

FATMA GÖK KAZAN

**TOKAT İL MERKEZİNDE KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ (KKKA) ÖN
TANISIYLA HASTANEDE YATAN HASTALARIN, KKKA HASTALIĞI
HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ**

**CÜSBE
SIVAS
2019**



**T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TOKAT İL MERKEZİNDE KIRIM KONGO KANAMALI
ATEŞİ (KKKA) ÖN TANISIYLA HASTANEDE YATAN
HASTALARIN, KKKA HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ
DÜZEYİ**

FATMA GÖK KAZAN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

SIVAS-2019

**T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TOKAT İL MERKEZİNDE KIRIM KONGO KANAMALI
ATEŞİ (KKKA) ÖN TANISIYLA HASTANEDE YATAN
HASTALARIN, KKKA HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ
DÜZEYİ**

FATMA GÖK KAZAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
PROF.DR. ERGÜN HALDUN SÜMER**

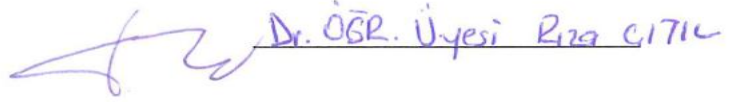
SİVAS-2019

“Tokat İl Merkezinde Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) Ön Tanısıyla Hastanede Yatan Hastaların, KKKA Hastalığı Hakkında Bilgi Düzeyi” adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

 Prof. Dr. Nalan Akın

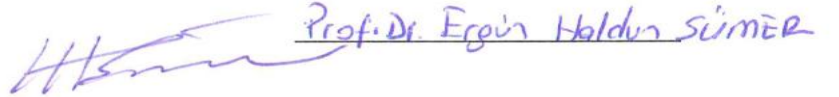
Üye

 Dr. Öğr. Üyesi Rıza Çitil

Üye

Üye

Üye (Danışman)

 Prof. Dr. Ergün Haldun Sümek

ONAY

Bu tez çalışması, tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyde AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.



Sevgili çocuklarıma...

ÖZET

TOKAT İL MERKEZİNDE KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞİ (KKKA) ÖN TANISIYLA HASTANEDE YATAN HASTALARIN, KKKA HASTALIĞI HAKKINDA BİLGİ DÜZEYİ

Fatma GÖK KAZAN
Yüksek Lisans Tezi
Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı
Danışman: Prof. Dr. Ergün Haldun SÜMER
2019, 58 sayfa

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığı; ateş, yaygın vücut ağrısı, deri, mukoza ve iç organlarda kanamalar ile seyreden *Bunyaviridae* ailesine bağlı *Nairovirus* soyundan olan virüslerin meydana getirdiği zoonotik viral bir hastalıktır. Hastalığa özgü tedavi günümüzde mevcut değildir. Hastalıktan korunmada kişisel korunma yöntemleri önemlidir. Halk, hastalık hakkında bilinçlendirilerek hastalıktan korunma sağlanabilir.

Tokat ilinde KKKA hastalığı ön tanısıyla hastanede yatan hastaların hastalık hakkında bilgi düzeyini ölçmek amacıyla 01.04.2013 - 31.09.2013 tarihleri arasında Tokat Devlet Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde yatan hastalara yüz yüze anket formu uygulanarak araştırma yapılmıştır. Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş olup araştırmanın uygulanmasını kabul eden ve doktor tarafından kabul izni verilen KKKA ön tanısıyla yatan hastalar araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmaya 159 hasta katılmıştır. Araştırmacı tarafından oluşturulan 35 soruluk anket formu bu hastalara uygulanmıştır. Araştırma verileri Parametrik test varsayımları karşılandığında iki kategorili bağımsız değişkenler için t-testi kullanılmıştır. Parametrik test varsayımları karşılanmadığında Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Katılımcıların kişisel özellikleri ve sorulara verilen yanıtlar frekans ve yüzdelerle betimlenmiştir. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde, hastaların %39'unun 45-65 yaş aralığında, %56'sının erkek olduğu, %51,6'sının ilköğretim mezunu, %73'ünün çiftçi, %69,8'i köyde yaşadığı saptanmıştır.

Hastaların %52,8'i KKKA hastalığının bulaşıcı olduğunu, %48,4'ü hastalıktan nasıl korunulduğunu bilmediğini ve %95,6'sı KKKA hastalığından korunmada kişisel korunma yöntemlerinin önemli olduğunu ifade etmiştir.

Hastaların bilgi düzeyleri 100 tam puan üzerinden değerlendirilmiştir. Minimum 20 puan (%0,6), maksimum 92 puan (%2,5) alınmıştır. %13,2'si ise 68 puan almıştır ve yoğunluk bu dilimdedir. Hastaların bilgi düzeyi puan ortalaması $64,39 \pm 14,93$ 'dür. Hastaların %52,2'si KKKA hastalığı hakkında daha önce eğitim almıştır ve %97,5'i KKKA hastalığının adını daha önce duymuştur.

Bilgi puanları sosyo-demografik özelliklere göre karşılaştırılmıştır. Cinsiyetin, mesleğin ve yaşanan yerin hastaların hastalık hakkındaki bilgi düzeyleri üzerinde anlamlı etkisi yoktur ($p > 0.05$). 65 ve üstü yaş grubundaki hastaların hastalık hakkındaki bilgi düzeyleri diğer yaş gruplarından anlamlı olarak düşüktür ($p < 0.05$). Üniversite

mezunu olan hastaların okuryazar olmayan hastalara göre hastalık hakkında bilgi düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Araştırma sonuçlarına göre araştırma grubunun bilgi düzeyi yetersizdir. Hastaların eğitim düzeyi arttıa, hastalık hakkında bilgi düzeyinin de arttığı gözlemlenmektedir. Risk grubu mesleklerin özellikle eğitim alması gerekmektedir. Kene tutunmasının endemik olduğu yerlerde KKKA hastalığı hakkında eğitimlerin tm halka ulaşılarak verilmesi nemlidir.

Anahtar Kelimeler: Bilgi düzeyi, eğitim, hasta, KKKA, korunma.



ABSTRACT

THE INFORMATION OF THE PATIENTS INITIAL DIAGNOSED WITH CRIMEAN CONGO HEMORRHAGIC FEVER (CCHF) ABOUT CCHF IN THE PROVINCE OF TOKAT

Fatma GÖK KAZAN

Master

Department of Public Health

Thesis Advisor: Prof. Dr. Ergün Haldun SÜMER

2019, 58 pages

Crimean-Congo Haemorrhagic Fever (CCHF) is a zoonotic viral disease caused by the viruses descending from *Nairovirus* in the family *Bunyaviridae*, shows flu-like symptoms such as fever and widespread pain and causes bleeding in the skin, mucous and internal organs. CCHF is an incurable disease and personal protection methods are important to prevent the disease. People can be informed about the disease for the protection from it.

A study was conducted with the patients diagnosed with CCHF in the infectious disease clinic of Tokat State Hospital through face to face surveys in order to measure the level of information of these patients about the disease between 01.04.2013 - 31.09.2013. This descriptive study didn't include sample selection and was only conducted with the patients diagnosed with CCHF who accepted to participate in the survey with doctor's permission. A total of 159 patients participated in the study and the 35-question survey created by researchers was implemented with the patients. T-test was used for two categorical independent variable because the research data provided the requirements of the parametric test assumptions. Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis H test were used for unsuccessful parametric test assumptions. The personal characteristics of the participants and the answers to the questions were described with frequency and percentages. Statistically $p < 0.05$ was accepted as significant.

When the patients' socio-demographic conditions are analyzed, it is detected that 39% of them are in the 45-60 age range, 56% of them are male, 51.6 % of them are have from primary school level, 73% of them are farmer and 69.8% of them live in a village.

52.8% of the patients stated that the disease is infectious, 48.4% of the patients expressed that they didn't know how to protect from the disease and 95.6% of them pointed out that personal protection methods are important to prevent from the disease.

The information level of the patients about the disease was evaluated over 100 points. The minimum point is 20 (0.6 %) and the maximum point is 92 (2.5%). 13.2% of the patients get 68 points and this is the widest point range. The average point of the patients regarding to information level about the disease is $64,39 \pm 14,93$. 52.2 % of the patients have been informed about CCHF before and 97.5% of the patients have heard of CCHF before.

When the points of the patients are compared with their socio-demographic status, it is found that gender, occupation and the place of residence have no effect on the level of information of patients about the disease ($p > 0.05$). The knowledge level of patients in the age group of 65 and over is significantly lower than other age groups

($p < 0.05$). It is determined that patients with a bachelor's degree have higher level of information about the disease compared to the illiterate patients. ($p < 0.05$)

According to the survey results, the level of information of the group that participated in the study is inadequate. It is observed that the more the level of education of the patients increases, the more the level of information about the disease increases. The people from the occupations under risk should particularly be informed and even trained about the disease. It is highly important to inform and train all people about CCHF in the regions where tick bites are often seen.

Keywords: Knowledge level, education, patient, CCHF, protection.



KATKI BELİRTME/TEŞEKKÜR

Tez çalışmamı uygulayabilmem için yardımcı olan ve izinleri ile olanak sağlayan Tokat Devlet Hastanesi Başhekimliğine teşekkür ederim. Tez çalışmamın uygulama aşamasında bana olanak tanıyan ve yardımcı olan Tokat Devlet Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Servisindeki tüm personele teşekkür ederim.

Her konuda inançla yanımda olan eşime; sonsuz sevgi, güven ve desteklerinden ötürü tüm aileme teşekkür ederim. Tez boyunca yaptıkları katkılardan ve sonsuz desteklerinden dolayı hocalarım Sayın Prof. Dr. Levent ÖZDEMİR'e ve Sayın Prof. Dr. Ergün Haldun SÜMER'e teşekkürler ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	i
ONAY	ii
YÖNERGE	iii
İTHAF	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vii
KATKI BELİRTME/TEŞEKKÜR	ix
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	x
ŞEKİLLER DİZİNİ	xii
TABLOLAR DİZİNİ	xiii
KISALTMALAR DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Tanım.....	2
2.2. Tarihçe.....	2
2.3. Epidemiyolojisi.....	2
2.4. Kene.....	5
2.5. Bulaşma Yolları.....	7
2.6. Risk Grupları.....	8
2.7. Patogenez.....	8
2.8. Tanı.....	9
2.8.1. Ayırıcı Tanı.....	9
2.9. Klinik.....	10
2.10. Laboratuvar Bulguları.....	12
2.11. Tedavi.....	13
2.12. Korunma ve Kontrol.....	16
2.12.1. Kişisel Korunma Tedbirleri.....	16
2.12.1.1. Sağlık Çalışanlarında Korunma.....	16
2.12.2. Kene Sayısının Azaltılmasına Yönelik Tedbirler.....	17
2.13. Kene Çıkarma Basamakları.....	18
2.14. Cenazelerin Hazırlanması ve Gömülmesinde Yaklaşım.....	19

3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Tipi.....	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	20
3.3. Araştırmanın Evreni.....	20
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	20
3.5. Veri Toplama Araçları.....	21
3.6. Verilerin Toplanması.....	21
3.7. Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	21
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	22
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA	37
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	44
6.1. Sonuçlar.....	44
6.2. Öneriler.....	45
7. KAYNAKLAR	46
EKLER	50
EK 1. Anket Formu.....	50
EK 2. 2013 Yılında Tokat'ta KKKA Hastalığı Şüphesiyle Yatan Hastaların Aylara Göre İstatistikleri.....	54
EK 3. İzin Belgesi.....	56
EK 4. Etik Kurul Onayı.....	57
ÖZGEÇMİŞ	58

ŞEKİLLER/RESİMLER/GRAFİKLER

Sayfa No

Şekil 1: KKKA Hastalığının Dünya Üzerinde Dağılımı, Risk Bölgeleri ve Olgu Bildiriminin Olduğu Bölgeler.....	3
Şekil 2: Türkiye'nin 2017 Yılına Ait KKKA İnsidans Haritası.....	4
Şekil 3: Hyalomma marginatum'un Yaşam Döngüsü ve KKKA Virüsünün Dolaşımı.....	6
Şekil 4: Hyalomma marginatum İçin Uygun Yaşam Alanları Haritası.....	7
Şekil 5: Kırım Kongo Kanamalı Ateş Hastalığı'nın Klinik Seyri	10
Resim 1: Kan Emmek Üzere Deriye Tutunmuş Olan Bir Kene ve Şematik Görünümü.....	6
Resim 2: Kene Sokma Yerinde Eritemli Ödemli Papül.....	11
Resim 3: Kenenin Pens ile Vücuttan Uzaklaştırılması.....	18
Grafik 1: KKKA Vakalarının ve Ölümünün Yıllara Göre Dağılımı, Türkiye, 2008-2017.....	5

TABLolar

Sayfa No

Tablo 1: KKKA'da Olası Olgu Tanımı.....	12
Tablo 2: KKKA'da Ribavirin Kullanımı.....	14
Tablo 3: KKKA Olgularına Yaklaşım İçin Algoritma.....	15
Tablo 4: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları.....	23
Tablo 5: Hastaların KKKA Hastalığına Yakalanma Öyküsü.....	24
Tablo 6: Hastaların KKKA Hastalığının Adını Duyma Durumu.....	25
Tablo 7: Hastaların KKKA Hastalığı Hakkında Daha Önce Eğitim Alma Durumları.....	26
Tablo 8: Hastaların KKKA Hastalığının Bulaşma Yolları Hakkındaki Bilgi Düzeyi.....	27
Tablo 9: Hastaların KKKA Hastalığının Belirtileri Hakkında Bilgi Düzeyi.....	28
Tablo 10: Hastaların KKKA Hastalığının Etkeni Olan Kene Hakkındaki Bilgi Düzeyi.....	29
Tablo 11: Hastaların Kenenin Vücuttan Uzaklaştırma Yöntemlerini Bilme Düzeyi.....	31
Tablo 12: Hastaların KKKA Hastalığından Korunma Yolları Hakkındaki Bilgi Düzeyi.....	32
Tablo 13: KKKA Hastalığı Ön Tanısıyla İle Yatan Hastaların Bilgi Düzeyi Puanlarının Dağılımı.....	33
Tablo 14: KKKA Hastalığı Ön Tanısıyla İle Yatan Hastaların Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	34
Tablo 15: KKKA Hastalığı Ön Tanısıyla İle Yatan Hastaların Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	34
Tablo 16: KKKA Hastalığı Ön Tanısıyla İle Yatan Hastaların Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Eğitim Durumuna Göre Dağılımı.....	35
Tablo 17: KKKA Hastalığı Ön Tanısıyla İle Yatan Hastaların Bilgi Düzeyi Puan Ortalamalarının Yaşanılan Yere Göre Dağılımı.....	35
Tablo 18: KKKA Hastalığı Ön Tanısıyla İle Yatan Hastaların Bilgi Düzeyleri Puan Ortalamalarının Mesleğe Göre Dağılımı.....	36

KISALTMALAR/SİMGELER

ALT	Alanin amino transferaz
AST	Aspartat amino transferaz
CPK	Kreatin fosfokinaz
DİK	Dissemine İntravasküler Koagülasyon
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ELISA	Enzime Linked Immunosorbent Assay
IgG	İmmünglobülin G
IgM	İmmünglobülin M
IL-1	İnterlökin-1
IL-6	İnterlökin-6
KKKA	Kırım Kongo Kanamalı Ateşi
KKKAV	Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Virüsü
LDH	Laktat Dehidrogenaz
PCR/PZR	Polimeraz Zincir Reaksiyonu
RNA	Ribonükleik asit
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TNF-a	Tümör Nekrozu Faktörü Alfa
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
VKA	Viral Kanamalı Ateş Sendromu
gr	Gram
kg	Kilogram
mg	Miligram
pH	Power of Hyhydrogen

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA), *Bunyaviridea* ailesinden *Nairovirüs*lerin neden olduğu, yüksek mortalite ile seyredabilen viral zoonotik bir enfeksiyon hastalığıdır. Türkiye’de ihbarı zorunlu C grubu hastalıklar arasında yer almaktadır. 2002 yılından itibaren Türkiye’de salgınlar yaptığı için önem kazanmıştır. Dünyada en fazla tanıyı ülkemiz koymuştur. Nisan-Eylül ayları arasında gündemi oluşturan en önemli konulardan biridir. Türkiye’de KKKA hastalığı vaka sayısında azalma olmasına rağmen ölüm oranı hala yüksektir. KKKA hastalığı 2002 yılından itibaren önemli bir halk sağlığı sorunu olmuştur ve olmaya devam etmektedir.

Virüse neden olan keneler için ülkemiz coğrafi konumundan dolayı iyi bir yaşam alanına sahiptir. Bu yüzden ülkemiz endemik bir bölgedir. Keneler konak seçmesinde cinsiyet, yaş vb. ayrımı yapmazlar. Bundan dolayı kenenin bulunduğu alanlarda bulunan herkes hastalık yönünden risk altındadır. İlk olgu 2002 yılında Tokat ilinde görülmüştür. Günümüzde aşı çalışmalarına rağmen hastalıktan korunmak için etkin bir aşı hala bulunmamaktadır. Hastalığın klinik belirtileri diğer enfeksiyon hastalıklarıyla benzerlik göstermektedir. Bu durum, erken tanıyı geciktirdiği gibi klinik tablonun ağır geçmesine neden olup ölüm oranının artmasına neden olmaktadır. Hastalıktan korunmada halkın, KKKA hastalığı hakkında bilgi düzeyinin artırarak bilinçlendirilmesi büyük önem taşır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı Tokat Devlet Hastanesi’nde Enfeksiyon Hastalıkları Servisi’nde KKKA hastalığı ön tanısıyla yatan hastaların, hastalık hakkında bilgi düzeyini ölçmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanım

KKKA *Hyalomma* türü kenelerle, enfekte insanlar ya da evcil hayvanların vücut sıvıları veya dokularıyla doğrudan temas sonucu insanlara bulaşan, kanamalı ateş tablosu ile ölüme neden olabilen viral zoonotik bir hastalıktır (Duygu ve ark, 2015). Mortalite oranı %3-30 arasında olup, bu oran oldukça yüksektir (Vançelik ve ark, 2012).

2.2. Tarihçe

KKKA ilk kez 1944-1945 yılı yaz aylarında Batı Kırım steplerinde çoğunlukla ürün toplamaya yardım eden Sovyet askerleri arasında görülmüş ve hastalığa Kırım Kanamalı Ateşi adı verilmiştir. 1956 yılında Zaire'de ateşli bir hastadan izole edilen ve Kongo virüsü olarak adlandırılan etkenin, 1969 yılında Kırım Kanamalı Ateşi virüsü ile aynı olduğunun farkına varılmasıyla, hastalık bu tarihten itibaren KKKA olarak adlandırılmıştır (Acar, 2006).

Çin'in kuzeybatısında 1965 yılında mortalitesi %80 olan bir salgın tanımlanmış, sonraki 30 yılda Çin'de 260 KKKA vakası bildirilmiş ve %21 mortalite ile sonuçlanmıştır. Pakistan'da büyük KKKA salgınlar olmuş, 1976-2000 yılları arasında görülen 101 KKKA vakasından %40'ı kaybedilmiştir. Suudi Arabistan'da 1989-1990 yılları arasında mezbaha işçileri arasında 40 vaka tanımlanmış ve bunların %30'u ölmüştür (Çiftçi, 2008).

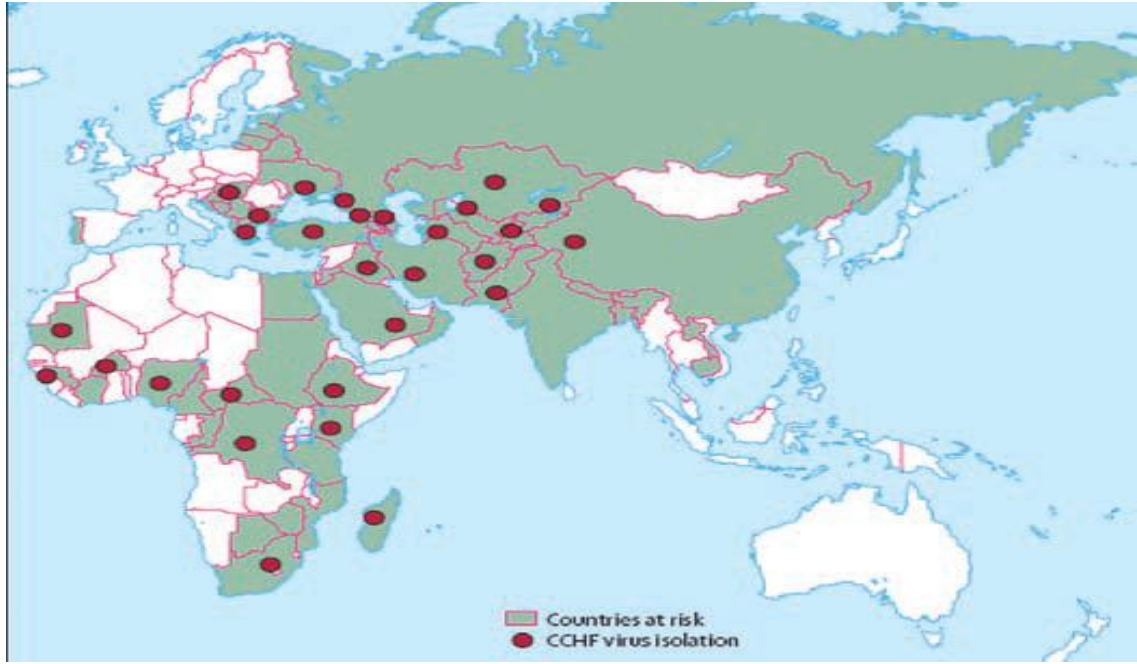
Hastalık ülkemizde ilk olarak Tokat, Amasya ve Sivas illerinde 2002 yılının Mayıs, Haziran ve Temmuz aylarında görülmeye başlamıştır. Bu dönemde Tokat ilinden yapılan 50 vaka bildiriminden 6'sı ölümlle sonuçlanmıştır. Yine Tokat ilinde 2003 yıl bahar aylarında aynı klinik tablo ile seyreden vakaların bildirilmesi üzerine hastalardan ve bölgedeki hayvanlardan alınan serumlar; 2002 de toplananlarla birlikte Fransa'da bu konu ile özelleşmiş laboratuvara gönderilmiş ve hastalığın KKKA olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Çiftçi, 2008).

2.3. Epidemiyolojisi

KKKA epidemiyolojisinde *Hyalomma* cinsi keneler hem vektör, hem de rezervuar olarak önemli rol oynar. KKKA kene kaynaklı virüsler içinde en geniş coğrafi

dağılıma sahiptir. Hastalık Afrika, Asya, Güney-Doğu Avrupa ve Orta Doğu'da 30'u aşkın ülkede görülmektedir (Öngürü ve Bodur, 2012).

Hastalık sıklıkla Asya, Ortadoğu, Doğu Avrupa ve Afrika'da endemiktir. Rusya, Kazakistan, Irak, İran, Pakistan, Afganistan, Hindistan, Çin, Bulgaristan, Yunanistan, Türkiye, Macaristan, Yugoslavya, Makedonya, Fransa, Zaire, Nijerya, Kongo, Kenya, Uganda, Tanzanya, Etiyopya ve Mısır'da KKKA virüsünün aktif olduğu tespit edilmiştir (Acar, 2006).



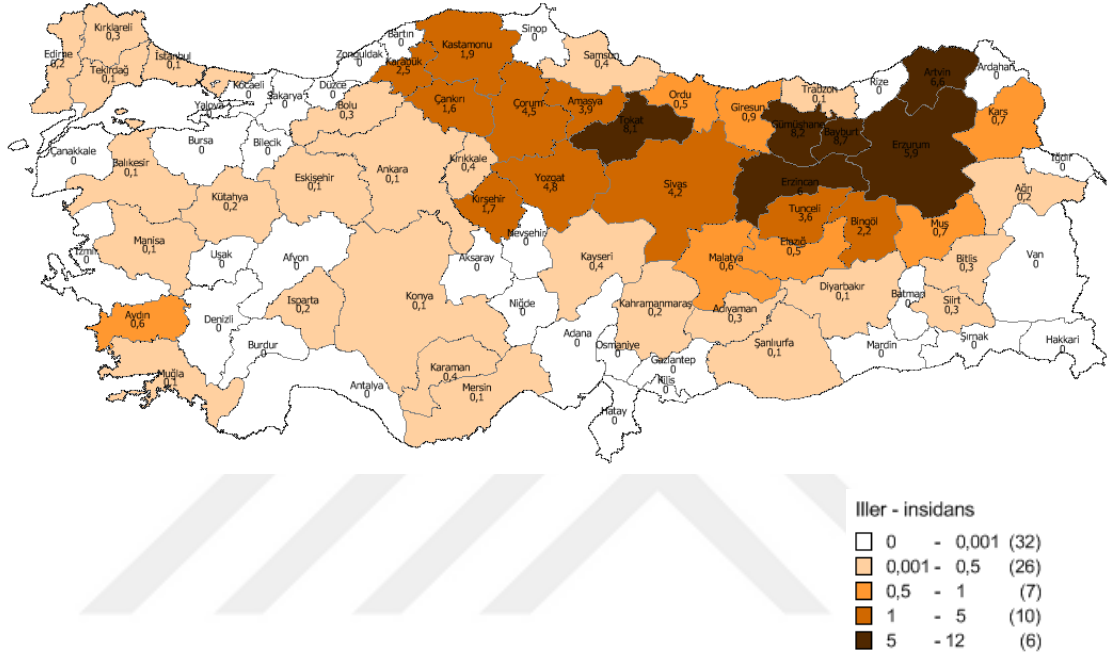
Şekil 1. KKKA hastalığının dünya üzerinde dağılımı, risk bölgeleri ve olgu bildiriminin olduğu bölgeler (Kara, 2008a).

Ülkemizde ilk defa 2002 ve 2003 yıllarında, başta Tokat, Yozgat, Çankırı, Çorum, Sivas, Erzurum ve Amasya gibi yöreler olmak üzere, Karadeniz Bölgesi'nin iç kesimleri ile İç ve Doğu Anadolu Bölgelerinin kuzey kesimleri arasında geniş bir coğrafi alanda görülen iki salgın sonucunda dikkati çekmiş ve tanımlanmıştır (Keten ve ark., 2008). Ülkemiz coğrafi konumundan dolayı keneler ve kene-kaynaklı hastalıklar bakımından uygun bir habitat teşkil etmektedir (Karaer, 2013).

Türkiye'de 2002 yılından itibaren serolojik olarak KKKA bildirimlerinde ciddi bir artış gözlenmektedir. Enfeksiyonun en çok görüldüğü iller Tokat, Sivas, Yozgat, Çorum'dur. Olgular, aktif çalışma yaşında olan ve bu nedenle kene popülasyonuna daha çok maruz kalan, tarım ve hayvancılıkla uğraşanlar arasında yoğunlaşmaktadır

(Ergönül, 2009). Sonraki yıllarda Kastamonu, Bartın, Ankara, Çankırı, Bolu, Balıkesir ve Isparta illerinde de vakaların ortaya çıkması ile hastalığın görüldüğü alan daha da genişlemiştir (Kırbaş ve ark., 2010).

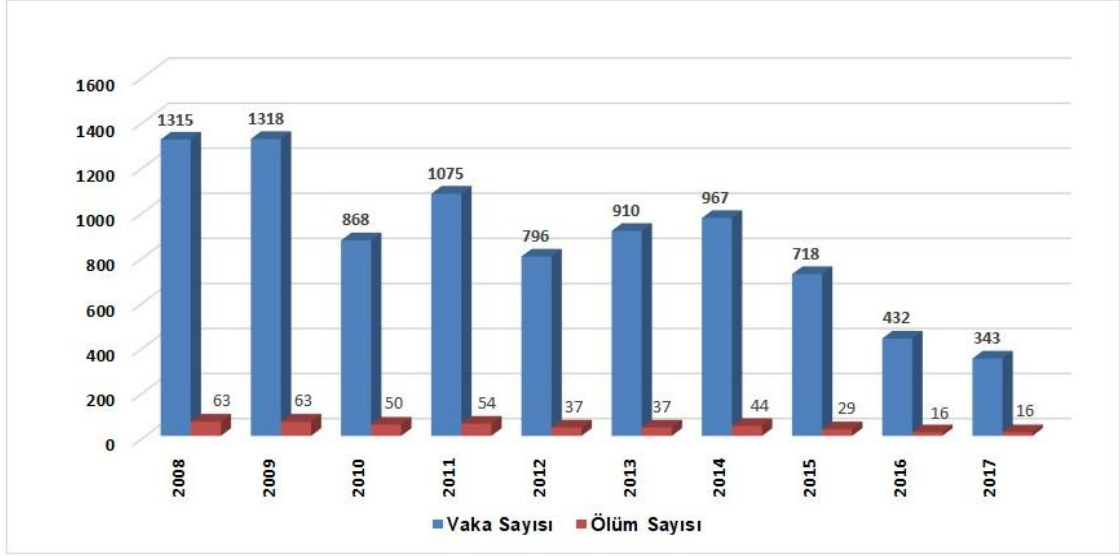
2002 - 2013 yıllarında Türkiye’de toplam 8.102 olgu bildirilmiş ve 397’si ölümlle sonuçlanmıştır (fatalite %4,9). Hastalık belli bölgelerde yoğunlaşmaktadır (Adıgüzel ve Durusoy, 2014).



Şekil 2. Türkiye’nin 2017 yılına ait KKKA insidans haritası (HSGM, Erişim: 2018)

Ülkemizdeki salgında olguların % 90’ı çiftçidir ve hasta olarak başvuranların %60’ında kene öyküsü saptanmıştır. Sağlık çalışanları en çok etkilenen ikinci grubu oluşturmaktadır. Mezbaha ve çiftlik çalışanları da enfeksiyondan etkilenmektedirler. Ülkeler arasında, kadınların tarımsal çalışmalara katılma oranına bağlı olarak kadın ve erkek oranı farklılık gösterebilir (Ergönül, 2009).

Türkiye’de hastalık her yıl özellikle Nisan-Eylül ayları arasında görülmekte olup Temmuz ayında pik yapmaktadır (Bodur, 2007).



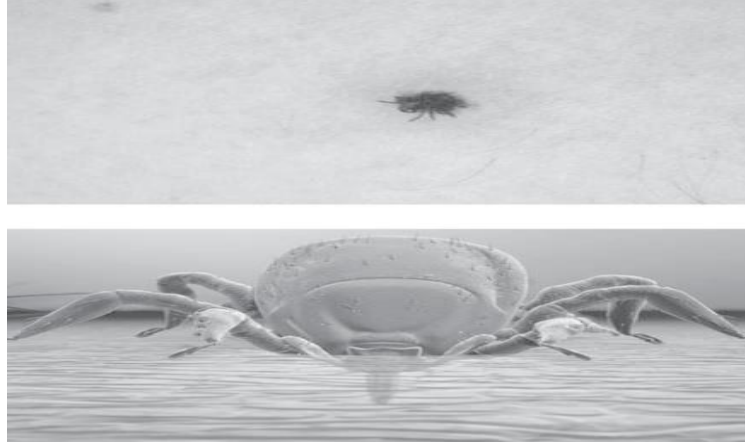
Grafik 1. KKKA vakalarının ve ölümlerinin yıllara göre dağılımı, Türkiye, 2008-2017 (HSGM, Erişim: 2018)

2.4. Kene

Keneler zorunlu kan emici artropodlar olup, dünyanın her bölgesinde bulunmaktadır. Ülkemizde halk arasında kene, sakırğa, yavısı, kerni gibi isimlerle bilinmektedirler (Keleş ve ark., 2010).

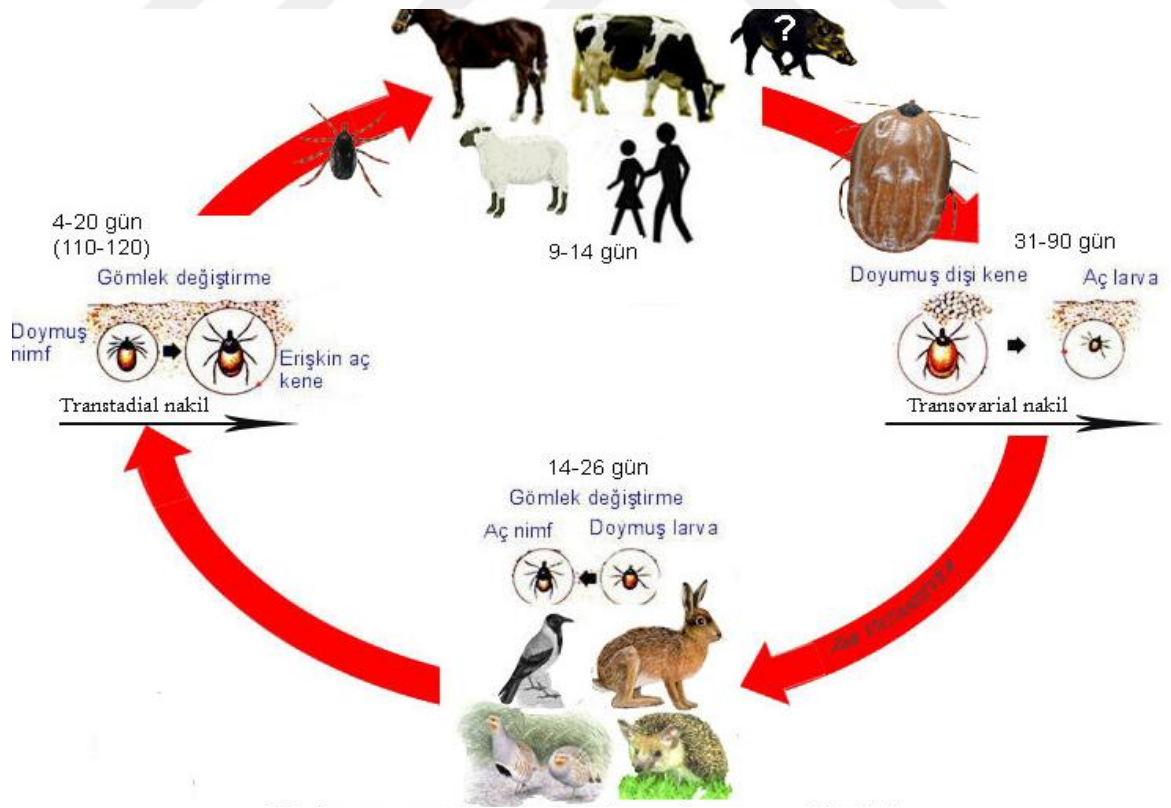
Keneler yaşamlarını devam ettirmek ve çoğalabilmek için mutlak olarak kan emmek zorunda olan, küçük oval şekilli, 6-8 bacaklı (3-4 çift bacaklı), uçamayan, ancak oldukça iyi sıçrayabilen ve gözleri olmayan canlılardır (Kara, 2008b). Ön tarafında ağız organelleri yer almaktadır (Sümer, 2010). Keneler konakçılara yapışıp ağız organellerini deri içine sokarlar ve burada sabitlenip doyana kadar aynı yerden kan emerek uzun süre deri üzerinde yaşayabilirler (Kandış ve ark., 2010).

Bazı keneler kan emerken parazitleri sindirim sisteminden ovaryumlarına geçirirler. Bu parazitler ovaryumdan yumurtaya geçerek, yumurtadan çıkan larvaları enfekte ederler. Bu larvalar kan emerken parazitleri de hayvanlara taşırlar (transovarial geçiş). KKKA virüsü nispeten dayanıksızdır, konakçı dışında yaşayamaz, ultraviyole ile hızla ölür. Kanda 40°C'de 10 gün yaşayabilir. Virüs 56°C'de 30 dakikada inaktive olur. Antiseptiklerden %1 hipoklorit ve %2 gluteraldehite, antivirallerden ribavirine duyarlıdır (Çiftçi, 2008).



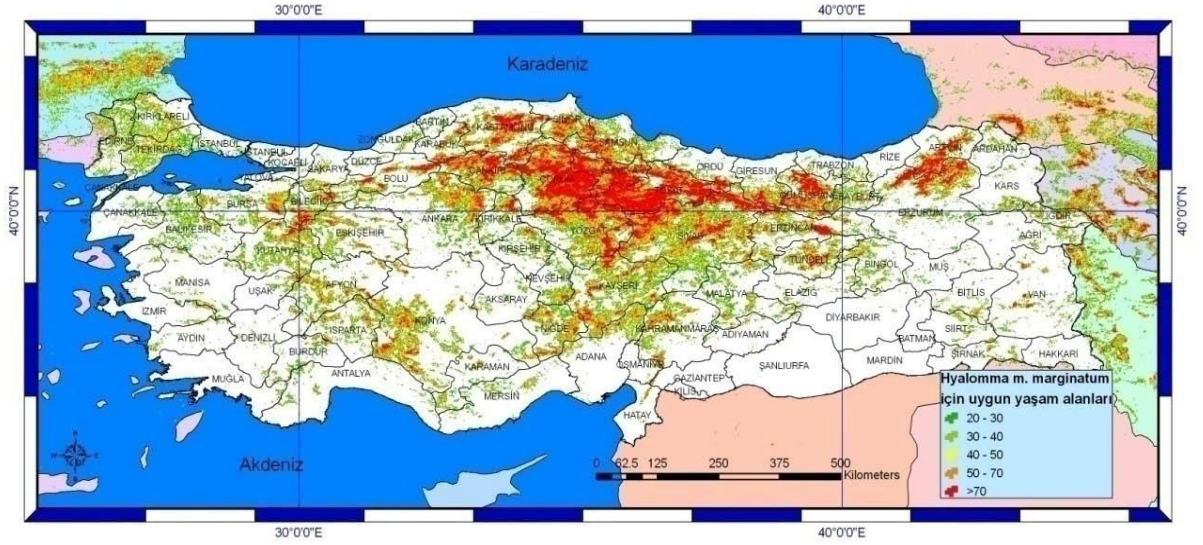
Resim 1. Kan emmek üzere deriye tutunmuş olan bir kenenin (üstte) ve şematik görünümü (altta) (Kara, 2008b).

Keneler virus için hem rezervuar konak hem de vektör konak rolünü üstlenmektedirler. Enfekte olan keneler virusu tüm yaşamları boyunca taşıyabilirler. Kenelerde virusun taşınması mevsimsel özellik taşımaz, yaz ve kış ayları boyunca virusu bünyelerinde bulundurabilirler (Kartı, 2009).



Şekil 3. *Hyalomma marginatum*'un yaşam döngüsü ve KKKA virüsünün dolaşımı (TTB, 2010)

Doğada 30 civarında kene türünde bulunan virüs, özellikle Acarina sınıfı, ixodes ailesinden olan Hyalomma genusundan izole edilmiştir (Keten ve ark., 2008).



Şekil 4. *Hy.marginatum* için uygun yaşam alanları haritası (Vatansever ve ark., 2009)

2.5. Bulaşma Yolları

Hastalığın ana bulaşma yolu, Hyalomma cinsine ait enfekte kenelerin insanı ısırması sonucu virüsün kan akımına geçmesi şeklindedir (Tavşan ve ark., 2012).

Bunun dışında;

- Viremik dönemdeki enfekte hayvanın kesilmesi ve akabinde etin işlenmesi sırasında (Etin bekletilmesi ile pH'sı asidik olduğundan virüs bu ortamlarda ölür ve etler teorik olarak bulaştırıcı değildir denilebilir) (Bodur, 2007),
- Deri üzerinde enfekte kenelerin ezilmesi nedeniyle,
- Kenenin çıplak elle çıkarılmasıyla,
- Hastaların kanı, enfekte doku ve sekresyonları ile korunmasız temasıyla,
- Kan içeren damlacık yoluyla, bulaşmaktadır.

2.6. Risk Grupları

Hastalık etmeninin vektörü olan kenelerin yaşama alanlarının geniş olması, bu alanlarda bulunan kişileri hastalık tehdidi altında bırakmaktadır. Dişi kene yumurtalarını toprağa bıraktığından, yeni çıkan larva toprak yüzeyinde ve çevredeki otlarda bulunmakta ve buradan kolaylıkla evcil ve yabani hayvanlara geçebilmektedir (Akyazı ve Ecevit, 2006). Bu nedenle çoğu kişi risk grupların içerisinde yer alır.

Risk gruplarını;

- Endemik bölgede yaşayan tarım ve hayvancılık ile uğraşan çiftçiler, çobanlar, kasaplar, mezbaha çalışanları,
- Hastalığın görüldüğü bölgelerde görev yapan sağlık personeli,
- Endemik alanlara seyahat öyküsü olanlar,
- Veteriner hekimler,
- Deri fabrikası işçileri,
- Veteriner sağlık teknisyenleri,
- Laboratuvar çalışanları,
- Askerler,
- Kamp yapanlarveya doğa sporu yapmak için bölgeye seyahat edenler
- KKKA hastaların yakınları oluşturmaktadır.

2.7. Patogenez

Viral kanamalı ateş sendromu (VKA) hakkında son yıllarda artan sayıdaki araştırmalara rağmen bu hastalıkların patogenezinin altında yatan özgül mekanizmalar tam olarak açıklanamamıştır (Kırbaş ve Özdemir, 2012). Hastalığın patogenezinden sorumlu olan virüsün antiviral cevabı başlatan hücrelere saldırarak konakçı immün cevabını bozmasıdır. Virüsün replikasyonu vasküler sistemin ve lenfoid organların disregulasyonu ile birliktelik gösterir (Dizdar ve ark., 2011).

Patogenezde endotel enfeksiyonu en önemli basamaktır. Endotel iki biçimde hedeflenir:

- 1- Dolaylı olarak viral ya da virüsün yönlendirdiği konak kökenli etmenlerin endotel aktivasyona ve disfonksiyona yol açması ve/ya da
- 2- Doğrudan virüsün enfeksiyonu ve endotel hücreleri içinde çoğalması (Ergönül, 2006).

Türkiye’den bildirilen olgularda reaktif hemofagositozun KKKA patogeneğinde özellikle önemli bir rol oynayabileceği ileri sürülmüştür. Ayrıca, ölen hastalarda IL-1, IL-6 ve TNF-a düzeylerinin sağ kalan hastalara göredaha fazla olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, proenflamatuar sitokinler ile DİK skoru arasında pozitif korelasyon olduğu gözlenmiştir. Hastalığın gelişiminde hemofagositozun önemli bir rol oynadığı açıktır ve ülkemizden yapılan son yayınlarda bildirilmiştir (Ergönül, 2009).

Histopatolojik incelemelerde; karaciğerde hemorajik nekroz, hepatoselüler nekroz, Kupfer hücre hiperplazisi, mononükleer hücre infiltrasyonu, dalakta lenfosit tüketimi, akciğerde kanama ve ödem ile birçok organda kanama ve hücrel nekroz tespit edilmiştir (Çiftçi, 2008).

2.8. Tanı

Kene ile bulaşan hastalıkların çoğunda başlangıç üst solunum yolu enfeksiyonları belirtileri benzerdir. Bu nedenle ayrıntılı anamnez, fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri yapılmazsa çok kolay göz ardı edilebilirler (İnceboz ve ark., 2011).

Erken konulan tanı ve başlanılan tedavi ölüm oranını azalttığı ve enfeksiyonun ikincil olarak yayılımını önlediği için kanamalı hastalığın ilk ortaya çıkan özelliklerinin bilinmesi önemlidir (Kara, 2008a).

Virüsün ya da virüs RNA’sının kan ve doku örneklerinden izolasyonu, virüs antijeninin ve virüse karşı oluşmuş antikorların serolojik olarak saptanması ile tanıya gidilir. Antikor saptamada serolojik yöntemlerden en hızlısı Enzime Linked Immunosorbent Assay (ELISA)’dır. Immünglobülinlerden IgG ve IgM antikorları hastalığın yaklaşık 6. gününden itibaren serumda belirlenebilir (Karadakovan, 2010). Erken tanıda yüksek derecede duyarlı ve özgül bir yöntem olan reverstranskriptaz PCR (polimeraz zincir reaksiyonu) yöntemi kullanılmaktadır (Bakır-Özbey, 2010). Bu yöntem hızlı ve duyarlı bir yöntemdir (Çiftçi, 2008).

2.8.1. Ayırıcı Tanı

KKKA ile uyumlu klinik ve laboratuvar bulgusu olan hastalarda öncelikle KKKA hastalığına yönelik testler uygulanmalı, pozitif değerlendirildiğinde ise vaka yönetim algoritmasına göre hareket edilmelidir. Negatif bulunduğu takdirde de diğer hastalıklar açısından araştırılmalıdır. Ayırıcı tanıda bruselloz, salmonelloz, riketsiyoz, leptospiroz,

tatarcık humması, hantavirüs enfeksiyonu gibi hastalıklar ve diğer kanamalı ateşler düşünülmelidir (TSHGM, 2011).

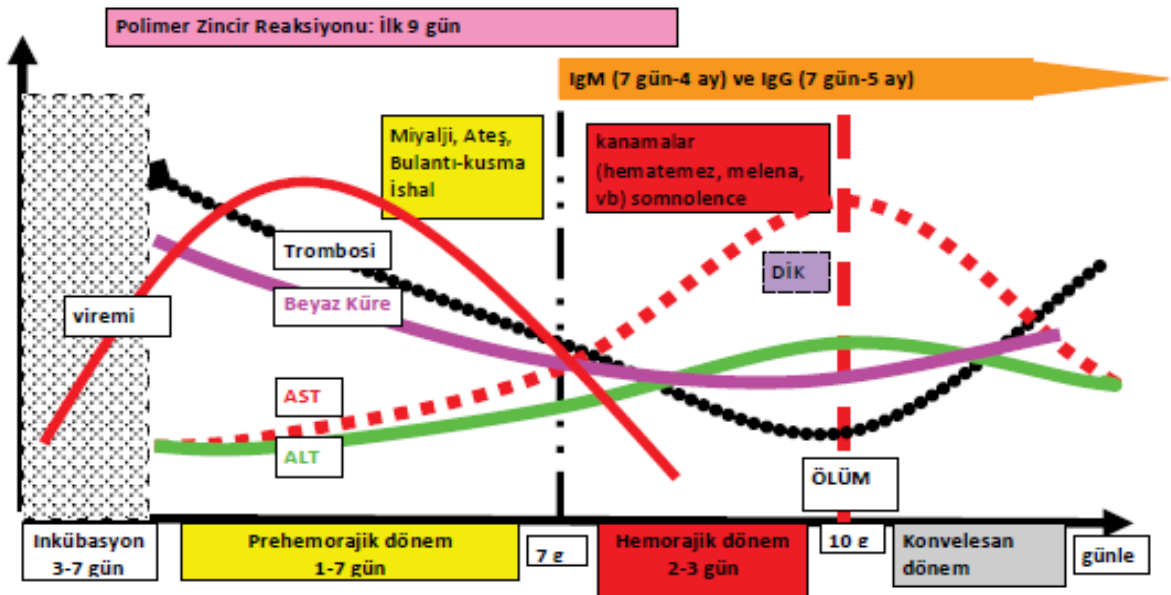
2.9. Klinik

Hastalık insanlarda hafif gribal belirtiler ile ölüme varan dolaşım bozukluklarına kadar birçok formda seyretmesine rağmen, evcil ve yabani hayvanlarda en fazla 7-10 gün sürebilen viremi sırasında herhangi bir klinik belirti görülmez (Vatansever ve ark., 2009). Enfekte olan her beş kişiden biri hastalanmaktadır (Özsoy ve Gül, 2010).

Başlangıçta non-spesifik semptomlarla karakterizedir. Genel olarak halsizlik, yaygın kas ağrıları, baş ağrısı, ateş, göğüs ağrısı, artralji, ishal görülebilir. Gastrointestinal belirti ve bulgulardan kusma, bulantı, ishal, epigastrik ve abdominal ağrı ve hassasiyet görülebilir. Kimi zaman akut apandisit ya da benzer akut batın acilleri ile karıştırılabilirler (Ergönül, 2009).

Yapılan bir araştırmada çocuklarda KKKA hastalığına ait laboratuvar bulguları erişkinlere benzemekle birlikte, hastalığın klinik olarak çocuklarda erişkinlerden daha hafif seyrettiği ve hastalığa bağlı ölümün daha az olduğu saptanmıştır (Karaman ve ark., 2010). Nedeni bilinmemektedir (Işıkkay, 2013).

KKKA enfeksiyonunun dört farklı dönemi vardır; “İnkübasyon”, “Prehemorajik”, “Hemorajik” ve “Konvelesan” dönem (Kara, 2008a).



Şekil 5. Kırım Kongo Kanamalı Ateş Hastalığı'nın Klinik Seyri (TTB, 2010).

İnkübasyon (Kuluçka Dönemi): Kenenin ısırması ile hastalığın gelişmesi arasındaki süredir ve kesin bir rakam vermek güç olsa da 3-7 gün olarak bildirilmiştir (Ergönül, 2006). Hastaların %50-60'ında kene ısırma öyküsü vardır. İnkübasyon süresi, viral yük ve enfeksiyon yoluna bağlı olarak değişebilir, örneğin kan yoluyla geçişlerde daha kısadır. Hastaneye başvurmadan önce ortalama süre Türkiye'de 5,5 gün ve Birleşik Arap Emirlikleri'nde 3,5 gün olarak bildirilmiştir (TTB, 2010).

Prehemorajik (Kanamalı Dönem): Öncesi ani ateş yükselmesi (39-41 °C), baş ağrısı, miyalji, baş dönmesi ile karakterizedir. Ateş ortalama 4-5 gün sürer. Ek belirtiler, ishal, bulantı ve kusmadır. Yüz, boyun ve göğüste hiperemi, konjonktivit bu dönemde görülür. Bu dönem 1-7 gün sürer (Ergönül, 2006).



Resim 2. Kene sokma yerinde eritemli ödemli papül (Derviş, 2009).

Hemorajik Dönem: Kısadır, hızlı gelişir ve genellikle hastalığın 3. ve 5. günlerinde başlar. Kanama, hastalığın büyük çoğunluğunda hastalığın başlamasından sonra 5-7 gün içinde ve hastanede yattıkları sırada gelişir. Ateş yüksekliği ile kanamanın başlaması arasında ilişki yoktur. Kanama bulguları peteşi, mukozmembranlar ve derideki büyük hematomlar arasında değişir. Vajina, dişeti ve beyin kanamaları bildirilmiştir. En sık görülen kanamalar burun, gastrointestinal sistem (hematemez, melena ve intraabdominal), genital (vajinal), üriner sistem (hematuri) ve solunum yolları (hemoptizi) kanamalarıdır (TTB, 2010).

Konvelasan Dönem: Kanamalı dönemi atlatan hastalarda hastalığın başlangıcından 10-20 gün sonra başlar. Bu dönemde işitme kaybı, nefes almada zorluk, hafıza kaybı, taşikardi, polinörit bildirilmiştir (Kara, 2008a).

KKKA hastalığı T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılından itibaren bildirim zorunlu hastalıklar listesine alınmıştır (Uyar ve ark., 2010).

Epidemiyolojik risk faktörleri, klinik belirtiler ve laboratuvar bulguları KKKA ile uyumlu olan olgular “olası olgu” olarak bildirilmektedir (Uyar ve ark., 2010).

Tablo 1.KKKA’da olası olgu tanımı (Uyar ve ark., 2010).

Epidemiyolojik risk faktörleri	Kene tutunma veya kene ile temas öyküsü
	Hayvan çiftliklerinde çalışmak veya hayvan yetiştiricisi olmak
	KKKA tanısı alan olguyla veya hastanın vücut sıvılarıyla yakın temas
	Laboratuvar çalışanı olmak
Klinik belirtiler	Ateş
	Kanama
	Akut dönemde baş ağrısı
	Kas ağrısı/eklem ağrısı
	Letarji
	Bulantı/kusma
	Karın ağrısı/ishal
Laboratuvar bulguları	Trombositopeni (trombosit < 150.000/mm ³)
	Lökopeni (beyaz küre < 4.000/mm ³)
	Alanin amino transferaz artışı
	Aspartat amino transferaz artışı
	Laktat dehidrogenaz artışı
	Kreatin fosfokinaz artışı

2.10. Laboratuvar Bulguları

Trombositopeni hastalığın en önemli bulgusudur. Lökopeni, serum aspartataminotransferaz (AST), alaninaminotransferaz (ALT), laktatdehidrogenaz (LDH), kreatinfosfokinaz (CPK) düzeylerindeki yükselme dikkat çekicidir. Koagülasyon testlerinden protrombin zamanı, aktive parsiyeltromboplastin zamanında uzama, fibrinojen düzeyinde düşme, fibrin yıkım ürünlerinde artış görülmektedir. Ülkemizden bildirilen vakalarda da en sık laboratuvar bulgusu olarak trombositopeni

(%93,2), lökopeni (%88,9) ve transaminaz yüksekliği (%85,9) izlenmiştir. Laboratuvar testleri sıklıkla 5-9 gün sonra normal kan düzeylerine döner (Dizdar ve ark., 2011).

Oral alım bozukluğu ve renal tutulumla bağı proteinüri, hematüri, oligüri ve azotemi gelişebilir. Akciğer tutulumu ve alveol içine kanamaya bağı kan gazında kötüleşme tabloya eşlik edebilir (Öngürü ve Bodur,2012).

2.11. Tedavi

Klinik ve laboratuvar olarak KKKA düşünölen hastalar hastalığın başlangıç döneminde genellikle hastaneye yatırılarak izlenmelidir. Genel durumu iyi ve laboratuvar bulguları hafif derecede bozulmuş olan, çevresine bulaştırma riski olmayan, takip konusunda uyumlu hastalar ayaktan izlenebilir (Öngürü ve Bodur,2012).

KKKA hastalığının etkin bir tedavisi (anti-viral ajan veya antikor) henüz tanımlanmış değildir ve bu hastalara sadece destek tedavisi verilebilmektedir (Hökelek ve ark., 2012). Olguların yönetiminin temeli destekleyici tedavidir (İnci ve Erus, 2014).

Daha önce Bulgaristan'da aşı geliştirildiğı ve etkili olduğuna dair bildirimler var ise de, bu gün için modern anlamda insanlarda kullanılan bir aşı yoktur (Bodur, 2007).

İhtiyaca göre kan ve kan ürünlerinin (taze donmuş plazma, trombosit süspansiyonu, eritrosit süspansiyonu) verilmesi gerekir. Bunun yanı sıra hastanın sıvı ve elektrolitlerinin takibi, varsa organ yetmezliklerine yönelik tedavi yapılır. Ateş, ağrı ve ajitasyona yönelik semptomatik tedavi, oral alamıyorsa parenteral beslenme ihmal edilmemelidir (Suntur ve Hepgöler, 2007). Penetran yaralanma durumunda yaralanan bölgenin sabunlu su ve etanol ile yıkanmasından sonra oral ribavirin profilaksisi verilebilir (Elaldı ve Kaya, 2014).

Tablo 2. KKKA'da ribavirin kullanımı (Uzun ve Uğurlu, 2004).

Hasta Grubu	Oral	Damar İçi
Erişkin	2000 mg yükleme dozunu müteakiben, 6 saat arayla 1000 mg dozunda 4 gün; daha sonra da 500 mg dozunda yine 6 saat arayla 6 gün verilebilir.	17 mg/kg (maksimum 1 gr) yükleme dozunu müteakiben, 6 saat 17 mg/kg (maksimum 1 gr) dozunda 4 gün; bundan sonra 8 saat arayla 8 mg/kg (maksimum 500 mg) dozunda 6 gün süreyle verilebilir. Tedaviye geç kalınması veya gerek görülmesi durumlarında yükleme dozu 30 mg/kg (maksimum 2 gr) olabilir.
Gebe	Embriyotoksik ve teratojenik etkilerinden dolayı gebelerde kullanımı kontrendikedir. Ancak, gerektiğinde erişkin dozlarında verilebilir.	Embriyotoksik ve teratojenik etkilerinden dolayı gebelerde kullanımı kontrendikedir. Ancak, gerektiğinde erişkin dozlarında verilebilir.
Çocuk	30 mg/kg yükleme dozunu müteakiben, 6 saat arayla 15 mg/kg dozunda 4 gün; sonra yine 6 saat arayla 7 mg/kg dozunda 6 gün verilebilir.	Erişkenlerde olduğu gibi vücut ağırlığına göre hesaplanmalıdır.
Mezuniyet Durumunda Profilaksi	6 saat arayla 500 mg dozunda 7 gün verilebileceği ifade edilse de maruziyet durumlarında profilaktik amaçlı ribavirin kullanımı DSÖ tarafından önerilmemektedir. Ayrıca, çocukların maruziyet durumunda profilaktik amaçlı herhangi bir öneri mevcut değildir.	

İyileşen hastalarda düzelme genellikle 9-10. günde başlar. İyileşme genellikle yavaş olup 2-6 haftalık bir sürede gerçekleşir; güçsüzlük ve halsizlik iyileşmeden sonra haftalarca sürer. Sağ kalan olgularda sekel görülmez (Özkurt, 2007). Ölüm daha çok hastalığın ikinci haftasında (5–14 gün) görülmektedir (TSHGM, 2011).

Tablo 3. KKKA olgularına yaklaşım için algoritma (Ergönül, 2006).

Şüpheli olgunun değerlendirilmesi

Klinik belirtiler (Ateş, miyalji, kanamalar)

Öykü

1. Endemik bölgeden gelmiş olmak
2. Endemik bölgelerde aktiviteler (piknik, gezi gibi)
3. Kene ısırması
4. Endemik bölgede hayvancılık ile uğraşma

Laboratuvar testleri (Düşük trombosit ve lökosit, yüksek AST, ALT, LDH, CPK)

Koruyucu önlemler

- a. Hastanın izolasyonu
- b. Sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesi ve eğitimi
- c. Bariyer önlemlerinin kullanılması

Tanının kesinleştirilmesi

PCR ve ELISA için serum

- a. IgM veya PCR pozitifliği tanıyı kesinleştirir.
- b. Ayırıcı tanı için serum

Tedavi kararları

1. Ciddiyet kriterlerinin tanımlanması ve ribavirin verilip verilmeyeceğine karar verilmesi
2. Tanı kesinleştirilmemişse diğer olası etkenlerin gözden geçirilmesi gerekir. Doksisisiklin veya eşdeğeri ilaç başlanmalıdır.
3. Hematolojik destek
 - a. Hemostazın iyileştirilmesi için taze donmuş plazma
 - b. Trombosit solüsyonları
4. Solunum desteği

Takip

1. Hastalığın relapsı yoktur. Bu nedenle hastalığı geçirmiş kişilerin özel olarak takibi gerekmez.
 2. Virüse maruz kaldığından şüphelenilen sağlık çalışanları, tam kan sayımı ve biyokimyasal testlerle 14 gün boyunca izlenebilirler.
-

2.12. Korunma ve Kontrol

Keneye “bakarak” kenenin hastalık etkeni taşıyıp taşımadığı anlaşılmaz. Kenelerle bulaşan enfeksiyonların önleminde iki temel strateji söz konusudur. Bunlar, kişisel korunma önlemlerinin uygulanması ve artan kene popülasyonunun kabul edilebilir seviyeye indirilmesidir (Kurt Azap, 2013).

2.12.1. Kişisel Korunma Tedbirleri

Kişilerin KKA hastalığından korunmasında kişisel tedbirlerin ve hastalık hakkında farkındalık ve yeterli bilgi düzeyine sahip olmaları büyük önem taşır. Basit bariyer önlemleri genellikle korunmak için yeterlidir (Ergönül, 2006).

Bu önlemler aşağıda sıralanmıştır.

- Vücudun açık yerlerini kapatılmalı,
- Korunmasız enfekte doku ve kan ile temas edilmemeli,
- Pantolan paçaları çorap içine almalı,
- Açık renkli elbiseler tercih edilmeli,
- Vücut kene yönünden sık sık kontrol edilmeli,
- Kırsal alandan dönüşte mutlaka vücut ve elbiseler kene yönünden kontrol edilmeli,
- Kenelerin yoğun olduğu alanlardan uzak durmalı,
- Hayvancılıkla uğraşanlar eldiven ve uzun önlükler kullanmalı,
- Deriye koruyucu kimyasallar da kullanılmalı,
- Vücuda tutunmuş kene varsa en kısa sürede çıkarılması sağlanmalı,
- Kene çıkarıldıktan sonra kişi hastalık belirtileri ve yapılması gerekenler hakkında bilgilendirilmelidir.

Kene tutunması ve korunmasız enfekte kan ve dokulayla temas öyküsü olan kişiler ateş, baş ağrısı, yoğun halsizlik, bulantı, kusma gibi şikayetler yönünden kendilerini izlemeli, böyle bir şikayetleri olması durumunda en yakın sağlık kuruluşuna başvurmalıdır.

2.12.1.1. Sağlık Çalışanlarında Korunma

- Hastalıkta hava yoluyla bulaş olmadığı ancak damlacık yoluyla bulaşma riski olduğundan hastaya yaklaşımda cerrahi maske yeterlidir (HASUDER, 2012).

- İnsandan insana havayoluyla geçiş nadir olarak görülmektedir, fakat hemorajik ateş virüslerinin hava yoluyla geçme olasılığını da sağlık personeli göz ardı etmemelidir (Özkahraman, 2007).

KKKA'lı bir hastaya bakım verirken kullanılan araçları dezenfekte etmede günlük hazırlanmış çamaşır suyu çözeltileri, gulateraldehid (%2), sabun, deterjan ve su kullanılabilir. Antiseptik olarak klorhekzidin veya iyot bileşikleri, ellerin dekontaminasyonunda ise klorhekzidinli %70'lik izopropil alkol kullanılabilir. Klor içeriği %5 olan hazır çamaşır suyundan 1/10 ya da 1/100'lik çözeltiler günlük olarak hazırlanıp kullanılmalıdır. Hastaların taşınması için kullanılan araçlara bulaşan hastaya ait vücut sıvıları, idrar, dışkının dezenfeksiyonunda 1/10'luk çamaşır suyu kullanılmalıdır. Yüzeylerin, tıbbi malzemelerin, hastaya ait malzemelerin ve tekrar kullanılabilen malzemelerin dezenfeksiyonunda 1/100'lük çamaşır suyu kullanılır. Sabunlar ve deterjanlardan ayrıca bu virüsleri inaktive etmek için bolca yararlanılmalıdır. Hastaya ait elbiselerin ve battaniyelerin de hipoklorit solüsyonu gibi dezenfektanlarla yıkanması gerekir. Hastanın bakımında yararlanılan, kullanılıp atılmayan laboratuvar araçları, endoskop gibi ekipmanlar dekontaminasyon sıvıları (örneğin; glualdehit ya da hipoklorit) ile mutlaka temizlenmeli ve otoklav da sterilize edilmelidir (Özkahraman, 2007).

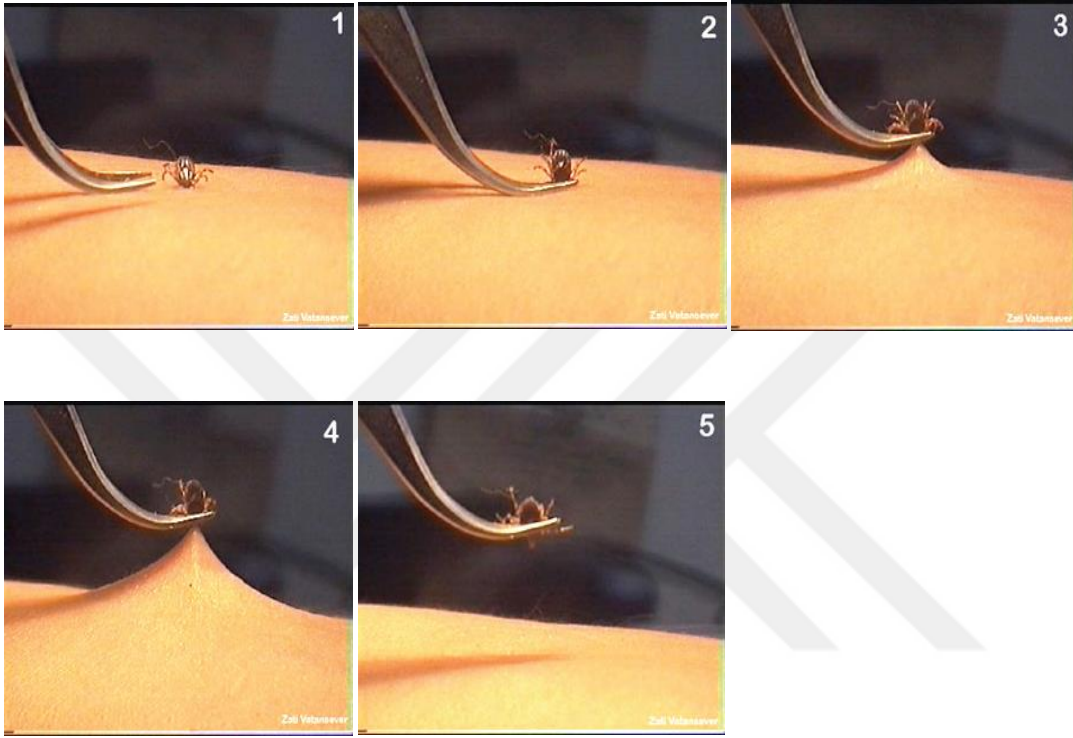
2.12.2. Kene Sayısının Azaltılmasına Yönelik Tedbirler

Kenelerle mücadele son derece zahmetli ve pahalı bir uygulamadır ve başarı şansı çoğunlukla düşüktür. Özellikle kenelere kaşı akaridlerle çevre ilaçlaması yapılması kenelerin yüksek üreme yetenekleri, çevre şartlarına çok dayanıklı olmaları, çevrede özellikle akaridlerin ulaşması zor bölgelerde bulunmaları, akaridlere direnç geliştirmeleri, kullanılan akaridlerin yalnızca doğru zamanda uygulandığında etkili olmaları ve çok önemli çevre kirliliğine yol açmaları gibi nedenlerle uygulamada çok faydalı bulunmamaktadır (Keten ve ark., 2008).

Söz konusu olan, insan sağlığını etkileyen bir epidemi olduğundan, kene sayısını hızla azaltabilecek önlemlerin acilen alınması gerekmektedir. Bunu sağlamak için de, çoğunlukla hayvanların ve/veya kenelerin bulunabilecekleri alanların insektisit/akarisit ilaçlarla ilaçlanması yoluna gidilmektedir (Vatansever ve ark., 2009).

2.13. Kene Çıkarma Basamakları

Vücut kene yönünden sık sık kontrol edilmeli, eldiven, naylon poşet veya bez parçasıyla kene tutularak ya da bir pensle / cımbızla, varsa kene çıkartma kartı ile kenenin deriye yapıştığı yerden tutulup sağa sola oynatılarak çivi çıkarır gibi kene ezilmeden çıkarılmalıdır.



Resim 3. Kenenin pens ile vücuttan uzaklaştırılması (TTB, 2010).

Kene, vücutta fark edildiği andan itibaren hemen çıkarılmalıdır. Kenenin vücuttan çıkartılmasında zorlanılıyorsa veya keneyi vücuttan nasıl çıkartacakları konusunda yeterli bilgiye sahip olmayan kişiler en kısa sürede bir sağlık kuruluşuna başvurmalıdırlar. Kene eldivenle çıkarılmalı, asla çıplak elle çıkarılmamalıdır. Kene çıkarılınca çıkartılan bölgeye deriye antiseptik uygulanmalıdır. Çıkartılan kene çamaşır suyu/alkol veya insektisit bulunan ağzı kapalı bir şişe içine atılarak öldürülmeli ve kullanılan materyal sızdırmaz bir kutuya konularak tıbbi atığa atılmalıdır. Kenenin 'kafası' diye tanımlanan şey aslında deri içine soktuğu ağız organelleridir. Bunlar kitin yapısındadır ve salgı bezi içermez. Dolayısıyla deri içinde kalmaları virüsü bulaştırma riskleri minimumdur. Bu bir ağaç kıymığının batması gibi değerlendirilmeli ve daha sonra gerekli antiseptik özen gösterilerek çıkartılmalıdır (TTB, 2010).

Kene üzerine kusmayı uyandırıcı herhangi bir madde (alkol, gaz yağı, kolonya vb.) kesinlikle dökülmemeli ve keneler sigara veya kibrit gibi fiziksel yöntemlerle uzaklaştırılmaya çalışılmamalıdır. Kenenin stresini artıcı her türlü işlem kusmayı artırarak daha fazla virüsün kişiye geçmesine neden olur.

2.14. Cenazelerin Hazırlanması ve Gömülmesinde Yaklaşım

KKKA'ya bağlı ölümlerde de birtakım önlemlerin alınması gerektiğinden, gerekli işlemlerin hastanelerde yapılması daha yararlı olacaktır. Cenazeyi hazırlayacak olan kişi öncelikle kendisi için koruyucu önlemleri (plâstik önlük, kalın eldiven, maske, gözlük vb.) almalıdır. Ceset yıkandıktan sonra 1/10'luk çamaşır suyu çözeltisi ile spreylenebilir, varsa ceset torbasına konarak kapatılmalı ve 1/10'luk çamaşır suyu çözeltisi ile tekrar spreylenebilir. Ceset torbası mevcut değilse, ceset yıkandıktan sonra yine 1/10'luk çamaşır suyu çözeltisi ile spreylenebilir, iki katlı pamuklu bir bez ile sarılmalı ve 1/10'luk çamaşır suyu çözeltisi ile tekrar muamele edilmelidir. Daha sonra plâstik bir malzeme ile sarılan ceset, tekrar aynı çözeltinin spreylenebilir şekilde uygulanmasından sonra, tabutlanmalı ve mühürlenmelidir. Cesedin yıkanmasından sonra, yıkamanın yapıldığı bütün yüzeylerin 1/10'luk çamaşır suyu çözeltisi ile dezenfeksiyonu yapılmalıdır. Cenazenin taşınması sırasında, taşıma işlemini yapanlara da gerekli koruyucu önlemlerin aldırılması sağlanmalıdır. Tabutun açılmasına müsaade edilmemeli ve gerekirse bir görevli eşliğinde defin işlemlerinin gerçekleşmesi sağlanmalı ve yapılanların gerekçesi vefat eden kişinin yakınlarına anlatılmalıdır. Mezarın derinliği en az iki metre olmalı ve cenazeler tabutla gömülmelidir. Defin işlemleri sonrasında cenaze naklinde kullanılan araç da 1/10'luk çamaşır suyu çözeltisi ile yıkanmalı ve bu çözeltiliye 10 dakika maruz bırakılmalıdır. Sonra araba, çözeltinin koroziv etkisi nedeniyle, iyice durulanmalı ve havada kurumaya bırakılmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2005).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma Tokat Devlet Hastanesi'nde KKKA hastalığı ön tanısıyla yatan hastaların, hastalık hakkında bilgi düzeyini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Tokat Devlet Hastanesi'nde yapılmıştır. Tokat il genelinde toplam 9 hastane bulunmaktadır. Ancak Tokat Devlet Hastanesi bu ilin en önemli hastanesi konumundadır. Tokat Devlet Hastanesi, 1936 yılında İl Özel İdaresi tarafından 50 yatak kapasitesi ile Tokat Memleket Hastanesi olarak hizmete girmiş, 24.12.2011 tarihinden itibaren 730 yatak kapasitesine ulaşmıştır. Tokat ili, Türkiye'nin Orta Karadeniz Bölgesinde bulunmaktadır. Kuzeyinde Samsun, kuzeydoğusunda Ordu, doğusunda ve güneyinde Sivas, güneybatısında Yozgat ve batısında bulunan Amasya illeriyle komşudur. Yüzölçümü toplam 10,071 km²'dir.

2010 TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) verilerine göre merkez ilçeyle beraber 12 ilçe, 77 belde ve 609 köy vardır. TÜİK tarafından açıklanan 2014 genel nüfus sayımı verilerine göre il geneli nüfusu 597.920, Merkez ilçe nüfusu ise 185.626 olarak açıklanmıştır. Tokat halkı geçimini tarım, hayvancılık ve ticaretle sağlamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 01.04.2013 / 31.09.2013 tarihleri arasında Tokat Devlet Hastanesi'nde Enfeksiyon Hastalıkları Servisi'nde KKKA hastalığı ön tanısıyla yatan hastalar oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Örnekleme seçimine gidilmemiş olup, araştırmaya doktorların izin verdiği ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm KKKA hastaları alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı dönemde yatan hasta sayısı 349'dur. Araştırmaya toplam 159 (%45.5) hasta katılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada verilerin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Anket formu hazırlanırken önce konu ile ilgili literatür taraması yapılmış, daha sonra taslak olarak hazırlanan anket formu uzman görüşleri doğrultusunda uygulamaya hazır hale getirilmiştir. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, hastanın sosyo-demografik özelliklerini içeren beş adet soru; ikinci bölümde, hastalık öyküsü bilgilerini içeren dokuz adet soru; üçüncü bölümde, hastanın KKKA hastalığı hakkındaki bilgi düzeyini irdeleyen 25 adet soru yer almaktadır.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmacı tarafından literatür taraması yapılarak bulunan çalışmalardan yararlanılarak KKKA hastalığı hakkında bilgi düzeyini içeren anket formu oluşturulmuştur (Hıdıroğlu ve ark., 2012, Gönen, 2011, Çilingiroğlu ve ark., 2010). Araştırmacı tarafından yüz yüze anket uygulanarak araştırma verileri toplanmıştır.

3.7. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırmacı tarafından Tokat Devlet Hastanesi Başhekimliği ve Tokat Kamu Hastaneleri Birliği araştırma hakkında bilgilendirilerek 01.04.2013 tarihli yazı ile izin alınmıştır. Çalışma Tokat Devlet Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde, Nisan 2013 - Eylül 2013 tarihleri arasında uygulanmıştır. Anketi uygulamadan önce hastalara araştırmaya ilişkin bilgi verilmiş, araştırmaya katılımın gönüllülük ilkesine bağlı olduğu belirtilmiştir. Sağlık durumlarından dolayı anket uygulamasının herhangi bir aşamasında bırakabilecekleri söylenmiştir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada toplanan veriler bilgisayarda (SPSS 15) değerlendirilmiştir. Parametrik test varsayımları karşılandığında iki kategorili bağımsız değişkenler için t-testi kullanılmıştır. Parametrik test varsayımları karşılanmadığında Mann-Whitney U testi ve Kruskall Wallis H testi kullanılmıştır. Kruskall Wallis H testinin anlamlı çıkması durumunda ise farkı doğuran grubun tespiti için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Katılımcıların kişisel özellikleri ve sorulara verilen yanıtlar frekans ve yüzdelerle betimlenmiştir. İstatiksel olarak $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırma öncesi, Cumhuriyet Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'ndan ve uygulamanın yapılacağı ilgili sağlık kurumundan gerekli izinler alınarak anket uygulanmıştır. Araştırma gönüllülük esasına dayanmaktadır. Anket uygulamasının herhangi bir aşamasında ateşi yükselmesi ya da diğer nedenlerden (halsizlik, baş dönmesi v.b) dolayı anket uygulamasına son verilmiştir.



3. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan KKA hastalığı ön tanısıyla yatan hastaların sosyo-demografik özellikleri Tablo 4’de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; hastaların %39’unun 45-64 yaş aralığında, %56’sının erkek, %51,6’sının ilköğretim mezunu, %73’ünün çiftçi olduğu, %69,8’inin köyde yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 4. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları (n=159)

	Sayı	%
Yaş		
0-17	8	5,0
18-24	18	11,3
25-34	25	15,7
35-44	21	13,2
45-64	62	39,0
65 ve üstü	25	15,7
Cinsiyet		
Erkek	89	56,0
Kadın	70	44,0
Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	31	19,5
Okuryazar	12	7,5
İlköğretim	82	51,6
Ortaöğretim	25	15,7
Üniversite	7	4,4
Yüksek lisans / Doktora	2	1,3
Mesleği		
Çiftçi	116	73,0
Ev Hanımı	19	11,9
Öğrenci	13	8,2
Serbest meslek*	6	3,8
Memur	5	3,1
Yaşadığı Yer		
Köy	111	69,8
Kasaba	25	15,7
İl merkezi	15	9,4
İlçe merkezi	8	5,0

*İnşaat işçisi, esnaf, şoför

KKKA hastalığı ön tanısıyla yatan hastaların, KKKA hastalığına yakalanma öyküsü Tablo 5’de gösterilmiştir. Hastaların %68,6’sının vücuduna daha önce kene yapıştığı, %33,3’ünün aynı gün içerisinde hastaneye başvurduğu, %79,9’unun “hastaneye kene yapıştığı için mi başvurduunuz” sorusuna hayır yanıtını verdiği, %49,1’inin vücuduna tutunan keneyi kendisinin çıkarttığı, %91,2’sinin son iki hafta içerisinde kırsal alanları ziyaret ettiği, %94,3’ün il dışı seyahat öyküsünün olmadığı, %95,6’sının son iki hafta içerisinde hasta kişilerin kan ve vücut sıvılarıyla korunmasız temas etmediği ve %73,6’sının hayvan kanı, dokusu veya vücut sıvıları ile korunmasız temas ettiği saptanmıştır.

Tablo 5. Hastaların KKKA hastalığına yakalanma öyküsü (n=159)

	Sayı	%
Vücudunuza daha önce kene yapıştı mı?		
Evet	109	68,6
Hayır	50	31,4
Hastaneye başvurma süreci		
Aynı gün	53	33,3
1.gün	45	28,3
2.gün	18	11,3
3-7 gün	41	25,8
8-14 gün	2	1,3
Hastaneye kene yapıştığı için mi başvurduunuz?		
Evet	32	20,1
Hayır	127	79,9
Vücudunuza tutunan keneyi kim çıkardı?		
Kendisi	78	49,1
Boş (Kene tutulumu yok)	50	31,4
Sağlık görevlisi	17	10,7
Yakını	9	5,7
Kendi düşmüş	5	3,1
Son iki hafta içerisinde kırsal alanları ziyaret ettiniz mi?		
Evet	145	91,2
Hayır	14	8,8

Son iki hafta içerisinde il dışı seyahat ettiniz mi?		
Evet	9	5,7
Hayır	150	94,3
Evet ise hangi illere seyahat ettiniz?		
Boş	150	94,3
Tokat	2	1,3
Samsun	2	1,3
İstanbul	2	1,3
Bolu	1	0,6
Ankara	1	0,6
Sivas	1	0,6
Son iki hafta içerisinde hasta kişilerin kan ve vücut sıvılarıyla korunmasız temas ettiniz mi?		
Evet	7	4,4
Hayır	152	95,6
Hayvan kanı, dokusu veya vücut sıvıları ile korunmasız temas ettiniz mi?		
Evet	117	73,6
Hayır	42	26,4

KKKA hastalığı ön tanısıyla yatan hastaların, KKKA hastalığının adını duyma durumları Tablo 6'da gösterilmiştir. Tablo 6'da görüldüğü gibi, hastaların %97,5'i KKKA hastalığının adını daha önce duyduğunu belirtmiştir.

Tablo 6. Hastaların KKKA hastalığının adını duyma durumu (n=159)

	Sayı	%
KKKA hastalığının adını daha önce duydunuz mu?		
Evet	155	97,5
Hayır	4	2,5

KKKA hastalığı ön tanısıyla yatan hastaların, KKKA hastalığı hakkında hastalıktan önce eğitim alma durumları Tablo 7'de gösterilmiştir. Hastaların %52,2'si

KKKA hastalığı hakkında daha önce eğitim aldığını, %47,8'i KKKA hastalığı hakkında daha önce eğitim almadığını belirtmiştir.

Tablo 7. Hastaların KKKA hastalığı hakkında daha önce eğitim alma durumları
(n=159)

	Sayı	%
KKKA hastalığı hakkında daha önce eğitim aldınız mı?		
Evet	83	52,2
Hayır	76	47,8

KKKA hastalığı ön tanısıyla yatan hastaların, KKKA hastalığının bulaşma yolları hakkındaki bilgi düzeyleri Tablo 8'de gösterilmiştir. Hastaların %52,8'i KKKA hastalığının bulaşıcı olduğunu, %11,3'ü KKKA hastalığının bulaşıcı olmadığını, %35,8'i KKKA hastalığının bulaşıcı olup olmadığını bilmediğini ifade etmiştir. KKKA hastalığının bulaşıcı olduğunu belirten hastaların %58,3'ü KKKA hastalığının nasıl bulaştığını bildiğini, %41,7'si KKKA hastalığının nasıl bulaştığını bilmediğini belirtmiştir. Hastalara keneli hayvanla korunmasız temas edildiğinde KKKA hastalığının bulaşabilir mi sorusu yöneltildiğinde, %48,4'ü bulaşabileceğini, %33,3'ü bulaşmayacağını, %18,2'si bilmediğini belirtmiştir. Hastalara kenenin patlatılmasıyla KKKA hastalığı bulaşır mı sorusu yöneltildiğinde ise, %66'sı evet, %15,1'i hayır, %18,9'u bilmiyorum cevabını vermiştir.

Tablo 8. Hastaların KKKA hastalığının bulaşma yolları hakkındaki bilgi düzeyi
(n=159)

	Sayı	%
KKKA hastalığı bulaşıcı mıdır, biliyor musunuz?		
Evet	84	52,8
Hayır	18	11,4
Bilmiyorum	57	35,8
Evet ise; KKKA hastalığı nasıl bulaşır biliyor musunuz?		
Evet	49	58,3
Hayır	35	41,7
Keneli hayvanla korunmasız temas edildiğinde KKKA hastalığı bulaşabilir mi?		
Evet	77	48,4
Hayır	53	33,3
Bilmiyorum	29	18,2
Hasta olmuş kişiyle korunmasız temas edildiğinde KKKA hastalığı bulaşabilir mi?		
Evet	98	61,6
Hayır	19	11,9
Bilmiyorum	42	26,4
Kenenin patlatılmasıyla KKKA hastalığı bulaşır mı?		
Evet	105	66,0
Hayır	24	15,1
Bilmiyorum	30	18,9

KKKA hastalığı ön tanısıyla yatan hastaların, KKKA hastalığının belirtileri hakkındaki bilgi düzeyleri Tablo 9’de gösterilmiştir. Hastalara KKKA hastalığı olan kişide hangi belirtiler görülür sorusu yöneltildiğinde ilk beş sırayı ateş (%96,8), halsizlik (%85,5), baş ağrısı (%57,2), kusma (%44,0) ve mide bulantısı (%22,0) cevapları almıştır.

Tablo 9. Hastaların KKKA hastalığının belirtileri hakkında bilgi düzeyi (n=159)

	Sayı	%
KKKA hastalığı olan kişide hangi belirtiler görülür?		
Ateş	154	96,8
Halsizlik	136	85,5
Baş ağrısı	91	57,2
Kusma	70	44,0
Mide bulantısı	35	22,0
Karın ağrısı	31	19,5
Öksürük	26	16,3
Kanama	15	9,4
Yaygın vücut ağrısı	13	8,1
Kulak ağrısı	9	5,6
Baş dönmesi	6	3,7
İştahsızlık	6	3,7
İshal	6	3,7
Burun akıntısı	5	3,1
Bilmiyorum	3	1,8
Terleme	1	0,6

KKKA hastalığı ön tanısıyla yatan hastaların, KKKA hastalığın etkeni olan kene hakkındaki bilgi düzeyleri Tablo 10'da gösterilmiştir. Hastalar kenenin vücutta en çok tutunduğu yerleri sıklık sırasına göre; kulak arkası (%84,2), ense (%82,3), karın (%80,5), saç dipleri (%79,2) ve genital bölge (%77,9) olarak belirtmişlerdir. Hastalara kene vücuda tutunurken acı hissi verir mi sorusu yöneltildiğinde, %28,3'ü evet, %56,6'sı hayır, %25,1'i bilmiyorum cevabını vermiştir. Hastalara kenenin vücutta kalış süresi önemli midir sorusu yöneltildiğinde, %66,7'si evet demiştir. Hastalara KKKA hastalığına neden olan kene uçar veya zıplar mı sorusu yöneltildiğinde, %25,2'si uçar, %44'ü uçmaz ve zıplamaz cevabını vermiştir. Hastalara her kene KKKA hastalığını bulaştırır mı sorusu yöneltildiğinde, %65,4'ü hayır; kenenin büyüklüğü KKKA hastalığını bulaştırmada etkili midir sorusu yöneltildiğinde ise %52,2'si evet, %30,8'i hayır demiştir. Hastaların %96,9'u kenelerin yaptığı hastalıkların en sık Nisan-Eylül ayları arasında görüldüğünü belirtmiştir. Hastalara KKKA hastalığına neden olan

kenelerin bulunduğu alanlar nerelerdir sorusu yöneltildiğinde en sık verilen cevaplar; tarlalar (100,0), ağaçlık alanlar (%99,3), yüksek boylu otlu alanlar (%96,2), kısa çalılıkların-fundalıkların bulunduğu alanlar (%94,9) ve yabancı otların bulunduğu alanlar (%93,1) şeklinde sıralanmıştır.

Tablo 10. Hastaların KKKA hastalığının etkeni olan kene hakkındaki bilgi düzeyi

	Sayı	%
Kenenin vücutta en çok tutunduğu yerler neresidir?		
Kulak arkası	134	84,2
Ense	131	82,3
Karın	128	80,5
Saç dipleri	126	79,2
Genital bölge	124	77,9
Kollar ve eller	106	66,6
Bacaklar ve ayaklar	102	64,1
Koltuk altı	19	11,9
Meme altı	1	0,6
Kene vücuda tutunurken acı hissi verir mi?		
Evet	45	28,3
Hayır	90	56,6
Bilmiyorum	24	15,1
Kenenin vücutta kalış süresi önemli midir?		
Evet	106	66,7
Hayır	15	9,4
Bilmiyorum	38	23,9
KKKA hastalığına neden kene uçar veya zıplar mı?		
Hayır	70	44,0
Bilmiyorum	42	26,4
Uçar	40	25,2
Zıplar	7	4,4

Her kene KKKA hastalığını bulaştırır mı?		
Evet	12	7,5
Hayır	104	65,4
Bilmiyorum	43	27,0
Kenenin büyüklüğü KKKA hastalığını bulaştırmada etkili midir?		
Evet	83	52,2
Hayır	49	30,8
Bilmiyorum	27	17,0
Kenelerin yaptığı hastalıklar en sık hangi aylarda görülür?		
Nisan-Eylül	154	96,9
Ekim-Mart	0	0
Bilmiyorum	5	3,1
KKKA hastalığına neden olan kenelerin bulunduğu alanlar nerelerdir?		
Tarlalar	159	100,0
Ağaçlık alanlar	158	99,3
Yüksek boylu otlular alanlar	153	96,2
Kısa çalılıkların, fundalıkların bulunduğu alanlar	151	94,9
Yabani otların bulunduğu alanlar	148	93,1
Hayvan barınakları	129	81,1
Su kenarları	124	77,9
Çocuk parkları	111	69,8
Samanlık, ambar vb. alanlar	57	35,8

KKKA hastalığı ön tanısıyla yatan hastaların, vücuda tutunan kenenin vücuttan uzaklaştırılması hakkındaki bilgi düzeyleri Tablo 11’de gösterilmiştir. Hastaların %51,6’sı vücuda tutunan kenelerin uzaklaştırılması işlemini kişilerin kendilerinin yapabileceğini, %69,8’i kenenin tutunduğu yerden çıplak elle çıkarılamayacağını, %42,1’i kene çıkartılırken ucu sivri pens veya makas kullanılabileceğini, %48’4’ü keneyi çıkartmak için kıvrılma veya katlanma şeklinde hareketler yapılamayacağını, %64,7’si kenenin çıkarılması için sağlık kuruluşuna gidilmesi gerektiğini belirtmiştir. Hastaların hiçbirisi kenenin kendiliğinden düşmesi beklenmeli cevabını vermemiştir.

Tablo 11. Hastaların kenenin vücuttan uzaklaştırma yöntemlerini bilme düzeyi (n=159)

	Sayı	%
Vücutta tutunan kenelerin uzaklaştırılması işlemini kendileri yapabilirler mi?		
Evet	82	51,6
Hayır	69	43,4
Bilmiyorum	8	5,0
Kene tutunduğu yerden çıplak elle çıkarılabilir mi?		
Evet	34	21,4
Hayır	111	69,8
Bilmiyorum	14	8,8
Kene çıkartılırken ucu sivri pens, makas kullanılabilir mi?		
Evet	67	42,1
Hayır	51	32,1
Bilmiyorum	41	25,8
Keneyi çıkartmak için kıvrılma/ katlanma şeklinde hareketler yapılabilir mi?		
Evet	40	25,2
Hayır	77	48,4
Bilmiyorum	42	26,4
Vücutunuza kene tutunursa ne yapılmalı biliyor musunuz?		
Kenenin çıkarılması için sağlık kuruluşuna gidilmeli	103	64,7
Kene cımbız ve benzeri aletle çıkarılmalı	45	28,3
Kene elle koparıp atılmalı	32	20,1
Bilmiyorum	9	5,6
Kene bir kâğıt ya da bezle çıkarılmalı	3	1,8
Kenenin üzerine alkol veya kolonya dökülmeli	2	1,2
Keneyi el ile patlatılıp ezmeli	2	1,2
Kenenin üzerine sigara bastırılmalı	2	1,2
Kenenin kendiliğinden düşmesi beklenmeli	-	-

KKKA hastalığı ön tanısıyla yatan hastaların, KKKA hastalığından korunma yolları hakkındaki bilgi düzeyleri Tablo 12’de verilmiştir. Hastaların %51,6’sı hastalıktan nasıl korunulduğunu bildiğini, %42,1’i aşımın mevcut olup olmadığını bilmediğini, %95,6’sı hastalıktan korunmada kişisel korunma önlemlerin önemli olduğunu belirtmiştir. Hastalara KKKA hastalıktan korunmada nasıl kişisel önlemler

alınmalıdır sorusu yöneltildiğinde en sık alınan beş yanıt; pantolonun paçaları çorabın içine sokulmalı (%95,6), arazideyken belli aralıklarla vücutta kene kontrolü yapılmalı (%84,2), açık renk giysiler giyilmeli (%77,3), arazi dönüşünde vücutta kene kontrolü yapılmalı (%76,1) ve böcek kovucular kullanılmalı (%61,0) şeklinde sıralanmıştır.

Tablo 12. Hastaların KKKA hastalığından korunma yolları hakkındaki bilgi düzeyi
(n=159)

	Sayı	%
KKKA hastalıktan nasıl korunulur biliyor musunuz?		
Evet	82	51,6
Hayır	77	48,4
KKKA hastalığına karşı insanlar için etkin ve emniyetli bir aşı mevcut mudur?		
Evet	33	20,8
Hayır	59	37,1
Bilmiyorum	67	42,1
KKKA hastalıktan korunmada kişisel korunma önlemleri önemli midir?		
Evet	152	95,6
Hayır	7	4,4
KKKA hastalıktan korunmada nasıl kişisel önlemler alınmalıdır?		
Pantolonun paçalarını çorabın içine sokmalı	152	95,6
Arazideyken belli aralıklarla vücutta kene kontrolü yapılmalı	134	84,2
Açık renk giysiler giyilmeli	123	77,3
Arazi dönüşünde vücutta kene kontrolü yapılmalı	121	76,1
Böcek kovucular kullanılmalı	97	61,0
Piknik vb. yerlerde otların üzerine örtü serilerek oturulmalı	61	38,3
Hiçbir şey engellemez	4	2,5
Hemen hastaneye gelmek	1	0,6

KKKA hastalığı ön tanısıyla ile yatan hastaların KKKA'ne ait bilgi düzeyi toplam puanlarının dağılımı Tablo 13'de verilmiştir. Hastaların aldıkları ortalama puan $64,39 \pm 14,93$ 'dür (min. 20,00 - maksimum 92,00). En sık alınan puanlar 64,00-76,00 arasındadır (%44,60).

Tablo 13. KKKA Hastalığı ön tanısıyla ile yatan hastaların bilgi düzeyi puanlarının dağılımı (n=159)

Puan	n	%	Yığılımlı %
20,00	1	0,6	0,6
24,00	2	1,3	1,9
28,00	1	0,6	2,5
32,00	2	1,3	3,8
36,00	2	1,3	5,0
40,00	2	1,3	6,3
44,00	7	4,4	10,7
48,00	10	6,3	17,0
52,00	16	10,1	27,0
56,00	7	4,4	31,4
60,00	11	6,9	38,4
64,00	15	9,4	47,8
68,00	21	13,2	61,0
72,00	19	11,9	73,0
76,00	16	10,1	83,0
80,00	10	6,3	89,3
84,00	7	4,4	93,7
88,00	6	3,8	97,5
92,00	4	2,5	100,0

KKKA hastalığı ön tanısıyla ile yatan hastaların hastalık hakkındaki bilgi düzeyi puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 14’de verilmiştir. Hastalarda cinsiyete göre hastalık hakkında bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 14. KKKA hastalığı ön tanısıyla ile yatan hastaların bilgi düzeyi puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımı (n=159)

	n	\bar{X}	S.D.	t	p
Erkek	89	65.11	15.27	0.68	0.05
Kadın	70	63.49	14.56		

KKKA hastalığı ön tanısıyla ile yatan hastaların yaş gruplarına göre hastalık hakkında bilgi düzeyi puan ortalamalarının dağılımı Tablo 15’de verilmiştir. KKKA hastalığı ön tanısıyla ile yatan hastaların yaş gruplarına göre hastalık hakkında bilgi düzeyleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır ($\chi^2 = 18.359$; $p < 0.05$). Buna göre 25-34 yaş grubunda bilgi düzeyi puan ortalaması diğer gruplardan yüksek iken 65 ve üstü yaş grubunda düşüktür.

Tablo 15. KKKA hastalığı ön tanısıyla ile yatan hastaların bilgi düzeyi puan ortalamalarının yaş gruplarına göre dağılımı (n=159)

Yaş	n	Sıra Ort.	χ^2	p
0-17	8	70,31		
18-24	18	90,75		
25-34*	25	106,90	18.359	0,05
35-44	21	79,64		
45-64	62	78,06		
65 ve üstü*	25	53,58		

* Farkı doğuran gruplar ($\chi^2 = 18.359$; $p < 0.05$)

KKKA hastalığı ön tanısıyla ile yatan hastaların eğitim durumuna göre hastalık hakkında bilgi düzeyi puan ortalamalarının dağılımı Tablo 16’de verilmiştir. KKKA Hastaların eğitim durumuna göre hastalık hakkında bilgi düzeyleri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır ($\chi^2 = 14.540$; $p < 0.05$). Buna göre üniversite mezunlarının bilgi düzeyi puan ortalaması diğer gruplardan yüksek iken okuryazar olmayanların düşüktür.

Tablo 16. KKKA hastalığı ön tanısıyla ile yatan hastaların bilgi düzeyi puan ortalamalarının eğitim durumuna göre dağılımı (n=159)

Eğitim	n	Sıra Ort.	χ^2	p
Okuryazar değil*	31	57,60		
Okuryazar	12	83,67		
İlköğretim	82	81,38	14.540	0.006
Ortaöğretim	25	87,68		
Üniversite *	9	118,33		

* Farkı doğuran gruplar ($\chi^2= 14.540$; $p<0.05$).

KKKA hastalığı ön tanısıyla ile yatan hastaların yaşadığı yere göre hastalık hakkında bilgi düzeyi puan ortalamalarının dağılımı Tablo 17’de verilmiştir. Hastaların yaşanılan yere göre hastalık hakkında bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2= 2.018$; $p >0.05$).

Tablo 17. KKKA hastalığı ön tanısıyla ile yatan hastaların bilgi düzeyi puan ortalamalarının yaşanılan yere göre dağılımı (n=159)

Yaşanılan yer	n	Sıra Ort.	χ^2	p
İl merkezi	15	89,70		
İlçe merkezi	8	88,31	2.018	0.05
Kasaba	25	86,42		
Köy	111	76,64		

($\chi^2= 2.018$; $p >0.05$).

KKKA hastalığı ön tanısıyla ile yatan hastaların mesleğe göre hastalık hakkında bilgi düzeyi puan ortalamalarının dağılımı Tablo 18’de verilmiştir. Hastaların mesleğe göre hastalık hakkında bilgi düzeyi puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur ($\chi^2= 1.920$; $p >0.05$).

Tablo 18. KKKK hastalığı ön tanısıyla ile yatan hastaların bilgi düzeyleri puan ortalamalarının mesleğe göre dağılımı (n=159)

Meslek	<i>n</i>	<i>Sıra Ort.</i>	χ^2	<i>p</i>
Memur	5	96,80		
Serbest meslek	6	94,42		
Çiftçi	116	78,35	1.920	p>0.05
Öğrenci	13	87,58		
Ev hanımı	19	75,92		

($\chi^2 = 1.920$; $p > 0.05$).



5. TARTIŞMA

KKKA hastalığı enfekte kenelerle insanlara bulaşan, Nairovirüslerin neden olduğu akut ve ciddi seyirli bir viral hastalıktır. Özellikle endemik bölgelerde (Sivas, Tokat, Yozgat, Amasya gibi) yaşayan kişilerin yaşamını büyük ölçüde etkilemektedir. Bu hastalık ülkemizde ilk defa 2002 yılında Tokat ilinde görülmüş olmasına rağmen ilk tanı 2003 yılında konulmuştur. Bu yıldan itibaren Türkiye için önemli bir halk sağlığı sorunu olmuştur. Halen önemini korumaktadır. Araştırmanın yapıldığı Tokat ilinin geçim kaynağı tarım ve hayvancılık olduğu göz önüne alınırsa bu bölgede halkın KKKA hakkında bilinçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Tokat ili Erbaa ilçesinde yapılan bir araştırmaya göre 312 kene ısırması vakasının %58,3'ü (182 kişi) erkek ve %41,7'si (130 kişi) kadındır (Gönen, 2011). Bizim araştırmamıza katılanların ise %56'sı (89 kişi) erkek, %44'ü (70 kişi) kadındır. Gönen (2011) tarafından yapılan araştırmanın cinsiyete ilişkin bulguları ile bu çalışmadaki bulgular benzerlik göstermektedir. Hedef gruptaki erkek oranının fazla olmasının nedeninin; erkeklerin çiftçilik-hayvancılık gibi işlerde daha çok zaman geçirmesi, kadınların da kenelerin bulunduğu alanlarda daha az kalmaları olduğu düşünülmektedir. Kenelerin konak seçmesinde cinsiyet ayrımı yaptıklarına dair bir bulgu yoktur.

Çalışmamızda hastaların %73'ü çiftçilik / hayvancılık ile uğraşmaktadır. Mayıs 2008 - Eylül 2009 tarihleri arasında Kastamonu Dr. Münif İslamoğlu Devlet Hastanesi'nde tanı alan 85 KKKA olgusu üzerine yapılan araştırmada; hastaların %90,5'i (77 kişi) hayvancılık/çiftçilik yapmaktadır (Bakır-Özbey, 2010). Elde edilen sonuçlar bu araştırma ile benzerlik göstermektedir. En fazla riskli grubun KKKA hastalığı için tarım ve hayvancılıkla uğraşan kişiler olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle; hastalığa özgü eğitimlerde seçilecek hedef gruba bu meslekle uğraşan kişilerin özellikle seçilmesi önem taşımaktadır.

Hyalomma cinsi keneler Türkiye ikliminde Nisan –Eylül ayları arasında aktif olmakta ve kene kökenli hastalıklar en fazla bu aylarda görülmektedir. Ankara ve Kırıkkale illerinde yürütülen ortak çalışmada katılımcıların %92,1'i; KKKA hastalığının en fazla Nisan-Eylül aylarında görüldüğünü bilmektedir (Şimşek, 2011). İnceboz ve arkadaşları (2011b) tarafından yapılan bir araştırmada, kenelerin en çok Nisan-Eylül aylarını içeren bahar-yaz aylarında hastalıklara neden olduğu saptanmıştır. Bu çalışmaya katılanların %96,9'u kene kökenli hastalığın en sık Nisan - Eylül ayları

arasında görüldüğünü bilmektedir. Bu sonuç kenelerin en çok Nisan ve Eylül ayları arasında ortaya çıktığının bilindiğinin göstergesidir. Hastalıktan korunmada, özellikle bu aylarda, kişisel korunma önlemlerinin daha dikkatli alınması konusunda bilinçlendirilme yapılması gerekmektedir. Tavşan ve arkadaşları (2012), hastalık genellikle ilkbahar ve yaz aylarında görülmesine rağmen endemik bölgelerde Ekim - Kasım aylarında gribal infeksiyon düşünülen hastalarda özellikle KKKA'nın ayırıcı tanı olabileceği görüşünü savunmaktadır.

Kene ne kadar uzun süre kan emerse o kadar fazla miktarda virüs vereceğinden kenenin fark edilir edilmez çıkartılması önemlidir. Çalışmamızda; hastaların %66,7'si kenenin vücutta kalış süresini önemli bulmuştur. Yapılan başka bir araştırmada da kenenin vücutta kalma süresini hedef grup önemli bulmuştur (İnceboz ve ark., 2011b).

Manisa Moris Şinasi Çocuk Hastanesinde yapılan araştırmaya göre; kene yapışması olgularının %98,8'inin 24 saatten önce hastaneye başvurduğu saptanmıştır (İnceboz ve ark., 2011). Çalışmamızda ise aynı gün hastaneye başvuranlar %33,3'dür. Yapılan bu araştırmada aynı gün hastaneye gelme oranının düşük olmasının nedeni, Tokat ili halkının genelde tarım ve hayvancılıkla geçindiği için, daha önce rastlanan kene ısırması vakalarında kişilerin keneleri kendileri çıkartıp işlerine devam ettikleri ve bu duruma alışkın olup hastalık yapan keneyi ayırt ettiklerini düşünüyor olmaları olabilir.

KKKA'nın bulaşmasında *Hyalomma* soyuna ait keneler daha büyük bir yere sahip olmakla birlikte, 30 civarında kene türünün bu hastalığı bulaştırabileceği bildirilmektedir (HASUDER, 2012). Araştırmamıza katılan hastaların %65,4'ü her kenenin hastalık bulaştırmadığını bilmektedir. Bu nedenle kene türlerini ayırt ettiğini düşünen kişilerin çoğu, kene ısırması sonrası KKKA belirtileri ortaya çıkmadan hastaneye başvurmada gecikmektedirler. Bu durum, erken tanıyı geciktirdiği gibi klinik seyrin ağır geçmesine neden olup ölüm oranının artmasına da yol açabilir.

KKKA'nın en önemli bulaşma yolu virüslü kenenin insanı ısırmasıdır. İnfekte hayvan ya da insanların kan, vücut sıvıları ya da diğer infekte dokularıyla korunmasız temas yolu ile de virüs insanlara bulaşır. Çalışmamızda hastaların %52,8'i hastalığın bulaşıcı olduğunu ve %30,8'i nasıl bulaştığını bilmektedir. Öztürk ve arkadaşlarının (2011) yaptığı araştırmaya göre, KKKA hastalığının kenelerle bulaşan bir hastalık olduğunu bilenlerin oranı %33,0 olarak saptanmıştır. Yapılan bu çalışmalar, kişilerin KKKA hastalığının bulaşıcılığını ve bulaşma yollarını yeterli düzeyde bilmediklerini göstermiştir.

Çalışmamıza katılanların %48,4'ü keneli hayvanlardan, %61,6'sı hasta olmuş kişilerden korunmasız temas edildiğinde, %66,0'ı kenenin patlatılmasıyla bulaş olabileceğini bilmektedir. Keneli hayvanlarla bulaş olacağını düşünenlerin oranının düşük olması; hayvanlardaki kenelerin hastalığa neden olmayacağı yanılgısından kaynaklanabilir.

Destek tedavisi esas tedavi olup günümüzde insanlarda kullanılan KKKA'ya özgül ne bir ilaç ne de güvenli bir aşı bulunmamaktadır (Elaldı ve Kaya, 2014). Çalışmamıza katılan hastaların %20,8'i KKKA hastalığına karşı aşının mevcut olduğunu, %37,1'i aşı bulunmadığı ve %42,1'i bilgisi olmadığını ifade etmiştir. %20,8 her ne kadar düşük bir oran gibi gözükse de endemik olan bir bölgede bu oran önemsenmelidir.

Hastalığın başlangıcında ateş, kırıklık, baş ağrısı, halsizlik, aşırı duyarlılık, kollarda, bacaklarda ve sırtta şiddetli ağrı ve belirgin bir iştahsızlık görülür. Kusma, karın ağrısı veya ishal de olabilir. İlk günlerde yüz ve göğüste peteşi ve konjunktivalarda kızarıklık dikkati çekerken, daha sonra gövde ve ekstremitelerde ekimozlar oluşabilir (Uzun ve Uğurlu, 2004). Çalışmamızda KKKA hastalığı ön tanısıyla yatan hastaların %96,8'i ateş, %85,5'i halsizlik, %57,2'i baş ağrısı, %44,0'ı kusma, %22'si mide bulantısı ve %19,5'i karın ağrısı belirtilerini doğru bilmelerine rağmen; %16,3'ünün öksürük, %3,1'inin burun akıntısı gibi gribal belirtilerle karıştırdıkları saptanmıştır. Bu sonuç hastaların KKKA hakkında tam ve doğru bilgiye sahip olmadığını düşündürmüştür. Yapılan bir başka araştırmada katılımcıların %46,6'sının KKKA'nın belirtilerini bilmediği, yalnızca %1,7'sinin bütün belirtileri tam bildiği; en çok bilinen belirtinin ise ateş olduğu (%14,9) görülmüştür (Yalçıntaş ve ark., 2014). Diğer bir araştırmaya göre, araştırmaya katılanların %75,5'i ateş, %50,7'si halsizlik, %24,9'u kas ağrısı olduğunu belirtmiştir (Şimşek, 2011). Karaman ve arkadaşlarının (2010) yaptığı bir araştırmada bütün hastalarda ateş varken; 29 hastada (%94) halsizlik-kırgınlık, 21 hastada (%68) bulantı-kusma, 14 hastada (%45) baş ağrısı, 12 hastada (%39) ishal ve 11 hastada (%35) kas ağrısı en sık görülen bulgulardır. Araştırmalara göre en çok bilinen belirti ateştir. Yaptığımız araştırmadaki veriler bunu doğrular niteliğindedir.

Hastalıktan korunmada en önemli faktör virüs ile teması önleyecek kişisel korunma tedbirlerinin alınmasıdır. Çalışmamızda hastaların %95,6'sı kişisel korunma önlemlerinin önemli olduğunu ifade etmiştir. %51,6'sı hastalıktan nasıl korunması gerektiğini bilirken, %48,4'ü bilmemektedir. Kişisel korunma önlemleri olarak

%95,6'sı pantolonun paçalarını çorabının içine sokması, %84,2'si belli aralıkta vücutta kene kontrolü yapması ve %77,3'ü açık renkli giysiler giymesi gerektiğini bilmektedir. % 2,5'i ise hiçbir şey engelleyemez diye düşünmektedir. Şimşek'in (2011) yaptığı araştırmaya göre %70,1'i pantolonun paçalarını çorabın içine konulması gerektiğini, %13,8'i hiçbir şeye gerek olmadığını ifade etmiştir. Öztürk ve arkadaşlarının (2011) yapmış olduğu araştırmaya göre, çalışmaya katılanların büyük bir kısmının kenelerden korunmak için yapılması gereken uygulamaları bildikleri tespit edilmiştir. Vançelik ve arkadaşlarının (2012) yaptığı araştırmada araştırmaya katılanların büyük bir oranının pantolon paçalarının çorabın içine konulması davranışını benimsediği tespit edilmiştir. Araştırmaların çoğunda görülüyor ki; insanların çoğu pantolon paçalarını çorabın içine sokma davranışını bilmektedir. Bunun nedeninin yerel ve ulusal medyada (radyo, televizyon, gazete vb.) ve sağlık kuruluşlarındaki eğitim çalışmalarında (afiş, sinevizyon, poster vb.) koruyucu önlemlere yer verilmesi olduğu düşünülmektedir. Bunun yanı sıra kişisel koruyucu önlemlerin etkili ve önemli olmadığını düşünenlerin de olduğu gözlemlenmiştir. Bu kişilere hastalığın boyutları ve tehlikesi hakkında bilinçlendirme çalışmalarının yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Kene kan emdiği yerden öldürülmeden, ezilmeden ve kenenin ağız organelleri koparılmadan yavaşça çekilip alınmalıdır. Kan emen kenenin üzerine, kusmayı uyandırdığı için kesinlikle hiçbir sıvı, yakıcı madde, sabun köpüğü vs. dökülmemesi gerekir (Sert Çiçek, 2009). Kene başın deriye girdiği yere yakın bir bölgeden bir cımbızla kenenin baş kısmından tutulup, sağa sola oynatılarak sanki çivi çıkarır gibi çıkarılmalıdır. Kişiler keneyi fark ettikleri andan itibaren uygun yöntemlerle keneyi vücuttan kendileri uzaklaştırabilirler. Araştırmamıza katılan hastaların %69,8'i kenenin çıplak elle çıkartılabileceğini, %51,6'sı kenenin çıkartılmasını kendilerinin yapabileceklerini düşünmektedir. Fakat bu yanlış bilgiler eğitimlerle doğrulanıp, uygulanması gereken koruyucu önlemlerin bilinmesi sağlanabilir.

Çiler Erdağ ve arkadaşlarının (2007) yaptığı araştırmada kenenin, olguların %42'sinde evde, %58'inde ise hastanede çıkarıldığı, %51,6'sında ısırıldıktan sonraki ilk 24 saat içinde hastaneye başvurdukları sonucuna varılmıştır. Sümer'in (2010) yaptığı araştırmaya göre kene ısırıklarının %81,5'i hastanede doktor tarafından çıkarılmıştır.

Vançelik ve arkadaşlarının (2012) yaptığı araştırmada katılımcıların yaklaşık %90'ının tutunmuş kenenin çıkarılması konusundaki tutumlarının sağlık kuruluşuna gitmek yönünde olduğu saptanmıştır. Diğer bir araştırmaya göre araştırmaya katılanların %84,7'si sağlık kurumuna gidilmesi gerektiğini belirtmiştir (Şimşek, 2011).

Kenenin çıkarılması için sağlık kurumuna gidilmesi gerektiğinin yüksek oranda belirtilmesinin nedeni o dönemdeki eğitimlerde kenelerin sağlık görevlilerinin çıkartması gerektiği bilgisine yer verilmesi olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda ise kişiler artık keneyi evde kendisinin de çıkartılabileceği bilgisine sahiptir. Bu nedenle farklı verilere ulaşılmıştır.

Sıcakkanlı bir konağa geçen kene kendine uygun bir yer bulana kadar avının üzerinde dolaşır ve genellikle boyun, koltuk altı, büküm yerleri gibi korunaklı yerlere yerleşmeyi tercih eder. Tükrük salgısı ile deriyi duyarsız hale getirdikten sonra ağız organelinin kesicileri ile deriyi keser ve hipostom denen kan emmeye yarayan dikensi kısmını kesi yerinden dermise yerleştirir. Kan emme sonunda ağırlıklarının 100-200 katı kadar ağırlık kazanabilirler ve doyduktan sonra konağı terk ederler (Derviş, 2009). Araştırma grubundaki kişilerin; %84,2'si kulak arkasında, %82,3'ü ensede, %80,5 karında, %79,2 saç diplerinde, %77,9 genital bölgede kenenin tutunduğunu ifade etmişlerdir. Hastaların %56,0'ı kenenin vücuda tutunurken acı hissi vermediğini bilmektedir.

Erol ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada 13 yaş altındaki çocukların çoğunluğunda (%44,4) kene baş ve boyun bölgesine tutunurken, erişkinlerde daha çok alt ekstremitelere (%42,6) tutunduğu saptanmıştır. Kene tutunmalarının %18,3'ünde kişiler kendileri tarafından görülemeyecek vücut bölgelerinde yerleştiğini ifade etmiştir. Taşkesen ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada ise ısırık bölgelerinin bacak (%37), gövde (%21), yüz (%16), kol (%10), ense (%10) ve göz kapağı (%6) olduğu tespit edilmiştir.

Hastalık riskinin, özellikle parçalı arazi yapısına sahip kırsal alanlarda (orman içi açıklıklar ve tarım alanları, ormana yakın tarım arazileri) yüksek olduğu ortaya konmuştur (Vatansever ve ark., 2009). İnsanları enfekte eden keneler yetişkin dönemdeki kenelerdir (Kartı, 2009). Araştırmamıza katılan hastaların tamamı kenenin bulunduğu alanları tarlalar, %99,1'i ağaçlıklı alanlar, %96,2'si yüksek boylu otlular alanlar, %93,1'i yabancı otların bulunduğu alanlar olarak ifade etmişlerdir. Endemik bölge olan Tokat ilinde kenenin bulunduğu alanların yüksek oranda bilinmesi iyi bir sonuçtur.

Çalışmamızda, KKKA ile ilgili bilgi puanı ortalaması $64,39 \pm 14,93$ 'dür (min. 20,00 - maksimum 92,00). Araştırma grubunun KKKA hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı saptanmıştır. Hastaların %97,5'i KKKA hastalığını duymasına rağmen sadece %52,2'si hastalık hakkında daha önce eğitim almıştır. Yapılan iki farklı

çalışmada, bireylerin KKKA hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olmadığı tespit edilmiştir (Öztürk ve ark., 2011; Çilingiroğlu ve ark., 2010). Öztürk ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında sağlık ocağına başvuran erişkinlerin KKKA konusunda %86'sının yeterli bilgiye sahip olmadığı ve %63,9'unun bu hastalık konusunda eğitim almak istediği belirlenmiştir. Araştırmamızın diğer araştırmalarla benzer olup KKKA hastalığı hakkında bilgi seviyelerinin yetersiz bulunmasının eğitim ihtiyaç analizinde ve planlanmasında büyük önem taşıdığı düşünülmektedir.

Keten ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada katılımcıların %86,7'sinin televizyon programlarından bilgi edindiği saptanmıştır. Kayseri'de yapılan benzer bir çalışmada ise; hastaların %82,6'sı KKKA konusunda bilgiyi yine televizyon programlarından öğrendiğini belirtmiştir (Öztürk ve ark., 2011). Buradan anlaşıyor ki; bilgi edinme yolları arasında televizyonun önemi ve etkisi büyüktür. Televizyonun eğitim aracı olarak daha yaygın olarak kullanılması gerektiği düşünülmektedir.

Hastalık hakkında bilgi düzeyini belirleyen bu çalışmada, cinsiyete göre hastalık hakkında bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur. Ketten ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada cinsiyete göre KKKA konusunda bilgi düzeyi benzer çıkmıştır. Erzurum'da halkın bilgi düzeyi ve tutumunun değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir çalışmada, bilgi sorularına katılımcıların çoğunun doğru cevap verdiği, erkeklerin bilgi düzeyinin kadınlara göre daha fazla olduğu bulunmuştur (Vançelik ve ark., 2012). Bunun nedeninin erkeklerin eğitimlere daha fazla katılım sağladığına bağlı olduğu düşünülmektedir. Cinsiyet ayırt etmeksizin eğitimlere herkesin katılımı sağlanmalıdır.

Araştırmamızda yaş gruplarına göre hastalık hakkında bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır. Özellikle 65 ve üstü yaş grubunun bilgi düzeyi diğer gruplardan anlamlı ölçüde düşüktür. Bu fark; yaş düzeyi arttıkça eğitim düzeyinin düşmesi, algının ve dikkatin azalması, hafızanın zayıflaması gibi sebeplere bağlanabilir.

KKKA hastalığı ön tanısıyla yatan hastaların eğitim durumuna göre hastalık hakkında bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark vardır. Buna göre üniversite mezunlarının bilgi düzeyi puan ortalaması diğer gruplardan yüksek iken okuryazar olmayanların düşüktür. Ketten ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada hastaların KKKA konusunda bilgi düzeylerinin eğitim seviyesi artışı ile arttığı belirlenmiştir. Araştırmamızda da olduğu gibi eğitim seviyeleri arttıkça bilgi düzeyinin arttığı saptanmıştır. Bu veriler eğitimin önemini ortaya koymaktadır.

KKKA hastalığı ön tanısıyla yatan hastaların mesleğe göre hastalık hakkında bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark yoktur. Mesleklere göre bilgi düzeyleri arasında fark bulunamamıştır ama risk grubu mesleklerin daha fazla bilgiye ihtiyacı olduğu düşünülmektedir. Risk grubu mesleklerin bilgi eksikliklerinin giderilmesi gerekmektedir. Bu düşünceyi Şimşek'in (2011) araştırması da desteklemektedir. Tarım ile ilgili meslekleri olanların (tarım, tarım ve hayvancılık, çobanlık ve sadece süt sağımı) diğer meslek sahiplerinden daha yüksek bilgi puanı ve tutum puanı aldığı saptanmıştır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Tanımlayıcı nitelikteki araştırmamız, Tokat ilinde 01.04.2013 - 31.09.2013 tarihleri arasında KKKA hastalığı ön tasınıyla yatan hastaların hastalık hakkında bilgi düzeyini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmaya Tokat Devlet Hastanesi Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde KKKA hastalığı öntanısıyla yatan 159 hasta katılmıştır.

Araştırmaya katılan 159 hastanın 89'u (%56,0) erkektir. Hastaların çoğunluğu (%39,0) 45-64 yaş aralığındadır. 82 hastanın (%51,6) ilköğretim mezunu olduğu, 116 hastanın (%73,0) çiftçilik/hayvancılık uğraştığı ve 111 hastanın (%69,8) köyde yaşadığı saptanmıştır.

Hastaların 117'sinde (%73,5) hayvan kanı, dokusu veya vücut sıvıları ile korunmasız temas ve 109'unda (%68,5) kene tutunma öyküsü olup 150'sinde (%94,3) il dışı seyahat öyküsü yoktur.

Hastaların 83'ünde (%52,2) KKKA hastalığı hakkında daha önce eğitim almıştır.

Hastaların 84'ü (%52,8) KKKA hastalığının bulaşıcı olduğunu bilirken, sadece 49 hasta (%30,8) nasıl bulaştığını bilmektedir. Bulaş yolu olarak 105 hasta (%66,0) kenenin patlatılmasıyla bulaş olacağını belirtmiştir.

Ateş, halsizlik, baş ağrısı ve kusma en çok bilinen KKKA hastalığı belirtileridir.

Araştırma grubu, kenenin en çok tutunduğu yerleri ve kenenin en çok bulunduğu alanları bilmektedir. 90 hasta (%56,6) kenenin tutunurken acı hissi vermediğini, 106 hasta (%66,6) kenenin vücutta kalış süresini önemli olduğunu, 104 hasta (%65,4) her kenenin KKKA hastalığı bulaştırmadığını ve 154 hasta (%96,8) hastalığın Nisan - Eylül arasında olduğunu bilmektedir.

82 hasta (%51,5) keneyi kendisinin çıkarabileceğini ifade ederken, 111 hasta (%69,8) kenenin çıplak elle çıkarılmaması gerektiğini bilmektedir. 32 hasta (%20,1) keneyi elle koparıp atmalı yanıtını vermiştir.

Hastaların 77'si (%48,4) KKKA hastalığından nasıl korunacağını bilmemektedir. 59 hasta (%37,1) KKKA hastalığının aşısının olmadığını bilmektedir. 152 hasta (%95,5) kişisel korunma önlemlerini önemli bulmuştur. Pantolonun paçalarını çorabın içine konulması, açık renk giysiler giyilmesi, arazideyken ve dönüşte vücutta kene kontrolünün yapılması en çok bilinen kişisel korunma önlemleridir.

Hastaların KKKA hastalığı hakkındaki bilgi düzeyleri 100 tam puan üzerinden ölçülmüştür. Minimum 20 puan (%0,6), maximum 92 puan (%2,5) alınmıştır. Puan ortalaması 64.39'dur. Elde edilen bu sonuçlarla araştırma grubunun KKKA hastalığı hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı saptanmıştır.

Hastaların bilgi düzeyleri ile sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması yapılmıştır. 65 ve üstü yaş grubu ile okuryazar olmayanların bilgi puan ortalamaları diğer gruplardan anlamlı ölçüde düşük bulunmuştur ($p<0.05$). 25-34 yaş grubunda bilgi düzeyi puan ortalaması diğer yaş gruplarından yüksektir ($p<0.05$). Cinsiyete ve mesleğe göre KKKA hastalığı hakkında bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır ($p>0.05$). Araştırma grubunun hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması, endemik bölge olan Tokat ili için düşündürücüdür.

6.2. Öneriler

Araştırma bulguları doğrultusunda aşağıdaki öneriler geliştirilebilir.

- Riskli mesleklerde (tarım ve hayvancılık alanında çalışan kişiler, sağlık çalışanları) çalışanlara KKKA hastalığı hakkında belli aralıklarla eğitim verilmelidir.
- Eğitimler genel olarak; sosyo-demografik özellikler gözetilmeksizin herkese yönelik olmalıdır.
- Sağlık kuruluşlarında bilgilendirme eğitimleri sıklaştırılmalıdır.
- KKKA hakkında farkındalık yaratmak ve halkı bilinçlendirmek amacıyla yerel ve ulusal medya daha etkili kullanılmalıdır.
- Eğitimler, kişilerin eğitim seviyesi dikkate alınarak planlanmalıdır.
- Koruyucu halk sağlığı çalışmalarına halkın etkin katılımı sağlanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

- Acar, A. (2006). Kırım kongo kanamalı ateşi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5(4): 287-295.
- Adıgüzel, H., Durusoy, R. (2014). Türkiye sağlık raporu 2014. *Halk Sağlığı Uzmanları Derneği*, 102-103.
- Akyazı, R., Ecevit, O. (2006). Keneler ve kırım kongo kanamalı ateşi. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, 21(3): 340-349.
- Bakır-Özbey, S. (2010). Kırım-kongo kanamalı ateşi hastalarında erken ribavirin kullanımının fataliteye etkisi. *Klinik Dergisi*, 23(1): 6-9.
- Bodur, H. (2007). Kırım-kongo kanamalı ateşi. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 55 (Ocak 2007): 267-277.
- Çiftçi, E. (2008). Kırım kongo kanamalı ateşi. *Güncel Pediatri Dergisi*, 6(1): 66-68.
- Çiler Erdağ, G., Akın, Y., Çetinkaya, E., Erkul, Y., Ergen, G., Tokuç, G. (2007). Kene ısırması şikayeti ile başvuran olgular. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, XVIII(2):64-70.
- Çilingiroğlu, N., Temel, F., Altıntaş, H. (2010). Kırım kongo kanamalı ateşinde halkın bilgi, görüş ve davranışları: Türkiye'den bir örnek. *Kafkas UnivVet Fak Derg.*, 16(A): 17-22.
- Derviş, E. (2009). Keneler ve dermatoloji. *Türkderm-Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi Dergisi*. 43: 132-138.
- Dizdar, E. A., Erdeve, Ö., Dilmen, U. (2011). Kırım kongo kanamalı ateşinin intrauterin Vepostnatal dönem etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 54: 182-188.
- Duygu, F., Çopur, Çiçek A., Kaya T. (2015). Crimean-Congo hemorrhagic fever and pregnancy: Two cases. *Journal of Microbiology and Infectious Diseases*, 5(1): 29-31.
- Elaldı, N., Kaya, Ş. (2014). Crimean-Congo hemorrhagic fever. *Journal of Microbiology and Infectious Diseases (JMID)*, Special Issue 1: 1-9.
- Ergönül, Ö. (2006). Türkiye'de yeni bir enfeksiyon: Kırım kongo kanamalı ateşi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 15(6): 98-106.
- Ergönül, Ö. (2009). Kırım kongo kanamalı ateşi. *ANKEM Dergisi*, 23(Ek 2): 234-240.
- Erol, S., Yenisolak, A., Yapar Toros, G., Albayrak, A. (2011). Evaluation of the tick bites in a Crimean-Congo hemorrhagic fever (CCHF) endemic area in Turkey. *TÜBİTAK Turk J MedSci*, 41 (1): 131-136.

- Gönen, İ. (2011). Tokat ili Erbaa Devlet Hastanesine başvuran kene tutunması olgularının değerlendirilmesi. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 68 (2): 79 – 84.
- HASUDER (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği), (2012). *Türkiye Sağlık Raporu-2012*. 114-117.
- HSGM (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü), (2018). <<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/zoootikvektorel-kkka/zoootikvektorel-kkka-istatistik>> (Erişim: 17.10.2018)
- Hidroğlu, S., Önsüz, M. F., Topuzoğlu, A., Karavuş M. (2012). Ümraniye bölgesinde birinci basamakta çalışan sağlık personelinin kırım kongo kanamalı ateşi ile ilgili bilgi ve tutumları. *Erciyes Medical Journal*, 34(2): 73-8.
- Hökelek, M., Yalçın, B. M., Tontuş H. Ö. (2012). Bir kene çıkartma mesleksel beceri dersi: Program geliştirme ve değerlendirme. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 16(4):164-168.
- İnceboz, T., Demirel, M., Över L. (2011). Manisa Moris Şinasi Çocuk Hastanesi'ne 2007-2010 yılları arasında kene yapışması şikâyeti ile başvuran olguların araştırılması. *Güncel Pediatri Dergisi*, 9: 116- 121.
- İnceboz, T., Över, L., Şimşek, H., Akısü, Ç. (2011b). Kene ve kene kaynaklı hastalıklarasağlık çalışanlarının yaklaşımları. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 33: 278-284.
- İnci, A.,Erus, S. (2014). Sağlık çalışanlarının kırım-kongo kanamalı ateşi hastalığı hakkında bilgi düzeyi ve tutumları. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 1:15-18.
- Işıkkay, S. (2013). Kırım kongo kanamalı ateşi: Bir olgu sunumu. *Akademik Acil Tıp Olguları Dergisi*, 4: 25-28.
- Kandış, H., Katırcı, Y., Uzun, H., Güneş, H., Kara, İ.H., Geyik, M.F. (2010). Endemik birbölgede kene ısırığı nedeniyle acil servise başvuran olguların demografik ve epidemiyolojik özellikleri. *Düzce Tıp Dergisi*, 12(1): 18-23.
- Kara, A. (2008a). Kırım kongo kanamalı ateşi. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi*, 43: 108-118.
- Kara, A. (2008b). Kene çıkartılması. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 51: 117-122.
- Karadakovan, A. (2010). Kırım kongo kanamalı ateşi (KKKA) ve korunma. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 7(1-2): 19-22.
- Karaer, Z. (2013). Kene kaosu. 18. *Ulusal Parazitoloji Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, Pamukkale Üniversitesi, 29 Eylül-5 Ekim, Denizli, 7-8.*

- Karaman, M., Bayrakal, V., Yılmaz, O., Kiray, M., Bağrıyanık, H. A., Bahar, İ. H. (2010). Deneysel kronik akciğer enfeksiyonu modelinde, pseudomonas Aeruginosa çoğunluğu algılama sistemlerinin rolü ve konak bakteri etkileşimi. *Ankem Dergisi*, 24(Ek 1): 1-6.
- Kartı, S. S. (2009). Kırım kongo kanamalı ateşi. 35. *Ulusal Hematoloji Kongresi Özet Kitabı*. 7-10 Ekim 2009, Antalya, 109-114.
- Keleş, E., Karlıdağ, T., Işık Ö., Saki C.E. (2010). Dış kulak kanalında kene: Olgu sunumu. *Fırat Tıp Dergisi*, 15(2): 110-112.
- Keten, A., Tümer, A.R., Balseven Odabaşı, A., Ketten D. (2008). Kırım kongo kanamalı ateşi olgularında postmortem incelemelerde enfeksiyondan korunma. *Adli Tıp Bülteni*, 13(3): 128-132.
- Keten, H. S., Ölmez, S., Ketten, D., Ersoy, Ö., Yıldırım, F., Üçer, H., Çelik, M. (2014). Kahramanmaraş'ta aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların kırım kongo kanamalı ateşi konusunda bilgi ve tutumları. *Gaziantep Medical Journal*, 20(2): 160-164.
- Kırbaş, A., Özdemir H., Aksözek A. (2010). Elazığ, Samsun, Sivas, Tokat ve Yozgat illerindeki sığır ve koyunlarda kırım kongo kanamalı ateş virüs enfeksiyonunun seroprevalansının araştırılması. *Fatih Üniv. Sağ.Bil.Vet.Derg.*, 24 (3): 137-142.
- Kırbaş, A., Özdemir, H. (2012). Kırım kongo kanamalı ateşi. *Fatih Üniversitesi Sağlık Bilimleri Veteriner Dergisi*, 26(1): 53 – 60.
- Kurt Azap, Ö. (2013). Kene ile bulaşan hastalıklar. Alkan Çakmak M. (Ed.), *Sağlıkta Adres Başkent Sağlık ve Magazin Dergisi*, 12: 28-31.
- Öngürü, P., Bodur H. (2012). Kırım kongo kanamalı ateşi. *Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi*, 29: 175-181.
- Özkahraman, Ş. (2007). Kırım kongo kanamalı ateşinden korunma. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, 9(3): 91-97.
- Özkurt, Z. (2007). Özel hasta gruplarında yoğun bakım kırım-kongo kanamalı ateşi. *Yoğun Bakım Dergisi*, 7(1):85-90.
- Özsoy, M., Gül, G. (2010). Kırım kongo kanamalı ateşi. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 2(1): 6-9.
- Öztürk, A., Horoz, D., Borlu, A., Balcı, E., Gün, İ. (2011). Sağlık ocağına başvuran erişkinlerin kırım kongo kanamalı ateşi konusunda bilgi ve tutumları. *Erciyes Tıp Dergisi*, 33(2):121-128.
- Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2005). Kırım – Kongo Kanamalı Ateşi. *Onur Matbaacılık Ltd. Şti., Ankara*, 1-28.

- Sert Çiçek, H. (2009). Keneler ve kırım-kongo kanamalı ateşli (KKKA). *Kocatepe Veteriner Dergisi*, 2 (2): 61-64.
- Suntur, B. M., Hepgüler, K. S. (2007). Kırım-kongo kanamalı ateşi: Kütahya'dan iki olgusunu. *İnfeksiyon Dergisi (Turkish Journal of Infection)*, 21(1): 45-47.
- Sümer, A. (2010). Kene ısırığı nedeniyle kaş devlet hastanesi acil servisine başvuran hastaların değerlendirilmesi. *Kafkas Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi*, 16(1): 49-53.
- Şimşek, A. Ç. (2011). Ankara ve Kırıkkale'nin kırım kongo kanamalı ateşi hastalığı görülen ilçe, belde ve köylerinde yaşayan 18 yaş üzeri nüfusun hastalık ve korunma konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.*
- Taşkesen, M., Okur, N., Taş, M. A. (2008). Kene ısırması nedeniyle başvuran 19 olgunun değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 35(2): 110-113.
- Tavşan, Ö., Duygu, F., Kaya T. (2012). Endemik bir bölgede Kasım ayında görülen kırım-kongo kanamalı ateşi olgusu. *Klimik Dergisi*, 25(3): 130-2.
- TSHMGM (Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü), (2011). Kırım kongo kanamalı ateşi hastalığı. *Zoonotik Hastalıklar Hizmet İçi Eğitim Modülü*, 53-80.
- Türk Tabipleri Birliği (TTB), (2010). Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Bilimsel Değerlendirme Raporu, Ankara.
- Uyar, Y., Çarhan, A., Albayrak, N., Altaş, A. B. (2010). 2008 yılı kırım-kongo Kanamalı ateşi olgularının laboratuvar tanısında PCR ve Elisa-IgM sonuçlarının irdelenmesi. *Mikrobiyoloji Bülteni*, 44: 57-64.
- Uzun, R., Uğurlu, M. (2004). Kırım-kongo kanamalı ateşinde ribavirin kullanımı. *Klimik Dergisi*, 17(2): 62-64.
- Vançelik, S., Avşar, Ü., Aktürk, Z. (2012). Erzurum ili kırsalında halkın kırım Kongo kanamalı ateşi hakkında bilgi, tutum ve davranışları. *Türkiye Parazitolojisi Dergisi*, 36: 156-9.
- Vatansever, Z., Aktaş, M., Gargılı, A., Aydın, L. (2009). Kırım-kongo kanamalı ateşi (KKKA) hastalığının vektörü keneler: biyoloji, hastalık nakli, mücadele ve korunma yolları. 1-33.
- Yalçıntaş, A., Ecevit, P. C., Kayhan Tetik, B. (2014). Öğrencilerimizin keneler ve kırım kongo kanamalı ateşi hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (sted)*, 23(6): 206-210.

EK-1: Anket Formu

Sayın Katılımcı,

Aşağıdaki ankette Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) ile ilgili sorular bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı hastalık hakkında bilgi düzeyinizi değerlendirmektir.

Ankete katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımcılardan kimliklerini açıklayacak herhangi bir bilgi istenmemektedir. Toplanan tüm bilgiler anonim olarak kalacaktır.

Anket çoğunluğu çok seçmeli sorulardan oluşmaktadır. Lütfen size uygun olan seçeneği X şeklinde işaretleyiniz.

Bilgilerinizi bizimle paylaştığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

A1. Yaşınız:

A2. Cinsiyetiniz:

1. Erkek ()

2. Kadın ()

A3. Eğitim durumunuz:

1. İlköğretim ()

2. Ortaöğretim ()

3. Üniversite ()

4. Yüksek Lisans/Doktora ()

Diğer (Belirtiniz):

A4. Yaşadığınız yer:

1. İl merkezi ()

2. İlçe merkezi ()

3. Kasaba ()

4. Köy ()

Diğer (Belirtiniz):

A5. Mesleğiniz:

1. Memur ()

4. Öğrenci ()

2. Serbest Meslek ()

5. Ev Hanımı ()

3. Çiftçi-Hayvancılık ()

B1. Şikayetin başlama tarihi:/...../.....

B2. Hastaneye başvuru tarihi:/...../.....

B3. Vücudunuza daha önce kene yapıştı mı?

1. Evet ()

2. Hayır ()

B4. Evetse, Keneyi kim çıkardı? Belirtiniz

B5. Hastaneye kene yapıştığı için mi başvurduunuz?

1. Evet ()

2. Hayır ()

B6. Son iki hafta içerisinde kırsal alanları ziyaret ettiniz mi?

1. Evet ()

2. Hayır ()

B7. Son iki hafta içerisinde il dışı seyahat ettiniz mi?

1. Evet() 2. Hayır()

Evet ise hangi illere seyahat ettiniz:

B8. Hayvan kanı, dokusu veya vücut sıvıları ile korunmasız temas ettiniz mi?

1. Evet() 2. Hayır()

B9. Son iki hafta içerisinde hasta kişilerin kan ve vücut sıvılarıyla korunmasız temas ettiniz mi?

1. Evet() 2. Hayır()

C1. KKKA hastalığının adını daha önce duydunuz mu?

1. Evet() 2. Hayır()

C2. KKKA hastalığı hakkında daha önce eğitim aldınız mı?

1. Evet() 2. Hayır()

C3. KKKA hastalığı olan kişide hangi belirtiler görülür?

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| 1. Ateş () | 6. Baş ağrısı () |
| 2. Vücutta kaşıntı () | 7. Kulak ağrısı () |
| 3. Burun akıntısı () | 8. Karın ağrısı () |
| 4. Halsizlik () | 9. Yaygın vücut ağrısı() |
| 5. Öksürük () | Diğer: |

C4. KKKA hastalığı bulaşıcı mıdır, biliyor musunuz?

1. Evet() 2. Hayır() 3. Bilmiyorum ()

C5. Evetse, KKKA hastalığı nasıl bulaşır biliyor musunuz?

1. Evet() 2. Hayır() 3. Bilmiyorum ()

C6. Her kene KKKA hastalığını bulaştırır mı?

1. Evet() 2. Hayır() 3. Bilmiyorum ()

C7. Kenenin patlatılmasıyla KKKA hastalığı bulaşır mı?

1. Evet() 2. Hayır() 3. Bilmiyorum()

C8. Keneli hayvanla korunmasız temas edildiğinde KKKA hastalığı bulaşabilir mi?

1. Evet() 2. Hayır() 3. Bilmiyorum ()

C9. Hasta olmuş kişiyle korunmasız temas edildiğinde KKKA hastalığı bulaşabilir mi?

1. Evet() 2. Hayır() 3. Bilmiyorum ()

C10. Kenenin vücutta en çok tutunduğu yerler neresidir?

- | | |
|---------------------|----------------------------|
| 1. Ense () | 5. Kulak arkası () |
| 2. Saç dipleri () | 6. Kollar ve eller () |
| 3. Genital bölge() | 7. Bacaklar ve ayaklar () |
| 4. Karın () | Diğer: |

- C11.** Kene vücuda tutunurken acı hissi verir mi?
1. Evet() 2. Hayır() 3. Bilmiyorum ()
- C12.** Kenenin vücutta kalış süresi önemli midir?
1. Evet () 2. Hayır()
3. Bilmiyorum()
- C13.** Vücudunuza kene tutunursa ne yapılmalı biliyor musunuz?
1. () Kene bir kâğıt ya da bezle çıkarılmalı
2. () Kene cımbız ve benzeri aletle çıkarılmalı
3. () Kenenin çıkarılması için sağlık kuruluşuna gidilmeli
4. () Kenenin üzerine alkol veya kolonya dökülmeli
5. () Kenenin kendiliğinden düşmesi beklenmeli
6. () Keneyi el ile patlatılıp ezmemeli
7. () Kenenin üzerine sigara bastırılmalı
8. () Keneyi elle koparıp atılmalı
9. () Bilmiyorum
- C14.** Vücuda tutunan kenelerin uzaklaştırılması işlemini kişilerin kendileri yapabilirler mi?
1. Evet () 2. Hayır()
3. Bilmiyorum()
- C15.** Kene tutunduğu yerden çıplak elle çıkarılabilir mi?
1. Evet () 2. Hayır()
3. Bilmiyorum()
- C16.** Kene çıkartılırken ucu sivri pens, makas kullanılabilir mi?
1. Evet () 2. Hayır()
3. Bilmiyorum()
- C17.** Keneyi çıkartmak için kıvrılma veya katlanma şeklinde hareketler yapılabilir mi?
1. Evet () 2. Hayır()
3. Bilmiyorum()
- C18.** KKKA hastalıktan nasıl korunulur biliyor musunuz?
1. Evet() 2. Hayır()
- C19.** KKKA hastalığına karşı insanlar için etkin ve emniyetli bir aşı mevcut mudur?
1. Evet() 2. Hayır() 3. Bilmiyorum ()
- C20.** KKKA hastalıktan korunmada kişisel korunma önlemleri önemli midir?
1. Evet() 2. Hayır()

C21. KKKA hastalıktan korunmada nasıl kişisel önlemler alınmalıdır?

1. () Açık renk giysiler giyilmeli
2. () Böcek kovucular kullanılmalı
3. () Piknik vb. yerlerde otların üzerine örtü serilerek oturulmalı
4. () Arazi dönüşünde vücutta kene kontrolü yapılmalı
5. () Arazideyken belli aralıklarla vücutta kene kontrolü yapılmalı
6. () Pantolonun paçalarını çorabın içine sokmalı
- Diğer (belirtiniz);.....

C22. KKKA hastalığına neden olan kenelerin bulunduğu alanlar nerelerdir?

1. () Yüksek boylu otlı alanlar
2. () Kısa çalılıkların, fundalıkların bulunduğu alanlar
3. () Yabani otların bulunduğu alanlar
4. () Ağaçlık alanlar
5. () Tarlalar
6. () Hayvan barınakları
7. () Samanlık, ambar vb. alanlar
8. () Çocuk parkları
9. () Su kenarları

C23. KKKA hastalığına neden kene uçar veya zıplar mı?

1. Uçar ()
2. Zıplar ()
3. Hayır()
4. Bilmiyorum()

C24. Kenenin büyüklüğü KKKA hastalığını bulaştırmada etkili midir?

1. Evet()
2. Hayır()
3. Bilmiyorum ()

C25. Kenelerin yaptığı hastalıklar en sık hangi aylarda görülür?

1. Nisan-Eylül()
2. Ekim-Mart ()
3. Bilmiyorum()

Çalışmamıza gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederiz.

EK-2: 2013 yılında Tokat'ta KKKA hastalığı şüphesiyle yatan hastaların aylara göre istatistikleri


T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı


T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - TÜRKİYE Halk Sağlığı Kurumu
SAĞLIK KURUMU - T.HSK ZOO NOTİK VE VEKTÖREL HASTALIKLAR DAİRE BAŞKANLIĞI
09.01.2014/57210-2014.5679.2226
E 0000117368 F 000000073363

Sayı : 10712557
Konu : Dilekçe

Fatma GÖK KAZAN
Yeşilırmak Mah. Bosna Cad. Odak Sitesi A Blok Daire:1 TOKAT

İlgi : Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğü 06.01.2014 tarih ve 2014.5689.2.841 sayılı yazıları

İlgi yazıyla Kurumumuza gönderilen 30.12.2013 tarihli dilekçeniz ve ekleri incelenmiştir. Tezinizde kullanmak için talep ettiğiniz "2013 yılında TOKAT'da Kırım Kongo Kanamalı Ateşi hastalığı şüphesiyle yatan hastaların aylara göre istatistikleri" ekte tablo şeklinde gönderilmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Mehmet Ali TORUNOĞLU
Kurum Başkanı a.
Kurum Başkan Yardımcısı

Ekler:
1- Tablo (1 sayfa)

DAĞITIM :
Bilgi:
- Fatma GÖK KAZAN
- Tokat Halk Sağlığı Müdürlüğüne (Ek Konulmadı.)

Zoonotik ve Vektörel Hastalıklar Daire Başkanlığı
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Refik Saydam Yerleşkesi
Sağlık Mah. Adnan Saygun Cad. No:55 Yenışehir/ANKARA

Tel: 0312 565 56 99-75
Faks: 0312 565 56 71

Tablo. 2013 yılında TOKAT ilinde Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) hastalığı şüphesi ile hastanelerde yatan hastaların aylara göre dağılımı

<i>AYLAR</i>	<i>TOPLAM</i>	<i>NEGATİF</i>	<i>POZİTİF</i>
NİSAN	41	20	21
MAYIS	118	49	69
HAZİRAN	100	30	70
TEMMUZ	62	22	40
AĞUSTOS	26	17	9
EYLÜL	1	1	
EKİM	1	1	
	349	140	209

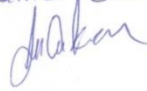
Not: Toplam sütunu KKKA şüphesi ile yatırılan hasta sayısını, Pozitif sütunu gönderilen kan örneğinde, PCR yöntemi ile virüs saptanan hasta sayısını, Negatif sütunu gönderilen kan örneğinde, PCR yöntemi ile virüs saptanamayan hasta sayısını göstermektedir.

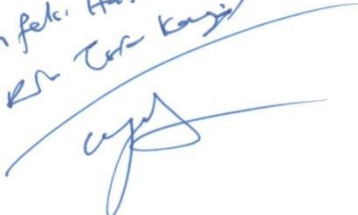
EK-3: İzin Belgesi

KAMU HASTANELER BİRLİĞİ TOKAT
DEVLET HASTANESİ HASTANE YÖNETİMİNE

Tokat Devlet Hastanesinde Dahiliye I servisinde
hemşire olarak çalışmaktayım. Sivas Cumhuriyet Univ.
Halk Sağlığı Ana Bilim dalında yüksek lisans yapıyorum.
Tez konusu olarak Kırım Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA)
hastalığı konusunda önket çalışması yapmam gerekmektedir.
Konuyla ilgili izin talebinde bulunuyorum.

Bilgilerinize arz ederim. 01.04.2013

Fatma GÖK KAZAN


Enf. Bel. Hast. Servis Kolu
Dr. Tahir Kazan


EK-4: Etik Kurul Onayı



**T.C.
Cumhuriyet Üniversitesi**

TIP FAKÜLTESİ

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL BAŞKANLIĞI

Sayı : 2013-06/13
Konu: :

04.06.2013

Sayın Prof. Dr. Levent Özdemir

13 Nisan 2013 tarihli resmi gazetede yayımlanan Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik'te anket çalışmaları Etik kurulumuzun görev alanından çıkarılmıştır. Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Emin Yener Gültekin
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı Fatma GÖK KAZAN
Doğum Yeri ve Tarihi Niksar – 1989
Medeni Hali Evli
Yabancı Dil İngilizce
İletişim Adresi Topçam Mah. Vali Recep Yazıcıoğlu Cad. 20. Sk. Yeni Hayat Evleri Sitesi A Blok No: 12 Daire:17 Merkez/TOKAT
E-posta Adresi fatmagokkazan@gmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise Niksar Danışman Gazi Anadolu Lisesi, 2006
Lisans Ondokuz Mayıs Üniversitesi, 2011

İş Tecrübesi

Sağlık Bakanlığı Hemşire, 2011 - 2014
Milli Eğitim Bakanlığı Öğretmen, 2014 – (Halen)