

HEMŞİRELİK ÇALIŞMALARI

Araştırma, Uygulama ve Analiz

Editörler

Fatma BİRGİLİ

Nezihe BULUT UĞURLU

LIVRE DE LYON

2024

Sağlık Bilimleri

HEMŞİRELİK ÇALIŞMALARI

Araştırma, Uygulama ve Analiz

Editörler

Fatma BİRGİLİ & Nezihe BULUT UĞURLU

LIVRE DE LYON

Lyon 2024

HEMŞİRELİK ÇALIŞMALARI

Araştırma, Uygulama ve Analiz

Editörler

Fatma BİRGİLİ & Nezihe BULUT UĞURLU

LIVRE DE LYON

Lyon 2024

Hemşirelik Çalışmaları Araştırma, Uygulama ve Analiz

Editors • Assoc. Prof. Dr. Fatma BİRGİLİ • Orcid: 0000-0003-0942-2122
Prof. Dr. Nezihe BULUT UĞURLU • Orcid: 0000-0003-2860-1169

Cover Design • Motion Graphics
Book Layout • Motion Graphics
First Published • October 2024, Lyon

e-ISBN: 978-2-38236-732-2
DOI: 10.5281/zenodo.13959698

copyright © 2024 by Livre de Lyon
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without prior written permission from the Publisher.

Publisher • Livre de Lyon
Address • 37 rue marietton, 69009, Lyon France
website • http://www.livredelyon.com
e-mail • livredelyon@gmail.com

LIVRE DE LYON

ÖN SÖZ

Değerli okurlar;

Hemşirelik bakımı ve sağlık alanında farklı kategorilerde, "Hemşirelik Çalışmaları Araştırma, Uygulama ve Analiz" isimli kitabımız güncel konuları içermektedir. Bu kitabımız hemşirelik esasları, enfeksiyon hastalıkları, iç hastalıkları hemşireliği, cerrahi hastalıkları hemşireliği, kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği ve hemşirelikte yönetim alanında uzman akademisyenler tarafından yazılmıştır. Her bölümde yazarlar kendi alanındaki teorik bilgilerini kendi çalışmaları ve ayrıntılı bir literatür bilgisiyle oluşturarak sunmuşlar, siz değerli okuyuculara sunmuşlardır. Her bölümde kendi alanı ile ilgili güncel bilgilere ulaşabileceksiniz. İnsan ve toplum sağlığının korunmasında çok önemli sorumlulukları olan hemşirelerin kendi alanında son yıllarda meydana gelen teknolojik ve bilimsel inovatif gelişmeleri takip etmesi gerekmektedir. Bu kitapta hemşirelik bakımında meydana gelen son gelişmelerin sunulması amaçlanmıştır. Bu bilgilerin özellikle yeni adım atmış bilim insanlarına yol gösterici olacağı kanaatindeyiz. Ayrıca, emeği geçen koordinatörler, hakemler, yazarlar ve yayınevine değerli katkılarından dolayı teşekkür ederiz. Kitabın okuyuculara faydalı olması dileğiyle…

Doç. Dr. Fatma BİRGİLİ

Prof. Dr. Nezihe BULUT UĞURLU

İÇİNDEKİLER

	ÖN SÖZ	I
BÖLÜM I.	HEMŞİRELİK BAKIMININ EKONOMİK GÜCÜ VE ÖNEMİ ***İbrahim NAS & Handan AYDIN KAHRAMAN***	1
BÖLÜM II.	CERRAHİ ALAN ENFEKSİYONLARI VE ÖNLEMEDE ETKİLİ KANIT TEMELLİ GİRİŞİMLER ***Gülsüm ÖZCAN ÇETİNER & Serpil YÜKSEL***	11
BÖLÜM III.	KADIN SAĞLIĞINA BİYOPSİKOSOSYAL YÖNDEN TRANSKÜLTÜREL YAKLAŞIM ***Ayça Güler ÇAL & Cevriye YÜKSEL KAÇAN & Aysel ÖZDEMİR***	41
BÖLÜM IV.	PALYATİF BAKIM ALAN KOAH HASTALARINDA DİSPNE YÖNETİMİ ***Handan AYDIN KAHRAMAN & İbrahim NAS***	51
BÖLÜM V.	ERİŞKİNLERDE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VE PSİKOSOSYAL MÜDAHALELER ***Ahmet GÖKTAŞ & Emrah DURSUN***	63
BÖLÜM VI.	DEMANS HASTALIĞINA SAHİP BİREYLERE VERİLEN HEMŞİRELİK BAKIMINI ETKİLEYEN ETMENLER ***Nuray Sevgi KILIÇ & Seher GÖNEN ŞENTÜRK***	83
BÖLÜM VII.	MAYMUN ÇİÇEĞİ HASTALIĞINDA PSİKOSOSYAL HEMŞİRELİK BAKIMI ***Ahmet GÖKTAŞ***	93

BÖLÜM I

HEMŞİRELİK BAKIMININ EKONOMİK GÜCÜ VE ÖNEMİ

Economic Power and Importance of Nursing Care

İbrahim NAS[1] & Handan AYDIN KAHRAMAN [2]

[1](Öğr. Gör. Dr), Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Van/TÜRKİYE
E-mail: ibrahimnas56@hotmail.com
ORCID: 0000-0001-8858-241X

[2](Dr. Öğr. Üyesi), Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzincan/TÜRKİYE
E-mail: haydin@erzincan.edu.tr
ORCID: 0000-0002-3067-6234

1. Giriş

Toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir etken olan sağlık hizmetlerinin sunumunda hekim, hemşire ve diğer sağlık profesyonelleri rol almaktadır. Bu hizmetlerin gerçekleştirilmesinde kamu bütçesinden belirli bir pay kullanılmaktadır. Kullanılan bu pay ise kamunun kısıtlı ekonomik kaynaklarından elde edilmektedir. Bu nedenle kısıtlı kaynakların kullanımı önem arz etmektedir. Sağlık sisteminde önemli rolleri bulunan hemşireler ise bu kısıtlı koşullarda hizmet sunumunu gerçekleştirmektedir. (1)

Hemşireler, küresel olarak sağlık hizmetinin sunulmasında merkezi bir rol oynamaktadır. Hemşirelerin hastaneler, okullar, işyerleri, cezaevleri,

1 Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Van, Türkiye. ibrahimnas56@hotmail.com, Orcid ID: 0000-0001-8858-241X
2 Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Erzincan, Türkiye. haydin@erzincan.edu.tr, Orcid ID: 0000 0002 3067 6234

mülteci kampları gibi giderek karmaşıklaşan durumlarda ve ortamlarda bakım hizmetini üstelendiği bilinen bir gerçektir. İnsanlar hemşirelerden hastalıkların önlenmesine katkıda bulunmalarını ve hastalandıklarında ya da sağlık hizmetine ihtiyaç duyduklarında kendilerine nitelikli hemşirelik bakımı sunmalarını beklemektedir. Hemşirelik, çok uzun zamandır sonsuz bir kaynak olarak görülmeye başlanmıştır. Hemşirelerin sonsuz bir kaynak olarak görülmesi, muhtemelen uzun yıllar boyunca hemşireliğe çok az yatırım yapılmasına sebebiyet vermiştir. (2)

Dünya çapında sağlık sistemlerinin bel kemiği olan hemşireler, hastalıkların önlenmesine, sağlığın geliştirilmesine ve eğitime önemli katkılarda bulunmaktadır. Kronik hastalıkları önleyerek ve yöneterek, sağlıklı davranışları teşvik ederek, sağlık müdahalelerinin zamanında yapılmasını sağlayarak ve çok disiplinli ekiplerin liderleri olarak hemşireler, sağlık maliyetlerinin azaltılmasında ve sağlık hizmetlerinin verimliliğinin artırılmasında önemli bir rol oynamaktadır. (3)

Hemşirelerin sağlık hizmetleri yelpazesinde paha biçilmez katkıları bulunmaktadır. Bu katkılar, doğrudan bakım ve tedavi hizmetlerinin çok ötesinde, sağlığın korunması ve geliştirilmesinin yanı sıra yerel, ulusal ve uluslararası sağlık hizmetlerini şekillendirmeye ve etkilemeye kadar uzanır. Tüm bunlar, sağlık sistemlerinin artan dijital dönüşümü ile karşılaşılan zorluklara uyum sağlama zemininde gerçekleşmektedir. Hemşireler, sağlık sistemlerinin hizmet sunmasını ve gelir elde etmesini sağlar. Hemşirelerin içinde yer almadığı sağlık sistemlerinin felç olacağını söylemek mümkündür. Bununla birlikte, hemşireliğin katkısı genellikle tam olarak bilinmemekte veya takdir edilmemektedir. (2)

2. Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) 2024 Hemşirelik Teması

Bugün dünya nüfusunun yaklaşık yarısı, temel sağlık hizmetleri kapsamında değildir. Buna ek olarak, kalitesiz sağlık hizmetleri yüksek düzeyde morbidite ve mortaliteye yol açmakta, bazı ülkelerde tüm ölümlerin %15'ine kadar etki etmektedir ve bunların çoğu önlenebilir niteliktedir. (4) Bunu ele almak için insan hakları zorunluluğunun yanı sıra, muazzam bir ekonomik teşvik de vardır. (5) Ülkeler sağlık sistemlerini ve ekonomilerini yeniden inşa etmeye ve güçlendirmeye çalışırken, hemşireliğe yapılan stratejik yatırım, sürdürülebilir büyüme ve dayanıklılık elde etmek için çok önemli bir yol olarak ortaya çıkmaktadır.

Hemşireler, bireysel, aile, toplum ve ulusal düzeylerde küresel toplum sağlığını desteklemek için merkezi bir rol oynarlar. Günümüzde hükümetlerin ve kuruluşların bu temel iş gücüne yeterli yatırım yapması küresel toplum sağlığı için önemli bir zorunluluk olarak belirtilmektedir. Bu doğrultuda hemşirelerin yerel, bölgesel ve küresel olarak sağlığa yaptıkları muazzam katkının bilinciyle, ICN tarafından 2024 Uluslararası Hemşireler Günü'nün teması "Bakımın Ekonomik Gücü" olarak belirlenmiştir.

Uluslararası Hemşireler Konseyi Değişim Tüzüğü (ICN), hükümetlerin ve sağlık kuruluşlarının etkili ve uygun fiyatlı sistemler oluşturmak, sürdürmek aynı zamanda hemşirelerin katkılarını daha görünür kılmak için alabileceği 10 politika eylemini belirlemiştir. (6) Bu 10 politika eylemi maddeler şeklinde aşağıda verilmiştir;

1. "Hemşirelik mesleğini koruyun ve bu mesleğe yatırım yapın, sağlık ve sağlık hizmetini bir maliyet olarak değil, bir yatırım olarak konumlandırın.
2. Hemşirelerin sağlık ve refahına yönelik desteği acilen ele alın ve güvenli ve sağlıklı çalışma koşulları sağlayarak ve haklarına saygı göstererek iyileştirin. Buna güvenli personel seviyeleri ve hemşireler için işyeri güvenliğini artırma stratejileri de dâhildir.
3. İşgücü eksikliklerini gidermek için hemşireleri işe alma ve elde tutma stratejilerini geliştirin. Hemşireler için adil ve makul ücret ve yan haklar sağlamak ve olumlu uygulama ortamlarını desteklemek için tazminatları iyileştirin.
4. Yetenekleri elde tutma stratejileri ve uluslararası hemşire göçüne ilişkin etik uygulamalar da dahil olmak üzere ulusal hemşirelik işgücü planları geliştirmek, uygulamak ve finanse etmek.
5. Hemşirelerin hastalara, danışanlara, ailelere ve topluma mümkün olan en iyi bakımı sunabilmeleri için en iyi şekilde hazırlanmalarını ve desteklenmelerini sağlamak amacıyla yüksek kaliteli, akredite hemşirelik eğitim programlarına yatırım yapın.
6. Hemşirelerin hemşirelik uygulamalarının tüm kapsamlarını kullanarak çalışmalarını sağlamak için uygulamaları geliştirmeye ve hemşire liderliğindeki bakım modellerini uygulamaya yatırım yapın.
7. Hemşirelerin becerilerini, bilgilerini, niteliklerini ve uzmanlıklarını tanıyın ve değer verin. Hemşirelerin klinisyen, bilim insanı, araştırmacı, eğitimci, lider ve karar verici olarak rollerini tanıyın ve destekleyin.
8. Ulusal hemşirelik derneklerini önemli mesleki ortaklar olarak aktif ve anlamlı bir şekilde dâhil edin.

9. Sağlık sistemi tasarımı ve sunumunun her aşamasında hemşirelik etiğini konumlandırarak ve onurlandırarak savunmasız nüfusları koruyun, insan haklarını, toplumsal cinsiyet eşitliğini ve sosyal adaleti savunun ve saygı gösterin.

10. Hemşire liderler atayın ve sağlık sistemleri ve hükümet genelinde hemşirelik liderliğini artırın." (6)

ICN Değişim Tüzüğü'nün (6) 10 politika noktasının hayata geçirilmesi için önemli çalışmalar yapılması gerektiği ve başarının, hükümetlerin ve kurumsal yönetimlerin tüm düzeylerinde savunuculuk yapılmasına bağlı olacağı açıktır. Klinik çalışma, araştırma, eğitim, liderlik ve hemşirelerin çalıştığı diğer tüm alanlarda hemşirelik için yeterli kaynak sağlanması esastır. Hemşireliğin kaynak bulma ve hemşirelik için kaliteli eğitim geliştirme konusunda başarılı olduğu birçok alan olsa da, diğer alanlarda kaynak bulma konusunda daha fazla savunuculuğa ihtiyaç vardır. (2)

Yeni mezun hemşirelerin desteklenmesi, hemşireliğin hedeflerine ulaşması ve sürdürülebilir bir işgücünün korunması için oldukça önemlidir. Kariyerlerinin ilk 5 yılındaki hemşirelerin kariyer kararlarını ve isteklerini inceleyen yakın tarihli bir çalışma, katılımcı hemşirelerin kariyer memnuniyetine, iş-yaşam dengesine, anlamlı işlere katılmaya, uygun ücrete ve iyi çalışma koşullarına değer verdiğini ortaya koymuştur. Personel yetersizliği, hasta güvenliği ve işyeri güvenliği sorunları, huzursuz ve kötü ortamlarda çalışma gibi faktörler katılımcıların sağlığını, refahını ve işten ayrılma isteğini etkilemiştir. (7) Richard ve Kim'in (7) çalışmasıyla elde edilen sorunlar, ICN Değişim Tüzüğü ile uyumludur ve bunların uygulanması ihtiyacına yönelik ek kanıtlar sunmaktadır.

Dünya genelinde doktora eğitimi alarak mezun olan hemşire sayısı giderek artmaktadır. Doktoradan mezun olan bu hemşireler, hemşirelik bakım ve uygulamalarının iyileştirilmesi ve hemşire liderliğindeki hizmetlerin geliştirilmesi de dâhil olmak üzere mesleğin daha da ileriye götürülebilmesi için gereken bilginin üretilmesinde görev aldıkları için hemşirelik açısından önemlidir. Bununla birlikte, van Dongen ve ark. tarafından (8) yapılan güncel bir çalışmada, doktora mezunlarının araştırma liderleri olarak tam potansiyellerini karşılayabilmeleri için hemşirelere yönelik daha fazla doktora sonrası eğitim fırsatına ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır. Bu çalışma, birçok ülkede hemşireler için doktora sonrası eğitim fırsatlarının sınırlı olduğuna dikkat çekmekte ve hemşirelik için daha fazla doktora sonrası eğitim fırsatı yaratmak amacıyla hemşirelerin savunuculuk yapmasının ve ağ oluşturmasının önemini vurgulamaktadır.

3. Sağlık Ekonomisi

Ekonomi, bir toplum tarafından üretilen ve tüketilen mal ve hizmetlerin maliyetini ele alan bir bilim dalıdır. Ekonominin bir alt dalı olan sağlık ekonomisi ise, bir ekonomi içerisinde üretilen sağlık hizmetlerinin tüm maliyetini ele almaktadır. (1) Collazo ve ark. (9)'ın ifadesiyle Sağlık ekonomisi, "sağlık hizmetlerinin üretimini, dağıtımını, tüketimini ve finansmanını belirleyen, etkileyen ve koşullandıran mekanizmaları ve faktörleri incelemek için ekonomik, sosyal, klinik ve epidemiyolojik teorileri bütünleştirir ve politika araçlarının geliştirilmesi; sağlık ve ekonomik değeri; tıbbi bakım talebi ve arzı; piyasanın dengesi; sağlık faaliyetlerinin planlanması, düzenlenmesi ve izlenmesi; sağlık sisteminin kapsamlı değerlendirmesi; belirli sağlık teknolojilerinin ekonomik değerlendirmesi ve mikroekonomik değerlendirme" için uygulanır. (9) İşte o zaman sağlık ekonomisinde oluşan dinamikler içerisinde genel olarak sağlık ekibi, özel olarak da hemşirelik mesleği, sağlık yönetimi açısından karar alma, etkin ve rasyonel stratejiler arama noktasında kendi önemini belirleyerek vazgeçilmez bir politik aktör haline gelmektedir. (10)

Sağlığa ilişkin bütün konular sağlık ekonomisinin inceleme alanına girdiğinden hemşirelerin sağlık sistemi içerisindeki rollerinin belirlenmesi oldukça önem arz etmektedir.

4. Hemşirelerin Sağlık Ekonomisine Katkıları

Hemşireler, sağlık ekonomisine farklı şekillerde birçok katkı sunmaktadırlar. Bu katkıların bir kısmı aşağıdaki gibidir;

- Hemşirelerin bilgi, beceri ve tecrübelerini kullanarak hastalara nitelikli bakım vermeleri ile hastalarda oluşabilecek ikincil enfeksiyonlar, bası yaraları, tıbbi hatalar vb gibi istenmeyen durumlar önlenebilmektedir. Bu önleme ile birlikte oluşabilecek hastalık ve işten uzak kalma gibi ek maliyetler azaltılabilmektedir. (1, 11-13). Bu durum, hemşirelerin verdikleri bakım hizmetleri ile sağlık kuruluşlarının ekonomisine de önemli katkılar sunabildiğini göstermektedir.
- Hemşireler topluma tıbbi konularda danışmanlık hizmeti sunmaktadırlar. (14) Hemşirelerin bu danışmanlığı sayesinde toplum sağlıklı kalmakta, hasta olanlar daha çabuk iyileşmekte ve hastalıkların olası komplikasyonları önlenebilmektedir.
- Hemşirelerin iyi eğitimli olmaları, bilgi, beceri ve tecrübelerini meslektaşlarının gelişimi için paylaşmaları sağlık ekonomisi için büyük

önem taşımaktadır. Hemşireler bilgi, beceri ve tecrübesiyle işe yeni başlayan veya başlayacak olan hemşirelere ön ayak olabilmektedirler. Bununla birlikte onları desteklemekte ve eğitimlerini daha iyi bir şekilde tamamlamalarına yardımcı olabilmektedirler. Hemşireler, bu hizmeti rehber hemşirelik adı altında gerçekleştirmektedirler. Rehber hemşirelik uygulaması ile hemşirelerin yeterliliği ve bakım kalitesi yükseltilerek sağlıkta verimliliği arttırabilmektedir (15).

- Hemşireler, hastalara bakım, tedavi ve olası yan etkiler hakkında bilgilendirme yapmaktadır. Hastalara eğitim verilmesi, sağlık ekonomisine maliyetleri azaltıcı yönüyle etki etmektedir. Verilen eğitimler hastaların hastaneye yatış oranlarını ve hastanede kalma süresini azaltabilmektedir. Bununla birlikte bireyin yaşam süresinin uzamasını sağlamakta, acil servislere başvuru oranlarını ve üretim kayıplarını azaltabilmektedir. (16)
- Tıbbi hatalar yalnızca hemşire değil, aynı zamanda hekim, eczane, kullanılan malzeme kaynaklı da olabilmektedir. Tıbbi olarak uygulanacak işlemlerin hastaya zararı olacağını bilgi, beceri ve tecrübesiyle gören hemşire, kararı veren hekimi uyarır ve hastanın zarar görmesini engelleyebilir. Tıbbi hatalar tedavinin uzaması başta olmak üzere, yaşam kalitesinde azalma, engellilik, beklenen yaşam süresinden daha erken ölümlere yol açabilmektedir. (17) Bunlar da doğrudan ekonomiyi etkileme potansiyeline sahiptir.
- Hemşirelik rollerinden biri olan yöneticilik rolü kapsamında hemşire, sağlık hizmeti verilen alanlardaki kaynakları yönetme, etkin kaynak kullanımını sağlama, ihtiyaç duyulan veya gereksiz olan malzemelerin tespitini yapma gibi sorumluluklara sahiptir. (18) Süreç içerisinde doğru ve etkili karar verebilmeleri bakımın kalitesini ve ekonomik maliyetini etkileyebilmektedir. Hemşirelerin yöneticilik sorumlulukları nedeniyle sağlık ekonomisi içerisindeki rolleri yadsınamayacak düzeydedir. (1) Çinar tarafından (1) hemşirelik ve sağlık ekonomisi ile ilgili 2019'da yapılan bir derleme çalışmasında, hemşirelerin sağlık kuruluşlarında maliyetleri azaltma ve sonuçta verimliliği arttırmada oldukça önemli oldukları ve hemşirelerin sağlık ekonomisti gibi yeni bir rolünün bulunduğuna vurgu yapılmıştır.

Hasta hakları ve kaliteli bakımın savunucuları olarak hemşireler sağlık politikaları ve uygulamalarını etkiler. Sağlık politikalarının şekillendirilmesinde hemşirelerin aktif katılımı kaynakların verimli bir şekilde tahsis edilmesini sağlayarak sürdürülebilir ve ekonomik olarak uygulanabilir bir sağlık sistemini teşvik eder. Hemşirelik iş gücünde örneklendiği gibi bakımın ekonomik gücü,

bireysel hasta bakımının ötesine geçerek toplumun tamamına fayda sağlayan sistemsel değişiklikleri etkiler. (3)

5. Hemşirelikte Sağlık Turizmi

Sağlık turizmi, bireyin kendi yaşadığı bölgeden bir başka bölgeye, sağlığını geliştirme ve yaşam kalitesini artırma isteğiyle kaliteli bir sağlık hizmeti almak için yurt dışı veya yurtiçi fark etmeksizin gerçekleştirilen seyahat olarak tanımlanabilmektedir. (19) İnsanlar birçok sebeple sağlık turizmine yönelmektedirler. Sağlık hizmetlerinin bireyin yaşadığı bölgede yüksek maliyetli olması, teknoloji veya diğer imkânların yetersiz olması, kaliteli ve ucuz bir hizmet alma isteği ve mahremiyet gibi faktörler bunlardan bazılarıdır. (20)

Sağlık turizmi, sadece hekim tarafından tıbbi medikal tedavi modelinde hastanede verilen bir hizmet alanı değildir. Sağlık turizmi, hekimlere ek olarak diğer bütün sağlık meslek profesyonellerinin de hizmet sunumunu içermektedir. Özellikle hemşirelik hizmetleri kapsamında sunulan hizmetler oldukça önemli ve çeşitlidir. Bu hizmetler tanı ve tedavi dışında bakımın yoğun olarak verildiği sağlık hizmetleridir. (21) Sağlık turizmi mevzuatında, hemşirelik bakım ve girişimleri ile ilgili henüz bir düzenleme yer almamaktadır. Sağlık turizminde yer alan profesyoneller arasında hemşireler henüz açıkça tanımlanmamasına rağmen bu sektörün önemli disiplinleri arasında yer aldığını söylemek mümkündür. (22) Sağlık turizmi, dünyada 100 milyar dolarlık bir hacme ulaşarak dünya ülkelerinin faaliyetlerini yoğunlaştırdıkları prestijli bir sektör haline geldiği belirtilmektedir. (23) Hemşirenin sağlık turizmi kapsamında sunduğu bakım hizmetleri dikkate alındığında sağlık ekonomisine de olumlu katkı sunduğunu söyleyebiliriz.

6. Sonuç

Sonuç olarak, hemşirelik bakımının ekonomik gücü önemlidir ve sağlık hizmetlerine olan talep arttıkça büyümeye devam etmektedir. Sağlık hizmeti sunumuna, savunuculuk çabalarına, kariyer hareketliliğine ve girişimcilik çabalarına yapılan katkıların hepsi ekonomik etkiyi artırır ve hemşirelerin toplumdaki çalışmalarının tanınması ve değerlendirilmesinin önemini vurgular. Hemşirelik, haklarına, rollerine ve sorumluluklarına yeterince yatırım yapılırsa ve saygı duyulursa daha da büyük bir ekonomik değer ve büyüme yaratma potansiyeline sahiptir.

Bu derleme, hemşirelik bakımının ekonomik gücü ve önemine vurgu yapmıştır. Kariyerlerinin her aşamasında ve her etnik ve ırksal kökenden gelen hemşireler, kaliteli eğitime, güvenli ve destekleyici çalışma ortamlarına, etkili liderliğe erişmeye; saygıyla muamele görmeye; verdiği emek karşılığında adil bir maaş almaya ve iyi çalışma koşulları elde etmeye ihtiyaç duymakta ve bunları hak etmektedir. Hemşireler ayrıca sağlık reformu ve stratejik planlama için önemli karar alma süreçlerinde önemli katkılarda bulunmalıdır.

Kaynakça

1. Çinar İ. Hemşirelik ve Sağlık Ekonomisi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2019;4(2): 69-75 69

2. Jackson D, Aveyard H, Brooke J, et al. International Nurses Day 2024: The economic power of care. Journal of advanced nursing. 2024;80(6):2153-2155.

3. Lloyd J. The economic power of nursing care. Australian Nursing & Midwifery Journal. 2024. https://anmj.org.au/the-economic-power-of-nursing-care/ Erişim Tarihi 2 Ekim, 2024.

4. World Health Organization (WHO). Quality Health Services (2020). https://www.who.int/ news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services Erişim Tarihi 2 Ekim, 2024

5. Remes J, Linzer K, Singhal S, Dewhurst M, Dash P, Woetzel J, Ramdorai A, et al. Prioritizing health: A prescription for prosperity. Executive summary. 2020 McKinsey Global Institute Report.

6. International Council of Nurses 2023. Charter for change. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-05/IND_2023_Charter_EN.pdf Erişim Tarihi 2 Ekim, 2024.

7. Richard E, Kim SB. Career decisions and aspirations of early-career nurses: Insights from a qualitative interpretative description study. Journal of Advanced Nursing. 2023;1–12.

8. van Dongen L, Hafsteinsdottir TB, Broome ME, et al. Career development of doctorally prepared nurses. Journal of Advanced Nursing. 2024;80:854–870.

9. Collazo M, Cárdenas J, González R, et al. La economía de la salud: ¿debe ser de interés para el campo sanitario?. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2002;12(5):359-65.

10. Saldías Fernández MA, Luengo Martínez C. Influence of Nursing in Health Economics: an Integrative Review of Literature. Revista Salud Uninorte. 2022;38(1):254-277.

11. Legeay C, Bourigault C, Lepelletier D, Zahar JR. Prevention of healthcare-associated infections in neonates: room for improvement. Journal of Hospital Infection. 2015;89(4):319-323.

12. Cleveland K, Motter T, Smith Y. Affordable Care: Harnessing the Power of Nurses. Online Journal of Issues in Nursing. 2019;24(2).

13. Ha DR, Forte MB, Olans RD, et al. A Multidisciplinary Approach to Incorporate Bedside Nurses into Antimicrobial Stewardship and Infection Prevention. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2019;45(9): 600-605

14. Pazar B, Taştan S, İyigün E. Tele sağlık sisteminde hemşirenin rolü. Bakırköy Tıp Dergisi. 2015;11(1): 1-4.

15. Ay F. Hemşirelik eğitiminde yeterliliğin sağlanması için yeni bir yaklaşım: Rehber hemşire (koçluk) sistemi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2007;2(5):52-65.

16. Stenberg U, Vågan A, Flink M, et al. Health economic evaluations of patient education interventions a scoping review of the literature. Patient Education and Counseling. 2018;101(6): 1006–1035.

17. Yiğitbaş Ç, Oğuzhan H, Tercan B, ve ark. Hemşirelerin malpraktis ile ilgili algı, tutum ve davranışları. Anadolu Kliniği. 2016;21(3): 207-214

18. Taylan S, Alan S, Kadıoğlu S. Hemşirelik Rolleri ve Özerklik. Turkish Journal of Research & Development in Nursing. 2012;14(3):66-74.

19. Altın U, Bektaş, G, Antep Z, İrban, A. Sağlık turizmi ve uluslararası hastalar için Türkiye pazarı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;(3):157-163.

20. Gür Omay EG, Cengiz E. Health tourism in Turkey: Opportunities and threats. Mediterranean Journal of Social Sciences. 2013;4(10):424-31.

21. Birbudak S, Baykal Ü. Sağlık turizmi ve hemşirelik. Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi. 2023;5(2):103-108.

22. Hemşirelik Yönetmeliği. Resmî Gazete Tarihi: 08.03.2010 Resmî Gazete Sayısı: 27515 https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13830&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5 Erişim Tarihi 2 Ekim, 2024

23. Soysal A. Sağlık turizmi: Tehdit ve fırsatlar bağlamında Türkiye açısından bir durum değerlendirmesi. Çatalhöyük Uluslararası Turizm ve Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2017;2:169-87.

BÖLÜM II

CERRAHİ ALAN ENFEKSİYONLARI VE ÖNLEMEDE ETKİLİ KANIT TEMELLİ GİRİŞİMLER

Surgical Site Infections and Evidence-Based Interventions for Prevention

Gülsüm ÖZCAN ÇETİNER[1] & Serpil YÜKSEL[2]

[1](Öğr. Gör.), Süleyman Demirel Üniversitesi,
Isparta Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu,
Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü Anestezi Programı,
Isparta/TÜRKİYE,
E-mail: glsm294.go@gmail.com
ORCID: 0000-0002-5101-7684

[2](Doç. Dr.), Necmettin Erbakan Üniversitesi,
Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya/TÜRKİYE,
E-mail: serpilyuksel77@gmail.com
ORCID: 0000-0001-6881-8288

1. Giriş

Sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonlar (SHİE), sağlık hizmeti alırken veya sağlık hizmeti aldıktan hemen sonra görülen enfeksiyonlardır. (1) Bu enfeksiyonlara neden olan bakteriyel veya fungal patojenler amaca uygun olmayan antimikrobiyal kullanımıyla ilişkili olarak sıklıkla antimikrobiyal direnç geliştirdiği için SHİE tüm dünyada hasta güvenliği için önemli bir tehdit olmaya devam etmektedir. (1,2) En sık görülen SHİE'ler, kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonları, kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları, nozokomiyal pnömoniler ve cerrahi alan enfeksiyonlarıdır (CAE). (1) CAE'ler, cerrahi girişime bağlı olarak gelişen ve cerrahi girişimden sonraki 30 ila 90 gün içinde oluşan enfeksiyonlardır. (1,2) Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (Centers

for Disease Prevention and Control-CDC)'nin 2022 yılı raporunda 2021-2022 yılları arasında kan dolaşımı ile ilişkili enfeksiyonlarda %9 oranında, üriner kateter ile ilişkili enfeksiyonlarda %12 oranında, ventilatör ile ilişkili pnömonilerde %19 oranında düşme gözlemlendiği, ancak CAE'lerin oranında değişiklik olmadığı, hatta kalça artroplastisi kaynaklı CAE'lerde %8 oranında artış olduğu bildirilmiştir. (1) Ameliyathane havalandırması, sterilizasyon yöntemleri, asepsi, cerrahi teknik, sütur materyalleri, yara bakım örtüleri ve antimikrobiyal profilaksisi gibi önlemlerde önemli gelişmeler olmasına rağmen CAE'ler halen küresel bir sağlık sorunudur. (2) Hastane yatış süresinde uzama, tekrarlı hastane yatışları, tedavi-bakım maliyetinde artış gibi sorunlara ve yaşam kaybına neden olan bu enfeksiyonların önlenmesinde kanıt temelli önleme girişimlerinin uygulanması önemlidir. (2,3) Bu bölümde bu enfeksiyonları önlemede etkili kanıt temelli güncel girişimler ele alınacaktır.

2. Cerrahi Alan Enfeksiyonları

Cerrahi alan enfeksiyonları, yüzeyel insizyonel CAE, derin insizyonel CAE ve organ/boşluk CAE olmak üzere üç başlıkta ele alınmaktadır. (2)

2.1. Yüzeyel İnsizyonel Cerrahi Alan Enfeksiyonları

İnsizyon alanında sadece deri ve deri altı dokuyu etkileyen ve cerrahi girişim sonrası 30 gün içinde oluşan enfeksiyonlardır. (2,3) Yüzeyel insizyonel CAE tanısı için aşağıda belirtilen kriterlerden en az birinin mutlaka olması gerekmektedir. (2-4) Yüzeyel insizyonel CAE tanı kriterleri:

- Yüzeyel insizyondan pürülan drenaj olması,
- Klinik teşhis veya tedavi amacıyla yapılan, kültür veya kültür bazlı olmayan mikrobiyolojik test yöntemiyle yüzeysel bir kesiden veya deri altı dokudan aseptik olarak elde edilen örnekte tanımlanan mikroorganizma olması,
- Cerrahın yüzeyel insizyonu yeniden açması ile alınan kültürün pozitif olması veya kültür almamış olması,
- Ağrı, hassasiyet, lokalize şişlik, eritem veya sıcaklık gibi belirti ve bulgulardan en az birinin olması. Kültür negatif ise bu kriter karşılanmaz.
- Yüzeysel insizyonel CAE tanısının cerrah veya ilgili doktor veya görevlendirilen başka bir kişi tarafından konulması. (2,4)

2.2. Derin İnsizyonel Cerrahi Alan Enfeksiyonu

İnsizyon alanındaki fasia ve kas dokusu gibi derin yumuşak dokuları etkileyen ve cerrahi girişim sonrası 30-90 gün içinde oluşan enfeksiyonlardır (Tablo 1). (2)

Tablo 1: Cerrahi Girişim Türlerine Göre Derin İnsizyonel Cerrahi Alan Enfeksiyonu Oluşum Süreleri (2).

Cerrahi Girişim Sonrası 30 Gün İçinde			
Kategori	**Cerrahi girişim türü**	**Kategori**	**Cerrahi girişim türü**
AAA	Abdominal aort anevrizma onarımı	LAM	Laminektomi
AMP	Ekstremite ampütasyonu	LTP	Karaciğer transplantasyonu
APPY	Apandektomi	NECK	Boyun cerrahisi
AVSD	Diyaliz şantı	NEPH	Böbrek cerrahisi
BILI	Safra kanalı, karaciğer veya pankreas cerrahisi	OVRY	Over cerrahisi
CEA	Karotis endarterektomi	PRST	Prostat cerrahisi
CHOL	Safrakesesi cerrahisi	REC	Rektal cerrahi
COLO	Kolon cerrahisi	SB	İnce barsak cerrahisi
CSEC	Sezaryen	SPLE	Dalak cerrahisi
GAST	Gastrik cerrahi	THOR	Toraks cerrahisi
HTP	Kalp transplantasyonu	THYR	Tiroid ve/veya paratiroid cerrahisi
HYST	Abdominal histerektomi	VHYS	Vajinal histerektomi
KTP	Böbrek transplantasyonu	XLAP	Eksploratif laparotomi
Cerrahi Girişim Sonrası 90 Gün İçinde			
Kategori	**Cerrahi girişim türü**		
BRST	Meme cerrahisi		
CARD	Kalp cerrahisi		
CBGB	Koroner arter bypass greft ile hem göğüs hem dönor alanı insizyonu		
CBGC	Koroner arter bypass greft ile sadece göğüs insizyonu		
CRAN	Kraniyotomi		
FUSN	Spinal füzyon		
FX	Açık kırık redüksiyonu		
HER	Herniyorafi		
HPRO	Kalça protezi		
KPRO	Diz protezi		
PACE	Pacemaker cerrahisi		
PVBY	Periferal vasküler bypass cerrahisi		
VSHN	Ventriküler şant		

Derin insizyonel CAE tanısı aşağıda belirtilen kriterlerden en az birinin mutlaka olması gerekmektedir. (2-4) Derin insizyonel CAE tanı kriterleri:

- Derin insizyondan pürülan drenaj olması.
- Derin insizyonun kendiliğinden ayrılması veya bir cerrah, tedavi eden doktor ya da başka bir yetkili kişi tarafından kasıtlı olarak açılması veya aspire edilmesi durumunda ve klinik tanı veya tedavi amacıyla yapılan kültür veya kültür dışı mikrobiyolojik test yöntemleri ile bir organizma tespit edilirse ya da kültür veya kültür dışı mikrobiyolojik test yöntemleri uygulanmazsa ve hasta aşağıdaki belirtilerden en az birine sahipse: ateş (>38^{o}C); lokalize ağrı veya hassasiyet. Negatif sonuç veren bir kültür veya kültür dışı test bu kriteri karşılamaz.
- Derin insizyonu içeren bir apse veya diğer enfeksiyon belirtileri, makroskobik, anatomik veya histopatolojik incelemede ya da görüntüleme testinde tespit edilir. (2,4)

2.3. Organ/Boşluk Cerrahi Alan Enfeksiyonları

Cerrahi girişim sırasında açılan veya manipüle edilen fasya ve kas tabakalarından daha derindeki herhangi bir bölümü içeren ve cerrahi girişim sonrası 30 veya 90 gün içinde oluşan enfeksiyonlardır. (2) (Tablo 2)

Organ/boşluk CAE tanısı aşağıda belirtilen kriterlerden en az birinin mutlaka olması gerekmektedir. (2-4) Organ/boşluk CAE tanı kriterleri:

- Organ/boşluğa yerleştirilen bir drenden pürülan drenaj olması,
- Organ/boşluktaki sıvı veya dokudan, klinik tanı veya tedavi amacıyla yapılan kültürün pozitif olması,
- Büyük anatomik veya histopatolojik incelemeyle apse ya da organı/boşluğu ilgilendiren diğer enfeksiyon kanıtlarının olması veya enfeksiyonu düşündüren görüntüleme testi kanıtlarının olması,
- Belirli bir organ/boşluk enfeksiyonu bölgesi için en az bir kriterin karşılanması. (2,4)

Tablo 2: Organ/Boşluk Cerrahi Alan Enfeksiyonu Spesifik Alanları (2).

Kategori	Spesifik alan	Kategori	Spesifik alan
BONE	Osteomiyelit	MED	Mediastinit
BRST	Meme absesi veya mastit	MEN	Menenjit veya ventrikülit
CARD	Miyokardit veya perikardit	ORAL	Ağız boşluğu enfeksiyonu (ağız, dil veya diş etleri)
DISC	Disk alanı enfeksiyonu	OREP	Derin pelvik doku enfeksiyonu veya erkek veya kadın üreme organlarının diğer enfeksiyonları
EAR	Kulak, mastoid enfeksiyonu	PJI	Periprostetik eklem enfeksiyonu
EMET	Endometrit	SA	Spinal abse/enfeksiyon
ENDO	Endokardit	SINU	Sinüzit
GIT	Gastrointestinal sistem enfeksiyonu	UR	Üst solunum yolu, farenjit, larenjit, epiglottit
IAB	Karın içi enfeksiyon, başka yerde belirtilmemiş	USI	Üriner sistem enfeksiyonu
IC	Kafa içi enfeksiyonu	VASC	Arteriyel veya venöz enfeksiyon
JNT	Eklem veya bursa enfeksiyonu	VCUF	Vajinal manşet enfeksiyonu
LUNG	Alt solunum yolu enfeksiyonları		

3. Cerrahi Alan Enfeksiyonu Risk Faktörleri

3.1. Cerrahi Girişim Öncesi Risk Faktörleri

Cerrahi girişim öncesi risk faktörleri değiştirilemez veya değiştirilebilir faktörler olarak sınıflandırılır. (5) Değiştirilemeyen risk faktörleri; artan yaş, cinsiyet, yakın zamanda radyoterapi alma, cilt veya yumuşak doku enfeksiyon öyküsü, değiştirilebilir risk faktörleri ise; kontrolsüz Diyabetes Mellitus (DM), hipertansiyon, obezite, alkolizm, malnütrisyon, sigara kullanımı, immünsüpresyon, albümin <3,5 mg/dl, total bilirubin >1,0 mg/dL, ASA skoru (4-5), S. aureus burun kolonizasyonu ve cerrahi girişim öncesi en az 2 gün hastanede kalma olarak sıralanmaktadır. (5,6) Yapılan araştırmalarda, neoadjuvan kemoterapi, adjuvan kemoterapi ve neoadjuvan radyoterapinin

CAE için önemli bir risk faktörü olduğu, sigara kullanımının CAE riskini 3,2 kat arttırdığı, vücut kitle indeksinin her kg/m^2'lik artışının CAE riskinde %17 artışla ilişkili olduğu saptanmıştır. (7,8)

3.2. Cerrahi Girişim Sırası Risk Faktörleri

Cerrahi girişim sırası risk faktörleri hasta hazırlığına, ameliyathane ortamına, asepsi ve antisepsinin niteliğine göre farklılık gösterebilir (4,5) Ameliyathane kaynaklı risk faktörleri; havalandırmanın, temizliğin ve sterilizasyonun yetersiz olması, ameliyathane trafiğinin yoğun olması ve ameliyat odasında gereksiz ekipmanların bulunması olarak sıralanabilir. (6) Uzun ameliyat süresi, cerrah deneyimi, kan transfüzyonu, hipoksi, hipotermi ve glisemik kontrolün uygun yapılmaması, acil cerrahi, cerrahi teknik (açık/laparoskopik), enstrüman kullanımı, anestezi türü, ameliyat bölgesi, komplike cerrahi girişim, enfeksiyon öyküsü, antimikrobiyal dikiş kullanımı, yetersiz cerrahi alan cilt hazırlığı ve cerrahi el yıkama, eldiven-bone-boks önlüğü giyme ve steril alanı koruma kurallarına uyulmaması, jilet ile cerrahi alandaki tüylerin tıraşı ve yanlış antibiyotik profilaksisi riski arttıran önemli faktörlerdir. (6,9-11)

Yapılan araştırmalarda, ameliyathaneye giriş anından ameliyatın sonuna kadar beşten fazla hipotermik atak geçiren veya 75 dakikadan uzun süre vücut sıcaklığı <36,0°C olan hastalarda CAE gelişme olasılığının daha yüksek olduğu, açık laparotominin CAE riskini laparoskopik operasyona göre 6,5 kat, acil operasyonun elektif operasyona göre 4,8 kat daha fazla artırdığı belirlenmiştir. (11,12) Uzun ameliyat süresinin (190,23dk), kan kaybının (1237,26 ml), kan transfüzyon hacminin (576,43 ml) ve beşten fazla üyeden oluşan cerrahi ekibin CAE riskinde artış ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (7)

3.3. Cerrahi Girişim Sonrası Risk Faktörleri

Cerrahi girişim sonrası dönemde riski artıran faktörler, uygun glisemik kontrolün sağlanamaması nedeniyle özellikle DM'li hastalarda hiperglisemi oluşması, kan transfüzyonu uygulanması, hastanede kalış süresinin uzaması, yara bakımında asepsiye dikkat edilmemesi ve yaranın uzun süre kapalı tutulması olarak sıralanabilir. (4,13) Literatürde, CAE gelişen hastaların ameliyat sonrası hastanede kalış süresinin CAE gelişmeyenlere göre daha uzun olduğu ve 30 gün içinde tekrar hastaneye yatış oranlarının da anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. (14) Cerrahi girişim sırasında dren yerleştirilmesinin nöroşirurji hastalarında CAE için risk faktörü olduğu da saptanmıştır. (15)

4. Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemede Etkili Kanıt Temelli Girişimler

4.1. Cerrahi Girişim Öncesi Dönem Girişimleri

4.1.1. Cerrahi Girişim Öncesi Banyo

Cerrahi girişim öncesi, antimikrobiyal ya da antimikrobiyal olmayan bir sabun ile hastaya tam vücut banyosu veya duş aldırılması insizyon bölgesindeki cilt florası ve patojen yükünü azaltarak CAE riskini azaltmaktadır. (3) Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO), cerrahi girişim öncesi banyo veya duş alınabileceğini ve bu amaçla düz sabun veya antimikrobiyal bir sabun kullanılabileceğini önermektedir (Şartlı öneri-orta düzey kanıt kalitesi). (16) Sınırlı ve çok düşük kalitede kanıt nedeniyle CAE'leri azaltmada klorheksidin glukonat emdirilmiş bezlerin kullanımıyla ilgili bir öneri bulunmamaktadır. (16) CDC, hastalara ameliyat gününden önceki gece en azından sabun (antimikrobiyal veya antimikrobiyal olmayan) veya antiseptik bir ajanla duş almalarını veya tüm vücut banyosu yapmalarını önermektedir (Kategori IB: güçlü öneri; kabul görmüş uygulama). (3) Birçok kuruluş cerrahi girişim öncesi banyo ile ilgili önerilerde bulunmuştur. Bu kuruluşlardan Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence-NICE) cerrahi girişimden bir gün önce ve cerrahi girişimin gerçekleşeceği gün hastalara normal sabun kullanarak duş almalarını veya banyo yapmalarını önermektedir. (17)

4.1.2. Elektif Kolorektal Cerrahi için Mekanik Bağırsak Hazırlığı ve Oral Antibiyotik Kullanımı

Mekanik bağırsak hazırlığının ve profilaktik antibiyotiklerin CAE'leri önlemede tek başına yeterli olmadığı, mekanik bağırsak hazırlığı ve oral antibiyotikli bağırsak preparatlarının kombinasyonunun CAE oranlarında azalmaya neden olduğu bilinmektedir. (18) DSÖ, elektif kolorektal cerrahi geçiren yetişkin hastalarda CAE riskini azaltmak için cerrahi girişim öncesi oral antibiyotiklerin mekanik barsak temizliği ile birlikte kullanılması gerektiğini önermektedir (Şartlı öneri-orta kalitede kanıt düzeyi). Ayrıca mekanik barsak temizliğinin tek başına (oral antibiyotik verilmeden) elektif kolorektal cerrahi geçiren yetişkin hastalarda CAE'leri önlemek amacıyla kullanılmaması gerektiğine dikkati çekmektedir (Güçlü öneri-orta kalitede kanıt düzeyi).(16) Bununla birlikte kılavuz, spesifik bir antibiyotik rejimi belirtmemekle birlikte, gram negatif ve anaerobik bakterilere karşı aktivitenin garanti altına alınması gerektiğini, ajan seçiminin antimikrobiyal direnç, ilaç bulunabilirliği ve cerrahi

prosedür türü hakkındaki yerel veriler tarafından yönlendirilmesi gerektiğini belirtmektedir. (16) Cerrahi girişim öncesi barsak hazırlığı ile ilgili bazı kuruluşlar da önerilerde bulunmuştur. Amerika Sağlık Epidemiyolojisi Derneği/ Amerika Bulaşıcı Hastalıklar Derneği (Society for Healthcare Epidemiology of America/Infectious Diseases Society of America-SHEA/IDSA), Amerikan Cerrahlar Koleji ve Cerrahi Enfeksiyon Derneği (ACS/SIS) ve Asya Pasifik Enfeksiyon Kontrol Derneği (APSIC) elektif kolektomilerden önce mekanik barsak temizliği ve oral antibiyotik uygulamasının bir kombinasyonunun kullanılmasını önermektedir. (4-6) Literatürde, kolon cerrahisinden bir gün önce profilaksi olarak oral antibiyotik verilmesinin, mekanik bağırsak hazırlığı yapılmadan CAE sıklığını önemli ölçüde azalttığı, mekanik barsak temizliği ile birlikte oral antibiyotik uygulanan hastalarda kolon rezeksiyonu sonrası yüzeyel ve organ boşluğu CAE'lerin anlamlı oranda azaldığı; rektal rezeksiyon sonrası sadece yüzeyel CAE'lerde anlamlı oranda azalma olduğu belirtilmiştir. (18,19)

4.1.3. Cerrahi Alandaki Tüylerin Temizliği

Cerrahi alandaki tüylerin uzaklaştırılması için farklı yöntemler (tıraş bıçakları, tüy dökücü kremler, elektrikli makineler) bulunmakla birlikte tıraş bıçaklarının kullanılmasının ve tüylerin cerrahi girişimden önceki gece temizlenmesinin CAE riskini arttırdığı bildirilmiştir. (20) Tıraş bıçağı kullanmak ciltte gözle görülmeyen kesiklere neden olmakta, mikroorganizmaların kolonizasyonunu kolaylaştırmakta, tüy dökücü kremler ise alerjik reaksiyonlara neden olmaktadır. (16) Literatürde, inguinal herni cerrahisi öncesi tıraş bıçağının çok fazla cilt travmasına sebep olduğu bu yüzden de CAE insidansını %65 oranında arttırdığını; cerrahi girişim öncesi banyo/duş alma, tüy temizliği eğitimi ve personele cerrahi girişim öncesi profilaktik antibiyotik uygulamasının uygun zamanlaması ve cilt hazırlamanın doğru tekniği eğitiminden oluşan bir eğitim bakım paketinin uygulanmasından sonra sezaryen kaynaklı CAE oranının 14 aylık sürdürülebilir bir süre boyunca %6,7'den %3,4'e neredeyse %50 oranında azaldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. (21,22) Mevcut rehberler, herhangi bir cerrahi prosedüre tabi tutulan hastalarda, tüylerin alınmamasını ancak kesinlikle alınması gerekiyorsa tüy kesme makinesiyle alınmasını, asla jilet ile tıraş yapılmasını önermemektedir (Güçlü öneri, orta düzeyde kanıt kalitesi). (3,16,23) Perioperatif Kayıtlı Hemşireler Derneğinin (Association of Perioperative Registered Nurses-AORN) rehberinde, perioperatif personelin

tek kullanımlık kesme başlıklarına sahip kesme makineleri kullanmasını ve her kullanımdan sonra kesme başlıklarını atmasını önermektedir. (23) Birçok kuruluşun da tüy temizliği ile ilgili önerisi bulunmaktadır. APSIC, kıllar operasyona engel olmuyorsa epilasyondan kaçınılmasını, alınması gerekiyorsa jilet kullanılmamasını, elektrikli tıraş makinesi kullanılması gerektiğini belirtmekte, ancak zamanlama konusunda bir öneride bulunmamaktadır. (4) NICE ve SHEA/IDSA ameliyat bölgesinde CAE riskini azaltmak için rutin olarak tüy alma işlemi yapılmaması gerektiğini, kılların alınması gerekiyorsa, ameliyat günü tek kullanımlık başlıklı elektrikli tıraş makinesi kullanılması gerektiğini önermektedir. (5,17)

4.1.4. Metisiline Dirençli Staphylococus Aureus (MRSA) Taraması ve Dekolonizasyon

Büyük cerrahi girişimlerden sonra Metisiline Dirençli Staphylococus Aureus (MRSA) enfeksiyonu ile karşılaşılabileceği ve tarama, dekolonizasyon, temas önlemleri ve vankomisini içeren antibiyotik profilaksisinden oluşan MRSA paketinin kullanımının MRSA taşıyıcılığını ve CAE'leri azaltabileceği bildirilmiştir (24).Yapılan araştırmalarda, ameliyat öncesi nazal S. Aureus taşıyıcılarının saptanması ve mupirosin kullanılarak seçici kontaminasyonunun sağlanmasının artroplasti cerrahisinde CAE'leri azalttığı belirlenmiştir. (25) Alkol bazlı nazal dekolonizasyonun tüm nedenlere bağlı CAE'leri önemli ölçüde azalttığı hem mupirosin hem de iyodofor nazal dekolonizasyonun yerine kullanılabilir bir alternatif olduğu saptanmıştır. (26) DSÖ, nazal S. Aureus taşıyıcı olan kardiyotorasik ve ortopedik cerrahi hastalarına klorheksidin glukonat vücut yıkama jeli ile birlikte veya tek başına perioperatif intranazal mupirosin %2 merhem uygulanmasını önermektedir (Güçlü öneri, orta düzeyde kanıt kalitesi) (16).Ayrıca, nazal S. Aureus taşıyıcısı olan tüm cerrahi hastalarına da klorheksidin glukonat vücut yıkama jeli ile birlikte veya tek başına perioperatif intranazal mupirosin %2 merhem uygulanmasının düşünülmesini önermektedir (Koşullu öneri, orta düzeyde kanıt kalitesi) (16). CDC, herhangi bir öneride bulunmamıştır (3). Birçok kuruluş MRSA taraması ve dekolonizasyonu ile ilgili önerilerde bulunmuştur. ACS/SIS ve SHEA/IDSA, S. Aureus için tarama ve dekolonizasyon uygulama kararını yerel CAE ve MRSA enfeksiyon oranlarına göre verilmesi gerektiğini önermektedir. (5,6) NICE, nazal S. Aureus taşıyıcılığı olanlara CAE riskini artıran bir işlem yapılacak ise nazal mupirosin ile klorheksidin vücut yıkama solüsyonunun birlikte kullanılmasını, prosedür türüne, bireysel risk faktörlerine, prematüre bebeklerde yan etki riskine ve

enfeksiyonun potansiyel etkisine dikkat edilmesi gerektiğini önermiştir. Ayrıca mupirosin kullanımına bağlı antimikrobiyal direncin sürveyansının yapılması gerektiğini de önermiştir. (17)

4.1.5. Cerrahi El-Ön Kol Hazırlığı

Cerrahi ekibin cildindeki bakteri yükünü azaltmak ve bakterilerin kolonizasyonunu önlemek amacıyla cerrahi girişimden önce eller ve ön kollar temizlenmelidir. (27) Literatürde, cerrahi el antisepsisi için klor bazlı antiseptikler ile alkol bazlı antiseptiklerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, elleri kurutmadan hemen sonra ve antiseptik uygulandıktan 6 saat sonra (1. ve 5.günler) bakteri örnekleri toplanmış olup, sodyum hipokloritin (NaOCl), hem klor hem de alkol ürünlerine karşı eşit derecede etkili olduğu ve 5. günde bu antiseptiklere karşı üstünlük gösterdiği, alkol solüsyonlarında görülen dezavantajları ortadan kaldıran bir antiseptik olabileceği belirtilmiştir (28) Sağlık personelinin doğal, cilasız, standart ojeli tırnakları ve jel tırnaklarının bakteri yükünü, alkol bazlı el antiseptiği ile el hijyeni uygulanmadan önce ve uygulandıktan 1, 7 ve 14 gün sonra değerlendirilen çalışmada, el hijyeninden sonra *doğal tırnakların ve standart ojeli tırnakların bakteri yükünde azalma görüldüğü, ancak jel ojede azalma olmadığı belirlenmiştir. (29)* DSÖ, cerrahi ekibin, steril önlük giymeden önce antiseptik sabun veya alkol bazlı el antiseptiği ile cerrahi el hazırlığı yapmasını önermektedir (Güçlü öneri-orta kalitede kanıt). (16) DSÖ'nün sağlık hizmetlerinde el hijyeni konusundaki yönergelerinde; ameliyathanede suyun kalitesinin garanti edilmediği durumlarda, antimikrobiyal sabun kullanılarak cerrahi el antisepsisi yaparken ellerin ve ön kolların genellikle 2-5 dakika boyunca fırçalanması gerektiği önerilmektedir. (27) Cerrahi prosedürlerde steril eldiven giymeden önce alkol bazlı el antiseptiği kullanılarak cerrahi el antisepsisi yapılması, ellerin ve ön kolların iyice kuruması için beklenmesi gerektiği önerilmektedir. (27) Sağlık personelinin kısa, sağlıklı ve doğal tırnaklara sahip olması gerektiği, tırnak uçlarının 2 mm'yi (0,08 inç) geçmemesi gerektiği, yapay tırnakların CAE gelişimine katkı sağlayabileceği belirtilmektedir (Yüksek kalitede kanıt). (3,30) Bazı kuruluşlar da cerrahi el- ön kol hazırlığı ile ilgili önerilerde bulunmuşlardır. SHEA/IDSA/APIC 2022 güncel stratejilerde, cerrahi el antisepsisi için Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration-FDA) onaylı cerrahi el antiseptiği kullanmayı, susuz cerrahi el ovma ve cerrahi el fırçalama yapılmasını önermiştir. (29)

4.1.6. Cerrahi Alan Cilt Hazırlığı

Cerrahi cilt hazırlığı, elektif cerrahilerden önce rutin olarak yapılan bir uygulama olup, CAE'lerin önlenmesinin temelini oluşturur. (16) Bu uygulama, yalnızca hastaya uygulanacak cerrahi kesinin değil aynı zamanda hastanın sağlam cildinin de hazırlığını ifade eder. Buradaki amaç cerrahi kesiden önce ciltteki mikrobiyal yükü mümkün olduğunca azaltmaktır. (16) Cerrahi girişim geçiren hastalarda cerrahi alan cilt hazırlığı için klorheksidin bazlı ve alkol bazlı antiseptik solüsyonların kullanılması önerilmektedir (Güçlü öneri-düşük ila orta düzeyde kanıt kalitesi). (16) CDC göre kontrendikasyon olmadığı sürece, alkol bazlı bir antiseptik ile cilt hazırlığı yapılmasını önermektedir (güçlü öneri-yüksek ila orta kalitede kanıt kalitesi). (3) NICE, povidon iyot veya klorheksidin kullanım seçeneğini açık bırakmış, klorheksidinin kontrendike olduğu durumlarda povidon iyot kullanımını önermektedir. (17) Su bazlı solüsyonlarla kıyaslandığında alkol bazlı solüsyonların CAE'leri azaltmada daha etkili olduğu bildirilmiştir. (5) Klorheksidinin özellikle temiz-kontamine cerrahilerde CAE'lerin önlenmesinde povidon-iyottan daha üstün olduğu bildirilmiştir. (31) Sezaryen sonrası CAE'leri önlemek için oluşturulmuş cerrahi öncesi kişisel hasta hazırlığı, profilaktik antibiyotik kullanımı ve katı cilt hazırlama tekniğini hedefleyen bir bakım paketi ile CAE'lerde %50'lik azalma sağlandığı belirlenmiştir. (21)

4.1.7. Cerrahi Profilaksi

Cerrahi antibiyotik profilaksisi güçlü kanıtlarla desteklenen bir uygulamadır. Güncel kılavuzlar CAE'leri önlemek amacıyla cerrahi girişim sonrası antibiyotik profilaksisinin uzatılmasını önermemektedir (Güçlü öneri-orta düzeyde kanıt kalitesi) (20). CDC, antimikrobiyal profilaksisinin rutin uygulanmaması gerektiğini, endikasyon varlığında uygulanması gerektiğini önermiştir. Ayrıca insizyon sırasında antimikrobiyal ajanın serum ve doku konsantrasyonlarına ulaşılmış olmasının önemli olduğunu bildirmiştir (Güçlü öneri, düşük düzeyde kanıt kalitesi). (3) Sezaryen hastalarında cilt kesisi öncesinde parenteral antimikrobiyal profilaksi uygulanması önerilmektedir (Güçlü öneri, yüksek ila orta düzeyde kanıt kalitesi). (3) Cerrahi antibiyotik profilaksisi ile ilgili birçok kuruluşun önerisi bulunmaktadır. Bunlardan SHEA ve APSIC, cerrahi profilaksi için bir antimikrobiyalin insizyondan önceki bir saat içinde uygulanmasını, eğer vankomisin veya florokinolonlar ile profilaksi sağlanacaksa uzun infüzyon süreleri nedeniyle iki saat içinde uygulanmasını

önermektedir. (4,5) APSIC, *a*janın yarı ömrüne bağlı olarak yeterli doku seviyelerinin korunması için doz tekrarının düşünülmesi gerektiğini, çoğu cerrahi girişim için tek doz antimikrobiyal profilaksinin yeterli olabileceğini önermiştir. (4) NICE, temiz, protezsiz, komplikasyonsuz cerrahide rutin olarak antibiyotik profilaksisi kullanılmaması gerektiğini, spesifik antibiyotikleri seçerken her zaman olası yan etkilerin göz önünde bulundurulması gerektiğini ve antibiyotik profilaksisi öncesi antibiyotiğin zamanlamasının, farmakokinetiğinin ve gerekli infüzyon süresinin göz önünde bulundurulması gerektiğini önermiştir. (17) Literatürde, cerrahi girişim öncesi antimikrobiyal profilaksisinin CAE oranında etkili bir azalmaya neden olduğu, çoklu ilaç direncini önlemek için profilaksinin en düşük etkili ve güvenli dozda, iki antimikrobiyal ajanı geçmeyecek şekilde uygulanması gerektiği belirtilmiştir. (32) Cerrahi girişim öncesi sefalosporin tedavisine 60 dk içinde başlanması veya cilt kesisinden 60 dk veya daha uzun süre önce başlanması ile cilt kesisi sırasında veya sonrasında başlanması karşılaştırıldığında, cerrahi girişim öncesi sefalosporin dışı antibiyotik kullanımı ve sefalosporin dozunun değiştirilmesinin CAE'yi arttırdığı bulunmuştur. (33)

4.1.8. Beslenme

Yetersiz beslenme nedeniyle immün sistemin zayıflaması, yara iyileşme sürecinin ve hastanede kalış süresinin uzaması, CAE riskini artırmaktadır. (16) Yapılan araştırmalarda, torakolomber spinal ve sakral cerrahi geçiren hastalarda cerrahi girişim öncesi yetersiz beslenmenin CAE ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu belirlenmiştir. (34) DSÖ, büyük cerrahi girişim uygulanan düşük kilolu hastalarda CAE'leri önlemek amacıyla oral veya enteral çoklu besin destekli beslenme formüllerinin uygulanmasının değerlendirilmesini önermektedir (Koşullu öneri, çok düşük kanıt kalitesi). (16) APSIC, *özellikle onkoloji ve kardiyovasküler cerrahiler olmak üzere büyük cerrahi girişim uygulanan düşük kilolu hastalara CAE'leri önlemek amacıyla zengin içerikli oral veya enteral beslenme desteğinin uygulanabileceğini bildirmiştir. (4) Ayrıca, parenteral beslenmenin cerrahi girişim öncesi uygulanmasının, ameliyatı ertelememesi gerektiği de önerilmiştir. (5)* Cerrahi sonrası hızlandırılmış iyileşme protokolü (Enhanced Recovery After Surgery-ERAS) kılavuzunda, *tüm hastalarda cerrahi girişim öncesi beslenme taramasının yanı sıra komplikasyonları azaltmak amacıyla diyet danışmanlığı ve beslenme desteği uygulanması, özellikle ciddi beslenme yetersizliği olanlara, önerilmektedir. (35)* Avrupa Klinik Beslenme ve Metabolizma Derneği (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism-*ESPEN) kılavuzunda, beslenme yetersizliği olan veya malnütrisyon riski taşıyan*

hastalara, özellikle beş günden fazla yemek yiyemeyecek olanlara, beslenme tedavisi başlatılması, enteral olarak beslenememesi durumunda cerrahi girişim öncesi 200 gr glukozun intravenöz olarak verilmesi önerilmektedir. (36) Cerrahi girişim öncesi beslenme yetersizliği olan tüm kanser hastalarına ve büyük abdominal cerrahi uygulanacak yüksek riskli hastalara arginin, omega-3 yağ asitleri ve nükleotidler gibi bağışıklık düzenleyici oral beslenme takviyelerinin cerrahi girişimden 5-7 gün önce uygulanabileceği belirtilmektedir. (36)

4.1.9. Glisemik Kontrol

Hiperglisemi ve DM öyküsü olan hastalarda, CAE görülme sıklığı yüksektir. (16) DM, fibroblast fonksiyonunu ve kolajen sentezini engelleyerek yara iyileşmesini geciktirmekte, bakteriyel kolonizasyonu kolaylaştırmakta ve CAE riskini artırmaktadır. (4) Literatürde, elektif kolon kanseri cerrahisi öncesi HbA1c düzeyinin ve BKI'nin yüksek olması ile CAE insidansındaki artış arasında ilişki olduğu, insülin infüzyonu ile yapılan glisemik kontrolün CAE'lerin önlenmesinde etkili olduğu belirtilmektedir. (37,38) DSÖ, CAE riskini azaltmak amacıyla cerrahi girişim uygulanacak DM'li veya DM'si olmayan tüm hastalara, cerrahi girişim sonrası kan glukoz kontrolü protokollerinin uygulanmasını önermektedir (Koşullu öneri, düşük düzeyde kanıt kalitesi) (16). CDC, cerrahi hastalarında hastanın diyabet durumundan bağımsız olarak, 200 mg/dL'nin altında hedef kan glukozu seviyesinin hedeflenmesini önermektedir (güçlü öneri, orta ila yüksek düzeyde kanıt kalitesi). (3) Cerrahi hastasında hedef kan glukoz değeri ve HbAlc düzeyi, glisemik kontrolün optimal zamanlaması ve süresi ile ilgili kesin bir öneri yoktur. (3) ACS/SIS kuruluşları kardiyak cerrahi hastalarında kan glukozunun 110-150 mg/dL arasında veya 180 mg/dL altında tutulmasını önermektedir. (6) APSIC, cerrahi girişim öncesi HbA1C düzeyinin %8'in altında tutulması gerektiğini bildirmiştir. (4) Cerrahi süreçte sağlanması gereken optimal glisemik hedef kesin olarak belirlenmemiş olsa da hipoglisemi ve hiperglisemiyi önlemek için kan glukoz seviyesinin 140-180 mg/dL arasında tutulması önerilmektedir. (39)

4.1.10. Cerrahi Kıyafet

Cerrahi alan enfeksiyonları, hastanın kendi florasından yani endojen kaynaklı veya ameliyathanede kullanılan ekipmanlar ve cerrahi ekip gibi ekzojen kaynaklı faktörler nedeniyle oluşabilir. (40) Ameliyathane kaynaklı CAE'leri önlemede, önlük kullanımının, kısıtlı alanlarda personelin uzun

kollu giysiler giymesininim ve başlık/baş örtü kullanımının etkisini gösteren çalışma bulunmamaktadır. (40) CAE'leri önlemek amacıyla cerrahi ekip, cerrahi önlük, maske, bone, eldiven ve yüz siperliği gibi kişisel koruyucu ekipmanları prosedüre uygun giymelidir. (4) AORN rehberinde, cerrahi girişim sırasında asepsinin korunabilmesi için cerrahi ekibin cerrahi el yıkama sonrası steril eldiven giymesi, gerekirse cerrahi girişim sırasında eldiveni değiştirmesi gerektiği belirtilmektedir. (41) Eğer etkin bir cerrahi el yıkama yapılmaz ise eldiven altında bakteriler hızla çoğalarak CAE riskini artırmaktadır. (41) Cerrahi girişim sırasında eldivenin değiştirilmesi, eldiven içindeki bakteriyel kontaminasyonu azaltabilir. (14) DSÖ, çift eldiven giymenin, ameliyat sırasında eldiven değiştirmenin veya belirli eldiven türlerinin kullanılmasının CAE riskini azaltmada daha etkili olup olmadığını değerlendirmek için kanıt eksikliği nedeniyle bir öneri oluşturmamıştır. (16) SHEA/IDSA, cerrahi ekibin tüm üyelerinin çift eldiven giymesi gerektiğini, perforasyon gözlemlendiğinde eldivenlerini mutlaka değiştirmeleri gerektiğini önermiştir. (5) AORN, cerrahi kıyafet önerileri doğrultusunda ekibin yarı kısıtlı ve kısıtlı alanlara girerken baş, saç, kulaklar, yüz kılları ve ensenin örtülmesi kurallarına uyması gerektiğini belirtmiştir. Kan, vücut sıvıları veya diğer potansiyel bulaşıcı maddelerle kirlenmiş yeniden kullanılabilir baş örtüleri/bonelerin yıkanmak üzere sağlık kuruluşunda kalması gerektiği önerilmektedir. Günlük kullanım sonrası, sağlık hizmeti akreditasyonuna sahip bir çamaşırhanede, kıyafetler yıkanmalıdır. Kan, vücut sıvıları veya diğer potansiyel bulaşıcı maddelerle kirlenmiş olan ameliyat kıyafetleri derhal veya mümkün olan en kısa sürede çıkarılmalı ve temiz kıyafetlerle değiştirilmelidir. (40)

4.1.11. Ameliyathane Trafiği

Ameliyathane, kısıtlanmamış alan, yarı kısıtlanmış alan ve kısıtlanmış alan olmak üzere üç alana ayrılmıştır. (42) Ameliyathanede kısıtlanmamış alanlardan kısıtlanmış alanlara doğru ilerledikçe personel ve malzeme trafiği, uygun kıyafet ve çevre kontrolü ile ilgili düzenlemeler daha sıkı hale gelmektedir. (42) AORN, deri hücrelerinin dökülmesi ve solunum damlacıklarının kontaminasyon riski nedeniyle ameliyathaneye giriş ve çıkışların mümkün olduğunca sınırlanmasını ve kapıların kapalı tutulmasını önermiştir (43). Yapılan araştırmalarda, ameliyathane personellerine ameliyathane trafiğiyle ilişkili potansiyel riskler konusunda eğitim verilmesi, personel mola sıklığının azaltılması, kapı açma kuralları oluşturulması ve insanlara yalnızca gerekli olduğunda kapıyı açmaları gerektiğini hatırlatmak için kapılara işaretler yerleştirilmesi ve ameliyathane

kapılarında elektronik kapı sayaçlarının olması gibi önlemlerle CAE oranlarının azaltılabileceği bildirilmiştir. (44)

4.2. Cerrahi Girişim Sırası Dönem Girişimleri

4.2.1. Normoterminin Sürdürülmesi

Cerrahi süreçte, ameliyathane hemşireleri ve anestezi uzmanları çeşitli ısıtma yöntemleri kullanmalarına rağmen bazı cerrahi hastalarında vücut sıcaklığı 36° C'nin altına düşmekte ve istemsiz hipotermi oluşmaktadır. (45) Cerrahi girişim sırasında geniş vücut boşluklarının açılması, cerrahi girişimin uzun sürmesi, cerrahi alan dışındaki vücut yüzeylerinin açık olması ve soğuğa maruz kalması, intravenöz sıvıların, kan ve kan ürünlerinin ısıtılmadan verilmesi, soğuk irrigasyon sıvılarının, anestezik gazların ve antiseptiklerin kullanımı gibi faktörler, CAE risk faktörlerinden biri kabul edilen istenmeyen hipotermi riskini artırmaktadır. (45) Amerikan Perianestezi Hemşireleri Derneği (American Society of PeriAnesthesia Nurses-ASPAN), cerrahi hastasının istenmeyen hipotermi risk faktörleri açısından değerlendirilmesini ve belirlenen risklerin cerrahi ekibe bildirilmesi gerektiğini önermektedir. (46) CDC rehberine göre cerrahi sürecin tüm aşamalarında normotermi sürdürülmelidir (güçlü öneri-orta ila yüksek kalitede kanıt düzeyi). (3) Cerrahi sürecin tüm aşamalarında hastanın beden sıcaklığı aynı ölçüm yeri ve yöntemi ile ölçülmeli ve izlenmeli, ölçüm sıklığı hastanın durumuna ve kurum politikalarına göre belirlenmelidir. (45) Cerrahi girişim sırasında, anestezinin neden olduğu vazodilatasyon sonucu ısının merkezden perifere dağılması ile oluşan dağılım hipotermisinin tedavisi zor olduğu için cerrahi girişim öncesi, sırası ve sonrası dönemde normotermi sürdürülmeli, dağılım hipotermisini önlemek için ameliyathanede ön ısıtma uygulanmalıdır. (46). DSÖ, CAE'leri önlemek amacıyla hastanın vücudunu ısıtmak için ameliyathanede ve cerrahi girişim sırasında ısıtma yöntemlerinin kullanılmasını önermektedir (Koşullu öneri, orta düzeyde kanıt kalitesi) (16). AORN rehberine göre aktif ısıtma yöntemlerinin veya aktif ve pasif ısıtma yöntemlerinin bir kombinasyonu kullanılmalıdır (Koşullu öneri). (45) Ameliyathane sıcaklığı 20-25^{o}C arasında tutulmalıdır. (45) ACS/SIS, SHEA/IDSA kuruluşları da cerrahi hastasında normoterminin sürdürülmesini önermektedir (5,6). APSIC, *aktif ısıtma cihazlarını kullanarak normotermiyi korumayı önermektedir (4). Literatürde,* hipotermi ile CAE arasındaki ilişkinin cerrahi işlemin türüyle (örn. acil, kolorektal) yakından ilişkili olduğu ve şiddetli hipoterminin (örn. <35,0° C [95,0° F]) CAE riskini artırabileceği belirtilmektedir. (47) Abdominal cerrahi hastalarında, ameliyathaneye giriş anından cerrahi

girişim sonuna kadarki süreçte beşten fazla hipotermik atak oluşması veya beden sıcaklığının 75 dakikadan uzun süre <36ºC olması durumunda CAE riskinin arttığı saptanmıştır. (11)

4.2.2. Normovoleminin Sağlanması

Cerrahi hastasında sıvı yönetimi, ERAS protokollerinin temel bir bileşeni olup cerrahi girişim öncesi başlamakta, cerrahi girişim sırası ve sonrası dönemde devam etmektedir. Cerrahi girişim sırasında sıvı yönetiminin amacı sıvı optimizasyonu sağlayarak yeterli dolaşımı ve uç organ perfüzyonunu sürdürmektir. (48) Hipovolemi ile kalp debisinin azalması, vazokonstrüksiyonu tetikleyerek hipoperfüzyona ve doku hipoksisine neden olmakta, bu da CAE riskini artırmaktadır (16). Bu nedenle, CAE riskini azaltmak amacıyla cerrahi hastasında, özellikle cerrahi girişim sırasında, hedefe yönelik sıvı replasmanı ile normovoleminin sağlanması önerilmektedir (Koşullu öneri, düşük kanıt kalitesi) (16). NICE, cerrahi girişim sırasında yeterli perfüzyonun sağlanması gerektiğini, sıvı desteği için intravenöz kristalloid kullanılmasının düşünülmesini ve hemodinamik hedefe yönelik sıvı tedavisinin CAE oranlarını azaltabileceğini önermiştir. (17) Literatürde, cerrahi girişim sırasında hedefe yönelik sıvı tedavisi uygulanan hastalarda CAE oranının %7, konvansiyonel sıvı tedavisi uygulananlarda %13 olduğu, normal sıvı tedavisi ile karşılaştırıldığında hedefe yönelik sıvı tedavisinin CAE'leri önlemede en etkili hemodinamik yönetim stratejisi olduğu belirlenmiştir. (49,50)

4.2.3. Doku Oksijenasyonunun Sağlanması

Doku oksijen seviyesi, yara iyileşmesi ve CAE'lerin önlenmesi için kritik bir öneme sahiptir. Ayrıca vücudun enfeksiyonla mücadelesi de dokudaki kısmi oksijen basıncına bağlıdır. (51) Cerrahi alandaki kan dolaşımının optimize edilmesi hipotermi ve hipoksiyi önleyerek CAE riskini azaltmaktadır (16). CDC rehberine göre yeterli doku oksijenasyonu için normovolemi sağlanmalı ve normotermi sürdürülmelidir (orta düzeyde kanıt kalitesi) (3). Normal solunum fonksiyonuna sahip olan, endotrakeal entübasyon ve genel anestezi uygulanan hastalarda, cerrahi girişim sırasında ve sonrasında ekstübasyonu takiben fraksiyonel oksijen konsantrasyonun (FiO_2) (%80) arttırılması gerektiği önerilmektedir (Koşullu öneri, orta düzeyde kanıt kalitesi) (16). Amerikan Cerrahlar Koleji de genel anestezi altında yapılan cerrahiyi takiben hemen %80 konsantrasyonda oksijen desteği sağlanmasını önermiştir (6). NICE, cerrahi girişim sırasında oksijenasyonun optimum seviyede olmasını, özellikle major

ameliyatlar sırasında ve iyileşme döneminde yeterli oksijen verilmesini ve %95'in üzerinde bir hemoglobin satürasyonun sağlanması gerektiğini önermiştir (17). Literatürde, cerrahi hastasına yüksek FiO_2 uygulamanın genel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı, ancak genel anestezi altında trakeal entübasyonla cerrahi uygulanan hastalarda CAE riskini azalttığı, özellikle BKI 30'dan az olan akut cerrahi hastalarına cerrahi girişim sonrası en az 6 saat yüksek FiO_2 verilmesinin CAE'yi azaltmada etkili olduğu bildirilmiştir. (51,52)

4.2.4. Perdeler ve Örtüler

Cerrahi girişim sırasında steril malzemelerin yüzeylerle temasını önlemek, ekipmanların ve hasta çevresinin sterilliğini korumak amacıyla steril cerrahi örtüler kullanılmaktadır. (16) Steril cerrahi alanı korumak ve patojenlerin hem hastalara hem de personele bulaşma riskini azaltmak amacıyla cerrahi girişim sırasında ekip ameliyathane üniformalarının üzerine steril önlükler giymektedir. (16) Rehberler, CAE'yi önlemek amacıyla cerrahi girişim sırasında steril, tek kullanımlık, dokumasız veya steril, tekrar kullanılabilen dokuma örtü ve cerrahi önlüklerin kullanılabileceğini önermektedir (Koşullu öneri, orta ile çok düşük düzeyde kanıt kalitesi). (16) Ayrıca CAE'yi önlemek amacıyla antimikrobiyal özelliği olan veya olmayan plastik yapışkanlı insizyon örtülerinin kullanılmamasını önermektedir (Koşullu öneri, düşük ile çok düşük düzeyde kanıt kalitesi). (16) CDC rehberine göre antimikrobiyal özelliklere sahip veya sahip olmayan plastik yapışkan örtülerin kullanımı CAE'nin önlenmesi için gerekli değildir (Zayıf öneri, yüksek ila orta düzeyde kanıt kalitesi). (3) SHEA/IDSA, CAE'yi önlemek için rutin olarak antiseptik örtü kullanılmaması gerektiğini belirtmektedir. (5) APSIC, *ortopedik ve kalp cerrahisi hastalarında, hastanın iyot alerjisi veya başka bir kontrendikasyonu olmadığı sürece iyodofor emdirilmiş bir kesi örtüsü kullanılmasını önermektedir. (4) Literatür, kanıt düzeyi düşük olmakla birlikte, iyot emdirilmiş cerrahi örtülerin özellikle* temiz-kontamine cerrahilerde CAE 'leri azaltmada etkili olduğunu bildirmektedir. (53) Steril yara örtülerin göğüs cerrahi hastalarında CAE oranları azalttığı belirlenmiştir. (54)

4.2.5. Yara Koruyucu Cihazlar

Yara koruyucu cihazlar, aseptik cerrahi alanı sınırlamak, CAE'leri önlemek ve yara kenarlarını kapatmak amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır. (55) Tek veya çift kauçuk haklaya tutturulmuş yapışkan olmayan plastik

kılıflar şeklindeki koruyucular, özellikle abdominal cerrahilerde, cerrahi girişim sırasında insizyonunun ekartasyonunu kolaylaştırır ve yara kenarı kontaminasyonunu önler. (4) DSÖ, CAE oranını azaltmak amacıyla temiz-kontamine, kontamine ve kirli abdominal cerrahilerde yara koruyucu cihazların kullanımının değerlendirilmesini önermektedir (Koşullu öneri, çok düşük kanıt kalitesi). (16) SHEA/IDSA, GİS ve safra yolu cerrahisi için geçirimsiz plastik yara koruyucuların kullanılması önermektedir. (5) Literatürde, yara koruyucu cihazların abdominal cerrahide CAE'yi önlemede etkili olduğu, hepatektomi sonrasında plastik halka yara koruyucusu (halka örtü) kullanımının insizyonel CAE insidansını azalttığı ve alt GIS cerrahisi uygulanan hastalarda yara koruyucusu olmayanlara kıyasla tek halkalı ve çift halkalı yara koruyucusunun CAE insidansını azalttığı belirtilmiştir. (55-57)

4.2.6. İnsizyonel Yara İrrigasyonu

Yara irrigasyonu, yaranın hidrasyonunu sağlamak ve CAE'leri önlemek amacıyla yaranın tüm yüzeylerinin normal salin solüsyonu gibi irrigasyon sıvıları ile yıkanmasıdır. (58) Yara irrigasyonunun amacı, cerrahi alan kapatılmadan önce doku artıklarını, metabolik atıkları ve doku eksudasını cerrahi alandan uzaklaştırarak mikrobiyal yükü azaltmaktır. (58) DSÖ, insizyon kapatılmadan önce cerrahi yaraların antibiyotikli solüsyonlarla yıkanmaması gerektiğini, temiz, yemiz-kontamine yaralarda sulandırılmış povidon iyot ile yıkama yapılabileceğini belirtmektedir (Koşullu öneri, düşük düzeyde kanıt kalitesi). (16) CDC, deri altı ve derin dokunun sulu iyodofor solüsyonlarıyla irrigasyonunu ve kirlenmiş veya kirli abdominal cerrahilerde sulu iyodofor solüsyonuyla intraperitoneal lavajın gerekli olmadığını önermektedir (Zayıf öneri, orta düzeyde kanıt kalitesi). (3) APSIC, salin solüsyonu ile yapılan yara irrigasyonunun CAE'leri önlemede etkili olduğunu, ancak salin solüsyonunun rutin kullanımı için yeterli kanıt olmadığını belirtmiş, irrigasyon için antimikrobiyal ajanların kullanılmaması gerektiğini bildirmiştir. (4) SHEA/IDSA, cerrahi girişim sırasında yara irrigasyonunu önermektedir. (5) Literatürde, abdominal yaralar kapatılmadan önce salin solüsyonu ile rutin irrigasyonun CAE'leri önlemede ve oranını azaltmada herhangi bir avantajı olmadığı, antibiyotik irrigasyonu ve sulu povidon iyodinin irrigasyonunun salin irrigasyonuna veya irrigasyon yapılmamasına kıyasla CAE'leri önemli oranda azalttığı, povidon-iyodin irrigasyonun düşük CAE oranlarıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir. (58-60)

4.2.7. Antimikrobiyal Emdirilmiş Süturlar

Mikrobiyal kolonizasyonu önlemek amacıyla antimikrobiyal özelliklere sahip süturlar geliştirilmiştir. (61) Bu süturların kullanımını bakteri sayısında azalma sağladığı ve CAE'leri önlemede etkili olduğu belirtilmiştir. (61) DSÖ ve CDC rehberleri, CAE'leri önlemek amacıyla cerrahi girişim türünden bağımsız olarak triklosan kaplı süturların kullanılabileceğini (Kanıt kalitesi orta) (3,16), NICE, özellikle çocuk cerrahisinde CAE riskini azaltmak amacıyla antimikrobiyal triklosan kaplı süturların kullanımını önermiştir. 17 Sezaryen sonrası yüzeysel yara açılma riskini azaltmak amacıyla insizyonun zımba yerine süturla kapatılmasını önermektedir (17) ACS/SIS, temiz-kontamine abdominal cerrahide insizyonun triklosan kaplı sütur ile kapatılmasını önermektedir. (6) Akut bakım hastaneleri CAE önleme stratejilerinde, CAE'leri önlemek için antiseptik emdirilmiş süturlar kullanılmasını önermektedir. (5) APSIC de temiz cerrahilerde yüksek CAE oranlarının olduğu ortamlarda antimikrobiyal kaplamalı süturların kullanılmasını önermektedir. (4) Literatürde, antimikrobiyal kaplı süturların kullanımının, kaplamasız süturlara kıyasla önemli ölçüde daha düşük CAE riski ile ilişkili olduğu ve triklosan kaplı süturların temiz-kontamine yaralarda ve karışık yaralarda CAE insidansını azalttığı bildirilmiştir. (61,62)

4.2.8. Vankomisin Tozu

Topikal vankomisin tozu kullanımı ile CAE'ler azaltılabilmekte, ancak ilaç direnci riskine dikkat edilmesi gerekmektedir (3,64) CDC rehberinde, CAE'leri önlemek için cerrahi kesiye antimikrobiyal ajanlar (merhemler, solüsyonlar veya tozlar) uygulanmamasını önermektedir (Güçlü öneri, düşük düzeyde kanıt kalitesi). (3) APSIC, CAE'leri önlemek amacıyla omurga cerrahisi de dahil cerrahi insizyona vankomisin tozu uygulanmamasını önermektedir. (4) Yapılan çalışmalar, cerrahi girişim sırasında lokal vankomisin tozu uygulanması ile kıyaslandığında uygulanmaması durumunda CAE riskinin arttığı (sırasıyla %1,9; %4,8), kas-iskelet cerrahilerinde, posterior spinal cerrahide ve omurga cerrahisinde vankomisin tozu kullanımının CAE'leri önlemede etkili olduğunu göstermiştir. (63-65)

4.2.9. Laminer Hava Akışı

Laminer hava akım sistemleri, hava akımını yatay, dikey veya eksponansiyel olarak yönlendirilebilir şekilde ve ultra temiz havanın aseptik ameliyat ortamı üzerinden sabit bir hızda akımını sağlayacak şekilde

tasarlanmıştır. (66) Laminar hava akımı sistemlerinde en yaygın dikey akışlı sistemler kullanılmakta ve böylece tavana monte edilen difüzör aracılığıyla hava doğrudan cerrahi ekibin üzerine ve ameliyat masasına verilmektedir. (66) Yeniden ameliyat odasına verilen hava yüksek verimli partikül hava filtrelerinden (HEPA) geçirilmektedir. (67) Maliyeti yüksek olan ve dikkatli bakım gerektiren bu filtreler, implant cerrahisi gibi partikülleri çok olan cerrahilerin yapıldığı ameliyat odalarında kullanılmaktadır. (67)) DSÖ, laminar hava akışlı havalandırma sistemlerinin total eklem artroplastisi uygulanan hastalarda CAE riskini azaltmak için kullanılmaması gerektiğini önermektedir (Koşullu öneri, çok düşük ila düşük düzeyde kanıt kalitesi). (16) APSIC, yeni veya yenilenmiş ameliyathanelerde CAE'leri önlemek için laminar hava akımı kurulumuna gerek olmadığını belirtmiştir. (4) NHS Estates Technical Bulletin (NETB), sağlık alanlarında hava temizliği için HEPA filtrelerinin yanı sıra mikroorganizma öldürücü ultraviyole ışığı (UVC) içeren cihazların kullanımını önermektedir. (68) Yapılan bir çalışmada, HEPA filtreli ek bir UV-C hava sirkülasyonu kullanımının, total eklem artroplastisi hastalarında CAE oranını azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir. (69)

4.3.Cerrahi Girişim Sonrası Dönem Girişimleri

4.3.1.Yara Bakımı

Cerrahi kesinin, cerrahi kategorisi veya cerrahi bölgeden bağımsız olarak iyi yönetilmesi gerekmektedir. Son yıllarda ERAS protokolleri, cerrahi kesinin en aza indirilmesini vurgulayarak cerrahi girişim sonrası yara iyileşmesini ön plana çıkarmıştır. (70) Cerrahi yaraların kapatılmasında özellikle kalça artroplastisinde zımbalama yönteminin sütur yöntemine göre CAE açısından daha yüksek risk taşıdığı, zımba kullanımının CAE riskini 3 kat daha arttırdığı bulunmuştur. (71) Cerrahi yarayı hasardan korumak, yaranın değerlendirilmesine olanak sağlamak ve iyileşmesini desteklemek için yara bakım örtüleri, yani pansumanlar, kullanılmaktadır. Pansuman seçimi hastanın ve yaranın ihtiyaçlarına, yara derinliğine, antimikrobiyal etkinliğe, koku kontrolüne, çıkarma kolaylığına, güvenliğe ve hasta konforuna bağlı değişmektedir (4). Temiz veya temiz-kontamine yaraların primer kapatılmasının ardından yara bakım örtülerinin cerrahi girişim sonrası geç dönemde çıkarılmasının, CAE riski açısından, erken dönemde (<48 saat) çıkarılmasından daha üstün olmadığı belirlenmiştir. (13) Temiz cerrahi yaralarda negatif basınçlı yara tedavisi ve gümüş bazlı örtülerin kullanımı ile ilgili öneriler net olmamakla birlikte, CAE'leri önlemek amacıyla

rutin kullanımı önerilmemektedir. (4) Cerrahi yaraların cerrahi girişim sonrası sadece bir gün steril bir pansumanla kapalı tutulması, sonra açık bırakılması önerilmektedir. (4) Uygun yara bakımı ve pansuman, CAE'lere yakalanma riskini azaltmaktadır. DSÖ, CAE'leri önlemek amacıyla öncelikli olarak kapalı cerrahi yaralarda standart bir pansuman yerine herhangi bir gelişmiş pansuman türünün kullanılmamasını önermektedir (Koşullu öneri/düşük kanıt kalitesi) (16). APSIC, birincil vakum pansumanları veya negatif basınçlı yara tedavisi (yani temiz-kirlenmiş ve kirlenmiş cerrahiler için) ve gümüş bazlı pansumanların karışık sonuçları olduğunu bunların kullanımında bireysel karar verilmesi gerektiğini ve CAE'lerin önlenmesi için rutin kullanımını önermemektedir (4). SHEA/IDSA, fayda görebilecek hastalara negatif basınçlı yara tedavisinin uygulanması gerektiğini önermiştir (5). NICE, aseptik teknikler kullanarak yara pansumanı uygulanması gerektiğini, cerrahi girişim sonrası 48 saate kadar yaranın steril salin solüsyonu ile sonrasında ise musluk suyu ile temizlenmesi gerektiğini önermiştir. (72) Ayrıca yara bakım ürünlerini seçerken, rutin olarak antimikrobiyal (gümüş, iyot veya bal) pansumanların seçilmemesi gerektiğini belirtmiştir. (72) Akut bakım hastaneleri CAE'leri önlemek için rutin olarak antiseptik örtüler kullanılmaması gerektiğini önermiştir. (5). DSÖ, birincil kesi yaralarında negatif basınçlı yara tedavisinin uygulanmasını önermektedir (16). NICE, PICO negatif basınçlı yara pansumanlarının CAE riski yüksek olan hastalarda uygulanmasını önermiştir (17). CDC, güncel kılavuzunda birincil kesilerde negatif basınçlı yara tedavisi ile ilgili bir öneride bulunmamıştır (3). Bir meta-analizde, standart bakımla kıyaslandığında arteriyel cerrahi hastalarının kasık bölgelerindeki yaraya negatif basınçlı yara tedavisi uygulanmasının, yüzeysel ve derin CAE oranlarını azalttığı belirlenmiştir. (73)

4.3.2. Cerrahi Antibiyotik Profilaksisinin Uzatılması

İmplantın kullanıldığı cerrahilerde ve cerrahi alanın kontamine olduğu durumlarda CAE'leri önlemek amacıyla cerrahi antibiyotik profilaksisi önerilmektedir. (16) Cerrahi girişim sonrası antibiyotik profilaksisinin sadece 24 saat süresince uygulanmasını önerilse de (74), yeni kanıtlar cerrahi girişim öncesi tek doz profilaksinin veya antimikrobiyalin yarılanma ömrüne göre cerrahi girişim sırasında uygulanacak ek dozun yeterli olduğuna dikkati çekmektedir. (75) CDC rehberinde, protez eklem artroplastisinde, temiz ve temiz-kontamine prosedürlerde, cerrahi kesi ameliyathanede kapatıldıktan sonra, bir dren varlığında bile, ek antimikrobiyal profilaksi uygulanmamasını önermektedir (güçlü öneri- yüksek düzeyde kanıt kalitesi) (3). DSÖ, CAE'leri önlemek amacıyla cerrahi girişim

sonrası antibiyotik profilaksisinin uzatılmasını önermemektedir (Güçlü öneri/ orta düzeyde kanıt kalitesi) (16). Amerikan Sağlık Sistemi Eczacılar Topluluğu (American Society of Health-System Pharmacists- ASHP), antimikrobiyal profilaksinin cerrahi girişim sonrası süresinin, kalıcı kateterlerin veya drenajların varlığından bağımsız olarak 24 saatten az olmasını önermektedir. (74) Literatürde, antimikrobiyal profilaksinin tam zamanlamasından bağımsız olarak yeniden dozlamasının CAE riskini önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir. (75) Dren çıkarıldıktan sonraki 24 saat içinde antibiyotik tedavisinin uygulanmasının CAE oranını azaltmada etkili olmadığı bildirilmiştir. (76)

4.3.3. Dren Varlığında Antimikrobiyal Profilaksi ve Yara Drenajının Çıkarılması için Optimal Zamanlama

Cerrahi drenler, cerrahi girişim sırasında insizyon alanında ve komşu boşluklarda toplanan sıvı veya kanın uzaklaştırılması amacıyla kullanılırlar (77). Cerrahi drenlerin süresi, sayısı ve konumu CAE ile önemli ölçüde ilişkilidir. (77) Literatürde, CAE gelişen hastalarda drenlerin önemli ölçüde daha uzun süre kaldığı (5,5 karşı 3,5 gün), bu hastalarda drenlerin cerrahi girişimden 1 hafta veya daha uzun süre sonra çıkarıldığı (%30,3'e karşı %2,9;) belirlenmiştir. Drenin bir haftadan uzun süre kalmasının CAE insidansını arttırdığı, daha önce çıkarılmasının CAE'leri azaltacağı ve hastanede kalış süresini kısaltacağı belirtilmiştir. (78) Meme cerrahisi sonrası drenin erken çıkarılmasının CAE insidansını artırmadığı belirlenmiştir. (70) DSÖ, klinik olarak endikasyon ortadan kalktığında drenin çıkarılmasını önermektedir. CAE›leri önlemek amacıyla yara drenajının çıkarılması için en uygun zamanlamayı önerecek hiçbir kanıt bulunmamaktadır (Koşullu öneri, çok düşük kanıt kalitesi) (16). DSÖ, CAE'leri önlemek amacıyla dren takılı kaldığı süre boyunca antibiyotik profilaksisinin sürdürülmemesi gerektiğini önermektedir (Koşullu öneri, düşük kanıt kalitesi) (16). CDC, dren varlığında cerrahi kesi kapatıldıktan sonra ek antibiyotik uygulanmaması gerektiğini önermiştir (3). Kapalı emme drenlerinin kullanıldığı posterior spinal cerrahilerde uzun süreli profilaktik antibiyotik kullanımının derin, yüzeysel ve genel CAE oranlarını azaltmada etkili olmadığı belirlenmiştir. (79)

5. Sonuç ve Öneriler

Cerrahi alan enfeksiyonları hasta güvenliğini tehdit eden önemli bir küresel sorundur. Bu enfeksiyonları önlemek amacıyla sürveyans çalışmaları titizlikle yürütülmeli, kanıt temelli önerilere temellenen protokoller ve bakım paketleri

oluşturulmalı, cerrahi ekibin ve diğer tüm sağlık profesyonellerinin CAE'ler ve önleme girişimleri konusunda bilgi ve farkındalığı artırılmalı, enfeksiyon kontrol önlemleri kapsamında uygulamaları değerlendirilmelidir. Yapılacak yeni araştırmalar ile CAE riskini artıran faktörler ve uygulanan önleme girişimlerinin etkinliği değerlendirilmeli, elde edilen sonuçlar doğrultusunda hatalı ve eksik uygulamalar düzeltilmelidir.

Kaynakça

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2022 National and State HAI Progress Report: Acute Care Hospitals.2023. Erişim tarihi:08.08.2024

2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National healthcare Safety network patient Safety component manual chapter 9: Surgical Site Infection Event (SSI). 2024. Erişim tarihi: 14.08.2024

3. Berrios-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, et al. Centers for Disease Control and Prevention guideline for the prevention of surgical site infection, 2017. *JAMA Surg*. 2017;152(8):784-791.

4. Ling, ML, Apisarnthanarak A, Abbas A, et al. APSIC guidelines for the prevention of surgical site infections. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2019. 12(8):174. doi: 10.1186/s13756-019-0638-8.

5. Calderwood MS, Anderson DJ, Bratzler DW, et al. Strategies to prevent surgical site infections in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2023;44(5): 695–720. doi:10.1017/ice.2023.67

6. Ban KA, Minei JP, Laronga C, et al. American College of Surgeons and Surgical Infection Society: Surgical site infection guidelines, 2016 update. *J Am Coll Surg.* 2017; 224(1):59-74.

7. Anatone AJ, Danford NC, Jang ES, Smartt A, Konigs M, Tyler WK. Risk factors for surgical site infection in orthopaedic oncology, *JAAOS.*2020; 28(20): e923-e928,

8. Xu H, Yu L, Li Y, Gong Z. Prolonged surgical duration, higher body mass index and current smoking increases risk of surgical site infection after intra-articular fracture of distal femur. *ANZ Journal of Surgery.* 2019; 89(6):723-728. doi: 10.1111/ans.15263

9. Bashaw MA, Keister KJ. Perioperative strategies for surgical site infection prevention. *AORN J*. 2019; 109 (1):68-78.

10. Zhou J, Wang R, Huo X, Xiong W, Kang L, Xue Y. Incidence of surgical site infection after spine surgery: a systematic review and meta-analysis. *Spine*.2020; *45*(3): 208-216.

11. Ribeiro JC, Bellusse GC, Martins de Freitas IC, Galvão CM. Effect of perioperative hypothermia on surgical site infection in abdominal surgery: A prospective cohort study. *Int J Nurs Pract.* 2021;27(4): e12934.

12. Alkaaki A, Al-Radi OO, Khoja A, et al. Surgical site infection following abdominal surgery: a prospective cohort study. *Can J Surg.* 2019; 62(2):111-117. doi: 10.1503/cjs.004818.

13. Zhang T, Zhang F, Chen Z, Cheng X. Comparison of early and delayed removal of dressing following primary closure of clean and contaminated surgical wounds: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Exp Ther Med*. 2020; *19*(5): 3219-3226

14. Kim K, Zhu M, Munro JT, Young SW. Glove change to reduce the risk of surgical site infection or prosthetic joint infection in arthroplasty surgeries: a systematic review. *ANZ Journal of Surgery*.2019; 89(9): 1009-1015

15. Patel S, Thompson D, Innocent S, Narbad V, Selway R, Barkas K. Risk factors for surgical site infections in neurosurgery. *The Ann R Coll Surg Engl*. 2019; 101(3): 220-225.

16. World Health Organization (WHO). Global guidelines for the prevention of surgical site infection. Published: 01 December 2018. Erişim tarihi: 10.08.2024

17. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Surgical site infections: prevention and treatment NICE guideline. Published: 11 April 2019. Erişim tarihi: 15.01.2024.

18. Ghuman A, Kasteel N, Brown CJ, et al. Surgical site infection in elective colonic and rectal resections: effect of oral antibiotics and mechanical bowel preparation compared with mechanical bowel preparation only. *Colorectal Dis.* 2020;22(11):1686-1693.

19. Basany EE, Solís-Peña A, Pellino G, et al. Preoperative oral antibiotics and surgical-site infections in colon surgery (ORALEV): a multicentre, single-blind, pragmatic, randomised controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*.2020; *5*(8): 729-738.

20. Tanner J, Melen K. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;8(8):CD004122.

21. Corbett GA, O'Shea E, Nazir SF, et al. Reducing caesarean section surgical site infection (SSI) by 50%: a collaborative approach. *JHQ*. 2021; *43*(2): 67-75.

22. Thapa N, Basukala S, Regmi SK, et al. Postoperative surgical site infection after preoperative use of razor versus clipper for hair removal in

inguinal hernia surgery: A quasi-randomized clinical trial. *Health Sci Rep*.2024; *7*(1): e1830.

23. Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). Guideline for preoperative patient skin antisepsis. In: Guidelines for Perioperative Practice. Denver, CO: AORN. 2019:579-606.

24. Nusair AR, El Nekidy WS, Reynolds L, Evans D, El-Lababidi R, Alatoom A. Comprehensive approach to reduce surgical site infections in patients undergoing neurosurgical procedures. Surg Infect (Larchmt). 2021;22(2):217-221. doi: 10.1089/sur.2020.020

25. Zhu X, Sun X, Zeng Y, *et al.* Can nasal *Staphylococcus aureus* screening and decolonization prior to elective total joint arthroplasty reduce surgical site and prosthesis-related infections? A systematic review and meta-analysis. *J Orthop Surg Res.2020;* 15: 60. doi:101186/s13018-020-01601-0

26. Hoffmann KK, Steed CJ, Kremelberg D, Wenzel RP. The efficacy of an alcohol-based nasal antiseptic versus mupirocin or iodophor for preventing surgical site infections-A meta-analysis. *Am J Infect Control*.2024;52(10):1202-1208.

27. World Health Organization (WHO). Guidelines on hand hygiene in health care. Published 15 January 2009. Erişim tarihi: 02.09.2024

28. Myltykbayeva Z, Kovaleva G, Mukhitdinov A, Omarova S, Nadirov R. In vivo comparison of chlorine-based antiseptics versus alcohol antiseptic for surgical hand antisepsis. Scientifica (Cairo). 2020:3123084. doi: 10.1155/2020/3123084.

29. Glowicz JB, Landon E, Sickbert-Bennett EE, et al. SHEA/IDSA/APIC practice recommendation: strategies to prevent healthcare-associated infections through hand hygiene: 2022 Update. *Infect Control Hosp Epidemiol*.2023;*44*(3): 355-376.

30. Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). Guideline for hand hygiene. In: Guidelines for Perioperative Practice. Denver, CO: AORN, Inc;2023:267-308.

31. Chen S, Chen JW, Guo B, Xu CC. Preoperative Antisepsis with Chlorhexidine Versus Povidone-Iodine for the Prevention of Surgical Site Infection: a Systematic Review and Meta-analysis. *World J Surg*. 2020; 44(5):1412-1424.

32. Marano L, Carbone L, Poto GE, et al. Antimicrobial prophylaxis reduces the rate of surgical site infection in upper gastrointestinal surgery: a systematic review. *Antibiotics*. 2022; *11*(2): 230.

33. Badge H, Churches T, Xuan W, Naylor JM, Harris IA. Timing and duration of antibiotic prophylaxis is associated with the risk of infection after hip and knee arthroplasty. *Bone Jt Open*.2022; *3*(3): 252-260.

34. Tsantes AG, Papadopoulos DV, Lytras T, et al. Association of malnutrition with surgical site infection following spinal surgery: systematic review and meta-analysis. *J Hosp Infect*, 2020; *104*(1): 111-119.

35. Coleman SR, Chen M, Patel S, et al. Enhanced recovery pathways for cardiac surgery. *Curr Pain Headache Rep*.2019; *23*: 1-8.

36. Weimann A, Braga M, Carli F, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr*.2021; *40*(7): 4745-4761.

37. Cheong CM, Golder AM, Horgan PG, Roxburgh CS, McMillan DC. Relationship between preoperative glycated haemoglobin and surgical site infection in patients undergoing elective colon cancer surgery. *Oncol Lett*. 2022;*24*(3): 1-10.

38. Shakeshaft AJ, Scanlon K, Eslick GD, Azmir A, Cox MR. Post-operative glycaemic control using an insulin infusion is associated with reduced surgical site infections in colorectal surgery. *World J Surg*. 2020; *44*: 3491-3500.

39. Palermo NE, Garg R. Perioperative Management of Diabetes Mellitus: Novel Approaches. *Curr Diab Rep*. 2019;19(4):14.

40. Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). Guideline for surgical attire. In: Guidelines for Perioperative Practice. Denver, CO: AORN, Inc; 2020:989-1006.

41. Link T. Guideline implementation: sterile technique. *AORN J*. 2019;*110*(4): 415-425.

42. Speth J. Guidelines in Practice: Design and Maintenance of the Surgical Suite. *AORN J*. 2024; *119*(1): 72-80.

43. Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). *Guidelines for perioperative practice 2018* (1st ed.) Association of periOperative Registered Nurses. 2018.

44. DiBartola AC, Barron C, Smith S, et al. Decreasing room traffic in orthopedic surgery: a quality improvement initiative. *Am J Med Qual*.2019;*34*(6): 561-568

45. Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). Guideline for Prevention of hypothermia. In: Guidelines for Perioperative Practice. Denver, CO: AORN, Inc;2021:321-350.

46. Kang S, Park S. Effect of the ASPAN guideline on perioperative hypothermia among patients with upper extremity surgery under general

anesthesia: a randomized controlled trial. *J Perianesth Nurs*.2020;*35*(3): 298-306.

47. Öner Cengiz H, Uçar S, Yilmaz M. The role of perioperative hypothermia in the development of surgical site infection: a systematic review. *AORN J*, 2021;*113*(3): 265-275.

48. Zhu AC, Agarwala A, Bao X. Perioperative Fluid Management in the Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Pathway. Clin *Colon Rectal Surg.* 2019;32(2):114-120. doi: 10.1055/s-0038-1676476.

49. Rollins KE, Mathias NC, Lobo DN. Meta-analysis of goal-directed fluid therapy using transoesophageal Doppler monitoring in patients undergoing elective colorectal surgery. *BJS open*.2019; *3*(5): 606-616.

50. Zhao X, Zhang L, Brackett A, Dai F, Xu J, Meng L. Hemodynamic management and surgical site infection: network meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Anesth*. 2020; *67*: 110021.

51. de Jonge S, Egger M, Latif A, et al. Effectiveness of 80% vs 30–35% fraction of inspired oxygen in patients undergoing surgery: an updated systematic review and meta-analysis. *Br J Anaesth*. 2019; *122*(3): 325-334.

52. Kuh JH, Jung WS, Lim L, et al. The effect of high perioperative inspiratory oxygen fraction for abdominal surgery on surgical site infection: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*.2023; *13*(1): 15599.

53. Nicholson O, Ho B, Chong C. Use of iodine-impregnated surgical drapes for prevention of surgical site infection: A systematic review and meta-analysis. *Wound Practice & Research: Journal of the AWMA*. 2020;*28*(1): 30-37.

54. Karapınar K, Kocatürk Cİ. The effectiveness of sterile wound drapes in the prevention of surgical site infection in thoracic surgery. *Biomed Res Int*. *2019;*(1): 1438793.

55. De Simone B, Sartelli M, Coccolini F, et al. Intraoperative surgical site infection control and prevention: a position paper and future addendum to WSES intra-abdominal infections guidelines. *World J Emerg Surg*.2020; *15*: 1-23.

56. Yusa T, Yamashita YI, Nitta H, et al. Efficacy of Ring Drape and Unused Sterile Instruments for Incisional SSI After Hepatectomy. *Anticancer Res*. 2022;42(2):1007-1012.

57. Mao L, Zhou S, Liao J, Zhou X, Wang J. Effect of wound protectors in reducing the incidence of surgical site wound infection in lower gastrointestinal surgery: A meta-analysis. *Int Wound J*. 2023; *20*(3): 813-821.

58. Ambe PC, Rombey T, Rembe JD, Dörner J, Zirngibl H, Pieper D. The role of saline irrigation prior to wound closure in the reduction of surgical site infection: a systematic review and meta-analysis. *Patient Saf Surg*. 2020;14(1):47. doi: 10.1186/s13037-020-00274-2.

59. Monstrey SJ, Govaers K, Lejuste P, Lepelletier D, de Oliveira PR. Evaluation of the role of povidoneiodine in the prevention of surgical site infections. *Surg Open Sci*.2023; *13*: 9-17.

60. Fu C, Meng L, Ma M, Li N, Zhang J. Effect of wound irrigation on the prevention of surgical site infections: A meta-analysis. *Int Wound J*. 2022;*19*(7): 1878-1886.

61. Yang, Y., Zhou, Z., Ma, R., Ren, J., & Wu, X. Antimicrobial-coated sutures versus non-coated sutures in reducing surgical site infection: An updated systematic review and meta-analysis. *J Hosp Infect*.2024;150:40-50.

62. Olmez T, Berkesoglu M, Turkmenoglu O, Colak T. Effect of triclosan-coated suture on surgical site infection of abdominal fascial closures. *Surg Infect (Larchmt)*.2019; *20*(8): 658-664.

63. Patel VA, Pushkarna VA.How effective is intrawound vancomycin with multidiscipline approach for preventing surgical site infections (SSI) in arthroplasty and orthopedic surgeries: a study in non Covid 19 to Covid 19 era. *Indian Journal of Orthopaedics*.2020; *6*(4): 303-310.

64. Ushirozako H, Hasegawa T, Yamato Y, et al. Impact of intrawound vancomycin powder on prevention of surgical site infection after posterior spinal surgery. *Journal of Neurosurgery: Spine*.2021; *34*(4): 656-664.

65. Hu W, Wang H, Wu X, et al. Does the Microflora of Surgery Site Infection Change After Prophylactic Use of Vancomycin Powder in the Spine Surgery. *Infect Drug Resist*. 2023; 105-113.

66. Lin T, Zargar OA, Lin KY, et al. An experimental study of the flow characteristics and velocity fields in an operating room with laminar airflow ventilation. *J Build Eng*. 2020; *29*: 101184.

67. Jain S, Reed M. Laminar air flow handling systems in the operating room. *Surg Infect (Larchmt)*. 2019; *20*(2): 151-158.

68. NHS Estates Technical Bulletin (NETB 2023/01A): application of HEPA filter devices for air cleaning in healthcare spaces: guidance and standards. 2023.Erişim tarihi: 09.09.2024

69. Cook TM, Piatt CJ, Barnes S, Edmiston Jr CE. The impact of supplemental intraoperative air decontamination on the outcome of total joint arthroplasty: a pilot analysis. *J Arthroplasty*.2019;*34*(3): 549-553.

70. Jiang N, Rao F, Xiao J, et al. Evaluation of different surgical dressings in reducing postoperative surgical site infection of a closed wound: A network meta-analysis. *Int J Surg*. 2020; *82*: 24-29.

71. Van de Kuit A, Krishnan RJ, Mallee WH, et al. Surgical site infection after wound closure with staples versus sutures in elective knee and hip arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *Arthroplasty*.2022; *4*(1): 12.

72. Powell K, Pujji OJS, Jeffery S. Wound healing: what is the NICE guidance from the UK? *J Wound Care*. 2021;30(3):172-182.

73. Hong J, Xie L, Fan L, Huang H. The wound adjuncts effect of closed incision negative pressure wound therapy on stopping groin surgical site wound infection in arterial surgery: A meta-analysis. *Int Wound J*. 2023; *20*(7): 2726-2734.

74. American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) (2024). Clinical Practice Guidelines for Antimicrobial Prophylaxis in Surgery. Erişim tarihi: 10.09.2024

75. Bertschi D, Weber WP, Zeindler J, et al. Antimicrobial prophylaxis redosing reduces surgical site infection risk in prolonged duration surgery irrespective of its timing. *World J Surg*.2019; *43*: 2420-2425.

76. Urquhart JC, Collings D, Nutt L, et al. The effect of prolonged postoperative antibiotic administration on the rate of infection in patients undergoing posterior spinal surgery requiring a closed-suction drain: a randomized controlled trial. *JBJS*. 2019; *101*(19): 1732-1740.

77. Pennington Z, Lubelski D, Molina C, Westbroek EM, Ahmed AK, Sciubba DM. Prolonged post-surgical drain retention increases risk for deep wound infection after spine surgery. *World Neurosurg*.2019; *130*: e846-e853.

78. Shima H, Kutomi G, Sato K, et al. An optimal timing for removing a drain after breast surgery: a systematic review and meta-analysis. *J Surg Res*.2021; *267*: 267-273.

79. Pivazyan G, Khan Z, Williams JD, et al. Utility of prolonged prophylactic systemic antibiotics for wound drains in posterior spine surgery: a systematic review and meta-analysis. *J Neurosurg Spine*.2023; *38*(5): 585-594

BÖLÜM III

KADIN SAĞLIĞINA BİYOPSİKOSOSYAL YÖNDEN TRANSKÜLTÜREL YAKLAŞIM

Transultural Approah to Women's Health from a Biopsychosocial Aspect

Ayça Güler ÇAL[1] & Cevriye YÜKSEL KAÇAN[2] & Aysel ÖZDEMİR[3]

[1](Hemşire), Bursa Uludağ Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı
E-mail: aycagulercal@gmail.com
ORCID ID: 0009-0005-2355-3526

[2](Doç. Dr.), Bursa Uludağ Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk
Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
E-mail: cevriyekacan@uludag.edu.tr
ORCID ID: 0000-0002-1316-8617

[3](Prof. Dr.), Bursa Uludağ Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı
E-mail: ayozdemir@uludag.edu.tr
ORCID ID: 0000-0002-0815-9505

1. Giriş

Bir kadının yaşam döngüsünde sahip olduğu birden fazla rolü vardır. Kız çocukluğu döneminde yüklenmeye başlayan bu roller ve kültürel yönden sahip olması istenen özellikler yaşla artan sorumlulukları

beraberinde getirir. Ataerkil bir toplumda yaşayan kız ve erkek çocuğundan beklenen davranışlar birbirinden farklıdır. Erkek çocuğuna daha çok güçlü olması, ailesini koruması, çalışıp para kazanması, duygusal olmaması gibi öğütler verilirken kız çocuğuna evde oturması, ev işleri yapması, kardeşlerinin bakımına yardımcı olması gibi öğütler verilmektedir (1) Kız çocuklarının istek ve ihtiyaçları sorgulanmamakta, temel ihtiyaçları (beslenme, barınma gibi) karşılandığı takdirde başka herhangi bir şey talep etmemesi beklenmektedir. Tüm bu kültürel ve sosyal çerçeve değerlendirildiğinde aslında her iki cinsiyetin de psikososyal yönden eksik bırakıldığı görülmektedir. (2)

Kadınların sağlık davranışlarını şekillendiren en önemli faktörler arasında kültürel inanışlar, göç ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği sayılabilir. (3) Kadınların yaşadığı sosyal çevreyi şekillendiren bu faktörlerin sağlık inanışları üzerindeki etkisi yadsınamaz bir gerçektir. (2-4)

2. Kültürel İnanışların Kadın Sağlığına Etkisi

Kültür kavramının pek çok tanımı olmakla birlikte kısaca insan yaşamını şekillendiren normlar bütünüdür. (5) Bu tanıma göre kültür çerçevesinde şekillenen insan yaşamının edinilen sağlık davranışları üzerindeki etkisi oldukça büyüktür. Kültürel özelliklere göre edinilen her sağlık davranışının doğru uygulamaları içermesi beklenemez. Yanlış sağlık uygulamalarının kadın yaşamına etkisi istenmedik sonuçlara neden olabilmektedir.

Kültürel sağlık inançlarının kadın sağlığına etkilerinin araştırıldığı çalışmalar incelendiğinde menstrüel sorunlarda ağrıya yaklaşım, gebelik, doğum, infertilite, menopoz ve kanser tedavisini etkilediği sonucuna ulaşılmaktadır. (6-7-8-9-10-11-12-13)

Her coğrafyanın kendine ait kültürel özellikleri mevcuttur ve bu kültürel özellikler yaşanılan toplumun gelişmişlik düzeyi, sosyodemografik özellikleri, refah düzeyi gibi pek çok kriteri doğrudan etkilemektedir. Yaşanılan evin fiziki koşulları dahi kültürel özellikler etrafında şekillendiğinden kadın sağlığı için risk oluşturabilecek etmenlerin de bu doğrultuda ortaya çıktığı ön görülebilir. Kadın yaşamının her döneminde gerek genetik geçişli gerekse sonradan edinilen farklı sağlık sorunları ile baş etmek durumunda kalabilir. Yanlış kültürel uygulamalar sonucunda sağlık sorunları şiddetlenerek progresif hale getirebilir. Buna örnek olarak bilinçsiz kullanılan bitkisel ilaçlar, hastalıkların tedavisinde kanıt temelli olmayan yöresel uygulamalar vb. verilebilir. (14) Farklı bir boyuttan değerlendirecek olursak adölesan gebelikler, kültürel inanışlar nedeniyle yapılan

akraba evlilikleri, doğum sonrasında gerek lohusaya gerekse bebeğe uygulanan ve sonucunda zarar görülen durumlar da yanlış kültürel uygulamalara örnek olarak gösterilebilir. Adölesan dönemde meydana gelen gebeliklerin bir kısmı erken yaşta evlendirilmeler nedeniyle meydana gelirken diğer bir kısmı da evlilik dışı olarak ortaya çıkmaktadır. Erken dönemde yaşanan bu gebelikler kadın vücudu henüz gebelik için hazır değilken meydana geldiğinden düşük, ölü doğum, erken doğum, preeklampsi gibi pek çok doğum komplikasyonuna davetiye çıkarmaktadır. (15) Akraba evliliklerinden doğan çocukların da yüksek oranda anomalili olarak doğması hem bebek hem anne açısından travmatik sonuçlardır. Özellikle ataerkil toplumlarda aile büyükleri tarafından yapılmasının doğru görüldüğü çeşitli kültürel inanışların uygulanması kadın sağlığı açısından ciddi risk oluşturmaktadır. (7-16-17-18)

Kadın sünnetleri, kültürel inanışların kadın sağlığına etkisinin hayati boyutlara ulaştığı en dramatik örneğidir. Günümüzde Afrika, Ortadoğu ve Asya'da olmak üzere toplamda 30 ülkede 230 milyondan fazla kız çocuğu ve kadın, kadın sünnetine maruz kalmıştır. (19) Halen devam eden bu uygulama kadının bir birey olarak kendi bedeni üzerinde söz sahibi olmasının önünde bir engeldir. Henüz küçük yaşlarda kız çocuklarına yaşatılan bu travma kadın bedeni üzerinde ömür boyu sürecek hem fiziksel hem de psikolojik şiddetin temellerini oluşturmaktadır. Kadının cinsel kimliğine düzenlenen bir saldırı niteliğindedir. Yapılan işlem insanlık dışı uygulamaları içermekte, kız çocuğunun şiddetli ağrı, kanama ve ciddi enfeksiyonlar yaşamasına neden olmaktadır. Hayatta kalabilen kız çocukları için ilerleyen yıllarda da sürecek olan eziyet bitmemektedir. Çünkü yaşanılan her cinsel deneyimde ve doğumda dikişler açılmakta, sanki her seferinde sünnet oluyormuşçasına ağrı ve ıstırap yaşanmaktadır. Bu ve buna benzer töre adı altında namus cinayetleri işlenmesi, başlık parası istenmesi, şiddet, kadının farklı amaçlarla pazarlanması, isteği dışında cinsel ilişkiye zorlanması gibi durumlar kadını toplumsal anlamda değersizleştirmekte ve birçok sağlık sorunu yaşamasına neden olmaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, özgüven eksikliği, depresyon, anksiyete, bazı kronik hastalıklar vb. sağlık sorunları kadın sağlığı için bir tehdit oluşturmaktadır. Hem bedensel hem ruhsal sağlık sorunları kümülatif olarak ilerlemektedir. Kendi kendine zarar verme davranışı ve hatta intihara kadar ilerleyebilen travmatik tablolar görülebilmektedir. (20-21)

Kültür motifleriyle bezenen kadının yaşamı boyunca karşılaştığı zorluklarla mücadelesi karşısında çaresiz hissettiği, bir çıkış yolu bulamadığı noktalarda etkisiz baş etme yöntemlerine başvurabilmektedir. Kendi kendine zarar verme davranışı ve intiharlar küresel bir halk sağlığı sorunudur. Dünya genelindeki

intihar oranları incelendiğinde her yıl 10-20 milyon bireyin intihar girişiminde bulunduğu ve bu girişimlerin yaklaşık bir milyonunun ölümle sonuçlandığı ön görülmektedir. Cinsiyete bağlı intiharlar değerlendirildiğinde kadınların erkeklere göre daha yüksek oranda intihar girişiminde bulunduğu ancak erkeklerin girişimlerinde ölme olasılıklarının kadınlardan daha yüksek olduğu bilinmektedir. (22) Bu bilgiler doğrultusunda kadınların intihar girişimlerinde asıl amacın yaşamlarına son vermek olmadığı, bir yardım çığlığı niteliğinde olduğu yorumunda bulunulabilir. Bu çarpıcı nokta aslında kadının yardım arama davranışında olduğunu ancak töre gibi mutlak denetleyici bir norm olarak görülen kavramın karşısında güçsüz hissettiğini göstermektedir.

Çağdaş medeniyet düzeyine ulaşmış toplumlardaki kadınların sahip olduğu haklar, yaşam koşulları, kadına verilen değer göz önüne alındığında küresel çaptaki fırsat eşitsizliği göze çarpmaktadır. Kadının cinsel yaşamı üzerindeki erkek egemenliği kadının eğitim düzeyinin artması, toplumsal süreçlere daha aktif katılmaları ve iş yaşamındaki rollerinde artış ile ters orantılı olarak azalmaktadır. (23)

Kadın sağlığının iyilik hali sadece fiziki açıdan değil biyopsikososyal yönden bütüncül değerlendirilmesi gerekir. (24) Toplumlarda üreme sağlığı ve cinselliğe yönelik düşünceler tabulaştırıldığı için bireyler üreme sistemi sağlığı veya cinsellikle ilgili yaşadıkları sorunları dile getirmekte sorun yaşamaktadır. Daha doğrusu yaşadıkları sağlık sorununu tepki görmek korkusuyla bir sağlık profesyoneli ile paylaşmaktan çekinmektedir. Fırsat eşitsizliği kapsamında da değerlendirilebilen bu konuda bazı durumlarda sağlık hizmetine erişimde engeller olduğu görülmektedir. Özellikle ataerkil toplumlarda daha yaygın görülen aile büyüklerinin kültürel uygulamaları destekleyerek profesyonel sağlığa erişimine engel olması kadının hayati olabilecek sağlık sorunlarını çözümsüz bırakmaktadır. (25)

Kadının kendi bedeni üzerindeki denetiminin artması, özgüvenini arttırmakta ve psikososyal yönden iyilik haline ulaştırmaktadır. (26) Bu noktada sağlık çalışanlarının bilinçli tutumları oldukça önemlidir. Bireylerin sahip oldukları inanışlar doğrultusundaki uygulamaları önce dikkatlice ve yargılanmadan dinlenmeli, bireye iletişime açık olunduğu mesajı verilmelidir. Çünkü bireyler empati ile dinlenmediklerini düşündüklerinde yargılanacakları düşüncesiyle sorunlarını açıklamaktan çekinirler. Yaşadıkları olumsuz deneyimler sonucunda sağlık hizmet arayışında bulunmamakta ve sağlık sorunlarının geciktirilmesine neden olmaktadır. Geri dönüşümsüz tablolara

mahal vermemek adına sağlık profesyonellerinin iyi bir dinleyici ve gözlemci olmaları hayati önem taşımaktadır.

3. Göç Olgusunun Kadın Sağlığına Etkisi

Göç olgusu bireyi kültürel, sosyal, ekonomik her yönden farklı bir çevrede yaşamını sürdürmeye çalışmasına neden olduğu için insan yaşamında önemli bir süreçtir. Ülkemizde ve dünyadaki durum değerlendirildiğinde göç etmek durumunda kalmış kırılgan nüfus olarak nitelendirilen mülteci kadınlarda ve sosyoekonomik düzeyleri düşük kadınlarda üreme sağlığına ilişkin yaşanan problemlerin daha da şiddetlendiği yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. (27-28)

Göç, pek çok risk faktörünü beraberinde getirir. Kadın göçmenlerde yol güvenliği, sosyal izolasyon, dil problemleri, kültürel şok gibi sorunlar ön plana çıkar. Sağlıklı besinlere ulaşmada sorun, barınma koşullarındaki olumsuzluklar, kültürel uyumda zorlanma, sağlık bakım hizmetlerine erişim noktasında yetersizlikler de göçün getirdiği zorluklardandır. (29)

Göçün kadın sağlığına etkilerinin olumlu veya olumsuz olarak değerlendirilebilmesinde göç edilen ülkenin refah hakkında fikir sahibi olunmalıdır. Göçten olumsuz etkilenen kadınların yaşadığı çevre incelendiğinde uygun olmayan beslenme alışkanlıkları, yetersiz su sanitasyonu, yaşanılan ortamın hijyen kurallarına uygun olmaması, ekonomik sebeplerden ötürü akrabalar ile toplu halde yaşam (genellikle geniş aile yaşamı), düşük gelir düzeyi gibi etmenler olduğu görülmektedir. Bu çerçeve değerlendirildiğinde yaşam koşullarına bağlı olarak bulaşıcı hastalıklarda artma, aile planlamasının olmamasına bağlı kısa aralıklarla gebelikler, gebelik sürecinin sağlıklı yönetilememesi (takipsiz gebelikler), doğumun uygun olmayan koşullarda gerçekleşmesi, annelerin postnatal bakıma erişimde sorun yaşaması, bebeklerin sağlıksız koşullarda büyütülmeye çalışılması gibi bir zincirin halkaları misali birbiri içerisinde kısır döngüye sahip süreçlerin yaşanması kaçınılmaz olmaktadır. (27-28-29)

Göçmen bireylerin yaşadıkları problemleri ve sağlık düzeylerine etki eden faktörleri belirlemede en etkili rol oynayan meslek grubu şüphesiz hemşirelerdir. Hemşireler, bireylerin sağlık düzeylerini arttırmaya yönelik olarak ilgili verileri toplar ve belirledikleri problemlere uygun girişimleri planlar. Yaptıkları girişimler bireyin primer ihtiyaçlarının yanında eksik kaldığı konularda eğitim ve danışmanlığı da içermelidir. (27) Kültürel duyarlılık düzeyi yüksek sağlık

profesyonelleri olan hemşireler bu planlamayı göçmen bireyin kültürel sağlık inanışlarını tanıyarak ve saygı duyarak yapar. Çünkü kadına yönelik bakım sunarken holistik bir yaklaşımla değerlendirmek için kültüre dayalı bakım vazgeçilmez bir kaynaktır. Kadının sahip olduğu kültürel özellikler, yaşadığı coğrafya ve mensup olduğu dinin gerektirdiği uygulamalar hakkında bilgi sahibi olunmadığı sürece sunulacak bakım eksik kalacaktır. Kültüre dayalı bakımın amacı temelde bakım ve kültür arasındaki ilişkiyi araştırmak, sağlık hizmeti sunan profesyonellerin kültürel duyarlılığını geliştirmek ve bireylere uygulanabilir sağlık davranışları kazandırabilmektir. Çünkü bireyin kültürüne ve inanışlarına uygun olmayan bir sağlık önerisinde bulunulduğunda uygulamaya geçilemeyeceğinden bireyin sağlığına hiçbir katkısı olmayacaktır. (3-30-31)

Bireylerin sorunları gözetildiğinde ve kültürel inanışlarına saygı duyulduğunu hissettirildiğinde hemşirelik bakım kalitesinde ve bireylerin memnuniyet düzeylerinde artış olması kaçınılmazdır. Bu sebeple bireyler yargılanmadan dinlenmeli sahip oldukları sağlık inanışları hakkında bilgi edinilmelidir. Bu noktada kilit rol oynayan hemşirelere büyük bir sorumluluk düşmektedir. Çünkü sahip olunan her sağlık inanış ve davranışı doğru değildir. İnsan sağlığına zararlı olabilecek sağlık inanışları, sağlık profesyonelleri tarafından bireylere uygun bir şekilde açıklanmalı ve davranışa dönüşmesi engellenmelidir. (31-32)

4. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Sağlığına Etkisi

Toplumsal cinsiyet rolleri etrafında şekillenen süreçler özellikle kadınların sağlık davranışları üzerinde de oldukça etkili olmaktadır. İlk çağlardan süregelen ve çeşitli coğrafyalarda farklı formlarda görülen cinsiyet ayrımcılığı kadın sağlığını ciddi anlamda etkilemektedir. (23)

Kadın cinselliğinin ayıp görülmesi ve erdemlilik algısına ters düştüğünün düşünülmesi kadın sünnetleri gibi çağ dışı bir uygulamanın halen devam etmesine neden olmaktadır. Bu ve buna benzer uygulamalar göz önüne alındığında kadın yaşamının her aşamasında aile içinde ve toplumsal anlamda hem fiziksel hem psikolojik şiddete maruz kalabileceği ortaya çıkmaktadır. (33)

Kadına yönelik şiddet, ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Özellikle eş şiddeti ve cinsel şiddet boyutlarıyla değerlendirildiğinde kadınların sahip olduğu insan haklarının ihlalidir. Birleşmiş Milletler tarafından ‘’Kadına Yönelik Şiddet’’ kavramı, ‘’kadınlara fiziksel, cinsel veya ruhsal zarar veya acı veren veya verme olasılığı bulunan, bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak

özgürlükten yoksun bırakma dahil olmak üzere ister kamusal ister özel hayatta meydana gelen, cinsiyete dayalı her türlü şiddet eylemi" şeklinde tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan istatistiksel tahminlere göre, dünya genelindeki kadınların yaklaşık 3'te 1'inin (%30) yaşamları süresince fiziksel ve/veya cinsel yakın partner şiddetine veya partner dışı cinsel şiddete maruz kalıyor. Bu maruziyetin büyük bir kısmını yakın partner şiddeti oluşturmaktadır. (34) Bu durum kadının kendini en güvende hissetmesi gereken yer olan evinin içerisinde şiddete maruz kaldığını göstermektedir. Şiddetin kadın üzerindeki etkileri sadece fiziki olmamakla birlikte psikolojik, cinsel ve üreme sağlığı yönünden de olumsuz etkileri mevcuttur. Kadına yönelik şiddetin kadın sağlığına etkileri incelendiğinde fiziksel yaralanmalar, istenmeyen gebelikler, ölü doğum, erken doğum, uygun olmayan koşullarda gebeliğin sonlandırılması, HIV gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların yayılması, depresyon, travma, etkisiz baş etme yollarına başvurmada artış (sigara, alkol ve madde kullanımı), gastrointestinal sistem sorunları, genitoüriner sistem sorunları, psikojenik ağrılar gibi sayısız olumsuz etkileri ortaya çıkmaktadır. Kadına yönelik şiddet; tüm bireylerin eğitim ve sosyoekonomik düzeylerinin iyileştirilmesi, etkili baş etme yollarının geliştirilmesi, şiddete eğilimi olan bireylerin erken dönemde tespit edilip rehabilite edilmesi, yasal yaptırımların güçlendirilmesi gibi iyileştirici faaliyetlerle önlenebilir. (34)

5. Sonuç

Kadın sağlığına birden çok faktör etki etmektedir. Kültür kavramının kapsamı ve kadın yaşamına etkileri gözetildiğinde kadın sağlığı üzerindeki rolü yadsınamaz düzeydedir. Kültürel inanışlar sonucu gelişen kültürel sağlık bakım uygulama ve davranışları kadının sağlık düzeyini belirleyen temel faktörler arasında sayılabilir. Öte yandan göç kavramının beraberinde getirdiği mülteci kadın rolüne ek olarak yaşam koşullarındaki zorluklar, beslenme, barınma ve sağlık hizmetlerine erişim noktasındaki fırsat eşitsizlikleri de kadın sağlığını makro boyutlarda etkilemektedir. Her toplumun kadına salt kültür etrafında şekillenen bakış açısı farklıdır. Toplumsal cinsiyet rollerini şekillendiren temel taşlar bu minvalde oluşmaktadır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin görüldüğü toplumlarda kadın sağlığının olumlu yönde gelişmesini ve esenliğe kavuşmasını beklemek oldukça uzak bir kavram olacaktır.

Kadın yaşamına yakından temas eden başta hemşire ve ebeler olmak üzere tüm sağlık profesyonellerinin:

- Kültürel duyarlılık düzeylerinin arttırılması,
- Kültürel bakımın sağlık hizmetlerine entegre edilerek yapılacak saha araştırmaları ile etkinlik faaliyetlerinin ve geliştirmeye yönelik uygulamaların hayata geçirilmesi,
- Toplumsal süreçlerde ve sağlıkta fırsat eşitliğinin sağlanması adına faaliyetlerde bulunması,
- Yapılacak çalışmalarla kadın sağlığının biricik olduğunun vurgulanması,
- Gelişmiş toplum olma yolunda kadın sağlığının yeri ve öneminin ortaya konması,

rol ve görevlerinden kabul edilerek profesyonelleşmeye katkıda bulunması oldukça kıymetli olacaktır.

Kaynakça

1. Yüksel Kaçan C. Does the nursing students' perceived level of compassion correlate with affect their perception of spiritual care?. Nurse Education Today. 2023;130:105951.

2. Seviğ Ü, Tanrıverdi G. Kültürlerarası Hemşirelik. 1. Baskı. İstanbul:Akademi Basın Yayın; 2014.

3. Aydemir H, CAN HÖ, Tuna N. Doğum Öncesi Dönemde Kültüre Dayalı Ebelik Bakımı ve Ebelik Bakımının Kültürel Bakım Modelleri ile İlişkisi. Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences.2022;7(21): 49-56.

4. Arıkan PDÇ, Aktaş PDAM. Türkiye'de Kadın Sağlığını Etkileyen Sosyo-Ekonomik Faktörler ve Yoksulluk. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 2008;13(13): 21-28.

5. Nirun N, Özönder MC. (1988). Türk sosyo-kültür yapısı içindeki normlar ve fonksiyonları. Erdem. 1988; *5*(11): 339-354.

6. Buran G, Başoğlu M, Cindaş P. Yabancı Uyruklu Öğrencilerin Kültürel Özellikleri, Kadın Sağlığı ve Sağlık Hizmeti Alımı İlişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2023;16(1): 51-62.

7. Yücesoy H, Yıldırım F, Şahin E. İnfertilitenin Kültürel, Ekonomik, Psikososyal ve Cinsel Yönüne Güncel Bir Bakış: Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Androl Bul. 2021;23(4): 256-263.

8. Kothari A, Sriram S. Voices of the Unheard: Women and Infertility in India. Human Arenas. 2024; 7: 212-231.

9. Buran G, Başoğlu M, Cindaş P. Yabancı Uyruklu Öğrencilerin Kültürel Özellikleri, Kadın Sağlığı ve Sağlık Hizmeti Alımı İlişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2023;16(1): 51-62.

10. Pehlivan S, Yıldırım Y, Fadıloğlu Ç. Kanser, kültür ve hemşirelik. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;(4): 168-174.

11. Terkeş N, Bektaş H. Hemşirelik Eğitiminde ve Uygulamalarında Kültür. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2013;29(1): 60-67.

12. Çakır Koçak Y, Sevil Ü. Kadın doğum kliniklerinde yatan hastalara kültürlerarası yaklaşım. Turkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics. 2015;1(3): 52-61.

13. Yorulmaz DS, Karadeniz H. Premenstrual Sendrom Yaşayan Üniversite Öğrencilerinin Yakınmalarını Azaltmaya Yönelik Kültürel Uygulamaları. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi. 2021;9(2): 755-769.

14. Öztürk N. Karadağ G. Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Bebek Bakımına İlişkin Kültürel ve Fonksiyonel Olmayan Uygulamaları. J Health Sci Clin Res. 2023;2(3):117-130.

15. Meral O, Şener A, Şen T. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesine Başvuran Adölesan Gebelerin Tıbbi, Sosyal ve Hukuki Açıdan İncelenmesi. Med Records. 2021;3(2): 73-79.

16. Sevinç HY, Celasin NŞ. Dünyada ve Türkiye'de Annelerin Geleneksel Bebek Bakımı Uygulamaları Farklı Mıdır?. Göbeklitepe Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023;6(12): 1-11.

17. Nyaloko M, Lubbe W, Moloko-Phiri SS, Shopo KD. Exploring cultural determinants to be integrated into preterm infant care in the neonatal intensive care unit: an integrative literature review. BMC Pregnancy and Childbirth. 2023;23(1).

18. Wikberg, AM. A theory on intercultural caring in maternity care. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 2021;35(2): 442-456.

19. WHO. Female genital mutilation. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation Erişim tarihi 4 Ekim, 2024.

20. Avcı K, Özdedeli K. Kadın cinselliği ve kültürel farklılıklar. Kadın Cinsel Sağlığı. 2015;17(1): 224-230.

21. Soyer S. Kadın sünneti: Kültürel dayanakları ve yol açtığı sorunlar. EKEV Akademi Dergisi. 2014;18(60): 403-414.

22. Vijayakumar L. Suicide in women. Indian J Psychiatry. 2015;57(2): 233-S238.

23. Yılmaz S. Toplumsal Cinsiyet Rollerinin Günlük Hayattaki Yansımaları: Çorum/Alaca Örneği. İmgelem. 2018;2(2): 59-79.

24. Aytaç Ö, Kurtdaş MÇ. Sağlık-Hastalığın Toplumsal Kökenleri ve Sağlık Sosyolojisi. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2015;25(1): 231-250.

25. Şimşek H, Kılıç B. Sağlıkta eşitsizliklerle ilgili temel kavramlar. Turkish Journal of Public Health. 2012; 10(2): 116-127.

26. Karakaya H, Cihan Ü. Toplumsal Yapı, İktidar ve Kadın Bedeninin Kurgulanışı. Munzur Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2017;6(11): 5-17.

27. Kırgöz Ö, Kaçan CY, Özdemir A. Türkiye'de yaşayan hemşirelerin göçmen hastalara bakım verirken yaşadıkları sorunların incelenmesi: Sistematik derleme. Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi. 2024;6(1): 39-45.

28. Kara P, Nazik E. Göçün Kadın ve Çocuk Sağlığına Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;7(2): 58-69.

29. Baş M, Molu B. Göç Eden Ailelerin Sosyo-Kültürel ve Ekonomik Değişiminin Kadın ve Çocuk Yaşamına Etkisi. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi. 2017;6(3):1680-1693.

30. Arslan M, Aktaş D. Göçün Getirdiği Yaşamda Kadın Olmak: Üreme Sağlığı ve Hemşirelik Yaklaşımı. Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;4(3): 215-222.

31. Seear KH, Spry EP, Carlin E, Atkinson DN, Marley JV. Aboriginal women's experiences of strengths and challenges of antenatal care in the Kimberley: A qualitative study. Women and Birth. 2021;34(6): 570-577.

32. Hawkey AJ, Ussher JM, Perz J. What do women want? Migrant and refugee women's preferences for the delivery of sexual and reproductive healthcare and information. Ethnicity & Health. 2022:27(8): 1787-1805.

33. Sarıtaş S. Aile İçi Kadına Yönelik Şiddetin Sosyal ve Kültürel Dinamikleri. Motif Akademi Halkbilimi Dergisi. 2023;16(44): 1688-1700.

34. WHO. Violence Against Women. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women. Erişim tarihi 3 Ekim, 2024.

BÖLÜM IV

PALYATİF BAKIM ALAN KOAH HASTALARINDA DİSPNE YÖNETİMİ

Management of Dyspenia in Copd Patients Receiving Palliative Care

Handan AYDIN KAHRAMAN[1] & İbrahim NAS[2]

[1](Dr. Öğr. Üyesi), Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Email: haydin@erzincan.edu.tr
ORCID: 0000-0002-3067-6234

[2](Öğr. Gör. Dr), Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Email: ibrahimnas56@hotmail.com
ORCID: 0000-0001-8858-241X

1. Giriş

Palyatif bakımın amacı yaşamı tehdit eden ciddi hastalığa sahip olan hastaların yaşam kalitelerinin artırılmasıdır (1). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), palyatif bakım ihtiyaçları olan yaşamı sınırlayan bir durumdur. Palyatif bakımın KOAH'lı hastalar için bakım sağlamada oynayabileceği rol konusunda artan farkındalık olmasına rağmen, standart bakıma entegrasyon henüz gelişmemiştir. Palyatif bakım, ileri KOAH olan hasta için çok şey ifade eder. Bu hastaların yaşadığı sıkıntılar, palyatif bakım ortamında sunulan multidisipliner bakım aracılığıyla iyileştirilmesi hedeflenmektedir (2). Hastalığın ilerlemesinin öngörülemezliği ve palyatif bakımın yaşam sonu bakımına eşdeğer olduğu konusundaki bilinmezlikler, ilerleyici KOAH'ın palyatif bakımında hemşirelik süreciyle bütünleşmiş bir hemşirelik kuramıyla verilecek hemşirelik bakımını önemli hale getirmektedir

(3). Palyatif bakıma gereksinimi olan hastaların yaşam kalitesini artırmak için iyi bir semptom yönetimi yapmak gerekmektedir. KOAH tanılı palyatif bakım hastalarında yaşam kalitesini etkileyen birçok semptom vardır. Yaşam kalitesini önemli derecede düşüren ve en sık görülen semptomlardan birisi de solunum zorluğu (dispne)'dur (4).

Palyatif bakımın amaçları arasında yer alan hastaların yaşam kalitelerinin artırılması için KOAH hastalarında dispne yönetiminin hemşireler tarafından iyi koordine edilmesi gerekmektedir. KOAH hastalarında en yaygın ve aktiviteyi sınırlayan semptom olan dispne için tedavi karmaşık olduğu kadar palyatif bakımda dispne yönetimi yeterince anlaşılmamıştır (3). Dispne yönetiminde bakım kılavuzlarının yeterince kullanımını açıklığa kavuşturmak için kanıta dayalı klinik uygulama politikalarına ihtiyaç vardır. Bu bölümde KOAH olan palyatif bakım hastasında dispne yönetimine yönelik çok yönlü bir bakım yaklaşımı vurgulamaktadır.

2. Palyatif Bakım Hastalarında KOAH

KOAH hastalarında özellikle hastalığın ilerleyen dönemlerinde yaşam kalitesi aşamalı olarak azalmaktadır. Hastaların dispneye bağlı gelişen gün içerisindeki aktivitelerindeki kısıtlılıklar sosyal izolasyona yol açmakta, bakım vericilerin yükünü arttırmaktadır (4). KOAH tanılı bireylerin birçoğunda aile içi süreçleri bozulmakta, bağımlılık düzeyi artmakta buna bağlı olarak da yaşam kalitesinde düşme görülmektedir (5). Hasta ve bakım vericilerin yakından desteklendiği palyatif bakım kliniklerinin önemi her geçen gün artmaktadır (6). Palyatif bakım sağlık bakım ekibinin vazgeçilmez üyesi olan hemşirelerin profesyonel bakımıyla amacına ulaşmaktadır. Hemşireler verdikleri bakım ile hastalarla daha fazla zaman geçirmekte ve daha çok iletişim halinde olmaktadır. Böylelikle palyatif bakım alan KOAH hastalarının bakım uygulamalarında hemşire önemli rol almaktadır (7). Hemşireler KOAH hastalarının bakım uygulamalarında hastaya ve bakım vericilerine eğitim vererek bakımın sürekliliğini sağlamakta ve aile üyelerini de desteklemiş olmaktadır (8).

Dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olan KOAH morbiditesi ve mortalitesi yüksek, sağlık bakım sistemleri için zorluk oluşturan ve sağlık harcamalarının artmasına yol açan bir hastalık haline gelmiştir (9). KOAH 21. yüzyılda klinisyenler için önemli bir zorluk oluşturduğundan dünya çapında solunum sistemi hastalıkları arasında ilgi odağı konumunda olmaya devam etmektedir (10). KOAH'ta, solunan havada vücut için zararlı olan gazların

varlığı ile bu gazların partiküllerine çok fazla ve uzun süre maruz kalma fizyopatolojiyi oluşturmaktadır. Böylelikle solunum sistemi organlarındaki özellikle de alveollerdeki fizyolojik sapmalar hava akımının kısıtlanması ile karakterize semptomların meydana gelmesine yol açmaktadır. KOAH ilerleyici, geri dönüşümsüz ancak tedavi ile kontrol edilebilen bir kronik hastalıktır (11).

Dünyadaki en sık görülen üç ölümden birinin KOAH olduğu ileri sürülmüştür (12). Global Burden of Disease (GBD)'ın tamamladığı 2017'deki verilerine göre, dünyada KOAH görülme oranının %3,91, Avrupa ve Orta Asya'da ise %6,09 olduğu bildirilmiştir (13). Amerika'daki en sık üçüncü ölüm nedeni de KAOH olarak gösterilmiştir (14). Türkiye'de ise 2018 yılındaki Sağlık İstatistikleri 'ne göre solunum sistemi hastalıkları ölümlerin %12,48'ini KOAH oluşturmakta ve mortalite nedenleri arasında üçüncü sırada yerini almaktadır. Yani 2018 yılı verilerine göre 421.164 ölümden 23.879'unun KOAH kaynaklı olduğu rapor edilmiştir (15). KOAH ülkeler için önemli derece ekonomik gidere de yol açmaktadır. Dünya çapında sağlık giderlerinin %6'sı solunum sistemi hastalıklarına yönelik olmakla birlikte, %56'sı KOAH için yapılan harcamalardır. Amerika'da KOAH'ın ülke harcamasına maliyeti 20,4 milyar dolar seviyelerindedir (18,19). Türkiye'de de KOAH'ın doğrudan ya da dolaylı olarak ülke ekonomisine maliyeti oldukça fazladır (16,17).

KOAH hastalarında sıklıkla dispne, öksürük, balgam çıkarma, iştahsızlık, bulantı, kusma ve konstipasyon gibi Gastro intestinal Sisteme yönelik değişiklikler, sıvı kaybı, halsizlik, sürekli yorgun hissetme, anksiyete ve depresyon gibi belirtiler yaygın olarak görülmektedir (18,19). KOAH hastalarını olumsuz etkileyen bu semptomlar hastalığın ilerleyici evrelerinde hastaların yaşam kalitesini düşürmektedir (20). Yine tütün ürünlerine maruziyetin devam etmesi, artan dispne, aktivite intoleransı, hipoksi ve solunum cihazlarına bağlı kalma durumları yaşam kalitesini azaltarak anksiyetenin artmasına sebep olmaktadır (21). Bireyin yaşam kalitesinin azalması, bireyi fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak bağımlı veya yarı bağımlı hale getirebilmektedir. Birey, güçsüzlük, sınırlılık, verimli olamama, sosyal izolasyon, günlük yaşam aktivitelerinde geri kalma, ilaçlarını kullanamama, hastane kontrollerine gidememe gibi sorunlar yaşayabilmektedir (22). Bu durumda birey başkasının yardımına ihtiyaç duymaktadır. Özellikle giderek kronikleşen ve güçten düşüren dispne ile diğer sistemik semptomlar yaşamın sonuna doğru uzun dönem bakım gerektirmektedir (23). KOAH hastaları için bu uzun dönem bakımın sağlanabileceği, dispnenin yönetilebileceği ve yaşam kalitesinin arttırılabileceği en uygun alan palyatif bakım klinikleridir (24).

Palyatif Bakım, yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip hastaların yaşam kalitesini arttırma, acılarının erken saptanması, önlenmesi, dindirilmesi, fiziksel ve manevi sorunların giderilmesine yönelik bakımdır (25). Son yıllarda beklenen yaşam süresinin uzaması, yaşlı toplum nüfusunun artması, beslenme alışkanlıklarının değişmesi (dondurulmuş gıda, hazır paket ürünlerin tüketilmesi vb.), temiz su kaynaklarının azalması, çevresel koşulların değişmesi, güvenli çevrenin tehdit altında olması, sedanter yaşam tarzının benimsenmesi, kötü alışkanlıkların özellikle de tütün ürünlerinin kullanım oranlarının git gide artması bireyler için palyatif bakımı gerekli kılmaktadır (26). KOAH hastalarının palyatif bakımı da sağlık hizmeti yönetiminde sağlık profesyonellerine farklı bir bakış açısı kazandırmıştır. Palyatif bakım yaşam sonu bakım olmanın ötesinde, KOAH hastalarına ve aile üyelerine hastalık sürecinde daha erken dönemde profesyonel bakım sunmaktadır (27). KOAH hastaları ve bakım vericileri, hastalık ilerledikçe stres, hastalık yükü, düşük yaşam kalitesi ve yaşam sonu için yetersiz bakım planlaması gibi durumları yaşamaktadır (28). Bu açıdan bakıldığında KOAH hastaları ve bakım vericilerinin palyatif bakım kliniğinde yaşam kalitesini yükseltebilmek için etkili ve destekleyici bakım sunan hemşirelik hizmetine ihtiyaçları olduğunu söylemek mümkündür (29). Hemşirenin palyatif bakım alan KOAH hastalarının bakımında önemli rolleri bulunmaktadır. Bu rollerden en önemlisi de eğitimci rolüyle KOAH hastasının ve bakım vericilerinin yetersiz kaldıkları bakım planlaması konusunda yardımcı olmaktır (30). Hemşire palyatif bakım uygulamalarında hasta ve bakım vericilerine eğitim verir, uzun süren tedavilerde hastanın uyumunu sağlayarak bakımın sürekliliğini kontrol eder, hasta ve bakım vericilerini bakıma katarak hemşirelik bakımının kalitesini arttırmayı hedefler (31). Hemşirelik bakımının kalitesinin arttırılmasında hemşire, hastanın gereksinimlerine yönelik bilimsel temelli bir bakım planı oluşturmalı ve hastaya özgü bakım uygulamalıdır (32). KOAH hastalarının bakımında hastalığa uyum sürecini kolaylaştırmak ve sistematik bakım vermek amacıyla pek çok hemşirelik girişimi kullanılmaktadır (33).

KOAH hastaları için palyatif bakımın daha erken dönemlerde verilmesinin hastalığın seyrine önemli katkılarına (26,27,29) rağmen, KOAH hastalığının erken dönemlerinde palyatif bakımın yaygın olmadığı görülmektedir. Palyatif bakımın, yaşamın sonundaki rolünün ötesinde, KOAH hastalarına, ailelerine ve bakım vericilerine hastalık seyrinde daha erken dönemde sunduğu çok fayda vardır (34). Literatürde KOAH hastalarının palyatif bakımına yönelik boşluklar olmasının yanında dispne yönetimine yönelik karmaşıklık söz konusudur.

KOAH hastalarının palyatif bakımında etkin dispne yönetiminde hemşirelik bakımının sürdürülmesinin kanıta dayalı bakım uygulamalarına dayandırılması bilimsel bir çerçeve içinde katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2.2. Palyatif Bakım alan KOAH Hastalarında Dispne Yönetimine Yönelik Hemşirelik Bakımı

Palyatif bakım uzmanları (hekim, hemşire) hastaların hastalık farkındalıklarını artırmalarına, yaşam durumlarını kabul etmelerine ve azalan yaşam kalitelerini iyileştirmelerine yardımcı olmak için hasta merkezli ve ekip merkezli yaklaşımı sergilemektedirler.

Palyatif bakımda hasta ve yakınlarının gereksinimlerine yönelik verilen hizmet, sağlık bakım ekibinin vazgeçilmez üyesi olan hemşirelerin profosyonel bakımıyla amacına ulaşmaktadır (35). Hemşireler verdikleri bakım ile hastalarla daha fazla zaman geçirmekte ve daha çok iletişim halinde olmaktadır. Böylelikle palyatif bakım alan hastaların bakım uygulamalarında ve bakım vericinin sorumluluklarında hemşire önemli rol almaktadır (36). Hemşireler yaşamı tehdit eden bir hastalığa sahip hastaların bakım uygulamalarında hastaya ve bakım vericilerine eğitim vererek bakımın sürekliliğini sağlamakta, bakım yükünü azaltmakta ve aile üyelerini de desteklemiş olmaktadır (37). Hemşireler palyatif bakım hastalarıyla en uzun süre vakit geçiren sağlık çalışanları olduklarından hasta prognozunu, tedaviye uyumu ve hastaların ihtiyaçlarını tespit etmenin güvenilir yollarını bilmede önemli bir yere sahiptir. Bu durum aynı zamanda KOAH hastalarının palyatif bakımında önemli olmalarının daha belirgin yönüdür. Genellikle hastalarla etkileşim halindeyken gözlemledikleri ayrıntıları diğer bakım üyelerine bildirmeleri bakımı hasta merkezli hale getirmektedir. (38).

Solunum rahatsızlığı ve solunumda sıkıntının öznel bir deneyimi olan dispne, yoğunluğu değişen farklı duyumları (hava açlığı, artan efor ve hızlı nefes alma gibi) içermektedir. Çok sayıda fizyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörden kaynaklanmakta ve ikincil fizyolojik ve davranışsal reaksiyonları tetikleyebilmektedir (39). Dispne, hastanın fizyolojik ve psikolojik durumunu bütünüyle karmaşık bir şekilde bağlantılı çok boyutlu bir deneyim ortaya koymaktadır. Zor nefes alma, boğulma hissi ve hava gereksiniminin artması gibi çeşitli ayırt edilebilir öznel algıları kapsamaktadır. Hastalar arasında dispne algısında ve buna bağlı bozulma derecesinde, altta yatan nedenin sınırlarını aşan önemli bireysel farklılıklar vardır. Genellikle dört haftadan uzun sürdüğünde kronik olarak nitelendirilir (40). KOAH'da da en sıkıntı verici semptomlardan

biri olan dispnede anormal nefes alma çabası, göğsün ağır hissetmesi, hava açlığı veya soluk soluğa kalma deneyimi sık görülmektedir (41).

Palyatif bakım uzmanları KOAH hastalarında dispnenin hastaların yaşamlarını nasıl etkilediği ile ilişkili olarak genel durum değerlendirmesi yapması gerekmektedir. Dispnenin değerlendirilmesi hastanın en az bir yıllık geçmiş dispne deneyimi hakkında iyi bir bilgiye sahip olmayı da içermelidir. Dispne yönetiminde etkili bir hemşirelik bakımında; hekimin reçete ettiği tedavi, pulmoner rehabilitasyon ve hastanın sosyal yönden desteklenmesi oldukça önemlidir (38).

Hasta değerlendirilmesinin detaylı yapılmasından sonra hastanın bireysel ihtiyaçlarına göre dispne yönetimi şunları içerir: (41,42,43,44,45,46,47,48,49)

- Uzun süreli oksijen ve bronkodilatörler tedaviye devam edilir
- Palyatif bakım hastasına tolere edebileceği pozisyonu verme rahat nefes almayı kolaylaştırmaktadır. Hastanın en rahat nefes alacağı pozisyon ortopnedir. Hasta yatağının kenarına oturtulur yemek masası üzerine yastık konularak kolları masa üzerine alınarak başını yastığa koyması istenir. Bu pozisyon solunum yollarına giden havanın ilerlemesini kolaylaştıracaktır.
- Solunum Egzersizi; dispne öz yönetim eğitiminde kişiye özel egzersiz programı yapılmalıdır. Beceriler: Nefes darlığını yönetme stratejileri olarak kullanılacak büzülmüş dudak solunumu ve diyafram solunumu; egzersiz seansları sırasında kalp hızı, dispne ve oksijen satürasyonunun izlenmesi şeklinde olmalıdır.
- Sağlıklı beslenme; önceden verilen talimatlara uyulmalı, besin ihtiyacına göre belenme programı yapılmalıdır.
- Hava yolu temizleme teknikleri hastaya öğretilmelidir.
- Farmakolojik olmayan müdahaleler: Öz yönetim için kapsamlı bir çerçeve oluşturan müdahaleler, her biri dispnenin bütünsel yönetimine farklı bileşenler katkıda bulunan bir dizi sağlıklı yaşam talimatını kapsamaktadır (Tütün ürünlerinden uzak durma, egzersiz yapma, sağlıklı beslenme gibi)
- Gevşeme/bilişsel semptom yönetimi; geri bildirim/problem çözme; öfke/korku/hayal kırıklığı; zindelik/egzersiz; yorgunluk yönetimi, ilaçlar; tedavi kararları alma; depresyon; sağlık ekibini bilgilendirme; sağlık profesyonelleriyle işbirliği yapma.
- Günlük yaşam aktivitelerinin yönetimi; güvenli çevre, iletişim, beslenme, boşaltım, bireysel hijyen, vücut sıcaklığı, hareket, çalışma, cinsellik uyku gibi aktiviteleri destekleme ve takip etme.

• Ağız bakımı; ağız sulandırma uygulamalarının önemi, sıklıkla hafife alınsa da özünde optimal solunum sağlığıyla bağlantılıdır ve dispne öz yönetiminin temel bir yönüdür.

• Beden farkındalığı; bilinçli nefes alma gibi tekniklerle bedensel farkındalığın geliştirilmesi, bireylere dispne deneyimlerini yetkin bir şekilde yönetmeleri için araçlar sağlanmalıdır. Semptomların kendi kendine izlenmesi, bedensel farkındalığı artırmak için bir strateji olarak kullanılabilir

• KOAH hastaları sağlıklı yaşam tarzı davranışları, hastalık anlayışı, ilaç uyumu ve semptom takibi hakkında verileri takip edeceği teknolojileri kullanabilir. WEB uygulamaları üzerinden bilgilenen hastalar, motive olmuş olur ve günlük uygulamalara katılım artar.

• Pozitif sağlık davranış değişiklikleri, dispne öz yönetiminin etkinliğinin zenginleştirir. Bunlar arasında ilaç uyumunun sürdürülmesi, aktif olarak sağlık bilgisi arama, sigarayı bırakmayı hedefleme, sağlıklı bir yaşam tarzını benimseme, duyguları yönetme, bakım planları oluşturma, nefes egzersizlerini dahil etme, enerji tasarrufu ve dijital sağlık platformlarıyla etkileşim şeklindedir.

3. Sonuç

Dünya genelinde KOAH, yaşlanan nüfus, sigara içme ve hava kirliliğinin yüksek olması nedeniyle daha da artan bir yaygınlıkla önemli bir küresel sağlık yükü olmaya devam etmektedir. KOAH'ın sonuçları bireysel sağlığın ötesine uzanmakta sağlık sistemlerine ve topluma önemli ekonomik yükler getirmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, 2030 yılına kadar KOAH'ın dünya çapında üçüncü önde gelen ölüm nedeni olacağını öngörmektedir. Ölüm nedeni olmasının ötesinde yaşam sürecinde dispnenin hava akımı kısıtlayarak yaşam kalitesini düşürmesi üzerinde durulması gereken önemli bir konudur. Palyatif bakım KOAH hastaları için dispnenin yönetimine oldukça katkılar sunmaktadır. Palyatif bakımda multidisipliner ekibin rolü kapsamlı bir yönetim planı sağlamaktır. Bu multisipliner ekibinde içerisinde uzman olarak bulunan özellikle hemşireler KOAH'ın dispneye bağlı komplikasyonlarını önlemede önemli bir palyatif bakım sağlayıcılarıdır.

Bu derleme, dispne yönetiminde farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerin birlikte kullanımını vurgulayarak uygulamada önemli boşluklara atıfta bulunmuştur. Bununla birlikte KOAH hastasının bakım standartlarını ve hastanın yaşam kalitesini iyileştirmek için daha etkili uygulamaları geliştirmeyi amaçlayan bütünsel bir yaklaşımı vurgulayarak hemşirelerin hasta eğitimi ve bakım koordinasyonundaki temel rolünün altını çizmektedir.

Kaynakça

1. Hudson, P., Girgis, A., Thomas, K., Philip, J., Currow, D. C., Mitchell, G. & Moran, J. (2021). Do family meetings for hospitalised palliative care patients improve outcomes and reduce health care costs? A cluster randomised trial. *Palliative medicine*, *35*(1), 188-199.

2. Banturaki, A. (2024). Palliative Care in Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease. In *Palliative Care-Current Practice and Future Perspectives*. IntechOpen.

3. Bailey, P. H., Boyles, C. M., Cloutier, J. D., Bartlett, A., Goodridge, D., Manji, M., & Dusek, B. (2013). Best practice in nursing care of dyspnea: The 6th vital sign in individuals with COPD. *Journal of Nursing Education and Practice*, *3*(1), 108.

4. Rogers, J. B., Modi, P., & Minteer, J. F. (2021). Dyspnea in Palliative Care. *StatPearls [Internet]*.

5. Franca JRFS, Costa FSG, Lopes MEL, Nóbrega MML, França ISX. The importance ofcommunicationin pediatric oncology palliative care: focus on Humanistic Nursing Theory. Rev. Latinoam enferm. 2013;21(3):780-6. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300018

6. Türk Toraks Derneği. Türk Toraks Derneği'nin GOLD 2017 KOAH Raporuna Bakışı, 2017:1-5

7. Akıncı A, Pınar R. Kronik obstrüktif akciğer hastalarının günlük yaşam aktivitelerini yapma sırasında bağımlılık durumları ve etkileyen faktörler. Medical Sciences, 2011, 6: 9-18.

8. Ozalevli S, Ucan E. Farkli dispne skalalarinin kronik obstruktif akciger hastalıgında karsılastırılması. Toraks Dergisi, 2004, 5: 90-94.

9. Lynch T, Connor S, Clark D.(2013). Mapping levels of palliative care development: A global update. Journal of Pain and Symptom Management 45(6):1094- 1106.

10. Robinson, J., Goodwin, H., Williams, L., Anderson, N., Parr, J., Irwin, R., & Gott, M. (2024). The work of palliative care from the perspectives of district nurses: A qualitative study. *Journal of advanced nursing*, *80*(8), 3323-3332.

11. Wang, K., Zhao, S., Yau, S. Z. M., Wei, Y., Li, Y. C., Orr, R. W. C., ... & Yeoh, E. K. (2024, July). Outcomes and Hospital Service Use Among Patients With COPD in a Nurse-and Allied Health–Led Clinic. In *JAMA Health Forum* (Vol. 5, No. 7, pp. e241575-e241575). American Medical Association.

12. Rea, J., Babek, J. T., Anderson, R. M., Bacani, R., Staggs, J., & Vassar, M. (2024). The Current State of Health Inequities in COPD. *Respiratory care*, *69*(2), 238-249.

13. Al Wachami, N., Boumendil, K., Arraji, M., Iderdar, Y., Mourajid, Y., Ghosne, N., ... & Chahboune, M. (2024). Evaluating the Effectiveness of the COPD Assessment Test (CAT) in Screening for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 1623-1633.

14. Zou, X., Sun, P., Chen, M., Nan, J., Gao, J., Huang, X., ... & Jiang, Y. (2024, April). Experience of Older Patients with COPD Using Disease Management Apps: A Qualitative Study. In *Healthcare* (Vol. 12, No. 7, p. 802). MDPI.

15. Worldwide Palliative Care Alliance (2014) Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf Erişim Tarihi: 07.02.2022

16. Kim, J.; Lee, J.H.; Kim, Y.; Kim, K.; Oh, Y.M.; Yoo, K.H.; Rhee, C.K.; Yoon, H.K.; Kim, Y.S.; Park, Y.B.; et al. Association between chronic obstructive pulmonary disease and gastroesophageal reflux disease: A national cross-sectional cohort study. *BMC Pulm. Med.* 2013, *13*, 51.

17. López-Campos, J.L.; Tan, W.; Soriano, J.B. Global burden of COPD. *Respirology* 2016, *21*, 14–23.

18. Fidan, M. (2024). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı bulunan hastaların, pulmoner rehabilitasyon öncesinde ve sonrasında, klinik, transtorasik ekokardiyografik ve kardiyopulmoner test bulgularının karşılaştırılması.

19. Shaddock, E.; Richards, G. Pharmacological management of chronic obstructive pulmonary disease. *S. Afr. Med. J.* 2015, *105*, 790. [

20. Iheanacho, I.; Zhang, S.; King, D.; Rizzo, M.; Ismaila, A.S. Economic burden of chronic obstructive pulmonary disease (COPD): A systematic literature review. *Int. J. Chronic Obstr. Pulm. Dis.* 2020, *15*, 439–460.

21. Akmatov, M.K.; Ermakova, T.; Holstiege, J.; Steffen, A.; von Stillfried, D.; Bätzing, J. Comorbidity profile of patients with concurrent diagnoses of asthma and COPD in Germany. *Sci. Rep.* 2020, *10*, 17945.

22. Güneş ÜY, Kara D, Erbağcı A. (2012). Dispne Yakınması Olan Hastalarda Farklı Dispne Ölçeklerinin Karşılaştırılması. Dokuz Eylül Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 5 (2): 65-71

23. Kara D, Yıldız H. (2013) Dispne Semptomunun Değerlendirilmesinde Dispne Ölçeklerinin Etkinlikleri ve Kullanım Sıklıkları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2 (1): 137-149

24. Al Wachami, N., Guennouni, M., Iderdar, Y., Boumendil, K., Arraji, M., Mourajid, Y., ... & Chahboune, M. (2024). Estimating the global prevalence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, *24*(1), 297

25. Hazer O, Ateşoğlu L. (2017). Yaşam kalitesine geronteknolojik bakış. The Journal of Academic Social Science Studies, Winter II(63): 471-486

26. Kaasa S, Loge JH. (2003). Quality of life in palliative care: principles and practice. Palliative Medicine, 17: 11 /20.

27. Tzelepis F, Hanna JH, Paul CL, Boyes AW, Carey ML, Regan T. (2017). Quality of patient-centred care: Medical oncology patients' perceptions and characteristics associated with quality of care. Psycho-Oncology, 26(11): 1998-2001.

28. Faull, C. (2024). The context and principles of palliative care. *Handbook of palliative care*, 1-15.

29. Palliative Care Curriculum For Undergraduates-PCC4U. (İnternet) (Erişim Tarihi 3 şubat 2022). Who Needs Palliative Care? Erişim adresi: http:// www.pcc4u.org/learning-modules/core-modules/module-1- principles/2-caring/activity-8-who-needs-palliative-care/#print

30. Fusi-Schmidhauser T. Palliative care for patients with advanced COPD in primary care. Praxis.2021;110,15

31. Kuebler K. The Palliative Care Advanced Practice Nurse. Journal of Palliative Medicine.2003;707-714.

32. Disler R, Pascoe A, Luckett T, Donesky D, Irving L, Currow DC, Smallwood N. Barriers to Palliative Care Referral and Advance Care Planning (ACP) for Patients With COPD: A Cross-Sectional Survey of Palliative Care Nurses. American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 2021, 10499091211018192.

33. Steindal, S. A., Hofsø, K., Aagaard, H., Mariussen, K. L., Andresen, B., Christensen, V. L., ... & Larsen, M. H. (2024). Non-invasive ventilation in the care of patients with chronic obstructive pulmonary disease with palliative care needs: a scoping review. *BMC Palliative Care*, *23*(1),

34. Kabalak AA, Öztürk H, Çağıl H. Yaşam sonu bakım organizasyonu: Palyatif bakım. Yoğun Bakım Dergisi 2013;11(2): 56-70

35. Özmen, S. Ö., & Keskin, A. Y. (2024). Challenges Faced by Nurses Working in Palliative Care Centers. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, *33*(1), 42-56.

36. National Comprehensive Cancer Network: NCCN Guidelines Version Palliative Care 1. Erişim adresi: http:// www.nccn.org.

37. Wang TC, Huang JL, Ho WC, Chiou AF. (2016). Effects of a supportive educational nursing care programme on fatigue and quality of life in patients with heart failure: a randomised controlled trial. European Journal of Cardiovascular Nursing, 15(2): 157-167

38. Banturaki, A. (2024). Palliative Care in Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease. In *Palliative Care-Current Practice and Future Perspectives*. IntechOpen.

39. Kong, C. W., & Wilkinson, T. M. (2020). Predicting and preventing hospital readmission for exacerbations of COPD. *ERJ Open Research*, *6*(2).

40. Berliner, D., Schneider, N., Welte, T., & Bauersachs, J. (2016). The differential diagnosis of dyspnea. *Deutsches Ärzteblatt International*, *113*(49), 834.

41. Cameron-Tucker, H. L., Wood-Baker, R., Owen, C., Joseph, L., & Walters, E. H. (2014). Chronic disease self-management and exercise in COPD as pulmonary rehabilitation: a randomized controlled trial. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 513-523.

42. Benzo, R. P., Kirsch, J. L., Dulohery, M. M., & Abascal-Bolado, B. (2016). Emotional intelligence: a novel outcome associated with wellbeing and self-management in chronic obstructive pulmonary disease. *Annals of the American Thoracic Society*, *13*(1), 10-16.

43. Moreno, B., Francia, C., Balada, A., Kostov, B., González-de Paz, L., & Sisó-Almirall, A. (2017). Effectiveness of an educational program for respiratory rehabilitation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease patients in Primary Care in improving the quality of life, symptoms, and clinical risk. *atencion Primaria*, *50*(9), 539-546.

44. Senderovich, H., & Yendamuri, A. (2019). Management of breathlessness in palliative care: inhalers and dyspnea—a literature review. *Rambam Maimonides medical journal*, *10*(1).

45. Effing, T., Monninkhof, E. E., Van Der Valk, P. P., Zielhuis, G. G., Walters, E. H., Van Der Palen, J. J., & Zwerink, M. (2007). Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).

46. Yadav, U. N., Lloyd, J., Hosseinzadeh, H., Baral, K. P., & Harris, M. F. (2020). Do chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) self-management interventions consider health literacy and patient activation? A systematic review. *Journal of clinical medicine*, *9*(3), 646.

47. Hui D, De La Cruz M, Mori M. Concepts and definitions for "supportive care," "best supportive care," "palliative care," and "hospice care" in the published literature, dictionaries, and textbooks, Support Care Cancer, 2013; 21, 659-685.

48. Seven, A. (2018). Palyatif bakım hastalarında Watson'ın insan bakım modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımının dispne yönetimi, anksiyete ve yaşam kalitesine etkisi.

49. Eraydın Ş.Uçar KN. Palyatif Bakımda Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. Turkish Journal of Science and Health, 1(2), 94-107.

BÖLÜM V

ERİŞKİNLERDE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VE PSİKOSOSYAL MÜDAHALELER

Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Psychosocial Interventions in Adults

Ahmet GÖKTAŞ[1] & Emrah DURSUN[2]

[1](Dr. Öğr. Üyesi), Bitlis Eren Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Bitlis
E-mail: agoktas.85@gmail.com
ORCID: 0000-0002-6337-0389

[2](Arş. Gör.), Bitlis Eren Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Bitlis
E-mail: e.dursun@beu.edu.tr
ORCID: 0000-0003-1171-3228

1. Giriş

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocuklarda en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir. (1,2) Bu bozukluk, bireylerin işlevselliğini ya da gelişimini olumsuz etkileyen dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite-dürtüsellik örüntüleriyle karakterizedir. (1,3) ***Dikkat eksikliği,*** kişinin bir görevi yerine getirmede, odaklanmada ve organize olmada zorluk çekmesi anlamına gelmektedir. ***Hiperaktivite,*** bir kişinin uygunsuz durumlarda bile sürekli hareket ediyor gibi görünmesi ya da aşırı kıpırdanması, dokunması ya da konuşması olarak tanımlanır. Yetişkinlerde hiperaktivite, aşırı huzursuzluk ya da çok fazla konuşma anlamına gelir. ***Dürtüsellik*** ise, bir bireyin düşünmeden hareket etmesi ya da kendini kontrol etmede zorluk çekmesidir. Dürtüsellik, aynı zamanda anında ödül alma isteğini ya da tatmini ertelememe

eğilimini kapsar. Dürtüsel bir birey, uzun vadeli sonuçları düşünmeden başkalarını rahatsız edebilir ya da önemli kararlar alabilir. (3)

DEHB, çocukluk çağı hastalığı olmasına rağmen, bütün yaşamı etkileyebilmektedir. Çocukluk döneminde görülme oranı belirgin bir şekilde erkeklerde daha fazla iken, erişkinlerde erkek-kadın oranı eşitlenmektedir. Toplumdaki yaygınlığı yaklaşık olarak çocuklarda %8, ergenlerde %6 ve erişkinlerde %4'tür. Yaş ilerledikçe DEHB'in görülme sıklığındaki azalma, belirtilerin de azaldığını göstermektedir. Özellikle hiperaktivite ve dürtüsellik davranışları zamanla azalmaktadır. Ancak, belirtiler tamamen ortadan kalkmış değildir. Erişkin DEHB'li bireylerde işe başlama güçlüğü, iş yerinde düşük verimlilik, zaman yönetiminde sıkıntılar, birden fazla işe başlamakla birlikte bunları tamamlayamama, toplantılarda oturamama, stresi yönetememe, öfke patlamaları, aklına geleni hemen ifade etme eğilimi, kötü şoförlük ve evlilikle ilgili sorumlulukların yönetiminde ciddi sorunlar sıkça görülmektedir. (4) Bu tür problemler, bireyi psikososyal açıdan çok olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle, bireyin hem aile hem de iş yaşamındaki problemlerle etkili bir şekilde başa çıkması için bireyin psikososyal açıdan desteklenmesi gerekmektedir.

DEHB'li bir erişkinin psikososyal açıdan desteklenmesi ilaç tedavisi ile birlikte psikoterapi ve psikososyal müdahaleleri (bilişsel davranışçı terapi, diyalektik davranış terapisi, stres yönetimi teknikleri, psikoeğitim, farkındalık eğitimi, aile ve evlilik terapisi gibi) içerir. (3,5-10) Psikoterapi ve psikososyal müdahalelerin yanı sıra hemşirelik bakımı kapsamında uygulanan müdahaleler de DEHB'li erişkin bireylere yardımcı olabilir. Kleve ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada hemşirelerin DEHB'li bireylere yönelik tıbbi ve tıbbi olmayan birçok müdahalenin sağlanmasında önemli roller oynayabileceğini göstermiştir. (11) Yapılan çalışmalarda hemşire liderliğinde uygulanan yaşam tarzı müdahalesinin fiziksel ve ruhsal sağlığın sürdürülmesi için DEHB'li yetişkinlere sosyal destek, fiziksel aktivite ve genel ruh sağlığı ile ilgili olumlu değişiklikler sağladığı ortaya konulmuştur. (12,13) Bu bilgiler doğrultusunda, kitabın bu bölümünde erişkinlerde DEHB ile ilgili detaylı bir bilgi verildikten sonra psikososyal müdahaleler ele alınacaktır.

2. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Gözden Geçirme

Bu başlık altında DEHB ile ilgili bilgiler aşağıdaki başlıklar altında sunulmuştur.

- Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
- Yaygınlık
- DEHB'in Belirtileri
  - ✓ Dikkatsizlik
  - ✓ Hiperaktivite-Dürtüsellik
- DEHB için Risk Faktörleri
- DEHB'de Tanı ve Tedavi
- Psikoterapi ve Psikososyal Müdahaleler
  - ✓ Davranış Terapileri
  - ✓ Bilişsel Davranışçı Terapi
  - ✓ Diyalektik Davranış Terapisi
- DEHB'li yetişkinlerin düzenli kalmalarına yardımcı olacak ipuçları

2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB, uzun süren dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik örüntüleriyle ilişkili gelişimsel bir bozukluktur. Çocuklukta başlayan DEHB, gençlik yıllarına ve %65 oranında yetişkinliğe kadar devam edebilir. (14-16) Kalıtım, genetik ve beyin görüntüleme araştırmaları hastalığın biyolojik kökenlerinin anlaşılmasına önemli katkılar yapmıştır. Psikiyatrik bozukluklar içinde iyi tanımlanan bir bozukluk olmasına rağmen, hastalığa yönelik yapılan sosyokültürel itirazlar ve hastalıkla birlikte ortaya çıkan psikiyatrik eş tanılar hastalığın iyi anlaşılamamasına neden olmaktadır. Ayrıca, hastalığın belirli dönemlerde farklı belirtilerinin öne çıkması da kafaları karıştıran etkenlerden biridir. (4) DEHB'den muzdarip çoğu yetişkin, bu hastalığa sahip olduğunun farkında bile değildir. Kapsamlı ve detaylı bir değerlendirme, genellikle geçmiş ve şu an var olan semptomların incelenmesini, tıbbi muayene, öykü alma ve yetişkinlere yönelik puanlama ölçekleri ya da kontrol listelerinin kullanılmasını içerir. DEHB'li yetişkinler ilaç, psikoterapi ya da bunlardan oluşan bir kombinasyonla tedavi edilir. Dikkat dağıtıcı unsurları azaltma ve organizasyonu geliştirme yolları gibi davranış yönetimi stratejileri ve yakın aile üyelerinden destek alma yardımcı olabilir. (1)

2.2. Yaygınlık

DEHB'in toplumdaki yaygınlığı APA'ya göre çocuklarda yaklaşık %8.4 ve erişkinlerde %2.5'tir. (1) Hastalığın en önemli belirtilerinden olan dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik davranışları ilk olarak çocuklar okula

başladığı zaman fark edilmektedir. Sınıfta yerinde duramayan, oyun oynarken arkadaşları ile çok problem yaşayan ve akademik faaliyetlerde geciken çocuklar diğerlerine göre hızlı bir şekilde fark edilmekte ve tıbbi destek alabilmeleri için yönlendirilmektedir. Hastalığın öncü belirtisi hiperaktivite olduğu zaman, dikkatsizlik ile ilgili belirtilerin ön planda olduğu zamanlara göre tedavi arama daha erken olmaktadır. Ancak, tedavi arayışı ve etkin tedavilere ulaşma sayıları bozukluğun yaygınlığına göre çok düşük olduğu belirtilmektedir. (4)

DEHB, erkeklerde kadınlara göre daha yaygındır. (3) Çocukluk döneminde DEHB erkek/kız oranının 2:1 ve 6:1 arasında değiştiği bildirilirken, yetişkinlerde bu oran eşitlenmektedir. Cinsiyet oranındaki bu değişimin bazı açıklamaları bulunmaktadır. (4) Bu açıklamalardan biri, erişkin dönemde dikkatsizlik semptomlarının daha belirgin bir hale gelmesi ve kadınlarda bu belirtilerin daha yaygın olmasıdır. (3,4) Diğer bir olasılık ise, çocukluk döneminde yakın çevre tarafından tanı konulurken, erişkinlerde bireylerin kendi başvurusu ve yakınmalarını ifade etmesidir. Genel olarak dikkatsizlik kişiyi etkilerken, hiperaktivite, dürtüsellik gibi yıkıcı semptomlar çevreye daha fazla rahatsızlık vermekte ve erkeklerde daha çok sorun olarak görülmektedir. (4) Erkek çocukları hiperaktivite ve diğer dışsallaştırıcı semptomları dışa vururken, kızlar genel olarak olumlu olmayan geri bildirimleri içselleştirir, özür diler, uyum göstermeye çalışır, suçu üzerine alır ve hareketsizlik gösterme eğiliminde olurlar. (3,4) Bu nedenle, lise dönemine kadar başarılı öğrenciler olmayı başarabilirler. Ancak, bozukluğun daha sessiz bir şekilde ilerlemesi ve gerekli müdahalelerin yapılamaması, kadınların akademik ve genel yaşam kalitelerine önemli zararlar verebilmektedir. (4) Bu açıklamalardan farklı olarak APA, DEHB'in kızlardan daha çok erkek çocuklarında teşhis edilmesinin erkek çocuklarının DEHB'e sahip olma olasılığının daha yüksek olduğu anlamına gelmediğini belirtmektedir. (1)

2.3. DEHB'in Belirtileri

DEHB'li bireylerin sürekli deneyimlediği önemli üç belirti bulunmaktadır. Bu belirtiler dikkatsizlik (dikkatini vermede zorlanma), hiperaktivite (aşırı enerji harcamak ya da aşırı konuşmak ve hareket etmek) ve dürtüselliktir (düşünmeden hareket etmek ya da kendini kontrol etmekte zorlanmak). (1,3,15,17)

2.3.1. Dikkatsizlik

Dikkatsizlik belirtileri bireylerin aşağıdaki durumlarda sık sık problem yaşamasına neden olmaktadır: (3,15,17)

- Ayrıntılara dikkat etmek, okulda, işte ya da diğer faaliyetler sırasında hatalar yapmak
- Örneğin sohbet ederken, sınavlara girerken, ödevleri tamamlarken ya da sınav kâğıdı okurken görevlere ya da etkinliklere konsantre olmak
- Doğrudan konuşulduğunda dikkatle dinlemek
- Okulda, işte ya da evde talimatları takip etmek ya da görevleri tamamlamak
- Görevleri ve faaliyetleri organize etmek, zamanı yönetmek ve son teslim tarihlerini karşılamak
- Ev ödevleri, büyük projeler ve karmaşık formlar gibi sürekli dikkat gerektiren görevleri tamamlamak
- Sırt çantası, kitap, anahtar, cüzdan ve telefon gibi eşyaları kaybetmek
- İlgili olmayan düşünce ya da uyaranlarla dikkatin kolayca dağılması
- Ev işleri, yapılacak işler ve etkinlikler gibi günlük aktiviteleri ya da ödevler, faturalar, randevular ve telefon görüşmeleri gibi diğer önemli şeyleri unutmak

2.3.2. Hiperaktivite-Dürtüsellik

Hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri aşağıdaki durumlarda sıklıkla ortaya çıkabilir: (3,15,17)

- Aşırı huzursuzluk, kıpırdanma, ellerine ya da ayaklarına vurma ya da otururken kıpırdanma
- Sınıfta ya da ofiste olduğu gibi oturması gerekirken hareket etmek ya da bu durumlarda huzursuz hissetmek
- Uygun olmayan zamanlarda koşmak, tırmanmak ya da hareket etmek
- Sürekli "hareket halinde" olmak ve sanki bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranmak
- Sessizce oyun oynayamamak ya da hobi ve aktivitelere katılamamak
- Aşırı konuşmak
- Sorular tam olarak sorulmadan cevap vermek ya da araya girerek başkalarının cümlelerini tamamlamak
- Oyun oynarken ya da sırada beklerken beklemekte ya da sabırlı olmakta zorlanmak
- Konuşmalarda, oyunlarda ya da toplantılarda başkalarının sözünü kesmek ya da araya girmek

DEHB'in genel olarak dikkat eksikliği, hipareaktivite-dürtsellik ile karakterize olduğunu belirtmiştik. Bu belirtilerin yoğunluğuna göre üç tip DEHB bulunmaktadır. Bunlar; dikkat eksikliğinin ön plana çıktığı dikkatsiz tip, hiperaktivite-dürtüsel görünümün ön plana çıktığı hiperaktif/dürtüsel tip ve hem dikkatsiz tip hem de hiperaktif/dürtüsel tiplerinin her ikisinin de ölçütlerini karşılayan kombine tiptir. (1,16)

Yetişkinlerde dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri beraberinde birçok problemi getirmektedir. DEHB'li yetişkinler dikkat dağınıklığı, zayıf planlama ve organizasyon, ruh hali değişimleri ve öfke problemleri deneyimlemektedir. Daha iyi konsantre olabilmek için gerilim ve risk ararlar, sıklıkla uyuşturucu ve alkol kullanırlar, dürtüsel ve huzursuzdurlar. Bunlara ek olarak, neredeyse her zaman anksiyete, depresyon, bağımlılık, uyku problemleri, bipolar ya da kişilik bozukluğu gibi komorbid bozukluklara sahiptirler. Bu bozukluklar okulda, işte ve ilişkilerde işlevsellikte sorunlara neden olur. Bu nedenle, DEHB'li kişiler genellikle okulda ve işte düşük performans gösterirler. Ayrıca, kaza geçirme olasılıkları daha yüksektir, kronik fiziksel şikayetler nedeniyle genellikle hasta ve verimsizdirler. Yaşadıkları birçok problemin arkasında DEHB yatmaktadır. Ancak, teşhis konmadan tedavi etmek mümkün değildir. Bu bozuklukta teşhisin en önemli avantajı, bozukluğun tedaviye oldukça duyarlı olmasıdır. Ancak yetişkinlikte, tedavi aşamasına kadar uzun bir yolculuk vardır. Çünkü katkıda bulunan tüm faktörlerin analiz edilmesi, kişinin neden diğerlerinden farklı hissettiğinin, kendi seviyesinde çalışmadığının ve verimli olmadığının anlaşılması gerekir. (18)

2.4. DEHB için Risk Faktörleri

Bilim insanlarının henüz DEHB'in nedenlerini belirleyemedikleri belirtilmektedir. (1,3,17) Genetik faktörlerin DEHB'e katkıda bulunduğuna dair artan kanıtlar ve birkaç gen bozuklukla ilişkili olmasına rağmen, bozukluğun nedeni olarak spesifik bir gen ya da gen kombinasyonu belirlenmemiştir. Ancak, DEHB'li bireylerin akrabalarının da sıklıkla DEHB'den etkilendiği belirtilmektedir. DEHB'li çocukların beyinlerinde, bu rahatsızlığa sahip olmayan çocuklara göre anatomik farklılıkların ortaya çıktığına yönelik kanıtlar vardır. Örneğin, DEHB'li çocuklarda beyaz ve gri beyin maddesi hacmi azalmakta ve belirli görevler sırasında farklı beyin bölgesi aktivasyonu göstermektedir. İleri çalışmalar, beynin frontal loblarının, kaudat çekirdeğinin ve serebellar vermisinin DEHB'de etkilendiğini ortaya koyduğu belirtilmektedir. (1) Araştırmacılar genetik faktörlere ek olarak, DEHB'in ortaya çıkma ihtimalini artırabilen

çevresel faktörler üzerinde durmakta ve beyin yaralanmaları, beslenme ve sosyal çevrenin etkisini araştırmaktadır. (3,17) Baş yaralanmaları, ebeveyn ruh hali, aile ortamı, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, hamilelik sırasında toksinlere (alkol, sigara, tütün, kurşun vb.) maruz kalma ve hamilelik sırasında aşırı stres gibi birkaç genetik olmayan faktör de DEHB ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. (1,16) Bütün risk faktörleri dikkate alındığında kalıtım en önemli etkendir. DEHB'in etiyolojisinde kalıtımın etkisinin en az %80 ve geri kalan bölümünde ise çevresel biyolojik etkenlerin sorumlu olduğu belirtilmektedir. (2)

2.5. DEHB'de Tanı ve Tedavi

2.5.1. Tanı

DEHB, çocukluk çağında başlayan ve erişkin döneme kadar devam edebilen bir bozukluktur. DEHB tanısı konulan erişkinler, (12) yaşından önce DEHB'in bazı semptomlarını yaşamışlardır. Yetişkinler en az beş kalıcı dikkatsizlik semptomu ve/ya beş kalıcı hiperaktivite-dürtüsellik semptomu yaşamaktadırlar. Bu semptomlar en az iki ortamda (örneğin, iş, ev, okul; arkadaşlarla ya da akrabalarla, diğer aktivitelerde) olmalı ve iş, okul ya da sosyal hayatının kalitesini etkilemeli ya da azaltmalıdır. (15)

Stres, diğer ruh sağlığı problemleri ve fiziksel hastalıklar DEHB'in belirtilerine benzer semptomlara yol açabilir. Bu nedenle, semptomların sebebini ortaya koymak ve etkili tedavi yöntemlerini belirlemek için bir sağlık hizmeti sağlayıcısı ya da psikiyatri uzmanı tarafından çok yönlü bir değerlendirme yapılmalıdır. Bu değerlendirmede, sağlık hizmeti sağlayıcısı ya da psikiyatri uzmanı kişinin ruhsal durumu, geçmiş tıbbi öyküsü ve alkol ya da madde suistimali gibi diğer problemlere maruz kalıp kalmadığı gibi faktörleri detaylı bir şekilde ele alacaktır. (15)

Kapsamlı bir değerlendirme ayrıca bireyin çocukluk çağındaki davranış öyküsünü ve okul deneyimlerini de içermelidir. Bu bilgileri elde etmek için, psikiyatri uzmanı ya da sağlık hizmeti sağlayıcısı bireyin partnerleri, ailesindeki üyeler, yakın arkadaşları ve bireyi iyi tanıyabilen diğer kişilerle görüşmek için izin isteyebilir. Bir psikiyatri uzmanı ya da sağlık hizmeti sağlayıcısı, bir erişkinin DEHB tanısı için tanı kriterlerini sağlayıp sağlamadığını ortaya koymak için standart davranış puanlama ölçekleri ya da DEHB semptom kontrol listeleri kullanır. Bir birey, çalışma belleği, planlama ve karar verme gibi yetenekler, görsel ya da düşünme becerilerine bakan psikolojik testleri tamamlayabilir. Bu tür testler psikolojik ya da bilişsel olarak güçlü ve zayıf yönlerini belirlemeye

yardımcı olabilir ve olası öğrenme güçlüklerini belirlemek ya da dışlamak için kullanılabilir. (15)

DEHB'de psikiyatrik eş tanı neredeyse bir kuraldır. Çocuklarda ve erişkinlerde genellikle DEHB ile birlikte ortaya çıkan psikiyatrik eş tanılar, anksiyete bozuklukları (obsesif kompulsif bozukluk, tik bozukluğu, panik bozukluk), davranım bozukluğu, karşıt olma/karşı gelme bozukluğu, duygudurum bozuklukları (depresyon, bipolar bozukluk, distimi), alkol/madde kullanım bozuklukları ve öğrenme bozukluklarıdır. Başka ruhsal bozuklukların DEHB ile birlikte ortaya çıkması, DEHB semptomlarının örtük kalmasına, gizlenmesine ya da tedavi sırasında diğer bozukluklarda bozulmalara neden olabilir. (3,4)

2.5.2. Tedavi

DEHB'in birinci basamak tedavisi ilaçtır. Ancak ilaç tedavisi tek başına hastalar için yeterli işlevsel iyileşme sağlamayabilir. (14) Bu nedenle, bozukluğun tedavisi ilaç, psikoterapi ve diğer davranış terapileri ya da genellikle bu yöntemlerin bir kombinasyonundan oluşmaktadır. (1,15,16) Erişkin dönemde psikiyatrik eş tanılar bulunmaktadır. Erişkin yaşamın karmaşıklığı çocukların yaşamından farklı olduğu için, erişkin DEHB'in tedavi edilmesinde daha kapsamlı tedavi yöntemlerine gereksinim vardır. DEHB'in nörobiyolojik bir temeli olduğundan, ilaç tedavisi bütüncül tedavi yaklaşımının en temel unsurlarından biridir. İlaçlar, erişkinlerde tıbbi ve psikiyatrik eş tanılar dikkate alınarak planlanmalıdır. Daha sonra problem odaklı ve yapılandırılmış bilişsel davranışçı psikoterapiler tedaviye eklenmelidir. (4) Cherkasova ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada ilaçla kombine bir şekilde uygulanan bilişsel davranışçı terapi, DEHB semptomları, organizasyon becerileri ve benlik saygısında tek başına uygulanan bilişsel davranışçı terapiye göre daha fazla ve daha hızlı iyileşme sağlamıştır. (19) Manos (2015) yetişkin DEHB'in etkili tedavisi için çok modlu bir stratejide psikososyal terapi ve farmakoterapinin kombinasyonunun önemli bir rol oynadığını belirtmektedir. (20)

Erişkin DEHB'i değerlendirirken, çocukluk çağından farklı bir şekilde ortaya çıkan yetişkin yaşamın karmaşık olması ve ilerleyen yaşın beraberinde getirdiği belirti değişimleri dikkate alınmalıdır. DEHB, erişkin dönemde bireylerin duygularını, davranışlarını, ilişkilerini ve kendilerini nasıl değerlendirdiklerini önemli ölçüde etkilemektedir. Yetişkinlikte benlik saygısı ve utanmanın en önemli belirleyicisi, bireyin çocukluk ve ergenlik dönemlerinde kendini nasıl değerlendirdiğidir. Erişkinlikteki DEHB vakaları, çocukluk döneminden itibaren

başlayan ve etkili baş etme becerilerini zorlaştıran çok önemli nöropsikiyatrik hastalıklara sahiptir. DEHB'li bireylerde organize olamama, dikkatin dağılması, verilen görev ve sorumlulukları yerine getirememe ve dürtüsellik içeren davranışlar gibi belirtiler, etkili baş etme becerilerini geliştirme ya da kullanma yeteneklerini engelleyebilir. Bu becerilerin eksikliği nedeniyle, çoğu kişi tekrar eden başarısızlıklar yaşamış ya da bir yenilgi olarak nitelendirilebilecek deneyimler edinmiştir. Bu başarısızlıklar, bireylerin kendileri hakkında olumsuz düşünceler geliştirmesine sebep olabilir ve üstlendikleri görev ve sorumlulukları ile ilgili işlevsel olmayan düşünceler geliştirmelerine neden olabilir. Sonuç olarak, bu tür olumsuz inanç ve düşünceler, mevcut kaçınma davranışlarını ve dikkatin dağılmasını artırabilir. Görev ve sorumluluklarını yerine getirirken karşılaştıkları sorunlar, dikkatlerinin daha fazla dağılmasına ve daha kötü davranışsal belirtiler sergilemesine yol açabilir. Tedavi sürecinde, DEHB'li bireyler genellikle planlama ve organizasyon zorlukları, kaçınma davranışları, iletişim güçlükleri, dikkat dağınıklığı, öfke, anksiyete ve depresyon, gibi belirtiler üzerine odaklanan yapılandırılmış bilişsel davranışçı psikoterapilerden büyük yarar sağlayabilirler. (4)

İlaç tedavisi: İlaç tedavisi birçok kişide hiperaktivite ve dürtüsel davranışları azaltarak odaklanma, çalışma ve öğrenme ile ilgili yeteneklerini geliştirir. Bazı durumlarda kişi için işe yarayan doğru ilacı bulabilmek için daha önce birkaç farklı ilaç ya da dozaj denenmelidir. İlaç kullanan herkes, ilacı tavsiye eden doktor tarafından yakından izlenmelidir. (3) DEHB tedavisinde en çok kullanılan ilaç türü uyarıcılardır (Stimulants). Bu ilaçların oldukça etkili olduğu belirtilmektedir. Bu ilaç düşünme ve dikkatte önemli rol oynayan beyin kimyasallarından dopamin ve norepinefrini artırır. Uyarıcı ilaçlar tıbbi gözetim altında güvenli olduğu kabul edilir. Her ilaçta olduğu gibi yan etkileri olabilir. Bu nedenle, sağlık hizmeti sağlayıcısının bireyin ilaca nasıl tepki verdiğini izlemesi gerekir. (3,15)

DEHB'in ilaç tedavisinde uyarıcı olmayan ilaçlar (Non-stimulants) da kullanılmaktadır. Bu ilaçların işe yaramaya başlaması uyarıcı ilaçlardan daha uzun sürebilir. Ancak, odaklanmayı, dikkati ve dürtüsel davranışları iyileştirebilir. Uyarıcı ilaçların etkili olmadığı durumlarda ya da uyarıcı ilacın etkinliğini artırmak için kombinasyon halinde kullanılabilir. DEHB'li yetişkinlerin tedavisinde bazen antidepresanlar da kullanılmaktadır. Antidepresan ilaçlar DEHB'in bütün semptomlarına yardımcı olabilir ve bir hastada uyarıcı ilaçların rahatsızlık veren yan etkilerinden dolayı antidepresan ilaçlar yazılabilir. Hastada anksiyete bozuklukları, depresyon ya da herhangi bir duygudurum bozukluğu

varsa, antidepresanlar uyarıcı ilaçlarla birlikte yarar sağlayabilir. Bireyler bir sağlık hizmeti sağlayıcısıyla kullanacakları DEHB ilaçlarını görüşürken almakta oldukları ilaçlar varsa bunları belirtmelidir. Hipertansiyon, diyabet, depresyon ve anksiyete gibi yetişkinlerde görülen sağlık problemlerine yönelik kullanılan ilaçlar DEHB'de kullanılan uyarıcı ilaçlarla etkileşime geçebilir. Bu tür durumlarda, bir sağlık hizmeti sağlayıcısı başka ilaç seçenekleri önerebilir. DEHB'in ilaç tedavisinde doktorlar ve hastalar en iyi ilacı, dozu ya da ilaç kombinasyonunu bulmak için birlikte çalışabilirler. (3,15)

Psikostimülan ilaçlar (metilfenidat, amfetaminler) DEHB'in tedavisi için ilk basamak farmakolojik tedaviler olduğu belirtilmektedir. DEHB hastalarında amfetaminler FDA tarafından onaylanan tek ilaçtır. Ancak, davranışsal müdahalelerin yetersiz kaldığı durumlarda amfetaminler yerine metilfenidatın yararlı olabileceği bildirilmektedir. Alfa agonistler (klonidin, guanfasin) ve seçici nor-epinefrin geri alım inhibitörü atomoksetin, DEHB tedavisinde FDA'nın onayladığı diğer tedavi seçenekleridir. Geceleri alınan ve ilaç etkisini ertesi sabah başlatan Jornay (metilfenidat uzatılmış salımlı), bir amfetamin bandı olan Xelstrym (dekstroamfetamin) dahil olmak üzere DEHB tedavisi için FDA onaylı yeni ilaçlar da bulunmaktadır. Bu ilaçlar, stimülan olmayan Qelbree (viloksazin), Adhansia (metilfenidat hidroklorür), Dyanavel (amfetamin uzatılmış salımlı oral süspansiyon), Mydayis (karışık tuzlar amfetamin ürünü) ve Cotempla'dır (metilfenidat uzatılmış salımlı oral tabletler). (1)

Terapi ve ilaç tedavisi, DEHB için en etkili tedavi yöntemleridir. Bu tedavilere ek olarak bazı stratejiler DEHB semptomlarının tedavi edilmesine yardımcı olabilir. Bu stratejiler şunlardır: (15)

- Özellikle aşırı hareketli ya da kendinizi huzursuz hissettiğinizde düzenli bir şekilde egzersiz yapın.
- Her gün düzenli ve sağlıklı yiyeceklerle beslenin.
- Yeterli ve düzenli bir uyku alışkanlığınız olsun. Yatmadan en az bir saat önce ekrana maruz kalmamaya çalışın ve her gece 7-9 saat arasında uyuyun.
- Zaman yönetimi ve organizasyon üzerinde çalışarak plan yapın.
- Zaman açısından önemli olan görevlerinize öncelik verin.
- Ödevlerinizi, mesajlarınızı, randevularınızı ve önemli düşüncelerinizi not edin.
- İnsanlarla etkileşim halinde olun ve ilişkilerinizi sürdürmeye çalışın. Arkadaşlarınızla, özellikle DEHB ile ilgili yaşadığınız zorlukları anlayabilecek destekleyici kişilerle birlikte aktiviteler planlayın.

• İlaçlarınızı belirtildiği şekilde kullanın. Alkol, tütün ve uyuşturucu kullanımından kaçının.

3. DEHB'de Psikoterapi ve Psikososyal Müdahaleler

DEHB için psikolojik müdahaleler birçok şekilde olabilir. Bir DEHB tedavisine terapi eklemek, bazı kişilerin günlük zorluklarla daha etkili baş etmesine, güven kazanmasına ya da dürtüsel ve riskli davranışları yönetmesine yardımcı olabilir. Terapi özellikle DEHB'in anksiyete, depresyon, davranış sorunları ya da madde kullanım bozuklukları gibi diğer zihinsel bozukluklarla birlikte ortaya çıkması durumunda faydalıdır. (17) DEHB'li hastalar için farmakoterapiye önemli bir ek olan psikososyal terapi, hastaların yaşam alanlarında işlevsel performansı iyileştirmelerini sağlar ve ilaçla elde edilen semptom azaltmanın faydalarını en üst düzeye çıkarır. (20) DEHB'in tedavisinde bazı psikososyal müdahalelerin semptomları yönetmeye ve işlevselliği iyileştirmeye yardımcı olduğu belirtilmektedir. (17) Son zamanlarda DEHB'i farmakolojik olmayan müdahaleler kullanılarak tedavi etmek için yapılan çalışmalarda büyük artış olmuştur. (14) DEHB'li yetişkinlerin çok çeşitli psikososyal sorunları ve aile, iş, eğitim hayatı gibi birçok alanda ortaya çıkan düşük işlevsellik düzeylerinden dolayı farmakolojik tedavi dışında psikoterapötik tedavi arayışlarının son on yılda artış gösterdiği belirtilmektedir. (21)

Yetişkin bireylerin psikososyal müdahalelere devam etmesini engelleyen bazı faktörler bulunmaktadır. Tedavinin başarılı olabilmesi için bu faktörlere dikkat etmek gerekir. DEHB'li hastalar, uzun zaman alması ve aşırı maliyet nedeniyle psikososyal tedaviye başlama konusunda isteksiz olabilirler. Psikososyal terapiye katılmaya yönelik ilk tepkiler olumlu, zorluklarının tanımlanabilir ve tedavi edilebilir olduğuna dair bir rahatlama hissi olsa bile, bunun yaşamları üzerindeki algılanan etkisi yas duygusu yaşamalarına ve olumsuz tepkiler geliştirmelerine neden olabilir. Psikopatolojinin bir hastalık modeli genellikle tanısal bir özet sunumda aktarıldığından, hastalar yaşamlarının hastalık tarafından olumsuz etkilendiği bir gelecek düşünmeye başlayabilir ve rahatsızlığın isteklerini yeniden şekillendireceğini ve sınırlayacağını hayal edebilirler. Bu düşünce genellikle sonraki seanslarda pekiştirilir. Çünkü terapi başladığında, koşulların iyileşmeden önce kötüleşmesi nadir değildir. Hastalar tedavinin işe yaramadığını düşünmeye başlayabilir ve bu da erken bırakmaya yol açabilir. (20) Terapi başladığında hastaların karşılaşabileceği bu tür duygulara yönelik bilgilendirme yapılması terapinin devamlılığı açısından çok önemlidir.

Davranış terapileri: Davranış terapileri, bireyin davranışlarını değiştirmesine yardımcı olur. Görevleri düzenlemek ya da okul ödevlerini tamamlamak, sosyal becerileri öğrenmek ya da kişinin davranışlarını izlemek gibi pratik yardımları içermektedir. (17)

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT): Bireyin dikkat ve konsantrasyon zorluklarının farkına varmasına ve odaklanma ve organizasyonu iyileştirme ve günlük görevleri tamamlama becerileri üzerinde çalışmasına yardımcı olur. Örneğin, büyük görevleri daha küçük, daha yönetilebilir adımlara bölerek tamamlanmasını sağlayabilir. (17) BDT'nin DEHB'li erişkinlerde değerlendirildiği bir çalışmada BDT uygulanan grubun DEHB hakkında bilgi, öz yeterlilik ve öz saygı ölçümlerinde kontrol grubuna göre önemli gelişme gösterdiği saptanmıştır. Aynı çalışmada katılımcıların oturumlara ilişkin değerlendirmeleri, DEHB'li diğer yetişkinlerle kişisel deneyimlerini paylaşmanın müdahalenin önemli bir yönü olduğunu göstermiştir. BDT'nin DEHB'li yetişkinler için kabul edilebilir ve uygun maliyetli bir müdahale olduğu sonucuna varılmıştır. (22) Başka çalışmalarda da BDT alan hastaların almayan hastalara göre önemli ölçüde daha fazla tedaviye yanıt verdikleri ve DEHB semptomlarında iyileşme olduğu bulunmuştur. (23,24) BDT'nin yetişkinler üzerine etkisi ile ilgili yapılan bir meta-analiz çalışmasında BDT'nin DEHB'li yetişkin hastaları olumsuz etkileyen bazı alanlarda etkili olduğu belirtilmiştir. (25)

Diyalektik Davranış Terapisi (DDT): DDT, Marsha Linehan tarafından ilk olarak kronik intihara meyilli bireylerin tedavisi için geliştirilmiş yoğun, kapsamlı, çok modlu bir psikososyal müdahaledir. Bilişsel, davranışsal ve farkındalık temelli teknikler üzerine inşa edilen DDT, diyalektiğin kapsayıcı bir çerçevesi içinde davranışçılık, Zen felsefesi ve Hristiyan tefekkür duası ilkelerini birleştirir. Tedavinin birincil amacı, danışanların "yaşamaya değer bir hayat" geliştirmelerine yardımcı olmak ve böylece intihar davranışlarının artık gerekli olmamasını sağlamaktır. DDT, genellikle borderline kişilik bozukluğu kriterlerini karşılayan ve karmaşık, yüksek riskli ve çoklu tanı sorunları olan kronik intihara eğilimli bireylere standart davranış ilkeleri ve sosyal öğrenme teorileri uygulanırken karşılaşılan sorunlara yanıt olarak geliştirilmiştir. (26) DDT, kutuplaşma, gerilim ve sentezin diyalektik süreçlerine dikkat etmesi ve bunları kasıtlı olarak kullanması, terapötik ilişki içindeki danışan ve terapist davranış kalıplarının anlaşılması, terapistlerin anlık tedavi stratejileri seçimi ve vaka danışmanlığı ve tedavinin diğer tüm yönleri açısından farklı bir davranış terapisi yaklaşımıdır. (27) DDT, DEHB'li yetişkinlerde ilaç tedavisi ile birlikte kombine bir şekilde kullanılmaktadır. Yürütülen çalışmalarda

diyalektik davranış terapisinin DEHB'in semptomlarını azaltmada ve kontrol etmede ve yetişkin bireylerde yaşam kalitesini ve psikososyal becerileri artırmada etkili olduğu bulunmuştur. (21,28) Halmøy ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında tedavinin sona ermesinden altı ay sonra bile DDT'nin etkisinin devam ettiği saptanmıştır. Bu nedenle, klinik ortamlarda DEHB'li yetişkinler için DDT'nin farmakolojik olmayan önemli bir tedavi seçeneği olduğu vurgulanmıştır.

Yetişkin DEHB'in tedavisinde ilaçla birlikte davranış terapileri birçok çalışmada ele alınmıştır. Bunların yanında DEHB tedavisinde önerilen başka psikososyal müdahaleler de bulunmaktadır. Bu müdahaleler aile ve evlilik terapisi, stres yönetimi teknikleri, destek grupları, ebeveynlik becerileri eğitimi, farkındalık eğitimi (mindfulness) ve psikoeğitimdir. (3,9) Bu müdahalelerden biri olan aile ve evlilik terapisi, aile üyelerinin yıkıcı davranışlarla başa çıkmayı öğrenmelerine, davranış değişikliklerini teşvik etmelerine ve çocuklar ve eşlerle etkileşimlerini geliştirmelerine yardımcı olan bir terapidir. (17) Farkındalık eğitimi ve psikoeğitim de DEHB tedavisinin önemli psikososyal müdahalelerinden biridir. Hoxhaj ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında hem farkındalık eğitiminin hem de psikoeğitim müdahalesinin DEHB semptomlarını azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. (9) Farmakolojik tedavi gören yetişkinlerde psikoeğitimin bilişsel davranışçı terapiye kıyasla etkinliğini değerlendiren bir çalışmada her iki tedavinin de dikkatsizlik, hiperaktivite, dürtüsellik ve öz saygıda istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler sağladığı ortaya konulmuştur. Her iki gruptaki hastalar anksiyete semptomlarında azalma ve depresyonda önemli ölçüde daha düşük puanlar elde ettiği bulunmuştur. Ayrıca, yaşam kalitesinde iyileşme ve öz bildirimde algılanan ve klinisyen raporuyla değerlendirilen daha düşük genel şiddette istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği ve psikoeğitimin DEHB'in temel semptomlarını azaltmada etkili bir tedavi olduğu ortaya konulmuştur. (29) DEHB tedavisinde önemli psikososyal yaklaşımlardan biri de destek gruplarıdır. Erişkin DEHB'li bireyler, destek grupları, aileleri, arkadaşları ve birlikte çalıştığı kişiler ile tanıları hakkında konuşarak sosyal destek ve daha iyi baş etme becerileri elde edebilirler. Hayatınızda bulunan kişiler hastalığınızın farkında olursa, davranışlarınızı daha iyi anlayacaklardır. Aile ve çiftler için psikoterapi, ilişkideki problemlerin çözülmesine yardımcı olabilir ve duruma dahil olan herkese DEHB hakkında bilgi verebilir. DEHB'li yetişkinler için bu şekilde oluşturulan destek gruplarının yararlı olabileceği belirtilmektedir. (15)

Literatürde bilişsel terapi ya da grup eğitimi temelinde farkındalık terapilerinin uygulandığı çalışmalar da bulunmaktadır. (5-8,10) Edel ve

arkadaşlarının (2017) çalışmasında DEHB semptomlarında azalma ve farkındalık ile öz yeterlikte iyileşme ortaya çıktığı bulunmuştur. (8) Diğer çalışmalarda da DEHB semptomlarının önemli ölçüde azaldığı, farkındalık becerilerinde, öz şefkatte ve ruh sağlığında iyileşmeler olduğu saptanmıştır. (5-7)

Yukarıdaki çalışma sonuçlarını dikkate aldığımızda DDT, DEHB'li yetişkinlerin tedavisinde hem etkili hem de yenilikçi bir psikososyal müdahale yöntemi olarak öne çıkmaktadır. DDT›nin, bilişsel, davranışsal ve farkındalık temelli tekniklerin birleşimini içeren kapsamlı yapısı, özellikle karmaşık ve yüksek riskli durumlar için uygun bir tedavi seçeneği sunmaktadır. Bu terapi yöntemi, yetişkinlerin DEHB semptomlarını azaltma ve yaşam kalitesini artırma konusunda etkili olabileceği ortaya konulmuştur. Klinik çalışmalar, DDT'nin farmakolojik tedaviye ek olarak etkili bir seçenek olduğu ve tedavi sürecinin ardından uzun süreli olumlu etkiler gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bunun yanı sıra, DEHB'in tedavisinde psikososyal müdahalelerin çeşitliliği, aile ve evlilik terapisi, farkındalık eğitimi, psikoeğitim ve destek gruplarının da önemli roller oynadığını göstermektedir. Her bir tedavi yönteminin, bireylerin ihtiyaçlarına uygun şekilde entegrasyonu, DEHB tedavisinde en iyi sonuçları elde etmek için kritik öneme sahiptir. Kısacası, DDT ve diğer psikososyal yaklaşımların kombinasyonu, DEHB'li bireylerin yaşam kalitesini artırmada ve semptomları yönetmede güçlü bir temel oluşturmaktadır.

3.1. DEHB'li Yetişkinlerin Düzenli Kalmalarına Yardımcı Olacak İpuçları

Profesyonel bir danışman ya da terapist, DEHB'li bir yetişkinin aşağıdaki araçlarla hayatını nasıl düzenleyeceğini öğrenmesine yardımcı olabilir: (3)

- Rutin tutmak.
- Farklı görevler ve aktiviteler için listeler yapmak.
- Etkinlikleri planlamak için bir takvim kullanmak.
- Hatırlatma notları kullanmak.
- Anahtarlar, faturalar ve evrak işleri için özel bir yer belirlemek.
- Büyük görevleri daha yönetilebilir, daha küçük adımlara bölmek. Çünkü görevin her bir bölümünü tamamlamak bir başarı hissi sağlar.

4. Sonuç

Bu bölümde, mevcut literatür doğrultusunda erişkinlerde DEHB ve psikososyal müdahaleler ele alınarak değerlendirilmiştir. DEHB, çocukluk

döneminde başlayan ve erişkinliğe kadar devam edebilen, karmaşık ve multidisipliner bir yaklaşıma ihtiyaç duyan bir psikiyatrik bozukluktur. Erişkin dönemde, DEHB'in belirtileri genellikle dikkat dağınıklığı, hiperaktivite ve dürtüsellik gibi semptomlarla kendini göstermekte, bu da bireylerin bireysel ve profesyonel yaşamlarında önemli zorluklar yaşamasına yol açmaktadır.

DEHB'in tanı ve tedavisinde, hem farmakolojik hem de psikososyal müdahalelerin bir arada kullanılması tedavinin başarılı olabilmesi için önemlidir. İlaç tedavisi, özellikle uyarıcı ilaçlar, DEHB semptomlarını yönetmede etkili olmasına rağmen, çoğu zaman tek başına yeterli olmamaktadır. Bu nedenle, psikoterapi ve davranışsal müdahalelerle desteklenmiş bir tedavi yaklaşımı, tedavi sürecinin başarısını artırmaktadır. Psikoterapilerin yanı sıra, hemşirelik bakımı ve diğer psikososyal destekler, DEHB'li bireylerin yaşam kalitesini iyileştirebilir ve genel işlevselliklerini artırabilir.

Erişkin DEHB'li bireylerdeki tedavi süreci, karmaşık belirtiler ve eşlik eden psikiyatrik bozukluklar göz önüne alındığında, multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Psikososyal desteklerin ve hemşirelik müdahalelerinin DEHB'li bireylerin tedavi süreçlerinde önemli bir rol oynayabileceği, fiziksel ve ruhsal sağlığı koruma açısından belirgin faydalar sağladığı vurgulanmıştır. Bu bağlamda, DEHB'li bireylerin hemşirelik bakımı, sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi ve uygun psikoterapi yöntemlerinin uygulanması, tedavi süreçlerinin etkinliğini artırmada kritik öneme sahiptir. DEHB'in tedavisinde psikoterapi ve psikososyal müdahalelerin rolü, farmakolojik tedavilerin yanı sıra önemli bir tamamlayıcı bileşen olarak ön plana çıkmaktadır. Psikoterapi ve diğer psikososyal müdahaleler, DEHB'li bireylerin günlük yaşamda karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmalarını, işlevselliği artırmalarını ve genel yaşam kalitelerini iyileştirmelerini desteklemektedir.

Davranış terapileri ve BDT, DEHB semptomlarını yönetmede etkili yöntemler olarak kabul edilmektedir. BDT'nin, dikkat ve konsantrasyon sorunlarını iyileştirme, görev tamamlama becerilerini artırma ve bireylerin öz yeterliliklerini geliştirme konusunda sağladığı faydalar geniş çapta belgelenmiştir. Ayrıca, DDT, özellikle yüksek riskli ve karmaşık durumlarda etkili olabilmekte ve DEHB semptomlarını azaltmada önemli bir rol oynamaktadır. Farkındalık eğitimi ve psikoeğitim, DEHB'li bireylerin semptomlarını yönetmelerine yardımcı olabilecek diğer etkili müdahalelerdir. Bu yaklaşımlar, hem bilişsel hem de davranışsal düzeyde iyileşmeler sağlayarak bireylerin yaşam kalitelerini artırmaktadır. Aile ve evlilik terapisi ile destek grupları, DEHB'li bireylerin sosyal destek ağlarını güçlendirmeye ve aile içi ilişkileri iyileştirmeye yönelik

önemli araçlar sunmaktadır. Bu tür müdahaleler, aile üyelerinin ve bireylerin DEHB ile daha etkin bir şekilde başa çıkmalarını sağlayabilir. Bununla birlikte, DEHB'li bireylerin psikoterapi ve psikososyal müdahalelere devam etmelerini engelleyen bazı zorluklar ve engeller bulunmaktadır. Psikososyal tedavilerin uzun süreli ve maliyetli olması, hastaların tedaviye başlamada isteksiz olmalarına neden olabilir. Ayrıca, terapi sürecinin başlangıcında yaşanan zorluklar ve semptomların kötüleşmesi, bireylerin tedaviye olan motivasyonlarını etkileyebilir. Bu nedenle, tedavi sürecinde karşılaşabilecek bu duygulara yönelik bilgilendirme yapmak ve destek sağlamak önemlidir.

DEHB tedavisinde psikoterapi ve psikososyal müdahalelerin etkinliği, semptomları yönetme ve işlevselliği artırma açısından önemli bir katkı sağlamaktadır. Farmakolojik tedavi ile kombine bir şekilde kullanıldığında, bu müdahaleler bireylerin günlük yaşamlarındaki zorluklarla daha etkili bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olabilir. Psikoterapi ve diğer psikososyal yaklaşımların, DEHB'li bireylerin genel iyilik halleri üzerinde olumlu etkiler yarattığı ve tedavi süreçlerinde önemli bir rol oynadığı görülmektedir. DEHB'in etkili yönetimi için bireylerin kapsamlı bir değerlendirmeden geçirilmesi ve tedavi planlarının kişiye özel olarak oluşturulması gerekmektedir. Gelecekte yapılacak araştırmalar, DEHB'in biyolojik ve çevresel etkenlerini daha iyi anlamak, tedavi yöntemlerini geliştirmek ve bireylerin yaşam kalitesini daha da artırmak amacıyla bu alandaki bilgileri genişletecektir.

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. (2022). What is ADHD? https://www.psychiatry.org/patients-families/adhd/what-is-adhd Erişim tarihi 10 Eylül, 2024

2. Özbay A, Kayhan Z. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun (DEHB) Nedenleri ve Tedavi Yöntemleri. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2024;23(89):394-406.

3. National Institute of Mental Health. (2023). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. https://www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd Erişim tarihi 8 Eylül, 2024

4. Türkiye Psikiyatri Derneği. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. https://psikiyatri.org.tr/halka-yonelik/33/eriskin-dikkat-eksikligi-ve-hiperaktivite-bozuklugu Erişim tarihi 09 Eylül, 2024

5. Janssen L, Kan CC, Carpentier PJ, ve ark. Mindfulness based cognitive therapy versus treatment as usual in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). BMC psychiatry. 2015;15:1-10.

6. Janssen L, Kan CC, Carpentier PJ, ve ark. Mindfulness-based cognitive therapy v. treatment as usual in adults with ADHD: a multicentre, single-blind, randomised controlled trial. Psychological medicine. 2019;49(1):55-65.

7. Janssen L, de Vries AM, Hepark S, Speckens AE. The feasibility, effectiveness, and process of change of mindfulness-based cognitive therapy for adults with ADHD: A mixed-method pilot study. Journal of Attention Disorders. 2020;24(6):928-942.

8. Edel MA, Hölter T, Wassink K, Juckel G. A comparison of mindfulness-based group training and skills group training in adults with ADHD: An open study. Journal of attention disorders. 2017;21(6):533-539.

9. Hoxhaj E, Sadohara C, Borel P, ve ark. Mindfulness vs psychoeducation in adult ADHD: a randomized controlled trial. European archives of psychiatry and clinical neuroscience. 2018;268:321-335.

10. Geurts DE, Schellekens MP, Janssen L, Speckens AE. Mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in adults with ADHD. Journal of Attention Disorders. 2021;25(9):1331-1342.

11. Kleve L, Vårdal L, Elgen IB. The nurse role in the management of ADHD in children and adolescent: A literature review. Frontiers in psychiatry. 2022;13:676528.

12. Björk A, Rönngren Y, Hellzen O, Wall E. The importance of belonging to a context: a nurse-led lifestyle intervention for adult persons with ADHD. Issues in mental health nursing. 2020a;42(3):216-226.

13. Björk A, Rönngren Y, Wall E, Vinberg S, Hellzen O, Olofsson N. A nurse-led lifestyle intervention for adult persons with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in Sweden. Nordic Journal of Psychiatry. 2020b;74(8):602-612.

14. Fullen T, Jones SL, Emerson LM, Adamou M. Psychological treatments in adult ADHD: a systematic review. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2020;42(3):500-518.

15. National Institute of Mental Health. (2021). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults: What You Need to Know. https://www.nimh.nih.gov/health/publications/attention-deficit-hyperactivity-disorder-what-you-need-to-know Erişim tarihi 10 Eylül, 2024

16. US Centers for Disease Control and Prevention. (2024). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) https://www.cdc.gov/adhd/about/index.html Erişim tarihi 13 Eylül, 2024

17. National Institute of Mental Health. (2024). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: What You Need to Know. https://www.nimh.nih.gov/

health/publications/attention-deficit-hyperactivity-disorder-what-you-need-to-know Erişim tarihi 10 Eylül, 2024

18. Kooij JJS. Adult ADHD: Diagnostic assessment and treatment. 4th ed. Switzerland: Springer Science & Business Media; 2022.

19. Cherkasova MV, French LR, Syer CA, ve ark. Efficacy of cognitive behavioral therapy with and without medication for adults with ADHD: A randomized clinical trial. Journal of attention disorders. 2020;24(6):889-903.

20. Manos MJ. Psychosocial therapy in the treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. Postgraduate medicine. 2013;125(2):51-64.

21. Ulusoy V, Bilican IF. Dialectical behavior therapy for adult attention deficit hyperactivity disorder: a narrative review. Psikiyatride Guncel Yaklasimlar. 2022;14(3):383-399.

22. Bramham J, Young S, Bickerdike A, Spain D, McCartan D, Xenitidis K. Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. Journal of attention disorders. 2009;12(5):434-441.

23. Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. Behaviour research and therapy. 2005;43(7):831-842.

24. Nimmo-Smith V, Merwood A, Hank D, ve ark. Non-pharmacological interventions for adult ADHD: a systematic review. Psychological medicine. 2020;50(4):529-541.

25. Jensen CM, Amdisen BL, Jørgensen KJ, Arnfred SM. Cognitive behavioural therapy for ADHD in adults: systematic review and meta-analyses. ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders. 2016;8:3-11.

26. Ward-Ciesielski EF, Limowski AR, Krychiw JK. History and overview of dialectical behavior therapy. Bedics J, editör. The Handbook of Dialectical Behavior Therapy: Theory, Research, and Evaluation. United Kingdom: Academic Press; 2020:3-30.

27. Robins CJ, Rosenthal MZ. Dialectical behavior therapy. Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies. 2011;164-192.

28. Halmøy A, Ring AE, Gjestad R, ve ark. Dialectical behavioral therapy-based group treatment versus treatment as usual for adults with attention-deficit hyperactivity disorder: a multicenter randomized controlled trial. Bmc Psychiatry. 2022;22(1):738.

29. Vidal R, Bosch R, Nogueira M, ve ark. Psychoeducation for adults with attention deficit hyperactivity disorder vs. cognitive behavioral group therapy: a randomized controlled pilot study. The Journal of nervous and mental disease. 2013;201(10):894-900.

BÖLÜM VI

DEMANS HASTALIĞINA SAHİP BİREYLERE VERİLEN HEMŞİRELİK BAKIMINI ETKİLEYEN ETMENLER

Factors Affecting Nursing Care Given to Individuals with Dementia

Nuray Sevgi KILIÇ[1] & Seher GÖNEN ŞENTÜRK[2]

[1]Bilkent Şehir Hastanesi, Acil Servis Birimi,
E-mail: nrysvgklc@gmail.com,
ORCID: 0009 0005 7129 1196

[2](Dr. Öğr. Üyesi), Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
E-mail: sehergonen@karatekin.edu.tr,
ORCID: 0000 0002 4785 6610

1. GİRİŞ

Günümüzde dünya nüfusunun yaklaşık 55 milyondan fazlası demans hastasıdır. Her yıl artarak devam eden bu sayı, düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde ciddi bir problem haline gelmektedir. Ölüm nedenleri düşünüldüğünde dünyada ilk on hastalıktan biri olduğu kabul edilmektedir. Yaş ilerledikçe daha çok görülen demans, bireyi bağımsız durumdan bağımlı duruma getirmekte, hem demanslı birey hem de bakımı sürdüren kişiler açısından zorlu bir sürece neden olmaktadır (World Health Organization (1). Demanslı birey sayısının 2030 yılında 75 milyon, 2050 yılında 135 milyon ve üzerinde olacağı öngörülmektedir (2). Demansta zihinsel fonksiyonlarda azalma, dikkat, bellek, dil, görsel işitsel, yürütücü işlevler, praksi, gnozi gibi özelliklerden birden fazlasında bozulma görülmekte ve bu durumda bireyin

enstrümental ve günlük yaşam aktiviteleri olumsuz yönde etkilenebilmektedir (3). Nörodejeneratif demansa genellikle yaşlılarda görülen Alzheimer hastalığı ve Lewy cisimcikli demanslar, genç yetişkinlerde ise beyin tümörleri, travmatik beyin hasarı sonucu görülen durumlar neden olabilmektedir (4). Demans evresi ilerledikçe semptom sayısında ve derecesinde artış görülmekte; özellikle ağrı, depresyon, nefes darlığı, halüsinasyonlar, anksiyete ve sanrı gibi semptomlarda da artış ve değişimler olabilmektedir (5). Demanslı bireye verilecek bakımın amacı; bireyin işlevselliğinin korumaya, sosyal ilişkilerin sürdürülmesine, engellerin azaltmasına, rutinlerin devam ettirilmesine, hastalık nedeniyle gerçekleşen kayıpların telafi edilmesine ve yaşam kalitesinin sürdürülebilmesine odaklanmaktadır (6). Demanslı bir bireyin bakımını üstlenen kişi hem hastalığın neden olduğu iletişim sorunları, kişilik değişiklikleri, psikolojik ve davranışsal sorunlar nedeniyle hem de bakım süreciyle ile ilgili faktörler nedeniyle sorunlar ve yetersizlikler yaşayabilmektedir (7).

Sağlık çalışanları demanslı bireylere bakım kurumlarında, huzurevlerinde ve evde bakımda destek olmaktadır. Demanslı birey ve ailesi ile işbirliği içerisinde en iyi bakımı sağlamayı vermeye çalışmakta, ailelere konu ile ilgili eğitim, bilgi ve destek sağlamaktadırlar (3). Hemşireler demans bireyin sadece bakım gereksinimlerini karşılamakla kalmayıp, yaşam kalitesini arttırmaya yönelik planlamada yapmaları gerekmektedir (8). Bireylerin yaşam sonu dönemleri düşünüldüğünde iyi bir bakım gereksinimine ihtiyaç duyulmasının önemi ve demanslı bireylerin bakımının zor olduğu tartışılmaz bir gerçektir. Demansın tedavisinde karar alma, semptomların değerlendirilebilmesi ve yönetilebilmesi, yaş, bakım verenlerin deneyimi, sağlık sisteminden kaynaklı sorunlar gibi pek çok engelle mücadele edilmektedir (9).

Hemşireler tarafından verilen bakımın, tedavi kalitesini etkilediği düşünülmektedir. Bazı faktörler hemşirelik bakımını kolaylaştırıcı, bazı faktörler zorlaştırıcı etki gösterebilmektedir. Sağlık personelinin özellikle hemşire ve hekimlerin iş performansını, etkileyen kurumsal, toplumsal, bireysel faktörlerin araştırılmasının sağlık bakımının ilerlemesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir (10). Bu amaçla hemşirelerin demans bireye bakımını etkileyen etmenlerin araştırılması ve incelenmesi önemlidir.

2. DEMANS HASTALIĞI

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1992 yılında demansı "Hafıza, düşünme, oryantasyon, anlama, hesap yapma, öğrenme, dil ve yargı gibi çok sayıda

yüksek kortikal fonksiyonda bozulmaya neden olan bir sendromdur.” şeklinde tanımlamıştır (2). Demans tanısı kapsamlı öykü, fizik muayene, nörolojik muayene, görüntüleme yöntemleri, nöropsikiyatrik testler, laboratuvar sonuçları ile konulmaktadır (11). Demansın pek çok nedeni olabilmektedir. Etiyolojik olarak düşünüldüğünde dejenerattif demanslar ve dejeneratif olmayan demanslar olarak ikiye ayrılmaktadır. Alzheimer hastalığı, Lewy cisimcikli demans ve Pick hastalığı en çok görülen dejeneratif demans nedenleri arasında yer alırken, enfeksiyöz demanslar, toksik/metabolik bozukluk nedenli demanslar, vaskülitler, multienfarkt demanslar dejeneratif olmayan demans nedenleri arasında yer almaktadır. Bunların yanı sıra iki yıldan daha az süren, bilişsel bozukluğun hafif belirtilerle seyrettiği demans çeşidi ise psodö demanslar arasındadır (12). Demansın yaş, kalp rahatsızlıkları, eğitim düzeyinin düşük olması, genetik yatkınlık, kafa travması, cinsiyet gibi birden fazla nedeni bulunmaktadır. Yaş demansın kesinleşmiş ve değiştirilemez risk faktörü olarak bilinmektedir. Yaş arttıkça demans olma riski de artmaktadır. Alzheimer hastalığının görülme oranı kadınlarda daha yüksektir. Bunun nedeninin hormonal faktörler olduğu düşünülmektedir. Ailesinde birinci derece yakınları demans olanlarda risk iki üç kat artmaktadır. Hipertansiyon, yüksek kolesterol vasküler demans riskini arttırmaktadır. Kafa travması ve yaralanmaların erkeklerde Alzheimer hastalığına bağlı demansı arttırdığı saptanmıştır. Atrial fibrilasyon, miyokard infarktüsü gibi kalp rahatsızlıklarının da risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Eğitim düzeyinin beyin gelişimine katkısı olduğu, bilgi rezervinin beyne giden kan akışını arttırdığı gibi varsayımlar eğitim düzeyinin yükseldikçe demans riskinin azaldığını düşündürmektedir (13).

Demans belirtileri çok sayıda alanda ortaya çıkabilmektedir. Bunlar sosyal uyumsuzluk, huzursuzluk, sinirlilik, hırsızlık, yerinde duramama gibi davranışsal alanda; enstrümental ve günlük yaşam aktivitelerinde bozulma gibi işlevsel alanda; düşmeler, donup kalma, dengesizlik, hareketlerde yavaşlama gibi motor alanda; bellek, konsantrasyon, okuma, yazma, problem çözme, nesneleri tanıma gibi kognitif alanda bozulma; konstipasyon, terleme, ortostatik hipotansiyon gibi otonom alanda, gündüzleri aşırı uykuya eğilim, uyku apne sendromu gibi uyku sorunlarıdır. Bu belirtiler hastalık ilerledikçe evrelerine göre değişiklikler gösterebilmektedir (14). Demansın erken, orta ve ileri evresi vardır. Demans genellikle hafıza hastalığı gibi düşünülüyor olsa da nöropsikiyatrik ve sosyal sorunların tüm demans hastalarında ortak belirtiler olduğu kabul edilmektedir. Ajitasyon, huzursuzluk, amaçsız dolaşma, rahatsız edici sesler çıkarma, tartışma, bakım almayı reddetme, ısırmak, vurmak, sözel saldırılarda bulunmak, nesneleri

fırlatmak, tekrarlayan hareketler gibi davranışlar gösterilmesi bakım verenleri zorlamaktadır (15). Erken evrede unutkanlık ve günlük yaşam aktivitelerinde bozulma ön planda olsa da hasta tarafından belirtiler gizlenebilmektedir. Demanslı bireyin psikolojik ve davranışsal semptomlar göstermesi genellikle hastalığın orta evrelerinde görünmekte, kişinin ihtiyaçlarını ifade etme biçimi olarak kabul edilmekte ve demansın türü hakkında bilgi verdiği düşünülmektedir (16). İleri evre demansa sahip bireylerde; enfeksiyon, düşme, bronkopnömoni, epilepsi, malnütrisyon, kaşeksi vb. sorunlar sık görülmektedir (17). Hastalığın bilinen etkili bir tedavisi bulunmamakla birlikte mevcut tedavi ve bakım yöntemleri; hastalığın ilerlemesini durdurmak veya yavaşlatmak, günlük yaşam aktivitelerini geliştirmek ve yaşam kalitesini arttırmaya yöneliktir. Demans belirtilerinin tedavisinde farmakolojik ve non farmakolojik tedavi yaklaşımları kullanılmaktadır. Farmakolojik tedaviler arasında özellikle davranışsal ve psikolojk belirtilerin azaltılması ve ortadan kaldırılabilmesi için antidepresanlar, antipsikotikler, benzodiazepinler, antikonvülsan gruplarında olan ilaçların kullanılabileceği belirtilmektedir. Ajitasyon ve uyku bozukluğu üzerinde ışık ve müzik ile yapılan çalışmaların olumlu sonuçlar verdiği bildirilmektedir (18). Davranışsal sorunların giderilmesi için kullanılan ilaç tedavisi sonrasında sedasyon, düşme gibi riskler geliştiği ve bu durumun hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Tedavi yöntemi seçilirken hasta iyi gözlemlenmeli ve sadece farmakolojik yöntemleri değil non-farmakolojik yöntemlerinde kullanılması önerilmektedir (19).

3. DEMANS HASTALIĞINA SAHİP BİREYLERE VERİLEN HEMŞİRELİK BAKIMINI ETKİLEYEN ETMENLER

Hemşirelik ve bakım kavramı birbirinden ayrı düşünülemez iki kavramdır. Hemşireliğin temeli bakım vermeye dayanmaktadır. Bireylerin yaşamlarını sürdürebilmelerini sağlamak, mümkün olduğunca acı çekmelerine engel olmak ya da acılarını en alt düzeyde hissetmeleri için yardım etmek, temel ihtiyaçların karşılanabilmesine yardımcı olmak amacıyla yapılan her şey bakım olarak tanımlanmaktadır (20,21). Hasta bireyin yaşantısıyla ilgili bilinmezliklerin olması ve hastalığının tam olarak anlaşılmaması bakımın istenilen düzeyde gerçekleştirilememesine neden olabilmektedir. Hemşirenin, hastalık hakkında bilgi sahibi olması, hastalığın günlük hayatı nasıl etkilediğini bilmesi önemlidir. Hemşire, öğrendiği veriler sayesinde hastaya özgü günlük aktiviteler planlayabilmekte ve girişimler uygulayabilmektedir (20). Hemşirelik bakımına olan olumlu veya olumsuz bakış açısı hastaların sağlık hizmeti taleplerine de

yön veren, hastalarında tedaviye uyum sağlamaları, iyileşmelerine olumlu katkı sağlayan etkenler arasında sayılmaktadır (22). Nitelikli bir sağlık hizmeti gerçekleştirebilmek için hemşire sayısının yeterli olması gerektiği kadar verilen hizmetin de yeterli standartlar taşıması gerekmektedir (23).

Demanlı kişilerin sayıca sürekli artış göstermesi, sağlık ihtiyaçlarının sürekli artması sağlık sistemi içinde önemli olmalarına neden olmaktadır. Hastaneye kabul edilen demans hastalarının çoğunun ana yatış nedeni demans olarak değil ek bir hastalık ya da semptom olabilmektedir. Çoğu zamanda kişi demans olduğu halde teşhis konulmamış gözden kaçmış hasta olabilmektedir (24). Bu durumda bakım veren hemşireler hasta ile ilgili bilgisiz ve bakıma yönelik yetersizlik hissedebilmektedirler. Uygun bakımı veremediğini düşünen hemşireler hayal kırıklığı ve stres yaşamaktadırlar (25). Hemşireler, demans bakımı konusunda özgüven eksikliği, personel eksikliği ve zaman gibi faktörleri yük gibi hissettiklerini bu durumun demanslı birey bakım verirken şiddetli stres ve yorgunluk yaşamalarına neden olduğunu, gerekli bakım kalitesini vermekte zorlandıklarını belirtmişlerdir (26). Demans bakımında hemşirelerin ekip yaklaşımı en az hemşirelerin bilgi ve deneyimi kadar önemli olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konulmuştur (27). Daha önce demans hasta bakımını da içeren alanlarda yapılan araştırma sonuçlarına göre hemşireler ve doktorlar arasındaki ilişki, hemşire yöneticilerinin yönetim desteği, iş arkadaşları desteği gibi faktörlerle bakım kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (28). Demans semptomları nedeniyle uzun süreli hemşirelik bakımına ihtiyaç duyulan bir hastalık olduğu için daha fazla insan gücüne ihtiyaç olduğu bilinmektedir (29). Hemşirelerin personel eksikliğinden kaynaklı hasta merkezli bakım yerine evrak işlerini de yetişebilmek açısından stres yaşadıkları bildirilmiştir (30). Demans hastalarının isteklerinin ve duygularını anlaşılamaması nedeniyle ihtiyaçlarını gidermekte zorluklar yaşanmakta bu durum hemşirelerin bakım vermelerini de güçleştirmektedir (31). Hasta yakınlarına bakım yardımı konusunda ihtiyaç duyulmaktadır. Fakat hasta yakınlarının hasta isteklerini anlayamaması ve kolay sinirlenmelerinden kaynaklı hem bilgilendirme yapmak hem de hasta yakınlarını sakinleştirmek gerektiğinden hemşireler zorlanmaktadırlar (32). Demans hastalarının saldırganlık gibi istenmeyen olumsuz davranışları hemşirelerin korku duymalarını fakat uygun bakımı sağlamaları gerektiğinden dolayı karışık duygular hissetmelerine neden olmaktadır (33). Demans semptomlarını bastırabilmek için kullandıkları yalan söylemek, zor kullanmak, ilaç uygulamak ve kısıtlamak gibi yöntemler kullanmak hemşirelerde suçluluk duygusu oluşturmakta ve bakımı olumsuz yönde etkilemektedir (34). Ayırca demans

hastalara bakımda hasta için gerekli ekipmanların olmaması nedeniyle hemşireler bakıma yönelik eksiklik hissetmektedirler (35). Demans hastalarının ard arda gelen beklenmedik ihtiyaçları, bakım gereksinimleri olduğunda hemşireler herhangi bir rehber ve bilgi kaynağı olmadan gidermeye çalışmaktadırlar. Geçmişte aldıkları eğitim temel düzeyde olmasından dolayı demansla ilgili bilgi ve iletişim yöntemleri hakkında kendilerine eğitim verilmeleri gerektiğini düşünmekte, demans hastaları için özel bakım sağlamak amacıyla profesyonel eğitime ihtiyaç duymaktadırlar. Demans bakımı veren hemşireler kötü çalışma koşullarından dolayı kendi kariyerlerinde ilerleme sağlayamamakta ve eğitim öğretime durumlarında yetersiz kaldıklarını düşünmektedirler (36). Demans hastaları aynı zamanda düşme eğilimi yüksek hasta gurubu olduğu için bu durum hemşirelerin iş yükünü arttırmaktadır (37). Demans hastaların bakıldığı hastanelerde fiziksel ortam dar ve sınırlı olduğunda hastaların aşırı duyarlı ve sinirli hale geçme olasılıkları yükselmektedir (38). Bu durumda birimin fiziksel şartları hemşirelik bakımını etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Demans bakımı verenlerde kişisel faktörler düşünüldüğünde demanslı kişiler hakkında olumlu duygulara ve bilgiye sahip olmanın demans bakımını etkilediği yönünde çıkarım yapılmaktadır. Aynı zamanda bakım kalitesini destekleyen bir kuruluşta çalışmak, personel sayısının yeterli olması, demans bakım konusunda uzmanlara danışabilme fırsatının olması, sistematik olarak demans hastalar arasında etkileşim ve rekreasyonu teşvik etmekte verilen bakımı olumlu etkilemektedir. Öte yandan sağlanılan bakım ile ilgili özyeterlilik eksikliği ve demanslı bireylerin bakımına karşı olumsuz imajın olması demans bakımını olumsuz etkilemektedir (26).

4. SONUÇ

Hemşireler demans hasta bakımında oldukça önemli bir yere sahiptir. Yeterli bakımı gerçekleştirebilmek için birçok yönden desteğe ihtiyaçları vardır. Hemşirelerin demanslı bireye yönelik duyguları, bakıma yönelik bilgi sahibi olmaları, personel sayıları, kurum desteği bakım vermelerini etkileyen önemli faktörlerdir. Demans hasta bakımına yönelik bakımı kolaylaştırıcı daha çok yöntem geliştirilmeli ve bakım ortamı iyileştirilmelidir.

KAYNAKÇA

1. World Health Organization(WHO). https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia Erişim Tarihi 15 Eylül, 2024.

2. Akdemir N, Boyraz S. Sinir sistemi hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Akdemir N, Birol L. editör(ler). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2021:1089-1157.

3. Hanağası H, Emre M. Demans kavramı ve hastaya yaklaşım. Turkiye Klinikleri Neurology-Special Topics, 2009;2(1):1-4.

4. Gale AS, Acar D, Daffner RK. Dementia. The American journal of medicine, 2018;131(10):1161-1169.

5. Kasar K, Yıldırım Y. İleri demans hastalarında palyatif bakım. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi, 2017;9(2):164-170.

6. Akyar İ, Akdemir N. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2009;16(3):32-49.

7. Yılmaz A, Turan E. Alzheimer hastalarında tükenmişlik, tükenmişliğe neden olan faktörler ve baş etme yolları. Türkiye Klinikleri J Med Sci, 2007;27(3):445-454.

8. Ercan, N. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı, 2010.

9. Sachs GA, Shega D, Cox-Hayley D. Barriers to excellent end-of-life care for patients with dementia. Journal of general internal medicine, 2004;19(10):1057–1063.

10. Gider Ö, Taş Y, Top M. Hemşirelerin iş performansını etkileyen örgütsel faktörlerin değerlendirilmesi: Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi örneği. Verimlilik Dergisi, 2009;(2):25-44.

11. Yavuz BB. Geriatrik değerlendirme ve testler. İç Hastalıkları Dergisi, 2007;14(1):5-17.

12. İşeri P, Efendi H. Demanslı hastaya klinik yaklaşım ve tedavi. Sted Dergisi, 2003;12(12):458-461.

13. Demir G. Demans ve hemşirelik bakımı. Black Sea Journal of Health Science, 2018;1(2):35-39.

14. Akyar İ. Demanslı hasta bakımı ve bakım modelleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2011;18(2):79-88.

15. Gerlach LB, Kales HC. Managing behavioral and psychological symptoms of dementia. Psychiatric Clinics, 2018,41(1):127-139.

16. Moniz Cook ED, Swift K, James L, Malouf R, De Vugt M, Verley F. Functional analysis-based interventions for challenging behaviour in dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012, 2.

17. Heun, R, Schoepf, D, Natalwala A. Alzheimer's disease and co-morbidity: increased prevalence and possible risk factors of excess mortality in a naturalistic 7-year follow-up. European Psychiatry, 2013;28(1):40-48.

18. Herrmann, H. Recommendations for the management of behavioral and psychological symptoms of dementia. The Canadian journal of neurological sciences. Canadian Journal of Neurological Sciences, 2001;2(1):96-107.

19. Woods B, Spector A, Jones C, Orrell, M, Davies S. Reminiscence therapy for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005, 2.

20. Öner Altıok H, Şengün F, Üstün B. Bakım: kavram analizi. DEUHYO ED 2011,4 (3):137-140.

21. Dinç L. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2010;17(2):74-82.

22. Büber R, Başer H. Sağlık işletmelerinde hasta menuniyeti: vakıf üniversitesi hastanesinde bir uygulama. Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi, 2012;4(1):265-274.

23. Ertem G, Sevil Ü. Geliştirilen standartlar doğrultusunda verilen hemşirelik bakımının bakim kalitesine ve hasta memnuniyetine olan etkisinin incelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2007;4:1-13.

24. Digby R, Lee S, Williams A. The experience of people with dementia and nurses in hospital: an integrative review. Journal of clinical nursing, 2017; 26(9-10):1152-1171.

25. Byers D, France N. The lived experience of registered nurses providing care to patients with dementia in the acute care setting: A phenomenological study. International Journal for Human Caring, 2008;12(4):44-49.

26. Urashima S, Chieko G, Ryuko H, Yuko Y. Factors affecting the quality of dementia care at acute care hospitals: A cross-sectional study. Journal of clinical nursing, 2021;31(15-16):2198-2207.

27. Yamaguchi Y, Greiner C, Ryuno H, Fukuda A. Dementia nursing competency in acute care settings: a concept analysis. International journal of nursing practice, 2019;25(3):e12732.

28. Lake E, Sanders J, Duan R, Riman K, Schoenauer K, Chen Y. A Meta-Analysis of the associations between the nurse work environment in hospitals and 4 sets of outcomes. Medical care, 2019;57(5):353-361.

29. Clifford C, Doody O. Exploring nursing staff views of responsive behaviours of people with dementia in long-stay facilities. Journal of psychiatric and mental health nursing, 2018;25(1):26-36.

30. Smythe A, Jenkins C, Galant-Miecznikowska M, Bentham P, Oyebode J. A qualitative study investigating training requirements of nurses working with people with dementia in nursing homes. Nurse education today, 2017;50:119-123.

31. Wang JJ, Hsieh PF, Wang CJ. Long-term care nurses' communication difficulties with people living with dementia in Taiwa. Asian Nursing Research, 2013;7(3):99-103.

32. Choi YJ, Choi HB. Nurses' positive experiences in caring for older adults with dementia: a qualitative analysis. Journal of Gerontological Nursing, 2019;45(1):31-37.

33. Fatania V, De Boos D, Tickle A, Connelly D. How do inpatient psychiatric nurses make sense of and respond to behaviours in dementia? An interpretative phenomenological analysis. Aging & Mental Health, 2019;23(9):1156-1163.

34. Kim C, Lee Y. Nurses' moral distress on caring for older adults with dementia residing in long-term care centers. J Journal of Korean Gerontological Nursing, 2020;22(3):236-246.

35. Suh EK, Kim HR. Experiences of long-term care hospital nurses caring for elders with dementia. Journal of Korean Gerontological Nursing, 2019;21(2):99-111.

36. Kang Y, Hur Y. Nurses' experience of nursing workload-related ıssues during caring patients with dementia: a qualitative meta-synthesis. International journal of environmental research and public health, 2021;18(19):10448.

37. Burgon C, ve ark. Perspectives of healthcare professionals in England on falls interventions for people with dementia: a qualitative interview study. BMJ open, 2019, 9(2): e025702.

38. Lee S, Chaudhury H, Hung L. Exploring staff perceptions on the role of physical environment in dementia care setting. Dementia (London, England), 2016;15(4):743–755.

BÖLÜM VII

MAYMUN ÇİÇEĞİ HASTALIĞINDA PSİKOSOSYAL HEMŞİRELİK BAKIMI

Psychosocial Nursing Care in Monkeypox

Ahmet GÖKTAŞ

(Dr. Öğr. Üyesi), Bitlis Eren Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Bitlis
E-mail: agoktas.85@gmail.com
ORCID: 0000-0002-6337-0389

1. Giriş

Mpox (Maymun çiçeği), Orthopoxvirüs cinsinin bir türü olan maymun çiçeği virüsünün neden olduğu viral bir hastalıktır. Klad I ve Klad II olmak üzere iki farklı kladı bulunmaktadır. (1-4) Virüs, araştırma için tutulan maymunlar arasında bir salgın ortaya çıkması nedeniyle ilk olarak 1958 yılında tanımlandığı belirtilmektedir. (5) Orta ve Batı Afrika ülkelerinde endemik bir şekilde bulunan Mpox, insanlarda ilk olarak 1970 yılında DKC'de (Demokratik Kongo Cumhuriyeti) tespit edilmiştir. (4-6) Bu tarihten itibaren Afrika'nın bazı ülkelerinde belli aralıklarla salgın haline gelen virüs, 2003 yılında Amerika'da ortaya çıkmış ve 71'den fazla kişinin enfekte olduğu bildirilmiştir. 2017 yılında ise, Nijerya'da yaşanan şiddetli yağış ve selin ardından Batı Afrika'nın en büyük maymun çiçeği salgını başlamıştır. Eylül 2019'da 18 ülkeden 176 maymun çiçeği vakası tespit edilmiştir. 2019-2021 yılları arasında Birleşik Krallık ve Amerika'da vakalar rapor edilmiştir. Mayıs 2022'de Afrika dışında İngiltere'de ve Afrika'nın endemik ve endemik olmayan ülkelerinde maymun çiçeği salgını ortaya çıktı. (7) Bunun üzerine DSÖ 23 Temmuz 2022 tarihinde ilk defa maymun çiçeği salgınını Uluslararası Endişe Verici Halk Sağlığı Acil Durumu olarak ilan etti. (1) Bu ilan, küresel vakalarda sürekli bir düşüş yaşanması nedeniyle Mayıs 2023'te sona ermiştir. (8) CDC'nin (U.S.

Centers for Disease Control and Prevention) 2022-2023 maymun çiçeği salgını küresel haritasına göre Eylül 2023 - 6 Ağustos 2024 tarihleri arasında 122 farklı bölgeden toplam 99,518 vaka ve 28 farklı bölgeden 207 ölüm bildirilmiştir. Bu vakaların ve ölümlerin büyük çoğunluğu tarihsel olarak maymun çiçeği virüsü rapor edilmeyen bölgelerde ortaya çıkmıştır. (9)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2022 yılında ilan edilen acil durumun 2023'te sona ermesinden sonra 2024 yılında vakalarda tekrar artış yaşanmıştır. Bu nedenle DSÖ, DKC ve Afrika'da giderek artan Mpox vakalarındaki artışın endişe verici bir halk sağlığı problemi olduğunu tespit ederek 14 Ağustos 2024 tarihinde ikinci kez uluslararası acil durum ilan etti. Acil durum, konu ile ilgili DSÖ ve etkilenen ülkelerden uzmanlar tarafından sunulan verileri incelemek üzere bir araya gelen uzmanlardan oluşan Acil Durum Komitesinin tavsiyesi üzerine verildi. Komite, Mpox'un artışını halk sağlığı açısından uluslararası acil bir durum olarak gördüğünü ve Afrika'daki diğer ülkelere ve kıtanın dışına yayılma potansiyelinin olduğunu bildirdi. (8) Bu açıklama 2019 yılında ortaya çıkan ve kısa zamanda bütün dünyayı etkileyen Covid-19 pandemisini hatırlatarak Covid-19 korkusunun iyice azaldığı bir zamanda "dünya yeni bir pandeminin etkisi altına mı girecek?" sorusunu akıllara getirdi.

Acil durum ilan eden DSÖ Genel Direktörü Dr. Tedros, yeni bir Mpox kladının ortaya çıkmasının, DKC'de hızla yayılmasının ve birkaç komşu ülkede vakaların bildirilmesinin endişe verici olduğunu ifade etti. Ayrıca, DKC'de ve Afrika'nın diğer ülkelerinde Mpox kladlarının salgınlarını durdurmak ve hayat kurtarmak için koordineli uluslararası bir müdahalenin gerekliliğini vurguladı. (8) Böyle zamanlarda salgın ile baş edebilmek için resmi ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlara büyük görevler düşmektedir. Özellikle sağlık kurumları ve sağlık kurumlarında çalışan profesyoneller toplumu bilinçlendirmede, salgını önlemede, hayatı kurtarmada ve gerekli tedavi ve bakımı sağlamada önemli roller üstlenmektedir. Salgınla mücadele etmede sağlık profesyonelleri ve özellikle hemşireler, hasta bakımı, salgının yayılmasını önleme, toplumu bilgilendirme, acil durum müdahalesi, duygusal destek, kaynak yönetimi, koordineli çalışma ve işbirliği konularında kritik roller üstlenirler.

Hemşireler, Covid-19 döneminde hemşirelik mesleğinin toplum için ne kadar önemli olduğunu bütün dünyaya göstermiştir. Bugünlerde dünyayı tehdit ederek kapıda bekleyen maymun çiçeği salgınında da hemşirelerin özverili çalışmaları, toplumun sağlığını korumada ve dayanıklılığını artırmada en temel unsurlardan biridir. Maymun çiçeği hastalarına yönelik hemşirelik bakımının iyileştirilmesi, yayılımının etkili bir şekilde yönetilmesi ve kontrol altına

alınması açısından kritik bir öneme sahip olduğu belirtilmektedir. (5) Maymun çiçeğinin fiziksel semptomları ön planda olsa da, fiziksel semptomlarına bağlı olarak birçok psikososyal sorunlar ortaya çıkmaktadır. Maymun çiçeği hastalarına verilecek hemşirelik bakımının bütüncül olabilmesi için hastaların psikososyal sorunlarının ele alınması gerekmektedir. 2019 yılında hazırlıksız bir şekilde yakalandığımız Covid-19 pandemisinden edindiğimiz deneyimi, maymun çiçeği hastalığı ile entegre ederek olası yeni bir pandemiye hazırlıklı olmak pandeminin yönetiminde büyük yarar sağlayacağı düşünülmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda bu bölümde, maymun çiçeği salgını ele alınacak ve psikososyal hemşirelik bakımı hakkında bilgi sunulacaktır.

2. Maymun Çiçeği (Monkeypox-Mpox): Gözden Geçirme

2.1. Küresel Yaygınlık

Maymun çiçeği, genellikle Orta ve Batı Afrika'nın ormanlık bölgelerinde görülen ve insanlarda enfeksiyona neden olan silvatik bir zoonozdur. Poxviridae ailesinin orthopoxvirüs türüne ait olan Mpox'un Batı Afrika ve Orta Afrika (Kongo Havzası) olmak üzere iki kladı vardır. (1-3) İlk kez 1958 yılında Danimarka'daki laboratuvarda maymunlarda keşfedildiği için maymun çiçeği adını almıştır. İlk insan vakası ise, 1970 yılında DKC'de dokuz aylık bir çocukta tespit edilmiştir. (3,4,6,10)

1970 yılından sonra, Mpox Orta ve Doğu Afrika'da (klad I) ve Batı Afrika'da (klad II) sporadik olarak ortaya çıkmıştır. 2003 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde ithal edilen vahşi hayvanlarla (klad II) ilişkilendirilen bir salgın ortaya çıkmıştır. 2005 yılından bu yana, DKC'de her yıl binlerce şüpheli vaka rapor edilmektedir. 2017 yılında Nijerya'da Mpox yeniden ortaya çıkmış ve ülke genelinde insanlar arasında ve diğer destinasyonlara seyahat edenlerde yayılmaya devam etmektedir. (4) 2018-2021 yılları arasında İngiltere ve Amerika başta olmak üzere dünyanın bazı bölgelerinde görülen vakalar Nijerya'dan seyahat eden kişilerle ilişkili olduğu tespit edilmiştir. (7) Mayıs 2022'de bir Mpox salgını aniden ortaya çıkmış ve hızlı bir şekilde Avrupa, Amerika ve ardından altı DSÖ bölgesine yayılmıştır. 110 ülkede yaklaşık 87 bin vaka ve 112 ölüm bildirilmiştir. Küresel salgın öncelikle eşcinsel, biseksüel ve erkeklerle seks yapan diğer erkekleri etkilemiş ve cinsel ağlar aracılığıyla kişiden kişiye yayılmıştır. (4) DSÖ, bu salgın nedeniyle maymun çiçeği için ilk defa uluslararası acil durum ilan etmiş ve küresel vakalarda sürekli düşüş yaşanması nedeniyle Mayıs 2023'te sonlandırılmıştır. (1,8)

Temmuz 2024 tarihinde DKC'ye komşu olan ancak daha önce maymun çiçeği vakası bildirmemiş dört ülkede (Burundi, Kenya, Ruanda ve Uganda) klad 1b'nin laboratuvar onaylı 100'den fazla vakası bildirilmiştir. Uzmanlar, klinik olarak uyumlu vakaların büyük bir kısmının test edilmemesi nedeniyle gerçek vaka sayısının daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Bunun üzerine DSÖ, 14 Ağustos 2024 tarihinde Maymun çiçeği için ikinci kez uluslararası acil durum ilan etti. Acil durum ilan eden DSÖ'nün açıklamasında maymun çiçeğinin DKC'de on yıldan uzun süredir bildirildiği ve her yıl bildirilen vaka sayısı bu süre boyunca her yıl istikrarlı bir şekilde arttığı ifade edilmiştir. Ayrıca, geçtiğimiz yıl bildirilen vakaların önemli ölçüde arttığı ve bu yıl bildirilen vaka sayısının 15,600'den fazla vaka ve 537 ölümle geçen yılın toplamını çoktan geçtiği bildirilmiştir. (8)

2.2. Bulaşma Yolları

Maymun çiçeği, monkeypox virüsünün neden olduğu bulaşıcı bir hastalıktır. Mpox, insanlara hasta bir kişiyle fiziksel temas yoluyla, kontamine malzemelerle ya da enfekte hayvanlarla bulaşabilir. Mpox'un kişiden kişiye bulaşması, enfekte olmuş deri ya da ağız ve cinsel organlardaki lezyonlarla doğrudan temas yoluyla gerçekleşebilir. Bu temas, yüz yüze (konuşma ya da nefes alma), ten tene (dokunma ya da vajinal/anal seks), ağızdan ağıza (öpüşme), ağızdan cilde temas (oral seks ya da cildi öpme), uzun süreli yakın temastan kaynaklanan solunum damlacıkları şeklinde olabilir. Virüs açık deri (yara, sıyrık vb.), mukozal **yüzeyler (oral,** faringeal, oküler, genital, anorektal) ya da solunum yolu ile vücuda girer. Mpox evdeki diğer bireylere ve cinsel partnerlere yayılabilir. Cinsel yollarla bulaştığı için birden fazla cinsel partneri olan bireyler yüksek risk altındadır. (4) Mpox virüsünün bulaşma yolları dikkate alındığında cinsel temas ön plana çıkmaktadır. DSÖ'nün Temmuz 2022'deki acil durumu, 1b sınıfı virüs türünün daha önce görülmediği bir dizi ülkede cinsel temas yoluyla hızla yayılması nedeniyle ilan edildi. (8) Mpox virüsü bazı yollarla hayvanlardan insana bulaşabilir. Bu yollar, enfekte hayvanlardan ısırık ya da çizik şeklinde ya da avlanma, deri yüzme, tuzak kurma, yemek pişirme, leşlerle oynama ya da hayvan yeme gibi faaliyetlerdir. Virüs ayrıca giysi, elbise gibi enfekte materyallerden, sağlık kuruluşlarındaki delici kesici alet yaralanmalarından ya da dövme gibi toplum ortamlarından yayılabilir. (4)

DSÖ'nün 2024 acil durum ilanında farklı ülkelerde, farklı bulaşma yolları ve farklı risk düzeylerinde Mpox'un farklı türlerine ait birçok salgın meydana geldiği bildirildi. (8) Maymun çiçeği virüsünün küresel olarak yeni bölgelerde

yayılarak salgın haline gelmesinde ülkeler arası yolculukların önemli rol oynadığı belirtilmektedir. Ancak, salgınların görüldüğü ülkelerden herhangi birine seyahat geçmişi olmayan Güney Afrika'da, bir insan maymun çiçeği vakası bildirilmiştir. (7)

2.3. Klinik Belirti ve Bulgular

Mpox'un belirti ve bulguları genellikle maruziyetten sonraki ilk hafta içinde çıkmakla birlikte 21 güne kadar uzayabilir. Mpox hastalığının yaygın belirtileri arasında ateş, baş ağrısı, kas ağrıları, sırt ağrısı, düşük enerji ve şişmiş lenf düğümleri eşliğinde 2-4 hafta sürebilen deri döküntüsü ya da mukozal lezyonlar bulunur. Bazı kişilerde ilk belirti olarak döküntü ortaya çıkar. Döküntü düz bir yara olarak başlar, sıvı dolu bir kabarcığa dönüşür. Kaşıntılı ya da ağrılı olabilir. Döküntü iyileştikçe lezyonlar kurur, kabuk bağlar ve dökülür. Bazı kişilerde bir ya da birkaç deri lezyonu olurken, bazı kişilerde yüzlerce sayıda olabilir. Lezyonlar, avuç içi ve ayak tabanları, yüz, ağız ve boğaz, kasık ve genital bölgeler ve anüs gibi vücudun herhangi bir bölgesinde görülebilir. (4) Maymun çiçeği belirtileri ile ilgili Nijerya'da 40 hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların tamamında deri döküntüsü, 36 hastada ateş, 35 hastada lenfadenopati, 25 hastada genital ülser ve vücut ağrıları, 19 hastada baş ağrısı, 18 hastada boğaz ağrısı, 15 hastada kaşıntı ve dokuz 9 hastada konjonktivit ve fotofobi gibi klinik belirtiler gözlenmiştir. Beş hastada burun tıkanıklığı, öksürük, cilt ülserleri ve hemorajik cilt lezyonları görülmüştür. Daha az görülen diğer belirtiler ise bulantı ve kusma, hepatomegali ve skrotal ödemdir. (11)

Maymun çiçeğinin klinik belirti ve bulgularının yanında enfeksiyonundan kaynaklanan komplikasyonlar da bulunmaktadır. Bu komplikasyonlar bronkopnömoni, dehidrasyon, solunum sıkıntısı ve ensefalit yer almaktadır. En ciddi komplikasyonu ise, görme kaybıyla sonuçlanabilen kornea skarlaşmasıdır. (12)

2.4. Maymun Çiçeğinin Diğer Benzer Durumlardan Ayırt Edilmesi

Maymun çiçeği, bazı enfeksiyonlarda da görülen ateş, baş ağrısı, kas ağrıları gibi klinik belirtiler gösterdiğinden dolayı diğer viral hastalıklarla karıştırılabilir ve bu durum doğru tanıyı belirlemeyi zorlaştırabilir. (4,5,13) Bu nedenle, maymun çiçeğini benzer durumlardan ayırt etmek, doğru tanı ve yönetim için çok önemlidir. (5) Maymun çiçeği virüsü Orthopox türünün bir üyesi olduğu için klinik olarak çiçek hastalığına benzemektedir. (13,14) Çiçek hastalığının yanında kızamık, suçiçeği, riketsiya çiçeği, bakteriyel

cilt enfeksiyonları, uyuz, herpesin bazı formları, frengi, cinsel yolla bulaşan diğer enfeksiyonlar ve ilaçlara bağlı ortaya çıkan alerjik durumlar maymun çiçeğine benzer klinik tablolar sergileyebilmektedir. (4,5,13,14) Örneğin, maymun çiçeği hastalığı olan bir kişide herpes gibi cinsel yolla bulaşan başka bir enfeksiyon ya da Mpox şüphesi olan bir çocukta suçiçeği de olabilir. Bu nedenlerden dolayı, insanların mümkün olduğunca erken tedavi almaları ve daha fazla yayılmayı önlemeleri için test yaptırmaları çok önemlidir. (4) Test yaptırmanın yanında maymun çiçeğinin belirgin özelliklerine bakmak da erken tanı ve tedavi açısından önemlidir. Karakteristik veziküler cilt lezyonları maymun çiçeğini diğer benzer hastalıklardan ayıran en belirgin özelliktir. (15)

2.5. Tanılama Yöntemleri ve Laboratuvar Testleri

DSÖ, viral DNA'nın polimeraz zincir reaksiyonu (PCR- polymerase chain reaction) ile saptanması, Mpox için tercih edilen laboratuvar testi olduğunu belirtmektedir. En iyi tanısal örnekler doğrudan döküntüden (deri, sıvı ya da kabuk) alınır ve güçlü bir şekilde sürülerek toplanır. Deri lezyonlarının olmadığı durumlarda orofaringeal, anal ya da rektal sürüntüler üzerinde test yapılabilir. Maymun çiçeği için kan testi önerilmemektedir. Antikor saptama yöntemleri, farklı orthopoxvirüsler arasında ayrım yapmadıkları için yararlı olmayabilir. (4)

Maymun çiçeği virüsünü tanılama yöntemlerinden biri de viral hücre kültürü ve izolasyondur. (13,16,17) Viral hücre kültürü ve izolasyonu, maymun çiçeği virüsünün özel bir laboratuvarda hasta örneklerinden izole edilmesini ve kültürlenmesini içerir. Viral hücre kültürü ve izolasyonu, virüsün doğrudan görüntülenmesini ve tanımlanmasını sağladığı için maymun çiçeği teşhisinde altın standart olarak kabul edilir. Ancak bu yöntem, diğer tanı yöntemlerine göre teknik açıdan zor ve zaman alıcıdır. Potansiyel viral bulaşma riski nedeniyle sıkı biyogüvenlik önlemleri gerektirir. (5) Bu nedenle, rutin kullanılan bir yöntem değildir. Yalnızca, deneyim sahibi kişiler tarafından uygun korunma ve güvenlik koşullarına sahip laboratuvarlarda uygulanabilir. (13) Bir diğer tanılama yöntemi de serolojik testlerdir. (18) Klinik tablo maymun çiçeğine işaret ettiği halde, PCR sonuçlarının negatif çıkması durumunda enfeksiyonu daha fazla araştırmak için serolojik testler yararlı olabilir. (13,19)

Bir diğer yöntem ise, histopatolojik incelemedir. (20) Histopatoloji, maymun çiçeği hastalarından alınan deri biyopsilerinin mikroskobik incelenmesini içerir. Histopatolojik inceleme, maymun çiçeği tanısı için destekleyici kanıtlar sağlar ve özellikle klinik olarak maymun çiçeğine benzer durumlardan ayırt edilmesine

yardımcı olur. Maymun çiçeği virüsünü tanılamada PCR, virüs izolasyonu, seroloji ve histopatolojinin kullanılması, maymun çiçeği için kapsamlı bir teşhis yaklaşımı sağlar. Bu yöntemlerin her birinin güçlü yönleri ve sınırlılıkları vardır. Ancak, tanı tekniğinin seçimi kaynakların bulunması, laboratuvar olanakları ve spesifik klinik senaryo gibi faktörlere bağlı olarak tercih edilebilir. (5)

2.6. Önleme ve Kontrol Yöntemleri

Mpox geçiren birçok kişi 2-4 hafta içinde iyileşir. Bu süreçte semptomlara yardımcı olmak ve başkalarına bulaştırmayı önlemek için yapılması ve kaçınılması gereken bazı kurallar vardır. Bu kurallar: (4)

- Mümkün olduğunca evde ve kendi odanızda kalın.
- Özellikle yaralara dokunmadan önce ya da sonra ellerinizi sık sık sabun ve suyla yıkayın. El dezenfektanı kullanın.
- Döküntüleriniz iyileşene kadar maske takın ve diğer insanların yanındayken lezyonları kapatın.
- Başka biri ile aynı ortamda değilseniz, cildinizi kuru ve açık tutun.
- Ortak alanlardaki eşyalara dokunmaktan kaçının ve ortak alanları sık sık dezenfekte edin.
- Ağızdaki yaralar için tuzlu su gargaraları kullanın.
- Vücut yaraları için oturma banyoları ya da karbonat ya da Epsom tuzları içeren ılık banyolar yapın.
- Parasetamol (asetaminofen) ya da ibuprofen gibi ağrı kesici ilaçlar alın.
- İyileşmeyi yavaşlatabilecek, döküntüyü vücudun diğer bölgelerine yayabilecek ve yaraların enfekte olmasına neden olabilecek kabarcıkları patlatmaktan ya da yaraları kaşımaktan kaçının.
- Kabuklar iyileşip altında yeni bir deri oluşana kadar yaraların olduğu bölgeleri tıraş etmekten kaçının. Döküntüler bu yolla vücudun diğer bölgelerine yayılabilir.

2.7. Halk Sağlığı Müdahaleleri

Maymun çiçeği virüsünü önlemek ve kontrol etmek için bazı halk sağlığı müdahaleleri bulunmaktadır. Bu müdahaleler sürveyans ve raporlama, temas ve izolasyon ve aşılamadır. (2,5,21) Bu müdahalelerin amacı, küresel salgını kontrol altına almak, endemik ve yeni ortamlarda risk altındaki insanları korumak ve insandan insana bulaşmanın ortadan kaldırılmasına yönelik ilerleme kaydetmek için yeni salgınları tespit etmek ve bulaşmayı durdurmaktır. (21)

Sürveyans ve raporlama: Sürveyans ve vaka incelemesinin temel hedefleri, optimal düzeyde klinik bakımı sağlamak için vakaları ve enfeksiyon kaynaklarını mümkün olan en kısa zamanda hızlı bir şekilde tanımlamak, bulaşmayı önlemek için vakalara izolasyon uygulamak, temaslıları belirlemek ve yönetmek ve en yaygın bulaşma yollarına yönelik etkili kontrol ve önleme yöntemlerini uyarlamaktır. Salgını önlemek ve kontrol etmek için raporlama çok önemlidir. Çünkü endemik olmayan ülkelerde bir vaka salgın olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, tek bir maymun çiçeği bile ulusal ya da yerel halk sağlığı yetkililerine bildirilmelidir. Vaka raporları rapor tarihi, raporlama yeri, vakanın adı, yaşı, cinsiyeti ve adresi, ilk semptomların başlangıç tarihi, yakın zamanda seyahat öyküsü, yakın zamanda olası ya da teyit edilmiş bir vakaya maruz kalma, olası ya da teyit edilmiş vakalarla temas ilişkisi ve niteliği (ilgili olduğu durumlarda), yakın zamanda birden fazla ya da anonim cinsel partner öyküsü, çiçek aşısı durumu, döküntü varlığı, vaka tanımına göre diğer klinik belirti ya da semptomların varlığı, teyit tarihi (varsa), teyit yöntemi (varsa), genomik karakterizasyon (varsa), özellikle vaka tanımına göre yaygın döküntü nedenlerini dışlamak için diğer ilgili klinik ya da laboratuvar bulguları, hastaneye yatırılıp yatırılmadığı, hastaneye yatırılma tarihi (varsa) ve raporlama sırasındaki sonuçları içermelidir. (3,21) DSÖ tarafından vaka inceleme formu ve vaka raporlama formu hazırlanmıştır. (22) Vaka inceleme ve raporlamada bu formlar kullanılabilir.

Temas ve izolasyon: Mpox, Mpox'lu biriyle fiziksel temastan kaçınarak önlenebilir. Mpox'un başkalarına yayılmasını önlemek için, Mpox'lu kişiler bulaşıcı dönem boyunca (semptomların başlangıcından lezyonlar iyileşene ve kabuklar düşene kadar) evde ya da gerekirse hastanede diğer insanlardan izole edilmelidir. Başkalarının yanındayken lezyonları örtmek ve tıbbi maske takmak, yayılmayı önlemeye yardımcı olabilir. Cinsel ilişki sırasında prezervatif kullanmak Mpox riskini azaltmaya yardımcı olur, ancak ciltten cilde ya da ağızdan cilde temas yoluyla yayılmayı önlemez. (4)

Aşılama: Aşılama, maymun çiçeği enfeksiyonunun önlenmesine yardımcı olabilir. Aşı, maymun çiçeği hastalığı olan biriyle temas edilmesi durumunda dört gün içinde ya da herhangi bir semptom yoksa 14 güne kadar yapılmalıdır. Özellikle Mpox enfeksiyonu açısından yüksek risk altındaki kişilerin aşı yaptırmaları önerilmektedir. Bu kişiler, maruz kalma riski olan sağlık çalışanları, erkeklerle cinsel ilişkide bulunan erkekler, birden fazla cinsel partneri olan kişiler ve seks işçileridir. (4)

Çiçek hastalığına karşı aşılamanın maymun çiçeğine karşı koruyucu olduğu belirtilmektedir. (2) Çiçek aşısı maymun çiçeğinden korumada %85 oranında etkilidir. (23) Mpox'a karşı kullanılan iki aşı vardır. Bu aşılar, DSÖ tarafından önerilmekte olup, ayrıca DSÖ listesinde yer alan ulusal düzenleyici otoritelerin yanı sıra Nijerya ve KDC gibi bazı ülkeler tarafından da onaylanmıştır. Düşük gelirli ülkelerin aşıya erişimini kolaylaştırmak için acil kullanım süreci başlatılmıştır. DSÖ, potansiyel aşı bağışları konusunda ülkeler ve aşı üreticileriyle birlikte çalışmakta ve aşılara, tedavi yöntemlerine, teşhislere ve diğer araçlara eşit erişimi kolaylaştırmak için ortaklarla koordinasyon sağlamaktadır. (8)

2.8. Sağlık Bakım Merkezlerinde Enfeksiyon Önleme ve Kontrol

Maymun çiçeği şüphesi ya da teyidi olan hastalarla ilgilenen sağlık çalışanları standart, temas ve damlacık önlemlerini uygulamalıdır. Bu önlemler başta ayakta tedavi hizmetleri ve hastaneler olmak üzere tüm sağlık tesislerinde uygulanabilir. Standart önlemler arasında el hijyenine sıkı sıkıya bağlılık, kontamine tıbbi ekipman, çamaşır, atık ve çevresel yüzeylerin temizlenmesi ve dezenfeksiyonunun uygun şekilde yapılması yer almaktadır. (3)

Şüpheli ya da onaylanmış vakaların yeterince havalandırılabilen, özel banyosu ve personeli olan tek bir odada izole edilmelidir. Tek kişilik odalar mevcut değilse, hastalar arasında en az 1 metre mesafe ve doğrulanmış vaka, doğrulanmış vaka ile ya da şüpheli vaka, şüpheli vaka aynı odada olacak şekilde ayarlanabilir. Hastalar ile ilgilenen sağlık çalışanlarının eldiven, önlük, tıbbi maske ve göz koruması, gözlük ya da yüz siperi gibi kişisel koruyucu ekipmanları kullanması önerilmektedir. Hastaya, sağlık çalışanları ya da diğer hastalarla bir metrenin altında yakın temasa gireceği zaman tolere edebiliyorsa tıbbi maske takması talimatı verilmelidir. Ayrıca, lezyonlarla olası teması en aza indirmek amacıyla lezyonları örtmek için bir bandaj, çarşaf ya da önlük kullanılabilir. Koruyucu kişisel ekipmanlar, hastanın kabul edildiği izolasyon alanından ayrılmadan önce atılmalıdır. İzolasyon ve bulaşmaya dayalı önlemler, semptomlar çözülene kadar sürdürülmelidir. (3)

2.9. Maymun Çiçeğinde Terapötik Müdahaleler

Maymun çiçeğine yönelik terapötik müdahaleler ağrı, ateş, kaşıntı gibi belirtilere yönelik antiviral tedavi, semptom yönetimi ve destekleyici bakım uygulamalarını içermektedir. (5,15)

2.9.1. Antiviral Tedavi

Mpox tedavisinin amacı döküntüye dikkat etmek, ağrıyı yönetmek ve komplikasyonları önlemektir. Erken ve destekleyici bakım, semptomları yönetmeye ve başka sorunları önlemeye yardımcı olmak için önemlidir. (4) Maymun çiçeği için kesin bir tedavi henüz bulunmamaktadır. (12) Ancak, çiçek hastalığını tedavi etmek için geliştirilen tecovirimat, cidofovir, brincidofovir ve immünoglobulin vaccinia gibi çeşitli ilaçlar ve tedaviler, maymun çiçeği hastalığını tedavi etmek için kullanılmakta ve daha ileri çalışmalar devam etmektedir. (4,12,15) Özellikle tecovirimatın maymun çiçeği dahil olmak üzere çeşitli orthopoxvirüslere karşı spesifik aktivite gösterdiği belirtilmiştir. Bu tedavilerin potansiyel etkisi olmasına rağmen, maymun çiçeğini yönetmek için temel yaklaşım destekleyici ve semptomatik tedavidir. (12)

2.9.2. Semptom Yönetimi

Maymun çiçeği hastalığının semptom yönetimi başta ağrı, ateş ve kaşıntı olmak üzere bazı semptomlara yöneliktir. (5,24) Şiddetli ağrı, maymun çiçeği salgınında hastalar için en sıkıntılı komplikasyonlardan biridir. Ağrı tedavileri konusunda net tavsiyelerde bulunmak için literatürde genel bir yetersizlik söz konusu olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle, Hastalık Kontrol Merkezleri Temmuz 2022'de bir mektup yayınlayarak sağlık kuruluşlarını ağrı yönetimi konusunda daha fazla çalışma yapmaya çağırmıştır. Ağrı yönetimi için tedavi seçenekleri arasında asetaminofen, ibuprofen, opioidler, lidokain jel, metamizol ve şiddetli anal ağrı için oral laksatiflerle birlikte yumuşatıcılar ya da steroidler içeren rektal fitiller bulunmaktadır. (25)

Maymun çiçeği vakalarında hastaları rahatsız eden yaygın semptomlardan biri de ateştir. Hastanın konforunu artırmak ve yüksek vücut ısısıyla ilişkili komplikasyonları en aza indirmek için ateş kontrolü esastır. (5) Maymun çiçeği hastalarında ateşi düşürmek için parasetamol, NSAID, asetaminofen ya da ibuprofen gibi ateş düşürücü ilaçlar uygulanabilir. Bu ilaçlar vücut ısısını düşürmeye ve ateşle ilgili semptomları hafifletmeye yardımcı olur. (5,24) Maymun çiçeği hastalığında sık görülen bir diğer semptom ise kaşıntıdır. Kaşıntı sıkıntı vererek hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Kaşıntıyı hafifletmek için hemşireler çeşitli stratejiler kullanabilir. Kaşıntıyı azaltmak ve rahatlama sağlamak için oral ya da topikal antihistaminikler uygulanabilir. Kaşıntıyı hafifletmek ve cildi yatıştırmak için etkilenen bölgelere kalamin losyonu ya da hidrokortizon krem gibi topikal kremler ya da merhemler

uygulanabilir. (5) Ayrıca, döküntü, kaşıntı ve ülserlerin yönetimi için antiseptik temizlik, tuzlu su banyoları, antihistaminikler; bulantı ve kusmada yetişkinler için metoklopramid ve çocuklar için klorfenamin şurubu kullanılır. Dehidrasyon için, özellikle çocuklarda oral rehidrasyon tuzları ve intravenöz sıvılar (%0.9 salin ya da dekstroz) kullanılması tavsiye edilmektedir. (24)

2.9.3. Destekleyici Bakım

Maymun çiçeği hastalığı, destekleyici bakımla tedavi edilir. (3,4) Destekleyici bakım, sıvı-elektrolit yönetimi, beslenme desteği ve psikolojik destek uygulamalarını içerir. (5)

Sıvı ve elektrolit yönetimi: Maymun çiçeğinde görülen kusma ve/ya da ishal gibi gastrointestinal komplikasyonlar ciddi dehidrasyona ve elektrolit ve asit-baz dengesinde bozulmalara yol açabilir. Bu nedenle, yeterli kalori ve sıvı alımı, sıvı-elektrolit dengesinin ve homeostazın korunması ve yaşamsal belirtilerin, oksijen satürasyonunun yakından izlenmesi gerekir. Ayrıca, prematüre bebeklerde ve süt çocuklarında beslenme, emzirme, büyüme ve gelişme takibi yapılmalıdır. Kusma ya da ishali olan çocuklarda sıvı ve elektrolit dengesini korumak için intravenöz sıvı desteği yapılmalıdır. (26)

Beslenme desteği: Maymun çiçeği hastalığında ikincil bakteriyel enfeksiyonların ve komplikasyonların önlenmesi için yeterli hidrasyonla birlikte yeterli beslenme desteği de önemlidir. (27) Bağışıklık sistemini güçlendirmede beslenmenin oynadığı rol bilinmektedir. Bu nedenle, vücudun iyileşme ve enfeksiyonlarla mücadele etme yeteneğini desteklemek için vitaminler, mineraller ve temel besinler açısından zengin gıdalar içeren dengeli bir diyet sağlanmalıdır. Ağızdan alımın zor ya da yetersiz olduğu vakalarda enteral ya da parenteral beslenme desteği verilebilir. (5,28)

Psikolojik destek: Maymun çiçeği salgınları insanlarda üzüntü, öfke, hayal kırıklığı, depresyon ve anksiyete gibi ruh sağlığı sorunlarına neden olabilir. (29) Bu nedenle, hastalara yönelik psikolojik destek sağlamak çok önemlidir. Hastalarla etkileşimde güven, empati ve aktif dinleme becerilerini kullanmak hastaların sıkıntılarını hafifletebilir. (5,29) Psikolojik destek, maymun çiçeği hastalarına hizmet sağlayan sağlık çalışanlarına da uygulanabilir. Çünkü pandemi, başta hemşireler olmak üzere ön saflardaki sağlık çalışanlarının stres yaşamasına neden olabilir. Bu nedenle, enfekte bireylerin tedavi ve bakımı ile ilgilenen sağlık çalışanlarının ruhsal problemlerini önlemek için düzenli eğitim almaları önemlidir. (29)

2.10. Maymun Çiçeği Hastalarında Psikiyatrik Belirtiler

Maymun çiçeği salgınında uygulanan sosyal izolasyon, karantina ve kendi kendine izolasyon gibi kontrol önlemleri bir kişinin ruh sağlığını olumsuz etkileyebilir. (29) Bu nedenle, maymun çiçeği hastalığı bazı psikiyatrik belirtilerle ilişkilendirilmektedir. Maymun çiçeği ile ilişkili en yaygın psikiyatrik belirtiler anksiyete ve depresyondur. (30) Bunların yanında üzüntü, öfke, hayal kırıklığı, can sıkıntısı, sosyal izolasyon, yalnızlık, düşük ruh hali, yetersizlik, fiziksel belirtilerden dolayı utanma, damgalanma görülebilir. 29,31-33) Nijerya'da, maymun çiçeği hastalığı nedeniyle yatırılan hastaların yaklaşık %27.5'inde psikolojik danışmanlık gerektiren anksiyete ve depresyon semptomları geliştiği bulunmuştur. (11) Maymun çiçeği hastalığı psikiyatrik problemlere neden olabileceği gibi var olan psikiyatrik problemleri de kötüleştirebilmektedir. Depresyon ve şizofreni gibi psikiyatrik bozuklukların bir bireyin izolasyonu ve sosyal etkileşim eksikliği ile daha da kötüleştiği ya da şiddetlendiği belirtilmektedir. Maymun çiçeğinde uygulanan önlemler insan etkileşimini kısıtladığı için, depresyon ve anksiyetenin gelişme ve kötüleşme olasılığını artırmaktadır. (29)

Hastalığın cinsel yolla bulaşması ve beden görünümünü etkileyen belirtilerinin olması nedeniyle hastalarda olumsuz beden imajı algısı ve damgalanma görülebilir. Psikiyatrik hastalık geçmişi olmayan bir hastanın damgalanma korkusu nedeniyle intihar ettiği bildirilmektedir. (11,30) Psikiyatrik belirtiler, maymun çiçeğinin spesifik bir sonucu olmak yerine, izolasyon, damgalanma, fiziksel ağrı ve beden görünümü bozukluğu da dahil olmak üzere böyle bir teşhisi çevreleyen olayların sonucu olabileceği belirtilmektedir. (30) Maymun çiçeği hastalığının tedavi ve bakımında bu durum dikkate alınmalıdır. Maymun çiçeği hastalarının yaşadığı kendine zarar verme, intihar, sosyal damgalanma korkusu ve enfeksiyonu bulaştırma korkusu toplumu olumsuz etkileyen önemli faktörlerdir. Özellikle sosyal damgalanma tıbbi bakım arayışını engellemekte ve kamu sağlığını tehdit etmektedir. (33)

3. Maymun Çiçeğinde Psikososyal Hemşirelik Bakımı

Maymun çiçeği (Mpox), sağlık hizmeti ortamlarında önemli zorluklar ortaya çıkaran ve bütüncül hemşirelik bakımı gerektiren nadir bir viral hastalıktır. (15) Hemşireler, maymun çiçeği hastalarına bütüncül bakım sağlamada çok önemli bir role sahiptir. (5) Maymun çiçeğinde genel hemşirelik bakımı, hasta değerlendirmeyi ve izlemeyi, enfeksiyon önleme stratejilerini, psikososyal desteği ve hasta eğitimi ve işbirliğine dayalı multidisipliner bakımı

kapsamaktadır. (5,15) Psikososyal hemşirelik bakımı ise, genel hemşirelik yaklaşımının yanında maymun çiçeği hastalığında ortaya çıkan psikososyal durumlara yönelik olmalıdır. Maymun çiçeği hastalarının psikososyal hemşirelik bakımında başlıca ele alınması gereken durumlar anksiyete, depresyon, damgalanma, kendine zarar verme ve intihardır. Öncelikle, bu tür durumların ortaya çıkmasına yönelik önlemler almak en önemli hemşirelik yaklaşımıdır. Maymun çiçeğinin 2022 yılındaki salgınından sonra yayınlanan bir makalede psikiyatrik bozukluk riskini azaltmak ve ortaya çıkmasını önlemek için topluma ve sağlık çalışanlarına önemli tavsiyelerde bulunulmuştur. Bu tavsiyeler şunlardır: (29)

- Sadece yetkili bilgi kaynaklarını kullanarak stres kaynaklarını sınırlandırın ve resmi olmayan kanallardan ve kontrol edilemeyen kaynaklardan gelen bilgileri dikkate almayın.
- Fiziksel olarak sizden ayrı olsalar bile arkadaşlarınızla, aile üyelerinizle ve sevdiklerinizle iletişim kurmak için harcadığınız zamanı artırarak yalnız geçirdiğiniz süreyi azaltın. Kişinin aile üyeleriyle görüntülü sohbet ya da grup telefon görüşmeleri gibi faaliyetlere katılmasının, izolasyon ve artan anksiyete duygularını hafifletmeye yardımcı olabileceğine dair kanıtlar vardır.
- Endorfin gibi hormonların salgılanması ve stresin azaltılması için egzersiz ve fiziksel aktiviteler yapın.
- Uygun koşullarda yeterli uyku ve dinlenmeye zaman ayırın (8 saat).
- Geleceğinizin daha net ve daha sağlıklı olması için iyimser düşünerek farkındalık kazanın.
- Alkol, sigara ve istenmeyen ilaç ya da yasadışı uyuşturucu kullanımından kaçının.
- Hastalığa sahip olduğunuzu düşünmek gibi duygusal bunalımlardan kaçının.
- Memnuniyet, rahatlama ve huzur elde etmek için ruhsal ve zihinsel faktörleri göz önünde bulundurun.
- Belirli bir bölgede şiddetli bir maymun çiçeği hastalığı salgını gibi travma sonrası stres sorunlarıyla başa çıkmak için yetkililer tarafından gerekli eğitim ve hazırlık yapılmalıdır.
- Sağlık çalışanları, izole edilmiş ya da enfeksiyon riski altındaki kişiler gibi doğrudan etkilenen gruplar arasında psikiyatrik sorunların yaygınlığı azaltılmalıdır.
- Hastalıktan kaçınmak için alınan tam önleyici tedbirler aynı zamanda takıntıları önleyecek şekilde yapılmalıdır.

Hemşirelerin bu tavsiyeleri psikososyal hemşirelik bakımı kapsamında dikkate alması, hastalığın olumsuz psikososyal etkilerini azaltarak hastaların genel iyilik hallerini ve tedavi süreçlerini olumlu etkileyebilir.

Maymun çiçeği hastalarında anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon, yalnızlık, fiziksel görünüm korkusu, sosyal damgalanma gibi önemli psikososyal problemler ortaya çıkmaktadır. Hemşire, bu durumlara yönelik hastaların korkularını ve ruhsal kaygılarını ele alarak duygusal ve psikososyal destek sağlamalıdır. Hemşirelerin aktif dinleme, danışmanlık, empati, terapötik iletişim teknikleri kullanma gibi becerileri kullanması destekleyici bir ortamın oluşmasına ve hastaların sıkıntılarının hafifletilmesine yardımcı olabilir. Hemşireler ayrıca ruh sağlığı uzmanları ile işbirliği yaparak bütüncül bir hemşirelik bakımı sağlanmasına ve hastanın genel iyilik halini geliştirmesine katkıda bulunabilir. (5) Yakın zamanda deneyimlediğimiz Covid-19 pandemisinde uygulanan izolasyon yöntemlerinin sosyal etkileşimi engellemesinden dolayı hastalarda psikososyal problemlerin ortaya çıktığı bilinmektedir. Bu nedenle, maymun çiçeği hastalığında uygulanan psikososyal hemşirelik bakımı, hem hastanın hem de ailesinin duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik olmalıdır. Fiziksel etkileşim sağlanmayacağı için hastanın ve ailesinin duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için teknolojiden faydalanılabilir. Covid-19 döneminde yürütülen çalışmalar teknoloji tabanlı etkileşimin yalnızlık, öfke, anksiyete ve depresif semptomlar üzerine etkili olduğu, psikolojik destek sağladığı ve izolasyonla baş etmenin bir yolu olduğu belirtilmektedir. (34,35)

Maymun çiçeğinin rahatsız edici döküntülerle karakterize olması ve hastalığın cinsel yollarla bulaşması damgalanmayı beraberinde getirmektedir. Hemşireler bu konuda eğitim vererek damgalanma ve ayrımcılığı önlemede önemli rol oynayabilir. (23,35,36) Covid-19 döneminde başta sosyal medyada olmak üzere pandemi ile ilgili doğru ya da yanlış çok fazla bilginin yayıldığı bilinen bir gerçektir. Bu bilgiler başta depresyon ve anksiyete olmak üzere insanlarda ruhsal problemlere neden olmuştur. Bu nedenle, küresel kamuoyunda yüksek endişelere yol açan bulaşıcı hastalıkların sağlık üzerindeki etkileriyle ilgili doğru bilgilerin yayılması, infodeminin yol açtığı yanlış bilgilendirme ve dezenformasyonla açıkça mücadele edilmelidir. Bu mücadele, maymun çiçeği gibi salgınların tetiklediği psikiyatrik bozuklukların, morbidite ve mortalite oranlarının iyileştirilmesine yardımcı olabilir. (29) Hemşireler birey, aile ve toplumun maymun çiçeği ile ilgili doğru bilgileri edinmesinde kilit rol alabilir. Ayrıca, maymun çiçeği hastalarına yeterli psikososyal bakımı sağlamak için multidisipliner ruh sağlığı ekiplerinin kurulması önerilmektedir. Bu ekipler

klinik psikologlar, psikiyatristler, psikiyatri hemşireleri ve ruh sağlığı alanındaki diğer uzmanları içermelidir. (32)

Hemşireler maymun çiçeği hastalığında etkili bir psikososyal hemşirelik bakımı sağlaması için NANDA ve NIC doğrultusunda hemşirelik bakım planları hazırlamalıdır. Bakım planlarında hastalarda ortaya çıkan psikososyal problemlere yönelik hemşirelik tanıları konularak bu tanılar doğrultusunda hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır. Maymun çiçeği hastalığında ortaya çıkan psikososyal problemleri düşündüğümüzde olası hemşirelik tanıları "anksiyete, sosyal izolasyon, yalnızlık riski, intihar riski, kendine zarar verme, bilgi eksikliği, etkisiz baş etme vb." olabilir. Hemşirelik tanıları hastalara özgü olabileceği için hastalardan elde edilecek kapsamlı verilerle hemşirelik tanıları netleştirilebilir. Tanılar netleştirildikten sonra NIC doğrultusunda hemşirelik girişimleri (anksiyetenin azaltılması, baş etmeyi güçlendirme, ailenin desteklenmesi, sosyalizasyonu güçlendirme, cinsel danışmanlık, öğretim: tedavi/hastalık süreci, intihar girişimini önleme vb.) uygulanarak hastanın iyilik hali geliştirilebilir. Maymun çiçeği hastalığına yönelik literatürde olgu sunumu çalışmaları eksikliği bulunmaktadır. Bu nedenle, kesinleşmiş vakalara yönelik olgu sunumu çalışmaları yapılarak hemşirelerin uygulayacağı psikososyal hemşirelik bakımının geliştirilmesine katkıda bulunulabilir.

4. Sonuç

Maymun çiçeği hastalığı, karmaşık bir klinik tablo ve geniş bir semptom yelpazesi ile karakterize viral bir enfeksiyondur. Bu hastalığın yönetimi, ağrı, ateş, kaşıntı gibi semptomları ele almakla birlikte, bu semptomların getirdiği psikososyal zorluklarla da başa çıkmayı gerektirir. Mevcut terapötik müdahaleler antiviral tedavi, semptom yönetimi ve destekleyici bakımdan oluşmaktadır. Destekleyici bakım kapsamında sıvı-elektrolit yönetimi, beslenme desteği ve psikolojik destek gibi unsurlar hastaların genel iyilik hallerini destekleyerek tedavi ve bakım süreçlerini olumlu yönde etkileyebilir. Bu bağlamda hemşirelerin rolü, hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının ruhsal iyilik hallerini desteklemek açısından büyük bir öneme sahiptir.

Maymun çiçeği hastalarında anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon, yalnızlık ve sosyal damgalanma gibi önemli psikososyal problemler ortaya çıkmaktadır. Hem hastaların hem de ailelerin ruhsal iyilik halleri üzerinde olumsuz etkilere sahip olan bu problemler, psikososyal hemşirelik bakımı gerektirmektedir. Hemşirelerin bu sorunlarla başa çıkabilmek için aktif dinleme,

empati ve terapötik iletişim teknikleri kullanarak duygusal ve psikososyal destek sağlaması, hastaların sıkıntılarını hafifletmede kritik bir rol oynamaktadır. Covid-19 pandemisinin deneyimlerinden yola çıkarak teknolojinin kullanımı, maymun çiçeği hastalarının ve ailelerinin duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için bir araç olarak değerlendirilebilir. Ayrıca, damgalanmayı azaltmak için hemşirelerin eğitim vermesi, toplumda bilinç oluşturması ve doğru bilgilerin yayılmasını sağlaması önemlidir. Bu çerçevede, psikososyal sorunlara yönelik bireyselleştirilmiş hemşirelik bakım planlarının NANDA ve NIC doğrultusunda hazırlanması, multidisipliner ruh sağlığı ekiplerinin kurulması ve olgu sunumu çalışmaları ile psikososyal hemşirelik bakımının geliştirilmesi önerilmektedir.

Kaynaklar

1. DSÖ. (2022a). WHO Director-General declares the ongoing monkeypox outbreak a Public Health Emergency of International Concern. https://www.who.int/europe/news/item/23-07-2022-who-director-general-declares-the-ongoing-monkeypox-outbreak-a-public-health-event-of-international-concern Erişim tarihi 16 Ağustos, 2024

2. DSÖ. (2022b). Monkeypox – United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland. https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON383 Erişim tarihi 16 Ağustos, 2024

3. DSÖ. (2022c). Multi-country monkeypox outbreak in non-endemic countries https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON385 Erişim tarihi 16 Ağustos, 2024

4. DSÖ. (2023a). Mpox (monkeypox). https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/monkeypox Erişim tarihi 16 Ağustos, 2024

5. Dubey T, Chakole S, Agrawal S, ve ark. Enhancing nursing care in monkeypox (Mpox) patients: Differential diagnoses, prevention measures, and therapeutic interventions. Cureus. 2023;15(9).

6. Kaler J, Hussain A, Flores G, Kheiri S, Desrosiers D. Monkeypox: a comprehensive review of transmission, pathogenesis, and manifestation. Cureus. 2022;14(7).

7. Saied AA, Dhawan M, Metwally AA, Fahrni ML, Choudhary P, Choudhary OP. Disease history, pathogenesis, diagnostics, and therapeutics for human monkeypox disease: a comprehensive review. Vaccines. 2022;10(12), 2091.

8. DSÖ. (2024a). WHO Director-General declares mpox outbreak a public health emergency of international concern**.** https://www.who.int/news/item/14-

08-2024-who-director-general-declares-mpox-outbreak-a-public-health-emergency-of-international-concern Erişim tarihi 16 Ağustos, 2024

9. CDC. (2024). 2022-2023 Mpox Outbreak Global Map. 2022 Mpox Outbreak Global Map | Mpox | Poxvirus | CDC Erişim tarihi 16 Ağustos, 2024

10. Gilmore JP, Noone C, Sibandze BT, Field DJ. What nurses can learn from the Mpox public health emergency of international concern. Journal of Advanced Nursing. 2024;80(10):4333-43336

11. Ogoina D, Iroezindu M, James HI, ve ark. Clinical course and outcome of human monkeypox in Nigeria. Clinical Infectious Diseases. 2020;71(8):e210-e214.

12. Letafati A, Sakhavarz T. Monkeypox virus: A review. Microbial Pathogenesis. 2023;176:106027.

13. Altindis M, Puca E, Shapo L. Diagnosis of monkeypox virus - an overview. Travel Med Infect Dis. 2022;50:102459. 10.1016/j.tmaid.2022.102459

14. Hussain A, Kaler J, Lau G, Maxwell T. Clinical conundrums: differentiating monkeypox from similarly presenting infections. Cureus. 2022;14:e29929. 10.7759/cureus.29929

15. Khan I, Mahalakshmi S, Dixit T, Shinkre R, Ravindran S, Bandyopadhyay S. Differential Diagnosis, Prevention Measures, and Therapeutic Interventions for Enhanced Monkeypox (Mpox) Care. Cureus. 2024;16(5).

16. Lapa D, Carletti F, Mazzotta V, ve ark. Monkeypox virus isolation from a semen sample collected in the early phase of infection in a patient with prolonged seminal viral shedding. The Lancet Infectious Diseases. 2022;22(9):1267-1269.

17. Cheema AY, Ogedegbe OJ, Munir M, Alugba G, Ojo TK. Monkeypox: a review of clinical features, diagnosis, and treatment. Cureus. 2022;14(7).

18. Grossegesse M, Stern D, Hofmann N, ve ark. Serological methods for the detection of antibodies against monkeypox virus applicable for laboratories with different biosafety levels. Journal of Medical Virology. 2023;95(12):e29261.

19. DSÖ (2022d). Laboratory testing for the monkeypox virus: interim guidance, 23 May 2022. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-laboratory-2022.1 Erişim tarihi 21 Ağustos, 2024

20. Khattak S, Rauf MA, Ali Y, ve ark. The monkeypox diagnosis, treatments and prevention: A review. Frontiers in cellular and infection microbiology. 2023;12:1088471.

21. DSÖ. (2024b). Surveillance, case investigation and contact tracing for mpox (monkeypox): https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Surveillance-2024.1 Erişim tarihi 26 Ağustos, 2024

22. DSÖ. (2023b). Mpox (monkeypox) Case investigation form (CIF) and minimum dataset Case reporting form (CRF). https://www.who.int/publications/m/item/monkeypox-minimum-dataset-case-reporting-form-(crf) Erişim tarihi 26 Ağustos, 2024.

23. Ibrahim PK, Abdulrahman DS, Ali HM, ve ark. The 2022 monkeypox outbreak—Special attention to nurses' protection should be a top priority. Annals of Medicine and Surgery. 2022;82.

24. Webb E, Rigby I, Michelen M, ve ark. Availability, scope and quality of monkeypox clinical management guidelines globally: a systematic review. BMJ global health. 2022;7(8):e009838.

25. Hallo-Carrasco A, Hunt CL, Prusinski CC, ve ark. Pain associated with Monkeypox virus: A rapid review. Cureus. 2023;15(2).

26. Jiang RM, Zheng YJ, Zhou L, ve ark. Diagnosis, treatment, and prevention of monkeypox in children: an experts' consensus statement. World Journal of Pediatrics. 2023; 19(3):231-242.

27. Reynolds MG, McCollum AM, Nguete B, Shongo Lushima R, Petersen, BW. Improving the care and treatment of monkeypox patients in low-resource settings: applying evidence from contemporary biomedical and smallpox biodefense research. Viruses. 2017;9(12):380.

28. Calder PC, Carr AC, Gombart AF, Eggersdorfer M. Optimal nutritional status for a well-functioning immune system is an important factor to protect against viral infections. Nutrients. 2020;12(4):1181.

29. Ahmed SK, Abdulqadir SO, Hussein SH, ve ark. The impact of monkeypox outbreak on mental health and counteracting strategies: a call to action. International Journal of Surgery. 2022a;106:106943.

30. Sethi Y, Agarwal P, Murli H, ve ark. Neuropsychiatric manifestations of monkeypox: A clinically oriented comprehensive review. Brain and Behavior. 2023;13(4):e2934.

31. Adler H, Gould S, Hine P, ve ark. Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK. The Lancet Infectious Diseases. 2022;22(8):1153-1162.

32. Ahmed SK, M-Amin HI, Abdulqadir SO, ve ark. Timely mental health care for the 2022 novel monkeypox outbreak is urgently needed. Annals of medicine and surgery. 2022b;82.

33. Jaleel A, Farid G, Irfan H, Mahmood K, Baig S. A Systematic Review on the Mental Health Status of Patients Infected With Monkeypox Virus. Journal of the Korean Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2024;35(2):107.

34. Gabbiadini A, Baldissarri C, Durante F, Valtorta RR, De Rosa M, Gallucci M. Together apart: the mitigating role of digital communication technologies on negative affect during the COVID-19 outbreak in Italy. Frontiers in psychology. 2020;11:554678.

35. Juvonen J, Schacter HL, Lessard LM. Connecting electronically with friends to cope with isolation during COVID-19 pandemic. Journal of Social and Personal Relationships. 2021;38(6):1782-1799.

36. International Council of Nurses. (2022). Monkeypox - "Protect Nurses, Combat Stigma" Says International Council of Nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PR_26_Monkeypox_Statement_FINAL.pdf Erişim tarihi 2 Eylül, 2024

ISBN 978-2-38236-732-2



livredelyon.com
livredelyon
livredelyon
livredelyon