nitelendirilir (13).

Yüksek bilirubin düzeylerine neden olacak risk faktörlerinin önceden belirlenmesi ebelerin sorumlulukları arasında yer almakta ve buna uygun tıbbi tedavinin yapılabilmesi gerekmektedir. Böylece erken tanı ve tedavi ile hiperbilirubinemiye bağlı hasarların ortaya çıkmasının önleneceği unutulmamalıdır (16).

Mümkün olduğu kadar erken, doğumdan sonraki ilk saat içinde emzirme başlatılmalıdır (5). Yetersiz anne sütü alımı hiperbilirubinemi risk etmeni olduğundan anneler emzirmeye teşvik edilmelidirler (16).

### Hiperbilirubinemi

Bilirubin, eritrositlerin vücutta parçalanması sonucu ortaya çıkan hemoglobinin yıkım ürünlerinden biridir. Bilirubin cinsine göre iki tipte bulunur. Bunlar; indirekt hiperbilirubinemi ve direkt hiperbilirubinemidir. Yenidoğanlarda en sık karşılaşılan sorunlardan biri indirekt hiperbilirubinemidir (konjuge olmamış bilirubin yüksekliği) (15).

Hiperbilirubinemi yenidoğanda total bilirubin düzeyinin 5-7 mg/dl'yi geçmesi ve indirekt bilirubinin deri ve mukoz membranlarda gözle görülür hale gelmesi ile oluşur (12). Bilirubin pigmentinin depo edilmesi ile deride sarı renk değişikliği meydana gelir. Böylece yenidoğan bebeklerde sarılık oluşur ve ilk hafta içerisinde geçmesi beklenir (15).

Yenidoğanda hiperbilirubineminin oluşmasında çeşitli risk faktörleri bulunmaktadır. Bunlar; ırk, anne ve bebeğe ait nedenler, doğum şekli veya kullanılan ilaçlar olabilmektedir (11). Tüm yenidoğanlarda bilirubin düzeyinde artış olmasına rağmen, yaklaşık yarısında sarılık belirtileri görülür. Amerika Birleşik Devletleri'nin son birkaç yılda yenidoğan sarılığı insidansında artış saptanmıştır. Bunun kesin nedeni bilinmemekle birlikte, anne ve bebeklerin eskiye göre erken taburcu edilmesi, hastanede 6-8 kere beslenen bebeklerin aynı sıklıkla evde beslenmiyor oluşunu artan sarılık nedeni olarak ileri sürülmüştür (9). Sarılık; fizyolojik sarılık, anne sütü sarılığı ve patolojik sarılık olmak üzere üçe ayrılır.

### 1. Fizyolojik Sarılık

Doğumdan sonraki ilk 24 saatten sonra ortaya çıkan ve serum bilirubin düzeyinin günde 5 mg/dl'den az artışı ile tedavi gerektirmeyen fizyolojik bir durumdur. Bu sarılık; yenidoğan karaciğerinin bilirubin tutma, transport etme ve konjugasyonundaki olgunlaşma yetersizliğinden kaynaklanarak ortaya çıkar (7). İndirekt hiperbilirubinemi düzeyi 2-3. günlerde yükselmeye başlayarak totalde 15-16mg/dl'yi geçmemesi ve 5-7. günlerde azalması beklenir. Bu süre preterm bebeklerde biraz daha uzun sürebilir. Yenidoğanlarda genellikle fizyolojik sarılık görülmekle birlikte %4,8- 15,5 oranında patolojik düzeylere çıkabilir (8).

### 2. Anne Sütü Sarılığı

Anne sütü sarılığı yenidoğanların 1/3'ünde görülür (2). Erken başlangıçlı ve geç başlangıçlı olmak üzere sarılık iki türlü görülür.

• **Erken başlangıçlı anne sütü sarılığı;** yetersiz anne sütü alınımı ve anne sütü almaya geç başlamakla ortaya çıkan bir sarılık tipidir. Altta yatan temel mekanizma bebeğin beslenememesidir

(17). Yaşamın ilk 2-4. günlerinde görülmeye başlar. Yanlış emzirme teknikleri, laktasyonun geç başlanması, mekonyum çıkışının gecikmesi dolayısıyla bilirubin atılımının gecikmesine yol açar. Ebelerin vereceği iyi bir emzirme tekniği ve ilk günlerde tartı kaybının takip edilmesi ile erken anne sütü sarılığı önlenebilir (15).

• **Geç başlangıçlı anne sütü sarılığı;** doğumundan sonraki 3-5. günlerde ortaya çıkar ve bilirubin seviyesi genellikle 6-14. günlerde pik yaparak 3-12 haftada normal seyrine döner. Epidemiyolojik çalışmalar anne sütü ile beslenen bebeklerin %10-30'unda 2-6. haftalarda sarılığın ortaya çıktığını, bazı bebeklerde 3 ay kadar sürdüğünü bildirmiştir (17). Çok nadir olsa da bazı durumlarda bilirubin seviyesinin 20 mg/dl'yi açtığı gözlenir. Bu durum beyne hasar veren ciddi bir sorundur. Tedavi olarak fototerapi uygulanır ve bilirubin seviyesinde düşme gözlenmezse anne sütü kesilir. Bu laktasyon sürecinde sütün memelerden boşaltılması gereklidir (18).

### 3. Patolojik Sarılık

Patolojik sarılık, fizyolojik sarılığın aksine 10 günden daha uzun süren ve bilirubin düzeyinin 20 mg/dl'ye ulaştığı bir durumdur. Serum bilirubin düzeyinde günde 5 mg/dl'den fazla bir artış görülür ve term yenidoğanlarda 1 haftadan, preterm yenidoğanlarda 2 haftadan uzun sürmektedir (2). Bilirubin düzeyinin 20 mg/dl'yi geçmesi durumunda yenidoğanlarda merkezi sinir sistemi hücreleri zarar görerek bilirubin ensefalopatisi ya da diğer adıyla kernikterus oluşur (4). Bu durum yenidoğanlarda endişe oluşturan bir durumdur. Patolojik sarılığın nedenleri arasında Rh uygunsuzluğu ve ABO grup uyumsuzluğu yer alır. Tedavi olarak da fototerapi ve kan değişimi uygulanır (9).

### Hiperbilirubinemiye Neden Olan Etmenler

Hiperbilirubinemiye neden olan birçok etmen söz konusudur;

- ✓ **Polistemi**
- ✓ **Ciddi sefal hematom**
- ✓ **Doğumda diazepam ve oksitosin gibi ilaçların kullanılması**
- ✓ **Prematürite**
- ✓ **Rh ve ABO kan grubu uyumsuzluğu**
- ✓ **Makrazomi**
- ✓ **Diabetik anne**
- ✓ **Umbilikal kordun geç klemlenmesi**
- ✓ **Asidoz**
- ✓ **Doğum sonrası ilk mekonyumun gecikmesi**

✓ **Yetersiz emzirme ve dehidratasyon**

✓ **Erkek cinsiyet:** Erkek bebeklerde kız bebeklere oranla hiperbilirubinemiye daha sık rastlanır.

✓ **Daha önceki doğumlarda hiperbilirubinemi:** Önceki kardeş ya da kardeşlerinde sarılık öyküsü olan yenidoğanlarda hiperbilirubinemi riski, sarılıklı kardeş öyküsü

olmayanlardan 3,1 kat daha yüksek bulunmuştur (4).

✓ **TORCH (toxoplazmozis, diğer virüsler, rubella, sitomegalovirüs, herpes simpleks virüs) gibi enfeksiyonlar:** Direk ve indirekt hiperbilirubineminin beraber ortaya çıkma nedenlerindedir (19).

✓ **Etnik faktörler:** Özellikle siyah ırkta sarılık görölme oranının beyaz ırka göre düşük olduğu, Doğu Asya ve Doğu Akdeniz ülkelerinde ise sarılığın daha sık görüldüğü bilinmektedir (4).

### 1. Rh Uyuşmazlığı

En sık görülen patolojik sarılık nedenlerinden biri Rh uyuşmazlığıdır. Rh (+) pozitif fetüs taşıyan Rh (-) negatif annede anti RhD antikolarının oluşması sonucu gelişir (16) Anne dolaşımındaki bu antikolar ilk gebelikte bebeği etkileyecek düzeyde olmasada bir sonraki gebeliklerde plasentadan fetal kan dolaşımına geçerek fetal eritrositlerde hemolize neden olur. Rh uyuşmazlığının önlenmesi için Rh (-) negatif anneye ilk 72 saat içinde RhoGAM uygulaması yapılır. Rh uyuşmazlığında en önemli iki sorun anemi ve sarılıktır. Bunun dışında kernikterus, hipoglisemi, akciğerlerde kanama, koagülasyon bozukluğu ve uzamış sarılığa neden olur (2). Rh uygunsuzluğu en sık fetal ölüm nedenidir (12).

### 2. ABO Kan Grubu Uyuşmazlıkları

Patolojik sarılığın görölme nedenlerinden biri de ABO uyuşmazlığıdır. Anne-bebek arasında ABO kan grubu uygunsuzluğu tüm gebeliklerin %15-20'sinde görölmektedir (6). Anne kan grubunun 0, bebek kan grubunun A veya B olduğu durumlarda kan grubu uygunsuzluğuna bağlı sarılık gelişir. En sık görülen tipi 0A uygunsuzluğudur (15). İlk gebelikte

görölmesi muhtemeldir. ABO kan grubu uygunsuzluğunda sarılık; ilk 24 saatte başlar. Sık sık emzirilmenin sağlanması veya fototerapi ile kontrol altında tutulabilir. Klinik olarak hafif anemi veya sarılık görülebilir (10).

### Kernikterus

Kernikterus ya da diğer adıyla bilirubin ensefalopatisi, bilirubin düzeyinin termde 20 mg, pretermelerde 16-18 mg'ı geçtiğinde, albümine bağlı olmayan bilirubin kan beyin bariyerlerine geçerek merkezi sinir sistemi hücrelerine zarar vermesiyle oluşur (2). Yenidoğanda nörolojik ve gelişimsel sekeller bırakabileceği gibi nöbet ve ölümlere de neden olabilir. Dünyada kernikterus bildirilen ülkeler arasında ilk sırada Amerika Birleşik Devletleri (%27), ikinci sırada Singapur (%19) ve üçüncü sırada Türkiye'nin (%16) bulunması ülkemizde yenidoğan sarılığı üzerinde daha fazla araştırma yapılması gerektiğini göstermektedir (4).

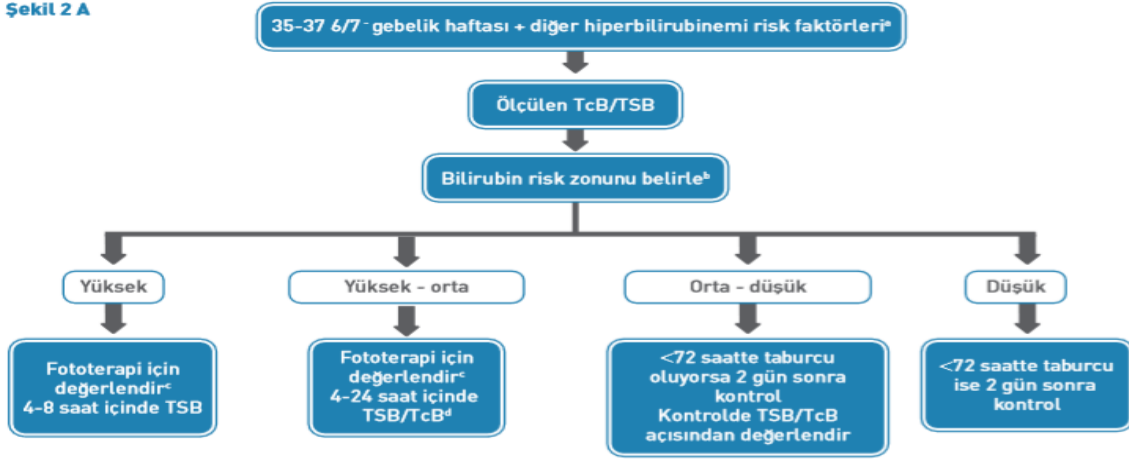
### Şekil 1: Yenidoğana Fototerapi Uygulanması (10)

#### Fototerapi

Hiperbilirubineminin görüldüğü durumlarda tedavi yöntemi olarak fototerapi tercih edilebilir. Kan değişiminden sonra en etkili yöntemlerden biri olan fototerapinin en az 5u/cm/nm enerji vermesi gerekir. Bunun için de ideal olarak 440-460nm dalga boyunda mavi ışık, 30-40 cm uzaktan ve 40 uw/cm/nm şiddetinde verilmelidir (6). Fototerapi kullanılmaya başlandığından beridir, hemolitik sarılıklarda kan değişim ihtiyacı belirgin düzeyde azalmıştır. Proflaktik uygulamada da ilk hafta içinde görülen sarılık oranı %30-50 oranında azaltmıştır (14).

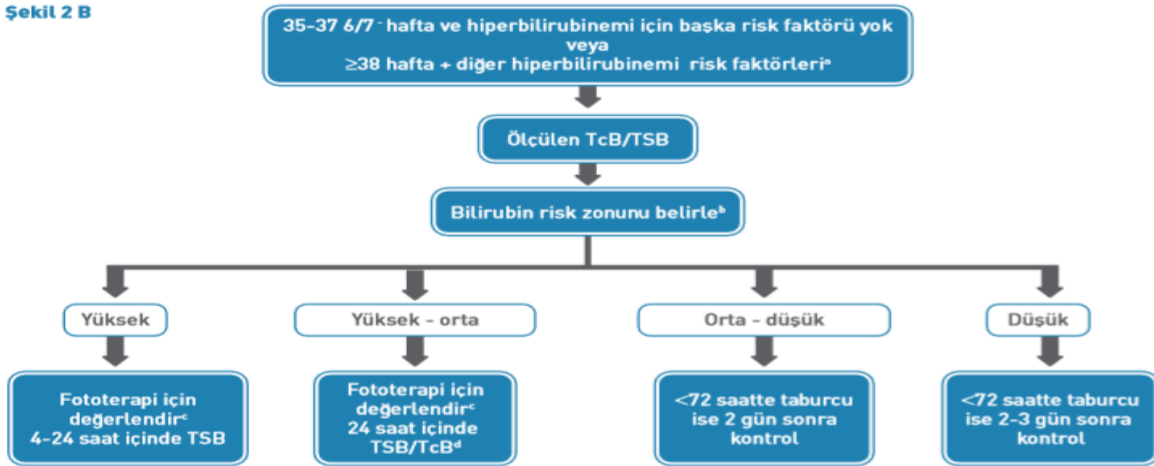


Şekil 2 A



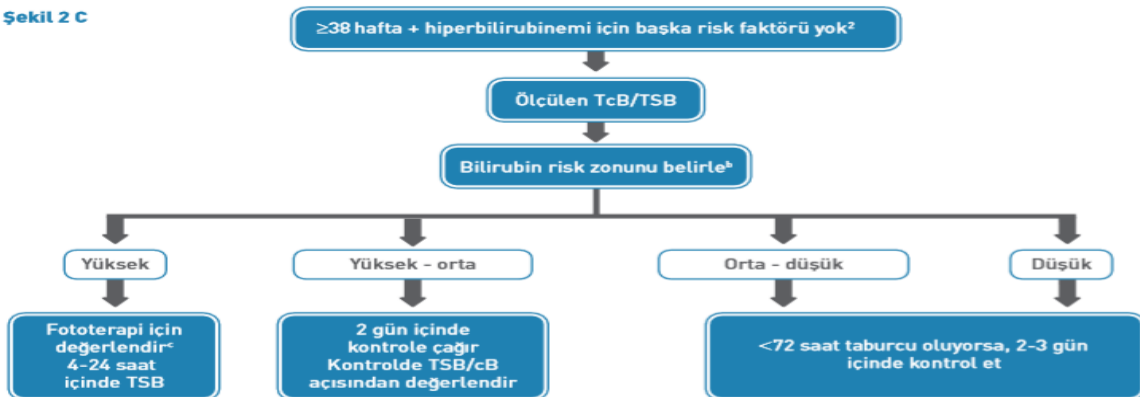
Şekil 2: Hiperbilirubineminin gebelik haftasına göre tedavi uygulaması (6)

Şekil 2 B



Şekil 3: Hiperbilirubineminin gebelik haftasına göre tedavi uygulaması (6)

Şekil 2 C



Şekil 4: Hiperbilirubineminin gebelik haftasına göre tedavi uygulaması (6)

### Hiperbilirubinemiye ebelik yaklaşımı

Hiperbilirubinemi; yenidoğan döneminin sık karşılaşılan, erken tanı ve tedavi gerektiren bir sorundur. İndirekt hiperbilirubineminin neden olduğu sarılık riski taşıyan bebeklerin titizlikle belirlenmesi ve uygun yöntem ve kılavuzlarla tedavi edilmesi gerekmektedir (6). Bu nedenle ebelere önemli bir iş düşmektedir. Yetersiz beslenme ve dehidratasyona bağlı gelişen sarılıklarda anne sütünün önemini anlatan eğitimler annelere verilmeli ve emzirme konusunda anne teşvik edilmelidir (21). Bebeklikte doğru beslenmenin, ilk altı ay tek başına anne sütü ve ikinci altı ay civarında tamamlayıcı beslenme ile birlikte en az iki yıl anne sütü tüketilmesi, gelişmekte olan ülkelerde 5 yaş altı çocuk ölümlerini %11,6 oranında engelleyeceği tahmin edilmektedir (18). Rh uyumsuzluklarında öykü alınmasının önemli bir yeri vardır. İlk 72 saat içinde RhoGAM yapılması da ebelere düşen sorumluluklardan biridir (2). Ciddi patolojik sarılığın görüldüğu bebeklerde fototerapi uygulanması veya kan değişimi yapılması durumunun belirlenmesi ve bu bebeklerin dikkatle izlenilmesi gerekmektedir (9). Her aileye sarılık hakkında bilgi verilmesi gerekmektedir. Her yenidoğana taburcu olurken hiperbilirubinemi risk faktörleri göz önünde bulundurularak sarılık takibi için uygun izlem planı yapılmalıdır (21). Ebelerin yenidoğan sağlığı üzerinde büyük etkileri bulunmaktadır. Yüksek bilirubin değerleri için risk etmenlerinin önceden saptanması, sarılık gelişen bebeklerde erken tanı ve tedavi için yol göstereceğinden hiperbilirubinemiye bağlı komplikasyonların gelişimini azaltacaktır. Bu da yenidoğan morbidite ve mortalite oranlarını azaltmaktadır (20).

### SONUÇ

Sonuç olarak, yenidoğan döneminde klinik olarak en sık karşılaşılan sorunlarından biri hiperbilirubinemidir. İyi bir ebelik yaklaşımı ve tedavi ile ciddi hastalıklara ve ölümlere neden olmadan atlatılabilecek bir durumdur. Bu nedenle risk altında olan yenidoğanların önceden tespit edilmesi ve erken taburculuğun (ilk 24 saat içinde) engellenerek iyi bir bakım ile yenidoğanın sağlığı korunmalıdır. Aynı zamanda aileleri bu konuda bilgilendiren el kitapçıkları verilmelidir. Taburcu edilen bebeklerin izlemlerinin önemle takip edilmesi gerekmektedir. Bunun sonucunda neonatal morbidite ve mortalite oranları azalacaktır.

### KAYNAKLAR

1. Aksoy Okan M. (2014): A Retrospective

Evaluation of Etiology in Neonatal Jaundice Infants Were Treated With Phototherapy. The Journal of Kartal Training and Research Hospital, 25(3), 215–219. <https://doi.org/10.5505/jkartaltr.2014.94834>

2. Beji PD. (2015): Patolojik Sarılık. P. D. Beji içinde, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları (s. 634). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

3. Bolat F, Uslu S, Bülbül A, Cömert S, Güran Ö, Baş EK, Nuhoglu A. (2010): Yenidoğan indirekt hiperbilirubinesinde ABO ve Rh uygunsuzluğunun karşılaştırılması, (4).

4. Bülbül A, Okan F, Uslu S, İş E, Nuho A. (2005): Term bebeklerde hiperbilirubineminin klinik özellikleri ve risk etmenlerinin araştırılması Clinical characteristics of term newborns with hiperbilirubinemia and identification of the risk factors for hiperbilirubinemia, (0535), 204–210.

5. Çoban A, Kaynak Türkmen M, Gürsoy T. (2018): Türk Neonatoloji Derneği Yenidoğan sarılıklarında yaklaşım, izlem ve tedavi rehberi. Türk Pediatri Arşivi, 172-179.

6. Çoban A, Türkmen M, Gürsoy T. (2014): Yenidoğan Sarılıklarında Yaklaşım, İzlem ve Tedavi Rehberi. Yenidoğan Sarılıklarında Yaklaşım, İzlem ve Tedavi Rehberi. Türk Neonatoloji Derneği.

7. Dağoğlu T, Ovalı F. (2000): İndirekt Hiperbilirubinemi. Neonatoloji, İstanbul, Nobel Tıp, 443-460

8. Demir N, Peker E, Aslan O, Ceylan N, Tuncer O. (2015): Yenidoğan Ünitimizde İndirekt Hiperbilirubinemi Tanısı İle Yatırılan Term Yenidoğan Olgularının Değerlendirilmesi. Anadolu Tıbbi Araştırmalar Dergisi, 66-69.

9. Ertuğrul T. (2002): Neyzi O içinde, Pediatri (s. 402-420). Nobel Tıp Kitabevi.

10. Expat Bostonians: (2011, Ekim 20): <https://expatbostonians.com/2011/10/20/and-then-there-were-two/> adresinden alındı

11. Kılıç B, Ergin H, Çakaloz İ. (2005): Yenidoğan Dönemi İndirekt Hiperbilirubinemi Olgularımızın Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Pediatr, 14-25.

12. Kızılkaya Beji N. (2015): Hiperbilirubinemi ve Patolojik Sarılık. N. Kızılkaya Beji içinde, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları (s. 633). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

13. Kutlu R. (2018): Yenidoğan Sarılıklarına Yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 60-64.

14. Küçüködük ř.(1994): Yenidoğan sarılıkları. Yenidoğan hastalıkları, 400-425

15. Özkan H, Bekmezci H. (2016): Yenidoğan Sarılıkları. R. Ekti Genç, & H. Özkan içinde, Ebeler için Yenidoğan Sağlığı ve Hastalıkları (s. 427-442). Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri.

16. Saner Öztürk H. (2019): Hiperbilirubinemi ile Takip Edilen Bebeklerin Değerlendirilmesi. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 283-300.

17. **Sivaslı E. (2009):** *Yenidoğan Bebeklerde Uzamış Sarılık. Gaziantep Tıp Dergisi, 49-55.*
18. **Yalnızoğlu aka S, Topal S, Altınkaynak S. (2017):** *Anne Sütü ile Beslenmede Karşılaşılan Sorunlar. Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics, 120-128.*
19. **Yiğit Ş. (1995):** *İndirekt hiperbilirubinemiler ve sarılıklı yenidoğan bebeğe yaklaşım, Katkı Pediatri Dergisi, 680-700.*
20. **Yel S, Kelekçi S, Konca , Yolbaş İ, Şen V, Katar S. (2013):** *Kan grubu uyumsuzluğu bulunmayan yenidoğanlarda kan değişimi sonuçları. Dicle Tıp Dergisi, 231-236.*
21. **Yorulmaz A, Yücel M, Sert S, Özdem S, İstanbullu HA. (2018):** *Yenidoğan ünitesine sarılık nedeniyle yatırılan bebeklerin klinik ve laboratuvar özellikleri ve risk faktörlerinin araştırılması. Journal Of Contemporary Medicine, 7-13.*





## Derin Doku Masajının Myofasyal Ağrı Sendromunda Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi

Ömer BİNGÖLBALİ

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şehitkamil /GAZİANTEP,

Orcid no: 0000-0001-9737-9755

Geliş Tarihi / Received  
13.04.2019

Kabul Tarihi / Accepted  
20.04.2019

Yayın Tarihi / Published  
01.09.2019

**Özet :** Myofasyal Ağrı Sendromu(MAS), palpe edilebilen gergin kas bandında yer alan tetik nokta aracılığıyla özgül bir bölgeye yansıyan ağrıyla karakterize bir sendromdur. MAS'ta ağrının giderilmesi/azaltılması, bireyin kaslarını daha sağlıklı biçimde kullanabilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacını taşıyan tedavi yöntemleri konusunda bilim insanları sürekli yeni çalışmalar gerçekleştirmektedirler. Derin Doku Masajı(DDM) da bu yöntemlerden birisidir. Bu çalışmanın amacı MAS' araştırmak ve bu sendroma sahip bireylerde derin doku masajının ağrı ve anksiyete üzerine etkilerini görmektir. Çalışma MAS tanısı alan 40 hasta (çalışma grubu) ve 40 hasta (kontrol grubu) olmak üzere toplam 80 birey içermektedir. Çalışmaya katılan tüm bireylere ağrı düzeyini belirlemek için Vizuel Analog Skala(VAS) ve Kısa Form McGill Ağrı Anketi(KF-MAA), anksiyete düzeylerini belirlemek amacıyla Beck Anksiyete Ölçeği(BAÖ) uygulandı. Kontrol grubuna 20 seans konvansiyonel fizik tedavi modaliteleri (TENS,hotpack, ultrasound),çalışma grubuna ise fizik tedavi modalitelerine ek olarak 12 seans derin doku masajı uygulandı. Elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Çalışmamızda bireylerin ağrı(VAS ve SF-MPQ) ve anksiyete (BAÖ) şiddetlerinin çalışma grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede azaldığı tespit edildi( $p<0.05$ ). Bu bulgulara göre derin doku masajı MAS'ta etkin bir tedavi olup diğer fizik tedavi modaliteleriyle kombinasyonu ek faydalar sağlayabilir.

**Anahtar kelimeler:** Ağrı, Derin doku masajı,Myofasyal ağrı sendromu.

### Effects of Deep Tissue Massage On Pain and Anxiety of Myofascial Pain Syndrome

**Abstract:** Myofascial pain syndrome (MAS), which causes chronic muscular pain, local or regional pain syndrome. Many psychosocial factors may play a role in the emergence of chronic pain. The aim of this study myofascial pain syndrome (MAS) is to investigate and see the effects off a deep tissue massage in people with this syndrome. This study includes 40 patients(study group) and 40 patients (control group) in total 80 people diagnosed with MAS.In order to determine the level of the pain, Visual Analog Scale(VAS) and Short Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), and in order to determine the level of anxiety, Beck Anxiety Inventory(BAI) were applied to all participants. 20 seances of conventional physical therapy modalities (TENS, hot pack, ultrasound) were applied to the control group, in addition to physical therapy modalities, 12 seances of deep tissue massage were applied to physical therapy in the study group. In our study, We have observed that the pain (VAS and SF-MPQ) and the severity of anxiety(BAÖ) of people significantly have been decreased in the study group compared to the control group.According to these findings, deep tissue massage is an effective treatment and its combination with other physical therapy modalities can provide additional benefits

**Key words:** Pain, Deep tissue masaage. Myofascial pain syndrome.

Sorumlu yazar: Ömer Bingölbali

Adres, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Şehitkamil/GAZİANTEP

e-mail: [fztomerbingolbali@gmail.com](mailto:fztomerbingolbali@gmail.com)

#### GİRİŞ

Kas-iskelet sistemi bireyin her türlü hareket ihtiyacını karşılaması noktasında çok büyük bir öneme sahiptir. Kas-iskelet sistemindeki herhangi bir bozukluk veya hastalık neticesinde bireyin hareket

kabiliyeti önemli ölçüde azalır (9). Eklem dışı romatizmal hastalıklarda kas iskelet sisteminde görülen önemli rahatsızlıklar arasındadır (16).

Myofasyal Ağrı Sendromu(MAS), palpe edilebilen gergin kas bandında yer alan tetik nokta

aracılığıyla özgül bir bölgeye yansıyan ağrıyla karakterize bir sendromdur (13). MAS kas iskelet sistemi ağrılarının en sık görülen nedenlerinden biridir. Toplumda görülme prevalansı %12 ile %55 arasında gösterilmekte olup sebepleri arasında rutin hayatta sürekli tekrarlanan hareketler, kişinin hareketsiz yaşamı ve kötü çalışma koşulları gibi durumlar yer almaktadır(14). Tüm bu durumlar göz önüne alındığında kuşkusuz kişinin yaşam kalitesinin de olumsuz etkileneceği ortadadır. MAS bireylerde kronik ağrılarada sebebiyet vermektedir ve kronik ağrı ile kişinin psikolojik durumu arasında doğrudan bir ilişki vardır. Kişinin yaşadığı bu ağrılı duruma çözüm arama çabası şüphesiz depresyon ve anksiyete gibi sonuçları da beraberinde getirebilmektedir.

MAS'ta ağrının giderilmesi/azaltılması, bireyin kaslarını daha sağlıklı biçimde kullanabilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacını taşıyan tedavi yöntemleri konusunda bilim insanları sürekli yeni çalışmalar gerçekleştirmektedirler. Derin Doku Masajı(DDM) da bu yöntemlerden birisidir. Derin doku masajı, yapımı profesyonellik gerektiren mekanik vasıtalarla yapılan bir fizik tedavi biçimidir. Nörolojik tedavilerin yanı sıra, romatizmal hastalıklar, yumuşak doku problemleri ve kas üzerinde yaşanan çeşitli hastalıklarda da derin doku masajına başvurulabilmektedir(8). Bu çalışmada MAS'ın nedenleri ve tedavisi sürecinde derin doku masajının etkileri araştırma konusudur. Bireyin ağrısındaki gerileme ve bununla birlikte anksiyete düzeyindeki iyileşme oranının ne olacağı, çalışmanın temel sorusu niteliğindedir.

#### **MATERYAL VE METOT**

Çalışmaya aldığımız bütün gönüllüler Helsinki Deklerasyonuna göre bilgilendirildi. Üniversitemizin Tıp Fakültesi girişimsel olmayan etik komitesinden onay alındı. Hastanemizin Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniğine başvuran 25 kadın ve 55 erkek hasta çalışmaya alındı. Hastalar rastgele kontrol ve çalışma grubu olarak ikiye ayrıldı. Bu hastalar MAS için kabul edilmiş major tanı kriterlerinden en az üçü ve minör tanı kriterlerinden en az birini karşılamaktaydı. Major tanı kriterleri; 1-Bölgesel ağrı şikayeti. 2-El ile muayenede kolaylıkla hissedilebilen kas gerginliği. 3-Bölgede bir noktada veya gergin bant üzerinde yüksek duyarlılık ve ağrı. 4- Baskı uygulandığında artan ve yansıyan ağrılarının varlığı. Minör tanı kriterleri; 1. Baskı uygulandığında daha da artan şiddetli ağrı, 2. Kas üzerinde yerel seğirmelerin görülmesi, 3. Lokal

anestezi uygulanması halinde ağrının azalması (7). Kontrol ve çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiyordu ( $P=0.165$ ). Kontrol grubunun yaşları 20-56 arasında ( $34.22\pm 2.05$ ) değişmekteydi. Çalışma grubu ise, yaşları 20-57 arasında ( $34.27\pm 1.40$ ) değişmekteydi.

Polikliniğimize başvuran MAS hastaları arasından kooperasyonu olmayan, enfeksiyöz bir deri hastalığı olanlar, alkol ve/veya madde kullanım bozukluğu olanlar, etki ve yan etki olarak antidepressan ve anksiyolitik bir ilaç kullanan ve uygulanan tedavi programına düzenli gelmemiş hastalar, çalışma dışında bırakılmıştır.

MAS tanısı konulan hastalara çalışma ve kontrol grubuna Vizuel Analog Skala (VAS), Kısa Form Mc Gill Ağrı Ölçeği (SF-MPQ) ve Beck Anksiyet Ölçeği (BAÖ) uygulanmıştır. Hastalar ve kontrol grubuna uygulanan bu ölçekten elde edilen puanlar istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

#### **Değerlendirme Araçları**

##### **Demografik Bilgi Formu**

Çalışmamızın amacına uygun olarak yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve medeni durum gibi gerekli bilgilerden oluşan bizim tarafımızdan hazırlanmış bir formdur.

##### **Kısa Form McGill Ağrı Ölçeği**

Türkçe Versiyonu 2010 yılında Biçici (1) tarafından yapılan anket ile hastaların yaşadıkları ağrıyı anlatabilmelerine olanak tanınmıştır. Bu ölçekte, kişinin hissettiği ağrı hakkında net sorular mevcuttur ve hastadan bunları yok, hafif, orta ve şiddetli şeklinde puanlaması beklenmektedir.

##### **Vizuel Analag Skala**

VAS hastalara hem aktivite sırasında hem de gece uyurken yaşadıkları ağrı hakkında bilgi verecektir. VAS 10 cm'lik bir çizginin 1'den 10'a kadar ölçeklendirilmiş halidir ve 10 değeri maximum ağrıyı 0 değeri ise hiç ağrı olmadığı anlamına gelmektedir. Hastalardan hissettikleri ağrı durumuna göre ölçekte bir yeri işaretlemeleri istenmektedir (3).

##### **Beck Anksiyete Ölçeği**

Hastaların myofasyal ağrı sendromunun yanı sıra yaşadığı psikolojik sorunları anlamak adına uygulanacaktır. Hastanın sinirlilik, ateş basmaları, halsizlik, korku ve benzeri duyguları ne sıklıkta ve yoğunlukta yaşadığını anlamak için Dr. Aaron T. Beck tarafından geliştirilmiş olan 21 soruluk anket uygulaması gerçekleştirilecektir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını Ulusoy ve ark. (17) yapmıştır. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS 22 (SPSS Inc. Chicago, IL, US) versiyonu kullanılarak yapıldı. Sosyodemografik veriler normal dağılım göster- diğinden bu parametreler gruplar arasında Student's t-testi ve Ki-kare testi kullanılarak karşılaştırıldı. P- değerinin 0,05'in altında olan durumlar istatistiksel olarak anlamlı şekilde değerlendirildi.

#### BULGULAR

Çalışmaya katılan çalışma ve kontrol gruplarının sosyodemografik (P<0.05) durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 1).

**Tablo 1:** Cinsiyet ve Meslek Değişkeni Değerlendirilmesi

Bireyler	Kontrol Grubu		Çalışma Grubu		P*
	N	%	N	%	
Erkek	28	70	27	67,5	0.157
Kadın	12	30	13	32,5	
Toplam	40	100	40	100	
<b>Meslek</b>					
Ev Hanımı	8	20	9	22,5	0.165
Masa Başı					
Bir İşte Çalışan	24	60	20	50	
Fiziksel Olarak					
Yorucu	8	20	11	27,5	
Bir İşte Çalışan					
Toplam	40	100	40	100	
Anlamlılı					<0,05

\*Ki-Kare Test

Çalışmamızda tanımlayıcı istatistiksel analizlerde; MAS tanısı olan hastaların VAS verilerine göre tedavi sonrası aktivite sırasında ve uyurken ağrının anlamlı derecede azaldığı ayrıca KF-MAA öçeğine göre de ağrı duyusunun çalışma grubunda anlamlı derecede azaldığı görülmüştür(p<0.05) (Tablo 2).

**Tablo 2:** Vizuel Analog Skala ve Kısa Form McGill Ağrı Anketi

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	P*
VAS	Ort±SS	Ort±SS	

Aktivite Sırasında	4,70±2,05	1,65±1,40	0,00
Gece Uyurken	4,10±2,56	0,95±0,87	0,00
<b>KF-MAA</b>			
Duyusal Ağrı Skoru	7,82±3,78	7,97±6,56	0,902
Algısal Ağrı Skoru	1,25±2,08	1,22±1,57	0,952
Toplam Ağrı Skoru	9,07±4,85	6,20±3,26	0,23
Anlamlılı			<0,05

\*Paried Samples T Test

Anksiyete durumlarını değerlendirdiğimiz BAÖ verilerine göre çalışma grubunda tedavi sonrası anksiyete düzeylerinin anlamlı dercede azaldığı görülmüştür (p<0.05) (Tablo 3).

**Tablo 3:** Beck Anksiyete Ölçeği Değerlendirilmesi

	Kontrol Grubu	Çalışma Grubu	P*
BAÖ	Ort±SS	Ort±SS	
BAÖ	6,35±5,5	3,52±8,8	0,014
Anlamlılı	1	8	<0,05

\*Paried Samples T Test

#### TARTIŞMA VE SONUÇ

MAS'daki en temel şikâyet ve hastaların muzdarip olduğu durum diğer birçok hastalıkta da olduğu gibi ağrıdır. Ağrı mevcut veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili uyarıya yanıt olarak gelişen hoş olmayan duyusal ve emosyonel bir yanıt olarak tanımlanmaktadır (10). Guimei ve ark. (5) 2016 yılında yapmış oldukları bir çalışmada myofasyal tetik noktalarda kan dökme terapisi(hacamat) ve akupunkturu lidokain enjeksiyonu ile karşılaştırmışlardır. KF-MAA anketine göre gruplar arasında ağrı bakımından anlamlı farklılık görülmediğini ancak her iki grupta da kendi içinde ağrıda anlamlı azalma görüldüğünü bildirmektedirler.

Noor ve ark. (11) yapmış oldukları bir çalışmada MAS'lı hastalarda kas enerji tekniklerini karşılaştırmışlardır. Yapılan değerlendirmede kas enerji teknikleri ve fonksiyonel germe uygulanan grupta VAS'a göre tedavi sonrası anlamlı azalma meydana geldiğini bildirmektedirler. Bizim çalışmamızda da MAS olan çalışma ve sosyodemografik olarak benzer kontrol grubuna VAS ve KF-MAA uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar, çalışma grubunda kontrol grubuna göre ağrı durumunda anlamlı bir azalmanın olduğunugöstermiştir.Bu bilgiler ışığında derin doku

masajının aktivite sırasında ve uyurken ağrıyı azalttığı gözlemlenmektedir ve hastaların özellikle derin doku masajı gibi tedavi yöntemlerini de tercih edebilecekleri görülmektedir.

Miyofasyal ağrı sendromu'da boyun ve üst sırt ağrısı sık görülmektedir. Ağrı bazen psikiyatrik bir bozukluğun bir parçası olabileceği gibi kimi zaman da fiziksel bir bozukluğun bir bileşeni olarak kişinin ruhsal yapısında bozulmalara neden olabilmektedir (15).

Im ve Han (6) yapmış oldukları bir çalışmada MAS'lı bireylerde tüm vücut kelebek banyonun ağrı ve anksiyete üzerine etkisini incelemişlerdir.Yapılan değerlendirmelerde tüm vücut kelebek banyonun Beck Anksiyete Ölçeğine göre anksiyete düzeylerini anlamlı derecede azalttığını belirtmişlerdir.Bizim çalışmamızda ise derin doku masajı grubunda tedavi sonrası anksiyete düzeylerinin anlamlı olarak azaldığı görülmektedir. Bu bilgiler ışığında derin doku masajının anksiyete düzeyinin düşmesinde etkili olduğu görülmektedir. Dolayısıyla myofasyal ağrı sendromu tanısı konulan kişilerin tedavilerine dikkatli biçimde devam etmeleri, ruhsal olarak rahat hissetmeleri açısından da büyük bir öneme sahip olacağı düşünülmektedir. Miyofasyal ağrı sendromunda sebebin ne olduğu tam olarak bilinmemektedir.Ağrı ve Anksiyete birbirini kısır bir döngü içerisinde etkilemektedir.Ağrının mı anksiyeteye yada anksiyetenin mi ağrıya sebep olduğu tartışmalıdır ama ağrı ve anksiyetenin MAS etyolojisinde ana iki faktör olduğu söylenebilir (2).

Kas-iskelet sisteminin bireyin her türlü hareket ihtiyacını karşıladığı gerçeği göz önüne alındığında MAS'ın bireyin günlük yaşam aktivitelerinde(GYA) kısıtlama yapması kaçınılmazdır. GYA'daki kısıtlanmalar ve bireyin ihtiyaçlarını tam anlamıyla karşılayamaması kişinin üzerinde psikolojik stresler meydana getirmektedir. Nitekim MAS'lı bireylerde anksiyete ve depresyon görülmesi bu bireylerin psikolojik olarak yıprandıklarını kanıtlamaktadır (4). Bireylerin ağrılarının olması, GYA'da kısıtlı olmaları ve psikolojik olarak yıpranmaları onların yaşam kalitelerinin de şüphesiz düşmesine sebep olmaktadır. Yaşam kalitesi bireyin fiziksel işlevlerini, ruhsal durumunu, aile içindeki ve dışındaki toplumsal ilişkilerini, çevreden etkilenmişlik düzeylerini kapsar ve bu durumun bireyin işlevselliğini ne derece etkilediğini gösterir. Tıbbın giderek ilerlediği günümüzde, sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, kişilerin yaşam kalitelerinin artırılmaları da hedeflenmektedir. Bu nedenle iyilik hali ve yaşam kalitesinin ölçülebilmesi konusunda giderek artan bir çaba gösterilmektedir (12).

Bu bağlamda yapılan çalışmada MAS'lı bireylerde yaşam kalitesini artırmak amacıyla derin doku masajının etkisi incelenmektedir. Etkisi kanıtlanacak her yeni tedavi metoduyla da MAS'lı

bireylerde ağrının azalması ve yaşam kalitelerinin yükseltilmesi daha da kolaylaşacaktır.

#### KAYNAKLAR

1. **Biçiçi B. (2010):** McGill ağrı ölçeği kısa formu'nun geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ulusal Tez Merkezi.
2. **Fields HL, Basbaum Aİ. (1994):** Central nervous system mechanisms of pain modulation. In: Wall PD, Melzack RD, editors. Textbook of pain, 3rd ed. Edinburgh: Churchill-Livingstone; 243-257.
3. **Freyd M. (1923):** The graphic rating scale. Journal of Educational Psychology, 14, 83-102.
4. **Gerber LH, Shah J, Rosenberger W, Armstrong K, Turo D, Otto P, Heimur J, Thaker N, Sikdar S. (2015):** Dry Needling Alters Trigger Points in the Upper Trapezius Muscle and Reduces Pain in Subjects With Chronic Myofascial Pain. JPM R. 712-718.
5. **Guimei J, Chao J, Mode L. (2016):** J Tradit Chin Med. Feb;36(1):26-31.
6. **Im SH, Han EY. (2013):** Improvement in anxiety and pain after whole body whirlpool hydrotherapy among patients with myofascial pain syndrome. Ann Rehabil Med. 535-540
7. **Joseph K, Hitchcock S.A, Meyer H, Geysler MM. ve Becker PJ. (2016):** Active myofascial trigger points in head and neck muscles of patients with chronic tension-type headache in two primary health care units in Tshwane, South African Family Practice Online Journal, 1(1):1-5.
8. **Koyuncu H. (2014):** Fizik tedavi yöntemleri, [http://194.27.141.99/dosya-depo/ders-notlari/halil-koyuncu/Fizik\\_Tedavi\\_Yontemleri.pdf](http://194.27.141.99/dosya-depo/ders-notlari/halil-koyuncu/Fizik_Tedavi_Yontemleri.pdf)
9. **Law, M. (1993):** Evaluating activities of daily living: directions for the future. The American Journal of Occupational Therapy. 47(3): 233-237.
10. **Merskey H., Bugduk N. (1994):** Classification of chronic pain descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. IASP Press.1994:356-385
11. **Noor R., Bashir M.S., Afzal B. (2016):** Comparative study of treatment of trigger points pain with two techniques International Journal of Science and Research.(5) 1825-1829.
12. **Testa MA, Simonson DC. (1996):** Assesment of quality-of-life outcomes. N Engl J.Med, 334:835-40.
13. **Travell JG, Simons DG. (1992):** Myofascial pain and dysfunction. the trigger point manual. vol 1, upper half of body. Baltimore:Williams and Wilkins. 5-201.
14. **Tur Sonel B. (2013):** Yumuşak doku romatizması, <http://ichastaliklariromatoloji.medicine.ankara.edu.tr/files/2013/09/MiyofasyalA%4%9Fr%C4%B1-Sendromu.pdf>.
15. **Tütüncü R, Günay H. (2011):** Kronik ağrı, psikolojik etmenler ve depresyon. Dicle Tıp Dergisi, 38: 257-262.

- 16. Tüzün F. (1997):** *Yumuşak doku romatizmaları. (Ed): Tüzün F, Eryavuz M, Akarırırnak M. Hareket sistemi hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul 159-173.*
- 17. Ulusoy, M., Şahin, N., Erkmen, H. (1998):** *Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. Journal of Cognitive Psychotherapy, 12, 163-172.*



## Hastanede Yatan Hastaların Kendilerine Bakım Veren Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Bakımdan Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi

Tuba KARABEY<sup>1</sup>, şerife KARAGÖZOĞLU<sup>2</sup>, Nurhayat POLAT<sup>3</sup>, Arzu KESKİN<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye. ORCID ID: 0000-0002-2334-6560

<sup>2</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Sivas, Türkiye, ORCID ID: 0000-0002-9558-0786

<sup>3</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. ORCID ID: 0000-0003-0149-4332

<sup>4</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Geliş Tarihi / Received  
14.05.2019

Kabul Tarihi / Accepted  
26.05.2019

Yayın Tarihi / Published  
01.09.2019

**zet:** Bu alışma hastanede uzun süreli yatan hastaların kendilerine bakım veren hemşirelerin cinsiyetlerine göre memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki çalışmanın evrenini 20 Kasım 2015-20 şubat 2016 tarihleri arasında bir niversite hastanesinin Beyin ve Sinir Cerrahi, Ortopedi ve Travmatoloji, Göğüs Hastalıkları, Hematoloji ve Gastroenteroloji servislerinde en az yedi gün süre ile tedavisi devam eden hastalar oluşturmuştur. Çalışma verilerinin toplanmasında; Kişisel Bilgi Formu, Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet leği kullanılmıştır. Veriler SPSS 22.0 paket programına yüklenmiş ve istatistiksel analizde Kruskal Wallis, Ki-Kare, Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. Katılımcıların genel olarak hem erkek (86,72±15,02) hem de kadın (91,26±12,60) hemşirelerden yüksek düzeyde memnun oldukları ve bakıma ilişkin memnuniyetlerini hemşire cinsiyetinin etkilemediği saptanmıştır. Çalışmamızda 19-34 yaş grubunda ki hastaların kadın hemşirelerden memnuniyet puan ortalamalarının, diğer yaş grubunda ki katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ( $p=0,003$ ) daha düşük bulunmuştur. Çalışmamızın sonucunda, bakım veren hemşirelerin farklı cinsiyette olmasının hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı ve genel olarak verilen bakım hizmetinden hastaların yüksek düzeyde memnun olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Bu sonuçlar doğrultusunda Türkiye'de hemşireliğin profesyonellik boyutuyla önemli bir yol kat ettiği, hemşirelik hizmetlerinin sunumuna yönelik toplumsal algıda önemli bir değişimin yaşandığı ve alınan hizmette niteliğin daha ön plana çıktığı söylenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Cinsiyet, Hasta Memnuniyeti, Hemşirelik Bakımı

### Determination of The Level of Satisfaction of The Patients Hospitalized According to The Gender of The Nurses Who Care For Them

**zet: Abstract:** This study was conducted to determine how satisfied the patients who stay in hospital for a long time with nurses who provide health care for them in terms of the nurses gender. It was determined that participants were generally highly satisfied with both male (86,72 ± 15,02) and female (91,26 ± 12,60) nurses, and satisfaction with care was not influenced by nurse gender. In our study, the average satisfaction scores of female nurses in the 19-34 age group were found to be statistically significantly lower ( $p = 0,003$ ) than the participants in the other age group. The population of this descriptive and cross-sectional study comprised patients who underwent treatment for at least seven days in the Neurosurgery, Orthopedics and Traumatology, Chest Diseases, Hematology, and Gastroenterology services of a university hospital between November 20, 2015 and February 20, 2016. To collect the study data, the Sociodemographic Characteristics Questionnaire and Newcastle Satisfaction with Nursing Scale were used. The data were uploaded to the SPSS 22.0 package program, and Kruskal Wallis, Chi-Square, Mann-Whitney U tests were used for statistical analysis. The results of the present study demonstrated that nurses gender did not significantly affect the patients satisfaction with the care and that in general, the patients were highly satisfied with the care given to them ( $p < 0,05$ ). These results suggest that in Turkey, nursing has made great strides in terms of professionalism, that there has been a significant change in the social perception of the nursing services offered and that the quality of the service has become more prominent.

**Key words:** Gender, Patient Satisfaction, Nursing Care

**Sorumlu yazar:** Tuba KARABEY

**Adres:** Gaziosmanpařa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

**e-mail:** tubakarabey@hotmail.com

## GİRİŞ

Sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel kriterlerden biri olan hasta memnuniyeti sağlık hizmeti sağlayıcıları için bir gerekliliktir (9). Hasta memnuniyeti hastaların aldıkları sağlık hizmeti veya tıbbi bakımla ilgili beklenti, deneyim ve değer yargılarını içeren ve daha çok hastaların algılamalarına dayanan bir kavramdır (4, 15). Algılanan hasta memnuniyeti daha çok hastaların görüş ve değerlendirmeleridir.

Hasta ile günün 24 saati birlikte olan, hastanın tanı ve tedavi işlemleri ile bu işlemler sırasında yaşadığı olaylardan nasıl etkilendiğini en yakından gözlemleyen sağlık personeli hemşiredir. Hemşirenin hasta ile uzun süre birlikte olması hastanın kendini daha güvende hissetmesini sağlamakta ve hemşire, hasta memnuniyetinin yükseltilmesi konusunda diğer sağlık çalışanlarına göre oldukça önemli bir görev üstlenmektedir (9). Hastaların hastanede yattıkları süre içinde hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet tüm hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyeti etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler arasında hasta hemşire ilişkisi özellikle vurgulanmaktadır. Bakım kalitesinin ve hasta memnuniyetinin belirleyicisi olan hemşireler bakım verdikleri bireylere profesyonellik ilkeleri çerçevesinde bütüncül bakım vermek durumundadır. Hemşirelik bakımı ile hastaların beklenti ve gereksinimlerinin karşılanması bireyin kendini önemli hissetmesine, tedavi uyumuna, sağlığına yeniden kavuşmasına, sağlığını geliştirme ve yaşam kalitesini artırmasına neden olmaktadır (17). Hasta memnuniyeti üzerinde en etkili faktörlerden biri olan hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetin saptanması, hemşirelik hizmet kalitesini arttıracığı gibi, aksayan yönlerin belirlenmesi, gerekli düzenleme ve eğitimlerin planlanmasında da önemli bir kaynak oluşturmaktadır (15).

Günümüzde hemşirelik bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını korumak, geliştirmek ve hasta olduğunda iyileştirmek amacına yönelik hizmet veren bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda hemşireliğin kişilerarası ilişkilere dayalı dinamik bir süreç olması mesleğin hem kadın hem de erkekler tarafından yürütülmesini gerekli kılmaktadır (5). Ancak hemşireliğin sosyolojik özelliklerinin başında cinsiyet faktörü gelmektedir. Hastalara verilen bakımın ve özenin kadının doğası ile ilişkilendirilmesi yakın geçmişe kadar hemşireliğin bir kadın mesleği olarak kabul edilmesine neden olmuştur (10).

Ülkemizde 1954 yılında çıkarılan hemşirelik kanunu, erkek hemşire yetiştirilmesine olanak tanımayan bir yasal düzenleme olmuştur (3,7,14). Ancak Ocak 2007'de Resmi Gazete'de yayınlanan "Hemşirelik Kanunu'nda Değeriklik Yapılmasına Dair Kanun" ile yapılan düzenlemelerle hemşirelikte cinsiyet ayrımı ortadan kalkmıştır. Bu yasal düzenlemeler ile birlikte Türkiye'de erkekler artık hemşirelik mesleğinin bir üyesi olabilmekte ve hemşire unvanı alabilmektedir. Hali hazırda ülkemizde erkek hemşire sayısının her geçen gün arttığı da bilinen bir gerçektir (5,11). Ülkemizde erkeklerin hemşirelik mesleğine dâhil olabilmesi ile gelecekte hemşirelikte statü artışının gerçekleşeceği ve geleneksel cinsiyete dayalı rollerden kaynaklanan hemşirelik algısının değerleşeceği de öngörülmektedir (7).

Mesleklerin değeri topluma verdikleri hizmetler ile ölçülür. Bu hizmetlerin değeri ise hem o mesleğin üyeleri, hem de hizmeti alacak olanlar tarafından belirlenir. Bu nedenle hemşirelerin meslekle ilgili görüşlerinin bilinmesi kadar, hizmeti alanların da meslek ile ilgili memnuniyet ve görüşlerinin bilinmesi önemlidir (13). Son yıllarda yapılan çalışmalarda erkeklerin hemşirelik mesleğinde yer almasının gerekliliği önemli ölçüde ortaya konulmuş ve erkeklerin hemşire olmaları konusuna toplumun olumlu yaklaştığı belirlenmiştir (11).

Çağdaş hemşirelik, profesyonel bir disiplin olarak, uygulama becerisi ile bilimsel bilgi birikimini birleştirir (8). Meslekte cinsiyet ile ilgili kalıp yargıların azalması mesleğin bilimsel ve çağdaş düzeyde gelişimine katkı sağlayacaktır (6). Her iki cinsiyet özelliklerinin bütünleştiği ve etkileştiği bir meslek grubu olmak, dikkatleri cinsiyetten uzaklaştırarak mesleğin bilimsel ve sanatsal yönündeki olumlu gelişmelere çevirecektir (3, 5). Bu bağlamda bu çalışmanın amacı hastanede uzun süreli yatan hastaların kendilerine bakım veren hemşirelerin cinsiyetlerine göre memnuniyet düzeylerinin belirlenmesidir.

Bu çalışma ile aşağıdaki araştırma sorularına cevap aranmıştır.

1. Hastanede yatan hastaların hemşirelik bakımına yönelik memnuniyeti ne düzeydedir?
2. Hemşirelerin cinsiyeti hastanede yatan hastaların hemşirelik bakımına yönelik memnuniyetini etkilemekte midir?

## MATERYAL VE METOT

### Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel niteliktedir.

### Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma Türkiye'nin İç Anadolu bölgesinde yer alan büyük şehirlerinden biri olan Sivas'ta gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini 20 Kasım 2015-20 şubat 2016 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde hasta yatışlarının kısmen daha uzun olduğu ve bakım veren kadın erkek hemşire sayısının birbirine yakın olduğu Beyin ve Sinir Cerrahisi, Ortopedi ve Travmatoloji, Göğüs Hastalıkları, Hematoloji, Gastroentoloji servislerinde en az yedi gün süre ve üzeri yatan hastalar oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini ise belirlenen servislerde yatan ve araştırma kriterlerine uyan 244 hasta oluşturmuştur.

#### **Araştırmaya Alınma Kriterleri**

1. Türkçe konuşup anlayabilen,
2. Çalışmaya katılmaya gönüllü ve bilgilendirilmiş onamı alınan,
3. 18- 74 yaş aralığında bulunan,
4. Yer ve zaman oryantasyonuna sahip olan,
5. Mekanik ventilasyon desteğinde olmayan,
6. En az 7 gün süreyle belirlenen servislerde tedavisi devam eden,
7. Tanılanmış psikiyatrik bir hastalığı olmayan,
8. Görme ve işitme problemi olmayan hastalar, çalışma kapsamına alınmıştır.

#### **Veri Toplama Araçları**

Çalışmanın verilerini toplamak amacıyla iki form kullanılmıştır. Bunlar; "Kişisel Bilgi Formu" ve "Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ)"dir.

#### **Kişisel Bilgi Formu**

Kişisel bilgi formu literatür işığında araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olup, 15 maddeden oluşmaktadır (1,2). Kişisel Bilgi Formu yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, gelir durumu, sosyal güvence ve ikametgâh gibi demografik bilgilerin yanı sıra hasta memnuniyetini etkileyebilecek hastaneyi tercih sebebi, hastaneye kaçıncı gelişi, yatış süresi, refakatçi kalma durumu, şuan refakatçi olup olmaması, tekrar hastaneyi tercih etme durumu ve kendisine bakım veren hemşirenin cinsiyeti sorularını kapsamıştır.

#### **Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği (NHBMÖ)**

Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği (HBMÖ) Thomas ve ark.(14) Tarafından 1996 yılında geliştirilmiş olup, Uzun tarafından<sup>15</sup> 2003 yılında ayrıca Akın ve Erdoğan<sup>16</sup> tarafından 2007 yılında Türkçe geçerlik ve güvenirlilik çalışması yapılmıştır. Ölçek hemşirelik bakımını içeren 19 maddeden oluşan, 5 puanlık Likert tipinde bir ölçme aracıdır. Ölçekte memnuniyet derecesini belirlemek için kullanılan puanlamada "1. Hiç memnun değildim, 2. Nadiren memnundum, 3. Memnundum, 4. Çok memnundum, 5. Tamamen memnundum" ifadeleri yer almaktadır. Ölçekte puan hesaplaması işaretlenen tüm maddelerin puanları toplandıktan sonra 100'e dönüştürülerek 0-100 puan üzerinden yapılmaktadır. Toplam puanın 100 olması hemşirelik

bakımının tüm boyutlarından memnun olunduğunu göstermektedir (18).

#### **Araştırmanın Planı ve Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yapılacağı hastane yönetiminden yazılı izin, araştırmaya katılan hastalardan bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra soru formları uygulanmıştır. Her bir bireye veri toplama formları kapalı bir zarf içerisinde verilmiş ve doldurulan formlar kapalı zarf içinde aynı gün geri alınmıştır. Soru formları araştırmacılar tarafından katılımcılara verilerek katılımcıların kendileri, okuma yazma bilmeyen katılımcıların ise refakatçi eşliğinde, refakatçisi bulunmayan katılımcıların da araştırmacı ile birlikte kendi ortamlarında doldurulması sağlanmıştır. Soru formunun doldurulması ortalama 30 dakika sürmüştür.

#### **Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (22.0) programına yüklenmiş verilerin değerlendirilmesinde Kruskal Wallis, Mann Whitney U testi ve Chi-Kare testi kullanılmıştır. Yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

#### **Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Araştırmadan elde edilen verilerin çalışma kapsamında yer alan bireylerin ifadelerine dayalı olması araştırmanın sınırlılığıdır. Bu araştırma çalışmanın sürdürüldüğu tarihlerde (20 Kasım 2015-20 şubat 2016) araştırmanın gerçekleştirildiği hastanenin Beyin ve Sinir Cerrahi, Ortopedi ve Travmatoloji Göğüs Hastalıkları, Hematoloji ve Gastroenteroloji servislerinde yatan hastalara genellenebilir.

#### **Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yapılabilmesi için Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay (2015.11/10) araştırmanın gerçekleştirildiği hastaneden yazılı izin alınmıştır.

Araştırma kapsamındaki hastalar çalışmaya ilişkin bilgilendirildikten sonra sözlü ve yazılı olarak onamları alınmıştır. Hastalara araştırmadan istedikleri zaman çekilebilecekleri ve kişisel bilgilerin gizli tutulacağı belirtilmiştir. Araştırma Helsinki Deklarasyon Prensiplerine uygun olarak yapılmıştır.

#### **BULGULAR**

Çalışmamızda yer alan 19-34 yaş grubundaki genç katılımcıların, kadın hemşirelerden memnuniyet puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde, diğer yaş grubundaki bireylere göre daha düşük bulunmuştur ( $p=0,003$ ).

Çalışmamızda katılımcıların erkek hemşirelerden memnuniyet puan ortalaması  $86,72\pm 15,02$  iken, bu oran kadın hemşireler için  $91,26\pm 12,60$  olup, puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır ( $p=0,26$ ) (Tablo 2).



Çalışmamızda demografik özelliklere göre katılımcıların kadın ve erkek hemşirelerden memnuniyet puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Evli olan katılımcıların bekâr olan katılımcılara ve hastaneye ilk kez gelen katılımcılardan birinden fazla gelen katılımcılara göre hem kadın hem de erkek hemşirelerden memnuniyet puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların hastane yatış süresi uzadıkça memnuniyet puan ortalamalarının daha düşük olduğu gözlenmiştir (Tablo 3).

Hem erkek hem de kadın hemşirelere yönelik; hastalara ayrılan zaman miktarı, hemşirelerin işlerindeki becerikliliği ve sahip olduğu

bilgi düzeyi, hastayı kendi evindeymiş gibi hissettirmeleri, duruma ve tedaviye ilişkin yeterli bilgi vermeleri, uygun açıklamalar yapmaları, hastanın endişe ve korkularını dinlemeleri, mahremiyetine saygı göstermeleri, onlara önemli bir insan gibi davranmaları ve hasta yakınlarını rahatlatma durumlarına ilişkin katılımcıların ölçek madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamış ( $p>0.05$ ) ve her iki cinsiyetteki hemşirelerden memnuniyet düzeylerinin birbirine yakın olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

**Tablo 1.** Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları (N=244)

Demografik Özellikler	Sayı	%
Yaş		
19-34	60	24,59
35-49	70	28,68
50-Üzeri	114	46,73
Cinsiyet		
Kadın	110	45,08
Erkek	134	54,92
<i>Medeni Durum</i>		
Bekâr	113	46,32
Evli	131	53,68
<i>Öğrenim Durumu</i>		
Okur-Yazar Değil	61	25,00
Okur-Yazar	49	20,08
İlköğretim	54	22,13
Lise	45	18,45
Lisans	35	14,34
<i>Hastaneye Yatış Sayısı</i>		
İlk Kez	79	32,37
İkinci kez	63	25,83
Üç ve Daha Fazla	102	41,80
<i>Yatış Süresi</i>		
7-14	63	25,82
15-22	67	27,45
23-30	54	22,13
Bir Aydan Daha Fazla	60	24,60
<i>Tekrar Hastaneyi Tercih Durumu</i>		
Evet	137	56,14
Hayır	107	43,86
<i>Bakımda Hemşire Cinsiyet Tercihi</i>		
Erkek	52	21,32
Kadın	79	32,37
Farketmez	113	46,31

**Tablo 2.** Hastaların Erkek ve Kadın Hemşirelerden Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımları

	Min.	Max.	XS±SD	İstatistiksel Sonuç P
Erkek Hemşirelerden Memnuniyet	20	100	86,72±15,02	0,26
Kadın Hemşirelerden Memnuniyet	26	100	91,26±12,60	

**Tablo 3.** Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Erkek ve Kadın Hemşirelerden Memnuniyet Puan Ortalamalarının Dağılımları

Demografik Özellikler	Erkek Hemşirelerden Memnuniyet X±SD	p	Kadın Hemşirelerden Memnuniyet X±SD	p
<b>Yaş</b>				
19-34	78,84 ± 21,5	0,212	78,52±13,05	0,003
35-49	88,25±11			
50-Üzeri	87,5±14			
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	91,87±10,49	0,624	85,63±15,14	0,474
Erkek	90,59±14,64		87,88±14,98	
<b>Medeni Durum</b>				
Bekâr	83,24±14,23	0,393	86,72±13,26	0,162
Evli	87,23±15,15		91,99±12,42	
<b>Öğrenim Durumu</b>				
Okur-Yazar Değil	82,95±17,60	0,105	92,05±11,18	0,076
Okur-Yazar	88,97±11,36		91,52±9,08	
İlköğretim	92,72±9,16		95,35±8,12	
Lise	81,96±18,81		83,64±21,17	
Lisans	88,21±12,61		88,63±10,08	
<b>Hastaneye Geliş Sayısı</b>				
İlk Kez	85,91±17,67	0,942	90,41±16,30	0,904
İkinci kez	87,04±9,96		91,25±8,22	
Üç ve Daha Fazla	87,10±14,70		91,74±11,26	
<b>Yatış Süresi</b>				
7-14	87,71±14,10	0,764	92,74±11,77	0,441
15-22	86,28±19,16		88,17±14,46	
23-30	84,84±8,48		86,84±8,48	
Bir Aydan Daha Fazla	83,19±16,14		85,94±15,52	
<b>Tekrar Hastaneyi Tercih Durumu</b>				
Evet	88,64±10,12	0,644	80,60±9,82	0,322
Hayır	66,24±8,56		72,70±10,16	
<b>Hemşire Cinsiyet Tercihi</b>				
Erkek	66,72±15,02	0,760	94,26±12,60	0,450
Kadın	68,62±11,30		86,60±14,10	
Fark etmez	80,14±15,10		81,64±12,40	

**Tablo 4.** Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği Maddelerine Göre Hastaların Kadın ve Erkek Hemşirelerin Bakımlarından Memnuniyet Durumlarının Dağılımları

No	Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği Maddeleri	Erkek Hemşire X±SD	Kadın Hemşire X±SD	p
1	Hemşirelerin size ayırdığı zamanın miktarından	4,22 ± 0,86	4,14 ± 0,76	0,273
2	Hemşirelerin işlerindeki becerikliliğinden	4,09 ± 0,90	4,41 ± 0,76	0,998
3	Her an sizinle ilgilenecek bir hemşirenin yakınınızda bulunmasından	4,19 ± 0,88	4,47 ± 0,74	0,182
4	Hemşirelerin sizin bakımınızla ilgili sahip oldukları bilgi düzeyinden	4,21 ± 0,94	4,42 ± 0,82	0,843
5	Çağırdığınızda hemşirelerin hemen gelmelerinden	4,25 ± 0,87	4,46 ± 0,77	0,384
6	Hemşirelerin sizi kendi evinizdeymişsiniz gibi hissettirmelerinden	4,10 ± 0,91	4,36 ± 0,84	0,744
7	Hemşirelerin size durumunuz ve tedaviniz ile ilgili yeterli bilgi vermelerinden	4,06 ± 0,98	4,33 ± 0,89	0,054
8	Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı yeterli sıklıkta kontrol etme durumundan	4,23 ± 0,87	4,48 ± 0,75	0,962
9	Hemşirelerin size yardımcı olmalarından	4,28 ± 0,84	4,53 ± 0,75	0,978
10	Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	4,18 ± 0,88	4,39 ± 0,80	0,738
11	Hemşirelerin akraba ya da arkadaşlarınızı rahatlatma biçiminden	4,11 ± 0,92	4,52 ± 2,82	0,526
12	Hemşirelerin işlerini yapma konusundaki tutumlarından	4,26 ± 0,81	4,48 ± 0,75	0,526
13	Hemşirelerin durumunuz ve tedavinizle ilgili olarak size verdikleri bilginin yeterliliğinde	4,11 ± 0,89	4,34 ± 0,84	0,704
14	Hemşirelerin size önemli bir insan gibi davranmalarından	4,55 ± 2,87	4,44 ± 0,78	0,702
15	Hemşirelerin endişe ve korkularınızı dinleme biçiminden	4,18 ± 0,94	4,39 ± 0,84	0,748
16	Serviste size tanınan serbestliğin miktarından	4,26 ± 0,86	4,43 ± 0,80	0,400
17	Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili isteklerinize gönüllü yanıt vermelerinden	4,22 ± 0,87	4,42 ± 0,80	0,955
18	Hemşirelerin mahremiyetinize gösterdikleri saygıdan	4,37 ± 0,82	4,56 ± 0,69	0,827
19	Hemşirelerin sizin bakımınız ve tedaviniz ile ilgili gereksinimlerinizin farkında olmalarından	4,25 ± 0,84	4,45 ± 0,72	0,973
Toplam		86,72±15,02	91,26±12,60	0,260

## TARTIşMA

Hastanede uzun süreli yatan hastaların kendilerine bakım veren hemşirelerin cinsiyetlerine göre memnuniyet düzeylerini incelemeyi amaçladığımız çalışmamızda, katılımcıların genel olarak hem erkek hem de kadın hemşirelerden yüksek düzeyde memnun oldukları ve bakıma ilişkin memnuniyetlerini hemşire cinsiyetinin etkilemediği saptanmıştır (Tablo 2,4). Bu durum hastaların bakım verenin cinsiyetinden daha çok verilen bakımın kalitesini ön planda tuttuklarını göstermesi açısından son derece önemli bulunmuştur.

Bir toplumun ekonomik, sosyal ve kültürel bileşenlerinin etkileşimleri cinsiyet ayrımcılığının temel nedenidir. Evrensel olarak kadının toplum ve aile içindeki ikinci pozisyonu erkek egemen bir dünya yaratmış olmakla birlikte, toplumlarda meslekler yatay olarak katmanlaşmış, “kadın işi” ve

“erkek işi” olarak ikiye ayrılmıştır (12). Toplumsal düzeyde çoğu meslekte cinsiyet stereotipi vardır. Genel olarak hemşirelik bir kadın mesleği olarak düşünülürken, itfaiyecilik bir erkek mesleği olarak düşünülmektedir. Cinsiyet stereotipleri mesleklerle ilişkilendirildiğinde, bu durum insanların o pozisyonda iş başına gelen erkek ya da kadına yüklediği otoriteyi etkiler. Bu nedenle erkekler başkalarının kadınlarla ilişkilendiği pozisyonlarda çalışırken olumsuz ön yargılarla karşılaşabilmektedir (2). Türkiye’de çok yakın zaman olan 2007 yılında gerçekleştirilen yasal düzenleme ile hemşirelikte var olan cinsiyet ayrımı ortadan kalkmış olsa bile, toplumsal düzeyde hemşireliğin bir kadın mesleği olduğuna ilişkin halen yaygın bir görüş de bulunmaktadır. Bu bağlamda toplumsal düzeyde hemşirelik hizmetlerinin öncelikli olarak kadınlar tarafından verilmesi

beklenebilmektedir. Nitekim ülkemizde Çelik ve ark. (5), tarafından yapılan bir çalışmada katılımcıların çoğunluğunun erkek hemşireler hakkındaki düşüncelerinin olumsuz olduğu, bakım almada kadın hemşireyi tercih ettikleri belirlenmiştir.

Cinsiyet kalıplarına sıkışmayan ve cinsiyeti olmayan meslekler toplumun gözünde daha yüksek bir prestije sahip olmakta ve bu meslekler nitelikli hizmet algısında da ön planda tutulmaktadır. Bu kapsamda düşünüldüğünde ve araştırma bulgularımız ışığında bakım hizmetinden memnuniyette cinsiyet ayırımının olmaması ve genel memnuniyetin yüksek olması, hemşireliğin profesyonel gelişimi ve bakımın niteliği açısından sevindirici bir durum olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda 19-34 yaş grubunda ki hastaların kadın hemşirelerden memnuniyet puan ortalamalarının, diğer yaş grubunda ki katılımcılardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ( $p=0,003$ ) daha düşük bulunmuştur. Bu bulgu genç yetişkin bireylerin, sunulan bakımın niteliği konusundaki beklentilerinin diğer yaş gruplarından daha yüksek olmasıyla ilişkilendirilebilir. İstatistiksel olarak önemlilik göstermese de hastaların hastanede yatış süresi uzadıkça memnuniyet puan ortalamalarının düştüğü gözlenmektedir (Tablo 3). Bu bulgular bakım hizmetinin niteliğini etkileyen, diğer sağlık disiplinleri ve kurumsal faktörleri düşündürmekte, bireylerin sağlık gereksinimlerinin karşılanmasında multidisipliner bir yaklaşımla hizmetin önemini ortaya koymaktadır.

#### SONUÇ

Hastanede yatan hastaların kendilerine bakım veren hemşirelerin cinsiyetlerine göre memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yaptığımız bu çalışmada hastaların cinsiyet ayrımı yapmaksızın hem kadın hem de erkek hemşirelerin verdikleri bakımdan yüksek düzeyde memnun oldukları bulunmuştur.

Bu temel sonuç doğrultusunda; her iki cinsiyetteki tüm hemşirelerin toplumun algı ve profesyonel gelişimi güçlendirecek şekilde kaliteli bakım hizmetini hedeflemesi ve hizmet sunumunda birbirini desteklemesi önerilmektedir.

#### Teşekkür

Çalışmamızın verilerinin istatistiksel analizinin yapılmasına katkı sağlayan sayın Dr.Öğr.Üyesi Ziyet ÇINAR'a teşekkür ederiz.

#### KAYNAKLAR

1. Akın S, Erdoğan S. (2007): The Turkish Version of The Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale Used on Medical and Surgical Patients. J Clin Nurse; 16(4) 646-653.

2. Alparslan AM, Çetinkaya Bozkurt Ö, Özgöz A. (2015): İşletmelerde Cinsiyet Ayrımcılığı ve Kadın Çalışanların Sorunları]. MAKU IIBFD; 2(3) 66-81.

3. Baykal Ü, Timuçin A, Özel S. (2010): Bir Hemşirelik Yüksekokulunda Öğrenim Gören İlk Erkek Öğrencilerin Hemşirelik Mesleğine ve Eğitime İlişkin Görüşleri HEAD; 7(3) 48-55.

4. Cerit B. (2016): Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeyi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi; 3(1) 27-36.

5. Çelik AS, Pasinlioğlu T, Çilek M, Çelebi A. (2012): Kadın Doğum Servislerinde Yatan Hastaların Erkek Hemşireler Hakkındaki Düşüncelerinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi; 15: 254-261.

6. Çınar D, Olgun N. (2013): Klinik Uygulamalarda Erkek Hemşire Algısı. HEAD; 10(3) 3-6.

7. Gönç T. (2016): Hemşireliğin Geleceği Mesleğin Cinsiyetsizleşmesini Vadediyor Mu? Erkek ve Kadın Hemşirelik Öğrencilerinin Meslek ve Toplumsal Cinsiyeti İlişkilendirme Eğilimlerinin Sosyolojik Analizi. Fe Dergi; 8(1) 144-164.

8. Hsu HY, Chen SH, Yu HY, Lou JH. (2010): Job Stress, Achievement Motivation and Occupational Burn Out among Male Nurses. J Adv Nurs; 66(7) 1592-1601.

9. Kayrakçı F, Özşaker E. (2014): Cerrahi Hastalarının Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. FNJN; 2(22)105-113.

10.Koç Z, Bal C, Sağlam Z. (2010): Hastanede Yatarak Tedavi Görmekte Olan Hastaların Erkeklerin Hemşirelik Mesleğine Katılımları ile İlgili Görüşlerinin Belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi Sempozyum Özel Sayısı; 324-329.

11.Kostak MA, Akçakoca S, Sıcak G. (2015): Çocuğu Pediatri Servislerinde Tedavi Gören Ebeveynlerin Erkek Hemşireler Hakkındaki Düşünceleri. Cumhuriyet Hem Der 4(1): 18-26.

12.Parlaktuna İ. (2010): Türkiye'de Cinsiyete Dayalı Mesleki Ayrımcılığın Analizi. Ege Akademik Bakış; 10(4) 1217-1230.

13.Rezaei M, Salsali M, Mohammadi E. (2012): Nursing Image: An Evolutionary Concept Analysis]. Contemp Nurse; 43(1) 81-89.

**14.Saatçi M.** *Toplumda Erkek Hemşire Algısı (İnternet). Ulaşım adresi: <https://www.okan.edu.tr/uploads/pages/ogrencileri-mizin-ulusal-ve-uluslararası-akademik-yayinlari/meryem-saatci-toplumda-erkek-hemsire-algısı-meryem-saatci.pdf> (ulaşım tarihi: 10.01.2019).*

**15.Őiře Ő. (2013):** *Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyeti. Kocatepe Tıp Dergisi; 14 69-75.*

**16.Thomas LH, Mccoll E, Priest J, Bond S, Boys R. J. (1996):** *Newcastle Satisfaction with Nursing Sales: An Instrument for Quality Assessments of Nursing Care. OHC; 5(2) 67-72.*

**17.Tuğut N, Gölbaşı Z. (2013):** *Bir Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisinde Yatan Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Bazı Faktörler. HEAD; 10(2) 38-44.*

**18.Uzun O. (2003):** *Hemşirelik Bakım Kalitesi ile İlgili Newcastle Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliliğinin Saptanması. THD Dergi; 2(54)16-24.*



## Mide Adenokarsinomlarında Primer Tümör ve Karaciğer Metastazlarının FDG PET/BT Parametrelerinin Karşılaştırılması\*

Sevin AYZ<sup>1</sup>, Hasan Ali DURMAZ<sup>2</sup>, Mehmet Ercüment DÖGEN<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp Kliniği; Toros Üniversitesi Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Görüntüleme Teknikleri Bölümü, Mersin, Türkiye,

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye,

<sup>3</sup>Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Mersin, Türkiye,

\*Bu çalışma 10-14 Nisan 2019 tarihleri arasında Muğla'da düzenlenen 31. Nükleer Tıp Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi / Received  
27.07.2019

Kabul Tarihi / Accepted  
20.08.2019

Yayın Tarihi / Published  
01.09.2019

**Özet:** Mide kanserinde evreleme, yeniden evreleme ve tedaviye yanıt değerlendirme amacı ile [18F]-2-floro-2-deoksi-D-glukoz (FDG) pozitron emisyon tomografisi (PET)/bilgisayarlı tomografi (BT) görüntüleme yapılmaktadır. FDG PET/BT görüntülemede, primer tümörün ve metastazlarının metabolik parametreleri olan maksimum standart uptake değeri (SUVmaks) ve tümör lezyon glikolizi (TLG) değerlendirilmektedir. Bu retrospektif çalışmada evreleme amacı ile FDG PET/BT görüntülemeleri yapılan opere olmamış mide adenokarsinomlu hastalarda primer tümörün ve karaciğer metastazlarının metabolik parametrelerini elde etmeyi ve karşılaştırmayı amaçladık. Çalışmaya 11 erişkin olgu (altı kadın, beş erkek) dahil edildi. Primer mide tümörlerinin ve karaciğer metastazlarının (n=24) SUVmaks ve TLG değerleri elde edildi ve independent sample t-test yapılarak karşılaştırıldı. Primer mide tümörlerinin ve karaciğer metastazlarının ortalama SUVmaks değerleri sırasıyla 8.3±3.3 ve 7.6±1.8 olarak bulundu (P<0.05). Primer mide tümörlerinin ve karaciğer metastazlarının ortalama TLG değerleri sırasıyla 84.7±60.2 ve 127.9±39.7 olarak bulundu (P<0.05). Primer mide tümörü ve karaciğer metastazlarının FDG PET/BT ile elde edilen metabolik parametreleri arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Karaciğer metastazlarına ait ortalama TLG değeri, primer tümörlerin ortalama TLG değerinden daha yüksek çıktığı için, bu olguların FDG PET/BT incelemesi yapılırken SUVmaks yanında TLG değerlerinin de dikkate alınmasının değerlendirmeye önemli katkı sağlayacağı düşünölmüştür. Primer mide malignitesinin ve karaciğer metastazlarının metabolik parametrelerini elde etmede FDG PET/BT etkin bir yöntemdir.

**Anahtar kelimeler:** Fluorodeoksiglukoz F18, pozitron-emisyon tomografi/bilgisayarlı tomografi, mide neoplazmları, neoplazm metastazları, karaciğer

### Comparison of The FDG PET/CT Parameters Of Primary Tumors And Liver Metastases In Cases With Gastric Adenocarcinomas

**Abstract:** [18F]-2-fluoro-2-deoxy-D-glucose (FDG) positron emission tomography (PET)/ computed tomography (CT) imaging is being performed for staging, restaging and evaluation of response to treatment in gastric cancer. In FDG PET/CT imaging, metabolic parameters of the primary tumors and their metastases, namely the maximum standard uptake value (SUVmax) and the tumor lesion glycolysis (TLG) are evaluated. In this retrospective study, we aimed to obtain and compare the metabolic parameters of the primary tumors and their liver metastases in patients with gastric cancer who underwent FDG PET/CT imaging and who didn't undergo surgery. Eleven patients (six females, five males) were included in the study. SUVmax and ve TLG values of the primary tumors and their liver metastases (n=24) were obtained and compared using independent sample t-test. The mean SUVmax of the primary gastric tumors and their liver metastases were 8.3±3.3 ve 7.6±1.8, respectively (P<0.05). The mean TLG of the primary gastric tumors and their liver metastases were 84.7±60.2 ve 127.9±39.7, respectively (P<0.05). There were significant differences between metabolic parameters of the primary tumors and their liver metastases. Since the mean TLG value of the liver metastases were higher than that of the primary tumor, taking TLG values into account beside SUVmax values were considered to make significant contribution to FDG PET/CT evaluation of these cases. FDG PET/CT is an effective tool in obtaining metabolic parameters of primary gastric malignancies and their liver metastases.

**Keywords:** Fluorodeoxyglucose F18, positron-emission tomography/computed tomography, stomach neoplasms, neoplasm metastasis, liver

Sorumlu yazar: Sevin AYZ

Adres: Mersin Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Nükleer Tıp Kliniği, Korukent Mah., 96015 Sok., 33240 Toroslar/  
Mersin

e-posta: [sevinayaz@yahoo.com](mailto:sevinayaz@yahoo.com)

## 1. GİRİŞ

Mide kanseri, dünyadaki en sık görülen kanserlerden biri ve kanser ölümlerinin önde gelen nedenlerindedir (5). Mide kanserinde evreleme, yeniden evreleme ve tedaviye yanıt değerlendirme amacı ile [18F]-2-floro-2-deoksi-D-glukoz (FDG) pozitron emisyon tomografisi (PET)/bilgisayarlı tomografi (BT) ile görüntüleme yapılmaktadır (8). Metastazların boyut, sayı ve metabolik özelliklerinin tedavi öncesi ortaya konması, takiplerde tedaviye yanıtın doğru ve nesnel olarak değerlendirilmesinde son derece önemlidir. FDG PET/BT görüntülemesinde, primer tümörün ve metastazlarının maksimum standart uptake değeri (SUVmaks) ve tümör lezyon glikolizi (TLG) metabolik parametreleri ile değerlendirmeler yapılabilmektedir. Bu kesitsel çalışmada evreleme amacı ile FDG PET/BT görüntülemeleri yapılan opere olmamış ve solid organ metastazı evresinde mide adenokarsinomu olan hastalarda primer mide tümörünün ve karaciğer metastazlarının metabolik parametrelerini elde etmeyi ve karşılaştırmayı amaçladık.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

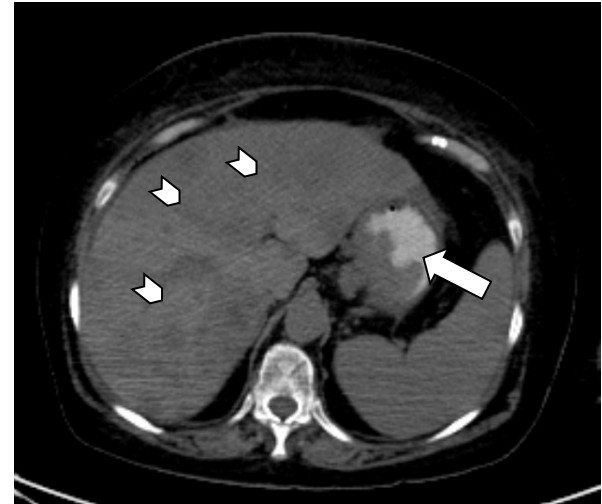
Bu retrospektif çalışmaya primer mide kanseri (adenokarsinom) tanılı, karaciğer metastazı saptanan 16 eriőkin olgudan, yaş ortalaması 56±5.1 yıl olan 11 olgu (altı kadın, beş erkek) dahil edildi. Beş olgu verilerindeki eksiklikler nedeniyle çalışmadan çıkarıldı. FDG PET/BT görüntüleme tüm olgularda, herhangi bir tedavi (cerrahi, radyoterapi, kemoterapi) başlanmadan önce evreleme amacı ile yapıldı. Hastalardan tetkik öncesi bilgilendirilmiő onam alındı. Çalışma Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapıldı. Tüm olgularda ortalama 6 saatlik açlık süresi sonrasında kan şekeri ölçümü yapıldı ve 150-200 mg/dL'nin altındaki değerlerde iken intravenöz yolla 262.7-425.5 MBq (7.1-11.5 mCi) doz aralığında 18F-FDG uygulandı. Olgular 50 dakika sessiz bir ortamda dinlendikten sonra çekime alındı. Olgulara intravenöz iyotlu kontrast madde verilmeden, oral kontrast madde verildikten ve çekim masasına yatmadan önce bir bardak daha (200 mL) oral kontrast madde içirildikten sonra, kafa tabanından uyluk orta kesimine kadar, supin pozisyonda, 7-8/yatak ve 3 dakika/yatak süresi olacak şekilde tarama yapıldı. Primer mide tümörlerinin ve toplam 24 adet karaciğer metastazının SUVmaks, TLG değerleri elde edildi ve independent sample t-test yapılarak

karşılaştırıldı.  $P<0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. İstatistiksel analizler SPSS programı ile yapıldı (version 16.0; SPSS Inc; Chicago, IL, USA).

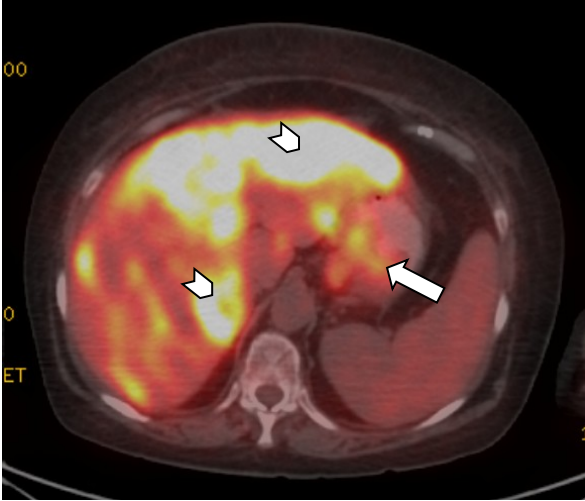
SUVmaks, ilgi alanı içindeki maksimum aktivite (MBq/mL)/[enjekte edilen doz (MBq)/vücut ağırlığı (g)] formülüne göre hesaplanırken (3-5), TLG de metabolik tümör volümü (MTV)x ortalama SUV (SUV-mean) formülüyle hesaplandı (9). Aksiyel BT ve FDG PET/BT füzyon görüntülerdeki karaciğer metastazları, kontrastlı manyetik rezonans görüntülemesinde karşılık gelen lezyonlarla doğrulama amaçlı olarak eőleřtirildi.

## 3. BULGULAR

Primer malign mide tümörlerinin ve karaciğer metastazlarının (Resim 1, 2) ortalama SUVmaks değerleri sırasıyla 8.3±3.3 ve 7.6±1.8 olarak bulundu ( $P<0.05$ ). Primer tümörlerin ve karaciğer metastazlarının ortalama TLG değerleri sırasıyla 84.7±60.2 ve 127.9±39.7 olarak bulundu ( $P<0.05$ ).



**Resim 1.** Karaciğer metastazları (küçük oklar) olan mide malign neoplazmi (büyük ok) tanılı olgunun aksiyel BT görüntüsü



**Resim 2.** Karaciğer metastazları (küçük oklar) olan mide malign neoplazmı (büyük ok) tanılı aynı olgunun aksiyel FDG PET/BT füzyon görüntüsü

#### 4. TARTIşMA VE SONUÇ

Çalışmamızda primer malign mide tümörü ve karaciğer metastazlarının FDG PET/BT ile elde edilen metabolik parametreleri arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Altini ve ark. (2) SUVmean (ortalama SUV) ile lezyon boyutu arasında pozitif ilişki bulmuştur. Bununla birlikte SUVmaks, SUVmean'den daha kolay tekrarlanabilirliği olan bir parametre olup kısmi hacim etkisine bağlı değişikliklerden daha az etkilenir (11). Bu nedenlerle çalışmamızda SUVmaks ölçümlerini kullanmayı tercih ettik.

Bizim çalışmamızdaki karaciğer metastazlarının SUVmaks değerlerinin primer malign mide tümörlerinininkinden daha küçük olmasına karşı TLG değerlerinin daha büyük olmasını, çoğu metastazların boyutlarının primer tümörden daha büyük olmasına bağladık. TLG mide malignitelerinde prognozun en önemli belirleyicilerinden olduğu için hem primer tümörün hem de metastazlarının TLG değerlerinin elde edilmesi son derece önemlidir (6). Primer mide kanserine ait MTV gibi prognostik veriler elde edilirken aralarında TLG'nin de olduğu ve prognozu belirleyen benzer parametrelerin metastazlar için de elde edilmesinin önemi vurgulanmıştır (7). Ayrıca TLG'nin kanser hücre yoğunluğu ve MTV ile doğrudan ilişkili olması nedeniyle önemli bir prognostik biyolojik belirteç olduğu bildirilmiştir (3). Sadece mide kanserinde değil karaciğer metastazı olan kolon kanseri olgularında da TLG'nin toplam sağkalım süresi bağlamında prognozu belirlemede yararlı ve güvenilir olduğunu gösteren yeni çalışmalar yapılmıştır (4, 12). Bizim çalışmamızda karaciğer metastazlarına ait TLG değerleri primer tümörünkilerden daha yüksek bulunduğu için, benzer olguların FDG PET/BT incelemesi yapılırken

SUVmaks değerleri yanında TLG değerlerinin de dikkate alınmasının yararlı olacağını düşündük.

FDG PET/BT pratiğinde görüntüler intravenöz iyotlu kontrast madde verilmeden elde olunduğu için BT kesitlerinde özellikle daha küçük metastazların yerlerini saptamada ve bunları füzyon görüntülerdeki tutulum yerleri ile eşleştirmede zaman zaman güçlük yaşanabilmektedir. Bu çalışmada karaciğer metastazlarını doğru lokalize etmede kontrastlı MR görüntülerinin BT görüntülerine yardımcı olduğunu saptadık. Bu nedenle benzer olgularda özellikle küçük boyutta karaciğer metastazlarının FDG PET/BT ile değerlendirilmesi sırasında yakın zamanda elde olunmuş kontrastlı MR kesitlerine başvurulmasını önermekteyiz.

Retrospektif özellikle olan çalışmamızın en önemli kısıtlılıkları arasında hasta sayısının görece düşük olması ve olguların uzun dönem takiplerinin yapılamamasından dolayı sağkalım süreleri ile primer tümörlerin ve metastazlarının TLG değerleri arasındaki bağıntıyı değerlendiremememiz sayılabilir. Ayrıca çalışmamızda sadece mide kanserleri ve metastazlarından elde ettiğimiz metabolik parametreleri kullandığımız için, elde ettiğimiz verileri diğer gastrointestinal sistem malignitelerinin ve bunların karaciğer metastazlarının metabolik parametreleri ile karşılaştırılmadı. Bununla birlikte, çalışmamızdan elde edilen verilerin daha büyük ölçekteki prospektif çalışmaların planlamasında kullanılabileceği düşünölmüştür.

Sonuç olarak; Primer mide malignitelerinin ve karaciğer metastazlarının metabolik parametrelerini elde etmede ve karşılaştırmada FDG PET/BT etkin bir tanı yöntemidir. Karaciğer metastazlarının metabolik özelliklerinin tedavi öncesi FDG PET/BT ile etkin olarak ortaya konması, bu olgularda tedaviye yanıtın doğru şekilde değerlendirilmesine olanak sağlayacaktır.

#### KAYNAKLAR

1. Alobthani G, Romanov V, Isohashi K, Matsunaga K, Watabe T, Kato H, Tatsumi M, Shimosegawa E, Hatazawa J. (2018): Value of <sup>18</sup>F-FDG PET/CT in discrimination between indolent and aggressive non-Hodgkin's lymphoma: A study of 328 patients. *Hell J Nucl Med*; 21(1):7-14.
2. Altini C, Niccoli Asabella A, Di Palo A, Fanelli M, Ferrari C, Moschetta M, Rubini G. (2015): <sup>18</sup>F-FDG PET/CT role in staging of gastric carcinomas: comparison with conventional contrast enhancement computed tomography. *Medicine (Baltimore)*; 94(20):e864.
3. d'Amico A. (2015): Review of clinical practice utility of positron emission tomography with <sup>18</sup>F-fluorodeoxyglucose in assessing tumour response to therapy. *Radiol Med*; 120(4):345-51.



4. Grut H, Dueland S, Line PD, Revheim ME. (2018): The prognostic value of <sup>18</sup>F-FDG PET/CT prior to liver transplantation for nonresectable colorectal liver metastases. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*; 45(2):218-25.
5. Hopkins S, Yang GY. (2011): FDG PET imaging in the staging and management of gastric cancer. *J Gastrointest Oncol*; 2(1):39-44.
6. Lee SY, Seo HJ, Kim S, Eo JS, Oh SC. (2018): Prognostic significance of interim (18) F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography-computed tomography volumetric parameters in metastatic or recurrent gastric cancer. *Asia Pac J Clin Onco*; 14(5):e302-e309.
7. Lim SM, Kim H, Kang B, Kim HS, Rha SY, Noh SH, Hyung WJ, Cheong JH, Kim HI, Chung HC, Yun M, Cho A, Jung M. (2016): Prognostic value of (18)F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography in patients with gastric neuroendocrine carcinoma and mixed adenoneuroendocrine carcinoma. *Ann Nucl Med*; 30(4):279-86.
8. Lim JS, Yun MJ, Kim MJ, Hyung WJ, Park MS, Choi JY, Kim TS, Lee JD, Noh SH, Kim KW. (2006): CT and PET in stomach cancer: preoperative staging and monitoring of response to therapy. *Radiographics*; 26(1):14-56.
9. Satoh Y, Nambu A, Ichikawa T, Onishi H. (2014): Whole-body total lesion glycolysis measured on fluorodeoxyglucose positron emission tomography/computed tomography as a prognostic variable in metastatic breast cancer. *BMC Cancer*; 14:525.
10. Singh D, Miles K. (2012): Multiparametric PET/CT in oncology. *Cancer Imaging*; 12:336-44.
11. Soret M, Bacharach SL, Buvat I. (2007): Partial-volume effect in PET tumor imaging. *J Nucl Med*; 48(6):932-45.
12. Woff E, Hendlisz A, Ameye L, Garcia C, Kamoun T, Guiot T, Paesmans M, Flamen P. (2018): Validation of metabolically active tumor volume and total lesion glycolysis as 18F-FDGPET/CT-derived prognostic biomarkers in chemorefractory metastatic colorectal cancer. *J Nucl Med*; doi: 10.2967/jnumed.118.210161. [Epub ahead of print].



## Gebelikte Bulantı ve Kusma Yönetimi Gamze Büşranur TOPÇU<sup>1</sup>, Nuran Aydın ATEŞ<sup>2</sup>, Gözde KÜĞCÜMEN<sup>3</sup>

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

<sup>1</sup>ORCID: 0000-0002-4735-9163

<sup>2</sup>ORCID: 0000-0003-0582-1484

<sup>3</sup>ORCID: 0000-0001-7052-3817

Geliş Tarihi / Received  
30.05.2019

Kabul Tarihi / Accepted  
10.06.2019

Yayın Tarihi / Published  
01.09.2019

**Özet:** Gebelikte bulantı kusma yakınması genellikle ilk trimesterdeki gebelerde %50-80 sıklığında görülür. Çok düşük bir oranda dahi olsa bazı gebelerde bulantı kusma yakınması ikinci trimester ve üçüncü trimestere kadar uzayabilmektedir. Bulantı kusma yakınmasının yanında gebede gebelik öncesi kilosundan %5'lik bir kayıp ve gebede elektrolit dengesizliği de görülürse bu klinik tabloya Hiperemesis Gravidarum denir ve bu hastalığın ağır bir formudur. Gebelikte bulantı kusma yakınmasının etiolojisiyle ilgili net bir çalışma ortaya koyulamamıştır. Bu zamana kadar ki çalışmalarda bulantı kusmanın sebebinin gebedeki hormonal değişiklikler, gastrointestinal sistem, vestibüler sistem, koku duyası, psikolojik nedenler ve genetik nedenlerle ilgili olduğu ileri sürülmüştür. Etiyolojisi tam olarak bilinmemesine rağmen uygulaması kolay bir yöntem olan PUQE skorlaması tanı için yardımcı bir yöntemdir. Geçmişte bir ilaç kullanımından dolayı anomalili bir bebek dünyaya geldiği iddiası ileri sürüldüğünden dolayı tedavisi içinde genellikle non-farmakolojik yöntemlere başvurulmuştur. Hipnoz, davranış tedavisi, beslenme ve yaşam alışkanlıklarının düzenlenmesi, akupunktur, bitkisel tedaviler başvuru non-farmakolojik yollardan bazılarıdır. En eski ve en sık kullanılan ilaç klasik H1 antihistaminiklerle birlikte vitamin B6'dır. Bu ilaçların bulantı kusma şikâyetine nasıl etki ettikleri de tam olarak bilinmemektedir. Bu yazıda amaç; gebelikte bulantı kusma yakınması olan gebeliklerin ebeler tarafından yönetimine yardımcı olmaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Bulantı, Ebelik, Gebelik, Kusma

### Nausea and Vomiting Management in Pregnancy

**Abstract:** Nausea and vomiting in pregnancy is generally seen in the frequency of 50-80% in the first trimester pregnancies. Nausea and vomiting in some pregnant women, even at a very low rate, may extend to the second and third trimester. In addition to the complaint of nausea and vomiting, if there is a 5% loss in weight in comparison to the pre-pregnancy period and electrolyte imbalance in pregnant women, this clinical picture is called Hyperemesis Gravidarum and this is a severe form of the disease. A clear study of the etiology of nausea and vomiting in pregnancy has not been established. It has been suggested that the cause of nausea and vomiting is related to hormonal changes, gastrointestinal system, vestibular system, sense of smell, psychological reasons and genetic causes. Although its etiology is not known exactly, PUQE scoring is an easy way to diagnose. In the past, because of the claim that a baby with an anomaly has been born due to a drug use, non-pharmacological methods have been used in the treatment. Hypnosis, behavior therapy, regulation of nutrition and life habits, acupuncture, herbal therapies are some of the non-pharmacological ways to apply. The oldest and most commonly used drug is vitamin B6 with classical H1 anti histamines. It is not known exactly how these drugs affect nausea and vomiting symptoms. The purpose of this paper is; to help manage the pregnancies with nausea and vomiting during pregnancy by midwives.

**Key words:** Nausea, Midwifery, Pregnancy, Vomiting

Sorumlu Yazar: Gamze Büşranur TOPÇU

Adres: İstanbul Medipol Üniversitesi, SBF, Ebelik Bölümü

E- mail: gamzetopcu97@gmail.com

Bazı gebeler için bulantı kusma erken dönemde gebelik belirtisi olarak görülmektedir. Etiyolojisi tam olarak bilinmeyen bulantı kusma şikâyeti ilk trimesterdeki gebelerde %50-80 oranında görülmektedir. %1-2'lik oranda bu şikâyet ikici ve üçüncü trimestere kadar uzar. Bu şikâyete gebelikten önceki kilonun %5'inin de kaybedilmesi eklendiğinde oluşan klinik tabloya "Hiperemesis Gravidarum" denir ve gebenin hastaneye yatışına sebep olur. Bazı yazarlara göre bu kadar sık görülen bir duruma hastalık demek doğru değildir. Bu bakış açısına göre gebelikteki bulantı kusma, hiperemesis gravidarum hariç, anne ve fetusu korumaya yönelik bir savunma mekanizmasıdır. Gebelikteki bulantı kusma gıdalarla dışarıdan alınacak toksinlerin fetus üzerine olası teratojenik ve embriyo toksik etkilerinden korunmaya yarar. Bu fikri savunanlar gebelikte bulantı kusması olanlarda daha az abortus ve fetal ölüm olduğunu ileri sürmektedirler (2). Komplike mide bulantısı ve hamilelik kusması olan kadınların, karmaşık mide bulantısı ve gebeliğin kusması olan kadınlara göre daha iyi gebelik sonuçları sağladığı belirtilmiştir (5).

Gebelikte bulantı kusma kadının ailevi ve sosyal hayatı üzerinde olumsuz etkilere sebep olan bir yakınmadır. Bulantı-kusma uzun süre devam ederse subakut tiamin (vitamin B1) eksikliğine bağlı Wernicke ensefalopatisi (nistagmus, ataksi ve demans) gelişebilir (4). Tanısı için genel fizik muayenesi, kan tahlili, idrar tahlili ve PUQE skorlaması kullanılmaktadır (10). Gebelikte ilaç kullanımı teratojenik etkilere yol açabilir, fetüs üzerinde yapısal ve fonksiyonel anormalliklere neden olabilir (8). Bu yüzden bulantı kusma ile ilgili non-farmakolojik yöntemlere başvurulmaktadır.

Bu yazı gebelerde bulantı kusma yakınmasının tanısı ve tedavisine yönelik yöntemleri içermektedir. Tanı ve tedaviye ilişkin uygulamalar sayesinde ebelere gebelerine ait tedaviyi planlayabilmelerini sağlamaktır.

### 1. Gebelikte Görülen Bulantı Kusma İnsidansı

Gebelikte bulantı-kusma, sabah hastalığı, hiperemesis gravidarum, gebelik hastalığı adlarıyla anılan bu durum, şiddeti değişmekle beraber gebelerde % 50-80 oranında genellikle birinci trimesterde görülen bir yakınmadır. Kadınların ailevi ve sosyal hayatları üzerinde olumsuz etkilere sebep olan bu yakınma çok düşük bir ihtimalle de olsa ikinci ve üçüncü trimestere kadar uzayabilmektedir. Gelişmiş ülkelerde ve kentsel bölgelerde yaşayanlarda daha sık görülmektedir. Yine genç gebeler ve primigravid kadınlarda yaşlı multipar hastalardan daha sık izlenmektedir (9). Östrojen bazlı tedavi alanlar, hareket bozukluğu olanlar, migreni olanlarda gebeliğe bağlı bulantı-kusma daha sık izlenmektedir. Tat duyusu gelişmiş olanlarda daha sık görülürken anosmik kadınlarda daha nadirdir (7). İkiz gebeliklerden monozigotik ikizler dizigotik ikizlerden daha fazla risk taşıırken

benzer şekilde farklı fetal cinsiyete sahip ikiz gebeliklerde risk daha fazladır (6).

### 2. Bulantı ve Kusmanın Sebep Olduğu İleri Sürülen Etmenler

Bu zamana kadar gebelikteki bulantı ve kusmanın etiyolojisi hakkında net bir çalışma ortaya koyulamamıştır. Gebelikteki bulantı ve kusmanın sebebi şunlara bağlanmaktadır:

#### 2.1. Hormonal Değişiklikler

Gebelikte bulantı kusmanın nedeni bilinmemekle birlikte human koryonik gonodotrop hormonunun (HCG) artmasının neden olduğu düşünülmektedir (11).

$\beta$ -hCG gebeliğin ilk haftalarında korpus luteumdan progesteron salgılanmasının sürdürülmesi için giderek 5 artan miktarlarda üretilip, salgılanır. Gebeliğin 2. üçayından itibaren progesteron üretimi tamamen plasenta tarafından karşılandığından, artık  $\beta$ -hCG'ye ihtiyaç kalmaz ve doğuma kadar serumda çok düşük miktarlarda bulunur.  $\beta$ -hCG derişimindeki bu artma ve azalma döngüsü gebeliğin bulantı-kusmasının seyrine paralellik göstermektedir (1).

Bulantı kusmanın etiyolojisinde yer alan diğer hormonlar; Progesteron, Östrojen, Tiroid Hormonlarıdır (9).

#### 2.2. Koku Duyusu

Gebelerdeki bulantı-kusmanın en önemli tetikleyicilerinden biri de kokulardır. Yemek kokusu (özellikle de et kokusu), kahve kokusu, parfüm kokusu, sigara kokusu, uçucu maddelerin kokusu (petrol ürünleri) gebelerdeki bulantı-kusmayı tetikleyen başlıca kokulardır (10).

#### 2.3. Psikolojik Nedenler

Gebelikte görülen bulantı kusmanın kişiliği gelişmemiş, bağımlı, histerik, depresif veya sinirli yapıdaki kadınlarda daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Gebelikteki bulantı kusmanın etiyolojisiyle ilgili açıklamaların en eskisi psikanalistler tarafından yapılmış ve bu durumu konversiyon ya da somatizasyon olarak yorumlamışlardır. Psikanalistler gebeliği başta konversiyon bozukluğu olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluğun ortaya çıkmasını kolaylaştıran bir durum olarak görmektedirler (3).

#### 2.4. Genetik Nedenler

Gebelikte bulantı-kusma yakınmasının genetik yatkınlıkla ilişkili olduğunu düşündüren deliller de bulunmaktadır. Gebelikleri sırasında bulantı-kusmadan yakınan kadınların kızlarında da gebelikte bulantı-kusma yakınması daha fazla görülmektedir (10).

### 3. Gebelikte Görülen Bulantı ve Kusmanın Tanısı ve Şiddetinin Değerlendirilmesi

Gebelik sırasında görülen bulantı-kusmanın nedeni her zaman gebelik olmayabilir. Bu nedenle bulantı-kusma yakınmasıyla başvuran bir gebede diğer nedenler de dikkate alınmalıdır. Gastroenterit, appendisit, intestinal obstrüksiyon, akut kolesistit,

pankreatit, pnömoni, üst solunum yolu enfeksiyonu, menenjit, akut piyelonefrit gibi hastalıklarda da bulantı-kusma sık görülen şikâyetler arasındadır (2).

Gebelikteki bulantı-kusmanın özgül bir muayene bulgusu yoktur. Fizik muayene de batin muayenesinin normal olması, organomegali görülmemesi, ateş olmaması, ense sertliğinin olmaması, alt ve üst solunum yollarına ait bir enfeksiyon bulgusunun olmaması, idrar yolu enfeksiyonuna dair bir yakınma olmaması ve laboratuvar sonuçlarının normal olması bulantı-kusmanın gebeliğe bağlı olduğunu düşündürür (10).

Yapılacak detaylı bir fizik muayene ve basit birkaç kan ve idrar tahliliyle gebelikteki bulantı kusmanın tanısını koymak mümkün olsa da hem hastalığın şiddetini belirlemek hem de tedaviye yanıtı değerlendirmek için bir takım skorlama testleri önerilmiştir. Testlerden ilki bulantı ataklarının süresini, kusma sayısı, kusmuk hacmi ve öğürme sayısını; ikincisi bulantı ataklarının süresini ve kusma sayısını; üçüncüsü de bulantı ataklarının süresini, kusma sayısını ve öğürme sayısını sorgulamaktadır. Bu testlerden üçüncüsü PUQE: (pregnancy-unique quantification of emesis and nausea) olduğu önerilmiştir (10). PUQE skorlamasında gebeye yöneltilen 3 soru ile bulantı kusmanın şiddetini belirlemek mümkündür.

#### 4. Bulantı ve Kusmanın Tedavisi

Gebelikte bulantı-kusmanın etiyoloji tam olarak anlaşılamadığından birçok tedavi yöntemi önerilmiştir ve bunların çoğu semptomatiktir. Tedavi seçeneklerini farmakolojik olanlar ve olmayanlar olarak sınıflamak mümkündür. Tedavi yaklaşımı hastalığın şiddetine ve varsa eşlik eden komplikasyonlara göre yönlendirilir (10).

##### 4.1. Non- Farmakolojik Yöntemler

Günümüzde ilaçların teratojenik etkilerinden dolayı gebelerin büyük bir kısmı non- farmakolojik yöntemlere eğilim göstermişlerdir. Bulantı ve kusma yakınması olan gebelere öncelikle beslenme alışkanlıklarını değiştirip diyet tedavisi önerilmektedir. Yağlı yiyecekler mide boşalmasını

geciktirdiği, sebzeler ve lifli gıdaların sindirimi daha uzun zaman aldığı, portakal ve limonlu meyve suları asit oluşumunu arttırdığı, demir preparatları tahriş edici etkiye sahip olabildiği için, bu besin ve preparatların tüketiminden mümkün olduğunca uzak durulmalıdır. Özellikle yağlı ve baharatlı yiyeceklerden ve bunların kokusundan uzak durmak, az ve sık beslenmek, akşam yatmaya 1-2 saat kala artık bir şey yiyip, içmemek ve bulantı-kusma yakınmasından kurtulana kadar demir preparatları kullanmamak şikâyetleri hafifletecektir. Küçük ancak sık aralı porsiyonlarla beslenmelidir (2).

Gebelere önerilen diğer bir non-farmakolojik yöntem zencefildir. Birçok bitki bulantı kusma yakınmasına iyi gelmektedir ancak bunlardan en etkili olanı zencefil olduğu gebelere zencefil önerilmektedir. Günlük 1 gram (4x250 mg) dozunda alman zencefilin semptomlarının giderilmesinde plasebodan daha etkili olduğu gösterilmiştir. Günümüze dek yapılan yayınlarda zencefile yönelik herhangi bir fetal anomali risk artışı bildirilmemiştir (3).

##### 4.2..Farmakolojik Yöntemler

Bulantı-kusmanın fizyolojisine bakıldığında gastrointestinal sistem, vestibüler sistem, koku duyusu, merkezi sinir sistemi gibi birçok farklı uyarı merkezinin bulantı-kusmayı başlatabildiği görülmektedir. Kullanılan ilaçlar çok çeşitlidir ve bu ilaçların gebelikteki bulantı-kusmayı önlemedeki etki yolu kanıta dayalı olarak ortaya konamamıştır. Birçok yazar gebelikteki bulantı-kusmanın kontrolünde ilaç kullanımını ancak hasta yeterli sıvı alamıyorsa ve beslenemiyorsa önermektedir. Tedavi öncelikle ayaktan ve oral yolla alınacak ilaçlarla sağlanmaya çalışılmalıdır. Bu yolla başarı elde edilemezse hastanede yatarak, parenteral sıvı ve ilaç tedavisi gündeme gelmelidir. En çok kullanılan ilaçlar klasik H1 blokeri antihistaminikler ve vitamin B6'dır (3) (10).

Modified PUQE score.

1. On average in a day, for how long do you feel nauseated or sick to your stomach?				
Not at all (1)	≤1 h (2)	2-3 h (3)	4-6 h (4)	>6 h (5)
2. On average in a day, how many times do you vomit or thrown up?				
≤7 times (5)	5-6 times (4)	3-4 times (3)	1-2 times (2)	I did not throw up (1)
3. On average in a day, how many times do you have retching or dry heaves without bringing anything up?				
None (1)	1-2 times (2)	3-4 times (3)	5-6 times (4)	≥7 times (5)

Total score (sum of replies to 1, 2, and 3): mild NVP, ≤6; moderate NVP, 7-12; severe NVP, ≥13.

(From Lacasse A, Rey E, Ferreira E, Morin C, Bérard A. Validity of a modified Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea (PUQE) scoring index to assess severity of nausea and vomiting of pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2008 Jan;198(1):71.e1-7. With permission).

**Resim 1:** <https://docplayer.biz.tr/43748562-Gebelerde-bulanti-kusma-sikayetleri-ile-d-vitamini-duzeyleri-arasindaki-iliskini-istatistiksel-olarak-degerlendirilmesi.html>

## SONUÇ

Gebelikte bulantı ve kusma yakınması oldukça sık rastlanan ve genellikle birinci trimesterde kendiliğinden yok olan bir yakındır. Hastalığın hafif formu sadece yaşam konforunu bozarken, daha ağır bir formu olan "Hiperemesis Gravidarum" sosyal ve ailevi hayat üzerine olumsuz etkilere sebep olmaktadır. Bulantı ve kusma yakınmasının tanısı için uygulaması kolay bir yöntem olan "PUQE skorlama sistemi" ebelerine yön gösterici olacaktır. Aile Sağlığı Merkezleri'nde çalışan ebelerimizin gebelerine aylık takiplerinde PUQE skorlaması ile gebelerine bulantı kusma hakkında bir tedavi planı oluşturulabilir. Bulantı ve kusma yakınmasının tedavisi, etiyolojisi tam olarak ortaya konamadığından semptomatiktir. Yakınmaların giderilmesinde öncelikle davranış ve beslenme değişiklikleriyle çözüm aranmalıdır. Eğer hasta yeterli sıvı almıyor ve beslenemiyorsa bulantı kusmanın kontrolünde farmakolojik yöntemlere başvurulur. İlaç seçeneklerinin hiçbirine ait kanıt dayalı olarak etkinlik ve güvenlik çalışması olmasa da, non-farmakolojik yollarla başarı sağlanamadığında, hastalığı kontrol etmek için farmakolojik yöntemler basamak basamak denenmelidir.

## KAYNAKÇA

1. **Beji NK, Özkan SA. (2016):** Gebelikte Görülen Fizyolojik/ Psikolojik Değişiklikler. N. K. Beji içinde, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları (s. 285-305). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti.
2. **Büyükkurt S, Demir SC, Özgünen FT, Evrücke İC, Kadayıfçı O, Güzel AB. (2008):** Gebelikte bulantı-kusma yakınması olan hastanın

değerlendirilmesi ve tedavi seçenekleri. Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology, 106-116.

3. **Cevrioğlu SA, Koçak İ. (2004):** Hiperemesis Gravidarum: Tanı ve tedavide güncel yaklaşımlar. TJDÖZ Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi, 203-210.

4. **Eboué C, Carlier-Guérin C, de La Sayette V, Grall J, Herlicoviez M. (2006):** *A rare complication of vomiting in pregnancy: Wernicke's encephalopathy. Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction, 822-825.*
5. **Enabulele J, Ibhawoh L. (2014):** *Resident obstetricians' awareness of the oral health component in management of nausea and vomiting in pregnancy. BMC pregnancy and childbirth , 388.*
6. **Gill SK, Maltepe C, Koren G. (2009):** *The Effect of Heartburn and Acid Reflux on the Severity of Nausea and Vomiting of Pregnancy. Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology, 270-272.*
7. **Heinrichs L. (2002):** *Linking olfaction with nausea and vomiting of pregnancy, recurrent abortion, hyperemesis gravidarum, and migraine headache. American journal of obstetrics and gynecology, 215-219.*
8. **Miral M, Beji NK. (2016):** *Gebelikte İlaç Kullanımı ve Danışmanlık. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 142-148.*
9. **Özdemir F, Bodur S, Nazik E, Nazik H, Kanbur A. (2010):** *Hiperemesis Gravidarum Tanısı alan Gebelerin Sosyal Destek Düzeyinin Belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 463-470.*
10. **Sucu M, Büyükkurt S, Evrüke İC, Demir SC, Özgünen FT, Kadayıfçı O. (2009):** *Gebelikte Bulantı Kusması Olan Hastaların Hastaneye Yatış endikasyonlarının Değerlendirilmesinde PUQE (Pregnancy- Unique Quantification of Emesis and Nausea) Testinin Yeri. Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics, 317-321.*
11. **Yanikkerem E, Çalın Sİ, Göker A, Oruç SK, Koyuncu FM. (2012):** *Hiperemesis Gravidarum'lu Gebelerin Hastalıkları Hakkında Düşünceleri ve Gereksinimleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 269-283.*
12. <https://docplayer.biz.tr/43748562-Gebelerde-bulantı-kusma-sikayetleri-ile-d-vitami-duzeyleri-arasindaki-iliskini-istatistiksel-olarak-degerlendirilmesi.html>



## Uyku Apne Sendromunun Nadir bir nedeni: Larengeal schwannoma

Gamze ÖZTÜRK<sup>1</sup>, Üstün OSMA<sup>2</sup>, Ömer Tarık SELÇUK<sup>3</sup>, Hülya EYİGÖR<sup>4</sup>,  
Erdem Atalay ÇETİNKAYA<sup>5</sup>, Cem SEZER<sup>6</sup>

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya SUAM KBB Kliniği Türkiye,  
<sup>1</sup>ORCID NO: 0000-0002-9478-7603, <sup>2</sup>ORCID NO: 0000-0003-2441-3064  
<sup>3</sup>ORCID NO: 0000-0002-7346-7599, <sup>4</sup>ORCID NO: 0000-0001-5317-431X  
<sup>5</sup>ORCID NO: 0000-0001-6911-5795, <sup>6</sup>ORCID NO: 0000-0002-7592-5345

Geliş Tarihi / Received  
26.09.2019

Kabul Tarihi / Accepted  
29.09.2019

Yayın Tarihi / Published  
31.12.2019

**Özet:** Larengeal schwannoma larenkste nadir rastlanan bir tümördür. Larengeal schwannomaların larenkste düzgün yüzeyle submukozal lezyonlarda akılda bulundurulması gerekir. İlk tedavi seçeneği cerrahidir. Horlama ve tanıklı olarak uykuda nefes durması şikâyetleri ile kliniğimize başvuran 66 yaşındaki erkek hastanın, yapılan fleksible muayenede insidental olarak epiglot larengeal yüzde kitle saptandı. Direkt süspansiyon laringoskopi ile soğuk bıçak yöntemi ile kitle total eksize edildi. Patolojik inceleme larengeal schwannom olarak raporlandı. 66 yaşında erkek hasta saptanan larengeal schwannoma tanısı ve tedavi süreci, radyolojik, klinik ve immünohistokimyasal bulguları ile birlikte güncel literatür eşliğinde sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** larenks, schwannoma, uyku apne sendromu

### A Rare Cause of Sleep Apnea Syndrome: Laryngeal schwannoma

**Abstract:** Laryngeal schwannoma is a rare tumor in the larynx. Laryngeal schwannomas should be considered in submucosal lesions of the smooth surface of the larynx. The first treatment option is surgery. A 66-year-old man was admitted to our clinic with complaints of snoring and witnessed sleep apnea. A flexible endoscopic examination revealed an incidental epiglottic laryngeal mass. The mass was totally excised by direct laryngoscopy. Pathological examination was reported as laryngeal schwannoma. The diagnosis and treatment of laryngeal schwannoma in a 66-year-old man with radiological, clinical and immunohistochemical findings are presented with the current literature.

**Keywords:** larynx, schwannoma, sleep apnea syndrome

Sorumlu yazar: Gamze ÖZTÜRK

Adres: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya SUAM KBB Kliniği Türkiye,

e-posta: gambu\_9199@hotmail.com

#### 1. GİRİŞ

Nörojenik tümörler ilk olarak Verocay tarafından 1910 yılında tanımlanmış ve 1925 yılında Suchanek tarafından ilk larenks nörofibromu olgusunu sunmuştur (1). Schwannomlar, periferik, otonomik, kraniyal herhangi bir sinirin Schwann hücrelerinden ortaya çıkabilir (2). Larengeal schwannoma ise superior larengeal sinirin interal dalının perinöral Schwann hücrelerinden kaynaklanır (3). Tüm schwannomaların yaklaşık % 25 ila 45'i baş ve boyun bölgesinde bulunur ve bunların çoğunluğu parafarengeal alanda ortaya çıkar. Larenks içinde

nadiren bulunurlar ve tüm benign larengeal tümörlerin % 0.1 ila 1.5'ini oluşturlar (4). Kliniğimize horlama ve uykuda tanıklı olarak solunum durması şikâyetleri ile başvuran ve larengeal schwannoma tanısı alan 66 yaşındaki erkek hasta radyolojik, klinik ve histopatolojik bulguları ile birlikte sunulmuştur.

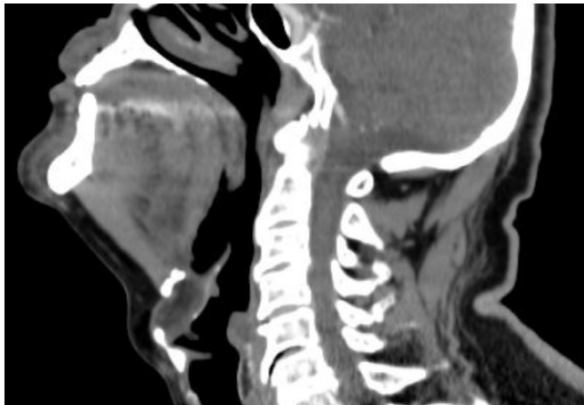
#### Olgu sunumu

Olgumuz 66 yaşında erkek hasta kliniğimize horlama ve tanıklı olarak uykuda nefes durması şikâyetleri ile başvurdu. Endoskopik bakıda insidental olarak epiglot larengeal yüzde düzgün

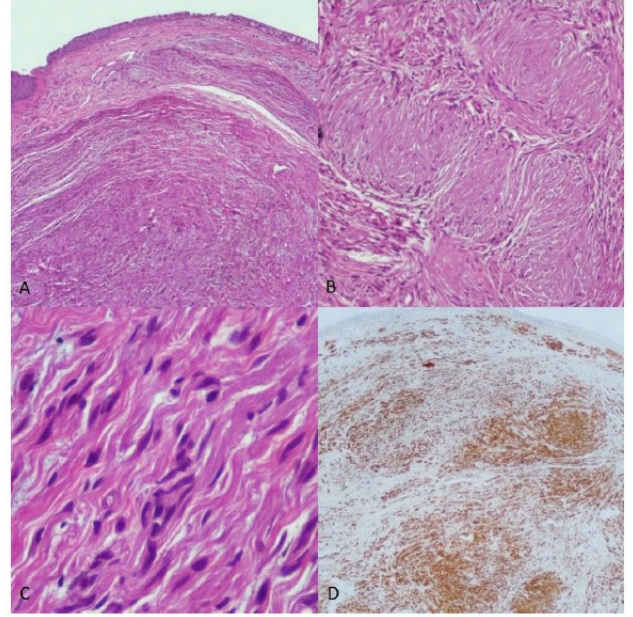
yüzeyle submukozal görünümüne kitle görüldü (Resim 1). Hastanın KBB ve baş boyun muayenesinde ek patoloji gözlenmedi. 20 paket/yl sigara içimi mevcuttu. Larenks kitle ayırıcı tanısı için çekilen kontrastlı larenks Bilgisayarlı Tomografi'de (BT) epiglot seviyesinde orta hatta hatta kısmen doğru protrüde olan 8x9 mm boyutunda kısmen düzgün konturları bulunan homojen hipodens yumuşak doku kitlesi izlendi (Resim 2). Hastaya genel anestezi altında mikroskop eşliğinde direkt laringoskopi yapıldı. Epiglot larengeal yüzdeki solid düzgün sınırlı yaklaşık 1x1 cm kitlesel lezyon total eksize edildi. Patolojik incelemede tümör hücrelerinde immünohistokimyasal yöntemle çalışılan S100 diffüz kuvvetli(+), CD34(+), SMA(-), Desmin(-), MSA(-), PanCK(-), Ki-67 proliferasyon indeksi <%1 olduğu görüldü. Histopatolojik tanı schwannom olarak rapor edildi(Resim 3). Hastanın postoperatif 6 aylık takiplerinde ek şikayet görülmedi.



**Resim 1:** Endoskopik muayenede epiglot larengeal yüzdeki kitlenin görünümü



**Resim 2:** Kontrastlı larenksBT'de epiglot larengeal yüzde kitle



**Resim 3A,B,C,D:** Histopatolojik inceleme

**A:**Olağan solunum epiteli altında düzgün sınırlı tümör nodülü, x40, H&E

**B:**Tümörde Verocay cisimcikleri, x100, H&E

**C:**İğsi ondulan nükleuslu, sitoplazmik sınırları net seçilemeyen tümör hücreleri, x400, H&E **D:**Tümör hücrelerinde S100 pozitifliği, x40, immünohistokimya

### Tartışma

Schwannoma'lar, kranial, otonomik, periferik sinirlerin kılıflarından kaynaklanan, makroskopik olarak kapsüllü ve globoid şekilde görülen benign, kapsüllü, yavaşbüyüyen tümörlerdir. "Nörilemmoma" ve "nörinoma" schwannoma için eş anlamlı kullanılabilen isimlerdir. Her yaşta görülebilmekte fakat 3. ve 6. dekadlarda pik yapar.Sıklık açısından kadın ve erkeklerde ortalama olarak eşit görülürler. Bizim hastamızda 66 yaşında erkek hastaydı. En sıkbaş, boyun ve ekstremitelerin fleksör yüzeylerinde gelişirler (5). Baş boyun bölgesinde en sık parafarengeal alanda bulunurlar (4). Bizim hastamızda ise epiglotta izlendi. Larenkste genellikle supraglottik bölge tutulur. Sıklıkla Ariepiglottik foldlar ve yalancı vokal kordlardan kaynaklanırlar (6). Bizim hastamızda epiglot larengeal yüzde submukozal kitle olarak bulunmaktaydı.

Schwannomların makroskopik olarak epinöryumdan oluşan fibröz bir kapsülü vardır. Mikroskopik olarak saptanan hücrelerin tipine göre üç ayrı kategoride incelenir: Antoni A tipi; selüler, kompakt, koyu nükleuslu, demetler halinde hücre dizilimi vardır. Antoni B tipi; gevşek retiküler hücrelerden oluşur ve 3. grup ise Antoni A ve B karışımıdır.Antoni A ve B hücrelerinin görülmesi benign karakteri destekler (7). Antoni A alanlarında görülen "Verocay cisimcikleri" ortada eozinofilik hücre uzantılarının bulunduğu, çevresinde



nükleusların palizadik çift sıralı dizilmesiyle oluşan tipik histolojik özellik olarak kabul edilen hücresel kümelenmelerdir(5). İmmundokukimyasal olarak S-100 asidik proteini pozitifdir. Aktin ve vimentin negatifdir. Elektron mikroskopik (EM) olarak Luse cismi (long-spacing collagen) ve kontinius komplet basal lamina içerir (8). S100 yanında tip 4 kollajen ve Leu7 ile boyanma gözlenebilirken, özellikle Antoni A alanlarında kalretinin, Antoni B alanlarında ise CD34 boyanmaları görülebilir. Ayrıca glial fibriller asidik protein (GFAP) pozitifliğine rastlanabilir (5). Bizim hastamızda tümör hücrelerinde immünohistokimyasal yöntemle çalışılan S100 diffüz kuvvetli(+), CD34(+), SMA(-), Desmin(-), MSA(-), PanCK(-) görüldü. Yer yer eozinofilik sitoplazma içinde verocay cisimleri görüldü.

Hastalar ses kısıklığı, globus hissi ile başvurur; odinofaji, disfaji, boğaz ağrısı, dispne, stridor ve boğazda yabancı cisim hissi ile de ortaya çıkabilir (9). Bizim hastamız ilginç olarak horlama ve uykuda tanıklı olarak solunum durması şikâyetleri ile başvurdu. Literatürde bildiğimiz kadarıyla uyku apnesi şikâyetleri ile prezente olan ilk vakadır. Schwannomlar yavaş büyüyen kitleler oldukları için küçük boyutlarda asemptomatik olup, başka sebeplerle yapılan endoskopik bakıda insidental olarak rastlanabilirler (3). Bizim hastamızda da uyku apnesi nedeni ile yapılan endoskopide insidental olarak saptandı. Larenkste genellikle supraglottik bölge tutulur. Sıklıkla Ariepiglottik foldlar ve yalancı vokal kordlardan kaynaklanırlar. Submukozal alanda yerleşirler. Laringeal schwannomaların rijit veya fleksible endoskopi ile teşhisi, spesifik görünümleri olmaması ve nadir kitleler olmaları nedeni ile zordur (6). Bizim olgumuzda tümör epiglotun laringeal yüzeyinde yuvarlak, submukozal kitle halinde bulunuyordu. Ayırıcı tanısında nörofibrom, laringesel, laringeal kist, kondroma, adenoma, lipoma ve malign tümörler bulunur. Schwannomu özellikle nörofibromdan ayırt etmek gerekir nörofibromun malign transformasyon ve nüks olasılığı daha yüksektir (% 10 vaka). Schwannomlar perinöral schwann hücrelerinden kaynaklanan soliter ve kapsüllüdür, sinire bitişik yerleşirler fakat fasiküllere invaze olmazlar bu nedenle cerrahi olarak tümörün sinirden ayrılması mümkündür. Laringeal schwannoma için tercih edilen tedavi total cerrahi eksizyondur. Radyorezistans tümörlerdir radyoterapi ile tedavi edilemezler (10). Biz de hastamıza total cerrahi eksizyon uyguladık. Nörofibromlar ise perinöral fibrositlerden kaynaklanan, kapsülsüz, çok sayıda bulunabilen, sinir fasikülleri ile iç içe yerleşen tümörlerdir. İnfiltratif özelliği nedeniyle, çevre sinir ve yumuşak doku da sıklıkla tümör ile birlikte çıkarılır. Bu nedenle, nörofibromun total cerrahi eksizyonunun morbiditesi, schwannoma'ya göre daha yüksektir (8). Endoskopik görüntüleme genellikle tanısız olmadığı için BTve Manyetik

rezonans görüntüleme (MRG) yardımcı görüntüleme teknikleri olarak istenmelidir. Fakat BT ve MRG bir schwannomayı diğer larenks tümörlerinden ayırt edemez. Kesin tanı histopatolojik inceleme ile koyulur (3). BT görüntülemesinde schwannomlar noninvaziv submukozal, iyi sınırlanmış, hipodens kitleler olarak görünür. MRG taramalarında ise T1 ağırlıklı dizilerde izointens veya hafif hiperintens , T2 ağırlıklı dizilerde hiperintens ve gadolinyum uygulandıktan sonra hiperintens kontrastlandığı görülmektedir (6). Bizim olgumuzda kontrastlı laringeal BT'de8x9 mm boyutunda kısmen düzgün konturları bulunan homojen hipodens yumuşak doku kitlesi olarak raporlanmıştır.

Küçük boyutlu supraglottik lezyonlar mikrolaringoskopi veya karbon dioksit (CO2), diyet veya potasyum titanil fosfat (KTP) lazer ile çıkarılabilir (10).Büyük boyutta supraglottik yerleşimli lezyonlar, piriformsinüste bulunan veya subglottik yerleşimli lezyonlar için geçici trakeotomi ile birlikte lateral farengotomi, laringotomi veya lateral tirotoni, ekstralaringeal cerrahi gerekebilir (1). Biz de süspansiyon laringoskopide soğuk bıçak yöntemi ile kitleyi total eksize ettik. Başarılı bir tedavi için, hem minimal mukoza ve kartilaj hasarı olmalı hem de laringeal fonksiyonun korunması gerekmektedir (11). Bizim olgumuzda epiglot laringeal yüzdeki supraglottik yaklaşık 1 cm lik kitleyi total çıkarmak mümkün oldu.

#### Sonuç

Laringeal schwannomalar nadir görülen, benign nörojenik tümörlerdir. Larenkste düzgün sınırlı submukozal kitlelerde ayırıcı tanı olarak akılda bulundurulması gerekir. Özellikle ileri yaş ve sigara içicilerinde malignite ile ayrımı önemlidir. Tanı ancak histopatoloji ile doğrulanabilir. Belirgin tedavi olarak total cerrahi eksizyon önerilir. Laringeal schwannoma için genel prognoz ve sonuç iyidir.

#### Kaynaklar

1. Bucak A, Ulu Ş, Özardalı Hİ, Tekin MS, Ayçiçek A. (2015): Yaşlı Hastada Laringeal Nonpleksiform Nörofibrom; ODÜ Tıp Dergisi, 2:91-95
2. Ramakrishnan Y, Issing WJ. (2011): Laryngeal Schwannoma: Case Report and Literature Review; Otolaryngology, 1-3
3. Kayhan FT, Kaya KH, Yılmaz Bayhan ED. (2011): Transoral robotic approach for schwannoma of the larynx; Journal of Craniofacial Surgery, 22:1000-1002
4. Chiu CC, Chou SH, Wu CC, Liang PI, Lee KW. (2015): Obstructive laryngeal schwannoma in a young female; World Journal of Surgical Oncology, 13:24
5. Yapıcıer Ö, Ekemen S. (2016): Schwannomaların Histopatolojisi; Türk Nöroşirurji Dergisi, 26:1-7
6. López-Álvarez F, Gómez-Martínez JR, Suárez-Nieto C, Llorente-Pendás JL. (2013):

*Schwannoma of the Larynx An Infrequent Laryngeal Tumour; Acta Otorrinolaringológica Española, 64:157-160*

**7.Terlemez R, Palamar D, Doğu B, Yılmaz F, Kuran B. (2018):** Nadir görülen bir önkol ağrısı nedeni: Posterior interosseöz sinir Schwannomu; *Agri, 30:99-101*

**8.Canda MŞ. (2004):** Periferik sinir kılıfı tümörleri; *Türkiye Ekopatoloji Dergisi, 10:65-74*

**9.Chandrashekhara SH, Bhalla AS, Kartikeyan KV,Shukla B, Safaya R. (2010):** Vocal cord schwannoma: A rare case report; *Journal of Cancer Research and Therapeutics,6:543-545*

**10.Wong BL, Bathala S, Grant D. (2017):** Laryngeal schwannoma: a systematic review; *European Archives of Otorhinolaryngology, 274:25-34*

**11.Park KT, Ahn Y, Kim KH, Kwon TK. (2010):** Schwannoma Mimicking Laryngocele; *Clinical and Experimental Otorhinolaryngology, 3:166-171*



## Hemşire, Hekim ve Hastaların Hemşirelik İmajına İlişkin Görüşleri

Meryem YILMAZ, Zehra GÖLBAŞI, Kübra Erturhan TÜRK, Ayşe Topal HANÇER  
Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sivas, Türkiye

Geliş Tarihi / Received  
23.04.2019

Kabul Tarihi / Accepted  
08.06.2019

Yayın Tarihi / Published  
01.09.2019

**Özet:** Bu araştırma tanımlayıcı tipte olup, hemşirelik mesleğinin toplumsal imajının belirlenmesi amacı ile yapıldı. Araştırmanın örneklemini, bir üniversitesi hastanesinde Kasım 2017-Şubat 2018 tarihleri arasında, çalışmaya katılmayı kabul eden hekim ve hemşireler ve belirlenen tarihler arasında dâhiliye ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören 18 yaş ve üzeri, iletişim problemi olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar oluşturdu. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyo-demografik verilerin ve hemşirelik imajına ilişkin soruların yer aldığı anket formu ile toplandı. Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması 30.73, hekimlerin 35.54 ve hastaların 37.98'idi. Hemşirelerin %43'ü, hekimlerin %72'si ve hastaların %46'sının hemşireliğin toplumsal statüsünü orta düzeyde değerlendirdiği belirlendi. Çalışmada üç grubunda hemşirelik mesleğinin dört yıllık üniversite eğitimi gerektirdiğine, önemli sorumlulukları olan bir meslek olduğuna, akademik kariyer yapmaları gerektiğine katılmışlardır. Ancak, hasta ve hekimlerin çoğunluğunun hemşirelerin hekim yardımcısı olduğuna, hemşirelerin çoğunluğunun imkân olsa mesleği bırakacağına, hastaların yarısından fazlasının "hastaların hemşireler ile ilişkili olumsuz bir anısı vardır" ifadesine katıldıkları belirlendi. Bu çalışmada, hasta, hemşire ve hekimlerin çoğunluğu hemşireliğin akademik kariyer yapması gereken ve önemli sorumlulukları olan bir meslek olarak gördükleri ancak, bunun hekimin yardımcısı sorusuna verilen cevaba göre teorik kaldığı, uygulamada hemşire dışında hekim ve hastaların hemşireyi bağımsız karar veren bir meslek olarak görmedikleri söylenebilir.

**Anahtar kelimeler:** Hemşire, İmaj, Hemşirelik İmajı, Toplumsal İmaj.

### Nurses, Physicians and Patients' Views on the Image of Nursing

**Abstract:** A descriptive type design was used in this study and it was conducted to determine the public image of nursing profession. The sample of the study consisted of physicians and nurses who agreed to participate in the study between November 2017 and February 2018 in a university hospital. Also, the patients who were 18 years of age and older and who did not have communication problems and accepted to participate in the study were recruited. The data were collected by a questionnaire including questions about socio-demographic data and nursing image prepared by the researchers. The average age of the nurses was 30.73 years, were physicians 35.54 years and were the patients 37.98 years. It was determined that 43% of the nurses, 72% of the physicians and 46% of the patients evaluated at a moderate level the public image of nursing. In addition, it was found that the majority of three groups require that the nursing profession requires a four-year university education that nursing should have an academic career, that is a profession with important responsibilities. However, it was determined that the majority of the patients and physicians were nurses' physician assistants, and the majority of the nurses would leave the profession if possible, and more than half of the patients agreed that in patients have a negative memory related to nurses. According to the results of this study, it was determined that the majority of patients, nurses and physicians considered nursing as an profession with important responsibilities. However, it can be said that this was theoretic according to the answer given to the physician's question, in addition to nurses, physicians and patients did not see the nurse as an independent decision-making profession.

**Keywords:** Nurse, Image, Image of Nursing, Public Image.

Sorumlu yazar: Kübra Erturhan TÜRK

Adres: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sivas, Türkiye  
e-mail: kubraerturhan@gmail.com

### GİRİŞ

Uluslararası Hemşirelik Konseyi tarafından hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilitasyon çalışmalarına katılan bir meslek olarak tanımlanmıştır (13). Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere hemşirelik mesleği, birey, aile ve toplumun biyopsikososyal ve spiritual açıdan gereksinimlerini karşılayan, bu gereksinimler doğrultusunda bakım veren bir imaj sergilemektedir. Bu nedenle hemşirelerin mesleki ortamlarda profesyonel benlik imajlarını içselleştirebilecekleri ve profesyonel özerk uygulamaları yerine getirerek değerlendirebilmeleri için teşvik edildiği bir profesyonel kültüre maruz kalmaları gerekmektedir. Çünkü hemşirelik imajı, klinik performansı, iş memnuniyeti ve bakım kalitesini etkileyen, hemşirenin rol ve kimliği ile sıkı sıkıya ilişkilidir.

Meslek günümüz yüzyılında bazı değişikliklere rağmen 18. yy'dan bugüne kadar statü, güç ve imajı ile ilişkili önemli mücadele verdiği ve bu mücadelenin halen devam ettiği belirtilmektedir (15). Bilim insanları mesleğin geçmişten günümüze kadar çoğunlukla kadın mesleği olarak sürdürülmesinin sonucu olarak, kadınların toplumdaki imajının mesleğin toplumsal imajını belirlediğini vurgulamaktadır (1). Bu bağlamda formal eğitimin bulunmadığı ilk çağlarda kadınlar tarafından yapılan bakım çoğunlukla hata, deneyimlerden ya da sanat olarak öğrenilmiş (5) ve kutsal (16) olarak görülmüştür. Orta çağda ise dinin etkisinde kalmış ve cadı olarak suçlanmıştır (6). Bu durum kadınların Rönesans dönemi sonrasında ekonomik gelir karşılığı çalışmaya başlaması ile değişmeye başlamıştır (17).

Dünyada profesyonelleşmeye yönelik gelişmelere, hemşireliğin zengin ve karmaşık tarihine rağmen toplumun büyük bir bölümü tarafından, hemşireliğin ne olduğu hemşireleri de içeren az sayıdaki insan tarafından bilinmektedir (11). Hemşirelik mesleğinin özü tüm zamanlarda toplumsal cinsiyet kalıplarından zarar görmüş ve toplumsal imajı ile profesyonel imajı eşleşmemiş, özerk ve bilimsel bir meslek olarak görülmemiştir (8). Oysa hemşirelik disiplini 20. yy son 30 yılı boyunca ve 21. yy ilk 10 yılında mesleki gelişim açısından muazzam gelişmeler kaydetmiş, hemşirelik teorileri geliştirilmiş ve kanıtla dayalı uygulamalar ile bakım kalitesini arttırmak için araştırma üzerine odaklanılmış, lisans, yüksek lisans ve doktora derecesi eğitim programları geliştirilmiştir. Ancak, bu gelişmelerin mesleğin bilimsel ve profesyonel gelişimini tanyan bir toplum imajı ile sonuçlanmadığı bildirilmektedir (10).

18. yy'da Florence Nightingale hemşirelik bilgisini tıp bilgisinden farklı ve tıp mesleğine tabi/bağlı olmayan eşit, bağımsız bir meslek olarak görmesine rağmen, hemşirelik, uzun zaman tıp mesleğinden ayrılamaz olarak görülmüştür.(10) Bunun nedeni olarak, uluslararası düzeyde Dünya

Sağlık Örgütü tarafından da hemşirelik kavramının ve hemşirelik hizmetlerinin etkisinin büyük oranda yanlış sunulduğu ve yanlış anlaşılması olduğu ileri sürülmektedir. Bu nedenle Gordon ve Nelson (9), hemşirenin "erdem senaryosundan" uzaklaşarak bilgi temelli bir kimliğe doğru ilerlemesi gerektiğini vurgulamıştır.

Sağlık bakım profesyonelleri içinde önemli yeri olmasına rağmen hemşirelerin verdiği bakım, çoğunlukla bilgi temelli değildir ve bu nedenle görünmezdir (3). Bunun nedeni; yasa koyucular tarafından hekimin sağlık ekibinin lideri olarak görülmesi, bu nedenle sağlık hizmetlerinin hekim egemenliği altında olması (2), hemşirelik yasasında hemşireliğin rol ve sorumluluklarının açık olarak tanımlanmasına, ulusal ve uluslararası kuruluşlar tarafından hemşireliğin lisans düzeyinde olması savunulurken, Türkiye'de farklı düzeylerde eğitim verilmesi ve diğer meslek gruplarında dikkat edilen eğitime göre unvan alma durumunun hemşirelik mesleğinde dikkat edilmemesi, farklı düzeylerde eğitim alan gruplara hatta hemşirelik eğitimi almayanlara dahi "hemşire" unvanının verilmesi, mesleğin bilgi temelli olmasını, mesleki örgüt kapsamında hareket edilmesini, liderlik davranışı göstermelerini, rol karmaşası yaşanmasını, alınan ücreti ve benzer şekilde idari görevlerde kriter olmamasını, mesleğin otonomisini (20) ve profesyonel davranış ve tutumları ve toplumsal imajını olumsuz yönde etkilemektedir (19). Bunların yanı sıra toplumun klinik alanda hekim ve hemşireler arasında gördükleri hiyerarşik yapı, yazılı ve sözlü basın hemşireliği hekimin sağ kolu olarak göstermesinin bu yanlış imajı pekiştirdiği için sağlık hizmetlerinde çalışan hekim ve diğer meslek gruplarına kıyasla toplumda daha az saygı görmesine neden olduğu vurgulanmaktadır (23).

#### **MATERYAL VE METOT**

Bu araştırma, hasta, hemşire ve hekim grubunun hemşirelik mesleğinin toplumsal imajına ilişkin görüşlerini belirlemek üzere tanımlayıcı tipte yapıldı.

#### **Araştırmanın evren ve örnekleme**

Araştırmanın evrenini, bir üniversite hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin tamamı ve belirlenen tarihler arasında dâhiliye ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi gören 18 yaş ve üzeri, iletişim problemi olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar oluşturdu. Çalışmada evrenin tamamına ulaşılmaması amaçlandı. Bu nedenle örneklem seçimi yapılmadı, evren örnekleme oluşturdu.

### **Veri toplama araçları**

Çalışmada veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyo-demografik özellikleri içeren ve hemşirelik imajına ilişkin soruların yer aldığı anket formu ile toplandı.

### **Anket formu**

Anket formu iki bölümden oluşturuldu. Birinci bölümde; hasta, hekim ve hemşirelerin demografik özelliklerine yer verildi. Hasta anket formunda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durum, yattığı klinik, kaç kez hastanede yattığı, yatış süresi, ailede hemşire olup olmaması ve hemşireliğin toplumsal statüsüne yönelik olmak üzere 9, hemşire anket formunda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma yılı, çalışma pozisyonu, ailede hemşire olup olmaması ve hemşireliğin toplumsal statüsü olmak üzere 8, hekim anket formunda; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma yılı, ünvanı, ailede hemşire olup olmaması ve hemşireliğin toplumsal statüsü olmak üzere 8 sorudan oluşturuldu. Anket formunun ikinci bölümünde hemşirelik imajına ilişkin 26 soruya yer verildi.

### **Verilerin toplanması**

Araştırmada formlar uygulanmadan önce katılımcılara araştırmanın amacı açıklandı ve formlar araştırmaya katılmayı kabul eden hasta, hekim ve hemşirelere yüz yüze görüşme yöntemi ile odalarında uygulandı.

### **Verilerin Analizi**

Verilerin analizi için SPSS 22.0 (SPSS Inc.; Chicago, IL, USA) programı kullanıldı. Veriler; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ve bağımsız gruplarda t-testi kullanılarak değerlendirildi.

### **Araştırmanın etik yönü**

Araştırmaya başlanılmadan önce kurumun etik komitesinden (2017-10/05) ve çalışmanın yapılacağı kurum yönetiminden yazılı izin alındı. Ayrıca araştırmanın uygulanması sırasında Helsinki Bildirgesinde yer alan etik ilkelere uyuldu.

### **BULGULAR**

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması, Tablo 1'de görüldüğü gibi, 30.73 olup, çoğunluğunun kadın, evli, lisans mezunu, klinik hemşire, ailesinde hemşire bulunmadığı ve %43'ünün hemşireliğin toplumsal statüsünü orta düzeyde değerlendirdiği saptandı. Hekimlerin yaş ortalaması 35.54 olup, çoğunluğunun erkek, evli, asistan, ailesinde hemşire bulunmadığı ve %72'sinin hemşireliğin toplumsal statüsünü orta düzeyde değerlendirdiği belirlendi. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 37.98, çoğunluğunun erkek, ilköğretim mezunu, evli, cerrahi kliniklerde yattığı, ailesinde hemşirenin olmadığı ve %46'sının hemşireliğin toplumsal statüsünü orta düzeyde değerlendirdiği belirlendi.

Tablo 2'de görüldüğü gibi çalışmaya katılan hastaların %74'ü, hemşirelerin %85'i ve hekimlerin %95'i hemşirelik mesleğinin dört yıllık üniversite eğitimi gerektirdiğini, hastaların %89'u, hemşirelerin %93'ü ve hekimlerin %90'ı hemşireliğin

önemli sorumlulukları olan bir meslek olduğunu, hastaların %73'ü, hemşirelerin %31'i ve hekimlerin %62'si hemşireliğin toplumsal statüsünün yüksek olduğunu, hemşirelerin "hemşirelik bireyler tarafından tercih edilen bir meslektir" ifadesine en düşük düzeyde, sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü oluşturur ve "hemşirelik bilimsel bilgiye dayalı olarak yürütülen bir meslektir" ifadesine en yüksek düzeyde katıldıklarını ifade ettikleri, "her birey ailesinde bir hemşire olsun ister ve "hemşirelik mesleğinin toplumsal statüsü/saygınlığı geçmiş yıllara göre daha yüksektir" ifadesine hekimlerin en düşük düzeyde "hemşirelerin yaptığı işlerin bireylerin sağlığı üzerinde olumlu etkileri vardır" ifadesine ise en yüksek düzeyde katıldıkları, "hemşireler yaptıkları araştırmalarda sağlıkla ilgili bilimsel bilginin gelişimine katkıda bulunurlar" ve aldığı ücretin düşüklüğüne hemşirelerin en fazla katıldıkları, hemşirelerin bağımsız karar veremediğine ilişkin ifadeye en fazla hastaların katıldıkları, hemşirelerin çalışma koşullarının zor olduğuna ve mümkün olsa mesleğini değiştirme ifadelerine en yüksek hemşirelerin katıldıkları, hasta ve hekimlerin çoğunluğunun hemşirelerin hekim yardımcısı olduğuna katıldıkları, hemşirelik mesleğini yalnızca kadınların yapması gerektiğine hastaların daha fazla katıldıkları, hasta ve hemşirelerin yarından fazlasının erkeklerin mesleğin toplumsal statüsünü yükselteceğine katıldıkları, her üç grubunda hemşirelik mesleği olmadan sağlık hizmetinin yürüyebileceğine katılmadıkları ve hemşirelerin yarından fazlası imkan olsa hemşirelerin çoğunluğunun mesleği bırakacağına katıldıkları, hekimlerin çoğunluğunun hemşireliğin kutsal olduğuna katıldıkları, hemşirelerin yarından fazlasının mesleğini severek yapmadığına ve mesleğe gereken değeri vermediklerine katıldıkları, hastaların yarından fazlasının "hastaların hemşireler ile ilişkili olumsuz bir anısı vardır" ifadesine katıldıkları, üç grubunda hemşirelerin akademik kariyer yapmaları gereksizdir ifadesine katılmadıkları belirlendi.

**Tablo 1.** Hasta, hemşire ve hekimlerin tanıtıcı özellikleri

Tanıtıcı Özellikler		Hasta(N=100)	Hemşire(N=100)	Hekim(N=100)
		%	%	%
Cinsiyet	Kadın	49	79	37
	Erkek	51	21	63
Medeni durum	Evli	63	60	68
Ailede hemşire	Bekar	37	39	32
	Var	23	37	34
Hemşireliğin toplumsal statüsü	Yok	76	63	66
	Düşük	13	53	11
Hastaların eğitim durumu	Orta	46	43	72
	Yüksek	41	4	17
	Üniversite	28	-	-
Hastaların yattığı klinik	Lise	30	-	-
	İlköğretim	35	-	-
	Okuryazar değil	7	-	-
	Cerrahi	68	-	-
Hemşirelerin eğitim durumu	Dahiliye	32	-	-
	Lisans	-	78	-
Hemşirelerin çalışma pozisyonu	Ön lisans	-	9	-
	Lise	-	13	-
	Yönetici	-	17	-
Hekimlerin Unvanı	Klinik hemşire	-	83	-
	Prof.	-	-	21
	Doç.	-	-	12
	Yrd. Doç.	-	-	6
	Arş. Gör.	-	-	61

**Tablo 2.** Hemşire, hasta ve hekimlerin hemşirelik imajına ilişkin görüşleri

	Katılıyorum		
	Hasta (N=100)	Hemşire (N=100)	Hekim (N=100)
<b>Olumlu İfadeler</b>			
Hemşirelik mesleği 4 yıllık üniversite eğitimi gerektirir	74	85	95
Hemşirelik önemli sorumlulukları olan bir meslektir	89	93	90
Hemşirelik toplumsal statüsü/saygınlığı yüksek bir meslektir	73	31	62
Hemşirelik bireyler tarafından tercih edilen bir meslektir	58	33	64
Hemşirelik hizmetleri sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü oluşturur	89	94	86
Hemşirelik bilimsel bilgiye dayalı olarak yürütülen bir meslektir	78	90	77
Her birey ailesinde bir hemşire olsun ister	73	54	34
Hemşirelik mesleğinin toplumsal statüsü/saygınlığı geçmiş yıllara göre daha yüksektir	63	60	29
Hemşirelerin yaptığı işlerin bireylerin sağlığı üzerinde olumlu etkileri vardır	84	87	90
Hemşireler yaptıkları araştırmalarda sağlıkla ilgili bilimsel bilginin gelişimine katkıda bulunurlar	75	89	79
<b>Olumsuz İfadeler</b>			
Hemşirelerin aldığı ücret düşüktür	42	89	65
Hemşireler bağımsız karar veremezler	60	22	31
Hemşirelerin çalışma koşulları zordur	63	96	87

Hemşirelerin çoğu imkanı olsa mesleğini değiştirir	31	84	55
Hemşireler hekimlerin yardımcısıdır	76	17	73
Hemşirelik mesleğinin yalnızca kadınlar yapmalıdır	28	15	19
Erkeklerin hemşirelik mesleğine girmesi hemşireliğin toplumsal statüsünü/saygınlığını yükseltir	56	53	30
Hemşirelik mesleği olmasa da sağlık hizmetleri yürür	6	9	5
İmkani olsa hemşirelerin çoğu mesleğini bırakır	24	64	42
Hemşirelik kutsal bir meslektir	75	80	85
Çoğu hemşire mesleğini severek yapmıyor	43	67	55
Çoğu hemşire mesleğine gereken değeri vermemektedir	40	60	40
Hemşire unvanı erkekler için uygun değildir	32	24	26
Çoğu hastanın hemşirelerle ilgili olumsuz bir anısı vardır	60	45	33
Hemşirelerin akademik kariyer yapmaları gereksizdir (Doç, Prof olma)	20	9	13

## TARTIŞMA

Hemşirelik mesleğinin toplum imajı meslek üyeleri için sürekli bir endişe kaynağı olmuştur ve bu endişe devam etmektedir. Bu çalışma, hasta, hemşire ve hekim grubunun hemşirelik mesleğinin toplumsal imajına ilişkin görüşlerini belirlemek üzere yapıldı. Bu çalışmada, hekimlerin büyük çoğunluğu tarafından, hasta ve hemşirelerin ise %50'den biraz daha az oranda hemşireliğin toplumsal imajını orta düzeyde değerlendirdiği belirlendi. Hemşireliğin toplumsal imajını belirlemek üzere yapılan bir çalışmada da bu çalışmanın bulgusunu benzer şekilde hemşireliğin toplumsal imajı orta olarak belirlenmiştir (21). Hemşirelik imajına ilişkin yapılan bir başka çalışmada (19), hekimlerin halen sağlık kurumlarında otoritesini sürdürdüğu, hemşirelerin hasta ile ilgili her türlü konuda bilgili ve hastasına hâkim olduğu düşünülse bile, davranış ve tutum yönünden profesyonel olmamasının hemşirelik imajını olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. Takase (22) tarafından Avusturalya'da yapılan bir başka çalışmada ise, hemşirelerin mesleği toplumdaki çok daha olumsuz gördükleri, toplumun hemşirelik mesleğini tanımadığı ve yaptıkları işlerin belirsiz olmasından dolayı hemşirelerin toplumsal imajının istendik düzeyde olmadığı, hemşirelerin uygulama üzerinde fazla güç sahibi olmayan bir "kadın işgali" olarak görüldüğu belirlenmiştir. Bu bulgular sonucunda, hemşirelik mesleğinde lisans mezunu olmayan bireylere hemşire unvanı verilmemesi (hemşirelik yasında yer aldığı gibi yalnızca lisans düzeyine hemşire unvanı verilmesi), hemşirenin kendi görev yetki ve sorumluluklarının bilincinde hareket etmesi, hemşirelerin kendi alanlarına ilişkin karar vermesi ile hemşirelik imajının istenilen düzeyde değişebileceği öngörülmektedir.

Bunların yanı sıra hemşirelerin kendi mesleklerine ilişkin algı, tutum ve davranışları hemşirelik imajının oluşumunda önemli bir yere sahiptir. Bu çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%84) imkânları olsa mesleklerini değiştirecekleri ve mesleklerini severek yapmadıkları (%67) ve "hemşirelik bireyler tarafından tercih

edilen bir meslektir" ifadesine büyük çoğunluğunun katılmadıkları belirlendi. Bu çalışmadan elde edilmiş sonuca paralel olarak, diğer çalışmalarda da, hemşirelerin kendi mesleklerine karşı olumsuz bir algıya sahip olduğu belirlenmiştir (7,12,22). Çalışmalardan elde edilmiş bu sonuçların hemşirelerin hasta bakımında bağımsız karar verememeleri ve hekim egemen bir sağlık bakım anlayışından kaynaklandığı söylenebilir. Hemşireler ve toplumun hemşirelik imajı, hemşirelik mesleğinin tercih edilmesini ve çalışan hemşirelerin işte kalmasını etkiler.

Çalışmamızda hemşirelerin çoğunluğunu kadınların oluşturduğu ve "erkeklerin hemşirelik mesleğine girmesi hemşireliğin toplumsal statüsünü/saygınlığını yükseltir" ifadesine hasta, hemşire ve hekim grubunun orta düzeyde katıldıkları bulundu. Bu sonuç, Türkiye'de erkek hemşire sayısının artmasına rağmen kadın egemen bir konumda kalmaya devam ettiğini göstermektedir. Özdemir ve ark. (18) tarafından hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin erkek hemşirelerin hemşireliğin statüsünü yükseltebileceğini ifade ettikleri belirlenmiştir. Bu sonuç erkek erkil toplum bakış açısından ve hemşireliğin tarihsel geçmişinden kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir. Oysa mesleğin imajını cinsiyet değil görev ve sorumlulukları, aynı zamanda yapılan bilimsel çalışmaları ve kabul edilmiş hemşirelik yasanın, sağlık sisteminde uygulanmasının katkı vereceği söylenebilir.

"Her birey ailesinde hemşire olsun ister" ifadesine hasta grubu çoğunlukla katılmıştır. Bu bulgu Keçeci ve ark. (14) yaptığı çalışma ile benzerlik göstermektedir. Çalışma sonuçları hastaların hastalandıklarında bakım ve tedavisinin daha kolaylıkla sağlanabilmesi için sağlık personeli olan bir yakınının olmasını düşünmesi, destek ve güvence olarak görmesinden kaynaklanmış olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

"Hemşireler hekimlerin yardımcısıdır" ifadesine hasta ve hekim grubu oldukça yüksek düzeyde katılmışlardır. Hemşire grubu ise bu görüşe

katılmamıştır. Türkiye’de yapılan bir çalışmada bu bulguyu desteklemektedir (14). Profesyonellik, bireyin kendisini profesyonel olarak düşünüp buna yönelik davranış göstermesidir (4). Bu noktada hemşirenin profesyonellik ölçütlerine uygun davranışları yaşama geçirmesi, profesyonelleşmede önemli rol oynamaktadır. Bu çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun hekimin yardımcısı olduğunu kabul etmemeleri profesyonellik kriterlerinde düşündüklerini ancak, sağlık sisteminin hekim ağırlıklı olmasından dolayı uygulamada etkin olmadıkları şeklinde yorumlanabilir. Çünkü Türkiye’de hemşireliğin dört yıllık lisans eğitimi sırasında profesyonellik kriterleri oldukça yoğun şekilde verilmektedir. Bu nedenle profesyonel çalışmamaktan dolayı fırsat bulduklarında mesleği bırakma eğiliminde oldukları düşünülebilir. Çalışmamızda hasta, hemşire ve hekimlerin çoğunluğunun “hemşireliğin önemli sorumlulukları olan bir meslek olduğunu” belirttikleri saptandı. Ancak bu soruya verilen yanıtın teorik kaldığı, uygulamada hemşire dışında hekim ve hastaların hemşireyi bağımsız karar veren bir meslek olarak görmedikleri söylenebilir.

#### SONUÇ

Bu çalışmadan elde edilmiş sonuca göre 21.yy’daki bilimsel ve teknolojik ilerlemeler göz önünde bulundurulduğunda sağlık bakım kurumlarında hemşirelerin yasalarda belirlenmiş rol ve sorumlulukların uygulanabilir şekilde değiştirilmesi, rollerin kâğıt üzerinde ya da teorik kalmaması gerektiği önerilebilir. Çünkü dünyanın hiç bir ülkesinde dört yıllık lisans/fakülte eğitimi almış olan bir meslek bir başka mesleğin yardımcısı pozisyonunda bulunmamaktadır.

#### KAYNAKLAR

1. **Burhardt MA, Nathaniel AK. (2013):** Çağdaş hemşirelikte etik, 3. Baskı. Çeviri: Alpar ŞE, Bahçecik N, Karabacak Ü. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul.
2. **Cerit B. (2010):** Hemşirelerin profesyonellik davranışları ile etik karar verebilme düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Programı, Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
3. **Cukljek S, Juresa V, Babic J. (2017):** The cross-cultural (transcultural) adaptation and validation of the nursing image questionnaire. *Nurse educ today*; 48:67-71.
4. **Edgett JD. (1996):** Yönetme sanatı. Çeviri: Haykır A, Öteki Yayınevi, Ankara.
5. **Egenes KJ. (2009):** "Ch. 1: History of nursing". In roux, gayle; Halstead, Judith. issues and trends in nursing: essential knowledge for today and tomorrow. Jones & Bartlett Publishers.
6. **Ehzenreich B, English D. (1992):** Cadılar, büyücüler ve hemşireler. Çeviri: Berkay F. Kavram Yayınları, İstanbul.

7. **Emeghebo L. (2012):** The image of nursing as perceived by nurses. *Nurse Educ Today*; 32(6):e49-53.
8. **Eşer İ, Orkun N, Çetin P. (2017):** Hemşirelik İmajı ve 1950’li Yıllarda Bir Seri İlan. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*; 10(4):275-278.
9. **Gordon S, Nelson S. (2005):** An end to angels. *American Journal of Nursing*; 105(5):62-69.
10. **Hoeve YT, Jansen G, Roodbol P. (2014):** The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *J Adv Nurs*; 70(2):295-309.
11. **Holme A. (2015):** Why history matters to nursing. *Nurse Educ Today*; 35(5):635-637.
12. **Ingwu JA, Ohaeri BM, Iroka OL. (2016):** The professional image of nursing as perceived by nurses working in tertiary hospitals Enugu, Southeast Nigeria. *African Journal of Midwifery*; 4(1):595-602.
13. **International Council of Nurses, Definition of nursing (2002):** <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>. Erişim tarihi: 20/01/2019.
14. **Keçeci A, Çelik Durmuş S, Oruç D, Öner Kapsız Ö. (2014):** The society's view of nursing in Turkey. *Hospital Topics*; 92(2):36-43.
15. **Koo M, Lin SC. (2016):** The image of nursing: A glimpse of the Internet. *Jpn J Nurs Sci*; 13(4):496-501.
16. **Küçük Durur E. (2016):** Çirkin cadılıktan güzellik uzmanlığına uzanan yolda: şifacı kadınlar. *Global Media Journal TR Edition*; 7(13):85-100.
17. **Ökdem Ş, Abbasoğlu A, Doğan N. (2000):** Hemşirelik tarihi, eğitimi ve gelişimi. Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı; 1(1):5-11.
18. **Özdemir A, Akansel N, Tunk GC. (2008):** Gender and career: female and male nursing students'perceptions of male nursing role in Turkey. *Health Science Journal*; 2(3):153-161.
19. **Özkaraca R, Abaan S. (2009):** Hekim ve hemşirelerin iş birliğine ilişkin tutumları ve birbirlerini profesyonellik açısından değerlendirmeleri. *Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.*
20. **Patidar AB, Kaur J, Sharma SK, Sharma N. (2011):** Future nurses' perception towards profession and carrier plans: A cross sectional survey in sate Punjab. *Nursing and Midwifery Research Journal*;7(4):175-185.
21. **Sis Çelik A, Pasinlioğlu T, Kocabeyoğlu T, Çetin S. (2013):** Hemşirelik mesleğinin toplumdaki imajının belirlenmesi. *FN. Hem. Derg*; 21(3):147-153.
22. **Takase M, Maude P, Maniase E. (2006):** Impact of the perceived public image of nursing on nurses work behaviour. *J Adv Nurs*; 53(3):333-343.
23. **Zarea K, Negarandeh R, Dehghan-Nayeri N, Rezaei-Adaryani M. (2009):** Nursing staff



*shortages and job satisfaction in Iran: issues and challenges. Nursing & Health Sciences; 11(3):326-331.*



## İlk Doğumu Olan Lohusaların Epizyotomi Bakımı

Miray KURAK, Nuran Aydın ATEŞ, Gözde KÜĞCÜMEN

*İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye*

Geliş Tarihi / Received  
21.05.2019

Kabul Tarihi / Accepted  
29.06.2019

Yayın Tarihi / Published  
01.09.2019

**Özet:** Epizyotomi, perine oldukça incelendiği ve yumuşamaya başladığı evrede perinenin düzensiz yırtılmasını önlemek için yapılan işlemdir. Günümüzde en çok ilk doğumda kullanılan doğum evresini kolaylaştıran cerrahi girişimdir. Ülkemizde hastanede meydana gelen tüm doğumların %65'inden fazlasına, primiparların ise %90'ından fazlasına epizyotomi uygulanmakta. Epizyotominin olduğu bölge, nemli aynı zamanda idrar ve gaita ile kontamine olması enfeksiyon ve ağrının artmasına, iyileşmenin gecikmesine sebep olmaktadır. Yapılan çalışmalarda epizyotomi bakımında farklı yöntemler ve teknikler kullanılmaktadır. Yalnız bu yöntem ve uygulamaların geçerliliği tartışılmaktadır. Çalışmada doğum sonrası lohusaların epizyotomi bakımı hakkındaki bilgi düzeyleri ve epizyotomi bakımında standart bir uygulamanın olmayışı. Epizyotomi hattında enfeksiyon, ağrı, akıntı, ödem, yanma ve kızarıklık olduğunda ebelerle danışılması gerektiği. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 raporuna göre ülkemizde kadınların %74'ünün postpartum ilk dört saat içinde ilk bakımlarını aldıkları görülmektedir. Fakat bunun yetersiz olduğu düşünülmektedir. Sağlık personeli tarafından doğum sonu dönemde perineal bakıma ilişkin eğitimlerin taburculuk öncesinde verilmesi ve sürecin izlenmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Ebelik, Epizyotomi, Perineal bakım, Primipar

## Episiotomy Care of Lohas With First Birth

**Abstract:** Episiotomy is the procedure to prevent irregular tearing of the perineum when the perineum is very thin and begins to soften. Nowadays, it is the surgical intervention that facilitates the birth stage most commonly used in the first delivery. In our country, more than 65% of all birth occurring in the hospital and more than 90% of primiparas are administered episiotomy. The location of episiotomy humid and urine and stool is associated with an increase in infection and pain, delayed recovery. Different method and techniques are used in episiotomy care. However, the validity of these method and applications is discussed. In the study, the knowledge levels of postpartum puerparas on episiotomy care and the lack of standard practice in episiotomy care. If there is infection, pain, discharge, edema, burning and redness in the episiotomy line, midwives should be consulted. Turkey Demographic and Health Survey, 74% of women in our country according to the 2013 report shows they receive their first postpartum care within the first four hours. But it is thought to be inadequate.

It is recommended that health personnel should provide perineal care trainings before discharge and monitor the process during postpartum period.

**Key words:** Midwifery, Episiotomy, Perineal care, Primipar

Sorumlu Yazar: Miray KURAK

Adres: İstanbul Medipol Üniversitesi, SBF, Ebelik Bölümü

E- mail: mkurak@st.medipol.edu.tr

## GİRİŞ

Türkiye' de epizyotomi, sınırlı sayıda yapılan çalışmalara göre doğumu kolaylaştırmak amacıyla tüm primigravidalarda rutin, multigravidalarda ise perinenin rijit olduğu durumlarda yaygın olarak uygulanmaktadır. Epizyotomi ilk kez 1742'de Ould isimli İrlanda'lı erkek ebe tanımlamıştır. Fakat 20. yüzyıl ortalarına kadar yaygın olarak

kullanılmamıştır. Daha sonraları dünya genelinde yaygın olarak kullanılan ve çoğu ülkede rutin olarak yapılan bir işlem haline gelmiştir(7). Epizyotomi düzgün bir kesi olduğundan kolay iyileşmekte ve genellikle iz bırakmamaktadır. İyileşme sürecinde temizliğe, beslenmeye ve doku oksijenlenmesinin yeterli olmasına dikkat edilmesi iyileşmenin daha iyi olmasını sağlayacaktır. Epizyotomi bakımında,

enfeksiyonla ilgili komplikasyonları önlemede vulva ve perine hijyeni son derece önemlidir(13). Epizyotomi bakımında birçok farklı uygulama ve teknik önerilmektedir. Bunlardan bazıları şunlardır; Buz uygulaması ,epitelizan ,anestetik içerikli krem-sprey ağrıyı gidermek için, oturma banyosu veya kortizonlu kremde enfeksiyonu önlemek için önerilmektedir. Aynı zamanda sıcak - soğuk, ıslak - kuru şeklinde yöntemler önerilmekte. Bir başka çalışmada ise povidon iyod, antibakteriyel pomad, paraasetamol önerilmekte. Yalnız bu yöntem ve uygulamaların geçerliliği tartışılmaktadır. Epizyotomi bakımına dikkat edilmediği durumlarda yaranın açılması gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bir çok kadın doğumsonu bakıma ilişkin yeteli bilgi almaması yüzünden epizyotomi bakımını farmakolojik - nonfarmakolojik yöntemlerle kendi başlarına yapmakta. Bu yüzden doğum öncesi gebelere konu hakkında bilinçlendirmek için ebelerle önemli sorumluluk düşmektedir.

Epizyotomi, Perineal ağrı ve perineal travmaya yönelik tedavi genellikle taburculuk öncesi reçete edilen farmakolojik ajanlarla gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır. Daha sonraki saat ve günlerde hastanın ne oranda, ne kadar süre ile, hangi yöntemle epizyotomi bakımı, perineal ağrı ve perineal travmayı tedavisi aldığı genel olarak bilinmemektedir. Bu nedenle doğum sonu evde bakım süreçlerinde kadınların bu hizmeti alabilmeleri zor olmaktadır. Doğum yapmış anne bebeğini rahat emzirmek, diğer çocuklarına bakabilmek, korkusuzca tuvalete gidebilmek gibi yaşamsal fonksiyonlarını sürdürmek ve bir an önce normal yaşantısına dönmek istemektedir (9).

Doğum sonu dönemde perine ve epizyotomi bakımının kadınlar tarafından uygun şekilde yapılması kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi açısından önemlidir. Epizyotomi bakımına ilişkin yöntem ve tekniklerin belirlenmesi doğum sonu dönemde eğitimlerin planlanması, yanlış bakımların önlenmesi bakımından önemli olacaktır.

## GENEL BİLGİLER

### 1.Epizyotomi İnsizyonun Açılması ve Onarımı

Epizyotomi; fetus başının kolay, süratli ve tehlikesiz doğumunu sağlamak, perinenin tonüsünü korumak ve istenmedik yırtıkları önlemek amacı ile bebek başı doğarken perinede bulbo-kavernos kasına yapılan cerrahi bir insizyondur (4). Anne cesaretlendirilmeli ve emosyonel destek sağlanmalı. Pudendal sinir lokal olarak bloke edilmeli veya lignocaine ile lokal infiltrasyon uygulanmalı (6). Kullanılan lokal anestetik madde kesi yapılacak bölgedeki vajinal mukozaya altına, perineumun altına ve perineal kas içine derin olarak verilmelidir. Lokal uygulama sırasında diğer elin iki parmağı bebeğin başı ile perine arasına yerleştirilir. Bu uygulama ile hem bölge belirlenir hem de bebek başı korunur. Epizyotomi makası kullanılarak perineye midline ya

da medio-lateral olarak vajen arka duvarının orta kısmına kesi yapılır. Kesi sonrası perine desteklenir, bebeğin başının kontrollü çıkışı sağlanır, hızla çıkması engellenmiş olur. Doğumdan sonra epizyotomi bölgesi, kesinin alt ve üst köşeleri ve perinenin diğer kısımları, oluşabilecek perine laserasyonları açısından değerlendirilir. Epizyotomi kesisinin sonladığı yer bulunarak onarım işlemine buranın bir cm üstünden başlanır. Epizyotomi onarımından önce perine laserasyon açısından da incelenir, sonra sıra ile vajen, perine kasları ve cilt dokular karşılıklı birbirine denk gelecek şekilde onarılır(15).

### 2.Epizyotominin Çeşitleri

Epizyotominin tanımlandığı yıldan itibaren çeşitli epizyotomi teknikleri uygulanmış ve faydası en yüksek olan, en az zarar verecek teknik bulunması için araştırmalar yapılmıştır. Yıllar içinde; median, T insizyonu, J insizyonu, Mediolateral ve Lateral insizyonlar tanımlanmıştır ve bunların birbirine göre risk etkileri karşılaştırılmıştır.

Median epizyotomi; ilk kez 1742 yılında Sir Fielding epizyotomiye median bir kesi şeklinde tanımlamıştır. Median epizyotomi, posterior forşetten anüse doğru perinenin orta hattında vertikal kesisidir. Bu kesi uygulandığında daha az kanamaya neden olur, tamiri daha kolay olduğu için sıklıkla tercih edilmektedir. Ancak rektuma kadar uzayabilme riski vardır. Çünkü kontrolsüz ve ani ıkmalar insizyon bölgesinin sfinkterlere kadar ulaşmasına neden olacaktır.

Lateral epizyotomi: Nadir kullanılan bir insizyon şeklidir. Burada kesi vajen arka ucuna doğru ve 90 derecelik dik açıyla yapılır.

Mediolateral epizyotomi: Kesi hymenal ringten başlar ve 45 derecelik bir açı ile aşığı doğru uzanır. Orta hattan uzakta olmakla birlikte kanama miktarı daha fazladır. Ancak rektuma ulaşma ihtimali düşük olsa da, tamiri mediana göre daha zor, postoperatif ağrı ise daha fazladır(15).

### 3.Rutin Epizyotomi Uygulaması Gerekliliği

Epizyotominin sık uygulanması yara bölgesinde enfeksiyon ve yara kenarlarında açılma olasılığını arttırmaktadır. Bu komplikasyonlar epizyotomi bölgesinde ağrıya ve yara iyileşmesinde gecikmeye neden olduğundan gerekmedikçe epizyotominin açılmaması önerilmektedir. Epizyotominin sadece fetal risk veya maternal distres endikasyonlarında doğumu hızlandırmak için kullanılabileceği ve epizyotomide mediolateral yönteminin tercih edilmesi önerilmiştir(8).

Yapılan bir çalışmada sınırlı epizyotomi uygulamasının rutin epizyotomi uygulamasına göre daha yararlı olduğu bildirilmiştir. Sınırlı epizyotomi uygulanan kadınların daha az şiddetli perineal travma, dikiş ve iyileşme komplikasyonlarının olduğu bulunmuştur(2).

Son yapılan çalışmalarda rutin epizyotomi uygulamasının yararı yanında bir takım zararları

olduğu da belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü de (DSÖ) rutin epizyotomi uygulamasına karşı olduğunu bildirmiştir(7).

#### 4.Epizyotomi Bakımının Yöntemleri

Epizyotomi bakımında serum fizyolojik veya normal su kullanılmasının rivanol, betadin gibi solüsyonlara kıyasla daha ucuz ve etkili olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmektedir. Epizyotomi bakımında iki farklı yöntemin yara iyileşme sürecine etkisini belirlemek amacıyla povidone iyodine ve şebeke suyu karşılaştırılmıştır. Doğum sonu 1. günde; şebeke suyu ile epizyotomi bakımını yapan grubun, povidone iyodine ile bakım yapan gruba göre yara iyileşmesinin daha hızlı olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçları doğrultusunda epizyotomi bakımında suyun kullanımının yaygınlaştırılması önerilmiştir. Epizyotomi bakımında normal su ve betadin ile bakım yapmanın yara iyileşme sürecine etkisini belirlemek amacıyla yapılan başka bir çalışmada; doku onarımı, kızarıklık, ekimoz, ödem, akıntı, dikişlerde açılma, ağrı yaşama ve yara iyileşmesinin yeterliliği incelenmiştir. Değerlendirilen kriterler açısından gruplar arasında doğum sonu 1. gün, 15. gün ve 20. günlerde farkın istatistiksel olarak önemsiz ( $p > 0,05$ ) olduğu, bununla birlikte 5. günde su kullanan grupta yer alan kadınlarda daha az kızarıklık olduğu ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır(14).

**Kuru Sıcak Uygulama(Lamba Uygulama) :** Lohusa litotomi pozisyonu verilir. İşlem sırasında lohusanın mahremiyetini korumak önemlidir. Lamba 50 cm uzaktan, günde 2 kez 20 dakikalık aralıklarla epizyotomi bölgesine uygulanır.

**Nemli Sıcak Uygulama:** Lohusa postpartum 2. günde, 2-4 kez, 15 dakika, 38-42 C0 antiseptik solüsyon ilave edilmiş suya oturtulur. İşlem sonrası bölge kurularak temiz ped konur.

**Buz Uygulaması:** Epizyotomi bölgesinde ağrı ve ödemi azaltmak için hazır buz paketleri ya da eldiven içine yerleştirilen buz parçaları, günde 2-4 kez, 15 dakika sürelerle uygulanır. İyileşme sürecinde bölgenin temizliği, annenin beslenmesi ve bölgedeki doku oksijenlenmesinin yeterli ve düzenli olması iyileşmenin daha iyi olmasını sağlayacaktır (15).

#### 5.Epizyotomi İyileşmesini Etkileyen Faktörler

Anne çok uzun süre ayakta kalmamalı veya uzun süreli oturmaktan kaçınmalı, otururken epizyotomi uygulanan tarafın korunması önerilmektedir. Vajinal doğum sonrası ıknma sırasında dikişlerin açılacağı korkusu annelerin tuvalet alışkanlığını etkileyebilir. Anne bu sorunu önlemek için posalı diyet, günlük yeterli sıvı alımı, meyve tüketimi ve ev içi yorucu olmayan yürüyüşler yapması konusunda bilgilendirilir. Annenin yeterli ve dengeli beslenmesi ve dinlenmesi iyileşmeyi sağlaması açısından önemlidir(15).

Kegel egzersizleri olarak da adlandırılan egzersizler postpartum dönemde de uygulanabilen pelvik taban kaslarını güçlendiren hareketlerdir. Egzersizleri düzenli uygulayan kadınlarda epizyotomi insizyonlarının iyileşmesi daha çabuk olmaktadır(9).

Tuvaletten sonrası genital bölgenin doğru yıkanması ve kurulanması İç çamaşırının ilk üç gün içinde giyilmesi. Sadece pamuklu çamaşır kullanılması. Sık ped değiştirilmesi. Günde alınan sıvı miktarının ortalama 1.7 lt olması. Günde ortalama 5- 6 saatten fazla uyuması iyileşme durumunu etkileyen faktörlerdir. Epizyotominin iyileşmesinde gecikme ve enfeksiyon gelişmesi söz konusu olursa postpartum depresyon gelişme olasılığının da daha yüksek olduğu saptanmıştır(15).

#### 6.Epizyotomi Bakımında İyileşme ve Gelişmenin Gözlenmesi

Epizyotomi bölgesinin değerlendirilmesi için REEDA Skalası (RS) kullanılır. REEDA Skalası ilk kez 1970 yılında Davidson tarafından perinenin iyileşmesi konulu master tezinde kullanılmıştır. Skalanın geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 1989'da Hill tarafından yapılmıştır. Türkiye'de REEDA Skalası Üstünsöz tarafından "Epizyotomi İyileşmesinde Sıcak ve Soğuk Uygulamaların Etkisi" konulu uzmanlık tezinde kullanılmış ve Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu skala perineal yara iyileşmesini gösteren beş faktörü kapsar. Redness (Kızarıklık), Edema (Ödem), Echymosis (Ekimoz), Discharge (Akıntı), Approximation (Yara dudaklarının kapanması). İyileşme faktörlerinin her biri 0, 1, 2 ve 3 puanları verilerek değerlendirilir. Beş kategorinin değerlendirilmesi sonucu elde edilen puanların toplamı REEDA skorunu oluşturur. En düşük puan 0, en yüksek puan 15'tir. En yüksek puan en ciddi perineal travmayı gösterir (7).

#### 7.Epizyotomi Bakımında Taburculuk ve Evde Bakım

Doğum sonu dönemde erken taburcu olacak ailelerin, antepartum dönemde uygun bir aday olup olmadıklarının belirlenmesi ve erken taburculuğa hazırlanması gerektiği belirtilmektedir. Bunun için postpartum evde bakım hizmetlerinin doğum öncesi dönemde başlatılması ve ailenin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Böylece aileler kendi ortamlarında daha gerçekçi olarak değerlendirilecek, verilen bakım ve eğitimler daha etkili olabilecek ve ailede var olan risk faktörleri ve problemler belirlenip, müdahaleler erken dönemde başlatılabilecektir.

Belki de en önemlisi doğum ve doğum sonu dönemde bakım verecek sağlık personeli ile iletişimin başlaması aileye güven sağlayacaktır. Bu güven ilişkisi sağlık personeli ve aile arasındaki uyum ve işbirliği için gereklidir(10).

Kadınlarda doğru genital hijyeni sağlama konusunda sağlık bilinci geliştirilmelidir. Doğru

genital hijyen davranışları kazandırmak amacıyla; genital temizliğin önden arkaya doğru yapılması, her eliminasyondan önce ve sonra ellerin yıkanması, genital bölgenin her yıkamadan sonra kurulanması, iç çamaşırı seçimi ve değiştirme sıklığı, banyo yapma şekli, kanama takibinde kullanılan pedlerin temizliği, değiştirme sıklığı ve niteliği hakkında bilgi verilmelidir. Doğum servislerinde görevli ebe ve hemşireler ailelere, özellikle lohusa anneye epizyotomi yara iyileşmesinin ve yara enfeksiyon belirtilerini içeren sağlık eğitimi yapmalıdır. Normal vajinal doğumdan sonraki ilk günlerde anneler evlerine dönmektedirler. Evde bakımları sırasında oluşabilecek enfeksiyonları önlemek için sahada çalışan ebelerin ev ziyaretlerinin sıklığı arttırılmalıdır(7).

Annenin hastaneden evine dönmesiyle; yaşadığı fiziksel ve ruhsal değişikliklere uyum sağlaması, annelik rolünü ve bebeğini kabullenmesi, kendine ve bebeğine bakabilmesi beklenmektedir. Anneler bir taraftan kendi bakımlarıyla ve yaşadıkları problemlerle baş etmeye çalışırken, diğer yandan bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak için günlük aktivitelerini sürdürmek ve yeni duruma uyum sağlamak durumundadırlar.

Bu nedenle, hastaneden taburcu olduktan 5 saat sonra anne ve bebeklere nitelikli bir izlem ve bakım sağlanmalı, özellikle ilk 6 hafta yakından takip edilmelidir(1).

### 2.8.Epizyotomi Bakımında Ebenin Sorumlulukları ve Roller

Ebeler, anne ve bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesinden sorumlu sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle ebelerin güncel bilgilere sahip olması bakımın kalitesini arttırmak; klinik uygulamalar ve bakım sonuçlarını iyileştirmek; bakımı standardize etmek ve hasta memnuniyetini arttırmak bakımından önemlidir(3).

Annenin doğum sonu döneme uyumunu kolaylaştırmada, epizyotomi insizyonun iyileşme sürecinin hızlanmasında, komplikasyonların önlenmesinde ve doğum sonu konforda anne ve bebeğe verilecek bakım çok önemlidir. Bu rolde ebeler anahtar kişilerdir (12).

Hizmet alan grubun verilen bakım ve eğitimlerden memnuniyetinin ölçülmesi oldukça önemlidir. Bu nedenle taburculuk öncesi kapsamlı bir değerlendirme yaparak komplikasyonların erken belirtilerini ve risk altındaki anneleri tanımlamak ve tehlike belirtileri konusunda anneyi bilgilendirmek (eğitim vermek, broşür temin etmek) önemli bir bakım fonksiyonudur(5).

### SONUÇ

Ebeler tarafından yapılan ev ziyaretleri büyük önem taşımaktadır. Özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan ebelerin doğum sonrası,

anneleri istenen sıklıkta ziyaret edememesi, annelerin bu dönemde yaşayacakları sorunların artmasına ve rehospitalizasyona neden olmaktadır. Bu durumun kadınların fiziksel sorunlarının yanısıra işe geç başlama, finansal sorunlar ve evlilik uyumu gibi farklı sosyal sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir.

Epizyotomi bakımının standart bir eğitim programının olmaması, ebelerin rol ve sorumluluklarında karmaşıklığın yaşanması, güvenli annelik hizmeti sunan profesyonel sağlık ekip üyeleri arasındaki eşgüdüm yetersizliğinin yarattığı karmaşa, perine onarımı konusunda sağlık çalışanlarına karşı hissedilen güven eksikliği, kanıta dayalı uygulama ve sahadaki uygulamalar arasındaki farklılıklar epizyotomi bakımının önünde birer engel olarak kabul edilebilir.

Bu nedenle anne sağlığının yükseltilmesi amacıyla epizyotomi bakımı kapsamında daha fazla oranda kanıt temelli çalışmalara yer verilmesi önem taşımaktadır. Ebelerin multidisipliner ekip ile birlikte klinik uygulamalarında kullanılmak üzere literatüre katkı sağlayacak daha fazla deneysel çalışma yapmaları, konuyla ilgili yasal düzenlemeleri dikkate alarak güncel bilgi ve uygulama becerisine sahip olmaları, gebeleri ve anneleri güncel bilgi ve uygulamalar konusun da aydınlatmaları gerekmektedir(8).

### KAYNAKLAR

1. Bağcı S. (2014): Annelerin doğum sonunda yaşadıkları sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü .
2. Başgöl ř, Kızılkaya Beji N. (2015): Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresinde Sık Yapılan Uygulamalar ve Kanıta Dayalı Yaklaşım. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi .
3. Bayram GO. (2009): Evde Doğumlarda Ebelik Bakımı, Ebenin Rol ve Sorumlulukları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi .
4. Çobanoğlu A, şendir M. (2019): Epizyotomi Bakımında Kanıta Dayalı Uygulamalar. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi .
5. Doğan Merih Y, Karabulut Ö, Gülşen Ç. (2017): Anne Bebek Okulunun Postpartum Uyum Süreci ve Anne Memnuniyeti Üzerine Etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.
6. Dönmez S, Sevil Ü. (2009): Rutin Epizyotomi Uygulanmasının Gerekliği. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi , 2 (3).
7. Durmaz A, Buğdaycı R. (2013): Epizyotomi iyileşmesini etkileyen faktörler. Türk Halk Sağlığı Dergisi
8. Erbaba H, Pınar, G. (2016): Doğum Sonrası Perineal Travmanın Önlenmesi ve Yönetimine İlişkin Güncel Yaklaşımlar. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi
9. Erbaba H, Pınar G. (2016): Primpipar Kadınların Perineal Travmaya İlişkin Görüşleri ve

Uygulamaları: Nitel Bir Çalışma. Jinekoloji -  
Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi

**10. Gölbaşı Z. (2003):** Postpartum Dönemde Erken  
Taburculuk, Evde Bakım Hizmetleri ve Hemşirelik.  
Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu  
Dergisi

**11. Kartal B, Özhan T, Cırık M. (2014):** Primipar  
Kadınların Epizyotomi Bakımına İlişkin  
Uygulamaları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık  
Bilimleri Dergisi

**12. Pınar G, Doğan N, Algier L, Kaya N, Çakmak F.  
(2009):** Annelerin Doğum Sonu Konforunu Etkileyen  
Faktörler. Dicle Tıp Dergisi

**13. Toker Z, Eroğlu K. (2005):** Epizyotomi  
Bakımında Kullanılan İki Farklı Yöntemin Yara  
İyileşme Sürecine Etkisi. Hemşirelik Yüksekokulu  
Dergisi

**14. Ünal Toprak F, Turan Z, Şentürk Erenel A.  
(2017):** Doğum Sonu Erken Dönem Hemşirelik  
Uygulamalarında Güncel Yaklaşımlar. Gümüşhane  
Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi

**15. Yıldız Karaahmet A, Yazıcı S. (2016):**  
Epizyotomide Güncel Durum. Sağlık Bilimleri ve  
Meslekleri Dergisi



## Fruktoz Tüketimi ve Sağlık Üzerine Etkileri

Hatice Kübra YILMAZ<sup>1</sup>, Hande Öngün YILMAZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul, Türkiye

ORCID: 0000-0001-7750-6024

<sup>2</sup>Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul, Türkiye

ORCID:0000-0002-3497-567X

Geliş Tarihi / Received  
11.06.2019

Kabul Tarihi / Accepted  
25.06.2019

Yayın Tarihi / Published  
01.09.2019

**Özet:** Epidemiyolojik veriler, işlenmiş gıdalar, hazır gıdalar ve kalorili içeceklerde ilave şekerlerin tüketilmesinin önemli ölçüde arttığını göstermektedir. Fruktoz ve fruktoz esaslı tatlandırıcılar, en çok eklenen şekerlerdir. Bundan 100 yıl önce sadece meyve, bal gibi doğal ürünler aracılığıyla tükettiğimiz fruktoz, günümüzde neredeyse günlük enerji ihtiyacını karşıladığımız ana karbonhidrat kaynağı haline gelmiştir. Ekonomik olarak daha hesaplı ve fonksiyonel olarak daha üstün özelliklere sahip olmasından dolayı mısır şurubu kaynaklı fruktoz gıda endüstrisinde daha çok tercih edilmektedir. İçecek ve yiyeceklerde etiketlenmemiş fruktoz miktarı nedeniyle gerçek fruktoz tüketim seviyelerinin tahmin edilmesi güçtür. Zamanla değişen günlük yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıkları sonucu fazla fruktoz tüketiminin, kanser, metabolik sendrom ve obezite gibi çeşitli hastalıkların görülme sıklığına etkisi olduğu düşünülmektedir. Fruktozun literatürde belirtilen olumsuz etkileri dikkate alınarak, bireyler satın aldıkları ürünlerin içeriği konusunda bilinçlendirilmeli ve fruktozun güvenilir alım düzeylerinin üzerinde tüketilmemesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Beslenme, Fruktoz, Yüksek Fruktozlu Mısır Şurubu

## Fructose Consumption and Health Effects

**Abstract:** Epidemiological data indicate that consumption of added sugars in processed or ready-to-eat foods and calorie-based drinks is significantly increased. Fructose and fructose based sweeteners are the most added sugars. Fructose was consumed 100 years ago only through natural products like fruits and honey. Today, it has become the main carbohydrate source we meet almost daily energy needs. Fructose from corn syrup is more preferred in the food industry because it is economically more economical and has more superior functional properties. Real fructose consumption levels are difficult to predict because of the unlabeled amount of fructose in beverages and foods. The changing daily lifestyle and eating habits are thought to be the result of excessive fructose consumption, the incidence of various diseases such as cancer, metabolic syndrome and obesity. Taking into account the adverse effects of fructose in the literature, it is recommended that the individual be informed about the content of the products they purchase and should not be consumed above the safe intake levels of fructose.

**Keywords:** Nutrition, Fructose, High Fructose Corn Syrup

Sorumlu yazar: H. Kübra Yılmaz

adres, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul

e-mail: [kubrayilmaz@halic.edu.tr](mailto:kubrayilmaz@halic.edu.tr)

### GİRİŞ

#### Fruktoz

Tüm doğal karbonhidratlar içinde en yüksek tatlılık oranına sahip olan fruktoz, meyveler ve balda doğal olarak bulunan bir monosakkarittir. Geçmişte daha çok doğal kaynaklardan sağlanan fruktozun günlük tüketimi 16-20 g iken, son yıllarda besinlere eklenen tatlandırıcılarla (sükroz,

HFCS, bal, melas ve diğer şuruplar) birlikte miktarın 60-150 gr'a kadar ulaştığı bildirilmektedir (5).

Besinlere eklenen fruktozun en önemli kaynağı, yıkıldığında eşit oranda glukoz ve fruktoz açığa çıkan sükroz (%50 glukoz, %50 fruktoz) ile enerji veren tatlandırıcılardan biri olan yüksek fruktozlu mısır şurubudur (HFCS) (Arslan, Şanlıer

2016). Ucuz olmasının yanı sıra rölatif tatlılık oranının da yüksek olması ticari amaçlı olarak yiyecek ve içeceklerde fruktoz kullanılmasının en önemli sebepleridir (9).

Günümüzde batılıların diyetlerinde enerjinin yaklaşık %15-20'sinin kaynağının fruktoz olduğu bildirilmiştir (yaklaşık 85-100 g/gün) (5). Amerikalılar'ın ortalama fruktoz tüketiminin 37 g/gün olduğu ve 15-18 yaşları arasında yaklaşık 54 g olduğu tespit edilmiştir. En yüksek tüketimin, 12-18 yaş grubunda olmak üzere günlük 72,8 g olduğu bildirilmiştir. Fruktoz kaynağı olarak en çok tüketilen grupların şekerli-tatlandırılmış içecekler olduğu, bu içeceklerin adolesanlar (12-18 yaş) tükettiği fruktozun neredeyse yarısını ve tüm yaş grupları için % 30'unu sağladığı belirtilmektedir. Tahıl ürünlerinin (ekmek, tahıl, kek, turta ve aperatifler dâhil) en büyük ikinci kaynak olduğu, ardından meyve sularının geldiği belirtilmektedir (23).

Fruktozun, yüksek fruktozlu mısır şurubu (YFMS) ya da sükroz şeklinde özellikle karbonatlı içeceklerin içerisinde tatlandırıcı olarak tüketiminin son 30 yılda belirgin artış gösterdiği bildirilmektedir. İnsan vücudundaki en büyük ikinci karbonhidrat olan fruktoz, özellikle batı diyetinde önemli bir enerji kaynağıdır. Yüksek fruktozlu mısır şurubu tüketiminin arttığı batı ülkelerinde tatlandırıcı tüketiminin % 40'ından fazlasını fruktoz oluşturmaktadır. Son yıllarda büyük bir hızla artan fruktoz tüketiminin, çeşitli kronik hastalıklar ve sağlık problemleriyle ilgili olabileceği düşünülmektedir (12).

#### **Fruktoz Metabolizması**

Fruktozun sindirimi, emilimi ve metabolizması glikozdan farklıdır. Glikoz, birçok dokuda insüline bağımlı olan bir taşıma mekanizması (Glut-4) ile hücrelere girer. İnsülin, insülin reseptörünü aktive eder, bu da hücre yüzeyindeki glukoz taşıyıcıların yoğunluğunu arttırarak glikozun girişini kolaylaştırır. Glikoz hücre içine girdiğinde, glikoz-6-fosfat haline glikokinaz ile fosforlanır, buradan glikozun hücre içi metabolizması başlar. Hücre içi enzimler, glikoz-6-fosfatın, triaçilgliserollerin gliserole fosfofruktokinaz ile geçiş yaparak dönüştürülmesini sıkı bir şekilde kontrol edebilir (14).

Diyetle alınan fruktoz, spesifik bir fruktoz taşıyıcısı olan GLUT5 yolu ile barsak hücresine alınır. Glukozun aksine bu işlem Na<sup>+</sup> bağımlı değildir ve enerji gerektirmez. Bağırsak hücresine alınan fruktoz daha sonra enterositin

basolateralindeki GLUT2 taşıyıcıları üzerinden kana verilir. Enterosit içinde fruktozun bir kısmı laktata dönüşmektedir. Bir kısmı ise trioz fosfatlar üzerinden glikoza çevrilmektedir (7).

Fruktoz metabolizması karaciğerde gerçekleşmektedir. Fruktoz, glikolize girmeden fruktokinaz ile fosforilasyona uğratarak fruktoz-1-fosfata dönüşmektedir ve glikokinazın aksine fruktokinaz insülin tarafından düzenlenmemektedir. Glikoz metabolize olurken hız kısıtlayıcı bir enzim olan fosfofruktokinaz görev alırken, fruktozdan fruktoz-1-fosfatın oluşum basamağı ise hız kısıtlayıcı fosfofruktokinaz enziminden bağımsız olup bu düzenleyici basamağı geçerek doğrudan glikolitik yola geçmektedir. Bu farklı metabolizma, glikoza göre daha hızlı bir şekilde, fruktozu karaciğerde lipogenesis için gliserol-3-fosfat ve asetil-CoA kaynağı haline getirmektedir. Fruktozun bu düzenleyici basamağı geçerek doğrudan glikolitik yola geçmesi ile fruktoz metabolizması bu aşamada düzenlenemediği için glikoliz ürünlerinin fazla miktarda üretilmesine, dolayısıyla yağ asitleri sentezinin artmasına neden olmaktadır. Artmış yağ asitleri sentezi dolaşımdaki yağ asitlerini ve depo yağı artırabilir. Bu da adipoz doku dışındaki dokularda yağ asitlerinin yapımına bağlı olarak hücrelerin insülin duyarlılığını azaltan lipotoksisteye yol açabilmektedir (5).

Glukoz alımı, leptin salınımını artıran insulin salınımını etkilediği için doyumluk hissine katkıda bulunmaktadır. Fruktoz ise insülin salınımını etkilememektedir. Böylece, aşırı fruktoz alımı düşük bir insülin konsantrasyonuna sebep olmakta bu da leptin seviyesinin düşük olmasına yol açmaktadır. Leptin bir anlamda iştahı kontrol eden bir doyumluk hormonudur. İnsanlarda leptin seviyesinin düşük olması da ağırlık artışı ve obezite ile ilgilidir (14).

#### **Yüksek Fruktozlu Mısır Şurubu**

HFCS, glikozu fruktoza dönüştürmek için glikoz izomeraz tarafından işlenen mısır nişastasından yapılan bir tatlandırıcıdır. HFCS, enerji içeren içeceklerde yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Aynı zamanda fırınlanmış ürünler, tahıllar, ekmekler, konserve meyveler, reçeller, tatlılar ve meyve suları için temel bir maddedir (15).

Sükroza alternatif bir tatlandırıcı olarak mısırdan elde edilen yüksek fruktozlu mısır şurubunun ilk üretimi 1920'lerde geliştirilmiş, 1970'lerin sonuna doğru HFCS Amerikalıların diyetinde önemli bir yer elde etmiştir. Yüksek fruktozlu mısır şurubu, mısır nişastasının  $\alpha$ -amilaz ve glikoamilaz ile hidrolize olmasıyla elde edilen, sükroza alternatif sıvı bir tatlandırıcıdır.



İçeriğindeki fruktoz miktarına göre HFCS-90 (%90 fruktoz, %10 glikoz), en temel HFCS'dir. Glukoz şurubu ile harmanlanarak %55 ve %42'lik HFCS üretilmesinde kullanılmaktadır. Yüksek fruktoz içeriği nedeniyle daha tatlı olmasından dolayı %55'lik türü (%55 fruktoz, %42-44 glikoz, %1-3 polisakkarid) meyve suyu ve gazlı içeceklerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Daha az tatlı olan HFCS-42 ise daha çok soslar, çorbalar, baharatlar, unlu mamüller gibi diğer besinlerde tercih edilmektedir. Ticari olarak HFCS'nin, sükroza kıyasla daha ucuz ve daha güçlü bir tatlandırıcı (sükroz 100 birim, fruktoz 173 birim, glikoz 74 birim tatlılığa sahiptir) olması, osmotik kararlılığa sahip olması, çabuk kristalleşmemesi, uzun raf ömrü sağlaması ve lezzet artırıcı etkilere sahip olması gibi sebeplerle üreticiler tarafından tercih edilmektedir (5).

Yüksek yağ ve enerji açısından zengin diyetlerden bağımsız olarak, yüksek fruktozlu mısır şurubunun metabolik bozukluk ve obeziteye katkısı tartışmalıdır. Bozulmuş dopamin fonksiyonu obezite ve yüksek yağlı diyet ile ilişkilidir, fakat HFCS'nin dopamin sistemi üzerindeki etkisi araştırılmamıştır. Ekmeklerden içeceklere kadar neredeyse tüm ticari besinlerde yaygın olarak kullanılan yüksek fruktozlu mısır şurubunun tüketimi, artan vücut ağırlıklarına ve obezite oranlarına paralel olarak artmıştır. Çalışmalar, yüksek fruktozlu mısır şurubu tüketiminin trigliserid seviyelerini arttırabileceğini, insülin duyarlılığını azaltabildiğini ve viseral adipoziteyi arttırabildiğini göstermektedir (18).

Yapılan bazı çalışmalar HFCS, obezite ve insülin direnci ile ilişkili olan nonalkolik karaciğer yağlanmasının patogeneze katkıda bulunduğunu belirtirken, başka bir çalışma mevcut kanıtların, fruktoz, HFCS veya sükroz tüketiminin nonalkolik karaciğer yağlanması üzerindeki etkileriyle ilgili sonuçlara varmak için yeterince güçlü olmadığını göstermektedir. HFCS'nin gıdalarda kullanımını yasaklamak veya kısıtlamak için yeterli kanıtların bulunmadığını ve HFCS içeren ürünlere uyarı etiketleri gerektiğini ileri sürmektedir (15).

#### **Fruktozun Hastalıklarla İlişkisi**

Birçok epidemiyolojik, klinik ve deneysel çalışmada meyvelerde doğal olarak bulunan ve meyve şekeri olarak bilinen fruktozun, son 30 yılda besin sanayinin en çok kullandığı tatlandırıcı haline gelmesi ve tüketiminin artması obezite, insülin direnci, bozulmuş glukoz toleransı, tip 2 diyabet,

hiperlipidemi, nonalkolik karaciğer yağlanması, kardiyovasküler hastalıklar, hiperürisemi, gut ve metabolik sendrom gibi hastalıklarla ilişkili olabileceği gösterilmiştir (Bulut, Mir 2011). Yüksek fruktoz içerikli beslenmenin, sistolik kan basıncı, serum trigliseritleri, VLDL-kolesterol ve insülin düzeylerinde belirgin bir artışa neden olduğu ve insülin direncini artırdığı bulunmuştur (24).

#### **Fruktoz ve Obezite**

Obezitenin gelişmesinde genetik faktörler kadar çevresel faktörlerin de önemi büyüktür. Fruktoz alımının visseral adipoz dokunun, glukoz alımının ise subkutan adipoz dokunun artışına yol açtığı bildirilmiştir. Fruktoz, glukozun aksine akut olarak leptin ya da insülin salınımını uyarmadığından normal doyumluk cevabını tetiklememektedir (5). Randomize klinik çalışmalardan ve gözlemsel çalışmalardan elde edilen kanıtlar, yüksek fruktoz tüketiminin aşırı enerji alımına, ağırlık artışına ve obezite riskinin artmasına neden olduğunu göstermektedir (16).

Bozulmuş dopamin fonksiyonu obezite ve yüksek yağlı diyet ile ilişkilidir, fakat yüksek fruktozlu mısır şurubunun dopamin sistemi üzerindeki etkisi araştırılmaktadır. Yapılan bazı çalışmalar, yüksek fruktozlu mısır şurubunun ağırlık artışı ya da yüksek yağlı diyetlerden bağımsız olarak dopamin işlevini bozabileceğini göstermektedir (18).

Yapılan çalışmaların sonuçları, HFCS tüketimi ve obezite arasındaki ilişkinin, sadece toplam enerji alımındaki artıştan ziyade, fruktoz veya HFCS tarafından indüklenen metabolik değişikliklere bağlı olduğunu düşündürmektedir. Bray ve ark. (8) tarafından yapılan çalışmada, belli sürelerde farelere HFCS ve sakaroz verilmiş ve farelerin vücut ağırlığı, yağ ve trigliserit üzerine etkisi araştırılmıştır. Araştırma sonucunda zengin HFCS ile beslenen farelerin anormal ağırlık artışı, yüksek trigliserit seviyesi ve yağ birikimi gösterdikleri belirtilmiştir. Bu nedenle, HFCS'nin aşırı tüketiminin obezitede önemli bir faktör olduğu vurgulanmıştır (21).

Erkek Sprague-Dawley sıçanlarında vücut ağırlığı, plazma glukoz düzeyi, enerji alımı ve glukoz toleransını araştırmak için yapılan bir çalışmada, sıçanlar farklı gruplara ayrılmıştır. Kontrol grubuna tek bir standart diyet verilirken test grubuna standart diyet artı dört karbonhidrat kaynağından biri; (1)% 32'lik glukoz çözeltisi, (2)% 32'lik fruktoz çözeltisi, (3)% 32'lik bir sükroz çözeltisi veya (4) granül haline getirilmiş sükroz

verilmiştir. 50 gün sonra, serum glikoz, trigliseritler ve insülin seviyelerini analiz etmek için aç bırakılan hayvanlardan kan alınmış, karaciğerler, böbrekler, epididimal ve retroperitoneal yağ depoları ve kahverengi yağ dokusu (BAT) çıkarılarak tartılmıştır. Şeker çözeltileri ile birlikte standart diyet verilen hayvanların daha fazla enerji tüketerek, daha fazla kilo aldığı, özellikle fruktoz, sükröz ve glukoz solüsyonunun alınmasının enerji alımını arttırdığı ve sıçanlarda obeziteye yol açtığı görülmüştür. Çalışmalar, mevcut yüksek obezite prevalansını azaltmak için yüksek fruktoz diyetinin alınmasının sınırlandırılması ve sebze, sebze yağları, balık, meyve, tam tahıl ve posa tüketiminin artırılması gerektiğini göstermektedir (2).

### **Fruktoz ve Metabolik Sendrom**

Metabolik sendrom; abdominal obezite, bozulmuş açlık glukozu, hipertansiyon ve hiperlipidemiye içine alan klinik bir tablodur. Yüksek oksidatif stresin, birçok kardiyometabolik hastalıkta olduğu gibi metabolik sendromun da patogeneğinde önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir. Fruktoz; karaciğerde yağ birikimini uyarır ve aynı zamanda yağ sentezini artırarak yağ oksidasyonunu önler, hepatik steatoza ve alkolsüz yağlı karaciğer hastalıklarına yol açar. Ayrıca, yüksek fruktoz alımı, esas olarak antioksidan savunma sisteminin bozulmasıyla oksidatif strese neden olur (24). Son zamanlarda diyetle alınan fruktozun metabolik sendrom komponentlerine neden olan çevresel faktörlerden biri olabileceği düşünülmektedir (19).

Yapılan bir çalışmada diyetlerine sukroz (200 g/gün) eklenen genç erkeklerin serum trigliserid düzeylerinin arttığı ve üçte birinde hiperinsülinemi geliştiği belirtilmiştir. Diğer çalışmalarla da fruktoz ya da sukroz ile zenginleştirilen diyetlerle bozulmuş glukoz toleransı ve insülin rezistansı geliştiği saptanmıştır. Fruktoz ile beslenen farelerde metabolik sendrom geliştiği ve metabolik sendrom gelişenlerde ise renal hipertrofi, afferent arteollerde kalınlaşma, glomeruler hipertansiyon ve kortikal vazokonstriksiyon olduğu belirtilmiştir (9).

Yapılan başka bir çalışmada 20 erkek sıçan iki gruba ayrılmıştır. Çalışma grubu (grup 1, n=10) fruktozdan zenginleştirilmiş izokalorik diyet ile (içeriği: %18.3 protein, %60.3 fruktoz ve %5.2 yağ), kontrol grubu ise (grup 2, n=10) purifiye normal besin ile 2 hafta süresince beslenmiştir. Beslenme periyodu sonrası kan ve hepatik doku

örnekleri alınarak glukoz, insülin, nitrik oksit ve endothelin-1 düzeyleri analiz edilmiştir. Fruktozdan zengin beslenen sıçanlarda artmış açlık glukozu, insülin düzeyleri ve bozulmuş glukoz toleransı izlenmiş olup, 1. grubun karaciğer dokularında yüksek nitrik oksit ve düşük endothelin-1 düzeyleri saptanmıştır. Çalışma sonunda glukoz toleransını bozduğu, insülin rezistansı oluşturduğu endotel disfonksiyonuna yol açabileceği ifade edilmiştir (3).

Hipertansif yanıtta ürik asitin rolünü araştırmak için yapılan bir çalışmada hastalara serum ürik asit düzeyini düşürmek için allopurinol verilmiştir. Çalışmanın sonucunda aşırı fruktoz alımının kan basıncını artırabildiği ve metabolik sendromdan sorumlu olduğu ancak serum ürik asit seviyesinin allopurinol ile düşürülmesinin ortalama arteriyel kan basıncındaki artışı önlediği bulunmuştur (2).

Flavanoller, epikateşin, C vitamini ve diğer antioksidanlar gibi doğal meyvelerde bulunan birçok maddenin de fruktoza bağlı metabolik sendroma karşı koruyabileceğine dair kanıtlar da vardır (13).

### **Fruktoz ve Kanser**

Küreselleşen dünyada beslenme alışkanlıklarının değişmesi ile özellikle doymuş yağlardan zengin yüksek yağ içerikli ve yüksek şekerli besinlerin tüketiminde büyük artış olduğu bildirilmektedir. Bu tarz beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzı ile kansere yakalanma sıklığı artabilmektedir. Fruktozun doğrudan kanser gelişimine neden olduğuna dair kesin bir kanıt bulunmamaktadır. Ancak mevcut kanıtlar fruktozun, tümör oluşumunu kolaylaştırmak için izin verdiğini göstermektedir (12).

Normal hücrel aktiviteler sonucunda açığa çıkan oksidatifler, hidrojen peroksit, süperoksitler hidroksit radikaller olup, fruktoz reaktif oksijen türlerini arttırmaktadır. Yüksek konsantrasyonlu reaktif oksijen türleri, tümör gelişimine neden olmakta ve karsinojen etki göstermektedir. Oksidatif reaktifleri, vücudun antioksidan sistemleri ile uzaklaştırılmaktadır. Yapılan çalışmalar, yüksek fruktoz alımının reaktif oksijen türlerinin diğer şeker türlerine kıyasla daha fazla üretilmesine sebep olduğunu göstermektedir. Bu durum, reaktif oksijen türleri üreten enzimlerin reseptör sayısındaki artış ve antioksidan enzimlerin inhibisyonu olarak açıklanmaktadır. Fruktoz ve fosfat metabolitleri, glukoz ve glukozun fosfat metabolitlerinden daha

hızlı DNA modifikasyonuna uğramaktadır. Bu sebeple DNA hasarını arttırmaktadır (12).

Son zamanlarda yapılan çalışmalar aşırı fruktoz tüketimi ile meme kanseri oluşumu ve progresyonu arasında yakın bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur, ancak fruktozun doğrudan meme kanseri gelişimini destekleyebileceğini gösteren kesin bir kanıt yoktur. Fruktozun, meme kanseri hücrelerinin proliferasyonunu desteklemek için fonksiyonel olarak glukozun yerini alabildiği görülmüştür. Fruktoz, meme kanseri hücrelerini, koloni oluşumu kabiliyeti ve glukoz kadar etkili göç etme kapasitesi ile donatmıştır. İlginç bir şekilde, fruktoz meme kanseri hücreleri tarafından kolayca kullanılmasına rağmen, glukoz yokluğunda tümör dışı hücrelerin proliferasyonunu geri getirememiştir. Bu sonuçlar fruktozun meme kanseri hücreleri tarafından nispeten seçici bir şekilde kullanılabileceğini göstermektedir (11).

Yüksek fruktozlu mısır şurubunun tatlandırıcı olarak kullanılması da dâhil olmak üzere fruktoz tüketimi, son yıllarda sürekli olarak artmıştır. Son yıllarda, fruktozun metabolik hastalıkların gelişimine katkısı olmasına rağmen, fruktozun steatoz ile ilişkili hepatosellüler karsinoma (HCC) duyarlılık düzeyini artırıp artırmadığı belirsizdir. Yüksek fruktoz diyetine tabi tutulan farelerle yapılan çalışma bulguları, fruktozun karaciğer kanseri riskini artırdığını düşündürmektedir (20).

Özefagus, pankreas, kolorektal, endometriyal, meme ve böbrek kanserinin vücut ağırlığındaki artış ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar mevcut olup bunun yanında geniş epidemiyolojik çalışmalarda obezitenin bir takım kanser türleri için riski artırdığı gösterilmiştir. Yüksek fruktoz alımı hücrel stres ve kontrolsüz hücrel büyümeyi uyarabilir. Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü'nde yapılan bir çalışmada yüksek fruktoz ve glukoz alımı ile pankreas kanseri riskinde artış saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise yüksek glisemik yük, fruktoz ve sükröz alımının kolorektal kanser riskinde artışa neden olduğu saptanmıştır (5).

Kanser hücrelerinin, herhangi bir glukoz mevcut olmasa da, fruktoz içeren ortamlarda eşdeğer oranlarda büyüebildiğini ve bazı kanserlerde, fruktozun, kanser büyümesi için alternatif bir karbonhidrat substratı olarak kullanılabileceğini gösteren çalışmalar da mevcuttur (24).

Pankreas kanseri riski ile karbonhidrat alımı, şeker tüketimi, glisemik yük ve glisemik indeks arasındaki ilişkinin incelendiği bir kohort çalışmasında, 49613 Kanadalı kadında 16.5 yıl takip sırasında 112 pankreas kanseri vakası gözlemlenmiştir. Çalışma sonucuna göre, diğer çalışmalardan farklı olarak fruktoz alımı ile pankreas kanser riski arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (12).

#### **Fruktoz ve Kardiyovasküler Hastalıklar**

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, her yıl 17,5 milyon insan ile dünyadaki ölümlerin bir numaralı nedeni olan kardiyovasküler hastalıklardan (KVH) ölmektedir. Fruktozla zenginleştirilmiş ürünlerin tüketimi ile artan kardiyovasküler morbidite ve mortalite arasındaki doğrudan ilişki, fruktoz tüketimini azaltmak için etkili olan önleyici stratejilerin tanımlanması ve oluşturulması ihtiyacını doğurmaktadır. DSÖ ve Amerikan Kalp Derneği de dâhil olmak üzere çeşitli kuruluşlar eklenen şeker tüketiminin azaltılmasını önermektedir. Birçok çalışma, fruktoz alımının, birçok besin ve içeceklerde fruktozun yaygın bir şekilde kullanılmasının bir sonucu olarak, artan trigliseritler, insülin direnci ve hepatiksteatoz gibi metabolik değişikliklere neden olabileceğini göstermektedir. Ramos ve ark. fruktoz tüketiminin sıçanların biyokimyasal ve vücut parametreleri üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçlamıştır. Sonuçlar, fruktoz tüketiminin, abdominal adipozite ve serum trigliseritlerinde artışa yol açtığını, bunun da artmış bir kardiyovasküler hastalık riskini beraberinde getirdiğini, ancak doğrudan artmış vücut kütlesi ile ilişkili olmadığını düşündürmektedir (17).

#### **Fruktoz ve Nonalkolik Karaciğer Yağlanması**

Diyetle alınan fruktoz ile tetiklenen de novo lipogenez hepatik lipitleri, endojen yağ asidi sağlayarak ve yağ asitlerinin intrahepatik kullanımını artırarak NAYKH'ya sebep olabilir. Ayrıca, fruktoz kaynaklı karaciğer yağlanmasının, artmış reaktif oksijen türleri ve karaciğerde oksidan veya antioksidan sistemde meydana gelen dengesizlikle ilgili olabileceği belirtilmiştir. Fruktoz yüksek yağlı bir diyetle birleştirildiğinde, farelerde çok ciddi yağlı karaciğer oluştuğu görülmüştür. Fruktozun, yüksek yağ içeren diyetler gibi mitokondriyal oksidatif stresi tetiklemesinin buna neden olduğu düşünülmektedir (22).

Alkol alımının histolojik olarak nonalkolik karaciğer yağlanmasına benzeyen yağlı karaciğer ve kronik karaciğer hastalığını tetiklediği

bilinmektedir. Fruktoz ile kombine edilen alkol, kötüleşen metabolik özellikler (hiperlipidemi) ile ilişkilidir, ancak karaciğer hasarını indüklemeye üzerine sinerjik bir etkiye sahip olmadıkları görülmüştür (13).

Yapılan çalışmalar, glisemik indeksi yüksek diyetlerin endojen fruktoz üretimini indükleyebildiğini, bununla birlikte yüksek tuzlu diyetlerin, farelerde fruktoz üretimi ve alkolden bağımsız karaciğer yağlanması yol açan hepatik aldoz redüktaz ekspresyonunu (ozmolarite üzerindeki etkileri nedeniyle) uyarabildiğini göstermektedir. Yüksek tuzlu diyetler, bağımsız olarak metabolik sendrom, diyabet ve alkolden bağımsız karaciğer yağlanması ile ilişkilidir. Bu nedenle, glisemik indeksi yüksek diyetlerin ve yüksek tuzlu diyetlerin her ikisinin de fruktozun neden olduğu alkolden bağımsız karaciğer yağlanmasını şiddetlendirebileceği belirtilmektedir. Omega 3 yağ asitlerinin, alkolden bağımsız karaciğer yağlanması karşı koruma sağlayabildiği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada, yüksek yağlı, yüksek fruktoz içeren diyetle beslenen farelerin diyetleri omega-3 yağ asitleri ve flavanoller ile desteklendiğinde alkolden bağımsız karaciğer yağlanmasının gelişmesinden kısmen korunmuştur (13).

Gözlemsel çalışmalar nonalkolik yağlı karaciğer hastalığı olan kişilerin meşrubat türü içecekleri fazla tükettiklerini saptamıştır. Bu durum ve bazı hayvan çalışmaları meşrubatlardaki yüksek fruktoz içerikli mısır şurubunun patogeneze katkıda bulunabileceğini düşündürmüştür. Ancak fruktoz yerine izokalorik düzeyde glikoz eklenmesinin karaciğer lipid düzeyleri veya enzimler üzerine etkisinin olmadığı görülmüştür. Bu çalışmalarda sadece enerji içeriği zengin sıvıların tüketiminin karaciğer lipid düzeyindeki artış ile ilişkili olduğu saptanmış olup bu durum, tek başına fruktoz veya glikoz alımından ziyade aşırı hazır enerji alımının daha etkili olduğunu düşündürmüştür (1).

#### **Fruktoz ve Polikistik Over Sendromu**

Polikistik Over Sendromu (PCOS); menstruel düzensizlikler, insülin direnci, obezite, lipid anormallikleri, glukoz tolerans testinde bozulma ve artmış Tip 2 diyabet riski ile ilişkilendirilmiştir. Beslenmedeki başlıca fruktoz kaynaklarından biri olan HFCS, %55-90 oranında fruktoz içermektedir. HFCS, gazlı ve meyve aromalı içecekler, çikolata, şeker ve reçel gibi birçok işlenmiş üründe yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Günlük diyet ile alınan

fruktoz miktarının artması ile vücutta glikojen sentezi, lipogenez ve trigliserid (TG) sentezinde de artma görülmekte olup aşırı fruktoz alımı ile birlikte insülin direnci oluşmaktadır. PCOS'taki insülin direnci sonucu oluşan hiperinsülinemi obezitedekinden bağımsızdır. PCOS ve obezite kombinasyonu glukoz insülin dengesini bozarak ovaryan stereogenezi teşvik etmekte olup bunun sonucunda PCOS'ta insülin direnci kaynaklı hiperinsülinemi ve hiperandrojenizm görülmektedir. Bu olay PCOS'ta küçük antral foliküller ingranüloza hücre luteinizasyonlarına neden olmakta ve hücre çoğalması ve folikül büyümesi durmaktadır. Hiperandrojenizm, erken folliküleratrezide ve bunun sonucunda oligo/anovulasyona neden olmaktadır (6).

Yapılan bir çalışmada, altı haftalık dişi Sprague-Dawley sıçanları 2 gruba ayrılmış. Grup 1 kontrol grubu olarak görev yaparak normal sıçan yemi ile beslenmiş, 2. Grup kronik fruktoz grubu olarak kullanılmış ve 4 hafta boyunca % 75 normal sıçan yemi ile karıştırılmış % 25 fruktoz içeren özel bir diyetle beslenmiş ve 8. haftaya kadar devam etmiştir. Kronik fruktoz ile beslenen gebe sıçanların serum seks steroid ve inhibinprofilleri diğer PCOS modellerindeki bulgularla uyumlu olduğu, kronik fruktoz tüketimi ile polikistikover morfolojisi, hiperandrojenizm ve insülin direncini içeren PKOS'un bazı metabolik özelliklerinin görüldüğü saptanmıştır (4).

#### **Sonuç ve Öneriler**

Günümüzde özellikle çocukluk ve gençlik döneminde mısır kaynaklı fruktozla yapılan yiyecek içecek tüketimi büyük ölçüde artmıştır. Yüksek fruktoz içeren besinlerin tüketiminin fazla olması ve fiziksel hareketin yetersizliğinin kronik hastalıkların gelişiminde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Fruktoz ve sağlık ilişkisini inceleyen insanlar ve ratlar üzerinde yapılan araştırmaların sınırlı olmasından dolayı, uzun süreli tüketiminin sağlık riskleri bakımından etkili olduğunu belirten daha fazla kanıt ve araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Fruktoz düşük miktarlarda ve doğal kaynaklardan alındığında olumsuz sağlık etkileri oluşturmayabilir ancak yapılan çalışmaların da desteklediği gibi eklenmiş fruktozun oluşturabileceği olası olumsuz etkiler nedeniyle yüksek fruktozlu mısır şurubu içeren besinlerin olabildiğince az tüketilmesi, hem çocukların hem de ailelerin bu konuda bilgilendirilmesi gelecek sağlıklı nesiller açısından önemlidir. Bireyler, etiket okuma konusunda

bilinçlendirilmeli, gıda sektöründe fruktoz tüketimi kontrol edilerek aşırı şekerli yiyecek-ıçecek tüketimi sınırlandırılmalı ve riskli gruplarda fruktoz alımının kısıtlanması konusunda önlemler alınmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. **Akalın A. (2016):** Diyabet ve Non-alkolik Yağlı Karaciğer Hastalığı. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medicine 1.2: 91-98.
2. **Akram M, Hamid A. (2013):** Mini Review on Fructose Metabolism Obesity Research Clinical Practice, , 7(2), e89-e94.
3. **Altas M, Var A, Köse C, Özbilgin K, Arı Z. (2010):** Yüksek Fruktoz İçeren Diyetle Beslenen Ratlarda Endotel Disfonksiyonu: Karaciger Dokusunda Artmış Nitrik Oksit Ve Azalmış Endotelin-1 Düzeyleri." Dicle Tıp Dergisi 37.3:193-198.
4. **Arikawe AP, Iranloye BO, Ogunsola AO, Daramola AO. (2012):** Chronic Fructose Consumption As A Model Of Polycystic Ovary Syndrome İn Pregnant Female Sprague-Dawley Rats. African Journal of Biomedical Research, 15(1), 7-13.
5. **Arslan S, Şanlıer N. (2016):** Fruktoz ve Sağlık. Mersin Univ Sağlık Bilim Dergisi (9)3: 150-158.
6. **Bedri N. (2016):** Yüksek Fruktoz İçerikli Beslenmenin Overlerdeperilipin Ekspresyonu Ve Polikistikover Gelişimi İle İlişkisi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 47(4), 106-111.
7. **Bizeau ME, Pagliassotti MJ. (2005):** Hepatic adaptations to sucrose and fructose. Metabolism, 54(9), 1189-1201.
8. **Bray GA, Nielsen SJ, Popkin BM. (2004):** Consumption Of High-Fruktosecornsyrup İn Beveragesmayplay A Role İn Theepidemic Of Obesity. The American Journal Of Clinical Nutrition, 79(4), 537-543.
9. **Bulut İK, Mir S. (2011):** Fruktoz ve böbrek hastalıkları. Cumhuriyet Medical Journal, 33(4), 499-507.
10. **Elliott SS, Keim NL, Stern JS, Teff K, Havel PJ. (2002):** Fructose, Weight Gain, And The İnsulin Resistance Syndrome. The American journal of clinical nutrition, 76(5), 911-922.
11. **Fan X, Liu H, Liu M, Wang Y, Qiu L, Cui Y. (2017):** Increasedutilization of fructose has a positiveeffect on thedevelopment of breastcancer. PeerJ, 5, e3804.

12. **İşgüzar Y, Akbulut G. (2016):** Yüksek Fruktoz Tüketimi ve Kanser. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1(2).
13. **Jensen T, Abdelmalek MF, Sullivan S, Nadeau KJ, Green M, Roncal C, Tolan DR. (2018):** Fructoseandsugar: A Majormediator Of Non-Alcoholic Fatty Liver Disease. Journal of Hepatology, 68(5), 1063-1075.
14. **Karaoğlu M. (2014):** Yüksek Fruktozlu Mısır Şurubu, Gıda Mühendisliği Dergisi 33. sayı
15. **Ko EA, Kim HR, Kim YB, Kim HS, Lee SH. (2017):** Effect of High Fructose Corn Syrup (HFCS) Intake on the Female Reproductive Organs and Lipid Accumulation in Adult Rats. Development & reproduction, 21(2), 151.
16. **Kuzma JN, Cromer G, Hagman DK, Breymeyer KL, Roth CL, Foster-Schubert KE, Kratz M. (2015):** No Difference İn Ad Libitum Energy İntake İn Healthy Men And Women Consuming Beverages Sweetened With Fructose, Glucose, Or High-Fruktoz Corn Syrup: A Randomized Trial. The American Journal Of Clinical Nutrition, 102(6), 1373-1380.
17. **Marques C. (2017):** Fructose consumption and its impact on human health: Diet and risk of cardiovascular disease. Revista Portuguesa de Cardiologia (English Edition), 36(12), 943-944.
18. **Meyers AM, Mourra D, Beeler JA. (2017):** High Fructose Corn Syrup İnduces Metabolic Dysregulation And Altered Dopamine Signaling İn The Absence Of Obesity. PloS one, 12(12), e0190-206.
19. **Ozan G, Kaya N, Yılmaz OF, Erdem E, Ozan E. (2014):** Yüksek Fruktoz Diyeti ile Metabolik Sendrom Oluşturulan Ratların Testis Dokusunda Ghrelin Dağılımına Oleuropeinin Etkisi. F.Ü. Sağ. Bil. Vet. Derg. 28 (3): 127 – 133
20. **Ozawa T, Maehara N, Kai T, Arai S, Miyazaki T. (2016):** Dietary fructose-induced hepatocellular carcinoma development manifested in mice lacking apoptosis inhibitor of macrophage (AIM). Genes to Cells, 21(12), 1320-1332.
21. **Sánchez-Lozada LG, Tapia E, Jimenez A, Bautista P, Cristobal M, Nepomuceno T, Soto V, Avila-Casado C, Nakagawa T, Johnson RJ, Herrera-Acosta J, Franco M. (2006):** Fructose-İnduced Metabolic Syndrome İs Associated With Glomerular Hypertension And Renal Microvascular Damage İn Rats. American journal of physiology-renal physiology 292.1, F423-F429.

22. **Türker PF. (2016):** Non Alkolik Yağlı Karaciğer Hastalığı ve Tıbbi Beslenme. Güncel Gastroenteroloji, 20(3), 296-305.
23. **Vos MB, Kimmons JE, Gillespie C, Welsh J, Blanck HM. (2008):** Dietary Fructose Consumption Among US Children And Adults: The Third National Health and Nutrition Examination Survey. The Medscape Journal of Medicine, 10(7), 160.
24. **Yılmaz CD, Bircan FS, Pasaoğlu OT, Türközkan N. (2018):** The effects Of Resveratrol On Hepaticoxidativestress İn Metabolicsyndrome Model İnduced By High Fructose Diet. Bratislavskelekarskelisty, 119(1), 36-40.



## Kadınlarda Üriner İnkontinans ve Damgalanma\*

İmran BOYLU<sup>1</sup>, Gülseren DAĞLAR<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Kütahya, ORCID NO: 0000-0002-1575-6551

<sup>2</sup> Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Sivas, ORCID NO: 0000-0001-7159-5011

\*Bu makalenin özeti 19-21 Mayıs 2019 tarihlerinde gerçekleşen 6. Uluslararası 10. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

Geliş Tarihi / Received  
21.06.2019

Kabul Tarihi / Accepted  
26.06.2019

Yayın Tarihi / Published  
01.09.2019

**Özet:** Üriner inkontinans, dünyada ve ülkemizde kadınların erkeklerden daha çok yaşadığı, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, tıbbi olduğu kadar sosyal bir problemdir. Yaşamı tehdit eden bir sorun olmasa da devamlı istemsiz miksiyon ve irritasyona bağlı rahatsızlık, bireye sıkıntı vermektedir. Ayrıca inkontinans utanma, kirlilik ve yetersizlik duygusu hissettiren bir durum olduğundan toplum tarafından damgalanma korkusu nedeniyle semptomları inkâr duygusu ön planda olabilir. Bu inkar duygusu kadınlarda üriner inkontinans tedavisine başlamada ve sürdürmede isteksizliğe, sosyal izolasyona ve utanma duygusu yaşamaya neden olmaktadır. İnkontinanslı bireydeki idrar kokusunu başka bir kişinin algılaması, kişinin durumunu idare etmedeki başarısızlığı şeklinde toplumsal yargılara yol açmaktadır. Damgalanma algısı, ruhsal nedenlerle kendini toplumdan soyutlamaya ve davranışsal kaçınmaya, toplumsal ilişkilerde arkadaş edinme ve sürdürmede güçlüklerle, hastaların daha az sosyal destek almalarına neden olarak iyileşme süreçlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Damgalamanın önlenmesi için toplumsal bilinci artırmak gerekmektedir. Ebelerin kadınlara daha yakın olmaları ve toplum içinde her düzey sağlık kuruluşunda görev yapmalarından dolayı kadınlar sağlık sorunlarını ebelerle daha fazla paylaşabilmektedir. Öncelikle ebeler inkontinansla yaşanan semptomların farkında olmalı, tanı konulduğunda hastalığın yaşam kalitesi üzerindeki etkisine karşı duyarlı olmalı, durumun sosyal ve emosyonel boyutunu göz ardı etmemeli ve hastasına bütüncül yaklaşım içerisinde bakım vermelidir. Bu bağlamda bu derlemenin amacı üriner inkontinansın kadının yaşamı üzerindeki olumsuz etkisine ve özellikle sosyal damgalanmaya dikkatleri çekerek sağlık çalışanlarının özellikle ebelerin inkontinansla damgalanmaya ilişkin farkındalıklarını geliştirmektir.

**Anahtar Kelimeler:** Üriner İnkontinans, Sosyal İzolasyon, Damgalanma, Kadın.

### Urinary Incontinence and Stigma in Women

**Abstract:** Urinary incontinence is not only medical but also a social problem which is more common between women than men throughout the world and in our country and it affects negatively the life quality. Even though it is not a life threatening problem, the disease which is connected with continuous involuntary micturition and irritation distresses the individual. Incontinence disturbance, as it gives the feeling of contamination and inadequacy, on the ground of fear of stigmatized by society, denial of symptoms can be at the forefront. This denial sense of symptoms caused disinclination in the initiation of incontinence therapy and to maintain the therapy, social isolation and sense of shame. The perception of the smell of urine of the person who suffers from incontinence by another person, evokes the social judgement in the way of failure of looking after herself. Perception of stigmatization influences the processes of healing by causing social environment to abstraction and behavioral avoidance, difficulties in making and maintaining friends in social relations, and less social support. To prevent stigmatize, it is necessary to increase social consciousness. As midwives make women feel closer and carry out a duty in all types of healthcare organizations, women can share their problems more with midwives. Firstly, the midwives should be aware of the incontinence symptoms, be sensitive to influence on the life quality of disease when they make a diagnosis and they should pay sufficient attention to social and emotional aspects and carry out maintenance to the patience within the holistic care understanding.

In this regard, the purpose of this compilation is to attract attention to the negative influence of urinary incontinence on woman's life and especially social stigmatize so that improve the awareness of healthcare professionals specially the midwives regarding stigmatize in incontinence.

**Key words:** Urinary Incontinence, Social Isolation, Stigmatization, Woman.

Sorumlu Yazar: İmran BOYLU

Adres: Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Kütahya

Mail: [boyluimran@gmail.com](mailto:boyluimran@gmail.com)

## GİRİŞ

Kontinans, alt üriner sistemin normal anatomi ve fonksiyonunun yanı sıra uygun davranışı öğrenmeyi gerektiren bir dolmuş kontrol yeteneği olarak tanımlanabilir. Kontinansın sürmesi için miksiyon dışındaki zamanlarda üretral basıncın mesane içi basınçtan fazla olması gerekir. Kişinin kontinansı sağlaması için sağlam genitoüriner sistem, yeterli bilişsel fonksiyonlar, kontinansı sürdürülebilmesi için motivasyon, giysilerini zamanında çıkarabilmesi için el koordinasyonu, tuvalete gitmesi için uygun ortamın olması ve mobilite sorununun olmaması gerekmektedir. Bunlardan herhangi birinin bozulması bireyde üriner inkontinansa (Üİ) neden olabilir (23).

Üİ, istemsiz idrar kaçağının nesnel olarak kanıtlanabildiği (29), son 12 ay içinde istem dışı idrar kaçırmanın olması ya da ayda birden fazla idrar kaçırmanın olması olarak değerlendirilmektedir (23). Uluslararası Kontinans Derneği'nin (International Continence Society: ICS) 1976 yılındaki ilk raporunda, "sosyal ve hijyenik problem olan ve objektif olarak gösterilebilen istemsiz idrar kaçırma durumu" (23), 2019 yılı son raporunda ise; "istemsiz idrar kaybı şikayeti" şeklinde tanımlanmaktadır (1). Southall ve ark. (29) ise, hem üriner inkontinansın hem de istemsiz sızıntı ile ilişkili olmayan koşulları içeren üriner kontinansın semptomlarını genel olarak tanımlamak amacıyla kontinans güçlüğü terimini kullanmayı tercih etmişlerdir (29).

Mesane kontrolünün kaybı yetişkinler için kişisel yetersizlik duygularıyla bağlantılıdır (33). İdrar kaçırmak insanlar tarafından kabul edilmesi zor bir durum olarak görüldüğü için yapılan çalışmaları sınırlamakta ve dolayısı ile bu sıkıntı verici sorunun gerçekte ne kadar çok kişi tarafından yaşandığı saptanamamakta (11) ve gizli toplumsal bir epidemiy olduğu için gerçek sıklığını tespit etmek oldukça zor olmaktadır (18). Erkek ve kadın idrar yollarının yapısındaki farklılıklardan dolayı kadınların idrar kaçırma prevalansının erkeklerle göre daha yüksek olduğu bilinmektedir (29). Üİ sıklığı, üreme çağındaki kadınlarda %31.4 (24), menopozdaki kadınlar arasında ise %45.3 olarak belirlenmiştir (31). Yurt dışında yapılan bazı çalışmalarda Üİ oranı 25-54 yaş arası 1307 kadınla yapılan çalışmada %18.4 (14), 28-85 yaş arası 1017 kadınla yapılan çalışmada %51.7 (4), Hindistan'da 656 kadının dahil edildiği çalışmada %21,8 (28), İran'da 411 evli kadınlarla yapılan bir başka çalışmada %18.9 (21), 2183 Fransız kadınla yapılan çalışmada da %26.8 (20) olarak saptanmıştır. Üriner inkontinans prevalansı bu kadar yüksek olmasına karşın, tedavi olmak amacıyla doktora başvuranların yüzdesi oldukça azdır. Kadınların büyük bir kısmı semptomları anormal ya da ciddi

olarak görmedikleri için ya da zamanla geçeceğine inandıkları için, bir kısmı da bu sebeple doktora başvurmadan utandıkları için tedavi ihtiyacı duymamaktadır (16). İnkâr, gizleme ve sağlık durumunu kabul etme konusundaki isteksizlik potansiyel olarak tedavi olmamaya veya tedaviyi geciktirmeye neden olduğundan başarılı müdahale olasılığı azalır (29).

Üİ, kişide psikolojik problemlere, sosyal izolasyona neden olmakta, dolayısıyla hayat kalitesini olumsuz etkilemektedir. Üriner inkontinans yaşayan kişilerde utanç duygusu ön plana çıkmakta, özgüvenlerinde anlamlı derecede azalma görülmekte, kendilerini daha az çekici bulmakta ve diğer insanlarla iletişimden kaçınmaktadırlar. Bu kişiler evden dışarı çıkmaktan kaçınmakta ve toplu taşıma araçlarını kullanmak istememektedir. Üriner inkontinansın kişilerin fiziksel durumları ve hayat kalitelerini olumsuz etkilenmesine rağmen toplumda saklanması kadınların yardım almamalarına neden olmaktadır (15). Üİ, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, tıbbi olduğu kadar sosyal bir problemdir (11) ve bu olumsuz psikososyal sorunlar, günlük yaşam aktivitelerine ve sosyal katılımlara engel teşkil eden güçsüzlük duygularını tetikler (29). Yaşamı tehdit eden bir sorun olmasa da devamlı ıslak olma ve irritasyona bağlı rahatsızlık, bireye sıkıntı veren, yetersizlik duygusu hissettiren bir durumdur ve depresyona kadar varan emosyonel sorunlara yol açmaktadır (11).

Üİ, ayrıca kişilerin ve ailelerinin psikolojik, fiziksel, sosyal ve ekonomik refahını etkileyen yaygın bir sorun (26) olup sosyal yaşamda kısıtlanma (kaçma, izolasyon), psikolojik morbidite (depresyon, anksiyete, kendini gerçekleştirme başarısızlık, ilişkilerden kaçınma), cinsel fonksiyonlarda değişim ve günlük aktivitelerde kısıtlanma olarak yaşam kalitesi alanlarını olumsuz etkilemektedir. İnkontinansı olan kadınların ulaşım, fiziksel aktivite, yeme-içme, elbise seçimi gibi faaliyetlerde sınırlamalar getirdiği bilinmektedir (11). Fiziksel ve psikososyal anlamda yıpratıcı olan bu durumu yaşayan kadınların, üriner inkontinans bulguları olmayanlara göre öz güveni düşük, anksiyete düzeyleri yüksek, sosyal izolasyona yatkın oldukları belirlenmiştir. Bu sorunu yaşayanlar; kendilerini "garip veya başkalarından farklı" hissettiklerini, altlarına kaçırma korkusu ile toplu taşıma araçlarından, evden mesafe olarak çok uzaklaşmaktan ve cinsel ilişkiye girmekten kaçındıklarını ifade etmişlerdir (18). Yaş aralığı 24-83 olan, toplam 633 kadınla yapılan bir çalışmada, cinsel ilişki sırasında üriner inkontinans prevalansı % 36.2 olarak bulunmuştur (13).

Altıntaş ve ark.(5)'nin yaptıkları araştırmada, idrar kaçırmanın şikayet olarak sadece



kadınların %18.5'i tarafından kabul edildiğini bildirmiştir (5). Öztürk ve ark.(35)'nin yaptığı çalışmada ise, Üİ saptanan hastaların sadece %30,2'si doktora bu şikâyetleri ile başvurmuştur (27). Güney Kore'de yapılan bir çalışmada da üriner inkontinans semptomları olan kişilerin yalnızca %59'u üriner inkontinans şikâyetlerini dile getirmiş, %79.7'si bu sorunlarını arkadaşlarıyla paylaşmış; ancak %23.2'si bir profesyonele başvurmuştur (32). Zhu ve arkadaşları (35) yaptığı çalışmada Üİ şikâyeti olan Çinli kadınların %25'inin doktora danıştıkları tespit edilmiştir (35). Avustralyalı bir kırsal kasabadaki sakinler arasında yapılan bir çalışmada, toplum tarafından damgalanma korkusunun danışmanlık arayışına yönelik tutumlarla olumsuz bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir (34). Kadioğlu ve Hotun Şahin (17), damgalanma korkusu nedeniyle kadınların üriner inkontinans tedavisine başlamak ya da sürdürmek istemediklerini, sosyal izolasyon ve utanç yaşadıklarını belirtmiştir (17).

Damgalama (stigmatizasyon), tarihin ilk dönemlerinden bu yana bilinen, ancak son yıllarda daha fazla önem kazanan bir kavramdır (17). İlk damgalanan hastalıklardan olan lepra, tanrının insana verdiği bir "kötülük" olarak nitelendirilmiştir. 1300'lü yıllarda kara ölüm olarak da bilinen veba, tanrının insanlara günahkâr davranışları yüzünden gönderilen bir ceza olarak görülmüştür (25). Damga (stigma) kavramı ise, ilk kez Yunanlılar tarafından ahlaki anlamda kötü görülen, normal kabul edilmeyen kişileri, köleleri, suçluları, hainleri bedenlerine kazıdıkları ya da demirle dağladıkları işaretlerle birlikte kullanılmaya başlanmıştır. Ömürleri boyunca bu işaretleri taşıyan kişiler lekelenmiş kabul edilmelerinden dolayı, diğerlerinden kolayca ayırt edilmişlerdir. Kamusal alanlarda kaçınılması gerektiği herkese bu sayede duyurulmuştur (17).

Tarihsel süreçte tıbbi yönden damgalama oldukça fazla yaşanmıştır. Hastalıklar, bir rezillik işareti olarak görüldüğünden, damgalanan bu kişiler sağlıklı ve normal olanlardan ayrılarak; kınanmış ve itibarsızlaşmışlardır (17). Türk Dil Kurumu Sözlüğünde mecazi anlamıyla "Bir kimseye, gerçeğe dayanmadan herhangi bir özellik veya nitelik yüklemek, birine yüz kızartıcı bir suç yüklemek" olarak tanımlanmıştır (2). Damgalama, bir kişiyi diğerlerinden ayıracak şekilde o kişinin gözden düşürülmesi, diğer insanlardan aşağı görülmesi, genel anlamda kötülenmesidir (7). Temel anlamıyla damgalamaya baktığımızda, "iki grup insanın var olduğu sosyal bir olgudur" diyebiliriz; damgalanan özelliği olanlar ve olmayanlar (29). Üİ için düşünüldüğünde inkontinans yaşayan birey, özellikle sosyal ortamda kendini ötekileşmiş ve diğer insanlardan tamamen farklı hissedebilmektedir.

Damgalanma temelde kişinin kendi kimliği için bir tehdittir (29). Bireyleri sosyal olarak kabul edilemez, fiziksel veya psikososyal özellikler için küçümseyen bir kusur olarak tanımlanmış (33), ayrıca hoş karşılanmayan bir niteliğe sahip olduğu anlamı taşıyan bir "işaret" olarak değerlendirilmektedir (27). Stigmatizasyona kadınların daha fazla maruz kaldıkları, damgalanma sebebiyle "temel insan haklarının" ihlal edildiği, bireylerin ötekileştirildiği ve toplum tarafından kabul görmedikleri için izole bir yaşantı sürdürdükleri, desteklenmedikleri için hastalık yükünün dışında damgalanmaya karşı mücadele verdikleri ortaya çıkmıştır (25).

Sosyal damga, toplum içerisinde bir yapıdır ve damgalanmış bireylere karşı yaratılabilecek bariyerlerdir. Bu yapı içerisinde damgalanmış birey, toplumda daha alt gruba ve daha az eşit bir konuma koyularak temel hizmet alımlarında eşitsiz bir dağılıma yol açmaktadır. Örneğin, çocuk sahibi olamayan bir kadının yaşamış olduğu ağır dışlanma ve damgalanma sonucu tedaviye ya da kontrole gidememesi ve hatta bu durumun bilinmesinden doğabilecek olumsuz çevre etkisinden kurtulabilmek için profesyonel bir destek alımında bile çekinceli davranmaktadır (9). Üriner inkontinans yaşayan kadınların da 2/3'ünün tıbbi ve sosyal yardım aldıkları, ancak çekincelerin varlığı sebebiyle en az 2 yıldır bu sorunu yaşadıkları tespit edilmiştir (3). Dolayısıyla üriner inkontinans semptomları yaşayan kişiler bu şikâyetlerini dile getirmekten çekinebilmektedir (15). Sosyal damga, damgalanan bireyin benlik algısını ve davranışını toplumun beklentilerini karşılayacak şekilde değiştirmesine neden olmaktadır (9). Etraflarındaki kişiler tarafından 'farklı' olarak algılanabilirler (29) ve kişiler artık toplumda kendi rollerini oynamak yerine toplumun onlara yüklemiş oldukları rolleri oynamaya girişmektedirler. Normal koşullarda insanlar, toplumun bireylerden oluştuğunu ve kendisinin de toplumun bir parçası olduğunu kabul ederek toplumla bir bütünleşmeye gider. Fakat damgalanmış bir kişi toplum tarafından dışlandığı için kendisini, toplumu oluşturan bir unsur olarak görmek yerine, "toplum ve kendisi" şeklinde bir sınıflamaya giderek sosyalleşmeyi ve bütünleşmeyi sağlayamaz (9). Böylece Üİ yaşayan kadınlar, kendini toplumdan izole ederek miksiyon düzenini normalleştirme çabasına girerler.

Damgalanma korkusu, bireyin yaşam doyumunu etkileyen karmaşık, psikolojik ve sosyal bir durumdur. Örneğin; Markowitz bir ruh sağlığı sorunu yaşayan kişilerin psikolojik iyi oluş ve yaşam doyumları üzerinde damgalanmanın bir etkisi olup olmadığını incelediği araştırmasında, yaşam doyumunu ile damgalanma arasında olumsuz yönde bir ilişki olduğunu belirlemiştir (27). Araki ve ark. (3) 20 ila 64 yaş arasındaki hastanede hemşire olarak çalışan Japon kadınlarda üriner

inkontinansın fiziksel işlevselliğin bozulmasıyla birlikte mental sağlığın bozulduğu ve üriner inkontinansı olanların olmayanlara göre yaşam doyumlarının daha düşük düzeyde olduğunu belirtmişlerdir (3).

Damgalanma (stigma) teorisyenler tarafından; damgalayıcı bir olaya maruz kalma korkusu olan algılanan damgalanma (perceived-stigma) önyargılı bir tutumla olumsuz eleştirileri kendi üzerine çeken davranış olan kendinden damgalanma (self-stigma) ve damgalayıcı özelliği çoktan kabullenmiş bireyler için tanımlanan yürürlüğe giren damgalanma (enacted-stigma) olarak ayrı başlıklarda incelenmiştir (29). Damgalanma algısı, ruhsal nedenlerle kendini toplumdan soyutlamaya ve davranışsal kaçınmaya yol açmaktadır. Toplumsal ilişkiler, arkadaş edinme ve sürdürme güçlükleri ortaya çıkar. Bu durum, hastaların daha az sosyal destek almalarına neden olarak iyileşme süreçlerini olumsuz yönde etkilemektedir, hastalığı kabul etmekte isteksiz davranırlar ve tedavi ya gerçekleştirilemez ya da aksatırlar (7,10). Üİ ile ilişkili damgalanma, depresyon ve kanser gibi diğer damgalanmış hastalıklardan önemli ölçüde daha yüksektir (12). İnkontinans hastalarında utanma, kendini yetersiz ve kirli hissetme, toplum tarafından damgalanma korkusu nedeniyle semptomlarını inkâr duygusu ön planda olabilir. Bunun yanı sıra ürojinekolojik hastaların kendi kondisyonlarının tedavisine olan uyumları mortalitesi yüksek olan diğer hastalıklara göre daha düşük bulunmuştur. Üriner inkontinans kadınlar kendi kendilerine önlemler almayı tercih ederek tedaviye yönelmeyi geciktirirler (3). Damgalanma korkusu, Üİ yaşayan bireylerde bakım arayan davranışlara engel oluşturur (33). Uygulanan baş etme yöntemleri de zor ve zahmetli olmasının yanı sıra zaman zaman tıbbi sorunlara da neden olabilmektedir (32). Kısacası; kadınların damgalanma korkusu, tedavisi mümkün ve bir çok hastalığa göre kolay olabilen üriner inkonstinansı inkar ederek daha zor ve içinden çıkılmaz bir probleme dönüşebilmektedir.

Sosyal damgayı doğrudan etkileyen bir diğer olgu da kişilerin vücudunda var olan “görünen” ve “görünmeyen” izler ya da damgalardır. Bu damgalar kişinin toplum içerisinde reddedilme ve sosyalleşme durumunu belirleyen önemli faktörlerdendir. Örneğin, deri hastalıkları, yüz ve ellerde ise ilk temasta doğrudan görülen damgadır eğer elbisenin altında kalan bir yerde ise o zaman görülmeyen bir damga söz konusudur (9). İdrar kaçırma da görünmez damgalama yaratan bir mesele daha vardır ki; koku. Bir başka kişinin inkontinanslı bireydeki idrar kokusunu algılaması, kişinin durumunu idare etmedeki başarısızlığı şeklinde toplumsal yargılar bildirilmiştir. Kokunun fark edilmesi durumunda bireye yöneltilen sessiz

tepkilerin, kişinin sorununu başkaları tarafından keşfedilemeyeceği şekilde yönetmesi gerektiği yönündeki toplumsal bir beklentiyi yansıtır. İnkontinansla idrarın kıyafetin dışına sızması durumunda lekenin idrar veya başka bir şey gibi yorumlanabileceği için 'sorun' hala potansiyel olarak gizlenebilir. Öte yandan, idrar kokusu tiksinti ve damgalanmaya yol açar (30). Bu bireyler kendilerini daha az değerli olarak etiketlemeye başlayabilir ve öz-yeterlik ve benlik saygısının azalmasına neden olabilir (33). Damgalanmaya karşı savunma olarak sessizlik korunma mekanizması olabilir ancak bu sessizlik yardım arayışında bir engel oluşturur (30).

Bu damgaların görülmesi ve önlenmesi için toplumsal bilinci artırmak ve kalıp yargılar üzerinden dikte eden bakış açısını değiştirmek gerekmektedir. Konunun eşitlikçi bir düzlemde değerlendirilebilmesi için öncelikle var olan bu kalıp yargıları ve sonucu olan ayrımcılığın yaşandığının kabul edilmesi gerekmektedir. Her ne kadar toplumsal olarak böyle bir bilincin değiştirilmesi kolay olmasa da profesyonel meslek elemanlarının bu noktalarda daha hassas, adaletli ve duyarlı olması gerekmektedir. Aksi takdirde çözüm odaklı yaklaşımı temel olan sosyal çalışmacı yeterli bir sonuca ulaşamayacaktır (17). Bu noktada sağlık profesyonellerinin üriner inkontinansla stigmanın farkında olmaları gerekir ve doğru kişi, doğru yerde doğru sorular sorarak damgalanmanın bireyi nasıl etkilediğini öğrenebilir (29).

Üİ için tedavi arayışına yönelik tutumlar genellikle olumsuzdur. Bunun sebepleri; sosyal reddedilme korkusu, içselleştirilmiş utanç ve sosyal izolasyondur (33). Tedaviye başvurmadaki engelleri daha ayrıntılı şekilde açıklayacak olursak; damgalanma korkusu nedeniyle utanma, mevcut durum ve yönetimi hakkında bilgi eksikliği, inkontinansı tıbbi bir sorun olarak görmeme, fizik muayeneden, invaziv testlerden ve cerrahi girişimlerden korkma, tedaviye ilişkin beklentinin düşük olması, inkontinansa ilişkin ürünlerin ulaşılabilirliği (pedler vb.) gibi nedenler olabilir. Hemşireler; bu engelleri kaldırmak, bireylerde inkontinansın semptom ve tedavisine ilişkin farkındalığı arttırmak ve bireylerin korku ve yanlış anlamalarını gidermek amacıyla hasta eğitimini ve danışmanlığını her alanda geliştirmelidir. Danışmanlık, toplumdaki sağlık kurumları ve diğer sağlık bakım profesyonelleri ile sürekli iletişim halinde olan hemşirelerin bağımsız rollerindedir (33). Ebeler de hemşireler kadar -hatta daha fazla- kadınlara bakım vermekte gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerde izlem ve bakımlarını yapmaktadırlar. Bu nedenle ebelerin de kadınlarda inkontinansın semptom ve tedavisine ilişkin farkındalığının artması, inkontinans tanı ve tedavisinin yapılması ve kadının bu sorunla baş

edebilmesini sağlamak için eğitim ve danışmanlık yapması çok önemlidir.

Damganın temel unsurlardan bir tanesi de önyargıdır ve bu önyargılar cinsel roller üzerinden değerlendirildiğinde, kadınların sosyal yaşam içerisinde daha fazla maruz kaldığını söyleyebiliriz. Örneğin; sigara içen bir kadın, çocuğu olmayan bir kadın, araba kullanan bir kadın, kürtaj yaptıran bir kadın, şişman kadın, alımlı kadın vb. Birçok örnek kadının sosyal çevre içerisinde erkeğe kıyasla daha farklı etiketlerle değerlendirildiği görülmektedir (9). İnkontinans yaşayan bir kadına karşı oluşan ön yargılarda ebeler, başta çözüm arayışına açılan bu yolda rehberlik ederek üriner inkontinansın kadınların damgalanma algısından sıyrılarak uygun ve etkin tedavilerle çözümlenebilecek bir sorun olduğu konusunda danışmanlık yapabilir ve toplum tarafından yaratılan olumsuz kalıp yargıları içselleştirmiş kadınları da göz önünde bulundurarak bilgi ve tecrübesiyle kadının tedaviye uyumunu sağlayabilir.

Damgalanmanın bir boyutu olan içselleştirilmiş damgalanma (**self-stigmatization**), bireyin hastalıkla ilgili toplumun yarattığı olumsuz kalıp yargıları kabullenmesi ve değersizlik, utanç gibi duyguları yaşayarak kendisini toplumdan çekmesi (soyutlaması) şeklinde tanımlanmaktadır (19,22). Kadınların içselleştirilmiş stigmatizasyon yaşadığı durumlardan biri de üriner inkontinanstır (25). Damgalanmanın içselleştirilmesiyle birlikte bu olumsuz kalıp yargılar kendileri için de geçerli "gerçekler" haline gelir ve kişide utanç duygusuna yol açar. Bu durum, içselleştirilen eleştirel figürlerin kişinin içinde utanç duygusuna yol açması sürecine benzer bir süreçtir. Sonuç olarak bireyler yaşam hedeflerinden uzaklaşmayı sağlayacak, kaçınanlık, azalmış benlik saygısı ve öz yeterlilik hissederler (7).

Nitekim kendini damgalamayla ilgili yürütülen çalışmalarda, ruhsal hastalıklarla ilgili sahip olunan yanlış inançlarla mücadele etmenin, benlik saygısını artırmanın, eğitim almanın, psikolojik yardım almanın desteklenmesi ve sürdürülmesinin, damgalanmanın protesto edilmesinin ve ruh sağlığının savunulmasının kendini damgalamayı azaltmada işe yarayan stratejiler olduğu anlaşılmıştır (27). Damgalamaya karşı yaklaşımlar bireyi yetkin kılar ve sosyal engellerin neden olduğu sürekli güçsüzlük duygularıyla baş etmeyi sağlar. Bu amaçla uygulanabilecek güçlü yönleri temel alan tedavi biçimleri hastanın yeteneklerine ve yaşamına pozitif bir bakış açısı sağlar, hayatı anlamlı kılar. Böylece hastalar savunma mekanizmalarını ve sosyal becerilerini değiştirebilir ve toplumla yaşamaya kendisini hazırlayabilir (7). Toplumun üriner inkontinans ile düşünce ve tutumlarının

belirlenmesi, toplumda üriner inkontinans sorunlarına yaklaşımı değiştirebilir. Ayrıca toplum, üriner inkontinans ve tedavisi konusunda bilinçlendikçe, yardım alan hasta popülasyonu da artacaktır (15).

Sonuçta; çok boyutlu bir problem olan üriner inkontinansın, hastaların tedavi ve bakımlarında multidisipliner bir ekip yaklaşımı sağlanmalıdır. Kadına bakım verirken hastalığın kadının yaşam kalitesi üzerindeki etkisine karşı duyarlı olunması, durumun sosyal ve emosyonel boyutunun göz ardı edilmemesi ve bireye bütüncül yaklaşım içerisinde bakım verilmesi önemlidir (11). Ayrıca ebeler toplum içinde kadınlarla daha fazla ve yakından birlikte olmalarından, her düzeyde sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapmalarından dolayı kadınlar sağlık problemlerini ebelerle daha fazla paylaşabilmektedirler. Bunun içindir ki toplumda Üİ tanınması, değerlendirilmesi, izlemi ile Üİ'dan korunmada ebelere düşen görev ve sorumluluk çok önemlidir.

#### KAYNAKLAR

1. **Anonim1:**<https://www.ics.org/glossary/symptom/urinaryincontinence?q=incontinence> Erişim tarihi: 04.03.2019.
2. **Anonim2:**[http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5c767f77824b79.66816701](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&arama=kelime&guid=TDK.GTS.5c767f77824b79.66816701) Erişim tarihi: 27.02.2019.
3. **Araki I, Beppu M, Kajiwara M, Mikami Y, Zakoji H, Fukasawa M, Takeda M. (2006):** Prevalence And Impact On Generic Quality Of Life Of Urinary Incontinence In Japanese Working Women: Assessment By İcı Questionnaire And Sf-36 Health Survey. *Urology*; 66: 88-93.
4. **Ahmed HM, Osman VA, Al-Alaf SK, Al-Tawil NG. (2013).** Prevalence of urinary incontinence and probable risk factors in a sample of kurdish women. *Sultan Qaboos Univ Med J*; 13(2):269-274.
5. **Altıntaş R, Beytur A, Oğuz F, Taşdemir C, Kati B, Çimen S. (2013).** Assessment of urinary incontinence in the women in eastern Turkey. *Int Urogynecol J*; 24(11):1977-82.
6. **Başgöl Ş, Kızılkaya Bezi N. (2015):** Kontinans hemşirelerinin gelişen rollerinin uluslararası düzeyde irdelenmesi. *F.N. Hem. Derg*, 2015; 23(3): 224-230.
7. **Büyükgoze Kavas A, Topkaya N, Gençoğlu C. (2014):** Psikolojik yardım alma nedeniyle sosyal damgalanma, denetim odağı, kendini damgalama ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiler. *OMÜ Eğt. Fak. Derg*; 33(2):367-377.
8. **Chol H, Park JY, Yeo JK, Oh MM, Moon Du G, Lee JG, Bae JH. (2015).** Population-based survey on disease insight, quality of life, and health seeking behavior associated with female urinary incontinence. *Int Neuroourol J*; 19(1): 39-46.

9. **Çam Ç, Özdemir A, Karateke A, Aran T, Bayka B. (2007):** İnkontinans vakalarında şikayetlerin süresinin uzamasının kas aktivitelerine etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*; 38(4):135-137.
10. **Doğanavşargil Baysal GÖ. (2013):** Damgalanma ve ruh sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*; 22(2):239-251.
11. **Demirci N, Aba YA, Süzer F, Karadağ F, Ataman H. (2012).** 18 yaşı üstü kadınlarda üriner inkontinans ve yaşıam kalitesine etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*; 7(19):23-37.
12. **Elenskaia K, Haidvogel K, Heidinger C, Doerfler D, Umek W, Hanzal E. (2011):** The greatest taboo: urinary incontinence as a source of shame and embarrassment. *The Central European Journal of Medicine*; 123: 607-610.
13. **Espuna PM, Puig CM. (2006).** Lower tract symptoms in women and impact on quality of life. *Actas Urologias Espanolas*; 30:684-691.
14. **García-Pérez H, Harlow SD, Sampselle CM, Denman C. (2013).** Measuring urinary incontinence in a population of women in northern Mexico: prevalence and severity. *Int Urogynecol J*; 24(5):847-54.
15. **Güngör Uğurlucan F, Comba C, Emegil Ş, Yalçın Ö. (2016).** Türkiye'de üriner inkontinans ile ilgili düşünce ve tutumlar. *İst Tıp Fak Derg*; 79: 4: 141-146.
16. **İrer B, Şen V, Demir Ö, Bozkurt O, Esen A. (2018).** Üriner inkontinans alt tiplerinin yaşıam kalitesi üzerine etkileri: doktora başvurmada üriner inkontinans alt tipinin önemi var mı? *Ortadoğu Tıp Dergisi*; 10 (1): 8-12.
17. **Kadıoğlu M, Hotun Şahin N. (2015):** Stigmatizasyon (damgalama) ve kadın. *Sağlık ve Toplum*; 25(3):3-9.
18. **Kadıoğlu M, Kızılkaya Beji N. (2016).** Üriner inkontinansın tedavisinde önerilen yaşıam biçimi uygulamalarına güncel yaklaşıam. *HSP*; 3(3):201-207.
19. **Kök H. (2014):** Psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastalarda içselleştirilmiş damgalanma, benlik saygısı ve algılanan sosyal destek. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara.
20. **Lasserre A, Pelat C, Gue'roult V, Hanslik V, Chartier-Kastler E, Blanchon T, Ciofu C, Montefiore E, Alvarez F, Bloch J. (2009).** Urinary incontinence in french women: prevalence, risk factors, and impact on quality of life. *European Urology*; 56: 177-183.
21. **Nojomi M, Amin EB, Rad RB. (2008).** Urinary incontinence: Hospital-based prevalence and risk factors. *JRMS*; 13:22-8.
22. **Özaslan Çalışkan BU. (2017):** Damgalanma algısı ve sapma davranışı ilişkisinde kişilik özelliklerinin düzenleyici rolü. *International Journal of Academic Value Studies*; 3(13):357-369.
23. **Özcan M, Kapucu S. (2014).** Üriner inkontinansı olan geriyatrik hastalara hemşirelik yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*; 101-109.
24. **Özkan ZS, Salmaz E. (2015).** Reprodüktif Çağdaki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. *J Kartal TR*; 26(2):101-106.
25. **Özmen S, Erdem R. (2018):** Damgalamanın kavramsal çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*; 23(1):185-208.
26. **Öztürk GZ, Toprak D, Basa E. (2012).** 35 yaşı üzeri kadınlarda üriner inkontinans sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*; 46(4):170-176.
27. **Sevim K. (2018):** Sosyal çalışma perspektifinden damga ve kadın. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*; 8(8):469-479.
28. **Singh U, Agarwal P, Verma ML, Dalela D, Singh N, Shankwar P. (2013).** Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Indian women: A hospital-based survey. *Indian J Urol*; 29(1): 31-36.
29. **Southall K, Tuazon JR, Djokhdem AH, Heuvel EA, Wittich W, Jutai JW. (2017).** Assessing the stigma content of urinary incontinence intervention outcome measures. *Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering*; 4:1-13.
30. **Sukut Ö, Özdilek R. (2017, Ekim):** Söyleyemem o benim yüküm: üriner inkontinansa yönelik stigmatizasyon [Öz]. 8. Ulusal Ürojinekoloji Kongresinde sunulan bildiri. Harbiye Askeri Müze Kültür Sitesi, İstanbul. <http://www.urojinekoloji2017.com/gorseller/files/%C3%BCrojinekoloji%20kitap.pdf> Erişim tarihi: 01.04.2019.
31. **Şentürk Ş, Kara M. (2010).** Menopoz Dönemindeki Kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalansı ve Risk Faktörleri. *Van Tıp Dergisi*; 17(1):7-11.
32. **Wang C, Wan X, Wang K, Li J, Sun T, Guan X. (2014):** Disease stigma and intentions to seek care for stress urinary incontinence among community-dwelling women. *Maturitas*; 77(4):351-355.
33. **Wang C, Li J, Wan X, Wang X, Kane RL, Wang K. (2015).** Effects of stigma on Chinese women's attitudes towards seeking treatment for urinary incontinence. *Journal of clinical nursing*; 24(7-8): 1112-1121.
34. **Wrigley S, Jackson H, Judd F, Komiti A. (2005):** Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*; 39, 514-521.
35. **Zhu L, Lang J, Liu C, Han S, Huang J, Li X (2009):** The epidemiological study of women with urinary incontinence and risk factors for stress urinary incontinence in China. *Menopause*; 16, 831-836.