

# SAGLIKTA MULTIDISIPLİNER YAKLAŞIM

**EDİTÖR**

**Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU**

**YAZARLAR**

**Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU**

**Prof. Dr. Sıdıka BULDUK**

**Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR**

**Doç. Dr. Cansu ÖZBAYER**

**Doç. Dr. Sevda ARSLAN**

**Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül DURMAZ**

**Dr. Öğr. Üyesi Kezban KORAŞ SÖZEN**

**Dr. Öğr. Üyesi Pelin UYMAZ**

**Dr. Öğr. Üyesi Şenay PEHLİVAN**

**Arş. Gör. Elmas ERSÖZ**

**Arş. Gör. Safiye YANMIŞ**

**MSc Büşra ÇAKMAK**

**Hemşire Sefa AKKOL**

**Leman ÇEKİ**

**Merve EKİZ**



# SAĞLIKTA MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM

## EDİTÖR

Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU

## YAZARLAR

Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU

Prof. Dr. Sıdıka BULDUK

Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR

Doç. Dr. Cansu ÖZBAYER

Doç. Dr. Sevda ARSLAN

Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül DURMAZ

Dr. Öğr. Üyesi Kezban KORAŞ SÖZEN

Dr. Öğr. Üyesi Pelin UYMAZ

Dr. Öğr. Üyesi Şenay PEHLİVAN

Arş. Gör. Elmas ERSÖZ

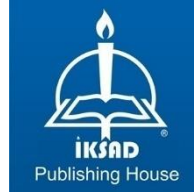
Arş. Gör. Safiye YANMIŞ

MSc Büşra ÇAKMAK

Hemşire Sefa AKKOL

Leman ÇEKİ

Merve EKİZ



Copyright © 2020 by iksad publishing house  
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced,  
distributed or transmitted in any form or by  
any means, including photocopying, recording or other electronic or  
mechanical methods, without the prior written permission of the publisher,  
except in the case of  
brief quotations embodied in critical reviews and certain other  
noncommercial uses permitted by copyright law. Institution of Economic  
Development and Social  
Researches Publications®  
(The Licence Number of Publicator: 2014/31220)  
TURKEY TR: +90 342 606 06 75  
USA: +1 631 685 0 853  
E mail: iksadyayinevi@gmail.com  
www.iksadyayinevi.com

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.  
Iksad Publications – 2020©

**ISBN:**

Cover Design: İbrahim KAYA

June / 2020

Ankara / Turkey

Size = 16 x 24 cm

# İÇİNDEKİLER

## EDİTÖRDEN

## ÖNSÖZ

Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU ..... 1

## BÖLÜM 1

### ALANYA'DA KÜLTÜREL BEBEK BAKIM UYGULAMALARI

Dr. Öğr. Üyesi Pelin UYMAZ , Dr. Öğr. Üyesi Şenay PEHLİVAN ..... 3

GİRİŞ ..... 5

KÜLTÜR KAVRAMI VE GELENEKLERİMİZ..... 6

GELENEKSEL UYGULAMALARIN BEBEK BAKIMINA ETKİSİ ..... 6

GEREÇ ve YÖNTEM ..... 17

BULGULAR ..... 19

TARTIŞMA ..... 24

SONUÇ ..... 29

KAYNAKLAR ..... 31

## BÖLÜM 2

### ÇOCUKLARDA BAĞLANMA VE AYRILIK ANKSİYETESİ

Hemşire Sefa AKKOL, Doç. Dr. Sevdâ ARSLAN ..... 39

GİRİŞ ..... 41

1. BAĞLANMA..... 42

2. AYRILIK ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU (AAB) ..... 51

SONUÇ ..... 58

KAYNAKÇA ..... 59

### **BÖLÜM 3**

#### **OBEZİTENİN İNFERTİLİTE İLE İLİŞKİSİ VE BAKIM**

**Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül DURMAZ, Doç. Dr. Cansu ÖZBAYER, Merve EKİZ.. 69**

GİRİŞ .....	71
1. OBEZİTE .....	72
2. İNFERTİLİTE .....	75
3. POLİKİSTİK OVER SENDROMU (PKOS) .....	79
4. ENDOKRİN ETKİLER .....	81
5. ADİPOZİTE VE ÜREME .....	83
6. OBEZİTE VE MENSTRUAL DÖNGÜ .....	86
7. OBEZİTE VE İNFERTİLİTEDE TEDAVİ SÜRECİ .....	87
8. OBEZİTE VE İNFERTİLİTEDE BAKIM GİRİŞİMLERİ .....	89
9. SONUÇ .....	93
KAYNAKÇA .....	95

### **BÖLÜM 4**

#### **SERVİKS (RAHİM AĞZI) KANSERİ**

**Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR , Leman ÇEKİ .....** **101**

GİRİŞ .....	103
1. SERVİKS KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ .....	104
2. SERVİKS KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ .....	105
3. FİZYOPATOLOJİSİ .....	112
4. KLİNİK BELİRTİ VE BULGULARI .....	113
5. TANI YÖNTEMLERİ .....	114
6. TEDAVİ YÖNTEMLERİ .....	119
7. TARAMA VE ÖNLEME .....	121
SONUÇ .....	130

KAYNAKÇA .....	131
----------------	-----

## **BÖLÜM 5**

### **YAŞLI BİREYLERDE AĞRI VE YÖNETİMİ**

<b>Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU, Arş. Gör. Safiye YANMIŞ.....</b>	<b>139</b>
GİRİŞ .....	141
1. AĞRI .....	143
2. YAŞLI BİREYLERDE AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ .....	147
3. YAŞLILARDA AĞRI KONTROLÜNDE KULLANILAN YÖNTEMLER .....	156
5. YAŞLI VE AİLENİN EĞİTİMİ .....	168
6. SONUÇ .....	170
KAYNAKÇA .....	172

## **BÖLÜM 6**

### **GEBELİKTE PROBİYOTİK KULLANIMI**

<b>Arş. Gör. Elmas ERSÖZ, Prof. Dr. Sıdıka BULDUK.....</b>	<b>183</b>
GİRİŞ .....	185
1. GENEL BİLGİLER .....	186
2. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	200
KAYNAKÇA .....	203

## **BÖLÜM 7**

### **VARFARİN ve AÇIK YARALANMALARDA İLK YARDIM UYGULAMALARI**

<b>MSc Büşra ÇAKMAK , Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR .....</b>	<b>213</b>
GİRİŞ .....	215
1. ORAL ANTİKOAGÜLANLAR.....	217
2. AÇIK YARALANMALARDA İLK YARDIM .....	223

SONUÇ .....	225
KAYNAKÇA .....	227

## **BÖLÜM 8**

### **AĞRI VE HEMŞİRELİK BAKIMI**

<b>Dr. Öğr. Üyesi Kezban KORAŞ SÖZEN .....</b>	<b>235</b>
GİRİŞ .....	237
1. AĞRI .....	237
SONUÇ .....	257
KAYNAKÇA .....	258

## **BÖLÜM 9**

### **YANIKLI HASTANIN TEDAVİ VE BAKIMI**

<b>Dr. Öğr. Üyesi Kezban KORAŞ SÖZEN .....</b>	<b>261</b>
GİRİŞ .....	263
1. ACİL DÖNEMDE YANIK TEDAVİSİ VE BAKIMI .....	263
2. AKUT DÖNEMDE YANIK TEDAVİSİ VE BAKIMI .....	267
3. REHABİLİTASYON DÖNEMİNDE YANIK TEDAVİSİ VE BAKIMI .....	278
SONUÇ .....	281
KAYNAKÇA .....	282

## ÖNSÖZ

Her alanda olduğu gibi sağlık alanında da multidisipliner yaklaşım kaçınılmazdır. Bilim dünyasında multidisipliner yaklaşım gün geçtikçe günümüzde yaygın hale gelmektedir. Sağlık alanında tedavi ve bakımın iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin yükseltilmesinde kullanılan teknoloji ve uygulamalar birçok bilim alanından destek alarak ilerlemektedir. Sağlığın geliştirilmesi ve sağlıkla ilgili sorunların çözüme kavuşabilmesi ve daha iyi çözümler sunulabilmesi açısından her zaman daha geniş bakış açılarıyla ve farklı pencerelerden bakışlarla ele alınmayı gerektiren multidisipliner yaklaşım büyük önem arz etmektedir.

Bu kitapta hemşirelik, beslenme – diyetetik ve ebelik gibi farklı sağlık disiplin uzmanları tarafından yazılan çeşitli sağlık konuları ile ilgili güncel bilgi ve sağlık sorunlarının çözümüne yaklaşımları konu alan derleme, inceleme ve araştırmaların olduğu bölümler yer almaktadır.

Sağlık çalışanları ve tıp, hemşirelik, biyoloji, beslenme - diyetetik, ebelik gibi sağlık bilimleri alanında eğitimlerini sürdüren öğrencilerin okuyup yararlanabileceği bir kaynak olduğu kanaatindeyim. Bir sonraki baskıda karşınıza daha özgüvenli çıkabilmek için siz değerli okurların geri bildirimleri önemlidir.

Saygılarımla

Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU





# BÖLÜM 1

## ALANYA'DA KÜLTÜREL BEBEK BAKIM UYGULAMALARI\*

Dr. Öğr. Üyesi Pelin UYMAZ<sup>1</sup>, Dr. Öğr. Üyesi Şenay PEHLİVAN<sup>2</sup>

---

\*Bu araştırma makalesi Gevher Nesibe 5 Kongresinde sözlü olarak sunulmuştur.

<sup>1</sup> Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, pelin.uymaz@alanya.edu.tr

<sup>2</sup> Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, senay.pehlivan@alanya.edu.tr



## GİRİŞ

Çocuk sağlığı, çocukların sağlıklı yetişmesi için her türlü fiziksel, sosyal, ve ruhsal önlemlerin alınması demektir. Bir ülkenin kalkınmışlık düzeyinin en önemli göstergelerinden biri çocuk sağlığının nerede olduğudur. Sağlığın temellerinin atıldığı bebeklik döneminde sağlık sorunu çözümlenmediği takdirde, ilerleyen yıllarda bu sorunlar daha da büyüyerek karşımıza çıkmaktadır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de annelerin bebek bakımındaki uygulamaları daha çok büyüklerden öğrendiği, günümüzde halen, modern tedavi yöntemleri ve önerileri geride bırakarak geleneksel inanç ve uygulamalara başvurdukları görülmektedir. Bu uygulamalar; aileden aileye, yöreden yöreye farklılık göstermektedir. Dünyada bebeklere uygulanan geleneksel uygulamaların oranı 2014 yılı verilerine göre %54-66 iken, ülkemizde bu oran %64-70 arasında değişiklik göstermektedir (TÜİK, 2014)

Geleneksel uygulamaların varlığı elbette ki her zaman yanlış bir uygulamanın varlığına işaret etmemektedir. Bu uygulamalar içinde yararlı olanların ayırt edilmesi ve sürdürülmesi, yanlış olanların bilinmesi ve uygulanmaması, hemşire bakım planlarının bu doğrultuda güncellenmesi ve ailelere doğru geri bildirimlerin verilmesi sağlığın korunması ve geliştirilmesinde büyük önem arz etmektedir. Bu çalışma ile Alanya bölgesinde yaşayan annelerin 0-12 aylık bebeklere uyguladıkları geleneksel uygulamalar değerlendirilmiş ve özetle sunulmaya çalışılmıştır.

## **KÜLTÜR KAVRAMI VE GELENEKLERİMİZ**

Kültür kavramı; ilk olarak antropologlarca 19. Yüzyılın sonlarına doğru tanımlanmıştır. Taylor, kültür kavramını; “toplumun üyesi olan bireyin kazanmış olduğu; bilgilerin, inançların, sanatın, hukukun, ahlakın, geleneklerin, alışkanlık ve yeteneklerin karmaşık bütünü” şeklinde açıklarken daha sonraki tanımlarda kültür, “toplumun üyeleriyle paylaştığı ve birbirleri arasında yayılan görüş, değer ve algılar bütünü” olarak belirtilmiştir. (Haviland ve Mcbride, 2008). Duran 2009’da kültürü; “..toplumun gelenek, görenek, yaşam biçimi, adet ve alışkanlıkları” olarak açıklamıştır.

Gelenek, “toplumda kuşaktan kuşağa aktarılan kültürel miraslar, alışkanlık, bilgi, töre ve davranışlardır” Kültürün iskeletini gelenekler oluşturur. Kültürün gelecek nesillere aktarılmasında gelenek, inanç ve değerlerin etkisi vardır (Dikici, 2001; Tortumluoğlu ve ark.,2004; Bolsoy ve Sevil, 2006).

## **GELENEKSEL UYGULAMALARIN BEBEK BAKIMINA ETKİSİ**

Yaşam boyu uyguladığımız sayısız geleneksel uygulamalarımız vardır (Kaewwsom ve ark., 2003). Bu uygulamalar yöreler arasında birtakım farklılıklar gösterse de halen sürdürülmektedirler (Uzun ve Vural, 2000). Sağlık hizmetlerinden yeteri kadar yararlanmayan bireyler çoğunlukla başvurdukları yöntemlerdir. (Çoşkun ve ark., 2005; Bölükbaş ve ark., 2009). Bu uygulamaların bazıları, bebeklerin yaşamlarını tehdit edebilecek nitelikte oldukları ancak tıptaki tüm

güncel bilgilere ve gelişmelere rağmen köklü kültürel uygulamaların yerini korumakta olduğu görülmektedir (Biltekin ve ark 2004; Eğri ve Gölbaşı, 2007). Örneğin bebeği höllüğe sarma tetanos ya da sepsise neden olabilmekte bu da bebek ölümüne sebebiyet verebilmektedir (Özen ve Özgör, 2006). Ülkemizde yeni doğanlarda kalça çıkığı ve ciltlerinde tahrişe neden olan kundaklama, tuzlama gibi yöntemler en çok karşılaşılan geleneksel uygulamalar arasında yer almaktadır (Erdem ve Taş 2005; Kahraman ve ark., 2007; Artun, 2007). Özellikle kırsal bölgelerde sosyokültürel yaşamda güçlü olan etnik gelenekler, annelerin uygun ve doğru bebek bakım hizmeti almalarını olumsuz yönde etkilemektedir (Özen ve Özgör, 2006).

Ülkemizde sürdürülen geleneklerin; bebeği kırklama, tedavi amaçlı yaklaşımlar (Çoşkun ve ark., 2005; Bölükbaş ve ark., 2009), nazara karşı bebeğe; nazarlık takma (% 16-75.8); dua okuma (%38.8-84.7), muska takma (% 62,9) olduğu anlaşılmaktadır. (Değer,2011; Dinç, 2005; Işık ve ark, 2010; Biltekin, 2004;Eğri ve Gölbaşı, 2007)

Bebeğin öksürük şikâyeti olduğunda bebeği terletmek, göğsüne gazete kağıdı koymak veya göğsüne yağ sürmek, sırtına sıcak havlu veya yün koymak, ballı turplu şerbet, kekik suyu, keten tohumu veya ıhlamur kaynatarak içirmek, çiğ yumurta yedirmek, pekmez, nane, limon, zeytinyağı, karabiberli süt, çay, at veya eşek sütü içirmek gibi geleneksel uygulamalara devam edildiği anlaşılmaktadır. (Bozkaya ve ark., 2008; Çelebi, 2011; Büyük ve ark., 2014; Giniş ve ark., 2010).

Annelerin bebeklerine ağız bakımı vermedikleri bunun yerine, bebeğin ağızından pamukçuk oluşması halinde bebeklerinin ağızına; soda

(%30,3), şeker (%17,1), anne sütü (%16) sürdükleri tespit edilmiştir (Değer, 2011).

Doğan ve ark.'nın (2013) yaptığı bir çalışmada annelerin %58'i bebeğin göz bakımını neden ve nasıl yapacakları konusunda herhangi bir şey bilmediğini göstermiştir. Bebeklerin kulaklarının arka ve iç kısımdaki kıvrımları silinmelidir ancak temizlikte pamuklu kulak çubuklarının kullanımı sakıncalıdır, çünkü bu uygulama esnasında bebeğin hem kulak zarı zedelenebilir hem de kulak kirinin kulak zarına doğru ilerletilmesine neden olacaktır (Zenciroğlu ve Özbaş, 2014).

Yeni doğanın cildi oldukça hassastır ve temizliğinde kullanılacak ürünler özenle seçilmelidir. Ayrıca cilt bakımında yağ ve pudra kullanımı gözeneklerin kapanmasına neden olup isilik oluşumuna zemin hazırladığından önerilmemektedir. Yeni doğanın vücut bakımında temiz su kullanımı kâfidir (Irgaç, 2013).

Emzirmenin de anne ve bebek sağlığı açısından önemi büyüktür. Anne sütü, bebeklerin gelişimini destekleyen doğal ve değerli bir besindir. İçeriğindeki yağ asitleri ve vitamin A hem bebeğin beyin gelişiminde hem de bağışıklık sisteminin güçlenmesinde önem taşımaktadır (Gür, 2007). Bebeklerde sık rastlanan fizyolojik sarılığın tedavisinde de anne sütünün önemi belirtilmektedir (Eker ve Yurdakul, 2006). Araştırmalar anne sütü verirken yapılan hatalı uygulamaların olduğu ve annelerin başarılı emzirme için eğitimle desteklenmeye ihtiyaç duyduğunu da göstermektedir. (Ünsal ve ark., 2005). TNSA 2014 verilerine göre, bebeklerin %50'sinin doğumdan sonra ilk bir saatlik sürede emzirmeye başladılar. Bunun kırsal alanlarda (%44) kentlere göre (%52) daha az

görüldüğü anlaşılmaktadır. Erken emzirme ile annenin eğitim ve refah düzeyi arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Müslüman ve Yahudi kültürleri bebeklerin emzirilmesine önem vermektedirler. Ayrıca Müslüman kadınlarda 40 gün ev işlerinde istirahat dönemi geleneği vardır ve bakımlarına başka kadınlar yardım etmektedirler. Yahudi kadınlar için de emzirme önemli olarak algılanmakta, fakat annenin eğitim düzeyinden, coğrafi bölge kökeninden ve geçmiş emzirme deneyimlerinden yüksek oranda etkilenmektedir (Perry ve ark., 2010). Ugandalı annelerin bebeklerine hastalanmamaları için kolostrumu vermedikleri (Beinempak ve ark., 2014), Pakistan'da ise annelerin %71'inin doğumdan sonraki bir saat içinde bebeklerini emzirdikleri ancak anne sütüne başlamadan önce bebeklerine tuzlu su (%44), inek sütü (%26) , zem zem (%14) içirdikleri bilinmektedir (Khan ve ark., 2013). Kırgız Türkler ise yeni doğana anne sütü vermek yerine tereyağında eritilen işkembe yeni doğanın ağzına sürdükleri ve bunun uygulanmasıyla bebeğin ömür boyu yoksulluk görmeyeceğine inanmaktadırlar. İspanyollarda kolostrumu kirli olduğu gerekçesiyle bebeklerine vermemektedirler. Ülkemizde sürdürülen geleneksel uygulamaları tanımlayıcı çalışmalar, annelerin bebeklerini ilk bir saatte (%89,2) bir diğer çalışmada üç ezan sonra (%58.5) bir diğer çalışmada doğumdan sonra okunan ilk ezandan sonra (%69) bebeklerini emzirmeye başladıkları ve annelerin %11'inin ise bebeğe anne sütü önce inek sütü veya şekerli su içirdikleri ve %50 annenin kolostrumu sağıp attıklarını göstermektedir (Çalışkan ve Bayat, 2011; Şenses ve Yıldızlıoğlu,2002; Biltekin ve ark.,2004). Annelerin bebeklerini etkili şekilde ve yeterli miktarda emzirmesi için anne sütünün önemini ve



doğru emzirme tekniklerini öğreten eğitimlerle desteklenmeleri önemlidir. Hemşirelerin vereceği emzirme eğitimin; emzirmenin sürdürülmesi, memede oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi ve emzirme başarısında önemli olduğu vurgulanmaktadır. (Eker ve Yurdakul, 2006; Gökdoğan, 2009, Özbüyük ve Uymaz, 2019).

Bebeğin göbeği düşmemişse silme banyo sonra ise normal banyo yaptırılması ve yeni doğanın ısısı, nabız ve solunum hızlarına dikkat edilmelidir. Islak veya nemli ortam göbek kordonunun düşmesini ve iyileşmeyi geciktir aynı zaman da enfeksiyon oluşumuna zemin hazırlar (Törüner ve Büyükgönenç 2011, Taşkın 2008). Ülkemizde annelerin; Ordu yöresinde (%66) bebeklerini göbeği düşmeden, Erzurum'da (%37,7) yarı kırkı (20 gün) çıkmadan banyo yaptırmadıkları tespit edilmiştir (Özyazıcıoğlu 2005). Anadolu'da sıklıkla bebekler kırkı çıkınca banyo yaptırılmaktadır. Birçok ailenin bebeğin kırk çıkmasını kutladıkları bilinmektedir. Bölgeler arasında farklı uygulamaları yapılsa da genellikle kırklamada bebeğin yıkama suyuna ailenin ekonomik durumu doğrultusunda taştan altına, arpadan fıncığa kadar değişiklikte madde kattıkları bilinmektedir (Törüner ve Büyükgönenç 2011, Taşkın 2008). Ülkemizde değişik bölgelerde yürütölen pek çok çalışma bebek kırklama oranının %50-97 olduğunu ortaya koymaktadır (Arısoy ve ark. 2014; Eğri ve Gölbaşı, 2007, Işık ve ark.,2010)

Ülkemizin çeşitli bölgelerinde sürdürölen bir diğer uygulama ise tuzlamadır, bebeğin banyo suyuna tuz konularak özellikle çok terleyen bölgelerin yıkanması şeklinde yapılır. Ancak bebeklerin ciltleri oldukça hassas olduğundan ağrıya, kızarıklığa ve tahrişe neden olmaktadır.

Ülkemizde yürütülen çalışmalarda bebek tuzlama oranı % 25,7-74,2 bulunmuştur. (Eğri ve Gölbaşı, 2007; Çetinkaya ve ark.,2008; Yalçın, 2012; Arısoy ve ark.,2014)

Göbek kordonu enfeksiyon açısından riskli bölge olduğundan bu bölgeye yapılacak her türlü uygulamalar, tetanos gibi enfeksiyonların gelişmesine neden olarak bebeğin sağlığını olumsuz etkileyebilir. (Törüner ve Büyükgönenç, 2011). Özsoy ve Katabi (2008) çalışmalarında, %66,7 bebeklerinin göbeğine alkol, tentürdiyot sürdüklerini belirlemişlerdir. Çalışkan ve Bayat ise çalışmalarında; göbek kordonun düşmesi için, zeytinyağı sürdüğü (%22.4), Kahraman'ın (2007) çalışmasında da benzer şekilde zeytinyağı (% 16,6) sürdüğü, Şanlıurfa yürütülen çalışmada ise göbeğe pudra (%36) döktüğü (Dinç, 2005; Arısoy ve ark., 2014); %82.6 oranında bebeklerinin göbeğine alkol, %1.5 oranında püse adı verilen çam ağacındaki siyah katran maddeyi sürüldüğü saptanmıştır. Uganda'da bebeklerin göbeğinin erken düşüp iyileşmesi için göbeğe tükürdükleri, inek gübresi, çeşitli otlar sürdükleri; Etiyopyalı annelerin petrol jölesi, tereyağı, saç losyonu kullandıkları saptanmıştır (Mullany ve ark., 2007; Alam ve ark., 2008; Amere ve ark., 2014; Beinempaka ve ark., 2014;). Bangladeş, Nepal, Pakistan'da klorhekzidinle göbek bakımı yapılmaya başlandıktan sonra neonatal ölümlerin azaldığı izlenmiştir (Arifeen ve ark., 2012; Mullany ve ark., 2013; Soofi ve ark., 2013). DSÖ, göbek kordonu bakımında hiçbir uygulama yapılmamasını göbeğin kendiliğinden düşmesinin beklenilmesini, gelişmekte olan bölgelerde

antiseptiklerin kullanımı önerilmektedir (Taşkın, 2008; Törüner ve Büyükgöncü, 2011).

Bebeğin büyüme ve gelişmesi için ilk 4-6 aylarında su dahi vermeden sadece anne sütü ile beslemek yeterli olup altı aydan sonra sıvı ve katı ek gıdalara başlanmasını ve en az iki yaşına kadar anne sütüne devam edilmesi önerilmektedir Buna rağmen günümüzde sadece anne sütüyle besleme oranı istenilen düzeyde değildir. Dünyada ilk altı ayda sadece anne sütü ile beslenme oranının %37, anne sütü ile birlikte ek gıda verme oranının ise %55 düzeyinde olduğu bildirilmektedir. (Atlas, 2006; DSÖ,2003; UNICEF,2002)

Emzik kullanımı toplumumuzda oldukça yaygın bir uygulamadır. Emzik kullanılması; oral motor disfonksiyonu, ağız yapısı bozuklukları, anne memesini reddeden bebeğin yeterli beslenememesine neden olabilmektedir. (Ünsal ve ark., 2005; Şahin ve ark., 2003; Ünalın, 2008). Ayrıca emziğin dezenfeksiyonuna ilişkin eksiklikler bebeğin ishal olmasına neden olabilir (Yalçın, 2011) Uğurlu ve Ark'larının (2013) yaptığı bir araştırmada; %49 anne bebeklerinde emzik kullanmayı tercih etmektedir.

Bebeklerde gelişen ishali gidermede uygulanan geleneksel yaklaşımları incelediğimizde; bebeği anne sütünden ayırma, nane, limon, kahve, çay, içirme, sumaklı su ile yemeklerin pişirilerek bebeğe yedirilmesi, ebeğümeci otu kaynatılarak una karıştırılıp hamur yapıp bebeğin karnına birkaç gün boyunca bağlanması yer almaktadır. (Biltekin ve ark.2004)

Ülkemizde kabızlık konusunda çeşitli geleneksel uygulamanın çözüm için yapıldığı bilinmektedir. Ülkemizde yürütülen geleneksel uygulamalar konulu araştırmalarda; annelerin bebeklerinin kabızlık problemini gidermek için bebeklerinin anüsüne zeytinyağı, katı yağ ve sabun uyguladıkları belirlenmiştir (Saner ve ark.2002; Biltekin ve ark.2004; Özyazıcıoğlu, 2005; Kahrıman, 2007).

Tuvalet alışkanlığının başarılı ve bağımsız bir şekilde kullanılmasının öğrenilmesi (Wheeler, 2011) çocukluk döneminde önemli gelişimsel bir süreçtir, eğer çocuk yeteri kadar zihinsel ve bedensel gelişmemişse öğrenme süreci gecikebilir. Dolayısıyla bu olgunluk ve beceriye ulaşma hızı çocuktan çocuğa değişkenlik gösterir. (Yavuzer, 2005). Çocuğun idrarını veya dışkısının geldiğini söylememesi toplumdaki olumsuz tepki görmesine neden olabilir. Böylelikle çocuk; doğru, yanlış, ayıp gibi ahlaki kavramlarla karşılaşır. Tuvalet eğitimine baskıcı ve cezalandırıcı ya da aşırı hoşgörülü olmak sakıncalı olup 18-30 ay arasında verilmesi önerilmektedir. (Salihoğlu, 2012)

Bebeklerde sıklıkla görülen problemlerden biri gaz sancısıdır bazen bağırsakların rutine geçmesi aylar alabilmektedir. Ülkemizde bebeklerin gaz sancısını gidermek için bebek ve annelere anason bitkisinin çayı, ıhlamur ve rezene çayı içirilmesi kullanılan geleneksel yöntemlerdendir. Çınar ve ark. (2015) yaptığı bir çalışmada; yeni doğan bebeğin gaz sancısını gidermede %50,8 masaj yapma, %31,9 ilaç kullanma ve %9,2 oranında zeytinyağı içirme olduğu belirlenmiştir.

Ülkemizde erkek bebeklere sünnet uygulaması dini ve geleneksel inançlar doğrultusunda yapılan, sağlığı da etkileyen bir girişimdir (Yılmaz ve ark., 2008) Yeni doğan sünnet işlemi, çocuğun hem fiziksel ve hem de ileri yaşta gelişebilecek korku yaşamasını önlemektedir. (Yılmaz ve ark., 2008) Ailelerin çoğunluğu (%84.8) dinsel ve geleneksel ve bir kesiminde (%15.2) tıbbi faydalarından dolayı bebeklerini sünnet ettirdikleri belirlenmiştir. (Şahin ve ark.2003) Diğer taraftan sünnet işleminin kim tarafından yapıldığı da sağlık açısından önemli bir konudur. Türkiye’de sünnet geçmiş dönemlerde çoğunlukla geleneksel mahalle sünnetçileri tarafından yapılmaktaydı. Bir araştırmada, 25-45 yaş grubu erkeklere sünnet işlemlerinin nerde ve kim tarafından yapıldığı sorulmuş ve %10’unun doktor tarafından, hastane ortamında yapıldığı bulunmuştur (Verit ve ark.2002; Yılmaz, 2004)

Geleneksel olarak Anadolu’nun her bölgesinde bebekler kundaklanır. Toplumumuzda kundaklama, bebeğin kolları ve bacaklarının düzgün olması, üşümemesi, daha uzun süre uyuması için tercih edilmektedir. Oysaki kundaklanan çocuklar rahat edemezler, huzursuz olurlar ve kalça çıkığı oluşumu kolaylaştırır (Değer, 2011).

Yeni doğan bebeklerin ilk üç ayında günlük uykusu 10-16 saat kadardır ve bunun 8-10 saati gece uykusudur. Bebeklerin uyku ihtiyacı büyüdükçe azalır. Bebeklerin emzirilerek, sallanarak, biberon verilerek, kucakta taşınarak, ninni söylenerek uyumaya alıştırılması bebek ve uykuyu bağdaştırıcı özelliindedir. Çocuklar gece uyandıklarında da alışmış olduğu bağdaştırıcılarla uykuya dalmak istemektedirler.

Çocuklara 3. Aydan sonra farklı odada yatma alışkanlığı kazandırılmalıdır (Ceylan ve ark., 2013). Yurt dışında yapılan çalışmalarda genellikle kültürün ailelerin çocuk bakımında kullandıkları uygulamalar ve çocuk yetiştirme tutumları üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Şanlı ve Öztürk, 2015). Bebeğin özellikle uyurken yüzünün örtülmesi ve ebeveynle birlikte yatması ani bebek ölümü riskini artırmaktadır.(Alparıslan ve Uçar, 2011;Wilson, 2000)Yapılan bir araştırmada; annelerin bebeklerini uyuturken %71.4’inin sallama, emzirme, ninni söyleme, kundaklama ve müzik dinletme uyguladıkları (Arabacı ve ark., 2016) diğer bir araştırmada ise annelerin %69’unun bebeklerini uyutmada sallama, ninni, müzik dinletme, kundaklama, masaj gibi yöntemleri kullandıkları belirlenmiştir. (Çevik, 2014)

“Disiplin” ve “cezalandırma” bebeklerde ve çocuklarda öğretim yöntemi olarak kullanılmaktadır. Disiplin, “davranış değişikliği oluşturmak için kullanılan yöntemlerin tümünü içerirken ceza “bir davranışı azaltmak için yapılan özelliqli bir işlemdir”. Çocuklara dayak atmak agresif bir rol modeli oluşturur ve diğer stratejilerin etkisini azaltır ayrıca 18 aydan küçükler dayağın nedenini anlayamaz. (Larsen ve ark., 2003)

Bebeklerin ilk altı ayda iki temel duyguları mevcuttur; bunlar memnuniyet ve sıkıntıdır. Bebeklerle göz teması, gülümseme ve coşkulu konuşmalar olumlu duygularını artırır. Dokunma, okşama, gibi fiziksel ve konuşma gibi sözel cevaplar ve oyun oynama bebeğin

dikkatini daha uzun çeker, memnuniyetlerini artırır, gelişimlerini olumlu yönde etkiler ( Culbertson ve ark., 2003; Jellinek ve ark., 2002).

Ebeveynlerin çocuklarına “paşam, kraliçem, aşkım vb” ifadelerini kullanmalarını yeterince ilgi ve sevgi görmemelerine bağlamaktadır. Anne ve babalar; çocuklarının kendi ayakları üzerinde durabilen bağımsız bireyler haline gelmelerini engellemektedirler. Evlatları tarafından çok sevilme arzusu güden anne ve babalar çocuklarına duygusal anlamda yapışma eğilimi göstererek çocuklarını bir tür duygusal istismara maruz bırakmaktadırlar (Şahin, 2003) Öge 'ye göre ise (2017); “Aslanım, yiğidim, koçum, aşkım, sevgilim” gibi söylemler çocuğun aklını karıştırarak, gelişim sırasında ayrışmasını, sınırlarını ve ilişkilerini bozmaktadır.

Ağlama ise; bebeğin sıkıntı halini ifade yoludur. Bazen bebekler protesto nedenlide ağlayabilir. Bebeğin gerçekten sıkıntıda olup olmadığı ayırt edilmeli ve sıkıntıda ise sakinleştirilmesi gerekir bunun için bebek ile yakın fiziksel temas kurmak bebeği rahatlatacaktır (Mirmiran, 2003). Bebekler acıktıklarında, bezleri temiz ve kuru olmadığında, vücut ısıları artmış ya da azalmışsa, rahatsız kıyafet giydirildiğinde ve bu gibi nedenlerle ağlayabilir. Ağlayan bebeği avutmada kucağa alma, sallama, müzik dinletme gibi değişik yöntemleri kullanılmaktadır (Cansever ve ark., 2012). Bebeklerin kucağa alınmaları şımartılmaları anlamına gelmeyip güvenlik duygusu ve benlik saygısının gelişmesini sağlayacaktır (Culbertson ve ark., 2003; Jellinek ve ark., 2002).

Çocuğun kişilik gelişimine paralel olarak mahremiyet algısı gelişir. Bu algı ilk iki yaş içerisinde geliştiğinden, mahremiyet eğitiminin bu dönemde başlatılması uygun olacaktır. (Diler, 2014). Çocuğun hijyenin sağlanması ve kıyafet değişimi gibi durumlarda başka bir odaya geçilmesi, başkalarının yanında bebeğin soyulmaması ve çıplak fotoğraflarının çekilerek başkalarıyla paylaşılmaması ve çocuk adına sosyal medyada hesap açılarak onun adına paylaşımlarda bulunulmaması bebeğin mahremiyetinin korunmasında önemli adımlardır.

Çocuğun fiziksel, sosyal, mental gelişimi için özellikle birinci basamakta çalışan hemşirelerin eğitimlerine ihtiyaç duyulmaktadır ancak Aile Sağlığı Merkezleri'nde bu tür Eğitim Programları düzenli olarak uygulanmamaktadır. Oysaki annelere eğitim yoluyla bebek bakımına yönelik geleneksel uygulamaların anlatılması, yararlı ve zararlı olanların bildirilmesi bebek bakımında yararlı ve bütüncül bir yaklaşım olacaktır.

## **GEREÇ ve YÖNTEM**

### **Araştırmanın Amacı Ve Tipi**

Bu araştırma, Alanya'nın Kestel beldesine bağlı köylerde, 0-12 aylık bebek bakımında annelerin kullandığı geleneksel uygulamaların belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı türde planlanmıştır.



## **Araştırma Soruları**

Alanya'nın Kestel beldesinde 0-12 aylık bebeklerin bakımına yönelik süregelen geleneksel uygulamalar nelerdir?

Annelerin 0-12 ay bebek bakımında geleneksel uygulamalara başvurma nedenleri nelerdir?

0-12 aylık bebeği olan annelerin sosyo-demografik verilerine göre bebek bakım uygulamaları değişiyor mu?

## **Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmamızda; amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırma evrenini Alanya'nın Kestel Aile Sağlığı Merkezi'ne bağlı hizmet alan 0-12 aylık bebeği olan 144 anneden oluşmaktadır.

## **Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri:**

0-12 aylık bebeği olan

Kestel Sağlık Ocağına bağlı olan aileler anneler

Çalışmaya katılmayı kabul eden anneler

## **Araştırmanın Değişkenleri**

Bağımlı Değişkenler: 0-12 bebek bakımında Geleneksel Uygulama Kullanım Durumu.

Bağımsız Değişkenler: Annenin yaşı, eğitim durumu, mesleği, aylık geliri, sosyal güvencesi, evlilik süresi, aile yapısı, bebek bakımı konusunda kimlerden bilgi aldığı.

## **Verilerin Toplanması**

Araştırma örneklemini, Kestel ASM ye düzenli bebek izlemlerini yaptıran, örneklem kriterlerine uygun ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 149 anne oluşturmuştur. Annelerle yüz yüze görüşme yapılarak anket formu doldurulmuştur.

## **Etik Konular**

Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygunluk ilkesini kabul ettiğimizi ve bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptığımızı kabul ve beyan ederiz. Veri toplama amacıyla Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi etik kurulundan ve kurumdan yazılı izin alınmıştır. Ayrıca katılımcılara araştırmanın amacı anlatılmış ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul edenlere bebek bakımına yönelik hazırladığımız sorular sorulmuştur.

## **BULGULAR**

Çalışmaya 144 anne katılmıştır. Annelerin; çoğunluğu 30 yaş ve altı (%70.14), ortaöğrenim ve altı öğrenime sahip (%50.70), sosyal güvencesi olan (%96.53), çalışmayan (%78.47) ve çekirdek aile yapısına sahip (%93.75) ve 5 yıl ve daha az süredir evli (%52.78) kadınlar oluşturmaktadır. (Tablo 3-1)

**Tablo 3.1.** Annelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı (N=144)

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>		
20-30 yaş	101	70.14
31-40 yaş	43	29.86
<b>Eğitim</b> ≤		
İlkokul, Ortaokul	73	50.70
Lise	37	25.69
Üniversite	34	23.61
<b>Çalışma</b> durumu		
Evet	31	21.53
Hayır	113	78.47
<b>Sosyal güvencesi</b>		
Var	139	96.53
Yok	5	3.47
<b>Aylık gelir</b>		
≤ 5000TL	136	94.44
> 5000TL	8	5.56
<b>Aile yapısı</b>		
Çekirdek	135	93.75
Geniş	9	6.25
<b>Evlilik süresi (yıl)</b>		
0-5yıl	76	52.78
6-10yıl	46	31.94
11yıl ve üstü	22	15.28

**Tablo 3.2.** Geleneksel uygulamaların sürdürülmesinin dağılımı (N=144)

GELENEKSEL UYGULAMA	SÜRDÜRÜYOR		SÜRDÜRMÜYOR	
	n	%	n	%
İlk banyo zamanı	85	59	59	41
İlk emzirme zamanında	6	0.4	138	99.6
Göbek bağının çabuk düşmesi	27	18.75	127	81.25
Tuzlama	105	72.9	39	27.1
Kundaklama	58	40.27	86	59.73
Pamukçuk	47	32.64	97	67.36
Pişik	75	52.08	58	47.92
Burun tıkanıklığı	11	7.64	133	92.36
İshal	55	38.20	89	61.80
Kabızlık	137	95.14	7	4.86
İsilik	78	54.16	66	45.84
Ağlama ve huysuzluk	78	54.16	66	45.84
Göz bakımı	60	41.67	84	58.33
Kulak bakımı	68	47.22	76	52.78
Emzik kullanımı	92	63.89	52	36.11
Ek gıdaya geçme	19	13.20	125	86.80
Çocuğu uyutmada	104	72.22	40	27.78
Kırk uçurma	55	38.20	89	61.80
Hastalandığında	58	40.27	86	59.73
Nazara inanıyor ve korunmada	122	84.72	22	15.28
Sünnet	14	9.72	130	90.28
Disiplin	109	75.70	35	24.30

**Annelerin sosyo demografik özellikleri ile geleneksel uygulamaları sürdürmeleri arasında ilişkiyi incelediğimizde ise;**

Gelir düzeyi düşük ailelerde ile bebeğin ilk banyosunu yaptırmada geleneksel uygulamalara riayet etme ( $r=0.202$ ) arasında pozitif ilişki vardır ( $\rho>0$ ).

Gelir düzeyi düşük ailelerde bebeği tuzlama geleneği ( $r=0.262$ ) arasında pozitif ilişki vardır ( $\rho>0$ ).

Pişikte geleneksel yöntemlere başvurma ile annenin yaşı ( $r=0.241$ ) arasında pozitif ilişki vardır ( $\rho>0$ ).

Pişikte geleneksel yöntemlere başvurma ile çekirdek ailenin yapısı ( $r=0.173$ ) arasında pozitif ilişki vardır ( $\rho>0$ ).

Bebeği uyutmada geleneksel yöntem seçme ile anne eğitimi ( $r=0.167$ ) arasında pozitif ilişki vardır ( $\rho>0$ ).

Çalışan annelerin bebeği tuzlama geleneğini sürdürmeleri ( $r=-0.213$ ) arasında negatif ilişki vardır ( $\rho<0$ ).

Sosyal güvencenin varlığı ile bebeği kundaklanması ( $r=-0.231$ ) arasında negatif ilişki vardır ( $\rho<0$ ).

Sosyal güvencenin varlığı ile bebeğin burnu tıkanıldığında geleneksel yöntemlere başvurma ( $r=-0.231$ ) arasında negatif ilişki vardır ( $\rho<0$ ).

Sosyal güvencenin varlığı ile bebeğin isilik olması halinde geleneksel yöntemlere başvurma ( $r=-0.174$ ) arasında negatif ilişki vardır ( $\rho<0$ ).

Annenin yaşının artması ile bebeğin huysuzlanması halinde geleneksel yöntemlere başvurma ( $r=-0.204$ ) arasında negatif ilişki vardır ( $\rho<0$ ).

**Tablo 3.3.** Bebeklere uygulanan geleneksel uygulamaların annelerin sosyo demografik özellikleri ile ilişkisi (N=144)

GELENEKSEL UYGULAMA	Annenin Yaşı r	Eğitim Durumu r	Çalışma Durumu r	Gelir Durumu r	Sosyal Güvence r	Evlilik Süresi r	Aile Yapısı	Bebek Bakım Eğitimi r
İlk banyo zamanı	0,050	-0,051	0,079	,202*	0,158	-0,022	0,098	-0,124
İlk emzirme zamanında	0,060	-0,027	-0,025	0,051	-0,150	0,130	-0,090	-0,015
Göbek bağının çabuk düşmesi	0,041	-0,072	0,051	0,117	0,091	0,070	-0,096	0,034
Tuzlama	-0,022	0,106	-,213*	,262**	-0,116	0,013	-0,093	-0,095
Kundaklama	0,041	0,005	-0,051	0,014	-,231**	0,063	0,037	-0,117
Pamukçuk	0,066	0,005	-0,004	0,104	0,051	-0,113	-0,065	-0,080
Pişik	,241**	0,108	0,026	-0,034	0,059	0,038	,173*	0,016
Burun tıkanıklığı	-0,041	0,160	-0,087	-0,044	-,231**	-0,040	-0,142	-0,141
İshal	0,107	0,089	-0,029	-0,121	-0,007	-0,032	-0,092	0,011
Kabızlık	-0,077	0,075	-0,039	-0,055	-0,043	-0,016	-0,058	0,029
İsilik	-0,052	0,134	-0,162	-0,041	-,174*	-0,081	-0,122	-0,041
Ağlama ve huysuzluk	-,204*	0,066	0,007	0,020	0,054	-0,062	-0,122	-0,006
Göz bakımı	-0,003	0,099	-0,066	-0,041	-0,071	-0,125	-0,015	0,083
Kulak bakımı	0,100	-0,024	0,012	0,047	0,027	0,028	-,215**	0,133
Emzik kullanımı	0,078	0,037	-0,064	0,070	-0,064	-0,010	0,045	-0,106
Ek gıdaya geçme	-0,104	-0,054	-0,054	0,005	0,074	-0,143	-0,069	-0,140
Çocuğu uyutmada	-0,032	,167*	-,166*	-0,015	-0,033	-0,021	0,032	-0,126
Kırk uçurma	0,134	-0,099	0,052	-0,048	0,001	0,063	-0,080	-0,081
Hastalandığında	-0,075	-0,122	0,154	-0,005	0,038	0,003	0,069	0,036
Nazara inanıyor ve korunmada	-0,108	0,046	-0,106	-0,103	-0,081	-0,125	-0,110	0,062
Sünnet	0,009	0,063	-0,115	-0,023	0,062	-0,072	-0,012	0,076
Disiplin	0,019	0,128	-0,058	0,145	0,158	-,196*	0,054	0,033

\*Pearson Korelasyon

Geniş aile yapısında olma ile bebeğin kulak bakımında geleneksel yöntemlere başvurma ( $r=-0.215$ ) arasında negatif ilişki vardır ( $\rho<0$ ).

Çalışan annelerin bebeği uyutmada geleneksel uygulamaları sürdürmeleri ( $r=-0.166$ ) arasında negatif ilişki vardır ( $\rho<0$ )

Evlilik süresinin artması ile bebeğin disiplininin sağlanmasında geleneksel uygulamaları sürdürmeleri ( $r=-0.196$ ) arasında negatif ilişki vardır ( $\rho<0$ )

## **TARTIŞMA**

Geleneksel uygulamalar bölgesel ve sosyo ekonomik farklılıklara rağmen halen varlığını sürdürmekte ve bu değerler sağlık ve hastalık durumlarında bireylerin tutumlarını belirlemektedir. Geleneksel uygulamalar; bebek bakımında da büyük bir yere sahiptir.

Çalışmamızda ele aldığımız 0-12 bebek bakımına yönelik geleneksel uygulamaları diğer çalışma sonuçları ile karşılaştırdığımızda;

Çalışmamızda annelerin %38.20'si çocuklarına kırk uçurma adeti uygulamaktadırlar. Eğri ve Gölbaşı (2007) 'nın çalışmasında "kırk uçurması" töreni %97.8 oranlara annelerin tercih ettikleri saptanmıştır. Kırk uçurma uygulamasının; Eğri ve Gölbaşı'nın çalışmasında yüksek çıkması bölgesel fark ve yaş ortalamasının daha düşük olmasından ve çalışmalar arası zaman farkından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan annelerin çoğunun nazara inanadıkları ve %84.72'sinin nazardan korunmak için ve nazar boncuğu, muska takma gibi uygulamalarını yapmakta olduğu anlaşılmıştır. Değer'in

çalışmasında;(2011) Kadınların %62.9'u muska takma, %48.0'ı nazar boncuğu takma uygulamalarını yapmaktadırlar. Işık ve arkadaşları (2010) nazara karşı önlem alma uygulamalarını %23, Çetinkaya ve arkadaşları (2008) araştırmasında “nazar değmesin diye bebeğe nazar boncuğu takılma oranı %75.8 bulunmuştur. Ayrıca annelerin nazardan korumak için dua okumak alışkanlığı yerine büyük çoğunluğunun nazar boncuğu takmayı tercih etmeleri bizim çalışmamızla örtüşmektedir.

Cumbul'un çalışmasında (2018) kadınların %99'u doğum sonrası ilk sütü hemen vermektedirler. Çalışkan ve Bayat (2011)'in çalışmasında annelerin %89,2'unun ilk 1 saat içinde verdiği saptanmıştır. Annelerin %54.6'sı hastanede doğum sonrası ebe ve ya hemşire önerisi ile bebeklerini hemen bir saat içinde emzirdikleri belirlenmiştir. Şenses ve Yıldızoğlu'nun (2002) 8 ayrı ilde yaptıkları çalışmalarında ise kadınların %58.5'inin üç ezan bekledikten sonra bebeklerini emzirmiş oldukları saptanmıştır. Biltekin ve arkadaşlarının 2004 yılında Bornova'da yapmış olduğu çalışmasında ise kadınların %69'u en yakın ezan okunduktan sonra bebeklerini emzirdikleri belirlenmiştir. Geçmiş yıllarda yapılan çalışmalarda; annelerin geleneksel uygulamalara daha yatkın olduğu gözlemlenmektedir. Çalışmamızda annelerin il sütü hemen verme oranı %99.6 bulunmuştur. Günümüzde anne sütü ve erken emzirmeye verilen önemin artması ve sağlık kurumlarında ebe/hemşirelerin bu konuda anneleri desteklemesi annelerin anne sütünün önemini öğrenmelerinde etkili olduğu düşünülmektedir.



Çalışmamızda annelerin %59 oranında bebeğin ilk banyosunu göbeği düşmeden yaptırdıkları, Cumbul'un İstanbulda 2018 yılında yaptığı çalışmada bu oranın %72,1, Dinç'in (2005) çalışmasında annelerin %46.5'inin, Bölükbaş ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ise annelerin %66'sının bebeğin göbeği düşmeden önce bebeğe banyo yaptırdıkları belirlenmiştir. Bu literatür bilgisi doğrultusunda çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar örtüşmektedir. Göbeği düşmeden ilk banyosunu yaptırmama uygulaması halen devam etmektedir. Araştırma grubumuzdaki kadınların çoğunun ev hanımı olmaları, eğitim seviyelerinin çok yüksek olmaması ve nedenini sorgulamaksızın aile büyüklerinin önerilerini dinlemeleri bu geleneksel uygulamanın sürdürülmesinde etkilidir.

Çalışmamızda annelerin %72,9 oranında bebeklerini tuzladıkları, Cumbul'un çalışmasında (2018) İstanbul'da annelerin %37,5 oranında, Dinç'in (2005) ve Cumbul'un (2018) çalışmalarında annelerin eğitim durumu arttıkça tuzlama arasındaki ilişki bakıldığında anlamlı fark bulunmuş olunmuş olup bizim çalışmamızda eğitimle tuzlama arasında ilişki yoktur. Ancak çalışmamızda tuzlama ile ailenin gelir düzeyinin artması arasında anlamlı yönde ( $r=0,262$ ) ilişki vardır. Araştırma sonuçları arasında farkların bölgesel farktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda annelerin bebek göbeğinin çabuk düşmesi için %18.75 oranında geleneksel metotlara başvurdukları evde hazırladıkları süt ve unlu karışımı bebeklerine sürdükleri, bunun yanı sıra, tentürdiyot,alkol, zeytinyağı uyguladıkları belirlenmiştir. Özsoy ve Katabi(2008) yaptığı

çalışmada annelerin %66,7'sinin göbek bakımı için alkol, tentürdiyot uyguladıklarını belirlemiştir. Çalışkan ve Bayat'ın (2011) çalışmasında; annelerin bebeklerinin göbeğine zeytinyağı sürdüğü (%22.4) olduğu saptanmıştır. Literatür sonuçları ile çalışmamızın sonuçları bu yönüyle örtüşmektedir.

Çalışmamaya katılan annelerin bebeklerinin ağzında pamukçuk olması durumunda; %34.6 sının soda, anne sütü, inek sütü, şekerli su uyguladıkları; Eğri ve Gölbaşı'nın araştırmalarında (2007) bu oran %61.6 olarak bulunmuştur. Cumbul'un 2018 araştırmasında araştırmamızla benzer sonuçlar (%34) göstermektedir buda annelerin zamanla doğru davranışa yöneldiklerini gösterir.

Çalışmamıza katılan annelerin %40'ı çocukları hastalandığında geleneksel uygulamalara başvurmaktadır. Sivri'nin (2012) çalışmasında annelerin %72,2'si çocuklarında öksürük sorunu olduğunda doktora götürmektedir. Cumbul'un çalışmasında (2018) ise %80.6 sı çocuklarının ateşi çıktığında hemen doktora götürmektedir. Arabacı ve ark. (2016) 'nın yaptığı çalışmada; bebeği ateşlendiğinde yarıdan fazlasının (%54,1) ilaç kullandığı, bir kısmının (%28.6) soğuk uygulama yaptığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda annelerin %86.80'inin, Cumbul'un çalışmasında (2018) %95.2'sinin ek gıdaya 6. aydan itibaren başladıkları tespit edilmiştir. Arabacı ve ark. (2016) 'nın yaptığı çalışmada annelerin büyük bir çoğunluğu (%80.6) ek gıdalara önerilen sürede (ilk 6 aydan sonra) geçmiştir. Sonuçlar literatür ve yapılan diğer çalışmalarla

örtüşmektedir. Anne çocuk izlemlerinin etkin bir şekilde yapılmasının bu sonuçta etkilediği düşünülmektedir.

Çocukta pişik olması durumunda annelerin %52 pişikte geleneksel uygulamalara başvurmaktadır. Bu oran İstanbul'da Cumbul tarafından yapılan bir çalışmada %35.6 olarak bulunmuş olup annelerin bebeklerine zeytinyağı, pudra yada hiçbir şey uygulamadıkları anlaşılmıştır. Eğri (2006) yaptığı çalışmada annelerin pişik bölgesine pudra, zeytin yağı sürdükleri, Biltekin ve ark. (2004)'anın çalışmasında %56'sının bebeğin pişik bölgesine zeytinyağı sürdükleri belirlenmiştir.

Çalışmamıza katılan annelerin %38,2'si bebekleri ishal olduğunda geleneksel yöntemlerle sorunu gidermeye çalıştıkları (anne sütünü kesme, çay ve kola içirme gibi) belirlenmiştir. Bölükbaş ve ark. (2009)'da yaptığı çalışmada annelerin %58,6'sının ishalleri için çocuğu doktora götürdüğü, %26,6'sının çocuğa bol su verdiği, Özyazıcıoğlu ve Polat'ın (2004) çalışmasında ise ishalde %48,3'ünün koyu çay ve nane limon içirme, ishal şurubu verme ve diyetten yağlı yiyecekleri çıkarma gibi uygulamalar olduğu saptanmıştır.

Araştırmamız kapsamına alınan annelerin bebeklerinin kabız olması durumunda %95 oranında kendi kendilerine, çevreden öğrendikleri zeytinyağı uygulama, sabun parçası ya da fitil uygulama, makatı uyurma gibi uygulamanın oldukça yaygın olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda annelerin %40,27'si, Cumbul'un çalışmasında annelerin %51'inin, Eğri ve Gölbaşı (2007) çalışmalarında annelerin %89,8'i bebeklerini kundakladıkları belirlenmiştir. Annelerin bebeklerinin bacaklarının düzgün olması, sıcak olması, elleri ve ayakları sıkıca

sarılan bebeğin daha hızlı gelişeceğine inanma gibi sebeplerle bu uygulamayı sürdürdükleri anlaşılmıştır.

Çalışmamıza katılan annelerin %72'sinin bebeklerini uyuturken beşikte veya yatakta sallama, ninni söyleme, yanında yatırarak uyutma gibi geleneksel yöntemlere başvurdukları ve ülkemiz genelinde yürütülen literatür bilgisiyle benzerlik olduğu belirlenmiştir.

## **SONUÇ**

Araştırma bulguları doğrultusunda önerilerimizi aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz; Alanya bölgesinde 0-12 aylık bebek bakımında halen geleneksel uygulamaların yeri vardır. Buna karşın bazı annelerin ise; güncel bakım yöntemlerini tercih ettikleri görülmektedir. Bebek sağlığını etkileyen geleneksel uygulamaların bilinmesi, bunlardan bebek sağlığını olumsuz yönde etkileyecek uygulamaların yapılmaması ancak yararlı uygulamaların sürdürülmesi önemlidir.

Hemşirelerin hizmet verdiği toplumun geleneklerini, örf ve adetlerini bilmesi ve küçük grup eğitimleri yaparak annelere bebek bakımındaki doğru uygulamaları öğretmeleri önerilmektedir. Eğitimler doğum sonrası ev ziyareti yoluyla da yapılabilir.

Bebek bakımına yönelik geleneksel uygulamalardan kaçınmak için bölgesel eğitimler (sadece gebe ve bebeği olan kadınlara değil, bebek bakımında aile içinde rol alan her yaşta kadına hatta babalara, dedelere) düzenleyip bu eğitimlerin sürekliliğini sağlamak faydalı olacaktır. Kitle iletişim araçları ile olumsuz uygulamaları azaltmak, herhangi bir

etkisi olmayan ya da faydalı olabilecek uygulamaları duyurmak üst düzey yararlanmayı sağlayacaktır.

Sağlık profesyoneli yetiştiren eğitim kurumlarının eğitim programlarına bebek bakımında başvurulan geleneksel uygulamalar, bunların zararları ve yararlarını işleyen konulara mutlaka yer verilmelidir.

### **Finansal Kaynak**

Bu çalışma sırasında, herhangi bir ticari firma, kurum, vakıflardan ya da başkaca kaynaklardan maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

## KAYNAKLAR

- Alam M, Ali N, Sultana N, Mullany L, Teela K, Khan N. (2008). Newborn Umbilical Cord And Skin Care İn Sylhetdistrict. Bangladesh: Implications For Thepromotion Of Umbilical Cord Clean Sing With Topical Chlorhexidine. J Perinatol; 28:61-8.
- Alparslan Ö, Uçan S. (2011). Bir Sağlık Ocağı Bölgesindeki Bebeklerde Ani Bebek Ölümü Sendromu ile İlgili Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 1(1): 25-34.
- Arabacı Z, Yıldırım J, DüNDAR N, Kadam Z. (2016) Bebeklerde Uygulanan Geleneksel Yöntemler. Çocuk ve Medeniyet Dergisi,1(1):61-84.
- Arifeen S, Mullany L, Shah R, Mannan I, Rahman S, Talukder M. (2012). The Effect Of Cord Cleansing With Chlorhexidine On Neonatalmortality İn Ruralbangladesh: A Community-Based, Cluster-Randomisedtrial. Lancet; 379:1022-8.
- Atlas B. (2006). Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aşı Merkezi Ve Yenidoğan İzleme Ünitesine Başvuran Annelerin Anne Sütü Konulu Eğitiminin Etkinliğinin İncelenmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Biltekin Ö, Boran Ö., Denkli M., Yalçinkaya S. (2004). Naldöken Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-11 Aylık Bebeği Olan Annelerin Doğum Öncesi Dönem Ve Bebek Bakımında Geleneksel Uygulamaları. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi,13(5):166-68.
- Bolsoy N, Sevil Ü. (2006). Sağlık-Hastalık Ve Kültür Etkileşimi. Anadolu Hemşirelik Sağlık Bilimleri Dergisi, Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences,9(3):78-87.

- Bozkaya Ö, Akgün İ, Birgi E, Çinkoğlu A, Göğ K, Karadeniz K.(2008). Anne Babaların Çocuklarında Uyguladıkları Alternatif Tıp Yöntemleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 22(1):129-135.
- Bölükbaş N, Erbil N, Altunbaş H, Arslan Z. (2009). 0–12 Aylık Bebeği Olan Annelerin Çocuk Bakımında Başvurdıkları Geleneksel Uygulamalar. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, (6)1: 165-178.
- Büyük T, Güdek E, Kalaycı N.(2014). Annelerin Öksürüğü Olan Çocuklara Yaklaşımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(4): 1019-1031.
- Cansever Z, Taşar M, Şahin F, Çamurdan A, Beyazova U.(2012). Ailelerin Sarsılmış Bebek Sendromu Konusundaki Bilgi ve Tutumları. Gazi Med J, 23: 39-45.
- Ceylan O, Genç B, Kartal B, Ulus Ç, Yalçın B. (2013) Yastığımızın Altındaki Fısıltılar. [Http://Tip.Baskent.Edu.Tr](http://Tip.Baskent.Edu.Tr)
- Culbertson J, Newman J, Willis D.(2003). Childhood And Adolescent Psychologic Development. *Pediatr Clin North America*, 50(4): 741-764.
- Çalışkan Z, Bayat M. (2011). Annelerin Bebek Bakımı Uygulamaları Ve Etkileyen Faktörler: Bir Kapadokya Örneği. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,14(2):23-30.
- Çelebi S. (2011). Çocuklarda Öksürüğe Yaklaşım. *Journal Pediatric Infection*, 5 (1): 253-257.
- Çetinkaya A, Özmen A, Cambaz S. (2008). Manisa’da Çocuğu Olan 15-49 Yaş Kadınların Doğum Sonu Dönemde Yeni Doğan Sağlığı İle İlgili Geleneksel Uygulamaları. *Celal Bayar Üni. Hemşirelik Dergisi*;12(2):39-46.
- Çevik H.(2014). Annelerin Bebek Uyumaya Yönelik Geleneksel Tutum Ve Uygulamalarının Ve Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.

- Çınar İ, Arslan K, Kartal A, İnci F, Koştu N.(2015).Annelerin 0-1 Yaş Bebek Bakımında Uyguladıkları Geleneksel Yöntemlerin İncelenmesi. Taf Prev Med Bull, 14(5):378-386.
- Değer B. (2011). Mardin İli Kızıltepe İlçe Merkezinde Yaşayan Evli Kadınların Doğum Sonrası Dönemde Anne Ve Bebek Bakımına Yönelik Bildikleri Ve/Veya Uyguladıkları Geleneksel Yöntemler (Fırat Üniv.Yüksek Lisans Tezi).
- Dikici A.(2001). Geleneklerin Toplumdaki Yeri ve Önemi. Fırat Üniv. Sosyal Bilimler Dergisi, 11(2): 251-258.
- Dindar İ, Ünsal S, Güzel S. (2005). Edirne Merkezindeki Bir Sağlık Ocağına Kayıtlı 0-6 Yaş Arası Çocuğu Olan Annelerin Çocuk Bakımına İlişkin Geleneksel Davranışlarının İncelenmesi. 4ulusal Hemşirelik Kongresi, Ordu
- Duran E. (2009). Sürdürülebilir Turizm Kapsamında Toplumsal ve Kültürel Kimliğin Korunması: Gökçeada Örneği.
- Eğri G. (2006). Tokat İli Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek Bakımına Yönelik Geleneksel Uygulamaları.Cumhuriyet Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- Eğri G, Gölbaşı Z. (2007). 15–49 Yaş Grubu Evli Kadınların Doğum Sonu Dönemde Bebek Bakımına Yönelik Geleneksel Uygulamaları. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(5): 313–320.
- Eğri G, Konak A.(2011). Doğum Sonu Dönem İle İlgili Geleneksel İnanç Ve Uygulamalara Dünyadan Ve Türkiye'den Örnekler. Journal Of World Of Turks, 3(1): 143-155.



- Eker A, Yurdakul M. (2006). Annelerin Bebek Beslenmesi Ve Emzirmeye İlişkin Bilgi Ve Uygulamaları. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi,15(9):158–163.
- Erdem H, Taş F. (2005). 0-12 Aylık Bebeğe Sahip Olan Annelerin Yaptıkları Geleneksel Uygulamalarınbelirlenmesi. 13. Ulusal Neonatoloji Kongresi (Uneko 13) Ve Yenidoğan Hemşireliği Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Kayseri.
- Giniş T, Doğru M, Özmen S, Bostancı İ.(2010). Çocuklarda Öksürük. Çocuk Dergisi, 10(3):110-115.
- Gökduman M. (2009). 0-6 Aylık Bebeği Olan Annelerin Anne Sütünü Artırmaya Yönelik Geleneksel Uygulamaları. (Yüksek Lisans Tezi). Adnan Menderes Üniversitesi. Aydın.
- Irgaç G.(2013) Yenidoğan Bebeği Olan Annelerin Bebek Banyosu Konusundaki Görüşleri İle Uygulamalarının Sosyal Destek Algısı Ve Kaygı Düzeylerine Etkisi.( Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi. Erzurum.
- Işık T, Akçınar M, Kadioğlu S. (2010). Mersin İlinde Gebelik, Doğum Ve Loğusalık Dönemlerinde Anneye Ve Yenidoğana Yönelik Geleneksel Uygulamalar. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 7(1):63-84.
- Jellinek M, Patel B, Froehle M. (2002).(Anglin Tm. Ed.). Bright Futures In Practice: Mental Health, Volume I. Practice Guide. Arlington, Va: National Center For Education İn Maternal And Child Health. Arlington: Georgetown University
- Kahraman İ, Topbaş M, Çan G. (2007). Trabzon İl Merkezinde 6-12 Aylık Çocuğu Olan Annelerin Bebek Bakımıyla İlgili Geleneksel Uygulamaları. 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Denizli.
- Khan Gn, Memon Za, Bhutta Za. (2013). A Cross Sectional Study Of Newborn Care Practices İn Gilgit, Pakistan. J Neonatal Perinatal Med; 6:69-6.

- Larsen M, Tentis E.(2003). The Art And Science Of Disciplining Children. *Pediatr Clin North Am*, 50: 817-840.
- Mirmiran M, Maas Y, Ariagno R. (2003). Development Of Fetal And Neonatal Sleep And Circadian Rhythms. *Sleep Med Rev*, 7(4):321-324.
- Mullany L, Damstadt G, Katz J, Khatry S, Leclercq S, Adhikari R.(2007). Risk Factors For Umbilical Cord İnfection Among Newborns Of Southern Nepal. *Am J Epidemiol*,165(2):203-211.
- Öge Y.(2017). Çocuğunuza “Aşkım-Hayatım” Demeyin. <http://www.Gazetevatan.Com>.15mayıs
- Özen M, Özgör B. (2006). Höllük, Bir Anadolu Gerçeği”. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,13(2): 131-33.
- Özbüyük B., Uymaz P. (2019). Beykoz İlçesine Bağlı Köylerde, 0-12 Aylık Bebek Bakımında Annelerin Geleneksel Uygulamalarının Belirlenmesi. Üsküdar Üniversitesi Çocuk Sağlığı Hemşireliği YL Tezi, [www.tez2.yok.gov.tr](http://www.tez2.yok.gov.tr)
- Özsoy S, Katabi V. (2008) . Comparison of Traditional Practices Used İn Pregnancy, Labourandthe Postpartum Period Among Women İn Turkeyand Iran. *Midwifery*, 24(3):291-300.
- Özyazıcıoğlu N.(2005).12 Aylık Çocuğu Olan Annelerin Çocuk Bakımına İlişkin Geleneksel Uygulamaları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(1), S:63-71.
- Perry S, Hockenberry M, Lowdermilk D, Wilson D. (2010). *Maternal Child Nursing Care*. 4.Edit. Mosby, 678-705.
- Salihöğlu D. (2012). *Çocuk Bakımı Ve Eğitimi*. İstanbul: Hayat Yayın Grubu.

- Saner, G., Elkabes, B., Süoğlu, Ö.D. (2002). Çocukluk Çağında Kabızlık. Çocuk Dergisi, 2 (3): 170.
- Soofi S, Cousens S, Imdad A, Bhutto N, Ali N, Bhutta Z.(2013).Topical Application Of Chlorhexidine To Neonatal Umbilical Cords For Prevention Of Omphalitis And Neonatal Mortality İn A Ruraldistrict Of Pakistan: A Community-Based, Cluster-Randomised trial. Lancet;379 (9820):1029-36.
- Şahin F, Beyazova U, Aktürk A.(2003). Attitudes And Practices Regarding Circumcision İn Turkey. Department Of Pediatrics, Gazi University School Of Medicine, 29(4): 275- 281.
- Şanlı D, Öztürk C.(2015). Annelerin Çocuk Yetiştirme Tutumlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, 32(1): 31-48.
- Şenses M, Yıldızoğlu İ. (2002). Sekiz Ayrı İldeki Kaynana Ve Gelinlerin Loğusalık Ve Çocuk Bakımında Geleneksel Uygulamaları. Çocuk Forumu Dergisi; 5(2): 44-48.
- Taşkıın L. (2008).Yenidoğan Fizyolojik Özellikleri. Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği İçinde (S.123-130). Ankara: Sistem Ofset.
- Taylor S, Lerner J, Sage R, Lehman B, Seman T.(2004). Early Environment, Emotions, Responses To Stress, And Health. J Pers, 72 (6): 1365-1393.
- Tortumluoğlu G, Okanlı A, Özer N. (2004). Hemşirelik Bakımında Kültürel Yaklaşım Ve Önemi. Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi, Cilt. 1, 1-10.Doi: 1303–5134.
- Törüner E, Büyükgöneç L. (2011). Yenidoğanda Ağrının Algılanması, Değerlendirilmesi Ve Yönetimi. Törüner E, Büyükgöneç L(Ed.), Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları, 1 Bs., Cilt. 1, Ankara: Göktuğ Yayıncılık.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2008, Ekim). Çocukların Ve Annelerin Beslenme Durumları. Erişim Adresi: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/Tnsa2008-Anarapor.Pdf>.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. İstatistiklerle Çocuk. (2014).

Unicef (2002). Anne Sütü. <https://www.unicef.org/turkeyas>

Uzun Ş, Vural H. (2000). Kültür ve Sağlık Hizmetlerinde İletişim. Sendrom, 12(12):111.

Uğurlu E, Başbakkal Z, Dayılar H, Çoban V, Ada Z. (2013). Ödemiş'te Bulunan Annelerin Bebek Bakımında Uyguladıkları Geleneksel Yöntemlerin İncelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi;2(3):342.

Ünal P, Akgün T, Çiftçili S, Boler İ, Akman M. (2008). Bebek Dostu Bir Ana Çocuk Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Anneler Neden Bebeklerine Ek Gıda Vermeye Başlıyor? Türk Pediatri Arşivi, 43(1):59-64.

Ünsal H, Atlıhan F, Özkan H, Targan Ş, Hassoy H. (2005). Toplumda Anne Sütü Verme Eğilimi ve Buna Etki Eden Faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi,48(3): 226–233.

Verit A, Aksoy S, Yeni E, Unal D, Çiftçi H. (2002). A Limited Study On Perception And Change In Attitude About Circumcision Among Health Care Professionals And Their Male Members. Urol Int , 69(4): 302-305.

Wilson C. (2000). Cree Infant Care Practice Sand Sudden Infant Death Syndrome. Canadian Journal Of Public Health, 91:133-136.

- Wheeler M. (2011). Herkes İçin Tuvalet Eğitimi. (Baykal S. Çev.). İstanbul: Gün Yayıncılık.
- World Health Organization (2010). Nutrition Land Scape Information System, A Component Of The Land Scape Analysis On Countries Readiness To Accelerate Action in Nutrition
- Yalçın H. (2012). Gebelik, Doğum, Lohusalık Ve Bebek Bakımına İlişkin Geleneksel Uygulamalar (Karaman Örneği). Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Dergisi, 55(1), S:19-31.
- Yavuzer H. (2005). Çocuğu Tanımak Ve Anlamak. (5. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Yılmaz H.(2004). Geçmişten Günümüze Sünnet Ve Sünnetli Çocuğa Yaklaşım. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 20(1): 117-125.
- Yılmaz Y,Özsoy S, Ardaha M.(2008). Annelerin Sünnet Hakkındaki Davranış Ve Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Ege Tıp Dergisi / Ege Journal Of Medicine, 47(2) : 93 -101.
- Zenciroğlu A, Akbaş S.(2015). Yenidoğanın Göz, Göbek Ve Ağız Bakımı. Temel Yenidoğan Bakımı.Türkiye Halk Sağlığı Kurumu,Ankara.

## BÖLÜM 2

### ÇOCUKLARDA BAĞLANMA VE AYRILIK ANKSİYETESİ

Hemşire Sefa AKKOL <sup>1</sup>, Doç. Dr. Sevda ARSLAN <sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Düzce, Türkiye. [akkollsefa@gmail.com](mailto:akkollsefa@gmail.com)

<sup>2</sup> Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Düzce, Türkiye. [sevdaarslan@duzce.edu.tr](mailto:sevdaarslan@duzce.edu.tr)



## GİRİŞ

İnsan çevresiyle ilişki halinde büyür ve gelişir. Bireyin duygu ve düşünceleri çevresiyle sürekli etkileşim halindedir. Birey bağımlı bir şekilde aktif olarak şekillenirken çevreden gelen uyarıları da dikkate alarak kendini yeniden yapılandırır. Bu süreç yaşamın ilk yıllarından başlayarak hayat boyu devam eder (Akçamete,2005). Çocuğun olumlu ve olumsuz duyguları değerlendirebilmesi, gereksinimlerinin farkında olması, ihtiyaç duyduğunda yardım talep edebilmesi bu gelişimin en önemli parçalarından biridir(Sezgin, 2014).Yaşamın ilk on yılında, çocukluk çağı yaşantılarının önemi büyüktür. İlerleyen yıllarda bu yaşantıların bireyin kendini kontrol etme, uyum ve problem davranışları için yordayıcı olduğu kabul edilmektedir (Tahirović & Jusić, 2016). Çocukluk çağına ait anıların, yetişkinin psikolojik sağlığına dair bilgi verdiği görülmüştür(Yılmaz, 2019). Birçok araştırma bu anıların, yetişkin yaşamındaki psikolojik sorunlar için bir kaynak olduğunu vurgulamaktadır(Quirk, 2015). Bu kritik yıllardaki güvenlik ve olumlu duyguların ileriki yaşlarda psikolojik sağlamlığı destekleyici olduğu ortaya konmuştur.(Ferreira, 2018; Schmoeger.,2018).Bunun yanında olumsuz çocukluk yaşantılarının da ilerleyen zamanlarda sarsıcı olduğu gerçeği beraberinde psikolojik sorunları da getirmektedir(Alto, 2018).

Çocuğun yeterliliği, bağımsızlığı ve sosyal uyumu okul çağında öne çıkmaktadır. Okul öncesi dönemde psikososyal çevre önemli belirleyicilerdendir. 0-6 yaş grubundaki çocuk için model anne ve



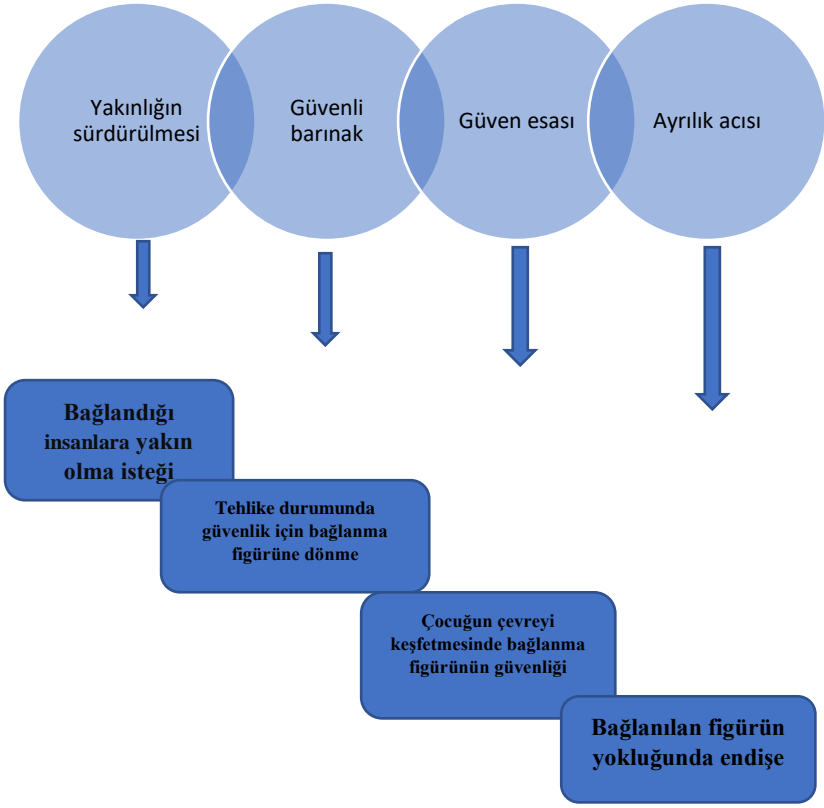
babadır. Anne-babaların okul öncesi dönemde olan çocuğa karşı, olumlu-olumsuz tüm tutumları çocuğun iyi ilişkiler kurmasında ve bu ilişkileri geliştirmesinde önemli rol oynamaktadır. Çocukluk yılları fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal değişimlerin hızlı olduğu bir dönemdir( Agnafors, 2016 ; Gülay, 2011).Sağlıklı bir ebeveyn-çocuk ilişkisi çocuğun ruhsal gelişimi için önem taşımaktadır. Ebeveynin çocuğun ihtiyaçlarına ve problemlerine yaklaşımı anne-babaya bağlanmayı etkilemektedir(Mortensen & Barnett, 2015). Çocuğun bağımsızlığını engellemek, sosyal uyumu zorlaştırmakta ve böylece aile dışında karşılaştığı ilk sosyal ortam olan okul sürecini de olumsuz etkilemektedir. Okul, çocukların uzun süre aileden ayrı kaldıkları ve sosyalleştikleri ilk ortam olduğu için önem taşımaktadır(Gülay,2011, n.d.). Birçok çocuk bu süreci sağlıklı atlatırken, bazı çocuklar için sancılı bir süreç olduğu görülmektedir. Bu sancılı süreçte çocuk okuldan korkarak, okula karşı isteksiz ve aşırı tepkili olabilmektedir(Tangüner, 2017). Okula gitme vakti yaklaştığında sürekli kaygı durumu, sinirlilik ve ağlama tepkileri görülebilmektedir. Bu durum çocuk için içinden çıkılmaz ve karmaşık bir hale gelerek anksiyete durumunu yaratmaktadır.(Özcan, 2009).

## 1. BAĞLANMA

Bağlanma, özgüven, rahatlık ve doyum ilişkilerini ifade eden birey için oldukça önemli bir kavram olarak karşımıza çıkar ve birçok araştırmacı tarafından farklı şekilde tanımlanmaktadır. Ainsworth bağlanmayı, ‘*çocuk ve annesi arasındaki sürekli bağ*’ olarak ifade etmiştir. Bu tanıma yakın olarak bağlanma bir başka araştırmacı tarafından annenin

bebekle arasında duygusal bir ilişkinin bulunması, bu ilişkinin olumlu ve geliştirici olması şeklinde tanımlanmıştır(Arı, 2003; Bilaç, 2020; Uzun, 2019). John Bowlby' i ise bağlanmayı ‘ *belirli bir figüre karşı özellikle stresli durumlarda yakınlık arama ve sürdürme eğilimi tarafından nitelendirilmiş sürekli duygusal bağ*’ olarak ifade etmiştir (Bowlby, 1982). En geniş tanımıyla ebeveyn ve çocuğu birbirine bağlayan duygu şeklindedir. Bowlby' nin bağlanma kuramı nesne ilişkileri üzerine kurulmuş psikodinamik yaklaşımı temel alan bir kişilik kuramıdır. Bağlanılan kişiye yakın olmak bağlanmanın temelini oluşturmaktadır (Hamarta,2002;Güngör,2000).Bağlanma ilişkisinde yakınlık, sıcaklık ve devamlılık olması gerekmektedir. Böylece hem ebeveyn hem çocuğun haz alması söz konusu olmakta ve zaman içerisinde gelişen bağlanma ile bireyin bağlandığı kişiyle bir arada olma isteği artmaktadır(Yıldız, 2008). Bebeğin dış dünyayı keşfetmesinde dokunma tüm duylardan önce gelerek ebeveyn ve bebek ilişkisinin temelini oluşturmaktadır. Çocuk dışarıdan gelen tehditlere karşı güvenli bir sığınak arayışındadır ve bağlandığı kişiye yakın olmayı istemektedir. Çocukla ilgilenen kişinin genellikle anne olmasında dolayı bağlanma figürü anne üzerine yoğunlaşmıştır(Irmak, 2016; Sakman, 2018; Soylu 2012; Yıldız, 2008).

**Bowlby bağlanmanın dört özelliği olduğunu savunmaktadır;**



**Şekil 1 :** (Bowlby, 1982)

John Bowlby'nin 'Etiyolojik Perspektifi' yaşamın birinci yılında bağlanmada bakım verici duyarlılığının önemini vurgulamaktadır. Ebeveyn ve çocukta bağlanma davranışının ortaya çıkmasını biyolojik donanım olarak ifade etmektedir(Bowlby, 1982).

### **Bowlby Bu Süreci Dört Aşamada Dile Getirmektedir;**

<b>1.Aşama</b>	İlk iki ay süren bu aşamada bebek çevresindekilere aynı tepkileri vermektedir. Henüz bakım veren ile diğer bireylerin ayırımına gidememektedir.
<b>2.Aşama</b>	İkinci aydan başlar ve yedinci aya kadar bebek, bakım vereni diğer bireylerden ayırmaktadır.
<b>3.Aşama</b>	Yedinci aydan yirmi dördüncü aya kadar geçen sürede bağlanma gerçekleşmektedir.
<b>4.Aşama</b>	Yirmi dördüncü ay ve üzerindeki çocuklar diğer bireylerin duygu ve düşüncelerinin farkında olmaya başlayarak keşfetmeyi sürdürmektedirler.

#### **Şekil 2:** (Schaffer,1996)

Bowlby diğer insanlara bağlanmayı da, yaşamı değiştiren bir önem merkezi olarak tanımlamış ve bağlanmayı sadece bebeklik, okul çağı olarak ele almamış, tüm yaşam boyu süren bir etkinlik olduğunu savunmuştur(Bowlby, 1982). Çocuğun ileriki yaşlarda iyi ilişkiler kurabilmesi bu dönemi sağlıklı geçirmesine bağlıdır. Ebeveyn tutumları çocuğun gelişimini şekillendirerek olumlu ve olumsuz tutumları destekleyebilmektedir. Bu dönem içerisinde ebeveynler çocuklar için alınan ilk model durumundadır. Modelin davranışları çocuğu şekillendirmektedir(Sakman, 2018). Özellikle sağlıklı anne- çocuk bağlanması çocuğun ruhsal gelişimi açısından büyük önem taşımaktadır. Ebeveynin çocuğun sorunlarına yaklaşımı, ona desteği ve tepkileri bağlanmayı etkilemektedir(Agnafors , 2016; Bilaç, 2020).

## 1.1. Bağlanma Stilleri

Birçok araştırmacı bağlanma ile ilgili modelleme çalışması yapmıştır. Bunlardan ilki; Ainsworth'ün Üçlü Bağlanma Modeli'dir. Bu alışmayı Ugandalı bebekler ile anneleri üzerinde yapmıştır. Uygun bir oda içerisinde gözlemci bir psikolog ile birlikte çocuklar için ilgi çekici olan oyuncakların bulunduğu bir ortam hazırlanmıştır. Anneleri ile birlikte oynayan çocuklar bir süre sonra anneleri tarafından yalnız bırakılmış ve bu süreçte çocukların annenin ayrılması, ayrıldıktan sonrası ve tekrar yeniden gelmesi ile verdikleri tepkiler incelenerek çalışma tamamlanmış ve 'Yabancı Durum' adı verilmiştir(Yıldız, 2008).

*'Yabancı Durum' deneyine dayanarak, bağlanmayı üç ana stilde ele almıştır;*

**1.1.1.Güvenli Bağlanma Stili:** ocuklar bu stilde bakım verenin kendilerinden uzaklaşması durumunda çevreyi araştırmaya devam etmiş ve bakım veren döndüğünde yakın temas kurmak istemişlerdir. Herhangi bir kaygılanma ve öfkelenme belirtisi göstermemişlerdir(Ainsworth,1979; Görünmez, 2006).

**1.1.2.Kaygılı-Kararsız Bağlanma Stili:** ocuklar evre keşfi için hevesli davranmamışlardır. Bakım verenin kendilerinden uzaklaşması durumunda kaygı duymuş ve dönüşünde ise kolay sakinleşmemişlerdir. Bakım vericinin yakın temasına karşı öfkeli olmuşlardır(Ainsworth,1979; Yıldız, 2008).

**1.1.3.Kaçman Bağlanma Stili:** Çocuklar bakım verenin kendilerinden uzaklaşmasında kaygı yaşamamış ve geri dönmesinde de yakın teması reddetmişlerdir(Ainsworth, 1979; Güngör & 2000).

## **1.2. Bağlanmayı Etkileyen Faktörler**

Ainsworth, ebeveyn ve çocuk arasında bağlanmayı etkileyen birçok faktör olduğunu savunmuştur. Çocuğun doğuştan gelen özellikleri bağlanmada etkili olsa da ebeveyn ile özellikle de anne ile olan ilişkisi bağlanmada anahtar konumdadır. Anne ile aradaki bağın temeli doğum öncesine kadar gitmektedir(Belsky,2008). Gebeliği kabul eden anne, vücudundaki değişiklikleri olumlu karşılayıp çocuk için heyecan duyuyorsa sağlıklı bir bağlanmanın temeli bu dönemde atılmış olmaktadır. Güçlü bir karakter olan anne yetişkin rolüyle bağlanma sürecine şekil vermektedir. Eğer anne kendi ebeveynleri ile sağlıklı bir bağlanma süreci geçirdiyse kendi çocuğu için de etkili bir bağlanma gerçekleştirebilmektedir. Doğumdan hemen sonra anne- bebek teması güvenli bağlanmanın ilk adımıdır(Soysal,2005). Annenin bebeği emzirmesi, emzirme esnasında onu kucağına alması bebek için güvenli bir bağ oluşturmaktadır. Beslenmenin yanında uyku, sakinleşme vb. ihtiyaçlarının anne ve baba tarafından karşılanıyor olması bağlanmanın gelişmesinde önem taşımaktadır(Belsky,2008; SB, 2008; Soysal,2005). Diğer bir faktör ise annenin doğum sonrası depresyon durumudur. Eğer anne doğum sonu depresyonu geçirmişse bağlanma süreci olumsuz etkilenecek ve güvenli bağlanma gelişmeyecektir (Tomlinson, 2005). Bu alanda yapılan benzer çalışmalara bakıldığında; Costa ve ark'nın

(2005) yaptığı çalışmada annelerin güvensiz bağlandığını düşündükleri durumlarda çocukların daha fazla anksiyete belirtileri gösterdiği görülmüştür. Küçüköyük'ün (2015) yaptığı başka bir çalışmada ise annenin kaygı düzeyi arttıkça çocuğun da kaygı düzeyinin arttığı belirlenmiştir (Costa & Weems, 2005; Küçüköyük,2015). Bağlanma sürecinde etkin rol annede de olsa bebeğin güvenli bağlanma ilişkisi için baba faktörü de oldukça önemlidir. Babalık rolü çocuğun ihtiyaçlarının giderilmesinde finans kaynağı olmasının dışında çocuğun bakımına katılması ve anneye yardımcı olması, sorumluluk alması ile bağlanmayı desteklemektedir. Yapılan son çalışmalarda da çocuk bakımında baba rolünün eskiye oranla artış gösterdiği görülmüştür. (Kuzucu,2011). Son olarak bağlanmayı etkileyen diğer bir faktör ise ebeveyn tutumlarıdır. Çocuk yetiştirme sürecinde sergilenen tutumlar bağlanma süreci için olumlu ve olumsuz olabilmektedir. Örneğin baskıcı bir tutum sergilenmesi güvenli bağlanmaya engel olmaktadır. Ebeveynlerin çocukların ihtiyaçlarına tutarsız, dengesiz ve tepkili karşılık vermeleri kaygılı bir ortam oluşturarak çocuk için sağlıklı bir süreç başlatacaktır. Diğer yandan çocuğun yakınlığına karşılık mesafeli ve soğuk olan ebeveynler güvenli bağlanmayı zedeleyerek güvensiz bir ortam oluşturmakta ve çocukta stres durumu yaşanmaktadır(Güngör, 2000; Kuzucu,2011).

### **1.3. Bağlanma Sürecinde Bireysel Farklılıklar**

Yapılan birçok çalışma sonucunda bağlanma stillerinin farklı yaşantılarla ilişkilendirildiği görülmüştür. Bu stiller bireyin yaşamı boyunca gelişimlerini yordama da önemli olmaktadır(Ainsworth,1979).

Örnek verilecek olursa, güvenli bağlanma sonucunda başarılı insan ilişkileri ve sosyal yeterlilik görülürken, güvensiz bağlanmanın sonucunda ise sosyalleşememe, yalnızlık ve suça eğilimin artması görülmüştür(Allen,2002). Bağlanma alanındaki gelişmeler yaşamın ilk yıllarında çocuk-anne bağlanmasının incelenmesi sonucunda mümkün olmuştur(Anders & Tucker, 2000). Bağlanma ile ilgili yapılan çalışmalar 1980’li yılların ortalarında güvenli ve güvensiz bağlanmanın gelişimsel sonuçlarını yordamak için, Ainsworth’ün Üçlü Bağlanma Modeli olan ‘yabancı durum’ deneyi ile bebek-ebeveyn bağlanmasını değerlendirmeyi amaçlayan bir tutumla ele alınmıştır.(Bretherton, 2005). Yabancı durum prosedürü olarak bilinen ve Ainsworth’in çalışmalarında temel aldığı bebeğin anneden ayrılması daha sonra yeniden birleşmesi durumundaki tepkilere dayanarak oluşturulmuş bir modelledir(Ainsworth,1979). Sonrasında yapılan birçok çalışmada bazı bebeklerin bu sınıflandırmaya girmediği görülmüş ve yeni bir modelleme ihtiyacı doğmuştur. Main ve Solomon Ainsworth’ü temel alarak yeni bir bağlanma örüntüsü tanımlayarak, dağınık/düzensiz bağlanma stilini modellemişlerdir(Moretti,2004 ; Shomaker & Furman, 2009).



### Bağlanma Stilleri ile Anksiyete Çeşitleri Matrisi

	<b>Ayrılık Anksiyetesi</b>	<b>Yabancı Anksiyetesi</b>	<b>Birleşme Davranışı</b>	<b>Diğer</b>
<b>Güven</b>	Annenin ayrılmasına bağlı olarak endişe başlar	Kaçınır, ancak annesine arkadaşça davranır	Mutlu olur	Annesini güvenli yer olarak kullanır
<b>Kaygılı</b>	Annenin ayrılmasına bağlı olarak yoğun endişe duyar	Yabancıdan duyulan korkudan dolayı ondan kaçınır	Yaklaşır ancak teması reddeder	Çok ağlar ve etrafı az araştırır
<b>Kaçıngan</b>	Annenin ayrılması durumunda endişelenmez	Yabancıdan etkilenmez ve onunla oynayabilir	Fazla ilgi göstermez	Anne ve yabancı çocuğu eşit miktarda rahatlatır
<b>Dağınık</b>	Kaçınma ve direnç görülür, karışık tepki vardır	İlişki ister ancak terkedilme korkusundan dolayı duvarlar örer	Fazla ilgi göstermez	Sıkıntı ve öfkeyi sıkça yaşar ve faydacıdır.

Şekil 3: (Main, 1973)

Özetle bağlanmadaki bireysel farklılıkların yaşamın ilk yıllarında kurulan ilişkilere göre şekillendiği görülmüştür. Ebeveynin çocuğun ihtiyaçlarına yanıt verme ile olumlu gelişimi sağladığı aksi durumda ise olumsuz içsel temsiller geliştirmesine neden olduğu belirlenmiştir. Bu farklılıklar bağlanma stillerinde de çeşitliliğe yol açarak bağlanmanın çocuklukta, ergenlikte ve erişkin dönemde de devam ettiğini göstermiştir(Erermiş, 2009; Main,1990). Böylece güvensiz bağlanma yaşayan çocuklar, ilerleyen dönemlerde çeşitli zorlayıcı psikiyatrik sorunlar yaşayabilmektedir. Bu sorunların başında ise depresyon ve anksiyete gelmektedir(Main,1990).

## 2. AYRILIK ANKSİYETESİ BOZUKLUĞU (AAB)

Yirminci yüzyılda literatüre giren Anksiyete kavramı; kişiler arası etkileşimden kaynaklanan kararsızlık, korku, gelecek endişesi ve çok yönlü duygularla birlikte yaşanan hoş olmayan bir durum olarak tanımlanmaktadır(Seçer, 2013). Anksiyete mantık dışı, nedensiz tedirginlik ve korku olarak ifade edilmektedir. Bilişsel, somatik, duygusal ve davranışsal bileşenleri olan ruhsal ve fizyolojik bir durumdur(Regier, 1990). Freud'a göre egonun bir işlevi olarak tanımlanan anksiyete, çevreden gelen uyarılara karşı, bireyde uyum sağlama ve yaşamı sürdürme işlevine katkı sağlamaktadır. Ancak patolojik bir anksiyete durumunda uyum sağlamaya yardımcı olmak yerine normal dışı davranışlara sebep olur(Burger,2006; Gençtan,2000). Anksiyete bozuklukları yetişkinlerde sık görülen ruh sağlığı bozukluklarından biri olmasının yanı sıra çocuk ve ergenlerde de oldukça yaygın olarak görülmektedir (Association,1987). Çocukluk çağlarında görülen anksiyete, yetişkin anksiyete bozukluğuna benzer bir şekilde çeşitlilik göstermektedir. Çocuklarda en sık görülen anksiyete durumu 'ayrılık anksiyetesi'' dir(ACC,2018).

Çocukluk çağı anksiyete bozukluğunun epidemiyolojisine bakıldığında toplumda çocukların %12'sinde anksiyete görülmektedir. 6-14 yaş arası çocuklardaki yaygınlığı ise %14'ü bulmaktadır(Bilac, 2014) Cinsiyet göz önüne alındığında genel olarak kız çocuklarda daha yaygın görüldüğü saptanmış fakat gelişim ile birlikte bu oranda değişimler gözlemlenmiştir(Angold,1995). Çocukluk çağında kendiliğinden ortaya çıkan anksiyete bozuklukları bazı durumlarda kronik ve kalıcı

olabilmektedir. Anksiyete bozukluğunun yaygın görülmesine dair elde edilen bilgilerin sınırlı olduğu görülmektedir. Genel olarak aile çatışması, çocuk yetiştirme tarzları, ebeveynin çocuğa karşı tutumu, hatalı davranışlar ve güvensiz bağlanma nedenler arasında gösterilmektedir(Colonnese, 2011; McLeod, 2011). Teze ve Aslan (2016) tarafından yapılan çalışmada güvenli bağlanma stiline sahip çocukların, negatif bağlanma stiline sahip çocuklara oranla daha yüksek yalnız kalma korkusu yaşadıkları belirlenirken, Çetin'in (2017) yaptığı çalışmada ise yalnız kalma korkusu yüksek olan çocukların anne ve babalarının da ayrılık kaygılarının yüksek olduğu görülmüştür(Çetin, 2017; Teze,2016). Anksiyete bozukluklarında çocuğun etkili bir şekilde duygu düzenleme becerisinin olmaması da risk faktörü olarak görülmektedir (Suveg & Zeman, 2004).

Brumariu ve ark'nın anksiyete üzerine yapmış olduğu bir çalışmada 9-11 yaşları arasındaki sosyal anksiyetenin güvensiz bağlanma ile ilişkili olduğu görülmüştür(Brumariu & Kerns, 2010). Bowlby'nin bağlanma kuramına göre çocuk ve ebeveyn arasındaki güvenli ilişki ve bağlanma, çocuğun gelişimine olumlu yönde etki etmektedir. Bağlanma nesnesi ile ayrılık süreci başladığında çocuktaki endişe duyma haline *ayrılık kaygısı* adı verilmektedir(Diriöz, 2010). Bohlin ve ark.'nın (2000) yapmış oldukları çalışmada 15 aylıkken anne-çocuk arasında güvenli bağlanma özelliği gösteren çocukların 8-9 yaş dönemindeki sosyal anksiyetelerinin daha az olduğu belirlenmiştir. Benzer bir çalışma ise Eng ve ark. (2001) tarafından yapılmış ve yetişkin sosyal anksiyete bozukluğu yaşayanların, sosyal anksiyete düzeyleriyle güvensiz

bağlanmanın ilişkili olduğu görülmüştür (Bohlin, 2000;Eng, 2001). Ayrılık kaygısı yaşamın ilk yıllarında kendini göstermeye başlar ve çocuğun bağlanma figüründen ayrı kalmasıyla ortaya çıkar. 18. ve 24. aylarda nesne sürekliliğindeki gelişmeye bağlı olarak ayrılık kaygısı azalmaya başlar. Ayrılık anksiyetesi bozukluğunda çocuğun bağlanma figüründen ayrı kalmaya karşı verdiği tepki yoğun korku ve kaygıdır(Irmak, 2016). Ayrılık kaygısının görülmesinde genetik ve çevresel faktörlerin etkili olduğu ve bunun yanında yaş, cinsiyet faktörlerinin de rol oynadığı görülmüştür. Çevresel faktörlerde ebeveynlerin çocuk yetiştirme tutumları ön plandadır (Köroğlu,2013). Yapılan birçok çalışma çocukların ebeveyn tutumlarına göre şekil aldığı, koruyucu ve kontrolcü tutum gösteren ebeveynlerin çocukların kaygı seviyesini arttırdığını göstermiştir. Laurin ve ark. (2015) yaptığı çalışmada aşırı koruyucu tutum sergileyen annenin çocukta kaygı düzeyini arttırdığı görülmüştür. Çocukta görülen ayrılık kaygısının annenin yaşadığı kaygıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir(Erermiş, 2009). Araştırmalar kaygının öğrenilen bir davranış olduğunu ortaya koymaktadır ve bu sonuçta kaygının anneden çocuğa geçtiği savını desteklemektedir.(Möller, 2015; Wolk,2016)

Yapılan çalışmalar yaklaşık olarak %4 oranında 5-7 yaş arasındaki çocukların ayrılık anksiyetesi yaşadığını göstermektedir. Çocuğa ayrılık anksiyetesi bozukluğu tanısı koyabilmek için semptomların en az dört hafta süre ile görülmesi gerekmektedir. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu için birtakım risk etmenleri vardır. Çocuğun okulunu sevmemesi, aileye yeni katılan bir birey, bir yakının ölümü, uzun süre

hastanede kalarak ebeveynden ayrı kalmak en sık görülen risk etmenleri arasındadır(American Psychiatric, 2013; Diriöz, 2010; Wood, 2019).

## **2.1. Ayrılık Anksiyetesinin Çocuklardaki Aşamaları**

**2.1.1.Tepki Aşaması:** Ebeveyninden ayrılan çocuklar agrasifleşerek tepki göstermeye başlar, bu tepki çoğunlukla ağlamak olarak görülmektedir. Ebeveyn dışında başka birinin ilgisini reddettikleri ve ağlamayı sürdürdükleri görülmüştür. Çocukların ağlama süreleri saatlerce ya da günlerce devam ederek fiziksel yorgunluğu da beraberinde getirmektedir(Karataş, 2017; Wilson, 2011).

**2.1.2. Umutsuzluk Aşaması:** Ağlamayı bırakan çocuk zamanla sessizleşir, çevreye olan ilgisi azalır, yemek yemek istemez, üzgün ve tepkisiz bir hale bürünerek depresyon durumunu netleştirmektedir(Karataş, 2017; Yıldız, 2008).

**2.1.3.Kopma veya İnkâr:** Bu aşamada ebeveynden uzun süre ayrı kalan çocuğun, durumu kabullenmiş ve yeni ilişkiler kurmaya başladığı görülmektedir. Çocuğun yeni ilişkilerinde pasif ve ben merkezli bir yaklaşımda olduğu görülmüştür. Ayrı kalmanın verdiği huzursuzluktan kaçmaya çalışmaktadır(Çavuşoğlu,2013; Karataş, 2017).

## **2.2. Ayrılık Anksiyetesi Yaşayan Çocuklarda Ebeveyn Tutumunun Önemi**

Toplumun en küçük yapı taşı olan aile, birbirinden farklı ve kendi kuralları olan bir kurum olarak tanımlanmaktadır. Bireyin kişiliğinin oluşmasında, içinde yaşadığı aile ortamı ve diğer bireylerin önemi büyüktür. Aile kurumunun yönetiminden sorumlu olan ebeveynler

çocuğun büyüme ve gelişimini sağlamakla yükümlüdürler. Çocuğun sağlıklı bir ortamda büyümesi, beslenmesi, barınması, sevgi ve diğer tüm ihtiyaçlarının karşılanması oldukça önemlidir(Wade, 2004). Bu ihtiyaçların giderilmesinde sergilenen tutum ise çocuğun kişilik gelişiminde rol oynamaktadır(Soliday, 2004). Anne ve babanın davranışları çocuğun gelişimsel, bilişsel, sosyal ve kimliğinin şekillenmesinde en önemli faktördür. (Wade, 2004). Esbjorn ve ark. (2014) bu alanda yaptıkları çalışma ile ebeveyn doyumlarının yüksek olması durumunda çocuklarının kaygı seviyelerinin daha düşük olduğunu belirlemişlerdir (Esbjorn,2014). Birey olarak değerli olduğunu düşünen, insanlarla iyi ilişkiler kuran ve işbirlikçi çocukların aile içinde sağlıklı bir gelişim süreci yaşadıkları görülürken, örselenen çocukların topluma uyum sağlayamadıkları, kendilerini değersiz ve eksik hissettikleri yapılan çalışmalarla desteklenmiştir(Özbey & Sosyal 2010; Spera, 2005). Ebeveyn tutumları, planlı bir gebelik olup olmamasından başlayarak, çocuğun kabul görmesi, cinsiyeti, ailenin ekonomik durumu gibi faktörlere bağlıdır. Ebeveyn davranışlarını bu kapsamda değerlendirdiğimizde dört tutum altında açıklamak mümkün olmaktadır(Afşin,2018).

**2.2.1.Demokratik Tutum:** Bu tutumda aile çocuğu kabul eder, aile içerisinde alınan kararlarda çocuğun fikrine önem verilir. Diğer yandan aile çocuğun yaşının gerektirdiği sınırları da koymaktadır. Kurallar çocuk için açık ve nettir, bireyler birbirine saygı duymaktadır. Böyle bir ortamda büyüyen çocuklar toplumda herhangi bir sorun ile

karşılaştıklarında nasıl davranmaları gerektiğini bilir ve zorlu koşullara çözüm üretebilmektedir(Pediatrics,2003).

**2.2.2.Otoriter/ Baskıcı Tutum:** Bu tutumda ebeveynler çocuklarına söz hakkı tanımaz ve alınan kararlara çocuğun koşulsuz uymasını beklemektedirler. Aile içerisinde çocuğu yok sayarlar ve çocuğu suçlayıcı bir tavır hakimdir. Çocuğun ihtiyacı olan sevgiyi ona koşullu olarak sunmaktadırlar. Cezalandırıcı davranabilmektedirler. Bu tutumda yetişen çocuklarda özgüven eksikliği, saldırgan davranışlar görülmektedir(Günel, 2007; Şimşek, 2006).

**2.2.3.Aşırı Koruyucu Tutum:** Aileler çocuğa karşı fazla koruyucu bir tavır sergilemektedir. Çocuğun yapabileceği şeyleri kendileri yapmayı tercih ederek çocuğun yeterliliğini engellemektedirler. Bu durum ise çocukta sürekli bağımlı olma hisseni güçlendirerek çocuğun, her durumda destek arayışına girmesine neden olmaktadır(Demir,2008; Günel, 2007).

**2.2.4.İzin Verici Tutum:** Bu ailede çocuğun istekleri ön plandadır. Çocuğa herhangi bir sınır konulmaz, hataları hoş karşılanarak özgür bırakılmaktadır. Bu tutum ileride çocuğun toplum kurallarına uyumunu zorlaştırmakta ve sürekli kaygı durumunu yaratmaktadır(Fatma,2018 ;Stone,2015; Timpano,2015).

### **2.3. Hastanedeki Çocukta Ayrılık Anksiyetesi**

Çocuk için hasta birey olarak hastaneye yatmak, yaşamı çeşitli yönlerden etkileyerek kaygı ve endişe yaratmaktadır. Bu değişiklik çocuklarda normal davranış dışına çıkma ve uyumsuzluk olarak görülmektedir. Hastane, çocuk için son derece rahatsız edici ve hoş olmayan bir ortam olarak tanımlanmaktadır. Çocuk; evinden,

ailesinden ve arkadaşlarından ayrıldığı için kaygılı ve stresli bir durum yaşamaktadır (Çavuşoğlu,2013). Bu kaygı ve stresi azaltarak çocuğa yardımcı olmak için ailesine ve hemşirelere birtakım sorumluluklar düşmektedir. Çocuğun ayrılık anksiyetesi ile başetme yöntemleri gelişimsel olarak bütün yaş gruplarında tanımlanmaktadır. Hemşirenin tüm bu dönemlere uygun başetme yöntemlerini bilmesi gerekmektedir(Hopia, 2005; Wilson, 2011).

### ***Çocuğun Ayrılık Anksiyetesi ile Başetmesine Yönelik Girişimler***

- ❖ Çocuğa neden hastanede olduğu ve ne kadar süre kalacağı ile ilgili rahatlatıcı açıklamalarda bulunulması gerekir,
- ❖ Ebeveynler çocuklarıyla olan iletişimlerine önem vermesi ve çocuğa karşı dürüst olmaları konusunda uyarılmalıdır,
- ❖ Çocukların ebeveyn dışında diğer aile üyelerinin de görmesi sağlanarak kaygısı azaltılmaya çalışmalıdır,
- ❖ Çocuğun kendisini ifade etmesine izin verilmeli ve dikkatle dinlenilmelidir,
- ❖ Çocuğa anlayabileceği şekilde stresle başetme yöntemleri açıklanmalıdır,
- ❖ Çocuğun mahremiyetine özen gösterilerek rahatlatılmaya çalışılmalıdır,
- ❖ Çocuğun akran iletişimine devam etmesine yardımcı olunmalıdır,
- ❖ Uzun süre hastanede kalan çocuk için öğretmen ve arkadaşlarıyla iletişimine yardımcı olunması gerekir,
- ❖ Klinik şartların uygun olduğu durumlarda çocuğun okul ödevlerinin hastaneye getirilmesi sağlanmalıdır,



- ❖ Klinikte oyun odaları var ise ve çocuğun sağlığı buna el veriyorsa oyun odasında vakit geçirmesine olanak sağlanmalıdır (Hopia, 2005; zyrek, 2005; Salmela,2009; Törüner & Büyükgönenç, 2012).

## SONUÇ

Çocukluk ağı yaşantıları ne kadar sağlıklı geçirilirse yetişkinlikteki psikolojik sağlamlık o kadar güçlü olmaktadır. Olumsuz ocukluk yaşantılarının bir sonucu olan ve kendiliğinden de ortaya çıkabilen anksiyete durumu oldukça zorlayıcı bir süreçtir. Bu süreç çocuğun sorunlarla baş edememesine, patolojik olan psikolojik ve fiziksel semptomlar göstermesine neden olmaktadır. ocuk ailesine bağımlı hale gelebilir, anne baba bağlanması olumsuz bir seyre girer, dış dünya ocuk için tehlikeli bir hal alır ve sonuçta birçok psikolojik sorun beraberinde gelir. Aile dışındaki bireyleri ve ev dışındaki ortamı tehlikeli bulan ocuk ayrılma anksiyetesi bozukluğu, sosyal fobi gibi sorunlar yaşayabilir. Tüm bu sorunlar aile, evre ve diğer bireylerin koordineli çalışması ile çözülebilmektedir. Aile bireyelerinin eğitimi, ğretmen ve akran desteği ile ocuk süreci kolaylıkla atlatabilmektedir. Bu alanda yapılan çalışmaların arttırılması, aile, ğretmen ve akran eğitimi ile farkındalığın oluşturulması önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Afşin, R. (n.d.). Suça Sürüklenen Çocuklar İle Suça Sürüklenmeyen Çocukların Algıladıkları Anne Ve Baba Tutumları İle Ebeveyn Bağlanma., Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi [www.esosder.org](http://www.esosder.org) Electronic Journal of Social Sciences ISSN:1304-0278 Bahar -2018 Cilt:17 Sayı:66 (384-400)
- Agnafors, S., Sydsjö, G., Comasco, E., Bladh, M., Orelund, L., & Svedin, C. G. (2016). Early predictors of behavioural problems in pre-schoolers - A longitudinal study of constitutional and environmental main and interaction effects. *BMC Pediatrics*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0614-x>
- Ainsworth, M., & 1979, U. (n.d.). Infant–mother attachment. <https://psycnet.apa.org/record/1980-09337-001>
- Akçamete, G., Dergisi, H. A.-A. İ. B. Ü. E. F., & 2005, undefined. (n.d.). Sosyal becerileri değerlendirme ölçeğinin (7-12 yaş) geçerlik ve güvenirlik çalışması.
- Alto, M., Handley, E., Rogosch, F., Cicchetti, D., adolescence, S. T.-J. of, & 2018, undefined. (n.d.). Maternal relationship quality and peer social acceptance as mediators between child maltreatment and adolescent depressive symptoms: Gender differences. Elsevier.
- Allen, J., Marsh, P., ... C. M.-J. of consulting, & 2002, undefined. (n.d.). Attachment and autonomy as predictors of the development of social skills and delinquency during midadolescence. *Psycnet.Apa.Org*.
- American Psychiatric. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. [https://www.academia.edu/download/38718268/CSL6820\\_21.pdf](https://www.academia.edu/download/38718268/CSL6820_21.pdf)
- Anders, S. L., & Tucker, J. S. (2000). Adult attachment style, interpersonal communication competence, and social support. *Personal Relationships*, 7(4), 379–389. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2000.tb00023.x>
- Angold, A., Reviews, E. C.-E., & 1995, undefined. (n.d.). Developmental epidemiology. *Academic.Oup.Com*.

- Arı, R. (2003). Gelişim ve öğrenme.
- Belsky, J., Theory, R. F.-, research, undefined, applications, and clinical, & 2008, undefined. (n.d.). Precursors of attachment security.
- Bilac, O., Ercan, E. S., Uysal, T., & Aydin, C. (2014). Prevalence of Anxiety and Mood Disorders and Demographic Characteristics of Primary School Students. *Turkish Journal of Psychiatry*, 1–9. <https://doi.org/10.5080/u7670>
- Bilaç, Ö., Önder, A., Kavurma, C., Doğan, Y., Uzunoğlu, G., Isildar, Y., & Sapmaz, Ş. Y. (2020). Evaluation of the parental attitudes, competency and attachment styles of the mothers of the children at preschool period who were admitted to child psychiatry services (tur). *Journal of Clinical Psychiatry*, 23(1), 83–91. <https://doi.org/10.5505/kpd.2020.07078>
- Bohlin, G., Hagekull, B., & Rydell, A. M. (2000). Attachment and Social Functioning: A Longitudinal Study from Infancy to Middle Childhood. *Social Development*, 9(1), 24–39. <https://doi.org/10.1111/1467-9507.00109>
- Bowlby, J. (1982). Attachment and Bowlby: Attachment.
- Bretherton, I. (2005). In Pursuit of the Internal Working Model Construct and Its Relevance to Attachment Relationships. <https://psycnet.apa.org/record/2005-08055-002>
- Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010). Mother-child attachment patterns and different types of anxiety symptoms: Is there specificity of relations? *Child Psychiatry and Human Development*, 41(6), 663–674. <https://doi.org/10.1007/s10578-010-0195-0>
- Brown, A., Disorders, S. W.-J. of A., & 2008, undefined. (n.d.). Relations among perceived parental rearing behaviors, attachment style, and worry in anxious children. Elsevier.
- Burger, J., & 2006, U. (n.d.). Kişilik (çev. İD Erguvan Sarıoğlu).

- Çavuşoğlu, H., & 2013, U. (n.d.). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği (10. bs.).
- Çetin, S. B., Üniversitesi, H., Bilimleri, E., Dalı, A., Danışma, P., Bilim, R., Yüksek, D., & Tezi, L. (2017). Çocuklarda Ayrılık Kaygısı İle Anne-Babanın Ayrılık Kaygısı Ve Ebeveynliğe Yönelik Tutumları Separation Anxiety Of Children And Separation Anxiety Of Parents And Their Attitude Towards Parenting. <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/3907>
- Colonnesi, C., Draijer, E. M., Stams, G. J. J. M., van der Bruggen, C. O., Bögels, S. M., & Noom, M. J. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(4), 630–645. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.581623>
- Costa, N. M., & Weems, C. F. (2005). Maternal and child anxiety: Do attachment beliefs or children's perceptions of maternal control mediate their association? In *Social Development* (Vol. 14, Issue 4, pp. 574–590). <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2005.00318.x>
- Demir, E., Yazıları, G. Ş.-T. P., & 2008, undefined. (n.d.). Cansu'ya. In [toad.halileksi.net](https://toad.halileksi.net). [https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/ebeveyn-tutum-olcegi-toad\\_0.pdf](https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/ebeveyn-tutum-olcegi-toad_0.pdf)
- Diriöz, M. (2010). Ayrılma Anksiyetesi İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Çocukluk Ve Yetişkin Ayrılma Anksiyetesi Ölçekleri'nin Geçerlilik Ve Güvenilirliği Meliha Diriöz Klinik Sinirbilimler Yüksek Lisans Tezi. <http://acikerisim.deu.edu.tr:8080/xmlui/handle/20.500.12397/10035>
- E Hamarta - Eğitime Yeni Bakışlar-I, (Ed.) AM Sünbül. Ankara: Mikro, & 2002, undefined. (n.d.). Bağlanma Teorisi ve Yetişkin İlişkilerinde Bağlanma.
- Eng, W., Heimberg, R. G., Hart, T. A., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2001). Attachment in Individuals With Social Anxiety Disorder: The Relationship Among Adult Attachment Styles, Social Anxiety, and Depression. *Emotion*, 1(4), 365–380. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.1.4.365>

- Ereymiş, S., Bellibaş, E., Özbaran, B., Demiral Büküşoğlu, N., Altıntoprak, E., Bildik, T., & Korkmaz Çetin, S. (2009). Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Olan Okul Öncesi Yaş Grubu Çocukların Annelerinin Mizaç Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 14–21. <http://www.turkpsikiyatri.com/c20s1/14-21.pdf>
- Esbjørn, B. H., Caspersen, I. D., Sømhovd, M. J., Breinholst, S., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2014). Exploring the Contribution of Parental Perceptions to Childhood Anxiety. In *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology* (Vol. 2, Issue 3).
- Fatma, O., Journal, A. Ö.-T., & 2018, undefined. (n.d.). Ergenlerde Algılanan Anne Baba Tutumu İle Madde Bağımlılığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi• An Analysis Of The Relationship.
- Ferreira, C., Cunha, M., Marta-Simões, J., Duarte, C., Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2018). Development of a measure for the assessment of peer-related positive emotional memories. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(1), 79–94. <https://doi.org/10.1111/papt.12146>
- Gençtan, E., & 2000, U. (n.d.). *Psikanaliz ve Sonrası* (9. Basım).
- Görünmez, M. (2006). Bağlanma stilleri ve duygusal zekâ yetenekleri. <https://acikerisim.uludag.edu.tr/handle/11452/4234>
- Günel, A. (2007). Farklı Anne Baba Tutumlarının Okul Öncesi Eğitim Çağındaki Çocukların Özgüven Duygusunun Gelişimine Etkisi (Aksaray İli Örneği). [Http://Acikerisimarsiv.Selcuk.Edu.Tr:8080/Xmlui/Handle/123456789/296](http://Acikerisimarsiv.Selcuk.Edu.Tr:8080/Xmlui/Handle/123456789/296)
- Güngör, & 2000. (n.d.). Bağlanma stillerinin ve zihinsel modellerin kuşaklararası aktarımında ana babalık stillerinin rolü.
- H Gülay-, & 2011. (n.d.). 5-6 yaş grubu çocuklarda okula uyum ve akran ilişkileri. [Acarindex.Com](http://Acarindex.Com).
- Hopia, H., Tomlinson, P. S., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2005). Child in hospital: Family experiences and expectations of how nurses can promote

- family health. *Journal of Clinical Nursing*, 14(2), 212–222.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01041.x>
- Irmak, M. (2016). Ayrılık anksiyetesi bozukluğu ile ilişkili okul reddi; Bir ergen olgu sunumu School refusal associated with separation anxiety disorder; an adolescent case report. *J Contemp Med*, 6(4). <https://doi.org/10.16899/ctd>
- Karataş, Z. (2017). Effects of Institutional Care on Children in Terms of Attachment Theory. *International Journal of Social Research*, 10(54), 2017.
- Küçüködük. (2015). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080/xmlui/handle/11655/1302>
- Kuzucu, 2011. (n.d.). Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi / 2011, 4 (35). In [turkpsdrdergisi.com](http://turkpsdrdergisi.com).
- Main, M., Theory, J. S.-A. in the preschool years., & 1990, undefined. (n.d.). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. 8
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 237.
- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Avny, S. B. (2011). Parenting and Child Anxiety Disorders. In *Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders* (pp. 213–228). Springer New York. [https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7784-7\\_15](https://doi.org/10.1007/978-1-4419-7784-7_15)
- Möller, E. L., Majdandžić, M., & Bögels, S. M. (2015). Parental Anxiety, Parenting Behavior, and Infant Anxiety: Differential Associations for Fathers and Mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 24(9), 2626–2637. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-0065-7>
- Moretti, M., health, M. P.-P. & child, & 2004, undefined. (n.d.). Adolescent-parent attachment: Bonds that support healthy development.

- Mortensen, J. A., & Barnett, M. A. (2015). Risk and Protective Factors, Parenting Stress, and Harsh Parenting in Mexican Origin Mothers with Toddlers. *Marriage & Family Review*, 51(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/01494929.2014.955937>
- Özcan, Ö., Faculty, A. A.-J. of I. U. M., & 2009, undefined. (n.d.). Okul Fobisi Olan Çocuklarda Ruhsal Bozuklukların Sıklığının Araştırılması+.
- Özyürek, 2005. (2005). 5-6 Yaş Grubunda Çocuğu Olan Ebeveynlerin Tutumlarının İncelenmesi Examining the Attitudes of Parents who have Children at the Age of 5-6 Arzu ÖZYÜREK Fatma TEZEL ŞAHİN. In Cilt (Vol. 25). <http://static.dergipark.org.tr/article/download/imported/5000078718/5000072937.pdf>
- Pediatrics, E. S.-, & 2003, undefined. (n.d.). Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. Europepmc.Org. Retrieved May 16, 2020, from <https://europepmc.org/abstract/med/12777595>
- Quirk, S. W., Wier, D., Martin, S. M., & Christian, A. (2015). The Influence of Parental Rejection on the Development of Maladaptive Schemas, Rumination, and Motivations for Self-Injury. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(2), 283–295. <https://doi.org/10.1007/s10862-014-9453-y>
- Regier, D. A., Narrow, W., Narrow, W. E., & Rae, D. S. (1990). The epidemiology of anxiety disorders: The Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience Structured clinical interviewing in psychiatry View project Classification of Mental Disorders View project The Epidemiology Of Anxiety Disorders: The Epidemiologic Catchment Area (Eca) Experience. Article in *Journal of Psychiatric Research*, 24. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(90\)90031-K](https://doi.org/10.1016/0022-3956(90)90031-K)
- S Özbey - Sosyal, & 2010, U. (n.d.). Okul öncesi çocuklarda uyum ve davranış problemleriyle başa çıkmada ailenin rolü. *Dergipark.Org.Tr.* from <https://dergipark.org.tr/en/pub/spcd/issue/21100/227232>

- Sakman, E. (2018). Güvensiz Bağlanma Neden Yaygın? Bir Erken Uyarı ve Uzaklaşma Sistemi olarak Güvensiz Bağlanma. *Türk Psikoloji Yazıları*, 21(42). <https://doi.org/10.31828/tpy.13019961.2018.42.02.01>
- Salmela, M., Salanterä, S., & Aro N E N, E. (n.d.). Child-reported hospital fears in 4 to 6-year-old children. *Pediatric Nursing/September-October 2009/Vol. 35/No. 5*
- SB. (2008). Çocuk ve ergen sağlığı modülleri: eğitimciler için eğitim rehberi, 722.
- Schmoeger, M., Deckert, M., Wagner, P., neuropsychiatrie, U. S.-, & 2018, undefined. (n.d.). Maternal bonding behavior, adult intimate relationship, and quality of life. Springer.
- Schaffer H. R. (1996). Social development. Cambridge, MA: Blackwell.
- Sezgin, N., Bilimler, S. A.-A. Ü. S., & 2017, undefined. (2014). 6-12 Yaş Türk Çocukları İçin Sosyal Uyum ve Beceri Ölçeği. *Sobild.Ankara.Edu.Tr*. <https://doi.org/10.1501/sbeder>
- Seçer, İ. (2013). Ço cuklarda Anksiyete Duyarlılık Ölçeğinin Türk Kültürüne Uyarlanması : Güvenirlik ve Geçerlilik Çalışması Adaptation of the Anxiety Sensitivity Index for Children to Turkish : The Study of Validity and Reliability. 3, 91–106.
- Shomaker, L. B., & Furman, W. (2009). Parent-adolescent relationship qualities, internal working models, and attachment styles as predictors of adolescents' interactions with friends. *www.Sagepublications.Com*, 26(5), 579–603. <https://doi.org/10.1177/0265407509354441>
- Şimşek. (2006). Duygusal Zekanın, Ana-Baba Tutumunun Ve Doğum Sırasının Tercih Edilen Liderlik Tarzına Etkisi.
- Soliday, E. (2004). Parenting and children's physical health. M. Hoghughi & N. Long (Ed.) *Handbook of Parenting Theory and Research for Practice* (pp. 161–180).



- Soylu, J. B.-T., (Orijinal, İ. P. Y., & 2012, U. (n.d.). Bağlanma.
- Soysal2005. (n.d.). Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. In [journalagent.com](http://journalagent.com).
- Spera, C. (2005). A Review of the Relationship Among Parenting Practices, Parenting Styles, and Adolescent School Achievement. *Educational Psychology Review*, 17(2), 125–146. <https://doi.org/10.1007/s10648-005-3950-1>
- Stone, L. L., Otten, R., Soenens, B., Engels, R. C. M. E., & Janssens, J. M. A. M. (2015). Relations Between Parental and Child Separation Anxiety: The Role of Dependency-Oriented Psychological Control. *Journal of Child and Family Studies*, 24(11), 3192–3199. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0122-x>
- Tahirović, S., & Jusić, H. M. (2016). Positive Emotional Memories of Warmth and Safeness Epiphany. *Journal of Transdisciplinary Studies*, 9(1). <https://doi.org/10.21533/epiphany.v9i1.211>
- Tangüner, D. (2017). Okul Öncesi Eğitim Almış Ve Almamış İlköğretim Birinci Sınıf Öğrencilerinin Okula Uyum Düzeyi Ve Anksiyete Düzeyi Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. [Http://Acikerisim.Gelisim.Edu.Tr/Xmlui/Handle/11363/858](http://Acikerisim.Gelisim.Edu.Tr/Xmlui/Handle/11363/858)
- Teze, S., Studies, E. A.-T. J. of A. S. S., & 2016, undefined. (n.d.). Annesi çalışan 6 yaş çocukların ayrılık kaygısının bağlanma stilleri açısından incelenmesi.
- Timpano, K., ... J. C.-J. of, & 2015, undefined. (n.d.). Anxiety sensitivity: An examination of the relationship with authoritarian, authoritative, and permissive parental styles. [Connect.Springerpub.Com](http://Connect.Springerpub.Com).
- Tomlinson, M., Cooper, P., & Murray, L. (2005). The mother - Infant relationship and infant attachment in a South African peri-urban settlement. *Child Development*, 76(5), 1044–1054. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2005.00896.x>
- Törüner, E., & Büyükgönenç, L. (2012). Çocuk sağlığı: temel hemşirelik yaklaşımları.

- Uzun, 2019. (2019). Attachment and parenting styles in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder [Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerde bağlanma özellikleri ve ebeveyn tutumları]. *Guncel Pediatri*, 17(2), 300–313. <https://doi.org/10.32941/pediatri.600338>
- Wade, S. L., Wolfe, C. R., & Pestian, J. P. (2004). A Web-based family problem-solving intervention for families of children with traumatic brain injury. *Behavior Research Methods, Instruments, and Computers*, 36(2), 261–269. <https://doi.org/10.3758/BF03195572>
- Wilson, D., Wong, D., Hockenberry, M., & Wilson, D. (2011). Wong's nursing care of infants and children.
- Wolk, C., Caporino, N., ... S. M.-J. of anxiety, & 2016, undefined. (n.d.). Parental Attitudes, Beliefs, and Understanding of Anxiety (PABUA): Development and psychometric properties of a measure. Elsevier.
- Wood, J. J., Kendall, P. C., Wood, K. S., Kerns, C. M., Seltzer, M., Small, B. J., Lewin, A. B., & Storch, E. A. (2019). Cognitive Behavioral Treatments for Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 19122. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4160>
- Yıldız, C. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Geçmişte Yaşadıkları Ayrılık Kaygısı İle Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lis.
- Yılmaz, H., Geçmiş, M., & Makalesi, A. (2019). Cilt 3 Sayı 2 Ekim 2019 s.167-192. *Journal of Early Childhood Studies*, 3, 167–192. <https://doi.org/10.24130/eccd-jecs.1967201932116>



## BÖLÜM 3

### OBEZİTENİN İNFERTİLİTE İLE İLİŞKİSİ VE BAKIM

Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül DURMAZ<sup>1</sup>,

Doç. Dr. Cansu ÖZBAYER<sup>2</sup>, Merve EKİZ<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Kütahya, Türkiye. aysegul.durmaz@ksbu.edu.tr

<sup>2</sup> Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Kütahya, Türkiye. cansu.ozbayer@ksbu.edu.tr

<sup>3</sup> Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Bölümü, Kütahya, Türkiye. merve.ekiz@ogr.ksbu.edu.tr



## GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), küresel ölçekte bir milyara yakın insanın fazla kilolu olduğunu ve bu kişilerin 300 milyondan fazlasının obez sınıfına girdiğini bildirmiştir (Zain & Norman, 2008). Obezite, tip 2 diyabet, insülin direnci, hipertansiyon, kalp hastalıkları, hiperlipidemi, uyku apnesi, osteoartrit gibi sistemik hastalıklarla ve birçok kanser türü ile yakından ilişkili olan kronik ve metabolik bir hastalıktır (Özbayer, Yağcı, & Kurt, 2018; Talmor & Dunphy, 2015). Buna ek olarak kadınlarda obezite, üreme fonksiyonları ve hormonal sistem üzerine olumsuz etkilere sahiptir ve infertiliteye neden olduğu bilinmektedir (Zain & Norman, 2008).

İnfertilite günümüzde şehir yaşamının birlikte getirdiği yaşam biçimi, stresle baş etme zorluğu, iş baskısı, obezite, geç yaşta çocuk sahibi olma, hızlı gelişen kentleşme, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar gibi birçok nedenden dolayı artış gösteren yaygın bir toplum sağlığı sorunudur (Inamdar, Prashanth, & Anita, 2019).

Kadınlarda erken yaşta obezitenin görülmesi, adolesan dönemde menstural sıklısta düzensizliklere, kronik oligo-anovulasyona ve infertiliteye sebep olmaktadır. Ayrıca ilerleyen yaşlardaki kilo artışı düşük riskini artırabilir. Beden kitle indeksinin 30 kg/m<sup>2</sup>'nin üstüne çıkması yardımcı üreme tekniklerine ihtiyacını artırabileceği gibi gebeliğin seyrini ve sonuçlarını da etkileyebilmektedir. Polikistik over sendromunun da obezite ile yakından ilişkili olduğu ve fertilitiyi de olumsuz etkilediği bilinmektedir (Pasquali, Patton, & Gambineri, 2007).

## 1. OBEZİTE

Obezite ciddi sağlık riskleriyle ilişkilidir (Hales, Carroll, Fryar, & Ogden, 2017). Obezite, günümüzde dünya çapında 600 milyondan fazla yetişkini etkileyen, halk sağlığına yönelik en büyük tehdit ve küresel salgın olarak kabul edilen, gelişmiş ülkelerde de erken ölümlerin önde gelen nedeni olan ve mevcut neslin daha önceki nesile göre daha kısa ömürlü olmasına neden olacağı öngörülen küresel bir sorundur (Broughton & Moley, 2017; Talmor & Dunphy, 2015).

DSÖ verilerine göre; küresel çapta obezite 1975'ten bu yana yaklaşık üç katına çıkmıştır. 2016 yılında, 1.9 milyardan fazla 18 yaş ve üstü yetişkin bireyin fazla kilolu olduğu ve bu bireylerin 650 milyondan fazlasının obez olarak sınıflandırıldığı bildirilmiştir. Dünya nüfusunun büyük çoğunluğu, aşırı kilo ve obezite nedeniyle insanların öldüğü ülkelerde yaşamaktadır (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>). Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2016 verileri, Türkiye'de 15 yaş ve üzeri obez bireylerin oranının %19.6 olduğunu göstermektedir (Güven, 2019). Obezitenin birçok hastalık grubu ile ilişkisi bilinmekle birlikte aslında pratikte, obezite hemen hemen her patoloji ile doğrudan etkilidir (Talmor & Dunphy, 2015).

Obezite, metabolik sendrom, kardiyovasküler hastalıklar, solunum bozuklukları, diyabetik retinopati ve kanser gibi çeşitli ciddi komplikasyon riskini artırır ve bu hastalık patolojilere eşlik eder. Çünkü adipoz doku endokrin bir organdır, yağ dokudan sentezlenen biyo aktif moleküller olan adipositokinler, plöiotropik fonksiyonlara sahip protein

hormonlarıdır ve iştah, insülin duyarlılığı, iltihaplanma, ateroskleroz, hücre çoğalmasının yanı sıra enerji metabolizmasının düzenlenmesinde rol oynar (Nigro et al., 2014; Özbayer et al.). Bu nedenle obezite tiroid hormonları, prolaktin yanıtı, kortizol, testosteron, östrojen ve cinsiyet hormonu bağlayan globülin (SHBG), östrojen, norepinefrin, epinefrin ve aldosteron gibi hormonları etkileyerek çeşitli endokrin anormalliklerine neden olabilmektedir (Kokkoris & Pi-Sunyer, 2003).

Obezite kelime anlamı olarak artmış bir adipozite yani deri altı dokuda aşırı yağ birikim halidir. Beden kitle indeksi'nin, boy ve kilo ile hesaplanması ile derecelendirilir. Rutin klinik kullanımda BKİ ile birlikte bel kalça oranı ve bel çevresi uzunluğu gibi antropometrik değerlendirmeler de obezite derecesini belirlemek için kullanılır. Ancak toplam vücut yağı, cilt kıvrım kalınlığı, su altı tartımı, çift enerji x-ışını absorpsiyometrisi, manyetik rezonans görüntüleme ve kızılötesi spektroskopisi de obezite değerlendirme teknikleri arasındadır (Durmaz & Komurcu, 2018; Goodwin & Stambolic, 2015; Zain & Norman, 2008).

**Tablo 1.** Yetişkinlerde kilo fazlalığının BKİ'ye göre sınıflandırılması (Zain & Norman, 2008).

Sınıflandırma	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Komorbidite Riski
Düşük ağırlık	<18.5	Düşük (ancak diğer klinik problem riski artar)
Normal	18,5–24,9	Ortalama
Fazla kilolu	≥ 25	
Pre-obez	25-29.9	Artmış
Obez sınıf I	30–34,9	Orta
Orta Obez sınıf II	35–39,9	Şiddetli
Şiddetli Obez sınıf III	≥ 40	Çok şiddetli



Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'nın 2010 raporu, Türkiye'deki obezite sıklığının erkeklerde %20.5, kadınlarda ise % 41 ve tüm yetişkin bireylerde % 30.3 olduğunu göstermiştir. Tüm yetişkin bireylerde fazla kilolu olanlar %34.6, Morbid obezite görülme sıklığı ise %2.9'dur (Bakanlığı, 2014). Şu anda yetişkin popülasyonunun üçte ikisi ya fazla kilolu ya da obezdir (Özbayer et al.). Yetişkin BKİ'nin sınıflandırılmasında en yaygın olarak DSÖ sınıflandırması kullanılmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre; BKİ < 18.5 olan bireyler zayıf, 18.5 < BKİ <24.9 bireyler normal ağırlıklı, 25.0 < BKİ < 29.9 bireyler fazla kilolu, 30.0 < BKİ < 34.9 bireyler birinci derece obez, 35.0 < BKİ < 39.9 bireyler ikinci derece obez, 40 ≤ BKİ bireyler üçüncü derece obez olarak değerlendirilmektedir (Durmaz & Komurcu, 2018) (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>).

Bel çevresi ölçümü obezite hastalık riskini değerlendirmek için BKİ'ni tamamlayabilen bir değerlendirme aracıdır. Üst karın bölgesinde bulunan fazla yağ (visseral yağ), diğer bölgelerde bulunan yağdan daha büyük risk taşır. Karın yağlanması bağımsız bir risk faktörüdür ve BKİ artmamış olsa bile komorbidite ve mortaliteyi belirlemektedir (Goodwin & Stambolic, 2015; Seagle, Wyatt, & Hill, 2013). Yapılan çalışmalar, obezite ile ilişkili sağlık riskleri yaşama sıklıklarının, karın bölgesi yağlanmasına (android obezite) sahip olanlarda, kalça bölgesi yağlanmasına göre (ginoid obezite) daha fazla olduğunu göstermiştir (Sowers & Tısch, 2000). BKİ'nde normalden alt değerler de üst

değerler gibi infertiliteye, menstrüel sıklısta ve üreme sistemi fonksiyonlarında bozukluklara sebep olmaktadır (Parihar, 2003).

Obezite, overde foliküler gelişim, oositin kalitatif ve kantitatif gelişimi, fertilizasyon, embriyo gelişimi ve implantasyonu içeren çeşitli yollardan infertiliteyi etkilemektedir. Obezite ve doğurganlık arasındaki etkileşim tam olarak anlaşılammış olmakla birlikte infertilitenin kesin nedeninin hiperandrojenizme bağı uzun süredir devam eden anovülasyon olduğı bilinmektedir. Obez kadınlarda infertilite riski obez olmayan kadınlardan üç kat daha yüksektir bu nedenle obezitede hem doğđal hem de yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalma şansı azalmaktadır (Dağ & Dilbaz, 2015).

## **2. İNFERTİLİTE**

İnfertilite, 12 ay veya daha fazla düzenli korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebeliğın gerçekleşmemesi olarak tanımlanan üreme sistemi hastalığıdır (Zegers-Hochschild et al., 2009). Önemli duygusal, sosyal ve psikolojik sıkıntılara neden olan bir yaşam krizi olarak da tanımlanmaktadır (Lehto, Sevón, Rönkä, & Laakso, 2019). Dünya genelinde en az 48,5 milyon çift İnfertilite sorunu yaşamaktadır (Mascarenhas, Flaxman, Boerma, Vanderpoel, & Stevens, 2012). İnfertilite prevalansı kadınlarda yaklaşık % 13, erkeklerde % 10'dur. İnfertil kadınlarmın %57'si ve erkeklerin %53'ü infertilite tedavisine başvurmuştur. Kadınlar arasında infertilite prevalansı yaşla birlikte artmaktadır. Bir çalışmada, 32-38 yaş arasındaki kadınların %12-21'inin infertilite tedavisi gördüğü bildirilmiştir (Barbieri, 2019).

İnfertilite nedenleri birincil ve ikincil faktörler olarak iki grupta incelenebilir. Bunlardan; genetik faktörler, hormonal (endokrin) bozukluklar, genetik bozukluklar, konjenital defektler veya üreme sistemi hastalıkları infertilitenin birincil nedenleridir; obezite, beslenme düzeni, sigara, alkol tüketimi ve kimyasala maruz kalmak gibi yaşam tarzı ile ilgili faktörler, doğum ve doğum sonrası dönemde güvenli olmayan (asepsi-antisepsi kurallarına uyulmaması gibi) yöntemlerin kullanılması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve komplikasyonları infertilitenin ikincil nedenleridir (Deyhoul, Mohamaddoost, & Hosseini, 2017). Bununla birlikte kadınlardaki infertilitenin yaklaşık % 5-10'u, kromozom anomaliler, tekli veya çoklu gen mutasyonları ve polimorfizmler gibi altta yatan genetik anormalliklerden kaynaklanmaktadır (Hanson et al., 2017).

Obezite, çoklu ve karmaşık mekanizmalar yoluyla kadınlarda infertilite ile ilişkilidir. Hem insan hem de hayvan çalışmaları kadınlarda obezitenin, merkezi ve periferik mekanizmalarla hipotalamik-hipofiz-over (HPG) aksının işlevini etkilediğini bildirmektedir. Obez kadınların dolaşımındaki leptin düzeyleri daha yüksektir (Broughton & Moley, 2017). Leptin, serbest yağ asitleri (FFA) ve sitokinler gibi birçok faktörün üretilmesiyle endometriyal epitel alıcılarda ve oosit olgunlaşmasının sonunda değişikliklere neden olarak yağ dokusu, overler ve endometriyum fonksiyonları etkilenebilir (Gambineri et al., 2019). Amenoresi olan obez kadınları inceleyen çalışmada LH pulsatilitesinin amplitüdünün önemli ölçüde azaldığı ve obeziteye özgü

merkezi bir soruna işaret ettiği bildirilmiştir (Jain et al., 2007). Ek olarak, obezitede periferik insülin direnci gelişir, fonksiyonel bir hiperandrojenizm ve anovulasyona, endometrial alıcılarda azalmaya neden olan hiperöstrojenizm ortaya çıkar ve dolayısıyla infertiliteye neden olur (Gambineri et al., 2019).

Silvestris ve arkadaşlarının (2018) çalışma sonuçlarına göre BKİ 25kg/m<sup>2</sup>'nin üzerinde olan kadınlarda gebe kalma süresinin daha uzun olduğu, obez ve aşırı kilolu kadınlarda BKİ 19kg/m<sup>2</sup>'nin altında olan kadınlara göre gebelik oranlarında azalma olduğu görülmüştür (Silvestris, de Pergola, Rosania, & Loverro, 2018).

Kadınların doğurganlığını etkileyen patojenik koşullar ve başlıca nedenleri aşağıda listelenmiştir.

## **2.1. Üreme organlarının disfonksiyonu**

### **2.1.1. Düzensiz over fonksiyonu**

Ovülasyon, karmaşık bir denge ve hormon etkileşiminin bir sonucu olduğu için, bu mekanizmalarda herhangi bir değişiklik olması fizyolojisini etkileyebilir. Ovülasyon başarısızlığının en yaygın nedeni polikistik over sendromudur (PKOS). Bu durum, folikül olgunlaşmasının durması ve küçük foliküllerin oluşumu, ovülasyon defekti ve dismenore ile sonuçlanmaktadır. Diğer nedenler arasında hipotalamus veya hipofiz bezinin fonksiyonunun bozulması, olgunlaşmamış yumurta üretimi veya over kistleri için tekrarlayan invaziv cerrahi işlem geçirme, ayrıca hipotiroidizm veya hipertiroidizm

dahil ekstraovaryan patolojilere bağlı ovülasyon bozuklukları da yer almaktadır (Silvestris et al., 2018).

### **2.1.2. Tubal enfeksiyonlar**

Tubal hastalıktan sorumlu faktörler farklıdır; enfeksiyon sonrası hasar, tıkanıklık, operasyon sonrası pelvik adezyon ve sebebi bilinmeyen diğer nedenlerden kaynaklanır. Pelvik inflamatuvar hastalık, tüplerin anatomik ve fonksiyonel bozukluklarının önemli etiyojik faktörüdür. Chlamydia Trachomatis ve Neisseria Gonorrhoea enfeksiyonları çoğunlukla tüplerle ilgili infertiliteye yol açabilir (Silvestris et al., 2018).

### **2.1.3. Endometriozis**

Endometriyuma benzer dokunun uterus dışına implantasyonu ile karakterize olan ve üreme çağındaki kadınların % 6 ila 10'unu etkileyen kronik, östrojene bağımlı, enflamatuvar bir durumdur (Taylor et al., 2017). Tubal hasar, büyüyen endometrial doku ile ilişkili kronik inflamasyonun bir sonucu olarak ortaya çıkabilir ve endometriozisli kadınların yaklaşık% 20-30'u subfertilite geçirir (Silvestris et al., 2018).

### **2.1.4. Servikal faktör**

Serviks üreme aktivitesinde önemli bir rol oynar. Sperm için uterus boşluğuna ve nihayetinde fallop tüplerine erişmelerine izin veren geçiş yolu sağlar. Spermin üst sisteme erişme yeteneği, servikal kanal içindeki servikal mukustan etkilenir. Bu nedenle, serviksin mukozal

yapısını değiştiren tüm koşullar, spermilerin tubaya ilerlemesini önler (Silvestris et al., 2018).

### **2.1.5. Uterin faktörler**

Moleküllerde adezyon defekti, polipler, submukoz miyomlar, asemptomatik tümörler, tekrarlayan düşükler gibi uterusda işlev bozukluğu ve bunların yanı sıra diğer endometrial patolojiler ve enfeksiyonlar, blastosistin taşınmasını yerleşmesini önemli ölçüde etkileyebilir (Silvestris et al., 2018).

### **2.1.6. Nedeni bilinmeyen infertilite**

Açıklanan büyük üreme patolojilerine ek olarak, hormonal değişiklikler, inflamatuvar faktörlerin yapısal değişimleri dahil diğer nedenler ve/veya üreme organlarının metabolik yollarında kronik değişiklikler, infertilite ile ilgilidir ve klinik araştırma çalışmalarında değerlendirilmeye devam edilmektedir (Silvestris et al., 2018). Obezite ve üreme bozuklukları ile ilişkili olan bir durum polikistik over sendromudur (PKOS) ve tüm kadınların % 4 ile %7'sinde görülür. PKOS'lu obez hastalar, sıklıkla anovülasyon nedeniyle infertilite sorunu yaşarlar (de Mola Loret, 2009).

## **3. POLİKİSTİK OVER SENDROMU (PKOS)**

Polikistik over sendromu üreme çağındaki kadınların % 18'ini etkileyen çok yönlü endokrin hastalıktır. Yüksek düzeyde morbidite ile ilişkilidir ve toplumu etkileyen ekonomik bir yüküdür. Etkilenen kadınlar, artmış BKİ seviyelerinin ortaya çıkardığı hiperandrojenizm, anovülasyon,

infertilite, kardiyometabolik hastalıklar ve psikolojik sorunlar yaşamaktadır.

Polikistik over sendromu görülen kadınların yaklaşık % 50'si obezdir. Obez kadınlarda, adipoz doku leptin, adiponektin, resistin ve visfatin gibi maddeler üreterek PKOS'una ve dolayısıyla üreme sistemini olumsuz yönde etkilemektedir (Messinis, Messini, Anifandis, & Dafopoulos, 2015).

Obezite, hiperinsülineminin neden olduğu semptomları arttırdığından, düşük kalorili beslenme alışkanlığı ve yaşam tarzı değişikliği ile PKOS'lu obez kadınlarda kilo kaybı olduğunda semptomlar gerilemeye başlamaktadır ve pozitif gebelik sonuçlarıyla ilişkili bulunmuştur (Parihar, 2003; Silvestris et al., 2018).

Genelde anovülasyon nedeniyle gelişen infertilite, polikistik over sendromu ve obezite ile yakından ilişkilidir; ancak, obezitenin mi PKOS'a neden olduğu yoksa tam tersi mi olduğu net değildir (Metwally, Li, & Ledger, 2007).

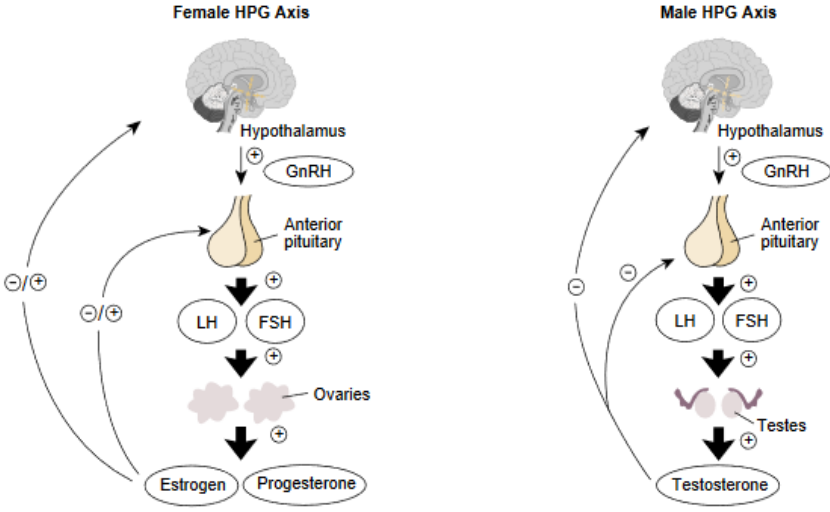
Obezite olan veya olmayan PKOS'lu çok sayıda hastada hiperinsülinemi ve insülin direnci saptanmıştır (Dağ & Dilbaz, 2015). Polikistik over sendromundan bağımsız obezite, anovülasyonla ilişkilidir ve hem obez kadınlar için hem de obez PKOS'lu kadınlar için kilo kaybı yumurtlamanın indüklenmesi için etkili bir tedavidir (Nelson & Fleming, 2006). Polikistik over sendromu olan 24 kadın ile yapılan bir çalışmada, cerrahi müdahale sonrası kilo kaybı ile beş kadında

kendiliğinden ovulasyon sürecinin iyileştiği bildirilmiştir (Slopien, Horst, Jaremek, Chinniah, & Spaczynski, 2019).

#### **4. ENDOKRİN ETKİLER**

Obez kadınlarda, HPG aksında düzensizlik gelişebileceği için ovulasyon bozukluğu görülme olasılığı oldukça fazladır. Fazla kilo alındığında leptin gibi adipokin düzeylerinin değişmesi steroidogenezi ve gelişmekte olan embriyoyu direkt etkileyebilmektedir. Obezitenin, oosit ve preimplantasyon embriyosunu etkilediği düşünülmektedir, bu da mayotik iğ oluşumunu ve mitokondriyal dinamikleri bozmaktadır (Broughton & Moley, 2017). İnfertilite üzerine etkileri en çok araştırılan adipokinlerden biri leptindir. Leptinin; üreme işlevleri, erken embriyo bölünmesi ve gelişiminin düzenlenmesi, hipotalamik-hipofiz eksenini üzerinde uyarıcı etkisi ve overlerdeki foliküllerin gelişimi üzerine inhibe edici etkisi olduğu bilinmektedir (Nelson & Fleming, 2006).





**Şekil 1:** Kadın ve Erkeklerde Hipotalamik-Hipofiz-Over Aksı. Her sistem için hipotalamus, hipofiz bezi üzerinde etkili olan hormonları salgılar. Bu uyarılara yanıt olarak hipofiz bezi ACTH, gonadotropinler (yani LH ve FSH) veya TSH salgılar. Kadınlarda LH ve FSH, yumurtalıkları östrojen ve progesteron üretmeye teşvik eder. Adet döngüsünün fazına bağlı olarak, bu hormonlar hipotalamus ve hipofiz bezi üzerinde uyarıcı veya inhibitör bir şekilde geri hareket eder. Erkeklerde LH, testisleri hipotalamus ve hipofizden geri beslenen testosteronu serbest bırakması için uyarır (Hiller-Sturmhöfel & Bartke, 1998).

Hiperinsülinemi ve insülin direnci görülen menstrual siklusu düzenli olan aşırı kilolu ve obez kadınların; doğurganlıklarının azaldığı belirlenmiştir. Bu kadınlarda düzenli menstrual sıklusa rağmen anovülasyonun olduğu, androjen düzeylerinin arttığı ve dolayısıyla endometriyum üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Ayrıca dolaşımda artan leptin düzeyinin granülosa, theca hücrelerini ve gelişen oositleri olumsuz etkileyerek infertiliteye yol açtığı bildirilmektedir (Dağ & Dilbaz, 2015).

Anovülasyonlu infertil obez kadınlar, normal kilolu kadınlara ya da düzenli siklusları olan obez kadınlara göre daha yüksek plazma androjen, insülin ve LH konsantrasyonlarına, düşük cinsiyet hormon bağlayıcı globülin (SHBG) seviyelerine sahip olduğu belirlenmiştir (Parihar, 2003).

Obezite, adipoz dokuda androjenlerin östrojenlere daha fazla dönüştürülmesinden dolayı artan serbest östrojen seviyelerini etkilediği için HPG eksenini de etkilemektedir. Artan östrojen negatif feedback ile gonodotropin salgılatıcı hormonda bir azalmaya neden olur. Bu nedenle, etkilenen HPG eksenini düzensiz veya anovülatör döngülere neden olmaktadır (Dağ & Dilbaz, 2015).

Merkezi yağ kitlesi bulunan kadınlar yüksek LH, androstenedion, östron, insülin, trigliseritler, çok düşük yoğunluklu lipoproteinler ve apolipoprotein B ile düşük yoğunluklu lipoprotein seviyelerine sahiptir. Bu değişmiş seviyeler normal HPG ekseninde belirgin bozulmalara ve farklı jinekolojik etkilere neden olmaktadır (Parihar, 2003).

## **5. ADİPOZİTE VE ÜREME**

Adipoz doku yani yağ dokusu, sistemik ve vasküler inflamasyona neden olan bir dizi faktörü salgılayan dinamik bir endokrin organdır. Genel olarak adipokin olarak adlandırılan bu faktörlerin birçoğunun, hipertansiyon, endotel disfonksiyonu, insülin direnci ve ateroskleroz gelişimine katkıda bulunan bir dizi işlemi doğrudan veya dolaylı olarak düzenleyebilmektedir (Lyon, Law, & Hsueh, 2003).

Adipoz doku, kadın üreme fonksiyonunun normal gelişimi için de gereklidir, ancak obezite, menstrüel sorunlara ve subfertiliteye neden olur. Obezitenin şiddeti ve yağ dokusunun dağılımı, kadın üreme sistemini etkileyen önemli faktörlerdir (Parihar, 2003).

Yağ dokusu, aktif steroid üretim metabolizmasının önemli bir merkezidir. Androjenleri östrojenlere (aromataz aktivitesi), östradiolü östrona ve dehidroepiandrosteronu androstenediyona (17 HSD aktivitesi) dönüştürebilir. Dehidroepiandrosteron yani Dhea, böbreküstü bezlerinden ve hipofiz bezinden salgılanan adrenokortikotropik hormonun kontrolündedir. Zayıf bir erkeklik hormonudur. Androstenedion ise testosteron ve östrojenin yıkımı sırasında ortaya çıkan ve testosterona ve östrojene dönüşen ara maddedir (Parihar, 2003).

PKOS'ta yüksek vücut yağının, fonksiyonu bozulmuş adipoz doku ürünü ile birleştiğinde, leptin, resistin, ve adiponektin ekspresyonunun aşırı üretilmesine yol açtığı bilinmektedir. Adiponektin; anti-inflamatuar, anti-aterojenik, kardiyο-koruyucu ve insülin duyarlılık özelliklerine sahip, yağ dokusu ile salgılanan bir adipokindir. Bununla birlikte adiponektin düzeyindeki azalmanın obezite, tip 2 diyabet, ve PKOS ile ilişkili olduğu, artışın ise kilo kaybı ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca üreme sağlığında yararlı bir adipokin olduğu düşünülmektedir (Obirikorang et al., 2019).

İnsan obezite geni (Ob geni) tarafından kodlanan ve leptin olarak adlandırılan proteinin klonlanması ve karakterizasyonu, iştahın kontrol edilmesi ve vücut ağırlığının düzenlenmesinde bu proteinin etkili

olduğunu göstermiştir. Leptin ob geninin ürünüdür ve tam uzunluktaki ob geninin veya reseptörünün yokluğu, obezite ve üreme disfonksiyonuna yol açar (Parihar, 2003).

Leptin, beyaz yağ dokusu tarafından salgılanan bir anoreksijenik peptid hormonudur. Leptin, adipoz kitle ile orantılı olarak adipositler tarafından yapısal olarak salgılanır. Obezitede, leptin direnci nedeniyle leptin seviyeleri daha da artmaktadır (Obirikorang et al., 2019).

167-aminoasitlik bir protein olan leptin; gıda alımı ve enerji homeostazı için önemli bir düzenleyici olarak görev yapan adiposit türevli bir hormondur. İnsanlarda leptin eksikliği veya direnci, obezite, diyabet ve infertiliteye neden olabilir (Demir et al., 2007).

Keşfedildiği günden bu yana, leptinin biyolojik fonksiyonları hakkında anti-obeziteden üremeye, hematopoez, anjiyogenez, kan basıncı, kemik kütlesi, lenfoid organ homeostazı ve T lenfosit sistemleri üzerinde gibi geniş bir alanda etkileri olduğu belirlenmiştir (Demir et al., 2007).

Leptin ile ilişkili bir diğer durum PKOS'dur. PKOS'lu tüm hastalar her zaman yüksek bir leptin seviyesine sahip değildir. Obez PKOS' lu bireylerde leptin artarken, obez PKOS'lu olmayan bireylerde leptin seviyesinde bir artış yoktur ve ovulasyonun dönüşü leptin konsantrasyonlarındaki azalma ile ilişkili değildir. Aynı zamanda leptin düzeyleri insülin duyarlı ajanlar veya oral kontraseptif hap kullanan tüm kadınlarda değişmez. Bu nedenle, leptin'in insanlarda yumurtalık fonksiyonunu etkilemedeki gerçek rolü belirsizliğini korumaktadır. Obezitenin tedavisinde leptinin rolü, bireylerde hangi dozun verilmesi

gerektiği, en iyi hangi yoldan uygulandığı ve bu tedaviden fayda görecek hastaların nasıl seçebileceğini tespit etmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Parihar, 2003).

## **6. OBEZİTE VE MENSTRUAL DÖNGÜ**

Üreme ağındaki kadınların birçoğunda dismenore ve düzensiz menstrual siklus gibi sorunlar vardır. Bununla birlikte menstrual düzensizliklerin bazıları önemli sorunlara yol açabilir ve hatta önemli bir infertilite nedeni olarak bile düşünülebilir (Kafaei-Atrian et al., 2019).

Aşırı kilo ve obezitenin bazı menstrüel problemlerin etiyolojisinde etkili bir rol oynadığı düşünülmektedir. Vücut ağırlığı artışı ve özellikle vücudun orta bölgesindeki yağ dokusunda artış, androjenler, SHBG gibi steroid hormonların dengesini bozabilir. SHBG'deki değişiklikler aynı zamanda, hedef dokularda androjen ve östrojen salınımında bir değişikliğe yol açar. Buna bağlı olarak, endokrin sistemdeki fonksiyonel bozukluk, üreme sistemi, organik bozukluklar, PKOS ve obezite gibi ana bozulmalar menstrual siklus bozukluğu ile birlikte seyredebilir (Kafaei-Atrian et al., 2019).

Adipositler, kolesterol gibi lipidler içerdiğinden, “estron” olarak adlandırılan östrojen formuna çevrilebilirler ve bu nedenle de obezite ile menstrüasyon arasında bir ilişki vardır. Üreme ağındaki obez kadınların önemli bir kısmı, oligomenore, polymenore, menoraji, metroraji ve sekonder amenore gibi menstrüel problemlere sahiptir (Srikanth, Kumari, & Rajanna, 2019).

Frisch ve McArthur, ilk olarak genç kadınlarda ovulasyon döngülerinin başlaması ve sürdürülmesi için az miktarda da olsa vücutta yağın gerekli olduğunu diğer yandan, aşırı yağlanmanın da doğurganlığın azalmasında etkili olduğunu rapor etmişlerdir (Tortoriello, McMinn, & Chua, 2004). Aşırı miktardaki serbest yağ asitleri üreme dokularında hücrel hasara ve kronik düşük dereceli bir enfeksiyona durumuna neden olan toksik etki yapabilir (Broughton & Moley, 2017).

## **7. OBEZİTE VE İNFERTİLİTEDE TEDAVİ SÜRECİ**

Obezite insülin direnci etiolojisinde güçlü bir etken olmasına rağmen kısa süreli kilo kaybı, insülin direncini azaltmada, ovulasyonu ve doğurganlığı geri kazanmada sürekli olarak başarılı olmuştur. Orta derecede kilo kaybı ve jinekoid tip yağlanmada abdominal yağ miktarının azaltılması kadınlarda menstrual siklusu, ovulasyonu ve infertiliteyi olumlu etkiler. Bu nedenle, kilo kaybı, infertil obez kadınlar için ilk tedavi seçeneği olarak belirlenmelidir. Kademeli kilo kaybı, verilen kilonun uzun süreli olarak en iyi korunabildiği, egzersiz programı ve mantıklı bir beslenme planı ile sağlanabilir (Metwally et al., 2007).

Obezitenin tedavisinde kullanılan yöntemler, tıbbi beslenme ve davranış değişikliği tedavisi, fizik aktivite, farmakoterapi ve bariyatrik cerrahi olarak sıralanabilir. Bireysel özelliklere göre hangi yöntemlerin kullanılacağına karar verilmelidir. Morbid obez bireylerin sayısının artması ve diğer tedavi yöntemlerinin de başarılı olamaması nedenleriyle bariyatrik cerrahi tedavisi kullanılmaktadır. Hastanın beslenme düzeni bariyatrik cerrahi öncesi ve sonrası dikkatle

planlamalıdır. Operasyon öncesinde ve sonrasında hastanın beslenme programları ile desteklemesi gerekir (Balcı & Küçükkendirci, 2019).

Obezitenin cerrahi olarak tedavi edildiği durumlarda da fertilité üzerine olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada obezite cerrahisinden önce gebe kalmaya çalışan kadınların, ikincil amenoreye sahip olduğu ve obeziteye cerrahi olarak müdahale edildikten 3 ay sonra hepsinde normal döngülerin geri geldiği ifade edilmiştir. Deitel ve ark. ortalama 45 kg'lık bir kilo verme sürecinin ardından 30 kadından 9'unda spontan gebelik yaşandığını (Deitel, Stone, Kassam, Wilk, & Sutherland, 1988), Bilenka ve ark.'ları ise ortalama 36 kg ağırlığın azalmasından sonra, 6 kadının 5'inde kendiliğinden gebeliğin meydana geldiğini bildirmişlerdir (Bilenka, Ben-Shlomo, Cozacov, Gold, & Zohar, 1995). Martin ve ark'da benzer şekilde, kilo kaybının fertilitéye yararlı bir etkisi olduğunu göstermiştir (Martin, Finigan, & Nolan, 2000).

Obez kadınlarda ve obez PKOS'lu kadınlarda infertilite tedavisi için ovülasyon indüksiyonu etkili bir tedavi seçeneğidir. Egzersiz, folik asit takviyesi, kilo kaybını teşvik eden diyet de dahil olmak üzere, yaşam tarzı değişikliklerinin hepsi ovülasyon indüksiyon tedavisi öncesinde başlatılmalıdır. Ovülasyon indüksiyon tedavisi için antiöstrojen ve klomifen sitrat kullanımı başarı şansı düşük olsa da gebelik gerçekleşebileceği için tercih edilebilir (de Mola Loret, 2009)

## **8. OBEZİTE VE İNFERTİLİTEDE BAKIM GİRİŞİMLERİ**

Fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan obezite tüm dünyada ve ülkemizde de önemli bir sorun haline gelmiştir. Bu durum obezite ile ilişkili üreme bozukluklarının görülme sıklığını da arttırmaktadır. Bireylerin bu sorunla baş edebilmeleri için normal kiloya sahip olmaları gerekmektedir. Obez bireylerin doğru beslenme alışkanlıkları kazanmaları önemli rol oynamaktadır (balcı & küçükkendirci, 2019).

Obezitenin önlenmesi, tedavisi ve bakımı multidisipliner işbirliği gerektiren bir süreçtir. Bu süreçte bakım içeriğinde beslenme ve kilo kontrolünün yönetimi, sağlığın korunması ve sürdürülmesi, aile etkileşimi, aile eğitimi ve danışmanlık rolleri yer almaktadır (Barbaros & Balcı, 2016)

### **8.1. Obeziteye Yönelik Bakım Girişimleri**

- Hastanın enerji harcama düzeyine uygun iyi dengelenmiş öğün programlamasının yapılması.
- Beslenme bozukluğu belirtilerinin izlenmesi
- Tedavi ve bakım işlemlerini yemek zamanları dışında planlanması
- Kalori ve besin alımının takip edilmesi
- Diyetisyen konsültasyonunun ve sürekliliğinin sağlanması
- Bireyin yemek yeme ortamının ve yemek yerken emosyonel durumunun izlenmesi
- Bireyin yaptığı egzersiz miktarının ve tipinin değerlendirilmesi



- Genel sağlık durumunun değerlendirilmesi ve egzersiz uygulaması için risklerin araştırılması
- Beslenme ve enerji düzeyi ile uyumlu egzersiz programını planlanması
- Egzersiz programına uyumu sağlayacak yöntemlerin belirlenmesi
- Bireyin zel bir diyete gereksinimi olup olmadığının analiz edilmesi ve duruma uygun yiyecek ve içeceklerin sağlanması

### **8.1.1. Obezitenin Cerrahi Tedavisinde Bakım**

Obezite tedavisinde cerrahi yöntemler, diyet ve ilaç tedavilerinin yeterli etkiyi yaratamaması nedeni ile daha başarılı görülmekte ve bu nedenle de obezitede cerrahi tedavi uygulayan klinik sayısı giderek artmaktadır (Otlamaz, 2016).

Cerrahi girişim sonrası komplikasyonların grlme riski obez hastalarda yüksektir. Bu nedenle obez hastanın izlem ve bakımını dikkatle yapılması önemlidir. Bakım girişimleri olarak, hastaya uygun pozisyon vermek, ilaç uygulamalarında riskli durumları takip etmek, ağrı kontrolünü sağlamak, derin solunum ve öksürme egzersizlerini yaptırmak ve komplikasyonları önlemek sıralanabilir (Usta & Akyolcu, 2014).

## 8.2. Obezitede eğitim ve danışmanlık

Obez bireyin eğitim ve danışmanlığında ilk adım bireyin durumunun tanılanmasıdır. Belirlenmiş gereksinimler doğrultusunda, bireyin isteği ile eğitim ve danışmanlık süreci başlatılır. Eğitim ve danışmanlık sürecinde bakım girişimleri;

- Saygı ve güven üzerine temellenen bir ilişki kurulması
- Değişmiş olan yeme davranışlarının tanımlanması
- Beslenme planlamasında yaş, yaşam biçimi, eski beslenme deneyimleri, ekonomik durum gibi faktörlerin belirlenmesi
- İdeal vücut ağırlığının belirlenmesi
- Durumuna uygun olarak birey ile birlikte beslenmeyle ilişkili diğer ölçümleri değerlendirmek (aldığı-çıkarıldığı, kan basıncı, ağırlık)
- Bireyin yeme alışkanlıklarını değiştirmek için motivasyonunun değerlendirilmesi
- Bireyin yiyecek alımı, egzersiz özellikleri, kilo alımı ve kilo kaybetme durumu arasındaki ilişkinin araştırılması
- Vücut ağırlığını etkileyebilen tıbbi durumların araştırılması
- Kilo alımını etkileyebilen alışkanlıkların, geleneklerin ve kültürel faktörlerin araştırılması
- Pratik ve ilgi çekici yiyecek rehberlerinin hazırlanması
- Bireyin enerji harcama düzeyine uygun, iyi dengelenmiş öğün planlarının günlük yaşamına uyarlanması için rehberlik edilmesi
- Hedeflere ulaşmak hakkında duygularını ve endişelerini ifade etmede bireye yardım edilmesi

- Bireyin gösterdiği çabaların övülmesi
- Duruma uygun olarak sağlık bakım ekibinin diğer üyeleri ile konsültasyonun sağlanması
- Düzenli aralıklarla beslenme tedavisi hedeflerinin ve sonuçlarının değerlendirilmesi
- Yaşam biçimi değişiklikleri konusunda danışmanlık yapılması
- Tekrar kilo almanın engellenmesi ve hedeflenen vücut ağırlığının korunması için risklerin tanımlanması ve azaltılması (dışarda yemek, kutlamalar, iş toplantıları gibi)
- Bireyin aile, arkadaş ve yakın çevresinin sosyal desteğinin artırılmasının sağlanması.

İnfertilite birçok çift için tehdit eden, strese neden olan, tedavi için uygulanan girişimler açısından acı veren, maddi bakımdan zorlayan bir yaşamsal krizdir. İnfertilite tanısı almak ve yardımcı üreme tekniklerinin uygulanması bireyi ve çifti fiziksel ve duygusal olarak tüketmekte ve zorlamaktadır. İnfertilite tedavi sürecinden infertil kadınların fiziksel ve duygusal açıdan, fertil kadınlara ve erkeklere göre daha fazla etkilendikleri ve yaşamı tehdit edici hastalığı olan kadınlar gibi etkilenme düzeyine sahip oldukları belirtilmektedir. İnfertilite tedavisi gören kadınların tedavi süreçlerine çeşitli sağlık sorunları da eşlik etmektedir. Bu durum bilgi, danışmanlık ve bakım gereksinimleri açısından tedavi sürecini özel ve farklı kılmaktadır. Bu süreçte bakımda temel amaç, holistik yaklaşımın kullanılarak çiftlerin iyilik düzeylerinin artırılmasıdır (Gülpınar, Başkaya, Yeşilbudak, & Boz, 2019).

Obez kadınlarda infertilite danışmanlığı yapan sağlık çalışanı, bireyin öncelikli olarak vücud kütlesini azaltmak için önlemler almalıdır. Gebelik planlaması yapan ve BKİ 35 kg/m<sup>2</sup>'nin üzerinde olan kadınlardan gebelikten önce kilo vermesi gerektiği konusunda bilgi verilmelidir (Nelson & Fleming, 2006). Değerlendirme ve tedavi için başvuran infertilite tedavisi gören ya da görmesi gereken her kadın özeldir. Ailesi ve kendisinin bu süreçte özel endişeleri ve ihtiyaçları vardır. Ebeler infertilite bakımı sağlarken, kadının duygu ve düşüncelerine saygı duyararak, bireyle arasında tatmin edici ve güvene dayalı ilişki kurarak aktif ebelik bakımı sağlayabilirler (Kennedy, Griffin, & Frishman, 1998).

Ebeler, klinik bakımı sağlamanın yanında aynı zamanda doğurganlığın sağlanması aşamalarında da hastaların yaşadığı stresi azaltmaya çalışarak da destek sağlayabilirler ve doğrudan bireyselleştirilmiş bakım sağlayabilirler ve duygusal rehber olabilirler (Wilson & Leese, 2013). Etkili bir ebelik bakımı yalnızca gebelik öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde annelerin sağlığını iyileştirmez, aynı zamanda annelerin gelecekteki sağlıklarını ve yenidoğanlarının sağlığının da iyileştirilmesinde önemli rol oynar (Jevitt, 2009).

## 9. SONUÇ

Sonuç olarak obezite tanısı konulan birçok kadında üreme fonksiyonları etkilenerek infertilite grlme olasılığı artmaktadır. Obezitenin sebep olduğu infertilitede, bireylerin sağlıklı beslenmeye başlaması, kilo vermek için diyetisyenden yardım alması ve nerileri uygulayarak kilo vermesi fertilizasyon sürecini olumlu yönde etkileyebilir. Bireylerin

kilo vermesinin yanında emosyonel olarak da desteklenmesi gerekmektedir. Ebeler obezite infertilite ve PKOS arasındaki ilişkiyi bilerek risk altındaki ya da tanı alan bireylere bireyselleştirilmiş destekleyici bakım vermelidir. Ayrıca ebe, infertil obez bireylerin tedavilerinin tüm aşamalarında belirlediği gereksinimleri bireyin tercih ettiği şekilde gidererek süreci yönetmelidir.

## KAYNAKÇA

- Bakanlığı, T. S. (2014). Türkiye beslenme ve sağlık araştırması 2010: Beslenme durumu ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi sonuç raporu. *Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel MÜdürlüğü, Ankara*(s 565).
- Balci, H., & Küçükkendirci, H. (2019). Obezite Ve Obezite Cerrahisinde Beslenme. *Türk Bilimsel Derlemeler Dergisi, 12*(2), 45-50.
- Barbaros, H., & Balci, S. (2016). Küreselleşen Dünyada Çocuklarda Büyüyen Sorun: Obezite *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi, 3*(2).
- Barbieri, R. L. (2019). Female infertility. In *Yen and Jaffe's Reproductive Endocrinology* (pp. 556-581. e557): Elsevier.
- Bilenka, B., Ben-Shlomo, I., Cozacov, C., Gold, C. H., & Zohar, S. (1995). Fertility, miscarriage and pregnancy after vertical banded gastroplasty operation for morbid obesity. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 74*(1), 42-44.
- Broughton, D. E., & Moley, K. H. (2017). Obesity and female infertility: potential mediators of obesity's impact. *Fertility and sterility, 107*(4), 840-847.
- Dağ, Z. Ö., & Dilbaz, B. (2015). Impact of obesity on infertility in women. *Journal of the Turkish German Gynecological Association, 16*(2), 111.
- de Mola Loret, J. (2009). Obesity and its relationship to infertility in men and women. *Obstetrics and gynecology clinics of North America, 36*(2), 333-346, ix.
- Deitel, M., Stone, E., Kassam, H., Wilk, E., & Sutherland, D. (1988). Gynecologic-obstetric changes after loss of massive excess weight following bariatric surgery. *Journal of the American College of Nutrition, 7*(2), 147-153.
- Demir, B., Guven, S., Guven, E. S. G., Atamer, Y., Gunalp, G. S., & Gul, T. (2007). Serum leptin level in women with unexplained infertility. *Journal of reproductive immunology, 75*(2), 145-149.

- Deyhoul, N., Mohamaddoost, T., & Hosseini, M. (2017). Infertility-related risk factors: a systematic review. *Int J Womens Health Reprod Sci*, 5(1), 24-29.
- Durmaz, A., & Komurcu, N. (2018). Relationship between maternal characteristics and postpartum hemorrhage: a meta-analysis study. In: LWW.
- Gambineri, A., Laudisio, D., Marocco, C., Radellini, S., Colao, A., & Savastano, S. (2019). Female infertility: which role for obesity? *International Journal of Obesity Supplements*, 9(1), 65-72.
- Goodwin, P. J., & Stambolic, V. (2015). Impact of the obesity epidemic on cancer. *Annual review of medicine*, 66, 281-296.
- Güven, B. (2019). Complications of Bariatric Surgery and Nursing Care/Bariatrik Cerrahi Komplikasyonları ve Hemşirelik Bakımı. *Journal of Education and Research in Nursing*, 16(2), 139-144.
- Gülpınar, N., Başkaya, S., Yeşilbudak, Z., & Boz, İ. (2019). İnfertilite Tedavisi Sırasında Kadınların Algıladıkları Bakım Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi•.
- Hales, C. M., Carroll, M. D., Fryar, C. D., & Ogden, C. L. (2017). Prevalence of obesity among adults and youth: United States, 2015–2016.
- Hanson, B., Johnstone, E., Dorais, J., Silver, B., Peterson, C. M., & Hotaling, J. (2017). Female infertility, infertility-associated diagnoses, and comorbidities: a review. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 34(2), 167-177.
- Hiller-Sturmhöfel, S., & Bartke, A. (1998). The endocrine system: an overview. *Alcohol health and research world*, 22(3), 153.
- Inamdar, S. N., Prashanth, A., & Anita, H. (2019). A Clinical study on the efficacy of Udvartana and Nasya on Ovulatory functions wsr to Female infertility in Moderate Obese (Sthula) individuals. *Journal of Ayurveda and Integrated Medical Sciences (ISSN 2456-3110)*, 4(4), 121-128.

- Jain, A., Polotsky, A. J., Rochester, D., Berga, S. L., Loucks, T., Zeitlian, G., . . . Isaac, B. (2007). Pulsatile luteinizing hormone amplitude and progesterone metabolite excretion are reduced in obese women. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *92*(7), 2468-2473.
- Jevitt, C. (2009). Pregnancy complicated by obesity: midwifery management. *Journal of midwifery & women's health*, *54*(6), 445-451.
- Kafaei-Atrian, M., Mohebbi-Dehnavi, Z., Sayadi, L., Asghari-Jafarabadi, M., Karimian-Taheri, Z., & Afshar, M. (2019). The relationship between the duration of menstrual bleeding and obesity-related anthropometric indices in students. *Journal of education and health promotion*, *8*.
- Kennedy, H. P., Griffin, M., & Frishman, G. (1998). Enabling conception and pregnancy: midwifery care of women experiencing infertility. *Journal of nurse-midwifery*, *43*(3), 190-207.
- Kokkoris, P., & Pi-Sunyer, F. X. (2003). Obesity and endocrine disease. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, *32*(4), 895-914.
- Lehto, S., Sevón, E., Rönkä, A., & Laakso, M.-L. (2019). Narrative Study of the Significance of Infertility and Its Treatment for Maternal Identity. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *48*(4), 445-455.
- Lyon, C. J., Law, R. E., & Hsueh, W. A. (2003). Minireview: adiposity, inflammation, and atherogenesis. *Endocrinology*, *144*(6), 2195-2200.
- Martin, L. F., Finigan, K. M., & Nolan, T. E. (2000). Pregnancy after adjustable gastric banding. *Obstetrics & Gynecology*, *95*(6), 927-930.
- Mascarenhas, M. N., Flaxman, S. R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G. A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLoS medicine*, *9*(12).



- Messinis, I. E., Messini, C. I., Anifandis, G., & Dafopoulos, K. (2015). Polycystic ovaries and obesity. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 29(4), 479-488.
- Metwally, M., Li, T., & Ledger, W. (2007). The impact of obesity on female reproductive function. *Obesity Reviews*, 8(6), 515-523.
- Nelson, S. M., & Fleming, R. F. (2006). The preconceptional contraception paradigm: obesity and infertility. *Human Reproduction*, 22(4), 912-915.
- Nigro, E., Scudiero, O., Monaco, M. L., Palmieri, A., Mazzarella, G., Costagliola, C., . . . Daniele, A. (2014). New insight into adiponectin role in obesity and obesity-related diseases. *BioMed research international*, 2014.
- Obirikorang, C., Owiredu, W. K., Adu-Afram, S., Acheampong, E., Asamoah, E. A., Antwi-Boasiakoh, E. K., & Owiredu, E.-W. (2019). Assessing the variability and predictability of adipokines (adiponectin, leptin, resistin and their ratios) in non-obese and obese women with anovulatory polycystic ovary syndrome. *BMC research notes*, 12(1), 1-8.
- Otlamaz, İ. (2016). Obezite Cerrahisinde Hemşirelik Bakımı. *Selcuk Medical Journal*, 32(2), 52-55.
- Özbayer, C., Yağcı, E., & Kurt, H. (2018). Obezite, Tip 2 Diyabet ve İnsülin Direnci Arasındaki Bağlantı: İnflamasyon. *Tıp Fakültesi Klinikleri Dergisi*, 1(2), 27-36.
- Parihar, M. (2003). Obesity and infertility. *Reviews in Gynaecological Practice*, 3(3), 120-126.
- Pasquali, R., Patton, L., & Gambineri, A. (2007). Obesity and infertility. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 14(6), 482-487.
- Seagle, H. M., Wyatt, H. R., & Hill, J. O. (2013). Obesity: overview of treatments and interventions. *Nutrition in the Prevention and Treatment of Disease*, 445-464.

- Silvestris, E., de Pergola, G., Rosania, R., & Loverro, G. (2018). Obesity as disruptor of the female fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 16(1), 22.
- Slopien, R., Horst, N., Jaremek, J. D., Chinniah, D., & Spaczynski, R. (2019). The impact of surgical treatment of obesity on the female fertility. *Gynecological Endocrinology*, 35(2), 100-102.
- Sowers, M., & Tisch, J. (2000). Insulin resistance, body weight, obesity, body composition, and the menopausal transition. In *Menopause* (pp. 245-260): Elsevier.
- Srikanth, J., Kumari, N., & Rajanna, P. (2019). A cross-sectional study on obesity and menstrual abnormalities among women of reproductive age in urban field practice area of Kempegowda Institute of Medical Sciences, Bangalore. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 6(8), 3252.
- Talmor, A., & Dunphy, B. (2015). Female obesity and infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 29(4), 498-506.
- Taylor, H. S., Giudice, L. C., Lessey, B. A., Abrao, M. S., Kotarski, J., Archer, D. F., . . . Watts, N. B. (2017). Treatment of endometriosis-associated pain with elagolix, an oral GnRH antagonist. *New England Journal of Medicine*, 377(1), 28-40.
- Tortoriello, D. V., McMinn, J., & Chua, S. C. (2004). Dietary-induced obesity and hypothalamic infertility in female DBA/2J mice. *Endocrinology*, 145(3), 1238-1247.
- Usta, E., & Akyolcu, N. (2014). Cerrahi hemşirelerinin fazla kilolu/obez hasta bakımına ilişkin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22, 1-7.

- Wilson, C., & Leese, B. (2013). Do nurses and midwives have a role in promoting the well-being of patients during their fertility journey? A review of the literature. *Human Fertility*, 16(1), 2-7.
- Zain, M. M., & Norman, R. J. (2008). Impact of obesity on female fertility and fertility treatment. *Women's health*, 4(2), 183-194.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., . . . Van der Poel, S. (2009). The international committee for monitoring assisted reproductive technology (ICMART) and the world health organization (WHO) revised glossary on ART terminology, 2009. *Human Reproduction*, 24(11), 2683-2687.

## **BÖLÜM 4**

### **SERVİKS (RAHİM AĞZI) KANSERİ\***

Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR<sup>1</sup>, Leman ÇEKİ<sup>2</sup>

---

\*Bu çalışma 21-65 Yaş Arası Kadınların Serviks Kanserine Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışların Sağlık İnanç Modeline Göre Değerlendirilmesi adlı tezden üretilmiştir.

<sup>1</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Bursa/Türkiye, e-posta: ayozdemir@uludag.edu.tr

<sup>2</sup>Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Bursa/Türkiye, e-posta: cekileman@gmail.com



## GİRİŞ

Kadın üreme organlarında meydana gelen malign hastalıklar jinekolojik kanserler olarak adlandırılmaktadır. Jinekolojik kanserler tüm dünyada önemli bir mortalite ve morbidite sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır (Gül ve ark., 2007; Esencan, 2009; Uçar ve Bekar, 2010; Öztürk, 2017). Jinekolojik kanserler; toplumda yol açtığı ölüm ve hastalık yükünün yanı sıra kadının kadınlık algısını, doğurganlığını, cinsel yaşamını ve aile yapısını olumsuz yönde etkilemektedir. Kaygı, çaresizlik, depresyon, umutsuzluk, öfke, suçluluk, şok gibi duygulara neden olmakta, kadının benlik imgesi ve benlik saygısında bozulmalara yol açmaktadır (İflazoğlu, 2015).

Sağlık Bakanlığı'nın 2013 sağlık istatistikleri raporlarına göre genital organ kanserleri kadınlarda görülen tüm kanserler içinde dördüncü sırada yer almaktadır (Uçar ve Bekar, 2010; T.C: Sağlık Bakanlığı, 2014 ). 2008 verilerine göre; tüm dünyada kadınlarda görülen kanserler içerisinde serviks kanseri tüm kadın kanserlerinin %6'sını oluşturan önemli bir kadın sağlığı sorunudur (T.C: Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu , 2016; Uçar ve Bekar, 2010). DSÖ liderliğinde 2004 yılında toplanan Dünya Sağlık Asamblesi, serviks kanserlerinin önlenmesini üreme sağlığı açısından en önemli 5 konudan biri olarak seçmiştir (Bayçelebi, 2011).

## 1.SERVİKS KANSERİ EPİDEMİYOLOJİSİ

Serviks kanseri tüm dünyada kadın sağlığına yönelik en büyük tehditlerden biridir (Esencan, 2009). Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan Globocan 2018 verilerinde serviks kanserinin tüm dünyada %6,6 insidansı ile 4. sırada yer aldığı raporlanmıştır (Bray ve ark., 2018).

Serviks kanseri insidansı cinsiyet, eğitim, maddi koşullar, yaşam koşulları, sağlık hizmeti ve bu hizmete ulaşmada yaşanan sosyal eşitsizlikler nedeniyle farklılıklar göstermektedir (Kurtoğlu ve Gürz 2014). Serviks kanserinin görölme oranı incelendiğinde ölkelerin gelişmişlik düzeyi ile ters orantılı olarak değişkenlik gösterdiği saptanmıştır (Uçar ve Bekar, 2010). Ölkeler arasındaki bu dengesiz dağılımının en önemli nedenlerinin başında sosyoekonomik durum gelmektedir. Serviks kanseri insidansı insani gelişme düzeyi yüksek olan ölkelerde 10,4 iken insani gelişme düzeyi orta/düşük ölkelerde 18,2 olarak tespit edilmiştir. Aynı rapora göre insani gelişmişlik düzeyi ve mortalite arasındaki bağlantı düzeyinin ise daha da güçlü olduğu tespit edilmiş. Gelişmiş ölkelerde serviks kanserinin neden olduğu mortalite 4,1 iken orta/düşük insani gelişmişlik düzeyine sahip olan ölkelerde mortalite 12,0'dır. Aynı rapora göre en yüksek insidansa sahip ölkelerden bir Güney Afrika ölkesi olan Svaziland (43,1) iken en yüksek mortalite oranına sahip ölkelerden bir Doğu Afrika ölkesi olan Malawi (%30,0) olarak raporlanmıştır (The American Cancer Society, 11 Mayıs 2019; Bray ve ark. 2018).

Türkiye serviks kanseri insidansının en düşük olduğu Batı Asya grubu ülkeleri içinde yer almaktadır. Türkiye Birleşik Veri Tabanı 2014 verilerine göre Türkiye’de 25-49 yaş gruplarındaki kadınlarda serviks kanseri %3,6 ile 4. sırada, 50-69 yaş gruplarındaki kadınlarda ise 2,3 ile 9. sırada yer almaktadır. Tüm yaş gruplarında kadınlarda en sık görülen 10 kanserin standardize edilmiş hızları incelendiğinde serviks kanseri 10. sırada yer almaktadır. Aynı araştırmaya göre 2014 yılında Türkiye’de serviks kanseri insidansı 100.000 kişide 4,0 olarak raporlanmıştır (Şencan ve ark., 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017).

2015 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu raporundaki verilere göre ise Türkiye’de kadınlarda serviks kanseri insidansı 10.000 de 4,5 olarak raporlanmıştır. Kadınlarda en sık görülen 10 kanser içinde %2.5 ile 9. sırada yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2018). Globacan 2018 Türkiye verilerine göre ise serviks kanseri insidansı yeni tespit edilen kanserler arasında 18. sırada yer almaktadır. Kümülatif insidansı 0,74 olarak raporlanmıştır (Eryeşil, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017; IACR, 2019).

## **2. SERVİKS KANSERİ RİSK FAKTÖRLERİ**

Tüm kadınlar serviks kanseri yönünden risk altında olsa da bireysel risk faktörleri ve olumsuz sağlık davranışları riski artırmaktadır. Fakat bu risk faktörlerine sahip olmak serviks kanserinin kesinlikle



görülebileceği anlamına gelmemekle birlikte bu risk faktörlerinden herhangi birini taşımayan kadınlarda nadiren serviks kanseri gelişmektedir (The American Cancer Society, 28 Şubat. 2019). Örneğin; serviks kanseri için önemli bir risk faktörü olan Human Papilloma Virüsü (HPV) enfeksiyonunun incelendiği Anderson ve arkadaşlarının (2013) İngiltere ve İrlanda'da yapmış oldukları çalışmada servikal anormallikleri olmayan kadınların yaklaşık %12'sinin yüksek riskli HPV tiplerinden etkilendiği gösterilmiştir.

Serviks kanseri risk faktörleri değiştirilebilir/önlenebilir ve değiştirilemez/önlenebilir faktörler olarak ele alınmalıdır (The American Cancer Society, 28 Şubat 2019). Serviks kanseri için değiştirilemez faktörler arasında kadının yaşı, sahip olduğu ırkı, 15 yaşından önce menarş ve aile öyküsü yer alırken; değiştirilebilir/önlenebilir risk faktörleri arasında tütün mamulü kullanımı ve maruz kalma (pasif içicilik), oral kontraseptiflerin uzun süre kullanımı, HPV enfeksiyonu başta olmak üzere cinsel yolla bulaşan enfeksiyona sahip olma, erken yaşta başlayan cinsel deneyim ve erken yaşta gebelik gibi birçok faktör yer almaktadır (Abike ve ark., 2011; Sönmez, 2011; Karaoğlan, 2016; Uyanıkoğlu ve ark., 2016; Wichachai ve ark., 2016). Serviks kanseri değiştirilebilir risk faktörlerinin bilinmesi ve öncü lezyonların invaziv kansere dönüşme süresinin 2-15 yılı bulması ile korunabilir nadir kanserlerden biridir. İngiltere'de yapılan bir çalışmada serviks kanseri vakalarının % 99,8'inin önlenebilir olduğu ifade edilmiştir (Brown ve ark., 2018).

## ***2.1. Değiştirilemez Risk Faktörleri***

*Yaş*: Değiştirilemez risk faktörü olan yaş serviks kanseri için önemli bir faktördür. Serviks kanserinin yaşa özgü insidans oranları 15-19 yaşlarında keskin bir şekilde artar iken 35-50 yaş grubundaki kadınları en üst seviyede etkilemektedir (Nabavizadeh ve ark., 2016; Parsa ve ark., 2017; Cancer Research UK, 11. Mart. 2019; Arbyn ve ark. 2010).

*Irk*: Irk ile serviks kanseri arasında önemli bir ilişki vardır. Siyah ırka sahip kadınlar beyaz ırk kadınlara göre daha yüksek serviks kanseri insidansı ve mortalitesine sahiptir (Yoove ark., 2017).

Araştırmaları halen devam etmekte olan diğer değiştirilemez risk faktörleri; 15 yaştan önce menarşın başlaması, anne ya da kız kardeşte servikal kanser öyküsünün olmasıdır (Kanbur ve Çapık 2011).

## ***2.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri***

*Viral Enfeksiyonlar*: HPV enfeksiyonu serviks kanseri için en önemli değiştirilebilir risk faktörü olarak gösterilmektedir (Uluocak and Bekar, 2012; The American Cancer Society, 28 Şubat 2019.). HPV'nin neden olduğu kondilom/lezyonlara ilk kez Celsus yazılarında değinmiştir. Daha sonraları Yunan ve Romalı hekimler siğiller ve tedavileri hakkında çalışmalar yapmış, cinsel geçişli olduğuna dair şüphelerinden bahsetmişlerdir (Örenli, 2015).

HPV yaklaşık olarak 120 tipten oluşmaktadır. Genital siğillerin sorumlu esas alt tipleri 6 ve 11 iken (%90) yapılan çalışmalarda serviks kanseri gelişiminin %71'inden sorumlu olan HPV 16 ve HPV 18 başta olmak üzere HPV 31, HPV 33, HPV 45, HPV 51, HPV 52, HPV 53'ün serviks kanserleri ile kuvvetli bir ilişkisinin olduğu ortaya konulmuştur (World Health Organization, 2007; Sönmez, 2011; İflazoğlu, 2015). Bosh ve ark. (1995)'nin yapmış oldukları çalışmada servikal tümörlerin %93'ünde HPV DNA saptanmıştır. Günümüzde yapılan çalışmalarda da serviks kanseri olgularında HPV DNA varlığı %99,7 olarak tespit edilmiştir. HPV enfeksiyonu serviks kanserinin yanı sıra penis, vulva ve vajina kanserinin %40'ına, anüs kanserinin %90'ına, ağız kanserinin ise %3'üne neden olmaktadır (Ozan ve ark., 2011). HPV kaynaklı görülen bu kanserler ve birçok hastalığın HPV'nin eradikasyonu sonucunda azalacağı tahmin edilmektedir (Savaş Çimke, 2016).

Kadınların çoğu yaşamlarının bir döneminde HPV enfeksiyonu ile karşılaşmaktadırlar. Enfeksiyonun en yaygın şekilde görüldüğü dönem cinsel aktivitenin başlamasından sonradır (Small ve ark., 2017). HPV çoğunlukla direkt cilt temasla, vajinal veya anal seks, nadir olarak da oral-genital, el-genital ve genital-genital temas ile geçmektedir. Ayrıca anneden bebeğe doğum sırasında da bulaşabilmektedir (Sönmez 2011).

HPV enfeksiyonları genellikle asemptomatik seyrederek ve %90'ı ise tedavi gerektirmeden iki yıl içinde düzelmektedir. Fakat önemli bir azınlıkta, enfeksiyon kalıcıdır ve düzelmeyen enfeksiyon olgularında

virüs genomik düzensizliğe yol açan ana DNA'ya entegre olur ve enfeksiyon CIN 1'e ilerler (World Health Organization, 2007; Çeşmeci ve ark., 2015; Egawa ve ark., 2015).

*Erken Yaşta Cinsel İlişki, Seksüel Partner Sayısı:* Cinsel aktivite ile serviks kanseri arasında yakın ilişki vardır. İlk cinsel ilişkiye girme yaşının küçük olması serviks kanseri riskini artırmaktadır. 16 yaşından önce ilk koitusun yaşanması erken yaşlarda HPV'ye karşı immun cevabın yetersiz kalması nedeniyle serviks kanseri etiolojisinde önemi rol oynamaktadır. Bireyin üç ya da daha fazla cinsel partner sayısı olması ya da çok eşli cinsel yaşamı olan kişi ile cinsel ilişkide bulunması özellikle Human Papilloma Virüs, Herpes Simpleks tip II ve HIV gibi cinsel yolla geçen hastalığa yakalanma riskini artırması nedeniyle serviks kanserinin oluşumuna katkıda bulunduğu yapılan çeşitli araştırmalarca ortaya konulmuştur (Sönmez, 2011; Makuza ve ark., 2015; Khan ve ark., 2016).

*Parite:* Üç ve daha fazla sayıda doğum yapmak, kürtaj ve düşük nedeniyle doğum travmalarının oluşması, ilk gebelik ve doğum yaşının 20 ve altında olmasının hormonal değişimlere sebep olması nedeniyle serviks kanserine yol açtığı düşünülmektedir. Ülkemizde Pınar ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada polikliniğe başvuran serviks kanserli kadınların büyük oranda erken yaşta evlendikleri (%53,3) ve 3'ten fazla çocuğa sahip oldukları (%86,7) tespit edilmiştir. Ayrıca serviks kanserli olguların %66,7'sinin en az bir düşüğü, % 33,3'ünün ise 2 kürtajı bulunmaktadır (Pınar ve ark., 2009; Sönmez, 2011; İflazoğlu, 2015).

*Sosyo-Ekonomik Durum:* Düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip bireylerin sağlık hizmetlerine ve tarama testlerine ulaşmasının güçleşmesine neden olmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerine ulaşamayan yoksul kadınları daha da riskli hale getirmektedir. Pınar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 45 serviks kanserli olgunun %80'inin düzenli olarak jinekolojik kontrollere gitmedikleri saptanmıştır. Sosyo-ekonomik durumu düşük bireylerin yetersiz hijyen davranışları ve enfeksiyon ajanları ile karşılaşma olasılığının yüksek olması kadınların serviks kanserine yakalanması için önemli bir etkidir. Hijyen davranışlarına ek olarak düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip kadınların sebze-meyveye erişiminin kısıtlı olması, sebze-meyveden fakir beslenmesi de diğer bir etken olarak gösterilmektedir (The American Cancer Society, 28 Şubat 2019). Karoten, C vitamini alımının kötü olması ve folat yetmezliği serviks kanserine yakalanma riskini artırmaktadır. Ayrıca A vitamini eksikliğinin de serviks kanseri için risk faktörü olduğu düşünülmektedir (Sönmez, 2011).

*Kötü Genital Hijyen:* Serviks kanserine yakalanan kadınlar üzerinde yapılan çalışmalarda kadınların genital ve menstrüel hijyene ilişkin uygulamalarının yeterli olmadığı, hijyenik olmayan ped kullanma ve vajinal duş yapma gibi enfeksiyonlara yakalanma risklerini artırıcı yanlış bazı uygulamalarda buldukları saptanmıştır (Sönmez, 2011).

*Sigara:* Sigara içerisindeki nikotinin serviks hücrelerinde lokal immünolojik hasarlara neden olabileceği ve bunun sonucunda da enfeksiyonlara yatkınlığı artırabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bu

durumun onkolojik HPV'nin kalıcı olmasına sebep olabileceği düşünülmektedir (Sönmez, 2011).

Uzun süre Oral Kontraseptif (OK) Kullanımı: 1968–2004 yılları arasında çeşitli doğum kontrol yöntemleri kullanan 25 ila 39 yaş arasındaki 17032 kadın üzerinde yapılan geniş çaplı bir kohort çalışmasında serviks insidansı ile OK kullanım süresi arasında güçlü bir pozitif ilişki saptanmıştır (Vessey ve Painter, 2006). Yapılan çeşitli çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre doğum kontrol yöntemlerinden yararlanan kadınların serviks kanserleri risk puanlarının hiçbir doğum kontrol yöntemi kullanmayan kadınlara nazaran yüksek ve istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmüştür. Kondom ve benzeri yöntemleri kullanarak gebelikten korunmanın ise serviks kanserleri riskini azalttığı belirtilmektedir (Coker ve ark., 1992; Sönmez, 2011).

*Diğer Faktörler:* Yapılan araştırmalarda bireylerin sahip oldukları ırk ile serviks kanseri arasında bir ilişki saptanmıştır. Siyah ırk kadınlarda, beyaz ırk kadınlara kıyasla servikal invaziv karsinoma görülme oranı iki kat fazladır (Sönmez, 2011).

Yapılan araştırmalarda sigara içen kadınların servikal mukusunda tütün yan ürünleri bulunmuştur. Araştırmacılar sigaranın serviks hücrelerinin DNA'sına zarar verdiğine ve serviks kanseri gelişimine katkıda bulunabileceğini ifade etmektedir. Sigara içmek ayrıca bağışıklık sisteminin HPV enfeksiyonlarıyla mücadelede daha az etkili olmasına neden olur (The American Cancer Society, 28 Şubat

2019). Alkol kullanımı, intrauterin dönemde DES (diethylbestero) ile karşılaşma bireyin önceden başka kanser tanısı alması anne ya da kız kardeşinde servikal kanser öyküsünün olması ve eğitim düzeyinin düşük olması serviks kanseri riskini artıran diğer faktörlerdir. Bağışıklık sistemi, kanser hücrelerini tahrip etmede ve onların büyümesini ve yayılmasını yavaşlatmakta önemlidir. İmmüsupresyon (İmmüsupresif ilaç kullanan organ nakli hastaları, HIV pozitif tüm hastalar vb.) neoplazilerin normalde olduğundan daha hızlı bir şekilde istilacı bir kansere dönüşmesine sebep olabilir (Who 2002; Vatansever 2010; The American Cancer Society n.d.)The American Cancer Society, 28 Şubat 2019; Şahin, 2009; Bayçelebi, 2011; Sönmez, 2011; Kanbur ve Çapık, 2011; Kokkun, 2014; İflazoğlu, 2015; Örenli, 2015; Khan ve ark., 2016) .

Değiştirilebilir risk faktörlerinin kadınlar tarafından bilinmesi hazırlayıcıların önlenmesi, bu faktörlere sahip kadınları düzenli Pap testleri yaptırmalarına teşvik etmek ve tarama ve önleme çalışmalarına katılımlarını sağlamak açısından önemlidir (The American Cancer Society, 28 Şubat. 2019).

### **3. FİZYOPATOLOJİSİ**

HPV enfekte edeceği bölgeye bir dokuda meydana gelen bir hasar sonucu geçer. Deri ve mukoz membranların squamoz epitel hücrelerini enfekte ederek ortalama 3 aylık bir inkübasyon periyodundan sonra virüs DNA'sının hücre DNA'sına entegre olarak

epitelyal proliferasyona neden olur ve kondilom gelişir (Koçtürk 2010; Yurtsev 2011).

#### **4. KLİNİK BELİRTİ VE BULGULARI**

Servikal kanserler erken dönemde asemptomatiktir ya da hastalığa özgü olmayan bazı semptomlar sergiler. Bunlar;

- Düzensiz, sızıntı şeklinde lekelenme tarzı vajinal kanama (kanama cinsel birleşme sonrasında belirgin hale gelebilir),
- Adet döngüsü dışı ara kanama,
- Menapoz sonrası kanama,
- Menstruasyonun uzaması, kanamanın artması,
- Postkoital kanama ya da koitus sırasında kanama,
- Defekasyonda kanama.

Servikal kanserlerin geç dönem belirtileri ise;

- Tümör kitlesindeki beslenme bozukluğuna bağlı gelişen nekroz sonucu kanla karışık, pis kokulu, et suyu görünümünde akıntı,
- Kanser, serviks sınırları dışına taşması nedeniyle gelişen pelvis içinde künt ağrılar,
- İnfiltrasyon kitlesinin sinirlere yaptığı baskı sonucu alt ekstremitelerde ve sırtta şiddetli ağrılar
- Üreterlere infiltrasyon sonucu hidronefroz, pyelitis, pyelonefrit ve üremi,
- İdrarda veya rektal kanama



- Tümör kitlesindeki enfeksiyon sonucu sepsis ve peritonitis, son dönemde kaşeksiye varan kilo kaybı, anemi,
- Metastaz yaptığı diğer organlarda sarılık, hematemez, ağrı gibi çeşitli semptomlar
- Lenf dolaşımının engellenmesine bağlı alt ekstremitede ödem görülebilir (ACAR, 2014; Örenli, 2015).

## **5. TANI YÖNTEMLERİ**

Serviks kanserinin tanısında fizik muayene, sitoloji, kolposkopi ve biyopsiden yararlanır.

### ***5.1. Fizik Muayene***

Servikal mukoza epitelinin premalign ve malign lezyonlarının büyük çoğunluğunda etiyolojik ajanın HPV olduğu epidemiyolojik ve laboratuvar verileri ile desteklenmiştir. Tüm vakaların %95-100'ünde HPV saptanabilmektedir. Bu nedenle serviks kanserinin tanısında inspeksiyon ile siğillerin görülmesi tanı koydurucudur. (Yurtsev, 2011).

### ***5.2. Sitoloji***

Pap smear testi serviksin prelinik lezyonlara tanı koymada kolay uygulanabilen, duyarlılık-seçicilik yönünden oldukça başarılı, ekonomik ve hastalarca kolaylıkla kabul gören bir testtir (Selvi 2006; Vatansever 2010). Papsmear, hormonal durumun, vajinal ve servikal enfeksiyonların değerlendirilmesi, genital kanserlerin tedavisi ve

sonrasında tedavi sonuçlarının değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (Örenli 2015). Bu test sayesinde henüz semptomatik hale gelmemiş olan preinvazif ve erken invazif lezyonlar kolaylıkla saptanabilmektedir (Vatansever, 2010).

Servikal tanı metodu olan ‘Pap-smear’ testi jinekolojik muayene sırasında vajinal spekulum yerleştirildikten sonra özel spatula aracılığıyla skuamokolumnar kavşaktan, spatula saat yönünde ve saat yönünün tersine 360 derece çevirerek örnekleme şeklinde uygulanır. Alınan örnek lama yayılarak fikse edilip boyandıktan sonra sitoloji laboratuvarına gönderilir. Mikroskop altında incelenen bu hücrelerde kanser belirtilerinin olup olmadığına bakılmak suretiyle Pap smear testi yapılır (Selvi 2006; Kanbur and Çapık 2011).

Pap smear tarama testi serviks kanserinin belirtileri ortaya çıkmadan %90-95’e varan doğrulukla saptanmasını sağlamaktadır. Fakat Pap smear testi yanlış negatiflik oranları %0-94 arasında değişmektedir (Kanbur and Çapık 2011). Bu nedenle pap smear testi sonucu pozitif bulunduğu zaman kolposkopi, biyopsi, endoservikal küretaj, konizasyon gibi daha ileri değerlendirme yöntemlerine başvurulması gerekir (Koss, 1993; Bayçelebi, 2011).

Yanlış pozitiflik; smear alma tekniğinde hata, fiksasyonda hata, eritrosit varlığı, boyama hatası, patoloğun değerlendirme hatası gibi nedenlerden kaynaklı olabilir. Hataları azaltmak amacıyla uygulamada şu hususlara dikkat edilmelidir:

- Test öncesi en az 48 saatlik cinsel perhiz,
- Adet döngüsünün 10-18. günleri arasında yapılması,
- Testten önceki 48 saat içinde vajinal duş, vajinal tampon, vajinal kontraseptif veya ilaç kullanılmaması,
- Servikal bir cerrahinin ve bir önceki smear testinin üzerinden en az 3 ay geçmiş olması,
- Doğum sonrası en az 6-8 haftalık süre boyunca tarama amacıyla smear almaktan kaçınılması tavsiye edilmiştir (Örenli 2015).

Testi yapacak sağlık personelinin;

- Pap smear örneği ile hastanın adı, soyadı, yaşı ve/veya doğum tarihi, mestruel durumu, son adet tarihi, histerektomi, gebelik, postpartum, oral kontraseptif kullanımı veya hormon replasman tedavisi, intrauterin araç kullanımı, önceki anormal sitoloji veya biyopsi sonuçları, önceki tedaviler veya cerrahi girişimler, risk durumu ve önceki patolojik sitoloji ve histopatoloji bulguları, örneğin alındığı yer (serviks, vajen) belirtilmelidir.
- Steril veya tek kullanımlık spekulum kullanılmalıdır.
- Zorunluluk olmadığı sürece kayganlaştırıcı kullanılmamalı, çok gerekli olursa ılık su kayganlaştırıcı olarak kullanılabilir.
- Plastik spatula kullanılmalıdır.
- İlk olarak spatula ile vajen ve ektoserviks örneği alınmalı, ardından spatula 360 derece dönüşle kullanılmalıdır.
- Smear alınan sahanın dışında şüpheli bölge varsa bu bölgeden ayrıca smear alınır.
- Camın uzun kısmına yarısına kadar tek hamlede sürülmeli.

- Daha sonra camın diğ er yarısına fırça yuvarlanarak örnek yayılmalıdır.
- Alınan  rnek hemen fiske edilmelidir. Fiksasyon bu amaçla üretilmiş spreyleyle yapılmalı, spreyle camdan 15-25 cm uzaklıkta uygulanmalıdır (Örenli, 2015).

### ***5.3. Kolposkopi***

Kolposkopi yönteminin amacı serviks üzerinde ya da servikal kanalda bulunan lezyonların tanımlanması, prekanseröz serviks lezyonlarının varlığının araştırılması ve anormal PAP smear testi sonucunda biyopsi yapılacak alanların tespit edilmesidir.

Vajinaya spekulum yerleştirildikten sonra servikal mukus silinir ve önce fiziki muayene yapılır, Serviksten pap smear için örnek alınır. Daha sonra servikse %3-5'lik asetik asit uygulanır. Bunun akabinde servik çıplak gözle incelenir (Yurtsev, 2011; Arabacı, 2012). Basit ve ucuz bir test olması, hemen sonuç vermesi nedeniyle gelişmekte olan  lkelerde pap smeare alternatif bir yöntemdir. Asetik asit testi prekanseröz servikal lezyonların çoğunu doğru saptamakla birlikte, bunların önemli bir kısmı yalancı pozitifdir. Bundan dolayı Pap testinin uygulanamadığı yerlerde tarama yöntemi olarak kullanılabilir (Arabacı, 2012).

#### **5.4. Servikal Biopsi**

Eğer sitoloji ve kolposkopi testistinde patolojik bulgular saptanmış ise biopsi yapılır. Biopsi kolposkop altında patolojik bölgelerden alınır.

Serviks kanseri evrelemesi klinik olarak yapılan tek kanser olma özelliği taşımaktadır (Şahin, 2009). Evrelemesinde FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) ve TNM ismi verilen ve birbirine oldukça benzeyen iki sistem kullanılmaktadır.

Servikal kanserler için en yaygın kullanılan sistem International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) tarafından geliştirilmiş olan evreleme sistemidir. Bu sistem tümör büyüklüğü ve hastalığın yayılımını temel alan bir sistemdir (Small et al. 2017). Tümörün büyüklüğü ve yayılımı klinik olarak birçok inceleme ile değerlendirilerek, hastalık evreleri I'den IV'e kadar kategorize edilmiştir (Bayçelebi, 2011).

Bir diğer kullanılan evreleme sistemi ise Amerikan Ortak Kanser Komitesi (AJCC) TNM evreleme sistemidir. Bu sistem 3 aşamadan oluşmaktadır:

T; ana (primer) tümörün servikse ve yakın dokulara olan yayılımını açıklar.

N; serviksin yakınındaki lenf düğümlerine yayılmış kanseri gösterir.

M; kanserin servikse yakın olmayan diğer organlar veya lenf düğümleri gibi uzak bölgelere (metastaz yapmış) yayılıp

yayılmadığını gösterir (The American Cancer Society, 15 Kasım 2018).

## 6. TEDAVİ YÖNTEMLERİ

Serviks kanserinin tedavisinde belirli bir standart olmamakla birlikte erken evre serviks kanseri hastalarının tedavisi için genellikle **cerrahi önerilmektedir**.

Tedavi planlanırken hastanın yaşı, lezyonun yaygınlığı ve çocuk sahibi olma düşüncesi gibi birçok faktör göz önüne alınmaktadır. Ayrıca uygulanacak tedavinin kür sağlama oranı daha yüksek, mortalite ve morbiditesinin daha düşük olması gerekmektedir (Selvi, 2006; Small ve ark., 2017).

Serviks kanserinin tedavisinde kullanılan bazı yöntemler; elektrokoterizasyon, krioterapi laser vaporizasyonu, laser konizasyonu sıcak ve soğuk konizasyon, genç ve çocuk sahibi olmayan hastalarda kullanılan loop elektrocerrahi eksizyon prosedürü (LEEP) şeklinde sayılabilir (Selvi, 2006). Bu yöntemlere ek olarak; histerektomi, radyoterapi, kemoradyoterapi gibi yöntemler de kullanılmaktadır.

### 6.1. *Histerektomi*

Tüm tedavi metotları arasında en yüksek başarı oranına sahip olanıdır. Histerektomi çocuk isteği olmayan, kalıcı kontrasepsiyon isteyen, düzenli kontrollere istekli olmayan ve histerektomi gerektiren ek patolojisi olan olgularda uygulanan bir tedavi şeklidir (Selvi, 2006).

SHAPE çalışmasında 2 cm'den küçük servikal tümörlere sahip erken evre serviks kanseri hastalarında basit histerektomi ve pelvik düğüm diseksiyonu basit ve etkili bir çözüm olarak değerlendirilmektedir. Cerrahi tedaviye ek olarak; radyasyon tedavisi, kemoterapi tedaviye dahil edilebilir (Savaş Çimke, 2016; Small ve ark., 2017).

### **6.2. Radyoterapi**

Serviks kanserinin ileri evrelerinde radyoterapi standart tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır. Tedavi planı genellikle lokal lenf nodlarını tedavi etmeye ve tümörü küçültmeye yönelik olarak uygulanır. Fakat ilerlemiş hastalığı olan hastalarda, tedavi süresinin 8 hafta ile sınırlı tutulması önemlidir. Uzun süreli tedaviler mortaliteyi artırmaktadır. Ayrıca tedavinin gecikmesi ve/veya tedavinin kesintiye uğraması engellenmelidir (Savaş Çimke, 2016; Small ve ark., 2017; Cibula ve ark., 2018).

### **6.3. Kemoradyoterapi**

Son yıllarda yapılan araştırmalar tedavi başarı oranını artırmak ve yaşam süresini uzatmak amacıyla radyoterapi ile kemoterapi tedavisi uygulanmasının kanserli hasta açısından avantajlı olduğu ortaya konulmuştur (Savaş Çimke, 2016; Small ve ark., 2017).

Uygulanan tedaviler sonrasında hasta gözetim altında tutulması yineleyen hastalığın erken saptanmasında önemlidir. İki negatif sonuç elde edilinceye kadar 6 ayda bir sitoloji veya kolposkopi-sitoloji

birlikte takip edilmelidir. Hastanın eğitilmesi ve desteklenmesi gereklidir (Savaş Çimke, 2016; Cibula ve ark., 2018).

#### ***6.4. Terapötik Aşular***

Geleneksel tedavi yöntemlerinin yanı sıra serviks salgısında antikor miktarını artırarak, virüsün buradan içeri girmesinin immunolojik olarak önlediğini gösteren klinik deneylerde umut verici sonuçlar gözlemlenmiştir. Bu sayede terapötik HPV aşuları malign hastalığın gelişmesini engelleyici etki yaratmaktadır (Vatansever, 2010; Yurtsev, 2011; Small ve ark., 2017).

### **7. TARAMA VE ÖNLEME**

Serviks kanseri etyopatogenezi açısından bazı prekanseröz aşamalardan geçtikten sonra belirli bir sürede invaziv kanser haline gelmektedir. Serviks kanseri önlenabilir birçok risk faktörünün bilinmesi ve tarama imkânı olması nedeniyle korunma imkânı bulunan nadir kanserlerden birisidir. Servikal kanserin etkili bir tarama programı ile premalign aşamasında yakalanması ve tedavi edilmesi, insidans ve mortaliteyi düşürmek açısından oldukça önemlidir (Kokkun, 2014; Savaş Çimke, 2016).

Servikal kanserden korunma programlarında primordial, primer, sekonder ve tersiyer korunmadan bahsedilmektedir.



*Primordial korunma*; toplumu sosyal, ekonomik ve kültürel yönden kalkındırarak hastalıklarda rol oynayan etmenlerin etkisini azaltmak ya da ortadan kaldırmayı kapsamaktadır.

*Primer korunma*; kanserle ilişkili olduğu bilinen madde ve alışkanlığın kanser tanısı konmadan önce önlenmesini ifade etmektedir. Bilişsel ve teknolojik olmak üzere 2 temel üzerine şekillenmektedir; Teknolojik kısmı aşılamaı içerirken, bilişsel etkinlikler sağlık eğitimini içermektedir. Servikal kanserlerde sağlık eğitimi, özellikle karsinojenlerden uzak durmayı, riskli seksüel davranışları azaltmayı ya da önlemeyi içermektedir (Kokkun, 2014; Savaş Çimke, 2016).

Servikal kanserden *sekonder korunma* erken tanı ve tedavi etkinliklerinde yoğunlaşmakta, prekanseroz lezyonların invaziv hale gelmeden tedavi edilmesi esasına dayanmaktadır. Sekonder korumada amaç asemptomatik hastaları erken teşhisi ve risk altında olan grupların taranması amaçlanmaktadır. Kadınların yıllık jinekolojik muayene olması; HPV enfeksiyonuna bağlı gelişen lezyonların saptanmasında, mortalite ve morbiditeyi azaltmada sitolojik temelli servikal kanser tarama programları etkin bir yaklaşımdır (Kokkun, 2014; Savaş Çimke, 2016).

*Tersiyer koruma* ise klinik bulgu sonrasında hastalığın yönetimi ve tedavisi için uygun yöntemleri kullanmayı, sakatlıkları azaltmayı, rehabilitasyonlarını ve palyatif bakım uygulamalarını kapsamaktadır (Kokkun, 2014; Savaş Çimke, 2016).

## *HPV Aşısı*

Servikal kanserden global olarak yüksek mortalite oranı önleme, erken tanı, etkili tarama ve tedavi programlarını içeren kapsamlı bir yaklaşımla azaltılabilir (WHO, 2017). Özellikle günümüzde HPV ve servikal kanser ilişkisinin yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular ışığında servikal kanser aşıyla önlenebilen tek kanser türüdür ve primer korumanın en önemli basamağını oluşturmaktadır. HPV aşısı tek başına kanser riskini %43 azaltırken, aşı ve pap smear testinin kombine şekilde kullanılması ise kanser olma riskini %60 azalttığı rapor edilmiştir. Servikal kanserden korunma yöntemi olarak aşılar gelişmiş ülkelerde yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır (Savaş Çimke, 2016). Aşı servikal anormalliklerin, yüksek riskli enfeksiyon insidansının hatta servikal anormalliklerin azalmasını sağladığına dair güçlü kanıtlara sahiptir (Small ve ark., 2017).

HPV enfeksiyonu geçirmiş kadınların %50-60'ında antikor gelişse de immünizasyonun koruyuculuğu ve süresi bilinmemektedir. Rekombinan teknoloji kullanılarak virüs benzeri partiküllerden üretilen HPV aşısı aşılanan bireylerin tümünde, antikor cevabı oluşmakta olup bu oluşan antikor cevabı doğal enfeksiyona göre çok daha yüksek düzeydedir (Kokkun, 2014). Fakat DSÖ, servikal kansere karşı en uygun maliyetli halk sağlığı tedbiri olduğunu belirtmektedir (WHO, 2016). Aşı sonrası oluşan bu antikor cevabının adölesan yaş grubunda (özellikle 15 yaş altı) daha ileri gruplara nazaran daha yüksek düzeylerde olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. Bu

nedenle HPV aşısı için uygulanması önerilen zaman 9-15 yaş arasındır (Örenli, 2015).

Halen kullanımda olan HPV aşuları kuadrivalan aşı ve bivalan aşı'dır (Small ve ark., 2017). Kuadrivalan HPV aşısı tip 6, 11, 16 ve 18'i içermektedirken daha yeni bir aşı olan Gardasil 9 ise kuadrivalan aşıya ek olarak HPV'nin beş alt tipine (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) karşı koruma sağlamaktadır. Ayrıca Gardasil 9 servikal, vulvar, vajinal ve anal kanserlere karşı %90 koruma sağlamakta ve diğer aşılarından farklı olarak hem erkeklerde hem kadınlarda genital siğillere karşı korumada etkin olduğu belirtilmektedir (Savaş Çimke, 2016). Bivalan HPV aşısı ise tip 16 ve 18'e karşı geliştirilmiştir (Small ve ark., 2017).

Orijinal aşılama rejimleri; 0, 2 ay ve 6 ay boyunca verilen 3 doza dayandırılmıştır. Kuadrivalan aşı ilk dozdan sonra 2 ve 6. aylarda uygulanırken bivalan aşı ilk dozdan sonra 1 ve 6. aylarda uygulanmaktadır. Son zamanlarda, ikinci dozun ilk dozdan 6 ay ila 12 ay sonra verilmesi koşuluyla 2 dozun 3 doz kadar etkili olduğu gösterilmiştir. Örneğin; Birleşik Krallık'ta 3 doz rejiminin yerini 2 doz rejimi almıştır (Small ve ark., 2017).

Serviks kanserinde erken tanı Pap smear testi ile konulmaktadır. Kesin tanı için ise biyopsi incelenmesi gerekmektedir. Pap smear, birçok ülkede toplum tabanlı servikal kanser tarama programlarında ideal bir tarama testi olarak kullanılmaktadır (Kokkun, 2014).

Serviks kanseri başta olmak üzere genital kanserlerin taramasında tanı ve tedavinin vazgeçilmez bir aşaması olan “Pap-smear” tarama testi kanser taramaları içinde en erken yaygınlaşma gösteren taramadır (Mumcu, 2014). İlk kez 1930’lu yıllarda Yunan doktor George Papanicolaou tarafından tanımlanmıştır (Örenli, 2015). Bu tarama yöntemi, ucuz ve kolay uygulanır olması nedeniyle yirminci yüzyılın ikinci yarısından sonra birçok ülkede yaygın biçimde uygulanmaya başlanmıştır (Mumcu, 2014). Pap smear taramasının yaygınlaşması ile birlikte servikal lezyonların tanısında artış meydana gelmiştir. Bu nedenle mortalite oranları azalırken insidansında kısa bir dönem artmayla beraber düzenli pap smear taramalarıyla servikal kanser insidansı önemli ölçüde azalmıştır (Bayçeşlebi, 2011).

2002’de Amerikan Kanser Derneği’nin (AKD) yayımladığı kılavuza göre servikal sitoloji temel tarama yöntemi olarak tavsiye edilmekte iken, 2012’de yayımlanan kılavuzda servikal sitolojiye ek olarak servikal kanser gelişiminde en önemli risk faktörü olan HPV varlığının araştırıldığı HPV DNA testinin de kullanılması önerilmektedir. Genel olarak HPV testleri sitoloji testlerine kıyasla daha yüksek sensitiviteye sahipken, spesifiteleri daha düşük olması nedeniyle yanlış pozitif sonuçları önlemek için pozitif sonuca sahip hasta kolposkopiye yönlendirilmektedir (Kokkun, 2014; Öztürk, 2017).

Servikal kanser, taramada pap smear testinin başlanma zamanı, tarama sıklığı ve sonlandırılma zamanı ile ilgili tartışmalar devam etmektedir (The American Cancer Society, 15 Kasım 2018).

AKD'nin ve American Obstetrik ve Jinekoloji Koleji (ACOG) önerilerine göre kadınlar ilk cinsel ilişkiden 3 yıl sonra veya ilk cinsel birleşme yaşında bağımsız bir şekilde 21 yaşından itibaren serviks kanseri tarama testi yaptırmaya başlamalı, 30 yaşına kadar her yıl yılda bir kez pap smear testi yaptırmalıdır. 21-29 yaş grubundaki kadınların HPV-DNA testi taraması yaptırmasına gerek yoktur. Bununla birlikte 30 yaşından büyük kadınlarda ise ardışık 3 smear sonucunun negatif olduğu durumlarda en az 2-3 yılda bir Pap Smear testi tekrarlanmalıdır. Fakat tercih edilen tarama sıklığı yolu, 5 yılda bir HPV testi ile birleştirilmiş Pap Smear testi uygulamasıdır. Bu uygulamaya “co-test” adı verilir (The American Cancer Society, 28 Şubat 2019; Mavi Aydoğdu ve Özsoy, 2018). Ancak HIV pozitif, bağışıklık yetersizliği olan, inutero DES (diethylstilbestrol)'e maruz kalan, organ transplantasyonu yapılmış olanlar kadınlar, kemoterapi veya kronik kortikosteroid tedavisi alanlarda tarama sıklığı artırılmalıdır. Fakat servikal kanser tarama sıklığı ne olursa olsun her kadına yılda bir kez pelvik muayene yapılmalıdır (Tokgöz, 2009; Uçar ve Bekar, 2010).

AKD'nin görüşüne göre; kadınlar 65-70 yaşına gelmiş ve son 10 yılda düzenli tarama yaptırmış veya benign endikasyonlarla histerektomi geçirmiş ise yüksek gradeli servikal intraepitelyan neoplazi (CIN) öyküsü yok ise taramalar sonlandırılabilir (Uçar ve Bekar, 2010; The American Cancer Society, 11 Mayıs 2019).

## 7.1. Dünya’da Serviks Kanserinin Taranması ve Önlenmesi

Pap Smear testinin uygulanması ülkelere göre değişiklikler göstermektedir. Serviks kanseri hızları oldukça düşük olan Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Servisi tarama yaşını 21 olarak önermektedir (Selvi, 2006; Öztürk, 2017).

AKD ise tarama programı için kadınların cinsel aktiviteye başladıktan üç yıl sonra veya en geç 21 yaşında tarama yaptırmalarını tavsiye etmektedir. Fakat HIV enfeksiyona sahip olan veya immünsupresif tedavi alan kadınların ilk yıl 6 ayda bir, sonuçları negatif ise yılda bir tarama yaptırmaları ve taramayı tekrarlamaları önerilmektedir. 1993 yılında yapılmış bir araştırmada % 9'u hiçbir zaman Pap smear kullanmadığı bildirilmiştir (Calle ve ark., 1993). Sirovich ve Welch (2004)'in yapmış olduğu çalışmada Amerikalı kadınların büyük çoğunluğunun (%93) yaşamları boyunca en az bir Pap smear testi yaptırdığı belirlenmiştir. Az gelişmiş ülkelerde ise bu oran sadece %5'tir (Öztürk, 2017).

İtalya’da ve Belçika’da pap smear testi tarama evrenini 25-64 yaş arasındaki kadınlar oluşturmakta ve taramalar 3 yılda bir yapılmaktadır. Servikal kanser insidansında en büyük azalmayı yakalayan etkin ve bir şekilde tarama yapılan Finlandiya’da smear 30-60 yaşları arasında 5 yılda bir alınmakta ve tarama hedef gruptaki kadınların %98'i yaşamları boyunca en az bir kez smear aldırılmaktadır. Danimarka’da 25-59 yaşları arasındaki kadınlara 2 yılda bir smear uygulanması önerilmektedir. Buradaki kadınların 650

000'i her yıl smear yaptırmaktadır (Öztürk, 2017). Sidney'de yapılan bir çalışmada ise kadınların %83'ünde Pap smear testi yapılmış olduğu belirlenmiştir (Mooney-Somers ve ark., 2015).

## **7.2.Türkiye'de Serviks Kanserinin Taranması ve Önlenmesi**

Ulusal bir tarama programının uygulanması bu hastalıkla ilgili mortalite, morbidite ve sağlık maliyetini azaltacaktır (Uçar ve Bekar, 2010). Türkiye ulusal tarama programı oluşturulması amacıyla 2007'de Sağlık Bakanlığı tarafından "Serviks Kanseri Tarama Standartları Genelgesi" ve "Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartları" yayınlanmıştır (Uçar ve Bekar, 2010).

Serviks Kanseri Taraması Ulusal Standartlarına göre ulusal toplum tabanlı serviks kanseri taramaları Aile Sağlığı Merkezleri (ASM) ve Toplum Sağlığı Merkezleri (TSM) bünyesindeki Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) tarafından yürütülür. Hpv dna / Pap-smear testi ASM veya TSM'de (KETEM) görevli, bu konuda eğitim almış sağlık personeli tarafından uygulama yapılır ((T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu, 29 Temmuz 2019).

Türkiye'de uygulanan servikal kanser tarama programında; 30 yaşında tarama programına başlanır. 60 yaşına kadar her beş yılda bir tekrarlanır. 65 yaşında beş yılda bir tekrarlanır. Son iki testi negatif olanlar programdan çıkartılır (Kanbur ve Çapık 2011; Örenli, 2015).

### **7.3. Serviks Kanseri Tarama ve Önleme Çalışmalarında Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü**

21. Yüzyıl Sağlık Hedefleri sağlığı geliştirme kavramına vurgu yapmaktadır. Sağlığı geliştirme hemşireliğin sağlığı koruma-geliştirme ve danışmanlık rolünün bir parçası olup önemi giderek artmaktadır (Yardım ve ark., 2007; Bahar ve Açıl 2014; Savaş Çimke, 2016).

Hemşireler genellikle kadın olmaları, toplumla yakın ilişkilerinin bulunması, ulaşılabilir bir konumda olmaları ve toplumla uzun zaman geçiren bir meslek grubu niteliğini taşıması ile kadınların koruyucu sağlık davranışları kazanmalarında ve tarama programları hakkında farkındalıklarının artırılmasında kilit rol üstlenmektedirler. Sağlık personeli tarafından, kadınlara Pap Smear testinin ne amaçla, hangi sıklıkta yapılması gerektiğinin ve öneminin anlatılması gerekir. Bunun yanı sıra bu konuda sağlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması ve kadınların serviks kanseriyle ilgili bilinçlendirilmeleri de düzenli Pap Smear yaptırmaları açısından yararlı olacaktır (Akyüz ve ark., 2006; Tokgöz, 2009; Savaş Çimke, 2016)

Hemşireler jinekolojik kanserler ile ilgili yeterli bilgiye sahip olup etraflı bir tanılama, risk belirleme ve bireyin kansere yatkınlığı konusunda gerekli donanıma sahip olmalıdırlar. Özellikle danışmanlık verirken partner sayısının az sayıda tutulması, CYBH, kondom kullanımı, riskli yaşam davranışlarının belirlenmesi ve yönetimi, HPV dahil diğer enfeksiyonlara maruz kalınması ve servikal kanserden



korunma ile ilgili etkili bir danışmanlık hizmeti yürütülmelidir (Tokgöz, 2009; Savaş Çimke, 2016).

Ayrıca primer ve sekonder korumanın yanı sıra tersiyer korunma programı kapsamında ebe ve hemşireler komplikasyonların önlenmesinde, semptom kontrolünü sağlanmasında önemli yere sahiptir. Ebe/hemşirelerin sunmuş oldukları izlem ve eğitim hizmetleri sayesinde sakatlıkları azaltılması mümkün hale gelmektedir (Kanbur ve Çapık, 2011).

## **SONUÇ**

Kadınların serviks kanseri tanı yöntemleri ve risk faktörleri konusunda sağlık eğitimlerine verilen önceliğin artırılması ve bu eğitimlerin donanımlı sağlık personeli tarafından, bireylerin dini ve kültürel yapısı dikkate alınarak verilmesi; bireylerin çevreden duymuş oldukları yanlış bilginin önüne geçilmesi ve serviks kanseri tarama testi uygulanmalarının yaygın hale getirilmesi açısından önemlidir.

## KAYNAKÇA

- Abike, F., Bingöl, B., Kılıç, G. S., Dünder, İ., Tapısız, Ö. L. (2011). Servikal kanser ve tümör belirteçleri. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 1:1–9.
- Akyüz, A., Güvenç, G., Yavan, T., Çetintürk, A., Kök, G. (2006). Kadınların pap smear yaptırma durumları ile bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gulhane Medical Journal*, 48(1):25–29.
- Alkış Koçtürk, S. (2010). Menopoz Öncesi ve Sonrası Kadınlarda İnsan Papilloma Virüs (HPV) DNA'sının Araştırılması. Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kahramanmaraş: T.C. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi.
- Arabacı, Z. (2012). *Kadınların Pap Smear Testi Deneyimlerinin Betimlenmesi: Nitel Bir Çalışma*. İzmir
- Bahar, Z., Açıl, D. (2014). Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(1):59–67. <http://www.deuhyoedergi.org>.
- Bayçelebi, G. (2011). Trabzon Bölgesinde Risk Gruplarının Kanser Erken Tanısına Yönelik Tarama Testlerini Yaptırma Oranları. Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi,
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Rebecca, L. S., Torre, L. A., Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>.
- Brown, K. F., Rungay, H., Dunlop, C., Ryan, M., Quartly, F., Cox, A., Deas, A., Elliss-Brookes, L., Gavin, A. ve ark. (2018), The fraction of cancer

attributable to modifiable risk factors in England, Wales, Scotland, Northern Ireland, and the United Kingdom in 2015. *British Journal of Cancer*, 118(8):1130–41. <https://doi.org/10.1038/s41416-018-0029-6>.

Calle, E. E., Flanders, W. D., Thun, M. J., Martin, L. M. (1993), Demographic predictors of mammography and pap smear screening in US women. *American Journal of Public Health*, 83(1):53–60. <https://doi.org/10.2105/AJPH.83.1.53>.

Cancer Research UK. *Cervical Cancer Incidence Statistics*. <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/cervical-cancer/incidence#heading-One>. (11 Mart 2019).

Çeşmeci, Y., Köylü, B., Sulaiman, J., Sancak, E., Şenel, S., Baki, H. E., Karataş, K., Zık S. (2015), İnternlerin gözünden hpv enfeksiyonları ve hpv aşısı. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 3:85–92.

Cibula, D., Pötter, R., Planchamp, F., Avall-Lundqvist, E., Fischerova, D., Meder, C. H., Köhler, C. ve ark. (2018) ,The European Society of gynaecological oncology/european society for radiotherapy and oncology/European society of pathology guidelines for the management of patients with cervical cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, 28(4):641–55. <https://doi.org/10.1097/IGC.0000000000001216>.

Egawa, N., Egawa, K., Griffin, H., Doorbar, J. (2015), Human papillomaviruses; epithelial tropisms, and the development of neoplasia. *Viruses*, 7(7):3863–90. <https://doi.org/10.3390/v7072802>.

Eryeşil, N. (2015) ,Risk Toplumunda Kitle Medyasının Rolü Rahim Ağzı Kanseri Riski ve HPV Aşısının Haberleştirilmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İletişim Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: T.C. Galatasaray Üniversitesi.

Esencan, T. Y. (2009), Jinekolojik erken tanı yöntemlerinin kullanımında kadınların

tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 40(2):63–66.

Gül, P., Algier, L., Çolak, M., Abbasoğlu, A. (2007), Hemşirelerin serviks kanseri ve Hpv aşısı hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 10(4):94–98.

IACR. (2019), Globocan 2018 Turkey. *International Association of Cancer Registries*.

İflazoğlu, F. (2015), Sağlığı Geliştirme Modeline Göre Yoksul ve Yoksul Olmayan Kadınların Pap Smear Yaptırma Durumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi.

Kanbur, A., Çapık, C. (2011), Servikal kanserden korunma, erken tanı-tarama yöntemleri ve ebe / hemşirenin rolü. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 61–72.

Karaoğlu, D. (2016), Kadınların Serviks Kanseri Risk Faktörleri ve Erken Tanı Yöntemleri İlişki Bilgi ve Uygulamalarını Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa: Yakın Doğu Üniversitesi.

Khan, M. J., Massad, L. S., Kinney, W., Gold, M. A., Mayeaux, E. J., Darragh, T. M., Castle, P. E., Chelmow, D., Lawson, H. W., Huh, W. K. (2016), A common clinical dilemma: management of abnormal vaginal cytology and human papillomavirus test results. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 20(2):364–70.

Kokkun, M., (2014), Malatya İl Merkezinde Bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Ulusal Kanser Tarama Programlarındaki Taramalar Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Malatya: T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Koss, L. G. (1993), Cervical (Pap) smear: new directions. *CANCER Supplement*, 71(4): 1406–12. <https://doi.org/10.1002/cncr.2820710405>.
- Kurtoğlu, E., Alper Gürz, A. (2014), Serviks Kanseri Epidemiyolojisi, *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik*, 7(4):1-4.
- Makuza, J. D., Nsanzimana, S., Muhimpundu, M. A., Pace, L. E., Ntaganira, J., Riedel, D. J. (2015), Prevalence and risk factors for cervical cancer and pre-cancerous lesions in Rwanda. *Pan African Medical Journal*, 22(26):1–8. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.22.26.7116>.
- Mavi Aydoğdu, S. G., Özsoy, Ü. (2018), Serviks kanseri ve HPV cervical cancer and HPV. *Androloji Bülteni*, 20:25–29. <https://doi.org/10.24898/tandro.2018.62533>.
- Mooney-Somers, J., Douglas, C., Deacon, R. M. (2015), Pap smear rates among Australian community-attached lesbian and bisexual women: some good news but disparities persist. *The University of Sydney*. <https://doi.org/10.1071/sh14210>.
- Mumcu, H. (2014), Kırk Yaş ve Üzeri Kanser Tanısı Almamış Bireylerin Kansere İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Kayseri: T.C. Erciyes Üniversitesi.
- Nabavizadeh, N., Burt, L. M., Mancini, B. R., Morris, Z. S., Walker, A. J., Miller, S. M., Bhavsar, B., Mohindra, P., Kim Kharofa, M. B. (2016), Results of the 2013-2015 association of residents in radiation oncology survey of chief residents in the United States. *International Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 94(2):228–34. <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2015.10.014>.
- Örenli, G. (2015), İlk Öğretim İkinci Kademedede Öğrenim Gören Kız Öğrencilerin Annelerinin Rahim Ağzı Kanseri ve Hpv Aşırı Konusunda Bilgi Tutum Davranışları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek

Lisans Tezi, Zonguldak: T.C. Bülent Ecevit Üniversitesi.

Ozan, H., Çetinkaya Demir, B., Atik, Y., Gümüş, E., Özerkan, K. (2011), Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran hastaların human papilloma virüs ve Hpv aşısı hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 37(3):145–48.

Öztürk, Y. (2017), Pap Smear testi Yaptırmamış Kadınların Bu Teste Yönelik Farkındalıklarının Ve Testi Yaptırmama Nedenlerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.

Parsa, P., Sharifi, F., Shobeiri, F., Karami, M. (2017), Effects of group counseling based on health belief model on cervical cancer screening beliefs and performance of rural women in kaboudrahang, Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 18:1525–1530. <https://doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.6.1525>.

Pınar, G., Topuz, Ş., Doğan, N., Algier, L. (2009), Başkent üniversitesi birinci sınıfta okuyan kız öğrencilerin serviks kanseri ve korunmaya yönelik bilgi ve uygulamaları. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 12(3):66–73.

Şahin, D. (2009), Kırklareli Devlet Hastanesi'nde Çalışan Sağlık Personelinin ve Hastaneye Başvuran Kadınların Jinekolojik Kanseler Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne: T.C. Trakya Üniversitesi.

Savaş Çimke, V. (2016), Farklı Meslek Gruplarındaki Kadınların Hpv, Servikal Kanser ve Pap Smear Testi Bilgi Düzeyi ile Davranışlarını Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin: T.C. Mersin Üniversitesi.

Selvi, M. (2006), Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları ile Pratisyen Hekimlerin

Pap Smear Alma Sıklığının Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi.

Şencan, İ, Keskinçılıç, B., Gültekin, M., Karaca, A. S., Öztürk, C., Boztaş, G., Zayıfoğlu Karaca, M. ve ark. (2015) *TÜRKİYE Kanser Kontrol Planı 2013 - 2018*. T. C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı. Cilt. 1.

Small, W., Bacon, M. A., Bajaj, A., Chuang, L. T., Fisher, B. J., Harkenrider, M. M., Jhingran, A. ve ark., (2017) *Cervical Cancer: A Global Health Crisis*. *Wiley Online Library*, 123(13):2404–12. <https://doi.org/10.1002/cncr.30667>.

Sönmez, Y. (2011) *Meme ve Serviks Kanserinde Erken Tanı Yöntemlerinin Kullanımı Konusunda Kadımların Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi*. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: T.C. Marmara Üniversitesi.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2007) *21 Hedef'te Türkiye: Sağlıkta Gelecek*. Yardım N, Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Aydın S, Ünüvar N (editörler). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü.

T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2016) *Türkiye Kanser İstatistikleri*. Gültekin M, Boztaş G, Şimşek Utku E, Kavak Ergün A, Sevinç A, Tütüncü S, Dündar S, Seymen E. (editörler) Şencan İ, İnce GN. Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2017) *Türkiye Kanser İstatistikleri*. Şencan İ, Keskinçılıç B. (editörler). Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü. (2018) *Türkiye kanser istatistikleri 2015*. İter H, Keskinçılıç B. (editörler). Ankara.

The American Cancer Society. Cervical cancer stages. <https://www.cancer.org/>

cancer/cervical-cancer/detection-diagnosis-staging/staged.html. (15 Kasım 2018).

The American Cancer Society. Cervix statistics. [https://cancerstatisticscenter.cancer.org/?\\_ga=2.242238530.1963831989.1522526548-893062143.1522526548#!/cancer-site/Cervix](https://cancerstatisticscenter.cancer.org/?_ga=2.242238530.1963831989.1522526548-893062143.1522526548#!/cancer-site/Cervix). (31 Mart 2018).

The American Cancer Society. The American cancer society guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/prevention-and-early-detection/cervical-cancer-screening-guidelines.html> (11 Mayıs 2019).

The American Cancer Society. What are the risk factors for cervical cancer? <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html#references> (28 Şubat 2019) Tokgöz, Tuğba. 2009. "Gebe Kadınların Pap Smear Testi Konusunda Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi." Haliç Üniversitesi.

Uçar, T., Bekar, M. (2010) Türkiye’de ve Dünyada jinekolojik kanserler. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 13(3):55–60.

Uluocak, T., Bekar, M. (2012) Kadın sağlık çalışanlarının servikal kansere ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 2:50–57.

Uyanıkoğlu, H., Numanoğlu, C., Gülkılık, A. (2016) Servikal kanser taramasında asetikasit sonrası inspeksiyon ile servikal smearin karşılaştırılması. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(1):1–8.

Vatansever, G. (2010) Sağlık Çalışanlarının Human Papilloma (HPV) Aşısı ve HPV ile Serviks Kanseri Hakkında Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Manisa: Celal Bayar Üniversitesi.



- Vessey, M., Painter, R. (2006) Oral contraceptive use and cancer. findings in a large cohort study, 1968-2004. *British Journal of Cancer*, 95(3):385–89. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6603260>.
- WHO. 2002. Screening for cervical cancer in developing countries. *World Health Organization*. <https://doi.org/10.4103/0019-509X.64704>.
- Wichachai, S., Songserm, N., Akakul, T. (2016), Effects of application of social marketing theory and the health belief model in promoting cervical cancer screening among targeted women in Sisaket Province, Thailand. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17: 3505–3510.
- World Health Organization. Human Papillomavirus and HPV Vaccines: Technical Information for Policy-Makers and Health Professionals. *Initiative for Vaccine Research Department of Immunization, Vaccines and Biologicals World Health Organization*. 2007. [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862007000900018&script=sci\\_arttext%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Human+papillomavirus+and+HPV+vaccines:+technical+information+for+policy-makers+and+health+professionals#0](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862007000900018&script=sci_arttext%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Human+papillomavirus+and+HPV+vaccines:+technical+information+for+policy-makers+and+health+professionals#0). (11 Mayıs 2019).
- Yoo, W., Sangmi, K., Huh, W. K., Dilley, S., Coughlin, S. S., Partridge, E. E., Chung, Y., Dicks, V., Lee, J. K., Bae, S. (2017) Recent trends in racial and regional disparities in cervical cancer incidence and mortality in United States. *PLoS ONE*, 12(2):1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172548>.
- Yurtsev, E. (2011) Ergen Kızlar ve Annelerinin HPV Aşısına İlişkin Bilgi ve Görüşleri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın: T. C. Adnan Menderes Üniversitesi.

## **BÖLÜM 5**

### **YAŞLI BİREYLERDE AĞRI VE YÖNETİMİ**

Prof. Dr. Mukadder MOLLAOĞLU<sup>1</sup>, Arş. Gör. Safiye YANMIŞ<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup>Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas-TÜRKİYE, mollaoglumukadder@gmail.com

<sup>2</sup>Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzincan-TÜRKİYE, safiyeyanmis61@gmail.com



## GİRİŞ

Yaşlılık; bilişsel, morfolojik, fizyolojik ve patolojik değişikliklerin olumsuz yönde ilerlediği, üretkenlik rolünün bırakıldığı, sosyal konumun değiştiği, kişilerarası desteğin azaldığı, çeşitli hastalıkların ortaya çıktığı, fiziksel ve ruhsal yeteneklerin gerilediği bir dönem olarak değerlendirilmektedir (Özel ve ark., 2014; WHO, 1979a; Yerli, 2017). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yaşlılık dönemi için kronolojik tanımlamayı dikkate almakta ve bu dönemi, “65 yaş ve üzeri” olarak kabul etmektedir (WHO, 1979b). Ülkemizde Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre; yaşlı nüfusun son beş yılda %16 artarak, 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişi olduğu belirtilmektedir (TÜİK, 2018).

Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte yaşlılık dönemine özgü sorunlarda da artış olmaktadır. Ağrı, yaşlılıkta karşılaşılan en önemli sağlık sorunlarından biridir. Yaşlıların %85' i ağrı deneyimi yaşamaktadır. Beşinci vital bulgu olarak kabul edilmesiyle birlikte ağrının değerlendirilmesinin önemi artmıştır (Elbi, 2017). Hasta ve yakınları için ağrı büyük bir korku kaynağıdır. Çünkü ağrı canlı organizmada birşeylerin doğru gitmediği sinyalinin taşıyıcısı ve yaşam kalitesini önemli ölçüde olumsuz etkiler. Yaşlılar inatçı ve kronik ağrı açısından önemli bir risk grubunu oluşturmaktadır. Ağrı yeterince kontrol edilmediğinde ciddi sorunların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır (Karadakovan, 2014; Sayın, 2012).

Yaşlı bireylerde ağrının sağlık profesyonelleri, toplum ve bireyin kendisi tarafından yaşlanmanın doğal bir süreci olarak düşünülmesi, yaşlıda ağrının belirlenmesi ve yönetiminde en önemli engellerden

biridir (Allcock ve ark., 2002; Babadağ ve Balcı Alparslan, 2016). Kronik ağrı yaşlı bireylerin fonksiyonel, fiziksel ve mental durumlarını olumsuz yönde etkilemektedir (Kaye ark., 2010). Ağrı, yaşlı bireylerde sıklıkla depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları, sosyal izolasyon, yürüme bozuklukları ve hareket kısıtlılığına neden olmaktadır (Ali ve ark., 2018; Babadağ ve Balcı Alparslan, 2016; Çilingir ve Bulut, 2017; Kaye ve ark., 2010; Sağlık Bakanlığı, 2011).

Yaşlılarda kronik hastalıkların yaygınlığındaki artış, ağrı için önemli risk faktörüdür (Cavalieri, 2005; Yerli, 2017; Ali ve ark., 2018). Yaşlılarda kronik ağrı nedenlerinin başında kas iskelet sistemi ve romatizmal hastalıklar gelmektedir. Bunlar arasında osteoartrit, spondilozis, bel ve bacak ağrıları, romatoid artrit, fibromiyalji, osteoporoz ve sekonder miyopatiler yer almaktadır. Bunların dışında yaşlılarda kronik ağrıya yol açan nedenler malignite, diyabetik nöropati, vasküler hastalıklar, viseral kaynaklı ağrılardır (Gündüzoğlu ve Karadakovan, 2011; Ordu Gokkaya ve ark., 2012). Yaşlıda ağrıya neden olan durumlar ciddi komplikasyonlara neden olarak, ikincil sağlık sorunlarına ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır. Bu nedenle ağrının dikkatle değerlendirilerek gerekli tedavi ve girişimlerin gerçekleştirilmesi konusunda sağlık profesyonellerinin ve yaşlı bakım ekibindeki tüm üyelerin önemli sorumluluğu bulunmaktadır (Abdulla ve ark., 2013; Cavalieri, 2005).

Etkin olarak ağrının giderilemediği durumlar, yaşlı bireylerde var olan sağlık sorunlarının kötüleşmesine, ek sorunların ortaya çıkmasına ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır. Ağrı nedeniyle

hareket kısıtlılığı olan yaşlı bireylerde basınç ülserleri, pnömoni ve konstipasyon gelişmesinin yanı sıra ağrı, iştahsızlık ve yemek yememe, sıvı almayı istememe malnütrisyon ve dehidratasyon gibi sorunların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Kronik ya da tedavi edilemeyen ağrı yaşlı bireylerde depresyon, umutsuzluk gibi emosyonel sorunlara neden olabilmektedir (Abdulla ve ark., 2013; Ali ve ark., 2018). Bu nedenle yaşlı bireylerde ağrının etkin değerlendirilmesinin yapılarak uygun girişimlerle giderilmesi için hemşire ve diğer sağlık ekibi üyelerinin birlikte çalışması önemlidir (Karadakovan, 2014; Kirksey ve ark., 2015).

## 1. AĞRI

Ağrı, Latince “poena” (ceza) sözcüğünden gelmektedir ve günümüze kadar çok değişik şekillerde tanımlanmıştır. Uluslararası Ağrı Araştırma Teşkilatı (IASP) taksonomi komitesinin 1979 yılında yaptığı tanımlamaya göre ağrı; ‘vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, insanın geçmişte edindiği subjektif, primitif, sensoryal hoş olmayan emosyonel bir duyum, davranış şekli’ olarak tanımlanmaktadır (Treede, 2018).

Çok boyutlu bir deneyim olan ağrı; nörofizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, etnik, kültürel, dinsel, bilişsel, ruhsal ve çevresel koşullar ağrıyı algılama ve yansıtmada etkilidir (Saygın ve Yağcı, 2019; Zarifoğlu, 2017). Yaşlı bireylerde ağrı; ağrının olduğu vücut bölgesine, etkilediği sistemlere, ortaya çıkış süresine, şiddetine ve geçen süreye göre sınıflandırılmaktadır (Cavalieri, 2005; Öngel, 2017). Nosiseptif yollarla oluşan duyu olarak tanımlanan ağrı oluşumu, yalnız zararlı

uyaranların elektiriksel yol ile duyu sinirleri aracılığı ile kortekse ulaştırılması olmayıp, birçok surecin bileşiminden meydana gelen bir durumdur. Ağrı, zararlı uyaran durumunda organizmayı meydana gelen hasardan haberdar ederek are aramaya yonlendiren fizyolojik bir alarm gorevi gormektedir (Treede, 2018).

Sinir sistemi ağrılı uyaranları algılayan ve veren mekanizmalar içermektedir. Nosisseptrler rahatsız edici uyarıyı tanımlamak, uyarıyı elektiriksel sinyale donsturmek ve merkezi sinir sistemine iletmekle sorumlu, özelleşmiş periferel duyusal nöronlardır. Nosisseptrler, beyin dışında tüm dokularda bulunmakta ve bilgiyi beyine taşıymaktadır. Nosisseptrler elektiriksel, biyolojik, termal, mekanik ve kimyasal uyarılarla uyarılmaktadır. Bu uyarılar spinal kordun dorsal kök ganglionları ve spinotalamik yol boyunca beyinin merkezi alanlarına taşınmakta ve ağrı duyusu algılanmaktadır (Urman ve Vadivelu, 2015; Osterweis ve ark., 1987). Vücutta doku hasarına bağlı olarak oluşan uyarıların merkezi sinir sistemine iletilmesi, algılanması ve fizyolojik, biyokimyasal ve psikolojik süreçlerin harekete geçirilmesi nosisepsiyon olarak adlandırılmaktadır. Nosisepsiyon, transdüksiyon, transmisyon, modülasyon ve persepsiyon olmak üzere dört süreci içermektedir (Saygın ve Yağcı, 2019; Osterweis ve ark., 1987).

Transdüksiyon, doku hasarı oluşturan mekanik termal veya kimyasal uyarıların sinirlerin sensorival uçlarında sinirsel aksiyon potansiyeline (elektiriksel aktiviteye) dönüştürülmesidir. Transmisyon, nosisseptrler ile algılanan uyaranların duyusal sinirler ile st beyine iletilmesidir. Nosisseptif uyarı taşımada görev alan üç segment; periferel sinirler

boyunca spinal korda taşınma, dorsal boynuzda taşınma, talamus ve kortekse taşınmadır (Saygin ve Yağcı, 2019; Aydın, 2002). Modülasyon, spinal kordda ağrı impulslarının değiştirilmesi veya baskılanmasını içerir. Persepsiyon ise, ağrıyı yaşayan birey tarafından ağrının fark edilmesi, tanımlanması ve ağrıya tepki verilmesi ile oluşur (Urman ve Vadivelu, 2015; Uyar ve Köken, 2017).

## **1.1. Ağrı ile İlgili Teoriler**

### **1.1.1. Kapı Kontrol Teorisi**

Patrick David Wall ve Ronald Melzack 1965’ te, ağrıyı zihin-beden perspektifinden inceleyen kapı kontrol teorisini açıklamıştır. Kapı kontrol teorisinin ileri sürmeleriyle birlikte ağrı nörofizyolojisinde önemli bir devrim gerçekleşmiş, bu teori ile ağrı sürecinde merkezi sistemin rolü önem kazanmıştır. Ancak bu teori merkezi sinir sitemdeki uzun süreli ağrı algısına tam olarak açıklık sağlayamamıştır (Trachsel ve Cascella, 2020).

Kapı kontrol teorisi, bir uyarı beyne gönderildiğinde, önce omurilik içindeki üç yere gitmesi gerektiğini savunmaktadır. Bunlar dorsal boynuzdaki substantia gelatinosa içindeki hücreleri, dorsal kolondaki lifleri ve dorsal boynuzda bulunan iletim hücrelerini içermektedir (Schug ve ark., 2011; Trachsel ve Cascella, 2020). Omuriliğin dorsal boynuzunun substantia gelatinosa, beyne giden bilgiler için bir “kapıya” benzer şekilde geçen sinyalleri modüle etmeyi sağlamaktadır. Bireyin hissettiği ağrı hissi, omuriliğin bu üç bileşeni arasındaki karmaşık etkileşimin sonucudur (Trachsel ve Cascella, 2020; Tulgar ve ark., 1998). Basitçe ifade etmek gerekirse, ağrı ciltteki sinirlerin



aktivasyonuylu başlar. Bu sinyallerin beyne ulaşması için, spinal kordda bir kapı kontrolünden geçmesi gerekir. Ağrı sinirleri aktive olduğunda, ağrı kapısı açılır ve ağrı mesajları beyne ulaşır, beyin ağrıyı algılar (Trachsel ve Cascella, 2020). Büyük sinirler, dokunma, sıcaklık farkı gibi ağrılı olmayan uyarınlarla aktive olduğunda ağrı kapısı kapanır ve ağrı mesajlarının dışındaki mesajlar beyne ulaşır. Ağrı kapısı kapandığında ağrı hissedilmez. Hem omurilikte hem de beyinde ağrı kapıları vardır (Ovayolu ve Ovayolu, 2016; Trachsel ve Cascella, 2020). Günlük ağrı deneyimleriyle kapı kontrol teorisine örnek verilecek olursa; bütün gün ev temizliği yapıldığında tüm vücut ağrır, fakat sıcak su dolu küvetin içine girildiğinde şikayetler neredeyse hemen geçer. Çünkü, sıcak su, sıcaklığa duyarlı sinirleri aktive eder ve ağrı kapıları kapanır. Sıcak su dolu küvetten çıkıldığında vücut yine katılaşıır ve ağrı geri gelir, çünkü sıcak, günün travmasını tedavi etmez, sadece ağrı sinyalleri beyne ulaşmadan bloke edilmiştir. Sıcak su küvetinde 15 dakika oturduğunda ağrının yine geri geldiği fark edilir, çünkü beyin sürekli aynı mesajı alınca, sıcaklık sinyalini bloke eder (Ovayolu ve Ovayolu, 2016).

### **1.1.2. Spesifik Teori**

Özgüllük teorisi, ilk modern ağrı teorilerinden biridir. Belli ağrı reseptörlerinin beyindeki ağrı algısını üreten bir "ağrı merkezine" sinyaller ilettiğini iddia etmektedir. Von Frey 1895 yılında, tıpkı işitme duyasu gibi vücudun ağrıyı algılamak için ayrı bir duyu sistemine sahip olduğunu savunmuştur. Bu teoriye göre, ağrı spesifik liflerle iletilir. Bu uyarınlr merkezi sinir sistemde spesifik bir alanda sonlanır. Fakat bu

teorinin geçerli bir teori olmadığı ispatlanmıştır (Ovayolu ve Ovayolu, 2016; Trachsel ve Cascella, 2020).

### **1.1.3. Pattern Teorisi**

Impuls spinal korda girdikten sonra ağrı duyusunun başlaması için uyarıların birikmesi gerekir. Bu birikimin sinir sistemindeki akımlar olduğu ileri sürülmüştür. Nöronun bir kollaterali kendisinin yeniden uyarılması için uyarılır. Bu pozitif feedback mekanizma nöronu sürekli deşarj halinde tutar (Ovayolu ve Ovayolu, 2016; Trachsel ve Cascella, 2020).

### **1.1.4. Endorfin Teorisi**

1973' lerin ortalarında, vücudun kendisinin salgıladığı opioidlere benzer maddeler tanımlanmış ve bunlara “Endorfin” adı verilmiştir. Endorfin terimi endojen ve morfin kelimelerinin bileşimi olup, içinde morfin olan anlamındadır. Endorfinler, ağrı uyarısının geçişini bloke etmek, uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını önlemek için beyin ve spinal kord uçlarındaki opioid reseptörlerde tutulurlar (Ovayolu ve Ovayolu, 2016; Summers, 2000).

## **2. YAŞLI BİREYLERDE AĞRININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ağrı subjektif, bireysel ve yaşayan kişinin bildiği bir deneyimdir (Çelik ve ark., 2018; Çilingir ve Bulut, 2017). Ağrı deneyiminde bireyin eğitimi, kültürü, yaşadığı ortam, başka hastalıkların varlığı, sosyal destek gibi birçok etken rol oynamaktadır. Her ağrı bireye özgü özellikler nedeniyle bireysel olarak değerlendirilerek kişinin ağrı bildirimini esas alınmalıdır (Saygin ve Yağcı, 2019; Zarifoğlu, 2017).

Ağrı gibi öznel bir sorunda, ağrıyı algılama, tanımlama ve ağrıya karşı ortaya çıkan davranışsal tepkiler bireyden bireye farklılık göstermektedir (Kutlutürkan, 2018; Zarifoğlu, 2017).

Ağrı değerlendirmesinde en doğru ve güvenilir kanıt hasta ifadesidir. Bununla birlikte yaşlı bireyin bilişsel durumunun da göz önünde bulundurulması önemlidir (Kutlutürkan, 2018; McCaffrey ark., 2005). Ağrı değerlendirmesi yaparken ağrının akut ya da kronik kökenli ve yaşamı tehdit edici özellikte olup olmadığı değerlendirilerek, girişimler buna göre planlanmalıdır (Wells ve ark., 2008; Özel ve ark., 2014).

Ağrı değerlendirilmesi tedavinin ilk basamağıdır. Yaşlılardaki ağrı değerlendirmesi, sağlık ve bellek sorunları, psikososyal kaygılar, depresyon gibi nedenlerle gençlere göre daha güç olabilmektedir (Ali ve ark., 2018; Çilingir ve Bulut, 2017). Yaşlıda sosyal, tıbbi ve psikolojik sorunların karmaşıklığı nedeniyle doğru ve kapsamlı ağrı değerlendirmesi için multidisipliner bir yaklaşım gerekir. Multidisipliner ekip içerisinde hekim ve hemşirenin yanı sıra ağrı uzmanı, psikolog, psikiyatrist, fizyoterapist ve bireyin durumuna göre sosyolog ve diğer meslek üyeleri yer almalıdır (Zarifoğlu, 2017). Ağrı değerlendirmesi, ayrıntılı anamnez alma ve fizik değerlendirmenin yanı sıra gerektiğinde laboratuvar ve görüntüleme yöntemleriyle birlikte yapılır. Bu işlemler sonucu uygun tedavi ve bakım planlaması yapılmalıdır (Dansie ve Turk, 2013).

Amerikan Geriatri Topluluğu Yaşlıda Kronik Ağrı Değerlendirme Tartışma Grubu yaşlılar için ağrı değerlendirmesinde bazı önerilerde bulunmuştur:

- Yaşlıda kronik ağrıya ilişkin kanıtları belirleyiniz. Ağrının işlevsel duruma ve yaşam kalitesine olumsuz etkileri olabileceğini değerlendiriniz.
- Psikiyatrik hastalığı, madde kullanım sorunu olan ve ağrısı kontrol altına alınamayan yaşlı bireylerde ilgili uzman konsültasyonu isteyiniz.
- Bilişsel ya da konuşma sorunu olan yaşlı bireylerde yakın zamanda meydana gelen işlev değişikliklerini, inleme, ağlama gibi sözel olmayan ağrı davranışlarını gözlemleyiniz.
- Bilişsel ya da konuşma sorunu olan yaşlı bireylerde bakım verenlerin kayıtları ve bildirimlerini değerlendiriniz.
- Kronik ağrısı olan yaşlıda ağrı şiddetini, ilaç kullanımını, ilaçlara yanıtını ve ağrının aktiviteyle ilişkisini kaydediniz.
- Kronik ağrı deneyimleyen yaşlı bireylerde ilaçların olumlu ve olumsuz etkilerini, tedavinin komplikasyonlarını, ağrının giderilip giderilmediğini ve yaşlının ağrı tedavisine uyumunu her defasında aynı değerlendirme ölçeklerini kullanarak düzenli aralıklarla değerlendiriniz (Karadakovan, 2014).

Yaşlı bireyin tam ve kapsamlı ağrıya ilişkin sorununun/sorunlarının ortaya konulabilmesi için fiziksel fonksiyonlarla birlikte psikolojik ve sosyal durumunun da değerlendirilmesi gerekir. Özellikle bilişsel fonksiyonlardaki değişimin belirlenmesi subjektif bir kavram olan ağrının daha objektif tanımlanmasını sağlamaktadır. Ağrının bireyin günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu da mutlaka tanımlanmalıdır (Dansie ve Turk, 2013; Hadjistavropoulos ve ark., 2007). Bununla

birlikte ağrı ile baş etmede kullandığı sosyal destek faktörlerinin de belirlenmesi daha sonraki yapılacak/önerilecek ağrı kontrol uygulamalarının belirlenmesinde yol gösterici olmaktadır (Hadjistavropoulos ve ark., 2007; Saka, 2011).

Yaşlıda ağrının şiddeti, yerleşimi, süresi gibi özelliklerin ayrıntılı değerlendirilmesi için kısaca PQRST modeli olarak adlandırılan değerlendirme aracı kullanılabilir (Çizelge 1) (Saka, 2011; Urman ve Vadivelu, 2015).

**Çizelge 1.** Ağrının değerlendirilmesinde PQRST modeli

<b>Ağrıyı tetikleyen ya da hafifleten durumlar</b>	Ağrı aşağıdaki durumlarda artıyor mu? Azalıyor mu? <ul style="list-style-type: none"><li>• Aktivite: Yürüme, durma, germe, kıvrılma, okuma vb.</li><li>• Pozisyon: Hangi pozisyon ağrıya neden oluyor ya da rahatlatıyor-oturma, ayakta durma, supin, yan.</li><li>• Adjuvanlar: Medikasyon, sıcak ve soğuk uygulamalar, alternatif tedaviler (masaj, akupunktur).</li></ul>
<b>Niteliği</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ağrının niteliğini tanımlama: künt, batıcı, yanıcı, sızlayıcı, ezici, kramp biçiminde, göz yaşartıcı, zonklayıcı.</li></ul>
<b>Yerleşim yeri, yayılımı</b>	Ağrının lokalizasyonunu tanımlama: <ul style="list-style-type: none"><li>• Lokalizasyon: Vücut diyagramları ağrının dağılımını örneklemede yardımcı olabilir.</li><li>• Yansıyan ya da lokalize: Visseral veya derin yapılardan kaynaklanan ağrılar genellikle yansıyabilir.</li></ul>
<b>Şiddeti</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ağrıyı sayısal olarak derecelendirme, ağrıyı görsel skalalarla değerlendirme.</li></ul>
<b>Zamanı/Süresi</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ağrının başlama ve sürme zamanının, ağrının aralığı ve sürekliliğinin, ağrının zaman diliminin değerlendirilmesi.</li></ul>

## **2.1. Yaşlı Bireylerde Görülen Ağrı Davranışları**

Ağrı deneyimi yaşayan yaşlı hastanın bakımında önemli sorumluluklar üstlenen sağlık profesyonellerinin, ağrının kontrolü ve giderilmesinde yaşlı bireye yardımcı olabilmeleri için, hastaların ağrı davranışlarını belirlenmeleri, farmakolojik ve nonfarmakolojik yaklaşımları planlamaları önem taşımaktadır (Özel ve ark., 2014). Ağrı huzursuzluk, yaşam bulgularında değişiklik (nabız hızı, solunum sayısı, vücut sıcaklığı ve kan basıncında artma), gergin vücut dili, ani göz hareketleri (hızlı göz kırpma, gözlerini kaçırma), ağlama, bağırma, inleme, iç çekme, ovalama, ağrıyan yerini koruma, sallanma, yüz ifadeleri (ağzı açarak kaş çatma, dişleri sıkma, yüz ekşitme, alnı kırıştırma, korkulu yüz ifadesi), davranışlarda değişiklik (sinirlilik, saldırganlık, bilinç bulanıklığı, dikkat dağınıklığı), eşyaları vurma, çarpma, atma, uyku düzeninde değişiklik, iştahta ve sıvı alımında değişiklik/yemeyi reddetme, sosyal aktivitelerde değişiklik, depresyon, hareket etmektan kaçınma vb. gibi davranışlar görülmektedir (Herr ve Garand, 2001; Karadakovan, 2014; Malara ve ark., 2016).

## **2.2. Yaşlı Bireyde Ağrı Değerlendirme Engelleri**

Yaşlı bireylerde ağrı değerlendirmesini etkileyen bazı faktörlerin göz önünde bulundurulması doğru değerlendirmede önemlidir. Bu faktörler hastaya, müdahale ya da ilaçlarla ilgili olabilmektedir. Yaşlı bireyin ağrı yönetiminin önündeki engellerden hasta ile ilgili faktörler; yanlış düşünceler, korkular, kişilik, bireysellik, komorbid faktörler ve sağlık hizmetine erişebilirlik sayılabilir (McKenna Bradford ark., 2015; Ali ve ark., 2018). Yanlış düşünceler; yaşlanma ile birlikte hastalıkların arttığı

düşüncesi, ağrının yaşlanmanın parçası olarak düşünülmesi, ağrının tedavi edilemez olduğu düşüncesi, ağrı yönetiminde ilaçların son çare olarak değerlendirilmesidir. Korkular; ilaca, sağlık profesyonellerine ve hasta yakınına bağımlı olma korkusu, zayıf veya kötü bir hasta olarak etiketlenme korkusu, ilaç kullanmanın hastalığın ilerlemesini maskeleyecek olması korkusu, ilaçlardan olumsuz etkilenecek olma korkusu, bağımsızlığın kaybedilecek olması korkusudur (Çilingir ve Bulut, 2017; Hulla ve ark., 2015). Kişilik; hasta uyumsuzluğu, bulunduğu durumdan şikayetçi olmak istememe durumu, olumsuz tutum sergilemedir. Kişisel; kültürel ve dini inançlar, dil, ekonomik durum, ayaktan tedavi edilme durumu, sosyal desteğin varlığıdır. Komorbid faktörler; depresyon, alzheimer, demans, bilişsel süreçlerin değişmiş olması vb. gibi durumlardır. Sağlık hizmetine erişebilirlik; mesafe, ulaşım, sağlık güvencesinin varlığı, ekonomik durum, sosyal destek, vb. gibi durumlardır (McKenna Bradford ark., 2015; Babadağ ve Balcı Alparslan, 2016).

Sağlık güvencesinin varlığı, ilaçların kullanılabilirliği, çoklu ilaç kullanımı, ilaçların karmaşık doz ayarının olması, ilaçların yan etkileri, ilaçların marka ve jenerik adlarının karmaşıklığı, ilaçların reçete dışı veya müdahale dışı kullanımı gibi faktörler ilaç ve müdahale ilgili faktörler arasında sayılabilir (McKenna Bradford ark., 2015; Hulla ve ark., 2015).

### 2.3. Yaşlı Bireylerde Ağrı Değerlendirme Yöntemleri

Ağrının en kolay değerlendirilme yolu hastaya olup olmadığını sormaktır. Ancak sadece ağrının “var” ya da “yok” olması değerlendirme için yeterli değildir. Değerlendirme sonrasında ağrının şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisi ağrıyı azaltan ve artıran faktörler gibi özelliklerinin de bilinmesi gerekmektedir. Ağrının objektif olarak değerlendirilmesinde ölçek kullanımı daha güvenilir veriler elde edilmesini sağlar. Ağrı değerlendirilmesinde ölçek kullanımı; hastanın sayılar ya da kelimelerle bildirdiği ağrı şiddeti ve niteliğini olabildiğince objektif hale dönüştürmeye, hasta ve hastanın bakımını sürdüren hemşire ve hekimler arasında farklı yorumları ortadan kaldırmaya olanak vermektedir (Eti Arslan, 2002; Haefeli ve Elfering, 2006). Günümüzde ağrı ölçümünde çok sayıda tek ve çok boyutlu ölçek kullanılmaktadır. Ağrının tipi, hastanın, ölçeği kullanacak hekim ve hemşirenin özelliği gibi birçok faktörün kullanılacak ölçeği belirlemede etkili olmaktadır (Eti Arslan, 2002; Kutlutürkan, 2018).

Tek boyutlu ölçekler doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yöneliktir. Bireyin kendisi tarafından rahatlıkla kullanılmaktadır. Akut ağrının değerlendirilmesinin yanında uygulanan ağrı tedavisinin etkinliğinin ölçülmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Günümüzde sıklıkla kullanılan tek boyutlu ölçekler, sözel tanımlayıcı ölçekler, sayısal ölçekler, görsel kıyaslama ölçeği, ağrı termometreleri ve yüz ağrı ölçekleridir (Çizelge 2) (Ferreira-Valente ve ark., 2011; Karadakovan, 2014; Kutlutürkan, 2018).



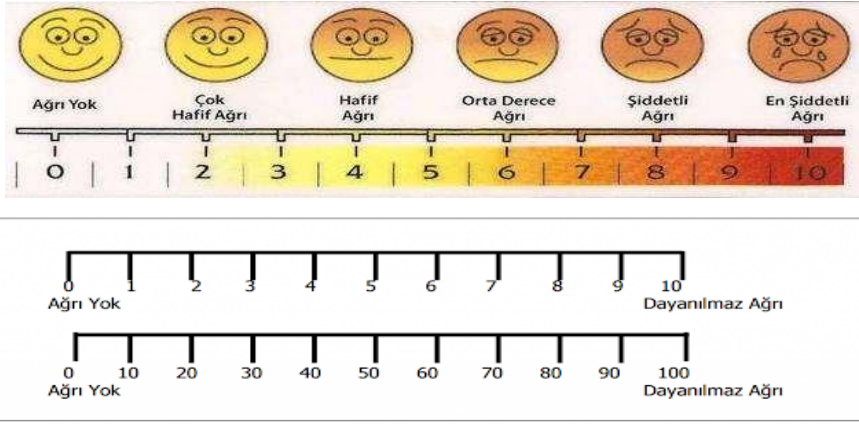
**Çizelge 2.** Ağrıyla Değerlendirmede Kullanılan Ölçekler

<b>Tek Boyutlu Ölçekler</b>	<b>Çok Boyutlu Ölçekler</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sözel kategori ölçeği</li><li>• Sayısal ölçekler</li><li>• Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)</li><li>• Burford Ağrı Termometresi</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu</li><li>• Dartmount Ağrı Soru Formu</li><li>• West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi</li><li>• Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı</li><li>• Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi</li><li>• Ağrı Algılama Profili Davranış Modelleri</li></ul>

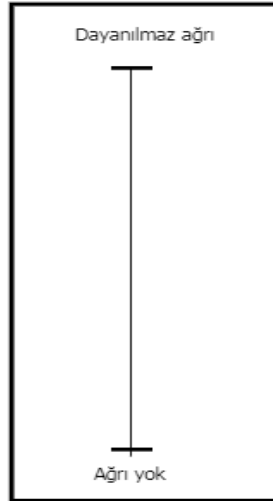
Akut ağrının değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan tek boyutlu ölçekler ağrı şiddetinin tanımlanmasında oldukça yararlı olmakla birlikte özellikle kronik ağrının değerlendirilmesinde yeterli olmadığından, ağrının çok yönlü değerlendirilmesini sağlayan çok boyutlu ölçüm araçlarına gereksinim ortaya çıkmıştır (Eti arslan, 2002; Herr ve Garand, 2001; Kutlutürkan, 2018). Çok boyutlu ölçüm araçlarının kronik ağrılarda ağrının tüm yönlerini değerlendirmek amacıyla belirli zamanlarda uygulanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir. Bu amaçla yaşlı bireylerde ağrının değerlendirilmesinde kullanılan çok boyutlu ölçekler; “Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu, Dartmount Ağrı Soru Formu, West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi, Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı, Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi, Ağrı Algılama Profili Davranış Modelleridir” (Çizelge 2) (Herr ve Garand, 2001; Karadakovan, 2014; Kutlutürkan, 2018; Melzack ve Katz, 1992).



Şekil 1. Sözel Kategori Ölçeği (Melzack ve Katz, 1992)



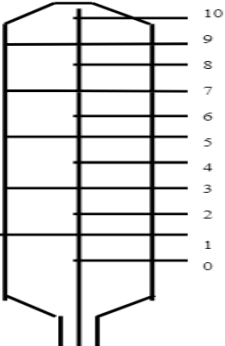
Şekil 2. Sayısal Ölçekler (Eti arslan, 2002)



Şekil 3. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (Cline ark., 1992)

İsim: .....

**Kullanım:** Ağrınızı en iyi tanımlayan rakamın karşısına "x" işareti koyunuz.



Tarih					
Saat					
10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1					
0					
Analjezik: zamanı, ismi, dozu, veriliş yolu					
Ağrının yeri					
Hemşirenin yorumu					
Hastanın yorumu *					

\* Yürüme, uyku, banyo, yeme ve içme gibi aktivitelerle ağrı ilişkisini içerebilir.

Şekil 4. Burford Ağrı Termometresi (Waterhouse, 1996)

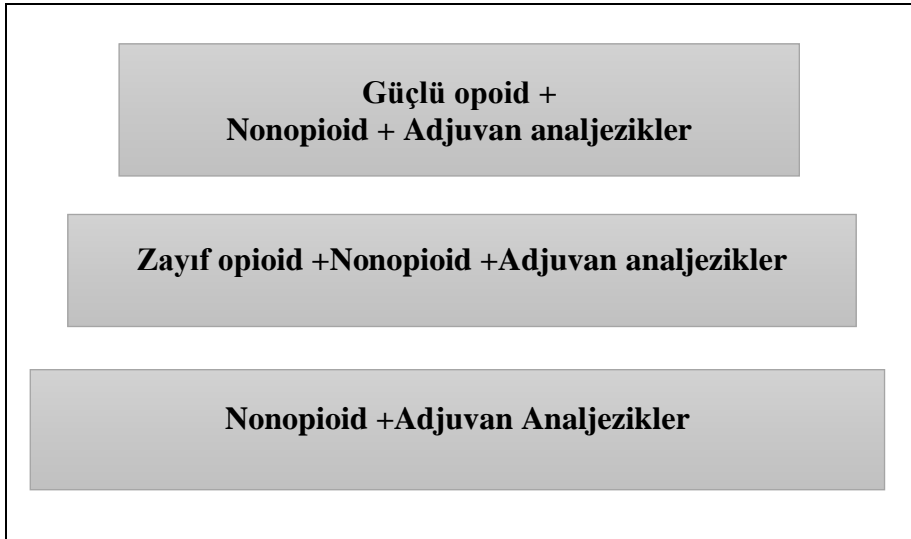
### 3. YAŞLILARDA AĞRI KONTROLÜNDE KULLANILAN YÖNTEMLER

Günümüzde yaşlıların ağrı kontrolünde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Yaşlı bireyin fiziksel, sosyal ve psikolojik durumu düşünüldüğünde, her iki yöntemin bir arada kullanılması etkin bir ağrı kontrolü açısından önem taşımaktadır (Cavalieri, 2007; Çilingir ve Bulut, 2017; Karadakovan, 2014; Kutlutürkan, 2018; Özel ve ark., 2014).

#### 3.1. Farmakolojik yöntemler

Ağrı tedavisinde kullanılan en yaygın yöntemlerdir. Farmakolojik tedavide, polifarmasi, ilaç-ilaç etkileşimleri ve yaşla birlikte ilaç metabolizmasında oluşan farmakokinetik (emilim, dağılım, metabolizma ve atılım) ve farmakodinamik değişiklikler göz önünde bulundurulmalıdır (Çilingir ve Bulut, 2017; Sarıhan ark., 2012). Verilen ilaç dozları göreceli olarak yüksek kan düzeylerine çıkabileceğinden

başlangıçta düşük doz önerilmektedir. Aynı nedenlerden dolayı ilaçların yarılanma ömürleri de etkileneceğinden yarılanma ömürleri kısa ilaçlar tercih edilmelidir (Babadağ ve Balcı Alparslan, 2016; Karadakovan, 2014). Farmakolojik tedavide, nonopioid analjezikler, opioid analjezikler ve adjuvan analjezikler kullanılmaktadır. Farmakolojik yöntemlerin belirli protokoller dahilinde ve analjezinin sürekli ve yeterli olmasını sağlayacak şekilde belirli aralıklarla uygulanması gerekmektedir (Şekil 5) (Cavalieri, 2007).



**Şekil 5.** Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Ağrı Basamak Tedavisi (WHO, 1986)

Nonopioid analjezikler: Nonopioid analjezikler; analjezik, antipiretik, antiinflamatuvar etkilere sahiptir. Bu grup analjezikler içerisinde yaşlı bireylerde sıklıkla kullanılan analjezikler asetaminofen, nonsteroid antiinflamatuvarlar (NSAİİ) ve metamizoldür (Cazacu ark., 2015; Sarıhan ve ark., 2012).

Asetaminofen; DSÖ basamak tedavisinde birinci basamağın en önemli ilaçlarındandır. Oral alımından sonra ince bağırsaktan hızla absorbe olmaktadır. Hafif ağrılarda tek başına etkili olmakla birlikte, orta derecedeki ağrılarda zayıf veya kuvvetli opioidlerle kombine edilebilir. Kas iskelet ağrılarında sıklıkla kullanılan asetaminofen, periferik siklooksijenaz reseptörlerini etkilemediğinden, diğer analjeziklere göre daha sık tercih edilmektedir (Cavalieri, 2007; Sarıhan ve ark., 2012; Cazacu ve ark., 2015).

Non Steroid Anti İnflamatuvar İlaçlar (NSAIİ); gerek ağrı algılaması gerekse inflamasyon üzerine etkilerinden dolayı çok sıklıkla akut ve orta şiddetli ağrılarda kullanılmaktadır. Son yapılan çalışmalarda NSAIİ ilaçların hem visseral hem de somatik ağrı sendromlarında eşit derecede etkili oldukları gösterilmiştir (Börekçi, 2017; Cazacu ve ark., 2015). Bununla birlikte yaşlı bireylerde fiziksel fonksiyonlardaki kayıplar nedeniyle kullanım şekli ve doz açısından dikkatli olmalıdır. Özellikle hipertansiyon, kanama gibi böbrek ve gastroisntestinal sistem üzerine yan etkileri açısından takip edilmelidir (Ali ve ark., 2018; Cavalieri, 2007; Ingrassiotta ve ark., 2019; Kaye ve ark., 2010).

Metamizol; spazmolitik etkiye sahip antipiretik ve analjezik bir ilaçtır. Yaşlı bireyler tarafından sıklıkla kullanılan, analjezikler içerisinde yer almaktadır .

**Zayıf Opioid analjezikler:** DSÖ basamak yönteminin ikinci basamağında önerildiği şekilde, nonopioid ilacın etkisi azaldığında ilave olarak kullanılmaktadır. Zayıf opioidler ağrı tedavisinde nonopioid ve adjuvan ilaçlarla kombine edildiklerinde etkinlikleri

önemli ölçüde artmaktadır. Zayıf opioidler içerisinde kodein, oksikodon ve tramadol yer almaktadır. İlaçların önemli yan etkileri; bulantı ve konstipasyondur (Kaye ve ark., 2010; Sarıhan ve ark., 2012).

**Opioid Analjezikler:** Non-opioid ilaca, zayıf opioid ya da adjuvan eklenmesine rağmen ağrı ortadan kaldırılamıyorsa, üçüncü basamakta yer alan güçlü bir opioid analjeziğe geçilmektedir. Burada en sık kullanılan opioid morfindir (Kaye ve ark., 2010; Sarıhan ve ark., 2012). Bunun yanında fentanil, metadon, meperidin ve hidromorfon kullanılmaktadır. Morfinin ani ağrı ataklarında kullanımına rastlanırken etki süresi açısından uzun olmaları nedeniyle levorfanol ve metadon sedasyon yapma potansiyelleri nedeniyle pek tercih edilmeyen ilaçlardır. Özellikle kronik ağrı sorununun daha fazla rastlandığı yaşlı bireylerde meperidin önerilen ilaçlardandır. Diğer önerilmesi riskli olan ilaçlar içerisinde buprenorfin, hidromorfon ve oksikodon yer alır. Bununla birlikte buprenorfin nöropatik ağrılarda etkinliği açısından daha sıklıkla kullanılır. Fakat buprenorfinin solunum depresyonu potansiyelinin yüksek olmasından dolayı kullanımında dikkatli olunmalıdır (Cavalieri, 2005, Kaye ve ark., 2010; Sarıhan ve ark., 2012; Kaya ve ark., 2018).

**Adjuvan Analjezikler:** Adjuvan analjeziklerin kendilerine özgü bir analjezik etkiye sahip oldukları ve ağrıya eşlik eden bulguları rahatlatarak diğer analjeziklerin etkilerini güçlendirdikleri bilinmektedir. Bunlar, antiemetikler, anksiyolitikler, antidepresanlar, antihistaminikler vb. gruptan ilaçlardır (Abdulla ve ark., 2013; Kaye ve ark., 2010; Sarıhan ve ark., 2012).

### 3.2. Nonfarmakolojik Yöntemler

Ağrı tedavisinde standart ilaç tedavisine yardımcı olduğu düşünülen yöntemlerdir. Farmakolojik tedavide kullanılan ilaçlar somatik ağrı (fizyolojik ve duygusal) üzerine etki ederken, nonfarmakolojik metodlar ağrının duygusal, bilişsel, davranışsal ve sosyokültürel boyutlarına etki etmektedir (Cavalieri, 2007; Kutlutürkan, 2018). Ağrı tedavisinde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler periferal tedaviler (transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu, sıcak-soğuk uygulamalar, akupunktur, egzersiz, masaj vb.) (Babadağ ve Balcı Alparşlan, 2016; Cavalieri, 2007; Urman ve Vadivelu, 2015), bilişsel davranışsal terapiler (hipnoz, dikkati başka yöne çekme vb.) (Cavalieri, 2005; Özel ve ark., 2014) ve diğer tedavileri (refleksoloji, aromaterapi, müzik terapi vb.) (Urman ve Vadivelu, 2015) içermektedir. Yaşlı bireylere nonfarmakolojik yöntemleri önermeden önce, tüm tedavilerin hastaya özgü uyarlanması ve kişiselleştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca, yaşlı bireyin nonfarmakolojik yöntemlere ulaşmada sorun yaşayacağını dikkate alarak, bireyin bakım vericisi ile sürekli iletişim halinde olmak gerekmektedir (Cavalieri, 2007; Kirksey ve ark., 2015).

**Transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS):** Ağrı tedavisinde elektriğin kullanımı göze çarpan bu elektroanaljezi yönteminin, akut ve kronik ağrılarda çok geniş bir kullanım alanı vardır (Abdulla ve ark., 2013; Cavalieri, 2007). TENS uygulamaları, osteoartrit, romatoid artrit (RA), baş ağrısı, migren, boyun ve sırt ağrıları gibi kronik ağrılarda; doğum, cerrahi sonrası kas ağrıları ve kırıklar gibi akut ağrılarda uygulanmaktadır. Genellikle diğer

nofarmakolojik yöntemlerle beraber kullanılan noninvaziv, kolay, maliyeti düşük, güvenli bir yöntemdir. TENS yönteminde, cilt altına elektrotlarla kontrollü düşük voltajlı elektrik akımı gönderilerek kasların uyarılması sağlanmaktadır. TENS' in işleyiş tarzına yönelik teorilerden birinde, duyuşal A liflerini yüksek frekans stimölasyonu ile uyardığı, bu stimölasyonun impulslarının da beyne giden yolu kapladığı ve kapıyı ağrının ilerleyişine kapattığı belirtilmektedir (Erden ve Şenol Çelik, 2015). İkincisinde ise; vücuttaki doğal opioidlerin salınımını uyardığı ve ağrının algılanmasını etkilediğı bildirilmektedir (Hamza ark., 1999). Literatürde TENS yönteminin ağrıyı azalttığı ve ağrı tedavisinde oldukça başarılı bir yöntem olduğı, kullanıldığı dönemde opioid ve nonopioid analjeziklere olan ihtiyacı azalttığı, bu analjeziklerden dolayı doğabilecek olan yan etkileri de önlediğı bildirilmiştir (Cavalieri, 2002; Emmiler ve ark., 2008).

**Sıcak uygulama:** Ağrının tedavisinde kullanılan etkili, maliyeti düşük ve kullanım kolaylığı sağlayan yöntemlerden biridir. Yaklaşık 40-45 °C' lik bir ısı ile deriye sıcaklık verilmektedir. Sıcak uygulama, kapı kontrol mekanizmasını harekete geçirme, dokunma reseptörlerini uyama, vazodilatasyon ile iskemik ağrıyı azaltma, metabolik artıkları uzaklaştırma, endorfinlerin salınımını artırma, kas spazmını giderme, dokuların viskoelastik özelliklerinde değışme sonucu sinir uçlarındaki baskı, gerilme ve hipoksi gibi etkileri azaltma, ağrı eşiğini yükseltme, sedasyon ve rahatlatma etkileri nedeniyle ağrıyı azaltmaktadır (Hochberg ve ark., 2012; Malanga ve ark., 2015). Sıcak uygulamayla birlikte 20-30 dakika içinde vazodilatasyon oluşur. Bu süreden sonra dokularda konjesyon ve vazokonstrüksiyon meydana gelir. Bu



uygulama hasar oluşma riski nedeniyle, günde üç-dört kez yarım saatle sınırlandırılmalıdır. Doku hasarı yönünden, kullanılan araç örtüye sarılıp güvenlik önlemleri alınmalıdır (Cavalieri, 2007; Kutlutürkan, 2018).

**Soğuk uygulama:** Soğuk uygulama, yaşlı bireylerde ağrı kontrolünde sık kullanılan uygulamalar arasında yer almaktadır. Bu uygulama ağrıyı azaltmak, ateşi düşürmek, özellikle kas spazmı ve ödemi azaltma etkileriyle ağrı kontrolünde etkili olmaktadır. Soğuk uygulama periferel vasküler hastalık ya da dolaşım yetersizliği, duyu kaybı ve çoklu hastalıklarda ve bazı romatizmal hastalıkların olduğu durumlarda kullanılmamalıdır. Yaşlı bireylerde deri yapısı ve hassasiyeti düşünöldüğünde soğuk paketin bir örtü yaprakları arasına yerleştirilerek direkt deriye teması önlenmelidir. Soğuk paketin ağrıyan alanın yakınına yerleştirilmesi önerilir. Bireyin gereksinimi doğrultusunda günde 3-4 kez ve 10-15 dakika uygulanır (Quinlan ve ark., 2017; Yağız On, 2006). Soğuk uygulamanın etkinliği konusunda yaşlı bireyden geribildirim alınmalı, ağrının hafiflemesi ve rahatlama durumu değerlendirilmelidir (Kutlutürkan, 2018; Ovayolu ve Ovayolu, 2016). Literatürde soğuk uygulanmanı ağrı hissinin hafifletilmesinde ve dolayısıyla otonom yanıtların bloke edilmesinde yararlı bir yöntem olduğu bildirilmektedir (Kuzu ve Ucar, 2001; Saeki, 2002).

**Akupunktur:** Akupunktur, bedenin belirli noktalarına çelik, gümüş ve altından yapılmış iğneler batırılarak uygulanan bir tedavi yöntemidir. Bu uygulama ile bedenin normal enerji dağılımındaki aksaklıkların düzeltilmektedir. Akupunktur ağrı için iyi bilinen bir alternatif tedavi

şekli olup (Cavalieri, 2007), günümüzde algoloji kliniklerinin büyük bir bölümünde ağrı tedavisinde kullanılan bir uygulamadır. Akupunktur uygulaması, santral sinir sistemi üzerinden (serotonerjik sistem, katekolinerjik sistem, substans p sistemi gibi) ağrı kesici etki oluşturarak, sinir rejenerasyonu, lokal kan akımını arttırarak hasarlı bölgedeki ağrı yaratan mediatörleri temizleyerek, kapı kontrol mekanizmasının kullanılmasıyla ağrıyı azaltmada etkili olmaktadır (Lin ve Chen, 2008; Patil ve ark, 2016). Ağrının, santral amplifikasyonu tetikleyerek santral sensitizasyon yapması hiperaljeziye neden olur. Akupunkturun analjezik etkisinde, desendan inhibitör etki ve ağrı hissinin modifikasyonu ile bu santral sensitizasyon üzerine de etkili olduğu düşünülmektedir. Çevik ve ark. ve Ahonen ve ark çalışmalarında akupunkturun yaşlı bireylerin yaşadığı ağrıyı azaltmada etkili olduğunu ve yaşlılarda polifarmasinin yan etkilerini azaltmak için geriatric hasta grubunda akupunktur kullanımının önem taşıdığını bildirmiştir. Ayrıca çok sayıda çalışmanın sonuçları, akupunkturun kronik bel ağrısı, boyun ağrısı, diz ağrısı, osteoartrit ve migren ağrıları gibi belirli kronik ağrı tiplerinde farklı derecelerde iyileşmeler olduğunu belirtmektedirler (Babadağ ve Balcı Alparlan, 2016; Cavalieri, 2007).

**Egzersiz:** Fiziksel aktivitenin arttırılması ve sürdürülmesi, yaşlı insanlarda kronik ağrının yönetiminde önemlidir. Yaşlı bireylerde egzersiz planı oluşturulurken, egzersiz yoluyla aktivitenin arttırılması düşünülmeli, egzersiz güçlendirme, esneklik, dayanıklılık ve dengeyi içermeli, egzersizin türü için kişinin tercihine ciddi önem verilmeli, motivasyon, egzersiz ve aktivitenin önündeki engeller tartışılmalı ve

planlanmalı, egzersiz, kişinin bireysel kapasitesine ve ihtiyaçlarına göre özelleştirilmeli, egzersizin sürdürülmesi kolaylaştırılmalıdır (Cavalieri, 2005, 2007; Kutlutürkan, 2018). Yaşlı bireylerde fiziksel hareketsizlik yaygındır ve bireylerin bağımsızlıklarını ve yaşam kalitelerini azaltarak, engelliğin artmasına neden olmaktadır. Ayrıca kronik ağrısı olan yaşlı bireylerde düşme riski diğer popülasyonlara göre daha yüksektir. Bu riske yönelik olarak 65 yaş üstü bireyler denge, güç ve esneklik egzersizlerine sahip programlara dahil edilerek, düşme riskinin ortadan kaldırılması önerilmektedir (Abdulla ve ark., 2013). Yapılan çalışmalarda yaşlı bireylerin tolere edebileceği seviyede egzersiz yapması kan dolaşımını hızlandırarak ağrının hafiflemesine yardımcı olduğu gösterilmiştir (Ersek ark., 2008; Hasegawa ve ark., 2010). Ayrıca cerrahi sonrası egzersiz, kontraktürlerin gelişimini önleyerek ağrı kontrolünde de olumlu yönde iyileşmeye yardımcı olmaktadır (Cavalieri, 2007).

**Masaj:** Masaj, bedenin yumuşak dokularının uyarılmasını sağlayan bir uygulamadır. Dokuların uyarılması ile beyne uyarılar gönderilmekte ve rahatlama sağlanmaktadır. Masaj, serotonin ve dopamin düzeylerini artırarak ve kapı kontrol mekanizmasının kullanılmasıyla kan dolaşımını hızlandırarak ağrıyı azaltmasıyla birlikte, endorfin salınımını uyararak kas gerginliğini azalttığı da düşünülmektedir (Abdulla ve ark., 2013; Cavalieri, 2007; Kutlutürkan, 2018). Masaj özellikle kas-iskelet sistemine yönelik kronik ağrıların üzerinde olumlu etkiler gösteren uzun bir geçmişe sahiptir. Sansone ve Schmitt (2000) inme tanısı almış yaşlı bireylerde 10 dakikalık sırt masajının omuz ağrısını ve anksiyeteyi azalttığını ve bu etkinin masajdan 3 gün sonra

da devam ettiğini bildirmiştir. Ayrıca aynı çalışmada, uygulanan masaj yönteminin yaşlı bireylerin rahatlamasına, daha iyi uyumasına ve masaj yöntemini uygulayan sağlık profesyonelleri ile yaşlı birey arasındaki iletişimin geliştirilmesine katkı sağladığı belirtilmektedir (Sansone ve Schmitt, 2000). Yip ve Tam (2008) ise başka bir çalışmada, aromaterapiyle birlikte yapılan masajın diz ağrısı yaşayan yaşlı bireylerde ağrıyı azalttığını ve hastalarda rahatlama sağladığını bildirmiştir (Yip & Tam, 2008).

**Hipnoz:**Hipnoz, fizyolojik mekanizmalardan çok psikolojik mekanizmalara yönelmesi nedeniyle kabul görmesi oldukça zor bir yöntemdir. Hipnoz süreci, aşırı gevşeme, dikkati odaklama ve başka bir birey tarafından yönlendirilmeye dayanan, sakin kalmaya yönelik telkinlerin verildiği bir süreçtir. Hipnoz yöntemiyle birlikte hipnoanaljezi (ağrıya duyarlılığı azaltmak için hipnoz kullanımı) ve hipnoanestezi (ağrı hissi için hipnoz kullanımı) sağlanmaktadır. Her iki durumda da, en önemli faktör hastanın dikkatini toplayabilme yeteneğidir (Abdulla ve ark., 2013; Cavalieri, 2007). Literatürde kanser, bel ağrısı, osteoartrit, fibromiyalji gibi hastalıklar nedeniyle kronik ağrı yaşayan bireylerde yapılan randomize kontrollü birçok çalışmada kronik ağrıya yönelik hipnotik müdahalelerin, ağrıda önemli azalmalar ile sonuçlandığı bildirilmektedir (Abdulla ve ark., 2013; Cavalieri, 2007; Elkins ark., 2007). Klinik ve deneysel araştırmalara göre, hipnoz ağrı tedavisinde etkili olmaktadır. Fakat, görünür kanıtlara rağmen günümüzde hipnoz yöntemi hala büyük ölçüde kullanılmamaktadır (Elkins ve ark., 2007).

**Dikkati başka yöne çekme:** Bireyin dikkatini bir obje ya da durumdan başka bir objeye yönelmesini sağlamak ağrı kontrolünde önemli bir etki mekanizması oluşturmaktadır. Dikkati başka yöne çekme amacıyla televizyon ya da film izleme, hayvan sevme, puzzle yapma, bulmaca çözme, müzik dinleme, resim yapma gibi etkinlikler kullanılabilir (Elomaa ve ark., 2009; Johnson, 2005). Bu yöntem, ağrıyı tümüyle yok etmemekte, sadece ağrıyı daha dayanılır kılmaktadır. Bu yöntemle birlikte ağrı toleransı artar, ağrı algılama eşiği yükselir ve hastanın algıladığı ağrı şiddeti azalır. Dikkati başa yöne çekme, hastada kendini kontrol duygusunu geliştirmektedir (Cavalieri, 2007; Kutlutürkan, 2018; Owayolu ve Owayolu, 2016). Literatürde bu yöntemin kronik ve akut ağrının kontrolünde etkili olduğu, anksiyetenin azaltılmasına da yardımcı olduğuna ilişkin çalışmalar bulunmaktadır (Buck ve Morley, 2006; Elomaa ve diğerleri, 2009).

**Refleksoloji:** Refleksoloji, çok eski zamanlardan beri ağrı yönetiminde kullanılan bir yöntemdir. Farklı tamamlayıcı tedaviler arasında refleksoloji tedavisi kolayca uygulanabilen, az bilgi gerektiren ve yan etkisi olmayan düşük maliyetli bir tedavidir. Refleksoloji, vücutta biyofizyolojik değişiklikler yaratmak için taban ve avuç içi yansıma noktalarında gerçekleştirilir (Oliveira ve ark., 2017). Refleksologlar, ayak tabanları üzerinde refleks bölgeleri üzerinde baskı uygulayarak refleksolojinin bu noktalarla ilgili diğer alanlarda yatıştırıcı etkilerinin olduğunu vurgulamaktadır. Bu uygulamada bedenimizin tüm parçalarının küçük birer aynasının olduğu düşünülen kulaklar, eller ve ayaklardaki belirli refleks noktalarına basınç uygulanmaktadır (Babadi ve ark., 2016; Quinn ve ark., 2008). Refleksoloji, kanser ağrısı, baş

ağrısı, sırt, bel, kas ağrısı ve migren gibi kronik ağrıların giderilmesinde kullanılabilir (Kurt, 2018; Stephenson ve ark., 2007). Literatürde refleksoloji uygulanan birçok araştırmada ağrı üzerinde olumlu etkisi olduğu bildirilmiştir (Babadi ve ark. 2016; Lee ve ark., 2011).

**Aromaterapi:** Aromaterapi, masaj veya solunum yoluyla emilen bitkisel kaynaklı esansiyel yağların tıbbi veya terapötik kullanımını içeren bir tedavi yöntemidir. Bu yağların birçoğu analjezik etki göstermektedir (Rivard ve ark., 2014). Aromaterapi düşük maliyeti ve minimal yan etkileri nedeniyle tercih edilen bir tamamlayıcı tedavi uygulamasıdır (Boehm ve ark., 2012). Aromaterapide terapötik kullanım için 40' dan fazla bitki türevi tanımlanmış olsa da, en sık kullanılan lavanta, okaliptüs, biberiye, papatya ve nane özleridir (Cino, 2014). Literatürde aromaterapinin depresyon, anksiyete, kas gerginliği, uyku bozukluğu, bulantı ve ağrıyı yönetmede yararlı olduğu belirtilmektedir (Boehm ve ark., 2012; Cino, 2014). Yip ve Tse (2004) tarafından kronik ağrı yaşayan yaşlı bireylerde yapılan çalışmada lavanta yağı ile akupresür tipi masajın subakut bel ağrısının iyileşmesine yardımcı olabileceği belirtilmektedir (Yip ve Tse, 2004). Benzer şekilde yapılan birçok çalışmada da aromaterapinin ağrı tedavisinde etkili bir yöntem olduğu vurgulanmaktadır (Bagheri-Nesami ark., 2014; Boehm ve ark., 2012; Cino, 2014; Jun ve ark., 2013).

**Müzik terapi:** Müzik terapi, dikkati başka yöne çekme yöntemiyle etki göstermektedir. Müzik terapisi kolay ulaşılabilen, düşük riskli, ucuz ve sağlık profesyonelleri tarafından yoğun bir eğitim gerektirmeyen kullanışlı bir yöntemdir. Müzik terapiyle kişinin ağrıya direnci artmakta ve endorfin salınımı uyarılmaktadır. Müzik terapi kas gerginliğini azaltarak kişinin rahatlamasını sağlar. Ancak kişinin sevdiği müziklerin dinletilmesi tedavinin etkinliği için önemlidir (Cavalieri, 2005; Urman ve Vadivelu, 2015). Literatürde müzik terapisiyle birlikte hasta konforunun arttığı ve orta derecede sedasyon ihtiyacının azaldığı bildirilmektedir (Bechtold ve ark., 2006; Sonke, 2011). Redding ve ark. (2016) yaptığı çalışmada araştırmaya katılan hastaların % 87' sinin müziğin yararlı bir uygulama olduğunu bildirdiği ve yöntemin ağrı ve anksiyeteyi azaltmaya yardımcı olduğu belirtilmektedir (Redding ve ark., 2016). Ayrıca Chan ve ark. (2003) yaptığı çalışmada da müzik terapi yönteminin ağrı ve anksiyeteyi azaltma üzerindeki etkisi tespit edilmiştir (Chan ve ark., 2003).

## 5. YAŞLI VE AİLENİN EĞİTİMİ

Yaşlı birey ve ailesinin ev ortamında en sık karşılaştığı sorunlardan biri ağrıdır. Geçmeyen ağrı yaşlı ve ailesi için olumsuz bir deneyimdir. Ağrı kontrolünün yetersiz olması ve uygun yapılamaması hastanın yaşam kalitesini azaltmaktadır. Ağrının var olması, yaşlı ve ailesinin hastalığın ilerlediğine ilişkin korkularını artırmakta, kaygı ve depresyona neden olabilmektedir. Bu durum yaşlı ve ailesinde emosyonel ve fiziksel bitkinliğe yol açmaktadır. Ağrının geçmemesi durumunda aile suçluluk,

üzüntü ve çaresizlik hissedebilmektedir (Babadağ ve Balcı Alparslan, 2016; Özel ve ark., 2014; Urman ve Vadivelu, 2015).

Yaşlılarda ağrı yönetiminin geliştirilmesi için yaşlı ve ailenin eğitimi önemlidir. Özellikle öğrenme-öğretme sürecinin her aşamasında hedeflerin belirlenmesinde ailenin katılımı sağlanmalıdır (Babadağ ve Balcı Alparslan, 2016; Özel ve ark., 2014; Urman ve Vadivelu, 2015). Ağrıya yönelik eğitim programları genel olarak ağrının doğası, ağrı değerlendirme araçları, farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi yöntemleri ve baş etme stratejileri hakkında hem yazılı hem de sözel bilgileri içermelidir. Yaşlı ve ailesine ilaçları en iyi şekilde uygulayıcaya ve kendilerini işlem konusunda rahat ve emin hissedinceye kadar danışmanlık sağlanmalıdır. Kısa vadeli ve ulaşılabilir eğitim hedefleri geliştirilmelidir. Eğitim verirken, yavaş açık, net ve yalın bir konuşma dili kullanılmalıdır. İlaç tedavisi alan her hastaya etkili ve güvenli ilaç kullanımı, ilaç-ilaç ve ilaç-gıda etkileşimi, ilaç kullanımının bağımsız olarak nasıl yerine getireceği interaktif olarak öğretilmelidir. Yaşlı ve ailenin eğitiminde ne tip ağrı olabileceği, ne gibi rahatsızlıklar görülebileceği, ağrının ne kadar süreceği ve ne zaman bir sorun haline geleceği konusunda kısa, açık ve net bilgilendirmeler yapılmalıdır (Kress ve ark., 2014; Özel ve ark., 2014; West ark., 2012). Aynı zamanda yaşlı ve ailesine kullandıkları her ilacın amacı, uygun kullanım zamanı ve yan etkileri öğretilmelidir. Eğitim verilirken hem bire bir hem de grup programları etkili olmaktadır. Aile eğitiminin özellikle yaşlıların bakımında önem taşıdığı unutulmamalıdır (Abdulla ve ark., 2013; Babadağ ve Balcı Alparslan, 2016; Cavalieri, 2007). Yaşlanmayla birlikte hepatik klirensde değişim



olmamasına rağmen, hepatik kan akışında ve hepatosit kütesinde oluşan değişimler ve glomerüllerde sklerotik değişiklikler, glomerüler filtrasyon hızının değişmesi gibi nedenlerle hem karaciğer hem de böbrek fonksiyonlarında azalma meydana gelmektedir (Corsonello, 2010; Akan ve ark., 1999). Buna göre ilaçların farmakokinetik ve farmakodinamik yapısının yaşa bağlı değişikliklere, komorbid faktörlere ve polifarmasiye bağlı olarak yaşlı hastalarda olumsuz reaksiyonlara neden olabileceği göz önünde bulundurularak, sağlık profesyonellerinin doz ayarlamasını yapması ve ilaçlar hakkında eğitim vererek gelişebilecek olumsuz durumların zamanında önlenmesi yaşamsaldır. (Corsonello, 2010; Akan ve ark., 1999; Kress ve ark., 2014). Bu bilginin hem sağlık çalışanları hem de yaşlı ve ailesinin yaşlıda güvenli ilaç kullanımının sağlanmasında önemi büyüktür.

## 6. SONUÇ

Subjektif olarak değerlendirilen ağrı evrensel bir deneyimdir ve sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik ilerlemelere rağmen hastaların ağrı ile ilgili sorunları halen geçerliliğini korumaktadır. Ağrı değerlendirilmesi tedavinin ilk basamağıdır. Yaşlılardaki ağrı değerlendirmesi, sağlık ve bellek sorunları, psikososyal kaygılar, depresyon gibi nedenlerle gençlere göre farklı olabilmekle birlikte göz ardı edilen bir sorundur. Yaşlıda sosyal, tıbbi ve psikolojik sorunların karmaşıklığı nedeniyle doğru ve kapsamlı ağrı değerlendirmesi için multidisipliner bir yaklaşım gerekir. Ağrının etkili bir şekilde yönetilmesi, ağrı tedavisini gerçekleştiren tüm sağlık ekibinin ağrı ile ilgili bilgi ve davranış düzeyleriyle yakından ilişkilidir. Etkili ağrı yönetimi bir hasta hakkıdır

ve giderilmesinde sistematik bir yaşı bakım değerlendirmesi ve ağrının etkili farmakolojik ve non-farmakolojik yönetimini sürdüren multidisipliner bir ekip yaklaşımı esastır.

## KAYNAKÇA

- Abdulla, A., Adams, N., Bone, M., Elliott, A. M., Gaffin, J., Jones, D., ... British Geriatric Society. (2013). Guidance on the management of pain in older people. *Age and Ageing*, 42(suppl 1), i1–i57. doi:10.1093/ageing/afs200
- Akan, P., Erdinçler, D., Tezcan, V. ve Beğler, T. (1999). Yalıda ilaç kullanımı. *Turkish Journal of Geriatrics*, 2(1), 33–38.
- Ali, A., Arif, A. W., Bhan, C., Kumar, D., Malik, M. B., Sayyed, Z., ... Ahmad, M. Q. (2018). Managing Chronic Pain in the Elderly: An Overview of the Recent Therapeutic Advancements. *Cureus*, 10(9), e3293–e3293. doi:10.7759/cureus.3293
- Allcock, N., McGarry, J. ve Elkan, R. (2002). Management of pain in older people within the nursing home: a preliminary study. *Health and Social Care in the Community*, 10(6), 464–471. doi:10.1046/j.1365-2524.2002.00392.x
- Aydın, O. N. (2002). Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 3(2), 37–48.
- Babadag, B. ve Balcı Alparslan, G. (2016). Yaşlandım, Ağrım Var! *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(2), 67–71. doi:10.5222/HEAD.2016.067
- Babadi, M. E., Nazari, F., Safari, R. ve Abdoli, S. (2016). The effect of reflexology on pain perception aspects in nurses with chronic low back pain in Isfahan. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 21(5), 487–492. doi:10.4103/1735-9066.193395
- Bagheri-Nesami, M., Espahbodi, F., Nikkhah, A., Shorofi, S. A. ve Charati, J. Y. (2014). The effects of lavender aromatherapy on pain following needle insertion into a fistula in hemodialysis patients. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 20(1), 1–4. doi:10.1016/j.ctcp.2013.11.005
- Bechtold, M.-L., Perez, R.-A., Puli, S.-R. ve Marshall, J.-B. (2006). Effect of music on patients undergoing outpatient colonoscopy. *World journal of*

*gastroenterology*, 12(45), 7309–12. doi:10.3748/wjg.v12.i45.7309

- Boehm, K., Büssing, A. ve Ostermann, T. (2012). Aromatherapy as an Adjuvant Treatment in Cancer Care – A Descriptive Systematic Review. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines*, 9(4), 503–518. doi:10.4314/ajtcam.v9i4.7
- Börekçi, E. (2017). Orta Anadoluda Üçüncü Basamak Bir Hastanede Non-Steroid Anti-İnflamatuar İlaç Reçeteleme Tercihleri. *Journal of Contemporary Medicine*, 203–207. doi:10.16899/gopctd.349789
- Buck, R. ve Morley, S. (2006). A daily process design study of attentional pain control strategies in the self-management of cancer pain. *European Journal of Pain*, 10(5), 385–385. doi:10.1016/j.ejpain.2005.04.001
- Cavalieri, T. A. (2002). Pain management in the elderly. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 102(9), 481–485.
- Cavalieri, T. A. (2005). Management of Pain in Older Adults. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 1(105), 12–17.
- Cavalieri, T. A. (2007). Managing Pain Patients, in Geriatric. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 107(suppl 4), ES10–ES16.
- Cazacu, I., Mogosan, C. ve Loghin, F. (2015). Safety issues of current analgesics: an update. *Clujul medical (1957)*, 88(2), 128–136. doi:10.15386/cjmed-413
- Çelik, S., Kübra Baş, B., Nur Korkmaz, Z., Karaşahin, H. ve Yıldırım, S. (2018). Determination of knowledge and behaviour of nurses about pain management. *Bakirkoy Tip Dergisi*, 14, 17–23. doi:10.5350/BTDMJB.20160905103604
- Chan, Y. M., Lee, P. W. H., Ng, T. Y., Ngan, H. Y. S. ve Wong, L. C. (2003). The use of music to reduce anxiety for patients undergoing colposcopy: a randomized trial. *Gynecologic oncology*, 91(1), 213–217. doi:10.1016/s0090-8258(03)00412-8

- Çilingir, D. ve Bulut, E. (2017). Yaşlı Bireylerde Ağrıya Yaklaşım. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(2), 144–153.
- Cino, K. (2014). Aromatherapy Hand Massage for Older Adults With Chronic Pain Living in Long-Term Care. *Journal of Holistic Nursing*, 32(4), 304–313. doi:10.1177/0898010114528378
- Cline, M. E., Herman, J., Shaw, E. R. ve Morton, R. D. (1992). Standardization of the visual analogue scale. *Nursing research*, 41(6), 378–380.
- Corsonello, A., Pedone, C. ve Incalzi, R. A. (2010). Age-related pharmacokinetic and pharmacodynamic changes and related risk of adverse drug reactions. *Current medicinal chemistry*, 17(6), 571–584. doi:10.2174/092986710790416326
- Dansie, E. J. ve Turk, D. C. (2013). Assessment of patients with chronic pain. *British journal of anaesthesia*, 111(1), 19–25. doi:10.1093/bja/aet124
- Elbi, H. (2017). Kronik ağrıda psikiyatrik değerlendirme. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 16(2), 160–173. doi:10.14292/totbid.dergisi.2017.25
- Elkins, G., Jensen, M. P. ve Patterson, D. R. (2007). Hypnotherapy for the Management of Chronic Pain. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 275–287. doi:10.1080/00207140701338621
- Elomaa, M. M., de C Williams, A. C. ve Kalso, E. A. (2009). Attention management as a treatment for chronic pain. *European journal of pain (London, England)*, 13(10), 1062–1067. doi:10.1016/j.ejpain.2008.12.002
- Emmiler, M., Solak, O., Kocogullari, C., Dundar, U., Ayva, E., Ela, Y., ... Kavuncu, V. (2008). Control of acute postoperative pain by transcutaneous electrical nerve stimulation after open cardiac operations: a randomized placebo-controlled prospective study. *The heart surgery forum*, 11(5), E300-3. doi:10.1532/HSF98.20081083
- Erden, S. ve Şenol Çelik, S. (2015). Bir Elektro Analjezi Yöntemi: Transkütan

Elektriksel Sınır Stimülasyonu ve Hemşirenin Rollerini. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 50–60.

Ersek, M., Turner, J. A., Cain, K. C. ve Kemp, C. A. (2008). Results of a randomized controlled trial to examine the efficacy of a chronic pain self-management group for older adults [ISRCTN11899548]. *PAIN*, 138(1), 29–40. doi:https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.11.003

Eti arslan, F. (2002). Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 9–16.

Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L. ve Jensen, M. P. (2011). Validity of four pain intensity rating scales. *Pain*, 152(10), 2399–2404. doi:10.1016/j.pain.2011.07.005

Gündüzoğlu, N. Ç. ve Karadakovan, A. (2011). Yaşlılarda Ağrı Yönetimi. *Geriatri ve Geriatrik Nöropsikiyatri Dergisi*, 2(2–3), 41–48.

Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Turk, D. C., Fine, P. G., Dworkin, R. H., Helme, R., ... Williams, J. (2007). An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *The Clinical journal of pain*, 23(1 Suppl), S1–43. doi:10.1097/AJP.0b013e31802be869

Haefeli, M. ve Elfering, A. (2006). Pain assessment. *European spine journal : official publication of the European Spine Society, the European Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society*, 15 Suppl 1(Suppl 1), S17–S24. doi:10.1007/s00586-005-1044-x

Hamza, M. A., White, P. F., Ahmed, H. ve Ghoname, E. A. (1999). Effect of the Frequency of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation on the Postoperative Opioid Analgesic Requirement and Recovery Profile. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 91(5), 1232.

Hasegawa, R., Islam, M. M., Nasu, E., Tomiyama, N., Lee, S. C., Koizumi, D., ... Takeshima, N. (2010). Effects of Combined Balance and Resistance Exercise

- on Reducing Knee Pain in Community-Dwelling Older Adults. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 28(1), 44–56. doi:10.3109/02703180903381086
- Herr, K. A. ve Garand, L. (2001). Assessment and measurement of pain in older adults. *Clinics in geriatric medicine*, 17(3), 457–vi. doi:10.1016/s0749-0690(05)70080-x
- Hochberg, M. C., Altman, R. D., April, K. T., Benkhalti, M., Guyatt, G., McGowan, J., ... Tugwell, P. (2012). American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis care & research*, 64(4), 465–474. doi:10.1002/acr.21596
- Hulla, R., Vanzzini, N., Salas, E., Bevers, K., Garner, T. ve Gatchel, R. J. (2015). Pain Management and the Elderly. *Practical Pain Management*, 15(1).
- Ingrasciotta, Y., Sultana, J., Giorgianni, F., Menditto, E., Scuteri, A., Tari, M., ... Trifiro', G. (2019). Analgesic drug use in elderly persons: A population-based study in Southern Italy. *PloS one*, 14(9), e0222836–e0222836. doi:10.1371/journal.pone.0222836
- Johnson, M. H. (2005). How does distraction work in the management of pain? *Current Pain and Headache Reports*, 9(2), 90–95. doi:10.1007/s11916-005-0044-1
- Jun, Y. S., Kang, P., Min, S. S., Lee, J.-M., Kim, H.-K. ve Seol, G. H. (2013). Effect of Eucalyptus Oil Inhalation on Pain and Inflammatory Responses after Total Knee Replacement: A Randomized Clinical Trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013, 1–7. doi:10.1155/2013/502727
- Karadakovan, A. (2014). *Yaşlı sağlığı ve bakım*. Ankara: Akademisyon Kitabevi.
- Karcioglu, O., Topacoglu, H., Dikme, O. ve Dikme, O. (2018). A systematic review

of the pain scales in adults: Which to use? *The American Journal of Emergency Medicine*, 36(4), 707–714. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.01.008>

Kaya, H., Kaya, Ö. ve Paltun, S. (2018). Buprenorfin ve Benzodiazepin Beraber Kullanımı İle Ortaya Çıkan Solunum Depresyonu. *Current Addiction Research*, 2(1), 22–26. doi:10.5455/car.105-1523478964

Kaye, A. D., Baluch, A. ve Scott, J. T. (2010). Pain management in the elderly population: a review. *The Ochsner journal*, 10(3), 179–187. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21603375> adresinden erişildi.

Kirksey, K. M., McGlory, G. ve Sefcik, E. F. (2015). Pain assessment and management in critically ill older adults. *Critical care nursing quarterly*, 38(3), 237–244. doi:10.1097/CNQ.0000000000000071

Kress, H.-G., Ahlbeck, K., Aldington, D., Alon, E., Coaccioli, S., Coluzzi, F., ... Sichère, P. (2014). Managing chronic pain in elderly patients requires a CHANGE of approach. *Current medical research and opinion*, 30(6), 1153–1164. doi:10.1185/03007995.2014.887005

Kurt, S. (2018). Onkoloji Hastalarında Refleksolojinin Kullanımı. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 1(1), 28–38.

Kutlutürkan, S. (2018). Yaşlılık ve ağrı. N. Bilgili ve Y. Kitiş (Ed.), *Yaşlılık ve Yaşlı sağlığı* içinde (ss. 368–385). Ankara: Ayrıntı Basımevi.

Kuzu, N. ve Ucar, H. (2001). The effect of cold on the occurrence of bruising, haematoma and pain at the injection site in subcutaneous low molecular weight heparin. *International journal of nursing studies*, 38(1), 51–59. doi:10.1016/s0020-7489(00)00061-4

Lee, J., Han, M., Chung, Y., Kim, J. ve Choi, J. (2011). Effects of foot reflexology on fatigue, sleep and pain: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41(6), 821–833. doi:10.4040/jkan.2011.41.6.821

Lin, J.-G. ve Chen, W.-L. (2008). Acupuncture analgesia: a review of its mechanisms



- of actions. *The American journal of Chinese medicine*, 36(4), 635–645.  
doi:10.1142/S0192415X08006107
- Malanga, G. A., Yan, N. ve Stark, J. (2015). Mechanisms and efficacy of heat and cold therapies for musculoskeletal injury. *Postgraduate Medicine*, 127(1), 57–65. doi:10.1080/00325481.2015.992719
- Malara, A., De Biase, G. A., Bettarini, F., Ceravolo, F., Di Cello, S., Garo, M., ... Rispoli, V. (2016). Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 50(4), 1217–1225. doi:10.3233/JAD-150808
- McCaffrey, R., Zerwekh, J. ve Keller, K. (2005). Pain Management. *Nurse Educator*, 30(5), 226–230. doi:10.1097/00006223-200509000-00012
- McKenna Bradford, Evan Hartzell, M., Asih, S., Hulla, R., Gatchel, R. J. ve Robeck, I. (2015). Pain Management in the Elderly: Treatment Considerations. *Practical Pain Management*, 15(1).
- Melzack, R. ve Katz, J. (1992). *The MC Gill Pain Questionnaire: Appraised and Current Status, Handbook of Pain Assessment*. New York: The Guilford Press.
- Oliveira, B. H. de, Silva, A. Q. de A. da, Ludtke, D. D., Madeira, F., Medeiros, G. M. da S., Parreira, R. B., ... Martins, D. F. (2017). Foot Reflexotherapy Induces Analgesia in Elderly Individuals with Low Back Pain: A Randomized, Double-Blind, Controlled Pilot Study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2017, 1–9. doi:10.1155/2017/2378973
- Öngel, K. (2017). Ağrı Tanımı Ve Sınıflaması. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*, 9(1), 12–14. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ktah/issue/45483/572141> adresinden erişildi.
- Ordu Gokkaya, N. K., Gokce-Kutsal, Y., Borman, P., Ceceli, E., Dogan, A., Eyigor, S. ve Karapolat, H. (2012). Pain and quality of life (QoL) in elderly: the Turkish experience. *Archives of gerontology and geriatrics*, 55(2), 357–362. doi:10.1016/j.archger.2011.10.019

- Osterweis, M., Kleinman, A. ve Mechanic, D. (Ed.). (1987). *Pain and Disability: Clinical, Behavioral, and Public Policy Perspectives*. Washington (DC). doi:10.17226/991
- Ovayolu, N. ve Ovayolu, Ö. (2016). *Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar*. (N. Ovayolu ve Ö. Ovayolu, Ed.). Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
- Özel, F., Yildirim, Y. ve Fadiloğlu, Ç. (2014). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda ağrı yönetimi. *Ağrı*, 26(2), 57–64. doi:10.5505/agri.2014.41103
- Patil, S., Sen, S., Bral, M., Reddy, S., Bradley, K. K., Cornett, E. M., ... Kaye, A. D. (2016). The Role of Acupuncture in Pain Management. *Current pain and headache reports*, 20(4), 22. doi:10.1007/s11916-016-0552-1
- Quinlan, P., Davis, J., Fields, K., Madamba, P., Colman, L., Tinca, D. ve Cannon Drake, R. (2017). Effects of Localized Cold Therapy on Pain in Postoperative Spinal Fusion Patients: A Randomized Control Trial. *Orthopedic nursing*, 36(5), 344–349. doi:10.1097/NOR.0000000000000382
- Quinn, F., Hughes, C. M. ve Baxter, G. D. (2008). Reflexology in the management of low back pain: a pilot randomised controlled trial. *Complementary therapies in medicine*, 16(1), 3–8. doi:10.1016/j.ctim.2007.05.001
- Redding, J., Plaughter, S., Cole, J., Crum, J., Ambrosino, C., Hodge, J., ... Cowan, L. (2016). “Where’s the Music?” Using Music Therapy for Pain Management. *Federal practitioner : for the health care professionals of the VA, DoD, and PHS*, 33(12), 46–49. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30766156> adresinden erişildi.
- Rivard, R., Crespin, D., Finch, M., Johnson, J. ve Dusek, J. (2014). Effectiveness of Therapeutic Massage in Conjunction with Aromatherapy for Pain and Anxiety Relief of Hospitalized Patients. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 20(5), A125–A125. doi:10.1089/acm.2014.5333.abstract

- Saeki, Y. (2002). Effect of local application of cold or heat for relief of pricking pain. *Nursing and Health Sciences*, 4(3), 97–105. doi:10.1046/j.1442-2018.2002.00112.x
- Sağlık Bakanlığı. (2011). *Yaşlı Sağlığı Modülleri*. (Ş. Özvarış Bahar ve D. Aslan, Ed.). Ankara: Anıl Matbaacılık.
- Saka, Ö. (2011). Ağrıyı Ölçme ve Değerlendirme. *Türkiye Klinikleri Family Medicine - Special Topics*, 2(2), 15–20.
- Sansone, P. ve Schmitt, L. (2000). Providing tender touch massage to elderly nursing home residents: a demonstration project. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 21(6), 303–308. doi:10.1067/mgn.2000.108261
- Sarıhan, E., Kadioğlu, E. ve Artıran İğde, F. (2012). Kanser ağrısı , tedavi prensipleri ve Dünya Sağlık Örgütü ağrı Basamak tedavisi. *Nobel Medicus*, 8(1), 5–15.
- Saygin, M. ve Yağcı, Ü. (2019). Ağrı Fizyopatolojisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 20(2), 209–220. doi:10.17343/sdutfd.444237
- Sayın, Y. (2012). Yaşlılık süreci ve etkileri. Z. Durna (Ed.), *Kronik Hastalıklar ve Bakım* içinde (ss. 517–537). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Schug, S. A., Daly, H. C. S. ve Stannard, K. J. D. (2011). Pathophysiology of Pain. R. Fitridge ve M. Thompson (Ed.), *Mechanisms of Vascular Disease: A Reference Book for Vascular Specialists* içinde . Adelaide (AU).
- Sonke, J. (2011). Music and the Arts in Health: A Perspective from the United States. *Music and Arts in Action*, 3(2), 5–14. <http://www.musicandartsinaction.net/index.php/maia/article/view/musicarthealthusperspective> adresinden erişildi.
- Stephenson, N. L. N., Swanson, M., Dalton, J., Keefe, F. J. ve Engelke, M. (2007). Partner-delivered reflexology: effects on cancer pain and anxiety. *Oncology nursing forum*, 34(1), 127–132. doi:10.1188/07.ONF.127-132

- Summers, S. (2000). Evidence-based practice part 1: pain definitions, pathophysiologic mechanisms, and theories. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 15(5), 357–365. doi:10.1053/jpan.2000.18211
- Trachsel, L. A. ve Cascella, M. (2020). Pain Theory. Treasure Island (FL).
- Treede, R.-D. (2018). The International Association for the Study of Pain definition of pain: as valid in 2018 as in 1979, but in need of regularly updated footnotes. *Pain reports*, 3(2), e643–e643. doi:10.1097/PR9.0000000000000643
- TÜİK. (2018). *İstatistiklerle Yaşlılar, 2018*. [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/Yasli\\_Sagligi/raporlar\\_istatistikler/TUIK\\_Yasli\\_Istatistik\\_2018.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engelli-db/hastaliklar/Yasli_Sagligi/raporlar_istatistikler/TUIK_Yasli_Istatistik_2018.pdf) adresinden erişildi.
- Tulgar, M., Arslan, A. ve Kalkan, E. (1998). Ağrı ve Nörostimülasyon. *Van Tıp Dergisi*, 5(4), 258–263.
- Urman, R. D. ve Vadivelu, N. (2015). *Ağrı Özet Bilgiler ve Gün*. (E. Kurt ve A. Atım, Ed.). Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Uyar, M. ve Köken, İ. (2017). Kronik ağrı nörofizyolojisi. *TOTBİD Dergisi*, 16(2), 70–76. doi:10.14292/totbid.dergisi.2017.12
- Waterhouse, M. (1996). Why pain assessment must start with believing the patient. *Nursing times*, 92(38), 42–43.
- Wells, N., Pasero, C. ve McCaffery, M. (2008). Improving the Quality of Care Through Pain Assessment and Management. R. G. Hughes (Ed.), . Rockville (MD).
- West, C., Usher, K., Foster, K. ve Stewart, L. (2012). Chronic pain and the family: the experience of the partners of people living with chronic pain. *Journal of clinical nursing*, 21(23–24), 3352–3360. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04215.x

- WHO. (1979a). *Men Ageing And Health*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66941/WHO\\_NMH\\_NPH\\_01.2.pdf;jsessionid=ECCB353022FEA14F93E3E509A17BF804?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66941/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf;jsessionid=ECCB353022FEA14F93E3E509A17BF804?sequence=1) adresinden erişildi.
- WHO. (1979b). *World Health Organization (WHO) handbook for reporting results of cancer treatment*. Geneva: WHO Offset Publication. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37200/WHO\\_OFFSET\\_48.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37200/WHO_OFFSET_48.pdf?sequence=1&isAllowed=y) adresinden erişildi.
- WHO. (1986). WHO's cancer pain ladder for adults. <https://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/> adresinden erişildi.
- Yağız On, A. (2006). Cold applications for the treatment of pain. *The journal of the Turkish Society of Algology*, 18(2), 5–14.
- Yerli, G. (2017). Yaşlılık Dönemi Özellikleri ve Yaşlılara Yönelik Sosyal Hizmetler. *Journal of International Social Research*, 10(52), 1278–1287. doi:10.17719/jisr.2017.1979
- Yip, Y B ve Tse, S. H. M. (2004). The effectiveness of relaxation acupoint stimulation and acupressure with aromatic lavender essential oil for non-specific low back pain in Hong Kong: a randomised controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 12(1), 28–37. doi:10.1016/j.ctim.2003.12.003
- Yip, Yin Bing ve Tam, A. C. Y. (2008). An experimental study on the effectiveness of massage with aromatic ginger and orange essential oil for moderate-to-severe knee pain among the elderly in Hong Kong. *Complementary Therapies in Medicine*, 16(3), 131–138. doi:https://doi.org/10.1016/j.ctim.2007.12.003
- Zarifoğlu, M. (2017). Ağrıya Multidisipliner Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Nöroloji - Özel Konular*, 10(4), 416–420.

## **BÖLÜM 6**

### **GEBELİKTE PROBİYOTİK KULLANIMI**

Arş. Gör. Elmas ERSÖZ<sup>1</sup>, Prof. Dr. Sıdıka BULDUK<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Selçuk Üniversitesi, Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Konya, TÜRKİYE. [elmasonde@gmail.com](mailto:elmasonde@gmail.com)

<sup>2</sup> Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara, TÜRKİYE. [bulduks@gmail.com](mailto:bulduks@gmail.com)



## GİRİŞ

Gebeler üzerinde yapılan çalışmalar bakteriyel vajinozis, gestasyonel diyabet, maternal obezite ve preeklampsi üzerine yoğunlaşırken, gebelik döneminde probiyotik kullanımının yenidoğan üzerindeki etkileri ise preterm doğum ve alerji üzerine yoğunlaşmıştır (DiGiulio et al., 2015; Dotterud, Storro, Johnsen, & Oien, 2010; Luoto, Laitinen, Nermes, & Isolauri, 2010; Soderborg, Borengasser, Barbour, & Friedman, 2016; Taşdemir, 2017; Yuvacı & Cevrioğlu, 2017) . Yetişkinlik döneminde ortaya çıkan diyabet, obezite gibi kronik hastalıkların prenatal dönemdeki anormal durumlardan kaynakladığı ileri sürülmektedir. Fetal programlama hipotezine göre maternal beslenme ve endokrin durumda meydana gelen bozukluklar fetal fizyoloji ve metabolizmasında kalıcı değişikliklere sebep olabilmekte ve sonuçta çocukluk ve hatta yetişkinlik döneminde kronik hastalıkların öncüsü olabilmektedir (Demir, 2011).

Anne karnının steril olmadığı ortaya çıkması ve plasentada gut bakterilerine rastlanması ile mikrobiyota ve dolayısı ile probiyotiklerin gebelikte kullanımı merak konusu olmuştur (Moreno & Franasiak, 2017). Probiyotik bakteriler patojenlerle savaşarak gut mikrobiyotasındaki dengeyi sağlar ve insan sağlığı üzerinde yararlı etkiler göstermektedir. İmmün sistemin stimülasyonu, kan kolesterolünün düşürülmesi, vitamin sentezi, kanseri önleyici ve antimikrobiyal etkilerinin de olduğu bilinmektedir (Sarao & Arora, 2017).



Bunlara ek olarak otizim üzerinde de araştırmalar başlamıştır (Wang, Yang, Zhang, Yu, & Yao, 2019). Bu alışmalar genellikle probiyotik kullanımın maternal mikrobiyota üzerindeki etkilerinden yola çıkmaktadır (Castro, Gonzalez, Tarin, & Cano, 2015; rkl & şahin, 2018; Reid, 2017). Bu derlemenin amacı gebelikte Probiyotik kullanımın maternal ve fetal etkilerin incelenmesidir.

## **1. GENEL BİLGİLER**

### **1.1. Maternal Mikrobiyota**

Bakteriler insanlarda cilt, bağırsak, ürogenital sistem ve solunum yolları gibi i ve dış vücut yüzeylerinde kolonize olarak bulunmaktadır. Bakterilerin bir kısmı konaki için yararlı etkiler gösterebilmektedir. Bu bakteriler besinlerin sindirilmesinde, vitaminlerin sentezinde ve sağlığın geliştirilmesinde görev almaktadır (Ganal-Vonarburg, Fuhrer, & Gomez de Agüero, 2017). İnsanlarda bulunan bu simbiyotik (insan vücudunda yaşayan faydalı bakteriler) bakteriler mikrobiyatayı oluşturmaktadır (rkl & şAHİN, 2018). İnsan mikrobiyotasının yaklaşık 2,5-3 kg olduğu tahmin edilmektedir. Bakterilerin kolonizasyonu doğum sırasında vajinal ve intestinal bakterilerle temas etmesi ile başlamaktadır. Bebek ilk bakterilerini doğum sırasında anneden aldıktan sonra beslenmeye başladıktan sonra anne sütünün içeriğinde bulunan oligosakkaritler sayesinde mikrobiyotası gelişmektedir. Anne sütünde oligosakkaritlere ek olarak probiyotikler de bulunmaktadır (Castro et al., 2015).

## 1.2. Probiyotikler

Probiyotikler tarihte ilk olarak MÖ 3000'li yıllarda kullanıldığı düşünülmektedir. İnsanlar sütün daha uzun süre dayanmasını sağlamak amacı ile fermente süt ürünleri elde etmişlerdir. Ancak elde edilen bu ürünlerin yararlı etkileri yıllar sonra anlaşılmıştır (Hosono, 1992). Probiyotik bakteriler, 2002 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün kabul ettiği tanımlamaya göre, yeterli miktarlarda alındığında konağa sağlık yararı sağlayan canlı mikroorganizmalardır (Vinderola, Binetti, Burns, & Reinheimer, 2011). Probiyotiklerin beklenen yararlı etkiyi sağlamaları için en az 10<sup>6</sup>-10<sup>7</sup> kob/mL kadar vücuda alınmalı ve içinde buldukları besinin üretimi ve depolanması süresince canlılık özelliklerini koruyabilmeleri gerekmektedir (Vasiljevic & Shah, 2008). Başlıca izole edilen probiyotik mikroorganizmalar *Lactobacillus casei*, *L. acidophilus*, *L. paracasei*, , , *L. gasseri*, *L. rhamnosus*, *L. johnsonii*, *L. reuteri*, *L. crispatus*, *L. plantarum*, *L. fermentum*, *Bifidobacterium bifidum*, *B. breve*, *B. adolescentis*, *B. Longum*, *B. lactis*, *B. infantis*, *Saccharomyces boulardii*, *S. cerevisiae* ve *Enterococcus faecium* 'dur (Tablo 1) (Özden, 2005; Vinderola et al., 2011) . Günümüzde probiyotik olarak tanımlanan bazı bakteri suşları insanda doğal florada bulunan bazı bakterilerden seçilerek izole edilmiştir (Forsythe & Bienenstock, 2010).

**Tablo 1.** Başlıca Probiyotikler

Probiyotikler	
<i>Laktobasilli</i>	<i>L. Asidofilus</i>
	<i>L. reuteri</i>
	<i>L. Casei, subsp. rhamnosus</i>
	<i>L. plantarum</i>
	<i>L. delbrueckii subsp. bulgaricus</i>
	<i>L. brevis</i>
	<i>L. curvatus</i>
	<i>L. cellobiosus</i>
	<i>L. fermentum</i>
<i>Bifidobakteria</i>	( <i>Bifidobacterium DN-173010</i> )
	<i>B. adolescentis</i>
	<i>B. bifidum</i>
	<i>B. longum</i>
	<i>B. infantis</i>
	<i>B. thermophilum</i>
MAYA'lar	<i>Saccharomyces boulardii</i>
	<i>S. cerevisiae</i>
Gram Pozitif Kok'lar	<i>Lactococcus lactis subsp. cremoris</i>
	<i>Enterococcus faecium</i>
	<i>Streptococcus subsp. thermophilus</i>
	<i>S. intermedius</i>
	<i>S. diacetylactis</i>

Bir mikroorganizmaya probiyotik denilebilmesi için belirli özelliklere sahip olması gerekmektedir. Bu özellikler patojen ve toksik özellik göstermeme, mide ve safra asitlerine karşı direnç gösterme, bağırsak epiteline tutunabilme, floraya uyum sağlayabilme, sindirim kanalında geçici olarak kolonize olabilme, antimikrobiyal etki gösterebilme, konakçı sağlığına yararlı olabilme şeklinde sıralanabilmektedir. Ayrıca tercihen mikroorganizmanın insan kaynaklı olması istenmektedir (Coşkun, 2006). Probiyotiklerin işleme ve depolama sırasında canlılığını koruması ve kolonize olduğu bölgede çoğalması gerekmektedir. Aynı zamanda probiyotik organizmanın genetik açıdan stabil olmalıdır. Konakta meydana gelen hastalıklara direnç sağlaması da tercihen beklenen özelliklerindedir. Aynı zamanda bağırsaktaki antibiyotiklerden etkilenmeme, canlı hücrelerde çok miktarda bulunma gibi özelliklerde beklenmektedir (Isolauri et al., 2002).

Probiyotiklerin birçok sağlık problemi üzerinde olumlu etkilerinin olduğu bilinmektedir. Enfeksiyona ve antibiyotik kullanımına bağlı olarak gelişen ishallerde probiyotik kullanımının yararlı etkileri gözlemlenmiştir (McFarland, 2006; Yan & Polk, 2010). Ayrıca probiyotik mikroorganizmaların laktoz intoleransının hafifletilmesi, alerjinin tedavi ve önlenmesi, kansere karşı koruyucu, hipokolesterolemik etki, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesi gibi olumlu etkileri bildirilmiştir (Taşdemir, 2017; Vasiljevic & Shah, 2008).

### 1.3. Gebelikte Probiyotik Kullanımının Etkileri

Yapılan geniş çaplı bir çalışmada 70149 gebe kadının %23,3'nün gebelikten önce (1.56 bardak/ gün), %37,6'sının erken gebelik döneminde (1.60 bardak/gün), %32,2'sinin ise geç gebelik döneminde (1.51 bardak/gün) probiyotik süt tükettiği tespit edilmiştir. Yine bu çalışmada probiyotik tüketiminin eğitim ve gelir seviyesi yüksek olan kadınlarda daha yaygın olduğu bulunmuştur (Nordqvist et al., 2018).

#### 1.3.1. Bakteriyel Vajinozis

Eski adı non spesifik vajinit olarak bilinen bakteriyel vajinozis normalde laktobasil (gram +) içeren vajinal mikrobiyomun *Gardnerella vaginalis* gibi gram (-) mikroorganizmalar veya *mobilinea* türleri (anaerob) ile kolonize olması sonucu meydana gelmektedir (Kaya, Yılmaz, & Şatıroğlu, 2001). Laktobasillus türleri patojenlerin kolonizasyonunu önleyerek, vajinal pH'ı düşürerek, hidrojen peroksit ve antimikrobiyal bileşikler üreterek BV oluşumu ile ilişkili bakterilerin büyümesini engellemektedir (Yuvacı & Cevrioğlu, 2017). Vajinada *laktobasillerin* azalması veya yokluğunun BV'ye neden olan anaerobik patojenlerin gelişmesine neden olduğu düşünülmektedir (Wiesenfeld, Hillier, Krohn, Landers, & Sweet, 2003). Yapılan bir çalışmada rahim ağzı yarası olarak tanımlan servitis BV ile ilişkili bulunmuştur ve hidrojen peroksit üreten *laktobasillerin* ortamda bulunmamasını bu durumda etkili olabileceği ileri sürülmüştür (Marrazzo et al., 2006).

Gebelerde BV prevalansı %7-30 arasında değişmektedir (Haahr et al., 2016). BV erken doğum nedenleri arsında yer almaktadır ve düşük doğum ağırlığı ile de ilişkili olduğu düşünülmektedir (Derbent, Turhan, & Öztürk, 2009; Germain, Krohn, Hillier, & Eschenbach, 1994; Haahr et al., 2016). BV'de probiyotik kullanımında önemli nokta, probiyotik bakterinin vajinaya yerleşebilmesidir. *Lb. fermentum RC-14* ve *Lb. rhamnosus GR-1* oral alındığında veya intravajinal kullanıldığında, birkaç dakikada virüsü yok edebildiğini ve bir kaç haftada yan etki göstermeden vajinal florada kolonize olabildiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Cadieux et al., 2002; Wiesenfeld et al., 2003).

Ürogenital enfeksiyonlarda antimikrobiyal tedavi her zaman etkin olmamaktadır. Aynı zamanda bakteri ve maya direnci, tekrarlayan enfeksiyonlar ve yan etkiler nedeniyle alternatif tedavi yöntemlerine ihtiyaç duyulmaktadır. Burada akla ilk gelen probiyotikler olmaktadır. Probiyotikler BV tedavisinde ya yalnız başına ya da antibiyotik tedavisine ek olarak kullanılabilir. Yalnızca oral yoldan değil aynı zamanda vajinal yoldan uygulamalarından yapıldığı görülmektedir (Mastromarino, Vitali, & Mosca, 2013). Hem gebe hem de gebe olmayan kadınların kullanıldığı bir çalışmada, katılımcılara vajinal yolla günlük 1-2 tablet *L. acidophilus* uygulanması ile %88 oranında iyileşme olduğu gözlemlenmiştir (Parent et al., 1996). Benzer bir çalışmada da laktobasillus, bifidobacteria ve streptococcus türlerinden bakterilerin kombine olarak kullanılmasının BV'ye karşı koruyucu olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Vitali et al., 2012). Bu

çalışmaların aksine probiyotik kullanan ve kullanmayan gruplara arasında vajinal floradaki değişiklikler bakımından fark bulunmayan çalışmalar da literatürde mevcuttur (Gille et al., 2016; Olsen, Williamson, Traynor, & Georgiou, 2018). Semptomatik BV'li 310 gebe randomize olarak iki gruba ayrılmış birinci gruba clindamycin (300 mg/gün x 2, 1 hafta süreyle), ikinci gruba ise *probiyotik lactobacillus, lactobacillus bulgaris, bifidobacterium lactis ve streptococcus thermophilus* suşlarını içeren probiyotik yoğurt ( 100 g/gün x 2 , 1 hafta süreyle) verilmiştir. Çalışma sonunda probiyotik alan grupta vajinal pH anlamlı olarak azalmıştır (Hantoushzadeh et al., 2012).

### 1.3.2. Maternal Obezite

Gebelikte yeterli ve dengeli beslenme, annenin ağırlık kontrolünü sağlamasını ve böylece fetüsün büyümesini ve gelişmesini sağlamaktadır. Fetal programlama teorisine paralel olarak erken dönemde beslenmenin, daha sonra meydana gelebilecek yaşam tarzı ile ilişkili kronik hastalık riskleri üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (Halkjaer et al., 2016). Probiyotik kullanımının bu dönemde maternal obeziteye ve maternal obezitenin anne ve bebek üzerindeki etkilerine karşı koruyucu olabileceği düşünülmekte ancak yapılan çalışmaların yetersiz olduğu ileri sürülmektedir (Soderborg et al., 2016). Prenatal ve postnatal dönemde gerçekleşen hızlı büyüme çocukluk döneminde ve hatta yetişkinlikte yüksek BKİ ile ilişkilendirilmiştir (Hui et al., 2008). Yapılan bir çalışmada gebelikte

probiyotik uygulamasının ağırlık kazanımına etkisi olmamasına rağmen, pospartum dönemde daha düşük bel çevresi ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (Ilmonen, Isolauri, Poussa, & Laitinen, 2011). Başka bir çalışmada ise gebelikte 4 haftalık probiyotik tedavisi, obez kadınlarda metabolik profili veya gebelik sonuçlarını etkilemediği bulunmuştur (Lindsay et al., 2014).

### **1.3.3. Gestasyonel Diyabet**

Gestasyonel diyabet (GDM) ilk olarak gebelikte görülen veya gebelik esnasında ortaya çıkan glukoz tolerans bozukluğu hastalığıdır (Turok, Ratcliffe, & Baxley, 2003). Gebeliğin, ikinci trimesterinde başlayan insülin direnci, kompensatuar  $\beta$ -hücre sayısında artış ve hiperinsülinemi ile karakterize diyabetojenik bir dönemdir. Bu dönemde insülin hassasiyeti % 80 oranında düşmektedir (Carpenter & Coustan, 1982). GDM gebeliğin 24-28. haftaları arasında oral glikoz yükleme testi (OGTT) ile tanı almaktadır. Genellikle 50 gr ile yapılan test tercih edilmektedir. Gebe kadına 50 gr glikoz içeren su içirilmektedir. Bir saat sonra kan glikoz seviyesinin 130-140 mg/dl (7,2-7,8 mmol/L) altında olması gerekmektedir.



**Tablo 2.**100 g glikoz ile 3 saatlik OGTT Kriterleri (Carpenter & Coustan, 1982; "Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Other Categories of Glucose Intolerance," 1979)

	Ulusal Diyabet Veri Grubu		Carpenter ve Coustan	
	mg/dL	mmol/L	mg/dL	mmol/L
<b>Açlık</b>	105	5,8	95	5,3
<b>Birinci saat</b>	190	10,5	180	10,0
<b>İkinci saat</b>	165	9,2	155	8,6
<b>Üçüncü saat</b>	145	8,0	140	7,8

Ancak kan glikozunun bu değerin üstüne çıkması durumunda 3 saatlik 100 gr glikozla testin tekrarlanması gerekmektedir. 3 saatlik yükleme sonrasında, anne adayının gebelik diyabeti olup olmadığı kesin olarak saptanır (Tablo 2)(Carpenter & Coustan, 1982; "Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Other Categories of Glucose Intolerance," 1979).

Yapılan bir çalışmada probiyotik suplemanı kullanan bireylerde GDM görülme sıklığı kullanmayanlara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Bu çalışma sonucunda bireyler iki yıl boyunca takip edilmiş ve probiyotik kullanımının herhangi bir olumsuz etkisi görülmemiştir (Luoto et al., 2010). Bir diğer çalışmada ise 35 yaş üstü gebelerde probiyotik kullanımı düşük GDM riski ile ilişkili bulunmuştur (Wickens et al., 2017). Probiyotik kullanımı ile GDM ve oksidatif ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada ise probiyotik alan grupta açlık plazma glikozu, serum CRP seviyesi, plazma

malondealdehit konsantrasyonu anlamlı olarak düşük bulunurken, toplam antioksidan kapasitesi ise anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Badehnoosh et al., 2018). Başka bir çalışmada ise 149 kadın 2 gruba ayrılmış ve bir gruba *Lactobacillus salivarius UCC118* diğer gruba ise plasebo verilmiştir. Çalışma sonunda iki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Lindsay et al., 2015). Benzer bir çalışmada da dört haftalık probiyotik kullanımının maternal açlık glikozu üzerine etkisi olmadığı bildirilmiştir (Lindsay et al., 2014).

#### **1.3.4. Preeklampsi**

Preeklampsi gebeliğin ikinci yarısında ortaya çıkan, tüm gebeliklerin yaklaşık %7-10'unda görülen maternal ve fetal komplikasyonlara neden olan önemli bir hastalıktır (Madazlı, 2010; Sağol & Özkınay, 2000). Annedeki bu klinik bulgulara ek olarak fetüste büyüme kısıtlaması, düşük amniyotik sıvı ve anormal oksijenasyon gibi durumlar görülebilmektedir. Preeklampsi, gelişmiş ülkelerde de maternal ve perinatal morbidite ve mortalitenin önde gelen nedenlerinden biridir (Sibai, Dekker, & Kupferminc, 2005).

Normal hamilelik sırasında, villöz sitotrofoblast, myometriyumun üçte birine girer ve spiral arterler endotellerini ve kas liflerinin çoğunu kaybeder. Bu yapısal modifikasyonlar, spiral arterlerin düşük dirençli damarlar haline gelmesi ve böylece vazokonstriktif maddelere karşı daha az hassas ve hatta duyarsız hale gelmesi için fonksiyonel değişikliklerle ilişkilidir. Preeklampsinin karmaşık bir patofizyolojisi vardır, birincil nedeni anormal yerleşimdir. Pre-eklampsi sırasında

spiral arterlerin sitotrofoblast hücreleri tarafından kusurlu istilası gözlenir. Uterusun sitotroblast istilasının aslında fetal hücrelerin normalde değiştirdikleri maternal endotelin belirli niteliklerini benimsediği eşsiz bir farklılaşma yolu olduğunu bilinmektedir. Eklampsilerde bu farklılaşma süreci ters gitmektedir. Anormallikler, vasküler tonunun kontrolüne büyük ölçüde katkıda bulunan nitrik oksit yolu ile ilgili olabilir. Üstelik nitrik oksidin maternal sentezinin inhibisyonu, embriyo implantasyonunu önlemektedir. Bunun sonucunda artan uterin arteriyel direnç oksidatif stres ve iskemiye hassasiyeti artırır (Uzan, Carbonnel, Piconne, Asmar, & Ayoubi, 2011). Normal bir hamileliğe preeklampsi durumunda şiddetli bir inflamatuvar yanıt eşlik eder ve endotel disfonksiyonunun bu kötüleşmiş fenomenin bir parçası olabileceği varsayılmıştır (Serrano, 2006).

Bir kohort çalışmasında 33 399 gebe çalışmaya katılmıştır. Katılımcılara besin tüketim sıklığı anketi uygulanmış ve lactobacilli içeren probiyotik süt bazlı ürünlerin tüketim sıklığı saptanmıştır. Çalışma sonucunda probiyotik kullanımı özellikle şiddetli preeklampsi riskinde azalma ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Katılımcılar probiyotikleri hiç tüketmeyen, aylık, haftalık ve günlük tüketen olarak gruplandırıldığında, haftalık ve günlük tüketenlerde şiddetli preeklampsi riski anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur (Brantsaeter et al., 2011). Başka bir çalışma ise probiyotiklerin kullanım zamanının preeklampsi ile ilişkisi incelenmiş ve sonuç olarak yalnızca geç gebelik döneminde probiyotik süt kullanımının preeklampsi riskindeki azalma ile ilişkili

olduğu görülmüştür. Preeklamsi şiddetine göre sınıflama yapıldığında ise yalnızca şiddetli preeklamsi hastalarında probiyotik alımı ile ilişki saptandığı bildirilmiştir (Nordqvist et al., 2018).

### **1.3.5. Preterm Doğum**

Preterm doğum, doğum kilosu gözardı edilerek, 20 ile 37. Gestasyon haftası arasında meydana gelen doğum olarak tanımlanmaktadır. Gebeliklerin yaklaşık olarak %13' preterm olarak sonuçlanmaktadır. Günümüzde elde edilen yeni bilgi ve teknolojilere rağmen preterm doğum oranının yükselme görülmektedir. Yenidoğan morbidite ve mortalitesinin %75'i preterm doğumdan kaynaklanmaktadır (Atasay et al., 2010; Ege, Akın, Altuntuğ, Arız, & Koçoğlu, 2009).

İntrauterin enfeksiyonlar ( BV dhil) 35. Gebelik haftasından önce özellikle 32. Gebelik haftasında meydana gelen spontan erken doğum ile işkili bulunmuştur (Goldenberg, Andrews, & Hauth, 2002). Enfeksiyonlardan kaynaklanan erken doğumların yaklaşık % 90'ına vajina yoluyla artan enfeksiyon neden olmaktadır ve anormal vajinal flora erken doğuma yol açan önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (Shiozaki et al., 2014). Spontan erken doğum ile probiyotik alımı arasındaki ilişkinin incelendiği 18 888 kişinin katıldığı geniş çaplı bir araştırmada, bireylerin 17-22. Haftalar arasında besin tüketim sıklıkları alınarak probiyotik alımları hesaplanmıştır. Bölgede kullanılan iki markanın ürünlerinin kullanılıp kullanılmadığı ve sıklığı sorgulanmıştır. Sonuç olarak spontan erken doğum yapan bireylerde probiyotik kullanımı (%29,8), zamanında

doğum yapan bireylerdeki probiyotik kullanımından (%32,9) anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Gebelerin günlük beslenmesinde probiyotik besinlere yer vermesinin spontan erken doğum riskini azaltabileceği ileri sürülmüştür (Myhre et al., 2011). Probiyotik kullanılan dönemin etkisinin araştırıldığı bir çalışmada erken gebelik döneminde probiyotik kullanımı ile preterm doğum riskinde azalma arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Başka bir çalışmada probiyotik kullanımının preterm doğum üzerinde koruyucu etkisinin net olmadığı sonucuna varılmıştır (Krauss-Silva et al., 2011). Yapılan bir çalışmada çalışmaya katılan 45 gebeye probiyotik suplementasyonu yapılmış ve supleman almayan grupla karşılaştırıldığında, probiyotik alan grupta preterm doğum oranı (%2,2) almayan gruba göre (%25) anlamlı olarak düşüktür. Yine bu çalışmada bebeklerin doğum ağırlığı probiyotik alan grupta almayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Kiriara et al., 2018).

### **1.3.6. Alerji**

Egzama veya atopik dermatit, çoğunlukla çocuklarda görülen yaygın bir kronik inflamatuvar cilt hastalığıdır. Doğumda, yenidoğanın lenfoid sistemi henüz olgun değildir ve Th1 yanıtı inhibe edilir. Bu nedenle, bağışıklık sisteminin Th1 ve Th2 yanıtı arasındaki boşluğu temizlemesi gerekir. Mikrobiyota bu kritik aşamada çok önemli bir yere sahiptir (de Brito, Goldoni, & Sato, 2009). Yapılan bir çalışmada aile geçmişinde alerji hikâyesi olan gebelere doğumdan 4-8 hafta önce başlanıp, doğum sonrası altıncı aya kadar probiyotik takviyesi

uygulanmış ve bir yıl süresince bebekler izlenmiştir. Bir yıl sonunda probiyotik alan grupta egzema prevalansı plasebo grubuna göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Kim et al., 2010). Başak bir çalışmada ise gebeliğin 36. Haftasından başlayarak, doğum sonrası 3 aya kadar probiyotik takviyesi alan ve almayan gebelerin bebekleri 2 yıl boyunca takip edilmiştir. Çalışma sonucunda probiyotik kullanımın atopik dermatit insidansını azalttığını, ancak astım ve atopik hassasiyet üzerinde etkisi olmadığı görülmüştür (Dotterud et al., 2010). Bu çalışmaya benzer bir çalışmada bebekler 6 yıl süresince izlenmiş ve sonuç olarak gebelikte probiyotik kullanımının atopik dermatit insidansını azalttığı görülmüştür (Simpson, Dotterud, Storrø, Johnsen, & Øien, 2015).

### **1.3.7. Otizm**

Otizm erken yaşlarda iletişim kurma ve konuşmada güçlükleri ile kendini gösteren ve yaşamı etkileyen (Association, 2013) hetorejen bir nörogelişimsel bozukluktur. Genetik, çevresel ve immün faktörlerin otizm etiolojisine katkıda bulunduğu düşünülmektedir (Paysour, Bolte, & Lukens, 2019). Maternal immün aktivasyon (MIA) artan otizm riski ile ilişkili bulunmaktadır. Hayvan çalışmalarında IL-6 ve IL-17 MIA'nın indüklediği otizmde anahtar sitokinlerdir (Wang et al., 2019). MIA modellerinde insan commensal bakterisi olan *Bacteroides fragilis* ile probiyotik muamelesiyle iyileştirilen farelerde intestinal geçirgenlikteki artış MIA septomlarındaki düzelme ile paralellik göstermektedir. Aynı zamanda bu grupta probiyotik tedavisi

ile kolonda IL-6 seviyelerinin down regülasyonun sağlandığı görülmüştür (Hsiao et al., 2013). Gebe fareler üzerinde yapılan bir çalışmada oral olarak probiyotik uygulamasının MIA'nın indüklediği IL-6 ve IL-17 artışına karşı hem maternal hem de fetal serum ve beyinde koruyucu olduğu sonucu elde edilmiştir. Çalışma sonucunda gebelik sırasında probiyotik kullanımın proinflatuar sitokin üretimini baskılayarak otizme karşı koruyucu olabileceği ileri sürülmektedir (Wang et al., 2019).

### **1.3.8. Gebelikte Probiyotik Kullanımın Güvenliği**

Bu konu hakkında yapılan geniş çaplı bir derlemede süt, yoğurt ve hatta kapsül olarak probiyotiklerin kullanımın yan etkisi olmadığı bildirilmiştir (Baldassarre et al., 2018).

## **2. SONUÇ VE ÖNERİLER**

Probiyotikler son yıllarda birçok araştırmacının odağında yer almaktadır. Birçok kronik hastalıkta, sağlığı geliştirmede ve besin sanayiinde kullanımına yönelik çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Günümüzde kronik hastalıkların anne karnından başlayan bir geçmişinin olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle maternal beslenme oldukça önemlidir. Maternal dönemde makro ve mikro besin öğelerinin yeterli ve dengeli bir şekilde alınmasına ek olarak, fonksiyonel beslenmenin de sağlığın korunmasında ve hastalıkların önlenmesindeki rolü gözardı edilmemelidir. “Fonksiyonel

besinlerden bir olan probiyotikler gebelikte kullanılmalı mıdır?’’ sorusu akla gelmektedir.

İkinci beyin olarak adlandırılan intestinal sistemimiz gebelik döneminde büyük role sahiptir. Hem maternal hem de fetal beslenmenin sağlıklı bir şekilde devam etmesi intestinal sistemin düzgün çalışması ile ilişkilidir. Probiyotik bakteriler instestinal mukoza devamlılığını sağlamaktadır. Patojen bakterilerin kolonizasyonunu önleterek intestinal mukozayı korumaktadır. Aynı durum gebelik döneminde vajina, plasenta ve uterus için de geçerlidir. Probiyotik bakteriler bu yarışma özellikleri ile bu bölgelerde de kolonize olmaktadır. Yapılan çalışmalarda gebelik döneminde Probiyotik kullanımının maternal mikrobiyotayı geliştirdiğini göstermektedir.

Gebelik kaynaklı veya gebeliği etkileyen hastalıklarda da probiyotik kullanımı ile yararlı etkiler gözlenmiştir. Özellikle BV ‘de ve preterm doğumun önlenmesinde probiyotik kullanımının olumlu yönde etkileri olduğu görülmektedir. Probiyotik bakterilerin epitel ve besin için patojenlerle yarışması BV’deki yararlı etkinin sebebi olarak gösterilebilir. Ayrıca GDM ve maternal obezite üzerine yapılan çalışma sayıları kısıtlı olmasına karşın umut verici sonuçlar göstermektedir. Çocuklarda sıklıkla karşılaşılan alerji, egzema ve atopik dermatit de çalışmalarda incelenmiştir. Pek çok çalışmada gebelikte probiyotik kullanılması ile immün sistemin gelişmesi üzerinden yararlı etkiler sağlanmıştır. Son dönemde otizm ve



beslenme ilişkisi araştırılmaktadır. Henüz otizim ve gebelikte Probiyotik kullanımı üzerine insan çalışması bulunmamakta ancak fareler üzerinde yapılan çalışmalar bu konu için öncü nitelikte sonuçlar ortaya çıkarmıştır.

Yaşamın her döneminde ihtiyacımız olan besin ögelerini ve fonksiyonel bileşenleri doğal yoldan sağlamak daha ekonomik ve kolaydır. Gebelik döneminde normal beslenmede Probiyotik ve fermente ürünlerin tüketiminin sağlanması gereklidir. Burada dikkat edilmesi gereken, normal florayı değiştirmek yerine gerekirse prebiyotik besinlerle desteklemeyi tercih etmek doğru olacaktır.

## KAYNAKÇA

- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- Atasay, B., Okulu, E., Akın, İ. M., Çandır, O., Arsan, S., & Türkmen, T. (2010). Geç prematüre yenidoğanların erken klinik sonuçları. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 4(1), 30-35.
- Badehnoosh, B., Karamali, M., Zarrati, M., Jamilian, M., Bahmani, F., Tajabadi-Ebrahimi, M., . . . Asemi, Z. (2018). The effects of probiotic supplementation on biomarkers of inflammation, oxidative stress and pregnancy outcomes in gestational diabetes. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 31(9), 1128-1136. doi:10.1080/14767058.2017.1310193
- Baldassarre, M. E., Palladino, V., Amoruso, A., Pindinelli, S., Mastromarino, P., Fanelli, M., . . . Laforgia, N. (2018). Rationale of Probiotic Supplementation during Pregnancy and Neonatal Period. *Nutrients*, 10(11), 1693. doi:10.3390/nu10111693
- Brantsaeter, A. L., Myhre, R., Haugen, M., Myking, S., Sengpiel, V., Magnus, P., . . . Meltzer, H. M. (2011). Intake of probiotic food and risk of preeclampsia in primiparous women: the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Am J Epidemiol*, 174(7), 807-815. doi:10.1093/aje/kwr168
- Cadieux, P., Burton, J., Gardiner, G., Braunstein, I., Bruce, A. W., Kang, C. Y., & Reid, G. (2002). Lactobacillus strains and vaginal ecology. *Jama*, 287(15), 1940-1941.
- Carpenter, M. W., & Coustan, D. R. (1982). Criteria for screening tests for gestational diabetes. *Am J Obstet Gynecol*, 144(7), 768-773. doi:10.1016/0002-9378(82)90349-0
- Castro, A., Gonzalez, M., Tarin, J. J., & Cano, A. (2015). [Role of probiotics in Obstetrics and Gynecology]. *Nutr Hosp*, 31 Suppl 1, 26-30. doi:10.3305/nh.2015.31.sup1.8704

- Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus and Other Categories of Glucose Intolerance. (1979). *Diabetes*, 28(12), 1039. doi:10.2337/diab.28.12.1039
- Coşkun, T. (2006). Pro-, pre-ve sinbiyotikler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 49(2), 128-148.
- de Brito, C. A., Goldoni, A. L., & Sato, M. N. (2009). Immune adjuvants in early life: targeting the innate immune system to overcome impaired adaptive response. *Immunotherapy*, 1(5), 883-895. doi:10.2217/imt.09.38
- Demir, H. (2011). Erişkin dönemdeki hastalıkların fetal programlanması: Beslenmenin rolü. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 54, 45-50.
- Derbent, A., Turhan, N., & Öztürk, N. (2009). Erken doğum riski ve tahmini. *Yeni Tıp Dergisi*, 26, 139-144.
- DiGiulio, D. B., Callahan, B. J., McMurdie, P. J., Costello, E. K., Lyell, D. J., Robaczewska, A., . . . Shaw, G. (2015). Temporal and spatial variation of the human microbiota during pregnancy. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(35), 11060-11065.
- Dotterud, C. K., Storro, O., Johnsen, R., & Oien, T. (2010). Probiotics in pregnant women to prevent allergic disease: a randomized, double-blind trial. *Br J Dermatol*, 163(3), 616-623. doi:10.1111/j.1365-2133.2010.09889.x
- Ege, E., Akın, B., Altuntuğ, K., Ariöz, A., & Koçoğlu, D. (2009). Prevalence of Spontaneous Preterm Birth and Related Factors. *J Turk Soc Obstet Gynecol*, 6(3), 197-205. Retrieved from <https://dx.doi.org/>
- Forsythe, P., & Bienenstock, J. (2010). Immunomodulation by commensal and probiotic bacteria. *Immunological investigations*, 39(4-5), 429-448.
- Ganal-Vonarburg, S. C., Fuhrer, T., & Gomez de Agüero, M. (2017). Maternal microbiota and antibodies as advocates of neonatal health. *Gut Microbes*, 8(5), 479-485. doi:10.1080/19490976.2017.1299847

- Germain, M., Krohn, M. A., Hillier, S. L., & Eschenbach, D. A. (1994). Genital flora in pregnancy and its association with intrauterine growth retardation. *Journal of clinical microbiology*, 32(9), 2162-2168. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7814541>
- Gille, C., Boer, B., Marschal, M., Urschitz, M. S., Heinecke, V., Hund, V., . . . Poets, C. F. (2016). Effect of probiotics on vaginal health in pregnancy. EFFPRO, a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*, 215(5), 608.e601-608.e607. doi:10.1016/j.ajog.2016.06.021
- Goldenberg, R. L., Andrews, W. W., & Hauth, J. C. (2002). Choriodecidual infection and preterm birth. *Nutr Rev*, 60(5 Pt 2), S19-25. doi:10.1301/00296640260130696
- Haahr, T., Ersboll, A. S., Karlsen, M. A., Svare, J., Sneider, K., Hee, L., . . . Uldbjerg, N. (2016). Treatment of bacterial vaginosis in pregnancy in order to reduce the risk of spontaneous preterm delivery - a clinical recommendation. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 95(8), 850-860. doi:10.1111/aogs.12933
- Halkjaer, S. I., Nilas, L., Carlsen, E. M., Cortes, D., Halldorsson, T. I., Olsen, S. F., . . . Petersen, A. M. (2016). Effects of probiotics (Vivomixx(R)) in obese pregnant women and their newborn: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 491. doi:10.1186/s13063-016-1617-5
- Hantoushzadeh, S., Golshahi, F., Javadian, P., Khazardoost, S., Aram, S., Hashemi, S., . . . Borna, S. (2012). Comparative efficacy of probiotic yoghurt and clindamycin in treatment of bacterial vaginosis in pregnant women: a randomized clinical trial. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 25(7), 1021-1024. doi:10.3109/14767058.2011.614654
- Hosono, A. (1992). Fermented milk in the orient. *Functions of Fermented Milk, Challenges for Health Science*. Y. Nakazawa & A. Hosono (ed.). Elsevier Applied Science Publishers Ltd., London.

- Hsiao, E. Y., McBride, S. W., Hsien, S., Sharon, G., Hyde, E. R., McCue, T., . . . Mazmanian, S. K. (2013). Microbiota modulate behavioral and physiological abnormalities associated with neurodevelopmental disorders. *Cell*, *155*(7), 1451-1463. doi:10.1016/j.cell.2013.11.024
- Hui, L. L., Schooling, C. M., Leung, S. S., Mak, K. H., Ho, L. M., Lam, T. H., & Leung, G. M. (2008). Birth weight, infant growth, and childhood body mass index: Hong Kong's children of 1997 birth cohort. *Arch Pediatr Adolesc Med*, *162*(3), 212-218. doi:10.1001/archpediatrics.2007.62
- Ilmonen, J., Isolauri, E., Poussa, T., & Laitinen, K. (2011). Impact of dietary counselling and probiotic intervention on maternal anthropometric measurements during and after pregnancy: a randomized placebo-controlled trial. *Clin Nutr*, *30*(2), 156-164. doi:10.1016/j.clnu.2010.09.009
- Isolauri, E., da Costa Ribeiro, H., Gibson, G., Saavedra, J., Salminen, S., Vanderhoof, J., & Varavithya, W. (2002). Functional foods and probiotics: Working group report of the first world congress of pediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, *35*, S106-S109.
- Kaya, C., Yilmazer, M., & Şatıroğlu, H. (2001). Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklarda Güncel Yaklaşımlar (CYBH): Derleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*, *11*(1), 1-14.
- Kim, J. Y., Kwon, J. H., Ahn, S. H., Lee, S. I., Han, Y. S., Choi, Y. O., . . . Ji, G. E. (2010). Effect of probiotic mix (Bifidobacterium bifidum, Bifidobacterium lactis, Lactobacillus acidophilus) in the primary prevention of eczema: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Pediatr Allergy Immunol*, *21*(2 Pt 2), e386-393. doi:10.1111/j.1399-3038.2009.00958.x
- Kirihara, N., Kamitomo, M., Tabira, T., Hashimoto, T., Taniguchi, H., & Maeda, T. (2018). Effect of probiotics on perinatal outcome in patients at high risk of

preterm birth. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 44(2), 241-247. doi:10.1111/jog.13497

Krauss-Silva, L., Moreira, M. E., Alves, M. B., Braga, A., Camacho, K. G., Batista, M. R., . . . Guerra, F. (2011). A randomised controlled trial of probiotics for the prevention of spontaneous preterm delivery associated with bacterial vaginosis: preliminary results. *Trials*, 12, 239. doi:10.1186/1745-6215-12-239

Lindsay, K. L., Brennan, L., Kennelly, M. A., Maguire, O. C., Smith, T., Curran, S., . . . McAuliffe, F. M. (2015). Impact of probiotics in women with gestational diabetes mellitus on metabolic health: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*, 212(4), 496.e491-411. doi:10.1016/j.ajog.2015.02.008

Lindsay, K. L., Kennelly, M., Culliton, M., Smith, T., Maguire, O. C., Shanahan, F., . . . McAuliffe, F. M. (2014). Probiotics in obese pregnancy do not reduce maternal fasting glucose: a double-blind, placebo-controlled, randomized trial (Probiotics in Pregnancy Study). *Am J Clin Nutr*, 99(6), 1432-1439. doi:10.3945/ajcn.113.079723

Luoto, R., Laitinen, K., Nermes, M., & Isolauri, E. (2010). Impact of maternal probiotic-supplemented dietary counselling on pregnancy outcome and prenatal and postnatal growth: a double-blind, placebo-controlled study. *Br J Nutr*, 103(12), 1792-1799. doi:10.1017/s0007114509993898

MADAZLI, R. (2010). Preeklampsi. *Turkiye Klinikleri Gynecology Obstetrics-Special Topics*, 3(1), 45-52.

Marrazzo, J. M., Wiesenfeld, H. C., Murray, P. J., Busse, B., Meyn, L., Krohn, M., & Hillier, S. L. (2006). Risk factors for cervicitis among women with bacterial vaginosis. *J Infect Dis*, 193(5), 617-624. doi:10.1086/500149

Mastromarino, P., Vitali, B., & Mosca, L. (2013). Bacterial vaginosis: a review on clinical trials with probiotics. *New Microbiol*, 36(3), 229-238.

- McFarland, L. V. (2006). Meta-analysis of probiotics for the prevention of antibiotic associated diarrhea and the treatment of *Clostridium difficile* disease. *The American journal of gastroenterology*, 101(4), 812.
- Moreno, I., & Franasiak, J. M. (2017). Endometrial microbiota-new player in town. *Fertil Steril*, 108(1), 32-39. doi:10.1016/j.fertnstert.2017.05.034
- Myhre, R., Brantsaeter, A. L., Myking, S., Gjessing, H. K., Sengpiel, V., Meltzer, H. M., . . . Jacobsson, B. (2011). Intake of probiotic food and risk of spontaneous preterm delivery. *Am J Clin Nutr*, 93(1), 151-157. doi:10.3945/ajcn.110.004085
- Nordqvist, M., Jacobsson, B., Brantsaeter, A. L., Myhre, R., Nilsson, S., & Sengpiel, V. (2018). Timing of probiotic milk consumption during pregnancy and effects on the incidence of preeclampsia and preterm delivery: a prospective observational cohort study in Norway. *BMJ Open*, 8(1), e018021. doi:10.1136/bmjopen-2017-018021
- Olsen, P., Williamson, M., Traynor, V., & Georgiou, C. (2018). The impact of oral probiotics on vaginal Group B Streptococcal colonisation rates in pregnant women: A pilot randomised control study. *Women Birth*, 31(1), 31-37. doi:10.1016/j.wombi.2017.06.012
- Öröklü, C., & Şahin, N. H. (2018). Erken Doğum ve Mikrobiyota İlişkisi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*(4), 383-392.
- Özden, A. (2005). Gastro-intestinal sistem ve probiyotik prebiyotik synbiyotik. *Güncel Gastroenteroloji*, 9(3), 124-133.
- Parent, D., Bossens, M., Bayot, D., Kirkpatrick, C., Graf, F., Wilkinson, F. E., & Kaiser, R. R. (1996). Therapy of bacterial vaginosis using exogenously-applied *Lactobacilli acidophili* and a low dose of estriol: a placebo-controlled multicentric clinical trial. *Arzneimittelforschung*, 46(1), 68-73.

- Paysour, M. J., Bolte, A. C., & Lukens, J. R. (2019). Crosstalk Between the Microbiome and Gestational Immunity in Autism-Related Disorders. *DNA Cell Biol*, 38(5), 405-409. doi:10.1089/dna.2019.4653
- Reid, G. (2017). Therapeutic Opportunities in the Vaginal Microbiome. *Microbiol Spectr*, 5(3). doi:10.1128/microbiolspec.BAD-0001-2016
- Sağol, S., & Özkınay, E. (2000). Preeklampsi Etiyopatogenezinde Lipid Peroksidasyonu. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 10(1), 7-15.
- Sarao, L. K., & Arora, M. (2017). Probiotics, prebiotics, and microencapsulation: A review. *Crit Rev Food Sci Nutr*, 57(2), 344-371. doi:10.1080/10408398.2014.887055
- Serrano, N. C. (2006). Immunology and genetic of preeclampsia. *Clin Dev Immunol*, 13(2-4), 197-201. doi:10.1080/17402520600876903
- Shiozaki, A., Yoneda, S., Yoneda, N., Yonezawa, R., Matsubayashi, T., Seo, G., & Saito, S. (2014). Intestinal Microbiota is Different in Women with Preterm Birth: Results from Terminal Restriction Fragment Length Polymorphism Analysis. *PLoS One*, 9(11), e111374. doi:10.1371/journal.pone.0111374
- Sibai, B., Dekker, G., & Kupferminc, M. (2005). Pre-eclampsia. *Lancet*, 365(9461), 785-799. doi:10.1016/s0140-6736(05)17987-2
- Simpson, M. R., Dotterud, C. K., Storrø, O., Johnsen, R., & Øien, T. (2015). Perinatal probiotic supplementation in the prevention of allergy related disease: 6 year follow up of a randomised controlled trial. *BMC dermatology*, 15, 13-13. doi:10.1186/s12895-015-0030-1
- Soderborg, T. K., Borengasser, S. J., Barbour, L. A., & Friedman, J. E. (2016). Microbial transmission from mothers with obesity or diabetes to infants: an innovative opportunity to interrupt a vicious cycle. *Diabetologia*, 59(5), 895-906. doi:10.1007/s00125-016-3880-0



- Taşdemir, A. (2017). Probiyotikler, Prebiyotikler, Sinbiyotikler. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 2(1), 71-88.
- Turok, D. K., Ratcliffe, S. D., & Baxley, E. G. (2003). Management of gestational diabetes mellitus. *Am Fam Physician*, 68(9), 1767-1772.
- Uzan, J., Carbonnel, M., Piconne, O., Asmar, R., & Ayoubi, J. M. (2011). Pre-eclampsia: pathophysiology, diagnosis, and management. *Vasc Health Risk Manag*, 7, 467-474. doi:10.2147/vhrm.s20181
- Vasiljevic, T., & Shah, N. P. (2008). Probiotics—From Metchnikoff to bioactives. *International Dairy Journal*, 18(7), 714-728. doi:https://doi.org/10.1016/j.idairyj.2008.03.004
- Vinderola, G., Binetti, A., Burns, P., & Reinheimer, J. (2011). Cell viability and functionality of probiotic bacteria in dairy products. *Frontiers in microbiology*, 2, 70-70. doi:10.3389/fmicb.2011.00070
- Vitali, B., Cruciani, F., Baldassarre, M. E., Capursi, T., Spisni, E., Valerii, M. C., . . . Brigidi, P. (2012). Dietary supplementation with probiotics during late pregnancy: outcome on vaginal microbiota and cytokine secretion. *BMC Microbiol*, 12, 236. doi:10.1186/1471-2180-12-236
- Wang, X., Yang, J., Zhang, H., Yu, J., & Yao, Z. (2019). Oral probiotic administration during pregnancy prevents autism-related behaviors in offspring induced by maternal immune activation via anti-inflammation in mice. *Autism Res*, 12(4), 576-588. doi:10.1002/aur.2079
- Wickens, K. L., Barthow, C. A., Murphy, R., Abels, P. R., Maude, R. M., Stone, P. R., . . . Crane, J. (2017). Early pregnancy probiotic supplementation with *Lactobacillus rhamnosus* HN001 may reduce the prevalence of gestational diabetes mellitus: a randomised controlled trial. *Br J Nutr*, 117(6), 804-813. doi:10.1017/s0007114517000289

- Wiesenfeld, H. C., Hillier, S. L., Krohn, M. A., Landers, D. V., & Sweet, R. L. (2003). Bacterial vaginosis is a strong predictor of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* infection. *Clin Infect Dis*, 36(5), 663-668. doi:10.1086/367658
- Yan, F., & Polk, D. B. (2010). Probiotics: progress toward novel therapies for intestinal diseases. *Current opinion in gastroenterology*, 26(2), 95-101. doi:10.1097/MOG.0b013e328335239a
- Yuvacı, H. U., & Cevrioğlu, A. S. (2017). Microbiota of the Female Reproductive System. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 95-103.



## **BÖLÜM 7**

### **VARFARİN ve AÇIK YARALANMALARDA İLK YARDIM UYGULAMALARI**

MSc Büşra ÇAKMAK<sup>1</sup>, Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR

---

<sup>1</sup> Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Bursa, Türkiye,  
busracak161@gmail.com



## GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalıklar, kalp ve damar hastalıklarını kapsayan (Sezer Balcı ve ark., 2018); koroner kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar ve periferik arter hastalıklarını içeren genel bir terimdir (Jin, 2018). Bu hastalıkların tedavisinde antitrombotik ilaçlar kullanılmaktadır (Erdoğan ve ark., 2017).

Oral antikoagülan ilaçlardan biri olan varfarin tedavisi; inme, atrial fibrilasyon (AF), kalp kapak hastalıkları, tromboembolik komplikasyonlar ve tekrarlayan myokard enfarktüslerinin profilaksisi ya da tedavisinde yaşamsal önem taşıması (Haznedaroğlu, 2005) nedeniyle kullanımı (Coumadin® Tablets, 1954; Dantas ve ark., 2004) artış göstermektedir (Tang ve ark., 2003).

Uygun olmayan varfarin dozu, yüksek INR (Uluslararası Düzeltme Oranı) düzeyine neden olabilmektedir (Dawson ve ark., 2011).

Varfarine bağlı minör kanamalar hayati bir probleme sebep olmamaktadır ancak majör kanamalar yaşamı tehlikeye atacak sorunlara yol açabilmektedir (Acar ve ark., 2012).

Varfarin, pıhtılaşma faktörleri II, VII, IX ve X'un vitamin K gama-karboksilasyonunu inhibe ederek etkisini göstermektedir (Aşiret ve ark., 2012; Aydın, 2013; Özcanlı, 2006; Kara ve ark., 2015; Leiria ve ark., 2011). Kanın koagülasyon yeteneğinin azalmasıyla beraber artan kanama riski tedavinin aksamasının yanı sıra hayatı tehdit edici sorunlara neden olabilmektedir (Şendir, 2014; Yaylacı ve ark., 2014). Bu nedenle ortaya çıkan en önemli komplikasyon kanamadır (Aşiret

ve ark. 2012; Palareti ve ark., 1996). Kanamanın belirleyicisi niteliğinde olan ve ilacın etkinliği için doz ayarlamada kullanılan parametre Uluslararası Düzeltme Oranı (INR) değeridir (Acar ve ark., 2012). INR düzeyinin düşük olması tomboz riski, yüksek olması ise kanama riski taşımaktadır (Şeyh ve ark., 2017).

Varfarin türevi ilaçların hemostatik sistem üzerindeki etkisi değişken olmakla birlikte belirli antikoagülan seviyesine ulaşmak için alınan dozlar kişiden kişiye göre ve zaman içinde farklılık göstermektedir (Rosendaal, 1996). Varfarin dozu, hastanın beslenme alışkanlıkları, alkol kullanımı, ırk, etnik köken, diyet, genetik malformasyonları ve yaşam koşulları göz önünde bulundurularak ayarlanmalıdır (Ekim ve ark., 2018).

Uygunsuz varfarin dozu, yüksek INR düzeyine neden olabilmektedir (Dawson ve ark., 2011). Palareti ve ark yaptığı bir çalışmada INR 2.0-2.9'dan 3.0-4.4'e yükselirken kanama riski iki katına çıkmıştır 4.5 ve üzeri değerler için bu oran çok daha yüksek bulunmuştur. Benzer çalışmalarda bu sonuçları destekleyici niteliktedir (Odén ve ark., 2002; Petitti ve ark., 1989). Antikoagülana bağlı minör kanamalar önemli bir probleme sebep olmamaktadır ancak majör kanamalar hayati tehlikeye neden olabilmektedir (Acar ve ark., 2012).

Antikoagülanların, antikoagülan kullanım memnuniyetini ve yaşam kalitesini azaltabilen birçok özelliği vardır. Bu özellikler başlıca düzenli INR kontrolü, hastane kontrolleri, yaşam şeklinde değişiklikler ve sınırlamalar (fiziksel aktivite, diyet vb) şeklinde sayılabilir (Samsa ve ark., 2004).

Varfarin türevi ilaçların hayati organlar üzerindeki olumsuz etkilerinin minimale indirgenmesi için doz ayarlamasının ve laboratuvar izleminin düzenli yapılması, tedaviye uyumun önemi, ilaç etkileşimleri, besin yönetimi ve yan etkileri hakkında varfarin kullanıcılarına detaylı bilgi verilmesi önem arz etmektedir (Mercan ve ark., 2011).

## **1. ORAL ANTİKOAGÜLANLAR**

Oral antikoagülan tedavi (OAT), akut koroner sendromlar, derin ven trombozu, pulmoner emboli, iskemik inme, atrial fibrilasyon (AF) ve protez kalp kapakçıkları gibi geniş bir spektruma sahip olan tromboembolik olaylardan korunma ve tedavi edilmesinde hayati önem taşımaktadır (Haznedaroğlu, 2005; Öngen, 2017; Wong ve ark., 2013). Oral antikoagülan tedavi, kumarin türevleri (varfarin, dikumarol, etilbiskumasetat ve fenprokuman) ve indantion türevleri olarak iki alt gruba ayrılır (fenindion, difenadion) (Özcanlı, 2006). Bu grup ilaçlar, pıhtılaşma faktörlerinin etkinliğini ya da sentezini bozarak kanın pıhtılaşma özelliğinin azalmasına neden olmaktadır (Aşiret, 2012). En iyi biyoyararlanıma sahip olması nedeniyle en çok kullanılan ilaç varfarindir (Özcanlı, 2006). Ulusal Travma Bilgi Bankası (National Trauma Databank) verilerine göre varfarin kullanımı tüm yaş gruplarında 2002'de %2,3 iken, 2006'da %4'tür. 65 yaş ve üzerinde ise 2002'de %7,3 iken, 2006 yılında %12,8 olduğu belirlenmiştir (Dosset ve ark., 2011).

Varfarin dar terapötik aralığa sahip olması nedeniyle bir takım yan etkilere sahiptir. Trombozu önlemek ve kanama riskini ortadan



kaldırmak için farmakolojisini iyi bilmek gerekir (Eroğlu ve ark., 2011).

## 1.1. Varfarin

### 2.1.1. Farmakokinetik Özellikleri ve Kullanım Şekli

Varfarinin oral alımından sonra tamamına yakını ince bağırsaktan absorbe olmaktadır (Özcanlı, 2006). Kanda albümine bağlanarak taşınır ve karaciğerde CYP2C9 ve vitamin K epoksit redüktaz (VKORC1) enzimleri ile inaktif metabolitlerine dönüştürülür. Plazma yarı ömrü 37 saattir. Varfarin, K vitamini etkisini inhibe ederek faktör II, VII, IX ve X'un sentezini bozarak etki gösterir, bunun yanı sıra antikoagölan etki gösteren protein C ve protein S'i de inhibe eder. Tedaviye başlandıktan sonra faktör II'nin plazmadan temizleninceye kadar koagülasyon yeteneği devam etmektedir, bu durumun ortadan kalkması 36-72 saat sürmektedir (Altunbaş ve ark., 2013). Bu nedenle varfarin, ilk 4-5 gün akut tromboembolik hastalığı olan olgularda parenteral antikoagölanlarla birlikte kullanılır (Çolak ve ark., 2016).

Varfarin dozu kişiden kişiye göre farklılık göstermektedir (Rosendaal, 1996). Bu farklılıklar, karaciğerdeki sitokrom P-450 enzimindeki polimorfizmden kaynaklanır (Alay ve ark., 2011). Varfarinin güvenli ve etkin kullanılabilmesi için INR düzeyine bakılmaktadır (Palareti ve ark., 1996). INR değeri hedef değere ulaşana kadar her gün; hedef değere ulaştıktan sonra ilk ay haftada bir, ikinci ay iki haftada bir, üçüncü aydan sonra ayda bir takibi önerilmektedir. Karaciğer

fonksiyon bozukluklarında, konjestif kalp yetmezliklerinde ve ishal durumlarında daha sık takip edilmelidir (Aşiret ve ark., 2012).

**Tablo 1:** Hastalıklara Göre Hedef INR Değerleri

	INR Değeri
Mekanik Protez Mitral Kapaklı Hastalar	2,5-3,5
Mekanik Protez Aort Kapaklı Hastalar	2,0-3,0
Atriyal Fibrilasyon (AF)	2,0-3,0
Pulmoner Emboli (PE)	2,0-3,0
Derin Ven Trombozu (DVT)	2,0-3,0

**Kaynak:** Alışır M. F ve ark (2013). Varfarin kullanan hastalarda etkin INR düzeyi oranları ve etiyoloji ile olan ilişkisi. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(3), 868-873.

Varfarin oral yoldan tek doz, günde bir kez ve her gün aynı saatte alınmalıdır. Akşam saatlerinde, aç veya tok karnına alınabilir (THD, 2010).

Eğer bir doz saatinde alınmadıysa hatırlandığı an günlük doz alınmalıdır, bir gün boyunca unutulduysa asla iki doz alınmamalı sadece o günkü doz alınarak normal tedavi şemasına devam edilmelidir (TKD, 2012).

## 1.2. Varfarin Tedavi Endikasyonları ve Süreleri

Varfarinin endike olduğu durumlar; ortopedik cerrahi, mekanik protez kapak, atrial fibrilasyon, atrial flutter, derin ven trombozu, pulmoner emboli, kanser hastalarında venöz tromboembolizm profilaksisi, elektif kardiyoversiyon, koroner kalp hastalıkları ve inmedir. Varfarin tedavisi; derin ven trombozu (DVT) ve pulmoner embolide 3 ay,

planlanmış elektif kardiyoversiyonda 3 hafta öncesinden işlemde 4 hafta sonrasına kadar, ortopedik cerrahide minimum 10-14 gün, major ortopedik cerrahide 35 gün (Wigle ve ark., 2013), AF hastalarında tedavinin optimal süresi belirsiz olmakla birlikte önerilen süre 3 ay (Aslan ve ark., 2002) ve kalp kapak protezlerinde ömür boyu kullanılması gerekmektedir (Salman ve ark., 2015).

### **1.3. Varfarin'in İlaçlarla Etkileşimi**

Büyük bir metaanalizde varfarin-ilaç etkileşim düzeylerine göre; Sınıf I (yüksek ihtimal), Sınıf II (mümkün), sınıf III (olası) ve Sınıf IV (zayıf ihtimal) olarak gruplandırılmıştır. Bunlar;

Varfarin etkinliğini arttıran ilaçlar: Sınıf I; asetaminofen, kotrimoksazol, mikonazol supozituar, vorikonazol, metronidazol, eritromisin, izoniazid, omeprazol, sitalopram, sertralin, amiodaron, propafenon, propranolol, diltiazem, fenofibrat. Sınıf II; amoksisilin klavulanat, azitromisin, klaritromisin, fluorourasil, parasetamol, tramadol, levofloksasin, fluvoksamin, fluvastatin, asetilsalisilik asit, simvastatin. Sınıf III; amoksisilin, dizopiramid, gemfibrozil, lovastatin, leflunomid, ofloksasin, terbinafin, tiklopidin. Sınıf IV; bezafibrat, sefazolin, etopozid/karboplatin, fluoksetin/diazepam, heparin ve daha fazla ilaç varfarin etkinliğini atırmaktadır (Altunbaş ve ark., 2013).

Varfarin etkinliğini azaltan ilaçlar: Sınıf I; barbituratlar, karbamezapin, kolestiramin, meselamin, merkaptopurin, trazodon, rifampin. Sınıf II; azatiopurin, bosentan, kandesartan sileksetil,

şelasyon tedavileri, dikloksasilin, raloksifen, ritonavir. Sınıf III; sulfasalazin, telmisartan. Sınıf IV; kloksasilin, furosemid, propofol, teikoplanin ise ilaç etkinliğini azaltmaktadır (Altunbaş ve ark., 2013).

#### **1.4. Varfarin-Gıda Etkileşimi**

Kırmızıbiber, papatya, melek otu, solucan otu, sarımsak, keten tohumu, zencefil, yeşil çay, atkestanesi, tekesakalı, kavak tomurcuğu, zerdeçal, aslankuyruğu (TKD, 2012), kereviz, acı ağaç, maydanoz, karahindiba, anason, meyan kökü, bohça otu, çarkıfelek çiçeği, çemen, dağ kestanesi, frenk inciri, ısırğan otu, kaşıkotu, kırmızı yonca, melilot, parmakotu, sinameki, su rezenesi, su yoncası, tatlı yonca, yabancı turp, yabancı havuç, yabancı kıvırcık salatası, yonca, zargan gibi bitkiler varfarin etkinliğini artırarak kanamaya neden olabilmektedir (Pulmoner Tromboembolizm Tanı ve Tedavi Uzlaşısı Raporu, 2015).

Brokoli, marul, yeşil lahana, ıspanak gibi yeşil yapraklı sebzeler, bezelye, karaciğer, yumurtanın sarısı, buğday kepeği ve yulaf gibi tahıllar, kaşar peyniri, soya ve zeytinyağı (TKD, 2012), civanperçemi, kaşıkotu, ökseotu gibi gıdalar varfarin etkinliğini azaltan gıdalardır (Pulmoner Tromboembolizm Tanı ve Tedavi Uzlaşısı Raporu, 2015).

#### **1.5. Varfarin Yan Etkileri**

En büyük komplikasyonu kanamadır. İntraserebral kanama veya nadir görülen iç kanama, hematüri, melena, hematokezya, hematemez; yaygın olan çarpma olmaksızın morarma, burun kanaması ve dış eti kanaması gibi majör ve minör kanamaları içerir (Hull ve ark., 2019). Yaşlı hastalarda kırılmalıkta artış, birden fazla kronik hastalığa sahip

olma ve polifarmasi kanamaya yatkınlığı artırmaktadır (Beyth ve ark., 1995).

Karaciğer fraksiyonu ve klirensini etkileyerek karaciğer enzimlerini inhibe eder ve karaciğer fonksiyon bozukluğuna neden olabilir (Tülüce ve ark., 2016). Seyrek fakat önemsenmeyen reaksiyonlardan birisi nekrozdur. İlk kullanımdan 3-6 hafta sonra dolor, peteşi ve eritemle birlikte nekroz görülebildiği bildirilmiştir.

Mor topuk sendromu (erkeklerde görülen, tedaviden 3-8 hafta içinde ortaya çıkan ve tedaviye son verilse dahi iyileşmesi aylarca süren bir sendrom), anjiyoödem, fototoksik reaksiyonlar görülebilir (Başar ve ark., 1999).

### **1.6. Varfarin Tedavisinde Hemşirenin Sorumlulukları**

İlaç doğru dozda ve hekim istemine göre alınmalıdır. İlacın her gün aynı saatte alınması büyük önem arz etmektedir. Aç veya tok alınabilir; besinlerle etkileşime girebileceğinden yemekten 3 saat önce veya 3 saat sonra, tercihen saat 16:00'da alınması önerilmektedir. Fazla doz alınırsa veya günlük doz alımı unutulursa kaydedilmeli, hekim/hemşire bilgilendirilmelidir. Hekime danışılmadan ilaç kesilmemelidir. Varfarin-gıda etkileşimi konusunda hastalara eğitim verilmelidir (Aşiret ve ark., 2012). Hasta burun kanaması, diş eti kanaması, vücutta ekimoz, peteşi, hemoptizi, hematemez, melena ve hematokezya yönünden takip edilmeli, yumuşak diş fırçası tercih edilmeli, düşme/ travmalardan kaçınmasının önemi hakkında ve tıraş olurken tıraş makinesi kullanması konusunda bilgilendirilmelidir.

Etkileşim gösteren ilaçlar doktor kontrolünde kullanılmalıdır. Hastaların diyeti ve INR takibine göre haftalık planlanmalıdır. Hastaların diyetindeki 7 günden fazla bir değişiklik durumunda hekime başvurması gerektiği anlatılmalıdır. Hastaların varfarin kullandığına dair hasta kartı taşımasının önemi vurgulanmalıdır (Tülüce ve ark., 2016).

## **2. AÇIK YARALANMALARDA İLK YARDIM**

### **2.1. Varis Kanamalarında İlk Yardım**

Alt ekstremitte venlerinde tek yönlü valvüller vardır. İleri yaş ve kadın cinsiyet başta olmak üzere çeşitli nedenlerden dolayı bu kapakçıklar fonksiyonlarını kaybeder ve kan kalbe geri dönemez, alt ekstremitede birikir. Bunun sonucunda venler belirginleşip kıvrımlı hale gelir. Travma başta olmak üzere birtakım faktörlerin etkisiyle kanama görülebilmektedir. Varis kanamalarında, hasta ya da yaralı sırt üstü yatırılmalıdır. Kanayan bölge (bacak/kol vb) yukarı kaldırılır ve kanayan bölge üzerine direkt bası uygulanır. Eğer kanama durmazsa veya fazla miktarda kanama varsa en yakın sağlık kuruluşuna ulaşması sağlanmalıdır. (Yıldız, 2015).

### **2.2. Burun Kanamalarında İlk Yardım**

Pıhtılaşma bozuklukları ve damar patolojileri nedeniyle burun boşluğuna olan kanamalar burun kanamaları olarak adlandırılır (Aladağ, 2013). Burun kanamalarında hasta sakinleştirilir, oturması sağlanır ve ağızdan soluk alıp vermesi söylenir (Yengil ve ark., 2013). Baş ve gövde hafifçe öne doğru eğilerek, burun kanatları iki parmakla

5 dakika boyunca sıkılır. Üst dudak ile diş etleri arasına rulo gazlı bez yerleştirilebilir (Yıldız, 2015), lokal vazokonstriktör refleksleri uyarmak için yüze ve enseye soğuk uygulama yapılabilir (Aladağ, 2013). 5 dakikadan uzun süren burun kanamalarında doktora haber verilmelidir (Yıldız, 2015).

### **2.3. Kulak Kanamalarında İlk Yardım**

Kulak kanamaları; travma, irritasyon veya enfeksiyon nedeniyle oluşabileceği gibi kafa travmaları sonucunda da görülebilir (Yıldız, 2015). Kulak kanamalarında hasta sakinleştirilir, sırt üstü ya da kanayan kulak üzerine yatırılır (İnan ve ark., 2011). Kanayan kulak, temiz bir bezle basınç yapmadan kapatılır, tampon yapılmaz. Kulağa herhangi bir delici cisim batmışsa müdahale edilmez, su ile temasında kaçınılır ve tıbbi yardım istenir (Yıldız, 2015).

### **2.4. Ağız Kanamalarında İlk Yardım**

Ağız içi veya kenarlarından kaynaklanan kanamalar dış kanama olarak kabul edilip durdurulmalıdır. Dil ve dudak yaralanmalarında kanayan bölgeye spançla direkt basınç uygulanır, dudak veya dile soğuk uygulama yapılabilir. Diş kayıpları sonucu meydana gelen kanamalarda kanayan yere tampon yapılarak basınç uygulanması için tampon materyalinin ısırılması sağlanır. Ağız içi kanamalarında soğuk suyla gargara yapılabilir (Yıldız, 2015).

## 2.5. Dış Kanamalarda İlk Yardım

Dış kanamalarda yaraya batan bir cisim varsa çıkartılmaz, hareket etmesini engellemek için tespit edilir. Kanamayı durdurmak için temiz bir bezle bası uygulanır, gerekirse sargı bezi ile sarılabilir. Kanama durmazsa ilk konulan tamponun üzerine ikinci tampon yerleştirilerek basıya devam edilir. Kanayan ekstremitte kalp seviyesinden yukarıda tutulmalıdır. Baş bölgesinde meydana gelen kanamalarda temporal ve tek taraflı bası uygulamak şartıyla boyundaki artere; göğüs duvarı ve koltuk altı kanamalarında klavikula üzerindeki artere; kolda meydana gelen kanamalarda kolun üst bölümündeki artere ve bacadaki kanamalarda kasıktaki artere bası uygulanır (Yıldız, 2015).

## SONUÇ

Oral antikoagülan tromboembolik ve iskemik olayların profilaksi ve tedavisinde büyük önemi olan ilaç grubudur. Yarar sağlamanın yanı sıra ciddi komplikasyonları nedeniyle kullanımını önemiyet istemektedir.

Varfarin memnuniyeti, sağlık hizmetinin kalitesinin değerlendirilmesinde ve tedaviye uyumda önem arz etmektedir. Bu doğrultuda oral antikoagülan klinikleri kurularak hemşire önderliğinde multidisipliner ekip anlayışıyla varfarin eğitimi, takibi ve izlemi yapılmalıdır. İlgili alanlarda görev yapan hemşirelerin belirli aralıklarla varfarin ile ilgili eğitim programlarına dahil edilmesi ve hasta eğitiminde etkin rol alması sağlanmalıdır. Bu öneriler



doğrultusunda tedavi memnuniyeti ve yaşam kalitesi arasında doğru orantılı artış olacağı düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Acar, A., Hasbahçeci, M., Başak, F. ve ark. (2012). Warfarin doz aşımına bağlı oluşan kanamalar. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(2), 223-226.
- Alay, M., Demir, C., Atmaca, M. ve ark. (2011). Oral antikoagulan tedavi seyrinde kanama komplikasyonu ile gelen hastaların değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*, 18(1), 9-14.
- Aladağ, İ. (2013). Epistaksis (Burun Kanaması). *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 5(4), 180-189.
- Alışır, M. F., Keçebaş, M., Beşli, F. ve ark. (2013). Warfarin kullanan hastalarda etkin INR düzeyi oranları ve etiyoloji ile olan ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(3), 868-873.
- Altunbas, G., Ercan, S., Davutoglu, V. ve ark. (2013). Overview of Warfarin Treatment and Answers to Questions/Varfarin Tedavisine Genel Bakis ve Sorulara Cevaplar. *Journal of Academic Emergency Medicine*, 12(1), 38.
- Aslan, I. K., Acarel, E. E., Anaç, H. U. ve ark. (2002). İskemik Strok Vakalarında Oral Antikoagulan Kullanım Endikasyonlarının Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*;15(3): 187-192.
- Aşiret, G. D., Özdemir, L. (2012). Antikoagulan ilaçların güvenli kullanımında hemşirenin sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 19(2), 58-68.
- Aydın, Ş. Ö. (2013). Yoğun Bakımda Karşılaşılan Kanama Bozuklukları. XXXIX. Ulusal Hematoloji Kongresi, <http://www.thd.org.tr/thdData/Books/679/yoğun-bakımda-karsilasilan-kanama-bozukluklari-seniz-ongoren-aydin.pdf>.
- Başar, I., Aydemir, E. H. (1999). Cutaneous adverse effects of cardiovascular drugs. *Cerrahpaşa J Med*; 30 (4): 286-29.

- Beyth, R. J., Landefeld, C. S. (1995). Anticoagulants in older patients. A safety perspective. *Drugs Aging*; 6(1):45-54.
- Biskupiak, J., Ghate, S. R., Jiao, T. et al (2013). Cost implications of formulary decisions on oral anticoagulants in nonvalvular atrial fibrillation. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 19(9), 789-798.
- Coumadin® Tablets (Warfarin Sodium Tablets, USP). Crystalline Coumadin® For Injection (Warfarin Sodium for Injection, USP). Approval: 1954.
- Çolak, M., Gökdemir, Ö., Bulut, Ü. ve ark. (2016). Evde bakım hastasının izlemi: Varfarin kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(2), 89-94.
- Dağistan, A., Gözüm, S. (2016). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kardiyovasküler hastalık riskinin belirlenmesi ve yönetimi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(6).
- Dantas, G. C., Thompson, B. V., Manson, J. A. et al (2004). Patients' perspectives on taking warfarin: qualitative study in family practice. *BMC family practice*, 5(1), 15.
- Dawson, N. L., Klipa, D., O'Brien, A. K. et al (2011). Oral anticoagulation in the hospital: analysis of patients at risk. *Journal of thrombosis and thrombolysis*, 31(1), 22-26.
- Dossett, L. A., Riesel, J. N., Griffin, M. R., Cotton, B. A. (2011). Prevalence and implications of preinjury warfarin use: an analysis of the National Trauma Databank. *Archives Surgery*; 146(5):565-70.
- Dülek, H., Tuzcular Vural, Z., Gönenç, I. (2019). Kardiyovasküler Hastalıklara Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi ve Kardiyovasküler Risk Skorlamalarının . *Dicle Tıp Dergisi*, 46(3), 449-459.

- Dülek, H., Vural, Z. T., Gönenç, I. (2018). Kardiyovasküler hastalıklarda risk faktörleri. e-ISSN: 2148-550X Cilt, 9(2), 53-58.
- Ekim, M., Ekim, H. (2018). Derin ven trombozlu hastaların takibinde biyokimyasal parametrelerin ve beslenmenin önemi Importance of Nutrition and Biochemical Parameters in Patients With Deep Venous Thrombosis. Bozok Tıp Dergisi, 8 (1), 38-44.
- Erdinç, M., Kelle, İ. (2017). Antikoagülan İlaçların Etkinliğini Değiştiren Etkileşimler. Türkiye Klinikleri Pharmacology-Special Topics, 5(3), 170-178.
- Eroğlu, M., Çınar, O., Çevik, E. ve ark. (2011). Varfarin tedavisine bağlı komplikasyonlar nedeniyle Acil servisten Yoğun Bakıma yatırılan olguların analizi. Turk J Emerg Med, 11, 9-12.
- Gögen, S. (2011). Avrupa Birliği ve Türkiye'nin kalp sağlığı politikaları. Türk Kardiyol Dern Arş- Arch Turk Soc Cardiol 2011;39(3):248-253 doi: 10.5543/tkda.2011.01214.
- Haznedaroğlu, İ. C. (2005). Antikoagülan Tedavi: Genel Bakış. Dahili Tıp Bilimleri Dergisi; 12 (Ek 2): 4-10.
- Hull, R. D., Garcia, D. A., Vazquez, S. R. (2019). Patient education: Warfarin (Coumadin) (Beyond the Basics). <https://www.uptodate.com/contents/warfarin-coumadin-beyond-the-basics/print>. Erişim Tarihi: 20.12.2019.
- İnan, F., Kurt, Z., Kubilay, İ. (2011). Temel İlk Yardım Uygulamaları Eğitim Kitabı. <http://www.ilkyardim.org.tr/dokumanlar/Saglik-Bakanligi-Ilk-Yar-dim.pdf>. Erişim Tarihi: 21.12.2019.
- Jin, J. (2018). Risk assessment for cardiovascular disease with nontraditional risk factors. Jama, 320(3), 316-316.

- Kara, H., Bayır, A., Ak, A. ve ark. (2015). Kontrolsüz Warfarin Kullanımına Bağlı Ciltte Kanama: Olgu sunumu. *Medical Journal of Bakirkoy*, 11(4).
- Kepez, A., Erdoğan, O. (2013). Anticoagulation for non-valvular atrial fibrillation: new anticoagulant agents. *Anatol J Cardiol*, 13, 379-84.
- Leiria, T. L., Lopes, R. D., Williams, J. B. et al (2011). Antithrombotic therapies in patients with prosthetic heart valves: guidelines translated for the clinician. *Journal of thrombosis and thrombolysis*, 31(4), 514-522.
- Mercan, S., Enç, N. (2011). Warfarin kullanan bireylerin eğitim gereksinimleri. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2(2), 12-17.
- Odén A, Fahlén M (2002) Oral anticoagulation and risk of death: a medical record linkage study. *Bmj*, 325(7372), 1073-1075.
- Öngen, Z. (2017). Yaşlı hastalarda antikoagülan tedavi ve yeni oral antikoagülan ilaçların kullanımı. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 45(5), 86-88.
- Özcanlı, D. (2006). Antitrombotik Tedavi ve Hemşirelik Fonksiyonları. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 10(1), 36-41.
- Palareti, G., Leali, N., Coccheri, S. et al (1996). Bleeding complications of oral anticoagulant treatment: an inception-cohort, prospective collaborative study (ISCOAT). *The Lancet*, 348(9025), 423-428.
- Petitti, D. B., Strom, B. L., Melmon, K. L. (1989). Prothrombin time ratio and other factors associated with bleeding in patients treated with warfarin. *Journal of clinical epidemiology*, 42(8), 759-764.
- Pulmoner Tromboembolizm Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu, (2015). Antikoagülan Tedavi. <https://www.toraks.org.tr/book.aspx?list=1875&menu=269&menu=269> . Erişim Tarihi: 18.11.2019.

- Rosendaal, F. R. (1996). The Scylla and Charybdis of oral anticoagulant Treatment N Engl J Med. 1996 Aug 22;335(8):587-9. DOI:10.1056/NEJM199608223350810.
- Salman, E., Erdoğan, K., Sağlam, M. F. ve ark. (2015). Mekanik kalp kapaklı hastalarda antikoagülan kullanımı ve warfarin direnci. Ankara Medical Journal, 15(2).
- Samsa, G., Matchar, D.B., Dolor, R.J. et al (2004). A new instrument for measuring anticoagulation-related quality of life: development and preliminary validation. Health and quality of life outcomes, 2(1), 22.
- Sezer Balcı, A., Kolaç, N., Şahinkaya, D. ve ark. (2018). Ofis Çalışanlarında Kardiyovasküler Hastalık Riski ve Bilgi Düzeyi. Turk J Cardiovasc Nurs, 9(18), 1-6.
- Şendir, M. (2014). Antikoagülan Tedavi Uygulanan Nöroşirurji Hastalarında Bakım.
- Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 16 (62), 129-135. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/fnjn/issue/9016/112400>.
- Şeyh A, Kumar ND, Kelley E et al (2017) The third global patient safety challenge: tackling medication-related harm. Bulletin of the World Health Organization; 95:546-546A. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.198002>.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2015). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2020).
- <https://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf>. Erişim Tarihi: 20.12.2019.

- Tang, E. O. Y., Lai, C. S., Lee, K. K. et al (2003). Relationship between patients' warfarin knowledge and anticoagulation control. *Annals of Pharmacotherapy*, 37(1), 34-39.
- THD (Türk Hematoloji Derneği), (2010). Kumadin Kullanım Rehberi. [http://www.thd.org.tr/thd\\_halk/print.asp?sayfa=kkk](http://www.thd.org.tr/thd_halk/print.asp?sayfa=kkk). Erişim Tarihi: 20.12.2019.
- TKD (Türk Kardiyoloji Derneği), (2012). Pıhtıönlendirici İlaç (Coumadin) Kullanan Hastalar İçin Kılavuz. [http://file.tkd.org.tr/kilavuzlar/Coumadin\\_kilavuz.pdf](http://file.tkd.org.tr/kilavuzlar/Coumadin_kilavuz.pdf). Erişim Tarihi: 17.12.2019.
- Tülüce, D., Bostanoğlu, H. (2016). Pıhtı Önleyici Tedavi: Hemşirelik Yaklaşımları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(4).
- Ünal, B. (2013). Kalp ve Damar Hastalıkları. Editör: ÜNAL B., ERGÖR E., Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013, Anıl Matbaa, Ankara, ss:192.
- Varlı, M., Aras, S. (2015). Antiagregan ve Antikoagulan Tedavi. *Türkiye Klinikleri Geriatrics-Special Topics*, 1(1), 29-39.
- Wigle, P., Hein, B., Bloomfield, H. E. et al (2013). Updated guidelines on outpatient anticoagulation. *American family physician*, 87(8).
- Wong, P. Y. H., Schulman, S., Woodworth, S. et al (2013). Supplemental patient education for patients taking oral anticoagulants: systematic review and meta analysis. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 11(3), 491-502.
- Yaylacı, S., Ösken, A., Aydın, E. ve ark. (2014). İç hastalıkları polikliniğine başvuran varfarin kullanan hastalar ve etkin INR'ye ulaşma oranları. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 3(3), 18-21.

Yengil, E., Çevik, C. (2013). Burun Kanamasına Birinci Basamakta Yaklaşım  
Approach to Nazal Bleeding in Primary Care. [http://www.smyrnatip  
dergisi.com/dosyalar\\_upload/belgeler/Burun%20kanamalar%C4%B1147385  
4720.pdf](http://www.smyrnatip<br/>dergisi.com/dosyalar_upload/belgeler/Burun%20kanamalar%C4%B1147385<br/>4720.pdf). Erişim Tarihi: 22.12.2019.

Yıldız, H. (2015). Kanamalarda İlk Yardım. Editör: YILDIZ H., ÇATAL., E., İlk  
Yardım,13.baskı, Lisans Yayıncılık, İstanbul, s:84-95.





## **BÖLÜM 8**

### **AĞRI VE HEMŞİRELİK BAKIMI**

Dr. Öğr. Üyesi Kezban KORAŞ SÖZEN<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Niğde Zübeyde Hanım SYO, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD, Niğde/ Türkiye, kezban\_koras@hotmail.com



## GİRİŞ

Evrensel insan deneyimlerinden biri olan ağrı, özünde hayatı tehdit edici bir unsur olmamasına rağmen, kişinin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız biçimde gerçekleştirmesini engelleyerek yaşam kalitesini düşürebilir. Subjektif bir deneyim olan ağrının, kişisel ve psikolojik, biyo-fizyolojik, sosyo-kültürel ve politiko-ekonomik farklılıklar gibi etmenler nedeniyle anlaşılması ve tanımlanması oldukça zordur.

### 1. AĞRI

Ağrıyı tanımlamaya yönelik geçmişten günümüze birçok yaklaşımda bulunulmuştur. Bu yaklaşımlar incelendiğinde, Hipokrat'ın ağrıyı, bedendeki bir rahatsızlık olarak nitelendirdiği, İbni-Sina'nın ise, ağrı fiziolojisi ve giderme yöntemlerinden bahsettiği ve ağrı sınıflamasını oluşturduğu görülmektedir. Leonardo da Vinci, Rönesans Dönemi'nde ağrının, dokunma duyusunun önemli bir şekli olduğunu ifade ederken, Descartes'in ağrının çok ince lifler ile beyne ulaştırıldığını öne sürdüğü belirtilmektedir (Aslan 2014; Erdine 2000).

Hemşirelik sözlüğünde ise ağrı; hafif rahatsızlıktan çok sıkıntı veren bir duruma doğru değişim gösteren, gerçek ya da potansiyel doku hasarı ile ilişkili, hoş olmayan bir duyum olarak tanımlanmaktadır (Oxford Hemşirelik Sözlüğü, 2017). Bu doğrultuda ağrı; sadece deneyimleyen kişinin tanımlayabildiği, şiddeti ve tipine göre farklılık gösteren, soyut bir kavramdır. Ağrı, sosyo-kültürel ve psikolojik

değişkenlerden etkilenebilmektedir (Aslan 2014; Erdine 2000; Mac Lellan 2006).

## **1.1. Ağrı Sınıflandırılması**

Ağrı çeşitli şekillerde sınıflandırılmaktadır. Ağrı sınıflandırılmasının en sık kullanılanı ise; başlama süresi, mekanizması ve kaynaklandığı bölgeye göre olan sınıflandırmasıdır (Aydın 2002; Gregory 2005; Taşdemir 2018).

### **1.1.1. Başlama Süresine Göre**

#### **1.1.1.1. Akut Ağrı**

Genel olarak 6 aydan daha kısa süreli ağrılar akut ağrı olarak değerlendirilmektedir. Akut ağrının başlangıcı ani ve şiddetli olup, taşikardi, vazokonstriksiyon, hipertansiyon, terleme gibi bulguları vardır ve iyileşme sürecine bağlı olarak yavaş yavaş azalarak kaybolur. Travma, ameliyat sırasında salgılanan kimyasal maddelerin sinir uçlarını uyarması, kas spazmı, ödem ve basınç gibi doku perfüzyonunun bozulması nedeniyle gelişen iskemi sonucu oluşur (Büyükyılmaz & Aştı 2010).

#### **1.1.1.2. Kronik Ağrı**

Kronik ağrı yaklaşık 6 ay ve daha uzun süren ağrı olarak tanımlanmaktadır. Kronik ağrıya, santral sinir sistemi (SSS) değişikliklerinin yanı sıra; depresyon, kaygı, sosyal ve ekonomik problemler de eşlik edebilmektedir. Uzun süreli bel ağrısı, osteoartrit,

romatoid artrit gibi durumlar kronik ağrıya neden olabilmektedir (Gregory 2005; Mac Lellan 2006).

## **1.1.2. Mekanizmalarına Göre**

### **1.1.2.1. Nöroseptif Ağrı**

Fizyopatolojik olayların, doku ve organlarda bulunan ağrı algılayıcıları olan nöroseptörleri uyarmasına bağlı olarak meydana gelir. Birçok visseral ve somatik ağrı nöroseptif ağrıya örnek gösterilebilir. Bu ağrı, dokunma ya da parmakların açılıp kapatılması gibi masum uyarılarla tetiklenebilmektedir (Wentz 2009).

### **1.1.2.2. Nöropatik Ağrı**

Periferik sinirlerde metabolik bir hastalık veya travma sonucu nöroseptörlerin uyarılmasına bağlı olarak ortaya çıkar. Diyabetik nöropati sırasında meydana gelen ya da disk hernisine bağlı ağrılar nöropatik ağrıya örnek gösterilebilir (Erdine 2000).

### **1.1.2.3. Diferentasyon Ağrısı**

Periferik ya da SSS'nin bir bölümünde meydana gelen hasarla ilgili ağrıdır. Fantom ağrısı, kozalji, nevralsi ve diferentasyon ağrısı örnekleridir (Güzeldemir 1995).

### **1.1.2.4. Reaktif Ağrı**

Motor ya da sempatik afferentlerin refleks aktivasyonları sonucu nöroseptörlerin uyarılmasıyla meydana gelir. Miyofasiyal ağrılar reaktif ağrıya örnektir (Erdine 2000; Güzeldemir 1995).

### **1.1.2.5. Psikosomatik Ağrı**

Psikososyal ve psişik problemlerin arttığı durumlarda, ağrı olarak tanımlanan hipokondriasis ve somatizasyon gibi duygulardır. (Erdine 2000; Wentz 2009).

### **1.1.3. Kaynaklandığı Bölgeye Göre**

#### **1.1.3.1. Somatik Ağrı**

Somatik sinirlerden kaynaklanır ve aniden başlar. Bu yapılar yüzeysel ve derin olarak sınıflandırılmıştır. Sinir uçlarının uyarısı veya tahribiyle meydana gelen yüzeysel ağrı lokalizedir ve sıklıkla yanıcı, keskin olarak tanımlanmaktadır. Analjezik ilaçlara olumlu cevap alınır. Lokalize olmayan derin somatik ağrı, “zonklama, bıçak batar gibi basınç hissi” şeklinde tarif edilir. Basınç, kesi, iskemi ve ısı gibi uyarılarla meydana gelir. Derin ağrı otonomik sinir sistemine cevap üretir; bulantı, nabız ve kan basıncı değişiklikleri, terlemeyi içerir (Erdine 2000; Güzeldemir 1995).

#### **1.1.3.2. Sempatik Ağrı**

SSS'nin aktivasyonuna bağlı olarak ortaya çıkan, yanma tarzındaki ağrıdır. Damarsal kaynaklı ağrılar, refleks sempatik kozaljiler ve distrofi, sempatik kökenli ağrılara örnektir. Hasta ağrıyan bölgede üşüme ve soğuktan yakınır (Wentz 2009).

#### **1.1.3.3. Visseral Ağrı**

Organlarda sinir uçları daha azdır bu nedenle visseral ağrının lokalizasyonu belirlemek zordur. Distansiyon, kimyasal irritanların

uyarısı, spazm ve iskemi ile meydana gelen bu ağrı zonklayıcı, keskin ve kramp şeklinde tarif edilir (Aydın 2002).

## **1.2. Ameliyat Sonrası Ağrı**

Dünyanın birçok yerinde her gün binlerce kişiye, cerrahi girişim uygulanmakta ve ameliyat sonrası dönemde bu kişiler farklı derecelerde ağrı deneyimleyip tarif etmektedirler. Teknolojinin gelişmesi ile son yıllarda kronik ağrı ve tedavisiyle ilgili hatırı sayılır ilerlemeler kaydedilmiştir. Ancak, ameliyat sonrası ağrı hala çözümlenemeyen bir problem olarak karşımızdadır (Aslan 2014; Büyükyılmaz & Aştı 2010).

Ameliyat sonrası ağrı, cerrahi travma ile başlayan, zamanla azalan ve doku iyileşmesi ile birlikte sonlanan akut bir ağrıdır. Ameliyat sonrası ağrı, sinir uçlarının travması ve doku hasarı sonucunda oluşan hidrojen iyonları, potasyum, laktik asit, bradikinin, serotonin, prostoglandin gibi algojenik maddenin sinir uçlarını stimüle etmesi ya da ödem ve kas spazmı gibi doku kanlanmasının bozulmasına nedeniyle oluşan iskemiye bağlı olarak gelişmektedir. Ayrıca ameliyat sonrası enfeksiyon, sıkı pansuman, alçı ve distansiyon da bu dönemde ağrı şiddetini arttıran faktörler arasında sayılabilir (Akbayrak, Erkal, Ançel & Albayrak 2007).

Ameliyat öncesi ve sonrası kaygı düzeyi, ameliyat öncesi dönemde hastanın psikolojik, farmakolojik ve nonfarmakolojik hazırlığı, ameliyatın tipi-yeri-süresi, ameliyat sonrası dönemdeki gerçek/risk/olası komplikasyonlar, ameliyat öncesi ve sonrası



dönemde uygulanan analjezik ilaçlar da ameliyat sonrası ağrıyı etkileyebilen faktörler olarak sıralanabilir (Akyolcu, Kanan & Aksoy 2012).

### **1.3. Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirelik Bakımı**

Günümüzde sağlık bakım arayışının en yaygın nedeni olarak gösterilen ağrı, kişinin günlük yaşam aktivitelerinin bağımsız bir biçimde devam etmesine engel olarak, yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Akyolcu, Kanan & Aksoy 2012). Hasta ile diğer sağlık ekibi üyelerinden daha fazla birlikte olan hemşirelerden, ağrı düzeyini tanılaması, giderme yöntemlerini uygulaması ve uygulamaların etkinliğini değerlendirmesi beklenmektedir. Bu doğrultuda, ameliyat sonrası ağrı ve kaygısı olan hastalara, bireyselleştirilmiş bir bakımın sunulması etkin ağrı yönetiminin sağlanabilmesinin, hemşirelik sürecinin kullanılması ile mümkün olduğu düşünülmektedir (Aslan 2017).

#### **1.3.1. Tanılama**

Ameliyat sonrası cerrahi hastalarının en önemli yakınmalarından biri olan ağrının tanılmasında hemşire, rol ve sorumlulukları çerçevesinde ağrı sürecinin doğasını ve kişinin cevaplarını etkileyen etmenleri, ağrı tanılama ve yönetme yöntemlerini biliyor olması gerekir (Acaroğlu, Şendir & Kaya 2012).

Ağrı tanılmasını ameliyat sonrası dönemde yapabilmek zor olmakla birlikte önemlidir. Hemşirelik Süreci'nin ilk basamağı olan "Tanılama" da hemşire, sağlıklı/hasta kişiye ait topladığı verileri ayrıntılı bir biçimde değerlendirmelidir (Aslan 2017). Toplanan veriler; hemşirelik tanısının doğru olarak belirlenmesinde, beklenen hasta sonuçlarının ve hemşirelik girişimlerinin ortaya konmasında, kapsamlı ve etkin hemşirelik bakımının planlanıp uygulanmasında ve değerlendirilmesinde önem arz etmektedir (Acaroğlu, Şendir & Kaya 2012; Aslan 2017).

Tanılama sırasında ağrının tamamen subjektif bir deneyim olması ve doğası gereği; ancak deneyimleyen bireyin en iyi değerlendirmeyi yapabileceği unutulmamalı ve hastalar ağrı tanılama sürecine aktif olarak katılmaları konusunda desteklenmelidirler (Biol 2007).

Ayrıca hemşireler, ameliyat sonrası ağrı yönetiminde, hastaların ağrı ve kayđı ifadelerine inanılmalı ve ölçme araçları/ölçekler aracılığıyla ile subjektif ifadenin objektif veri olarak değerlendirmeye önem vermelidir (Biol 2007).

### **1.3.1.1. Hemşirelik Tanısı**

Cerrahi girişim sonrası erken dönemde hastalar tüm günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı/ yarı bağımlı haldedirler. Bu nedenle, ameliyat sonrası erken dönemde birçok hemşirelik tanısı belirlenebilmektedir (Büyükyılmaz & Ağtı 2010; Taşdemir 2018).

Fakat, Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (North America Nursing Diagnosis Association= NANDA) sınıflamasına göre, ameliyat sonrası dönemde çoğunlukla karşılaşılan Hemşirelik Tanısı “akut ağrı”dır. NANDA akut ağrıyı, 1 saniyeden uzun, 6 aydan kısa bir zaman zarfında bir rahatsızlık duygusu ya da şiddetli bir biçimde rahatsızlığı olduğunu ifade eden ve deneyimleyen kişideki durum olarak ifade etmiştir. (Aslan 2014; Haljamae ve Stomberg 2003; Mac Lellan 2006).

Akut ağrı, gerçek hemşirelik tanısı olarak genellikle cerrahi girişimlerden sonra konulmaktadır. “Akut Ağrı” ameliyat sonrası dönemde kişilerin güvenli çevrelerinin oluşturulması ve devamını sağlanması, iletişim aktivitelerle beraber neredeyse bütün aktivitelerinin bağımsız bir biçimde yerine getirmesini etkilemekte; bu durum da kişinin erken dönemde ambulasyonu engellemektedir. Gerçek hemşirelik tanısının formülünde, tanımlayıcı özellikler, etiyolojik faktör ve hemşirelik tanısının adı yer almaktadır (Bırol 2007; Taşdemir 2018).

“Akut Ağrı” Hemşirelik Tanısı’ nın tanımlayıcı özellikleri ve ilişkili faktörleri:

**Subjektif veri:** Kişinin sözlü bir ifadeyle ağrıdan şikayeti.

**Objektif veri:** Kişinin o anki durumuna özgü koruyucu pozisyon alma, dikkatte dağılma, kendine odaklanma, davranışlarda değişiklik (ağlama, inleme, huzursuzluk vs.), yüzde ağrı ifadesi (surat asma, gözlerde donukluk vs.) kas tonüsünde değişim (yorgunluk, halsizlik

vs.) solunum ve kan basıncında değişiklik, solgunluk, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız bir biçimde gerçekleştirememesi, pupillerde genişlemedir (Acaroğlu, Şendir & Kaya 2008; Birol 2007).

### **İlişkili faktör:**

- Geçirilen cerrahi girişim, ameliyat öncesi ve sonrası yaşanan kaygı ile ilişkili akut ağrı deneyimlenebilir.
- Ameliyat sonrası dönemde genellikle karşılaşılan “akut ağrı” problemi mevcut ağrı ölçekleri (tek-çok boyutlu vb.) kullanılarak tanılanmalıdır.

### **1.3.2. Planlama**

Planlama basamağında hemşire, kişiye özel amaçlarını ve beklenen sonuçları tanımlar ve bu amaç ve sonuçlara erişmek için belirlenen girişimleri kapsayan bir bakım planı oluşturur (Acaroğlu, Şendir & Kaya 2008; Birol 2007).

“Akut ağrı” Hemşirelik Tanısı’ nda beklenen hasta sonuçları
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ağrısını kabul etmesi ve giderilmesi için yardım alması,</li><li>• Girişimler tamamlandıktan sonra daha az şiddette ağrısının olduğunu bildirmesi,</li><li>• Analjezikleri istem edildiği şekilde kullanması,</li><li>• Etkili ağrı giderme yöntemlerini tanımlayabilmesi,</li><li>• Ağrıyı gidermek için yeni yöntemleri kullandığını göstermesi ve bu yöntemlerin etkili olduğunu bildirmesi,</li><li>• Analjeziklerle ilgili, tedaviye ara verilmesine neden olmayacak şekilde, en az düzeyde yan etki deneyimlemesi,</li><li>• Ailesi ve arkadaşları ile olan ilişkilerini artırması olarak bildirilmektedir.</li></ul>

Şekil 1. “Akut Ağrı” Hemşirelik Tanısında Beklenen Hasta Sonuçları

### 1.3.3. Hemşirelik Girişimleri

Ameliyat sonrası ağrı yönetiminin amacı, hastanın şikayetini en aza indirmek ya da tamamıyla yok etmek, ağrıya yönelik yakınmaların tekrarlanmasını ve yan etkilerin gelişmesini engellemek, hastanede kalış süresini azaltmak olarak belirtilmektedir (Acaroğlu, Şendir & Kaya 2008; Birol 2007).

“Akut ağrı” Hemşirelik Tanısı’ nda Hemşirelik Girişimleri:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Hastanın ağrıya yönelik soru sormasına ve kaygılarını bildirmesine izin verilir.</li><li>• Nonfarmakolojik yöntemler (sıcak/soğuk uygulama, gevşeme/dikkati başka yöne çekme egzersizleri, masaj gibi); kişinin tercihi ve cerrahi girişimin türüne göre, ağrı niteliği ve şiddeti doğrultusunda gerekli sıklıkta uygulanır. Ağrı ile başa çıkma yöntemleri konusunda bilgi verilip öğtetilir.</li><li>• Sağlık bakım ekibi ile işbirliği içinde ağrı yönetimi için kullanılacak yönteme karar verilir.</li><li>• Analjezik ilaçlar, doktor orderına göre belirlenen zamanda verilir.</li><li>• Pansuman, ambulasyon gibi ağrıya neden olabilecek işlemlerden önce analjezik ilaçlar uygulanır.</li><li>• Hastaya devamlı güvenli bir çevre sağlamak için analjezik ilaçların yan etkileri izlenir.</li></ul>

Şekil 2. “Akut Ağrı” Hemşirelik Tanısında Hemşirelik Girişimleri

Beklenen sonuçlara ulaşmak için, hastanın gereksinimlerine göre farmakolojik ve nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemlerinin uygulanması gerekmektedir (Ucuzaal & Kanan 2014).

### **1.3.3.1. Ameliyat Sonrası Ağrı yönetiminde Farmakolojik Yöntemler**

Ağrı yönetiminde amaç, yan etkisiz ya da en az yan etki ile ağrının en üst seviyede ortadan kaldırılmasıdır. Ağrının farmakolojik yöntemlerle kontrolünde, endojen algojenik maddelerin sentezini inhibe eden ya da ağrı duyusunun beyine iletilmesini bloke eden maddelerin kullanıldığı bir yaklaşım vardır. Ameliyat sonrası ağrı tedavisinde, nonopioid analjezikler, opioid analjezikler ve bölgesel yöntemler ile uygulanan lokal anestetikler kullanılmaktadır (Ucuzal & Kanan 2014).

#### **1.3.3.1.1. Nonopioid Analjezikler**

Metamizol, parasetamol, aspirin ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİ), hafif ya da orta şiddetli ameliyat sonrası ağrıyı tedavi etmek için tek başına, diğer analjeziklerle veya periferik sinir bloğu, epidural vb. yöntemlerle beraber, sıklıkla kullanılan nonopioid analjeziklerdir. Nonopioidler, prostoglandinlerin rol aldığı ön görülen ameliyat sonrası kas- iskelet sistemi ağrıları, inflamatuvar ağrılar ve travma sonrası oluşan ağrılarda uygulanmaktadır (Aslan 2014; Rawal 2000). NSAİ ilaçlar opioid ihtiyacını azaltıcı etkilerinden dolayı erken ameliyat sonrası dönemdeki akut ağrının tedavisinde köşe taşı haline gelmişlerdir. NSAİ ilaçların periferik analjeziklerin etkilerine ilaveten, merkezi etkilerinin de bulunduğu, yan etki profilleri ise farklılık gösterdiği belirtilmektedir (Aslan 2017; Kocamanoğlu 2005). NSAİ ilaçlar analjezik, antiinflamatuvar ve antipiretik özellikleri ile ameliyat

sonrası ve inflamasyon nedenli ağrılarda hatırı sayılır bir etkiye sahiptir. Bu ilaçlar, periferik nosiseptörlerin aktivasyonunu, sensitizasyonu ve inflamatuvar yanıtı azaltırlar, daha az bulantı ve kusmaya neden olurlar, kemik metastazı gibi bazı ağrı tiplerinde opioidlere üstünlük gösterirler, kognitif fonksiyonlarda bozulma ve sedasyona neden olmazlar, bağırsak ve mesane fonksiyonlarını etkilemezler. Acetaminophen, ibuprofen, ketorolac, diclofenac ve COX-2 inhibitörleri gibi sık kullanılan NSAİ ilaçlar, oral, rektal ve parenteral yolla uygulanabilmektedir (Bilen 2007).

#### **1.3.3.1.2. Opioid Analjezikler**

Orta şiddetli ya da şiddetli ağrının tedavisinde uygulanan en etkili ilaçlar opioidlerdir. Opioidlerin veriliş yolu, sıklığı ve dozu belirlenirken, ağrının özelliği, hastanın genel durumu, analjeziklere cevabı ve ağrı bildirimini göz önünde bulundurulmalıdır. Etkilerini beyin, omurilik ve vücudun diğer bölgelerindeki özgün opioid reseptörlerine bağlanarak göstermektedirler (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever 2008).

Opioidlerin neredeyse tüm organlar ve organların görevleri üzerinde yararlı ya da istenmeyen etkileri mevcuttur. En önemli hedefleri santral sinir sistemi ve gastrointestinal sistem olan opioidler, kardiyovasküler, genitoüriner, immün ve pulmoner sistemleri de doğrudan etkilemektedir (Bilen 2007). Analjezik etkilerini santral sinir sisteminin değişik seviyelerinde rol oynayarak gerçekleştirirler. Opioidler limbik sistemi de etkileyerek ağrıya emosyonel yanıtı

değiştirirler, bu sayede ağrı eşiği yükselir. Opioidlerin terapötik dozları keskin, kolik tarz ağrıdan daha çok, uzamış, künt, sızı şeklindeki ağrıları kontrol altına alır. Yüksek dozlar ise (2-3 mg/kg morfin) en şiddetli nosiseptif uyarılara karşı, otonomik yanıtı da yok ederek etkili bir analjezi sağlarlar (Taşdemir 2018). Yıllardır ağrı yönetimi amacıyla kullanılan en önemli ilaçlar arasında bulunan opioidler, oral, intramusküler, intravenöz, transdermal, intranasal, subkutan, rektal, sublingual, inhalasyon, intraspinal ve intraventriküler yolla kullanılabilir. Solunum depresyonu, kaşıntı, gastrointestinal motilite azalması, idrar retansiyonu, bulantı, kusma, konvülsiyon ve immünsüpresyon gibi yan etkileri bulunmaktadır (Akyolcu, Kanan & Aksoy 2012).

#### **1.3.3.1.3. Bölgesel Yöntemler**

Akut ağrının yok edilmesinde kullanılan en önemli seçeneklerden biri de bölgesel anestezi. Epidural analjezi, yara infiltrasyonu, periferik sinir bloğu, interkostal blok, kaudal blok ve kriyoanaljezi bölgesel yöntemler arasında yer almaktadır. Lokal anestetikler, sinirsel iletiyi bloke ederek vücudun belli bir alanında sensoriyal, motor ve otonomik fonksiyonların geçici olarak kaybına neden olan kimyasal ajanlardır (Akyolcu, Kanan & Aksoy 2012).

#### **1.3.3.2. Ameliyat Sonrası Ağrı Kontrolünde Nonfarmakolojik Yöntemler**

Analjeziklerle birlikte ya da tek başına uygulanabilen, ağrıyı azaltan, yan etkileri olmayan, gereksinim olduğu anda kullanılabilen, hastalara



kolaylıkla öğretilen, ekonomik yönden yük getirmeyen, kolay uygulanabilen ve etkileri hemen gözlenebilen bağımsız hemşirelik girişimleridir. Bu girişimler literatürde bilişsel davranışsal yöntemler ve cilt stimülasyon yöntemleri olarak incelenir (Akbarak, Erkal, Ançel & Albayrak 2007).

#### **1.3.3.2.1. Bilişsel- Davranışsal Yöntemler**

Hastanın içinde bulunduğu duygu durumu, entelektüel yetenekleri ve isteği doğrultusunda uygun yöntemin seçimine bireyin onamı alınarak; bireyle birlikte, sağlık bakım ekibi anlayışı içinde uzman kişiden yararlanılarak karar verilmelidir (Akbarak, Erkal, Ançel & Albayrak 2007).

#### **1.3.3.2.2. Gevşeme Egzersizleri**

Gevşeme egzersizleri, hem kas gerginliği hem de kaygının giderilmesi olarak tanımlanabilir. Bu yöntem, düz ve rahat bir biçimde yatarak veya oturarak kaset çalar ya da DVD/VCD oynatıcı aracılığıyla müzik dinletisi eşliğinde verilen gevşeme komutlarının uygulanması, derin solunum ile birlikte vücudun tüm kaslarının ya da belli bölgelerin gevşetilmesidir. Gevşeme düşüncesi ve gerçek gevşemede, korteks uyarılarak rahatlama sağlanır. Ayrıca müzik eşliğinde uygulanan gevşemenin, ağrı üzerinde olumlu etkiler yarattığını; ayrıca nabız sayısı, kan basıncını, beden sıcaklığı ve solunum sayısını azalttığı da belirtilmektedir (Mac Lellan 2006; Yavuz 2006; Wentz 2009).

#### **1.3.3.2.3. Dikkati Başka Yöne Çekme**

Bu yöntemle, dikkatin ağrı dışındaki bir uyaranda yoğunlaştırılarak ağrı toleransını artırmak ve ağrı duyarlılığını azaltmak amaçlanmaktadır. Ayrıca; müzik dinleme, şarkı söyleme ve ritim tutma, yavaş ve ritmik solunum, mizah-gülme ve düşünme gibi aktiviteler de gevşeme ve dikkati başka yöne çekmenin mekanizması ile ağrı düzeyini azaltmaktadır (Yavuz 2006; Uçan & Ovayolu 2006).

#### **1.3.3.2.4. Meditasyon**

Vücudu gevşetmek ve zihni dinginleştirmek amacıyla kendini kontrol edip yönetebilmek şeklinde ifade edilir. Bu yöntem beyin üzerinde hakimiyet oluşturmaya çalışır böylece savunma sistemini güçlendirerek ve melatonin salgısını artırarak ağrı yönetimine katkıda bulunur. Ağrıya ve hastalığa yönelik olumsuz düşüncelerin ortadan kaldırılması gevşeme ile sağlanır. Kişinin kendinin farkında olması ve baş etme mekanizmalarının da öğretildiği özel şekillerinin de olduğundan söz edilmektedir (Uçan & Ovayolu 2006).

#### **1.3.3.2.5. Hipnoz**

Hipnoz, psikolojik durum, değişen duygu ve en az motor fonksiyonu içeren ve dikkatin belli bir noktada toplanmasına yardımcı olan karmaşık bir yöntemdir. Ağrı üzerindeki etki mekanizması tamamıyla bilinmeyen hipnozun sonucu meydana gelen bazı fizyolojik değişikliklerin ağrıyı etkilediği belirtilmektedir. Hipnoz sonucu ağrının yok olmadığı, ancak algılamada birtakım değişiklik yaptığı, bu

sayede hastanın ağrısı hissetmesine rağmen canının acımadığı öne sürülmektedir. Hemşireler, hipnoz eğitimi vermeseler de, yanlış anlaşılmalara açıklamada, hastayı gevşeme ve dikkati başka yöne çekme konusunda eğitmede, anahtar bir rol oynamaktadırlar (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever 2008).

#### **1.3.3.2.6. Cilt Stimülasyon Yöntemleri**

Cilt stimülasyonunun ağrı giderme mekanizması tam olarak bilinmemekte olup, kapı kontrol teorisinde belirtildiği gibi, büyük çaplı lifleri aktive edip, ağrı mesajını taşıyan küçük çaplı lifleri inhibe ederek, ağrı olarak hissedilen uyarıların geçişine kapıyı kapattığı ön görülmektedir. Bununla birlikte stimülasyon yöntemleriyle vücudun doğal morfini olan endorfin salınımının artarak ağrıyı ortadan kaldırdığı da belirtilmektedir (Yavuz 2006; Wentz 2009).

#### **1.3.3.2.7. Sıcak ve Soğuk Uygulama**

Ağrı ve ödemi azaltmak, kanamayı durdurmak, rahatlık/konfor sağlamak gibi, tedavi amaçlı sıcak ve soğuk uygulamalar kullanılmaktadır. Sıcak uygulamada, yaklaşık 40°-45°C'lik ısı kullanılır. Uygulama, ısıya bağlı olarak gelişebilecek irritasyonu önlemek için günde 3-4 kez yarım saatlik sürelerle sınırlandırılmalıdır. Soğuk uygulamada, genellikle -15°C'lik ısı kullanılır. Donmayı engellemek adına 15 dakika uygulama ile sınırlı tutulmalıdır. Bu süre buz masajında, 7 dakikadır. Hem sıcak hem de soğuk uygulamalar, rahatlatıcı yöntemler olup hangisinin nerede kullanılacağına doğru

karar verilmesi ve doğru uygulaması oldukça önemlidir (Çetin & Bülbül 2015).

#### **1.3.3.2.8. Cilde Mentol Uygulama**

Mentol, ciltte serinlik ve sıcaklık his oluşturur. Mentol, cildin ısısını değiştirmemekte ancak ısı değişimi hissi meydana getirmektedir. Cildin yüzeyinde irritasyonun mevcut olduğu durumlarda, açık yaralarda ve ağrı meydana gelirdiği durumlarda uygulanması önerilmemektedir (Çetin & Bülbül 2015).

#### **1.3.3.2.9. Terapötik Dokunma**

Ellerin vücudun üzerinde kullanılarak iyileşmenin sağlanması olarak ifade edilmektedir. Dengesiz bir enerji akımı olduğuna inanılmakta ve terapötik dokunmada uygulayıcı hastanın enerji alanına girmektedir. Yalnızca eğitimini alan kişiler tarafından uygulanması önerilen terapötik dokunmanın, stres, kaygı ve ağrı azalma ve iyileşmede hızlanma gibi yararlarının olduğu belirtilmektedir (Çetin & Bülbül 2015; Yavuz 2006).

#### **1.3.3.2.10. Transkutan Sinir Stimülasyonu (TENS)**

Bu yöntemde düşük voltajlı elektrik enerjisi yüzeysel elektrotlarla cilt yüzeyinden sinir sisteminin belli alanlarına taşınır. TENS' in ağrı giderici etkisinde kapı, kalın çaplı miyelin A beta liflerinin aktivasyonu ile periferden gelen ağrı impluslarına kapanır veya derin lif aktivasyonu ile endorfin salgılanır ve ağrı ortadan kaldırılır (Çetin & Bülbül 2015).

### 1.3.3.2.11. Akapunktur

Akapunktur, Çin Tıbbı' nın geleneksel yaklaşımlarından biridir ve tedavi edici özelliğini iğne sayesinde. İğne yüzeysel A-delta nosiseptif liflerini uyarmaktan kaçınılarak cilde sokulur, kasın içinde ilerletilir. Böylece kasılmış olan kas gevşer ve analjezik etki sağlanmış olur. (Milcan 2003; Yavuz 2006; Wentz 2009).

### 1.3.3.2.12. Masaj

Masaj uygulaması, hem fiziksel hem de mental yönden gevşeme sağlar. Analjezi oluşturma mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte; ağrıyı dört periferik etki ile durdurduğu düşünülmektedir. Bunlar; dolaşımı hızlandırarak ödemi, uyanların spinal korda ulaşması ile kas gerginliğini ve kaygıyı, periferik duyu reseptörlerinin uyarılması ile de ağrı duyusunu azaltmasıdır (kanbir 2015). En eski tedavi şekillerinden biri olan masajın, içgüdüsel bir dokunma ihtiyacından ortaya çıktığı, ilk kez M.Ö. ikinci yüzyılda Çin'de ve hemen sonra Hindistan ve Mısır'da tanımlandığı ve Araplar, Yunanlar, İtalyanlar ve Romalılar gibi diğer erken kültürler tarafından da yaygın olarak kullanıldığı bildirilmektedir. Papiruslarda, kayalar üzerinde ve 15.000 yıl öncesine temellenen antik sözel hikayelerde, konfor ve iyileşmeyi sağlamak için ellerin kullanıldığını gösteren kanıtların olduğundan söz edilmektedir (Tuna 2011). Hipokrat'ın, M.Ö. 400 yılında tıbbi "ovma sanatı" olarak tanımladığı ve ovmanın kas yırtılmalarından sonra ve omuz çıkıklarında da faydalı olacağını belirttiği ifade edilmektedir. Gallen'in Hipokrat için "O ovmanın

otoritesidir” derken onun usta bir masör olduğuna dikkat çektiği görülmektedir. Ancak masajın uygulanıp uygulanamayacağı durumları bilinmesi önem arz etmektedir (Field 2016).

Masaj, ağrıyı giderilerek iyiliğin sağlanması, yeniden damarlanmanın sağlanması, ödemin azaltılması, interstisyel sıvıların mobilize edilmesi, skar dokusu ve yapışıklıkların giderilmesi, lokal kan akımının artırılması ve diğer tedavilerin etkilerinin tamamlanması amacıyla uygulanmaktadır. Stres ve yorgunluk, kanser ağrısı, omurga sorunları (sırt, boyun ve bel ağrıları), romatizmal hastalıklar, uykusuzluk, inmeler ve nevrasteni, burkulmalar (akut devreden sonra) ve kas krampları, tansiyona bağlı baş ağrısı, konstipasyon, yanıklar (ağrının giderilmesi için), dismenore ve basınç ülserleri masajın uygulandığı durumlara örnektir (Kanbir 2015; Tuna 2011).

Masaj, doku yıkımı ve var olan bir durumun daha da kötüye gitme riskinin olduğu durumlarda uygulanmamalıdır. Yüksek beden sıcaklığı, tromboemboli, emboli, trombosit sayısının düşük olması, atherosklerotik durumlar, varikoz venler, derin ven trombozu, tromboflebit ve şüpheli kan pıhtısı, kanama bozukluğu, kanamaya eğilimli durumlar veya antikoagülan ilaç alma, infekte lenf nodları, yanık alanları, osteoporoz nedeniyle kemiklerde incelmeye, bulaşıcı cilt hastalıkları, stabil olmayan kalp hastalıkları, doku veya organlarda infeksiyon veya akut inflamasyon, yakın zamanda kırık ve çıkık varlığı, kas lifi, tendon ve fasyada kopma, gebelik, diyabet veya iyileşen bir skar nedeniyle cildin kırılabilir olması, osteomyelit, yangılı ve dejeneratif eklem hastalıkları ve tanı konulmamış bütün hastalıklar

masajın uygulanmaması gereken durumlar olarak belirtilmektedir (Ucuzal & Kanan 2014).

### 1.3.4. Uygulama

Uygulama basamağında hemşire, bakım planında belirlenen girişimleri bütüncül yaklaşımla hayata geçirir. Multidisipliner ekip yaklaşımı ile girişimler uygulanmalıdır (Bırol 2007). Uygulama basamağında;

- Kişiyeye uygulanacak girişimler hakkında bilgilendirme yapıp gerekli izin alınmalı
- Planlanan girişimler ve beklenen hasta sonuçları kontrol edilmeli
- Kişinin mahremiyetine saygılı olunmalı
- Uygulama yöntemleri kontrol edilmeli
- Öncelikler saptanmalı
- Farmakolojik (opioid/nonopioid analjezik ilaçlar, lokal anestetikler) ve nonfarmakolojik yöntemlerden (masaj, sıcak/soğuk uygulama, gevşeme/dikkati başka yöne çekme egzersizleri vb.) planlanan girişimler uygulanmalı ve kişinin uygulamaya cevabı değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır. Hemşire, doktor istemi ile karar verilen farmakolojik yöntemleri ve bağımsız hemşirelik girişimlerinden olan, kişinin seçimi dikkate alınarak belirlenen nonfarmakolojik yöntemleri uygular ve değerlendirmesini kaydeder (Acaroğlu, Şendir & Kaya 2012).

### 1.3.5. Değerlendirme

Planladığı bütüncül bakım sonucunda hemşire, hastada beklenen sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığını gözden geçirir ve değerlendirir (Acaroğlu, Şendir & Kaya 2012). Değerlendirme basamağında;

- Değerlendirmede kullanılacak temel ilkeler saptanır
- Beklenen hasta sonuçları ile değerlendirilen kriterin sağlanıp sağlanmadığını belirlemek amacıyla hastadan objektif ve subjektif veri toplanır
- Ortaya çıkan sonuçlar yorumlanır ve karar verilir
- Beklenen sonuçların sağlanmasındaki sınırlılıklar gözden geçirilir
- Kişinin cevaplarıyla karar, kayıt altına alınır
- Uygulanan hemşirelik girişimlerinin etkinliği ve bireyin rahatlık/konfor düzeyi; ağrı ölçeklerinden yararlanılarak değerlendirilir.

### SONUÇ

Ameliyat sonrası erken dönemde ağrısı kontrol altına alınmış hastalar daha erken ayağa kalkıp günlük yaşam aktivitelerini yerine getirerek ortaya çıkabilecek solunum, dolaşım ve diğer komplikasyonların riskini en aza indirebilir.

Hasta ve hemşire iyileşme sürecinin ortaklarıdır. Hemşireler hastaların iyileşme sürecini hızlandırıp; çıktıkları iyileşme yolculuklarında onlara destek olur.



## KAYNAKÇA

- Acaroğlu, R., Şendir, M. & Kaya, H. (2012). Hemşirelik S¼reci. İçinde: Babadağ, K., AŞtı, A.T. (edit¼rler). Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi, 2.Baskı. İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, 8- 20.
- Akbayrak, N., Erkal, İ.S., Ançel, G. & Albayrak, A. (2007). Hemşirelik Bakım Planları: Dahiliye- Cerrahi Hemşireliği ve Psiko-Sosyal Boyut, 1. Baskı. Ankara, Alter Yayıncılık, 67- 79.
- Akyolcu, N., Kanan, N. & Aksoy, G. (2012). Cerrahi Hemşireliği I, Nobel Tıp Kitabevi, 360-363.
- Aslan, E.F. (2014). Ağrı Doğası ve Kontrol¼, 2. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 169-121.
- Aslan, E.F. (2017). Ağrı. İçinde: Karadakovan, A. & Aslan, E.F. (edit¼rler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, 4. Baskı. İstanbul, Akademisyen Kitabevi, 137- 160.
- Aydın, O.N. (2002). Ağrı ve ağrı mekanizmalarına g¼ncel bakış. Adnan Menderes Univ Tıp Fak Derg, 37-48.
- Biról, L. (2007). Hemşirelik S¼reci, 8. Baskı. İzmir, Etki Matbaacılık Yayıncılık.
- B¼y¼kyılmaz, F. & AŞtı, T. (2010). Ameliyat Sonrası Ağrıda Hemşirelik Bakımı. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 12: 84-93.
- etin, ¼., B¼lb¼l, T. (2015). Masaj. İçinde: BaŐer, M. & TaŐcı, S. (edit¼rler). Kanıtta Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamalar, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 89- 95.
- Erdine, S. (2007). Ağrı mekanizmaları. Klinik Gelişim, 20, 7-17.

- Gregory, J. (2005). Pain management and orthopaedic care. İçinde Kneale, J.D., Davis, P.S. & Powell A. (editörler). Orthopaedic and Trauma Nursing (2th ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone, 140-164.
- Güzeldemir, M.E. (1995). Ağrı değerlendirme yöntemleri. Sendrom, 7: 11-21.
- Haljamae, H. & Stomberg, M.W. (2003). Postoperative pain management practice guidelines. Current Anaesthesia&Critical Care, 14: 203-206.
- Kanbir, O. (2015). Klasik Masaj, 5. Baskı. Bursa, Ekin Kitabevi, 78- 158.
- Mac Lellan, K. (2006). Management of Pain. United Kingdom: Nelson Thornes Ltd.
- Milcan A. (2003). Ağrının Psikolojik Yönü ve Non Farmakolojik Tedavisi. XVIII. Milli Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi Kongre Kitabı, İstanbul, 378-379.
- Oxford Hemşirelik Sözlüğü, (2017). 1. Baskı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevleri, 7.
- Rawal, N. (2000). Postoperatif ağrı tedavisi. İçinde S. Erdine (Ed.), Ağrı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri,124-141.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L. & Cheever, K.H. (2008) Pain Management. Textbook of Medical Surgical Nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 258-299.
- Taşdemir, N. (2018). Ağrı ve Hasta Bakımı. İçinde: Çelik, S., Taşdemir, N. (editörler). Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 183-198.
- Tuna, N. (2011). A'dan Z'ye Masaj, 6. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 21-45.
- Ucuzal, M., Kanan, N. (2014). Foot Massage: Effectiveness on Postoperative Pain in Breast Surgery Patients. Pain Management Nursing, 15: 458-465.

- Uçan, Ö. & Ovayolu, N. (2006). Müzik ve tıpta kullanımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(3), 14-22.
- Wentz, J. (2009). Pain Management. İçinde: Potter, P.A. & Perry, A.G. (editörler). Fundamental of Nursing (7th. ed.). St. Louis: Mosby Elseiver, 1051-1085.
- Yavuz, M. (2006). Ağrıda kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. İçinde Eti Aslan (Ed.), Ağrı Doğası ve Kontrolü. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Mart Matbaacılık Sanatları, 135-148.

## **BÖLÜM 9**

### **YANIKLI HASTANIN TEDAVİ VE BAKIMI**

Dr. Öğr. Üyesi Kezban KORAŞ SÖZEN<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Niğde Zübeyde Hanım SYO, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD, Niğde/ Türkiye, kezban\_koras@hotmail.com



## **GİRİŞ**

Yanıklı hastanın bakımı yanık alanının genişliğine, yanık etmenine, yanık derinliğine ve hastaya ait olan faktörlere göre değişmektedir. Küçük yanıklar poliklinikte ayaktan veya yanık odalarında tedavi edilmekte iken orta ve büyük yanıklar bir ünite/merkez tarafından tedavi edilmektedir.

Yanık hastasının tedavi ve bakımı acil dönem, akut dönem ve rehabilitasyon dönemi olmak üzere üç dönemde gruplandırılabilir.

### **1. ACİL DÖNEMDE YANIK TEDAVİSİ VE BAKIMI**

Acil dönem yanık yaralanması ile başlayıp sıvı resüsitasyonun tamamlanıp hastanın transferi yapılanaya kadar süren dönemdir. Acil evredeki yanık bakımı, bütün standart acil servis hasta bakım uygulamalarının yanı sıra yanığa özgü sıvı resüsitasyonunu, tetanoz profilaksisini ve yanık yarasının bakımını kapsamaktadır (Akyolcu, Kanan & Aksoy 2012). Acil dönemde yanık bakımı aşağıda belirtilen hedefler doğrultusunda sürdürülmektedir.

#### **1.1. Hava Yolu Açıklığının Sağlanması**

Bütün acil durumlarda olduğu gibi yanan bireyde de öncelikli bir uygulamadır. Yanık travması, ısı ve duman etkisiyle hava yollarında hasara neden olabilir. Özellikle kapalı alanda ve büyük yangınlarda kurtarılan bireylerin zehirli gazları ve yangın dumanını soluması nedeniyle ciddi hava yolu hasarı oluşabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Boyun, yüz ve göğüs gibi vücut bölgelerinin

yanması larenks ödemeine yol açabileceği ve solunum kaslarının kullanımını engelleyeceği için bu özellikli bölge yanıklarında hava yolu açıklığı sağlanmalı gereklyse entübasyon yapılmalıdır (Çelik 2009).

## **1.2. Solunumun Etkili Biçimde Devam Ettirilmesi**

Kapalı yangın alanlarında solunan karbonmonoksit gibi zehirli gazlar alveollerden kana geçerek hemoglobine bağlanmış oksijen ile yer değiştirir ve yanıklı bireylerde zehirlenmeye neden olur. Etkili solunumun devamlılığı için yanıklı bireye ciddi solunum sıkıntıları olmasa da %100 oksijen verilmelidir (Zor ve ark. 2009).

Hemşire hastayı getiren acil tıp teknisyeninden veya hasta yakınından hastada kalp hastalığı, solunumsal hastalıklar vb. hastalıklar olup olmadığı konusunda bilgi alır. Yanık hastanın yaşam bulgularını hızlıca değerlendirir ve kaydeder. Yanık hastasının solunumunu izler, elektrik yaralanması gibi durumların varlığında gereklyse hastayı monitörize eder. Hastada artan dispne ve solunum değişiklikleri bozulan solunumun göstergesidir ve dikkatle izlenmelidir. Kan gazı ölçümleri değerlendirilir ve hekim tarafından istem edilen oksijen tedavisi uygulanır (Diane & Lynne 2007).

## **1.3. Dolaşımın Devamlılığının Sağlanması ve Sıvı Replasmanı**

Büyük yanıklı hastalarda deri yoluyla ve damarlardan hücreler arasına sıvı geçişi nedeniyle sıvı kaybı fazla olur. Yanık hastalarında kan basıncı kontrolü yapmak zor olabilir. Tansiyon ölçülecek alana steril

pansuman yerleştirilerek ölçüm yapılması kontaminasyonu önler. Yanık nedeniyle artan ödem kan basıncının duyulmasını zorlaştırabilir bu durumda elektronik doppler aracının kullanılması yararlı olabilir. Yanan ekstremitelerde dolaşım kontrolü için apikal, karotis ve femoral nabızlar değerlendirilir ve sürekli olarak uçlardaki ekstremitelere uç nabızları kontrol edilir. Yanık ödemi azaltmak için etkilenen ekstremiteler elevasyona alınmalıdır. Büyük yanıklarda yanık olayından sonra ilk iki saatte toplam vücut suyunun %15'i, ilk sekiz saatte %80'i kaybedilebilir. Geniş yanıklarda sıvı kayıpları ve ödem hipovolemiye neden olacağından toplam vücut yüzey alanı erişkinlerde %15, çocuklarda %10 ve üzeri olan yanıklarda sıvı tedavisine hemen başlanmalıdır (Akyolcu, Kanan & Aksoy 2012; Latenser 2009).

Sıvı tedavinde amaç ekstraselüler alana geçmiş olan sıvının yerine konulmasıdır. Bunun için en sık kullanılan kristalloid Ringer Laktat solüsyonudur. Ringer Laktat solüsyonunun yerine %0,9 luk NaCl çözeltileri de kullanılabilir. Hastalara verilecek sıvı miktarını belirlemek için birçok formül kullanılmakta ancak en yaygın kullanılan formül Parkland formülüdür (24 Saatlik Toplam Sıvı İhtiyacı= 4 ml x Vücut yüzey alanı x Kg) ( 2, 29, 40). Sıvı tedavisi için hesaplanan sıvının 1/2'si ilk 8 saatte, geri kalan sıvının 1/2'si ikinci 8 saatte ve son kalan miktar da üçüncü 8 saatte verilmelidir (Bayram, Yıldırım & Eyi 2012; Çelik 2009).



Yanık hastasının sıvı replasmanı acil fazda hayat kurtarıcıdır. Yanık hastasına sıvı verilmesi için geniş lümenli intravenöz kateter ve idrar çıkışının kontrolü için üriner kateter takılır. Renal perfüzyonunun göstergesi olarak idrar çıkışı dikkatle izlenmeli ve hastanın saatlik idrar çıkışı kaydedilmelidir. Saatlik idrar çıkışı 0,5 ml/saat/kg olması sıvı resusitasyonunun yeterliliğini gösterir. Hastanın idrarı renk açısından da gözlenmelidir. Yanık sonrası kırmızı renkte idrar kas hasarının belirtisidir. Hemşire hastaya verilecek sıvı miktarını bilmeli ve sıvı tedavisinin aksamadan devam etmesini sağlamalıdır (Işık Andsoy 2018).

#### **1.4. Yanık Ünitesine Nakil**

Acil dönem yanık bakımının son evresi yanık hastasının yanık ünite veya merkezine nakil edilmesidir. Hemşire bu dönemde hasta öyküsünü iyi değerlendirmelidir. Hastanın alerji öyküsünü, yanığın olduğu çevreyi, tetanos aşısını, mevcut hastalıklarını ve kullandığı ilaçlarını değerlendirerek ve bu verileri sürekli göz önünde bulundurarak tedavi ve bakımı sürdürmelidir. Yanığın nasıl oluştuğunu öğrenmek hemşireye hasta bakımını planlarken yardımcı olabilir (Öztürk & Akyolcu 2016).

Amerikan Yanık Derneği'nin (ABA) yanıklı bireyi yanık ünitesi veya merkezine kabul kriterleri;

1. %10'dan daha büyük kısmı kalınlıktaki yanıklar
2. El, yüz, ayak, genital organlar, perine ve büyük eklemleri kapsayan yanıklar

3. Tüm yaş gruplarının üçüncü derece yanıkları
4. Elektrik yanıkları
5. Kimyasal yanıklar
6. İnhalasyon yanıkları
7. Yanık yarasının iyileşmesini zorlaştıracak ve mortaliteyi etkileyecek hastalığı olanlar
8. Yanığa eşlik eden travma varlığı
9. Yanık çocuğa bakabilecek donanıma sahip olmayan hastanede yatan hastalar
10. Özel sosyal, psikolojik ve rehabilitasyon gerektirecek yanık yaralanmaları (Öztürk & Akyolcu 2016).

## **2. AKUT DÖNEMDE YANIK TEDAVİSİ VE BAKIMI**

Yanık bakımında acil evrenin sonlanması ile akut evre başlar ve yanık yarası kapanıncaya kadar devam eder. Bu evrede solunum ve dolaşım takibi devam eder. Bu evrede ayrıca sıvı-elektrolit dengesi sürdürülür ve beslenme işlevleri sağlanır. Akut faz haftalar veya birkaç ay devam edebilir (Yavuz 2017).

Sıvıların mobilizasyonu sırasında büyük ölçüde sıvı dolaşıma geri döner yani bu dönemde sıvı intertisyel alandan intravasküler kompartmanlara kayar. Hasta sol ventriküler yetmezlik ve pulmoner ödem riski taşır. Sistemik perfüzyonun ve sıvı resusitasyonunun normale dönmesi ile hücredeki sodyum-potasyum pompası normal fonksiyonunu geri kazanır, sodyum hücre dışına pompalanır. Sodyumla birlikte sıvı da hücreyi terk ederek hücre içi ödemi azaltır

ve üriner output artar. Bu nedenle bu faz diüretik faz olarak da bilinir (Diane & Lynne 2007).

Hemşire hastaya sıvı tedavisi uygularken sıvı yüklemesi oluşabilecek komplikasyonlar bakımından hastasını izlemelidir. Akut fazda yanık hastasının ödeminin çözülmeye başlaması ile sıvılar vücut bölümleri arasında yer değiştirir. Hemşire hastanın ödeminin gözlemlenmeli ve değişiklikleri kaydetmelidir. Hastanın aldığı çıkardığı takibi ve kilo değişimleri kaydedilmeli, kan basıncı ve kalp hızındaki değişimleri hekime bildirmelidir (Bayram, Yıldırım & Eyi 2012).

Büyük yanık travması sonrası hastalarda vücut ısısı günlerce normalin birkaç derece üstünde seyredebilir. Artmış vücut ısısı metabolik stresi ve oksijen kullanımını artıracığı için yanık hastasında ateş düşürücüler ve hipotermi örtüleri kullanılarak vücut ısısı normal sınırlarda tutulmaya çalışılmalıdır (Akyolcu, Kanan & Aksoy 2012).

Akut fazdaki tedavi ve bakımda yanık yarasının bakımı (temizlenmesi, anti bakteriyel tedavisi, debridmanı ve gerekliyse greftlenmesi), ağrı yönetimi, enfeksiyon kontrolü ve beslenmenin desteklenmesi yer almaktadır (Işık Andsoy 2018).

## **2.1. Yara Bakımı**

Yanık hastasının akut fazdaki bakımının en önemli bileşenidir. Yanık yarasının bakımında hedefler; enfeksiyonu önlemek, ölü dokuyu uzaklaştırmak, sağlıklı dokuların etkilenmesini engellemek ve ağrıyı azaltmaktır. Günlük yara bakımı yaranın temizlenmesi, eskarın

debridmanı ve yaranın koruyucu örtülerle kapatılmasını içerir (Cynthia 2011).

Yanık yarasının temizliği genellikle günde bir kez yapılır ancak eskar canlı dokudan ayrılmaya başladığında daha sık temizlemek gerekebilir. Yanık yarasının temizliği için hidroterapi, bireysel duş ve yatak banyosu gibi birçok yöntem kullanılmaktadır. Hidroterapi, yara alanındaki topikal ajanların, yara döküntülerinin ve kalkan eskarların uzaklaştırılmasını kolaylaştırır ve eksudayı temizler. Hidroterapide kullanılan suyun sıcaklığı 37.8 °C derece ve oda sıcaklığı da 26.6 °C ve 29.4 °C derece aralığında olmalıdır. Yara yerinde enfeksiyonu olan hastalara çapraz enfeksiyon riski nedeniyle küvet formda hidroterapi uygulanmaz. Sprey şeklinde uygulanan hidroterapi yara yeri enfeksiyonu olan ve hareket kısıtlılığı olan hastalar için uygundur. Deri florasındaki mikroorganizmalara karşı antimikrobiyal etkisi nedeni ile temizleme işlemi için klorheksidin glukonat sabunu kullanılabilir (David 2009; Işık Andsoy 2018 ).

Debridman, yara temizliği ile beraber yanık yarasının iyileşmesinde önemli bir yer tutar. Yanık yarasının debridmanı özellikle ölü doku ve eskar barındıran derin dokularda eskarın uzaklaştırılması amacıyla yapılır. Debridman cerrahi, enzimatik veya mekanik olarak yapılabilir. Cerrahi debridman ölü dokuların kesilmesini kapsar ve ameliyathanede anestezi altında gerçekleştirilir. Enzimatik debridman, eskarın yara yatağından uzaklaştırılmasını sağlayan topikal enzim (proteolitik enzimler) kullanımı ile yapılır. Mekanik debridman ise eskarın manuel olarak gazlı bez, makas, cımbız vb. aletler kullanılarak

uzaklaştırılmasıdır (Akyolcu, Kanan & Aksoy 2012; Greenhalgh 2009).

Greftleme, derin ve geniş yanıklarda spontan reepitelizasyon mümkün olmadığında uygulanır. Bu tür tam kalınlıklı yaralarda hastanın kendi derisinden (otogreft) yaranın kapatması mümkün olana kadar yarayı greftlerle kapatmak gereklidir. Yarayı kapatmanın amacı; enfeksiyon riskini azaltmak, sıvı, elektrolit ve protein kaybını önlemek ve buharlaşma ile ısı kaybını azaltmaktır. Biyolojik pansumanlar insandan (homogreft), hayvanlardan (heterogreft) ve insan plasentasının amniyon membranından elde edilen deri ile yapılmaktadır. Biyolojik greftlerin maliyeti, ulaşılabilirliği ve sterilitesiyle ilgili problemler nedeniyle biyosentetik pansumanlara yönelik araştırmalar artmıştır. Biyosentetik pansumanlar geçici olarak yarayı kapatmak için kullanılmaktadır. En çok kullanılan sentetik pansuman kollajen türevi olan naylon Biobrane'dır (Akyolcu, Kanan & Aksoy 2012; Işık Andsoy 2018).

Ciddi yanık yaralarında antimikrobiyal tedavi formlarının uygulanmasının en iyi yolunun topikal ajanların uygulanması olduğu genel olarak kabul görmektedir. Topikal antibakteriyel tedavi yanık yarasını sterilize etmez sadece bakteri sayısını azaltarak vücut savunma mekanizmasının kontrol edebileceği düzeye getirir. Topikal tedavi açık, kirli yaranın kapalı ve temiz hale dönüşmesini sağlar. Topikal ajan uygulanmadan önce önceki sürülen ajan tamamen temizlenmelidir (Yavuz 2017).

İdeal topikal ajanın özellikleri:

- Gram negatif organizmalara, Psödomanas aeruginosaya, Stafilokokus aureuse ve fungal organizmalara karşı etkili olmalı
- Klinik olarak etkili olmalı
- Eskar dokuyu geçebilmeli ama toksik olmamalı
- Başka enfeksiyonların gelişmesine izin vermemeli
- Maliyeti uygun olmalı, ulaşılabilir ve hasta tarafından kabul edilebilir olmalı
- Kullanımı kolay olmalı, hemşirelik bakım süresini en aza indirmeli En çok kullanılan üç topikal ajan gümüş silfadiazin (silvadene), gümüş nitrat ve mafinit aserat (sulfamylon)'tır. Tek bir topikal ajan tek başına her zaman yanık sonrası dönemde etkili olmayabilir. Tedavinin farklı aşamalarında farklı ajanlar kullanmak gerekebilir (Yavuz 2017; Zor ve ark. 2009).

## 2.2. Enfeksiyonun Önlenmesi

Yanık hastası enfeksiyon açısından büyük risk altındadır. Özellikle %25'den daha geniş toplam vücut yüzey alanı yüzdesine sahip büyük yanıkların en önemli ölüm nedeni enfeksiyondur. Enfeksiyonu önlemek için alınan önlemler yanık hastası hastaneye kabulü ile başlar ve hasta iyileşene kadar devam eder. Enfeksiyon kaynağı iç veya dış kaynaklardan olabilir. Kıl folikülleri ve bezlerde yaşayan bakteriler bir iç enfeksiyon kaynağıdır. Ayrıca normalde bağırsak traktusunda yaşayan bakteriler lenfatik sistem yoluyla göç ederek dolaşıma katılır (Bayram, Yıldırım & Eyi 2012; Öztürk & Akyolcu 2016). Yanık

yarasında enfeksiyona neden olan organizmalar; Psödomanas aeruginosa, Acinetobacter organizmalar, Enterokoklar ve Stafilokokus aureustir. Bu organizmalar normalde deride veya bağırsaklarda bulunur ve yanık sonrası birer enfeksiyon kaynağına dönüşürler. Metisiline dirençli S.aureus ve Vankomisine dirençli Enterokoklar gibi antimikrobiyal dirençli organizmalar yanık merkezlerinde giderek artış göstermektedir. Geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı nedeniyle fungal enfeksiyonlar yanık hastalarında belirgin şekilde artmaktadır. Normalde gastrointestinal traktusta bulunan Candida Albicans fungal enfeksiyonların başlıca nedenidir (Diane & Lynne 2007; Latenser 2009).

Yanık yarasını dış enfeksiyon kaynaklarına karşı korumak için standart önlemler sıkı bir şekilde uygulanmalıdır. Yara temizliği sırasında yara döküntüleri bakteri kolonizasyonuna ortam sağlayacağı için iyice temizlenmelidir. Yanık hastasını özel yanık ünitesine veya merkezine yerleştirmek enfeksiyon riskini azaltır. Eğer hasta genel bir serviste tedavi görüyorsa özel odaya yerleştirilmeli ve tüm gerekli ekipmanlar hasta odasında bulunmalıdır. Ayrıca üst solunum yolu enfeksiyonu olan ziyaretçi veya çalışanların hastaya yaklaşmasına izin verilmemelidir. Yanık yarısından kültür örnekleri alınmalı ve haftalık olarak bakteri varlığı ve antibiyotiklere duyarlılıkları değerlendirilmelidir (Bayram, Yıldırım & Eyi 2012; Çelik 2009).

Akut dönemde hemşirenin en önemli görevi enfeksiyonu önlemek ve belirtilerine karşı dikkatli olmaktır. Hemşire yanık yarasının bakımı ve diğer girişimler esnasında aseptik teknik kullanıldığından emin olmalıdır. Yanık hastasının yarısındaki değişiklikleri hasta ile en çok

zaman geçiren hemşirenin fark etmesi daha olasıdır. Hemşire yara alanındaki değişimlere, iyileşme sürecine ve enfeksiyon belirtilerine hâkim olmalı ve hastayı bu çerçeveden gözlemlemelidir. Yanık hastasının yarası açık ise hasta yarasına dokunarak, açık değilse de pansuman alanlarına dokunarak başka bir yanık alanına mikroorganizma taşıyabilirler. Hemşire yanık hastasını enfeksiyon ve el hijyeni konusunda eğitmeli ve hasta ziyaretine gelen ailesini de eğitime dahil etmelidir (Akyolcu, Kanan & Aksoy 2012; Cynthia 2011).

### **2.3. Beslenme Desteği**

Hipermetabolizma, yara iyileşmesini geciktirerek ve enfeksiyon riskini artırarak mortalite ve morbiditeyi etkileyebilir. Bu yüzden anabolik metabolizmayı artırıp stres tepkisini kontrol etmek için ısı kaybını önlemek, sıcak ortam sağlamak ve yeterli beslenmeyi sağlamak gerekir (Işık Andsoy 2018).

Yanık hastasının beslenme desteği hastanın yanık öncesi durumuna ve yanmış toplam vücut yüzey alanına göre düzenlenmelidir. Yanık hastasının günlük metabolik harcamasını ve gerekli olan kaloriyi hesaplamak için birçok formül vardır fakat yaygın olarak Curreiri formülü kullanılmaktadır. Bu formüle göre günlük protein alımı kilogram başına 1,5-4 gram aralığında olmalıdır. Gerekli protein alımıyla yeterli beslenme desteği sağlamak protein kaybını %50 azaltabilir. Yağlar yara iyileşmesi, hücre duvarının yapısında bulunması ve yağda çözülen vitaminlerin emilimi için gerekli olduğunda her yanık hastasının diyetinde bulunmalıdır (Aslan 2017;



Yavuz 2017). Karbonhidratlar günlük enerji gereksiniminin 5000 kalori kadarını karşılayacak şekilde diyetle olmalıdır. Yara iyileşmesi sürecinde metabolizma yüksek düzeyde enerji harcar. Yanık hastasının bağırsak sesleri duyulduğunda ağızdan sıvılar verilmeye başlanmalıdır. Enteral beslenme barsak bariyer fonksiyonunu aktive ettiği için ve aminoasitler ile yağların emilimini gerçekleştirdiği için öncelikli tercih edilmesi gereken beslenme yöntemidir. Beslenme tüpü kullanılacaksa aspirasyonu önleyip, cerrahi girişime engel olmadığı için duodenuma yerleştirilmesi tercih edilmelidir (Işık Andsoy 2018). Yanık hastanın enfeksiyona ve hastalığa olan direncini düşürdüğü için hasta iştahsız ve zayıf zayıf olsa da beslenmesi en üst düzeyde sağlanmalıdır. Hemşire yanık ekibinin hasta ile en çok vakit geçiren üyesi olarak hasta ve ailesi ile işbirliği yaparak hastanın sevdiği besinleri almasını sağlayabilir ve hastayı yemek konusunda cesaretlendirebilir. Yanık hastasının beslenmesinin teşvik edilmesi için ailesi ile beraber yemek yiyebileceği sosyal bir alan yaratılabilir (Akyolcu, Kanan & Aksoy 2012).

Hasta normal vücut ağırlığının %10'nunda fazlasını kaybetmişse, klinik durumundan dolayı yetersiz besleniyorsa, yara iyileşme süreci uzamışsa ve yanık yaralanmasından önce malnutrisyonu veya zayıflığı mevcutsa parenteral beslenmeye geçilmelidir (Latenser 2009).

#### **2.4. Ağrı Yönetimi**

Ağrı yönetimi, yanık yarasının iyileşme döneminde kaçınılmazdır. Yanık ağrısının en belirgin özelliği uzun süreli ve şiddetli olmasıdır.

Kısmi kalınlıklı yanıklarda sinir uçları açıkta kalmıştır ve hava ile teması sonucu şiddetli ağrı görölmektedir. Tam kalınlıklı yanıklarda sinir uçları zedelenmesine rağmen yanık yarasının kenarları ağrıya aşırı duyarlıdır ve komşu yapılarda ağrı şiddetlidir. Tam kalınlıklı yanıkların iyileşme döneminde yeni oluşan sinir uçları skar dokusu tarafından sıkıştırıldığından bu süreç yanık hastası için ağrılı olmaktadır (Aslan 2017; Yavuz 2017).

Yanık hastası dinlenme ağrısı, tedavi ağrısı ve ani ağrı olmak üzere üç tip ağrı deneyimler. Dinlenme ağrısı 24 saat devam eden sürekli ağrıdır. Tedavi veya prosedür ağrısı yara bakımı ve egzersizlerin neden olduğu ağrıdır. Ani ağrı ise kanda ağrıyı kontrol edecek düzeydeki aneljezinin azalması sonucu hissedilen ağrıdır (Öztürk & Akyolcu 2016).

Akut yanık ağrısının tedavisinde morfin sülfat en çok kullanılan analjezik ajandır. Ağrı skalası kullanılarak uygun dozda devamlılığı sağlanmalıdır. Fentanil, hızlı başlayan, güçlü ve kısa süren etkisi nedeniyle tedavi girişimlerine bağlı görölen (prosedür ağrısı) ağrıda kullanılan etkili bir opioiddir. Hasta kontrollü analjezi (HKA) ile devamlı ağrı kesici infüzyonu sayesinde ağrı sürekli kontrol altında tutulmaktadır. Ağrı ve anksiyete yanık hastasında paralel seyreden iki olgudur. Bütün yanık hastaları anksiyete yaşar ve bu durum ağrıyı artırır. Bu yüzden ideal ağrı yönetimi anksiyete tedavisini de içermelidir. Sedatif anksiyolitikler de yanık hastasının ağrı ve anksiyete tedavisinde yer almalıdır (Çelik 2009; Zor ve ark. 2009).

Hemşirenin en önemli işlevlerinden biri bireyselleşmiş ve tutarlı ağrı yönetimidir. Yanık hastasına uygulanan girişimlerin çoğunluğu ağrıya neden olmaktadır. Yanık hastası yeterli analjezi aldığında görece daha rahat bir tedavi süreci geçirebilir. Hemşire ağrının fizyolojik ve psikolojik altyapısını anlayarak hastaya müdahale ederken zararlı girişimlerden kaçınabilir (Çelik 2009).

Fiziksel aktivitenin sürdürülmesi: Hastanın yarası iyileşirken ve ağrı kontrol altına alınırken hasta ROM (range-of-motion) egzersizlerini düzenli periyotlarla yapması için teşvik edilir. Hemşire hastanın bağımsız şekilde yapması amacıyla bu egzersizlerde yardımcı ve destekleyici olmalıdır. Hemşire hasta ve ailesine egzersizlerin kontraktürleri önleme ve azaltmada ne kadar önemli olduğunu öğretmelidir. Ayrıca atelaktazi ve pnömoniyi önlemede ödemi azaltmada, basınç yaralarını önlemede hemşire derin soluk alma, dönme egzersizleri ve pozisyon değiştirme girişimlerini uygulayarak hastaya bakımı sürdürmelidir (Diane & Lynne 2007).

## **2.5. Psikolojik Destek**

Yanık hastasının yara bakımı oldukça karmaşık süreçler içerir. Yanık bakımı ile ilgili uygulamalar ve yara alanındaki değişimler hastaya karışık ve korkutucu gelebilir. Hemşire hastaya yara bakımı, kullanılan malzemeler, yara alanındaki beklenen ve beklenmeyen değişimler konusunda bilgilendirmeli ve hastayı tedavinin bir parçası haline getirmek için cesaretlendirmelidir (Yavuz 2017; Diane & Lynne 2007).

Yanık travması ani ve beklenmeyen bir durumdur. Yanık tedavisinin akut fazı boyunca hastalarda yanık yarası ve tedavisine bağılı olarak korku ve anksiyete hakimdir. Yanık hastası yanık yarasının ciddiyetinin farkına vardığında ve hayatı için ne anlama geldiğini anladığında hasta ve ailesinde bu durumla baş etmeyi etkileyecek birçok problem ortaya çıkabilir. Hemşire hastanın bilişsel sağlığını koruma ve yeniden oluşmasında en büyük role sahiptir. Sürekli eğitim yanık hastaların bakım verenleri anlaması ve gelecekleri için gerçekçi plan yapmalarına yardım etmek için gereklidir (Işık Andsoy 2018).

Yanık yaralanmasından sonra emosyonel iyileşme fiziksel iyileşmeden daha yavaş ilerleyen bir süreçtir. Yanık travması geçiren hastalar genellikle depresyon, geri çekilme ve manuplatif davranışlar gibi tepkiler verir. Hemşire hastanın etkili baş etme yöntemleri geliştirmesi için hastaya belli hedefler koyar, güven artırıcı iletişim kurar, uygun baş etme yöntemlerini kullanmalarını sağlar ve uygun zamanda olumlu yönde hastayı destekler. Yanık hastası akut dönem boyunca sağlık bakımı sunan ekibe bağımlıdır. Hemşire hastanın kendi bakımına katılmasına destek olmalı, fiziksel kısıtlılığı olan hastaların en azından karar aşamasında katılımlarını desteklenerek bireyselliklerini ortaya çıkarmalıdır (Akyolcu, Kanan & Aksoy 2012; Latenser 2009; Cynthia 2011).

Hemşirenin akut dönemdeki sorumluluklarından biri de hasta ile beraber aileyi desteklemektir. Hastanın ailesine kaygılarını azaltmak için gerekli bilgileri vermeli ve onlar ile hasta yararına bir iletişim kurmalıdır (Akyolcu, Kanan & Aksoy 2012).

### 3. REHABİLİTASYON DÖNEMİNDE YANIK TEDAVİSİ VE BAKIMI

Rehabilitasyon fazı hastanın yarasının kapatılması veya iyileşmesi ve hastanın öz bakım aktivitelerini yapar düzeye gelmesi ile başlar. Bu süreç yanık yaralanmasından sonra iki hafta kadar erken bir sürede veya iki üç ay kadar uzun sürede olabilir. Bazı kaynaklarda rehabilitasyon fazının yanık travmasıyla başlayıp yıllarca süren bir dönem olduğu da bildirilmektedir. Bu periyotta amaç hastanın sosyal yaşamda eski işlevsel rolüne geri dönmesine yardımcı olmaktır (Bayram, Yıldırım & Eyi 2012; Çelik 2009).

Yanık yarası yanık olayından sonraki 1,5-2 yıl boyunca dinamik bir durumdadır. Bu aktif süreçte uygun önlemler alınırsa skar dokusu kırmızı ve yumuşak halini kaybeder. Yara iyileşme alanı hipertrofik skara eğilimlidir. Bu yüzden hastanın yanık alanına özel sıkı giysiler giymesi gerekir. Bu elastik özel giysilerin basıncı kollajen oluşumunu destekler ve dermal nodüllerin kaybolmasını sağlar. Bu süreçte hastanın sıvı elektrolit dengesi ve beslenmesi yine dikkatle takip edilmelidir (Çelik 2009).

Rehabilitasyon fazında hemşire yanık hastasının kliniğe kabulünden itibaren topladığı tüm verileri kullanarak hastaya bütüncül bir bakım vermelidir. Bu süreçte hastada gelişebilecek olası komplikasyonları göz önünde bulundurmalı, yanık travmasının hasta ve ailesi üzerine etkilerini iyi gözlemlemeli ve hastanın taburculuğa hazır oluşunu eldeki bilgiler ışığında değerlendirmelidir (Aslan 2017; Yavuz 2017).

Hastaya pozisyon vermek, etkilenen alanı tespit etmek, özel giysilerini giydirmek, egzersizlerini yaptırmak, hasta ve ailesinin taburculuk sonrası günlük yara bakımını yapma durumlarını değerlendirmek hemşirenin rehabilitasyon dönemindeki sorumluluklarındadır. Bu dönemde uygun pozisyon verme ve mobilizasyon sürdürülmeli, egzersizler yaptırılmalı ve dolayısıyla kontraktür gelişimi önlenmelidir. Tespit edilmiş ekstremitelere yeterli dolaşım, siyanoz, ısı ve nabız varlığı bakımından değerlendirilir. Hastanın fiziksel ve psikolojik toleransı sürekli değerlendirilmelidir (Latenser 2009; Işık Andsoy 2018).

Rehabilitasyon fazında hastanın aktivite toleransı hemşirelik planlamasında yer alması gereken başlıca konudur. Tedavi süreci, hemşirelik girişimleri ve bu süreçteki ağrı yanık hastasını zorlayabilir. Hemşire hastanın egzersiz öncesi yeterli dinlendiğinden ve ağrı tedavisinin yapıldığından emin olmalıdır. Hastaya fiziksel aktiviteler için ortam sağlamak ve cesaretlendirmek hastanın daha rahat egzersiz yapmasını sağlayacaktır. Hemşire hastanın uyku düzenini sorgular ve yeterli uyku uyumasını sağlamak için hemşirelik girişimleri uyku saatlerine göre planlar. Hekimle işbirliği yapılarak uyku düzenlemesi için de ilaç kullanılabilir (Aslan 2017; Yavuz 2017).

Yanık travması büyüklüğüne bakılmaksızın bireyin kendini algılama biçiminde değişikliğe sebep olur. Yanık yarası iyileşirken hasta yeni görünümünü kabullenmelidir. Hemşire hastaya kaygıları ve korkularını konuşacak fırsat sağlamalıdır. Bazı hastalar kendi aileleri veya hayatındaki diğer önemli bireyler ile bu durumu

konuşamayabilir. Hemşire hastayı aktif olarak dinlemeli ve yeni görünümü hakkında konuşmasına yardımcı olmalıdır (Yavuz 2017; Diane & Lynne 2007).

Hastane ortamında uzun dönem bakımı profesyonellerce sürdürülen yanık hastası taburculuğa yakın süreçte evde bakımı ile ilgili kaygılar taşıyabilir. Hemşire hastanın evde bakım gereksinimlerini belirlemeli, hasta ve ailesini taburculuk eğitimi ile evde bakım sürecine hazırlamalıdır. Hasta ve ailesine yara bakımı konusunda bilgilendirmeler yaparken poliklinik kontrolleri, yara alanındaki olası değişiklikler, ağrı yönetimi, beslenme ve hijyen konularını da eğitime dahil etmelidir. Yanık hastası alçı, özel basınçlı elbiseler ve pansumanı ile taburcu olacaksa bunların kontrolü, kullanımı ile ilgili hasta ve ailesine eğitim vermelidir (Akyolcu, Kanan & Aksoy 2012).

Bu evrede hemşire kadar yanıklı bireye evde bakım sürecinde bakım verecek bireye de büyük sorumluluklar düşmektedir. Yanık yarası ve birey üzerindeki sistemik etkileri taburculuk sonrası yanıklı bireyin hayatını olumsuz şekilde etkilemeye devam etmektedir. Yanık yarasında taburculuktan aylar sonra hipertrofik skar, enfeksiyon, iyileşmede gecikme gibi bazı komplikasyonlar gelişebilmektedir. Evde bakım veren birey bu komplikasyonları önlemeye çalışmanın yanında yanık travmasının yanıklı birey üzerindeki psikolojik etkileri ile baş edebilmesi için yanıklı bireye destek olmalıdır (Çelik 2009; Işık Andsoy 2018).

## SONUÇ

Multidisipliner ekiple sürdürülen yanık tedavisinin ve bakımının amaçları ağrıyı ve enfeksiyonu en aza indirmek, kozmetik deformasyonları azaltmak, zamanında iyileşmeyi sağlamak ile fiziksel ve psikolojik rehabilitasyonu hızlandırmaktır. Tedavi ve bakım sürecinde hemşire, bütüncül bir yaklaşımla hastanın gereksinimlerini belirleyip planlı bir şekilde uygulamalarını gerçekleştirir.



## KAYNAKÇA

- Akyolcu, N., Kanan, N., Aksoy, G. (2012). Cerrahi Hemşireliği I, Nobel Tıp Kitabevi, 99-102.
- Aslan, E.F. (2017). Ağrı. İçinde: Karadakovan, A. & Aslan, E.F. (editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, 4. Baskı. İstanbul, Akademisyen Kitabevi, 137- 160.
- Bayram, Y., Yıldırım, A.O. & Eyi, E. (2012). Yanıkta Acil, Acilde Yanık. TAF Preventive Medicine Bulletin,: 11(3).
- Cynthia, J. K. (2011). Nursing Management Burns. In: Sharon,L.L., Shannon, R.D., Margaret, M.H., Linda, B. (Eds.), Medical-Surgical Nursing, Canada, 515-539.
- Çelik, S.Ş. (2009). Yanık ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Erdil, F., ve Özhan Elbaş, N. (editörler). Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Ankara, 756-775.
- David, J.D. (2009). Management of burn injuries- recent developments in resuscitation, infection control and outcomes research. Scandinavian Journal of Trauma. Resuscitation and Emergency Medicine, 17- 14.
- Diane, E. F., & Lynne, C.Y. (2007). Burns. İçinde: Monahan, F., Sands, J., Neighbors, M. Marek, J. & Green, C. (editörler), Phipps: Medical-Surgical Nursing Health and İllness Perspecctive, 1984-2020.
- Greenhalgh, D.G. (2009). Topical antimicrobial agents for burn wounds. Clinics in plastic surgery, 36(4), 597-606.
- Işık Andsoy, I. (2018). Yanıklar ve Hasta Bakımı. İçinde: Çelik, S., Taşdemir, N. (editörler). Güncel Yöntemlerle Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, 157- 182.

- Latenser, B.A. (2009). Critical care of the burn patient: the first 48 hours. *Critical care medicine*, 37(10), 2819-2826.
- Öztürk, D., Akyolcu, N. (2016). Ciddi Yanıklı Hastanın Acil Dönemdeki Bakımı. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 24(1), 49-58.
- Yavuz, M. (2017). Yanıklar. İçinde: Karadakovan, A. & Aslan, E.F. (editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 4. Baskı. İstanbul, Akademisyen Kitabevi, 1067-1095.
- Zor, F., Ersöz, N., Külahçı, Y., Kapı, E. & Bozkurt, M. (2009). Birinci Basamak Yanık Tedavisinde Altın Standartlar. *Dicle Tıp Dergisi*, 36(3): 219-225.









**IKSAD**  
Publishing House