

HEMŞİRE VE EBELİK

ALANINDA ULUSLARARASI
ARAŞTIRMA VE DEĞERLENDİRMELER

EDİTÖR

DOÇ. DR. JÜLİDE GÜLİZAR YILDIRIM DUMAN

ARALIK
2023

 SERÜVEN
YAYINEVİ



Genel Yayın Yönetmeni / Editor in Chief • C. Cansın Selin Temana

Kapak & İç Tasarım / Cover & Interior Design • Serüven Yayınevi

Birinci Basım / First Edition • © Aralık 2023

ISBN • 978-625-7721-59-2

© copyright

Bu kitabın yayın hakkı Serüven Yayınevi'ne aittir.

Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz, izin almadan hiçbir yolla çoğaltılamaz. The right to publish this book belongs to Serüven Publishing. Citation can not be shown without the source, reproduced in any way without permission.

Serüven Yayınevi / Serüven Publishing

Türkiye Adres / Turkey Address: Kızılay Mah. Fevzi Çakmak 1. Sokak

Ümit Apt No: 22/A Çankaya/ANKARA

Telefon / Phone: 05437675765

web: www.seruvenyayinevi.com

e-mail: seruvenyayinevi@gmail.com

Baskı & Cilt / Printing & Volume

Sertifika / Certificate No: 47083

HEMŞİRE VE EBELİK

Alanında Uluslararası Araştırma ve Değerlendirmeler

Aralık 2023

Editör

DOÇ. DR. JÜLİDE GÜLİZAR YILDIRIM DUMAN

İÇİNDEKİLER

Bölüm 1

AFETLERDE CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ

Kıymet Öztepe YEŞİLYURT 1

Bölüm 2

OTİZME YÖNELİK MEVCUT YAKLAŞIMLAR VE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Eylül Gülnur ERDOĞAN, Elif ERBAY ÖZDEDE 23

Bölüm 3

ETİK VE YASAL BOYUTLARIYLA TEKNOLOJİNİN HEMŞİRELİK UYGULAMALARINDAKİ ROLÜ

Özkan SİR, Ebubekir KAPLAN..... 37

Bölüm 4

SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARINDAN "ASTİM" VE HEMŞİRELİK BAKIMI

İsmail KELEŞ..... 49

Bölüm 5

TRANSSEKSÜEL HASTANIN AMELİYAT SÜRECİ VE BAKIMI

Büşra ŞAHİN, Halise ÇİNAR..... 61

Bölüm 6

SEREBRAVASKÜLER HASTALIKLARDA FOKAL BEYİN DİSFONKSİYONU VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Halise ÇİNAR, Deniz Ezgi BİTEK 83

Bölüm 7

ALZHEİMER HASTALIĞI OLAN YAŞLI BİREYLERİN HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Deniz Ezgi BİTEK..... 99

Bölüm 8

ANNE SÜTÜNÜN ÖNEMİ VE EMZİRMEDE HEMŞİRENİN GİRİŞİMSSEL ROLÜ

Elif DAĞ, Aziz AKSOY..... 115

Bölüm 9

KANSER TANILI BİREYLERDE AKUPRESURUN YORGUNLUĞA ETKİSİ

Esra ÇAVUŞOĞLU..... 139

Bölüm 10

MENOPOZ SONRASI DÖNEM VE OSTEOPOROZ

Gökcem DURU..... 151

Bölüm 11

SİRKADİYEN RİTİM VE KARDİYOMETABOLİK SAĞLIK

Seçil EKİZ ERİM..... 165

Bölüm 12

PREMATÜRE BEBEKLERİN EVDE BAKIMI

Müge SEVAL, Derya YİĞİT..... 179

Bölüm 13

YAŞLI BİREYLERDE POSTOPERATİF DELİRYUM

Ebubekir KAPLAN, Özkan SİR..... 193



Bölüm 1

AFETLERDE CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ

Kıymet Öztepe YEŞİLYURT¹

¹ Dr. ,Hakkari Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi ORCID ID: 0000-0003-4106-8864

GİRİŞ

Büyük felaket, bela, yıkım anlamlarına gelen “Afet” kelimesi Türkçeye, Arapça’dan geçmiştir (Develioğlu, 2006). Genellikle afet denince günlük dilde doğa olayları ile gelen yıkım anlaşılmaktadır. Benzer şekilde TDK’da (Türk Dil Kurumu) afet, çeşitli doğa olaylarından kaynaklı yıkım şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2020). Dünyamızda yaşanan sürekli değişim ve dönüşümler nedeniyle yaşam koşulları değişmekte ve şehir merkezleri çok fazla göç almaktadır. Çok sayıda insanın küçük bir alanda yaşamını idame ettirmesi, o yerde yaşanan bir olumsuzluktan birçok insanın etkilemesine neden olmaktadır. Bu nedenle afetin, sadece doğa olayları sonucu oluşmadığı, insanlardan kaynaklı da oluşabileceği ifade edilmiştir (Kadioğlu, 2008a). Bu bağlamda afet tanımı; ‘toplumun bir kesimi veya tamamı için fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik kayıplara neden olan, normal hayatı, insan faaliyetlerini kesintiye uğratan, olaydan etkilenen toplumun cevap verebilirliğinin yeterli olmadığı doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olaylardır’ şeklinde yapılmıştır (TÜBA, 2020).

Afet; afetin meydana geldiği anı, sonrasında yaşananları ve doğurduğu sonuçları da kapsayan bir kavramdır (AFAD, 2020a). Yaşanan bir olayın afet niteliği kazanabilmesi için mutlaka can, mal ve insan kaybının olması gerekir. Herhangi bir kaybın olmadığı olaylar afet olarak ifade edilmemektedir (Şahin ve Sipahioğlu, 2003; Ergünay, 2008).

AFET TÜRLERİ

Afet algısı ülkelerin gelişmişlik düzeylerindeki farklılaşma ve zaman geçişlerine bağlı olarak sürekli değişim gösterebilmektedir. Afet türlerinin sınıflandırması afet tanımında olduğu gibi güncellenmektedir. Bu sebeple afet türleri için farklı sınıflandırmalar bulunmaktadır. AFAD’a göre afetler; etki, kaynak ve ortaya çıkış biçimine göre gruplara ayrılmıştır. Bu afetler:

❖ **Jeolojik Afetler:** Deprem, heyelan, tsunami, kaya düşmesi, volkanik patlamalar ve çamur akıntıları,

❖ **Klimatik Afetler:** Sıcak veya soğuk hava dalgası, kuraklık, dolu, yıldırım, hortum, kasırga, tayfun, siklonlar, sel, tornado, aşırı kar yağışları, tipi, çığ, asit yağmurları, buzlanma, sis ve hava kirliliği,

❖ **Biyolojik Afetler:** Erozyon, salgınlar, yangınlar, böcek istilası ve orman yangınları,

❖ **Sosyal Afetler:** Göçler, terör, yangınlar, savaşlar,

❖ **Teknolojik Afetler:** Sanayi kazaları, maden kazaları, ulaşım kazaları ve biyolojik, nükleer, kimyasal silahlar ve kazaların oluşturduğu afetler olarak sınıflandırılmaktadır (AFAD, 2020b).

Afetler meydana geliş hızlarına göre ‘ani ve yavaş gelişen afetler’ olarak iki sınıfa ayrılabilirler. Deprem, fırtınalar, heyelan, çığ, volkanlar, seller, kaya düşmesi, yangınlar vb. afetler ani gelişen; kuraklık, erozyon, kıtlık, şiddetli soğuklar gibi afetler ise yavaş gelişen afetler içerisinde yer almaktadır (AKOM, 2020).

Günümüzde afet türleri için literatürde de daha çok yer alan ‘insan ve doğal kaynaklı afetler’ şeklinde kapsayıcı bir sınıflandırma da mevcuttur. Doğada süre gelen olaylar sonucunda oluşan doğal afetler meteorolojik ve jeolojik afetler olmak üzere kendi içerisinde iki gruba ayrılmıştır. Deprem, seller, su taşkınları, toprak kaymaları, kaya düşmeleri, çığ, fırtınalar, hortumlar, volkanlar, yangınlar şiddetli soğuklar, kuraklık ve kıtlık doğal afetler sınıfındadır. İnsani faktörler sonucunda oluşan afetler ise insan kaynaklı afetleri oluşturmaktadır. Terör, savaş, göç, kimyasal biyolojik radyolojik nükleer kazalar, salgın hastalıklar bu gruba örnektir (Kadıoğlu, 2011b).

AFETLERİN ETKİLERİ

Zamanı, yeri, türü ve büyüklüğü bilinmeyen afetler, toplumların mal ve can güvenliğine yönelik büyük tehlikeleri beraberinde getirmektedir. Afetler meydana geldikleri ülkelerde onarılması güç kayıplara ve ekonomik ilerlemenin durma noktasına gelmesine neden olmaktadır (Yılmaz, 2012).

Can kayıpları ve fiziki kayıplar ile yaralanmalar afetlerin neden olduğu en olumsuz sonuçlardandır. Bunlarla beraber zarar gören veya yıkılan konutlar ve işyerleri de önemli kayıplar arasında yer almaktadır (Altun, 2018). İnsanları ve çevreyi etkileyen afetler, Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü (OECD) tarafından dört temel başlıkta incelenmektedir. Bu temel etkiler sırasıyla;

- ❖ Zarar görenlerden, sakat kalanlardan, yaralananlardan ve hayatını kaybedenlerden kaynaklanan fiziksel etkiler,
- ❖ Kişilerin toplumsal ve sosyal hayatlarına etki eden tarım, yapı ve alt-yapı sistemlerinden kaynaklı fiziksel hasarlardan kaynaklanan etkiler,
- ❖ Meydana gelen zararın ekonomik ve mali sonuçlarından oluşan ekonomik etkiler,
- ❖ Gerçekleşen afetlerden sağ olarak kurtulanların yaşadığı ruhsal, sosyal ve fiziksel travmaların meydana getirdiği sosyolojik etkilerdir (Karabulut ve Bekler, 2019).

AFET YÖNETİMİ

Afetlere yönelik Birleşmiş Milletler Genel Sekreterliği'nin Uluslararası Doğal Felaketlerin Azaltılması çalışmaları, bireylerin eğitilmesini ve afetlerin

meydana getireceği zararların azaltılmasını sağlamak için bilinçli ve güvenli toplum oluşturmadaki girişimlerini artırmıştır (Bor, 2023). Bu yönde afet yönetiminin önemi ortaya çıkmakta; herhangi bir afet öncesinde, sırasında ve sonrasında toplumun tüm kurum ve kuruluşlarının planlı, koordineli ve destek verilen ortak bir amaç doğrultusunda yönetilmesi de afet yönetimi olarak ifade edilmektedir (Erkal ve Değerliyurt, 2011). Diğer bir ifadeyle afet yönetimi, afetlerin zararlarının azaltılması ve önlenmesi için gerekli yönetsel, teknik ve yasal çalışmaların uygulanması ve uygulamaya aktarılması için öncesinde hazırlık yapılan, mevcut sistemi sürekli güncelleyen bir yönetim sistemidir (Akdağ, 2002). Kadioğlu'na (2008) göre afet sonucunda oluşabilecek zararların azaltılması veya doğabilecek olayların önlenmesi amacıyla hazırlıkların yapılması, oluşan afet sırasında müdahale etme ve afet sonrası hızlıca iyileştirme çalışmalarının hepsinin, toplumun bütün kesimini kapsayacak şekilde desteklenmesi, planlanması, koordine edilmesi ve yönlendirilmesi 'afet yönetimi' olarak tanımlanmaktadır (Kadioğlu, 2008a).

Afet yönetimi safhaları; afet öncesi, sırası ve sonrası yönetim şeklindedir. Afet öncesi safhası, afetlerin zararlarını azaltmak için afet öncesinde yapılan çalışmaların tümünü kapsamaktadır. Afet sırası yönetim safhası afetin gerçekleştiği anda gerekli arama ve kurtarma çalışmalarının yapıldığı, afetzedelerin her türlü ihtiyaçlarının en kısa sürede karşılandığı ve lojistik faaliyetlerin sağlandığı aşamadır. Afet sonrası aşamada ise mümkün olan en kısa sürede, normal hayata dönmek için yürütülen çalışmalar yer almaktadır (Büyükkaracıan, 2016).

Afet yönetimi, afetin meydana geliş gerçeğini yok saymak değil, aksine bu gerçeğin kabul edilmesini, yönetilmesini ve olumsuz etkileri ile mücadele edilme sürecinin kontrol altına alınmasını hedefleyen dinamik ve süreklilik gösteren bir aşamadır (Işık ve ark., 2012). Bu mücadelenin parçalarını birçok alan oluşturmaktadır. Eğitim alanından sağlık, imar ve kurtarma birimlerine kadar birçok alan ve kurumun afet konusunda birlikte çaba sarf ettiği görülmektedir (Şengün ve Temiz, 2007).

Meteoroloji, hidroloji, sismoloji, deprem ve rüzgar mühendisliği gibi fen bilimleri; sağlık hizmetleri, kamu yönetimi ve siyasal bilimler, psikoloji ve sosyal hizmetler gibi çeşitli disiplinler afet yönetiminde görev almaktadır (Hoşgörmez, 2010). Afet yönetimi uygulamaları ile ilgili göz önünde bulundurulması gereken başlıca beş nokta şunlardır:

❖ Afet yönetimi afetin meydana geldiği bölge veya alan ile sınırlı değildir.

❖ Afet olaylarının büyük bir kısmı doğal kaynaklı nedenlerle meydana geldiği için afet yönetimi çevresel sorunlar ile ele alınmalıdır.

- ❖ Afetlerin zararlarının yerel, ulusal ve bölgesel düzeyde en aza indirilmesi için stratejilerin geliştirilmesi sürecinde, hangi afetten hangi bölgelerin ve kimlerin etkileneceğinin tespit edilmesi gerekmektedir.
- ❖ Serbest pazar güçleri, ekonomik özendiriciler ve ekonomik verimlilik gibi devletin sosyal sorumlukları kapsamında yer alan kavramlar toplumsal refah, sağlık ve korunma gereksinimleri ile birlikte düşünülmelidir.
- ❖ Afetlerin zararlarını azaltacak şekilde politika ve stratejiler oluşturulmalıdır (Işık ve ark., 2012).

TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA HEMŞİRELERİN AFETLERE HAZIRLIK DURUMLARI

Hazırlıklı olma durumu afetlerin etkilerini ve risklerini sınırlandırarak müdahalelerde bulunabilmeye odaklı bir mekanizma oluşturmak üzere kurulmuş olan faaliyetler bütünü olarak tanımlanmakta ve afete müdahale döngüsünün en önemli adımı olarak kabul edilmektedir (Güngörmüş ve ark., 2023).

Afetlerin olumsuz etkileriyle baş etmede hemşirelik mesleği kritik bir rol oynamaktadır (Seren ve Dikeç, 2023). Ancak hemşirelerin bu rolleri üstlenmesi, değerlendirme, triyaj ve destek yöntemleri konusunda kanıta dayalı bilgiyi gerektirmektedir. Ayrıca kurtarma, bakım, eğitim, danışmanlık ve yöneticilik yapabilecekleri için hemşirelerin afet yönetimi konusunda tam olarak eğitilmeleri ve hazırlıklı olmaları gerekmektedir (Taşkiran ve Baykal, 2019). Bir afete müdahale etmek, hemşireleri hem mesleki hem de kişisel olarak etkileyen oldukça zorlayıcı bir deneyimdir (Hugelius ve ark., 2017). Hemşireler afete hazırlık, afet müdahalesi ve iyileştirme faaliyetlerinde bulunma, hafifletme süreçlerine katılma gibi faaliyetlerde bulunarak, afet yönetiminde ve afetlerden etkilenen bireylere yardım etmede hayati bir rol oynamaktadırlar (Hugelius, 2021).

Afetler sırasında kurtarma, ilk yardım ve tıbbi bakımda hasta ihtiyaçlarına doğrudan bakım sağlayan ve müdahale eden en büyük sağlık gruplarından biri hemşirelerdir (Wang ve ark., 2023). Bu sebeple afet müdahalesi sırasında hemşirelerin, bireyin sağlık bakım ihtiyacı ve hizmetine cevap verebilmeleri için iyi bir bilgi birikimine ve beceriye sahip olmaları gerekmektedir (Al Harthi ve ark., 2020). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) geleceğin hemşireleri olarak hemşirelik öğrencilerinin de afetlere müdahalede gerekli bilgi ve becerilere sahip olmaları gerektiğini belirtmektedir (WHO, 2008). Bu doğrultuda DSÖ hemşirelik eğitiminin tüm aşamalarında, hemşirelik müfredatına afetlere hazırlık ve acil müdahale konularının da dahil edilmesini önermiştir (Cruz ve ark., 2022).

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) 'Afet Hemşireliği Yeterlilikleri Çerçevesi' ve 10 yıl sonra da 'Afet Hemşireliği'nde Temel Yeterlilikler' konularında yayınladığı iki belgede, personel veya yönetici pozisyonlarındaki genel profesyonel hemşirelerin veya ileri düzey/uzman hemşireler ile klinik veya akademik ortamlarda çalışan tüm hemşirelerin, afete hazırlık, planlama ve iletişim gibi alanlarda mesleki becerilerini geliştirmeye odaklanması gerektiğini belirtmiştir (ICN, 2019).

Afet hemşireliği hem tüm hemşirelerin sahip olması gereken genel bir klinik yeterlilik, hem de özel bilgi ve beceri gerektiren uzmanlık yeterliliği olarak görülmektedir (Hugelius, 2021).

DSÖ, hemşirelerin acil durumlarda bakım sağladığını ve evrensel sağlık güvencesine ulaşmada etkili olduklarını belirtmektedir (WHO, 2019). Ancak küresel afet hemşireliği eğitimi ve araştırmalarında eksiklikler bulunmaktadır (Taşkiran ve Baykal, 2019; Halstead, 2013) Jolyon May'in anket sonuçları, afet yönetimi ve eğitim süreçlerinde hemşirelerin katılımının doktorlara göre daha az olduğunu ve afet müdahale becerisine gösterilen ilginin yeterli olmadığını göstermektedir (May ve ark., 2015) Yine 2018'de yapılan bir çalışmada hemşirelerin afet müdahalelerine hazırlıksız oldukları belirlenmiştir (Labrague ve ark., 2018). Yapılan çalışmaların, klinik afet hemşireliğinin gerçekte neleri gerektirdiği ve hemşirelerin farklı afet durumlarında etkili bir şekilde çalışabilmeleri için neye ihtiyaç duyduklarına odaklanmasından ziyade bu çalışmaların afet hemşireliğinin yetersizliğine odaklandıkları görülmektedir. (Al Thobaity ve ark., 2018; Labrague ve ark.,2018). Hemşireler arasında afetlere hazıroluşluğu ölçmek için kullanılan araçların çoğunun öz bildirim dayalı olduğu ve kullanılan farklı ölçme araçlarının hemşirelerin hazıroluşluklarının karşılaştırılmasını zorlaştırdığı belirtilmektedir. Afet hemşireliğinde, hemşirelerin; neye hazırlıklı olmaları gerektiğini, gerçek bir afette karşılaşacakları durumlarda hangi yöntemlerin ve müdahalelerin etkili olabileceğini nasıl seçeceklerini ve afetten etkilenen nüfusun gerçek ihtiyaçlarının neler olduğunu nasıl değerlendirebileceklerini bilmeleri çok önemlidir (Hugelius, 2021). Türkiye'de yapılan bir araştırmada Türk hemşirelerin afetlere hazır olmadığı ortaya çıkmıştır (Taşkiran ve Baykal, 2019). Bu çalışmadaki hemşirelerin afetler konusunda eğitilmiş ve yetkin olmanın önemini bilmelerine rağmen, kendilerini yeterli ve özgüvenli hissetmedikleri ortaya çıkmış, bu yönde çalışmadaki hemşirelerin de dahil olduğu afet komitelerinin kurulması, hemşirelerin afete hazırlık ve müdahale becerilerinin geliştirilmesine yönelik stratejilerin benimsenmesi önerilmiştir.

AFETLERDE CERRAHİ GİRİŞİMLER VE CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ UYGULAMALARI

Afetlerde ilk etapta ihtiyaç duyulan hemşirelik bakımının çoğu temel hemşirelik uygulamalarından oluşmaktadır. Ancak, kaotik ortam ve durum-

larda hemşirelerin becerilerini daha az kaynakla daha çok insan için kullanmaları gerekmektedir (Erdoğan, 2018). Afet durumlarında hemşirelerin; çok sayıdaki ölü ve yaralının yanında sınırlı kaynakla bakım verebilmesi ve süreci yönetebilmesi oldukça önemlidir (Karakış, 2019). Bu bölümde literatürde incelenen afet çalışmalarında özellikle depremler ve savaşlarda cerrahi uygulamaların gerçekleştirildiği görülmüş ve bu yöndeki hemşirelik bakım ve uygulamaları üzerinde durulmuştur.

Depremlerde Cerrahi Hemşireliği Uygulamaları

Türkiye’de en çok yaralanmaya, sakatlanmaya ve can kaybına yol açan afetin deprem olduğu belirtilmektedir (Bahadır ve Uçku, 2018; Erden ve Yıldız, 2023). Genellikle depremler nedeniyle gelişen travmatik yaralanmalar, bireylerin kısa veya uzun süreli olarak engellilik yaşamasına neden olabilmektedir. Depremlerde travmaya bağlı gelişebilecek yaralanmalar arasında; ezilme sendromu, periferik sinir veya spinal kord yaralanmaları, kırıklar, ampütasyonlar, travmaya bağlı gelişen beyin hasarı gibi sorunlar yer almaktadır. Bu durumların uzun vadede fiziksel ve psikolojik problemlere yol açtığı göz önünde bulundurularak gerekli cerrahi girişimlerin uygulanması ve bu hastaların rehabilitasyonlarının geciktirilmeden sağlanması gerekmektedir (Yılmaz ve Kocamaz, 2023; Erden ve Yıldız, 2023).

❖ Ezilme Sendromu ve Ampütasyonlarda Hemşirelik Girişimleri:

Acil tıbbi müdahale gerektiren, hayati tehlikesi olan, tedavisi ezilmenin şiddetine ve hastanın genel durumuna göre değişen ezilme (crush) sendromlarında (Anderson ve ark., 2022) hemşire; hastalarda gelişebilecek komplikasyonları bilerek, hastalara özel bakımı planlayarak ve uzuv kayıplarının önlenmesine yönelik süreci yöneterek, enfeksiyon riskinin azalmasını ve hastaların durumlarının stabil hale getirilmesini sağlamalıdır (Güner ve Öncü, 2014). Genellikle deprem sonrasında yaşanan ezilme sendromunun cerrahi tedavi ve bakım sürecine bakıldığında, özellikle ezilmeye bağlı doku harabiyeti ve kompartman sendromu geliştiği görülmektedir. Bu durumlarda en çok ampütasyon veya fasyotomi uygulamaları yapılmaktadır (Gül ve Andsoy, 2015). Sadece kompartman sendromu belirtileri varsa fasyotomi uygulanırken (Walters, 2016), ezilmiş uzvun bireylerde crush sendromuna neden olmasını önlemek için ise ampütasyon uygulaması tercih edilmektedir (Reis ve Better, 2016). Ancak ilk hedef morbiditenin önlenmesi için uzuvların korunmasıdır (Karahan ve ark., 2023).

Ezilme (crush) sendromlu hastaların hemşirelik bakımı, uzuv kayıpları ve gelişebilecek diğer sakatlıkların tedavisini, fonksiyonların yeniden kazanılmasını ve psikolojik destek verilmesi gibi çeşitli uygulamaları içerebilmektedir (Karahan ve ark., 2023). Ezilme sendromuna bağlı gelişen ölümlerin; sepsis, çoklu organ yetmezliği, dissemine intravasküler koagülasyon bozuk-

luğu (DİK), hiperkalemi ve akut rezidüel distres sendromu nedeniyle geliştiği ve hepsinin sürekli hasta takibi ve yoğun bakım şartlarında bakım verilmesi gereken komplikasyonlar olduğu görülmektedir (Gupta ve ark., 2021). Afetzedelerde gelişen akut böbrek yetersizliğini önleyebilmek için acil intravenöz infüzyon uygulanmalıdır (Baysarı, 2023). Bu yöndeki hemşirelik tanılarının; sıvı volüm fazlalığı, düşünce süreçlerinde bozulma, duyuşsal-algısal değişiklikler, anksiyete, kronik böbrek yetersizliği riski, enfeksiyon riski ve baş etmede yetersizlik üzerine yoğunlaştığı görülmektedir (Gerkuş ve Sivrikaya, 2020).

Ezilme sendromunda gelişen sepsisin erken tanılanması ve uygun tedavinin başlanması hasta için hayati önem taşımaktadır. Bu yöndeki uygulamalar; antibiyotik uygulaması öncesi kültürlerin alınmasını, antibiyotik uygulamalarını, serum laktat düzeyi ölçümlerini ve intravenöz sıvı uygulamalarını içermektedir (Evans ve ark., 2021). Hemşirelerin klinik uygulamalar sırasında sepsisin erken belirti ve bulgularını bilmesi ve takip etmesi oldukça önemlidir (Threatt, 2020).

İki ya da daha fazla organın işlevlerinde bozukluğa bağlı gelişen çoklu organ yetmezliği durumunda (Gourd ve Nikitas, 2020), klinik değişikliklerin öngörülmesi ve resüsitasyonunun en kısa sürede başlatılması, bunun için de hemşirelik görevlerinin klinik hasta izlemi ve monitorizasyonuna odaklanması gerektiği belirtilmektedir (Korach ve ark., 2022). Yaygın damar içi pıhtılaşma sendromu (Dissemine intravasküler koagülasyon (DİK)) saptanan ezilme sendromlu hastaların hemşirelik bakım uygulamalarında; kan ürünlerinin transfüzyonu, heparin uygulamaları, hastanın yaşam bulguları ve laboratuvar değerlerinin takibi yer almaktadır (Moore ve ark., 2020; Savioli ve ark., 2020).

Ezilme sendromunda hiperkaleminin ölüme neden olduğu bilinmekte (Akdam ve Alp, 2015), tedavisinde insülinle birlikte glikoz, diüretik ve potasyumdan fakir diyet uygulaması gerekmektedir (Palmer ve ark., 2021). Hiperkalemi gelişen hastada hemşire; hiperkalemiye bağlı fizik muayene bulguları ile yaşamsal bulguları ve laboratuvar değerlerini takip etmelidir (Karadağ ve Opak, 2022; Karahan ve ark., 2023).

Kompartman sendromu gelişen bireylerde öncelikli amaç kompartman sendromunun önlenmesidir. Bunun için ödem ve kanamanın en aza indirilmesi, dış daraltıcı kuvvetlerin azaltılması gerektiğinden, hemşirelerin etkilenen ekstremitayı kalp seviyesine konumlandırması ödemin en az seviyeye indirilmesini sağlayacaktır (Karahan ve ark., 2023). Ayrıca arteriyel kan basıncının korunmasında hastanın yeterli hidrasyonu sağlanmalıdır (Güler ve Köse, 2022). Kompartman sendromunun gelişmesi halinde ise hemşireler hastada ağrının değerlendirilmesini, nörovasküler takibini, kompartman içi

basınç izlemine ve fasyotomi açısından hasta izlemine dikkatli yapılmalıdır (Damar ve Bilik, 2014).

Amputasyon cerrahisinin uygulandığı durumlarda hemşirelik bakımında hastanın; doku perfüzyonunun düzeltilmesine, ağrının giderilmesine, fiziksel hareketin sağlanmasına ve düşme riskinin önlenmesine, cilt bütünlüğünün korunmasına, bilgi eksikliğinin giderilmesine, enfeksiyonun önlenmesi, anksiyetenin giderilmesi, bozulmuş beden imajının düzeltilmesine yönelik uygulamalara odaklanıldığı belirtilmektedir (Schreiber, 2017).

❖ Periferik Sinir Yaralanmalarında Hemşirelik Girişimleri:

Depremlerden kaynaklanan en sık karşılaşılan periferik sinir yaralanmalarını radial, ulnar, tibial, median sinir, brakiyal plexus, peroneal, siyatik ve femoral sinir yaralanmaları oluşturmaktadır (Erden ve Yıldız, 2023; He ve ark., 2015). Bu yaralanmalar genellikle deprem sonrasında kırıklar ve ezilme yaralanmalarıyla birlikte görülmekte ancak afetzedeye müdahale eden ekibin gözünden kaçarak ciddi problemlere yol açabilmektedir (WCPT, 2016). Periferik sinir hasarının prognozu ve iyileşme süresinin belirlenmesinde, sinirin hasar düzeyinin bilinmesi gerekir (Erden ve Yıldız, 2023). Hemşire etkilenen alanın tanınması aşamasından sonra işlev kaybı ve komplikasyon gelişimini önlemeye yönelik hemşirelik bakımını planlamalıdır. Sinir onarımı ve serbest greftleme sonrasında bölgenin hareketsizliğinin sağlanmasında atel, alçı veya traksiyon kullanılması gerekebilir (Ayoğlu, 2015). Atel ya da alçıya alınan ekstremitenin etrafındaki cilt renk, sıcaklık, gerginlik açısından izlenmelidir. Alçı veya atelin altından drenaj olduğu, bu girişimlerin çok sıkı uygulandığı, cildin soğuk ve soluk görüldüğü durumlarda acilen hekime bilgi verilmelidir (Ayoğlu, 2015). Atel ya da alçıya alınan kolun askıya alınması, bacağın ise yastıklarla desteklenerek elevasyona alınması doğru pozisyonun verilmesi açısından çok önemlidir. Duyusal işlevlerde azalma veya kayıplara neden olabileceği düşünülerek bireyin etkilenen ekstremitesi aşırı sıcak veya soğuktan korunmalıdır. Bu yaralanmalarda trofik değişikliklere bağlı olarak ciltte tahriş ya da yara oluşumları gözlenebilmektedir. Bu nedenle parmak aralarının iyi yıkanarak kurulanması ve ciltte pullanma veya kuruma oluşmuşsa lanolinle yağlanması, tırnakların düzgün kesilerek törpülenmesi çok önemlidir. Cerrahi girişim sonrasında hastalar nörovasküler riskler, komplikasyonlar, bulgular açısından sürekli izlenmelidir (Ayoğlu, 2015). Duyu ve motor sinirlerin etkilenmesiyle gerçekleşen duyu ve motor kayıpların yanında, enkaz altında kompresyona maruz kalma sonucunda nöropraksik yaralanmalar da ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle afetzedelerde nöral yapıların etkilenim durumu, oluşan komplikasyonlar, ağrı veya ödem gelişimi, eklem hareket açıklığı, kas tonüsü, nabız ve duyu değerlendirmesi sürekli yapılmalı ve bu yönde kas kuvvetini artıracak, eklem açıklığını sağlayacak egzersizler uygulanmalıdır. Tedavi ve bakımdaki esas amaç ağrının giderilmesi, kontrak-

türlerin önlenmesi, duyu ve motor fonksiyonların geri kazanılması ile hasarlı sinirin yada sinirdeki cerrahinin korunmasıdır (Erden ve Yıldız, 2023; Lathia ve ark., 2020; WCPT, 2016). Hematom ve ödem riskinin azaltılması için ekstremitte elevasyonu ile soğuk uygulama yapılması önerilmektedir (Ayoğlu, 2015). Bu tür yaralanmalarda tedavi süresince ve taburculuk öncesinde hasta ve hastaya bakım veren yakınları, hastada gelişebilecek olan ağrı, bası yarası, kontraktür, ödem, hipersensitivite ve fonksiyon kaybı gibi komplikasyonların önlenmesi ve yönetilebilmesi açısından bilgilendirilmelidirler (Erden ve Yıldız, 2023).

❖ Spinal Kord Yaralanmalarında Hemşirelik Girişimleri:

Travmalara bağlı gelişen spinal kord yaralanmalarının depremedelerde özellikle yüksek morbidite ve mortaliteye neden olduğu bildirilmektedir (Dong ve ark., 2010). Depremlerde spinal kord yaralanmalarından en sık görüleni lumbal bölge yaralanmalarıdır. Bu yaralanmaların kurtarma ve nakil süreçlerinde görevli olan personelin yeterli bilgi sahibi olmaları, gelişebilecek ikincil yaralanmaları önlemeleri ve kısmi yaralanmaların tam yaralanmaya dönüşmesini önlenmeleri oldukça önemlidir (Erden ve Yıldız, 2023).

Spinal kord yaralanması olan afetzedelerde yaralanma bölgesinin alt kısmında spastisite veya paralizi, duyu değişiklikleri, ağrı, kan basıncı değişiklikleri, solunum veya ısı regülasyonunda değişiklikler, mide ve bağırsak sistemlerinde disfonksiyonlar gelişebilir. Yaralanmanın etkisini anlamak için ilgili sinirin seviyesi, anatomisi ve fizyolojisi, yaralanmanın kısmi veya tam tutulumunun olup olmadığının bilinmesi oldukça önemlidir (Erden ve Yıldız, 2023).

Hemşirelerin öncelikle spinal kord yaralanmalarında gelişebilecek olan şok, otonomik disrefleksi, tromboflebit, bası yarası, ortostatik hipotansiyon, spastisite ve kontraktür, derin ven trombozu ve mesane ve bağırsak problemleri gibi olası komplikasyonların sürekli izlemi ve yönetilmesi konularında eğitilmiş ve bilgili olmaları gerekmektedir (Öztekin ve Sunal, 2015; Erden ve Yıldız, 2023).

Bu yaralanmaların yönetiminde afetzedelerin olabildiğince en erken sürede aktif hale gelebilmeleri ve rehabilitasyonları çok önemlidir (Erden ve Yıldız, 2023). Bu süreçte uygulanacak hemşirelik girişimlerinin; etkili hava yolu açıklığının ve yeterli solunumun sağlanması, hasarın boyutuna göre hekimin önerdiği şekilde bireyin hareketinin sağlanması ve hareketin iyileştirilmesi, hastanın duyu ve algısal değişimlerine karşı uyumun sağlanması, cilt bütünlüğünün sürdürülmesi, üriner eliminasyonun devamlılığının sağlanması, barsak fonksiyonlarının sürdürülmesi ve hasta konforunun sağlanması konularına odaklanması, ayrıca bunlara yönelik hemşirelik girişimlerini uygulaması gerekmektedir (Öztekin ve Sunal, 2015).

❖ Kırık Yaralanmalarında Hemşirelik Girişimleri:

Depremlerdeki yaralanmaların %65'ini, tedavi ve rehabilitasyon süreci gerektiren kırıklar oluşturmaktadır (Erden ve Yıldız, 2023). Alt ekstremitelerdeki kırıkların daha fazla görülmesi, hasta bireylerin hareket ihtiyaçlarına yardımcı olan koltuk değneği veya tekerlekli sandalye gibi yardımcı araçlara olan gereksinimlerini arttırmaktadır (WCPT, 2016; Li-Tsang ve ark., 2015). Bununla birlikte parçalı veya büyük kırıkların tespit edilmesinde internal fiksasyon uygulamaları gerekebilmektedir (Erden ve Yıldız, 2023). Hastalar acil servise başvurduklarında angülasyon (anormal açı oluşumu), ağrı, deformite varlığı, bölgesel veya noktasal hassasiyet gelişimi, hareketsizlik, şişme veya krepitus gibi bulgular, ayrıca nörovasküler durumda bozulma hali ve şok belirti bulguları da görülebilmektedir (Türkmen ve ark., 2020).

Cerrahi hemşiresi, kırığın bulunduğu bölgenin anatomisi, türü, kırığın iyileşme süreci, iyileşmeyi olumsuz etkileyebilecek eşlik eden yaralanmalar veya deformitelerin varlığı, ağrı, cilt ısı ve rengi, cilt bakımı, gelişebilecek komplikasyonlar, etkilenen bölgenin eklem-hareket açıklığının düzeyi, kas tonüsü ve fonksiyonel durum değerlendirmesi ile açık kırıklarda enfeksiyon riskine karşı enfeksiyon kontrolüne yönelik girişimlerin uygulanabilmesi konularında fikir sahibi olmalıdır (Türkmen ve ark., 2020; Erden ve Yıldız, 2023). Cerrahi alana, açık kırıklara veya yara bölgelerine bağlı enfeksiyon gelişebilir. Fasyotomi uygulamalarına, steril olmayan koşullarda yapılan ameliyatlara ve hijyen yetersizliklerine bağlı gelişen enfeksiyonlara karşı hemşirenin dikkatli olması ve iyi gözlem yapması gerekir. Yara yerinde yeni gelişen veya artan ağrı, kızarıklık, ısı, şişlik, sızıntı/akıntı ve hassasiyet varsa hekimin bilgilendirilmesi önemlidir (Erden ve Yıldız, 2023; Lathia ve ark., 2020). Ayrıca hemşire kırık yaralanması olan hastalarda kırığa bağlı gelişebilecek olan periferik sinir yaralanmalarına, kompartman sendromuna, duyu ve motor kayıplara, tromboembolik olaylara, hastada hareketsizliğe bağlı oluşabilecek olan bası yaralarına, solunum veya idrar yolu enfeksiyonlarına karşı dikkatli olmalı ve hastaları bu gibi komplikasyonlara karşı takip etmelidir (WCPT, 2016; Erden ve Yıldız, 2023).

❖ Travmatik Beyin Yaralanmalarında Hemşirelik Girişimleri:

Günümüzde travmatik beyin yaralanması yüksek morbidite ve mortaliteye neden olarak yaşamı tehdit eden, travmaya bağlı ölümlerin yarısından fazlasını oluşturan, kafaya alınan bir darbe, penetran yaralanma veya bir sarsıntı sonucunda beyin işlevlerinin bozulması ile karakterize olan önemli bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır (Öztürk ve ark., 2018). Hafif veya ciddi yaralanma sonucunda geliştiği gibi etkisi ömür boyu sürebilecek bir yaralanmayla da oluşabilen travmatik beyin yaralanmalarında afetzedelerde genellikle uzun vadede kalıcı, fiziksel, bilişsel ve davranışsal engellerin,

nörolojik problemlerin ve tıbbi komplikasyonların görülebildiği ve bireylerin sosyal yaşantılarının da olumsuz etkilenebildiği belirtilmektedir (Erden ve Yıldız, 2023; Öztürk ve ark., 2018). Bu yaralanmaların sonucunda belirgin şekilde öz bakım, iş bulma ve sosyal yaşantıya uyum süreçlerinde problemlerin yaşandığı, ayrıca ailesel, ekonomik ve sosyal sorunların da ortaya çıktığı, fonksiyonel kısıtlılıkların yaşandığı belirtilmektedir (Öztürk ve ark., 2018). Travmatik beyin yaralanmalarının karmaşık olmaları nedeniyle, tıbbi ve cerrahi tedavileri ile rehabilitasyon süreçleri dahil olmak üzere multidisiplinler şeklinde yönetilmeleri gerekmektedir. Travmatik beyin yaralanmasında aşırı yorgunluk, sürekli baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, kusma, güçsüzlük, konuşma ve anlama sorunları, kulak veya burundan kan veya sıvı gelmesi, dengede bozulma, bozulmuş ruh hali, hafıza ve bilinçte bozulma, nöbet geçirme gibi belirtilerin varlığı afetzedenin durumunun kötüye gittiğini gösterir. Hemşirenin öncelikle afetzede bu belirti ve bulgular yönünden değerlendirmesi gerekmektedir (Erden ve Yıldız, 2023). Hasta takibinde ağrının yeri, şiddeti ve tipi belirlenmeli, eklem hareket açıklığının düzeyi ve kas tonusu değerlendirilmeli, propriyosepsiyon, görme ve dokunma duyuları, solunum ve yutma fonksiyonu takip edilmeli, hafıza, kognitif durum açısından hasta izlenerek, mobilite ve transfer durumu da değerlendirilmelidir. Ayrıca hemşire afetzede bası yarası veya kontraktür gelişiminin önlenmesi için pozisyon verilmesinin çok önemli olduğunu bilmeli ve gerekli uygulamaları gerçekleştirmelidir. Bu yaralanmalarda hastada gelişen ağrının ve ödemin yönetilmesi gerekir. Bu yönde ödemin kontrol altına alınabilmesi için ekstremite elevasyonu sağlanabilir. Afetzede etkilenen ekstremitesini kullanılması için cesaretlendirilmeli, afetzedenin kas esnekliğini korumak ve kontraktürleri önlemek için egzersizler yaptırılmalıdır. Travmatik beyin yaralanması olan afetzedelerde konstipasyon ağrı ve spastisiteyi artırabileceği için hasta ve yakınlarına mesane ve bağırsak eğitimi verilmelidir. Solunum ve yutma problemlerinin önlenmesi ve fonksiyonel durumun geliştirilmesi için hemşirelik uygulamaları yapılmalıdır (Erden ve Yıldız, 2023). Yapılan çalışmalarda travmatik beyin yaralanması olan afetzedelerdeki sakatlık durumunun ve ikincil hasarların önlenmesi için rehabilitasyonun afetin erken müdahale aşamasında başlatılması ve sürdürülmesi gerektiği belirtilmektedir (Erden ve Yıldız, 2023; Amatya ve ark., 2018). Bu yaralanmalarda rehabilitasyon süreci, temel aktivitelerle başlayarak aktivitelerin zorluk derecesine göre kademeli artırılmasıyla gerçekleştirilmelidir (Erden ve Yıldız, 2023).

Savaşlarda Cerrahi Hemşireliği Uygulamaları

DSÖ savaşı, toplumun normal yaşantısına engel olan, insan eliyle oluşturulan ve insanların baş etme mekanizmalarını ortadan kaldıran durum şeklinde tanımlanmaktadır (WHO, 2006). Günümüzde düzenli orduların doğrudan birbirleri ile kitle imha silahlarını kullanmadan yaptıkları konvansiyonel savaşların oldukça azaldığı, bunun yerine ayaklanma, baskın veya terörist

saldırıları olarak, yüksek teknolojinin yaygın kullanımıyla savaşların daha karmaşık olaylara dönüştüğü görülmektedir (Dülcek ve ark., 2022). Bugün savaşların günlük yaşantıda okulları, alışveriş merkezlerini, bankaları, otogarları, sokakları, otoyolları, stadyumları hedef aldığı; ateşli silahlar, bombalar, kimyasal veya biyolojik ajanlar ve nükleer silahlar yoluyla ‘terörist eylemler’ şeklinde sürdürüldüğü belirtilmektedir (Dülcek ve ark., 2022).

Savaşların veya terör saldırılarının çok fazla insanın hayatını tehlikeye attığı, bu saldırıların sağlık kuruluşlarına zarar verdiği, ilk ve acil bakım süreçlerini, savaş mağdurlarının trasferlerini, ileri tetkik ve tedavilerini de olumsuz etkilediği, tüm bunlara bağlı olarak da sağlık çalışanlarının savaş durumunda çaresiz kalabildikleri bilinmektedir (Dülcek ve ark., 2022).

Afetlerde artan sağlık bakım ihtiyacına karşın bu ihtiyacı karşılayamayan yetersiz sağlık yapıları bu sürecin en kritik sorunlarını oluşturmaktadır. Bu yönde artan sağlık bakım gereksinimlerine yönelik afet sonrası dönemde yerel sağlık yapılarının yeniden aktif hale geleceği sürece kadar geçen zamanda etkin çözümler sunmaya odaklanan sahra hastanelerinin mortalite ve morbiditenin azalmasında çok önemli rolünün olduğu belirtilmektedir (Bıçakçı ve Nevruz, 2021). Savaş bölgelerindeki sahra hastaneleri, hem daha iç bölgelerde konumlandırılmış hastanelerle ile hem de cephe hattına yakın olan sağlık birimleri ile telefon aracılığıyla sürekli ve gizli bir iletişim halindedir (Bebiş ve Özdemir, 2013). Sahra hastanelerinin ekibi; genel cerrahi, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, obstetrik ve jinekoloji, enfeksiyon hastalıkları, genel anestezi, dahiliye, pediatri, acil tıp gibi klinik uzmanları, hemşireleri, teknisyen ve diğer sağlık personelleri olmak üzere birçok disiplini içermelidir. Bu ekipte yer alacak üyelerin kalifiye olmaları ve daha önce afet tecrübelerinin bulunması sahra hastanelerinin etkinliğini ve verimliliğini arttıracaktır (Bıçakçı ve Nevruz, 2021). Ekipte yer alan hemşirelerin, savaş/terör olaylarına hazır bulunmaları ve etkili/kesintisiz sağlık bakımı verebilmeleri için kişisel ve profesyonel özelliklerini geliştirmeleri önemlidir (Dülcek ve ark., 2022). Çünkü savaş sırasında hemşireler diğer sağlık çalışanlarından farklı olarak, diğer ekip üyelerinin istedikleri tıbbi girişimlerin gerçekleştirilmesinden ve bunun yanında savaş mağduru bireylerin bakım gereksinimlerinin de karşılanmasından (yara bakımı, ağrı yönetimi, enfeksiyon takibi, ameliyata hazırlık preoperatif ve postoperatif bakım, rehabilitasyon uygulamaları vb) sorumludurlar (Bebiş ve Özdemir, 2013).

Afetler incelendiğinde savaş yaralanmalarının özellikle diğer afetlerdeki yaralanmalardan ve yaralanma mekanizmalarından daha farklı özelliklerde olduğu belirtilmektedir (Eryılmaz, 2021). Savaş yaralanmalarının çoğunluğunun katostrofik yaralanmalar olmaları nedeniyle geniş doku hasarına yola açan, yüksek kinetik enerjili ve blast etki yaratan, tabanca, silah, tüfek, roket veya el yapımı patlayıcı gibi ağır yaralanmalara sebebiyet veren mekaniz-

malara sahip olduğu ifade edilmektedir. Savaş yaralanmalarında dokuların kontamine olması ve doku hasarının çok geniş ve kavite bırakıcı özellikte olması, cerrahi sürecin ve cerrahi uygulamaların da günlük cerrahi süreçten çok daha farklı şekilde işlenmesine neden olmaktadır. Ayrıca bu yaralanmalarındaki yaranın kontamine olması nedeniyle ve tahliye sürecinin de uzun sürmesi halinde septik şok ve sonucunda da ölüm geliştiği bilinmektedir (Eryılmaz, 2021).

Savaş anında bakım veren hemşirelerin görevleri ya da branşları (cerrahi, yoğun bakım, psikiyatri, pediatri, yönetici vb.) ne olursa olsun, hemşirelerin birçok müdahaleyi en kısa zamanda ve en doğru şekilde uygulayabilmesi gerekmektedir (Bebiş ve Özdemir, 2013). Bu doğrultuda incelenen literatürde özellikle savaş cerrahisindeki hemşirelik bakım uygulamalarına odaklanmış ve özelleşmiş çalışmalara rastlanmamıştır. Ancak savaş sırasındaki genel hemşirelik bakımına yönelik literatür incelendiğinde öncelikle Kırım Savaşı sürecinde Florence Nightingale'in savaş esnasında kolera, dizanteri, beriberi, yetersiz bakım ve kötü yaşam koşulları sonucunda hayatını kaybeden çok sayıda bireyin bulunduğu ortamdaki çevrenin sanitasyonunu, el yıkama önlemlerini ve bireylerin kişisel hijyenlerine yönelik önlemleri sağlayarak hastalık oranlarının düşmesini sağladığı bilinmektedir (Bebiş ve Özdemir, 2013). Ayrıca 1. ve 2. Dünya Savaşları, Çanakkale, İran, Irak, Balkan, Kore Savaşları gibi savaşlarda görev almış hemşirelerin triyaj, debridman, yara bakımı, nazogastrik entübasyon gibi uygulamaları gerçekleştirerek, yaralı askerlerin bakımlarını yaparak, enfeksiyon oranlarının azaltılması için gereken önlemleri aldıkları belirtilmektedir (Göktaş ve ark., 2019).

Savaş sırasında bakım veren hemşirelerin öncelikle aseptik tekniklere ve sanitasyon önlemlerine, çöplerin yok edilmesine, kan, idrar gibi tıbbi atıkların uygun şekilde imha edilmesine dikkat etmeleri gerektiği vurgulanmakta ve standartlara uygun şekilde uygulanacak tedavi ve hemşirelik bakımının sağlanması, temel yaşam desteğinin uygulanması gibi konularda önemli rollerinin bulunduğu belirtilmektedir (Bebiş ve Özdemir, 2013). Savaş sırasındaki bakım savaş triyajının yapılmasıyla başlamaktadır. Bu süreçte yapılan triyaj, barış zamanındaki acil servislere acil olarak getirilen hastaların triyajından daha farklıdır. Savaş triyajında sınırlı ölçüdeki kaynağın çok fazla kişiye, en verimli şekilde kullanılması esas alındığı için öncelik sırası hayati riski daha fazla olan yaralının değil, hafif yaralanmış yürüeyebilen askerlerindir (Bebiş ve Özdemir, 2013). Trijajın tamamlanmasından sonra hemşirelerin; acil damar yolu açılması, tetanos profilaksisi, antibiyotik, analjezik ve reçeteli ilaçların uygulanması, yaralıların pansumanının yapılması, idrar sondasının takılması ve kırık kemik uçlarını, yerinden çıkmış veya şekil bozukluğuna neden olan ekstremitelerin hareket etmeyecek şekilde tespit edilmesini (splintlenmesini) sağladıkları belirtilmiştir (Sinan, 2010). Savaş alanından ambulans veya helikopterle transferi sağlanan yaralıların, getiril-

dikleri ikinci müdahale alanlarında da triyajlarının doğru şekilde yapılması ve acil müdahale alanlarına, ameliyathane veya yoğun bakım ünitelerine hızlı bir şekilde yönlendirilmelerinin sağlanması gerekmektedir (Brewer ve Ryan-Wenger, 2009; Bridges ve Evers, 2009). Bu uygulamaların yanında savaş sırasında KBRN saldırısına uğrayan yaralıların maruz kaldığı kimyasaldan uzaklaştırılması için mutlaka dekontaminasyon alanından geçmeleri sağlanmalıdır. Enfeksiyon hastalığı bulunan yaralılara ise izole edilmiş ayrı ünitelerde bakım verilmesi esastır (Bebiş ve Özdemir, 2013).

Tüm bu uygulamalara ilave olarak savaş sırasındaki bakımın yanında, hemşirelerin savaş sonrasındaki dönemde rehabilitasyon hizmetlerinde ve savaş mağdurlarında gelişebilen post travmatik stres bozukluğu, genel anksiyete bozukluğu veya majör depresyon gibi problemlerin tedavi süreçlerinde de aktif olarak görev aldıkları belirtilmektedir (Dülcek ve ark., 2022).

Sonuç olarak savaş sırasındaki hemşirelik bakımına yönelik uygulamalar incelendiğinde, cerrahi hemşiresinin; savaşın acil durumları da beraberinde getirdiğinin farkındalığıyla, savaşın acil ve yüksek risk taşıyan tehlikeli bir süreç olmasından dolayı, savaş sırasında uygulanması gereken tüm hemşirelik uygulamalarına hakim olması ve süreci en iyi şekilde yönetmesi gerektiğini bilmesi gerekir.

SONUÇ

Bu çalışmada gelecekte yapılması gereken afetlerde cerrahi hemşireliği araştırmalarının birçok önceliğinin ve bu alandaki boşlukları belirlemek için daha fazla kapsamın belirlenmesine ve sistematik incelemelerin yapılmasına ihtiyaç olduğu görülmüştür. Bu nedenle bu çalışma afetlerde cerrahi hemşireliği alanındaki mevcut incelemelere genel bir bakış sağlayacak, bilgi ve kanıtlardaki boşlukların belirlenmesinde de yardımcı olacaktır. Afetlerde cerrahi hemşireliği müdahalelerini ve afet mağdurlarına sağlanan bakımı tanımlayan veya değerlendiren az sayıda çalışma olduğundan, hem etkilenen nüfus hem de cerrahi hemşireleri arasında sağlık ve refahı geliştirmenin etkili yolları daha fazla dikkat gerektirmektedir. Ayrıca afetlerdeki cerrahi hemşireliğinin başarılı bir şekilde yönetiminin, afetlerden etkilenen nüfus ve afetlerde görevlendirilen cerrahi hemşireleri üzerinde olumlu etkilerinin olabileceği düşünülmektedir. Afet bağlamında araştırma çalışmaları yürütmenin pratik zorlukları göz önünde bulundurulduğunda, bu tür çalışmaların önceden hazırlanması ve bir dereceye kadar farklı yöntem ve değerlendirmelerin uygulanması gerekebilir. Diğer araştırma alanlarında olduğu gibi afetlerde cerrahi hemşireliğinde de sadece çalışma örnekleri olarak değil, aynı zamanda planlama, yürütme, yayma ve uygulama aşamalarında da afetten etkilenen popülasyonun, araştırma faaliyetlerine dahil edilmesine yönelik stratejilerin geliştirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- AFAD (2020, a), Açıklamalı afet yönetimi terimler sözlüğü. Erişim Adresi: <https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlugu> (Son Erişim: 12.09.2023).
- AFAD (2020, b), Afet türleri. Erişim Adresi: <https://www.afad.gov.tr/afet-turleri> (Son Erişim: 12.09.2023).
- Akdağ, S.E. (2002), Mali yapı ve denetim boyutlarıyla afet yönetimi. Sayıştay Yayın İşleri Müdürlüğü, Ankara.
- Akdam, H., Alp, A. (2015), Ezilme sendromu. *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 25(2), 71-77.
- AKOM (2020), Doğal afetler. Erişim Adresi: http://www.ibb.gov.tr/sites/akom/documents/dogal_afetler.html (Son Erişim: 18.09.2023).
- Al Harthi, M., Al Thobaity, A., Al Ahmari, W., Almalki, M. (2020), Challenges for nurses in disaster management: a scoping review. *Risk Management and Healthcare Policy* p: 2627-2634. DOI: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S279513>.
- Altun, F. (2018), Afetlerin ekonomik ve sosyal etkileri: Türkiye örneği üzerinden bir değerlendirme. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 2(1), 2-6.
- Al Thobaity, A., Plummer, V., Williams, B. (2017), What are the most common domains of the core competencies of disaster nursing? A scoping review. *International Emergency Nursing*, 31(2), 64-71. DOI: 10.1016/j.ienj.2016.10.003.
- Amatya, B., Vasudevan, V., Zhang, N., Chopra, S., Astrakhantseva, I., Khan, F. (2018), Minimum technical standards and recommendations for traumatic brain injury rehabilitation teams in sudden-onset disasters. *The Journal of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine*, 1(2), 72-94.
- Anderson, J. L., Cole, M., Pannell, D. (2022), Management of severe crush injuries in Austere environments: a special operations perspective. *Journal of Special Operations Medicine: a Peer Reviewed Journal for SOF Medical Professionals*, 22(2), 43-47.
- Ayoğlu, T. (2015), Periferik sinir cerrahisi ve hemşirelik bakımı. In: Öztekin, S.D. (Eds). *Nöroşirürji Hemşireliği*, Nobel Kitabevleri, İstanbul. ss. 139-153.
- Bahadır, H., Uçku, R. (2018), Uluslararası acil durum veri tabanına göre Türkiye Cumhuriyeti tarihindeki afetler. *Doğal Afetler ve Çevre Dergisi*, 4(1), 28-33. DOI: 10.21324/dacd.348117.
- Baysarı, Z. (2023), Deprem Sonrası Yaşanan Travmalar Nedeniyle En Çok Karşılaşılan Ortopedik Sorunlar ve Hemşirelik Bakımı Rehberi/Algoritması. In *Ortopedi ve Travmatoloji Hemşireleri Derneği*. Ankara.
- Bebiş, H., Özdemir, S. (2013), Savaş, terör ve hemşirelik. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 21(1), 57-68.
- Bıçakçı, N., Nevruz, M. (2021), Field hospitals disasters. *Emergency and Disaster Science*, 1(1), 17- 21.

- Bor, N.A. (2023), Üniversite öğrencilerinde afet farkındalık eğitimi etkinliğinin değerlendirilmesi. *Afet ve Risk Dergisi*, 6(1), 165-175. DOI: 10.35341/afet.1173110.
- Brewer, T. L., Ryan-Wenger, N. A. (2009), Critical care air transport team (CCATT) nurses' deployed experience. *Military Medicine*, 174(5), 508-514.
- Bridges, E., Evers, K. (2009), War time critical care transport. *Military Medicine*, 174(4), 370-375.
- Büyükkaracıoğlu, N. (2016), Türkiye'de yerel yönetimlerde kriz ve afet yönetim çalışmalarının mevzuat açısından değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 12, 195-219.
- Cruz, J.P., Balay-Odao, E.M., Bajet, J.B., Alsharari, A.F., Tork, H.M., Alharbi, T.A.F., Almazan, J.U. (2022), Testing the validity and reliability of the Arabic version of the Disaster Response Self-Efficacy Scale among Saudi nursing students. *Nurse Education in Practice*, 64,103443. DOI: 10.1016/j.nepr.2022.103443.
- Damar, H. T., Bilik, Ö. (2014), Buzdağının görünmeyen yüzünü keşfetmek: ortopedi hastalarında kompartman sendromu ve hemşirelik yaklaşımları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3), 223-229.
- Develiolu, F. (2006), Osmanlıca-Türkçe ansiklopedik lügat. İstanbul: Aydın Kitabevi Yayınları.
- Dong, Z.H., Yang, Z.G., Chen, T.W., Chu, Z.G., Wang, Q.L., et al. (2010). Earthquake-related versus non-earthquake-related injuries in spinal injury patients: differentiation with multidetector computed tomography. *Critical Care* 14(6): R236.
- Dülcek, S., Eryiğit, T., Çoban, N., Beydağ, K.D., Ortabağ, T. (2022), Savaş ve savaş sonrası hemşirelik. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 515-521.
- Erdoğan, Ö. (2018). Afet hemşireliği eğitimi. Öztekin SD, editör. Afet Hemşireliği. Ankara: Türkiye Klinikleri, p.115-20.
- Eren, Z., Yıldız, N. T. (2023). Afet yönetiminde ve afete bağlı yaralanmalarda fizyoterapistlerin rol ve görevleri. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(2), 835-843.
- Ergünay, O. (2008), Afet yönetiminde kurumsal yapılanma ve mevzuat nedir? Nasıl olmalıdır? İstanbul Deprem Sempozyumu, İstanbul Depremine Beklerken Sorunlar ve Çözümler Bildiriler Kitabı, İstanbul, ss 97-108.
- Erkal, T., Değerliyurt, M. (2009), Türkiye'de afet yönetimi. *Doğu Coğrafya Dergisi*, 22, 149.
- Eryılmaz M. (2021), War surgery in the world and in our country: planning, equipment, training and practice. *Emerg Aid Disaster Science*, 1(2), 28-30.
- Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., Prescott, H. C. (2021), Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive care medicine*, 47(11), 1181-1247.

- Gerkuş, Ş., Sivrikaya, S. K. (2020), Yoğun bakım ünitelerinde gelişen akut böbrek yetmezliği ve hemşirelik yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(2), 150-156.
- Gourd, N. M., Nikitas, N. (2020), Multiple organ dysfunction syndrome. *Journal of intensive care medicine*, 35(12), 1564- 1575.
- Göktaş, S., Gezginci, E., Ata, A. (2019), War surgery and nursing care. In Çaltekin, İ., Çaltekin, M. (Eds.), *Health Sciences Research Papers* pp. 357-372. Gece Academy.
- Gupta, R. D., Islam, N., Debnath, D. K., Morshed, S. M., Rahman, A. (2021), Acute kidney injury in crush syndrome and renal disaster-experience in Bangladesh after garment factory collapse. *Bangladesh Journal of Medicine*, 32(2), 107-112.
- Güler, S., Köse, G. (2022), Kas iskelet sistemi cerrahisinde bakım. In Bulut, H., Karadağ, M. (Eds.), *Cerrahi Hemşireliği* (Vol. 2). Ankara: Vize Yayıncılık.
- Gül, A., Andsoy, I. I. (2015), Performed surgical interventions after the 1999 Marmara earthquake in Turkey, and their importance regarding nursing practices. *Journal of Trauma Nursing*, 22(4), 218-222.
- Güner, S. I., Oncu, M. R. (2014), Evaluation of crush syndrome patients with extremity injuries in the 2011 Van Earthquake in Turkey. *J Clin Nurs*, 23(1-2), 243-249. doi:10.1111/jocn.12398.
- Güngörmüş, Z., Karacan, E., Sapçı, E. (2023). Bireylerin Depreme İlişkin Hazıroluşluk Ölçeği: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(1): 1-13.
- Halstead, J.A. (2013), When disaster strikes: are you and your nursing students prepared? *Nursing Education Perspective*, 34(4), 213. DOI: 10.5480/1536-5026-34.4.213.
- He, C.Q., Zhang, L.H., Liu, X.F., Tang, P.F. (2015), A 2-year follow-up survey of 523 cases with peripheral nerve injuries caused by the earthquake in Wenchuan, China. *Neural Regen Res*. 10(2), 252-9.
- Hoşgörmez, H., (2010). Afetlerde bilişim ve iletişim teknolojilerinin kullanımı. İstanbul Üniversitesi Yayınları, İstanbul. ss 260.
- Hugelius, K., Adolfsson, A., Ortenwall, P., Gifford, M. (2017), Being both helpers and victims: health professionals' experiences of working during a natural disaster. *Prehosp Disaster Med.*, 32(2), 117-23.
- Hugelius, K. (2021), Disaster nursing research: A scoping review of the nature, content, and trends of studies published during 2011-2020. *International Emergency Nursing*, 59, 101107. DOI: 10.1016/j.ienj.2021.101107.
- International Council of Nursing (ICN) (2019), Core competencies in disaster nursing version 2.0. Geneva, Switzerland. Available at: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Disaster-Comp-Report_WEB.pdf.
- Işık, Ö., Aydınoglu, H.M., Koç, S., Gündoğdu, O., Korkmaz G., Ay, A. (2012), Afet yönetimi ve afet odaklı sağlık hizmetleri. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 28(2), 82-123. DOI: 10.5222/otd.supp2.2012.082.
- Kadıoğlu, M. (2008), Modern, bütünlük afet yönetimin temel ilkeleri. (İçinde) Ka-

- dioğlu, M., Özdamar, E., (Ed) Afet zararlarını azaltmanın temel ilkeleri, Jıca Türkiye Ofisi Yayınları, Ankara, ss 1-34.
- Kadioğlu, M. (2011b), Afet yönetimi beklenilmeyeni beklemek, en kötüsünü yönetmek. Marmara Belediyeler Birliği Yayını, İstanbul.
- Karabulut, D., Bekler, T. (2019), Doğal afetlerin çocuklar ve ergenler üzerindeki etkileri. *Doğal Afetler ve Çevre Dergisi*, 5(2), 370-371. DOI: 10.21324/dacd.500356.
- Karadağ, M., Opak, B. (2022), Cerrahi hastasında sıvı elektrolit ve asit baz dengesi ve dengesizlikleri. In Karadağ, M., Bulut, H. (Eds.), Cerrahi Hemşireliği (Vol. 2, pp. 66-73). Ankara: Vize Yayıncılık.
- Karahan, S., Bozkul, G., Sağdıç, B.Ç. (2023), Depreme bağlı yaşanan ezilme sendromu ve hemşirelik bakımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 99-104.
- Karakış, S. (2019), Kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin afetlere hazır oluşluk durumları ve psikolojik sağamlıkları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Korach, J., Pionnier, C., & Clauss, M. (2022), Management of multiorgan failure: nursing role. *International Journal of Nursing and Health Care Research*, 5, 1278.
- Labrague, L.J., Hammad, K., Gloe, D.S., McEnroe-Petitte, D.M., Fronda, D.C., Obeidat, A.A., et al. (2018), Disaster preparedness among nurses: a systematic review of literature. *International Nursing Review*, 65(1), 41–53. DOI: 10.1111/inr.12369.
- Lathia, C., Skelton, P., Clift, Z. (2020), Early rehabilitation in conflicts and disasters. [homepage on the internet]. 1st Edition, January 2020. [Accessed on: 2023 March 4]. Available from: https://www.hi.org/sn_uploads/document/36199-Humanity--Inclusion-Clinical-Handbook-web_1.pdf.
- Li-Tsang, C.W.P., He, C.Q., Lo, A.G.W., Ding, S.J., Deng, X., Yang, Y.H., et al. (2015), Rehabilitation needs of the survivors of the 2013 Ya'an earthquake in China. *J Rehabil Med.*, 47(7), 586-92.
- May, J., Colbert, D., Rea, S., et al. (2015), Preparedness and training in staff responding to a burns disaster. *British Journal of Nursing*, 24(18), 918-23. DOI:10.12968/bjon.2015.24.18.918.
- Moore, H. B., Gando, S., Iba, T., Kim, P. Y., Yeh, C. H., Brohi, K., Stanworth, S. (2020), Defining trauma-induced coagulopathy with respect to future implications for patient management: communication from the SSC of the ISTH. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 18(3), 740-747.
- Öztekin, S.D., Sunal, N. (2015), Boyun ve omurilik yaralanmaları: fiziksel tanılama, tedavi ve bakımda temel ilkeler. In. Öztekin, S.D. (Eds). Nöroşirürji Hemşireliği, Nobel Kitabevleri, İstanbul. ss. 125-131.
- Öztürk, D., Ak, E.S., Akyolcu, N. (2018), Nöroşirürji yoğun bakım ünitesinde travmatik beyin yaralanması sonrası vücut sıcaklığının korunması ve yönetimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(4), 89-94.
- Palmer, G. (2015). Complex regional pain syndrome. *Aust Prescr.*, 38(3), 82-6.

- Reis, N. D., Better, O. S. (2016). Crush injury and crush syndrome in an earthquake disaster zone. *Orthopedics in Disasters: Orthopedic Injuries in Natural Disasters and Mass Casualty Events*, p. 237-241.
- Savioli, G., Ceresa, I. F., Macedonio, S., Gerosa, S., Belliato, M., Iotti, G. A., Giotta Lucifero, A. (2020), Trauma coagulopathy and its outcomes. *Medicina*, 56(4), 205.
- Schreiber, M. L. (2017), Lower limb amputation: postoperative nursing care and considerations. *MedSurg Nursing*, 26(4), 274.
- Seren, A.K.H., Dikeç, G. (2023), The earthquakes in Turkey and their effects on nursing and community health. *International Nursing Review*, 70(3), 262-265. DOI: 10.1111/inr.12851.
- Şahin, C., Sipahioğlu, Ş. (2003), Doğal afetler ve Türkiye. Genişletilmiş 2. Baskı, Gündüz Eğitim ve Yayıncılık, Ankara.
- Sinan, H. (2010), Kitle yaralanmalarında hastane triyajı. İçinde M. Eryılmaz (Eds.), Savaş Cerrahisi (pp 189-208). Tuna Matbaacılık.
- Şengün, H., Temiz, A., (2017). Afet Yönetimi ve Karabük. TMMOB Afet Sempozyumu. ss. 261-278.
- Taskiran, G., Baykal, U. (2019), Nurses' disaster preparedness and core competencies in Turkey: a descriptive correlational design. *International Nursing Review*, 66(2), 165-175. DOI: 10.1111/inr.12501.
- Threatt, D. L. (2020), Improving sepsis bundle implementation times: a nursing process improvement approach. *Journal of Nursing Care Quality*, 35(2), 135-139.
- Türkiye Bilimler Akademisi (TÜBA) (2020), Türkçe bilim terimleri sözlüğü. Erişim Adresi: <http://www.tubaterim.gov.tr/> (Son Erişim: 08.09.2023).
- Türk Dil Kurumu (TDK) (2020), Güncel Türkçe sözlük. Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr/> (Son Erişim: 12.09.2023).
- Türkmen, A., Dündar G.Y., Akyolcu, N. (2020), Acil servislerde görülen ortopedik travmalar ve hemşirelik bakımı. *Journal of Academic Research in Nursing*, 6(2), 375 - 380. Doi: 10.5222/jaren.2020.88700.
- Yılmaz, A. (2012), Türkiye'de afetlerde karşılaşılan sorunlar. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 62.
- Yılmaz, R.C., Kocamaz, D. (2023), Yıkıcı deprem sonrasında erken rehabilitatif müdahaleler ile sakatlık önlenabilir: Kahramanmaraş-Pazarcık depremi sonrası rehabilitasyon çalışanlarına mektup. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 17(1), 1-5.
- Walters, T. (2016). Crush Syndrome-Prolonged Field Care (CPG ID: 58).
- Wang, X.J., Li, CP., Huang, F. (2023), Current situation and factors influencing the disaster response capability of undergraduate nursing students. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 29(1), 210-215.
- World Confederation for Physical Therapy (WCPT) (2016), The role of physical

therapists in disaster management. [homepage on the internet]. London, UK: WCPT; March 2016. [Accessed on: 2023 February 20]. Available from: <https://world.physio/sites/default/files/2020-06/Disaster-Management-Report-201603.pdf>.

World Health Organization (WHO)(2006), World Health Organization Health Topics http://who.int/health_topics/en (Son Erişim: 01.10.2023).

World Health Organization (WHO) (2008), Integrating emergency preparedness and response into undergraduate nursing curricula. Access: <https://www.who.int/publications/i/item/integrating-emergency-preparedness-and-response-into-undergraduate-nursing-curricula> (Date of Access: 12.09.2023).

World Health Organization (WHO) (2019), Nursing and midwifery. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>.



Bölüm 2

OTİZME YÖNELİK MEVCUT YAKLAŞIMLAR VE HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Eylül Gülnur ERDOĞAN¹

Elif ERBAY ÖZDEDE²

1 Dr. Öğr. Üyesi Eylül Gülnur Erdoğan

Kurumu: Bilecik Şey Edebali Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0002-4770-385X>

2 Dr. Öğr. Üyesi Elif ERBAY ÖZDEDE

Kurumu: Bilecik Şey Edebali Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, <https://orcid.org/0000-0003-3843-4691>

GİRİŞ

Otizm; bireylerin sosyal iletişim ve etkileşimlerinde zorluklar ile karakterize olup sınırlı ve tekrarlayıcı aktivite, ilgi alanları ve davranışları olan nöro-gelişimsel bir bozukluktur (Zeldovich, 2023) ve DSM5 tanı kriterlerinde Otizm Spektrum Bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Otizmlili bireylerin diğer bireylerden dış görünüş olarak farklılığı olmamakla birlikte davranış, iletişim kurma ve öğrenme yönünden farklılıklar gösterdiği anlaşılmıştır (CDC, 2023). En yaygın klinik belirtiler arasında sosyal etkileşimde zorluk ve tekrarlayan duyuusal-motor davranışlar yer almaktadır (Regier, Kuhl & Kupfer, 2013). Otizm ilk kez 1943 yılında, Kanner'ın on bir çocuğu ayrıntılı olarak gözlemleyerek yaptığı çalışmanın sonucunda ifade edilmiştir (Kanner, 1943). Otizmin düzeyi değişkenlik gösterebilmekle birlikte pek çok çocuk ömür boyu desteğe ihtiyaç duymaktadır (Lord vd., 2018). Otizm, genellikle çocukluk döneminde fark edilmekte ve en belirgin özellikler yaklaşık olarak 2-3 yaşında kendini göstermektedir (Copeland, 2018). Otizm, ilk tanımından bu yana etiolojisi ve tedavisi yönünden sürekli tartışma konusu olmuştur. İlk zamanlar otizme genetik faktörler ve annenin tutumunun (çocuğuna uzak ve ilgisiz, yeterli bağ kuramama, annelik rollerinde eksiklikler, yeterli uyaran verememe) neden olduğu düşünülürken, son zamanlarda epigenetik ve çevresel faktörlerin de etkisinin olabileceği tartışılmaktadır (Baker, 2013; Ceyhun et al., 2015).

Hastalıkları Kontrol Etme ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention) 2020 verilerine göre her 36 çocuktan 1'inde otizm spektrum bozukluğunun tanımlandığı görülmektedir (CDC, 2023). Bununla birlikte, otizm tanısı almış çocukların yaygınlığında ülkeler arasında büyük farklılıklar vardır. Yüksek gelirli ülkelerde otizm tanısı almış çocuk sayısı oranı daha yüksekken düşük ve orta gelirli ülkelerde bu oranın daha düşük olduğu belirlenmiştir (Kaufman, 2022). Otizmin görülme sıklığı erkeklerde kızlardan dört kat daha fazladır ve otistik bireyler yaygın olarak epilepsi, depresyon, anksiyete ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi eşlik eden durumların yanı sıra uyku bozuklukları ve kendine zarar verme gibi davranışlara da sahiptir (Fleming, Hurley & Mason, 2015). Kadınlara, erkeklere kıyasla yanlış tanı konulması veya tanının geç konulması olasılığı daha yüksektir. Tanının gecikmesine katkıda bulunan faktörler arasında düşük sosyoekonomik durum ve etnik azınlığa ait olma yer almaktadır (Regier, Kuhl & Kupfer, 2013). Otizmin doğru teşhisinin, "altın standart" değerlendirme araçlarının kullanıldığı multidisipliner değerlendirmeler sonucunda konulması yaygın olarak kabul edilmektedir (De Leeuw, Happé & Hoekstra 2020). Erken tanı, multidisipliner bir değerlendirme gerektirir. Hedefe yönelik davranışsal müdahaleler ve farmakolojik tedaviler; sosyal bozulmanın ve duyuusal istikrarsızlığın neden olduğu saldırganlığı ve komplikasyonları azaltabilir, ancak bunları tamamen ortadan kaldıramaz (Schmengler et al., 2021).

Otizme Yönelik Mevcut Yaklaşımlar ve Sorunlar

Otizme özgü birçok yeni yaklaşım geliştirilmiştir, ancak her bir yaklaşımın yararları halen tartışılmaktadır (Fleming, Hurley & Mason, 2015). Küresel bir perspektiften bakıldığında, otizmde yaşanan bu gelişmeler yalnızca gelişmiş ülkelerde gerçekleşmiştir. Bu gelişmeler, otizm nedeniyle gelişimsel zorluklar yaşayan çocukları desteklemek için mücadele eden düşük ve orta gelirli ülkelerdeki ailelerin ve sağlık hizmetlerinin karşılaştığı gerçeklerle kıyaslandığında çok farklı bir noktada yer aldıkları görülmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde deneyimli personel eksikliği, mevcut ve yeni personel için eğitim fırsatlarının yetersizliği ile mevcut hizmetleri iyileştirmek bir yana, yeni hizmetleri finanse edecek kaynakların yokluğu söz konusudur. Daha da önemlisi, çocukları ve aileleri çevreleyen kültürel farklılıkların ve toplumsal bağlamların önemi daha iyi anlaşılmalıdır (De Leeuw, Happé & Hoekstra 2020).

Düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık ve eğitim hizmetlerinin gelişmiş ülkeler için geliştirilen prosedür ve uygulamaları taklit etmesini istemek gerçekçi değildir ve muhtemelen ters etki yaratabilir. Bu nedenle, otizm hakkındaki mevcut bilgilerin düşük kaynaklara sahip ortamlarda ve farklı kültürlerde nasıl uygulanması gerektiği bilinmelidir.

Otizm üzerinde etkili olan sosyal, ekonomik ve kültürel etkilerin, otizmliler çocukların ve ailelerinin yaşamları üzerindeki etkisini iyileştirebilecek düşük maliyetli müdahaleler gelişmekte olan ülkelerde otizm anlayışına yeni bakış açıları getirebilir. Ne yazık ki, gelişmiş ülkelerdeki pek çok araştırmacı ve profesyonel, yaptıkları uygulamaların gelişimsel engellilere yansıtılmasında sosyal ve kültürel etkileri anlamının değeri konusunda ikna edilememiştir. İnsanların diğer ülkelerden ve kültürlerden, varlıklı Avrupa ülkelerine göç ettiği göz önüne alındığında, bu daha da şaşırtıcıdır. Çocukları otizmliler veya diğer gelişimsel engelle sahip olan ebeveynler, dilsel ve kültürel farklılıklarını dikkate alan hizmetlere erişimde birçok zorlukla karşılaşmaktadır (Schmengler et al., 2021).

Otizmliler bireylerin ihtiyaçlarını karşılamak için eğitilmiş uzmanlar yetiştirmek tercih edilen bir yaklaşımdır ancak özellikle düşük ve orta gelirli ülkeler için uygun değildir (Aluttis, Bishaw & Frank, 2014). Bu, farklı disiplinlerde uzmanlaşmış eğitim kurslarına yatırım yapılmasını gerektirmektedir ve bu yatırımın geri dönüşü dört yıl veya daha uzun sürmektedir. Ancak o noktada bile mezunların ülkelerinde istihdam edileceğinin bir garantisi yoktur ve bazıları daha iyi fırsatlar bulmak için göç edecektir. Ülkelerinde kalanlar yüksek maaşlar bekleyecek ve birçoğu sadece daha zengin ailelerin karşılayabileceği özel eğitimlerde hizmet verecektir. Büyük şehirlerde çalışmayı tercih edecekler, bu da kırsal kesimdeki insanları destekten yoksun bırakacaktır (Hastings, Robertson & Yasamy, 2012).

Yaklaşık 40 yıllık bir tartışmanın ardından, hiçbir terapinin otizmliler çocukların tümü için her zaman etkili olmadığı açıktır. Tartışmalardan biri de Uygulamalı Davranış Analizi ile ilgilidir. Bu terapinin savunucuları otizmliler çocuklara yardım etmenin en etkili yolu olduğu konusunda ısrar etmektedir. Kuşkusuz bazı ortamlarda bazı çocuklarda etkili olmuştur, ancak aynı zamanda yoğun kaynak gerektirmektedir ve maliyet sorunları birçok hizmet sistemlerinde benimsenmesini engellemiştir (Hodgson et al., 2022). Belirli müdahalelerde çocukların özel ihtiyaçlarıyla eşleştirmenin mümkün olduğu bir noktaya ulaşılmıştır. Ancak ebeveynler ve öğretmenler gibi çocuğu tanıyan kişilere tekniklerin öğretilmesi, ev ve doğal ortamlarında bu teknikleri kullanmaları sağlanabilir (Gibson, Pritchard & de Lemos, 2021).

Otizm, çocukların doğuştan sahip oldukları bir durumdur ancak yaşadıkları engeller, başta ev ve okul gibi yakın çevresi olmak üzere içinde buldukları bağlanımlardan da kaynaklanmaktadır. Örneğin, otizmliler çocukların çoğu ebeveynleriyle, geniş aileleriyle ve diğer çocuklarla iletişim kurma ve sosyalleşme konusunda sorunlar yaşamaktadır. Bir klinik ortamında veya birebir eğitim yoluyla sadece çocuğa odaklanmanın, otizmliler çocukların diğer insanlarla daha iyi iletişim kurmalarına veya başka yerlerde onlarla daha fazla sosyalleşebilmelerine yardımcı olma olasılığı düşük olacaktır. Bu nedenle çocukla etkileşim içinde olan diğer insanların da dahil olduğu gerçek yaşam ortamlarındaki desteği merkeze almak daha iyi bir yaklaşım olacaktır. Bir anlamda, çocukların etkileşimde bulunduğu kişiler, müdahalenin alıcıları haline gelir ve onlar aracılığıyla çocuğa otizmin engelleyici etkilerinin üstesinden gelmesine yardımcı olmak için destek sağlanmış olur (Guralnick, 2019). Bu aile temelli veya okul temelli destek modeli, daha gelişmiş ülkelerde otizme yönelik müdahalelere öncülük eden çocuk odaklı müdahalelere umut verici bir alternatiftir.

Birçok ülkede otizm hakkında hala yaygın olan üç görüş vardır (Rohwerder, 2018). Bunlar; tüm otizmliler çocukların aynı olduğu, tedaviye başlamadan önce tanı konulması gerektiği ve bu çocuklara yardım etmenin para israfı olduğu şeklindedir (Rohwerder, 2018; Rogge & Janssen, 2019; Rojas-Torres et al., 2020).

Çocukların gelişimsel zorlukları tanıdan önce de vardır ve tanı konulduğu için hiçbir şey değişmemektedir. İletişim, sosyalleşme ve/veya davranış yönetimi ile ilgili endişeler ortaya çıktıktan sonra çocuklara yardım sağlamanın zarar vermesi mümkün değildir, ancak endişeli ebeveynler için olumlu sonuçlar doğurabilir (Rojas-Torres et al., 2020).

Bu çocuklara ve ailelere yardım edilmemesi, otizmliler bireyin veya aile üyelerinin geçimlerini sağlayamamalarına veya antisosyal davranışlar yoluyla başkaları için bir risk haline gelmeleri nedeniyle ekstra maliyetlere

yol açabilmektedir (Rogge & Janssen, 2019). Bununla birlikte bu söylencenin örtük mesajı, diğer çocukların yardımı daha çok hak ettiği olabilir. Tam da bu noktada haklar ve eşitlikle ilgili sorunlar ortaya çıkmaktadır.

2. Otizme Yaklaşımında Neler Yapılmalı?

Hızlı müdahale, çocukların ve ailelerin yaşadığı zorlukların daha da kötüleşmesini önleyebilir ve kimin daha büyük risk altında olduğunu her zaman bilemeyeceğimizden, endişesini veya ihtiyacını dile getiren herkes için bazı destekleri hazır hale getirebilmek önemlidir. Ek destekler, ihtiyacı daha fazla olanların daha fazla destek almasıyla aşamalı olarak sunulabilir. Bu yaklaşım “destek kademeleri” olarak tanımlanmaktadır; en alt kademede çok sayıda kişi yer alırken, daha üst kademelerde giderek azalan sayıda kişi yer almakta ve en yoğun (ve pahalı) destekleri sadece az sayıda kişi almaktadır (Ebbels et al., 2019).

Temel destekler olarak adlandırılacak hizmetler, gelişimsel zorluklar yaşayan tüm çocuklar için mevcut olmalı ve otizm şüphesi olanlara özgü olmamalıdır. Daha gelişmiş ülkelerin aksine, düşük gelirli ülkeler farklı bozukluklar için uzman ekipler oluşturacak kaynaklara sahip değildir ve bu büyük şehirlerden uzakta uygulanabilir bir yöntem de değildir. Bununla birlikte, bu durum sadece maliyet açısından değerlendirilmemelidir. Farklı gelişimsel sorunları olan çocukların, başta iletişim ve sosyal davranışlar olmak üzere pek çok ortak sorunu vardır. Çocukların engellerinden ziyade işlevlerine odaklanarak, sahip olabilecekleri fiziksel, duyuşsal veya davranışsal zorlukları dikkate alacak bazı uyarlamalarla birlikte, birçok çocukla aynı müdahaleler uygulanabilir olmalıdır (Kumar, Narayan Malo, 2022).

Otizimli çocuklar için değerlendirme ve müdahaleler sağlayacak ayrı bir hizmet oluşturmanın cazibesi vardır. Gelir düzeyi yüksek ülkelerde, aileler ve profesyoneller bu tür uzmanlık hizmetleri için başarılı bir şekilde lobi faaliyeti yürütmektedir. Ancak bu hizmetlerin yüksek bir maliyeti vardır. Bu sadece ekonomik açıdan değil, aynı zamanda diğer gelişimsel zorlukları olan çocukların yardım almaktan mahrum bırakılmasına, talep arzı aştığında bekleme listeleri oluşmasına (ki bu her zaman olur) ve hizmetin belirli yerlere, genellikle büyük şehirlere odaklanarak kırsal toplulukları desteksiz bırakmasına neden olmaktadır (O’Toole, 1987). Belki de en büyük risk, mevcut sağlık ve eğitim hizmetlerinin, özel yardım için sevk edilmesi gerektiğine inandıkları otizmli çocukları destekleme sorumluluğunu artık hissetmemeleridir. Kuşkusuz, mevcut hizmetler kendilerini bu görev için yeterli donanıma sahip hissetmeyebilir ancak çözüm de burada yatmaktadır. Onların güven ve uzmanlıklarını geliştirmeye odaklanılmalıdır.

Otizme yaklaşımda aile merkezli yaklaşım temel ilkelereindir. Bu yaklaşımda amaç çocuklarının bakımı ve gelişimi konusunda aileleri

destekleyecek şekilde hizmetlerin sunulmasıdır. Birçok düşük ve orta gelirli ülkelerde aileler çocuklarının birincil bakıcıları olmuştur ve olmaya da devam edecektir. Bu ilke, ailenin aynı zamanda duygusal, pratik ve bilgi ihtiyaçlarını karşılayan desteğin yanı sıra çocuğa yardımcı olacak müdahaleler ve destekler için de odak noktası olması açısından bir amaç bütünlüğünü beraberinde getirmektedir (Kokorelias et al.,2019). Bu noktada odak noktasının sadece ebeveynler değil aileler olduğuna dikkat edilmelidir, böylece kardeşler, büyükanne ve büyükbabalar, amcalar ve teyzeler de sürece dahil edilebilir (Mitter, Ali & Scior, 2019)

Tek bir destek hizmet, küçük topluluklarda bile gelişimsel güçlükleri olan çocukların ve ailelerinin tüm ihtiyaçlarını karşılayamamaktadır. Bu nedenle çocuklar ve ailelerinin topluluklar içinde harekete geçirilebilecek diğer potansiyel desteklerle ilişkilendirilmesi gerekmektedir. Otizmlili (ve diğer gelişimsel engelli) çocuklar ve aileleri için temel destek hizmetlerinin (oyun grupları, kreşler, okullar, sağlık klinikleri vb. gibi) diğer kurumlarla ortaklıklar kurması gerekmektedir (Geiser & Boersma,2013). Ayrıca, bu tür ortamlarda çalışan personelin farklı çocuklarla başa çıkma konusundaki bilgi ve becerilerini artırmak için eğitim verilmesi de gerekebilir (Magnusson, Sweeney & Landry, 2019). Kuşkusuz, insanları fazladan iş olarak algılayabilecekleri bir işi üstlenmeye ikna etmek kolay değildir. Ancak bu iş birliklerinin herkesin yararına olacak şekilde toplulukları güçlendirdiği görülmüştür.

Düşük ve orta gelirli ülkelerde otizmlili bireylerin ihtiyaçlarına cevap vermek için önerilen toplum temelli yaklaşımın çok fazla değeri olmasına rağmen, sınırlamalarını kabul etmek doğru olacaktır (WHO, 2003). Destek hizmetleri yerel bazlı olduğu için ülke genelinde farklılıklar olması muhtemeldir. Bazı topluluklarda hizmet, planlama grubundaki kişilerin ve çalışan personelin hevesi ve uzmanlığı sayesinde hızla kurulabilir. Buna karşın, genellikle daha yoksul ve kırsal bölgelerde bulunan diğer yerleşim yerleri bu kaynaklardan yoksundur, bu nedenle bu tür hizmetlerin kurulması zor olabilir veya bu yöndeki girişimler ortadan kaldırılabilir. Bunun sonucunda çocuklar ve aileler için yamalı bir destek ağı ortaya çıkmaktadır (Baumann & Cabassa, 2020). Kalkınma veya Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı gibi mevcut bir ulusal hükümet yapısına bağlı ulusal bir yerel hizmetler ağı geliştirmek yeni bir yaklaşım olabilir. Toplum temelli hizmet ağı, hizmet planlama ve sunumu, personel eğitimi ve ebeveynlerin güçlendirilmesi konularındaki uzmanlıklarını paylaşarak Bakanlığa diğer bölgelerdeki hizmetlerin geliştirilmesi için yardımcı olacaktır. Engelli bireylere yönelik hizmet sunumuna ilişkin ulusal politikalar ve yasalar bu tür gelişmeleri kolaylaştıracaktır. İlerleme yavaş olabilir ve belki de ulusal kapsama hiçbir zaman ulaşmayacaktır, ancak bu durum deneme çabalarına engel olmamalıdır (McConkey, 2022).

Yerel hizmetlerde çalışan personellerin belirli bireyler hakkında danışabilecekleri ve bu bireylerle nasıl başa çıkabilecekleri konusunda eğitim alabilecekleri çok disiplinli ulusal bir platform geliştirilmelidir. Tele-iletişimin gelişmesiyle birlikte, bu tür danışmanlıklar telefon veya video konferanslar aracılığıyla gerçekleştirilebilir, böylece seyahat masraflarından kaçınılmış olur (Kadam et al., 2022). Ayrıca ortak konulara ilişkin eğitim kursları da bu ulusal platformdan yine yüz yüze veya video konferanslar aracılığıyla verilebilir. Bu yaklaşımla uzman kişilerden çocuk ve aile ile düzenli teması olan kişilere bilgi, beceri ve kaynak aktarımına odaklanmak gerektiği unutulmamalıdır. Bu çocuklara ve ailelere yardım etme sorumluluğu toplum hizmetlerinde korunmalı ve başkalarına devredilmemelidir. Yerel kurum personelinin yetkinliği zamanla artacaktır (McConkey, 2022).

Toplum temelli hizmetlerin yöneticileri için yaşanan sıkıntılardan biri de personelin başka işlerde çalışmak üzere işten ayrılmasıdır. Bu durum, eğitimleri için harcanan zaman ve çaba göz önüne alındığında oldukça can sıkıcıdır. Aynı şekilde uzmanların çocuklarla ve ailelerle kurdukları ilişkiler de kolay kolay değiştirilemez. İki aşamalı bir yaklaşım benimsenebilir. İlk olarak, hizmette kalma olasılığı daha yüksek olan kişilerin işe alınmasıdır. İkinci olarak, uzmanların hizmette çalışmaya devam etmesi için teşvik ödeneği verilmesidir. Çoğu zaman iş memnuniyeti, uzman çalışanların kurumda kalmasında kilit rol oynar. Uzmanlara olumsuz davranmak yerine motive etmek muhtemelen en etkili yöntemlerden biridir (Bottini, Wiseman & Gillis, 2020).

Engelli bireylere yönelik toplum hizmetlerini finanse etmek için gerekli kaynakların bulunması dünya çapında bir sorundur. Ancak bu sorun, diğer sağlık, eğitim, sosyal ve toplum hizmetlerinden gelen talepler nedeniyle düşük ve orta gelirli ülkelerde daha da ağırlaşmaktadır (WHO, 2011). Maddi sorunları olmayan aileler özel olarak çalışan uzman hekimlerin ücretlerini karşılayabildiği için para daha az sorun teşkil ederken, daha yoksul aileler çocuklarına yardım etmek için kendilerini borç altına sokabilmektedir. Bu duruma göz yummak, toplum dayanışmasını zayıflatmakta ve aileyi sürekli destekten mahrum bırakmaktadır. Birçok ülke, desteklerin geliştirilmesi ve bunları finanse edecek kaynakların bulunması için politikalar ve mevzuatlar oluşturmuştur. Bu nedenle, politikaların oluşturulması ve mevcut olmaları halinde yasalaşmalarının güvence altına alınması için siyasi lobi faaliyetlerine ihtiyaç vardır. Küresel olarak, engelli halk örgütleri ve ebeveyn dernekleri en etkili lobiciler olmuştur. Ancak işin özü, hiçbir zaman tüm insanların tüm ihtiyaçlarını her zaman karşılamaya yetecek kadar para olmayacağıdır. Bu gerçek, gelir seviyesi yüksek ülkeler için olduğu kadar düşük ve orta gelirli ülkeler için de geçerlidir. Dolayısıyla, hizmetleri finanse etme arayışı toplumların karşı karşıya kaldığı sonu gelmeyen bir zorluktur. Küresel olarak, engelli halk örgütleri ve ebeveyn dernekleri en etkili lobiciler

olmuştur (McConkey, 2022). Bu nedenle birçok ülkenin birlikte çalışması ayrı çalışmaktan daha iyi sonuçlar ortaya koyacaktır.

Otizm ve Hemşirelik Yönetimi

Otizm erken çocuklukta görülen, kesin tedavisi olmayan bir bozukluk olup erken dönemde belirlenmesi tedavideki başarı oranını arttırmaktadır. Otizm tanısı genellikle aile üyeleri, çocuğun gelişimini takip eden hekim, hemşire veya diğer sağlık uzmanları tarafından konulmaktadır (Sayan & Durat, 2007). Tanı koyma sürecinden, rehabilitasyon sürecine kadar tam bir multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Hekim, hemşire, konuşma ve uğraş terapistleri, sosyal hizmet uzmanları, fizyoterapist ve psikolog birlikte iş birliği içinde çalışmalıdırlar. Bu bağlamda hemşire multidisipliner bir ekibin üyesi olarak her aşamada OSB'li çocuk ve ailenin yanında yer almalıdır (Dur & Mutlu, 2018). Erken dönem tanılama temel sağlık hizmetleri çerçevesindeki halk sağlığı hemşireleri otizmin prevalans ve insidansını dikkate alarak çalışmalarına yön vermelidir. Bunun yanı sıra otizme yönelik risk tanılama çalışmaları ve etki eden faktörler doğrultusunda gelişimsel bozukluk erken dönemde saptanabilir. Erken teşhiste hemşirenin 0-6 yaş grubuna ait normal büyüme gelişme sürecini bilmesi, farklılıkları tanıyabilmesi ve çocuğun gelişiminde yolunda gitmeyen bir şeyler olduğunu fark ettiğinde girişimde bulunması gerekmektedir (Sayan & Durat, 2007). Bu bağlamda pediatri hemşireleri çocuk bakımında ve büyüme-gelişme izleminde yapacakları fizik muayene ile erken tanıya yardımcı olabilirler. Bu doğrultuda hemşirenin süreç kapsamında uygun girişimleri ve yönlendirmeyi başlatması aynı zamanda aileye rehberlik etmesi gerekmektedir (Ocakçı & Karakoç, 2013)

Hemşire çocuğa otizm tanısı konulmasından sonra çocuğun rutinleri, sevdiği, sevmediği şeyler hakkında aileden bilgi almalı, aynı zamanda yeteneklerini, beslenme, banyo, tuvalet gibi öz bakımla ilgili becerileri, iletişim becerileri, interaktif uyumları ve diğer kişilere olan yanıtları konusunda değerlendirmeler yapmalıdır. Tüm bu sürece aile dahil edilmeli ve ailenin destek sistemlerini sorgulanmalıdır (Potts & Mandlco, 2007) Bu doğrultuda bu ailelerin bir araya getirilerek yaşadıkları sorunlarla baş etme konusunda hem terapistlerden hem de birbirlerinden yardım almaları oldukça önemlidir. Bu bağlamda hemşire, aileleri bir araya getirerek onların grup içinde de değerlendirmelerini sağlayabilir. Aynı zamanda, ailelerin yaşadıkları ekonomik ve sosyal destek yetersizliklerinde karşılaştıkları güçlüklerle baş etmede doğru alanlara yönlendirilmesi konusunda hemşire ve aile iş birliği içerisinde olmalıdır (Ocakçı & Karakoç, 2013; Kırcaali,2015). Otizmliler çocuklara gerekli eğitsel destekler sağlandığında yaşamlarının geri kalanını yaşatları ve toplumla kaynaşarak sürdürdüğü görülmektedir (Vuran & Turhan, 2012). Hemşireler bu bağlamda otizm tanılı çocuklarla ilgili bakımda kullanılan davranışsal, işitsel ve eğitsel terapi ilke ve tekniklerini uygulayacak bilgi birikime sahip olmalıdır. (Pektaş, 2016.)

SONUÇ

Daha fazla bilimsel araştırma tek başına çözüm değildir. Bunun yerine, özellikle aileler olmak üzere toplum paydaşlarıyla yakın iş birliği içinde yeni destek biçimleri oluşturulmalıdır. Düşük gelirli ülkelerdeki politika uygulayıcılar, deneyimlerini birbirleriyle paylaşmak için daha fazla fırsata ve yeni bilgi ve becerileri edinmede karşılaştıkları engelleri aşma yollarına ihtiyaç duymaktadırlar. Bu da yüksek gelirli ülkelerdeki akademisyenler ve uygulayıcılar ile düşük gelirli ülkelerde bulunanlar arasında daha yakın ortaklıkların geliştirilmesi ile mümkün olacaktır. Bu iş birliğinin karşılıklı kazanımlarla sonuçlanacağını ve otizmin yaşamı sınırlayıcı etkilerinin üstesinden gelmek için gerçek anlamda uluslararası bir çabayı yansıtacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

- Aluttis, C., Bishaw, T., & Frank, M. W. (2014). The workforce for health in a globalized context--global shortages and international migration. *Global health action*, 7, 23611. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.23611>
- Baker, S. M. (2013). Learning about autism. *Global Advances in Health and Medicine*, 2(6), 38-46. doi:10.7453/gahmj.2013.068.
- Baumann, A. A., & Cabassa, L. J. (2020). Reframing implementation science to address inequities in healthcare delivery. *BMC health services research*, 20(1), 190. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4975-3>
- Bottini, S., Wiseman, K., & Gillis, J. (2020). Burnout in providers serving individuals with ASD: The impact of the workplace. *Research in developmental disabilities*, 100, 103616. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103616>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023). Autism Spectrum Disorder (ASD) <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/facts.html>(Erişim Tarihi: 5 October 2023)
- Ceyhun AT, Özdemir S, Töret G, Özkubat U. (2015). Otizm spektrum bozukluğu olan çocuk ve ebeveynlerinin, ebeveynçocuk etkileşimlerinin normal gelişim gösteren çocuk ve ebeveynleri ile karşılaştırılması. *INT-JECSE*, 7 (2), 183-211.
- Copeland, J.N. (2018). What is autism spectrum disorder? Available at: <https://www.psychiatry.org/patients-families/autism/what-is-autism-spectrum-disorder>(Erişim Tarihi: 5 October 2023).
- de Leeuw, A., Happé, F., & Hoekstra, R. A. (2020). A Conceptual Framework for Understanding the Cultural and Contextual Factors on Autism Across the Globe. *Autism research : official journal of the International Society for Autism Research*, 13(7), 1029-1050. <https://doi.org/10.1002/aur.2276>
- Dur, S. & Mutlu, B. (2018). Otizm spektrum bozukluğu ve hemşirelik yaklaşımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*,15 (1), 45-50
- Ebbels, S. H., McCartney, E., Slonims, V., Dockrell, J. E., & Norbury, C. F. (2019). Evidence-based pathways to intervention for children with language disorders. *International journal of language & communication disorders*, 54(1), 3-19. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12387>
- Fleming, B.; Hurley, E.; Mason, J. (2015). *Choosing Autism Interventions: A Research-Based Guide*; Pavilion Publishing and Media Limited: Shoreham-by-Sea, UK.
- Geiser, P.; Boersma, M.(2013). The role of the community in CBR. In *Linking CBR, Disability and Rehabilitation*; CBR Africa Network:Kampala, Uganda, 24-35. Erişim adresi: https://afri-can.org/wp-content/uploads/2020/07/CBR_Africa_Final_2013.pdf#page=25 Erişim tarihi:7.10.2023.
- Gibson, J. L., Pritchard, E., & de Lemos, C. (2021). Play-based interventions to support social and communication development in autistic children aged 2-8 years: A scoping review. *Autism & developmental language impairments*, 6, 23969415211015840. <https://doi.org/10.1177/23969415211015840>

- Guralnick, M. (2019). *Effective Early Intervention. The Developmental Systems Approach*; Paul Brookes: Baltimore, MA, USA.
- Hastings, R. P., Robertson, J., & Yasamy, M. T. (2012). Interventions for children with pervasive developmental disorders in low and middle income countries. *Journal of applied research in intellectual disabilities : JARID*, 25(2), 119–134. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2011.00680.x>
- Hodgson, R., Biswas, M., Palmer, S., Marshall, D., Rodgers, M., Stewart, L., Simmonds, M., Rai, D., & Le Couteur, A. (2022). Intensive behavioural interventions based on applied behaviour analysis (ABA) for young children with autism: A cost-effectiveness analysis. *PloS one*, 17(8), e0270833.
- Kadam, A., Soni, I. G., Kadam, S., Pandit, A., & Patole, S. (2022). Video-based screening for children with suspected autism spectrum disorder - experience during the COVID-19 pandemic in India. *Research in autism spectrum disorders*, 98, 102022. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2022.102022>
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2(3), 217-250
- Kaufman, N. K. (2022). Rethinking “gold standards” and “best practices” in the assessment of autism. *Applied Neuropsychology: Child*, 11(3), 529-540.
- Kırcaali, İ.G. (2015). *Otizm Spektrum Bozukluğu. Güncellenmiş 2. baskı. Daktylos Yayınevi*
- Kokorelias, K.M.; Gignac, M.A.M.; Naglie, G.; Cameron, J.I.(2019). Towards a universal model of family centered care: A scoping review. *BMC Health Serv. Res.* 19, 564. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4394-5>
- Kumar, S. V., Narayan, S., Malo, P. K., Bhaskarapillai, B., Thippeswamy, H., Desai, G., & Kishore, M. T. (2022). A systematic review and meta-analysis of early childhood intervention programs for developmental difficulties in low-and-middle-income countries. *Asian journal of psychiatry*, 70, 103026.
- Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *The Lancet*, 392(10146), 508–520. doi:10.1016/s0140-6736(18)31129-2
- Magnusson, D., Sweeney, F., & Landry, M. (2019). Provision of rehabilitation services for children with disabilities living in low- and middle-income countries: a scoping review. *Disability and rehabilitation*, 41(7), 861–868. <https://doi.org/10.1080/09638288.2017.1411982>
- McConkey R. (2022). Responding to Autism in Low and Middle Income Countries (LMIC): What to Do and What Not to Do. *Brain sciences*, 12(11), 1475. <https://doi.org/10.3390/brainsci12111475>
- Mitter, N., Ali, A., & Scior, K. (2019). Stigma experienced by families of individuals with intellectual disabilities and autism: A systematic review. *Research in developmental disabilities*, 89, 10–21. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.03.001>

- Ocakçı, A.F., Karakoç, A.(2013). Çocuklarda uyum ve davranış sorunları ve hemşirelik yaklaşımı. In: Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B, editors. *Pediatric Hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Kitabevi, p. 823-50.
- O'Toole, B. (1987). Community-based rehabilitation (CBR): Problems and possibilities. *Eur. J. Spec. Needs Educ.* 2(3), 177-190
- Pektaş, S. (2016). Otizm spektrum bozukluğu tanısı almış çocuklarda müzik eğitiminin önemi. *Sanat Eğitimi Dergisi*,4(1),95-110. doi: 10.7816/sed-04-01-06.
- Potts, N.L., & Mandelco, B.L.(2007). *Pediatric nursing: Caring for children and their families*. 2nd Delmar T, editor. Nelson Education Ltd.
- Reed, G. M., First, M. B., Kogan, C. S., Hyman, S. E., Gureje, O., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D. J., Maercker, A., Tyrer, P., Claudino, A., Garralda, E., Salvador-Carulla, L., Ray, R., Saunders, J. B., Dua, T., Poznyak, V., Medina-Mora, M. E., Pike, K. M., Ayuso-Mateos, J. L., ... Saxena, S. (2019). Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(1), 3-19. <https://doi.org/10.1002/wps.20611>
- Regier, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 12(2), 92-98. <https://doi.org/10.1002/wps.20050>.
- Rogge, N., & Janssen, J. (2019). The Economic Costs of Autism Spectrum Disorder: A Literature Review. *Journal of autism and developmental disorders*, 49(7), 2873-2900. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04014-z>
- Rohwerder, B. (2018) *Disability Stigma in Developing Countries*. K4D Helpdesk Report. Brighton, UK: Institute of Development Studies. Erişim adresi: <https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/13795> (Erişim tarihi: 7.10.2023).
- Rojas-Torres, L. P., Alonso-Esteban, Y., & Alcantud-Marín, F. (2020). Early Intervention with Parents of Children with Autism Spectrum Disorders: A Review of Programs. *Children (Basel, Switzerland)*, 7(12), 294. <https://doi.org/10.3390/children7120294>
- Samsell, B., Lothman, K., Samsell, E. E., & Ideishi, R. I. (2022). Parents' experiences of caring for a child with autism spectrum disorder in the United States: A systematic review and metasynthesis of qualitative evidence. *Families, systems & health: the journal of collaborative family healthcare*, 40(1), 93-104. <https://doi.org/10.1037/fsh0000654>
- Sayan, A., & Durat, G. (2007). Risk tanılaması yoluyla otizmin erken teşhisi: Hemşirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,10(4),105-13.
- Schmengler, H., Cohen, D., Tordjman, S., & Melchior, M. (2021). Autism Spectrum and Other Neurodevelopmental Disorders in Children of Immigrants: A Brief Review of Current Evidence and Implications for Clinical Practice. *Frontiers in psychiatry*, 12, 566368. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.566368>

- Vuran, S., & Turhan, C. (2012). Sosyal öyküler. In: Vuran S, editor. Sosyal Yeterliklerin Geliştirilmesi. Ankara: Vize Yayıncılık, p.167-82.
- World Health Organization (WHO) (2003). International Consultation to Review Community-Based Rehabilitation (CBR): Helsinki 25–28 May 2003; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2003.
- World Health Organization (WHO) (2011). World Report on Disability 2011; World Health Organization: Geneva, Switzerland, 2011
- Zeldovich, L. The Evolution of ‘Autism’ as a Diagnosis, Explained. Available online: <https://www.spectrumnews.org/%20news/evolution-autism-diagnosis-explained/#:~:text=Autism%20was%20originally%20described%20as,criteria%20have%%20changed%20as%20well> (Erişim Tarihi: 5.10.2023).



Bölüm 3

ETİK VE YASAL BOYUTLARIYLA TEKNOLOJİNİN HEMŞİRELİK UYGULAMALARINDAKİ ROLÜ

Özkan SİR¹

Ebubekir KAPLAN²

1 Öğr. Gör., Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, ozkansir@yyu.edu.tr Orcid ID: 0000-0002-3105-7777

2 Arş. Gör., Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, ebubekir-kaplan@yyu.edu.tr Orcid ID: 0000-0001-6577-6094

Giriş

19. yüzyılda endüstrinin ilerlemesi, teknolojik gelişmelerin toplum üzerinde çeşitli etkiler yaratmasına yol açmıştır. Bu dönemde, teknolojinin günlük yaşama entegrasyonu, eğitim düzeyinde ve birçok alanda önemli gelişmelere neden olmuştur. Sağlık alanında bilgi ve farkındalık artışı, sağlık bakım sistemlerinin çeşitli yönlerini etkilemiş ve toplumun sağlık konusundaki bilinç düzeyini yükseltmiştir. Sağlık bakımı sistemi, koruyucu hizmetlerden rehabilitasyona kadar geniş bir yelpazede sunulan destek ve tedavi hizmetlerini içermektedir (Golinelli ve ark. 2020; Irace ve ark. 2023).

Sağlık bakım teknolojisi, makinelerin ve ekipmanların bilgiyle entegre edilerek etkin hasta bakımını sağlamak amacıyla kullanılan bir araç olarak ifade edilebilir. Bu teknoloji, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesinde koruyucu, tanısal, tedavi odaklı, bakım sağlayıcı ve rehabilitasyon yöntemlerini içerir. Bu yöntemler, bireylerin koordineli bir şekilde bir araya gelmesini gerektirir. Genel olarak, teknoloji, bilimin pratik uygulamasını temsil eder. Geniş bir teknoloji değerlendirmesinde, uygulanabilirlik, güvenilirlik, etkililik, maliyet, sosyal, yasal, etik ve politik boyutlar önemli bir rol oynar (Arries-Kleyenstuber 2021; Krick ve ark. 2019).

Hemşirelik teknolojisi, sağlığı sürdürme ve geliştirme, bireyleri hastalıklardan koruma, başa çıkma ve bakım sağlama amacıyla özellikle hemşireler tarafından kullanılan pratik uygulamaları ifade eder. Hemşireler, teknolojik yeniliklere ayak uydurabilmek adına bilimsel temel bilgileri güncel tutmalı ve bu bilgileri uygulama konusunda becerilerini geliştirmelidirler (Ammenwerth 2019; Saray ve Ünsal, 2020).

Her yeni teknoloji, beraberinde riskler ve maliyetleri getirir. Hemşireler, web tabanlı teknolojilerin sağlıklı/hasta bireylerin bakımının kalitesine olan etkilerini değerlendirmeli ve anlamalıdır. Hemşireler, bu konuda diğer disiplinlere göre daha fazla sorumluluk taşımaktadır, bu nedenle teknoloji kullanımıyla ilgili bir sistem veya strateji planına sahip olmalıdırlar. Hemşire yöneticiler ve uygulayıcılar, yeni teknolojileri değerlendirirken şu kriterleri göz önünde bulundurmalıdırlar:

- Uygulanacak bakım teknolojisi hasta güvenliğini artırmalı,
- Sağlıklı/hasta bireyin bakımını etkili bir şekilde desteklemeli,
- Kronik durumların yönetimini kolaylaştırmalı,
- Verimliliği artırmalı,
- Uygulama fizibilitesine sahip olmalıdır (Menemencioğlu 2020; Şendir ve ark. 2019; Şenyuva ve ark. 2019).

Sağlık bilişimi, klinik ve yönetsel karar verme süreçlerini destekleyen bir alan olarak öne çıkmaktadır. Klinik karar verme, teşhis ve tedavi üzerine odaklanırken, yönetsel karar verme süreçleri süreç yönetimi ve çevresel gerekliliklere odaklanmaktadır. Bilgisayar sistemleri ve telekomünikasyonun sağlık bakımı veri ve bilgilerini etkili bir şekilde yönetme ve iletimi konusundaki potansiyeli, hemşirelik bilişiminin ortaya çıkmasında katalizör rolü oynamıştır. Hemşirelik bilgi sistemleri, hemşirelik bilimi ve uygulamalarındaki bilgi birikimini bilişim teknolojileriyle birleştiren bir sonuç olarak ortaya çıkmıştır. Hemşirelik bilişimi, hemşirelik bakımının planlamasından değerlendirilmesine kadar geniş bir yelpazede bilgisayar bilimi ve hemşirelik bilimini birleştiren bir alan olarak tanımlanmaktadır. Her geçen yıl, yüksek teknoloji ve bireylerle daha fazla zaman geçirme, hemşirelik uygulamalarında önemli bir yaşam tarzı haline gelmektedir. Hemşireler, bireylere, ailelere veya gruplara bakım verirken ileri teknoloji ve bilgisayar uygulamalarını entegre ettiklerinde, bakıma ayrılan zamanın arttığı gözlemlenmektedir (Peltonen ve ark. 2019; Ayhan, 2016).

Bakım, hemşirelik değerlerinin temelini oluşturan ve hemşirelik kalitesinin belirgin bir göstergesi olan önemli bir kavramdır. Bireylerin sağlık ve hastalık yolculuklarını destekleme, daha iyi sonuçlar elde etme amacı, hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçasıdır. Ancak teknolojik gelişmelerle birlikte yaşanan değişimlerin artmasıyla birlikte, hemşirelerin bu bakım ve destekleri nasıl sağlayacakları konusunda açıklık getirilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır (Archibald ve Barnard, 2017).

Hemşirelerin hasta bakımındaki rolü, sağlık hizmetlerinin sunumunu artırmak adına teknoloji kullanımıyla evrim geçirmiştir. Teknolojideki gelişmelerin hızlı ilerleyişi, sağlık hizmetlerinde rutin bir hale gelerek istisna olmaktan çıkmıştır. Hastaneler, özellikle elektronik sağlık kayıtları (ESK) gibi yeni teknolojilere kapılarını açarak yüksek teknolojiyle donatılmış ortamlara dönüşmüştür. Bu teknolojik gelişmeler arasında ESK'lar, kişisel sağlık kayıtları, klinik karar destek sistemleri, bilgisayarlı hekim istem girişi, mobil teknolojiler, kablosuz sesli internet telefonları, radyo frekansı tanımlama veri etiketleri, akıllı pompalar ve tele sağlık gibi bir dizi örnek bulunmaktadır (Sullivan, 2015).

Hemşirelik Uygulamalarında Teknoloji Kullanımının Etik Boyutu

Sağlık bakım teknolojisinin yaygın kullanımı, sağlığın korunması, geliştirilmesi, bakım ve tedavi uygulamalarında önemli bir rol oynar. Ancak, bu teknolojinin yaygın kullanımı, bakım kalitesi, etkinlik ve verimliliği artırmakla birlikte, karar alma süreçleri, kaynak paylaşımı, etik sorunlar gibi önemli konularda, sağlık uzmanları ve hastalar arasında çeşitli görüş ayrılıklarına neden olabilir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013).

Bakım ve teknolojinin entegrasyonu, hemşirelerin karşılaştığı zorlukların başında, hastaların mevcut teknolojilerin kullanılmasını ne zaman gerektirdiği, belirli müdahalelerin başlatılması veya durdurulması konusunda kimin karar vereceği, ayrıca birey ve ailenin isteklerini dengeli bir şekilde ele alma süreci gelmektedir. Yeni teknolojilerin benimsenmesiyle birlikte, bu uygulamalara yönelik çeşitli konular ortaya çıkmaktadır. Teknoloji gözetmeksizin, hemşirelikle ilgili faktörler; tutumlar, değerler, iletişim ve bireyselleştirilmiş bakım sürdürme ile yakından ilişkilidir (Arries-Kleyenstuber 2021;Burkhardt ve Nathaniel, 2013).

Teknoloji, gizlilik ve mahremiyet

Sağlıklı ya da hasta bireyin bilgilerinin güvenliğini koruma amacıyla, hemşirelerin kişisel sağlık bilgilerini elektronik ortamda aktarırken ve depolarken uygun güvenlik önlemlerini alması yasal ve etik bir gerekliliktir. Hemşireler, bu konuda dikkatli olmalı, gerekli durumlarda düzeltici önlemleri almalı ve sağlık bilgi ve kayıtlarının korunmasına yönelik politikaların geliştirilmesine aktif olarak katılmalıdır (Korhonen ve ark.2015; Burkhardt ve Nathaniel, 2013).

Tutumlar ve değerler

Değerler, inançlar ve tepkilere duyarlılık, özellikle teknolojiyle ilgili konularda büyük önem taşır. Hemşirelerin kişisel değerlerinin nerede farklılık gösterebileceğini bilmeleri, etkili iletişim kurabilmeleri için daha dikkatli olmalarını sağlar. Diğer bireylere kendi kararlarını vermeleri için alan açar, kişisel değerlere dayalı görüşleri doğru ya da yanlış olarak değerlendirmekten kaçınmayı içerir. Hemşire, kendi kararları hemşirenin görüşlerinden farklı olsa bile bu kararları anlamaya ve kabul etmeye hazır olmalıdır (Korhonen ve ark.2015; Jokinen ve ark.2021).

Hasta bireyler ve aileleriyle değerlerin açıkça tartışılması, hemşirelere kendi görüşlerini daha iyi anlama ve netleştirme fırsatı sunabilir. Hemşireler, birey, aile ve hekim arasında değer farklılıklarının olduğu durumlar konusunda bilinçli olmalıdır. Zamanında iletişimi desteklemek, esas ikilemleri önleyebilir veya konunun daha etkili bir şekilde çözümlenmesine yardımcı olabilir. Hemşirenin belirli bir durumda kendi değerlerini bireyin değerleriyle bağdaştıramadığı durumlarda, hemşirenin, kendisini durumdan uzaklaştırmak ve uyumsuzluk yaşamamak için gerekli adımları atması önemlidir (Korhonen ve ark.2015; Jokinen ve ark.2021).

İletişimin önemi: kim karar vermelidir?

Stresli durumlarda hemşire, hastanın savunucusu olarak hekimi, ailesi veya uygun bir temsilci ile iletişimi kolaylaştırabilir. Bilgilendirmenin nasıl

yapılacağıının belirlenmesinde, tüm taraflar arasında iş birliği önemlidir. Doğru çevre koşullarının sağlanması, hastanın anlayabileceği uygun terimlerin ve dilin kullanılması, bireye özel zaman ayrılması, cesaretlendirici sorular, etkili dinleme ve bakıma katılma, etkili iletişimi kolaylaştırabilir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013; ; Jokinen ve ark.2021).

Bakım: İnsan odaklı

Bakım ve konforun sağlanmasıdaki hemşirenin rolü, geniş bir kapsama ve çok boyutlu bir niteliğe sahiptir. Bu rol, girişimler, sorunlar ve hedeflerle ilgili olarak tanımlanabilir. Hemşirenin bakış açısı, bakımın diğer bireyler için nasıl algılandığını içermelidir. Bu sayede, sorular, korkular, endişeler ve engeller uygun bir şekilde ele alınabilir. Aynı zamanda, bakım verme ve konfor sağlama, hasta ve ailesinin inanç ve değerleri doğrultusunda yaptıkları seçimleri cesaretlendirmeyi ve hemşirenin destek olmasını gerektirir (Arries-Kleyenstuber 2021; Burkhardt ve Nathaniel, 2013).

Sağlık uzmanlarının ana sorumluluğu, karşılaşılan etik sorunları çözmek için temel etik ilkeleri rehber alarak yönlendirmektir. Bu sorunlar, insan hakları, hasta hakları, sınırlı kaynakların paylaşımı ve yaşamı uzatma müdahalelerinin yaşam kalitesine olan etkileri gibi çeşitli konuları içermelidir. Etik sorunların çözümü için etik ilkelere dayalı karar verme süreçleri kullanılmalıdır. Bu bağlamda, özellikle “yarar sağlama”, “zarar vermeme”, “otonomi”, “aydınlatılmış onam” ve “sosyal adalet” gibi etik ilkeler büyük önem taşımaktadır (Korhonen ve ark. 2015; Arries-Kleyenstuber 2021).

Ülkemizde şu ana kadar özel olarak oluşturulmuş etik kurallar olmamakla birlikte, sağlık bilişim sistemlerinin kurulması sırasında temel etik ilkeler esas alınmalıdır. Sağlık bilişim sistemlerinin uyumluluğu için özellikle çatışmalara neden olan temel etik ilkeler belirlenmiştir;

- Yarar Sağlama- Zarar Vermeme
- Otonomi-Özerklik
- Gizlilik-Mahremiyet
- Adalet-Eşitlik

Bu ilkelere uygun bir yapılandırma, sağlık bilişim sistemlerinin etik açıdan daha sağlıklı ve güvenilir bir şekilde hizmet vermesini sağlayabilir (Korkmaz ve Ayhan, 2016).

Yarar Sağlama-Zarar Vermeme: Yararlılık ilkesi, hasta birey için en iyi olanı gerçekleştirme ve zarar vermeme yükümlülüğünü içerir. Elektronik sağlık (e-sağlık), tele hemşirelik, tele-tıp, hasta bakımı ve izleme sistemleri

gibi bilişim sistemleri, tedavi ve sağlık bakımının bireylere sunulmasında hasta yararını gözeterek geliştirilmiş teknolojilere örnek olarak verilebilir (Korkmaz ve Ayhan, 2016).

Otonomi-Otonomi: Hastanın yapılacak işlemler ve muhtemel sonuçlar konusunda bilgilendirilmesi ve izin alınması etik bir prensiptir. Hastanın verileri toplandığında ve elektronik ortamda kaydedildiğinde, bu bilgilerin nerede depolanacağı, nasıl kullanılacağı ve hangi amaçlar için kullanılabileceği konusunda bilgilendirilmesi gereklidir (Korkmaz ve Ayhan, 2016).

Gizlilik-Mahremiyet: Elektronik hasta kayıt sistemleri web tabanlıdır, bu da kayıtların birçok farklı konumdan ve çeşitli kullanıcılar tarafından aktarılmasına veya kullanılmasına olanak tanır. Hastaya ait kayıtların, sağlık çalışanlarının etik ilkeler çerçevesinde gizliliğinin korunması, bu sistemlerin kullanımında önemli bir sorumluluktur (Korkmaz ve Ayhan, 2016).

Hemşireler, bireyin bakım gereksinimlerini belirleyen ve malzemelerin etkin kullanımında karar verici bir rol oynayan sağlık profesyonelleridir. Bilişim teknolojisi sistemlerinden daha fazla fayda sağlayan hemşireler, bireyin bilgilerinin güvenliğini koruma konusunda yasal ve etik yükümlülüklerle tabidir. Elektronik ortama kişisel sağlık bilgilerini aktarırken ve depolarken uygun güvenlik önlemlerini almalıdırlar. Gizliliği ve güvenliği sağlamak amacıyla uygulanabilecek tedbirler arasında şunlar bulunmaktadır:

- Güçlü bir parola tercih etmek ve parolayı başkalarıyla paylaşmamak önemlidir.
- Bilgisayar sistemlerini etkili bir şekilde korumak için güvenlik önlemleri almak,
- Sağlık bilgilerinin e-mail ile aktarılmasında gizliliği içeren ifadeler kullanmak ve iletileri şifrelemek,
- Virüs koruma programlarını düzenli olarak güncellemek,
- Elektronik ortamda kişisel sağlık bilgilerini depolarken veriyi şifrelemek (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11242/> Erişim tarihi: 06/12/2023).

Adalet-Eşitlik: Bilişim sistemlerinden dil, din, ırk, coğrafi bölge, sosyo-ekonomik durum gibi faktörlere bakılmaksızın herkesin eşit şekilde yararlanma hakkı bulunmaktadır. Örneğin, bazı ülkelerde bireyler, evlerinden kronik hastalık takibi, tele-tıp veya e-mail yoluyla sağlık hizmetlerine erişebilmektedir. Ancak, bu imkanlardan eşit şekilde yararlanma konusunda bazı engeller bulunmaktadır. Evlerde internet olmaması, bilişim sistemlerine ulaşmak için maddi olanakların yetersiz olması ve altyapı eksiklikleri gibi sorunlar, herkesin bu hizmetlerden eşit şekilde faydalanabilmesini

engellemektedir. Bu eşitsizliklerin giderilmesi için sağlık politikalarının gözden geçirilmesi önerilmektedir (Korkmaz ve Ayhan, 2016).

Tartışmalı Teknolojiler;

Klonlama: İnsan klonlaması, sağlık ve insan haklarını savunan hemşireler ve diğer sağlık kuruluşları için etik bakımdan kabul edilemez bir durumdur. Bu pratik, bireyin benzersiz genetik kimliğinin, insan onurunun ve bütünlüğünün ihlal edilmesine anlamına gelir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013). İnsan klonlamasıyla ilgili etik tartışmaların birçok farklı boyutu bulunmaktadır. Örneğin, bir insanın yapay olarak ikizinin üretilmesinin etik açıdan doğru olmadığı ve böyle bir ikizin orijinaliyle asla davranışsal olarak aynı olmayacağı vurgulanmaktadır. Ancak, tedavi amacıyla yapılan klonlamada oluşturulan embriyoların öldürülmesi konusu en çok vurgulanan konular arasındadır. Bir insanın sağlığını iyileştirmek amacıyla başka bir canlı insan modelinin yok edilmesinin etik olmadığı savunulmaktadır. Organ üretmek amacıyla verici insanların oluşturulması durumunda ise “organ tarlalarının” ortaya çıkabileceği ve bu durumun felakete yol açabileceği ifade edilmektedir. Bilim dünyası, etik değerlerle başa çıkabilme ve çözüm üretebilme adına kullanılacak bir buluş üzerinde çalışmaktadır (Charitos ve ark. 2021;Iltis ve ark. 2023;Seyalioğlu ve ark., 2007).

Kök hücre: Araştırmalarda kullanılan insan kök hücreleri, elde edilme yöntemine bağlı olarak yetişkin, embriyonik ve germline olarak sınıflandırılır. Kök hücre araştırmalarında en çok tartışılan konulardan biri, embriyonik kök hücrelerin elde edilme sürecinin embriyonun zarar görmesiyle sonuçlanmasıdır. Bu nedenle, embriyonik kök hücre kullanımına odaklanma, kök hücre araştırmalarında temel bir meseledir. Bu bağlamda, iki ana itiraz konusu öne çıkmaktadır. İlk olarak, insan embriyosunun zarar görmesinin insan varlığının öldürülmesine yol açıp açmadığıdır. İkinci itiraz, insani olmayan uygulamaların, özellikle fetüs kullanımının, insan yaşamını bir mal veya eşya gibi ele almanın kaygılı bir zemine yol açabileceği ve bu tür araştırmaların insan embriyolarını kullanmanın etik olup olmadığı sorusunu beraberinde getirebileceği endişesidir (Burkhardt ve Nathaniel, 2013).

Organ doku bulma ve transplantasyonu: Organ naklinin etik uygunluğu artık genel olarak dini liderler, hukuk uzmanları ve sağlık profesyonelleri tarafından kabul görmektedir. Fakat bu konuda bazı ayrıntılarda fikir ayrılıkları devam etmektedir. Ölüm anının belirlenmesi, vericinin rızası, organ naklinin ticari bir karşılık karşılığında yapılması, ani ölüm durumlarında organ alınması sürecindeki zaman faktörü gibi konular dünya genelinde etik açıdan tartışmalıdır. Yasalarla bu konuların düzenlenmesi, gerçekleştirilen işlemlerin etik açıdan uygun olduğu anlamına gelmez, ancak hukuki bir çerçeve oluşturarak cezai veya hukuki sorumluluk sınırlarını

belirler. Vericinin ölü olması çabası, organ ticaretinin engellenmesi ve etik olmayan uygulamaların önüne geçilmesi için önemlidir. Ancak, ölüden organ nakillerinin artırılması için toplumu bilinçlendirmek, organ bağışını teşvik etmek, organ ve doku nakli için ulusal bir koordinasyon ağının kurulması gerekmektedir (Brock 2019; Koçak-Süren, 2007; Burkhardt ve Nathaniel, 2013).

Hemşirelik Uygulamalarında Teknoloji Kullanımının Yasal Boyutu

Sağlık bakımının temel bir hakkın bir parçası olması nedeniyle, sağlık verilerinin toplanması, düzenlenmesi ve paylaşılması, insan hakları çerçevesinde gerçekleştirilmelidir. Bu bağlamda, sağlık kayıtlarına ilişkin etik ilkelere dayalı olarak çeşitli yasa ve düzenlemelerin oluşturulması da son derece önemlidir (Korkmaz ve Ayhan, 2016).

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık bilgi yönetimi sistemlerinin oluşturulması ve güvenliğinin sürdürülmesine ilişkin çeşitli yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemelerden biri, 06.06.2007 tarihli ve 5228 sayılı Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt Ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge'dir. Söz konusu yönergenin Ek-5'inci maddesi, elektronik kayıt sistemlerine yönelik düzenlemeleri içermektedir. Bu yönerge kapsamında, bilgi sistemlerinde güvenlik önlemleri, veriye erişim düzenlemeleri gibi konular detaylı bir şekilde ele alınmıştır (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11242/> Erişim tarihi: 06/12/2023).

Bu bağlamda, veriye erişim konusunda belirlenmiş bir dizi kural bulunmaktadır:

- Hasta, kendi sağlık verilerine online olarak hiçbir zaman erişememelidir.
- Bir aile hekimi, sadece kendisine kayıtlı olan hastaların elektronik sağlık kayıtlarına erişebilmelidir.
- Hastanedeki yetkilendirilmiş sağlık çalışanları, sadece hastanın giriş tarihinden taburcu olana kadar geçici bir süreliğine ve yalnızca hasta, sağlık kayıtlarına erişim için yazılı olarak onay vermişse bu erişime sahip olabilirler (<https://www.saglik.gov.tr/TR,11242/> , Erişim tarihi: 06/12/2023).

Ayrıca, bu yönerge kapsamında, acil durum yönetimi, yedekleme, veri tabanı güvenliği, şifreleme, sunucu güvenliği, kimlik doğrulama ve yetkilendirme gibi konularda, elektronik sağlık kayıtlarının güvenliğini sağlamak amacıyla alınması gereken tedbirler belirlenmiştir. Sağlık Bakanlığının uyguladığı diğer bir düzenleme ise bilgi güvenliği politikalarını içeren bir yönerge'dir. Bu yönergenin temel hedefi, bilginin

toplanması, değerlendirilmesi, raporlanması ve paylaşılması süreçlerinde güvenliği sağlamak; bilginin gizliliği, bütünlüğü ve erişilebilirliği açısından değerlendirilerek, içeriden ve/veya dışarıdan kaynaklanabilecek kasıtlı veya kazayla oluşabilecek her türlü tehdide karşı koruma sağlamak; ayrıca yürütülen faaliyetlerin etkin, doğru, hızlı ve güvenli bir şekilde gerçekleştirilmesinde bilgi güvenliği açısından uyulması gereken prosedürleri belirlemektir (Kahveci ve ark. 2020; Korkmaz ve Ayhan 2016).

Bu kılavuzun odaklandığı üç temel unsur şunlardır:

Gizlilik: Bilginin sadece yetkilendirilmiş kişilerin erişimine açık olması,

Bütünlük: Bilginin yetkisiz kişiler tarafından değiştirilme, silinme veya herhangi bir şekilde zarar görmesine karşı içeriğinin korunması

Süreklilik: Bilginin her an kullanıma hazır durumda olması, her kullanıcının bilgi kaynağına yetkili olduğu zaman diliminde erişebilmesi. (Korkmaz ve Ayhan, 2016).

Sonuç;

teknolojinin hemşirelik uygulamalarındaki etik ve yasal boyutları, hastaların güvenliğini ve gizliliğini koruma, sağlık bakım kalitesini artırma ve etkili iletişimi destekleme konularında önemli bir rol oynamaktadır. Hemşirelerin, teknolojik gelişmelere etik bir çerçevede adapte olmaları, yasal standartlara uymaları ve hasta odaklı bakımın temel prensiplerini sürdürmeleri, sağlık hizmetlerinde güvenilir ve etik bir ortamın sürdürülmesine katkıda bulunacaktır. Bu sayede, teknolojinin sağlık alanındaki kullanımı, hemşirelerin hasta bakımında etik ve yasal standartları korumalarına yardımcı olarak, toplumun sağlığını iyileştirme sürecine olumlu bir şekilde etki edecektir.

KAYNAKÇA

- Ammenwerth, E. (2019). Technology acceptance models in health informatics: TAM and UTAUT. *Stud Health Technol Inform*, 263, 64-71.
- Archibald MM, Barnard A. Futurism in nursing: Technology, robotics and the fundamentals of care. *Journal of Clinical Nursing*. 2017; 27(11-12):2473-2480.
- Arries-Kleyenstuber, E. (2021). Emerging Digital Technologies in Virtual Care in Clinical Nursing Practice: An Integrative Review of Ethical Considerations and Strategies.
- Ayhan H. Yoğun bakımda hemşirelik bilişimi. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-Special Topics*. 2016; 2(1):47-52.
- Brock, D. W. (2019). Ethical issues in recipient selection for organ transplantation. In *Organ substitution technology* (pp. 86-99). Routledge.
- Burkhardt MA, Nathaniel AK. Çağdaş Hemşirelikte Etik. Çev. Ed. Ecevit-Alpar Ş, Bahçecik N, Karabacak Ü. 1. Baskı, 2013, İstanbul Tıp Kitabevi.
- Charitos, I. A., Ballini, A., Cantore, S., Boccellino, M., Di Domenico, M., Borsani, E., ... & Bottalico, L. (2021). Stem cells: a historical review about biological, religious, and ethical issues. *Stem Cells International*, 2021.
- Golinelli, D., Boetto, E., Carullo, G., Nuzzolese, A. G., Landini, M. P., & Fantini, M. P. (2020). Adoption of digital technologies in health care during the COVID-19 pandemic: systematic review of early scientific literature. *Journal of medical Internet research*, 22(11), e22280.
- Iltis, A. S., Koster, G., Reeves, E., & Matthews, K. R. (2023). Ethical, legal, regulatory, and policy issues concerning embryoids: a systematic review of the literature. *Stem Cell Research & Therapy*, 14(1), 209.
- Irace, C., Acmet, E., Cutruzzolà, A., Parise, M., Ponzani, P., Scarpitta, A. M., & Candido, R. (2023). Digital technology and healthcare delivery in insulin-treated adults with diabetes: a proposal for analysis of self-monitoring blood glucose patterns using a dedicated platform. *Endocrine*, 1-9.
- Jokinen, A., Stolt, M., & Suhonen, R. (2021). Ethical issues related to eHealth: an integrative review. *Nursing ethics*, 28(2), 253-271.
- Kahveci, R., Koç, E. M., Aksoy, H., & Başer, D. A. (2020). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığının Klinik Uygulama Rehberleri Alanındaki Faaliyetleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 737-755.
- Koçak-Süren Ö. Organ ve doku naklinin yasal ve etik açıdan incelenmesi. *TBB Dergisi*. 2007; 73:174-195.
- Korhonen, E. S., Nordman, T., & Eriksson, K. (2015). Technology and its ethics in nursing and caring journals: An integrative literature review. *Nursing ethics*, 22(5), 561-576.
- Korkmaz S, Ayhan H. Bilişim teknolojilerinin etik ve yasal boyutu. *Türkiye Klinikleri J Surg Nurs-special Topics*. 2016; 2(1):37-41.

- Krick, T., Huter, K., Domhoff, D., Schmidt, A., Rothgang, H., & Wolf-Ostermann, K. (2019). Digital technology and nursing care: a scoping review on acceptance, effectiveness and efficiency studies of informal and formal care technologies. *BMC health services research*, 19, 1-15.
- Menemencioglu, A. (2020). Kritik hasta bakımında yeni teknoloji kullanımı. *Çukurova Med*, 45, 44-47.
- Peltonen, L. M., Nibber, R., Lewis, A., Block, L., Pruinelli, L., Topaz, M., ... & Ronquillo, C. (2019). Emerging Professionals' Observations of Opportunities and Challenges in Nursing Informatics. *Nursing Leadership (1910-622X)*, 32(2).
- Saray H, Ünsal A. Hemşirelerin teknolojiye ilişkin tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *ACU Sağlık Bil Derg*. 2020; 11(3):423-429
- Seyalioğlu İ, Şenel-Eraslan B, Hot İ, Demircan YT, Çetin G. Klonlamaya genetik, etik ve hukuksal açıdan yaklaşım. *Adli Tıp Dergisi*. 2007; 21(2):31-45.
- Sullivan DH. Technological advances in nursing care delivery. *Nursing Clinics of North America*. 2015; 50(4):663-677.
- Şendir, M., Şimşekoğlu, N., Abdulsamed, K. A. Y. A., & Sümer, K. (2019). Geleceğin teknolojisinde hemşirelik. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 1(3), 209-214.
- Şenyuva, E. (2019). Teknolojik gelişmelerin hemşirelik eğitimine yansımaları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 27(1), 79.
- Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge". Sağlık Bakanlığınının 06/06/2007 tarih ve 5228 sayılı oluru ile yürürlüğe girmiştir. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11242/yatakli-tedavi-kurumlari-tibbi-kayit-vearsiv-hizmetleri-yonergesinde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonergesi.html> (Erişim Tarihi: 06.12.2023).



Bölüm 4

SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARINDAN "ASTİM" VE HEMŞİRELİK BAKIMI

İsmail KELEŞ¹

¹ Öğr. Gör. Iğdır Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü ismailkes4@gmail.com ORCID: 0000-0002-6575-8029

Giriş

Astım, solunum yollarının iltihaplanmasıyla karakterize, hırıltılı solunum, nefes darlığı, öksürük ve göğüste sıkışma hissi gibi semptomlara yol açan kronik bir solunum rahatsızlığıdır. Genellikle alerjenlere veya tahriş edici maddelere maruz kalınmasıyla tetiklenir ve hava geçişlerinin daralmasına yol açar. Astımın şiddeti, ilaçlarla iyi yönetilen hafif semptomlardan acil müdahale gerektirebilecek ciddi vakalara kadar değişebilir. Uzun süreli kontrol ilaçları ve hızlı rahatlama sağlayan inhalerler astımı yönetmek için yaygın olarak kullanılır ve astımlı hastalar genellikle kişiselleştirilmiş yönetim planları geliştirmek için sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla (Hekim, Hemşire, Eczacı vd.) birlikte çalışır. Tedavinin amacı semptomları kontrol etmek, akciğer fonksiyonlarını iyileştirmek ve astımdan etkilenen bireylerin genel yaşam kalitesini artırmaktır.(Çetin ve ark., 2016; Loftus & Wise, 2016; Maciag & Phipatanakul, 2020; Sivrikaya, 2019; Uysal, 2014; Erkekol & Karakaya, 2016)

Astım Hastalığının Epidemiyolojisi

Astımın epidemiyolojisi, küresel olarak artan prevalansı ile karakterizedir. Astım bulaşıcı olmayan en yaygın hastalıklardan biridir ve çoğu kişinin yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkisi vardır. Dünya çapında yaklaşık 300 milyon kişi astım hastasıdır ve 2025 yılına kadar 100 milyon kişinin daha astımdan etkileneceği tahmin edilmektedir. Ayrıca astımdan dolayı her yıl dünyada 250.000 kişinin öldüğü öngörülmektedir. Astımın prevalansı, şiddeti ve mortalitesinde büyük coğrafi farklılıkların olduğu ifade edilmektedir. Kentleşme, hava kalitesi ve çevresel maruziyetler gibi faktörler bu değişikliklere katkıda bulunmaktadır. Astım prevalansı yüksek gelirli ülkelerde daha yüksek olsa da, astıma bağlı ölümlerin çoğu düşük-orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Gelir düzeyi düştükçe astım prevalansı da artmaktadır. Astım prevalansındaki bu artışın nedenleri tam olarak anlaşılmamış olsada genel olarak; sosyoekonomik durum, çevresel maruziyet, konakçı mikrobiyomu ve genetik gibi faktörlerin rol oynadığı ifade edilmektedir. Ayrıca astım prevalansı cinsiyetler arasında değişiklik gösterebilmektedir. Ülkemizde astım prevalansı erkeklerde %2.8 iken kadınlarda %6.2'dir. Çocukluk çağında erkek çocuklarda daha sık görülürken, yetişkinlikte kadınlarda daha yaygın görülmektedir. (Erkekol & Karakaya, 2016; Maciag & Phipatanakul, 2020; Sivrikaya, 2019; Uysal, 2014; Yıldız & Tülüce, 2023; Yılmaz, 2021)

Astım Hastalığının Etiyolojisi

Astımın etiyojisi veya altında yatan nedenler karmaşıktır ve genetik, çevresel ve immünolojik faktörlerin bir kombinasyonunu içermektedir. Astımın kesin nedeni tam olarak anlaşılamamış olsa da, birkaç önemli etken tanımlanmaktadır. Bu etkenlerden bazıları aşağıda ifade edilmektedir.

Genetik Faktörler: Aile geçmişinde astım veya diğer alerjik rahatsızlıklar olan bireylerde astım gelişme riski daha yüksektir. Bağışıklık sistemi fonksiyonu ve hava yolu duyarlılığı ile ilgili spesifik genler bu kalıtsal bileşene katkıda bulunabilmektedir.

İmmünolojik Faktörler: Astım, hava yollarının kronik enflamasyonu ile karakterizedir. Bu enflamasyon, çeşitli tetikleyicilere karşı bağışıklık sisteminin verdiği yanıtla oluşur ve enflamatuvar araçların salınmasına yol açar. İmmünoglobulin E (IgE) astımla ilişkili alerjik yanıtta merkezi bir rol oynamaktadır.

Çevresel Maruziyetler: Belirli çevresel faktörlere ve alerjenlere maruz kalmak astım semptomlarını tetikleyebilir veya mevcut astımı şiddetlendirebilir. Yaygın tetikleyiciler şunları içerir:

- Alerjenler: Polen, toz akarları, küf sporları, evcil hayvan tüyleri ve hamamböceği dışkısı gibi maddeler.
- Hava Kirliliği: Partikül madde, ozon ve nitrojen dioksit gibi yüksek seviyelerde hava kirleticiler.
- Mesleki Maruziyetler: Bazı işyeri tahriş edici maddeleri veya alerjenler mesleki astıma katkıda bulunabilir.
- Solunum Yolu Enfeksiyonları: Viral enfeksiyonlar, özellikle erken çocukluk döneminde, astım gelişme riskini artırabilir.

Erken Yaşam Maruziyetleri: Doğum öncesi ve erken çocukluk dönemindeki faktörler astım gelişimini etkileyebilir. Bunlar arasında tütün dumanına maruz kalma, solunum yolu enfeksiyonları ve düşük doğum ağırlığı yer almaktadır.

Hijyen Hipotezi: Hijyen hipotezi, yaşamın erken dönemlerinde enfeksiyonlara ve mikroplara maruz kalmanın azalmasının astım da dahil olmak üzere alerjik hastalık riskinin artmasına katkıda bulunabileceğini öne sürmektedir. Çocukluk döneminde mikroplara maruz kalma eksikliği bağışıklık sisteminin gelişimini etkileyebilir.

Obezite: Özellikle yetişkinlerde astım ve obezite arasında bir bağlantı vardır. Obezite, sistemik inflamasyon ve değişen solunum mekaniği ile ilişkilidir ve astım gelişimine ve şiddetine katkıda bulunabilmektedir.

Astımın heterojen bir durum olduğunu ve farklı bireylerin farklı tetikleyicilere ve alta yatan nedenlere sahip olabileceğini unutmamak önemlidir. Genetik yatkınlık ve çevresel maruziyetlerin etkileşimi astımın karmaşık etiyojisine katkıda bulunabilir. Bu faktörlerin anlaşılması, astımlı

bireyler için hedefe yönelik önleme stratejileri ve kişiselleştirilmiş tedavi yaklaşımları geliştirmek için çok önemli olduğu ifade edilmektedir. (Çetin ve ark., 2016; Durna & Akyıl, 2016; Kaptan & Dedeli, 2012; Sivrikaya, 2019; Yılmaz, 2021)

Astım Hastalığının Fizyopatolojisi

Astımın fizyopatolojisi, solunum sisteminde hastalığın karakteristik semptomlarına yol açan bir dizi karmaşık etkileşimi içermektedir. Bu karmaşık etkileşimin astım fizyopatolojisine ilişkin kilit noktaları aşağıda ifade edilmektedir.

Hava Yolu Enflamasyonu: Astım öncelikle hava yollarının kronik enflamasyonu ile karakterizedir. Bu enflamasyon, çeşitli bağışıklık hücrelerinin aktivasyonunu, enflamatuar aracılardan salınımını ve eozinofil ve diğer hücrelerin akışını içeren bir bağışıklık tepkisini içermektedir.

Hava Yolu Aşırı Duyarlılığı: Astımlı bireyler, hava yollarının çeşitli uyaranlara karşı artan duyarlılığını sergiler ve tetikleyicilere yanıt olarak abartılı bronkokonstriksiyona yol açar. Bu artmış duyarlılık astımda görülen hava akımı kısıtlamasına katkıda bulunmaktadır.

Düz Kas Daralması: Hava yollarını çevreleyen düz kasların kasılması astımın önemli bir özelliğidir. Bronkokonstriksiyon olarak bilinen bu kasılma, hava geçişlerini daraltarak havanın akciğerlere girip çıkmasını zorlaştırmaktadır.

Mukus Üretimi: Astımdaki enflamatuar yanıt, hava yollarında aşırı mukus üretimini tetiklemektedir. Bu kalınlaşmış mukus, hava yolu tıkanıklığına ve nefes alma zorluğuna sebep olmaktadır.

IgE Aracılı Alerjik Yanıt: Alerjik astımı olan bireylerde, alerjenlere maruz kalmak IgE antikorlarının üretilmesine yol açmaktadır. Aynı alerjene daha sonra maruz kalındığında, IgE mast hücrelerini ve bazofilleri aktive ederek histamin ve diğer enflamatuar maddelerin salınımını tetiklemektedir. Ayrıca T lenfositleri ve sitokinler astımda immün yanıtın düzenlenmesinde çok önemli bir rol oynamaktadırlar. İnterlökin-4 (IL-4), interlökin-5 (IL-5) ve interlökin-13 (IL-13) gibi Th2 tipi sitokinler sıklıkla yükselerek alerjik ve enflamatuar süreci desteklemektedirler.

Astımın fizyopatolojisini anlamak, inflamasyonu kontrol etmeyi, bronkodilatasyonu iyileştirmeyi ve hastalık sürecinin diğer yönlerini ele almayı amaçlayan hedefe yönelik tedavilerin geliştirilmesine yardımcı olmaktadır.(Biol, 2005; Çelik, 2023; Sivrikaya, 2019; Uysal, 2014; Yılmaz, 2021; Yurtsever, 2017; Erkeköl & Karakaya, 2016)

Astım Hastalığının Belirti ve Bulguları

Astımın yaygın belirti ve bulgularından bazıları aşağıda gösterilmiştir.

Nefes Darlığı: Astımlı bireyler sıklıkla nefes almada zorluk veya nefessizlik hissi yaşarlar. Bu durum fiziksel aktivite ile tetiklenebilir veya istirahat halindeyken ortaya çıkabilir.

Hışıltılı solunum: Hışıltılı solunum, nefes alma sırasında, özellikle de nefes verirken ortaya çıkan tiz bir ısıklık sesidir. Hava yollarının daralmasından kaynaklanmaktadır.

Öksürük: Özellikle geceleri veya sabahın erken saatlerinde görülen inatçı öksürük astımın yaygın bir belirtisidir. Öksürük kuru olabilir veya balgam çıkarabilir.

Göğüs Sıkışıklığı: Astımı olan birçok kişi göğsünde bir sıkışma veya basınç hissi tarif etmektedir. Bu durum diğer semptomlara eşlik edebildiği gibi, astım atakları sırasında şiddetlenebilmektedir.

Yorgunluk: Astım atakları sırasında nefes almak için gereken çaba yorgunluğa yol açabilir. Özellikle astım semptomları iyi yönetilmiyorsa, bireyler kendilerini yorgun veya bitkin hissedebilirler.

Artmış Solunum Hızı: Astım atakları sırasında vücut solunum hızını artırarak azalan hava akışını telafi etmeye çalıştığından hızlı nefes alıp verme sıklıkla görülmektedir.

Uyuma Güçlüğü: Astım semptomları uykuya müdahale ederek gece uyanmalarına ve uykuya dalma veya uykuda kalma güçlüğüne yol açabilmektedir.

Anksiyete veya Panik: Astım atakları sırasında nefes darlığı hissi bazı kişilerde anksiyete veya paniğe neden olabilmektedir.

Bu belirti ve bulguların şiddeti ve sıklığının kişiden kişiye değişebileceğini ve zaman içinde değişebileceğini unutmamak önemlidir. (Biol, 2005; Durna & Akyl, 2016; Yılmaz, 2021; Yurtsever, 2017; Erkekol & Karakaya, 2016)

Astım Hastalığının Tanı Kriterleri

Astım tanısı klinik değerlendirme, tıbbi geçmiş değerlendirme ve spesifik testlerin bir kombinasyonunu içermektedir.

Tıbbi Geçmiş: Öksürük, hırıltılı solunum, nefes darlığı ve göğüste sıkışma hissi gibi solunum semptomlarının ayrıntılı bir öyküsü alınmalıdır. Dahası alerjenlere maruz kalma, egzersiz veya belirli ortamlar gibi semptomları

tetikleyen veya kötüleştiren faktörlerin tanımlanması. Ayrıca solunum sorunları nedeniyle gece uyanmaları da dahil olmak üzere semptomların sıklığı ve şiddetinin değerlendirilmesi gerekmektedir.

Fiziksel Muayene: Hırıltılı solunum, solunum hızında artış ve göğüste sıkışma belirtileri için göğüs muayenesi olmak üzere genel solunum fonksiyonunun değerlendirilmesinin yapılması.

Akciğer Fonksiyon Testleri:

- **Spirometri:** Bu test, zorlu ekshalasyon sırasında hava akışının miktarını ve hızını ölçmektedir. Bir saniyedeki zorlu ekspirasyon hacminin (FEV1) ve FEV1/zorlu vital kapasite (FVC) oranının azalması hava akımı sınırlamasının göstergesidir.
- **Peak Ekspiratuar Akım (PEA):** Bir kişinin havayı soluyabildiği maksimum hızı ölçer. PEA değerlerinde değişkenlik astımda yaygındır ve PEA'in zaman içinde izlenmesi astım kontrolünün değerlendirilmesine yardımcı olabilmektedir. PEA değerlerinin düşük çıkması hastada hava yolu obstrüksiyonun olduğu göstermektedir.

Bronkodilatör Duyarlılık Testi: Başlangıçtaki akciğer fonksiyon testlerinden sonra bir bronkodilatör (genellikle albuterol) uygulanır ve akciğer fonksiyonu yeniden değerlendirilir. Bronkodilatör sonrası akciğer fonksiyonlarında belirgin bir iyileşme, astımın karakteristik bir özelliği olan geri dönüşümlü hava yolu tıkanıklığı tanısını desteklemektedir.

Alerji Testi: Deri testleri veya kan testleri yoluyla belirli alerjenlerin tanımlanması, alerjik tetikleyicilerin astım semptomlarına katkıda bulunup bulunmadığının belirlenmesine yardımcı olabilmektedir.

Göğüs Röntgeni veya BT Taraması: Bu görüntüleme testleri, pnömoni veya bronşektazi gibi astım semptomlarını taklit edebilen diğer solunum rahatsızlıklarını ekarte etmek için yapılabilmektedir.

Astım tanısının genellikle bu faktörlerin bir kombinasyonuna dayandığını ayrıca astımın heterojen bir durum olduğunu ve teşhis sürecinin bireysel koşullara göre değişebildiğini unutmamak önemlidir.(Fergeson ve ark., 2017; Sivrikaya, 2019; Sun ve ark., 2023; Uysal, 2014; Yılmaz, 2021; Yurtsever, 2017)

Astım Hastalığının Tedavisi

Astım tedavisi, semptomların kontrol altına alınmasını ve sürdürülmesini, akciğer fonksiyonlarının iyileştirilmesini ve genel yaşam kalitesinin artırılmasını amaçlar. Astım yönetimi tipik olarak ilaçların, yaşam tarzı değişikliklerinin ve hasta eğitiminin bir kombinasyonunu içermektedir.

Astım tedavisinin temel bileşenlerinden bazıları aşağıda verilmiştir.

Astımın tedavisinin en önemli bileşeni olan ilaçlardan bazıları bronkodilatörler, uzun etkili beta-agonistler, inhale kortikosteroidler ve lökotrien değiştiriciler olarak bilinmektedirler.

Bronkodilatörler: Albuterol gibi kısa etkili beta agonistler gibi bu ilaçlar, solunum yollarının etrafındaki kasları gevşeterek hızlı bir rahatlama sağlar, hırıltılı solunum ve nefes darlığı gibi akut semptomları hafifletir.

Uzun Etkili Beta-Agonistler: Sürekli bronkodilatasyon sağlamak için idame tedavisi olarak kullanılır. Genellikle inhale kortikosteroidlerle birlikte reçete edilirler.

İnhale Kortikosteroidler: Hava yolu enflamasyonunu azaltmaya yardımcı olan anti-enflamatuar ilaçlardır. Uzun süreli astım yönetiminin önemli bir bileşenidir.

Lökotrien Değiştiriciler: Montelukast gibi bu ilaçlar astımda rol oynayan enflamatuar araçları hedef alır. Özellikle alerjik astımı olan bireylerde idame tedavisi olarak kullanılırlar.

İnhale kortikosteroidler, uzun etkili beta-agonistler ve lökotrien değiştiricileri içeren ilaçlar, semptomları önlemek ve uzun süreli astım kontrolünü sürdürmek için düzenli olarak alınması gereken ilaçlardır. Ancak kısa etkili bronkodilatörler, akut astım semptomları veya alevlenmeler sırasında hızlı rahatlama sağlamak için ihtiyaç duyulduğunda kullanılan ilaçlardır.

Alerjen ve Tetikleyici Yönetimi: Alerjenler veya tahriş edici maddeler gibi astım tetikleyicilerinin belirlenmesi ve bunlardan kaçınılması astım yönetiminin önemli bir parçasıdır. Bu, yaşam tarzı değişikliklerini ve çevresel kontrol önlemlerini içermektedir.

Hasta Eğitimi: Astımlı bireylere durumları, ilaçları ve reçete edilen tedavi planına uymanın önemi hakkında eğitim vermek ve bu süreçte, hastanın uygun inhaler tekniğini ve astım yönetimi konusunda eğitim almasını içerir.

İzleme: Semptomların ve akciğer fonksiyon testlerinin düzenli olarak izlenmesi, astım kontrolünün değerlendirilmesine ve tedavinin gerektiği gibi ayarlanmasına yardımcı olmaktadır.

Yaşam Tarzı Değişiklikleri: Düzenli egzersiz, dengeli beslenme ve sağlıklı kilonun korunması dahil olmak üzere sağlıklı bir yaşam tarzının teşvik edilmesi, genel astım yönetimine katkıda bulunabilmektedir.

Astımlı bireyler arasında semptomların ve tetikleyicilerin değişkenliği

göz önüne alındığında, bireyselleştirilmiş tedavi planları esastır. Bu tedavi planının yanı sıra düzenli takip, tedavi planını gerektiği gibi değerlendirmek ve ayarlamak çok önemlidir, böylece optimal astım kontrolü sağlanılabilmektedir.(Çelik, 2023; Ediger & Günaydın, 2020; Fergeson ve ark., 2017; Maciag & Phipatanakul, 2020; Sun ve ark., 2023)

Astım Hastalığında Sık Kullanılan Hemşirelik Tanıları

Astımda hemşirelik tanıları, astımlı bireylerin karşılaştığı benzersiz ihtiyaçların ve zorlukların belirlenmesini ve ele alınmasını içermektedir. Astımla ilgili yaygın hemşirelik tanılarından bazıları aşağıda ifade edilmektedir.

Etkisiz Hava Yolu Temizliği: Bronkokonstriksiyon, mukus üretimi ve hava yolu enflamasyonu ile ilgili olup, özellikle hırıltılı solunum, nefes darlığı, öksürük ve solunum hızında artış ile kendini göstermektedir.

Bozulmuş Gaz Değişimi: Hava akışı sınırlaması ve ventilasyon-perfüzyon dengesizliği ile ilgili olup, oksijen satürasyonunda azalma, dispne ve solunum hızında değişiklik ile kendini göstermektedir.

Anksiyete: Yetersiz oksijenlenme korkusu, nefes darlığı veya astım yönetimi hakkındaki belirsizlikle ilgili olup, huzursuzluk, kalp atış hızında artış ve sözel anksiyete ifadeleri ile kendini göstermektedir.

Etkisiz Solunum Modeli: Bronkokonstriksiyon, hava yolu enflamasyonu ve solunum çabasının artmasıyla ilgili olup, hızlı ve sık nefes alma gibi anormal nefes alma düzenleri ile kendini göstermektedir.

Aktivite İntoleransı: Fiziksel aktivite sırasında azalmış akciğer fonksiyonu ve dispne ile ilgili olup, yorgunluk, eforla nefes darlığı ve sınırlı egzersiz toleransı ile kendini göstermektedir.

Alevlenme Riski: Tetikleyicilere maruz kalma, ilaçlara uyumsuzluk veya yetersiz astım yönetimi ile ilgili olup, sık alevlenme öyküsü veya tanımlanmış risk faktörleri ile kendini göstermektedir.

Eksik Bilgi (Astım Yönetimi): Hastanın astım, ilaçlar ve öz yönetim hakkında bilgi eksikliği veya yanlış anlama ile ilgili olup, yanlış inhaler kullanımı, tetikleyiciler hakkında anlayış eksikliği veya etkisiz yönetim stratejileri ile kendini göstermektedir.

Etkisiz Sağlık Bakımı: Reçeteli ilaçlara uyulmaması, tetikleyicilerin tanınmaması ve yönetilmemesi veya yetersiz takip bakımı ile ilgili olup, tekrarlayan astım alevlenmeleri, tedavi planlarına uyulmaması veya takip randevularına gidilmemesi ile kendini göstermektedir.

Uyku Örüntüsünde Bozulma: Öksürük ve nefes darlığı gibi gece astım semptomlarıyla ilgili olup, uykuya dalmada güçlük, sık sık uyanma ve gün içinde yorgunluk hissi ile kendini göstermektedir.

Hemşireler, astımlı bireyler için bakımın değerlendirilmesi, planlanması ve uygulanmasında çok önemli bir rol oynamaktadırlar. Bu hemşirelik tanıları, her hastanın özel ihtiyaçlarını karşılayan, etkili astım yönetimini teşvik eden ve genel yaşam kalitesini artıran bireyselleştirilmiş bakım planlarının geliştirilmesine rehberlik etmektedir.(Andrade ve ark., 2012; Prado ve ark., 2019; Sivrikaya, 2019; Uysal, 2014; Yılmaz, 2021)

Astım Hastalığında Hemşirelik Bakımı

Astımda hemşirelik bakımı, bireyleri durumlarını yönetmede desteklemek, optimal solunum fonksiyonunu teşvik etmek ve alevlenmeleri önlemek için bütünsel bir yaklaşım içermektedir. Bu bütünsel yaklaşımın temel yönlerinden bazıları aşağıda ifade edilmektedir.

Değerlendirme: Semptomların, tetikleyicilerin ve önceki alevlenmelerin ayrıntılı bir geçmişi de dahil olmak üzere kapsamlı bir solunum değerlendirmesinin yapılması. Peak Ekspiratuar Akım (PEA) ve spirometri gibi araçları kullanarak akciğer fonksiyonlarının değerlendirilmesini içermektedir. Ayrıca astım semptomlarına katkıda bulunan faktörleri tanımlamak.

Hasta Eğitimi: Patofizyolojisi, tetikleyicileri ve ilaçların doğru kullanımı dahil olmak üzere astım hakkında kapsamlı eğitim verilmesi. Doğru inhaler tekniklerini ve reçete edilen tedavi planına uymanın öneminin öğretilmesi. Ayrıca kötüleşen semptomların erken belirtilerini tanıma ve ne zaman tıbbi yardım alınması gerektiği konusunda eğitim verilmesini kapsamaktadır.

İlaç Yönetimi: Bireylere inhalerler, bronkodilatörler ve anti-enflamatuvar ilaçlar da dahil olmak üzere reçeteli ilaçlarını anlamaları ve bunlara uymaları konusunda yardımcı olunması. Olası yan etkileri izlenmesi ve ilaçlarla ilgili endişeleri veya soruları ele alınmasını kapsamaktadır.

İzleme: Akciğer sesleri, solunum hızı ve oksijen satürasyonu dahil olmak üzere solunum durumunu düzenli olarak değerlendirilmesi, PEA ölçümlerini izlenilmesi ve hastanın en iyi PEA değerlerini anlamalarına yardımcı olunmasını içermektedir. Ayrıca astım semptomlarını ve potansiyel tetikleyicilerinin takip edilmesini gerektirmektedir.

Çevresel ve Tetikleyici Yönetimi: Bireylerin alerjenler, kirleticiler ve tahriş edici maddeler gibi astım tetikleyicilerine maruz kalmaktan kaçınmalarına veya maruz kalmalarını en aza indirmelerine yardımcı olunması. Ayrıca astım alevlenmesinin potansiyel kaynaklarını ele alarak sağlıklı bir ev ortamı ve işyeri oluşturulmasına yardımcı olunmalıdır.

Astım Eylem Planı: Bireyselleştirilmiş bir astım eylem planı geliştirmek için diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları ile işbirliğinin yapılması. Ayrıca hastanın ve bakıcılarının, semptom şiddetine göre ilaç ayarlamaları da dahil olmak üzere eylem planını nasıl takip edeceklerini anlamalarını sağlamak.

Duygusal Destek: Astımla yaşamın duygusal ve psikolojik yönlerinin ele alınması, durumla ilgili endişe veya stres için destek sağlanması. Ayrıca hastanın duyguları ve endişeleri hakkında açık iletişim sağlaması için cesaretlendirilmesi gerekmektedir.

Öz Yönetimin Teşvik Edilmesi: Hastaların bakımlarını anlayarak ve bakımlarına katılarak astımlarını yönetmede aktif bir rol almaları için güçlendirilmesi. Ayrıca astım semptomlarını tanıma ve bunlara yanıt verme konusunda öz yeterliliği teşvik edilmesi.

Acil Durum Hazırlığı: Hastaların şiddetli bir astım alevlenmesinin belirtilerini tanıma ve acil bir durumda atılması gereken uygun adımlar konusunda eğitilmesi. Ayrıca acil durum ilaçlarına erişimin sağlanması ve acil durum prosedürlerini hasta ve bakıcıları ile gözden geçirilmesi.

Takip: Astım kontrolünü değerlendirmek, tedavi planlarını gerektiği gibi ayarlamak ve eğitimi pekiştirmek için düzenli takip randevularının planlanması. Ayrıca semptomlarda veya akciğer fonksiyonlarında herhangi bir değişiklik olup olmadığının izlenmesi.

Astımda hemşirelik bakımı, multidisipliner işbirliğini, etkili iletişimi ve hastaların durumlarını yönetme ve genel yaşam kalitelerini iyileştirme konusunda güçlendirmek için bireyselleştirilmiş desteği içeren devam eden bir süreçtir.(Çetinkaya, 2019; Karaarslan, 2015; Selberg ve ark., 2019; Sivrikaya, 2019; Sun ve ark., 2023; Yılmaz, 2021)

Kaynaklar

- Andrade, L. Z. C., Chaves, D. B. R., Silva, V. M. d., Beltrão, B. A., & Lopes, M. V. d. O. (2012). Diagnósticos de enfermagem respiratórios para crianças com infecção respiratória aguda. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25, 713-720.
- Biröl, L. (2005). Bronş- Akciğer Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. In N. Akdemir & L. Biröl (Eds.), *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı* (pp. 378-382). Ankara: Sistem Ofset Basım Yayın.
- Çelik, E. (2023). *Astım ataklı çocuklarda mirna ekspresyonu ve sitokin düzeylerinin değerlendirilmesi*. (Tıpta Uzmanlık Tezi), Fırat Üniversitesi, Elazığ.
- Çetin, N., Çetinkaya Ulusoy, E., & Korkmaz, M. (2016). Astımlı hastaların ve hemşirelerinin eğitim gereksinimleri ile ilgili görüşleri: Q metodu.
- Çetinkaya, Ş., & Yürük Bal, Ş. (2019). Çocuklarda Astım ve Astım Ataklarını Önlemede Hemşirenin Rolü. In M. Dalkılıç (Ed.), *Academic Studies on Natural and Health Sciences*, volume 2. Cepter 37. (pp. 533-539)
- Durna, Z., & Akyıl, R. Ç. (2016). Solunum Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı Akıl Notları. In T. Bedük (Ed.), *İç Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları* (pp. 121-122). Güneş Tıp Kitabevleri: Ankara.
- Ediger, D., & Günaydin, F. E. (2020). Astım ve Alerjen İmmünoterapisi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 8(2), 55-61.
- Erkekol, F., & Karakaya, G. (2016). Türk Toraks Derneği Astım Tani ve Tedavi Rehberi. *Turkish Thoracic Journal, Supplement 1 October 2016 Volume 17*, 1-93. <https://toraks.org.tr/site/community/library/2212>
- Ferguson, J. E., Patel, S. S., & Lockey, R. F. (2017). Acute asthma, prognosis, and treatment. *Journal of Allergy and Clinical immunology*, 139(2), 438-447.
- Kaptan, G., & Dedeli, Ö. (2012). Solunum Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. In G. Kaptan & Ö. Dedeli (Eds.), *Teoriden Uygulamaya Temel İç Hastalıkları Hemşireliği Kavram ve Kuramlar* (pp. 201-205). İstanbul Tıp Kitabevi: İstanbul.
- Karaarslan, D. (2015). *Astımlı çocuk ve adölesanların öz-etkililiklerinin yaşam kalitesine etkisi* (Yüksek Lisans Tezi), Ege Üniversitesi, İzmir.
- Loftus, P. A., & Wise, S. K. (2016). Epidemiology of asthma. *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*, 24(3), 245-249.
- Maciag, M. C., & Phipatanakul, W. (2020). Prevention of asthma: targets for intervention. *Chest*, 158(3), 913-922.
- Prado, P. R. d., Bettencourt, A. R. d. C., & Lopes, J. d. L. (2019). Defining characteristics and related factors of the nursing diagnosis for ineffective breathing pattern. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 221-230.
- Selberg, S., Hedman, L., Jansson, S. A., Backman, H., & Stridsman, C. (2019). Asthma control and acute healthcare visits among young adults with asthma—A population-based study. *Journal of advanced nursing*, 75(12), 3525-3534.

- Sivrikaya, S. K. (2019). Astım ve Bakım Yönetimi. In S. Özer (Ed.), “*Olgu senaryolarıyla*” *İç hastalıkları Hemşireliği* (pp. 207-214). İstanbul Tıp Kitabevleri: İstanbul.
- Sun, D., Sun, P., & Wang, Z. (2023). Assessment and therapeutic management of acute asthma: The approaches of nursing staff in patient care. *Advances in Clinical and Experimental Medicine: Official Organ Wroclaw Medical University*.
- Uysal, H. (2014). Solunum Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı (Astım). In N. Enç (Ed.), *İç Hastalıkları Hemşireliği* (pp. 119-137). Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul.
- Yildiz, D., & Tülüce, D. (2023). Astımlı bireylerin hastalık algısı ve astım yönetim düzeyleri. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(1), 49-64.
- Yılmaz, F. T. (2021). Solunum Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. In N. Olgun & S. Çelik (Eds.), *Tüm Yönleriyle İç Hastalıkları Hemşireliği* (pp. 147-153). Ankara Nobel Tıp Kitabevleri: Ankara.
- Yurtsever, S. (2017). Solunum Sistemi ve İlişkili Bozukluklar. In F. E. Aslan & N. Olgun (Eds.), *fizyopatoloji* (pp. 333-335). Akademisyen Tıp Kitabevi: Ankara.



Bölüm 5

TRANSSEKSÜEL HASTANIN AMELİYAT SÜRECİ VE BAKIMI

Büşra ŞAHİN¹

Halise ÇİNAR²

1 Dr. Öğr. Üyesi Büşra ŞAHİN, Kurumu: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

2 Öğr. Gör. Halise ÇİNAR, Kurumu: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Söke Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü İlk ve Acil Yardım Programı

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) Etik Kuralları, hemşirenin empatiyle ve her hastanın değerine saygı göstererek uygulama yaptığını belirtmektedir (ANA, 2015). Tıp Enstitüsü (IOM) ve Hemşireler için Kalite ve Güvenlik Eğitimi (QSEN) Enstitüsü de hemşirelerin hasta merkezli bakım konusunda profesyonel gerektiğini belirlemiştir. Bu profesyonellik, hemşirelerin, kendilerinininkinden farklı değer ve tercihlere sahip olsalar bile, farklı hastalara duyarlılık ve saygıyla bakım vermelerini sağlar (ANA, 2015).

Çeşitlilik genellikle etnik köken ve ırk olarak ele alınır, ancak cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği gibi diğer kültürel unsurlar da çeşitlilik içeren insan deneyiminin bir parçasıdır.

Cinsel ve cinsiyet kimliklerine sahip kişiler genellikle LGBTQ kısaltmasıyla tanımlanan bir kategori altında toplanır. Lezbiyen, gay, biseksüel, transseksüel ve kendilerini başka hiçbir alt gruba ait hissetmeyen kişiler olmak üzere farklı kategorilerdedirler. Bazı literatürde sadece “LGBT” sözcükleri yer almaktadır. Bu gelişen etiketler, kendilerini transseksüel olarak tanımlayan kişiler açısından yanılıcıdır (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Cinsel eğilim davranışı ve cinsiyet kimliği (kendini erkek, kadın, her ikisinin karışımı veya hiçbiri olarak hissetme) (Human Rights Campaign, 2020) gruplandırması, bu iki kavramın birbiriyle ilişkili veya birbirine bağımlı olduğunu düşündürmektedir, ancak bunlar çok farklıdır. LGBT belirli bir cinsel yönelimi ifade eder. Ancak trans bireyler kendilerini heteroseksüel, homoseksüel, biseksüel ya da hiçbiri olarak tanımlayabilirler.

Hemşireler ve diğer sağlık çalışanları, transseksüel hastaların kendilerini lezbiyen, gay veya biseksüel olarak tanımlayanlarla aynı deneyimlere veya sağlık bakım ihtiyaçlarına sahip olduklarını varsaymamalıdır. Bu konuda yanlışlık yapılması cinsiyet ve üreme bakımından eşitsizliğe yol açmaktadır. 2016 yılından bu yana, toplumsal cinsiyet farklılıklarına sahip olan kişiler, sağlık hizmetlerinde eşitsizlik olarak adlandırılan, uygun sağlık hizmetlerine erişimde veya bu hizmetlerin mevcudiyetinde farklılıklar yaşayan popülasyonlar olarak belirlenmiştir (IOM, 2011; Margolies ve Brown, 2019). Hemşirenin, bu popülasyonların üyelerinin son derece çeşitli olduğunu ve birçok etnik köken, din ve sosyoekonomik statüyü temsil ettiğini ve bakımın her bireye göre kişiselleştirilmesi gerektiğini hatırlaması önemlidir (Landry, 2017).

Genel olarak, cinsiyet erkek ve kadın olmak üzere iki terimden biriyle kategorize edilir. İnsanların çoğunluğu için bu tanımlamalar doğrudur. Ancak, bazı insanlar her iki kategoriye de açıkça uymaz ve kendilerini transseksüel olarak tanımlayabilirler. İnsanın kendisini transseksüel olarak tanımlaması bir seçim ya da yaşam tarzı değil, yanlış bedende doğmuş olmanın içsel bir hissidir. Transseksüel bireyler fiziksel bedenlerini ve

görünümlemlerini cinsiyet kimliklerini doğrulayacak hale getirmenin yollarını aradıklarında, sağlık sistemiyle etkileşimleri bilgi, saygı, şefkat ve hasta merkezli özel bakım gerektirir. Uygun terminolojinin kullanılması saygının gösterilmesi için esastır. Cinsiyet ve toplumsal cinsiyet arasındaki ayrım son derece önemlidir. Cinsiyet kimliği olarak da bilinen toplumsal cinsiyet, bir kişinin erkek, kadın, alternatif bir cinsiyet veya hiçbiri olma konusundaki içsel duygusunu tanımlar (Human Rights Campaign, 2020).

Biyolojik veya doğum cinsiyeti olarak da bilinen cinsiyet, bir kişinin doğumda mevcut olan genital anatomisini ifade eder. Bebekler doğduğunda, çocuğun cinsiyeti mevcut cinsel organlara göre belirlenir, ancak çocuğun gerçek cinsiyet duygusunu bilmenin bir yolu yoktur. Transseksüel kişiler, cinsiyet kimlikleri ile doğuştan gelen cinsiyetleri arasında, genellikle erken çocukluk dönemine kadar uzanan bir uyumsuzluk hissettiklerini bildirmektedir. Cinsiyet duygusu ve erkeklik ya da kadınlığa yönelik hisler çocuklarda 2 yaş gibi erken bir dönemde gelişebilir ve genellikle çoğu insanda ilkokulun ilk yıllarında görülür. Bu uyumsuzluk ortaya çıktığında, kişi cinsiyet disforisi veya kişinin doğuştan gelen cinsiyeti ile cinsiyet kimliği arasındaki uyumsuzluğun neden olduğu duygusal veya psikolojik sıkıntı yaşayabilir (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Transseksüel bireyler sık sık ayrımcılıkla karşılaşmakta ve kimlikleriyle ilgili çok sayıda stresli durumla karşı karşıya kalmaktadır. İş ayrımcılığı ve önyargıya bağlı taciz gibi stres kaynakları, hastaların fiziksel ve psikolojik sağlığı üzerinde etkili olabilir. Kişiyi şiddet ve kötü muamele riski altına sokan bir kimliğe sahip olmak, özellikle de kişi doğrudan mağdur edilmişse, duygusal sıkıntıya yol açabilir. Travmatik durumlar yaşamış olan transseksüel bireyler, travmatik stres bozukluğu ve/veya depresyon belirtileri gösterebilir. Yoksulluk içinde yaşayan ve engelli olan transseksüel bireyler için psikolojik sıkıntı riski daha da yüksektir. Sıkıntıyla başa çıkmak için çeşitli başa çıkma stratejilerine başvurabilirler ve bunlardan bazıları fiziksel sağlığı olumsuz etkileyebilir. Bir araştırma sonucuna göre, transseksüel bireylerin %29'u bir önceki ay yasadışı uyuşturucu kullandığını ve %27'si bir önceki ay aşırı alkol aldığını bildirmiştir (James ve diğerleri, 2016). En önemlisi, büyük yaşam stresleri, duygusal sıkıntılar ve kaynak eksikliği, diğer tüm başa çıkma yöntemleri başarısız olduğunda intihar düşüncesine veya intihar girişimlerine yol açabilir.

Transseksüel popülasyonda kötü sağlık sonuçları için çeşitli risk faktörleri tespit edilmiştir; barınma ve ekonomik istikrarsızlık, düşük eğitim durumu ve aile desteğinden yoksun olanlar için daha büyük riskler söz konusudur (James ve diğerleri., 2016). Transseksüel bireyler, sağlık hizmetlerine erişmeye çalışırken, işsizlik nedeniyle sağlık sigortalarının olmaması ve sağlık uzmanlarının bilgi eksikliği gibi ek stres kaynaklarına sahiptir.

Birçok sağlık hizmeti eşitsizliğinden biri olan bu sağlık hizmeti engeli, akut ve önleyici tıbbi bakımı ertelemelerine neden olmaktadır. Sigortalı olan kişiler için, hormon kullanımı ve ameliyat gibi cinsiyet geçişiyle ilgili sağlık hizmetlerinin kapsamı genellikle reddedilmektedir. Transseksüel bireyler sağlık hizmetlerine eriştiklerinde genellikle sağlayıcılar ve hizmet konusunda korku ve endişeye kapılırlar. Özellikle ayrımcılık ya da alay edilme korkusu nedeniyle transseksüel statülerini açıklamakta tereddüt edebilirler. Ayrıca bu bilgilerin sağlık kayıtlarına kaydedileceğinden ve aile üyeleriyle paylaşılacağından da korkabilirler (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Erkekten kadına geçiş yapan kişilerin bu deneyimler nedeniyle ayrımcılıkla karşılaşma ve sağlık hizmetlerinden kaçınma olasılıklarının daha yüksek olduğu görülmüştür (James ve diğerleri, 2016). Transseksüel hastalarla ilgili hoşgörülü ve ilgili görünen hizmet sağlayıcılarda bile hastaların koridordaki şakaları ve karalayıcı yorumları duyabilir. Sonuç olarak, transseksüel kişilerin %25'e varan oranı, kötü muamele korkusu nedeniyle gerekli tıbbi bakımı alamayabilir (James ve diğerleri., 2016), Bu da yine sağlık hizmetlerinde eşitsizliklere yol açabilmektedir.

Transseksüel hastalar, cinsiyet kimliğini anlamayan ya da gözden kaçırarak sağlık profesyonelleriyle karşılaşabilse de, buna aşırı odaklanan kişilerle de karşılaşılabilir. Bir hastanın cinsiyet durumu hakkında genel olarak bilgi sahibi olmak ve bunun sağlık bakım ihtiyaçlarını nasıl etkileyebileceğini anlamak önemli olsa da, bu faktör her zaman her sağlık sorunuyla ilgili olmayabilir. Örneğin, kırıkları veya gripi olan trans hastaların cinsiyet kimlikleri konusunda kapsamlı bir şekilde sorgulanmasına gerek yoktur. Ortaya çıkan sorunların transseksüellere özel bakım gerektirdiği durumlar olmasına rağmen, diğer birçok örnek de tüm hastaların aldığı sağlık bakımının aynısını gerektirir. Bu zamanlarda transseksüel hastaların çoğu, herhangi bir hasta gibi tedavi edilmeyi tercih etmektedir (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Pek çok hemşire, yaşlı yetişkinlerin veya LGBTQ popülasyonunun kültürel açıdan yetkin bakımı konusunda bilgili değildir. Tahminler, Amerika Birleşik Devletleri'nde 65 yaş ve üzeri 217.000-700.000 arasında transseksüel yetişkinin bulunduğunu göstermiştir (Dragon ve diğerleri, 2017). 2018 yılında LGBT anketine katılanların %60'a kadarı 45 yaş ve üzeri yetişkinler, uzun süreli bakım kurumlarında ihmal, istismar ve tacizle ilgili endişelerini dile getirmiştir (Houghton, 2018; Pfeifer, 2019). Bu, hemşirelerin yaşlanan trans bireylerin özel ihtiyaçlarını nasıl karşılayacaklarını anlamaları gerektiğine dair bir göstergedir. Alay edilme ve sosyal damgalanma korkusu nedeniyle sağlık hizmeti almaktan kaçınmış olabilirler. Bu insanların çoğu, cinsiyet onaylayan hormonları arama veya ameliyat etme fırsatı bulamamış ve kendilerini yalnız veya yalnız hissetmiş olabilir.

Son birkaç yılda, ABD Sağlık ve İnsani Hizmetler Bakanlığı ve özel sağlık kuruluşları tarafından, sağlık hizmetleri eşitsizliklerini azaltmak için LGBTQ sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi çağrısında bulunan çeşitli ulusal belgeler yayınlandı.

Bu önemli yayınlar şunları içerir:

- Sağlıklı İnsanlar 2020 ve Sağlıklı İnsanlar 2030
- Ulusal Akademiler Tıp Enstitüsü (şu anda Ulusal Bilim, Mühendislik ve Tıp Akademileri) LGBT sağlığına ilişkin rapor
- LGBT hastaların bakımına yönelik Ortak Komisyon (TJC) Saha Rehberi
- Dünya Transseksüel Sağlığı Profesyonel Birliği (WPATH) Bakım Standartları (SOC)

Sağlıklı İnsanlar 2020 gündemine, her yaşta trans hastaların özel sağlık ihtiyaçlarının tanınması ve ele alınması ihtiyacı da dahil olmak üzere, LGBT kişilerin sağlığını iyileştirmeye yönelik hedefler eklendi. Sağlıklı İnsanlar 2030 bu hedeflere odaklanmaya devam ediyor. Önerilen hedeflerin arasında, trans popülasyonlar hakkında veya onlar için veri toplayan ulusal anketlerin artırılması ve hasta sonuçlarını iyileştirebilecek cinsel yönelim ve cinsiyet kimliğine ilişkin sağlık sorularının artırılması yer almaktadır (Hastalıkları Önleme ve Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Ofisi, 2020).

Trans Hastalara Bakım Veren Sağlık Çalışanları için Temel İlkeler

- Transseksüellerin ve cinsiyete uymayan diğer kişilerin sağlık hizmetleri ihtiyaçları hakkında bilgi sahibi olunmalıdır.
- Transseksüel hastalar için tedavi seçenekleri ve gerekli takip bakımı hakkında bilgi sahibi olunmalıdır.
- Tüm transseksüel hastaların aynı olduğunu varsayılmamalıdır; her birine bir birey olarak davralmalı ve bireyselleştirilmiş bir bakım planı geliştirilmelidir.
- Cinsiyet kimliklerine uymayan hastalara saygı gösterilmelidir.
- Kültürel açıdan uygun bakım sağlanmalı ve hastanın cinsiyet kimliğini doğrulayan uygun terminoloji kullanılmalıdır.
- Hastaların uygun ve uzman sağlık hizmeti sağlayıcılarına erişimi kolaylaştırılmalıdır.
- Bakımın sürekliliği sağlanmalıdır.

- Hasta savunuculuğu yapılmalıdır (Coleman ve diğerleri, 2012)

Tedaviyi uygulamadan önce hemşire hastadan bilgilendirilmiş onam alınmalıdır.

Cinsiyeti ile ilgili değişiklik hissi yaşayan bireylerin ihtiyaç duyabileceği sağlık hizmetleri şunlardır:

- Başka bir cinsiyet rolünde yarı zamanlı veya tam zamanlı yaşamayı içerebilecek cinsiyet ifadesindeki değişiklikler
- Cinsiyet kimliğini ve ifadesini keşfetmeye, beden imajını iyileştirmeye veya başa çıkma mekanizmalarını güçlendirmeye yönelik psikoterapi
- Kadın veya erkek özellikleri için hormon terapi
- Birincil veya ikincil cinsiyet özelliklerini değiştirmeye yönelik cerrahi (örn. göğüsler/göğüs, yüz özellikleri, iç ve/veya dış cinsel organ) (Coleman ve diğerleri, 2012)

Hasta Öyküsü

Hemşire transseksüel bir kişinin hasta öyküsü sırasında hastanın varsa hangi girişimleri geçirdiğini veya gelecekte yaptırmayı planlayıp planlamadığını sorgulamalıdır. Hormonlar ve silikon enjeksiyonları da dahil olmak üzere diğer kadınlaştırıcı veya erkekleştirici ajanlar dahil olmak üzere ilaç tedavisinin mevcut kullanımı hakkında bilgi almalıdır. Bu ilaçlar genellikle endokrinologlar veya transseksüel sağlık hizmetleri alanındaki diğer uzmanlar tarafından reçete edilir, ancak bazı hastalar bunları internet dahil tıbbi olmayan kaynaklardan da alabilir (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Hormon replasman tedavisi olumsuz sağlık sorunlarına neden olabilir ve laboratuvar testleri de dahil olmak üzere hastanın dikkatli bir şekilde izlenmesini gerektirir. Östrojen tedavisi, venöz tromboemboliye (VTE) neden olan kan pıhtılaşmasının artması, kan şekerinin yükselmesi, hipertansiyon, östrojene bağımlı kanserler ve sıvı tutulması gibi sağlık risklerini artırabilir.

Transseksüel bireylerin bir çoğu ergenlik dönemdedir. Hastanın ergen ve obezitesinin olması hormon replasman tedavisinin risklerini artırır (Yeşilfidan ve Adana 2019). “Riskler ayrıca ilacın daha yüksek dozlarında da artar. Hastaya bu sorunların geçmişi ve süreci sorulmalıdır.

Hastanın ameliyat geçmişi hakkında bilgi alınmalıdır. Hastanın daha önce geçirmiş olduğu meme ameliyatı ve penektomi, orşiektomi ve vajinoplasti gibi cinsel organlarda yapılacak herhangi bir cerrahi değişiklik hakkında bilgi alınmalıdır. Penektomi olan hastanın hala prostat bezi vardır. Yaşlı hastalar için idrarla ilişkili prostat sağlığı sorunlarıyla ilgili herhangi bir sorun olup

olmadığı sorulmalıdır. Kadına dönüşüm ameliyatı hastası için histerektomi, iki taraflı salpingo-ooferektomi (BSO), mastektomi, falloplasti ve/veya skrotoplasti yapıp yapılmadığını sorulmalıdır (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Hastaya geçirdiği cerrahi işlemler ile ilgili bilgilerinin gizli tutulacağı bilgisi verilmelidir. Hasta mahremiyetinin korunacağı ve cerrahi bakım alırken de hastanın kendini güvende hissetmesi sağlanmalıdır. Literatürde cerrahi hastaların mahremiyet ve bakımı ile ilgili araştırma sonucuna yer verilmektedir (Özsoy ve diğerleri,2023).

Hormonlar yasa dışı yollardan veya ilaç kalite kontrolünün olmadığı ülkelerden elde edilebilir. İlaç üreticileri tarafından izin verilmeyen kuruluşlar bu ürünlerin çoğunu önemli ölçüde daha yüksek maliyetlerle sunmaktadır. Diğer ürünler de düzenlemeye tabi olmayan mekanlardan satın alınabilir. Bu kanallardan ürün elde edildiğinde hepatit C ve silikon komplikasyon riski önemli ölçüde artmaktadır. Hastalara geçiş süreçlerinin bir parçası olarak bu alternatiflerin kullanımını sorulmalıdır (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Fiziksel Değerlendirme

Fiziksel değerlendirme yapmadan önce hastanın sağlık kayıtlarını dikkatlice incelendiğinden emin olunmalıdır. Hastanın muayenelerdeki konforunu ve değerlendirmenin amacını artırmaya yardımcı olmak için, bilgi veya muayenenin sağlık bakımı açısından neden önemli olduğunu açıklanmalıdır. Değerlendirme sırasında kültürel açıdan duyarlı olunmalı, yargılayıcı olunmamalı ve saygılı olunmalıdır. Transseksüel hastaların genç, orta yaşlı veya yaşlı yetişkinler olabileceğini unutulmamalıdır. Transseksüel hastaları değerlendirirken, onların geçişin farklı aşamalarında olabilecekleri unutulmamalıdır. Bazı hastalarda geçiş sürecinde olduklarına dair belirgin fiziksel belirtiler görülmez. Transseksüel bir hastanın cinsel organının fiziksel görünümüyle eşleşmeyebileceğinin farkına varılmalıdır (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Psikososyal Değerlendirme

Cinsiyet ve/veya cinsellik hastanın mevcut sağlık sorunuyla ilişkiliyse, bu faktörlerin bakımı nasıl etkileyebileceğini belirlemek için özel sorular sorulmalıdır. Bu bilgilerin tedavileriyle neden alakalı olduğunu hastalarla paylaşmak bir kez daha faydalı olacaktır. Hastalara, yanıtlarının gizli olduğu ve hastanın izni olmadan hiçbir aile, arkadaş veya önemli kişilerle paylaşılmayacağı konusunda güvence verilmelidir. Ancak, kötüye kullanım kanıtlarının yasanın gerektirdiği şekilde rapor edilmesi gerekir. Cinsiyet ve cinsellikle ilgili psikososyal işlevselliğe ilişkin uygun tarama soruları şunları içerir:

- Cinselliğinizle ilgili herhangi bir zorluk, endişe veya endişe yaşıyor musunuz?
- Cinsiyetinize göre nasıl tanımlarsınız?
- Őznt, depresyon veya kendinize zarar verme düŐünceleriniz mi var?
- Kişisel veya iş yaŐamınızda Őiddete veya ayrımcılığa maruz kaldınız mı?
- Şu anda cinselliğiniz ve cinsiyet kimliğiniz ile ilgili olarak bir danıŐman veya psikolog tarafından görülüyor musunuz?
- Eğer yleyse nedenini paylaşmak ister misiniz?

Bu sorulara verilen yanıtlar hastanın potansiyel veya gerçek zihinsel sağlık sorunları olduğunu gösteriyorsa, lisanslı bir danıŐman veya klinik psikolog gibi bir ruh sağlığı uzmanı tarafından daha ayrıntılı değerlendirilmelidir (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Hemşireler, geçiş aşamasında olan veya cinsiyet onayını tamamlamış her yaştaki transseksüel hastalarla ilgilenebilir. Geçiş süreciyle ilgili sağlık sorunları ya da hastanın cinselliği ya da cinsiyet kimliğiyle ilgisi olmayan sorunlarla ilgilenebilirler. Genel olarak, çoğu sağlık sorununa sahip transseksüel hastaların bakımı diğer hastalarla aynıdır. Ancak hormon tedavisi gibi bazı müdahaleler hemşirelik değerlendirmesini ve bakımını etkileyebilir. Hormon tedavisi ile ilgili hastaya sağlık eğitimi verilmelidir (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Transseksüel hastalar kendileri ile ilgili bilgileri sözlü iletişimde eksik veya hatalı verebilir. Hasta yks veya tedaviye uyum ile ilgili hastadan elde edilen bilgiler dışında mutlaka ilgili belgelerle de doğrulanması gerekir. Hemşirelerin bu durumda tıbbi hataya neden olmaması çok önemlidir. Hasta verileri ile ilgili kayıt sorunları bilgi paylaşımı veya tedavideki herhangi bir hata olduğunda hemşirenin kendisiyle ilgili durumlardan kaygılanmaması ve kurumuna bildirmesi önemlidir. Hemşirelerin tıbbi hatanın bildirilmemesi ile ilgili literatürde çalışma sonuçlarına yer verilmiştir (lk ve Türk, 2019).

Cerrahi Dışı Tedaviler

Transeksüel hastalara yönelik öncelikli cerrahi dışı müdahaleler arasında ilaç (hormon) tedavisi, üreme ve üreme sağlığı konusunda danışmanlık ve ses terapisi yer alıyor. Müdahale türü, hastanın erkekten kadına veya kadından erkeğe geçiş yapmasına bağlıdır (Ignatavicius ve Fox, 2021).

İlaç tedavisi

İlaç tedavisi, nitelikli bir ruh sağlığı uzmanı tarafından psikososyal değerlendirme tamamlandıktan ve bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra başlatılabilir.

(Coleman ve diğerleri, 2012), cinsiyeti onaylayan hormon tedavisine yönelik kriterler şunlardır:

- Devam eden ve iyi belgelenmiş cinsiyetten memnuniyetsizlik
- Hastanın tamamen bilgilendirilmiş bir karar verme ve tedaviye onay verme becerisi
- 18 yaşından büyük hasta
- Varsa mevcut tıbbi veya zihinsel sağlık sorunlarının iyi kontrol edilmesi (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Kadınlaştırıcı İlaç Tedavisi

Erkekten kadına geçiş yapan hastalar, kadınlaştırıcı etkiler elde etmek için tipik olarak östrojen tedavisi ve androjen azaltıcı ilaçların bir kombinasyonunu alırlar. Yüzdeki tüyleri ortadan kaldırmak için lazer tedavisi veya elektroliz gibi ek önlemlere ihtiyaç duyulabilir. Yüzdeki değişiklikleri sağlamak için estetik dolgu maddeleri ve nörotoksinler de kullanılmaktadır (Ginsberg, 2017). Oral östrojen venöz tromboembolizm (VTE) riskini artırabileceğinden, transeksüel hastalarda transdermal östrojen veya enjekte edilebilir estradiol tercih edilir. Progesteron ayrıca her ayın bir bölümünde kullanılmak üzere reçete edilebilir (Burchum ve Rosenthal, 2019). Herhangi bir östrojen formu alan hastalara baş ağrısı, göğüslerde hassasiyet, bulantı/kusma ve kilo alımı veya kaybı gibi yan etkiler hakkında bilgi verilmelidir. Artan kaygı veya depresyon duygularını birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarına bildirmelerini söylenmelidir. Östrojenler ayrıca östrojene bağımlı kanserlere, hipertansiyona, venöz tromboemboliye (VTE) ve safra kesesi hastalığına da neden olabilir. Hastalara, bu potansiyel olumsuz ilaç etkilerini izlemek için birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcılarına başvurmalarını öğretilmelidir (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Östrojen tedavisine ek olarak, testosteronun etkilerini engellemek için sıklıkla anti androjenler verilir (Burchum ve Rosenthal, 2019)

- Spironolakton (en yaygın kullanılan androjen bloke edici), aynı zamanda testosteron salgılanmasını ve androjenin androjen reseptörlerine bağlanmasını da engelleyen düşük maliyetli bir diüretiktir.
- 5-alfa redüktaz inhibitörleri, genellikle iyi huylu prostat hiperplazisini

(BPH) tedavi etmek için kullanılan ilaçlardır.

Bu ilaçlar testosteronun daha aktif bir maddeye dönüşmesini engelleyerek östrojen tedavisine bağılı saç dökülmesini azaltır ve prostat dokusunu küçültür. Spironolaktan alan hastalara hipotansiyon açısından kan basınçlarını izlemesi öğretilmelidir. Poliüri ve olası polidipsi olabileceğı gerektiğı hatırlatılmalıdır. Böbrek yetmezliğı olan hastalarda hiperkalemiyi değerlendirmek için periyodik laboratuvar testleri gerekebilir (Burchum ve Rosenthal, 2019; Deutsch, 2016). Finasterid ve diğer 5-alfa redüktaz inhibitörlerinin yaygın yan etkileri arasında baş dönmesi, soğuk terleme ve titreme bulunur. Bu belirtiler genellikle zamanla azalır. Hastalarda bu belirtiler görölmeye devam ederse, onlara sağıık uzmanlarıyla iletişime geçmeleri talimatını verilmelidir (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Erkekleştiriici İlaç Tedavisi

Testosteron, transseksüel bireylerde kadından erkeğe geçişte erkekleştiriici etkiler elde etmek için kullanılan birincil ilaçtır; ancak mevcut ilacın çoğu vücutta östrojene dönüşür. Bu ilaç oral, transdermal veya parenteral olarak alınabilir. Testosteronun implante edilebilir formları da mevcuttur. Oral testosteron ilacın en az etkili şeklidir. En yaygın IM preparatı olan depo-testosteron genellikle düşük dozda başlatılır ve her 1 ile 2 haftada bir artırılır (Burchum ve Rosenthal, 2019). Hepatit C gibi kan yoluyla bulaşan hastalıkları önlemek için hastalara iğneleri paylaşmamanın önemini öğretilmelidir (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Testosteron jeli diğer testosteron preparatlarından daha pahalı olan ancak daha tutarlı sonuçlar sağlayabilen topikal formlardır. İlacın daha yeni bir topikal formu olan testosteron koltuk altı jeli, serum testosteron seviyelerini arttırmak için koltuk altlarına uygulanabilir. Tüm topikal testosteron preparatları için, hastanın uygulamalar arasında ellerini yıkadığından ve bölgeyi kıyafetle kapattığından emin olunmalıdır. Testosteron alan hastaya bu değişikliklerden bazılarının gerçekleşmesinin bir yıl kadar sürebileceğı öğretilmelidir. İlaç tedavisinin ilk birkaç ayında adet kanamaları durmazsa, testosteron etkili hale gelene kadar hastaya progesteron verilebilir (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Testosteron tedavisinin yaygın istenmeyen etkileri arasında ödem, akne, sebore (yağılı cilt), baş ağrıları, kilo alımı ve olası psikoz yer alır. Bu ilacı almadan önce hastanın karaciğer ve kalp hastalığı öyküsü açısından taranması gerekir. Testosterona artan serum potasyumu kardiyak aritmilere ve iskelet kası spastisitesine neden olabilir. Tedavi, karaciğer enzimlerinde artışa, düşük yoğunluklu lipoproteinlerde (LDL) artışa ve yüksek yoğunluklu lipoproteinlerde (HDL) azalmaya neden olabilir. İlacı alırken kan şekerinde artış ve pıhtılaşma faktörlerinde azalma da meydana gelebilir. Hastalara bu

değişikliklerin diyabet, kalp hastalığı ve felce yol açabileceğini öğretilmelidir. Hastalara, kapsamlı teşhis ve laboratuvar testleri de dahil olmak üzere, bu komplikasyonların dikkatli bir şekilde izlenmesi için sağlık uzmanlarıyla temasa geçmeleri gerektiğini hatırlatılmalıdır (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Erkekleştirici İlaç Tedavisinde Beklenen Değişiklikler

- Sesin derinleştirilmesi
- Vücut kıllarının büyümesi (hirsutizm), ancak muhtemelen saç çizgisinde gerileme ve erkeklerde

kellik

- Artan kas kütlesi
- Artan libido
- Artan saldırganlık
- Vajinal kuruluk
- Klitoral büyüme
- Yağın yeniden dağıtımı
- Adetlerin kesilmesi

Üreme Sağlığı Seçenekleri

Dişileştirici veya erkekleştirici hormon tedavisinin kullanılması üreme sağlığını, özellikle de doğurganlığı etkiler.

Geçiş başlamadan önce hastaların istenirse üreme seçeneklerini bilmeleri sağlanmalıdır. Hastalar biyolojik çocuk sahibi olmak istiyorlarsa ilaç tedavisi veya cinsiyet değişim ameliyatı öncesinde sperm bankacılığını düşünmek isteyebilirler. Hastalar oosit (yumurta) veya embriyonun dondurulmasını düşünmek isteyebilir. Bu dondurulmuş embriyolar, hamile kalması ve doğuma devam etmesi için taşıyıcı anneye nakledilebilir. Hastalara bu seçeneklerin pahalı olduğunu ancak hâlâ mevcut olduğunu bildirin. Üreme seçenekleriyle ilgili tartışmalara, eğer hasta isterse, hastanın partnerini de dahil ettiğinizden emin olunmalıdır (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Ses ve İletişim Terapisi

İletişim, insan davranışının ve cinsiyet ifadesinin önemli bir yönüdür. Kadından erkeğe geçiş yapan trans bireyler için ses kalınlaştırma, testosteron gibi erkekleştirici hormonların alınmasıyla gerçekleştirilir. Ancak kadınlştırıcı hormonların yetişkin erkek sesi üzerinde hiçbir etkisi yoktur.

Bazıları ise perde ve tonlama gibi belirli ses özelliklerini değiştirmelerine yardımcı olması için bir ses ve iletişim uzmanından yardım isteyebilir. Ses terapisi cinsiyet hoşnutsuzluğunun yönetilmesine yardımcı olabilir ve geçiş sürecinde olumlu bir adım olabilir. Hastalara, transseksüel sağlığı konusunda bilgili ve transseksüel hastaların ses sağlığı ve terapisinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi konusunda uzmanlaşmış bir eğitime sahip bir konuşma-dil terapisti aramaları gerektiği hatırlatılmalıdır (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Ses terapisinin amacı hastaların seslerini ve iletişimlerini özgün ve cinsiyet kimliklerini yansıtacak şekilde uyarlamalarına yardımcı olmaktır. Ses terapisti kişiselleştirilmiş bir tedavi planı geliştirmek için değerlendirme sürecinin bir parçası olarak hastanın iletişim tercihlerini ve tarzını dikkate almalıdır. Vokal terapi ameliyattan sonra da tamamlanabilir (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Transseksüel Hastada Cerrahi Tedavi

Pek çok transseksüel birey, ameliyat olmadan cinsiyet kimliğinden, rolünden ve kendini ifade etmekten memnundur. Cerrahi, özellikle de dış ve iç cinsel organları etkileyen prosedürler, kişinin doğumdaki cinsiyetinden içsel cinsiyet kimliğine geçişinde genellikle en son ve en dikkatle düşünülen seçenektir. Bu işleme sıklıkla cinsiyet değiştirme ameliyatı denilir. Hasta, kişinin cinsiyet kimliğini doğrulamak için birincil ve/veya ikincil cinsiyet özelliklerini değiştiren bir dizi ameliyat geçirebilir.

Bu ameliyatlar ya kadınlaştırmaya ya da erkekleştirici etkiler sağlar. Uygulanan prosedürler ne olursa olsun, hemşire geçiş süreci için olumlu sonuçları teşvik etmek amacıyla hasta, aile ve sağlık ekibi ile iş birliği yapar (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Genital cerrahi için kriterler, talep edilen ameliyatın türüne bağlıdır. Örneğin, çoğu cerrah genellikle ürologlar veya plastik cerrahlar orşiektomi isteyen erkeklikten dönüşüm ameliyatı için 12 aylık hormon tedavisine ek olarak nitelikli psikoterapistlerden bir veya iki danışmanlık alınması gerektiğini hastaya anlatır (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Histerekтоми ve iki taraflı salpingo-ooferekтоми veya hem fallop tüplerinin hem de yumurtalıkların çıkarılmasını isteyen kadınlıktan dönüşüm ameliyatı hastaları için de aynı gereksinimler gerekli olabilir (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Psikoterapist, risklerin ve cepten yapılan harcamaların tartışılması da dahil olmak üzere hastanın genital cerrahi ve hormon tedavisine hazır olup olmadığını değerlendirir. Hastanın mümkün olan en iyi kararı vermesini ve istenen sonuçlara ulaşmasını sağlamak için hastanın destek sistemi değerlendirilir (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Vajinoplasti isteyen erkeklikten dönüşüm hastaları veya falloplasti isteyen hastalar için gerekli kriterler, hastanın cinsiyet kimliğine uygun bir cinsiyet rolünde kesintisiz 12 ay yaşamayı içerir. Herhangi bir cerrahi işlemden önce cerrah, eşlik eden tıbbi sağlık sorunlarının iyi yönetilmesini ve izlenmesini sağlar. Hastaya ameliyattan en az 2 hafta önce tüm hormonal tedaviyi bırakması tavsiye edilir (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Kadınlaştırma Ameliyatları

Erkek hastalara fonksiyonel ve/veya estetik bir kadın anatomisi oluşturmak için kadınlaştırma ameliyatları yapılır:

- Meme büyütme gibi meme/göğüs ameliyatları (meme dokusunu artırmak için mamoplasti)
- Yüzü kadınlaştırma ameliyatı gibi diğer ameliyatlar; genellikle bel veya karın bölgesinden liposuction ; vokal dişileştirme ameliyatı; ve diğer vücut şekillendirme işlemleri
- Kısmi penektomi ,orşiektomi, vajinoplasti ve labioplasti/vulvoplasti ve klitoroplasti gibi genital ameliyatlar

Meme büyütme, silikon jel dolgulu implantlar veya salin implantlar kullanılarak için meme dokusu oluşturur. Ön koşul olmasa da en iyi sonuç için bu hastaların ameliyattan 12 ay önce kadınlaştırıcı hormon almaları önerilir. Kadınlaştırıcı meme büyütme işlemleri küçük kesiler gerektirir. Hastalara ameliyattan sonraki birkaç hafta boyunca şişlik, ağrı ve hafif morarma olabileceğini ancak komplikasyonların nadir olduğunu öğretilmelidir (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Bu hastalar için en sık yapılan genital ameliyatlar, testislerin alınmasına yönelik iki taraflı orşiektomi ve kısmi penektomi ile vajinoplastidir. Orşiektomide hemşirelik bakımı rutinlerine uyulur. Vajinoplasti, genellikle ters penil doku ve skrotal, deri veya kolon grefti ile bir neovajina (yeni vajina) oluşturulmasıdır. Bu karmaşık cerrahi prosedür aynı zamanda genellikle skrotal veya penil doku ve deri grefti kullanılarak klitoris ve labia (klitorolabiyoplasti) oluşturulmasını da içerir(Ignatavicius ve Fox, 2021).

Ameliyat Öncesi Bakım

Vajinoplastiye hak kazanmak için gereken kriterlere ek olarak, trans hasta da diğer herhangi bir ameliyat öncesi hasta gibi tıbbi olarak değerlendirilir. Vasküler komplikasyonları, koroner arter hastalığı veya fonksiyonel yeteneği kısıtlayan diğer sistemik hastalıkları olan, kötü kontrol edilen diyabeti olan hastalar, cinsiyet değişim ameliyatı için uygun değildir. Cerrah seçilen işleme ilişkin seçenekleri, ameliyat sonrası bakım beklentilerini ve ameliyat sonrası

komplikasyon potansiyelini açıklar(Ignatavicius ve Fox, 2021).

Transvajinal cerrahide ameliyat sonrası iyileşme uzun zaman alır ve komplikasyon oranı yüksektir. Herhangi bir ameliyattan sonra görüldüğü gibi, obezitesi olan hastalarda cerrahi enfeksiyon insidansı daha yüksektir ve sıklıkla yeterli ventilasyon sağlayamama ve yürüme sorunları yaşarlar. Hastalara ameliyattan önce derin solunum ve öksürük egzersizleri öğretilmeli ve yaptırılmalıdır. Hastaya spirometre/ triflow kullanımı öğretilmelidir (Gezer ve Şahan, 2023).

Vücut tüylerinin alınmasına yönelik isteğe bağlı yöntemler de dahil olmak üzere, ameliyat öncesi yazılı ve sözlü talimatlar cerrah tarafından sağlanır. Bağırsak hazırlığı ameliyattan 24 saat önce başlatılabilir. Berrak sıvı diyeti, laksatifler ve sodyum fosfat/salin lavmanlarını içerebilir. Bağırsak hazırlığı çok dehidrasyona yol açabileceğinden, ameliyattan önceki gece hasta yatana kadar sıvı miktarının artırılması önerilir (Çinar, 2022). Antimikrobiyaller genellikle enfeksiyon riskini en aza indirmek için ameliyat gününde verilir. Bazı cerrahlar, hastanın morarmayı önlemek ve doku iyileşmesini desteklemek için C vitamini gibi takviyeler almasını önerir. Çok zayıf olan hastaların yüksek proteinli bir diyet yemeleri teşvik edilir(Ignatavicius ve Fox, 2021).

Yara iyileşmesini hızlandırmak için arginin içeren toz haline getirilmiş bir protein takviyesi de reçete edilebilir. Hastalar ameliyattan önce sağlıklı olduklarından emin olmak için bir takım laboratuvar testlerine tabi tutulur. Yeterli hemoglobin ve hematokrit (htc) seviyeleri önemlidir çünkü ameliyat sırasında bir miktar kan kaybedilir. Htc düzeyleri düşük olan hastalara epoetin alfa veya demirli IM testosteron gibi bir eritropoietin verilir. Çoğu hasta testosteronu daha düşük maliyetli bir ilaç olduğu için seçiyor (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Ameliyat Süreci

Ameliyat, kadın anatomisi oluşturmak için birden fazla prosedür gerektirdiğinden hasta uzun süre ameliyat masasında kalır. Ameliyat bir hastanede veya transseksüel ameliyatları için uzmanlaşmış bir merkezde yapılabilir. Genel veya epidural anestezi uygulandıktan sonra hastaya işlem için litotomi pozisyonu (ayaklar üzengi içinde) yerleştirilir. Astım veya obezitesi olan hastalarda epidural anestezi tercih edilir. Hasta perineal pansuman ve tampon, kalıcı üriner katater ile anestezi sonrası bakım ünitesine transfer edilir(Ignatavicius ve Fox, 2021).

Ameliyat Sonrası bakım

Ameliyat sonrası rutin bakım uygulamalarına devam edilir. Ayrıca ameliyattan hemen sonra ağrı ve morarmayı azaltmak için perineye her saat başı 20 dakika buz torbası uygulanmalı ve ameliyat sonrası ilk hafta boyunca devam edilmelidir (Deutsch, 2016). Hastanın ağrı düzeyi dikkatle izlenmeli ve gerektiğinde analjezi uygulanmalıdır. Genital cerrahi çok ağrılıdır çünkü perine bölgesinde yüksek konsantrasyonda sinir uçları vardır. Yaygın bir ameliyat sonrası komplikasyon olmasa da hastayı kanama açısından izlenmelidir. Cerrahi pansuman ve çevredeki bölgede sızıntı veya parlak kırmızı kan olup olmadığını gözlemlenmelidir. Orada kan birikmesi ihtimaline karşı daima hastanın altına bakılmalıdır. Herhangi bir aktif kanama belirtisini derhal cerraha bildirilmeli ve not edilmelidir. Hastalar ameliyat sırasında uzun süre litotomi pozisyonunda kalır. Ameliyattan sonra alt ekstremitte nörovasküler durumunu izlenmeli ve kompartman sendromunu önlemeye yardımcı olmak için ameliyattan sonraki ilk 24 saat boyunca hastayı bacaklarını sık sık hareket ettirmeye teşvik edilmelidir. Devam eden uyuşukluk, alt bacak veya ayakları hareket ettirememeye veya bacak ağrısı ve şişmesi gibi beklenmedik bulguları rapor edilmeli ve belgelenmelidir. Epidural anestezi uygulanan hastalar ameliyattan sonra ilacın etkisi geçinceye kadar birkaç saat boyunca bacaklarını hareket ettiremezler. Genital cerrahi sonrasında tüm hastalar en az 1 gece hastanede kalır ancak bazı hastalar, cerrahi işlemlerin sayısına ve karmaşıklığına bağlı olarak çok daha uzun süre kalabilirler. Vajinoplasti için ters deri flebi tekniği uygulanan hastalar genellikle neovajinaya dilatör veya gazlı bezle tampon yapılarak en az 4 ila 5 gün yatak istirahatinde kalırlar (Ignatavicius ve Fox, 2021). Hasta ameliyat sonrası yatakta supine pozisyonunda yer almalıdır (Öztürk, 2021). Bu sürede venöz tromboemboliyi (VTE) önlemek için deri altı heparin verilir. Yatak istirahati süresinden sonra hastanın yürüyebilmesi için dilatör veya gazlı bez çıkarılır. Hastaya yeni vajinanın antiseptik bir solüsyonla nasıl temizleneceği öğretilir ve dilatörün nasıl takip edileceği konusunda bilgiler verilir (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Ameliyattan yaklaşık 7 ile 10 gün sonra cerrahi basınçlı pansuman ve dış dikişler alınır. Üriner katater ameliyat sonrası 7. ve 12. günler arasında çıkarılır. Erken çıkarılması idrar retansiyonuna neden olabilir, ancak uzun süreli yerleştirme kataterle ilişkili idrar yolu enfeksiyonuna yol açabilir. Hastaların enfeksiyon belirti ve bulgularını izlemesi önemlidir. Vücut sıcaklığı yükseldiğinde hastaneye gelmelidir (Çam ve diğerleri, 2016).

En kötü komplikasyonlardan biri, ameliyat sırasında rektal perforasyonun neden olduğu vajinal-rektal fistüldür. Hastalara vajinaya herhangi bir dışkı sızıntısını derhal cerrahlarına bildirmeleri gerektiğini öğretilmelidir. Bu komplikasyonun tedavisi geçici kolostomi ve aylarca süren fistül yarası

tedavisidir (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Bazı hastaları kadınlaştırma ameliyatlarının sonuçlarının kalitesinden memnun değildir. Örneğin neovajina cinsel ilişki için işlevsel olmayabilir. Bazı hastalar daha yüz güldürücü sonuçlara ulaşmak için tekrar ameliyat isterler.

Vajinoplasti Ameliyatı Olan Hastalara Ameliyat Sonrası Eğitim

- Ameliyat sonrası ilk kontrolden sonra duş almaya devam edilmelidir.
- Ameliyattan sonra 8 hafta boyunca banyo yapılmamalıdır.
- En az 6 hafta boyunca yorucu aktivitelerden kaçınılmalıdır
- 3 ay boyunca yürümekten veya bisiklete binmekten kaçınılmalıdır.
- 6 ile 8 hafta boyunca minimal vajinal kanama/kaşıntı ve/veya kahverengimsi-sarı drenaj beklenmelidir.
- Bu sorunları en aza indirmek için sabun ve su ile duş yapılmalıdır.
- İyileşmeyi hızlandırmak için ameliyattan sonra en az bir ay boyunca tütün veya sigara içmekten kaçınılmalıdır.
- Konstipasyonun önlenmesine yardımcı olması için dışkı yumuşatıcılarını reçete edildiği şekilde alınmalıdır.
- Evde ağrı kontrolü için reçete edildiği şekilde asetaminofen alınmalıdır.
- Reçete edilen kişiye özel dilatör protokolü dikkatle izlenmelidir.
- Ameliyattan en az 3 ay sonrasına kadar cinsel ilişkide bulunulmamalıdır(Ignatavicius ve Fox, 2021).

Erkekleştirme Ameliyatları

Bu hastalara fonksiyonel ve/veya estetik bir erkek anatomisi oluşturmak için erkekleştirici ameliyatlar gerçekleştirilir; bunlar arasında şunlar yer alır:

- Meme/göğüs ameliyatları, genellikle iki taraflı mastektomi ve göğsün yeniden yapılandırılması ve şekillendirilmesi
- Histerektomi ve iki taraflı BSO, vajinektomi , falloplasti ile üreteroplasti veya metoidioplasti (hormonla güçlendirilmiş kullanılarak küçük bir penis oluşturulması) gibi genital ameliyatlar, klitoral doku ve testis protezlerinin yerleştirilmesiyle skrotoplasti

- Liposuction, göğüs kası implantları ve diğer yüz veya vücut şekillendirme gibi diğer ameliyatlar

Mastektomi, histerektomi ve iki taraflı salpingo-ooferektomi (BSO) geçiren trans hastaların bakımı, bu metnin başka bir yerinde anlatıldığı gibi bu prosedürleri uygulayan herhangi bir hastanın bakımına benzer (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Bazı hastalar, yara izi, meme başı-areola yanlış yerleşimi veya boyutu ve kontur anormallikleri gibi komplikasyonlar nedeniyle mastektomi ve göğüs rekonstrüksiyonunun sonuçlarından memnun değildir (Deutsch, 2016). Meme ameliyatına alternatif olarak göğüsleri daraltmak ve gizlemek için bir bağlayıcının kullanılması tercih edilebilir (Ener ve diğerleri., 2016). Hastaya, bağlayıcının uzun süreli kullanımının meme dokusunun gevşemesine veya sarkmasına neden olabileceğini hatırlatılmalıdır. Hasta daha önce karın ameliyatı geçirmemişse histerektomi ve BSO ameliyatı için laparoskopik yöntem tercih edilir (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Vajinoplastinin Ameliyat Sonrası Komplikasyonları

En Ciddi Komplikasyonlar

- Vajinal-rektal fistül
- Rektal perforasyon
- Alt ekstremite kompartman sendromu
- Kanama

Diğer Komplikasyonlar

- Cerrahi yara enfeksiyonu
- İdrar kaçırma/idrar kaçırma
- Kronik idrar yolu enfeksiyonları
- İdrar kanalı stenozu (geç fakat nadir)
- Vajinal darlık
- Vajina çökmesi
- Labial hematoma
- Yetersiz vajinal uzunluk veya genişlik
- Duyu eksikliği

- Cinsel doyumda azalma

Kadın hastalara erkek anatomisi oluşturmaya yönelik işlemler, kadın anatomisi isteyen erkek hastalarında olduğu kadar sık yapılmamaktadır. Falloplastiler gerçekleştirilmesi en zor rekonstrüktif genital ameliyatlardır ve genellikle birkaç aşama gerektirir. Penis oluşturmak için radyal ön kol, ön yan uyluk veya sırttan alınan deri flepleri kullanılır. Penis çevresini arttırmak için yağ greftlerine ihtiyaç duyulabilir ve üretrayı oluşturmak için bukkal mukoza dokusu kullanılabilir. Bir penis protezi veya implantı, ameliyattan aylar sonra ilk cerrahi iyileşmenin gerçekleştiği zamana kadar yerleştirilmez.

Falloplasti komplikasyonları şunlardır:

- Üretral komplikasyonlar
- Kanama
- Yara enfeksiyonları
- Donör greft bölgesinde yara izi veya kaybı
- Rektal yaralanma

Bu fiziksel sorunların yanı sıra penis uzunluğunun yetersiz olması gibi durumlar da hasta ameliyatın sonuçlarından memnun kalmayabilir. Bu nedenlerden dolayı birçok kadın hasta bu işlemi yaptırmamakta ve sadece laparoskopik histerektomi ve BSO yaptırmayı tercih etmektedir (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Hasta Eğitimi

Hastaların bilgi ve davranışlarının tedaviye uyumu açısından önemi olduğu farklı alanlardaki çalışmalarla da belirlenmiştir. Hastaların bilgi ve davranışlarının tedavi başarısına etkisi literatürde önerilmektedir (Gezer ve diğerleri,2023). Transseksüel hastalarda da hasta eğitimi uzun yıllar hormon tedavisi görmeleri nedeniyle kronik bir hastalıktaki eğitim kadar önemlidir. Sağlığı korumak ve diyabet veya kardiyovasküler sorunlar gibi komplikasyonları mümkün olduğu kadar erken tespit etmek için bir sağlık uzmanı tarafından sürekli takip edilmesi gerektiğini onlara öğretilmelidir. Cinsiyet değişim ameliyatından sonra cerrahın uzun süreli takibi, sıklıkla ortaya çıkan komplikasyonları tespit etmek ve tedavi etmek açısından önemlidir(Ignatavicius ve Fox, 2021).

Mali durumu ve sağlık sigortası faydaları da dahil olmak üzere hastanın destek sistemlerini ve başa çıkma stratejilerini değerlendirilmelidir. Devam eden ruh sağlığı danışmanlığı veya terapisine yönelik olası ihtiyaçlar da dahil

olmak üzere topluluğa sorunsuz bir geçiş sağlamak için vaka yöneticisiyle iş birliği yapılmalıdır.

Cinsiyet değişim ameliyatı geçiren hastalar için ürogenital bakım da gereklidir. Kadın hastalarda genellikle vajinektomi yapılmaz ve bu nedenle kaşıntı ve yanmaya neden olan vajinal atrofi yaşanabilir. Muayene fiziksel ve duygusal açıdan acı verici olsa da, bu sorunu tedavi etmek için jinekolojik bakıma başvurmalarını önerilmelidir.

Erkek hastalarının cinsellik, genital hijyen ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların önlenmesi konusunda danışmanlığa ihtiyacı olabilir. Ayrıca sık idrar yolu enfeksiyonlarına yakalanma riski de yüksektir. Genital cerrahi geçirmişlerse üretranın kısılmasına bağlı idrar kaçırma sorunları olabilir. Hastalara bu sorunlar için takip bakımını yaptırmanın önemini öğretilmelidir.

Transseksüel hastalar için koruyucu sağlık taramaları da önemlidir. Erkek hasta, erkeklerin ihtiyaç duyduğu prostat sağlık bakım taramalarına ihtiyaç duyar. Büyütülmüş memedeki kanserin erken belirtilerinin izlenmesi için de mamografi çekilmesi önerilir. Histerektomi ve BSO geçirmemiş kadın hastalarının rahim ağzı ve over kanseri riskini en aza indirmek için jinekolojik bakıma ve ayrıca memeleri alınmamışsa mamografiye ihtiyaçları vardır (Ignatavicius ve Fox, 2021).

Kaynaklar

- American Nurses Association (ANA). *Code of ethics for nurses* . Washington, DC: Author; 2015.
- Burchum J.L.R ve Rosenthal L.D.(2019). *Lehne's pharmacology for nursing care* . 10th ed. St. Louis: Elsevier; 2019.
- Coleman, E., ve diğerleri(2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, Version 7, *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165–232. DOI: 10.1080/15532739.2011.700873;
- Çam, R., Yönel, H., Özsoy, H. (2016). Core Body Temperature Changes During Surgery and Nursing Management. *Clinical Medicine Research*, 5, 2-1, 1-5. doi: 10.11648/j.cmr.s.2016050201.11.
- Çinar, H. (2022). Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hasta Bakımı (Eds. Öztürk, N. Bal mumcu, A. ve Ersungur, E.), *Evde Hasta Bakım İlke ve Uygulamaları-II*, Bölüm 11, 139-152, Akademisyen Kitabevi, 2022.
- Deutsch M.B.(2016). Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people. Center of Excellence for Transgender Health. University of California San Francisco; 2016. [hp://transhealth.ucsf.edu/trans?page=guidelines-home](http://transhealth.ucsf.edu/trans?page=guidelines-home).
- Dragon C.N, Guerino P, Ewald E, Laffan A.M. (2017). Transgender Medicare beneficiaries and chronic conditions: Exploring fee-for-service claims data. *LGBT Health* . 2017;4(6):404–411.
- Ginsberg B.(2017). Dermatologic care of the transgender patient. *International Journal of Women's Dermatology* . 2017;3(1):65–67.
- Houghton A.(2018). *Maintaining dignity: Understanding and responding to the challenges facing older LGBT Americans*. Washington, DC: AARP Research; 2018 doi: 10.26419/res.00217.001 March 2018.
- Human Rights Campaign. Sexual orientation and gender identity definitions. 2020. <https://www.hrc.org/resources/sexual-orientation-and-gender-identity-terminology-and-definitions>.
- Institute of Medicine (IOM). *The health of LGBT people: Building a foundation for better understanding* . Washington, DC: National Academies Press; 2015.
- Ignatavicius, D. ve Fox Stephanie(2021). Concepts of Care for Transgender Patients (Eds. Ignatavicius D.D. Workman, M.L, Rebar, C.R. ve Heimgartner N.M.), *Medical Surgical Nursing Concepts for Interprofessional Collaborative Care* 10th Edition. 4273-4316. Elsevier 2021.
- James S.E, Herman J.L, Rankin S, Keisling M, Moet L, Anafi M. *The report of the 2015 U.S. transgender survey* . Washington, DC: National Center for Transgender Equality; 2016.
- Landry J. (2017). Delivering culturally sensitive care to LGBTQI patients. *The Journal for Nurse Practitioners* . 2017;13(5):342–347.

- Gezer,N. ve Şahan, D.(2023). Solunum Sistemi Cerrahisinde Bakım.(Ed. Meryem Yavuz). Cerrahi Hemşireliği, Bölüm 26,312-339, Ankara Nobel Tıp Kitabevi.
- Gezer,N. Şahan,D. Akyüz,Y.(2023).Alt ekstremitede periferik arter hastalığı tanımlı bireylerin hastalıkla ilgili bilgi ve davranışları. *Turk J Cardiovasc Nurs* 2023;14(35):134-143.
- Margolies L, Brown C.G. Increasing cultural competence with LGBTQ patients. *Nursing* . 2019;49(6):34–40.
- National Center for Transgender Equality, . Issues: Housing and homelessness. 2020 Retrieved from. [hps://transequality.org/issues/housing-homelessness](https://transequality.org/issues/housing-homelessness).
- Office of Disease Prevention and Health Promotion. *Healthy people 2030 Framework* . 2020.
- Özsoy, H., Çankaya, A., Van Giersbergen, M. Y., Oruç, G. (2023). Cerrahi Hastalarının Bakım Algısı ve Mahremiyet Konusundaki Deneyimleri. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 22-31.
- Öztürk, N. (2021). Hastaya Verilen Yatak Pozisyonları ve Uygulamaları (Eds. Öztürk, N. Balmumcu, A. ve Ersungur, E.), Evde Hasta Bakım İlke ve Uygulamaları-I, Bölüm 77-89, Akademisyen Kitabevi,2021.
- Pfeifer,G.(2019). Panel convened to discuss end-of-life care concerns in the LGBT community. *American Journal of Nursing*. 2019;119(9):14.
- The Joint Commission (TJC). Advancing effective communication, cultural competence, and patient- and family-centered care for the lesbian, gay, bisexual, and transgender community. 2011. www.jointcommission.org/lgbt.
- Yeşilfidan, D ve Adana, F. (2019). “Halk Sağlığı Hemşireliği Bakış Açısı ile Ergenlerde Obezite.” *Hemşirelik Bilim Dergisi*, 2 (2), 38-44.
- Ülkü H.H. Türk G. (2019). Hemşirelerin tıbbi hataları rapor etmeme nedenleri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(3): 141-148.



Bölüm 6

SEREBRAVASKÜLER HASTALIKLARDA FOKAL BEYİN DİSFONKSİYONU VE HEMŞİRELİK BAKIMI

*Halise ÇİNAR¹
Deniz Ezgi BİTEK²*

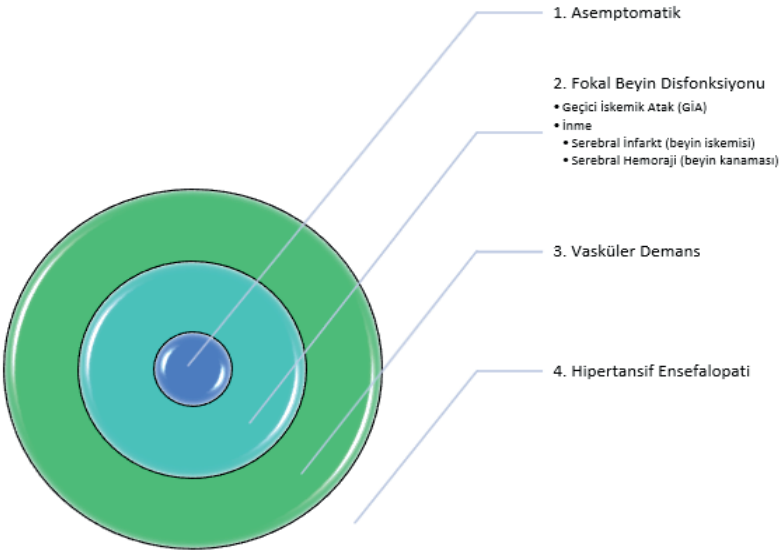
1 Öğretim Görevlisi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Söke Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü İlk ve Acil Yardım Programı Aydın, Türkiye
ORCID: 0000-0002-6271-8021

2 Dr. Öğr. Üyesi, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü Yaşlı Bakımı Programı, ORCID: 0000-0002-9006-1186

Serebrovasküler hastalık (SVH), beyindeki kan akımındaki bozulmanın sonucunda ortaya çıkan merkezi sinir sistemindeki bilişsel, duyuşsal, motor ve emosyonel işlevlerin bozulmasıyla karakterize bir hastalıktır (Akdemir, 2004; Fırat, Karakuş, Arsava, Topçuoğlu ve Demirkan, 2021; Karadakovan, 2011). SVH, beyindeki bir alanın kalıcı veya geçici şekilde, iskemi veya kanama nedeniyle veya beyni besleyen damarlarda patolojik bir nedenden dolayı tutulduğu hastalıklara denir (F. Yılmaz, Demircan ve Bildik, 2010). Diğer bir deyişle SVH; birden oluşan fokal veya global serebral disfonksiyona neden olan, vasküler nedenler dışında olan farklı bir nedeni olmayan, yirmi dört saat veya daha uzun süre devam eden ve mortaliteye neden olan klinik bir durumdur (Sezer, Armağan, Durak, Çıkrıklar ve Çelebi, 2022).

SVH sadece gelişmiş ülkelerde değil, tüm dünyada alınan önlemlere rağmen mortalite açısından kalp damar hastalıkları ve kanserlerden sonra üçüncü sıradadır (F. Yılmaz ve diğerleri, 2010). SVH insidansı 100.000’de 150 olup, yaş arttıkça SVH da artar. Global bakış açısıyla toplumların yaşlanmasına paralel olarak inme giderek önemi artan bir sağlık sorunudur (Karadakovan, 2011). 50 yaşın üstündeki bireylerde başlayan epileptik nöbetlerin en sık rastlanan nedeni %30–50 oranı ile SVH’tır (A. Özkan, Gökçeer, Işık, Aydın Cantürk ve Fatma, 2015).

Ulusal nörolojik hastalıklar ve inme enstitüsü (NINDS) sınıflamasına göre SVH aşağıdaki şekilde sınıflandırılmaktadır.



Şekil 1: Ulusal Nörolojik Hastalıklar İnme Enstitüsü Serebravasküler Hastalıklar Sınıflandırması

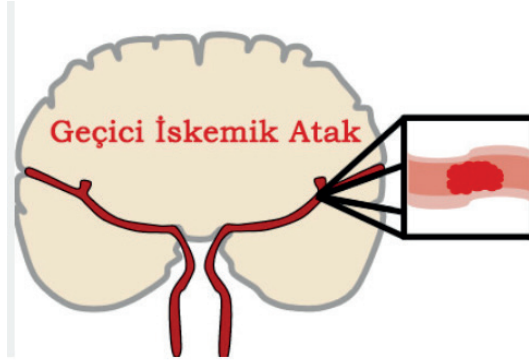
SVH’larda fokal beyin disfonksiyonu, geçici iskemik atak (GİA) ve inme olarak iki gruba ayrılmaktadır. Fokal beyin disfonksiyonlarının ortalama

4/5'i iskemiyeye bağlı ile 1/5'i ise kanama nedeni ile ortaya çıkan hastalıklardır (F. Yılmaz ve diğerleri, 2010).

Fokal Beyin Disfonksiyonu Çeşitleri

1. Geçici İskemik Atak

GİA, kan akımının kısa süreli azalmasına bağlı olarak beyin, spinal kord ve retinada enfarkt olmadan, geçici nörolojik fonksiyon kaybı ile karakterize bir tablodur (Ataklı, 2021; Soyudoğru, Akdeniz, İpekci ve İkizceli, 2020). GİA inmenin habercisidir. Bir veya birden fazla GİA geçiren birey, aynı cinsiyet ve yaştaki bir bireye göre ortalama 10 kat daha fazla inme riski taşımaktadır (Giles ve Rothwell, 2007). Hastaların yaşamsal parametreleri düzelse de difüzyon ağırlıklı görüntüleme, akut iskemik lezyon tespit edildiğinde bu durum GİA olarak kabul edilmez (Van Rooij ve diğerleri, 2015). Bu yüzden, GİA tanısı genellikle klinik bir tanıdır (Nadirova, Sorgun, Bahşi ve Togay Işııkay, 2021; Oudeman ve diğerleri, 2019). GİA'nın tanı kriterlerinin net olmasına rağmen, geçici nörolojik atak (GNA)'ların sınıflandırılması ve tedavi sürecinin nasıl olması gerektiği net değildir (Nadirova ve diğerleri, 2021).



Kaynak: <https://draliyilmaz.com/blog/gecici-iskemik-atak>

2. İnme

İnme olarak da bilinen SVH'lar çoğunlukla ileri yaştaki bireylerde görülmekte ve vakaların büyük çoğunluğu 65 üzerindeki bireyler oluşturmaktadır (Kocatürk ve Kocatürk, 2021). İnme; dünyayı etkileyen ciddi sağlık problemlerinden biri olup işgücü kaybına yol açar. Dünyada her yıl 20 milyona yakın insan inme geçirmektedir. İnme geçiren hastaların yaklaşık üçte biri hayatını kaybetmektedir. İnmeye ait risk faktörlerini bilmek, morbidite ve mortalite riskini azaltmaktadır. Aynı zamanda risk faktörlerine sahip kişilerin bilinmesi ve bu faktörleri azaltmak için sağlık politikalarının geliştirilmesi önemlidir. Risk faktörlerini azaltmak mümkün olsa da bazı risk faktörleri değiştirilemez (Akdemir, 2004; Kocatürk ve Kocatürk, 2021; F. Yılmaz ve diğerleri, 2010).

Risk Faktörleri

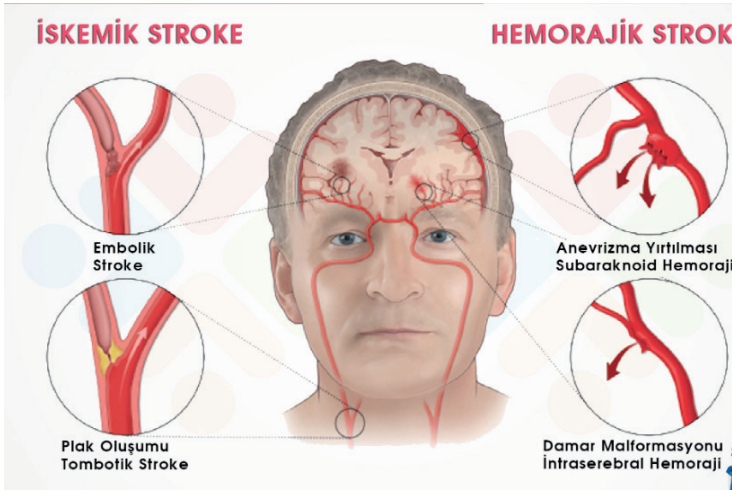
Değiştirilebilir Risk Faktörleri	Değiştirilemez Risk Faktörler
<ul style="list-style-type: none"> • Hipertansiyon • Kardiyovasküler sistem hastalıkları • Diabetes mellitus • Myokard infarktüsü • Hiperlipidemi • Sigara kullanımı • Alkol kullanımı vb. 	<ul style="list-style-type: none"> • Yaş • Cinsiyet • Irk • Aile öyküsü • Etnik grup vb.

(Demirci Şahin ve diğerleri, 2015).

İnmeler genel olarak iskemik ve kanamaya bağlı inmeler olarak iki gruba ayrılır (Sezer ve diğerleri, 2022).

İskemik İnme

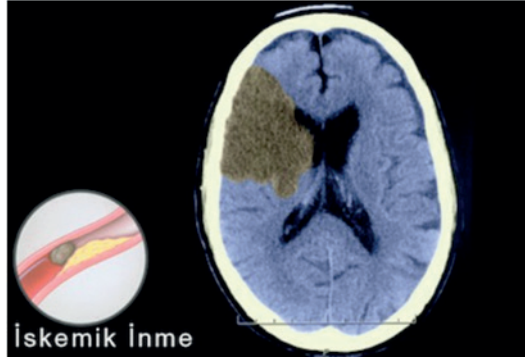
Hemorajik İnme



Kaynak: <https://www.acilcalisanlari.com/spontan-intraserebral-kanama.html>

A. Serebral İnfarkt (İskemik İnme)

Beyindeki kan dolaşımının aniden bozulmasıyla beraber ani bilinç kaybı ile karakterize “serebrovasüler atak” ya da “beyin atağı” olarak da tanımlanan durumdur. Birden ortaya çıkan bu durum uzun süreli kalıcı SVH’ a neden olur. Beyin atağı teriminin kullanılması sağlık personeli ve halkın kalp krizinde olduğu gibi erken girişimde bulunmasını sağladığı için önerilmektedir. Erken girişimle birkaç bulgu ve düşük düzeyde işlev kaybıyla hastanın tedavi edilebilme olasılığı vardır (Karakaş Uslusoy, 2023; Mollaoğlu, 2016).



Kaynak: <https://drhakangercekoğlu.com/genel/inme-nedir-inme-tipleri-nelerdir.html>

Etiyoloji ve risk faktörleri: İskemik inme tromboz ve emboli nedeni ile oluşmaktadır. Görülme sıklığına göre:

- %20- Büyük arter trombozları
- %25- Küçük arter trombozları
- %20- Kardiyojenik embolik inmeler
- %30- Nedeni bilinmeyen inmeler
- %5- Diğer nedenlerdir.

Büyük arterlerde oluşan trombozlara bağlı inmelerde ateroskleroz plaklarının karotid arter ya da dallarından birinde oluşturduğu tıkanma nedeni ile bu bölgede infarktüs ve iske mi gelişmektedir. Küçük arter trombozları laküner inme olarak da tanımlanır. Genellikle pons, bazal ganglionlar ve talamus yakınındaki küçük damarlarda oluşan tıkanmalara bağlı olarak gelişir. Kardiyojenik embolik inmelerde kardiyak ritim bozuklukları ve atriyal fibrilasyon vardır. Kalpten köken alan emboli, beyin kan akımına geçerek inmeye neden olur. Atriyal fibrilasyonlu hastalarda antikoagülan tedavi ile embolik inmelerin önlenmesi muhtemeldir. Nedeni bilinmeyen ve diğer grupta yer alan inmelerde ise pıhtılaşma bozuklukları, migren, kokain kullanımı, karotid arter ya da vertebral arterin kendiliğinden yırtılması vb. gibi nedenler rol oynamaktadır.

Klinik belirti ve bulgular: hastalarda görülen klinik belirti ve bulgular;

- Özellikle tek tarafta meydana gelen duyu kaybı ve güçsüzlük
- Konfüzyon
- Mental sorunlar
- Konuşma sorunları (dizarti, disfaji, afazi, konuşamama, konuşmanın anlaşılması)

- Yürüme güçlüğü
- Baş dönmesi
- Denge ya da koordinasyon kaybı
- Ani başlayan şiddetli baş ağrısı
- Motor kayıplar
- İletişimde bozulma
- Algısal sorunlar
- Duyu kayıpları

Bilişsel bozukluklar ve psikososyal etkiler vb. gibi. (Akdemir, 2004; Karadakovan, 2011).

Tanı yöntemleri:

- Anamnez
- Fizik muayene
- Nörolojik muayene
- Laboratuvar tetkikleri (tam kan sayımı, koagülasyon incelemesi, sedimentasyon hızı, kan glikoz değeri vb.)
- Akciğer filmi
- Radyolojik görüntüleme yöntemleri (bilgisayarlı tomografi, lomber ponksiyon, manyetik rezonans görüntüleme, karotid arter anjiyografisi vb.)

Tedavi:

Genel olarak tedavide trombolitik, antiagregan, antikoagulan ve cerrahi tedaviler kullanılır.

Trombolitik tedavi : Akut SVH tespit edilir edilmez bireyin doku plazminojen aktivatörü (tPA) ile tedaviye uygunluğuna karar verilmelidir. Birey ve yakınlarına, tedavinin yararları ve riskleri hakkında bilgi verilir ve tedavi onlarca onaylanırsa, 0.9 mg/kg ve 90 mg'ı aşmayan dozda İntravenöz (IV) tPA tedavisine başlanır (Ünal ve Özel, 2021; E. Yılmaz, Sarıönder Gencer, Arsava ve Topçuoğlu, 2022).

Antiagregan tedavi: Antiagregan ilaçlar trombositlerin yapışma ve kümeleşme özelliklerini etkilerler. En çok kullanılan ve etkisi en iyi bilinen aspirindir. Aspirin, siklooksijamaz enzimini inhibe ederek, trombositlerde

kümeleşmeyi sağlayan tromboxan A, yapımını azaltır. Günde tek doz 160-300 mg verilmesi uygundur. Aspirin tedavisine başlanmadan önce BT ile hemorajik SVH riski ekarte edilmelidir. Antiagregan tedavi uygulanan bireylerde ilk haftalarda ölüm oranı ve bağımlı olma riski azalmaktadır (Gezer, Çam, Arslan ve Şahin, 2023; Mollaoğlu, 2016; Ünal ve Özel, 2021).

Antikoagülan tedavi: Antikougülen tedavisi amacıyla en sık heparin kullanılmaktadır. Heparin, antitrombin 3'e bağlanarak trombinin notralize eder. Acil antikoagülasyon sağlamak için ilk tercih edilen ilaçtır. Pıhtılaşma zamanı (PT) ve parsiyel tromboplastin zamanına (PTT) bakıldıktan sonra 5000-10000 ünite IV yol ile verilir. Bunu saatte 1000 2000 ünite heparin gidecek şekilde infüzyon tedavisi izler. PTT normal değerinin 1.5-2 katına çıkınca heparin kesilmelidir (Mollaoğlu, 2016; Ünal ve Özel, 2021).

Cerrahi tedavi: geniş serebral infarktı olan birey, kitle etkisi ve beyin sapı basısına bağlı olarak hızlıca kaybedilebilir. Bu durum acil nöroşirurjik girişim gerektirir (Mollaoğlu, 2016; Ünal ve Özel, 2021).

Hemşirelik bakımı:

İskemik inmede inmeyi takip eden 3 gün akut evredir. Bu evrede hastaların bakım gereksinimlerinin karşılanması ve sistemlerin izlenmesi çok önemlidir. Akut dönemden sonraki aşamada hastada oluşan yetersizliklere yönelik bakım uygulanmaktadır (Karadakovan, 2011). İnmenin topluma etkisi hayli fazladır. İnme geçiren hastaların yarısı ilk bir yıl içerisinde ölmektedir. Yaşayan hastaların üçte biri de günlük yaşam aktivitelerinde bir başkasına ihtiyaç duymaktadır (F. Yılmaz ve diğerleri, 2010). Bu doğrultuda hemşirelik girişimleri aşağıda yer almaktadır:

- Hastaların hareketliliği sağlanmalı ve eklem deformitelerini önlenmeli
- Omuz addüksiyonunu önlenmeli
- El ve parmakların uygun pozisyonda kalması sağlanmalı
- Hastanın 2 saatte bir pozisyon değişikliğini sağlanmalı
- Etkilenen ekstremitelere yönelik uygun egzersiz programı oluşturularak hastanın egzersizleri yapması sağlanmalı
- Hastanın bilinç durumu düzeldikten sonra yataktan kalkmaya hazırlanmalı
- Hastaların büyük çoğunluğunda omuz ağrısı yakınması bulunmaktadır. Bu doğrultuda hastaların omuz ağrısını önlemeye yönelik girişimler yapılmalı

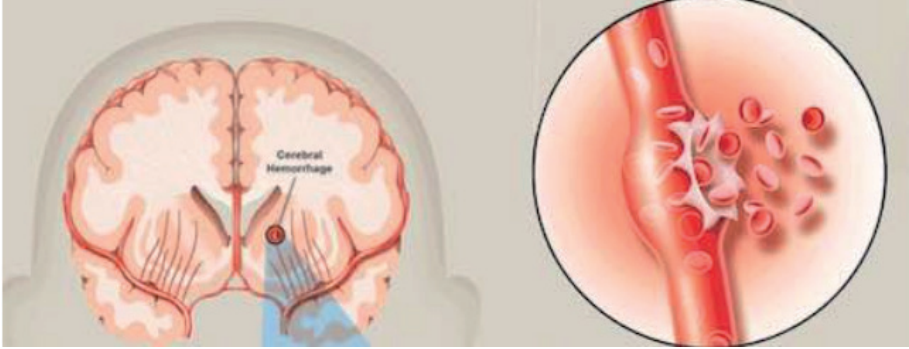
- Bireysel bakımı sağlanmalı
- Hastanın görme alanı etkilendi ise saat, takvim, televizyon gibi eşyalar görme alanı bozulmayan tarafa koyulmalı
- Konuşma terapisti tarafından hastada disfajiye bağlı oluşan öğürme ve öksürme refleklere değerlendirilmeli
- Tüp ile beslenen hastalarda, beslenme sırasında hastanın başı 30 derece kaldırılmalı ve beslenmeye geçmeden önce tüpün yerine olup olmadığı kontrol edilmeli
- İnme sonrası geçici idrar inkontinansı yaşayan hastalarda aralıklı kateterizasyon işlemi yapılmalı
- Hastalar ile iletişim sağlanmalı. Tüm hemşirelik uygulamalarından önce hastaya bilgilendirme yapılmalı
- Hastaların immobil olmasına bağlı deri bütünlüğünde bozulmalarla karşılaşılabilir. Bunu önlemek için gerekli önlemler alınmalı
- Basınç azaltıcı yataklar tercih edilmeli
- Yatak çarşafı temiz ve gergin olmalı
- Hastanın pozisyonu 2saatte bir değiştirilmeli
- Hastanın cildi temiz ve kuru olmalı
- Masaj yapılmalı
- Hastanın yeterli ve dengeli beslenmesi sağlanmalı
- Hastanın durumu ile baş edebilmesini sağlamak için aileye gerekli bilgilendirme yapılarak aile ile işbirliği yapılmalı
- Hastanın cinsel işlev bozukluğu ile başetmesine yardım edilmeli

Evde bakım ile ilgili olarak hasta ve ailesine eğitim ve danışmanlık verilmeli (Akdemir, 2004; Altun Uğraş ve Akyolcu, 2020; Karadakovan, 2011; Mollaoğlu, 2016; Ordu ve Çalışkan, 2022; Pour, Özvürmaz, Tıprıdamaz ve Gündoğmuş, 2016).

B. Serebral Hemoraji (Kanamalara Bağlı (Hemorajik) İnme)

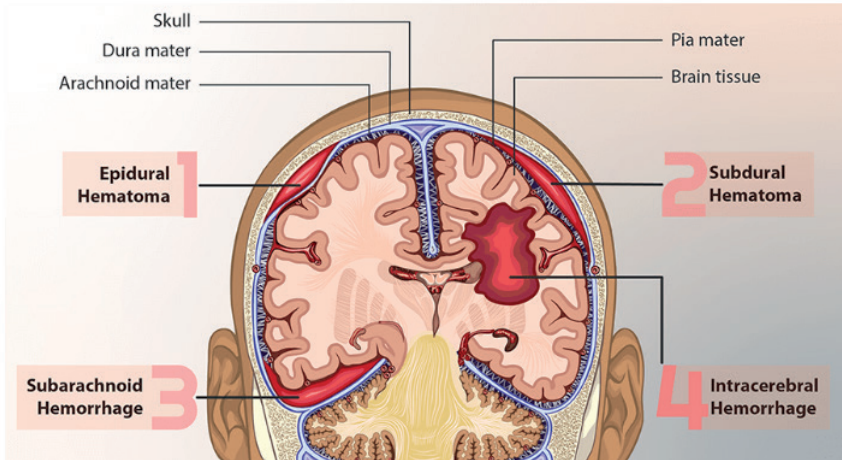
Hemorajik SVH, anevrizma rüptürü, travma veya kendiliğinden

gelişebilmektedir (Akkoca, 2022). Serebral hemoraji, serebral bir damarın yırtılması sonucunda beyinde kanama olmasıdır. SVH'nin %12-24'ünü oluşturur. Anevrizma, hipertansiyon, diabetes mellitus, kollajen doku hastalıkları ve travmalar kanama nedenleri arasında sayılabilir (Mollaoğlu, 2016). İskemik inme, hemorajik inmeye oranla daha fazla görülür. Fakat hemorajik inmeli hastalarının prognozları daha kötüdür (Akkoca, 2022; M. Özkan, 2021).



Kaynak: <https://drhakangercekoglu.com/genel/inme-nedir-inme-tipleri-nelerdir.html>

Serebral hemoraji çoğunlukla 50 yaş üzerindeki kişilerde görülür. Başlangıcı çok anidir ve serebral infarktın aksine birkaç dakika ile birkaç saat arasında ilerler. İleri derecede fonksiyon kayıplarına neden olur ve düzelme hızı daha yavaştır. Mortalite oranı %50-70 arasındadır. Etiyolojide rol oynayan faktörlere göre serebral hemoraji; intraserebral, suparaknoid, epidural, supdural hemoraji olarak gruplandırılır (Akdemir, 2004; Mollaoğlu, 2016).



Kaynak: [Kaynak: https://drhakangercekoglu.com/genel/inme-nedir-inme-tipleri-nelerdir.html](https://drhakangercekoglu.com/genel/inme-nedir-inme-tipleri-nelerdir.html)

1. Epidural Kanama: Genellikle kafa travmalarından sonra ortaya çıkan epidural kanama duramater ile kemik arasında kan toplanmasıdır.

Kanamanın ilk başladığı zamanda bireyin kısa süreli bilinci açık olabilir, ancak hematom büyüdükçe hızla artan bir bilinç kaybı söz konusu olur. Kanama sonucu kafa içi basıncı artar ve acil olarak boşaltılmazsa herniasyon gelişir, tablo ölümle sonuçlanabilir. Bireyde baş ağrısı, jeneralize nöbet, kusma, hemiparazi, pupil dilatasyonu, dispne, takipne görülebilir.

2. Subdural Hematom: Ven kaynaklı bir kanamadır, bu nedenle epidural kanamaya kıyasla daha yavaş ilerler. Kan dura ile araknoid arasında toplanır. Araknoid tabakaların beyin ile ilişkisinden dolayı supdural hematomlar beyinde ani ve direkt basınç yaratır. epidural kanama hızlı, subdural kanama daha yavaş ilerler.

Subaraknoid Hemaraji (SAK): Beyin zarının orta tabakası (araknoid) ile en iç tabakası (piamater) arasındaki boşluk içine olan kanamadır. Aniden oluşan ve suparaknoid mesafeye olan kanamadır. Nedeni sıklıkla hipertansiyon, serebral anevrizma rüptürü ve baş yaralanmalarıdır. Genellikle genç ve orta yaşlarda görülür. Baş ağrısı, bilinç bulanıklığı, hemiparazi, pupil dilatasyonu, ense sertliği, çift görme gibi belirtiler görülür (Altun Uğraş ve Akyolcu, 2020; Kesenek, 2022).

İntraserebral Hemaraji: Beyin dokusu içerisine olan kanamalardır. Bu kanama genellikle arteriosklerotik yaşlılarda ve hipertansiyonu olan kişilerde görülür. İntraserebral hemoraji geçiren bireyde hırıltılı solunum, baş ağrısı, derin koma, kanama olan beyin bölgesinin karşı tarafında hemipleji ve kanama olan tarafta pupil dilatasyonu vardır. Baş ve gözler kanama olan tarafa çevrilmiştir (vulpian kanunu) (Akdemir, 2004; Mollaoğlu, 2016).

Etiyoloji ve risk faktörleri

- Anevrizma
- Hipertansiyon
- Diyabet
- Travma
- Kollajen doku hastalığı vb.

Klinik belirti ve bulgular

- Arteriovenöz malformasyon
- Ani başlayan şiddetli baş ağrısı
- Bilinç kaybı
- Sırt ve boyunda ağrı ve sertlik

- Vertebrada meninks irritasyon bulguları
- Eğer okülamotor sinir etkilendiyse, görme kayıpları, diplopi, pitozis gibi görme kusurları gelişebilir.

- Kulak çınlaması
- Denge kaybı
- Hemiparezi vb. gibi

Tanı yöntemleri

- Bigisayarlı tomografi
- Anjiyografi
- Lomber ponksiyon

Tedavi

Akut kanayıcı SVH'da etkinliği gösterilmiş spesifik bir tedavi yoktur. Tedavinin amaçları, kanamanın durdurulması, beyin dokusunun iyileştirilmesi, tekrar kanama riskinin önlenmesi ya da en aza indirilmesi ve hastada oluşan komplikasyonların önlenmesidir (Karadakovan, 2011). Cerrahi yaklaşımların tedavide etkinliği araştırılmaktadır. Serebral SVH da olduğu gibi, kanamalarda da acil nöroşirurjik girişim hayat kurtarıcı olabilir. Kanama geçiren bireyler için en uygun yaklaşım 3-6 hafta kesin yatak istirahatidir. Bu süre boyunca birey bütün fizik ve emosyonel zorlanmalardan korunmalıdır (Mollaoğlu, 2016). Hastalarda oluşan baş ve boyun ağrıları için kodein yada asetaminofen gibi analjezikler ve yatak istirahatine bağlı gelişebilecek derin ven trombozunu önlemeye yönelik elastik bandaj uygulaması tedavide uygulanması önerilen diğer yöntemlerdendir (Olgun, Eti Aslan, Coşansu ve Çelik, 2011).

Hastalarda oluşan serebral hipoksi ve kan akımının azaltılması için hastaya uygun şekilde oksijen tedavisine başlanmalı, IV sıvı replasmanı ile kanın viskozitesi azaltılmalı ve serebral kan akımının düzeltilmesi sağlanmalı. Hemorajik inmeli hastalarda serebral kan akımının azalmasına bağlı olarak nöbetler gelişebileceği için dikkatli gözlem yapılmalı (Karadakovan, 2011).

Serebral kanaması olan hastalarda antikoagülanlar kontrendikedir, aspirin kullanılmamalı.

Subaraknoid kanamalı hastalarda tedavinin amacı, yeniden kanamayı önlemek için serebral perfüzyon basıncını (SPB) sürdürmek, kafa içi basıncını kontrol etmek, vazospazmın etkilerini azaltmak, kardiyak disritmileri

tedavi etmektedir. Tedavi klipsleme ameliyatı ve endovasküler girişim ile gerçekleştirilir

Hemorajik inmesi olan hastaların sistolik kan basıncı 150mm/Hg düzeyinde tutulmalı bunun için önerilen antihipertansif tedavinin yanısıra hastanın tansiyonunun yükselmesine neden olabilecek komplikasyonlar ortadan kaldırılmalı (hastanın konstipasyonun önlenmesi vb. gibi).

Cerrahi tedavi için, kanama alanının 3cm'den fazla olduğu hastalarda cerrahi girişim uygulanmasının gerekliliği değerlendirilerek karar verilmeli (Altun Uğraş ve Akyolcu, 2020; Karadakovan, 2011; Kesenek, 2022).

Hemşirelik bakımı

SVH, iyi bir gözlem, devam eden bir değerlendirme ve detaylı bakım gerektiren durumdur. SVH'da hemşireler, kişinin değerlendirilmesi, bakım planı ve bakımın uygulamada kilit bir role sahiptir. Hemşirelik bakımının doğru yönetimi, düzgün bir değerlendirme süreci ve sürece uygun aktivitelerin planlanmasıyla mümkündür. Bakım uygulamalarının planlanmasında, kişinin tıbbi ve nörolojik durumuyla hastalığın şiddeti ve kişide bulunan fonksiyonel ve kognitif yetersizlikleri dikkate alınmalıdır (Mollaoğlu, 2016).

- Hastanın belirli aralıklar nörolojik değerlendirmesi yapılmalı
 - Bilinç durumu
 - Pupil reaksiyonu
 - Motor ve duyuşal işlev bozukluğu
 - Kraniyel sinir bozuklukları
 - Gözlerin hareketi
 - Konuşma ve görme ile ilgili bozukluklar
 - Baş ağrısı
 - Boyun ve sırt rijiditesi
 - Nörolojik bozukluklar
- Hastanın nörolojik değerlendirme bulguları kaydedilmeli
- Serebral kanamalarda stres ülserleri ve buna ilişkin akut mide kanamaları oldukça sık görülür. Hemşireler, hastalarda oluşabilecek ülser ve kanama belirtilerini gözlemlemeli
- Hastalar her saat KİBAS, baş ağrısı, bilinç düzeyi değişiklikleri açısından değerlendirilmeli

- Hasta ile iletişim kurarken görme alanının etkilenmediği tarafa geçilmeli
- Hastanın kullandığı eşyalar görme alanının etkilenmediği tarafa konulmalı
- Hasta sessiz, sakin bir odaya alınmalı
- Hastaya yapacağı aktiviteler basit bir şekilde yavaşça anlatılmalı

Komplikasyonların gelişmemesi için hemşireler hastaları yakından takip etmeli (Akdemir, 2004; Altun Uğraş ve Akyolcu, 2020; Karadakovan, 2011; M. Özkan, 2021).

Kaynakça

- Akdemir, N. (2004). Bilinçsizliğe Neden Olan Durumlar ve Hemşirelik Bakımı. N. Akdemir ve L. Birol (Ed.), *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı* içinde (ss. 805–819). Ankara.
- Akkoca, A. (2022). Hastane Öncesi Serebravasküler Hastalıklara Yaklaşım Organizasyonu. *Hastane Öncesi Dergisi*, 7(August), 261–273.
- Altun Uğraş, G. ve Akyolcu, N. (2020). Sinir Sisteminin Cerrahi Hastalıkları ve Bakımı. N. Akyolcu, N. Kanan ve G. Aksoy (Ed.), *Cerrahi Hemşireliği II* içinde (Nobel Tıp., ss. 552–565). İstanbul.
- Ataklı, D. (2021). Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Öğrenci Ders Notları. E. Çetinkaya (Ed.), *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Tıp Fakültesi Öğrenci Ders Notları* içinde (Galenos Ya., ss. 54–56). İstanbul.
- Demirci Şahin, A., Üstü, Y., Işık, D., Öztaş, D., Karataş Eray, İ. ve Uğurlu, M. (2015). Serebrovasküler Hastalık Geçiren Hastaların Demografik Özellikleri ve Birinci Basamak Sağlık Merkezlerinde Önlenebilir Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 15(4), 196–208. doi:10.17098/amj.79435
- Fırat, O., Karakuş, M., Arsava, E., Topçuoğlu, M. A. ve Demirkan, K. (2021). İskemik İnmelerde Risk Faktörlerinin Yönetiminde Kılavuz Karşılaştırması. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(3), 0–2. doi:10.17942/sted.890125
- Gezer, N., Çam, R., Arslan, E. ve Şahin, B. (2023). Cerrahi Hemşirelerinin Venöz Tromboemboliye Yönelik Bilgi ve Uygulamaları. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(33), 32–40. doi:10.5543/khd.2023.08108
- Giles, M. F. ve Rothwell, P. M. (2007). Risk of stroke early after transient ischaemic attack: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Neurology*, 6(12), 1063–1072. doi:10.1016/S1474-4422(07)70274-0
- Karadakovan, A. (2011). Sinir Sistemi Hastalıkları. A. Karadakovan ve F. Eti Aslan (Ed.), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* içinde (Nobel Tıp., s. 12041214). Adana.
- Karakaş Uslusoy, D. (2023). *Covid-19 Pandemi Sürecinin Acil Servise Serebrovasküler Hastalık Tanısı İle Başvuran Hastalara Etkilerinin Retrospektif Olarak Analizi*. Bursa Uludağ Üniversitesi.
- Kesenek, S. M. (2022). *Serebravasküler Hastalık Geçirmiş Bireylerin Odyometrik İncelemelerle ve Konuşma, Uzaysal Algı ve İşitme Kalitesi (KUİK) Ölçeği İle Değerlendirilmesi*. Kapadokya Üniversitesi.
- Kocatürk, Ö. ve Kocatürk, M. (2021). Endovasküler Akut İskemik İnme Tedavisi: İlk 100 Vakamın Analizi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(1), 82–87. doi:10.35440/hutfd.803058
- Mollaoğlu, M. (2016). Sinir Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi. N. Ovacolu ve Ö. Ovacolu (Ed.), *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar* içinde (Nobel Tıp., ss. 89–98). Adana.

- Nadirova, A., Sorgun, M. Ha., Bahşi, R. ve Togay Işııkay, C. (2021). Akut İskemik İnme Öncesinde Görülen Fokal ve Non-Fokal Nörolojik Belirtiler. *Turkish Journal of Cerebrovascular Diseases*, 27(2), 145–152. doi:10.5505/tbdhd.2021.26928
- Olgun, N., Eti Aslan, F., Coşansu, G. ve Çelik, S. (2011). Diabetes Mellitus. A. Karadakovan ve F. Eti Aslan (Ed.), *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım* içinde (2. Baskı., ss. 817–856). Adana: Nobel Kitabevi.
- Ordu, Y. ve Çalışkan, N. (2022). Serebrovasküler Hastalık Tanısı Olan Bireyde Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline Göre Bakımın Değerlendirilmesi. *Journal of Nursology*, 25(3), 189–200. doi:10.5152/JANHS.2022.710595
- Oudemans, E. A., Volkens, E. J., Greving, J. P., Klijn, C. J. M., Algra, A. ve Kappelle, L. J. (2019). Nonfocal transient neurological attacks in patients with carotid artery occlusion. *European Stroke Journal*, 4(1), 50–54. doi:10.1177/2396987318818779
- Özkan, A., Gökçeer, S. Y., Işık, N., Aydın Cantürk, N. ve Fatma, C. (2015). Serebrovasküler Hastalık Sonrası Erken ve Geç Dönem Nöbet Gelişimi. *Journal of the Turkish Epilepsy Society*, 21(2), 76–80. doi:10.5505/epilepsi.2015.12599
- Özkan, M. (2021). Sinir Sistemi Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı. S. Çelik (Ed.), *Cerrahi Hemşireliğinde Güncel Uygulamalar* içinde (Çukurova N., ss. 378–388). Adana.
- Pour, H., Özvurmaz, S., Tıprıdamaz, B. ve Gündoğmuş, E. (2016). The Prevalence, Severity and Occupational Risk Factors of Low Back Pain among ICU Nurses. *the Ulutas Medical Journal*, 2(3), 138. doi:10.5455/umj.20160714112747
- Sezer, O., Armağan, E., Durak, V. A., Çıkrıklar, H. İ. ve Çelebi, H. (2022). Akut Serebrovasküler Hastalık Tanısı ile Takip Edilen Hastalardaki Sıvı Elektrolit Dengesizliklerinin Analizi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 48(3), 307–313. doi:10.32708/utfd.1150539
- Soyudoğru, S., Akdeniz, Y. S., İpekci, A. ve İkizceli, İ. (2020). Acil Servise Başvuran İskemik İnme ve Geçici İskemik Atak Hastalarının Değerlendirilmesi. *Phnx Med J. March*, 2(1), 16–24.
- Ünal, A. ve Özel, T. (2021). Akut İskemik İnmenin Medikal Tedavisi. *Türk Radyoloji Seminerleri*, 9, 258–270. doi:10.5152/trs.2021.2021-19-24
- Van Rooij, F. G., Vermeer, S. E., Göraj, B. M., Koudstaal, P. J., Richard, E., De Leeuw, F. E. ve Van Dijk, E. J. (2015). Diffusion-weighted imaging in transient neurological attacks. *Annals of Neurology*, 78(6), 1005–1010. doi:10.1002/ANA.24539
- Yılmaz, E., Sarıönder Gencer, E., Arsava, E. M. ve Topçuoğlu, M. A. (2022). Akut İskemik İnmede Homosistein Düzeyinin Trombolitik Tedavi Üzerine Etkileri. *Türk Noroloji Dergisi*, 28(4), 242–247. doi:10.4274/tnd.2022.48030
- Yılmaz, F., Demircan, A. ve Bildik, F. (2010). İskemik Serebrovasküler Hastalıkta Homosisteinin Rolü. *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 134–142. doi:10.4170/jaem.2010.47560



Bölüm 7

ALZHEİMER HASTALIĞI OLAN YAŞLI BİREYLERİN HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Deniz Ezgi BİTEK¹

¹ Deniz Ezgi BİTEK, Dr. Öğr. Üyesi, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Yaşlı Bakımı Programı, ORCID: 0000-0002-9006-1186

Alzheimer Hastalığı

Demans, 21. yüzyılın en büyük küresel sağlık krizleri arasında yer almaktadır. Şu anda dünya çapında 50 milyondan fazla insan demansla yaşamaktadır (Porsteinsson et al., 2021) ve her yıl yaklaşık 10 milyon yeni vaka ortaya çıkmaktadır (World Health Organization (WHO), 2023). Demans, beyni etkileyen çeşitli hastalıklar ve yaralanmalardan kaynaklanır (World Health Organization (WHO), 2023). Alzheimer hastalığı (AH) en yaygın demans türüdür ve 65 yaş ve üzeri kişilerde görülen demans vakalarının en az üçte ikisini oluşturur. Alzheimer hastalığı, hafıza, kavrama, dil, dikkat, muhakeme ve yargılama gibi bilişsel işlevlerde ilerleyici ve sakatlayıcı bozulmaya neden olan nörodejeneratif bir hastalıktır (Kumar et al., 2023). Hastalık ilk kez 1906 yılında Alman doktor Alois Alzheimer tarafından tanımlanmıştır (Akdemir & Boyraz, 2020).

Beklenen yaşam süresi arttıkça ve demografik yaşlanma gerçekleştikçe, Alzheimer hastalığının küresel prevalansının özellikle gelişmekte olan ülkelerde artmaya devam etmesi ve maliyetli bir hastalık yüküne yol açması beklenmektedir (Zhang et al., 2021). Dünya nüfusu yaşlandıkça bu sayının 2050 yılına kadar üç kat artarak 152 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (Porsteinsson et al., 2021). Türkiye’de yaşlı nüfus oranı gittikçe artmakta ve buna paralel olarak demans vakalarında da artış görülmektedir. Ülkemizde şu anda yaklaşık 600 bin hasta olduğu tahmin edilirken, 2050 yılında dünyada Alzheimer hastalığının en fazla görüldüğü ülkelerden biri olacağı düşünülmektedir (Akdemir & Boyraz, 2020).

Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Alzheimer hastalığı, nöronal hücre ölümünün neden olduğu kademeli ve ilerleyici bir nörodejeneratif hastalıktır. Tipik olarak hipokampüsteki entorhinal kortekste başlar. Hem erken hem de geç başlangıçlı Alzheimer hastalığı için tanımlanmış genetik bir rol vardır (Kumar et al., 2023). Hastalığın 40-50 yaşlarda görüleninde genetik özellik ön plandadır. Hastalık otozomal dominant geçiş göstermektedir ve 21. Kromozomda bulunan bir genin bozukluğu, ayrıca 19. Kromozomda apoprotein E’nin varlığı üzerinde durulmaktadır (Akdemir & Boyraz, 2020). Alzheimer hastalığının en güçlü risk faktörlerinin ileri yaş ve en az bir APOE ϵ 4 aleli taşımak olduğu belirtilmektedir (Scheltens et al., 2022).

Alzheimer patolojisinin temel özellikleri Amiloid plaklar ve nörofibriller yumaklardır (NFT’ler). Hem hücre dışı senil plaklardan oluşan amiloid- β ($A\beta$) hem de nörofibriller yumaklar (NFT’ler) olarak hücre içinde toplanan hiperfosforile tau (p-tau) seviyelerinin yükselmesidir (Lane et al., 2018; Silva et al., 2019; Zhang et al., 2021).

Alzheimer hastalığı ile çeşitli risk faktörleri ilişkilendirilmiştir. Artan yaş, Alzheimer hastalığı için en önemli risk faktörüdür. Bunun dışında;

- Travmatik kafa travması,

- Depresyon,
- Kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalık,
- Tip 2 Diyabet
- Sedanter yaşam
- Metabolik sendrom ve Obezite
- Hiperkolesterolemi
- Depresyon
- Sosyal izolasyon
- Sigara kullanımı
- Uyku bozuklukları
- Epilepsi

Ailede demans öyküsü Alzheimer hastalığı için diğer risk faktörleridir (Atri, 2019; Crous-Bou et al., 2017; G. A. Edwards et al., 2019; Karadakovan, 2014; Kumar et al., 2023; Ulep et al., 2018; Zhang et al., 2021).

Alzheimer hastalığı olan birinci derece bir akrabaya sahip olmak, Alzheimer hastalığına yakalanma riskini %10 ila %30 oranında artırmaktadır. Geç başlangıçlı Alzheimer hastalığı olan 2 veya daha fazla kardeşi olan bireylerin Alzheimer hastalığına yakalanma riski genel nüfusa kıyasla 3 kat artmaktadır. Yüksek eğitim, kadınların östrojen kullanması, anti-enflamatuvar ajanların kullanımı ve düzenli aerobik egzersizin Alzheimer hastalığı riskini azalttığı bilinmektedir. (Kumar et al., 2023; Liljegren et al., 2018).

Belirti ve Bulgular

Alzheimer hastalığında görülen belirtilerin başında amnezi (yeni bilgileri öğrenme becerisinin kaybı), afazi (spontan konuşmada kelime bulmada zorluk ve objeleri isimlendirme yeteneğinde bozukluk), apraksi (sonradan öğrenilen ve motor beceri gerektiren hareketleri uygulama becerisinin bozulması) ve agnozi (hastanın bedeninin çeşitli bölümlerini tanıyamaması) gelmektedir. Erken dönemdeki başlıca klinik belirtisi bellek bozukluğudur (Mollaoglu, 2016). Bunların dışında öfke, şiddet, ağlama krizi gibi duygu durum bozuklukları da hastalığın ilk belirtileri arasında görülebilmektedir (Akdemir & Boyraz, 2020)

Bellek kayıpları giderek kişinin günlük yaşamını, iş hayatını olumsuz etkiler günlük aktivitelerinin gerçekleştirilmekte güçlük yaşamaya başlar. Konuşma sorunları, yer zaman kavramlarında bozulmalar, soyut düşünme yetisinde bozulma, eşyaları yanlış yere koyma, huy, davranış ve kişilik değişiklikleri, sosyal izolasyon, sevdiği uğraşlardan vazgeçme, sorduğu soruları tekrar sorma, karışık durumları kavrayamama, seyahate çıkmama, evin adresini bulmama kaybolma, paranoid düşünceler, görsel ve işitsel halüsinasyonlar, kişisel bakımda bozulma gibi değişiklikler görülür (Akdemir & Boyraz, 2020).

Alzheimer hastalığında (AH) klinik belirti ve bulgular hastalığın evrelerine göre değişiklik göstermektedir. AH; hafif, orta ve ileri evre olmak üzere üç döneme ayrılır (Mollaoğlu, 2016). Bu evrelere ilişkin belirti ve bulgular aşağıda yer almaktadır.

1. Hafif/ Erken Evre: Bu dönem yaklaşık 2-4 yıl sürmektedir. Mini Mental Skor genellikle 20-25 arasında değişir. Bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) veya Magnetik Rezonans (MRI) genellikle normaldir (Mollaoğlu, 2016).

- Kısa süreli bellekte bozukluk. Uzak bellek genellikle bozulmamıştır. Hasta tarafından gizlenebilen veya yönetilebilen dalgınlık ve unutkanlık

- Objeleri yanlış yere koyma
- Tanıdığı kişilerin isimlerini unutma
- Çevreye, olaylara karşı ilgisizlik, sosyal aktivitelere katılımında azalma
- Yeni bilgilerin öğrenilmesinde, yeni durumlara uyumda güçlük
- Havaya uygun şekilde giyinmeme
- Lisan yeteneğinde bozuluk
- Soyut düşüncede bozukluk
- Durgunluk, konsatrasyon güçlüğü
- Bildiği objelerin isimlerini unutma
- Ev ve iş yaşamını sürdürmede güçlükler (Akdemir & Boyraz, 2020;

Çınar, 2019; Karadakovan, 2014; Mollaoğlu, 2016; NIH National Institute on Aging, 2022)

Bu evrenin sonlarına doğru sıkıntılı halüsinasyonlar, kas seyirmeleri, epileptik krizler ve iş kaybına kadar gidebilen performans düşüklüğü görülebilir (Akdemir & Boyraz, 2020).

2. Orta/İlerleyici Evre: Bu dönem yaklaşık 2-12 yıl arasında sürmektedir. Hastalık bulguları oldukça belirgin hale gelmiştir. Tanı genellikle bu evrede konur (Akdemir & Boyraz, 2020). Mini Mental Skor 12-20 arasında değişir. BBT veya MRI normal veya hafif atrofi gösterir (Mollaoğlu, 2016).

- Hastada ilerlemiş bellek kaybı vardır.
- Lisans kusurları (afazi), muhakeme, yürütücü işlevlerde bozukluk belirginleşir.

- Davranış sorunları, olumsuz kişilik özellikleri, halüsinasyonlarla birlikte paranoid bulgular görülebilir.

- Uyku-uyanıklık döngüsünde bozukluk, akşam kognitif ve davranışsal belirtilerde kötüleşme (gün batımı sendromu)

- Korkusuzluk, umursamazlık, kolay sinirlenme ve öfkelenme
- Eşyaları saklama ve biriktirme

- Anlamsız dolaşma ve tekrarlayıcı fiziksel aktiviteler
- Beslenme alışkanlığında değişiklik/doyduğunun farkına varmama ya da aşırı yeme
- Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme ve bireysel hijyenini sağlamada yetersizlik
- İdrar ve dışkı alışkanlığında değişiklik
- Güvenliğini sağlamada yetersizlik/kaybolma

Sosyal ilişkilerde bozulma (Akdemir & Boyraz, 2020; Karadakovan, 2014; Mollaoğlu, 2016; NIH National Institute on Aging, 2022)

3. İleri/Geç Evre: Bu dönem yaklaşık 2-4 yıl arasında sürmektedir. Mini Mental Skor 12 den aşağıdadır. BBT ve MRI atrofiyi gösterir (Mollaoğlu, 2016).

- Hastalar yakın aile üyelerini tanıyamaz
- Konfüzyon artar
- Yazılı ve sözlü iletişim bozulur
- Hezeryanlar, halüsinasyonlar
- Hareket yeteneği azalır
- Günlük yaşam aktivitelerinde tamamen bağımlı duruma gelir
- Yemek yeme güçlüğü ve hızlı kilo kaybı görülür
- İdrar ve dışkı inkontinansı
- Yatağa bağımlılık (Akdemir & Boyraz, 2020; Karadakovan, 2014; Mollaoğlu, 2016; NIH National Institute on Aging, 2022)

Bu evrede dehidratasyon, malnütrisyon, pnömoni ve üriner sistem enfeksiyon gibi nedenlerden dolayı hasta kaybedilmektedir. (Akdemir & Boyraz, 2020).

Tanı

Hastalık ilerledikçe, hastalara ve bakıcılarına önemli ölçüde yük getiren ve giderek şiddetlenen davranışsal semptomlar gelişecek ve hastalık nihayetinde ciddi bağımsızlık kaybı ve 24 saat bakım ihtiyacı ile sonuçlanacaktır. AH'nın erken teşhisi, hastalara aileleri, bakıcıları, klinisyenler ve daha geniş destek ekibinin diğer üyeleriyle ileriye yönelik bakım planlarının geliştirilmesinde işbirliği yapma fırsatı sağlayabilir. Daha da önemlisi, hastalar semptomatik tedavi, yaşam kalitesini korumak için yaşam tarzı değişiklikleri ve bilişsel, işlevsel ve davranışsal gerilemede klinik olarak anlamlı azalmalar sağlayabilen risk azaltma stratejileri ile erken müdahale olanağından yararlanabilir. Ayrıca sağlık sistemi maliyetlerini ve kısıtlamalarını azaltmaya da yardımcı olabilir (Porsteinsson et al., 2021).

2000'li yılların başlarından önce, bir kişinin Alzheimer hastası olup olmadığını anlamının tek kesin yolu, ölümden sonra yapılan bir işlem olan

otopsiydi. Araştırmalardaki ilerlemeler sayesinde, artık bir doktorun veya araştırmacının yaşayan bir kişide hastalığın biyolojik belirtilerini veya biyobelirteçlerini görmesine yardımcı olacak laboratuvar ve görüntüleme testleri mevcuttur (NIH National Institute on Aging, 2022)

Tüm demanslar için ortak bir tanı testi yoktur. Ayrıntılı tanılamada;

- Klinik öykü
- Fizik muayene (genel ve nörolojik)
- Görüntüleme (BBT, MRI, pozitron emisyon tomografisi (PET))
- Nörofizyolojik değerlendirme (EEG)
- Nöropsikoloji (Mini mental test)
- Kan testleri (tam kan sayımı, böbrek fonksiyonları, tiroid fonksiyonları, B12 vitamini...) kullanılan yöntemlerdendir (Akdemir & Boyraz, 2020; NIH National Institute on Aging, 2022).

Beyin omurilik sıvısının (BOS) incelenmesi de tanılamada kullanılan bir diğer yöntemdir. BOS genellikle normaldir, ancak total protein hafifçe yükselir. Total-tau, beta-amiloid ve fosforile tau proteini ölçümleri bazen ayırıcı tanı için yardımcı olur. BOS'ta beta-amiloid 42 azalmış ve tau proteini artmışsa Alzheimer hastalığı güçlü bir şekilde tahmin edilir (Kumar et al., 2023).

Tedavi

Alzheimer hastalığının kesin tedavisi yoktur. Günümüzde kullanılan tedaviler hastalığın belirtilerini ortadan kaldırmaya, hastaların yaşam kalitesini yükseltmeye, başkalarına bağımlılığı azaltmaya yöneliktir (Akdemir & Boyraz, 2020).

Güncel tedavi, hastalık sürecinde kolinerjik innervasyon kaybı nedeniyle, kolinerjik rezervin desteklenmesine dayanmaktadır (Mollaoğlu, 2016). Şu anda, Alzheimer hastaları için sadece iki farmakolojik tedavi sınıfı mevcuttur. Kolinesteraz inhibitörleri donepezil, rivastigmin ve galantamin, hafif, orta veya şiddetli Alzheimer demansı olan hastalar için önerilen tedavidir. Kolinesteraz enzim inhibitörleri hatırlama, düşünme ve yargıya varma becerilerinde önemli olduğu bilinen bir nörotransmitter olan "asetikolin" in yıkımını önler. Hem rekabetçi olmayan bir N-metil-D-aspartat reseptör antagonisti hem de bir dopamin agonisti olarak aktiviteye sahip olan memantin, dikkat ve uyanıklıkta zorluk gösteren orta ila şiddetli Alzheimer (mini-mental durum muayenesi [MMSE] <15) hastalarında kullanım için onaylanmıştır (Weller & Budson, 2018). Bu ilaç semptomları azaltmak için reçete edilir, bu da bazı kişilerin belirli günlük işlevlerini ilaçsız olduklarından biraz daha uzun süre sürdüremelerini sağlayabilir. Örneğin, memantin, hastalığın ilerleyen aşamalarındaki bir kişinin banyoyu bağımsız olarak kullanma becerisini

birkaç ay daha sürdürmesine yardımcı olabilir ve bu hem Alzheimer hastaları hem de bakıcıları için bir fayda sağlar (NIH National Institute on Aging, 2022). Alternatif tedaviyi seçen hastalar için, nutrasötik huperzin A'nın hem hafızada hem de uyanıklıkta fayda sağladığı gösterilmiştir (Weller & Budson, 2018). Beyindeki plakların sayısını azaltmaya yardımcı olmak için anormal beta-amiloidi ortadan kaldırarak hafif bilişsel bozukluğu veya hafif Alzheimer'ı tedavi etmek amacıyla immünoterapi de uygulanmaktadır (NIH National Institute on Aging, 2022).

AH seyrinde, orta ve ileri evrelerde psikiyatrik sorunlar da sıklıkla görülür. Bu durumlarda antidepresan ya da antipsikotik ilaçlardan yararlanılabilir (Mollaoğlu, 2016). Ancak sedatiflerin demans belirtilerini arttırdığı, antidepresanların antikolinergik etkileri nedeniyle kognitif bozuklukları arttırdığı konusunda dikkatli olunmalıdır.

Alzheimer ile ilgili araştırma yapan bilim insanları, semptomların yanı sıra altta yatan hastalık süreçlerini tedavi etmek için çeşitli yenilikçi yaklaşımları keşfetmeye devam etmektedir.

Devam eden klinik çalışmalarda, birkaç yeni olası müdahale geliştirilmekte ve test edilmektedir. Bunlar arasında ek immünoterapi ve diğer ilaç tedavileri, bilişsel eğitim, diyet ve fiziksel aktivite yer almaktadır (NIH National Institute on Aging, 2022).

Hemşirelik Yönetimi

Hafıza kaybı genellikle hastalığın ilk belirtisidir. Başlangıçta hafıza bozuklukları hafiftir, bu nedenle aile üyeleri veya arkadaşları hastalık ilerleyip semptomlar daha belirgin hale gelene kadar sorunun farkında olmayabilirler (Edwards et al., 2018; Küçükgüçlü, 2003). Aile üyeleri de semptomları kabul etmeyi reddedebilir ve kişi anormal ve hatta tehlikeli davranışlar geliştirene kadar bozukluğu inkar etmeye çalışabilir. Hastalığın ilerleyişi farklılık göstermekle birlikte, fiziksel seyri kademeli olarak algı ve muhakeme kaybını sonrasında fiziksel işlevlerde azalmayı ve bireyin günlük faaliyetlerini yerine getirme yeteneğini kaybetmesini içerir. Bireyin en temel günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneğini kaybetmesiyle birlikte, hastanın ihtiyaçlarıyla ilgilenme yükü aile veya yakın çevresi üzerine kalır (Theofanidis et al., 2021). Aile bu durum karşısında birden fazla sorunla baş etmek zorunda kalır.

Destekleyici çevre oluşturulması ile hastanın öz bakımının sürdürülmesini sağlamak, günlük yaşam aktivitelerini desteklemek ya da sağlamak, motor aktivitelerini artırmak, benlik saygısını korumak, zihinsel fonksiyonlarını en üst düzeyde sürdürülmesini sağlamak ve hastada meydana gelebilecek gerilemeleri en aza indirmek, aile veya bakım verenin eğitimini sağlamak hemşirelik bakımının temel amaçlarıdır (Akdemir & Boyraz, 2020; Küçükgüçlü, 2003; Mollaoğlu, 2016).

Alzheimer tanısı konmuş olan yaşlı hastanın hemşirelik bakımında hemşirelik tanınması ile bakım ve girişimlerin planlanması ve uygulanmasının yanı sıra bakım verenlere yapılacak eğitimlerin yapılması esastır (Karadakovan, 2014).

Hemşirelik Tanıları:

Hemşirelik değerlendirmesiyle elde edilen subjektif ve objektif verilere dayanarak saptanabilecek hemşirelik tanıları aşağıda verilmiştir (Karadakovan, 2014; Küçükgüçlü, 2003):

- Düşünme sürecinde değişiklik
- Yaralanma riski
- Uyku alışkanlığında değişim
- Bireysel bakımını sürdürmede yetersizlik
- Çevreyi algılamada bozulma
- Sözel iletişimde bozulma
- Beslenme değişiklik/gereğinden az ya da çok beslenme
- İdrar ve dışkı inkontinansı
- Aile içi bağıştımede yetersizlik riski
- Anksiyete
- Bakım verme rolünde güçlük

Hemşirelik Girişimleri:

• Hastanın yaşadığı ortamın günlük düzeni ve alışkanlıklarına göre değişmeden sürdürülmesini sağlamak. Örneğin kullandığı kişisel eşyaların (tarak, gözlük, diş fırçası gibi) yeri her zaman bulunduğu yerde olması önerilir.

• Bilişsel fonksiyonların sürdürülmesine yönelik olarak hastaya uygun bir çevre düzenlemesinin yapılması

• Hastanın hatırlamasına ve oryantasyonuna yardımcı resimler, notlar etiketler, ipuçları kullanmak, çevreyi gözlemesi için pencere kenarında oturmasını sağlamak

• Günlük olaylar, geçmiş yaşamı anımsamaya yardımcı olacak fotoğraf albümü gibi hatırlatıcıların kullanılması

• Saat, takvim, yön gösteren işaretler, renkli bantlar, yemek saatleri, yemek listesi, mevsim, hava durumu, gibi bilgilerin büyük harflerle yazılarak kolayca okunabilecek bir yere asılması

- Çevresel uyaranların sınırlı olduğu bir ortam sağlanması
- Sade, az sayıda eşya ve renk içeren, aydınlatması iyi bir ortam düzenlenmesi. Ortamda hastanın farklı algılayabileceği ve ajitasyonu artırma riski bulunan objelerin ve figürlerin kaldırılması
 - Hastaya sakin yaklaşmak, hasta ile etkileşimde kendini tanıtmak, hastaya ismi ile hitap etmek
 - Hastanın iletişim düzeyine göre iletişim yöntemlerinin belirlenmesi, açık, net, anlaşılabilir, kısa ve basit sözcüklerle, alçak ses tonuyla konuşulması, acele edilmemeli, aynı anda birden fazla soru sorulmamalı,
 - Hastayı dinlemek ve söyledikleri mantıklı olmasa bile iletişimi sürdürmesini sağlamak.
 - Hasta ile tartışmaktan kaçınmak, gerçeğe yönlendirme yapmaya zorlamamak
 - İleri evrelerde alternatif iletişim tekniklerinden yararlanılması
 - Zihni aktif tutmak için hastanın gazete ve kitap okumaya teşvik edilmesi
 - Kişisel temizlik ve giyinmeye yardım edilmesi. Giysiler, giyilme sırasına göre hasta için yatağa yerleştirilebilir.
 - Yorgunluk, gezinme ve huzursuzluk hastanın konfüze durumunu daha da kötüleştirebileceği için, hastaya yönelik düzenli dinlenme periyodları oluşturulmalı.
 - Belleği güçlendirici girişimler ve güçlendirme aktivitelerine katılımın sağlanması
 - Hastanın yapabildiği günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesine izin verilmeli yapamadığı aktivitelerde desteklenmeli bu konuda aileye bilgi verilmeli
 - Günlük yaşam aktivitelerinde en üst düzeyde bağımsızlığın sağlanması amacıyla günlük aktiviteleri kolaylaştırmak için plan yapılması, uygun araç gereçlerin kullanılması, işlerin küçük parçalara ayrılması, iş bitene kadar hastanın yanında olunması gerektiği yerlerde hatırlatma yapılması
 - Günlük işlerde düzen sağlayarak bellek kaybı artışının engellenmesi ve anksiyetenin azaltılması
 - Kolay giyilen kıyafetler giydirilmesi
 - Gün batımı sendromunun önlenmesi için hastanın gündüzleri uyanık kalması, sabah saatlerinde aktif olması ve akşamları fazla uyarana maruz kalmamasına dikkat edilmesi

- Uyku düzeninin oluşturulması, gündüz uykularının önlenmesi
- Hastanın gün içerisinde gündüz saatlerinde iki saatte bir geceleri daha seyrek aralıklarla tuvalete götürülmeli
- Daha önceki tuvalet alışkanlığının değerlendirilmesi
- Sallanma, kıvrınma, elbisesini kaldırma gibi tuvalet gereksinim ipuçlarının değerlendirilmesi
- Akşam saatlerinde sıvı içecekler sınırlandırılmalı
- İnkontinansı olan hastaların ıslak kalmaması ve hijyenine dikkat edilmesi
- Fermuar, düğme, dar giysiler gibi tuvalet gereksinimini karşılamayı güçleştirecek kıyafetlerin kullanımından kaçınılması
- Yeterli aydınlatma, kapı ve pencere güvenliğinin sağlanması
- Gereksiz kateterizasyondan kaçınılması
- Tuvaletin yönünü belirten renkli bantlar, dikkat çekici işaretler kullanılması, tuvalete giden koridorların aydınlatılması ve güvenliğinin sağlanması
- Günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için yardımcı araca ihtiyaç varsa temin edilmeli
- Hemşire, normal dışkı eliminasyonu için hastayı günde sakıncası yoksa 2000-3000 ml sıvı almaya ve peristaltizme yardımcı olduğu için gözetim altında olmak koşuluyla fiziksel aktiviteye teşvik edilmeli
- Tuvalete gitmekte direnç gösteren hastanın zorlanmaması
- Kendisine ve çevresine zarar vermemesi için güvenli çevre sağlanması
- Yangın alarmı, telefon, televizyon, gibi ajitasyona neden olabilecek gürültü kaynaklarından uzak bir oda sağlanması
- Kaygan zemin, keskin objeler, sıcak su, toksik maddeler açısından güvenli bir ortam sağlanması
- Merdiven ve çıkış kapısından uzak, hemşire deskinden kolayca gözlenebilecek bir oda sağlanması
- Bilişsel yetilerin bozulması, çiğneme sorunları (eksik diş, uygun olmayan protez), yutma güçlüğü gibi beslenme değişikliğine neden olan faktörlerin belirlenmesi
- Sessiz ve sakin bir yemek ortamı sağlanması, görüntüsü hoş ve iştah açıcı yemek sunumunun sağlanması
- Küçük lokmalarla beslenmesi, boğulmayı önlemek için lokmaların yutulup yutulmadığının kontrol edilmesi, yutması kolay olan sıvı ve yarı katı gıdaların verilmesi
- Yeterli sıvı alımının sağlanması

- Yanıkları önlemek için sıcak yiyecek ve içeceklerin verilmesinden sakınılmalı
- Yemek için yeterli zaman ayrılması, acele edilmemesi
- Çatal, kaşık kullanmayan hastanın elle yemek yemesine izin verilmeli
- Kendisini ve etrafını kirleteceği endişesiyle kendisinin yemek yemesine engel olunmaması
- Yediği öğünün hangisi olduğunun, yemekte neler olduğunun ve gerekiyorsa yemek yeme adımlarının hatırlatılması ve gösterilmesi
- Yatağa bağımlılık durumunda hastaya iki saatte bir pozisyon verilmesi, basınç yaralarını önlemeye yönelik girişimlerin planlanması
- Aile üyeleri ve bakımını üstlenen bireylere destek ve danışmanlık sağlanması, destek gruplara katılım, alternatif sağlık bakım kuruluşları ve etkin baş etme yöntemlerinin öğretilmesi (Akdemir & Boyraz, 2020; Demir, 2018; Karadakovan, 2014; Küçükgüçlü, 2003; Mollaoğlu, 2016; Nair, 2006; NIH National Institute on Aging, 2022; Onan, 2008; Özbudak & Koç, 2020; Theofanidis et al., 2021).

Kurum/Evde Bakım

Alzheimer tanısı konmuş bireyler tıbbi bakım gereksinimleri için sağlık kurumlarında tedavi ve bakım hizmeti almaktadır. Ancak bireylerin ev ve kurum bakımı gereksinimleri diğer hastalıklarda olduğundan çok fazladır. Bu nedenle bakımın planlanmasında Alzheimer'li bireye evinde bakım verecek profesyonel ya da gönüllü bakıcısının bakım ve bireysel gereksinimlerinin karşılanması, destek grupları, tükenmişliğin önlenmesi, ev güvenliği için alınması gereken önlemler konularına özel dikkat gerekmektedir. Alzheimer'li hastanın kurum ve evde güvenli bakımı için güvenli çevrenin sağlanması Tablo 1 de gösterilmiştir (Karadakovan, 2014).

Tablo 1: *Alzheimer'lı Hastanın Kurum ve Evde Bakımında Güvenli Çevrenin Sağlanmasına Yönelik Öneriler*

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mobilyaların yerini değiştirmeyiniz ➤ Bulunduğu ortamda karışık desen ve renkler kullanmaktan, karışıklığa neden olabilecek fazla eşya kullanımından kaçınınız ➤ Hastanın bulunduğu ortama uyumunu sağlayınız ya da ona uygun değişiklikler yapınız ➤ Yer döşemelerinin kaygan olmasına dikkat ediniz ve sabitleyiniz ➤ Yeterli aydınlatma sağlayınız ➤ Ajitasyona neden olabilecek yüksek ses ve alarmdan kaçınınız ➤ Kullandığı su ve yiyeceklerin sıcaklığını kontrol ediniz ➤ Dışarıya çıkıp kaybolmasını önleyecek düzenlemeler yapınız ➤ Makas, bıçak gibi kesici aletler, sıcak su ve su ısıtıcısının kullanımı, zehirlenmelere neden olabilecek boya, ilaç, temizlik malzemesi, gibi kaza ve yaralanmalara neden olabilecek gereçlerin kullanımını engelleyecek önlemler alınınız.
--

Aileye ve Bakım Verene Yönelik Eğitim

Alzheimer tüm aileyi etkilemektedir. Öncelikle aileye hastalığın nedenleri, özellikleri ve bakımına, bakım vereninin sağlığına yönelik eğitim, rehberlik ve bakım desteğinin verilmesi gereklidir.

Planlanan eğitim aşağıda yer alan konuları kapsamalıdır:

- İlaçlar (etki, yan etkileri, düzenli kullanımının önemi, ilaç etkileşimleri)

- Günlük bakım
- Kirli ve temizlerin karıştırılmaması
- Giysi, terlik ve ayakkabıların kullanımını pratik ve rahat olanlarının tercih edilmesi

- Yaralanma riski gerekli güvenli önlemlerin alınması
- Düzenli ve dengeli beslenme, kafeinli maddelerin tüketilmemesi
- Beslenme şekline göre yiyeceklerin hazırlanması ve yedirilmesi
- Yutma güçlü durumunda zenginleştirilmiş mamalar ile beslenmesi
- Beslenme sırasında doğru pozisyonun verilmesi
- Aspirasyonun önlenmesi
- Konstipasyonun önlenmesi
- İletişim sorunları ve hasta ile iletişime dikkat edilmesi gerekenler
- Yaşanılan ortamda güvenlik önlemlerinin alınması (banyo, mutfak, mobilyalar, kapı ve camlar vb konularda güvenliğin sağlanması)
- Hastaya göre ev düzeni oluşturma
- Kaybolma olasılığından dolayı hastanın bilek ve boynuna adres ve telefon numaralarının yazılması

- Kişi, zaman ve yere oryante edilmesi
- Zihnin canlı tutulmasına yönelik etkinliklerin planlanması (gazete, kitap okumak, aile albümlerine bakmak)

- Sosyal aktivitelerin sürdürülmesi
- Uyku düzeni
- Gözlenen hata ve yetersizliklerin sürekli hatırlatılıp düzeltilmemesi
- Eşyaların yerinin ve odanın sürekli değiştirilmemesi
- Yatağa bağımlılığın olumsuz etkileri ve bu etkileri önlemeye yönelik bakım girişimleri

- Cilt bütünlüğünün korunmasına yönelik uygulamalar
- Kas gücü ve hareketlerin arttırılmasına yönelik egzersizler
- Bakım verenin kendine ve hoşlandığı aktivitelere zaman ayırması

- Bakım verenin gerektiğinde bakım ve psikososyal sorunlar konusunda yardıma başvurması
- Toplum kaynakları, destek grupları ve dernekler konusunda ailenin bilgilendirilmesi
- Hastanın bakımını kolaylaştıracak araç, gereçlerin kullanımı, transfer teknikleri ve vücut mekaniğinin doğru olarak kullanılması
- İnkontinansı önlemeye yönelik uygulamalar, kateter bakımı, üriner enfeksiyonların önlenmesi
- Acil durumlar (Akdemir & Boyraz, 2020).

KAYNAKÇA

- Akdemir, N., & Boyraz, S. (2020). Sinir Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. In N. Akdemir & L. Birol (Eds.), *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı* (5th ed., pp. 1129–1133). Akademisyen Kitabevi.
- Atri, A. (2019). The Alzheimer's Disease Clinical Spectrum: Diagnosis and Management. *Medical Clinics of North America*, 103(2), 263–293. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.10.009>
- Çınar, H. (2019). Geriatrik Aciller. In İ. Çelebi (Ed.), *Hastane Öncesi Travmalı Hasta Yönetimi* (pp. 175–183). Kongre Kitabevi.
- Crous-Bou, M., Minguillón, C., Gramunt, N., & Molinuevo, J. L. (2017). Alzheimer's disease prevention: From risk factors to early intervention. *Alzheimer's Research and Therapy*, 9(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13195-017-0297-z>
- Demir, G. (2018). Demans ve Hemşirelik Bakımı. *Black Sea Journal of Health Science*, 1(2), 35–39.
- Edwards, G. A., Gamez, N., Escobedo, G., Calderon, O., & Moreno-Gonzalez, I. (2019). Modifiable risk factors for Alzheimer's disease. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 11(JUN), 1–18. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2019.00146>
- Edwards, H. B., Ijaz, S., Whiting, P. F., Leach, V., Richards, A., Cullum, S. J., Cheston, R. Il, & Savovia, J. (2018). Quality of family relationships and outcomes of dementia: A systematic review. *BMJ Open*, 8(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015538>
- Karadakovan, A. (2014). *Yaşlı Sağlığı ve Bakım* (A. Karadakovan (ed.)). Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Küçükgüçlü, Ö. (2003). Alzheimer Hastalığı ve Hemşirelik Bakımı. *Demans Dergisi*, 3(3), 86–92. <http://www.hemsireler.org/uploaded/dosyalar/menu479F4T0K-3TD2678J5UY2/9F3682MW7GP6C2IMA1L7.pdf>
- Kumar, A., Sidhu, J., Goyal, A., Tsao, J. W., & Doerr, C. (2023). *Alzheimer Disease (Nursing)*. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL). <http://europepmc.org/books/NBK568805>
- Lane, C. A., Hardy, J., & Schott, J. M. (2018). Alzheimer's disease. *European Journal of Neurology*, 25(1), 59–70. <https://doi.org/10.1111/ene.13439>
- Liljegren, M., Landqvist Waldö, M., Rydbeck, R., & Englund, E. (2018). Police Interactions Among Neuropathologically Confirmed Dementia Patients. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 32(4), 346–350. <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000267>
- Mollaoğlu, M. (2016). Sinir Sistemi Hastalıkları ve Hemşirelik Yönetimi. In N. Ova-yolu & Ö. Ova-yolu (Eds.), *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar* (pp. 129–132). Çukutova Nobel Tıp Kitabevi.
- Nair, M. (2006). Nursing management of the patient with Alzheimer's disease. *British*

Journal of Nursing, 15(5), 258–262.

- NIH National Institute on Aging. (2022). *Alzheimer's and dementia*. <https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-symptoms-and-diagnosis/what-are-signs-alzheimers-disease>
- Onan, N. (2008). Alzheimer Hastası ve Aileleri ile İletişim. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 11(4), 105–111.
- Özbudak, E., & Koç, Z. (2020). Nursing Care Planning of a Patient with Alzheimer's Diagnosis: Case Report. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 12(4), 633–642. <https://doi.org/10.5336/nurses.2020-77626>
- Porsteinsson, A. P., Isaacson, R. S., Knox, S., Sabbagh, M. N., & Rubino, I. (2021). Diagnosis of Early Alzheimer's Disease: Clinical Practice in 2021. *Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 8(3), 371–386. <https://doi.org/10.14283/jpad.2021.23>
- Scheltens, P., Strooper, B. De, Kivipelto, M., Holstege, H., Chételat, G., Teunissen, C. E., Cummings, J., & Flier, W. M. Van Der. (2022). *Alzheimer's disease*. 397(10284), 1577–1590. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32205-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32205-4). Alzheimer
- Silva, M. V. F., Loures, C. D. M. G., Alves, L. C. V., De Souza, L. C., Borges, K. B. G., & Carvalho, M. D. G. (2019). Alzheimer's disease: Risk factors and potentially protective measures. *Journal of Biomedical Science*, 26(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12929-019-0524-y>
- Theofanidis MSC PhD, D., Fountouki MSc PhD(c), A., & Kotrotsiou RN MSc PhD, S. (2021). Nursing Interventions in Alzheimer's Disease: A Concise Practical Guide for Everyday Use. *International Journal of Caring Sciences*, 14(1), 106–114. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/nursing-interventions-alzheimers-disease-concise/docview/2537157179/se-2>
- Ulep, M. G., Saraon, S. K., & McLea, S. (2018). Alzheimer Disease. *Journal for Nurse Practitioners*, 14(3), 129–135. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.10.014>
- Weller, J., & Budson, A. (2018). Current understanding of Alzheimer's disease diagnosis and treatment. *F1000Research*, 7(0), 1–9. <https://doi.org/10.12688/f1000research.14506.1>
- World Health Organization (WHO). (2023). *Dementia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Zhang, X. X., Tian, Y., Wang, Z. T., Ma, Y. H., Tan, L., & Yu, J. T. (2021). The Epidemiology of Alzheimer's Disease Modifiable Risk Factors and Prevention. *Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 8(3), 313–321. <https://doi.org/10.14283/jpad.2021.15>



Bölüm 8

ANNE SÜTÜNÜN ÖNEMİ VE EMZİRMEDE HEMŞİRENİN GİRİŞİMSSEL ROLÜ

Elif DAĞ¹

Aziz AKSOY²

1 Hemşire, Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği (Bebek Karşılaşma Birimi) (Orcid:0009-0004-2826-2625)

2 Doç. Dr., Malatya Turgut Özal Üniversitesi, Biyomühendislik Bölümü (Orcid:0000-0002-9683-6691)

Memeliler arasında yaygın olarak gözlemlenen bir süreç olan laktasyon, hayatın başlangıç evresinde optimal oranda vücudun büyüme ve gelişmesi için gereken sıvı, enerji ve besin öğelerini içeren, yüksek biyoyararlanabilirliğe sahip, kolay sindirilebilen naturel bir salgıdır. Bu sürecin yanı sıra, laktasyon ve emzirmenin, beslenme başta olmak üzere, vücut için yeterli bağışıklık, gelişimsel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açılardan hem yavru hem de anne üzerinde bir dizi olumlu etkisi olduğu bilinmektedir. Tüm uluslararası topluluklar, bebek ve çocuk sağlığı için anne tarafından salgılanan sütün beslenmedeki katkısını kabul etmektedir.

Çocuk Hayatta Kalma ve Gelişim Devrimi Projesi, özellikle gelişmekte olan toplumsal kitlelerde, dünya genelindeki bebek ve çocuk ölümlerinin %50 - %70 oranında azalmasını hedeflemektedir. Bu hedefe ulaşmada anne sütü ile beslenmenin kritik bir faktör olduğunu vurgulamaktadır (Yurdakök, 1991).

Bu çalışmanın amacı; emzirme becerileri temelli eğitim almış nitelikli sağlık profesyonellerinin multidisiplinler bir yaklaşım kullanarak anne ve diğer aile bireylerini kapsayan danışmanlık rolü ile karşılaşılan problemlerde nasıl bir yaklaşımda bulunması gerektiğini amaçlıyoruz. Sağlık profesyonellerinin tüm eğitimsel müdahaleleri teorik öğrenmenin yanı sıra pratik veya gözlemsel bir unsuru da içermelidir. Nitelikli sağlık profesyonelleri emzirme süreci kapsamında anne ve aile bireylerinin sadece teorik bilgi eksikliğini değil psikolojik destek sürecini de hem sağlık kuruluşunda kaldığı süreç içinde hem de taburculuk ve sonraki süreç devam etmelidir.

Emzirmede Hemşirelik girişimleri

Hemşirelerin eğitimi ve klinik eğitimi kaliteli bakımın temelini oluşturur. Emzirmeye ilgili konularda hizmet öncesi ve sürekli eğitim, annelerin doğru ve kanıta dayalı bilgiler almasını ve kullanmasını sağlar (WHO, 2012;WHO, 2021).

Hemşirelerin bilgilendirme rolü bu süreçte üreme sürecinden doğum anına ve doğum sonrasına kadar ebeveynlerine emzirme konusunda danışmanlık yapmak, bilgi vermek ve özellikle eşleri annelere destek olmaları konusunda cesaretlendirmekten oluşur. Yapılan birçok çalışmada gebelik süreci ve sonlandıktan sonraki evrede yetersiz emzirmenin en büyük nedeninin emzirme eğitiminin eksikliğinden kaynaklandığını öne sürmektedir (Ojantausta vd., 2023).

Sağlık profesyonelleri arasında, anne ve bebeğiyle en yakın etkileşimde bulunan hemşirelerin, annelerin emzirmeye başlaması, devam etmesi ve olumlu emzirme tutumlarını geliştirmesi üzerine odaklanmaları açısından kritik bir rol üstlenmektedirler.

Hemşireler, annenin bebeği anne sütü ile beslemesinde ki eksiklikleri belirleme, doğru ve etkin emzirmeyi yönetme, emzirme yaklaşımını etkileyen etmenleri belirleme, emme sorunlarına çözüm önerileri sunma konusunda yetkin olmalıdır. Ayrıca, konu ile alakalı kanıta dayalı müdahalelerini uygulayarak doğru yöntem ile emzirme tutumlarının gelişimine katkıda bulunmalıdırlar. Hemşireler, çevresel yaklaşımları dikkate alarak, prekonsepsiyonel dönemden itibaren, emzirme süresince aile bireylerine yeterli eğitim ve danışmanlık sağlayarak, annenin emzirme yaklaşımını ölçmeli, takip etmeli ve annelere pozitif emzirme yaklaşımları sergilemesine katkıda bulunmalıdır (Ojantausta vd., 2023; Mortazavi vd., 2014; Balogun vd., 2016).

Anne sütünün oluşum evresi

Tüm memelilerde, kendi anneleri tarafından salgılanan süt, en uygun besin kaynağı olarak kabul edilirken; her bir annenin salgısı, kendi yavrusunun spesifik ihtiyaçlarına göre uygun miktar ve kalitede özelleşir. Laktasyon, yıllık vücudun doğal işleyişi ile oluşan milyonlarca litrelik üretimiyle en önemli doğal besin kaynağı örneklerinden biridir. Bu süreç, sindirimi hafif, her zaman taze yapılı, dış etkenlerden etkilenmeyen temiz ve bebeğe her an ulaşmak istediğinde tüketime uygun bir besin olarak öne çıkar. Anne sütü ile besleme anneye, ekonomik ve basit bir strateji sunar (Giray, 2004; Liu vd., 2018). Laktasyon, mamogenezin evresi olarak memenin gelişimi ve büyümesi, ardından laktogenezin başlamasıyla birlikte memeden süt salgılanmasını içeren karmaşık bir süreçtir. Bu süreç, galaktogenez ile devam eder süt salgısı devam ettikçe, son aşama olarak involüsyon aşamasına ulaşır, burada süt salgısı azalarak sona erer. Emzirmenin bebek için yeterli beslenmeyi sağlayacak bir şekilde gerçekleşmesi için bebeğin anatomik olarak yeterli reflekslere sahip olması, annenin memesinin yapısının emzirme mekanizmasına anatomik olarak uygun olması ve bebeğin doğuştan damak anatomik yapısında anormallik bulunmaması esastır (Bilgen vd., 2018). Annenin vücudunda salgılanan plazma oksitosin seviyesi emzirme aktivitesi başlamasının hemen ardından yükselişe geçer ve emzirme aktivitesi devam ettiği süreç boyunca yükselişi ve seviyesi korunur. Laktasyon sürecinde anne ve bebeğin emzirmek için buluşma sayısı arttıkça oksitosin seviyesindeki yükseliş devam eder. Kadınların yapısal olarak refleks oksitosin salınımı bu kavuşma sıklığı ve düzeni sayesinde şartlı reflekse dönüşür. Annenin eşsiz üretimi olan süt salınımı için dokunma uyarısı şart değildir, bebeğin anne zihninde varlığı ortamda ki hissi hatta anne için ağlama sesi bile yeterli olup santral sinir sisteminde oksitosin salınımı için yeterli görülüp vücut mekanizması hareket geçebilir (Nurdan, 2017).

Anne Sütünün Evreleri

Annelerin ilk ürettiği süt kolostrum olarak adlandırılır. Bebek için önem arz eden kolostrum, gebeliğin ikinci trimesterinde sentezlenmeye başlar ve doğum sonrasındaki ilk hafta boyunca salgılanır (Ballard ve Morrow, 2013). Halk arasında “ilk süt” veya “ağız sütü” olarak bilinen bu biyolojik sıvı, yağ açısından olgun süttten daha düşük, ancak İmmunoglobulin A bakımından zengindir ve çeşitli mineraller ile bazı vitaminleri içerir. Özellikle sarı veya koyu sarı renkte salgılanan kolostrum, bebeği hastalıklara karşı korumak adına yoğun antikor içeriğine sahiptir. Laktoz düzeyi düşüktür ve laksatif özellik göstererek mekonyumun çıkışını kolaylaştırır. 7. günden 14. güne kadar anne, kolostrum ve olgun sütün karışımı olan geçiş sütü ön süt salgılar (Martin vd., 2016). Ön süt, emzirme başlangıcında su açısından zengindir ve bebeğin su ihtiyacını karşılar (Özlem ve Erbil,). İki hafta sonra olgun süt oluşur ve salgılanır. Olgun anne sütü, %88’den fazla su içeriği ve 200’den fazla çözünebilir bileşik içeren kompleks bir matris oluşturur. Laktoz, sütteki temel karbonhidrat olarak, mineral emilimini artırarak beyin gelişimine katkıda bulunur. Vitamin içeriği, annenin diyetine bağlı olarak değişir; suda çözünen vitaminler annenin diyetine, yağda çözünen vitaminler ise vücut depolarına ve son diyetine bağlıdır. Fe(demir), Cu(bakır), Zn(çinko), Mg(magnezyum), Cr(krom) ve Se(selenyum) gibi eser elementlerin miktarı emzirme süresine ve anneye bağlı etkenlere göre değişir. Anne sütü, biyoaktif maddeler, büyüme faktörleri, immün sistem düzenleyicileri ve antiinflamatuar maddeler içeren eşsiz bir besin kaynağıdır. Bebeği enfeksiyonlardan korur ve sağlıklı gelişimini destekler (Nurdan, 2017). Anne sütü, bebeklerin hayatlarının başladığı andan itibaren yaklaşık 24 hafta süresince, kalsiferol (D vit.) ve filokinon (K vit.) hariç olmak üzere tüm besin gereksinimlerini karşılayacak yapısal özelliğe sahip bir biyolojik sıvıdır.

Emzirme eyleminde süre

Bebeğin anneden salgılanan ön süt ve son süttten optimal şekilde yarar sağlayabilmesi için memede geçirilen vakit minimum 10 dakika olmalıdır. Dünyaya geldiği ilk süreçte, günde 8 ila 12 emzirme seansı düzenlenmelidir ve bebeğin emme isteğine bağlı olarak uyarlanmalıdır. Gündüzleri, belirgin bir işaret olmasa bile, 3 saatlik aralıklarla emzirilmelidir ve geceleri ise bebeğin 4 saatten uzun bir süre emmemesi durumunda anne tarafından emzirilmelidir (Taşkın, 2019;Serçekuş vd., 2015). Bebek yeryüzüne geldiği dördüncü günden sonra bir gün içerisinde 6-8 kez bez kirletiyor ise, gün içerisinde uyku saatleri hariç hareketleri aktif, hidrostatik basıncı normal seviyede ise, ağız iç yapısı nemli görünüyorsa, anne göğsü beslenme öncesi dolgun ve emzirme sonrasında yumuşak olduğu gözlemleniyor ise, yutkunma sesi ve emme esnasında çene-yanak hareketleri belirgin ise bebeğin yeterli miktarda beslendiğinin göstergelerinden bir kaçıdır. Fakat bu süreç de bebekte ki tartı

kilo değişimi yetersiz ise, normal gelişim haftasını tamamlamış bebekler için %10 ve daha fazla oranda tartı kaybı yaşıyorsa, normal gelişim haftasını tamamlamış bebeklerde 500 gram ve daha az tartı değerinde değişim gözlemleniyor ise, doğum eyleminin 72. saatinden itibaren günde 6 tekrardan az idrar çıkışı gözleniyor ise ve idrar tonu koyu ve yapısında yoğunluk ya da idrar çıkışın da kan gözleniyor ise bu durumlar ya da bir kaçının gözlenmesi yetersiz süt alımı için gösterge olabilir (Bilgen vd., 2018).

Emzirmele bağışıklığın transferi

Emzirme hem annede hem de bebekte bir dizi sağlık avantajı sağlar. Bunlar; ekonomik, fizyolojik ve psikolojik yönden birçok konuda olumlu etkiler sunmaktadır (Gölbaşı,2018; Bilgin, 2010; Türkyılmaz, 2017). Anne üzerinde ki etkileri laktasyon dönemi ve laktasyon sonrası dönemdeki yararları olarak iki ayrı dönemde inceleyebiliriz.

Laktasyon dönemi ve sonrasında anneye olan yararları;

Doğum sonrası uterus kanamalarını önler, emzirme sürecinde ortaya çıkan oksitosin hormonu salgısı artar. Emzirme ile oksitosin salınımını artırarak uterusun etkin bir şekilde kasılmasını sağlar. Bu durum, kanama ve kan kaybı anemiye bağlı depolama, vücut yorgunluğu, kalp atım sayısında artış ve çabuk yorulma gibi belirtilerin daha az sıklıkta görülmesine katkıda bulunur (UNICEF, 2003;UNICEF). Doğumdan sonraki dönem, lohusa sürecine giren annenin psikiyatrik sorunlar ile karşılaşma riskinin en yüksek olduğu kısım olarak kabul edilir. Doğum sonrası direnç oranı %13 olarak rapor edilmiştir (Borra, 2015). Doğum sonrası dönemde kadınların emzirmenin sürekliliği konusunda daha az başarılı oldukları ve emzirmeyi bırakma oranının yüksek olduğu bildiriliyor. Dias ve ekibinin yaptığı bir çalışmada, doğum sırasında yaşanan durumların annenin emzirme süresini kıaldığı belirtildi. Depresyonlu annelerin emzirme konusunda ilerleyen endişeleri olduğu, sütlerinin yeterince faydalı olmadığı ve miktarın yetersiz olduğu gözlemlenmiştir. Bu nedenle, doğum sonrası direnç gösteren annelerin erken fark edilerek emzirme başarısındaki olumsuzlukların azaltılmasında son derece önemli olduğu vurgulanmaktadır (Annagür, 2012; Dias ve Figueiredo, 2015). Emzirme sürecinde, toplam dağılım, LDL konsantrasyonları ve trigliserid seviyelerinde düşüşler görülürken, koruyucu HDL düzeyi yüksek kalır. Bu durum, emzirmenin anne vücudundaki kan yağları düşme riskinin arttığını göstermektedir. Ayrıca, besleme ile kan basınçları arasındaki bileşim araştırılarak, yalnızca anne sistemi ile beslenen bebekler olan annelerin sistolik kan basınçlarının, karışık beslenme veya formülle beslenen bebekler olan annelere göre daha düşük olduğu vurgulanmıştır (Ebina ve Kashiwakura, 2012; Schwarz vd., 2010). Emzirme, ileri yaşlardaki osteoporoz, taşıyıcı hastalık, diyabet, over ve meme kanseri riskinde ki azalmayla ilişkisi

kanıtlanmıştır (Yu vd., 2019). Başarılı bir emzirme, annenin öz yeterliliğini artıran annelik rolüne uyumu kolaylaştırdığı ve süt üretiminin arttırıldığı gözlemlenmiştir (Wu vd., 2023).

Laktasyon döneminin bebeğe olan yararları;

Emzirilen bebekler çeşitli antikorlarla koruma potansiyeline sahip olduğu kanıtlanmıştır. Anneden salgılanan sütü alan bebeklerde alt solunum yolları, kulak *enfeksiyonları* ve menenjit oranlarının daha hafif seyrettiği gözlemlenmiştir. Ayrıca emzirilen bebeklerde pnömoni, soğukluk, diyare gibi bulaşıcı hastalıkların görülme oranında azalmaya sebep olduğu bilinmektedir. Anne sütünden geçen antikorların henüz tam olarak açıklanmamış olsa da bebeğin aşılarla olan cevabını artırmasında rol oynadığı düşünülmektedir (Philipp vd., 2014). Emzirmenin lösemide orta seviyede önleyici olduğu bildirilmektedir. En az yaşamında 24 hafta beslenen bebekler çocukluk dönemi lösemilerinden akut miyeloid lösemi (AML) ve akut lenfoblastik lösemi (ALL) riskini azalttığı çalışmalarla kanıtlanmıştır. 37 haftadan önce dünyaya gelen ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerde, anne sütü tüketenlerde nörogelişimsel skorların daha pozitif yönde ilerleyen büyüme gösterdiği gözlemlenmektedir. Ayrıca anne besinini tüketen prematüre bebeklerde, prematüre retinopatisi görülme prevalans ve ciddiyetinde azalma gözlemlenmektedir (Türkyılmaz, 2017). Anne sütü, ihtiyaç duyulan içeriği ideal şekilde sunarak; az yağ ve düşük kalorisiyle bebekleri obeziteden korurken, ilerleyen yaşlarda aşırı kilo alma riskini azaltır (Schanler vd., 1999).

Laktasyon sürecini etkileyen faktörler

Emzirme bir öğrenme sürecidir ve anneler, emzirme sürecindeki fizyolojik, psikolojik ve duygusal değişimlere uyum sağlama konusunda endişeler taşıyabilirler. Özellikle ilk kez anne olanlar, meme ağrısı, sütün yetersiz olacağı endişesi veya bebeği nasıl tutacakları konularında endişeler yaşayarak yetersizlik hissi yaşayabilirler. Bu nedenle, annelere emzirme sürecinde gerekli bilgi ve becerilerin sağlanması, başarılı bir emzirme sürecini sürdürebilmeleri açısından yenidoğan ünitesinde veya öncesinde emzirme eğitimi alması önemlidir (Şahin, 2018; Göneli vd., 2019). Yapılan araştırmalar, emzirme devamlılığını etkileyen çeşitli faktörleri ortaya koymuştur. Bunlar arasında annenin eğitim seviyesi, doğum şekli (sezaryen gibi), doğum sonrası ilaç kullanımı, sigara tüketimi, iş yaşamı, meme sorunları, bebeğin emme konusundaki zorlukları, süt miktarı endişesi, sosyal ve kültürel faktörler, emzirmeye başlama zamanı, yeterli bilgilendirme eksikliği, sağlık personelinin yetersiz desteği, ek gıdalara erken veya geç başlama, kültürel bilinen yanlışlıklar, biberon veya emzik kullanımı bulunmaktadır. Bu unsurlar, emzirme devamlılığını etkileyen karmaşık etmenler arasında yer almaktadır (Çaka vd., 2017; Cangöl ve Şahin, 2014). Laktasyonel bakımın

ideal bir şekilde gelişmesi için, bütünsel bir yaklaşım benimsenmeli ve bu süreç, hamilelik döneminden itibaren başlamalıdır. Bu süreçte emziren annenin yanı sıra diğer aile bireyleri de dahil edilmelidir. Çünkü emzirmenin sürekliliğini sağlamak için en kritik faktörlerden biri annenin bebeğine karşı anlayışlı tutumu, kararlılığı, motivasyonu ve inancıdır. Ayrıca, genel anlamda olumlu ya da olumsuz tepkiler ve bu tepkilere karşı annenin sergilediği tutum da büyük önem taşıyor. Bu nedenle, emzirme sürecini desteklemek için annenin yakın çevresinin beslenme ve motivasyonu hakkında yaklaşımı önem arz etmektedir (Onat,2018). Başarılı bir emzirme sürecinin annenin kendine ve çevresine yansıttığı öz yeterliliğini arttırdığı, anne kavramına uyumunu rahatlattığı ve göğüslerde ki süt salgılanmasının üstünde olumlu artışa neden olduğu gözlemlenmiştir (Wu vd., 2023).

Emzirme Politikaları Ve Yaklaşımları

Türkiye, emzirmenin artırılmasına yönelik çalışmalarına 1987’de başlayarak Büyümenin İzlenmesi Programı ile adım atmıştır. UNICEF ortaklığı ile yürütülen “Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı” ise 1991’den beri bu yana emzirmeyi koruma, teşvik etme ve destekleme amacıyla devam etmektedir. Ülkede, 1981’de “Anne Sütü Muadillerinin Pazarlaması” ile ilgili uluslararası kanunu kabul eden 118 ülke arasındadır. Ayrıca, Emzirmenin korunması, özendirilmesi ve teşvik edilmesi için; 1990’da İnnocenti (It. Masum) Deklarasyonu’nun hazırlanmasına katkı sağlayarak 1991’de uluslararası bir konferansa ev sahipliği yapmış ve emzirmeyi destekleme konusunda katkı sağlayan ülkelerden biri olmuştur (Innocenti, 1991). Sağlık Bakanlığının “Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı” çerçevesinde, doğurma eylemi gerçekleştirilen tüm kapsamlı sağlık kuruluşlarına ulaşmayı hedeflemektedir. Temel amaç, yeterli donanımına sahip sağlık personelinin danışmanlığında annelerin bebeklerini en kısa sürede anne sütü ile emzirmelerini teşvik etmek ve emzirme sürecini devamlı bir süreç haline getirmek için destek sağlamaktır. Sağlık hizmeti ortamında emzirme desteğinin, emzirme süresini ve ayrıcalığını iyileştirdiği gösterilmiştir (Gomez-Pomar ve Blubaugh, 2018). Amerikan Hemşire-Ebe Koleji, sağlık hizmeti sağlayıcılarına da kapsamlı emzirme eğitimi ile emzirme konusunda kanıta dayalı ve sürekli destek sağlanmasını önermektedir (US Department of Health and Human Services, 2011). Yapılan bir çalışmada da sağlık profesyonellerine yapılan eğitimlerde emzirme yeterliliklerini öğretme süreçlerinde hemşire ve sağlık profesyonellerinin bilgi düzeylerinde olumlu gelişmeler olduğu görüldü (Ojantausta, 2023).

Ulusal Bebek Dostu Hastaneler Merkez Ekibi tarafından eğitim sürecine tabi tutulmuş, hastanelerde doğru anneler arasına yerleştirilmiş olan sağlık birimlerine, uluslararası düzeyde uygun bir form çerçevesinde Ulusal Bebek Dostu Hastaneler Değerlendirme Ekibi tarafından denetlenmekte ve başarılı

uygulamalar gözlenip değerlendirilmektedir. Değerlendirme sonucunda 100 puan üzerinden 80 ve üzeri puan alan hastaneler, “Anne Sütü Komitesi” kararı ile “Bebek Dostu Hastane” ünvanını almaya hak kazanmaktadır (Bolat vd., 2011). Doğru ve sürdürülebilir bir şekilde emzirmenin başlatılması ve devamlılığının sürdürülebilmesi için gerekli birkaç uyulması gereken şartlar bulunmaktadır.

Bebek Dostu Hastane ünvanı içeriğinde, doğum hizmetleri ve yenidoğanlara bakım hizmeti veren her kuruluş için aşağıdaki koşulları gerçekleştirmeleri önerilmektedir (UNICEF/WHO, 2017).

➤ Hizmet veren sağlık çalışanının rutine bağlı olarak sunduğu yazılı bir emzirme politikası bulundurun.

➤ Hizmet veren sağlık çalışanının bu yazılı politikayı gerçekleştirmek için yeterli beceriler elde etmesi için eğitim verin.

➤ Tüm gebelik sürecindeki annelere emzirmenin önemi, faydaları ve metodu hakkında bilgilendirin.

➤ Annelerin doğum eylemi ardından ilk yarım saat içinde emzirmesine yardımcı olun.

➤ Anne ve bebek buluşması gerçekleşmesi sağlanamazsa (yenidoğana yatış vb.) bile nasıl emzireceklerini ve emzirmeyi nasıl sürdürülebilir bir süreç haline getireceklerini gösterin.

➤ Yeni doğan bebeklere tıbbi olarak verilmesi gerekmediği sürece anne sütü harici yiyecek ve içecek vermeyin.

➤ Doğum eylemi gerçekleştikten sonra mevcut ortamda kalma alıştırmaları yapın – annelerin ve bebeklerin bir arada kalmasına izin verin – günün 24 saati.

➤ Bebeğin emme talebi üzerine anneyi emzirmeye teşvik edin.

➤ Emzirilen bebeklere yapay emzik vermeyin.

➤ Emzirme destek gruplarının oluşmasını teşvikte bulunun ve anneleri sağlık kuruluşundan veya klinikten taburcu olduklarında bu destek gruplarına yönlendirin.

Emzirmeye yönelik sorunlar

Memeyle ilişkili sorunlar

Emzirme tekniklerinde yapılan hatalar, memenin yeterince boşalmamasına, bilinen sorunun yanlış çözülmesine, hijyen kurallarına

dikkat edilmemesine ve düzenli süre ve sıklıkta emzirmemesine dayalı çeşitli faktörlere ve annenin emzirme sürecinde memeye ilişkin çeşitli sorunlarla karşılaşmasına neden olabilir (Bolat vd., 2011). İnce ve diğer araştırmacılar tarafından gerçekleştirilen bilimsel araştırmada, doğum sonrasında ki süreçte karşılaşılan sorunları şu şekilde belirtmiştir: “Memeyi kavrayamama” % 44, “sütün yeterli salgılanmaması” % 28.4, “meme ucu çatlağı” % 10.2, “ilk 24 saat yeterli emmemesi” % 6.8, “tek göğüs ile beslenmesi” % 3.4, “meme inflamasyonu” % 3.4, “memenin yeterli boşaltılamaması” % 2.3 ve “meme ucunun içe çöküklüğü” % 1.1 (İnce vd., 2010). Laktasyon döneminin içine alan kadın popülasyonunun yaklaşık %20-33’ünde gözlemlenen mastit, memenin bağ dokusu ve salgı bezlerini içeren bir selülit durumudur. Yapılan araştırmalara göre, genellikle doğum sonrası ikinci ve üçüncü haftalarda ortaya çıkan bu durum, %74-95 oranında, özellikle laktasyonun ilk 12 haftasında sıklıkla görülmektedir (WHO, 2012; Cullinane vd., 2015). Staphylococcus aureus, mastit etiyolojisinde genel olarak tanımlanmış bir etken olarak öne çıkar. Meme dokusundaki değişiklik olarak görülen bu durum, meme dokusunda en fazla üst dış görünümünü etkilemektedir. Meme ucu çatlakları, göğüs ucu bölünmesi, aktif emme nedeniyle sütün süt kanallarında yavaşlaması ya da süt kanallarını tıkaması, anne sütünden bebeği hızlı ayırma ve vücudu sıkı iç çamaşır kullanımı gibi faktörler mastite neden olabilmektedir. Antibiyotik tedavisine iki gün içinde yanıt alınamaması, tekrarlayan mastit yapısı ve hastaneden kaynaklanabilecek enfeksiyonlardan dolayı kültür testine yönlendirilebilir. Belirtiler yüksek düzeyde değilse, birinci gün içinde etkilenen göğüslerin düzenli ve yakın aralıklarla boşaltılması, bölgesel doğru konumlandırılması, etkilenen bölgedeki meme ucuna uygun masaj tekniklerinin uygulanması, emzirme öncesinde sıcak uygulama ve ağrı kesici gibi invaziv olmayan yöntemler önerilebilir. Ancak ilk 24 saat içinde ortaya çıkmasında gerileme olmazsa, Staphylococcus aureus’a etkili antibiyotik tedavisi 10-14 gün boyunca düşünülmelidir (Boakes vd., 2018).

Hormonal değişikliklere bağlı olarak doğum sonrası 2. ve 3. günlerde meydana gelen meme dolgunluğu (Angorjman), meme dokusuna artan kan akımı, venöz ve lenfatik göllenme ve süt kanallarının çevresindeki dokularda ödemin oluşmasıyla karakterizedir (Gomez-Pomar, E., 2022). Hormonal değişimlerin yanı sıra, meme dolgunluğu aynı zamanda az tekrarlar, az miktarda emzirme ile uygun bebek ile meme konumunu doğru pozisyonda sağlamadan emzirme gibi nedenlere de bağlıdır. Angorjman durumunda, meme genellikle dolgun, sert, ödemli ve sıcak bir hal alır. Bu belirtiler genellikle postnatal 3-5. günlerde görülür ve genellikle 48 saat içinde azalmaya başlar. Meme ucu çevresindeki koyu kahve kısım genellikle ödemlidir ve meme ucu düzleşmiş bir şekilde bulunabilir, bu da bebeğin memeyi tutmasını zorlaştırabilir (Dyson vd., 2015; Murray ve McKinney.,

2013). Kanıtı dayalı uygulamalara göre, meme Angorjmanın iyileşme sürecindeki en iyi kanıt, emme kısıtlamadan, etki altında kalan göğsün daha fazla miktarda bebek ile buluşturulması, uygun teknikler ile göğüs masajı, gerekirse elle sağma ve analjezik kullanımıdır (Bilgin, 2010). Meme kopması, göğüs ucunda parçalanmalar olmasa da özellikle ilk doğum ve doğumdan sonra ilk 5-10 gün içinde emziren annelerde gözlemlenebilen bir durumdur (Jain vd., 2009; Akkuzu ve Taşkın, 2000). Yapılan bir çalışmada birden fazla doğum yapmış annelerle karşılaştırıldığında, ilk doğum yapmış annelerin (170 kişinin) ve 25-29 yaş aralığındakilerin (111 kişinin) daha çok göğüs ucu sorunu yaşadığı tespit edilmiştir. Yapılan araştırmada, 35 yaşında genç annelerin sancılı ve parçalı meme ucu sorunlarına daha yatkın olduğu gözlemlenmiştir. Ancak annenin doğum sayıları (tek veya çok) parçalı ve sancılı meme başı sorunları için bir risk faktörü olarak belirlenmemiştir (Li vd., 2008). Emzirme performanslarındaki artış, meme başına potansiyel zarar verme riskini artırabilir gibi görünse de, emzirmenin kısıtlanması süt aralıklarının engellenmesi meme dolgunluğuna neden olabilir ve bu da anne-bebek uyumunu olumsuz etkileyebilir (Joanna, 2009; Brimdyr vd., 2003; Morland-Schultz vd., 2005).

Yapılan bilimsel araştırmada sezaryenle doğum yapan annelerin göğüs ucu sorunu yaşama riskinin, sezaryen olmayan annelere göre kıyasla 1.737 kat daha yüksek olduğu belirlendi. Bu durum, sezaryen sonrası ağrı nedeniyle annelerin bebeği meme başına doğru ilerlemede zorlanmalarından kaynaklanabilir (Riordan ve Wambach, 2010). Postpartum dönemde, memelerin yalnızca suyla yıkanması veya silinmesi önerilir; zira sabunlu su kullanımı, sabunun kurutucu etkisi nedeniyle tercih edilmez. Araştırmada, kadınların %53,0'u her emzirmeden önce meme uçlarını temizlediğini, bunların %16,1'inin ise bu temizliği su ve sabunla gerçekleştirdiğini belirtmiştir. Ancak, kadınların sabunla meme bakımı yapmaları, memenin tahriş olma ve meme ucu çatlağına neden olma potansiyeli açısından önemli bir durumdur (Cavusoglu, 2002). Emziren kadınların %34 ila %96'sında memede ağrı tespit edilmektedir ve bu ağrının en yaygın nedeni genellikle bebeğin memeye uygun olmayan bir konumda yerleştirilmesidir. Emzirme sırasında sürekli ağrı durumunda, göğüs ucu tahribatı, dermatöz, enfeksiyon, allodyni ve vazospazm (Raynaud fenomeni) gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır (Berens vd., 2016).

Bebeğe İlişkin Sorunlar

Bebeğin emme sürecindeki olumsuz etkiler arasında, fiziksel gelişim bozuklukları, konjenital metabolik hastalıklar, yutma güçlüğü ve doğumsal anomaliler bulunmaktadır (Cangöl ve Şahin, 2014). Dil bağına sahip olan bir bebeğe terapi, beslenme danışmanlığı, fizyo-konuşma terapisi gibi tedavi yöntemleri uygulanabilir. Dil bağı sebebi ile bebeğin hiç emmemesi durumunda ise invaziv müdahale önerilebilir. Ayrıca bazı bebeklerde görülen

ve oluşma sebebi netleştirilemeyen normalin üstünde gazlanma durumu olan kolik bebek sonucu doğura bilir. Aşırı gazlanma ve gaz nedeni ile oluşan ağrının azaltılmasına yönelik girişimler, emzirme aralığının genişlemesinde ve memeyi tutmasında faydalı olabilir. Kolik sorununa karşı davranışsal müdahaleler de temel olarak kullanılır (Çaka vd., 2017; Sırrıken vd., 202; Caner, 2016). Üçlü uç olarak adlandırılan ve bu süreçte gözlenen; göğüs-biberon-emzik (ucu) dan oluşmaktadır. Eğer bebeği beslemek için yapay uçlar kullanılır ise bebeğin bilişsel olarak kolay ulaşımına alışması, beslenmek için çaba sarf etmek yerine beslenmek için çabadan kaçınmasına neden olur. Bir diğer karşılaşılan problem ise memenin reddidir. İlk 12 ay içinde birdenbire anne sütü ile beslenmeyi reddedebilmektedir. Bu reddediş emmeyi bitirmek istediği anlamına gelmemektedir. Farkına varmadığımız bir etken emmeyi reddetmesine neden olabilmekte. Bu problemi sürece saygı gösterip, problem ortadan kalkana kadar tahammülü davranılmalıdır. Kulak sancısı ve nefes almakta yaşanan zorluk genel olarak kaynağı gösterilmektedir. Anne ve bebeğin 24 saatten uzun süren uzaklaşmaları ardından da bu problem yaşanabilmektedir (Fatma, 2022). Yenidoğanların üçte ikisi, hayatlarının ilk haftasında sarılık belirtileri gösterir. Özellikle yetersiz anne sütü alan bebeklerde, görünür sarılık daha belirgin olabilir. Bu durumda mekonyumda bulunan bilirübin miktarı yüksektir. Mekonyum atılımı gecikirse, bilirübin barsaklardan emilir ve serumdaki bilirübin seviyesi artabilir. Kolostrum ve anne yöntemleri, mekonyumun atılmasını kolaylaştıran laksatif özelliklere sahiptir. Bu nedenle sarılığı olan bebeklerin yeterli miktarda anne sütü almaları önemlidir. Anne sarılığı genellikle doğumdan sonra 4-7 gün içinde ortaya çıkar ve 2-3 haftalıkken sarılık seviyesi zirveye ulaşır. Bu durumda, anne döngüsündeki pregnan-3 alfa, 20 beta-diol (gebelik progesteronu) ve yağ asitlerinin bilirubinin konjügasyonunu engellemesi, sarılığın sebebidir (Çaka vd., 2017).

Anneye İlişkin Sorunlar

Yapılan çalışmalarda, beslenmenin sürekliliğini etkileyen faktörler arasında annenin düşük eğitim düzeyi, sezaryanla doğum yapma, doğumdan sonra kullanılan ilaçlar, sigara kullanımı, iş yaşamı, meme sorunları, sağlık personeli tarafından yetersiz bilgilendirilme, ek gıdalara erken veya geç başlama, anne istemiyle bebeğin beslenmeye başlamadan önce su veya şekeri düşmesini diye şekerli yiyecekler (hurma) verilmesi, yapay uçlu ürünler kullanımı gibi özellikler sunar (Bilgin vd., 2022). Kumar ve ekibinin yapmış olduğu çalışmada biberon kullanım işleminin bebeklerde kafa karışıklığına yol açtığını ve bu durumun emmeyi olumsuz etkileyerek meme reddine neden olduğunu ortaya koymuştur (Kumar vd., 1989). Normal sancılı doğum yapan anneler sezaryen doğum yapan annelere göre daha erken emzirme sürecine geçmeleri yapılan çalışmalarla kanıtlanmış olup buna ek olarak tene temasın sağlanmış olması emzirme sürecine uyumu kolaylaştırmıştır

(Özlem ve Erbil, 2020). Emzirmenin değerlendirilmesinde birçok araç kullanılmaktadır. L (göğüsü tutma), A (bebeğin yutma hareketlerinin gözlenmesi), T (göğüs ucunun tipi), C (annenin meme ve ucuna ilişkin psikolojik rahatlığı), H (emzirme pozisyonu) alt kısımlarını içeren LATCH ölçeği her bir alt kısım 0-2 arasında not verilmesini sağlamaktadır. Bu ölçek tablosu bebeklerde 24. ayda yalnız anne sütünün tüketimini ön gördüğünü belirtmektedir (Sowjanya ve Venugopalan, 2018). Gülten B. ve ekibinin çalışmasından elde edilen veriler, annelerin yüksek LATCH puanlarına sahip olmalarının, etkin emzirme danışmanlığı aldıklarını göstermektedir. Fakat, bu süreci negatif yönde etkileyebilecek yanlış bilgi ve tutumlar fazlasıyla bulunmaktadır. Bu sebeple, taburculuktan sonra aktif emzirme danışmanlığının devam ettirilememesi durumunda, annelerin emzirme problemleri ile karşılaşma oranları artmaktadır (Bostancı ve Sevil, 2015). Başarılı şekilde süreci atlatan annenin benlik saygısının ve yeterliliğinin arttırdığı, annelik kavramına alışmasını ve emzirme oranının artışına sebep olduğu tespit edilmiştir (Blyth vd., 2002). çalışmasında, öz-yeterlilik algısı ile emzirme süresi arasındaki ilişkiyi incelemiş ve yüksek öz-yeterlilik algısına sahip annelerin emzirme süresinin daha uzun olduğu bulunmuştur.

Emzirme öz-yeterliliğini artırmaya yönelik hemşire girişimleri şu şekilde sıralanabilir:

- Anneleri önceden sahip olunan deneyimlerin olumlu ve olumsuz yönleri belirlenmeli ve olumsuz faktörler üzerinde çalışarak emzirme öz-yeterliliği geliştirilmelidir.
- Emzirme öz-yeterliliğini artırmada, akranlarla iletişim kurmak, beraber eğitim almak veya iyi deneyimlere sahip akranlarla etkileşimde bulunmak, anneler için olumlu etkiler sağlayabilir.
- Anneler için olumlu etkiler yaratacak videoların izletilmesi, kitap ve broşür gibi kaynakların temin edilmesi, emzirme grup eğitimlerine katılım gibi yöntemler öz-yeterlilik algısını artırabilir.
- Anne adaylarının iletişim içinde olduğu birinci derece toplumun kedine ve sosyal konumuna yakın olması, emzirme öz-yeterliliği algısının gelişimine daha olumlu yönde yardımcı olabilir (Kurnaz ve Hazar, 2021).

Doğumdan sonraki dönemde psikopatolojik kişiler veya geçen deneyimlerinden psikopatolojisi olan anneler, ebeveynlik rollerinde daha büyük zorluklarla karşılaşabilirler ya da bebeklerinin sinyallerine daha duyarlı hale gelip beslenme ihtiyaçlarını daha net fark edebilirler. Farkındalıkla emzirme, annenin şu anki anını ve emzirme deneyimini tamamen birleştiren bir bütüncül yaklaşım içerir. Bu yöntem, annenin stresini ortadan kaldırarak

annelik rolüne uyum sağlamasına yardımcı olabilir. Buna ek olarak, istenilmeyen durumlarla karşılaşılana doğum ile doğum yaşamları, hormonal farklılıklar, sağlıklı uyku sürecine sahip olamamak, halsizlik ve anne kavramına alışamama gibi stres artırıcı faktörlerle başa çıkma konusunda kalıcı olarak emzirme önemli bir destek olabilir (Fernandes vd., 2021).

Yapılan araştırmalara göre, fiziksel dokudaki annelerin sosyal-duygusal gelişiminin olumlu yönde değiştiği, annelerin psikolojik iyilik hallerini artırdığı ve kadının içsel güçlerinin iyileşmelerine yardımcı olduğu tespit edilmiştir. Anne stres altındayken, zihinsel olarak gelecek kaygıları veya geçmiş olumsuz olaylara sahipse, emzirme kavramına dair yeterli bilgiye sahip değilse, süt oluşumu ve salınımı için kritik olan oksitosin ve progesteron hormonlarını baskılar ve bunun sonucunda memede yetersiz üretim ve salınımına neden olur (Warknock ve Henderson, 2016; Perez-Blasco vd., 2013).

Emzirme sürecindeki anneler, bazı yaygın olmayan veya belirli bir ülkedeki sağlık sistemi tam olarak entegre edilmemiş tedavi ve sağlık yöntemlerine başvurabilirler. Bu bozulmalar, geleneksel tıbbın dışında kalan tamamlayıcı veya alternatif olarak kabul edilen tedavi yaklaşımlarını içerir. Anneler, emzirme sürecinde karşılaştıkları sorunları çözmek için müzik terapisi, gevşeme hareketleri, masaj, su terapisi, basınç terapisi, sıcak uygulamalar, akupunktur, hipnoz, aromaterapi, apiterapi ve fitoterapi gibi yöntemlere başvurmayı tercih edebilirler (Nik vd., 2020). Akupunktur masajı, emzirme öncesinde ve sırasında meme dokusunu yumuşatmak ve süt miktarını artırmak amacıyla kullanılabilir (Crepinsek vd., 2020). Pierdant vd., (2022) yaptığı bilimsel araştırmada akupunktur uygulamasının ardından, emzirmeden sonra süt kanallarında kalan süt miktarının saatler içinde artışı gözlemlenmiştir bu da uygulanan tekniğin süt kanallarının uyarıp süt oluşumunun artışı da etkisini göstermektedir (Pierdant vd., 2022).

Hemşirelik Müdahaleleri Sınıflandırmasında bulunan resmi müdahalelerden biri masaj terapisi. Meme masajı, emzirme bakımını ve dünyayı kapsayan kullanılan bir tedavi yöntemidir. Emzirme sürecinde terapötik meme masajı, nazik hareketlerle aksiller bölgeye doğru yapılan masajları içerir. Bu yöntem lenfatik ve kan akışını artırıyor, ağrıyı azaltıyor, anne süt salınım sisteminin üretimini artırıyor, tıkalı süt kanallarının açılmasını kolaylaştırarak annenin rahatlaması yönünde etki gösteriyor (Pierdant vd., 2022; Mahdizadeh-Shahri vd., 2021; Mangesi vd., 2016). Süt miktarını artırmak için kullanılan sıcak uygulama, bebeğin emzirilmesi veya süt sağma öncesinde hazırlık aşaması olarak bir stratejidir. Bu strateji, süt kanallarının genişletilmesini destekleyerek süt verimini kolaylaştırmayı amaçlamaktadır. Pratik uygulama yöntemleri arasında sıcaklığın iletimini sağlayacak havlu, kompres, sıcak su torbası, sıcak bir duş tercih edilebilir. Bu ağ, mamografik görüntülerde süt kanallarının verileri ve süt rezervuarlarının

daha etkin bir şekilde boşaltılması gibi görünür değişikliklere neden olduğunu gösteren incelemeler mevcuttur. Bu bilimsel temellere dayalı, sıcak uygulama yöntemleri, emzirme deneyimini yaymak ve süt verimini artırmak isteyen bireyler için değerli bir destek stratejisi olarak öne çıkmaktadır (Varışoğlu ve Satılmış, 2019).

Bilimsel araştırmalar, müzik terapisinin prematür bebeklerin anneleri arasında emzirme oranlarını artırmada etkili bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Bu çalışmalar, müzik terapisinin özellikle annelerin stresin azalması konusunda olumlu bir etkiye sahip olduğunu ve bu sayede sağlanmış anne terapisine katkı sağlayarak süt miktarının artış gösterdiğini ortaya koymaktadır. Müzik terapisinin, emzirme süreci anneler arasında duygusal rahatlama ve bağ kurma üzerinde olumlu bir etki yaratması, bebeklerin bakımında önemli bir destek yöntemi olarak değerlendirilmektedir (Vianna vd., 2011; Jayamala vd., 2015). Geleneksel yaklaşımlara ek olarak günümüzde ki teknolojik gelişimlerden yararlanarak danışmanlığı internet yoluyla sanal ulaşım rahatlığıyla verebiliriz. Tele sağlık, bu modern tedavilerden biri olup, sağlığın düzenli yönetimi ve koordinesinde teknolojik koordinasyonu içermektedir. Bu yetenek, tele sağlık, uzaktaki sağlık hizmetini sunabilmek için bilgisayarlar, telefonlar ve benzeri araçlarla kolayca kullanılabilir.

Özellikle emzirme eğitiminde, sağlık çalışanı tarafından kullanılan iletişim teknolojileri, bulunduğunuz yerden kolayca erişebilme imkanı sağlar. Bu, uzak mesafelerdeki kişilerin dahi karşılanmamış bakım ihtiyaçlarının ve eğitim eksikliğinin giderilmesine yardımcı olur. Teknoloji sayesinde, emzirme gibi önemli sağlık hizmetleri, uzaktan erişilebilir hale gelerek daha geniş bir kitleye ulaşılabilir hale geldi (Sekizler ve Atan, 2023).

Emzirmede Hemşirenin Girişimsel Rolü

Hemşireler klinik bakımın ötesinde aynı zamanda eğitimci, yönetici, lider ve politika yapıcı olarak da hizmet ederler. İşbirlikçi hemşireler, ebeler, yenidoğan hemşireleri, doktorlar ve tüm yenidoğan bakım sağlayıcılarının multidisipliner yaklaşımı özellikle küçük ve hasta yenidoğanlar için hayati önem taşımaktadır. Ekip yaklaşımı, anne-bebek ikilisini desteklemek için en uygun ve sağlam becerileri sağlar (Ojantausta, 2023).

Yapılan çalışmalarda hemşirenin bu süreç de verdiği eğitimler ve psikolojik desteğin emzirme süreci ve süresi üzerinde ki olumlu etkilerini kanıtlamıştır. Lima (Peru)'da bulunan Los Libertadores sağlık merkezini kullanan hamile kadınlarda emzirmeye erken başlamayı teşvik etmeye yönelik sanal bir eğitim müdahalesinin etkisini değerlendirilmesi çalışmasında ki sonuca göre eğitsel müdahalenin deney grubundaki hamile kadınlarda emzirmenin erken başlaması bilgisindeki artışı etkilediği açıktır. Aynı şekilde daha sonra anne olduklarında bu gruba bakıldığında erken emzirme sürecine başladığı

sonucu elde edilmiştir (Katherine, 2022).

Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF, emzirmenin erken başlamasını etkileyen müdahaleler de dahil olmak üzere emzirme programlarının desteklenmesine ve desteklenmesine dünya çapında ihtiyaç duyulduğunu belirtmektedir. Emzirmeye erken başlamanın uygulanmasında ve doğumdan sonra bebeği emzirmeye uygun hale getirmede annelere bilgi ve destek sağlamada sağlık hizmeti sağlayıcılarının, özellikle de hemşirelerin kilit rol oynadığı kabul edilmektedir (Montalvo vd., 2018; Karim vd., 2018). Yu vd.,(2019) ve Wu vd., (2023) arkadaşları tarafından yapılan, üçüncü trimesterdeki gebelerde emzirme yeterliliği ve bunu etkileyen faktörler, çalışmada üçüncü trimesterdeki gebelerin emzirme yetkinliği orta düzeyde tespit edildi. Çalışmanın bağımsız faktörleri gebelik haftası, önceki emzirme alışkanlıkları, hamile kadınların okuluna katılım ve D tipi kişilik, emzirme yeterliliği idi. Bu çalışma, gelecek araştırmalarda sağlık personelinin doğum öncesi eğitim modelini ayarlayarak, anne sütü yönetimi düzeyini iyileştirerek, D tipi kişilikli gebelere ve diğer müdahalelere dikkat ederek verdiği eğitim süreci sonrası emzirme oranını artırmasına bir temel oluşturdu (Martin, 2016).

Yapılan çalışmalarda hemşirenin verdiği eğitim ve farkındalık yönlendirmesi ile emzirme oranını emzirme rekabeti açısından kapsamlı bir şekilde teşvik etmek için bilgiyi, becerileri, öz yeterliliği, sosyal desteği ve diğer içerikleri aynı anda kontrol edip kavrayabilmeyi sağlamıştır. Bu nedenle emzirme yeterliliğine yönelik bir müdahale çalışması, bir sonraki adımda emzirme oranını iyileştirmenin yeni bir yolu olarak düşünülebilir (Wu vd., 2023). Emzirme danışmanlığına başvurunun bildirimlerinin temelleri arasında bunlar yer almaktadır: emzirmeyi başlatma sürecinde yaşanan problemler olan; bebeğe erişimin yetersiz algılanması, bebeğin doyduğuna ilişkin kaygılar, görünen emme güçlüğü, meme reddi, annenin emzirmeyle ilgili bilgi eksikliği, eğitim ve destek hizmetleri, prematüre doğum durumu, bebekte sağlık sorunları, meme sağlığı/hassasiyeti/ Angorjman durumları, meme ucu çatlakları, stazlı meme kanalı, mastit, fazla süt salınımı, emzirme süreci içinde doğum, annenin ilaç kullanımı gerekliliği, iş sağlığının bozulmaması, çoğul doğum ve yeni doğan sarılığı gibi sorunlar olmaktadır (Kerpekçi vd., 2012; Karaçam vd., 2018).

Emzirme Eğitimi

Annelere verilen eğitim doğum öncesi eğitim doğum içi eğitim ve doğum sonrası eğitim olarak sınıflandırılabilir. Annelere verilen eğitmenin amacı sadece onların emzirme bilgi ve becerilerini etkilemenin yanı sıra emzirmeye yönelik tutumları ve emziren anneyi destekleyen babalar ve diğerlerini de kapsar. Verilen eğitim anne ile birebir olabileceği gibi klinik grup ortamında

anneler ile birlikte de yapılabilir bu eğitimlere yakın aile bireyleri (baba, anneanne vb.) de eklenebilir (Wu vd., 2023).

Doğum Öncesi Eğitim

Hamilelik sırasında emzirme eğitimi genellikle hastanede veya klinik grup ortamında verilmektedir ancak tıbbi bir ortamda sağlanmasına gerek yoktur. Doğum öncesi eğitim içeriği: annelere doğum öncesi hastalıklarla ilgili rehberlik sağlar; belirli durumlar ve etkili emzirme veya emzirme belirtileri, emzirme süresince yaşanan sorunlar, emzirmenin anneye, bebeğe ve topluma yararları; besleme için uygun konumlandırma; emzirmenin ilk günlerindeki ihtiyaçlar; yardım için kaynaklar; ortak korkuları, endişeleri, sorunları ve kültürel kalıplar başlıkları altında çalışılır. Bu süreçte eğitim rolünü üstlenen hemşire hastane politikasını göz önüne alarak en konforlu çözüm yöntemleriyle anne adayına yöntemler sunar. Bu yöntemleri sunarken video, maket bebekler vb. yararlanılabilir. Bu süreçte emzirmenin önemi, emzirme sürecine adapte olmak, süreci kesintisiz halde sonuna kadar devam ettirmek, emzirmenin anne bebek ve aile kavramına önemi, annenin ve bebeğin arasındaki bağ ve anne- bebek üzerindeki psikolojik etkiler üzerinde durulur. Yaşanacak herhangi bir probleme olası çözüm alternatifleri düzenlenir (Ortiz Romaní, 2022; Kehinde, 2023; Ciampo, 2018).

Doğum İçi Eğitim

Doğum içi dönemde emzirme konusunda eğitim son derece önemlidir. Doğum öncesi verilen eğitimin pratikle buluştuğu evredir. Doğum sırasında sağlanan tedavi genellikle bireysel olarak yürütülür. Doğum sırasında emzirme eğitimi neredeyse her zaman belirli bir süre içinde gerçekleşir. Doğum sırasında emzirme eğitimi çoğunlukla şu konulara odaklanır: uygun emzirme, sütün yeterli miktarda alınması, bebeğin stabilitesi ve annenin rahatlığı. Doğum içi yaşanan bu süreç aynı zamanda hemşire ile anneye veya aile üyesine güven verme fırsatı da verir ve endişeli bir anneye veya aile üyesine destek olur, anneler ve aile üyeleri için bu süreç doğum sonrası eğitimin devamına desteklenmesine ve tekrarlanmasına olanak sağlar. İlk birkaç günde başarı belirtileri veya olası sorunlar hastaneden taburcu olduktan sonra rutin olarak bakım yapan tüm hastaneler doğumlarda yeterli eğitim ve bilgiye sahip personel bulunmalıdır rutini ele almak ve kolaylaştırmak için standart emzirme eğitimi herkes için bu dönemde emzirme ikilileri (Ortiz-Romaní, 2023; Adams, 2023).

Doğum Sonrası Eğitim

Sağlık kuruluşundan taburcu olduktan sonra ki evreyi kapsayan bu süreç diğer süreçler kadar önem teşkil etmektedir. Lohusa olan anne sağlık kuruluşundan ayrıldığı için bağ kurduğu ve güven duygusu beslediği

hemşireden ayrıldığı için çeşitli kaygı, korku ve baş edememe duygularına kapılır. Emzirme süreci için bu duygular emzirmeyi etkilediği gibi bir yandan da süt oranında azalmaya sebep olur. Bu süreçte hemşirenin aile ile iletişimini kesmemesi önem teşkil etmektedir. Bu aşamada anneye sağlık kuruluşlarında ki lohusa ya da laktasyon birimleri ile destek olunacağını açıklamalı. Buna ek olarak internetin yaygınlaşması ve kolay erişilebilir olması nedeniyle modern yaklaşımlar kullanılmalıdır. Emzirme sorunlarının erken tespit edilmesini ve annelerin uygun yardım ve hizmetlere yönlendirilmesini sağlamak için emzirme destek hizmetlerini ev ziyareti programlarıyla entegre edilebilir (Buchko, 2012; Kehinde, 2023).

Girişimsel Hemşirelik Rol Modelinde Öneriler

Nitelikli sağlık profesyonellerinin anne ve aile bireylerini emzirme süreci öncesi ve emzirme süreci kısmında girişimsel rol modeli içeriği olarak uygulamalı, sözel ve görsel destek sağlanmalı. Nitelikli sağlık profesyoneli anne ve aile bireylerine yeni tanımlanmış olan anne ve baba kavramının yarattığı kaygı, yetersizlik vb. duygularla baş etme ve öz yeterlilik sorununu ortadan kaldırmak için yeterli bağı kurmalı karşılıklı olarak güven elde etmelidir. Annenin emzirme süreci içinde karşılaştığı problemlerle baş etmek için yönlendirici metoda dayalı eğitimi sağlamalıdır. Bebek ile annenin arasında birlikteliği aile üyelerinin desteğini alarak emzirme sürecini süregelen halle getirmelidir. Hem teorik hem de pratik eğitimler ile süreç iyi yönetilmelidir.

Kaynakça

- Adams, Y.J., Miller, M.L., Agbenyo, J.S., Ehla, E.E., & Clinton, G.A. (2023). Postpartum care needs assessment: women's understanding of postpartum care, practices, barriers, and educational needs. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 502.
- Akkuzu, G. ve Taşkın, L. (2000). Doğum sonrası olası meme başı sorunlarının önlenmesinde meme bakımı tekniklerinin etkisi. *Anne ve Çocuğun Profesyonel Bakımı*, 10 (2), 38-41.
- Annagür, B.B., & Annagür, A. (2012). Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(3), 279-292.
- Ballard, O., & Morrow, A.L. (2013). Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatric clinics of North America*, 60(1), 49-74. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.10.002>
- Balogun, O., O'Sullivan, E.J., McFadden, A., Ota, E., Gavine, A., Garner, C.D., ... & MacGillivray, S. (2016). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6464788/pdf/CD001688.pdf>
- Berens, P., Eglash, A., Malloy, M., Steube, A. M., Brodribb, W., Noble, L., Brent, N., Bunik, M., Harrel, C., Lawrence, R. A., Marinelli, K. A., Reece-Stremtan, S., Rosen-Carole, C., Seo, T., St. Fleur, R., & Young, M. (2016). ABM Clinical Protocol #26: Persistent Pain with Breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, 11(2), 46-53. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.29002.pjb>
- Bilgen, H., Kültürsay, N., & Türkyılmaz, C. (2018). Türk Neonatoloji Derneği sağlıklı term bebeğin beslenmesi rehberi. *Türk Pediatri Arşivi*, 53(1), 128-137. https://www.neonatology.org.tr/storage/2020/04/term_besleme_2018.pdf.
- Bilgin, N.Ç., Büyük, A.G. M., Çayır, H.R., & Baysal, H. (2022). Laktasyon Polikliniğine Başvuran Annelerin Özellikleri ve Başvuru Nedenleri: *Retrospektif Bir Çalışma*.3(1):1-17.
- Bilgin, N.Ç., & Potur, D.C. (2010). Doğum sonu dönem kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 80-87.
- Blyth, R., Creedy, D.K., Dennis, C.L., Moyle, W., Pratt, J., & De Vries, S.M. (2002). Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth*, 29(4), 278-284.
- Boakes, E., Woods, A., Johnson, N., & Kadoglou, N. (2018). Breast infection: a review of diagnosis and management practices. *European journal of breast health*, 14(3), 136.
- Bolat, F., Sinan, U., Bolat, G., Bülbül, A., Arslan, S., Çelik, M., ... & Nuhoglu, A. (2011). İlk altı ayda anne sütü ile beslenmeye etki eden faktörler. *Çocuk Dergisi*, 11(1), 5-13.
- Borra, C., Iacovou, M. ve Sevilla, A. (2015). Emzirme ve doğum sonrası depresyona

ilişkin yeni kanıtlar: Kadınların niyetini anlamının önemi. *Anne ve çocuk sağlığı dergisi*, 19, 897-907.

- Bostancı, G., & İnal, S. (2015). Bebek dostu özel bir hastanede doğum yapan annelerin, emzirmeye ilişkin bilgi düzeylerinin ve bebeklerini emzirme durumlarının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 2(3), 260-270.
- Brimdyr, K., Blair, A., Cadwell, K. ve Turner-Maffei, C. (2003). Meme ucu ağrılı emziren annelerde konumlandırma, emzirme dinamiği, kavrama süreci ve ağrı arasındaki ilişki. *Emzirmenin gözden geçirilmesi*, 11 (2), 5-10.
- Buchko, B.L., Gutshall, C.H., & Jordan, E.T. (2012). Improving quality and efficiency of postpartum hospital education. *The Journal of perinatal education*, 21(4), 238-247.
- Caner, İ. (2016). Yenidoğan Beslenmesinde Sık Karşılaşılan Sorunlar. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 8(2), 14-18.
- Cangöl, E., & Şahin, N. (2014). Emzirmeyi etkileyen faktörler ve emzirme danışmanlığı (Factors affecting breastfeeding and breastfeeding counselling). *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45(3), 100-105.
- Cavusoglu, H. (2002). Normal yenidoğan ve hemsirelik bakımı. *Cocuk sağlığı hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Basım Yayın. p.* 26-27.
- Ciampo, L.A. & Ciampo, I.R. (2018). Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women's Health. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40, 354-359.
- Crepinsek, M. A., Taylor, E. A., Michener, K., & Stewart, F. (2020). Interventions for preventing mastitis after childbirth. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 9(9), CD007239. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007239.p ub4>
- Cullinane, M., Amir, L.H., Donath, S.M., Garland, S.M., Tabrizi, S.N., Payne, M.S., & Bennett, C.M. (2015). Determinants of mastitis in women in the CASTLE study: a cohort study. *BMC Family Practice*, 16(1), 1-8.
- Çaka, S.Y., Topal, S., & Altınkaynak, S. (2017). Anne sütü ile beslenmede karşılaşılan sorunlar. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics*, 3(2), 120-8.
- Çakır, H. B., Kaya, H. D., Günaydın, A. G. D. S., & Üniversitesi-Cerrahpaşa, İ. (2022). Meme Angorjmanının Giderilmesinde Lahana Yaprağının Kullanımı. *Yaşam Boyu Hemşirelik Dergisi*, 3(1), 112-125.
- Dias, C. C., & Figueiredo, B. (2015). Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *Journal of affective disorders*, 171, 142-154. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.022>
- WHO/UNICEF. Tracking progress for breastfeeding policies and programmes: Global breastfeeding scorecard. 2017. <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2017/en/>.
- WHO 2012. Resolution WHA 65.6. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition. In: Sixty-fifth World Health Assembly Geneva, 21-26 May 2012. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2012:12-13. <http://www.who.int/nutrition/topics/>

WHA65.6_resolution_en.pdf?ua=1..

- Dyson, L., McCormick, F.M., & Renfrew, M.J. (2005). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane database of systematic reviews*, (2).
- Ebina, S., & Kashiwakura, I. (2012). Influence of breastfeeding on maternal blood pressure at one month postpartum. *International journal of women's health*, 4, 333-339. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S33379>
- Fatma B.(2022). Emzirmeyi Sonlandırma. KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu. *Emzirme Üzerine Ebe/ Hemşireler İçin Rehber*. Bölüm 5: Emzirmeyi Sonlandırma. S:89
- Fernandes, D. V., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2021). Mindful parenting interventions for the postpartum period: Acceptance and preferences of mothers with and without depressive symptoms. *Mindfulness*, 12, 291-305.
- Giray, H. (2004). Anne sütü ile beslenme. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(1), 12-15.
- Gomez-Pomar, E., & Blubaugh, R. (2018). The Baby Friendly Hospital Initiative and the ten steps for successful breastfeeding. a critical review of the literature. *Journal of Perinatology*, 38(6), 623-632.
- Gölbaşı, Z. (2008). Kadınların postpartum ilk 6 aylık süredeki emzirme davranışları ve prenatal dönemdeki emzirme tutumunun emzirme davranışları üzerindeki etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 15(1), 16-31. <https://dergipark.org.tr/en/download/articlefile/88561>.
- Gönenli, S., Ayar Kocatürk, A., & Yeşilçiçek Çalık, K. (2019). Normal doğum yapan primipar annelerin erken doğum sonu dönemde emzirme başarısı ve etkileyen faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*.
- Innocenti 1991; <http://worldbreastfeedingweek.org/2018/wp-content/uploads/2018/07/1990-Innocenti-Declaration.pdf>
- İnce, T., Kondolot, M., Yalçın, S.S ve Yurdakök, K. (2010). Annelerin emzirme yatırımı alma süreçleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 53 (3), 189-197.
- Jain, S., Parmar, V.R., Singla, M., Azad, C. (2009). Problems of breast feeding from birth till discharge-experience in a medical college in chan digarh. *Indian J PublicHealth*;53(4):264.
- Jayamala, A. K., Lakshmanagowda, P. B., Pradeep, G. C. M., & Goturu, J. (2015). Impact of music therapy on breast milk secretion in mothers of premature newborns. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 9(4), CC04.
- Joanna Briggs Institute. (2009). The management of nipple pain and/or trauma associated with breastfeeding. *Australian nursing journal (July 1993)*, 17(2), 32-35.
- Karaçam, Z., & Sağlık, M. (2018). Breastfeeding problems and interventions performed on problems: Systematic review based on studies made in Turkey. *Turkish Archives of Pediatrics/Türk Pediatri Arşivi*, 53(3), 134.
- Karim, F., Billah, S.M., Chowdhury, M., Zaka, N., Manu, A., Arifeen, S.E., & Khan, A. (2018). Initiation of breastfeeding within one hour of birth and its deter-

- minants among normal vaginal deliveries at primary and secondary health facilities in Bangladesh: a case-observation study. *PLoS one*, 13(8), e0202508.
- Katherine Jenny Ortiz R., Angella Maricelo Vásquez C., Josselyne Rocío Escobedo E., Yonathan Josué Ortiz M. Effect of a virtual educational intervention to promote early initiation of breastfeeding in pregnant women from Lima, Peru. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, July-December 2022, 11(2), e2820.
- Kehinde, J., O'Donnell, C., & Grealish, A. (2023). The effectiveness of prenatal breastfeeding education on breastfeeding uptake postpartum: A systematic review. *Midwifery*, 118, 103579.
- Kepekçi, M., Yalçınoğlu, N., Devicioğlu, E., Tijen, E. & Gökçay, G. (2012). Emzirme danışmanlığı birimine başvuran annelerin ve bebeklerin incelenmesi. *Çocuk Dergisi*, 12(4), 164-168.
- Kumar, H., Singhal, P.K., Singh, S., Dutta, A.K., Jain, B.K., & Narayanan, I. (1989). Spoon vs bottle: a controlled evaluation of milk feeding in young infants. *Indian pediatrics*, 26(1), 11-17.
- Kurnaz, D., & Hazar, H.U. (2021). Erken postpartum dönemde annelerin emzirmeye ilişkin tutum ve başarılarını etkileyen faktörler. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 4(2), 76-86.
- Li, R., Fein, S.B., Chen, J., & Grummer-Strawn, L.M. (2008). Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics*, 122(Supplement_2), S69-S76.
- Liu, Y., Yao, J., Liu, X., Luo, B., & Zhao, X. (2018). A randomized interventional study to promote milk secretion during mother-baby separation based on the health belief model: A consort compliant. *Medicine*, 97(42).
- Mahdizadeh-Shahri, M., Nourian, M., Varzeshnejad, M., & Nasiri, M. (2021). The effect of oketani breast massage on successful breastfeeding, mothers' need for breastfeeding support, and breastfeeding self-efficacy: An experimental study. *International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork*, 14(3), 4.
- Mangesi, L., & Zakarija-Grkovic, I. (2016). Treatments for breast engorgement during lactation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Martin, C.R., Ling, P.R., & Blackburn, G.L. (2016). Review of Infant Feeding: Key Features of Breast Milk and Infant Formula. *Nutrients*, 8(5), 279. <https://doi.org/10.3390/nu8050279>
- Ortiz Montalvo, Y.J., Ortiz Román, K.J., & Mucha Montoya, R.H. (2018). Se asocian los procedimientos neonatales de las enfermeras al inicio temprano de la lactancia materna? *Evidentia*, 15. Recuperado a partir de <https://ciberindex.com/c/ev/e11646>
- Morland-Schultz, K., & Hill, P. D. (2005). Prevention of and therapies for nipple pain: a systematic review. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 34(4), 428-437. <https://doi.org/10.1177/0884217505276056>.
- Mortazavi, F., Mousavi, S. A., Chaman, R., & Khosravi, A. (2014). Do maternal qua-

- lity of life and breastfeeding difficulties influence the continuation of exclusive breastfeeding?. *International journal of pediatrics*, 2014, Article ID 156049, 7 pages, 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/156049>
- Murray, S.S., & McKinney, E.S. (2013). *Foundations of maternal-newborn and women's health nursing-e-book*. Elsevier Health Sciences.
- Nik Yusof Fuad, N. F., Ching, S. M., Awg Dzulkarnain, D. H., Cheong, A. T., & Zakaria, Z. A. (2020). Complementary alternative medicine use among postpartum mothers in a primary care setting: a cross-sectional study in Malaysia. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12906-020-02984-7>
- Nurdan, U. (2017). Anne sütünün oluşumu ve içeriği. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Dergisi*, 2(2), 130-153.
- Ojantausta, O., Pöyhönen, N., Ikonen, R., & Kaunonen, M. (2023). Health professionals' competencies regarding breastfeeding beyond 12 months: a systematic review. *International breastfeeding journal*, 18(1), 55. <https://doi.org/10.1186/s13006-023-00591-z>
- Onat, G. (2018). Emzirmeyi kolaylaştırıcı uygulamalar ve laktasyonel bakım. 2018;4(2):131-46.
- Ortiz Romani, K. J., Vásquez Carbajal, A. M., Escobedo Encarnación, J. R., & Ortiz Montalvo, Y. J. (2022). Efecto de una intervención educativa virtual para promover el inicio temprano de la lactancia materna en embarazadas de Lima, Perú. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 11(2).
- Ortiz-Romani, Katherine Jenny, & Loayza-Alarico, Manuel Jesús. (2023). Factores asociados al inicio temprano de lactancia materna entre mujeres peruanas. *Index de Enfermería*, 32(1), e14267. Epub 18 de septiembre de 2023. <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20235772>
- Özlem, A. & Erbil, N. (2020). Doğum Şekli ve Emzirme: Sistematik Derleme. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(3), 302-318. Doi:10.38108/ouhcd.799949
- Perez-Blasco, J., Viguer, P., & Rodrigo, M. F. (2013). Effects of a mindfulness-based intervention on psychological distress, well-being, and maternal self-efficacy in breast-feeding mothers: results of a pilot study. *Archives of women's mental health*, 16(3), 227–236. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0337-z>.
- Philipp, B. L., Merewood, A., Gerendas, E. J., & Bauchner, H. (2004). Breastfeeding information in pediatric textbooks needs improvement. *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association*, 20(2), 206–210. <https://doi.org/10.1177/0890334404263921>.
- Pierdant, G., Westphal, K., Lange, A., & Usichenko, T. I. (2022). Stimulation of lactation using acupuncture: a case study. *Journal of Human Lactation*, 38(3), 559-563.
- Riordan, J., & Wambach, K. (Eds.). (2010). *Breastfeeding and human lactation*. Jones

& Bartlett Learning.

- Schanler, R.J., Shulman, R.J., & Lau, C. (1999). Feeding strategies for premature infants: beneficial outcomes of feeding fortified human milk versus preterm formula. *Pediatrics*, 103(6), 1150-1157.
- Schwarz, E.B., Brown, J.S., Creasman, J.M., Stuebe, A., McClure, C.K., Van Den Eeden, S.K., & Thom, D. (2010). Lactation and maternal risk of type 2 diabetes: a population-based study. *The American journal of medicine*, 123(9), 863-e1.
- Sekizler, E.T., & Atan, Ş.Ü. (2023). Emzirme Danışmanlığında Yenilikçi Yaklaşımlar ve Teknolojinin Kullanımı. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 9(Özel Sayı-1), 44-48.
- Serçekuş, P., İsbir, G.G., & Okumuş, H. (2015). Anne baba adayları için doğal doğum. İstanbul: *Deomed*.
- Sırıken, F., Ertekin, A., Aydın, O.E., Akcan, A.B., Ceylan, E., & Pekcan, A.G. (2021). Dudak ve/veya damak yarığı olan bebeklerde beslenme problemlerine yaklaşım.
- Sowjanya, S., & Venugopalan, L. (2018). LATCH score as a predictor of exclusive breastfeeding at 6 weeks postpartum: a prospective cohort study. *Breastfeeding Medicine*, 13(6), 444-449.
- Şahin, B.M. (2018). Emzirmenin sürdürülmesi ve başarısında anahtar faktör: Öz-be-lirleme kuramına dayalı emzirme motivasyonu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27(4), 291-295.
- Taşkın, L. (2019). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi. S: 496-521.
- Türkyılmaz, C. (2017). Anne sütünün bebeğe ve anneye faydaları nelerdir?. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Dergisi*, 2(2), 154-179. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/751727>.
- UNICEF: <https://data.unicef.org/resources/who-unicef-discussion-paper-nutrition-targets/> Erişim tarihi: 24/12/2023.
- US Department of Health and Human Services. (2011). The Surgeon General's call to action to support breastfeeding 2011.
- Varışoğlu, Y., & Satılmış, İ.G. (2019). Erken doğumlarda anne sütü ve anne sütünü artırmaya yönelik alternatif çözümler. *İzmir Demokrasi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2 (2), 99-113.
- Vianna, M.N., Barbosa, A.P., Carvalhaes, A.S., & Cunha, A.J. (2011). Music therapy may increase breastfeeding rates among mothers of premature newborns: a randomized controlled trial. *Jornal de Pediatria*, 87, 206-212.
- Warnock, C., & Henderson, L. (2016). 15-minute mindful meals: 250+ fail-proof recipes and ideas for quick, pleasurable & healthy home cooking. Workman Publishing.
- World Health Organization. (2021). The role of midwives and nurses in protecting,

promoting and supporting breastfeeding: advocacy brief., Avenue, Appia 20 1202, Geneva, Switzerland.

Wu, Y., Liu, W., Liu, X., Li, Y., Wang, Y., Chu, Y., ... & Wang, A. (2023). Breastfeeding competency and its influencing factors among pregnant women in third trimester pregnancy: a cross-sectional study. *Scientific Reports*, 13(1), 1240.

Yu, J., Wells, J., Wei, Z., & Fewtrell, M. (2019). Randomized trial comparing the physiological and psychological effects of different relaxation interventions in Chinese women breastfeeding their healthy term infant. *Breastfeeding Medicine*, 14(1), 33-38.

Yurdakök, K. (1991). Sosyal pediatri açısından anne sütü. *Katkı Pediatri Dergisi*, 12(5-6), 537-541.



Bölüm 9

KANSER TANILI BİREYLERDE AKUPRESURUN YORGUNLUĞA ETKİSİ

Esra ÇAVUŞOĞLU¹

¹ Arş. Gör. Dr. , Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
ORCID ID: 0000-0003-4138-7494

GİRİŞ

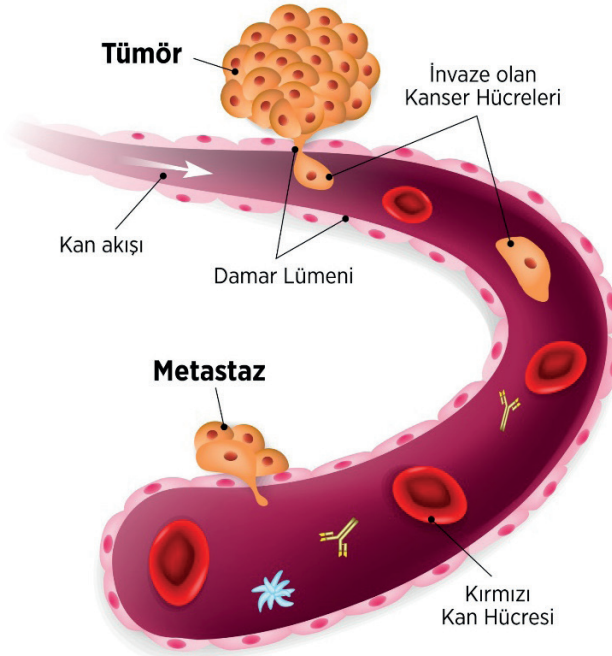
Kanser vücudumuzdaki hücrelerin doğal döngüsünden sapması sonucu ortaya çıkan patolojik bir durum olarak tanımlanmakta ve her geçen gün görülme sıklığı artmaktadır. Normal hücre yaşam döngüsünden sapan hücrelerin kontrolsüz bir şekilde defalarca bölünüp çoğalması ile karakterize bir hastalık olan kanserde söz konusu patolojik sürece bağlı olarak organizmada hemen hemen tüm organ ve/veya sistemleri etkileyebilen lokal ve sistemik sorunlar saptanabilmektedir (Cancer Patient Aid Association, 2023; World Health Organization, 2022).

Son yıllarda kanserle ilişkili vaka sayıları dramatik bir şekilde artmaktadır. Kanser küresel çapta kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada yer alan ölüm nedenidir. 2020 yılında yaklaşık 10 milyon insan kanser nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Yani meydana gelen her altı ölümden biri kanser kaynaklıdır. Bu durumun beklenen bir sonucu olarak kanser hem ülkemizde hemde küresel çapta görülme sıklığı giderek artan kronik hastalıklara bağlı ölüm nedenlerinde üst sıralarda yer almaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2023; World Health Organization, 2022). Literatürde kanserin etiolojisinde yanlış beslenme alışkanlıkları, tütün ürünleri kullanımı, aşırı alkol alımı, fiziksel aktivite azlığı ve stresin temel oluşturduğu bildirilmektedir (Friedenreich ve ark., 2021; Üçebakan & Erzurum Alim, 2021). Kanserde tümörün türü, evresi, vücutta yayılımı, ortaya çıkardığı lokal ve sistemik etkilere göre farklı tedavi seçenekleri tercih edilebilmektedir. Günümüzde hedefe yönelik tedavi gibi farklı seçenekler söz konusu olsa da kanser tedavisinde cerrahi tedavi, radyoterapi ve kemoterapi odak tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır. Söz konusu tedavi seçeneklerinden kemoterapi kanser tedavisinde oldukça sık uygulanmaktadır. Kemoterapi tümörün büyümesinin ilaçla yavaşlatıldığı ya da durdurulduğu önemli bir tedavi şeklidir (Baykara, 2016; Behranvand ve ark., 2022; National Cancer Institute, 2023).

Kemoterapi tedavi sürecinde temel yapıyı oluşturan önemli seçenek olsa da özellikle kanser hücreleri yanında sağlıklı gelişim gösteren hücreleri etkileyerek birçok farklı yan etkiye yol açtığı da bilinen bir gerçektir. Kemoterapi ile ilişkili olarak çok farklı yan etkiler görülebilmekte ve bu yan etkiler çoğunlukla birden fazla semptomun yer aldığı bir semptom kümesi olarak karşımıza çıkmaktadır (Can, 2019; National Cancer Institute, 2023). Yorgunluk kemoterapi alan kanser tanılı bireyler tarafından oldukça sık deneyimlenmektedir. Yorgunluk metabolik, biyokimyasal ve çevresel süreçlerden etkilenen yönetimi karmaşık bir semptomdur. Özellikle kanser tanılı bireylerde yorgunluğun etiolojisinde kanserin doğası gereği tümörün neden olduğu çeşitli komplikasyonlar ve kemoterapiye bağlı yan etkiler yer almaktadır. Bu anlamda kemoterapi alan kanser hastalarında yorgunluğun yönetimi günlük yaşam aktivitelerinin devamlılığı ve yaşam kalitesinin korunması açısından son derece önemlidir.

(Bahar ve ark., 2019; Karakuş & Özer, 2022; Özkan & Akin, 2016). Dolayısıyla kanserin kendisinin ve tedavi sürecinin oldukça yıpratıcı olması, nükslerin yaşanması, kanser ve tedavinin getirdiği yüklerle baş etmede zorluk semptom yönetimi konusunda ilaç dışı yöntemlerin kullanımını gündeme getirmiştir (Kurt & Kapucu, 2018). Kemoterapi alan kanser tanılı bireylerde yorgunluğun yönetiminde sıklıkla akupresür, yoga, masaj, hipnoz, gevşeme teknikleri gibi farklı tamamlayıcı ve bütünlük tedavi uygulamalarının kullandığı belirlenmiştir.

Söz konusu tamamlayıcı ve bütünlük tedavi yöntemlerinden akupresür hemşirelerin bağımsız bir şekilde uygulayabilecekleri bir uygulamadır. Günümüzde kanıta dayalı uygulamaların kullanımı ve bu uygulamaları konu edinen yüksek kanıt düzeyli çalışmaların artması atmasıyla akupresürün semptom yönetiminde olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir. Akupresürün ekonomik, kolay öğrenilebilen ve öğretilebilen, güvenli, zaman tasarrufu sağlayan bir yöntem olması kanser ve kemoterapi ile ilişkili özellikle yorgunluğun yönetiminde tercih edilmesini sağlamaktadır (Doğan & Taşçı, 2015; Koç Özkan & Balcı, 2018).



Şekil 1: Kanser hücresi ve metastaz

(Kaynak: <https://tke.tuseb.gov.tr/kanser-hakkinda/kanser-nedir>)

KEMOTERAPİ

Kemoterapi kanser tedavisinde oldukça sık kullanılan önemli bir tedavi seçeneğidir. Kemoterapide temel ilke çeşitli laboratuvar testleri ve radyolojik görüntülemelerle varlığı, boyutları ve evresi saptanan tümörün büyüüp yayılımını sınırlandırmak ve mümkünse tümörü yok etmektir. Kanserde bilindiği gibi temel sorun hücrelerin farklılaşarak, kontrolsüz bir şekilde çoğalmasındır. Kemoterapi ilaçları farklılaşan hücrelerin deoksiribonükleik asitlerine etki ederek yeni hücre duplikasyonlarını önlemeye çalışmaktadır (Can, 2019; Molinas Mandel & Onat, 2011).

Kemoterapik ilaçların kullanımıyla tümörün etkilediği bölgede kan akımını artırmak, bölgeye olan basıyı ve tıkanıklığı azaltarak ortaya çıkan semptomları hafifletmek ve hastanın konforunu artırmak hedeflenmektedir. Bu noktada önemli olan tedaviden sağlanacak kar-zarar dengesinin gözetilmesidir. Yukarıda belirtildiği gibi kemoterapi olumlu etkileri ile kanser tedavisinde bir kilit olma özelliği taşısa da, lokal ve sistemik bazda birçok yan etkiye yol açtığı da bilinen bir gerçektir. Bu bağlamda yorgunluk hem kanserin doğası hem de kemoterapinin yan etkilerine bağlı olarak oldukça sık deneyimlenen önemli bir semptomdur (Can, 2019; Molinas Mandel & Onat, 2011).

KANSER TANILI BİREYLERDE YORGUNLUK

Yorgunluk, kanserin kendisi ve tedavisine bağlı olarak oldukça sık karşılaşılan bir semptomdur. Yorgunluk genel halsizlik, enerji eksikliği hali olarak tanımlanmaktadır. Kansere bağlı yorgunluk ise genel halsizlik halinden daha karmaşık bir süreci ifade etmektedir. Kanserle ilişkili yorgunluk, genel halsizlik halinden daha ağır ve uzun süreli seyretmekte ve dinlenme ya da uyuma gibi süreçler sonunda geçmemektedir. Kansere bağlı yorgunluğun, aktif tedavi sırasında hastaların yaklaşık %90'ında ve tedaviden sonraki süreçte ise %27 ila %82'sinde meydana geldiği tahmin edilmektedir (Bower, 2014; Karakuş & Özer, 2022; Kirshbaum, 2010; Wu & Harden, 2015).

Kansere bağlı yorgunluk temel de iki neden üzerinden gelişmektedir. Kanserın doğal ilerleyiş sürecine bağlı olarak tümör büyümesinin ilerlemesi ve kanserin tedavi sürecinde kullanılan ilaç/ajanların lokal ve sistemik yan etkileri hastaların daha uzun süreli ve kronik bir yorgunluk yaşamalarına neden olmaktadır (Yang ve ark., 2019). Bilindiği gibi kanserde tedavi protokolleri sıklıkla oldukça yoğun bir şekilde uygulanmaktadır. Özellikle kemoterapi gibi tümör büyümesinin yavaşlatılması ve/veya durdurulmasını amaçlayan ilaçla tedavi yöntemi birçok hastanın tedavi protokolünde yer almaktadır. Kanserın türü, evresi ve hastanın klinik durumu göz önünde bulundurularak kemoterapi kürleri 7, 14, 21 ve 28 günde bir olacak şekilde uygulanabilmektedir (Can, 2019).

Kemoterapi kanser tedavisinde anahtar niteliğinde olup, tedavi sürecinde olumlu etkiler sağlamaktadır. Fakat tüm bu olumlu etkiler yanında tümörler dışında sağlıklı hücreleri etkilemesi ile de farklı birçok yan etkiye de yol açabilmektedir. Geçmişten günümüze kemoterapi ilaçlarının içeriğinde yapılan değişiklikler artık görülen yan etkilerin oranını ve şiddetini bir miktar azaltsa da yorgunluk halen kanser ve kemoterapi süreci ile ilgili oldukça sık ve şiddetli düzeyde deneyimlenen ciddi bir semptomdur. Kemoterapiyle ilişkili yorgunluğun temelinde kemoterapik ilaçların hızlı bölünme özelliği olan kemik iliği hücrelerini ileri düzeyde etkilemesi yatmaktadır. Kemik iliği depresyonu ciddi düzeyde eritrositopeni tablosunu ortaya çıkarmakta ve bu durum hastaların ileri derece yorgunluk yaşamalarına neden olmaktadır. Hastalarda hemoglobinin düzeyinin 10 g/dl'nin altına düşmesi kritik bir süreç olup, kemik iliği depresyonu için önemli bir klinik göstergedir (Aapro& Spivak, 2009; National Cancer Institute, 2023; Spivak ve ark., 2009). Hemoglobin düzeyinin düşmesine bağlı anemi tablosunun derinleşmesi hastalarda yorgunluk düzeyini şiddetlendirmektedir. Söz konusu faktörler dışında kanser ve tedavi sürecine bağlı yaşanan ağrı, bulantı-kusma, uyku-beslenme sorunları, anksiyete ve depresyon gibi fiziksel, emosyonel ve psikolojik faktörlerde hastaların yorgunluk düzeyini etkileyebilmektedir (Karabulutlu, 2009).

KANSER TANILI BİREYLERDE YORGUNLUĞUN YÖNETİMİNDE TAMAMLAYICI VE BÜTÜNLEŞİK UYGULAMALAR

Kanser tanılı bireylerde kanserin kendisi ve kemoterapi sürecine bağlı olarak şiddetli yorgunluk yaşanabilmektedir. Bu amaçla yorgunluğu azaltmak adına kullanılan ilaçlar bazı hastalarda yeni ve ciddi yan etkiler ortaya çıkarabilmektedir. Sürece bağlı semptom yükünü hafifletmek, tedavide kontrolü ele alma arzusu, doğal olarak görülmesi ve sıklıkla ilaç içermemesi nedeniyle hastalar tamamlayıcı ve bütünlük tedavi yöntemlerine yönelebilmektedir. Akupresür ilaç ve girişimsel herhangi bir uygulama içermeyen özel bir terapi yöntemi olup, son yıllarda farklı kronik hastalıklarda semptom yönetiminde sıkça kullanılmaktadır (Arring ve ark., 2019; Kıskaç ve ark., 2023; Pekmezci ve ark., 2022).

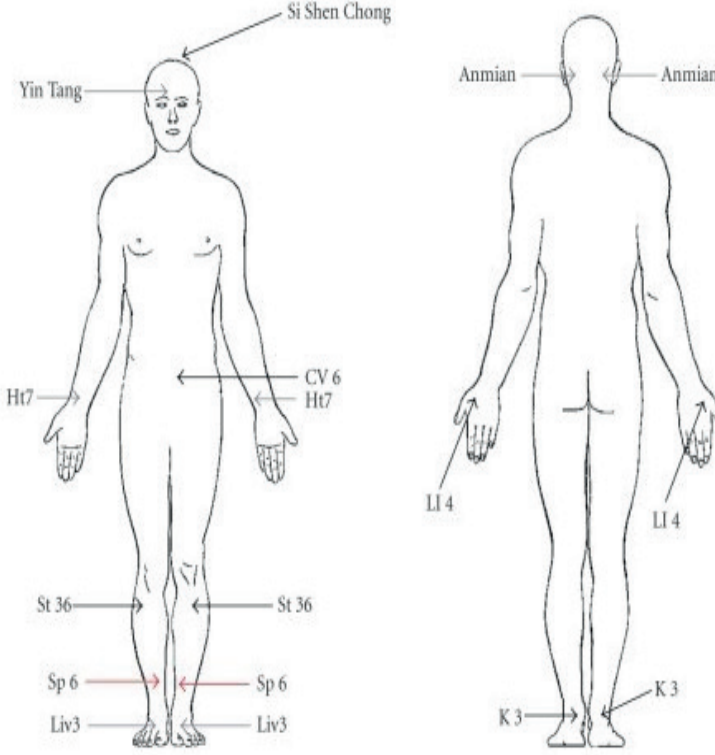
AKUPRESÜR

Akupresür geçmişte oldukça eskiye dayanan ve geleneksel Çin tıbbından köken alan tamamlayıcı ve bütünlük bir terapi yöntemidir. Akupresür felsefesine göre el, parmak veya stimülatör araçlar ile vücuttaki belirli basınç noktaları uyarılarak organizmada olağan enerji akışı ve rahatlama sağlanmaktadır (Dincer ve ark., 2022; Harris ve ark., 2020).

Akupresür uygulamasında vücutta 12'si çift, 2'si tek hayali 14 meridyen çizgisinin var olduğu kabul edilmektedir. Söz konusu meridyenler vücudun her iki tarafında simetrik olarak dağılmakta olup, üzerinde enerji akışını sağlayan 365 nokta bulunmaktadır. Bu noktalar üzerinde aralıksız olarak enerji akışı olmaktadır. Bireyin doğumundan ölümüne kadar olan süreçte var olan bu enerji Qi (yaşam enerjisi) olarak adlandırılmaktadır. Qi enerjisinin iki temel bileşeni ise “ying” ve “yang” olup, ikisi birbirine zıt olarak çalışarak organizmada dengeyi sağlamaktadır. Ying salgı ya da depo organlar olarak adlandırılan kalp, böbrek, karaciğer, dalak, pankreas ve akciğerle ilişkilidir. Yang ise ince-kalın bağırsak, mide, mesane ve sara kesesi gibi organları temsil etmektedir (Koç Özkan & Balcı, 2018).

Organizmada iç ve dış stresörlere bağlı olarak enerji akışının sağlanmadığı blokaj durumlarında akupresür uygulaması ile özel bası noktaları uyarılarak blokajların çözülmesi sağlanmaktadır. Bu sayede organizmada olağan şekilde enerji akışı sürdürülerek bireylerin yaşam kalitesi ve konfor düzeyi artırılabilir. Akupresür uygulamasında blokajların çözülmesi işlemi özel vücut noktalarına yapılan bası ile başlamaktadır. Bası ile uyarılma sonucu organizmada serotonerjik ve enkefalinlerjik süreçler aktive olmaktadır. Buna bağlı olarak analjezik, antiinflamatuvar, antidepresan, anksiyolitik, antikonvülf ve immunmodulator etkiler ortaya çıkmaktadır. Yani gerçek noktalara yapılan bası bir nöromodulator görevi ile serotonin, endorfin ve melatonin salınımını artırıp, kortizol salınımını azaltarak yorgunluğun yönetiminde olumlu etki göstermektedir (Harris ve ark., 2020; Karakuş ve ark., 2022; Koç Özkan & Balcı, 2018).

Akupresür uygulamasının etkinliği etkileyen önemli bir faktörde bası noktalarının doğru bir şekilde belirlenmesidir. Bası noktalarının belirlenmesi en sık kişinin başparmak genişliği veya orta falaks uzunluğunun belirleyici olduğu cun (sun) ölçü birimi kullanılmaktadır. Buna göre bir cun (sun) ölçü birimi yaklaşık 2,5 cm'e denk gelmektedir. Uygulama öncesinde bası noktaları doğru bir şekilde belirlendikten sonra akupresür uygulaması hemen yapılabilir. İlaç ve girişimsel bir işlem süreci olmadığından ağrısız ve güvenilir bir yöntemdir. Uygulamayı öğrenme süreci kolay ve kısadır. Bu sayede hastalara kolaylıkla öğretilir ve hastalar kendi kendilerine rahatlıkla uygulama yapabilir (Ayçeman, 2016; Doğan & Taşçı, 2015).



Şekil 2: Akupresür meridyenleri (Zick ve ark., 2011)

KANSER TANILI BİREYLERDE YORGUNLUĞUN YÖNETİMİNDE AKUPRESÜR KULLANIMI

Akupresür kökeni oldukça eskiye dayanan bir tedavi şekli olmasına rağmen özellikle son yıllarda literatürde kendisine daha fazla yer bulmaktadır (Zick ve ark., 2011). Akupresürün yorgunluk üzerine etkisinin değerlendirilmesi için vücutta genellikle üç temel enerji noktasına odaklanılmaktadır. Bu noktalar kalın bağırsak meridyeni 4. nokta (Hegu/LI4), mide meridyeni 36. nokta (Susanli/ST36), dalak meridyeni 6. Nokta (Sanyinjiao/ SP6) olarak adlandırılmaktadır (Şekil 3). (Hu ve ark., 2017).

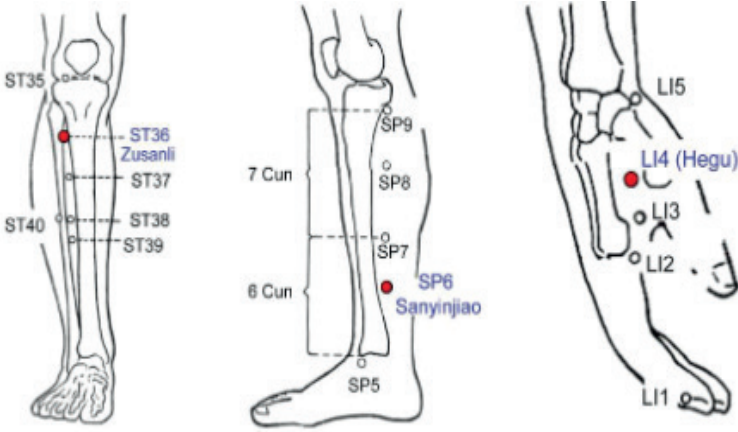
Söz konusu noktalara akupresür uygulaması sırasında dikkat edilmesi gereken bazı önemli hususlar bulunmaktadır. Öncelikle bası noktalarının meridyenler üzerinde yer aldığı unutulmamalıdır. Kemik çıkıntıları üzerinde

enerji noktaları yer almadığı için kemik bölgesine uygulama yapılmamalıdır. Uygulama sırasında uygulanacak basınç miktarı her bireyin kendi ağrı eşiği dikkate alınarak ayarlanmalıdır. Ağrı şiddetinin üzerinde uygulanacak basılar, bireyin vücudunda morarma, ezilme gibi sorunlara neden olabilirken, ağrı şiddetinden düşük düzeydeki basınçlar ise akupresür uygulamasının etkinliğinin yetersiz kalmasına neden olabilmektedir (Ayçeman, 2016; Doğan & Taşçı, 2015; Koç Özkan & Balcı, 2018).

Literatür incelemesinde kanser tanılı bireylerde yorgunluğun yönetiminde deneysel desende farklı çalışmalara rastlanmıştır. Khanghah ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir çalışmada kemoterapi alan 90 kanser tanılı bireyin yer aldığı örnekleme grubu rastgele blok örnekleme yöntemi kullanılarak akupresür grubu, placebo grubu ve kontrol grubu olarak üçe ayrılmış ve her grubu 30'ar katılımcı atanmıştır. Akupresür grubunda bası noktaları Zusanli (ST-36), Hegu (LI-4) ve Sanyingjiao (SP-6) noktalarına uygulama yapılmıştır. Placebo grubunda sahte noktalara basınç uygulaması yapılmış olup, kontrol grubuna herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Katılımcıların yorgunluk düzeyleri kemoterapi öncesinde, sırasında ve sonrasında olmak üzere toplam üç kere değerlendirilmiştir. Uygulama sonucunda akupresür grubunda diğer gruplara göre yorgunluk düzeyinde anlamlı bir düşme olduğu belirlenmiştir (Khanghah ve ark., 2019).

Li & Liu tarafından yapılan bir sistematik derleme-metaanaliz çalışmasında ise akciğer kanserine yönelik kemoterapi sırasında hastalarda kansere bağlı yorgunluğun giderilmesinde akupunktur ve kulak akupresürünün birleşik etkileri değerlendirilmiştir. Söz konusu protokol sonucunda her iki uygulamanın kombine kullanımının hastalarda kanser ve kemoterapiyle ilişkin yorgunluğu azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir (Li & Liu, 2021).

Konuya ilişkin yapılan bir diğer çalışmada da hepatoselüler karsinom tanılı transarteriyel kemoembolizasyon uygulaması yapılan hastalardan oluşan örnekleme deney grubuna akupresür uygulaması yapılmış, kontrol grubuna ise rutin tedavi dışında ek bir uygulama yapılmamıştır. Her iki gruptaki katılımcılar transarteriyel kemoembolizasyon uygulaması öncesi, uygulamadan 2, 3, 4 ve 5 gün sonra değerlendirilmiştir. Akupresür grubundaki katılımcıların yorgunluk düzeyinde azalma olduğu bildirilmiştir (Lan ve ark., 2015). Literatür incelemesinde kanser ve tedavi sürecine ilişkin yorgunluğun yönetiminde akupresürün olumlu etkileri olduğunu bildiren yüksek kanıt düzeyli çalışmalara ulaşılmıştır.



Şekil 3: Yorgunluğun yönetiminde kullanılan bası noktaları (Hu ve ark., 2017)

SONUÇ

Akupresur kemoterapi alan kanser tanılı bireylerde yorgunluğun yönetiminde kullanılacak tamamlayıcı ve bütünlük bir tedavi şeklidir. Akupresurun ağrısız, güvenli, ekonomik olması, hızlı ve kolay bir şekilde öğrenilmesi ve öğretilmesi kanser gibi hastalığın kendisi ve özellikle kemoterapiye bağlı yorgunluğun yönetiminde kullanımını kolaylaştırmakta ve artırmaktadır. Yorgunluk hastalarda yüksek düzeyde görülen önemli bir semptom olmasına rağmen, deneysel desendeki çalışmaların sıklıkla bulantı-kusma semptomuna odaklandığı dikkat çekmektedir. Bu nedenle kanser ve tedavi sürecine ilişkin yorgunluğu konu alan yüksek kanıt düzeyli incelemeler ve deneysel desende araştırmalarla akupresurun yorgunluğun yönetiminde etkilerinin daha net ortaya konulması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Aapro, M., & Spivak, J. L. (2009). Update on erythropoiesis-stimulating agents and clinical trials in oncology. *Oncologist*, 14 Suppl 1:6-15. doi: 10.1634/theoncologist.2009-S1-6.
- Arring, N. M., Barton, D. L., Brooks, T., & Zick, S. M. (2019). Integrative therapies for cancer-related fatigue. *Cancer J.*, 25(5), 349-356. doi: 10.1097/PPO.0000000000000396.
- Ayçeman, N. (2016). Akupresür kursu temel bilgi notları. 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Tamamlayıcı Terapiler ve Destekleyici Bakım Uygulamaları Kongresi “Tüm boyutları ile tamamlayıcı terapiler” Bildiri kitabı, Antalya, 9-15.
- Bahar, A., Ovayolu, Ö., & Ovayolu, N. (2019). Onkoloji hastalarında sık karşılaşılan semptomlar ve hemşirelik yönetimi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6 (1), 42-58.
- Baykara, O., (2016). Kanser tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Balikesir Sağlık Bil Derg.*, 5(3), 154-165. doi: 10.5505/bsbd.2016.93823
- Behranvand, N., Nasri, F., Zolfaghari Emameh, R. & et al. (2022). Chemotherapy: a double-edged sword in cancer treatment. *Cancer Immunol Immunother* 71, 507-526. doi: 10.1007/s00262-021-03013-3
- Bower, J. E. (2014). Cancer-related fatigue--mechanisms, risk factors, and treatments. *Nat Rev Clin Oncol.*, 11(10), 597-609. doi: 10.1038/nrclinonc.2014.127.
- Can, G. (Ed.). (2019). Onkoloji hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri (2. Baskı).
- Cancer Patient Aid Association (CPPA). Facts & Symptoms. 25.12.2023 tarihinde <https://cancer.org.in/cancer/facts-symptoms/> adresinden erişildi.
- Dincer, B., İnangil, D., İnangil, G., Bahçecik, N., Ayaz, E. Y., Arslanoğlu, A. et al. (2022). The effect of acupressure on sleep quality of older people: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Explore*, 18(6), 635-645. doi: 10.1016/j.explore.2021.11.010.
- Doğan, N., & Taşcı, S. (2015). Akciğer kanseri hastalarında dispne ve akupres uygulaması. *Spatula DD-Peer Reviewed Journal on Complementary Medicine and Drug Discovery*, 5(4), 199-205.
- Friedenreich, C. M., Ryder-Burbidge, C., & McNeil, J. (2021). Physical activity, obesity and sedentary behavior in cancer etiology: epidemiologic evidence and biologic mechanisms. *Mol Oncol.*, 15(3),790-800. doi: 10.1002/1878-0261.12772.
- Harris, M. L., Titler, M. G., Struble, L. M. (2020). Acupuncture and acupressure for dementia behavioral and psychological symptoms: A scoping review. *Western Journal of Nursing Research*, 42(10), 867-880. doi: 10.1177/0193945919890552.
- Hu, Y. Q., Wu, Y. F., Hou, L. L. (2017). The effectiveness of electrical acupuncture stimulation in reducing levels of self-reported anxiety of lung cancer patients during palliative care: A pilot study. *Iranian Journal of Public Health*, 46(8), 1054-1061.

- Karabulutlu, Ö. (2009). Kemoterapi alan hastalarda semptom yönetimi ve yaşam kalitesinin sürdürülmesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, 17(3), 218-225.
- Karakuş, Z., & Özer, Z. (2022). Kanserle ilişkili yorgunluk yönetiminde güncel stratejiler ve hemşirelik girişimleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 15(3), 376-386. doi: 10.46483/deuhfed. 970397
- Karakuş, Z., Yangöz, Ş. T., & Özer, Z. (2022). Kanser ile ilişkili ağrı ve anksiyetenin yönetiminde akupresürün etkisi: Sistematik derleme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 9(1), 64-73. doi: 10.31125/hunhemsire.1102079
- Khanghah, A. G., , M. S., Nabi, B. N., Adib, M., & Leili, E. K. N. (2019). Effects of acupressure on fatigue in patients with cancer who underwent chemotherapy. *J Acupunct Meridian Stud.*, 12(4), 103-110. doi: 10.1016/j.jams.2019.07.003.
- Kirshbaum, M. (2010). Cancer-related fatigue: a review of nursing interventions. *Br J Community Nurs.* 15(5), 214-219. doi: 10.12968/bjcn.2010.15.5.47945.
- Kıskaç, N., Katra, H. B., Manav, G., Erdem Türkoğlu, B., Yokarıbaşı, E. (2023). Hastalarda yorgunluk semptomunun yönetiminde non-farmakolojik yöntemlerin etkisi-Sistematik derleme. *Jaren*, 9(1), 70-88. doi:10.55646/jaren.2023.34735.
- Koç Özkan, T., & Balcı, S. (2018). Çocuklarda ağrı kontrolünde akupresür kullanımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 234-239.
- Kurt, B., & Kapucu, S. (2018). Meme kanserli hastalarda progresif gevşeme egzersizlerinin kemoterapi semptomlarına etkisi: Literatür derlemesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 235-249. doi: 10.26559/mersinsbd.380900
- Lan, S. C., Lin, Y. E., Chen, S. C., Lin, Y. F., & Wang, Y. J. (2015). Effects of acupressure on fatigue and depression in hepatocellular carcinoma patients treated with transcatheter arterial chemoembolization: a quasi-experimental study. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2015, 496485. doi: 10.1155/2015/496485.
- Li, H., & Liu, H. (2021). Combined effects of acupuncture and auricular acupressure for relieving cancer-related fatigue in patients during lung cancer chemotherapy: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*, 100(42), e27502. doi: 10.1097/MD.00000000000027502.
- Molinas Mandel, N., & Onat, H. (Ed.). (2011). Kanser hastasına yaklaşım. Tanı, tedavi, takipte sorunlar. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- National Cancer Institute (NCI). Support for people with cancer chemotherapy and you. 25.12.2023 tarihinde <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/chemotherapy-and-you.pdf> adresinden erişildi.
- Özkan, M., & Akin, S. (2016). Kanser Hastalarında Kemoterapi İle İlişkili Yorgunluğun Yönetimi ve Fonksiyonel Durumun Geliştirilmesi. *Sağlık ve Toplum*, 26(3), 12-19.
- Pekmezci, H., Genç Köse, B., Akbal, Y., Aşık Özdemir, V. & Kefeli Çol, B. (2022). Kemoterapi alan kanser hastalarında görülen semptomlar ve tamamlayıcı terapi uygulamaları kullanımları. *Sağ Aka Derg.*, 2022; 9(3): 211-219.

- Spivak, J. L., Gascón, P., & Ludwig, H. (2009). Anemia management in oncology and hematology. *Oncologist*, 14 Suppl 1:43-56. doi: 10.1634/theoncologist.2009-S1-43.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri, 2022. 20.12.2023 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022-49679> adresinden erişildi.
- Türkiye Kanser Enstitüsü (TKE). Kanser nedir? 23.12.2023 tarihinde <https://tke.tu-seb.gov.tr/kanser-hakkinda/kanser-nedir> adresinden erişildi.
- Üçebakan, N. N., & Erzurum Alim, N. (2021). Baş ve boyun kanserlerinde risk faktörleri ve beslenme. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 54-66.
- World Health Organization (WHO). Cancer (2022). 23.12.2023 tarihinde <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer> adresinden erişildi.
- Wu, H. S., & Harden, J. K. (2015). Symptom burden and quality of life in survivorship: a review of the literature. *Cancer Nurs.*, 38(1):E29-54. doi: 10.1097/NCC.000000000000135.
- Yang, S., Chu, S., Gao, Y., Ai, Q., Liu, Y., Li, X., & Chen, N. (2019). A narrative review of cancer-related fatigue (CRF) and its possible pathogenesis. *Cells*, 8(7), 738. doi: 10.3390/cells8070738.
- Zick, S. M., Alrawi, S., Merel, G., Burris, B., Sen, A., Litzinger, A. et al. (2011). Relaxation acupressure reduces persistent cancer-related fatigue. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2011, 142913. doi: 10.1155/2011/142913.



Bölüm 10

MENOPOZ SONRASI DÖNEM VE OSTEOPOROZ

Gökcem DURU¹

¹ Öğr. Gör. Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Gümüşhane, Türkiye, gokcemduru05@gmail.com
ORCID ID 0000-0001-5098-4560

GİRİŞ

Yaşam döngüsü boyunca iskeletin, kırılmayı önlemek için optimum şekilde geliştirilmesi ve bütünlüğünün korunması gerekir. Kemikler kırılır çünkü üzerilerine binen yük, kemiğin ilgili enerjiyi absorbe etme yeteneğini aşar (Lanham-New, 2008). Kemik kaybı, tüm memelilerde yaşlanmanın neredeyse evrensel bir belirtisidir. İnsanlarda erkeklerde 50 yaş civarında, kadınlarda menopozda başlar ve yaşamın sonuna kadar yılda ortalama % 0,5-1 oranında ilerler. Kadınlarda erkeklere göre daha hızlı, bazı kemiklerde ise diğerlerinden daha hızlı meydana gelir (Nordin vd., 2006).

Menopoz ve yaşlanma sürecinin kendisi birçok fizyolojik değişikliğe neden olur ve bu da menopoz sonrası kadınlarda gözlenen kronik hastalıkların artan prevalansını açıklamaktadır. Menopoz; obezite, metabolik sendrom, kardiyovasküler hastalık ve osteoporoz prevalansının artmasıyla ilişkilidir. Egzersiz ve beslenme, kardiyovasküler hastalıkların, kanserin, obezitenin, diyabetin, osteoporozun ve depresyonun önlenmesinde ve tedavisinde önemli rol oynar (Hagey ve Warren, 2008; Silva, 2021).

Osteoporoz, özellikle yaşlılarda görülen önemli sağlık sorunları arasında yer alır. Bu grup insanlarda hastalık ve ölümlerin ana nedenlerinden biridir. Ayrıca her yıl sağlık sistemine ciddi bir mali yük getirmektedir. Farklı toplumlarda osteoporozun prevalansı ve insidansı hakkında farklı raporlar bulunmaktadır. Kadınlarda osteoporoz riski daha yüksektir. Osteoporoz menopoz sonrası dönemdeki her üç kadından birini etkilemektedir. Osteoporoz, genetik, yaş, cinsiyet, ırk, kilo ve bazı ilaçların (örn. kortikosteroidler ve tiroid hormonları) tüketiminin yanı sıra bazı hastalıkların (romatoid artrit ve gastrointestinal bozukluklar) kemik kütle yoğunluğunu ve dolayısıyla kemik sağlığı etkileyebildiği çok faktörlü bir hastalıktır. Yaşam tarzı kemik kütlesi yoğunluğunu etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Fiziksel aktivite, egzersiz, beslenme alışkanlıkları, alkol/tütün tüketimi gibi faktörler düzeltilbilir ve dolayısıyla önemli olarak dikkate alınmıştır. Farklı çalışmalara göre, iyi beslenme osteoporozun önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleriyle osteoporoz riski azaltılabilir. Bunlar arasında yeterli miktarda kalsiyum, D vitamini ve protein alımı, düzenli ağırlık kaldırma egzersizi, alkol alımının azaltılması ve sigaranın bırakılması yer alır. Yaşam tarzı değişikliklerini (özellikle dengeli besin alımını) teşvik eden programların geliştirilmesi osteoporoz riskinin azaltılması için gereklidir. Bu bakımdan en önemli besinler kalsiyum ve D vitamindir. Ayrıca beslenmeye dikkat etmek osteoporoz hastalarının tedavi ve rehabilitasyonunda da önemli bir bileşendir. Aksi taktirde, yetersiz beslenme iyileşme sürecini yavaşlatabilir ve kemik kırılması riskini artırabilir (Hejazi vd., 2020; Rizzoli vd., 2014).

MENOPOZ

Menopoz, kelimenin tam anlamıyla menstrual siklusun olmamasıdır, ancak daha geniş bir tanım olarak, “yumurtalık foliküller aktivitesinin kaybının ardından menstrual siklusun kalıcı olarak kesilmesini” içerir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) doğal menopoza, fizyolojik veya patolojik nedenlere bağlı olmayan, en az 12 ay üst üste amenore olarak tanımlamaktadır. İstatistikler, doğal menopoza ortalamaya yaşının sanayileşmiş ülkelerde 51 olduğunu, fakir ve sanayileşmemiş ülkelerde ise 48 olduğunu gösteriyor. Ortalama yaşam süresinin 70 yıla kadar çıkmasıyla çoğu kadın, yaşam sürelerinin üçte birinden fazlasını menopoz geçişinden sonra geçirecektir. Ayrıca yaşlanan nüfusun hızla artması nedeniyle menopoza giren kadınların oranı da artıyor. Bu nedenle, menopozdaki kadınların sağlığı dünya çapında öncelikli bir sorun haline gelmektedir (De Villiers, 2023; Ji ve Yu, 2015). Menopoz, apoptoz veya programlanmış hücre ölümüne sekonder primer over yetmezliğinden kaynaklanan doğal bir fizyolojik olaydır. Yumurtalık fonksiyonu yaşla birlikte azalır. Menopozun başlangıcı, östradiol üretiminin azalmasının yanı sıra folikül uyarıcı hormon (FSH) seviyelerinin artmasına da neden olur. Menopozal geçiş döneminde kadınlar sıcak basması, gece terlemesi, vajinal atrofi ve kuruluk, dispareni, uyku bozukluğu ve ruh hali değişimleri gibi bir takım rahatsız edici semptomlar yaşayacaklardır. Bunların yanı sıra, menopozal kadınlarda en sık görülen hastalık olan osteoporoz, düşük yaşam kalitesiyle güçlü bir şekilde ilişkilidir. Menstrual siklusun sonlanması göze çarpan bir olay olmasına rağmen, menopozal geçiş birkaç yıla yayılabilir ve postmenopozal hipostrojenizmin sağlık üzerindeki etkisi, semptomlar artık mevcut olmasa bile onlarca yıl sürebilir (Ji ve Yu, 2015; Silva, 2021).

OSTEOPOROZ

Günümüzde yaşlı nüfusun hızla artması nedeniyle osteoporoz bazı toplumlarda çok sık karşılaşılır hale gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre osteoporoz, kemik kütlesi yoğunluğunun kaybı ve kemik dokusunun mikro yapısının hasar görmesi ile karakterize, kemik kırılabilirliğinin ve kırık riskinin artmasına neden olan sistematik bir iskelet hastalığıdır. Osteoporoz tüm kemikleri etkileyebilse de bilek kemikleri, bel omurları ve pelvis buna karşı daha savunmasızdır (Hejazi vd., 2020; Özünal ve Alim, 2021).

Osteoporoz bir kez oluştuğunda tedavi seçenekleri pek etkili olmaz. Bu nedenle önleyici stratejiler, kemik kaybını yavaşlatarak veya önleyerek, kemik gücünü koruyarak ve düşmeye katkıda bulunabilecek faktörleri en aza indirerek veya ortadan kaldırarak kırıkları önlemeyi amaçlarız. Önleyici stratejiler, diyet, egzersiz, hormon replasman tedavisi ve kemik üzerinde olumsuz etkileri olan sigara içmek gibi davranışlardan kaçınarak en yüksek kemik kütlesine ulaşmaya ve korumaya çalışır (Hagey ve Warren, 2008).

MENOPOZUN OSTEOPOROZLA İLİŞKİSİ

Maksimum kemik kütleline ulaşmak kemik sağlığı açısından önemlidir ve ileriki yıllarda osteoporozun ve ardından gelen kırıkların önlenmesinde hayatı bir rol oynar. Kemik kütlesi birikimi çocukluktan başlayıp yetişkinliğe kadar devam eder ve omurga ve kalça için en yüksek kemik kütleline yirmili yaşların ortasında ulaşılabilirken, diğer kemikler 40 yaşında en yüksek noktasına ulaşır. Bundan sonra kemik kütlesi normalde azalır. 70 yaşına gelindiğinde kemik kütlesi %30-40 oranında azalmıştır. Doruk kemik kütleline ana belirleyicisi genetik faktörlerdir. Çalışmalar, düşük yoğunluklu lipoprotein reseptörüne bağlı protein 5 (LRP5), osteoprotegerin (OPG), sklerostin (SOST), östrojen reseptörü 1 ve NF-κB reseptör aktivatörü (RANK) dahil olmak üzere kemik kütlesiyle ilişkili çeşitli genetik varyantlar buldu. Hormon durumunun, özellikle östrojen olmak üzere kemik kütlesi artışı düzenlediği bulunmuştur. Beslenme, sigara içme ve egzersiz gibi diğer faktörler de kemik kütleline zirve noktasına ulaşması sürecinde rol oynayabilir. Sağlıklı kemik, kemik yoğunluğunun korunması için çok önemli olan sürekli yeniden yapılanmayı gerektirir. Her yıl kemiğin yaklaşık %10'unun bu işlemle yenilediği tahmin edilmektedir (Ji ve Yu, 2015; Üçtepe vd., 2022).

Östrojen kemiği aşağıdaki mekanizmalar yoluyla etkiler:

- 1) Kemik kütleline paratiroid hormonuna (PTH) duyarlılığını azaltarak kemik emilimini azaltır.
- 2) Kalsitonin üretimini artırarak kemik emilimini inhibe eder.
- 3) Bağırsakta kalsiyum emilimini hızlandırır.
- 4) Böbrekten kalsiyum atılımını azaltır.
- 5) Östrojen, östrojen reseptörleri olduğundan kemikte de doğrudan etkiler yaratabilir.

Menopozda normal kemik döngüsü östrojen eksikliği nedeniyle bozulur (Ji ve Yu, 2015). Kadınlarda menopoz ile başlayan dönemde östrojenin sağlığa iyi etkileri azalmıştır. Bu iyi etkilerden biri de kemik kaybının hızlı olmasıdır. Östrojen azlığı, kemik yoğunluğunda azalmaya, dolayısıyla da osteoporoz gelişme riskinde artmaya yol açmaktadır. Osteoporoz birçok faktörden etkilenen komplike hastalıklardandır. Primer osteoporozun risk faktörlerinden bazıları; 60 yaş üstü olmak, menopozla bağlı östrojende meydana gelen azalma, kalsiyum ve D vitamininin yetersiz alımıdır (Özunal ve Alim, 2021).

Kadınlarda menopozu takip eden akut kemik kaybı, özellikle trabeküler bileşeni etkiler ancak iskeletin çoğunu kapsar ve yaşamın sonuna kadar

az çok doğrusal olarak devam eder. İlişkili biyokimyasal değişiklikler arasında plazma kalsiyumunun kompleks fraksiyonundaki artışlar (plazma bikarbonatındaki açıklanamayan bir artışa ikincil olarak), plazma alkalın fosfataz ve idrar hidroksiprolinindeki artışlar (artan kemik rezorpsiyonunu ve ardından kemik oluşumunda telafi edici bir artışı temsil eder), zorunlu idrarda kalsiyum kaybı ve kalsiyum emiliminde küçük ama önemli bir düşüş vardır. Her ne kadar bu değişiklikler en çok menopoza yakın dönemde belirgin olsa da yaşamın sonuna kadar devam eder (Cosman vd., 2016; Nordin vd., 2006).

Menopoz sonrası kadınlarda iskelet sağlığını yönetmenin amaçları kemik kaybını önlemek veya en aza indirmek ve kırık olasılığını azaltmaktır. Tüm menopoz sonrası kadınların, kemik kütlesi yoğunluğu, klinik risk faktörleri veya kırık riskleri ne olursa olsun, yeterli miktarda kalsiyum ve D vitamini içeren dengeli bir beslenme, fiziksel olarak aktif olma ve zararlı maddelerden kaçınma gibi farmakolojik olmayan önlemleri ve yaşam tarzı değişikliklerini benimsemeleri teşvik edilmelidir. Hem genel hem de kemik sağlığını desteklemek için sigara içmek gibi yaşam tarzı alışkanlıkları bırakılmalıdır. Ancak bu genel yaklaşımlar osteoporozlu kadınlar için yeterli tedavi olmayacaktır. Kırık riski yüksek olan kadınlarda, kırık riskini azaltmak için iskeleti güçlendirmeye yönelik farmakolojik tedavi gereklidir (Lanham-New, 2008; NAMS, 2021).

OSTEOPOROZ YÖNETİMİNDE FARMAKOLOJİK OLMAYAN SEÇENEKLER

KALSİYUM

Kalsiyum (Ca) vücutta en çok bulunan mineraldir. İnsan vücudunda yaklaşık 1.2 kg (yaklaşık 300 mmol'e eşdeğer) bulunur ve bu kalsiyumun %99'u kemiklerde ve dişlerde bulunur. Kalsiyum ayrıca vücut sıvılarında ve yumuşak dokularda da bulunur. İki temel rolü vardır:

- (1) Yapısal bütünlüğün desteklenmesi
- (2) Metabolik fonksiyonun düzenlenmesi

Kalsiyum şunlar için gereklidir; hücresel yapı, hücreler arası ve hücre içi metabolik fonksiyon, sinyal iletimi, kalp kası dahil kas kasılmaları, sinir fonksiyonu, enzimlerin aktiviteleri, kanın normal pıhtılaşması. Normal kan pıhtılaşmasındaki rolü öncelikli olduğundan ve dolayısıyla plazma kalsiyum çok dar sınırlar içinde tutulduğundan kalsiyum durumunun işlevsel bir belirteci yoktur (Lanham-New, 2008). Kalsiyum emilimi ağırlıklı olarak jejunumda ve ayrıca ileum ve kolonda meydana gelir. Alım aktif taşıma ve basit pasif difüzyonla gerçekleşir. Düşük kalsiyum alımında aktif taşıma

baskındır, ancak alım arttıkça daha fazlası spesifik olmayan yolaklar tarafından emilir. D vitamininin metaboliti (1,25-dihidroksikolekalsiferol), kalsiyum bağlayıcı bir proteinin üretimini indükleyerek bağırsak hücreleri boyunca kalsiyum taşınmasını uyarır. Bu süreç, villus hücrelerinde normal reseptör bağlanması, DNA etkileşimi ve haberci RNA üretimi süreci yoluyla meydana gelir. Bu nedenle D vitamini etkili kalsiyum emilimi için kritik öneme sahiptir. Kalsiyum, esas olarak renal atılım yoluyla kaybedilir ancak dışkı, ter, deri ve saçın yanı sıra tırnaklar yoluyla da meydana gelen kayıpları destekleyen veriler de mevcuttur. Kalsiyum, kalsiyum açısından nispeten zengin olduğu bilinen safra yoluyla bağırsağa girer. Aynı zamanda pankreas salgılarıyla ve mukozal astardan dökülen hücrelerin bir parçası olarak bağırsağa da girer. Ayrıca ileum ve kolondan da yeniden emilebilir. Endojen sekresyonun bir sonucu olarak net emilim, brüt diyet emiliminden yaklaşık 100 mg daha azdır. Plazma kalsiyum, yaklaşık %50'si iyonize olan 90-105 mg/l seviyesinde sıkı bir şekilde tutulur. Plazma iyonize kalsiyum bölmesi, bağırsaktan emilimi, böbrek kaybını ve kalsiyumun kemikte birikmesini veya mobilizasyonunu düzenleyen humerus faktörlerinin bir kombinasyonu tarafından korunur (Calaf-Alsina vd., 2023; Lanham-New, 2008).

Menopozda meydana gelebileceği gibi, kalsiyum taşıma mekanizmasının kendisindeki bazı değişikliklere bağlı olarak, yaşla birlikte kalsiyum emme kapasitesinde içsel bir azalma olacaktır. Böyle bir anormallik, kalsiyum emiliminin serum kalsitriol seviyesinden beklenenden daha düşük olduğu spinal osteoporozlu yaşlı kadınlarda tespit edilmiştir. Aynı zamanda kalsiyum emilimindeki düşüşün D vitamini durumundaki düşüşten önce geldiğini göstermektedir (Nordin vd., 2006). Yeterli kalsiyum alımının (yeterli D vitamini durumu varlığında), menopoz öncesi ve sonrası kadınlarda kemik kaybını azalttığı ve düşük kalsiyum alımı olan 60 yaş üstü menopoz sonrası kadınlarda kırıkları azalttığı gösterilmiştir. Yeterli kalsiyum, herhangi bir kemik koruyucu tedavi rejiminin önemli bir bileşeni olarak kabul edilir. Kalsiyum ayrıca hipertansiyon, kolorektal kanser, obezite ve nefrolitiazis başta olmak üzere çeşitli iskelet dışı bozukluklarda da faydalı etkilerle ilişkilendirilmiştir, ancak bu etkilerin kapsamı tam olarak açıklanmamıştır. Menopozda kalsiyum ihtiyacı artar. Menopoz sonrası kadınların çoğu için hedef kalsiyum alımı 1.200 mg/gündür. Kalsiyumun besinsel faydalarından yararlanmak için, 30 ng/mL veya daha fazla serum 25-hidroksivitamin D (genellikle en az 400 ila 600 IU günlük oral alımla elde edilir) olarak tanımlanan yeterli D vitamini durumu gereklidir. Kalsiyumun en iyi kaynağı besinler, en iyi besin kaynağı ise süt ürünleridir. Yüksek kaliteli kalsiyum takviyeleri (bölünmüş dozlarda alınır), yeterli miktarda kalsiyum tüketemeyen kadınlar için alternatif kaynaklardır. Kalsiyum eksikliğini belirlemeye yönelik doğru bir test mevcut olmadığından, klinisyenler bunun yerine kadınları önerilen seviyeleri

karşılacak kadar yeterli kalsiyum tüketmeye teşvik etmeye odaklanmalıdır (NAMS, 2006).

Normal karma diyet uygulayan bir yetişkin genellikle denge halindedir; yani dışkı ve idrarda kaybedilen miktar, gıdada bulunan miktara yaklaşık olarak eşittir. Büyüyen çocuklarda vücut normalde pozitif dengededir. Yeni kemik oluşumu için kalsiyum sürekli olarak korunur. Kemiklere olan ihtiyaç fazla olduğunda, diyetteki kalsiyumun bağırsak mukozası yoluyla net emilimi normalden çok daha fazla olabilir. Kalsiyum dengesinin temel özellikleri arasında, kemiklerdeki yavaş yenilenmeyi sağlayan, esas olarak kan ve hücre dışı sıvılardan oluşan karışabilir bir havuz yer alır. Havuz diyetteki kalsiyum ile yenilenir ve idrarda kayıplar meydana gelir. Plazma kalsiyum konsantrasyonunun hassas bir şekilde düzenlendiğini ve havuzun boyutunu kontrol ettiğini unutmamak çok önemlidir. Dolayısıyla kalsiyum dengesi çok sayıda faktör tarafından aktif olarak kontrol edilir. Kalsiyumun dış dengesi (alım ve çıkış arasındaki fark) aslında iskelet, bağırsak ve böbrek arasındaki değişim tarafından belirlenir. Bu akışlar kalsiyotrofik hormonların etkisiyle kontrol edilir. Ayrıca seks hormonları, büyüme hormonları, kortikosteroidler ve çeşitli lokal etkili hormonlar gibi diğer faktörlerden de etkilenir (Lanham-New, 2008).

D VİTAMİNİ

Kalsiyum, osteoporozun önlenmesinde önemli bir rol oynar çünkü kalsiyum seviyesi doğrudan kemik kütle yoğunluğu ve kemik sağlığı ile ilişkilidir. Ancak kalsiyum kemik sağlığı için yeterli değildir. Çünkü D vitamini eksikliği bağırsaklardan kalsiyum alımının artmasında önemli bir faktördür. Bu olay kalsiyum emilimini azaltır ve kemik kütle azalmasına ve osteoporoz riskinin artmasına neden olur (Hejazi vd., 2020). D vitamini eksikliğinin kemik kaybını hızlandırdığına ve kalça kırığına katkıda bulunduğu dair güçlü bir varsayım vardır. D vitamini eksikliğinin kas fonksiyonu üzerindeki etkisi aynı zamanda düşmelere zemin hazırlayarak D vitamini durumu ile kalça kırığı arasındaki bağlantıya da katkıda bulunabilir. Kadın kalça kırığı vakalarında kemik kütle yoğunluğu ve kas gücü de azalır ve bunlar içsel olarak ilişkilidir (Nordin vd., 2006). Vücudun D vitamini ihtiyacının neredeyse %90'ı güneş ışığına maruz kalan deride oluşur ve az miktarda D vitamini besinlerden sağlanır. Güneş ışığına maruz kalma süresinin ve cilt üretim performansının azalmasına bağlı olarak, ultraviyole radyasyonun etkisiyle veya yaşlanmayla birlikte ciltte D vitamini sentezi azalır (Hejazi vd., 2020; Lanham-New, 2008). Menopoz sonrası kadınlarda osteoporozun teşhisi ve tedavisine yönelik Avrupa kılavuzu, 50 yaşın üzerindeki tüm kadınlar için günlük en az 800 IU/gün D vitamini ve 1 g/kg vücut ağırlığı protein alımını önermektedir. (Rizzoli vd., 2014).

PROTEİN ALIMI

Yaşamın her döneminde olduğu gibi menopoz döneminde de kas ve iskelet sistemi sağlığı, doku oluşumu ve onarımı için yaşa ve cinsiyete özgü önerilen miktarlarda kaliteli protein tüketimi önemlidir. Türkiye Beslenme Rehberi 2015'e göre yetişkin bireylerin vücut ağırlığı başına günlük 0.8-1.0 gram protein tüketmeleri önerilmektedir. Postmenopozal dönemdeki kadınlarda yağsız kütle kaybının önlenmesi için alınması gereken minimum protein tüketim düzeyinin günlük 0.8 g/kg olduğu belirtilmektedir. Günlük ihtiyaç duyulan enerjinin %10-20'sinin protein kaynaklarından karşılanması ve bu oranın tüketilen protein kaynağının kalitesine göre düzenlenmesi önerilmektedir. Ayrıca balık, yumurta, et, tavuk, yağlı tohumlar ve kurubaklagiller grubunun 1,5 porsiyon/gün (120 g) tüketilmesi önerilmektedir (Akdağ vd., 2022). Protein kemik hacminin yaklaşık %50'sini ve kütesinin yaklaşık üçte birini oluşturur. Kemikteki kollajen moleküllerinin çapraz bağlanması, amino asitlerin modifikasyonunu içerir ve kemiğin yeniden şekillenmesi süreci sırasında salınan kollajen fragmanlarının çoğu, yeni kemik oluşturmak için yeniden kullanılamaz. Protein, kemik için yapısal matris sağlamanın yanı sıra, kalsitriol sentezi yoluyla kemik büyümesini uyaran, bağırsakta kalsiyum ve fosfor emilimini artıran ve böbreklerden fosfatın yeniden emilimini artıran bir hormon olan IGF-I düzeylerini optimize eder. Bu nedenle sağlıklı kemik bakımı için yeterli miktarda diyet proteini gereklidir. Diyetle daha yüksek protein alımı, hem postmenopozal kadınlarda, hem de egzersizli takip eden genç, sağlıklı kadınlarda daha fazla kas kütlesi ve gücü ile ilişkilidir. Osteoporozu olan yaşlı kişilerde artan protein alımı seviyeleri ($\geq 0,8$ g/kg vücut ağırlığı/gün veya toplam enerji alımının %24'ü), daha yüksek kemik kütle yoğunluğu, daha yavaş bir kemik kaybı oranı ve kalça kırığı riskinin azalması ile ilişkilidir (Rizzoli vd., 2014).

Protein alımı ile idrar kalsiyumu arasında pozitif bir korelasyon vardır. Bu etki protein parçalanmasından kaynaklanan asit yüküne ve/veya böbreklerdeki kalsiyumun sülfat iyonu ile kompleksleşmesine atfedilmiştir, ancak daha büyük olasılıkla proteinlerin metabolizmasından sonra atılan fosfat iyonlarının kalsiyum kompleksleştirici etkisinden kaynaklanmaktadır. Etkinin büyüklüğü öyledir ki, 40 g hayvansal protein (yaklaşık 800 mg (26 mmol) elementel fosforu temsil eder) yaklaşık 40 mg (1 mmol) kalsiyum çıkarır. Bunun kalsiyum gereksinimi üzerindeki etkisi, alınan kalsiyum ile emilen kalsiyum arasındaki eğrisel ilişki nedeniyle geçerli olan ilişkili kalsiyum alımına bağlıdır (Nordin vd., 2006).

SODYUM ALIMI

Sodyum ve kalsiyum atılımı arasında güçlü bir pozitif korelasyon vardır; öyle ki, alınan her 2,3 g (100 mmol) sodyum, idrarla 40 mg (1 mmol) sodyum

çıkartır. Bu nedenle, sodyum alımını 2,3 g (100 mmol) artırmanın veya aynı miktarda azaltmanın etkisi, kalsiyum gereksinimi üzerinde yukarıda açıklanan hayvansal protein alımındaki 40 g'lık değişiklikle aynı etkiye sahiptir. (Nordin vd., 2006).

KIRIK ÖNLEMEDE KALSİYUM VE D VİTAMİNİ

Osteoporozlu kadınların, kemik kütle yoğunluğu normal olan kadınlardan daha fazla kalsiyuma ihtiyacı yoktur. Kalsiyum ve D vitamini takviyesi çalışmalarının, bakımevlerinde kalan yaşlı bireylerde kırık oranlarını azalttığı gösterilmiştir. Fransa'da huzurevlerinde yaşayan kadınlara 18 ay boyunca günlük 1200 mg kalsiyum (Ca) takviyesi ve 20 µg D vitamini verildiğinde hem kalça kırığının hem de omurga dışı kırıkların, plaseboyla karşılaştırıldığında aktif tedavi gören kadınlarda önemli ölçüde azaldığı gösterilmiştir. Serbest yaşayan yaşlı popülasyonlarda kalsiyum ve D vitamininin kırıkların önlenmesinde etkisini gösteren veriler de mevcuttur. Günlük 500 mg kalsiyum ve 20 µg kolekalsiferol verilen yaşlı Amerikalı erkek ve kadınların (ortalama yaş 71), toplam vertebra dışı kırık sayısında azalma olduğu bulunmuştur. Kuzey Avrupa bölgesinde (Danimarka) yaşayan 9605 toplum sakiniyle yapılan faktöriyel küme-rastgele pragmatik müdahale çalışmasında, 3 yıllık bir süre boyunca günlük CaCO₃ (1000 mg) ve D vitamini (10 µg) takviyesinin herhangi bir destek önerilmeyen ancak bir çevre ve sağlık programına katılan kişilerle karşılaştırıldığında, tedavi edilen kişilerde kırık insidansında %16'lık bir azalma ile sonuçlanmıştır (Lanham-New, 2008; NAMS,2021).

EGZERSİZ VE DÜŞMEYİ ÖNLEME

65 yaş ve üzeri kadınların en az üçte biri her yıl bir veya daha fazla düşme yaşamaktadır ve ilerleyen yaşla birlikte düşme ve kırık riski de artmaktadır. Kırıkların çoğu düşme sonucu meydana geldiğinden, düşme sıklığını azaltmaya yönelik girişimler, yaşlı postmenopozal kadınlarda kırık riskini azaltmanın önemli bileşenleri olmalıdır. Yürüyüş ve kas gücünü hedef alan çok bileşenli egzersiz programları yaşlı yetişkinlerde düşmeleri ve belki de kırıkları önlemenin etkili yoludur. Benzodiazepinlerin, nöroleptik ajanların ve antidepressanların kullanımının azaltılması, düşme riskini %60'tan fazla azaltır. Düşme riski yüksek olan hastalarda, özellikle uzun süreli bakım tesisleri gibi denetimli ortamlardaki hastalar için kalça koruyucuları düşünülebilir (NAMS, 2021).

Kırıkların düşmelerden kaynaklandığı göz önüne alındığında, egzersiz yoluyla kas tonusunun ve dengenin iyileştirilmesi düşme riskini azaltabilir. Direnç egzersizlerinin, menopoz sonrası kadınlarda kemik kütle yoğunluğu değişiklikleri üzerinde düşük ila orta derecede önemli etkileri vardır. Hem yüksek yüklü hem de düşük yüklü direnç antrenmanları, yaşlanan

insanlarda femur boynu ve lomber omurga kemik kütle yoğunluğu üzerinde eşit derecede etkili görünmektedir ve benzer etkilere sahiptir. Singapur'da popüler olan qigong, tai chi ve yoga gibi denge egzersizleri kas tonusunu ve zihinsel sağlığı iyileştirebilir; bunların hepsi kişinin osteoporoz riskini etkileyen faktörlerdir. Yüksek yoğunluklu direnç ve darbe antrenmanının son zamanlarda etkili olduğu ve düşük ila çok düşük kemik kütlelerine sahip, sağlıklı menopoz sonrası kadınlarda sıkı denetim altındaki koşullar altında hiçbir olumsuz olaya neden olmadığı gösterilmiştir. Birçok kadın ayrıca egzersiz yapmayı engelleyen eklem ağrıları ve diz problemlerinden de şikayetçidir. Özellikle Covid-19'un ve sosyal mesafenin hakim olduğu dönemde, kolay erişilebilir egzersiz programlarına yönelik yeni programlara ve yeniliklere ihtiyaç vardır. Egzersizin yanı sıra, evin tehlikelere karşı değerlendirilmesi, uygun ayakkabılar, 'risk altındaki' ilaçların (mümkünse) bırakılması ve risk faktörlerini değerlendirmek için multidisipliner bir programın kullanılması, potansiyel olarak düşme riskini azaltmak için ihtiyatlı stratejilerdir (Yong ve Logan, 2021).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Osteoporoz menopoz sonrası kadınların büyük bir kısmını etkileyen kronik, ilerleyici bir sağlık sorunudur. Osteoporoz tedavisine başlamadan önce ayrıntılı tıbbi öykü, fizik muayene, laboratuvar değerlendirmesi ve geçmişte boy kaybı ve kifoza olan kadınlarda vertebral görüntülemeyi içeren kapsamlı bir değerlendirme yapılmalıdır. Menopoz uygulayıcıları hastalarında kemik sağlığının değerlendirilmesi ve yönetimine yönelik yaklaşımlara aşina ve rahat olmalıdır. Osteoporoz tanısı konulduktan sonra hastaların ömür boyu tedavi görmesi gerekir. Menopoz sonrası kadınlarda kemik sağlığının yönetimi, düşük kemik kütle yoğunluğu ve kırık için risk faktörlerinin değerlendirilmesini, risk faktörlerini azaltmak için sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının teşvik edilmesini ve endike ise farmakolojik tedaviyi içerir. Osteoporozun teşhisi ve kırık riskinin değerlendirilmesi için etkili araçlar mevcuttur ve hem düşük hem de yüksek kırık riski olan kadınlarda kemik sağlığını yönetmek için iyi çalışılmış stratejiler mevcuttur. Tedavi yaklaşımlarını bireyselleştirerek ve klinik tablo değişirse bu yaklaşımları izleyerek ve ayarlayarak, osteoporozun menopozal bir kadının aktivitesi ve refahı üzerindeki sonuçları en aza indirilebilir (NAMS, 2021).

Beslenmeye dikkat, yeterli kalsiyum ve D vitamini alımı, fiziksel aktivite ve zararlı alışkanlıklardan kaçınma dahil olmak üzere sağlıklı alışkanlıkların tavsiye edilmesi ve teşvik edilmesi, tüm menopoz sonrası kadınlar için uygundur. Yaşlı kadınlarda düşme olasılığı azaltılabilir ve kırık riski de azaltılabilir. Düşmelerin önlenmesi özellikle yaşlı kadınlarda veya hareket kabiliyeti azalmış kişilerde önemlidir (NAMS, 2021).

Osteoporotik kırık riskinin genetik, çevresel, yaşam tarzı ve beslenme belirleyicileri ile bunlar arasındaki etkileşimlerin olduğu yaygın olarak kabul edilmektedir. Beslenmenin iskelet üzerindeki etkilerinin güçlü ve geniş kapsamlı olduğunu gösteren iyi kanıtlar vardır. 2030 yılına kadar yetişkin nüfusun dörtte birinin yaşlı olacağı göz önüne alındığında, yaşam döngüsü boyunca kemik sağlığının optimizasyonuna yönelik beslenme stratejilerine, düşmeleri azaltmada diyetin rolü de dahil olmak üzere, özel önem verilmesi hayati önem taşımaktadır. Kalsiyum ve D vitamini, optimal kemik sağlığı için açıkça temel besinlerdir. Her ne pahasına olursa olsun, optimal olmayan alımlar veya durum önlenmeli ve yaşlı yetişkinler, menopoza sonrası kadınlar, ergen kızlar ve amenoreli kadınlar gibi hassas gruplar için diyetle D vitamini takviyesi düşünülmelidir. Kalsiyum ve D vitamininin yaşlılarda, özellikle de D vitamini eksikliğinin yaygın olduğu popülasyonlarda kırıkların önlenmesinde etkili stratejiler olduğu gösterilmiştir (Lanham-New, 2008).

KAYNAKÇA

- Akdağ, S., Kaner, G., & Ayer, Ç. (2022). Menopoz döneminde beslenmenin yönetimi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 191-197.
- Calaf-Alsina, J., Cano, A., Guañabens, N., Palacios, S., Cancelo, M. J., Castelo-Branco, C., ... & Diez-Perez, A. (2023). Sequential management of postmenopausal health and osteoporosis: An update. *Maturitas*, 107846.
- Cosman, F., Crittenden, D. B., Adachi, J. D., Binkley, N., Czerwinski, E., Ferrari, S., ... & Grauer, A. (2016). Romosozumab treatment in postmenopausal women with osteoporosis. *New England Journal of Medicine*, 375(16), 1532-1543.
- De Villiers, T. J. (2023). Bone health and menopause: osteoporosis prevention and treatment. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 101782.
- Hagey, A. R., & Warren, M. P. (2008). Role of exercise and nutrition in menopause. *Clinical obstetrics and gynecology*, 51(3), 627-641.
- Hejazi, J., Davoodi, A., Khosravi, M., Sedaghat, M., Abedi, V., Hosseinverdi, S., ... & Shojaie, L. (2020). Nutrition and osteoporosis prevention and treatment. *Bio-medical Research and Therapy*, 7(4), 3709-3720.
- Ji, MX ve Yu, Q. (2015). Postmenopozal kadınlarda primer osteoporoz. *Kronik hastalıklar ve translasyonel tıp*, 1 (1), 9-13.
- Lanham-New, S. (2008). Importance of calcium, vitamin D and vitamin K for osteoporosis prevention and treatment: Symposium on 'Diet and bone health'. *Proceedings of the Nutrition Society*, 67(2), 163-176. doi:10.1017/S0029665108007003
- Nordin, B. C., Need, A. G., Steurer, T., Morris, H. A., Chatterton, B. E., & Horowitz, M. (1998). Nutrition, osteoporosis, and aging. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 854(1), 336-351.
- North American Menopause Society (NAMS). (2006). The role of calcium in peri-and postmenopausal women: 2006 position statement of the North American Menopause Society. *Menopause (New York, NY)*, 13(6), 862-880.
- North American Menopause Society (NAMS). (2021). Management of osteoporosis in postmenopausal women: the 2021 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause-the Journal of the North American Menopause Society*, 28(9), 973-997.
- Özünal, A., & Alim, N. E. (2022). Menopozal dönemde görülen osteoporozda kalsiyum ve D vitamininin rolü. *Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 46-55.
- Rizzoli, R., Bischoff-Ferrari, H., Dawson-Hughes, B., & Weaver, C. (2014). Nutrition and bone health in women after the menopause. *Women's Health*, 10(6), 599-608.
- Silva, T. R., Oppermann, K., Reis, F. M., & Spritzer, P. M. (2021). Nutrition in menopausal women: a narrative review. *Nutrients*, 13(7), 2149.

- Üçtepe, H., Küçükerdönmez, Ö., Kaner, G., & Çalık, G. (2022). Klimakteriyum Dönemdeki Kadınların Beslenme Durumlarının Saptanması. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 7(1).
- Yong, E. L., & Logan, S. (2021). Menopausal osteoporosis: screening, prevention and treatment. *Singapore Medical Journal*, 62(4), 159.



Bölüm 11

SİRKADİYEN RİTİM VE KARDİYOMETABOLİK SAĞLIK

Seçil Ekiz ERİM¹

¹ Arş.Gör.Dr., Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalı, ORCID: 0000-0003-0723-2229

Sirkadiyen ritimler, hipotalamusun suprakiazmatik çekirdeğinde bulunan, uyku-uyanıklık döngülerini, hormon salgılanmasını ve yeme davranışını düzenleyen ana biyolojik saat tarafından kontrol edilir (Lotti et al., 2022). İnsanlarda sirkadiyen sistem birçok fizyolojik süreçte hayati rol oynamaktadır. Neredeyse tüm doku ve organlarda bulunan sirkadiyen ritimlerin bozulması, olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabilir (Ansu Baidoo & Knutson, 2023). Sirkadiyen ritmin bozulmasının kardiyometabolik sağlık üzerinde; beden kütle indeksinde (BKİ) artış, obezite, yüksek kan basıncı, dislipidemi, inflamasyon ve diyabet gibi olumsuz sağlık sonuçları olduğu gösterilmiştir (W. Li et al., 2019; Manohar et al., 2017; Sun et al., 2018; Yu et al., 2015). Sirkadiyen uyumsuzluk olarak da tanımlanan sirkadiyen yanlış hizalanma; biyolojik ritme uygun olmayan zamanda uyanıklık kardiyometabolik sağlık için değiştirilebilir yeni risk faktörleridir (Broussard & Van Cauter, 2016; A. W. McHill & Wright, 2017; Stothard, 2017).

Kardiyometabolik hastalıklar tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalık (KVH), inme ve obezite olmak üzere birçok bağlantılı durumu içerir (Seidu et al., 2023). Kardiyometabolik hastalıklar dünya çapında morbidite ve mortalitenin önde gelen nedeni haline gelmiştir ve sağlık sistemleri için çok önemli bir sorun olmaya devam etmektedir (Virani et al., 2020). Aynı zamanda kardiyometabolik hastalıklar dünya çapında erken ölümlerin de önde gelen nedenlerinden biridir. Kardiyometabolik bozukluğu olan kişilerin tüm nedenlere bağlı ölüm riski daha yüksektir ve beklenen yaşam süreleri daha kısadır (Seidu et al., 2023). Kardiyometabolik hastalıkların artan prevalansı, etkili önleme programlarını gerektirmektedir. Kötü beslenme alışkanlıkları, fiziksel hareketsizlik, fazla kilo/obezite, sigara içme ve kısa uyku süresi kardiyometabolik hastalıklar için bilinen önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır. Sirkadiyen ritmin yanlış hizalanması da yeni risk faktörlerindedir. Buradan yola çıkarak bu bölümde kardiyometabolik hastalıklar için risk oluşturan sirkadiyen ritmin uyumunu bozabilecek faktörlerden kronotip, vardiyalı çalışma, yemek zamanlaması ve sirkadiyen uyumsuzluğa yer verilmiştir.

Kronotip

Kronotip, dış ışık-karanlık döngüsüne göre davranışsal ve biyolojik ritimde bireysel sirkadiyen tercihi belirleyen bir özelliktir (Yu et al., 2015). Sirkadiyen ritimlerle ilgili önemli bireysel farklılıklar; tercih edilen yatma zamanlarında ve bireyin kronotipi olarak da bilinen öznel uyanıklık zamanlarında doğal olarak oluşan farklılıklardır. Bireyler, kronotip olarak bilinen sirkadiyen faz tercihinde farklılık gösterir. Sabah tiplerine göre akşam tipleri daha geç saatlerde uyumayı ve daha geç saatlerde uyanmayı tercih ederler. Ancak modern yaşamın getirdikleri ve iş yükümlülükleri nedeniyle belirli uyku programlarıyla sınırlandırılabilirler (Wong et al., 2015). Altta yatan mekanizmalar tam olarak anlaşılmasa da, akşam kronotipine sahip bireylerin

kardiyovasküler ve metabolik bozukluklara yakalanma riski daha yüksektir (Baldanzi et al., 2022). Kardiyometabolik sağlık için yeni bir risk faktörü olarak, akşam kronotipi ve geç uyku zamanlaması, metabolik fonksiyon bozukluğu ve KVH oranlarının daha fazla olması ile ilişkilendirilmiştir (Knutson & von Schantz, 2018).

Akşam kronotipi ile kardiyometabolik hastalık arasındaki ilişkiye dair çeşitli açıklamalar öne sürülmüştür. Akşam kronotipleri, daha geç yemek yeme zamanı, daha fazla sigara ve daha fazla alkol tüketimi nedeniyle daha sağlıksız bir yaşam tarzına sahiptir (Didikoglu et al., 2019). Akşam kronotiplilerin yemek zamanlaması düzensizdir ve öğün zamanları günün geç saatlerine doğru ilerlemiştir ve akşamları daha yüksek kalori alımı bulunmaktadır (Maukonen et al., 2017; Roßbach et al., 2018) Akşam kronotiplilerin yüksek BKİ seviyeleri ve sağlıksız beslenme alışkanlıkları vardır (Lucassen et al 2013). Sabah kronotiplerine göre obezite oranları daha yüksektir (Patterson et al., 2018). Akşam kronotiplerin yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL)-kolestrol seviyelerinin düşük, stres hormonu seviyesi ve istirahat kalp hızının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Lucassen et al., 2013). Kardiyovasküler risk davranışları ve tütün kullanımı diğerlerine göre daha akşam kronotiplerde daha fazla görülmektedir (Patterson et al., 2016). Epidemiyolojik kanıtlar, akşam kronotipinin aşırı kilo, obezite ve tip 2 diyabet gibi kardiyometabolik risk faktörleriyle ilişkili olduğunu göstermektedir (Merikanto et al., 2013; Patterson et al., 2018). Akşam kronotipi tip 2 diyabet (Merikanto et al., 2013; Reutrakul et al., 2013) ve kardiyovasküler hastalıklar (KVH'lar) ile ilişkili olduğunu bildiren birçok güncel araştırma bulunmaktadır (Bhar et al., 2022; Lotti et al., 2022; Muscogiuri et al., 2021).

Bu çalışmalardan elde edilen bulgular, akşam kronotiplerinin, sabah kronotiplerine kıyasla olumsuz sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca altta yatan mekanizmaların belirlenmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Yukarıda belirtilen kanıtlara dayanarak, akşam kronotipinin kardiyometabolik hastalıklar için potansiyel bir risk faktörü olarak değerlendirilebilir.

Vardiyalı Çalışma

Sanayileşmiş ülkelerdeki işgücünün dörtte birinden fazlası vardiyalı çalışmaktadır ve bu çalışma şekli kardiyometabolik hastalık riskini artırmaktadır (Manoogian et al., 2022). Vardiyalı çalışma geleneksel çalışma programlarının (sabah 9'dan akşam 5'e kadarki zaman dilimi) ötesine uzanan zaman aralığındaki çalışma programlarından oluşur. Vardiyalı çalışma programları genellikle işe erken başlamayı, 12 saatlik vardiyalarla sıkıştırılmış çalışma haftalarını ve gece çalışmasını içerir. Bu çalışma programlarında çalışanlar yani vardiyalı çalışan bireyler dönüşümlü ve düzensiz çalışma programları sebebiyle normal uyku-uyanıklık döngüsü

değişir. Vardiyalı çalışanlar vücudun uyumaya hazır olduğu zamanlarda (yani geceleri) vardiyada olabilir, vücudun uyanık olmaya hazır olduğu zamanlarda (yani gündüzleri) uyumaya çalışabilirler. Genellikle gündüz saatlerinde uyumak zorunda kalınan bu çalışma şekli, sirkadiyen ritimleri bozar ve dolayısıyla kronik hastalık riskini artırır (Boivin & Boudreau, 2014; Kecklund & Axelsson, 2016).

Vardiyalı çalışma kaçınılmaz olarak aydınlık-karanlık, dinlenme-aktivite, uyku-uyanıklık ve beslenme-açlık döngülerinin yer değiştirmesine yol açarak sirkadiyen uyumsuzluk olasılığını artırır (Kervezee et al., 2020). Vardiyalı çalışanların uyku-uyanıklık döngüsü ile endojen sirkadiyen sistem arasındaki yanlış hizalama, fiziksel ve zihinsel sağlığı olumsuz yönde etkileyebilecek çok sayıda hormonal ve metabolik rahatsızlığa yol açar. Vardiyalı çalışanlarda kardiyovasküler hastalıklar, metabolik sendrom, gastrointestinal hastalıklar ve çeşitli kanser türleri gibi sıklıkla hastaneye yatmayı gerektiren çeşitli kronik tıbbi durumların ortaya çıkma riski gündüz çalışanlara göre daha yüksektir (Boivin & Boudreau, 2014). Sirkadiyen uyumsuzluğa neden olan vardiyalı çalışma sonucunda kardiyometabolik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. Vardiyalı çalışma nedeniyle ortaya çıkan sirkadiyen yanlış hizalanma çeşitli metabolik süreçleri değiştirmektedir (Wong et al., 2015). Vardiyalı çalışma ile ilişkili uyku bozuklukları stres, diyabet, obezite, hipertansiyon, KVH'lar ve metabolik bozukluklar için bir risk faktörüdür (Rosa et al., 2019).

Vardiyalı çalışanların, çalışma programının özellikle çalışanın kronotipiyle uyumlu olmadığında sağlık üzerinde zararlı etkileri olabileceği bildirilmiştir. Kısa uyku süreleri nedeniyle vardiyalı çalışanlar ciddi sağlık sorunları gelişmesi yönünden risk altındadır (Hittle & Gillespie, 2018). Yeterli uyku kardiyovasküler sağlığın önemli bir bileşenidir. Sirkadyen uyumsuzluk ve düzensiz vardiyalar nedeniyle vardiyalı çalışanlarda yetersiz uyku yaygındır. Ayrıca vardiyalı çalışanlarda uykuyu atlamak da yaygındır ve bu da uyku yoksunluğuna daha fazla katkıda bulunur. Azalan uyku süresi ve fizyolojik değişiklikler, vardiyalı çalışanlarda obezite, diyabet, hipertansiyon ve artan kardiyovasküler hastalık riskine katkıda bulunur (Gohari et al., 2023). Vardiyalı çalışanlar arasında sıklıkla görülen bir diğer faktör olan kötü uyku kalitesi de, (Hulsegge et al., 2021; Thach et al., 2020) artan kardiyometabolik hastalık riskini kısmen açıklayabilir. Kötü uyku sağlığı, artan kardiyometabolik riskle ilişkilendirilmiştir (Cappuccio & Miller, 2017).

Vardiyalı çalışma, iç biyolojik ritim ile uyumsuz yeme zamanlamasının bir sonucu olarak artan obezite riski ile de ilişkilendirilmiştir (Engin, 2017; Andrew W. McHill et al., 2014; Shan et al., 2018). Vardiyalı çalışanların kardiyometabolik risk faktörleri açısından değerlendirildiği çalışmada gece çalışanların gündüz çalışanlara göre daha fazla kilolu ve BKİ'lerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Hulsegge et al., 2019). Beslenme davranışları,

vardiyalı çalışanlarda artan kardiyometabolik hastalık riskini kısmen açıklayabilir. Vardiyalı çalışanlar, gündüz çalışanlara kıyasla doymuş yağlar ve meşrubatlar gibi daha az sağlıklı yiyecek ve içecekler tüketmektedir ve vücudun uykuya hazır olduğu gece saatlerinde yemek yemektirler. Çalışma saatlerindeki düzensizlik nedeniyle beslenmenin sirkadiyen zamanlamasına uygun olmayan şekilde beslenme zamanları ve öğün atlama davranışları bulunmaktadır. Bu durum iştahı düzenleyen hormonları etkileyebilir ve içsel sirkadiyen uyumsuzluğa yol açarak kardiyometabolik hastalık riskini artırabilir (Souza et al., 2019). Vardiyalı çalışmanın kardiyometabolik sağlık üzerinde olumsuz etkilerini bildiren bu çalışmalarda, potansiyel mekanizmaların yetersiz uyku, kötü uyku kalitesi, sirkadiyen ritme uygun olmayan zamanlarda beslenme ve sağlıksız davranışlarla ilişkili olabileceği gösterilmektedir.

Yemek Zamanlaması

Sirkadiyen ritmin düzenlenmesinde rol oynayan dış zamanlayıcıların en önemlilerinden biri yemek zamanlamasıdır. Sağlıksız beslenme zamanı olarak da bilinen akşam yemeğinin geç saatlerde yenmesi vücutta yağ birikimine neden olmaktadır (Li et al 2020). Gece geç saatte yemek yemek metabolik sağlığa olumsuz etkileri ve vücut yağında artışla ilişkilendirilerek diyabet, obezite ve kalp-damar hastalıkları gibi metabolik hastalıklara neden olabildiği bilinmektedir (St-Onge et al., 2017). Geç yemek, merkezi ve periferik saatlerin yanlış hizalanmasıyla sonuçlanarak metabolik hastalıklara yol açabilir. Yemek zamanlamasındaki değişiklikler periferik ve merkezi saatlerin senkronizasyonunu bozarak metabolik bozukluklara neden olmaktadır. Yemek zamanlaması ve sirkadiyen ritmin bozulması obezite, diyabet ve kardiyovasküler hastalıkların riskinin artması ile ilişkilidir (Engin, 2017).

Yeme olaylarını gün içine (yani 14 saatlik yeme penceresinin ötesine) gece geç saatlerde yemeyi de içerecek şekilde yaymak, KVH'nın iki belirteci olan kilo alımı ve artan insülin direnciyle ilişkilidir (Dashti et al., 2021). Bu nedenle, kilo ve kardiyometabolik sağlığı yönetmek için yeme penceresinin kısaltıldığı zaman kısıtlı beslenme önerilmektedir (Chawla et al., 2021). Zaman kısıtlı beslenme kalori alımını azaltmadan beslenme-açlık ritimlerini güçlendirir ve inflamasyonu azaltmanın yanı sıra obezite ve buna bağlı kalp fonksiyon bozukluğu gibi metabolik bozuklukları iyileştirir (Roth et al., 2023). Araştırmalar, erken zaman kısıtlı beslenmenin, yani yeme aralığının günün erken saatlerinde başlamasının sağlık için yararlarını bildirirken, daha geç bir besin alım zamanının ise metabolik hastalıklar için risk faktörleriyle ilişkili olduğunu göstermektedir (Andrew W McHill et al., 2017; Qian & Scheer, 2016). Sirkadiyen ritimler ile kardiyovasküler hastalık riski arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışmada da, günün ilk öğününü (sabah 9'dan sonra) ve son öğününü (akşam 9'dan sonra) daha geç yemek, özellikle kadınlar arasında yüksek kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkilendirilmiştir (Palomar-Cros

et al., 2023).

Günün ilk öğünü olan kahvaltı tüketimi sıklıkla metabolik sonuçlarla ilişkilendirilmiştir. Düzenli kahvaltı yapmak, metabolik rahatsızlık riskinin azalmasıyla ilişkilendirilirken, kahvaltıyı atlayanların daha yüksek BKİ'ne sahip olduğu ve kardiyometabolik hastalıklar açısından daha fazla risk altında olduğu bildirilmiştir (Odegaard et al., 2013; Reutrakul et al., 2014). Geç kronotipler, yani daha geç yatma ve uyanma saatlerini tercih eden bireyler genellikle kahvaltıyı atlarlar (Reutrakul et al., 2014). Ayrıca gözlemsel çalışmaların (n = 14 kohort çalışması) meta-analizini yapan çalışmada, haftada üç günden fazla sıklıkta kahvaltı tüketenlerin tip 2 diyabet, obezite, metabolik sendrom, KVH ve hipertansiyon riskinin, kahvaltıyı haftada üç veya daha az kez tüketenlere kıyasla daha düşük olduğunu gösterilmiştir (Z. Li et al., 2021).

Beslenme sağlıkta hayati bir rol oynar ve gıda alımını bireyin iç sirkadiyen saatiyle uyumlu olması metabolik sağlığı destekler. Zaman kısıtlı beslenme gibi yeni beslenme müdahaleleri sirkadiyen uyumun korunmasına veya iyileştirilmesine yardımcı olarak birçok metabolik riskin azalmasını sağlayabilir (Ravussin et al., 2019; Wilkinson et al., 2020). 24 saatlik vardiya programıyla çalışanlarda zaman kısıtlı beslenmenin kardiyometabolik sağlık üzerindeki etkilerini araştıran çalışmada zaman kısıtlı beslenmenin özellikle yüksek risk taşıyan kişiler için kardiyometabolik sağlığı iyileştirebildiği bildirilmiştir (Manoogian et al., 2022). Kardiyometabolik sağlık için yemek zamanlamasını sirkadiyen ritme uygun şekilde düzenlemek ve zaman kısıtlı beslenme umut verici yeni yaklaşımlar olarak uygulanabilir. Bu konuda müdahale programlarını içeren daha fazla kanıt düzeyi yüksek araştırmalara ihtiyaç vardır.

Sirkadiyen Uyumsuzluk

Sirkadiyen sistemin en iyi şekilde çalışması sağlık için gereklidir. Normal koşullar altında davranışlar ve sirkadiyen zamanlama sistemi, optimal bir faz ilişkisi ile senkronize edilir ve sonuç olarak hormonal sistemler mükemmel bir şekilde düzenlenir. Bununla birlikte, pek çok kişi (örneğin vardiyalı çalışanlar) sıklıkla ve/veya kronik olarak uyku-uyanıklık ve beslenme-açlık döngülerinin sirkadiyen zamanlama sisteminden senkronizasyonu bozularak sirkadiyen yanlış hizalanmasına maruz kalır (Morris et al., 2012). Sirkadiyen uyumsuzluk olarak da adlandırılan sirkadiyen yanlış hizalama; merkezi ve periferik ritimlerin yanlış zamanlanması veya uyku-uyanıklık zamanlamasının ve yeme zamanlamasının endojen sirkadiyen ritme göre yanlış hizalanması olarak tanımlanmaktadır (K G Baron et al., 2017; Kelly Glazer Baron & Reid, 2014). Biyolojik zamana uygun olmayan davranışlar (vardiyalı çalışma, kısa uyku süresi ve sosyal jet-lag) sirkadiyen uyumun bozulmasına neden olmaktadır (Akbaş, 2020). Sirkadiyen bozulmanın bir

sonucu olarak metabolizma, sindirim, enerji tüketimi ve kan basıncı gibi doğal fizyolojik süreçler yanlış hizalanır. Bu yanlış hizalamanın, KVH gibi uzun vadeli sağlık sorunlarının gelişiminde kritik bir rol oynadığı ileri sürülmektedir (Gupta et al., 2022; Kervezee et al., 2020).

Sirkadiyen yanlış hizalama ve kısa uyku süresi kardiyometabolik sağlık için risk faktörleridir (Kelly Glazer Baron et al., 2023). Sirkadiyen uyumsuzluk ve uyku kısıtlaması, insülin duyarlılığı, enerji tüketimi, bağışıklık fonksiyonu, kan basıncı ve kardiyak fonksiyonları da içeren fizyolojik süreçleri bağımsız olarak bozduğu gösterilmiştir. Sirkadiyen uyumsuzluğun devam etmesi durumunda bu akut etkiler kardiyometabolik hastalıkların gelişmesine yol açabilir (Kervezee et al., 2020). Sirkadiyen uyumsuzluğun (artan glikoz, artan insülin seviyeleri) metabolik ve hormonal faktörler üzerindeki olumsuz etkisi metabolizmayı da olumsuz etkilemektedir (Adhikary et al., 2017; Morris et al., 2012). Sirkadiyen uyumsuzlukla glikoz metabolizmasının bozulması bireyin metabolik sağlığının bozulmalara daha yatkın hale gelmesine yol açmaktadır (A. W. McHill & Wright, 2017). Sirkadiyen uyumsuzluk obezite, tip 2 diyabet, insülin direnci KVH'lar ve metabolik bozukluklara neden olmaktadır (Adhikary et al., 2017; Akbay, 2020; Kelly Glazer Baron & Reid, 2014; Hugelius et al., 2021). Sirkadiyen ritme uygun olmayan düzensiz uyku ve beslenme zamanları nedeniyle biyolojik saatlerin aydınlık-karanlık döngüsüne doğru şekilde senkronize edilememesi sirkadiyen bozulmaya neden olabilir. Sirkadiyen uyumsuzluğun kardiyometabolik sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinden yola çıkarak, kardiyometabolik sağlığı geliştirmek ve korumak için sirkadiyen uyumsuzluğu düzenlemeye yönelik programları içeren daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Bu tür araştırmalar sirkadiyen uyumsuzluğa karşı yeni önlemlerin geliştirilmesine yardımcı olabilir.

Sonuç

Sirkadiyen ritimler insan vücudunun fizyolojik süreçlerini düzenlemek için gereklidir. Çalışmalardan elde edilen tüm bu kanıtlar, sirkadiyen ritmin bozulması ile kardiyometabolik sağlık arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir. Vardiyalı çalışma, akşam kronotipi, geç zamanlı beslenme ve sirkadiyen uyumsuzluk kardiyometabolik sağlığı sürdürmek için risk oluşturmaktadır. Optimal kardiyometabolik sağlığa ulaşmak için beslenme ve uyku uyanıklık döngüleri sirkadiyen ritme uygun olarak düzenlenmelidir. Kardiyometabolik sağlığı sürdürmek ve hastalık riskini azaltmak için sirkadiyen ritim bozuculara yönelik müdahale programları geliştirerek, bireylerin yaşamlarını sirkadiyen ritme uygun zamanlamayı gerçekleştirecek kanıtları sağlayacak araştırmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

- Adhikary, N., Shrestha, S. L., & Sun, J. Z. (2017). Metabolic disturbances: role of the circadian timing system and sleep. *Diabetology International*, 8(1), 14–22. <https://doi.org/10.1007/s13340-016-0279-6>
- Akbay, G. D. (2020). Sirkadiyen Ritim ve Obezite. *Cumhuriyet Üniv. Sağ. Bil. Enst. Derg.*, 5(2), 83–90.
- Ansu Baidoo, V., & Knutson, K. L. (2023). Associations between circadian disruption and cardiometabolic disease risk: A review. *Obesity*, 31(3), 615–624. <https://doi.org/10.1002/oby.23666>
- Baldanzi, G., Hammar, U., Fall, T., Lindberg, E., Lind, L., Elmståhl, S., & Theorell-Haglöw, J. (2022). Evening chronotype is associated with elevated biomarkers of cardiometabolic risk in the EpiHealth cohort: a cross-sectional study. *SLEEP*, 45(2). <https://doi.org/10.1093/sleep/zsab226>
- Baron, K G, Reid, K. J., Kim, T., Van Horn, L., Attarian, H., Wolfe, L., Siddique, J., Santostasi, G., & Zee, P. C. (2017). Circadian timing and alignment in healthy adults: associations with BMI, body fat, caloric intake and physical activity. *International Journal of Obesity*, 41(2), 203–209. <https://doi.org/10.1038/ijo.2016.194>
- Baron, Kelly Glazer, Appelhans, B. M., Burgess, H. J., Quinn, L., Greene, T., & Allen, C. M. (2023). Circadian Timing, Information processing and Metabolism (TIME) study: protocol of a longitudinal study of sleep duration, circadian alignment and cardiometabolic health among overweight adults. *BMC Endocrine Disorders*, 23(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12902-023-01272-y>
- Baron, Kelly Glazer, & Reid, K. J. (2014). Circadian misalignment and health. *International Review of Psychiatry*, 26(2), 139–154. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.911149>
- Bhar, D., Bagepally, B. S., & Rakesh, B. (2022). Association between chronotype and cardio-vascular disease risk factors: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 16, 101108. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2022.101108>
- Boivin, D. B., & Boudreau, P. (2014). Impacts of shift work on sleep and circadian rhythms. *Pathologie Biologie*, 62(5), 292–301. <https://doi.org/10.1016/j.patbio.2014.08.001>
- Broussard, J. L., & Van Cauter, E. (2016). Disturbances of sleep and circadian rhythms: Novel risk factors for obesity. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 23(5), 353–359. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000276>
- Cappuccio, F. P., & Miller, M. A. (2017). Sleep and Cardio-Metabolic Disease. *Current Cardiology Reports*, 19(11), 110. <https://doi.org/10.1007/s11886-017-0916-0>
- Chawla, S., Beretoulis, S., Deere, A., & Radenkovic, D. (2021). The Window Matters: A Systematic Review of Time Restricted Eating Strategies in Relation to Cortisol and Melatonin Secretion. *Nutrients*, 13(8), 2525. <https://doi.org/10.3390/nu13082525>

- Dashti, H. S., Gómez-Abellán, P., Qian, J., Esteban, A., Morales, E., Scheer, F. A., & Garaulet, M. (2021). Late eating is associated with cardiometabolic risk traits, obesogenic behaviors, and impaired weight loss. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *113*(1), 154–161. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa264>
- Didikoglu, A., Maharani, A., Payton, A., Pendleton, N., & Canal, M. M. (2019). Longitudinal change of sleep timing: association between chronotype and longevity in older adults. *Chronobiology International*, *36*(9), 1285–1300. <https://doi.org/10.1080/07420528.2019.1641111>
- Engin, A. (2017). *Circadian Rhythms in Diet-Induced Obesity* (pp. 19–52). https://doi.org/10.1007/978-3-319-48382-5_2
- Gohari, A., Wiebe, D., & Ayas, N. (2023). Shift working and cardiovascular health. *Chronobiology International*, *40*(1), 27–32. <https://doi.org/10.1080/07420528.2021.1933000>
- Gupta, C. C., Vincent, G. E., Coates, A. M., Khalesi, S., Irwin, C., Dorrian, J., & Ferguson, S. A. (2022). A Time to Rest, a Time to Dine: Sleep, Time-Restricted Eating, and Cardiometabolic Health. *Nutrients*, *14*(3), 420. <https://doi.org/10.3390/nu14030420>
- Hittle, B. M., & Gillespie, G. L. (2018). Identifying shift worker chronotype: implications for health. *Industrial Health*, *56*(6), 512–523. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2018-0018>
- Hugelius, K., Harada, N., & Marutani, M. (2021). Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, *121*, 104000. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104000>
- Hulsegge, G., Picavet, H. S. J., van der Beek, A. J., Verschuren, W. M. M., Twisk, J. W., & Proper, K. I. (2019). Shift work, chronotype and the risk of cardiometabolic risk factors. *European Journal of Public Health*, *29*(1), 128–134. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky092>
- Hulsegge, G., Proper, K. I., Loef, B., Paagman, H., Anema, J. R., & van Mechelen, W. (2021). The mediating role of lifestyle in the relationship between shift work, obesity and diabetes. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, *94*(6), 1287–1295. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01662-6>
- Kecklund, G., & Axelsson, J. (2016). Health consequences of shift work and insufficient sleep. *BMJ*, *i5210*. <https://doi.org/10.1136/bmj.i5210>
- Kervezee, L., Kosmadopoulos, A., & Boivin, D. B. (2020). Metabolic and cardiovascular consequences of shift work: The role of circadian disruption and sleep disturbances. *European Journal of Neuroscience*, *51*(1), 396–412. <https://doi.org/10.1111/ejn.14216>
- Knutson, K. L., & von Schantz, M. (2018). Associations between chronotype, morbidity and mortality in the UK Biobank cohort. *Chronobiology International*, *1*–9. <https://doi.org/10.1080/07420528.2018.1454458>

- Li, W., Chen, Z., Ruan, W., Yi, G., Wang, D., & Lu, Z. (2019). A meta-analysis of cohort studies including dose-response relationship between shift work and the risk of diabetes mellitus. *European Journal of Epidemiology*, *34*(11), 1013–1024. <https://doi.org/10.1007/s10654-019-00561-y>
- Li, Z., Xu, L., Dai, R., Li, L., & Wang, H. (2021). Effects of regular breakfast habits on metabolic and cardiovascular diseases. *Medicine*, *100*(44), e27629. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000027629>
- Lotti, S., Pagliai, G., Colombini, B., Sofi, F., & Dinu, M. (2022). Chronotype Differences in Energy Intake, Cardiometabolic Risk Parameters, Cancer, and Depression: A Systematic Review with Meta-Analysis of Observational Studies. *Advances in Nutrition*, *13*(1), 269–281. <https://doi.org/10.1093/advances/nmab115>
- Lucassen, E. A., Zhao, X., Rother, K. I., Mattingly, M. S., Courville, A. B., de Jonge, L., Csako, G., & Cizza, G. (2013). Evening Chronotype Is Associated with Changes in Eating Behavior, More Sleep Apnea, and Increased Stress Hormones in Short Sleeping Obese Individuals. *PLoS ONE*, *8*(3), e56519. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0056519>
- Manohar, S., Thongprayoon, C., Cheungpasitporn, W., Mao, M. A., & Herrmann, S. M. (2017). Associations of rotational shift work and night shift status with hypertension. *Journal of Hypertension*, *35*(10), 1929–1937. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001442>
- Manoogian, E. N. C., Zadourian, A., Lo, H. C., Gutierrez, N. R., Shoghi, A., Rosander, A., Pazargadi, A., Ormiston, C. K., Wang, X., Sui, J., Hou, Z., Fleischer, J. G., Golshan, S., Taub, P. R., & Panda, S. (2022). Feasibility of time-restricted eating and impacts on cardiometabolic health in 24-h shift workers: The Healthy Heroes randomized control trial. *Cell Metabolism*, *34*(10), 1442–1456.e7. <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2022.08.018>
- Maukonen, M., Kanerva, N., Partonen, T., Kronholm, E., Tapanainen, H., Kontto, J., & Männistö, S. (2017). Chronotype differences in timing of energy and macronutrient intakes: A population-based study in adults. *Obesity*, *25*(3), 608–615. <https://doi.org/10.1002/oby.21747>
- McHill, A. W., & Wright, K. P. (2017). Role of sleep and circadian disruption on energy expenditure and in metabolic predisposition to human obesity and metabolic disease. *Obesity Reviews*, *18*(February), 15–24. <https://doi.org/10.1111/obr.12503>
- McHill, Andrew W., Melanson, E. L., Higgins, J., Connick, E., Moehlman, T. M., Stothard, E. R., & Wright, K. P. (2014). Impact of circadian misalignment on energy metabolism during simulated nightshift work. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *111*(48), 17302–17307. <https://doi.org/10.1073/pnas.1412021111>
- McHill, Andrew W, Phillips, A. J., Czeisler, C. A., Keating, L., Yee, K., Barger, L. K., Garaulet, M., Scheer, F. A., & Klerman, E. B. (2017). Later circadian timing of food intake is associated with increased body fat. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *ajcn161588*. <https://doi.org/10.3945/ajcn.117.161588>

- Merikanto, I., Lahti, T., Puolijoki, H., Vanhala, M., Peltonen, M., Laatikainen, T., Vartiainen, E., Salomaa, V., Kronholm, E., & Partonen, T. (2013). Associations of Chronotype and Sleep With Cardiovascular Diseases and Type 2 Diabetes. *Chronobiology International*, 30(4), 470–477. <https://doi.org/10.3109/07420528.2012.741171>
- Morris, C. J., Aeschbach, D., & Scheer, F. A. J. L. (2012). Circadian system, sleep and endocrinology. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 349(1), 91–104. <https://doi.org/10.1016/j.mce.2011.09.003>
- Muscogiuri, G., Barrea, L., Aprano, S., Framondi, L., Di Matteo, R., Altieri, B., Laudisio, D., Pugliese, G., Savastano, S., & Colao, A. (2021). Chronotype and cardio metabolic health in obesity: does nutrition matter? *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 72(7), 892–900. <https://doi.org/10.1080/09637486.2021.1885017>
- Odegaard, A. O., Jacobs, D. R., Steffen, L. M., Van Horn, L., Ludwig, D. S., & Pereira, M. A. (2013). Breakfast Frequency and Development of Metabolic Risk. *Diabetes Care*, 36(10), 3100–3106. <https://doi.org/10.2337/dc13-0316>
- Ortega, F. B., Lavie, C. J., & Blair, S. N. (2016). Obesity and Cardiovascular Disease. *Circulation Research*, 118(11), 1752–1770. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESA-HA.115.306883>
- Palomar-Cros, A., Andreeva, V. A., Fezeu, L. K., Julia, C., Bellicha, A., Kesse-Guyot, E., Hercberg, S., Romaguera, D., Kogevinas, M., Touvier, M., & Srour, B. (2023). Dietary circadian rhythms and cardiovascular disease risk in the prospective NutriNet-Santé cohort. *Nature Communications*, 14(1), 7899. <https://doi.org/10.1038/s41467-023-43444-3>
- Patterson, F., Malone, S. K., Grandner, M. A., Lozano, A., Perket, M., & Hanlon, A. (2018). Interactive effects of sleep duration and morning/evening preference on cardiovascular risk factors. *European Journal of Public Health*, 28(1), 155–161. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx029>
- Patterson, F., Malone, S. K., Lozano, A., Grandner, M. A., & Hanlon, A. L. (2016). Smoking, Screen-Based Sedentary Behavior, and Diet Associated with Habitual Sleep Duration and Chronotype: Data from the UK Biobank. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(5), 715–726. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9797-5>
- Qian, J., & Scheer, F. A. J. L. (2016). Circadian System and Glucose Metabolism: Implications for Physiology and Disease. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 27(5), 282–293. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2016.03.005>
- Ravussin, E., Beyl, R. A., Poggiogalle, E., Hsia, D. S., & Peterson, C. M. (2019). Early Time-Restricted Feeding Reduces Appetite and Increases Fat Oxidation But Does Not Affect Energy Expenditure in Humans. *Obesity*, 27(8), 1244–1254. <https://doi.org/10.1002/oby.22518>
- Reutrakul, S., Hood, M. M., Crowley, S. J., Morgan, M. K., Teodori, M., & Knutson, K. L. (2014). The Relationship Between Breakfast Skipping, Chronotype, and Gl-

- ycemic Control in Type 2 Diabetes. *Chronobiology International*, 31(1), 64–71. <https://doi.org/10.3109/07420528.2013.821614>
- Reutrakul, S., Hood, M. M., Crowley, S. J., Morgan, M. K., Teodori, M., Knutson, K. L., & Van Cauter, E. (2013). Chronotype is independently associated with glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 36(9), 2523–2529. <https://doi.org/10.2337/dcl2-2697>
- Rosa, D., Terzoni, S., Dellafiore, F., & Destrebecq, A. (2019). Systematic review of shift work and nurses' health. *Occupational Medicine*, 69(4), 237–243. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqz063>
- Roßbach, S., Diederichs, T., Nöthlings, U., Buyken, A. E., & Alexy, U. (2018). Relevance of chronotype for eating patterns in adolescents. *Chronobiology International*, 35(3), 336–347. <https://doi.org/10.1080/07420528.2017.1406493>
- Roth, J. R., Varshney, S., de Moraes, R. C. M., & Melkani, G. C. (2023). Circadian-mediated regulation of cardiometabolic disorders and aging with time-restricted feeding. *Obesity*, 31(S1), 40–49. <https://doi.org/10.1002/oby.23664>
- Seidu, B. S., Osman, H., & Seidu, S. (2023). Lifestyle or pharmacotherapy in cardio-metabolic disease prevention. *Therapeutic Advances in Cardiovascular Disease*, 17. <https://doi.org/10.1177/17539447231177175>
- Shan, Z., Li, Y., Zong, G., Guo, Y., Li, J., Manson, J. E., Hu, F. B., Willett, W. C., Schernhammer, E. S., & Bhupathiraju, S. N. (2018). Rotating night shift work and adherence to unhealthy lifestyle in predicting risk of type 2 diabetes: results from two large US cohorts of female nurses. *BMJ*, k4641. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4641>
- Souza, R. V., Sarmento, R. A., de Almeida, J. C., & Canuto, R. (2019). The effect of shift work on eating habits: a systematic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 45(1), 7–21. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3759>
- St-Onge, M.-P., Ard, J., Baskin, M. L., Chiuve, S. E., Johnson, H. M., Kris-Etherton, P., & Varady, K. (2017). Meal Timing and Frequency: Implications for Cardiovascular Disease Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 135(9). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000476>
- Stothard, E. R. (2017). Impact of Circadian and Sleep Disruption on Metabolic Health and Behavior. *ProQuest Dissertations and Theses*, 175.
- Sun, M., Feng, W., Wang, F., Li, P., Li, Z., Li, M., Tse, G., Vlaanderen, J., Vermeulen, R., & Tse, L. A. (2018). Meta-analysis on shift work and risks of specific obesity types. *Obesity Reviews*, 19(1), 28–40. <https://doi.org/10.1111/obr.12621>
- Thach, T.-Q., Mahirah, D., Dunleavy, G., Zhang, Y., Nazeha, N., Rykov, Y., Nah, A., Roberts, A. C., Christopoulos, G. I., Soh, C.-K., & Car, J. (2020). Association between shift work and poor sleep quality in an Asian multi-ethnic working population: A cross-sectional study. *PLOS ONE*, 15(3), e0229693. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229693>

- Virani, S. S., Alonso, A., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., Delling, F. N., Djousse, L., Elkind, M. S. V., Ferguson, J. F., Fornage, M., Khan, S. S., Kissela, B. M., Knutson, K. L., Kwan, T. W., Lackland, D. T., ... Tsao, C. W. (2020). Heart Disease and Stroke Statistics—2020 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation, 141*(9). <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000757>
- Wilkinson, M. J., Manoogian, E. N. C., Zadourian, A., Lo, H., Fakhouri, S., Shoghi, A., Wang, X., Fleischer, J. G., Navlakha, S., Panda, S., & Taub, P. R. (2020). Ten-Hour Time-Restricted Eating Reduces Weight, Blood Pressure, and Atherogenic Lipids in Patients with Metabolic Syndrome. *Cell Metabolism, 31*(1), 92-104.e5. <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2019.11.004>
- Wong, P. M., Hasler, B. P., Kamarck, T. W., Muldoon, M. F., & Manuck, S. B. (2015). Social Jetlag, chronotype, and cardiometabolic risk. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 100*(12). <https://doi.org/10.1210/jc.2015-2923>
- Yu, J. H., Yun, C. H., Ahn, J. H., Suh, S., Cho, H. J., Lee, S. K., Yoo, H. J., Seo, J. A., Kim, S. G., Choi, K. M., Baik, S. H., Choi, D. S., Shin, C., & Kim, N. H. (2015). Evening chronotype is associated with metabolic disorders and body composition in middle-aged adults. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 100*(4), 1494–1502. <https://doi.org/10.1210/jc.2014-3754>



Bölüm 12

PREMATÜRE BEBEKLERİN EVDE BAKIMI

Müge SEVAL¹, Derya YİĞİT²

1 Dr. Öğr. Üyesi Müge SEVAL

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği ABD, 0000-0003-1917-285X

2 Uzm. Hem Derya YİĞİT

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği ABD, 0000-0003-0260-0225

Prematüre bebekler, 37. Gebelik haftasından önce doğan bebeklerdir. Pek çok açıdan gelişimlerini tamamlamadan doğdukları için özel bakıma gereksinimleri yüksektir. Prematüre bebeklerin büyüme gelişme süreçlerinde özellikle ilk yıllar çok önemlidir. Bunun nedeni prematürelerin ciddi sağlık problemlerine maruz kalıp ve uzun süreli hastane bakımına ya da yüksek oranda ihtiyaç evde bakıma duymalarıdır. Hastane bakımında prematüre bebek bakımı konusunda deneyimli sağlık ekibi üyeleri görev yaptıkları için ebeveynler daha konforludur. Ancak hastane süreci bitip taburculuk gerçekleşikten sonra ebeveynlerin kaygı ve ebeveynlik rol performansını gerçekleştirme konusunda kaygıları başlar ki, asıl desteğe o zaman ihtiyaç duymaktadırlar.

Konunun bebekler, aileleri ve toplum için önemini görünür hale getirmek, bakım, koruma ve sağlığı geliştirme bilincini oluşturmak için 17 Kasım günü “Dünya Prematüre Günü” olarak kabul edilmiştir. Bebekleri ile yaşadıkları deneyimleri birbirleri ile paylaşan ebeveynler bu konuda yalnız olmadıklarını gördüklerinde kendilerini daha güçlü hissetmektedir. Bu bağlamda “Dünya Prematüre Günü”nde başarı hikayeleri, eğitimler ve seminerler paylaşarak yeni ebeveynler motive edilmeye çalışılmaktadır

Prematüre Bebek

Otuz yedinci gestasyon haftasından önce doğan bebekler Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)-World Health Organisation (WHO) tarafından prematüre/preterm bebek olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2018). Her yıl 15milyondan fazla bebeğin erken doğduğu ve yaklaşık bir milyondan fazla bebeğin erken doğum komplikasyonları nedeniyle öldüğü bildirilmektedir (Liu et al., 2016). DSÖ 2018 raporuna göre; her on doğumda birden fazla oranda prematüre bebek doğmaktadır. Yine bu rapora göre hayatta kalan bebeklerin çoğunda öğrenme güçlükleri, görme ve işitme sorunları başta olmak üzere birçok sağlık sorunu gelişmektedir. Küresel olarak baktığımızda beş yaş altı ölüm nedenlerinin başında prematüreliliğin geldiği yine DSÖ tarafından bildirilmiştir (WHO, 2018).

Günümüzde perinatal ve neonatal bakım alanındaki teknolojik gelişmelerle (Vohr et al., 2012; Çelik et al., 2014) prematüre yenidoğanların yaşama oranlarının arttığı ve yirmi beşinci gestasyon haftasında 750 gram ağırlığında doğan bebeklerin %76 oranında yaşatılabildiği bilinmektedir (Pazarcıkcı & Efe, 2017). Tıbbi ve teknolojik gelişmeler mortaliteyi önemli oranda düşürmekle birlikte yaşatılan bu bebeklerin post neonatal dönemde daha yakın izlemi, bakımı ve destek tedavisi alma gerekliliği ortaya çıkmaktadır (Baysoy, 2011; Pazarcıkcı & Efe, 2017). Çünkü prematüre bebekler gelişebilecek pek çok komplikasyona karşı savunmasızdır (Gullino et al., 2017).

Prematüre bir bebeğe sahip olma duygusu ebeveynler için oldukça karmaşıktır. Bu kendileri tarafından hazır olmadıkları bir yaşantı ile baş başa kaldıkları bir durum olarak tanımlanmaktadır (Çırlak & Erdem, 2013). Lite-

ratürde taburculuğa hazırlık dönemindeki prematüre bebek anneleri (n=850) ile yapılan bir çalışmada; annelerin % 37'si ruhsal olarak kendilerini kötü hissettiklerini ve diğer annelere göre taburcu olmaya daha az hazır olduklarını belirtmişlerdir. Anneler içinde buldukları durumu algılamakta zorluk çektiklerini ve hem bebek hem de kendi iyilik hali algılarının da daha düşük olduğunu belirtmişlerdir (McGowan et al., 2017).

Farklı bir çalışmada ise bebeği prematüre olan ebeveynlerin taburcu olduktan sonra anksiyete, güçsüzlük ve çaresizlik hissettiği, duruma hazırlıksız oldukları için bakım verici rolünde zorlandıkları belirlenmiştir

Yine bu çalışmada annelerin sıklıkla banyo (%44,1), beslenme (% 35.3), kucaklama ve sakinleştirme (%33.4) gibi konularda zorluk yaşadıkları saptanmıştır (Taş Arslan & Turgut, 2013).

Prematüre Bebeklerin Taburculuğa Hazırlanması

Prematüre bebeğin taburculuk sonrası evdeki bakımı sadece tıbbi yönden sınırlı olmayan karmaşık bir süreç olup, tüm aile üyelerini rol ve sorumluluk açısından zorlayan bir durumdur (Pazarcıkcı & Efe, 2017). Bu nedenle hem yenidoğan hem de ailesi bireysel gereksinimleri doğrultusunda bütüncül olarak değerlendirilmelidir. Taburculuk sürecinin en iyi şekilde olması için uygun girişimlerin planlanması gerekmektedir (TND, 2018).

Riskli yenidoğan kabul edilen prematürelerin taburculuk süreci üç basamakta yapılmalıdır (TND, 2018).

Bunlar;

1. Taburculuğa hazır olma,
2. Ailenin ve evin hazırlanması,

Aile ve sağlık ekibinin iletişiminin korunması ve taburculuk (TND, 2018).

Prematüre bebeklerin hastaneden eve geçiş sürecinin sağlıklı yapılabilmesi için genel olarak yapılması gerekenler şu şekilde sıralanabilir:

- Önceden belirlenmiş taburculuk kriterlerine uyulmalı,
- Bebek ve aileni ihtiyaçlarına yönelik bakım alanları belirlenmeli,
- Ebeveynlerin sürece fiziksel ve psikolojik olarak hazırlanmaları desteklenmeli,
- Ev ortamı hazırlanmalı

Toplum içerisindeki destek sistemleri için aile bilgilendirilmeli (Pazarcıkcı & Efe, 2017 TND, 2018).

Gebe, lohusa ve yenidoğanların durumlarının geçerli ve güvenilir ölçüm

araçları ile değerlendirmek, hemşirelik bakımın planlanması için önemlidir. Bunun için kullanılan geçerli ve güvenilir ölçüm araçları bulunmaktadır. Bunların bazıları; “Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşirelerinin Taburculuk Planlaması Algıları Ölçeği”, “Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluk Ölçeği-Yeni Doğum Yapmış Anne Formu”, “Gebelerin Yenidoğanın Hijyenik Bakımına Hazır Oluş Ölçeği”, “Hastaneden Eve Geçiş Ölçeği” ve “Eve Geçiş: Preterm Ebeveyn Ölçeği” dir (Ö. Tiryaki, 2021).

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi’nde (YYBÜ) görev yapan bir hemşire için bakım süreci kadar taburculuk aşaması da önemlidir. Bir çalışmada ebeveynlerin taburculuk sürecinde en çok ebeveyn rolüne adaptasyon sorunu yaşadıkları tespit edilmiştir. Aynı çalışmada bu sorunun çözümünde hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitimlerinin etkili olduğu belirtilmiştir (Hua et al., 2020). Bir başka çalışmada; ebeveynlerin YYBÜ ünitesinde bakıma katılım konusunda istekli oldukları ancak bu konuda kendilerini bilgi ve beceri açısından yeterli hissetmedikleri belirlenmiştir. Ebeveynlerin bilgilendirme sürecinde görsel, işitsel ve uygulamalı eğitim yöntemlerinin kullanılmasının yararlı olacağını da saptanmıştır (Monaghan et al., 2020).

Çakmak çalışmasında prematüre annelerinin emzirme, bebeğine dokunma ve konuşma gibi konularda zorlanmazken, banyo, yara bakımı ve giysi değiştirme gibi bakım konularında güçlük yaşadığını saptamıştır (Çakmak, 2015).

Literatür incelendiğinde annelerin bebeğin gelişimini destekleyen ve anne bebek bağına güçlendiren masaj, kanguru bakımı ve sling bağlama konularında da kendilerini yeterli hissetmediği de bulunmuştur (Çakmak, 2015). Bebeği yenidoğan yoğun bakımda takip edilen primipar annelere verilen masaj eğitiminin değerlendirildiği bir çalışmada, eğitim sonrasında bebeğini kucağına alma, dokunma ve hatta masaj yapabilme konularında annelerin daha yeterli olduğu tespit edilmiştir (Karakaya Gündoğdu & Seval, 2017). Kanguru bakımı özellikle erken doğan tüm bebeklerde bebeğin fizyolojik parametrelerini düzelttiği, anne-bebek ve baba-bebek bağına güçlendirdiği ve yenidoğanın yoğun bakım ünitesinden taburculuğunu hızlandırdığına ilişkin çalışmalar bulunmaktadır (Temizsoy, 2018, Koç & Kaya, 2017; Soğum & Dikeç, 2020; Ünal Toprak & Şentürk Erenel, 2018). prematüre veya düşük doğum ağırlıklı bebekler üzerindeki etkinliğinin daha fazla olmasından dolayı yapılan kanıt temelli çalışmalar (Conde-Agudelo & Diaz-Rossello, 2017; Roshanray et al., 2020)neticesinde DSÖ’de kanguru bakımını tavsiye edilmektedir. Sling bebeği omuzdan asarak taşıma işlemi yapılan bebek askısı olarak bilinmekte olup; Asya’da geleneksel bir bebek taşıyıcıdır ve öne takılan emniyet kemeri taşıyıcıları ile modern topluma uyarlanmıştır (Wu et al., 2017). YYBÜ’lerde uygulanan kanguru bakımı ve tensel temas uygulamalarına benzer olarak; taburculuk sonrasında bebeğin stresini azaltarak uykuya dalmada kolaylık sağlamaktadır. Ayrıca ebeveyn-bebek bağlanması-

nı kolaylaştırarak stres, korku, anksiyete ve post partum depresyon durumlarının azalmasında da etkili olduğu belirlenmiştir (Miller et al., 2020).

Beslenme prematüre annelerinin en sık yaşadığı sorundur. Bebeğin küçük olması, emme becerisinin gelişmemiş olması ve annenin deneyimsizliği bu sorunu tetikleyen temel faktörlerdir. Bu noktada önemli bir destek anne sütü danışmanlığı ile verilebilir. Anne sütü danışmanlığı konusunda uzmanlaşmış bebek hemşireleri annenin süt algısını iyileştirerek, emzirmeyi tanıma becerisini ve emzirme öz yeterliliğini olumlu yönde etkileyebilmektedir. Bir çalışmada bebeği YYBÜ’de takip edilen prematüre annelerine postpartum dönemde verilen anne sütü danışmanlığı eğitimi sonrasında emzirmeyi tanıma ve emzirme öz-yeterliliği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış olduğu belirlenmiştir (Kocagöz Acar & Seval, 2021).

Smith çalışmasında YYBÜ’nden taburculuğa hazır olarak ayrılmanın evde bakım sürecini kolaylaştırdığı sonucuna ulaşmıştır (Smith et al., 2012). Taburcu olmaya hazır olma en iyi şekilde kapsamlı bir taburculuk hazırlık programı ile desteklenir. Sistematik ve bebek/ebeveyn ihtiyaçlarına odaklanmış bir taburculuk eğitimi ebeveyn öz yeterliliğini arttırarak evde bakım kalitesini güçlendirmektedir (Smith et al., 2013; Çakmak, 2015).

Franck ve O’Brien tarafından yapılandırılan *Aile Entegre Bakım* (AEB) modeli riskli bebeklerin ebeveynlerini bakıma dahil etmeyi hedefler (Franck & O’Brien, 2019). Bu modelin kullanıldığı çalışmalarda prematürelerin %25’lik kilo aldığı, emzirmenin %80 arttığı, ebeveyn stresinin %25 azaldığı ve kritik olay bildirimlerinde (hastane enfeksiyonu ve ani bebek ölümü gibi) önemli bir azalmanın olduğu bildirilmiştir (Hei et al., 2016; Tiryaki & Cinar, 2021).

Prematüre bebeklerin annelerine yönelik bireyselleştirilmiş taburculuk eğitimi planlama çalışmasında, geliştirilmiş eğitim standart eğitimden üstün olduğu ve annelerin bilgi düzeylerini ve yetkinliklerini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Bu eğitimlerin bebeklerin sağlıklarının korunmasını açısından yararlı olacağı sonucuna ulaşılmıştır (Çinar, 2020).

Prematüre Bebeklerin Evde Bakımı

Hastane sonra bakımın devam ettirilmesi, tekrarlı yatışların engellenmesi, bakım maliyetinin düşürülmesi ve ailenin günlük yaşantısının devam ettirilmesi için evde yapılan bakım düzenlemelerinin tümüne evde bakım denmektedir. Özellikle verdikleri taburculuk eğitimleri ile hemşireler evde bakımın hazırlık bölümünün baş karakterleri olarak önemli bir role sahiptir (Pazarcıkcı & Efe, 2017).

Prematüre bebeklerin diğer bebeklerden farklı olarak evde bakım süreci daha kritik devam etmektedir. Bebeğin bakımından sorumlu ebeveynlerin ihtiyaçlarına göre düzenlenen bir evde bakım sistematığında, bilgi, beceri ve

davranış üçlüsünün desteklenmesi beklenmektedir. Ayrıca ebeveynlerin psikolojik ve terapötik açıdan yalnız olmadığını da hissetmesi önemlidir (Sassá et al., 2014).

Evde bakım uygulamasının prematüre bebek ve aile için yararlarını şu şekilde sıralanabilir:

- Hastaneden ayrıldıktan sonra tekrar yatışlarının azaltılması,
- Gelişebilecek komplikasyonların erken belirlenmesi,
- Aile ortamında bebeğin değerlendirilmesi,
- Ebeveynlerin evdeki bakıma yönelik kaygı durumları/ yeterliliklerinin değerlendirilmesi,
- Ebeveynin bakıma katılımlarının sağlanması,
- Bakım becerilerinin artırılması/cesaretlendirilmesi,
- Ailenin prematüre bebekle günlük yaşama uyum sağlamalarının sağlanması,
- Bebeğin gelişiminin izlenerek normalden sapmaların olduğu durumların erken tespit edilmesi

Bebeğin sağlığının korunması ve geliştirilmesi (Taş Arslan & Turgut, 2013; Pazarcıkcı & Efe, 2017).

Prematüre annelerinin evde bebek bakımına ilişkin sorunların kaygı ve depresyon düzeylerine etkisinin incelendiği bir çalışmada yapılan ev ziyaretlerinde hemşirelik tanıları konulmuştur. Çalışma girişim ve kontrol gruplu olarak gerçekleştirilmiş ve girişim grubuna taburculuk eğitimi verilmiştir. Özellikle 40-42. Günlerde yapılan ziyarette kontrol grubundaki annelerde benlik kavramında rahatsızlık, bebeklerde ise bez dermatiti, oral müköz memranda bozulma, gereksinimden az beslenme, bebek davranışında dizorganizasyon, uyku örüntüsünde bozulma, umbilikal kord enfeksiyonu, aspirasyon riski ve travma riski gibi hemşirelik tanıları belirlenmiştir. Ayrıca çalışmanın başında kontrol grubundaki annelerin durumluluk kaygı düzeyi düşükken, 40-42. günlerde kaygı düzeyinin yükseldiği belirlenmiştir. Çalışmada ilk bebeği prematüre olan annelerin taburculuk eğitimlerinin daha dikkatli yapılması ve en az 40 gün boyunca evde izlenerek hemşirelik bakımı verilmesi önerilmiştir (Bora Güneş & Çavuşoğlu, 2020).

Prematüre bebek ebeveynlerine eğitimde son dönemlerde kullanılan yöntemlerden birisi de Web tabanlı eğitimdir. 172 prematüre bebek ebeveynine verilen eğitimin bakımdaki özgüven ve kaygı düzeylerine etkisinin incelendiği yarı deneysel randomize kontrollü çalışmada, (<http://kuvozdehayatvar.com>) isimli web sitesi üzerinden girişim grubuna eğitim verilmiştir. Üç haftalık eğitim sürecinde; **1. hafta:** Prematüre bebeklerin özellikleri ve evde

yaşam süreci, ebeveyn bebek bağının kurulması, yaşam bulgularının takibi, **2. hafta:** Prematüre bebek/bebeklerin beslenmesi ve bakımı; **3. hafta:** Taburculuk sonrası izlem ve sık görülen sağlık sorunları ve acil durumlar başlıklarına yer verilmiştir. Eğitim sonrasında girişim grubundaki ebeveynlerin öz güven puanlarının yükseldiği, kaygı puanlarının ise düştüğü belirlenmiştir. Bu çerçevede çalışmanın sonucu bebek bakımına ilişkin Web tabanlı eğitimin prematüre ebeveynlerinde özgüveni artırma ve kaygı düzeyini azaltmada etkili olduğudur (Batman, 2019).

Prematüre Bebeklerin Evde Bakımının Zorlukları

Prematüre anneleri doğumdan sonra bebekten ayrı kalacağı beklentisiyle, genellikle mutluluk ve üzüntü ile karışık duygular yaşamaktadır Bunun nedeni anne ve bebek arasındaki gelişmesi beklenen doğal bağlanma sürecin prematüre bebeklerin YYBÜ'ndeki tedavisi ve bebek bakımı ile ilgili zorluklarla karşı karşıya kalması nedeniyle bozulması riskidir (Williams et al., 2018). YYBÜ sürecinde anneler erken doğumun bebeğin sağlığı ile ilgili endişe duymaktadır Bebeğin ve annelik rolünün kaybı, diğer çocuklar için ebeveynlik rollerinin yerine getirilememesi, sınırlı ziyaret saatleri, ulaşım engelleri, aile yaşamının diğer yönlerinin dengelenmesi ve mali sorunlar gibi zorluklarla karşı karşıya kalmaktadır (Hynan & Hall, 2015). İran'da bebeklerin YYBÜ'nden taburcu edilmesinden sonra annelerin yaşadığı zorluklara bakılan nitel bir çalışmada 23 anne ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Bu çalışmada dört tema ve dokuz kategori belirlenmiş olup temalar; emzirmede yetersizlik, hastaneye ve hemşireye bağımlılık, tüp bebek stres nedeni olarak ve annelerin sürekli endişe duyması olarak belirlenmiştir. Ayrıca anneler bebeklerinin taburcu olduktan sonra temel ihtiyaçlarını karşılamakta zorlandıklarını ifade etmiştir (Hemati et al., 2017)..

Ev ziyaretleri ve telefon desteği sırasında prematüre bebeklerin bakımını teşvik etmek için oryantasyon fırsatlarını analiz etmek amacıyla yapılan bir çalışmada; hastaneden taburcu olan 18 prematüre bebek annesi ile görüşülmüştür. Hastane teması ve görüşmeler, taburcu olduktan 15 ve 45 gün sonra ve bebeklerin altı aylıkken, 25 ev ziyareti ve 56 telefon desteği temasından elde edilen anlamların yorumlanmasıyla veri analizi ile gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada iki tema ortaya çıkmıştır: *Temas ve rehberlik ihtiyaçları:* ev ziyaretleri için yer ve şüpheleri telefon desteğiyle çözme fırsatları, çocuk sağlığının zayıflamasını, takipte süreksizliği ve özel takiplerde savunmasızlığı gösteren yönleri belirtirken; *Ev ziyaretleri ve telefon desteği:* ise zararı önlemenin ve çocuk sağlığını geliştirmenin yolları olarak sağlık ihtiyaçları, temel bakım konusundaki şüpheler ve problem çözme konusundaki endişeleri desteklemiştir. Ev ziyaretleri ve telefon desteğinin bakımın ve gizli durumların saptanmasına ilişkin işbirlikçi uygulamalar olarak ortaya çıktığı savunulmaktadır (Silva et al., 2020).

YYBÜ'nden taburcu edilen prematüre bebeklerin term bebeklere göre daha yüksek oranla beslenme sorunları, solunum sorunları ve hiperbilirübenemi riskine yatkın oldukları bilinmektedir. Prematüre bebeklerin taburculuk sonrası evde bakımda en sık rastlanılan sorunların başında bebeğin beslenmesi ve emzirilmesi gelmektedir (Hutchinson et al., 2012). Erken doğum yapan annelerde taburculuk sonrası oluşabilecek bu komplikasyonlar doğum sonrası depresyon riskini de beraberinde getirmektedir. Bu durum aile bütünlüğü açısından da zorluklara neden olabilmektedir. Aile açısından diğer bir zorluk ise tedavi sürecindeki maddi kayıpların olmasıdır. Ebeveynlerin bu süreçte maddi ve manevi zorluklardan dolayı psikososyal sorunlar yaşama ihtimalleri göz önünde bulundurulmalıdır. Bu nedenle hemşirelerin taburculuk eğitimini annenin doğum yaptığı andan itibaren başlatması ve sistematik şekilde devam etmesi nemlidir. Bunun için evde bakım ile ilgili bilgiler ve olası sorunlar anneye taburcu olacağı gün fazla bilgiye maruz bırakılmadan sunulmalıdır (Özberk et al., 2021).

Prematüre Ebeveynlerinin Evde Bakım Sürecine Hazırlanmasında Hemşirelerin Rolü

Evde bakım süreci ebeveynlerin hastanede bakıma katılması ile başlamaktadır. Bu aşamada ebeveynlerin bilgi ve yetkinlikleri belirlenerek evde bakım sürecine yönelik kurgulama yapılmalıdır. Yenidoğan hemşiresinin gözlem ve tanılama ile elde ettiği bilgiler çerçevesinde taburculuk eğitiminin planlanması ve ebeveyne uygun yöntemle gerçekleştirmesi temel sorumluluktur (Pazarcıkcı & Efe, 2017).

Bu bağlamda prematüre bebeğin ve ebeveynlerin evde bakıma hazırlanmasında yenidoğan hemşirelerin sorumlulukları;

- Büyüme gelişmenin takibi
- Bakım, giyinme ve çevrenin düzenlenmesi başlıklarında ebeveynlerin değerlendirilmesi ve yeterlilik kazandırılması
- Anne sütü ve gerekli durumlarda kullanılacak diğer besin içerikleri konusunda annenin bilgilendirilmesi ve desteklenmesi
- Bebeğin davranışlarını anlama ve gereksinimlerini karşılama konularında farkındalık oluşturulması
- Ebeveynlerin bebeğin gelişim sürecini takip etme konusunda bilgi düzeyinin artırılması
- Yeni bebeğe kardeş tepkileri ve bakıma kardeş katılımının tartışılması,
- Ebeveyn bebek ilişkisini güçlendiren bebek masajı, kanguru bakımı ve sling gibi aktiviteleri planlayabilmesine destek olunması

- Bebeğin enfeksiyonlara yatkınlığı göz önüne alınarak bağışıklama programları hakkında bilgi verilmesi,
- Bebekte görülebilecek sağlık sorunları hakkında bilgilendirilmesi,
- Özel gereksinimleri olan teknolojik cihazlara bağımlı bir bebeğin bakımı öğretme ve malzeme temini konusunda rehberlik edilmesi
- Bebeğin rutin tedavi şeması var ise ebeveynin bu konuda bilgilendirilmesi,
- Karyola ve araba koltuğunda bebeğin güvenliği konusunda bilgilendirme,
- Çocuk ihmal ve istismarı açısından bebeğin izlenmesi,

Sağlık politikaları içerisinde evde bakımın etkin kullanımını (Gullino et al., 2017; Pazarcıkçı & Efe, 2017).

SONUÇ

Prematürelerin sağlıklı gelişebilmesi ve ebeveynlerin taburculuk sonrası bakımı sürdürebilmesi açısından evde bakım vazgeçilmez ve kıymetli bir uygulamadır. Sağlıklı büyümek her bebeğin hakkı ise bu sürecin doğru yürütülebilmesi için sağlık ekibinin en üst hassasiyeti göstermesi gerekmektedir. Ailen entegre bakım, bireyselleştirilmiş taburculuk eğitimleri ve evde yapılan izlemlerle prematürelere yaşanan komplikasyonlar azalmakta ve ebeveyn memnuniyeti artmaktadır. Kaygısı az ve özgüveni yüksek ebeveynler her koşulda prematürenin büyüme ve gelişme serüvenini destekleyebilmektedir. Pazarcık ve Efe'nin de 2017 yılında belirttiği üzere; "prematüre bebeklerin taburculuk sonrası evde bakımının Sağlık Bakanlığı'nın "Evde Bakım Hizmetleri" uygulaması kapsamına alınarak rutinleştirilmesi, taburculuk sonrası tüm prematüre bebeklerin, ev ortamlarında evde sağlık hizmetleri ekibi tarafından izlenmesi ve desteklenmesinin standartlaştırılması bebeklerin sağlıklı büyümesi açısından değerli bir öneridir.

KAYNAKLAR

1. Batman, D. (2019). *Web Tabanlı Eğitimin Prematüre Yenidoğanların Ebeveynlerinin Bakımdaki Özgüven ve Kaygı Düzeylerine Etkisi* *. 12(2), 107–115.
2. Baysoy N. 2011. Düşük doğum ağırlıklı preterm bebeklerin taburculuk sonrasında izlemi ve rehospitalizasyon sıklığının ve nedenlerinin araştırılması. Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği: İstanbul.
3. Bora Güneş, N., & Çavuşoğlu, H. (2020). Effects of a home follow-up program in Turkey for urban mothers of premature babies. *Public Health Nursing*, 37(1), 56–64. <https://doi.org/10.1111/phn.12671>
4. Conde-Agudelo, A., & Diaz-Rossello, J. L. (2017). *Cochrane Library Cochrane Database of Systematic Reviews Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (Review)*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002771.pub4.www.cochranelibrary.com>
5. Çakmak, E. (2015). *Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Bebeği Yatan Annelerin Bakıma Katılmalarının Kaygı Düzeyleri ve Bakım Sorunlarını Çözüm Becerileri İlişkisi*. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
6. Çelik, K., Özer, E. A., Alkan, S., & İlhan, O. (2014). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden taburcu edilen prematüre bebeklerde alt solunum yolu enfeksiyonlarının sıklığı ve risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Cocuk Sagligi ve Hastaliklari Dergisi*, 57(1), 8–15.
7. Çırlak, A., & Erdem, F. (2013). Yenidoğan Yoğun bakım ünitelerinde yatan bebeklerin ebeveynlerin rahatlık düzeyi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 73–81.
8. Çınar, G. C. (2020). Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan prematüre bebek annelerine taburculuk esnasında verilen standart ve geliştirilmiş bebek bakımı ve beslenme eğitiminin annelerin bilgi ve tutumları üzerine etkileri. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi
9. Franck, L. S., & O'Brien, K. (2019). The evolution of family-centered care: From supporting parent-delivered interventions to a model of family integrated care. *Birth Defects Research*, 111(15), 1044–1059. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1521>
10. Gullino, S., Kaiser, A., Khan, H., Phillips, A., Elwin, A., & Edwards, A. D. (2017). New mothers' experiences of the urban environment with their preterm infants involve complex social, emotional and psychological processes. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 106(3), 405–410. <https://doi.org/10.1111/apa.13715>
11. Gündoğdu Karakaya, A. & Seval M. (2017). Yenidoğan bebek annelerine verilen prezantasyon ve demonstrasyon destekli bebek masajı eğitiminin etkinliğinin değerlendirilmesi. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilim-

- leri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi.
12. Hei, M., Gao, X., Gao, X., Nong, S., Zhang, A., Zhang, Q., & Lee, S. K. (2016). Is family integrated care in neonatal intensive care units feasible and good for preterm infants in China: Study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-1152-9>
 13. Hemati, Z., Namnabati, M., Taleghani, F., & Sadeghnia, A. (2017). Mothers' challenges after infants' discharge from neonatal intensive care unit: A qualitative study. *Iranian Journal of Neonatology*, 8(1), 31–36. <https://doi.org/10.22038/ijn.2017.15546.1174>
 14. Hua, W., Yuwen, W., Simoni, J. M., Yan, J., & Jiang, L. (2020). Parental readiness for hospital discharge as a mediator between quality of discharge teaching and parental self-efficacy in parents of preterm infants. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19–20), 3754–3763. <https://doi.org/10.1111/jocn.15405>
 15. Hutchinson, S. W., Spillett, M. A., & Cronin, M. (2012). Parents' experiences during their infant's transition from neonatal intensive care unit to home: A qualitative study. *Qualitative Report*, 17(12), 1–20. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2012.1793>
 16. Hynan, M. T., & Hall, S. L. (2015). Psychosocial program standards for NICU parents. *Journal of Perinatology*, 35(S1), S1–S4. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.141>
 17. Kocagöz Acar, G. & Seval M (2021). Postpartum dönemde preterm bebek anelerine verilen anne sütü danışmanlığının emzirme algısına ve yeterliliğine etkisinin değerlendirilmesi. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi.
 18. Koç, S., & Kaya, N. (2017). Doğumda Kanguru Bakımının Sağlıklı Yeni Doğanların Fizyolojik Parametrelerine Etkisi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 19(1), 1–13. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=125905030&site=ehost-live&scope=site>
 19. Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Chu, Y., Perin, J., Zhu, J., Lawn, J., Cousens, S., Mathers, C., & Black, R. E. (2016). Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *The Lancet*, 388(10063), 3027–3035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31593-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31593-8)
 20. McGowan, E. C., Du, N., Hawes, K., Tucker, R., O'Donnell, M., & Vohr, B. (2017). Maternal Mental Health and Neonatal Intensive Care Unit Discharge Readiness in Mothers of Preterm Infants. *Journal of Pediatrics*, 184, 68–74. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.01.052>
 21. Miller, R. R., Bedwell, S., Laubach, L. L., & Tow, J. (2020). What Is the Experience of Babywearing a NICU Graduate? *Nursing for Women's Health*, 24(3), 175–184. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2020.04.003>
 22. Monaghan, J., Kim, T., Dol, J., Orovec, A., & Campbell-Yeo, M. (2020). Pa-

- rents' learning needs and preferences in a neonatal intensive care unit: A desire for enhanced communication and eHealth technology. *Journal of Neonatal Nursing*, 26(2), 101–105. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2019.09.001>
23. Özberk, H., Çiçek, Ö., Ayar, D., & Okumuş, H. (2021). Difficulties for Mothers: Premature Baby Care at Home. *Bezmialem Science*, 9(4), 498–502. <https://doi.org/10.14235/bas.galenos.2021.5689>
 24. Pazarçıkçı, F., & Efe, E. (2017). Preterm Bebeklerin Taburculuk Sonrası Evde Bakımının Sağlanması Hemşiresinin Rolü. *MAKÜ Sag. Bil. Enst. Derg.*, 5(1), 45–52.
 25. Roshanray, A., Rayyani, M., Dehghan, M., & Faghih, A. (2020). Comparative effect of mother's hug and massage on neonatal pain behaviors caused by blood sampling: A randomized clinical trial. *Journal of Tropical Pediatrics*, 66(5), 479–486. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmaa001>
 26. Sassá, A. H., Gaíva, M. A. M., Higarashi, I. H., & Marcon, S. S. (2014). Nursing actions in homecare to extremely low birth weight infant. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(5), 492–498. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400080>
 27. Ünal Toprak, F., & Şentürk Erenel, A. (2018). Derleme Review Sezaryen Doğumlarda Baba İle Bebek Arasında Kanguru Bakımı Alternatif Bir Uygulama Olabilir Mi ? Could Kangaroo Care Between Father And Baby Be An Alternative Practice For Caesarean Deliveries ? Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 374, 75–79.
 28. Silva, R. M. M., Zilly, A., Nonose, E. R. D. S., Fonseca, L. M. M., & de Mello, D. F. (2020). Care opportunities for premature infants: Home visits and telephone support. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 1–8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3520.3308>
 29. Smith, V. C., Hwang, S. S., Dukhovny, D., Young, S., & Pursley, D. M. (2013). Neonatal intensive care unit discharge preparation, family readiness and infant outcomes: Connecting the dots. *Journal of Perinatology*, 33(6), 415–421. <https://doi.org/10.1038/jp.2013.23>
 30. Smith, Vincent C., Dukhovny, D., Zupancic, J. A. F., Gates, H. B., & Pursley, D. M. (2012). Neonatal intensive care unit discharge preparedness: Primary care implications. *Clinical Pediatrics*, 51(5), 454–461. <https://doi.org/10.1177/0009922811433036>
 31. Soğum, D., & Dikeç, G. (2020). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi 'nde Uygulanan Kanguru Bakımının Annelerin Stres Düzeylerine Etkisi. *Sağlık ve Toplum*, 30(2), 114–122.
 32. Taş Arslan, F., & Turgut, R. (2013). Prematüre Bebek Annelerinin Evdeki Bakım Gereksinimleri ve Bakım Verme Yeterliliklerini Algılama Durumları. *DEUHYO ED*, 6(3), 119–124. <http://www.deuhyoedergi.org/index.php/DEUHYOED/article/view/2>
 33. Temizsoy, E. (2018). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde İlaç Uygulamala-

- r1. In E. Özek & H. S. Bilgen (Eds.), *Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği Kitabı* (pp. 121–125). Güneş Tıp Kitabevleri
34. Tiryaki, Ö. (2021). Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Prematüre Bebeği Yatan Ebeveynlerin Taburculuğa Hazırlanmasında Aile Entegre Bakımın Etkisi. Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doktora Tezi.
 35. Tiryaki, O., & Cinar, N. (2021). Scale development study: Readiness for discharge from the neonatal intensive care unit and home care of premature infants by parents. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 31(2), 171–176. <https://doi.org/10.29271/JCSP.2021.02.171>
 36. TND, T. N. D. (2018). Yüksek riskli bebek izlem rehberi 2018. *Yüksek Riskli Bebek İzlem Rehberi*, 1–52.
 37. Vohr, B. R., Yatchmink, Y. E., Burke, R. T., Stephens, B. E., Cavanaugh, E. C., Alksnis, B., Nye, J. H., Bacani, D., McCourt, M. F., Collins, A. M., & Tucker, R. (2012). Factors associated with rehospitalizations of very low birthweight infants: Impact of a transition home support and education program. *Early Human Development*, 88(7), 455–460. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2011.10.011>
 38. WHO, W. H. O. (2018). *Preterm birth*. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
 39. Williams, K. G., Patel, K. T., Stausmire, J. M., Bridges, C., Mathis, M. W., & Barkin, J. L. (2018). The neonatal intensive care unit: Environmental stressors and supports. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph15010060>
 40. Wu, C. Y., Huang, H. R., & Wang, M. J. (2017). Baby carriers: a comparison of traditional sling and front-worn, rear-facing harness carriers. *Ergonomics*, 60(1), 111–117. <https://doi.org/10.1080/00140139.2016.1168871>



Bölüm 13

YAŞLI BİREYLERDE POSTOPERATİF DELİRYUM

*Ebubekir KAPLAN*¹

*Özkan SİR*²

¹ Ebubekir KAPLAN, Arş. Gör., Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, ebubekirkaplan@yyu.edu.tr Orcid ID: 0000-0001-6577-6094

² Özkan SİR, Öğr. Gör., Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, ozkansir@yyu.edu.tr Orcid ID: 0000-0002-3105-7777

Giriş

İlk kez 2500 yıldan fazla bir süre önce tanımlanmış olmasına rağmen, deliryum sıklıkla tanınmamakta ve yeterince anlaşılmamaktadır. Deliryum (bilişsel işlevlerde akut bir düşüş), hastanedeki yaşlıların (65 yaş ve üzeri) %50'sinden fazlasını etkileyen yaygın, ciddi ve sıklıkla ölümcül bir hastalıktır. Deliryum, kritik durumdaki yetişkin hastalarda sık görülen bir organ fonksiyon bozukluğudur ve önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir (Inouye, Westendorp, and Saczynski 2014; Mart et al. 2021). Deliryum bilinç, biliş, dikkat ve algının bozulmasıdır. Bu semptomlar genellikle akut başlangıçlıdır ve gün boyunca geçici bir dalgalanma gösterir. Büyük bir ajitasyon durumu olan hiperaktif deliryum sıklıkla klinik uygulamada gözlenen en yaygın alt tip olarak tanımlanır ve yanlışlıkla psikotik bozukluk veya ajite demans olarak teşhis edilebilir. Hipoaktif deliryum sıklıkla ortaya çıkar ancak klinisyenler tarafından tanınmaması nedeniyle prognozu kötüdür (Fuchs et al. 2020; Tilouche et al. 2018). Yaşlı yetişkinler, önceden var olan tıbbi durumlar ve artan farmakolojik dozaj duyarlılığı nedeniyle deliryuma karşı artan bir hassasiyet göstermektedir. Bu nedenle, bu hastaların standartlaştırılmış kriterlere ve disiplinler arası iletişime dayalı olarak tanımlanması önemlidir, çünkü önleme deliryum insidansını azaltabilir ve hastalık yükünün yanı sıra sağlık bakım maliyetlerini de azaltabilir (Casey et al. 2019; Fuchs et al. 2020).

Etyoloji ve Fizyopatoloji

Deliryumun mekanizması belirsizdir ve büyük olasılıkla normal bilişi değiştiren kritik hastalık sırasında etkilenen çoklu yolların bir sonucudur. Genetik kusurlardan kötüleşen beyin iltihabına, zayıf serebral kan akışına ve nörotransmitter dengesizliğine kadar çok sayıda patolojik mekanizma öne sürülmüştür. Birden fazla eşzamanlı hakaret muhtemelen sorumludur ve hastaların fizyolojik rezervine ve hastalığın ciddiyetine bağlı olarak değişir. Hastalığın karmaşık doğası göz önüne alındığında, deliryuma çok yönlü bir yaklaşım gerekmektedir (Mart et al. 2021). Deliryum büyük olasılıkla normalde bilişin, ruh halinin ve davranışın koordinasyonundan sorumlu olan nörotransmitterlerin sentezi, salınımı ve inaktivasyonundaki dengesizlikten kaynaklanmaktadır. Nörotransmitter havuzundaki akut dengesizlik, oksidatif metabolizmadaki değişiklik ve vücuttaki inflamatuvar süreç ile artar. Deliryum gelişiminde rol oynayan üç spesifik nörotransmitter sistemi, glutaminerjik, dopaminerjik ve kolinergik yolları içerir (Gaudreau et al. 2005). Deliryum gelişimi için önerilen çeşitli hipotezler arasında, artan dopamin düzeyi ve azalan asetilkolin düzeyi (nöral uyarılabilirliğin artmasına neden olur) yaygın olarak görülür. Serotonin ve melatonin üretiminin öncüsü olan triptofan deliryum gelişiminde rol oynar (Pandharipande et al. 2009; Vijayakumar, Elango, and Ganessan 2014). Fenilalanin de triptofan ile rekabet ederek deliryum gelişiminde rol oynar ve ayrıca serotonin ve melatonin düzeylerini azaltır. Fenilalanin aktif olarak kan-beyin bariyeri boyunca taşınır ve

DOPA'ya dönüştürülerek deliryum meydana gelir (Vijayakumar et al. 2014).

Postoperatif deliryumun olası bir patofizyolojik mekanizması nöroinflamasyondur. Sistemik inflamatuvar medyatörler ameliyattan sonra önemli ölçüde artar ve ameliyat sonrası dönemde yüksek kalır (Hirsch et al. 2016). Periferik C-reaktif protein (CRP) ve interlökin 6 konsantrasyonlarının ameliyat sonrası yükselmesinin, daha yüksek ameliyat sonrası deliryum riski ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir (Jin, Hu, and Ma 2020; Liu, Yu, and Zhu 2018).

Risk Faktörleri

Deliryumun çoğunluğu hastanede yatan yaşlı (≥ 65 yaş) yetişkinlerde görülür. Deliryum ayrıca hastane dışı bakım üniteleri ve akut sonrası bakım tesislerindeki yaşlı hastaları da yaygın olarak etkilemektedir. İleri yaş, akut bakım ortamında deliryum ile bağımsız olarak ilişkilidir, çünkü demans ve hafif bilişsel bozukluk genellikle klinik olarak tanınmaz. Yaşlı yetişkinlerde artmış deliryum riskinin mekanizması belirsiz olmakla birlikte, yaşa bağlı nörodejenerasyon ve buna bağlı asetilkolin, katekolamin ve serotonin değişiklikleri rol oynayabilir (Farasat et al. 2020). Deliryum gelişimi için belirlenen hastaya özgü risk faktörleri arasında önceden var olan demans, ileri yaş, fonksiyonel bozukluk, daha fazla eşlik eden hastalıklar ve psikopatolojik semptomlar yer almaktadır. Ameliyat öncesi tüm risk faktörleri değerlendirildiğinde, önceden var olan demans, ameliyat sonrası deliryumun ortaya çıkmasının en güçlü belirleyicisi gibi görünmektedir (Iamaroon et al. 2020). Deliryum akut tıbbi bir olayla tetiklenir. Sıklığına ve zararlı sonuçlarına rağmen, bu duruma sıklıkla yetersiz tanı konulmakta ve patofizyolojisi hala tam olarak anlaşılammaktadır. Deliryumu hızlandıran risk faktörlerinin tanımlanması, mümkün olan durumlarda en fazla risk altında olan hastalarda önleyici stratejilerin uygulanması önemlidir (Veiga et al. 2012). Akut sendroma birden fazla faktörün katkıda bulunduğu görülmektedir ve bunların 100'den fazlası, yoğun bakım ünitesinde deliryum gelişme riskinin artmasıyla potansiyel bir bağlantı için incelenmiştir. Bu riskler iki kategoriye ayrılabilir: hastayı deliryuma yatkın hale getirebilecek riskler (değiştirilebilir ve değiştirilemez) ve yoğun bakım ünitesinde veya ortamda alınan tedaviyle ilgili riskler (Mart et al. 2021; Vasilevskis et al. 2012).

Belirtiler ve Tanılama

Deliryum için altın standart tanı kriterleri, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı Beşinci Baskısıdır (DSM-5). Kesin deliryum tanısı geriatrist veya psikiyatrist gibi eğitilmiş ve deneyimli bir hekim tarafından yapılmalıdır. Eğitilmiş ve deneyimli bir hekim tarafından kullanılan standartlaştırılmış bir teşhis aracı, deliryumun tespitini en üst düzeye çıkarmaya yardımcı olabilir. Geleneksel olarak geriatrist konsültasyonu genellikle hastada ameliyat sonrası deliryum geliştiğinde etkinleştirilir. Deliryum riski taşıyan cerrahi hastalarda proaktif geriatrist

konsültasyonu ve dikkatli anestezi teknikleri perioperatif dönemde deliryum insidansını ve buna bağlı olumsuz sonuçları azaltabilir. Geriatristler ve anestezi uzmanları arasındaki işbirlikçi bir yaklaşım, hasta bakımının kalitesini ve hasta sonuçlarını da iyileştirebilir. Bu hedeflere sahip bir programın geliştirilip uygulanmasından önce, sorunun kapsamı ve deliryum ile önemli ölçüde ilişkilendirilen faktörler tanımlanmalıdır (Iamaroon et al. 2020).

Tedavi ve Yönetim

Deliryumun tedavisi, farmakolojik yönetime ek olarak hem önleyici önlemlerin optimize edilmesini amaçlayan çok bileşenli bir strateji gerektirir. Deliryumun önlenmesi ameliyathanede hemodinamik stabilitenin korunması, yeterli oksijenasyonun sağlanması, asit baz durumunun optimize edilmesi, elektrolit anormalliklerinin en aza indirilmesi ve ameliyat sırasında uygun ilaç dozajlarının uygulanmasıyla başlamalıdır. Herhangi bir tedavi stratejisini uygulamadan önce, altta yatan organik nedene yönelik değerlendirme yapılmalıdır çünkü altta yatan tanılara yönelik spesifik tedavi, geriatrik hastada spesifik olmayan postoperatif deliryumun tedavisinden farklı olacaktır (Tipping 2011).

Deliryumu önlemek için hem çevresel hem de destekleyici müdahaleler dahil önleyici tedbirlerin uygulanmasının, hastanede yatan yaşlı hastalarda deliryum ataklarının hem sayısını hem de süresini azalttığı gösterilmiştir. Deliryumu azalttığı gösterilen spesifik müdahaleler şunları içerir: (1) hastanın çevresine ve bakım ekibi üyelerine tekrar tekrar oryantasyon sağlaması için bir oryantasyon protokolü, (2) kesintisiz gece uykusu sağlamak için bir uyku protokolü, (3) erken -günlük ambulasyona ve hareket aralığına izin veren mobilizasyon protokolü, (4) gözlüklere ve diğer görsel yardımcıları kolay erişime izin veren bir görme protokolü ve (5) amplifikatör cihazları ve diğer işitme cihazlarını sağlamak için bir işitme protokolü (Khan et al. 2022). Deliryum insidansını azaltan diğer çevresel ve destekleyici strateji çalışmalarının da, dekübitus ülserleri, idrar yolu enfeksiyonları, beslenme komplikasyonları, uyku sorunları ve düşmeler dahil olmak üzere deliryumla ilişkili komplikasyonları azalttığı gösterilmiştir (Burton et al. 2021).

Farmakolojik Tedavi

Yoğun bakım ünitesinde sağlanan tedaviyle ilişkili başka riskler de vardır. Çalışmalar, benzodiazepin kullanımının (özellikle lorazepam ve midazolam) bağımsız olarak deliryum riskinin artmasıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (Mart et al. 2021; Pandharipande et al. 2008; Pisani et al. 2009). Ayrıca, bu çalışmalar doza bağlı bir ilişki olduğunu ve riskin daha yüksek benzodiazepin dozlarında daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu durum özellikle benzodiazepinler mekanik ventilasyon için sedatif olarak kullanıldığında geçerlidir. Antikolinergik ajanlar da deliryumu hızlandırabilmektedir (Burry et al. 2017). Deliryum ve psikofarmakolojik ajanlar arasındaki bağlantı, muhteme-

len bu ajanların deliryumun ortaya çıkmasında kritik öneme sahip görünen nörotransmitterler, özellikle de gama-amino bütirik asit (GABA), asetilkolin, dopamin ve serotonin üzerindeki etkilerinden kaynaklanmaktadır. Bu nörotransmitterlerin sentezi, salınımı ve inaktivasyonundaki dengesizlik, deliryum mekanizmalarından biri gibi görünmektedir (Farasat et al. 2020; Wolters et al. 2015).

Birincil deliryum önleme ilkeleri (Mart et al. 2021):	
•	Tekrarlanan yeniden yönlendirme
•	Günde birkaç kez bilişsel olarak uyarıcı faaliyetlerin sağlanması
•	Bir uyku protokolü
•	Erken mobilizasyon
•	Kateterlerin zamanında çıkarılması ve fiziksel kısıtlamalar
•	Gözlük, büyütücü lens, işitme cihazı ve kulak kirini giderme kullanımı
•	Dehidrasyonun düzeltilmesi
•	Planlanmış bir ağrı yönetimi protokolünün kullanılması
•	Gereksiz gürültü ve dokunsal uyarıların en aza indirilmesi

Deliryum Değerlendirme Yöntemleri:

Deliryum tarama aracı	Ölçeğin dayandığı kriterler	Öge sayısı	Tarafından yapılan derecelendirmeler
CAM-ICU	DSM-IV	9	Eğitimli sağlık profesyoneli
ICDSC	DSM-IV	8	Uzman olmayan personel
DRS-R-98	DSM-IV	16	Psikiyatristler
NEECHAM Konfüzyon Ölçeği	Araştırma	9	Hemşireler
Deliryum Gözlem Tarama Ölçeği	DSM-IV	25	Eğitimli sağlık profesyoneli
Hemşirelik Deliryum Tarama Ölçeği	Araştırma	5	Hemşireler

CAM-ICU: Yoğun Bakım Ünitesi için Konfüzyon Değerlendirme Yöntemi, *DSM*: Ruhsal Bozukluklar için Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, *ICDSC*: Yoğun Bakım Deliryum Tarama Kontrol Listesi, *DRS-R-98*: Deliryum Derecelendirme Ölçeği-Revize Edilmiş 98, *NEECHAM*: Neelon-Champagne

Deliryumda Hemşirelik Yönetimi

Deliryum hızlı başlangıçlı, geri dönüşlü bir bilişsel bozukluktur. Deliryum risk faktörleri arasında ileri yaş, hastalığın şiddeti, başlangıçtaki zayıf fonksiyonel durum, eşlik eden tıbbi durumlar ve demans yer alır. Deliryumun, kalış süresinin uzaması ve mortalitenin artması gibi olumsuz sonuçları vardır. Bu nedenle hemşirelerin risk altındaki hastaları belirlemesi ve hastanede yatan yaşlı hastada deliryumu önlemesi ve yönetmesi önemlidir.

Yüksek riskli hastalar belirlendikten sonra, vakayı azaltmak için önleme stratejileri kullanılabilir. Önleme stratejilerine örnek olarak gözlük sağlanması, işitme cihazlarının çalıştırılması ve etkili ağrı yönetimi gösterilebilir (Schreier 2010). Deliryum ortaya çıktıktan sonra, hemşirelik bakımının ana odak noktası hastayı güvende tutmaktır. Deliryumun erken tanınması, durumun çözümünü artırdığı ifade edilmektedir (Reznik and Slooter 2019). Yoğun bakım hemşireleri, deliryumun erken tanınması, olası nedenlerin belirlenmesi ve bilgili bakım sağlanması yoluyla hastaların bakım kalitesini ve sonuçlarını iyileştirme çabasında hayati öneme sahiptir. Deliryumun değişken doğası nedeniyle, hemşirelerin hasta bakımına en az 8 ila 12 saatte bir taramayı dahil etmeleri önerilir (Karabulut and Yaman Aktaş 2016). Hemşireler bir deliryum tanı aracı kullanarak deliryumu tutarlı bir şekilde değerlendirdiğinde, semptomlar ciddileşmeden önce erken teşhis gerçekleştirilebilir (Devlin et al. 2008). Hemşireler, önleyici hemşirelik uygulamalarını teşvik ederek (örneğin, sıvı dengesini sağlamak, ağrıyı kontrol etmek, uygun duyuşsal algıyı sürdürmek, yeniden yönlendirme stratejileri kullanmak, uyku ve anksiyete yönetimi için nonfarmakolojik yaklaşımlar kullanmak, hastaları mobilize etmek) deliryum insidansını da azaltabilir. Hemşireler, deliryumun doğru şekilde tanımlanması ve tedavisi konusunda kurslara, konferanslara ve eğitim seminerlerine katılmaya teşvik edilmelidir. YBÜ'ye kabul edilen tüm hastalarda deliryumu rutin olarak değerlendirmek için standart bir veri aracı veya ölçeği kullanılmalıdır (Karabulut and Yaman Aktaş 2016; Schreier 2010).

Sonuç

Deliryum yaşlı bireylerde, yoğun bakım ünitesi hastalarında ve ameliyat sonrası dönemde sıklıkla görülen ciddi bir durumdur. Tedavi edilmediği takdirde morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Deliryum riski taşıyan hastaların bakımını iyileştirmek için atılabilecek adımlar vardır. Risk altındaki hastaların belirlenmesi, hızlı ve doğru tanı ve deliryumun etkin yönetimi sağlık profesyonellerinin takip etmesi gereken alanlardır. Deliryum risk faktörlerinin ve tedavisinin hemşirelik eğitim sürecinin bir parçası haline getirilmesi ve hemşireler için değerlendirme ve önleme konusunda hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi, deliryum vakalarının azalmasıyla sonuçlanacaktır. Hemşireler, ameliyat sonrası deliryumun erken tanınması, olası nedenlerinin belirlenmesi ve bilgili bakım sağlanması yoluyla hastaların bakım kalitesini ve sonuçlarını iyileştirmek için eşsiz bir konumdadır. Hemşirelere eğitim kaynakları ve bilgiyi uygulama fırsatlarının sağlanması, deliryumun tanımlanması ve yönetimine olan güveni artıracaktır.

KAYNAKÇA

1. Burry, Lisa D., David R. Williamson, Sangeeta Mehta, Marc M. Perreault, Ioanna Mantas, Ranjeeta Mallick, Dean A. Fergusson, Orla Smith, Eddy Fan, Sebastien Dupuis, Margaret Herridge, and Louise Rose. 2017. "Delirium and Exposure to Psychoactive Medications in Critically Ill Adults: A Multi-Centre Observational Study." *Journal of Critical Care* 42:268-74. doi: 10.1016/j.jcrc.2017.08.003.
2. Burton, Jennifer K., Louise Craig, Shun Qi Yong, Najma Siddiqi, Elizabeth A. Teale, Rebecca Woodhouse, Amanda J. Barugh, Alison M. Shepherd, Alan Brunton, Suzanne C. Freeman, Alex J. Sutton, and Terry J. Quinn. 2021. "Non-Pharmacological Interventions for Preventing Delirium in Hospitalised Non-ICU Patients." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2021(11). doi: 10.1002/14651858.cd013307.pub3.
3. Casey, Penelope, Wendy Cross, Melinda Webb St Mart, Cathryn Baldwin, Kath Riddell, and Pēteris Dārziņš. 2019. "Hospital Discharge Data Under-Reports Delirium Occurrence: Results from a Point Prevalence Survey of Delirium in a Major Australian Health Service." *Internal Medicine Journal* 49(3):338-44. doi: 10.1111/imj.14066.
4. Devlin, John W., Jeffrey J. Fong, Elizabeth P. Howard, Yoanna Skrobik, Nina McCoy, Cyndi Yasuda, and John Marshall. 2008. "Assessment of Delirium in the Intensive Care Unit: Nursing Practices And Perceptions." *American Journal of Critical Care* 17(6):555-65. doi: 10.4037/ajcc2008.17.6.555.
5. Farasat, Sadaf, Jennifer J. Dorsch, Alex K. Pearce, Alison A. Moore, Jennifer L. Martin, Atul Malhotra, and Biren B. Kamdar. 2020. "Sleep and Delirium in Older Adults." *Current Sleep Medicine Reports* 6(3):136-48. doi: 10.1007/s40675-020-00174-y.
6. Fuchs, Simon, Leonie Bode, Jutta Ernst, Justus Marquetand, Roland von Känel, and Sönke Böttger. 2020. "Delirium in Elderly Patients: Prospective Prevalence across Hospital Services." *General Hospital Psychiatry* 67(August):19-25. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2020.08.010.
7. Gaudreau, Jean David, Pierre Gagnon, Marc André Roy, François Harel, and Annie Tremblay. 2005. "Association between Psychoactive Medications and Delirium in Hospitalized Patients: A Critical Review." *Psychosomatics* 46(4):302-16. doi: 10.1176/appi.psy.46.4.302.
8. Hirsch, Jan, Susana Vacas, Niccolo Terrando, Miao Yuan, Laura P. Sands, Joel Kramer, Kevin Bozic, Mervyn M. Maze, and Jacqueline M. Leung. 2016. "Perioperative Cerebrospinal Fluid and Plasma Inflammatory Markers after Orthopedic Surgery." *Journal of Neuroinflammation* 13(1):1-12. doi: 10.1186/s12974-016-0681-9.
9. Iamaroon, Arissara, Titima Wongviriyawong, Patumporn Sura-Arunsumrit, Nattikan Wiwatnodom, Nichakarn Rewuri, and Onuma Chaiwat. 2020. "In-

- cidence of and Risk Factors for Postoperative Delirium in Older Adult Patients Undergoing Noncardiac Surgery: A Prospective Study.” *BMC Geriatrics* 20(1):1–8. doi: 10.1186/s12877-020-1449-8.
10. Inouye, Sharon K., Rudi G. J. Westendorp, and Jane S. Saczynski. 2014. “Delirium in Elderly People.” *The Lancet* 383(9920):911–22. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1.
 11. Jin, Zhaosheng, Jie Hu, and Daqing Ma. 2020. “Postoperative Delirium: Perioperative Assessment, Risk Reduction, and Management.” *British Journal of Anaesthesia* 125(4):492–504. doi: 10.1016/j.bja.2020.06.063.
 12. Karabulut, Nezih, and Yeşim Yaman Aktaş. 2016. “Nursing Management of Delirium in the Postanesthesia Care Unit and Intensive Care Unit.” *Journal of Perianesthesia Nursing* 31(5):397–405. doi: 10.1016/j.jopan.2014.10.006.
 13. Khan, Adan Aslam, Andrew Wong, Vahid Pasovic, and Esther Akinyemi. 2022. “A Multicomponent Intervention to Prevent Delirium in Hospitalized Older Patients.” *Essential Reviews in Geriatric Psychiatry* 127–31. doi: 10.1007/978-3-030-94960-0_23.
 14. Liu, Xuling, Yang Yu, and Shengmei Zhu. 2018. “Erratum: Inflammatory Markers in Postoperative Delirium (POD) and Cognitive Dysfunction (POCD): A Meta-Analysis of Observational Studies (PLoS ONE (2018) 13: 4 (E0195659) DOI: 10.1371/Journal.Pone.0195659).” *PLoS ONE* 13(12):1–22. doi: 10.1371/journal.pone.0209284.
 15. Mart, Matthew F., Shawniqua Williams Roberson, Barbara Salas, Pratik P. Pandharipande, and E. Wesley Ely. 2021. “Prevention and Management of Delirium in the Intensive Care Unit.” *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine* 42(1):112–26. doi: 10.1055/s-0040-1710572.
 16. Pandharipande, P. P., A. Morandi, J. R. Adams, T. D. Girard, J. L. Thompson, A. K. Shintani, and E. Wesley Ely. 2009. “Plasma Tryptophan and Tyrosine Levels Are Independent Risk Factors for Delirium in Critically Ill Patients.” *Intensive Care Medicine* 35(11):1886–92. doi: 10.1007/s00134-009-1573-6.
 17. Pandharipande, Pratik, Bryan A. Cotton, Ayumi Shintani, Jennifer Thompson, Brenda Truman Pun, John A. Morris, Robert Dittus, and E. Wesley Ely. 2008. “Prevalence and Risk Factors for Development of Delirium in Surgical and Trauma Intensive Care Unit Patients.” *Journal of Trauma - Injury, Infection and Critical Care* 65(1):34–41. doi: 10.1097/TA.0b013e31814b2c4d.
 18. Pisani, Margaret A., Terrence E. Murphy, Katy L. B. Araujo, Patricia Slattum, Peter H. Van Ness, and Sharon K. Inouye. 2009. “Benzodiazepine and Opioid Use and the Duration of Intensive Care Unit Delirium in an Older Population.” *Critical Care Medicine* 37(1):177–83. doi: 10.1097/CCM.0b013e318192fcf9.
 19. Reznik, Michael E., and Arjen J. C. Slooter. 2019. “Delirium Management in the ICU.” *Current Treatment Options in Neurology* 21(11). doi: 10.1007/s11940-019-0599-5.
 20. Schreier, Ann M. 2010. “Nursing Care, Delirium, and Pain Management for

- the Hospitalized Older Adult.” *Pain Management Nursing* 11(3):177–85. doi: 10.1016/j.pmn.2009.07.002.
21. Tilouche, Nejla, Mohamed Fekih Hassen, Habiba Ben Sik Ali, Oussamma Jaoued, Rim Gharbi, and S. El Atrous. 2018. “Delirium in the Intensive Care Unit: Incidence, Risk Factors, and Impact on Outcome.” *Indian Journal of Critical Care Medicine* 22(3):144–49. doi: 10.4103/ijccm.IJCCM_244_17.
 22. Tipping, B. 2011. “Postoperative Delirium in the Elderly.” *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia* 17(1):19. doi: 10.1080/22201173.2011.10872721.
 23. Vasilevskis, Eduard E., Jin H. Han, Christopher G. Hughes, and E. Wesley Ely. 2012. “Epidemiology and Risk Factors for Delirium across Hospital Settings.” *Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology* 26(3):277–87. doi: 10.1016/j.bpa.2012.07.003.
 24. Veiga, Dalila, Clara Luis, Daniela Parente, Vera Fernandes, Miguela Botelho, Patricia Santos, and Fernando Abelha. 2012. “Postoperative Delirium in Intensive Care Patients: Risk Factors and Outcome.” *Revista Brasileira de Anestesiologia* 62(4):469–83. doi: 10.1016/S0034-7094(12)70146-0.
 25. Vijayakumar, B., P. Elango, and R. Ganessan. 2014. “Post-Operative Delirium in Elderly Patients.” *Indian Journal of Anaesthesia* 58(3):251–56. doi: 10.4103/0019-5049.135026.
 26. Wolters, Annemiek E., Dieuwke S. Veldhuijzen, Irene J. Zaal, Linda M. Peelen, Diederik Van Dijk, John W. Devlin, and Arjen J. C. Slooter. 2015. “Systemic Corticosteroids and Transition to Delirium in Critically Ill Patients.” *Critical Care Medicine* 43(12):e585–88. doi: 10.1097/CCM.0000000000001302.