

HEMŞİRELİK VE EBELİK ALANINDA GELİŞMELER



Editörler

**Prof. Dr. Salim GÜngör &
Doç. Dr. Dilek Atik**

DOI:10.5281/zenodo.10015240

Hemşirelik ve Ebelik Alanında Gelişmeler

EDİTÖR

Prof. Dr. Salim Güngör

Doç. Dr. Dilek Atik

İmtiyaz Sahibi
Platanus Publishing®

Editör
Prof. Dr. Salim Güngör & Doç. Dr. Dilek Atık

Kapak & Mizanpaj & Sosyal Medya
Platanus Yayın Grubu

Birinci Basım
Ekim, 2023

Yayımcı Sertifika No
45813

Matbaa Sertifika No
47381

ISBN
978-625-6971-98-1

©copyright
Bu kitabın yayım hakkı Platanus Publishing'e aittir.
Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz, izin
alınmadan hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Adres: Natoyolu Cad. Fahri Korutürk Mah. 157/B,
06480, Mamak, Ankara, Türkiye.
Telefon: +90 312 390 1 118
web: www.platanuskita.com
e-mail: platanuskita@gmail.com



PLATANUS PUBLISHING®

İçindekiler

BÖLÜM 1.....	7
SPİNAL MUSKÜLER ATROFİSİ HASTALIĞI OLAN ÇOCUK VE AİLESİNE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI	
<i>Uzm. Hemşire Rukiye TOSUN</i>	
<i>Doç. Dr. Gülzade UYSAL</i>	
BÖLÜM 2.....	35
MESLEK HASTALIKLARI	
<i>Uzm. Hem. Merve ÖZKAN</i>	
<i>Doç. Dr. Filiz ADANA</i>	
<i>Arş. Gör. Dr. Duygu YEŞİLFİDAN</i>	
<i>Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ</i>	
BÖLÜM 3.....	55
KEMOTERAPİ TEDAVİSİ GÖREN HASTALARDA EKSTRAVAZASYON VE HEMŞİRELİK BAKIMI	
<i>Uzm. Şehriban Yağmur AKDOĞAN</i>	
<i>Dr. Öğr. Üyesi Meftun AKGÜN</i>	
BÖLÜM 4.....	85
ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUKLARDA BESLENME, FİZİKSEL AKTİVİTE, GÜVENLİK, SOSYAL İLİŞKİLER VE İLETİŞİM ALANINDA YAŞADIKLARI SORUNLAR VE ÇÖZÜM YÖNTEMLERİ	
<i>Dr. Öğr.Üyesi Çiğdem MÜGE HAYLI</i>	
<i>Prof. Dr. Mehmet Zeki AVCI</i>	
<i>Dr. Öğr.Üyesi Dilek DEMİR KÖSEM</i>	
<i>Dr. Öğr. Üyesi Neşe ATAMAN BOR</i>	
BÖLÜM 5.....	95
PANDEMİ DÖNEMİNDE GEBELİK: KORKULAR VE EKSİK KALANLAR	
<i>Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN</i>	
<i>Arş. Gör. Dicle Filiz YILDIRIM GÖKŞEN</i>	
<i>Dr. Öğr. Üyesi Sinem GÖRAL TÜRKÇÜ</i>	

BÖLÜM 6..... 111

BİR DOĞUM HAZIRLIK EĞİTİMİ METODU: İÇGÜDÜSEL DOĞUM YAKLAŞIMI

Araş. Gör. Dicle Filiz YILDIRIM GÖKŞEN

Prof. Dr. Pınar SERÇEKUŞ

Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN

BÖLÜM 7..... 123

DEPREM SONUCU GELİŞEN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE PSİKOSOSYAL HEMŞİRELİK BAKIMI

Dr. Öğr. Üyesi Kübra KAYAOĞLU

BÖLÜM 8..... 139

DİYABETİK AYAK YARASI GELİŞEN HASTALARDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Halise ÇINAR

Deniz Ezgi BİTEK

BÖLÜM 9..... 149

YARA BAKIMINDA FOTOĞRAF TEKNİĞİ KULLANIM İLKELERİ

Öğr. Gör. Dr. Nurcan BOYACIOĞLU

BÖLÜM 10..... 165

YOĞUN BAKIMDA MEKANİK VENTİLATÖR İLE DESTEKLENEN HASTALARDA MÜZİK TERAPİNİN ETKİSİ

Gülseren ALTUN

Dr. Öğr. Üyesi Meftun AKGÜN

BÖLÜM 11..... 195

ÇOCUKLARDA AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE YÖNETİMİ

Araş. Gör. Dr. Aylin PEKYİĞİT

Öğr. Gör. Dr. Fatma DİNÇ

BÖLÜM 12..... 209

EBEVEYN-BEBEK BAĞLANMASININ GÜÇLENDİRİLMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Öğr. Gör. Dr. Fatma DİNÇ

Araş. Gör. Dr. Aylin PEKYİĞİT

BÖLÜM 13.....225

YAŞLILARDA DÜŞME RİSKİ VE DÜŞMEYİ ÖNLEMeye YÖNELİK HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Deniz Ezgi BİTEK

Halise ÇINAR

BÖLÜM 14.....239

ANNELİK HÜZNÜ VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Hemşire Duygu İVELİK

Doç. Dr. Fatma BAŞAR

BÖLÜM 15.....255

DEPREM TRAVMASININ RUH SAĞLIĞINA YANSIMALARI VE BAŞETME YÖNTEMLERİ

Dr. Öğr. Üyesi Sema İÇEL

BÖLÜM 16.....273

DOĞUM SONU DÖNEMDE CİNSELLİK VE CİNSEL SORUNLAR

Dr. Öğr. Üyesi Ezgi ŞAHİN

BÖLÜM 17.....283

KRONİK HASTALIKLARIN BAKIMINDA HEMŞİRENİN ROLÜ

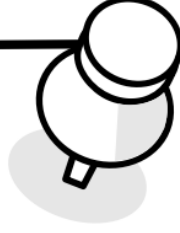
Öğr. Gör. Bahar ERDOĞAN

BÖLÜM 18.....303

DOĞUM EYLEMİNİN BİRİNCİ EVRESİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALAR

Dr. Öğr. Üyesi Ayça BALMUMCU

Dr. Öğr. Üyesi Semra ELMAS



BÖLÜM 1

SPİNAL MUSKÜLER ATROFİSİ HASTALIĞI OLAN ÇOCUK VE AİLESİNE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Uzm. Hemşire Rukiye TOSUN¹

Doç. Dr. Gülzade UYSAL²

GİRİŞ

Spinal Müsküler Atrofi (SMA), spinal kord ön boynuzunda lokalize olan motor nöronların dejenerasyonu ile karakterize, otozomal resesif geçişli nöromüsküler bir hastalıktır (Mercuri ve ark, 2020; Arhan, 2022;). Yenidoğan döneminde oluşan kaslardaki atrofiler ve güçsüzlük ile karakterize periferik, sinir sistemi, iskelet kas sistemini etkileyen belirtiler ve bulgular bulunan fakat duyu kaybına neden olmayan, ölümcül seyreden bir süreç göstermektedir (Arhan, 2022; Kostak ve Çetintaş, 2022). SMA hastalarında görülen motor kayıpları ve güçsüzlükler hastalığı incelemek ve erken tanı koyarak erken tedavi ve bakım planı oluşturmak için önem arz etmektedir (Arhan, 2022; Orhan, 2021). Motor fonksiyon yetenekleri başlama yaşına uygun 5 tipte sınıflandırma yapılmaktadır (Arhan, 2022; Kostak ve Çetintaş, 2022).

SMA Tip 0 (Prenatal form), tip 1 (Werdnig-Hoffmann), tip 2 (ara form), tip 3 (Kugelberg - Welander) ve tip 4 (Yetişkin) olmak üzere tanımlanmıştır. Bu tanımlama ile ihtiyaçlar doğrultusunda özgül bakım verilebilmektedir (Arhan, 2022). Konu ile ilgili yayımlanan konsensüsde motor fonksiyonlarına göre 3 grupta (oturamayan, oturabilen, ambulasyon) ayırmıştır. Solunum, hareket ve mobilizasyon, beslenme sorunlarını bu şekilde değerlendirmiş ve bakım gereksinimlerini oluşturmuştur. Günümüze kadar tanısı konulmuş hastalara özgül bakım planı oluşturarak yaşam kalitesini arttırmak mümkündür (Mercuri ve ark, 2018; Kostak ve Çetintaş, 2022).

SMA hastalarında solunum, beslenme problemleri, hareket ve mobilizasyon, psikolojik ve genetik danışmanlık süreçleri gibi birçok sağlık profesyonellerinin

¹ İstanbul Okan Hastanesi, Hemşire

² Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Öğretim Üyesi

içinde bulunduğu multidisipliner bir yaklaşım benimsenmelidir (Mercuri ve ark, 2018). Hemşireler insanın yaşam boyunca içinde bulunduğu hastalıklara karşı mücadelelerinde hastalara özgül bir yaklaşım benimseme ve bakım programı hazırlamaktadır. Pediatri hemşirelerinin temel felsefesi; hastalığı tanılama planlama değerlendirme yaparak hastalığın ihtiyaçları doğrultusunda aile bireylerine uygun eğitimi sağlamaktır (Törüner ve Büyükgönenç, 2015; Bayat, 2017; Başara ve Çalışır, 2022).

Bu araştırma, Spinal Müsküler Atrofi hastalığını taşıyan çocukların hastalığın getirdiği güçlükleri tanımlamak, aile bireylerinin yaşadıkları güçlükleri ve hemşirelik bakımının önemini belirtmek amacıyla yapılmıştır.

SPİNAL MÜSKÜLER ATROFİ

Spinal müsküler atrofi (SMA) spinal kord ön boynuzundaki motor nöronlarında oluşan dejenerasyonlardan dolayı oluşan kaslardaki atrofi ve güçsüzlük ile karakterize olup genetik kalıtımda sıklıkla X'e bağlı otozomal resesif geçişli nöromüsküler bir hastalıktır (Finkel ve ark, 2018; Arhan, 2022; Yılmaz ve ark, 2022). SMA, ilk olarak 1890'larda Werdnig ve Hoffman tarafından tanımlanan nöromüsküler bir hastalıktır. SMA vakalarında geniş çalışmalar sonucunda 1995 yılında kromozom 5q13 bölgesinde lokalize olan SMN1 geninde homozigot bir delesyonu ile keşfedilmiştir (Wurster ve Petri, 2022)

SMA'nın genetik formunda ortaya çıkmasında rolü olan Survival motor neuron (SMN) genindeki 5. kromozomda haritalanmış 5q11,2-13,3 geninde oluşan delesyon görülmesi ve oluşan mutasyonlar sonucunda SMA hastalığı oluşur. SMN geninin SMN1 ve SMN2 olarak adlandırılan iki kopyası mevcuttur. SMN geni motor nöronların da mRNA da protein sentezinde rol oynar. SMN geninde oluşan mutasyon ya da homozigot delesyon sonucuna SMN protein üretimi yeteri kadar sentezlenemez bunun sonucunda yeterli seviyede oluşamayan protein üretimi mRNA sentezinde eksik ya da kesikli işlevsel olmayan SMN proteinini oluşturur (Nicalou ve ark, 2021; Yılmaz ve ark, 2022; Kostak ve Çetintaş, 2022).

SMN genin bulunmasının ardından hastalığın hafiften şiddetliye göre belirtileri esas alınarak sınıflama Tip1, Tip2, Tip 3 şeklinde yapılmıştır. Yapılan çalışmalar sonrasında genetik olarak farklılık yeterli gelmediğinden kaslarda oluşan mutasyonlar sonucu tartışmalara yol açmıştır. Uluslararası Spinal Müsküler Atrofi Konversiyonun belirlediği sınıflama esas alınmıştır. SMA

sınıflaması ayına/yaşına/ motor fonksiyon yeteneklerinin değerlendirilmesi ile yapılmaktadır (Mercuri ve ark, 2018; Arhan, 2022).

SMA hastalığına neden olan gen 1995 yılında Lefebvre ve ark. tarafından 5q13 kromozomu lokalizasyonunda SMN (Survival motor neuron) geni keşfedilmiştir ve iki kopyası mevcuttur (smn1 - smn2) (Saracaoglu, 2022; Wurster ve Petri, 2022). SMN geni motor nöronlarda protein sentezi ve apoptoz inhibasyonu görevi mevcuttur. Hastalığa bağlı SMN geninde farklı mutasyonlar görülebilmektedir. SMN1 geni 7. ekzon da ve 8. ekzon da gelişen homozigot delesyon sonucunda aktif SMN geni oluşamamaktadır. SMN proteinin SMN1'deki delesyon sonucuna bir kopyası olan %99 özdeş SMN2 genini üretmektedir (Sel, 2012; Wirth, 2021).

SMN2 genindeki dizilimde 7. ekzonun 6. pozisyonunda sitozin nükleotidinin timine dönüşmesi başka bir bulgudur. Oluşan kodlama aminoasit değişmesi de splicing (uç birleştirme) mekanizması etkilenmesi ile 7. ekzon atlanır ve SMN⁷ proteini üretilir. Oluşan eksik ve işlevsel olmayan proteinler kası aktif uyaramaz (Sel, 2012; Wirth, 2021; Saracaloğlu, 2022). Bu durumda yeterli SMN proteinin olmaması durumunda motor nöronlar zaman içerisinde giderek zayıflarlar ve görev yapamaz hale gelirler, giderek zayıflan kaslarda vücudumuz da yutma, hareket etme, nefes alma gibi fonksiyonların işlev görememesine neden olmaktadır (Arhan, 2022; Saracaloğlu, 2022).

SMA hastalarında değişkenlik gösteren fenotipler SMN2 kopya sayısı ile de doğru orantıda ilişkilendirilmiştir. SMN2 kopya sayısında azalma oldukça hastalığın şiddeti artmaktadır ve motor fonksiyonlarını aktif kullanamamaktadır (Arhan, 2022). SMA sınıflaması Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. SMA Sınıflaması

Sınıflama tipi	Başlangıç yaşı	Beklenen yaşam süresi
Tip 0 (prenatal)	Prenatal	< 6 ay
Tip1 (Werding- Hoffmann)	2 hafta -6 ay	8-24 ay
Tip2 (orta düzey)	6-18 ay	20'li -30'lu yaşlar
Tip3 (Kugelberg-Welander)	18 aydan sonra	Normal
Tip4 (yetişkin)	20-30'lu yaşlar	Normal

Kaynak: Küçük ve ark, 2016; Nicolau ve ark, 2021; Arhan, 2022; Kostak ve Çetintaş, 2022;kaynaklarından derlenmiştir.

EPİDEMİYOLOJİ

Dünya genelinde SMA görülme olasılığı her canlı doğumda 6.000 ile 10.0000 de bir iken her 40-60 kişiden biri de SMA taşıyıcısıdır (Orhan, 2021; Arhan, 2022; Saracaloğlu, 2022). SMA otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. Taşıyıcılık durumunda doğan bebeklerin hasta olma ihtimali 1/4dir. Bu durumda anne ve baba sağlıklı olabilir fakat çocuklarında görülme olasılığı %25'dir (Arhan, 2022).

ETİYOLOJİ

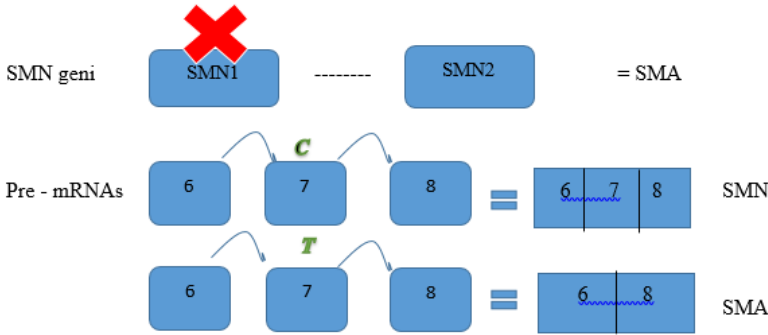
1990 yılında Melki ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmalar sonucu SMA tip I, II ve III' ün kromozom 5 (5q12-q14) lokasyonunda farklı mutasyonlar sonucu kaynaklandığını göstermişlerdir (Kostak ve Çetintaş, 2022). 1995 yılında ise araştırmalar ilerleyerek Lefebvre ve ark. tarafından kromozom 5q13 üzerinde SMA'dan sorumlu neredeyse aynı iki Survival Motor Neuron (SMN1 ve SMN2) geni saptanmıştır (Wirth, 2021).

SMN genleri 500 kilobazlık (kb) bir alanda yer almakta ve SMN proteini, motor nöronlarda mRNA sentezi ve apoptoz inhibisyonunda rol oynamaktadır. SMN proteini, tüm dokuların sitoplazması ve çekirdeklerinde eksprese edilen 294 amino asitten oluşan 38 kDa'lık bir proteindir. Beyin, omurilik ve kasta çokça bulunur (Sel, 2012; Wirth, 2021).

SMN1, tüm ökaryotik organizmaların genomunda tek kopya olarak bulunur ve yüksek oranda korunur. Bununla birlikte, genomik duplikasyon ile ikinci bir gen SMN2 insanlarda ortaya çıkmıştır. SMN1 ve SMN2 genleri birbirlerine %99 oranında özdeşdir. İki gen arasındaki en önemli farklılık 7. ekzonun 6. pozisyonundaki sitozin nükleotidinin timine (C>T) dönüşümüdür. SMN2'nin ekzon 7'deki 6 no'lu pozisyonundaki kritik Sitozin (C)-Timin (T) süstitüsyonu sonucunda ekzon 7'de anormal uçbirleştirme meydana gelmektedir. Bunun sonucunda stabil olmayan SMN Δ 7 protein üretimi gerçekleşmektedir (Sel, 2012; Finkel ve ark, 2018; Wirth, 2021; Arhan 2022). Bu değişiklik, SMN2-derive mRNA'ların çoğundan kesikli, işlevsel olmayan bir SMN proteininin üretilmesine neden olmaktadır. Düşük miktarda sentezlenen tam uzunluktaki SMN proteini, motor nöron kaybını önleyememekte ve nöron aksonlarının kısa kalması sonucu kası uyaramamaktadır. SMN1'deki delesyonlar veya intragenik mutasyonlar SMA'nın tüm formlarında bulunur (Sel, 2012; Saracaloğlu, 2022).

SMA hastalarının yaklaşık %95'inin SMN1 ekzon 7'nin homozigot delesyonuna; geriye kalan %5'inin SMN1 heterozigot delesyonuna ve nokta mutasyonuna sahip olduğu rapor edilmiştir. SMN1'in homozigot delesyonu ölümcüldür, SMN2 geni ise yaşanabilirliği kısmen sürdüren küçük miktarda (%10) fonksiyonel protein üretebilir (Arhan, 2022)

Şekil 1. SMN Delesyonu



Kaynak: Arhan, 2022; Mercuri ve ark, 2018 tarafından derlenmiştir.

BELİRTİ VE BULGULAR

SMA Tip 0

SMA'nın doğum öncesi başlangıçlı tipidir. Hiçbir motor fonksiyon gelişim basamaklarını kazanamazlar. Sıklıkla arafleksi, konjenital kalp defektleri ve fasyal dipleji ile birlikte kas güçsüzlükleri ve hipotoni görülmektedir (Küçük ve ark, 2016; Arhan, 2022).

Beklenen yaşam süresi: Altı aylıktan ve özellikle 1 aylıktan solunum sıkıntısının yetmezliklerinde görülmektedir.

Belirtiler: Polihidroamniyozis, intrauterin büyüme geriliği, pulmoner hipoplazi, eklem kontraktürleri ile iskelet anomalileri fetal hipokinezi deformasyon görülmektedir (Korucu, 2019; Arhan, 2022).

SMA Tip 1

Tüm SMA vakalarının %50-60'ını oluşturarak hastalığın en ağır formudur. Genellikle SMN2 geninin 2 ya da 3 kopyasına sahiptir. Klinik belirti ve bulgular ilk 6 ayda belirginleşmektedir. Semptomlar başlangıç döneminde normal görülebilse de sonraki süreçlerde şiddetli ve simetrik gevşeklik gelişmektedir. Hastalığın seyrinde üst kraniyel sinirler korunduğundan dolayı yüz ifadeleri canlı görülmektedir (Arhan,2022; Yılmaz ve ark, 2022).

Beklenen yaşam süresi: Yaşam kalitesine bağlı olarak genellikle 2 yaştan önce solunum sıkıntısı ile ölüm görülmektedir. Yaşam kalitesinin artırılması ile uzun süre yaşayan bireyler bildirilmiştir (Yılmaz ve ark, 2022).

Belirtiler: Canlı bir yüz ifadesi. Çatık kaş ve normal göz hareketleri Bulbar kasların zayıflığı ile ağlama, emme ve yutma reflekslerinde zayıflama buna bağlı ağızda salya birikmesi, aspirasyon gelişmesi, gelişme geriliğinde artışa neden olmaktadır. Doğumda SMA hastaları bez bebek gibi görünürler, başlarını dik tutamazlar, desteksiz oturamazlar (Arhan, 2022).

Solunum kaslarının baskılanması ile solunum yetmezliği görülmektedir. İnterkostal kaslar lokalize olduğu bölgede diyaframa daha yakındır ve daha fazla etkilenmektedir. Bu döngü de paradoksal solunuma neden olmakta ve çan şeklinde görüntü oluşmaktadır. Hasta yatağa uzandığında kurbağa şeklini alır (Arhan, 2022).

SMA Tip 2

Hastalığın %20'sini oluşturarak Tip 1'den daha iyi bir prognoz seyretnmektedir. Genellikle SMN2 geninin 3 kopyası bulunmaktadır. Kas güçsüzlüğü proksimal olup bacakları kollardan daha fazla etkilemektedir. Kas güçsüzlüğü ileriye dönük skolyoz gözlemlenmektedir. Solunum kaslarının baskılanması sonucu restriktif akciğer hastalığına neden olmaktadır. Bağımsız oturabilirler genellikle ileri ki dönemde bu motor becerisi kaybolmaktadır ve bu hasta grubu yürüyemezler (Mercuri ve ark, 2018; Kostak ve Çetintaş, 2022; Arhan, 2022).

Beklenen yaşam süresi: Yaşam beklentisi belirsizdir (Arhan, 2022; Kostak ve Çetintaş, 2022).

Belirtiler: Yaşamın ilk 6 ayından sonra semptomlar belirginleşir. Desteksiz oturabilir fakat yürüyemezler. Skolyoz, el, ayak ve göğüs duvarı deformiteleri sık görülmektedir. Eklemlerde tendon kasılması nedeniyle hareket kısıtlılığı gelişebilmektedir (Mercuri ve ark, 2018; Arhan, 2022).

SMA Tip 3

Hastalığın hafif seyirli bir tipidir. Vakaların %30'unu oluşturmaktadır. SMN 3-4 kopyası bulunmaktadır. Başlangıç yaşı genellikle 18 ay ile yetişkinlik arası ortaya çıkmaktadır. Bireyler bağımsız ambulasyona ulaşmaktadır (Yılmaz ve ark, 2022; Messina ve Sframeli, 2020).

Beklenen yaşam süresi: Normal bir yaşam süresi ile ilişkilidir (Arhan, 2022; Kostak ve Çetintaş, 2022).

Belirtiler: İlk belirtileri çok belirgin olmadığı için gözden kaçması muhtemeldir. Örneğin; çocuk emekler, yürürken ya da otururken yavaş hareketler göstermektedir. İlk belirtilerden en az 10 yıl sonra genellikle 20-30'lu yaşlarda tekerlekli iskemleye ihtiyaç duymaktadır. Başlangıç semptomlar sık düşme ve merdivenden çıkmada güçlük görülmektedir. Kas güçsüzlüğünün ilerlemesiyle bağımsız olarak ayakta durma ve ya yürüme yeteneğini kaybederek tekerlekli sandalyeye bağımlı hale gelmektedir (Arhan, 2022; Kostak ve Çetintaş, 2022).

SMA Tip 4

SMN1 geninde oluşan belirti bulgular 18 yaşından sonra gerçekleşiyor ise tip 4 olarak kabul edilmektedir. Hastalık genelde 20'li yaşlarda ortaya çıkmaktadır. Prevalansı 1/300.000'dir. Hastalığın semptomları hafiftir ve yavaş seyretnmektedir. Hastalığın yavaş ilerlemesinin sebebi SMN2 geninin kopya sayısının fazla olmasıdır. En belirgin özellikleri bacaklarda ve kollarda

güçsüzlüktür. Bacaklardaki simetrik güçsüzlüğe bağlı çömelme kalkma zorlanma ördekvari yürüyüş göstermesidir (Arhan,2022; Uluç, 2022)

SMA TANI YÖNTEMLERİ

İntrauterin dönemde başlangıç gösteren formdan (SMA Tip 0), yenidoğan ve erken bebeklik (Tip 1), çocukluk (tip 2 ve 3), adölesan (Tip 3) ve erişkin (Tip 4) dönem olarak geniş bir spektrumda bulgu verebilen bir hastalıktır. SMA tanısı hastanın öyküsü ve belirti bulguların doğrultusunda klinik değerlendirme ile saptanabilmektedir. Kesin tanı, SMN1 moleküler genetik analiz ile konur. SMN2 kopya sayısı da tip belirleme de yardımcı olmaktadır.

Ülkemizde taşıyıcılık oranlarının yüksek olması nedeni ile,ailesinde hasta bebek olan veya olmayan tüm çiftlere gebelik öncesi tarama önerilmektedir. Çiftin taşıyıcı olduğu belirlendiğinde, sağlıklı çocuk için genetik danışma ve prenatal veya Pre-implantasyon tanı testi seçenekleri önerilmektedir (SMA Saha Rehberi, 2021).

Doğum Öncesi (Prenatal) Tanı/ Preimplantasyon

Prenatal tanı ve pre-implantasyon tanı birçok genetik hastalıkta olduğu gibi SMA'da taşıyıcı çiftlerin her gebelikte her fetus için %25 hasta çocuk riski bulunmaktadır. Taşıyıcı çiftlere önerilmekte ve genetik danışmanlık sonrası isteyen ailelere uygulanmaktadır. Prenatal tanı testi gebeliğin 10. haftasından itibaren koriyon villüs örnekleme (CVS), 15. haftasından itibaren de amniyosentez örneği ile yapılabilmektedir (Çankaya 2016; Yılmaz ve ark, 2022; Kostak ve Çetintaş, 2022).

Ailede risk altındaki diğer aile bireylerinin taranması açısından Tıbbi Genetik uzmanlarına yönlendirilmelidir. Ailede etkilenmiş bir bireyin olmaması durumunda ise taşıyıcılık taramaları ile riskli çiftler belirlenebilir. SMA taşıyıcılık taraması sonrasında çiftlere sağlıklı çocuk için seçenekler hakkında bilgilendirilebilmeleri için tıbbi genetik uzmanından danışmanlık alabilmektedirler (SMA Saha Rehberi, 2021; Kostak ve Çetintaş, 2022).

Evlilik Öncesi SMA Taşıyıcı Tarama Programı

Evlilik öncesi dönemde SMA açısından her ikisi de taşıyıcı çiftleri belirleyerek, ailelere genetik danışmanlık vermek, SMA hastalığının morbidite ve mortalite oranını azaltmak amaçlanmaktadır. SMA Taşıyıcı Taraması evlilik öncesi sağlık raporu almak için başvuran çiftler ve halen evli olan çiftlerden de talep edenler için yapılabilmektedir (Çankaya, 2010; SMA Saha Rehberi, 2021).

Yenidoğan Döneminde Tarama

Yenidoğan Tarama Programı kapsamında yenidoğanların belirlenen hastalıklar için taranmaktadır. Örnek verilmesi gerekirse; oluşacak zeka geriliği, beyin hasarları ve geri dönüşümsüz zararların engellenmek hedeflenmiştir. Tarama paneline 09.05.2022 tarihinde Spinal Müsküler Atrofi (SMA) eklenmiştir. İl genelindeki tüm sağlık birimlerinde Yenidoğan Tarama Programı için alınacak topuk kanları, İl Sağlık Müdürlüğünde toplanarak, Ankara ve İstanbul Tarama Laboratuvarlarına gönderilmektedir (Yılmaz ve ark, 2022).

FARMOKOLOJİK YAKLAŞIMLAR

Hastalığın 2016 yılına kadar palyatif bakım mevcuttur. Hastalarda oluşan güçsüzlük, beslenme, solunum parametrelerine yönelik bakım planlamaları yapılmakta bununla beraber yaşam kalitesini arttırmak amaçlanmaktadır.

Günümüzde SMA hastalığında ise farmakolojik yöntem olarak FDA onaylı 3 ilaç mevcuttur.

- Nusinersen (Sprinza®)
- Onasemnogene Abeparvovec-xioi (Zolgensma®)
- Risdiplam (Eversydi®) (Saracaloğlu ve Demiryürek, 2021).

NUSINERSEN (SPRINZA®) TEDAVİSİ

FDA, 2016 yılı Aralık ayında Nusinersen (Spinraza™) isimli ilaca SMA'nın tüm tiplerinde (Tip 1, 2 ve 3) kullanım onayı vermiştir. Böylece Nusinersen SMA'da kullanıma giren ilk ilaç olma özelliğini kazanmıştır. Nusinersen bir antisens oligo nükleotid olup ekzon 7'deki SMN2'nin messenger RNA (mRNA) transkripsiyonunu artırarak SMN protein yapımını sağlamaktadır. SMA Tip 1 hastaları için kullanımı Türkiye'de SMA Tip 1 için 2017 Temmuz ayında SMA Tip 2 ve Tip 3 için Şubat 2019 yılında kullanılması onaylanmıştır ve geri ödeme kapsamına alınmıştır. Tüm SMA tiplerinde tanı ne kadar erken koyulursa ve

tedavi ne kadar erken başlar ise motor fonksiyon kazanımı o kadar iyi sonuçlar verebilmektedir. Günümüzde yenidoğan tarama testleri oldukça önemlidir (Messina 2020; Saracaloğlu ve Demiryürek, 2021).

İlacın amacı: Ekzon 7 deki SMN 2' nin mRNA' daki transkripsiyonunu artırarak SMN protein yapımını sağlamak, SMN 2 yapımının artması ile hastalığın şiddeti azaldığı yapılan araştırmalarda kanıtlanmıştır (Messina 2020; Saracaloğlu ve Demiryürek, 2021).

İlaç kullanma yöntemi: İlk 4 doz yükleme yapılır. Daha sonra 4 ay ara ile idame dozlar uygulanmaktadır. İdame tedavisinin devamı için her 4 ayda bir yurt dışı ilaç başvurusu tekrarlanmaktadır. Önerilen doz miktarı yaş ve vücut ağırlığından bağımsız olarak uygulama başına 12 mg (5 ml) dir (Messina 2020; Saracaloğlu ve Demiryürek, 2021).

Uygulama yolu: Spinal iğne ile İntratekal yol kullanılarak 1 ila 3 dk içerisinde yavaş bolus enjeksiyon halinde uygulanır. 0. gün, 14. gün, 28. gün, 63. gün yükleme yapılır. İdame dozları devam edilmektedir. 2C-8C ve buzdolabında saklanmalıdır. Işıktan korunmalı buzdolabında dondurulmamalıdır (Messina 2020; Saracaloğlu ve Demiryürek, 2021).

Kullanılmaması gereken durumlar: Deride enfeksiyon ve inflamasyon bölgesinin olduğu yerlerde kullanılmamalıdır.

Yan etkiler: En yaygın: ateş, üst solunum yolu enfeksiyonu, kusma, baş ağrısı, kabızlıktır. Post Lomber ponksiyon sendromu nadir de olsa görülebilen ancak kısa süreliğine kendiliğinden geçmektedir. Nadir de olsa ALT VE AST değerlerinde yükselmeler, proteinüri, trombositopeni, görülebilir fakat tedavinin kesilmesiyle kaybolabilmektedir (Messina 2020; Saracaloğlu ve Demiryürek, 2021).

ONASEMNOGENE ABEPARVOVEC-XIOI (ZOLGENSMA®)

TEDAVİSİ

Tek bir sefer İV yol ile uygulanan gen replasman tedavisidir. Motor nöron hücrelerine fonksiyonel smn1 geninin taşınması hedeflenmektedir. Tedavisinde verilen vektör ile motor nöron hücrelerinde SMN protein ekspresyonunun oluşması ile motor nöron fonksiyonlarının korunması temel prensibine dayanır.

Vektör hücrelere entegre edildikten sonra çekirdek kısmında yerleşmekte ve SMN proteini yüksek oranda ifade edilmektedir. İV yolla uygulama sonrasında AAV9 vektörü kan beyin bariyerini geçerek santral sinir sistemi ve motor nöronlara ulaşmaktadır. 2019 yılında FDA tarafından onaylanmış fakat EMA

tarafından şartlı onaylanmıştır (Saracaloğlu ve Demiryürek, 2021; Mendell ve ark, 2021).

Yan Etkiler: En yaygın ateş kusma serum transaminaz ve tromponin I düzeylerinde geçici yükselme, hepatotoksisite, geçici trombositopeni ateş olup tedaviden 24 saat önce glukokortikosteroid tedavisi başlanması ve 1 ay kullanılması önerilmektedir. Trombotik mikroanjiyopati tanımlanan yan etkiler arasındadır (Saracaloğlu ve Demiryürek, 2021; Mendell ve ark, 2021). 2 yaş ve üzerinde 13,5 kg üzerinde hastalarda Zolgensma kullanımı ile ilgili yeterli, güvenli ve etkinlik bilgisi bulunmamaktadır (Saracaloğlu ve Demiryürek, 2021; Mendell ve ark, 2021).

RISDIPLAM (EVERSYDI®) TEDAVİSİ

SMN2 pre-mRNA'ya bağlanmak üzere tasarlanmış SMN2 splicing modifiye edici bir moleküldür. Amaç ekzon 7 ile birleşmeyi sağlayıp tam uzunlukta ve fonksiyonel SMN proteini üretme yeteneğinin artırılması hedeflenmektedir. Risdiplam 7 Ağustos 2020 de 2 aylık ve daha büyük hastalarda SMA tedavisi için FDA onay almıştır. 26 Şubat 2021 tarihinde EMA tarafından onay almıştır. Ülkemizde 2021 yılında yurtdışı ilaç listesine alınmıştır. Günde bir defa ağızdan alınarak albümine bağlı kanda taşınıp büyük çoğunluğu karaciğerde metabolizma edilen ilaçtır.

Uygulama Yolu: Oral yol ile tedavisi sağlanmaktadır. Her gün ayın saatte yemekten sonra alımı uygundur.

Uygulama Dozu: 2 ay ile 2 yaş arasındaki hastalar için 0,2 mg/gün/kg; ≥ 2 yaş ve <20 kg ağırlığındaki hastalar için 0,25 mg/gün/kg ve ≥ 2 yaş ve ≥ 20 kg ağırlığındaki hastalar için 5 mg/gün/kg olarak uygulanır.

Yan Etkiler: En yaygın ateş ishal döküntü adtöz ülser atralji idrar yolu enfeksiyonu üst solunum yolu enfeksiyonu pnömoni kabızlık kusma baş ağrısıdır. Laboratuvar bulgularında ve yaşamsal bulgularında herhangi bir anomalilik saptanmamıştır (Saracaloğlu, 2021; Paik, 2022).

SPİNAL MÜSKÜLER ATROFİ'DE HEMŞİRELİK BAKIMI

SMA'nın çocuk ve aile üzerine etkisi

Ülkemizde çocuklar en iyi sağlık düzeyine kavuşması tıbbi bakım, rehabilitasyon gibi tedavi olanaklarını alabilecekleri kurumlardan yararlanması çocuk hakları sözleşmesinde belirtilerek hakları güvence altına alınmıştır (Yılmaz ve Yavuz, 2022). SMA, hem motor fonksiyonlarının kaybı hem de genetik geçişli bir hastalık olduğundan dolayı aile içi süreçlerde bireylerin

duygusal ve sosyal yaşamlarını oldukça etkilemektedir. Tanı süreci aile bireylerini normal sağlığının olmayacağını veya zihinlerinde hayal ettikleri gibi bir hayat sürdüremeyeceğini kabullenmeleri oldukça süreci güçleştirmektedir. Bazı SMA hastalarının dış görünüşleri sağlıklı bir birey olarak gözükmesi de aileyi bu süreçte inkar, kabullenmeme, üzüntü, çaresizlik gibi duyguların karmaşası içerisinde iken en sonunda hastalığı kabullenme evresinde olmaktadır (Öztürk ve Ayar, 2014; Bekiroğlu ve Çifçi, 2017; Acar ve ark, 2021)

Aile bireylerinin bakım verici rolünde bakıma odaklanmaları ve ölüm kaygısının ebeveynlerinin iyilik hallerini etkilemektedir. Ebeveynlerinin bakımda kullanacak enerjilerini ve kaliteli bakım için dinlenebilmeleri için bakıcı bireylerinin birden fazla olması gerekmektedir (Aykanat ve Gözen, 2014). SMA hastalarının motor fonksiyonlarını etkilese de duygusal olarak etkilenmemekte ve aile bireylerinin şefkatini, sevgisini, ilgisini hissetmektedir. Ebeveynlerin çocukları ile iletişimi oldukça önemlidir. Ebeveynlerinin iyilik hali hastalık süresi boyunca kaliteli bakımda destekleyici olmaktadır (Aykanat ve Gözen, 2014; Öztürk ve Ayar, 2014).

Hastalığın tedavi maliyetinin yüksek olması, tedavi imkanlarının ulaşılabilirliğinin kısıtlı olması, sağ kalım tedavisinin olmaması ebeveynleri olumsuz etkilemektedir ve psikolojik desteğin alınması sağlanmalıdır (Bekiroğlu ve Çifçi, 2017; Didişen Akçay ve Uzsen, 2018; Orhan, 2021).

SMA'lı çocuk ve aile için hemşirelik yaklaşımı

SMA hastalarında prognoz kötü seyirli ilerlemesi sonucunda solunum ve beslenme parametreleri etkilenmekte olup solunum ve beslenme desteğinin önemi artmaktadır. Hastalığın prognozu kötü seyirli devamında kas güçsüzlüğü ile karakterize etkisiz hava yolu problemleri görülebilmektedir. Aile bireylerine bu süreçte yardımcı solunum cihazları kullanımı öğretilmelidir (Mercuri ve ark, 2018; Arhan, 2022).

SMA'lı hastaların tedavi programı çok boyutlu olduğundan sağlık profesyonellerinin, ailenin, hastanın içerisinde bulunduğu bakım planı oluşturulmalıdır. Bu bakım planı doğrultusunda hastaya multidisipliner yaklaşım ile bakım sağlanmaktadır (Mercuri ve ark, 2018.)

SMA'lı bebeklerde gelişen komplikasyonların takibi hemşire merkezli yaklaşım benimsenmektedir. Hemşireler bakımda kanıta dayalı uygulamaları esas alarak bakım planı oluşturmaktadır. SMA'lı hastalarda yaşam kalitesini

artırabilmek için hasta bireyin ailesine eğitim vermek ana görevlerindendir (Korucu, 2019).

SMA hastalarında, hastalığın seyri ve yaşamsal fonksiyonlarının kısıtlanmasından dolayı, hasta bireyler aile üyelerinden, sağlık profesyonellerinden bakım desteğine ihtiyaç duyarlar. Bu bakım ihtiyacı aile merkezli bakımı temel alır. Aile merkezli bakımda, bakımın planlanıp uygulamasında aile bireylerine söz hakkı tanınır ve bakıma dahi edilmesi hedeflenmektedir (Aykanat ve Gözen, 2014; Mercuri ve ark, 2018; Acar ve ark, 2021).

Mercuri ve ark. tarafından 2018 yılında yayımlanan konsensüsde tedavi ve bakım gereksinimlerinin daha rahat belirlenmesi için şu şekilde gruplamıştır; oturamayanlar, oturabilenler, yürüyebilen olmak üzere 3 grupta incelemiştir (Mercuri ve ark, 2018).

Solunum Problemlerine Hemşirelik Yaklaşımı

SMA'lı hastaların solunum kasları zayıfladığından dolayı hastalarda solunum yetmezliği, enfeksiyonlara yatkınlık, bununla beraber uyku, beslenme problemleri görülmektedir. Hasta bireylerin yaşam kalitesini artırmak amacıyla solunum cihazlarına; trakeostomi, noninvazif, invazif ventilasyon gibi cihazların kullanımı ve oluşabilecek komplikasyonlar öğrenilmeli ve aile bireylerine ya da hasta ile ilgilenen bakıcı rolündeki bireylere eğitimi verilmelidir (Korucu, 2019; Kostak ve Çetintaş, 2022).

SMA'lı hastaların bir diğer ana problemi olan enfeksiyonlara daha duyarlı tekrarlayan enfeksiyonların akciğer kapasitesini zorlayarak solunum güçlüğüne sebep olduğu görülmektedir. Enfeksiyon riskini azaltmak için enfeksiyon önlemleri aile ile paylaşılmalıdır. Hemşireler, bir bakım çerçevesinde aile bireylerine eğitim hazırlayarak vermelidir (Canpolat ve ark, 2016; Orhan, 2021).

Hastaların sık karşılaştığı solunum yolu ile bulaşan virüslerden biri olan RSV'ye karşı bağışıklama yapılmalı ve takip edilmelidir bununla beraber 6. Aydan sonra düzenli olarak influenza aşısı takibi yapılması enfeksiyonlardan korunması için önemlidir (Kondolot ve ark, 2017; Canpolat ve ark, 2019).

Çocuklarda hastalığın baskılamış olduğu hareket kısıtlılığı oldukça güçlükler oluşturmaktadır. Hastalar için mekanik öksürtme cihazı kullanılmalı ve göğüs fizyoterapisti sağlanmalıdır. Böylelikle çocuklarda rahat nefes alıp verme ile havayolunun açıklığının sağlanması konforlu olmaktadır. Bir başka problem olarak ağız içerisinde sekresyon birikiminin önlenmesi için aspirasyon yapılmalı

eğitimi bakıcı rolündeki kişilere verilmelidir (Mercuri ve ark, 2018; Korucu, 2019).

Hastalığın her formunda ciddi solunum problemi ile karşılaşmakta olup Tip1 SMA'lı çocukların yaşam kalitesini artırmak için mekanik ventilasyon desteği gerekmektedir. Mekanik ventilasyon oldukça güç bir yöntem olup aile bireylerine ve bakıcı rolündeki kişilerin eğitimlerinin olması gerekmektedir. Ventilasyon cihazı uygulanırken çocuğun yüzünde oluşabilecek deformitelerden dolayı farklı temas noktaları sağlanmalıdır (Finkel ve ark, 2018).

Çocuk hastalar uyku sırasında solunum fonksiyonlarını yönetmekte güçlendiği için solunum parametreleri hızlı değişebilir ve düşebilmektedir. Çocukların solunumunu kontrol edebilmek adına satürasyon seviyelerinin pulseoksimetre ile takibi yapılmalıdır. Nefes alıp vermesini rahatlatmak adına farmakolojik yöntemlerini de kullanarak sekresyonları azaltılabilmektedir. Sekresyonları azaltmak amacıyla kullanılan brankodilatörler hekim önerisinde kullanılmalıdır (Korucu, 2019; Kostak ve Çetintaş, 2022). Yapılan bir konsensüste bakımı rahatlatmak ve sınıflandırmak amacıyla 3 şekilde yapılması uygun görülmüştür. Oturamayanlar, oturanlar, ambulasyon şeklinde sınıflandırılması gösterilmiştir (Mercuri ve ark, 2018).

Oturamayan çocuklar için; solunum sistemi muayenesinde öksürük etkinliğinin değerlendirilmesi, solunumun ve gaz değişiminin gözlemlenmesi yer almaktadır. Oturamayan SMA hastalarının çoğu, Solunum kas fonksiyon testlerini (ÖTA, MİP ve MEP) yapabilecek performans ve yaşta olmayabilir. Bu nedenle, solunum kas fonksiyonunun en kolay değerlendirmesi öksürük yeteneğinin gözlemlenmesi olabilir (Mercuri ve ark, 2018; Finkel ve ark, 2018).

Fizik muayenede solunum hızı, paradoksal solunum varlığı, göğüs duvarının şekli ve cilt rengi (siyanoz veya soluk) akciğer fonksiyonlarının değerlendirilmesi yapılmaktadır (Mercuri ve ark, 2018; Finkel ve ark, 2018). Gece uykusu esnasında solunum parametrelerini kontrol edebilmek için pulse oksimetre kullanılabilir. Böylelikle hipoksi durumu olursa saptamak daha kolay olabilmektedir.

Polisomnografi, çocuklarda solunum desteği ve titrasyon için kullanılabilir. Polisomnografi mümkün olmadığında, alternatif olarak, uyku sırasında end-tidal karbondioksit veya transkutan CO₂, oksijen satürasyonu, kalp hızı, nazal hava akımı ve göğüs duvarı hareketini kaydeden 4 kanallı uyku çalışması kullanılmaktadır (Mercuri ve ark, 2018; Finkel ve ark, 2018).

Oturabilen çocuklar için; solunum sisteminin değerlendirmesi için olan öneriler, oturamayanlara benzer şekildedir. Solunum kas fonksiyon testleri (MİP,

MEP ve ÖTA) ile fiziksel muayene ve öksürük etkinliği değerlendirilmektedir. Ayrıca oturanlar, skolyoz varlığı ve şiddeti açısından da değerlendirilmelidir. Bu hastalarda, solunum fonksiyon testlerinin takibi ve akciğer hacmi ölçümleri, uykuda solunum bozukluğunun değerlendirilmesi ve nabız oksimetre izlemesi takipte önemlidir. Oturanlar için diğer değerlendirme yöntemleri kan gazı, karbondioksit düzeyi takibi ve akciğer grafisidir. Klinik olarak endike olmadıkça, rutin yutma çalışması önerilmez (Mercuri ve ark, 2018; Finkel ve ark, 2018).

Yürüyebilen SMA hastalarında; hastalık seyrinin sonlarına kadar akciğer fonksiyonları nispeten korunmaktadır. Rutin değerlendirme spirometri, akciğer hacimleri ve solunum kas fonksiyon testleri içermektedir. Ek olarak, öksürük etkinliği ve fizik muayene önemli rutin değerlendirmelerdir (Mercuri ve ark, 2018; Finkel ve ark, 2018).

Beslenme Sorunlarına Hemşirelik Yaklaşımı

Yenidoğan döneminden çocukluk dönemine kadar emme, çiğneme, yutma sekresyon sorunları nadir rastlanmaktadır. Yutma dudaklardan başlayıp yemek borusuna kadar kasların uyumlu çalışmasıyla gerçekleşirken buralarda oluşabilecek güçlüklerde nörolojik hastalık oranı yüksektir. (Yılmaz ve Yavuz, 2020). Yutma ile ilgili problemlerde gastromi tüpü, NG tüp ile beslenme sağlanmalıdır (Kostak ve Çetintaş, 2022).

Hastaların beslenme örüntüsüne yardımcı olabilecek invazif ya da non-invazif işlemler (NG/OG) hakkında aileye bilgi verilmeli ve ailenin oluşabilecek komplikasyonlar hakkında bilgilendirilmelidir (aspirasyon riski) (Muslu, 2021). SMA'lı hastalarda gastroözefageal reflü, kusma, mide boşalması, kabızlık gibi GIS sorunları değerlendirilmelidir. Büyüme ve gelişme hastalarda besin ve sıvı alımının enerji hesaplamaları önem arz etmektedir (Muslu, 2021). Beslenme örüntüsünün takibi hastanın büyüme gelişme persantil eğrisine uygun takibi yapılmalıdır. (Muslu, 2021). Oturamayan ve ayakta duramayan hareket kısıtlılığı olan SMA hastalarında obezite ve glikoz metabolizma bozuklukları yönünden de takibi yapılmalıdır (Orhan, 2019; Kostak ve Çetintaş, 2022).

Hastaların az beslenmesi gelişim geriliği gösterirken fazla beslenen çocuklarda hareket kısıtlılığı ile beraber obezite problemleri gelişmektedir. (Finkel ve ark, 2018; Muslu, 2021). Kemik gelişiminin kalsiyum ve D vitaminin alımının büyüme gelişme takibi yapılmalıdır (Finkel ve ark, 2018).

Hareket ve Mobilizasyon Problemlerine Hemşirelik Yaklaşım

Fizyolojik hareketleri iyi gözlenmeli aileden alınan bilgiler doğrultusunda fizyoterapistten destek alınarak aktif-pasif hareketler ile kas hareketlerini

güçlendirmek için bakım planı hazırlanmalıdır (Finkel ve ark; 2018). Özellikle oturamayan tip1 ve Tip2 SMA'lı gruplarda skolyoz ve kifoz kas iskelet sistemi olgunlaşana kadar bozuklar açısından izlenmelidir. Aktif ve pasif hareketleri için ortez ya da atellerin yardımıyla kol ve bacak egzersizlerine yardım sağlamaktadır (Kostak ve Çetintaş, 2022). Baş kontrolüne sahip olmadığından ya da daha gelişemediğinden aspirasyon riskini azaltmak için boyun korseleri kullanımı önerilmektedir. Bu ekipmanların kullanımının bilgisi aileye verilmelidir (Mercuri,2018; Finkel,2018). SMA'lı oturabilen gruplarda önerilen egzersizlerde su terapisi, konsantrik ve eksantrik egzersizler önerilmektedir (Mercuri, 2018).

Spinal Müsküler Atrofisi olan çocuk gruplarında duyu kayıpları olmadığından sözlü, işitsel, dokunsal uyarılar gelişimi için önem arz etmektedir. Sosyal hayatla iletişimlerinin devamını sağlamak amacıyla yardımcı cihazlar ile (elektrikli tekerlekli sandalye, vagon gibi) yaşam kalitesi oluşturmalıdır (Kostak ve Çetintaş, 2022)

Hareket kısıtlılığı ve Mobilizasyon motor fonksiyonlarının ne kadar aktif olduğunu göstermektedir. SMA hastalığının belirti ve bulgularını bakımın ihtiyacı doğrultusunda oturan, oturamayan, ambulasyon adı altında üç başlık altında görülmektedir (Finkel ve ark, 2018; Mercuri, 2018).

Oturamayan SMA'lı Hasta Grubu; Bulbar ve interkostal kasların etkilenmesine bağlı solunum yetmezliği ve beslenme güçlüğüne neden olan ters çan şeklinde göğüs deformitesi oluşmaktadır. Fiziksel değerlendirme esnasında bebeklerde baş kontrolü olmadığı ve sırtüstü tutulduğunda kurbağa bacağı postürü görülmektedir (Kostak ve Çetintaş, 2022).

SMA Tip 1'li çocuklarda sıkça yutma problemleri gözlenilmektedir. SMA Tip 2 ve 3'lü çocuklarda oral bölgede zayıflık ve fonksiyon bozukluğuna bağlı çiğneme problemleri gözlenmektedir (Finkel ve ark, 2018; Mercuri, 2018). Oturamayan SMA'lı hastalarda deformitelerin en aza indirerek daha fazla pozisyonlara uyumun sağlanması primer gereksinimdir (Finkel ve ark, 2018; Mercuri, 2018).

Oturabilen SMA'lı Hasta Grubu; Bu grupta Tip 2 ve yürüyemeyen Tip 3 hastaları yer almaktadır. Hasta bireyler de yaşamın ilk aylarında genel hipotoni ve kas güçsüzlüğü görülmekte olup zamanla eklem kontraktürleri gelişebilmektedir. Bu gruptaki hastalar zayıf aksiyel kaslarla sürekli oturdukları için skolyoz gelişebilmekte ve interkostal kas güçsüzlüğüne bağlı olarak restriktif akciğer hastalığı görülebilmektedir. Postüral kontrol, ayak ve göğüs deformiteleri, skolyoz, pelvik obliklik ve kalça çıkığı açısından mutlaka değerlendirilmelidir (Finkel ve ark, 2018; Mercuri, 2018; Kostak ve Çetintaş,

2022). Oturabilen SMA'lı hastalarda birincil rehabilitasyon hedefleri; kontraktürleri ve skolyozu önlemek, fonksiyon ve hareketliliği sürdürmek veya teşvik etmektir (Finkel ve ark, 2018; Mercuri, 2018).

Yürüyebilen SMA'lı hastalarda; Yürüme yeteneğinin kazanılması hastalığın başlangıç yaşı ve desteksiz oturma becerisinin edinildiği aya bağlıdır. Mobilite, düşme, fonksiyonel durum, postüral kontrol, skolyoz, kalça çıkığı açısından mutlaka değerlendirilmelidir (Finkel ve ark, 2018; Mercuri, 2018). Yürüyebilen SMA'lı hastalarda birincil rehabilitasyon hedefleri; motor becerilerini korumak ve geliştirmektir. Hasta bireylerde yapılan germe hareketleri önemlidir. Pasif ve aktif hareket teknikleri kullanılması önerilmektedir (Finkel ve ark, 2018; Mercuri, 2018). Yürüyebilen SMA'lı hastalar için fonksiyonel motor becerilerini korumak amacıyla aerobik ve genel kondisyon egzersizleri oldukça önemlidir.

Hasta bireylerin mevcut durumuna uygun rehabilitasyon programı belirlenerek hastanın motor becerilerini korumak adına yüzme, hafif tempoda yürüyüş, bisiklete binme, kürek çekme, gibi aerobik egzersizler dahil edilerek günde en az 30 dk. fiziksel olarak aktif olmaları sağlanmalıdır (Finkel ve ark, 2018; Mercuri, 2018; Kostak ve Çetintaş, 2022). Çocuklarda erken yaşlarda desteksiz oturabilenlerin yaklaşık %95'i 18 aylık olduklarında yürüyebilmekteyken; geç oturabilenlerin yaklaşık %50'si yürüyebilmektedir (Finkel ve ark, 2018; Mercuri, 2018).

Psikolojik Bakım Gereksinimlerine Hemşirelik Yaklaşım

SMA'lı gruplarda hasta bireylerin motor fonksiyonlarını kaybetmeleri ya da aktif kullanmaları hasta yakınlarına bağımlı kılmaktadır. Hasta yakınlarının bakım güçlüğü ve yaşam kalitesini artırmak için harcadıkları güçlük karşısında profesyonel bir destek almalıdır. Hastalığa karşı ailenin gerek hastalık gerek cihazların kullanımıyla ilgili aileye destek olunmalıdır (Bekiroğlu ve Çifçi, 2017; Orhan, 2021; Kostak ve Çetintaş, 2022).

Genetik Danışmanlık

SMA, kalıtım ile geçen bir nörolojik hastalık olduğundan ailenin genetik danışmanlık alarak bir sonraki doğumda dünyaya sağlıklı bir birey getirme olasılığını oluşturmaktadır. Hasta bireylerin erken tanı alarak ve tedavisinin sağlanması için genetik danışmanlık önemlidir evlenmeden önce ya da gebelik öncesi bireylerin testleri yapması hayati önem arz etmektedir (Benbir Şenel, 2021).

SMA'LI ÇOCUK VE AİLESİ İÇİN OLASI HEMŞİRELİK BAKIMI

Tanı	Tanımlayıcı özellikler	Amaç	Hemşirelik girişimleri	Değerlendirme
Solunum fonksiyonun da bozulma riski	-Yüzeysel solunum -Hırıltılı solunum	Çocuk normal solunum fonksiyonunu sürdürmesi	-Solunum hızı ve derinliği değerlendirilmelidir. -Solunum sesleri değerlendirilmelidir.	Hastanın oksijen desteği devam etmektedir.
Hava yolu açıklığını sürdürmede yetersizlik	Satürasyon seviyesinde düşüşler (%90 altına düşmesi) Solunum kaslarının Hipotonik olması Yoğun sekresyon varlığı Öksürememe	Sekresyonları azaltarak hava yolunu açıklığını sağlamak	-SPO2 ve kan gazı değerleri takip edilmelidir. -Oksijen tedavisi ve takibi yapılmalıdır. -Satürasyon seviyesinin %90'ın altına düşmemesi sağlanmalıdır. -Solunumu iyileştirmek için pozisyon verilmelidir. -Hastanın göğsünde retraksiyon olup olmadığı takip edilmelidir.	Patolojik solunum sesleri ve retraksiyonlar devam etmektedir.
Beslenme Örüntüsünde Etkisizlik	Beslenme sonrası öksürme Gereksiniminden Az beslenme	Hastanın aspirasyon riskini azaltarak beslenme ihtiyacını sağlamak	Hastaya günlük kilo takibi yapılmalıdır. Persantil değeri takip edilmelidir. Laboratuvar sonuçları takip	Hastanın beslenmesi gastrostomi ile sağlanıyor fakat rezidüel miktar fazla olduğu için beden

	Ağızdan alamama Anne sütü ile beslenememe		edilmelidir. (Na, K, Ca)	gereksiniminden az besleniyor.
Yutma Bozukluğu	Ağızdan alamama Ağızda sekresyon birikmesi Öksürme ve boğulma riski	Yutma fonksiyonlarını takip etmek	Beslenme öncesinde her zaman gastrostomi yeri kontrol edilmelidir. Gastrostomi ile beslenme öncesinde rezidü kontrolü yapılmalıdır. Gastrostomi ile beslenme komplikasyonları takip edilmelidir (diyare, konstipasyon).	Beslenme gastromi ile takibi yapıldı.
Aspirasyon Riski	Yutma fonksiyonlarının bozulması Hastanın siyonize olması Dispne	Aspirasyonu engellemeye yönelik önlemlerin alınması	Çocuğun öğürme, öksürme refleksi, yutma yeteneği ve bilinç düzeyi izlenmelidir. Aspire ihtiyacını karşılamak için malzemeleri hazırlanacak. Gastromi ile beslenen çocuklarda beslenme öncesi NG'nin yeri kontrol edilecek. Gastromide gastrik rezidü	Aspirasyon riski takip ediliyor.

			kontrolü yapılacak.	
Büyüme Gelişmede Gecikme	Boy ve kilo persantil değeri %3 Beslenme güçlüğü yatağa bağımlı olma Uzun süreli ağırlı işlemlere maruz kalma	Hastanın büyüme ve gelişmesinin en üst düzeyde gerçekleşmesinin sağlanması-	Hasta çocuğa yaşıyla ilgili gelişimsel görevlerini karşılayacak ortam ve olanaklar sağlanmalıdır. (yaşına uygun oyuncaklar getirildi). Yaşına uygun davranışları gösterip göstermediği değerlendirilmelidir. Bakıcının sürekli olması ve ebeveyn-lerin çocuğa yeterli vakit ayırması gerektiği aileye anlatılmalıdır.	Hastanın büyüme ve gelişmesinde gecikme mevcut.
Cilt Bütünlüğün de Bozulma Riski	Vücut kaslarının tutulumundan dolayı hareket edemiyor, Tüm vücut hipoaktif, yakalama ve tutma refleksinin olmaması	Cilt bütünlüğünü koruma, vücudu temiz ve bakımlı tutma	Hastaya takılan kanül var ise etrafındaki cilt mukozası kontrol edilmeli (kızarıklık vb.) Pansuman değişimi gerektikçe (ıslanma, sekresyonla kirlenme vb) yapılması ve	Hastanın cilt bütünlüğü korunmaya sağlanıyor.

			kanül bağları değiştirilmelidir. Hareketsizliğe bağlı bası noktaları kontrol edilmelidir. (boyun kısmı...)	
Düşme Riski	Hareket kısıtlılığı Bilinç düzeyini kontrol edememe	Düşme ve travmaları engellemek	Yatak kenarları ve yatak freni kapalı olmalıdır. Yatak çarşafı gergin olmalıdır. Pozisyon vermek için kullanılan destekleme Ürünlerinin kullanımı hakkında aileye bilgi verilmelidir. Sürekli ışık, ses ve gürültüye maruz kalması engellenmelidir.	Hasta düşme ve travmalardan korunuyor.
Anksiyete	Hastalık ve tedavi sürecine bağlı	Ailenin fizyolojik ve psikolojik olarak rahatladığını ifade etmesi	Ebeveynlerin kendilerini ifade etmeleri için rahat bir ortam sağlanmalıdır. Gevşeme egzersizleri öğretilmelidir. Ebeveynlere hastalık ve tedavi süreci hakkında bilgi verilmelidir. Aile ile kısa, basit, sakin ve	Ebeveynler rahatlık ifadelerini belirttiler.

			anlaşılır konuşulacak.	
Bilgi Eksikliği	Aile bireylerinin hastalık ve tedavi süreci	Hastalık ve tedavi süreci hakkında ve Danışmanlık hakkında hastalık hakkında ailenin bilgi düzeyinin artırılması	Ebeveynlerin hastalık ve tedavi süreci ile ilgili bilgi düzeyleri, yanlış tutum ve davranışları değerlendirilmelidir. Ebeveynlere uygun ortamda, broşür ve materyallerle hastalık ve tedavi süreci hakkında eğitim verilmelidir. Aileye genetik danışmanlık sağlandı-ailen sosyal yönden güçlenmesi için 'SMA grubu' hakkında bilgi verilmelidir.	Ebeveynlerin hastalık ve tedavi süreci hakkında bilgilenmesi sağlandı.
Bakım Verici Rolünde Zorlanma	Devamlı (süre gelen) ve çoklu bakım gereksinimi	Bakım verici bireyin bakım yükünü hafifletmek	Bakım vericinin bakım gücü belirlenerek destek kişilerin içerisinde olduğu bakım planı düzenlenecek Multidisipliner bakım yaklaşımı oluşturulacak Bakımı yapabilecek bireylere bakım planı anlatılacak ve	Eğitimler ve destekleyici bakım ve tedavi olanakları belirlendi.

			uygulama için desteklenecek	
Uyku Örüntüsünde Rahatsızlık	NREM ve REM uykuda düzensiz nefes alış-verişi	Uyku düzeninin sağlanması amaçlanmaktadır.	Çocuğun ventilatöre bağlı solunum desteği sağlanacak. Satürasyon seviyeleri kontrol edilecek Oksijen desteği verilirken pulseoksimetre ile takibi yapılacaktır.	Uyku esnasında pulseoksimetre ile takibi yapıldı.
Enfeksiyon Riski	Solunum kaslarının zayıflığı ile karakterize akciğerlerin havalanmasında azalma	Tekrarlayan akciğer enfeksiyonları işlevini azaltmak	Hasta çocukta enfeksiyon belirtisi ve bulguları gözlemlenmeyecek (ateş, öksürme, solunum sıkıntısı). Ziyaretçi kısıtlaması yapılacaktır. Hastayı tekrarlayan solunum enfeksiyonlarından korumak için bağışıklama bilgisi verilecek (influenza aşısı bilgisi).	Enfeksiyon belirtisi ve bulguları izlenmektedir.
Güçsüzlük	Kasların zayıflaması ile fonksiyonlarını aktif kullanamaması	Hasta çocuğun yaşamsal parametrelerini hafifletmek	Çocuğa solunum desteği vererek solunum kasları rahatlatılacaktır. Gastromi takılarak beslenme fonksiyonları kontrol edilecektir. Ateller, ortezler, bel korseleri ile vücut yükü desteklenecektir. Fizyoterapist ile iş birliği yapılacaktır.	Hastanın motor aktiviteleri desteklendi.

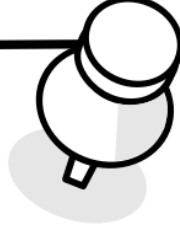
Kaynak: Erdemir, 2010; Didişen Akçay ve Uzsın, 2018; Başara ve Çalışır, 2022; kaynaklarından derlenmiştir.

KAYNAKÇA

1. Acar AE, Saygı E K, İmamoğlu S, Öztürk G, Ünver O, Ergenekon P, Türkdoğan D. “The Burden of Primary Caregivers of Spinal Muscular Atrophy Patients and Their Needs”. Turkish Archives of Pediatrics, 2021, 56(4): 366.
2. Arhan EP. Spinal Musküler Atrofi (SMA). Ankara, 2022, 1.
3. Aykanat B, Gözen D. “Çocuk Sağlığı Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı”. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014, 3(1): 683- 695.
4. Başara SG, Çalışır H. “Spinal Müsküler Atrofi’li Çocuk Hastanın Henderson Hemşirelik Modeline Göre Değerlendirilmesi”. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2022, 6(2), 345-353.
5. Bekiroğlu S, Çıfci EG. “Nöromusküler Hasta Ailelerinin Yaşadıkları Güçlükler”. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi, 2017, 21(3), 704-722.
6. Benbir Şenel G. “Nöronopatiler ve Uyku Bozuklukları: Spinal Musküler Atrofi, Amiyotrofik Lateral Skleroz ve Post-polio Sendromu”. Türk Uyku Tıbbı Dergisi, 2021, 8(2), 90-96.
7. Canpolat M, Bayram AK, Bahadır O, Hüseyin PER, Gümüş H, Dünder M, Kumandaş S. “Spinal musküler atrofi olgularının klinik özellikleri”. Güncel Pediatri, 2016, 14(1), 18-22.
8. Carpenito LJ. Handbook of Nursing Diagnosis, 2010. Çev: Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2010.
9. Çankaya T. “Spinal Musküler Atrofi İçin Prenatal Tanı”. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2016, 24(2), 65-68.
10. Didişen Akçay N, Uzsen H. “Trajectory Model Kullanımı: Spinal Müsküler Atrofi Tanılı Çocuğun Bakımı”. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi, 2018, 5(12), 126-142.
11. Finkel RS, Mercuri E, Meyer OH, Simonds AK, Schroth MK, Graham RJ, Sejersen T. “Diagnosis and management of spinal muscular atrophy: Part 2: Pulmonary and acute care; medications, supplements and immunizations; other organ systems and ethics”. Neuromuscular Disorders, 2018, 28(3), 197-207.
12. Uluç K. Erişkin Başlangıçlı SMA (SMA Tip 4). Ankara, 2022, 9.
13. Kondolot M, Bayram AK, Canpolat M, Karakaş F, Elmalı F, Gümüş H, Hüseyin PER. “Çocuk nöroloji hastalarının aşılama durumu ve etkileyen faktörler”. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 2017, 11(4), 265-270.

14. Korucu E. “Spinal Müsküler Atrofi (SMA) Hastalara görsel Ma Tery Al İzletmenin Aspirasyon sonrası Ağrı ve Solunum Parametrelerine Etkisi”, Doctoral dissertation, Bursa Uludag University. (Turkey), 2019.
15. Kostak MA, Çetintaş İ. “Spinal Müsküler Atrofisi Olan Çocuk ve Ailesinin Hemşirelik Bakımı”. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2022, 15(1), 99-107.
16. Küçük A, Yüce HH, Aydoğan H, Karahan MA, Altay N. “Spinal Müsküler Atrofi Pediatrik Hastada Anestezi Yaklaşım”. Pamukkale Tıp Dergisi, 2016, 9(1): 57-61.
17. Mendell JR, Al-Zaidy SA, Lehman KJ, McColly M, Lowes LP, Alfano LN, Shell R. “Five-year Extension Results Of The Phase 1 START Trial of Onasemnogene Apeparvovec In Spinal Muscular Atrophy”. JAMA Neurology, 2021, 78(7), 834-841.
18. Mercuri E, Finkel RS, Muntoni F, Wirth B, Montes J, Main M ve ark. “Diagnosis And Management Of Spinal Muscular Atrophy: Part 1: Recommendations For Diagnosis, Rehabilitation, Orthopedic And Nutritional Care”. Neuromuscular Disorders, 2018;28(2):103-115.
19. Mercuri E, Pera MC, Scoto M, Finkel R, Muntoni F. “Spinal muscular atrophy insights and challenges in the treatment era”. Nature Reviews Neurology, 2020 16(12), 706-715.
20. Messina S, Sframeli M. “New treatments in spinal muscular atrophy: positive results and new challenges”. Journal of Clinical Medicine, 2020, 9(7), 2222.
21. Muslu M. “Spinal Musküler Atrofi (SMA) ve Tıbbi Beslenme Tedavisi”. Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi, 2021, 4(3), 131-140.
22. Nicolau S, Waldrop MA, Connolly AM, Mendell JR. “Spinal Muscular Atrophy”. In Seminars in Pediatric Neurology, 2021, (Vol. 37, p. 100878). WB Saunders.
23. Orhan S. Spinal Müsküler Atrofi hastası çocukların ebeveynlerinin yaşadıkları deneyimlerin tanımlanması (Tez). İstanbul Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2019.
24. Öztürk C, Ayar D. “Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım”. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2014, 7(4), 315-320.
25. Paik, J. “Risdiplam: A Review in Spinal Muscular Atrophy. CNS drugs”, 2022, 1-10.

26. Saracaloğlu A, Demiryürek AT. “Spinal musküler atrofi (SMA) tedavisinde yeni yaklaşımlar ve onaylı ilaçlar”. 2022
27. Sel SK, Kasap H, Filiz K, Güzel Aİ. “Spinal Müsküler Atrofi ve Moleküler Genetiği”. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2012, 21(1), 1-26.
28. Spinal Müsküler Atrofi Taşıyıcı Tarama Programı Saha Rehberi”, Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, 2021. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/SMA_Tasiyici_Tarama_Saha_Rehberi.pdf Erişim:15.12.2022
29. Wirth B. “Spinal Muscular Atrophy: İn The Challenge Lies A Solution. Trends İn Neurosciences”. 2021, 44(4), 306-322.
30. Wurster C, Petri S. “Progress in Spinal Muscular Atrophy Research”. Current Opinion in Neurology, 2022, 35(5), 693-698.
31. Yılmaz NA, Yavuz H. “Yutma Rehabilitasyonu Ev Programına Alınan Yutması Bozulmuş (Disfajik) Çocuk Hastaların Özellikleri”. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2022, 3(1),1-6.
32. Yılmaz S, Karaaslan BT, Akoğlu G. “Gelişimsel Bakış Açısıyla Spinal Musküler Atrofi’de Çocuğun Sağlık Hakkı ve Yaşam Kalitesi”. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2022, 7(3), 629-635.



BÖLÜM 2

MESLEK HASTALIKLARI

Uzm. Hem. Merve ÖZKAN¹

Doç. Dr. Filiz ADANA²

Arş. Gör. Dr. Duygu YEŞİLFİDAN³

Doç. Dr. Safiye ÖZVURMAZ⁴

MESLEK HASTALIĞI KAVRAMI

World Health Organization (WHO)' a göre meslek hastalıkları; işyeri ortamında mevcut olan faktörlerin etkisi ile meydana gelen hastalıkların ortak adıdır. Başka bir ifadeyle, çalışılan işe özel zararlı bir etkenin ve bu etkenden etkilenen çalışanın varlığı söz konusudur. Bu sebeple, hastalık ile yapılan iş arasında bir nedensellik ilişkisi bulunmalıdır (İşçi, 2016).

International Labour Organization (ILO)'nın 1981 yılı 155 numaralı İş Sağlığı ve Güvenliği Sözleşmesi, 2002 ILO protokolü kapsamında meslek hastalığı; “iş faaliyetlerinden kaynaklanan risk faktörlerine maruz kalma sonucu ortaya çıkan bütün hastalıklar” şeklinde tanımlanmıştır (ILO, 2013; İşçi, 2016). WHO kaynaklarında da bu tanım benimsenmiştir (Alagüney ve Yıldız, 2020). Avrupa Birliği kaynaklarında meslek hastalıkları, meslek ile spesifik veya güçlü ilişkisi olan ve genellikle tek nedenden kaynaklı hastalıklar olarak tanımlanmaktadır (European Commission, 2003). Meslek hastalığının tanımı, ILO'nun 121 sayılı Tavsiye Kararı'nda da yer almaktadır. Bu tanıma göre; işin yürütülmesinden veya

¹ Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği AD., ORCID: 0000-0001-7032-6864

² Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD., ORCID: 0000-0002-7677-0170

³ Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD., ORCID: 0000-0002-0290-1553

⁴ Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD., ORCID: 0000-0002-1842-3058

işin yürütülmesi sırasında maruz kalınan faktörlerden doğan hastalıklar, meslek hastalığıdır (İşçi, 2016).

Ülkemizde meslek hastalığı tanımsal olarak 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nda bulunmaktadır. 5510 sayılı Kanun’un 14’üncü maddesinin birinci fıkrasına göre, meslek hastalığı; “sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik halleridir” şeklinde ifade edilmektedir (Ilıman, 2015; İşçi, 2016; Tarım, 2017; Şenol vd, 2020).

Sosyal güvenlik sistemimize göre, bir hastalığın, mesleksel nedenlerle oluştuğunun tespiti, o hastalığın bir meslek hastalığı olarak kabul edildiği anlamını taşımamaktadır. Sigortalı bireyin, iş kazası ve meslek hastalığı sigortası dahilinde sağlanan yardımlara hak kazanabilmesi ancak hastalığın Sosyal Güvenlik Kurulu (SGK) tarafından meslek hastalığı olarak tespitine bağlıdır. SGK’nın hastalığı meslek hastalığı olarak kabul etmesi de 5510 sayılı Kanun’un 14’üncü maddesinde belirtilen şekilde gerçekleşmesiyle mümkündür (İşçi, 2016).

Meslek hastalığı, ülkemizde 2012 yılında yürürlüğe giren 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu’nda da ILO ve WHO ile benzer olarak, “mesleki risklere maruz kalım sonucu ortaya çıkan hastalık” şeklinde kavramsal olarak tanımlanmaktadır (T.C. Resmi Gazete, 2012). Sosyal sigorta süreçlerine ilişkin olan 2006 tarihli 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nda da “sigortalının çalıştığı veya yaptığı işin niteliğinden dolayı tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık, bedensel veya ruhsal engellilik halleri” olarak tanımlanmaktadır (T.C. Resmi Gazete, 2006).

Literatür incelendiğinde meslek hastalığı ve iş kazası kavramlarının birbirinin yerine kullanılıp, kavram karmaşası olduğu net olarak görülmektedir. Kavramları birbirinden ayıran en önemli nokta; iş kazasının aniden meydana gelmesi, meslek hastalığının; genellikle uzun bir süre hastalık etkenine maruz kalınarak ortaya çıkmasıdır (İşçi, 2016). Meslek hastalıkları akut ya da kronik seyirli olabilir. Burada etkene maruz kalım miktarı ve patogenetik mekanizmalar göz ardı edilmemelidir (Alagüney ve Yıldız, 2020).

Meslek hastalıklarının genel özellikleri; her bir hastalığın spesifik klinik tabloya sahip olması, hastalıkları oluşturan etkenlerin iyi belirlenmesi hatta her etkenin ortamda hazır olarak bulunması, hastalıkların deneysel oluşturulabilmeleri ve hastalığın o meslekte çalışan bireylerdeki insidansının yüksekliğidir (Ilıman, 2015).

Meslek hastalıkları kontrol uygulamaları yeterli ve düzenli şekilde yapıldığı, risk yönetiminin uygulandığı durumlarda önlenabilir hastalıklardır. Bunun için iş yerlerinde hastalık etkeni olabilecek faktörler saptanmalı ve uygun yöntemler aracılığıyla elimine edilmesi, bunun mümkün olmadığı durumlarda da etken-çalışan temasının kesilmesi gereklidir. Meslek hastalıkları açısından en önemli sorumluluk işverenindir (Ilıman, 2015).

Meslek hastalıkları, işçilerin maruz kaldıkları madde ve koşullara göre farklılıklar gösterir. Bu nedenle tüm dünyada kabul edilen kapsamlı bir meslek hastalıkları çizelgesi mevcut değildir. Kurulduğu 1919 yılından bu yana meslek hastalıklarını tanımlamak üzerine çalışan ve 2010 yılında son güncellemeyi yapan ILO; 106 tane meslek hastalığını tanımlayarak 4 ana grupta sınıflandırmıştır (İşçi, 2016). WHO 17 grup, Avrupa Birliği 2 liste şeklinde ve Sosyal Güvenlik Kurulu 5 ana grup olacak şekilde sınıflandırmıştır (Alagüney ve Yıldız, 2020).

Ülkemizde SGK mevzuatı kapsamında, Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği ekinde bulunan ülkemize ait meslek hastalıkları listesi kullanılmaktadır. Çalışma Gücü ve Meslekte Kazanma Gücü Kaybı Oranı Tespit İşlemleri Yönetmeliği (11.10.2008, Değ. 22.1.2011) Ek-2 Meslek Hastalıkları Listesi aşağıda belirtilen sınıflama şeklindedir (Alagüney ve Yıldız, 2020)

1. A Grubu: Kimyasal Etkenlere Bağlı Hastalıklar (25 grupta 65 hastalık)
2. B Grubu: Mesleki Deri Hastalıkları (2 grupta 2 hastalık)
3. C Grubu: Pnömonyozlar ve Diğer Solunum Sistemi Hastalıkları (6 grupta 9 hastalık)
4. D Grubu: Mesleki Bulaşıcı Hastalıklar (4 grupta 30 hastalık)
5. E Grubu: Fizik Etkenler İle Oluşan Hastalıklar (7 grupta 13 hastalık)

1. A Grubu: Kimyasal Etkenlere Bağlı Hastalıklar

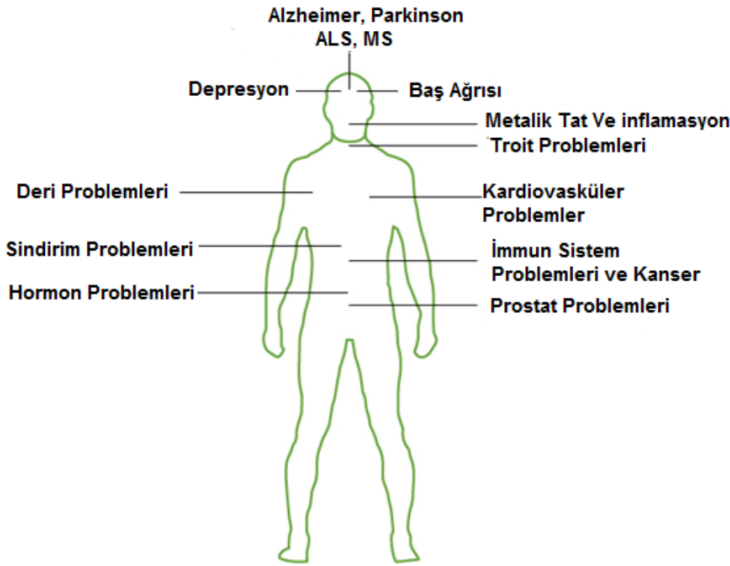
Meslek hastalıklarına neden olan başlıca kimyasal maddeler; metaller, gazlar, çözücüler, pestisitler, asit ve alkali maddelerdir (ÇASGEM, 2013).

İşyerlerinde en çok kullanılan madde metallerdir. Metallerin en sık kullanılanı demirdir. Demir dışında alüminyum, kurşun, krom, nikel, kadmiyum, magnezyum gibi daha pek çok metal de sanayide sık olarak kullanılır. Demir sağlık problemlerine neden olmaz ancak diğer metaller ciddi sağlık problemlerine yol açabilir (Bilir ve Yıldız, 2014). Kağıt, polimer ve pestisit üretimi, toprak stabilizasyonu, jel kromatografi, tarım ve boya sektörü, demir-çelik sanayi, gıda

ve su işleme süreci, petrokimya, tekstil, cam endüstrisi, kuru temizleme, metalürji, inşaat yapı malzeme üretimi, plastik üretimi gibi alanlarda çalışanlar kimyasal etkenlere bağlı hastalıklar açısından riskli grupları oluşturmaktadırlar (ÇASGEM, 2013).

Meslek hastalıkları çoğunlukla ağır metallerden kaynaklanır. Yoğunluğu 5g/cm^3 'den büyük metaller ağır metal olarak tanımlanır. Tıpta; tüm toksik özelliği taşıyan metaller elementlerin atomik ağırlıklarına bakılmadan ağır metal şeklinde ifade edilir. En çok bilinen ağır metaller; Kurşun (Pb), Cıva (Hg), Arsenik (As), Krom (Sn), Nikel (Ni), Kadmiyum (Cd), Mangan (Mn), Demir (Fe), Kobalt (Co), Bakır (Cu), Çinko (Zn), Gümüş (Ag) ve Selenyum (Se)'dur (Özbolat ve Tuli, 2016).

Solunum, ağız ve deri yoluyla alınan ağır metaller alınan miktar çok az bile olsa birikerek organizmaya zarar verici olabilirler. Ağır metallerin vücut dışına atılmalarının yavaş olması da etkilenme riskini artırmaktadır (Jianlong ve Can, 2006; Farooq vd, 2008).



Şekil 1. Ağır metallere maruziyet sonucu oluşan semptomlar (Özbolat ve Tuli, 2016)

Kurşun; uzun yıllardır insanlar tarafından yaygın olarak kullanıldığından kurşun zehirlenmesi de eski yıllardan beri bilinen bir hastalıktır (Bilir ve Yıldız, 2014). Hipokrat M.Ö. dördüncü yüzyılda kurşun zehirlenmesinin anemi, kabızlık ve karın ağrısı gibi başlıca belirtilerini tanımlamıştır. Geçmişte tabak, çanak,

mutfak malzemeleri, su borusu yapımında kullanılmıştır. Günümüzde inorganik formu akümülatör, plastik, kristal cam, televizyon tüpü yapımında, matbaacılıkta, boya sanayinde, petrol endüstrisi gibi 100'den fazla sanayi iş kolunda kullanılmaktadır (Wedeen et al. 2007; Çetintepe vd, 2020). İnorganik kurşun maruz kalımı önemli bir küresel sorundur (Çetintepe vd, 2020). Kurşun kan-beyin bariyerini geçebildiği için beyne ulaşabilir ve gebelikte de plasentadan fetüse ulaşabilir. Bu sebeple gebelik sürecindeki kadınların kurşun etkilenmesinden korunması oldukça önemlidir (Bilir ve Yıldız, 2014). Akü, boya ve matbaacılıkta kullanılan kurşunun sağlık üzerinde akut belirtileri gastrointestinal sistem (GİS), karaciğer ve böbrek fonksiyonlarında bozulma, şok ve kramp şeklinde iken kronik belirtileri GİS sorunları, hematolojik sorunlar, polinevrit, ensefalopati, böbrek ve kas-iskelet sistemi bozuklukları şeklindedir (Yavuz ve Erdoğan 2001).

Cıva; doğal koşullarda sıvı halde bulunmakta ve suda çözünmemektedir. Suyu göre 13,55 kat ağır, havaya göre 7 kat yoğundur (Bilir ve Yıldız, 2014;Clarkson vd, 2003). Yüksek buhar basıncında atmosfere yayılarak mesleki ve çevresel maruz kalımın temelini oluşturur (Ecin ve Öz, 2020). Cıva eskiden çeşitli alanlarda yaygın olarak kullanılmış olsa da günümüzde kullanımı oldukça azalmıştır (Bilir ve Yıldız, 2014). Cıvanın farklı formları bulunmakta olup toksisitesi de formalara göre değişiklik göstermektedir. Cıva doğada 3 formda bulunmaktadır bunlar; metalik (elementel), inorganik ve organik (Ecin ve Öz, 2020). Öz et al. (2012) Cıva maruziyeti ensefelopati, polinöropati ve nefrotik sendrom gelişmesine neden olabilir. Cıva, insanlık için temel element değildir ve artan çevresel maruz kalım devam ettiği sürece bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkacaktır (Ecin ve Öz, 2020).

Arsenik; toprakta, yeraltı sularında ve gıdalarda çeşitli kimyasal formlarda bulunan bir metaloiddir. Esasen yer kabuğu ve taş yataklarında yoğunlaşmakta ve ilerleyerek içme suyuna sızmaktadır. Arseniğin sağlık etkileri çoğunlukla yetişkin yaşlarda belgelenmiştir (Vahter, 2008). Organik arsenik normal koşullarda vücuttan kolayca atılır ancak; arseniğin çözünebilir inorganik arsenik biçimleri organik arseniğe kıyasla daha toksiktir (Özbolat ve Tuli, 2016). Elemental, sülfid ve karbonat gibi çeşitli allotropik formlarda bulunur. İnorganik arseniğe maruziyet; kontamine olmuş gıda, hava ya da su ile olabildiği gibi mesleki maruz kalımlar ile de olabilir (Kar Kurt ve Öz, 2020).

Krom; doğada serbest halde bulunmaz ve 2,3 ve 6 olmak üzere 3 değişik değerlikli atomu bulunmaktadır. En önemli maruziyet yolu solunumdur ve etkisini çoğunlukla deri ve solunum sisteminde gösterir (İlhan, 2015;Yıldırım, 2018). Günümüzde kromun yüze yakın kullanım alanı vardır. Yaygın kullanımı sebebiyle ortaya çıkan sağlık sorunlarının ciddiyeti konusunda (özellikle

kanserojen etkisi) günden güne önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir (Bilir ve Yıldız, 2014;Yıldırım, 2018).

Nikel; sert ve paslanmayan bir metal olması sebebiyle en çok otomotiv endüstrisi alanında kullanılmaktadır. Kullanımı sırasında gaz haline geçerek solunum yoluyla emilir ve genellikle idrar yoluyla atılır. Literatür incelendiğinde maruz kalınan nikelin en önemli sağlık etkisi kanserojen olmasıdır ayrıca en çok böbreklere hasar verdiği görülmektedir (Bilir ve Yılmaz, 2014;Çetintepe ve Öz, 2020).

Kadmiyum; paslanmaya dayanıklı ve sertliği orta olan metaldir. Doğada çok nadir olarak saf halde olup genellikle çinko, gümüş, bakır gibi cevherler ile birlikte bulunmaktadır (Bilir ve Yıldız, 2014;Kazeem et al, 2014). Yaygın olarak elektro kaplamada ve şarjlı ev aletlerinde Nikel-Kadmiyum pilleri olarak kullanılır. Temel maruz kalım alanları; sigara dumanı, mesleksi maruziyet ve gıdaların kontamine olmasıdır. Günde 20 adet sigara içen bir kişi yaklaşık olarak vücuda 1 µg kadmiyum almaktadır. Vücut bütününde değerlendirildiğinde kadmiyumun en çok etkileyip hasar verdiği organ böbreklerdir (Bilir ve Yıldız, 2014;Ecin ve Öz, 2020). Ancak kadmiyumun biyolojik yarılanma ömrü uzun olduğu için böbreklerdeki hasar genellikle bireyler 60 yaş civarına geldiğinde semptom vermeye başlar (Kazeem et al, 2014).

Kurşun, cıva, arsenik, nikel, krom ve kadmiyum gibi kimyasalların insan sağlığını olumsuz etkilemesi için temas etmemesi veya emilmesi gereklidir. Kimyasallar kontrollü alındığında sağlığa katkıda bulunabilmektedirler. Ancak endüstri kaynaklı kontrolsüz alımların etkileri olumsuzdur. Endüstrinin temel kavramı iş yerlerindeki verimin artırılmasıdır. Buna paralel olarak kullanılan kimyasalların biçimi ile türü ve muhtemel tesirler konusunda bilgiler edinilip bu maddelerin gerektiğinde tıbbi etkileri ve gerektiğindeyse iş akışında kullanıldığındaki koruyucu malzeme kullanımı gibi konuları çok iyi yönetilmelidir (Emerce ve Şahan, 2020;Tarım, 2017).

2. B Grubu: Mesleki Deri Hastalıkları

Tüm deri hastalıklarının yaklaşık %35'ini mesleki deri hastalıkları oluşturur ve en sık bildirilen ikinci meslek hastalığıdır. Sık görülmesi ve de korunulabilir olması sebebiyle çok önemlidir. İşyerlerinde maruz kalınan çeşitli kimyasallar mesleki deri hastalıklarına neden olur. Mesleki olarak deriyle emilebilen 90.000'den fazla kimyasal madde tanımlanmıştır ve bunların 2000'den fazlasının teması sonucunda deride alerjik reaksiyon oluşabileceği gösterilmiştir. Semptom

veren hastalığın çalışma düzeni ile ilişkisinin varlığı meslek sebepli olmasının temel göstergesidir (Bilir ve Yıldız, 2014;Arda ve Özşahin, 2015;Ecin ve Doğan Günaydın, 2020).

Mesleki deri hastalıklarının oluşumunda kolaylaştırıcı etiyolojik faktörler, maruz kalım süresi, mesleki ortamın ve işin fiziksel şartları ile ilgili faktörler ve mesleki iş ortamında kullanılan kimyasal maddeler olarak sıralanabilir. İşin fiziksel şartları ile ilgili faktörler; tekrarlayan travma, sürtünme, vibrasyon, basınç, tozlar, çevresel iritan ve allerjenler, sıcak, soğuk, nem gibi iklimsel değişkenleri içermektedir. İş ortamında kullanılan ve deriye temas ederek mesleki deri hastalığına sebep olabilecek maddeler asitler ve bazlar, boyalar ve katran, reçineler ve deterjanlar, çözücüler, metaller ve metal işleme sıvıları, lastik ve türevleri olarak sıralanabilir (Ecin ve Doğan Günaydın, 2020).

Mesleki deri hastalıklarındaki hastalık türleri değerlendirildiğinde en sık görülen mesleki deri hastalığı; kontakt dermatittir (%4-7). En sık karşılaşılan tür; iritan dermatit (%80) ve daha seyrek olarak, bazı kimyasallar ve ultraviyole (UV) etkisi sonucunda meydana gelen hastalık deri kanseridir (Bilir ve Yıldız, 2014;Koç, 2011). Mesleki deri hastalıklarının en yoğun görüldüğü meslek grupları; sağlık profesyonelleri, işçiler (metal, galvanizleme, lastik, plastik, sanayi, inşaat), kuaför/berber, makine operatörleri, aşçı, fırıncı ve pastacılar, deri/kauçuk işlemleri, boya ve printer gibi maddelerle çalışanlardır (ÇASGEM 2013).

Mesleki kontakt dermatitler; iritan, alerjik, fotoalerjik ve fototoksik kontakt dermatitler olarak incelenir. Genel olarak ele aldığımızda mesleki kontakt dermatitlerin en sık nedenleri arasında; lastik kimyasalları, sabun ve temizleyiciler, nikel, petrol ürünleri, kesme sıvıları, epoksi ve diğer reçineler, ıslak iş ortamı ve kişisel koruyucu giysiler bulunur (Ecin ve Doğan Günaydın, 2020). İritan kontakt dermatit; deri bariyerini bozabilecek maddelerin deri ile temasında meydana gelen ve alerjik olmayan inflamatuvar bir reaksiyondur. Kimyasalın yoğunluk, miktar, temas süresi ve temasa uğrayan kişinin deri bariyerine göre çeşitli şiddet ve tablolarda; akut ya da kronik şekilde oluşabilir (Koç, 2011; Ecin ve Doğan Günaydın, 2020). Suya temas iritan kontakt dermatit için önemli bir kolaylaştırıcı olarak incelenir, çünkü uzun süreli su ile temas sonucunda derinin epidermal bariyeri bozulup pH'ı değişir. Özellikle günde iki saatten fazla suya maruz kalmak ya da eldiven kullanmak iritan kontakt dermatit için önemli risk faktörleridir (Ecin ve Doğan Günaydın, 2020). Alerjik kontakt dermatitin, iritan kontakttaki dermatitten farkı kimyasalın temas yerinden başka genel olarak vücutta tutunmasıdır (Arda ve Özşahin, 2015). Fototoksik veya fotoalerjik kontakt dermatitlerin temelinde ultraviyole radyasyon (UVR) yer

almaktadır. Derideki lezyonlar genellikle güneş gören yerlerde, sınırları iyi belli ve simetrik yerleşmişlerdir (Zuba et al. 2016;Ecin ve Doğan Günaydın, 2020).

Mesleki deri kanserleri; en sık gözlenen kanserler olmak üzere genellikle UVR maruz kalınım sonucunda semptom verirler. Mesleki sebepler ile UVR'a maruz kalan bireyler ve arseniğe maruz kalan bireyler mesleki deri kanserleri açısından önemli derecede risk altındadırlar (Kazeem et al. 2014;Ecin ve Doğan Günaydın, 2020).

Mesleki deri enfeksiyonları; mesleki ortam nedeni ile gelişen enfeksiyonlardır. Bakteriyel enfeksiyonlar (şarbon, kutanöz mikobakteriyel enfeksiyonlar, atipik mikobakteriyel enfeksiyonlar), viral enfeksiyonlar (orf, milker's nodülü, herpes enfeksiyonları, viral siğiller), fungal enfeksiyonlar (kandida, yüzeyel mantar) ve parazitik hastalıklar (scabies, kutanöz leishmaniazis, lyme) sebepleri ile meydana gelmektedirler (Adışen ve Aksakal, 2007;Kazeem et al. 2014;Ecin ve Doğan Günaydın, 2020).

Mesleki akne; genellikle derinin folliküler açıklıklarının okluzyon endüstriyel materyal veya aşırı ısı gibi fiziksel etkiler sebebiyle oklude olması sonucunda gelişir. Çalışma ortamının aşırı sıcaklığı, yağlanmış iş kıyafetlerinin uzun süre giyilmesi veya endüstriyel yağ bulaşı mesleki akne gelişim etiolojisinde önemli faktörlerdir (Kazeem et al. 2014;Ecin ve Doğan Günaydın, 2020).

Pigmentasyon değişiklikleri; hiperpigmentasyon ve depigmentasyon olarak incelenir. Farklı sektörlerdeki farklı iş kollarında kullanılan ağır metaller deriden absorbe olduğunda hiperpigmentasyon gelişebilir. Bazı kimyasalların (fenolik derive vb.) deri üzerinde sitotoksik etki gösterip geri dönüşümsüz pigment kaybına yol açmasına depigmentasyon denir (Özarmağan, 2001;Arda ve Özşahin, 2015;Ecin ve Doğan Günaydın, 2020).

Mesleki ürtiker; literatürde en sık karşılaşılan nedeni lateks alerjisidir. Deri ile teması takiben 15-60 dakika içinde temas bölgesinde lokalize eritem ve ödeme yol açabilir (Arda ve Özşahin, 2015;Ecin ve Doğan Günaydın, 2020).

3. C Grubu: Pnömokonyoz ve Diğer Solunum Sistemi Hastalıkları

Pnömokonyoz; akciğerlerde toz birikimi ile oluşan doku reaksiyonu ile karakterize hastalıktır (Moitra et al. 2015). Meslek hastalıklarının tarihçesine bakılırsa tozların özellikle solunum sistemi hastalıklarının etiolojisindeki önemi görülebilir. Aynı şekilde günümüz dünyasında da özellikle gelişmekte olan

ülkelerde toz kaynaklı akciğer hastalıkları en sık ortaya çıkan meslek hastalığı olarak kabul edilmektedir (Bilir ve Yıldız, 2014).

Tozlar, çapı 1 ile 100 mikron arasında değişen; kaynakları, fiziksel özellikleri ve ortam koşullarına bağlı olarak havada asılı olan veya havada asılı hale gelebilen katı partiküllerdir. Büyüklüğü 10 mikronun altında olan tozlar alveollere kadar ulaşabilir. Akciğer hastalıkları açısından en büyük tehlike çapı 0,5 ile 5 mikron arası tozlardan kaynaklıdır. Toz kaynaklı akciğer hastalığı için maruziyet süresi 3 yıl olarak kabul edilse de genellikle 10 yıllık etkilenmenin ardından semptomlar görülür. Akciğerde hastalık oluşmasında yalnızca tozlar değil kişinin sigara içme durumu gibi özellikleri önem taşımaktadır (Bilir ve Yıldız, 2014;Sandal vd, 2020).

Tozlu ortamda çalışılan ve mesleki solunum yolu hastalıkları açısından riskli gruplar; maden ocakları, sanayi (mermer, sigara, tuğla/kiremit, çimento, metal, porselen, çırçır ve pamuklu dokuma), yol/tünel/baraj yapım, ağaç doğrama, mobilya, kaynak, kum ve grafit gibi döküm, tahıl siloları, un değirmeni/fabrikaları ve patlatma/kırma/delme/öğütmedir (ÇASGEM, 2013).

Silikozis oluşmasına neden olan silikozis yeryüzünde oksijenden sonra en çok bulunan ikinci elementtir. Doğada yaygın olarak bulunuyor olması ve geniş kullanım alanı sebebiyle farklı alanlarda maruziyet yaşanmaktadır (Anlar vd, 2019). Silikozis, dünya genelinde en yaygın mesleki akciğer hastalığıdır (Moitra et al. 2015). Silikozin sorumlusu genellikle 5 mikrona eşit ve de küçük olan tozlardır. Fibronik değişiklikler açısından maksimum potansiyeli olan toz silisyumdioksittir. Bu sebeple çok eski yıllardan bu yana silikozis en önemli pnömokonyoz türüdür (Bilir ve Yıldız, 2014). Silikozis gelişimini solunan havadaki kristal silika yoğunluğu doğrudan etkilemektedir (Anlar vd, 2019). Silikozis; kronik, aksele, basit ve hızlandırılmış silikozis olmak üzere grupta incelenir (Garcha et al. 2015;Anlar vd, 2019;Sandal vd, 2020).

Asbestozis; asbest liflerinin inhale edilmesine bağlı ortaya çıkan akciğer hastalığıdır. İlk olarak 1897’de Avusturyalı bir hekim tarafından farkedilmiş ve 1899 yılında genç bir tekstil işçisinde tanımlanarak literatüre girmiştir (Luus, 2007). Asbestin en önemli özellikleri; dayanıklı ve yalıtkan oluşudur (Bilir ve Yıldız, 2014). Asbest işlenme sırasında partiküllere ayrılarak havada kalır ve kolaylıkla solunum yoluna alınır (CDC, 2022;Sandal vd, 2020). Eğer asbestozis başladı ise devam eden temas ortadan kalksa bile hastalık ilerlemeye devam eder (Sandal vd, 2020).

Kömür işçisi pnömokonyozu (KİP); kömür madenciliğinde kömürü yer altından çıkarma sırasında kömür tozuna yoğun maruziyet söz konusu olur. Bu

maruziyet sonrası asemptomatik akciğer hastalığı meydana gelir (Bilir ve Yıldız, 2014;Sandal vd, 2020). Kömür işçisi pnömokonyozu(KİP) 2 temel biçimi bulunmaktadır, bunlar asit ve komplike biçimleridir. Komplike biçim “progresif masif fibrozis” ya da “psödo-tümörel kütle” şeklinde bilinir. Basit biçim daha sık olarak görülmekte ve akciğer parankiminde yaygınlaşarak kömür tozu depolanmasıyla karakterizedir (Bilir ve Yıldız, 2014).

Ülkemizde 2013’te yürürlüğe giren Tozla Mücadele Yönetmeliği ile işverene; türlü çeşit tozların olduğu işyerlerindeki tüm çalışanların tozlarla temasını önlemek ve çalışanlarının tozla ilgili tüm tehlikelerden korunması için gereken bütün koruyucu ve önleyici tedbirleri almak, belirlenenmiş olan periyodikte toz ölçümlerinin yapılmasını sağlamak, işyeri çalışanlarının sağlık gözetimi, eğitimi ve bilgilendirilmesi gibi yükümlülükler getirerek pnömokonyoz ile mücadele planlanmıştır (T.C. Resmi Gazete, 2013).

Diğer Pnömokonyozlar; diğer sebeplerle ancak mesleki maruziyet sonucunda oluşan pnömokonyozlardır.

4. D Grubu: Mesleki Bulaşıcı Hastalıklar

Laboratuvar deneyiyle enfeksiyon kanıtlanmış, meslek ya da iş yerine hususi olan koşullarının sonucunda oluşmuş hastalıklardır. Hastalıkların yükümlülük süresi maksimum kuluçka süresi olarak kabul edilir (Çalık Başaran ve Ünal, 2020). Başlıca 4 grupta incelenir; bakteriler (clostridium tetani, şarbon, erisipeloid, francisella tularensis, klamidy, leptospira, mikobakteri tuberculosis, brusella ve riketsiyalar), virüsler (hepatit A-B-C-E, HIV, influenza, kırım kongo kanamalı ateşi, kuduz), mantarlar (kandida, histoplazma, koksidiomikozis, aspergillus, cilt ve mukoza dermatozları) ve parazitler (şistozoma, kancalı kurtlar) dir (Bilir ve Yıldız, 2014; Ogun ve Akkoyunlu, 2019). Etkenlerin vücuda giriş yolları farklılık gösterebilir. En sık cilt, solunum ve sindirim yoluyla bulaşma olur (Durrani et al. 2013). Mesleki bulaşıcı hastalıklarda en önemli uygulama; infekte kişilerin veya canlıların saptanıp tedavi edilmesi dolayısıyla enfeksiyon zincirini kırmak için kaynakta kontrolün sağlanmasıdır. Çünkü, enfeksiyon kaynağından mikroorganizmalar hava, su, gıda, doğrudan temas veya vektörler yoluyla bulaşırlar ve duyarlı kişilerde hastalık meydana getirirler. Bulaşın önlenmesi için uygun hijyen ve temizliğin sağlanması çok önemlidir (Çalık Başaran ve Ünal, 2020). Kuaförler, berberler, sağlık personelleri, kasaplar, veterinerler, besiciler, çiftçiler, aşçılar mesleki bulaşıcı hastalıklar açısından riskli grupları oluşturmaktadırlar (ÇASGEM 2013).

Tüberküloz; damlacık enfeksiyonu, hava yolu ile bulaşan ve Mycobacterium tuberculosis basilinin etken olduğu hastalık için en riskli grup sağlık çalışanlarıdır. Hasta bireylerin oda havalandırmalarının HEPA filtreli olması önerilir çünkü tüberküloz enfeksiyonu olan kişiler bulaştıracıdır (Ogun ve Akkoyunlu, 2019;Çalık Başaran ve Ünal, 2020). Kuluçka süresi 4-12 haftadır (Lewinsohn et al. 2017;Çalık Başaran ve Ünal, 2020). Tüberküloz hastalarına doğru tanı konana kadar geçen sürede enfeksiyon sağlık profesyonellerine bulaşmaktadır (Bilir ve Yıldız, 2014).

Hepatit B; virüsün dört ana bulaşma yolu ile insan vücuduna ulaşır. Bunlar enfekte olmuş kan ya da vücut salgısı, paranteral yıl, cinsel temas, anneden yanidoğana bulaş ve enfeksiyonlu kişilerle cinsel olmayan yakın temastır. Özellikle sağlık çalışanı işçiler bu hastalık açısından risk altındadır (Eroglu et al. 2010;Demir et al. 2016). Hapatit B (HBV) aşısı, bulaş riskini ortadan kaldırır. HBV ile aşılama sonrası koruyucu antikor yanıtları olguların %97,5'inde gelişir (Tosun, 2018;Ecin ve İnkaya, 2020).

Hepatit C; ribonükleik asitlerden(RNA) oluşan tek zincirli virüstür ve flaviviridae familyasındandır (Ecin ve İnkaya, 2020). Aşısı olmadığı için kişisel korunma tedbirleri önem kazanmaktadır (Ogun ve Akkoyunlu, 2019). Enfekte olmuş kan ya da vücut sıvılarıyla temas (perkütan), cinsellik (özellikle erkeklerle ilişkiye giren erkekler), damar içi enjeksiyon ile bulaş olmaktadır (Harrison, 2014;Ecin ve İnkaya, 2020).

HIV; bağışıklık sistemini baskılayan sistemik bir hastalıktır. HIV ile mücadele etmenin en önemli yolu HIV testinin uygulanıp enfekte olmuş bireylerin belirlenmesi ve tedaviye başlanmasıdır (Çalık Başaran ve Ünal, 2020). HIV ilk tanımlandığı günden buyana tüm dünyayı salgın şeklinde etkileyen ve milyonlarca ölüme yol açmış küresel bir sorundur (Aslan ve Altındış, 2017;Gökengin, 2018;Ogun ve Akkoyunlu, 2019). Kan, kan ürünleri, vücut sıvıları ve plasenta yoluyla (anneden bebeğe geçiş) bulaşır. Bu nedenle en sık bulaşma korunmasız cinsel ilişki, kan ve kan ürünleri ile tedaviler, damar içi madde kullanımı yoluyla veya kesici-delici alet yaralanmalarıyla olmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı HSGM, 2019).

Kırım kongo kanamalı ateşi (KKKA); ateş, ağrı, karaciğer fonksiyonlarında bozukluklar, deri, mukoza ve iç organlarda kanamalara ve hatta ölüme sebep olan genellikle virüsle enfekte olmuş kene kaynaklı viral bir enfeksiyon hastalığıdır. Veteriner hekimler, sağlık çalışanları, tarım ve hayvancılıkla uğraşanlar için meslek hastalığı şeklinde karşımıza çıkar (Ser ve Çetin, 2016;Ogun ve Akkoyunlu, 2019).

Lyme; en sık kenelerle bulaşan bir hastalıktır. Hastaların çoğunda “boğa gözü” şeklinde döküntü görülür, giderek genişler (eritema migrans). Sıklıkla kafa derisi, kasık ve koltuk altında görülmektedir.. Semptomlar 3-32 gün sonra ortaya çıkabilir. Bu hastalık da KKKA gibi veteriner hekimler, sağlık çalışanları, tarım ve hayvancılıkla uğraşanlar için meslek hastalığı şeklinde karşımıza çıkar (Çalık Başaran ve Ünal, 2020;Hu, 2020).

Tetanoz; paslı ve toprakla kirlenmiş alet yaralanmaları, trafik kazaları ve yara bakımının yetersiz yapılması tetanoz açısından risk teşkil eder. Toprakla çalışan kişilerde, mezarlık çalışanlarında, taş ya da mermer işçilerinde, paslı demir gibi maddelerle temas eden kişilerde görülebilir. Tetanozdan korunmanın en önemli yolu aşılama (Ogun ve Akkoyunlu, 2019).

Sarbon; Bacillus anthracis sporları ile oluşan zoonozdur. Biyolojik silah olarak kullanılabilecek bir enfeksiyondur (Çalık Başaran ve Ünal, 2020;Wilson, 2020). Papül inkübasyondan sonra bir hafta içinde gelişir ve büyüyerek 1-2 günde karakteristik siyah ülser oluşturur. Tedavi edilmezse menenjit ve bakteriyemiye hatta ölüme sebebiyet verilebilir. Genellikle işçilerde karkaslar veya hayvan leşleri ile temas sonrası ortaya çıkar (Çalık Başaran ve Ünal, 2020;Raoult, 2020).

Bruselloz; dünyada en sık görülen zoonozdur. Brucella cinsi bakteriler tarafında oluşur. Hayvanlarda enfeksiyona yol açan dört farklı türü vardır: Brucella abortus büyük baş hayvanlar; Brucella melitensis koyun ve keçiler; Brucella suis domuzlarda; Brucella canis, köpeklerde bulunur. Mesleki temasın yanı sıra evde üretilen pastörize olamamış süt ürünlerinden de bulaşabilir. İnkübasyon dönemi 2-4 haftadır. İnsanlarda koruyucu aşı uygulaması bulunmamaktadır (Bosilkovski, 2020,Çalık Başaran ve Ünal, 2020).

5. E Grubu: Fizik Etkenler İle Oluşan Hastalıklar

İş Sağlığı ve Güvenliği'nde (İSG) fiziksel risk faktörleri; işin yapılışında fiziksel çevre kaynaklı işçiler tarafından karşılaşılan sağlık sorunlarıdır. Hukuki, teknik ve tıbbi önlemleri sağlamaya yönelik çalışmaları kapsar. İşyeri ortamında fiziki etkenler oldukça önemli yerdedir. Çalışanların işyerlerinde karşılaştıkları fiziksel ortam koşulları, iş sağlığı güvenliğinde fiziki risk faktörleri olarak tanımlanır ve çalışanların sağlığını önemli ölçüde etkiler. Çeşitli işyerlerinde değişik faktörler bulunsun da genel kapsamıyla fiziksel risk faktörleri; gürültü, termal koşullar, radyasyon, titreşim ve basınç olarak sınıflandırılabilir (Bilir ve Yıldız, 2014;Çolak, 2020). Endüstri (dokuma, metal ve kağıt), ağaç işleri, dökümhaneler, maden işçileri, havayolları ve matbaacılık, gibi alanlarda

Çalışanlar fiziksel etkenlerle oluşan hastalıklar açısından riskli grupları oluşturmaktadırlar (ÇASGEM 2013).

Gürültü; İstenmeyen hoşa gitmeyen ses olarak tanımlanmakla birlikte, meslek hayatında karşılaşılan gürültü ve endüstriyel ses olarak da isimlendirilir ve iş yerlerinde çalışan bireylerin üzerinde olumsuz etkiler bırakan ses olarak tanımlanmaktadır (olak, 2020;Yüksel ve Bke, 2020). nemli bir sorundur. nlemler yeterli seviyede alınmadığında gürültü; hayat kalitesinin bozulmasına neden olur (zmen, 2014). İşyerlerinde gürültünün kontrolü işitmeyi koruyucu etkilerinin yanı sıra iletişimin sağlanması ve kazaların azaltılması açısından oldukça önemlidir. (Bilir ve Yıldız, 2014).

Gürültünün düzeyinin 3 dB artıp ya da azalması kaynaktan çıkan sesin şiddetinin logaritmike iki katına çıkması ya da yarıya inmesi anlamına gelir. İnsan olarak her bireyin işitme eşiği (duyma eşik ses değeri) 0 dB ve st duyma sınırı (ağrı eşiği) 140 dB değeridir. 120 dB ve üzeri kulakta rahatsızlık oluştururken, 125 - 135 dB arası sesler kulakta ağrıya neden olur. 140 dB de ise kulak zarında yırtılma gibi kulakta kalıcı zararlar ortaya çıkabilir (Boşat, 2013;olak, 2020).

Ses düzeyinin zaman içindeki değişimine göre gürültüler; kararlı gürültü (sürekli-regular noise), kararsız gürültü (irregular noise), kesikli gürültü (aralıklı-intermittent noise) ve vurma gürültüsü (darbe-impact noise) olarak sınıflandırılır (Bilir ve Yıldız, 2014;Yüksel ve Bke, 2020). Gürültünün etkisi; gürültünün şiddetine, frekansına, maruz kalım süresine, gürültü türlerine, kişinin psikolojik durumuna ve duyarlılığına bağlıdır. Gürültünün işitme üzerine ve işitme dışındaki etkileri vardır (Yüksel ve Bke, 2020).

Termal koşullar; vücut ısısındaki miimal değişimler bile bireylerin konforunu, fiziksel ve mental fonksiyonlarını etkileyebilir (Bilir ve Yıldız, 2014). Bir ortamın sıcaklığı ve bu nedenle sıcak stresi olup olmayacağı konusunda karar verebilmek için bir süre (en az 20 dakika) söz konusu ortamda bulunmak gerekmektedir (Ecın vd, 2020). Sıcak ortamda periferik kapiller damarlarda genişleme olur ve bu yolla vücuttan su kaybedilir. Terleme de arttığı için bu yolla da ısı kaybedilmiş olur. Sıcak ortamlarda bulunan kişilerin terleme nedeniyle kaybettikleri sıvı ve elektrolitler yerine konmazsa dehidratasyona ve elektrolit bozukluğuna bağlı sağlık sorunları ortaya çıkacaktır (Bilir ve Yıldız, 2014).

Radyasyon; hayatın içinde, duyu organlarımızın saptayamadığı hem doğal hem de yapay radyasyon kaynakları bulunmaktadır. İyonize ve noniyonize radyasyonların bireylerdeki bıraktığı hasarlar büyüktür (olak, 2020). Kanserojenite; radyasyonun en önemli etkisidir. Radyoaktif madenlerin

çıkarılması, haberleşme, kaynak ve metalürji çalışanları için radyasyon bir meslek hastalığı nedenidir (Erol, 2020).

Basınç; olağan koşullarda yaşadığımız ortamlarda 1 atmosfer düzeyinde basınç vardır. Bununla birlikte bazı işlerde yüksek basınçlı, bazılarında ise düşük basınçlı ortamlarda çalışma söz konusu olabilir. Normal atmosferik koşullara adapte insan organizması hem düşük hem de yüksek basınçlı ortamlarda çeşitli sorunlar yaşayabilir. Azot gazının vücut sıvılarında erimiş halde bulunması basıncın ani düşümüyle gaz haline geçer ve damarlarda gaz kabarcıkları meydana getirir. Oluşan gaz kabarcıkları damarları tıkayıp oksijenin dokulara ulaşmasını engeller. Bu durumda basınç değişimi doku kayıplarına bile sebep olabilir. Ağır felç, gaz embolisi ve koma gibi hastalıklar görülebilir. Rakım yükseldiğinde de havadaki oksijen basıncı düştüğü için bireyler hipoksi sebebiyle sorun yaşayabilirler (Bilir, 2016;Erol, 2020).

Titreşim; hızlı hareket eden sert bir cismin yarattığı fiziki bir olaydır. Frekans düşüklüğünde kaba, yüksekliğinde ise ince hareketler görülür. İSG açısından titreşim; mekanik cihazlarda/sistemlerde denge noktası etrafında salınım hareketlerini tanımlar. Whole body vibration şeklinde tüm vücudu etkileyebildiği gibi daha sık karşılaşılan hand-arm vibration olarak eli ve kolu etkileyen titreşim şeklinde olabilir. Vibrasyon organlarda düşüklük (organoptozis) oluşumuna neden olabilir(Bilir ve Yıldız, 2014;Çolak, 2020). Matkap, testere, rende makinaları vb. sık kullanan mesleklerde çalışan kişilerde karşılaşılr ve bu kişilerin kaslarında hasar oluşmasına neden olur. Bu hasar Beyaz Parmak Hastalığı (vibration-induced white finger) olarak tanımlanır ve el bilekleri ve ellerde dolaşım ve nörolojik bozukluklarıyla karakterizedir. Ayrıca semptomlar soğukta artar (Bilir ve Yıldız, 2014;Bilir, 2016).

MESLEK HASTALIKLARINDAN KORUNMA

Meslek hastalığının en önemli özellikleri arasında uygun korunma önlemleri alındığında önlenabilir olması yer almaktadır. Her iş koluna ait çalışma ve koşulları farklılık gösterebildiği için mesleklere özgü hastalıklar ve her hastalıktan korunma da farklılık göstermektedir. Uygun şekillerde kontrol önlemleri yapıldığında ve gerekli risk önlemleri alındığında meslek hastalıklarının önüne geçilebilecektir (MEB, 2014; Yılmaz 2014; İlman 2015).

Meslek hastalıklarından etkili olarak korunabilmek için işyerlerindeki hastalıklara sebebiyet verebilecek faktörler saptanmalı ve uygun yöntemlerle ortadan kaldırılmalı/önlenmeli eğer ortadan kaldırılıp/önlenemiyorsa da

Çalışanların etkilenmemesi için temas kontrol altına alınmalı, çalışanların etkilenmemesi sağlanmalıdır (Bilir, 2011). Çevrenin ve bireyin güvenliği, donanım ile makina tek tek ele alınarak bütün şeklinde değerlendirilmelidir. İşveren ve işçinin iş sağlığı ve güvenliğini önemini çok iyi kavramaları sağlanmalıdır. İSG konusundaki önem; bireylerin kişisel bilgilerine, öngörülerine ve yargılarına dayandırılmamalı, çalışanların kurallara ve yönetmeliğe uygun hareket etmeleri sağlanmalıdır. Alınacak önlemlerin bazıları maliyeti artıracak olsa da uzun vadede maaliyeti oldukça düşürecektir (MEB, 2014; Yılmaz 2014; İlman 2015).

KAYNAKLAR

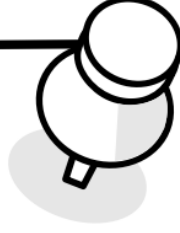
- 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. (2006). T.C. Resm Gazete, 26200, 31 Mayıs 2006.
- 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. (2012). T.C. Resm Gazete, 28339, 20 Haziran 2012.
- Adışen E., & Aksakal A.B. (2007). Orf tedavisi. Gazi Medical Journal, 18(4).
- Alağney, M. E., & Yıldız, A. N. (2020). Meslek Hastalıkları Temel Kavramlar. İş Sağlığı Ve Güvenliği Meslek Hastalıkları, 781-806
- Anlar, H. G., Bacanlı, M., & Başaran, N. (2019). Silikanın Kullanım Alanları Ve Silika Maruziyetine Bağlı Olası Toksik Etkiler. Hacettepe University Journal Of The Faculty Of Pharmacy, 39(1), 17-29.
- Arda, F., & şşahin, A. (2015). Kimyasal Maddelerle Oluşan Mesleki Deri Hastalıkları Ve Korunma Yolları. Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi (MSG), 6(21).
- Asbestle alışmalarda Sağlık ve Güvenlik nlemleri Hakkında Yönetmelik. (2013). T. C. Resm Gazete, 28529, 25 Ocak 2013.
- Aslan, F. G., & Altındış M. (2017). “HIV’in güncel tanı algoritmi ve gelişen korunma yöntemleri.” Türk Mikrobiyol Cem Derg 47: 47-60.
- Bilir N. & Yıldız, A. N. (2014) İş Sağlığı ve Güvenliği, Hacettepe Üniversitesi Yayınları
- Bilir, N. (2011). Meslek Hastalıkları (Tanı, Tedavi Ve Korunma İlkeleri), Hacettepe Tıp Dergisi, 42,147-152.
- Bilir, N., (2016). İş Sağlığı ve Güvenliği. Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Güneş Tıp Kitabevi, 261.
- Boşat, M. (2013). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi Polikliniklerinde Gürültü Düzeylerinin Belirlenmesi.Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Bosilkovski, M. (2020). Brucellosis: Epidemiology, microbiology, clinical manifestations, and diagnosis. Erişim: https://www.uptodate.com/contents/brucellosis-epidemiology-microbiology-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=brucellosis&source=search_result&selectedTitle=1~104&usage_type=default&display_rank=1
- Çalık Başaran N., Ünal S. (2020). Mesleksel Enfeksiyon Hastalıkları, İş Sağlığı Ve Güvenliği Meslek Hastalıkları, 961-976.
- ÇASGEM., T. C. Ç. S. G. B. (2013). Meslek Hastalıkları. Ankara: Özyurt Matbaacılık
- CDC. (t.y.). Asbestos., <http://www.cdc.gov/niosh/topics/asbestos/> adresinden erişildi. (Erişim Tarihi: 25.03.2022)
- Çetintepe S. P., Ecin S. M., & Öz Ş. G. (2020). Kurşun Maruz Kalımının Sağlık Etkileri. İş Sağlığı Ve Güvenliği Meslek Hastalıkları, 843-847
- Çetintepe S. P., Öz Ş. G. (2020). Diyabetes Mellitus ve Çalışma Hayatı, İş Sağlığı Ve Güvenliği Meslek Hastalıkları, 1001-1006.
- Clarkson TW, Magos L, Myers GJ. The toxicology of mercury current exposures and clinical manifestations. N Engl J Med. 2003;349:1731.
- Çolak Ş. (2020). Fiziksel Risk Faktörleri, İş Sağlığı Ve Güvenliği Meslek Hastalıkları, 289-318.
- Demir, L.S., Demir, N.A., ve diğerleri. (2016). Are Really Family Physicians Aware of Hepatitis B?. International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health, 8(10), 593-602
- Durrani, T.S., Harrison, R.J. (2013). Durrani T.S., Harrison R.J. Durrani, Timur S., and Robert J. Harrison. Occupational Infections. J. LaDou, R. J. Harrison. (Ed.). LaDou J, Harrison R.J. (Ed.). CURRENT Diagnosis & Treatment: Occupational & Environmental Medicine 5th edition (s. 308-23). New York: McGraw-Hill.
- Ecın M., Sandal, A., & Öz, Ş. G. (2020). Termal Koşulların Sağlık Etkileri, İş Sağlığı Ve Güvenliği Meslek Hastalıkları, 835-838.
- Ecın S. M., & İnkaya, A. Ç. (2020). Viral Hepatitler Ve Çalışma Hayatı, İş Sağlığı Ve Güvenliği Meslek Hastalıkları, 977-985.
- Ecın S. M., Doğan Günaydın S. (2020). Mesleki Deri Hastalıkları, İş Sağlığı Ve Güvenliği Meslek Hastalıkları, 953-960.
- Ecın S. M., Öz Ş. G. (2020). Cıva, Manganez, Kadmiyum Maruz Kalımlarının Sağlık Etkileri. İş Sağlığı Ve Güvenliği Meslek Hastalıkları, 853-859
- Emerce, E. & Şahan C. (2020). İş Sağlığı ve Güvenliği Meslek Hastalıkları, Hacettepe Üniversitesi Yayınları

- Eroglu, C., Zivalioglu, M., ve diğerkleri. (2010). Detection of hepatitis B virüs in used razor blades by PCR. Hepatitis monthly, 10(1), 22
- Erol, İ. (2020). Ülkemiz Madencilik Sektöründe Görülen Meslek Hastalıklarının İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Mühendislik-Mimarlık Fakültesi Dergisi, 35(4), 859-872.
- European Commission. (2003). Commission Recommendation of 19 September 2003 concerning the European schedule of occupational diseases. Brussels: European Commission.
- Farooq M, Anwar F, Rashid U, Appraisal of heavy metal contents in different vegetables grown in the vicinity of an industrial area. Pak J Bot. 2008;40:2099-106.
- Garcha, P.S., Gupta, S., Kummerfeldt, C. E. (2015). Diffuse Parenchymal Lung Diseases. Le, T., Khosa, S., Pasnick, S., Wang, T. (Ed.) ATS Review for the Pulmonary Boards. First edition (s. 221-304). New York: ATS.
- Gökengin, D. “Türkiye’de HIV İnfeksiyonu: Hedefe Ne Kadar Yakınız?.” Klinik Dergisi 31.1 (2018): 4-10.
- Harrison, R. (2014). Liver Toxicology. LaDou, J., Harrison, R. (Ed.). Current Occupational & Environmental Medicine 5th edition (s. 396-414). New York: McGraw-Hill Education LLC.
- Hu L. (2020). Clinical manifestations of Lyme disease in adults. Erişim: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-lyme-disease-in-adults?search=lyme%20disease&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- İlhan, M. (2015). Krom ve Bileşiklerinin Zararlı Sağlık Etkileri Ve Korunma. TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, 3(12), 35-36.
- İlman, E. Z. (2015). Türkiye’de meslek hastalıkları. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 1(1), 21-36.
- ILIMAN, E. Z. (2015). Türkiye’de Meslek Hastalıkları. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1(1), 21-36.
- ILO. (2013). National System for Recording and Notification of Occupational Diseases, Practical Guide. Geneva: ILO.
- İşçi, B. F. (2016). Meslek Hastalığının Tanımı ve Tespiti. Yüksek Lisans Tezi. Antalya Üniversitesi.
- Jianlong W, Can C. Biosorption of heavy metals by saccharomyces cerevisiae. Biotechnol Adv. 2006;24:427-51.

- Kar Kurt Ö., Öz Ş. G. (2020). Arsenik Maruz Kalımının Sağlık Etkileri, İş Sağlığı Ve Güvenliği Meslek Hastalıkları, 849-852.
- Kazeem B., Salako Mahbub, M.U. (2014). Occupational Skin Disorders. Ladou J., Harrison R.J. (Ed.). Occupational&Envorimental Medicine (s.622-670). New York: Mc Graw Hill Education
- Koç E. (2011). İrritan Kontakt Dermatit. Türkiye Klinikleri Dermatoloji - Özel Konular, 4(1), 17-24.
- Lewinsohn, D.M., Leonard, M.K., LoBue, P.A., ve diğerleri. (2017). Official American Thoracic Society/Infectious Diseases Society of America/Centers for Disease Control and Prevention Clinical Practice Guidelines: Diagnosis of Tuberculosis in Adults and Children. Clin Infect Dis, 64, e1.
- Luus K. (2007). Asbestos: mining exposure, health effects and policy implications. Mcgill J Med, 10, 121-6.
- Milli Eğitim Bakanlığı. (2014). Mesleki gelişim, İş güvenliği ve iş sağlığı, Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı, 26-34.
- Moitra, S., Puri, R., Paul, D., Huang, Y. C. (2015). Global perspectives of emerging occupational and environmental lung diseases. Curr Opin Pulm Med, 21(2), 114-20.
- Ogun, H., & Akkoyunlu, Y. (2019). Mesleki Enfeksiyon Hastalıkları.
- Öz S.G., et al. (2012). Mercury vapor inhalation and poisoning of a family. Inhalation toxicology. 24(10), 652-658.
- Özarmağan G. (2001). Mesleksel Deri Hastalıkları, İş Yeri Hekimliği Ders Notları (s. 157-71). Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayını.
- Özbolat, G., & Tuli, A. (2016). Ağır metal toksisitesinin insan sağlığına etkileri. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 25(4), 502-521.
- Özmen, A. (2014). Çalışanların Gürültü ile İlgili Risklerden Korunmalarına Dair Yönetmelik Hükümlerinin Örneklerle ve Saha Uygulamalarıyla Açıklanması. İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanlık Tezi. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı , Ankara.
- Raoult, D. (2020). Clinical manifestations and diagnosis of Q fever. Erişim: https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-q-fever?search=q%20fever%20diagnosis&source=search_result&selectedTitle=1~70&usage_type=default&display_rank=1
- Sandal A., Koyuncu A., Kar Kurt Ö., Ecin S. M., Demir A. U. & Yıldız A. N. (2020). Pnömokonyozlar, İş Sağlığı Ve Güvenliği Meslek Hastalıkları, 887-894.

- Şenol, S., Barlas, B., & Ozdemir, Y. H. (2020). Türkiye’de Meslek Hastalıkları ve Tersaneler. *Journal Of Humanities And Tourism Research*, 10(1), 55-68.
- Ser, Ö. & Çetin, H. (2016). “Kırım Kongo Kanamalı Ateşi’nin güncel durumu.” *TAF Prev Med Bull* 15.1
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2019). HIV/AIDS Tanı Tedavi Rehberi. Ankara: Artı6 Medya.
- Tarım, M. (2017). Kimya Sektöründe İş Kazaları Ve Meslek Hastalıkları. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 16(32), 49-64.
- Tosun, S. (2018). Hepatit B aşılması ve ülkemizdeki hepatit B aşılama sonuçları. Tabak, F., Güner R (Ed.) *Viral Hepatit 2018*. İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık Yayıncılık.
- Vahter, M. (2008). Health effects of early life exposure to arsenic. *Basic & clinical pharmacology & toxicology*, 102(2), 204-211.
- Wedeen, R., Goldman, R., Headapohl, D., Hipkins, K., Hu, H., Kosnett, M. ve diğerleri. (2007). *Medical Management Guidelines for Lead Exposed Adults Revised 04/24/2007*.
- Wilson, K. H. (2020). Clinical manifestations and diagnosis of anthrax. Erişim: https://www.uptodate.com/contents/clinicalmanifestations-and-diagnosis-of-anthrax?search=antrax&source=search_result&selectedTitle=1~121&usage_type=default&display_rank=1
- Yavuz, C. I., & Erdoğan, S. (2001). İşyerinde Kimyasallar. *TTB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 2(8), 33-39.
- Yıldırım, İ. Y. (2018). Elektro kaplama sektöründe çalışanların krom ve nikel maruziyetinin iş sağlığı ve güvenliği açısından değerlendirilmesi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Yılmaz, Ö.H. (2014, 12 Aralık). Ömer Hınç Yılmaz Beyin Meslek Hastalıkları Konferansı. Sağlık Bakanlığı Ankara Meslek Hastalıkları Hastanesi, Ankara
- Yüksel M., & Böke B. (2020). Mesleki İşitme Kayıpları, İş Sağlığı Ve Güvenliği Meslek Hastalıkları, 825-834.
- Zuba E.B., Koronowska S., Osmola-Mańkowska A.J. (2016). D.Drug-induced Photosensitivity. *Acta Dermatovenerol Croat*, 24(1), 55-64.



BÖLÜM 3

KEMOTERAPİ TEDAVİSİ GÖREN HASTALARDA EKSTRAVAZASYON VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Uzm. Şehriban Yağmur AKDOĞAN¹

Dr. Öğr. Üyesi Meftun AKGÜN²

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Onkolojik hastalıkların tedavi edilmesindeki yöntemlerden biri de kemoterapidir. Kemoterapi tedavisi sırasında istenmeyen yan etkiler ortaya çıkabilir. İntravenöz (IV) girişimle uygulanan tedaviler sağlık çalışanlarına avantaj sağlasa da iyi takip edilmediğinde bazı yan etkiler gözlemlenebilir (Kapucu ve ark., 2017). İlaç uygulamaları sırasında kemoterapi ilaçlarının özelliğine göre bu yan etkiler bulantı, kusma, iştahsızlık, yorgunluk, alopesi, soğuğa karşı hassasiyet, tırnaklarda hiperpigmentasyon ekimoz, hematoma, flebit ve ilacın verilmesi sırasında ve sonrasında gelişebilecek olan ekstravazasyon olarak sıralanabilir (Genç A, 2014; Durmuş ve ark, 2015).

Ekstravazasyon, kemoterapi tedavisi uygulanması sırasında, vezikan veya iritan ilaçların deri altına sızdığına kızarıklık, yanma, ağrı şikayetleri ile ortaya çıkan ve ilacın yayıldığı dokuda nekroz, doku, fonksiyon ve uzuv kaybına kadar gidebilen şiddetli bir tablodur (Akaltun ve ark, 2017).

Ekstravazasyon tanısı genellikle lokal ağrı, yanma hissi, şişlik, eritem ve kan geri dönüşünün olmaması ile klinik olarak konur. Ekstravazasyon genellikle ani şiddetli ağrıya neden olur, ancak bazen ağrısız olabilir. Ağrıyı genellikle birkaç saat içinde eritem ve ödem, birkaç gün içinde artan doku sertleşmesi takip eder. Bunun ardından 1-3 hafta içinde cilt ülserasyonu ve cilt nekrozu görülebilir ve altta yatan fasya, tendon ve periostumun nekrozuna yol açabilir. Bu semptomlar erken fark edilmezse, geniş cerrahi rezeksiyon ve debridman gerekli olabilir. Özellikle elin sırtında veya bileğin iç tarafında meydana gelirse, ilgili

¹ ORCID ID: 0009-0005-1100-559X

² ORCID ID: 0000-0002-9839-2203

ekstremitenin ciddi kalıcı sakatlığı veya hatta amputasyonu gerekli olabilir (Ener ve ark, 2004).

Kemoterapi tedavisinde ekstremitasyon insidansı net bilinmemekle birlikte %0.01-6.9 olduğu bildirilmektedir. Kemoterapi tedavisi birden fazla künden oluşan komplike bir tedavi olduğu için her uygulamada ekstremitasyon riski vardır (Wengström ve Margulies, 2008; Gülüş ve ark., 2015).

Ekstremitasyondan dolayı oluşabilecek doku yaralanmalarının ciddiyeti, ilacın hacmi ve konsantrasyonu, ekstremitasyonun anatomik konumu ve ilacın vezikant potansiyeli dahil olmak üzere çeşitli faktörlere bağlıdır (Langer, 2010).

Kemoterapi nedeni ile ortaya çıkacak komplikasyonların önlenmesinde, semptomların erken dönemde belirlenmesinde ve semptom kontrolünde hemşirelik bakımı son derece önemlidir (Hintistan ve ark, 2012).

Ekstremitasyon, IV infüzyon yoluyla verilen vezikan maddelerin çevre dokulara sızması olarak tanımlanmaktadır. IV tedavi sırasında gelişen ekstremitasyon hasta konforunu bozarak, hastaya gereksiz tanı ve tedavi işlemlerinin uygulanmasına, hastanede kalış süresinin uzamasına, morbidite ve maliyette artışa, hemşirelerin iş yükünün artmasına neden olduğu belirtilmektedir (Yıldız ve Avcı, 2020).

Hemşireler ekstremitasyonun erken belirtilerini ve semptomlarını tanıyabilmeli ve doku hasarını sınırlamak için hızlı ve etkili bir şekilde harekete geçebilmelidir. Ekstremitasyonun ilk belirtisi olan ağrı ve rahatsızlığa karşı, hastalar bilgilendirilmeli ve duyumlarındaki herhangi bir değişikliği fark eder etmez bildirmeleri istenmelidir. Ekstremitasyonun doğru bir şekilde belgelenmesi, hasta bakımını kolaylaştırmak ve açılacak dava durumları için hayati önem taşır (Dougherty, 2008).

Kemoterapiye bağlı ekstremitasyonu önlemek, tespit etmek ve en aza indirmek için onkoloji hemşirelerinin ekstremitasyon risk faktörlerini tanımları, yönetimi ve önleyici tedbirler hakkında bilgi sahibi olmaları için güncel kanıta dayalı kılavuzlar eşliğinde sürekli eğitimleri güncellenmelidir (Sharour, 2020).

Bu çalışmayla; kemoterapi tedavisi gören hastalarda gelişen ekstremitasyon ve etkilenen bölgeye verilebilecek hemşirelik bakımının literatür çerçevesinde incelenmesi amaçlanmıştır.

2.HEMŞİRELİK

2.1. Hemşirelik

Hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesi ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan, sosyal ve teknolojik gelişmeler ile kendini sürekli yenileyen bir sağlık disiplini. Hastanın hastane ortamına oryantasyonunu sağlamak, gerektiğinde bireyin haklarının savunucusu olarak sağlığını korumak, kişisel alanda kontrolünü sürdürmek, konforunu sağlamak ve yabancı olduğu hastane ortamında hastanın fiziksel, sosyal, psikolojik ve bilişsel mahremiyetini korumak ve sürdürmek hemşireliğin sorumluluklarındandır. Bu bilgiler ışığında hemşire; sağlığın devamlılığını amaçlayarak, hastanın iyileşmesine katkı sağlayarak, gerekli bakım planı yaparak uygulama ve değerlendirme yapabilen, alanında yeterli eğitimini tamamlamış sağlık ekibinin parçası olarak tanımlanabilir (Bayraktar, 2018; Bölüktaş ve ark, 2018).

Hemşirelik, bireye yardım etmeyi amaçlar. Bu yardım sağlıklı bireyin sağlığını korunması ve geliştirilmesini amaçlarken; hasta birey için ise gereksinimlerin karşılanması ve en kısa zamanda bağımsız hale gelmesini amaçlar. Hemşireler bu yardımları bilimsel, hümanist, bütüncül bakış açısı ile gerçekleştirir (Kaya, 2013).

2.1.1. Hemşirelik Bakımı

Literatürde bakım; bir şeyin kendisi gibi kalması için iyiliğini devam ettirme faaliyeti, ya da yıpranmasını önleyerek, olduğundan daha iyiye gitmesini sağlamak için özen göstermek ve güzellik olarak tanımlanır. Ayrıca bakım, en az iki ya da daha fazla kişi arasında gelişen bir süreç olup kişinin kendini daha rahat hissedebileceği işlemlerin tümüdür. İnsan doğumla ölüm arasında yaşamının her döneminde bakıma gereksinim duyabilir (Dinç, 2009).

Günümüzde hasta odaklı sağlık hizmeti anlayışı hakimdir. Bu anlayışta hastanın bakımı sağlık çalışanı tarafından yapılabileceği gibi hasta ve hasta yakınından da yardım alınabilmektedir. Hastanın bakım sağlayıcısıyla doğru veri alışverişinde bulunması ve güven ilişkisini kurması, hastanın daha sağlıklı bakım almasına katkı sağlamaktadır. (Koçak, 2014).

Hemşirelik bakımı; belli bir amacı olan, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için empati, şefkat, güven verme, yardım etme gibi değerler

temelinde hemşirelik bilgi ve becerilerinin yerine getirildiği sistematik bir süreçtir. Hemşireler belirli ilke ve standartlar çerçevesinde yeterli ve nitelikli bakım verme konusunda topluma karşı sorumlu olarak bakım rollerini gerçekleştirmekle sorumludurlar. Ayrıca savunmasız, kolay örselenebilir ve bakıma muhtaç hasta birey, gereksinimi olan hemşirelik bakımını alırken, hemşirelerle fiziksel ve ruhsal açıdan yakın ilişki içerisinde olduğu için, hemşireler hasta ile ilgili en mahrem ve gizli bilgileri bilip onların en acı ve en güçsüz hallerini de görmektedirler (Koçak, 2014).

2.2. Onkoloji Hemşireliği

Onkoloji hemşireleri, kanserin önlenmesi için verdikleri eğitim, danışmanlık, taramaya yönlendirme gibi birinci sağlık basamağı hizmetinde kanser yükünün azaltılmasında ön saflarda rol alırlar (Yates ve ark, 2021). Aynı zamanda onkoloji hemşireleri karmaşık tedavileri uygularken, hastalara ve ailelerine etkin bir danışmanlık ve eğitim vererek, komplikasyonların zamanında ve güvenli şekilde en aza indirilmesinde önemli rol üstlenirler (Yates ve ark, 2021; Çınar, 2022).

Onkoloji hemşiresinin özellikleri ve amacı; bireylere kanser konusunda eğitim ve danışmanlık vererek sağlıklı bir yaşam biçimi kazandırmak ve toplumda kanseri önlemek, kanser tanısı alan hastanın güncel araştırmalar eşliğinde bakımını yaparak yaşam kalitesini artırmak, öngörüsüyle birlikte oluşabilecek yan etkileri erken tanımak, önlemek ve rehabilitasyonunu sağlamaktır (Ünlü ve ark, 2010; Chang ve ark, 2005).

Kanser hastalarında tedavi süreci oldukça uzun ve tekrar eden bir döngüyü ifade eden bir yaşam değişikliğidir. Bundan dolayı onkoloji hemşireleri de tedavinin etkilerini takip etmesi, hasta ve ailesine semptomlar konusunda danışmanlık vermesi ve gerektiğinde kolaylıkla ulaşılabilir olması, sorunlar karşısında açıklayıcı olması ve güvenilir ilişki kurmasıyla, kemoterapi tedavisi gören hastalarda bakımı etkileyen kilit rolü üstlenmektedir (Valizadeh ve ark, 2012).

Onkoloji hemşireliğinde böyle karmaşık bir hastalık ve tedavi sürecinde verilen bakımın en iyi standartlarda ve güvenilir olması için, kanıta dayalı bakım önem kazanmaktadır. Bu nedenle verilen eğitim ve danışmanlık standardize edilmiş olup hasta ve ailesine daha konforlu bir bakım süreci sunulmaktadır (Kocaman ve Yürümezoğlu, 2014).

3. KANSER VE KEMOTERAPİ TEDAVİSİ

3.1. Kanser Tanımı ve Tarihçesi

Hücreler vücudumuzun en küçük yapı taşlarıdır. Sağlıklı vücut hücreleri bölünebilme yeteneğine sahip olmakla beraber her hücrenin hayatı boyunca belli bir bölünebilme sayısı vardır (Hohn, 2020).

Kanser, hücrelerin genetik özellikleri, yaşam biçimleri ve çevresel faktörlerden kaynaklı kontrolsüz olarak ve sürekli bölünerek çoğalmaları sonucu oluşan ve tedavi edilmez ise yakındaki ve uzaktaki organlara yayılabilen, klinik görünümü, yaklaşımı ve tedavisi birbirinden farklı olan bir hastalıklar grubudur (National Cancer Institute, 2023).

Kanser, sık görülmesi ve yüksek oranda ölüme yol açması nedeniyle günümüzün en önemli kronik hastalıklarından biri olmakla birlikte görülme sıklığı ve sosyoekonomik yönü ile geniş kitleleri etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Kontrolsüz hücre bölünmesi ile karakterize olan kanser, dünyada ve ülkemizde mortalitesi yüksek olan hastalıklar arasında ikinci sıradadır (Olgun ve Şimşek, 2010). Dünyada kanser görülme hızında artış olmakta ve her yıl 14.1 milyon bireye kanser tanısı konulmaktadır (Bağçivan ve ark, 2015).

3.2. Kanser Epidemiyolojisi

Kanserler neden olduğu ölümler ve sakatlıklarla, önde gelen halk sağlığı sorunlarından biridir. Küresel kanser yükü dünyanın tüm ülkelerinde önemli oranda artmaktadır. Dünyada ve ülkemizde kalp-damar hastalıklarından sonra mortalite oranı yüksek olan hastalıklar arasında 2. sırada yer almaktadır (World Health Organization, 2020).

Günümüzde kanserin tedavi edilebilir bir aşamada tespitini sağlayan erken teşhis yöntemleri ve yeni antikanser tedavilerinin kullanılması ile kanserli bireyler daha uzun süre yaşamaktadır (Bağçivan ve ark, 2015).

3.3. Kanser Kontrolü

Kanser kontrolü, birincil koruma (önleme), ikincil koruma (tarama ve erken tanı) ve üçüncül korumayı (kanser yönetimi-tedavi-palyatif bakım) içerir. Her alanda yaygın olarak uygulanan etkili müdahaleler, kanser yükünü azaltabilmektedir. Etkili önlemlerin tamamına yaygın erişime sahip ülkelerde kanser ölüm oranları düşmüştür ve düşmeye devam etmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Kurumu, 2016). Literatürde bir dizi öncelikli müdahaleye odaklanarak ve verimli yatırımlar yaparak, 2030 yılına kadar 7 milyondan fazla hayatın kurtarılabileceği belirtilmektedir. Bu da büyük sosyal ve ekonomik

faydalar sağlayabilir. Son yıllarda, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de en önemli toplumsal sağlık problemlerinden biri kanserdir. Sık rastlanmakta ve görülme sıklığı zaman içinde hızla artmakta olan bu hastalığın tam ve etkin kontrolü ancak dinamik, çok yönlü, bilimsel, multidisipliner ve maliyet etkin programlar ile mümkün olabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2023).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Sağlık Bakanlığı ile birlikte, DSÖ’nün mevcut kaynaklarını en iyi şekilde kullanımını sağlayarak, kanserden koruma, erken tespit, teşhis, tedavi ve palyasyonuna yönelik kanıta dayalı stratejileri uygulanması yolu ile kanser vakalarını, kanserden ölümleri azaltmak ve kanser hastalarının yaşam kalitesini artırmak için Ulusal Kanser Kontrol Programı (UKKP) oluşturmasını finanse etmiştir. Bu programın ilk fazı 2008-2013, 2. fazı ise 2013-2018 yılları arasında yürütülmüştür (Sağlık Bakanlığı, 2023).

3.4. Kanser Tanılaması

Kanser türlerinin semptomlarını erken saptamak, bulgularını araştırmak ve ileri tetkik için hastaların sevk edilmesi erken tanı şansını arttırmaktadır. Bu nedenle, kanserde erken tanı programları toplumun, sağlık çalışanlarının ve politika oluşturucularının bilgisini arttırmayı hedeflemeli, erken tanı olanakları hakkındaki farkındalığı arttırmalıdır. Kanserlere erken tanı konması halinde, kansere bağlı ölümlerin azaltılması mümkündür. Ülkemizde kalın bağırsak kanseri, cilt kanseri, kadınlarda rahim ağzı kanseri ve meme kanseri ile erkeklerde prostat kanserine erken tanı koymak mümkündür ve tarama programları yürütülmektedir. Bir tarama programının başarıya ulaşabilmesi için toplum tabanlı olması ve hedef nüfusun %70’ni kapsaması gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2017, Sağlık Bakanlığı, 2023).

3.4.1. Tarama

Türkiye’de sağlık bakanlığına bağlı kanser dairesi başkanlığınca yürütülen kanser tarama programları, erken tanılamamanın sağlanması amacıyla tarama programları yürütmektedir. Kanser konusunda toplumda farkındalık sağlanması, toplum bilincinin geliştirilmesi ve kanser taramaları, kanserle mücadelede en etkili yöntemlerin başında gelmektedir. Ülkemizde de kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezlerince (KETEM) DSÖ’ nün önerdiği üç kanser türü olan meme, serviks ve kolorektal kanserlerinde tarama yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2023).

Meme kanseri taramasında, kendi kendine meme muayenesi yapabilme eğitimi, 20’li yaşlardan itibaren verilmeli ve teşvik edilmelidir. Yılda bir klinik

meme muayenesi yapılmalı ve 40-69 yaşlarında ise 2 yılda bir mamografi ile kontrol çekimi yapılmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2023; Şen ve Öztürk 2020).

Serviks kanseri taramasında her 5 yılda bir pap smear testi ve HPV DNA testi ile 30-65 yaş arasındaki kadınlar tarama programına dahil edilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2023; Şen ve Öztürk 2020).

Kolorektal kanserlerde ise, 50- 70 yaş aralığındaki tüm erkek ve kadınlar her 2 yılda bir gaitada gizli kan ve her 10 yılda bir kolonoskopi ile tarama programına dahil edilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2023; Şen ve Öztürk 2020).

3.5. Kanser Tedavisi

Literatürde kanser tedavisinde kemoterapi, radyoterapi, cerrahi en sık başvurulan yöntemler olmakla birlikte, hormon terapisi ve biyolojik yöntemlerde diğer yöntemlere destek olacak şekilde birlikte veya tek başına kullanılabileceği belirtilmektedir (Baykara, 2016).

3.5.1. Radyoterapi

Radyoterapi, batı ülkelerinde kanser tedavisinin en az üçte ikisinde kullanılmaktadır ve komplike olmayan bölgesel tümörler için önemli bir iyileştirici tedavi yöntemi olmaya devam etmektedir. Kanser için etkili radyoterapi, normal hücreleri minimum düzeyde öldürürken tümör hücrelerini maksimum düzeyde yok etmeyi hedeflemiştir. Bunun için gerekli olan teknolojik ilerleme, radyoterapinin normal dokularda önemli ölçüde azaltılmış hasar görmesini, tümör lezyonlarına büyük bir hassasiyetle verilmesini sağlayan son teknoloji cihazlar sağlamıştır. Ayrıca radyobiyojinin sayesinde, tümör lezyonlarında bulunan radyasyon duyarlılığı ve direncinin ve normal dokulardaki toksisitenin mekanizmaları daha iyi anlaşılacak radyoterapinin tedavi etkinliği artmıştır (Chen, Kuo, 2017).

Radyoterapi baş-boyun, akciğer, serviks, mesane, prostat ve deri kanserlerinin uzun süreli kontrolünde cerrahiye iyi bir alternatiftir. Genellikle iyi kozmetik sonuçlarla makul bir tümör kontrolü olasılığı elde eder (Joiner, Kogel, Steel, 2018).

3.5.2.Cerrahi

Cerrahi işlemler kanser hastaları için tanı, evreleme, tedavi veya palyasyon amaçlarından hangisi için kullanılırsa kullanılsın, onkolojik hasta bakımı ve tedavi sürecinde daima önemli bir rol üstlenmiştir (Hasbahçeci, Müslümanoğlu, 2014).

Tanısal cerrahi, uygulanacak tedavilere karar vermeyi etkileyen, kanser hücre özelliğini belirleyen tanımlayıcı bir yöntemdir (Güngör, 2015).

Radyoterapiden daha uzun bir geçmişe sahip olan cerrahi, birçok tümör tipinde birincil tedavi şeklidir ve bir dizi erken metastatik olmayan malignitede iyi terapötik sonuçlara yol açmaktadır (Joiner, Kogel, Steel, 2018).

Cerrahi, radyoterapi ve/veya kemoterapi ile birlikte kullanılabilirdiği gibi, tek başına da çok sıklıkla kullanılan yaygın bir yöntemdir. Cerrahi, gelişen kanserlerin engellenmesinde profilaktik olarak, dokudan biyopsi alınıp tanı konmasında, metastaz veya yayılım olmayan durumlarda kanserli dokunun vücuttan çıkarılmasında sıklıkla kullanılmaktadır (Baykara, 2016).

3.5.3. İmmünoterapi

Kanser tedavisinde spesifik yöntemlerden biri olan immünoterapi, bireyin bağışıklık sisteminin belirli kısımlarını kullanarak kanser gibi çeşitli hastalıkları tedavi etmek anlamına gelir. Doğrudan kanser hücrelerini hedef alarak sağlıklı hücrelere zarar vermemesiyle immünoterapiye olan ilgi her geçen gün artmaktadır. İmmünoterapide vücudun kendi hücreleri stimüle edilerek ya da dışarıdan verilen maddelerle immün yanıt oluşturulabilir (Barbaros, Dikmen, 2015).

Bağışıklık sisteminin kanserle tek başına savaşma yeteneğinin sınırları vardır, çünkü sağlıklı bağışıklık sistemine sahip birçok insanda bile kanser gelişmektedir:

- Bağışıklık sistemi kanser hücrelerini yabancı olarak görmez çünkü hücreler normal hücrelerden yeterince farklı değildir.
- Bağışıklık sistemi kanser hücrelerini tanır, ancak yanıt kanseri yok edecek kadar güçlü olmayabilir.
- Kanser hücrelerinin kendileri de bağışıklık sisteminin onları bulmasını ve onlara saldırmasını engelleyen maddeler yayabilir.

Bununla başa çıkabilmek için araştırmacılar tarafında geliştirilen birkaç immünoterapi yöntemi vardır. Kontrol noktası inhibitörleri, kimerik antijen reseptörü T-hücre tedavisi (sitokinler, immünomodülatörler), kanser aşılı, monoklonal antikolar ve onkolitik virüsler immünoterapi yöntemlerindendir (American Cancer Society, 2023).

3.5.4.Kemoterapi

Sıklıkla uygulanan kanser tedavi yöntemleri cerrahi, radyoterapi, immünoterapi ve kemoterapidir. Kemoterapi kanser hücrelerinin yok edilmesi veya büyümesinin kontrol altına alınması amacıyla kişiye ve kanser özelliğine göre onkolog tarafından belirli aralıklarla ve süre ile uygulanması uygun görülen, hastalığın sürecini yavaşlatmak, geriletmek ya da durdurmak amacıyla uygulanmaktadır (Olgun ve Şimşek, 2010).

Kemoterapi tedavisinde 3 yöntem kullanılmaktadır.

Birinci basamakta; kanser tanısı almış olan hastalarda başlangıç tedavisi, ikinci basamakta; neoadjuvan olarak cerrahi yöntemlerden önce, üçüncü basamakta ise; cerrahi ve radyoterapinin yetersiz kaldığı yerde adjuvan olarak uygulanır (Chu, 2018).

Kemoterapi, sistemik bir tedavi olarak kabul edilir, çünkü ilaçlar vücutta dolaşır ve vücudun orijinal (birincil) tümörden uzaktaki bölgelerine yayılmış (metastaz yapmış) kanser hücrelerini öldürebilir. Bu nedenle cerrahi ve radyasyon gibi tedavilerden farklıdır (American Cancer Society, 2023).

4. EKSTRAVAZASYON

Sistemik kemoterapi ilaçları, hematolojik maligniteler ve solid tümörlerin tedavisinde sık kullanılan, hayati öneme sahip ilaçlardır. İlaçların istenmeyen nedenlerle damar dışına sızma yoluyla ekstrasvasküler alana geçmesi ekstrasvazasyon olarak adlandırılır (Demirel ve ark, 2015; Buter ve ark., 2019).

Ekstrasvazasyon, derinin lokal tahrişinden şiddetli nekrozuna kadar ilerleyebilen hasarlar bırakabilir. Bu hasarlar deri altı dokusuna, periferik vasküler sisteme, ligamentlere veya tendonlara kadar ilerleyerek farklı reaksiyonlara neden olabilir (Schulmeister, 2007; Viale, 2006; Boulanger ve ark., 2015; Gülüş ve ark., 2015).

Ekstrasvazasyona en çok vezikan ve irritan ilaçlar sebep olur (Reynolds ve ark., 2014; Varacallo ve ark., 2018).

4.1. Vezikan İlaçlar

Vezikanlar deride kabarma, döküntü, ağrı, ödem, dokuda yaygın hasar ve doku nekrozuna neden olma potansiyeline sahiptir (Sauerland ve ark., 2006; Ener ve ark., 2004).

Vezikanlar doku hasarına neden oldukları mekanizmaya göre iki grupta sınıflandırılabilir; Bunlar DNA bağlayıcı ve DNA bağlayıcı olmayan ilaçlar olarak ayrılır (Onesti ve ark, 2017; Ener ve ark, 2004; Uçar ve Arıkan, 2019).

DNA bağlayıcı ilaçlar ani doku hasarından sorumludur ve dokularda kalarak ilerleyici doku yaralanması ve nekroz ile daha uzun süreli bir seyir oluşturur. Ekstravazasyon durumunda, sağlıklı doku hücrelerinde DNA'yı bağlarlar ve böylece apoptoz ile hücre ölümüne neden olurlar. Ölü hücreler ilacı dokuya salar ve komşu sağlıklı hücreler endositoz yoluyla ilacı alır. Hücre dışı maddelerin bu hücrenel alım süreci, devam eden bir doku hasarı döngüsü oluşturur, ilaç dokuda uzun süre tutulur ve çevredeki alanda yeniden dolaşır. Sonuç olarak, bu ilerleyici doku hasarı, yara iyileşme sürecini engeller ve ekstravazasyon lezyonları zamanla daha büyük, daha derin ve daha ağırlı hale gelerek kronik ülsere neden olur (Onesti ve ark, 2017; Ener ve ark, 2004; Uçar ve Arıkan, 2019).

DNA bağlayıcı olmayan ilaçlar da doku hasarına neden olur, ancak DNA bağlayıcı ilaçlardan daha kolay nötralize edilir. Metabolize olabildikleri için, ekstravazasyon bulguları hafif ila orta derecede ağırlıdır ve doku onarımını daha normal bir iyileşme süreci izler ve genellikle zamanla düzelir (Onesti ve ark, 2017; Ener ve ark, 2004; Uçar ve Arıkan, 2019).

Vezikan kaynaklı ülserasyonlar granülasyon dokusu içermez ve epitelyal büyümesi çok azdır. Küçük ülserler tipik olarak yavaş yavaş iyileşse de daha büyük lezyonlar, zamanla yavaş yavaş genişleyerek devam etme eğilimindedir. Eğer tedavi edilmezse, tendonlar, sinirler ve damarlar tahrip olabilir. Bu durum potansiyel olarak sinir kompresyon sendromlarına, kalıcı eklem sertliğine, kontraktürlere ve nörolojik fonksiyon bozukluğuna yol açar (Susser ve ark., 1999).

Tablo:1 Vezikan İlaçlar

Daktinomisin	Mitomisin-C
Daunorubisin	Trabektedin
Doksorubisin	Vinblastin
Epirubisin	Vinkristin
İdarubisin	Vindesin
Mekloreタミン	Vinorelbin
Amsakrin	

Kaynak: (Reynolds ve ark., 2014; Varacallo ve ark., 2018)

4.2. İrritan İlaçlar

İrritan ilaçların ekstreavazasyonu yanma hissi, ağrı ve kızarıklık ile karakterize geçici bir etkiye sahiptir ve genellikle nekroza yol açmaz (Doornaert ve ark, 2013).

İrritan ilaçlar, enjeksiyon bölgesinde ve erişilen damar boyunca doku nekrozu olmadan lokal inflamatuvar reaksiyon olsun veya olmasın ağrıya neden olabilirler. Refleks vazospazm ile venöz endotelin ağırlı lokal iritasyonundan sorumlu olabilirler, bu da yüksek ekstreavazasyon riski ile ilaç akışına engel olabilir. İrritan ilaçlar, periferik venöz kateterden ziyade SVK ile verilmelidir (Goutos ve ark, 2014; Uçar ve Arıkan, 2019).

Tablo:2 İrritan İlaçlar

Bendamustin	Kladribin	İrinotekan	Teniposid
Bleomisin	Siklofosfamid	İksabepilon	Topotekan
Bortezomib	Sitarabin	Melfalan	Fluorourasil
Busulfan	Dakarbazin	Mitoksantron	Gemsitabin
Karboplatin	Dosetaksel	Oksaliptatin	
Karmustin	Etopozid	Paklitaksel	
Sisplatin	İfosfamid	Streptozotosin	

Kaynak: (Reynolds ve ark., 2014; Varacallo ve ark., 2018)

4.3.Tahriş Edici Olmayan İlaçlar Tahriş edici olmayan ilaçların ekstrevasyasyonu sonucu, enjeksiyon bölgesinde veya çevresindeki dokuda lokal bir reaksiyon oluşmaz. Bununla birlikte, hafif bir yanma ve rahatsızlık hissi yaşanabilir (Schulmeister, 2007).

4.4. Ekstrevasyasyon İnsidansı

Ekstrevasyona neden olan ilaçlar çoğunlukla vezikan ilaçlar grubunda yer aldığı belirtilmiş ve vezikan ilaçlara bağlı ekstrevasyasyon reaksiyonları %0,01–2,5 olarak bildirilmiştir (Demirel ve ark, 2015; Gülüş ve ark., 2015).

İntravenöz kemoterapi uygulamalarında periferik venöz kateterlere bağlı %0,01- %6,5, implante port kateterlerde %0,3- %4,7 oranında ekstrevasyasyon geliştiği bildirilmiştir (Uçar ve Arıkan, 2019).

İlaça ve hastaya bağlı oluşan ekstrevasyasyon insidansı yetişkin hastalarda nonvezikant ilaçlarda %0,1- 6 iken, pediatrik hastalarda bu oran %11'dir (Arslan ve ark, 2018).

4.5. Ekstravazasyon Risk Faktörleri

Buna göre hastaya bağlı olarak, uygulama ile ilgili yapılan yanlışlar ve santral venöz kateter (SVK) takibine ve seçimine bağlı olarak riskler ortaya çıkmaktadır.

4.5.1. Hastaya Bağlı Risk Faktörleri

Küçük ve kıvrımlı damarlar,

Önceki birçok IV kemoterapi uygulaması veya uyuşturucu kullanımı sonucu sert veya skleroz olmuş damarlar,

Özellikle yaşlı hastalarda karşılaşılan belirgin fakat hareketli damarlar,

Periferik nöropati, diyabet, lenfödem, vena kava süperior sendromu gibi dolaşım bozukluğu ile ilişkili hastalıklar,

Semptomları hızlı bir şekilde tanımlamayı zorlaştıran iletişim zorlukları,

Hastanın kemoterapi uygulanan bölgede ağrıyı algılama veya tepki verme yeteneğini azaltan bilişsel veya nörolojik bozukluklar. Bu gibi durumlarda hasta sürekli gözetim altında olsa bile ekstravazasyon riski artabilir (Perez Fidalgo ve ark., 2012; Genç, 2014; Uçar ve Arıkan, 2019).

Vazodilatatörler, antikoagülanlar, diüretikler, steroidler, analjezikler gibi eş zamanlı kullanılan ilaçlar kanama eğiliminin artmasına, inflamatuvar yanıtın baskılanmasına, ağrı duyumunun azalmasına sebep olabilirler (Perez Fidalgo ve ark., 2012; Genç, 2014; Uçar ve Arıkan, 2019).

Obezite gibi periferik venöz erişimi zorlaştıran hastalıklar (Perez Fidalgo ve ark., 2012; Genç, 2014; Uçar ve Arıkan, 2019).

4.5.2. Uygulama ile İlgili Risk Faktörleri

Eğitimsiz veya deneyimsiz personel,

Dirseğin iç kısmı, elin üzeri, iç bilek gibi uygun olmayan bir alana veya eklem üzerine IV kanül takmak,

Kan geri dönüşünün olmaması,

Vezikan kemoterapi ilacını infüzyon pompası ile verirken, periferdeki bir damara cihazın neden olabileceği basınç,

Vezikan bir ilacı periferik hattan 30-60 dakikadan daha uzun sürede göndermek,

Kanül boyutunun, damar boyu ve genişliğine göre uygun seçilmemesi uygulama ile ilgili risk faktörlerini içermektedir (Perez Fidalgo ve ark, 2012; Genç, 2014, Uçar ve Arıkan, 2019).

4.5.3.Santral Venöz Kateter ile İlgili Risk Faktörleri

Uygun olmayan teknik sebebiyle, IV kateter yerleştirilmeden önce, yerleştirme esnasında veya yanlış yerleştirilmesinden kaynaklı hasar görmesi,

Kateterin damardan dokuya geçişi,

Kateterin hastada altı ay veya daha uzun süre takılı kalması,

Kateterin ucunda bir fibrin kılıf veya tromboz varlığı,

İmplant edilmiş bir portun septumuna port iğnesinin doğru bir şekilde yerleştirilememesi veya hasta hareketinin port septumundaki iğnenin çıkmasına sebep olması SVK ile ilgili risk faktörlerini arttırmaktadır (Schulmeister ve Camp, 2000; Sauerland ve ark, 2006).

4.6. Ekstravazasyonun Evreleri

Ekstravazasyon hasarına ait belirtiler, genellikle hemen sonrasında görülebildiği gibi günler veya haftalar sonra da ortaya çıkabilir. Başlangıçta, infüzyon bölgesinde lokal yanma veya karıncalanma, hafif eritem, kaşıntı ve şişlik olabilir. İki ile üç gün içerisinde artmış eritem, ağrı, renk değişimi, sertleşme ve bül görülebilir. Küçük hacimli sızıntılarda ise semptomlar birkaç hafta içinde yok olabilir. Daha geniş sızıntılarda ise birkaç hafta içinde nekroz, skar, kabarık kırmızı ağrılı kenarlar ve sarı nekrotik ülser gelişebilir (Susser ve ark., 1999).



Şekil 1:Ekstravazasyon Evreleri

4.6.1.Görsel Değerlendirme

Periferik enjeksiyon alanında veya SVK çevresinde en sık rastlanılan başlangıç semptomları ödem ve eritemdir. Gecikmiş semptomlar ise inflamasyon, skar, bül, ülser veya nekrozdur. Bu semptomlar ekstravazasyondan birkaç dakika veya birkaç hafta sonra da görülebilir (De Wit ve ark., 2013). Ekstravazasyon, semptomsuz olabildiği gibi etkilenen bölgenin uzağında nekroz ve ağrılı ülser gibi ciddi sonuçlara da neden olabilir (Polovich ve ark., 2014).

SVK ekstravazasyonunda, uygulanan ilaç kateter çıkış bölgesi yakınındaki deri altı dokularda birikebilir. Ekstravazasyonlu çözelti mediastende veya plevral alanda da birikebilir. Bu durum hastanın boynunda, ön göğsünde veya kasığında ağrı hissetmesine neden olabilir (Buter ve ark., 2019).

4.6.2. Görüntüleme

Periferik ekstremitasyon hasarı klinik muayene ile değerlendirilir ve takip edilir. Aynı zamanda sızan ajanın hacmini ölçmek ve çevresel sınırlarını belirlemek için ultrason ile görüntüleme yöntemine de ihtiyaç duyulabilmektedir.

SVK bulunan, ekstremitasyon şüphesi olan hastalarda kateter veya portun pozisyonunu ve kateter ucunun konumunu değerlendirmek için göğüs grafisi çekilmeli, düz radyografi şüpheli ise, bilgisayarlı tomografi taraması yapılmalıdır (Çanakçı ve ark, 2015).

4.7. Ekstremitasyonun Önlenmesi

Ekstremitasyonun hasarını minimuma indirmek için en önemli yaklaşım önlemedir (Schrijvers, 2003). Ekstremitasyonu tamamen önlemek mümkün olmasa da kanülasyon bölgesinin uygunluğu, doğru damar, doğru kanül seçilmesi, kan kontrolünün yapılması gibi önlemler ile azaltılabilir bir komplikasyondur (Akaltun ve ark., 2017).

4.7.1. Kanülasyon Bölgesi ile İlgili Önlemler

Enjeksiyon için belirlenen uzuv sabitlenmeli,

Ön koldaki büyük damarlar seçilmeli,

Tendonların, eklemlerin ve sinir yapılarının yakınından kaçınılmalı,

Bükülme sonucunda IV kanülün yerinden çıkma ihtimali yüksek olduğundan iç bilek veya dirseğin iç kısmı tercih edilmeli,

IV kanül şeffaf bir bantla sabitlenmeli ve her zaman görünür olmalı,

En ufak bir şüphede kanülasyon bölgesi değiştirilmeli,

SVK hattının doğru yerleştirilmediğine dair bir şüphe varsa, bir venogram veya göğüs röntgeni çekilerek kontrol edilmeli,

Esnek bir polietilen ve teflon kanül kullanılmalı. Damar duvarını delme riski daha yüksek olduğu için, asla kanatlı çelik kelebek iğneler kullanılmamalı,

IV kanül takılmasının üzerinden 24 saat geçmiş ise yeri değiştirilmeli,

Eğer ekstremitasyon gelişirse altta yatan yapılar daha kolay hasar göreceği için kompartman sendromu gelişme riski de daha yüksektir bu nedenle el ve el

bileği sırtından uzak durulmalıdır (Schulmeister, 2007; Perez Fidalgo ve ark., 2012).

4.7.2. Hemşirenin Alması Gereken Önlemler

IV açıklığı sağlamak için verilecek olan her ilaçtan önce ve sonra serum fizyolojik veya %5 dekstroze ile yıkama yapılmalı,

Eğer ki vezikan ilacın, 30-60 dakikadan daha uzun sürede gönderilmesi gerekiyorsa SVK kullanılmalı,

Vezikan ilaçlar periferik yol ile verilecekse fazla basınçtan korunmak için infüzyon pompası kullanılmamalı,

Tüm kemoterapi infüzyonu öncesinde ve esnasında enjeksiyon bölgesi sürekli olarak şişlik, iltihaplanma, kızarıklık açısından gözlemlenmeli. Bu gözlem aralığı vezikan ilaçlar için 5-10 dakikada bir, vezikan olmayanlar için 30 dakikada bir olmalı,

Kan geri dönüşü kontrol edilmeli,

İnfüzyon pompası kullanırken tıkanma alarm basıncı ayarlanmalı,

Hemşire, ekstremitenin potansiyel belirti ve semptomları olan ağrı, kızarıklık, ödem, eritem, kan geri dönüşünün olmaması, yıkamaya direnç, infüzyon hızında direnç veya değişiklik, SVK yanındaki omuz, boyun veya kolda ağrı ve IV kateteri sabitleyen bantın çevresinde sızıntıya karşı dikkatli olmalı ve belirtileri tanımalıdır (Schulmeister, 2007; Perez Fidalgo ve ark., 2012).

4.8. Ekstravazasyon Sonrası İlk Yaklaşım

Vezikan ve iritan bir ilacın ekstravazasyonundan şüphelenildiğinde infüzyon derhal durdurulmalı. IV hat yıkanmamalı ve bölgeye baskı uygulanmamalıdır.

Etkilenen ekstremitenin yükseltilmelidir.

Kanül hemen çıkarılmamalı. Bunun yerine, bölgedeki fazla sıvıyı aspire etmeye çalışmalı ve eğer gerekliyse o bölgeye antidotun uygulanmasını kolaylaştırmak için kanül yerinde bırakılmalıdır.

Ekstravazasyon bölgesine bir antidot enjekte edilmeyecekse, deri altı dokuların aspirasyonundan sonra periferik kanül veya SVK çıkarılabilir.

Göğüs içine ekstrevasyasyon gerçekleşti ise, mediastinit veya ampiyem kanıtı olmaması şartıyla; antimikrobiyal tedavi, ağrı kontrolü ve ek oksijen dahilinde, başlangıçtaki konservatif tedavi uygundur. Görüntüleme sonucu ciddi sıvı birikimi var ise, drenaj gerekebilir (Perez Fidalgo ve ark., 2012; Polovich ve ark., 2014; Albanell ve Baselga, 2000).

4.8.1. Kuru Soğuk Kompres ve Kuru Ilık Kompres

Vinka alkaloidleri (vinkristin, vinblastin, vinorelbin gibi) ve etoposid haricindeki vezikan ve iritan ilaçların ekstrevasyasyonunda kuru soğuk kompres önerilmektedir. Çünkü aralıklı soğuk kompres vazokonstrüksiyon yapar. Bunun sonucunda da ilacın yayılmasının ve lokal yaralanma derecesinin azaldığı düşünülür. Aynı zamanda lokal iltihap ve ağrıyı da hafifletmektedir (Bertelli, 1995).

Vinka alkaloidleri ve etoposid ekstrevasyasyonunda ise soğuk kompresyon uygulanmaz, çünkü soğuk kompresyon bu ilaçların neden olduğu cilt ülserini kötüleştirir. Bu ilaçlar için ise ısı uygulaması önerilir, çünkü lokal ısınma vazodilatasyona ve kan akışının artmasına neden olduğundan ilacın dağılım fazını arttırmaktadır (Bertelli, 1995).

Tablo 1: Vezikan ve İritan İlaçlar için Kuru Soğuk Kompres ve Kuru Ilık Kompres

Lokalize ve Nötralize Edilen İlaçlar:	Dağılan ve Seyreltilen Ajanlar:
- Antrasiklinler - Mitomisin-C - Daktinomisin	- Vinka alkaloidleri - Taksanlar - Platin tuzları
Lokalize Etmek (Bölgeselleştirmek) için:	Dağılımını Sağlamak için:
- Kuru soğuk kompres 20 dakika - Günde 4 kez	- Kuru sıcak kompres 20 dakika - Günde 4 kez
Nötralize Etmek için:	Seyreltilmesi için:
- Antrasiklinler (dmso, deksrazoksan) - Mitomisin c (dmso)	- Vinka alkaloidler - Taksanlar (hiyaluronidaz)

Kaynak:(Bertelli, 1995)

4.8.2. Spesifik Antidotlar

Kemoterapi ekstrevasyonu tedavisine ait bilgiler çoğunlukla hayvan modellerine, anekdot vaka raporlarına ve sınırlı sayıda küçük kontrolsüz çalışmalara dayanmaktadır (Harrold ve ark., 2015).

Kemoterapi ekstrevasyonunun yönetiminde standart bir protokolün kullanılması çoğu ekstrevasyonun konservatif olarak yönetilmesine izin verecek ve cerrahi müdahale ihtiyacını azaltacaktır. Bunun için Onkoloji Hemşireliği Derneği (ONS) ve Avrupa Onkoloji Hemşireliği Derneği (EONS)'nden rehberler bulunmaktadır (Perez Fidalgo ve ark., 2012; Polovich ve ark., 2014).

Literatürde SVK ekstrevasyonu için, ekstrevas olan ilaç bir antrasiklin grubu ise; hiyaluronidaz, sodyum tiyosülfat gibi lokal antidotların faydası belirgin olmamasına rağmen IV deksrazoksan antidot olarak kabul edilebilir (Perez Fidalgo ve ark., 2012; Polovich ve ark., 2014).

4.8.2.1.Deksrazoksan

Deksrazoksan hem Avrupa Tıbbi Ürünleri Değerlendirme Ajansı (EMA) hem de ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından antrasiklin ekstrevasyon yaralanmasının tedavisi için onaylanmıştır. Deksrazoksan, antrasiklin kardiyomiyopatisini ve oksidatif hasara neden olan serbest radikallerin oluşumunu önleyen bir demir şelatörüdür. Tedaviye mümkünse ekstrevasyondan sonraki ilk altı saat içinde başlanmalıdır. Birinci ve ikinci dozlar 1000 mg/m² ve üçüncü doz 500 mg/m² olmalıdır (Uçar ve Arıkan, 2019).

Yan etkileri enjeksiyon bölgesinde reaksiyon, hematolojik toksisite (hemoglobin, beyaz kan hücreleri, nötrofil ve trombosit), hepatik toksisitedir (AST, ALT, bilirubin).

İlacın etki bölgesine hızlı bir şekilde ulaşmasını sağlamak için uygulamadan 15 dakika önce soğuk kompres uygulanabilir (Buter ve ark., 2019).

4.6.2.2.Sodyum Tiyosülfat

Mekloreタミン ekstrevasyonlarının tedavisinde %4 veya %2 sodyum tiyosülfat çözeltisi, 25 gauge veya daha küçük bir iğne ile ekstrevas olan alana subkutan (SC) uygulanır. Kesin kanıt olmamasına rağmen hem ONS hem de

EONS, mekloreタミン ekstravazasyonu için sodyum tiyosülfat kullanımını önermektedir (Perez Fidalgo ve ark., 2012; Polovich ve ark., 2014).

Schulmeister'ın çalışmasında sodyum tiyosülfat, bendamustin ekstravazasyonları için de önerilmiştir (Schulmeister L., 2011). Fakat ne ONS ne de EONS bendamustin ekstravazasyonları için sodyum tiyosülfat sorununu ele almamıştır (Perez Fidalgo ve ark., 2012; Polovich ve ark., 2014).

4.8.2.3.Hiyaluronidaz

Ekstravazasyonda hiyaluronidaz kullanılmasını EONS taksanların ve vinka alkaloidlerinin ekstravazasyonu için önerirken (Perez Fidalgo ve ark., 2012) ONS ise sadece vinka alkaloidlerin ekstravazasyonu için önermektedir (Polovich ve ark., 2014).

Hiyaluronidaz, taksanlar ve vinka alkaloidlerinin ekstravazasyonunda SC olarak uygulanır, ekstravaze olan ilacın difüzyonunu destekler böylece ekstravaze olan ilacın seyreltilmesi ve aspirasyonu için daha geniş bir alan oluşturur (McBride, 2009).

Tavsiye edilen doz, 25 gauge veya daha küçük bir iğne ile ekstravaze olan bölgeye, her biri 0.2 ml olmak üzere, beş ayrı enjeksiyon halinde SC olarak toplam 1 ml (150 ünite) şeklinde uygulanır (Perez Fidalgo ve ark., 2012).

4.8.2.4.Dimetil Sülfoksit

Dimetil sülfoksit (DMSO), periferik antrasiklin ekstravazasyonları için deksrazoksanın bir alternatifi olarak görülmektedir. Ekstravazasyon geliştikten sonraki ilk altı saat içinde deksrazoksana ulaşamıyorsa DMSO kullanılabilir. DMSO, dokulara nüfuz eden ve cilt geçirgenliğini artıran, damar dışına çıkmış bir ilacın emilimini kolaylaştırabilen yaygın bir çözücüdür. Topikal olarak uygulandığında, ekstravaze olan ilacın atılımını hızlandırabilen, serbest radikalleri yok edici anti oksidan özelliklere sahiptir. Soğuk uygulama ve izotonik salin solüsyonu ile kombinasyon halinde DMSO, gecikmiş semptomları önlemede etkili olmasa da enflamasyonu ve doku nekrozunu sınırlamıştır (McBride, 2009).

4.8.2.5.Glukokortikoidler

Glukokortikoidlerin, lokal inflamasyonu hafiflettiği düşünülmüştür. Fakat ektravazasyon nedeniyle hasar görmüş dokularda az sayıda enflamatuvar hücre bulunmaktadır. Bu nedenle topikal steroidler etoposid veya vinka alkaloidlerinin cilt hasarını kötüleştirdiği için özellikle kontrendikedir (Wickham ve ark., 2006).

4.8.3.Cerrahi Yönetim

Çalışmalarda kabarma veya 2-3 cm'lik eritematöz, ağrılı ve iyileşemeyen deri ile çevrelenmiş, genişleyen, eskarla kaplı bir ülser semptomlarıyla kendini gösteren doku nekrozunu yönetmek ve kayıp durumunda cilt ve yumuşak doku bütünlüğünü sağlamak, SVK fonksiyon bozukluğu ile ilgili sorunları yönetmek için cerrahi müdahale gerekebileceği belirtilmektedir (Haslık ve ark., 2015; Uges ve ark., 2006; Wickham ve ark., 2006).

Dokunun uzun süreli ektravazasyona maruziyeti, kalıcı fonksiyonel bozukluk meydana getirebilir. Bunun sonucunda cerrahinin gecikmesi, tekrarlanan debridman, geniş eksizyon ve kısmi kalınlıkta deri grefti veya flep rekonstrüksiyonu gerektirebilir (Wickham ve ark., 2006).

4.8.3.1.Lokal Doku Yaralanması

Klinik bozulmayla birlikte selülit, apse ve sepsis gibi enfeksiyon gelişimi görülmesi, radyografik anormalliklerin ilerlemesi veya radyografik görüntülemenin iyileşmiş gibi görünmesine rağmen doku nekrozu bulunması cerrahi endikasyonları arasındadır (Perez Fidalgo ve ark., 2012).

Ektravazasyondan kaynaklanan tam kalınlıkta doku nekrozu ve iyileşmeyen cilt ülserlerine debridman ve greft gerekebilir. Bununla birlikte, cerrahi müdahaleye ne zaman başvurulması gerektiği tartışmalıdır. Her ne kadar bazı klinisyenler ülserleşmeyi önlemek için erken cerrahi müdahale önerse de (Heitmann ve ark., 1998) ektravazyonların üçte birinden daha azı ülser nedeniyle için konservatif bir yaklaşım da önerilmektedir (Dorr, 1990).

Alttaki tendonları veya kemikleri açığa çıkaran daha derin yaralanmaların, iyi bir damarsal bütünlüğü olan doku ile kapatılması gerekmektedir. Çünkü sadece deri grefti damarsal yapının az olması nedeniyle yetersiz kalacaktır (Buter ve ark., 2019).

4.8.3.2. Mediastinal Ekstravazasyon

Göğüs ekstravazasyonlarında konservatif tedavi genellikle yeterli olmasına rağmen nadiren de olsa drenaj veya daha kapsamlı prosedürlerin uygulanması gerekebilir. Kateterin çıkarılması veya tutulması da ekstravazasyonun derecesine ve semptomların şiddetine bağlıdır (Quintanar ve ark., 2008; Chang ve Murray, 2016).

Ekstravazasyon yaralanmaları cilt ve cilt altı dokuda ciddi doku hasarına ve nekrozuna neden olabilirken, mediastinal veya pulmoner yapılarıdaki hasarın derecesi daha sınırlı olma eğilimindedir. Çünkü büyük olasılıkla mediasteninin seröz tabakaları koruyucu olduğundan antibiyotikler, analjezikler ve plevral drenaj (torakostomi tüpü) tipik olarak yeterli olabilmektedir (Quintanar ve ark., 2008).

Yayılım alanını, ekstravazasyonun ciddiyetini ve cerrahi debridman ihtiyacını değerlendirmek için mediastinoskopi veya torakoskopi gerekmektedir ve ihtiyaç halinde video yardımcı torakoskopik cerrahi (VATS) mümkün değilse, açık torakotomi uygulanır. Fakat VATS'a nadiren ihtiyaç duyulmaktadır (Quintanar ve ark., 2008).

4.9. Ekstravazasyon Takibi ve Dokümantasyonu

Her ekstravazasyon olayı belgelenmek zorundadır, böylece takip ve bakım kalitesini artırmak için olayla ilgili ayrıntılı belge elde edilebilir. İlk belgelemenin yanı sıra, etkilenen alan yakından izlenmeli ve herhangi bir değişiklik bildirilmelidir. Hastaların ilk hafta her 24 ile 48 saatte bir ve daha sonra iyileşme varsa, semptomlar tamamen iyileşene kadar haftada bir izlenmesi önerilmektedir (Boulanger ve ark., 2015).

5. SONUÇ

Kanserli birçok hastada kemoterapi tedavisinin yan etkilerinden biri olan ekstravazasyon yaşanmaktadır. Ülkemizde ve dünyada kemoterapi ekstravazasyonu ve yönetimi hakkında onkoloji ve hematoloji hemşirelerinin bilgi düzeyi oldukça önemlidir.

Kemoterapi ekstravazasyonlarının ele alınmasına ilişkin uluslararası kabul görmüş kılavuzların yayınlanması ve hemşirelerin bu kılavuzlar eşliğinde eğitimlerini güncel tutmaları ekstravazasyonların daha iyi yönetilmesini sağlayabilir.

Kemoterapi alanında çalışacak olan hemşirelerin alanda çalışmaya başlamadan önce eğitimden geçmeleri ekstreavazyona karşı daha bilinçli olmalarını ve profesyonel şekilde yaklaşmalarını sağlayabilir.

Ekstreavazyonun erken ve geç belirtilerine karşı hastalar bilgilendirilmeli ve durum değişikliğinde vakit kaybetmeden paylaşımları istenmelidir. Bu sayede oluşabilecek daha kötü sonuçlardan kaçınılabilir.

KAYNAKÇA

- Akaltun, N., Zengi, S., Macun, S., Çubukçu, E. (2017). Meme Kanseri Bir Hastada Vinorelbin Kemoterapisine Bağlı Ekstreavazyon. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 43(2), 79-84.
- Albanell, J., Baselga, J. (2000). Systemic Therapy Emergencies. *Seminars in Oncology*, 27(3), 347-361.
- American Cancer Society. (2023). How Immunotherapy Is Used to Treat Cancer. 18 Ekim 2023 tarihinde <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/immunotherapy/what-is-immunotherapy.html> sitesinden alındı.
- Arslan, D., Aysever, U., Deniz, S., Püllü, S., Özlem, U. (2018). Kemoterapi Tedavi Merkezine İlaç Tedavisi İçin Gelen Hastalarda Ekstreavazyon İnsidansı ve Nedenleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(2), 113-119.
- Bağçıvan, G., Uysal, N., Karaaslan, N., Kapucu, S., Talas, M.S., Terakye, G. (2015). Review of Oncology Nursing Research That Conducted by Nurses in Turkey and Published Between 2009-2013: A Systematic Review. *Turkish Journal of Oncology*. 30(1), 5-15. doi: 10.5505/tjoncol.2015.1195.
- Barbaros, B., Dikmen, M. (2015). Kanser İmmünoterapisi. *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Fen Bilimleri Dergisi*, 31(4), 177-182.
- Baykara, O. (2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 154-165.
- Bayraktar, A.K., Sivrikaya, S.K. (2018) Acil Servis Hemşirelik Hizmetlerinde Etik. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15 (1), 57-62.
- Bertelli, G. (1995). Prevention and Management of Extravasation of Cytotoxic Drugs. *Drug Safety*, 12, 245-255.
- Boulanger, J., Ducharme, A., Dufour, A., Fortier, S., Almanric, K. (2015). Management of the Extravasation of Anti-Neoplastic Agents. *Supportive Care in Cancer*, 23(5), 1459-1471.

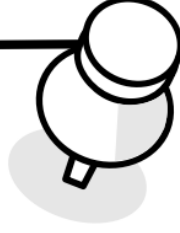
- Bölüktaş, R.P., Zülfinaz, Ö., Yıldırım, D. (2018). Uluslararası Hemşirelik And'ının Mesleki Değerler Açısından İncelenmesi. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(13), 83-98.
- Buter, J., Steele, K.T., Chung, K.C., Elzinga, K. (2019). Extravasation Injury From Chemotherapy and Other Non-Antineoplastic Vesicants. Topic 2797 Version 32.0.
- Chang, R., Murray, N. (2016). Management of Anthracycline Extravasation Into the Pleural Space. *Oxford Medical Case Reports*, 2016(10), omw079. <https://doi.org/10.1093/omcr/omw079>.
- Chang, Y., Lin, Y.P., Chang, H.J., Lin, C.C. (2005). Cancer Patient and Staff Ratings of Caring Behaviors: Relationship to Level of Pain Intensity. *Cancer Nursing*, 28(5), 331–339. <https://doi.org/10.1097/00002820-200509000-00001>.
- Chen, H.H.W., Kuo, M.T. (2017). Improving Radiotherapy in Cancer Treatment: Promises and Challenges. *Oncotarget*, 8(37), 62742–62758. <https://doi.org/10.18632/oncotarget.18409>.
- Chu, E. (2018). Cancer Chemotherapy. Editör: Bertram G. Katzung. *Basic&Clinical Pharmacology*. McGraw-Hill Education. 948-976.
- Çanakçı, E., Yağan, Ö., Taş, N. (2015). Santral Venöz Kateter Malpozisyonu: Olgu Sunumu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. (29)3, 99-102.
- Çınar, D. (2022). Hemşirelik Öğrencileri ile Bir Metafor Analizi: Onkoloji Hemşiresi Olmak. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(1), 1-9. doi: 10.53424/balikesirsbd.972590.
- Demirel, B.G., Koca, R., Tekin, N.S. (2015). Chemotherapy Extravasation Results in Skin Necrosis and Cellulitis: A Case Report. *Turkish Journal of Oncology*, 30(3), 144-147.
- De Wit, M., Ortner, P., Lipp, H.P., Sehouli, J., Untch, M., Ruhnke, M., Mayer-Steinacker, R., Bokemeyer, C., Jordan, K. (2013). Management of Cytotoxic Extravasation- ASORS Expert Opinion for Diagnosis. *Prevention and Treatment Onkologie*, 36, 127-135.
- Dinç, L. (2009). Hemşirelik Hizmetlerinde Etik Yükümlülükler. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 40, 113-119.
- Dor, R.T. (1990). Antidotes to Vesicant Chemotherapy Extravasations. *Blood Reviews*, 4(1), 41-60.
- Dougherty, L. (2008). IV Therapy: Recognizing the Differences Between İnfiltration and Extravasation. *British Journal of Nursing*, 17(14), 896-901.
- Durmuş, M., Saldır, M., Yapıcı, A.K., Fatih, Z.O.R., Avşar, S., Gasimov, T., Güzey, S., Kesik, V. (2015). Ekstravazasyon Yaralanmaları: Üç Olgu Sunumu ve

- Literatürün Gözden Geçirilmesi. *Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi*, 23(1), 33-36.
- Ener, R.A., Meglathery, S.B., Styler, M. (2004). Extravasation of Systemic Hemato-Oncological Therapies. *Annals of Oncology*, 15(6), 858-862.
- Genç, A. (2014). Ekstravazasyon. G, Can. (Ed.). *Onkoloji Hemşireliği* içinde (s.467-476). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Goutos, I., Cogswell, L.K., Giele, H. (2014). Extravasation Injuries: a Review. *Journal of Hand Surgery (European Volume)*, 39(8).
- Gülüş, D.B., Koca, R., Solak, T.N. (2015). Kemoterapi Ekstravazasyonuna Bağlı Deri Nekrozu ve Selülit: Bir Olgu Sunumu. *Turkish Journal of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi*, 30(3), 144-147. doi: 10.5505/tjoncol.2015.1216.
- Güngör, A. (2015). Kanser Hastalarındaki Bakım Gereksinimlerinin Karşılmasında Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliğinin İncelenmesi. *Master's Thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
- Harrold, K., Gould, D., Drey, N. (2015). The Management of Cytotoxic Chemotherapy Extravasation: A Systematic Review of the Literature to Evaluate the Evidence Underpinning Contemporary Practice. *European Journal of Surgical Oncology*, 24(6), 771-800.
- Hasbahçeci, M., Müslümanoğlu, M. (2014). Genel Cerrahi – Güncel Uygulamalar. G, Can (Ed.). *Onkoloji Hemşireliği* içinde (s.111-118). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Haslık, W., Hacker, S., Felberbauer, F.X., Thallinger, C., Bartsch, R., Kornauth, C., Deutschmann, C. (2015). Port-a-Cath Extravasation of Vesicant Cytotoxics: Surgical Options For a Rare Complication of Cancer Chemotherapy. *European Journal of Surgical Oncology*, 41(3), 378-385.
- Heitmann, C., Durmus, C., Ingianni, G. (1998). Surgical Management After Doxorubicin and Epirubicin Extravasation. *European Journal of Surgical Oncology*, 23(5), 666.
- Hintistan, S., Çilingir, D, Nural, N., Gürsoy, A. A. (2012). Hematolojik Kanserli Hastaların Kemoterapiye Bağlı Yaşadıkları Semptomlara Yönelik Uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 153-164.
- Joiner, M. C., van der Kogel, A. J., Steel, G. G. (2018). Introduction: The Significance of Radiobiology and Radiotherapy for Cancer Treatment. *Basic clinical radiobiology* içinde (s. 1-8). CRC Press.
- Kapucu, S., Özkaraman, O.A., Uysal, N., Bağcivan, G., Şeref, C.F., Elöz, A. (2017). Knowledge Level On Administration Of Chemotherapy Through Peripheral And

- Central Venous Catheter Among Oncology Nurses. *Asia Pacific Journal of Oncology Nursing*, 4(1), 61-68. <https://doi.org/10.4103/2347-5625.199081>.
- Kaya, N., (2013). Hemşirelik Süreci. Z, Durna (Ed). *İç Hastalıkları Hemşireliği* içinde (s.46-78). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Kocaman, G., Yürümezoğlu Arslan, H., (2014). Onkoloji Hemşireliğinde Kanıtla Dayalı Yaklaşım. G, Can. (Ed.). *Onkoloji Hemşireliği* içinde (s.305-315). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.
- Koçak, C., Albayrak Saniye, A., Duman Nuriye, B. (2014) Hemşirelerin Bakım Verici Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11 (3),16-21.
- Langer, S.W. (2010). Extravasation of Chemotherapy. *Current Oncology Reports*, 12, 242-246. <https://doi.org/10.1007/s11912-010-0110-7>.
- McBride, A. (2009). Management of Chemotherapy Extravasations. *US Pharm*, 34(9), 3-11.
- National Cancer Institute. (2023). The Definition of Cancer. Erişim: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer> (11.03.2023).
- Olgun, N., Şimşek, H. (2010). Kemoterapi Hazırlayan ve Uygulayan Hemşirelerin Güvenlik Önlemlerini Kullanma Durumları ve Önlem Almalarını Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 17(2), 13–23.
- Onesti, M.G., Carella, S., Fioramonti, P., Scuderi, N. (2017). Chemotherapy Extravasation Management: 21-Year Experience. *Annals of Plastic Surgery*, 79(5), 450-457.
- Perez Fidalgo, J.A., Garcia Fabregat, L., Cervantes, A., Margulies, A., Vidall, C., Roila, F. (2012). Management of Chemotherapy Extravasation: ESMO-EONS Clinical Practice Guidelines. *Miscellaneous* 16(15), 528-534.
- Polovich, M., Olsem, M., LeFebvre, K.B. (2014). Chemotherapy And Biotherapy Guidelines and Recommendations For Practice. 4. Print, ONS, Pittsburgh; 2014, s: 155.
- Quintanar, V.T., Blanco, J.A., Martinez-Barbeito, M.B., Pangua, M.C., Lopez, G.L., Santiago, J.A. (2008). Mediastinal Extravasation of Doxorubicin. *Clinical & Translational Oncology*, 10(2), 128-130.
- Reynolds, P.M., MacLaren, R., Mueller, S.W, Kiser, H. (2014). Management of Extravasation Injuries: A Focused Evaluation Of Noncytotoxic Medications. *Pharmacotherapy*, 34(6), 617-632.

- Sauerland, C., Engelking, C., Wickham, R., Corbi, D. (2006). Vesicant Extravasation Part I: Mechanisms, Pathogenesis, and Nursing Care to Reduce Risk. *Oncology Nursing Forum*, 33(6), 1134-1141.
- Schrijvers, D.L. (2003). Extravasation: a Dreaded Complication of Chemotherapy. *Annals of Oncology/ ESMO*, 14(3), 26-30.
- Schulmeister, L., Camp-Sorrell, D. (2000). Chemotherapy Extravasation from Implanted Ports. *Oncology Nursing Forum*, 27(3), 531-539.
- Schulmeister, L. (2007). Extravasation Management. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(3), 184-190.
- Schulmeister, L. (2011). Extravasation Management: Clinical Update. *Seminars in Oncology Nursing*, 27(1), 82-90.
- Sharour, L.A. (2020). Oncology Nurses Knowledge About Exploring Chemotherapy Related-Extravasation Care: A Cross-Sectional Study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 8(3), 780-784. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2020.01.019>.
- Susser, W.S., Whitaker Değerli, D.L., Grant-Kels, J.M. (1999). Mucocutaneous Reactions to Chemotherapy. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 40(3), 367-398.
- Şen, S.K., Öztürk, Y.K. (2020). Sağlık Algısı ile Kanser Taraması Farkındalığı Arasındaki İlişki. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 24(4), 175-183.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). Erken Teşhis Hayat Kurtarır. Erişim: <https://www.saglik.gov.tr/TR,19826/erken-teshis-hayat-kurtarir.html>(17.01.2023)
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023). Halk Sağlığı Kurumu. Kanser Dairesi Başkanlığı. Kanserden Korunma. Kanser Taramalarını Yaptırma. Erişim: (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanserden-korunma.html>) (17.01.2023)
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Kurumu. Kanser Dairesi Başkanlığı. Türkiye Kanser Kontrol Programı 2013-2018. 1. Baskı. Ankara. 2016. Erişim: (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/Kitaplar/Turkiye_Kanser_Kontrol_Programi_2016.pdf) (10.01.2023)
- Türk Hemşireler Derneği. Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar.<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/Upload/hemsire%20brosur.pdf> (03.01.2023)
- Uçar, M.A., Arıkan, F. (2019). Kemoterapiye Bağlı Ekstravazasyon Yönetimi. *Akdeniz Tıp Dergisi*, (5)1, 1-6.
- Uges, J.W., Vollaard, A.M., Wilms, E.B., Brouwer, R.E. (2006). Intrapleural Extravasation of Epirubicin, 5-Fluorouracil and Cyclophosphamide, Treated with Dexrazoxane. *International Journal of Clinical Oncology* 11, 467-470.

- Ünlü, H., Karadağ, A., Taşkın, L., Terzioğlu, F. (2010). Onkoloji Alanında Çalışan Hemşirelerin Yerine Getirdikleri Rol ve İşlevler. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(1), 13-28. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hemarge/issue/52707/695094>.
- Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Azimzadeh, R., Rahmani, A. (2012). The View of Nurses Toward Prioritizing the Caring Behaviors in Cancer Patients. *Journal of Caring Sciences*, 1(1), 11–16. <https://doi.org/10.5681/jcs.2012.002>
- Varacallo, M., Shirey, L., Kavuri, V., Harding, S. (2018). Acute Compartment Syndrome of the Hand Secondary to Propofol Extravasation. *Journal of Clinical Anesthesia*, 47, 1-2.
- Viale, P.H. (2006). Chemotherapy and Cutaneous Toxicities: Implications for Oncology Nurses. *Seminars in Oncology Nursing*, 22(3), 144-151.
- Wengström, Y., Margulies, A. (2008). European Oncology Nursing Society Extravasation Guidelines. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(4), 357-361.
- Wickham, R., Engelking, C., Sauerland, C., Corbi, D. (2006). Vesicant Extravasation Part II: Evidence-Based Management and Continuing Controversies. *Oncology Nursing Forum*, 33(6), 1143–1150. <https://doi.org/10.1188/06/ONF.1143-1150>
- World Health Organization Avrupa Ofisi. Health literacy: The solid facts 2013. Erişim: (https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf) Erişim tarihi: 10.01.2023
- World Health Organization. International Agency for Research on Cancer (IARC). World Cancer Report, 2020.
- Yates, P., Charalambous, A., Fennimore, L., Nevidjon, B., So, W.K.W., Suh, E.E., Woodford, E., Young, A. Position Statement on Cancer Nursing's Potential to Reduce the Growing Burden of Cancer across the World. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2021 Jan 29;8(2):107-109. doi: 10.4103/2347-5625.308313. PMID: 33688557; PMCID: PMC7934595.
- Yıldız, F.T., Avcı, O. (2020). Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Ekstravazasyona Yönelik Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 12(3), 378-384.



BÖLÜM 4

ZİHİNSEL ENGELLİ ÇOCUKLARDA BESLENME, FİZİKSEL AKTİVİTE, GÜVENLİK, SOSYAL İLİŞKİLER VE İLETİŞİM ALANINDA YAŞADIKLARI SORUNLAR VE ÇÖZÜM YÖNTEMLERİ*

Dr. Öğr.Üyesi Çiğdem MÜGE HAYLI¹

Prof. Dr. Mehmet Zeki AVCI²

Dr. Öğr.Üyesi Dilek DEMİR KÖSEM³

Dr. Öğr. Üyesi Neşe ATAMAN BOR⁴

Giriş

Dünyada yaklaşık 100 milyon çocuğun engelli olduğu belirtilmektedir (WHO, 2019). Türkiye'de TÜİK'in 2015 yılı verilerine göre zihinsel engelli nüfusun 482.361 olduğu ve engelli nüfusun %8,7'sinin çocuk olduğu bildirilmiştir. Zihinsel engelli çocuklar, sosyal ve günlük yaşam becerilerinde zihinsel işlevler açısından eksiklikleri veya sınırlılıkları olan, özel eğitim ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan bireylerdir (Avşaroğlu ve Okutan, 2018). Zihinsel engelli çocukların engellerinin yanı sıra birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal sağlık

* Bu bölüm 12-13 Mart 2022 tarihinde gerçekleştirilen 2. Uluslararası Ege Bilimsel Araştırmalar Sempozyumunda sözlü bildiri olarak yayınlanmıştır.

¹ Hakkari Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,
Orcid: 0000-0001-7630 -9619, Sorumlu Yazar: Çiğdem Müge Haylı

² Kıbrıs İlim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,
Orcid: 0000-0001-6614-9447

³ Hakkari Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,
Orcid: 0000-0001-9914-8299

⁴ Hakkari Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,
Orcid: 0000-0002-4308-9362

sorunu yaşadıkları bilinmektedir (Çalışkan ve Bayat, 2016; Devnani ve Hegde, 2015). Bunlar beslenme, fiziksel aktivite, güvenlik, sosyal ilişkiler ve iletişimdir. Bu kitap bölümünün amacı zihinsel engelli çocukların beslenme, fiziksel aktivite, güvenlik, sosyal ilişkiler ve iletişim alanında yaşadıkları sorunlar hakkında bilgi ve çözüm önerileri sunmaktır.

Beslenme

Beslenme, fiziksel, bilişsel ve sosyal gelişimin temelidir (Abdahal ve ark. 2007). Yeterli ve beslenme, sağlığın korunmasına, gelişmesine ve yaşam becerilerini daha etkin kullanmasına yardımcı olmaktadır (Rempel, 2015).

Beslenme sorunları olarak, malnutrisyon, obezite, çiğneme ve yutma güçlüğü, emme güçlüğü, salya problemleri, dış problemleri, gastroösefal reflü, öğürme, öksürme, tıkanma, boğulma, kabızlık, aspirasyon, gizli yemek yeme, aşırı yemek yeme isteği, yemeği döküp dağıtmak gibi yeme bozuklukları görülmektedir (Tez Adıgüzel, 2013; Calis, 2008; Abdahal ve ark. 2007).

Zihinsel engelli çocuklarda beslenme programına dikkat edilmeli, ağız yoluyla beslenme sağlanmıyorsa beslenme tüpleri kullanılmalı, enerji, protein ve besin miktarı alımları düzenli olarak izlenmeli, fazla besin alımından uzak durulmalıdır (Ünal ve ark. 2011). Beslenme ile ilgili sorunlara yönelik, diyetisyen, özel eğitim rehberlik bölümleri, ebeveynlerle iletişim halinde olmalı, okul tabanlı kilo yönetim müdahale programları dahilinde beden eğitim ve beslenme programları ile destek sağlanmalı, gerekli eğitim, bilgi ve bakım ihtiyaçları karşılanmalıdır (Choi ve ark. 2012).

Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, çocukların sağlığı ve esenliği için önemlilik göstermektedir (Boddy ve ark. 2015). Zihinsel engelli çocukların toplumla bütünleşmesinde önemli yer tutan uyum davranışlarının gelişmesine ve sağlıklı yaşam seviyelerinin olumlu yönde yükselmesine katkı sağlar (Savucu ve ark. 2009). Temel hareket ve kontrol becerilerini geliştirmesine, kazandırılmasına yardımcı olmaktadır (Boddy, 2015).

Zihinsel engelli çocukların motor ve fiziksel aktivite davranış gelişiminde gecikmeler, eksikler bulunmasıyla birlikte hareketsizliğe bağlı olarak hastalıklar da görülmektedir (Memari ve ark. 2013). Engelsiz akranları ile aralarında bilişsel, duyuşsal ve motor gelişim özellikleri açısından ciddi farklılıklar olduğu, diğer

alanlarda olduğu gibi fiziksel aktivitelere katılım ve fiziksel uygunluk düzeyi yönünden de yetersizlikler olduğu da saptanmıştır (Özer ve ark. 2008). Fiziksel uygunluk düzeylerinin düşük olması ve reaksiyon zamanlarının (uyarana verilen tepki) uzun olması günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olmalarını engelleyen önemli problemler arasındadır (Un ve ark. 2001).

Bu problemlere yönelik çocuğun engellik düzeyine göre; yürüme, yüzme, bisiklete binme, bireyin durumuna uygun nesneler ile amaçlı oyunlar; fonksiyonel oyunlar, duyu-motor oyunları, sosyal oyunlar, bahçe işleri, doğa gezileri, evcil hayvanları dışarıda gezdirmeye, uçurtma gibi aktiviteler yaptırılabilir (Sağlık bakanlığı, 2014).

Güvenlik

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi (The United Nations Convention on the Rights of the Child- UNCRC), güvenli, mutlu bir çocukluğa sahip olma hakkını belirler. Sözleşme kapsamında, engelli çocuklar diğer akranları gibi kendilerini güvende hissetme ve zarardan korunma gibi temel haklara sahiptirler (Mephan, 2010).

Genel olarak engelli çocuklar, fiziksel, cinsel , duygusal istismar ve akran zorbalığına maruz kalma açısından büyük risk altındadırlar (Miller ve ark. 2014; Preffer, 2014). Zihinsel engelli çocuklarda var olan duyuusal, zihinsel ve bedensel bozukluklar; günlük yaşamlarında düşme, yanık, zehirlenme, boğulma, yabancı cisim aspirasyonu gibi birçok etkenler yaralanmalarına yol açmaktadır (Çelik, 2014; Rossi ve ark, 2017). Otizmli çocuklarda güvenliklerini olumsuz etkileyen faktörler ; başkalarına bağımlılık, güvenilir arkadaş ve sosyal kabul için tehlike duygusu eksikliği, güvensizlik, sözel ifade yetersizliği gibi risk etmenleri bulunmaktadır (Preffer, 2014).

Çözüm alternatifleri olarak; mevcut kanunların ve politik girişimlerin uygulanması; sömürü, şiddet ve istismar olaylarının oluşmasındaki engeller tespit edilir, araştırılır ve uygun önlemler alınmalıdır (Mephan, 2010). Farkındalık artırma / eğitim faaliyetleri; okul müfredatına engelli çocuklara saygı konuları eklenmelidir. Ulusal Strateji faaliyetleri; çocukların topluma dahil edilmesi, oyun ve eğlenceye teşvik etme etkinlikleri yapılmalıdır (Save the Children, 2009). Hemşire, günlük yaşamındaki ev, okul gibi ortamları hakkında bilgi alarak ve ev ziyaretleri sırasında ortamını gözlemleyerek yaralanmaya yol olabilecek risk faktörlerini değerlendirmeli, çocuğun ailesini yaralanmalar konusunda

bilgilendirmeli; günlük yaşamında neden olabilecek olası kaza/yaralanma şekillerini değerlendirmelidir (Çelik, 2014).

Sosyal İlişkiler

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası İşleyiş Sınıflaması ve Engellilik sistemi (International Classification of Functioning, Disability and Health- ICF) sosyal, çevresel ilişkilere önem vermiştir. Sosyal etkileşim, çevresel ve kişisel faktörler (yaş, cinsiyet, ev, okul ve topluluk ve motivasyon faaliyetleri) çocukların toplumla adaptasyon sürecini kolaylaştırmaktadır (Askari ve ark. 2015). Yaratıcılıklarını, duygu ve düşüncelerini ifade etmelerine; öz kimlik, benlik saygılarını geliştirmelerine; yaşamlarında amaç ve anlam kazanmalarına yardımcı olmaktadır (Solish ve ark. 2010).

Zihinsel engelli otizm spektrumlu olan çocuklarda; sosyal iletişim ve etkileşim de ; kısıtlı, tekrarlayan davranış kalıpları, ilgi alanları veya faaliyetleri sosyal uyumda sorunlara neden olmaktadır (Brak ve ark. 2014). Akranlarına göre daha duygusal, stres düzeyleri yüksek özelliklerinden dolayı ilişkisel ve davranışsal problemleri ön planda gelmektedir (Cuzzocrea ve ark. 2014). Örneğin, arkadaş ilişkileri kurmakta zorluk yaşadıkları gibi, grup etkileşimine de girmezler (Solish ve ark. 2010).

Ebeveynler çocuklarıyla sosyal etkileşimde duyarlı stratejiler kullanmalı; çocuğun duygu ve düşüncelerini ifade etmelerine (Ruble ve ark. 2008). arkadaşlık kurmasına teşvik etmeli, ortak grup etkinliklerinden; spor, oyun, parka gitme, doğum günü partisi, bilgisayar oynama, film izleme, alışveriş merkezlerine gitme, müzik dersleri, yürüyüş, puzzle oynama, gibi faaliyetlerle desteklemelidir (King ve ark. 2003; Solish ve ark. 2010).

İletişim

İletişim, bireyin ayrılmaz bir parçasıdır. Amerikan Konuşma-Dil İşitme Derneği (The American Speech-Language Hearing Association- ASHA), iletişimi şu şekilde tanımlar: “Bir kişinin, ihtiyaçları, arzuları, algıları, bilgisi veya duyuşsal durumları hakkında bilgi verdiği eylemdir (O. Schalick ve ark. 2012). İhtiyaç ve isteklerini ifade etmek, başkalarıyla sosyalleşmek, bilgi iletmek ve topluma katılmasını sağlayan bir araçtır (McLeod ve ark. 2008).

Sözel dil sorunları bebeklik döneminde ortaya çıkmakta olup dil problemlerinin erken tanınması, gelişiminin desteklenmesinde ve akademik becerilerin kazanılmasında önem taşır (Güzel Özmen, 2003).

İletişim bozuklukların hayat boyu olumsuz etkileri bulunmaktadır (Cooley Hidecker ark. 2018). Dil gelişimindeki aksamalar ve gerilikler çocukların diğer alanlarındaki gelişimlerini de etkilemektedir (Güzel Özmen, 2003). Oyun ve sosyal etkileşim, yetersizlikleri; zayıf anlama, öğrenme, sorun çözme, dil gecikmeleri veya problemleri, (sözel dil üretme, anlama, pragmatik dil zorlukları vb.) sözel olmayan etkileşim, fiziksel hareketler ve aynalamadaki zorluklar gibi çocukta var olabilecek işitme bozukluğu ile ilişkili sorunlar da görülmektedir (Marrus ve ark. 2017; Craig ve ark. 2018). Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin de, zihinsel engelli çocukla/ailesine bakım verirken iletişim kurmada sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Sarı, 2010).

Zihinsel yetersizliği olan serebral palsili, otizm spektrum bozukluğu (OSB) ve öğrenme güçlüğü olan çocuklarda iletişim sınırlı kapasite de olup; işitme kaybı olan kişiler tarafından kullanılan jest, mimik ve ifade resim tabanlı sembol setleri, el şekilleri, resmi işaret dilleri gibi araç ve gereçler ile destek alınmalıdır (Clarke ve ark. 2012; Goldstein, 2002). Çocukların bakım kalitelerini yükseltmek için; çocuk ve ailelere sağlık bilgileri basitçe hazırlanmış resimli kitaplarla kendisini ifade etmesine yardımcı olunmalıdır (Sarı, 2010).

Sonuç

Beslenme, fiziksel aktivite, güvenlik, sosyal ilişkiler ve iletişim alanında ki sorunlar her yaşta ve her dönemde görülebilen bir durumdur. Özellikle zihinsel engelli çocuklarda, kalıcı etkiler bırakan, çevresini de olumsuz etkileyen bir durumdur. Zihinsel engelli çocuklara beslenme, fiziksel aktivite, güvenlik, sosyal ilişkiler ve iletişim sorunlarına ilişkin çözüm odaklı uygulamalar ve yöntemlerin yapılması kendi öz becerilerini, fiziksel, sosyal gereksinimlerini gerçekleştirmesine ve benlik duygularının da gelişmesine destek olacaktır.

Referanslar

- AbdAllah, A.M., El-Sherbeny, S.S.A., Khairy, S. (2007). "Nutritional Status of Mentally Disabled Children in Egypt". The Egyptian Journal of Hospital Medicine Vol. 29: 604
- Askari, S., Anaby, D. Bergthorson, M., Majnemer, A., Elsabbagh, M., Zwaigenbaum, L. (2015). "Participation of Children and Youth with Autism Spectrum Disorder: A Scoping Review". Rev J Autism Dev Disord (2015) 2:103–104.
- Boddy, L.M., Dows, S.J., Knowles, Z.R., Fairclough, S.J. (2015). "Physical Activity And Play Behaviours In Children and Young People with Intellectual Disabilities": A Cross-Sectional Observational Study. School Psychology International, 36.(2), s:166.
- Brak, L.B., Hatz, J.L., Ward, A.K., Wei, T. (2014). "Self-Regulation And Social Interaction Skills Among Children With Autism Across Time. Advances In Mental Health And Intellectual Disabilities. VOL. 8 NO. 4. Pp: 271.
- Calis, E.AC., Veugelers, R., Sheppard, J.J., Tibboel, D., Evenhuis. H.M., Penning, C. (2008). Dysphagia In Children With Severe Generalized Cerebral Palsy and Intellectual Disability. P. Baxter (der.). Developmental Medicine & Child Neurology. 50. baskı, s:625.
- Choi, E., Park, H., Ha, Y., Hwang, W.J. (2012). "Prevalence of Overweight and Obesity in Children With Intellectual Disabilities in Korea". Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 2012, 25, 482.
- Clarke, M., Price, K. (2012). "Augmentative And Alternative Communication for Children with Cerebral Palsy". Paediatrics and Child Health Volume 22, Issue 9, Pages 367.
- Cooley Hidecker, M., Slaughter, J., Abeysekara, P., T. Ho, N., Dodge, N., A. Hurvitz, E., Seif Worker, M., D. Kent, R., Rosenbaum, P., Lenski, M., Ba'Ez Vanderbeek, S., Deroos, R., Paneth, N. (2018). "Early Predictors And Correlates Of Communication Function In Children With Cerebral Palsy. Journal Of Child Neurology, Vol. 33(4) 276.
- Craig, F., Lorenzo, A., Lucarelli, E., Russo, L., Fanizza, I., Trabacca, A. (2018). "Motor Competency and Social Communication Skills in Preschool Children with Autism Spectrum Disorder." Autism Research 11: 894 and 900.
- Cuzzocrea, F., Larcen, F., Costa, S. (2014). "Parents' Competence and Social Skills In Siblings of Disabled Children". Social Behavior And Personality, 2014, 42(1), 48.
- Çelik, S. (2014). "Zihinsel Engelli Bireylerde Kaza/Yaralanmaların Önlenmesinde Hemşirenin Rolü". Çağdaş Tıp Dergisi 2014; 4(Supp): Page; 92 ve 94.

- Goldstein, H. (2002). "Communication Intervention for Children with Autism: A Review of Treatment Efficacy." *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol. 32, No. 5, Page; 386.
- Güzel Özmen, R. (2003). "İfade Edici Dil Becerileri Sınırlı Olan Zihinsel Engell, Çocukların Dil Gelişimlerini Desteklemek İçin Öğretmenin Sınıf Ortamında Yapacakları". *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 1 (1).
- King, G., Law, M., King, S., Rosenbaum, P., Kertoy, MK., Young, NL., (2003). "A conceptual model of the factors affecting the recreation and leisure participation of children with disabilities". *Phys Occup Ther Pediatr*.23(1):63.
- Marrus, N., Hall, L. (2017). "Intellectual Disability and Language Disorder". *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 26 ,page; 541.
- McLeod, S., T. Threats, T. (2008). "The ICF-CY and Children With Communication Disabilities (Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Çocuk ve Gençlik Sürümü Sınıflaması)". *International Journal Of Speech-Language Pathology*, 2008; 10(1 – 2): 92 and 93.
- Memari, A.H., Ghaheri, B., Ziaee, V., Kordi, R., Hafizi, S., Moshayedi, P. (2013). "Physical Activity İn Children and Adolescents with Autism Assessed By Triaxial Accelerometry". *International Association for the Study of Obesity. Pediatric Obesity*, 8,(2), s:150.
- Mephan, S. (2010). "Disabled Children: The Right to Feel Safe". *Child Care in Practice*, Vol. 16, No. 1, page. 19 and 30.
- Miller, D., Brown, J. (2014). "We Have The Right to be Safe Protecting Disabled Children From Abuse" Main Report. *Every Chilhood İs Worth Fighting For*. Page; 8.
- Özer, D., Etker, Ö., Baran, F., Nalbant, S., Top, C.E (2008)." Zihinsel Engelli Çocukların Fiziksel Aktiviteye Katılım Durumlarının İncelenmesi". *Gazi Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi (Gazi BESBD)*, XIII (2008), 1: 3 -4.
- Pfeffer, R. (2014). "Risk and Protective Factors for the Safety of Children with Autism: A Qualitative Study of Caregivers' Perspectives". *Journal of Family Strengths*, Vol. 14, Iss. 1,Art. 21, page; 4 and 8.
- Rempel, G. (2015). "The Importance of Good Nutrition in Children with Cerebral Palsy". *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America* 2015 Feb; 26(1): 39-56
- Rossi, M.R., Vladescu, J.C., Reeve, K.F., Gross, A. (2017). "teaching safety responding to children with Autism spectrum disorder". *Education and Treatment of Children* Vol. 40, no. 2, page; 188.

- Ruble, L., McDuffie, A., King, A.S., Lorenz, D. (2008). "Caregiver Responsiveness and Social Interaction Behaviors of Young Children With Autism". Topics in Early Childhood Special Education Volume 28 Number 3; pg 159.
- Sağlık Bakanlığı. (2014). Engellilerde Fiziksel Aktivite. Syf; 38-39. Ankara: SB.
- Sarı, H. (2010). "Zihinsel Yetersiz Bireylerin Sağlık Sorunları". TAF Preventive Medicine Bulletin, 9(2), S:147.
- Save the Children. (2009). See me, hear me: A guide to using the UN convention on the rights of persons with disabilities to promote the rights of children. London: Save the Children. Page; 49 and 117.
- Savucu, Y., Biçer, S.Y. (2009). "Zihinsel Engellilerde Fiziksel Aktivitelerin Önemi". Türkiye Klinikleri Dergisi, 1.(2), S:121. (Sonuç Kısımında Zihinsel Engelli Çocuklara Yönelik).
- Schalick, O.W, Westbrook, C., Young, B. (2012). "Communication with Individuals with Intellectual Disabilities and Psychiatric Disabilities: A Summary of the Literature". Michigan Retirement Research Center University of Michigan, Working Paper, page; 1.
- Solish, A., Perry, A., Minnes, P. (2010). "Participation of Children with and without Disabilities in Social, Recreational and Leisure Activities". Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 2010, 23, 226-227.
- Tel Adıgüzel, K. (2013). "Serebral Palsili Çocuklarda Beslenme Durumlarının Saptanması". Diyetetik Programı Yüksek Lisans Tezi; 13-15.
- Un, N., Erbahçeci, F. (2001). "The Evaluation Of Reaction Time On Mentally Retarded Children". Pediatric Rehabilitation 4, No. 1 (2001): 17-20.
- Ünal, G., Özenoğlu, A. (2011). "Nörogelişimsel Bozukluklarda Beslenme (Çocuklara Yönelik)". Clinical and Experimental Health Sciences; 6(2): 80-5.



BÖLÜM 5

PANDEMİ DÖNEMİNDE GEBELİK: KORKULAR VE EKSİK KALANLAR

Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN¹

Arş. Gör. Dicle Filiz YILDIRIM GÖKŞEN²

Dr. Öğr. Üyesi Sinem GÖRAL TÜRKÜ³

Giriş

COVID-19 pandemisi Aralık 2019'dan beri birçok kişinin enfekte olmasına ve hayatını kaybetmesine neden olmuştur (World Health Organization, 2022a). Pandeminin toplum sağlığına yönelik neden olduğu olumsuz durumları kontrol altına alabilmek için karantina uygulaması ve seyahat kısıtlaması başlatılmış, maske takma zorunluluğu getirilmiş ve hastane ziyaretleri azaltılmıştır (World Health Organization, 2021a). Ayrıca pandeminin kontrol altına alınmasında önemli bir adım olarak COVID-19 aşılı geliştirilmiştir (World Health Organization, 2022b). COVID-19 aşılarının geliştirilmesiyle birlikte aşılarla yönelik birçok asılsız söylenti ve yanlış bilgi ortaya atılmıştır (World Health Organization, 2021b). Pandemi döneminde yaşanan bu olaylar toplumda birçok kişinin endişe, stres ve korku yaşamasına neden olmuştur (Wang ve ark., 2021). Toplumdaki bireylerin korku, endişe ve stres nedenleri arasında COVID-19 ile enfekte olma, COVID-19 nedeniyle ölüm (Qureshi, Saud ve Mahmodd, 2020) ve COVID-19 aşısının yan etkileri yer almaktadır (Yıldırım, Serçekuş ve Özkan, 2020).

COVID-19 pandemisinde gebelerin en fazla yaşadığı psikososyal sorunlar arasında korku, endişe ve stres bulunmaktadır (Wang ve ark., 2021; Giesbrecht ve ark., 2022; Uludağ ve ark., 2023). Gebeler, gebelik nedeniyle riskin artmasından, enfekte olmaları ve/veya (Bermúdez-González ve ark., 2022)

1 Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. ORCID: 0000-0001-8385-210X

2 Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. ORCID: 0000-0002-7987-2586

3 Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. ORCID: 0000-0003-1574-0186

COVID-19 aşılarını yaptırmaları halinde fetüse zarar gelmesinden ve doğuma yönelik komplikasyon yaşamaktan korkmuştur (Uludağ ve ark., 2022). Ayrıca pandemi döneminde hastane ziyaretlerinin azalması, antenatal bakım hizmetlerinin kalitesinin düşmesi ve randevulara yalnız katılma zorunluluğu gebelerde korkulara neden olmuştur (Nolen ve ark., 2022). Bu nedenle gebelerin COVID-19 pandemisinde korkularının ve bakımın eksik kalan yönlerinin incelenmesi COVID-19 pandemisinde ve gelecekteki pandemilerde korkuların giderilmesi ve bakımın iyileştirilmesi açısından önemlidir. Bu derlemenin amacı da gebelerin COVID-19 pandemisindeki korkularını ve bakıma yönelik eksikleri incelemektir.

COVID-19 Pandemisi ve Gebelerin Korkuları

COVID-19 pandemisinin ortaya çıkmasıyla birlikte gebeliğe ilişkin sağlık bakım rutininde değişiklikler meydana gelmiştir (Mizrak Sahin ve Kabakci, 2021). Bu durum COVID-19 pandemisi gebelerin doğum deneyimine, doğum öncesi ve sonrası döneme ilişkin stres, korku ve endişe duymasına neden olmuştur (Bermúdez-González ve ark., 2022; Gur ve ark., 2020). COVID-19 pandemisinin fetal ve maternal sağlığı olumsuz etkilemesi ile uzun vadede yaratacağı olumsuz sonuçlar bu korku ve endişelerin nedenleri arasında yer almaktadır (Gur ve ark., 2020). COVID-19 pandemisi sırasında antenatal bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında yaşanan belirsizlikler, annelerin bebeğin sağlığına yönelik korku duymasına neden olmuştur (Mizrak Sahin ve Kabaci, 2021; Abu Sabbah ve ark., 2022). Ayrıca gebelerin korku duymasının nedenleri arasında; doğum planlarının değişikliğe uğraması, artan risk nedeniyle ekstra önlem almak zorunda kalmaları, sosyal ortamlara dahil olmamaları ve bu nedenle destek mekanizmalarının azalması da yer almaktadır (Abu Sabbah ve ark., 2022). Özellikle medyada yapılan haberler, toplumda gebelerin savunmasızlığını hatırlatan istenmeyen tavsiyeler (Abu Sabbah ve ark., 2022) yetersiz bilgi kaynakları, sosyal medyada yer alan söylentiler, günlük rutinlerinin değişmesi korkuyu tetikleyen faktörler arasındadır (Mizrak Sahin ve Kabakci, 2021). Türkiye’de COVID-19 pandemisinde gebelerin deneyimleri ile ilgili yapılan çalışmada gebelerin hastane ziyaretlerinin sıklığındaki azalma nedeniyle yeterli bilgiye ulaşamadıkları ve bu nedenle korktuğu, bulaş riskinden korktukları için evde temizlik rutinlerini arttırdıkları ve daha yorgun hissettikleri belirlenmiştir (Uludağ ve ark., 2023; Mizrak Sahin ve Kabakci, 2021). Ürdün’de yapılan benzer çalışmada ise gebelerin korkularına; ekstra dikkat etmelerine yönelik yapılan tavsiyeler, hastanelerdeki ziyaretçi kısıtlamasından dolayı refakatçisiz, yalnız doğum yapma düşüncesi ve kısıtlamalardan dolayı sağlık personelinin zamanında doğuma yetişemeyeceği düşüncesinin neden olduğu saptanmıştır (Abu Sabbah ve ark., 2022). Gebelerin doğum eylemine yönelik korkuları tıbbi bir endikasyon

olmadan sezaryen tercihinde bulunmalarına neden olabilmektedir (Abu Sabbah ve ark., 2022; Uludağ ve ark., 2023). Bunun nedeni ise doğumun daha öngörülebilir ve kontrollü olabileceğini düşünmelerinden kaynaklanmaktadır (Mizrak Sahin ve Kabakci, 2021).

Korku bazı gebelerin COVID-19 aşısı kabulüne neden olurken bazı gebelerin aşısı reddetmesine neden olmuştur (Sutton ve ark., 2021). Gebelerin COVID-19 ile enfekte olma, enfeksiyonu fetüse bulaştırma, COVID-19 nedeniyle yoğun bakımda yatma ve ölüm korkusu COVID-19 aşısını kabul etmelerine neden olmuştur (Uludağ ve ark., 2022). Ayrıca gebelikte COVID-19 aşısına yönelik yeterince araştırmanın olmaması, aşının kendilerine (Sutton ve ark., 2021) ve fetüse zarar vereceği, gebelik komplikasyonu yaratabileceği düşüncesi (Schaal ve ark., 2022) ve COVID-19 aşısının etkinliğine yönelik güvensizlik gebelerde COVID-19 aşısına yönelik korkulara ve aşısı isteksizliğine neden olmuştur (Galanis ve ark., 2023). Romanya’da yapılan çalışmada gebelerde COVID-19 aşılara yönelik korkunun oluşmasında sosyal medyada yer alan söylentilerin etkili olduğu belirtilmektedir (Citu ve ark., 2022). Benzer şekilde Türkiye’de yapılan çalışmada da medyadaki olumsuz haberlerin gebelerin aşılama durumunu olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (Mohan ve ark., 2021). Tablo 1’de gebelerin COVID-19 dönemindeki duygu ve düşüncelerine yönelik çalışma örnekleri yer almaktadır.

Tablo 1 COVID-19 Pandemisinde Gebelerin COVID-19 Aşıları ile İlgili Duygu ve Düşüncelerine Yönelik Çalışma Sonuçları

Makale Adı	Ülke	Sonuçlar
The effects of the COVID-19 pandemic on vaccine decisions in pregnant women	Türkiye	Gebelerde aşısı kararsızlığına medyadaki olumsuz haberleri duymak ve okumak, aşıların güvenli olmadığını düşünmek, yan etkiler konusunda endişe duymak neden olmaktadır. ²⁰
A Qualitative Study of Pregnant Women's Opinions on COVID-19 Vaccines in Turkey	Türkiye	COVID-19 korkusu gebelerin COVID-19 aşısı kabulünde önemli bir rol oynamıştır. Ancak COVID-19 aşısına yönelik korku aşısı isteksizliğine, COVID-19 korkusu ise aşısı kabulüne neden olmuştur. ¹¹
COVID-19 vaccine hesitancy in perinatal women: a cross sectional survey	Katar	Gebe kadınlar arasında COVID-19 aşısı denemeleri genel popülasyonun gerisinde kalmıştır. Bu durum aşısı güvenliğine yönelik edişeler yaratmıştır. ²¹

The Prevalence of COVID-19 Vaccination and Vaccine Hesitancy in Pregnant Women: An Internet-based Cross-Sectional Study in Japan	Japonya	Gebelerin fetüs ve emzirme üzerinde olumsuz etkilerine yönelik endişelerinin olduğu belirlenmiştir. ²²
Determinants of COVID-19 Vaccination Hesitancy among Romanian Pregnant Women	Romanya	Gebelerin aşırıya yönelik güvensizliklerine sosyal medyada yer alan söylentiler, Covid-19'un varlığına inanmama neden olmuştur. ¹⁹
Characteristics and perceptions associated with COVID-19 vaccination hesitancy among pregnant and postpartum individuals: A cross-sectional study	ABD	Gebe ve postpartum dönemdeki kadınların aşının güvenliğine, yeterli veri olmamasına yönelik endişe ve yan etkilere yönelik korku yaşadığı belirlenmiştir. ²³
The Impact of the COVID-19 Pandemic on Pregnant Women: A Qualitative Approach	Türkiye	Gebe kadınların pandemi döneminde korku, anksiyete ve üzüntü yaşadığı belirlenmiştir. ⁹

COVID-19 Pandemisinde Eksik Kalanlar

COVID-19 pandemisinin kontrol altına alınabilmesi için karantina uygulamaları, maske takma zorunluluğu ve hastane ziyaretlerinin azaltılması gebeleri önemli derecede etkilemiştir (Hamadani ve ark., 2020; Naghizadeh ve Mirghafourvand, 2021; Johnson, 2021; Connor ve ark., 2020). Pandemi döneminde zorunluluk haline getirilen karantina uygulamasının kadınların evdeki iş yükünü, maruz kaldığı aile içi ve ekonomik şiddeti arttırdığı bilinmektedir (Hamadani ve ark., 2020; Naghizadeh ve Mirghafourvand, 2021; Johnson, 2021; Connor ve ark., 2020). Bu kadınlar arasında gebeler de yer almaktadır (Abujilban ve ark., 2022). Yapılan bir çalışmada COVID-19 pandemisinde karantina uygulamasının gebelerde yakın partner şiddetini arttırdığı, şiddetin çoğunlukla kontrol ve aşağılama şeklinde olduğu belirlenmiştir (Abujilban ve ark., 2022). İran'da yapılan başka bir çalışmada da COVID-19 pandemisinde gebelerin %35.2'sinin aile içi şiddete maruz kaldığı ve en sık karşılaşılan şiddet türünün duygusal, cinsel ve fiziksel şiddet olduğu saptanmıştır (Naghizadeh ve Mirghafourvand, 2021). Gebelikte maruz kalınan şiddet doğum öncesi

kanamaya, fetüste travmaya, konjenital anomalilere, düşüklere, ölü ve erken doğumlara neden olabilmektedir (Vickers, 2017). Gebelikte uygulanan şiddet annenin psikolojik ve fiziksel sağlığını olumsuz yönde etkileyebildiği gibi ölümüne de neden olabilmektedir (Naghizadeh ve Mirghafourvand, 2021). Ayrıca COVID-19 pandemisinde erken evliliklerin, gebeliklerin (Musa ve ark., 2021) ve sezaryen ile gerçekleştirilen doğumların yaygınlığı artmıştır. Bu durum pandemi döneminde obstetrik şiddetin arttığını da göstermektedir (Sadler, Leiva ve Olza, 2020). Bu nedenle COVID-19 pandemisinde gebelerde şiddetin taranması (Naghizadeh ve Mirghafourvand, 2021), bakım sağlayıcılara savunmasız gebelere nasıl erişecekleri konusunda eğitimlerin verilmesi önerilmektedir (Abujilban ve ark., 2022). Tablo 2’de de gebelerin COVID-19 döneminde maruz kaldığı şiddet türleri ve oranlarına ilişkin çalışma örnekleri yer almaktadır.

Tablo 2 COVID-19 Pandemisinde Gebelere Uygulanan Şiddete Yönelik Çalışma Sonuçları

Makale Adı	Ülke	Sonuçlar	Şiddet türü
COVID-19 as a risk factor for obstetric violence	Commentaries	İncelenen çalışmalarda COVID-19 pandemisinde sezaryen oranlarının arttığı, emzirmenin aksatıldığı belirlenmiştir. Bu durum kadınların postpartum depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu yaşama riskini arttırmaktadır. Dolayısıyla COVID-19 pandemisi obstetrik şiddetin artmasına neden olmuştur. ³¹	Obstetrik şiddet
Intimate partner violence and pregnancy during the COVID-19 pandemic	İspanya	COVID-19 pandemisinde gebelere uygulanan yakın partner şiddetinin algılanan stresi arttırdığı belirlenmiştir. ³²	Yakın partner şiddeti
Early marriage and teenage pregnancy: The unspoken consequences of COVID-19	Nijerya	Nijerya’da COVID-19 pandemisinde erken yaşta evlilikler ve buna bağlı erken yaşta gebelikler artış göstermiştir. ³⁰	

pandemic in Nigeria			
Exploring factors associated with pregnant women's experiences of material hardship during COVID-19: a cross-sectional Qualtrics survey in the United States	Amerika Birleşik Devletleri	COVID-19 pandemisinde Amerika Birleşik Devletlerinde gebe kadınların maruz kaldığı yakın partner şiddeti ekonomik istismar ve maddi zorluklar ile pozitif bir ilişki göstermiştir. ²⁶	Ekonomik şiddet Yakın partner şiddeti,
Impact of the COVID-19 pandemic on intimate partner violence during pregnancy: Evidence from a multimethods study of recently pregnant women in Ethiopia	Etiyopya	COVID-19 pandemisinden önce gebelikte yakın partner şiddetine maruz kalma oranı %10,5 iken COVID-19 pandemisinde bu oranın %15,1'e yükseldiği belirlenmiştir. Kırsal bölgede yaşayan ve gelir kaybı olan gebelere uygulanan şiddet artmıştır. Ayrıca evde geçirilen zaman şiddetin artmasına neden olan bir diğer faktör olarak belirlenmiştir. ³³	Yakın partner şiddeti
Association between intimate partner violence and prenatal anxiety and depression in pregnant women: a cross-sectional survey during the COVID-19 epidemic in Shenzhen, China	Çin	Çin'de pandemi döneminde yakın partner şiddetin yaygınlığı %2,2 olarak belirlenmiştir. En yaygın şiddet türleri arasında ruhsal (%1,7), fiziksel (%0,6) ve cinsel şiddet (%0,7) bulunmuştur. ³⁴	

Domestic violence and its relationship with quality of life in pregnant women during the outbreak of COVID-19 disease	İran/Tebriz	COVID-19 pandemisinde gebelerin %35.2'sinin aile içi şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. En sık karşılaşılan şiddet türünün duygusal (%32.8), cinsel (%12.4) ve fiziksel (%4.8) şiddet şeklinde olduğu belirtilmiştir. Yaşanan aile içi şiddetin ise gebelerin yaşam kalitesini düşürdüğü saptanmıştır. ²⁵	Duygusal, cinsel ve fiziksel şiddet
---	-------------	---	-------------------------------------

COVID-19 pandemisinde yüz yüze sağlık bakımının azalması nedeniyle sağlık bakımı çevrimiçi ortamda ve tele sağlık gibi uygulamalarla yürütülmüştür (Aryal ve Shresta, 2020; Uludağ ve ark., 2022). Ancak bu durum gebelerin antenatal bakım alma oranının düşmesini engelleyememiştir (Semaan ve ark., 2020). Doğum öncesi bakım hizmetlerinin alımıyla ilgili yapılan başka bir çalışmada da kliniklerin çalışma saatlerinin, kabul edilen hasta sayısının ve gebelikte yüz yüze hastane ziyaretlerinin azaltılmasından dolayı kullanılan doğum öncesi bakım hizmetlerinde azalma olduğu bulunmuştur (Semaan ve ark., 2020). Doğum öncesi bakım hizmetlerinin azalması gebelerin stres, korku ve endişe duymasına, gebelerin doğum şeklinin ve doğum ortamının değişmesine neden olmuştur (Preis ve ark., 2021). Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan çalışmada COVID-19 pandemisinde doğum ve enfekte olma korkusu daha az olan gebelerin, doğum ve enfekte olma korkusu yüksek olan kadınlara göre toplu doğum ortamlarını tercih etme olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Preis ve ark., 2021). Tablo 3'te COVID-19 döneminde yaşanan antenatal bakım hizmetlerindeki değişiklikleri inceleyen çalışma örnekleri bulunmaktadır.

Tablo 3 COVID-19 Pandemisinde Antenatal Bakım Hizmetine Yönelik Çalışma Sonuçları

Makale Adı	Ülke	Sonuçlar
Pregnant women's concerns and antenatal care during COVID-19 lock-down of the Danish society	Danimarka	Danimarka'da gebeler bakımın eksiklerinden orta derecede etkilenmiştir. Ancak gebeler bakıma erişememekten önemli derecede endişe duymuştur. ³⁹
The association between the COVID-19 pandemic and postpartum care provision	Amerika Birleşik Devletleri	COVID-19 pandemisinde doğumdan sonraki 3 ay içinde uzun süre etkili olan kontraseptiflerin kullanımında önemli ölçüde düşüş gerçekleşmiştir. Bu durumun istenmeyen gebeliklere yol açabileceği belirtilmektedir. ⁴⁰
COVID-19 and delayed antenatal care impaired pregnant women's quality of life and psychological well-being: What supports should be provided? Evidence from Vietnam	Vietnam	Antenatal dönemde kayınvalide gibi akrabaların desteğinden mahrum kalan gebelerin destek eksikliği yaşadığı belirlenmiştir. Ayrıca gecikmiş antenatal bakımın ve destek eksikliğinin yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilediği saptanmıştır. ⁴¹
HPR2 COVID-19 and the Use of Antenatal Care Services in Côte D'Ivoire, an Africa South of the Sahara's Country	Fildişi Sahili (Güney Afrika)	COVID-19 pandemisinde gebelerin yetersiz antenal bakım alma durumunun arttığı belirlenmiştir. ⁴²

Yüz yüze verilen sağlık bakım hizmetlerine erişimin azalmasının bir diğer sonucu istenmeyen gebeliklerin artışına neden olmasıdır (Attida-Konan ve ark., 2022). Kürtaj bakımı birçok ülkede gerekli olmayan bir bakım olarak sınıflandırılmıştır. Bu nedenle COVID-19 pandemisinde birçok kadın bu bakımı alamamıştır (Kotlar ve ark., 2021). COVID-19 pandemisinde kürtaj bakımıyla

ilgili yapılan bir çalışmada kürtaj oranlarının pandemi öncesine göre %20 oranında azaldığı belirlenmiştir (Fulcher ve ark., 2022). Küretaj bakımına erişim zorluğu istenmeyen bebeklerin dünyaya gelmesine, isteyerek yapılan güvensiz düşüklere ve dolayısıyla anne ölüm riskinin artmasına neden olmuştur (Connor ve ark., 2020; Kotlar ve ark., 2021) Tablo 4’te COVID-19 pandemisinde kürtaj bakımında yaşanan sorunları ele alan çalışma örnekleri yer almaktadır.

Tablo 4 COVID-19 Pandemisi ve Kürtaj Bakımı ile İlgili Çalışma Sonuçları

Makale Adı	Ülke	Sonuçlar
The impact of COVID-19 on abortion Access: Insights from European Union and the United Kingdom	Cross-national exploratory study	COVID-19 pandemisinde her ülkede kürtaja erişim sınırlanmıştır. Ancak bazı ülkeler politikalarda değişikliğe giderek kadınlara kürtaj bakımı için erişim kolaylığı sağlamıştır. Bu ülkelere Fransa, Birleşik Krallık, İrlanda, İtalya, İspanya, Portekiz ve Belçika örnektir. ⁴⁵
“I just was really scared, because it’s already such an uncertain time”: Exploring women’s abortion experiences during the COVID-19 pandemic in Canada	Kanada	Pandemide yaşanan sağlık bakımı, finansal ve sosyal destek ile ilgili zorluklar gebelerin kürtaj kararı almalarında etkili olmuştur. Ayrıca bu nedenlerden dolayı gebeler korktuğunu ve gergin olduğunu belirtmiştir. ⁴⁶
Geographic Disparities in Abortion Care in Louisiana at the Onset of the COVID-19 Pandemic	Amerika Birleşik Devletleri	Louisiana’da bazı bölgelerde kürtaj bakım hizmetlerinde kesintiler yaşanmıştır. Bu bölgelerde pandemi öncesine göre kürtaj oranları %46 oranında azalmıştır. ⁴⁷
Early abortion care during the COVID-19 public Health emergency in Ireland: Implications for law, policy, and service delivery	İrlanda	İrlanda’da pandemi döneminde kürtaj bakım hizmetleri revize edilmiştir. Daha önce yüz yüze verilen bakım teletıp ile verilmeye başlanmıştır. Bu değişiklik pandemide kürtaj bakımını destelemiştir. ⁴⁸

Sonuç

Sonuç olarak COVID-19 pandemisinde enfekte olmaya bağlı gelişebilecek sağlık sorunları ve değişen sağlık bakım rutininin sonuçları gebelerin korku duymasına neden olmuştur. Ayrıca pandemide gebelere uygulanan yakın partner

şiddeti artış göstermiş, antenatal bakım hizmetleri kalitesine ve kürtaj bakımına erişim zorlaşmıştır. COVID-19 pandemisinde ve gelecekteki pandemilerde gebelerin korkularını engellemek için güvenli koşullar oluşturularak gebelerin hastane ziyaretlerinin sağlanması ve sağlık personeli gibi doğru bilgi kaynaklarına yönlendirilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte gebelerin ihtiyaçlarını saptayacak tarama programlarının geliştirilmesi, tele sağlık ve online bakımın artması ile pandemi döneminde antenatal bakım hizmetlerini güçleneceği düşünülmektedir.

Kaynakça

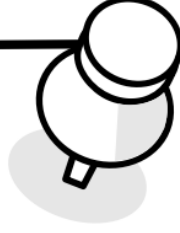
1. World Health Organization (WHO). (2022a). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Available from: <https://covid19.who.int/> [last accessed 30 June 2022].
2. World Health Organization (WHO). (2021a). Fighting misinformation in the time of COVID-19, one click at a time. Available from: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/fighting-misinformation-in-the-time-of-covid-19-one-click-at-a-time> [last accessed 30 June 2022].
3. World Health Organization (WHO). (2022b). Questions and Answers: COVID-19 vaccines and pregnancy. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-FAQ-Pregnancy-Vaccines-2022.1> [last accessed 30 June 2022].
4. World Health Organization (WHO). (2021b). Coronavirus Disease (COVID-19) advice for the public: When and how to use masks. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks> [last accessed 24 July 2022].
5. Wang, Y., Di, Y., Ye, J., Wei, W. (2021). Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China. *Psychol Health Med*, 26(1):13–22.
6. Qureshi, W.A., Saud, M., Mahmood, Q.K. (2020). Dataset on the fear, preventive behaviour and anxiety disorder during the COVID-19 pandemic in Khyber Pakhtunkhwa, Pakistan. *Data Brief*, 33:106579.
7. Yıldırım, D.F., Serçekuş, P., Özkan, S. (2022). Reasons for Individuals' COVID-19 vaccine hesitations and changing decisions over time: A longitudinal qualitative study. *Vacunas*, 23:S1-S7.
8. Giesbrecht, G.F., Rojas, L., Patel, S., Kuret, V., MacKinnon, A.L., Tomfohr-Madsen, L., Lebel, C. (2022). Fear of COVID-19, mental health, and pregnancy outcomes in the pregnancy during the COVID-19 pandemic study: Fear of COVID-19 and pregnancy outcomes. *J Affect Disord Rep*, 299:483–491.

9. Uludağ, E., Göral Türkcü, S., Serçekuş, P., Özkan, S. (2023). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Pregnant Women: A Qualitative Approach. *Int J Childbirth*,
10. Bermúdez-González, M., Álvarez-Silvares, E., Santa-María-Ortiz, J.K., Castro-Vilar, L., Vázquez-Rodríguez, M. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on maternal anxiety during pregnancy: A prevalence study. *Ginecología y obstetricia*, 49(4):100776.
11. Uludağ, E., Serçekuş, P., Yıldırım, D.F., Özkan, S. (2022). A qualitative study of pregnant women's opinions on COVID-19 vaccines in Turkey. *Midwifery*, 114:103459.
12. Nolen, E., Siegel, J.A., Pownall, M., Talbot, C., Dann, C. (2022). "I feel more protective over my body:" A brief report on pregnant women's embodied experiences during the COVID-19 pandemic. *Body image*, 42:197–204.
13. Mizrak Sahin, B., Kabakci, E.N. (2021). The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A qualitative study. *Women Birth*, 34(2):162–169.
14. Gur, R.E., White, L.K., Waller, R., Barzilay, R., Moore, T.M., Kornfield, S., Njoroge, W.F.M.,... Elovitz, M.A. (2020). The Disproportionate Burden of the COVID-19 Pandemic Among Pregnant Black Women. *Psychiatry Res*, 293:113475.
15. Abu Sabbah, E.A., Eqylan, S.B., Al-Maharma, D.Y., Thekrallah, F., Safadi, R.R. (2022). Fears and uncertainties of expectant mothers during the COVID-19 pandemic: trying to reclaim control. *Int J Qual Stud Well-bein*, 17(1):2018773.
16. Sutton, D., D'Alton, M., Zhang, Y., Kahe, K., Cepin, A., Goffman, D., Staniczenko, A., ... Gyamfi-Bannerman, C. (2021). COVID-19 vaccine acceptance among pregnant, breastfeeding, and nonpregnant reproductive-aged women. *Am J Obstet Gynecol MFM* 3(5):100403.
17. Schaal, N.K., Zöllkau, J., Hepp, P., Fehm, T., Hagenbeck, C. (2022). Pregnant and breastfeeding women's attitudes and fears regarding the COVID-19 vaccination. *Arch Gynecol Obstet*, 306(2):365-372.
18. Galanis, P., Vrakka, I., Katsiroumpa, A., Konstantakopoulou, O., Siskou, O., Zogaki, E., Kaitelidou, D. (2023). Psychosocial predictors of COVID-19 vaccine uptake among pregnant women: a cross-sectional study in Greece. *Vaccine (Basel)*, 11(2):269.
19. Citu, I.M., Citu, C., Gorun, F., Motoc, A., Gorun, O.M., Burlea, B.,... Malita, D. (2022). Determinants of COVID-19 Vaccination Hesitancy among Romanian Pregnant Women. *Vaccines (Basel)*, 10(2):275.

20. Gencer, H., Özkan, S., Vardar, O., Serçekuş, P. (2022). The effects of the COVID 19 pandemic on vaccine decisions in pregnant women. *Women Birth*, 35(3):317–323.
21. Mohan, S., Reagu, S., Lindow, S., Alabdulla, M. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy in perinatal women: a cross sectional survey. *J Perinat Med*, 49(6):678-685.
22. Hosokawa, Y., Okawa, S., Hori, A., Morisaki, N., Takahashi, Y., Fujiwara, T.,... Tabuchi, T. (2022). The Prevalence of COVID-19 Vaccination and Vaccine Hesitancy in Pregnant Women: An Internet-based Cross-sectional Study in Japan. *J Epidemiol*, 32(4):188–194.
23. Kiefer, M.K., Mehl, R., Costantine, M.M., Johnson, A., Cohen, J., Summerfield, T.L.,... Venkatesh, K.K. (2022). Characteristics and perceptions associated with COVID-19 vaccination hesitancy among pregnant and postpartum individuals: A cross-sectional study. *BJOG*, 129(8):1342–1351.
24. Hamadani, J.D., Hasan, M.I., Baldi, A.J., Hossain, S.J., Shiraji, S., Bhuiyan, M.,... Pasricha, S.R. (2020). Immediate impact of stay-at-home orders to control COVID-19 transmission on socioeconomic conditions, food insecurity, mental health, and intimate partner violence in Bangladeshi women and their families: an interrupted time series. *The Lancet Glob Health*, 8(11): e1380–e1389.
25. Naghizadeh, S., Mirghafourvand, M. (2021). Relationship of fear of COVID-19 and pregnancy-related quality of life during the COVID-19 pandemic. *Arch Psychiatr Nur*, 35(4):364–368.
26. Johnson, L. (2021). Exploring factors associated with pregnant women's experiences of material hardship during COVID-19: a cross-sectional Qualtrics survey in the United States. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1):755.
27. Connor, J., Madhavan, S., Mokashi, M., Amanuel, H., Johnson, N.R., Pace, L.E., Bartz, D. (2020). Health risks and outcomes that disproportionately affect women during the Covid-19 pandemic: A review. *Soc Sci Med*, 266:113364.
28. Abujilban, S., Mrayan, L., Hamaideh, S., Obeisat, S., Damra, J. (2022). Intimate Partner Violence Against Pregnant Jordanian Women at the Time of COVID-19 Pandemic's Quarantine. *J Interpers Violence*, 37(5-6):NP2442–64.
29. Vickers, N.J. (2017). Animal Communication: When I'm Calling You, Will You Answer Too?. *Curr Biol*, 27(14):R713–5.
30. Musa, S.S., Odey, G.O., Musa, M.K., Alhaj, S.M., Sunday, B.A., Muhammad, S.M., Prisno, D.E. (2021). Early marriage and teenage pregnancy: The unspoken consequences of COVID-19 pandemic in Nigeria. *Public Health Pract (Oxf)*, 2: 100152.

31. Sadler, M., Leiva, G., Olza, I. (2020). COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. *Sexual Reprod Health Matters*, 28(1):1785379.
32. Bueso-Izquierdo, N., Daugherty, J.C., Puente, A.E., Caparros-Gonzalez, R.A. (2022). Intimate partner violence and pregnancy during the COVID-19 pandemic. *Gender Studies*, 31(5):573-3.
33. Wood, S.N., Yirgu, R., Wondimagegnehu, A., Qian, J., Milkovich, R.M., Decker, M.R., Glass, N.,... Zimmerman, L.A. (2022). Impact of the COVID-19 pandemic on intimate partner violence during pregnancy: evidence from a multimethods study of recently pregnant women in Ethiopia. *BMJ Open*, 12(4):e055790.
34. Wu, F., Zhou, L., Chen, C., Lin, W., Liu, P., Huang, W.,... Wang, Y.Y. (2022). Association between intimate partner violence and prenatal anxiety and depression in pregnant women: a cross-sectional survey during the COVID-19 epidemic in Shenzhen, China. *BMJ open*, 12(5):e055333.
35. Aryal, S., Shrestha, D. (2020). Motherhood in Nepal during COVID-19 pandemic: are we heading from safe to unsafe?. *J Lumbini Med College*.
36. Uludağ, E., Serçekuş, P., Vardar, O., Özkan, S., Alataş, S.E. (2022). Effects of online antenatal education on worries about labour, fear of childbirth, preparedness for labour and fear of covid-19 during the covid-19 pandemic: A single-blind randomised controlled study. *Midwifery*, 115:103484.
37. Semaan, A.T., Audet, C., Huysmans, E., Afolabi, B.B., Assarag, B., Banke-Thomas, A.,...Benova, L. (2020). Voices from the frontline: findings from a thematic analysis of a rapid online global survey of maternal and newborn health professionals facing the COVID-19 pandemic. *BMJ Global Health*, 5(6):e002967.
38. Preis, H., Mahaffey, B., Heiselman, C., Lobel, M. (2021). The impacts of the COVID-19 pandemic on birth satisfaction in a prospective cohort of 2,341 U.S. women. *Women Birth*, 35(5):458-65.
39. Overbeck, G., Graungaard, A.H., Rasmussen, I.S., Andersen, J.H., Ertmann, R.K., Kragstrup, J., Wilson, P. (2020). Pregnant women's concerns and antenatal care during COVID-19 lock-down of the Danish society. *Dan Med J*, 67(12): A06200449.
40. Sakowicz, A., Matovina, C.N., Imeroni, S.K., Daiter, M., Barry, O., Grobman, W.A., Miller, E.S. (2021). The association between the COVID-19 pandemic and postpartum care provision. *Am J Obstet Gynecol MFM*, 3(6):100460.
41. Nguyen, L.H., Nguyen, L.D., Ninh, L.T., Nguyen, H., Nguyen, A.D., Dam, V., ... Ho, R.C.M. (2022). COVID-19 and delayed antenatal care impaired pregnant women's quality of life and psychological well-being: What supports should be provided? Evidence from Vietnam. *J Affect Disord*, 298(Pt A):119–25.

42. Attia-Konan, A.R., Meless, D.F.R., Koffi, K., Kouame, J., Male, M.F., Pongathie, A.S. HPR2 COVID-19 and the Use of Antenatal Care Services in Côte d'Ivoire, an Africa South of the Sahara's Country. *Value in Health*. 2022;25(7):S467.
43. Kotlar, B., Gerson, E.M., Petrillo, S., Langer, A., Tiemeier, H. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reprod Health*. 18(1):10.
44. Fulcher, I.R., Onwuzurike, C., Goldberg, A.B., Cottrill, A.A., Fortin, J., Janiak, E. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on abortion care utilization and disparities by age. *Am J Obstet Gynecol*, 226(6):819.e1-e-15.
45. Bojovic, N., Stanisljevic, J., Giunti, G. (2021). The impact of COVID-19 on abortion access: Insights from the European Union and the United Kingdom. *Health policy*, 125(7):841–58.
46. Hukku, S., Ménard, A., Kemzang, J., Hastings, E., Foster, A.M. (2022). "I just was really scared, because it's already such an uncertain time": Exploring women's abortion experiences during the COVID-19 pandemic in Canada. *Contraception*, 110:48–55.
47. Berglas, N.F., White, K., Schroeder, R., Roberts, S. (2022). Geographic Disparities in Disruptions to Abortion Care in Louisiana at the Onset of the COVID-19 Pandemic. *Contraception*, 115:17-21.
48. Spillane, A., Taylor, M., Henchion, C., Venables, R., Conlon, C. (2021). Early abortion care during the COVID-19 public health emergency in Ireland: Implications for law, policy, and service delivery. *Int J Gynecol Obstet*, 154(2):379–84.



BÖLÜM 6

BİR DOĞUM HAZIRLIK EĞİTİMİ METODU: İÇGÜDÜSEL DOĞUM YAKLAŞIMI

Arş. Gör. Dicle Filiz YILDIRIM GÖKŞEN¹

Prof. Dr. Pınar SERÇEKUŞ²

Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN³

Giriş

Doğum fizyolojik bir süreç olup içgüdüsel olarak gerçekleştirebilen bir eylemdir (England & Horowitz, 2016; Kömürcü & Gençalp, 2014; Serçekuş Ak & Gökçe İşbir, 2012). İçgüdüler gebelikte ve doğum eyleminin her aşamasında varlığını sürdürmektedir. Gebelerin doğumdan hemen önce aşırı enerjik hissetmesi ve yuva yapma hissiyle evi hazırlaması içgüdüsel eyleme örnektir (England & Horowitz, 2016). İnsanlığın varoluşundan beri kadın, vücudun verdiği sinyaller sayesinde ne yapması gerektiğini keşfederek doğum eylemini gerçekleştirmiştir (Lothian, 2000). Ancak doğumun temel fizyolojisinde değişiklik olmamasına rağmen günümüzde teknolojinin gelişmesiyle doğum eyleminde müdahaleler (doğum indüksiyonu, forseps kullanımı vb.) (Yu ve ark., 2020) ve sezaryen ile doğum yapma oranları artmaktadır (Faisal ve ark., 2014). Doğum müdahaleleriyle ilgili yüksek gelirli on üç ülkede yapılan yaklaşık 4.7 milyon gebenin dahil edildiği çalışmada bazı doğum müdahalelerinin gereğinden fazla kullanıldığı belirtilmiştir (Seijmonsbergen-Schermers ve ark., 2020). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre küresel olarak doğumların %21'i sezaryen ile gerçekleşmektedir. Bu oranın ise 2030 yılında yaklaşık %29'a yükseleceği öngörülmektedir (WHO, 2021). Türkiye'de de 2018 TNSA verilerine göre tüm doğumların %52'si sezaryen ile gerçekleşmiştir. Bu doğumların %38'i ise doğum sancıları başlamadan planlanmıştır (TNSA, 2018). Doğumda gerçekleşen

¹ Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, ORCID: 0000-0002-7987-2586

² Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, ORCID: 0000-0002-9326-3453

³ Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, ORCID: 0000-0001-8385-210X

müdahalelerin ve tıbbi bir endikasyon nedeni olmadan gerçekleşen sezaryen doğumların birçok nedeni bulunmaktadır. Bu nedenler arasında kadınların doğuma yönelik olumsuz algıları (Faisal ve ark., 2014), ebelerin ve kadın doğum uzmanlarının sezaryene yönelik tutumlarındaki değişiklikler yer almaktadır (Cheung ve ark., 2006). Doğuma yönelik olumsuz algıların oluşmasında kültür, çevreden duyulan (England & Horowitz, 2016; Faisal ve ark., 2014) ve kadının yaşadığı olumsuz doğum deneyimleri (Serçekuş, Vardar & Özkan, 2020; Taghizadeh ve ark., 2014), doğum ile ilgili destek eksikliği (England & Horowitz, 2016; Serçekuş & Okumuş, 2009), olumsuz video ve filmlerin izlenmesi (Faisal ve ark., 2014) etkili olmaktadır. Kadınlar bu durumlara maruz kaldığında çoğunlukla korku duymakta (Faisal ve ark., 2014; Serçekuş, Vardar & Özkan, 2020) ve içgüdülerini kullanamamaktadır (England & Horowitz, 2016). İçgüsel bir doğumun gerçekleşmesi için bilinmesi gereken iki temel nokta bulunmaktadır. Bunlardan ilki kadının içsel güdülerini ve var olan doğum yeteneğini yeniden keşfetmesidir. İkincisi ise içsel güdülerini ve var olan doğum yeteneğini nasıl kullanacağını bilmesidir (England & Horowitz, 2016). Bu iki temel noktanın gerçekleşmesinde sağlık profesyonellerinin verdiği bakım ve kadının çevresinden alacağı destek önemlidir (England & Horowitz, 2016; Taheri ve ark., 2018).

Bu derlemenin amacı içgüdüsel doğum yaklaşımını açıklamak ve bu yaklaşımın kullanılmasında etkili olacak önerileri sunmaktır. Bu amaç doğrultusunda; içgüdüsel doğum yaklaşımının aşamaları olan doğum algısındaki farkındalık ve olumlu değişiklik, doğum eylemindeki belirsizliklerin kaldırılması, kadının destek mekanizmalarının güçlendirilmesi için yapılabilecek uygulamalar, doğumda içgüdülerin kullanılması, doğum eyleminde babaların önemi ve doğum sonu dönemde içgüdüsel yaklaşıma yönelik başlıklar altında içgüdüsel doğum yaklaşımı açıklanmıştır.

Doğuma Yönelik Algıyı Fark Et ve Değiştir

Olumsuz doğum algısı içgüdüsel eylemin önünde önemli bir engeldir. Bu algının oluşmasında birçok farklı neden olduğu gibi (Faisal ve ark., 2014; Serçekuş, Vardar & Özkan, 2020; Serçekuş & Okumuş, 2009) yarattığı olumsuz duygu ve düşüncelerde de farklılıklar bulunmaktadır (England & Horowitz, 2016; Faisal ve ark., 2014; Serçekuş & Okumuş, 2009). Bu duygu ve düşünceler;

- Doğum ağrısı (England & Horowitz, 2016; Faisal ve ark., 2014) ve doğum nedeniyle ölümden korkma (England & Horowitz, 2016),

- Doğumda rahatlamanın başarılabilmesi, mahremiyetin korunmaması, isteklere saygı duyulmaması ve doğum sırasında yargılanmaya yönelik kaygı duyma korkma (England & Horowitz, 2016),

•Doğum sırasında yetersiz bakım ve uygun olmayan davranışlarla karşılaşma düşüncesi (Serçekuş & Okumuş, 2009) şeklindedir.

Literatürde doğum ile ilgili olumsuz düşüncelerin doğum eylemini de olumsuz yönde etkilediği ve sezaryen oranlarını arttırdığı belirtilmektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada kadınların yaklaşık %82’sinin doğum korkusu yaşadığı, bu kadınların çoğunlukla ilk gebeliğini yaşayan veya acil sezaryen ile daha önce doğum yapmış kadınlar olduğu belirtilmektedir (Hallgren ve ark., 1995; Serçekuş, Vardar & Özkan, 2020). Doğum korkusuyla ilgili Brezilya’da yapılan çalışmada da korkunun en yaygın nedeninin doğum ağrısı olduğu belirlenmiştir (Oncohonga ve ark., 2020). Hindistan’da yapılan nitel bir çalışmada ise kadınların doğum sırasında saygısızlık ve kötü muamele gibi nedenlerden dolayı elektif sezaryen oranlarının artabileceği belirtilmiştir (Wigert ve rak., 2020). İçgüdüsel doğum yaklaşımında bu olumsuz duygu ve düşüncelerin ortadan kaldırılması gerektiği belirtilmekte ve sağlık profesyonellerinin önemi vurgulanmaktadır. Bu yaklaşım, sağlık profesyonelleri tarafından doğuma yönelik olumsuz algının nedeninin, şiddetinin, oluşturduğu duygu ve düşüncelerin gebelik döneminde belirlemesi gerektiğini belirtir (England & Horowitz, 2016; Taghizadeh ve ark., 2014). Bunun için de doğuma hazırlık sınıflarının önemli olduğu vurgulanmaktadır (England & Horowitz, 2016; Serçekuş & Okumuş, 2009; Hallgren ve ark., 1995). İçgüdüsel doğum yaklaşımında olumsuz algının, duygu ve düşüncelerin ortadan kaldırılması için doğuma hazırlık sınıflarında uygulanabilecek birçok etkinlik önerilmektedir (England & Horowitz, 2016). Bunlara;

•Doğuma hazırlık eğitimlerinde gebelerin, ilişki kurduğu diğer kadınların ve eğer daha önce doğum yaptıysa kendi doğum deneyimlerini anlatmasını sağlamak,

•Gebenin doğumunu düşünerek resim ya da kille bir obje yapmasını istemek örnek olarak verilebilir (England & Horowitz, 2016).

İçgüdüsel doğum yaklaşımına göre gebelerin doğum deneyimlerinden bahsetmesi her doğumun farklı olduğunu ortaya çıkaracak ve gebelerin yalnız hissetmemelerini sağlayacaktır (England & Horowitz, 2016). Kalitatif bir çalışmada kadınların doğuma hazırlık eğitiminde doğum deneyimlerinin paylaşılmasıyla yalnız olmadıklarını fark ettikleri ve kendilerini güvende hissettikleri belirtilmiştir (Oncogna ve ark., 2020). Ayrıca bu yaklaşımda, gebelerin doğumunu düşünerek resim veya kille bir obje yapmasının, kendilerine dahi itiraf edemedikleri doğuma ilişkin algılarını fark etmelerini sağlayacağı savunulmaktadır (England & Horowitz, 2016).

Doğuma Hazırlıkta Belirsizlikler ve Destek Mekanizmaları

Gebelik, genellikle doğum eylemine yönelik bilinmezliklerin yaşandığı bir süreçtir (Taheri ve ark., 2014; Wigert ve ark., 2020; Hinton ve ark., 2018). Bu nedenle hem literatürde (Hinton ve ark., 2018) hem de içgüdüsel doğum yaklaşımında [1] gebelikte doğuma hazırlığın yapılması önerilmektedir. İçgüdüsel doğum yaklaşımında önerilen doğuma hazırlık; doğumun yapılacağı yere (Wigert ve ark., 2020), doğumda bulunacak uzmanlara, aile üyelerine, arkadaşlara karar vermeyi ve bebek için hazırlık yapmayı kapsamaktadır (England & Horowitz, 2016). Ayrıca bu yaklaşımda bilinmezliklerle mücadele etmenin en etkili yolunun soru sormak ve öğrenmek olduğu vurgulanmaktadır (England & Horowitz, 2016). Bu nedenle gebeler doğuma hazırlık aşamasında doğum ile ilgili beklentilerini belirlemelidir. Örneğin; ayakta doğum yapmak isteyen bir kadının doğumun litotomi pozisyonunda gerçekleşmesi için ısrar eden bir sağlık profesyoneli ile anlaşması güçtür (England & Horowitz, 2016). İçgüdüsel doğum yaklaşımında bu şekilde bir anlaşmazlığın kadında stres yaratabileceği ya da kadının özgüvenini kırabileceği belirtilmektedir (England & Horowitz, 2016; Leach ve ark., 2017). Stres ve özgüven eksiliğinin ise kadının içgüdüleriyle hareket etmesini engelleyebileceği ve doğumda müdahale ihtiyacının artmasına neden olabileceği ifade edilmektedir (England & Horowitz, 2016).

İçgüdüsel bir doğumun gerçekleşmesinde gebelik döneminde var olan destek mekanizmaları önemlidir (England & Horowitz, 2016; Munkhondya ve ark., 2020; Hassanzadeh ve ark., 2019). Ancak çoğu zaman odak noktası gebe yerine bebektir. Bu nedenle kadınlar kendini sadece bir araç olarak görebilmekte ve bebeğin kendisinden daha değerli olduğu hissine kapılabilmektedir (England & Horowitz, 2016). Oysaki asıl eylemi gerçekleştiren kadındır (England & Horowitz, 2016; Karlström, Nystedt & Hildingsson, 2015). İçgüdüsel doğum yaklaşımında bu durumun önüne geçebilmek için gebelik sürecinin ve doğum eyleminin odak noktasında kadının olması gerektiği belirtilmektedir. Kadının odak noktasında olduğu bir gebelik döneminde ve doğum eyleminde algılanan desteğin de artacağı ifade edilmektedir (England & Horowitz, 2016; Karlström, Nystedt & Hildingsson, 2015). İçgüdüsel doğum yaklaşımında algılanan desteğin artmasını sağlamak amacıyla doğuma hazırlık sınıflarında babaların aktif rol alması önerilmektedir. Ayrıca gebelik döneminde ve doğumda kadının sevdiği kişilerin desteğinin de önemli olduğu vurgulanmaktadır. Kadının algıladığı desteğin artması için bazı etkinlikler önerilmektedir. Bunlardan biri odak noktasında bebeğin olduğu partiler yerine odak noktasında gebenin olduğu ve gebenin sevdiği arkadaşları ile birlikte vakit geçireceği bir partinin düzenlenmesidir. Düzenlenecek partide gebenin arkadaşları tarafından getirilen boncuklarla bir bileklik oluşturma ve doğumda gebenin bu bilekliği takması

öneriler arasındadır. Bu bilekliğin doğum eyleminde gebenin güzel anıları hatırlamasını ve arkadaşlarının ona verdiği desteği hissetmesini sağlayacağı belirtilmektedir (England & Horowitz, 2016).

Doğumda İçgüdüleri Kullanmak

Doğal bir doğumun gerçekleşmesi zorlu olabilir (Lothian, 2000; Olza ve ark., 2018). Ancak doğum fizyolojisini bilen kadın vücudu, doğum eyleminde pek çok mekanizmayı devreye sokmaktadır. Örneğin hissedilen doğum ağrısı, eylemin gerçekleşmesi için kadına kılavuzluk yapmaktadır (England & Horowitz, 2016; Lothian ve ark., 2000; Olza ve ark., 2018). Vücudun salgıladığı endorfin ise doğal analjezik bir ajan olup ağrının daha az hissedilmesine ve kadının realist bir bilinç durumundan çıkarak iç dünyasında yoğunlaşmasına yardımcı olmaktadır (England ve Horowitz, 2016; Lothian, 2000; Karström, Nystedt & Hildingsson, 2015). Ancak vücudun verdiği sinyaller ile içgüdüsel bir doğumun gerçekleşmesi için doğum konforunun da sağlanması gerekmektedir (England & Horowitz, 2016; Lothian, 2000; Olza ve ark., 2018). İçgüdüsel doğum yaklaşımında da önerildiği gibi rahat edilen pozisyonda eylemi sürdürmek (England & Horowitz, 2016; Serçekuş Ak & Gökçe İşbir, 2012), müzik dinlemek (England & Horowitz, 2016; Lothian, 2000; McCaffery ve ark., 2020), dans etmek (England & Horowitz, 2016; Toberna ve ark., 2020), ellere ve ayaklara masaj yapmak (England & Horowitz, 2016; Lothian, 2000), doğal bir ıkmama gerçekleştirmek (England & Horowitz, 2016; Vaziri ve ark., 2016) ve doğumda yer çekimini kullanmak doğum konforunu arttıracak (England & Horowitz, 2016), içgüdülerin kullanılmasına yardımcı olacaktır. Yapılan çalışmalarda da bu uygulamaların doğum eylemini kolaylaştırdığı gösterilmektedir (McCaffery ve ark., 2020; Lawrence ve ark., 2013; Abdlihan ve ark., 2014). Doğumda farklı pozisyonların doğum deneyimi üzerindeki etkisini inceleyen çalışmada dikey pozisyonların daha az analjezi talebi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Lawrence ve ark., 2013). İntegrative bir incelemede doğumda müzik dinlemenin stresi, kaygıyı ve doğum ağrısını azalttığı ifade edilmektedir (McCaffery ve ark., 2020). Randomize kontrollü çalışmalarda ise doğumda dans eden kadınlarda ağrı skorunun daha düşük olduğu ve doğum memnuniyetinin daha yüksek olduğu (Abdolihan ve ark., 2014) yan pozisyonda spontan ıkmamanın ise kadınların yorgunluğunu ve hissettiği ağrı şiddetini azalttığı belirlenmiştir (Vaziri ve ark., 2016). İçgüdüsel doğum yaklaşımında bu uygulamalara ek olarak nefes farkındalığının ve hayal gücünün doğuma yönelik algıyı olumlu yönde etkileyebileceği ve doğum eylemini kolaylaştıracağı belirtilmektedir (England & Horowitz, 2016). Ancak tüm bunların uygulanmasının yanı sıra bazen epizyotomi veya sezaryen tıbbi bir müdahale olarak gerekli olabilmektedir (England & Horowitz, 2016; Carroli & Mignini, 2009; Betrán ve ark., 2014). İçgüdüsel

doğum yaklaşımında tıbbi müdahalelerin kadında başarısızlık, öfke, hayal kırıklığı ve korku gibi duyguların ortaya çıkmasına neden olabileceği ve bu olumsuz duyguların yaşanmaması için doğumda ve doğum sonrasında eş, aile, arkadaş ve sağlık personelinin desteğinin gerekli olduğu belirtilmektedir (England & Horowitz, 2016; Betrán ve ark., 2014; He ve ark., 2020).

Doğumda Babaların Varlığı

Babaların doğum eylemindeki rolü zamanla önemli bir şekilde değişiklik göstermiştir. Geçmişte sadece kadına ait olan doğum alanına günümüzde babalar da dahil olmuştur (Jomeen, 2017). Ancak doğum eylemine babaların dahil olması tartışmalı bir konudur (Jomeen, 2017; Vischer ve ark., 2020). Tartışmalı bir konu olmasının temel nedeni babanın doğum eylemini kesintiye uğratabileceği düşüncesidir (England & Horowitz, 2016; Jomeen, 2017; Vischer ve ark., 2020). Bu durum içgüdüsel doğum yaklaşımında ele alınmaktadır (England & Horowitz, 2016). İçgüdüsel doğum yaklaşımında doğum eyleminde kadınların iç dünyasına döndüğü, odaklandığı ve çevresiyle iletişimini sınırlandırdığı belirtilir (England & Horowitz, 2016). Bu doğum eylemini kolaylaştıran bir durumdur. Ancak babalar bazen partnerinin acı çektiğini gördüğünde ve kendisinin işe yaramadığını düşündüğünde anneye daha fazla iletişime geçmeye çalışabilir (England & Horowitz, 2016; Jomeen, 2017). Babanın anneye iletişime geçme çabası annenin başa çıkma yöntemlerini kesintiye uğratabilmekte ve hissedilen doğum ağrısını arttırabilmektedir (England & Horowitz, 2016; Jomeen, 2017). Bu yaklaşımda kadınların odaklanmasını kesintiye uğratabilecek bir diğer durum ise babanın doğum anında gergin olması, doğum odasında zorla bulunması, korkması (Jomeen, 2017; Vischer ve ark., 2020) ve son zamanlarda popüler olan doğum fotoğrafçılığını üstlenmesi şeklinde belirtilmektedir (England & Horowitz, 2016). İçgüdüsel doğum yaklaşımında baş etme yöntemlerinin ve odaklanmanın kesintiye uğramaması için sessiz bir ortamın sağlanması, çok fazla soru sormaktan kaçınılması ve eşler arasında ihtiyaçları anlatmak için işaretlerin belirlenmesi önerilmektedir. Bu sayede kadının ihtiyaçları çok fazla soru sormadan en kısa sürede tanımlanacak ve karşılanacaktır. Doğum sürecinde annenin su içme gereksinimi olduğunun düşünülmesi ve anneye sormadan bir pipetle suyun verilmesi buna örnektir (England & Horowitz, 2016).

İçgüdüsel Doğum ve Doğum Sonu Dönem

İçgüdüsel doğum yaklaşımda doğum sonrası dönemdeki değişimler ve içgüdüler ele alınmaktadır. Yaklaşım doğumdan sonra kadının bir dönüşüm duygusu hissettiğini ve dönüşüm duygusunun güçlenmiş bir benliği, kişisel bir büyümeyi ve güveni ifade ettiğini belirtmektedir (England & Horowitz, 2016). Bu duygunun yüksek düzeyde salgılanan dopamin, oksitosin ve katekolamin ile

ilişkili olduğu düşünülmektedir (Karlstöm, Nysted ve Hildingsson, 2015). Ayrıca rahatlama, sevinç, başarı ve gurur duygularının da dönüşüm duygusuna eşlik ettiği ifade edilmektedir (England & Horowitz, 2016; Karlstöm, Nysted ve Hildingsson, 2015). İçgüdüsel bir doğum sonrasında kadınların özgüven duygusu ile emzirmesi ve bebeğiyle bağ kurmasının da kolaylaşacağı belirtilmektedir (England & Horowitz, 2016; Karlstöm, Nysted ve Hildingsson, 2015).

Sonuç

Doğuma hazırlık eğitimleri doğal bir doğumun gerçekleşmesine yardımcı olmaktadır. Bu eğitimlerde gebelere ve eşlerine verilen eğitim, korkuların açığa çıkmasını sağlayacaktır. Bununla birlikte konforlu bir doğum için gebenin ve eşinin dikkat etmesi gereken noktaları öğretecektir. Bilinmezliklerin ortadan kalktığı bir doğum eyleminde gebe içgüdülerini keşfederek kullanabilecektir. Diğer doğuma hazırlık eğitim metotları gibi içgüdüsel doğum yaklaşımının benimsenmesi, yaygınlaşması tıbbi müdahale ve sezaryen oranlarını azaltmada önemli bir adım olabilir.

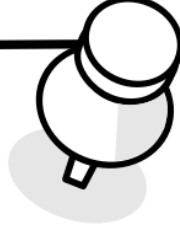
Kaynakça

1. Abdolahian, S., Ghavi, F., Abdollahifard, S., & Sheikhan, F. (2014). Effect of dance labor on the management of active phase labor pain & clients' satisfaction: a randomized controlled trial study. *Global journal of health science*, 6(3), 219–226. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n3p219>
2. Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R. (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PloS one*, 11(2), e0148343. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>
3. Carroli, G., Mignini, L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane database of systematic reviews*, (1):CD000081. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub2>
4. Cheung, N.F., Mander, R., Chen, L., Che, V.Y., Yang, X.Q. (2006). Caesarean decision-making: negotiation between Chinese women and healthcare professionals. *Evidence-Based Midwifery*, 4(1):24-31.
5. England, P., Horowitz, R. (2016). İçgüdüsel Doğum. 1nd, Kuraldışı Yayınevi, 380s.
6. Faisal, I., Matinnia, N., Hejar, A.R., Khodakarami, Z. (2014). Why do primigravidae request cesarean section in a normal pregnancy? A qualitative study in Iran. *Midwifery*,

7. Kömürcü, N., Gençalp, N. (2014). Geçmişten günümüze doğuma yardım. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 5(1):78-82.
8. Lothian, J.A. (2000). Why natural childbirth?. *J Perinat Educ*, 9(4):44-46. <https://doi.org/10.1624/105812400X87905>
9. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018. Available from: http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf [6 Mayıs 2022'de alıntılanmıştır].
10. Hallgren, A., Kihlgren, M., Norberg, A., Forslin, L. (1995). Women's perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth. *Midwifery*, 11(3):130-137. [https://doi.org/10.1016/0266-6138\(95\)90027-6](https://doi.org/10.1016/0266-6138(95)90027-6)
11. Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Mirghafourvand, M. (2019). Assessment of childbirth preparation classes: A parallel convergent mixed study. *Reproductive Health*, 16 (1):160-1-160-7.
12. He, S., Jiang, H., Qian, X., & Garner, P. (2020). Women's experience of episiotomy: a qualitative study from China. *BMJ open*, 10(7), e033354. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033354>
13. Hinton, L., Dumelow, C., Rowe, R., Hollowell, J. (2018). Birthplace choices: what are the information needs of women when choosing where to give Birth in England? A qualitative study using online and face to face focus groups. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18:12. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1601-4>
14. Jomeen, J. (2017). Fathers in the birth room: choice or coercion? Help or hindrance. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35:4,321-323. <https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1361124>
15. Karlström, A., Nystedt, A., Hildingsson, I. (2015). The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15:251 <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0683-0>
16. Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, (10), CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>
17. Leach, J., Bowles, B., Jansen, Lauren., Gibson, Marta. (2017). Perceived benefits of childbirth education on future Health-care decision making. *J Perinat Educ*, 26(1):49-56. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.26.1.49>

18. McCaffrey, T., Cheung, P. S., Barry, M., Punch, P., & Dore, L. (2020). The role and outcomes of music listening for women in childbirth: An integrative review. *Midwifery*, 83, 102627. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102627>
19. Munkhondya, B.M.J., Munkhondya, T.E., Chirwa, E., Wang, H. (2020). Efficacy of companion-integrated childbirth Preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primigravid women in Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20(48). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2717-5>
20. Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., Murphy, M., Jonsdottir, S. S., Downe, S., & Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ open*, 8(10), e020347. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>
21. Onchonga, D., Várnagy, A., Keraka, M., Wainaina, P. (2020). Midwife-led integrated pre-birth training and its impact on the fear of childbirt. A qualitative study. *Sex Reprod Healthc*, 25:100512. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100512>
22. Seijmonsbergen-Schermer AE, van den Akker T, Rydahl E, Beeckman K, Bogaerts A, Binfa L, Frith L, Gross MM, Misselwitz B, Hálfðánsdóttir B, Daly D, Corcoran P, Calleja-Agius J, Calleja N, Gatt M, Vika Nilsen AB, Declercq E, Gissler M, Heino A, Lindgren H, de Jonge A. Variations in use of childbirth interventions in 13 high-income countries: A multinational cross-sectional study. (2020). *PLoS Med*, 17(5):e1003103. doi: 10.1371/journal.pmed.1003103.
23. Serçekuş, P., Vardar, O., Özkan, S. (2020). Fear of childbirth among pregnant women and their partners in Turkey. *Sex Reprod Healthc*, 24:100501. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100501>
24. Serçekuş Ak, P., Gökçe İşbir, G. (2012). Aktif doğum yaklaşımının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 1(1):97-102.
25. Serçekuş, P., Okumuş, H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*, 25(2):155-162.
26. Taghizadeh, Z., Irajpour, A., Nejdlat, S., Arbabi, M., Lopez, V. (2014). Iranian mothers' perception of the psychological Birth trauma: A Qualitative study. *Iran J Psychiatry*, 9(1):31-36.
27. Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N, Sarafraz, N. (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health*, 15:73. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0511-x>

28. Toberna, C. P., Horter, D., Heslin, K., Forgie, M. M., Malloy, E., & Kram, J. J. F. (2020). Dancing During Labor: Social Media Trend or Future Practice?. *Journal of patient-centered research and reviews*, 7(2), 213–217. <https://doi.org/10.17294/2330-0698.1723>
29. Vaziri, F., Arzhe, A., Asadi, N., Pourahmad, S., & Moshfeghy, Z. (2016). Spontaneous Pushing in Lateral Position versus Valsalva Maneuver During Second Stage of Labor on Maternal and Fetal Outcomes: A Randomized Clinical Trial. *Iranian Red Crescent medical journal*, 18(10), e29279. <https://doi.org/10.5812/ircmj.29279>
30. Vischer, L. C., Heun, X., Steetskamp, J., Hasenburg, A., & Skala, C. (2020). Birth experience from the perspective of the fathers. *Archives of gynecology and obstetrics*, 302(5), 1297–1303. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05714-z>
31. Yu, S., Fiebig, D.G., Scarf, V., Viney, R., Dahlen, H.G., Homer, C. (2020). Birth models of care and intervention rates: The impact of birth centres. *Health Policy*, 124(12):1395-1402.
32. Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., Mollberg, M., Patel, H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of Qualitative studies. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 15(1):1704484. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484>
33. World Health Organization (WHO). (2021). Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access. Available from: <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access> [last accessed: 6 Seotember 2023].



BÖLÜM 7

DEPREM SONUCU GELİŞEN TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE PSİKOSOSYAL HEMŞİRELİK BAKIMI

Dr. Öğr. Üyesi Kübra KAYAOĞLU¹

Giriş

Doğal afetler arasında yer alan depremler dünyanın birçok bölgesinde görülmektedir ve her yıl 8000 ölüm ve 26000 yaralanmaya neden olduğu tahmin edilmektedir. 20. Yüzyılda depremden 1,5 milyon kadar ölüm meydana gelmiştir (Page, Blume, and Joyner 1975).

Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) verilerine göre 06 Şubat 2023 tarihinde ulusal saat ile 04:17’de Pazarcık (Kahramanmaraş) yakınlarında merkez üssü 37,288K- 37,043D ve odak derinliği 8,6 km olan 7.7 (Mw) büyüklüğünde deprem meydana gelmiştir. Bu yıkıcı deprem ile aynı gün saat 13:24’te ise Ekinözü (Kahramanmaraş) yakınlarında merkez üssü 38,089 K- 37,239 D, odak derinliği 7,0 km olan 7.6 (Mw) büyüklüğünde ikinci bir deprem meydana gelmiştir (Bayrakdar et al. 2023). Kahramanmaraş, Adıyaman, Hatay, Malatya, Gaziantep, Adana, Diyarbakır, Osmaniye, Kilis ve Şanlıurfa olmak üzere toplamda 10 ili büyük ölçüde etkilemiştir. Bu depremlerde toplamda 120.000 yakın bina yıkılmış 50.000 yakın insanımız vefat etmiş ve yaklaşık 130.000 yakın insan yaralanmıştır (AFAD, 2023). Bu iller olmak üzere Türkiye’de 81 il bu depremden hem sosyolojik, hem psikolojik olarak etkilenmiştir. Depremden sonra birçok aile başka şehirlere göç etmiş birçok ailenin de evleri yıkıldığı için çadır ve konteynırlarda kalmaya başlamıştır. Ayrıca birçok öğrenci nakil olarak başka illere gitmiştir (Anon 2023).

Doğal afetler dünya çapında milyonlarca insanı etkiliyor (Zhen et al. 2012). Doğal afetler, aynı anda çok sayıda insanı etkileyen ve kontrol edilemeyen olaylardır. Doğal afetler; deprem, volkanik patlama, sel, kuraklık, şiddetli yağış, don, kar ve fırtına; insan kaynaklı afetler ise kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer kazalar, savaşlar, göçler, terör olayları ve yangınlardır (Tural et al. 2004;

¹ Malatya Turgut Özal Üniversitesi, ORCID: 0000-0001-5170-3935

Yeo and K. Comfort 2017). Doğal afetler arasında depremler çok yaygın ve en yıkıcı olanlardan biridir (Tahernejad et al. 2023). Diğer felaket olaylarından farklı olarak depremleri tahmin etmek veya depreme hazırlık yapmak mümkün değildir. Genel çevresel yıkımın yanı sıra, hayatta kalanlar arasında yüksek bir psikolojik hastalık riski de gözlemlendi (Ofiaz, Hatipoğlu, and Aydin 2008).

Deprem sonrası bireyler kayıplar yaşayabilir. Kayıp, önemli bir kişinin veya çok önemli bir şeyin kaybı, sevilen bir nesnenin kaybı ve sağlık kaybı olarak kategorize edilir. Yaşanılan bu kayıp birçok ruhsal sorunu beraberinde getirebilir (Mustikasari et al. 2018). Uzun süreli kayıp yas tutmaya neden olabilir, bu da konsantre olamama, hatırlama yeteneğinin bozulması, hatta çağrışım becerisinin, yani düşünceleri kelimelerle veya eylemlerle hizalama yeteneğinin kaybıyla sonuçlanabilir (Zhang et al. 2011). Kayıp ve yasın tamamlanması 1 ila 3 ay arası bir süreyi gerektirir. Kronik stres yaşayan bireyler, olumsuz olaylar karşısında karar verememekte ve kendilerini kontrol edememektedirler, bu da yorgunluğa ve ardından travmaya yol açmaktadır (Salleh 2008; Tahernejad et al. 2023).

Depremler, hem mağdurları hem de kurtarma görevlilerini etkileyen, TSSB ve depresyon gibi psikopatoloji oranlarının artmasıyla ilişkilidir. Afet mağdurları üzerinde yapılan çeşitli çalışmalar, depremden kaynaklanan en yaygın psikolojik sorunların TSSB ve majör depresyon olduğunu göstermektedir (Kuo et al. 2003; Livanou et al. 2002; Wang et al. 2000).

Bireyler travmatik olaylar sonrasında ruhsal, zihinsel, fiziksel ve davranışsal tepkiler verir. Travmatik olayın hemen sonrasında bu semptomların görülmesi normaldir (Kessler et al. 2005). Fakat olayın üzerinden uzun zaman geçmesine rağmen kişi belirtileri güçlü bir şekilde yaşıyorsa travma sonrası stres bozukluğu olarak ifade edilmektedir (Teke and Avşaroğlu 2021).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

Tanım

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın (DSM) 5 versiyonuna göre travma ve strese bağlı hastalıklar; akut stres bozukluğu, TSSB, reaktif bağlanma bozuklukları, uyum bozuklukları, sınırsız sosyal katılım bozukluğu, diğer tanımlanmış travma ve stresörle ilişkili bozukluklar ve tanımlanmamış stresörle ilişkili bozukluklardan oluşur (American Psychiatric Association 2013).

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), kişilerarası şiddet, kavga, yaşamı tehdit eden kazalar veya doğal afetler gibi aşırı travmatik olaylara maruz

kalmanın ardından gelişebilen bir durumdur. Travma sonrası stres bozukluğunun semptomları arasında travmaya dair üzücü ve müdahaleci anılar ve kabuslar, sinirlilik, aşırı uyanıklık (tehdit duyarlılığının artması veya tehlike potansiyeli ile meşgul olma durumu), uyku güçlüğü, zayıf konsantrasyon ve duygusal geri çekilme yer alır. TSSB'si olan kişiler sıklıkla kendilerine travmayı hatırlatabilecek yerlerden, etkinliklerden veya şeylerden kaçınırlar (Yehuda et al. 2015). TSSB ile birlikte ortaya çıkan durumlar arasında madde kullanımı, ruh hali ve kaygı bozuklukları, dürtüsel veya tehlikeli davranışlar veya kendine zarar verme yer alabilir (Kessler and Wang 2008).

TSSB, travmatik bir olaya maruz kalmanın ardından ortaya çıkan ve yeniden yaşama, kaçınma, küntleşme, yabancılaşma ve aşırı uyarılma belirtileriyle kendini gösteren bir sendromdur. Tarih boyunca insanlar travmalara ve travmatik olaylara maruz kalma riskiyle karşı karşıya kalmıştır. Atalarımızın başına gelen hayvan saldırıları ile insanların sıklıkla maruz kaldığı terör saldırıları muhtemelen benzer psikolojik durumlara yol açmaktadır. Bütün bunlar dikkate alındığında TSSB'nin insanlık tarihi boyunca var olduğu söylenebilir (Sönmez and Hocaoglu 2023).

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), "psikolojik travmanın karmaşık somatik, bilişsel, duygusal ve davranışsal etkileri" olarak tanımlanmaktadır (Van Der Kolk et al. 1996). TSSB, istemsiz düşünceler, kabuslar ve geçmiş travmatik olaylara dair geri dönüşler, travmayı hatırlatan şeylerden kaçınma, aşırı uyanıklık ve uyku bozukluğu ile karakterizedir ve bunların hepsi önemli sosyal, mesleki ve kişilerarası işlev bozukluklarına yol açar.

Epidemiyoloji

TSSB'ye ilişkin ilk büyük epidemiyolojik çalışmalardan biri, DSM III'de tanısının konulmasından hemen sonra, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Vietnam Savaşı gazilerinden oluşan ulusal temsili bir örnek üzerinde sorunun kapsamını tespit etmek amacıyla gerçekleştirildi. İlk tahminler, yaşam boyu TSSB yaygınlığının %30 olduğunu, gazilerin %15'inin savaşın bitiminden 10 yıl sonra hala TSSB belirtileri yaşadığını ileri sürüyordu (Yehuda et al. 2015).

Genel popülasyondaki epidemiyolojik çalışmalar hem travmaya maruz kalmanın hem de TSSB'nin prevalansını değerlendirmiştir. Travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) epidemiyolojisi üzerine yapılan ilk çalışmalar, yüksek gelirli ülkelerde bozukluğun yaygınlığının yüksek olduğunu, sosyodemografik bağıntıları (örn. kadın cinsiyeti) ve bununla ilişkili daha sonraki önemli

komorbidite ve morbiditeyi ortaya koymuştur. Dünya ruh sağlığı araştırmaları, dünya genelinde travmatik olayların yaygınlığı ve dağılımında önemli farklılıklar olduğunu ortaya koydu. Örneğin Güney Afrika Stres ve Sağlık Araştırması, yaşam boyu travmatik olay yaygınlık oranını %73,8 olarak bildirmiştir; bu oranın %54-64 aralığında olduğu Avrupa ve Japonya'daki diğer araştırmalardan daha yüksektir (Carmassi et al. 2014) (Ferry et al. 2014). Travmaya maruz kalma konusunda rapor edilen en düşük prevalansa sahip ülke %54 ile İspanya'dır (Olaya et al. n.d.), onu %56,1'le İtalya (Carmassi et al. 2014) ve %60'la Japonya (Kawakami et al. n.d.) takip etmektedir. Kuzey İrlanda'nın oranı %60,6 ile Avrupa'daki anketler arasında en yüksek orandı (Ferry et al. 2014).

Birçok farklı travma türünün travma sonrası stres bozukluğuna (TSSB) neden olduğu bulunmuştur. Bu türler ve oluşturdukları TSSB vakalarının oranı şunları içerir:

- Cinsel ilişkide şiddet – yüzde 33 (örneğin tecavüz, çocuklukta cinsel istismar, yakın partner şiddeti).

- Kişilerarası ağ travmatik deneyimleri – yüzde 30 (örneğin, sevilen birinin beklenmedik ölümü, bir çocuğun yaşamı tehdit eden hastalığı, sevilen birinin diğer travmatik olayı).

- Kişilerarası şiddet – yüzde 12 (örneğin, çocuklukta fiziksel istismar veya kişilerarası şiddete, fiziksel saldırıya tanık olmak veya şiddet tehdidi altında olmak).

- Organize şiddete maruz kalma – yüzde 3 (örneğin mülteci, kaçırılan, savaş bölgesindeki sivil).

- Organize şiddete katılım – yüzde 11 (örneğin, savaşa maruz kalma, ölüme/ciddi yaralanmaya tanık olma veya cesetlerin bulunması, kazara veya kasıtlı olarak ölüme veya ciddi yaralanmaya neden olma).

- Yaşamı tehdit eden diğer travmatik olaylar – yüzde 11 (örneğin, yaşamı tehdit eden motorlu araç çarpışması, doğal afet, toksik kimyasallara maruz kalma) (Kessler et al. 2014).

Travma sonrası stres bozukluğunun (TSSB) yaşam boyu yaygınlığı, Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada'daki genel yetişkin nüfusun ulusal örneklerinde yüzde 6,1 ila 9,2 arasında değişmektedir (Van Ameringen et al. 2008; Goldstein et al. 2016; Kessler et al. 2005).

Topluma dayalı çalışmalar, PTSB'nin yaşam boyu prevalansının %1-3 arasında olduğunu, populasyonun %6-14'ünün de subklinik olarak benzer

semptomlar yaşadığını göstermektedir. Risk altındaki gruplarla yapılan çalışmalarda ise yaşam boyu prevalans %3,6-75 arasında değişmektedir.

TSSB panik bozukluğu, alkol-madde kötüye kullanımı, duygu durum bozukluğu, OKB, sosyal fobi, majör depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ile birlikte görülebilir.

Deprem Sonrası TSSB ve Risk Faktörleri

İnsanlığın varoluşundan bu yana afetler toplumsal hayatı en çok etkileyen olayların başında gelmektedir. Afetler, beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan, normal toplumsal yaşamı kesintiye uğratan, olumsuz sosyal ve ekonomik etkilere neden olan, önlenemeyen, mevcut fırsat ve kaynaklarla üstesinden gelinemeyen doğal kökenli olaylardır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) afeti, "kurumun yeteneklerini ve kapasitesini aşan, normal işleyişi bozan, dış yardım gerektiren, beklenmedik, ani bir ekolojik olay" olarak tanımlıyor. Dünya çapında her yıl yaklaşık 400 doğal afet meydana geliyor. Son yirmi yılda doğal afetler yaklaşık 800 milyon insanı olumsuz etkilemiş ve 3 milyon kişinin ölümüne neden olmuştur (Agyapong et al. 2022). Afetler, ağır can ve mal kayıplarına yol açması, toplumu ve sağlık hizmetlerini kesintiye uğratması, zamanlamasının belirsiz olması, ağır ekonomik yük taşıması, psiko-sosyal refahı bozması ve gelecekte ciddi sağlık sorunlarına yol açması nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (Yorumaz and Karadeniz 2021).

Afet yaşayan insanlarda bir takım psikolojik belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Stres ve anksiyete gibi bu ruhsal semptomlar zaman içerisinde şiddetinde azalma olmadığında ciddi ruh sağlığı sorunlarına yol açabilir. Deprem sonrası yapılan yardımlar, ağırlıklı olarak yaşam kurtarılması, fiziksel yaralanmaların tedavisi, barınak sağlanması ve alt yapı hizmetlerinin düzeltilmesine yöneliktir. Doğal afetler sonrası insanların beslenme ve barınma gibi ihtiyaçlarının karşılanması elzemdir ve bu sebeple psikiyatrik durumları 1995 yılından sonra DSÖ'nin gündemine girmesine kadar olan süreçte ihmal edilmiştir (Sönmez and Hocaoglu 2023).

TSSB semptomlarına etkisi olan risk faktörleri arasında travmanın süresi ve şiddeti, fiziksel hasarın varlığı, sosyal destek varlığı, cinsiyet, eğitim düzeyi, önceki psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktadır (Bilici et al. 2013). Bunun yanında genç yaş ve kadın cinsiyet TSSB gelişiminde en belirgin risk faktörleridir (Chen et al. 2020). Araştırmalara göre depremden sağ kurtulan kadınların TSSB'si erkeklere göre daha yüksekti (Dai et al. 2016). Afetler sonrası mallarını

kaybeden ve sosyal desteği yetersiz olan kişilerde TSSB daha yüksek oranda tespit edildi (Lamond, Joseph, and Proverbs n.d.). Geliri ve eğitim düzeyi yüksek olan ülkelerin, geliri ve eğitim düzeyi düşük olan ülkelere göre daha az kayıp yaşadığı ve TSSB oranlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Weems 2019). Yine yapılan çalışmalarda nevrotik kişilik özelliklerine sahip bireylerde doğal afetler sonrası TSSB oranlarının daha yüksek olduğu tespit edildi (Li et al. 2020). Doğal afetler sonrasında olumsuz başa çıkma mekanizmalarından biri de madde kullanımıdır. Doğal afetler sonrası TSSB ile madde kullanma oranlarının aynı oranda arttığı gözlenmiştir (Tirma et al. 2009). Yine travma öncesi var olan ruhsal bozuklukların varlığı travmaya karşı olan dayanıklılığı azaltır. Xie ve arkadaşlarının araştırmasında iki depreme maruz kalmanın ruh sağlığı sorunları üzerindeki kümülatif etkisinin bir depremden daha ciddi olduğunu gösterdi (Xie, Xu, and Wu 2017).

Deprem Sonrası TSSB'nin Klinik Belirtileri

TSSB'da semptomların çeşitliliği ve şiddeti her bireyde farklı görülmektedir. Ancak tanılama sistemleri tanı ve tedavi sürecini kolaylaştırmak amacıyla bazı başlıklarda en sık görülenleri gruplandırmışlardır. Buna göre TSSB tanısı almış bireylerde en sık yaşanan duygulanım bunaltı, akut travmalardan sonra konuşma miktarında azalma ve sosyal geri çekilme, genel görünüm ve davranışta telaş ve korku içinde olma, sıklıkla da irkilme ve aşırı uyarılmışlıktır. Düşünce sürecinde genellikle bozulma olmasa da düşünce içeriği travmatik olayın sürekli yinelenmesi ile ilişkilidir. Fizyolojik ve bedensel tepkilere bakıldığında ise sempatik sinir sistemi yanıtları aşırı miktarda görülür. TSSB'de görülen semptomlar arasında diğer patolojilerden ayıran semptomlar içinde olay anının sıklıkla anımsanması ve en baştan tekrar tekrar yaşanıyor gibi hissetme (flashback), gerçekliğin yitirilmesi (dissosiyasyon) bulunmaktadır (Javidi and Yadollahie 2012).

Travmaya maruz kalan bireylerde olaydan sonra anıların hatırlanması sık görülür. Bundan farklı olarak bazı hastalarda kaçınma davranışına rastlanabilir. Birey travmayı hatırlatan tüm durumlardan mümkün olduğunca kaçınır. Kimi zaman hastalar olayın ayrıntılarına onlara sıkıntı veren detayları unuttur. Tüm bu belirtilerin yanı sıra insanlardan uzaklaşma, gelecek beklentisinin olmaması gibi belirtiler de olabilir. Yine TSSB yaşayan bireylerde aşırı uyarılma ve uyku problemlerine de sık rastlanır.

TSSB'ye ilişkin DSM-V tanı kriterleri aşağıdaki gibidir (American Psychiatric Association 2013).

A. Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma,

B. Örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin, istenç dışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da çoğunu varlığı):

1. Örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istençdışı gelen, sıkıntı veren anıları.

2. İçeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler.

3. Kişinin örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (dissosiyasyon) tepkileri (örn. geçmişe dönüşler). (Bu tür tepkiler, belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilirler; en uç biçimi, o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırdında olmamadır.)

4. Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama.

5. Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme.

C. Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli, örseleyici olaylardan sonra ortaya çıkan, örseleyici olaylara ilişkin uyaranlardan sürekli bir biçimde kaçınma:

1. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler, ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

2. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler, ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerlr, konuşmacılar, etkinlikler, nesneler, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da çoğunun) olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)a ilişkin bilişlerde ya da duygudurumda olumsuz değişiklikler olması:

1. Örseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama (özellikle unutkanlık çözülmesine [dissosiyatif amnezi] bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir).

2. Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler (örn. “Ben kötüyüm”, “Kimseye güvenilmez”, “Dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir”, “Bütün sinir sistemim kalıcı olarak bozuldu”).

3. Örseleyici olayların nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler.

4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (örn. Korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç)

5. Önemli etkinliklere duyulan ilgide ya da katılımı belirgin azalma.

6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları.

7. Sürekli bir biçimde olumlu duygular yaşayamama (örn. mutluluğu, doyumunu ya da sevgi duygularını yaşayamama)

E. Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, örseleyici olayların ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olaylarla ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması:

1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kışkırtma olmadan ya da çok az bir kışkırtma karşısında).

2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma.

3. Her an tetikte olma.

4. Abartılı irkilme tepkisi gösterme.

5. Odaklanma güçlükleri.

6. Uyku bozukluğu (örn. uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma).

F. Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur.

G. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. ilaç, alkol) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

Gidiş ve Prognoz

Yaşanan travma sonrası pek çok kişide TSSB belirtilerine rastlanmasına karşın kısa süre içerisinde bu belirtilerin çoğu önemli ölçüde kendiliğinden düzelmektedir. Ancak bir ay sonrasında halen daha belirtiler görülüyorsa kişi TSSB için değerlendirilmelidir. TSSB tanısı alan hastaların yaklaşık %50'sinde görülen semptomlar, travmatik olaydan sonra üç ay içerisinde düzelmektedir. Ancak %10-20 arasında olan bir kısmında belirtiler 12 ay boyunca sürdüğüne ilişkin araştırmalar mevcuttur. Özellikle belirtiler kronikleştikçe bireyin sosyal hayatı olumsuz etkilenir ve eşlik eden patolojilerin miktarı artabilir (Grınage 2003).

Tedavi

TSSB oldukça çok ciddi sorunlar ortaya çıkartan bir ruhsal hastalıktır ve gerek sosyal yaşam gerek iş hayatı gerekse kişiler arası ilişkilerde önemli bozulmalara yol açar (van der Kolk 1987).

Tedavinin Amaçları:

Tedavinin amaçları; akut stres bozukluğu ve TSSB belirtilerinin azaltılması, travmayla ilişkili ortaya çıkabilecek komorbid durumların önlenmesi ya da azaltılması, uyuma yönelik işlevselliğin geliştirilmesi ve normal gelişimin ilerlemesinin sağlanması ve nükslerin önlenmesidir.

İlaç Tedavisi

TSSB tedavisinde antidepresanlar, adrenerjik blokörler, duygu durum düzenleyicileri, benzodiazepinlerin etkinliği kanıtlanmıştır (van der Kolk 1987).

Psikolojik Tedavi Yaklaşımları

Psikoterapi:

TSSB tedavisinde en sık kullanılan yöntem bilişsel-davranışçı tedavi adı verilen yöntemdir. Burada amaç hastanın semptomlarına neden olan yanlış düşüncelerin sağlıklı düşüncelerle yer değişmesine yardım etmektir. Bunun yanında korku sebebiyle kaçındığı olayların üstüne gitmesi sağlanarak bu olayda yaşadığı gerilim azaltılması sağlanır (Adelufosi et al. 2017).

Göz hareketlerini duyarsızlaştırma ve yeniden inşa etme tekniği: (Eye movement desensitization and reprocessing, EMDR)

Hastayı, travma anılarıyla ilişkili canlılık ve duyguda azalmayla ilişkilendirilen iki taraflı uyarılma (tipik olarak göz hareketleri) yaşarken aynı anda travma anısına kısaca odaklanmaya teşvik eden yapılandırılmış bir terapi yöntemidir (Phillips et al. 2009).

Bu iki yöntem dışında TSSB tedavisinde psikodinamik terapi, kişilerarası psikoterapi, psikoeğitim, kendine yardım grubu, metakognisyon terapisi gibi çeşitli teknikleride kullanılmaktadır (Öztürk, M., Uluşahin 2015).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ve Psikososyal Hemşirelik Bakımı

TSSB olan hastalarda öncelikli amaç hastanın kendisiyle ve diğer insanlarla barışması, geleceğe dair pozitif beklentilerinin oluşturulmasıdır (Büyükbayram, Çam, and Turgut 2016). Travma sonrası yüksek riskli grupların belirlenmesi, travmanın erken semptomlarının fark edilmesi ve tedavinin erken başlatılması; kişinin motivasyonunun sağlanması ve hafif semptomların kronikleşmemesi açısından önemlidir. Bu nedenle öncelikle; kayıp yaşayanlar, yaşlılar, çocuklar, psikiyatrik tanısı olanlar, düşük sosyoekonomik durumu olanlar, çoğul travmaya maruz kalanlar ve sosyal destek ağları zayıf olanlar gibi yüksek riskli gruplar tanımlanmalıdır (Ofiaz et al. n.d.).

Psikiyatri hemşiresi, hastanın; travmatik olayın duygusal baskısına dayanabilmesi, doğru başa çıkma becerisi göstermesi, travmatik olaya ilişkin tutarlı anlam geliştirmesi, olumlu kişilerarası ilişkiler yaşaması için gayret etmelidir (Özyer and Dinçer 2020).

Travma sonrası stres bozukluğu olan hasta için olası hemşirelik tanıları; uyku örüntüsünde rahatsızlık, beslenmede dengesizlik, cinsel örüntülerinde eksiklik, bellekle bozulma, benlik kavramında rahatsızlık, durumsal/ kronik düşük benlik saygısı, güçsüzlük, ümitsizlik, sosyal etkileşimde bozulma, yalnızlık riski, sosyal izolasyon, rol performansında etkisizlik, anksiyete, etkisiz bireysel baş etme, korku, post- travma sendromu/ riski, tecavüz travma sendromu, kendine zarar verme riski, intihar riski, başkalarına yönelik şiddet, disfonksiyonel yastır (Varcarolis EM 2010). Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişen hastaya kaliteli ve etkili hasta bakım hizmeti sunabilmesi için hemşireler; hasta bakımının amacını belirlemeli, hemşirelik girişimleri planlamalı, uygun girişimleri yerine getirmeli ve bu girişimlerin sonuç kriterlerine uygunluğunu değerlendirebilmelidir (Moyet-Carpenito LJ. 2012).

İyileşme önündeki en temel engeller yardım aramaya çekinme, umutsuzluk, olayı hatırlamaktan kaçınma, insanlara güvenini kaybetmedir. Bu sebeple psikiyatri hemşiresi ayrıntılı bilgi toplamalı, hastalara gerçekçi bilgiler vermeli, terapötik ilişki kurmalı, travmatik olay sonrasında hastanın yaşadığı duygu ve tepkilerin farkında olunmalı ve hastanın bunları ifade etmesine fırsat tanınmalı, güvenli çevre oluşturmalıdır. Tüm bunlarla beraber hastanın baş etme stratejileri tanımlanmalı ve doğru baş etme yöntemlerini öğretmelidir.

KAYNAKÇA

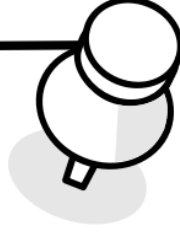
- Adelufosi, Adegoke, Bassey Edet, Dachi Arikpo, Ememobong Aquaisua, and Martin M. Meremikwu. 2017. "Cognitive Behavioral Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder, Depression, or Anxiety Disorders in Women and Girls Living with Female Genital Mutilation: A Systematic Review." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 136(S1):56–59.
- Agyapong, Belinda, Reham Shalaby, Ejemai Eboreime, Gloria Obuobi-Donkor, Ernest Owusu, Medard K. Adu, Wanying Mao, Folajinmi Oluwasina, Vincent I. O Agyapong, and Vincent I. O. 2022. "Cumulative Trauma from Multiple Natural Disasters Increases Mental Health Burden on Residents of Fort McMurray." *European Journal of Psychotraumatology* 13(1).
- American Psychiatric Association. 2013. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders." *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
- Van Ameringen, Michael, Catherine Mancini, Beth Patterson, and Michael H. Boyle. 2008. "Post-Traumatic Stress Disorder in Canada." *CNS Neuroscience & Therapeutics* 14(3):171–81.
- Anon. n.d. "Afet Raporları." Retrieved August 29, 2023 (<https://www.afad.gov.tr/afet-raporlari>).
- BAYRAKDAR, Cihan, Onur HALİS, Ergin CANPOLAT, Mehmet Fatih DÖKER, and Ferhat KESERCİ. 2023. "6 Şubat 2023 Kahramanmaraş-Ekinözü Depremi (Mw 7.6) İle İlişkili Çardak Fayı Yüzey Kırığının Tektonik Jeomorfolojisi." *Türk Coğrafya Dergisi* (83):7–22.
- Bilici, Rabia, Evren Tufan, Levent Turhan, Görkem Karakaş Uğurlu, Serap Tan, and Turgay Kaşan. 2013. "Klinik Araştırma Deprem Sonrasında Bireylerin Anksiyete Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler: Elazığ Merkezli Bir Ön Çalışma." *Fırat Tıp Dergisi* 18(1):15–19.
- Büyükbayram, Ayşe, Olcay Çam, and Emel Öztürk Turgut. 2016. "Travma Sonrasında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yaklaşımı." *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 19(3):3.

- Carmassi, Claudia, Liliana Dell’Osso, Corrado Manni, Valentina Candini, Jessica Dagani, Laura Iozzino, Karestan C. Koenen, and Giovanni de Girolamo. 2014. “Frequency of Trauma Exposure and Post-Traumatic Stress Disorder in Italy: Analysis from the World Mental Health Survey Initiative.” *Journal of Psychiatric Research* 59:77–84.
- Chen, Shuquan, Rohini Bagrodia, Charlotte C. Pfeffer, Laura Meli, and George A. Bonanno. 2020. “Anxiety and Resilience in the Face of Natural Disasters Associated with Climate Change: A Review and Methodological Critique.” *Journal of Anxiety Disorders* 76.
- Dai, Wenjie, Long Chen, Zhiwei Lai, Yan Li, Jieru Wang, and Aizhong Liu. 2016. “The Incidence of Post-Traumatic Stress Disorder among Survivors after Earthquakes: A Systematic Review and Meta-Analysis.” *BMC Psychiatry* 16(1):1–11.
- Ferry, Finola, Brendan Bunting, Samuel Murphy, Siobhan O’Neill, Dan Stein, and Karestan Koenen. 2014. “Traumatic Events and Their Relative PTSD Burden in Northern Ireland: A Consideration of the Impact of the ‘Troubles.’” *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 49(3):435–46.
- Goldstein, Risë B., Sharon M. Smith, S. Patricia Chou, Tulshi D. Saha, Jeesun Jung, Haitao Zhang, Roger P. Pickering, W. June Ruan, Boji Huang, and Bridget F. Grant. 2016. “The Epidemiology of DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III.” *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 51(8):1137–48.
- Gör Yasemin Özyer, Öğr, and Öğr Gör Samet Dinçer. 2020. “Afetlerde Hemşirelerin Psikolojik İlk Yardım Rollerini.” *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi* (7):198–206.
- GRINAGE, BRADLEY D. 2003. “Diagnosis and Management of Post-Traumatic Stress Disorder.” *American Family Physician* 68(12):2401–9.
- Javidi, H., and M. Yadollahie. 2012. “Post-Traumatic Stress Disorder.” *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine* 50(02):50-0917-50–0917.
- Kawakami, N., M. Tsuchiya, ... M. Umeda-Journal of psychiatric, and undefined 2014. n.d. “Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Japan: Results from the World Mental Health Japan Survey.” *Elsevier*.
- Kessler, Ronald C., Patricia Berglund, Olga Demler, Robert Jin, Kathleen R. Merikangas, and Ellen E. Walters. 2005. “Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication.” *Archives of General Psychiatry* 62(6):593–602.

- Kessler, Ronald C., Sherri Rose, Karestan C. Koenen, Elie G. Karam, Paul E. Stang, Dan J. Stein, Steven G. Heeringa, Eric D. Hill, Israel Liberzon, Katie A. McLaughlin, Samuel A. McLean, Beth E. Pennell, Maria Petukhova, Anthony J. Rosellini, Ayelet M. Ruscio, Victoria Shahly, Arie Y. Shalev, Derrick Silove, Alan M. Zaslavsky, Matthias C. Angermeyer, Evelyn J. Bromet, José Miguel Caldas De Almeida, Giovanni De Girolamo, Peter De Jonge, Koen Demyttenaere, Silvia E. Florescu, Oye Gureje, Josep Maria Haro, Hristo Hinkov, Norito Kawakami, Viviane Kovess-Masfety, Sing Lee, Maria Elena Medina-Mora, Samuel D. Murphy, Fernando Navarro-Mateu, Marina Piazza, Jose Posada-Villa, Kate Scott, Yolanda Torres, and Maria Carmen Viana. 2014. "How Well Can Post-Traumatic Stress Disorder Be Predicted from Pre-Trauma Risk Factors? An Exploratory Study in the WHO World Mental Health Surveys." *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)* 13(3):265–74.
- Kessler, Ronald C., and Philip S. Wang. 2008. "The Descriptive Epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States." *Annual Review of Public Health* 29:115–29.
- van der Kolk, Bessel A. 1987. "The Drug Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder." *Journal of Affective Disorders* 13(2):203–13.
- Van Der Kolk, Bessel A., David Pelcovitz, Susan Roth, Francine S. Mandel, Alexander McFarlane, and Judith L. Herman. 1996. "Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation of Trauma." *The American Journal of Psychiatry* 153(7 Suppl):83–93.
- Kuo, Chian Jue, Hwa Sheng Tang, Chang Jer Tsay, Shi Kwang Lin, Wei Herng Hu, and Chiao Chicy Chen. 2003. "Prevalence of Psychiatric Disorders among Bereaved Survivors of a Disastrous Earthquake in Taiwan." *Psychiatric Services* 54(2):249–51.
- Lamond, Jessica Elizabeth, Rotimi D. Joseph, and David G. Proverbs. n.d. "An Exploration of Factors Affecting the Long Term Psychological Impact and Deterioration of Mental Health in Flooded Households."
- Li, Yuwei, Qiuyue Lv, Bin Li, Dan Luo, Xueli Sun, and Jiajun Xu. 2020. "The Role of Trauma Experiences, Personality Traits, and Genotype in Maintaining Posttraumatic Stress Disorder Symptoms among Child Survivors of the Wenchuan Earthquake." *BMC Psychiatry* 20(1):1–11.
- Livanou, M., Og B. Lu, I. M. Marks, P. De Silva, H. Noshirvani, K. Lovell, and □□□ S Thrasher. 2002. "Beliefs, Sense of Control and Treatment Outcome in Post-Traumatic Stress Disorder." *Cambridge.OrgM Livanou, M Bao\$GLu, IM Marks, P De Silva, H Noshirvani, K Lovell, S ThrasherPsychological Medicine, 2002•cambridge.Org* 32:157–65.

- Moyet-Carpenito L.J. 2012. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. 3.Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Mustikasari, Anggi Pratiwi, Achir Yani Syuhaimie Hamid, and Harif Fadhillah. 2018. "Effectiveness of Psychological Adaptation Model of Mental Health Nursing for Nurse Survivors Experiencing Post-Earthquake Disaster Post-Traumatic Stress Syndrome." *Enfermería Clínica* 28:289–94.
- Oflaz, Fahriye, Sevgi Hatipoğlu, and Hamdullah Aydın. 2008. "Effectiveness of Psychoeducation Intervention on Post-Traumatic Stress Disorder and Coping Styles of Earthquake Survivors." *Journal of Clinical Nursing* 17(5):677–87.
- Oflaz, Fahriye, Celale T. Özcan, Sevinç Taştan, Hatice Çiçek, Özlem Aslan, and Huriye Vural. n.d. "Hemşirelerin Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerini Tanıma Durumları Nurses' Recognition of Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms."
- Olaya, B., J. Alonso, L. Atwoli, ... RC Kessler-Epidemiology and, and undefined 2015. n.d. "Association between Traumatic Events and Post-Traumatic Stress Disorder: Results from the ESEMeD-Spain Study." *Cambridge.OrgB Olaya, J Alonso, L Atwoli, RC Kessler, G Vilagut, JM HaroEpidemiology and Psychiatric Sciences, 2015•cambridge.Org*.
- Öztürk, M., Uluşahin, A. 2015. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 13. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Page, Robert A., John A. Blume, and William B. Joyner. 1975. "Earthquake Shaking and Damage to Buildings." *Science* 189(4203):601–8.
- Phillips, Kristin M., Blanche Freund, Joanne Fordiani, Rachel Kuhn, and Gail Ironson. 2009. "EMDR Treatment of Past Domestic Violence: A Clinical Vignette." *Journal of EMDR Practice and Research* 3(3):192–97.
- Salleh, Mohd Razali. 2008. "Life Event, Stress and Illness." *The Malaysian Journal of Medical Sciences : MJMS* 15(4):9.
- SÖNMEZ, Doğançan, and Cicek HOCAOĞLU. 2023. "Post-Traumatic Stress Disorder After Natural Disasters: A Review." *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 25(2):103–14.
- Tahernejad, Somayeh, Sina Ghaffari, Antonio Ariza-Montes, Ulrich Wesemann, Hojjat Farahmandnia, and Ali Sahebi. 2023. "Post-Traumatic Stress Disorder in Medical Workers Involved in Earthquake Response: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Heliyon* 9:e12794.
- TEKE, Esra, and Selahattin AVŞAROĞLU. 2021. "Türkiye’de Travma Sonrası Stres ve Büyüme Konusunda Gerçekleştirilmiş Olan Çalışmaların İncelenmesi." *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*.

- Tirma, A. R. A. Ş., Elshad S. Mehdiyev, Cemil Çelik, and Barbaros Özdemir. 2009. "Karaba ğ Sava ş ı Örnekleminde Travma Sonras ı Stres Bozuklu ğ u ve Alkol Kullan ı m Bozukluklar ı Birlikteli ğ i." (18):212–15.
- Tural, Umit, Bülent Coşkun, Emin Onder, Aytül Corapçıoğlu, Mustafa Yıldız, Coşkun Kesepara, Işık Karakaya, Mustafa Aydın, Ayla Erol, Fuat Torun, and Gaye Aybar. 2004. "Psychological Consequences of the 1999 Earthquake in Turkey." *Journal of Traumatic Stress* 17(6):451–59.
- Varcarolis EM, Halter MJ. 2010. *Trauma Interventions. Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. 6th Editio. Copyright 2010.
- Wang, X., L. Gao, N. Shinfuku, H. Zhang, C. Zhao, and Y. Shen. 2000. "Longitudinal Study of Earthquake-Related PTSD in a Randomly Selected Community Sample in North China." *American Journal of Psychiatry* 157(8):1260–66.
- Weems, Carl F. 2019. "The Importance of the Post-Disaster Context in Fostering Human Resilience." *The Lancet Planetary Health* 3(2):e53–54.
- Xie, Zongtang, Jiuping Xu, and Zhibin Wu. 2017. "Mental Health Problems among Survivors in Hard-Hit Areas of the 5.12 Wenchuan and 4.20 Lushan Earthquakes." [Http://Dx.Doi.Org/10.1080/09638237.2016.1276525](http://Dx.Doi.Org/10.1080/09638237.2016.1276525) 26(1):43–49.
- Yehuda, Rachel, Charles W. Hoge, Alexander C. McFarlane, Eric Vermetten, Ruth A. Lanius, Caroline M. Nievergelt, Stevan E. Hobfoll, Karestan C. Koenen, Thomas C. Neylan, and Steven E. Hyman. 2015. "Post-Traumatic Stress Disorder." *Nature Reviews Disease Primers* 1(October):1–22.
- Yeo, Jungwon, and Louise K. Comfort. 2017. "An Expected Event, but Unprecedented Damage: Structure and Gaps of Large-Scale Response Coordination of the 2011 Thailand Floods." *Disaster Prevention and Management* 26(4):458–70.
- YORULMAZ, Deniz Sümeyye, and Havva KARADENİZ. 2021. "Afetlerin Mental Sağlığa Etkileri." *Doğal Afetler ve Çevre Dergisi* 7(2):392–98.
- Zhang, Zhen, Zhanbiao Shi, Li Wang, and Mingxin Liu. 2011. "Post-Traumatic Stress Disorder, Anxiety and Depression among the Elderly: A Survey of the Hard-Hit Areas a Year after the Wenchuan Earthquake."
- Zhen, Yan, Zhi quan Huang, Jing Jin, Xiao yan Deng, Li ping Zhang, and Jian guang Wang. 2012. "Posttraumatic Stress Disorder of Red Cross Nurses in the Aftermath of the 2008 Wenchuan China Earthquake." *Archives of Psychiatric Nursing* 26(1):63–70.



BÖLÜM 8

DİYABETİK AYAK YARASI GELİŞEN HASTALARDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Halise ÇİNAR¹
Deniz Ezgi BİTEK²

Diabetes Mellitus (DM), insülin hormonunun yetersiz gelmesi, hiç olmaması veya azlığı sonucu oluşan hiperglisemi, glikozüri ve bunlarla birlikte çok fazla klinik ve biyokimyasal bulgu ile seyreden tüm dünyada hızla artan görülme sıklığı ve meydana getirdiği sorunlar nedeniyle ciddi sağlık problemlerine neden olan bir sağlık sorunudur (Canpolat ve Çıtlak Sarıtaş 2022; Çolak vd. 2020; Olgun vd. 2011).

Diabetes Mellitusun Sınıflandırması

Dişabet ile ilgili sınıflamalar ilk kez 1979 yılında Amerikan Ulusal Dişabet Veri Grubu (NDDG) tarafından yapıldı. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1985 yılında dişabetin geniş bir sınıflamasını yaptı. Sonrasında Amerikan Dişabet Birliğı, American Diabetes Association (ADA) ve Avrupa Dişabet Politikası Belirleme Grubu; European Diabetes Policy Group (EDPG) tarafından tanı kriterleri tekrar ele alınarak yeni dişabet sınıflaması için öneriler sunuldu. Günümüzde 1998 yılında DSÖ tarafından oluşturulan sınıflama kullanılmaktadır. Dişabet tek bir faktörün rol oynadığı bir hastalık olmayıp, klinik ve genetik açıdan heterojen olan bir dizi hastalığı bir araya getirdiğı görüşü giderek kabul görmektedir (Olgun vd. 2011). DM; Tip 1, Tip 2 ve Diğer tipler olmak üzere 3 grupta ele alınır. Hem Tip 1 hem Tip 2 dişabetin görülme sıklığında coğrafi ve etnik farklılıklar bulunmakta, çevresel ve genetik faktörlerin etkisinin de önemi üzerinde durulmaktadır (Olgun vd. 2011; Petersmann vd. 2019). Sınıflandırma

¹ Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Söke sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
ORCID: 0000-0002-6271-8021

² Kırklareli Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
ORCID: 0000-0002-9006-1186

tedaviyi belirlemek için önemlidir, ancak bazı kişiler tanı anında tip 1 veya tip 2 diyabet olarak sınıflandırılmaz. Tip 2 diyabetin yalnızca yetişkinlerde ve tip 1 diyabetin yalnızca çocuklarda görüldüğüne dair bilgiler günümüzde doğru kabul edilmemektedir. Her iki hastalık hem çocuklarda hem de yetişkinlerde görülmektedir. Tip 1 diyabetli çocukların yaklaşık üçte biri diyabetik ketoasidoz ve tipik olarak poliüri/polidipsi vb. gibi belirgin semptomlar ile başvurur (Dabelea vd. 2014). Başlangıçta her yaş grubunda diyabet tipini ayırt etmede güçlükler ortaya çıksa da, zamanla gerçek tanı daha da belirgin hale gelir (American Diabetes Association 2019). Diğer sendrom ve durumlarla ilgili diyabet grubuna ise Tip 1 ve Tip 2 diyabet ile ilişkisi olmayan ve nedenleri bilinen diyabet tipleri girmektedir (American Diabetes Association 2019).

Diyabette, pankreasın yetersiz insülin üretmesi veya üretilen insülini vücudun etkin olarak kullanamamasına bağlı olarak diyabetik ayağı da içeren birçok komplikasyon gelişir (Ayhan ve Özgürsoy Uran 2023). DM tanısı alan hastaların tanı sonrası hayatları boyunca %12-15 oranında ayak ülseri ile karşılaşma riskleri vardır (Batın vd. 2020).

Diabetes Mellitusun Tanı Kriterleri

Ölçülen değişken venöz plazma glukozu:

- Ara sıra ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l) plazma glukoz değeri,
- Açlık plazma glukozu ≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l) (açlık süresi 8–12 saat),
- Venöz plazmada OGTT 2 saatlik değeri ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l)

Ölçülen değişken HbA1c:

- HbA1c $\geq 6,5$ (≥ 48 mmol/mol Hb) (Petersmann vd. 2019).

Diabetes Mellitusun Yönetimi

Diyabetin tedavi hedeflerinde ilk yapılması gereken diyabet tanısı almış olan hastanın kişisel yönetimini sağlayarak hasta için uygun olan kan glikoz seviyesine ulaşmak, diyabete bağlı gelişen belirtileri gidermek, komplikasyonların ortaya çıkmasını, ilerlemesini önlemek/geciktirmek ve hastanın yaşam kalitesini artırarak yaşam süresini uzatmaktır. Başarılı bir diyabet yönetimi için;

- Diyet programı
- Egzersiz programı
- Bireysel izlem
- İlaç tedavisine uyum

- Eğitimin koordinasyonu ve sentezi çok önemlidir (Erkan 2008; Olgun vd. 2011).

Diabetes Mellitusun Komplikasyonları

Hastaların kan glikoz seviyelerinin kontrolsüz olması, akut veya kronik komplikasyonlara neden olabilir (Olgun vd. 2011).

Akut komplikasyonlar	Kronik Komplikasyonlar
Hipoglisemi	Makrovasküler Hastalıklar
Hiperglisemi	• Koroner arter hastalığı (KAH)
Diabetik Ketoasidoz (DKA)	• İskemik kalp hastalığı (İKH)
Hiperglisemik Hiperozmolar Nonketotik Koma (HHNK)	• Miyokard infarktüsü (MI)
	• Periferik arterlerde periferik arter hastalığı (PAH)
	• Serebrovasküler hastalık (SVO)
	• Ateroskleroz
	Mikrovasküler Hastalıklar
	• Diyabetik retinopati
	• Diyabetik nefropati
	• Diyabetik nöropati
	• Diyabetik ayak

Diyabetik Ayak

Diyabetik ayak, alt ekstermitelerde sinir hasarı veya periferik damar tıkanıklığı sonucunda ortaya çıkan enfeksiyon ülser veya derin dokularda görülen harabiyettir (Olgun vd. 2011). Mikrovasküler bir komplikasyon olan diyabetik ayak ülserleri, morbidite ve mortalitede önemli bir artışla ilişkilidir. Diyabetik ayak ülserleri, nöropati, periferik arter hastalıkları, ayak deformiteleri ve enfeksiyonların karmaşık bir karışımıdır (Pitocco vd. 2019). Diyabetik hastaların hastaneye yatışlarındaki en önemli nedenlerden biri olan diyabetik ayak, diyabetik hastaların yaşamları boyunca karşılaşma oranı %15-25 olarak belirtilmektedir (Çolak vd. 2020).

Diyabetik Ayak Fiziopatoloji

Diyabetik ayak fiziopatolojisi üç şekilde oluşur, periferik nöropati, vasküler patoloji ve her iki tablonun birlikte olması. Periferik nöropati sonucu görülen ayakta duyu kaybına bağlı gelişen ayak ülserleri;

1. Travmatik (mekanik,kimyasal,termal); Duymayan ayak, çarpma, yanma, kimyasal ürüne maruz kalma gibi nedenlerle yaralanabilir.
2. Basınç -Stress'e Bağlı; Vücut ağırlığı normal ayakta eşit dağılır fakat nöropatik ayakta belirli noktalara aşırı yük vardır.

Vasküler patoloji sonucu ise;

1. Periferik Damar Tıkanıklığı (Tibialis Posterior,Dorsalis Pedis),
2. Makro Düzeyde Damar Tıkanıklığı gelişir (Yüksel 2020).

Diyabetik Ayakta Risk Faktörleri

- Hastanın yaşı
- Önceki ülserasyon(lar)
- Sensörimotor diyabetik polinöropati

Epidemiyolojik verilere göre diyabetik ayak sendromu vakalarının yaklaşık %50'sinden yalnızca nöropati sorumludur (Volmer-Thole ve Lobmann 2016). Periferik arteriyel tıkanıcı hastalık (PAOH) tek başına vakaların sadece %15'inden sorumludur, oysa %35'inde ayak ülserleri hem nöropati hem de anjiyopatinin bir kombinasyonu olarak gelişir (Boulton 2008). İskemik ve nöropatik distrofik doku enfeksiyonlara ve yaralanmalara karşı hassastır. Tetikleyici faktörler genellikle ayakkabı veya beyin sarsıntısı hasarından kaynaklanan sıradan cilt yaralanmalarıdır. Aynı şey, çıplak ayakla yürümek veya tırnak kesmekten kaynaklanan genellikle zararsız cilt hasarları için de geçerlidir. Özellikle görme yeteneği azalmış ve/veya retinopatisi olan yaşlı kişiler risk altındadır (Volmer-Thole ve Lobmann 2016).

Diyabetik Ayak Yarasının Ölçümü ve Değerlendirilmesi

Diyabetik ayak yarasının ölçümü ve değerlendirilmesinde; yarayla ilgili izlemlerde karşılaştırmak için, yaranın boyutu, yara kenarı, lokalizasyonu, yara yatağının özelliği vb. gibi göstergelerin ele alınmasının yanı sıra; diyabetik ayak yarasında dışarıdan gözlemlenemeyen yaranın tutulumun derinliğinin, ayaktaki kanlanmanın olup olmadığı, enfeksiyon ve hastanın nöropatisinin olması vb. gibi göstergeler dikkate alarak hazırlan rehber niteliğinde sınıflamalar vardır (Toklu 2015). Uluslararası kabul görmüş birçok sınıflandırma vardır. Bunlardan bazıları Wagner sınıflandırması, UTSA sınıflandırması, PEDIS

sınıflandırmasıdır. Wagner tarafından tanımlanmış olan sınıflandırma en sık kullanılan sınıflandırmadır (Wagner 1981).

Şekil 1: Wagner Sınıflandırması;

Grade	Lezyon
0	Yara yok, kallus, deformeite, duyu kusuru gibi risk faktörleri mevcut
1	Cilt altı yağ dokusuna ilerlemeyen yüzeysel yara mevcut
2	Tendon ve eklem kapsülünü etkilemiş derin yara mevcut
3	Kemik tutulumu da olan, abse ve tendon kılıfı enfeksiyonu da eşlik edebilen derin yara
4	Topuk, ayakların ön kısmında lokal gangren
5	Tüm ayağı tutan gangren

Kaynak: https://dergi.totbid.org.tr/uploads/pdf_847.pdf



<https://www.klimik.org.tr/wp-content/uploads/2016/05/Diyabetik-Ayakta-Hiperbarik-Oksijen-Tedavisi-G%C3%BCncel-Kan%C4%B1tlar-Mesut-Mutlu%C4%9Flu.pdf>

Şekil 2: UTSA Sınıflandırması

Stage	Grade			
	0	I	II	III
A	Yara açılma öncesi ve sonrası, epitelize lezyonlar	Tendon, kapsül ve kemigi etkilemeyen yara	Tendon ve kapsüle penetre olmuş yara	Kemik ve eklem penetre olmuş yara
B	Enfekte	Enfekte	Enfekte	Enfekte
C	İskemik	İskemik	İskemik	İskemik
D	Enfekte ve iskemik	Enfekte ve iskemik	Enfekte ve iskemik	Enfekte ve iskemik

Kaynak: https://dergi.totbid.org.tr/uploads/pdf_847.pdf

Şekil 3: PEDIS Sınıflandırması

	Grade			
	1	2	3	4
Perfüzyon	Normal	Kritik olmayan iskemî	Kritik uzuv iskemîsi	
Genişlik/boyut				
Derinlik/doku kaybı	Tam kat (<i>full thickness</i>)	Derin	Kemik/eklem tutulumu	
Enfeksiyon	Yok	Hafif	Orta/ciddi	Sistemik inflamatuvar yanıt sendromu
Duyu	Tam	Koruyucu his kaybı		

Kaynak: https://dergi.totbid.org.tr/uploads/pdf_847.pdf

Diyabetik Ayak Tedavisi

Diyabetik ayak ülserlerinin tedavisi, çeşitli tıbbi alanların disiplinler arası işbirliğini ve tıp ile bakım/asistan meslekler arasında aktif alışverişi gerektirir (Volmer-Thole ve Lobmann 2016). Diyabetik polinöropati ve/veya anjiyopatisi olan hastalarda, artan plantar basınç ile hücrel yara iyileşmesinin bozulması gibi sistemik bir faktörün kombinasyonu, kronik ayak lezyonlarına yol açar (Volmer-Thole ve Lobmann 2016). Tip 2 diyabetin olası tüm komplikasyonları arasında diyabetik ayak, hastaneye kaldırılmanın önde gelen nedenidir. Tüm diyabet hastaları arasında yaşam boyu diyabetik ayak ülseri gelişme riski %25'tir ve çoğunluğunun ilk tanıdan sonraki dört yıl içinde amputasyona ihtiyaç duyması muhtemeldir (Van Battum vd. 2011).

Diyabetik Ayak Yarası Gelişen Hastalarda Hemşirelik Bakımı

Diyabetik ayak, diyabetli hastaların yaşamlarını olumsuz etkileyebilen bir komplikasyon olması nedeni ile yaşam kalitelerini de olumsuz yönde etkilemektedir. Dolayısıyla diyabetik ayak tanısı olan hastaların yaşam kalitelerinin yükseltilmesi bakımın temel amaçlarından biridir (Toygar vd. 2020).

Diyabetik ayakta oluşan bir yaranın iyileşebilmesi için hastanın kan glikoz seviyesinin ve beden kitle indeksinin istenilen aralıkta olması önemlidir (Erkan 2008). Bunlara ek olarak diyabetik ayak tanılı hasta ve ailesine kendi kendine ayak muayenesi, ayak bakımı, tırnak bakımı, günlük yaşam aktiviteleri ve uygun ayakkabı seçimi vb. gibi konularda eğitim verilmelidir (Erkan 2008; Görgülü, Çiftçi, ve Polat 2022).

Kendi kendine ayak muayenesi: Hastalar her iki ayağını her gün ayak derisinin özelliği (nem, kuruluk vb. gibi), yara (varsa eski yaralarda meydana gelen değişiklik açısından yada yeni oluşan yara varlığı açısından), kesik, çizik açısından kontrol edilmeli, ayak tırnaklarında kalınlaşma renk değişikliği, ısı kontrolü, his kaybı ve batma kontrolü yapmalı, ayakları her gün ılık su ile yıkayıp kurulamalı (parmak araları tek tek kurulanmalı), ayakkabıyı giymeden önce içinde yabancı bir cisim olabileceğinden kontrolünü sağlamalı, çıplak ayakla dolaşmamaya özen göstermeli ve bilekleri sıkmayan, lastiksiz ve pamuk/yün çoraplar giymelidir (Erkan 2008; Görgülü vd. 2022).

Ayak bakımı: Hastalar günlük olarak ayaklarını ılık su yardımı ile yıkamalıdır. Yıkadıktan sonra ayakları kurulamalı özellikle parmak aralarını ayrı ayrı kurulaması konusunda bilgilendirme yapılmalıdır. Ayaklarını nasır veya sertlik açısından gözlemlemeli ve pençeleşmeye karşı masaj yaparak nemli kalması için kremlerle (Erkan 2008; Görgülü vd. 2022). Ayağa nasır yakısı, flaster bant, pansuman uygulanmamalı, pamuk ya da yün çorap tercih edilmelidir (Birol 2004).

Tırnak Bakımı: Hastaya özgü bir tırnak makasıyla tırnaklar düz bir şekilde kesilmeli ve tırnağın yan bölgelerinden alınmamalıdır. Tırnak batmasına neden olmamak için tırnaklar derin kesilmemelidir. Hastaların görme problemi varsa yakınlarından destek alması konusunda hastalara bilgi verilmelidir.

Ayakkabı Seçimi: Diyabetli hastaların ayakkabı seçimleri oldukça önemlidir. Seçilen ayakkabı ayakkabılar ayağa uygun olmalı ve sıkı olmamalı, hastaların ayağını tam kavramalıdır. Yeni alınan bir ayakkabı günde 2 saatten fazla giyilmemelidir. Yüksek topuklu ve ucu sivri ayakkabılar giyilmemelidir.

Günlük Yaşam Aktiviteleri: Hastalarda nöropati gelişebileceğinden çorapsız yürümeye bağlı yaralanmalar ile karşılaşılabilir. Bu yüzden hastaların günlük hayatta çorap giymeleri gerekmektedir. Hastalara uzun yürüyüş yapmamaları, ayakkabı tabanlığı kullanıyorsa belli aralıklarla bunları değiştirmeleri gerektiği konusunda bilgilendirme yapılmalıdır (Birol 2004; Erkan 2008; Görgülü vd. 2022).

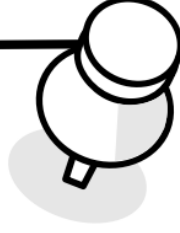
Diyabetli Hastanın Dikkat Etmesi Gereken Noktalar

- Yanık ve donmalara karşı hastalara kendilerini korumaları konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.
- His kayıpları nedeni ile ateşe yaklaşırken dikkat etmeleri gerektiği ve sıcak termofor kullanmamaları gerektiği konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.
- Sigara kullanmaması gerektiği anlatılmalıdır.
- Özellikle periferik damar hastalıkları bulunan hastaların ayak egzersizleri yapmaları konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.
- Hastalara ayaklarında oluşan değişiklikleri kontrol etmesi ve olumsuz bir bulgu ile karşılaştıklarında zaman kaybetmeden doktoruna başvurması gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir (Birol 2004).

KAYNAKLAR

- American Diabetes Association. 2019. “2 . Classi fi cation and Diagnosis of Diabetes : Standards of Medical Care in Diabetes d 2019”. *Medical Care in Diabetes* 42(1):13–28. doi: 10.2337/dc19-S002.
- Ayhan, Ayşe, ve Berna Nilgün Özgürsoy Uran. 2023. “Diyabetik Ayakta Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Kullanımı : Literatürün Gözden Geçirilmesi”. 8(1):167–75.
- Batın, Sabri, Kaan Gürbüz, Yakup Ekinci, ve İlhami Çelik. 2020. “Diyabetik Ayak Enfeksiyonlarının Tedavisine Dair Şehir Hastanesi Modelinde Klinik Sonuçlarımız: Diyabetik Yara Servisi’nde Multidisipliner Yaklaşım”. *Journal of Anatolian Medical Research* 5(2):5–10.
- Van Battum, P., N. Schaper, L. Prompers, J. Apelqvist, E. Jude, A. Piaggese, K. Bakker, M. Edmonds, P. Holstein, A. Jirkovska, D. Mauricio, G. Ragnarson Tennvall, H. Reike, M. Spraul, L. Uccioli, V. Urbancic, K. Van Acker, J. Van Baal, I. Ferreira, ve M. Huijberts. 2011. “Differences in minor amputation rate in diabetic foot disease throughout Europe are in part explained by differences in disease severity at presentation”. *Diabetic Medicine* 28:199–205. doi: 10.1111/j.1464-5491.2010.03192.x.
- Birol, Leman. 2004. “Pankreas Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı”. Ss. 707–25 içinde *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, editör N. Akdemir ve L. Birol. Ankara.
- Boulton, Andrew J. M. 2008. “The diabetic foot: grand overview, epidemiology and pathogenesis”. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews* 24(1):3–6. doi: 10.1002/dmrr.
- Canpolat, Muhammed, ve Seyhan Çıtlak Sarıtaş. 2022. “Diyabetik Ayak Gelişen Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi”. 15(3):275–83.
- Çolak, Bayram, Ramazan Duran, Furkan Necmettin Can, Serdar Yormaz, Abdul Wali Zaland, Ersagun Taşdelen, Nur Dilara Sarıhan, Mehtap Arslan, Merve Nur Öztürk, Anıl Furkan Akbaş, Ayşe Nur Aslan, Onur Elagöz, Barış Lök, Yasemin Özşen, Ceren Ersoy, Kamile Marakoğlu, ve Mustafa Şahin. 2020. “Diyabet Hastalarının Diyabetik Ayak Ülseri Hakkında Bilgi Düzeylerinin ve Ayak Bakımı Uygulamalarının Değerlendirilmesi”. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi* 1:22–29. doi: 10.25048/tudod.628593.
- Dabelea, Dana, Arleta Rewers, Jenette M. Stafford, Jeanette M. Stafford, Debra A. Standiford, Jean M. Lawrence, Sharon Saydah, Giuseppina Imperatore, Ralph B. D’Agostino Jr, Elizabeth J. Mayer-Davis, ve Catherine Pihoker. 2014. “Trends in the Prevalence of Ketoacidosis at Diabetes Diagnosis : The SEARCH for Diabetes in Youth Study”. *Pediatrics* 133(4):938–45. doi: 10.1542/peds.2013-2795.

- Erkan, Canan. 2008. “Diyabetik Ayak Yarasında Hemşirelik Bakımı”. Ss. 95–100 içinde *Yara Bakımı ve Tedavisi*, editör Ş. Kartal Erdost ve O. Çetinkale. İstanbul.
- Görgülü, Ümit, Selin Çiftçi, ve Ülkü Polat. 2022. “Diyabetik Nöropatinin Yönetiminde Güncel Tedavi Yaklaşımları ve Hemşirelik Bakımı”. *Sağlık Bilimlerinde Değer* 12(3):560–65.
- Olgun, Nermin, Fatma Eti Aslan, Gülhan Coşansu, ve Selda Çelik. 2011. “Diabetes Mellitus”. Ss. 817–56 içinde *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, editör A. Karadakovan ve F. Eti Aslan. Adana: Nobel Kitabevi.
- Petersmann, Astrid, Dirk Müller-Wieland, Ulrich A. Müller, Rüdiger Landgraf, Matthias Nauck, Guido Freckmann, Lutz Heinemann, ve Erwin Schleicher. 2019. “Definition , Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus”. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 127(1):1–7.
- Pitocco, D., T. Spanu, M. Di Leo, R. Vitiello, A. Rizzi, L. Tartaglione, B. Fiori, S. Caputo, G. Tinelli, F. Zaccardi, A. Flex, M. Galli, A. Pontecorvi, ve M. Sanguinetti. 2019. “Diabetic foot infections: A comprehensive overview”. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* 23(2):26–37. doi: 10.26355/EURREV_201904_17471.
- Toklu, Akın Savaş. 2015. “Diyabetik ayak yaralarında ölçme, değerlendirme, sınıflama”. *TOTBID Dergisi* 14:355–62. doi: 10.14292/totbid.dergisi.2015.54.
- Toygar, İsmail, Sadık Hançerlioğlu, Ilgın Yıldırım Şimşir, ve Şevki Çetinkalp. 2020. “Diyabetik ayak hastalarının yaşam kalitesi ve etkileyen faktörler”. *Ege Tıp Dergisi* 59(4):272–79. doi: 10.19161/etd.834143.
- Volmer-Thole, Maren, ve Ralf Lobmann. 2016. “Neuropathy and diabetic foot syndrome”. *International Journal of Molecular Sciences* 17(917):2–11. doi: 10.3390/ijms17060917.
- Wagner, Jr. F. W. 1981. “The dysvascular foot: a system for diagnosis and treatment”. *Foot & ankle*, 2(2):64–122.
- Yüksel, Ayşe. 2020. “Diyabetik Ayak Yarasından Korunma”. Ss. 101–5 içinde *Yara Bakımı ve Tedavisi*, editör Ş. Kartal Erdost ve O. Çetinkale. İstanbul.



BÖLÜM 9

YARA BAKIMINDA FOTOĞRAF TEKNIĞİ

KULLANIM İLKELERİ

Öğr. Gör. Dr. Nurcan BOYACIOĞLU¹

Günümüzde dermatoloji, cerrahi tıp bilimleri, yara bakım üniteleri ve adli tıp gibi görsel yönelimli alanlar tıbbi fotoğrafçılığın etkin kullanıldığı bölümlerdir (Demir Karabulut ve Yıldırım, 2020). Tıbbi fotoğrafçılık tıbbi durumların değerlendirilmesinde, tedavi kararlarının alınmasında ve tedavinin seyrinin izlenmesinde kullanılmasının yanı sıra eğitim, araştırma ve yayın amacıyla da geçmişten günümüze kullanılmaktadır (Demir Karabulut ve Yıldırım, 2020; Güler ve Akça, 2017; Sheridan, 2013). Ayrıca fotoğraflar yasal değerlendirme sürecinde de istenebilmektedir (Institute of Medical Illustrators (IMI), 2022; Sheridan, 2013). Geçmiş zamanlarda hastanelerin bünyesinde tıbbi fotoğrafhane ve tıbbi fotoğrafçılar bulunurken, günümüzde dijital teknolojinin gelişmesiyle birlikte tıbbi fotoğrafhaneler yerini dijital fotoğraf makineleri ve akıllı cep telefonlarına bırakmıştır. Bu teknolojik ilerlemeler sağlık çalışanları için fotoğraf çekme işlemini daha cazip ve daha kolay hale getirmiş, tıbbi fotoğrafçılık kavramına yeni bir anlam kazandırmıştır (Demir Karabulut ve Yıldırım, 2020). Tıbbi literatürde birçok sağlık disiplini fotoğraf tekniği ile hastalarının takibini yapmaktadır. Ancak sağlık profesyonellerinin çoğunun tıbbi fotoğrafçılık konusunda gerekli eğitimleri almamış olması fotoğraf tekniğinin etkin kullanılamamasına neden olabilmektedir. Bu bölümde derlenen bilgilerin sağlık profesyonellerine özellikle de yara bakımı hizmeti sunan sağlık ekibine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

YARA BAKIMINDA FOTOĞRAF KULLANIMI

Yara değerlendirmesi; klinisyenlerin, hastaların ve bakıcıların yaranın iyileşme aşamalarını izlemelerine ve komplikasyonların varlığını tespit

¹ Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Söke Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
ORCID: 0000-0003-1852-4796

etmelerine, tedavinin etkinliğini değerlendirmelerine olanak tanıyan önemli bir süreçtir. Yaranın bu gözlemleri, uygun bir yara bakımı rejiminin seçilmesi de dahil olmak üzere tedavi seçenekleri ve klinik kararlar için temel oluşturur (Baranoski ve Ayello, 2012; Mohafez, Ahmad, Roohi, Hadiizadeh, 2016; Northamptonshire Healtycare (NHS), 2017). Bu değerlendirme ve takip aşamasında yaranın fotoğraflanması da yaranın takibi, sonuçların gözle görülür olması bakımından hasta ve ailesi için memnuniyet verici olmaktadır. Fotoğraf ile yaranın kayıt altına alınması tedavinin etkinliğini değerlendiren önemli uygulama olmasının yanı sıra hastanın tedavi planına bağlılığı, yara bakımına daha fazla dahil olma motivasyonu sağlamada da etkilidir (Mohafez vd., 2016; Queen and Harding 2020; Wang, Anderson, Jones, and Evans, 2016).

Fotoğraflama tekniği kullanılarak tedavinin takip edildiği yara tipleri; ülser yaraları, cerrahi yaralar, abrazyon, sinüs yaraları, ısırılma yaraları, laserasyonlar, yanık yaraları, cilt greftlemeleri ve enflamasyon yaralarıdır (Baumgertem vd., 2008; IMI, 2022). Hastaların takipleri sırasında yaranın özellikleri mutlaka kaydedilmeli, yara iyileşmesinde duraklama ya da gerileme var ise bakım planı ve tedavi yöntemi değişikliği düşünülmelidir. Fotoğrafla yaranın kayıt altına alınma tekniği ile yaranın önemli özellikleri, fiziksel karakteristiği, yaranın boyutu ve anatomik konumu, akut veya kronik olup olmadığı, yara yatağında bulunan baskın doku tipleri (epitelizasyon, granülasyon, akıntılı ve nekrotik doku) belirlenebilir ve kayıt altına alınmasını kolaylaştırır (Öztaş, 2021).

Fotoğraflama günümüzde yanık yüzdelerinin hesaplanması, enfekte alanların ya da greft uygulanabilecek alanların belirlenmesinde yanık hastalarının tedavilerinin de önemli bir parçası haline gelmiştir. Ayrıca dijital fotoğrafçılık greft uygulaması sonrası takip, yara iyileme aşamaları ve sekel oluşumunun takibinde de kullanılabilecek kolay ve ucuz yöntem olması nedeni ile tercih edilmektedir (Yüce, Erkal, Kılavuz, 2019).

Basınç ülserlerinin evrelendirilmesi, tedavi etkinliğinin değerlendirilmesi için uluslararası kuruluşlar da başlangıç ve seri takipler ile fotoğraflama yönteminin kullanılmasını önermektedir (Health Service Executive (HSE), 2021; National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), 2016). Yara bakımında fotoğraf kullanımı evde bakım alan yatağa bağımlı hastaların yara bakım ve takibinde hastaneye gitmelerine gerek kalmadan tedavisinin düzenlenmesi konusunda da avantaj sağlamaktadır. Yaranın takibini kolaylaştırmasından ziyade bakım hemşiresi başka disiplinlerden danışmanlık ve konsültasyon almak için de fotoğraflama tekniğini kullanabilmektedir. Bu da evde bakım hizmetlerinin sunulmasına olumlu katkı sağlamaktadır (Baranoski and Ayello, 2012; Nielsen and Ketchen, 2014). Yaraların takibinde doğru ve güvenilir

uygulamaları gerçekleştirmek için fotoğraf tekniğinin güvenilir olduğu bildirilmiştir (Baumgertem vd., 2008; Chan and Lo, 2020).

YARANIN FOTOĞRAFLANMASI İLKELERİ

Yara tedavisinde yaranın sınıflandırılması, tedavinin planlanması ve iyileşmenin değerlendirilmesinde fotoğraflama tekniği kullanılmaktadır. Ancak fotoğraf çekimine başlamadan önce fotoğrafların ne amaçla kullanılacağı ve en güvenilir uygulamayı nasıl sağlayacağız sorularının cevapları verilmiş olmalıdır. Yaraların fotoğraflanması uygulamalarında standardizasyonun oldukça önemli olduğu kılavuzlarda bildirilmiştir (IMI, 2022; Mohafez vd., 2016; NPUAP, 2016). Bu nedenle yara değerlendirme ve takip sürecinde fotoğraflama tekniğini kullanacak sağlık profesyonellerinin standardizasyon ilkelerini benimsemiş olmaları gerekir. Bunun için fotoğraf çekimi hakkında teknik konular, çekimine hazırlık, çekimin standardizasyon ve fotoğraflama etik ilkeleri konularında kılavuzların önerilerini uygulamak ile bu tekniği doğru şekilde uygulayabilmek mümkün olacaktır.

1-Fotoğraf Ekipmanları

Klinik uygulama pratiğinde fotoğraf çekimi için yeterli çözünürlüğe ve megapiksele sahip kamera olmalıdır (Sheridan, 2013). Bu kameranın profesyonel veya yarı profesyonel kalitede bir dijital SLR fotoğraf makinesi olması gereklidir (IMI, 2022; Rennert, Golinko, Kaplan, Flattau, Brem, 2009). Dijital teknolojinin geliştiği günümüzde kişisel cep telefonlarının kullanımı klinisyenler için her ne kadar kolay olsa da bu durum kişisel mahremiyet ve hasta haklarında yasal sorunlara neden olabilecektir. Bu nedenle kişisel cep telefonları yerine sağlık kurumuna ait telefon ya da kameralar ile çekim yapılması daha doğru olacaktır. Her zaman tam donanımlı bir kameraya sahip olmak doğru teknikle fotoğraf çekilebileceği anlamına gelmemektedir. Fotoğraf çekimi için klinisyenlerin teknik bilgi gereksinimi olacaktır. Bunun için klinisyenlerin bu konuda eğitim almış olmaları hedefe yönelik fotoğraf çekimi için etkili olacaktır (IMI, 2022). Görüntü kalitesini gerçeğe yakın bir şekilde çekebilmek için kameralarda olması istenen bazı özellikler vardır. Bunlar;

- Kullanılan fotoğraf makinesinin kamerası 6 megapikselden düşük olmamalıdır (Tülüce, 2010)
- Kameraya entegre makro çekim özelliği bulunmalıdır. Makro çekim aşırı yakın fotoğrafçılığı temsil eder. Yani diğer deyişle nesleri gerçek boyutlarından daha büyük boyutlarda çekmek anlamına gelir. Bazı durumlarda yaraların doku yoğunluklarının değerlendirilebilmesi için

yakın görüntüye ihtiyaç duyulabilir. Bunun için makinelerde 60mm, 90mm veya 100mm gibi entegre makro özelliğine sahip sabit odak uzaklıklı bir lens bulunmalıdır. (IMI, 2022; Nielsen and Ketchen, 2014; Sheridan, 2013).

- Bir yaranın içindeki ayrıntıları göstermek için nesneleri 1:2 büyütme özelliği bulunmalıdır (IMI, 2022)
- Fotoğrafların takibinin kolaylığı, yaraların zaman içerisindeki değişiminin takip edilmesi, yasal olarak saklanması gereken kayıtlar olabildiği için fotoğrafın çekildiği zaman oldukça önemlidir. Bunun için kameraya entegre tarih ve saat bulunmalıdır. Aynı zamanda tarih ve saat doğru programlanmalı ve kontrol edilmelidir (IMI, 2022)
- Kamera klinikler arasında farklı durum ve koşullarda kullanıma uygun olması adına taşıma çantası içinde olmalıdır. Ancak klinikler ve hastalar arasında çapraz enfeksiyonları önlemek için çanta temizlenebilir özellikte, pürüzsüz yüzeye sahip olması gerekmektedir (IMI, 2022; Nielsen and Ketchen, 2014)

2-Standardizasyon

Hastaların yaralarının klinik fotoğrafı, yara iyileşmesinin objektif bir değerlendirmesini sağlamada yararlıdır. Başarılı olmanın anahtarı standardizasyondur ve bu ancak uygun ekipman ve teknik seçimi ile mümkün olabilecektir. Flaş ile çekim, gölgelendirilmemiş yaklaşım, gün ışığını kullanabilme, renk ısısı, beyaz ayarı dengesi gibi özellikleri, close-up, makro lens kullanımı, tripod gereksinimini belirlemek fotoğraf tekniğinin ana unsurlarıdır. Ayrıca çekimlerde netlik, alan derinliği, konuyu vurgulama gibi özellikleri bilmek de daha net ve objektif görüntü alma konusunda yardımcı olur. Yaranın tedavisi süresince objektif olarak karşılaştırma yapabilmek için dijital görüntü almada ekipman, aydınlatma, arka plan, bakış açısı ve büyütmede standardizasyon uygulanması oldukça önemlidir (IMI, 2022). Standardizasyon için öneriler;

- Ardışık görüntüler ile çekim yapılacaksa aynı dijital kamera kullanılmalıdır (Queen, 2020)
- Her çekimde aynı büyütme oranları kullanılmalıdır
- Her seferinde aynı aydınlatma kaynağı kullanılmalıdır. Örneğin doğal ışık ile çekim yapıldı ise diğer fotoğraflarda doğal ışık ortamında çekilmelidir

- Çekim açısı ve çekim mesafesi aynı olmalıdır (IMI, 2022)
- Yaranın ölçümünü gösteren kılavuz ölçüm aracı kullanılmalı, her çekim aynı ölçüm aracı ile yapılmalıdır (Tüllüce, 2010).

2.1. Büyütme

Yara yönetiminde fotoğraflama belli sürelerde tekrarlanacağı için karşılaştırılabilir olması için çekimlerde büyütme oranları standardize edilmelidir. Yetişkinler için vücut alanlarının fotoğraflanmasında *Westminster büyütme ölçeği kullanılabilir (Tablo 1). Çekimde kullanılan büyütme oranı kayıt formuna kaydedilmesi daha sonraki çekimlerde model olması bakımından önemlidir.

Vücut alanı	Büyütme
Baş	1:10
Gözler	1: 4
Kulak	1: 4
Burun ve alın	1: 4
Ağız ve dil	1: 2
Diş	1: 2
Eller	1:10
Parmaklar	1: 1 (veya dört parmak birlikte 1: 4)
Kollar	1:15
Göğüsler	1:15
Gövde ve karın	1:25
Genital	1: 4
Bacaklar	1:25
Ayaklar	1:10

Tablo 1-*West Midlands Clinical Photographic Handbook. 2009. The Shrewsbury Group. IMI,2022

2.2. Işık

Fotoğraf çekimi sırasında kullanılan ışık miktarı gerçek yara yatağı rengini ayırt etmede sorun yaşanmasına neden olabilir (Nielsen and Ketchen, 2014). Bu nedenle yara yatağını en iyi değerlendirebileceğimiz bir ortamda çekim yapılması gereklidir. Çekime başlamadan önce ortam aydınlatmasının yeterli olup olmadığı kontrol edilmeli, yeterli değilse entegre ya da portatif flaş hazırlanmalıdır. Klinik fotoğraf için profesyonel ışıklandırmanın olduğu stüdyolar kullanılması görüntünün daha net görünmesine olanak sağlayacaktır. Eğer stüdyo ortamında yara çekimi yapılacaksa, çekilecek objeye 45° açıyla yönlendirilmiş 2 ana ışık kaynağı kullanılmalıdır (Totan, Ağaoğlu, Erol, 2002). Hastanelerde stüdyo ya da fotoğraf çekimi için özel olarak ayrılmış alanların bulunması mümkün olmayabilir. Bu durumda portatif ışık kaynakları kullanılabilir. Hastanede, klinik ortamlarda ve ameliyathanelerde fotoğraf çekilmesi gerekli olması durumunda cihazlara entegre flaş veya portatif elektronik flaş kullanılabilir. Yara fotoğraflarının tekrarlanan periyotlarda çekildiği hastalar için, çekimin standartlaştırılması amacıyla her seferinde aynı aydınlatma kaynağını kullanılmalıdır (IMI, 2022).

Flaşlı makro çekimler sonucunda bazı durumlarda yara eksudası ışığı geri yansıtarak parlamaya neden olabilir. Bu da yara yatağı rengini gizler ve yanlış yorumlara neden olabilir. Bu nedenle doğal ışık ortamı daha verimli değerlendirmeye neden olacaktır. (Nielsen and Ketchen, 2014). Böyle durumlarda fotoğraf doğal ışık ortamında çekilebilir. Bunun için gün ışığından daha fazla yararlanmak için pencereler açılır, mümkün ise pencere yakınında çekim yapılabilir (Nielsen and Ketchen, 2014). Ancak aydınlatmanın standardizasyonunu sağlamak için eğer doğal ışık ortamını kullanıyorsak günün aynı saatlerinde çekim yapmaya dikkat edilmelidir (Totan vd., 2002).

2.3. Arka plan

Fotoğraf çekiminde arka plan kullanımında amaç dikkati istenen objeye çekmektir. Yara fotoğrafı çekiyorsak dikkati dağıtacak arka plan rengi, kirlilik, pansumanlar ya da tıbbi materyaller bulunmamalıdır. Arka plan her zaman klinik alanın dikkatini dağıtmamak için sade ve nötr olmalıdır (IMI, 2022; Nielsen and Ketchen, 2014). Sade ve nötr renklerden siyah veya beyaz arka plan fotoğraf çekiminde en çok kullanılan renklerdir. Yatağa bağımlı ya da arka plan konumlandırması için uygun olmayan hastalarda steril mavi veya yeşil renkli örtü kullanılabilir. Yine cerrahi alan çekimlerinde temiz yeşil veya mavi renkli örtü kullanmak dikkati istenen bölgeye çekmeye yardımcı olacaktır. Eğer steril örtü

bulmak mümkün değilse tek kullanımlık soluk mavi veya beyaz örtüler de tercih edilebilir. (IMI, 2022).

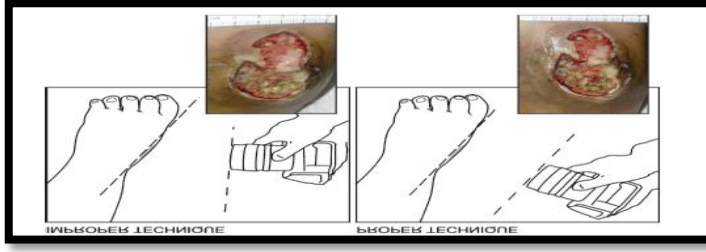
Arka plan rengi seçiminde dikkat edilmesi gereken bir diğer faktörde hastanın cilt teni rengidir. Çünkü koyu renkli tenli kişilerde yapılan çekimlerde sınırların karışması söz konusu olabilir. Koyu tenlilerde açık renk arka plan tercih edilmelidir (Totan vd, 2002).

2.4. Renk Dengesi

Yara yatağının gerçek renginin değerlendirilebilmesi için kameranın renk dengesi ayarının yapılması gereklidir. Bazı kameralarda beyaz renk dengesi otomatik yapılabilirken bazen de manuel yapmak gerekebilir. Dijital kameranın kullanım kılavuzunda önerilen şekilde beyaz dengesinin yapılması önemli olacaktır. Her fotoğraf sonrası aydınlatma ayarı ve beyaz dengesini kontrol etmek gerekir (Nielsen and Ketchen, 2014).

2.5. Ölçüm Aracı Kullanımı

Yara boyutunun belirlenmesi veya yaranın boyutunda ilerleme ya da gerileme olup olmadığını değerlendirmek için her çekimde bir kılavuz ölçü kullanılması çekimin standardizasyonunda etkili olacaktır. İlk başvuruda yaranın boyutunun kaydedilmesi için yaranın uzunluğu, genişliği, derinliği ve hacmi bir ölçüm aracı ile ölçülebilir (IMI, 2022; Öztaş, 2021; Quenn, 2020). Yaranın ölçümleri yara yüzeyine temas (Asetat kağıt ve cetvel) veya dijital görüntülerle gerçekleştirilebilir. Yara etrafına yerleştirilmiş 90°L şeklindeki sert, esnemeyen ölçüm aracı kullanılarak yine 90° açı ile yara fotoğraflanmalıdır (IMI, 2022). Yara bölgesinde enfeksiyon varlığı ya da şüphesi olan durumlarda da tek kullanımlık kâğıt cetvel kullanılabilir. Ancak esneklik özelliği ve deri kıvrımları ile eğilebilme durumu nedeni ile güvenilirliği sınırlıdır. Yine de yaranın boyutu hakkında bilgi sağlayacak araçlardan biridir. Ölçüm aracı yaranın yakınına ancak yaranın sınırlarını kapatmayacak şekilde yerleştirilmelidir. Yaranın dijital fotoğrafları alındıktan sonra MS powerpoint yada “ImageJ” gibi uygulamalar ile yüzey hesaplaması yapılabilir. Ancak bu uygulamalar ile yaranın boyutunun doğru hesaplanabilmesi için dijital görüntülemenin doğru açı ile çekilmesine ihtiyaç vardır (Resim 1). Bunun için dijital görüntüleme yara yüzeyine dik bir açıdan yapılmalıdır (IMI, 2022; Toklu, 2015)



Resim 1- Yanlış pozlama sonrası gerçekte 20,1 cm² olan yara alanı 13,1 cm² olarak hesaplanmıştır (Rennert vd., 2009).

3-Hastanın Hazırlığı

Fotoğraf çekimi yapılacak hasta için çekimden önce hasta bilgilendirilmesi, gerekli izinlerin alınması, ekipmanların hazırlığı, doğru çekim pozisyonunun verilmesi gibi birtakım hazırlıklar yapılmaktadır. Bu hazırlıklar;

Çekime başlamadan önce gerekli tüm aksesuarlar çekimden önce hazırlanmış olmalıdır

Çekim için gerekli olabilecek diğer aksesuarlar da hazır bulundurulmalıdır. Örneğin, topuk çekimi için ayna ya da obez hastaların çekimi için hasta taşıma sistemleri gibi.

Cihazların çalışır olup olmadığı kontrol edilmelidir

Görüntülenecek yaranın boyutu, vücut bölgesi değerlendirilmelidir

Çekim yapılacak ortam ışık ve hasta mahremiyeti açısından uygun olup olmadığı sorularına cevap verilmiş olmalıdır (Tüllüce, 2015)

Herhangi bir enfeksiyon ya da izolasyon önlemlerinin olup olmadığı sorgulanmalı, gerekli ise koruyucu önlemler alınmalıdır (IMI, 2022).

Fotoğraf çekimi her ne kadar hastaların tedavisinin etkinliği ve değerlendirilmesinde kullanılacak olsa da bazı nedenler ile (konsültasyon, eğitim, araştırma.) başka kişiler ile paylaşılabilir. Bu da kişilerin kişisel haklarında yasal sorunlara yol açabilir. Kişisel verilerin korunması ile hastaların hak ve mahremiyetlerinin korunması için yapılması gerekenler;

Hastadan fotoğraflama için sözlü ve yazılı onam alınmalıdır Onay alınırken fotoğrafların nerede ve ne amaçla kullanılacağı (hasta dosyası, dijital arşiv, eğitim, araştırma, sosyal medya...gibi) açıkça belirtilmiş olmalıdır (Gonzalez, 2015; IMI,2022; Rijt and Hoffman, 2013).

Hastanın gizliliği tehlikeye atılmamalı, kimliği her zaman saklanmalıdır. Kişinin gizliliğine engel teşkil edebilecek takı, dövmeleeri içeren fotoğraf çekimi yapılmamalı, yüz gizlenmelidir (NHS, 2017; Nielsen and Ketchen, 2014).

Hastanın yazılı izni olmadan hastanın yaralarının izlenmesi dışında başka bir amaçla dijital fotoğraflar kullanılmamalıdır (NHS, 2017).

Hastadan gerekli izinler alındıktan sonra hasta ile fotoğraflama zamanı için en uygun zaman planlanmalıdır. Pansumanı olan hastalarda en uygun olan zaman pansuman değişim zamanları olacaktır (IMI, 2022). Çekim öncesi görüntünün daha net anlaşılır olması için yara temizliği yapılmalıdır. Ancak bazı durumlarda yara bakımı öncesi ve sonrası karşılaştırma gerekebilir. Bu durumda temizlik yapılmadan önce çekim gerçekleştirilebilir (IMI, 2022).

4-Pozisyon

Hastanın pozisyonu yaranın fotoğraf kalitesi için oldukça önemlidir. Bunun için hastaya yaranın tüm hatları ile görülmesini sağlayacak şekilde pozisyon verilmesi uygun olacaktır. (IMI, 2022). Hastanın genel sağlık durumu değerlendirilerek uygun çekim pozisyonu verilir (oturarak, yatarak, ayakta.. gibi) (IMI, 2022) ve yaranın eklem bölgelerinde ya da vücut kıvrımlarının içerisine gömülü kalmadığından emin olunması gerekir. Bunun için yastık ya da rulo gibi ekipmanlar ile yara görülebilir pozisyona getirilir (Nielsen and Ketchen, 2014). Tekrarlayan çekim planlanıyor ise daha sonraki çekimlerde kullanabilmek amacıyla hastanın pozisyonlandırılması kaydedilir (IMI, 2007, 2022; NHS, 2017)

5-Fotoğraf Çekimi

Gerçeğe yakın, objektif değerlendirilebilir fotoğraflar çekmek için aşağıdaki çekim ilkelerine dikkat edilmelidir;

- Sade ve temiz bir arka plan hazırlanmalı. Mümkünse siyaz veya beyaz arka fon kullanılmalıdır (Sperring and Baker, 2014)
- Her fotoğrafta yaranın yanına yerleştirilmiş tercihen esnemeyen, sert özellikte L şeklinde görsel ölçüm aracı kullanılmalıdır (NHS, 2017; Sperring and Baker, 2014)
- Rengin önemli bir faktör olduğu durumlarda, kalibre edilmiş bir renk kartelası eklemek yararlı olabilir (IMI, 2007)
- En az bir fotoğraf hastanın tanıtıcı özelliklerini içeren bir etiket hazırlanarak çekilmeli. Bu uygulama daha sonraki çekimler ile karşılaştırma yapabilmemizi ve kayıtların güvenli bir şekilde

saklanması olanak sağlayacaktır. Ancak hasta kimliği açık olarak yazılmamalıdır

- Yara öncelikle yara büyümesi ve retraksiyonları değerlendirebilmek için geniş sağlıklı dokuları içerecek şekilde fotoğraflanmalıdır. Daha sonra yaranın ayrıntılarını göstermek amacıyla ölçüm aracı kullanarak yakın çekim alınabilir (IMI, 2022; Jakowenko, 2009; Nielsen and Ketchen, 2014; Tülücü, 2010)
- Yara yuvarlak gövde parçası etrafını kaplıyor ise tüm cilt kusurunu yakalamak için birkaç fotoğraf gerekli olabilir (Nielsen and Ketchen, 2014)
- Fotoğraflarda hataya yol açmamak için, hastanın yönünü gösteren bir ok işareti, birden fazla yara varsa yara numara etiketi, yara bölgesini içeren etiket gibi belirteçler kullanılabilir (Nielsen and Ketchen, 2014)
- Çekim için kullanılacak kamera x5 zoom özelliğine sahip olması yeterlidir. Fotoğraf çekimi kameranın flaşı açıkken ve beyaz dengesi flaşa ayarlı iken yapılmalıdır. (IMI, 2022; Sperring and Baker, 2014)
- Dijital kamera ile çekim yapılacak ise makro fonksiyonunda (çiçek simgesi) çekim yapılmalıdır (Sperring and Baker, 2014)
- Cilt, uzuvları ve çevresini içeren fotoğraflarda normal ayar kullanılırken, yara yatağının çekiminde makro mod kullanılmalıdır (Nielsen and Ketchen, 2014)
- Kamera gövdesi yara alanı ile dik bir açı oluşturmalıdır. Aksi takdirde yaranın boyut ve kapsamının değerlendirilmesinde hatalar yapılabilir (Resim 1) (Bennert, 2009, Sperring and Baker, 2014)
- Çekim esnasında kamera sabit tutulmalıdır. Bunun için tripod kullanımı uygun olacaktır. Çekim için zamanlayıcı kullanmakta pratik bir uygulama olacaktır (Nielsen and Ketchen, 2014)
- Hastanın pozisyonda kalmasında sorun yaşıyor ise tripod kullanılarak çekim yapılabilir (Nielsen and Ketchen, 2014)
- Kıllı cilt, yüksek pigmentli alanlar ve mukozal lezyonların çekimlerinde zorluklar doğabilir. Fotoğraf çekilmeden önce yaranın temizlenmesi görüntünün daha iyi alınmasına yardımcı olur

- Yarada tüneller varsa pamuk uçlu aplikatör kullanılarak derinlik fotoğrafta belirtilmeye çalışılmalıdır.
- Tüm yara odaklanarak çekim yapılmalıdır. Ancak en az bir fotoğraf geniş sağlıklı dokuları da içerecek şekilde olmalıdır.
- Yara bir uzuvda ise her iki uzvuda içeren bir fotoğraf çekilmelidir (Nielsen and Ketchen, 2014, Tüllüce, 2015)
- Akut yaralarda iyileşme daha hızlı olduğu için her pansuman değişiminde fotoğraflanmalıdır. Kronik yaralarda ise iyileşme daha yavaş olduğu için 2-4 haftada bir fotoğraflanması yeterli olacaktır. Bu sürelerin dışında yaranın seyrinde bir değişiklik gözlemlendiğinde de fotoğraflanması tedavinin seyri açısından önemlidir (IMI, 2022)

6-Kayıt

Görüntüleri çeken kişi, kullanılan ekipmanı, ölçekleri, pozları, tarihi ve saati not almalıdır. Ayrıca kazayla olmayan yaralanma vakalarında çekim esnasında hastanın yanında bulunan refakatçi kişiler (hasta yakını, doktor, hemşire..) de kayıt altına alınmalıdır (IMI, 2007). Fotoğraflar hastanın klinik kaydında saklanmalıdır. Bu alana depolama gerçekleştirildikten sonra kameradan kayıtlar silinmelidir (NHS, 2017).

7-Etik İlkeler

Hasta onamı: Tıbbi fotoğraflar geçmişte sadece hasta dosyası ve dolayısıyla hastane arşivinde kalırken günümüzde bu sınırların dışına çıkmıştır. Tıbbi fotoğraflar hastalığın seyrinin takibi dışında eğitim, araştırma ve akademik yayınlarda kullanılabilir. Bu durumda bazı etik ve yasal zorunlulukları unutmamak gerekmektedir. Hasta haklarına ve saygınlığına gösterilen önem doğrultusunda hastanın sözlü oluru ve onayının daha da önemlisi yazılı olarak onamının (rızasının) alınmış olunması gereklidir (Rijt and Hoffman 2013; Burns and Belton, 2013). Yazılı bir belge olmadıkça fotoğraflar yayınlanmamalıdır. Hasta, kendine uygulanacak tanı ve tedavi yöntemleri ile, fotoğrafının alınmasının ve kullanılmasının oluşturabileceği olumlu ve olumsuz sonuçlara ilişkin bilgi sahibi olmalıdır. Tüm görüntülerin kontrol edilen ve düzenlenmiş bir ortamda saklanması, gizliliğe, kimlik bilgilerinin saklı tutulmasına özen gösterilmesi bu işin bir diğer parçasıdır. Fotoğrafların tekrar kullanımı ve çoğaltılması da kontrollü olmalıdır (Tüllüce, 2010). Onay alınırken fotoğrafların nerede ve ne amaçla kullanılacağı açıkça belirtilmiş olmalıdır (Rijt and Hoffman 2013). Fotoğrafın kitap içerisinde mi, elektronik ortamda mı yer alacağı ve kullanılacağı, eğitim materyali olarak mı, sunum materyali olarak mı

kullanılacağı hakkında ayrıntılı olarak bilgi verilmelidir. Fotoğraflar sosyal medyada paylaşılacaksa eğer bilgilendirilmiş onam içerisinde anlatılmış hasta bu konuda bilgilendirilmiş olmalıdır (Gonzalez, 2015). Hastadan alınan onay geri çekilebilir olmalıdır. Yani kişi fotoğraflarının çekilmesine ve yayınlanmasına izin verdikten sonra vazgeçme hakkına da sahip olmalıdır (Rijt and Hoffman 2013). Ancak sosyal medyada ya da akademik yayında yayınladıktan sonra tamamen geri çekme olamayacağı için bu alanlarda yayınlamadan önce hasta bu konuda ayrıntılı olarak bilgilendirilmiş olmalıdır (Karabulut, 2020; Gonzalez, 2015).

Gizlilik: Çekim yapılırken vücudun çekim yapılacak bölgesi açıkta kalmalıdır ve vücudun mümkün olan en az bölgesi çekilmelidir (Rijt and Hoffman 2013). Dövme, doğum lekesi, deri lezyonu, mücevher, giysi gibi hastanın tanınmasına sebep olabilecek durumların mümkün olduğunca hariç tutulmasına özen gösterilmelidir.

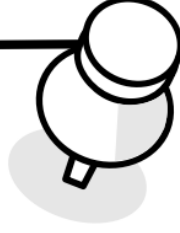
Güvenlik: Tıbbi fotoğraflar çekildiği andan itibaren “Veri Koruma Yasası” kapsamında olduğu unutulmamalıdır (Karabulut, 2020) ve klinisyenler ülkelerindeki mevzuata hakim olmalı, kayıtların saklanması gereken süreleri bilmelidirler (Rijt and Hoffman 2013). Bunun için tüm görüntüler güvenli bir ortamda saklanmalıdır (Rijt and Hoffman 2013). Bazı sağlık kurumları kayıtların saklanması ve güvenliği için kişisel cihazların kullanımı yerine, kuruma ait cihazlar ile çekim yapılmasını önermektedir (Rijt and Hoffman 2013; Burns and Belton, 2013). Eğer bu imkân yoksa ve fotoğraflar kişisel cihazlardan çekilecek ise kayıtların sıkı elektronik kontrollere sahip olmalıdır. Kişisel makinelerde depolanan fotoğraflar, merkezi ve elektronik sağlık kayıtlarının toplandığı yere aktararak saklanması daha güvenilir olacaktır. Bu nedenle mobil cihazların çalınma ve kaybolması olasılığına karşılık düzenli olarak bu cihazlardan silinerek başka bir depolama alanında saklanmalıdır (Karabulut, 2020). Fotoğrafları e-posta ile gönderme gerekliliği varsa e-posta şifre korumalı güvenli bağlantılar üzerinden yapılmalıdır (Karabulut, 2020).

KAYNAKÇA

- Baranoski, S. Langemo, DK. and Ayello EA. (2012). Wound Assesment. Baranoski, S Ayello EA (Ed.), Wound Care Essentials (Third Edition) In (101-125). Wolters Kluwer.
- Baumgarten, M. Margolis, DJ. Selekof, JL. Moye, N. Jones, PS. and Shardell, M. (2009). Validity of pressure ulcer diagnosis using digital photography. Wound Repair and Regeneration, 17(2), 287–290. doi:10.1111/j.1524-475x.2009.00462.x

- Burns, K. Belton S. (2013). Clinicians and their cameras: policy, ethics and practice in an Australian tertiary hospital. *Australian Health Review*, 37, 437–441.
- Chan, KS. Lo, ZJ. (2020). Wound assessment, imaging and monitoring systems in diabetic foot ulcers: A systematic review. *International Wound Journal*, 17, 1909–1923. doi:10.1111/iwj.13481.
- Demir Karabulut, S. ve Yıldırım, RV. (2020). Tıbbi fotoğrafçılıkta etik konular. *Lokman Hekim Dergisi*, 10 (1), 47-57.
- Edsberg, LE. Black, JM. Goldberg, M. McNichol, L. Moore, L. and Sieggreen, M. (2016). Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) Pressure Injury Staging System. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 43(6), 585–597. doi:10.1097/won.0000000000000281.
- Gonzalez, CP. (2015). The ethics of clinical photography and social media. *Medical Health Care and Philosophy*, 18, 63–70. DOI 10.1007/s11019-014-9580-y.
- Güler, SA. ve Akça, T. (2017). Tıbbi fotoğrafçılık: Tarihsel süreç ve temel kavramlar. *Türk Dermatoloji Dergisi*, 11, 98-108.
- Healthy Service Executive. (2021). HSE National Wound Management Guidelines.
- Institute of Medical Illustrators. (2022). IMI National Guidelines :Wound management photography, 3-27.
- Institute of Medical Illustrators (2007). IMI Clinical photography in wound management. *Journal of Visual Communication in Medicine*, 30(1), 31-34.
- Jakowenko, J. (2009). Clinical photography. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 15, 7–22.
- Mohafez, H. Ahmad. SA, Roohi, SA. Hadizadeh, M. (2016). Wound healing assessment using digital photography: a review. *Journal of Biomedical Engineering and Medical Imaging*, 3(5), 1-13.
- Nielsen, ER. Ketchen, R. (2014). Clinical digital photography: tips and techniques for community nurses. *Wound Care Canada*, 12(1), 14-24.
- Northamptonshire Healthcare. (2017). NHS Guidelines for wound photography.
- Öztaş, P. (2021). Yara iyileşmesi, bakımı ve tedavisi. *Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Dergisi*, 54(2), 341-351.
- Rennert, R. Golinko, M. Kaplan, D. Flattau, A. and Brem, H. (2009). Standardization of Wound Photography Using the Wound Electronic Medical Record. *Advances in Skin & Wound Care*, 22(1), 32–38. doi:10.1097/01.asw.0000343718.30

- Rijt, RV. Hoffam S. (2013). Ethical considerations of clinical photography in an area of emerging technology and smartphones. *Journal of Medical Ethics*, 40, 211–212. doi:10.1136/medethics-2013-101479
- Sheridan, P. (2013). Practical aspects of clinical photography: Part 1 – Principles, equipment and technique. *ANZ Journal of Surgery*, 83, 188–191.
- Sperring, B. Baker, R. (2014). Ten Top Tips...Taking high-quality digital images of wounds. *Wounds International*, 5(1), 7-8.
- Tülüce, AR. (2010). Tıp fotoğrafçılığı ve tıp alanındaki uygulamaların fotoğraf sanatında kullanımı (yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi Güzel Sanatlar Enstitüsü Fotoğraf Anasanat Dalı, İstanbul.
- Toklu, AS. (2015). Diyabetik ayak yaralarında ölçme, değerlendirme, sınıflama. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 14, 355–362.
- Totan, S. Ağaoğlu, G. Erol, OÖ. (2002). Plastik cerrahide temel fotoğraf teknikleri ve standardizasyon. *Türk Plastik Rekonstrüktif Estetik Cerrahi Dergisi*, 10(2), 106-111.
- Queen, D. and Harding, K. (2020). Is wound photography becoming sloppy? *International Wound Journal*, 17(1), 5–6. doi:10.1111/iwj.13302
- Wang, SC. Anderson, JAE. Jones DVB. Evans R. (2016). Patient perception of wound photography. *International Wound Journal*, 13, 326-330.
- Yüce, Y. Erkal, KH. Kılavuz, O. (2019). Yanık merkezindeki tıbbi fotoğrafçılık tecrübelerimiz, *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 11(2), 161-166.



BÖLÜM 10

YOĞUN BAKIMDA MEKANİK VENTİLATÖR İLE DESTEKLENEN HASTALARDA MÜZİK TERAPİNİN ETKİSİ

Gülseren ALTUN¹

Dr. Öğr. Üyesi Meftun AKGÜN²

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yoğun Bakım Üniteleri (YBÜ), disiplinler arası bir yaklaşıma sahip, hayati birçok araç ve ekipmanın kullanıldığı, hastaların sürekli izlenmesinin yapıldığı, hayati risk altındaki bireylere maksimum fayda sağlayan bölümlerdir (Kurt ve Çelik, 2019).

Yoğun bakım ünitesinin temel amacı; hastanın önemli fonksiyonlarını desteklemek, hastalığın tedavi nedenlerini belirlemek, tedavi süresi boyunca ortaya çıkabilecek komplikasyonlardan kaçınarak yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmaktır (Sılay ve Akyol, 2018).

Yoğun bakım desteği alan hastalar, kısmi veya tam organ fonksiyon kaybı ile hayatı tehdit eden durumlarla karşı karşıya kalan, çeşitli destekleyici tıbbi ekipmanların yardımına ihtiyaç duyan ve sürekli gözetim gerektiren hastalardır. Çoğu yoğun bakım hastası mekanik ventilasyona gereksinim duyar. Mekanik ventilasyon yoğun bakım ünitesinde hayat kurtarıcı bir tedavi iken, aynı zamanda hastalarda fizyolojik ve mental problemlere de neden olabilmektedir (Chalfin, 2018; Bayraktar ve Yetimoğlu, 2019).

Ventilasyon, akciğerlerdeki alveollerde karbondioksit ve oksijen değişimini sağlamaktadır. Mekanik ventilasyon ise yoğun bakım birimlerinde solunum yetmezliği gibi çeşitli hastalıklardan kaynaklanan, ventilatör adı verilen bir cihaz

¹ Üsküdar Üniversitesi, ORCID:0000-0002-4192-9313

² Üsküdar Üniversitesi

yardımıyla solunumun yapay olarak devamlılığını sağlayan, yoğun bakım ünitelerinde sıklıkla kullanılan tedavi seçeneklerinden biridir. Solunum açısından problemi olan hastalar yoğun bakım ünitesinde geçirdikleri süre boyunca mekanik ventilasyon desteğine ihtiyaç duyarlar. Mekanik ventilasyon ile birlikte amaçlanan temel hedef, hastanın hayatını tehdit eden bulguları erken dönemde belirleyip tedavi etmek, hastada ortaya çıkabilecek ya da çıkan rahatsızlıkları en aza indirmek ve hastanın solunum kaslarında meydana gelen yorgunluğun önüne geçmektir (Messika ve ark., 2018; Costa ve ark., 2018)

Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalar için, planlanan ve uygulanan tedaviler, uzun süren immobilizasyon süreleri, iletişim kurmanın zorlukları, günlük olarak yapılan hemşirelik bakımları, uykusuzluk süresinin fazla olması, çevresel faktörler fizyolojik ve ruhsal açıdan sorunlara neden olmaktadır (Bayındır ve Koçyiğit, 2017).

YBÜ’de uygulanan analjezikler, hastaların yaşamış olduğu ağrıyı ortadan kaldırmak için, sedatif yani sakinleştirici ilaçlar ise genellikle hastaların genel durumundan kaynaklanan ya da hastanın genel durumunun neden olduğu stres kaygısını gidermek için kullanılır. Fakat bu girişimler çoğu zaman tek başına etkili olmayabilir ve çeşitli sorunlara yol açarak maliyeti de arttırabilmektedir (Hansen ve ark., 2018; Lee ve ark., 2017).

Analjezik ve sedatif ilaçların hastalar üzerinde yeteri kadar etkili olmadığı durumlarda farmakolojik ilaç ihtiyacını en aza indirmek için farmakolojik olmayan yöntemler uygulanmaktadır. Bu nonfarmakolojik metotlardan biri de müziktir (Kaur ve ark., 2018).

Müzik, insanların psikolojik durumunu pozitif doğrultuda etkileyen bir sanat dalıdır. Geçmişten günümüze kadar pek çok kişi için farklı dönemlerde farklı hastalıkların tedavisinde kullanılmıştır ve halen de kullanılmaya devam edilmektedir (Mateu-Capel ve ak., 2019; Güngör, 2018).

Müzik terapi ise kendi adına müziği ve müziğin etkilerini insanların fizyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel ortamın gereksinimlerini karşılamada kullanan bir uzmanlık alanıdır (Şahin, 2018). Müziğin insan sağlığı üzerine pozitif etkilerinin olması tarihin her döneminde müzik terapinin yaygın olarak kullanılmasına neden olmuştur (Tusman ve ark., 2017).

Müzik terapisinin insan bedeni üzerinde hem psikolojik hem de ruhsal açıdan birçok etkisi vardır. Ruhsal sorunların ortaya çıkmasında etkisi olan ve kişilerin psikolojik durumlarının düzenlenmesine yardımcı olan serotonin, dopamin, adrenalin ve testosteron gibi vücudumuzda yer alan hormonların üzerinde de

pozitif yönde etkisinin olduğu bilinmektedir (Mateu-Capel ve ark., 2019; Peng ve ark., 2019).

Öte yandan, müzik terapinin herhangi olası bir yan tesirinin olmaması, herhangi ek bir maliyet gerektirmemesi, kullanım açısından kolaylığı ve faydalarının hemşireler için yönetim ve tedavide etkili olmasını sağlar (Tusman ve ark., 2017; Umbrello ve ark., 2019; Hetland ve ark., 2017).

Yapılan çalışmalar, müziğin ağrıyı ve anksiyeteyi en aza indirdiği, belirtiler ve hayati bulgular üzerinde pozitif etkiler ortaya çıkardığı, insanların yaşam kalitesini arttırdığını göstermiştir. Müzik bu özellikleri ile insanlar için tedavi edici bir faktördür (Güngör, 2018; Şahin, 2018; De Witte ve ark., 2020).

Tüm dünyada hemşireler, yoğun bakım ünitelerinin vazgeçilmez olan ekibin üyesidirler. Kaliteli bakım yaparak ve sürekli hastaları gözlemleyerek, hemşirelik tanısı koyarak rehabilitasyon sağlamaktan da sorumludurlar (Jacq ve ark., 2018; Golino ve ark., 2019).

Yoğun bakım hemşirelerinin birincil amacı, insanlara bütüncül bir yaklaşım sağlamak, fizyolojik, psikolojik, duygusal ve sosyal dengelerini en uygun hale getirerek tedavi etmektir (Golino ve ark., 2019)

Bayındır ve Koçyiğit'in mekanik ventilatör desteği alan yoğun bakım hastalarında müziğin ağrı ve anksiyete yönetimi üzerine etkisini inceledikleri çalışmada, hastalara 30 dakika süre ile üç gün arka arkaya müzik dinletilmiş ve hastaların kalp atım hızı, saturasyon ve solunum sayısı değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluştuğu, ancak ortalama arter basıncı ve tidal volüm de anlamlı bir değişiklik olmadığı tespit edilmiştir (Bayındır ve Koçyiğit, 2017).

Ülkemizde de yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalar üzerinde müzik terapi uygulamasının aktif olarak uygulanmadığı görülmektedir ve bu konu üzerinde yapılan çalışmalar sınırlı düzeydedir.

Bu çalışmayla; yoğun bakım ünitesinde yatan mekanik ventilatör ile desteklenen hastalara uygulanan müzik terapinin, hastalar üzerindeki fizyolojik etkilerinin literatür çerçevesinde incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yoğun Bakım

Yoğun bakım üniteleri, vücudumuzda bulunan organların ağır fonksiyon kaybı ya da organ yetmezliği olan yüksek riskli hastaların yaşamsal fonksiyonlarının invaziv veya noninvaziv yöntemlerle takip edildiği, karmaşık teknolojilerin yer aldığı, bulunduğu konum itibarıyla hastaya verilecek maksimum verimlilik açısından mutlak özellik taşıyan, hayati parametrelerin 24 saat kesinti olmayacak şekilde izlenip takip edildiği, multidisipliner bakımın profesyonel sağlık çalışanları tarafından kalıcı olarak sürekliliğinin sağlandığı, hastaların iyileşip tedavi edilmesinin amaçlandığı, izole edilmiş, farklı atmosfere sahip olan, temposu yüksek özel alanlardır (Emeksiz, 2018; Bozkurt ve Türkmen, 2019; Yılmaz ve Yıldız, 2018).

Yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastalarda planlanan tedavinin birincil odak noktası, teknolojik cihazların yardımıyla birlikte yaşamsal ve vücut fonksiyonlarını düzenleme aynı zamanda iyileşme süreci başlayana kadar devamlılığı sağlamaktır. Tüm yoğun bakım ünitelerinde ana hedef, hastaların yaşamsal fonksiyonlarının korunarak stabil hale gelmesi veya düzeltilerek tedavi edilmesine olanak sağlamaktır. (Bozkurt ve Türkmen, 2019; Yılmaz ve Yıldız, 2018; Kristen ve Margaret, 2018).

Yoğun bakım ünitesine hasta kabulünde standart koşulları sağlamak için öncelik kriterleri belirlenmiştir. Bu kriterlere göre hastalar birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü derece öncelikli olacak şekilde sınıflandırılmıştır.

Derece Öncelikli: Hayati tehlikesi olan, kesintisiz gözlem ve bakım gerektiren, kardiyolojik ve nörolojik hastalığı olanlar ve durumu stabil seyretmeyen hastalar bu gruba dahil olmaktadır. Bu hastalara mekanik ventilasyon yardımı, yoğun ilaç infüzyonları ve sıvı tedavileri, beyin ödeminin takibi ve kontrolü gibi tedaviler uygulanmaktadır (Hager ve ark., 2017; Baker ve ark., 2017; Kasper ve ark., 2018).

- 1. Derece Öncelikli:** Planlanan ve uygulanan girişimlerden sonra takibi ve acil müdahale gerektiren hasta grubu bu alanı kapsar. Hemodinamik durumun yakından takip edilmesi, solunum yolunun açıklığının izlenmesi, yara bakımları ve diğer bakımları da içermektedir (Baker ve ark., 2017; Kasper ve ark., 2018; Durmaz, 2017).
- 2. Derece Öncelikli:** Hayati tehlikesi bulunan ve tedavi olasılığı en düşük hastalar bu gruba dahildir. Yoğun bakımda takip edilmesi

gereken, entübe edilmiş ya da kardiyopulmoner resüsitasyona cevabı zayıf olan hastalar bu gruba örnek verilebilir (Kasper ve ark., 2018; Durmaz, 2017).

3. **Derece öncelikli:** Yoğun bakım süresince bakım ve tedavilerden çok az fayda sağlanabileceği veya fayda sağlanabileceği düşünülmeyen ve yapılan bakım ve tedavilere yanıt vermeyen, ölüme yakın olan hasta grubu bu alana dahildir. Tedaviye yanıt alınamayan metastazı mevcut olan hastalar ve terminal dönemde olan hastalar bu gruba örnek olarak verilebilirler (Durmaz, 2017; Kılıç ve Ganidağlı, 2019).

Yoğun bakım hemşireleri ise, uygulamış olduğu rehabilitasyon uygulamalarıyla birlikte hasta ve yakınlarının fizyolojik, psikolojik ve çevresel ortamla birlikte etkileşimlerin oluşumlarını başlatan, kazanmış olduğu etkili iletişim yöntemlerini uygulayan, sorun çözme becerisini kazanmış, komplike sorunları çözme müdahalelerini gerçekleştiren, sağlık alanında gelişen en son tedavi ve bakım uygulamalarını öğrenen, tecrübelerini ve bilgilerini profesyonel sağlık ekibine aktaran, geniş kapsamlı sağlık bakım ve tedavi hizmeti sunan üstün nitelikli profesyonel bir meslek grubunun üyesidir (Şahin, 2018; Bozkurt, 2019).

2.2. MEKANİK VENTİLASYON

Ventilasyon, akciğerlerdeki alveollerde oksijen ve karbondioksit değişiminin sağlanmasıdır (Belli, 2020). Mekanik ventilasyon (MV) ise yoğun bakım ünitelerinde yaygın olarak kullanılan solunum sıkıntısı gibi çeşitli hastalıkların neden olduğu, ventilatör adı verilen bir cihaz ile birlikte solunumun yapay olarak sürekliliğini sağlayan bir tedavi biçimidir (Okgun ve ark., 2017).

MV, yoğun bakım ünitelerinde hastaların spontan solunumu tekrar kazanana kadar hastaların işlevlerini sürdürmek, altta yatan primer hastalığı tedavi etmek ve cihazları kullanarak yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmak için kullanılan bir çeşit yaşam destek teknolojisidir (Mateu-Capell ve ark., 2019).

Mekanik ventilasyona ihtiyacı olan hastaların solunum fonksiyonlarını devam ettirebilmesi için ağız boşluğundan trakea adı verilen bölgeden endotrakeal tüp yardımı ile ventilasyon cihazı kullanılarak akciğerler arasında bir bağlantı kurulur. Uygulanan bu müdahale ile birlikte hastanın akciğerlerine oksijen gönderilir. MV uygulaması en üst düzeyde verilen hemşirelik bakımı ile birlikte hastada ortaya çıkabilecek olan komplikasyonların önlenmesinde, aynı zamanda kısa sürede MV ihtiyacına neden olan hastalıkların tedavi süresinin sonlandırılmasına ve hastaların yoğun bakım ünitelerindeki kalış sürelerinin de azalmasını sağlamaktadır (Güngör, 2018; Kara, 2018).

2.2.1. Mekanik Ventilasyonun Amaçları

Mekanik ventilasyonun temel amacı, solunum sıkıntısı olan hastaların ventilatör cihazı kullanılarak vücuda, organlara ve dokularına istenilen parametrelere göre solunum fonksiyonları düzelene kadar oksijenizasyonu en üst seviyeye çıkarmaktır (Gracelin ve ark., 2018).

Fizyolojik Amaçları

- Akciğerlerin gaz alışverişini sağlamak,
- Akciğerlerin volümünü arttırmak,
- Solunum işlevini azaltarak solunum kaslarını dinlendirmektir (Kara, 2018).

Klinik Amaçları

- Solunum kaslarını güçlendirmek,
- Hipoksiyi iyileştirerek $SpO_2 > \%90$ değerini sağlamak,
- Akut solunumsal asidozu düzenlemek,
- Solunum kaslarında ortaya çıkan yorgunluğu ortadan kaldırmak,
- Sistemik oksijen kullanımını en aza indirmek,
- Kafa içi basıncı düşürmektir (Kara, 2018; Gracelin, 2018).

2.2.2. Mekanik Ventilasyonun Endikasyonları

Yetersiz oksijenizasyon veya yetersiz alveoler ventilasyonun neden olduğu akut veya kronik solunum yetmezliğinde kontrolsüz hipoksemi veya hiperkapni durumunda hastanın solunumu mekanik ventilasyon ile desteklenir (Smallwood ve Davis, 2019; Kneyber ve ark., 2017).

Yoğun bakım ünitelerindeki sağlık profesyonelleri, hastaların solunum sıkıntısı yaşaması durumunu, spontan solunumun sağlanabilmesi için yardımcı araç-gerece ihtiyaç durumunu, dakikadaki solunum sayısını, satürasyonunu, hastanın MV cihazına uyum durumunu ve hangi modda takip edildiğini günlük olarak değerlendirmektedir (Nieman ve ark., 2017; Diaconu ve Siriopol, 2018).

Genel Fizyo-Patolojik Endikasyonlar;

- Bilinç kaybı ve hızlı yüzeysel solunum gibi ciddi solunum yetmezlikleri,
- Yetersiz arterial oksijenizasyon,

- Solunumun durması,
- Solunum fonksiyonlarının kontrol altına alınmasını gerektiren durumlar,
- Tanısal ve cerrahi gerektiren işlemlerdir (Diaconu ve Siriopol, 2018).

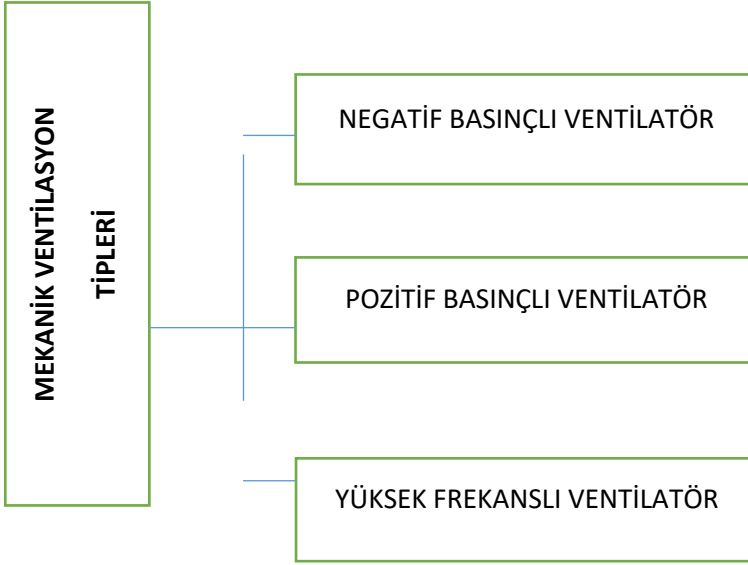
Sık Rastlanan Klinik Endikasyonlar;

- Sepsis tablosu,
- Pnömoni,
- Gastrointestinal Sistem Kanamaları,
- Pulmoner Emboli,
- Kardiyopulmoner Ödem,
- Akut Respiratuar Distres Sendromu,
- Göğüs ve Kafa Travmasıdır (Wainer, 2020).

2.2.3. Mekanik Ventilasyon Tipleri ve Modları

Mekanik ventilasyon hastanın klinik durumu ve semptomları göz önünde bulundurularak farklı şekilde uygulanabilmektedir. Hastada oluşturulan intratorasik basınç şekline göre pozitif ve negatif basınçlı ventilasyon şeklinde, ventilasyon-dakikadaki volüm sayısı bağlantısının sağlanması şekline göre ise yüksek frekanslı ventilasyon şeklinde uygulanmaktadır .

2.2.3.1.Mekanik Ventilasyon Tipleri



Şekil 1. Mekanik Ventilasyon Tiplerinin Sınıflandırılması (Yüzkat ve Soyalp, 2021)

2.3.1.1.1 Negatif Basınçlı Ventilasyon

Negatif basınçlı ventilasyon uygulamalarında hastanın tüm vücudu negatif yani atmosferik basınçtan daha düşük bir basınç oluşturmak üzere hava geçirmez bir kabin ile kapatılır. Ventilatör tarafından negatif basınç oluşturulduğunda bu basınç göğüs duvarını geçip, boşluk ağız basıncına göre daha negatif bir değere geldiğinde solunum havası akciğerlere ulaşır. Negatif basınçlı ventilasyon, tam olarak vücudun solunum kasları gibi çalışarak akciğerlerin genişlemesine yardımcı olmaktadır. Hastada herhangi bir endikasyon yoksa çok sık tercih edilmemektedir (Çamok, 2021).

2.3.1.1.2. Pozitif Basınçlı Ventilasyon

Pozitif basınçlı ventilatörlerde, hava yolu basıncı atmosfer basıncından büyüktür yani inspiratuvar gaz değişimi sağlayan ventilatör hava vermeye başladığında ağızdaki basınç değeri pozitif, alveol boşluğundaki basınç değeri ise sıfır olur. Bu basınç farkıyla birlikte hava alveollere ulaşır ve pozitif bir basınç oluşturur. Oluşturulan bu basınçla inspirasyon olayı gerçekleşir ve inspirasyon

olayının sonunda basınç olayı durur. Ağızdaki basınç sıfıra düşer. Alveollerdeki basınç devam ettikçe hava dışarıya çıkar ve ekspirasyon olayı gerçekleşir. Genellikle pozitif basınçlı ventilatörler hastalarda daha çok kullanılmaktadır (Wu ve Wu, 2019).

2.3.1.1.3 Yüksek Frekanslı Ventilasyon

Hastaya uygulanması gereken ventilasyon dakikadaki volüm sayısı, düşük ventilasyon ve yüksek ventilasyon hızı kullanılarak sağlanması gerekmektedir. Yüksek frekanslı ventilasyonun üç temel modeli vardır; dakikadaki solunum sayısı 60 ile 100 ayarında **yüksek frekanslı pozitif basınçlı ventilasyon** (HFPPV), dakikadaki solunum sayısı 100'den 400-600 arasındaki solunuma kadar değişkenlik gösteren ayara **yüksek frekanslı jet ventilasyon** (High Frequency Jet Ventilation- HFJV), dakikadaki solunum sayısı 4000 solunuma kadar ulaşan solunum hızı ayarı ise **yüksek frekanslı osilasyon** (HFO) olarak isimlendirilmektedir (Zhu ve ark., 2017; Keszler, 2019).

2.3.1.2. Mekanik Ventilasyon Modları

Mekanik ventilatörün solunum desteğini başlatma durumuna göre üç gruba ayrılır (Keszler, 2019).

MEKANİK VENTILASYON MODLARI	1)Kontrollü Mekanik Ventilasyon	a) Zaman Kontrollü b) Basınç Kontrollü
	2)Yardımlı(Asist) Ventilasyon	a) Asiste Solunum b) Asiste Kontrollü c) Aralıklı Zorunlu d) Senkronize Aralıklı e) Basınç Destekli f) Zorunlu Dakika
	3)Spontan Ventilasyon	a)Sürekli Pozitif Hava Yolu Basıncı b)İki Fazlı Aralıklı Pozitif Hava Yolu Basıncı

Şekil 2. Mekanik Ventilasyon Modları (Zhu ve ark., 2017; Keszler, 2019)

1) Kontrollü Mekanik Ventilasyon (CMV)

Hastanın spontan solunumunun olmadığı durumlarda kullanılan ventilasyon çeşididir. Bu modda hasta solunum döngüsünü kendiliğinden başlatamaz ve

ventilatör ayarını değiştiremez. Ventilatör ise hastaya ayarlanan miktarda tidal volüm verir (Kong ve ark., 2021).

a) Zaman Kontrollü Ventilasyon (IPPV); Hastanın havayoluna ventilatör tarafından belli zaman aralıklarıyla pozitif bir basınç uygular.

b) Basınç Kontrollü Ventilasyon (Pressure Control Ventilation- PCV); Bu modda daha önceden hasta için ayarlanmış olan basıncı ventilatör sabit bir süre içerisinde uygular, solunumu olmayan hastalarda ise başlangıç modu olarak kullanılır (Kong ve ark., 2021; Sha ve ark., 2021).

2)Yardımlı (Asist) Ventilasyon

Bu modda ventilatör desteği hastada solunum mevcutsa hastanın kendi solunumuyla birlikte verilir, eğer hastanın solunumu mevcut değilse zaman dönüşümlü olarak uygulanır (Kong ve ark., 2021).

a)Asiste Solunum (AV); ventilatörün hasta nefes alırken tidal volümü belirlediği moddur. Ventilatörün çalışma süresi hasta kontrolü ile birlikte sağlanır. Hasta düzenli aralıklarla nefes almıyorsa AV modu CMV moduna geçerek çalışır (Sha ve ark., 2021).

b)Asiste-Kontrollü Solunum (ACV); hastanın solunumu yetersiz olduğu durumlarda ventilatöre ayarlanan frekans garanti olacak biçimde asiste-kontrollü ventilasyon uygular. Eğer hastanın spontan solunumu gerçekleşmişse ventilatör buna yanıt olarak daha önceden ayarlanmış olan moda geri döner, basınçta ya da tidal volümde ventilasyon sağlar (Sha ve ark., 2021).

c)Aralıklı Zorunlu Ventilasyon (IMV); hastanın spontan solunumunun desteklenmediği ya da solunumunun olmadığı dönemlerde ventilatör gaz akışını sürdürür ve hastanın yapmış olduğu spontan solunumu yok sayar ve ventilatörde ayarlanmış olan frekansa göre gaz akışına devam eder. Ventilatör daha önceden ayarlanmış olan zorunlu solumaları yapar ve ventilatör desteği olmayan spontan solunuma izin verir (Wang ve ark., 2021).

d)Senkronize Aralıklı Zorunlu Ventilasyon (SIMV); ventilatör daha önce ayarlanmış olan miktardaki solunumu hastanın yapmış olduğu spontan solunumla birlikte senkronize eder. Hastadan yanıt olmazsa IMV modu uygular. Amaç hastayı solunum sürecine dahil etmektir. SIMV modu akım veya tidal volüm sınırları olan bir moddur (Doneria ve ark., 2017).

e)Basınç Destekli Ventilasyon (PSV); bu modda inspirasyon hasta tarafından başlatılır ve hastanın göstermiş olduğu solunum çabasına göre ayarlanan inspirasyon basıncının ventilatör tarafından verilmesi sağlanır.

Böylelikle hastanın daha erken zamanda ventilatörden ayrılması sağlanır (Chittawatanarat ve ark., 2018).

f)Zorunlu Dakika Ventilasyon (Mandatory Minute Ventilation- MMV); hastaya göre ayarlı olan tidal volüm ventilatör aracılığıyla pozitif bir basınç uygular. Hastanın spontan solunumu başladığında ise ventilatör hastaya ilettiği pozitif basıncın miktarını azaltır (Candık ve ark., 2018).

3) Spontan Ventilasyon

Bu modda ventilatör yalnızca hastanın spontan solunumu için basınç desteği sağlar. Hasta spontan solunuma devam etmezse ventilatör basınç desteği sağlamaz (Doneria ve ark., 2017; Chittawatanarat ve ark., 2018).

a)Sürekli Pozitif Hava Yolu Basıncı (CPAP); ventilatör ortam basıncının üzerinde hastanın hava yollarına devamlı olarak bir basınç uygulamasıdır. Hastayı ventilatörden ayırmaya yardımcı olur. Uyguladığı minimum basınçla birlikte hacmi koruyarak akciğerlerde gelişebilecek hasarı ve ödemi azaltmaya yardımcı olur (Chittawatanarat ve ark., 2018; Candık ve ark., 2018).

b)İki Fazlı Aralıklı Pozitif Hava Yolu Basıncı (Biphasic Positive Airway Pressure- BIPAP); hastanın yaptığı solunum çabası inspirasyon anında ventilatör tarafından desteklenir ve pozitif bir basınç uygular, ekspirasyon sırasında ise hava yolu basıncı istenilen seviyede tutulur. BIPAP'ta inspiratuvar hava yolu basıncı ve ekspiratuvar hava yolu basıncı iki farklı basınç uygulanarak ayarlanabilir (Boules, 2021).

2.2.4. Mekanik Ventilasyonun Komplikasyonları

Mekanik ventilasyon hayat kurtarıcı bir tedavi olmasının yanı sıra hastaya planlanan ayarlar ve multidisipliner çerçevede uygulanmadığı takdirde akciğer ve solunumsal komplikasyonlara neden olabilir. Ventilatör ile ilişkili akciğer sorunları, atelektazi, mekanik ventilasyon uygulaması sırasında yaygın olarak kullanılan pozitif basıncın fizyolojik etkileri gibi hastada istenmeyen yan etkiler görülebilmektedir (Yehya ve ark., 2019; Talan ve Altıntaş, 2019).

3. MÜZİK

3.1. Müziğin Tanımı

Doğuştan insanlara özgü bir davranış biçimi olan müzik dünyanın her yerinde aynıdır. Müzik Yunanca “musica” kelimesinden ve kökünün eski Yunanca’da “mousike” veya “mousa” dan türediği bilinen bu kelimenin aynı zamanda “muse-melek” anlamında olduğu bilinmektedir. Müziğin birden fazla tanımı vardır (Aalbers ve ark., 2019; Carr ve ark., 2017; Aydın, 2017). Müziği; Konfüçyüs (M.Ö. 551-479) “Müzik, insani olan duyguların ifadesidir,” ,Martin Luther (1483-1546) “Müzik insanları daha uysal, daha kibar, daha dürüst, daha doğru ve zeki yapar,” , Beethoven (1770-1827) “Müzik, ruhsal yaşamla beden arasında bir araçtır ve insanı tanrıya en fazla yaklaştıran, tüm bilgilerin ve tüm felsefelerin üzerinde olan bir şeydir,” , Cenab Şehabettin ise (1870-1934) “Müzik duyguların haykıran sesidir.” diye tanımlamıştır.

Müzik, insanların ruh halini yansıtan, duygu ve düşüncelerini ortaya çıkaran bir özelliktir. İnsanların gerçek ruh halini maksimize edebilir ya da onu silip giderebilir. Bu özelliklere sahip olan müzik de insanlar için birer terapi yöntemi olarak kabul edilir (Gebuz ve ark., 2017). Aynı zamanda birçok medeniyette duyguları yoğunlaştıran bir özelliğe sahip olduğundan hastalıkların tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Ginsberg ark., 2022; Gebuz ve ark., 2017).

3.1. Müzik Terapi

Evrensel müziğin dilini kullanarak, seslerin ve enstrümantal melodilerin yardımıyla bireylerin hastalıklarına göre uyarlanmış belirli bir yöntem kullanılarak yapılan tedavi şekline müzik terapi denir (Gönenç ve Dikmen, 2020).

Müzik terapi, müziğin sahip olduğu fiziksel, duygusal, mental, sosyal ve estetik açıdan tüm yönlerini kullanarak insanların sağlığını, fizyolojik ve psikolojik olarak düzeltmek veya iyileştirmek için kullanılır. Maliyet açısından da ucuz ve uygulanması kolay olan ve herhangi bir yan etkisi bulunmayan müzik terapi, insanlar üzerinde emosyonel açıdan destek olup güven duygusunun kazandırılmasında da rol oynamaktadır. Manevi açıdan iyileşmeye yardımcı olan müzik, stres, ağrı, bulantı ve anksiyetenin azalmasında, insanların rahatlığının sağlanması gibi birçok etkide de büyük önem taşımaktadır (Gönenç ve Dikmen, 2020; Karamızrak, 2019; Yusniarsih ve Resna, 2017).

Müzik terapi, bireyde iyilik hali olmayı sağladığından, sağlık bakım hizmetleri üzerinde de olumlu bir etkiye sahiptir. Bu nedenle, hem noninvaziv bir yöntemle hemşirelik uygulamasını da birlikte içine alarak hem de hastaların

bakımlarında aktif olarak katılmasına fırsat tanıyan estetik bir yaklaşım biçimi olarak da kabul edilmektedir (Dayyana ve ark., 2017; Boşnak ve ark., 2017).

3.1.1. Müzik ile Tedavinin Tarihsel Gelişimi

Günümüzde kullanılan müzik, ilk çağlardan beri yaygın olarak kullanılan terapi yöntemlerinden biridir. Müzik terapinin amacı, hastalara farklı ritimler ve melodiler kullanarak iyileşmelerini sağlamaktır. Müziğin Roma’da ve Antik Yunanistan’da insanları sıkıntılarından kurtardığı, eski Mısır’da hastalara güç ve kuvvet verdiği, orta çağda ise tanrının bir armağanı olarak kabul edildiği bilinmektedir (Şahin, 2018; Amat ve ark., 2019).

Yunan filozof ve matematikçi olan Pisagor, vücutta dengenin bozulduğu durumlarda,oluşan bu bozukluğun farklı ritimlerle restore edilip tedavi edilebileceğine dikkat çekmiştir. Yirminci yüzyılın başlarında ise hekimler hastalarda iyileşmeyi sağlayabilmek adına müzisyenleri hastanelere davet etmişlerdir (Boşnak ve ark., 2017).

Bilim adamları ve tarihçilere göre Türk’lerde 6000 yıllık bir geçmişi olan müziğin bu alanda birçok müzik aletinin kullanıldığı bilinmektedir. “Baksı” adı verilen müzik aletiyle ilk müzik tedavi yapılmıştır. Müzik terapisi Macaristan’da çocukların eğitimlerinde, İngiltere’de otizimli çocukların tedavisinde, Avusturya’da ise nöroloji yoğun bakım ünitesinde ve çeşitli ülkelerde yaygın olarak kullanılmaktadır (Carter ve Panish, 2020; Demirci, 2021).

Klasik Türk müziği Orta Asya, Horasan ve Uygurların bölgelerinde gelişmiş ve birçok hastalığın tedavisinde kullanılmıştır. Farabi, İbn-i Sina, Haşim Bey, Hekimbaşı Gevrekzade Hafız Hasan Efendi müzik üzerine birçok eser yazmış ve müziğin insanların duygularına ve organlarına etkilerini incelemiştir (Kayım, 2018). Literatürde hangi makamın hastalarda ne gibi etki ettiği belirtilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Makam Musikisi Sınıflandırması

Rast Makamı	İnsanlara neşe ve huzur verip nabızı etkiler
Rehavi Makamı	Baş ağrısı ve ruhsal sorunları çözer
Hüseyini Makamı	Otistik ve spastik rahatsızlıklarda kullanılır
Zirgüle Makamı	Kalp hastalıklarında kullanılır
Saba Makamı	Kalp rahatsızlıklarında ve ağrıda etkilidir
Uşşak Makamı	Gevşeme etkisi vardır, uyku için yararlıdır
Hicaz Makamı	Nabız hızını etkiler
Acemaşiran Makamı	Ağrıyı azaltmada etkilidir
Zirefgent Makamı	Eklem ağrılarında pozitif etkileri vardır
Neva Makamı	Üzüntüyü gidermede olumlu etkileri vardır
Büzürk Makamı	İnsanlara güç verir
İsfahan Makamı	Zihinsel faaliyetleri pozitif yönde etkiler
Irak Makamı	Korkuyu gidermede etkilidir
Buselik Makamı	Bel ve bacak ağrılarında etkilidir

(Kayım, 2018)

3.1.2. Müzik Terapinin Beyin Üzerine Etkisi

Müzik dış kulak yoluyla birlikte dalgalar halinde kulak zarına ulaşır. Mekanik hareketlerle orta kulak ve iç kulağa iletilir. İç kulakta analog ses sinirler yardımıyla sinirsel uyarılara dönüştürülür, burada temporal lobdaki işitsel bölgeye ulaşır ve hipotalamus, medulla, orta beyin ve ponsta uyarılara neden olur. Talamus müziğin durumuna karar verir ve sol hemisfer müziğin analizini yaparken , sağ hemisfer müziğin ilerlemesi yönünde hareket eder. Müzik ortaya çıkardığı sistem ile birlikte çeşitli fizyolojik ve ruhsal açıdan yanıtlar oluşturarak enkefalin ve endorfin salgılanmasını artırır bununla birlikte ağrı şiddetini azaltarak ağrı eşiğini arttırmaya yardımcı olur (Amat ve ark., 2019; Demirci, 2021; Çuhadar, 2017).

Son araştırmalarda, müziğin beyin dalgalarını zamanla hızlandırıp yavaşlatabildiği, kas gerilimi ve hareketleriyle koordineli bir şekilde çalışarak anksiyolitik bir etki yaparak sinir sistemini etkilediği belirtilmektedir (Boşnak ve ark., 2018; Şahin, 2018).

3.1.3. Müzik Terapinin Uygulama Alanları

Geçmişten günümüze müziğin terapötik etkisinden birçok alanda yararlanılmış olup, bu terapinin günümüzde de dikkat çeken noninvaziv bir girişim olması sebebiyle giderek bu alana ilgiyi arttırmıştır (Bronson ve ark., 2018).

Müzik terapi, bireylerin durumlarına göre spesifik biçimlerde yapılandırılarak uygulanabilecek bir forma sahiptir ve her yaş grubu için kullanılması mümkündür. Müzik terapi, tedaviye yardımcı olarak yoğun bakımlarda, cerrahi operasyonlarda, onkoloji ve pediatri servislerinde, kemoterapi tedavilerinde, invaziv girişimlerde, ağrı ve anksiyete gibi semptom tedavilerinde hastaların daha kaliteli yaşamlarını sürdürmede ve psikolojik açıdan iyileşmesinde kullanılmaktadır (Yusniarsih ve Resna, 2017; Dayyana ve ark., 2017; Magee ve ark., 2017).

Sağlık profesyonelleri tarafından müzik terapi uygulaması, hastalarda olumlu fizyolojik etkileri üzerine çalışılmış ve halen de çalışılmakta olan bir konudur.

Bilgiç ve Acaroğlu (2017) yapmış olduğu çalışmada, uygulanan müzik terapi sonrasında; ağrı, bulantı, anksiyete, iyi hissetmeme ve solunum sıkıntısı gibi semptomların pozitif yönde bir azalmanın olduğu sonucuna varmışlardır (Bilgiç ve Acaroğlu, 2017).

Horuz ve Kurçer (2017) tarafından yapılan çalışmada da, hastalara uygulanan müzik terapi sonucunda, müzik dinlettirilen gruplarda sistolik ve diyastolik kan basınçlarının değerlerinde azalma olduğu sonucuna varmışlardır (Horuz ve Kurçer, 2017).

Firmeza ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada, hastaların anksiyetesi ve fizyolojik parametreleri incelenmiş ve çalışma sonucunda hastaların anksiyete yönetiminin yanı sıra kan basıncı, nabız ve solunum hızını azaltmada müzik terapinin tedavi yönünden önemli bir araç olduğu kanıtlanmıştır (Firmeza ve ark., 2017).

Costa ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu çalışmada ise 30dk'lık müzik terapi uygulaması sonrasında fizyolojik ağrı puanında azalma olduğu sonucuna varmışlardır (Costa ve ark., 2018).

3.1.4. Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olan Hastalarda Müzik Terapinin Kullanımı

Yoğun bakım ünitelerinde solunum sıkıntısı yaşayan hastalar kaldıkları süre boyunca çoğunlukla mekanik ventilasyona ihtiyaç duyarlar. Belirli bir süre sonra

mekanik ventilasyona bağlı olan hastalarda, susuzluk, uyku bozuklukları, huzursuzluk, duyuşal aşırı yüklenme, hareketsizlik gibi birçok rahatsız edici fizyolojik ve psikolojik sorunlar ortaya çıkar (Gallegher ve ark., 2018; Marra ve ark., 2017; Khan ve ark., 2017; Zhang ve ark., 2017).

Hastaların karşıtlıkları en yaygın sorun ağrıdır. Hissedilen ağrının şiddetine göre hastalarda; kan basıncı, nabız ve dakikadaki solunum sayısının artmasına neden olur (Khan ve ark., 2019; Khan ve ark., 2020).

Lee ve arkadaşlarının (2017) yoğun bakımda ventilasyon ile desteklenen hastalar üzerinde müzik terapisinin etkilerini belirlemek amacıyla yapmış olduğı çalışmada ,30 dk boyunca uygulanan müzik terapisinin hastaların fizyolojik parametreleri olan sistolik kan basıncının, nabız hızının ve anksiyetenin azaldığı sonucuna varmışlardır (Lee ve ark., 2017).

Li ve arkadaşlarının (2017) yapmış olduğı çalışmada ventilatöre bağlı hastalarda uygulanan müzik terapi uygulamasının sonucunda fizyolojik parametreleri incelenmiş ve müzik terapinin ağrı ve kardiyak düzeyini azalttığı belirlenmiştir (Li ve ark., 2017).

Aktaş ve Karabulut (2019) yapmış olduğı çalışmada ventilasyon işleminden 20 dakika önce, ventilasyon sırasında ve 20 dakika sonrasında müzik terapi uygulanmış,müzik terapi uygulaması sonrasında hastalarda fizyolojik parametrelerden biri olan ağrı skorlarında azalma olduğı sonucuna varılmıştır (Aktaş ve Karabulut, 2019).

Mateu-Capell ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan çalışmada ise solunumu mekanik ventilasyon ile desteklenen 82 yoğun bakım hastasını A(n=40) ve B(n=42) olarak randomize etmiştir. A grubunda bulunan hastalara 4 saatlik seans uygulamıştır. Birinci saatte duruma müdahale etmemiştir, ikinci saatte ses izolasyonu uygulamıştır, üçüncü saatte müzik terapi uygulaması yapmış ve dördüncü saatte ise müdahaleler sonrası durumlarını değerlendirmiştir. B grubunda bulunan hastalara ise ses izolasyonu ve müzik terapi uygulamasının sıralarını değiştirerek uygulama yapmıştır. Her iki grupta da 4 saat süren seans sonrasında sistolik kan basınçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın gözleendiğı sonucuna varmışlardır (Mateu-Capell ve ark., 2018).

3.1.5. Müzik Terapisinde Hemşirenin Rolü

Hemşireler, tedavide ve sağlık hizmetlerinde tamamlayıcı yöntemlerin uygulanması için en uygun meslek grubudur. Hemşirelik mesleğinin uygulamalarının araştırmaya dayalı olması ve bütüncül yaklaşımın benimsenmesi

nedeniyle bu yaklaşımın içerisine müzik terapi de dahil edilmelidir (Akbaş, 2021).

Müzik ile terapi yöntemi, hemşirelik bakım uygulamalarında uzun yıllardır yer almaktadır. Müzik terapisinin bireyde anksiyetenin ve ağrının azaltılmasında, artan sempatik sistemin olumsuz fizyolojik etkilerinin olumluya çevrilmesinde, uygulamasının kolay ve maliyetinin olmaması nedeniyle önümüzdeki yıllarda da tamamlayıcı tedavisi olarak kullanımı artarak devam edecektir (Aydın ve Gürsoy, 2017).

Bu nedenle hemşirelerin, toplumda tamamlayıcı tedavilerinin yaygın kullanımı konusunda farkındalık yaratmaları, yapılan bu uygulamalarla birlikte bireyin ve ailesinin sağlık çalışanları arasında iletişimin sağlanması önemli bir konudur. Dolayısıyla hemşireler tamamlayıcı tedaviler açısından bilimsel çalışmalar yaparak bu yöntemlerin bireye yararlarını ve yan etkilerini araştırmalıdır. Sonuçlarını hasta bakımına yansıtarak, sağlıklı ya da hasta olan birey veya ailesini ve aynı zamanda toplumu bu konuda bilgilendirmelidir (Kudubes ve ark., 2021, Çalışkan, 2020).

4. MEKANİK VENTİLASYON İLE DESTEKLENEN HASTALARDA MÜZİK TERAPİNİN ETKİLERİ

Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalara sıklıkla uygulanan invaziv girişimler hastaların yaşamsal parametrelerinin bozulmasına yol açmaktadır. Müzik terapisi, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda psikolojik semptomlar nedeni ile stabilitesi bozulmuş yaşamsal belirtilere ilişkin değerleri düzenlemede hastaların ihtiyaç duyduğu fizyolojik parametreleri olumlu açıdan etkileyebilecek terapötik bir araçtır.

Müzik terapinin, hastaların kan basıncına, nabız hızına, solunum hızına ve oksijen saturasyonuna olumlu yönde yapmış olduğu etkiyle birlikte kullanılabilecek güvenli bir girişim olduğunu gösterir.

4.1. Kan Basıncına Etkisi

Nonfarmakolojik tedavi yöntemlerinden birisi olan müzik terapi, fizyolojik yanıtlara neden olan endorfin salgısını artırarak kan basıncında azalmaya neden olabilmektedir (Lee ve ark., 2017).

Kıray (2019) yapmış olduğu çalışmada müzik terapi uygulamasının öncesinde (0. dk), uygulamanın 30.dk'sında ve uygulamanın bitiminde (60. dk) sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinin ortalamalarını değerlendirmiştir. Müzik uygulamasından sonra 0.dk'dan 30. dk'ya kadar olan yapılan ölçümlerde kan

basıncı artarken 30.dk'dan 60.dk'ya kadar kan basıncında bir miktar azalma gözlemlenmiştir (Kıray, 2019).

Çalışkan (2020) yaptığı çalışmada hastalar Klasik Batı Müziği, Klasik Türk Müziği ve Ses İzolasyonu uygulaması yapmıştır. Yapmış olduğu çalışmanın sonucunda uygulaması öncesinde (0.dk) diyastolik kan basıncı değerleri ile uygulama zamanında (30.dk) ölçülen kan basıncı ölçümleri arasında anlamlı bir fark olduğu sonucuna varmıştır. Bu farkın uygulama sırasındaki kan basıncı ölçüm değerleri ile uygulama sonrasındaki (60.dk) ölçülen kan basıncı ölçüm değerlerinin azalması yönünde olduğu sonucuna varmıştır (Çalışkan, 2020).

Akbaş (2021) yapmış olduğu çalışmada müzik terapi uygulanmadığı 1.dk, 30.dk ve 40.dk kan basıncı ortalamalarında değerlerin yüksek olduğunu gözlemlenmiştir. Müzik terapi uygulandığı zaman ise hastaların 1.dk, 30.dk e 40.dk kan basıncı ortalamalarında anlamlı olarak hastaların 40.dk kan basıncı ortalamalarının müzik terapi uygulandığı andaki 1.dk değerlerine geri döndüğünü tespit etmiştir (Akbaş, 2021).

Belli (2020) yaptığı çalışmada hastalara sabah ve akşam müzik terapisi uygulayarak değerlendirmiştir. Sabah ve akşam ölçüm saatlerinde kan basıncının anlamlı olarak bir değişimin olduğunu belirlemiştir. 0.dk, 30.dk ve 60.dakikadaki kan basıncı değerlerinin giderek azaldığı sonucuna varmıştır (Belli, 2020).

4.2. Nabız Hızına Etkisi

Müzik terapi uygulamasının insan vücudunda fizyolojik ve psikolojik etkileri vardır. Hastalarda düşen adrenalin seviyesi ile birlikte nabız hızında da etkilere neden olabilmektedir (Messika ve ark., 2018).

Jacq ve arkadaşları (2018) müzik terapiyi uygulama grubu ve kontrol grubu olarak iki farklı grupta incelemiştir. Uygulama grubundaki bireylere yaptığı çalışma ile birlikte müzik terapi uygulaması sonrasında nabız hızı değeri 0.dk'dan 30.dk'ya kadar yapılan ölçümde bir miktar azalırken, 30.dk'dan 60.dk'ya kadar ise anlamlı azalma göstermiştir. Kontrol grubundaki bireylerin ise nabız hızı 0.dk'dan 60.dk'ya kadar olan ölçümlerde ise kısmen kendiliğinden azaldığı sonucuna varmıştır (Jacq ve ark., 2018).

Başka bir çalışmada ise hastalara uygulanan 30 dakikalık müzik terapinin 5 kez nabız hızının ölçülmesiyle değerlendirme yapılmış. Müzik terapisiz gruptaki hastaların müzik terapisi uygulanan hastalara göre nabız ortalamalarının daha fazla azaldığı görülmüş (Tusman ve ark., 2017).

Umbrello ve arkadaşları (2019) hastaların nabız hızı ortalamalarını müzik terapi uygulanıyorken ve uygulanmıyorken karşılaştırdı. Müzik terapi

uygulanmadığında 30. dk'da en yüksek değer aralığına ulaşıldığı ve 40.dk'da kısmen gerilemeye başladığı sonucuna varıldı. 30. dk müzik terapi uygulandığı sırada ise ilk başlangıç değerine ulaşıldığı sonucunu elde etmiştir (Umbrello ve ark., 2019).

4.3. Solunum Hızına Etkisi

Litaratürde mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalara uygulanan müzik terapinin, kaslarda gevşemeyi sağlayarak solunum hızını olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Golino ve ark., 2019).

Yapılan çalışmada müzik terapi uygulaması sonrasında uygulama grubundaki hastaların solunum hızı 0.dk'dan 60.dk'ya kadar olan ölçümde sürekli artmış, kontrol grubunda ise solunum hızı değeri 0.dk'dan 30dk'ya kadar olan ölçümde artarken 30.dk'dan 60.dk'ya kadar olan aralıkta ise solunum hızı azalmıştır (Kıray, 2019).

Başka bir çalışmada ise Klasik Batı Müziği ve Klasik Türk Müziği uygulaması öncesinde solunum hızı değerleri ile uygulama sırası ve uygulama sonrasında ölçülen solunum hızı değerlerinin azalması yönünde anlamlı bir sonuca varılmıştır (alışkan, 2020).

Neha (2018) yapmış olduğu çalışmada, hastalara uygulanan müzik terapi uygulaması sonrasında solunum hızı değerlerinde önemli ölçüde azalmaya etki ettiği ve bu etki sonrasında hastaların bazılarında solunum hızı etkisinden dolayı mekanik ventilatör tedavisinden ayrılan bireylere de rastlandığı sonucuna varmıştır (Neha, 2018).

Park ve Park (2019) yaptığı çalışmada ise, mekanik ventilasyon uygulanan hastalarda uygulamış olduğu müzik terapinin sonrasında, mekanik ventilasyon hastaları için farmakolojik olmayan bir ajan olarak hastaların solunum hızlarında önemli derecede etkili olduğu sonucuna varmışlardır (Park ve Park, 2019).

4.4. Oksijen Satürasyonuna Etkisi

Alternatif terapötik bir uygulama olarak bilinen müzik terapi, hastalarda oksijen satürasyonunda yükselmeye yol açmakta ve nonfarmakolojik bir yöntem olarak hasta bakımında kullanılmaktadır (Sazak ve ark., 2021).

Nurhusna ve arkadaşları (2019) yapmış olduğu çalışmada mekanik ventilatör desteği alan 20 hasta üzerinde müzik terapi uyguladı. 1.günde anlamlı bir fark gözlemlenmeyen hastalarda 2. ve 3.günlerde satürasyon değerlerinde önemli bir artış olduğu sonucuna varmışlardır. Mekanik ventilasyon desteğinin yanı sıra

uygulanan müzik terapinin de hastalara önemli bir etki sağladığı sonucunu elde etmişlerdir (Nurhusna ve ark., 2019).

Başka bir çalışmada ise, müzik terapinin uygulanmadığı 1.dk, 30.dk ve 40.dk SpO2 değeri düşük olurken, müzik terapi uygulaması yapıldığında hastaların 1.dk, 30.dk ve 40.dk SpO2 değer ortalamalarında 40.dk SpO2 değerinde anlamlı derecede yüksek değerde olduğu belirlenmiştir (Akbaş, 2021).

Yuliana ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında ise müzik terapi uygulamasını müzikal etkiler ile hastalar üzerinde baskılama eyleminden yararlanmışlardır. Beyindeki limbik sistemi tetikleyen endorfinler yardımıyla hastaların SpO2 değerinde önemli bir rol oynadığı ve anlamlı bir fark gözlemlenerek değerlerde yükselme olduğu sonucuna varmışlardır (Yuliana ve ark., 2018).

Çalışkan (2020) yaptığı çalışma sonucunda ise farklı türde dinletilen müzik terapisinin oksijen satürasyonu ölçümlerinde 0.dk ile 60.dk arasında SpO2 değerlerinin artması yönünde anlamlı bir farkı olduğunu saptamıştır (Çalışkan, 2020).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yoğun bakım ünitelerinde başarı oranının yüksek olması üniteye yatan hastaların sadece hayatta kalması ile ilgili olmayıp aynı zamanda fizyolojik değerlerinin de normal olması önemlidir. Bu bağlamda hemşirelerin hastalar için fizyolojik parametrelerini en iyi duruma getirmek için hastaların yaşamına doğrudan etki eden bakımları sağlaması gerekmektedir.

Doğru yapılmış bakım planı, hastaların kaliteli yaşam süresine sahip olmasına yardım eder. Bu doğrultuda müzik terapi uygulaması, mekanik ventilasyon desteği alan hastalar için kolay uygulanabilir olması ve bakım maliyetinin düşük olması nedeniyle ,bakım planına olumlu etkilerinden dolayı dahil edilmelidir.

Mekanik ventilasyon desteğinde olan hastalarda müzik terapi uygulaması sonucunda hastaların fizyolojik parametrelerinde anlamlı olarak bir değişim söz konusudur. İncelenen çalışmalar müzik terapi uygulamasının hastalara olumlu etkilerinin olduğunu ve hastalar üzerinde herhangi bir yan etkisinin olmadığını göstermiştir.

Bu bağlamda mekanik ventilasyon desteği alan hastalara müzik terapi uygulamasının hemşirelerin bakım planlarına dahil etmesinin hastalar açısından pozitif bir uygulama olacağı görülmektedir.

İncelenen literatür doğrultusunda, şu önerilerde bulunulabilir;

- Müzik terapi uygulamasının mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların hemşirelik bakımına dahil edilmesi
- Müzik terapi, mekanik ventilasyon desteğinde olan hastaların fizyolojik sorunlarını (takipne, taşikardi, anksiyete) çözmede rutin terapötik bir araç olarak kullanılması
- Müzik terapinin, hastaların fizyolojik değerlerinde olumlu etkileri olmasından dolayı mekanik ventilatör kullanımına duyulan ihtiyacı azaltmak için non-farmakolojik bir bağımsız hemşirelik girişimi olarak kullanılması
- Yeni araştırmaların daha uzun zamanlı, daha geniş örneklem grubuyla / kontrol grubu kullanılarak, farklı müzik çeşitlerinde ve diğer tamamlayıcı tür girişimlerin ayrı ayrı/ bir arada uygulandığı çalışmaların yapılıp sonuçlarının karşılaştırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kurt T, Çelik S. (2019), “Yoğun bakım hastalarını mekanik ventilasyondan ayırma sürecinde doğa temelli ses terapisinin etkisi”, *Çukurova Medical Journal*, 44(1):119.
2. Silay F, Akyol A. (2018), “Yoğun bakım ünitelerinde sedasyon-ajitasyon ve ağrı değerlendirmesinde kullanılan iki ölçüm aracının Türkçe’ye uyarlanması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması”, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 22: 50-65.
3. Chalfin DB. (2018), “Music therapy in critical illness: Entertainment with benefits”, *Critical Care Medicine*, 46(9):1554-1455.
4. Bayraktar D, Yetimoğlu M. (2019), “Yoğun Bakım Hemşirelerinin Müzik Terapi Konusundaki Düşüncelerinin Belirlenmesi”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(3): 231-236.
5. Bayındır S, Koçyiğit F. (2017), “Yoğun bakım ünitesinde ağrı ve anksiyete yönetiminde nonfarmakolojik adjuvan tedavi: Müzik terapi” *Maltepe Tıp Dergisi*, 9(1): 14-17.
6. Messika J, Kalfon P, Ricard JD. (2018), “Adjuvant therapies in critical care: Music therapy”, *Intensive Care Medicine*, 44(11):1929
7. Costa F, Ockelford A, Hargreaves DJ. (2018), “The effect of regular listening to preferred music on pain, depression and anxiety in older care home residents” *Psychology of Music*, 46(2):174-91.

8. Hansen IP, Langhorn L, Dreyer P. (2018), "Effects of music during daytime rest in the intensive care unit", *Nursing Critical Care*, 23(4): 207-213.
9. Lee HC, Lai CL, Sung YH, Lai MY, Lin CY, Lin YL. (2017), "Comparing effects between music intervention and aromatherapy on anxiety of patients undergoing mechanical ventilation in the intensive care unit: a randomized controlled trial" *Quality of Life*, 26(7): 1819-1829.
10. Kaur A, Kumari V, Sharma M. (2018), "Effect of nature based sound's intervention on agitation and anxiety of patients admitted in intensive care units of MMIMS&R Hospital", *International Journal of Health Sciences & Research*, 11:161-167.
11. Mateu-Capell M, Arnau A, Juvinyà D, Montesinos J, Fernandez R. (2019), "Sound isolation and music on the comfort of mechanically ventilated critical patients", *Nursing Critical Care*, 1;24(5):290-298.
12. Güngör M. (2018), *Ameliyat Sonrası Yoğun Bakımda Mekanik Ventilasyona Bağlı Hastalarda Müzik Dinlemenin Anksiyete Üzerine Etkisi* (Tez). Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; İstanbul.
13. Şahin H. (2018), *Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastalara Müzik Eşliğinde Yapılan Hemşirelik Bakımının Fizyolojik ve Ruhsal Durum Üzerine Etkisi* (Tez). İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; İstanbul,
14. Tusman G, Bohm SH, Sipmann FS. (2017), "Advanced Uses of Pulse Oximetry for Monitoring Mechanically Ventilated Patients", *Anesthesia and Analgesia*, 124: 62-71.
15. Peng C, Baxter K, Lally K. (2019), "Music Intervention as a Tool in Improving Patient Experience in Palliative Care", *American Journal Hospital Palliative Care*, 36(1): 45-49.
16. De Witte M, Spruit A, Van Hooren S, Moonen X, Stams GJ. (2020), "Effects of music interventions on stress-related outcomes: a systematic review and two meta-analyses", *Health Psychol Review*, 14(2):294-324.
17. Jacq G, Melot K, Bezou M, Foucault L, Courau-Courtois J, Cavelot S, Lang A, Bedos J, Le-Boeuf D, Boussard J, Legriel S. (2018), "Music for pain relief during bed bathing of mechanically ventilated patients: A pilot study", *Plos One Journal*, 13(11): 1-17.
18. Golino AJ, Leone R, Gollenberg A, Christopher C, Stanger D, Davis TM, Meadows A, Zhang Z, Friesen MA. (2019), "Impact of an Active Music Therapy Intervention on Intensive Care Patients", *American Journal Critical Care*, 28(1):48-55.

19. Umbrello M, Sorrenti T, Mistraletti G, Formenti P, Chiumello D, Terzoni S. (2019), "Music therapy reduces stress and anxiety in critically ill patients: a systematic review of randomized clinical trials", *Minerva Anestesiol*, 85(8):886-898.
20. Hetland B, Lindquist R, Weinert C, Peden C, Savik K, Chlan L. (2017), "Predictive Associations of Music, Anxiety, and Sedative Exposure on Mechanical Ventilation Weaning Trials", *American Journal Critical Care*, 26(3): 210-220.
21. Emeksiz B. (2018), *Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi* (Tez). İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; İstanbul.
22. Bozkurt G, Türkmen E. (2019), "Yoğun Bakım Hemşireliğinde Sertifika Programları", *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 23(2):107-113.
23. Yılmaz H, Yıldız M. (2018), "Mekanik Ventilasyona Pratik Yaklaşım" *Koşuyolu Heart Journal*, 21(1):65-69.
24. Kristen E, Margaret L. (2018), "Conflict in the intensive care unit: Nursing advocacy and surgical agency", *Nursing Ethics*, 25(1): 69-79.
25. Hager DN, Chandrashekar P, Bradsher RW, Abdel-Halim AM, Chatterjee S, Sawyer M, Brower G, Needhan M. (2017), "Intermediate care to intensive care triage: A quality improvement project to reduce mortality", *Journal Critical Care*, 42:282-288.
26. Baker T, Khalid K, Acicbe O, McGloughlin S, Amin P. (2017), "Council of the world federation of societies of intensive & Critical Care Medicine critical care of tropical disease in low income countries: Report from the task force on tropical diseases by the world federation of societies of intensive and critical care medicine" *Journal Critical Care*, 42:351-354.
27. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. (2018), "Harrison's principles of internal medicine", *McGraw-Hill Professional Publishing*, 1360-1372.
28. Durmaz AA. (2017), *Yoğun Bakım Ünitelerinin Planlanması ve Sınıflandırılması*, İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti, Inc. , 1. Baskı, İstanbul, 3-9.
29. Kılıç E, Ganidağlı S. (2019), *Yoğun Bakım Çalışma Modelleri ve Etik Problemler*, 1. Baskı, Ankara, Türkiye Klinikleri, 19-23.
30. Belli E. (2020), *Mekanik Ventilasyon Uygulanan Hastalara Dinletilen Müziğin Ağrı, Nabız, Kan Basıncı ve Oksijen Satürasyonuna Etkisi* (Tez). Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; Gaziantep.

31. Okgun A, Dinçarslan G, Van Giersbergen M, Hepçivici Z, Kaya E, Uyar M. (2017), “Effect of patient position on endotracheal cuff pressure in mechanically ventilated critically ill patients”, *Australian Critical Care*, 267–272.
32. Kara G. (2018), *Mekanik Ventilasyon Uygulanan Hastalarda Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Değerlendirilmesi* (Tez). İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; İstanbul.
33. Gracelin, L, David S, Xavier R, Chacko B, Sebastian T. (2018), “Knowledge regarding Mechanical Ventilation and Practice of Ventilatory Care among Nurses in General Pulmonary and Medical Wards”, *International Journal of Science and Research*, 8: 2214-2217.
34. Smallwood CD, Davis MD. (2019), “Mechanical Ventilation”, *Respiratory Care*, 64: 855-863.
35. Kneyber MCJ, Luca D, Calderini E, Jarreau P, Javouhey E, Lopez-Herce J, Hammer J, Macrae D, Markhorst DG, Medina A, Pons-Odena M, Racca F, Wolf G, Biban P, Brierley J, Rimensberger PC. (2017), “Recommendations for mechanical ventilation of critically ill children from the Paediatric Mechanical Ventilation Consensus Conference”, *Intensive Care Medicine*, 43: 1764-1780.
36. Weiss B, Kaplan LJ. (2017), “Oxygen therapeutics and mechanical ventilation advances”, *Critical Care Clinics Journal*, 33:293-310.
37. Nieman GF, Satalin J, Andrews P, Aiash H, Habashi NM, Gatto LA. (2017), “Personalizing mechanical ventilation according to physiologic parameters to stabilize alveoli and minimize ventilator induced lung injury”, *Intensive Care Medicine Experimental*, 5-8.
38. Diaconu O, Siriopol J. (2018), “Endotracheal tube biofilm and its impact on the pathogenesis of ventilator-associated pneumonia”, *Critical Care Medicine*, 4(2), 50-55.
39. Wainer C. (2020), “The importance of oral hygiene for patient on mechanical ventilation”, *British Journal of Nursing*, 29(15), 862-863.
40. Yüzkat N, Soyalt C. (2021), *Temel Mekanik Ventilasyon Modları ve Ayarlama Teknikleri*, Akademisyen Kitabevi, Ankara, 107-116.
41. Çamok G. (2021), *Yoğun Bakım Ünitesinde Entübe Hastaların Erken Mobilizasyonu ve Erken Mobilizasyonun Solunum Örüntüsü ile Hasta Hemodinamisine Etkileri* (Tez). İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
42. Wu D, Wu C. (2019), “Risk factors of ventilator-associated pneumonia in critically ill patients”, *Front Pharmacol*, 9(10), 482.

43. Zhu XW, Zhao JN, Tang SF, Yan J, Shi Y. (2017), “Noninvasive highfrequency oscillatory ventilation versus nasal continuous positive airway pressure in preterm infants with moderate-severe respiratory distress syndrome: a preliminary report”, *Pediatr Pulmonol*, 1038-1042.
44. Keszler M. (2019), “Volume-targeted ventilation: one size does not fit all. Evidencebased recommendations for successful use”, *Archive of Disease*, 104: 108–112.
45. Kong X, Guo C, Lin Z, Duan S, He J, Ren Y, Ren J. (2021), “Experimental study on the control effect of different ventilation systems on fine particles in a simulated hospital ward”, *Sustainable Cities and Society*, 73.
46. Sha H, Moujahed M, Qi D. (2021), “Machine learning-based cooling load prediction.and optimal control for mechanical ventilative cooling in high-rise buildings”, *Energy and Buildings*, 242.
47. Wang J, Huang J, Feng Z, Cao SJ, Haghighat F. (2021), “Occupant-density-detection based energy efficient ventilation system: Prevention of infection transmission”, *Energy and Buildings*, 240.
48. Doneria D, Arshad Z, Singh G, Verma R. (2017), “Randomised Controlled Study Effects of music intervention on state anxiety and physiological indices in patients undergoing mechanical ventilation in the intensive care unit: Adaptive Support Ventilation (ASV) and Synchronised Intermittent Mode of Ventilation (SIMV) with Respect to Weaning” *International Journal of Health Sciences and Research*, 37-42.
49. Chittawatanarat K, Orrapin S, Jitkaroon K, Mueakwan S, Sroison U. (2018), “An open label randomized controlled trial to compare low level pressure support and T-piece as strategies for discontinuation of mechanical ventilation in a general surgical intensive care unit”, *Medicine Archive*, 72(1):51–57.
50. Candik P, Rybard D, Depta F, Sabol F, Kolesar A, Galkova K, Torok P, Donicova V, Imrecze S, Nosal M, Donic V. (2018), “Relationship between dynamic expiratory time constant and parameters of breathing cycle in pressure support ventilation mode”, *Physiological Research*, 67: 875-879.
51. Boules M, Laz N, Elberry A, Husseyin R, Abdelrahim M. (2021), “Aerosol delivery through high flow nasal cannula compared to biphasic positive airway pressure, at two diferent pressure: an in-vitro study”, *Beni-Suef University Journal of Basic and Applied Sciences*, 2-8.
52. Yehya N, Harhay MO, Curley MAQ, Schoenfeld DA, Reeder RW. (2019), “Reappraisal of ventilator-free days in critical care research”, *American Journal Respiratuar Critical Care Medicine*, 828–836.

53. Talan L, Altıntaş ND. (2019), “Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Komplikasyonları Nelerdir, Nasıl Önlenir ve Yönetimi Nasıl Yapılır? Noninvaziv Mekanik Ventilasyon Uygulamaları”, *Türkiye Klinikleri*, 99-102.
54. Aalbers S, Vink A, Freeman R, Pattiselanno K, Spreen M, Hooren S.(2019), “Development of an improvisational music therapy intervention for young adults with depressive symptoms: An intervention mapping study”, *The Arts in Psychotherapy*, 65: 133-152.
55. Carr CE, O’Kelly J, Sandford S, Priebe S. (2017), “Feasibility and acceptability of group music therapy wait-list control for treatment of patients with long-term depression: study protocol for a randomised controlled trial”, *Trials*, 18(1), 1–15.
56. Aydın A, Gürsoy A. (2017), “Yoğun Bakımda Bir Ses: “Burdayım.” *Journal of Academic Research in Nursing*, 3(2): 97-100.
57. De Witte M, Lindelauf E, Moonen X, Stams M, Van Hooren S. (2022), “Music therapy interventions for stress reduction in Adults with Mild Intellectual Disabilities: Perspectives from clinical practice”, *Frontiers in Psychology*, 134-159.
58. Ginsberg P, Raghunathan K, Bassi G, Ulloa L. (2022), “Review of Perioperative Music Medicine: Mechanisms of Pain and Stress Reduction Around Surgery” *Frontiers in Medicine*, 1-16.
59. Gebuza G, Dombrowska A, Kaźmierczak M, Gierszewska M, Mieczkowska E. (2017), “The effect of music therapy on the cardiac activity parameters of a fetus in a cardiotocographic examination”, *The Journal of Medicine*, 30(20), 2440-2445.
60. Gönenç İM, Dikmen HA. (2020), “Effects of Dance and Music on Pain and Fear During Childbirth”, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 49(2), 144-153.
61. Karamızrak N. (2019), “Kardiyovasküler Hastalıklarda Müzik ile Terapi”, *Koşuyolu Heart Journal*, 22(2), 120- 125.
62. Yusniarsih I, Resna R. (2017), “Study On Gamelan Degung As Music Therapy In An Active Labor Phase On The First Stage Of Labor By Using Pain Intensity Rating Scale 1. Conference: International Conference on Science”, *Health and Medicine*, 1-5.
63. Dayyana S, Suryono S, Widyawati MN, Hidayat ST. (2017), “Effectiveness of music therapy on anxiety and β -Endorphin levels in primigravida during the third stage”, *Belitung Nursing Journal*, 3(6), 735- 742.
64. Boşnak M, Kurt AH, Yaman S. (2017), “Beynimizin müzik fizyolojisi”, *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12(1), 35-44.

65. Ak Ş. (2018), “Türk-İslam Medeniyetinde Müzikle Tedavi”, *TÜRKTOB Dergisi*, 25: 57-61
66. Amat MI, Johari K, Najib NM, Jais HM, Pamidi S, Muhammad K. (2019), “Experience of Recovering Addicts Undergoing The 7 Steps Recovery İn Addiction Program (7-SRA) as an Aftercare Treatment.”, *Revista De Ciencias Sociales Y Humanidade*, 180-188.
67. Carter TE, Panisch LS. (2020), “A Systematic Review of Music Therapy for Psychosocial Outcomes of Substance Use Clients” *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-18.
68. Demirci M. (2021), *Türk Musikisi Tarihi*. Türk Din Musikisi El Kitabı, Grafiker Yayınları, 6. Baskı, İstanbul.
69. Kayım G. (2017), *Dünya’da Müzik Terapi Tarihi ve Eğitimi* (Tez). Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Türk Musikisi Anasanat Dalı Türk Müziği Yüksek Lisans Tezi; İstanbul.
70. Çuhadar H. (2017), “Müziksel Zeka”, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 26 (3): 1-12.
71. Bronson H, Vaudreuil R, Bradt J. (2018), “Music Therapy Treatment of Active Duty Military: An Overview of Intensive Outpatient and Longitudinal Care Programs”, *Music Therapy Perspectives*, 1-12.
72. Magee L, Clark I, Tamplin J, Bradt J. (2017), “Music interventions for acquired brain injury”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6-12.
73. Bilgiç Ş, Acaroğlu R. (2017), “Effects of Listening to Music on The Comfort of Chemotherapy Patients”, *Western Journal of Nursing Research*, 39(6): 745-762.
74. Horuz D, Kurçer MA. (2017), “Göğüs Hastalıkları Servisinde Yatan Koah Tanılı Hastalarda Müzik Terapinin Anksiyete ve Bazı Fiziksel Bulgulara Etkisi”, *Bilimsel Çalışmalar Dergisi*, 89-102.
75. Firmeza MA, Rodrigues AB, Melo GA, Aguiar MF Cunha GH, Oliveira PP, Grangeiro AS. (2017), “Control Of Anxiety Through Music İn A Head And Neckoutpatient Clinic: A Randomized Clinical Trial”, *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51: 1-8.
76. Gallagher LM, Lagman R, Rybicki L. (2018), “Outcomes of Music Therapy Interventions on Symptom Management in Palliative Medicine Patients”, *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(2): 250-257.
77. Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB. (2017), “The Bundle in Critical Care”, *Critical Care Clinics*, 33(2):225–43.
78. Khan BA, Perkins AJ, Gao S, Hui SL, Campbell NL, Farber MO, Chlan LL, Boustani MA. (2017), “The Confusion Assessment Method for the ICU-7

- Delirium Severity Scale: a novel delirium severity instrument for use in the ICU”, *Critical Care Medicine*, 45(5):851–7.
79. Zhang Y, Cai J, An L, Hui F, Ren T, Ma H, Zhao Q. (2017), “Does music therapy enhance behavioral and cognitive function in elderly dementia patients? A systematic review and meta-analysis”, *Ageing Research Reviews*, 35:1–11.
 80. Khan B, Perkins AJ, Campell NL, Gao S, Farber MO, Wang S, Khan SH, Zarzaur BL, Boustani MA. (2019), “Pharmacological management of delirium in the ICU: a randomized pragmatic clinical trial”, *Journal of American Geriatrics Society*, 67(5): 1057– 1065.
 81. Khan SH, Xu C, Purpura R, Durrani S, Lindroth H, Wang S, Gao S, Heiderscheid A, Chlan L, Boustani M, Khan BA. (2020), “Decreasing Delirium Through Music: A Randomized Pilot Trial”, *American Journal Critical Care*, 29(2): 31–38.
 82. Lee CH, Lee CY, Hsu MY, Lai CL, Sung YH, Lin CY, Lin LY. (2017), “Effects of Music Intervention on State Anxiety and Physiological Indices in Patients Undergoing Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit: A Randomized Controlled Trial”, *Biological Research for Nursing*, 19(2):137–44.
 83. Li J, Zhou L, Wang Y. (2017), “The effects of music intervention on burn patients during treatment procedures: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials”, *BMC Complement Alternative Medicine*, 17;17(1).
 84. Aktaş YY, Karabulut N. (2019), “Relief of Procedural Pain in Critically Ill Patients by Music Therapy: A Randomized Controlled Trial” *Complement Medicine Research*, 26(3):156–164.
 85. Akbaş Ş. (2021) *Yoğun Bakım Hastalarına Uygulanan Müzik Terapinin Endotrakeal Aspirasyon Sırasındaki Ağrı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi* (Tez). Acıbadem Mehmet Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
 86. Kudubes A, Bektaş İ, Bektaş M. (2021), "Nursing Role in Children Pain Management/ Çocuklarda Ağrı Yönetiminde Hemsirenin Rolü." *Journal of Education and Research in Nursing*, 107.
 87. Çalışkan S. (2020), *Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olan Hastalarda Müzik Terapi ve Ses İzolasyonunun Konfora Etkisi* (Tez). İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
 88. Kıray S. (2019), *Mekanik Ventilasyon Desteğinde Olan Hastalarda Müzik Terapinin Ağrıya Etkisi* (Tez). İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir.

89. Neha S. (2018), "Effectiveness of music therapy on level of anxiety among patients weaned from mechanical ventilator in selected hospital at Meerut", *International Journal of Science and Research*, 7(5):1477-1482.
90. Park Y, Park S. (2019), "Effects of Two Music Therapy Methods on Agitation and Anxiety among Patients Weaning off Mechanical Ventilation: A Pilot Study", *Journal Korean Acad Fundam Nursing*, 136-143.
91. Nurshusna A, Ekawaty F, Sulistiawan A. (2019), "The Effect of Murottal Alquran Therapy on Heart Rate, Respiration Rate, Saturation Oxygen of Premature Infants Using Mechanical Ventilation in Intensive Care Unit", *Atlantis Press*, 353-361.
92. Yuliana F, Kusnanto N, Krisnana I. (2018), "Systematic Review on the Effectiveness of Music Therapy on Anxiety and Vital Signs of Patients with Mechanical Ventilation", *Nurses at the Forefront Transforming Care*, 648-651.
93. Sazak Y, Kanadlı K, Olgun N. (2021), "Yoğun Bakım Hastalarında Müzik Uygulamasının Fizyolojik ve Psikolojik Etkileri: Sistemik Derleme", *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(2), 203-212.



BÖLÜM 11

ÇOCUKLARDA AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE YÖNETİMİ

Araş. Gör. Dr. Aylin PEKYİĞİT¹

Öğr. Gör. Dr. Fatma DİNÇ²

1. AĞRI

1.1. Ağrının Tanımı

“Ağrı, gerçek veya olası doku hasarı sonucu ortaya çıkabilen, duyuşsal olarak hoşla gitmeyen deneyim” şeklinde tanımlanmaktadır (IASP 1979). Vücuttaki çoğu rahatsızlıklar ağrıya neden olur. Pek çok hastalığın tanılanmasında önemli bir belirtidir (Hall ve Guyton 2021).

1.2. Ağrının Sınıflandırılması

1.2.1. Nörofizyolojik Mekanizmalara Göre Sınıflandırılması

Nosiseptif ağrı; Sinir sistemi dışında tüm doku ve organlarda bulunan nosiseptörler tarafından algılanan ve santral sinir sistemine işletildikten sonra hissedilen ağrı tipidir (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021).

Somatik ağrı; Çoğunlukla enflamasyon ya da zedelenme sonucunda periferik sinir uçlarından kaynaklanan, duyuşsal liflerle taşınan, lokalize hissedilen ağrı tipidir. Somatik ağrılarda, ezilme, acıma ve zonklama hissi yoğundur (Hall ve Guyton 2021; Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021).

Viseral ağrı; Genellikle alt sternum ya da üst abdomende sinir uçlarının aktivasyonundan kaynaklanarak, duyuşsal liflerle taşınan, sistit gibi lokalize olmayan için iç organlara yayılan ağrı tipidir (Hall ve Guyton 2021; Silbert-Flagg ve Pillitteri 2018).

¹ Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
ORCID:0000-0003-2923-4452

² Bartın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
ORCID:0000-0003-1451-7441

Nöropatik ağrı; Periferik ya da santral sinir sistemindeki bir hasara ya da fonksiyonel değişikliklere bağlı ortaya çıkan ağrı tipidir. Santral ağrı, santral sinir sistemini etkileyen bir patoloji nedeni ile ortaya çıkarken periferik ağrı periferik sinirlerini etkileyen bir patoloji ile ortaya çıkar (Hall ve Guyton 2021). Genellikle ellerde ve ayaklarda yanma, zayıflık, uyuşukluk veya ağrıya neden olur. kemoterapi sonrası yaşanan ağrı nöropatik ağrıya örnektir (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021; Potts ve Mandleco 2012; Silbert-Flagg ve Pillitteri 2018).

Psikojenik ağrı; Fizyolojik bir neden olmaksızın stres gibi psikososyal sorunlara bağlı ortaya çıkan ağrı tipidir (Niyazi 2013).

1.2.2. Süresine Göre Sınıflandırılması

Akut ağrı; Daima nosiseptif nitelikte olup, vücuda zarar veren bir olayın varlığını gösteren ağrı tipidir. Genellikle azaltılabilir ya da durdurulabilir niteliktedir (Hall ve Guyton 2021; Oakes 2011). Neden olan lezyon ile ağrı arasında yer, şiddet ve zaman bakımından yakın ilişki vardır. Nedenleri arasında, travma, enfeksiyon, doku hipoksisi ve enflamasyon sayılabilir (Hall ve Guyton 2021). Postoperatif ağrı akut ağrıya en iyi örnektir. Akut ağrı, 3-6 aydan uzun sürerse kronik ağrı özellikleri gösterir (Hall ve Guyton 2021; Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021).

Kronik ağrı; Genellikle üç ay veya daha uzun süren, zamanla tekrarlayan, kişinin yaşam kalitesini etkileyen, psikolojik etkenlerin de rol oynadığı kompleks bir ağrı tipidir (Oakes 2011). Parasempatik sinir sistemi etkilenir. Bu nedenle yaşam bulgularında bozukluklar, bulantı-kusma, halsizlik ve yorgunluk görülebilir (Hall ve Guyton 2021; Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021).

1.3. Ağrının Fizyolojisi

Ağrının hissedilmesi için gerekli olan fizyolojik sistem postkonsepsiyonel 7. haftadan itibaren başlar (Anand 1987; Anand 2001). Fetal hayatın 20. haftasından itibaren de ağrıyı hissetmek ve yorumlamak için gerekli sinir sistemi oluşmuş olur (Ovalı 2008). Ağrının algılanması sürecine nosisepsiyon denir ve nosisepsiyon dört aşamadan oluşur;

Transdüksiyon; Sinir uçlarındaki uyarının elektriksel bir aktiviteye dönüştürülmesidir. **Transmisyon;** Ağrı algısının merkezi sinir sistemine iletilmesidir. **Modülasyon;** Ağrının nöral etkenlerle modifiye olmasıdır. **Persepsiyon;** Ağrılı uyarının algılandığı son aşamadır (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021).

Nosisepsiyon, nosiseptör reseptörler üzerinde oluşan bir aktivitedir. Nosiseptörler, mekanik, termal ve kimyasal nedenlerle uyarılabilirler. Ağrı uyarısını iletimini sağlayan bazı nörotransmitterler şunlardır; histamin,

bradikinin, serotonin, proteolitik enzimler, potasyum iyonları, asetilkolin, P maddesi, asitler ve prostoglandinlerdir (Hall ve Guyton 2021).

1.3.1. Ağrı Uyarısının Merkezi Sinir Sistemine İletimi

Medulla spinalisten köken alan C Lifleri ve A Delta Lifleri ağrının iletiminde önemli role sahiptir. A Delta Lifleri miyelinlidir, sinir iletimi hızlıdır, bu liften çıkan ağrılar, yoğun ve lokalize olur. C lifleri miyelinsizdir, ağrı iletimi yavaştır (Hall ve Guyton 2021). Ağrının algılanması için gerekli olan korteks ve talamus arasındaki bağlantılar 24. haftada oluşur. 24. haftaya kadar geçen süreçte miyelin kılıfının olmaması, ağrının algılanmadığı anlamını taşımaz, ağrı iletiminin yavaş olduğunu gösterir (Ovalı 2008).

1.4. Ağrının Vücuttaki Belirtileri

Çocuklarda ağrının belirtileri sözel ifadeler ve sözel olmayan ifadeler (yüz hareketi, kas tonüsü, nabız vb.) ile tanımlanabilir. Yenidoğan bebeklerde ağrı sözel olarak ifade edilemeyeceği için fizyolojik ve davranışsal etkiler aynı anda incelenmelidir (Silbert-Flagg ve Pillitteri 2018).

Ağrının solunum sistemine etkisi: Ağrı, vital kapasite ve tidal volüm azalır (Ovalı 2008), oksijenasyon azalır, oksijen saturasyonunun düşer (Ball ve ark. 2017).

Ağrının kardiyovasküler sisteme etkisi: Taşikardi ve arteriyel kan basıncında artış olur (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021).

Ağrının endokrin etkisi: Katekolamin, aldosteron, endorfin, glukagon, kortizol ve kortikosteroid düzeylerinde artış görülebilir. Buna yönelik pupillerde genişleme, ciltte soluklaşma, konstipasyon veya diyare görülür (Hall ve Guyton 2021). İnsülin seviyesinde ise azalmaya neden olur (Ovalı 2008).

Ağrının kranial etkisi: Kranial oksijenasyon ve kompensasyon bozulur intraventriküler kanama riski artar (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021; Ovalı 2008).

Ağlama: Ağrıya karşı verilen en önemli davranışsal tepkilerden biri ağlamadır. Ağrı nedeniyle oluşan ağlama ile diğer nedenlere bağlı oluşan ağlama ayırt edilebilir (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021). Tiz bir sesle ağlayış, ağlamanın şiddeti ve süresi, ağlamanın nedeni hakkında bilgi verebilir. Uzun süre ağrıya maruz kalan bebeklerin ağlama süreleri kısadır, tiz sesle ağlama gözlemlenir (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021; Ovalı 2008).

Uyku ve uyanıklık durumu: Ağrı, uyku düzenini olumsuz etkiler. Ağrıya bağlı uyku uyanıklık döngüsünde bozulmalar, uykusuzluk gelişir. Çocuklar aşırı rahatsız, huzursuz görünümündedir (Ball ve ark. 2017; Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021; Potts ve Mandleco 2012).

Tedavi edilmeyen ağrı, hipoksemiye, dispneye, kan basıncında artışa, stres hormonlarında artışa, bağışıklık sisteminde zayıflamaya, kas spazmına, yorgunluğa, anksiyeteye, korkuya, umutsuzluk duygularına, uyku bozukluklarına ve iştah kaybına neden olabilir (Ball ve ark. 2017; Pillai Riddell ve ark. 2011). Yaşanılan ağrı sonucunda bireyin yaşam kalitesi olumsuz etkilenir. Bu nedenle ağrının uygun yöntemlerle değerlendirilmesi ve yönetimi büyük önem oluşturur.

1.5. Çocuklarda Yaş Dönemlerine Göre Ağrı Değerlendirilmesi

Ağrı, beşinci yaşam bulgusu olarak kabul görmektedir. Ağrının değerlendirilmesi ve etkin bir şekilde yönetimi her çocuğun hakkıdır. Ağrı değerlendirilmesinde amaç; ağrının yeri, şiddeti ve çocuğun işlevlerine etkisi gibi maddeler hakkında bilgi edinmektir (Ball ve ark. 2017). Ağrı değerlendirilmesinde, potansiyel ağrı kaynağı, ağrının geçmişi, hastanın gelişimsel fonksiyonları ve rahatının yanı sıra geçerli güvenilir ölçeklerin de kullanılması gereklidir (Manworren ve Stinson 2016).

Bebek ve çocuklarda ağrının objektif değerlendirilebilmesi için ölçekler geliştirilmiştir (Ball ve ark. 2017). Ağrı ölçekleri tek boyutlu ya da çok boyutlu olabilir. Tek boyutlu ağrı ölçekleri davranışsal belirtileri değerlendirirken, çok boyutlu ağrı ölçekleri davranışsalın yanı sıra fizyolojik değişkenleri de değerlendirir (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021). Her ölçeğin avantajı ve dezavantajı olabilir. Fakat bu ölçeklerden en uygununun kullanılması, ağrının değerlendirilmesi ve gereken girişimlerin yerine getirilmesi açısından önem taşır (Ovalı 2008).

Çocuk hastalarda ağrının değerlendirilmesi yetişkinlere göre daha karmaşıktır. Bu karmaşıklığın nedeni; yaş, gelişme evresi, geçirilmiş ağrı deneyimleri ve diğer çevresel faktörlerle ilgili olarak çocuğun algılama, yorumlama ve ifade etme sürecindeki sürekli değişimlerdir (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021; Silbert-Flagg ve Pillitteri 2018). Bu nedenle çocukların ağrıları değerlendirilirken yaş ve gelişimsel özellikleri dikkate alınmalıdır.

1.5.1. 0-1 Yaş Döneminde Ağrının Değerlendirilmesi

Yenidoğan döneminde altı aya kadar bebeklerin ağrısı genelleştirilmiş vücut hareketleri, çenenin titremesi, yüzünü buruşturma, zayıf beslenme gibi davranışsal tepkiler, ağlama gibi sözlü tanımlamalar gösterirler (Silbert-Flagg ve Pillitteri 2018). Ağrı hafızası 6-12 ay arasındaki bebeklerde gelişir. Ebeveyn anksiyetesine karşı duyarlıdırlar. Uyarana karşı refleks çekilmeleri, yüzünü buruşturma, uykusuzluk, iritabilite ve huzursuzluk gibi davranışsal tepkiler, ağlama gibi sözlü tanımlamalar gösterirler (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021).

Yenidoğanlarda ağrıya bağlı oluşan ağlamada gözlemlenen yüz özellikleri; kaşların aşağı inmiş olması, birbirine yaklaşmış olması, kaşlar arası şişkin, vertikal çizgilerin belirgin olması, gözlerin sınımsız kapalı, yanakların kabarmış, burnun genişlemiş olması, nazolabial kıvrımların derinleşmiş, ağzın açık ve kareleşmiş olmasıdır (Lawrence ve ark. 1993; Ovalı 2008). Yenidoğanlar, ellerini ve ayaklarını çekip etrafa sürter veya hipotonik olabilirler (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021; Ovalı 2008).

1.5.2. 1-3 Yaş Döneminde Ağrının Değerlendirilmesi

Ağrının nedenini ve onu neden deneyimlediğini anlayamaz. Ağrıdan korkarlar. Bölgesel çekilmeler, tüm vücudun direnci, agresif davranışlar ve rahatsız uyku gibi davranışsal tepkiler gösterirler. Sesli ağlamalar ve çığlıklar gibi sözlü tanımlamalar gösterirler. Prosedürün sonlanması için yalvarırlar (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021). Sarılma gibi duygusal desteğe ihtiyaç duyarlar. Aile, hemşire, diğer önemli insanları sıkı sıkı tutarlar. Ağrının tipini ve yoğunluğunu tanımlayamazlar. Ağrı için bazı genel kelimeleri kullanırlar (uf, ow, ah, ..vb) Sesli ağlarlar ve çığlık atarlar (Ball ve ark. 2017; Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021; Silbert-Flagg ve Pillitteri 2018).

1.5.3. 3-6 Yaş Döneminde Ağrının Değerlendirilmesi

Ağrı onlar için bir acıdır ve hastalıktan çok yaralanma ile ilişkilendirirler. Ağrının bir ceza olduğuna inanırlar. Neden ağrılı bir prosedürün kendilerini iyi hissetmelerine yardım edeceğini ya da bir enjeksiyonun ağrıyı neden azalttığını anlamaya bilişsel güçleri yetmez (Potts ve Mandleco 2012). Aktif fiziksel direnç, yönlendirilmiş agresif davranışlar, yaralandığında fiziksel ya da sözel sağa sola vurma, düşük seviyede hayal kırıklığı gibi davranışsal tepkiler gösterirler. Duyusal seviyede ağrıyı ifade etmek için dil yeteneğine sahiptirler. Ağrının yerini ve yoğunluğunu tanımlayabilirler, ağrıyı yalanlayabilirler, ortada/bariz ağrıya inanabilirler (Ball ve ark. 2017; Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021; Silbert-Flagg ve Pillitteri 2018).

1.5.4. 7-9 Yaş Döneminde Ağrının Değerlendirilmesi

Ağrı ve hastalık arasındaki basit ilişkiyi anlarlar. Beden imgesine yönelik kaygıları vardır. Hastalığı tedavi etmek ya da izlemek için ağrı prosedürlerine olan ihtiyacı anlarlar. Kötü ya da kızgın hissetme ile ağrıyı bağdaştırabilirler (Potts ve Mandleco 2012). Keder ve acı ile ilgili psikolojik ağrıyı fark edebilirler. Pasif direniş, yumruk sıkma, vücudu hala katı tutma, duygusal çekilmeye katlanma, savunma pazarlığını yürütme gibi davranışsal tepkiler gösterirler. Ağrının yerini ve yoğunluğunu belirtebilir. Vücut bölümü ile bağlantı içinde ağrının fiziksel özelliğini tanımlayabilir (Ball ve ark. 2017).

1.5.5. 10-12 Yaş Döneminde Ağrının Değerlendirilmesi

Olay/durum ve ağrı arasındaki ilişkiyi daha iyi anlar. Beden imgesine yönelik kaygıları vardır. Fiziksel ve psikolojik ağrının ahlaki ikilemler ve ayrılık acısı gibi daha karmaşık bir farkındalığına sahiptir (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021; Potts ve Mandleco 2012). Cesaretini göstermek için rahatlığı taklit edebilme, stres ve anksiyete ile gerileyebilme gibi davranışsal tepkiler gösterebilir. Ağrının daha karakteristik bir şekilde yerini ve yoğunluğunu tanımlayabilme, psikolojik ağrıyı tanımlayabilme gibi sözel tanımlamalar yapılabilir (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021).

1.5.6. 13-18 Yaş Döneminde Ağrının Değerlendirilmesi

Fiziksel ve mental ağrının karmaşık nedenlerini anlayabilme becerisine sahiptirler. Ağrının niteliksel ve niceliksel özelliklerini tanır. Başkaları tarafından hissedilen tecrübe edilen ağrı ile ilgilenebilir. Yetişkinler gibi sosyal açıdan kabul edilebilir bir şekilde davranmak ister, kontrollü davranışsal tepkiler gösterir. Ağrı ile oyalanma gibi bir aktivite sergileyebilir (Silbert-Flagg ve Pillitteri 2018). Hemşireler ve diğer sağlık personeli tarafından ağrıyı tolere edebileceği ipuçları verilirse ağrı hakkında şikayet etmeyebilir (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021). Deneyim olarak daha karışık tanımlar kazanılır, hemşirelerin onların düşüncesine uygun düşündüklerini ve böylece ağrı ile ilgili hemşirelere söylemlerin gereksiz olduğunu düşünebilir (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021; Potts ve Mandleco 2012).

1.6. Yenidoğanda Sıklıkla Kullanılan Ağrı Ölçekleri

NIPS (Yenidoğan Bebek Ağrı Ölçeği); Term ve preterm bebeklerde girişimsel işleme bağlı akut ağrının değerlendirilmesinde kullanılır. Ölçek toplam 0-7 puan arasında değişir. Yenidoğanın ağrı düzeyi ile ölçek skoru doğru orantılıdır (Akdovan 1999). Bebeğin uyanıklık durumu, solunum şekli, ağlama, kol ve bacak hareketleri ile yüz hareketleri gözlemlenerek değerlendirilir. Postnatal altıncı haftaya kadar term bebeklerde ve 33.5 gestasyon haftasından itibaren doğan preterm bebeklerde kullanılır (Akdovan 1999; Lawrence ve ark. 1993).

CRIES (Postoperatif Yenidoğan Ağrı Ölçeği); Ölçekte fizyolojik ve davranışsal olmak üzere beş değişken değerlendirilir. Bunlar; (Crying) ağlama, (Requirement for oxygen) hastanın oksijen ihtiyaç durumu, (Increased vital signs) vital bulgulardaki artış, (Expression) yüz ifadesi ve (Sleeplessness) uykusuzluk durumudur (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021). Her bir madde için 0-2 aralığında puan verilir. Yenidoğanın aldığı puan 4 ve üzeri ise analjezik ile müdahale edilmelidir. Ölçek 32. gestasyon haftasından büyük pretermelere postoperatif dönemde uygulanır (Krechel ve Bildner 1995).

PIPP (Prematüre Bebek Ağrı Profili); Ölçeğin 26-37 gestasyon haftasındaki pretermelerde kullanımı uygundur. Davranış durumu, gestasyonel yaş, nabız, kaşların durumu, oksijen satürasyonu, nazolabial kıvrımlar ve gözlerin kapanması izlenir. Her bir madde 0-3 puan arasında puanlandırılır. Toplam skor 0-21 puan arasındadır. Puan arttıkça ağrı düzeyi artar (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021).

NPASS (Yenidoğan Ağrı ve Ajitasyon) Ölçeği; Term ve pretermlere postnatal 100. güne kadar uygulanabilir. Mekanik ventilatöre bağlı olan yenidoğanlarda da kullanılabilir (Hummel ve ark. 2008). Ölçek bebeğin verdiği tepkilere göre gözlemlenerek puanlandırılır. Sedasyon ve ağrı düzeyini değerlendiren iki bölümden ve 5 alt boyuttan oluşur. Alt boyutu diğer ölçekler gibi fizyolojik ve davranışsal tepkiler gözlemlenerek puanlandırılır (Hummel ve ark. 2008; Acikgoz ve ark. 2017).

1.7. Çocuklarda Sık Kullanılan Ağrı Ölçekleri

Ağrı değerlendirilmesinde hedef, ağrıyı belirlemek, azaltmak ve etkili ağrı kontrolü sağlamaktır. Ancak ağrının subjektif bir veri olması, çok boyutlu bir deneyim olması, çocukların gelişim düzeylerine göre sözel olarak ifade edememeleri, ağrılı girişimlere yönelik korkuları, ağrı belirtilerini kaygı, açlık, yalnızlık, anne-babadan ayrılma ve korku belirtilerinden ayırma güçlüğü, sağlık profesyonellerinin ağrı konusunda yanlış inanışları ve bilgi eksiklikleri ağrının değerlendirmesini daha da güçleştirmektedir (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021). Pediatrik ağrı ölçme araçları davranışsal, fiziksel ya da öz bildirimle dayalıdır.

Ağrının fiziksel ölçümü; Akut ağrı adrenerjik sinir sistemini uyarır (Hall ve Guyton 2021). Taşikardi, pupil dilatasyon, hipertansiyon, periferik vazokonstriksiyon, solukluk, terleme, oksijen saturasyonunda azalma ve katekolaminler ve adrenokortikoid hormon salınımında artma gibi fiziksel değişikliklerle sonuçlanır (Potts ve Mandleco 2012). Ağrının varlığı davranışsal belirtiler ve öz bildirimle desteklenmesi güvenilirliğini artırır (Ball ve ark. 2017).

Ağrının davranışsal ölçümü; Bebek, çok küçük çocuklarda, ciddi bilişsel ve iletişim bozukluğu olan hastalarda ağrının öz bildirimle dayalı ölçümü olanaksız olduğundan davranışsal tepkileri değerlendirilir. Davranışsal ağrı değerlendirmesi, yapılan girişimlere bağlı kısa süreli ağrıları değerlendirmede etkilidir. Ağlama, yüz ifadesi, beden hareketleri, duygusal durum birçok farklı durumdan etkilenebilir (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021).

Ağrının öz bildirimle dayalı ölçümü; Bilişsel gelişim ve sözel beceri gerektirdiğinden 3-4 yaşlarından itibaren kullanılabilir (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021). Çocuklar 4 yaşına geldiklerinde ağrıyan yerlerini vücut parçalarının isimlerini bilmeksizin bir vücut resmi üzerinde gösterebilirler,

ağrının yoğunluğunu ifade edebilirler. Çocuklardan ağrı hakkında bilgi alırken alışık oldukları kelimeler kullanılmalıdır ve ebeveynlerde katılmalıdır (Ball ve ark. 2017; Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021; Potts ve Mandleco 2012; Silbert-Flagg ve Pillitteri 2018).

FLACC (Davranışsal Ağrı Değerlendirme Ölçeği); Bebeklerde ve küçük çocuklarda (2 ay-7 yaş arası) postperatif dönemde veya uyku esnasında akut ağrıyı ölçmek için kullanılır. Beş kategoriden oluşur. Bunlar; yüz (Face), bacaklar (Legs), hareketlilik (Activity), ağlama (Cry) ve avutabilmedir (Consolability). Çocuk, diğer ağrı ölçeklerinde ağrısını değerlendirebilene kadar kullanılabilir (Bindler ve ark. 2014). Ölçekten elde edilen toplam puan 0-10 puan arasında değişir, puan ne kadar fazla ise ağrının şiddeti de o kadar fazladır (von Baeyer ve Spagrud 2007).

Wong Baker Yüz İfadesi Ölçeği (WBFPRS); Wong Baker Yüz İfadesi Ölçeği elle çizilmiş altı adet yüz ifadesi gülümseyenden ağlayana doğru değişen, 3-18 yaş aralığındaki çocuklarda kullanılabilen bir ağrı ölçeğidir (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021). Akut, kronik veya cerrahi operasyona bağlı gelişen ağrının değerlendirilmesinde kullanılır. Ağrı yok- ağrı çok şeklinde 0-10 puan arasında değişen skorlamaya sahip, 6 adet yüz ifadesi çizimi vardır. Yapılan araştırma sonuçları Wong Baker Yüz İfadesi Skalası'nın ağırlı girişimler sırasında ve postoperatif dönemde meydana gelen ağrıya yönelik değerlendirmeleri kapsayan oldukça duyarlı bir ölçek olduğunu göstermiştir. Çocukta ağrının yönetiminde ve değerlendirilmesinde kolay kullanılabilen, maliyet etkinliği sağlayan bir araçtır. Bu nedenle klinik uygulamalarda yaygın olarak kullanılmaktadır (Tomlinson ve ark. 2010).

Revize Yüzler Ağrı Ölçeği (FPS-R)

Yüzler Ağrı Ölçeği 3-16 yaş aralığında kullanılabılır bir değerlendirme aracıdır. Akut, kronik veya cerrahi operasyona bağlı gelişen ağrının değerlendirilmesinde kullanılır (Jacob 2009). Ölçekte cinsiyet belirtmeksizin 6 adet yüz ifadesi bulunur. Soldan sağa doğru yüz ifadelerinde ağrı ifadesi şiddetlenir (Tomlinson ve ark. 2010).

Visual Analog Skala (VAS)

Visual Analog Skala, 3-18 yaş aralığındaki çocuklarda kullanılabilen bir ağrı ölçeğidir. Akut, kronik veya cerrahi operasyona bağlı gelişen ağrının değerlendirilmesinde kullanılır. Ağrı yok- ağrı çok şeklinde 0-10 puan arasında değişen skorlamaya sahiptir. Ölçekten elde edilen puan ne kadar fazla ise ağrının şiddeti de o kadar fazladır (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021).

İletişim Kurulamayan Çocuklar İçin Ağrı Kontrol Listesi (NCCPC)

Bilişsel yetersizliği olan çocuklarda kullanılır. Çıkardığı sesler, sosyalizasyonu, yüz ifadesi, aktivite düzeyi, vücut ve ekstremitelerin durumu ve fizyolojik durumu içeren 6 bölümde toplam 27 madde yer alır. Skoring 6-10 arası hafif ağrıyı, 11 ve üzeri şiddetli ağrıyı yansıtır. Postoperatif versiyonu da bulunmaktadır (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021).

1.8. Çocuklarda Ağrının Yönetimi

Ağrı yönetimi için multidisipliner bir ekip gereklidir. Hemşire, analjezik istemleyen hekim, fizyoterapist ve algologlar ağrı yönetiminin üyeleridir. Tüm sağlık bakım uzmanlarının ağrı yönetimini bilmesi, ağrıyı değerlendirmesi ve ağrıya uygun girişimde bulunması etik bir zorunluluktur (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021). Optimal ağrı yönetimi için nonfarmakolojik ve uygun farmakolojik girişimler esastır (Silbert-Flagg ve Pillitteri 2018).

1.8.1. Nonfarmakolojik Ağrı Yönetimi

Çocuklarda ağrı korku, anksiyete ve stresin yönetimi ile ilişkilidir. Bu nedenle ağrı yönetimindeki amaç korku, anksiyete ve stresin de kontrol altına alınması, ağrıyı tolere edilebilir duruma getirebilir (Short, Pace ve Birnbaum 2017). Hastalık tanısı konulan, özellikle yoğun bakıma ihtiyaç duyan yenidoğanlarda ağrı önemli bir sorundur (Mangat ve ark. 2018). Preterm ve term bebeklerde besleyici olmayan emme (Whipple 2008), emzirme (Hall ve ark. 2020), oral sükröz kullanımı (Stevens ve ark. 2016), kanguru bakımı (Gao ve ark. 2015), kundaklama, cenin pozisyonu (Lopez et al. 2015), müzik (Mangat ve ark. 2018) gibi nonfarmakolojik uygulamalar topuk kanı alımı gibi prosedüre bağlı ağrıyı azaltmada etkili yöntemlerdir (Riddell ve ark. 2015; Short, Pace ve Birnbaum 2017).

Okul çağı ve adölesanlarda kullanılabilecek nonfarmakolojik yöntemler arasında gevşeme, klavuzlu görüntü, kendi kendine olumlu konuşma, düşünce durdurma, davranışsal sözleşme, bilişsel-davranışçı terapi, dikkati başka yöne çekme teknikleri kullanılabilir (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021; Short, Pace ve Birnbaum 2017). Dikkati başka yöne çekme tekniklerinin ucuz ve kullanım kolaylığı nedeniyle tercih edilebilir. En sık kullanılan dikkat dağıtma yöntemleri sanal gerçeklik gözlüğü (Olbrecht ve ark. 2021; Rezai ve ark. 2016), öksürük hilesi (Usichenko et al. 2019), sabun köpüğü oluşturma (Hedén, Von Essen ve Ljungman 2009), müzik (Olsen ve ark. 2020), çizgi film izletme (Lin ve ark. 2019) vb. yer almaktadır.

1.8.2. Farmakolojik Ağrı Yönetimi

Dünya Sağlık Örgütü'nün pediatrik ağrıyı yönetim ilkelerine göre hafif ağrılı, 3 aydan büyük çocuklara ilk seçenek olarak nonsteroid antiinflatuar ilaçlar gibi nonopioid analjezikler verilmelidir. Orta derece veya şiddetli ağrısı olan

çocuklara ise genellikle morfin gibi güçlü bir opioid verilmesi gereklidir (Tobias 2014; World Health Organization 2012; Yellon ve ark. 2014). Analjeziklerin güvenli doz aralığı özellikle pediatrik hasta popülasyonunda büyük önem taşımaktadır.

Nonopioid analjeziklerin (asetaminofen, salisilatlar ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar) yan etkileri arasında renal iskemi, karaciğer toksisitesi (Sale ve Wolf 2005), ülserasyon, gastrointestinal irrigasyon, elektrolit bozuklukları ve kanama riski vardır (Manworren ve Stinson 2016). Opioid analjeziklerin yan etkileri arasında ise bağırsak motilitesinin azalması, solunum depresyonu, üriner retansiyon, tolerans vb. yer almaktadır (Sale ve Wolf 2005).

Özetle çocuklarda ağrının yönetiminde genel prensipler;

- Ağrının doğru ve uygun biçimde tanımlanması, değerlendirilmesi ve yönetimi önemlidir. Böylece çocuğun yaşam kalitesi yükselir, erken mobilize olur, hastanede kalış süresi kısalmır ve hastalık maliyeti azalır.
- Çocukların ağrılarını tanımlarken yaşa göre kullandıkları ifadelerin farklılıklar gösterebileceği unutulmamalıdır.
- Çocuk ve aileden iyi bir öykü alınmalı, gözlem yapılmalı ve ağrıya neden olan bulgular ile ağrının yol açtığı sorunlar değerlendirilmelidir.
- Farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler bir arada kullanarak ağrı kontrol altına alınmalıdır.
- Ağrının değerlendirilmesi tekrarlı olmalıdır. Kullanılan ağrı azaltıcı yöntemin etkililiği değerlendirilmelidir.
- Analjezik verilmeden önce verilen dozun güvenli doz aralığında olup olmadığını kontrol etmelidir.
- Opioid kullanılan çocuklarda özellikle solunum hızı ve derinliği değerlendirilmeli, yan etkileri takip edilmelidir.
- Aile merkezli bakım esas alınmalıdır.

1.8.3. Çocuklarda Ağrı Yönetiminin Engeller

Hasta ve hastanın ailesine bağlı engeller; Çocuğun yaşı ve gelişimsel dönemi, çocuğun ağrıya verdiği tepki ve ağrıyı ifade etme şekli, ailenin kültürel özellikleri, ailenin çocuğa ilaç vermek istememesi, ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmaması, ilaçlar ile ilgili bağımlılık yapma korkusudur (Ball ve ark. 2017; Silbert-Flagg ve Pillitteri 2018).

Sağlık profesyoneline bağlı engeller; Sağlık profesyonellerinin ağrı ile ilgili bilgi düzeyi, farmakolojik yöntemler, farmakolojik olmayan ağrı yönetim girişimleri, ağrı değerlendirme ve ağrının fizyolojisi hakkında bilgi sahibi olması, geçmişte ağrı değerlendirme ve yönetimi ile ilgili deneyimleri, değerleri,

inançları, ağrıya ilişkin yanlış yargılarıdır (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021).

Sisteme bağlı engeller; Çalışılan kurumun kültürü, politikası ve özellikleri, kurumda bakım standartlarının oluşturulması, ağrı yönetimine ilişkin rehberlerin ve ilaç uygulama rehberlerinin olması, ağrı değerlendirme ölçeklerinin kullanılması, hasta-hemşire oranının yüksek olması, hemşireler ve hekimler arasında yeterli ve doğru iletişimin kurulmaması, kurumda disiplinler arası işbirliği önemlidir (Hockenberry, Wilson ve Rodgers 2021).

KAYNAKLAR

- Anand, Kanwaljeet and Hickey, Paul. 1987. Pain and its effects in the human neonate and fetus. *N Engl J Med.* 19;317(21):1321-9.
- Acikgoz, Ayfer et al. 2017. "A Turkish Adaptation of the Neonatal Pain/Agitation, Sedation Scale and Its Validity and Reliability." *Indian Journal of Fundamental and Applied Life Sciences*, 7(2): 5–11.
- Akdovan, Tülin. 1999. "Sağlıklı yenidoğanlarda ağrının değerlendirilmesi, emzik verme ve kucağa alma yönteminin etkisinin incelenmesi." (Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Anand, Kanwaljeet. 2001. "Consensus Statement for the Prevention and Management of Pain in the Newborn." *Arch Pediatr Adolesc Med.* 155
- Ball, J, RM Bindler, KJ Cowen, and MR Shaw. 2017. *Principles of Pediatric Nursing Caring for Children*. 7th ed. New Jersey: Pearson.
- Gao, Haixia et al. 2015. "Effect of Repeated Kangaroo Mother Care on Repeated Procedural Pain in Preterm Infants: A Randomized Controlled Trial." *International Journal of Nursing Studies* 52(7): 1157–65.
- Hall, JE, and Guyton, Arthur. 2021. "Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology." In London: Elsevier.
- Hall, Leanne M. et al. 2020. "Cooling to Reduce the Pain Associated with Vaccination: A Systematic Review." *Vaccine* 38(51): 8082–89.
- Hedén, L., L. Von Essen, and G. Ljungman. 2009. "Randomized Interventions for Needle Procedures in Children with Cancer." 18(4): 358–63.
- Hockenberry, M, D Wilson, and CC Rodgers. 2021. *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. 11th ed. Canada: Elsevier.
- IASP. 1979. "Pain Terms: A List with Definitions and Notes on Usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy." *Pain* 6(3): 249.
- Lawrence, J. et al. 1993. "The Development of a Tool to Assess Neonatal Pain." *Neonatal network : NN* 12(6).

- Lin, Chia Jung et al. 2019. "The Effectiveness of Preoperative Preparation for Improving Perioperative Outcomes in Children and Caregivers." *Behavior Modification* 43(3): 311–29.
- Lopez, Olive et al. 2015. "The Effect of Facilitated Tucking on Procedural Pain Control among Premature Babies." *Journal of Clinical Nursing* 24(1–2).
- Mangat, Avneet K. et al. 2018. "A Review of Non-Pharmacological Treatments for Pain Management in Newborn Infants." *Children (Basel, Switzerland)* 5(10).
- Manworren, Renee C.B., and Jennifer Stinson. 2016. 23 Seminars in Pediatric Neurology *Pediatric Pain Measurement, Assessment, and Evaluation*. W.B. Saunders.
- Oakes, Linda L. 2011. *Compact Clinical Guide to Infant and Child Pain Management An Evidence Based Approach for Nurses*. New York: Springer Publishing Company.
- Olbrecht, Vanessa A. et al. 2021. "Transient Reductions in Postoperative Pain and Anxiety with the Use of Virtual Reality in Children." *Pain medicine (Malden, Mass.)* 22(11): 2426–35.
- Olsen, Susanne Winther, Charlotte Rosenkilde, Jørgen Lauridsen, and Dorthe Hasfeldt. 2020. "Effects of Nonpharmacologic Distraction Methods on Children's Postoperative Pain-A Nonmatched Case-Control Study." 35(2): 147–54.
- Ovalı, F. 2008. "Prevention of Pain in Newborn." In *Basic Neonatology and Nursing Principle*, eds. T Dağoğlu and G Görak. Istanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Pillai Riddell, Rebecca R et al. 2011. "Non-Pharmacological Management of Infant and Young Child Procedural Pain." *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Potts, NL, and BL Mandleco. 2012. *Pediatric Nursing: Caring for Children and Their Families*. 3rd ed. New York: Delmar.
- Rezai, Mohammad Sadegh, Amir Hossein Goudarzian, Azar Jafari-Koulaee, and Masoumeh Bagheri-Nesami. 2016. "The Effect of Distraction Techniques on the Pain of Venipuncture in Children: A Systematic Review." *Journal of Pediatrics Review*.
- Riddell, Rebecca Pillai et al. 2015. "Psychological Interventions for Vaccine Injections in Young Children 0 to 3 Years: Systematic Review of Randomized Controlled Trials and Quasi-Randomized Controlled Trials." *Clinical Journal of Pain* 31(10): S64–71.
- Short, Shea, Gretchen Pace, and Christine Birnbaum. 2017. "Nonpharmacologic Techniques to Assist in Pediatric Pain Management." *Clinical Pediatric Emergency Medicine* 18(4): 256–60.

- Silbert-Flagg, JoAnne, and Adele Pillitteri. 2018. *Maternal & Child Health Nursing: Care of the Childbearing and Childrearing Family*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Stevens, Bonnie et al. 2016. "Sucrose for Analgesia in Newborn Infants Undergoing Painful Procedures." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016(7).
- Tobias, Joseph D. 2014. "Acute Pain Management in Infants and Children-Part 1: Pain Pathways, Pain Assessment, and Outpatient Pain Management." *Pediatric annals* 43(7).
- Usichenko, Taras I. et al. 2019. "Mechanisms of 'Cough-Trick' for Pain Relief during Venipuncture: An Experimental Crossover Investigation in Healthy Volunteers." *Pain Research and Management* 2019.
- Whipple, J. 2008. "The Effect of Music-Reinforced Nonnutritive Sucking on State of Preterm, Low Birthweight Infants Experiencing Heelstick." *Journal of Music Therapy* 45(3): 227–72.
- World Health Organization. 2012. "WHO Guidelines on the Pharmacological Treatment of Persisting Pain in Children with Medical Illnesses." www.who.int.
- Yellon, Robert F. et al. 2014. "What Is the Best Non-Codeine Postadenotonsillectomy Pain Management for Children?" *The Laryngoscope* 124(8): 1737–38.



BÖLÜM 12

EBEVEYN-BEBEK BAĞLANMASININ GÜÇLENDİRİLMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Öğr. Gör. Dr. Fatma DİNÇ¹
Araş. Gör. Dr. Aylin PEKYİĞİT²

Bağlanma Kavramı ve Bağlanma Kuramı

Bağlanma kavramı Bowlby tarafından 1958 yılında ortaya atılmış olup, daha sonra Ainsworth'un 1979 yılındaki çalışmaları ile gelişme göstermiştir (Bowlby, 1982). Bowlby'a göre bağlanma; rahatlık, güvenlik içeren ve bireylerin önemli gördükleri kişilere karşı duygusal bir bağ geliştirmesi olarak ifade edilmiştir. Annenin bebek ağladığında onunla ilgilenmesi ya da bebek acıktığında gösterdiği meme arama davranışı anne-çocuk arasındaki etkileşimi sağlamak üzerindedir (Bowlby, 2008). Ainsworth'un da bağlanma stili üzerine güvenli bağlanma, kaygılı bağlanma, kaçınan bağlanma kavramlarını üzerine çalışmaları bulunmaktadır. Güvenli bağlanmada bebekler birincil bakım veren figürün yokluğundan rahatsızlık duymaktadır. Kaygılı bağlanmada bebekler birincil bakım veren figür ile aynı ortamda olduklarında, figürden yoğun ilgi bekledikleri, ancak figürü güvenli yer olarak kullanmadıkları görülmüştür. Kaçınan (güvensiz) bağlanmada ise bebekler birincil bakım veren figür ile aynı ortamda bulunurken çevreyi keşfettikleri ve bu figürle etkileşimde olmadıkları görülmüştür (Bretherton, 1992).

Bebekte Bağlanma

Yenidoğan başlangıçta kendi dudaklarıyla anne memesini ayırt edememekte ve annesini ayrı birey olarak değil de kendi bedeninin parçası olarak görmektedir

¹ Bartın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

ORCID:0000-0003-1451-7441

² Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

ORCID:0000-0003-2923-4452

(López-Fernández, Barrios ve Gómez-Benito, 2023). Yenidoğanın ilk tepkisi çevresindeki nesneleri ağızına alma şeklindedir. Dört aylık bebek birincil bakım veren kişinin yanından ayrılmasına ağlayarak tepki vermekte, beş aylık bebek yabancı bireylerin yanında anksiyete yaşamaktadır (May ve Fletcher, 2013). Altıncı ayın başlarında bebek annesinin ayrı bir birey olduğunu kavramaya başlamakta ve bu dönemde annesinden ayrılınca anksiyete yaşamaktadır. Bebek yedinci ay ve iki yaş arasında yakınlaşmak için bağlanma objesine doğru yönelmekte ve hareketlenmektedir (Abuhammad, 2021). Daha ileri dönemlerde ise yakınlıktan haz duymak için bağlanma objesini etkileyen bazı davranış göstergeleri içinde olmaktadır. Bebek gereksinimleri zamanında karşılandığında ise dış dünyaya karşı temel güven duygusu gelişmektedir. Anne/baba-bebek arasındaki bağlanma zihinsel, duygusal, sosyal bir süreç olup, karşılıklı memnuniyet, olumlu geri bildirimlerle gelişmektedir (Atashi, Shahnaz, Zahra ve Salehi, 2018).

Ebeveyn-Bebek Bağlanması

Ebeveyn olmak aileye yeni bir bebek katılmasıyla mutluluk içeren bir duygunun yanında yeni rol ve sorumluluklara uyum sağlamaya çalışılan bir geçiş dönemidir. Bebeğin doğumuyla birlikte ebeveynler bu rolü üstlenmekte ve bazı değişimler yaşamaktadır (Ertuğrul ve Kök, 2022). Önceden yaşanan bağlanma tecrübelerinin farkında olmak, gebeliği ve bebeği kabul etmek, fiziksel ve psikolojik yönden hazır ve yeterli olmak bağlanmayı kolaylaştıran faktörlerdendir (Ertekin Pinar ve Ozbek, 2022). Bağlanma zamanla gelişen ve birçok faktörden etkilenen karmaşık bir süreçtir. Bunlardan birisi de yenidoğan ve ebeveynin ilk karşılaşma şeklidir (Luisa, Callinan ve Smith, 2019). Bebek ve ebeveyn arasındaki etkileşimin ilk aşaması başlangıçtır. Sonra uyum aşaması gelmektedir (Dağlar, Ertekin Pinar ve Özbek, 2022). Bu aşama etkileşim sırasında eşlerin birbirinden beklentilerini içermektedir. Uyumdan sonra heyecanın tavan yaptığı ve ilgi döngüsünün hızlanması görülmektedir (Koptur ve Güner Emül, 2017). Bebek mırıldanmakta ve iki koluyla ileriye uzanmaktadır. Başı geride, gözleri dilate olmaktadır. Kısa bir süre sonra heyecanın yavaşlaması ve uzaklaşma gerçekleşmektedir. Burada bebeğin gözleri ebeveynden başka yöne çevrilmekte ve anne ya da babanın kıyafetini kavramaktadır (Çalık Bağrıyanık, Yıldız, Eren Fidancı ve Pekyigit, 2020). Bu ilgisizlik döngüsü sırasında bebeğin ilgisini çekmek için tekrarlanan sözel ve görsel uyarılar etkisizdir. Bu azalmanın nedeni büyük ihtimalle bebeğin aşırı uyarandan kaçınmasını sağlamaktadır (Ertuğrul ve Kök, 2022). Eğer bu aşamada ebeveynler bebeğin uzaklaşmasına izin vermezse ve sürekli görsel etkileşimi sürdürürse bebeğin ilgi döngüsünü kapatmasına ve ilgisizlik süresinin uzamasına neden olabilirler (Brumariu ve

Kathryn, 2010). Bu karşılıklı etkileşim davranışı genellikle 2-3 haftalık bebeklerde gözlemlense de hemşireler bu bilgiyi ebeveynlere yenidoğanlarıyla nasıl etkileşime geçeceklerini öğretmek için de kullanabilirler (Gilmer ve ark., 2016). Hemşireler ilgi ve ilgisizlik döngülerinin tanınması ve ilgisizliğin bebeğin ebeveyni ret etmesi şeklinde olmadığının anlaşılması için ebeveynlere bilgilendirme yapabilir.

Hemşirelik Yaklaşımları

Her bebek bireysel ve kişilik özellikleri açısından farklıdır. Hemşireler, ebeveyn-bebek arasındaki bağı pozitif bir şekilde etkileyebilmektedir. Hemşirelerin süreçte ebeveynlere öncelikle her bebeğin bireysel farklılıklar içerdiğini açıklaması ve durumun normal olduğunu açıklaması önemlidir (Bonacquisti, Geller ve Patterson, 2020). Örneğin; Bazı ebeveynler bebeklerinin emzirme zamanları dışında bütün gün uyuduklarını düşünmektedir. Bazı bebekler için bu doğru olabilirken, pek çoğu için ise doğru değildir (Dağlar ve ark., 2022). Uyanıklığın bebeğin biyolojik ritminin bir parçası olduğu ve yetersiz ebeveynliğin bir yansıması olmadığının anlaşılması sağlıklı ebeveyn-bebek ilişkisinin desteklenmesinde önem taşımaktadır. Ebeveynlerin endişelerine yardımcı olmanın bir yolu da bebeğin uyanık olduğu zamanlarda gelişimini desteklemek üzere bilgiler verilmesidir (Serçekuş ve Başkale, 2016). Örneğin; Bebek için her gün aynı yere bakmasına neden olacak açıda beşiğine konulması çok heyecan verici olmayabilir (Maleki, Mardani, Harding, Basirinezhad ve Vaismoradi, 2022). Fakat ebeveynler tarafından kucağa alınıp odadan odaya gezdirilmesi büyüleyici olabilir. Aynı şekilde gün boyu televizyon izlemesi gibi mobil medya cihazlarına maruz bırakılması bebeğe duyuşsal uyarın sağlamayabilir. Bebekler siyah beyaz objeleri, geometrik şekilleri ve yansıyan ayna ve gözlük benzeri objeleri ve insan etkileşimini sevmektedir. Uyku-uyanıklık ritimlerine göre verilen işitsel ve duyuşsal uyarınlara cevap vermektedir. Hemşireler uyarınlarn artırılabilmesi ve bebeğin entelektüel, duyuşsal ve sosyal gelişiminin desteklenmesi konusunda ebeveynlere bilgi verebilir (Im ve Oh, 2021).

Ebeveyn-bebek bağlanması ebeveyn (ebeveyn yaşı, hastalığı, sosyo-ekonomik durumu, ebeveynliğe yönelik tutumları, diğerk kişilerle ilişkileri gibi), bebek (bebeğin hastalığı, fiziksel özelliğı, davranış ve mizacı gibi) ve durum açısından (doğum şekli, doğum korkusu, destek sistemleri gibi) etkilenebilir (Heo ve WO, 2019). Bu dönemde anne ve baba açısından bebekle bağlanmalarında bazı farklılıklar yer almaktadır. Anne ve babanın bebek ile bağlanması aşağıda detaylı şekilde ele alınmıştır (Scharfe, 2012).

a)Maternal (Anne-Bebek) Bağlanma Özellikleri

Maternal bağlanma, gebelik ile başlayan, doğum sonrası dönemi de kapsayan, anne-bebek arasındaki sevginin geliştiği süreklilik ve değişkenlik içeren yakın bir ilişkidir. Anne-bebek bağlanmasında annenin bebeğinin ihtiyaçlarına karşı tepkisi ve bebeğin davranışlarının değerlendirilmesi bağlanma göstergesinde anahtar bir durumdur (Scharfe, 2012). Ayrıca bebeğin gülümsemesi, annenin bebeğini kucağına alması, tutması, beslemesi, bakması, öpmesi, sevgi ve şefkat göstermesi gibi besleyici davranışlar anne-bebek bağlanmasının göstergesindendir (Atashi ve ark., 2018). Bebeğin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik bu davranışlar güvenli bağlanmayı sağlamakta ve bebeğin fiziksel, sosyal, davranışsal ve dil gelişimini de etkileyebilmektedir (Abuhammad, 2021).

Maternal bağlanma hazırlık, tanışma, sahiplenme ve bağlanma evresinden oluşmakta ve bu evreler bağlanma sürecinin sağlıklı devam ettiğinin göstergesidir (Kim, 2019). Hazırlık evresinde; anne adayının hamilelik döneminde bedeninde oluşacak değişiklikleri benimsemesi, henüz doğmamış bebeğine karşı olumlu duygular taşımasıdır (Afolabi, Bunce, Lusher ve Banbury, 2020). Tanışma evresi; Doğumdan sonraki ilk 48 saatlik süreçtir. Bu evre anne-bebeğin karşılıklı bakışması, göz teması kurmasıyla geçmektedir. Anne bebeğine dokunarak keşfetmeye çalışmaktadır. Sahiplenme evresi; Doğumdan sonraki 72.saatle-6 haftaya kadar olan süreçte annelik rolünün kabul gördüğü, anne-bebek arasındaki olumlu duyguların arttığı evredir. Anne bebeğin temel gereksinimlerine yönelik tepkilerini gözlemlemekte ve öğrenmektedir. Bağlanma evresi; Doğumun ardından gelen 2-4 haftalık süreçte, annelerin bebek bakımı konusunda yeterli hale geldiği ve aralarındaki sevgi ve bağlılığın arttığı bir evredir (Koptur ve Güner Emül, 2017).

Anneler bağlanma süreci içerisinde tahmin edilebilir ve sıralı bir bağlanma göstermektedir. İlk olarak annelere çıplak bebekleri gösterildiğinde, önce parmak uçlarıyla incelemeye başlamaktadırlar (Maleki ve ark., 2022). Ekstremitelere yoğunlaşıp, oradan bütün elleriyle gövdeye masaj yapmakta ve üzerinde gezdirmektedirler (Bonacquisti ve ark., 2020). Annenin ve bebeğin gözlerinin aynı vertikal hatta olması, duygusal bağların oluşması açısından önem taşımaktadır. Maternal bağlanmayı etkileyen faktörler Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Maternal bağlanmayı etkileyen faktörler

Annenin yaşı	Annenin doğum sayısı
Annenin eğitim durumu	Annenin özgüveni
Annenin çalışma durumu	Annenin gebelik sürecinde yaşadığı stres
Kültürel inançları	Depresyon
Evlilik doyumu	Annenin yaşayan çocuk sayısı
Planlı gebelik	Eş ilişkileri
Gebelikte sağlık sorunu yaşama	Doğum korkusu
Riskli bir gebelik olması	Bebekte sağlık sorunu varlığı
Doğum süreci	Psikolojik travma
Bebğin prematüre doğması	Hayal/ideal bebek ile gerçek bebek uyumu
Annenin destek sistemleri	Riskli bir gebelik olması
Tensel temasın doğru zamanda başlatılması	

Kaynak: (Abuhammad, 2021; Çimen ve Varol, 2021; Güneş ve Işık, 2023; Kim, 2019; Üstüner Top, Yiğitbaş, Cantürk ve Yüksel, 2022).

Yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki annelere yönelik yapılan duygusal ve destekleyici uygulamaları içeren bir sistematik derlemede sekiz çalışma incelenmiştir. Hemşirelerin tele hemşirelik, ebeveyn destek programları, ten tene bakım, rehberli aile merkezli bakım yaklaşımları içeren müdahaleler yaptığı ve bu girişimi alan annelerin kontrol grubuna göre daha düşük maternal stres düzeyi olduğu tespit edilmiştir (Maleki ve ark., 2022). Yapılan bir diğer çalışmada da hemşire ve ebeler tarafından sağlık danışmanlığı ve takip alan eğitim grubunun anne-bebek bağlanma puanının, kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (Üstüner Top ve ark., 2022). Diğer bir çalışmada da hemşireler tarafından çevrimiçi whatsapp mesajlarıyla verilen ebeveynlik eğitiminin ebeveynlik üzerine etkileri incelenmiştir. Çalışmada ebeveynlik eğitiminin anne bağlanması puanını anlamlı şekilde artırdığı tespit edilmiştir (Manav, Gozuyesil ve Tar, 2021).

Yapılan bir çalışmada annenin eğitim düzeyi, bebek bakımında yardım alma durumu, bebeğin cinsiyetinin ve gebelik planlamasının anne-bebek

bağlanmasında etkili olduğu belirlenmiştir (Abuhammad, 2021). Başka bir çalışmada da emzirme ve anne-bebek bağlanması arasındaki ilişki incelenmiştir. Emzirmenin anne-bebek bağlanmasını artıran bir faktör olduğu tespit edilmiştir (López-Fernández, Barrios ve Gomez-Benito, 2023). Diğer bir çalışmada ise annelere yönelik sosyal desteğin artması ile anne-bebek bağlılığının arttığı saptanmıştır (Tokgöz Kekeç ve Alan Dikmen 2023).

Maternal Bağlanmada Hemşirelik Yaklaşımları

- Maternal bağlanmada hemşirelerin eğitici (erken dönemde emzirme ve bebek bakımı konusunda gibi), danışmanlık, savunuculuk gibi birçok rolü bulunmaktadır. Hemşireler maternal bağlanma sürecini takip edebilmek ve değerlendirmek için notlar alabilir (Durmaz, Gün Kakaşçı ve Başar, 2021). Hemşirler annelerin bilgi eksikliğine yönelik eğitimlerle anksiyete ve yetersizlik duygusu yaşamalarını engelleyebilir (Afolabi ve ark., 2020).

- Hemşirelerin annelere verdikleri eğitimin zamanı da önemlidir. Doğum sonrası ilk günde anneler yorgunluk ve yenidoğanın heyecanı ile çok fazla miktarda bilgiyi hazmedemeyebilirler (Im ve Oh, 2021). Bu süre içinde bebeğin güvenliği ve emzirme gibi bakımın olmazsa olmazları üzerinde durabilir. Hastaneden taburcu edilmeden önce de yenidoğan beslenme şekilleri, bezlerin idrar ve gaita için gözlemlenmesi, sarılık ve bebeğin ağlaması gibi konulara ağırlık verilebilir (May ve Fletcher, 2013).

- Hemşireler anne-bebek bağlılığını desteklerken, bebek bakımı aktivitesiyle ilgili uygulamalarda ailenin kültürel değer ve inançlarına saygı duymalı ve farkında olmalıdır (Özdemir, Başkaya, ve İdare, 2021). Örneğin; Meksikan Amerikalılar ya da Güney Asyalı bazı anneler, onların bebeklerine karşı olan güzel iltifatlardan uzaklaşırlar. Çünkü bu davranışın, şeytani ruhların dikkatini çekebileceği düşünülmektedir. Kenya’da ise yenidoğanın şu anki ve önemli olayları yansıttığı için önemli bir olaydır (López-Fernández ve ark., 2023).

- Hemşireler annelere bebeklerine erken dokunmanın değerli olmasına rağmen ya hep ya da hiç olmadığına dikkat çekmelidirler (Maleki ve ark., 2022). Çocuğun hayatı boyunca anne-bebek bağının oluşması için pek çok fırsat olabileceği annelere ifade edilmeli, böylece anksiyete ve yetersizlik duygusu yaşamaları engellenebilir (Güleşen ve Yıldız, 2013).

- Hemşireler doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde anne-bebek arasındaki bağlanmayı çeşitli ölçek ve anketlerle değerlendirebilir. Riskli grupların taranmasını ve erken dönemde tespit edilmesini sağlayabilir (Manav ve ark., 2021).

- Hemşirelerin gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçte annenin mevcut destek sistemlerini tanıması, destek kaynaklarından yararlanarak baş etme mekanizmalarını kullanarak karşılaştıkları sorunlara çözüm üretebilmesine yardımcı olabilmektedir (Abuhammad, 2021).
- Hemşireler anne ve bebeğin bağlanma sürecinde ten tene temasla sevgi oluşumunun başlatılması ve annelik rolüne uyumun desteklenmesinde yardımcı olabilir (Üstüner Top ve ark., 2022).

b)Paternal (Baba-Bebek) Bağlanma Özellikleri

Bağlanma süreci babaların bebekleriyle ilk olarak tanışma evresi (ilk 48 saatlik zaman), sahiplenme evresi (doğum sonrası üçüncü gün ile altı hafta arası) ve daha sonra da bağlanma evresi (doğumdan sonraki altı-sekiz haftalık zaman) süreçten oluşmaktadır (Gül ve Koby Bulut, 2022). Babalar bebeklerine karşı belirli bir bağlanma davranışı göstermektedir (Ertekin Pinar ve Ozbek, 2022). Bunlar; babanın yenidoğanın görseelliğine özellikle dış görünüşünün güzelliğine dikkat etmesi, bebeğini tutma isteği, kendisine benzer karakterlerin farkındalığı, bebeğini mükemmel olarak görmesi, yoğun ilgiye sebep olacak güçlü bağların gelişmesi, aşırı bir sevinç yaşaması, derin bir özsaygı ile tatmin yaşamasıdır (Küçücümen, Dönmez Güney, Özcanan ve Erdoğan, 2021). Bu davranışlar babaların bebekleriyle erken temasların yoğun şekilde yaşanabilmektedir (Dağlar ve ark., 2022). Davranışsal reaksiyonlara ek olarak babalarda da aynı zamanda artmış nabız, tansiyon gibi fizyolojik reaksiyonlar görülebilmektedir (Ertuğrul ve Kök 2022).

Paternal bağlanmanın desteklenmesinde, babaların bebekleriyle ilgili sürece erken dahil olmalarının (bebeğin kalp seslerini dinlemeleri, ultrason görüntülerine bakması, doğuma katılmaları) sağlanması önemlidir (Blomqvist, Rubertsson, Kylberg, Jöreskog ve Nyqvist, 2012). Ayrıca babanın bebekle aynı ortamı paylaşması, ona dokunması, konuşması paternal bağlanmayı güçlendirebilir (Koptur ve Güner Emül 2017). Anneler, babaların bebeklerine karşı olan cevaplarının farkında olmalıdır (Tokgöz Kekeç ve Alan Dikmen 2023). Eğer her iki ebeveynde hislerini paylaşabilirse, ikisi de bebeklerine karşı bağlanma sürecini takdir edebilir ve çatışmalardan kaçınabilir (Gün Kakaşçı ve ark., 2022). Bu durum yenidoğanla ilişki kurmasına izin verilen bir babanın hastaneden eve döndüklerinde ve anne bütün ilgisini bebeğine yönelttiğinde kendisini dışlanmış hissetme ihtimalini azaltabilir (Kıraç, Altuntaş, Hançar ve Akman, 2021).

Paternal Bağlanmada Hemşirelik Yaklaşımları

- Hemşireler babaların pozitif davranış göstermeleri için onları cesaretlendirmelidir. Özellikle bu duygular, toplumun kültürel inancına karşysa ve babaların bebekleriyle ilişkilerinde heyecanlarını göstermeleri uygun görülüyorsa babaların kafaları karışabilir ve doğal hislerini sosyal beklentilerini karşılamak için saklayabilir (Bal ve Koç, 2020).
- Hemşireler baba ile bebek arasındaki iletişimin başlatılmasını (ten tene temas, bebeği ile konuşması gibi) ve bakımda önemli rolü olduğunun vurgusunu yapabilir (Brumariu ve Kathryn, 2010).
- Hemşireler yenidoğanları devamlı olarak adı ile hitap ederek kimliklendirmeye teşvik etmeli ve babayı bebeğin bakımıyla ilgili (besleme, altını değiştirme, banyo gibi) katılıma teşvik edebilir, ebeveynlik becerilerinin artmasında destek olabilir (Bal ve Koç, 2020).
- Paternal bağlanma, babaların doğum öncesi ve doğum olaylarında, annenin sağlığıyla ilgilenmesinden dolayı gecikebilir. Hemşire babanın gebelik ve doğum sonu süreçlerle ilgili duygularını ifade etmesi yönünde cesaretlendirebilir (Küçümen ve ark., 2021).
- Hemşire annede görsel etkileşim, karşılıklı yüz pozisyonu bebeğini kucağına alma gibi ilgi gösterilerini babada da takip edebilir. Eğer bu tür davranışlar görülüyorsa, babanın bu doğuma ilişkin duygularını, kültürel inançlarını ve bebek ile anneyi görmesini etkileyen diğer faktörleri değerlendirmesi gerekebilir (Ertekin Pinar ve Özbek, 2022; Gün Kakaşçı ve ark., 2022).

Doğum öncesi eğitim programının babaların doğum sonrası bağlanma üzerine etkilerinin incelendiği çalışmada eğitim grubunda babalara eğitim programı uygulanmıştır. Yapılan diğer ölçümlerde eğitim grubunun, kontrol grubuna göre doğum sonrası bağlanma düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Gün Kakaşçı ve ark., 2022). Başka bir çalışmada erken doğan bebekler ile baba-bebek arasındaki bağlanmayı etkileyen faktörler incelenmiştir. Bebeğin taburcu olduktan sonra plansız hastaneye yatması ve daha düşük doğum ağırlığının olmasının baba-bebek bağlanma düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Gül ve Koby Bulut, 2022). Diğer bir çalışmada da babaların depresyon riski artıkça bağlanma düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir (Ertekin Pinar ve Özbek, 2022).

Ebeveynlik Rolü Kazanma Sürecinde Hemşirelik Girişimleri

Hemşirelik girişimleri ebeveyn-bebek bağlılığının kalitesini artırmak için önem taşımaktadır. Bazı anneler (işsiz, evsiz, bekâr, eğitim seviyesi düşük ya da

geçmişte depresyon riski olan psikolojik problemi olan kadınlar) ebeveyn-bebek bağılılığı yönünden daha yüksek risk grubunu oluşturmaktadır (Heo ve WO, 2019). Hemşireler, risk grubundaki ebeveynlere ayrı bir değerlendirme yapmak ve uygun bağı güçlendirmede önemli rol oynamaktadırlar (Gilmer ve ark., 2016). Hemşireler tarafından uygulanabilecek bazı girişimler şu şekildedir;

*Hemşireler ebeveynleri bebek/çocuğun bakımına mümkün olduğu kadar dâhil etmelidir.

*Primer hemşire, ebeveynlerin ihtiyaçlarını değerlendirmeli ve bunu güçlendirmelidir (Brumariu ve Kathryn, 2010).

*Her hemşirelik girişimi, planı, değerlendirmesi ebeveynleri kapsamalıdır.

*Ebeveynlere mümkün olduğu kadar seçenek sunulmalıdır (Kim, 2019).

*Ebeveynlerin deneyimleriyle ilgili pozitif ve negatif her iki duygusunu kabul etmeli, anlamalı ve onlara ihtiyaç ve gereksinimleri doğrultusunda yardım etmelidir (Serçekuş ve Başkale, 2016).

*Eğer ebeveynlerin uyguladıkları bakım uygulamaları bebek için zararlı değilse, ebeveynleri eleştirmek yerine, onlara güven vermelidir (Abuhammad, 2021).

*Ebeveynler yenidoğan bakımına sahipse, ailenin önceki bilgilerini dinlemeli ve duyarlı yaklaşım göstermelidir. Mesela farklı ülkelerde ebeveynler bebekleri arasındaki bağı güçlendirmek, stres ve ağrıyı (diş, konstipasyon, kolik) azaltmak için yenidoğan masajını kullanılmaktadır. Bu hem bebeği rahatlatmakta hem de ebeveynlerin sakin kalmasını ve iyi hissetmesini sağlamaktadır (Im ve Oh 2021).

*Hemşireler ebeveynleri bebek bakımı ve beslenme sırasında gözlemleyebilir. Özellikle emzirmede anne sıkıntı yaşıyorsa altta yatan nedenler araştırılmalıdır. Ailelere bebek bakımı konusunda bilgi verebilir (Gilmer ve ark., 2016).

*Hemşireler, çoğul gebeliklerde ebeveynlerin çocuklarının bireysel özelliklerinin farkında olmasını sağlamalıdır (Özellikle tek yumurta ikizlerinde). Anne doğumdan sonra çocuklardan biri hasta olsa bile eşit zaman ayırmalıdır. Hemşireler, ikiz demekten ziyade ismi ile seslenmelidir. Çocukların kendilerine ait eşsiz özelliklerini vurgulamalıdır (Üstüner Top ve ark., 2022).

*Hemşireler, bebek bakımında her iki ebeveynin de bebeğin bakımına katılma durumunu, anneye evde ona yardım edecek başka birine bağlı olma, ya da anne hangi nedenlerle bebek bakımına katılmak istemediği konusunda (örn; yorgun mu, ağrısı mı var?) gözlem yapabilir (Üstüner Top ve ark., 2022).

*Hemşirelerin ebeveyn-bebek arasındaki bağlılığı ebeveynin bakımda yer almasıyla, ebeveynin bebeği algılayışıyla, destek ihtiyacı oluşan durumları gözlemleyebilir ve değerlendirebilir (Heo ve WO, 2019).

a)Ebeveynin bakımda yer alması; Ebeveynler bebeğin ihtiyacı olduğunda altını değiştirebilir. Uygun oda sıcaklığına göre, giysileri giydirebilir (Luisa ve ark., 2019). Bebeği daha rahat edebileceği pozisyona getirebilir. Ona dokunabilir, tutabilir. Bu durumlar sırasında hemşirelerin değerlendirmesi gereken durumlar oluşabilir (Tokgöz Kekeç ve Alan Dikmen, 2023).

*Ebeveyn davranışlarının değerlendirilmesi; Bebek kilo kazanmıyorsa, bebeği aralıklı besliyorsa, bebek ağlayarak bekliyorsa, bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak için endişeli görünüyorsa ya da bebeğin neye ihtiyacı olduğunu tanımlıyorsa, bebeğin davranışlarına bakmadan ihtiyacını gidermeye çalışıyorsa yakın izlem gerektirebilir (Gül ve Kobya Bulut 2022).

b) Ebeveynin bebeği algılayışı; Ebeveynin çocuğun cinsiyetini ve karakterlerini kabul etmesi, çocuğun gelişiminde bilgiye sahip olması, bebeğin bağımsızlığını anlaması gerekmektedir (Serçekuş ve Başkale, 2016).

* Ebeveyn davranışlarının değerlendirilmesi; Ebeveynler bebeğin yetenekleri ve davranışlarından gerçekçi olmayan davranışlara sahipse, bebekten ilgi ve sevgi bekliyorsa, bebeğin ailenin gereksinimlerini dolduracağı bekleniliyorsa, bebeğin cinsiyetinden dolayı bazı davranışlarının kabul edilemez olması durumları yakında izlem gerektirebilir (Abuhammad, 2021).

c) Destek ihtiyacı; Ebeveynler uygun destek için arkadaşlara sahip olabilir. Yanlarında başka kişiler olduğunda daha rahat görünebilir. Ailedeki roller gerçekçi beklentiler içerebilir (Heo ve WO 2019).

* Ebeveyn davranışlarının değerlendirilmesi; Eğer ebeveyn tek ya da izole ise, bebekle iken kızgın, gergin, şüphe içinde ise veya kendi istek ve ihtiyaçlarına uyumda zorluk göstermesi durumunda yakın izlem gerektirebilir (Tokgöz Kekeç ve Alan Dikmen, 2023).

Kaynaklar

- Abuhammad, S. (2021). Predictors of maternal attachment among breastfeeding mothers in Jordan. *Nursing Open*, 8(1), 123–129. doi: 10.1002/nop2.610.
- Afolabi, O., Bunce, L., Lusher, J., & Banbury, S. (2020). Postnatal depression, maternal–infant bonding and social support: A cross-cultural comparison of Nigerian and British Mothers. *Journal of Mental Health*, 29(4), 424–430. doi: 10.1080/09638237.2017.1340595.

- Atashi, V., Kohan, S., Salehi, Z., & Salehi, K. (2018). Maternal-fetal emotional relationship during pregnancy, its related factors and outcomes in Iranian pregnant women: A panel study protocol. *Reproductive Health*, 15(1), 176. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0620-6>
- Bal, S., ve Koç, G. (2020). Babaların bebek bakımına katılımının sağlanmasında hemşirenin rolü. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 90–96. <https://doi.org/10.47115/jshs.755020>
- Blomqvist, Y.T., Rubertsson, C., Kylberg, E., Jöreskog K., & Nyqvist, K.H. (2012). Kangaroo mother care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role. *Journal of Advanced Nursing*, 68(9),1988–1996. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05886.x>
- Bonacquisti, A, Geller, P.A., & Patterson, C.A. (2020). Maternal depression, anxiety, stress, and maternal-infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 38(3), 297–310.
- Bowlby, J. (1982a). Nature and function of attachment behaviour. Attachment and loss (pp. 220–228) (second ed.). USA: Basic Books.
- Bowlby, J. (2008). A secure base: Parent-child attachment and healthy human development. Basic books., 1, 154–158. <https://doi.org/10.5860/choice.26-4750>.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759–775 <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>.
- Brumariu, L.E., & Kathryn, K.A. (2010). Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology*, 22(1), 177–203. doi: 10.1017/S0954579409990344.
- Çalik Bağriyanik, B., Yildiz, D., Eren Fidanci, B., & Pekyigit, A. (2020). Healthy parent-infant bonding. *Eurasian Journal of Health Sciences*, 3(2):40–47.
- Çankaya, S., Dereli Yılmaz, S., Can, R., ve Değerli Kodaz, N. (2017). Postpartum depresyonun maternal bağlanma üzerine etkisi. *ACU Sağlık Bil Dergisi*, 4, 232–240.
- Çimen, K, ve Varol, H. (2021). Maternal bağlanma düzeyi ve etkileyen faktörler. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 4(3):126–135.
- Dağlar, G., Ertekin Pınar, Ş., ve Özbek, H. (2022). Yenidoğan Yoğun bakım servisinde bebeği yatan babaların bağlanma durumlarının ebeveyn rolüne ilişkin kendilik algısıyla ilişkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1),17–23. <https://doi.org/10.51754/cusbed.1013193>

- Durmaz, A., Gün Kakaşçı, Ç., ve Başar, F. (2021). Doğum sonrası maternal bağlanma ve annelerin mutluluk düzeylerinin sosyodemografik ve obstetrik özellikler ile ilişkisi: kesitsel bir araştırma. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 13(4), 795–804. doi: 10.5336/nurses.2020-79251
- Ertekin Pinar, S., & Ozbek, H. (2022). Paternal depression and attachment levels of first-time fathers in Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(3), 1082–1088. doi: 10.1111/ppc.12905.
- Ertuğrul, M., & Kök, G. (2022). Evaluation of the relationship and factors affecting maternal and paternal fetal attachment in the couples during prenatal period: a cross-sectional study. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 14(3):702–711. doi: 10.5336/nurses.2021-87147
- Gilmer, C., Buchan, J.L., Letourneau, N., Bennett, C.T., Shanker, S.G., Fenwick, A., & Smith-Chant, B. (2016). Parent education interventions designed to support the transition to parenthood: a realist review. *International Journal of Nursing Studies*, 59,118–133. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.03.015.
- Gül, U., & Kobya Bulut, H. (2022). Assessment of factors and father-infant attachment levels among Turkish's fathers of preterm infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 64, e69–76. doi: 10.1016/j.pedn.2021.12.027.
- Güleşen, A, ve Yıldız, D. (2013). Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(2),177–182.
- Gün Kakaşçı, Ç., Coşkun Potur, D., Karabulut, Ö., Ertuğrul Abbasoğlu, D., Demirci, N., & Doğan Merih, Y. (2022). Does antenatal education affect level of empathy and attachment of fathers? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 40(4), 366–383. doi: 10.1080/02646838.2021.1979198.
- Güneş, E., ve Işık, C. (2023). Maternal-paternal bağlanmayı etkileyen faktörler ve ebelik yaklaşımları. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 5(1), 89–95. <https://doi.org/10.57224/jhpr.1158640>
- Heo, YJ., & WO, Oh. (2019). the effectiveness of a parent participation improvement program for parents on partnership, attachment infant growth in a neonatal intensive care unit: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 95, 19–27. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.03.018.
- Im, M., & Oh, J. (2021). Nursing support perceived by mothers of preterm infants in a neonatal intensive care unit in South Korea. *Child Health Nursing Research*, 27(2), 146–159. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2021.10.002>
- Kıraç, A., Altuntaş, D., Hançar, D., ve Akman, G. (2021). Baba bebek bağlanmasının desteklenmesinde hemşirenin rolü. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 33–40. <https://doi.org/10.47115/jsbs.972418>

- Kim, S.H. (2019). Factors associated with maternal attachment of breastfeeding mothers. *Child Health Nursing Research*, 25(1), 65–73. doi: 10.4094/chnr.2019.25.1.65.
- Koptur, A., ve Güner Emül, T. (2017). Fetüs veyenidoğanda bağlanmanın iki yüzü: Maternal ve paternal bağlanma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 138–152.
- Kügcümen, G., Dönmez Güney, GZ., Özcanan, Ç., ve Erdoğan, N. (2021). Babaların paternal adaptasyon düzeyi ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 3(2), 61–66. <https://doi.org/10.48071/sbuhemsirelik.896841>
- López-Fernández, G., Barrios, M., & Gómez-Benito, J. (2023). Breastfeeding and maternal attachment: The moderating roles of maternal stress and child behavior. *Journal of Pediatric Nursing*, 69, e80–87. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.12.011>
- Luisa, A., Callinan, L.S., & Smith, M.V. (2019). An examination of the impact of maternal fetal attachment, postpartum depressive symptoms and parenting stress on maternal sensitivity. *Infant Behavior and Development*, 54, 99–107. doi: 10.1016/j.infbeh.2019.01.001.
- Maleki, M., Mardani, A., Harding, C., Basirinezhad, M.H., & Vaismoradi, M. (2022). Nurses' strategies to provide emotional and practical support to the mothers of preterm infants in the neonatal intensive care unit: a systematic review and meta-analysis. *Women's Health*, 18, 17455057221104674. doi: 10.1177/17455057221104674.
- Manav, A.I., Gozuyesil, E., & Tar, E. (2021). The effects of the parenting education performed through whatsapp on the level of maternal-paternal and infant attachment in Turkey. *Journal of Pediatric Nursing*, 61, e57–64. doi: 10.1016/j.pedn.2021.04.018
- May, C., & Fletcher, R. (2013). Preparing fathers for the transition to parenthood: recommendations for the content of antenatal education. *Midwifery*, 29(5), 474–478. doi: 10.1016/j.midw.2012.03.005
- Özdemir, K., Başkaya, Y., ve İdare, A. (2021). Annelerin maternal bağlanma düzeyleri ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 18(1), 638–642. <https://doi.org/10.38136/jgon.715703>
- Scharfe, E. (2012). Maternal attachment representations and initiation and duration of breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 28(2), 218–225. <http://dx.doi.org/10.1177/0890334411429111>

- Serçekuş, P., & Başkale, H. (2016). Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery*, 34, 166–172. doi: 10.1016/j.midw.2015.11.016.
- Tokgöz Kekeç, H., & Alan Dikmen, H. (2023). The relationship of social support perceived by mothers and fathers and dyadic adjustment with maternal and paternal attachment in the postpartum period. *Developmental Psychobiology*, 65(1), 1–13. <https://doi.org/10.1002/dev.22358>
- Üstüner Top, F., Yigitbas Ç., Cantürk, P., & Yüksel, F. (2022). The effects of health counselling and follow-up care on maternal-infant attachment. *Early Child Development and Care* 192(4), 608–616. <http://dx.doi.org/10.1080/03004430.2020.1784153>



BÖLÜM 13

YAŞLILARDA DÜŞME RİSKİ VE DÜŞMEYİ ÖNLEMeye YÖNELİK HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI

Deniz Ezgi BİTEK¹

Halise ÇINAR²

Düşmeye Genel Bakış

Düşme, bir kişinin istemeden yere veya zemine ya da başka bir alt seviyeye düşmesiyle sonuçlanan bir olay olarak tanımlanır (World Health Organization (WHO), 2021). Düşmeler önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (Cuevas-Trisan, 2017). Yaşlı bireylerde yaralanmaların en yaygın nedeni olarak kabul edilmektedir. Travmatik yaralanmalarla ilgili hastaneye yatışların yüzde kırkı düşmelerden kaynaklanmaktadır (Sharif et al., 2018). Düşme sonucunda kırıklar ve kafa travması gibi ciddi yaralanmalar ile ağrı, morarma ve sıyrıklar gibi hafif yaralanmalar görülebilmektedir (Fahlström et al., 2018; Sharif et al., 2018). Her yıl 65 yaş ve üzeri kişilerin yaklaşık %28-35'i düşmekte ve bu oran 70 yaş üzeri kişilerde %32-42'ye çıkmaktadır (WHO, 2008). Düşme olayı yaşlı bireylerde fiziksel yaralanmalar dışında psikolojik ve sosyal sorunlara da yol açabilmektedir. Özellikle düşme korkusu yaşlı bireyde günlük aktivitelerinde kısıtlılığa, bağımsızlığının azalmasına, sosyal izolasyona ve hatta depresyona neden olmaktadır (Ang et al., 2020; Birimoglu Okuyan & Bilgili, 2018). Düşme korkusu, genellikle bir kişinin düşme konusunda sahip olduğu endişe düzeyi olarak tanımlanır. Düşme korkusu, toplum içinde yaşayan yaşlı bireylerin yaklaşık %50-60'ını etkilemektedir ve özellikle daha önce düşmüş kişiler arasında yaygındır ve düşme sonrasında %70'e varan oranlarda görülmektedir.

¹ Kırklareli Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

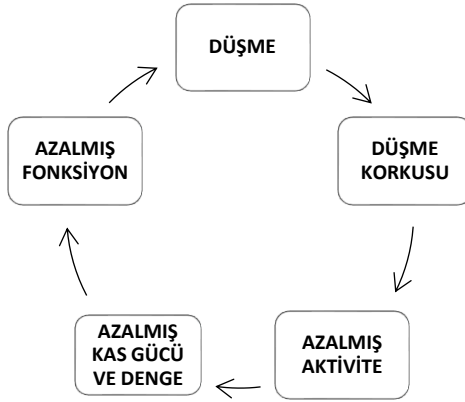
ORCID: 0000-0002-9006-1186

² Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Söke Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu

ORCID: 0000-0002-6271-8021

Düşme korkusu, fiziksel aktiviteleri gerçekleştirmenin önünde psikolojik bir engeldir ve genellikle günlük yaşam aktivitelerinin azalmasına neden olur; bu da kas gücü ve tonusunda azalmaya, hareketlilik kaybına, yaşam kalitesinde düşüşe ve tekrarlayan düşmelere yol açabilir (Enderlin et al., 2015). Bu durum doğru şekilde ele alınmaz ise düşme döngüsü ortaya çıkabilir (Şekil 1).

Bu sonuçlardan dolayı yaşlı bireylerin düşme riski açısından değerlendirilmesi en önemli yaklaşımdır. Sağlık çalışanları özellikle hemşireler gerek hastanede gerekse ev ortamında yaşlı bireyleri bulundukları çevrede gözlemleme imkanı olduğu için düşmeye neden olabilecek riskleri belirleme ve gerekli tedbirleri alma konusunda önemli role sahiptir (Birimoglu Okuyan & Bilgili, 2018).



Şekil 1. Düşme döngüsü (Ang et al., 2020)

Yaşlılarda Düşmeye Neden Olan Risk Faktörleri

Yaşlı bakımından sorumlu olan hemşirelerin düşmeye neden olan risk faktörlerini tanıması düşmeye bağlı açığa çıkabilecek yaralanmaların önlenmesi açısından oldukça önemlidir. Bu sebeple yaşlının bireysel ve çevresel risk faktörleri değerlendirilip, gerekli düzenlemeler yapılarak önlemler alınmalıdır (Karadakovan, 2014).

Düşme riskinin belirlenmesi karmaşıktır ve birçok faktörü içerir. Hemşirenin sistematik bir yöntem kullanmadan çoklu riskleri yeterince taraması zordur. En azından, düşme öyküsü ve ilaçlar (özellikle merkezi sinir sistemi yan etkileri olanlar) için yıllık basit bir tarama yapılması önerilir. Bilişsel gerileme fiziksel

mobilitede bozulmaya neden olarak düşme riskini artırdığı için özellikle bilişsel değerlendirme dikkate alınmalıdır (Enderlin et al., 2015). Bakımın ön saflarında yer alan hemşireler, hangi hastaların düşme açısından "yüksek riskli" olduğunu belirleyebilmelidir.

Bir hastanın düşme riskini artıran birçok değişken vardır ve düşme riski, düşme anında mevcut olan risk faktörlerinin sayısı ile doğrudan ilişkilidir (Callis, 2016). Düşmeler için 400'den fazla risk faktörü tanımlanmıştır. Bu risk faktörleri, değiştirilebilir ve değiştirilemez olmak üzere çeşitli şekillerde tanımlanmakta ve sınıflandırılmaktadır (Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), 2017). Diğer sınıflandırmalar arasında biyolojik (içsel), çevresel (dışsal), davranışsal ve sosyoekonomik faktörler yer almaktadır (RNAO, 2017; WHO, 2008). Yaşlılıkta düşmeye neden olan risk faktörleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Yaşlılıkta Düşmeye Neden Olan Risk Faktörleri

Kategori	Risk Faktörleri
Biyolojik (İntrensek/İçsel)	İleri yaş Cinsiyet Kırılganlık Düşme öyküsü Komorbidite Baş dönmesi Yürüme ve denge bozuklukları Görme/işitme Bozukluğu Kas-iskelet sistemi bozuklukları Bilişsel bozukluk Üriner sistem sorunları Ortostatik hipotansiyon Diyabetik yaşlılarda hipoglisemi İnme öyküsü Beslenme bozukluğu Deliryum, demans gibi mental durum değişiklikleri Uyku bozukluğu
Davranışsal	Çoklu ilaç kullanımı Sedanter yaşam Madde kullanımı (uyuşturucu, alkol vb.) Aceleci davranış Uygun olmayan ayakkabı kullanımı Uygun olmayan destek cihaz kullanımı
Çevresel (Ekstrensek/dışsal)	Kaygan zeminler Dar basamaklar Yetersiz aydınlatma Gerekli yerlerde (banyo, tuvalet, merdiven gibi) korkuluk ve tutunma barlarının olmaması Gevşek, saçaklı halı ve kilimler

	Ergonomik olmayan mobilyalar Cadde ve sokaklarda kırık, pürüzlü, yüksek kaldırımlar, gerekli yerlerde rampaların olmaması
Sosyo-ekonomik	Düşük gelir ve eğitim seviyesi Yetersiz barınma Sosyal etkileşim eksikliği Sağlık ve sosyal hizmetlere sınırlı erişim Toplum kaynaklarının eksikliği

(Ambrose et al., 2013; Callis, 2016; Eyigör, 2012; Jung et al., 2014; Karadakovan, 2014; Öden & Van Giersbergen, 2021; RNAO, 2017; While, 2020; WHO, 2008; Yılmaz & Khorshid, 2019)

Düşme Riskinin Değerlendirilmesi

Yaşlı bireylerde düşme riskinin ve düşme öyküsünün değerlendirilmesi bireysel özellikler ve gereksinimlere göre bakımın planlanması, koruyucu önlemlerin alınması ve eğitimde yol göstericidir (Karadakovan, 2014). Düşme nedeniyle tıbbi yardım için başvuran veya son bir yıl içinde tekrarlayan düşmeler bildiren veya yürüyüş ve/veya denge anormallikleri gösteren yaşlı bireylere çok faktörlü bir düşme riski değerlendirmesi önerilmelidir (National Institute for Health and Care Excellence (NICE)., 2013). Çok faktörlü değerlendirmenin kapsadığı konular aşağıdaki gibidir;

- Düşme öyküsünün tanımlanması
- Düşme korkusunun değerlendirilmesi
- Yürüyüş, denge ve hareketlilik ile kas güçsüzlüğünün değerlendirilmesi
- Osteoporoz riskinin değerlendirilmesi
- Yaşlı bireyin işlevsel becerilerinin değerlendirilmesi
- Görme bozukluğunun değerlendirilmesi
- Bilişsel bozukluğun değerlendirilmesi ve nörolojik muayene
- Üriner inkontinansın değerlendirilmesi
- Evdeki tehlikelerin değerlendirilmesi
- Kardiyovasküler muayene ve ilaçların gözden geçirilmesi (NICE., 2013; While, 2020)

Düşme öyküsü olan veya düşme riski yüksek olan yaşlıların ayrıntılı olarak değerlendirilmesi gerekir. Değerlendirmede öykü ve fizik muayene ile birlikte

klınık uygulaması basit olan düşme değerdendirme ölçekleri önerilmektedir (Eyigör, 2012).

Öykü Alma: Yaşlının bakımından sorumlu hemşire kişinin düşmeye eğilimini, düşmeye neden olan faktörleri ayrıntılı öykü olarak değerdendirilmelidir. Düşme öyküsü olan yaşlılarda düşmenin nerede, ne zaman ve herhangi bir aktiviteyle ilişkisi olup olmadığı ve sıklığı sorgulanmalıdır (Eyigör, 2012; Karadakovan, 2014). Yaşlının düşme olayından önce yeni başladığı veya doz değışikliği yapılan bir ilacı olup olmağı konusunda bilgi edinilmelidir. Özellikle sedatif ve kardiyovasküler sistem üzerine etkisi olan ilaçlara dikkat edilmelidir (Eyigör, 2012). Diğer önemli bir konu ise düşme korkusu olup olmadığının belirlenmesidir. Yaşlı bireylerin büyük çoğunluğu daha önce düşme deneyimi olsa da olmasa da düşme korkusu nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede, dışarıya çıkmada ve yürüyüş gibi fiziksel aktiviteleri gerçekleştirmede çekinceler yaşamakta ve bu durum bireyin bağımlı olmasına, sosyal yaşamının olumsuz etkilenmesine ve hareket kısıtlılığına bağılı gelişebilecek sağık sorunlarının artmasına neden olmaktadır (Karadakovan, 2014). Öykü alırken bu konu sorgulanarak gerekli önlemler alınmalı ve destek sağılanmalıdır.

Düşme korkusunun göstergeleri:

- Hareket, dolaşma gibi aktiviteler sırasında yüzünde korku ve kaygı ifadesinin olması
- Önceden gözlenmeyen, hareket, dolaşma sırasında ortaya çıkan terleme, tremor ve solunum güçlüğüünün olması
- Hareket ve dolaşma sırasında bir eşya ya da bir kişiye sıkıca dayanarak destek alması
- Yürürken adımlarını izlemesi
- Düşme deneyimledikten sonra hareketlerini kısıtlaması, sendeleyip dengesini sağılayamaması
- Pozisyon değıştirmede isteksiz olması
- Hareket etmede isteksiz olması (Karadakovan, 2014)

Fizik Muayene: Görme, işitme, kalp-damar (kalp hızı ve ritmi, ortostatik hipotansiyon) kas iskelet sistemi (kas gücü, alt ekstremite eklem fonksiyonları, mobilite seviyesi, yürüme ve denge durumu), nörolojik (mental durum, alt

ekstremiteler periferik sinirleri, kraniyal sinir işlevleri, refleksler) muayeneleri içermelidir (Ambrose et al., 2013; Eyigör, 2012; Karadakovan, 2014).

Özel testler: Hemşire yaşlı bireyin yürüyüş ve dengesini basit yöntemlerle değerlendirebilir. Bu yöntemlerden birisi *statik denge değerlendirmesidir*. Bu testi uygulayan kişilerden biri yaşlının önüne, diğeri arkasına geçer. Yaşlının önündeki kişi yaşlıyı sternumdan hafifçe geriye doğru iter. Yaşlı birey dengesini sağlayamazsa pozitif olarak yorumlanır. *Dinamik denge testinde* ise yaşlı bireyin yürüyüş ve pozisyon değişikliğinde dengesini sürdürüp sürdüremediği gözlenir. Dengenin değerlendirilmesinde “*Tinetti denge testi*”, “*Kalk ve yürü testi*” gibi değerlendirme yöntemleri kullanılabilir (Karadakovan, 2014).

Düşme Riski Tanılama Ölçekleri

Düşme riskini değerlendiren kapsamlı araçlar, düşme riski taşıyan bireylerin hemşire tarafından belirlenmesini kolaylaştırmak için kullanılabilir, böylece risklerin azaltılması için süreçler ve müdahaleler uygulanabilir. Düşme riski değerlendirme araçları, düşme veya düşmeye bağlı yaralanma riskini belirlemede sağlık hizmeti verenlere rehberlik edecek bir ölçüm olarak geliştirilmiştir (Callis, 2016).

İtali Düşme Riski Ölçeği: Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında ülkemize özgü olarak geliştirilmiştir. Basit ve anlaşılır olan ölçeğin içeriğinde düşmeye neden olan 8 majör (5 puan) ve 11 minör (1 puan) olmak üzere toplam 19 madde bulunmakta olup toplam puanın 5 puan ve üzerinde olması düşme için risk faktörüdür (Öden & Van Giersbergen, 2021; Tanıl et al., 2014; Tezcan & Gülseven Karabacak, 2021)

Yaşlılar için Düşme Davranışları Ölçeği: Yaşlı bireylerin potansiyel düşmelerden kendilerini koruma davranışlarını değerlendirmek üzere tasarlanmış bir ölçektir. Ölçekteki ifadeler 1-4 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin 10 alt boyutu vardır. Toplam ölçek ve alt boyutlardan alınabilecek en düşük ve en yüksek puan 1-4 arasındadır. Ölçekten alınan puanlar bireyin düşmeye yönelik koruyucu davranışlarını, düşük puanlar ise riskli davranışlarını gösterir (Caner & Avcı, 2022).

Hendrich II Düşme Riski Ölçeği: 1995'te geliştirilen ve 2003'te güncellenen ölçek yaygın olarak kullanılan standart bir düşme riski değerlendirme aracıdır. Ölçekteki risk faktörü alanları aşağıdaki kategorileri içermektedir:

- (1) konfüzyon/disoryantasyon, (2) depresyon, (3) eliminasyonda değişiklik,
- (4) baş dönmesi/vertigo, (5) cinsiyet, (6) antiepileptik/benzodiazepin kullanımı

ve (7) kalk ve git testi/tek hareketle ayağa kalkabilme. Hemşireler ölçekteki her bir alanı 0'dan 4'e kadar puanlar. Bir hasta 5 veya daha fazla puan toplarsa, hasta düşme riski yüksek olarak kabul edilir (Callis, 2016; Öden & Van Giersbergen, 2021).

Morse Düşme Ölçeği (MORS): Bu ölçek hastanın düşme riskini tanımlamak için bakım noktasında hemşire tarafından kullanılmak üzere tasarlanmıştır. Ölçekteki risk faktörü alanları şu kategorileri içerir: (1) düşme öyküsü, (2) ek tanı, (3) mobilizasyon yardımı, (4) intravenöz tedavi, (5) yürüyüş ve (6) mental durumdur. Hemşireler her bir alanı puanlar. Ölçekten alınabilecek puan 0-125 aralığındadır. 25'ten az puan düşük düşme riskidir. 26-50 arası puan orta düşme riskidir. 51 veya daha yüksek puan yüksek düşme riskidir (Callis, 2016; Öden & Van Giersbergen, 2021; Tezcan & Gülseven Karabacak, 2021).

Thomas Risk Değerlendirme Aracı (STRATIFY): Bu araç, hastanın düşme riskini tahmin etmek için bakım noktasında hemşire tarafından kullanılmak üzere tasarlanmıştır. STRATIFY aracındaki risk faktörü şu kategorileri içerir: (1) düşme öyküsü, (2) mental durum, (3) görme bozukluğu, (4) sık tuvalet yapma ve (5) transfer ve mobilite. Ölçekteki maddeler mevcutsa 1, mevcut değilse 0 olarak sayısal olarak puanlanır. Olası toplam puan 5'tir. 2 veya daha yüksek bir puan düşme için yüksek risk olarak kabul edilir (Callis, 2016).

Yaşlılarda Düşmeyi Önlemeye Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

Hemşireler, yaşlı bireylerde düşme ve düşmeye bağlı yaralanma riskini azaltmak için ayrıntılı gözlem ve değerlendirme yaparak gerekli önlemlerin alınması için planlama ve girişimlerde bulunmalıdır.

1- Düşmelerin Önlenmesine Yönelik Hastane Ortamında Alınabilecek Önlemler:

- Düşme riski olan yaşlı hastanın odasının girişine düşme riski simgesi olan dört yapraklı yonca figürü konulmalıdır.
- Yaşlı hastaların sık kullandığı eşyaları (telefon, baston, mendil, gözlük, sürgü vb.) yakınına yerleştirilmelidir.
- Acil durumda ulaşabileceği bir çağrı zili, telefon ya da alarm butonu yatağına yakın bir mesafeye konulmalıdır.
- Hastanın odasının yeterli aydınlatılması sağlanmalıdır.
- Hastanın yatak seviyesi en alçak konumda ve yatağın kenarlarındaki korkulukların yukarıda olması sağlanmalıdır.

- Yatak ve tekerlekli sandalye frenlerinin kilitli olmasına dikkat edilmelidir.
- Hastaların kullandığı ilaçların (özellikle opioidler, benzodiazepinler, diüretikler, vazodilatörler, trisiklik antidepresanları, b-blokerler, antihistaminikler gibi riskli ilaçlar) incelenmelidir.
- Mobilite kısıtlılığı olan yaşlının yatağının yanına yürümeye yardımcı olacak araçlar konulmalıdır.
- Yatan yaşlı hastalara düzenli olarak pozisyon verilmelidir.
- Hasta yürürken ayağına uygun, tabanı kaymayan ayakkabı giymesi konusunda teşvik edilmelidir.
- Hasta ayağa kalkmak, yürümek isterse tek başına bırakılmamalı bakım veren veya hemşireden yardım istemesi konusunda bilgilendirilmelidir.
- Ortostatik hipotansiyonu olan yaşlının yakından takip edilmesi ve ani hareketlerden kaçınması konusunda eğitim ve davranış değişikliği sağlanmalıdır.
- Üriner inkontinansa yönelik uygun girişimler planlanmalıdır.
- Düşmeyi önlemeye yönelik stratejiler hakkında tüm personel, hasta ve hasta bakıcılarına bilgi verilmelidir (Karadakovan Ayfer, 2014; Oksel, 2018; Saltan & Mert Boğa, 2018)

Bu önlemler hastanın bütüncül yaklaşımla yapılan değerlendirme ve düşme riski sonuçlarına göre geliştirilebilir (Oksel, 2018). Hemşireler yaşlı bireye bakım verirken çevresiyle birlikte bütün olarak düşünmelidir. Yaşlının düşme riskini değerlendirerek, bireye ve çevresine yönelik gözlemlerde bulunmalıdır. Bireyin yaşadığı ortamı, ev kazaları açısından değerlendirmeli, gerekli ise ergonomik düzenlemelerin yapılması sağlanmalıdır. Bu değişiklik ve düzenlemeler ile ilgili gerekli girişimlerin planlanmalı, uygulanmalı ve değerlendirilmelidir. Ayrıca yaşlı bireye, bakım verenlerine ve aile üyelerine yönelik düşmeler konusunda eğitimler verilmelidir (Korkmaz & Korkmaz, 2022).

2- Ev Ortamında Yaşlı Bireylerin Düşme/Yaralanma Riskini Azaltacak Önlemler:

- Merdivenlerde korkuluk, banyo, tuvaletlerde tutunma barları, korkuluklar yapılmalı, güvenli olup olmadığı kontrol edilmelidir.

- Yaşlının evinde ya da odasında gereksiz ve sivri uçlu mobilya, eşya, terlik vb. bulundurmaktan kaçınılmalıdır.
- Halı ve kilimlerin kaymamasına ve uçlarının kıvrık olmamasına dikkat edilmelidir.
- Telefon, elektrik, monitör, oksijen tüplerinin kabloları uygun biçimde toplanarak sabitlenmelidir.
- Uygun aydınlatma sağlanmalıdır. Yatak odası ve koridorlarda gece lambası kullanılmalıdır.
- Düşme/yaralanma durumunda acil ulaşabileceği haberleşme sistemleri sağlanmalıdır.
- Giyinme, saç tarama, tıraş olma gibi günlük yaşam aktivitleri sırasında oturması sağlanmalıdır.
- Banyo yaparken küvet/duş teknesi içerisine yerleştirilecek iskemlede oturması sağlanmalı ve kaydırmaz bir paspas kullanılmalıdır.
- Ev içerisinde terlik yerine ayağı kavrayan ev ayakkabısı/panduf giymesi sağlanmalıdır.
- Banyo zeminin kaymayı engelleyici malzemeden yapılması veya kaymaz banyo paspasları kullanılmalı, zemin ıslak bırakılmamalıdır.
- Yaşanılan ortamda merdiven var ise basamakları eşit aralıkta ve yükseklikte olmalıdır. Basamaklarda kaymayı engelleyecek malzeme olmalıdır.
- Mutfak dolabı ve rafları yaşlının uzanabileceği yükseklikte olmalıdır (Cuevas-Trisan, 2017; Karadakovan Ayfer, 2014; Korkmaz & Korkmaz, 2022; Oksel, 2018; Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), 2017; Saltan & Mert Boğa, 2018; uzun, 2018)

Kanıtlar, düşme önleme programının bir parçası olarak yaşlının ev ortamının değerlendirilmesini ve değiştirilmesini güçlü bir şekilde desteklemektedir ve özellikle daha önce düşme öyküsü olanlar gibi yüksek riskli bireylerde faydalıdır (Clemson et al., 2019).

3- Yaşlı Bireylerin ve Bakım Verenlerin Düşme Konusunda Eğitimi :

Yaşlı birey ve bakım verenlere düşme riski ve önlemler konusunda davranış değişikliği sağlayacak eğitimlerin verilmesinde hemşirelerin gerekli planlamaları

yapması ve uygulaması gerekir. Bu eğitim konuları aşağıdaki maddeleri kapsamalıdır;

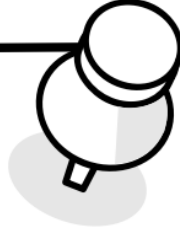
- Yaşlının (özellikle osteoporoz sorunu olan) kemik mineral yoğunluğunu arttırmak için önerilen ilaçları düzenli ve doğru şekilde kullanması
- Dengeli beslenme alışkanlığını sürdürmesi
- Sigara ve alkol tüketiminden kaçınması
- Ağır kaldırma, eğilme gibi omurgaya zarar verebilecek davranışlardan kaçınması
- Tabanı kaygan olmayan, ayağını tam kavrayan ve topuklu olmayan ayakkabılar tercih etmesi
- Önerilen mobiliteye yardımcı araçları kullanması
- Önerilen germe, kuvvetlendirme egzersizleri, denge ve yürüme eğitimlerine katılması
- Güvenlik için gerekli çevresel düzenlemelerin yapılması
- Pozisyon değiştirirken yavaş ve dikkatli olması
- Ortostatik hipotansiyonu olan yaşlının pozisyon değiştirirken ve yataktan kalkarken yavaş hareket etmesi ve kademeli olarak (önce yatak içinde oturma ya da bulunduğu yerde oturma daha sonra kalkma) kalkması
- Görme sorunu yaşlıların uygun gözlük kullanımı

KAYNAKÇA

- Ambrose, A. F., Paul, G., & Hausdorff, J. M. (2013). Risk factors for falls among older adults: A review of the literature. *Maturitas*, 75(1), 51–61. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.02.009>
- Ang, G. C., Low, S. L., & How, C. H. (2020). Approach to falls among the elderly in the community. *Singapore Medical Journal*, 61(3), 116–121. <https://doi.org/10.11622/smedj.2020029>
- Birimoglu Okuyan, C., & Bilgili, N. (2018). Mobility and Fall Behavioral in Elderly: A Study of Nursing Home. *Journal of Education and Research in Nursing*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.5222/HEAD.2018.001>
- Callis, N. (2016). Falls prevention: Identification of predictive fall risk factors. *Applied Nursing Research*, 29, 53–58. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.05.007>

- Caner, Ş., & Avcı, İ. A. (2022). Yaşlılarda Düşme Riski , Korkusu Ve Düşme Davranışları İle Düşmeye Yönelik Evde Bakım Gereksinimlerinin İncelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 193–208.
- Clemson, L., Stark, S., Pighills, A. C., Torgerson, D. J., Sherrington, C., & Lamb, S. E. (2019). Environmental interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013258>
- Cuevas-Trisan, R. (2017). Balance Problems and Fall Risks in the Elderly. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 28(4), 727–737. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2017.06.006>
- Enderlin, C., Rooker, J., Ball, S., Hippensteel, D., Alderman, J., Fisher, S. J., McLeskey, N., & Jordan, K. (2015). Summary of factors contributing to falls in older adults and nursing implications. *Geriatric Nursing*, 36(5), 397–406. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.08.006>
- Eyigör, S. (2012). Düşmelere yaklaşım. *Ege Tıp Dergisi*, 51(8), 43–51.
- Fahlström, G., Kamwendo, K., Forsberg, J., & Bodin, L. (2018). Fall prevention by nursing assistants among community-living elderly people. A randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 575–585. <https://doi.org/10.1111/scs.12481>
- Jung, D., Shin, S., & Kim, H. (2014). A fall prevention guideline for older adults living in long-term care facilities. *International Nursing Review*, 61(4), 525–533. <https://doi.org/10.1111/inr.12131>
- Karadakovan, A. (2014). *Yaşlı Sağlığı ve Bakım* (Karadakovan Ayfer (ed.)). Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Korkmaz, M., & Korkmaz, D. (2022). Ev Kazalarında ve Düşmelerde Yaşlı Bireylere Yönelik Hemşirelik Bakımı Nursing Care for Elderly Individuals in Home Accidents and Falls. 7(December), 629–636.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2013). *Assessment and prevention of falls in older people*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161/resources/falls-in-older-people-assessing-risk-and-prevention-pdf-35109686728645>
- Öden, T., & Van Giersbergen, M. (2021). *Düşmeler ve Düşmelere Bağlı Yaralanmaların Azaltılması için Kanıt Temelli Uygulama Önerileri Evidence-Based Practice Recommendations about Reducing Falls and Injury from Falls*. 18, 17–40.
- Oksel, E. (2018). Düşmeye Hemşire Bakışı ve Değerlendirilmesi. *Aegean Journal Medical Science*, 4, 140–142.

- Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). (2017). *Preventing Falls and Reducing Injury from Falls*. <https://rnao.ca/bpg/guidelines/prevention-falls-and-fall-injuries>
- Saltan, A., & Mert Boğa, S. (2018). *Yaşlılarda Düşmelere Yönelik Multidisipliner Yaklaşımlar Multidisciplinary Approaches to Falls in the Elderly*. November.
- Sharif, S. I., Al-Harbi, A. B., Al-Shihabi, A. M., Al-Daour, D. S., & Sharif, R. S. (2018). Falls in the elderly: Assessment of prevalence and risk factors. *Pharmacy Practice*, 16(3), 1–7. <https://doi.org/10.18549/PharmPract.2018.03.1206>
- Tanıl, V., Çetinkaya, Y., Sayer, V., Avşar, D., & İskit, Y. (2014). Düşme Riskinin Değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(1), 21–26. www.jointcommission.org
- Tezcan, B., & Gülseven Karabacak, B. (2021). Fall Risk Assessment Scales Which are Frequently Used in Clinical Practice. *Journal of Academic Research in Nursing*, 7(2), 105–112. <https://doi.org/10.55646/jaren.2021.88598>
- Uzun, N. (2018). Yaşlılarda Düşmeye Yol Açan Faktörler ve Koruyucu Rehabilitasyon Yaklaşımları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5, 267–274. <https://doi.org/10.17681/hsp.343252>
- While, A. E. (2020). Falls and older people: Preventative interventions. *British Journal of Community Nursing*, 25(6), 288–292. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.6.288>
- World Health Organization (WHO). (2008). *WHO global report on falls prevention in older age*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563536>
- World Health Organization (WHO). (2021). *Falls*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
- Yılmaz, S., & Khorshid, L. (2019). Yaşlı Hastalarda Düşmeler ve Risk Faktörleri. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(3), 117–121.



BÖLÜM 14

ANNELİK HÜZNÜ VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Hemşire Duygu İVELİK¹

Doç. Dr. Fatma BAŞAR²

GİRİŞ

Gebelik ruhsal olarak duygusal yoğunluğun yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemin bitimiyle beraber postpartum dönem başlar. Kadın hayatında gelişimsel kriz olarak adlandırılabilir postpartum dönem; önemli fizyolojik, sosyolojik ve psikolojik değişiklikleri içermektedir (Mermer ve ark. 2010; Özdamar ve ark. 2014). Bu değişiklikler bazı annelerde sıkıntılı bir süreç olarak devam edebilmekte ve birtakım duygu durum bozukluklarına yol açabilmektedir. Bu duygu durum bozuklukları içerisinde yer alan “annelik hüznü” (AH) literatürde ki diğer isimleriyle Postpartum Blues ya da Maternity Blues olarak da tanımlanmaktadır. Annelik hüznü doğumdan sonra ilk birkaç gün içerisinde başlayabilen, postpartum 10 gün boyunca ya da daha uzun devam edebilen ruh hali değişiklikleridir (Rahman ve Suhita, 2018). Bir başka ifade de ise; kadınların sosyal, kültürel ve ekonomik destekleri ile birlikte rolleri ve görevlerinden etkilenebilen duygu, davranış veya düşünce gibi duygusal alanda değişen değişiklikler olarak tanımlanmaktadır (Manurung ve Setyowati, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre dünya çapında AH prevalansı %3 ila %8 civarındadır (Deniati ve Agnesfadia, 2022). İnsidansı ise dünya çapında %26-85 oranındadır (Muhida, 2021). Annelik hüznü doğum sonu duygu durumlarından en sık görülenidir (Beihaghi ve diğerleri 2019). Annelik hüznü belirtileri ağlama, disforik duygulanım, sinirlilik, kaygı, uykusuzluk ve iştah değişiklikleri karakterize seyreder (O'Hara ve Wisner, 2014). Nedeninin ne olduğu kesin olmamakla birlikte başlıca risk faktörleri iç ve dış faktörler olarak tanımlanabilir. İç faktörler arasında hormonal değişimler, psikolojik ve kişilik faktörleri, daha

¹ Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi, Orcid numarası: 0000-0002-9222-2254

² Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Orcid numarası: 0000-0003-4288-9111

önce depresyon öyküsü, sezaryen ile doğum, planlanmamış gebelikler, emziren ve emzirmede güçlük çeken anneler ve bebek bakımı deneyimi olmayan anneler yer alır (Mansur, 2014). Dış faktörler arasında ise; sosyal destek, bebeğin durumu ve niteliği ve kocanın ruhsal durumu öne çıkmaktadır .(Ningrum,2017). Anneler genelde bu sorun ile destek almadan kendileri başa çıkmaya çalışmakta, normal bir durum olarak kabullenmekte ya da dile getirmekten korkmaktadırlar. Bu durumda annelik hüznü doğum sonrası depresyon veya anksiyete bozuklukları ile devam etmekte ve ilerleyen yaşlarda ailede ve çocuklarda psikososyal sorunlara sebep olmaktadır (Bohari ve diğerleri, 2020, Apter-Levy ve diğerleri, 2013). Araştırmalar annelik hüznü olan kadınlarda doğum sonrası majör depresyon görülme oranının yaklaşık 4 ila 11 kat daha fazla olduğunu göstermektedir (Balaram ve Marwaha, 2022).

Postpartum bakım hizmetlerinin annelik hüznünün yol açacağı sorunların önlenmesinde ve dolaylı olarak da aile ruh sağlığının iyileşmesinde katkısı büyüktür. Bu dönemde bebeklere verilen bakımın daha fazla önemsenmesi annelerin nitelikli bir bakım almamasına yol açmaktadır (Ergöçmen ve ark 2009). Bu durum sağlık profesyonellerinin postpartum dönem içerisindeki annelerin ruh sağlığı ile daha yakından ilgilenmeleri gerektiğinin önemini göstermektedir. Annelik hüznünü yönetme de en önemli faktör ; erken teşhis, hızlı müdahale ve ruh sağlığı kaynaklarına ve profesyonellerine erişimdir (Howard ve diğerleri, 2014). Ülkemizde Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi (DSBYR)' nde, sağlık profesyonellerinin tüm lohusalara postpartum dönemle başa çıkmak için hangi stratejileri uyguladıklarını sorgulaması, duygu durum değişikliklerinde sağlık personelleri ile konuşmaları konusunda cesaretlendirilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Bu nedenle sağlık personellerinin; annelik hüznü tanı kriterlerine göre hastayı dikkatlice değerlendirerek doğrulama, eğitim, güvence ve psikososyal destek sağlamaları gerekmektedir (Seyfried ve Marcus, 2003) . Psikolojik ihtiyaçları karşılamada eş desteğinin önemi vurgulanmalı, hastaların ayırıcı tanı olarak intihar düşüncesi bebeğe yönelik cinayet düşüncesi ve psikotik özellikler açısından taranması gereklidir (Howard ve diğerleri, 2014; Nurhayati, 2022). Yapılan bir araştırma da AH insidansının genç yaşta gebelik ile ilişkisi tespit edilmiş ve sağlık personellerinin genç yaşta gebeliği olan annelere yönelik müdahalelere ve bebek bakımı konusunda doğum sonrası danışmanlık verilmesinde katılımının artırılmasına ihtiyaç duyulduğu tespit edilmiştir (Purnamaningrum, Kusmiyati ve Nugraheni, 2018). Literatür incelendiğinde sağlık personellerinin ‘‘Annelik Hüznü’’ ile ilgili bilgilerini tespit etmeye yönelik kısıtlı çalışmaya rastlanmaktadır. Postpartum dönemde anne ve bebeğin birbirine uyumu ve hayata nasıl bir adımla başladıkları oldukça önemlidir. Aksi

takdirde sağlam olmayan adımlar bebeği, anneyi, aileyi ve dolaylı olarak toplum sağlığını olumsuz etkileyecektir. Bu nedenle doğum sonrası dönemde fiziksel bakım kadar önemli olan, annenin emosyonel gereksinimlerinin belirlenip karşılanması ve yeterli desteğin sağlanması gerekmektedir. Bu desteğin sağlanabilmesi için öncelikle sağlık personellerinin farkındalıklarının belirlenmesi gerekmektedir. Bu çalışmada; bütüncül sağlık anlayışı doğrultusunda hizmet vererek annelik hüznünü ele almak; postpartum dönemdeki kadınların öncelikli olarak takip edildiği birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personellerine bu konuda farkındalık ve duyarlılık kazandırmak; annelik hüznüne yönelik bilgi, görüş ve uygulamalarını belirlemek ve annelik hüznü ile baş etmede yeni stratejiler geliştirmek, sağlıklı anne ve bebekler için koruyucu girişimlerin hayata geçirilmesine olanak sağlamak amaçlanmıştır. Bu doğrultu da kadın sağlığı ve toplum sağlığına olumlu bir katkı sağlanması hedeflenmektedir. Bu bölümde annelik hüznü ve hemşirelik yaklaşımının literatür doğrultusunda verilmesi amaçlanmıştır.

Annelik Hüznü

Doğum sonrası dönemde zihinsel zorluklar sıklıkla görülmektedir. Hafif bir formda ortaya çıkabildikleri gibi, zamanında tedavi edilmesi gereken ciddi bozukluklar olarak da ortaya çıkabilirler. En yaygın psikolojik sorun, nispeten kısa süreli ve tedavinin büyük ölçüde gerekmediği "annelik hüznü" dür. Annelik hüznü, esas olarak stres ve benlik saygısı ile temsil edilebilecek bir annenin kimliğinin inşası sırasında gelişen tüm psiko-duygusal süreçlerin bir temsidir. Doğumdan sonraki günlerde çoğu kadın, patolojik olmayan, kısa süreli (birkaç saatten birkaç güne kadar), prevalansı doğumdan sonraki 3. ve 10. günler arasında maksimum olan genellikle annelik hüznü veya bebek hüznü olarak adlandırılan ruh hali değişiklikleri belirtileri göstermektedir.

Annelik hüznünün klinik tanımına gelince, çoğu çalışma doğum yapmış genç kadında sık ağlama nedeniyle depresif bir döneme benzetmekle sınırlıdır (Chabrol,1998). Bununla birlikte, diğer araştırmalar kararsızlığı ve duygusal coşkuyu ana semptom olarak vurgulamaktadır (Dayan, Andro ve Dugnat, 1999) ve en son ölçeklerden bazıları duygusal değişimleri tüm boyutlarıyla (depresif, öforik, endişeli) annelik hüznünün daha fazla özelliği olarak ele almaktadır (M'baïlara vd., 2005) .

Bu varlığın, geniş çapta keşfedilmiş olmasına rağmen, genç annelerde karakterize edilmesi hala zordur. Ağlamanın varlığı bir referans işlevi gören semptom gibi görünmektedir. Bununla birlikte, teşhis için ve annelik hüznünün başlangıcını ve yoğunluğunu anlamak için başka tanı ölçütleri bulunması gerekli

görülmektedir. Ntaouti ve arkadaşları annelik hüznünün doğumun üçüncü gününde kadınların yaklaşık %43'ünü etkilediğini bulmuşlardır (Ntaouti vd., 2020). Bu durumun sıklığı nedeniyle annelik hüznü, biyolojik değişikliklerle ilişkili fizyolojik bir durum olarak kabul edilir. Bazı araştırmalar, annelik hüznünün yoğunluğu ile doğum sonrası ruh hali bozukluğu arasında mevcut bir bağlantı olduğunu göstermiştir (M'baïlara vd., 2005). Annelikle birlikte özgüvenin azalması ve bebeğin bakımıyla ilgili stresin artması, annelik hüznünün yoğunluğunda önemli etkenler olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, annelik hüznünün doğası ve patognomonik semptomları hakkında anlaşmazlık vardır. Ayrıca psikolojik ve çevresel değişkenlerin de annelik hüznünün yoğunluğunda ve buna bağlı olarak doğum sonrası depresif belirtilerin ortaya çıkmasında etkisi vardır (M'baïlara vd., 2005). Bu nedenle, annelik hüznünün oluşumunda yer alan faktörlerin daha iyi anlaşılması, doğum sonrası duygu durum bozuklukları geliştirme riski taşıyan annelerin belirlenmesine yardımcı olabilir.

Annelik Hüznünün Etyopatogenezi

Doğum sonrası hüznün gelişmesine yol açabilen bir kaç risk faktörü tanımlanmıştır. Menstrual siklus ile ilgili ruh hali değişiklikleri, hamilelikle ilişkili ruh hali değişiklikleri, majör depresyon veya distimi öyküsü, çok sayıda gebelik öyküsü, ailede doğum sonrası depresyon öyküsünün annelik hüznü ile ilişkisini gösteren çalışmalar vardır (Howard vd., 2014). Bununla birlikte sosyoekonomik durum uzun bir süre postpartum psikojenik bozukluklar ile ilişkili olduğu düşünülse de yapılan çalışmalarda herhangi bir doğrusal ilişki görülebilmiştir. Yapılan geniş kohort çalışmalarında, düşük ekonomik durum, etnik veya ırksal köken, planlı ve plansız gebelik, spontan gebelik ve in vitro fertilizasyon (IVF), doğum şekli (vajinal veya sezaryen), ailede duygudurum bozuklukları öyküsü veya geçmişte doğum sonrası depresyon öyküsünün mevcut olduklarında, bir hastayı doğum sonrası hüznün gelişimine yatkın hale getirmediği gösterilmiştir (Howard vd., 2014 ; Bloch, Rotenberg, Koren, ve Klein, 2005).

Patogenezi büyük ölçüde bilinmemektedir. Bununla birlikte, hormonal değişikliklerin, doğum sonrası ruh hali değişikliklerinin gelişmesinde birincil nedensel faktörlerden biri olduğu öne sürülmektedir. Postnatal dönemde estradiol, progesteron ve prolaktin seviyelerinde ciddi bir azalma olmaktadır. Bu hormon seviyelerindeki azalma, menstrual siklusda menstrual döneme yaklaşırken, fiziksel yakınmalar kadar ruhsal belirtilerin de eşlik ettiği, Premenstrüel Disforik Bozukluk (PDB) da olduğu gibi çeşitli ruh hali değişikliklerine yol açabilmektedir

Yapılan bir araştırmaya göre, doğum sonrası hüznü geliştiren kadınlarda en sık bulunan üç predispozan faktörün, hamilelik sırasında görülen daha yüksek düzeyde depresif belirtiler, daha önce teşhis edilmiş en az bir depresyon epizodu öyküsü ve adet öncesi depresyon veya diğer menstrüel ilişkili duygudurum değişiklikleri öyküsüdür (O'Hara ve Wisner, 2014).

Diğer çalışmalar da, doğumdan hemen sonraki dönemde görülebilen yüksek monoamin oksidaz düzeylerinin veya azalmış serotoninerjik aktivitenin, doğum sonrası hüznün gelişimine yatkın hale getirebilecek önemli risk faktörleri veya etiyolojik özellikler olduğunu öne sürmüştür (Sacher vd., 2010).

Potansiyel olarak stres yaratan bazı unsurlar, annelik hüznünün artışına katkıda bulunuyor gibi görünmektedir. Sosyal destek eksikliğinin zararlı bir etkisi olabileceği düşünülmektedir, ancak etkisi tartışmalıdır (Kennerley ve Gath, 1985). Ayrıca doğum öncesi ve sonrası depresif kadınların kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır (Da Costa, Larouche ve Dritsa, 2000); ancak annelik hüznü konusunda sonuçların çok uyumlu olmadığı görülmüştür (O'hara, Schlechte ve Lewis, 1991). Stresli olayların da doğum sonrası duygudurum bozuklukları üzerinde etkisi olduğu görülmektedir. Ancak doğrudan annelikle ilgili olaylar (bebek bakımı, sağlığıyla ilgilenme vb.) annelik hüznü ile ilişkili olarak incelenmemiştir. Son olarak, annelerin benlik saygısı, kadınların anneliğe uyumunu etkileyen faktörlerin etkilerine aracılık eden psikolojik bir yol olabilir. Bununla birlikte, doğum sonrası dönemde annelerin benlik saygısını değerlendiren çok az çalışma vardır ve bu faktörün çoğu çalışmada annelik hüznünün yoğunluğuyla ilişkilendirmediği görülmektedir (Cutrona, 1984). Annelik hüznü sırasında duygusal tepkiselliğin depresif tonda yaygın bir unsur olup olmadığını değerlendiren ve annelik hüznünün yoğunluğu ile sosyo-biyografik veriler, kişisel duygudurum bozukluğu öyküsü, annelikle ilgili psikolojik değişkenler (annelik öz saygısı, bebek bakımıyla ilgili stres, sosyal destek) arasındaki potansiyel bağlantıyı da değerlendiren bir başka çalışmada; bebek bakımıyla ilgili yüksek düzeyde stres, annelik hüznünün yüksek yoğunluğuyla bağlantılı olarak izlenmiştir. En çok annelik hüznünün yoğunluğuyla ilgili stresli olayların, bebek ve annesi arasındaki sözlü iletişimdeki zorluklar ve bebek bakımı için ihtiyaç duyulan zaman olduğu görülmüştür (M'baïlara vd., 2005).

Glangeaud-Fredenthal ve arkadaşlarına göre, annelik hüznü, depresyonla kıyaslanamayacak kadar özel bir semptomatolojiye sahip gibi görünmektedir. Annelerin görsel analog ölçekte derecelendirilen annelik hüznü tanımlaması, duygusal hiper-reaktiviteyi, bilişsel süreçlerin hızlanmasını ve artan motivasyonu göstermektedir. Bu sonuçlarla ilişkili olarak annelik hüznü, depresyona benzer

bir sendrom değil, daha ziyade hipomaniye yönelik ruh hali değişiminin patolojik olmayan bir ruh hali olarak değerlendiren çalışmalarda vardır (Glangeaud-Fredenthal, Sutter ve Guillaumont, 1995).

Annelik Hüznünün Epidemiyolojisi

Doğum sonrası hüznü son derece yaygındır ve doğumdan sonraki ilk birkaç hafta içinde kadınların yaklaşık %50'sinde veya daha fazlasında meydana geldiği tahmin edilmektedir (Howard vd., 2014). Annelik hüznüne yönelik yapılan bir başka meta analiz çalışmasında; 26 çalışma değerlendirilmiş ve bildirilen annelik hüznü prevalansı %13,7 ile %76,0 arasında bulunurken 5.667 kadında annelik hüznünün genel prevalansı %39,0 olarak değerlendirilmiştir (Rezaie-Keikhaie vd., 2020). Bununla birlikte doğum sonrası majör depresyonun, doğum sonrası hüznü olan kadınlar arasında yaklaşık 4 ila 11 kat daha yaygın olduğu görülmektedir.

Anamnez ve Fizik Muayene

Tüm psikiyatrik tanılarda olduğu gibi en önemli tanı aracı hasta anamnezidir. Doğumdan hemen sonra veya iki hafta içinde başvuran bir kadın hastada, majör depresif bozukluk kriterlerini karşılamayan düşük ruh hali ve depresif belirtiler, annelik hüznü teşhisine işaret edebilir. Majör depresif bozukluk kriterleri karşılanıyorsa veya duygu durum bozuklukları doğumdan iki hafta sonra da devam ediyorsa postpartum depresyon gibi durumlar açısından ileri değerlendirmeler yapılmalıdır.

Annelik Hüznü Semptomları ve Klinik Olarak Sınıflandırılması

Doğum sonrası hüznün belirtileri arasında ağlama, disforik duygulanım, sinirlilik, kaygı, uykusuzluk ve iştah değişiklikleri sayılabilir (O'Hara ve Wisner, 2014). Ancak bu semptomlar mevcut olmakla birlikte, majör depresif bozukluk postpartum depresyon kriterlerini karşılamamalıdır. Annelik hüznü teşhis kriterlerini tam olarak karşılaması için, semptomlar genellikle doğumdan sonraki ilk üç gün içinde gelişmeli ve iki hafta içinde düzelmelidir. Semptomlar iki haftadan fazla devam ederse, postpartum depresyon için tanı kriterleri karşılanmış olur. Postpartum depresyonu taramak için yararlı olabilecek bir klinik ölçeklerden biri, zaman içinde depresyondaki değişiklikleri değerlendirirken bile popülasyon grupları arasında yeterli duyarlılık ve özgüllüğe sahip olduğu doğrulanmış olan Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğidir (Cox, Holden ve Sagovsky, 1987).

Postpartum depresyon, “doğum öncesi başlayan depresif bozukluk” olarak yeniden tanımlanmıştır (Degner, 2017). Nadir durumlarda, depresyonun birincil

belirtilerine psikotik özellikler eşlik edebilmektedir. Bu semptomatik durumun, eskiden kendi teşhis sınıflandırması altında doğum sonrası psikoz olarak tanımlandığı görülmektedir. postpartum depresyon ve postpartum psikoz artık tek bir tanı olarak, yani "peripartum başlangıçlı depresif bozukluklar" olarak sınıflandırılmakta ve psikotik özellikler varsa "psikotik özelliklerle" sınıflandırıcı ile farklılaştırılmaktadır. DSM-5 e göre, annelik hüznü ayrı teşhisi olarak tanımlanmamakta, Bunun yerine, "depresif ruh hali ile uyum bozukluğu" veya "başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk" olarak sınıflandırılarak peripartum başlangıçlı depresif bozukluktan klinik olarak ayrılır. Kodlama amacıyla, ICD-10 teşhis kılavuzu tarafından "başka türlü tanımlanamayan doğum sonrası depresyon" olarak tanınır.

Annelik Hüznünde Tedavi ve Hasta Yönetimi

Peripartum duygu durum bozuklukları, annelik hüznünde olduğu gibi daha hafif ve kendi kendini sınırlayan bir sendrom ile gelişebileceği gibi postpartum depresyon gibi çok daha şiddetli bir klinik ile de gelişebilmektedir. Tanı kriterlerine göre, annelik hüznü geçicidir ve kendi kendini sınırlar. Bu nedenle telkin, eğitim, güvence ve psikososyal destek dışında herhangi bir tedavi gerektirmeden kendi kendine düzelmektedir (Seyfried ve Marcus, 2003). Annelik hüznü teşhisi konulan hastalar, postpartum depresyon için tanı kriterlerinin karşılanıp karşılanmaması açısından dikkatlice değerlendirilmelidir. Bu, hem semptomların başvuru anında depresif dönem kriterlerini karşılamamasını hem de semptomların iki haftadan fazla sürmemesini gerektirmektedir. Doğum sonrası depresyon veya peripartum başlayan depresyon tanısı kesinleşirse, klinisyenler tarafından destekleyici psikoterapi ve antidepresanlar içeren bir tedavi başlatılabilmektedir. Doğum sonrası depresyon tanısı ile, psikotik özellikler varsa, antipsikotik tedavisi de eklenebilmektedir.

Annelik hüznü semptomları hafif, geçici ve kendi kendini sınırlayıcı olsa da, hastalar yine de bebeğe yönelik zarar verme veya intihar düşüncelerinin varlığı, paranoya veya cinayet düşüncesi açısından dikkatle taranmaları gerekmektedir. Ayrıca, hastanın uyku durumu sorgulanıp, yeterince uyumasına yardımcı olmak için evde yardım aranmalıdır. Uykusuzluk devam ederse klinisyenler tarafından bilişsel terapi ve/veya farmakoterapi tedavisi önerilebilmektedir (Balaram ve Marwaha, 2022).

Annelik Hüznünde Ayırıcı Tanı

Uyku bozuklukları hayat kalitesini düşürmekle birlikte peripartum dönemde bazı ruh hali değişiklikleri meydana getirebilmektedir. Bunlar, ruh hali ve aktivite düzeylerinin normal peripartum dönem ile ilişkili değişiklikler olup olmadığı

değerlendirilerek veya semptomların bireyin yaşamında bozulmaya veya sıkıntıya yol açma durumu belirlenerek annelik hüznünden ayırt edilebilir.

Annelik hüznü, postpartum depresyondan veya yeni DSM-5'e uygun olarak peripartum başlangıçlı bir depresif bozukluktan farklı bulgularla ortaya çıkmaktadır. Postpartum depresyonda, semptomlar depresif bozukluk kriterlerini karşılamalı ve duygu durum bozuklukları iki haftadan fazla sürmelidir. DSM-5'e göre depresif bozukluğun kriterleri arasında depresif ruh hali, haz alma kabiliyetinin azalması ya da daha önce keyif veren aktivitelere yönelik ilginin azalması, kilo veya iştah değişiklikleri, uyku bozuklukları veya uykusuzluk, psikomotor ajitasyon gelişmesi veya psikomotor yavaşlama, yorgunluk veya enerji kaybı, değersizlik veya suçluluk duyguları, konsantre olmakta zorlanma ve tekrarlayan ölüm düşünceleri veya intihar düşüncesi bulunmaktadır (Tolentino ve Schmidt, 2018). Peripartum başlangıçlı depresif bozukluk tanısında aynı tanı ölçütleri kullanılırken semptomların gebelikle ilişkili olması veya doğumdan sonraki dört hafta içinde ortaya çıkmasının gerekmesi ölçütleri eklenmektedir.

Annelik Hüznünün Prognuzu

Annelik hüznü, tipik olarak hafif, geçici ve kendi kendini sınırlayan ruh hali değişikliklerini içerir. Bununla birlikte, annelik hüznü teşhisi, bir kişiyi postpartum depresyona veya doğum sonrası anksiyete bozukluklarına yatkın hale getirebilir. DSM-5'e göre "annelik hüznü" olan bir bireyde doğum sonrası depresyon gelişme riski, hamilelik sırasında duygu durum veya kaygı belirtileri gösterenlerde önemli ölçüde artmaktadır (Balaram ve Marwaha, 2022).

Annelik Hüznünün Komplikasyonları

Doğum sonrası hüznü teşhisi konan kişilerde doğum sonrası depresyon veya doğum sonrası psikoz gelişme riski yüksektir. Literatürde ki çalışmalar incelendiğinde, doğumdan sonraki beşinci günde "annelik hüznü" teşhisi konan kadınların doğumdan bir ay sonra postpartum depresyon gelişmesinin on iki kat, doğumdan iki ay sonra doğum sonrası depresyon gelişme olasılığının on kat daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar görülmektedir (Zanardo vd.,2019).

Annelik hüznünün en yaygın olarak bilinen komplikasyonu olan postpartum depresyon; major depresif bozuklukla benzer bulgulara sahip olup aynı kriterler kullanılarak teşhis edilmektedir. Ancak postpartum depresyonu olan kadınların major depresif bozukluğa göre daha yüksek düzeyde eşlik eden patolojiler ile karşılaştıkları görülmektedir. Bu kadınların gelecekte bipolar bozukluk yaşama olasılığı, peripartum başlangıcı olmayan majör depresif bozukluğu olan kadınlara göre daha yüksektir (Brummelte ve Galea, 2016).

DSM-5'e göre peripartum dönemde kadınların %0,1 ila %0,2'sinde psikotik özelliklerin geliştiği tahmin edilmektedir. DSM ayrıca, bu riskin ilk defa doğum yapan kadınlarda, önceden depresif veya bipolar bozukluk öyküsü olanlarda ve ailede bipolar bozukluk öyküsü olanlarda daha yaygın olduğunu belirtmektedir. DSM ayrıca, bir kişinin psikotik özelliklere sahip peripartum başlangıçlı bir depresif dönem öyküsü varsa sonraki gebeliklerde ve doğumlarda bunun tekrarlama riskinin %30 - %50 arasında olduğunu belirtmektedir.

Annelik Hüznünde Hasta Eğitimi

Tüm psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi, annelik hüznünün önlenmesi amacı ile ana risk faktörlerine yönelik terapi ve eğitim önemli bir faktördür. Bununla birlikte, diğer birçok psikiyatrik bozuklardan farklı olarak, annelik hüznü için risk faktörlerinin çoğu; doğum durumu, depresyon veya bipolar bozukluk öyküsü gibi değiştirilemez faktörlerdir. Bununla birlikte, annelik hüznünü yönetmede en önemli faktör, semptomların erken tanımlanması, hızlı müdahale, hastalar ve aileleri ile iletişimin kolaylaştırılması ve psikiyatri alanındaki uzmanlarına erişimin kolaylaştırılmasıdır. Semptomların gelişmesi ve tanımlanması durumunda, yeni annelerin yeterince desteklendiğini hissetmelerini sağlayacak kaynakların mevcut olması da önemlidir.

Annelik Hüznünde Hemşirelik Yaklaşımları

Prenatal ve postnatal dönemde fiziksel rahatsızlıkların izlemi kadar annenin ruh sağlığının da göz önüne alınması ve bu yönde desteklenmesi gerekir (Yüksekol, Arguvanlı ve Başer, 2014)

Prenatal dönemde yaşanan anksiyete veya depresyon; annelik hüznü ve postpartum depresyon için risktir. Bu nedenle annelik hüznü doğal bir sürece bırakılarak kendiliğinden çözülebilir bir sorun olarak kabul edilmemeli ve riskli grubun izlemi göz önünde bulundurulmalıdır. Anne ve bebek sağlığı için sıklıkla gözden kaçan bu sorunun hemşireler tarafından bilinmesi ve farkındalık sağlanması önemlidir. Özgeçmişinde psikiyatrik bozukluk, tıbbi hastalık öyküsü bulunan, gebeliği planlı olmayan, sosyal desteği yetersiz olan gebeler, postpartum dönemde psikiyatrik açıdan riskli grubu oluşturan, prenatal dönemden itibaren annelik hüznü açısından sık izlenmesi gereken bir gruptur (Yüksekol, Arguvanlı ve Başer, 2014).Risk teşkil eden annelerin tespiti, izlemi ve hemşirelik aktivitelerinin planlanması gerekmektedir (Yılmaz ve Öncel, 2007).

Sağlık personelleri annelik hüznünün depresyona geçmesini önlemek için anneleri bilgilendirmesi, bu durumun sık görüldüğü ve geçici olduğu konusunda güvence verilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda emosyonel destek ve yeni

bebeğe bakımda yardımcı bilgiler verme yararlı olabilir. Kadın ve ailesine durumunun geçici olduğu, yeni doğum yapan annelerin çoğunda görülebildiği açıklanmalıdır (Yükseköl, Arguvanlı ve Başer, 2014) Duygusal destek gibi psikoterapötik girişimler bu süreci aşmada yararlı olmaktadır (Erdem ve Bez 2009).

Çoğu ruh hastalığında olduğu gibi, birinci basamak sağlık merkezleri, genellikle annelik hüznü yaşayan hastaların sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından bakım ve tedavi aldığı baskın konumdur. Bu nedenle, doğum uzmanları yanında hemşireler ve ebeler de dahil olmak üzere birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları, doğum sonrası hüznün semptomları konusunda bilgili, teşhis ve tedavisinde yeterli olmalıdır. Doğum hemşireleri, bozukluğun belirti ve semptomlarını izlemeli ve hasta eğitimi vermelidir. Bu nedenle, sağlık hizmeti sağlayıcılarının bu birbiriyle ilişkili risk faktörlerini azaltmak için işbirliği yapmasına izin veren meslekler arası bir süreç, bu sonuçların oranlarını azaltmada en etkili olacaktır (Balaram ve Marwaha, 2022).

Ülkemizde postpartum bakımın sağlık profesyonelleri tarafından standardize bir şekilde verilmesi ve bakım kalitesinin artırılması için Sağlık Bakanlığı tarafından 2018 yılında yayınlanan DSBYR'ne göre; yeni doğum yapmış anneler postpartum dönemde toplam 6 kez izlenmektedir. İzlemlerin 3'ü ilk 24 saatte; diğer 3'ü ise taburculuk sonrası gerçekleşmektedir. Rehberde postpartum döneme dair; eğitim ve danışmanlık yapılması gereken birçok konu üzerinde durulmuştur. Bu dönemde yaşanan sorunların azaltılması için anne ve bebeğin hemşireler tarafından nitelikli bir şekilde izlenmesi ve değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Annelerle gerekli görüşmeler sağlanarak; ailesel, obstetrik, tıbbi öykü ve son doğumu ile ilgili bilgiler tespit edilmeli ve riskler araştırılmalıdır.

TEŞEKKÜR

Yayınlanmamış tezden üretilmiştir.

KAYNAKÇA

1. Apter-Levy, Y., Feldman, M., Vakart, A., Ebstein, R. P., & Feldman, R. (2013). Impact of maternal depression across the first 6 years of life on the child's mental health, social engagement, and empathy: The moderating role of oxytocin. *The American journal of psychiatry*, 170(10), 1161–1168. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12121597>
2. Balaram, K., & Marwaha, R. (2023). Postpartum Blues. In StatPearls. StatPearls Publishing.
3. Beihaghi, M., Yousefzade, S., Mazloom, S. R., Modares Gharavi, M., & Hamed, S. S. (2019). The effect of Melissa Officinalis on postpartum blues in women undergoing cesarean section. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 7(2), 1636-1643.
4. Bloch, M., Schmidt, P. J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L., & Rubinow, D. R. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*, 157(6), 924-930.
5. Bohari, N. H., As'ad, S., Khuzaimah, A., Miskad, U. A., Ahmad, M., & Bahar, B. (2020). The effect of acupressure therapy on mothers with postpartum blues. *Enfermeria clinica*, 30, 612-614.
6. Chabrol H. Les dépressions de la maternité. Paris : PUF, Que sais-je ?, 1998
7. Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 150, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
8. Cutrona C. E. (1984). Social support and stress in the transition to parenthood. *Journal of abnormal psychology*, 93(4), 378–390. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.93.4.378>
9. Da Costa, D., Larouche, J., Dritsa, M. ve Brender, W. (2000). Doğum öncesi ve doğum sonrası depresif ruh halinin psikososyal bağıntıları. *Affektif Bozukluklar Dergisi*, 59 (1), 31–40. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00128-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00128-7)
10. Dayan, J. (2007). Doğum sonrası ve doğum sonrası kaygı ve depresyon sorunlarının klinik ve epidémiologie'si. Gözden geçir ve sentezle. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de üreme*, 36 (6), 549-561.
11. Degner D. (2017). Differentiating between "baby blues," severe depression, and psychosis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 359, j4692. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4692>

12. Deniati, E. N., & Agnesfadia, S. (2022, February). The Effect of Sports on the Phenomenon of Baby Blues Syndrome (Postpartum Blues) in Postpartum Mothers. In 5th International Conference on Sport Science and Health (ICSSH 2021) (pp. 66-74). Atlantis Press.
13. Erdem, Ö. ve Bez, Y. (2009). Doğum Sonrası Hüzün ve Doğum Sonrası Depresyon. *Konuralp Tıp Dergisi* 2009;1(1):32-37.
14. Ergöçmen BA, Tezcan S, Çağata P.(2009). Üreme sağlığı. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması,2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
15. Glangeaud-Freudenthal, M. C., Sutter, A. L., Guillaumont, C., & Bourgeois, M. (1995). Questionnaire du "blues" du post-partum. Version française du "Maternity blues" de H. Kennerley et D. Gath [Postpartum "blues" questionnaire. French version of "Maternity blues" of H. Kennerley and D. Gath]. *Annales medico-psychologiques*, 153(5), 337–341.
16. Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384(9956), 1775-1788.
17. Kennerley, H., & Gath, D. (1989). Maternity blues. I. Detection and measurement by questionnaire. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 155, 356–362.
18. Manurung, S., & Setyowati, S. (2021). Development and validation of the maternal blues scale through bonding attachments in predicting postpartum blues. *Malaysian family physician : the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 16(1), 64–74. <https://doi.org/10.51866/oa1037>
19. M'baïlara, K., Swendsen, J., Glatigny-Dallay, E., Dallay, D., Roux, D., Sutter, A. L., ... & Henry, C. (2005). Le baby blues: caractérisation clinique et influence de variables psycho-sociales. *L'encéphale*, 31(3), 331-336.
20. Mermer, G., Bilge, A., Yücel, U., & Çeber, E. (2010). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 71-76.
21. Muhida, V. (2021). Analysis of the risk factors of the postpartum blues in the Wijaya Kusuma. *Journal Of Applied Health Research and Development*, 3(1), 1-16.
22. Ningrum SP. (2017).Faktor-Faktor Psikologis yang Mempengaruhi Postpartum Blues. *Psymphatic J Ilm Psikol*, 4(2),205–18

23. Ntaouti, E., Gonidakis, F., Nikaina, E., Varelas, D., Creatsas, G., Chrousos, G., & Siahianidou, T. (2020). Maternity blues: risk factors in Greek population and validity of the Greek version of Kennerley and Gath's blues questionnaire. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 33(13), 2253–2262. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1548594>
24. Nurhayati, F. (2022). Factors Influencing the Incidence of Postpartum Blues During the COVID-19 Pandemic in Cimahi City. *KnE Medicine*, 12-20.
25. O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Varner, M. W. (1991). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal variables. *Journal of abnormal psychology*, 100(1), 63–73. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.100.1.63>
26. O'Hara MW, Wisner KL. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 28(1), 3-12.
27. Özdamar Ö, Yılmaz O, Beyca H.H, Muhcu M. (2014). Gebelik ve postpartum dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar (Common psychiatric disorders in pregnancy and postpartum period). *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45(2), 71-77.
28. Purnamaningrum, Y. E., Kusmiyati, Y., & Nugraheni, H. T. (2018). Young age pregnancy and postpartum blues incidences. *International Journal of Scientific Research And Education*, 6(2), 7812-7819.
29. Rahman, H. N., & Suhita, B. M. (2018). Factor Analysis of Postpartum Blues on Post Partum Patients at Puskesmas Proppo Pamekasan. *Journal for Quality in Public Health*, 2(1), 38-48.
30. Rezaie-Keikhaie, K., Arbabshastan, M. E., Rafiemanesh, H., Amirshahi, M., Ostadkelayeh, S. M., & Arbabisarjou, A. (2020). Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of the Maternity Blues in the Postpartum Period. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 49(2), 127–136. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.01.00>
31. Sacher, J., Wilson, A. A., Houle, S., Rusjan, P., Hassan, S., Bloomfield, P. M., ... & Meyer, J. H. (2010). Elevated brain monoamine oxidase A binding in the early postpartum period. *Archives of general psychiatry*, 67(5), 468-474.
32. Seyfried, L. S., & Marcus, S. M. (2003). Postpartum mood disorders. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 15(3), 231–242. <https://doi.org/10.1080/0954026031000136857>

33. Tolentino, J. C., & Schmidt, S. L. (2018). DSM-5 Criteria and Depression Severity: Implications for Clinical Practice. *Frontiers in psychiatry*, 9, 450. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00450>
34. Yüksekol, Ö., Çoban Arguvanlı, S. & Başer, M. (2014). Annelik hüznü ve hemşirelik. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 56-61. Retrieved from [https://dergipark.org.tr /tr/pub/erusaglik/issue/5987/79594](https://dergipark.org.tr/tr/pub/erusaglik/issue/5987/79594)
35. Yılmaz, M., & Yar, D. (2021). Gebelik ve postpartum dönemde kadın ruh sağlığı: Derleme çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi.Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), 93-100. DOI: 10.46237/amusbfd.693233
36. Zanardo, V., Volpe, F., de Luca, F., Giliberti, L., Giustardi, A., Parotto, M., ... & Soldara, G. (2020). Maternity blues: a risk factor for anhedonia, anxiety, and depression components of Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(23), 3962-3968.



BÖLÜM 15

DEPREM TRAVMASININ RUH SAĞLIĞINA YANSIMALARI VE BAŞETME YÖNTEMLERİ

Dr. Öğr. Üyesi Sema İÇEL¹

Travma kavramı, bireyin veya diğerlerinin yaşamını tehdit eden veya çok ciddi yaralanmalara yol açabilecek bir durum sonucunda meydana gelen zararlı etki olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2018; Karabacak, 2023) Travma, günlük yaşam aktivitelerini oldukça derinden etkileyen depresyon, sel gibi doğal afetler, kaza, tecavüz, şiddet ve savaş gibi durumlar sonucunda ortaya çıkabilmektedir. Bu bağlamda sözü edilen travma durumunun, bireylerin psikiyatrik durumlarını etkileyen ruhsal travma olduğu söylenebilir. Akut olarak yaşanabilen bu travmatik deneyimler, bireyi psikolojik, fiziksel, ekonomik ve sosyal açılardan olumsuz olarak etkilemektedir (Aykut ve Soner-Aykut, 2020; Atlı ve Haspolat, 2023).

Bu bağlamda hayatı olumsuz etkileyen travmatik doğal olaylardan biri de depresyondur. Depresyon, yer aldığı coğrafyada çevresel hasarların yanı sıra insanların yaşamlarını derinden sarsarak, fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar gibi toplumsal sonuçlar da doğuran bir doğal felakettir (Nakajima, 2012; Yıldız ve Akkoyun, 2023). Tüm dünyada geçmişten günümüze yaşanan depresyonların çoğunlukla can ve mal kayıplarına yaralanmalara, acılara sebep olduğu bilinmektedir. Depresyonlarda, hemen acil dönemde ve sonrasında sürecin iyi yönetilmesi oldukça önemlidir. Sürecin iyi yönetilebilmesi kapsamında ele alınması gereken alanlardan bir tanesi de depresyon mağdurlarının ruhsal açıdan etkilenmeleridir (Yıldız ve Akkoyun, 2023).

Bireylerin depresyona verdikleri tepkiler olayın şiddetine, türüne, daha önceden hazırlıklı olup olunmamasına olayın ortaya çıkış şekline, bireylerin kişilik yapısına bağlı olarak değişir (Tarhan, 2011; Atlı ve Haspolat, 2023). Depresyon sonrası görülebilen psikolojik tepkiler arasında konfüzyon yani zihin bulanık olması sersemleme, aşırı korku, üzüntü, suçluluk hissetme ve öfke-kızgınlık gibi

¹ Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
ORCID: 0000-0002-5106-4552

durumlar görülebilmektedir. Sık ve yoğun bir şekilde uyku ve dikkati odaklayamama gibi problemler gelişebilmektedir. Ayrıca yaşanan depremle alakalı tüm kötü anılar sürekli olarak zihinde canlandırılabilir (Gluckman, 2012; Filiz vd., 2023). Bireyler yapısı gereği kısa sürede yeni durumlara adapte olma eğilimi içindedir. Fakat bazen bu süreç aylar hatta yıllar sürebilmektedir. Bu tablo, Travma Sonrası Stres Bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (PTSD, 2020; Atlı ve Haspolat, 2023). İnsanların travmayla başa çıkmalarına yardımcı olacak standart bir yöntem yoktur. Bireyin kişiliğine ve yaşam biçimine uygun, yaşama geçirilebilir nitelikte yöntemler gereklidir (Nakajima, 2012).

1. Depremın Ruhsal Etki Dönemleri

Birinci Dönem: Psikolojik şok dönemi de denmektedir. Mağdur olan birey psikolojik şoktadır ve şu belirtiler görülebilir;

Donakalmış, şaşkın, sersemlemiş bir halde amaçsızca dolaşır, kendinde olan yaralarının bile farkında değildir. Bu nedenle de ne kendisine ne de diğer depremzedelere yardımcı olamaz. Oryantasyonu bozulur, özellikle zaman, yer ve kişi yönelim bozukluğu görülebilir. Hafıza kaybı ve bilinçte sislenme gelişebilir. Bu sebeple yakınlarını kurtarma noktasında başarılı olamazlar. Deprem mağduru bireylerin yaşadıkları şok tepkisi aslında bedenin psikolojik savunma mekanizmasıdır. Birey yaşadığı bu acı olaya yabancılaşarak kendi benliğini psikolojik dağılmadan kurtulabilmektedir. Bazı bireylerde de panik atak ve çılgınca davranışlar yaşanır. Birey anlık gecikmenin çok geç olabileceğine eğer hızlıca kaçarsa kurtulabileceğine inanır. Bu nedenle de bu şok anında kişi kurtulmak için kendisini ikinci üçüncü kattan atıp kolu-bacağı kırılan insanların psikolojisini buna örnek olarak verebiliriz. Bu dönem bir iki gün sürebilir (Tarhan, 2011; Karabacak, 2023; Atlı ve Haspolat, 2023).

İkinci Dönem: Pasifleşme dönemi' de denilen bu tabloda depremden etkilenen kişi telkine açık ve edilgen haldedir. Basit işleri bile yapamayacak durumda ve becerisizliktedir. Yeterli olamasa da kendisine yardıma gelenlerin önerilerini dinler, yapmaya çalışır. Bu haliyle birey sanki çocukluk döneminin pasif ve bağımlı olan yıllarına geri dönmüştür.

Üçüncü Dönem: Toparlanma dönemidir. Bu dönem bireylerin kaygı düzeylerinin yüksek olduğu bir evredir. Kişi bu dönemde oldukça telaşlı ve heyecanlı olabilir. Deprem olayını sık sık düşüncelerinde ve rüyalarında yaşamaktadır, çok ufak bir tık ses ile bile ani irkilmeler, uyanmalar ve sıçramalar yaşanabilir. Bireyin uyku sürecinde sıkıntılar görülebilir. Kabuslu rüyalar görme eğilimdedir. Ayrıca derin uykuya dalmakta ve uyanmakta güçlük çekebilir. Deprem mağduru bireyde olayla ilgili dikkat artarken, başka konularla ilgili dikkatte azalmalar görülür (travma sonrası stres bozukluğu). Bu nedenle fısıltı gazetesi en yaygın iletişim haline gelmiştir. Deprem mağduru bireyde abartmaya

eğilim fazladır; sürekli olarak depremi konuşur, kurtarma işlemi ile ilgili yetersizlikten yakınır, öfkelenir. Öfke ve düşmanlık duyulan bireyi saldırgan ve yıkıcı özellikteki davranışlara itebilir. Kişi eğer ümidini tamamen yitirse "Umudu tükendiği anda işlenen suçları" vardır ki deprem mağduru bireyde bu umutsuzluk, sosyal barışı zedeler. Bu dönem sağlıklı bireylerde birkaç gün içinde geçmektedir (Tarhan,2011; Aykut ve Soner-Aykut, 2020).

2. Deprem ve Akut Stres Bozukluğu

Deprem gibi travmatik olaylar bireylerin baş etme mekanizmalarının zorlanmasına yol açan bir takım stres yükleyerek çeşitli psikiyatrik hastalıkların gelişmesine ve kişilerde daha önceden mevcut olan bir takım ruhsal bozuklukların tetiklenerek alevlenmesine neden olabilir. Deprem etkisiyle tetiklenebilen ruhsal bozukluklar arasında; anksiyete bozuklukları, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), alkol-madde kullanım bozuklukları disosiyatif bozukluk, depresyon, psikotik bozukluk gibi psikiyatrik hastalıklar, deprem travmasının tetiklediği hastalıklardan sayılabilir (Sönme, 2022; Atlı ve Haspolat, 2023).

2.1. Klinik Semptomlar ve Tanı Yöntemleri

Yaşanılan travmatik bir olaydan sonraki ilk bir aylık süreçte görülebilen kaygı, çözülme belirtileri ve diğer klinik bulguları kapsayan bir takım akut stres tepkileri ile ortaya çıkan durum Akut Stres Bozukluğu (ASB) ismiyle tanımlanmıştır (Uğur vd., 2021). Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) ise; travma mağdurlarında gelişen semptomların bir aydan daha fazla devam etmesi durumudur. ASB travma sonrası bireylerde görülebilen akut stres tepkilerini tanımlayarak ilerleyen süreçte TSSB için riskli bireyleri erken dönemde saptayabilmek için oluşturulmuştur (Uğur vd., 2021). ASB için Ruhsal Bozuklukların Teşhis ve İstatistiksel El Kitabı-5 (DSM-5) tanı kriterleri aşağıdaki gibi tanımlanmıştır:

A. Aşağıdaki durumlardan biri veya birden fazlasıyla, gerçek veya göz korkutucu bir şekilde ölümle, ağır yaralanmaya maruz kalma ya da cinsel saldırıya uğrama;

1. Direkt örseleyici olay/olaylar yaşama.
2. Başka kişilerin başına gelen olay/olaylara doğrudan görme ve bunlara tanık olma.
3. Bir aile ferdinin veya samimi yakın bir arkadaşının başına örseleyici olay/olaylar geldiğini öğrenme.

Not: Aile bireyinin ya da yakın arkadaşının gerçek ölümü veya ölüm ihtimali fiziki kaba güçle veya kaza sonucunda gelişmiş olmalıdır.

4. Örseleyici olay/olayların tatsız ayrıntılarıyla, yineleyici bir şekilde veya aşırı bir düzeyde karşı karşıya gelme (örn. insan kalıntılarını toparlayan kişiler; çocuk sömürüsünün ince ayrıntılarıyla sürekli karşılaşan polis memurları).

Not: Böyle bir karşı karşıya kalma, işle ilgili değilse, elektronik yayın organları, sinema, televizyon veya görseller aracılığıyla gelişmişse bu tanı ölçütü uygulanmaz.

B. Örseleyici olay/olaylardan sonra ortaya çıkan veya kötüleşen, istemsiz gelen belirtiler, olumsuz duygudurum, çözülme, kaçınma ve uyarılmayı içeren aşağıdaki herhangi beş kümeden dokuz/dokuzdan fazla belirtinin görülmesi:

B.1. İstem Dışı Gelen Semptomlar:

1. Örseleyici olay/olayların tekrarlı, istemsiz ve istem dışı gelişen, gerginlik yaratan anıları.

Not: Çocuklarda, örseleyici olay/olayların içerdiği konuların veya bu olay/olayların birtakım özelliklerinin dışı yansıtıldığı yineleyici oyunlar ortaya çıkabilir.

2. İçeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olay/olaylar ile ilişkili, tekrarlı, sıkıntı veren rüyalar.

Not: Çocuklar, içeriği belli olmayan korkutucu rüyalar görüyor olabilirler.

3. Kişinin örseleyici olay/olayları sanki yeniden oluyormuş gibi yaşadığı veya davrandığı çözülme (dissosiyasyon) belirtileri (örn. geçmiş yaşantıya dönüşler). (Böyle tepkiler belirli bir görülme aralığında oluşabilirler; en ağır tablosu, o sırada çevrede olup bitenlerin tam olarak farkında olamamadır).

Not: Çocuklar, oyun sırasında, örselenmeyle ilgili yeniden canlandırma yapabilirler.

4. Örseleyici olay/olayları simgeleyen veya çağrıştıran iç veya dış uyaranlara bir tepki olarak yoğun ya da uzun süreli gelişen bir psikiyatrik sıkıntı yaşama veya fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme.

B.2. Olumsuz Duygudurum:

5. Sürekli bir şekilde, olumsuz duygular yaşama (örn. mutluluğu, doyumunu veya sevgi duygularını yaşayamama).

B.3. Çözülme (Dissosiyasyon) Belirtileri:

6. Kişinin çevresindekileri veya kendisine karşı sürekli olarak değişmiş bir gerçeklik duygusu yaşama (örn. kendisini başkasının görüngesinden görme, şaşkın bir durumda olma, zamanın yavaşlaması).

7. Örseleyici olay/olayların önemli bir kısmını hatırlayamama (özellikle unutkanlık çözülmesine (dissosiyatif amnezi) bağlıdır ve kafa travması, alkol-madde kullanımına bağlı değildir).

B.4. Kaçınma Belirtileri:

8. Örseleyici olay/olaylarla yakından ilişkili, gerginlik yaratan anılar, düşünceler veya duygulardan uzaklaşma çabaları.

9. Örseleyici olay/olaylara alakalı veya yakından ilişkili, gerginlik yaratan anılar, düşünceler veya duyguları canlandıran dış çevresel anımsatıcılardan (insanlar, mekanlar, diyaloglar, etkinlikler, nesneler, durumlar) uzak durma.

B.5. Uyarılma Belirtileri:

10. Uyku bozukluğu (örn. uykuya dalmakta veya uykuyu sürdürmekte zorlanma veya kaliteli bir uyku uyuyamama).

11. İnsanlara veya nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla artma, öfkeli davranışlar ve öfke patlamaları (herhangi bir kışkırtma olmadan veya çok az bir kışkırtma durumunda).

12. Her an tetikte olma.

13. Odaklanma güçlükleri.

14. Abartılı irkilme tepkisi gösterme.

C. Bu tanı ölçütündeki belirtilerin süresi, örselenme ile karşılaştıktan sonra, üç gün ile bir ay arasında değişir.

Not: Semptomlar örselenmeden hemen sonra başlar, ancak tanı ölçütlerini karşılayabilmesi için en az üç gün olmak üzere, en çok bir ay devam etmesi gerekir.

D. Bu bozukluk, klinik yönden belirgin bir sıkıntıya veya toplumsal, iş ile ilgili alanlarda veya önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte azalmaya neden olur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. ilaç, alkol gibi) veya başka bir sağlık durumunun (örn. ağır olmayan çarpma ile beyin travması) fizyoloji ile ilgili etkilerine dayandırılmaz ve kısa psikoz bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz.

3. Deprem ve Posttravmatik Stres Bozukluğu (PTSB)

3.1. Klinik Semptomlar ve Tanı Yöntemleri

PTSB' nin ilk tanı ölçütü bireyin hayatını ve fiziksel bütünlüğünü tehlikeye düşüren bir travmanın meydana gelmesidir. Burada PTSD ile Uyum Bozukluğunu birbirinden ayırmak gerekir. Yaşanılan travma yaşamı tehdit etmeyen, zorbalık, boşanma, işsizlik, iflas etme gibi durumlarda kişide PTSD bulguları gelişmiş olsa dahi bu tanı PTSD değil uyum bozukluğu kapsamında değerlendirilmelidir.

Travmatik olayın gerçekleştiği ilk 3-30 gün içinde meydana gelen ve travma sonrası stres belirtileri olan hastalar Akut stres bozukluğu olarak tanı almaktadırlar. Bu sürenin uzamış olması, olayın kronikleştiğini ve PTSD'nin ortaya çıktığını göstermektedir (APA, 2013).

3.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Patofizyolojisi

Ruhsal yapımız homeostatik gelişimsel bir süreçte gerçekleşmektedir. Sinir sistemimiz bireyin iç dünyasından ve dış çevresinden alınan uyaranlar ile ilgili olarak negatif ile pozitif kutup arasında gidip gelmektedir. Pozitif ve negatif kutuplar sempatik ve parasempatik sistem olarak isimlendirilmektedir. Fiziksel olarak bedenimiz güvenli ortamdaysa parasempatik sistem devreye girer ve yüz kasları rahat, iç organlar ise denge halindedir. Kişilerin ses düzeyi ölçülü, bakışları sıcak, canlı, kalp hızı sakin bir ritimde, solunum rahat ve cilt ılıktır. Sistemler bir tehdit/tehlike veya tehdit riski ile karşılaştığında sempatik sistem devreye girmektedir. Sempatik sinir sistemi devreye girmesiyle birlikte; genel bir hareketlilik hali, boyun bölgesi kaslarında kasılma, kalp ritminde artış, duruşun katılaşması, gerginlik, pupillaların genişlemesi, kesik kesik solunum, özellikle parmak uçlarında hipoksi gözlemlenebilmektedir (Kolk, 2019). Bireylerin hayatını ciddi yönde tehdit eden bir tehlike ile karşılaştığında kapanmayı ve hareketsizliği sağlayan parasempatik sinir sistemi devreye girmektedir. Hayat tehlikede sinyali ile beden kilitlenerek, vücut felce benzer bir savunma sistemi olarak kapanmaktadır. Birey bu kapanma durumunda gözleri belli bir noktada sabit ve boş boş bakmakta, rahat nefes alması belirgin bir düzeyde yavaşlamakta, pupillalar daralmakta, cilt rengi gri veya beyaz renk almaktadır (Nordbrandt vd., 2020). Tehlike/tehdit algılandığında otonom sinir sisteminin devreye girmesini sağlayan durum hipotalamus ve beyin sapına anlık mesaj gönderilmesidir. Konuşurken görüp odaklanacağımız şeyleri, akıl süzgecinden geçirdikten sonra nasıl analiz edeceğimize kadar her türlü girdinin işlenerek, çevredeki gelişebilecek risklerin değerlendirilme sürecinde kontrol merkezi görevi yapan amigdala, ön loblara göre bilgiyi daha hızlı alarak işleme görevi yapmaktadır. Bu süreç bireylerin bilinçli bir şekilde tehlikenin farkında bile değilken gelen bilginin hayatı tehdit edip etmediğine karar verme aşamasında etkindir. Durum düzenlemesi, bireylerin tepkisel olarak yaşama tutunmasında çok kritik bir öneme sahiptir (örneğin bedensel zarar görme riski, güvenlik ve tehlike ipuçlarını algılama) (Kolk, 2019; Nordbrandt vd., 2020).

DSM-5'e göre PTSS, dört semptomatik alana kümelendiştir:

1. İntuziv semptomlar,
2. Aktif kaçınma,
3. Rahatsız edici duygusal durumlar,
4. Uyarılma ve tepkisellik değışiklikleri (APA, 2013; Atlı ve Haspolat, 2023).

Posttravmatik stres bozukluğu DSM V tanı kriterleri aşığıdaki şekildedir (APA, 2013):

A. Aşığıdaki yollardan biri ya da daha fazlası yoluyla fiili ya da ölüm tehdidine, ciddi yaralanmaya ya da cinsel saldırıya maruz kalma;

1. Travmatik olayların direkt deneyimlenmesi.
2. Travmatik olayları görme.
3. Şiddetli olaylar ya da kaza nedeniyle bir aile üyesinin ya da yakın bir arkadaşının fiili ölümü ya da ölüm tehdidini öğrenme durumu.
4. Travmatik olayların utanç verici ayrıntılarına tekrarlı bir şekilde veya aşırı bir derecede maruz kalma.

B. Aşığıdaki belirtilen durumlardan en az biriyle karşılaşma;

1. Travmatik olayların tekrarlı, istemsiz ve araya giren hoş olmayan anıları yaşama.
2. Görülen rüyaların içeriğinin veya etkisinin travmatik olaylarla ilişkili olması, yineleyici, rahatsızlık veren rüyalar görme.
3. Bireylerin travmatik olayı yineleyici bir şekilde yaşıyormuş gibi hissetmesine veya davranmasına yol açan çözölme tepkilerinin olması.
4. Yaşanılan travmatik olayın içten veya dıştan gelen ipuçlarına maruz kalındığında yoğun veya uzun süreli psikolojik sıkıntının olması.
5. Travmanın içten veya dıştan gelen ipuçlarına verilen fizyolojik tepkiler.

C. Kaçınma davranışları;

1. Travmatik olaya ilişkili tatsız anılar, düşünceler veya duygulardan kaçınma veya kaçınmaya çalışma.
2. Travmatik olay ile ilgili veya bunlarla yakından ilgili olan can sıkıcı anıları, düşünceleri veya duyguları uyandıran dış hatırlatıcı unsurlardan kaçınmak veya kaçınmaya çalışmak.

D. Aşığıda verilmiş biliş ve ruh halindeki olumsuz değışikliklerden ikisinin varlığı;

1. Travmatik olayın önemli yönlerini anımsayamama.
2. Bireyin kendisi, başkaları veya dünya ile ilgili devamlı ve abartılı olumsuz inançlar veya beklentiler koyması.
3. Travmatik olayların sebepleri ve sonuçları ile ilgili kendilerini ve başkalarını suçlamalarına sebep olan devamlı görülen yanlış anlamalar.
4. Kalıcı ve olumsuz duygusal durumların varlığı (korku, öfke, utanç vb.).
5. Önemli etkinliklere olan ilginin ya da katılımının önemli ölçüde azalması.
6. Kendini başkalarından kopmuş ya da yabancılaşmış hissetmek.
7. Sürekli olarak mutluluk, hoşnutluk veya sevgi gibi olumlu duygular yaşayamama.

E. Aşağıda verilmiş semptomlardan ikisinin veya daha fazlasının olmasıyla daha da kötüleşen, örseleyici bir olayla ilgili uyarılma ve tepkisellikte belirgin bir değişiklik;

1. Sinirlilik ve öfke patlamalarının olması.
2. Pervasız ya da kendine zarar verici davranışın varlığı.
3. Her an tetikte olma durumu.
4. Abartılı korku tepkisinin varlığı.
5. Konsantrasyon sorunu yaşama.
6. Uykuya dalmada güçlük yaşama, huzursuz uyku gibi uyku bozukluklarının varlığı.

F. Bozukluğun süresinin (B, C, D ve E kriterleri) 1 aydan fazla görülmesi.

G. İşlevsellikte bozulmanın olması.

H. Uyuşturucu, alkol veya başka bir hastalığın fizyolojik etkileri ile ilişkili olmaması (APA, 2013; Atlı ve Haspolat, 2023).

PTSB'si olan kişilerde özellikle birkaç baskın semptom vardır. Genellikle uykusuzluk problemi yaşama, bazen aktivitelere karşı isteksiz olma, bazen de duygusal olarak donukluk yaşama görülebilir. Deprem sonrası artçı sarsıntıların hala devam etmesi, PTSD gelişmiş bireyde travma anını tekrardan anımsatan, fizyolojik ve psikolojik olarak uyarılma durumlarının ve buna bağlı olarak kaçınma belirtilerinin oluşmasını sağlayan çok büyük bir stres faktörüdür. Klinik, stres faktörlerine bağlı olarak zamanla daha da belirginleşir. Hastalar kimi zaman umursamadıkları ya da kabullendikleri için bazı semptomları sormadan iletmeyebilirler. Bu nedenle bir veya birden fazla semptom değerlendirildiğinde diğer semptomlar da sorularak PTSD tanısı araştırılmalıdır. Ayrıca PTSD tanısı

tespit edilen kişilerde çok yüksek oranda eş tanıya rastlanabilmektedir. PTBS'i olanlarda fazla oranda görülen psikiyatrik bozukluklar arasında major depresyon ile özgül fobi yer almaktadır. Obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve sosyal fobi görülme sıklığının da fazla olduğu bildirilmiştir. Bu sebeple bu tanılarla gelen hastalarda PTBS sorgulanmalıdır.

3.3. Deprem Sonrası Travma Mağdurlarının Değerlendirilmesi

Uygun yaklaşım ve değerlendirme yapılabilmesi için, öncelikle deprem mağdurlarının deprem travması öncesi, deprem travması sırası ve deprem travması sonrası ruhsal öyküsünün derinleştirilerek öğrenilmesi ve risk faktörlerinin saptanması gereklidir. Bunun için ilk yapılması gerekenler; yaşanan deprem travmasının türünün ve şiddetinin öğrenilerek, ruhsal olarak gelişen semptomların araştırılmasıdır.

PTBS tanı sürecinde aşağıdaki şu durumlar araştırılmalıdır:

1. Bireyin depreme yakalandığı vakit ve yer durumu, gelişen depremin şiddeti ve süresi, depremde herhangi bir fiziksel travmaya maruz kalıp kalmadığı, bir yakınının veya başka birinin vefatına ya da yaralanmasına tanıklık edip etmediği, yakınının feci bir biçimde yaralandığını ya da hayatını kaybettiğini duyup duymadığı,

2. Depremden sonra gelişen fiziksel ve ruhsal semptomlar ve ruhsal sağlığı. Deprem sonrası PTBS belirtilerinin araştırılması için şu sorular sorulabilir; Depremle ilgili kâbus görüyor musunuz? Eğer görüyorsanız bunları bastırmak, unutmak ya da düşünmemek adına bir çaba veriyor musunuz? Nedensiz ya da küçük bir hatırlatıcı ile deprem sırasında yaşadığınız sorunları elinizde olmadan otomatik olarak düşünceler ve hayaller tarzında yaşıyor musunuz? Bunlardan kaçmaya çalışıyor musunuz? Kendinizi donuk, hissiz, zihni boşalmış, taş gibi kaskatı olmuş ve yapayalnız hissediyor musunuz?

3. Depreme yüklenen anlamların neler olduğu,

4. Deprem travmasından sonra işlevselliğinin nasıl olduğu ve azalıp azalmadığı,

5. Deprem öncesi stres faktörlerinin neler olduğu ve psikiyatrik öyküsü,

6. Barınma ve beslenme sorunlarının durumu,

7. Ailede psikiyatrik öykünün araştırılması (Kolk, 2019; Nordbrandt vd., 2020; Korucu ve Özer Kaya, 2023).

4. Deprem ve Anksiyete Bozuklukları

Deprem gibi doğal afete tanık olmak, kişileri derinden etkileyerek, kaygı ve stresle sonuçlanan bir deneyimdir. Olayın başında normal bir durum olarak

görünen bu tepkiler, yaşanan stres ve kaygı düzeylerinin zamanla hafiflemediğinde ve tam tersi giderek arttığında ciddi bir ruh sağlığı sorunu haline gelebilmektedir. Anksiyete bozukluklarında, ruhsal travmanın var olabilirliği tetikleyici bir etki meydana getirebilir. Bu bozukluklar, travmatik olayların öncesinde de mevcut olabilmektedir. Deprem ve neden olduğu ciddi psikolojik ve ruhsal travmalar, bu bozuklukların gün yüzüne çıkmasını tetikleyebilir ya da daha önceden var olan hafif düzeydeki semptomların ağırlaşmasına sebep olabilir (Tarhan, 2011; Gluckman, 2012; PTSD, 2020; Filiz vd., 2023). Anksiyete her insanda farklı belirti ile karşımıza çıkmakla birlikte, anksiyetenin en yaygın olarak görülen belirtilerinden bazıları şunlardır: Otonomik hiperaktivite, uykusuzluk, öfkeli, gergin ve huzursuz hissetmek, yerinde duramama ve kaygı duygularını kontrol etmede zorluk yaşama. Bir felaket veya deprem afeti yaşama deneyiminden sonra en sık görülen anksiyete bozuklukları, yaygın anksiyete bozukluğu ile panik bozukluğudur. Aşırı endişelenme, sinirlilik hali, kolayca irkilerek sıçrama, dikkati toplamada ve konsantre olmada zorlanma ve titreme, baş ağrısı, kalp çarpıntısı ve kas gerginliği gibi fiziksel belirtiler yaşama deprem gibi travmatik olayların ardından yaygın olarak görülebilirler (Kolk, 2019; Nordbrandt vd., 2020; Korucu ve Özer Kaya, 2023).

4.1. Anksiyete Bozukluklarını Önlemede Depreme Hazırlık

Depremler, çok önemli fiziksel ve ruhsal sonuçları beraberinde getiren, kontrol edilemeyen ve aynı zamanda genellikle öngörülemeyen afetler olduğundan, can ve mal hasarlarının azaltılabilmesi yönünden depreme hazırlık çalışmaları önem kazanmaktadır. Ayrıca, önleyici ya da koruyucu faaliyetlerin benimsenmesi ve depremler ile ilgili bilgi verilmesi, depremden kaynaklanan stresle başa çıkmada çok etkili bir strateji olarak düşünülmelidir.

Afetlere hazırlık programları, anksiyete bozuklukları ile travma sonrası stres bozukluklarından koruyucu bir faktör olarak düşünülebilir. Çünkü bireyin gelecekte olabilecek bir felakete hazırlanması depremin olumsuz etkisinin azalmasını sağlayacaktır. Deprem gibi aşırı çevresel olaylar düşük ihtimalli olaylardır ve kişiler genellikle karşı karşıya kaldıkları risklerin farkında bile değildir ya da hafife alırlar. Deprem beklenmedik bir olay olduğundan, meydana geldiğinde ise psikolojik etkileri travmatik olacaktır. Öte yandan, kişi depreme hazırlanırsa ve depremin yıkıcı etkilerinin farkında olursa, depremin olumsuz psikolojik etkilerinin azalmasını sağlayabilir (Nordbrandt vd., 2020; Korucu ve Özer Kaya, 2023).

5. Deprem ve Depresyon

Büyük bir depremle karşılaşmak hem kısa hem de uzun vadeli dönemlerde psikiyatrik sorunların görülme olasılığını artırır. Deprem gibi çok büyük

afetlerden sonra ilk yaklaşımlar genellikle akut stres bozukluğu (ASB) ve travma sonrası stres bozukluğuna (TSSB) yönelik olmakla birlikte majör depresif bozukluk (MDB) gibi bozukluklar ilk aşamada gözden kaçabilmektedir. MDB doğal afet ile karşılaşan popülasyonda en sık oluşan psikiyatrik bozukluklardandır. Deprem afetinden 20 ay sonra, depreme maruz kalanlarda yapılan bir çalışmada depresif semptomların (%43,2), TSSB semptomlarından (%19,2) daha yaygın olduğu bildirilmektedir (Aykut ve Soner-Aykut, 2020). MDB belirtileri; en az iki hafta ve gün boyunca devam eden mutsuzluk, isteksizlik, iştah sıkıntıları, eğlenceli etkinliklere bile ilgide azalma ya da eskisi kadar zevk alamama, öfke atakları, sinirlilik, tahammül edememe, gün boyu yorgun hissetme, enerji kaybı, kendini değersiz hissetme, suçluluk düşünceleri, ölüm ve intihar düşünceleri, odaklanmada ve hatırlamada güçlük çekme vb. belirtilerle kendini gösterir.

MDB sosyal ve mesleki işlevsellikte önemli derecede bozulmaya yol açabilir. Dünya çapında en fazla oranda yeti yitimine yol açan hastalıklar arasında sayılmaktadır. Aynı zamanda intihara en çok neden olan bozukluklardandır. Bu nedenle çok fazla psikososyal kayba yol açtığından doğal afetlerden sonra gelişebilecek MDB için çok dikkatli olmak ve tedaviye rehberlik edebilecek doğru bir yaklaşım geliştirmek oldukça önem arz etmektedir (Kolk, 2019; Nordbrandt vd., 2020; Atlı ve Haspolat, 2023; Korucu ve Özer Kaya, 2023).

6. Deprem Travmasında Yapılabilecek Baş Etme Yöntemleri

6.1. Deprem Sonrası Psikososyal Müdahaleler ve Psikolojik Destek

Deprem sonrası akut dönemde bireylerin iyilik halinin sağlanabilmesinde yapılabilecek öncelikli müdahaleler olarak bireylerin barınma, güvenlik ve sağlık gibi temel ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu ihtiyaçların hızlıca giderilmesini sıralayabiliriz. Daha sonra oluşabilecek bir afet durumuyla baş edebilmede psikososyal hizmetleri organize etmek, iyileşme davranışı sağlayarak, yardım sağlayan kişileri desteklemek çok önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü başta olmak üzere travma ve travmanın yol açtığı olumsuz etkileriyle ilgilenen çok sayıdaki kurum ve kuruluşlar olağanüstü durumlar sonrasında etkilenen bireylerde meydana gelebilecek psikiyatrik belirtilere erken dönemde uygulanabilecek olan psikososyal müdahalelerin öneminin altını çizmektedir. Ayrıca deprem travmasına maruz kalmış, daha önceden herhangi bir psikiyatrik tanıya sahip bireyler ile ruh sağlığı normal olan ancak deprem afeti sırasında fiziksel ve psikolojik olarak kötü etkilenmiş bireylere yaklaşırken, psikososyal müdahalelerin en erken safhasında yer alan psikolojik ilk yardımın önemini vurgulamaktadırlar. Bu müdahaleyi orta dönemde psikososyal destek çalışmaları, uzun dönemde ise uzman desteği ile birlikte bireye özgü tedavi ve psikoterapi yaklaşımları gibi basamaklar izlemektedir (Kolk, 2019; Korucu ve Özer Kaya, 2023). Psikososyal müdahalede ihtiyaç ve kaynakların tespit edilmesinde

yaklaşım genelden özele doğru olup daha ayrıntılı bir toplum değerlendirmesi yaparken aynı zamanda da psikolojik ilk yardım sürecinin de başlatılması gerekir (Yıldız ve Akkoyun, 2023).

Mağdurların güvenliğinin sağlanması ve gerekli olduğu zamanlarda; afet bölgesinden tahliyeleri, hijyen, gıda, su, dinlenme, barınma, tuvalet ve temizlik gibi temel insani ihtiyaçlarının tedarik edilmesi, yakınları ile etkili iletişim sağlanması ve onların durumları hakkında bilgi edinme olanaklarının temin edilmesi, süreç hakkında bilgilendirme, sakinleştirilmelerine ve güvende olduklarını hissetmelerine yardım edilmesi, tıbbi tedavi ve bakım ile sosyal destek hizmetlerine ulaşım sağlanması gibi destekleyici müdahaleleri kapsamaktadır. Psikolojik ve psikososyal ilk yardım travmalar sonrası gelişmesi muhtemel psikososyal sorunlarda birincil düzey önleme müdahalesidir. Afet anı ve daha sonrasında ki ilk günler, en acı ve yıkıcı görüntülerin meydana geldiği ve psikososyal yardım ve desteğin henüz yeterli oranda sağlanamadığı bir zaman dilimidir. Halen artçı sarsıntılar ciddi boyutlarda devam etmekte olabilir. Ulaşılabilinen kişilerin bilgilerinin kaydedilmesi, hem tıbbi müdahale ve sosyal ihtiyaçların karşılanması hem de yakınlarının mağdur bireylere ulaşabilmesinde çok önemli bir faktördür. Bu periyotta depresyon mağdurlarının, çevrelerindeki yaralıları ve ölüleri görmeleri ya da diğer mağdurlara yapılan tıbbi müdahalelere tanık olmaları gibi yeni travmatik olaylar yaşamalarına neden olabilmektedir. Bireylerin etkilenmesini en aza indirmek için yaralıların hızlı olay yerinden nakillerine, aynı araç ile olabildiğince çok az kişi nakledilmesine, tıbbi girişimlerde yaralı mağdurların birbirlerini görmemesine dikkat edilmelidir. Mağdurların yeni travmalardan korunmaları çok önemlidir. Depremi yaşayan ve etkilenen kişiler mümkün olduğunca aile ve yakınları ile aynı ortamda tutulmalıdır (Nordbrandt vd., 2020; Atlı ve Haspolat, 2023; Yıldız ve Akkoyun, 2023). Travma sonrası erken dönemde özellikle depresyonu takip eden ilk ayda psikososyal/psikolojik ilk yardım temel müdahale ilkelerinin uygulanmasına devam edilmelidir. Depremde bireylerin temel insani ihtiyaçların giderilmesi, güvenliklerinin temini, tıbbi bakımlarının yapılarak ve sosyal desteğin karşılanması bu periyotta da öncelikli müdahaleler arasındadır. Deprem travması sonrasında bireylerin ağrı hissetme durumu ve yaralarıyla ilgili farkındalıkları azalabilir, bu sebeple yeterli düzeyde tıbbi bakım ve tedavi alamayabilirler. Suçluluk düşüncesinin gelişmesi sonucunda temel insani ihtiyaçlarını karşılamama, beslenme ve ilaçlarını kullanmada eksiklik gibi belirtiler görülebilir. Ağrının araştırılması, eğer varsa, depresyon öncesinden beri, sürekli olarak kullanmakta oldukları ilaçların neler olduğunun öğrenilmesi ve temin edilmesi çok önemlidir (Yıldız ve Akkoyun, 2023). Erken dönemde temel insani ihtiyaçlar ve tıbbi bakım sağlanırken depresyon travmasının psikolojik etkileriyle ilgili bilgilendirmeler yapılmalıdır. Deprem sonrasında oluşabilecek psikiyatrik semptomlar, bu semptomları tetikleyen olası parametreler, baş etme yöntemleri,

tedavinin ne zaman gerekeceği ile ilgili bilgilendirme yapılması önerilmektedir. Bilişsel işlevlerin de etkilendiği bu dönemde bilgilendirmelerin tekrarlanması gereklidir. Bilgilendirme yaparken basit ve yalın cümleler tercih edilmeli, hastalığa değil sağlığa odaklanmalı, kişilerin afet sonrası gösterdikleri tepkiler hastalık olarak tanımlanmamalıdır. Yaşadıkları olumsuz durumların deprem travması sonrasında sıklıkla görülen belirtiler olduğu ve bu belirtilerin doğaüstü bir olaydan sonra verilen doğal ve anlaşılır tepkiler olduğu gibi sözler duymak deprem mağdurlarının rahatlamalarına ve şu anda var olan durumlarını anlamlandırmalarına olanak sağlayacaktır. Bireyin yaşadığı durumlar ile ilgili istediği kadar konuşmasına izin verilmeli, fakat kişi ayrıntılı bilgi vermesi için zorlanmamalıdır. Depremden etkilenen pek çok kişinin kendi baş etme yöntemleri ve uyum süreçleri ile olay sonrası ilk ay içinde iyileşmesi beklenir. Erken dönemde tespit edilen semptomlar, kişinin işlevselliği etkilemiyorsa farmakolojik tedaviye geçilmeden izlenmeli ve bir sonraki ay kontrol görüşmesi yapılması ve bu dönemde ise psikolojik ilk yardım yöntemlerinin uygulanması önerilmektedir.

Risk grupları içinde olan depremzedeler daha kısa ve sık aralıklarla kontrol edilmelidir. Öz bakım gereksinimlerinin, beslenme ve uyku gibi temel ihtiyaçlarının sağlanmasının önemi hakkında bireyler bilgilendirilmelidir (Nordbrandt vd., 2020; Sönmez, 2022; Yıldız ve Akkoyun, 2023).

Deprem mağdurlarının ve bir takım psikiyatrik tanıya sahip bireylerin stres belirtilerini yatıştırmak amacıyla madde veya alkol kullanımına başvurusunun iyileşme süreçlerini olumsuz etkileyeceği konusunda uyarılması, varsa madde ve alkol kullanımı ve olası yoksunluk belirtileri yönünden değerlendirilmeleri çok önemlidir.

Ölüm veya intihar ile ilgili düşüncelerinden (böyle yaşayacağıma ölümlüm daha iyi vb.) bahseden bireylerde intihar fikri olup olmadığı veya varsa intihar planı yapıp yapmadığı açıkça sorgulanmalıdır. Klinik uygulamalarda, erken dönemlerde stres belirtilerinin yatıştırılmasında ilaç tedavisi özel durumlar haricinde önerilmemektedir. Erken dönemde tespit edilen belirtilerin çok şiddetli olması ve bireyin işlevselliğini olumsuz etkilemesi, bir aydan daha uzun devam eden travma sonrası stres belirtilerinin varlığı, önceden bilinen ya da travma sonucunda tetiklenen bir psikiyatrik bozukluk olması gibi durumlardan etkilenen bireyler bir psikiyatriste yönlendirilmelidir (Yıldız ve Akkoyun, 2023).

6.2. Deprem Travmasıyla Baş Etme

İnsanlar depremin yıkıcı tehditlerinin farkında olsalar dahi başa çıkılamayacak böyle bir afetin kendi başlarına da gelebileceği gerçeğini inkar edebilirler. Normal hayata başlama ve iyileşme süreci, günlük hayatın sekteye

uğradığı ve ciddi boyutlarda zorlanmaların meydana geldiği bir zamandır. Depremi bireyleri farklı oranlarda etkilemesinin yanında iyileşme süreci de farklılıklar göstermektedir. Bireylere sağlanacak sosyal destek travma sonrasındaki iyileşme sürecinde oldukça önemli bir işleve sahiptir. Deprem travmasıyla baş etme döneminde; deprem yaşanmasının bireyin hayatının geçmiş bir bölümü olarak zihnen sindirilmesi, etkilenen bireyin hayatı üzerinde kaybettiği oto kontrolü tekrardan kurabilmesi ve depremin neden olduğu travmaya rağmen hayatlarına devam etmeleri amaçlanmaktadır (Aykut ve Soner-Aykut, 2020; Yıldız ve Akkoyun, 2023; Atlı ve Haspolat, 2023).

Depremden etkilenen bireyler yaşadıklarını konuşmaya ve yakınları ile paylaşma konusunda teşvik etmeli, fakat bu konuda hiçbir zaman zorlanmamalıdır. Depremzedeler, olayın tekrardan anımsanmaması ve olumsuz duygularının yeniden yaşanmaması için deprem hakkında konuşmak istemeyebilirler. Depremde yakınlarını kaybeden bireylerin kendilerini suçlamaları oldukça sık karşılaşılan bir durum olmaktadır. Travma hakkında konuşma ve duygularını ifade etme; mağdurların yaşadıklarını anlamlandırabilmeleri, olanları değiştiremeyecekleri gerçeğini kabullenmeleri, hayatları üzerinde kaybettikleri kontrollerini yeniden sağlayabilmelerine ve onları etkileyen olumsuz duyguların da azalmasına yardımcı olmaktadır.

Görüşmelerde olay hakkında detay bilgiler aktarılabilir ayrıca birey felaketi ve duygularını aktarırken duygularına sahip olamadığı hissedilirse, durumunu belirterek görüşmeye ara verilmesi ve başka bir işe veya uğraşıya geçilerek konudan uzaklaşmak yararlı olacaktır. Daha sonra konuşma tekrar denenebilir. Fakat tekrarlayan görüşmelerde de aynı sıkıntı ortaya çıkarsa, etkilenen bireyin psikiyatri uzmanına yönlendirilmesi daha uygun bir yaklaşım olacaktır. Travmaya neden olan yaşanmışlıklar konuşulurken ilk başta semptomların kötüye gitmesi ön görülen bir durumdur, bireye bu konuda bilgi verilerek destek olunması gerekmektedir (Aykut ve Soner-Aykut, 2020; Yıldız ve Akkoyun, 2023; Atlı ve Haspolat, 2023).

6.3. Depremi psikolojik etkileri, psikolojik destek ve korkuyla baş etme

Depremzedelerin gündelik yaşam sorunlarıyla mücadele etmede kullandıkları yöntemler, bu aşamada da rahatlamalarına yardımcı olabilmektedir. Bazı iş ya da uğraşlar belirlemek, başka bireylere yardım etmek, aile içi ilişkilerini güçlendirmek, egzersiz veya yürüyüş yapmak, doğada ya da açık havada bulunmak, sıkıntılarını düşünüp bunları paylaşmak, kendi kendine olumlu telkinler vermek gibi basit baş etme teknikleri oldukça işlevseldir. Fakat sigara veya alkol gibi değişik maddeler kullanmak, yaşadığı ortamdan ayrılmamak gibi olumsuz ve işlevselliği olmayan baş etme yöntemleri de kullanılabilir. İşlevselliği olumlu olan baş etme yöntemleri desteklenirken işlevsel olmayan baş etme yöntemlerinin değiştirilmesinde danışmanlık hizmeti verilmelidir. Stres

düzenini azaltmak için sağlıklı beslenme, düzenli uyku ve egzersizin olumlu etkileri konusunda bilgilendirme yapılmalıdır (Aykut ve Soner-Aykut, 2020; Yıldız ve Akkoyun, 2023).

Kaygı ve beraberinde eşlik edebilecek olan kalp çarpıntısı, nefes almada zorlanma, göğüs üzerinde baskı hissi duyma, tremor, bulantı ve baş dönmesi gibi fiziksel belirtiler depresyon sonrası sıklıkla görülebilen artmış uyarılmışlık belirtilerindendir. Kaygı ile beraberinde nefes almada zorlanma hissi yaşama, bunlara bağlı olarak da hızlı-yüzeysel karakterlerde nefes alma gelişebilmektedir. Bu gibi durumlarda kan biyokimyası değişir, birey fenalaşma hissi yaşar ve eşlik eden fiziksel belirtiler artarak bireyin sakinleşmesi zorlaşır. Kaygının şiddeti arttığında solunum kontrolü zorlaşacaktır. Nefes egzersizlerinin ihtiyaç duyulduğunda yapabilmeleri için, nefes egzersizleri kaygının daha az olduğu dönemlerde düzenli bir şekilde yapılmalı ve iyi bir şekilde öğrenilmelidir. Yaşanan semptomların zararsız ve geçici olduğunu düşünme ve kendi kendine telkinlerde bulunmak da kaygı ile baş etmeye yardımcı olmaktadır. Çabuk sinirlenme durumları ile öfke patlamaları depresyon mağdurunun artmış uyarılmışlık belirtilerindendir. Mağdur öfkesinin gittikçe arttığını ve kontrolünü kaybettiğini fark edince bireyin ortamı terk etmesi, olası öfke atağını önleyecektir. Ortamdan uzaklaştığında, diğer baş etme yöntemleri (nefes ve gevşeme egzersizleri, öfkelenildiği durumu yakınına anlatma, yürüyüş gibi fiziksel egzersizler, vb.) bireyin sakinleşmesinde etkili olacaktır. Solunum egzersizlerinin yanı sıra gevşeme egzersizleri de artmış uyarılmışlık semptomlarını ve eşlik eden olumsuz duyguları azaltmada kullanılabilir. Kaygı ve öfke gibi artmış uyarılmışlık semptomları kontrol altına alınamazsa, etkilenen bireyin psikiyatri uzmanına başvurması gerekir (Sönmez, 2022; Korucu ve Özer Kaya, 2023; Yıldız ve Akkoyun, 2023). Etkilenen bireylerin depresyon travmasını anımsatan uyaranlardan kaçınması sık görülebilen bir semptomdur. Depresyonun neden olduğu travmanın bireyin yaşamını etkilemesini önleyebilmek için, kaçınma davranışlarının üzerine yavaş yavaş gidilerek bireyin korkularıyla baş etmesi hedeflenir. Tanındığı insanlar ile korkularının üzerine gidilebilir. Kaçınılan davranışlar basamaklandırılarak kolaydan zora doğru sıralanır (yanında bir başkası ile kapalı alan giriş çıkışı, biriyle beraber kapalı alan içinde kısa bir süre, biriyle kapalı alan içinde uzun süre kalabilme ve bu faaliyetleri tek başına yapabilmek vb.). Etkinliklere, yapılması daha kolay olan ile başlanır; etkinlik herhangi bir psikolojik sıkıntı olmadan yapılır hale gelince bir sonraki aşamaya geçilebilir. Üzerine gitme alıştırılmalarında ilk başta birey kaygı ve ona eşlik eden fiziki belirtileri daha sık yaşayabilir fakat tekrar eden etkinliklerde kaygının azalması beklenmektedir. Solunum ve gevşeme egzersizleri gibi diğer yöntemlerin de depresyon mağduru bireylerin rahatlamasında çok önemli faydaları vardır. Uygulamalar esnasında kaygı ve eşlik eden semptomlar bireyin dayanma eşliğini geçerse, bir önceki etkinliğe geri dönlür. Tekrarlayan denemelerde aynı

sorunun yaşanması durumunda bireyin psikiyatra başvurması daha uygun olabilir (Sönmez, 2022; Korucu ve Özer Kaya, 2023).

Deprem mağduru bireylerde uykuyla ilgili sorunları gidermede uyku hijyeninin sağlanması uyku ile ilgili sorunların düzelmesinde etkili olacaktır. Uyuma ve uyanma saatlerinin düzenli olmasını sağlamak, uyku saatine yakın kahve, çay, tütün gibi uyarıcı maddelerin kullanılmamasını sağlamak, akşam yemeği saatinin geciktirilmemesi ve hafif olması, gün içinde fiziksel aktivitelere yer verilmesi uyku hijyeni açısından önemlidir. Gevşeme egzersizi yapma ve ılık duş alma uykuya geçişi kolaylaştıracaktır. Yatak odasının karanlık, hafif serin ve sessiz olması etkilidir. Uykusuz bireyler geç kalkma ya da gündüz saatlerinde uyuya kalma şeklinde uykusuzluğu telafi edici tutumlar sergileyebilirler fakat uyku kalitesini olumsuz etkileyebileceğinden önerilmemektedir. Uykuya dalmakta zorlanıldığında film izlemek, yarım kalan işlerle uğraşmak gibi tutumlar kişiyi daha fazla uyatarak uyku sorunu arttırabilir. Bunun yerine kişi yataktan kalkıp başka bir odaya geçebilir, sessiz, karanlık loş ışıklı bir ortamda oturulabilir, kitap okuma ya da müzik dinleme gibi uyarıcı olmayan bir aktivitede bulunabilir. On beş-yirmi dakika sonra tekrar yatağına dönüp uyumayı deneyebilir; yine uyuyamaz ise yataktan çıkıp bu işlemleri tekrar edebilir. Uyku günlüğüyle kayıt tutulması, uyku düzeninin incelenmesi ve işlevsel olmayan tutumların tespit edilmesinde faydalı olabilir. Rüyaların detaylarıyla yazılarak sonrasında ise okunması, rahatsızlık oluşturan rüyaların azalmasında yardımcı olabilir. Uyku sorunları erken aşamada düzelmeyorsa ve işlevselliği olumsuz olarak etkiliyorsa, kişinin psikiyatra başvurması önerilir (Nordbrandt vd., 2020; Korucu ve Özer Kaya, 2023; Yıldız ve Akkoyun, 2023).

Kaynaklar

- Atlı, A., ve Haspolat, Y.K. (2023), *Deprem Sonrası Psikiyatrik Hastalıklar ve Tedavisi*, Ankara: Orient Yayınları.
- APA. (2013), *DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Ayktut, S., ve Soner-Ayktut, S. (2020), Covid-19 pandemisi ve travma sonrası stres bozukluğu temelinde sosyal hizmetin önemi, *Toplumsal Politika Dergisi*, 1, 56-66.
- Filiz, M., Karagöz, Y., ve Karaşin, Y. (2023), Depreme Maruz Kalan Bireylerin Psikolojik Durumlarını Belirlemeye Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması, *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 33, 236-250.
- Gluckman, P. (2012), *Psychosocial effects of earthquake*, <http://www.stuff.co.nz/the-press/opinion/perspective/6892800/Psychosocial-effects-of-theearthquakes>. Erişim Tarihi: 10.08.2023.

- Karabacak Çelik, A. (2023), Deprem Sonrası Travma Belirtileri, Umut ve İyi Oluş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *TRT Akademi*, 8(18), 574-591.
- Kolk, B.A. (2019), Beden kayıt tutar travmanın iyileşmesinde beyin, zihin ve beden (Çev. NC Maral). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Korucu, T.Ş., ve Özer Kaya, D. (2023), Yeniden Yaşama Sarılmak: Deprem Sonucu Gelişen Travma Sonrası Stres Bozukluğu Yönetiminde Temel Beden Farkındalık Terapisi, *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 755-761.
- Nakajima, Ş. (2012), Deprem ve Sonrası Psikolojisi, *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 28(2),150-155.
- Nordbrandt, M.S., Sonne, C., Mortensen, E.L., Carlsson, J. (2020), Trauma-affected refugees treated with basic body awareness therapy or mixed physical activity as augmentation to treatment as usual-A pragmatic randomised controlled trial, *PLoS One*. 5(3), e0230300.
- PTSD. (2020). Posttraumatic stress disorder (PTSD) by national institute of mental health. <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml>. Erişim Tarihi: 08.06.2023.
- Sönmez, M.B. (2022), Depremin psikolojik etkileri, psikolojik destek ve korkuyla baş etme, *TOTBİD Dergisi*, 21, 337-343.
- Tarhan, N. (2011), Deprem Psikolojisi, *Kur'an Mesajı İlmi Araştırmalar Dergisi*, 22, 107-112.
- Uğur, K., Kartal, F., Mete, B., Tamam, L., ve Demirkol, M.E. (2021), Deprem sonrası akut stres bozukluğu olanlarda travma esnasındaki çözülmenin, anksiyete düzeyi, algılanan stres, anksiyete duyarlılığı ve deprem stresıyla baş etme ile ilişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 32(4), 253-260.
- WHO. (2018), World Health Organization. ICD-11: Post-traumatic stress disorder.
- Yıldız, B., ve Akkoyun, A.Z. (2023), Deprem Sonrası Psikiyatrik Destek, *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 817-820.



BÖLÜM 16

DOĞUM SONU DÖNEMDE CİNSELLİK VE CİNSEL SORUNLAR

Dr. Öğr. Üyesi Ezgi ŞAHİN¹

Giriş

Cinsellik insan yaşamının doğal bir parçası olup biyolojik, psikolojik, sosyal, kişilerarası ve kültürel faktörlerden etkilenen çok boyutlu bir olgudur (WHO, 2017). Gebelik ve doğum bir kadının hayatında özel bir dönemdir. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemle ilişkili fiziksel veya psikososyal değişiklikler, bir kadının cinselliğinin yanı sıra bir çiftin cinsel sağlığını da etkileyerek bazı cinsel sorunlara yol açabilir (Yıldız, 2015; Jawed-Wessel, & Sevic, 2017; Fuchs ve ark., 2021). Doğum sonrası dönemde kadın cinselliğini etkileyen faktörler incelendiğinde; doğum şekli, epizyotomi, perine yırtıkları, hormonal değişimler, postpartum depresyon, pelvik taban disfonksiyonu ve emzirmenin olduğu görülmüştür (Çetin Avcı & Daşık, 2021; Güler & Erbil, 2022). Özellikle de doğum sonrası dönemde kadınların cinselliği; aşırı yorgunluk, uyku yoksunluğu, yaşam tarzı değişiklikleri, cinsel istek tutarsızlığı ve beden imajı sorunları dahil olmak üzere eş zamanlı fizyolojik ve psikososyal faktörlerden etkilenir. Doğum sonrası dönemde, kadınlarda cinsel sağlıkla ilgili yaşanan sorunların genellikle; cinsel ilgi ve cinsel uyarılmada azalma, vajinal kuruluk, orgazm bozukluğu ve dispareni olduğu belirtilmektedir (Fuchs ve ark., 2021; Koç & Oskay, 2015; Çetin Avcı & Daşık, 2021; Güler & Erbil, 2022; Wood ve ark., 2022).

Bu bölümde doğum sonu dönemde cinselliği etkileyen faktörler ve yaşanan cinsel sorunlar ele alınmıştır.

Doğum Sayısının ve Doğum Şeklinin Cinselliğe Etkisi

Doğum sayısı bir kadının vücudu üzerinde önemli derecede değişikliğe neden olduğu gibi cinsel hayatları üzerinde önemli bir rol oynayabilir. Çok sayıda doğum, normal dokuda esneme, pelvik taban kaslarında zayıflama ve hormonal değişikliklere neden olabilir. Bu fiziksel değişiklikler, cinsel ilişki sırasında

¹ Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

ORCID: 0000-0002-5971-2964

bozukluk hissi, normal kurulum ve ağrıya yol açılabilir. Ayrıca doğum sonrası depresyon, hormonal değişiklikler ve fiziksel yorgunluk, sürekli bebek bakımı ve sorumlulukları, kadınların cinsel isteklerini azaltabilir (Fehniger ve ark., 2013; Leeman & Rogers, 2012). Bu durum, çiftlerin cinselliğini olumsuz etkileyebilir. Ayrıca, birçok kadın, çocuk sahibi olduktan sonra vücutlarında meydana gelen değişiklikler nedeniyle kendilerini cinsellikten uzaklaşmış hissedebilir. Bu da çiftlerin cinsel hayatını etkileyecek bir faktördür. Buna karşın, bazı çiftler ise çocuk sahibi olduktan sonra cinsel hayatlarında bir canlanma yaşayabilir. Çocuk sahibi olmanın getirdiği sorumluluklar ve stres, çiftlerin birbirlerine daha çok destek olmasını sağlayabilir ve bu da cinsel yaşamdaki bağlantıyı güçlendirebilir. Ayrıca, bazı kadınlar çocuk sahibi olduktan sonra kendilerini daha çekici ve kadınsı hissedebilir, bu da cinsel isteklerini artırabilir (Fehniger ve ark., 2013; Leeman & Rogers, 2012; Hipp ve ark., 2012; Güler & Erbil, 2022; Handelzalts ve ark., 2018).

Doğum şekli de cinselliği etkileyebilen bir faktördür. Vajinal doğum, vajinal dokuda daha fazla esneme ve pelvik taban kaslarında daha fazla zorlanmaya neden olabilir. Vajinal sarkma sonucunda tonusu azalmış olan vajinal kaslarda orgazm yeteneğinde azalma olabilir. Bu, cinsel ilişki sırasında rahatsızlık hissi verebilir. Ayrıca normal doğum yapan birçok kadın, doğum sonrası ağrı ve yorgunluk nedeniyle cinsel aktivitelere bir süre ara verebilir (Jawed-Wessel & Sevic, 2017; Fuchs ve ark., 2021; Güler & Erbil, 2022; Çetin Avcı & Daşkan, 2021; Koç & Oskay, 2015; Handelzalts ve ark., 2018; Wood ve ark., 2022).

Perine yırtıkları ve epizyotomi gibi doğum sonrası komplikasyonlar da perine ağrısı, dispareni, cinsel ilişkiden kaçınma ve hoşnutsuzluğa neden olarak cinselliği olumsuz etkileyebilir ve birçok çiftin cinsel aktiviteye başlama konusunda endişe yaşamasına neden olabilir. Bu nedenle, normal doğum yapan çiftlerin cinsel yaşamlarında kısa bir mola dönemi yaşamaları oldukça yaygındır. Ayrıca doğumun ardından iyileşme süreci daha uzun olabilir ve cinsel aktiviteye geri dönüş daha fazla zaman alabilir (Handelzalts ve ark., 2018; Wood ve ark., 2022; Güler & Erbil, 2022; Koç & Oskay, 2015).

Sezaryen ile doğum yapan kadınlarda ise, perine dejenerasyonu olmadığı için, doğum sonrası cinsel aktivitelere vajinal doğuma kıyasla daha erken dönülebileceğine ilişkin veriler bulunsa da sezaryen doğumun ardından iyileşme süreci ve yara izi nedeniyle iyileşme sürecinde daha fazla ağrı ve rahatsızlık hissi yaşanabileceği ve bunun da cinsel aktivitede azalmaya neden olabileceği de belirtilmektedir (Fuchs ve ark., 2021; Handelzalts ve ark., 2018; Serrano Drozdowskyj ve ark., 2019; Güler & Erbil, 2022; Gutzeit, Levy & Lowenstein, 2020).

Pelvik Taban Fonksiyon Bozukluğunun Cinselliğe Etkisi

Pelvik taban fonksiyon bozukluğu, pelvik taban kaslarının zayıflığı veya kontrolsüz kasılmaları ile karakterize edilen bir durumdur. Pelvik taban desteğini sağlayan kas, sinir ve bağ dokusu yapılarında gebelik, vajinal doğum, obstetrik komplikasyonlar (epizyotomi vb) sırasında bir hasar pelvik taban bozukluğuna neden olmaktadır. Pelvik taban bozukluğu ise üriner, fekal İnkontinansa, pelvik organ prolapsuslarına ve cinsel disfonksiyona yol açmaktadır. Ayrıca doğum eyleminde şiddetli perine travmasının fekal inkontinans ve rektovajinal fistül gibi uzun vadeli sonuçları da olabilir (Wood ve ark.,2022; Serrano Drozdowskyj ve ark., 2019; Gutzeit, Levy & Lowenstein, 2020).

Pelvik taban disfonksiyonu yaşayan kadınlarda; dispareni, rahatsızlık hissi, cinsel isteksizlik ve orgazm sorunlarının yüksek oranda görüldüğü bildirilmektedir. Özellikle üriner belirtilerin varlığı, koitus esnasında idrar yapma ihtiyacı ya da idrar kaçırma, azalmış lubrikasyon ve dispareni nedeniyle cinsel işlevi olumsuz etkileyebilir. Bunun nedeni bu kadınların beden imajlarının düşük olması, utanma duygularının fazla olması, kendilerini fiziksel ve cinsel yönden çekici hissetmemeleri, koku nedeniyle endişe duymaları sürekli ped, bez kullanmaları idrar kaçırma korkusu, koitus sırasında idrar kaçırma, eşin olumsuz tepkisi ve çekiciliğinin azaldığını düşünme kadınların cinselliğini olumsuz etkilemektedir (Çetin Avcı & Daşkan, 2021; Koç & Oskay, 2015; Handelzalts ve ark., 2018; Gutzeit, Levy & Lowenstein, 2020).

Hormonların ve Emzirmenin Cinselliğe Etkisi

Emzirme, anne-bebek iletişiminin sağlanması ve bebeklerin gelişimi için çok önemlidir. Ancak emziren kadınlarda prolaktin seviyesinin artması, cinsellikte aktif rollere sahip östrojen ve androjenin azalmasına yol açar. Bu hormonal denge emzirmenin de etkisiyle, meme hassasiyetinin artmasına, lubrikasyonda azalma, vajinada kuruluk, vajinal atrofiye ve konjesyonda azalmaya, dispareniye, cinsel istekte azalmaya neden olarak kadının uyarılmasında ve haz almasında bazı sorunlar oluşturabilmektedir. Bu nedenle emziren kadınların cinsel isteklerinde azalma olduğu, cinsel yaşamlarına daha geç başladıkları ve daha fazla cinsel sorun yaşadıkları ortaya konulmuştur (Güler & Erbil, 2022; Koç & Oskay, 2015; Serrano Drozdowskyj ve ark., 2019; Gutzeit, Levy & Lowenstein, 2020; Fuentealba-Torres ve ark., 2019; Holanda ve ark., 2021).

Emzirme sürecinde, vücutta bazı fiziksel değişiklikler de meydana gelebilir. Özellikle göğüslerdeki hassasiyet, cinsel ilişki sırasında göğüslerden süt gelmesi, kadının kendisini cinsel olarak çekici hissetmemesi ve yeni bir gebelik endişesi de cinsel isteksizliğe neden olabilir. Ayrıca annenin doğum sonrası yaşadığı uykusuzluk, yorgunluk, bebeğin ihtiyaçlarını karşılamak ve düzenli olarak emzirmek, annelerin çok fazla enerji harcamasına neden olabilir. Bu durumda,

annelerin cinsel isteksizlik yaşamasına neden olabilir (Fuchs ve ark., 2021; Koç & Oskay, 2015; Fuentealba-Torres ve ark., 2019; Holanda ve ark., 2021).

Literatürde; emzirme döneminde memedeki hassasiyet ve ağrı hissinden dolayı cinsel ilişkiden daha fazla haz duydukları, memelerin boyutunun büyümesi ile birlikte kadınların kendini daha fazla seksi hissetmeleri ve emzirmenin cinsel arzu ve erotizmde artış sağladığını gösteren çelişkili verilerde bulunmaktadır. Bazı kadınlarda oksitosinin doğal etkisi cinsel uyarılmayı sağlayarak uterus kasılmalarının yoğun etkisi bazı kadınlarda orgazm olmaya yardımcı olabilir. Ayrıca daha deneyimli emziren kadınlar, emzirmeye yeni başlayan kadınlara göre cinsel sıklıkta ve cinsel istekte daha az azalma bildirmektedir; bu da uyum sağlamanın veya orta düzeyde etkiler deneyimlemenin mümkün olduğunu düşündürmektedir (Hipp ve ark., 2012; Gutzeit, Levy & Lowenstein, 2020; Fuentealba-Torres ve ark., 2019; Holanda ve ark., 2021).

Beden İmajının Cinselliğe Etkisi

Doğum sonrası dönemde, vücut şekli ve görünümü üzerinde değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler, annelerin vücut algısını etkileyebilir ve cinsel yaşamları üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir. Kadınlar eşleri tarafından çekici olarak algılandıkça da yeniden cinsel aktiviteye başlama ve partnerlerine yakınlık hissetme konusunda özgüvende yetersizlik hissi yaşayabilir. Ayrıca doğumdan sonraki vücut görüntülerini kilolu veya obez olma gibi sebeplerden dolayı kötü algılayan kadınlarda libido azalması, vajinal lubrikasyon eksikliği ve cinsel isteksizlik gibi sorunlarda görülebilir (Fuchs ve ark., 2021; Jawed-Wessel & Sevic, 2017; Güler & Erbil, 2022).

Postpartum Depresyonun Cinselliğe Etkisi

Doğum sonrası dönem, birçok kadın için hem heyecan verici hem de zorlayıcı bir süreç olabilir. Ancak bazı kadınlar, doğum sonrası depresyon yaşayabilir. Postpartum depresyon, doğumdan sonraki haftalarda veya aylarda ortaya çıkan bir tür depresif bozukluktur. Bu durum, kadınların hem fiziksel hem de duygusal olarak cinsel yaşamlarını etkileyebilir. Postpartum depresyonun cinsel yaşama ilişkin; cinsel isteksizlik, cinsel uyarılma güçlüğü, orgazma ulaşamama, vajinal kuruluk, kendine güvensizlik ve iletişim sorunları gibi etkileri olabilir (Güler & Erbil, 2022; Hipp ve ark., 2012; Serrano Drozdowskyj ve ark., 2019; Gutzeit ve ark., 2020; McBride & Kwee, 2017).

Postpartum depresyonun cinselliğe ilişkin en yaygın etkilerinden biri cinsel isteksizlik durumudur. Hormonal değişiklikler, yorgunluk, uykusuzluk, bebekle ilgilenme gereklilikleri, doğum sonrası vücut değişiklikleri, düşük özgüven, anksiyete gibi faktörler, kadının cinsel istek ve zevk alma düzeyinde azalmaya yol açabilir. Bu durumun başlıca sebeplerinden biri kadının kendini başarısız hissetmesi veya annelik rolünü tam olarak benimseyememesidir. Ayrıca,

depresyonun eşlik ettiği anksiyete ve streste, cinsel ilişkiye olan ilgiyi azaltabilir (Leeman & Rogers, 2012; Serrano Drozdowskyj ve ark., 2019; Gutzeit ve ark., 2020; McBride & Kwee, 2017).

Postpartum depresyon döneminde kadının cinsel uyarılma ve orgazm elde etme gücünü yaşayabileceği bilinmektedir. Yorgunluk, stres, uykusuzluk gibi etkenler kadının cinsel uyarılma sürecini etkileyerek orgazm olma sürecini güçleştirebilir. Ayrıca depresyon durumu, kadının cinsel hazzı ve tatmini yaşamasını da olumsuz etkileyebilir (Hipp ve ark., 2012; Serrano Drozdowskyj ve ark., 2019; Gutzeit ve ark., 2020)

Postpartum depresyon, vajinal kuruluğa ve ağırlı cinsel ilişkiye neden olabilir. Depresyon, vücuttaki hormonal değişikliklere ve stres seviyelerindeki artışa bağlı olarak vajinal dokuyu etkileyebilir. Bu durum, cinsel ilişki sırasında rahatsızlık ve ağrıya neden olabilir (Hipp ve ark., 2012; Serrano Drozdowskyj ve ark., 2019; Gutzeit ve ark., 2020)

Postpartum depresyon, sadece kadının cinselliğini değil, aynı zamanda partnerle ilişkisini de etkileyebilir. Kadının depresif ruh hali ve cinsel isteksizlik durumu, partnerle olan ilişkisini olumsuz etkileyebilir. Ayrıca depresyon, genellikle annenin enerjisini ve dikkatini bebeğe odaklamasına neden olurken, partnerle olan bağlantıyı zayıflatabilir. Bu durum, cinsel ilişkiye olan ilgiyi azaltabilir ve iletişimde sorunlara yol açabilir. İletişim sorunları, duygusal mesafelenme, düşük benlik saygısı gibi durumlar, postpartum depresyonun bu etkilerini artırabilir. Bu sebeple, partnerin anlayışlı olması, destek vermesi ve profesyonel yardım alınması oldukça önemlidir (Leeman & Rogers, 2012; Hipp ve ark., 2012; Serrano Drozdowskyj ve ark., 2019; Gutzeit ve ark., 2020; McBride & Kwee, 2017).

Doğum Sonu Dönemde Cinsel Danışmanlıkta Ebelerin ve Hemşirenin Rolü

Doğum sonu dönemi, bir kadının fiziksel, duygusal ve cinsel olarak birçok değişiklik yaşadığı bir dönemdir. Bu değişiklikler, doğum sonrası dönemde cinsel yaşamı etkileyebilir. Fiziksel iyileşme sürecinde olan anneler; ağrı, yorgunluk ve hormonal değişiklikler gibi faktörler nedeniyle cinsel istekte ve uyarılmada azalma, ağırlı cinsel ilişki, orgazm olamama, vajinal kuruluk gibi cinsel sorunlar yaşayabilirler ve bir süre cinsel birlikten kaçınabilirler. Epizyotomi veya sezaryen doğum gibi cerrahi müdahaleler de bu süreci etkileyebilir (Fuchs ve ark., 2021; Güler & Erbil, 2022; Çetin Avcı & Daşkan, 2021; Handelzalts ve ark., 2018; Hipp ve ark., 2012; Serrano Drozdowskyj ve ark., 2019; Gutzeit ve ark., 2020; McBride & Kwee, 2017). Bu bağlamda ebeler ve hemşireler, anneye ve eşe doğum sonrası cinsel ilişkinin nasıl etkilenebileceği konusunda bilgi vermek, çiftlerin sorularını yanıtlamak için önemli bir rol oynar.

Doğum sonu dönemde cinselliğe ilişkin ebe ve hemşirenin rolleri şu şekillerde olabilir (Güler & Erbil, 2022; Çetin Avcı & Daşkan, 2021; Koç & Oskay, 2015; McBride & Kwee, 2017; Başkaya ve ark., 2018).

Bilgilendirme ve Eğitim: Doğum sonu döneminde, birçok kadın ve partner, cinsel ilişki ve cinsel sağlıkla ilgili bilgi eksikliği yaşayabilir. Ebeler ve hemşireler, doğum sonu dönemde cinsellik ve cinsel sağlık hakkında bilgi verirler. Bu bilgiler, cinsel ilişki öncesi ve sonrasında karşılaşılabilecek sorunlar, doğru cinsel ilişki pozisyonları, vajinal kuruluk gibi fiziksel değişiklikler ve bu değişikliklerle nasıl başa çıkabileceği gibi konulardır.

Danışmanlık: Ebeler ve hemşireler, doğum sonu dönemde anne ve partnerinin cinsel yaşamıyla ilgili sorularını yanıtlarlar. Bu sorular; cinsel ilişki konusunda endişeler, vajinal kuruluk veya ağrı, cinsel isteksizlik gibi konuları içerebilir. Ebeler ve hemşireler, sorulara açık ve anlayışlı bir yaklaşım sergileyerek, çiftin cinsel yaşamlarını iyileştirmek için çözümler sunarlar. Ayrıca çiftlerin doğru iletişim kurabilmesi, beklentilerini paylaşabilmesi ve birbirlerine destek olabilmesi konusunda yardımcı olarak bu süreçte çiftin duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarına da dikkat ederler ve gerekli yönlendirmeleri yaparlar.

Diğer sağlık profesyonelleriyle işbirliği: Ebeler ve hemşireler, doğum sonu döneminde cinsel yaşam danışmanlığı konusunda diğer sağlık profesyonelleriyle işbirliği yaparlar. Bir jinekolog veya cinsel terapist gibi uzmanlara yönlendirmeler yapabilirler.

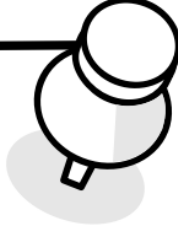
Destek ve Empati: Doğum sonu döneminde birçok kadın ve partneri, cinsel yaşamlarında endişe, kaygı ve stres yaşayabilirler. Ebeler ve hemşireler, bu süreçte çiftlere destek ve empati sağlayarak, duygusal olarak kendilerini güvende hissetmelerini sağlarlar. Ebeler ve hemşireler, çiftlerin özelliklerini belirleyebilirler, onların motivasyonlarını sağlamak ve yaşadıkları cinsel sorunlara karşı cesaretlendirmek için önemli bir rol oynarlar.

Sonuç olarak; doğum sonu dönemde hemşirenin cinsel danışmanlığı rolü, annenin ve partnerinin cinsel sağlığının iyileştirilmesine yardımcı olurken, çiftin birbirleriyle olan ilişkilerini güçlendirmelerine de destek olur. Bu önemli rol, çiftin cinsel ihtiyaçlarının karşılanması ve yaşamlarının mutlu bir şekilde devam etmesi için gereklidir.

Kaynaklar

- WHO (2017, September). Sexual and reproductive health. Retrieved from <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/burden/en/> Date of access 07.09.2017
- Jawed-Wessel, S., & Sevvick, E. (2017). The Impact of Pregnancy and Childbirth on Sexual Behaviors: A Systematic Review. *Journal of sex research*, 54(4-5), 411–423. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1274715>
- Yıldız H. (2015). The relation between prepregnancy sexuality and sexual function during pregnancy and the postpartum period: a prospective study. *Journal of sex & marital therapy*, 41(1), 49–59. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2013.811452>
- Fuchs, A., Czech, I., Dulská, A., & Drosdzol-Cop, A. (2021). The impact of motherhood on sexuality. *Ginekologia polska*, 92(1), 1–6. <https://doi.org/10.5603/GP.a2020.0162>
- Güler, E., & Erbil, N. (2022). Doğum sonrası dönemde cinselliği etkileyen faktörler ve sağlık profesyonellerinin sorumlulukları. *Androloji Bülteni*, 24(2).
- Çetin Avcı, S., & Daşkan, Z. (2021). Postpartum dönemde cinsel sağlık ve danışmanlık: BETTER modeli kullanımı. *Androloji Bülteni*, 23(3), 187-196.
- Koç, E. & Oskay, Ü. (2015). Postpartum Dönemde Cinsellik ve Danışmanlık. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 15-26. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed/issue/22285/239030>
- Handelzalts, J. E., Levy, S., Peled, Y., Yadid, L., & Goldzweig, G. (2018). Mode of delivery, childbirth experience and postpartum sexuality. *Archives of gynecology and obstetrics*, 297(4), 927–932. <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4693-9>
- Wood, S. N., Pigott, A., Thomas, H. L., Wood, C., & Zimmerman, L. A. (2022). A scoping review on women's sexual health in the postpartum period: opportunities for research and practice within low-and middle-income countries. *Reproductive health*, 19(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01399-6>
- Fehniger, J. E., Brown, J. S., Creasman, J. M., Van Den Eeden, S. K., Thom, D. H., Subak, L. L., & Huang, A. J. (2013). Childbirth and female sexual function later in life. *Obstetrics and gynecology*, 122(5), 988–997. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182a7f3fc>
- Leeman, L. M., & Rogers, R. G. (2012). Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstetrics and gynecology*, 119(3), 647–655. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182479611>
- Hipp, L. E., Kane Low, L., & van Anders, S. M. (2012). Exploring women's postpartum sexuality: social, psychological, relational, and birth-related

- contextual factors. *The journal of sexual medicine*, 9(9), 2330–2341. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02804.x>
- Serrano Drozdowskyj, E., Gimeno Castro, E., Trigo López, E., Bárcenas Taland, I., & Chiclana Actis, C. (2019). Factors Influencing Couples' Sexuality in the Puerperium: A Systematic Review. *Sexual Medicine Reviews*. doi:10.1016/j.sxmr.2019.07.002
- Gutzeit, O., Levy, G., & Lowenstein, L. (2020). Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. *Sexual-medicine*, 8(1), 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.10.005>
- Fuentealba-Torres, M., Cartagena-Ramos, D., Fronteira, I., Lara, L. A., Arroyo, L. H., Arcoverde, M. A. M., Yamamura, M., Nascimento, L. C., & Arcêncio, R. A. (2019). What are the prevalence and factors associated with sexual dysfunction in breastfeeding women? A Brazilian cross-sectional analytical study. *BMJ open*, 9(4), e025833. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025833>
- Holanda, J. B. L., Richter, S., Campos, R. B., Trindade, R. F. C. D., Monteiro, J. C. D. S., & Gomes-Sponholz, F. A. (2021). Relationship of the type of breastfeeding in the sexual function of women. *Revista latino-americana de enfermagem*, 29, e3438. <https://doi.org/10.1590/1518.8345.3160.3438>
- McBride, H.L., & Kwee, J.L. (2017). Sex after baby: Women's sexual function in the postpartum period. *Curr Sex Health Rep*, 9:142–9.
- Başkaya, Y., Karakoç, H., & Özerdoğan, N. (2018). Postpartum dönemde yaşanan cinsel sağlık sorunları, ebe ve hemşirenin rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15:269-274.



BÖLÜM 17

KRONİK HASTALIKLARIN BAKIMINDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Öğr. Gör. Bahar ERDOĞAN¹

1. Giriş

Her geçen gün görülme sıklığı artan kronik hastalıklar güncelliğini koruyan önemli halk sağlığı problemlerinden biridir. Geçmişte akut hastalıklar araştırma, eğitim ve sağlık bakım hizmetlerinin odak noktası konumunda iken son yıllarda akut hastalıkların yerini kronik hastalıklar almıştır. Beklenen yaşam süresinin uzaması, toplumda bir ve üzeri kronik hastalığa sahip birey sayısının günümüzde artış göstermesi kronik hastalıklardan korunma ve semptom yönetimini sağlama konusunu ön plana çıkma sebepleri arasında sayılabilir. Sanayinin gelişmesi ve kentleşme ile beraber gelen stresörlerinde kronik hastalıkların gelişmesi üzerine etkilidir (Kumsar&Yılamz, 20144). Yapılan araştırmalar Amerika Birleşik devletlerinde toplumun %50'sinde bir veya üzeri kronik hastalık olduğunu ifade etmektedir (Kısa, 2003; WHO,2011).

Kronik hastalıklar, yavaş ilerleyen, nedenleri arasında birden fazla risk faktörünü barındıran, 3 ay ya da daha uzun süreli bakıma ihtiyaç duyan, tıbbi girişimler ile semptom yönetimi kolaylaşabilen, periyodik izlem ve bakım ile hastalığın şiddeti kontrol edilebilen, kişinin kendi öz bakımı ve sorumluluklarını yerine getirebilecek kadar bağımsızlığının sağlanabileceği durumlardır (Gorman, Sultan et al. 1996; WHO, 2011). Biyopsikososyal bir durum olan kronik hastalıklar Dünya Sağlık Örgütü(WHO/DSÖ) tarafından “uzun süreli ve yavaş ilerleyen hastalık” şeklinde ifade edilmektedir. Kronik durum tanımını ise “birkaç yıl veya on yıl boyunca sürekli bakım ihtiyacı olan sağlık sorunları” şeklinde yapmaktadır (Gülseven&Oğuz, 2017).

Kronik hastalık hayatın herhangi bir evresinde (adöleson dönem, orta yaş, yaşlılık gibi) karşımıza çıkabilmekte ve yaşın ilerlemesi ile birlikte ise kronik hastalık görülme riski ve sıklığı artmaktadır. Bu nedenle 65 yaş ve üstü bireylerde kronik hastalıklar ile daha sık karşılaşmaktayız. Yaşam kalitesini azaltan kronik hastalıklar aynı zamanda mortalite ve morbitideye de neden olmaktadır. Bulaşıcı

¹ Yozgat Bozok Üniversitesi, Çekerek Fuat Oktay Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, İlk ve Acil Yardım Pr. ORCID: 0000-0003-4636-0629

olmayan hastalık grubunda yer alan kronik hastalıklar önemli sağlık problemleridir. Obezite, kardiyovasküler sistem hastalıkları, kronik solunum sistemi hastalıkları, diyabet, kanserler bulaşıcı olmayan hastalıklar grubunda yer alırken, bu hastalıkların her yıl 35 milyondan fazla insanın ölümüne sebep olduğu tahmin edilmektedir (Durna, 2012). Küresel ölümlerin yaklaşık %60'ını oluşturan bu hastalıkların çoğu gelir seviyesi düşük veya orta düzey olan ülkelerde görülmektedir ([http://www. icn.ch/ images/stories/ documents/ publications/ind /inkid/2010](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/inkid/2010). Er: 28.09.2023)

Önceden insanların ölümüne neden olan hastalıkların tedavi edilebilir hale gelmesi, farkındalık çalışmaları ile kişilerin duyarlılığının artırılması, akut durumlar ve kazalarda tedavi olanaklarının gelişmesi, sağlığın geliştirilerek yaşamın desteklenmesi insan ömrünün uzamasını sağlamıştır. Ayrıca insan yaşamının uzamasına yönelik çalışmalar, görülme sıklığı nadir olan hastalıkların (Amniyotropik Lateral Sclerosis, dermatophytosis vb.) daha sık görülmeye başlaması da kronik hastalıkların daha sık görülmesine ve sağlık sorunu olarak değerlendirilmesine sebep olmuştur.

Konjestif kalp yetmezliği, miyokart infarktüsü (MI), serebrovasküler olay (SVO) gibi hastalıklar daha önceleri akut sorunlar olarak değerlendirilirken, günümüzde kronik sağlık problemlerinin akut evresi olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca günümüzde bazı hastalıkların (Acquired immün yetmezlik sendromu/AIDS, Lyme gibi) tanımı yapılmış ve organ implantasyonları daha da yaygınlaşmıştır. Böylece kronik hastalıkların kronik evreleri uzatılarak, bireyin yaşam süresi ve kalitesinin artması sağlanmak istenmiştir. Ayrıca sağlık ve hastalık kavramlarının farklı boyutlarla değerlendirilmesi, hasta hakkı, birey hakkı, etik değerler ve yaşam kalitesi konularının önemini ortaya çıkarmıştır. Bu durum kronik sağlık problemine sahip bireyin hastalığı ile birlikte toplum içerisinde sınırlılıkları ile normal bir birey olarak hayatını sürdürmesine olanak sağlamaktadır.

Sağlık tanımında yer alan hastalık olmaması ifadesi günümüzde bireyin mevcut sağlık durumu ile ölümüne kadar olan süreçteki iyilik halinin sağlanması olarak ifade edilmektedir. Bu nedenle kronik hastalığa sahip bireylerde iş hayatında, sosyal ortamlarda varlığını daha rahat sürdürebilmektedir. Bu yeni yaklaşıma göre sağlık, bireyin kronik sağlık sorunları ve sınırlılıkları ile var olan gücünü kullanarak, mevcut yeterliliğiyle tam bir iyilik hali içerisinde olması şeklinde ifade edilebilir.

Kronik hastalıklar hasta bireyin yaşam tarzının değişmesine neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda sahip olunan kronik hastalığın getirisi olarak sık sık hastane başvurularının yapıldığı, yapılan hastane başvurularının normal hayatı sürdürmeyi etkilediği, eğitim hayatı üzerinde etkili olduğu, günlük normal aktivitelerde kısıtlama doğurduğu gibi pek çok psikososyal sorunla

karşılaşılmaktadır (Blumenthal, et al. 2012, Gallagher, et al. 2012, Bahar ve ark., 2006, Akın ve Durna 2006, Çam ve ark., 2006, Yeşilbalkan ve ark., 2005, Sukan 2005, Kömürcüoğlu ve ark., 2000)

Kronik hastalıkların uzun süreli hastalıklar olması, mevcut hastalığa bağlı olarak fiziksel, sosyal, ruhsal yönden kısıtlılıklar ve sınırlılıklar getirmekte, bağımsızlığını azaltmaktadır. Morbitide, ağrı gibi semptomlar uzun süreli bakım ihtiyacını artırmakta, bireyin sağlığını algılama durumunu, sosyal etkinlik ve ihtiyaçlarını değiştirmektedir. Var olan bu değişimler kişi ile birlikte aileyi de etkilemektedir ve bireylerin yaşam kalitesini düşürmektedir.

Kronik hastalıklar dünyada her yıl 57 milyon kişiden 33.4 milyon kişinin ölüm nedeni olarak belirtilmektedir (WHO, 2011). Türkiye’de hesaplanan ölümlerin %75’inin kronik hastalıklar nedeni olduğu bilinmektedir (WHO, 2011; <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>). Bu nedenle kronik hastalıklar ülkemiz için de önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kronik hastalıklar, en az bir sistemin yapı ve fonksiyonunda bozukluktan meydana geldiği için geri dönüşüzdür. Kronik hastalıklarda hastalıklar birbiri üzerine eklendiği (Hipertansiyon ve diyabetin bir arada görülmesi gibi) için uzun dönem sağlık problemleri olarak ifade edilir. Kronik hastalık grubunda yer alan hastalıklar oldukça fazladır. Hatta henüz tedavisi olmayan hastalıklar, kesin bir tedavisi olmayan hastalıklar, sürekli tedavi gerektiren hastalıklar, latent hastalık durumları da kronik hastalıklar grubu içerisinde değerlendirilmektedir. Bu nedenle kronik hastalıklar “hastalık” ve “iyilik” bileşenlerini içerisinde barındırır. Ailenin ve hastanın hastalık sürecine uyumu, semptom yönetimini öğrenmesi ile iyilik sürecini yönetmesi oldukça zaman alan ve zorlu bir süreçtir. Kronik hastalıklarda hastalığa adaptasyonun sağlanamaması, semptom yönetimini sekteye uğratacağı için fizyolojik, sosyal ve psikolojik problemlerin artmasına neden olarak kişinin günlük yaşam aktivitelerini de etkileyecektir.

Kronik hastalıkların yönetiminde, bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, medeni hali, fiziksel ve sosyal çevresi, ekonomik gelir düzeyi, sosyal destek sistemleri, hastalığın süresi mevcut hastalığa uyumu, semptom yönetimini, hastalık sürecini ve hastalığın meydana getirdiği sonuçları etkilemektedir.

Diyabet, hipertansiyon, kas-iskelet sistemi hastalıkları, kalp hastalığı, SVO, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, genetik bozukluklar karşılaşma sıklığı fazla olan kronik hastalıklar olarak sıralanabilir. Sigara, beslenme alışkanlığındaki bozukluklar, sedanter yaşam gibi toplumda sık karşılaştığımız faktörler, kalp hastalığı, diyabet, kanser ve kronik akciğer hastalığının görülme riskini artırmaktadır. Unutulmaması gereken husus ise kronik hastalıkların dünya üzerindeki ölümlerin yarısından sorumlu olduğudur.

Kronik hastalıklarda gelişme ihtimali olan semptomların önlenmesi için beslenme alışkanlığında düzenlemeler (diyet), sigara kullanmama, sedanter yaşamdan uzak durma gibi yaşam tarzı değişiklikleri, uygulanan tedaviye uyum (ilaçları zamanında ve doğru yol ile kullanma) gereklidir. Semptom yönetimi sağlanan hastalarda yaşam kalitesinde de artma beklenmektedir.

Kronik hastalıklarda bakımın amacı;

- ✓ Bireyin yaşam süresini uzatarak, var olan sorunlar ile baş etme gücünü artırma,
- ✓ Bireyin var olan becerilerini koruyup, geliştirerek öz bakımı geliştirme,
- ✓ Bireyin bilgi ihtiyacını karşılayarak bağımsızlığını artırma,
- ✓ Semptom yönetimi sağlanarak yaşam kalitesini artırmadır.

2. Kronik Hastalıkların İnsidans ve Prevelansı

Her geçen gün görülme sıklığı artan kronik hastalıklar, ABD’de toplumun yaklaşık %50’sini en az bir sağlık sorunuyla etkilemektedir (Kısa, 2003; WHO,2011). Buna ek olarak akut hastalıklar nedeniyle tedavi ve bakım alan bireylerin %75’inde kronik bir rahatsızlık bulunmaktadır. Yaşamın herhangi bir evresinde karşımıza çıkabilecek kronik hastalıkların görülme sıklığının arttığı dönem 45-64 yaş arasını kapsamaktadır. 65 yaş ve üzeri dönemde ise bireylerin %80’inde en az bir kronik hastalık görülmektedir(WHO,2011).

Beklenen yaşam süresinin uzaması ve nüfusun yaşlanması dünyada olduğu gibi Türkiye’de de hastalık yükünü giderek artırmaktadır. Bu hastalıkların büyük bölümünü ise kronik hastalıklar oluşturmaktadır. Raporlarda yer alan verilere göre Türkiye’de bireylerin ölümüne neden ilk on hastalık incelendiğinde yedisinin kronik hastalık olduğu görülmüştür(<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrrfat.pdf>). Türkiye’de kalp hastalıkları hariç diğer kronik hastalıklar değerlendirildiğinde gerçekleşen ölümlerin %75’inin bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle meydana geldiği bilinmektedir (WHO, 2011, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrrfat.pdf>).

Bulaşıcı olmayan hastalıklar, çevresel maruziyet, genetik yatkınlık veya yaşam tarzından kaynaklanan, bir enfeksiyon ajanının neden olmadığı hastalıklardır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar bireylerde mortalite ve morbitideye neden olmaktadır. Türkiye’de DALY (Disability Adjusted Life Year/sakatlığa(engelliliğe) ayarlanmış yaşam yılı kaybı) değerlendirildiğinde kaybedilen yaşam yılında iskemik kalp hastalıklarının ikinci, serebrovasküler hastalıkların ise üçüncü sırada yer aldığı görülmektedir(<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrrfat.pdf>). Tüm yaşam yılı kayıpları değerlendirildiğinde iskemik kalp hastalıklarının bütün kayıpların %8’ini, serebrovasküler

hastalıkların neden olduğu kayıplar ise tüm kayıpların %6'sını oluşturmaktadır (<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların DALY kayıplarının en büyük kısmını oluşturduğu (%63.9) bilinmektedir.

Morbidite ve mortalite verilerine göre, gelişmekte olan ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıklar giderek artmaktadır. Kalp damar hastalıkları ve diyabete bağlı ölüm oranın yaklaşık %80'i, kronik obstrüktif akciğer hastalığı /KOA'ya bağlı ölümlerin oranın yaklaşık %90'ı, kanser vakası nedeniyle ölümlerin 2/3'ü gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Ayrıca bulaşıcı olmayan hastalıkların erken ölüme neden olduğu bilinmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde 60 yaş altı bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölüm oranı %29 iken, gelişmiş ülkelerde bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölüm oranının %13 olduğu belirlenmiştir.

Türkiye'de hastalık yükleri değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme sonucunda 60 yaş ve üzeri erkek ve kadınlarda ölüme neden olan 10 hastalıktan 9'unun kronik hastalıklar olduğu belirlenmiştir ([http://www.toraks.org.tr/userfiles /file/ulusal_ hastalik_ yuku_hastalikyukuTR.pdf](http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/ulusal_hastalik_yuku_hastalikyukuTR.pdf)). Ek olarak, serebrovasküler hastalık, kalp hastalığı, kronik akciğer hastalığı, akciğer kanseri, dejeneratif artrit ve diyabet DALY kayıplarını oluşturan hastalıklar olarak belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre her yıl 200 bin civarı kişinin ölümüne sebep olan kalp hastalıklarının, 2030 yılında yaklaşık 400 bin kişinin ölümüne sebep olacağı ifade edilmektedir. Ayrıca kanser sebebiyle gerçekleşecek ölümlerin 2,5 kat, diyabet nedeniyle gerçekleşecek ölümlerin 1,5 kat artacağı belirtilmektedir ([http://www.toraks.org.tr/userfiles /file/ulusal_ hastalik_ yuku_hastalikyukuTR.pdf](http://www.toraks.org.tr/userfiles /file/ulusal_hastalik_yuku_hastalikyukuTR.pdf))

Türkiye'de nüfusun yaşlanma eğiliminde olması, yaşam şekli değişiklikleri gibi nedenler kronik hastalıkların görülme sıklığında artışa neden olabileceğinden, kronik hastalıklar ile mücadeleye hazırlıklı olmak gerekmektedir. Kronik hastalıkların dünyada ve Türkiye'de ölüm nedenlerinin başındadır.

3. Kronik Hastalıkların Özellikleri

Küresel bir sağlık sorunu olan kronik hastalıkların artma nedenleri;

- ✓ Enfeksiyon hastalıklarından (çiçek, difteri vb.) ölüm oranının azalması
- ✓ Beklenen yaşam süresinin uzaması (teknoloji, farmakolojik gelişmeler, yeterli beslenme, çalışma koşullarının iyileştirilmesi, sağlık bakım hizmetlerinden kolay yararlanabilme gibi nedenlerle)
- ✓ Erken tanı ve tedavi sistemlerinin geliştirilmesi (taramaların yapılması, tanı prosedürlerinin belirlenmesi)
- ✓ Hastalıklarda hızlı ve agresif tedavi sistemidir.
- ✓ Artan sigara kullanımı

- ✓ Sedanter/hareketsiz yaşam
- ✓ Kronik strese maruziyetin artması

Sağlıksız yaşam tarzı ile birlikte diyabet, obezite, hipertansiyon, kalp ve solunum sistemi hastalıkları gibi pek kronik hastalığın insidansı artmaktadır. Kronik hastalık semptomu görülmeden önce vücutta fizyolojik değişiklikler meydana gelir. Bu nedenle gençlik döneminde sağlıklı yaşam tarzı sıklıkla vurgulanmaktadır. Burada amaç genel sağlık durumunu korumak ve iyileştirmekle birlikte yaşam tarzının neden olabileceği kronik hastalıkların önüne geçmektir. Kronik hastalıklar ile ilgili bilinmesi gereken hususlar aşağıda yer almaktadır:

- ✓ Kronik hastalıklarda başatma mekanizması geliştirmek gerekli ve önemlidir.
- ✓ Kronik hastalıkların varlığı, hastalık süresince farklı evrelerin yaşanması anlamını taşımaktadır.
- ✓ Kronik hastalıklarda her bir evre birbirinden farklı özellik göstermektedir.
- ✓ Kronik hastalığın evreleri bireyleri fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden etkilemekte, etkilenen alana göre farklı çözüm yolları bulunmaktadır.
- ✓ Kronik hastalığın kontrol altında tutulması için tedavi rejimine uyum çok önemlidir.
- ✓ Kronik hastalıklar ile mücadele etme, baş etme mekanizması geliştirme zaman alan bir süreçtir. Bu nedenle bilgi ve planlama gerektirir.
- ✓ Bir kronik hastalık başka bir kronik hastalığın nedeni olabilir.
- ✓ Kronik hastalıklar sadece hasta bireyi değil tüm aileyi etkileyen bir durumdur.
- ✓ Kronik hastalıklarda baş etmede yaşayarak öğrenme söz konusudur. Örneğin, hipoglisemiyi yaşayan birey, kan şekerinin düşmemesi için neleri nasıl ve ne zaman yapması gerektiğini bilir. Aynı durumun tekrarlamaması için nelerden uzak durması gerektiğini, neler yapması gerektiğine deneyimleri ile karar verir.
- ✓ Kronik hastalıklarda baş etme sağlık profesyonelleri ile işbirliği gerektiren bir süreçtir.
- ✓ Maliyeti yüksek olan kronik hastalıklarda, sağlık profesyonelleri, hasta ve toplum değerleri gibi nedenlerle etik ikilemlerle sıklıkla karşılaşılabilir.
- ✓ Kronik hastalıkları, hasta birey için hayat belirsizliği, kararsızlık ve değişkenliği beraberinde getiren bir süreç olarak değerlendirmek mümkündür.
- ✓ Kronik hastalıklar uzun süreli gözlem, kontrol ve bakım gerektirir.
- ✓ Kronik hastalıklarda geriye dönüşsüz patolojik değişiklikler gözlemlenir.

✓ Kronik hastalıklar bireylerde yetersizliğe, sakatlığa, hareket kısıtlılığına yol açabilir.

✓ Kronik hastalıklar günlük yaşam aktivitelerinde değişikliğe ya da zorlanmaya neden olabilir.

Kronik hastalıkların beraberinde getirdiği yaşam biçimi değişiklikleri, tanı ve tedavi süreçleri bireylerde yorgunluk başta olmak üzere bıkkınlık, mutsuzluk, yaşamdan zevk alamama, zaman zaman sorumlulukları yerine getirememeye bağlı öfke, depresyona neden olabilir. Ayrıca tedaviyi sürdürmede zorlanma veya reddetme de görülebilecek diğer sorunlar arasındadır.

Her yaşta karşılaşılabileceğimiz kronik hastalıkların yaşın ilerlemesi ile görülme sıklığının artması, yaşlanmaya ilişkin fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarında görülmesine neden olmaktadır. Kronik hastalığın beraberinde getirdiği süreç hem bireyi hem de bakım vereni, aileyi etkilediğinden her iki grupta da yaşam kalitesinde olumsuz etkilenmeden bahsetmek mümkündür. Bu nedenle kronik hastalığa sahip birey ve ailesi için rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanmak hastalıkla mücadeleyi kolaylaştıracaktır.

Bireyin kronik hastalık tanısı alması ile birlikte kronik hastalığa bağlı komplikasyon gelişme riski ve mortalite ile sonuçlanma ihtimali de vardır. Ayrıca kronik hastalıkların sık sık ve uzun süre hastaneye yatışlara sebep olması, hastanede kalma süresinin uzaması nedeniyle enfeksiyon gelişme riskinin olması ekonomiyi de olumsuz yönde etkileyen bir durumdur.

Akut ve kronik hastalıklar karşılaştırıldığında;

✓ Kronik hastalıklarda tanıyı önceden bilme akut hastalıklara göre daha azdır. Akut hastalıklarda ise tanı koymada zorlanılabilir.

✓ Akut hastalıkların ortaya çıkışı hızlı iken kronik hastalıkların ortaya çıkışı hızlı yada tedrici/yavaş yavaş olabilir.

✓ Akut hastalıklar kısa ve geçici seyir gösterirken, kronik hastalıklar da devam eden süreçtir. Bu nedenle sürekli hastalıklardır. İlerleme, remisyon, alevlenme ve terminal devreleri içerir.

✓ Akut hastalıklarda bakım kısa süreli iken, kronik hastalıklarda bakım uzun sürelidir. Kronik hastalıklarda tıbbi bakımda birey ve aile işbirliği gerekli bir unsur ve oldukça önemlidir.

✓ Akut hastalıklarda bireyin aile, iş hayatı, sosyal yaşamı, rolleri geçici olarak etkilenirken, kronik hastalıklarda bireyin aile, iş hayatı, sosyal yaşamı, rollerinde değişik derecelerde etkilenme söz konusudur.

✓ Akut hastalıklar tedavi edilebilir ya da ölüm ile sonuçlanabilir. Bu nedenle kesin bir sonuç tahmin etmek zordur. Kronik hastalıkların sonucu

belirsizdir. Kesinlik göstermez. Çeşitli tipte ve derecede organ yetmezliği ile karşılaşmak mümkündür.

4. Kronik Hastalıkların Evreleri

Kronik hastalıkların seyri sırasında birey içerisinde bulunduğu kronik hastalık evresine göre farklı semptomlar göstereceğinden farklı tıbbi bakıma/desteğe ihtiyaç duyacaktır. Bu nedenle kronik hastalıkların evrelerini bilmek gerekir. Bu evreler hastalık öncesi evre, hastalık evresi, stabil evre, stabil olmayan evre, akut evre, kriz evresi, geriye dönüş evresi, düşüş evresi ve ölüm evresi olmak üzere 9 evreden oluşmaktadır (Corbin, 1998).

Hastalık öncesi evre, genetik yatkınlık ve olumsuz yaşam tarzı nedeniyle kronik hastalığa duyarlılığı arttığı, kronik hastalık gelişme riskinin olduğu dönemdir.

Hastalık evresi, kronik hastalığa ait semptomların belirgin olmadığı, semptomların değerlendirildiği, tanı testlerinin yapılarak hastalığın varlığının tespit edildiği dönem olarak ifade edilir (Corbin, 1998).

Stabil evre, kronik hastalığın var olan semptomlarının kontrol edilerek yetersizliği azaltılmaya çalışıldığı dönemi ifade eder (Corbin, 1998).

Stabil olmayan evre, kronik hastalığın var olan semptomlarının kontrol dışına çıkarak kötüleştiği, hastalığa bağlı komplikasyonların görülmeye başladığı evredir (Corbin, 1998).

Akut evre, ani gelişen, kontrol altına alınamayan semptom ya da komplikasyonların görüldüğü dönemdir. Günlük yaşam aktivitelerini etkileyebileceği için hastaneye yatışa neden olabilir (Corbin, 1998).

Kriz evresi, yaşamı tehdit eden durumlar görülebileceği için acil bakım ve tedavi gerektiren evre olarak tanımlanır (Corbin, 1998).

Geriye dönüş evresi, iyileşmenin başladığı, kronik hastalıklarda semptom yönetiminin öğrenildiği, rehabilitasyon çalışmalarının sürdürüldüğü evre olarak tanımlanır (Corbin, 1998).

Düşüş evresi, var olan sağlık durumunun kötüleşmeye başladığı, yetersizliklerin arttığı, hastalık semptomlarının yoğun olarak görüldüğü dönemdir. Hastalığı yeniden stabilize etmek için bakımın sürdürülmesi gerekir (Corbin, 1998).

Ölüm evresi, hastanın sağlık durumunun giderek kötüleştiği bazen de hızlı gerilemelerin olduğu, hastalık yönetiminin zorlaştığı, destekleyici bakımın gerekli olduğu dönemi ifade eder. Bu dönemde vücut fonksiyonlarında gerileme olur ve destekleyici bakım sağlanması gerekebilir (Corbin, 1998).

5. Dönemlere Göre Sık Görülen Kronik Hastalıklar

Erişkinlik öncesi dönemde nörolojik sistemde; epilepsi, serebrovasküler olay, serebral palsy, spina bifida, anevrizma, spinal kord veya kafa yaralanmaları, tümörler, sağırılık, körlük görülürken, erişkinlik döneminde ise epilepsi, serebrovasküler olay, multiple skleroz, anevrizma, migren, kanser, myastenia gravis, amiotropik lateral skleroz, dermatophytosis, spinal kord veya kafa yaralanmaları, tümörler, sağırılık, körlük ve huntington koresi/ istemsiz kas hareketleri görülmektedir (Luckmann & Sorensen, 1993).

Erişkinlik öncesi dönemde kardiyovasküler/hematopoetik sistemde; hemofili, anemi, konjenital kalp hastalıkları görülürken; erişkinlik döneminde ise Miyokart enfarktüsü(MI), anjina pectoris, koroner arter hastalığı, kardiyomiyopati, konjenital kalp yetersizliği, kronik alt ekstremité iskemisi, kronik antikoagülasyon, hipertansiyon (Luckmann & Sorensen, 1993).

Erişkinlik öncesi dönemde metabolik sistemde diyabetes mellitus görülürken; erişkinlik döneminde ise hiperlipemi ve diyabetes mellitus görülmektedir (Luckmann & Sorensen, 1993).

Erişkinlik öncesi dönemde pulmoner sistemde astım, kistik fibrozis, antitripsin yetmezliği görülürken, erişkinlik döneminde kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kanser, tüberküloz ve astım görülebilmektedir (Luckmann & Sorensen, 1993).

Erişkinlik öncesi dönemde sindirim sisteminde kistik fibroz veya hepatitler ile karşılaşılabilirken, erişkinlik döneminde kolit, gastrik ülser, siroz, laktoz yetmezliği, crohn hastalığı, kanser ve hepatitler ile karşılaşılabilir (Luckmann & Sorensen, 1993).

Erişkinlik öncesi dönemde renal sistemde nörojenik mesane, kronik böbrek yetmezliği ile karşılaşılabilirken, erişkinlik döneminde kronik üreter sistem enfeksiyonu, nörojenik mesane, kanser veya kronik böbrek yetmezliği ile karşılaşılabilir (Luckmann & Sorensen, 1993).

Erişkinlik öncesi dönemde kas iskelet sisteminde müsküler distrofi, juvenil artrit, uzuv yokluğu veya paralizisi ile karşılaşılabilirken, erişkinlik döneminde osteoporoz, artrit, sarkom, uzuv yokluğu veya paralizisi, sırt-bel ağrısı ile karşılaşılabilir (Luckmann & Sorensen, 1993).

Erişkinlik öncesi dönemde bağışıklık sisteminde immün yetersizlikler görülebilirken, erişkinlik döneminde AIDS, tüberküloz, artrit, skleroderma, astım, lupus eritematosus görülebilmektedir (Luckmann & Sorensen, 1993).

6. Kronik Hastalıklarda Hemşirelik Bakımı

Kronik hastalıklarda semptom yönetiminin sağlanması, bakımın sürdürülmesi, hastalıkların önlenerek sağlık düzeyinin geliştirilmesinde hemşirelere büyük sorumluluklar düştüğünden hemşireler kronik hastalıkların yönetiminde önemli role sahiptir. Ulusal Hemşireler Birliği/International Council of Nurses/ICN tarafından 2011 yılında kronik hastalıklar ve bakımı konusunda bir rapor yayınlanmıştır. Bu rapora göre kronik hastalıklarda hemşirenin rolü, bilgiyi yayma, savunuculuk, işbirlikleri kurulması ve yasal düzenlemelerin oluşturulmasıdır.

Hemşirelik bakımı sağlık kuruluşunda başlayan ve evde de devam eden bir süreçtir. Bu nedenle hemşire eğitim ve danışmanlık hizmetini verirken hasta ve aileyi bir bütün olarak değerlendirir. Bakım planı hazırlanırken hastanın mevcut durumu, hastalığa uyum süreci ve tedavi planını dikkate alarak hastanın semptom yönetimini kolaylaştırmak öncelikli hedeftir. Hastanın var olan sorunlarına göre süreç yönetimi başlar ve bakım planlanır.

Kronik hastalıkların yönetimi, bireyin mevcut durumuyla yani vücudunda meydana gelen değişiklikler sonucu oluşan yetersizlikler, gelişen semptomlar ile yaşamını yönetmesini bilmesini gerektirir. Hastalık yönetiminin temel amacı yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamak, tedaviyi amacına uygun yönetebilmek, semptom yönetimini sağlamak ve komplikasyon gelişmesini önlemektir. Kronik hastalıkların yönetiminde multidisipler ekip işbirliği önemlidir. Multidisipler ekipte yer alan sağlık profesyonellerinin temel rolü hasta ve ailenin ihtiyacı doğrultusunda eğitim ve danışmanlıktır. Verilecek eğitim ve danışmanlık hizmeti ile kronik hastalığı olan birey, bakım veren ya da aile güçlenecektir. Böylece hastanın ve bakım verenin/ailenin hastalıkla başetme mekanizması desteklenmiş olacağından hasta kişinin, bakımverenin/ailenin öz yeterliliğinde pozitif yönde gelişme olacaktır. Öz yeterliliğin gelişmesi tedaviye uyumu kolaylaştıran bir faktör olduğundan akut ya da kronik komplikasyonların önlenmesine de katkı sağlayarak yaşam kalitesini artıracaktır.

Kronik hastalıkların yönetiminde farklı modeller yer almaktadır. Bu modellerden bazıları aşağıda yer almaktadır.

- ✓ Kronik bakım modeli
- ✓ Hastalık yönetimi
- ✓ Rehberli dayalı bakım modeli,
- ✓ Bakım koordinasyonu
- ✓ Hasta odaklı sağlık evi uygulamaları
- ✓ Entegre elektronik hasta kayıt sistemi
- ✓ Yörünge modeli

7. Kronik Hastalığa Uyum Süreci

Kronik hastalıklarda uyum süreci, hastanın ilaç kullanımına alışması ile başlayan, sağlık profesyonellerinin tavsiyeleri ile davranış değişikliğinin olduğu süreçtir. Uyum/adaptasyon süreci fizyolojik, psikolojik, sosyal, teknolojik ve zaman gibi pek çok aşamadan oluşur.

Fizyolojik uyum, bireyin hastalık süresince fonksiyonel değişiklikler ve dış görünüşe uyum, tedavi ile semptom kontrolü sürecine uyum, yaşam biçimi değişikliklerine uyum, hastalık yönetim sürecinde bilgi alma, eğitim aşamalarına uyum, hastalığın kullanımını gerekli kıldığı ekipman/donanımı kullanmaya uyum aşamalarından oluşur.

Sosyal uyumda, kronik hastalık bireyin rollerini etkilemektedir. Kronik hastalığı olan birey kendini iş, aile, eğlence gibi sosyal hayattan soyutlayabilir veya hastalık gereği bireyin bazı kısıtlamalar uygulaması gerekir. Çam ve arkadaşları tarafından meme kanseri olan hastalarla yürütülen bir çalışmada hastaların psikososyal davranışlarını etkileyen faktörler incelenmiştir. Çalışma sonucunda hastaların %33'ünün psikososyal uyumda zorlandığı tespit edilmiştir (Çam ve ark.,2009).

Psikolojik uyum ise hastanın yaşamında meydana gelen değişimlerin (kayıplar, kazanımlar) ve verdiği mücadelenin biyolojik ve psikolojik boyutta olan etkisini ifade eden süreçtir. Bu süreçte hastalığın prognozu oldukça önemlidir. Hastalığın prognozuna göre kişi hastalıkla başetme mekanizması geliştirir veya depresyon sürecine girebilir.

Kronik hastalığı olan bireyin yaşadığı sorunlar(fiziksel-psikolojik), zaman zaman azalarak, zaman zaman artarak yaşam boyu devam etmesi nedeniyle hastalığa olan psikolojik uyum zorlu bir süreçtir. Kronik hastalığa sahip bireyler tıbbi uygulamalar ve tedaviye ilişkin korkular, suçluluk, ölüm korkusu, kontrol yeteneğini ve üretkenliğini kaybetme korkusu, geleceğin belirsiz olması nedeniyle ilişkilerini, işini, rollerini kaybetme korkusu yaşayabilir ve hayatın anlamını kaybettiği düşüncesine kapılabilir. Bu nedenle genel psikolojik uyumun sağlanması önemlidir. Bireyin uyum sağlaması gereken durumlar;

- ✓ Anksiyete ve suçluluk düşüncesi
- ✓ Tedavi sürecindeki işlemlere (uzun ve ağırlı test vb.) katlanma
- ✓ Tanı ve tedavi süreci
- ✓ Sağlık hizmetlerinde yer alan sağlık profesyonelleri ile ilişkilere uyum
- ✓ Aile üyeleri ve aile dışındaki çevresi ile ilişkilerdeki değişikliklere uyum
- ✓ Var olan kronik duruma göre hayatında değişim sürecine (günlük rutin, yaşam ve gelecek planı değişikliği, öncelikleri vb.) ve yeniden yapılandırmaya uyum

- ✓ Sağlığı sürdürme ve geliştirme sürecindeki değişikliklere uyum
- ✓ Egzersiz/Aktivite ve uyku sürecindeki değişimlere uyum
- ✓ Ekonomik değişimlere uyum
- ✓ Hastalığın farklı dönem semptomlarına uyum
- ✓ Fiziksel, emosyonel değişikliklerle baş etme ve uyum şeklinde sıralanabilir.

8. Hemşirenin Roller

Kronik hastalıkların bakımında hastalık yönetiminin her yönü hemşirenin bir rolünü içermektedir. Kronik hastalıklar ele alındığında hastalık yönetiminde hemşirenin başlıca rolleri;

- ✓ Tanılama
- ✓ İlaç yönetimi
- ✓ Hasta Eğitimi
- ✓ Danışmanlık ve beceri geliştirme
- ✓ Bakımı koordine etme
- ✓ Toplum sağlığı yönetimim ve performans ölçümü
- ✓ Kalite iyileştirme olarak ifade etmek mümkündür (Himmelfarb, et al. 2016).

Tanılama

Kronik hastalıkların erken dönemde tespit etmek için var olan hastalığın semptomlarını iyi bilmek ve doğru analiz etmek gereklidir. Örneğin, hipertansiyonun erken dönemde tespit edilebilmesi için bireylerden alınan kan basıncı ölçümlerinin uygun zamanlarda değerlendirilmesi, değerlendirme sürecinde doğru teknik ve kalibre edilmiş cihaz kullanılması önemlidir. Bu nedenle hemşirelerin tanı sürecini bilmeleri ve doğru yönetebilmeleri önemlidir (Registered Nurses' Association of Ontario, 2005). Ek olarak gelişen teknolojiden yararlanılarak hastanın takibinde veya sevk sürecinde telefon, posta veya dijital stratejiler kullanılabilir. Böylece hastaların ziyaret ile takibi, bakım verme, tedaviye kabul etme ve uyum kolaylaşacak, aynı zamanda da sağlık profesyoneli, hasta, bakım veren/aile ilişkisi güçlenmiş olacaktır. Kronik hastalığa sahip bireylerin belirli periyodlar ile takip edilmesi semptom yönetiminde oldukça önemlidir. Hasta takipleri hemşireler tarafından gerçekleştirildiğinden, hemşirelerin hekim ile hasta arasında tedavi planının geliştirilmesinde, mevcut tedavinin uygulanmasında kilit role sahip olduğu unutulmamalıdır.

Hasta Eğitimi, Danışmanlık Ve Beceri Geliştirme

Kronik hastalıklarda hastalığa ilişkin verilen eğitim programları tıbbi tedaviye uyumu artıran önemli bir uygulamadır. Ayrıca eğitim programları hasta bireyin yaşam tarzı değişikliğine uyum sağlamasını ve ilaç tedavisinde ilaç uygulamalarını tekniğine uygun bir şekilde yapmasına katkı sağlamaktadır. Kronik hastalara uygulanan eğitim programları ile diğer sistem hastalıklarının eklenmesinin önüne geçilmesi, tekrarlı yatışları engelleme yönünde olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Kronik hastalıklarda semptom yönetimini kontrol etmeye, yaşam kalitesini artırmaya yönelik faaliyetler, uygun sağlık hizmetinin seçimi, bilgi düzeyinin artırılması, danışmanlık, hatırlatma sistemlerinin oluşturulması, kendi kendini izleyebilme, destek sistemlerinin oluşturulması, aile terapileri gibi pek uygulamayı içerisine almaktadır. Eğitim yoluyla hemşireler sahip olunan kronik hastalığın semptomlarını yönetmeye yardımcı olacak uygun davranışları hastalarına öğretebilmektedir. Eğitim ile hastaların ilaç kullanımına uyumu artırılarak, düzenli ve zamanında ilaç kullanımına katkı sağlanabilir. Eğitimler sahip olunan hastalığın komplikasyonlarını önlemede, var olan hastalığa özgü komplikasyon gelişti ise hasta bireyin farkındalığını artırarak yeniden sağlık kuruluşuna başvurmasına da katkı sağlayacaktır. Hemşirelerin hastalarının kullanacağı ilaçlar konusunda bilgi sahibi olması istemeyen etkilerin, aşırı doz tüketiminin, ilaç besin etkileşimlerinin önüne geçilmesine de katkı sağlayacaktır. Ek olarak hekimler ve eczacılar ile işbirliği ile kronik hastalığa sahip olan bireylere, hastalığına özgü ilaçların farmakolojik yönetimiyle (ne zaman, hangi doz, ne kadar süre kullanma, uygulama yolu vb.) ilgili eğitimler düzenlemesi de oldukça önemli bir konudur (Registered Nurses' Association of Ontario, 2005).

Bakımın Koordinasyonu

Kronik hastalıkların yönetiminde hastalığa özgü farklı bakım modellerinden faydalanılabilir. Bakım modellerinin en önemli özelliğinin multidisipliner yaklaşımla bakım hizmeti sağlamasıdır. Ekip tabanlı yaklaşımın benimsenmesi, hastayı merkeze alarak kronik hastanın ihtiyaçlarının karşılanmasına olanak sağlar. Ekibi temel alan kronik hasta bakımında, birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları, doktorlar ve asistanları, hemşireler, diyetisyenler, eczacılar, sosyal hizmet uzmanları, toplum sağlığı çalışanları gibi pek çok sağlık profesyoneli görev alır (Himmelfarb, et al. 2016).

Sağlık profesyonelleri kronik hastalık yönetiminde hasta bireyin süreç yönetimine destek olarak, ilaç yönetimi, hastanın aktif takibi ve uyum sürecine destek olur. Böylece kronik hastanın kendi farkındalığını geliştirerek kendi kendine yönetime olanak sağlar. Süreç yönetimi ile hastanın sağlık profesyonelleri ile iletişimi ve koordinasyonun gelişmesi, hastanın öz yönetiminin artırılarak tedavi de aktif rol alması sağlanır. Tedavi süreçlerinde

kanıta dayalı kılavuzlardan destek alındığından hastanın ilaç tedavisine uyumu, farmakolojik yönetimine destek olunur. (Proia, et al. 2014).

Performans Ölçümü Ve Kalite İyileştirme

Kronik hastalıkların yönetiminde hemşireler hastalık yönetimi ile ilgili sahip olduğu kapsamlı bilgiyi sağlık bakım ekibinde görevli bireyler ve hastalarıyla paylaşarak dökümantasyon işlemini sağlarlar (Şenuzun & Özer, 2012). Bu süreçte pek çok kalite iyileştirme stratejisi, kronik hastalıklarda semptomları kontrol altına alarak iyileşmenin sağlanmasına odaklanmıştır. Geliştirilen bu stratejilerin temel hedefi, hastalar ve bakım verenlerdir. Semptom yönetiminde etkili olabilecek bu stratejiler, hasta eğitimi, klinik bilgilerin aktarılması, ekip değişikliği, bireysel yönetiminin sağlanması gibi pek çok konuyu ele almaktadır. Semptom yönetiminin sağlanmasını olumsuz etkileyen faktörler ya da engeller hasta bireyi, bakım veren hekimi ya da diğer sağlık profesyonellerini, sistemi doğrudan etkilemektedir (Walsh et al. 2008).

Kronik hastalık bakım süreci, bakımın sonucunun değerlendirilmesi sorumluluğu, gerekli durumlarda iyileştirme yapılmasına yönelik evrensel ihtiyaç belirleme, ölçme ve iyileştirme çabalarına liderlik etme gereksinimi bakım süreci içerisinde yer alan hemşireye aittir. Kronik hastalıklarda bakımı iyileştirmeye yönelik yapılan uygulamalar için standardize edilmiş, onaylanmış performans ölçümlerinin kullanılması gereklidir. Yapılan ölçümlerin hasta bakım sürecini etkilediği, bakımda istenilen hasta sonucuna ulaşmaya katkı sağladığı düşünülmektedir. Performans ile ilgili yapılan denetim ve geri bildirimlerin iyileştirme stratejilerini olumlu etkilediği bilinmektedir. Örneğin, hipertansiyon hastası için performans ile ilgili verilen geribildirimler, yapılan denetimler, bakım verenler ve hastalar için eğitimler, verilen bireysel yönetim destekleri, takip randevuları gibi hasta hatırlatma sistemlerinin kalite iyileştirme sürecinde kan basıncını düşürdüğü veya iyileştirdiği gösterilmiştir (Himmelfarb et al. 2016).

9. Kronik Hastalıklarda Karşılaşılan Sorunlara Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Kronik hastalığa sahip bireylerin yaşam boyu sürebilecek, çok çeşitli aynı zamanda da karmaşık olabilecek pek çok sorunla karşılaşma ihtimali vardır. Bu nedenle bütüncül yaklaşımı benimseyen hemşireler hastayı farklı boyutlarda değerlendirerek bakım gereksinimini belirlemektedir.

Hemşireler öncelikle kronik durumların ortaya çıkmasını önlemek için girişimde bulunurlar. Semptom kontrolünü sağlamak isteyen hemşirelerin bir diğer amacı bireyin yetersizlik yaşamasının önüne geçme ve hastalığa uyumu artırmadır. Kriz dönemlerini ve komplikasyon gelişmesini önlemek için girişimde bulunan hemşireler hastalığı kontrol altına alınmasını sağlayarak hastalığı stabil halde tutmayı sağlarlar. Bireyin ileri derece fonksiyon kaybı

yaşamamasına özen gösterirler. Var olan fonksiyon kaybı veya bireyin kimliğini tehdit eden durum varsa hasta bireyin uyum sağlaması için bireysel değerler ve aile fonksiyonlarını devreye sokarak destekleyici bir yaklaşım sergilerler. Kronik hastalığa sahip bireyin, yalnızlık, sosyal izolasyon yaşamaması için bireysel ve aile hayatını normalleştirmeyi destekler. Kronik hastalıkla mümkün olduğunca normal yaşam sürdürmeyi destekleyen hemşireler var olan hastalığın durumuna göre da onurlu ve rahat ölüm için destek sistemleri sağlar.

Kronik hastalığa sahip bireyin mevcut sorunlarına göre hemşire bakımı, danışmanlığı, eğitimi, rehabilitasyonu planlar. Örnek ile açıklayacak olursak, ateroskleroz ve hipertansiyon gibi iki kronik soruna sahip bireyin MI geçirmesi durumunda , akut geçirilen soruna yönelmek önceliktir. Daha sonra hastanın mevcut durumu dikkate alınarak bakımın hedefine yönelmek gerekir. Böylece hasta bireyin, bakım verenin, ailenin tıbbi, sosyal ve fizyolojik ihtiyaçları karşılanacaktır. Örneğin sıklıkla göğüs ağrısından şikayetçi olan, aktivite ile göğüs ağrısının arttığını ifade eden birey için “aktivite intoleransı” hemşirelik tanısı koyularak, hemşirelik bakımında aktivite/hareket kısıtlamasına gidilebilir. Hastanın mevcut durumunda düzelme sağlanmaya başladığında ise aktiviteler kademeli olarak artırılabilir.

Yaşam biçiminin değişmesi, alışkanlıkları değiştirmek zorlu bir süreç olduğundan her zaman belirlenen hedefe ulaşılama ihtimalide unutulmamalıdır.

10.Kronik Hastalıklardan Korunma

Birincil korumayı oluşturan yaşam biçimi değişiklikleri kronik hastalıkların ortaya çıkmasının önleyen önemli bir faktördür. Birincil korumada, bireyin sağlık durumuna bakılmaksızın (hasta veya sağlıklı) toplumdaki tüm bireylerin sağlığını sürdürülmesi ve iyileştirilmesine yönelik sağlık stratejilerinin geliştirilmesini söz konusudur. Böylece öncelikle risk grubundaki bireyler olmak üzere tüm toplumda hastalık gelişme riski azalmış olacaktır. Obezite, hipertansiyon, diyabet gibi hastalıklar birincil koruma ile önlenabilir. Ayrıca birincil koruma sigara içme alışkanlığının önüne geçilmesinde de etkilidir. Hastalıklardan korunma ve hastalıkların önüne geçilebilmesi için hastalık unsurlarının, neden olan faktörlerin ve risk faktörlerinin belirlenmesi gerekir. Bulaşıcı hastalıklarda geçerli olan birincil korunma yöntemleri sağlığın sürdürülmesinde oldukça önemli bir konudur.

Her geçen gün önemi artan koruyucu sağlık hizmetleri ile risk faktörlerinin erken dönemde saptanması sağlanır. Böylece hastalıkların erken tanınması ile birlikte ikincil korunma süreci başlamış olur. Hastalığın erken dönemde tanınması tedavide başarıyı artıran bir faktördür. Bu nedenle özellikle kronik hastalıklarda erken tanının yapılması oldukça önemlidir. Hastalık seyrinin etken

ile karşılaşma, klinik öncesi dönem, belirti ve bulgu dönemi, klinik tanı ve hastalığın sonu olmak üzere beş aşamadan oluşmaktadır. Etken ile karşılaşılın dönem de etkenden korunmak için birincil korumanın sağlanması gerekir. Klinik öncesi dönem, erken tanılama ile ikincil korumanın başlaması olarak ifade edilebilir. Hastalığın sonu ise iyileşme, kronikleşme ve ölüm gibi üç aşamayı anlatır. Bu nedenle hastalığın seyrini bilmek çok önemlidir.

11.Sonuç

Gün geçtikçe görülme sıklığı artan kronik hastalıklar toplumu birçok yönden (ekonomik, sosyal, kültürel, politik vb.) etkilemektedir. Ekonomik, sosyal, kültürel, politik yönden etkilenen bireylerin yaşam kalitesi de olumsuz yönde etkilenmektedir. Kronik hastalıklara uyum sürecinde hasta ve aile danışmanlığı, eğitimi konusunda hemşire çok önemli bir role sahiptir. Ancak hastalığı konusunda eğitim almış bireyler semptomları doğru yönetebilir, komplikasyonların başlangıcını fark edebilir, gerekli durumlarda sağlık kuruluşlarına başvuru yapabilir. Hemşireler kronik hastaların hastanede kaldığı süre boyunca bakımını sürdürürken evde bakımın devamlılığını sağlamak konusunda da bakım veren/aile üyelerini destekler. Kronik hastalığa sahip bireylerde istenilen yönde yaşam tarzı değişikliklerinin sağlanması, günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesi, mevcut hastalığın semptom yönetiminin sağlanması, klinik tedavi sürecine uyumun sağlanması, komplikasyonların önlenmesi, yaşam kalitesinin artırılması, psikososyal destek sistemlerinin oluşturulması hemşirelik bakım uygulamalarının önemli bir parçasıdır.

Kaynaklar

- Akın, S.&Durna, Z.(2006). Kalp yetersizliği hastalarının psikososyal uyumu. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 10 (2):1- 8.
- Bahar, A., Sertbaş, G., Sönmez, A.(2006). Diabetes mellituslu hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 7: 18- 26.
- Bilir, N.(2006). Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışmalarının rolü: Kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. Toplum hekimliği bülteni, 25(3):1-6
- Blumenthal, J.A., Lett, H.S., Babyak, M.A. et all. Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. Lancet 2003; 362: 604–09.
- Corbin, J.M.(1998). The Corbin and Strauss chronic illness trajectory model:an update.Scholarly inquiry for nursing practise.12(1):33-41.
- Çam, O., Saka, Ş., Gümüş, A.B.(2009). Meme kanserli hastaların psikososyal uyumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi; (5)12: 73-84.

Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care. International Nurses Day 2010, Geneva, Switzerland (<http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/inkid/2010>. Er: 28.09.2023)update. Scholarly inquiry for nursing practise, 12(1):33-41.

Durna, Z. (2012).Kronik Hastalıklar ve Önemi. Durna Z.(Ed.), Kronik hastalıklar ve bakım(ss1-7).İstanbul:Nobel Tıp Kitabevleri.

Gallagher, D, O'Regan C., Savva, G.M., et al.(2012). Depression, anxiety and cardiovascular disease: Which symptoms are associated with increased risk in community dwelling older adults? Journal of Affective Disorders, 142(1-3): 132–138.

Gorman, L.M., Sultan, D.F., Raines, M.L. (1996). Davis' s manual of psychosocial nursing in general patient care. Philadelphia: F A Davis Company; 436-47.

Gülseven, B.&Oğuz, S. (2017). Kronik Durumlar. Ayfer Kodavan, Fatma Eti Aslan (Ed.) Dahili vr Cerrahi Hastalıklar Bakım içinde. Ankara Akademisyen Kitabevi, 91-104.

Himmelfarb, D., Commodore-Mensah,Y., et al. (2016), Expanding the role of nurses to improve hypertension care and control globally. Ann Global Health, 82(2): 243-53.

Kısa, A. (2003). Poverty and chronic illness:two paths into one cycle. In Bleidt, B. Ve Tipton, D. (editors) American Business and Health Administration proceedings book.

Kömürcüoğlu, B., Balcıoğlu, M., Öztuna, I., ve ark.(2000). KOAH' lı erkek olgularda depresyon. Toraks Dergisi,1(3):31- 4.

Kumsar, K.A. & Yılmaz, T.F., (2014). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi,2(2),62-70.

Luckmann & Sorensen's (1993). Medical- Surgical Nursing: A Psychophysiologic Approach.

Şenuzun, F. & Özer, S.(2012). Hipertansiyon ve Bakım, Durna Z, Kronik Hastalıklar ve Bakım, 1.Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 95-110.

Proi, K.K., Thoda B.A., et al.(2014). Community Preventive Services Task Force. Team-based care and improved blood pressure control: a community guide systematic review. American journal of preventive medicine, 47(1):86–99.

Registered Nurses'Association of Ontorio Nursing Management of Hypertension. Nursing Best Practice Guideline Shaping the future of Nursing. Heart and Stroke Foundation of Ontorio Toronto; 2005. Erişim

Adresi:https://rnao.ca/sites/rnaoca/files/Nursing_Management_of_Hypertension.pdf (Er: 27.09.2023)

Sukan, M.Y.(2005). Vitiligo Hastalarının Psikiyatrik Değerlendirmesi ve Kronik Ürtiker Hastaları ve Sağlıklı Kontrol Grubu ile Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, T. C. Sağlık Bakanlığı, Bakırköy Ord. Prof. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması.

<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> (Er:28.09.2023).

T.C. Sağlık Bakanlığı (2004). Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yüğü Final Raporu. [http://www.toraks.org.tr/userfiles /file/ulusal_hastalik_yuku_hastalikyukuTR.pdf](http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/ulusal_hastalik_yuku_hastalikyukuTR.pdf) (Er:28.09.2023).

Yeşilbalkan, Ö.U., Akyol, A.D., Çetinkaya, Y. ve ark.(2005). Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 21 (1): 13-31.

Walsh, J.M., et al. (2008). Implementing effective hypertension quality improvement strategies: barriers and potent ial solutions. J Clin Hypertens (Greenwich), 10(4): 311-6.

World Health Organization.(2011). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva:WHO press.



BÖLÜM 18

DOĞUM EYLEMİNİN BİRİNCİ EVRESİNDE KANITA DAYALI UYGULAMALAR

Dr. Öğr. Üyesi Ayça BALMUMCU¹

Dr. Öğr. Üyesi Semra ELMAS²

Doğumda epizyotomi, sezaryen, forseps ya da vakum gibi tıbbi müdahaleler günümüzde sıklıkla ve çoğu zaman gereği olmadan kullanılabilmektedir. Doğuma tıbbi müdahaledeki bu hızlı artış, doğumun giderek daha fazla tıbbileştirilmesine yol açmıştır. Bazı durumlarda, doğumun aşırı tıbbileştirilmesinin, anne ve bebek ölüm oranlarında azalma ya da olumlu sağlık sonuçları ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar bulunmamaktadır (WHO, 2014; Muraca ve ark., 2019; Jiang ve ark., 2017; WHO, 2015) ve “normal/komplikasyonsuz doğum” giderek artan bir endişe kaynağı haline gelmiştir. Normal/komplikasyonsuz doğum, bebeğin 37 ile 42 gebelik haftaları arasında olduğu, doğumun kendiliğinden başladığı ve bebeğin vertex pozisyonunda kendiliğinden doğması olarak tanımlanmaktadır, bunun yanında doğum sırasında anne ve yenidoğana bakım desteği sağlamak için faydalı müdahaleler içerebilmektedir. Doğum, minimum tıbbi müdahaleyle normal doğum yapabilen kadınların çoğu için fizyolojik bir yaşam olayıdır. Normal/komplikasyonsuz doğum, kadın ve yenidoğana fizyolojik ve psikolojik olarak en faydalı sağlık sonuçlarını sağlamaktadır (Zhao, Lu ve Zang, 2020).

Kanıt dayalı uygulamalar sağlık bakım hizmetlerinin her alanında standardizasyonu sağlamak ve en iyi uygulamayı bulmak için kullanılmaktadır. Kanıt dayalı uygulamalar kadın sağlığı ve doğum alanında çalışan sağlık profesyonelleri için de standartların oluşturulması, bakımda iyi olan uygulamaların kullanılması açısından önemlidir. Kliniklerde bireysel görüşlere dayanan obstetrik uygulamalar yerine kaliteli klinik çalışma sonuçlarını içeren

¹ Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Söke SHMYO, Orcid: 0000-0001-6811-8003

² Lefke Avrupa Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü

Orcid:0000-0002-6510-1799

kanıta dayalı uygulamaların tercih edilmesi bakım kalitesini artırmaktadır (Forrester King, 2005; Chen ve Wang, 2006).

Son yıllarda normal/komplikasyonsuz doğum eyleminin yönetiminde ortaya çıkan önemli değişiklikler ile doğumun mümkün olan en az girişimle en sağlıklı şekilde yönetilmesi görüşü benimsenmektedir. Bu yaklaşımın sonucu olarak, günümüzde her doğumda rutin uygulanan birçok girişimin yeri ve önemi kanıta dayalı olarak yeniden sorgulanmaktadır (Forrester King, 2005).

Doğum eylemindeki kanıta dayalı uygulamaların incelenmesinde 2007, 2011, 2014 yıllarında NICE’da yayınlanan ve 2023 yılında güncellenen “İntrapartum Bakım” ve “Normal Doğumda Bakıma İlişkin Klinik Uygulama” rehberleri ana kaynak olarak kullanılmıştır. Kanıt ve öneri değerleri için SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) kriterleri kullanılmıştır (Clinical Practice Guideline on Care in Normal Childbirth, 2011; NICE, 2023);

Kriterler aşağıdaki tablodaki gibidir.

Tablo 1. Kanıt tipine göre kanıt düzeyleri ve önerilerin sınıflandırılması

DÜZEY	KANIT TİPİ	ÖNERİ
Ia	Sistemik derleme ve Randomize Kontrollü Çalışmalar (RKÇ)’ın	A
Ib	En az bir adet RKÇ	A
II a	En az bir adet Randomize olmayan kontrollü çalışma	B
II b	İyi dizayn edilmiş yarı deneysel çalışmalar	B
III	İyi planlanmış deneysel olmayan çalışmalar (Kıyaslama, Korelasyon, Vaka Kontrol, Kohort, İzlem)	C
IV	Uzman komite raporları, Saygın otorite görüşleri	D

Kaynak: National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2023.

1.1. Doğumun I. Evresinin Tanımlanmasının Kanıt Temelli İncelenmesi

Doğumun ilk evresi, düzenli uterus kontraksiyonları ile başlayan servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sona eren bir aşama olarak tanımlanmaktadır (Taşkın, 2013). Rehberde doğumun ilk evresi için düzenli

uterus kontraksiyonlarının ve 4 cm'den itibaren ilerleyici servikal dilatasyonun varlığı tanımlanmaktadır. Rehberin önerileri şu şekildedir (NICE, 2023);

- Uterus kontraksiyonları başlayan bir kadın tavsiye almak için ebesiyle veya doğum kliniği ile iletişime geçerse, telefon triyajıyla doğumun değerlendirmesinin yapılması ve yüz yüze bir değerlendirmenin gerekli olup olmadığını belirlenmesi önerilmektedir.

- Doğumun erken veya triyaj değerlendirmesine aşağıdakileri dâhil edilmesi önerilmektedir:

- Kadına nasıl olduğunun, isteklerinin, beklentilerinin ve varsa endişelerinin sorulması
- Kadına bebeğin hareketlerinin ve varsa değişikliklerinin sorulması
- Kadına doğumun ilk evresinde neler bekleyebileceği ve yaşadığı ağrılarla nasıl başa çıkabileceği hakkında bilgi verilmesi
- Kadına bakıma ulaştığında nelerle karşılaşacağı hakkında bilgi verilmesi
- Kadınlara bir sonraki aşamada kiminle ve ne zaman iletişime geçmesi gerektiği konusunda rehberlik de dâhil olmak üzere bir bakım planı üzerinde anlaşılması

- Kadının doğum refakatçisine rehberlik ve destek sağlanması.

Bir kadın kontraksiyonlar nedeniyle obstetrik birimine başvurursa ancak doğum eylemi başlamamışsa; bir kadının servikal değişim olmaksızın ağrılı kasılmalar yaşayabileceğinin kabul edilmesi ve gerekirse kadına bireysel destek ve analjezinin uygulanması önerilmektedir. Ebe olmadan doğum yapması ya da sıkıntı yaşamaması gibi önemli bir riske yol açmadığı sürece kadının evinde kalmasına ya da evine dönmeye teşvik edilmesi önerilmektedir.

1.2. Doğumun I. Evresinin Süresinin Kanıt Temelli İncelenmesi

Rehberler kadınların, doğumun ilk aşamasının uzunluğunun kadınlar arasında farklılık gösterebileceği konusunda bilgilendirilmesini önermektedir. Doğumun 1. Evresinin süresi ile ilgili diğer öneriler şu şekildedir (Clinical Practice Guideline on Care in Normal Childbirth, 2011; NICE, 2023);

KANIT DÜZEYİ	ÖNERİ
D	Doğumun başlangıcını belirlemedeki güçlük nedeniyle doğumun 1. evresindeki latent fazın süresi tespit edilemez.
C	Doğumun 1. Evresinin aktif fazının süresi kadınlar arasında değişir ve pariteye bağlıdır. Mutlaka doğrusal şekilde bir ilerleme gerekli değildir. <u>İlk doğumlar için:</u> - Ortalama süre 8 saattir. - 18 saatten fazla sürmesi olası değildir. <u>İkinci ve sonraki doğumlar için:</u>
D	Doğumun ilk aşaması uzun gibi görünüyorsa müdahale kararında sadece sürenin temel alınmasından ziyade dilatasyonun ilerlemesi ve diğer obstetrik faktörler temel alınmalıdır. Doğum normal seyrediyorsa, kadın ve bebek iyi durumdaysa klinik müdahale önerilmemeli veya tavsiye

NICE intrapartum bakım rehberine 2023 yılında doğumun 1. Evresinin uzaması halinde kadına destek olunması, hidrasyonun sağlanması, uygun ve etkili ağrı kesicinin önerilmesi, doğumun 1. evresinde gecikme olduğundan şüpheleniliyorsa, bulguların ve mevcut seçeneklerin kadınla tartışılması ve kararının desteklenmesi, doğumun 1. evresinde gecikme teşhis edilirse, membranları sağlam olan tüm kadınlar için, doğumu yaklaşık bir saat kısaltacağı, uterus kontraksiyonlarının gücünü artırabileceği bilgisi verildikten ve prosedür açıklandıktan sonra amniyotomi düşünülmeli maddeleri eklenmiştir.

1.3. Doğumun 1. Evresinde Kadının Değerlendirilmesi

Doğum yapan bir kadının ilk değerlendirmesi yapılırken, anamnezinin alınması, öyküsünün dinlenmesi, tercihlerinin, duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarının desteklenmesi önerilmektedir. Ebe liderliğindeki bakımın kadın için uygun olup olmadığını belirlemek için bir ilk değerlendirme yapılmalı ve bu değerlendirmede anneye ait faktörler ve bebeğe ait faktörler değerlendirilmelidir. Anneye ait faktörlerde, kadının doğum öncesi tüm kayıtları (tüm doğum öncesi tarama sonuçları dahil) gözden geçirilmelidir. Kişiselleştirilmiş bakım planı

önemlidir ve gözden geçirilmelidir. Fetal hipoksi için doğum öncesinde veya doğum sırasında herhangi bir risk faktörü olup olmadığına bakılmalıdır. Kadına kontraksiyonların uzunluğu, sıklığı ve gücü hakkında sorular sorularak bilgi verilmelidir. Kainın yaşadığı ağrı sorulmalı ve ağrıyı hafifletmek için seçenekler kadınla konuşulmalıdır. Kadının vital bulguları takip edilmeli ve kaydedilmelidir. Kadının vajinal akıntısı varsa B grubu streptokok profilaksisi için doğum sırasında antibiyotiklere ihtiyacı olup olmadığı ve eğer öyleyse bunların ihtiyaç halinde seçtiği doğum yerinde bulunup bulunmadığı kontrol edilmelidir (NICE, 2023).

Anne karnındaki bebeğin gözlemleri; kadına bebeğin son 24 saat içindeki hareketleri hakkında bilgi verilmelidir. Kadının karnı palpe edilerek fundus yüksekliği, bebeğin yattışı, prezantasyonu, pozisyonu, gelen kısmın hareketi belirlenmelidir. Kasılmaların sıklığı ve süresi takip edilmeli, kasılmanın hemen ardından en az 1 dakika süreyle fetal kalp atış hızı dinlenmelidir. Kadının ve bebeğin kalp atışlarının ayırt edilmesi için kadının nabızı palpe edilerek alınabilir. Eğer kadının normal doğum eyleminde olup olmadığı konusunda belirsizlik varsa, bir değerlendirme döneminden sonra vajinal muayenenin yararlı olabileceği, ancak her zaman gerekli olmadığı belirtilmektedir. Bu nedenle vajinal muayenenin gerekli olduğundan ve karar verme sürecine önemli katkı sağlayacağından emin olunmalıdır. Doğum ağrısı çeken, alışılmadık bir ortamda olan, kaygılı bir kadın için vajinal muayenenin sıkıntılı olabileceği düşünülmelidir. Bu nedenle işlemden önce muayenenin nedeni, neleri içerdiği hakkında bilgi verilmeli, kadının bilgilendirilmiş onamı alınmalı, mahremiyeti ve rahatlığı sağlanmalıdır. İşlem sonrasında muayene bulguları ve doğum üzerindeki etkisi kadına ve doğum refakatçilerine açıklanmalıdır. Kadına muayene başlamadan önce muayeneyi reddedebileceği veya muayene sırasında herhangi bir aşamada durmayı isteyebileceği bilgisi verilmelidir (NICE, 2023).

Downe ve ark. (2013) doğumun ilerlemesinde vajinal muayenenin etkisini belirlemek için 416 kadını içeren iki RK çalışmayı sistematik olarak incelemişlerdir. Çalışmaların kalitesi çok yüksek düzeyde bulunmamıştır. Doğumda rutin vajinal muayenenin kullanımının desteklenmesi ya da reddedilmesi konusunda inandırıcı bir kanıt olmadığı, hala günümüzde yaygın bir uygulama olduğu sonucuna varılmıştır.

Normal doğumda bakıma ilişkin klinik uygulama rehberinde bu uygulamayla ilgili öneri şu şekildedir;

KANIT DÜZEYİ	ÖNERİ
D	Normal şartlarda vajinal muayene her 4 saatte bir yapılmalıdır.
D	Çok sık vajinal muayene, yavaş ilerleyen doğum eylemi söz konusu ise, komplikasyon varsa ya da kadında ıkınma hissi başlamışsa yapılmalıdır.
D	Vajinal muayene yapmadan önce aşağıdaki işlem yapılmalıdır: - Gerçekten gerekli olduğu ve karar verme ile ilgili bilgiler sağlayacağı teyit edilmelidir. - Vajinal muayenenin rahatsız edici ve invaziv bir işlem olduğu ve enfeksiyon riskini artırdığı unutulmamalıdır. - Kadının gizlilik, saygınlığı ve rahatlığı garanti olmalıdır. - Özellikle kadın tarafından beklenilmeyen nedenler ve bulguların açıklanmasında hassas

1.4. Doğum Eyleminde Doğum Partneri Olgusunun Kanıt Temelli İncelenmesi

Hastanede yapılan vajinal doğumlarda genellikle ebeler gebe kadınlarla ilgilenmekte ve ne yazık ki ilgilendikleri kadın sayısı birden fazla olmakta, bire bir bakım verememektedirler. Bazı ülkelerde örneğin İspanya’da doğum sırasında kadının yanında bir partner olmasını ve bu partnerle iş birliği içinde olmayı desteklemektedirler. Bu görüşe göre uygulama kadının refahını arttırmakta, dolayısıyla doğum sonuçlarına da olumlu etkileri bulunmaktadır (Clinical Practice Guideline on Care in Normal Childbirth, 2011).

Normal doğumda bakıma ilişkin klinik uygulama rehberinde bu uygulamayla ilgili öneri şu şekildedir;

KANIT DÜZEYİ	ÖNERİ
A	Kadın doğum esnasında kendisine eşlik etmesini istediği kişiyi seçerek doğum sürecini birlikte yaşayabilmelidir.

Bununla ilgili olarak Cochrane’de 2007 yılında yayınlanan 16 çalışma ve toplam 13,391 kadının incelendiği bir sistematik derlemede (Hodnet ve ark., 2008); doğum sırasında standart bakım alan kadınlar ile kişisel destek alan kadınlar karşılaştırılmıştır. Sonuçlara bakıldığında doğum süreci boyunca kişisel destek alan kadınların doğumda daha az müdahaleye ve daha az ilaç uygulamasına ihtiyaç duyulduğu, doğum sürecinin kısaldığı, kadının doğum deneyiminden daha çok haz aldığı sonuçlarına varılmıştır.

Yine Hodnett ve arkadaşları 2013 yılında 15288 kadını içeren 22 RKÇ incelemiştir. Genel bakım uygulanan kadınlar ile sürekli destek sağlanan kadınlar karşılaştırılmıştır. Doğum sırasında sürekli destek sağlanmasının kadınlar ve bebekler için bilinen hiçbir zararının olmadığı ve klinik olarak anlamlı faydasının bulunduğu görülmüştür. Uygulamanın spontan vajinal doğum şansını ve kadınların doğumda memnuniyet düzeylerini arttırdığı saptanmıştır (Hodnet ve ark., 2013). Kadınlara doğum sırasında sürekli desteğin incelendiği 15,858 kadını içeren bir sistematik derlemede (Bohren ve ark., 2017) doğum sırasında sürekli desteğin, spontan vajinal doğumun artması, doğum süresinin kısaltılması, sezaryen doğumun, müdahaleli vajinal doğumun, herhangi bir analjezi kullanımının, bölgesel analjezi kullanımının, düşük beş dakikalık Apgar skorunun ve doğum deneyimleriyle ilgili olumsuz duyguların azalması dahil olmak üzere kadınlar ve bebekler için sonuçları iyileştirebileceği saptanmıştır. Sürekli doğum desteğinin zararlarına ilişkin herhangi bir kanıt bulunamamıştır.

1.4. Doğum Eyleminde Yiyecek ve Sıvı Alımının Kısıtlanması Olgusunun Kanıt Temelli İncelenmesi

Doğum eylemi sırasında yeme içme, mide içeriğinin aspirasyonun önlenmesi, her an genel anestezi ihtiyacının doğabilecek olması gibi nedenlerle engellenmektedir. Buna rağmen yeme içme kısıtlamasının olması mide içeriğinin aspirasyonu konusunda garanti vermemekte ve annenin iyilik durumunu olumsuz etkileyebilmektedir.

Normal doğumda bakıma ilişkin klinik uygulama rehberinde bu uygulamayla ilgili öneri şu şekildedir;

KANIT DÜZEYİ	ÖNERİ
A	Kadının doğum esnasında sıvı alımına izin verilmelidir.

Kadına doğum sırasında susadığında su içebileceğini ancak normalden fazla su içmenin bir faydası olmadığını söylemesi, izotonik içeceklerin sudan daha faydalı olabileceği önerilmektedir. Kadının opioid almadığı ya da sezaryenle doğumu olası kılan risk faktörleri gelişmediği sürece kadının doğum eyleminde hafif bir diyet yiyebileceği konusunda bilgilendirilmesi önerilmektedir (NICE, 2023).

Doğum eylemi sırasında yiyecek ve sıvı alımının incelendiği 2443 kadınla yapılan randomize kontrollü bir çalışmada bir grup kadına düşük kalorili küçük parçalar halinde düzenli olarak yiyecek verilmiş, diğer grup kadınların ise sadece su içmesine izin verilmiştir. Sonuçta da oral olarak beslenmenin obstetrik ve neonatal olarak olumsuz herhangi bir sonucuna rastlanmamıştır (O’Sullivan ve ark., 2009). American College of Nurse-Midwives (ACNM)’ da doğum esnasında oral beslenmeyi desteklemektedir (King ve Pinger, 2014). Singata ve arkadaşlarının 2013 yılında doğumda yeme-içmesi kısıtlanan ve kısıtlanmayan 3130 kadını içeren 19 çalışmayı inceledikleri sistematik reviewlerinin sonucunda komplikasyon riski düşük olan kadınlarda doğumda yiyecek ve sıvı alımının kısıtlanmasının fayda ve zararlarını gösterir hiçbir kanıt bulunamamıştır.

1.5. Doğum Eyleminde Rutin Lavman Uygulamasının Kanıt Temelli İncelenmesi

Doğum eyleminde yıllarca rutin olarak lavman uygulanmıştır. Bunun nedeni olarak da bağırsakların boşalmasının uterusun pozisyonu nedeniyle fetüse daha çok yer ayrılacağı, uterus kontraksiyonlarının daha etkili olacağı bunun sonucunda doğum süresinin kısılacağı ve doğum anında perine alanının asepsinin korunacağı gösterilmiştir. Günümüzde ise lavmanın doğum ağrılarının şiddetini artırması, sağlık profesyonelleri için ekstra bir iş yükü oluşturması, bakım maliyetini artırması ve kadın için nahoş bir deneyim olması ve etkinliğini gösteren kanıtlar bulunmaması sebebiyle rutin olarak uygulanmaması önerilmektedir (Chen ve Wang, 2006; Reveiz, Gaitán ve Cuervo, 2007).

Normal doğumda bakıma ilişkin klinik uygulama rehberinde bu uygulamayla ilgili öneri şu şekildedir;

KANIT DÜZEYİ	ÖNERİ
A	Lavman doğum sürecinde rutin olarak uygulanmamalıdır.

Doğum sırasında rutin lavman uygulamasının etkinliğini inceleyen bir çalışmada doğumun süresi ve enfeksiyon oranları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (Revez, Gaitán ve Cuervo, 2007).

Revez ve ark. (2013) doğumun birinci aşamasında lavman uygulamasının etkilerini belirlemek amacıyla 1917 kadını içeren 4 randomize kontrollü çalışmayı incelemişlerdir. Lavman uygulamasının kadın memnuniyeti ve perineal yara enfeksiyonu veya diğer neonatal enfeksiyonlar gibi enfeksiyon oranları üzerinde belirgin olumlu bir etkisi bulunmamıştır. Bilimsel araştırma kanıtları doğumun ilk aşamasında lavmanın rutin kullanımını desteklememektedir.

1.6. Doğum Eyleminde Perine Tıraşının Kanıt Temelli İncelenmesi

Perine tıraşı, spontan perineal yırtık olması veya epizyotomi yapılması durumunda enfeksiyon riskini azaltmak için doğumdan önce uygulanan bir prosedürdür. Doğumda perineal tıraş uygulamasının incelendiği bir sistematik derlemede perineal tıraşın varolan bir klinik yararı belirtilmemiştir. Bu sistematik derlemede incelenen çalışmalarda antiseptik solüsyon ile cilt hazırlığı yapılmış ve postpartum dönemde annede ateşin yükselmesi, perineal enfeksiyon ve insizyon yarasının açılması bakımından herhangi bir fark saptanmamıştır. Doğuma giren kadınlara perine tıraşını önermek için yeterli kanıt bulunmadığı belirtilmiştir (Basevi ve Lavender, 2014). Bu konuda normal doğumda bakıma ilişkin klinik rehberin önerisi şu şekildedir;

KANIT DÜZEYİ	ÖNERİ
D	Sistematik perineal tıraş doğumda kadınlar için önerilmez.

Literatürde de doğumda rutin perine tıraşının yapılması gereksiz ve yan etkileri olan bir girişim olarak tanımlanmakta ve yararını gösteren bir kanıt bulunmamaktadır (Chen ve Wang, 2006; Berghella, Baxter ve Chauhan, 2008).

1.7. Doğum Eyleminde Bire Bir Bakımın Kanıt Temelli İncelenmesi

Hodnett ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı 22 çalışma ve 15,288 kadını içeren sistematik reviewlerinde genel bakım uygulanan kadınlar ile sürekli destek sağlanan kadınlar karşılaştırılmıştır. Doğum sırasında sürekli destek sağlanmasının kadınlar ve bebekler için bilinen hiçbir zararının olmadığı ve klinik olarak anlamlı faydasının bulunduğu görülmüştür. Uygulamanın spontan vajinal doğum şansını ve kadınların doğumda memnuniyet düzeylerini arttırdığı saptanmıştır. Doğum süreci boyunca desteğin devam ettirilmesi ve bire bir

bakımın olumlu etkileri görülmüştür. Bu konuda rehberin önerisi şu şekilde olmuştur;

KANIT DÜZEYİ	ÖNERİ
A	Gebe kadınlara kabul edildiği zamandan itibaren doğum süreci boyunca bir ebe tarafından bakım verilmelidir.
A	Aktif fazdaki kadınlar kendi istekleri ya da kısa periyodlar dışında profesyonel bakımsız bırakılmamalıdır.

Normal doğumda bakıma ilişkin klinik uygulama rehberinde bu uygulamayla ilgili öneri şu şekildedir;

1.8. Doğum Eyleminde Mobilizasyon ve Farklı Pozisyonların Kanıt Temelli İncelenmesi

Doğum eyleminde hareketin herhangi bir olumsuz etkisi bildirilmemiştir. Dolayısıyla doğum eyleminde rutin olarak kadınların hareket etme, yürüme ve pozisyon değişikliği rutin olarak sınırlandırılmamalıdır. Yalnızca sırtüstü pozisyonda uterus kontraksiyonları ve plasental dolaşım olumsuz etkilendiği için bu pozisyondan kaçınılması önerilmektedir (Hofmeyr, 2005).

Lawrence ve ark. (2013) Doğumun birinci aşamasında kullanılan pozisyon ve hareketleri ve etkilerini belirlemek amacıyla 5218 kadını içeren randomize kontrollü çalışma ve yarı randomize kontrollü 25 çalışmayı incelemiştir. Dikey (yürüme, oturma, ayakta durma ve diz çökme) ve yatay (sırt üstü yatma, yarı oturuş ve yan pozisyon) pozisyonlar karşılaştırılmıştır. Sonuçta kadınların doğumun birinci aşamasında kendi seçtikleri dik ve mobil pozisyonları kullanmaları için desteklenmeleri ve teşvik edilmelerinin, doğumun ilerlemesini artırılabilceği, kendileri ve bebekleri için daha iyi sonuçlara yol açabileceği bulunmuştur.

Normal doğumda bakıma ilişkin klinik uygulama rehberinde bu uygulamayla ilgili öneri şu şekildedir;

KANIT DÜZEYİ	ÖNERİ
A	Kadınlar doğumun birinci aşamasında rahat ettikleri her pozisyonu benimsemeleri ve istedikleri zaman hareket etmeleri için teşvik edilmeli ve bu konuda kadınlara yardımcı olunmalıdır. (Eğer kadında epidural anestezi kullanılmış ise motor sınırlama ve engel olmadığı kontrol edilmelidir).

1.9. Doğum Ağrısının Yönetiminde Non Farmakolojik Yöntemlerin Kanıt Temelli İncelenmesi

Doğum ağrısının yönetiminde nonfarmakolojik yöntemler anne ve bebeğe daha az zararı bulunduğu için daha çok tercih edilmektedir. Literatürde doğum ağrısının yönetiminde nonfarmakolojik yöntemler olarak, hipnoz, akupunktur, aromaterapi, müzik terapisi, suya daldırma gibi yöntemler kullanılmıştır (Berghella, Baxter ve Chauhan, 2008; Hofmeyr, 2005).

Cluett ve Burns (2009) doğum ağrısında ve doğumda suya daldırma, annenin suda doğum ve doğum boyunca suya daldırılmasının anneye, fetusa, yenidoğana ve bakım vericilere sonuçlarını değerlendirmek için 3243 kadını içeren 12 randomize kontrollü çalışmayı incelemiştir. Küvet/havuzda daldırma ile daldırılmayan gruplar karşılaştırılmıştır. Kanıt olarak doğumun ilk aşamasında suya daldırma ile doğumun ilk aşamasında epidural/spinal analjezi kullanımının azaldığı ve doğumun ilk aşamasının süresini azalttığını göstermektedir. Müdahale ve sonuç değişkenliği nedeniyle doğumun birinci ve ikinci aşamalarında su kullanımı ile ilgili diğer sonuçların bilgisi sınırlıdır. Suda doğum ve suya daldırmanın fetus/yenidoğan veya kadında olumsuz etkilere neden olduğuna yönelik hiçbir kanıt yoktur. Daha fazla araştırmanın gerekli olduğu sonucuna varılmıştır.

Jones ve ark (2012) doğumda ağrıyı azaltmada farmakolojik ve non farmakolojik yöntemlerin etkisini içeren sistematik derlemede cochrane, medline ve EMBASE’de yayınlanmış 18 randomize kontrollü çalışmayı incelemişlerdir. Epidural, kombine spinal epidural ve inhaler analjezi doğumda ağrı yönetiminde etkilidir fakat yan etkilerin ortaya çıktığı saptanmıştır. Epidural ya da inhaler analjezi plasebo ile karşılaştırıldığında ağrıyı azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Epidural analjezi opioidler ile karşılaştırıldığında daha etkili olduğu

belirtilmektedir. Epidural analjezi alan kadınlar sıklıkla hipotansiyon, motor blokaj, ateş ve üriner retansiyonu sıklıkla deneyimlediği saptanmıştır. Ağrıyı azaltma ve ağrı ile memnuniyeti sağlamada suya daldırma, relaksasyon, akupunktur ve masajın etkili olduğu belirtilmiştir. Hipnoz, biofeedback, steril su enjeksiyonu, aromaterapi ve TENS doğumda ağrıyı hafifletmede etkisi konusunda etkili bir yargılama yapmak için yeterli kanıt olmadığı konusunu vurgulamıştır. Normal doğumda bakıma ilişkin klinik uygulama rehberinde bu uygulamayla ilgili öneri şu şekildedir;

KANIT DÜZEYİ	ÖNERİ
B	Doğum boyunca ağrıyı azaltmada annelerin beklentileri mümkün olduğunca yerine getirilmelidir.
B	Masaj ve sakinleştirici fiziksel temas yöntemlerinin doğumun 2. ve 3. Evrelerinde ağrının azaltılmasında kullanılması önerilir.
A	Sıcak suya daldırma metodu doğumun 1. evresinin geç fazında uygulanması önerilir. Bu metodun doğumun erken evrelerinde uygulanması indüksiyon ihtiyacını arttırabilir.
B	Doğum sırasında steril su enjeksiyonu bel ağrısını gidermede etkili bir yöntem olarak tavsiye edilir. Kadınlara intradermal enjeksiyon sırasında kısa süreli batma ve acı hissedecekleri konusunda bilgi verilmelidir.

KAYNAKLAR

Basevi, V., & Lavender, T. (2014). Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd001236.pub2>

Berghella, V., Baxter, J. K., & Chauhan, S. P. (2008). Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199(5), 445–454. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.06.093>

- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003766.pub6>
- Chen, C.Y., & Wang, K. G. (2006). Are Routine Interventions Necessary in Normal Birth? *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 45(4), 302–306. [https://doi.org/10.1016/s1028-4559\(09\)60247-3](https://doi.org/10.1016/s1028-4559(09)60247-3)
- Clinical Practice Guideline on Care in Normal Childbirth, Ministry For Health And Social Policy, 2011, Íspanya.
- Cluett, E. R., & Burns, E. (2013). Immersion in water in labour and birth. *Sao Paulo Medical Journal*, 131(5), 364. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.20131315t2>
- Downe, S., Gyte, G. M., Dahlen, H. G., & Singata, M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd010088.pub2>
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2008). Continuous Support for Women During Childbirth. *Birth*, 32(1), 72. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00336.x>
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane database of systematic reviews*, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5>
- Hofmeyr, G. J. (2005). Evidence-based intrapartum care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 19(1), 103–115. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2004.10.009>
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000081.pub3>
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T., & Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009234.pub2>

- Forrester King, J. (2005). A short history of evidence-based obstetric care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 19(1), 3–14. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2004.09.003>
- King, T. L., & Pinger, W. (2014). Evidence-Based Practice for Intrapartum Care: The Pearls of Midwifery. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59(6), 572–585. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12261>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Sao Paulo Medical Journal*, 129(5), 362. <https://doi.org/10.1590/s1516-31802011000500015>
- Muraca, G. M., Sabr, Y., Lisonkova, S., Skoll, A., Brant, R., Cundiff, G. W., & Joseph, K. S. (2019). Morbidity and Mortality Associated With Forceps and Vacuum Delivery at Outlet, Low, and Midpelvic Station. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 41(3), 327–337. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.06.018>
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2023.
- O'Sullivan, G., Liu, B., Hart, D., Seed, P., & Shennan, A. (2009). Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial. *BMJ*, 338(mar24 2), b784. <https://doi.org/10.1136/bmj.b784>
- Revez, L., Gaitán, H. G., & Cuervo, L. G. (2013). Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000330.pub2>.
- Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003930.pub3>
- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı. Doğum eylemi, Sistem ofset matbaacılık; Ankara, 2013

World Health Organization (WHO). (2015). WHO statement on caesarean section rates. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO?sequence=1>

World Health Organization (WHO). (2014). WHO Recommendations for Augmentation of Labour. WHO Regional Office for the Western Pacific.

Zhao, Y., Lu, H., Zang, Y., & Li, X. (2020). A systematic review of clinical practice guidelines on uncomplicated birth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127(7), 789–797. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16073>