



The Journal of
Turkish Family
Physician

Year: 2018

Volume: 9

Number: 2

Nisan - Haziran

April - June



Gebelikte Psikososyal Sağlık Düzeyi ve İlişkili Faktörler
Psychosocial Health Level and Related Factors in Pregnancy

Zeliha Özşahin, Çiğdem Erdemoğlu, Çiğdem Karakayalı

Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri

Risk Factors in Cardiovascular Diseases

Hatice Dülek, Zeynep Tuzcular Vural, Işık Göneng

Acil serviste karın ağrısına yaklaşım

Management to the abdominal pain in emergency department

Ergün Kaya, Güven Kuvandik, Ali Karakuş



The Journal of Turkish Family Physician (e-ISSN 2148-550X) yılda dört kez, üç ayda bir sadece on-line yayınlanan ulusal süreli yayın türünde hakemli bir dergidir. Dergide hem Türkçe hem İngilizce dilinde araştırma makalesi, olgu sunumu, derleme, editöre mektup, ulusal ve uluslararası bilimsel içerikli belgeler ve çeviriler gibi, genel tıbbi ve aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetlerini ilgilendiren içerikte tüm bilimsel, kanıt dayalı hazırlanmış yazılar yer alabilmektedir.

Yazıların Düzenlenmesi

Yazılar Word formatında hazırlanmalıdır. Şekil ve resimler yazının sonuna ayrı birer sayfa olarak eklenmelidir. Bütün yazılar "times new roman" karakteri ile 12-pt font, iki aralıklı olarak yazılır.

Yazı gönderme

Dergiye başvuru elektronik olarak yapılır. Yazının başvurusu için ilk şart başka yerde değerlendirilmediği, başka yerde basılmamış olmasıdır. Tüm orijinal araştırmalar için etik kurul onayı (tarih, numara ve onaylayan kurum) gerekir. Yazı yayına kabul edildikten sonra son haline onay verilmesi için iletişim yazarına gönderilir. Kabulü halinde yazarlarca imzalanıp posta ile gönderilmek üzere yayın hakkı devir formu elektronik olarak gönderilir.

1. Başvuru mektubu: Dergiye değerlendirilmek üzere gönderilen bütün yazılar için gereklidir. Başvuru mektubu ile yazının başka bir yerde yayınlanmadığı ya da yayınlanmak üzere değerlendirilmediği, herhangi bir ticari ya da ticari olmayan çıkar çakışması içinde olup olmadığı yönündeki sorular yanıtlanmış olur. Web sayfamızda yer alan başvuru örneği tüm yazarlarca imzalanıp, değerlendirilmesi istenen yazı ile birlikte, elektronik ortamda, ıslak imzalı form "scan" edilerek gönderilmelidir. Yazıda çıkar çakışması söz konusuysa bu konuda gerekli bilgi yazılı olarak ifade edilmelidir. Bu bilgiler yazı yayına kabul edildiğinde editör yazarlarla bu bilginin okuyucuya nasıl yansıtılacağı konusunu görüşür.

2. Başlık Sayfası: Yazının başlığı, yazarların adları, unvanları, kurumları ve iletişim bilgileri (mail, e-mail, telefon numarası, faks numarası)

3. Gönderilecek yazı tiplerine göre düzenlemeler: Derlemeler: Türkçe (Türkçe yazılar için) ve İngilizce özet ve anahtar kelimeler içermelidir.

Orijinal araştırma yazıları: Türkçe (Türkçe yazılar için) ve İngilizce özet ve anahtar kelimeler içermelidir. Hem özet hem de metnin kendisi yapılandırılmış olmalı, genel bilgi, yöntem, bulgular, tartışma, sonuç, teşekkür, kaynaklar ve varsa kısaltmalar listesi olmalıdır. En fazla 5 resim, şekil ya da tablo kabul edilir. Resim, şekil ve tablolar metnin sonuna ayrı sayfalar içinde eklenmeli ya da ayrı dosya halinde gönderilmelidir.

Olgu sunumu: Özet (Türkçe, İngilizce), genel bilgi, olgu, tartışma, sonuç, kaynaklar, resim/şekil ve tablolar yukarıda belirtildiği şekilde eklenmelidir. Olgu sunumu, özet ve resim/şekil/tablolar dışında 5 sayfa, özet 250 kelimeyi aşmamalıdır.

Kısa rapor: Deneyssel bulgular ya da bilgilendirici klinik gözlemler kısa rapor olarak kabul edilir. Kısa rapor metni, özet ve resim/şekil/tablolar dışında 3 sayfa, özet 250 kelimeyi aşmamalıdır.

Editöre mektup: 2000 kelimeyi aşmamalıdır. Tek bir resim/şekil ya da tabloya ve yedi adet kaynağa izin verilir.

4. Yazıların yapılandırılmasına ilişkin kurallar:

Özet: Türkçe ve İngilizce özetler 250 kelimeyi geçmemeli, İngilizce ve Türkçe özet birbirinin aynısı olmalı, giriş ve amaç, yöntem, bulgular, tartışma ve sonuç bölümleri bulunmalıdır. Özet sonunda en az üç, en fazla beş adet pub-med uyumlu (MESH) anahtar kelime olmalıdır.

Genel Bilgi: Çalışmanın konusunu, önemini aynı alanda yapılmış olan başka çalışmalar ışığında kısaca açıklayan şekilde düzenlenmiş olmalı, çalışmanın amacını açık ve net bir şekilde açıklıyor olmalıdır.

Yöntem: Kullanılan araştırma ve analiz yöntemleri, varsa araç ve gereçler ayrıntılı olarak açıklanmalıdır. İnsanlar üzerinde yapılan klinik araştırmalarda her birey için aydınlatılmış onam alınmış ve araştırmanın bütünü için etik kurul onayı sağlanmış olmalıdır.

Bulgular: İstatistik sonuçların güven aralıkları ve tam p değerleri anlamlı çıkmayan sonuçlar için de belirtilmiş olmalıdır. Bulgular metin içinde ve tablolarda mükerrer olarak yer almamalıdır. Bulguların daha iyi anlaşılabilirliği için tablo ve şekiller kullanılmalıdır.

Tartışma: Tartışmada bulgular, araştırmanın güçlü yanları ve kısıtlılıkları, konu

hakkında daha önce bilinenler, yayınlar ışığında, pratiğe ve politikalara ya da ileri çalışmalara yön verecek şekilde ele alınmalıdır. Çalışmanın kısıtlılıkları (varsa) tartışma içinde ara başlık halinde açıklanmalıdır.

Sonuç: Çalışmada varılan sonuç ya da okuyucuya aktarılacak istenen ana fikir birkaç sonuç cümlesiyle toparlanmalıdır.

Teşekkürler: Bu kısım gerekirse konulur.

Çıkar çakışması: (varsa) bu kısım yazarlarla konuşularak yerleştirilir.

Tablolar: Tablonun numarası ve başlığı tablonun üst kısmında, varsa açıklamaları tablonun altında yer almalıdır. Tablolar ayrı sayfalar halinde metnin sonunda yer alır.

Şekil ve resimler: Resimler renkli ve çözünürlüğü yüksek ve orijinal olmalıdır. Resimlerin arkasına yazarın ismi ve resim numarası yazılmalı ve üst tarafı işaret eden bir işaret konulmalıdır. Başka Kaynak tablo, şekil ve resim kullanılmak isteniyorsa kullanım izni alınmış olmalı ve dergiye yazının eki olarak gönderilmelidir. Resim ve Şekil numaraları ve açıklamaları resim/şeklin altında yer almalıdır.

Kaynaklar: Kaynaklar yazının içinde geçiş sırasına göre listelenmelidir. Cümlelerin bitimine noktadan sonra üst simge olarak yerleştirilir.¹ Yazar adları 6 yazar adına kadar yazılmalı. Daha fazla ise 6 yazar adı yazıldıktan sonra, Türkçe makalelerde ve ark., İngilizce makalelerde ise et al. şeklinde belirtilmelidir.

Kullanılan kaynakların tipine göre önerilen yazım şekilleri şöyledir:

1. Dergide yayınlanmış makale: Yazar soyadı ve adının baş harfleri. Çalışmanın başlığı (sadece ilk harf büyük diğerleri küçük). Derginin Index Medicus ta geçtiği şekilde kısaltılmış adı. Yılı (varsa ayı); cilt (varsa sayı numarası); sayfa numaraları.

Örnek: Dişçigil G, Tekin N, Söylemez A. Obesity in Turkish children and adolescents: prevalence and non-nutritional correlates in an urban sample. Child Care Health Dev 2009 Oct;35(2):153-8.

2. Dergi "suppleman"ında yayınlanmış makale; Gimble JM, Bray MS, Young A. Circadian biology and sleep: missing links in obesity and metabolism? Obes Rev 2009 Nov;10 Suppl 2:1-5.

3. Kitap:

a. Kitap bölümü: Uzuner A, Kaya ÇA. Yaşlılarda hipertansiyon. "Yaşlılarda Kronik Hastalıklar" içinde. (ed) Dişçigil G, Kaya ÇA. Cilt 2. 2. baskı. Şehir, Yayınevi. 2009;53-76.

b. Kitap İngilizce ise: Uzuner A, Kaya ÇA. Hypertension in the elderly. In "Chronic Diseases In The Elderly". (ed/eds) Dişçigil G, Kaya ÇA. Vol 2. 2nd ed. Şehir, Yayınevi. 2009;53-76.

c. Tek yazarlı (Türkçe) kitap: Topsever P. "Diyabette Tanı ve Tedavi". Cilt 1. 2. baskı. İstanbul, Yayınevi. 2009; 3-9.

d. Tek yazarlı (İngilizce) kitap: Topsever P. "Diagnosis and Treatment in Diabetes". Vol 1. 2nd ed. Şehir, Yayınevi. 2009; 3-9.

e. Çeviri kitap: Amerikan Psikiyatri Birliği "DSM-IV Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı". (çev.ed) Köroğlu E. Cilt 1. 4. baskı. Şehir, Yayınevi. 1994; 3-9.

f. Çeviri kitapta bölüm: Uzuner A. Ailenin temelleri: Aile odaklı birincil bakım. "Birincil Bakım" içinde. (çev.ed.) Apaydın Ç. 1. baskı. İstanbul, Bilim Yayın. 2010;142-61.

g. Kongre kitabında tam bildiri metni: Uzuner A. Dünyada ve Türkiye'de RİA kullanımı. 6. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 3-5 Nisan 2009. Ankara, Kongre Kitabı. 2009;21-4.

4. Kurumsal yazı ve raporlar: Basılı bir raporun içinde nasıl kaynak gösterileceği yazıyorsa o şekilde kullanılır. Rapor içinde belirtilmemişse: World Health Organization: World Health Report 2008. Primary Health Care. Now More Than Ever. Geneva, Switzerland, 2008. Rapor elektronik olarak internetten indirildiyse raporun ulaşılabileceği web adresi ve erişim tarihi belirtilmelidir. www.who.int..... adresinden .././... tarihinde erişilmiştir.

5. Tezler: Çalışkan ARG. Bir grup tip 2 diyabet hastasında COOP-WONCA İşlevsel durum ölçeklerinin Türkçe geçerlik güvenilirlik pilot çalışması. Uzmanlık tezi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2007.

6. İnternet kaynaklı yazılar: Yeni Pandemi A(H1N1) gribi vaka yönetim şeması. http://www.saglik.gov.tr/jadresinden .././... tarihinde erişilmiştir.

7. İnternet kaynaklı İngilizce yazılar: WHO Call for research proposals/concept papers on Medical Abortion. Accessed from http://www.medicalabortionconsortium.org/events/call-for-research-proposals-concept-papers-on-medical-abortion-114.html, on 11/10/2010.



Baş Editör | Editor-in-Chief

Prof. Dr. Arzu Uzuner

Editörler Kurulu | Council of Editors

Prof. Dr. Arzu Uzuner

Prof. Dr. Güzel Dişçigil

Prof. Dr. Pınar Topsever

Doç. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya

Yayın Kurulu | Editorial Board

Prof. Dr. M. Mümtaz Mazicioğlu

Prof. Dr. Alis Özçakır

Prof. Dr. Mehtap Kartal

Doç. Dr. Sevgi Özcan Paycı

Uzm. Dr. Birgül Coşkun

Sahibi | Owner

Prof. Dr. Arzu Uzuner

Yönetim Yeri | Administration Office

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı / Cep: 0542 327 16 72 / E-mail: arzuuzuner@gmail.com
e-posta: editor@turkishfamilyphysician.com

Yayın Koordinatörü | Publishing Coordinator

Hüseyin Kandemir / huseyin@medikalakademi.com.tr

Grafik Tasarım | Graphic Design

Tuba Kandemir / tuba@medikalakademi.com.tr

Yayınevi | Publisher

Medikal Akademi Yayıncılık ve Prodüksiyon Tic. Ltd. Sti.
Halaskargazi Cad. No: 172, D: 134 - Şişli / İstanbul
Tel: 0 537 309 29 55, Faks: (0212) 233 90 61
www.medikalakademi.com.tr

Copyright © 2018. Üç Ayda Bir Yayınlanır.
Yerel Süreli Yayın. e-ISSN: 2148-550X
Çevrimiçi (online) sürüm: www.turkishfamilyphysician.com
Google Akademik (Scholar), Baskı Tarihi: Haziran 2018

Ulusal Danışma Kurulu | National Advisory Board

Doç. Dr. Hülya Akan

Yeditepe Üniversitesi TF Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Okay Başak

Adnan Menderes Üniversitesi TF Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Perran Boran

Marmara Üniversitesi TF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Serap Çifçili

Marmara Üniversitesi TF Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ali Serdar Fak

Marmara Üniversitesi TF İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Rasim Gençosmanoğlu

Marmara Üniversitesi TF Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Dilek Güldal

Dokuz Eylül Üniversitesi TF Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Sait Karakurt

Marmara Üniversitesi TF Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Dilaver Kaya

Acıbadem Üniversitesi TF Nöroloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nilgün Özçakar

Dokuz Eylül Üniversitesi TF Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Recep Erol Sezer

Yeditepe Üniversitesi TF Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Pemra Ünal

Marmara Üniversitesi TF Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Alin Başgül Yiğiter

Bilim Üniversitesi TF Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Işık Gönenc

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği K.

Uluslararası Danışma Kurulu | International Advisory Board

Prof. Chris van Weel, MD.

Department of Primary and Community Care Radboud University
Nijmegen Medical Centre

Prof. Eva Hummers, MD.

Institut für Allgemeinmedizin Medizinische Hochschule Hannover

Martin von Fragstein, MD.

Honorary Special Lecturer School of Community Health Science /
Clinical Director in Drugs and Alcohol Derby NHS



İçindekiler | Table of Contents

Başmakale | Editorial

Editörden... | 33

Editorial

Arzu Uzuner

Araştırma | Research Article

Gebelikte Psikososyal Sağlık Düzeyi ve İlişkili Faktörler | 34

Psychosocial Health Level and Related Factors in Pregnancy

Zeliha Özşahin, Çiğdem Erdemoğlu, Çiğdem Karakayalı

Derleme | Review

Çocuklarda sigara dumanına maruziyetin kanıtları ile sigara içme durumunu öngören karar denge ölçeği'nin değerlendirilmesi | 47

Evidence of exposure to cigarette smoke in children and evaluation of the decision balance scale that predicts smoking

İzzet Fidancı, Onur Öztürk, İlknur Fidancı, Gökçe İşcan

Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri | 53

Risk Factors in Cardiovascular Diseases

Hatice Dülek, Zeynep Tuzcular Vural, Işık Gönenc

Acil serviste karın ağrısına yaklaşım | 59

Management to the abdominal pain in emergency department

Ergün Kaya, Güven Kuvandik, Ali Karakuş



Editörden

Editorial

Arzu Uzuner¹

Sayın Okurlar ve Araştırmacılar

2018'in ikinci sayısında üç derlememiz var. Derlemelerimizden ilki 'Acil Serviste Karın Ağrısına Yaklaşım', diğeri ise 'Kardiyovasküler Hastalıklarda Risk Faktörleri', üçüncüsü ise 'Çocuklarda Sigara Dumanına Maruziyetin Kanıtları İle Sigara İçme Durumunu Öngören Karar Denge Ölçeği'nin Değerlendirilmesi'. Derlemeler aile hekimliği alanında bizlerin her gün karşılaştığımız klinik durumlara yaklaşımımızda aile hekimliği bakış açısını geliştirmemize yardımcı oluyor, hizmet içi eğitimin bir parçası olarak ilgi çekiyor. Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi verilen Eğitim Araştırma Hastanelerinin birçoğunda yeşil acil alanlarında aile hekimliği polikliniklerinin çalıştığı biliniyor. Ayrıca 'acil' uzmanlık eğitiminde artık zorunlu bir rotasyon. Bu nedenlerle acil karın ağrısı olgularını çözümlenmede bilgi tazelememizi sağlayacak olan yazımız artık elinizin altında.

Kardiyovasküler risk değerlendirmesi ise pe-

riyodik sağlık muayenesinin olmazsa olmazı. Yeniden hatırlanması faydalı oluyor. Çocuklar ve sigara dumanına maruziyet yazısında ise çocukların sigara dumanına maruziyetlerinin kanıtlarını hatırlıyor, sigaraya başlama eğilimi olan çocukların belirlenmesinde faydası olabilecek Karar Denge Ölçeği'ni öğreniyoruz. Orijinal araştırmamız ise 'Gebelikte Psikososyal Sağlık Düzeyi ve İlişkili Faktörler'. Özşahin ve arkadaşlarının bu araştırmasında üniversite mezunu olmanın, gelir düzeyinin yüksek olmasının ve gebelik kontrollerine gidenlerin psikososyal sağlık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmış. Araştırmacılar bu alanda başka araştırmalara da gereksinim olduğunu belirtiyor.

Keyifli okumalar dilerim. Saygılarımla...

Prof. Dr. Arzu Uzuner

Baş Editör

The Journal of Turkish Family Physician

¹ Prof. Dr., MD PhD. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı



Gebelikte Psikososyal Sağlık Düzeyi ve İlişkili Faktörler

Psychosocial Health Level and Related Factors in Pregnancy

Zeliha Özşahin¹, Çiğdem Erdemoğlu¹, Çiğdem Karakayalı¹

¹Inönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Arş. Grv., Malatya.

İletişim adresi:

Arş. Grv. Zeliha Özşahin

E-mail: zeliha.ozsahin@inonu.edu.tr

Geliş tarihi: 28.05.2018

Kabul tarihi: 01.06.2018

Yayın tarihi: 15.06.2018

Alıntı Kodu: Özşahin Z., Erdemoğlu Ç., Karakayalı Ç. Gebelikte Psikososyal Sağlık Düzeyi ve İlişkili Faktörler
Jour Turk Fam Phy 2018; 09 (2): 34-46. Doi: 10.15511/tjtfp.18.00234.

ÖZET

Amaç: Bu araştırma gebelikte psikososyal sağlık düzeyi ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Kesitsel nitelikte planlanan bu araştırma Mart-Eylül 2017 tarihleri arasında bir kamu hastanesinin gebe polikliniğine başvuran 564 gebe üzerinde yürütülmüştür. Veriler, “Kişisel Tanıtım Formu” ve “Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ)” aracılığı ile elde edilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda t testi ve Anova analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Yaş ortalaması 28,75±6,2 olan gebelerin %25,2’si lise mezunu olup, %66,5’i gelirin giderine eşit olduğunu belirtmiştir. GPSDÖ toplam puan ortalaması 3,20±0,5’ tir. Gebelerin GPSDÖ “Gebelik ve Eş İlişkisi” alt boyutu puan ortalamasının 2,36±0,1, “Kaygı ve stres” alt boyutu puan ortalamasının 3,15±0,5, “Aile içi şiddet” alt boyutu puan ortalamasının 3,97±1,3 “Psikososyal Destek Gereksinimi” alt boyutu puan ortalamasının 3,25±0,6, “Ailesel özellikler” alt boyutu puan ortalamasının 3,10±0,44 ve “Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler” alt boyutu puan ortalamasının 3,19±0,6 olduğu tespit edilmiştir. (p<0.05, p<0.01). Gebelikte psikososyal sağlık düzeyinin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerden etkilendiği saptanmıştır.

Sonuç: Gebelikte psikososyal sağlık düzeyi, sosyo-demografik özelliklerden yaş grubu, eğitim düzeyi, algılanan gelir durumu, yaşanılan yer ve aile tipi; obstetrik özelliklerden trimester, gebeliğin planlı olması, gebelikte bilgi alma durumu, kontrole gitme sayısından etkilenmektedir. Yaşanılan yer ve eğitim düzeyinin bütün alt boyutları etkilediği, il merkezinde yaşayan ve üniversite mezunu olan gebelerin psikososyal sağlık düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Elde edilen sonuçlar, gebelikte psikososyal sağlık düzeyinin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerden etkilendiğini ve yeni çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, anksiyete, yaşam kalitesi, psikososyal sağlık düzeyi.

Summary

Objective: This study was conducted to determine the psychosocial health level and related factors in pregnancy.

Method: This cross-sectional study was conducted on 564 pregnant women who applied to a public hospital’s pregnancy outpatient clinic between March-September 2017. Data were obtained through “Personal Presentation Form” and “Pregnancy Psychosocial Health Assessment Scale (PPHAS)”. The data were analyzed by using number, percentage, mean, standard deviation, independent sample t test and anova analysis were used.

Results: The mean age value of the participants was 28.75 ± 6.2; 25.2% of them were high school graduates and 66.5% stated that the income was equal to the expenses. The average total score of the PPHAS was 3.20 ± 0.5. PPHAS “Pregnancy and Partner Relationship” subscale point mean score was 2.36±0.1 “Anxiety and Stress” subscale mean score was 3.15 ± 0.5 “Domestic Violence” subscale point mean score was 3.97 ± 1.3 “Psychosocial Support Requirement” subscale mean score was 3.25 ± 0.6 “The “Family Characteristics” subscale mean score was 3.10 ± 0.44 and “Physical-Psychosocial Changes Related to Pregnancy” subscale mean score was 3.19 ± 0.6 (p<0.05, p<0.01). Psychosocial health level was found to be influenced by socio-demographic and obstetric characteristics in pregnancy.

Conclusion: Psychosocial health level in pregnancy affected on socio-demographic characteristics like age group, education level, perceived income status, type of place of residence and type of family and the obstetric characteristics like trimester, planned pregnancy, information in pregnancy, number of visits. It is observed that the residence and level of education affected all subdimensions and the psychosocial health level of the pregnant who live in the city centrum and graduated from university is higher. The results show that psychosocial health level in pregnancy is affected from socio-demographic and obstetric characteristics and new studies are needed.

Key words: Pregnancy, anxiety, quality of life, psychosocial health level

Giriş

Yüzyıllardır gebelik kadın hayatında bir ruhsal iyilik hali ve mutluluk dönemi olarak bilinirken, günümüzde bu görüş artık kabul edilmemektedir.¹ Gebelik kadınlar için biyo-psikososyal dengenin, aile ve iş rollerinin değiştiği, yeni sorumlulukların edinildiği, yeni role uyumun sağlandığı bir kriz dönemi olabilmektedir.²

Bu nedenle kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu gebelik döneminde iyilik hali ve psikososyal sağlık olumsuz yönde etkilenmektedir.^{3,4} Psikososyal sağlık; insanın sosyal çevreye iyi bir şekilde uyum gösterebilmesi ve insanın yaşadığı sosyal çevrede sağlığını bozabilecek olumsuzluklarının olmamasıdır.⁵ Kadının gebelikteki psikososyal sağlığı; kadının eğitim düzeyi, sosyoekonomik durumu⁶, geçmiş gebelik ve doğum deneyimleri, çocuk sayısı, gebeliğin planlı olması, eş ile ilişkisi, ailedeki bireylerin gebeye karşı tutumları, annenin geçmiş ruhsal hastalıkları, çevredeki olumlu olumsuz rol modelleri, kadının gebelik konusunda doğru ve yeterli bilgisinin olmaması², düşük öz saygı, sosyal izolasyon ve algıladığı sosyal destek gibi birçok faktörden etkilenmektedir.^{2,7} Psikososyal sorunların, gebenin psikolojik durumunu etkileyerek, gebelikte ilgili olumsuz sonuçlar doğurabileceği ve tedavi almayanlarda maternal morbidite ve mortalite hızını (intihar girişimleri dahil olmak üzere) arttırdığı bilinmektedir.⁶ Anne ve fetus sağlığı açısından önemli sonuçlar doğuran psikososyal sorunların, gebeliğin hangi dönemini daha çok tehdit ettiği bilinmemekle birlikte, gebelikte her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci olduğu bilinmektedir.⁸ İlk trimester genellikle yeni duruma ve gebe olduğu gerçeğine uyumla ilgilidir. İkinci trimesterde fetüslle olan biyolojik bağ daha derin ve yakın hissedilir. Üçüncü trimesterde ise doğum yaklaştıkça doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler ön plana çıkar.⁸

Gebelikte ruh sağlığının iyi olması anne ve fetus

sağlığı için önemlidir. Özellikle depresyon ve kaygının, gebelik, doğum ve doğum sonu komplikasyonlarını arttırdığı, yenidoğan sağlığını olumsuz etkilediği (*preterm eylem, preeklampsi, zor doğum, doğumda daha fazla cerrahi müdahaleye gereksinim duyma, gebelik haftasına göre küçük fetüs, düşük doğum ağırlıklı ve düşük apgar skorlu yenidoğan vb.*) bildirilmiştir.^{9,10} Gebelikte bozulmuş psikososyal sağlığın postpartum dönemde de devam ederse çocuğun ilerideki yaşamında olumsuz etkilenme riski de artmaktadır. Bu olumsuz etkiler; anne-bebek bağının kurulmasında sorunların oluşması, büyümede gerilik, motor ve dil gelişiminde gecikme, duygusal gelişimde bozukluk ve davranış problemleridir.⁶ Gebelikte annenin iyilik halinin korunması ve fizyolojik değişiklikler kadar psikolojik değişikliklerinin de tanınması oldukça önemlidir.¹¹

Gebelikteki psikososyal sağlık ve depresyon fetüs ve annenin iyilik halini olumsuz etkilemesi, doğum sonu depresyona zemin hazırlaması nedeniyle üzerinde önemle durulması ve erken tanı konularak tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Bu bağlamda sağlık profesyonellerine önemli sorumluluk düşmektedir.⁹

Gereç ve Yöntem

Kesitsel nitelikte tasarlanan bu araştırma, gebelikte psikososyal sağlık düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Mart-Eylül 2017 tarihleri arasında Malatya ilindeki bir kamu hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine başvuran gebeler oluşturmuştur. Power analizi kullanılarak yapılan hesaplamada araştırmanın örnekleme; 0,05 yanılma düzeyi, %95 güven düzeyi ve %99 evreni temsil etme yeteneği ile en az 564 gebe olarak belirlenmiştir. Belirlenen örneklem grubuna ulaşılan kadar ilgili hastanede Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan kadınlar olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Araştırmaya; sözel iletişim kurulabilen ve gebeliği yardımcı üreme teknikleri kullanılarak gerçekleştirilmiş olan sağlıklı

gebeler dahil edilmiştir. Veriler, ilgili kamu hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine izlem için başvuran gebelerle yapılan yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak elde edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Verilerin elde edilmesinde, “Kişisel Tanıtım Formu” ve “Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği” kullanılmıştır.

Kişisel Tanıtım Formu

Gebe kadınların tanıtıcı özelliklerini (yaş, eğitim durumu, ekonomik durum, aile tipi, çalışma durumu, gravida, yaşayan çocuk sayısı, gebelik haftası) belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.

Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ)

Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirmek amacıyla Yıldız tarafından geliştirilmiş olan ölçek 46 maddeliktir. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği 5’li likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki her bir madde 1’den 5’e kadar puanlanmaktadır. Ölçekte **6 alt boyut** bulunmaktadır. Ölçekteki birinci alt boyutta yer alan 13 madde “**Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler**”i, ikinci alt boyutta yer alan 8 madde “**Kaygı ve strese ait özellikler**”i, üçüncü alt boyutta yer alan 7 madde “**Aile içi şiddete ait özellikler**”i, dördüncü alt boyutta yer alan 7 madde “**Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler**”i, beşinci alt boyutta yer alan 4 madde “**Ailesel özellikler**”i ve altıncı alt boyutta yer alan 6 madde de “**Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler**”i kapsamaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde elde edilen toplam puan madde sayısına bölünerek madde puan ortalaması saptanır ve 1 ile 5 arasında sonuç elde edilir. Sonuçta toplam puan 5’ten uzaklaşıp 1’e yaklaştıkça gebelikte psikososyal sağlıkta o düzeyde problem olduğunu gösterir ve 1 pu-

an psikososyal sağlığın çok kötü olduğunu ifade eder. Alt boyutlarda da aynı değerlendirme söz konusudur ve puan 1’e yaklaştığı ölçüde o alt boyuta ait problem olduğunu gösterir. Ölçekten elde edilebilecek minimum değer 1 ve maksimum değer 5’tir. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,93’dür; bu araştırmada Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,88 bulunmuştur.⁹

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi SPSS 16.0 paket programı kullanılarak bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede; yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, standart sapma, Cronbach alfa, bağımsız gruplarda t-testi ve Anova analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Etik Düzenlemeler

Araştırmanın uygulandığı kurumdan yazılı izin ve İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay (Karar No: 2017/25-1) alınmıştır. Ayrıca, araştırmaya başlamadan önce katılımcılar araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve gönüllü olanlar araştırmaya dahil edilmiştir.

Bulgular

Katılımcıların obstetrik ve sosyodemografik özelliklerinin dağılımı **Tablo 1**’de verilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması $28,75 \pm 6,21$ olup, %83’ünün 18-34 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Gebelerin %34,4’ünün ilkökul veya daha alt düzeyde olduğu, %80,1’inin çalışmadığı ve %66,5’nin gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin %80,7’sinin planlı bir gebelik yaşadığı, %39’unun gebeliklerinde sorun yaşadığı, %11,2’sinin gebeliklerinde bilgi almadığı saptanmıştır.

Tablo 2’de katılımcıların GPSDÖ Toplam ve alt boyutlardan aldıkları puan ortalamalarının dağılımı; **Tablo 3**’te Katılımcıların sosyodemografik özel-

Tablo 1. Katılımcıların Obstetrik ve Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (s=564)

Değişken	Ortalama±SS	
Yaş (yıl)	28,75±6,2	
Yaş grubu	s	%
18-34 (yıl)	468	83,0
≥35(yıl)	96	17,0
Algılanan Gelir durumu		
Gelirim giderimden az	56	9,9
Gelirim giderime eşit	375	66,5
Gelirim giderimden yüksek	133	23,6
Aile tipi		
Çekirdek	442	78,4
Geleneksel	117	20,7
Parçalanmış	5	0,9
Eğitim		
İlkokul ve altı	194	34,4
Ortaokul	106	18,8
Lise	142	25,2
Üniversite ve üstü	122	21,6
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	452	80,0
Çalışıyor	110	20,0
Yaşanılan yer		
İl	304	53,9
İlçe	140	24,8

devamı yan kolonda:>

Tablo 1. (sol kolondan devam)

Yaş grubu	s	%
Köy	120	21,3
Gravida		
Primigravida	178	31,6
Multigravida	385	68,4
Trimester		
1	71	12,6
2	98	17,4
3	395	70,0
Gebeliğin planlı olması		
Evet	455	80,7
Hayır	109	19,3
Gebelikte bilgi alma		
Evet	444	88,8
Hayır	120	11,2
Gebelikte sorun yaşama		
Evet	220	39,0
Hayır	344	61,0
Gebelikte kontrole gitme sayısı		
1-2	80	14,2
3-4	103	18,3
5-6	99	17,5
7-8	91	16,1
9 ve üzeri	191	33,9
Toplam	564	100

Tablo 2. Katılımcıların GPSDÖ Toplam ve Alt Boyutlardan Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=564)

Ölçekler	Ortalama ± SS	Min-Maks	AlınabilecekMin-Maks
GPSDÖ			
Gebelik ve eş ilişkisi	2,36±1,0	3.00–5.00	1.00-5.00
Kaygı ve stres	3,15±0,7	1.00–5.00	
Aile içi şiddet	3,97±1,3	1.88–5.00	
Psikososyal destek gereksinimi	3,25±0,6	2.14–5.00	
Ailesel özellikler	3,10±0,44	3.00–5.00	
Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler	3,19±0,6	1.33–4.5	
GPSDÖ Toplam	3,20±0,5	1,43–5	

likleri ile GPSDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Gebelikte psikososyal sağlığı etkileyen değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda, gebeler yaş grubuna göre karşılaştırıldığında “Aile içi şiddet”, “Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler”, “Ailesel özellikler” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla p=0,000, p=0,007, p=0,000). Gebeler eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında; “Gebelik ve eş ilişkisi”, “Aile içi şiddet”, “Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler”, “Ailesel özellikler” ve GPSDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla p=0,000, p=0,000, p=0,000, p=0,001) Bu farkın ilköğretim ve ortaokul mezunları arasında olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin algılanan gelir durumu karşılaştırıldığında; “Aile içi şiddet”, “Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler” ve “Ailesel özellikler” alt boyutları toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla p=0,008, p=0,008, p=0,007). Bu farkın gelirini iyi olarak algılayan gebeler ile orta ve kötü olarak algılayanlar arasında ve gelirini orta olarak

algılayanlar ile kötü olarak algılayanlar arasında olduğu saptanmıştır.

Gebeler yaşanan yere göre karşılaştırıldığında; “Gebelik ve eş ilişkisi”, “Kaygı ve stres”, “Aile içi şiddet”, “Psikososyal destek gereksinimi”, “Ailesel özellikler”, “Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler” alt boyutları ile GPSDÖ Toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p=0,000). Bu farkın il merkezinde yaşayanlar ile ilçe ve köyde yaşayanlar arasında olduğu saptanmıştır.

Çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında “Aile içi şiddet”, “Psikososyal destek gereksinimi”, alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla p=0,022, p=0,028).

Gebeler aile tipine göre karşılaştırıldığında “Aile içi şiddet”, “Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler” alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (p=0,022, p=0,028).

Tablo 4’ de Katılımcıların “Obstetrik özellikleri” ile GPSDÖ toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının

Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ile GPSDÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=564)

Sosyodemografik değişkenler	GPSDÖ Toplam X±SS	Gebelik ve eş ilişkisi X±SS	Kaygı ve stres X±SS	Aile içi şiddet X±SS	Psikososyal destek gereksinimi X±SS	Ailesel özellikler X±SS	Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler X±SS
Yaş grubu							
18-34	3,01±0,5	2,33±0,9	3,16±0,7	4,08±1,2	3,29±0,6	2,01±1,01	3,21±0,6
≥35	2,95±0,5	2,05±0,8	3,08±0,8	3,44±1,5	3,09±0,6	2,56±1,02	3,09±0,6
t, p	1,66; 0,287	-1,502; 0,134	1,028; 0,305	4,331; 0,000	2,70; 0,007	-4,568; 0,000	1,665; 0,96
Eğitim durumu							
İlkokul	2,88±0,5	2,31±0,8	3,10±0,7	3,57±0,6	3,07±0,6	2,18±1,0	3,16±0,7
Ortaokul	3,17±0,6	2,78±1,2	3,21±0,7	3,98±1,3	3,33±0,7	2,37±1,2	3,20±0,5
Lise	3,01±0,5	2,26±0,9	3,15±0,6	4,20±1,2	3,35±0,6	1,94±0,9	3,23±0,5
Üniversite	3,03±0,4	2,19±1,2	3,15±0,7	4,33±1,0	3,37±0,5	1,94±1,0	3,18±0,5
F, p	4,248; 0,001	5,285; 0,000	1,021; 0,404	8,601; 0,000	4,937; 0,000	9,133; 0,000	1,730; 0,126
Algılanan gelir durumu							
Gelirim giderimden az	2,87±0,4	2,23±0,7	3,09±0,7	3,52±1,0	3,09±0,6	3,21±1,0	3,17±0,6
Gelirim giderime denk	3,00±0,5	2,3±1,0	3,15±0,6	3,9±1,0	3,23±0,6	3,44±0,9	3,21±0,6
Gelirim giderimden fazla	3,06±0,6	2,4±1,0	3,17±0,8	4,1±1,0	3,39±0,6	3,12±1,0	3,14±0,6
F, p	2,630; 0,073	0,579; 0,561	0,252; 0,777	4,877; 0,008	4,809; 0,008	4,946; 0,007	0,663; 0,516
Yaşanılan yer							
İl	3,15±0,6	2,26±0,09	3,28±0,6	4,65±0,4	3,48±0,5	1,91±0,9	3,36±0,5
İlçe	2,95±0,4	2,69±1,21	3,04±0,7	3,38±0,5	3,11±0,5	2,31±1,2	3,04±0,6
Köy	2,65±0,7	2,25±0,8	2,93±0,7	2,93±1,5	2,84±0,7	2,36±1,0	2,93±0,7
F, p	3,8; 0,000	9,622; 0,000	12,907; 0,000	12,7; 0,000	5,99; 0,000	10; 0,000	27,81; 0,000
Çalışma durumu							
Çalışmıyor	2,99±0,5	2,36±1	3,14±0,7	3,34±1,3	3,22±0,6	2,12±1,0	3,21±0,6
Çalışıyor	3,02±0,5	2,33±1	3,17±0,7	4,08±1,2	3,37±0,6	2,01±1,0	3,11±0,5
t, p	0,53; 0,593	0,305; 0,761	-0,342; 0,732	-1; 0,022	-2,203; 0,028	0,973; 0,331	1,416; 0,149

devami sayfa 41'de:➤

Tablo 3. (Sayfa 40'tan devam)

Sosyodemografik değişkenler	GPSDÖ Toplam X±SS	Gebelik ve eş ilişkisi X±SS	Kaygı ve stres X±SS	Aile içi şiddet X±SS	Psikososyal destek gereksinimi X±SS	Ailesel özellikler X±SS	Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler X±SS
Aile tipi							
Çekirdek	3,03±0,5	2,40±1,0	3,16±0,7	4,04±1,3	3,29±0,6	2,10±1,1	3,20±0,6
Geniş	2,90±0,6	2,25±0,9	3,10±0,7	3,73±1,4	3,11±0,7	2,13±1,7	3,16±0,7
t, p	1,890;0,059	-1,63;0,102	0,147;0,819	2,032;0,043	3,911;0,009	0,978;0,329	-0,024;0,981

Tablo 4. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri ile GPSDÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=564)

Gebelikte ilgili bağımsız Değişkenler	GPSDÖ Toplam X±SS	Gebelik ve Eş ilişkisi X±SS	Kaygı ve Stres X±SS	Aile içi Şiddet X±SS	Psikososyal Destek Gereksinimi X±SS	Ailesel Özellikler X±SS	Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler X±SS
Gravida							
Multigravida	2,96±0,5	2,27±1	3,02±0,6	4,14±1,0	3,29±0,6	1,93±0,9	3,12±0,5
Primigravida	3,02±0,5	2,41±0,9	3,21±1,3	3,89±0,57	3,35±0,7	2,18±1	3,22±0,6
t, p	-1,262; 0,208	-1,504;0,133	-2,831;0,005	1,997; 0,046	1,997; 0,410	-1,485;0,138	-2,546; 0,011
Trimester							
1.trimester	3,02±0,6	2,20±0,9	3,21±0,6	4,22±1,14	3,30±0,7	1,95±0,7	3,26±0,6
2.trimester	2,96±0,5	2,09±0,8	3,21±0,8	4,15±1,1	3,30±0,7	1,90±0,8	3,27±0,6
3.trimester	3,01±0,5	2,46±1	3,12±0,7	3,88±1,41	3,20±0,6	2,18±1	3,16±0,6

devamı sayfa 42'de:->

Tablo 4. (Sayfa 41'den devam)

Gebelikte ilgili bağımsız Değişkenler	GPSDÖ Toplam X±SS	Gebelik ve Eş ilişkisi X±SS	Kaygı ve Stres X±SS	Aile içi Şiddet X±SS	Psikososyal Destek Gereksinimi X±SS	Ailesel Özellikler X±SS	Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler X±SS
F, p	0,309; 0,734	6,23; 0,002	0,775; 0,461	2,883; 0,057	0,575; 0,563	3,455; 0,032	1,53; 0,223
Gebeliğin planlı olması							
Evet	3,02±0,5	2,38±1,08	3,16±0,7	4,05±1,3	3,29±0,6	2,37±0,5	3,20±0,6
Hayır	2,91±0,5	2,30±0,7	3,10±0,7	3,62±0,9	3,12±0,6	2,04±1,0	3,17±0,7
t, p	1,906; 0,47	0,745; 0,457	0,850; 0,396	3,016; 0,003	2,46; 0,14	-2,860; 0,004	0,43; 0,66
Bilgi Alma durumu							
Evet	3,00±0,5	2,67±0,04	3,18±0,7	4,12±1,2	3,27±0,6	2,69±1,38	3,23±0,5
Hayır	2,98±0,5	2,27±1,13	3,03±0,74	3,39±1,61	3,16±0,6	1,93±0,9	3,04±0,7
t, p	0,250; 0,802	-3,841; 0,000	2,0; 0,020	5,32; 0,000	1,607; 0,234	-7,045; 0,000	2,97; 0,003
Gebelikte sorun yaşama							
Evet	2,72±0,55	3,61±1,04	2,77±0,74	1,59±0,51	3,29±0,62	3,38±1,00	3,19±0,68
Hayır	2,62±0,55	3,49±1,15	2,60±0,67	1,58±0,52	3,23±0,69	3,31±1,06	3,19±0,65
t, p	1,999; 0,047	1,151; 0,250	2,515; 0,012	0,339; 0,735	1,174; 0,241	0,664; 0,507	-160; 0,873
Gebelikte kontrole gitme sayısı							
1-2	2,86±0,5	2,10±0,7	3,1±0,8	3,761±0,3	3,10±0,7	2,061±0,6	3,16±0,8
3-4	3,06±0,6	2,64±1,1	3,14±0,8	3,73±1,4	3,28±0,7	2,52±1,2	3,09±0,6
5-6	3,18±0,5	3,06±1,31	3,10±0,6	3,66±0,1	3,26±0,7	2,73±1,3	3,06±0,6
7-8	3,03±0,6	2,16±1,0	3,30±0,6	4,18±1,2	3,39±0,5	1,94±0,9	3,33±0,5
9 ve üzeri	2,92±0,5	2,05±0,58	3,10±0,6	4,25±1,1	3,23±0,5	1,65±0,5	3,27±0,5
F, p	5,45; 0,000	23; 0,000	1,13; 0,261	5,5; 0,000	2,2; 0,650	24,2; 0,000	3,7; 0,000

karşılaştırılması verilmiştir. Gravida sayısı primipar ve multipar olarak karşılaştırıldığında “Aile içi şiddet” ve “Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0.005$, $p=0.046$). Trimesterler karşılaştırıldığında; “Gebelik ve eş ilişkisi” alt boyutları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0,000$). Bu fark II. ve III. trimesterler arasındadır. Gebeliğin planlı olması durumu karşılaştırıldığında “Aile içi şiddet” ve “Ailesel özellikler” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0,002$). Bilgi alma durumu karşılaştırıldığında; “Gebelik ve eş ilişkisi”, “Aile içi şiddet”, “Ailesel özellikler” ve “Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,000$, $p=0,020$, $p=0,000$, $p=0,000$, $p=0,003$). Gebelikte sorun yaşama durumu karşılaştırıldığında GPSDÖ ve tüm alt boyutları arasında gebelikte psikososyal sağlık açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p=0,012$). Kontrole gitme sayısı karşılaştırıldığında; GPSDÖ toplam ve “Gebelik ve eş ilişkisi”, “Aile içi şiddet”, “Ailesel özellikler” ve “Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p=0,000$). Bu farkın 1-2 kez kontrole giden ve 5-6 kez giden arasında, 9 ve üzeri kez kontrole giden ile 1-2, 3-4, 5-6 kez kontrole gidenler arasında olduğu anlaşılmıştır.

Tartışma

Gebelik; vücut örüntüsünde, sosyal ilişkilerde ve aile üyelerinin rollerinde değişiklik yapan bir durumdur. Bu durum gebelerin biyolojik durumunu etkilediği gibi psikolojik ve sosyal uyumunu da etkilemektedir.¹² Bu bağlamda gebeler antenatal izlemlerle değerlendirilirken fizyolojik değişikliklerle beraber psikolojik değişiklikler de göz önünde bulundurulmalıdır.

Gebelikte psikososyal sağlık düzeyi ve ilişkili fak-

törlerin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada elde edilen bulgular ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin GPSDÖ ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde “Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler” alt boyut puan ortalamasının $2,36\pm 1$ olduğu saptanmıştır. Buna göre çalışmaya alınan gebelerin eşleriyle orta düzeyde bir ilişkiye sahip olduğu görülmektedir. Bunun sebebi olarak da araştırmanın yapıldığı bölgede anne ve babalığa verilen değerden dolayı gebelikte ebeveynliğe yoğunlaşma olduğu düşünülebilir.

Gebelerin eğitim durumu, yaşadıkları yer, trimester, bilgi alma durumu ve kontrole kaç defa gittikleriyle “Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler” alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Sosyodemografik özelliklerden eğitim seviyesi yüksek olan ve il merkezinde yaşayan gebelerin eş ilişkilerinin daha iyi olduğu görülmektedir. Gebeliklerinde bilgi alan, III. trimesterde olan ve kontrole Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği sayıda giden gebelerde eş ilişkilerinin daha iyi olduğu görülmektedir. Gebelerin “Kaygı ve strese ait özellikler” alt boyut puan ortalaması $3,15\pm 0,5$ olarak belirlenmiştir. Bu sonuç gebelerin kaygı ve streslerini iyi yönetebildiklerini göstermektedir. Araştırmamızda gebelerin yaşadıkları yer, gebelikte bilgi alma durumu, “Kaygı ve strese ait özellikler” alt boyut puan ortalaması karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. İl merkezinde yaşayan ve gebeliklerinde bilgi alan gebelerin psikososyal sağlık düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Sözeri'nin yapmış olduğu çalışmada yaşayan çocuğa sahip olma, Kaplan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bilgi alma durumunun gebelikte psikososyal sağlığı olumlu etkilediği saptanmıştır.^{13,14} Çalışmamızda farklı olarak yaşanan yerin de psikososyal iyilik halini etkilediği saptanmıştır.

Gebelikte şiddet anne ve yenidoğan sağlığını olum-

suz etkileyen önemli bir sağlık problemidir.¹⁵ Dünyada her dört kadından biri gebeliğinde fiziksel ya da cinsel olarak genellikle eşi/partneri tarafından istismar edilmektedir.¹⁶ Bu araştırmada “Aile içi şiddete ait özellikler” alt boyut puan ortalamasının $3,97 \pm 0,6$ olduğu belirlenmiştir. Gümüşdaş’ın yapmış olduğu çalışmada “Aile içi şiddete ait özellikler” alt boyut puan ortalaması $4,68 \pm 0,52$, Koyuncu’nun yapmış olduğu çalışmada $3,35 \pm 0,67$ olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda, gebelerin 18-34 yaş grubu, üniversite mezunlarının, gelir durumu yüksek olanların, il merkezinde yaşayanların, çalışan ve çekirdek ailede yaşayan gebelerin aile içi şiddete daha az maruz kaldıkları görülmektedir. Ayrıca multipar, gebeliklerinde bilgi alan ve kontrole orta düzeyde giden gebeler aile içi şiddete daha az maruz kalmaktadır. Güler’in yaptığı araştırmada gebenin ve eşinin öğrenim durumu, düşük öyküsü, eşin işsiz olması, sağlık güvencesinin olmaması, ekonomik durumunun düşük olması, geniş aile tipinde olması, planlanmamış gebelik ve doğum öncesi düzenli bakım alma durumunun gebelikte psikososyal sağlığı etkilediği saptanmıştır. Bu bulgumuz literatürle benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda, Aile içi şiddete ait özellikler alt boyutu açısından gebelerin psikososyal sağlık düzeylerinin oldukça iyi olduğu ancak gebelerin zaman zaman şiddet yaşadığı anlaşılmaktadır.

Sosyal destek gebelik ve doğum sonrası dönemde kadının annelik rolüne adaptasyon sürecini olumlu yönde etkilemekte, bebeğine olan duyarlılığını artırmakta ve yakınları ile ilişkilerini kolaylaştırmaktadır. Destek eksikliği ise bu deneyimi negatif olarak etkileyebilir.¹⁷ “Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler” alt boyut puan ortalaması $3,25 \pm 0,6$ olarak saptanmış ve gebelerin psikososyal desteklerinin iyi olduğu belirlenmiştir. Araştırmamızda 18-34 yaş grubu, üniversite mezunlarının, il merkezinde yaşayanların, gelir düzeyi yüksek olanların, çalışan ve çekirdek ailede yaşayan gebelerin “Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler” puanının daha yüksek olduğu, sosyal desteklerinin daha fazla olduğu görülmekte-

dir. Koyuncu’nun yapmış olduğu araştırmada gebelerin “Psikososyal destek gereksinimine ait özellikler” alt grup puanı $4,69 \pm 0,48$ olarak bulmuştur.⁶ Koyuncu bu alt boyut puan ortalaması ile öğrenim, algılanan gelir durumuna ve eşin çalışma durumuna göre; gruplar arasında anlamlı bir fark bulmuştur. Gümüşdaş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada bu alt boyut puan ortalaması $4,16 \pm 0,68$ olarak bulunmuştur.⁵ Gümüşdaş bu alt boyut puan ortalaması ile yaş, gebelik sayısı, gebelikte problem yaşama durumu arasında anlamlı bir fark bulmuştur. Wall ve arkadaşlarının Tanzanya’da yapmış oldukları çalışmada; kadınların gebelik döneminde eşleriyle arasındaki mesafenin büyüdüğü ve bu durumun gebelerin anksiyetesini artırdığı saptanmıştır.¹⁸ Bernard ve arkadaşlarının Jamaika’da yapmış olduğu çalışmada gebelerin sosyal ve partner desteklerinin çok zayıf olduğu ve bu durumun gebelerin psikososyal iyilik halini olumsuz etkilediği saptanmıştır.¹⁰ Bu çalışmada ve diğer çalışmalarda ortak bulgu, eş ve aile desteğinin önemli olduğudur. Eş ve aile desteğinin kültürden kültüre, toplumdan topluma değiştiği görülmektedir. Ancak ülkemizde eş ve aile desteğinin yüksek olması kadına ve anneliğe verdiği değerin yüksek olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Gebelerin ailesel özellikler alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gebelerin ailesel özellikler alt boyut puan ortalamasının $3,10 \pm 0,44$ olduğu; 35 yaş ve üstü grupta, üniversite mezunu, gelir düzeyi yüksek, köyde yaşayanlarda, III. trimesterde, planlı gebelik yaşayan, bilgi alan ve 3-4 kez kontrole giden gebelerde bu alt boyuta ait puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Gümüşdaş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ailesel özellikler alt boyut puan ortalaması $4,44 \pm 0,55$; Uçar’ın yapmış olduğu çalışmada $4,02 \pm 0,76$ bulunmuştur. Bu araştırmada diğer araştırmalara göre ailesel özellikler alt boyut puan ortalaması oldukça düşük saptanmıştır. Bu durum Türk aile yapısında geleneksellikten az çocuklu çekirdek aileye doğru dönüşümün yaşandığı değişimle ilişkisi olabileceği düşünülmektedir. Gebelerin eşleriyle ve

aileleriyle daha az vakit geçirdiği şeklinde açıklanabilir.

Gebelerin gebeliğe ilişkin fiziksel ve psikososyal değişikliklere ait özellikler alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gebelerin fiziksel ve psikososyal değişikliklere ait özellikler alt boyut puan ortalamasının $3,19 \pm 0,6$ olduğu bulunmuş; il merkezinde yaşayan, primigravida olan, bilgi alan ve kontrole 3-4 kez giden gebelerde bu alt boyuta ait puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Koyuncu'nun yapmış olduğu çalışmada fiziksel ve psikososyal değişikliklere ait özellikler alt boyut puan ortalamasının $3,73 \pm 0,78$, Gümüşdaş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada $4,08 \pm 0,67$ olduğu saptanmıştır. Bu bulgu literatürle benzerlik göstermekte olup Türk toplumunda gebelik ve anneliğin istenen bir durum olduğu, kadınların gebelikteki değişiklikleri olağan gördüğü ve bu durumun geçici olduğunu bildikleri şeklinde açıklanabilir.

GPSDÖ toplam puanının $3,20 \pm 0,45$ olduğu bulunmuş ve gebelerin psikososyal sağlık durumlarının iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada üniversite mezunlarının, gelir düzeyi yüksek olanların ve kontrole 5-6 kez gidenlerin psikososyal sağlık düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Şahin

ve Kılıçarslan kalabalık ailelerde yaşamının, sosyo-ekonomik durumun düşük olmasının, gebeliğin istenmemesinin, sigara ve alkol kullanılmasının depresyon seviyesini artırdığını belirtmişlerdir.¹⁹ Koyuncu algılanan gelir durumu ve eşin yaşı gibi faktörlerin gebelikte psikososyal sağlığı etkilediğini saptamıştır.⁶ Podwornik ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise gelir durumu, eğitim düzeyi, canlı çocuk sayısı ve trimesterin gebelikte iyilik halini etkilediği saptanmıştır. Bu bulgumuz literatürle benzerlik göstermektedir.

Sonuç ve öneriler

Sosyo-demografik özelliklerden yaş grubu, eğitim düzeyi, algılanan gelir durumu, yaşanılan yerin; obstetrik özelliklerden gebelik sayısı, gebelikte bilgi alma durumu, kontrole gitme sayısı, gebeliğin planlı olması ve kaçınıcı trimesterde olduğu gebelikte psikososyal sağlığı olumlu etkilemektedir.

Sağlık profesyonelleri gebe izlemleri yaparken, gebeliğin kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönem olduğunu göz önünde bulundurmalı, fiziksel değişiklikler kadar psikolojik değişiklikleri de sorgulamalı, aile içi şiddet konusunda gebelerin farkındalığını arttırmalıdır.

Kaynaklar

1. Özorhan EY, Ejder AS, Şahin AÖ. Gebelikte ruh sağlığı. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi 2014; 2(3): 33-42.
2. Körükcü Ö, Deliktaş A, Aydın R, Kabukcuoğlu K. Gebelikte psikososyal sağlık durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Clin Exp Health Sci 2017; 7: 1-6.
3. Şahan Ö. Erken Gebelik Döneminde Yaşanan Bulantı Kusma Sıklığı ve Bulantı Kusmanın Yaşam Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Konya, Selçuk Üniversitesi, 2012.
4. Haakstad AHL, Torset B, Kari B. What is the effect of regular group exercise on maternal psychological outcomes and common pregnancy complaints? An assessor blinded RCT. Midwifery 2016; 32(6): 81-6.
5. Gümüldaş M, Ejder AS, Özorhan EY. Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. HSP 2014;1(2): 32-42.
6. Boybay KS, Dereli YS. Son trimester nullipar gebelerde bazı sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerin psikososyal sağlık düzeyine etkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2015, 31(2): 53-66.
7. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in Turkish population. Midwifery 2009; 25(4): 344-56.
8. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2001;23(1):61-4.
9. Yıldız H. Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çalışması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2011; 4(1): 64-71.
10. Bernard O, Gibson RC, McCaw-Binns A, Reece J, Coore-Desai C, Shakespeare-Pellington S, et al. Antenatal depressive symptoms in Jamaica associated with limited perceived partner and other social support: A cross-sectional study. PLOS ONE 2018; 13(3): 1-19.
11. Şahin P. Gebelikte Depresyon ve Anksiyete Belirti Düzeyleri ve İlişkili Faktörler. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Mersin, Mersin Üniversitesi, 2015.
12. Uçar H. Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumları ile Annelik Rolü Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Erzurum, Atatürk Üniversitesi, 2014.
13. Sözeri C. Gebelikte psikososyal sağlığın değerlendirilmesinin doğum sonu depresyonu belirlemedeki etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, Marmara Üniversitesi, 2011.
14. Kaplan S, Bahar A, Sertbaş G. Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;10(1):113-21.
15. Sahin S, Ilcioglu K, Unsal A. Domestic Violence, Depression and Anxiety During Pregnanc. HEAD 2017; 14(3): 204-12.
16. Bozkurt ÖD, Daşıkın Z. Gebelikte eş şiddeti: Risk faktörleri, sağlık sonuçları ve tarama araçları. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs 2016; 2(2): 15-22.
17. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. Journal of Psychiatric Nursing 2010;1(2):71-6.
18. Wall V, Premji S.S, Letourneau N, McCaffrey G, Nyanza E. C. Factors associated with pregnancy-related anxiety in Tanzanian women: a cross sectional study. BMJ open 2018; 8: 1-8.
19. Şahin EM, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ve bunları etkileyen etmenler. Trakya Univ Tıp Fak Derg 2010; 27(1): 51-8.

Alıntı Kodu: Özşahin Z., Erdemoğlu Ç., Karakayalı Ç. Gebelikte Psikososyal Sağlık Düzeyi ve İlişkili Faktörler Jour Turk Fam Phy 2018; 09 (2): 34-46. Doi: 10.15511/tjtfp.18.00234.



Çocuklarda sigara dumanına maruziyetin kanıtları ile sigara içme durumunu öngören karar denge ölçeği'nin değerlendirilmesi

Evidence of exposure to cigarette smoke in children and evaluation of the decision balance scale that predicts smoking

İzzet Fidancı¹, Onur Öztürk², İlknur Fidancı³, Gökçe Işcan⁴

¹Mamak Kıbrıs Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı, Ankara.

²Meydan Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı, Asarcık, Samsun.

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, Çocuk Acil Yandal Asistanı, Ankara.

⁴Zafer Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı, Isparta.

İletişim adresi:

Uz. Dr. İzzet Fidancı
izzetfidanci@gmail.com

Geliş tarihi: 17.05.2018

Kabul tarihi: 31.05.2018

Yayın tarihi: 15.06.2018

Alıntı Kodu: Fidancı İ., Öztürk O., Fidancı İ., Işcan G. Çocuklarda sigara dumanına maruziyetin kanıtları ile sigara içme durumunu öngören karar denge ölçeği'nin değerlendirilmesi. Jour Turk Fam Phy 2018; 09 (2): 47-52. doi: 10.15511/tjtfp.18.00247.



Özet

Çevresel sigara dumanına maruz kalan herkes dumandan etkilenmektedir ve verdiği zararların kanıtları açıktır. Gebelikten itibaren bu maruziyetle karşı karşıya kalan çocukların korunması bir hak ve zorunluluktur. Karar Denge Ölçeği gibi ölçeklerin kullanımı ile gerçekleştirilen çocukların ileride sigara içme durumunu belirleyebilen çalışmaların geliştirilmesi ve artırılması özellikle de sigaraya başlama eğilimi olan çocukların belirlenmesi ve korunmasını sağlayacaktır. Yaşa bakılmaksızın sigara dumanına maruziyetin olmaması adına gerek yetişkinlerin, gerekse çocukların farkındalıklarının oluşması için yeni çalışma ve eğitimlerin yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuklar, Karar denge ölçeği, Sigara içmek

Summary

Everyone exposed to environmental cigarette smoke is affected and the evidence of the damages is obvious. The protection of children who are exposed to the cigarette smoke since pregnancy is a right and a necessity. The improvement and increase in the number of the studies performed by using tools such as the Decision Balance Scale that can predict the future smoking status, will let to determine and prevent children with a tendency to start cigarette smoking. Regardless of age, in order not to be exposed to cigarette smoke, it is necessary to perform new studies and trainings for adults and children to raise their awareness.

Key Words: Children, Decision balance scale, Smoking

Alıntı Kodu: Fidancı İ., Öztürk O., Fidancı İ., İşcan G. Çocuklarda sigara dumanına maruziyetin kanıtları ile sigara içme durumunu öngören karar denge ölçeği'nin değerlendirilmesi. *Jour Turk Fam Phy* 2018; 09 (2): 47-52. doi: 10.15511/tjtfp.18.00247.

Giriş

Ebeveyni sigara içen çocukların yılda yaklaşık 100 adet sigarayı kendileri içmişcesine zararlı maddelere maruz kaldığı bilinmektedir. Kendi sağlıklarını koruyamayacak nitelikte olan çocuk grubu başta olmak üzere, yaşa bakılmaksızın tüm yaş gruplarının sigara maruziyetinden etkilendiği açıktır. Sigara, başta solunum sistemi olmak üzere bütün sistemleri etkilemekte ve doğumdan sonra evde sigara dumanına maruziyetin çocuklarda astım gelişmesinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. Her ne kadar çocuk nüfusunun yarısı sigara dumanına maruz kalsa da, Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde belirtildiği üzere, çocukların sağlıklarının bozulmaması için birtakım önlemlerin alınması gerekmektedir. Bu konuda birinci basamak sağlık hizmetlileri başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına görevler düşmekte olup, aynı zamanda çocuklarda da farkındalığın artırılmasının zorunluluğu açıktır.¹

Sigara içmenin sadece içen kişinin sorunu olduğu tabusu yıllar önce yıkılmış ve her geçen gün Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin önemi daha da artmıştır. Hirayama tarafından 1981 yılında sigara içen erkeklerle evli olan Japon kadınlarla yapılan çalışmada; sigaraya maruziyetin etkileri ortaya konulmuştur.² İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesinde açıkça belirtildiği üzere; sağlık hakkı temel bir insan hakkıdır.¹⁻³ Dolayısıyla yaşanılan çevrenin temiz ve sağlıklı olması da bir hak sayılmaktadır. Ancak, çocuk nüfusunun yarısı çevresel sigara dumanına maruz kalmaktadır.^{4,5} Çocukların akciğer gelişimi henüz tamamlanmadan sigara dumanına maruz kalmaları sonucu etkilenme kat kat fazla olmaktadır. Erişkinlerde yaşanan sağlık sorunlarından daha fazlasına sahip olan çocuklarda bu maruziyet; solunum yolu hastalıkları, düşük doğum ağırlığı ve ani bebek ölümü sendromunun görülme sıklığını arttırmaktadır.^{1,6}

Çevresel sigara dumanına maruziyetin idrar kotinin düzeyi ile değerlendirilmesi

Sigara içilmesi bir halk sağlığı sorunu olarak karışımıza çıkmaktadır ve dünyada çocuk nüfusunun yarısı

çevresel sigara dumanına maruz kaldığı gibi, Türkiye'de de çocukların %75'i gibi bir çoğunluğunun bu maruziyetle karşı karşıya olduğu tahmin edilmektedir. İdrar kotinin düzeyi ile pasif içicilik ilişkilendirilmiş olup, bu konuda birçok çalışma mevcuttur.⁷ Boyacı ve arkadaşlarının çalışmasında, ilkökul çocuklarının ebeveynlerinin sigara içme alışkanlıkları bir anket ile belirlenmiş ve çocukların sigara dumanına maruziyet ile idrar kotinin düzeyleri arasındaki ilişki araştırılmıştır. Ebeveynlerin verdiği bilgi değerlendirildiğinde bu çocuklardan %57,8'inin babasının, %23,3'ünün ise annesinin aktif olarak sigara içicisi olduğu saptanmış, %69,8'inin evinde en az bir sigara içicisi olduğu, %53,4'ünün ise evde sigara dumanına maruz kaldığı görülmüştür. Evde sigara dumanına maruz kalanlarda, idrar kotinin düzeyleri, maruziyet olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Çocukların sigara dumanı maruziyetinin somut kanıtları üzerinde durularak çocuklara sağlıklı yaşam hakları verilmesine çalışılmalıdır.⁶ Arvas ve arkadaşlarının çalışmasında da 0-24 ay yaş grubu çocuklarda ölçülen idrar kotinin düzeyi kontrol grubundan istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur.⁸ İnci ve arkadaşları da; 1 ay ile 5 yaş grubu çocuklarda, aynı şekilde idrar kotinin düzeyi bakarak yaptıkları çalışmada, evde sigara içicilerle yaşamak ve günlük içilen sigara sayısının artması ile akut solunum yolu enfeksiyonu görülme sıklığının anlamlı olarak arttığını göstermişlerdir.⁹

Çevresel sigara dumanına maruziyetin serum kotinin düzeyi ile değerlendirilmesi

Karakoç ve arkadaşları, 196 ilkökul çocuğunda yaptıkları çalışmada; anket ile ebeveynlerin sigara içme alışkanlıklarını ve çocuklarında objektif bir ölçüm olan serum kotinin düzeyini araştırmışlardır. Sigara içme alışkanlık farklılıklarına göre gruplandırılan ebeveynlerin çocuklarında serum kotinin düzeyleri sigaraya maruz kalan grupta, diğerlerine göre istatistiksel anlamlı olarak yüksek bulunmuş olup, maruziyeti etkileyebilecek ebeveynlerin eğitim durumu, ev kalabalığı gibi bazı faktörler arasındaki ilişki

araştırılmıştır. Ebeveynlerin sigara içme alışkanlıkları ile eğitim durumları arasında da öngörüldüğü gibi istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çocukların serum kotinin düzeyleri ile ev kalabalığı arasında ise aynı şekilde ön görüldüğü gibi orantılı bir ilişki bulunmuştur.¹⁰ Astımlı çocuklarda yapılan bir diğer çalışmada¹¹ da ve gebelerde yapılan çalışmalarda¹² da pasif içicilikte serum kotinin düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu gösterilmiştir.

Çevresel sigara dumanına maruziyetin fetus kord kanı kotinin düzeyi ile değerlendirilmesi

Prenatal dönemde sigara dumanına maruz kalan bebeklerin kord kanı kotinin düzeylerinin belirlenmesi ve bu maruziyetin etkilerinin gösterilmesi amacıyla, yine Boyacı ve arkadaşlarının çalışmasında; doğum yapmak üzere olan 107 gebe incelenmiştir. Tüm gebelere sigara

içme alışkanlıkları ve çeşitli demografik özelliklerinin sorgulandığı bir anket uygulanmış olup, sonrasında annelerden 5ml venöz kan, doğum eylemi gerçekleştikten hemen sonra da 5ml kordon kanı alınarak, örneklerdeki kotinin düzeylerine bakılmıştır. Gebeler, ankete verdikleri yanıtlara göre aktif ve pasif içici ile kontrol grubu olarak üç gruba ayrılmıştır. Aktif ve pasif içicilerin anne ve bebek kord kanı kotinin seviyeleri, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Aktif içicilerin anne ve bebek kord kanlarındaki kotinin miktarının pasif içicilerinkine göre anlamlı derecede yüksek olduğu ve anne kanı kotinin düzeyleri ile kord kanı kotinin düzeyleri arasında ise kuvvetli bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Ayrıca içilen veya maruz kalınan sigara sayısı ile doğru orantılı olarak anne ve kord kanı kotinin seviyelerinin de arttığı görülmüştür. Çalışmadaki

Tablo1. Çocuk Karar Denge Ölçeği*

A. Sigara içmek çocukların diğer insanlardan/çocuklardan daha fazla saygı görmesini sağlar	1	2	3	4	5
B. Sigara pis kokar	1	2	3	4	5
C. Sigara içen çocukların daha çok arkadaşı var	1	2	3	4	5
D. Sigara içmek diğer insanları hasta eder	1	2	3	4	5
E. Sigara içmek insanların sorunları ile başa çıkmasına yardımcı olur	1	2	3	4	5
F. Sigara içmek insan sağlığı için zararlıdır	1	2	3	4	5
G. Sigara içmek kendinizi daha iyi hissetmenizi sağlar	1	2	3	4	5
H. Sigara dumanı diğer insanları rahatsız eder	1	2	3	4	5
I. Sigara içmek rahatlamana yardımcı olur	1	2	3	4	5
J. Sigara içmek kötü bir alışkanlıktır	1	2	3	4	5
K. Sigara içen çocuklar daha çok eğlenir	1	2	3	4	5
L. Sigara içmek dişleri sarartır	1	2	3	4	5

1-Evet 2-Çoğunlukla 3-Bazen 4-Çok az 5-Hayır, *Ölçeğin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Bektaş ve arkadaşları tarafından yapılmış olup, ölçek; geçerli ve güvenilir, Türk kültürü ile uyumlu bulunmuştur.¹⁴

sonuçlar gebenin çevresel sigara dumanına maruz kalması sonucunda fetusun da aynı şekilde bu dumana maruz kaldığını göstermiştir.¹³

Çocukların sigara içme durumunu öngören ve tanımlayan Karar Denge Ölçeği

Karar Denge Ölçeği, 1985 yılında Velicer ve arkadaşları tarafından yetişkinlerin sigaranın zararları ve yararları hakkındaki algılarını değerlendirmek amacıyla 13 madde olarak geliştirilmiştir.⁹⁻¹³ Pallonen ve arkadaşları tarafından 1998 yılında ölçeğin yetişkin formu 20 maddeye çıkarılmış ve çocuk formu (**Tablo-1**) ise 12 maddeye indirilmiştir.⁹ Karar Denge Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Bektaş ve arkadaşları tarafından yapılmış olup; ölçek geçerli, güvenilir ve Türk kültürü ile uyumlu bulunmuştur.¹⁴ Ölçek, sigaranın zararları ve yararları hakkında 12 durumu içeren altı maddelik yarar ve altı maddelik zarar alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Ölçek 1-5 arasında puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Alt ölçeklerden “**yarar alt ölçeği**” puan ortalamasının yük-

sek olması, çocukların sigara içmenin yararları ile ilgili güçlü algılara; “**zarar alt ölçeği**” puan ortalamasının yüksek olması, sigara içmenin zararları ile ilgili güçlü algılara sahip olduğunu göstermektedir.¹⁴⁻¹⁷

Sonuç ve öneriler

Çocuklarda çevresel sigara maruziyetinin etkilerinin her yaşta olduğu gibi kanıtlanabilir bir durum olduğunun gösterilmesinin temel amacı toplumsal farkındalığın artırılmasıdır. Toplumsal farkındalığın yanında çocuklarda farkındalığın oluşmasının düşünülmesi de en önemli öneri olarak sayılabilir. Çevresel sigara dumanı maruziyetinden çocukları korumak amacıyla denetim mekanizmaları da kullanılabilir. Toplum ya da aile örgütlenerek birinci aşamada maruziyetin en aza indirilmesi, sonrasında da maruziyetin sonlandırılması sağlanmaya çalışılmalıdır. Karar Denge Ölçeği gibi çocukların sigara içme durumunu öngören ölçeklerin geliştirilmesiyle, belki de sigara içme potansiyeli olan çocukların çevresel sigara dumanı maruziyetini azaltmanın yanında sigara içmeye başlamasının önlenmesi de sağlanabilir.

Kaynaklar

1. Boztaş G, Aslan D, Bilir N. Çevresel sigara dumanından etkilenim ve çocuklar. STED 2006; 15(5):75-8.
2. Lee PN. An Assessment of the Epidemiological Evidence Relating Lung Cancer Risk. In: Never Smokers To Environmental Tobacco Smoke Exposure. Environmental Tobacco Smoke Völl. (Ed.) Kasuga H. 2nd ed. Berlin, Springer-Verlag, 2009; 28-70.
3. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi. <http://www.danistay.gov.tr/upload/insanhaklarievrenselbeyanname.pdf> adresinden 14/06/2017 tarihinde erişilmiştir.
4. Çocuk Hakları Sözleşmesi. https://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23c.html adresinden 14/06/2017 tarihinde erişilmiştir.
5. Bilir N, Telatar TG, Yıldız AN. Sigarasız İşyerleri. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi, ÇASGEM Yayın No:26, 2005.
6. Boyacı H, Duman C, Başyığıt İ, Ilgazlı A, Yıldız F. İlkokul çocuklarında sigara dumanına maruziyetin idrar kotinin düzeyi ile değerlendirilmesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2004; 52(3):231-6.
7. Keskinoglu P, Aksakoğlu G. Pasif sigara içiciliğinin çocuklarda solunum sistemi üzerindeki etkileri. Türk Ped Arş 2007; 42(4):136-41.
8. Arvas A, Baş V, Gür E. Süt çocukluğu döneminde edilgin sigara içiminin alt solunum yolu enfeksiyonu gelişimine etkisi. Türk Ped Arş 2009; 44(1):12-7.
9. İnci G, Baysal Uğur S, Şişman AR. Beş yaşından küçük sağlıklı çocukların çevresel tütün dumanından etkilenmesi (Ön çalışma). Türk Ped Arş 2018; 53(1):37-44.
10. Karakoç F, Dağlı E, Kut A, Pamukçu A. Çocuklarda pasif sigaraya maruziyetin serum kotinin düzeyi ile değerlendirilmesi. T Klin J Pediatr 1998; 7(2):77-82.
11. Hassanzad M, Khalilzadeh S, Eslampanah Nobari S, et al. Cotinine level is associated with asthma severity in passive smoker children. Iranian Journal of Allergy 2015; 14(1):67-3.
12. Kvalvik LG, Nilsen RM, Skjærven R, Vollset SE, Midttun Ø, Ueland PM, Haug K. Self-reported smoking status and plasma cotinine concentrations among pregnant women in the norwegian mother and child cohort study. Pediatric Research 2012; 72(3):101-7.
13. Boyacı H, Büyükgöze B, Başyığıt İ, Yıldız F, Ilgazlı A, Duman C. Fetustaki sigara dumanı maruziyetinin kord kanı kotinin düzeyi ile değerlendirilmesi. Toraks Dergisi 2006; 7(2): 115-9.
14. Bektaş M, Öztürk C, Armstrong M. Çocukların sigara içme durumunu öngören ve tanımlayan Karar Denge Ölçeğinin psikometrik özellikleri. Anadolu Psikiyatri Derg 2010; 11(3): 327-34.
15. Velicer WF, DiClemente CC, Prochaska JO, Brandenbur N. Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. J Pers Soc Psychol 1985; 48(3):1279-89.
16. Plummer BA, Velicer WF, Redding CA, Prochaska JO, Rossi JS, Pallonen UE, et al. Stage of change, decisional balance, and temptations for smoking measurement and validation in a large, school-based population of adolescent. Addict Behav 2001; 26(3):551-71.
17. Chen HS, Sheu JJ, Percy MS, Brown EJ, Yang RJ. The Chinese version of the decisional balance scale. Nurs Res 2006; 55(4):225-30.

Alıntı Kodu: Fidancı İ., Öztürk O., Fidancı İ., İşcan G. Çocuklarda sigara dumanına maruziyetin kanıtları ile sigara içme durumunu öngören karar denge ölçeği'nin değerlendirilmesi. Jour Turk Fam Phy 2018; 09 (2): 47-52. doi: 10.15511/tjtfp.18.00247.



Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri

Risk Factors in Cardiovascular Diseases

Hatice Dülek¹, Zeynep Tuzcular Vural², Işık Gönenç³

¹Bilecik Gölpaşarı İlçe Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanı, Bilecik.

²Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Doç. Dr., İstanbul.

³Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Başasistan, İstanbul.

Özet

Kardiyovasküler hastalık (KVH)'lar günümüzde erişkinlerde morbidite ve mortalite sebeplerinin başında gelmektedir. Bireyler KVH'lar açısından tanımlanabilirse, değiştirilebilir risk faktörlerinin düzeltilmesi ile miyokard infarktüsü (MI), inme, periferik arter hastalıkları (PAH) büyük ölçüde önlenmektedir. KVH'lar ortaya çıktıktan sonra morbidite ve mortalitenin artmasının yanı sıra sağlık sistemine olumsuz etkileri vardır. Bu sebeple aile hekimlerinin primer ve sekonder koruma çalışmalarına ağırlık vermesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kardiyovasküler hastalık, İnme, Miyokard infarktüsü

Summary

Currently, cardiovascular disease (CVD) is the leading cause of morbidity and mortality in adults. Myocardial infarction (MI), stroke, peripheral artery disease (PAD) can be largely avoided by modifying risk factors if individuals can be defined in terms of CVDs. The emergence of CVDs has increased morbidity and mortality, as well as having adverse effects on the health care system. For this reason, family physicians should give priority to primary and secondary protection measures.

Key Words: Cardiovascular disease, Stroke, Myocardial infarction

İletişim adresi:

Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural
zeynepvural@myynet.com

Geliş tarihi: 20.06.2018

Kabul tarihi: 25.06.2018

Yayın tarihi: 15.06.2018

Alıntı Kodu: Dülek H., Tuzcular Vural Z., Gönenç I. Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri. *Jour Turk Fam Phy* 2018; 09 (2): 53-58. doi: 10.15511/tjtfp.18.00253.

Kardiyovasküler hastalıklar ve ateroskleroz

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün raporuna göre, en sık karşılaşılan erişkin ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıklardır (KVH).¹ Bu durum ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde daha belirgin biçimde ortaya çıkmaktadır. 2012 yılında tüm dünyada bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin 17,5 milyonu KVH nedeniyledir. Bu ölümlerin 7,4 milyonu iskemik kalp hastalığına, 6,7 milyonu inmeye bağlıdır. 2030 yılında kalp ve damar hastalıklarına bağlı 22 milyondan fazla ölüm olacağı tahmin edilmektedir.² KVH'lar grubu konjenital kalp hastalıkları, periferik damar hastalıkları (klaudikasyon veya ekstremite iskemisi), serebrovasküler hastalık (SVH)'lar (inme veya geçici iskemik atak), konjestif kalp yetmezliği, koroner kalp hastalıkları (anjina pectoris, miyokard infarktüsü), romatizmal kalp hastalıkları, hipertansif hastalıklar ve aritmiler gibi kalbin ve damarların tüm hastalıklarını içine alır.³

Aterosklerotik Lezyonun Tanımı ve Fizyopatolojisi

Ateroskleroz; arterlerin esneklik özelliklerinin bozulması sonucu arteriyel darlık ve tıkanmalara yol açan kronik, enflamatuvar, multifaktöriyel bir hastalıktır.⁴ Metabolik risk faktörleri ile immün mekanizmanın etkileşmesi sonucu başlar. Aterosklerozun immün aracılı patogenezinde intersellüler adezyon molekül-1 (ICAM-1) gibi adezyon moleküllerinin rol oynadığı T hücrelerinin transendotelial göçü aterosklerozda önemli bir basamaktır. Sonrasında makrofajlar endotelde birikerek salgıladıkları sitokinler ve enzimlerle bağ dokusunda yıkıma yol açarlar. Sonuçta lipitten zengin nekroz ve düz kas hücrelerini içeren fibröz kapsül ile çevrili bir plak oluşur.

Aterosklerotik plaklar genelde arterlerin dallanma noktalarından sonraki proksimal kesimlerde veya bifürkasyonlarda kan akımının yönlendirildiği bölgelerde ortaya çıkmaktadır.⁵ Ateroskleroz tüm arteriyel yapıları etkileyebilen, nedenleri (oksidatif stres, mekanik, hemodinamik veya kimyasal etkiler) tespit edilip teda-

vi edilirse durdurulabilen bir hastalıktır. Ateroskleroz hayatın ilk yıllarında başlayarak, yavaş bir şekilde ilerler. Uzun yıllar içinde inme ve kalp krizi ortaya çıkabilir.

Kardiyovasküler risk faktörleri

Sigara Kullanımı

Sigara kullanımı KVH riskini iki kat artırmaktadır. Sigara kullanımıyla ilişkili riskler sadece direkt kullanımla olmayıp; sigara, puro, pipo dumanına maruz kalmayla da endotel disfonksiyonuna neden olmaktadır. Sigara kan basıncı ve kalp hızında yükselmeye sebep olarak, periferik damar direnci ve katekolamin salınımını artırmaktadır. Koroner arterlerde akıma bağlı dilatasyonu azaltırken, kanda pıhtılaşma eğilimini artırmaktadır. Solunan dumanda bulunan reaktif oksijen radikalleri plazma düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL)'i okside eder; okside LDL, arterlerin intimasından damar duvarına monosit adezyonu ile enflamatuvar süreci başlatır, bu da aterosklerozla neticelenir.^{6,7} Sigara içmek yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL)'in kardiyoprotektif etkilerini ortadan kaldırır. Karbonmonoksit ile nikotinin direkt etkileriyle birlikte endotel hasarı oluşturur. Kanın oksijen taşıma kapasitesinin azalması miyokardiyal iskemi riskini artırır. Sigaranın bırakılmasını takiben birinci yılda kardiyovasküler risk yarı yarıya düşmekte, ikinci yılda risk hiç içmeyenler seviyesine inmektedir.⁸ Sigaranın bırakılması ve kişilerin maruziyetten kaçınmaları primer korumada en önemli hedef olmalıdır.

Yetersiz Fiziksel Aktivite

Haftalık yapılan orta seviyede egzersiz ile kardiyovasküler ölüm arasında egzersiz tipi, sıklığı, şiddeti ve süresine bağlı koruyucu bir ilişki mevcuttur.⁹ Bir haftada 30 dakika süren 5 defadan daha az orta dereceli aktivite ya da bir haftada 20 dakika süren 3 ağır aktiviteden daha azı yetersiz fiziksel aktivite olarak değerlendirilmektedir. Fiziksel aktivite endotelial fonksiyonu düzeltir ve kilo kaybı, glisemik kontrol, kan basıncı, lipid profili (HDL düzeylerini artırır) ve in-

sülin duyarlılığında düzelmeye ilişkilidir.¹⁰ Aerobik egzersiz yapan kişilerde egzersiz; plazma hacminde artış, kan viskozitesinde azalma, trombosit agregasyonunda azalma ve trombolitik kapasitede iyileşme gibi antitrombotik etkileri sayesinde, bir plağın yırtılmasına bağlı koroner tıkanma riski azalmaktadır.¹¹

Fiziksel aktivite; doğa yürüyüşü, koşma, paten, bisiklet, kürek, yüzme, kayak gibi sporla ilişkili aktiviteler, çevik adımlarla yürüme, merdiven çıkma, daha fazla ev ve bahçe işleri yapma ve aktif faaliyetlere katılma gibi yaşam tarzıyla ilgili aktiviteleri kapsar.

Alkol Kullanımı

Kronik alkol tüketiminin kardiyomiyopati, hipertansiyon (HT), hemorajik inme, kardiyak aritmi ve ani ölüme kadar gidebilen negatif etkilere yol açma potansiyeli vardır. Çalışmalarda alkol tüketimi ile interstisyumda kollajen birikimi olduğu ve bunun da erken dönemde diastolik disfonksiyona yol açtığı, uzun dönemde ise sistolik disfonksiyona sebep olduğu ileri sürülmüştür.¹²

Sağlıklı Beslenme

Sebze, meyve, balığın diyetle az alımı ve doymuş yağ, trans yağ, kolesterol, tuzun diyetle fazla tüketimi kalp ve damar hastalıkları riskini artırmaktadır.² DSÖ kalp ve damar hastalıklarının önlenmesi için günlük tuz alımının kişi başına 5 gramdan az olmasını önermektedir.² Çoklu doymamış bitkisel yağların kullanımı ve trans yağların kullanılmaması koroner arter hastalığı (KAH) riskini azaltır.

Yüksek miktarda kırmızı et ve yağlı süt ürünleri tüketimi, KVH riskini artırmaktadır. Yapılan çalışmalarda yemeklerde yüksek miktarda et tüketiminin KVH riskinde kadınlarda %29; erkeklerde %20 artışla sonuçlandığı tespit edilmiştir.^{13,14} Suda çözünebilir liften zengin beslenmenin total kolesterol (TK)'ü ve LDL kolesterolü düşürdüğü gösterilmiştir. "The Alpha-Tocopherol, Beta-carotene Cancer Prevention (ATBC)

Study" çalışmasında liften zengin beslenmenin orta yaşlı erkeklerde kardiyovasküler mortaliteyi azalttığı görülmüştür.^{15,16}

Obezite

Obezite, vücutta yağ miktarının normal oranların üzerine çıkmasıdır. Normal vücut ağırlığına sahip erkek bireylerde vücut yağı %15-20, kadınlarda ise %25-30 arasında gözlemlenmektedir. DSÖ, fazla kiloluluk ve obezite tanımını beden kitle indeksine, Ağırlık (kg)/Boy (m²) formülüne göre yapmaktadır. Vücut kitle indeksi (VKİ) 25 ve üzerinde olanlarda komorbidite riski artmaktadır.¹⁷ VKİ ≥ 30 kg/m² olan kişilerde non-obezlere göre kalp yetersizliği riskinin 2 kat, atriyal fibrilasyon riskinin ise 1,5 kat arttığı tespit edilmiştir. VKİ'de her 1 kg/m² artışın, kalp yetersizliği riskini erkeklerde %5, kadınlarda ise %7 oranında arttırdığı tespit edilmiştir. Prospektif çalışmalar fazla kilolu olma ve obezite ile kalp ve damar hastalıkları arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Yağın abdominal bölgede toplanması insülin rezistansında artışa neden olmakta ve DM, dislipidemi, HT gibi hastalıklara yol açmaktadır. Bu nedenle başta diyabet ve ateroskleroz olmak üzere obeziteye bağlı risklerin belirlenmesinde bel çevresi ölçümü önem kazanmaktadır. Erkeklerde vücut ağırlığında her %10 azalma kardiyovasküler hadiselerde %20 azalmaya neden olur. Bel çevresi ya da bel/kalça çevresi oranının artmış olduğu obezite tipi, santral obezite olarak isimlendirilir. Santral obezite, kardiyovasküler açıdan önemli bir risk faktörüdür ve bel çevresinin bu riski daha iyi yansıttığı kabul edilmektedir. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) Obezite Lipid ve Hipertansiyon Çalışma Grubu Türk erişkin popülasyonunda Metabolik Sendrom tanısı için kullanılması gereken bel çevresini kadınlarda 80 cm, erkeklerde ise 90 cm olarak tespit etmiştir. Bel/kalça çevresi oranı kadınlarda $\geq 0,85$ ve erkeklerde $\geq 0,90$ ise metabolik komplikasyon riskinin artmış olduğundan söz edilebilir.¹⁸

Obezite ayrıca derin ven trombozu riskini de artırır. Obezitenin sebep olduğu morbidite ve mortalite risklerini

azaltmak, bireye yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırmak ve yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla obezitenin kontrol altına alınması sağlanmalıdır.

Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus (DM), insülin eksikliği ya da insülin etkisinin yetersizliği nedeniyle hiperglisemi ile seyreden, organizmanın karbonhidrat, yağ ve proteinlerini yeterince kullanamadığı, sürekli tıbbi bakım gerektiren, kronik bir metabolizma hastalığıdır.¹⁹ Bu hastaların %60-75'i makrovasküler komplikasyonlar nedeni ile kaybedilir. Diyabetli bireyde ateroskleroz daha erken yaşlarda ortaya çıkar, multisegmenter tutulumludur, daha yaygındır.²⁰ Akut koroner sendrom; aterosklerotik plakta rüptür, koagülasyon kaskadının aktivasyonu, platelet adhezyon ve agregasyonundan oluşan ortak patofizyolojik mekanizma sonucu oluşmaktadır.^{21,22} Diyabetin kronik komplikasyonları mikrovasküler ve makrovasküler olarak ikiye ayrılır. Diyabetin mikrovasküler komplikasyonları nefropati, nöropati, retinopatidir. Diyabetin makrovasküler komplikasyonları ise serebrovasküler hastalıklar, iskemik kalp hastalıkları, diyabetik ayak ve periferik arter hastalığıdır.²³ Diyabetin yüksek kan basıncı, santral obezite ve dislipidemiden bağımsız olarak kardiyak olayları %70 dolayında arttırdığı prospektif yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir.²⁴

Aşağıdaki özelliklere sahip diyabetli hastalar koroner arter hastalığı (KAH) açısından yüksek riskli kabul edilmeli ve kardiyovasküler koruma programlarına öncelikli olarak dahil edilmelidir: Yaşı ≥ 45 olan erkek ve yaşı ≥ 50 olan kadın diyabetliler. Yaşı 40'ın üzerinde, diyabet süresi >15 yıl veya HT tanısı olan diyabetlilerde istirahat elektrokardiyogramı (EKG) çekilmelidir, 2 yılda bir EKG tekrarlanmalıdır.

Amerikan Diyabet Derneği'nin önerilerine göre açlık kan şekeri (AKŞ)'nin 120mg/dl ve HbA1c düzeyinin %7'nin altında tutulması yararlıdır.¹⁹

Hipertansiyon

18 yaş üstü erişkinlerde sistolik kan basıncı ≥ 130 mmHg ve diyastolik kan basıncı ≥ 80 mmHg hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır. Kan basıncı yaşla birlikte artış göstermektedir, 40-79 yaş grubunda kadınlarda erkeklerden yüksektir. Hipertansiyon büyük arterlerde aterosklerozu hızlandırmaktadır. Kronik kan basıncı yüksekliği endotel hücrelerindeki değişikliğe (bozulmuş endotel fonksiyonu, endotel lipoprotein geçirgenliğinin artışı), düz kas hücrelerinde büyüme ve yeniden şekillenmeye ve pulsatil kan akımına bağlı olarak damar hasarına neden olur.

Yüksek kan basıncı; koroner iskemi, konjestif kalp yetmezliği, aort diseksiyonu, abdominal aort anevrizması, serebrovasküler hastalık (SVH) ve periferik vasküler hastalık için major risk faktörüdür.

Dislipidemi

Kanda TK ve LDL kolesterol düzeyleri yükseldikçe KVH riski artar. LDL kolesterol plazmadan dokulara kolesterol, kolesterol esterleri ve fosfolipid taşınmasından sorumlu esas lipoproteindir.²⁵ Kolesterolün çoğu LDL ile taşınır. Genel olarak iskemik kalp hastalıklarının 1/3'i yüksek kolesterol değerleriyle ilişkilidir. Dislipidemi tedavisinde hala TK ve LDL kolesterol birincil hedef olarak kabul edilmektedir. Ailesel hipobetalipoproteinemi sonucu aşırı düşük LDL kolesterol düzeyi olanlarda yaşam süresinin daha uzun olduğu gözlemlenmiştir.²⁶ Birçok çalışma LDL kolesterolün düşürülmesinin KVH'dan korunmada önceliği olması gerektiğini kabul etmektedir.²⁷

Tedavide önerilecek yaşam tarzı değişiklikleri olarak; doymuş yağlar ve kolesterol alımının azaltılması, fizik aktivitenin artırılması ve kilonun kontrolüdür. Plazma HDL kolesterol düzeyi ile koroner olay gelişme riski arasında güçlü negatif korelasyon varlığı gösterilmiştir.²⁸ HDL kolesterol dokulardan ve damar duvarından kolesterolü uzaklaştırıp karaciğere taşınmasından sorumludur.²⁵ Serum LDL düzeyinin;

<100 mg/dl olması optimal (yaşam boyu koroner arter hastalığı riski çok düşük), >190 mg/dl olması ise çok yüksek risk grubu olarak çalışmalarda belirlenmiştir.^{29,30} Dislipidemili hastaların çoğu semptom vermez.

Cinsiyet

Kadınlar, erkekler kadar kalp ve damar hastalıklarından etkilenmekte, ancak kadınlarda hastalık erkekler göre 7-10 yıl daha geç ortaya çıkmaktadır. Kadınlarda pre-menopozal dönemin koruyucu etkisi östrojenin lipid profiline olumlu etkisine bağlanmaktadır. Kadınlarda menopoz sonrası dönemde kardiyovasküler hastalıklardan ölüm oranı artar, fakat bu erkeklerinkine kadar yüksek değildir.³¹ Otuz bir bin hastanın (9,378 kadın ve 22,168 erkek) ortalama 56 ay takip edildiği ONTARGET ve TRANSCEND çalışmalarına göre, kadınlar erkeklerden kalp krizi, kardiyovasküler ölüm, inme, kalp yetmezliğini içeren tüm major kardiyovasküler sonlanım noktalarında ortalama %20 daha az riske sahiptir.³²

Yaş

Yaş, kalp ve damar hastalıkları için önemli bir risk faktörüdür. Koroner kalp hastalığı insidans ve prevalansı yaş ile birlikte artmaktadır.³³ Aslında, yaş gerçek bir risk faktörü olmaktan ziyade, riske maruz kalma süresi olarak önem taşımaktadır. Kırk yaş ve üstü 3,5 milyon

biyeyin KVH açısından taramaya (ayak bileği kol indeksi (ABKİ), karotis doppler ultrasonu) girdiği bir kohort çalışmasında, vasküler hastalık prevalansının hayatın her on yılında belirgin olarak arttığı tespit edilmiştir.³⁴ Erkeklerde 45 yaş ve üzeri, kadınlarda 55 yaş ve üzeri olmak önemli bir risk faktörüdür.

Aile öyküsü

Birçok çalışmada kalp ve damar hastalığı gelişmesinde en önemli faktörlerden birinin de pozitif aile öyküsü varlığı olduğu tespit edilmiştir. Aile hikayesi, birinci derece erkek akrabalarda 55 yaşından önce, birinci derece kadın akrabalarda 65 yaşından önce KVH bulunma öyküsüdür.

Sonuç

KVH açısından düşük-orta risk grubunda bir hastaya egzersiz, diyet, sigarayı bırakmak gibi önerilerle uzun dönem sağlıklı yaşam için bilinçlendirmek ne kadar önemliyse; yüksek risk grubunda hastaları tespit edip, yakın takip altına almak, yaşam tarzı değişiklikleri önermek ve gerektiğinde farmakolojik tedavi ile kardiyovasküler riski azaltmak da o kadar önemlidir. Bu konuda aile hekimlerine ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeline çok önemli görevler düşmektedir.

Kaynaklar

1. WHO. Cardiovascular diseases. Fact sheets. <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs317/en/adresinden> 11.05.2017 tarihinde erişilmiştir.
2. WHO, Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf=1 adresinden 10.04.2017 tarihinde erişilmiştir.
3. Diehm C, Lange S, Darius H, et al. Association of low ankle brachial index with high mortality in primary care. *European Heart Journal* 2006;27:1743-49.
4. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (The INTERHEART Study): Case-control study. *Lancet* 2004;364:937-52.
5. Kumar V, Cotran RS, Robbins SL. Basic Pathology. (Türkçe çeviri eds. Tuzlalı S, Güllüoğlu M, Çevikbaş U.) 6. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., 2000:286.
6. Weber C, Erl W, Weber PC. Enhancement of monocyte adhesion to endothelial cells by oxidatively modified low-density lipoprotein is mediated by activation of CD11b. *Biochem Biophys Res Commun* 1995;206:621-8.
7. Yamaguchi Y, Matsuno S, Kagota S, Haginaka J, Kunitomo M. Peroxynitrite-mediated oxidative modification of low-density lipoprotein by aqueous extracts of cigarette smoke and the preventive effect of fluvastatin. *Atherosclerosis* 2004;172:259-65.
8. Pasternak RC, Grundy TM, Levy D, Thompson PD: Task Force 3. Spectrum of risk factors for coronary heart disease. *JACC* 1996;27:978-90.
9. Fletcher GF, Balady G, Blair SN, et al. Statement on exercise: Benefits and recommendations for physical activity. *Circulation* 1996;94:857-62.
10. Cornelissen VA, Fagard RH. Effect of resistance training on resting blood pressure: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Hypertension* 2005;23(2): 251-9.
11. Lippi G, Maffulli N. Biological influence of physical exercise on hemostasis. *Semin Thromb Hemost* 2009;35:269-76.
12. Thomas G, Haider B, Oldewurter HA, Lyons MM, Yeh CK, Regan TJ. Progression of myocardial abnormalities in experimental alcoholism. *Am J Cardiol* 1980;46:233-41.
13. Chowdhury R, Warnakula S, Kunutsor S, et al. Association of dietary, circulating, and supplement fatty acids with coronary risk: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 2014;160:398-406.
14. Bernstein AM, Sun Q, Hu FB, et al. Major dietary protein sources and risk of coronary heart disease in women. *Circulation* 2010;122: 876-83.
15. Brown L, Rosner B, Willett WW, Sacks FM. Cholesterol-lowering effects of dietary fiber: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 1999;69:30-42.
16. Pietinen P, Rimm EB, Korhonen P, et al. Intake of dietary fiber and risk of coronary Heart Disease in a cohort of Finnish men. *Circulation* 1996;94(11):2720-7.
17. World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, World Health Organization Technical Report Series 894, 2000.
18. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği: Türk Hipertansiyon Prevalans çalışması PatenT2 (2012). http://www.turkhipertansiyon.org/prev-elans_calismasi.php adresinden 11.06.2017 tarihinde erişilmiştir.
19. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği: Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem kılavuzu 2016:15. http://www.temd.org.tr/files/DIYABET_web.pdf adresinden 01.05.2017 tarihinde erişilmiştir.
20. Satman İ, İmamoğlu Ş, Yılmaz C, Akalın S, Salman S. TEMD Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. 7. Baskı. Ankara, Pelin Ofset Matbaacılık Ltd. Şti., 2015:131-2.
21. Kristensen SD. The platelet-vessel wall interaction in experimental atherosclerosis and ischaemic heart disease with special reference to thrombopoiesis. *Dan Med Bull* 1992;39(2): 110-27.
22. Endler G, Klimesch A, Sunder-Plassmann H, et al. Mean platelet volume is an independent risk factor for myocardial infarction but not for coronary artery disease. *Br J Haematol* 2002;117:399-404.
23. Koloğlu S. Diabetes Mellitus. In: Koloğlu Temel ve Klinik Endokrinoloji. (ed) Erdoğan G.1. Baskı. Ankara, Medical Network ve Nobel,1996:367-86.
24. Haffner SM, Letho S, Ronnema T, Pyorala K, Laakso M. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Eng J Med* 1998;339:229-34.
25. Ginsberg HN, Goldberg IJ. Disorders of Lipoprotein Metabolism. In: Harrison's Principles of Internal Medicine. (eds) Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL. 15. Baskı. New York, McGraw-Hill. Vol 2, 2001;2245-57.
26. Glueck CJ, Gartside PF, Fallart RW, Sielski J, Steiner PM. Longevity syndromes: familial hypobeta and familial hyperalpha lipoproteinemia. *J Lab Clin Med* 1976;88:941-57.
27. Reiner Z, Carapano AL, Agewall S, et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J* 2011;32:1769-818.
28. Grundy SM. Hypertriglyceridemia, atherogenic dyslipidemia, and the metabolic syndrome. *Am J Cardiol* 1998;81(4A):18-25.
29. Law MR. Lowering heart disease risk with cholesterol reduction: evidence from observational studies and clinical trials. *Eur Heart J Suppl* 1999; suppl S: 3-8.
30. Grundy SM, Wilhelmsen L, Rose G, Campbell RWF, Assmann G. Coronary heart disease in high-risk populations: lessons from Finland. *Eur Heart J* 1990;11:462-71.

Alıntı Kodu: Dülek H., Tuzcular Vural Z., Gönenç I. Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri. *Jour Turk Fam Phy* 2018; 09 (2): 53-58. doi: 10.15511/tjtfp.18.00253.



Acil serviste karın ağrısına yaklaşım

Management to the abdominal pain in emergency department

Ergün Kaya¹, Güven Kuvandik², Ali Karakuş²

¹İskenderun Devlet Hastanesi Acil Servisi, Hatay.

²Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Doç. Dr., Hatay.

Özet

Akut başlangıçlı karın ağrılı hasta, acil serviste sık karşılaşılan hasta grubudur. Bir haftadan az süredir olan ağrıya akut ağrı denir. Bu tip hastalar hızlı bir şekilde değerlendirilip, tanının konulması gereklidir. Ayırıcı tanı önemlidir. Her zaman Akut Batın Sendromu şüphesi acil cerrahi yaklaşım gerektirmez. Acil servislerde akut batın tanısı koymak amacıyla; anamnez, seri fizik muayeneler ve görüntüleme yöntemleri ile beraber, tanı ve ayırıcı tanı için laboratuvar tetkikleri ve daha spesifik tanıları için çeşitli biyokimyasal belirteçlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu yazıda özellikle eksik alınan anamnez ve eksik yapılan fizik muayenenin önemi vurgulanarak akut karın tanılı hastaya yaklaşım değerlendirildi.

Anahtar Kelimeler: Akut karın ağrısı, Yönetim, Acil servis

İletişim adresi:

Doç. Dr. Ali Karakuş
drkarakus@yahoo.com

Summary

Acute abdominal pain is common among patients admitted to the emergency department. The pain less than a week is called acute pain. Rapid evaluation and diagnosis of this type of patients have great value. The differential diagnosis is also important. Suspicion of acute abdomen syndrome does not always require urgent surgical approach. Diagnosis of acute abdominal pain in emergency department requires a good medical history, serial physical examinations and imaging techniques, together with laboratory tests for the diagnosis and differential diagnosis and more specific clinical diagnoses are needed for various biochemical markers. In this article, the importance of the missing anamnesis and the missing physical examination was emphasized and the approach to the patient with acute abdomen was evaluated.

Key Words: Acute abdominal pain, Management, Emergency department

Geliş tarihi: 04.06.2018

Kabul tarihi: 11.06.2018

Yayın tarihi: 15.06.2018

Ahntı Kodu: Kaya E, Kuvandik G, Karakuş A, Acil serviste karın ağrısına yaklaşım.
Jour Turk Fam Phy 2018; 09 (2): 59-67. Doi: 10.15511/tjtfp.18.00259.

Giriş

Son zamanlarda özellikle ülkemizde, modern tıbbın bizlere sunduğu hizmetleri, gelişigüzel ve sonuçlarını çok da iyi düşünmeden kullanmak, ülke ekonomisi, eğitilen hekim ve hasta haklarına büyük ölçüde zarar vermektedir. Bir zamanlar hekimin tanı aracı olarak kullandığı, günümüzde ise ikinci hatta üçüncü sıralara düşen, anamnez ve fizik muayenenin önemini bir kez daha belirtmek, özellikle acil servislerde çok kısa sürede anamnez alınıp, fizik muayene yapıldığı gerçeğini dile getirmek gereklidir.

Karın ağrılı hasta grubu acil servise başvuruların önemli bir bölümünü oluşturur. Karın ağrısının doğru olarak değerlendirilmesi ve hastaya iyi bir bakım verilebilmesi için iyi bir hikaye alınması, karın içi ve karın dışı ağrı nedenleri ve mekanizmalarının iyi bilinmesi önemlidir.¹ Bir haftadan daha az süregelen ağrıya akut ağrı denir. Bu tip hastalar hızlı bir şekilde değerlendirilip, tanının konulması gereklidir. Tüm akut karın ağrılı hastalar ele alınırsa hastaların %40'ında bilinen karın ağrısı formlarına uymayan, açık ve anlaşılır sonuçlara varılamayan, çoğu kez izlem altında tutulurken ağrıları kendiliğinden geçen karın ağrısı bulunur.²

Karın ağrılı hasta acil serviste veya alanda ilk değerlendirmesi yapılırken dikkat edilmesi gereken nokta olayın akut olup olmadığına karar vermektir. Akut ağrı tanısına karar verilen hastaya vakit geçirilmeden cerrahi veya dahili nedenlerine göre tedavisi planlanmalıdır. Bunun yolu da doğru bir anamnez ve fizik muayene ile başlar. Eldeki mevcut imkanlarla hastaların hemodinamik stabilitesinin sağlanmasının ardından ileri tanı yöntemleri ve tetkikler kullanılmalıdır. Akut karın ağrılarında erken tanıyı önlemesi, bulguları ortadan kaldırması ve olayı sürüncemede bırakması nedeniyle analjezik kullanımı önerilmemekle birlikte; uzun süre acil servislerde bekleyecek hastaların konforunu sağlamak ve gereksiz ajitasyonları önlemek maksatlı uygun fizik muayene sonrası ağrı kesiciler yapılabilir.³

Bu yazımızda anamnez ve fizik muayenenin önemi vurgulanarak Akut Karın Sendromu olabilecek hasta değerlendirilirken gerekli ayırıcı tanının yapılması, en sık görülen nedenler, gereken tanı yöntemleri ve hastaya yaklaşım konuları değerlendirildi.⁴

Sınıflandırma

Karın ağrısı yapan nedenleri kaynaklandığı bölgeye göre sınıflandırabiliriz (Tablo 1).

Akut karın

Akut karın terimi, belli başlı belirtisi karın bölgesinde ortaya çıkan, birden başlayıp acil bir cerrahi girişim gerektirebilecek olan non-travmatik bir durumu simgeler. Literatürde son bir hafta içinde başlamış yeni karın ağrısı olarak ifade edilmektedir.⁵

Etiyolojik faktörleri sıklıkla intraabdominal bir bozukluğa bağlı olan bu sendromun tanı ve tedavisindeki gecikmeler prognozu olumsuz yönde etkiler. Akut karın tanısını koymak her zaman kolay değildir. Akut karın ağrısı ile acil servislere müracaat eden hastaların yarısında ağrıların akut karınla ilgili olmayıp gastroenterit, menstrual rahatsızlıklar gibi sebeplere dayandığı tespit edilmiştir. En yaygın akut karın nedeni akut apandisit, akut kolesistit, ince bağırsak obstrüksiyonu, perforé ülser ve divertikülit gibi durumlardır (Tablo 2).

Akut karın ağrısı ile gelen hastaların cerrahiye gereği olan veya olmayan grupları karşılaştırılırsa her iki grupta da ateş veya lökositozun bulunduğu görülmektedir. Bu sonuçlar sözü edilen faktörlerin cerrahi kriter olamayacağını düşündürmektedir. Yardımcı bir faktör olarak cerrahi problemler hastalarda ağrı daima bulantıdan öncedir. Aksi durum cerrahiye ihtiyaç olmayan hastalarda gözlenir. Akut karın ağrıları için patognomik bir klinik sendrom laboratuvar veya röntgen bulgusu tanımlanmamıştır. Dolayısıyla şayet hastada cerrahi tedavi şartları varsa genellikle laparotomi endikasyonu da vardır.

Tablo 1. Kaynaklandığı bölgeye göre karın ağrısı sınıflandırması

1. INTRAABDOMİNAL AĞRILAR	
A- Yaygın peritonit	<ul style="list-style-type: none">• Organ perforasyonları• Primer bakteriyel peritonit• Non bakteriyel peritonit• Ailevi Akdeniz Ateşi
B- Lokalize peritonit	<ul style="list-style-type: none">• Apandisit• Kolesistit• Akut kolon divertikülü• Pankreatit
C- Organların genişlemesine bağlı ağrılar	<ul style="list-style-type: none">• İntestinal obstrüksiyon• İntestinal hipermotilite: Spastik kolon• Safra yolları obstrüksiyonu• Üreter obstrüksiyonu• Karaciğer kapsül gerilmesi: Akut hepatit, sağ kalp yetmezliği, Budd-Chiari sendromu• Renal kapsül gerilmesi: Üreter obstrüksiyonu• Aort anevrizması
D- İskemi	<ul style="list-style-type: none">• İntestinal anjina veya enfarktüs: Arteriyel stenoz, emboli, poliarteritis• Splenik enfarktüs• Torsiyon: Safra kesesi, dalak, över kisti, testis, omentum, apandiks• Tümör nekrozu: Hepatoma
E- Retroperitoneal tümörler	
F- Metabolik nedenler	<ul style="list-style-type: none">• Üremik• Diabetes mellitus• Porfiria• Akut sürrenal yetmezlik
G- Toksinler	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensitivite reaksiyonları: Böcek sokması• İlaçlar: Kursun intoksikasyonu vs.
H- Diğer	Kas zedelenmeleri, hematoma veya tümör
2. EKSTRA ABDOMİNAL AĞRILAR	
A- Torasik	<ul style="list-style-type: none">• Pnömoni• Pulmoner emboli• Pnömotoraks• Ampiyem• Koroner arter hastalığı• Myokardit

Devamı sayfa 62'de

Tablo 1. (Sayfa 61'den devam) Kaynaklandığı bölgeye göre karın ağrısı sınıflandırması

2.EKSTRA ABDOMİNAL AĞRILAR	
	<ul style="list-style-type: none">• Özefajit• Özefagus rüptürü
B- Nörojenik	<ul style="list-style-type: none">• Radikülit: Spinal kord veya periferik sinir tümörleri• Tabes dorsalis• Abdominal epilepsi

Tablo 2. Akut karın ayırıcı tanısında en sık rastlanan durumlar ve özellikleri

TANI	ÖZELLİKLERİ
Akut Apendisit	<ul style="list-style-type: none">• Akut karının en sık rastlanılan nedenidir• Önce epigastrium ve periumbilikal bölgede, daha sonra sağ alt kadranda lokalize ağrı olur.• İstahsızlık en sık ve ilk ortaya çıkan bulgudur• Palpasyonla ağrı ve hassasiyet Mc Burney noktasında hissedilir. Perforasyon durumlarında ağrı hassasiyet ve musküler rijidite tüm batında görülür³• Lökositoz sıklıkla vardır, ancak klinik takipte tablo ilerlerken lökositte azalma olurken C Reaktif Protein'de artış olması laparotomiye işaret eden bir bulgudur
Peptik Ülser Perforasyonu	<ul style="list-style-type: none">• En tipik bulguları hastanın epigastrik bölgesinde bıçak saplanır gibi bir ağrı hissetmesidir.• Direkt karın grafisinde diafragma altında hava gölgesi olur
Akut Gastroenterit	<ul style="list-style-type: none">• En tipik özelliği ishal ataklarından önce ortaya çıkan hiperaktif bağırsak sesleri ve kramp tarzında karın ağrılarıdır• Batın muayenesi tipik akut karına göre daha rahattır. Yüksek ateş sıklıkla olur• Gayta incelemesinde lökosit ve kırmızı küre bulunur• Tedavi rehidrasyon, non viral formları için antimikrobiyal terapidir. Oral siprofloksasin yararlıdır
Akut Kolesistit	<ul style="list-style-type: none">• Semptomlar genellikle ağır bir yemekten sonra başlayan sağ üst kadranda ağrısı veya epigastrium ağrısı ile karakterizedir• Ağrı tipik olarak sırta doğru yayılır• USG ile kese içinde taş tespiti, duvar kalınlaşması ve kese çevresinde sıvı koleksiyonunun izlenmesi ayırıcı tanıda önemlidir• Kolesistit atağının ilk 48 saatinde acil kolesistektomi önerilirken geciken subakut vakalarda konservatif tedavi sonrası elektif kolesistektomi uygulamaları en çok önerilen yaklaşımlardır
Akut Pankreatit	<ul style="list-style-type: none">• Ağrının kuşak tarzında bele doğru yayılması tipiktir. Hastalar öne doğru eğilerek ağrıyı azaltmaya çalışırlar• Serum amilaz değeri yükselmistir• Tanı aşamasında USG ve BT çok yararlıdır• Safra taşları ve alkol tüm pankreatit olgularının %70-80'ini oluşturmaktadır• Alanin aminotransferaz (ALT) değerinin 3 kat ve daha fazla yükselmesinin %95 oranında pozitif prediktif değer ile biliyer pankreatit tanısı koydurduğu gösterilmiştir

Devamı sayfa 63'te

Tablo 2. (Sayfa 62'den devam) Akut karın ayırıcı tanısında en sık rastlanan durumlar ve özellikleri

TANI	ÖZELLİKLERİ
Ailevi Akdeniz Ateşi	<ul style="list-style-type: none">• Otozomal resesif bir hastalıktır. Hastaların çocukluklarından itibaren 3-4 gün süren karın ağrısı ve ateşli dönemleri olur• Yaygın peritonit nedeniyle, karın muayenelerinde yaygın hassasiyet, yer yer rebound, orta derecede de defans vardır
Akut intestinal iskemik	<ul style="list-style-type: none">• Bu tabloya neden olan etiyolojik faktörler arasında en sık görüleni, akut arteriyel trombozdur• Abdominal distansiyon, musküler defans ve bağırsak peristaltizminde azalma meydana gelir
Dış Gebelik Ruptürü	<ul style="list-style-type: none">• Alt karında ani başlayan ağrı ve karın içi kanamaya bağlı hipovolemi hatta şok ile karakterize bir tablodur• Çok güvenli olmasa da adet gecikmesi hikayesi ayırıcı tanıda yardımcıdır• Ayrıca gebelik testinin (+) olması ve pelvik USG'de tanı aşamasında çok yararlıdır
Pelvik İnflamatuvar Hastalık	<ul style="list-style-type: none">• Hastada genellikle çift taraflı olsa da özellikle sağda ağrı vardır ve akut apandisit ile karışır• Bu hastalarda gastrointestinal sistem semptom ve bulguları daha sılıktır
İdrar yolu enfeksiyonu	<ul style="list-style-type: none">• Lumbokostal hassasiyet, idrar tetkikinde lökosit ve/veya eritrosit, dizüri mevcuttur
Nefrorolitiazis	<ul style="list-style-type: none">• Zaman zaman gelen ağrı dönemlerinde ağrıların şiddeti fazladır• Bu dönemlerde bulantı ve kusmaları olabilir; ancak batın muayeneleri ürolitiazisin bulunduğu bölge haricinde genelde rahattır• Tanıda tam idrar tahlili, USG, spiral BT, ürografi, yatarak batın ve pelvik grafileri yararlıdır. Akut dönemde intra venöz piyelografinin yararı yoktur. 8 mm büyüklüğünün üzerindeki taşlar nadiren kendiliğinden düşerler

Akut karın sendromuna sebep olan ağrılar

1. Ani başlayan ağrılar: Çok ani başlar. Hasta olayın başlangıcını söyleyebilir. Hasta etiyolojik nedene bağlı olarak şoka girebilir. Abdominal hassasiyet perforasyon ve peritonit gelişmesiyle ortaya çıkabilir. Radyolojik inceleme; parasentez hastalığı belirleyebilir. anjiyografi mezenterik damar lezyonlarını ortaya çıkarabilir. Ateş ve lökositöz ani oluşan ağrıların başlangıcında görülmezler.

2. Hızlı oluşan ağrılar: Bir saatin üzerinde gelişmekte olup obstrüksiyon, inflamasyon, örneğin; apandisit, pankreatit, üreter taşı gibi olayların karakteristik

görüntüleridir. Hasta yatakta yatmayı tercih ediyor ise peritonit mevcuttur. Eğer hareketleri yavaş ve yorgun ise biliyer kolik, intestinal obstrüksiyon gibi visseral ağrıların olduğuna hükmedilir. Üst karın ağrıları genellikle akut kolesistit, pankreatit veya perforpe peptik ülseri düşündürür. Karının orta bölgesindeki ağrılar ise apandisit, intestinal obstrüksiyon veya mezenterik vasküler lezyonları gösterir. Alt karın ağrıları apandisit, divertikulit, üreter kolığı, dış gebelik veya torsiyone over kistinden kaynaklanabilir. Lokalize olmuş ağrılar apandisit, kolesistit, divertikulit veya pankreatitten kaynaklanabilir. Sağ alt kadranda ağrısı, Mc Burney noktasında gözleniyorsa apandisit önemle akla gelme-

lidir. Kusma genellikle ağrı ile başlar; kusma safrsız ise pilor, fekaloid ise orta veya üst intestinal obstrüksiyonu gösterir. Cerrahi ağrılar genelde kusmadan önce oluşur. Fizik incelemede tüm hernia orifisleri tam olarak muayene edilmelidir. Özellikle şişman hastalarda bu durum gözden kaçabilir. Hastalarda 38°C ateş gözlemlenir. Divertikülit, apandisit, kolesistit dışında titreme ve ateşin 39°C den fazla olması alışılmış değildir.

3. Kademeli ağrı: 12-24 saat içinde doruk noktasına ulaşır. Semptomların yavaş gelişmesi klinisyeni yanlış düşünce içine itebilir. Bu yüzden başarılı erken tanı için ilk birkaç saat içinde muayenenin tekrar edilmesine ihtiyaç vardır.

Tanı

Anamnez

Karın ağrısının lokalizasyonu, şekli, yayılımı önemlidir. Gastrointestinal sistem, üriner sistem, safra kesesi ve yolları, salpinks gibi içi boş organların ağrıları **kolik ağrı** olarak adlandırılır. Zaman zaman şiddetlenen ve aralıklarla rahatlama periyotları olan ağrılardır. Bununla birlikte mide duodenum perforasyonlarında, akut apandisit rüptüründe ve akut pankreatitte **stabil** yani devamlı keskin bir ağrı vardır.⁶

Ayrıca hastaya ağrı kesici kullanıp kullanmadığı sorulmalıdır. Ağrının yeri, başlama zamanı, başlama zamanıyla bulantı ve kusmanın ilişkisi açıklığa kavuşturulmalıdır. Diyare veya konstipasyon epizotlarını da içeren detaylı bağırsak alışkanlıkları sorgulanmalıdır.

Ağrının karakteristiğini ortaya çıkarmak için öğrenilmesi gerekenler: zamanı, lokalizasyonu, yoğunluğu ile ağrıyı arttıran ve azaltan faktörlerdir. Birlikte var olan ateş, titreme, mide ekşimesi, aşırı gaz çıkarma ve geçirme, kilo kaybı, rektal kanama ve yansıyan ağrı karın ağrısının altında yatan nedeni ortaya çıkarmak için önemli ipuçları verir. Gaita karakteri de özellikle renk ve kan mevcudiyeti açısından

sorgulanmalıdır. Kanlı diyare enfeksiyöz enterokolit veya inflamatuvar bağırsak hastalığını gösterirken, klasik 'kuş üzümü jeli' dışkı intussepsiyonu gösterir.⁷ Geçmiş medikal öykü, sarılık veya karaciğer hastalığı, ülser, geçirilmiş abdominal cerrahiler ve travmayı içermelidir. Daha önce orak hücreli anemi, porfiri veya Ailevi Akdeniz Ateşi gibi tanılarla hastaneye yatış araştırılmalıdır.

Önceden pelvik inflamatuvar hastalık (PID), intrauterin alet kullanımı, tubal ligasyon öyküsü ektopik gebelik riskini akla getirmelidir.⁷ Ayrıca karın ağrısına eşlik eden semptomlar da önemli olup, sorgulanması gerekir. İştahsızlık, tüm inflamatuvar hastalıklarda erken görülen bir semptomdur. Bulantı ve kusma ise nonspesifik oldukları için tanısız değerleri yoktur. Şiddetli periton irritasyonu, mezenterde gerilme ve bağırsaklardan toksik madde emilimini akla getirir. Kusmanın tarzı, içeriği ve sıklığı önemlidir. Miktarı fazla sulu diyare gastroenterit veya akut karının diğer dahili nedenlerinin özelliğidir. Kanlı diyare ülseratif kolit, Crohn hastalığı, basilli veya amipli dizanteride olur. Kabızlık her zaman intestinal obstrüksiyon için kesin bir bulgu değildir. Fakat eğer progresif, ağrılı bir abdominal distansiyon veya tekrarlayan kusma mevcutsa mekanik bağırsak tıkanıklığını akla getirir.

Fizik Muayene

Ağrının etiolojisini tespit etmede fizik muayene mükemmel fırsatlar yaratır. Hastanın genel görünüşü, terleme, ateş, kalp hızı ve ritmi, sepsis, kolanjit, piyelonefrit veya bakteriyel ince bağırsak enfeksiyonlarını düşündürmelidir. Organlara sekonder oluşan ağrılarda hasta sık sık pozisyon değiştirir. Ancak peritonit var ise hareket etmektен kaçınılır. Herniler özenle araştırılmalıdır. Bağırsak seslerindeki artmalar enterit veya obstrüksiyonu telkin edebilir. Peritonitte ise seslerin azalması veya kaybolması paralitik ileusu düşündürür. Oskültasyonda üfürüm işitilmesi aort anevrizmasında gözlenir.

Karnın palpasyonuna genelde ağrısız bölgeden başlanmalıdır. Aksi halde hastanın güveni kaybolur ve sa-

vunmasının fazlalığı neticesinde yeterli muayene mümkün olmayabilir. Karın duvarındaki sertlik peritoniti düşündürür. Lokal defansa ait bulgular akut kolestistit, apandisit, divertikülit gibi durumlarda gözlenir. Organların büyüklüğü, kitle mevcudiyeti dikkatlice araştırılmalıdır. Akut apandisitte Mc Burney noktasının hassasiyeti ve ağrının birkaç cm.'ye lokalize edilmesi apandisit tanısı için önemli bulgulardır. **Hassas bölgeye yapılan yavaş ve derinlemesine olan baskıdan sonra birden ellerin çekilmesiyle “rebound” ağrısı oluşur.** Bu işlem pariyetal peritonun olaya katıldığını gösterir.³ Organlar üzerine yapılan perküsyonun ağrı oluşturması o organın rahatsızlığını simgeleyebilir.

Genital, rektal ve pelvik muayeneler her karın ağrısı olan hastada yapılmalıdır. Böylece akut pelvik enflamasyon, over kisti, rektal tümör tanısı konabilir. Dikkate alınarak her hastaya mutlaka yapılmalıdır.³ Rektal tuşe, pelvik ve alt karın ağrısı olan hastalarda önerilmektedir. Rektal tuşede fekalit, melena, taze kan gibi bulgularla birlikte peritoneal irritasyon bulgusu olan gebelik, salpenjit, tubaovaryan apse saptanabildiği gibi, sağ taraf hassasiyetinde retroçekal apandisit düşünülmelidir. Rektal tuşe ile Douglas araştırılmalı, hassasiyet ya da kitle olup olmadığına bakılmalıdır. Hassasiyetin yaygın olması pelvis peritonunun irritasyonunu, sağ tarafta hassasiyet pelvik apandisiti, sol tarafta hassasiyet ise divertiküliti öncelikle düşündürmelidir. Rektumda kitle, taşlaşmış gaita ya da yabancı cisim olup olmadığı özellikle mekanik bağırsak tıkanıklığı olan hastalarda önemlidir. Yatalak hastalarda sıklıkla tıkanıklık nedeni olan taşlaşmış gaita elle halas edilerek aynı zamanda tedavi de sağlanmış olur. Ayrıca tuşe sırasında anüsün tonusu, rektumun boş ya da gaita ile dolu olup olmadığı, melena, hematokezya varlığı araştırılır. Hastalarda mevcut stoma, fistül ve yaralar da tuşe ile muayene edilmelidir.

Laboratuvar

Kan Testleri: Hemoglobin, hematokrit ve beyaz küre sayımları oldukça iyi bilgiler verir. Beyaz kürede

bir artış veya belirgin lökositoz, periferik yaymada sola kayma da varsa ciddi bir enfeksiyonu gösterir. Hem medikal hem de cerrahi iltihabi durumlarda görülen orta derecede bir lökositoz genellikle nonspesifiktir, ayrıca yaşlı ve debil hastalarda enfeksiyon olsa bile görülmeyebilmektedir. Özellikle hipovolemi olması beklendiği zaman (şok, şiddetli kusma ve ishal, karın distansiyonu veya belirtilerin başlangıcından sonra uzun süre geçtiği zaman) serum elektrolitleri, üre ve kreatinin çok önemlidir. Hipotansiyon, jeneralize peritonit, pankreatit, iskemik bağırsak hastalığı ve septisemili hastalarda arteryel kan gazları tayini yapılmalıdır. Daha önceden akla gelmeyen metabolik asidoz ciddi bir durumun ilk belirtisi olabilmektedir. Aort diseksiyonundaki karın ağrısının yanı sıra disseke olan vasküler yapının ilgili organdaki sonuçları, kan tablosuna yansıtacağı ve ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken acil bir durum olduğu akıldan çıkartılmamalıdır.

Yükselmiş serum amilaz düzeyi ise akut pankreatit tanısını doğrulayıcı niteliktedir: Amilaz düzeyinde yükselme ayrıca strangüle veya iskemik bağırsak, over kisti torsiyonu veya peptik ülser perforasyonunda da görüldüğünden ayırıcı tanıda dikkatli olunmalıdır. Hepatobiliyer bir hastalıktan şüphelenildiği zaman karaciğer fonksiyon testleri (serum bilirubin, alkalen fosfataz, ALT, AST, albümin, globülin) karaciğerin cerrahi hastalıklarını dahili olanlardan ayırmaya ve altta yatan parankim hastalığının önemini anlamaya yarar. Eğer hasta anamnezinde muhtemel bir hematolojik bozukluk (siroz, peteşi) hikayesi veriyorsa pıhtılaşma testleri (trombosit sayımı, protrombin zamanı ve parsiyel tromboplastin zamanı) ve periferik yayma istenmelidir. Akut karında sıklıkla non spesifik olarak yükselen sedimantasyon hızı ciddi bir durumu hiçbir zaman ekarte ettirmez.

İdrar Tetkiki: Hastalarda hiperbilirubinemi olduğu zaman sallanınca köpüren çay renginde idrar oluşur. Üreteral kolik veya üriner sistem enfeksiyonlarında görülen mikroskopik hematüri veya piyüri hastayı gereksiz acil bir operasyondan korur. Stick'lerle yapılan

idrar tahlilleri de (albümin, bilirubin) akut karına sebep olan medikal bir nedeni cerrahi hastalıklardan ayırabilmektedir.

Gaita Analizi: Gastrointestinal kanama akut karında sık görülen bir durum olmamakla beraber her hastaya rutin olarak gaitada gizli kan testi mutlaka yapılmalıdır. Test sonucunun pozitif çıkması kronik anemiye neden olabilecek mukozal bir lezyonu veya gizli kalmış bir kanseri gösterir. Gaitadaki bakteri, parazit ve yumurtaları ortaya çıkarmak için yapılan dışkı yaymaları kanlı ve mukuslu diyaresi olan hastalarda amip trofozoitlerini gösterebilmektedir.

Parasentez

Serbest periton sıvısı olan hastalarda abdominal parasentez oldukça faydalı bilgiler sağlar. Künt travmalardan farklı olarak pnösiyon, akut karında periton lavajındaki kadar bilgi sağlayabilmektedir. En değerli bulgu serbest kan veya bulanık infekte asittir. Kan, safra ve bağırsak içeriğinin aspirasyonu acil laparotomi için kesin endikasyondur.

Endoskopi

Kolon tıkanıklığı, masif rektal kanama veya rektal kitleden şüphe edilen hastalarda proktosigmoidoskopi endikasyonu vardır.

Radyolojik tetkikler

P. A. Akciğer Grafisi: Akut karın ile gelen her hastadan mutlaka akciğer grafisi istenmelidir.

Direkt Batın Grafileri: Duruma göre hastalara yatarak ve ayakta direkt karın grafileri (veya zayıf hastalarda lateral dekubitus grafileri) çekilmelidir. Akut karın ağrılı hastalardaki direkt grafinin sensitivitesi %64, spesifitesi %68'dir.⁵ Direkt karın grafisi (DKG) veya dekubit pozisyonunda grafi çekilecek olan hasta, ayakta veya dekubit pozisyonda 5-10 dakika bekletilirse sensitivite yükselir. Bu metot kullanılarak 1-2 cm³ hava bile tespit edilebilir. Ayakta direkt karın grafisinde içi boş

organlarda gaz birikmesi; diafragma altı, safra yolları ve bağırsak duvarı dışındaki serbest veya normal hava, solid organların kontürü ve peritoneal yağ çizgileri, radyopak oluşumlar iyice gözlenmelidir.

Bağırsaklarda anormal gaz birikimi paralitik ileusu, mekanik bağırsak tıkanıklığı veya psödo-obstrüksiyonu gösterir, özellikle bağırsak seslerinin yokluğunda, ampulla rektiyi sınırlayan hava ile birlikte bağırsaklarda diffüz gaz birikimi paralitik ileusa delalet eder. Bir kural olarak bağırsak tıkanıklığında genellikle havasız seviyeleri görülürken, kolon tıkanmasında gergin bir çekum ve ince bağırsaklarda dilatasyon görülür. Kolon duvarında parmak izi görünümü iskemik kolitli hastaların yarısında gözlenmektedir. Hemidiyafragma altında serbest hava, aranmadıkça gözden kaçabilmektedir. Perfore ülserlilerin yaklaşık %80'inde bu durumun görülmesi klinik tanıyı destekleyici niteliktedir.

Ultrasonografi ve BT "scan": Ultrasonografi, ülser veya bağırsak tıkanmasına bağlı ağrıdan farklı yukarı karın ağrılarını değerlendirmede ve abdominal kitleleri araştırmada faydalı bir yöntemdir. BT teknolojisinde en büyük gelişmeler spiral BT ve Voyager programlı BT'lerdir. Spiral BT ile solunum hareketlerinden kaynaklanan yanlışlıklar en aza indirgenebilmiştir.

İlaçlı radyolojik çalışmalar: Gastrointestinal sistemin kontrast madde ile incelenmesi rutin bir görüntüleme yöntemi değildir. Bunlar yalnızca kontrast görüntüleme ile doğrulanıp tedavi edilebileceği düşünülen özel durumlarda yardımcı olmaktadır.

Radyonükleik taramalar: Karaciğer, dalak, HIDA ve Gallium taramaları intraabdominal apselerin lokalizasyonunda ve akut kolesistit tanısında çok faydalıdır.

Anjiyografi: İntestinal iskemi veya intraabdominal kanamadan şüphelenilen durumlarda anjiyografi çekmek gerekir. Gastrointestinal sistemin kontrast madde ile incelenmesi görüntüyü engellediği için anjiyografi daha önceden çekilmelidir. Selektif viseral anjiyografi mezenter enfarktüsünün tanısında güvenilir bir yöntemdir.



Kaynaklar

1. Kaya E, Kuvandik G, Karakuş A, Ucar E, Celik MM, Aydoğan A. Evaluation of physical examination findings in acute abdominal patients who apply to emergency service. Middle East Journal of Internal Medicine 2013;6(2):3-8.
2. Onur ÖE, Ünlüer EE, Denizbaşı A, Güneysel Ö. Karın ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda akut cerrahi batın belirlenmesinde interlökin 6 ve tümör nekroz faktör alfa'nın rolü. Marmara Medical Journal 2009;22:97-103.
3. Tekin F, İlter T. Birinci basamakta akut karın ağrısı olan hastaya yaklaşım. Güncel Gastroenteroloji 2015;16(3):161-70. <http://guncel.tgv.org.tr/journal/63/pdf/100415.pdf> adresinden 23.5.2018 tarihinde erişilmiştir.
4. Emet M, Eroğlu M, Aslan Ş, Öztürk G. Approach to Patient with Abdominal Pain The Eurasian Journal of Medicine 2007;1:137-41.
5. Çıkman M, Kandış H, Kara İH. Birinci basamakta akut karın hastalarına yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2015;6:83-9.
6. McCraig L, Burt CW. National ambulatory medical care survey: 2002 emergency department summary. Advance Data 2004;1: 340.
7. Miller SK, Alpert PT. Assesment and Differential Diagnosis of Abdominal Pain. The Nurse Practitioner 2006; 31: 38-47.

Alıntı Kodu: Kaya E, Kuvandik G, Karakuş A, Acil serviste karın ağrısına yaklaşım. Jour Turk Fam Phy 2018; 09 (2): 59-67. Doi: 10.15511/tjffp.18.00259.